

GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK POLİTİKALARI

AK, Sebla^{1,2}

(1) Universidad Empresarial de Costa Rica (UNEM) Üniversitesi, Politik Bilimler Fakültesi, Politik Bilimler (PHD) Bölümü, Costa Rica.

(2) Okan Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı, İstanbul, Türkiye.

Sorumlu yazar: AK, Sebla, sebla.ak@gmail.com

Makale Gönderim: 27 Nisan 2022, Makale Kabul: 1 Haziran 2022, Makale Yayım: 2 Haziran 2022

ÖZ

Amaç: Türkiye'de sağlık ve sosyal güvenlikle ilgili ilk yasal düzenlemeler, Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte devletçilik ve halkçılık ilkesine uygun olarak ilerlemiştir. Türkiye'de çıkış arayışına yönelik karlı, siyasi ve ideolojik tercihler, toplumsal programların değişmesine neden olmuştur. Ülkede en son uygulanan sağlık programları, halk sağlığı hizmetlerinin sağlık hizmetlerine verilen desteğin kesilerek çökmesi, halk sağlığı kurumlarının bu desteği vatandaşlardan ödemelerle karşılaması ve dolayısıyla kamu sağlık kuruluşlarının alın terine dönüşmesi, özel bir kurum halk sağlığı finansmanının başka alanlara aktarılması ve verilen imkanlarla yaratılması olarak özetlenebilir

Yöntem: Araştırmada makale, gazete ve arşiv belgeleri taranmıştır. Çalışmada açıklayıcı ve öğretici anlatım şekilleri kullanılarak devletlerin sağlık politikaları karşısındaki yaklaşımlarının seyri üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir

Bulgular: Araştırma konusu çerçevesini, sağlık reform süreçleri ve 2000 yılından günümüze kadar geçen sağlık hizmetlerin de izlenen politika, yapılan düzenlemeler ve yeniliklere yer verilmiştir.

Sonuç: Bugün son nano teknoloji, bilim ve sağlık dünyasında ki gelişmelere rağmen bir pandeminin insanlığı nasıl tesiri altına aldığı, ülkelerin bu süreçten nasıl etkilendiği, toplumun aşılma süreci göz önünde kaybolmadan acilen Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan (SDP) vazgeçilmedir. Kamu- Özel ortaklığı altında milyonlarca dolar maliyetindeki

işletmelerin hızlı bir şekilde kamu hastanelerine dönüştürülmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanın, genel bütçeden sağlanarak ve diğer bir süreç zaman kaybetmeden bölge tabanlı aile hekimliği sistemine geçilmesi başlangıç olabilir.

Anahtar Kelimeler: Türkiye'nin Sağlık Politikaları, Sağlık Reformu, Sağlıkta Dönüşüm Süreçleri

Health Policies of Turkey From Past To Present

Abstract

Aim: When we look at the history of our country's health system, it covers the period of health programs of the Republic of Turkey that extends to the present day. This study has been divided into five ages in terms of the characteristics of the Turkish Health System and Programs. The content of health, the reasons for the reform in health, the programs followed, the regulations and inventions about the delivery, backing and association of health services in the last 20 times in which a serious metamorphosis has been endured in health are mentioned.

Method: In the research, articles, newspapers and archive documents were scanned. In the study, the effect of states' approaches to health policies on the course of health policies was evaluated by using explanatory and instructive expressions.

Results: The framework of the research subject, the health reform processes and the policy arrangements and innovations followed in the health services since 2000 are included.

Conclusion: Conclusion: Despite the

developments in the world of latest nanotechnology, science and health today, it is urgent to abandon the SDP when considering how a pandemic affects humanity, how countries are affected by this process, and the vaccination process of the society. Under the Public-Private partnership, the rapid transformation of enterprises costing millions of dollars into public hospitals, the transition to a regional-based family medicine system by providing financing for health services from the general budget and without losing time in another process may be the beginning.

Keywords: Turkey's Health Policies, Health Reform, Health Transformation Processes.

1.Giriş

İnsanoğlunun, biyopsikososyal bir varlık olması nedeniyle sağlığın totaliter anlamda "bedensel, içsel ve sosyal iyiliği" ifade etmesi, sağlıkla ilgili üretilen ve yürütülen programlar açısından önemlidir. Bu anlamda insanoğlu makrokozmos-taki aktüelliğinden bu yana ülkeler, bütünlüklerini sağlıklı bir şekilde yaşamalarını sağlamak için farklı sağlık programları geliştirmiştir. Tarihten günümüze sağlık ve tedavi koşullarındaki gelişmeler sadece tıbbi ve farmakolojik bir anlayışla devam etmemiştir. Genel olarak sağlık hizmetlerinin büyü, tütsü, ritüel ayin gibi tarzlarda devam ettiği mistik dönemle birlikte özellikle bitkilerin desteğiyle kalıcı, etiyolojik tedavi dönemi ile polifarmasi dönemi başlamıştır. Hastalığın meydana gelmesi nedeni-nin tespit edilmesi ve hastalığın semptomlarının değil aynı zamanda sağlık bakım süresi bireylerin sağlıklı iken muhafaza etmek, hastalanmaları durumun da erken ve uygun bir şekilde tedavi etmek icap ederse rehabilite etmek şeklinde açıklanabilecek ultramodern sağlık anlayışı dönemi ile devam ettiği söylenebilir [1].

