



# AKP HÜKÜMETLERİNİN SAĞLIK ALANINDA SON ON YILDA UYGULADIĞI SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ (SDP) ETKİNLİĞİNİN VE SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

PROF. DR. AHMET SELİM YURDAKUL\*

AKP'nin uyguladığı Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) amacı, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması olarak 2003 yılında açıklanmıştı. Bunlar;

- 1-Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı
- 2-Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası
- 3-Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi
  - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
  - b) Etkili, kademeli sevk zinciri
  - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
- 4-Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
- 5-Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
- 6-Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
- 7-Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
- 8-Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemidir.

\* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi.

**2007 sonrası ilave edilen 3 yeni başlık ise;**

- 1-Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları
- 2- Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası iş birliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu
- 3-Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri olarak açıklanmıştır.

Hizmet sunumunda ve finansmanında uygulanacak reformlar ise; birinci basamakta aile hekimliği uygulanması, sağlık işletmelerinin düzenlenmesi, herkesi tek çatı altında toplayan "Genel Sağlık Sigortası"nın kurulması, hizmeti sunanla finanse edenin birbirinden ayrılması, belirli bir teminat paketi oluşturulması ve hizmet alımını sözleşmeler aracılığı ile yapılması olarak belirtilmiştir.

Sağlık alanında yapılan reform ya da dönüşüm programlarının değerlendirilmesi ve programlarda belirtilenlerin gerçekten uygulanıp başarıya ulaşip ulaşmadığını araştırmak için tüm dünyada genellikle 3 farklı parametre kullanılır. Bunlar:

1. Sağlık göstergelerindeki iyileşmeler
2. Vatandaş finansal riskten koruma
3. Vatandaşın verilen sağlık hizmetlerinden memnuniyetidir.

AKP'nin on yıldır uyguladığı SDP gerçekten başarılı mıdır yoksa milletimizin aleyhine ancak küresel sermayenin lehine olan bir program mıdır? Bunu anlamak için sağlık alanında uygulanan programların değerlendirme parametrelerini tek tek incelemek gerekir. İlk parametre uygulanan program ya da reform başarılı ise beklenen nokta ülkenin sağlık göstergelerinde iyileşmelerin olmasıdır.

**1. Sağlık Göstergelerindeki İyileşmeler Parametresinin Değerlendirilmesi****A. Bebek Ölüm Hızı ve İlgili Diğer Göstergeler**

Bebek ölüm hızı (BÖH), sağlık harcamalarının etkinliği ve ülkedeki genel sağlık düzeyi ile ilgili olarak kullanılan en yaygın verilerden biridir. Bebek ölümleri sağlık düzeyi ile ilgili olduğu kadar ekonomik ve sosyal yapı ile de doğrudan ilişkilidir. Sağlık Bakanlığı uygulanan SDP sayesinde "Bebek ölüm hızı"nın 2003 yılında 1000 canlı doğumda 28,5 iken 2010 yılında 10,1'e düştüğünü belirtmiştir.

Bebek ölüm hızlarının azaldığı doğrudur. Ancak bebek ölüm hızları ile ilgili tüm veriler açık bir şekilde milletimizin değerlendirmesi için verildiğinde bebek ölüm hızları ile ilgili verilerin farklı olduğu görülecektir. BÖH 1993 yılından itibaren gittikçe düşüş göstermektedir. Beşer yıllık periyotlar hâlinde inceleyecek olursak 1993-1998 yılında % 19 azalma sağlanırken, 1998-2003 arasında % 33,3 bir azalma sağlanmış ve bu azalma 2003-2008 yılları arasında da % 40 azalma ile devam etmiştir. Daha önceki yıllara gittiğimizde de Türkiye'de BÖH'nun son 35 yıldır ciddi bir düşüş gösterdiği görülmektedir.

