T. C.
KALKINMA BAKANLIĞI

ONUNCU KALKINMA PLANI 2014 / 2018

SAĞLIK HİZMETLERİNİN ETKİNLİĞİNİN ARTIRILMASI VE MALİ SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK

ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU RAPORU

2023

T. C.
KALKINMA BAKANLIĞI

ONUNCU KALKINMA PLANI 2014 2018

SAĞLIK HİZMETLERİNİN ETKİNLİĞİNİN ARTIRILMASI VE MALİ SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK

ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU RAPORU

ANKARA 2014

ISBN 978-605-9041-13-3

YAYIN NO: KB: 2904 - ÖİK: 743

Bu çalışma Kalkınma Bakanlığının görüşlerini yansıtmaz. Sorumluluğu yazara aittir. Yayın ve referans olarak kullanılması Kalkınma Bakanlığının iznini gerektirmez.

Bu yayın 500 adet basılmıştır.

ÖNSÖZ

Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018), Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından 2 Temmuz 2013 tarihinde kabul edilmiştir.

Plan, küresel düzeyde geleceğe dönük risklerin ve belirsizliklerin sürdüğü, değişim ve dönüşümlerin yaşandığı, yeni dengelerin oluştuğu bir ortamda Türkiye'nin kalkınma çabalarını bütüncül bir çerçevede ele alan temel bir strateji dokümanıdır.

Ülkemizde kalkınma planlarının hazırlık aşamasında yürütülen Özel İhtisas Komisyonları çalışmaları çerçevesinde 50 yılı aşkın katılımcı ve demokratik bir planlama deneyimi bulunmaktadır. Kamu kesimi, özel kesim ve sivil toplum kesimi temsilcileri ile akademik çevrelerin bir araya geldiği özel ihtisas komisyonu çalışmaları, 2014-2018 dönemini kapsayan Onuncu Kalkınma Planı hazırlıklarında da çok önemli bir işlevi ifa etmiştir.

5 Haziran 2012 tarihinde 2012/14 sayılı Başbakanlık Genelgesiyle başlatılan çalışmalar çerçevesinde makroekonomik, sektörel, bölgesel ve tematik konularda 20'si çalışma grubu olmak üzere toplam 66 adet Özel İhtisas Komisyonu oluşturulmuştur. Ülkemizin kalkınma gündemini ilgilendiren temel konularda oluşturulan Komisyonlarda toplam 3.038 katılımcı görev yapmıştır.

Bakanlığımızın resmi görüşünü yansıtmamakla birlikte; Özel İhtisas Komisyonları ve Çalışma Gruplarında farklı bakış açıları ile yapılan tartışmalar ve üretilen fikirler, Onuncu Kalkınma Planının hazırlanmasına perspektif sunmuş ve plan metnine girdi sağlamıştır. Komisyon çalışmaları sonucunda kamuoyuna arz edilen raporlar kurumsal, sektörel ve bölgesel planlar ile çeşitli alt ölçekli planlar, politikalar, akademik çalışmalar ve araştırmalar için kaynak dokümanlar olma niteliğini haizdir.

Plan hazırlık çalışmaları sürecinde oluşturulan katılımcı mekanizmalar yoluyla komisyon üyelerinin toplumumuzun faydasına sundukları tecrübe ve bilgi birikimlerinin ülkemizin kalkınma sürecine ciddi katkılar sağlayacağına olan inancım tamdır.

Bakanlığım adına komisyon çalışmalarında emeği geçen herkese şükranlarımı sunar, Özel İhtisas Komisyonu ve Çalışma Grubu raporları ile bu raporların sunduğu perspektifle hazırlanan Onuncu Kalkınma Planının ülkemiz için hayırlı olmasını temenni ederim.

Cevdet YILMAZ
Kalkınma Bakanı

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ iii
İÇİNDEKİLER v
TABLOLAR LİSTESİ ix
ŞEKİLLER LİSTESİ x
KISALTMALAR xiii
KOMİSYON ÜYELERİ xv
YÖNETİCİ ÖZETİ xix
GİRİŞ 1
BİRİNCİ BÖLÜM 3
MEVCUT DURUM ANALİZİ 3
1. NÜFUS VE SAĞLIK STATÜSÜ 3
1.1. Nüfus ve Yaşlanma 3
1.2. Ortalama Yaşam Süresi 6
1.3. Temiz Suya Erişim 7
1.4. Bebek Ölüm Oranı 7
1.5. Beş Yaş Altı Çocuk Ölümleri 9
1.6. Anne Ölümleri 11
1.7. Sağlık Sorunları ve Ölüm Nedenleri 12
1.8. Sağlık İnsan Gücü 15
1.8.1. Hekim Sayısı 15
1.8.2. Hemşire Sayısı 16
1.8.3. Diğer Sağlık Personeli Sayısı 17
1.9. Tartışma ve Tartışma Soruları 18
2.TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU POLİTİKALARI VE SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUM ALTYAPISININ DEĞERLENDİRİLMESİ 20
2.1. Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluşundan Günümüze Türk Sağlık Politikaları 20
2.1.1. 1920-1938 Dönemi 20
2.1.2. 1938-1960 Dönemi 20
2.1.3. 1960-1980 Dönemi 20
2.1.4. 1980-2003 Dönemi 21
2.1.5. 2003'ten Günümüze Sağlık Politikaları 21
2.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Sunumu Altyapısının Değerlendirilmesi 28
2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri 28

2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 32
2.2.3. Üniversite Hastanelerinin Sorunları 36
2.3. Sağlık Hizmetleri Kullanımı 50
2.3.1. Kişi Başına Düşen Hekime Başvuru Sayısı 50
2.3.2. Sağlık Kuruluşlarına Olan Kişi Başı Müracaat Sayısı 51
2.3.3. Sezeryanla Gerçekleşen Doğum Oranı 51
2.3.4. Sağlık Durumu ve Sağlık Sisteminden Memnuniyet Düzeyi 52
3. TÜRKİYE SAĞLIK HARCAMALARI VE MALİ SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK. 54
3.1. Genel Görünüm 54
3.2. Türkiye ve Diğer Ülkelerde Kişi Başı Sağlık Harcaması 55
3.3. Türkiye ve Diğer Ülkelerdeki Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla İçindeki Payları 58
3.4. Kamu Sağlık Harcaması 59
3.5. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları 61
3.6. İlaç ve Tıbbi Malzeme Harcamaları 63
3.7. Toplam Sağlık Harcamaların Fonksiyonlara Göre Dağılımı 64
3.8. Tartışma ve Tartışma Soruları 67
İKİNCİ BÖLÜM 68
SAĞLIK HİZMETLERİNİN ETKİNLEŞTİRİLMESİ KOMİSYONU ÇALIŞMA GRUBU RAPORLARI 69
1. KORUYUCU- TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ 69
1.1. Hizmeti Alana İlişkin Sorunlar 69
1.2. Hizmetlere İlişkin Sorunlar 70
1.2.1. Birinci Basamak Hizmetlerinde Risk Haritaları 70
1.2.2. Afet ve Acil Durumlar 71
1.2.3. İş Sağlığı ve Güvenliği 72
1.2.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri 72
1.2.5. Bulaşıcı ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü 73
1.2.6. Rehabilitasyon Hizmetleri 75
1.2.7. Sağlığı Koruyucu Yöntemler 75
1.2.8. Üreme Sağlığı 76
1.2.9. Sağlık Bilgi Sistemleri 76
1.2.10. Sağlık Araştırmaları 77
1.3. Hizmet Sunumu Yöntemine İlişkin Sorunlar 77
1.4. Sağlığın Sosyal Bileşenlerine İlişkin Sorunlar 78
1.5. Ulusal ve Uluslararası Sektörler Arası İşbirliğine İlişkin Sorunlar 79

2. SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU 79
2.1. Sağlık Sisteminin Yönetim ve Organizasyonu ve Sağlıkta İnsan Gücü Planlaması 79
2.1.1. Kurumlar Arası Koordinasyon ve İletişim Sorunu 79
2.1.2. Kamu Politikaları, Görev ve Rol Tanımları ile İstihdam Politikasının Beraber Yürütülmemesi 80
2.1.3. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Eksiklikleri Sorunu 81
2.1.4. Kamu Personelini Verimli Çalıştıramama Sorunu 81
2.1.5. Şikâyet Yönetimi, Hasta ve Çalışanların Güvenliği Sorunu 82
2.1.6. İnsan Kaynaklarının Bölgeler ve Kurumlar Arasında Dengesi Dağılımı Sorunu 82
2.1.7. Hemşirelik Eğitim Düzeyinde (Meslek Lisesi, Üniversite) Standardizasyon Sorunu 83
2.1.8. Meslekler Arası Görev Sınırlarının Belirlenmesinde Mevcut Mevzuatın Güncellenmemesi Sorunu 84
2.1.9. Sağlık sisteminde yeni mesleklerin tanımlarının olmaması sorunu 84
2.2. Sağlık Hizmet Sunumunun Kalitesi ve Verimliliği İle İlgili Sorunlar 84
2.3. Sağlıkta 2023 Vizyonu 85
2.3.1. İnovasyon 85
2.3.2. Sağlık Turizmi 86
2.4. Hastaneler 88
2.4.1. Ortak Sorunlar 88
2.4.2. Üniversite Hastaneleri 89
2.4.3. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri 91
2.4.4. Özel Hastaneler 91
2.4.5. Çözüm Önerileri 92
2.5. Sağlık Bilgi Sistemleri 92
3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİ SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK 93
3.1. Türk Sağlık Sistemindeki Paydaşların Rolleri 94
3.2. Sağlık Verileri 95
3.3. Mali Sürdürülebilirlik 97
3.4. Geri Ödeme Yöntem ve Modelleri 98
3.5. Fiyatlandırma 99
3.6. Satın Alma Süreci 100
3.7. İlaç ve Tıbbi Cihaz Üretimi ve İhracatı 101
3.8. Sağlığı Koruyucu ve Geliştirici Hizmetler 102
3.9. Planlama ve Mevzuat 103

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM **104**
ONUNCU BEŞ YILLIK KALKINMA PLANINA YÖNELİK TEMEL HEDEFLER **104**
1. KORUYUCU VE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ **104**
2. SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU **105**
3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİ SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK **106**
KAYNAKÇA **108**

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Yaş Gruplarına Göre Toplam Nüfus ve 2025 Yılı Tahminleri 4
Tablo 2: Demografik Göstergeler ve 2025 Yılına Kadar Tahminler..... 5
Tablo 3: ICD-10 Ana Tanı Gruplarına ve Cinsiyetlere Göre Hastane Taburcularının Dağılımı, (%), Türkiye, 2011 14
Tablo 4: ICD-10 Ana Tanı Gruplarına ve Cinsiyete Göre Hastane Ölümlerinin Dağılımı, (%), Türkiye, 2011 15
Tablo 5: Anket Yapılan Aile Sağlığı Merkezinden Duyulan Memnuniyet / Memnuniyetsizlik Oranları 26
Tablo 6: Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Sayısal Gelişimi..... 29
Tablo 7: Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşlarına Yapılan Toplam Müracaat Sayısı..... 32
Tablo 8: Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım Alma ve Doğum Sırasında Sağlık Personelinden Yardım Alma Yüzdesi..... 34
Tablo 9: Yıllara Göre Aşılama Oranları, (%), Türkiye 35
Tablo 10: Yıllara Göre Gebe, Bebek, Çocuk ve Lohusa İzlem Faaliyetleri, Türkiye..... 36
Tablo 11: Bölge ve Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında 1.000.000 Kişiye Düşen MR Cihazı Sayısı, 2011 41
Tablo 12: Bölge ve Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında 1.000.000 Kişiye Düşen BT Cihazı Sayısı, 2011 41
Tablo 13: Yıllara ve Mülkiyete Göre Toplam Hastane Müracaat Sayısı 42
Tablo 14: Yıllara ve Hastane Mülkiyetine Göre Kişi Başına Hastane Müracaat Sayısı.... 43
Tablo 15: Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı 44
Tablo 16: Bölgelere Göre Özel Tıp ve Dal Merkezleri ile Özel Poliklinik Müracaat Sayıları, 2010 44
Tablo 17: Yıllara ve Hastane Mülkiyetine Göre Toplam Ameliyat Sayıları 44
Tablo 18: Hastane Mülkiyetine Göre Ameliyat Sayısının Müracaat Sayısına Oranı, (%), 2011 46
Tablo 19: Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Fonksiyonlara Göre Dağılımı, 2008 65
Tablo 20: Türkiye'de 2009 Yılı Kamu Sağlık Harcamalarının Kurumlara Göre Dağılımı (Bin TL) 66

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: 2010 Yılı Nüfus Piramidi, Türkiye 5
Şekil 2: OECD Ülkelerinde Doğumda Beklenen Ortalama Yaşam Süresi, Yıl (2010 Yılı veya En Yakın Yıl) 6
Şekil 3: Türkiye'de Yıllara Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, (Yıl) 6
Şekil 4: Temiz Suya Erişim Oranı (2010 Yılı) 7
Şekil 5: Bebek Ölüm Oranı* (1.000 Canlı Doğumda) 8
Şekil 6: Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı, (1.000 Canlı Doğumda), Türkiye 8
Şekil 7: Bölgelere Göre Bebek Ölüm Hızı, (1.000 Canlı Doğumda), 2011 9
Şekil 8: Bin Canlı Doğumda Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Oranı (2010 Yılı) 10
Şekil 9: Yıllara Göre 5 Yaş Altı Ölüm Hızı, (1.000 Canlı Doğumda), Türkiye 10
Şekil 10: Yıllara Göre Anne Ölüm Oranı, (100.000 Canlı Doğumda), Türkiye 11
Şekil 11: Bölgelere Göre Anne Ölüm Oranı, (100.000 Canlı Doğumda), 2006-2010 12
Şekil 12: Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı (2010 Yılı veya En Yakın Yıl) 16
Şekil 13: Bin Kişiye Düşen Hemşire Sayısı (2010 Yılı veya En Yakın Yıl) 17
Şekil 14: Yüz Bin Kişiye Düşen Sağlık Bilimi Lisansiyer Mezunu Sayısı, (2010 Yılı veya En Yakın Yıl) 18
Şekil 15: Sağlık Kurumlarını Değişime Zorlayan Faktörler 22
Şekil 16: Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Aile Sağlığı Merkezi Başına Düşen Nüfus 30
Şekil 17: Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Aile Sağlığı Merkezleri Muayene Odası Başına Düşen Nüfus, Türkiye 31
Şekil 18: Yıllara Göre Ambulans Sayısı, Sağlık Bakanlığı, Türkiye 31
Şekil 19: Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşları Sevk Oranı 33
Şekil 20: Ülkelerin Coğrafi ve Gelir Sınıflarına Göre Sağlık Personeli Eliyle Yapılan Doğum Oranı 33
Şekil 21: Difteri-Boğmaca-Tetanoz Aşı Yüzdesi (2010 Yılı) 34
Şekil 22: Kızamık Aşı Yüzdesi (2010) 35
Şekil 23: Mülkiyet ve Yıllara Göre Hastane Sayılarının Gelişimi 36
Şekil 24: Bin Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı (2010 Yılıveya En Yakın Yıl) 37
Şekil 25: Mülkiyet ve Yıllara Göre Hastane Yatağı Sayılarının Gelişimi 37
Şekil 26: Bölgelere Göre On Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı 38
Şekil 27: Yıllara ve Mülkiyete Göre Nitelikli Yatakların Dağılımı (%) 39
Şekil 28: Bir Milyon Kişiye Düşen MR Görüntüleme Birimi Sayısı, (2010 Yılı veya En Yakın Yıl) 40
Şekil 29: Bir Milyon Kişiye Düşen Bilgisayarlı Tomografi Sayısı, (2010 Yılı veya En Yakın Yıl) 40

Şekil 30: Yüz Bin Kişiye Düşen Hastane Taburcu Sayısı, Yıllık Adet (2010 Yılı veya En Yakın Yıl) ... 43
Şekil 31: Yıllara Göre Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri Müracaat Sayısı, Sağlık Bakanlığı, Türkiye ... 45
Şekil 32: Bütün Hastalık Nedenlerinden Dolayı Ortalama Yatış Süresi, Gün (2010 Yılı veya En Yakın Yıl) ... 47
Şekil 33: Hastane Mülkiyetlerine Göre Ortalama Yatış Süreleri ... 48
Şekil 34: Hastane Mülkiyetlerine Göre Yatak Doluluk Oranları ... 48
Şekil 35: Hastane Mülkiyetlerine Göre Yatak Devir Aralığı (Gün) ... 49
Şekil 36: Kişi Başına Hekime Başvuru Sayısı, Yıllık Adet (2010 Yılı veya En Yakın Yıl) (Türkiye 2011 yılı) ... 50
Şekil 37: Yıllara Göre Kişi Başı Sağlık Kuruluşlarına Müracaat Sayısı ... 51
Şekil 38: Bin Canlı Doğumda Gerçekleşen Sezeryan Sayısı (2010 Yılı veya En Yakın Yıl) ... 52
Şekil 39: Genel Sağlık Durumundan Memnuniyet Düzeyi (Yüzde) ... 53
Şekil 40: Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi (Yüzde) ... 54
Şekil 41: Kişi Başına Sağlık Harcaması (ABD 100 Kabul Edildiğinde, 2010 Yılı) ... 55
Şekil 42: Ülkelere Göre Kişi Başı Sağlık harcamaları ($PPP) (2010 Yılı veya En Yakın Yıl) ... 56
Şekil 43: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP, ABD $ ... 57
Şekil 44: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Oranı (Yüzde) (2010 yılı veya en son yıl) ... 58
Şekil 45: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%) ... 59
Şekil 46: Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamu Sağlık Harcamalarının Oranı (2010 Yılı) ... 60
Şekil 47: Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamunun payı, % (2010 Yılı veya En Yakın Yıl) ... 61
Şekil 48: Toptan sağlık harcamaları İçinde Cepten Yapılan Ödemelerin Payı (%, 2010 Yılı veya En Yakın Yıl) ... 61
Şekil 49: Özel Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Ödeme Yüzdesi (2010 Yılı) ... 62
Şekil 50: Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, SGP, ABD $ ... 63
Şekil 51: Toplam Sağlık Harcamaları İçinde İlaç ve Tıbbi Malzemelerin payı (%, 2010 Yılı veya En Yakın Yıl) ... 64

KISALTMALAR

AFG	: Afganistan
AGO	: Angola
ARB	: Arap Ülkeleri
BIH	: Bosna-Hersek
COD	: Kongo Demokratik Cumhuriyeti
EAS	: Doğu Asya ve Pasifik Ülkeleri
ECS	: Avrupa ve Merkezi Asya Ülkeleri
EUU	: Avrupa Birliği Ülkeleri
GNB	: Guinea-Bissau
HIC	: Yüksek Gelirli Ülkeler
HPC	: Aşırı Borçlu Fakir Ülkeler
ISL	: İzlanda
LCN	: Latin Amerika ve Caribbean Ülkeleri
LDC	: En Az Gelişmiş Ülkeler
LIC	: Düşük Gelirli Ülkeler
LMC	: Düşük Orta Gelirli Ülkeler
LMY	: Düşük ve Orta Gelirli Ülkeler
LUX	: Lüksemburg
MEA	: Orta Doğu ve Kuzey Afrika Ülkeleri
MIC	: Orta Gelirli Ülkeler
NAM	: Nambia
OEC	: Yüksek Gelirli OECD Ülkeleri
OED	: OECD Üye Ülkeleri
SLB	: Solomon Adaları
SOM	: Somali
SSF	: Sahara Altı Afrika Ülkeleri
TUR	: Türkiye
UMC	: Orta Gelir Üstü Gelirli Ülkeler
USA	: Amerika Birleşik Devletleri
WLD	: Dünya Ortalaması

KOMİSYON ÜYELERİ

(Raportör ve Koordinatörler hariç alfabetik olarak sıralanmıştır.)

RAPORTÖR	
Prof. Dr. Yusuf Çelik	Hacettepe Üniversitesi
KOORDİNATÖRLER	
Aysel Binler	Kalkınma Bakanlığı
Seyit Yalçın	Kalkınma Bakanlığı

KORUYUCU-TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞMA GRUBU

Başkan : Dr. Ahmet Özlü	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Raportör : Fatih Şantaş	Hacettepe Üniversitesi
Üyeler:	
Ali Emre Çağan	Sağlık Bakanlığı
Prof. Dr. Aytolan Yıldırım	Türk Hemşireler Derneği
Dr. Banu Ekinci	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Çağlayan Çakmakçı	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Çiğdem Seydioğulları	Kamu İş Sendikası
Duygu Cengiz	Sağlık Bakanlığı
Emine Emer	Sağlık Bakanlığı
Ertuğrul Göktaş	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Günşen Tantekin	Kalkınma Bakanlığı
Hatice Turan	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
İlknur Dolu	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Dr. Kağan Karakaya	Sağlık Bakanlığı
Dr. Levent Göçmen	Sağlık Bakanlığı
Nihan Fila	Kalkınma Bakanlığı
Nurcan Ersöz	Sağlık Bakanlığı
Doç. Dr. Sare Mıhçıokur	Başkent Üniversitesi
Dr. Sedat Gülay	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Sumru Kutlu	UNICEF
Dr. Tajdin Kızılboğa	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Dr. Tolga Yıldırım	Sosyal Güvenlik Kurumu
Dr. Zekiye Çipil	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU ÇALIŞMA GRUBU

Başkan : Prof. Dr. Mustafa Solak	Afyon Kocatepe Üniversitesi
Raportör : Prof.Dr. Alper Cihan	İstanbul Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Özgür Uğurluoğlu	Hacettepe Üniversitesi
Üyeler:	
Aysel Binler	Kalkınma Bakanlığı
Dr. Dursun Aydın	Sağlık Bakanlığı
Hande Hacımahmutoğlu	Kalkınma Bakanlığı
Prof.Dr. Haydar Sur	İstanbul Üniversitesi
Hüseyin Çelik	Acıbadem Hastaneler Grubu
Dr. Keziban Avcı	Sağlık Bakanlığı
Melek Özgür Duman	Kalkınma Bakanlığı
Dr. Mustafa Kosdak	Sağlık Bakanlığı
Prof. Dr. Mustafa Ünal	Akdeniz Üniversitesi
Osman Nuri Erdem	Kalkınma Bakanlığı
Prof. Dr. Ömer Geçici	Akdeniz Üniversitesi
Ramazan Tan	Sağlık Bakanlığı
Prof. Dr. Sabahattin Aydın	Medipol Üniversitesi
Seyit Yalçın	Kalkınma Bakanlığı

SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİ SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK ÇALIŞMA GRUBU

Başkan : Yrd. Doç. Dr. Haluk Özsarı	İstanbul Üniversitesi
Raportör : Prof. Dr. Yusuf Çelik	Hacettepe Üniversitesi
Üyeler:	
Ahmet Oğuz Sarıca	Kalkınma Bakanlığı
Ali Utku Cengiz	Sosyal Güvenlik Kurumu
Doç. Dr. Bayram Şahin	Sosyal Güvenlik Kurumu
Celalettin Sıvacı	Maliye Bakanlığı
Doğu Ç. Gülalioğulları	Maliye Bakanlığı
Emel Kızmaz Bozok	Hazine Müsteşarlığı
Enginer Birdal	Sağlık Turizmi Derneği
Eren Toprak	Kamu İhale Kurumu
Eyüp Alican	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Fatih Türkmen	Kalkınma Bakanlığı
Güler Hülya Yılmaz	Deloitte Danışmanlık
Dr. Haluk Başçıl	Türk Tabipler Birliği
Hande Hacımahmutoğlu	Kalkınma Bakanlığı

Hülya Özkan	Maliye Bakanlığı
İlke Eren Karaca	Türkiye Sağlık Endüstrisi İşverenleri Sendikası
Muhammet Okçu	Maliye Bakanlığı
Murat Levent Koçak	Türk Eczacıları Birliği
Mustafa Bora Dilik	Deloitte Danışmanlık
Prof. Dr. Mustafa Özmen	Hacettepe Üniversitesi
N. Zerrin Üstünışık	Kalkınma Bakanlığı
Orhan Koç	Sağlık Bakanlığı
Dr. Rasim Köselerli	Sosyal Güvenlik Kurumu
Seda Türksever	Kalkınma Bakanlığı
Sedat Çakıcı	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Tahsin Güney	TUSİAD
Ümran Ergenç	Kalkınma Bakanlığı

YÖNETİCİ ÖZETİ

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı çalışmaları çerçevesinde oluşturulan Sağlık Hizmetlerinin Etkinleştirilmesi ve Mali Sürdürülebilirlik Komisyon üyeleri çalışmaları iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada, Kalkınma Bakanlığı tarafından tayin edilen bir raportör tarafından Türk Sağlık Sistemini ve Sağlık Hizmetlerinin mevcut durumunu ortaya koyan bir ön rapor hazırlanmıştır. Bu rapor 5-6 Eylül 2012 tarihleri arasında komisyon üyelerinin tartışmasına açılmıştır. İlk toplantıda komisyon üyelerinin üç grup altında çalışmalarını sürdürmeleri kararlaştırılmıştır. Bu gruplar:

1. Koruyucu sağlık hizmetleri

2. Sağlık hizmetleri sunumu

3. Mali sürdürülebilirlik çalışma grubu olarak belirlenmiştir.

Gruplar, sorumluluk alanlarına verilen konuları tartışmışlar ve bir rapor hazırlamışlardır. Grupların hazırladıkları bu raporlar raportör tarafından toplanmış ve tüm katılımcıların görüşlerini de daha sonradan toplamak yolu ile bir ara rapor hazırlamıştır. Raportör tarafından hazırlanan bu ara raporlar 2-3 Kasım 2012 tarihleri arasında grup üyeleri arasında tekrar tartışılmış ve bu tartışmalar neticesinde ara raporlara nihai hali verilmiştir.

Raporun mevcut durum kısmındaki temel bulgu ve tespitler şunlardır:

1. 2012 yılı itibarı ile Türkiye yaklaşık 75,6 milyonluk bir nüfusa sahiptir. Türkiye her ne kadar genç bir nüfus yapısına sahip olsa bile 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı yaklaşık %7,5 olup 2025 yılı itibarıyla yaklaşık her on kişiden birisi 65 yaş ve üzeri yaş grubunda olacağı öngörülmektedir. Eşzamanlı olarak toplam nüfusun da arttığı düşünüldüğünde, bu gelişmenin sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin finansmanı üzerinde önemli bir ilave yük getireceği düşünülmektedir.

2. OECD ülkelerinde 79,8 yıl olan doğuşta beklenen yaşam süresi Türkiye'de 74,3 yıl olup OECD ülkeleri arasında en düşük rakamdır. Diğer yandan, Türkiye'nin ortalama yaşam süresindeki değişime bakıldığı zaman hem erkek hem de kadınların ortalama yaşam sürelerinde sürekli bir artış eğiliminin olduğu görülmektedir

3. Türk sağlık sisteminde son on yılda olumlu yönde yaşanan bazı gelişmeler sağlık göstergelerine de yansımıştır. Türkiye'de bebek ölüm oranı binde 7,7'ye kadar düşürülmüş olmasına rağmen halen Avrupa Birliği ve OECD ortalamasına erişilememiştir. Ayrıca Türkiye'deki coğrafi bölgeler arasında bebek ölüm oranı açısından bir dengesizlik olduğu görülmektedir.

4. Türkiye bin kişiye 1,7 hekim ile Şili'den sonra en düşük hekim sayısına sahip ülke konumundadır. OECD ülkeleri içinde Türkiye bin kişiye düşen 1,5 hemşire ile Şili ile birlikte en son sırada yer almaktadır

5. Birinci basamak sağlık kurumlarının kullanım oranında artış görülmekle birlikte, henüz hedeflenen düzeye erişilememiştir.

6. Birinci basamak sağlık kurumlarından özellikle ikinci basamak sağlık kurumlarına sevk seviyesi yüksektir. Yüksek sevk seviyesinin en önemli nedeni ise birinci basamak sağlık kurumlarının personel ve alt yapı yetersizlikleridir. Ancak, aile sağlığı merkezlerinin de fiziksel olarak her geçen gün daha fazla iyileştiği gözlemlenmektedir. Örneğin 2003 yılında bir sağlık ocağındaki bir muayene odası başına düşen nüfus 10.786 iken 2010 yılında aile sağlığı merkezindeki her aile hekimine bir muayene odası düştüğü için muayene odası başına düşen nüfus 2010 yılında 3.652 seviyesine gelmiştir. Bunun sonucunda, bu kuruluşlara müracaat eden hasta sayısında önemli bir artış gerçekleşmiştir.

7. Türkiye'deki toplam hastane sayısı 2011 yılı itibarı ile 1.453'tür. 840 hastane ile Sağlık Bakanlığı en fazla hastaneye sahip kurumdur. İzlenen sağlık politikalarının sonucu olarak özel hastane sayısında 2002 yılından bu yana hızlı bir artış eğilimi vardır. Yeni açılan üniversiteler ve tıp fakülteleri nedeni ile de üniversite hastanelerinin sayısı 65'e yükselmiştir.

8. 2002 yılında 3,2 olan kişi başı hekime başvuru sayısı 2011 yılı itibarıyla 8,2'ye ulaşmıştır. Hekime başvuru sayısının artışında, Sosyal Güvenlik Kurumlarının birleştirilmesi ve bütün üyelerin sağlık hizmetlerine erişimde eşit haklara kavuşması, aile hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve devlet memurları ve yakınlarının da özel sağlık kurumlarını kullanabilmelerine imkân sağlanması önemli faktörler olarak ön plana çıkmaktadır.

9. 2008 yılında sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı yüzde 6,1 ve kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı yüzde 73 iken; 2011 yılında söz konusu rakamlar sırasıyla yüzde 5,3 ve yüzde 79,6 olarak gerçekleşmiştir. OECD ülkeleri, kamu sağlık harcamaları payına göre karşılaştırıldığında ise Türkiye çoğu OECD ülkesine göre kamu sağlık harcamasını daha fazla gerçekleştirmektedir.

Komisyon üyeleri, koruyucu ve temel sağlık hizmetleri çalışma grubu, sağlık hizmetleri sunumu grubu ve sağlık hizmetlerinde mali sürdürülebilirlik grubu olarak üçe ayrılmışlar ve çalışmalarını yürütmüşlerdir.

Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri çalışma grubu, koruyucu ve temel sağlık hizmetleri alanında karşılaşılan sorunları; hizmeti alana, hizmetlere, hizmet sunum yöntemine ve sağlığın sosyal bileşenlerine ilişkin olmak üzere dört temel başlık altında toplamıştır.

1. Hizmeti alana ilişkin sorunlar: Sağlam bireylere sağlıklı davranışların kazandırılmasında bireylerden kaynaklanan bir takım engellerin olduğu tartışılmış ve eğitim seviyesi, gelir durumu, yaşanılan bölge, baskın kültürel ve sosyal değerlerin göz önünde bulundurulması gereken temel alanlar olarak değerlendirilmiştir. Grup tarafından, bireylerin koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini kullanma ve dolayısıyla sağlıklı olma yönündeki davranışlarının önünde duran en önemli sorun 'Sağlığı Geliştirme, Sağlık Okur

Yazarlığı' alanı olarak kabul edilmiştir. Ayrıca, tanı ve tedavi maliyeti yüksek halk sağlığı sorunlarına ve hastalıklara özgü risk haritalarının yetersizliği üzerinde durulmuş ve koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri yatırım, planlama ve sunumunda oluşturulan risk haritalarından yararlanılması önerilmiştir.

2. Hizmetlere ilişkin sorunlar: Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin kalitesi, sunulma şekli, nerelerde sunulduğu, kimler tarafından sunulduğu da bu hizmetlerin kullanımının yaygınlaştırılmasında önemli faktörler olarak belirlenmiştir. Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri alanında yaşanılan sorunlar;

- Birinci basamak hizmetlerinde risk haritaları
- Afet ve acil durumlar
- İş sağlığı ve güvenliği
- Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri
- Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü
- Rehabilitasyon hizmetleri
- Sağlığı koruyucu yöntemler
- Üreme sağlığı
- Sağlık bilgi sistemleri
- Sağlık araştırmaları olarak sıralanmıştır

3. Hizmet sunumu yöntemine ilişkin sorunlar: Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlar, sunumda yer alan sağlık personeli ve sunulan koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili sorunlar bu başlık altında tartışılmıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayı ve fiziksel olarak yetersiz olduğu iddia edilmiş, koruyucu ve temel sağlık hizmetlerin sunulduğu sağlık kuruluşlarının sayısal ve fiziksel yetersizliğinin ve personel açığının giderilmesi, bu hizmetlere yönelik finansal kaynakların artırılması, ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliğini geliştirici çalışmalarının yapılması ve birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan finansal kaynağın artırılmasının gerekli olduğu ifade edilmiştir.

4. Sağlığın sosyal bileşenlerine ilişkin sorunlar: Sağlık statüsünü etkileyen faktörlerin sadece sağlık sistemi ile ilgili olmadığı, sağlık sisteminin dışındaki faktörlerin de sağlık statüsünü önemli derecede etkilediği uzun yıllardır bilinen bir gerçektir. Bunun için sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliği üzerinde sürekli olarak durulmaktadır. Gelir düzeyi, yaşanılan yer ve cinsiyet gibi faktörler sağlık statüsünü etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri çalışma grubuna göre, gelir ve eğitim düzeyinin farklılığı ve cinsiyet üzerinde durulması gereken öncelikli unsurlar olarak değerlendirilmiştir.

5. Ulusal ve uluslararası sektörler arası işbirliğine ilişkin sorunlar: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliğinin yetersiz olduğu ve işbirliği mekanizmalarının geliştirilmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Sağlık hizmetleri sunumu grubu da sağlık hizmetleri sunumu alanında karşılaşılan sorunları temel başlıklar altında toplamışlar ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirmişlerdir. Bu sorunlar kısaca şunlardır:

1. Sağlık sisteminin yönetim ve organizasyonu ve sağlıkta insan gücü planlaması: Sağlık sisteminde yer alan kurumların ve rollerin belirlenmesi ile ilgili paydaşlar arasındaki koordinasyon ve finansman ve ödeme gibi konular bütün ülkelerde sağlık sistemlerinin performans ve verimlilikleri üzerinde önemli etkilere sahiptir. Sağlık hizmetleri sunumunda sağlık insan gücünün yeri ve önemi yadsınamaz. Ancak değişen ihtiyaç ve hastalık yapısına göre ihtiyaç duyulan sağlık insan gücü tipi ve bunlarda yer alması gereken yeterliliklerde de önemli değişikler gerekli olmaktadır. Bu durumda eğitim kurumları ve sağlık sistemi arasında yakın ve koordineli bir çalışma sisteminin kurulması neredeyse zorunluluk haline gelmektedir. Mevcut durumda Türk Sağlık Sisteminde yönetim, organizasyon ve sağlık insan gücü ile ilgili sorunlar;

• Kurumlar arası koordinasyon ve iletişim sorunu

• Kamu politikaları, görev ve rol tanımları ile istihdam politikasının beraber yürütülmemesi

• Performansa dayalı ek ödeme sisteminin eksiklikleri sorunu

• Kamu personelini verimli çalıştıramama sorunu

• Şikâyet yönetimi, hasta ve çalışanların güvenliği sorunu

• İnsan kaynaklarının bölgeler ve kurumlar arasında dengesiz dağılımı sorunu

• Hemşirelik eğitim düzeyinde (meslek lisesi, üniversite) standardizasyon sorunu

• Meslekler arası görev sınırlarının belirlenmesinde mevcut mevzuatın güncellenmemesi sorunu

• Sağlık sisteminde yeni mesleklerin tanımlarının olmaması sorunu

olarak sıralanmıştır.

2. Sağlık hizmet sunumunun kalitesi ve verimliliği ile ilgili sorunlar: Sağlık tesislerinin inşasında bölge ve yer seçiminde hatalar olduğu ve söz konusu problemin çözülebilmesinin ancak sağlık yatırımlarında merkezi planlama sürecinin güçlendirilmesiyle mümkün olabileceği ifade edilmiştir.

3. Sağlıkta 2023 Vizyonu: 2023 Sağlık vizyonunda sağlıkta inovasyon ve sağlık turizmi konularının vurgulanmasının gerekli olduğu ifade edilmiştir.

4. Hastaneler: Sağlık hizmet sunumunda çok başlılık, 2005 yılında SSK, diğer bakanlık ve kamu hastanelerinin (üniversite hastaneleri hariç) Sağlık Bakanlığı'na bağlanması ile kısmen azaltılmıştır. Ancak son yıllarda izlenen sağlık politikalarının bir sonucu olarak Türkiye'de özel hastane sayısında da önemli artışlar meydana gelmiştir. Sorunlar farklı olsa dahi Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastanelerin önemli sorunlar yaşadıkları bilinmektedir.

Sağlık hizmetlerinde mali sürdürülebilirlik grubu ise karşılaşılan sorunları kısaca şu başlıklar altında tanımlamışlardır:

1. Türk Sağlık Sistemindeki Paydaşların Rolleri: Sağlık politikasını belirleyen ve düzenleyen, hizmeti sunan ve finanse eden aktörlerin yetki ve sorumluluklarının tam olarak ayrıştırılmaması sağlık sisteminde bazı sorunlara yol açmaktadır.

2. Sağlık Verileri: Toplam sağlık harcamaları öncelikli olmak üzere tüm sağlık alanında üretilen veriler; ulaşılabilir, karşılaştırılabilir ve standart değildir. Doğru politikaların belirlenebilmesi ve izlenilen politikaların sonuçlarının değerlendirilmesi için kapsamlı, doğru, güvenilir ve dönemler itibarı ile karşılaştırılabilir verilerin toplanması son derece önemlidir.

3. Mali Sürdürülebilirlik: Sağlık harcamalarının kontrolünde etkinlik sağlanamaması nedeniyle sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliği tehdit altındadır. Tedavi, yöntem ve işlemlerin geri ödeme kapsamına alınmadan yapılan maliyet-etkililik değerlendirmeleri yeterli düzeyde değildir. Geri ödeme kapsamına alınan sağlık hizmetlerinin fazla olması, sağlıkta kullanılan teknolojinin ilerlemesi ve hizmetlere erişimin her geçen gün artırılmasının da etkisiyle sağlık harcamalarındaki artış üzerinde olumsuz bir etki oluşturmakta, sistemin finansal sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir.

4. Geri Ödeme Yöntem ve Modelleri: Sağlık hizmeti bedellerinin ödenmesinde kamu tarafından kullanılmakta olan yöntem ve modeller sağlık hizmetleri sunucuları arasında adaletsizliğe neden olmaktadır.

5. Fiyatlandırma: Sağlık hizmetlerinde maliyet-etkililik analizine dayalı fiyatlandırma yapılmamaktadır. Ülkemizde kamu ve özel tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasında maliyet etkili yöntemler kullanılmamaktadır.

6. Satın Alma Süreci: Kamunun sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan malzeme ve ilaç tedariki süreçleri ile sağlık kurumlarının satın alma sürecinde hukuki ve yönetsel sorunlar bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda destek hizmetleri kapsamında yer alan tıbbi malzeme ve ilaç tedariki sürecini düzenlemeye yönelik eylemler ve asli veya yardımcı sağlık hizmeti sunumunda dış kaynaklardan yararlanma yönteminin yaygınlaşması daha çok maliyetleri kontrol altına almaya ve maliyetleri düşürmeye yönelik yöntemler olarak bilinmektedir.

7. İlaç ve Tıbbi Cihaz Üretimi ve İhracatı: Ülkemizde, ilaç ve tıbbı cihaz üretimi ve ihracatı düşük seviyededir. Tıbbi cihaz bakım ve onarım standartlarında eksiklikler bulunmaktadır.

8. Sağlığı Koruyucu ve Geliştirici Hizmetler: Sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerin ne olduğu ve kimler tarafından sunulduğu konusunda belirsizlikler mevcuttur.

9. Planlama ve Mevzuat: Sağlık alanında yapılan planlama ve mevzuat düzenlemelerinin öngörülebilir nitelikte olmadığı ve bu durumun kaynak israfına neden olduğu ifade edilmiştir.

Grupların kendi içlerinde yapmış oldukları tartışmaların sonucunda her bir gruba ait ve Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planına yönelik temel hedefler aşağıda olduğu gibi sıralanmıştır:

1. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri

• Güncel ve güvenilir sağlık bilgi kaynakları ile toplumun sağlık bilincinin yükseltilmesi ve sağlıklı hayat programlarına erişimin sağlanmasına yönelik sağlığı geliştirme faaliyetleri geliştirilmelidir.

• Afet ve acil durum yönetimi sisteminin güncellenerek geliştirilmesi ve kurumlar arası koordinasyonun güçlendirilmesi gerekmektedir.

• İş sağlığı ve güvenliğine yönelik önlemlerin geliştirilmesi ve sektörler arası işbirliği güçlendirilmelidir.

• İlk yardım eğitim programlarının içeriğinin tüm acil sağlık hizmetleriyle ilgili ihtiyaca cevap verecek şekilde düzenlenmesi, ilgili kurum/kuruluşlarla işbirliği içinde sağlanmalıdır.

• Bulaşıcı hastalıklar için mevcut sürveyans sisteminin geliştirilmesi, bulaşıcı olmayan hastalıklar (kanser vb.) ve meslek hastalıkları için sürveyans sisteminin oluşturulması ve geliştirilmesi gerekmektedir.

• Tarama ile erken teşhis edilebilir hastalıklar (kanser vb.) için mevcut tarama programlarının uygulanması, olmayanların geliştirilmesi gerekmektedir.

• Özellikli gruplara hizmet götüren kurum ve kuruluşlar arasındaki eşgüdümün sağlanarak hizmetlerin iyileştirilmesi gerekmektedir.

• Tütün, tütün mamulleri, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler mücadele, sağlık gıda ve güvenli çevreye erişim, toplum temelli ruh sağlığı ile koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi sağlanmalıdır.

• Çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin güçlendirilerek yaygınlaştırılması ve anne- bebek ölümlerinin azaltılması sağlanmalıdır.

• Sağlık bilgi sistemleri geliştirilmeli ve etkin bir şekilde kullanılmalıdır.

• Toplum sağlığı ile ilgili araştırmaların yapılarak, güvenilir verilerin toplanması gerekmektedir.

• İlgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği halinde uygun insan gücü planlaması ve etkinliğini sağlayacak önlemlerin alınması gerekmektedir.

• Birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısal ve fiziksel yetersizliği giderilmelidir.

• Etkili sağlık hizmetlerinin sunumu için ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliği mekanizmaları güçlendirilmelidir.

2. Sağlık Hizmetleri Sunumu

• Kurumlar arası bilgi networkleri üzerinden web servisler sağlanarak merkezi veri paylaşım sistemi kurulması gerekir. MEB, YÖK ve ilgili kuruluşlarla koordinasyon ve iletişim sağlanmalıdır.

• Sağlık insan gücü kaynakları, eğitim kurumları ve kontenjanları ilgili kurumlarla işbirliği içerisinde ancak tek elden yürütülmelidir.

• Performansa dayalı ödeme sistemi, izlenen sağlık politikası ve Türk Sağlık Sistemi hedeflerine göre yeniden gözden geçirilmelidir.

• Sadece sağlık kuruluşlarında değil tüm kurum ve kuruluşlarda kadro, görev ve rol unvanlarına göre tanımlar ve fonksiyonel iş gerçekleştirme analizlerinin ve iş tanımlarının yapılması gerekmektedir.

• Her kurumun sağlık iletişimi ve beklenti yönetimi çalışmalarını yapması ve söz konusu çalışmaların sonuçlarını kullanması gerekmektedir.

• Sağlık hizmetlerinde disiplinler arası çalışma mantığıyla yeni ihtiyaç duyulan meslek tanımları yapılmalıdır.

• Sağlık hizmet sunumunda kalite ölçülememektedir. Bu ölçümlerin yapılabilmesi için klinik hizmet kalite standartlarının geliştirilmesi gereklidir. Belirlenecek klinik hizmet kalitesi göstergelerinin tüm hastaneler tarafından kullanımlarının yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

• Hastanelere gereksiz başvuruların kontrolü için uygun politikaların geliştirilmesi veya işleyen bir sevk sisteminin oluşturulması gerekmektedir.

• Sağlıkla ilgili biyoteknoloji ve nanoteknoloji gibi alanlara yönelik çalışmalar desteklenerek yenilikçi tedavi yöntemleri ile birlikte sağlık sisteminde Türk Sağlık Sistemini iyileştirecek ve ekonomisinin gelir kalemlerini farklılaştıracak olan yeniliklerin önü açılmalıdır.

• Sağlık turizmi faaliyetlerinin yürütüleceği kaynakların envanteri yapılarak bu kaynakların sağlık turizmine yönelik kapasiteleri artırılmalıdır.

• Türkiye'nin, diğer ülkeler ve bu konudaki uluslararası mevzuatı inceleyerek kendi sağlık turizmi hukuku ve alt mevzuatını uluslararası hukuka uygun hale getirmesi gerekmektedir.

• Üniversite hastanelerinin hizmet sunumunda finansal sürdürülebilirlik ve kalite çelişkisi yaşamalarına neden olmaktadır. Bu problemin çözümü için sağlık sistemi içinde üniversite hastanelerinin yerinin ve rolünün tanımlanması gerekmektedir.

• Üniversite hastanelerinde tanı, tedavi ve yönetsel faaliyetlerde yeni yöntemlerin bulunması ve uygulanmasında yetersizlikler vardır. Bunun için yenilikçi yöntemlerin artırılması finansal kaynaklarla desteklenmeli ve geliştirilmelidir.

• Kamu hastane birliklerinin tabi olacakları alt mevzuatın acilen geliştirilmesi gerekmektedir.

3. Sağlık Hizmetlerinde Mali Sürdürülebilirlik

• Sağlık hizmetini sunan, finanse eden, düzenleyen ve denetleyen yapılar net bir şekilde ayrıştırılmalı, rol paylaşımı sağlanmalı, düzenleyici ve denetleyici rol için ilgili tarafların temsilini sağlayan özerk bir üst kurul yapılanmasına gidilmelidir ve bu Kurulun kararları ilgili kurumlar için bağlayıcı olmalıdır. Bu Kurulun kurulmasından ve amaca uygun çalışmasından Sağlık Bakanlığı sorumlu olmalıdır.

• Sağlık verileri; doğru, güncel, ulusal ve uluslararası karşılaştırılabilir olarak üretilmelidir. Hangi verilerin hangi sıklıkta ve standartta toplanacağı ve toplanacak verilerin hangi periyotlarla yayınlanacağı veya kimlerle paylaşılacağı konusunda sorumluluk bir kuruma verilmelidir. TÜİK bu konuda özel sektör ve üniversitelerin de içinde bulunduğu ilgili paydaşları içeren bir komisyon kurabilir. Ayrıca kurumların farklı bilgilere ihtiyaç duyduğu göz önüne alınarak, kurumların kendi ihtiyaçlarına uygun raporlama ve analiz sistemlerini kurması ve TÜİK'in ihtiyaç duyduğu verileri sağlayabilme kapasitesine sahip olması gerekir.

• Geri ödeme kapsamında olan işlem ve tedavi yöntemleri gözden geçirilmeli, geri ödeme kapsamına alınmasına karar verilecek işlem ve tedavi yöntemleri için tıbbi ve ekonomik değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Tıbbi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarını yapmaktan sorumlu ulusal bir kurumun kurulması yönünde adımlar atılmalıdır. Bu kurum sadece tıbbi işlem ve tedavi yöntemlerini değerlendirmekten değil aynı zamanda sağlık teknolojileri değerlendirmesinden de sorumlu tutulmalıdır. Bu konudaki kurumsal kapasite eksikleri tamamlanmalıdır.

• Sağlık hizmetinin nitelik ve niceliğini arttıracak her türlü üretim faktörünün kullanımını sağlamaya yönelik olarak, kamu-özel ayrımı yapılmaksızın, rasyonel maliyet ve geri ödeme yöntemleri esas alınmalıdır.

• Sağlık hizmeti fiyatlarının belirlenmesinde maliyet bazlı yöntemler kullanılmalı ve diğer paydaşların görüşleri dikkate alınmalıdır.

• Ölçek ekonomisini göz önüne alan satın alma uygulamaları yaygınlaştırılmalı ve buna ilişkin birimler kurulmalıdır.

