

Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Kurumsal Gelişimi

Elanur Siner¹

Muhammet Talha Han²

Öner Gülbahçe³

Özet

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kurumsal gelişimi, zaman içinde önemli adımlar atmış ve çeşitli reformlarla desteklenmiştir. Türkiye, 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sektöründe önemli değişikliklere gitmiştir. Bu program, sağlık altyapısının güçlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinin artırılması ve kalitenin yükseltilmesi gibi hedefleri içermektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Aile Hekimliği Sistemi hayata geçirilmiştir. Bu sistemle her bireye bir aile hekimi atanmış ve kişiselleştirilmiş sağlık hizmetleri sunulmuştur. Türkiye’de kamu ve özel sektör arasındaki iş birliği sağlık hizmetlerinde önemli bir rol oynamaktadır. Özel hastaneler, poliklinikler ve laboratuvarlar gibi özel sağlık kuruluşları, geniş bir sağlık hizmet yelpazesi sunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kurumsal gelişiminde bilgi teknolojileri büyük bir rol oynamıştır. E-Devlet üzerinden sağlık hizmetlerine erişim, elektronik reçete uygulamaları ve sağlık bilgi sistemleri gibi teknolojik yenilikler sağlık sektörünü daha etkili hale getirmiştir. Sağlık Bakanlığı, hastanelerin yapılanması ve yönetimi konusunda çeşitli değişikliklere gitmiştir. Kamu hastaneleri ve sağlık birimleri arasında koordinasyonun artırılması hedeflenmiştir. Sağlık sektöründeki personel sayısının artırılması ve eğitim standartlarının yükseltilmesi amacıyla çeşitli programlar hayata geçirilmiştir. Bu, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya yönelik bir adımdır. Ayrıca Türkiye’de ilaç ve tıbbi cihaz sektöründe düzenlemeler yapılarak, bu ürünlerin güvenilirliği ve etkinliği artırılmıştır.

1 Bitlis Eren Üniversitesi, BİTLİS esiner@beu.edu.tr ORCID: 0000-0002-9988-7603

2 Karabük Üniversitesi/KARABÜK muhammetalhahan@gmail.com.
ORCID: 0000-0003-4760-3485

3 Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi/AGRI onergulbahce@atauni.edu.tr
ORCID: 0000-0002-3565-0877

Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaç ve cihazların denetimi güçlendirilmiştir. Özellikle COVID-19 pandemisi sürecinde, sağlık sistemine yönelik hazırlıklar ve pandemi yönetimi konusunda çeşitli adımlar atılmıştır. Acil durum planlamaları ve altyapı güçlendirmeleri önem kazanmıştır. Bu unsurlar, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kurumsal gelişimine dair önemli gelişmeleri yansıtmaktadır. Ancak, her ne kadar önemli adımlar atılmış olsa da sağlık sektöründeki zorluklar ve geliştirilmesi gereken alanlar hala mevcut olabilir.

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık kavramını “fiziksel, zihinsel ve sosyal yönlerden bütüncül olarak tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Bireylerin kendilerini ruhen, bedenen her yönden iyi hissetmesi sağlığın çok boyutlu bir kavram olarak ele alınması gerektiğini ve sağlıklı olma kavramının toplum olarak bütün insanların sahip olduğu en temel haklarından biri olduğunu göstermektedir. Günümüzdeki sağlık anlayışı düşünüldüğünde bireylerin ve toplumun sağlığını koruyarak sürdüren, geliştiren, erken tanıya önem veren ve hastalıktan ziyade sağlığı merkeze alarak önleyici bir tıbbi yaklaşımı benimseyen bir tutuma sahiptir. Bu anlayış vasıtasıyla bireylerin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve üst seviyelere getirecek uygulamalar, bireylere bu konu hakkında kendi sorumluluğunu benimsemesini ve kendi sağlığıyla alakalı doğru kararlar almasına yardımcı olmak üzerine dayandırılmış bir temele sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü insan sağlığının korunması ilkesinin en temel insan hakları olduğuna yayınladığı bildirmede yer vermiş ve ırk, din, dil, ekonomik, sosyo-kültürel fark gözetilmeksizin uygulanması gerektiğini vurgulamıştır. 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Bildirgesine “tıbbi bakım alma hakkı” adı ile bu en temel hak yerini almıştır. Dünya Sağlık Örgütü’nün yayınlamış olduğu bildirmede imzası bulunan tüm devletler herhangi bir ön koşul, özel durum veya imtiyaz olmaksızın kendi vatandaşlarının tamamına eşit bir şekilde bu hakkı sunmakla yükümlüdürler.

Çağın son yıllarda getirmiş olduğu bazı bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar ve hasta sayısında yaşanan artış nedeniyle ülkelerde sağlık politikaları açısından ciddi oranda ekonomik harcamaların artmasına sebep olurken, işgücü bakımından da nitelikli sağlıklı birey sayısında azalmaya sebep olmuştur. Ortaya çıkan bu sorunlar için hastalıklarla mücadele de rehabilite ve yatırım hizmetleri ile beraber olası hastalıklara yakalanma düzeyini minimuma düşürecek önlemler ve çözüm önerileri de sağlık politikalarında önemli bir konu olarak yerini almıştır.

Toplum bazında sağlık anlayışına baktığımız zaman bu kavram sahip olunan eğitim düzeyi, kültür, sosyo-ekonomik durum, teknoloji gibi koşullara bağlı olarak birbirinden ayrılarak farklılıklar göstermektedir.

Yaşadığımız çağda artık “uzun ömür” anlayışı yerine “kaliteli yaşam” kavramı benimsenmektedir. Bu nedenle “kaliteli yaşam” kavramının hayata geçirilmesi konusunda devletlerin sağlıkla ilgili politika ve düzenlemelerinde sağlığın fiziksel, zihinsel ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanıma göre tam bir iyilik halini kapsaması için korunması ve ileri yaşlara kadar devamlılığının sağlanması önemlidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetlerinin Tanım, Anlam ve Önemi

Sağlıklı olma terimi; bireylerin kendileri barışık olma, mutluluk ve başarılı olma kavramlarının temel koşulları arasındadır. Sağlıksız bir hayat süren bireylerin sağlıkla alakalı problemleri, kendi yaşamlarının kalitesini etkilediği kadar yakın çevrelerindeki bireylerinde yaşamlarını olumsuz olarak etkilemektedir. Bu olumsuzluk sebebi ile sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi kapsamında korunması hem birey bazında hem de toplum bazında oldukça önem arz etmektedir. Toplum olarak biz bireylerin sağlığımızı korumadaki değerlerimiz; beklentilerimiz, inançlarımız, ruhsal durumumuz, değerlerimiz ve alışkanlıklarımızdan oluşmaktadır (Tokgöz, 2002). Günümüz teknolojisinde eski sağlık anlayışı hastaya müdahaleyi artık yerine sağlıklı olma odaklı önleyici tıbbi yaklaşıma bırakmıştır. Sağlıklı olma kavramına dayanan tıbbi yaklaşım ile toplum olarak bireylerin kendileri ve aile fertlerinin sağlıklarını koruyup, erken tanıya önem veren bir anlayışı kapsamaktadır. Hem toplum olarak hem de birey olarak sağlık kavramına önem vermeli ve sağlığımızı koruma yönünde doğru karar ve davranışlar sergilemeye özen göstermemiz gerekmektedir (Önal vd. 2008). Sağlığın geliştirilmesi ve sağlığın korunması bireylerin bilgi seviyeleri, fikirleri, davranış ve değer yargılarının bu konudaki tutumlarının destekleyici seviyede olması ile ancak mümkün olabilir. Bu tutumun destekleyici seviyede olması ise bireylerin yeterli düzeyde sağlık kavramı konusunda eğitim almış olması ve sağlığını olumsuz biçimde etkileyecek olan davranışlardan kaçınarak bu olumsuzlukları pozitif yöne çevirmek için vereceği çaba ile sağlanabilir (Saltık, 2004; Yılmaz, 2007). Bireylerin var olan sağlık problemlerine ne oranda ciddiyet gösterdiği ve problemin giderilmesi için izlediği yol ve uyguladığı adımlar oldukça önemlidir (Kindig ve Stoddart, 1998). Her toplumda bireylerin inanmış olduğu bazı değerler mevcuttur, sağlık kavramında da olumlu davranış geliştirmede bireylerin inançları önemli yer yer tutmakta ve bir değer beklentisi olarak algılanabilmektedir (Mutlu, 2006).