Sağlık bakım tarzlarının 21. yüzyılın zorluklarına göğüs gerebilecek hale gelebilmesi ve bu amaca uygun olarak donatılabilmesi için sağlık

sistemlerinde köklü değişiklikler yapılması gerekmektedir. [2]. Sağlıkta reform süreçleri sağlık sistemini baskı altına almak olarak görülse de zaman zaman sağlık hizmetlerine ulaşamayan kişilerin bu hizmeti kabul etmelerine yardımcı olmaktadır. Sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması konusu bazen karmaşıktır. Sağlık birimlerinin nasıl ve ne amaçla örgütleneceği, hangi önceliklerin verileceği, kime verileceği ve hizmetin devlet mi yoksa özel sektör tarafından mı yapılacağı reformun en önemli konuları arasında yer alıyor. [3].

Bu çalışma da; sağlık reform süreçleri ve 2000 yılından günümüze kadar geçen sağlık hizmetlerinin de izlenen politika yapılan düzenlemeler ve yeniliklere yer verilmiştir.

2.1920 -1937 Dönemi

19 Mayıs 1919'da Gazi Mustafa Kemal Atatürk'ün Samsun'a çıkışı ile başlayan Kurtuluş Savaşımızın son noktası, Ankara'da meclisin açıldığı 23 Nisan 1920'dir [4]. Nisan 1920'de üç sayılı Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Suret-i İntihabına Dair Kanun'u çıkararak, bu kanunun 1. maddesi gereğince Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaletinin'de (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) yasalaştırılmış Bakanlar kurulu kurulmuştur. İcra vekilleri Heyet-i Reisliğe (Başbakan) Mustafa Kemal Atatürk'ü getirdi. Ankara hükümetinin ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Bakan dahil on beş kişiden oluşan merkez yapısı, ülke genelinde toplam 1.323 çalışan ile göreve başlamıştır [5]. Bakanlığın asli görevi koruyucu sağlık hizmetini düzenli olarak yürütmek olup bu hizmetlerin yerine getirilmesinde hükümet tabipliği ve sağlık müdürlüğü ana merci olarak belirlenmiştir.

Kariyerine İlk sağlık bakanı olarak başlayan Dr. Adnan Adıvar'dan önceki dönemde herhangi bir bilgi, belge ve yazılı kayıt olmadığı gibi geçerli bir yasal düzenleme de yoktu. Her şeyin sıfırdan düzenlenmesi ve yapılması gerekiyordu. Bu nedenle ülke genelinde çalışan hekimlerin isimleri ilk iş olarak tespit edilmeye başlanmıştır. Bu iş

devam ederken, diğer bir yandan da çeşitli birimler kurularak çalışan arayışına başlanmıştır. Kurtuluş Savaşımızın devam etmesi Ankara Meclisi'ni de etkiliyordu. Adnan Adıvar'ın ardından 1920 yılında Sağlık Bakanı olarak atanan Dr. Refik Saydam ve Dr. Rıza Nur bu dönemde görev aldı. Savaş cephesinde yaralanan gazilerimizin tedavi ve bakım süreçlerini Bakanlık üstlendi. 1 Mart 1922'de 3. Toplanma yılı konuşmasını açan Mustafa Kemal Atatürk, yaptığı konuşmada, 1920'de 260 olan hekim sayısının 312'ye çıkarıldığını söyledikten sonra sağlık ve sosyal yardım hususunda takip edilen hedefi; milletimizin sıhhatinin korunması ve güçlendirilmesi, ölümlerin azaltılması, nüfusun artırılması, toplumsal ve bulaşıcı hastalıkların tesirsiz hale getirilmesi ve bu suretle millet fertlerinin dinç ve çalışmaya kabiliyeti sağlam bir bedene sahip olarak yetiştirilmesi şeklinde konuşmasını tamamlamıştır. 1923 yılında savaştan başarı ile çıkmış ama ülkenin her yerinde sıtma, frengi, trahom, verem ve cüzzam ile halkın sağlık durumları alt üst olmuştur. 1923 yılı verilerine göre toplamda 86 hastane ve 6.437 sanatoryum yatağı bulunmaktadır.