Ayrıca OECD'nin yayınladığı son veriler (OECD 2012 sağlık verileri) ile bebek ölüm hızı değerlendirildiğinde OECD ülkeleri içinde BÖH 4.3 iken, Türkiye'de BÖH 10,1 olup OECD ülkelerinin yaklaşık 2,5 katı daha fazla bebek ölüm hızına sahip olduğu görülmektedir. Bu oran Avrupa ülkelerinde % 3'dür. Bu nedenle ülkemizde bebek ölüm hızları belirtildiği gibi istenilen düzeylerde olmayıp OECD ve Avrupa ülkelerinin 2,5-3 katıdır.

Ayrıca bölgeler itibarıyla bebek ölüm hızları incelendiğinde, sağlık personeli başına en çok nüfusun düştüğü Güneydoğu Anadolu Bölgesinde bebek ölüm sayıları da en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir (% 14,1). Bebek ölüm oranları Güneydoğu Anadolu haricinde Ortadoğu Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu ve Orta Anadolu bölgelerinde de yüksek değerlerdedir. Söz konusu bölgeler açısından BÖH'nin yüksek değerlerde olması oldukça önemli bir sorun olarak görülmektedir. Bölgeler arası sosyo-ekonomik gelişim farklılıkları, sağlık personeli başına nüfusun çokluğu gibi nedenler ve düşük eğitim düzeyi bebek ölüm oranları üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır.

Ülkemizde bebek ölümleri açısından sadece bölgeler arası eşitsizlikler yaşanmamaktadır. Bebeğin annesinin eğitim düzeyi de bebeğin hayatta kalma olasılığı ile ilişkilidir. En az ilkokul mezunu olan bir anne ile karşılaştırıldığında eğitimsiz bir annenin bebeğinin bir yaşına gelmeden ölme olasılığı 1993 ve 1998 yıllarında sırasıyla 1,5 ve 1,7 olarak bulunmuştur. 2003 yılında eğitimsiz annelerin bebeklerinin ölüm hızının ilköğretim ikinci kademe ve üzeri eğitim düzeyine sahip annelerin bebeklerinin 2,8 katı olduğu görülmektedir. 2008 yılında ise eşitsizlik daha da derinleşmiştir. Eğitimsiz bir annenin bebeği diğer annelerin bebeklerine göre 3,2 katlık bir artmış risk ile karşı karşıyadır.

Ayrıca 2008 yılında refah düzeyine göre ilk kez yapılan değerlendirmelere göre en düşük refah düzeyinde yer alan bebeklerin bir yaşını tamamlayamadan ölme olasılığı, en yüksek refah düzeyindeki bebeklerden 3,4 kat daha fazladır. Ülke genelinin refah düzeyi tüm bebelere eşit olarak ulaştırılabilseydi 2003-2008 yılları arasında birinci yaşını göremeden ölen 100 bebeğimizden 54'ü bugün hayatta olacaktı. Bir başka ifadeyle Türkiye'de bebek ölümlerinin yarısından daha fazlası sosyo-ekonomik eşitsizliklerden kaynaklanmaktadır.

Ayrıca SB sağlık istatistiklerinin ve verilerinin güvenilirliği konusunda tartışmalar bulunmaktadır. Örneğin sırasıyla Bursa İl Sağlık Müdürlüğü ve İl Nüfus ve Vatandaşlık Müdürlüğü verilerine göre, Bursa ilinde 2008 yılında bebek ölüm hızı binde 6.0 (34.362 bebeğin 206'sı) ve binde 5.6 (42.052 bebeğin 235'i) olarak açıklanmıştır. Uludağ Üniversitesinden Pala ve arkadaşları çalışmalarında bu

**Türkiye'de bebek ölümlerinin yarısından daha fazlası sosyo-ekonomik eşitsizliklerden kaynaklanmaktadır.**

1998 yılından itibaren anne ölümlerinde devamlı azalma olmasına rağmen OECD ve Avrupa ülkelerine nazaran Türkiye’de bu oran oldukça yüksek düzeyde seyretmektedir.

oranların doğruluğunu kontrol etmek için pratik bir yöntem buldular. Belediyelerin ve mezarlıkların ölüm kayıtlarını incelediler ve defnedilen bir yaş altı bebek sayısı 795, bebek ölüm hızını 2008 yılı için binde 20.8 olarak hesapladılar. Bu durum kaybettiğimiz bebeklerin sayısını bile doğru bir şekilde bilemediğimizi ya da kayıt altına alamadığımızı göstermektedir.