Sağlık kavramı bazen “hasta olmamak” gibi olumsuz bir ileti olarak da tanımlanmaktadır. Teknolojik gelişmelerin günümüzde sağladığı gelişmeler

sayesinde var olan hastalıkların ilerlemesini önlemek ve iyileştirmek yönünde organize edilmiştir. Sağlık hizmetleri kuruluşlarının bahsettiğimiz amaç doğrultusunda organize edilmiş olarak sundukları sağlık hizmetleri düzeyleri de tartışılabilir bir konudur. Çünkü sunulan sağlık hizmetlerinde tıbbi hizmetler bireylerin hastalıklarının tedavi edilerek iyileştirilmesi ve bazı hastalıkların henüz ortaya çıkmadan önlenmesi çabalarından ibarettir (Yerebakan, 2000: s.13).

Toplum olarak bizlerin en temel haklarından biridir sağlıklı bir yaşam sürmek ve sağlıklı bir çevrede yaşayabilmek. Bu hak şuan mevcut olan biçiminden eski dönemlerde farklılık gösterse de bu hakka sahip olma kavramı insanlığın varoluşu kadar eskidir. Bu kavramı örnekleyecek olursak Babil Kralı Hammurabi’nin hekimlerin görev ve sorumlulukları ile alakalı alabilecekleri ödüller hakkındaki M.Ö 2000’de koymuş olduğu kanunları gösterebiliriz (Kavuncubaşı, 2000: s.18).

DSÖ’nün yapmış olduğu sağlık tanımını “Sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmaması değil, beden, zihnen ve sosyal yönden tam anlamıyla iyilik halidir”. Yapılan bu tanım sağlık kavramı için günümüzde de oldukça yaygın bir biçimde kullanılmakta olup bu tanım içerisinde bahsedilen “iyilik” ve “tam” terimleri ile sağlığın “hal” olarak belirtilmiş olmasının beraberinde “sosyal” bakımdan iyilik kavramının da tanımında yer almış olması oldukça önemlidir (Yerebakan, 2000: s.14).

2.2. Sağlık Hizmetleri

Toplum olarak bizlerin mutluluk düzeyi aslında sağlıklı olma durumumuz ile ilişkilidir. Bireylerin sağlıklı olma, sağlıklı bir çevrede yaşama faktörleriyle olan ilişkisine dayanana sağlıklı olma kavramını korumak ve geliştirmek için devlet üzerine düşenlerini yaparak bu durumu korumak ve iyileştirmek için çabalamalıdır. Günümüzde tıbbi hizmete olan talepte ki artış evrensel olarak sağlık hizmetleri sektörünün de gelişmesine sebep olan faktörlerden biri haline gelmektedir (Kurtuluş, 1998: s.13-14).

Sağlık hizmetleri kavramını DSÖ; “belirli sağlık kuruluşlarından, farklı nitelik ve yetkinliklere sahip sağlık çalışanlarının sunmuş oldukları hizmetten yarar sağlamak suretiyle toplumun var olan ihtiyaç ve arzularına odaklı olarak şekil değiştirebilen ve toplum ve birey sağlığını koruyarak tedavisini amaç edinen faaliyetleri sağlanmak için kurulmuş olan ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem” biçiminde tanımlamışlardır. Farklı bir tanım olarak sağlık hizmetleri, teşhis, tedavi ve hastalıkların rehabilitasyonun yanında önleyici bir faktör olarak mevcut durumda hastalık henüz ortaya çıkmamış iken tedbir almak ve sağlık seviyelerini iyileştirici bir yol izlemek (Kavuncubaşı,

2000: s.34). Harcar (1991) yaptığı tanımında sağlık hizmetlerini bireylerin teşhis, tedavi ve önleyici faktör olarak sağlığın korunmasının kurumsal olarak kamu hizmetlerinin veya özel sağlık teşebbüslerinin vermiş olduğu hizmete bağlamıştır. Sağlık hizmetleri bazı özellikleri ile diğer sektörlerden ayrılır. Bu özellikler:

- Sunulan sağlık hizmetlerinde sağlık personelleri hizmeti alan bireylere hastalık durumundan ve nedeninden bahsederek uygun tedavi yöntemini açıklayıcı olmalarından bilgiyi aktaran kaynak olarak görüldüklerinden önem arz etmektedirler.
- Sağlık hizmetlerinden faydalanması gereken bireyler yani hastalar genellikle hastalığı yok sayma eğiliminde bulunarak hizmetten kaçınırlar. Bu sebeple sağlık hizmet sunma da hizmete ihtiyacı olan bireylere her zaman ulaşamayabilir.
- Sağlık hizmeti alma ve hizmeti sunma arasındaki ilişki içerisinde ki temel faktör aslında yaşamsal düzeydir ve hayati öneme sahip olduğu için bahsedilen bu ilişki içerisinde güven bağı tedaviye yansiyacak katkısından dolayı ehemmiyetlidir.
- Sunulan sağlık hizmetlerinde var olan en küçük bir hata ve hizmetin tatminkâr olmayışı farklı sektörlerle göre hem endişe vericidir hem de oldukça risk taşıyan bir durumdur.
- Sağlık hizmetinden faydalanırken veya sunulurken farklı kurum ve kuruluşların müşteri odaklı olma anlayışları burada mevcut değildir (Güllülü vd. 2008: s. 34).

Sağlık hizmetlerinde temel basamak olarak adlandırılan birinci basamak var olan sistemdeki hizmetin temelini oluşturmakla beraber toplumsal boyutta da ülkelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeylerinin en önemli göstergelerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri aynı zamanda nüfus yoğunluğu yaşanan bölgelerde elindeki mevcut imkânlar dâhilinde topluma sunulan ilk sağlık hizmeti kapsamındadır (Kızılcılık, 1996: s.124). Gelişmiş ülkelerde ise artan teknolojik gelişmeler ile beraber sağlık hizmetleri kapsamında oldukça önemli düzeyde ilerlemeler kaydederek başarılı sağlık kuruluşları ve ekipmanları ile adlarını duyurmuşlardır. Yaşanan bu gelişmeler ile beraber 2000'li yıllardan itibaren artık sadece ulusal sağlık politikası değil bununla beraber uluslararası sağlık politikaları ve dünya sağlık politikası da evrensel olarak sağlık hizmetlerinin yönetimi konusu tartışılmaya başlanmıştır (Toker, 1999: s.12).

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları

Sağlık hizmetlerini sunarken amacımız; tıbbi etik kuralları dâhilinde hastayı en hızlı bir şekilde tedavi hizmetine yönlendirerek, en ekonomik sağlık hizmetini en kapsamlı biçimde alternatif tıp yöntemlerini de içine alacak bir sağlık hizmetinin sunulmasıdır (Özgirin ve Taş, 1996: s.35). Sağlık hizmetlerinin sunulmasında ki temel amaçlarımızı sıralayacak olursak; (Soysal vd, 1993: s.71).

- Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bireylere mali olarak en ekonomik ve hizmet olarak ise en profesyonel desteğin sunulmasını sağlamak.
- Sağlık hizmeti sunumunda en güncel teknolojik yöntemlerden faydalanarak bilimin ışığında araştırmalar yaparak hastalıklar henüz ortaya çıkmadan önlenmesi için yeni metotlardan yararlanarak ilerleme sağlanmalıdır.
- Sağlık hizmeti sunarken amacımızın maliyet olarak sağlık hizmeti için ayrılmış bütçe ile mümkün olduğu kadar daha fazla sağlık hizmeti almaya ihtiyaç duyan hastalara hizmeti sunabilmek.

2.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetinden faydalanan bireyler kendi sağlıkları hakkında ki bilgiyi için uzmanlarından almak eğilimindedirler. Bu hizmeti alan bireylerin hizmeti sunan uzmanların söylemleri doğrultusunda ihtiyaç ve beklentilerini oluşturabileceklerdir. Bu bağlamda sağlık hizmetini sunan uzmanların aslında sağlık hizmetleri noktasında arz ve talep belirleyici oldukları kanısına ulaşılabilir (Top, 1999: s.381). Sağlık hizmetlerini diğer sektör ve kurumlardan ayıran bu ayrıntılar neticesinde sağlık hizmetleri ile ilgili olarak aşağıda sıralanan hususlar söylenebilir.

- Sağlık hizmetlerinin sunulması ve hizmetten faydalanma durumu nüfusun tamamını kapsayan kitlesel bir niteliğe sahiptir.
- Sağlık hizmetlerinden faydalanma ve sunma kavramları hayati önem taşımanın yanında yaşamsal kalite ile bağlantılıdır.
- Sağlık hizmetlerinden faydalanma sürecini belirli periyodlara veya aylara göre bölerek plan yapmak doğru bir tercih değildir. Planlanmış süreçler bazı rastlantılar neticesinde bozularak yeni taleplere yol açabilmektedir.
- Sağlık hizmetlerinin sunulmasında tahmin edilemeyecek bir tüketim kavramı mevcuttur. Toplum içerisinde ne kadar bireyin hasta durumuna gelip hizmetten faydalanmak isteyeceği belirsizdir.

Hepimiz olası bir hastalık riskini taşıyabilir ve sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyebiliriz.

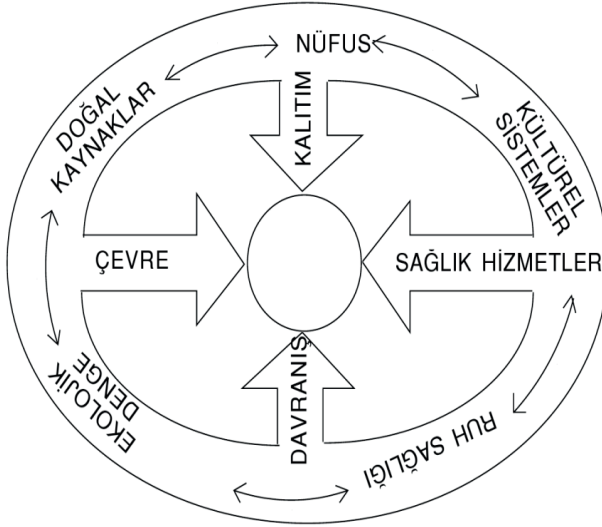
- Sağlık hizmetlerinden faydalanma ve sağlık hizmeti sunmada ikame kavramı yoktur. İkame edilemezlik özelliği sağlık hizmetlerinde buradan gelmektedir.
- Sağlık hizmetleri ötelenemez bir özellik taşımaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetleri sunumunda hastalığın ortaya çıktığı anda müdahale edilmesi gerekmektedir.
- Sağlık hizmetlerinden faydalanan bireyler aldıkları hizmetin biçimi ve miktarının belirleyicileri değildir bu konuda ki belirleyiciler hekimlerdir. Bu bağlamda sağlık hizmetinin maddi boyutu arka plana atılmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinden faydalanma da ve sağlık hizmeti sunulması aşamasında maddi bir pazarlık söz konusu olamaz. Sağlık hizmetinin sunulması aşamasında tıbbi bakımlar için standart bir fiyat yetkililer tarafından konulmuştur.
- Sağlık hizmeti sunulurken mali olarak doğrusal gerçeklik yansıtmayabilir. Sağlık hizmetlerinin öncelikli olarak yarar sağlamayı amaç edinmiş olması hizmetin gerçek maliyetinin altında olmasının sebebidir. (Aktan ve Işık, 2010).
- Sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve sağlık hizmetlerinden faydalanma noktasında önemli olan faktör hizmete kolay erişilebilirlik ve hizmette sağlanan sürekliliktir. Sağlık hizmetinden faydalanan bireylerin olumlu sonuca ulaşabilmesi için sunulan sağlık hizmetlerinin taşımakla yükümlü olduğu bazı görevleri mevcuttur. Bu bağlamda Kavuncubaşı (2000: s.65,66) etkili bir sağlık hizmetinin özelliklerini şöyle sıralamıştır;
- **Kolay kullanılabilirlik:** Bu özelliği iki grupta sınıflandırabiliriz; hizmeti verenler için ve hizmeti alanlar için. Bu sınıflandırmada hizmeti alanlar ve verenler arasındaki fark ise, verenler ihtiyaçları olan tıbbi malzemelerin, yardımcı ekipmanların ve her türlü araç ve gereçlerin ulaşılabilir ve kolay kullanılabilir durumda olması, hizmeti alanlar ise, ihtiyaç duydukları anda tüm sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde yararlanabiliyor olmalarıdır.
- **Kalite:** Sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen bireylerin beklenti ve ihtiyaçlarına uygun olarak bilimsel norm ve standartlar gereğince hizmeti uyum bir şekilde alabilmesidir. Alınan sağlık hizmetlerinin

niteliği, sağlık personellerinin mesleki açıdan donanımı hedeflediğimiz sağlık hizmeti kalitesi için oldukça ehemmiyet taşımaktadır.

- **Süreklilik:** Sağlık hizmetlerinin sunulmasında süreklilik esastır. Bireylerin sunulan sağlık hizmetleri ile beraber oluşabilecek yeni olumsuz durumlar için önceden tahmin edilerek gerekli önlemler alınmalı ve bu süreçte sağlık hizmetinin sürekli sağlanarak sürecin takip altında olması gerekmektedir.
- **Verimlilik:** Sağlık hizmetleri için ayrılmış olan mali kaynaklar ve araç gereçler sınırlıdır ve verimli bir biçimde kullanılmalıdır. Sınırsız olmayan bu sağlık hizmetleri verimli kullanım ile daha ekonomik bir biçimde hem maliyet olarak fayda sağlayabilir hem de bireylerin sağlık hizmetinden yararlanma imkânlarını iyileştirebilir.

2.5. Sağlığı Etkileyen Faktörler

Sağlığı etkileyen faktörler içerisinde çevresel yaklaşımların öncüsü Blum'a (1974) göre sağlık kavramı dört faktörden etkilenmektedir. Bu dört faktörünün her birinin bireylerin sağlık düzeylerine olan etkileri farklıdır ve Şekil 1'de verilmiştir (Kavuncubaşı 2000). Birbirinden farklı oranlara sahip olan bu faktörlerden sağlık düzeyini en yüksek oranda etkileyen çevredir. Oran olarak çevre faktöründen sonra yaşam tarzı ve kalıtım gelmektedir. Daha sonra ise nüfus, kültürel sistemler, doğal kaynaklar ve ekolojik denge faktörleridir.



Şekil 1. Sağlığı Etkileyen Faktörler (Kavuncubaşı, 2000).

Çevre; biyolojik çevre, fiziksel çevre ve sosyo-kültürel çevre olarak üç kısma ayrılmakta ve toplum içerisinde bireylerin yaşam alanını oluşturan bu çevre faktörleri sağlık üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

Biyolojik çevre: canlı yaşamının var olduğu bitki gurubu, hayvan gurubu, mikroorganizmalar gibi ekosistem çeşitliliğini barındırmaktadır. Biyolojik çevre faktörü insanların hastalıklara yakalanma durumları doğrudan etkileyen bir faktördür.