Devlet, Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasıyla birlikte sağlık hizmetlerini geliştirmeyi ve yaygınlaştırmayı ve hekim sayısını 1.631 kişiye çıkarmayı başarmıştır. Sağlık Bakanlığı listesinde 560 Hekim, 554 Sağlık Memuru, 136 Ebe, 69 Hemşire ve 4 Eczacı yer alıyordu. Bundan yola çıkarak Dr. Refik Saydam önderliğinde ülkenin sağlık alanındaki tüm ihtiyaçları hemen tespit edilerek, devletin sağlık birimlerinin tüm ülkeye yayılması için büyük ve değerli çabalar gösterilmiştir. Hekim dışı sağlık personeli yetiştirmek için okullar ve kurslar açılmıştır. Sağlık personelinin atama ve terfi süreçlerine ilişkin karar Sağlık Bakanlığı'na geçerek, personel yönetimindeki sürecin tek elden ve merkezi olarak yürütülmesi sağlandı. Bunun amacı sağlık çalışanlarının eğitim, atama ve atama süreçlerinin sistemli ve disiplinli olmasını sağlamaktır. 1924

yılında Heybeliada'da Verem Sanatoryumu, Ankara, Bursa ve İstanbul'da Verem Dispanserleri açılmıştır. Bu dönem teşkilat modeli "Dikey" örgütlenme olmuştur. Özetle bir sağlık sorununu çözmek için özel bir yöntemin ve örgütlenmenin kullanılması baz alınmıştır. 21 Şubat 1925'de Kızılay Hemşire Okulu "kurulmuştur. Aynı tarihte ilk kez düzenlenen 1. Milli Türk Tıp Kongresinde yeni kurulan Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlık sorunlarının neler olduğunun tespit edilmesi ve ortadaki sorunlara yönelik devlet politikasının belirlenmesi konusu ortaya konulmuştur.

Bu kongrede devletin bakış açısı, "Topluma Yönelik Koruyucu Tıp" olmuştur. Bu dönemde nüfus planlaması dikkate alınmadan her ilçeye bir hükümet tabibi atanmış ve kırsal bölgelerdeki sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yol alınmıştır. Cumhuriyet yönetimi bu günkü "Yatay Örgütlenme" modelinin de temellerini atmıştır. Yine bu dönemde Sağlık Bakanlığı çok sayıda önemli kanun çıkartmıştır. Bunlar sırasıyla,

- 1928 tarihinde 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarzı İcrasına dair kanun çıkartılarak, sağlık personellerinin görev, yetki ve sorumlulukları net ve keskin bir şekilde ortaya koyularak hizmet disiplin altına alınmıştır. (Günümüzde yürürlüktedir)
 - 1930 tarihinde sağlık hizmetlerinin anayasası olarak da bilinen 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha kanunu çıkartılarak sağlık hizmetlerinin uygulanması esasları belirtilmiştir. (Günümüzde yürürlüktedir)
 - 1936 tarihinde, 3017 sayılı Sağlık ve sosyal yardım bakanlığı teşkilatı ve memurin kanunu çıkartılmıştır. (Yürürlükten kaldırılmıştır)
- Sağlık Bakanlığı bu kanunları göz önünde bulundurarak merkezi ve taşra kurumlarındaki eksikliğini tamamlamış, yeni sürecinde yetki ve sorumluluklarını kolaylıkla ortaya koymuştur.

3. 1938-1960 Dönemi

Cumhuriyet döneminin en uzun süreli Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam, bakanlığı döneminde önemli projeler gerçekleştirmiştir. Dr.

Refik Saydam'dan sonra 1946 - 1950 yılları arasında iki kez Sağlık Bakanı olarak görevini üstlenen Dr. Behçet Uz adından sıkça söz ettirecek projesini hayatta geçirmek üzere 1946 yılında toplanan 9.Milli Tıp Kongresinde açıklanan ve açıklandığı gibide hemen yürürlüğe sokulan Birinci On Yıllık Sağlık Planı'dır. Planın, adından da anlaşılacağı gibi, ülke genelinde on yıllık bir süreci kapsamaması gerekiyordu. Öncelikli olarak koruyucu ve onarıcı hizmetleri bağımsız olarak ele alan ve yatarak tedavi hizmetlerini teritoryall idarelere bırakan anlayış terk edilmiş, sağlık hizmetlerinin tüm süreçlerinden devlet sorumlu hale getirilmiştir [6].İkinci dünya savaşının başladığı ve başlamasıyla birlikte etkilerinin de görüldüğü bu dönemde Türkiye Cumhuriyeti bu savaşa katılmasa da gerçekten sağlık problemleriyle yüz yüze gelmiş olup, sıtma, tifüz, çiçek gibi büyük salgınlara neden olmuştur.Savaşın diğer bir olumsuz etkisi de ekonomik ve siyasi buhran ülkede sağlık politikalarında istikrarın bozulmasına neden olmuştur.

1943 yılında, 4459 sayılı Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Görevlilerinin Birliği hakkında kanun çıkarılmıştır. (Yürürlükten kaldırılmıştır.) 1945 yılında "İşçi Sigortaları Kurumu" kurulmuştur. (Kurulan bu kurum, 1952 yılında hastaneleri ve kendisine bağlı sağlık birimlerini kurmuş ve sadece işçilere yönelik sağlık hizmeti vermeye başlamıştır). . Sıtmayla mücadele için 1946 yılında Sıtma Savaşı Kanunu Yürürlükten kaldırılmıştır [7]Bu süreç Dr. Refik Saydam'ın ülkede sağlık hizmeti ve sağlık yardımı istihdamı konusunda başlattığı anlayışın bakanlık tarafından aşıldığını gösteriyor. [8].