• Ülkemizde yerleşik tıbbi cihaz ve ilaç üreticileri teşvik edilmelidir. Teşvik uygulamalarında seçicilik esası dikkate alınmalıdır.

• Sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerin kullanımını yaygınlaştırmaya yönelik olarak; ulusal hastalık yükü çalışmalarından yararlanılarak belirlenecek müdahale alanlarına yeterli kaynak ayrılmalıdır.

• Koruyucu ve sağlığı geliştirmeye yönelik hizmetlerin sadece sağlık sistemini ilgilendirmeyen hizmetler olduğu bilinmeli ve diğer sektörlerin de bu konudaki işbirliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.

• Özel sektör ve kamu arasında yatırım, planlama gibi konularda ortak çalışmalar yetersizdir. Yatırımlarının planlanması sürecinde kamu ve özel sektörün eşgüdüm halinde çalışabileceği mekanizmalar oluşturulmalıdır. Bu sayede belirsizlikler azalacak, özel sektör yatırımlarını daha sağlıklı bir şekilde planlayabilecek ve dolayısıyla kaynak israfının önüne geçilebilecektir.

GİRİŞ

2003 yılında uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile aile hekimliği sistemin tüm yurtta uygulanmaya başlanması, anne-çocuk sağlığı ile ilgili çalışmalar, acil sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, fiziki altyapı yatırımlarının artırılması, sağlık çalışanlarına performansa dayalı ek ödeme yapılması, genel sağlık sigortasının oluşturulması ve ilaç sektörüne ilişkin düzenlemeler gibi birçok alanda sistematik değişimler gerçekleştirilmiştir. Bu değişimlerin sonucunda sağlık göstergelerinde belirgin iyileşmeler gözlenmektedir. Hem gerçekleştirilen yapısal değişimlerin etkisi, hem de nüfusumuzun yaşlanmasına bağlı olarak daha yüksek maliyetli tedavileri olan kronik hastalıkların artmasına dair eğilimler neticesinde, çoğu kamu sektörü tarafından finanse edilen sağlık harcamalarında, ileriye dönük olarak bir artış beklentisi bulunmaktadır. Bu sebeple, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla 10. Kalkınma Planı çalışmaları kapsamında bu alanda bir Özel İhtisas Komisyonu kurgulanıp ilgili taraftarların katılımı ile sistemin daha etkin çalışması için yapılması gerekenlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Bu komisyonda yer alan katılımcılar tarafından cevabı aranan bazı sorular şunlardır:

• Sağlık harcamalarının artış eğilimi önümüzdeki yıllarda ne seviyede olacaktır? Sağlık harcamalarının artışının bu harcamaların alt kalemleri (ilaç, tedavi vs.) üzerindeki etkisi ne düzeyde olacaktır?

• İleride kronik hastalıkların toplam hastalık yükündeki oranının ne seviyede olması beklenmektedir?

• Sağlık hizmet kullanım oranlarındaki artış trendinin ne seviyede olması beklenmektedir?

• Kaynak kullanımı ile sağlık hizmet çıktıları arasındaki ilişki ne seviyededir? Diğer bir değişle sağlık hizmet sunumu için tahsis edilen kaynaklar (insan gücü ve fiziki altyapı) etkin kullanılmakta mıdır?

• Sistemin daha etkin işlemesini engelleyen temel unsurlar nelerdir?

• Kaynakların daha etkin kullanılması için sağlık hizmet sunucularına ilişkin yapılması gereken temel sistematik değişimler nelerdir?

• Aile hekimliği sistemi etkin kullanılmakta mıdır? Etkin kullanılmıyorsa iyileştirilmesi için neler yapılmalıdır? Sevk sistemi çalıştırılmalı mıdır?

• Üniversite hastanelerinin etkinliğinin artırılması için neler yapılmalıdır?

• İleride artacak kronik hastalıklar göz önüne alındığında gelecekteki insan gücü kaynağının eğitiminin özellikle uzmanlık branşları açısından ne yönde değiştirilmesi gerekmektedir?

• Tıbbi cihazların sağlık hizmet sunucuları arasında ortak kullanımı nasıl sağlanabilir? Mükerrer alımların önlenmesi için neler yapılması gerekmektedir?

• Başta kronik hastalıklar olmak üzere, gıda çevre vb. alanlarda koruyucu sağlık hizmetleri kapsamına giren konularda insanların hastalanmadan korunmasına yönelik temel sistematik çözüm önerileri nelerdir?

Özel İhtisas Komisyonu Raporunda incelenmesi planlanan ana başlıklar ise:

1. Sağlık Hizmetlerinde Etkinliğin Artırılması: Sağlık hizmetlerinin doğru kişiye doğru zamanda ve doğru sonuçlar yaratacak şekilde sağlanması ve hâlihazırdaki hizmet sunum sisteminin daha iyi çalıştırılması için sorun alanlarının ve çözüm yöntemlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Ayrıca, sağlık harcamalarında ilerleyen yıllarda artış beklendiği göz önüne alındığında büyük oranda kamu tarafından finanse edilen bu hizmetlerin kamuya yaratacağı yükün asgari seviye indirilmesi için mali etkinliğin sağlanması da önemlidir.

2. Finansal Sürdürülebilirlik: Ülkemiz nüfusunun yaşlanmakta olduğu göz önüne alındığında ilerleyen yıllarda tedavi ve teşhis maliyetleri yüksek olan kronik hastalıkların toplam hastalık yükü içerisindeki payının artması beklenmektedir. Sosyal güvenlik kapsamındaki genişlemeler ile tedavi ve teşhis maliyetlerinin reel artışları da söz konusu yaşlanmayla birlikte değerlendirildiğinde, gelecekte sağlık harcamalarının artması beklenmektedir.

Bu ön raporda Özel İhtisas Komisyonu çalışmalarına rehberlik etmek amacıyla Dünya ve Türkiye'deki durum ortaya konulmaya çalışılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM: MEVCUT DURUM ANALİZİ

1. NÜFUS VE SAĞLIK STATÜSÜ

Bu bölümde bir ülkenin sağlık statüsünü değerlendirmede kullanılan önemli göstergeler açısından Türkiye'nin durumu farklı ülkelerle karşılaştırmalı olarak verilmektedir.

1.1. Nüfus ve Yaşlanma

Dünya nüfusu 2011 yılı itibariyle 7 milyar kişiye yükselmiştir. 2011 yılı itibariyle Dünya nüfusunun yüzde 60'ını barındıran Asya kıtasının toplam nüfusunun 2050 yılında yaklaşık 4,2 milyardan 5,2 milyara yükselmesi beklenmekle beraber, dikkat çekici bir gelişme olarak nüfus artış hızı Asya'nın yaklaşık 2 katı olan Afrika kıtasının şu anki nüfusunu yaklaşık 3'e katlayarak 3,6 milyara ulaşması beklenmektedir.

Diğer taraftan, başta gelişmiş ülkeler olmak üzere çoğu ülke yaşlanma olgusu ile karşı karşıya kalmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (DSÖ) Dünya ortalaması 1990'da 64, 2007'de 68 yıl olan doğuşta hayatta kalma beklentisi 2050 yılında 76 yılı geçecektir. DSÖ'nün gelir grupları sıralamasında üst gelir gruplarında yer alan ülkeler ile Amerika, Avrupa ve Batı Pasifik ülkelerinde doğuşta hayatta kalma beklentisi diğer bölgelere göre belirgin oranda daha fazladır. Doğuşta hayatta kalma beklentisi OECD ülkelerinde de hızla yükselmekte olup 2005 yılında 78,6 olan OECD ortalaması 2010 yılı verilerine göre 79,8 yıla yükselmiştir. OECD grubunda doğuşta hayatta kalma beklentisi en yüksek olan ülke 83 yıl ile Japonya olup en düşük olan ülke 74,3 yıl ile Türkiye'dir. Bu grupta 1960 yılından bu güne kadar gelişim incelendiğinde ise, Kore'nin yaklaşık 28 yıl yükselerek yüzde 27,9'luk bir artış yaşadığı görülmektedir.

60 yaş üzeri nüfusun oranı Dünya genelinde 2007 yılında yüzde 11'e ulaşmış olup, 2050 yılında bu oranın toplam nüfus içindeki payının yüzde 22'ye ulaşması beklenmektir (DSÖ, 2009:131). AB ülkelerinde ise 60 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı 1950 yılında yüzde 12 iken, bu oran 2000 yılında yüzde 20'ye çıkmıştır. Söz konusu oranın 2030 yılında yüzde 31'e, 2050 yılında ise yüzde 37'ye çıkması beklenmektedir (Yüksel, 2007:82).

Yaşlanma ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda yaşanan gelişmelerinde etkisi ile hastalık yükü içerisinde bulaşıcı olmayan hastalıkların oranı artmaktadır. DSÖ tahminlerine göre, 2030 yılında dünyadaki ölüm sebeplerinin başında iskemik kalp hastalıkları, serebrevasküler hastalıklar (felç), kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOAH), alt solunum yolu hastalıkları, özellikle zatürree gelecektir. KOAH'taki artışın temel sebebi ise tütün ve tütün mamullerinin kullanımındaki artış beklentisidir. Tütün kullanımına bağlı ölümlerin 2004 yılında 5,4 milyon iken 2030 yılında 8,3 milyona çıkması beklenmektedir ve bu ölümlerin yüzde 80'inin gelişmiş ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir. Diğer taraftan trafik kazaları 2004 yılında ölüm sebepleri arasında toplam ölümler içerisindeki yüzde 2,2'lik payı ile 9. sırada iken, 2030 yılında bu ölüm oranın yüzde 3,6 ile 5. sıraya yükselmesi beklenmektedir

Yaşlanma dolayısıyla hastalıkların görülme sıklığı, hastanelerde kalış süreleri ve hastalık yükünün değişmesi, verilen sağlık hizmetlerinin yapısı, organizasyonu ve finansmanı hususunda yeniden yapılanma anlamında önemli ihtiyaçları açığa çıkarmaktadır.

2012 yılı itibarı ile Türkiye yaklaşık 75 milyonluk bir nüfusa sahiptir. Nüfusun %25,2'sini 0-14 yaş grubu oluşturmaktadır. Bu da Türkiye'nin halen genç bir nüfus yapısına sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca, son yıllarda 0-14 yaş grubu yüzdesi azalma eğilimindedir. Ancak 65 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık %7,1 seviyesine gelmesi ve önümüzdeki yıllarda da artacağının tahmin edilmesi Türkiye'nin her geçen gün yaşlı bir toplum olma yönünde hareket ettiğini göstermektedir. 2025 yılı itibarıyla yaklaşık her on kişiden birisi 65 yaş ve üzeri yaş grubunda olacaktır. Eşzamanlı olarak toplam nüfusun da arttığı düşünüldüğünde, bu gelişmenin sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin finansmanı üzerinde önemli bir ilave yük getireceği açık bir gerçektir. 2025 yılına kadar Türkiye nüfusu ile ilgili TÜİK tarafından yapılan tahminler Tablo 1'de gösterilmiştir. Nüfusu 2050 yılında 94 milyon 585 bin kişi olarak tahmin edilen Türkiye'nin 187 ülke arasında 19. sırada yer alması beklenmektedir (T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı, Türkiye'nin Demografik Yapısı ve Geleceği, 2010-2050, 2012).

Tablo 1: Yaş Gruplarına Göre Toplam Nüfus ve 2025 Yılı Tahminleri

Yaş Grubu	2010	Yüzde	2012	Yüzde	2015	Yüzde	2020	Yüzde	2025	Yüzde
Toplam	73.003	100,0	74.885	100,0	77.601	100,0	81.778	100,0	85.407	100,0
0-14	18.957	26,0	18.899	25,2	18.890	24,3	18.831	23,0	18.708	21,9
15-64	48.983	67,1	50.676	67,7	52.970	68,3	56.003	68,5	58.264	68,2
65 +	5.063	6,9	5.310	7,1	5.741	7,4	6.944	8,5	8.435	9,9

Kaynak: (T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı)

Tablo 2'de 2025 yılına kadar Türkiye'nin temel demografik göstergelerinde yaşanacak olası gelişmeler gösterilmiştir. Bu göstergeler arasında yer alan yıllık nüfus artış hızı, kaba doğum hızı ve kaba ölüm hızları son yıllarda düşme eğilimdedir. Uzun yıllar Türkiye'de aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması izlenen önemli politikalar arasında yer almıştır. Ancak son zamanlarda kontrollü nüfus artışının sağlanması yönündeki politikaların sadece Türkiye'de değil, diğer ülkelerde de takip edilmeye başlandığına şahit olunmaktadır.

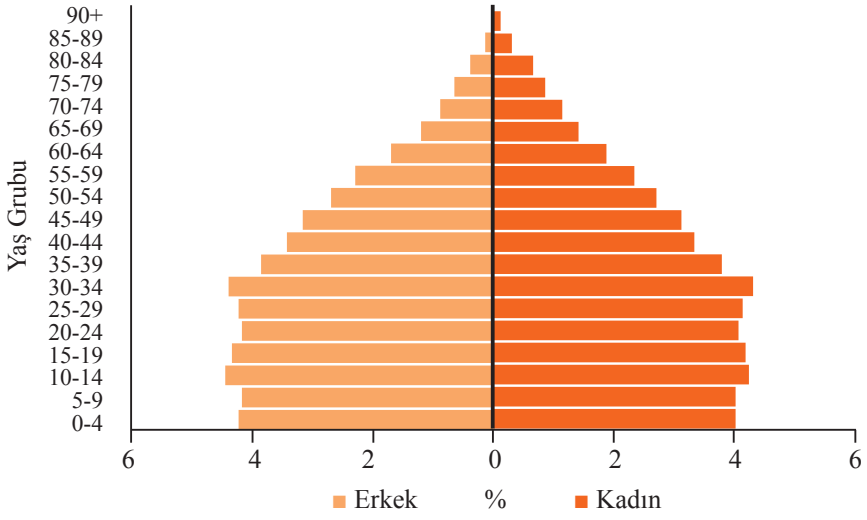
Tablo 2: Demografik Göstergeler ve 2025 Yılına Kadar Tahminler

Göstergeler	2000	2010	2011	2012	2020	2025
Toplam doğurganlık hızı (kadın başına)	2,38	2,11	2,09	2,08	2,01	1,97
Katkılı yenilenme hızı (kadın başına)	1,16	1,03	1,02	1,02	0,98	0,96
Net yenileme hızı (kadın başına)	1,11	1,01	1,00	1,00	0,97	0,95
Çocuk doğurmada ortalama yaş	27,0	27,2	27,1	27,1	26,8	26,6
Kaba doğum hızı (‰)	20,3	17,5	17,3	17,0	15,4	14,4
Doğumlar (‘000)	1 307	1 279	1 278	1 277	1 261	1 234
Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)						
Toplam	71,0	74,3	74,5	74,6	75,4	75,9
Erkek	69,0	71,8	72,0	72,0	72,7	73,1
Kadın	73,1	76,8	77,1	77,2	78,3	78,9
Kaba ölüm hızı (‰)	6,6	6,3	6,3	6,3	6,6	7,1
Ölümler (‘000)	422	459	465	472	541	605
Bebek ölüm hızı (‰)						
Toplam	31,6	13,2	12,6	12,2	9,9	8,8
Erkek	36,0	15,3	14,5	14,1	11,4	10,0
Kadın	26,9	11,0	10,5	10,2	8,4	7,5
Nüfus artış hızı (‰)	13,8	13,0	12,8	12,5	9,7	7,7
Yıl ortası nüfus (‘000)	64.252	73.003	73.950	74.885	81.778	85.407

Kaynak: (T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı)

2012 yılına ait Türkiye nüfus piramidine bakıldığında şeklin piramit şeklinden uzaklaştığı görülmektedir. Nüfus piramidine göre yaşlı nüfus oranı artarken, genç nüfus oranı azalmaktadır.

Şekil 1: 2010 Yılı Nüfus Piramidi, Türkiye

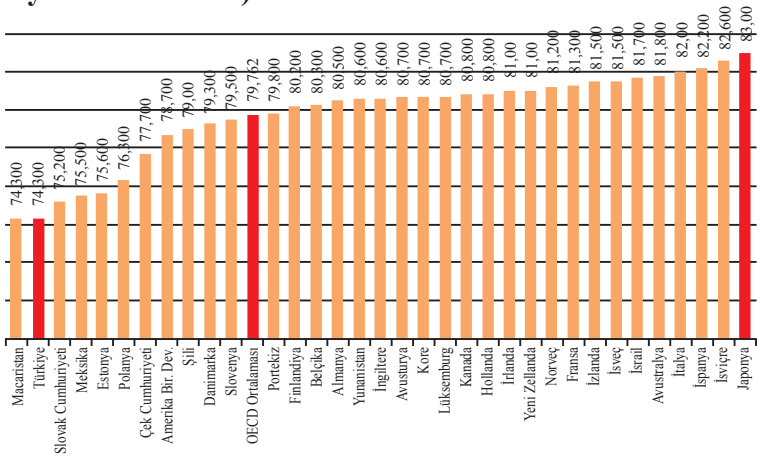


Kaynak: (T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı)

1.2. Ortalama Yaşam Süresi

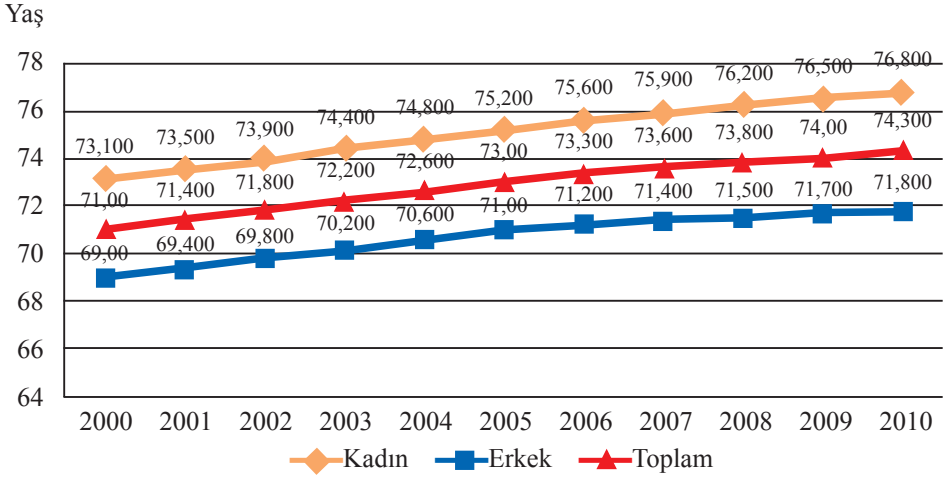
Doğumda beklenen ortalama yaşam süresi açısından OECD ülkeleri Şekil 2'de karşılaştırılmıştır. Buna göre, OECD ülkeleri arasında Japonya 2010 yılı itibarıyla en yüksek ortalama yaşam süresine sahip olan ülkedir. 2010 yılı verilerine göre OECD ülkelerinde 79,8 yıl olan doğuşta beklenen yaşam süresi Türkiye'de74,3 yıl olup OECD ülkeleri arasında en düşük rakamdır. Türkiye'nin ortalama yaşam süresindeki değişime bakıldığı zaman hem erkek hem de kadınların ortalama yaşam sürelerinde sürekli bir artış eğiliminin olduğu görülmektedir ve bu durum Şekil 3'de gösterilmiştir. Buna göre, son on yılda yıllık ortalama 0,33 yıl (yaklaşık 4 ay) artış sağlanmıştır. Çoğu ülkede gözlemlendiği üzere Türkiye'de de kadınlar daha yüksek bir ortalama yaşam süresine sahiptir.

Şekil 2: OECD Ülkelerinde Doğumda Beklenen Ortalama Yaşam Süresi, Yıl (2010 Yılı veya En Yakın Yıl)



Kaynak: (OECD, 2012)

Şekil 3: Türkiye'de Yıllara Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, (Yıl)

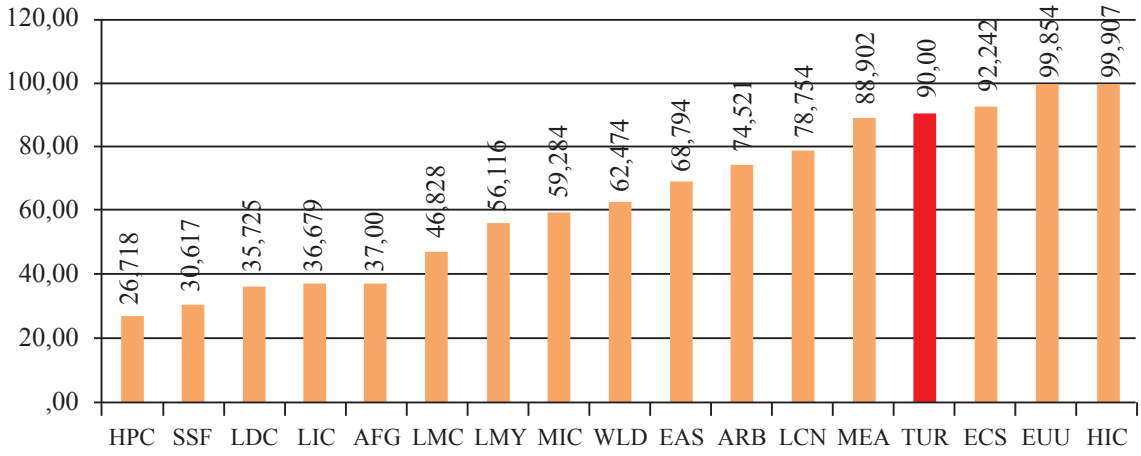


Kaynak: (T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı)

1.3. Temiz Suya Erişim

Bir ülkenin sağlık statüsünün iyileştirilmesinde halk sağlığı çalışmaları son derece önemlidir. Halk sağlığı çalışmaları içinde temiz suya erişim oranı önemli bir yere sahiptir. Şekil 4'ten de anlaşılacağı üzere Türkiye'de temiz suya erişim oranı %90'dır ve bu rakam pek çok ülkeden çok daha iyi bir konumdadır. Tüm dünyada temiz suya erişim oranı ortalaması ise %62,5'dir.

Şekil 4: Temiz Suya Erişim Oranı (2010 Yılı)



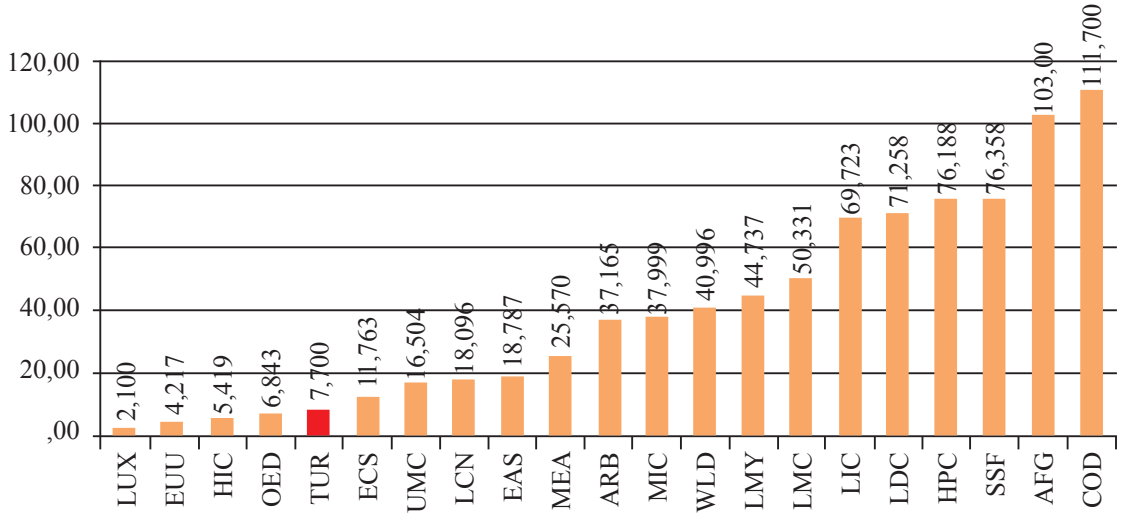
Kaynak:(The World Bank, 2012)

1.4. Bebek Ölüm Oranı

Gelir ve coğrafi gruplara göre ülkelerin bebek ölüm oranları Şekil 5'te gösterilmektedir. Dünya bebek ölüm oranı ortalaması binde 41'dir ve az gelişmiş ve fakir ülkelerde bebek ölüm oranları çok daha yüksek seviyelerdedir. Sağlık Bakanlığı'na göre 2011 yılı itibarı ile Türkiye'de bebek ölüm oranı binde 7,7'dir ve bu dünya üzerindeki pek çok ülkenin bebek ölüm oranından daha düşük seviyededir. Ancak gelişmiş, yüksek gelirli ve Avrupa Birliği ülkeleri arasında bebek ölüm oranları çok daha düşük seviyelerde seyretmektedir. Son on yıl içinde Sağlık Bakanlığı'nın bebek ölümlerini düşürmeye yönelik çalışmaları dikkate değerdir. Şekil 5'te gösterildiği gibi Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen ve Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasından bağımsız araştırmalarla ortaya konulduğu üzere Türkiye'de bebek ölüm oranı binde 7,7'ye kadar düşürülmüştür. Ancak halen Avrupa Birliği ve OECD ortalamasına erişilememiştir.

2045-2050 dönemi tahminlerine göre bebek ölüm hızı binde 5,3 olarak tahmin edilen Türkiye'nin, 186 ülke arasında 133. sırada yer alması beklenmektedir (T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı, Türkiye'nin Demografik Yapısı ve Geleceği, 2010-2050, 2012).

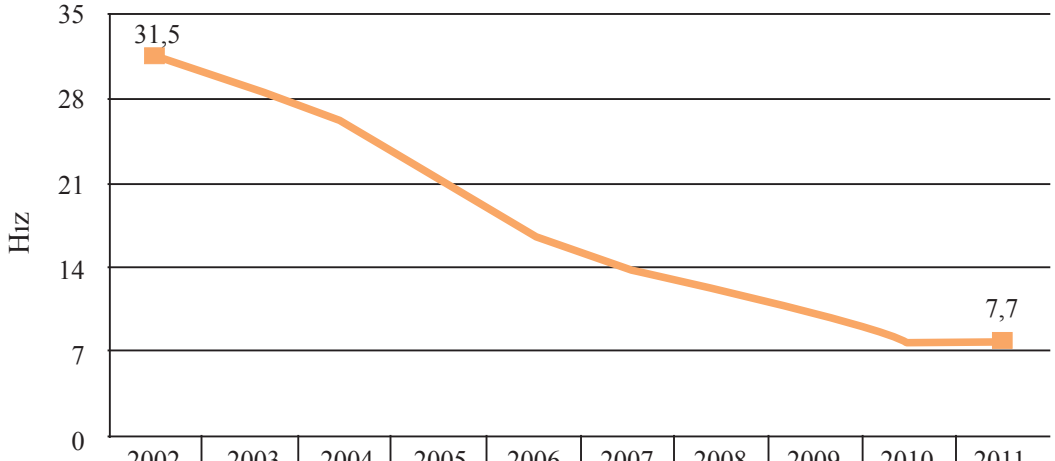
Şekil 5: Bebek Ölüm Oranı* (1.000 Canlı Doğumda)



Kaynak: (The World Bank, 2012)

*(2010 Yılı) (Türkiye için 2011 yılı verileri kullanılmıştır)

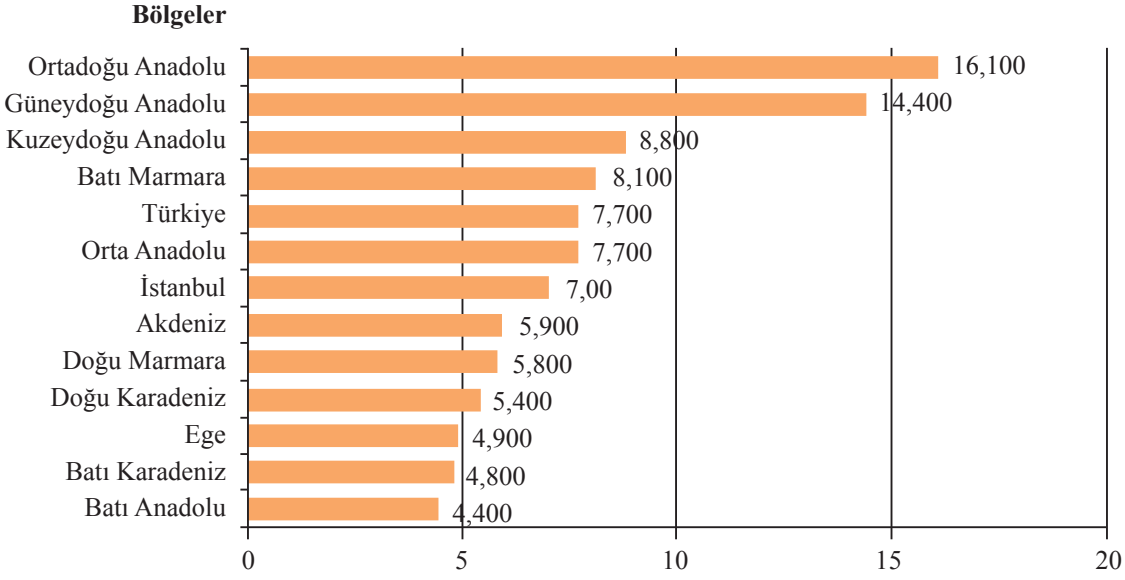
Şekil 6: Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı, (1.000 Canlı Doğumda), Türkiye



Yıllar	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bebek Ölüm Hızı	31,5	29,0	26,0	21,4	16,5	13,9	12,1	10,2	7,8	7,7

Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

Şekil 7: Bölgelere Göre Bebek Ölüm Hızı, (1.000 Canlı Doğumda), 2011



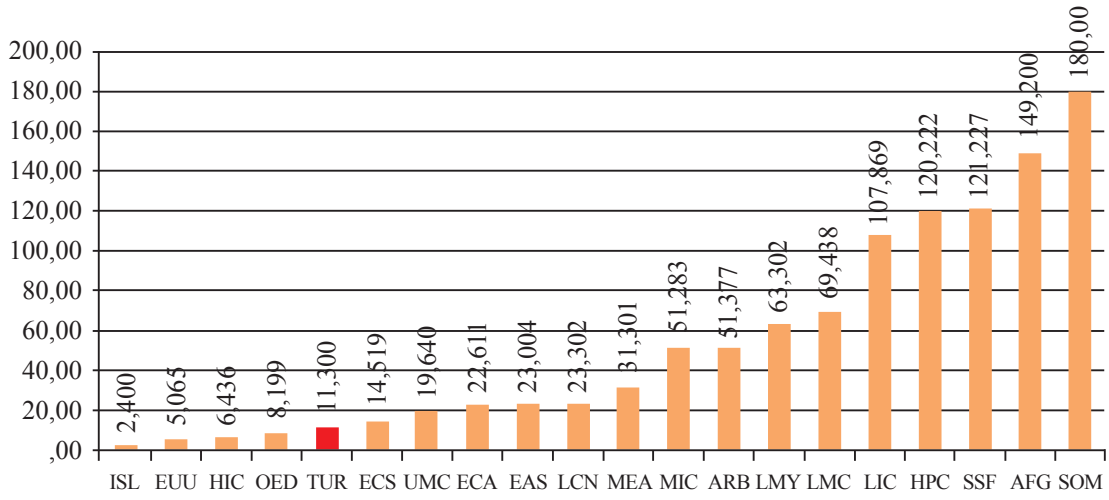
Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

Türkiye'deki coğrafi bölgeler arasında bebek ölüm oranı açısından duruma bakıldığında ise, Ortadoğu Anadolu Bölgesi'nin en dezavantajlı bölge olduğu anlaşılmaktadır. Güneydoğu Anadolu ve Kuzeydoğu Anadolu Bölgeleri diğer dezavantajlı bölgeler arasındadır ve bu bölgelerde bebek ölüm oranları daha yüksektir.

1.5. Beş Yaş Altı Çocuk Ölümleri

Ülkelerin bin canlı doğumda beş yaş altı çocuk ölüm oranları, gelir ve coğrafi bölge grubuna göre karşılaştırıldığında, Türkiye'nin binde 11,3 ile kötü bir pozisyonda olmadığı söylenebilir (Şekil 8). Ancak yüksek gelirli ülkeler ve Avrupa Birliği ülkelerinin beş yaş altı çocuk ölüm oranlarının daha düşük seviyede olduğu ve hatta İzlanda'da binde 2,4 olduğu göz önüne alındığında, Türkiye'nin bu alanda yapabileceği eylemlerin olduğu söylenebilir.

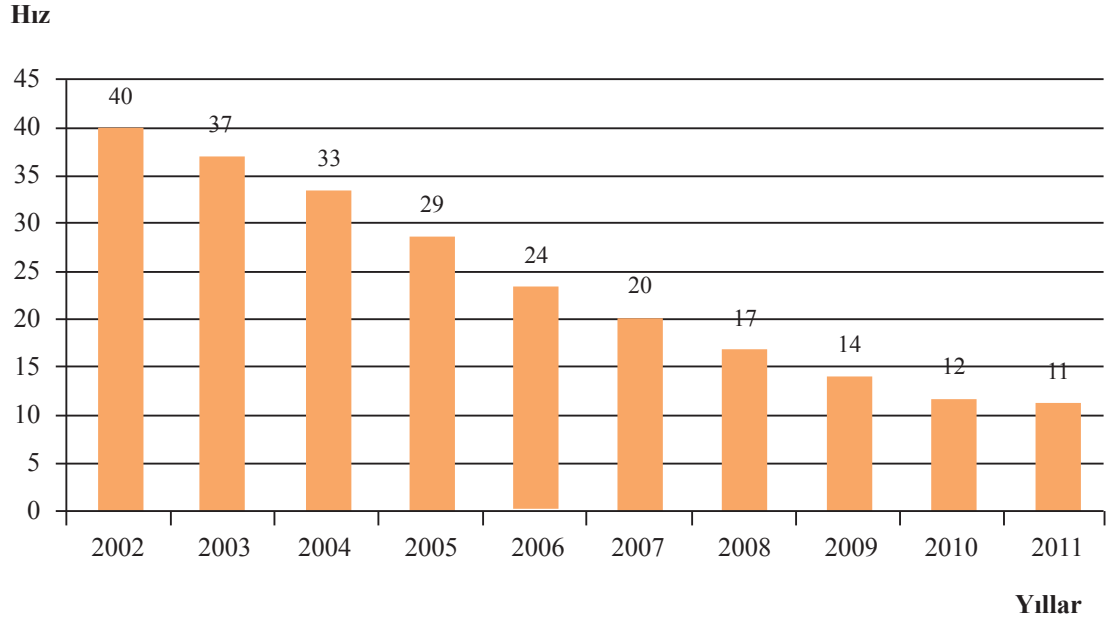
Şekil 8: Bin Canlı Doğumda Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Oranı (2010 Yılı)



Kaynak: (The World Bank, 2012); (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011)

1993 yılından bu yana Türkiye'de beş yaş altı çocuk ölüm oranı Şekil 9'da gösterilmiştir. 1993 yılında binde 61 olan beş yaş altı çocuk ölüm oranı 18 yılda binde 11,3'e düşmüş durumdadır (Şekil 9) ve bu oldukça önemli bir başarıdır. Son yıllardaki düşüş eğilimi hızla devam etmektedir ve bu konuda Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaları kayda değerdir.

Şekil 9: Yıllara Göre 5 Yaş Altı Ölüm Hızı, (1.000 Canlı Doğumda), Türkiye

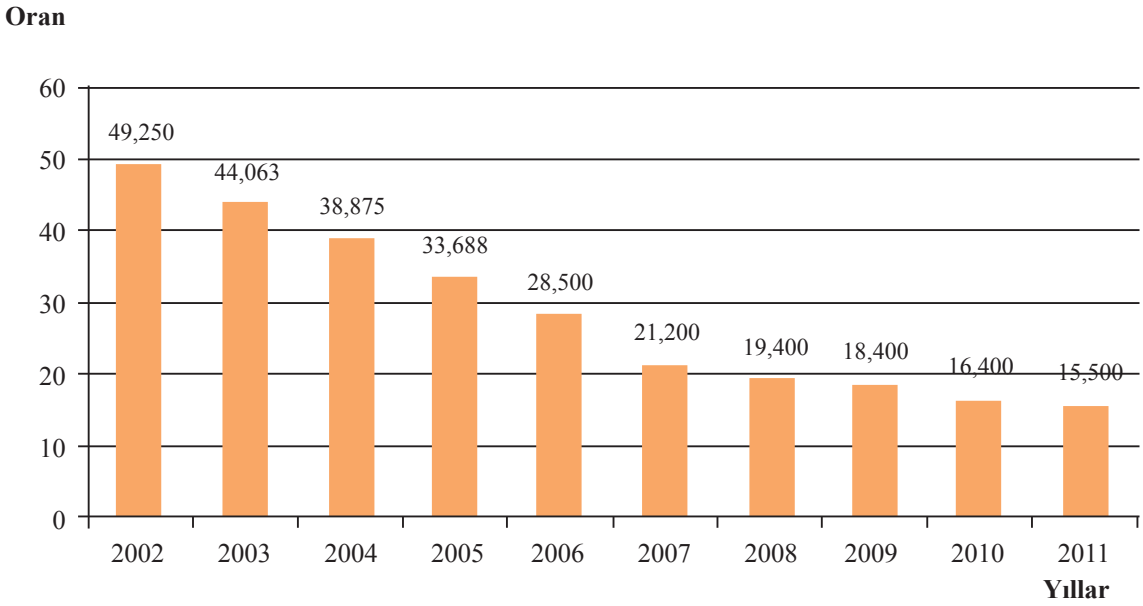


Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2011)

1.6. Anne Ölümleri

Çocuk ölümlerine paralel olarak Türkiye'de anne ölüm oranlarında da önemli azalmalar meydana gelmiştir ve 2011 yılında Türkiye'de anne ölüm oranı 100 binde 15,5 düzeyinde gerçekleşmiştir (Şekil10). Ancak ülkemiz söz konusu gösterge açısından yüksek gelirli ülkelere ve Avrupa Birliği ülkelerine göre halen göreli olarak geridir.

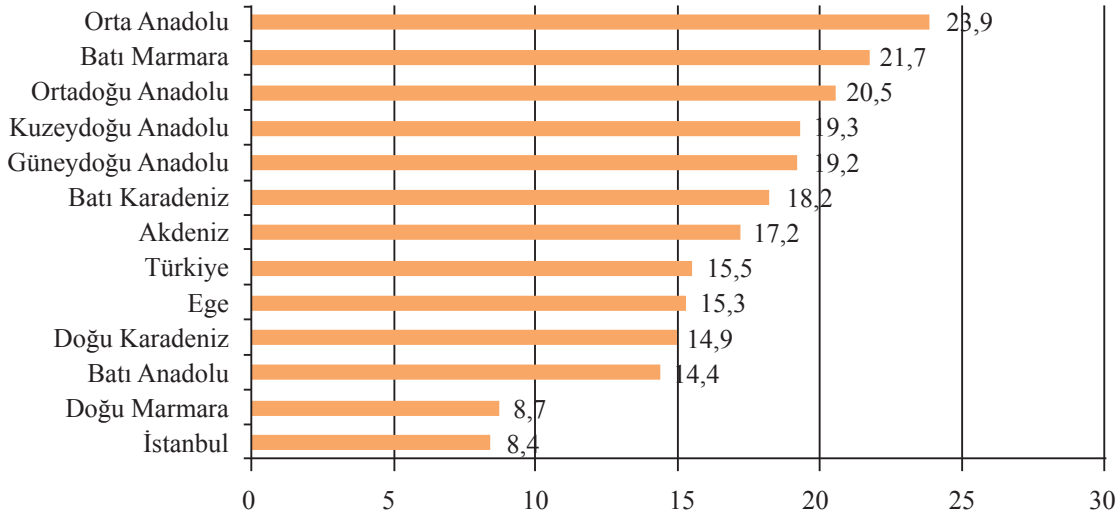
Şekil 10: Yıllara Göre Anne Ölüm Oranı, (100.000 Canlı Doğumda), Türkiye



Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

Şekil 11'de bölgelere göre anne ölüm oranları gösterilmiştir. 2006 yılı ile karşılaştırıldığında 2010 yılında bütün bölgelerde anne ölüm oranları düşmüştür. İlginç bir şekilde, 2006 yılında anne ölümlerinde dezavantajlı konumda olan Kuzeydoğu Anadolu ve Doğu Karadeniz bölgelerinde anne ölüm oranlarında çok daha hızlı düşüşlere şahit olunmuşken daha önceden daha iyi konumda olan Batı Marmara ve Ortadoğu Anadolu gibi bölgelerde anne ölümlerinde düşüşler görülse bile en dezavantajlı bölge konumuna gelmişlerdir. Bu durum Sağlık Bakanlığı'nın 2006 yılında anne ölümlerinin yüksek olduğu bölgelerdeki bilinçli çalışmalarının bir sonucu olarak yorumlanabilir. Güneydoğu ve Kuzeydoğu Anadolu bölgelerinde anne ölümlerinin Batı Marmara bölgesinden daha düşük olması da dikkat çekicidir.

Şekil 11: Bölgelere Göre Anne Ölüm Oranı, (100.000 Canlı Doğumda), 2006-2010



Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

1.7. Sağlık Sorunları ve Ölüm Nedenleri

Mayıs 2010 yılında TÜİK tarafından gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Araştırması Sonuçlarına göre;

• Son 6 ay içinde, 0-6 yaş grubundaki çocuklarda % 31,6 ile üst solunum yolu enfeksiyonu en yaygın görülen hastalıktır. Bunu, % 25,5 ile ishal, % 9,6 ile bulaşıcı hastalıklar, % 9,4 ile kansızlık (demir eksikliği anemisi vb.) ve % 7,8 ile ağız ve diş sağlığı sorunları izlemektedir.

• 7-14 yaş grubundaki çocuklarda % 23,9 ile ağız ve diş sağlığı sorunları ilk sırada yer almaktadır. Bunu; % 14,2 ile enfeksiyöz hastalıklar, % 13,3 ile göz ile ilgili sorunlar, % 5,6 ile cilt hastalıkları ve % 4,7 ile beslenme ile ilişkili hastalıklar takip etmektedir.

• En sık görülen hastalık oranlarına kent-kır ayrımında bakıldığında kırsal yerlerdeki cilt hastalıkları oranının kentsel yerlerden daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Kırda ve kentte cilt hastalıkları problemi yaşayan kadınların oranı erkeklerin oranından yüksektir.

• 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin % 16,4'ü bel bölgesi kas iskelet sistem problemleri yaşadığını beyan etmiştir.

• 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerden kronik hastalık/sağlık sorunu yaşadıklarını belirten bireylerin verdikleri yanıtlara bakıldığında en yüksek ilk 5 hastalık grubunu sırasıyla; bel bölgesi kas iskelet sistem problemleri (% 16,4), hipertansiyon (%13,2), romatizmal eklem hastalığı (% 10,9), mide ülseri (% 9,6) ve kireçlenme (osteoartrit, artroz, dejenefatif eklem hastalığı) (% 8,4) oluşturmaktadır.

• Türkiye genelinde oranlara bakıldığında kadınlardaki oranların erkeklerden yüksek olduğu gözlenmektedir. Kent ve kır ayrımında ise her bir hastalık grubunda hem erkeklerde hem de kadınlarda kırdaki oranlar kentteki oranlardan yüksektir.

• 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin % 47,6'sı tansiyon ölçümünü yaşamları süresince en az bir kez yaptırmışlardır. Yaşamları süresince kolesterol ve kan şekeri ölçümlerini en az bir kez yaptıranların oranı sırasıyla; % 28,5 ve % 30,2'dir.

• 15 ve daha yukarı yaştaki nüfusun % 16,9'u obez ve % 33'ü fazla kiloludur.

• Yukarıdaki sağlık sorunlarına bakıldığında, sorunların önemli bir bölümünün akut niteliği taşıdığı ancak kronik sağlık sorunlarının da hiç de azımsanamayacak boyutlarda olduğu görülmektedir. Akut sorunların önlenmesinde çevreye ve bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitimi hizmetlerinin önemi açık bir şekilde anlaşılmaktadır.

• Ölüm nedeni istatistikleri, tüm il ve ilçe merkezleri ile hekimi olan tüm yerleşim yerlerinde, hekimler tarafından görülen ölüm vakalarını kapsamaktadır. Bu vakalar için doldurulan "Ölüm Belgesi", hekimlerin bağlı bulunduğu sağlık kurumu aracılığıyla Türkiye İstatistik Kurumu'na bildirilmektedir. 2009 yılında ilk defa olmak üzere, ölüm vakalarında ölüme sebebiyet veren ve ölümle ilgili tüm hastalıklar alandan derlenmekte, bu hastalıklar Uluslararası Hastalık Sınıflaması-10 (UHS-10)'a göre kodlanmakta, ölümün altta yatan nedeni de Dünya Sağlık Örgütü kurallarına göre incelenmektedir.

• 2009 yılına ait ölüm istatistiklerine göre ölüm nedeni bilinen vaka sayısı 280.531'dir. Bu ölümlerin, 155.274'ünü erkek ve 125.257'sini ise kadınlar oluşturmaktadır. Ölümlerin % 39,9'u dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanmaktadır. Ölüme sebep olan ilk beş hastalık grubu sırasıyla; % 39,9 ile dolaşım sistemi hastalıkları, % 20,7 ile habis urlar, % 8,9 ile solunum sistemi hastalıkları, % 6,4 ile endokrin (iç salgı bezi), beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar ve % 4 ile dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler olarakgörülmektedir.

• Ölüm nedenlerinin yaklaşık % 20'sini oluşturan habis urlarda; ilk beş sırayı % 31,4 ile gırtlak ve soluk borusu/bronş/akciğerin habis uru, % 8,6 ile midenin habis uru, % 8,6 lenfaid ve hematopoetikhabis uru,% 6,3 ile kolönün habis uru, %5 ile pankreasın habis uru almaktadır. Habis urların yaklaşık üçte birini gırtlak ve soluk borusu/bronş/akciğerin habis uru oluşturması sağlık risklerinden olan sigara kullanmanın önemine işaret etmektedir (T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı, Haber Bülteni, 2011).

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmakta olan tanı gruplarına göre hastanelerden hizmet alanların sayısı da bir ülkenin hastalık yükünün irdelenmesinde önemli bir gösterge olarak kullanılabilir. 2011 yılı itibarı ile Sağlık Bakanlığı hastanelerinden yatarak hizmet alanların hastalıklarının ilk beş nedeni; solunum sistemi hastalıkları, gebelik-lohusalık-doğum, sindirim sistemi hastalıkları, genitoüriner sistem hastalıkları ve sağlık hizmetleriyle temas ve sağlık durumunu etkileyen faktörler oluşturmaktadır. Bu ilk beş neden toplam hastalıkların %51,6'sını oluşturmaktadır.

Tablo 3: ICD-10 Ana Tanı Gruplarına ve Cinsiyetlere Göre Hastane Taburcularının Dağılımı, (%), Türkiye, 2011

ICD-10 Ana Tanı Kodları	Erkek	Kadın	Toplam
Solunum Sistemi Hastalıkları	18,38	9,80	13,45
Gebelik, Doğum ve Lohusalık	0,00	19,73	11,34
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	11,56	9,69	10,49
Sindirim Sistemi Hastalıkları	11,36	7,58	9,19
Sağlık Hizmetleriyle Temas ve Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler	2,65	10,51	7,17
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	8,22	5,86	6,86
Semptomlar, Belirtiler ve Anormal Klinik ve Laboratuvar Bulguları, Başka Yerde Sınıflanmamış	6,71	5,38	5,95
Kas, İskelet Sistemi ve Bağ Dokusu Hastalıkları	5,04	5,69	5,42
Neoplazmlar	5,84	3,82	4,68
Göz ve Adneks Hastalıkları	4,72	3,90	4,25
Yaralanma, Zehirlenme ve Dış Nedenlerin Bazı Diğer Sonuçları	6,03	2,86	4,21
Deri ve Derialtı Dokunun Hastalıkları	4,20	2,01	2,94
Endokrin, Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları	2,18	3,33	2,84
Bazı Enfeksiyöz ve Paraziter Hastalıklar	3,44	2,29	2,78
Sinir Sistemi Hastalıkları	2,16	1,97	2,05
Kan ve Kan Yapıcı Organların Hastalıkları ve İmmün Sistemin Bazı Hastalıkları	1,40	1,99	1,74
Mental ve Davranışsal Bozukluklar	1,90	1,22	1,51
Hastalık ve Ölümün Dış Sebepleri	1,67	0,89	1,22
Kulak ve Mastoid Çıkıntı Hastalıkları	0,85	0,65	0,73
Perinatal Dönemden Kaynaklanan Bazı Durumlar	0,99	0,37	0,63
Konjental Malformasyonlar, Deformasyonlar ve Kromozom Anomalileri	0,70	0,46	0,56
Toplam	100	100	100

Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

2010 yılı içinde hastanelerde gerçekleşen ölümlerin ölüm nedenlerine göre dağılım Tablo 4'te verilmiştir. En çok ölüme neden olan ilk üç hastalık nedeni toplam ölümlerin %69,9'unu açıklamaktadır. Bu nedenler; dolaşım sistemi hastalıkları, neoplazmlar ve solunum sistemi hastalıklarıdır.