### B. Anne Ölüm Oranları

Anne ölümlerinin boyutu sağlık hizmetlerinin sağlanması ve kalitesi bakımından çok yönlü bir kalkınma göstergesidir. Dünyada her yıl 528,000 anne ölümünün gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin % 95’i Afrika ve Asya ülkelerinde meydana gelmektedir. Ülkemizde anne ölüm oranları yıllar geçtikçe azalmaktadır. Ancak 1998 yılından itibaren anne ölümlerinde devamlı azalma olmasına rağmen OECD ve Avrupa ülkelerine nazaran Türkiye’de bu oran oldukça yüksek düzeyde seyretmektedir. Anne ölüm oranı Türkiye’de 2007 yılında % 21,2 iken AB’de bu oran % 5,7’dir.

Ayrıca anne ölüm oranlarını azaltmak için doğum öncesi bakım hizmetleri ve hastanede yapılan doğum oranlarının yüksek olması önemlidir. Doğum öncesi bakım hizmetleri TNSA verilerine göre 1998 yılında % 67,5 iken bu oran 5 yıl sonra 2003 yılında % 19,8 artış göstererek % 80,9’a yükseltilmiştir. Daha sonraki 5 yılda ise % 13,7 artış göstererek % 92 düzeyine gelmiştir.

Ayrıca hastanede yapılan doğum oranı 1998 yılında % 69 iken bu oran 5 yıl sonra 2003 yılında % 13,04 artış göstererek % 78’e yükseltilmiştir. Daha sonraki 5 yılda ise % 15,3 artış göstererek % 90 düzeyine getirilmiştir.

Bununla birlikte, ülkemizde yapılan ulusal anne ölümü çalışması ve diğer çalışmalar sonucunda Türkiye’deki anne ölüm oranlarının azalmasına rağmen bölgelere göre önemli farklılıklar gösterdiği görülmektedir. 2008 yılı verilerine göre Türkiye’de anne ölüm oranının yüz bin canlı doğumda % 19,4; Güneydoğu Anadolu’da % 22,6; Ortadoğu Anadolu’da % 26,1 ve Kuzeydoğu Anadolu’da ise yüzde 22,9 olduğu belirtilmiştir. Anne ölümlerinin bu bölgelerde yüksek olmasının başlıca nedenleri olarak ise gelir düzeyinin düşüklüğü, eğitimsizlik, sık ve erken yaşta doğumlar, doğumun eğitimli sağlık personeli olmadan uygunsuz koşullarda gerçekleşmesi ve doğum sonrası bakımın yeterli düzeyde alınmaması gibi nedenler olduğu ifade edilmiştir.

### C. Yaşam Beklentisi

Yaşam beklentisi, genellikle yaşam süresi ile karıştırılan bir kavramdır. Yaşam süresi, hastalık, kaza vb. nedenlerle kişinin sağlığını tehdit edecek faktörler olmadığında kişinin ortalama yaşam süresidir. Biyolojik olarak belli bir yaştan sonra kişinin doğal ölümü gerçekleşecektir. Yaşam süresi genel olarak sabittir. Ancak yaşam beklentisi, kişinin hastalık, kaza vb. faktörler göz önünde bulundurulduğunda elde edilen yaşama beklentisidir. Ortalama yaşam beklentisinin yüksek olması, sağlık hizmetlerinin etkinliği için temel göstergelerden biridir. Türkiye’de doğumda ortalama yaşam beklentisi OECD 2012 sağlık verilerine göre 2010 yılı itibarıyla 74,3’tür. Bu oran OECD ülkeleri içindeki en düşük orandır. 2010 yılında OECD ortalaması 79,8 olarak hesaplanmıştır. Hastalık gibi riskler yaşam beklentisini düşürmektedir ve beklentilerdeki düşüşü engelleyecek olan sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde işlerliğinin sağlanmasıdır.