Fiziksel çevre: yaşamış olduğumuz evren yani toprak bu toprak üzerinde maruz kaldığımız atıklar, kirlilik, yetersiz kaynaklar gibi koşulları içermektedir. İklim değişikliklerinin, hava kirliliğinin ve kuraklığın insanlarda çeşitli hastalıklara yakalanma riskini ve bu hastalıkların bulaşıcı hastalıklar olabilme ihtimallerini de artıran bir faktördür.

Sosyo-kültürel çevre: toplum içerisinde bireyler arasında var olan ilişkiler aracılığıyla çevre faktörü birey sağlığını doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir. Sosyal çevre içerisinde var olan bir takım olumsuzluklar beraberinde biyolojik ve fiziki çevre koşullarını da olumsuz etkileyebilmektedir. Toplum içerisinde çevre bazlı nedenlere bağlı olarak bireylerde hastalıkları tetikleyici unsur olmasının yanında bireylerin ortaya çıkan hastalıkları bazen de aksi durum olarak sosyal çevrelerinde bozulma yaşamalarına sebep olabilmektedir. Sosyo-kültürel çevre bazlı görülen yaygın hastalıklar tüberküloz, sifiliz, frengi olarak örneklendirilebilir (Kavuncubaşı, 2000: s.18).

Doğuştan getirdiğimiz kalıtsal bazı özellikler hastalıklara karşı olan duyarlılığımızı etkileyen faktörlerden sadece bir tanesidir. Doğuştan getirmiş olduğumuz bu kalıtsal faktör yani gen ile taşıdığımız bazı hastalıklar kuşaktan kuşağa ilerleyebilmektedir. Bu aktarım yoluyla gelen bazı bozukluklar, bedensel olarak sakatlıklara ve zihinsel gelişimdeki bir takım yetersizliklere veya bazı hastalıklara sebep olabilmektedir. Kalıtsal olarak düşünüldüğünde aile bireylerinde var olan diyabet, kanser gibi hastalıklar, bireyin orta ve ileri yaşlarda aile bireylerinde var olan bu hastalıklara yakalanma olasılığı oranını artırmaktadır.

Toplum içerisinde biz bireylerin davranış biçimimiz, hayata karşı olan tutumumuz ve bunların yanında yalnız yaşama davranış alışkanlıklarımızı da kapsayarak hastalıklara yakalanmada ki olası risk düzeyimizi etkileyebilmektedir. Bu etkilemin nedeni olarak yaşam alışkanlıklarımız ve davranış biçimimiz bizlerin aslında yaşam tarzını oluşturduğundan kaynaklanmaktadır. Bahsedilen yaşam ve davranış alışkanlıklarımızdan olan alkol ve sigara tüketimi, madde bağımlılığı, hijyenik olmayan ortamlarda

yaşama alışkanlıkları ve bu duruma özen göstermeme, doktorların uyarılarını dikkate almayan bir davranış sergileme biçimi bireylerin hastalıklara yakalanma seviyelerini ve sağlık düzeylerini belirleyen faktörlerdir (Kavuncubaşı, 2000: s.19).

2.6. Birey ve Toplum Sağlığını Etkileyen Temel Faktörler

Yaşamış olduğumuz toplumda bireylerin sağlıkları aldıkları sağlık hizmetleri ile ilişkili olabilmektedir. Toplum ve birey sağlığının korunması sağlık hizmetlerinin ne denli verimli ve etkili olduğuna bağlıken bu hizmetlerin sürekli kendini güncelleyen ve geliştiren politikalar ile yürütülmesi gerekmektedir. Ülke olarak sağlık sistemlerimiz sosyal çevre faktörü, fiziksel çevre faktörü, organizasyonel ve profesyonel faktörlerin etkisiyle biçimlenir ve yönetilir. Sargutan (1993: s.13,14) hem toplum hem bireyler için sağlığa etki eden faktörleri; sağlık hizmetinden faydalananlar ile ilgili olan faktörler, sosyal çevre ve fiziksel çevrenin etki ettiği faktörler ve sağlık hizmetini sunanlar ile ilgili olan faktörler olarak sınıflandırmıştır.

Sağlık hizmeti alanlarla ilgili faktörler insanlarda var olan kalıtsal özellikler, fizyolojik ve biyolojik özellikler, cinsiyet faktörü, yaşam biçimleri, eğitim düzeyleri, meslek hayatları, sosyo-ekonomik düzeyi, sosyal yaşam algıları, hayatlarını geçirdikleri fiziksel çevreleri, hastalıklara karşı vücut dirençleri, hastalık geçmişleri, sağlıklı yaşam bilgi ve deneyimleri, sağlık politikalarına karşı beklenti ve duydukları güven, sağlık sigortacılığı ve güvencesi gibi kişisel özellikleri kapsamaktadır.

Düzenleyici işlevi olarak bilinen **sosyal ve fiziksel faktörler** ise toplum olgusu ile yaşadığımız alanı kapsamaktadır. Toplam nüfus ve sanayileşme seviyesi, toplumun eğitim düzeyleri, bağlı oldukları dini inanç, gelenek ve görenekleri, ülkenin antropolojik özellikleri, yaşamsal faaliyetleri, beslenme alışkanlıkları, sağlıklı olma tutumları ve bilgi düzeyleri gibi faktörler sosyal ve fiziksel faktörleri kapsamaktadırlar. Üzerinde yaşadığımız ülkenin jeolojik ve coğrafi yapısı, hukuksal boyutu, tarihi geçmişi, gelir düzeyi, eğitim seviyesi, uluslararası konum ve önemi, devlet olarak politikaları ve hükümet sistemi gibi faktörleri de içerisinde barındırmaktadır.

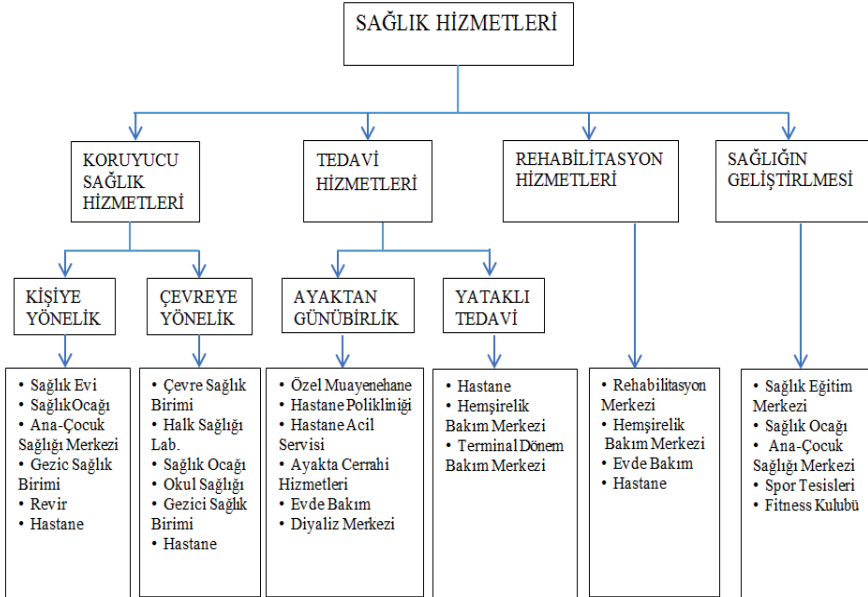
Sağlık hizmeti verenlerle ilgili faktörler mesleki bir değer ve örgütsel faktörler olarak da belirtilebilir. Sağlık hizmetleri ve insan gücü öğeleri sağlık sistemi ile ilişkilidirler. Sağlık hizmeti verenler ile ilgili unsurların en önemli belirleyicisi hükümetlerin yürütmekle yükümlü oldukları sağlık politikalarıdır. Sağlık hizmeti verenler ile ilgili unsurların diğerleri ise; aldıkları sağlık hizmetlerinden beklentileri, sağlık hizmetinin başarı düzeyi, sunulan hizmetin kalitesi ve ilkeleri, var olan maddi yeterlilik algısı, mali kaynaklar,

sistemin etkinliği ve bütüncül olarak işleyiştir. Bunların yanında eşitlik ilkesi ile adil davranış, mali olarak ekonomiklik, yaygın olabilirlik, kolay kullanım ve erişebilirlik faktörlerini de sıralayabiliriz. Sağlık hizmetleri faaliyetlerinde var olan insan gücüne bağlı sayı, dağılım, kalite ve insan gücünden beklenen amaç ile değer yargıları, hizmetin sunulma biçimleri, hizmet başına düşen hasta yoğunluğu gibi faktörleri de bu grupta sıralayabiliriz (Sargutan 2004: s.48).