Tablo 4: ICD-10 Ana Tanı Gruplarına ve Cinsiyete Göre Hastane Ölümlerinin Dağılımı, (%), Türkiye, 2011

ICD-10 Ana Tanı Kodları	Kadın	Erkek	Toplam
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	44,39	36,21	39,86
Neoplazmlar	16,45	24,88	21,12
Solunum Sistemi Hastalıkları	7,45	10,06	8,89
Endokrin, Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları	8,33	4,81	6,38
Semptomlar, Belirtiler ve Anormal Klinik ve Laboratuvar Bulguları, Başka Yerde Sınıflanmamış	4,83	4,88	4,86
Dışsal Yaralanma Nedenleri ve Zehirlenmeler	2,83	4,92	3,98
Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları	3,31	2,65	2,95
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	2,87	2,64	2,74
Perinatal Dönemden Kaynaklanan Bazı Durumlar	2,51	2,55	2,53
Sindirim Sistemi Hastalıkları	2,52	2,52	2,52
Bazı Enfeksiyöz ve Paraziter Hastalıklar	1,58	1,65	1,62
KonjentalMalformasyonlar, Deformasyonlar ve Kromozom Anomalileri	1,48	1,28	1,37
Kas, İskelet Sistemi ve Bağ Dokusu Hastalıkları	0,67	0,33	0,48
Kan ve Kan Yapıcı Organların Hastalıkları ve İmmün Sistemin Bazı Hastalıkları	0,51	0,38	0,44
Mental ve Davranışsal Bozukluklar	0,16	0,19	0,18
Deri ve Derialtı Dokunun Hastalıkları	0,09	0,04	0,06
Gebelik, Doğum ve Lohusalık	0,03	-	0,01
Toplam	**100**	**100**	**100**

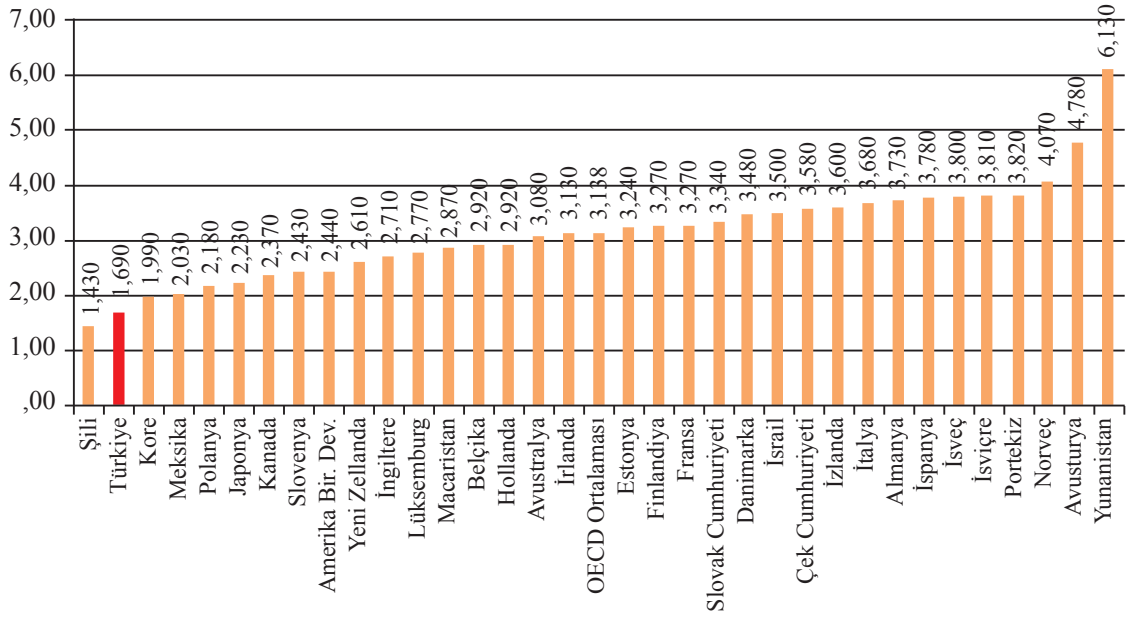
Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

1.8. Sağlık İnsan Gücü

1.8.1. Hekim Sayısı

OECD ülkelerinde bin kişiye düşen hekim sayısı karşılaştırmalı olarak Şekil 12'de gösterilmiştir. OECD ülkeleri içinde bin kişiye 6,1 hekim ile Yunanistan ilk sırada gelmektedir ve OECD ortalaması bin kişiye 3,1 hekimdir. Bu ülkeler arasında Türkiye bin kişiye 1,7 hekim ile Şili'den sonra en düşük hekim sayısına sahip ülke konumundadır. Kore, Meksika ve Japonya gibi ülkelerde de bin kişiye düşen hekim sayısının 2 ve ikinin biraz üzerinde olması dikkat çekicidir. Bu ülkelerin özellikle Japonya'nın ortalama yaşam süresi ve bebek ölüm oranı gibi sağlık statüsü göstergelerine bakıldığında, düşük sağlık statüsünün nedeninin hekim sayısının az olmasından ziyade başka nedenlere de bağlı olabileceğini öngörmek önemlidir.

Şekil 12: Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı (2010 Yılı veya En Yakın Yıl)

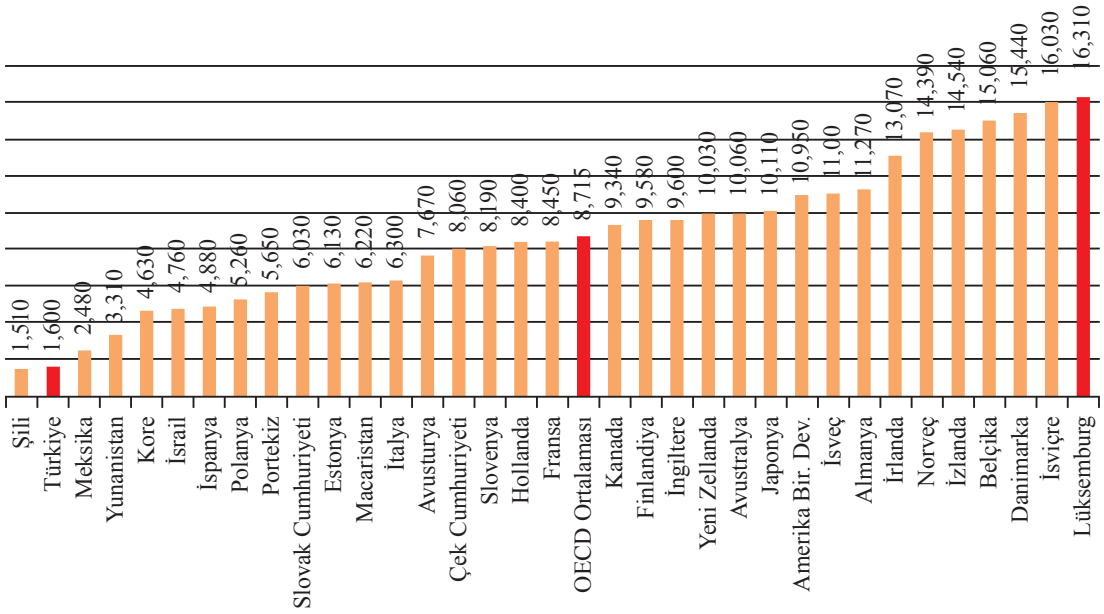


Kaynak: (OECD, 2012)

1.8.2. Hemşire Sayısı

OECD ülkeleri bin kişiye düşen hemşire sayısına göre karşılaştırıldığında Türkiye'nin durumunda yine bir değişiklik olmamakta ve bin kişiye düşen 1,5 hemşire ile Şili ile birlikte en son sırada yer almaktadır. İlginç bir şekilde kişi başına düşen hekim sayısı açısından en avantajlı durumda olan Yunanistan, kişi başına düşen hemşire sayısında 3,3 ile son sıralarda yer almaktadır. Ancak Türkiye'deki rakamın iki katına sahip olduğunu belirtmek önemlidir. OECD ülkelerinde ortalama olarak bin kişiye 8,7 hemşire düşerken Lüksemburg bin kişiye düşen 16,3 hemşire ile ilk sırada yer almaktadır (Şekil 13). Ayrıca OECD ülkeleri arasında en az hemşire mezunu veren ülkenin Türkiye olduğu da başka bir gerçektir.

Şekil 13: Bin Kişiye Düşen Hemşire Sayısı (2010 Yılı veya En Yakın Yıl)

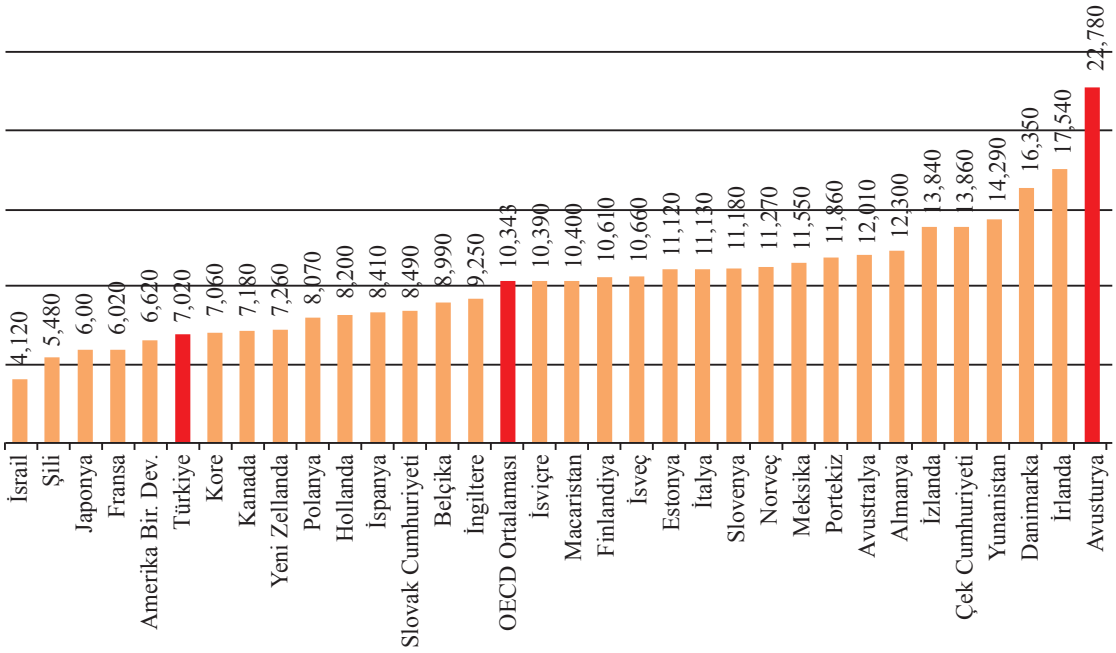


Kaynak: (OECD, 2012)

1.8.3. Diğer Sağlık Personeli Sayısı

Hekim ve hemşire dışında yer alan diğer sağlık bilimi lisansiyerleri de sağlık insan gücü içinde önemli rolleri yerine getirirler. Yüz bin kişiye düşen sağlık bilimi lisansiyeri istatistiklerine bakıldığında ve OECD ülkeleri birbirleriyle karşılaştırıldığında, Türkiye'de yüzbin kişiye 7 sağlık bilimi lisansiyeri düştüğü görülmüştür. İsrail, Şili, Japonya, Fransa ve ABD gibi ülkelerde yüzbin kişiye düşen sağlık bilimi lisansiyeri Türkiye'den daha düşüktür (Şekil 14). OECD ülkeleri arasında hekim, hemşire ve sağlık bilimleri lisansiyerleri açısından önemli farklılıkların olması, bu ülkelerde sağlık insan gücü politikalarının da önemli ölçüde farklılaştığının bir göstergesi olarak görülebilir.

Şekil 14: Yüz Bin Kişiye Düşen Sağlık Bilimi Lisansiyer Mezunu Sayısı, (2010 Yılı veya En Yakın Yıl)



Kaynak: (OECD, 2012)

1.9. Tartışma ve Tartışma Soruları

Türkiye nüfusu hem artmaya devam etmekte hem de her geçen gün yaşlı bir toplum haline gelmektedir. Yaşlı bir toplumun en önemli özelliği toplumun sağlık ihtiyaçlarının ve hastalık yapısının farklılık göstermesidir. Yaşlı bir toplumda kronik hastalıkların varlığı, yaşlılığa bağlı yürüme ve duyma gibi bazı yeteneklerin kaybedilmesi, nüfus artış hızının düşmesi, yaşlı bağımlı nüfusun artması ve daha uzun süre yaşama önemli özelliklerdir. Giderek yaşlanan toplum özelliklerine sahip olmaya başlayan Türkiye nüfusu halen gelişmekte olan toplumların bazı özelliklerine de sahiptir. Akut hastalıkların hastalık yükü içinde kendine yer bulması, doğuma ve lohusalığa bağlı ölümlerin gözükmesi ve bebek ve çocuk ölümlerinin halen gelişmiş ve zengin ülkeler seviyesine çekilememiş olması halen Türkiye'nin önünde duran önemli sağlık sorunları olarak değerlendirilebilir.

Türkiye nüfusu ve sağlık statüsü ve diğer dünya ülkelerinin durumu göz önüne alındığında aşağıdaki soruların cevaplanması önem arz etmektedir:

• Gelişmiş ve zengin ülkelerdeki sağlık statüsü ile dünyanın geri kalmış ve fakir ülkelerindeki sağlık statüsü karşılaştırıldığında aradaki farklılığı ortaya çıkaran nedenler nelerdir?

• Bu farklılıklar sadece sağlık sistemi ve sağlık hizmetleri farklılığı ile açıklanabilir mi?

• Sağlık statüsünün iyileştirilmesinde sağlık sistemi ve sağlık hizmetleri nasıl bir rol oynamalıdır?

• Gelişmiş ve zengin ülkelerin sağlık statülerini daha da iyileştirme potansiyelleri var mıdır?

• Türkiye'nin sağlık statüsü seviyesi nasıl değerlendirilmelidir? Mevcut sağlık statüsünü daha ileri taşımak mevcut kaynaklarla mümkün mü?

• Türkiye'nin sağlık statüsü ve sağlık sistemindeki başarımları göz önüne alındığında diğer gelişmiş ülkelerin sağlık statüsü seviyelerine erişme potansiyeli var mıdır?

• Gelişmiş ve zengin ülke sağlık seviyelerine erişmede Türkiye'nin ilave kaynaklara ihtiyacı var mıdır? Eğer varsa bu kaynaklar nelerdir?

• Farklı sağlık statüsü göstergeleri açısından Türkiye'nin durumu ne olmalıdır?

2.TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU POLİTİKALARI VE SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUM ALTYAPISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

2.1. Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluşundan Günümüze Türk Sağlık Politikaları

2.1.1. 1920-1938 Dönemi

1920'de kurulan Sağlık Bakanlığı'nda 1920-1938 yılları arasında birçok alanda yeni düzenlemeler yapılmıştır. O dönemin koşulları dikkate alındığında bu düzenlemelerin yapılmasındaki amaç;

- Savaş sonrası sorunların çözülmesi,
- Nitelik ve nicelik açısından sağlık personelinin desteklenmesi,
- Merkezden köylere doğru bir yapılanma tesisi,
- Koruyucu sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmaktır.

Bu dönemde başlatılan özellikle sıtma olmak üzere, sifilis, trahom gibi bulaşıcı hastalıklarla ilgili olarak gerçekleştirilen dikey örgütlenme bugün de devam etmektedir.

2.1.2. 1938-1960 Dönemi

Merkezi yapıyı güçlendirmek ve sosyal içerik dahilinde politikalar geliştirmek amacıyla yasal düzenlemeler yapılmış ve uygulamalara geçilmiştir. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan sıtma, su çiçeği, sifilis ve cüzzam ile mücadele etmek için "Olağandışı Sıtma Kontrolü Yasası" çıkarılmış ve hastalık odaklı dikey örgütsel yapılar geliştirilmiştir. 1945'te Sosyal Sigortalar Kurumu'nun da temellerini atan İş Güvenliği Yasası çıkarılmış ve hizmet ile istihdam alanındaki Sağlık Bakanlığı tekeli ortadan kaldırılmıştır.

Emekli Sandığı'nın kurulması ve sosyal sigorta kapsamının geliştirilmesi yönündeki çalışmalara da yine bu dönemde başlanmıştır. İl Özel İdareleri ve yerel yetkililer tarafından sağlanan hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bölge bazlı kurumsal örgütlenmeler de yine bu dönemde gerçekleştirilmiştir. Bölgesel Numune Hastaneleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri de yine bu dönemde kurulmuştur. Bunların yanı sıra sağlık ocaklarının sayısı da hızla artmıştır.

2.1.3. 1960-1980 Dönemi

Bu dönemde farklı sağlık politikaları tartışılmaya başlanmıştır fakat sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılması benimsenmiştir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası 1961'de yürürlüğe girmiştir. 1980'e kadar uygulanan sağlık yasaları da bu yasa çerçevesinde oluşturulmuştur. Dikey örgütlenmeler kademeli olarak azaltılmış ve farklı sağlık hizmetleri sağlayan yapılar sağlık ocakları çatısı altında birleştirilmiştir. Sosyalleşme, pilot uygulamalar ile başlatılmıştır.

1960'dan sonra daha planlı bir dönem başlamış ve beş yıllık kalkınma planları sağlık politikalarının belirlenmesindeki en önemli etkenlerden biri haline gelmiştir. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sosyalleşme politikalarını temel alan programlar da oluşturulmuştur. Bu dönemde hazırlanan tüm yasa, yönetmelik ve genelgeler sosyalleşmeyi temel alan düzenlemeleri amaçlamıştır

2.1.4. 1980-2003 Dönemi

1982 Anayasası, sağlık hizmetleri ve idaresinde 1961 Anayasası'ndakilere benzer hükümler içermektedir. Madde 60'da "Herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ve bunun devletin sorumluluğu altında olduğu" hükmü yer almaktadır. Genel Sağlık Sigortası ise Madde 56'da yer almakta ve "Genel Sağlık Sigortası oluşturulabilir" hükmü ile ifade edilmektedir.

1980'lerde de, 1961'de başlayan toplumsallaşma politikalarının gelişimine şahit olunmuştur. Sağlık finansmanı yönetimindeki büyüme ile 1987 yılında genel sağlık sigortası konusu yeniden gündeme gelmiş fakat konu ile ilgili yasal düzenlemeler tamamlanamamıştır.

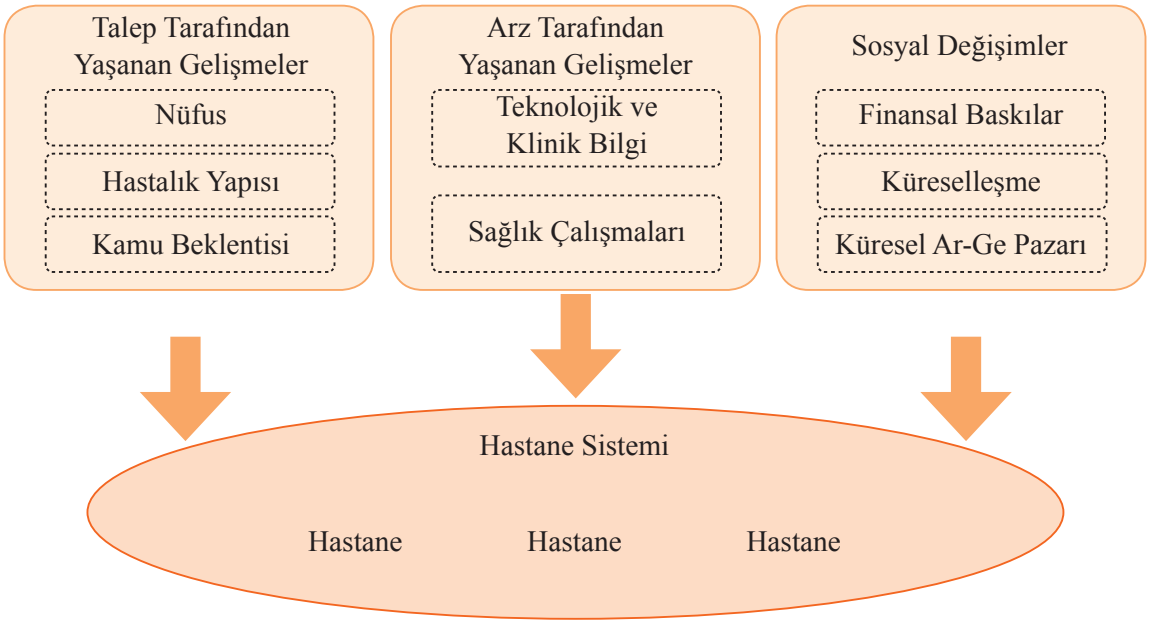
1990'lı yılların başında DPT tarafından sağlık sektörü ile ilgili kapsamlı bir plan oluşturulmuş, bu planla ilgili olarak 1992 yılında Birinci Ulusal Sağlık Kongresi toplanmış ve yeniden yapılanma süreci başlamıştır. 1993 yılında tertip edilen İkinci Sağlık Kongresi'nde ulusal sağlık politikaları belirlenmiştir. Bu yıllardan sonra da sosyal güvenlik kapsamında yer almayan ve ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinin karşılanabilmesi için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir. 1993'de yapılan İkinci Sağlık Kongresi'nde alınan kararlardan bazılarında yeni düzenlemeler yapılmış fakat beklenen sonuçlar elde edilememiştir. Hastanelerin özelleştirilmesi ve özerkleştirilmesine yönelik çalışmalardan da bu yıllarda bir sonuç alınamamıştır.

2.1.5. 2003'ten Günümüze Sağlık Politikaları

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir ülkenin sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bu hizmet etkili, karşılanabilir maliyette ve toplumca kabul gören tarzda olmalıdır. Her ülkenin bu faktörleri göz önünde tutarak kendine özgün sağlık sistemlerini geliştirmesi önerilmektedir.

2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında daha önce yapılması planlanan ve kalkınma planlarında yer alan konularla yeni yaklaşımları da içeren köklü bir değişim süreci başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde gerçekleştirdiği çalışmaların nedenleri genel olarak üç alanda gruplandırılabilir. Sağlık sistemlerini değişime zorlayan faktörler McKee ve arkadaşları tarafından üç ana grup altında toplanmıştır.

Şekil 15: Sağlık Kurumlarını Değişime Zorlayan Faktörler



Kaynak:McKee, M.;Healy, J.; Edwards, N.; Harrison, A. (2002). 'PressuresforChange'. M. McKee ve J. Healy (Ed.) Hospitals in a Changing Europe (s. 17).

2002 yılı sonunda Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar ilgili birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesini gerekli kılmaktaydı. Bu amaçla 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya konulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan çalışmalar şunlardır (Akdağ, 2012):

• Kamu hastaneleri tek çatı altında birleştirilmiştir,

• Vatandaşların sağlık sigortalarıyla özel hastaneler ve tıp merkezlerinden hizmet almasının önü açılmıştır,

• Sigortalı olsun veya olmasın herkesin salgın hastalık, iş kazası ve meslek hastalığı durumlarında her türlü sağlık yardımlarından ücretsiz yararlanması sağlanmıştır,

• Yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda tüm sigortalılar için yurt dışında tedavi olabilme imkânı sağlanmıştır,

• SSK'lı ve Bağ-Kur'luların sağlık hizmeti alabilmesi için 120 gün olan prim ödeme süresi 30 güne indirilmiştir,

• Yeşil Kartlıların tıpkı diğer sigortalılar gibi kamu sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesinin önü açılmıştır,

• Yeşil Kartlıların ilaçlarını istedikleri eczaneden alabilmelerinin yolu açılmıştır,

• Yeşil Kartlıların ayaktan tedavilerinde muayene, tetkik-tahlil, ilaç, diş çekimi ve protezi, gözlük ve acil tedavi giderlerinin ödeme kapsamına alınmasının yolu açılmıştır,

• Yeşil Kartlıların diş kanal ve dolgu tedavisi hizmetlerinden ücretsiz faydalanmalarının yolu açılmıştır,

• Yeşil Kart almadan hastalanan vatandaşların geçmişe dönük sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanmasının yolu açılmıştır,

• Aile Hekimliği uygulaması hayata geçirilmiştir,

• Tüm vatandaşların birinci basamak sağlık hizmetlerini ücretsiz alması sağlanmıştır,

• Kamuda çalışan sağlık personelinin çalışma esasları yeniden düzenlenerek hem vatandaşın sağlık hakkına erişebilirliği hem de sağlık personelinin mesleki saygınlığına kavuşması yönünde düzenlemelerde bulunulmuştur,

• Mahrumiyet bölgeleri için sözleşmeli personel uygulaması getirilmiştir,

• Sağlık çalışanlarının tazminat ve çalışma esasları düzenlenmiştir,

• Sağlık hizmet etkinliğinin artırılması açısından; tedavi çeşitliliğini ülke geneline yaymak, bölgesel gelişimi sağlık alanında tamamlamak, hizmet kalitesini arttırmak, maliyet-etkin sağlık hizmeti sunumu için hastane kampüsleri uygulamasına başlanmıştır,

• Hemşirelik eğitimi yeniden düzenlenmiştir,

• İlaçta Referans Fiyat Sistemi uygulamasına geçilmiştir,

• İlaçta tek geri ödeme komisyonu kurulmuştur,

• Uçak ambulans, helikopter ambulans, kar paletli ambulans, hasta kabinli kar aracı, deniz ambulansı ve motosiklet ambulans uygulamalarına geçilmiştir,

• Tüm Türkiye'de "Su ve Besinlerle Bulaşan Hastalıklar Sürveyansı Takip Sistemi" kurulmuştur,

• Sağlık Afet ve Acil Durum Koordinasyon Merkezi (SAKOM) kurularak 81 il ve yurtdışındaki ekiplerle kesintisiz haberleşme sistemleri tesis edilmiştir,

• Hastanelerde rehin kalmalara son verilmiştir,

• Bakanlık taşra teşkilatlarına birçok yetki devredilmiştir (birinci basamak sağlık kuruluşlarının açılıp kapatılması, eczanelerin açılıp kapatılma ve ruhsat işlemleri yetkisi, kontrole tabi müstahzarların satış/sarf hareketlerinin takibi ve personel özlük işlemleri gibi),

• Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) kurulmuştur,

• Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık tesislerinde her hekime bir muayene odası prensibi getirilmiştir,

• Ücretsiz gezici sağlık hizmetleri tüm kırsala yaygınlaştırılmıştır,

• Aşılama programına dünyanın en gelişmiş ülkelerinde kullanılan aşılar dâhil edilmiştir (hemofilusinfluenza tip B, kızamıkcık, kabakulak ve konjugepnomokok),

• Toplumun en yoksul % 6'lık kesimine gebe ve çocuk takiplerini yaptırmaları kaydıyla nakit para yardımında bulunulmaktadır,

• Kanserden korumak ve erken teşhis etmek amacıyla 81 ilde 123 KETEM (Kanser Erken Teşhis Tarama Eğitim Merkezi) kurulmuştur,

• Toplum temelli ruh salığı hizmetleri başlatılmıştır. Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin gerektiğinde evde sağlık hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda sunulmasını sağlamak için bu uygulama başlatılmıştır,

• Verem hastaları için "Doğrudan Gözetim Altında Tedavi" uygulamasına başlanmıştır,

• Sağlık Bakanlığı'nın tüm hastaneleri tam otomasyona geçirilmiştir,

• Hizmet alımı yoluyla sağlık tesislerinin verimliliği artırılmaya çalışılmıştır,

• Performansa dayalı ek ödeme sistemi getirilmiştir. Hekimlerin hastanelerde tam gün çalışmasını sağlayarak vatandaşların özel muayenehanelere gitme mecburiyetini azaltmak amaçlanmıştır,

• Hastanelerde koğuş sisteminden, banyosu tuvaleti içinde olan oda sistemine yani nitelikli oda sistemine geçilmektedir,

• Sağlık Bakanlığı hastanelerinde "Merkezi Hastane Randevu Sistemi" uygulamasına başlanmıştır,

• "Ulusal Organ Nakli Bekleme Sistemi" kurularak Suiistimal ve spekülasyonlar engellenmeye amaçlanmıştır,

• Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerde hekim seçme hakkı getirilmiştir,

• İlaç Takip Sistemi (İTS) kurulmuştur,

• Sağlık-Net uygulaması başlatılmıştır,

• 112 Acil hizmetleri tamamen ücretsiz hale getirilmiştir,

• Acil ve yoğun bakım gerektiren hallerde, özel hastaneler dâhil, hiçbir ücret ödemeden tedavi olunabilmesine imkân tanınmıştır,

• Hastanelerin, yatan hastalar için ilaç ve tıbbi malzemeleri ücretsiz sağlaması uygulamasına başlanmıştır,

• Hastane yöneticilerini (Başhekim, Başhekim Yardımcısı, Müdür, Müdür Yardımcısı ve Başhemşire) kapsayan "yönetici performansı" uygulamasına başlanmıştır,

• Yatağa bağımlı hastaların evde yapılabilecek tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının ev ortamında yapılması ve hastanede kalış sürelerinin kısaltılması amacıyla "Evde Sağlık Hizmeti" uygulamasına başlanmıştır,

• Tüm hastanelerde "Hasta Hakları Birimi" kurulmuştur,

• Sağlık yönetimi eğitimleri kapsamında internet üzerinden uzaktan eğitim sistemine geçilmiştir,

• ALO SABİM 184 ile 7/24 kesintisiz olarak vatandaşların taleplerini direk bakanlığa iletebilmesi sağlanmıştır,

• Eczane bulunmayan kırsal bölgelerde yaşayan halkın ilaca ulaşımını kolaylaştırmak icin mobil eczane uygulaması başlatılmıştır,

• Personel istihdamına şeffaflık getirilmiştir (kuralar noter huzurunda çekilmektedir).

Maddeler halinde yukarıda yapılan çalışmaların sonuçları şu ana başlıklar altında toplanabilir:

2.1.5.1. İnsan Kaynakları

Hekim açığını azaltmak amacıyla 2007-2008 döneminde 4.751 olan tıp fakültesi kontenjanı (GATA hariç) yüzde 92 oranında artırılarak 2012 yılında 9.100'e yükseltilmiştir. Aynı dönemde hemşire kontenjanı ise yüzde 101 artırılarak 5.674'ten 11.429'a çıkartılmıştır. Hemşireler temel olarak halk sağlığında ve klinik hizmetlerde görev alabildiklerinden, hemşire sayısının artırılması uzun vadede sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırıcı ve maliyetleri düşürücü etkiye sahip olacaktır. Halen 0,99 olan doktor başına hemşire oranının artırılması için hemşire kontenjanlarının daha fazla yükseltilmesi önem arz etmektedir.

Sağlık personelinin bölgeler arasında dengesiz dağılım sorunu azalmakla beraber önemini korumaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan mecburi hizmet, personel dağılım çalışmaları ve personelin ihtiyaç olunan bölgede çalıştırılmasına yönelik teşvikler ile 2002-2011 döneminde İBBS-1'e göre uzman hekim açısından en kötü ve en iyi bölgeler arasındaki oran 0,31 iken 0,53'e çıkarılmıştır.

2.1.5.2. Yatak Kapasitesi

Sağlık hizmet altyapısında son yıllarda özellikle yatak kapasitesi açısından iyileşmeler görülmektedir. 2002 yılında toplam hastane yatağı sayısı 164.471 iken 2011 yılında toplam hastane yatağı sayısı 194.504'e ulaşmıştır. 2002-2010 döneminde yatak kapasitesinde yüzde 18,2 oranında artış olmuştur. 2011 yılında yoğun bakım yatakları hariç yatak kapasitesinin yüzde 62'si Sağlık Bakanlığına, yüzde 17,5'i üniversitelere, yüzde 14'ü

özel sektöre ve yüzde 8,1'i MSB'ye ve diğer kamu kurumlarına aittir. Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki hasta odalarının içerisinde banyosu ve tuvaleti bulunan en fazla ikişer kişilik odalara dönüştürülmesine yönelik çalışmalara devam edilmektedir. Bu dönüşüm neticesinde Bakanlığa ait hastanelerde 2002 yılında 6.839 adet olan nitelikli yatak sayısı 2011 yılında 38.272'ye ulaşmıştır. Nitelikli yatak sayısı toplamı ise 76.106'dır.

Yatak kapasitesindeki iyileşmelere rağmen ülke genelindeki dağılım sorunları devam etmektedir. On bin kişiye düşen yatak sayısı Batı Anadolu bölgesinde 32,8 iken Güneydoğu Anadolu bölgesinde 17,8'dir. Yatakların bölgeler arasında dengesiz dağılımı, sağlık personelinin de dengesiz dağılımına yol açan faktörlerden biridir.

2.1.5.3. Aile Hekimliği

2005 yılında pilot uygulamasına başlanmış olan aile hekimliği sistemi 2011 yılı itibariyle tüm yurda yaygınlaştırılmıştır. Bu sistemle birlikte, 2002 yılında yüzde 70 olan doğum öncesi bakım hizmeti alan gebe oranı 2011 yılı itibariyle yüzde 94'e, yüzde 69 olan hastanede yapılan doğum oranı yüzde 94'e, yüzde 62 olan bebek izlem oranı yüzde 99'a yükselmiştir

Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 ve 2011 yılları için birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti ölçülmüştür. Hastaların anket yapılan aile sağlığı merkezine ilişkin değerlendirmelerine göre memnuniyet oranı; aile hekimliği olan illerde % 90.7, aile hekimliğinin olmadığı illerde % 88.1, Türkiye genelinde ise % 89.8 olarak bulunmuştur. 2010 yılı çalışmasıyla karşılaştırıldığında tüm gruplarda memnuniyet oranlarında bir yükselme olduğu görülmektedir.

Tablo 5: Anket Yapılan Aile Sağlığı Merkezinden Duyulan Memnuniyet / Memnuniyetsizlik Oranları

2010			2011		
AH +/-	Memnun Olmayan (%)	Memnun Olan (%)	AHE/AHY	Memnun Olmayan (%)	Memnun Olan (%)
AH (+)	4,3	82,8	AHE	2,5	90,7
AH (-)	5,3	80,1	AHY	3,6	88,1
GENEL	4,9	81,2	GENEL	2,8	89,8

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti 2011, 2011)

2.1.5.4. Kamu Sağlık Harcamaları

Kamu sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı 2002 yılında yüzde 3,7 iken, 2007 yılında yüzde 4, 2011 yılında ise yüzde 4,4 olarak gerçekleşmiştir. Söz konusu oran AB-27 ülkelerinde yüzde 8,5, OECD ülkelerinde yüzde 6,4'tür. Söz konusu artışın nedenleri,

sağlık hizmet sunumundaki kapasite artışı ile hizmetlere erişim olanaklarının iyileştirilmesi ve döviz kurundaki artışında etkisiyle ilaç harcamalarının artmasıdır.

Sağlık harcamalarının etkinliğinin artırılabilmesi amacıyla Teşhis İlişkili Gruplar (TİG-DRG) yöntemi 2011 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı hastanelerine yapılan geri ödemelerin yüzde 10'unda kullanılmakta olup uygulamanın tüm geri ödemelere yaygınlaştırılması hedeflenmektedir.

2.1.5.5. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

Dünya Sağlık Örgütü, nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak 2030 yılına kadarki dönemde bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerde belirgin bir artış olacağını; kansere, kardiyovasküler hastalıklara ve trafik kazalarına bağlı ölümlerin, toplam ölümlerin yüzde 56'sını oluşturacağını tahmin etmektedir. Ülkemizde yaşlı nüfusun oranının giderek artacağı da dikkate alındığında bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin çeşitlendirilmesi önem arz etmektedir.

Bu kapsamda 9. Plan döneminde Türkiye Kronik Havayolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı 2009-2013 Eylem Planı, Türkiye Obezite ile Mücadele Programı ve Ulusal Eylem Planı, Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Solunum Yolu Hastalıklarına Karşı Küresel İttifak (GARD) Türkiye Eylem Planı, Ruh Sağlığı Eylem Planı, Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur.

2.1.5.6. Sağlıkta Dönüşüm Projesi

8. Plan döneminde sağlıkta yapısal değişiklikler yapılması amacıyla başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programının desteklenmesi için Dünya Bankası desteğiyle uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Projesinin birinci fazı 2004 yılında başlayıp 2009 yılında tamamlanmıştır.

2009 yılında ikinci fazına başlanan 'Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi' 81.1 milyon Avro tutarında bütçesiyle uygulanmaya başlanmıştır. Proje başlangıçta; Sağlık Bakanlığının stratejik planın uygulanmasına destek verilmesi, koruyucu sağlık hizmetleri için çıktı-bazlı finansmanın pilot çalışmasının yapılması ve sosyal güvenlik kurumunun (SGK) bilgi işlem kapasitesinin geliştirilmesi şeklinde üç ana başlıktan oluşmaktaydı. Ancak daha sonra son iki başlık proje kapsamından çıkarılmıştır.

2.1.5.7. İlaç Takip Sistemi

İlaç Takip Sistemi (İTS) Türkiye›de ilaçların her biriminin izlenmesi için kurulmuş bir altyapıyı tanımlamaktadır. İTS, karekod ve içindeki bilgilerin sistem merkezine gönderilmesi şeklinde çalışmaktadır. Karekod daha az yer kaplayıp daha çok veri tutmaya

yarayan ikinci bir barkod uygulamasıdır. Karekod uygulaması ile tüm ilaçlar benzersiz olarak numaralanmış olacaktır. Sistem yazılımları ve altyapısı Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış ve işletilmeye başlanmıştır. İlaç Takip Sistemi 1.7.2009 tarihinde çalışmaya başlamış olup 1.1.2010 tarihinden itibaren tüm ilaçlar karekodlu olarak satılmaya başlanmıştır.

2.1.5.8. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yasası

9. Plan döneminde, Sağlık Bakanlığının düzenleme, planlama ve denetlemeye ilişkin rolleri güçlendirilmesi amacıyla 2 Kasım 2011 tarihli ve 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı Teşkilatı yeniden düzenlenmiştir. Bu kapsamda Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur.

2.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Sunumu Altyapısının Değerlendirilmesi

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmeti veren en önemli ve koruyucu sağlık hizmeti sunan tek kurumdur. Bunlarla birlikte ana çocuk sağlığı hizmetlerinin de ana tedarikçisidir. Bu hizmetler, sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılmasını temel alan 1961 yılında çıkartılan yasa uyarınca ülke çapına yayılmış sağlık ocakları ve sağlık evleri ile verilmeye çalışılmıştır. Ancak 2003 yılından bu yana uygulanmakta olan Sağlık Dönüşüm Projesi kapsamında birinci basamakta yer alan sağlık ocağı ve evlerinin yerini aile hekimliği veya aile sağlık merkezleri almaya başlamıştır.

Yıllardır Türkiye'de birinci basamak sağlık kurumlarının kullanım oranı artırılmaya çalışılsa bile bu istenen seviyeye halen gelmemiştir. Birinci basamak sağlık kurumlarından özellikle ikinci basamak sağlık kurumlarına sevk seviyesi yüksektir. Yüksek sevk seviyesinin en önemli nedeni ise birinci basamak sağlık kurumlarının personel ve alt yapı yetersizlikleridir. Ayrıca birinci basamak sağlık kurumlarının kullanılma oranları da düşüktür. Bunun nedeni ise vatandaşların birinci basamak sağlık kurumlarına başvurarak zaman kaybetmek yerine sağlık ihtiyaçlarının daha iyi karşılanacağına inandığı yataklı tedavi kurumlarına ve hatta hastanelere doğrudan başvurmalarıdır.

2.2.1.1 Koruyucu Sağlık Hizmeti Kurumlarının Sayısal Gelişimi

Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı olarak faaliyetlerini sürdüren hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na bağlandığı yıl olan 2005 yılı öncesi Türk Sağlık Sistemi hem sağlık hizmetlerinin sunumu hem de finansman açısından oldukça dağınık ve bölünmüş bir yapıya sahipti. Örneğin 2000 yılında birinci basamak sağlık hizmetleri çoğunluğu Sağlık Bakanlığı kuruluşları olmak üzere aynı zamanda SSK sağlık kuruluşları tarafından da yürütülmekte idi. Dünya Bankası tarafından hazırlanan Türk Sağlık Sistemine yönelik raporda birinci basamak sağlık kuruluşları ile ilgili olarak şu sorunlara yer verilmiştir (Dünya Bankası, 2003):

• Nicelik ve nitelik olarak sağlık personeli azlığı,

• Ekipman ve malzeme yetersizliği,

• Mali yetersizlik,

• Etkili yönetilememe,

• Kullanım oranının düşük olması,

• Hizmet kalitesi ve memnuniyet düzeyinin düşük olması,

• İkinci basamak sağlık kurumlarına olan sevk oranının yüksek olması.

Daha önce de değinildiği üzere 2007 yılında Türkiye'de aile hekimliği sistemine geçildiği için daha önceden sağlık ocağı olarak hizmet veren kurumlar aile sağlığı merkezleri haline getirilmişlerdir. Buna göre 2000-2010 yılları arası birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısal gelişimi Tablo 6'da gösterilmiştir.

Mevcut birinci basamak sağlık kuruluşları arasına 2006 yılından bu yana Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri de (KETEM) girmeye başlamıştır ve 2010 yılı itibarı ile toplam KETEM sayısı 122'ye ulaşmıştır. 2000 yılından bu yana 112 acil yardım istasyonu sayısındaki gelişme de dikkate değerdir.

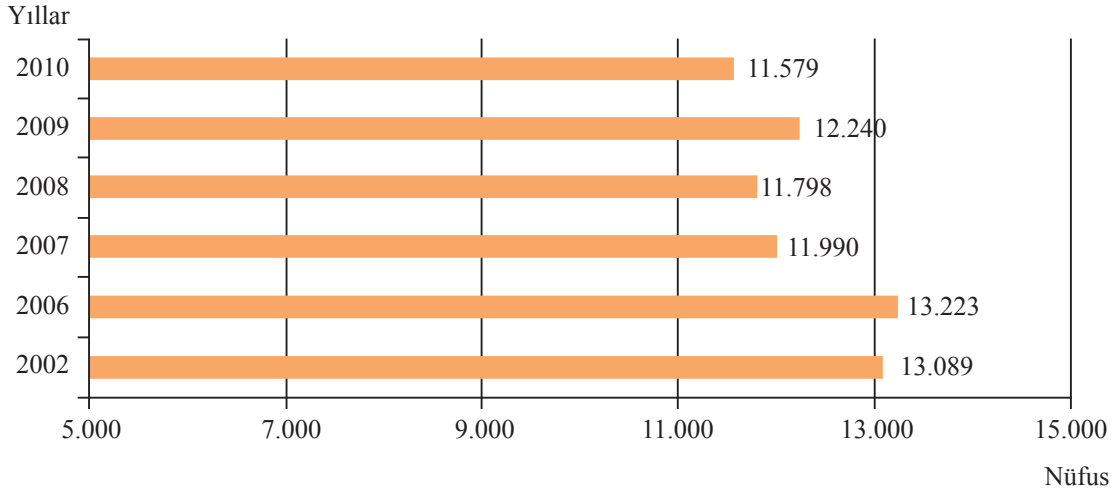
Tablo 6: Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Sayısal Gelişimi

Birinci Basamak Sağlık Kurumları	2000	2002	2006	2007	2008	2009	2010
Sağlık Ocağı	5.035	5.043	5.250	4.944	4.297	3.842	0
*Aile Sağlığı Merkezi	-	-	-	943	1.765	2.086	6.367
Ara Toplam	5.035	5.043	5.250	5.887	6.062	5.928	6.367
AÇSAP Merkezi	291	297	298	227	225	222	188
Toplum Sağlığı Merkezi	-	-	-	182	373	429	961
Verem Savaş Dispanseri	277	277	249	247	243	229	198
**Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM)	-	-	40	50	84	122	122
Ara Toplam	568	574	587	706	925	1.002	1.469
112 Acil Yardım İstasyonu	366	480	1.175	1.264	1.308	1.317	1.375

Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

Şekil 16'da görüldüğü gibi artan birinci basamak sağlık kuruluşu sonucunda sağlık ocağı ve aile sağlığı merkezi başına düşen nüfus sayısı da gerilemiştir. Bu da birinci basamak sağlık kuruluşlarında görülen kalabalığın azaldığı anlamına gelmektedir.

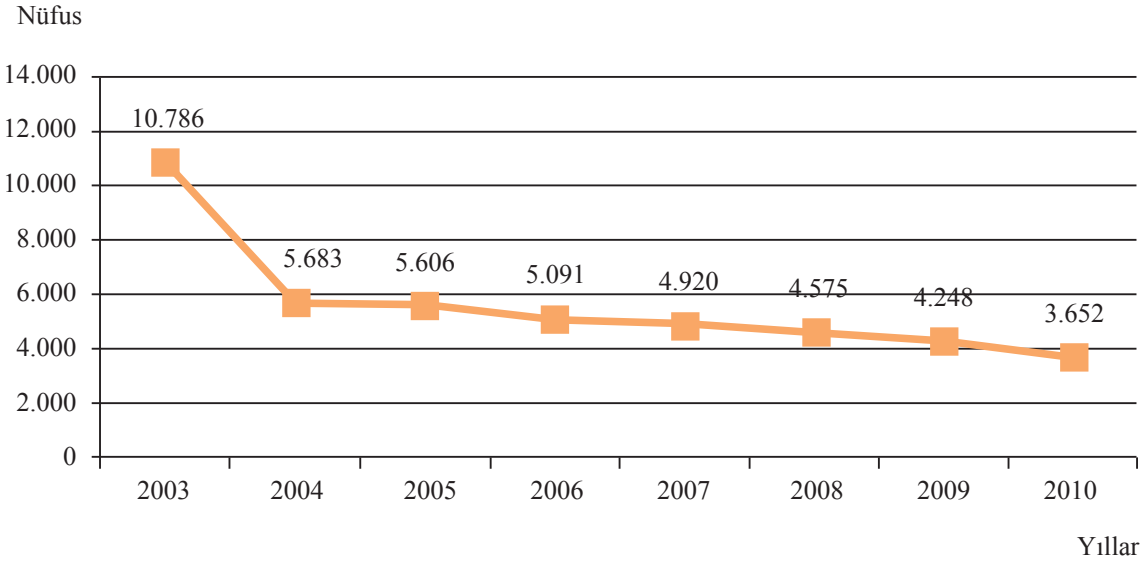
Şekil 16: Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Aile Sağlığı Merkezi Başına Düşen Nüfus



Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

Ayrıca aile sağlığı merkezlerinin de fiziksel olarak daha iyileştiği gözlemlenmektedir. Örneğin 2003 yılında bir sağlık ocağındaki bir muayene odası başına düşen nüfus 10.786 iken 2010 yılında aile sağlığı merkezindeki her aile hekimine bir muayene odası düştüğü için muayene odası başına düşen nüfus 2010 yılında 3.652 seviyesine gelmiştir. Ancak bir aile hekimi başına düşen nüfusun (ortalama 3.652 kişi) halen yüksek olduğu, aile hekimlerinin kendilerinden beklenilen hizmetleri etkili bir şekilde yerine getiremediği, aile sağlığı merkezlerinin önemli bir bölümünün alt yapı açısından istenilen seviyeden uzak olduğu ve tek bir aile sağlığı elemanı ile çalışma durumunda olma gibi nedenlerle halen aile sağlığı merkezlerinden ikinci basamak sağlık kurumları olan hastanelere önemli ölçüde hasta sevk edildiği ve aile hekimlerinin sadece reçete yazdıkları gibi eleştirilere rastlanılabilmektedir.