Ülkemizde kızamık, tetanoz, boğmaca ve sıtma gibi hastalıklarda azalma sağlanırken tüberküloz, AIDS, hepatit B gibi hastalıklarda istenilen düzeyde azalma sağlanamamıştır.

### D. Hastalıkların Görülme Sıklığı

Ülkelerdeki sağlık göstergelerinden bir tanesi de ülkelerde görülen önemli bazı hastalıkların görülme sıklığının değerlendirilmesidir. Ülkemizde kızamık, tetanoz, boğmaca ve sıtma gibi hastalıklarda azalma sağlanırken tüberküloz, AIDS, hepatit B gibi hastalıklarda istenilen düzeyde azalma sağlanamamıştır.

Özellikle kızamık hastalığında 2001 yılında yılda 30.000’in üzerinde vaka görülürken 2003 yılında bu sayıda belirgin bir azalma sağlanmış ve yıllık vaka sayısı 5844’e düşürülmüştür. Daha sonraki yıllarda aşılama hizmetlerindeki başarı artarak devam ederek yıllık vaka sayısı 4’e kadar düşürülmüştür. Ancak 2013 yılında tekrar kızamık hastalığında artış olduğu görülmüştür.

Aşılama hizmetleri özellikle boğmaca (% 96) ve kızamıkta (% 97) OECD ortalaması (sırasıyla % 95,3, % 93,6) düzeylerinden yüksek ise de hepatit B için ise maalesef OECD ortalamasının (% 95,3) altında olup % 94 kadardır.

Bununla birlikte bazı hastalıklarda yıllar geçtikçe artış görülmesi toplum sağlığı açısından tehlike çanlarının çaldığını ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterince yapılmadığını göstermektedir. Örneğin ülkemizde maalesef kanser görülme sıklığı hem erkeklerde hem de kadınlarda yıllar geçtikçe artış göstermektedir. Ayrıca diyabet yani şeker hastalığının ülkemizdeki yaygınlığı % 8,0 iken OECD ortalaması ise % 6,5’dir.

Ayrıca kanser başta olmak üzere birçok hastalığın etkeni olan sigara ve alkol gibi zararlı maddelerin kullanım düzeyinin az olması o ülkede ileride gelişebilecek olan hastalıkları önlemek yani koruyucu sağlık hizmetleri açısından önemlidir.

Ülkemizde sigara içimi OECD verilerine göre 15 yaş üstü popülasyonun % 27,4'ü olarak belirtilmiştir. OECD ortalaması ise % 22,1'dir. Ülkemizde uygulanan dumansız hava sahası uygulaması ve vergi artışları gibi politikaların uygulanması doğru bir yaklaşım olmakla birlikte istenilen düzeyler hala yakalanmış değildir. Aksine sigara içim yaşı ilkökul düzeyine inmiştir.

#### **E. Sağlık Bakanlığı Hastanelerindeki Görüntüleme Cihazı Sayıları**

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde verilen rakamlara göre Bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans ve ultrasonografi cihazlarının 2002'ye kıyasla BT'de 3 kat, MR'da 14 kat ve USG'de 3 kat artış olduğu belirtilmesine rağmen teknolojinin gelişiminin daha yeni olduğu dönem olan 1995 yılı ile 2002 dönemi arasında kıyaslama yapılmamıştır. Hâlbuki 2002 yılında 1995 yılına kıyasla BT'de 3 kat, MR'da 9 kat, USG'de ise 2 kat artış sağlanmıştır.