Sargutan'ın (2004) araştırmasında sağlık hizmetinden faydalanan ve sağlık hizmetini veren kişi veya kuruluşların karşılıklı olarak sosyal, fiziksel, yapısal ve ekonomik boyutta birbirleriyle etkileşimde bulduklarını gözlemiştir. Aynı zamanda toplum ve birey sağlığı açısından hükümet sağlık politikalarının işlevi ve uygulanabilir olmasına etki eden bazı faktörler ele alındığında, toplum ve birey ile ilişkili sağlık çıktıları ile beraber hükümet ve özel sağlık kuruluşlarının arasında sağlık politikası bakımından karşılıklı etkileşim ve iletişimin varlığından bahsedilebilir.

2.7. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici (terapötik) sağlık hizmetleri ve rehabilite edici yani geliştirici sağlık hizmetleri şeklindedir. Bu hizmetler ve bu hizmetleri sağlayan kurumların sınıflandırılması aşağıda Şekil 2.'de verilmiştir.



Şekil 2. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması (Kavuncubaşı, 2000).

2.7.1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sosyal bir kurum olarak da değerlendirilebilir olan tedavi edici sağlık hizmetleri toplum ve bireylerin yaşadıkları sağlık problemlerine müdahaleyi anında ve yerinde çözüme odaklı olarak nitelikli bir biçimde yapılandırılmış olan bir sistemdir. Tedavi edici sağlık hizmetlerini bu değerlendirme ile tıbbi hizmetler sınıfında muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. Türkiye’de devletimiz adına tedavi edici sağlık hizmetlerinin sağlık politikalarında sağlanması, 9 Haziran 1936’da 3017 sayılı Kanun ile kurulmuş olan Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğu altındadır. Sağlık bakanlığı haricinde; iktisadi kamu kuruluşları, diğer bakanlıklar, tıp fakülteleri ve bazı özel kurumlar da tedavi edici sağlık hizmetlerine katılım sağlamaktadırlar (Soysal vd. 1993: s.63).

Kızılcıkelik (1996: s.130) yaşadığımız toplum içerisinde var olan sağlık problemlerimizi giderebilmek adına sosyal yapıyı ele alarak politik bir düşünce ile sağlık hizmetlerinden faydalanmanın maddi bir karşılığının olmaması gerektiğini vurgulamıştır. Devlet sağlık bakanlığı aracılığıyla tedaviye ihtiyacı olan ve sosyal güvencesi olmayan bireylere bu hizmeti doğrudan ve ücretsiz bir biçimde sunmalıdır.

Kurtulmuş’a (1998: s.91) göre sağlık hizmetlerinden faydalanan bireylerin aldıkları hizmetin bir neticesi olarak yaşamlarına rehabilite olmuş ve sağlıklı bir yaşam standardına ulaşabilmiş olmaları gerekmektedir. Kurtulmuş’a göre, “sağlık hizmetlerinin faaliyetlerinin fiziki boyutta hizmeti alan hastanın bedeni üzerinde yapılmış olması terapötik hizmetlerin bir başka özelliğine girmektedir. Bu özellik neticesinde hasta kendi vücudunda var olan tedavi ihtiyacını bilmeli e bu ihtiyacın giderilmesi için de tedaviyi kendisi istemelidir. Hastaların bazı durumlarda tedaviyi talep etmeme nedenlerinden olan acı verici olması ve hissettiği acı ile uzun sürecin neticesinin belirsiz olması hastayı tedaviyi reddetmeye itmektedir”.

Kavuncubaşı (2000: s.39) terapötik sağlık hizmetlerini, yaşamlarında eski sağlıklı bedenlerine ulaşma arzularında hastalık önlenemiyor ise hizmeti sunan hekimin gözetimi ile farklı sağlık hizmetleri sunan kurumların katkıları ile alınan sağlık hizmetleri terapötik sağlık hizmetlerinin aslında ne denli önemli olduğunu göstermektedir. Kavuncubaşı tedavi edici sağlık hizmetlerini kurum bazlı olarak günübirlik (ayaktan) tedavi hizmeti veren ve yataklı olarak tedavi hizmeti veren şekilde sınıflandırmıştır. Günübirlik veya ayakta alınan tedavi hizmeti, kurum olarak hastanede yatışın gerekli olmadığı teşhislerin konulduğu hastalıklar ile ilgili hizmetleri sunmaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri bireylere sunulan hizmetlerin büyüklüğü ve niteliği bakımından aşağıdaki gibi basamaklandırılabilir.

Birinci basamak tedavi hizmetleri temel bakım hizmeti de denilebilmektedir. Genellikle hatanın ayakta teşhis ve tedavisinin yapıldığı sağlık hizmetidir. Bu hizmetleri aile sağlığı merkezleri, doktor muayeneleri, anne-çocuk sağlığı merkezleri ve KETEM'ler sunmaktadırlar.

İkinci basamak tedavi hizmetleri temel bakım hizmetlerinde ki tanı basamağını takip ederek sağlık problemi olan hasta devlet hastanesi ya da teşekküllü bir özel hastaneye yatış işleminin yapılarak sunulan hizmettir.

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri sağlık hizmetlerinde özel olarak muayeneye ve tedaviye ihtiyacı olan hastalar için sunulan tedavi hizmetidir. Bu hizmet üniversite hastaneleri, onkoloji ve psikiyatrik ile nörolojik rahatsızlıklar için kurulmuş hastanelerde sunulmaktadır.

Toplumun ve bireylerin sağlığının amaçlandığı sağlık hizmeti kavramında çağımızın öncelikleri ile var olan ihtiyaçları doğrultusunda gelişim gösterebilmesi adına “koruyucu sağlık hizmetleri” ve “tedavi edici sağlık hizmetleri” olgularının önem ve gerekliliğinin analizinin yapılması gereklidir. Önleyici bir faktör olarak koruyucu sağlık hizmetleri aynı zamanda bu özelliği sayesinde tedavi edici sağlık hizmetlerinin hem zaman hem de iş yükü bakımından fayda sağladığından oldukça önemlidir. Bu bağlamda tedavi edici sağlık hizmetlerinin zaten koruyucu sağlık hizmetlerinin eksik sunulmasından veya hizmetin geç alınmasından kaynaklı ortaya çıkan problemlerin giderilmesi için sunulan hizmet olduğunu söyleyebiliriz. Toplumsal yaşam da bireylerin yanlış alışkanlıkları ortadan kaldırması, düzenli beslenme alışkanlıkları edinmesi, sağlık bilinci ile bir hayat sürmesi gibi koruyucu önlemlere rağmen direnç olarak korunamıyor ise bazı hastalıkların ve sağlık problemlerinin yaşanması kaçınılmaz gözükmektedir. Bu gibi problemler oluştuğu zaman bireyler tedavi edici sağlık hizmetlerine başvurarak bu hizmetten yararlanmalıdırlar. Bu bağlamda benzer problemlerin ve sağlık sorunlarının yaşandığı tüm ülkelerde tedavi edici sağlık hizmetleri ile genel sağlık hizmetleri birbirleriyle özdeşleşmiş kavramlar olarak görülmektedir.