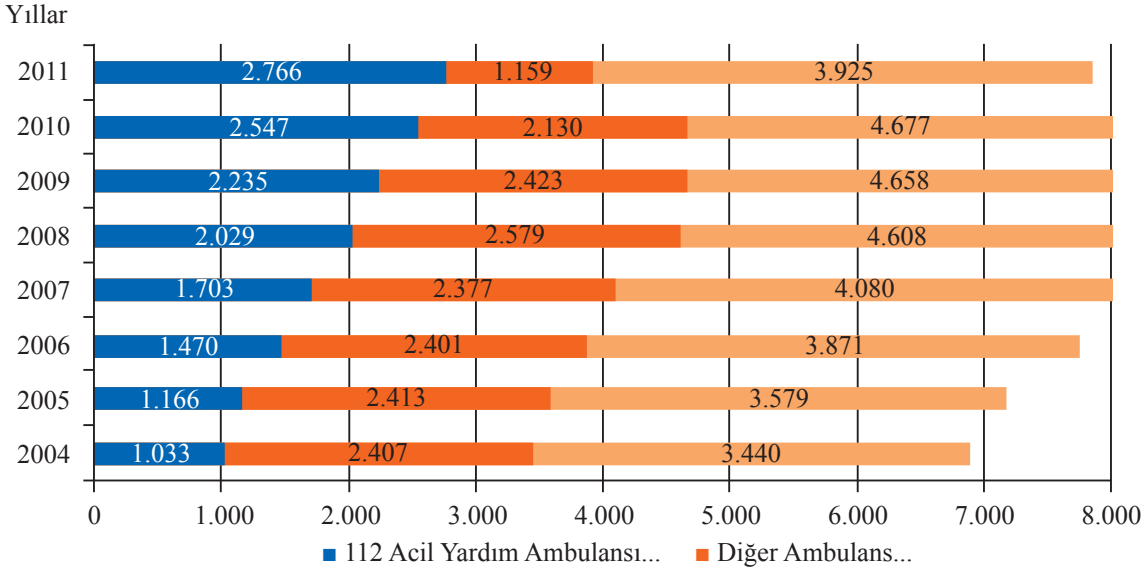
Şekil 17: Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Aile Sağlığı Merkezleri Muayene Odası Başına Düşen Nüfus, Türkiye



Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

Hem acil yardım ambulansı hem de diğer ambulans sayılarında çok önemli gelişmeler yaşanmış ve 2004 yılında 3440 olan toplam ambulans sayısı 2011 yılında 3925'e yükselmiştir.

Şekil 18: Yıllara Göre Ambulans Sayısı, Sağlık Bakanlığı, Türkiye



Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2011)

2.2.2. Koruyucu Sağlık Hizmeti Kurumlarının Çalışmaları

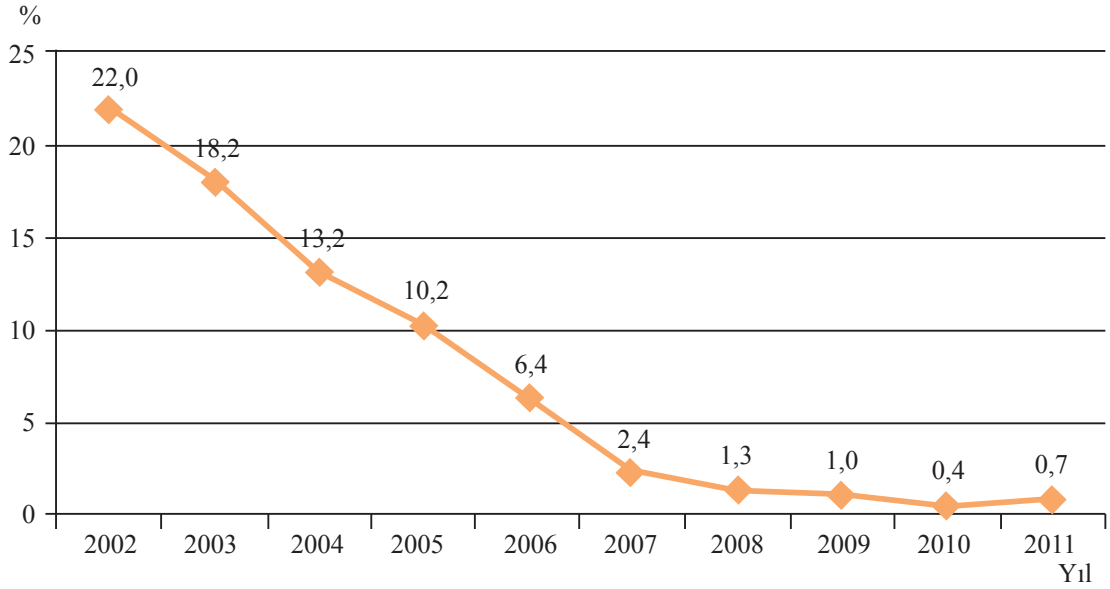
2002 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık kuruluşlarına olan müracaat sayısı Tablo 7'de verilmiştir. 2002 yılında birinci basamak sağlık kuruluşlarının çok fazla kullanılmadıkları bir gerçektir. Ancak 2011 yılına gelindiğinde bu kuruluşlara müracaat eden hasta sayısının yaklaşık 244 milyona ulaştığı görülmektedir. 2011 yılındaki toplam müracaatların yaklaşık 240 milyonu aile hekimliği birimlerine olmuştur. Bunda her aileye bir aile hekiminin atanması ve aile hekimlerin kullanılmasının özendirilmesi etkili olmuş olabilir.

Tablo 7: Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşlarına Yapılan Toplam Müracaat SayısıKaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sağlık Ocağı	69.103.517	79.163.271	82.153.024	105.482.440	121.101.156	146.161.943	121.441.948	123.851.458	84.629.163	-
Aile Hekimliği	-	-	-	-	-	-	45.111.103	65.716.898	108.976.049	240.298.753
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	2.332.915	2.380.166	3.108.694	3.034.844	2.818.945	2.781.992	2.557.787	2.378.998	2.219.534
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	2.980.481	3.468.145	4.162.022	5.289.858	4.593.339	5.992.171	5.841.810	5.707.593	3.831.859	944.842
Özel Poliklinikler	731.132	856.800	896.151	1.251.536	1.439.183	1.807.718	2.078.721	2.387.515	2.497.352	882.973
Birinci Basamak Toplamı	**74.827.588**	**85.821.131**	**89.591.363**	**115.132.528**	**130.168.522**	**156.780.777**	**177.255.574**	**200.221.251**	**202.313.421**	**244.346.102**

Şekil 19'da birinci basamak sağlık kuruluşlarından diğer sağlık kurumlarına olan sevk oranları gösterilmektedir. 2005 yılında yüz hastadan 10,2'si sevk edilirken 2011 yılında yüz hastadan sadece 0,7'si diğer sağlık kurumlarına sevk edilmiştir. Bu da hastaların artık birinci basamak sağlık kurumlarında sağlık ihtiyaçlarının daha büyük oranda karşılandığını gösterebilir. Ya da hastalar daha acil ve hastanede karşılanması gereken sağlık ihtiyaçları yerine ilaçlarını yazdırmak gibi daha hafif sağlık ihtiyaçlarını birinci basamak sağlık kuruluşlarından almayı tercih ettikleri şeklinde de yorumlanabilir.

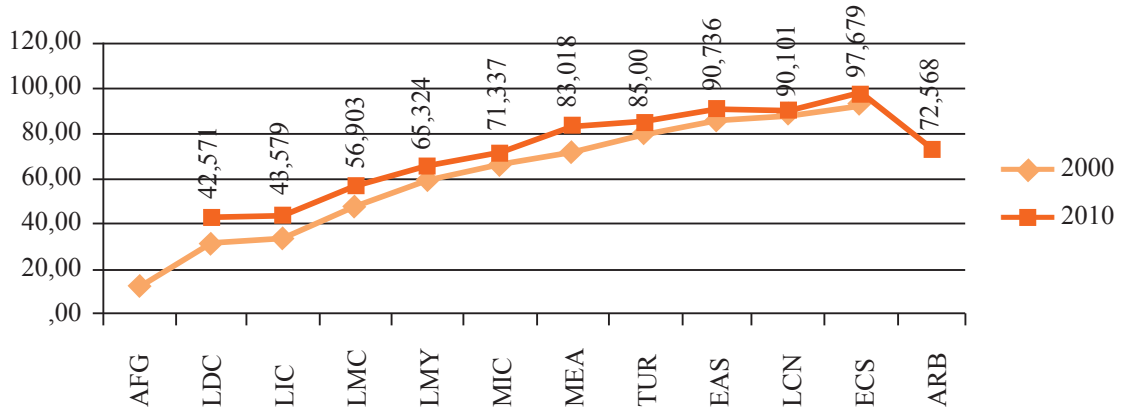
Şekil 19: Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşları Sevk Oranı



Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

Bebek ölümlerinin en önemli nedenlerinden birisi de doğumların sağlık kurumlarında ve sağlık personeli gözetiminde yapılmamasıdır. Gelir ve coğrafi bölge ülke gruplarına göre sağlık personeli eliyle yapılan doğumların oranı Şekil 20'de gösterilmiştir. Avrupa, Latin Amerika ve Doğu Asya ve Pasifik ülkelerinde bu oran % 90'ların üzerindedir ve Avrupa ülkelerinde bu oran yüzde 100'lere yaklaşmıştır. Ancak halen bu oran Türkiye'de % 85'dir.

Şekil 20: Ülkelerin Coğrafi ve Gelir Sınıflarına Göre Sağlık Personeli Eliyle Yapılan Doğum Oranı



Kaynak: (The World Bank, 2012)

Dünya Bankası istatistiklerine göre sağlık personeli eliyle yapılan doğum yüzdesi 2010 yılı için Türkiye'de her ne kadar % 85 olarak gözükse bile, en son yapılan 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 2008 yılında Türkiye'de sağlık personeli eliyle yapılan doğum yüzdesi % 91.3'tür. Sağlık personeli eliyle yapılan doğum yüzdesinin gelişimi yıllar itibarı ile Tablo 8'de gösterilmiştir. Aynı zamanda doğum öncesi bakım alma yüzdesi de oranı da 92 seviyesine gelmiştir.

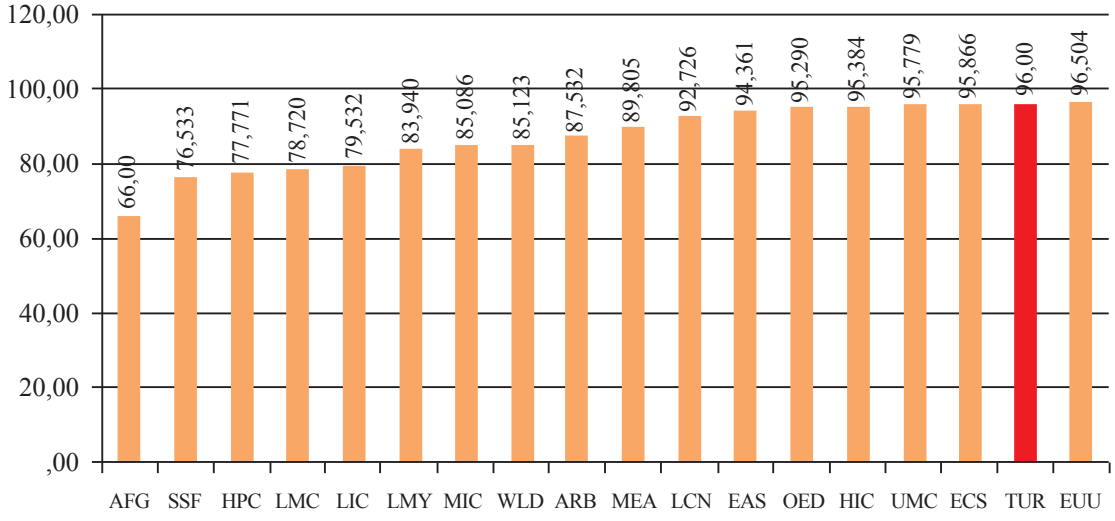
Tablo 8: Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım Alma ve Doğum Sırasında Sağlık Personelinden Yardım Alma Yüzdesi

	1993	1998	2003	2008
Doğum öncesi bakım	62.3	67.9	80.9	92.0
Doğum sırasında yardım	75.9	80.6	82.9	91.3

Kaynak: (H.Ü., 2012)

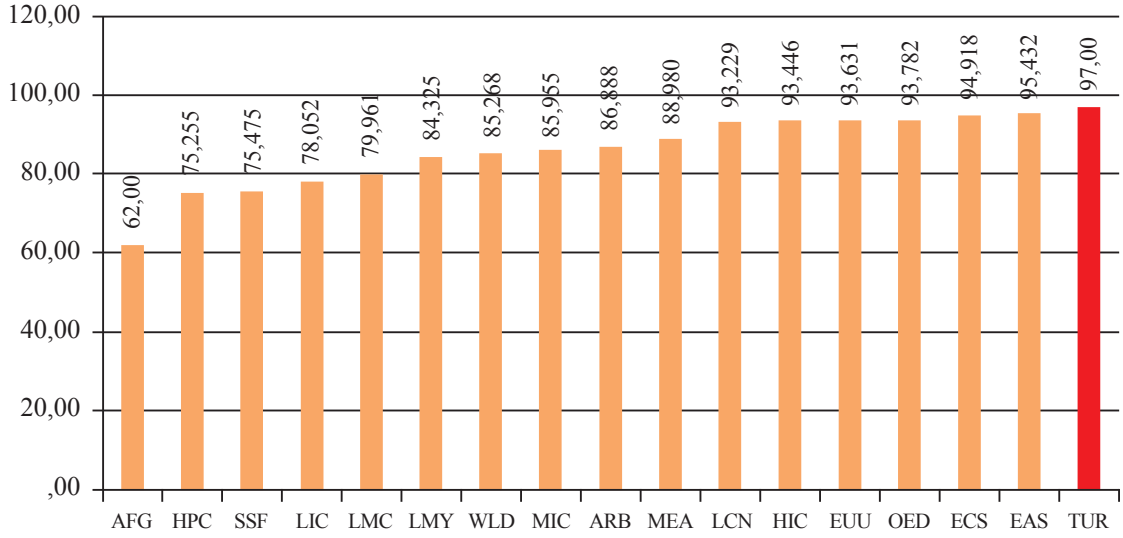
Özellikle bebek ve çocuk ölümlerinin engellenmesinde aşılar önemli bir yer tutar. Gelir ve coğrafi bölgelere göre gruplanan ülkeler, ortalamalarına göre Difteri-Boğmaca-Tetanoz (DPT) aşı olma yüzdesi karşılaştırmalı olarak Şekil 21'de verilmiştir. Avrupa ülkelerinde DPT aşı olma yüzdesi 96,5 iken Türkiye'de DBT aşısı olma % 96'dır. Ancak az gelişmiş ve fakir ülkelerde bu yüzde daha düşüktür. Türkiye'de kızamık aşı olma yüzdesi son derece yüksektir. Hatta kızamık aşısı olma yüzdesi OECD ve Avrupa Birliği ülkelerinin ortalamasından daha yüksektir (Şekil 22).

Şekil 21: Difteri-Boğmaca-Tetanoz Aşı Yüzdesi (2010 Yılı)



Kaynak: (The World Bank, 2012)

Şekil 22: Kızamık Aşı Yüzdesi (2010)



Kaynak: (The World Bank, 2012)

2000 yılından bu yana Türkiye'deki aşılama oranları Tablo 9'da verilmiştir. 10 yıl içinde aşılama oranlarında çok önemli iyileşmeler olmuş ve 2010 yılına gelindiğinde çoğu aşı için aşılama oranı % 100'lere yaklaşmıştır.

Tablo 9: Yıllara Göre Aşılama Oranları, (%), Türkiye

Aşılar	2000	2002	2006	2007	2008	2009	2010
DaBT 1	88	82	90	98	97	97	98
DaBT 2	84	80	88	96	96	96	98
DaBT 3*	80	78	90	96	96	96	97
BCG	77	77	88	94	96	96	97
HBV 3	66	72	82	96	92	94	96
KKK**	81	82	98	96	97	97	97
KPA 3 ***	-	-	-	-	-	97	95

Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

Bebek ve çocuk ölümlerini azaltmada gebe, çocuk ve lohusa izlemleri de önemlidir. Türkiye'de 2000 yılından bu yapılan gebe ve bebek izlemlerinde önemli ölçüde artışın olduğu görülmektedir.

Tablo 10: Yıllara Göre Gebe, Bebek, Çocuk ve Lohusa İzlem Faaliyetleri, Türkiye

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gebe Başına Ortalama İzlem Sayısı	1,7	1,8	2,2	2,4	2,7	3,1	3,3	3,6	4,2	4,3
Bebek Başına Ortalama İzlem Sayısı	3,4	3,3	4,3	4,8	5,2	6,0	6,4	6,8	7,1	8,1
Çocuk Başına Ortalama İzlem Sayısı	1,0	1,0	1,3	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	2,0
Lohusa Başına Ortalama İzlem Sayısı	0,7	0,7	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,4	1,5	2,0

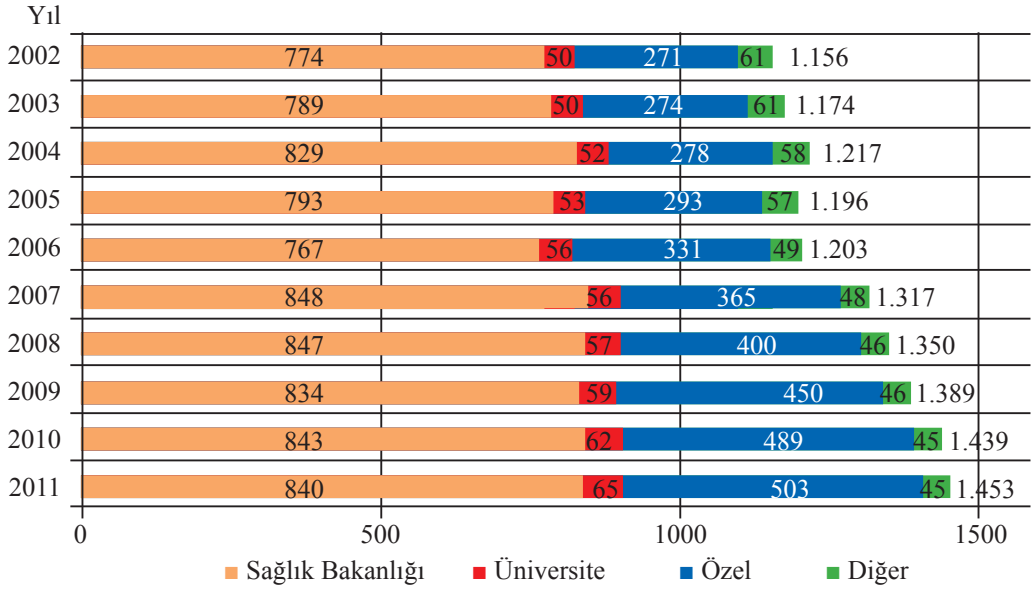
Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

2.2.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

2.2.2.1 Tedavi Edici Sağlık Kurumları ve Hastane Yatakları

Türkiye'deki toplam hastane sayısı 2011 yılı itibarı ile 1453'tür. 840 hastane ile Sağlık Bakanlığı en fazla hastaneye sahip kurumdur. İzlenen sağlık politikalarının sonucu olarak özel hastane sayısında 2002 yılından bu yana hızlı bir artış eğilimi vardır. Yeni açılan üniversitelerin ve tıp fakülteleri nedeni ile de üniversite hastanelerinin sayısı 65'e yükselmiştir.

Şekil 23: Mülkiyet ve Yıllara Göre Hastane Sayılarının Gelişimi

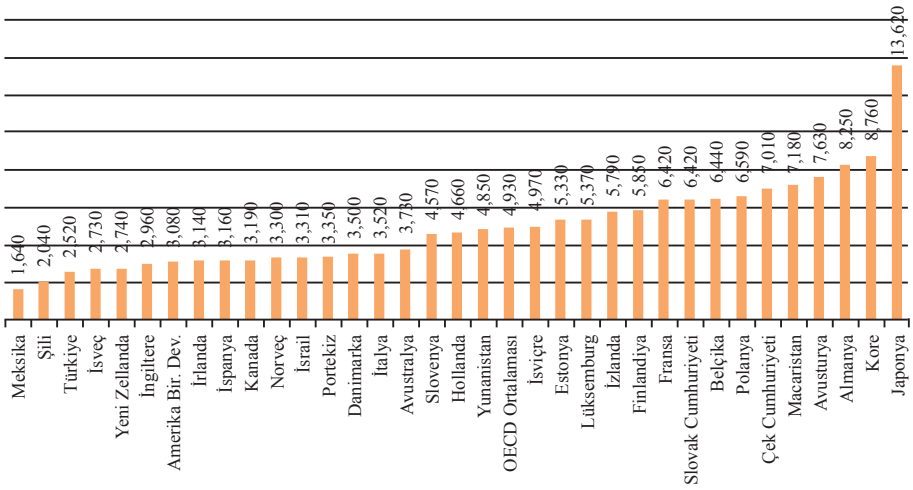


Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011)

Bin kişiye düşen hastane yatağı açısından OECD ülkeleri karşılaştırmalı olarak Şekil 24'te gösterilmiştir. OECD ülkelerinde bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı ortalama 4,9'dur. Ancak bu rakam Türkiye'de 2,5'tir. Bundan önceki Kalkınma Planlarında on bin kişiye 26 yatak hedefi önemli ölçüde yakalanmış gözükmekle birlikte diğer OECD ülke-

lerinden daha az yatağa sahip olduğumuz bir başka gerçektir. Ayrıca Meksika ve Şili'nin Türkiye'ye nazaran daha az hastane yatağına sahip olduğu bilinmelidir. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı'nın sayı olarak değil de nitelik olarak hasta yatağını artırma yönünde çabalarının da olduğu bilinmektedir.

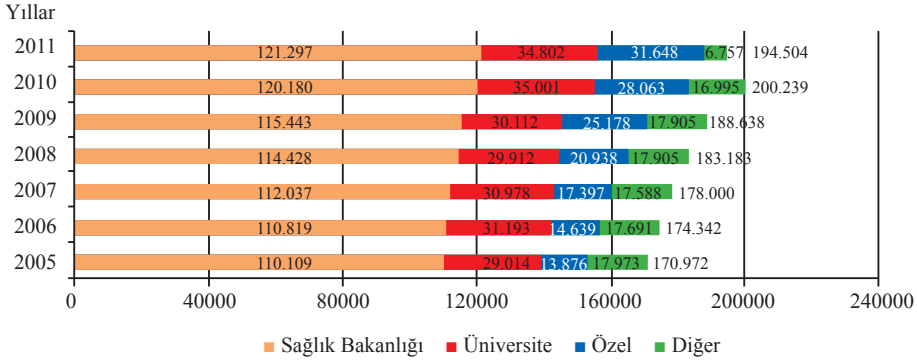
Şekil 24: Bin Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı (2010 Yılıveya En Yakın Yıl)



Kaynak: (OECD, 2012)

Hastane yataklarının kurumlara göre dağılımına bakıldığı zaman Sağlık Bakanlığı'nın toplam yatakların (194.504) yaklaşık yüzde 62'sine sahip olduğu görülmektedir. Sayı olarak az olsa da üniversite hastaneleri hastane yataklarının önemli bir bölümüne sahiptir. Sayı olarak toplam hastane sayısının yaklaşık üçte birine sahip olan özel sektör ise toplam hastane yataklarının sadece yüzde 17,5'ine sahiptir. Bu da Türkiye'deki özel hastanelerin daha çok küçük hastaneler olduğuna işaret etmektedir.

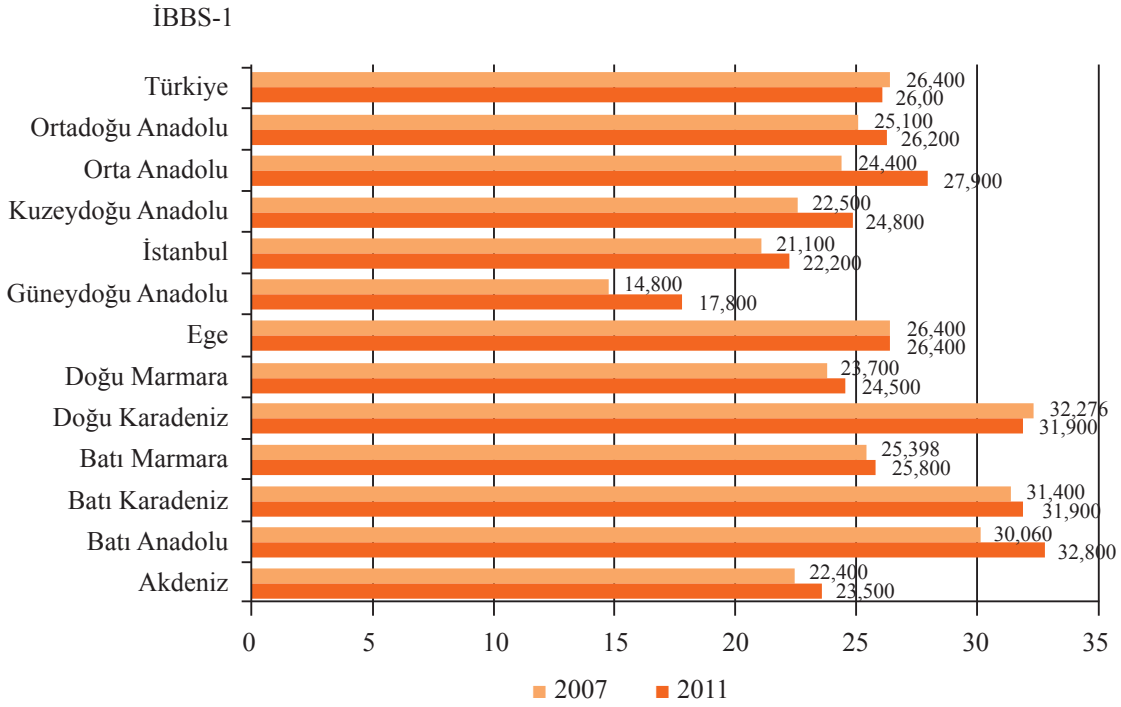
Şekil 25: Mülkiyet ve Yıllara Göre Hastane Yatağı Sayılarının Gelişimi



Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2011)

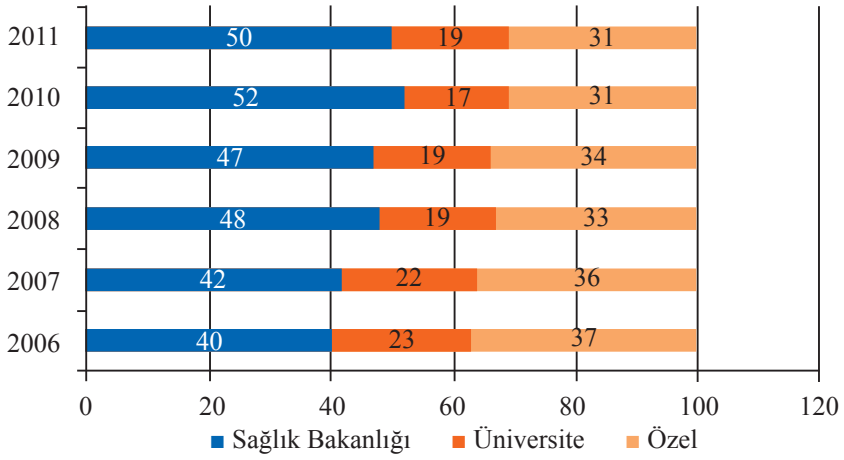
Türkiye'deki toplam hastane yataklarının bölgelere göre dağılımı Şekil 26, nitelikli hasta yatak sayısının gelişimi ise Şekil 27'de gösterilmektedir. On bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı açısından en dezavantajlı bölge Güneydoğu Anadolu Bölgesi'dir (on bin kişiye 17,8 yatak). 2007 yılı karşılaştırıldığında bütün bölgelerde bir iyileşme yaşanmıştır. On bin kişiye düşen hastane yatak sayısının en yüksek olduğu bölge ise 32,8 yatak ile Batı Anadolu Bölgesidir. Sağlık personelinin ve ekipmanın hastaneleri takip ettiğini dikkate aldığımızda, bölgeler arasındaki sağlık personeli dağılımı eşitsizliğinin temel nedenlerinden biri olarak hastane yataklarının dengesiz dağılımı gösterilebilir. Nitelikli hastane yatak sayısı da son yıllarda hızlı bir artış göstermiştir ve 2011 yılı itibarı ile toplam nitelikli hastane yatağının yarısı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bulunmaktadır.

Şekil 26: Bölgelere Göre On Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı



Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2011; Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

Şekil 27: Yıllara ve Mülkiyete Göre Nitelikli Yatakların Dağılımı (%)



Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2011)

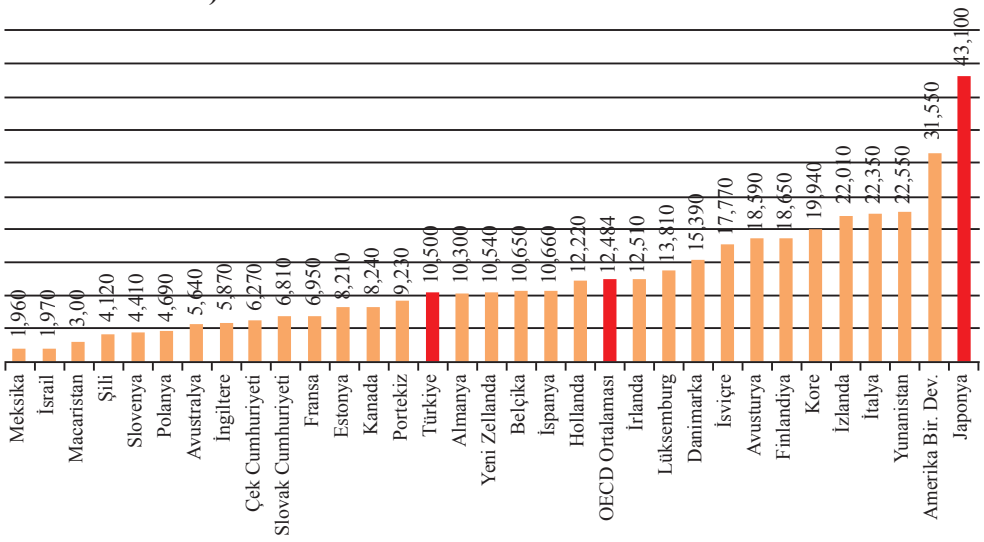
Not: Nitelikli yataklar; içinde tuvaleti ve banyosu ile en fazla 2 hasta yatağı, televizyon, telefon, buzdolabı, yemek masası, etajeri ve yatırılabilen refakatçi koltuğu bulunan odalardaki yataklardır. Bu sayılar toplam yatak sayısına dâhildir.

2.2.2.2 Sağlık Teknolojisi

Diğer sağlık teknolojileri açısından bir ülke sağlık sistemini değerlendirmede bir milyon kişiye düşen MR görüntüleme birimi sayısı ve bilgisayarlı tomografi sayısı sıkça kullanılmaktadır. Bir milyon kişiye düşen MR görüntüleme birimi sayısı Türkiye'de 9,5 iken, OECD ülkeleri ortalaması 12,5'tir. En fazla MR görüntüleme birimine sahip olan Japonya'da bir milyon kişiye düşen MR görüntüleme birimi sayısı 43,1'dir (Şekil 28).

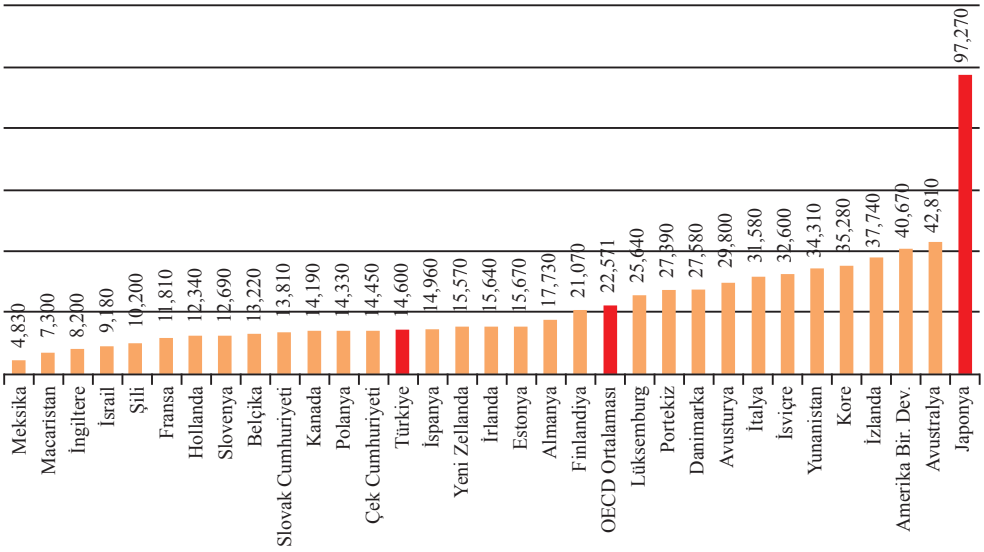
Türkiye'de bir milyon kişiye düşen bilgisayarlı tomografi sayısı 12,4 iken bu sayı Meksika'da 4,8 (en az), Japonya'da 97,3'tür. Türkiye çok fazla bilgisayarlı tomografiye sahip olmasa bile en az tomografiye sahip olan ülke de değildir (Şekil 29).

Şekil 28: Bir Milyon Kişiye Düşen MR Görüntüleme Birimi Sayısı, (2010 Yılı veya En Yakın Yıl)



Kaynak: (OECD, 2012) (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2011)

Şekil 29: Bir Milyon Kişiye Düşen Bilgisayarlı Tomografi Sayısı, (2010 Yılı veya En Yakın Yıl)



Kaynak: (OECD, 2012) (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2011)

Tablo 11 ve 12'de ise yüz bin kişiye düşen MR ve BT cihazı sayılarının hem bölgelere göre hem de sektörlere göre dağılımı gösterilmektedir. Nüfus yoğunluğu da düşünüldüğü zaman doğal olarak İstanbul hem MR hem de BT cihazı sayısının en fazla olduğu şehir iken, yoğunluğun en fazla olduğu bölge ise Batı Anadolu bölgesidir.

Tablo 11: Bölge ve Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında 1.000.000 Kişiye Düşen MR Cihazı Sayısı, 2011

Bölgeler	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Akdeniz	3,4	1,2	5,5	10,0
Batı Anadolu	4,3	1,8	4,2	10,3
Batı Karadeniz	4,9	1,6	3,6	10,1
Batı Marmara	5,3	1,2	4,0	10,6
Doğu Karadeniz	5,6	0,4	5,6	11,5
Doğu Marmara	2,9	1,0	5,0	8,9
Ege	5,8	1,2	5,3	12,3
Güneydoğu Anadolu	2,3	0,5	4,0	6,8
İstanbul	2,3	0,6	9,9	12,8
Kuzeydoğu Anadolu	4,0	1,3	1,8	7,2
Orta Anadolu	2,9	1,3	5,7	9,9
Ortadoğu Anadolu	3,2	1,9	6,2	11,3
Türkiye	3,7	1,1	5,7	10,5

Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

Tablo 12: Bölge ve Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında 1.000.000 Kişiye Düşen BT Cihazı Sayısı, 2011

Bölgeler	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Akdeniz	5,2	1,8	7,5	14,4
Batı Anadolu	7,7	3,5	6,1	17,3
Batı Karadeniz	9,4	1,6	4,7	15,6
Batı Marmara	7,5	1,2	6,5	15,3
Doğu Karadeniz	8,4	0,8	4,8	13,9
Doğu Marmara	4,7	1,2	6,2	12,1
Ege	7,3	1,7	6,4	15,4
Güneydoğu Anadolu	5,2	0,9	4,1	10,2
İstanbul	3,7	1,0	12,0	16,7
Kuzeydoğu Anadolu	6,7	1,8	2,2	10,8
Orta Anadolu	5,7	1,6	6,5	13,8
Ortadoğu Anadolu	5,9	1,6	7,3	14,8
Türkiye	6,0	1,5	7,1	14,6

Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

2.2.2.3 Tedavi Edici Sağlık Kurumlarının Çalışmaları

Tablo 13'te yıllara göre ve hastanelerin bağlı oldukları kurumlara göre sahip oldukları müracaat sayıları verilmiştir. Tabloya göre 2002 yılında bütün hastanelere olan müracaat sayısı yaklaşık 125 milyon civarında iken, bu sayı 2011 yılına gelindiğinde yaklaşık üç katı seviyesine yani 338 milyon hastanın üzerine çıkmıştır. Yıllık 300 milyondan fazla hastanın hangi hastaneleri tercih ettiklerine bakıldığında, hastaların yüzde 76'sının Sağlık Bakanlığı hastanelerini tercih ettiklerini, yüzde 17,4'ünün özel hastaneleri ve sadece yüzde 7,2'sinin ise üniversite hastanelerini tercih ettikleri görülecektir. Hastaların tercih sebebi ile hastanelerin fiziksel erişilebilirliği arasındaki büyük ilişki bu rakamlara yansımıştır. Sayı olarak çok fazla olan Sağlık Bakanlığı hastaneleri özellikle poliklinik hastalarının çok önemli bir bölümüne ulaşabilmiştir. Üniversite hastanelerinin payı ise çok fazla artmamıştır. Ancak hastaların artık özel hastaneleri daha fazla kullanmaya başladıklarını belirtmek kayda değerdir.

Tablo 13: Yıllara ve Mülkiyete Göre Toplam Hastane Müracaat Sayısı

Mülkiyet	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sağlık Bakanlığı	189.422.137	209.630.370	216.723.712	228.279.139	235.172.924	254.342.943
Yüzde	87,1	84,1	79,2	77,3	77,6	75,2
Üniversite	12.588.872	15.025.079	18.290.800	19.364.865	20.098.754	24.437.107
Yüzde	5,8	6,0	6,7	6,6	6,6	7,2
Özel	15.529.416	24.485.650	38.688.313	47.618.186	47.712.540	59.069.486
Yüzde	7,1	9,8	14,1	16,1	15,7	17,4
Toplam	217.540.425	249.141.099	273.702.825	295.262.190	302.984.218	337.849.536

Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

Türkiye'de yıllara ve hastanelerin mülkiyetlerine göre yıllık hastaneye kişi başına hastaneye müracaat sayıları Tablo 14'te gösterilmiştir. Yılar itibarı ile Sağlık Bakanlığı ve özel hastanelere olan müracaat sayılarının sürekli olarak arttığı ancak son yıllarda artış eğiliminin azaldığı gözlemlenmiştir. Ayrıca hekime başvuru sayısı 8,3 iken bunun dörtten fazlasının hastanelere olduğu görülmektedir ve bu da hastalık durumlarında hastaların daha çok hastaneleri tercih ettiklerini göstermektedir.

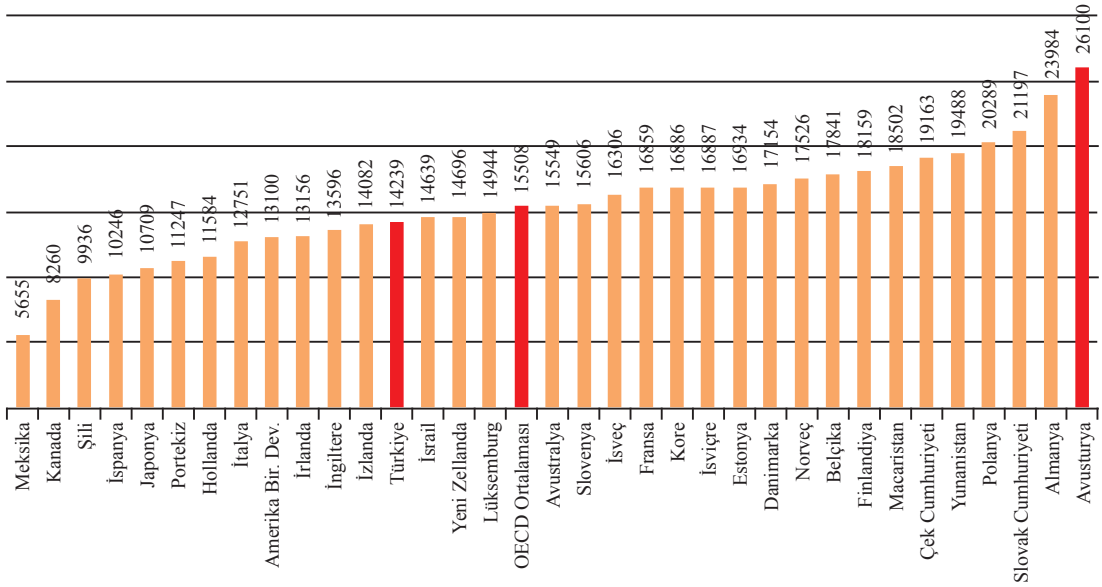
Tablo 14: Yıllara ve Hastane Mülkiyetine Göre Kişi Başına Hastane Müracaat Sayısı

Mülkiyet	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sağlık Bakanlığı	2,4	2,7	3,0	3,0	3,1	3,2	3,4
Üniversite	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Özel	0,2	0,3	0,3	0,5	0,6	0,6	0,8
Toplam	2,2	3,5	3,5	3,8	4,1	4,1	4,5

Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

OECD ülkelerinde yüz bin kişiye düşen hastaneden taburcu olanların sayısı Şekil 30'da gösterilmektedir. OECD ülkeleri arasında Japonya en yüksek taburcu sayısına sahip ülke konumundadır ve bu yüz binde 26.000'in üzerindedir. Türkiye'de ise bu sayı, yüz binde 14.000 civarındadır.

Şekil 30: Yüz Bin Kişiye Düşen Hastane Taburcu Sayısı, Yıllık Adet (2010 Yılı veya En Yakın Yıl)



Kaynak: (OECD, 2012)

Türkiye'de 2006 yılında bütün hastanelere yatan hasta sayısı 7.5 milyon iken, beş yıl içinde bu rakam yaklaşık 11.5 milyon seviyesine ulaşmıştır. Bu da yatan hasta sayısının artması demektir. Aynı dönemde hastane sayısı 1.156'dan 1.453'e yükselirken, hastane yatak sayısı da yaklaşık 164 binden 194 bine yükselmiştir. 2006 yılında yaklaşık 4 hastanın 3 tanesi Sağlık Bakanlığı hastanelerini kullanırken, 2011 yılında Sağlık Bakan-

lığı hastanelerinde tedavi edilen hasta sayısında yüzde olarak bir düşüş (% 69'dan %60'a gerilemiştir) meydana gelmiş ve özel hastanelerde tedavi edilen hasta yüzdesi 2006 yılında yüzde 16'dan 2011 yılında yüzde 27'ye yükselmiştir. Ancak üniversite hastanelerinde tedavi gören hasta yüzdesi yüzde 14 seviyesinde neredeyse sabitlenmiştir. Bu süre zarfında özel hastaneler hasta sayılarını yaklaşık beşe katlarken üniversite hastaneleri hasta sayılarını sadece ikiye katlamışlardır.

Tablo 15: Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı

Mülkiyet	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sağlık Bakanlığı	5.303.347	5.674.935	5.959.585	5.934.978	6.361.116	6.775.154
Yüzde	68,97	65,08	61,54	59,94	60,42	59,23
Üniversite	1.165.277	1.262.973	1.386.449	1.462.690	1.509.484	1.607.462
Yüzde	15,16	14,48	14,32	14,77	14,34	14,05
Özel	1.220.176	1.782.381	2.338.211	2.503.992	2.657.573	3.054.165
Yüzde	15,87	20,44	24,14	25,29	25,24	26,71
Toplam	7.688.800	8.720.289	9.684.245	9.901.660	10.528.173	11.436.781

Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

Sağlık sektöründe son dönemlerde yaşanan gelişmeler ve hastaların alternatif sağlık kurumlarını kullanabilme yolundaki engellerin kaldırılması sonucu özel tıp ve dal merkezlerinin yanı sıra özel polikliniklerin sayıları ve bakmış oldukları hasta sayıları da önemli bir seviyeye gelmiştir. Bu kurumlar yataklı tedavi hizmeti de veren hastanelerdeki poliklinik hizmetlerinin önemli bir alternatifidir. Yıllara göre özel tıp merkezi ve polikliniklerde tedavi edilen hasta sayısının Türkiye genelinde yaklaşık 30 milyon olduğu görülebilir. Bu sayının hastanelerde poliklinik hizmeti alan toplam hasta sayısının yaklaşık yüzde 10'una denk geldiğini belirtmek önemlidir.

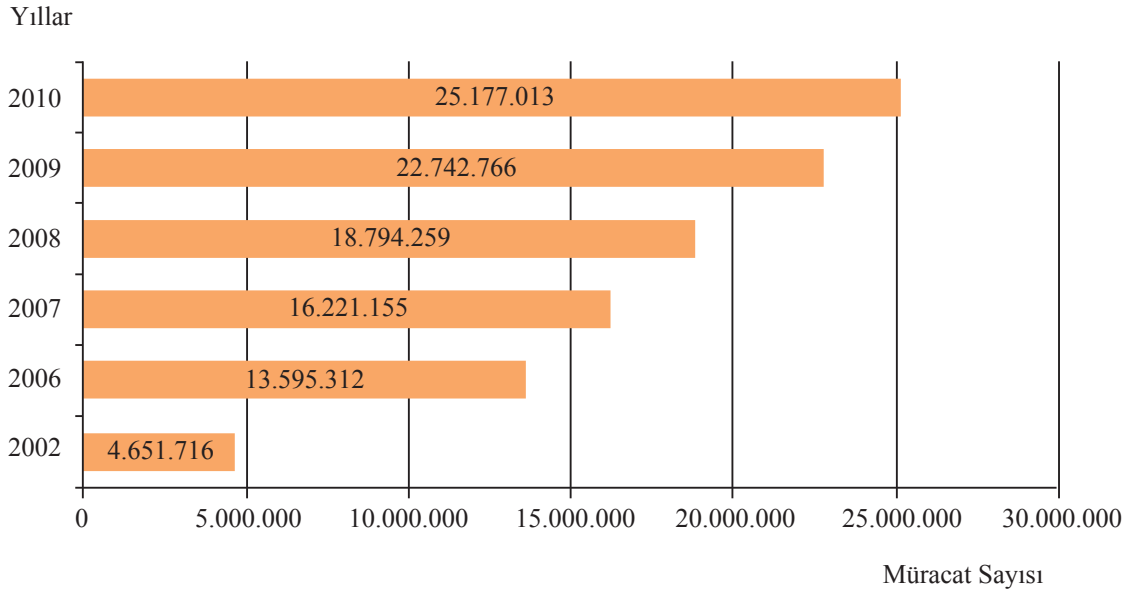
Tablo 16: Bölgelere Göre Özel Tıp ve Dal Merkezleri ile Özel Poliklinik Müracaat Sayıları, 2010

Yıllar	Özel Tıp ve Dal Merkezleri	Özel Poliklinikler	Toplam
2005	16.817.890	1.251.536	18.069.426
2006	19.339.461	1.439.183	20.778.644
2007	24.291.760	1.807.718	26.099.478
2008	27.933.434	2.078.721	30.012.155
2009	32.082.953	2.387.515	34.470.468
2010	33.788.328	2.497.352	36.285.680
2011	29.040.707	882.973	29.923.680

Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin 2000'li yıllar öncesinde çoğunlukla özel diş hekimi muayenehanelerinde veya bir hastanenin diş sağlığı birimlerinde verilmeye çalışıldığı herkes tarafından bilinen bir gerçektir. Ancak son dönemlerde diş sağlığı hizmetlerinin hastanelerden bağımsız ağız ve diş sağılığı merkezlerinde verilmeye başlanması ve bu hizmetlere gereken önemin verilmesi sonucu ağız ve diş sağılığı hizmetlerinin kullanım sıklığında belirgin bir artış söz konusudur. 2002-2010 yılları arasında Türkiye'de ağız ve diş sağlığı hizmetleri için yapılan müracaat sayısı Şekil 31'de verilmiştir. Buna göre 2002 yılında yaklaşık 4.6 milyon olan müracaat sayısı 8 yıl içinde 2010 yılında 25.1 milyon seviyesine ulaşmıştır. 2011 yılında ise bu rakam 30 milyon seviyesine gelmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2011).