Ayrıca özellikle performans sisteminin ve özel sağlık sisteminin teşvik edildiği ülkelerde bu cihazların gereksiz yere planlanmadan çok fazla sayıda yurt dışından ithal edilmesi sadece ülkemizin gelirlerinin kaybına neden olur. Benzer olay PET/BT cihazının dünyada piyasaya sürülmesinden sonra ülkemizde planlanmadan çok fazla miktarda (yaklaşık 50 adet) alınması ile hem maddi kayıp hem de gereksiz çekimlere neden olması ile sonuçlanmıştır. Bir diğer önemli nokta ise sadece yataklı tedavi kurumlarında bile çekilen yıllık MR sayısı 5.817.090, BT sayısı ise 7.567.067'dir. Ayrıca özellikle bu cihazların gereksiz yere abartılı olarak kullanılması maddi açıdan ziyade kişilerin radyasyona maruz kalması gibi birçok yan etkilere maruz kalmasına neden olmaktadır.

Gerçekten de OECD verileri incelendiğinde 1000 kişi başına MR çekimi OECD ülkelerinde 46,6, Türkiye'de ise 67,2 olup oldukça yüksek düzeydedir. BT çekiminde ise ülkemizde 1000 kişi başına 95,8 olup 24 ülke içinde 12'ci sırada yer alıp OECD ortalamasının (131,8) altında yer almaktadır.

#### **F. Türkiye'deki Sağlık Personeli Sayıları**

Türkiye'de son yıllarda doktor sayısı yeterli mi yetersiz mi sorusu gündemde olan ve tartışmalara neden olan bir konudur. Dünyada ve ülkemizdeki verileri değerlendirdiğimizde bu soruya cevap bulabiliriz.

Sağlık Bakanlığının verilerine göre Türkiye'de 63.563 uzman hekim, 38.818 pratisyen hekim ve 21.066 asistan hekim ile birlikte toplam 123.447 hekim bulunmaktadır. Bu hekimlerin 72.435'i SB'da, 25.445'i üniversitelerde ve 24.077'i ise özel sektörde çalışmaktadır. Ülkemizde 1000 kişiye düşen doktor sayısı 1.67 iken OECD ülkelerinde bu oran 3.1'dir. Ayrıca ülkemizde doktor sayısı açısından bölgesel farklılıklar görülmekte olup 1000 kişiye düşen doktor sayısı Güneydoğu Anadolu'da 1.14, Kuzeydoğu Anadolu'da 1.36 ile en düşük oranlara sahiptir. Ekonomik ve sosyal nedenlerle hem kamu hem de özel sektör tarafından yatırım

yapılmayan Güneydoğu Anadolu, Doğu Anadolu, Karadeniz ve İç Anadolu'nun özellikle dağlık bölgeleri sağlık tesisleri ve sağlık personeli açısından değerlendirildiğinde ülkemizin diğer bölgelerine göre daha kötü olduğu ve bölgesel farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu durumun öncelikle düzeltilmesi gerekmektedir.

Ayrıca 2003 yılından itibaren uygulamaya koyulan SDP nedeni ile devlet hastaneleri ve özel hastanelere yapılan hasta başvuruları önemli bir oranda artış göstermiştir. 2008 yılında 464.076.538 kişi, 2009 yılında 518.451.232 kişi, 2010 yılında 524.000.057 kişi muayene olmuştur ve kişi başı yıllık muayene sayısı 7'ye çıkmıştır. OECD ülkelerinde doktor başına konsültasyon sayısı 2367 iken Türkiye'de bu sayı 4460 olup çok yüksek düzeydedir. Sağlık kurumlarının işletme konusunda yetenekleri artmış yöneticilerinin sadece verimlilik artışına odaklanmaları, gelir getirici faaliyetlerin artırılması, hastayı müşteri olarak değerlendirmek, özel sektörde daha net görülen ve kamu sağlık kuruluşlarını da etkisi altına alan kurumun gelirini artırma çabası, medya ve basını kullanarak sağlık hizmetlerinin kullanımı artırılmış durumdadır. Bu durumda hekim sayısının artırılması ya da dengeli sağlık personeli dağıtımını uygulanması bile bu sorunu çözemez. Öncelikle bakış açısı ve uygulamalar farklı olmalıdır.