2.7.2. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Toplum içerisinde bireylerin yaşamış oldukları sakatlık veya hastalık ile bu durumun eski sağlıklı yaşamlarına dönmelerinde bireylere sağlanan hizmetin zaman olarak ekonomik sağladığı etki bakımından ise pozitif olarak sunulan sağlık hizmetlerine rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri denilmektedir. Bireylerin başından geçen bazı kazalar ve bunlara bağlı olarak gelişen sakatlık ile hasar durumları ya da hastalıklar günlük yaşantılarına negatif yönde etki etmektedir. Bu bağlamda bireylerde var olan hasar ve sakatlıklar gibi olumsuzları önleyebilmek ya da minimuma indirgeyebilmek maksadıyla

bireylerin başkalarına bağımlı olmadan bir hayat sürdürmesi ve kendini ruhsal olarak da daha iyi hissedebilmesi adına sunulan sağlık hizmetleri rehabilite edicidir. Rehabilite edici sağlık hizmetlerinin en önemli amacı bireylerin başkalarına gereksinim duymadan hayatlarını toplumla uyum içerisinde sürdürebilmelerini sağlamak olmaktadır (Kurtulmuş, 1998: s.92).

Tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olarak rehabilite edici hizmetler gruplandırılabilir. **Tıbbi rehabilitasyon** kavramı daha çok kalıcı olarak oluşan hasar ve sakatlıkları rehabilite ederek bireyin yaşam kalitesinde iyileşmeyi amaç edinen bir hizmet çeşididir. Görme yetisindeki kusur, işitme kaybı gibi duyu organlarında var olan bozuklukların en aza indirgenmesi veya bedensel engeller için kullanılan protez vb. kullanılarak sağlanan hizmetler tıbbi rehabilitasyon uygulamalarıdır. **Sosyal rehabilitasyon** kavramı ise herhangi bir sakatlığı ya da engel durumu olan bireylerin diğer insanlara veya topluma bağımlı olmayacak biçimde günlük yaşantılarında ki rutinlerini sağlayabilmeleri için yapılan destek ve hizmetin bütünüdür.

2.7.3. Sağlıkın Geliştirilmesi Hizmetleri

Bireylerin sahip oldukları sağlık seviyelerinin daha da iyi bir düzeye getirilmesi için sunulan hizmetleri kapsayan hizmet sağlığın geliştirilmesi kavramıdır. Bu amaç ile sağlığın geliştirilmesi hususunda planlanmış olan sağlık düzeyine ulaşma kapsamında temel sorumluluk bireylerde olacağından sağlıklı yaşam standartı ve bilinç düzeyi bu kavram ile ilişkilidir. Sağlığın toplumsal boyutta geliştirilebilmesine ise hastalık belirtileri, hastalıklar, tedavi süreci içerisindeki bilinç seviyesindeki artış pozitif yönde etki edecektir. Sağlığın geliştirilmesi hizmeti sağlık hizmetlerinin devamlılığını ve dinamizmini sağlamada en önemli kurum olmasının yanında bu görev sadece sağlık hizmetleri adı altında kalmayıp diğer toplumsal kurumlarla da iş birliği içerisinde yürütülmesi gereken bir sorumluluk olmalıdır. Bu sorumluluk adı altında sağlığın geliştirilmesi hizmetini sağlık eğitiminden ayrı tutarak daha geniş ve kapsamlı bir şekilde sunulması gerekmektedir. Sunulan bu sağlık eğitimi belirli toplulukları ve bireyleri hedef alarak onların bilinç seviyelerini artırarak sağlık konusunda daha bilgili olmalarını sağlamaya yöneliktir. Bu eğitim ile Hayran ve Sur (1998) sağlığın geliştirilmesi, insanların fiziksel ve ruhsal sağlık düzeylerinin daha iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin artarak ortalama süresinin uzamasını amaçladıklarını ifade etmişlerdir. Değişen yaşam koşulları nedeniyle bireylerin alışkanları günümüzde birçok hastalığa zemin oluşturmaktadır. Bu sebeple sağlık eğitimi ile beraber sağlığın geliştirilebilmesi için toplum olarak ve uluslararası boyutta da sağlık politikaları önemsenmeli ve yeniliklere planlı bir şekilde uyum sağlanmalıdır. (Mackintosh, 1996: s.15).

2.8. Türkiye’de Sağlık Sistemi

Türkiye’de sağlık hizmetleri sisteminin finansal boyutu ve sunulan hizmetin biçimlenmesi, ülkelerin sosyo-ekonomik ve siyasi yapılanmalarının bir uzantısıdır. Sistemin oluşturulabilmesi için bahsettiğimiz bu iki faktörün yönetim tarafından sağlanması zorunludur. Sistemin hedeflerine ulaşmasına sağlık sistemini oluşturan faktörler yardımcı olmaktadır. Sağlık sisteminin faktörleri içerisinde yaşanan iletişimde kopukluk veya görev paylaşımındaki aksaklıklar otorite tarafından yani devlet yönetimi aracılığıyla hızlı bir şekilde giderilmelidir. Etkin olan bu otorite sağlık sistemi içerisinde toplum olarak herkesi içine alacak biçimde bu hizmetin sunulmasının gerçekleştirilebilmesi için sağlık sisteminin sunumunda gerekli olabilecek kaynak ve malzemelerinin teminini sağlayarak kullanıma hazır hale getirilmesi için gerekli adımları atmalıdır. Sağlık sisteminin etkin ve verimli çalışması toplum için eşit sağlık imkânları ile mali olarak adil finansal yönetim beklentileri karşılayabilir.

Sağlık sistemleri, finansal boyutta üç başlık altında ödeme sistemi kullanılmaktadır. Birincisi; kamu yardımı sistemi, ikincisi; sağlık sigortası sistemi, üçüncüsü ise ulusal sağlık hizmeti sistemidir. Bu sistemlerden kamu yardımı sisteminin hedefi maddi yetersizliği olan bireylerin herhangi bir ödeme işlemi yapmadan sağlık sisteminden faydalanmalarını sağlamaktır. Maddi olarak yüksek gelir düzeyine sahip olan bireylerin ise, sağlık hizmetini satın alma veya sağlık sigortası yaptırma imkânları vardır. Bahsettiğimiz bu sağlık sigortacılığı sisteminin temeli, riskli grupta sigorta yaptırmış olan bireyler aracılığıyla paylaşılması esası üzerine dayanmaktadır. Sağlık sistemine katkı sunmak isteyen bireyler sağlık sigortası için pirim ödemesi yaparak bunu gerçekleştirebilirler. Sağlık harcamalarının tamamının devlet aracılığı ile karşılanması ise ulusal sağlık sisteminin en belirgin temellerinden biridir. Kamu gelirlerinden elde edilen kaynaklar sağlık sistemi için yeterlidir fakat bu sistemde kaynak kamu gelirlerinden elde edildiği için kontrol de tamamen kamudadır (Yıldırım, 1994:14-17).

Türkiye’de Yukarıda bahsettiğimiz Sağlıkta ödeme sistemine göre yapılandırılan gruplandırmaya göre her üç sistemin bir bileşkesi bulunmaktadır. Buradan hareketle Türkiye’deki sistem için bahsedilen bu sistemlerin özelliklerini taşıdığını söyleyemeyiz, Türkiye karma bir sistem yapısına sahiptir. Ülkemizde belirli bir kesim için zorunlu sağlık sigortacılığı uygulanırken, yetersiz mali kaynakları olan ya da devlet memuru olanlar için kamu yardımı modeli uygulanarak karma sistemi örneklendirebiliriz. Toplum içerisinde sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen halk ise serbest piyasadan satın alım yaparak faydalanabilirler. Var olan sağlık sisteminden faydalanmak isteyenlerin yoğun ilgisi nedeniyle uzun kuyrukların oluşmasının

sebebi kaynak yetersizliği değil sadece aynı zamanda var olan kaynakların düzgün bir biçimde kullanılmayışından da kaynaklanmaktadır (Yıldırım, 1994:17).