Şekil 31: Yıllara Göre Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri Müracaat Sayısı, Sağlık Bakanlığı, Türkiye



Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011)

Yıllara ve hastane mülkiyetlerine göre yapılan ameliyat sayıları Tablo 17'de verilmiştir. Buna göre 2002 yılında bütün hastanelerde gerçekleşen ameliyat sayısı yaklaşık 2 milyon civarında iken bu rakam 2010 yılında yaklaşık dört kat artarak 8.6 milyona ulaşmıştır. Bunda gelişen tıp teknolojisinin etkisi olabileceği gibi gereksiz yapılan ameliyatların sayısının yüksek olması ihtimali de olabilir.

Tablo 17: Yıllara ve Hastane Mülkiyetine Göre Toplam Ameliyat Sayıları

Mülkiyet	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sağlık Bakanlığı	1.689.797	1.985.405	2.217.413	2.464.291	1.829.919	2.039.021	2.209.326
Yüzde	66,7	64,6	62,2	58,8	52,2	53,2	52,6
Üniversite	452.326	508.129	560.275	638.028	546.903	576.547	617.477
Yüzde	17,8	16,5	15,7	15,2	15,6	15,1	14,7
Özel	392.671	579.771	787.297	1.086.975	1.131.431	1.215.159	1.373.774
Yüzde	15,5	18,9	22,1	25,9	32,3	31,7	32,7
Toplam	2.534.794	3.073.305	3.564.985	4.189.294	3.508.253	3.830.727	4.200.577

Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

Hastanelere müracaat eden her yüz hastadan, üniversite hastanelerine müracaat edenlerin 2.5'i, özel hastaneye müracaat edenlerin 2.3'ü ve Sağlık Bakanlığı hastanelerine müracaat edenlerin 0.9'u ameliyat edilmektedir.

Tablo 18: Hastane Mülkiyetine Göre Ameliyat Sayısının Müracaat Sayısına Oranı, (%), 2011

Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
0.9	2.5	2.3	1.2

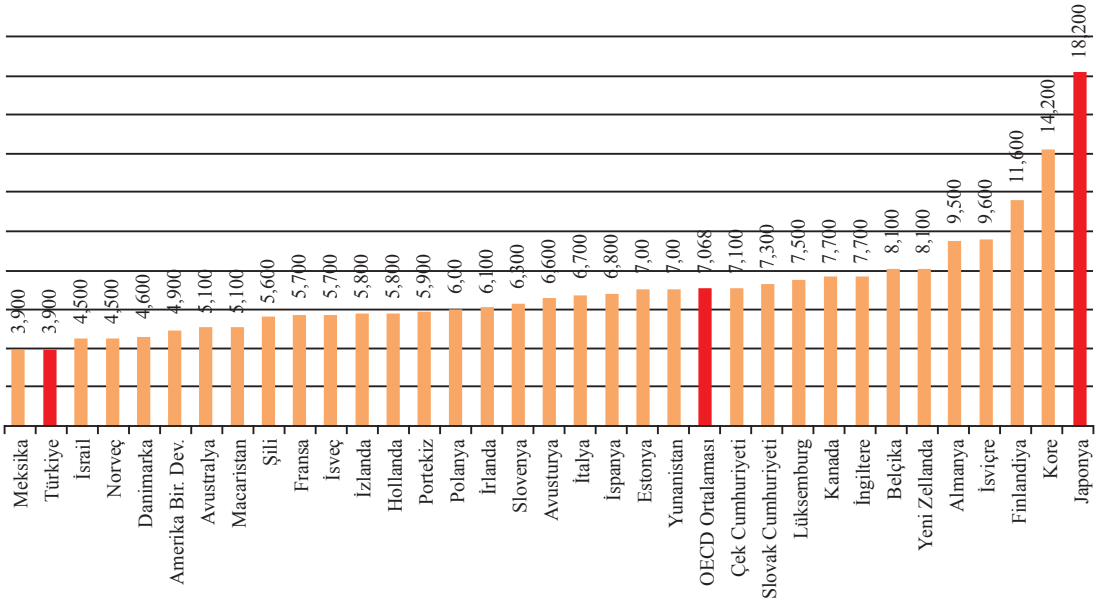
Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2011)

2.2.2.4 Tedavi Edici Sağlık Kurumlarının Verimlilik Düzeyleri

Ortalama yatış süresi bir hastanenin ne kadar verimli kullanıldığının bir göstergesi olduğu kadar ne kadar uygun kullanıldığının bir göstergesi olarak da incelenebilir. Bütün hastalıklardan dolayı hastanede ortalama yatış süresi OECD ülkeleri arasında karşılaştırmalı olarak Şekil 32'de gösterilmiştir. OECD ortalaması 7,1 gündür. En fazla ortalama yatış süresine sahip olan ülke 18,2 ile Japonya'dır. Artan ortalama yatış süresi yaşlı nüfusun fazla olduğu ve kronik hastalıkların en önemli sağlık sorunu olduğu diğer ülkelerde de yüksektir. Ancak göreceli olarak yaşlı nüfusun daha az olduğu ve akut hastalıklarında önemli oranda görüldüğü Meksika ve Türkiye gibi ülkelerde ortalama yatış süresi daha kısadır ve bu Türkiye'de 3,9 gündür. Ancak yatış gününün kısa olması bazen sağlık sisteminin ve bir sağlık sisteminde yer alan birinci basamak sağlık kurumlarının kendilerinden beklenilen görevi ne kadar iyi yerine getirdiklerinin sorgulanması için de kullanılabilir. Birinci basamak sağlık kurumlarında ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alabilecek olan bireyler hastalık şiddeti düşük olan hastalıklarından dolayı hastaneleri kullanma yoluna gidiyorlar ise normal olarak bu bireyler hastanede daha kısa süre kalacak ve bu da

hastanelerdeki ortalama yatış süresini kısaltmış olacaktır. Ancak birinci basamak sağlık kurumları daha verimsiz ve atıl bir şekilde kullanılmaya devam edecekler ve bu da sağlık hizmetleri maliyetlerinin artmasına ve toplam sağlık harcamalarının yükselmesine neden olacaktır.

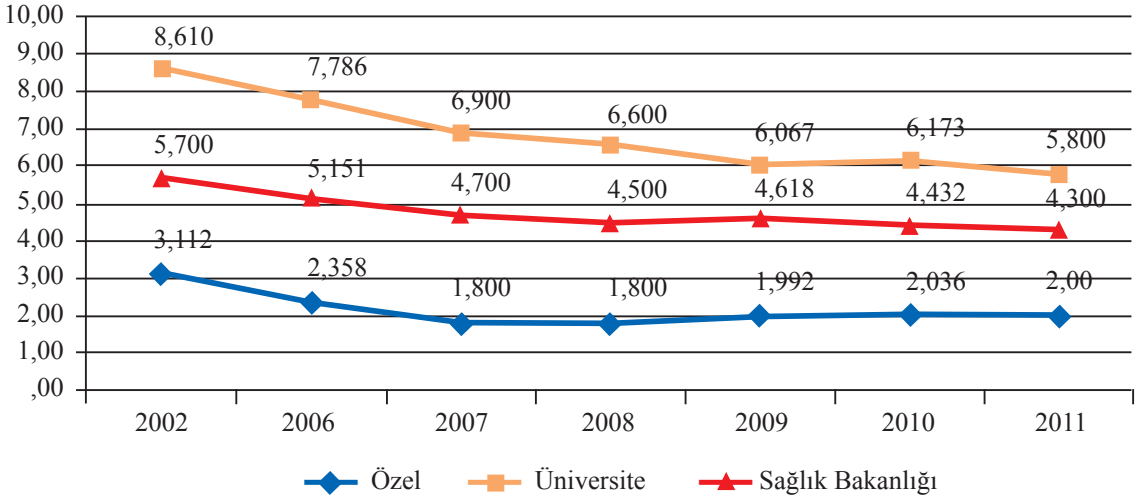
Şekil 32: Bütün Hastalık Nedenlerinden Dolayı Ortalama Yatış Süresi, Gün (2010 Yılı veya En Yakın Yıl)



Kaynak: (OECD, 2012)

Türkiye'de hastanelerin mülkiyetlerine göre ortalama yatış sürelerin Şekil 33'te gösterilmiştir. Ortalama yatış süresi en uzun olan hastaneler üniversite hastaneleridir (5,8 gün). Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 4,3 gün olan ortalama yatış süresi özel hastanelerde 2 gündür. Bu rakamlar, özel hastanelerin hastalık şiddeti yüksek hastalığı olan hastaları almaktan çekindikleri veya hastalarını çok daha etkili bir şekilde tedavi ettikleri şeklinde yorumlanabilse de 2 günün kompleks hastalıkları tedavi etmek için son derece kısa bir süre olduğunun bilinmesinde fayda vardır.

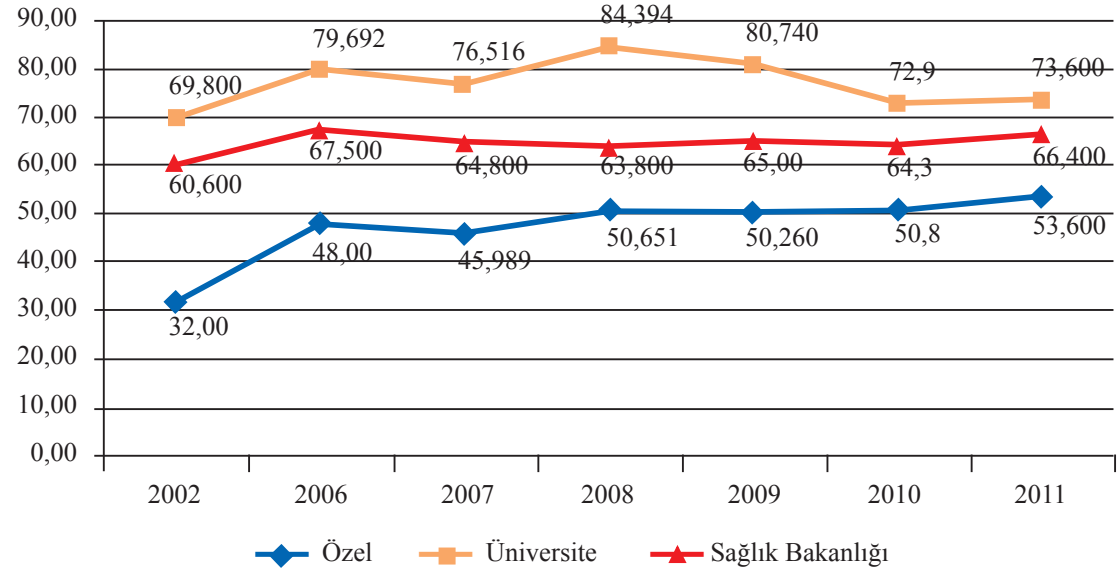
Şekil 33: Hastane Mülkiyetlerine Göre Ortalama Yatış Süreleri



Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2011)

Türkiye'de bütün hastanelere ait yatak doluluk oranı yüzde 65,6'dır ve düşüktür. Üniversite hastanelerinde bu oran 73,6 iken özel hastanelerde 53,6'dir. Bu rakamlar da Türkiye'de hastanelerin etkili bir şekilde kullanılmadığının bir göstergesidir.

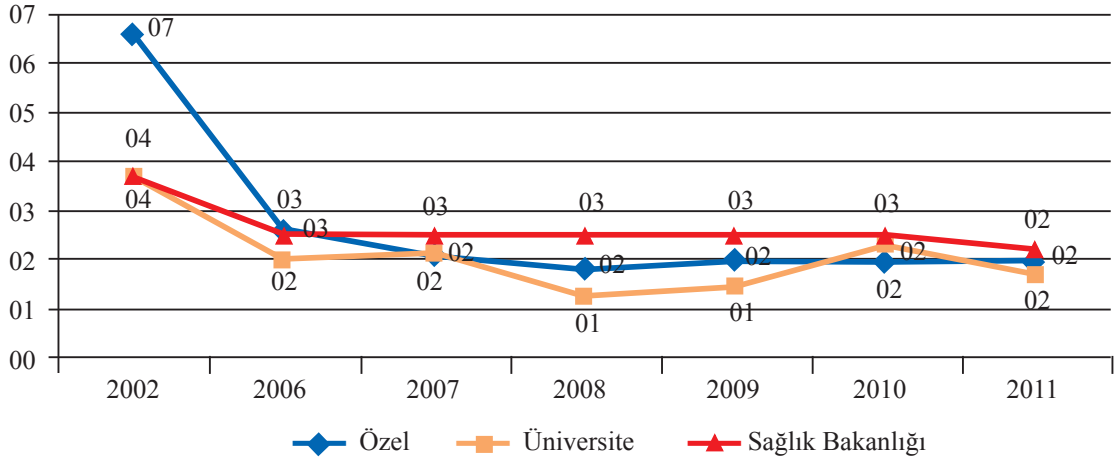
Şekil 34: Hastane Mülkiyetlerine Göre Yatak Doluluk Oranları



Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

Gün olarak yatak devir aralığı, bir hastane yatağına kaç günde bir yeni hasta yatırıldığını gösterir. 2002 yılında özel hastaneler bu gösterge açısından en verimsiz çalışan hastane grubu iken yani hastalarını daha uzun süre hastanede yatırır iken, Sağlık Bakanlığı hastaneleri 3.7 günde bir yeni hasta kabul etmekte idiler. Yani daha verimli çalışıyorlardı. Üniversite hastanelerinde gün olarak yatak devir aralığı ise 3.7 idi. Ancak 2011 yılına gelindiği zaman özel hastanelerin yataklarını daha verimli kullandıklarını ve iki günde yeni bir hastayı yataklarına yatırdıkları görülmektedir. Üniversite hastaneleri 1.7, Sağlık Bakanlığı hastaneleri ise 2.2 günde yeni bir hastayı aynı hastane yatağına kabul etmektedirler. Bu da yeni sağlık sistemi çevresinde hastanelerin daha verimli çalışmayı ve aynı yatakta mümkün olduğunca fazla hastaya hizmet etmeyi tercih ettiklerini göstermektedir.

Şekil 35: Hastane Mülkiyetlerine Göre Yatak Devir Aralığı (Gün)



Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2011)

2.2.4. Üniversite Hastanelerinin Sorunları

Kalkınma Bakanlığı tarafından Sağlık Bakanlığı, tıp fakültesi olan üniversiteler, ilgili diğer kamu ve özel sektör temsilcileri ile görüşülerek hazırlanmış olan rapordaki temel bulgular aşağıda özetlenmiştir:

• Temel görevinin eğitim olması beklenen üniversite tıp fakülteleri ve hastaneleri, ülkemizde hizmet sunumunda yaşanan eksiklerin kapatılması yönünde de önemli rol üstlenmektedir.

• 2010 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre A grubu büyük ameliyatların yüzde 23'ü üniversite hastaneleri tarafından gerçekleştirilirken, bu ameliyatların yüzde 40'ı Sağlık Bakanlığı, yüzde 37'si ise özel hastaneler tarafından gerçekleştirmektedir.

• Talep açısından sıkıntı yaşanmadığı bilinen ve yatak doluluk oranlarının yüzde 70'ler civarında olan üniversite hastanelerinin son yıllarda finansal açıdan sıkıntılarının arttığı gözlenmektedir.

• Tahsis edilen ilave kaynaklar üniversite hastanelerinin uzun dönemli finansal sürdürülebilirliklerine katkıda bulunmayıp tam aksine sorunun çözümünün ertelenmesine sebep olmaktadırlar.

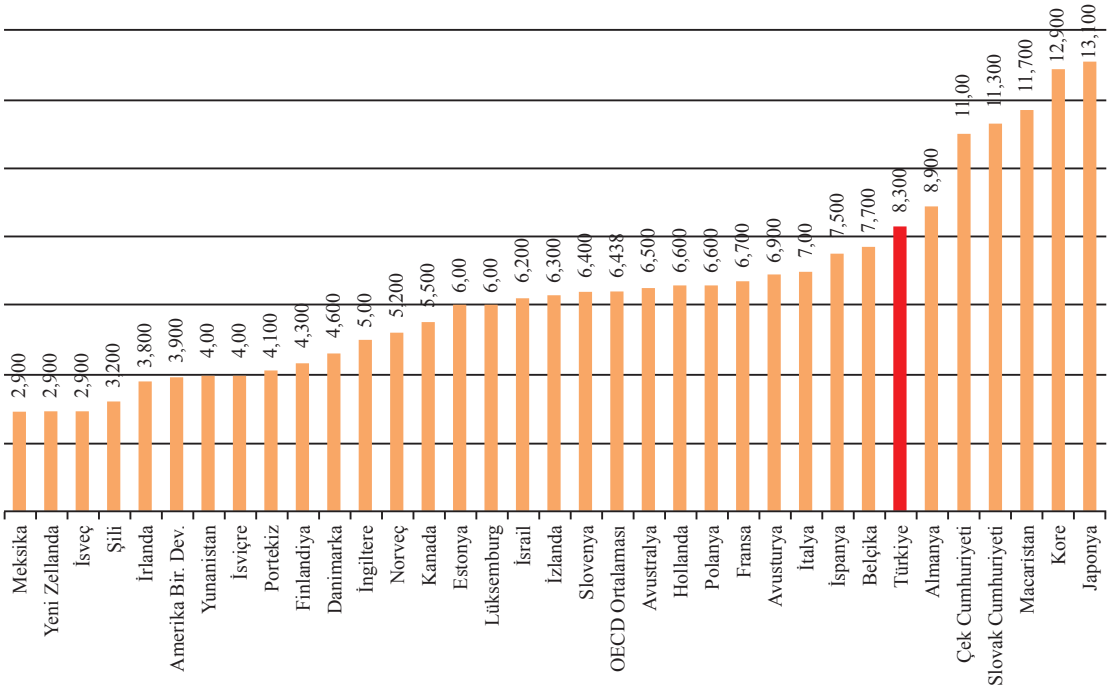
• Üniversite hastaneleri Türkiye'de üç temel fonksiyonu icra etmektedir. Bunlar eğitim, araştırma ve sağlık hizmet sunumudur. Ancak sosyal güvenlik sistemimizdeki ödemelerin yapısı, sevk zincirinin işlememesi ve hastanelerin kâr marjı daha yüksek olan birinci basamak hizmetlere yönelmesi sebebiyle üniversite hastaneleri temel fonksiyonlarından uzaklaşmış durumdadır.

2.3. Sağlık Hizmetleri Kullanımı

2.3.1. Kişi Başına Düşen Hekime Başvuru Sayısı

Şekil 36'da OECD ülkelerindeki yıllık kişi başına hekime başvuru sayısı verilmiştir. Yıllık 8,3 hekime başvuru sayısı ile Türkiye OECD ortalamasından daha yüksek bir seviyeye sahiptir. OECD ülkeleri arasında en düşük hekime başvuru sayısı yıllık 2,9 ile Meksika'dır. OECD ortalaması ise yıllık 6,4'dür. Yıllık 13,1 başvuru ile Japonya ilk sırada yer almaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumlarının birleştirilmesi ve bütün üyelerin sağlık hizmetlerine erişimde eşit haklara kavuşması, aile hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve devlet memurları ve yakınlarının da özel sağlık kurumlarını kullanabilmelerine imkân sağlanması Türkiye'de hekime başvuru sayısını artıran önemli değişiklikler olarak görülebilir.

Şekil 36: Kişi Başına Hekime Başvuru Sayısı, Yıllık Adet (2010 Yılı veya En Yakın Yıl) (Türkiye 2011 yılı)

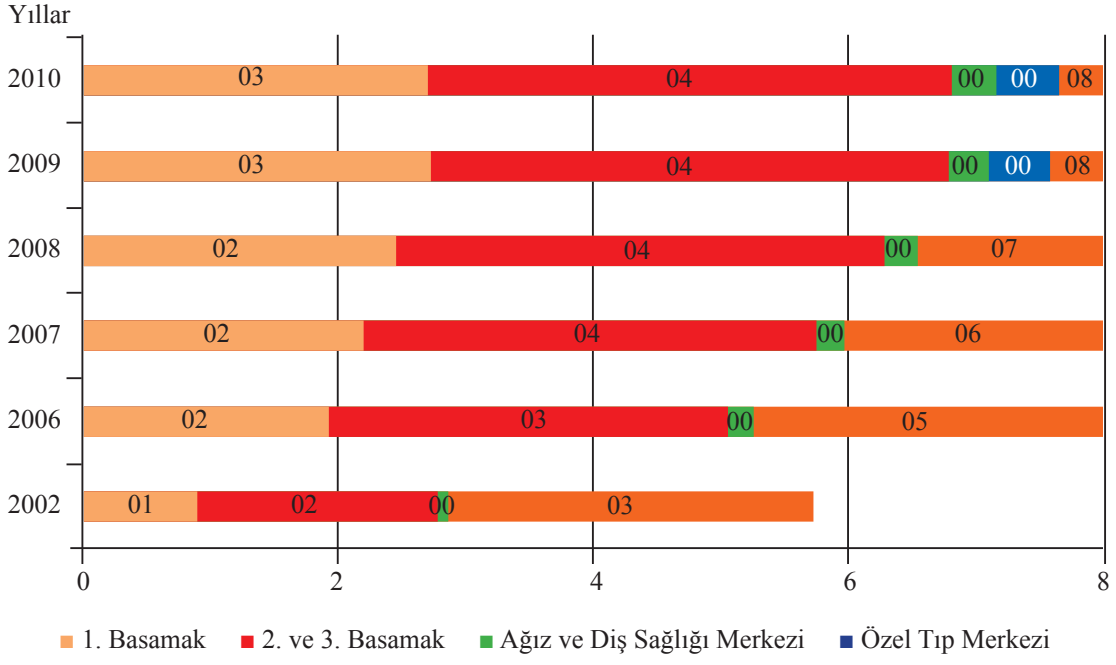


Kaynak: (OECD, 2012) (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2011)

2.3.2. Sağlık Kuruluşlarına Olan Kişi Başı Müracaat Sayısı

2002 yılından bu yana mülkiyetleri farklı olan sağlık kurumlarına olan kişi başı müracaat sayıları Şekil 37'de gösterilmiştir. Son 10 yıl içinde bütün sağlık kurumlarına olan müracaat sayılarında bir artış söz konusudur. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına olan kişi başı müracaat sayısı 0.9 iken bu üç katı artarak 2.7'ye, ikinci ve üçüncü basamakta hizmet sunan kurumlara olan müracaat 1.9 iken yine yaklaşık üç kat artarak 4.1'e ulaşmıştır. Aynı şekilde ağız ve diş sağlığı merkezlerine ve özel tıp merkezlerine olan müracaatlarda da bir artış söz konusudur. Bu verilerden hareketle, birinci basamak sağlık kuruluşları daha fazla kullanılmasına rağmen hastaları süzmede kendisinden beklenilen fonksiyonu yeterli şekilde yerine getirmediği veya daha önceden karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının artık farklı basamaklarda daha iyi karşılandığı şeklinde iki farklı tartışma yapılabilir.

Şekil 37: Yıllara Göre Kişi Başı Sağlık Kuruluşlarına Müracaat Sayısı

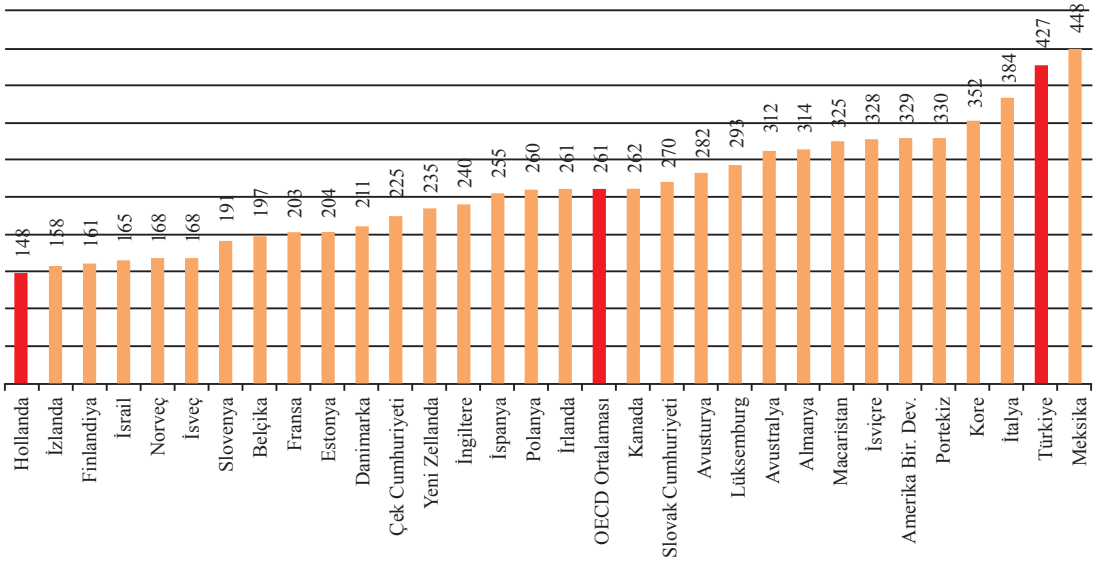


Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2011)

2.3.3. Sezeryanla Gerçekleşen Doğum Oranı

Şekil 38'de OECD ülkeleri arasında bin canlı doğumda gerçekleşen sezeryan sayısı karşılaştırmalı olarak verilmiştir. Meksika ve Türkiye sezeryanın en fazla uygulandığı iki ülkedir. Türkiye bin canlı doğumun 427'si (neredeyse yarısı) sezeryan yapılarak gerçekleştirilmektedir ve OECD ortalamasının 261 olduğu göz önüne alındığından Türkiye'deki rakamların oldukça yüksek olduğu söylenebilir. Sezeryanla doğum, bin canlı doğumda 148 ile en az Hollanda'da gerçekleştirilmektedir.

Şekil 38: Bin Canlı Doğumda Gerçekleşen Sezeryan Sayısı (2010 Yılı veya En Yakın Yıl)



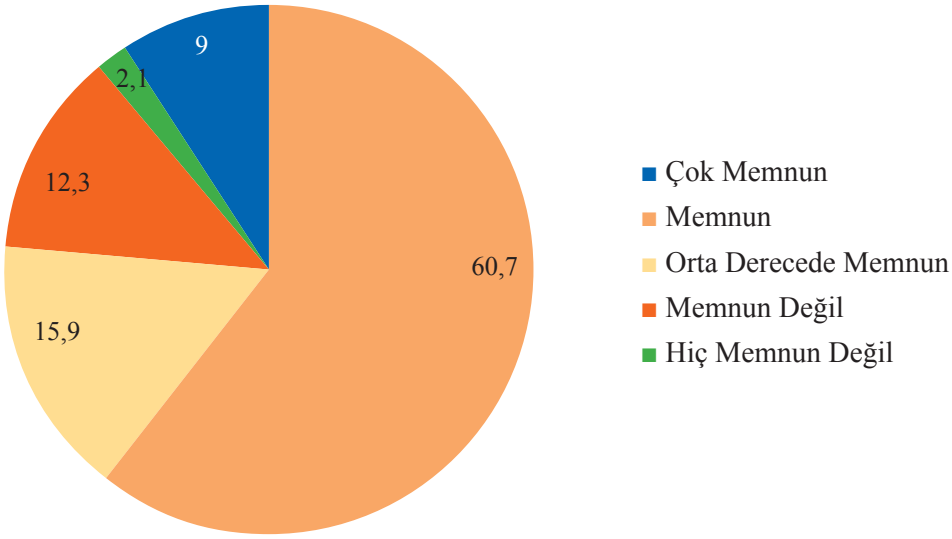
Kaynak: (OECD, 2012)

2.3.4. Sağlık Durumu ve Sağlık Sisteminden Memnuniyet Düzeyi

Türk Sağlık Sisteminden ve genel olarak sağlık durumundan vatandaşların ne düzeyde memnun oldukları TÜİK tarafından ölçülmektedir. Yaşam Memnuniyet Araştırması 2011 sonuçlarına göre vatandaşların yaklaşık yüzde 70'i genel sağlık durumlarından çok memnun veya memnun olduklarını söylerlerken, sadece yüzde 14.4'ü ise genel sağlık durumlarından memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir.

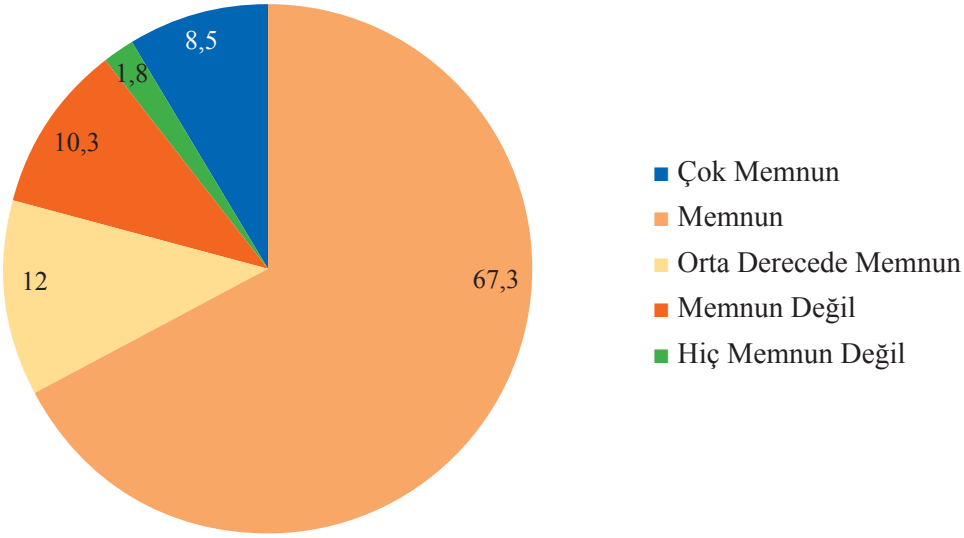
Araştırma sonuçlarına göre, her dört kişiden üçü Türk Sağlık sisteminden çok veya memnun olduklarını ifade ederken, yüzde 12'si orta düzeyde memnun olduğunu, yüzde 12'si ise memnun olmadığını veya hiç memnun olmadığını söylemişlerdir.

Şekil 39: Genel Sağlık Durumundan Memnuniyet Düzeyi (Yüzde)



Kaynak: (TUİK, 2012)

Şekil 40: Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi (Yüzde)



Kaynak: (TUİK, 2012)

3. TÜRKİYE SAĞLIK HARCAMALARI VE MALİ SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK

3.1. Genel Görünüm

Dünya çapında sağlığa ilişkin harcamaların yıllık tutarının yaklaşık 5,1 trilyon dolar olduğu tahmin edilmektedir (DSÖ, 2010a:7). Toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasılaya (GSYİH) oranı 2000-2006 döneminde hem bölgeler hem de gelir grupları açısından artmakta olup dünya ortalaması yüzde 8,2'den yüzde 8,7'ye yükselmiştir. Diğer taraftan kamu ve özel sağlık harcamalarının 2000-2006 yıllarındaki değişimine bakıldığında ise dünya ortalamasında kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payının çok az bir oranda arttığı; en belirgin artışın Güney Doğu Asya'da görüldüğü; Batı Pasifik bölgesinde ise özel sağlık harcamalarının arttığı görülmektedir. Gelir seviyesine göre bakıldığında ise, 2000-2006 döneminde tüm gelir gruplarında kamunun ağırlığının arttığı görülmektedir. OECD grubu ülkelerde ise sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasılaya oranlarının 2001 yılında yüzde 8,4, 2005'te yüzde 9 iken 2009 yılında yüzde 9,6'ya yükseldiği görülmektedir.

Kişi başı sağlık harcamalarında hem cari hem de satın alma gücü paritesine (SGP) göre sağlık harcamalarında 2000-2006 yılları arasında artış görülmekte olup, dünyada sağlık harcamalarındaki bu artışın yaklaşık yüzde 62'si, satın alma gücüne göre ise yüzde 60'ı kamu sağlık harcamalarındaki artıştan kaynaklanmaktadır. OECD grubu ülkelere bakıldığında ise 2000-2009 döneminde kişi başı sağlık harcamalarının reel olarak yıllık yüzde 4 arttığı görülmektedir (OECD, 2011: 148). Ancak yüksek artış gösteren ülkelerin esasında başlangıç seviyelerinin de düşük olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. OECD ülkelerinde kişi başı sağlık harcaması 2009 yılında toplamda 3.233 ABD doları olup, Türkiye'deki harcama 902, ABD 'de ise OECD ülkelerinden oldukça yüksek bir şekilde 7960 ABD Doları olarak gerçekleşmiştir.

Gelir seviyesi yükseldikçe toplam sağlık harcamaları içerisindeki kamu payının arttığı, geriye kalan sağlık harcamaları içerisinde ise cepten yapılan ödemelerin (out of pocket expenditures) azaldığı ve özel sigortaların payının arttığı görülmektedir.

2000-2006 döneminde bölgelere ve gelir gruplarına göre sağlık harcamalarının kaynağındaki değişime bakılacak olunursa, Doğu Akdeniz ve Güney-Doğu Asya bölgelerinde ve düşük ve düşük-orta gelir seviyesindeki ülkelerde kamunun sosyal güvenlik harcamalarının arttığı, Batı Pasifik bölgesi ve düşük-orta gelir grubu ülkelerinde özel sigorta harcamalarının arttığı, dünyada ise kamunun sosyal güvenlik harcamalarının ve cepten ödemelerin azaldığı, buna karşılık kamunun diğer harcamalarının ve özel sigortaların harcamalarının arttığı görülmektedir.

İlaç harcamaları OECD ülkelerinde yapılan sağlık harcamalarının yaklaşık yüzde 20'sini oluşturmakla beraber, bu oranlar ilaç ödenmelerine yönelik sistemlerin ülkelerdeki farklılıklarına bağlı olarak değişmektedir. Yeni ilaçların ortaya çıkması ve yaşlanan nüfusun hastalık dağılımlarındaki değişimlerinde etkisi ile ilaç harcamalarının sağlık har-

camaları içerisindeki payı giderek artmaktadır. 2000-2009 döneminde ilaç harcamalarındaki reel yıllık artış yüzde 3,5 olarak gerçekleşmiştir (toplam sağlık harcamalarının aynı dönemdeki artışı yüzde 4'tür).

Her ne kadar sağlık harcamalarındaki artış büyük oranda bilimsel araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin sonucu olarak ortaya çıkan gelişmelerden (patent ve yenilikler) kaynaklansa da yaşlanmanın da sağlık harcamaları üzerinde doğrudan bir etki yaptığı açıktır. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte uzun süreli olan bakıma talep artacak ve bu alana daha fazla yatırım yapılması gerekecektir.

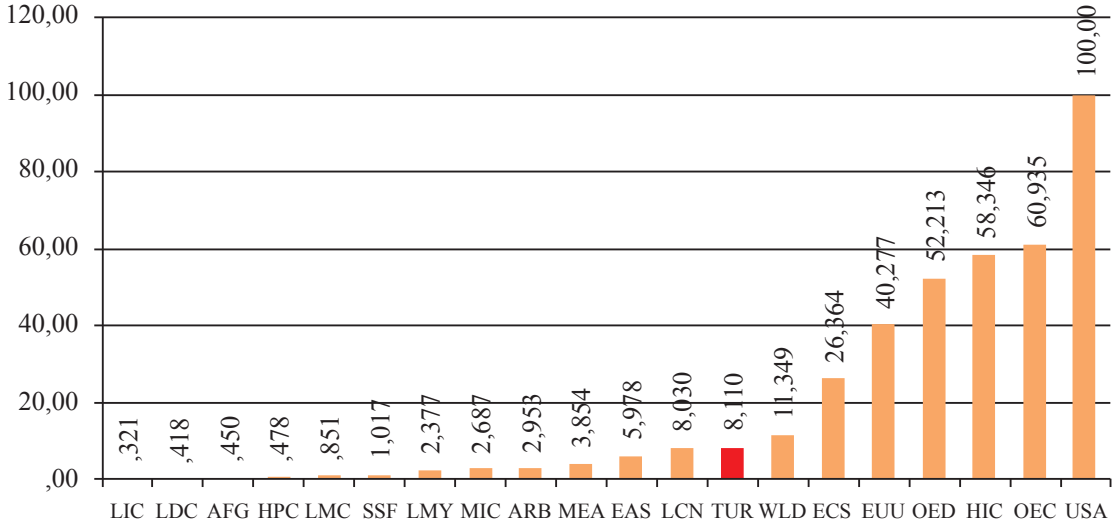
OECD ülkelerinin sağlık hizmetini finanse etme yöntemlerine bakıldığında temel olarak 3 grup göze çarpmaktadır. Birinci grup ulusal ya da ulusala yakın bir kapsama oranı ile kamunun sağlık sigorta sisteminin olduğu ülkelerdir (Avrupa ülkelerinin çoğu, Kanada, Yeni Zelanda, Japonya, Kore, Avustralya). İkinci grup ülkelerde kamu sağlık sigortasının toplumun belli bir grubu kapsadığı ve geriye kalanların özel sigorta sistemini kullanıp kullanmama konusunda serbest bırakıldığı (örneğin Hollanda Almanya ABD), üçüncü grup ülkelere ise, tüm toplumun kamu sağlık sigortasından yararlanmasının mecburi olduğu İsviçre örnek verilebilir.

Diğer taraftan son yıllarda özellikle artan harcamalarının da etkisi ile ülkelerde genel sağlık sigortasına doğru bir yönelim olduğu görülmektedir (DSÖ, 2010:8). ABD'de yakın tarihte uygulanması planlanan sağlık finansman reformu kapsamında hâlihazırda herhangi bir sigorta kapsamında olmayan yaklaşık 32 milyon kişinin 2019 yılında sigorta kapsamı altına alınmış olacağına dair öngörüler bulunmaktadır. Çin, ABD'ye benzer Şili, Kolombiya, Küba, Rwanda, Sri Lanka, Tayland, Brezilya, Kosta Rika, Gana, Kırgızistan, Moğolistan, Moldova, Filipinler, Tunus ve Vietnam'da değişim gösteren ülkelerdir.

3.2. Türkiye ve Diğer Ülkelerde Kişi Başı Sağlık Harcaması

Amerika Birleşik Devletleri dünya üzerinde sağlık sektörüne en fazla harcama yapan ülke konumundadır. Amerika Birleşik Devletleri'nin kişi başına sağlık harcaması 100 kabul edilip coğrafi bölgeler ve gelir gruplarına göre diğer ülkelerin kişi başına sağlık harcamaları karşılaştırmalı olarak Şekil 41'de gösterilmiştir.

Şekil 41: Kişi Başına Sağlık Harcaması (ABD 100 Kabul Edildiğinde, 2010 Yılı)

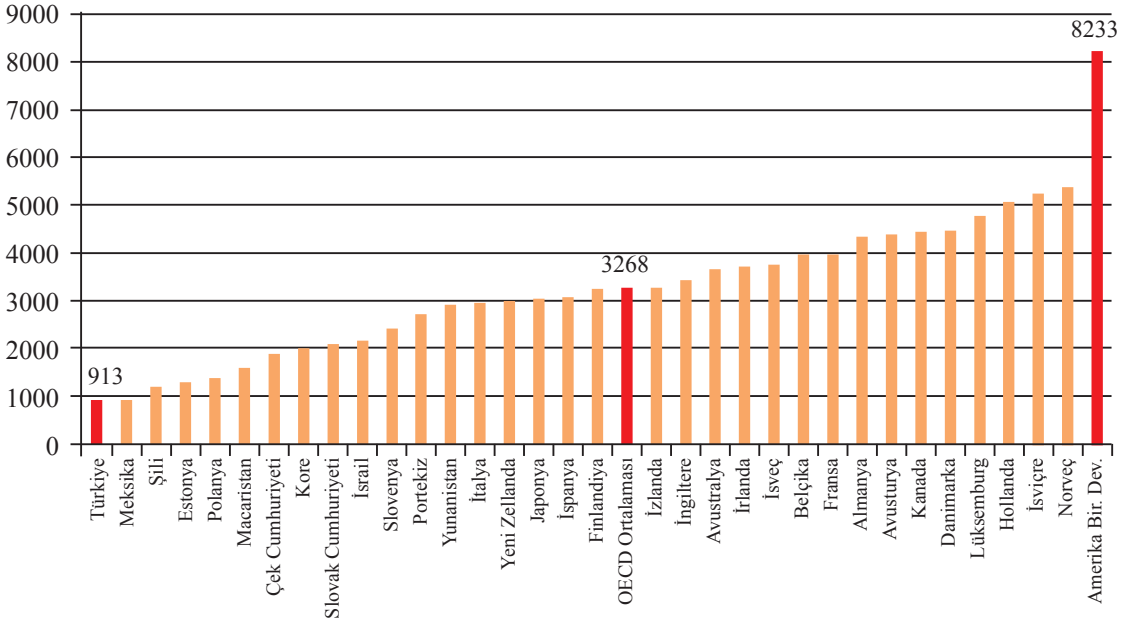


Kaynak: (The World Bank, 2012)

En az gelirli ve en az gelişmiş ülkeler sağlığına en az harcama yapan ülkeler olarak göze çarpmaktadır. En az gelirli ülkelerde kişi başına düşen sağlık harcaması 0,3 $ iken Türkiye'de bu rakam 8,1 $'dır. Ancak Türkiye'ye göre geliri daha yüksek olan ülke gruplarında ve Avrupa Birliği ülkelerinde kişi başına sağlık harcamaları Türkiye'den daha yüksektir. Ayrıca kişi başına sağlık harcaması açısından dünya ortalaması 11,3 $ olup bu rakam Türkiye'deki kişi başına düşen sağlık harcamasından daha yüksektir. Ancak Dünya ortalamasını yükselten unsurun daha az sayıda olan gelişmiş ülkelerdeki kişi başına düşen sağlık harcamalarının çok yüksek olmasıdır. Bu durumda Türkiye'nin benzer gelişmişlik düzeyinde olan ve benzer sağlık sorunları olan ülkelerle karşılaştırılması daha doğru olacaktır.

Şekil 42'de ise OECD ülkeleri satın alma gücü paritesi açısından kişi başına düşen sağlık harcamalarına göre karşılaştırılmıştır. Türkiye 913 $ ile kişi başına sağlık harcamasının en düşük olduğu ülke konumundadır ve Meksika'da da kişi başına sağlık harcamasının Türkiye'ye yakın olduğu izlenmektedir. Satın alma gücü paritesi açısından da ABD kişi başına sağlık harcaması en fazla olan ülke konumundadır ve ortalama bir ABD vatandaş sağlığına bir Türkiye Cumhuriyeti vatandaşından yaklaşık dokuz kat daha fazla sağlık harcaması yapmaktadır.

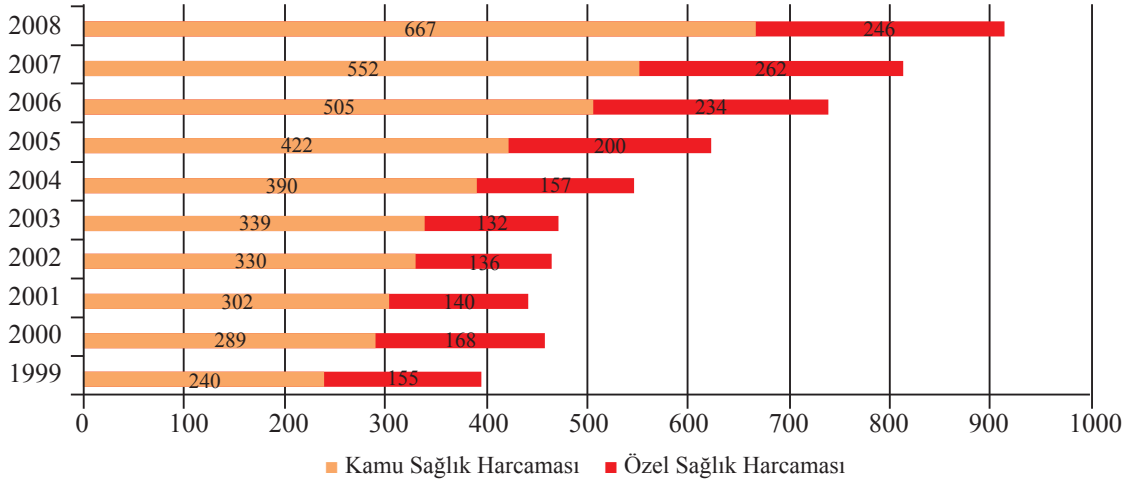
Şekil 42: Ülkelere Göre Kişi Başı Sağlık harcamaları ($PPP) (2010 Yılı veya En Yakın Yıl)



Kaynak: (OECD, 2012)

1999 yılında satın alma gücü paritesine göre Türkiye'de kişi başına sağlık harcaması 395 $ iken, bu rakam on yıl içinde artarak 2008 yılında 913 $ seviyesine ulaşmıştır. Söz konusu dönemde kamu sağlık harcamalarındaki artış oranı özel sağlık harcamalarından daha yüksek bir seviyede gerçekleşmiştir.

Şekil 43: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP, ABD $

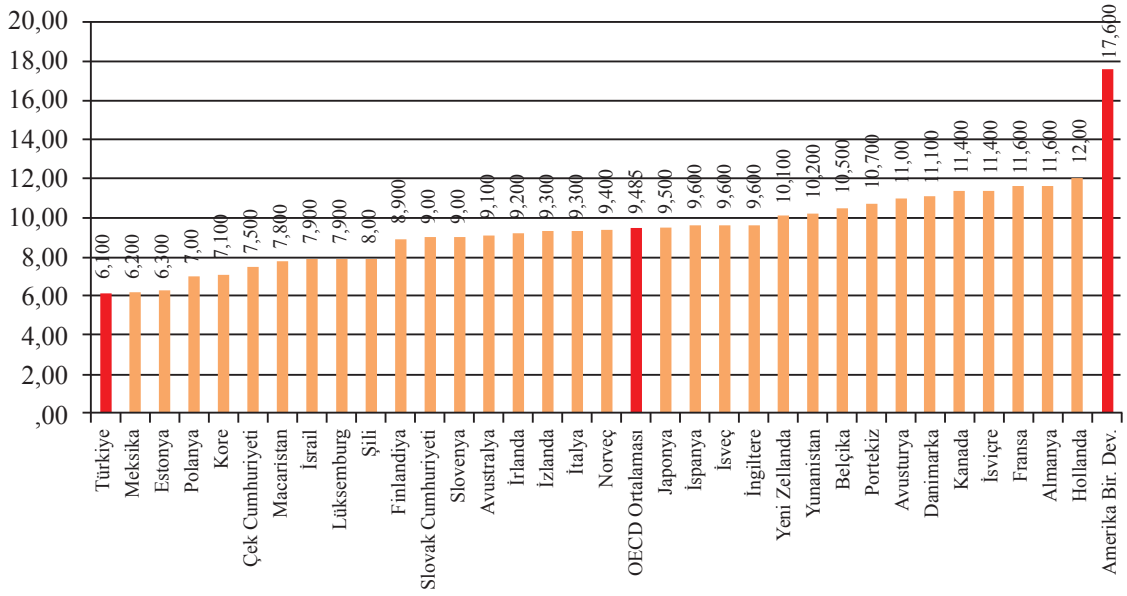


Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

3.3. Türkiye ve Diğer Ülkelerdeki Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla İçindeki Payları

Sadece OECD ülkeleri ve bu ülkelerin sağlık sektörlerine Gayri Safi Yurtiçi Hâsılalarından (GSYH) ayırdıkları kaynak miktarı karşılaştırmalı olarak Şekil 44'te gösterilmiştir. ABD sağlık sektörüne % 17,6 ile en fazla kaynak ayıran ülke konumunda iken OECD ülkelerinin ortalaması % 9,5'dir. Türkiye ise 35 OECD ülkesi arasında GSYH'dan sağlık sektörüne % 6,1 ile en az kaynak ayıran ülke konumundadır. Diğer az kaynak ayıran ülkeler ise Meksika, Estonya ve Polonya gibi ülkelerdir. Artan zenginlik ve kalkınmışlıkla birlikte ülkelerin sağlık harcamalarının da arttığı bu grafikte de açık olarak görülmektedir. Her ne kadar ABD kadar olmasa bile Almanya ve Hollanda gibi ülkelerde de sağlık harcama miktarının önemli boyutlara ulaştığı bir gerçektir.