1945 yılında 8 olan sağlık ocağı sayısı 1950 yılında 22'ye, 1955 yılında 181'e ve 1960 yılında 283'e çıkarılmıştır. [6]. 1945 yılında Sağlık Bakanı olarak göreve atanan Dr. Kemal Bayazıt, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin dört komisyonunun da görüşülen Dr.Behçet Uz Planı kabul edilmesine

rağmen, hükümet değişikliği nedeniyle yasalaşamayıp geri çekilmiştir. [8].

1950'li yıllara gelindiğinde Sağlık Bakanlığı artık sağlık konusunda tedavi hizmeti vermeye başlamış, 1954 yılında 6134 sayılı yasa ile il özel idarelerine, belediyelere ve vakıflara bağlı hastanelerin hepsini kamusallaştırarak sağlık bakanlığına bağlayarak, kamuya ait hastanelerin (.Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Milli Savunma Bakanlığı (MSB), Üniversitelerin hastaneleri hariç) yönetimi tek elde toplamıştır [8].Bu uygulamanın neticesinde birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetleri ikinci plana atılmış olup tedavi edici sağlık hizmetlerine önem vermeye başlanmıştır.

1950 yılında tedavi hizmeti veren kurum sayısı 301, hasta yatağı sayısı toplamda 18.837'den 1960 yılının başında kurum sayısı 566'ya hasta yatak sayısı da 45.807'ye çıkartılmıştır [8].Bu dönemde çıkartılan yasa ve tüzükler,

- 1952 Yılında "Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü" kurulmuştur. Buna bağlı olarak birçok yerde merkezler, şubeler ve istasyonlar kurulmuştur. (Yürürlükten kaldırılmıştır)
- 1940 Tarih ve 3958 sayılı "Optisyenlik ve Optisyenler Yasası" (Yürürlükten kaldırılmıştır)
- 1953 Tarih ve 6023 sayılı "Türk Tabipler Birliği Kanunu". (Günümüzde yürürlükte)
- 1953 Tarih ve 6197 sayılı "Eczacılar ve Eczacılar Yasası. "(Yürürlükten kaldırılmıştır)
- 1954 Tarih 6283 sayılı "Hemşirelik Yasası". (Günümüzde yürürlükte)
- 1956 Tarih ve 6643 sayılı "Türk Eczacılar Birliği Yasası" (Günümüzde yürürlükte)
- 1960 Tarih ve 10436 sayılı "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi "(Günümüzde yürürlükte)

4. 1961 - 1980 Dönemi

1960'lı yıllarda sağlık politikasında öne çıkan Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek tarafından hazırlanan 1961 yılında kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 sayılı Kanun (yürürlükte)

uygulanmaya başlanmıştır. Kanunda anlatılmak istenen durum, kamu sektörüne ait kurumların gelirlerinden bağımsız olarak ilaç ve sağlık hizmetleri için ödenen primlerin paylaşılması suretiyle her türlü sağlığın ücretli ve ücretsiz olarak sunulması gerektiğidir. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde bir hak olarak sayılan vatandaşların, sosyal adalet çerçevesinde sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamaktır. Bu yasa ile sağlık hizmetlerinin özünde sosyalleşmesi güvence altına alınmaya çalışılırken, özel sektör serbest bırakılmıştır.

- 1962 Yılında kabul edilen "Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı" ile 224 sayılı yasanın ilkeleri esas kabul edilmiştir ve 1963 yılında Muş ilinde uygulanmaya başlanmıştır[8].

- 1978 Yılında 2162 sayılı "Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışma Esasları Kanunu" çıkartılmıştır. Bu yasa ile ülkeyi 16 bölgeye ayrılmış ve sağlık personeline ihtiyaç duyulan bölgelerde görev almasını özendirici koşullar getirilmiştir. Bu yasa 1980 yılında yürürlükten kaldırılmıştır.

Yine bu dönemin tartışmaları konularından biri de "Genel Sağlık Sigortası (GSS)" olmuştur. Tartışmaların temelli bu dönemde atılmaya başlanmış olsa da ilk taslak 1967 yılında hazırlanmıştır ve Bakanlar Kuruluna sunulmuş Bakanlar Kurulu tasarımı kabul etmemiştir. Tasarı birkaç kez daha sunulmuş fakat yine onay verilmemiştir.