Türkiye’nin sağlık durumuna baktığımızda son 15-20 yılda sağlık sistemlerinde yapılan sağlık hizmeti ölçekleri ile alınan veriler sonucunda yapılan iyileştirme çalışmalarıyla berber büyük oranda ilerleme sağlamıştır. Sağlık hizmetlerinden faydalanma hususunda hakkaniyete önem verilmesi ve sağlık sigortacılığı kapsamında genişletme çalışmalarının artması, nüfus bazında mali koruma artarak bahsi geçen bu 15-20 yıllık süreç içerisinde gelir düzeyi ile sağlık harcamaları orantılı olarak bir artış göstermiştir (OECD, 2008).

Türkiye’de 2003 yılı itibariyle hayata geçirilmiş olan Sağlıkta Dönüşüm Projesinden önce uygulanan sağlık sistemi, bireylere ücretsiz olarak sınırlı sağlık hizmeti sunan kamu çalışanları ile onların bakmakla yükümlü oldukları bireyleri de içine alan ulusal bir sağlık hizmeti bir dizi sosyal sigorta sisteminin birleşiminden oluşmaktadır. Maddi gelir açısından zayıf olan bireylerin oluşturduğu guruplar için de uygulanan program ise sosyal destektir

Türkiye’de yürütülmekte olan sağlık hizmetleri örgütsel yapısında kamu, yarı kamu, özel teşebbüsler ve hayırseverler olarak yapılanmıştır. Bu örgütsel yapılanmada ki kamu kısmını Sağlık Bakanlığı, Savunma Bakanlığı ve üniversiteler gibi sağlık hizmeti sunan kurumlar oluşturmaktadır. Bu kurumlar arasında SSK ve diğer kamu kurumu içerisindeki hastaneler de 2005 yılına kadar varlığını sürdürmüşlerdir. Fakat 2005 yılından itibaren bu durum değişikliğe uğramış ve başta SSK hastaneleri olmak üzere kamu kurumu içerisindeki hastanelerin de bazı bazıları SB çatısı altında toplanmışlardır. Günümüzde sağlık sistemlerinin yürütülmesinde ve hükümetlerin uyguladığı sağlık politikalarının yapılanmasında ve bu politikaların uygulamaya konulmasında ki başlıca yetki Sağlık Bakanlığına aittir.

2.8.1. Türk Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Selçuklu-Osmanlı tıbbi gelenek ve göreneklerinde devamlılığın beraberinde yapılan sağlık hizmeti organizasyonlarında kültür birliği faktörü de önemli yer tutmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti’nin temellerinin atılmasıyla beraber bu sağlık organizasyonları yapısı gelişim göstermiş ve alt kurumlarıyla birlikte devlet örgütlenmesi ve hükümetin hizmet politikalarında batıyı örnek alan bir yol izlemeyi tercih etmişleridir. Bu süreçte hükümetin sağlık politikaları, dünya çapında yaşanan bazı eğilimlerden bağımsız kalmayarak bazı temel tercihlerinde farklılıklar gerçekleştirmiştir (SB, 2008).

Türkiye Cumhuriyeti’nin kurulmuş olan ilk bakanlığı 1920 yılında kurulan Sağlık Bakanlığıdır. Sağlık Bakanlığı kurulduğu dönemin şartları

gereğince savaş sonraları yeniden yapılanma sürecini ve ülke genelinde sağlık sisteminin oluşturulması gibi konular üzerine odaklanmıştır. 1923-1946 yılları arasında Sağlık bakanlığının odaklanmış olduğu çalışmaları neticesinde Türkiye’de halk sağlığı sisteminin temelleri atılmıştır.

2.8.1.1. 1920-1938 Dönemi Türk Sağlık Sistemi

Bu dönemde, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin hükümet politikalarının planlanması, var olan bazı uygulamaların düzenlenerek geliştirilmesi ve uygulamaya konulmasını hedefleyerek yeni adımlar atılmıştır. Bu bağlamda atılan adımlar ile savaş sonraları yaşanan problemlerin giderilerek en aza indirgenmesi, sağlık personellerine maddi ve manevi destek sağlanması, illerden başlayarak ilçelere ve köylere kadar sağlık hizmetlerinin organizasyonlarının yapılarak ulaştırılması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin daha yaygın bir hale getirilmesi hedeflenmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin daha çok o dönemlerde yaşanan tüberküloz, sıtma ve cüzzam gibi bulaşıcı hastalıkların kontrolüne ve yayılmamasına yönelik olduğunu söyleyebiliriz.

Bu dönemde çıkan yasalar, bazı değişikliklere uğramakla birlikte, bugün de hala yürürlüktedir;

- i) 1920 tarih ve 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu,
- ii) 1927 tarih ve 992 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu,
- iii) 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun
- iv) 1930 tarih 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,
- v) 1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu
- vi) 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radium ve Elektrikle Tedavi ve diğer

Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanunu çeşitli değişikliklere uğramış olmasının yanında günümüz mevzuatı içinde yerlerini hala korumaktadır (SB, 2003).

2.8.1.2 1939-1960 Dönemi Türk Sağlık Sistemi

Bu dönem içerisinde yapılan uygulamalar sosyal içerikli politikaları geliştirmeye yönelik yasal düzenlemeler ve merkezi yapıyı güçlendirici çalışmalar olmuştur. İkinci Dünya Savaşı itibarıyla çağın hastalıkları olan sıtma, suçiçeği, sifilis ve cüzzam ile mücadele etmek için “Olağandışı

Sıtma Savaş Kanunu Yasası” çıkarılarak hastalık odaklı dikey bir örgütsel yapı oluşturulmuştur. Yine bu dönemde İl Özel İdareleri ile yerel kurumlar aracılığıyla verilen hastane sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığına devrolmuştur. Sigortalar Kurumu’nun da temellerini atmış olan İş Güvenliği Yasası çıkarılarak hizmet ile istihdam alanındaki Sağlık Bakanlığı tekeli ortadan kaldırılmıştır. Bu dönemde yaşanan bu gelişmelere ek olarak sağlık ocaklarının sayısında hızlı bir artış yaşanmıştır (SB, 2003).

Bu dönemde çıkarılan yasalardan birçoğunun halen daha yürürlükte olmasının yanında sağlık örgüt sistemimizin de temeli niteliğindedirler. Örneğin;

- i) Optisyenlik ve Optisyenler Yasası (Yıl 1940, Sayı 3958)
- ii) Türk Tabipler Birliği Yasası (Yıl 1953, Sayı 6023)
- iii) Eczacılar ve Eczaneler Yasası (Yıl 1953, Sayı 6197)
- iv) Hemşirelik Yasası (Yıl 1954, Sayı 6283)
- v) Türk Eczacılar Birliği Yasası (Yıl 1956, Sayı 6643) bu yasalardan bir kaçıdır.

2.8.1.3 1961-1980 Dönemi Türk Sağlık Sistemi

1961 yılı Türk sağlık sistemi döneminde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 sayılı) kabul edilmiştir. 1961 yılında kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun uygulanan sağlık sistemi hükümet politikalarında bu yasa ile 1980 yılına kadar biçimlenmiştir. Yine kabul edilen bu kanun ile Türkiye’de ulusal sağlık hizmetleri sisteminin kurulmasının zemini oluşturulmuştur.