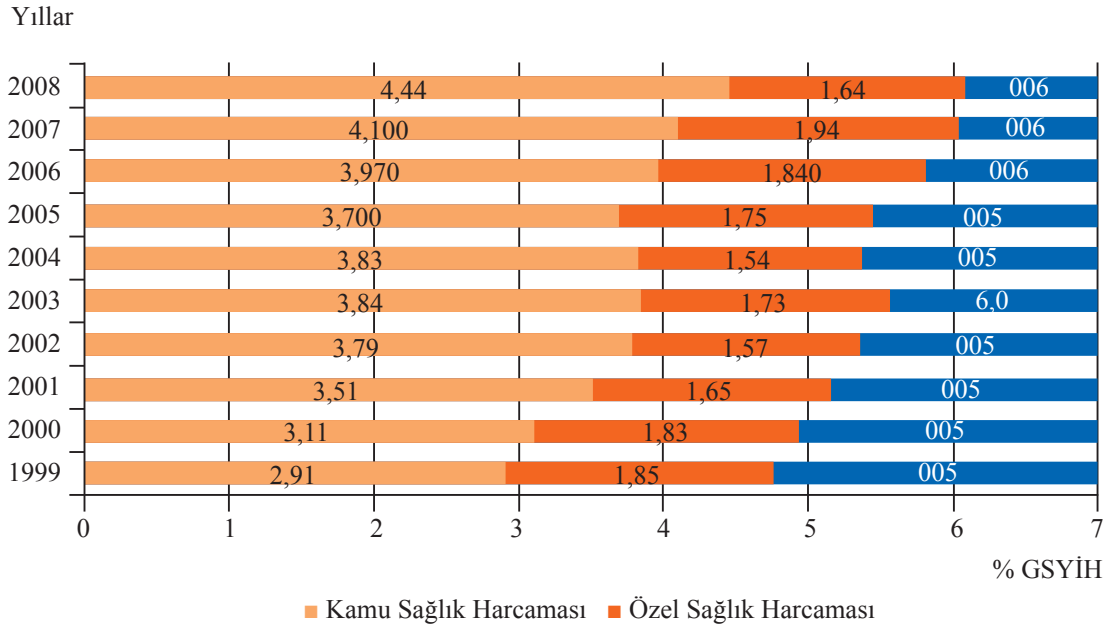
Şekil 44: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Oranı (Yüzde) (2010 yılı veya en son yıl)



Kaynak: (OECD, 2012)

Türkiye'de kamu, özel ve toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) içindeki paylarının yıllara göre gelişimi Şekil 45'te gösterilmiştir. 2002 yılında GSYH içinde yüzde 4.76'lık paya sahip olan toplam sağlık harcaması 2008 yılında yüzde 6.1 seviyesine yükselmiştir.

Şekil 45: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%)

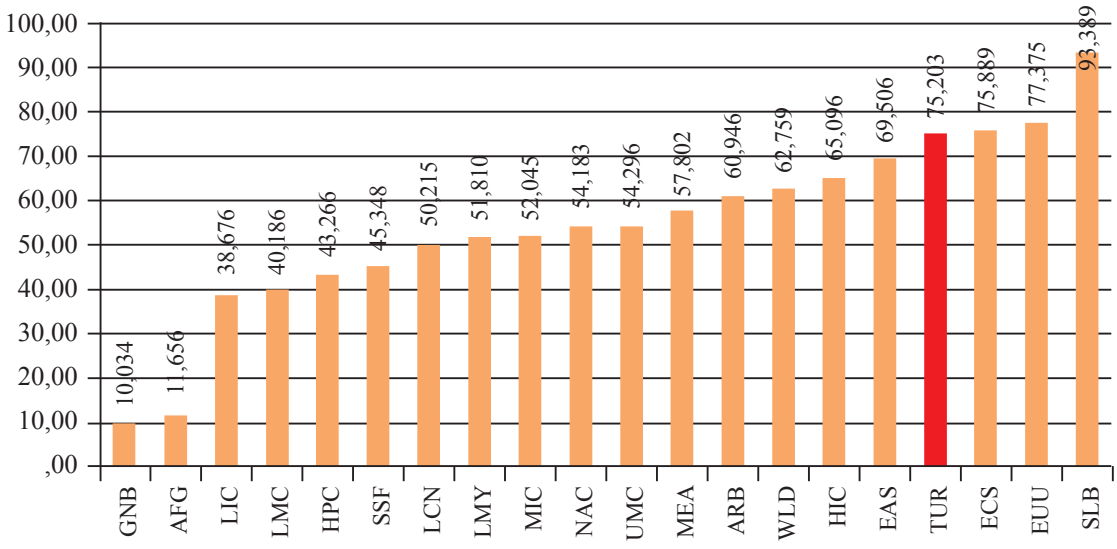


Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

3.4. Kamu Sağlık Harcaması

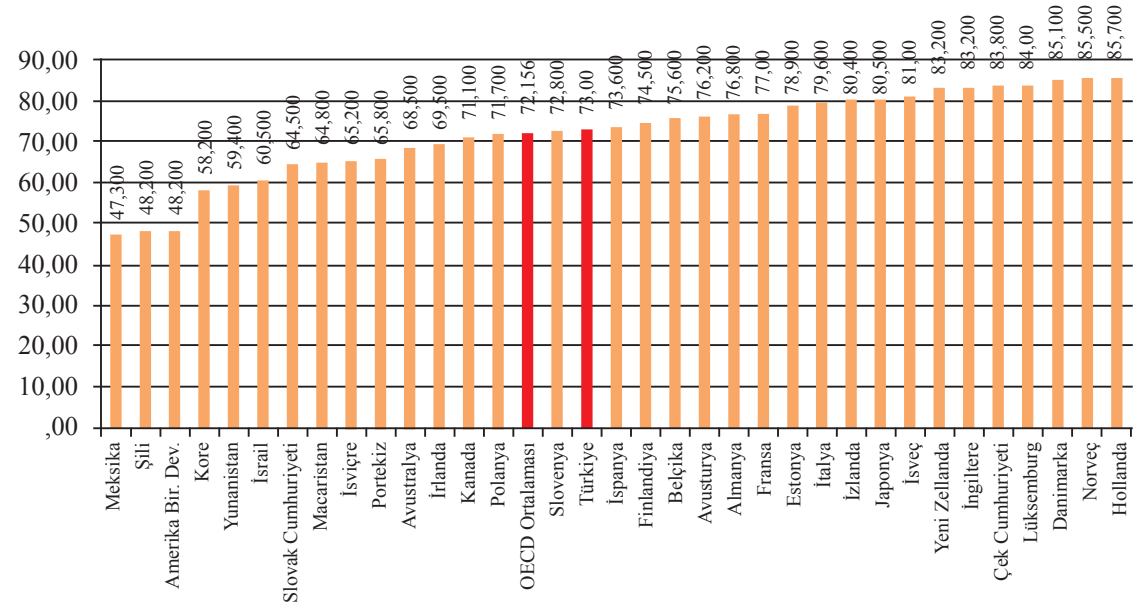
Toplam sağlık harcaması içinde kamunun payı, bir ülkenin sosyal devlet anlayışına uygun olarak çalışıp çalışmadığının önemli bir belirleyicisi olarak hizmet edebilir. Ayrıca, ödeme gücü olmayan vatandaşların ve halk sağlığı çalışmalarının da önemli bir belirleyicisidir. Gelir ve coğrafi bölge gruplarına göre toplam sağlık harcaması içinde kamunun payı karşılaştırmalı olarak Şekil 46'da verilmiştir. Türkiye'ye ait rakamlar ayrı olarak verildiğinde ve bir karşılaştırma yapıldığında yine gelişmişlik ve artan zenginlikle toplam sağlık harcaması içinde kamunun payının artmasında bir ilişki var gözükmektedir. Avrupa Birliği ülkelerinde kamunun payı %77,4 iken Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının payı %75,2'dir ve bu düzey çoğu ülkenin kamu sağlık harcamasından daha yüksek bir seviyededir. OECD ülkeleri, kamu sağlık harcamaları payına göre karşılaştırıldığında ise Türkiye çoğu OECD ülkesine göre kamu sağlık harcamasını daha fazla gerçekleştirmektedir. OECD ülkelerinde ortalama kamu sağlık harcaması payı %72,2 iken bu seviye Türkiye'de daha yüksektir (Şekil 47).

Şekil 46: Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamu Sağlık Harcamalarının Oranı (2010 Yılı)



Kaynak: (The World Bank, 2012)

Şekil 47: Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamunun payı, % (2010 Yılı veya En Yakın Yıl)

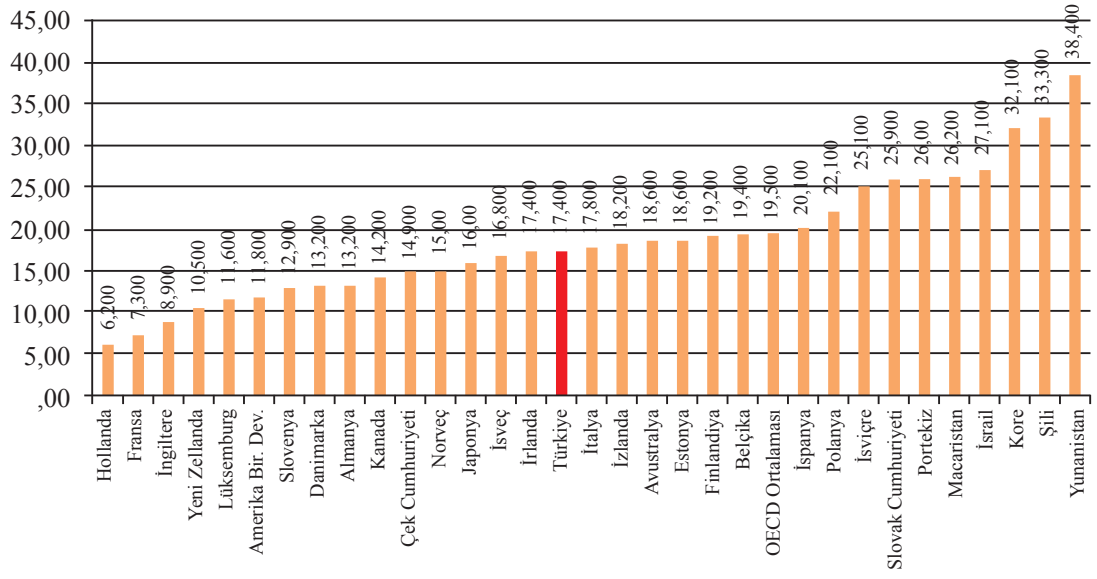


Kaynak: (OECD, 2012)

3.5. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları

Toplam sağlık harcamaları içinde vatandaşların sağlık hizmetleri için ceplerinden yapmış oldukları payın düzeyi o ülkede vatandaşların sağlık risklerine karşı ne kadar kapsam altına alındıklarının veya kaliteli sağlık hizmetlerine erişme düzeylerini de değerlendirebilmek için kullanılabilmektedir. Bireyler ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri sosyal güvenlik kurumları tarafından kapsam altına alınmadığında veya sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşadıkları zaman ceplerinden harcama yaparak sağlık ihtiyaçlarını karşılama yoluna gitmektedirler. Sosyal devlet anlayışının hakim olduğu bir ülkede cepten yapılan sağlık harcamaların düzeyinin daha az olması beklenir. OECD ülkeleri toplam sağlık harcama içinde cepten yapılan ödemelerin yüzdesi açısından karşılaştırıldığında, % 49 ile cepten sağlık harcama oranının en yüksek olduğu ülkenin Meksika olduğu görülür. Türkiye, 2008 yılı için %17,4'lük oranla orta sıralarda yer almaktadır (T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı, Sağlık Harcama İstatistikleri 2008, 2011). Bu da Türkiye'de cepten yapılan sağlık harcamalarının son yıllarda önemli ölçüde azaldığını göstermektedir. Tabloya göre Hollanda ise cepten sağlık harcama oranının en düşük olduğu ülkedir (Şekil 48).

Şekil 48: Toptan sağlık harcamaları İçinde Cepten Yapılan Ödemelerin Payı (%, 2010 Yılı veya En Yakın Yıl)

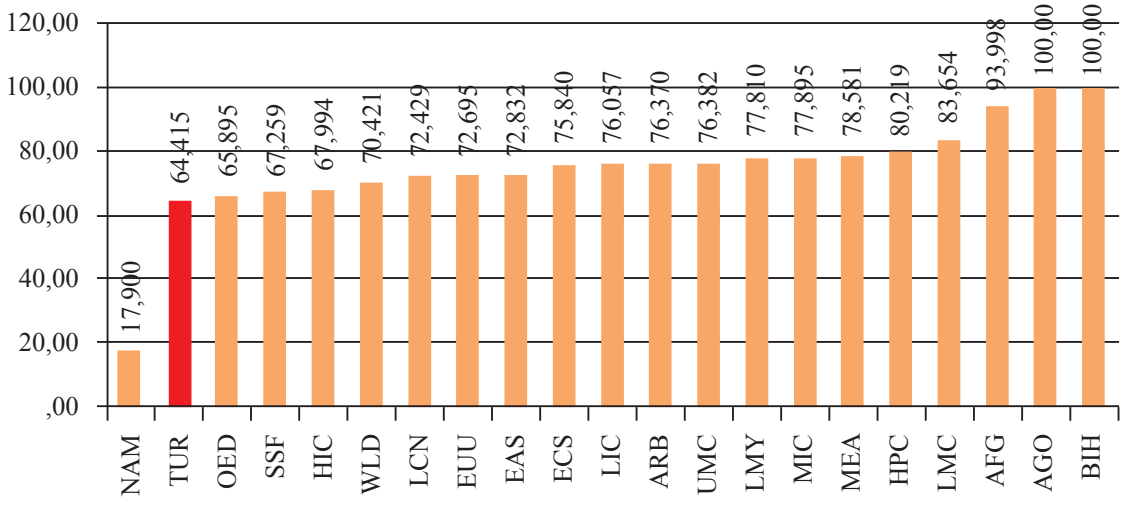


Kaynak: (OECD, 2012) (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2011)

Gelir ve coğrafi gruplara göre ülkelerin özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan ödemelerin oranı Şekil 49'da gösterilmiştir. Bu oranın mümkün olduğunca az olması önerilir. Özel sağlık harcamalarının cepten değil de özel sağlık sigortaları aracılığı ile ya-

pılması arzu edilir. Ancak burada özel sağlık harcamalarının tanımı da son derece önemlidir. Dış dünyadan alınan yardımlar veya sivil toplum örgütleri tarafından yapılan sağlık harcamaları da özel sağlık harcaması olarak tanımlanırsa bu o ülkelerde sağlık sisteminin iyi olduğu anlamına da gelmeyebilir. Türkiye özel sağlık harcamaları içinde %64,4'lük pay ile OECD ülkelerinin ortalamasından daha düşük düzeyde bir paya sahiptir. Şekil 49'dan da anlaşılacağı gibi sağlık sistemleri tam olarak oturmamış veya fakir ülkelerde gerçekleşen özel sağlık harcamalarının önemli bir bölümünün cepten yapılan harcamalardan oluştuğu görülmektedir.

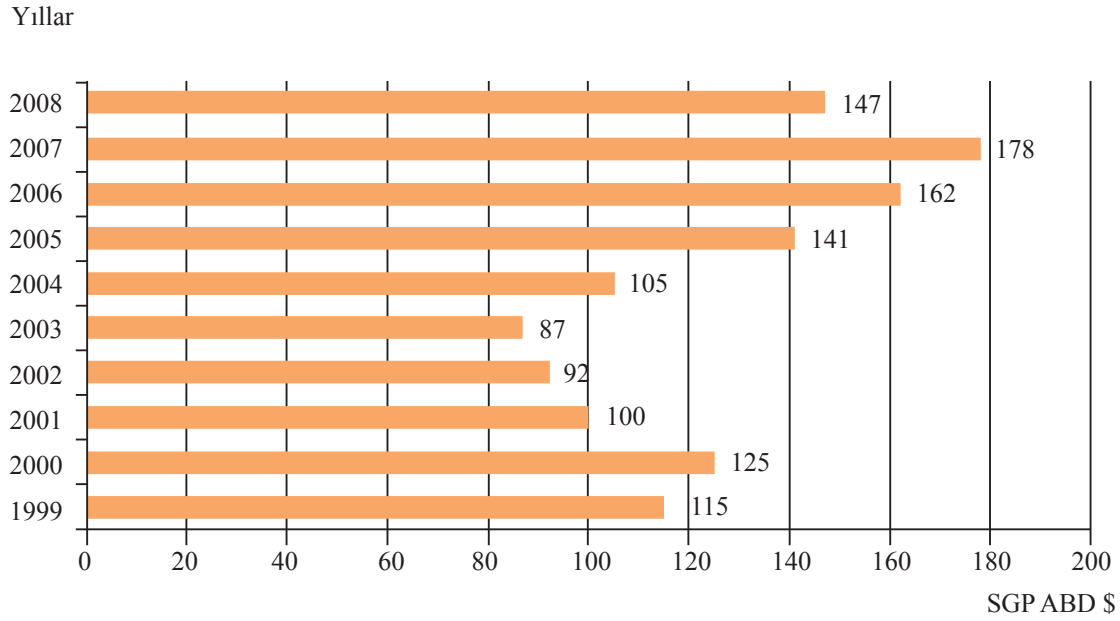
Şekil 49: Özel Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Ödeme Yüzdesi (2010 Yılı)



Kaynak: (The World Bank, 2012)

Türkiye'de yıllara göre cepten yapılan sağlık harcamalarının miktarı satın alma gücü paritesine göre ABD doları cinsinden Şekil 50'de gösterilmiştir. Yıllara göre değişmekle birlikte 1999 yılında kişi başına cepten yapılan sağlık harcaması miktarı 115 $ iken 2008 yılında 147 $ seviyesine gelmiştir.

Şekil 50: Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, SGP, ABD $

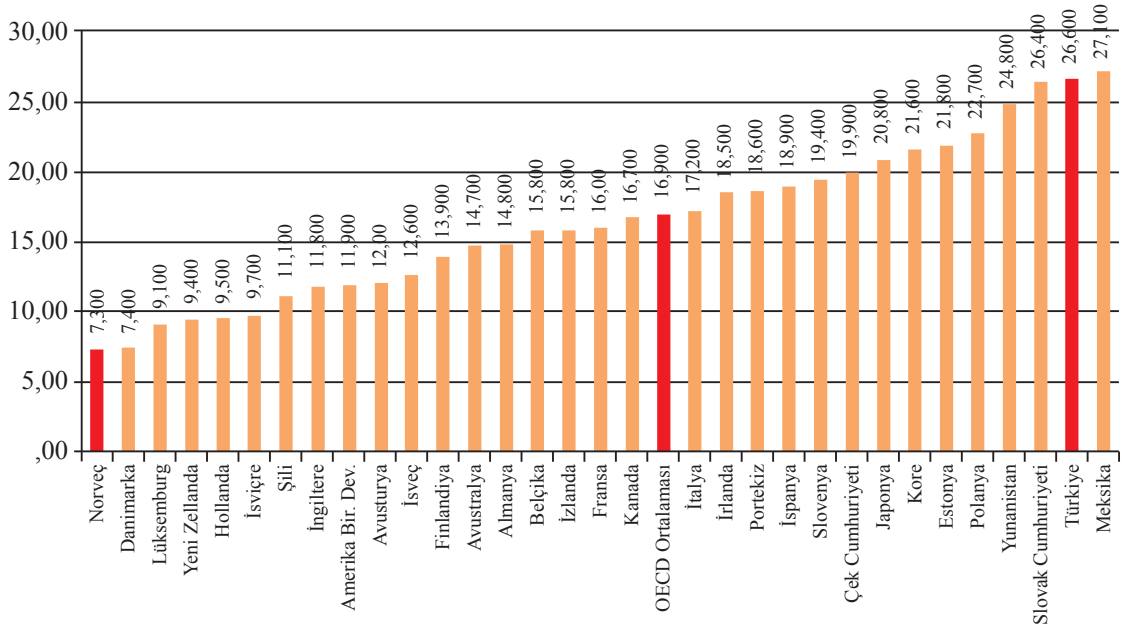


Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012)

3.6. İlaç ve Tıbbi Malzeme Harcamaları

Şekil 51, toplam sağlık harcamaları içinde ilaç ve tıbbi malzemelere yapılan harcamalarına göre OECD ülkelerini karşılaştırmaktadır. Türkiye, ilaç ve tıbbi malzemelere yapılan harcama oranının yüksek olduğu ülkeler arasında yer almaktadır. Ancak, Meksika ve Macaristan'ın ilaç ve tıbbi malzemelere olan harcama oranları daha yüksektir. Bu da bu ülkelerde ilaç ve tıbbi malzemelere erişimin kolay olduğu veya bu ülkelerde rasyonel ilaç kullanma alışkanlığı ve politikaların tam olarak izlenemediğinin göstergeleri olarak yorumlanabilir.

Şekil 51: Toplam Sağlık Harcamaları İçinde İlaç ve Tıbbi Malzemelerin payı (%, 2010 Yılı veya En Yakın Yıl)



Kaynak: (OECD, 2012)

3.7. Toplam Sağlık Harcamaların Fonksiyonlara Göre Dağılımı

Türkiye'de sağlık harcamasının temel kullanım alanları nelerdir? Tablo 10'da görüldüğü üzere hastaneler, ayakta hasta hizmetleri ve tıbbi malzemeler, hem 2004 yılında hem de 2008 yılında toplam sağlık harcamalarının %80,9'unu oluşturmaktadır. Burada üzerinde durulması gereken önemli bir nokta "tıbbi malzeme" sınıflamasının ilaçlarla birlikte tıbbi sarf ve diğer tıbbi malzemeleri de içermesidir. Bu nedenle ilaçların kesin payını ortaya koymak kolay değildir. Ayrıca yatan hastane harcamaları da ilaç harcamalarını içermektedir.

Harcamanın sadece çok küçük bir bölümü (2008 yılında sadece %0,7) halk sağlığı hizmetleri için yapılmıştır. Burada ortaya çıkan temel soru, Türkiye'nin hastane, ayakta hasta hizmetleri ve tıbbi malzemeler için oransal olarak yaptığı yüksek harcama düzeyi rasyonel bir seçimin mi, yoksa verimsizliğin bir göstergesi midir? Maalesef, harcama yapısı ile ilgili sağlık sonuçları gibi diğer ilgili değişkenler hakkında kapsamlı veriler olmaksızın bu soruyu cevaplandırmak mümkün görünmemektedir.

Tablo 19: Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Fonksiyonlara Göre Dağılımı, 2008

FONKSİYONLAR	2004 Yılı	%	2008 Yılı	%
Hastaneler	13.674	43,2	22.984	38,5
Evde Hemşirelik Bakımı	111	0,4	2	3,3
Ayakta Bakım Sunanlar	5.446	17,2	7.762	13,0
Perakende Satış ve Diğer Tıbbi malz. Sunanlar	9.416	29,7	17.608	29,5
Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi	268	0,8	395	0,7
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta	604	1,9	459	0,8
Diğer Endüstriler	2.149	6,8	3.110	5,2
Yatırım			5.420	9,1
TOPLAM	31.668	100,0	59.738	100,0

Kaynak: (T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı, Sağlık Harcama İstatistikleri 2008, 2011)

2009 yılı rakamlarına göre Türkiye'de sağlık harcaması olan kamu kurumlarının sağlık harcama düzeyleri ve sağlık harcamalarının önemli kalemlere göre dağılımı Tablo 20'de gösterilmiştir. 2009 yılında Türkiye nüfusunun %82,64'ünü kapsayan Sosyal Güvenlik Kurumu, 2009 yılı kamu sağlık harcamalarının yarısından fazlasını gerçekleştirmektedir. Nüfusun önemli bir bölümünü sosyal güvence olarak kapsayan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kamu sağlık harcamalarının sadece %50'sini ödemesi şaşırtıcı gelmemelidir. Sosyal güvence ve sağlık güvencesi kavramları birbirinden farklı olup Türkiye'de sağlık güvencesine sahip olan nüfus oranı %68 civarındadır. Sağlık Bakanlığı, kamu sağlık harcaması açısından en fazla harcamaya sahip ikinci kurumdur. Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumundan ve yönlendirilmesinden temel sorumlu kuruluş olup, bütün Sağlık Bakanlığı bütçesi sağlık harcaması olarak değerlendirilmektedir. Sağlık Bakanlığı'na ayrılan bütçenin çok önemli bir bölümü sağlık hizmeti sunumunda rol alan birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında çalışmakta olan sağlık personeli giderlerinden oluşmaktadır.

Tablo 20: Türkiye'de 2009 Yılı Kamu Sağlık Harcamalarının Kurumlara Göre Dağılımı (Bin TL)

SAĞLIK HARCAMASI YAPAN KAMU KURUMLARI	TOPLAM		YÜZDE
A) SOSYAL GÜVENLİK KURUMU	28.811.000	100,0	54,0
İlaç	13.160.890	45,7	24,7
Tedavi	15.128.534	52,5	28,4
Diğer	521.385	1,8	1,0
B) GENEL VE KATMA BÜTÇELİ KURULUŞLAR	15.771.765	100,0	29,6
a) Sağlık Bakanlığı	14.705.420	93,2	27,6
İlaç ve İlaç Benzeri Ürünlerin Temini Hizmetleri	8.470	0,1	0,0
Tedavi	13.069.699	82,9	24,5
Diğer	1.627.251	10,3	3,0
b) Diğer Genel Bütçeli Kuruluşlar	111.678	0,7	0,2
c) Katma Bütçeli Kuruluşlar	954.667	6,1	1,8
C) MALİYE BAKANLIĞI	8.775.688	100,0	16,4
Genel Tedavi ve Sağlık Malzemesi Giderleri	5.713.344	65,1	10,7
Genel İlaç Giderleri	2.799.699	31,9	5,2
Diğer	262.645	3,0	0,5
TOPLAM KAMU SAĞLIK HARCAMASI (A+B+C)	53.358.453		100,0

Kaynak: (Çelik, 2011)

Her ne kadar 2012 yılı itibarı ile Sosyal Güvenlik Kurumunun kapsadığı nüfus miktarında önemli değişiklikler olsa bile (2012 Ocak ayı itibarı ile aktif devlet memurları ve bağımlılarının ve yeşil kartlıların sağlık harcamaları da Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından izlenmeye başlanmıştır) 2009 yılı içinde aktif devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin ve yeşil kartlıların sağlık harcamaları Maliye Bakanlığı tarafından izlenmiştir ve sağlık harcaması olan kamu kurumları arasında hiç de azımsanmayacak bir orana (%16,4) sahiptir.

Tablo 11'de yer alan bütün kamu kurumlarının sağlık harcamaları içinde, tedavi giderlerinin (ayakta ve yatarak sunulan tedavi hizmetleri) payı en yüksektir. Ancak SGK, ilaca en fazla pay (%45,7) ayıran kurum konumundadır. Bunu da aktif devlet memurları ve bağımlıları ve yeşil kartlıların sağlık hizmetlerini finanse eden Maliye Bakanlığı izlemiştir ve toplam harcaması içinde ilacın payı %31,9 olarak gözükmektedir. Sağlık Bakanlığı harcamaları içinde ilaç harcamalarının payının az olması şaşırtıcı görülmemelidir, çünkü Sağlık Bakanlığı kurumlarında tüketilen ilaçların bedelleri ya SGK ya da Maliye Bakanlığı tarafından Sağlık Bakanlığı'na ödenmektedir. Ortalama olarak toplam kamu sağlık harcamaları içinde 2009 yılı için ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinin payı %63,6 iken ilaç harcamalarının payı %29,9 olmuştur. Ancak bu noktada bu harcamalara cepten yapılan, yerel yönetimler eliyle gerçekleştirilen sağlık harcamaları ve birinci basamak

sağlık hizmetleri için Sağlık Bakanlığı'na aktarılan (2010 yılı için yaklaşık 990 milyon TL) kaynakların dahil edilmediği de mutlaka göz önüne alınmalıdır. Peki bu oranlar makul düzey olarak kabul edilebilir mi?

3.8. Tartışma ve Tartışma Soruları

Bütün vatandaşların sağlık sigorta kapsamına alınması ve genel sağlık sigortası uygulaması, özel sağlık kuruluşlarının da vatandaşlar tarafından kullanılmasına olanak sağlanması ve vatandaşların sağlık hizmetlerine erişim seviyesini artırmaya yönelik önlemler Türkiye'de sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur. Yıllar itibarıyla Türkiye sağlık harcamaları artmıştır ancak bu artış eğilimi diğer dünya ülkelerinde de gerçekleşmiştir. Her ne kadar Türkiye, az gelişmiş ve fakir ülkelere göre kişi başına sağlık harcaması ve GSYH'sının yüzdesi olarak sağlık sistemine daha fazla kaynak ayırıyor gözükse bile gelişmiş ve zengin ülkeler ve bazı gelişmekte olan ülkelere göre sağlık harcaması halen daha düşük düzeydedir.

Bu tartışmadan Türkiye'nin sağlık harcamalarını artırması sonucu kesinlikle çıkarılmamalıdır. Bu noktada iktisattaki 'marjinal verimlilik' kavramı devreye girmelidir. Eğer ilave harcamaların karşılığını alabilecekseniz yani yaptığınız ilave harcamalar ülke sağlık statüsünün iyileşmesine katkıda bulunuyor ve bunu ölçebiliyor iseniz tabi ki sağlık harcamaları artırılmalıdır. Ancak bu noktada şu soru da sorulmalıdır: Mevcut kaynaklarımız etkili ve verimli kullanılıyor mu? Eğer sağlık sektöründe kaynakların verimsiz kullanıldığına dair işaretler var ise sağlık sektörüne ilave kaynak ayırma yerine mevcut kaynakların daha verimli kullanılması yönünde önlemlerin alınması gerekir. Türkiye'de de kaynakların verimsiz kullanıldığına ilişkin bazı veriler de mevcuttur. Örneğin, antibiyotiklere yapılan harcama düzeyinin yüksek olması, birinci basamakta tedavisi mümkün olan hastalıkların üniversite hastanelerinde tedavi ediliyor olmaları ve çok daha düşük maliyetle tedavisi mümkün olan bazı hastalıkların halen görülüyor olması kaynakların verimsiz kullanıldığına dair bazı göstergeler olarak yorumlanabilir.

Ancak gelinen nokta ne olursa olsun diğer ülkeler gibi Türkiye'de aşağıda sorulan soruların cevaplarını bulmak ya da en azından bu soruları sürekli olarak kendisine sormak zorundadır:

• Bir ülke için uygun sağlık harcama seviyesi nedir?

• Sağlık harcamalarında kamunun sorumluluğu ne kadar olmalıdır?

• Daha sağlıklı olma yönünde bireylerin sahip olması gereken sorumluklar nelerdir?

• Bireylerin bu sorumluluklarını yerine getirmede sağlık için yapılan ödemeler bir araç olarak kullanılabilir mi? Kullanılacaksa da bunun seviyesi ne olmalıdır?

• Sağlık sektöründe kamu en önemli ödeyici konumunda olacaksa ihtiyaç duyulan kaynaklar nasıl yaratılacaktır?

• Bu kaynak vergi mi olacak yoksa çalışan ve işveren primleri mi ağırlıklı olarak kullanılacaktır?

• Ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyleri hep sigortalılarla aynı düzeyde mi olacaktır?

• Sigortalı olan vatandaşların bütün sağlık ihtiyaçları ödeme kapsamında olacak mıdır?

• Ödeme kapsamına alınacak olan sağlık hizmetleri belirlenecekse bu durumda hangi kriterler kullanılacaktır?

• Vatandaşların gereksiz sağlık hizmeti kullanımı konusundaki bilinçleri ve duyarlılık seviyeleri nasıl artırılacaktır?

İKİNCİ BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİNİN ETKİNLEŞTİRİLMESİ KOMİSYONU ÇALIŞMA GRUBU RAPORLARI

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı çalışmaları çerçevesinde oluşturulan Sağlık Hizmetlerinin Etkinleştirilmesi ve Mali Sürdürülebilirlik Komisyon üyeleri çalışmaları iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada, Kalkınma Bakanlığı tarafından tayin edilen bir raportör tarafından Türk Sağlık Sistemini ve Sağlık Hizmetlerinin mevcut durumunu ortaya koyan bir ön rapor hazırlanmıştır. Bu rapor 5-6 Eylül 2012 tarihleri arasında komisyon üyelerinin tartışmasına açılmıştır. İlk toplantıda komisyon üyelerinin üç grup altında çalışmalarını sürdürmeleri kararlaştırılmıştır. Bu gruplar:

1. Koruyucu sağlık hizmetleri

2. Sağlık hizmetleri sunumu

3. Mali sürdürülebilirlik çalışma grubu olarak belirlenmiştir.

Gruplar, sorumluluk alanlarına verilen konuları tartışmışlar ve bir rapor hazırlamışlardır.Grupların hazırladıkları bu raporlar raportör tarafından toplanmış ve tüm katılımcıların görüşlerini de daha sonradan toplamak yolu ile bir ara rapor hazırlamıştır. Raportör tarafından hazırlanan bu ara raporlar 2-3 Kasım 2012 tarihleri arasında grup üyeleri arasında tekrar tartışılmış ve bu tartışmalar neticesinde ara raporlara nihai hali verilmiştir.

Aşağıda üç ana başlık altında koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri sunumu ve mali sürdürülebilirlik alt gruplarının hazırladıkları raporlara yer verilecektir.

1. KORUYUCU- TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri çalışma grubu, koruyucu ve temel sağlık hizmetleri alanında karşılaşılan sorunları; hizmeti alana, hizmetlere, hizmet sunum yöntemine ve sağlığın sosyal bileşenlerine ilişkin olmak üzere dört temel başlık altında toplamışlardır.

1.1. Hizmeti Alana İlişkin Sorunlar

Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin kullanımında sağlık hizmeti kullanıcılarının ve sağlam bireylerin davranışları, kişisel alışkanlıkları ve sağlıklı olma yönündeki sorumlulukları son derece önemlidir. Bu tür hizmetlerde hasta olmadan sağlıklı olma yönündeki davranışların bireylerde alışkanlık haline getirilmesi gerekir. Ancak sağlam bireylere bu davranışların kazandırılmasında bireylerden kaynaklanan bir takım engeller mevcuttur. Eğitim seviyesi, gelir durumu, yaşanılan bölge, baskın kültürel ve sosyal değerlerin hepsi göz önünde bulundurulması gereken temel alanlar olarak değerlendirilmelidir.

Komisyon tarafından bireylerin koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini kullanma ve dolayısıyla sağlıklı olma yönündeki davranışlarının önünde duran en önemli sorun ‘Sağlığı Geliştirme, Sağlık Okur Yazarlığı alanı olarak değerlendirilmiştir. Bu sorun kısaca;

- Sağlık okuryazarlık düzeyinin bilinmemesi,

- Güncel ve güvenilir sağlık bilgi kaynaklarının yetersizliği,

• Hasta bilgilendirme formlarının içerik ve uygulanmasındaki yetersizlik,

• Öncelikli gruplar ve özel hastalıklara yönelik bilgilendirici doküman yetersizliği,

• Toplumun sağlık sisteminde paydaş rolünün güçlendirilmemiş olması,

• Sağlıkta medya yönetiminin uygun yapılmayışı,

• Toplumun fiziksel aktivitelerde bulunabileceği ve hareketli bir yaşam tarzı oluşturmasını destekleyici kentleşmenin olmaması

olarak tanımlanmıştır.

Bu sorunun ortadan kaldırılmasında aşağıda sıralanan önerilerin göz önüne alınmasının gerekli olduğu düşünülmektedir:

• Güncel ve güvenilir sağlık bilgi kaynakları ile toplumun sağlık bilincinin yükseltilmesi,

• Sağlıklı hayat programlarına erişimin sağlanmasına yönelik olarak sağlığı geliştirme faaliyetlerinin güçlendirilmesi,

• Sağlık okur-yazarlığı kavramının genel okur-yazarlık ve eğitim seviyesinden farklı olduğu bilinci ile sağlık kurumları, sağlık çalışanları ve medyanın da kullanılarak sağlık okur-yazarlığı seviyesinin yükseltilmesi yönünde gerekli çalışmaların başlatılması,

• Sigarayı bıraktırma ve obezite ile mücadele gibi bütün vatandaşlara yönelik olan programlarla sağlıklı davranış kazandırma programlarının diğer sektörlerle de işbirliği sağlanarak ve artırılarak devam ettirilmesi,

• Kronik hastalıklardan nasıl korunulacağı bilgisinin sosyal pazarlama teknikleri kullanılarak tüm nüfusa yaygınlaştırılması.

1.2. Hizmetlere İlişkin Sorunlar

Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri çok farklı başlıklar altında toplanabilir. Ancak bu hizmetlerin kalitesi, sunulma şekli, nerelerde sunulduğu, kimler tarafından sunulduğu da bu hizmetlerin kullanımının yaygınlaştırılmasında önemli bir özellik olarak değerlendirilmelidir. Temel alt başlıklar altında farklı koruyucu ve temel sağlık hizmetleri alanında yaşanılan sorunlar ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri ana başlıklar altında incelenmiştir.

1.2.1. Birinci Basamak Hizmetlerinde Risk Haritaları

Birinci basamak sağlık kurumlarında sunulmakta olan sağlık hizmetleri hem hastalıkların erken teşhisi nedeni ile daha etkili tedavinin başlatılmasında hem de artan sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasında önemli bir yere sahiptir. Ancak yıllardır birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda ve kullanım seviyesinin artırılmasında istenilen başarı seviyesine erişilememiştir. Bu başarısızlığın altında yatan temel sebepler ise;

• Tanı ve tedavi maliyeti yüksek halk sağlığı sorunlarına ve hastalıklara özgü risk haritalarının yetersizliği,

• Sürveyans ve bildirim sistemlerinde aksaklıklar nedeni ile veri doğruluğu ve güvenilirliğinde yaşanılan sıkıntılar,

• Sağlık alanında ülkemize özgü güncel araştırmaların az olması,

• Sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanında yaşanan sıkıntılar,

olarak sıralanmıştır. Bütün bu sorunlar, sağlık hizmetleri yatırımlarının planlanmasında, hizmet sunumunda ve hizmete erişimde güçlük yaratmaktadır.

Yaşanılan bu sorunların çözümünde aşağıda sıralanan önerilerin göz önüne alınması gerektiğine inanılmaktadır:

• Sürveyans ve bildirim sistemlerinin etkinleştirilmesi,

• Personelin eğitimi ve eğitilen personelin aldığı eğitime uygun işlerde ve görevlerde çalıştırılması,

• Doğru ve güvenilir veri elde edilmesi,

• Güncel hastalık yükü ve maliyet analizleri yapılması,

• Önemli halk sağlığı sorunlarının bölgesel dağılımına göre bölgesel risk haritalarının çıkarılması,

• Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri yatırım, planlama ve sunumunda oluşturulan risk haritalarından yararlanılması,[1]

• Sağlık açısından riskli bölgelerin belirlenerek gerekli önlemlerin alınması.

1.2.2. Afet ve Acil Durumlar

Türkiye'nin bir deprem ülkesi olması ve sık sık yaşanılan yangın, sel ve toprak kayması gibi diğer doğal afetler, Türk Sağlık Sisteminin afet sonrasında ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine ve sağlık organizasyonlarına sahip olmasını gerekli kılmaktadır. Her ne kadar 1999'da yaşanılan iki büyük depremden sonra Sağlık Bakanlığı bu alanda çok önemli gelişmeler kaydetmiş ve son yaşanılan Van-Erciş depremi sonrası çok büyük sorunlar yaşanılmamış olsa bile ülkemizde 'afet ve acil durum yönetimi sistemi (öncesi, sırası ve sonrası) yetersizliği' problemi sürmektedir. Afet ve acil durumlarda yaşanılan sorunun temelde üç sebebi vardır. Bunlar;

[1] Örneğin Kırım-Kongo kanamalı ateşinde risk haritası çıkarılmış, koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin faaliyetler bu bölgelerde daha etkin ve yoğun bir şekilde yürütülmüş, benzer şekilde kanser risk haritaları da çıkarılmıştı. Bu doğrultuda tanı tedavi maliyeti yüksek önemli halk sağlığı sorunları için de risk haritaları uygulanabilir.

• Afet ve acil durum konusuna kurum ve kuruluşlar tarafından gereken önemin verilmemesi,

• Afet ve acil durum ile ilgili yasal düzenlemelerin yapılarak güncel mevzuatın oluşturulmaması,

• Merkez ve taşra teşkilatları arasında yaşanılan koordinasyon aksaklıklarıdır.

Sebepleri kısaca yukarıda sıralanan afet ve acil durumlar sonrası yerine getirilmesi gereken hizmetler etkili yönetilmediği zaman aşağıda sıralanan sonuçlar ortaya çıkmaktadır:

• Müdahale kapasitesinin etkili kullanılmaması,

• Afet ve acil durum hazırlıklarında yetersiz kalınması,

• Gerekli önlemlerin önceden alınmaması sonucu tehlikelerin afetlere dönüşmesi.

Bu sorunun ortadan kaldırılmasında aşağıda sıralanan önerilerin dikkate alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir:

• Afet ve acil durum yönetimi sisteminin güncellenerek geliştirilmesi ve kurumlar arası koordinasyonun güçlendirilmesi,

• Yasal düzenlemelerin yapılarak uygulanmaya başlanması,

• Kurumlara yasal düzenlemelerin ve konunun öneminin benimsetilmesi,

• Afet ve acil durum planları doğrultusunda tatbikatların gerçekleştirilmesi,

• Halkın afet ve acil durum konularında bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi.

1.2.3. İş Sağlığı ve Güvenliği

Türkiye son yıllarda hızlı bir ekonomik büyüme trendi yakalamış ve buna bağlı olarak büyük ve küçük ölçekli işletme ve sanayi kuruluşları sayısında önemli artışlar da meydana gelmiştir. Alınan bütün önlemlere rağmen işyerlerinde gerekli iş ve işçi sağlığı ile iş güvenliğine yönelik önlemlerin tam olarak alınmadığı bilinmektedir. Bu temel sorunu ortadan kaldırmaya yönelik en önemli önlem ise; iş sağlığı ve güvenliğine yönelik önlemlerin geliştirilmesi ve sektörler arası işbirliğinin güçlendirilmesidir.

1.2.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

Acil sağlık hizmetleri ihtiyacı ortaya çıktığında ihtiyaç duyulan hizmetlerin çok kısa süre içinde ihtiyaç duyulan yere ulaştırılması son derece önemlidir. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan acil sağlık hizmetlerinin organizasyonu konusunda önemli gelişmeler yaşanmıştır. Ambulans sayısı ile birlikte 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyon sayısı da artırılmış ve acil sağlık hizmetlerine erişim süresi kısalmıştır. Ancak acil sağlık hizmetlerinin kullanımında halen bazı sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar;

• Toplam acil çağrılar içinde asılsız çağrıların Türkiye genelinde ortalaması %96,8'dir.

• Acil sağlık hizmetlerinin ne olduğu ve hangi sağlık durumlarının acil olduğu konusunda toplumda bilinç düzeyi istenilen seviyede değildir. Acil olmayan durumlarda dahi bireyler sağlık hizmetlerine erişimin kolay olması veya katkı payı veya ücreti ödemeyeceği inancı ile hâlihazırda acil sağlık hizmetlerinin sunulduğu birimleri bilinçsiz bir şekilde kullanmaya devam etmektedir.

• Acil sağlık hizmetlerini sunma görevi verilen sağlık personelinin ilk yardım eğitimleri etkili değildir.

• Acil sağlık hizmetleri ve organizasyonları konusunda mevcut mevzuat yetersizdir.

Yaşanılan bu sorunları ortadan kaldırmaya yönelik önlemler aşağıda olduğu gibi sıralanabilir:

• İlk yardım eğitim programlarının içeriğinin tüm acil sağlık hizmetleriyle ilgili ihtiyaca cevap verecek şekilde düzenlenmesi, ilgili kurum/kuruluşlarla entegrasyonunun sağlanması,

• Sistemin uygunsuz kullanımını engelleyecek yaptırım uygulamalarının mevzuatla düzenlenmesi.

1.2.5. Bulaşıcı ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü

TÜİK verilerine göre Türkiye'de sağlık sorunlarının önemli bir bölümü akut niteliği taşımakta olup kronik sağlık sorunları da azımsanamayacak boyutlardadır. Akut sorunların önlenmesinde çevreye ve bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitimi hizmetlerinin ne kadar önemli olduğu herkes tarafından bilinen bir gerçektir. Ancak bulaşıcı ve akut niteliği olmayan kronik hastalıkların yaygınlaşması konusunda da bazı önlemlerin alınması gereklidir. Hem akut hem de akut olmayan hastalıkların artışını önlemede yaşanılan en önemli sorun 'hastalık sürveyans sistemlerinin ve mevcut tarama programlarının yetersizliği' olarak tanımlanmıştır.

Yaşanılan bu sorunun sonucu olarak, örneğin kanser tarama programlarına yurt genelinde katılım düşük (%10-15) seviyede kalmaktadır. Bu sorunun önemli sebepleri aşağıda sıralanmıştır:

• Halkımızda yeterli farkındalık olmaması ve kanser gibi taramalara birinci basamak sağlık kurumlarında ulaşılamaması nedeniyle tarama programlarına toplum katılımının az olması,

• İhbar ve bildirimi zorunlu hastalıklara yeni hastalık etkenlerinin eklenmiş olması,

• Hastalık ve hastalık nedenlerinin değişmiş olması,

• Hastalıklara özgü (kanser gibi) tarama ve kayıt sistemlerinin geliştirilme ihtiyacı,

• Hastalıkların ihbar ve bildirim sisteminde aksaklıklar olması,

• Erken uyarı ve yanıt sisteminin geliştirilme gereksinimi,

• Hızlı teknolojik gelişmeler nedeniyle sürveyans sistemini güncelleme ihtiyacı,

• Ulusal tarama programları standartlarının belirlenmemiş olması,

• Tarama programları ve kayıt sisteminin geliştirilme ihtiyacı içinde olması.

Nedenleri yukarıda sıralanan bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü konusunda yaşanan sorunlar nedeniyle ortaya oldukça önemli sonuçlar çıkmaktadır. Bu sonuçlar arasında şunlar yer almaktadır:

• Kansere ve diğer kronik hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan ciddi sağlık harcamaları,

• Hastalarda organ kayıpları,

• İleri evrelerde ortaya çıkan ciddi komplikasyonlu tedaviler,

• Hastaların yaşam sürelerinin kısalması,

• Toplanan verilerin güvenilirliğini ve doğruluğunu tehlikeye atma,

• Salgın durumlarında müdahalenin ve dolayısıyla salgın yönetiminin gecikmesi,

• Uluslararası bildirim sistemleri ile standardizasyon farklılıkları olması,

Yaşanılan sorunları ortadan kaldırmaya yönelik öneriler aşağıda sıralanmıştır:

• Bulaşıcı hastalıklar için mevcut sürveyans sisteminin geliştirilmesi, bulaşıcı olmayan hastalıklar (kanser vb.) ve meslek hastalıkları için sürveyans sisteminin oluşturulması, geliştirilmesi ve olası aksamaları giderecek önlemlerin alınması,

• Tarama ile erken teşhis edilebilir hastalıklar (kanser vb.) için mevcut tarama programlarının uygulanması, olmayanların geliştirilmesi,

• Aile hekimlerine pozitif performans ile takip ettikleri vatandaşların kanser taramalarını yaptırmalarının sağlanması,

• Mevcut sürveyans ve tarama sisteminin uluslararası standardizasyonunda eksikliklerin belirlenmesi,

• Sürveyans sistemini kullanan personel eğitimi ile kullanımda yaşanan aksaklıkların giderilmesi,

• Sürveyans ve tarama programları sistemlerinin sağlık bilgi sistemine entegre edilmesi çalışmalarına devam edilmesi ve sürveyans ve tarama programı sistemlerinin belirli aralıklarla güncellenerek sürekliliğinin sağlanması,

• Tarama programları ile ilgili toplumun sağlık okur-yazarlık seviyesinin yükseltilmesi, sağlığı geliştirme faaliyetlerinindesteklenmesi ve geliştirilmesi.