5.1980 -2000 Dönemi

Tüm Dünya'da 1980'lerden sonra başlayan "Neo Liberal "akımı Türkiye'yi de etkilemiştir. Bu politikanın temel amacı özel sektörü geliştirme çabasıdır. 1882 Anayasasının 56. Maddesinde şöyle der; "Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi attırarak, iş birliğini geliştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler" bu madde doğrultusunda devletin yapacağı şey bellidir, kamu ve özel sektörü, sağlık ve sosyal kurumlarla iş birliği çerçevesinde denetleyerek

görevini yerine getireceğini açıklar.1961 Yılında kabul edilen sosyalleştirme kanununun 15 yıl içinde bütün ülkeye yayılması planlanmış ama sürenin bitiminde toplamda 47 il sosyalleşebilmiştir. Durum böyle olunca kanunun bu hükmüne 5 yıl daha erteleme kararı alınmıştır. Sosyalleştirmenin 1981 yılı sonuna kadar tamamlanması gerekiyordu ama bu süreçte gerçekleşmemiştir. Uzatmanın verildiği 1981 yılı bitiminde kanunun uzatılması gerekiyordu.

1987 yılında sağlık bakanlığı duruma el koyarak "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" yasasını yürürlükten kaldırarak beraber onun yerine geçecek olan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanununu" kabul edilmiştir. Bu kanuna göre Sağlık Teşkilatı artık kendi kendini finanse eden kuruluş olacaktır.1980 yılları sonu 1990'ların başında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından "Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü" yaptırılacak böylece 1990 yıllar sağlık reformu çalışmaları için zemin hazırlanmıştır.

6.2000'Lİ Yıllar ve Sonrası

Türkiye 2000 ve 2001 yıllarında önemli bir ekonomik kriz ile karşı karşıya kalmıştır. Ekonomik krizin sağlık sektörüne etkisi kayıtlı sigortaların sayısında düşüş ve yeşil kart sayısındaki artıştır. Sağlık reform konularındaki en son gelişmeler 2002 yılının genel seçimlerinden sonra başlamıştır. Yeni kurulan hükümetin 2001 yılında başlatmış olduğu "Acil Eylem Planı" ile belirlenen kriterlerin başında Sosyal güvenlik sisteminin kurulması gelmektedir. Nüfus planlamasına bağlı bu sistem doğrultusunda tüm vatandaşlarına temel sağlık hizmetlerini sunmakla yükümlü olduklarını göstermektedir.

Acil eylem planı sonucunda "Sağlıkta Dönüşüm Programı" hayata geçirilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm programının amacı; sağlık hizmetlerinin etkin, etkili ve kayıtsız bir şekilde birleştirilmesi, sunulması ve sağlanmasıdır [13]."Aile Hekimliği Uygulamaları Hakkında Kanun" çıkarılarak pilot operasyonları tamamlandıktan sonra, 2004

yılında 5258, “Sağlık Merkezi” hizmet uygulaması, 2011 yılında tüm ülke genelinde “Aile Hekimliği” operasyonuna geçmiştir [6]. Bu hizmeti belirli bir yerde, yaş, cinsiyet ve şikâyet ayrımı yapmaksızın herkese sürekli ve tam kapsamlı bir şekilde sunmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın bu kanunda belirlediği avantajlardan biri de kişilerin kendi aile hekimlerini seçip değiştirebilmeleridir.

2006 yılında çıkartılan, 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile Sosyal Güvenlik Kurumları tek çatı altında toplanmıştır. [6]. 2010 Yılında çıkartılan, 5947 Sayılı, “Üniversite Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile kamuda çalışan hekimlerin serbest meslek icrası kaldırılmış yerine hekim ve diğer sağlık personeli için alacağı maaşın yanı sıra performansa dayalı ek ödeme sistemi getirilmiştir. 2011 Yılında Kanun Hükmünde Kararname ile 663 sayılı Sağlık Bakanlığının teşkilat ve görevleri yeniden tanımlanmış ve Kamu Hastaneler Birliklerinin idari ve mali yönden özerk hale getirilmiştir.

7. Tartışma

Sağlık programlarının genel amacı; kişilerin sağlık hizmetlerinden kolay, kaliteli ve gerçekçi bir şekilde faydalanmasını sağlamaktır [9]. Gerçek adı Gatekeeper olan ülkemizde kapı tutma operasyonu olarak bilinen bu operasyon, sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinliği arttırmayı ve maliyeti kontrol altına almayı amaçlamaktadır. Eskiden sağlık ocağı olarak bilinen bu süreçte, Aile Hekimleri sistemi artık ikinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi kontrol eden kapı tutucular ve maliyetleri en çok artıran muayeneler olarak biliniyor [10]. Doğrudan ücretsiz erişim modeline karşı olan sağlık sistemlerinde, kişiler özellikle uzman doktor muayenelerini erişemezler[11]. Durum şu ki, vakalar aile hekimleri yoluyla daha değerli sağlık hizmetlerinden kar etmenin yolunu açıyor. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık hizmetlerinin birincil konumunu vurgulamakta ve

kapı tutma sistemini güçlendirmek istemektedir. [12]. Ülkemizde kapı tutma modeli çok kez uygulamaya çalışılmış fakat verimli bir sonuca ulaşamamıştır. İlk kez 1961 tarihinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun sayesinde görüşülecek konu olarak yer almış lakin uygulanmamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulama konulmuş ve önemi hedeflerinden biri “Etkili, kademeli sevk zinciri” olarak da adlandırılmıştır. Sağlık Bakanlığı, bu doğrultuda birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini ve Aile Hekimliği Uygulamasının ülkenin tamamına yayılmasını hedeflemiştir [11]. Lakin bu süreçte yer alan aile hekimliği uygulaması da sevk zincirinin kurulması ve birinci basamağın kapı tutuculuk uygulamasının etkili olmasını sağlayamamıştır.