Bu dönem itibariyle 1960 yılından sonra hükümetlerin sağlık politikalarında planlı olan beş yıllık kalkınma projelerine geçiş yapılmış ve sağlık sistemlerinde oldukça önemli bir unsur olmuştur. Bu planlamalar neticesinde de ilk beş yıllık kalkınma planı 1963 yılında sunulurken içerisinde de sağlık kavramına yer verilmiştir.

Sağlık sektörüne yönelik olarak 1963 yılında hayata geçirilen ilk beş yıllık kalkınma planının amaçları:

- i) Koruyucu sağlık hizmetlerinin önleyici bir faktör olmasından öncelik verilmesi,
- ii) Sağlık Bakanlığı aracılığıyla halk sağlığı hizmetlerinin sunulması ve yaygınlaştırılması

- iii) Sağlık hizmeti sunan personellerin ülke genelinde eşit şekilde dağıtılması,
- iv) Toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilerek ilerletilmesi,
- v) Ulusal ilaç sanayinin önerilmesi,
- vi) Özel hastanelerin kurulmasının teşvik edilmesi,
- vii) Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) kurularak hayata geçirilmesi,

Yine bu dönemde genel sağlık sigortacılığı fikrinin ileri sürülmesine destek veren Genel Sağlık Sigortacılığı yasa olarak bir taslak hazırlanmış, fakat bu yasa 1971 yılında ancak Türkiye Büyük Millet Meclisine sunulabilmiş ve meclisten geçememiştir. Bu yasa yeniden 1974 yılında Meclis'e sunulmuş; fakat hiçbir zaman görüşülmemiştir (SB, 2003).

2.8.1.4 1981-Günümüze Dönemi Türk Sağlık Sistemi

1982 Anayasası, sağlık hizmetlerinin sunulması ve bu hizmetlerin yönetim biçimlerinde 1961 Anayasası'na göre paralel düzenlemeler içermektedir. Anayasanın 60. maddesinde herkesin Sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiğini içerir. GSS'nin kurulabilir olma ifadesi ise 1982 Anayasanın 56. maddesinde yer almıştır.

Bu dönem, 1961 anayasası ile başlamış olan sosyalleştirme politikalarının daha güncel hale getirilmesi çabalarıyla ilerlemiştir. Sağlık hizmetlerinde artan finansal yönetim kavramının öneminin anlaşılmasıyla beraber GSS 1987 yılında yeniden gündeme getirilmiş ama hedeflenen düzenlemeler uygulanmaya konulamamıştır. Yine 1987 yılında sağlık hizmetleri temel kanunu çıkarılmıştır.

GSS uygulamasının yeniden başlatılması 1992 yılında düzenlenen Birinci Ulusal Sağlık Kongresi'nde, yeniden gündeme getirilmiş fakat uygulama hakkında yeni bir gelişme yaşanmamıştır. Yine 1992 yılında ülke genelinde sigortası olmayan nüfusun sağlık harcamalarının giderilmesi adına yeşil kart uygulamasına geçilmesiyle çok önemli bir adım atılmıştır.

2003 yılında, sağlık sistemlerinin yapısal durumu daha önceki dönemlerde var olan gelişmeleri aynı şekilde yansıtmaktadır. Yansıtılan bu sağlık sisteminin özellikleri; bireylere sınırsız bir biçimde ücretsiz olarak sağlık hizmetinin sunulması, yoksul ve maddi zayıflığı bulunan bireylere yönelik sosyal destek sunulması, nüfus sisteminde kayıtlı olan toplumun farklı kesimlerden bireylere yönelik sunulan sosyal sigorta sisteminden oluşmaktadır (SB, 2003).

3. SONUÇ

Toplum içerisinde bireylerin sağlıklarına göstermiş oldukları ilgi ve değer, bütüncül olarak ülkenin sağlık politikası ile sağlık stratejileri birbirleriyle etkileşim halinde olmaları sağlık hizmetleri açısından önemli bir faktör olarak değerlendirilebilir. Toplum ve birey sağlığını etkileyen bir diğer önemli etken hükümetin sosyo-ekonomik bağlamda gelir ve kalkınmışlık seviyesidir. Toplum ve birey sağlığını etkileyen unsurlara kıyasla ülkelere baktığımızda ülkelerin kendi toplumlarına has özellikleri ya da potansiyelleri doğrultusunda kendi şartları ve imkânları ile yürütmekte oldukları sağlık politikalarında ve yöntemlerinde de farklılıkların varlığına sebebiyet verebilir yine bu farklılıklar sağlık sorunlarını ve sorunlara yönelik çözüm yöntemlerinde de değişiklikleri meydana getirebilir.

KAYNAKLAR

- Aktan, C. C., & Işık, A. K. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler. Erişim: <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf> adresinden edinilmiştir.
- Blum, H. L. (1974). Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory, *Human Sciences Press*, January 1.
- Güllülü, U., Erciş, A., Ünal, S., & Yapraklı, Ş. (2008): *Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti*, Editör: Sevtap Ünal, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Harcar, T. (1991): Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, *Pazarlama Dünyası Dergisi*, Yıl:5, Sayı:25, Ocak-Şubat, s. 38-40.
- Hayran, O., & Sur, H. (1998): *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, İstanbul: Yüce Yayın A.S.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara:Siyasal Kitabevi.
- Kızılçelik, S. (1996). *Türkiye'nin Sağlık Sistemi Bir Medikal Sosyoloji Denemesi*, Saray Kitabevleri. İzmir.
- Kindig, D., & Stoddart, G. (2003). What Is Population Health? *Am. J. Public Health*. Mar; 93(3): 380–383.
- Kurtulmuş, S. (1998): Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Mackintosh, N. (1996): Promoting Health: An Issue for Nursing, Snow Hill: Quay Books.
- Mutlu, N. (2006). Üniversite öğrencilerinin sağlık davranışlarıyla ilgili sorumluluk algıları. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- OECD, (2008), *Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye*, OECD ve Dünya Bankası Yayını.
- Önal, A. E., Erbil, S., Gürtekin, B., Ayvaz, Ö., Özel, S., & Cevizci, S. (2008). *İki ilköğretim okulunda öğrencilerin kendi sağlıklarını algulama düzeyi ve bildikleri sağlık sorunları*. *Nobel Medicus*, 5 (2), 24-28.
- Özgirin, K., & Tas, Y. (1996): “Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimi Projesi Kapsamında Personel Memnuniyeti Ölçme Çalışması”, *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu*, Ankara, 2 Kasım, s.33-3.
- Sağlık Bakanlığı, (2003), *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2007), *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007*, Bölük Ofset Matbaacılık, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2008), *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*, Ankara.

- Saltık, A. (2004). Postmodernite ve sağlık eğitimi. I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu, bildiri, Ankara.
- Sargutan, A. E. (1993) *Türk Sağlık Sektörünün Yapısı*, Sağlık-İş Yayınları, Ankara.
- Sargutan, A. E. (2004) *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*, Başaran Teknik, Ankara.
- Soysal, M., Kenanoğlu, G.T., Emre, A., & Hamesoglu, S. (1993): *Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı*, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları: 486.
- Sur, H., & Çekin, M. (2009) *Sağlık Hizmetleri ve Etik*. T.C. Başbakanlık Kamu Görevlileri Etik Kurumu Yayını, Ankara.
- Toker, F. (1999): Sağlık Hizmetleri Yönetimini Diğer Yönetimlerden Ayıran Temel Özellikler, *Modern Hastane Yönetimi*, Cilt: 3, Sayı: 6, Ağustos-Eylül, s. 10-15.
- Tokgöz, E. (2002). *Kadın öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Top, M. (1999). *Sağlık İhtiyacı, Talebi ve Kullanım Kavramlarına Genel ve Karşılaştırmalı Bir Bakış*. Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.
- Yerebakan, M. (2000). *Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 2000-26, İstanbul.
- Yıldırım, S., (1994), *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi (Uzmanlık Tezi)*, Devlet Planlama Teşkilatı Y.no.2350, Ankara.