1.2.6. Rehabilitasyon Hizmetleri

Nüfusumuz her geçen yıl yaşlanmaktadır. Yaşlanma dolayısıyla hastalıkların görülme sıklığı, hastanelerde kalış süreleri ve hastalık yükünün değişmesi, verilen sağlık hizmetlerinin yapısı, organizasyonu ve finansmanı hususunda yeniden yapılanma anlamında önemli ihtiyaçları açığa çıkarmaktadır. Bu gelişmeler neticesinde rehabilitasyon hizmetleri Türk Sağlık Sisteminde giderek önemini artıracaktır. Ancak rehabilitasyon hizmetleri sunumu ve örgütlenmesinde bir takım sorunlar yaşanmaktadır. Bu konuda yaşanan sorun Koruyucu-Temel Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu tarafından şöyle tanımlanmıştır:

Özellikli gruplara (bedensel, zihinsel, sosyal veya ekonomik koşulları nedeniyle özel ihtiyaçları olan insanlar) götürülen birinci basamak sağlık hizmetleri yetersizdir.

Her ne kadar sorun birinci basamak sağlık hizmetleri arasında yetersiz rehabilitasyon hizmetleri olarak tanımlansa bile önümüzdeki yıllarda bu hizmetler konusundaki yetersizlikler ve sorunlar kendisini daha fazla hissettirecektir. Bu konuda aşağıdaki önerinin gerekliliklerinin yerine getirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir:

Özellikli gruplara hizmet götüren kurum ve kuruluşlar arasındaki eşgüdümün sağlanarak hizmetlerin iyileştirilmesi gerekmektedir.

1.2.7. Sağlığı Koruyucu Yöntemler

Bulaşıcı olmayan ve kronik niteliği olan hastalıkların en önemli nedeni bireylerin yaşam şekli ile ilgili özelliklerdir. Sigara kullanma ve kalori değeri yüksek besinler ile daha fazla beslenme bu alışkanlıklar içerisinde en fazla üzerinde durulan konular arasında yer almaktadır. Bu alanda yaşanılan sorunlar aşağıda olduğu gibi sıralanabilir:

• Tütün ve tütün mamulleri ile ilgili düzenlemelerin uygulanmasına yönelik sorunlar,

• Alkol ve diğer bağımlık yapan maddelerle mücadelede yetersizlik,

• Sağlıklı gıdaya erişimle ilgili sorunlar,

• Sağlıklı ve güvenli çevrenin oluşturulmasına yönelik sorunlar,

• Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerindeki yetersizlik,

• Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde yetersizlik.

Bireylere ve topluma sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması ve sağlığı koruyucu yöntemlerin kullanımının yaygınlaştırılması konularında aşağıda sıralanan önerilerin dikkate alınması gerekli olabilir:

• Tütün, tütün mamulleri, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerle mücadeleye devam edilmeli ve daha caydırıcı önlemlere başvurulmalıdır,

• Sağlıklı gıda ve güvenli çevreye erişim konusunda gerekli eğitim faaliyetleri artırılmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır,

• Toplum temelli ruh sağlığı ile koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi sağlanmalıdır.

1.2.8. Üreme Sağlığı

Üreme sağlığı konusunda farklı sağlık kurumları tarafından sunulan sağlık hizmetleri konusunda yaşanan sorun kısaca 'kadın ve üreme sağlığı hizmet sunumu ve talebinde yetersizlik' olarak tanımlanmıştır. Bu sorunun temel sebepleri ise;

• Her ne kadar 2011 yılında anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 15.5 olarak gerçekleşmiş olsa da önlenebilir nedenlerle anne ölümlerinin gelişmiş ülkelere oranla fazla olması,

• Doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma konusunda bölgeler arasında farklılıklar bulunmaktadır. (Marmara ve Ege bölgelerinde % 99 olan Doğum Öncesi Bakım Alma durumu, Ortadoğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde % 85'dir.)

• Her evlenen beş kadından birinin 16-19 yaş grubunda olması,

• Her beş evlikten biri akraba evliliği olup, en çok (%70) birinci dereceden akrabalar arasında gerçekleşmesi,

• İstenmeyen gebeliklerin %10 oranında seyretmesi,

• Sezaryen doğumların % 46.6 seviyesinde olması,

• Modern gebelikten koruyucu yöntem kullanım oranının %46 olmasıdır.

Üreme sağlığı konusundaki bu sorunun çözümü ise; üreme sağlığı hizmetlerinin güçlendirilerek yaygınlaştırılmasıdır.

1.2.9. Sağlık Bilgi Sistemleri

Doğru kararların verilmesi ve izlenilen politikaların kendilerinden beklenilen sonuçları çıkarıp çıkarmadıklarının değerlendirilmesinde veriler ve verilerin toplandığı bilgi sistemleri önemli bir fonksiyona sahiptir. Ancak mevcut sağlık bilgi sistemleri kendisinden beklenilen fonksiyonu görmekten uzaktır. Örneğin, Türkiye'de kanser bildirimi zorunlu bir hastalık olmasına rağmen, pasif kanser kayıtçılığı yapılan illerde tespit edilen kanserlerin ancak onda biri geri bildirilmektedir. Bu sorun nedeni ile bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrol altına alınması ve gerekli kontrol ve tarama programlarının planlanması, önceliklerin belirlenmesi ve gerekli uygulamalarda sorunlar yaşanılmaktadır. Sağlık bilgi sistemleri konusunda yaşanılan sorun:

Veri toplanması, analizi, güvenliği, veri tabanı oluşturma vb. sağlık bilgi sistemlerinin yetersiz olması

şeklinde tanımlanmıştır. Bu sorunun sebepleri arasında şunlar yer almaktadır:

• Sağlık bilgi sistemleri ve kayda alınması gerekli veriler konusunda sağlık çalışanlarının farkındalıklarının yeterli olmaması ve bilgi seviyelerindeki eksiklikler,

• Girilmesi zorunlu veriler girilmediğinde yaptırım uygulanmaması,

• Farklı verilerin farklı altyapılarla toplanmaya çalışılması ve toplanılan verilerin etkili bir şekilde işlenememesi sebebi ile gerekli bilgilerin üretilememesidir.

Sağlık bilgi sistemleri konusunda yaşanılan problemlerin giderilmesinde şu önerilerin dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir:

• Sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi ve etkin bir şekilde kullanılması,

• Uzman hekimler ve aile hekimleri başta olmak üzere bütün sağlık çalışanlarının bildirilmesi zorunlu hastalıkların kayıt ve izlem formlarını doldurmaları için teşvik edici önlemlerin alınması (gerekli kayıtlar yapıldığında ve formlar doldurulduğunda pozitif ve negatif performans puanlarının belirlenmesi gibi).

1.2.10. Sağlık Araştırmaları

Rutin veri toplama faaliyetlerinin olmadığı durumlarda veya ihtiyaca göre belirlenen alanlarda daha doğru ve yerinde kararların alınması ve politikaların üretilmesi için araştırmaların planlanması ve yapılması önemlidir. Bu alanda yaşanan sorunların giderilmesi amacıyla daha önceden Türkiye Sağlık Kurumu sorumluluğuna verilen görevler 663 Sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı içinde kurulan Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'ne verilmiştir. Ancak yine de sağlıkla ilgili araştırmaların yetersizliği konusunda ortak bir görüş bulunmaktadır. Sağlık araştırmaları alanında sorunların giderilmesi amacı ile aşağıda sıralanan önerilerin göz önünde bulundurulması gerektiğine inanılmaktadır:

• Toplum sağlığı ile ilgili araştırmaların yapılarak, güvenilir verilerin toplanması,

• Sağlıkta AR-GE ve inovasyon çalışmalarının teşvik edilmesi,

• Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü/merkezinin kurulması.

1.3. Hizmet Sunumu Yöntemine İlişkin Sorunlar

Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlar, sunumda yer alan sağlık personeli ve sunulan koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili sorunlar da önemlidir. Öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşları sayı ve fiziksel olarak yetersizdir. Bunun dışında birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet sunumuna ilişkin sorunlar şu başlıklar altında toplanabilir:

• Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri doğası itibarı ile daha çok birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilmektedir. Ancak bu kurumların hem sayı olarak azlığı hem de fiziki yeterliliklerinin uygun olmayışı, uygun miktarda sağlık personelinin olmaması ve uygun teknolojilerin bu kurumlarda olmaması bu hizmetlerin etkili bir şekilde verilmesini olumsuz etkilemektedir.

• Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri için ayrılan finansal kaynakların yetersiz olduğu değerlendirilmektedir. Bu da hizmetlerin sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir.

• Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin sunumunda ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliği yetersiz düzeydedir.

Bu sorun alanlarına ilişkin öneriler aşağıda sıralanmaktadır:

• Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerin sunulduğu sağlık kuruluşlarının sayısal ve fiziksel yetersizliğinin ve personel açığının giderilmesi,

• Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine yönelik finansal kaynakların artırılması,

• Ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliğini geliştirici çalışmalarının yapılması (sağlık tehditlerinin izlenmesi vb.),

• Birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan finansal kaynağın artırılması gereklidir.

1.4. Sağlığın Sosyal Bileşenlerine İlişkin Sorunlar

Sağlık statüsünü etkileyen faktörlerin sadece sağlık sistemi ile ilgili olmadığı sağlık sisteminin dışındaki faktörlerin de sağlık statüsünü önemli derecede etkilediği uzun yıllardır bilinen bir gerçektir. Bunun için sağlık hizmetlerinde sektörlerarası işbirliği üzerinde sürekli olarak durulmaktadır. Gelir düzeyi, yaşanılan yer ve cinsiyet gibi faktörler sağlık statüsünü etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri çalışma grubuna göre, gelir ve eğitim düzeyinin farklılığı, ve cinsiyet üzerinde durulması gereken öncelikli unsurlar olarak değerlendirilmiştir. Buna göre;

• Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi açısından toplum gelir düzeyindeki eşitliğin sağlanamaması önemli bir sorun olarak değerlendirilmiştir.

• Eğitim düzeyi sağlıklı olmayı ve sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen en önemli faktörlerden birisidir. Ancak Türkiye'de cinsiyete göre eğitim düzeyi önemli farklılıklar göstermektedir.

Bu sorun alanlarına ilişkin öneriler aşağıda sıralanmaktadır:

• Bireyler arasında gelir ve eğitim düzeyleri arasındaki farklılıkları azaltacak önlemlerin alınması,

• Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin kullanımının artırılmasında önemli olduğu düşünülen cinsiyet ayrımcılığı ve buna bağlı olarak eğitim düzeyi farklılığının giderilmesi yönündeki çabalara hız verilmesi.

1.5. Ulusal ve Uluslararası Sektörler Arası İşbirliğine İlişkin Sorunlar

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliği yetersizliği mevcuttur. Etkili sağlık hizmetlerinin sunumu için ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliğini geliştirici çalışmalarının yapılması (sağlık tehditlerinin izlenmesi vb.) gereklidir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU

2.1. Sağlık Sisteminin Yönetim ve Organizasyonu ve Sağlıkta İnsan Gücü Planlaması

Sağlık sisteminde yer alan kurumların ve rollerin belirlenmesi ile ilgili paydaşlar arasındaki koordinasyon ve finansman ve ödeme gibi konular bütün ülkelerde sağlık sistemlerinin performans ve verimlilikleri üzerinde önemli etkilere sahiptir. Sağlık hizmetleri sunumunda sağlık insan gücünün yeri ve önemi yadsınamaz. Ancak değişen ihtiyaç ve hastalık yapısına göre ihtiyaç duyulan sağlık insan gücü tipi ve bunlarda yer alması gereken yeterliliklerde de önemli değişikler gerekli olmaktadır. Bu durumda eğitim kurumları ve sağlık sistemi arasında yakın ve koordineli bir çalışma sisteminin kurulması neredeyse zorunluluk haline gelmektedir. Mevcut durumda Türk Sağlık Sisteminde yönetim ve organizasyon ve sağlık insan gücü ile ilgili sorunlar ana başlıklar halinde aşağıda sıralanmıştır.

2.1.1. Kurumlar Arası Koordinasyon ve İletişim Sorunu

Sağlık sektöründe artan uzmanlaşma sonucu artık pek çok sağlık meslek mensubunun üniversite düzeyinde eğitim alması bir gereklilik haline gelmiştir. Bu durumda her bir meslek grubu için ilgili fakültelere alınacak öğrenci kontenjanlarının belirlenmesi ve yeni bölümlerin açılmasında YÖK'ün önemli bir sorumluluğu vardır. Ancak bu konuda sorumluluk sadece YÖK'e ait olmayıp hangi sağlık meslek grubundan, ne sayıda ve hangi niteliklere sahip insan gücü yetiştirilmesi gerektiğinin belirlenmesi konusunda Sağlık Bakanlığı'na da önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu konudaki çalışmaların YÖK ve Sağlık Bakanlığı arasında eşgüdüm halinde yürütülmesi gerekmektedir.

Ulusal sağlık insan kaynakları planlanmasında kullanılacak çalışan, tıbbi cihaz ve ekipman, başvuru yapan hasta sayısı, muayene ve/veya işlem için hasta bekleme süreleri gibi kamu ve özel sektörü temsil eden geçerli ve güvenilir verilerin olmaması, bu sorunun temel sebebi olarak görülmektedir. Aynı zamanda, hasta, sağlık çalışanı ve sağlık kurumlarına özgü verilerin toplandığı Sağlık-NET, TİSİM, ÇKYS-SKYS, MEDULA ve YÖKSİS gibi elektronik bilgi sistemlerine üniversite hastaneleri ve özel sektörün doğru ve güncel verileri girmemesi ve/veya sisteme Sağlık Bakanlığı'nın erişim yetkisinin ol-

maması ayrıca bu konuda üniversite hastaneleri üzerinde Sağlık Bakanlığı'nın yaptırım gücünün olmaması da bu sorunun kronik hale gelmesinin temel sebebi olarak görülmektedir.

Bu sorunun yol açtığı temel olumsuzluk ise ülke genelini temsil eden güvenilir ve güncel verilerin sağlanamaması nedeni ile eksik veri ile planlama yapmaya devam etme zorunluluğunda kalınmasıdır. Bu sorunun ortadan kaldırılmasında izlenecek adımlar şunlar olabilir:

· Kurumlar arası bilgi networkleri üzerinden web servisler sağlanarak merkezi veri paylaşım sistemi kurulması gerekir. MEB, YÖK ve ilgili kuruluşlarla koordinasyon ve iletişim sağlanmalıdır.

· Ulusal sağlık insan kaynakları planlanmasında kullanılacak çalışan, tıbbi cihaz ve ekipman, başvuru yapan hasta sayısı, muayene ve/veya işlem için hasta bekleme süreleri gibi verilerin tek bir elektronik sistem kapsamında toplanması ve paydaşlar tarafından erişilebilir hale gelmesi veya mevcut durumda ihtiyaçları karşılayan bir sistem var ise paydaşların kullanımına açılmalıdır.

2.1.2. Kamu Politikaları, Görev ve Rol Tanımları ile İstihdam Politikasının Beraber Yürütülmemesi

Sağlık eğitim kurumlarının ülke ihtiyaçlarını, beklentilerini dikkate almaksızın ve Sağlık Bakanlığı ile koordinasyon içine girmeksizin sağlık eğitim kurumlarının kontenjanlarını belirlemesi, aşağıda sıralanan olumsuz sonuçlara neden olmaktadır:

• Sağlık insan kaynaklarında bazı mesleklerde atıl kapasite bazılarında ise yetersizliklerin olması,

• İhtiyaç duyulan alanda yetişmiş insan gücü olmaması nedeni ile farklı meslek mensupları ile bu açığın kapatılmaya çalışılması ve bu nedenle ile nitelik sorunları yaşanması.

Bu sorunun çözülmesinde aşağıda sıralanan önerilerin dikkate alınmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir:

• Sağlık insan kaynakları planlamasının ilgili kurumlarla işbirliği içerisinde ancak tek elden yürütülmesi,

• Sağlık eğitim kurumları kontenjanının sağlık insan kaynakları planlamasına göre yapılması,

• İstihdam kararlarında sağlık insan kaynaklarını planlayan kurumun görüşlerine riayet edilmesi,

• Öğretim üyelerinin istihdam çeşitliliğinin tanımlanması ve öğretim üyelerinin çalışma usul ve esaslarının ulusal konsensüsle netleştirilmesi gereklidir.

2.1.3. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Eksiklikleri Sorunu

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde performansa dayalı ek ödeme sistemi ortaya bir takım sorunlar çıkarmaktadır. Hastalara gereksiz işlemlerin yapılması, sağlık harcamalarının artması yönünde etkilerinin olması ve hastaların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine uygun yerlerde erişmesinin önünde bazen engel olarak görülmesi gibi bazı olumsuzluklar performansa dayalı ödeme sisteminin olumsuz sonuçları olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık sistemi içerisinde uygulanan ödeme modelleri sistem içerisindeki pek çok şeyi etkilemekte ve değiştirmektedir. Dolayısıyla nasıl bir sistem isteniyorsa o sisteme uygun ödeme modelleri geliştirilmelidir. Şu an uygulamada olan performansa dayalı ek ödeme sistemi yurtdışındaki uygulamalar incelenerek geliştirilmiş ancak politik baskılar ve ulusal politikalarla oldukça zedelenmiş ve bozulmuştur. Özellikle puanlarla oynanarak bir maaş sistemi gibi görülmüş, ödemelerde eşitlik ve adalet aranarak, geliri kazanan yerlerden alıp kazanmayan yerlere de dağıtmak yolu seçilerek sağlık hizmetleri üretim verimliliği engellenmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı uygulamak istediği politikalarda bu sistemi bir araç olarak kullanmaya başlamış ve sistem oldukça karmaşıklaşmıştır. Performansa dayalı ek ödeme sistemi, bir dönem çok önemli fonksiyonları yerine getirmiş, hekimlerin gelirlerini artırmış ancak bugünkü haliyle pek çok soruna da kaynaklık eden bir ödeme sistemine dönüşmüştür.

Performansa dayalı ödeme sisteminin ortaya çıkardığı sorunların ortadan kaldırılması için aşağıda sıralanan önlemlerin alınmasının gerekli olduğu düşünülmektedir:

• Performansa dayalı ödeme sisteminin izlenen sağlık politikası ve Türk Sağlık Sistemi hedeflerine göre yeniden gözden geçirilmesi,

• Teşvik sisteminin yeniden değerlendirilmesi,

• Özellikli branşlar konusunda sorunların değerlendirilmesi,

• Puantaj sisteminin gözden geçirilmesi ve dengesizliklerin tartışılarak giderilmesi,

• Eğitim ve araştırma faaliyetlerinin finansmanı için ek kaynakların yaratılması,

• Performansa dayalı ödeme sisteminin amaç değil bir araç olarak kullanılması gerektiğinin hatırlanması ve bunun uygun bir şekilde kullanılmasının sağlanması,

• Hastanelerin geri ödeme sisteminin ve hastane içi hak ediş hesaplama sisteminin hizmet başı ödemeden çıkarılması ile yeni ödeme sistemlerine uyum sağlanması.

2.1.4. Kamu Personelini Verimli Çalıştıramama Sorunu

Sağlık çalışanlarının sayısal olarak yetersiz olması, bazı görev ve sorumlulukların almış oldukları eğitimle uyumlu olmayan sağlık personeli ile yürütülmesine neden olabilmektedir. Bu da sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini ve tedavi sonuçlarını tartışmalı hale getirebilmektedir. Bu problemi ortadan kaldırmak için, sadece sağlık kuruluşlarında

değil tüm kurum ve kuruluşlarda kadro, görev ve rol unvanlarına göre tanımlar ve fonksiyonel iş gerçekleştirme analizlerinin ve iş tanımlarının yapılması gereklidir.

2.1.5. Şikâyet Yönetimi, Hasta ve Çalışanların Güvenliği Sorunu

Sağlıkta Dönüşüm Programı hedefleri içinde etkili ve güler yüzlü sağlık hizmetlerine erişim yer almaktadır. Bu amaçla Hasta Hakları Yönetmeliği çıkarılarak hastaların karşılaştıkları sorunları kısa süre içinde çözmelerine imkân sağlanmış, aynı zamanda var olan problemlerin de ortaya çıkarılarak çözülmesi de mümkün hale gelmiştir. Ancak, benzer bir mekanizma sağlık çalışanları için kurgulanmamıştır. Son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artması, çalışan güvenliğinin de müdahale edilmesi gereken öncelikli bir alan olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu sorunu ortadan kaldırmak için;

• Her kurumun sağlık iletişimi ve beklenti yönetimi çalışmalarını yapması ve sonuçlarını kullanması önerilmektedir.

• Hizmet alanla hizmet veren arasındaki iletişim güçlendirilmelidir.

• Hasta ve çalışan güvenliği bir arada ele alınmalı, hizmet alanlar da bilgilendirilmeli ve bir hizmet alma kültürü geliştirilmelidir.

2.1.6. İnsan Kaynaklarının Bölgeler ve Kurumlar Arasında Dengesiz Dağılımı Sorunu

Türkiye'de sağlık insan gücünün ülke çapında dengesiz dağılımı sorunu geçmiş yıllarla kıyaslandığında azalmasına karşın hala devam etmektedir. Sağlık Bakanlığı 2011 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre, Türkiye'de bin kişiye ortalama 1,69 hekim düşmektedir. Ancak bu oran Batı Anadolu'da 2,60 ve İstanbul'da 1,88 iken, örneğin Güneydoğu Anadolu'da 1,16, Kuzeydoğu Anadolu'da 1,42 ve Batı Marmara'da 1,47'dir. Ayrıca, Batı Anadolu'da bin kişiye 2,21 ebe ve hemşire düşerken bu oran Güneydoğu Anadolu'da 1,47'dir.

Sağlık çalışanlarının üniversite ve özel hastanelerde çalışmak yerine Sağlık Bakanlığı'nı tercih etmesi nedeni ile üniversite ve özel hastaneler yeterli sayıda sağlık personeli bulmada güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. Bu sorunun altında yatan temel sebepler ise; üniversite hastanelerine yerleştirilen ya da belirli bir süre özel hastanelerde çalışarak uzmanlaşan yetişmiş sağlık insan gücünün, çalışma şartlarının ağır olması, ücret dengesizliği ve tayin isteme (eş, okul, sağlık sorunu gibi nedenlerle) nedeni ile üniversite ve özel hastane yerine Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışmayı tercih etmesidir.

Bu nedenle, özel ve üniversite hastanelerinde personel devir hızının yüksek olması ve atama dönemlerinde personelin Sağlık Bakanlığı'nı tercih etmesi nedeni ile söz konusu hastanelerin hizmet sunum sürecinde olumsuzluklar yaşanmaktadır. Bu olumsuz-

lukların giderilmesi için aşağıda sıralanan önerilerin dikkate alınmasının gerekli olduğu düşünülmektedir:

• Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastaneler arasında sağlık insan gücünün dengeli dağılımı için bütün kurumların teşvik yöntemlerini gözden geçirerek uygun teşvik yöntemlerini geliştirmeleri ve kullanmaları sağlanmalıdır.

• Sağlık kuruluşlarının kendi aralarında koordinasyon, teşvik ve etik istihdam konularına dikkat etmeleri gereklidir.

• Üniversite ve özel hastanelerde çalışan sağlık personelinin çalışma şartlarının ve özlük haklarının iyileştirilmesi gereklidir.

2.1.7. Hemşirelik Eğitim Düzeyinde (Meslek Lisesi, Üniversite) Standardizasyon Sorunu

Ülkemizde Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde yer alan 339 adet hemşirelik programına öğrenci almaktadır. Bu sayıya her geçen gün Özel Sağlık Meslek liseleri eklenmektedir. Üniversitelerde ise Hemşirelik Yüksek Okulu, Sağlık Yüksek Okulu, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü ve Hemşirelik Fakültesi olmak üzere lisans düzeyinde eğitim veren toplam 96 program mevcuttur.

2007 yılında güncellenen 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu'nun geçici maddesinde 5 yıl süre ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik programlarına öğrenci alınması hükme bağlanmış, ancak bu sürenin tamamlandığı 2012 yılında hemşire yetersizliği gerekçe gösterilerek 5 yıl süre ile yeniden devam edilmesi kararı verilmiştir.

Bu durum aşağıda sıralanan olumsuz sonuçların ortaya çıkmasına neden olmaktadır:

• Hemşirelik eğitiminde standardizasyonunun sağlanmamış olması,

• Farklı eğitim düzeylerinde mezunların, aynı unvanla (hemşire unvanı) aynı işlevlerden sorumlu tutulması,

• Hemşirelik hizmetleri kalitesinin sürdürülebilirliğine ilişkin sorunlar ve hemşireler arası işbirliği ve dayanışmanın sağlanamaması.

Hemşirelik mesleği ile ilgili bu sorunun çözülebilmesi için aşağıdaki önerilerin dikkate alınması gereklidir:

• Ulusal ve uluslar arası kararlarda belirlenen kriterlere uygun programlarla hemşirelik eğitiminin yürütülmesi,

• Toplumun sağlık gereksinimleri açısından gerekli hemşire insangücü ihtiyacının sağlıklı verilere dayalı olarak belirlenmesi.

2.1.8. Meslekler Arası Görev Sınırlarının Belirlenmesinde Mevcut Mevzuatın Güncellenmemesi Sorunu

Tüm mesleki yeterliliklerin tanımlanması ile fonksiyonel iş tanımlarının görev ve role göre belirlenmesi ve izleme değerlendirmeye tabi tutulması sağlanmalıdır.

2.1.9. Sağlık sisteminde yeni mesleklerin tanımlarının olmaması sorunu

Sağlık hizmetlerinde disiplinler arası çalışma mantığıyla yeni ihtiyaç duyulan meslek tanımları yapılmalıdır.

2.2. Sağlık Hizmet Sunumunun Kalitesi ve Verimliliği İle İlgili Sorunlar

Hastane inşa edilmemesi gereken yerleşim birimlerinde hastane yapımı sorunu devam etmektedir. Bu problemin çözülebilmesi ancak sağlık yatırımlarında merkezi planlama sürecinin güçlendirilmesiyle mümkün olabilir.

Özel hastaneler ağır ve maliyeti yüksek vakaları hastanelerine kabul ederek tedavi etmek istememektedirler. Bu sorunun altında yatan temel sebep SUT'ta yer alan fiyatların bazı sağlık hizmeti türleri için maliyeti karşılayacak kadar yüksek olmaması veya özel hastanelerin bu tür vakaları kabul ederek kalite seviyelerini sorgulanır hale getirmek istememeleri olabilir. Bu sorunu oluşturan sebeplerin ayrıntılı bir şekilde belirlenmesi ve ağır vakaların özel hastaneler tarafından da kabul edilmelerinin yolu açılmalıdır.

Sağlık hizmet sunumunda kalite ölçülememektedir. Bu ölçümlerin yapılabilmesi için klinik hizmet kalite standartlarının geliştirilmesi gereklidir. Belirlenecek klinik hizmet kalitesi göstergelerinin tüm hastaneler tarafından kullanımlarının yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

SGK'nın hizmet fiyatlandırma, denetim ve geri ödeme sisteminde sorunlarla karşılaşılmaktadır. Belirlenen fiyatlar adil olmayabilmekte, yapılan denetimlerde kalite unsurları göz önüne alınmaksızın bürokratik belgeler üzerinde durulmakta ve sağlık kurumlarına güvensizlik hâkim olabilmektedir. Bu sorunu ortadan kaldırabilmek için en kısa zamanda hizmet başına ödeme sisteminden tanıya ve kaliteye dayalı ödeme sistemlerine geçilmelidir.

Hastanelerde yer alan acil servislerin uygunsuz kullanıldığı yönünde tartışmalar devam etmektedir. Acil servislerin gereksiz kullanımını engellemeye yönelik düzenlemelerin yapılması gereklidir. Ayrıca gerçekten acil vakaların acil sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması için tüm sağlık hizmeti veren kurumların (üniversiteler ve özel hastaneler dâhil) merkezi veri yönetim ve acil sağlık hizmetleri koordinasyon birimine katılması gereklidir.

Türk Sağlık Sisteminde kronik hasta bakım faaliyetlerinin verildiği merkez sayısı azdır ve bu birimler tarafından sağlanan hizmetler de SGK tarafından geri ödeme kapsamına alınmamaktadır. Bu sorunun önemli boyutlarından birisi de özellikle evde ba-

kım hizmeti veren kuruluşlar arasındaki koordinasyon eksikliğidir. Bu hizmetler Sağlık Bakanlığı ve belediyeler tarafından verilmektedir. Ancak mükerrer yardımları önleyerek kaynakların daha etkin kullanımını sağlayacak bir izleme sistemi bulunmamaktadır. Bu sorunların üstesinden gelmek için;

• Evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ile kurumsal bakım ihtiyacının azaltılması,

• Palyatif sağlık ve tedavi imkânlarının hastanelerde oluşturulması,

• Tüm bakanlıklar, yerel yönetimler ve sivil toplum örgütleri arasında koordinasyonla evde bakım hizmetlerinde kaynakların etkin kullanılmasının geliştirilmesi sağlanmalıdır.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu ve örgütlenmesinde koordinasyon sorunu vardır. Toplum ruh sağlığı eylem planı çerçevesinde tüm paydaşların harekete geçirilmesi sağlanmalıdır.

Hastanelere ve acil servislere gereksiz yere yapılan başvuruların sayısı oldukça fazladır. Hastanelere gereksiz başvuruların kontrolü için uygun politikaların geliştirilmesi veya işleyen bir sevk sisteminin oluşturulması gereklidir.

Yaşanılan kalite problemlerini azaltmak amacı ile aşağıda sıralanan önlemlerin alınması önerilir:

• Sağlık hizmet sunumunda kalitenin ölçülememesi önemli bir sorundur. Bunun için klinik hizmet kalite standartlarının geliştirilmesi gereklidir. Servis kalitesi çalışmalarının tüm hastanelere yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

• ICD üstü klinik tanı ve uygulamalara ait standartların yetersiz olması önemli bir sorundur. Bunun için klinik hizmetlerini sorgulayacak olan algoritmaların hazırlanması gerekir.

2.3. Sağlıkta 2023 Vizyonu

2023 Sağlık Vizyonunda iki önemli konunun vurgulanması önemlidir. Bunlardan birincisi innovasyon iken diğeri sağlık turizmidir.

2.3.1. İnovasyon

Sağlıkla ilgili biyoteknoloji ve nano teknoloji gibi alanlara yönelik çalışmalar desteklenerek yenilikçi tedavi yöntemleri ile birlikte Türk Sağlık Sistemini iyileştirecek ve ekonomisinin gelir kalemlerini farklılaştıracak olan yeniliklerin önü açılmalıdır. Ayrıca Türk Sağlık Sisteminde son yıllarda yaşanılan olumlu deneyimler de diğer ülkelerle paylaşılabilir. Bunun için TUBİTAK çerçeve programları ve Kalkınma Bakanlığı tarafından bütçe gereklilikleri oluşturulmalıdır. Ayrıca, kamu kurumlarının ticari kurallara göre

inovasyon ve ticari faaliyet göstermesi sağlanmalıdır. Sağlıkta inovasyon alanları şunlar olabilir;

• Biyoteknoloji/nanoteknoloji

• Geri ödeme sistemlerinin geliştirilmesi ve ihracatı

• Ulusal sağlık sistemleri geliştirilmesi ve ihracatı

• Sağlık yönetim modelleri geliştirilmesi ve ihracatı

2.3.2. Sağlık Turizmi

Türkiye ekonomisi için alternatif bir gelir kaynağı olarak sağlık turizmi, Türkiye'nin 2023 hedefleri arasında sayılmakta ve bu konuya önceliğin verileceği ifade edilmektedir. Ancak, ülkemizin sağlık turizmi potansiyelinin tam olarak kullanılamadığı ve bu alanda sorunlar olduğu bilinmektedir. Bu sorunlar ve bu sorunların çözümüne ilişkin öneriler aşağıda sıralanmaktadır.

• Sağlık turizmi için uygun kaynaklar (hastane, termal, spa gibi) etkin bir şekilde kullanılamamaktadır. Bu konuda aşağıda sıralanan önlemlerin alınmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

• Sağlık turizmi faaliyetlerinin yürütüleceği kaynakların envanteri yapılarak bu kaynakların sağlık turizmine yönelik kapasiteleri artırılmalıdır.

• Sağlık turizmi çeşitlendirilerek termal turizm ile engelli ve yaşlı turizmi kaynakları çoğaltılmalı ve hizmete sunulmalıdır.

• Tıp turizmi daha da geliştirilmeli, branş bazlı stratejilerle özel sektörün ve kamu sektörünün hizmet sunumunda yer alması sağlanmalıdır.

• Tıp turizminde markalaşma politikaları geliştirilmelidir.

a. Hastanın evden eve transfer ve tedavi standartları belirsizliği sorunu vardır. Sağlık turizmi kapsamında hangi ülkelerin öncelikli olduğu belirlenmeli ve sağlık turizmini artırıcı faaliyetlerin bu ülkelerde daha fazla yapılmasına imkân sağlanmalıdır. Ayrıca, sağlık sigorta veya turizm acenteleri ile yakın işbirliği içinde çalışılması gereklidir. Sağlık turizmi kapsamında Türkiye'de tedavi olmak isteyen bireylerin Türkiye'ye ulaşım konusunda herhangi bir problem yaşamaması önemlidir. Bunun için, sağlık turizmi kapsamında yapılması gerekli tıbbi olmayan ve tıbbi tüm basamak ve süreçlerin tanımlanıp standardize edilmesi ve ilgili mevzuatın acilen geliştirilmesi gerekmektedir.

b. Türkiye'nin sağlık turizmi konusundaki potansiyeli yurt dışı faaliyetler ile etkili bir şekilde tanıtılmamaktadır. Bu konuda aşağıda sıralanan önerilerin dikkate alınması gereklidir:

• Uluslararası kampanyalarla tanıtım ve organizasyonlar yapılmalıdır ve bu tür faaliyetlerin sayısı artırılmalıdır.

• Kamu spotları ile ulusal tanıtımların yapılması sağlanmalıdır.

c. Sağlık turizmi için Türkiye'ye gelen hastaların karşılaştığı vize ile ilgili engeller vardır. Bu konuda tedavi için Türkiye'ye gelen hastalara yönelik vize kolaylıklarının sağlanması ya da bu tür bireyler için medikal vize konseptinin geliştirilmesi gereklidir.

d. Yabancı hastalarla iletişim ve dil sorunları yaşanmaktadır. Sağlık turizmi kapsamında faaliyetlerini artırmak isteyen tüm kurumların tüm personelinin, özellikle de hizmet sunumunda aktif rol alan tıbbi personelin, sağlık turizmi konusunda eğitilmesi bir gerekliliktir. Verilecek olan bu eğitimlerde yabancı kültürler, dil ve iletişim elbette özel bir yere sahip olacaktır. Sağlık Turizmi Derneği'nin bu konuda çalışmalar yaptığı bilinmektedir ancak bu tür çalışmaların hem sayısının hem de kapsamının artırılmasına ihtiyaç vardır. Hem kamunun hem de özel sektörün, verilecek sağlık turizmi eğitimlerinde hem eğitimin içeriği hem de kimlerin bu eğitimlere tabi tutulacağı konularında ortak hareket etmelerinde fayda görülmektedir.

e. Sağlık turizmi hukuku ve uluslararası hukuk uyumsuzluğu sorunu vardır. Hem turizm hem de sağlık hukuku konusunda farklı ülkeler farklı yasalara sahiptir. Bu da sağlık turizmi kapsamında hizmet alacak olan bireylerde belirsizlikler yaratabilmektedir. Türkiye'nin, diğer ülkeler ve bu konudaki uluslararası mevzuatı inceleyerek kendi sağlık turizmi hukuku ve alt mevzuatını uluslararası hukuka uygun hale getirmesi gerekmektedir.

f. Sağlık turizmi için sağlık kurumlarının uygulayacakları tutarlı ve rekabetçi fiyat belirleme sistemi yoktur. Bunun için sağlık turizmi hizmetlerinde saydam, güvenilir ve rekabetçi fiyatlandırma politikalarının geliştirilmesi gereklidir.

g. Milletlerarası sosyal güvenlik anlaşmaları sebebiyle sağlık turizminin gelişmesinde fiyatlandırma sorunu vardır. Bunun için şu önerilerin dikkate alınması gereklidir:

h. Mütekabiliyet esası kapsamında SUT fiyatlarında revizyonla eşitleme yapılması gereklidir.

• Hizmet satış fiyatları ile geri ödeme fiyatlarının ayrıştırılarak, hizmet satış fiyatlarının sübvansiyonsuz olarak belirlenmesi gereklidir.

Sağlık turizmi konusunda yaşanılan sorunların giderilmesinde aşağıda sıralanan önlemlerin alınması önerilir:

• Sağlık turizmi hukuku ve uluslararası hukuk uyumsuzluğu sorunu giderilmelidir,

• Sağlık turizmi için gelen hastanın vize engelleri sorunu ortadan kaldırılmalıdır,

• Hastanın evden eve transfer ve tedavi standartları belirsizliği sorunu ortadan kaldırılmalıdır,

• Sağlık turizminde ücretlendirme ve anlaşma politikalarının geliştirilmesi gerekir,

• Sağlık turizmi için güven veren fiyatlandırma sistemi geliştirilmelidir,

• Milletlerarası sosyal güvenlik anlaşmaları geliştirilmelidir,

• Sağlık turizminde uluslararası anlaşmalar geliştirilmelidir,

• Sağlık turizminin çeşitlendirilmesi ve modellerin oluşturulması (termal sağlık turizmi, yaşlı ve engelli turizmi, v.b.) gerekir,

• Sağlık turizmine yönelik eğitim ve insan kaynağının artırılması gerekir,

• Yabancı hastalarla iletişim ve dil sorunları giderilmelidir.

• Sağlık turizminde kamu, özel, üniversite ve sivil toplum kurumlarının işbirliği ve koordinasyonunun güçlendirilmesi gerekir.

• Sağlık serbest bölgelerinin hayata geçirilmesi sağlanmalıdır,

• Sağlık turizminde uluslararası markalaşma ve tanıtımı desteklenmeli ve koordine dilmelidir.

2.4. Hastaneler

Sağlık hizmet sunumunda çok başlılık 2005 yılında SSK, diğer bakanlık ve kamu hastanelerinin (üniversite hastaneleri hariç) Sağlık Bakanlığı'na bağlanması ile kısmen azaltılmıştır. Ancak son yıllarda izlenen sağlık politikalarının bir sonucu olarak Türkiye'de özel hastane sayısında da önemli artışlar meydana gelmiştir. Sorunlar farklı olsa dahi Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastanelerin önemli sorunlar yaşadıkları bilinmektedir. Bu sorunlar ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri aşağıda kısa başlıklar halinde sunulmaktadır.

2.4.1. Ortak Sorunlar

Bütün hastanelerin karşılaştıkları ortak bazı sorunları vardır. Bunlar:

• Hastanelerin yönetiminde profesyonelleşme sorunu vardır. Sağlık Bakanlığı'nın geliştirdiği yönetsel mevzuatlar ve sistemler ile Sağlık Bakanlığı hastanelerinin yönetsel kabiliyetlerini artırmalarına karşın üniversite ve özel hastanelerde yönetimde profesyonelleşme tam olarak sağlanamamıştır. Yönetim sisteminin bilimsel kurgularla geliştirilip hastane yönetim prensiplerinin oturtulması gereklidir.

• Eğitim ve sağlık hizmeti veren paydaşlar arası koordinasyon için ortak bilgi ağı eksikliği sorunu vardır. Kurumlar arası bilgi ağları üzerinden web servisler sağlanarak sağlık temelli veri paylaşım sistemi kurulmalıdır.

• Hastanenin temel ihtiyaçlarına uygun olmayan personel istihdamı sorunu vardır. Sağlık hizmeti sunumu insan kaynağı temelli geliştirilen bir hizmet olduğundan çalışan

personel üzerinde istihdam, eğitim, sertifikasyon ve denetim yetkisinin kurum yöneticilerinde olması sağlanmalıdır.

2.4.2. Üniversite Hastaneleri

Türk Sağlık Sisteminde üniversite hastaneleri eğitim araştırma hizmetlerinin yanı sıra hasta bakımı ve ileri tedavi hizmetlerinin verildiği üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıdır. 2012 yılı itibarı ile 65 üniversite hastanesi toplam 34.802 yatakla hizmet vermektedir. Eğitim ve araştırma hizmetlerini yürütürken ileri tedavi yöntemlerinin ve pahalı sağlık teknolojilerinin üniversite hastanelerinde kullanılması kaçınılmaz olmaktadır. Bu da üniversite hastanelerinde sunulan hizmetlerin maliyetini artırmaktadır. Ancak, Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık hizmeti alırken özellikle kamuya ait üniversite hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerinin maliyet yapılarını fazla göz önüne almayan bir fiyattan geri ödemede bulunmaktadırlar. Bu da üniversite hastanelerini önemli ölçüde finansal bir dar boğaza sokabilmektedir. Ayrıca rasyonel bir sevk zincirinin olmaması üniversite hastanelerine olan hasta talebini önemli ölçüde artırmaktadır. Türk Sağlık Sistemi içinde üniversite hastanelerinin yaşadıkları sorunlara yönelik olarak aşağıdaki tespit, husus ve sorun alanları ön plana çıkmaktadır:

− Türk Sağlık Sistemi içinde üniversite hastanelerinin rol tanımları net olarak tanımlanmamıştır. Üçüncü basamak ve ileri tedavi yöntemlerinin sunulduğu hastaneler olarak tanımlanmalarına rağmen etkili işleyen bir sevk sistemi olmaması nedeni ile hastalıkları kompleks olmayan hastalar da üniversite hastanelerine müracaat edebilmektedirler. Aynı zamanda, hastalara sunulan hizmetlerin geri ödemesini gerçekleştiren SGK çoğu zaman üniversite hastanelerinin de diğer eğitim ve araştırma fonksiyonu olmayan ve maliyet yapıları farklı Sağlık Bakanlığı veya özel hastaneler gibi davranmalarını ve hizmet sunmalarını bekleyebilmektedir. Bu da üniversite hastanelerinin hizmet sunumunda finansal sürdürülebilirlik ve kalite çelişkisi yaşamalarına neden olmaktadır. Bu problemin çözümü için sağlık sistemi içinde üniversite hastanelerinin yerinin ve rolünün tanımlanması gereklidir.

− Üniversite Hastaneleri'nin "ekip anlayışı" ve "takım ruhu" içinde yönetim modelinin "Yeniden Yapılanması" için mevzuat ve literatür taraması ile ulusal ve uluslararası örnekler incelenerek Master Plan bütünlüğünde Eylem Planı oluşturulmalıdır.

− Üniversite Hastaneleri'nde, sağlık bilimleri alanındaki lisans ve lisansüstü öğrencilerinin eğitim ve uygulama ihtiyaçlarının, akademik personelin araştırma gereklerinin en üst düzeyde karşılanması, sağlık hizmetlerinin çağdaş yönetim ilkeleri doğrultusunda standart, etkin ve verimli bir şekilde koordinasyonu ve yürütülmesi ilkesi kabul edilmelidir. Bu ilke doğrultusunda;

1. Özünde "süreç yönetimi" esasına göre çalışan, hastanelerin stratejik yönetimini "ortak akıl" ile sağlamayı hedefleyen bir çatı kurulmalıdır.

2. Sağlık hizmet sunumu alanında akademik lider olması gereken dekan ve sadece hastane işletmeciliğinin idari ve mali sorumluluğunu üstlenen, sağlık yönetimi eğitimi

almış, gerektiğinde danışmanlık hizmeti desteği de satın alabilecek hastane yöneticisinin, profesyonelce ve stratejik kararları birlikte verdiği bir yönetim modeli esas alınmalıdır.

3. Bu çatı ile karar verme süreçlerinde; bilgilenmenin artışı, etkili koordinasyon, eksiklik ve yanlışlıkların en aza indirilmesi, nesnelliğin artırılması, doğru sonuca hızlı ulaşma yoluyla kurumsallaşmaya katkı sağlanmalı ve akademik faaliyetlere daha fazla kaynak ayrılabilmesi hedeflenmelidir.

− Birden fazla hastanesi olan üniversite hastaneleri için izleme değerlendirme ile koordinasyonu sağlayacak Genel Koordinatörlük/Direktörlük, katılımcılığı arttıracak Yönetim Kurulu ile içinde sivil toplum kuruluşlarından geri bildirim alınacak ve hesap verilebilirlik ilkesini yerine getirecek Danışma Kurulu yapılanmasına gidilmelidir.

− Gelir kaynaklarında çeşitlilik oluşturmak üzere, içinde özel sağlık sigortalılar ile yurtdışından gelen hastaların tedavisinin de bulunduğu, Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamı dışında uygulanmak üzere; SUT Fiyat Listesi dışında Cari Fiyat Listesi ile hizmet verilmeli, bu kapsamda kendi fiyat tarifesi üzerinden farklı fiyatla hizmet sunarak sadece SGK fiyatı yerine, gereken hizmetlerde, gerekirse üst sınır belirlenerek ödeme gücü olanlardan mutlaka farklı fiyat yoluyla, bireysel emeklilik benzeri Tamamlayıcı Sigorta ile yeni finansman kaynağı oluşturulmalıdır.

− Üniversite döner sermaye gelirlerinin belli bir kısmının Devlet Bütçesi'nden eğitim ödeneği olarak aktarılması düşünülebilir.

− Araştırma, yatırım ve insan kaynaklarına yönelik üniversite harcamaları, döner sermaye gelirlerinden değil Devlet Bütçesi'nden karşılanmalıdır.

− Bina ve teknolojik altyapısı eskimiş ve daha yüksek maliyetle işletilen örnekler için, toplum katılımını sağlamaya yönelik olarak, uluslararası örneklerinde olduğu gibi, kişi veya kurumların adı verilerek şartlı bağışlar ağırlıklı olmak üzere, gerektiğinde hizmet satınalma ile Yap-İşlet-Devret gibi modellerden yararlanılarak kamu kaynaklarına yük getirmeden yenilenme ve hatta yeni yapımları gerçekleştirilmelidir.

− Üniversite Hastaneleri'nin; sorunlarını değerlendirmek, sorun nedenlerini ortaya koyarak çözüm yolları üretmek, bilgi ve deneyimlerini paylaşmak, çağdaş sağlık hizmetiyle birlikte, eğitim ve araştırma faaliyetlerini etkin ve verimli hale getirmek için ortak hareket etmelerini sağlamaya yönelik yapılanma sağlanmalıdır. Bu kapsamda; ölçek ekonomisi gereği gider azaltıcı müdahale yöntemi de olabilecek bir şekilde, aralarında yıllık toplu mal ve hizmet alım listeleri ile ortak ihale yapabilen, mal ve hizmet devri uygulaması ile kaynaklarını müşterek kullanarak stok yönetimi esaslı çalışabilen bir yasal altyapıya yönelik olarak, Devlet ve Vakıf Üniversitelerinin Tıp Fakültesi Hastanesi olanları, kamu tüzel kişiliğine haiz (Bankalar Birliği gibi), Üniversite Hastaneleri Birliği yapılanması altında toplanmasına olanak verilmelidir.

− Üniversite hastanelerinde tanı, tedavi ve yönetsel faaliyetlerde yeni yöntemlerin bulunması ve uygulanmasında yetersizlikler vardır. Bunun için yenilikçi yöntemlerin artırılması finansal kaynaklarla desteklenmeli ve geliştirilmelidir.

− Üniversite hastanelerinde görevli sağlık çalışanlarının moral ve motivasyon eksikliği sorunu vardır. Bunun için:

a. Üniversite üst yönetimi ve hastane yöneticileri sağlık çalışanlarını memnuniyet, moral ve motivasyon açısından desteklemelidir. Çalışan memnuniyeti kurumsal kültür ve aidiyetle ilişkili olarak geliştirilmelidir.

b. Kadro, görev ve rol unvanlarının detaylı tanımı ile dengeli iş yükü dağılımı sağlanmalıdır.

c. Üniversite hastanelerinde öğretim üyelerinin istihdam edilmesinde çeşitlilik sorunu vardır. Farklı uygulamaları gidermek için öğretim üyelerinin çalışma usul ve esaslarının bütün paydaşların görüşleri doğrultusunda ulusal fikirbirliği ile netleştirilmesi gereklidir.