Birincil amaç, maliyetleri azaltmak ve ikinci basamak bakım sürecine girmedeki etkinliği arttırmak olsa da hasta memnuniyeti ve özerkliği, sağlık hizmetlerinde kaliteyi ve hizmetlere erişimde eşitliği de etkiler. Bu konudaki bazı akademik çalışmalar, etkinlik ve maliyet kontrolünün sonuçlarının olumlu olduğunu kanıtlaya da kapıcılık vakaları, hastaların ulaşmaları gerektiğinde soru soramazlar, ancak geç görüşlerin artmasından isterik olurlar ve bu nedenle, bu sürecin insanların sağlık durumunu olumsuz etkilediğini varsayarlar [14]. Diğer bir sonuç ise vakaların hekim seçme konusundaki kısıtlamalarının vakalarda memnuniyetsizliğe yol açmasıdır. Kapı tutuculuk modeli ülkemizde uygulamaya konmasına rağmen başarılı olamadığı için çok geçmeden ortadan kaldırıldı.

8. Sonuç

Sağlık bir insan hakkıdır, yaş, dil, ırk, cinsiyet, ekonomik durumları gözetmeksizin ihtiyaç duydukları yerde kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşabilme hakkı vardır. 1948 yılında, yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde de belirtildiği üzere, Tıbbi bakım alma hakkı tanımlanmıştır. 1950'li yıllara kadar devletin halk sağlığı programlarına öncelik verdiği görüşü

benimsenmiş, var olana değil herkesin sağlığa erişimi olduğu anlayışı benimsenmiştir. Bir yanda askeri değişimler ve ülkeler tarafından değerlendirilen siyasi değişimler diğer yanda değerlendirilen programlar sonucunda, ülkemiz sağlık sisteminde birbirinden göreceli farklı sistemler, sağlığı iyileştirmek için öne sürülememiştir [15].

Ülkemizde sağlıkta reform kademeli olarak şekillenmeye başlarken, diğer yandan farklı sigorta türlerinin biçimlenmesine, sağlık yardımının birçok kırsal ve kentsel alanda eşitsiz dağılımına ve sağlık sisteminde benzer sorunlara neden olmuştur. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında, anne ve bebek sağlığının korunması alanında daha detaylı planlamalar yapılmıştır. Devletin sağlığa bakış açısı, görev düzenleyici ve denetleyici olmayan anlayışı ile 1980'lerden sonra neo-liberal programlar doğrultusunda dönüştüğünü bize kanıtlamıştır. Devletin bu bakış açısıyla ortaya koyduğu en kapsamlı tasarım, sağlıkta dönüşüm programı olmuştur.

2003 Yılında başlatılmış olan "Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)" Sağlık Bakanlığının sağlık hizmetlerinde köklü bir değişimi gidildiği görülmektedir. SDP ile sekiz ana başlıkta ilerleyerek sağlık alanında gelişmeler kaydedilmeye başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından bir denetimin olması tüm toplumun genelinin içine alan Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulanmaya başlanması tüm vatandaşların en iyi şekilde sağlık hizmetinin uygulanması iyi hizmet verilebilmesi için donanımlı kişilerin yetiştirilmesi ve çalıştırılması, eğitim modüllerinin geliştirilmesi, kalite ve akreditasyon önem verilmesi, kurumsal yapılanma, sağlık bilgi sistemlerin geliştirilmesi şeklinde yürütülmesi belirlenmiştir. Bu maddeler doğrultusunda Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasının başlamasıyla, SSK, Bağkur ve Emekli Sandığının birleştirilip hastaneler tek çatı altında toplanmıştır. Sağlık Ocakları sistemi yerini Aile Hekimliğine bırakmasından sonra Aile Hekimliği

uygulanmasında pek bir değişikliği olmadığından bu uygulamanın üstüne gidilerek sistem geliştirilmeye başlanmasıyla özel hastane ve eczanelerden tüm vatandaşların yararlanmaya başlamıştır. Kalite ve yetkilendirmeye değer verilmeye başlandıkça hasta hakları, hekim seçme, hastane seçme, etkinlik ve rekabet gibi genellemeler su yüzüne çıktı. Sağlıkta dönüşüm programı ile yeşil kart sahipleri yeni haklara kavuşuyor oldu. Yatarak tedavi ve ilaç ücretleri devlet tarafından karşılanmaya başlandı.