2.4.3. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri

Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması çalışmaları sonucu 663 sayılı KHK ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuş ve bu kuruma bağlı olarak Sağlık Bakanlığı hastanelerinin Kamu Hastane Birlikleri çatısı altında toplanılmasına karar verilmiştir. Ancak hangi hastanelerin hangi birlik altında olacağı ve bu hastane birliklerinin nasıl çalışacakları ile ilgili önemli belirsizlikler mevcuttur. Bu belirsizliği ortadan kaldırmak açısından aşağıdaki önerilerin dikkate alınması gereklidir.

a. Kamu hastane birliklerinin tabi olacakları alt mevzuatının acilen geliştirilmesi gereklidir.

b. Kamu hastane birlikleri, kuruluş amaçlarına uygun olarak işletmecilik ilkeleri çerçevesinde yaşama geçirilmelidirler.

2.4.4. Özel Hastaneler

Son yıllarda izlenen sağlık politikaları sonucu Türk Sağlık Sisteminde özel hastane sayısı hızla artmıştır. 2012 yılı itibarıyla 503 özel hastane 31.648 hasta yatağı ile hizmet etmektedir. Mevcut durumda özel hastanelerle ilgili pek çok sorun olmasına rağmen aşağıda sıralanan iki sorun dikkati çekmektedir.

c. Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri ile karşılaştırıldığında özel hastanelere yönelik negatif ayrımcılık yapılmaktadır. Bunun için hastanelerin sınıflandırılmasında ve hastanelere yönelik denetim ve uygulamalarda ayrımcılık yapılmamalıdır.

d. Özel hastaneler tek hizmet alıcısı olarak SGK'yı görmektedirler ve bu da özel hastanelerin gelir kaynaklarını farklılaştırması yönünde stratejiler geliştirmelerini engellemektedir. Özel hastanelerin gelir kaynaklarını farklılaştırmaları yönünde gerekli mevzuat değişikliklerin (tamamlayıcı sağlık sigortaları gibi) yapılması gereklidir.

2.4.5. Çözüm Önerileri

Hastaneler arasında yaşanılan problemleri ortadan kaldırmak için aşağıdaki önlemler alınmalıdır:

• Hizmet sunucularını planlama, ruhsatlandırma, ruhsata uygunluk ve finansmanı gibi bazı alanlardaki uygulamalarda Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastaneleri arasında bir ayrımcılık vardır. Hizmet sunucularının her konuda ve denetimlerinde aynı kurallara tabi olması sağlanmalıdır.

• Hizmet sunumu planlamasının sağlık politikaları ile uyumlu olması sağlanmalıdır. Bu konuda yaşanılan en büyük problemlerden birisi hastane yatırımı gerekliliklerinin objektif olarak değerlendirilmemesidir. Bunun için sağlık yatırımlarının merkezi planlamaya dâhil olması ve bu konuda objektif kriterlerin belirlenmesi önerilir.

• Teknolojik yatırım planlamalarının sağlık politikaları ile uyumlu olması sağlanmalıdır.

• Hastaneler ülke nüfusunda yaşanılan demografik değişimi (artan yaşlı nüfus ve kronik hastalıklar) göz önüne alarak sundukları hizmetleri uzun vadede gözden geçirmelidirler.

• Parça başı ödeme sisteminden tanıya ve kaliteye dayalı ödeme sistemlerine geçiş yapılmalıdır.

• Üniversite hastanelerinin Türk Sağlık Sistemi içindeki rol tanımları netleştirilmelidir.

• Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerin eğitim, hizmet ve araştırma rol tanımları yapılmalıdır

2.5. Sağlık Bilgi Sistemleri

Doğru kararların verilmesi ve izlenilen politikaların kendilerinden beklenilen sonuçları çıkarıp çıkarmadıklarının değerlendirilmesinde veriler ve verilerin toplandığı bilgi sistemleri önemli bir fonksiyona sahiptir. Ancak mevcut sağlık bilgi sistemleri kendisinden beklenilen fonksiyonu görmekten uzaktır. Örneğin, Türkiye'de kanser bildirimi zorunlu bir hastalık olmasına rağmen, pasif kanser kayıtçılığı yapılan illerde tespit edilen kanserlerin ancak onda biri geri bildirilmektedir. Bu sorun nedeni ile bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrol altına alınması ve gerekli kontrol ve tarama programlarının planlanması, önceliklerin belirlenmesi ve gerekli uygulamalarda sorunlar yaşanılmaktadır. Sağlık bilgi sistemleri konusunda yaşanılan sorun:

'Veri toplanması, analizi, güvenliği, veri tabanı oluşturma vb. sağlık bilgi sistemlerinin yetersiz olması' şeklinde tanımlanabilir. Bu sorunun sebepleri arasında şunlar yer almaktadır:

▪ Sağlık bilgi sistemleri ve kayda alınması gerekli veriler konusunda sağlık çalışanlarının farkındalıklarının yeterli olmaması ve bilgi seviyelerindeki eksiklikler,

• Girilmesi zorunlu veriler girilmediğinde yaptırım uygulanmaması,

▪ Farklı verilerin farklı altyapılarla toplanmaya çalışılması ve toplanılan verilerin etkili bir şekilde işlenememesi sebebi ile gerekli bilgilerin üretilememesi,

• Hastanelerde iş tanımlarının düzensiz olması,

• Yazılımlarda kalite kontrol kriterlerinin olmaması,

• Kodlama standartlarının yetersiz olması,

• Yazılımların yetenekleri bakımından standartların az olması,

• MEDULA kurallarının net ve geniş olmaması ve sağlık bilgi sistemine entegre edilmemiş olması,

• Sağlık Net verilerinin geri sorgulanamaz olması,

• Hastanelerde dijital konseptin oturmamış olması,

• ICD üstü klinik tanı ve uygulamalara ait standartların yetersiz olması,

• Klinik hizmetlerin sorgulama algoritmalarının olmaması,

• Klinisyenlerde veri giriş alışkanlıkları ve elektronik iş yönetim modüllerinin eksik olması,

• Eğitim ve sağlık hizmeti veren paydaşlar arası koordinasyon için ortak bilgi ağı eksikliği durumu.

3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİ SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK

Mali sürdürülebilirlik kavramı bazen kamu finansmanı sürdürülebilirliği kavramı ile eşdeğer olarak kullanılabilmektedir. Ancak mali sürdürülebilirlik kavramının kabul edilmiş evrensel bir tanımı bulunmamaktadır. Bu kavram çoğunlukla, bir hükümetin mevcut harcama, vergi ve diğer mali politikalarını uzun dönemde devam ettirebilme yeteneği olarak tanımlanabilir. Bu yeteneği sayesinde hükümet, ülkeyi idare etme kudretini devam ettirebilecek veya sorumluluklarını yerine getirmede herhangi bir sorunla karşılaşmayacak ya da önceden sözünü verdiği harcamaları yapabilecektir. Sağlık sisteminde mali sürdürülebilirlik kavramı ise, sağlık sisteminin kendisinden beklenilen sorumluluklarını yerine getirebilmesi için gerekli miktarda kaynak toplayabilmesi ve topladığı kaynaklarla sağlık statüsünü korumak ve sağlık statüsünü geliştirme sorumluluğunu yerine getirebilme kabiliyeti olarak tanımlanabilir. Eğer sağlık sistemi, harcamalarını toplanan çeşitli gelirlerle karşılayamıyor ve hazine veya mali yardımlarla bu sorumluluklarını yerine getiriyorsa, bu durumda da bu yardımların sürekliliği esas olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi mali sürdürülebilirlik çalışma grubu, Türk Sağlık Sisteminin kendisinden beklenilen fonksiyonlarını yerine getirmeye çalışırken mali açıdan karşılaşılan sorunları ve bu sorunları ortadan kaldırmaya yönelik çözüm önerilerini ortaya koymuştur. Buna göre, Türk Sağlık Sisteminin mali sürdürülebilirliği konusunda en önemli sorunlar ve bu sorunların çözüm önerileri aşağıda sıralanmıştır.

3.1. Türk Sağlık Sistemindeki Paydaşların Rolleri

Sorun Tanımı: Sağlık politikası esasları belirli değildir. Buna bağlı olarak sağlık politikasını belirleyen ve düzenleyen, hizmeti sunan ve finanse eden aktörlerin yetki ve sorumluluklarının tam olarak ayrıştırılmaması sağlık sisteminde bazı sorunlara yol açmaktadır.

Bir sağlık sisteminden beklenilen ve Dünya Sağlık Örgütü 2000 Raporu'nda sıralanan üç önemli görev vardır: Sağlık statüsünün yükseltilmesi, sağlık hizmetlerine erişimde finansal eşitlik ve sağlık sisteminin sağlık hizmeti kullanıcılarının ihtiyaçlarına duyarlılığıdır. Bu temel amaçlara ulaşmada izlenilen sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin sunum şekli, sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi ve bu süreçlerde izlenilecek olan yöntemler son derece önemlidir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 2003 yılından bu yana izlenmekte olan sağlık politikaları Türk Sağlık Sisteminde çok önemli değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda temel olan sekiz temel bileşenden ilk üçü aslında yukarıda kısaca tanımlanan sorunu çözmeye yöneliktir.

Bunlardan birinci bileşen olan 'Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı' bileşeni ile Sağlık Bakanlığı'nın hem hizmeti sunan, hem finanse eden hem de sağlık politikalarını belirleyen yapısının değiştirilmesi hedeflenmiştir. İkinci temel bileşen olan 'herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası' ile sağlık hizmetlerine erişimde önemli olan finansal engelleri kaldırmak kadar farklı sosyal güvenlik kuruluşları tarafından kapsanan vatandaşların eşit derecede sağlık hizmetlerine erişmelerinin ve faydalanmalarının yolunun açılması hedeflenmiştir. Üçüncü temel bileşen olan 'yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi' ile de sağlık hizmeti kullanıcılarının ihtiyaçlarına duyarlı olmak hedeflenmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın düzenleme, denetleme ve planlama rollerini kuvvetlendirerek sağlık hizmeti sunumunun etkinliğini artırmak amacıyla, 2 Kasım 2011 tarihli ve 663 Sayılı ''Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'' ile Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatı yeniden düzenlenmiştir. Bu Kararname ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan hastaneler Kamu Hastane Birlikleri çatısı altında olacak şekilde yeniden organize olmaları öngörülmüştür.

Kamu hastane birliklerinin bağlı olacağı kuruluş Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu olacaktır. Bu kurumun ve bu kuruma bağlı hastane birliklerinin özerk çalışacakları düşünülse de bu durumun gerçekleşmesi için belirli bir süreye ihtiyaç duyulacağı açıktır. Çünkü bu birliklerin en üst yöneticileri olan genel sekreterleri atama süreci devam etmek-

tedir. Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılanma sürecinin henüz tamamlanmamış olması ve Kamu Hastane Birliklerinin yeni kurulmuş olması nedenleriyle bir süre daha sağlık hizmeti sunumunun büyük ölçüde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütüleceği öngörülmektedir.

Sosyal sigorta kuruluşlarının tek çatı altında toplanarak Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kurulması ve Genel Sağlık Sigortası ile bütün vatandaşların sağlık sigortası kapsamına alınması önemli bir gelişme olmakla birlikte SGK'nın sağlık hizmetlerinin finansmanında, gerek gelir toplamada gerekse de sağlık hizmetlerinin satın alınmasında özerk yapıda çalışmadığı bilinmektedir.

Yukarıda sayılan nedenlerden dolayı, her ne kadar sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı ile sağlık hizmetini düzenleyici kuruluşlar ayrı olarak kurgulanmış olsalar dahi düzenleyici kurumların yetki ve sorumluluklarının uygulamada tam olarak istenen düzeyde ayrışmadığı görülmektedir. Sağlık hizmetleri fiyatlarının belirlenmesi, geri ödeme kapsamına alınacak sağlık hizmeti ve ilaçların belirlenmesi gibi alanlar yetki ve sorumluluk çatışmasının yaşandığı alanlara örnektir.

Çözüm Önerileri: Bu sorunun ortadan kaldırılması için aşağıdaki önerilerin dikkate alınması gereklidir:

1. Sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı ile sağlık hizmetini düzenleyen kuruluşlara yön verecek olan sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumu politikası temel esaslarının belirlenmesi gerekir.

2. Sağlık hizmetini sunan, finanse eden, düzenleyen ve denetleyen yapılar net bir şekilde ayrıştırılmalı, rol paylaşımı sağlanmalı, düzenleyici ve denetleyici rol için ilgili tarafların temsiliyetini sağlayan özerk bir üst kurul yapılanmasına gidilmelidir ve bu kurulun kararları ilgili kurumlar için bağlayıcı olmalıdır. Bu kurulun kurulmasından ve amaca uygun çalışmasından Sağlık Bakanlığı sorumlu olmalıdır.

3. Sağlık politikalarının belirlenmesi ve uygulanması, hizmetin sunulması ve finansmanında görev alan yapıların yetki ve sorumlulukları açık bir şekilde tanımlanmalı ve mevcut belirsizlikler ve örtüşen alanlar ortadan kaldırılmalıdır.

4. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında sorumlu olan kurum ve kuruluşlar ile temel sorumluluğu sağlık politikalarının belirlenmesi olan düzenleyici ve denetleyici kurumlar arasında koordinasyonu sağlayacak ve ilgili kurumların üst yöneticilerinden oluşan bir koordinasyon veya yönlendirme kurulu oluşturulmalıdır.

3.2. Sağlık Verileri

Sorun Tanımı: Toplam sağlık harcamaları öncelikli olmak üzere tüm sağlık alanında üretilen veriler; ulaşılabilir, karşılaştırılabilir ve standart değildir.

Doğru politikaların belirlenebilmesi ve izlenilen politikaların sonuçlarının değerlendirilmesi için kapsamlı, doğru, güvenilir ve dönemler itibarı ile karşılaştırılabilir veri-

lerin toplanması son derece önemlidir. Başta sağlık harcamaları olmak üzere Türk Sağlık Sisteminin pek çok bileşenine ait (hastane, sağlık araç-gereci ve sağlık insan gücü dâhil) doğru, kapsamlı ve karşılaştırılabilir veriler üretilmemekte, dolayısıyla veriler bilgiye dönüştürülememekte ve sağlıklı analizler yapılamamaktadır.

Türkiye'de sağlık harcamalarının sistematize edilmesine yönelik çalışmalara 1990'lı yıllarda başlanmış, bu yıllara ait sağlık harcamaları mevcut veriler kullanılarak derlenmiştir. Zamanla kamudaki mevcut genel bütçe kalemlerinin yanı sıra daha alt detaylarda (hizmet sunucusu, fonksiyon) verilere de ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır. Uluslararası kıyaslamalarda kullanılan pek çok göstergeye ilişkin veri elde edilmeye başlanmış olmakla birlikte, bu verilerin güvenilirliği, sürekliliği, güncelliği konularında yetersizlikler devam etmektedir.

Türkiye Sağlık Harcamalarının genel düzeyinin yanı sıra fonksiyonlara göre sağlık harcamaları ve sağlık harcaması yapmakta olan kurumlara göre ayrıntılı sağlık harcama verileri maalesef halen düzenli bir şekilde toplanılamamaktadır. Bu konuda sorumlu kurum Türkiye İstatistik Kurumu olarak belirlenmiş olsa bile bu kurumun sağlık harcama istatistik verilerini üretmede yeterli insan gücü ve altyapıya sahip olmadığı bilinmektedir. Ayrıca özel sektöre ait sağlık harcama verilerini toplamada önemli sorunlar vardır. Sağlık harcaması yapmakta olan kamu kurumlarından (SGK, Maliye Bakanlığı ve Yerel Yönetimler) sağlık harcama istatistikleri konusunda halen düzenli ve doğru verilerin gönderilmediği bilinmektedir.

Verilerin genel kabul görmüş metodolojilere göre derlenmemesi, sınıflandırılmaması ve analiz çalışmalarının bir standarda ulaştırılarak sürekli hale getirilememesi bu sorunun temel sebebi olarak değerlendirilebilir.

Bu sorun sadece özel sektör değil kamu kurumları açısından da yatırımlarının planlanmasında tam ve doğru ekonomik modellerin üretilememesine neden olmaktadır. Ayrıca, uluslararası karşılaştırmalarda Türkiye verilerine ilişkin güven düşmekte, Türkiye için mevcut durum net biçimde ortaya konulamamakta ve orta ve uzun vadede yapılan tahminlerin gücü düşmektedir.

Çözüm Önerileri: Bu sorunun ortadan kaldırılmasında aşağıda sıralanan önlemlerin alınmasının gerekli olduğu düşünülmektedir:

1. Sağlık verileri; doğru, güncel, ulusal ve uluslararası karşılaştırılabilir olarak üretilmelidir. Hangi verilerin hangi sıklıkta ve standartta toplanacağı ve toplanacak verilerin hangi periyotlarla yayınlanacağı veya kimlerle paylaşılacağı konusunda sorumluluk bir kuruma verilmelidir. TÜİK bu konuda özel sektör ve üniversitelerin de içinde bulunduğu ilgili paydaşları içeren bir komisyon kurabilir. Ayrıca kurumların farklı bilgilere ihtiyaç duyduğu göz önüne alınarak, kurumların kendi ihtiyaçlarına uygun raporlama ve analiz sistemlerini kurması ve TÜİK'in ihtiyaç duyduğu verileri sağlayabilme kapasitesine sahip olması gerekir.

2. Sağlık harcamalarının, kamu, özel, cepten harcama gibi uluslararası kabul edilmiş alt başlıklar altında, "ulusal sağlık hesapları" anlayışıyla, kıyaslanabilir ve standardize edilmiş yöntemlerle, yıllık olarak tek bir kurum tarafından hazırlanması ve güncel olarak paylaşılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

3. Sağlık Bakanlığı tarafından özel sektör yatırımlarını şekillendirebilecek tahminler ve bu tahminlerin detayları gerekli taraflara iletilmelidir.

4. Ulusal sağlık politikaları ve planları için ihtiyaç duyulan verilerin belirlenmesi, alt kırılımların tanımlanması gereklidir.

5. İhtiyaç duyulan verilerin oluşturulması için kurum ve kuruluşlar mevcut uygulamalarında düzenlemeler yaparak üstlerine düşen görevleri yerine getirmelidir.

3.3. Mali Sürdürülebilirlik

Sorun Tanımı: Sağlık harcamalarının kontrolünde etkinlik sağlanamaması nedeniyle sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliği tehdit altındadır.

Ülke sağlık politikası gereği geri ödeme kapsamında olan tedavi yöntem ve işlemlerin fazla olması bilinçli politika tercihi olabilmektedir. Diğer taraftan, maliyet-etkililiği düşük tedavi yöntem ve işlemlerin yeterli çalışmalar yapılmadan geri ödeme kapsamına alınması bir sorun alanı olarak ortaya çıkmaktadır. Geri ödeme kapsamına alınan sağlık hizmetlerinin fazla olması, sağlıkta kullanılan teknolojinin ilerlemesi ve hizmetlere erişimin her geçen gün artırılmasının da etkisiyle sağlık harcamalarındaki artış üzerinde olumsuz bir etki oluşturmakta, sistemin finansal sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir.

Türkiye'de geri ödeme kapsamına alınması gerekli tedavi yöntem ve işlemlerinin maliyet-etkililiği çalışmalarını yapmaktan sorumlu olan Sosyal Güvenlik Kurumu, bu konuda bilgi, veri ve insan gücü açısından yeterli seviyeye henüz ulaşamamıştır.

Çözüm Önerileri: Bu sorunu ortadan kaldırmak için aşağıda sıralanan önlemlerin alınmasının gerekli olduğu değerlendirilmektedir:

1. Geri ödeme kapsamında olan işlem ve tedavi yöntemleri gözden geçirilmeli, geri ödeme kapsamına alınmasına karar verilecek işlem ve tedavi yöntemleri için tıbbi ve ekonomik değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Tıbbi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarını yapmaktan sorumlu ulusal bir kurumun kurulması yönünde adımlar atılmalıdır. Bu kurum sadece tıbbi işlem ve tedavi yöntemlerini değerlendirmekten değil aynı zamanda sağlık teknolojileri değerlendirmesinden de sorumlu tutulmalıdır. Bu konudaki kurumsal kapasite eksikleri tamamlanmalıdır.

2. Maliyet-etkili olmayan tedavi işlem ve yöntemleri için farklılaştırılmış katılım payları ve gerektiğinde ilave ücret (fark) de dikkate alınarak, geri ödeme kapsamına alınmayacak olan hizmetler için tamamlayıcı, destekleyici ve uzun süreli sağlık sigortacılığı teşvik edilmelidir. SGK'nın özellikle gelirlerinin giderlerini karşılama oranı dikkate alınarak, varolan kaynak daralmasının olumsuz etkilerini azaltmak, GSS'nin sürdürüle-

bilirliğini sağlamak ve vatandaşların "tek tip" yerine farklı seçeneklerle sağlık hizmeti alabilmesini mümkün kılabilmek amacıyla, kamu sosyal sağlık sigortacılığı olan GSS sisteminin, sağlık sigortacılığı alanında dünyada uygulanan yöntemlerden birisi olarak bilinen "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" ile desteklenmesi sağlanmalıdır. Böylece kamu ve özel sağlık sigorta sistemlerinin yaygın ve birbirini destekleyecek şekilde geliştirilmesi gerçekleşecek, geliri yüksek kesimlerle maliyet paylaşımı fırsatı sağlanacak ve bu yolla SGK üzerindeki fiyat ve daha kapsamlı/kaliteli hizmet talebi baskısı azaltılabilecektir.

3. Sağlık hizmetlerinin gereksiz veya kötüye kullanımını engellemeye yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Bu konularda kullanılacak olan katılım payları ve gerektiğinde alınacak ücret (fark) gereksiz kullanımları ortadan kaldıracak kadar caydırıcı olmalı, ancak sağlık hizmetine erişimi ortadan kaldıracak kadar yüksek olmamalıdır.

4. Hastaların daha maliyet-etkili tedavi edilebilecekleri basamaklarda tutulması için sevk zincirine yönelik rasyonel düzenlemeler yapılmalıdır.

5. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında dünya deneyimlerinden de yararlanılarak, kamu-özel ortaklığına ilişkin sağlığa özgü bir model önerisi geliştirilmelidir.

6. GSS'nin en önemli talep ve maliyet kontrol araçlarından biri olan "Aile Hekimliği" uygulamasına geçiş, daha hızlı ve rasyonel işleyecek şekilde yapılandırılmalı, koruyucu sağlık hizmetleri teşvik edilmeli, sevk zinciri altyapı çalışmaları da dikkate alınarak uygulanmalıdır.

7. SGK tarafından "Global Bütçe" yönteminin uygulandığı kurum ve alanlarda, sağlık hizmetinin kalitesi başta olmak üzere vatandaşların kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşımını engelleyebilecek unsurlardan arındırılması sağlanmalıdır.

8. Akılcı ilaç kullanımı sağlanmalı ve sağlık harcamalarının kontrolünde sivil toplum kurumlarına da rol verilmelidir.

3.4. Geri Ödeme Yöntem ve Modelleri

Sorun Tanımı: Sağlık hizmeti bedellerinin ödenmesinde kamu tarafından kullanılmakta olan yöntem ve modeller sağlık hizmetleri sunucuları arasında adaletsizliğe neden olmaktadır.

Türk Sağlık Sisteminde sağlık hizmetlerinin finansmanında Sosyal Güvenlik Kurumu en kapsayıcı ve en aktif rol oynayan kurumdur. Özel sağlık sigortaları ve SGK dışında sağlık hizmetlerinin finansmanında rolleri olan diğer kamu kurumlarının rolü son derece azdır. Mevcut durumda, Türk nüfusunun tamamının sağlık ihtiyaçları SGK tarafından Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sağlık kuruluşlarından alınan sağlık hizmetleri ile karşılanmaktadır. Sağlıkta Uygulama Tebliği (SUT), sağlık hizmetleri satın alma fonksiyonunu icra etmede SGK'nın kullandığı temel kılavuzdur. Bu kılavuzda SGK tarafından geri ödeme kapsamına alınan hizmet ve işlemler ve her bir hizmet ve işlemin fiyatları sıralanmıştır. Ayrıca, hangi sağlık kurumundan alınan hangi sağlık hizmetinin nasıl bir yöntemle geri ödeneceği (hizmet başı ödeme, paket fiyat, global bütçe gibi) alınan sağlık

hizmetinin aciliyetine, alınan sağlık hizmetin türüne ve alınan sağlık kurumunun özelliğine göre (üniversite veya eğitim araştırma hizmetleri olmayan Sağlık Bakanlığı hastanesi olması gibi) farklılık gösterebilmektedir. Ancak, SUT'ta yer alan hizmet ve işlemlerin ve bunlara ait fiyatların uygunluğu konusunda tartışmalar devam etmektedir.

Artan sağlık harcamalarını kontrol altına almada alınan sağlık hizmetlerinin karşılığını geri ödemede kullanılan yöntemler sosyal güvenlik kurumları tarafından önemli bir araç olarak kullanılmaktadır. SGK da zaman zaman bazı sağlık hizmeti ve işlemlerinin fiyatlarını değiştirerek veya ödeme yöntemlerini değiştirmek sureti ile bunu kullanabilmektedir.

Çözüm Önerileri:Giderek artan sağlık harcamalarını kontrol altına almada önemli bir yeri olan ve alınan sağlık hizmetlerinin geri ödenmesinde kullanılan ödeme yöntemi ve modelleri konusunda aşağıda sıralanan önlemlerin alınması gerektiği düşünülmektedir:

9. Sağlık hizmetinin nitelik ve niceliğini arttıracak her türlü üretim faktörünün kullanımını sağlamaya yönelik olarak, kamu-özel ayrımı yapılmaksızın, rasyonel maliyet ve geri ödeme yöntemleri esas alınmalıdır.

10. Kullanılmakta olan ödeme yöntemleri gözden geçirilmeli ve ayrıca uluslararası alanda yaygın olarak kullanılmakta olan "Tanı İlişkili Gruplandırma" (TİG/DRG) geri ödeme modelinin ülke genelinde uygulamasına ve yaygınlaştırılmasına geçilmelidir.

11. Provizyon sistemi daha etkin hale getirilmeli ve Üçüncü Taraf İdaresi[2] (TPA - Third Party Administration) türü yapılanmalar aracılığı ile alınan sağlık hizmetlerinin maliyetlerini denetleme ve kontrol etme yöntemleri iyileştirilmelidir.

3.5. Fiyatlandırma

Sorun Tanımı: Sağlık hizmetlerinde maliyet-etkili fiyatlandırma yapılmamaktadır.

Ülkemizde kamu ve özel tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasında maliyet etkili yöntemler kullanılmamaktadır. Bunun en önemli nedeni de fiyatlandırmadan sorumlu ulusal otoritenin maliyet-etkili fiyatlandırma yöntemleri geliştirmemesidir. Geri ödeme kapsamında yer alan sağlık hizmeti fiyatlarının belirlenme şekli ve fiyatın ne olması gerektiği konusunda izlenilen yöntem konusunda belirsizlikler ve doğru olmayan fiyatların kullanıldığı tartışılan bir konudur. Bazı sağlık hizmetleri fiyatlarının, bu hizmetleri sunan sağlık kurumlarının hizmet sunum maliyetlerini karşıladığı ve hatta iyi bir gelir getirdiği, ancak bazı sağlık hizmeti fiyatlarının düşük belirlendiği ve hizmet sunum maliyetlerini karşılamadığı bilinmektedir. Ayrıca sağlık kurumunun türüne göre üniversite hastanesi olması, eğitim araştırma fonksiyonu olmayan Sağlık Bakanlığı hastanesi olma veya özel hastane olma hizmet sunum maliyetlerini farklılaştırabilmektedir. Bütün bu farklılıklar, geri ödeme kapsamında olan sağlık hizmetlerinin fiyatlarına gerektiği kadar yansımayabilmektedir.

[2] Üçüncü Taraf İdaresi, bir sigorta şirketine gelen ödeme istemleri ile ilgili süreçleri yöneten bağımsız bir organizasyon olarak tanımlanabilir. Daha önceden sigorta şirketlerinin kendileri tarafından gerçekleştirilen geri ödeme sürecinin yönetimi ile ilgili işlemlerin dış kaynak kullanma yöntemi ile diğer kurumlara verilmesi olarak görülebilir.

Çözüm Önerileri: Bu konuda aşağıdaki önerilerin dikkate alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir:

12. Sağlık hizmeti fiyatlarının belirlenmesinde maliyet bazlı yöntemler kullanılmalı ve diğer paydaşların görüşleri dikkate alınmalıdır.

13. Geri ödeme kapsamında yer alacak sağlık hizmetleri fiyatlarının belirlenmesinde söz konusu hizmetin fiyatını belirlemede, yapılacak olan tıbbi ve ekonomik değerlendirme çalışmaları yönlendirici olmalıdır.

14. Sağlık hizmeti sunan kurumlar, sundukları hizmetlerin maliyetlerini belirlemeye yönelik maliyet muhasebesi sistemlerini kurmalıdır.

15. Bütün sağlık kurumlarına aynı fiyatın uygulanması doğru değildir. Üniversite, özel hastane ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinin maliyet yapıları farklıdır. Bu yüzden maliyete dayalı fiyatlandırma sistemi önerilir. Ödeme kurumları, belirlenmiş maliyete dayalı fiyatlar üzerinden hizmet satın almalıdır.

16. Sağlık hizmetlerinin alındığı kurumlara göre fiyat farklılaştırması zor bir yöntem olarak değerlendiriliyorsa maliyet yapılarının farklı olduğu bilinen üniversite ve özel hastanelerin ve hatta bütün hastanelerin sağlık hizmetleri satış fiyatlarını farklılaştırmalarına imkân sağlanabilmelidir (Katkı payları veya fark olarak bilinen ücretlerin alınması sağlık kurumlarının sundukları hizmetlerin fiyatlarını farklılaştırma konusunda düzenlemeler gerekli olabilir).

17. Farklı basamak ve bölgelerdeki kurumların kendi yapılarına uygun ödemeye esas tanı-tedavi protokolleri veya rehberleri hazırlanmalıdır.

3.6. Satın Alma Süreci

Sorun Tanımı: Kamunun sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan malzeme ve ilaç tedariki süreçleri ile sağlık kurumlarının satın alma sürecinde hukuki ve yönetsel sorunlar bulunmaktadır.

Sağlık hizmetleri sunumunda destek hizmetleri kapsamında yer alan tıbbi malzeme ve ilaç tedariki sürecini düzenlemeye yönelik eylemler ile asli veya yardımcı sağlık hizmeti sunumunda dış kaynaklardan yararlanma yönteminin yaygınlaşması daha çok maliyetleri kontrol altına almaya ve maliyetleri düşürmeye yönelik yöntemler olarak bilinmektedir. Tıbbi malzeme ve ilaçlar, sağlık sistemi içinde toplam harcamaların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Hatta tıbbi cihazlar da göz önüne alındığında bu alanlarda önemli ölçüde dışa bağımlılık olduğu bir gerçektir.

Hedef maliyetleri kontrol altına almak ve maliyetleri düşürmek ve yapılan idari denetimlerde hesap verilebilirliği kolaylaştırmak amacıyla ihale ve tedarik süreçlerinde fiyat dışı unsurların kullanılmasına dikkat edilmemektedir. Bu da alınan malzeme ve cihazların ve dolayısıyla bu malzeme ve cihazların kullanılmasıyla üretilen sağlık hizmetlerinin kalitesini sorgulanır hale getirmektedir. Aynı durum, bazı sağlık kurumlarının asli

veya yardımcı sağlık hizmetlerini dış kaynak kullanımı yöntemi ile diğer kurumlardan alması halinde de ortaya çıkmaktadır. Asli veya yardımcı sağlık hizmetlerini, başka kurumlardan alma durumunda ortaya çıkan problemler sadece kalite ile ilgili problemler olmayıp hukuki ve yönetsel olarak da sağlık kurumlarını zor duruma sokabilmektedir.

Çözüm Önerileri: Bu konuda aşağıda sıralanan önlemlerin alınmasının gerekli olduğu düşünülmektedir:

18. İhalelerde fiyat dışı unsur kullanımı artırılmalıdır. Fiyat dışı unsurları değerlendirme kriterleri gözden geçirilmelidir.

19. İhale sürecinde yer alan personelin uzmanlaşması sağlanmalıdır.

20. Ölçek ekonomisini göz önüne alan satın alma uygulamaları yaygınlaştırılmalı ve buna ilişkin birimler kurulmalıdır.

3.7. İlaç ve Tıbbi Cihaz Üretimi ve İhracatı

Sorun Tanımı: Ülkemizde, ilaç ve tıbbı cihaz üretimi ve ihracatı düşük seviyededir. Tıbbi cihaz bakım ve onarım standartlarında eksiklikler bulunmaktadır.

Sağlık sektöründe araştırma ve geliştirme çalışmalarının desteklenmesine yönelik olarak birçok teşvik mekanizması bulunmasına rağmen bu mekanizmaların sektör açısından ilgi çekici olmamasından dolayı Türkiye'de bu alanda yeteri miktarda AR-GE yapılmamaktadır.

Tıbbi cihaz bakım ve onarım standartlarında eksiklikler sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır.

Desteklerin sektörü cezbedecek şekilde revize edilmesi sektörün daha çok yerli üretim gerçekleştirmesine, ihracat yapılmasına ve netice olarak cari açığın azaltılmasına katkı sağlayacaktır.

Çözüm Önerileri:

21. Ülkemizde yerleşik tıbbi cihaz ve ilaç üreticileri teşvik edilmelidir. Teşvik uygulamalarında seçicilik esası dikkate alınmalıdır.

22. AR-GE için ülkemizin çekim merkezi olması amacıyla insan kaynakları, vergi sistemi ve teşvik gibi mevzuat ve kurumsal çalışmalar yapılmalıdır.

23. Ruhsatlandırma, fiyatlandırma ve ödeme süreçlerinde şeffaflık sağlanmalıdır.

24. Tıbbi cihazların bakım ve onarım standartlarının belirlenmesi gerekmektedir. AB standartlarına uygun belgelendirme ve denetleme sistemi kurulmalıdır.

3.8. Sağlığı Koruyucu ve Geliştirici Hizmetler

Sorun Tanımı: Sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerin ne olduğu ve kimler tarafından sunulduğu konusunda belirsizlikler mevcuttur.

Hastalık oluşmadan veya başlangıç safhasında iken yapılan müdahaleler daha düşük maliyetlerle gerçekleştirilebilmekte ve kişilerin yaşam kalitelerini uzun süre korumalarında yardımcı olmaktadır. Koruyucu sağlık faaliyetlerinin yetersiz olması, mevcut durumda sağlık harcamalarının büyük bölümünün yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetlerine ayrılmasına neden olmakta, dolayısıyla da daha yüksek maliyetler oluşmasına ve kişilerin yaşam kalitesinde düşüşe neden olmaktadır.

Sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere yeterli mali kaynağın ayrılmadığı yıllardır tartışılan bir konudur. Ancak sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerin ne olduğu ve kimler tarafından sunulduğu konusunda belirsizlikler devam etmektedir. Bu belirsizliklerden dolayı koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerine ne kadar kaynak ayrıldığı izlenememektedir.

Ancak son dönemlerde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan ana çocuk sağlığı hizmetlerini iyileştirme ve bu hizmetlerin kullanımını yaygınlaştırma, kanser tarama programları, sigarayı bıraktırma ve obezite ile mücadele programları bu konudaki bakışın değişmeye başladığına işaret eder niteliktedir.

Çözüm Önerileri: Aşağıda sıralanan önerilerin dikkate alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir:

25. Sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerin tanımlarındaki belirsizlikler ortadan kaldırılmalı, tüm bu sağlık hizmetlerini vermekte olan kurum ve kuruluşların bu faaliyetleri izlenmeli ve bu hizmetlerin verilmesi teşvik edilmelidir.

26. Sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerin kullanımını yaygınlaştırmaya yönelik olarak; ulusal hastalık yükü çalışmalarından yararlanılarak belirlenecek müdahale alanlarına yeterli kaynak ayrılmalıdır.

27. Koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlık alanında yürütülen mevcut faaliyetlerin yanı sıra bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik yeni programlar geliştirilmelidir.

28. Koruyucu ve sağlığı geliştirmeye yönelik hizmetlerin sadece sağlık sistemini ilgilendirmeyen hizmetler olduğu bilinmeli ve diğer sektörlerin de bu konudaki işbirliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.

29. Kanser tarama programları veya sağlığı geliştirmeye yönelik olarak sunulan sağlık hizmetlerinin ayrı bir girişim veya hizmet olarak tanımlanıp fiyatlarının belirlenerek SGK tarafından geri ödeme kapsamına alınması sağlanmalıdır.

3.9. Planlama ve Mevzuat

Sorun Tanımı: Sağlık alanında yapılan planlamalar ve mevzuat düzenlemeleri öngörülebilir nitelikte olmadığı için kaynak israflarına neden olabilmektedir.

Çözüm Önerisi: Özel sektör ve kamu arasında yatırım, planlama gibi konularda ortak çalışmalar yetersizdir. Yatırımlarının planlanması sürecinde kamu ve özel sektörün eşgüdüm halinde çalışabileceği mekanizmalar oluşturulmalıdır. Bu sayede belirsizlikler azalacak, özel sektör yatırımlarını daha sağlıklı bir şekilde planlayabilecek ve dolayısıyla kaynak israfının önüne geçilebilecektir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: ONUNCU BEŞ YILLIK KALKINMA PLANINA YÖNELİK TEMEL HEDEFLER

1. KORUYUCU VE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

• Güncel ve güvenilir sağlık bilgi kaynakları ile toplumun sağlık bilincinin yükseltilmesi ve sağlıklı hayat programlarına erişimin sağlanmasına yönelik sağlığı geliştirme faaliyetleri geliştirilmelidir.

• Afet ve acil durum yönetimi sisteminin güncellenerek geliştirilmesi ve kurumlar arası koordinasyonun güçlendirilmesi gereklidir.

• İş sağlığı ve güvenliğine yönelik önlemlerin geliştirilmeli ve sektörler arası işbirliği güçlendirilmelidir.

• İlk yardım eğitim programlarının içeriğinin tüm acil sağlık hizmetleriyle ilgili ihtiyaca cevap verecek şekilde düzenlenmeli, ilgili kurum/kuruluşlarla entegrasyon sağlanmalıdır.

• Bulaşıcı hastalıklar için mevcut sürveyans sisteminin geliştirilmesi, bulaşıcı olmayan hastalıklar (kanser vb.) ve meslek hastalıkları için sürveyans sisteminin oluşturulması ve geliştirilmesi gerekir.

• Tarama ile erken teşhis edilebilir hastalıklara (kanser vb.) yönelik mevcut tarama programlarının güçlendirilmesi ve yeni tarama programlarının tanımlanarak sisteme entegre edilmesi gereklidir.

• Özellikli gruplara hizmet götüren kurum ve kuruluşlar arasındaki eşgüdümün sağlanarak hizmetlerin iyileştirilmesi gerekir.

• Tütün, tütün mamulleri, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerle mücadele, sağlık gıda ve güvenli çevreye erişim, toplum temelli ruh sağlığı ile koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi sağlanmalıdır.

• Çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin güçlendirilerek yaygınlaştırılması ve anne-bebek ölümlerinin azaltılması sağlanmalıdır.

• Sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi ve etkin bir şekilde kullanılması gerekir.

• Toplum sağlığı ile ilgili araştırmaların yapılarak, güvenilir verilerin toplanması gerekir.

• İlgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği halinde uygun insan gücü planlaması ve etkinliğini sağlayacak önlemlerin alınması gerekir.

• Birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısal ve fiziksel yetersizliği giderilmelidir.

• Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde finansal kaynakların artırılması gerekir.

• Etkili sağlık hizmetlerinin sunumu için ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliğini geliştirici çalışmalarının yapılması (sağlık tehditlerinin izlenmesi vb.) gerekir.

• Bireyler arasında gelir ve eğitim düzeyi farklılıklarını engelleyecek önlemlerin alınması gerekir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU

• Kurumlar arası bilgi networkleri üzerinden web servisler sağlanarak merkezi veri paylaşım sistemi kurulması gerekir. MEB, YÖK ve ilgili kuruluşlarla koordinasyon ve iletişim sağlanmalıdır.

• Sağlık insan gücü kaynakları, eğitim kurumları ve kontenjanları ilgili kurumlarla işbirliği içerisinde ancak tek elden yürütülmesi sağlanmalıdır.

• Performansa dayalı ödeme sisteminin, izlenen sağlık politikası ve Türk Sağlık Sistemi hedeflerine göre yeniden gözden geçirilmesi gerekir.

• Sadece sağlık kuruluşlarında değil tüm kurum ve kuruluşlarda kadro, görev ve rol unvanlarına göre tanımlar ve fonksiyonel iş gerçekleştirme analizlerinin ve iş tanımlarının yapılması gereklidir.

• Her kurumun sağlık iletişimi ve beklenti yönetimi çalışmalarını yapması ve sonuçlarını kullanması gerekir.

• Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastaneler arasında sağlık insan gücünün dengeli dağılımı için bütün kurumların teşvik yöntemlerini gözden geçirerek uygun teşvik yöntemlerini geliştirmeleri ve kullanmaları sağlanmalıdır.

• Sağlık hizmetlerinde disiplinler arası çalışma mantığıyla yeni ihtiyaç duyulan meslek tanımları yapılmalıdır.

• Sağlık hizmet sunumunda kalite ölçülememektedir. Bu ölçümlerin yapılabilmesi için klinik hizmet kalite standartlarının geliştirilmesi gereklidir. Belirlenecek klinik hizmet kalitesi göstergelerinin tüm hastaneler tarafından kullanımlarının yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

• Hastanelere ve acil servislere gereksiz yere yapılan başvuruların sayısı oldukça fazladır. Hastanelere gereksiz başvuruların kontrolü için uygun politikaların geliştirilmesi veya işleyen bir sevk sisteminin oluşturulması gereklidir.

• Sağlıkla ilgili biyoteknoloji ve nano teknoloji gibi alanlara yönelik çalışmalar desteklenerek yenilikçi tedavi yöntemleri ile birlikte sağlık sisteminde Türk Sağlık Sistemini iyileştirecek ve ekonomisinin gelir kalemlerini farklılaştıracak olan yeniliklerin önü açılmalıdır.

• Sağlık turizmi faaliyetlerinin yürütüleceği kaynakların envanteri yapılarak bu kaynakların sağlık turizmine yönelik kapasiteleri artırılmalıdır.

• Diğer ülkeler ve bu konudaki uluslararası mevzuatı incelenecek Türkiye'nin sağlık turizmi hukuku ve alt mevzuatı uluslararası hukuka uygun hale getirmesi gerekmektedir.

• Üniversite hastanelerinin hizmet sunumunda finansal sürdürülebilirlik ve kalite çelişkisi yaşamalarına neden olmaktadır. Bu problemin çözümü için sağlık sistemi içinde üniversite hastanelerinin yerinin ve rolünün tanımlanması gereklidir.

• Üniversite hastanelerinde tanı, tedavi ve yönetsel faaliyetlerde yeni yöntemlerin bulunması ve uygulanmasında yetersizlikler vardır. Bunun için yenilikçi yöntemlerin artırılması finansal kaynaklarla desteklenmeli ve geliştirilmelidir.

• Kamu hastane birliklerinin tabi olacakları alt mevzuatın acilen geliştirilmelidir..

3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİ SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK

• Sağlık hizmetini sunan, finanse eden, düzenleyen ve denetleyen yapılar net bir şekilde ayrıştırılmalı, rol paylaşımı sağlanmalı, düzenleyici ve denetleyici rol için ilgili tarafların temsiliyetini sağlayan özerk bir üst kurul yapılanmasına gidilmelidir ve bu kurulun kararları ilgili kurumlar için bağlayıcı olmalıdır.

• Sağlık verileri; doğru, güncel, ulusal ve uluslararası karşılaştırılabilir olarak üretilmelidir. Hangi verilerin hangi sıklıkta ve standartta toplanacağı ve toplanacak verilerin hangi periyotlarla yayınlanacağı veya kimlerle paylaşılacağı konusunda sorumluluk bir kuruma verilmelidir. TÜİK bu konuda özel sektör ve üniversitelerin de içinde bulunduğu ilgili paydaşları içeren bir komisyon kurabilir. Ayrıca kurumların farklı bilgilere ihtiyaç duyduğu göz önüne alınarak, kurumların kendi ihtiyaçlarına uygun raporlama ve analiz sistemlerini kurması ve TÜİK'in ihtiyaç duyduğu verileri sağlayabilme kapasitesine sahip olması gerekir.

• Geri ödeme kapsamında olan işlem ve tedavi yöntemleri gözden geçirilmeli, geri ödeme kapsamına alınmasına karar verilecek işlem ve tedavi yöntemleri için tıbbi ve ekonomik değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Tıbbi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarını yapmaktan sorumlu Ulusal bir kurumun kurulması yönünde adımlar atılmalıdır. Bu kurum sadece tıbbi işlem ve tedavi yöntemlerini değerlendirmekten değil aynı zamanda sağlık teknolojileri değerlendirmesinden de sorumlu tutulmalıdır. Bu konudaki kurumsal kapasite eksikleri tamamlanmalıdır.

• Sağlık hizmetinin nitelik ve niceliğini arttıracak her türlü üretim faktörünün kullanımını sağlamaya yönelik olarak, kamu-özel ayrımı yapılmaksızın, rasyonel maliyet ve geri ödeme yöntemleri esas alınmalıdır.

• Sağlık hizmeti fiyatlarının belirlenmesinde maliyet bazlı yöntemler kullanılmalı ve diğer paydaşların görüşleri dikkate alınmalıdır.

• Ölçek ekonomisini göz önüne alan satın alma uygulamaları yaygınlaştırılmalı ve buna ilişkin birimler kurulmalıdır.

• Ülkemizde yerleşik tıbbi cihaz ve ilaç üreticileri teşvik edilmelidir. Teşvik uygulamalarında seçicilik esası dikkate alınmalıdır.

• Sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerin kullanımını yaygınlaştırmaya yönelik olarak; ulusal hastalık yükü çalışmalarından yararlanılarak belirlenecek müdahale alanlarına yeterli kaynak ayrılmalıdır.

• Koruyucu ve sağlığı geliştirmeye yönelik hizmetlerin sadece sağlık sistemini ilgilendirmeyen hizmetler olduğu bilinmeli ve diğer sektörlerin de bu konudaki işbirliğini artırmaya yönelik önlemler alınmalıdır.

• Özel sektör ve kamu arasında yatırım, planlama gibi konularda ortak çalışmalar yetersizdir. Yatırımlarının planlanması sürecinde kamu ve özel sektörün eşgüdüm halinde çalışabileceği mekanizmalar oluşturulmalıdır. Bu sayede belirsizlikler azalacak, özel sektör yatırımlarını daha sağlıklı bir şekilde planlayabilecek ve dolayısıyla kaynak israfının önüne geçilebilecektir.

KAYNAKÇA

Akdağ, R. (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme raporu (2003-2010). Ankara: Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı, T. S. (2012). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Ankara.

Çelik, Y. (2011). Sağlık Ekonomisi. Ankara: Siyasal Kitapevi.

Dünya Bankası. (2003). Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu. Dünya Bankası.

H.Ü. (2012). Ağustos 18, 2012 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/Ozet_Gostergeler.pdf adresinden alındı

McKee, M., Healy, J., Edwards, N., & Harrison, A. (2002). Pressures for Change. M. McKee, & J. Healy içinde, Hospitals in a Changing Europe. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

OECD. (2012, Temmuz 7). http://www.oecd.org. Temmuz 7, 2012 tarihinde http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm adresinden alındı

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti 2011. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2007). Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007. Ankara.

T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı, 2011, Demografik GöstergelerAnkara

T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı. (2011, Ekim 27). Haber Bülteni. Ankara, Türkiye.

T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı. (2011). Sağlık Harcama İstatistikleri 2008. Ankara: TÜİK.

T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı. (2012, Temmuz 7). Türkiye'nin Demografik Yapısı ve Geleceği, 2010-2050. Ankara, Türkiye.

Dünya Bankası. (2012, Temmuz 15). http://data.worldbank.org/. Temmuz 15, 2012 tarihinde http://data.worldbank.org/indicator adresinden alındı

TÜİK. (2012). Yaşam Memnuniyet Araştırması 2011. Ankara: TÜİK.