Bir diğer konu ise ilaç sorunuuydu. İlaçta KDV oranları düşürülerek ilaç fiyatlandırma sistemi yeniden düzenlendi. Bu sistem sayesinde ilaç fiyatlarında önemli bir indirim oranı uygulandı. Herkes için ilaçlara erişilebilir erişim sağladı. 112 Acil Sağlık Hizmeti uygulaması sadece gelişmiş şehirlerde değil köylerde de hizmet sunmaya başlamıştır. Ayrıca İstasyon sayısı artırılarak ambulanslar yenilenmiştir. Yeni bir filo eklemesi yaparak hava ve deniz taşıma araçlarını sisteme eklendi. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olarak sağlığın bozulmasını ve erken ölümleri önlemek için programlar uygulanmaya başladı. Bu kapsamda Kalp- Damar, Kanser, Diyabet ve Kronik Solunum Yolları, Felç, Böbrek yetmezliği ile ilgili planlar hazırlandı ve uygulanmaya geçildi. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu verilerine bakıldığında, son dokuz yıl içerisinde 554'ü müstakil hastane ile yeni hastane binası ile toplamda 2.021 yeni sağlık hizmeti hayata geçirildi. Yine aynı dönem içerisinde hizmet alımı neticesinde çalışan personel sayısı 226 bin kişi artırılarak 482 bin kişiye çıkartıldı. Sizlere şu zamana kadar sağlık sistemlerindeki değişimlerden, uygulanan süreçlerden, yerine gelen SDP'nin süreçlerinden bahsettik. Peki Türkiye'de şu anki durum nedir?, Sağlıkta ne gibi etkiler yaşanıyor, gelecekte neler bekliyor kısmını masaya yatırmadık.

1. Türkiye'nin sağlık alanındaki can damarı olan SDP ile "Sağlık Ocakları Kapatıldı" Yeni bir sağlık modeli olarak liste tabanlı "Aile Hekimliği

Uygulaması" hayata geçirildi. Bu sisteme göre aynı evde yaşayan bireyler istedikleri hekimi seçebilecekleri gibi farklı hekimleri de seçebileceklerdir. Başka bir deyişle, aynı evde yaşayan aile aynı aile hekimine kayıtlı olması gerekmez. Bir hane için örnek veriyorum, bir evde dört kişi varsa farklı aile hekimlerine kayıt olabilir. Her ne kadar "hekim seçme özgürlüğü" kapsamında olsa da, aslında aynı apartman dairesinde yaşayan vakalar, bir salgın durumunda salgından habersiz olma riski taşımaktadır (yeni korona virüs bulaşma süreci gibi).

2. SDP ile 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine ilişkin yasa kapsamında modern sağlık hizmeti sunumunda önemli birliktelik olarak kabul edilen coğrafi bölge ve nüfus temelli örgütlenme yapı ortadan kaldırıldı. Kısacası birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri olan erişilebilirlik, kapsayıcılık, eşgüdüm ve süreklilik sistemsel olarak zayıflamış ve coğrafi bilgi sistemleri kullanılamaz hale getirilmiştir.

3. Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan "Sağlık Tehditleri Erken Uyarı ve Cevap Dairesi" herhangi bir sorun yaşanmayacağını dile getirirse de sağlam bir birinci basamak sağlık sistemi olmadan bu dairenin hayatta olmasının bulaşıcı hastalık ve salgına karşı mücadele yeterli olmadığı covid-19 pandemi sırasında bütün açıklığıyla gözler önüne serildi.

4. SDP uygulamasıyla yaşanan sorunlara birde atamalar eklenince salgının yönetim esnasında hastalıkların daha fazla yayılmasının önlenmesi ve kontrol altına alınmasında bu başarıyı yakalayamadığını bir kez daha göstermiştir.

5. SDP ile kurulan Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) tek tek kapatıp İlçe Sağlık Müdürlükleri'ne (İSM) çevrildi. Covid-19 salgının yayılmasından günler, haftalar sonra İlçe Sağlık Müdürlükleri, Aile Sağlık Merkezleriyle hiçbir şekilde iş birliği ve koordinasyon kurmadan filyasyon çalışmaları başlatılmıştır. Bu çalışmalar yeterince yapılmadığı gibi yapılanlar da olması gereken nitelikte

değildir. Salgınla baş etmede önem taşıyan temaslı kişilerin belirlenmesi ve kontrol sürecini Aile Hekimlerine başvurmadan sürdürülebileceği için temaslıların belirlenmesi ve izolasyon süreci gecikmektedir. Salgının ilk başladığı Şubat - Mart ayın da yapılması gereken bu süreç yetersiz kalmıştır.

6. Sağlık Bakanlığının açıklamış olduğu 26 Mart 2020'deki yazısında laboratuvar sonucu pozitif gelen, doğrulanmış sonuçların temaslılara yönelik çalışmaların yapılması için İl, İlçe Sağlık Müdürlükleri tarafından bir doktor ve bir, iki sağlık personeli (Sağlık Bakanlığı tarafından hemşire, ebe, sağlık memuru vb. sağlık çalışanlarının "Yardımcı sağlık personeli olarak adlandırılması doğru değildir, bu meslekler sağlık meslekleridir ve sağlık hizmeti bir ekip anlayışı içerisinde yürütülür) ile ekipler kurmaya çalışılmaktadır. Halbuki sağlık ocakları kaldırılmamış olsaydı ve her konu da yetersiz bırakılmamış destek verilmiş olunsaydı, daha önceki yıllarda pek çok salgınlar konusunda deneyimli olan ekiplerlerce daha kısa zamanda temaslıların takibi ve kontrolü sağlanabilirdi.

7. "Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı" Aralık 2019 tarihinde yayınlanmış olmasına rağmen, covid-19 pandemisine karşı alınan önlemler, bu plan doğrultusunda izdüşümden yetersiz ve gecikmeli olarak sağlanmıştır. Bu planda halka açık yerlerde hastalık belirtisi gösteren kişilere cerrahi maske dağıtılması yer alırken, devlet maske dağıtımını kişilerin kolay ulaşılabilir yerlerden temin edeceğini açıklamış ve ertesi gün maske satanlara yasal işlem yapılacağına dair açıklama yapmıştır. Şuan ki süreçte bile maske temini bilinmezlik halinde yer alıyor vatandaş kendi maskesini kendi temin ediyor.

8. "Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planında yer alan bulaşma riski azaltmak için ayrı girişi olan poliklinikler, hastaneler kurulmasında ve pandemiden etkilenen bölgelere giriş ve çıkışların kısıtlama getirilmesinde geç kalınmıştır.

Peki çözümü ne olmalıdır?

2021 yılının son ayında olmamıza rağmen bulgu ve ölüm sayılarında artış düşmemişken, toplumun aşılama süreci, önümüzdeki yıllarda bu tür salgın hastalıklar riski gündemdeyken acilen SDP'den vazgeçilmezdir. Kamu- Özel ortaklığı altında milyonlarca dolar maliyetindeki işletmelerin hızlı bir şekilde kamu hastanelerine dönüştürülmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanın, genel bütçeden sağlanması ve diğer bir süreç zaman kaybetmeden bölge tabanlı aile hekimliği sistemine geçilmesi yaşanan olumsuzlukların giderilmesinde katkı sağlayabilir.

Çıkar Çatışması :

Bildirilecek bir çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKÇA

[1]. Akdur R. Sağlık sektörü temel kavramlar türkiye ve avrupa birliği'nde durum ve türkiye'nin birliğe uyumu. ankara: ankara üniversitesi basımevi, 2006.

[2]. Lister J. Sağlık politikası reformu yanlış yolda mı gidiyoruz?. insev yayınları, 2008. İstanbul

[3]. Çağlar K, Üstündağ N, Ağartan T , Yoltar Ç. Avrupa'da ve türkiye'de sağlık politikaları. istanbul : iletişim yayınları, 2019.

[4]. Kök Ahmet N. 3 Mayıs 1920 sağlık bakanlığının kuruluşu,medimagazin, yayınlanma tarihi: 07 05 2007.

[5]. Kumbasar A. sağlık politikaları 9.1.1920 - 1938 dönemi. sağlık politikaları. istanbul : istanbul üniversitesi, 2016, s. 208.

[6]. Kökcü A. Türkiye cumhuriyeti dönemi sağlık politikaları.2014, türkiye klinikleri j ethicks, s. 98-105.

[7].Mevzuat Sitesi.Sıtma imhası hakkında kanun. Erişim Tarihi:16.01.2021 Yayınlanma

Tarihi:11.01.1960. Erişim Adresi:https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.7402.pdf.

[8]. Kumbasar A. sağlık politikaları 9.2. 1938 - 1960 dönemi. sağlık politikaları . istanbul : istanbul üniversitesi, 2016, s. 211.

[9]. Cheryl A. Camillo. Comprative Health Policy Document..2007, palgrave macmillan hampshire.

[10]. Franklar P, Clancy CM, Nutlama PA. Gatekeeping Revisited--Protecting Patients from overtreatment. Pmid:1625720, Doi:10.1056/Nejm992080632706131992, new england of medicine , s. 327 - 424.

[11]. Nadine R, Claus W. Gatekeeping and provider choice in oecd healthcare systems. 2012, sage journals, s. 489 - 505.

[12].Kroneman Madelon W, Maarse H, Zee J. Direct access in primary care and patient satisfaction: a european study. DOI:10.1016/j.healtpol.2005.05.003, health policy,2005, s. 72-70.

[13].T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü . Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003 -2011).Erişim Tarihi: 16.01.2021. Erişim Adresi:https://www.sbu.saglik.gov.tr//ekutuphane/yayin/453

[14].Gervas J, Fernandez Perez M, Starfield BH. Primary care, financing and gatekeeping in western europe .Pmid:7843523 Doi:10.1093/fampra/11.3.307, 1994, family practice, s. 307-317.

[15]. Garrido Valesco M, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. Pmid:21192758 and pmc3347935 Doi:10.3109/02813432.2010.537015,2011, scand j prim health care, s. 28-38.