Ayrıca bir diğer önemli nokta ise uygulanmak istenen sisteme göre sağlık personeli planlamasını yapmak gerekir. Eğer aile hekimi uygulaması yaparsanız ülke nüfusuna göre bu alandaki doktorların sayısı ve planlamaları yapılmalıdır. Aile hekimi olarak pratisyen doktorları aile hekimi adı altında çalıştırarak bir yapılanmaya gidecekseniz pratisyen doktor sayınız nüfus sayısına göre yeterli olmalıdır. Bu planlamalar yapılmadan uygulanan dönüşüm programlarının başarılı olması imkânı yoktur. Ayrıca sadece niceliğe dayalı bir istihdam politikası izleyerek yalnızca sayının artırılması (yabancı doktor ithali vb yöntemler ile), niteliği göz ardı ederek gerçekçi bir planlama yapmadan sağlık çalışanı istihdamı programı uygulamak yanlış bir yaklaşımdır. Ayrıca sağlık sistemi içinde sürekli bir çatışma ortamı yaratılması, sağlık çalışanının düşünce ve fikirlerini önemsemeyen yapılan uygulamaların başarıya ulaşamayacağı açıktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık alanında örgütlenme, finansman ve sunuma müdahale ederken; sağlık insan gücü ile ilgili olarak da köklü değişiklikler yapmaya çalışmaktadır. İnsan gücü sürecinin hem planlama, hem yetiştirme hem de istihdam alanlarında yürürlüğe konan değişiklikler sağlık çalışanları kadar toplumu da yakından ilgilendirmektedir. Çünkü genel olarak değişim insan odaklı olarak değil, kâr odaklı olarak kurgulanmaktadır. Buna en can alıcı örnek olarak, Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan taşeron işçilerin sayısı verilebilir. Sağlık Bakanlığında

Ülkemizde 1000 kişiye düşen doktor sayısı 1.67 iken OECD ülkelerinde bu oran 3.1'dir.



Bilindiği gibi sağlık personeli denilince akla hep sadece doktor gelir. Hâlbuki sağlık sistemi içerisinde diş hekim, eczacı, hemşire ve ebeler çok önemli bir yer tutmaktadır.

2002 yılında 11 bin olan taşeron işçi sayısı (% 4.3), 2010 yılında 118 bine (% 26.4) çıkmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı kadrolarında giderek sözleşmeli sağlık personeli modeline geçiş sağlanmaktadır veya memur statüsünde olan fakat sözleşmeler yapılan aile hekimliği modeli uygulaması mevcuttur.

Bilindiği gibi sağlık personeli denilince akla hep sadece doktor gelir. Hâlbuki sağlık sistemi içerisinde diş hekim, eczacı, hemşire ve ebeler çok önemli bir yer tutmaktadır. Çünkü sağlıkta başarı bu sistemin içerisinde yer alan tüm mesleklerin ve birimlerin işbirliği ve katkıları ile sağlanır. Aksi takdirde sağlık işletmeleri para kazanabilir ancak hastanın hastalığının tanısı gecikir ve tedavisi aksar. Bu nedenle bu alanda yer alan sağlık personelinin tümünün sayısı yeterli olmalıdır. Türkiye’de

hemşire sayısı 1000 kişi başına 1.56’dır. OECD ortalaması ise 8.4’dür. Hemşirenin doktor sayısına oranı OECD ülkelerinde ortalama 2.3 iken Türkiye’de ise 0.9 olup 40 ülke içinde sondan dördüncü sıradadır. Aynı durum ebe sayısı için de geçerli olup 1000 kişi başına ebe sayısı 0.68’dir. Bununla birlikte eczacı sayısı 1000 kişi başına 0.36, diş hekim sayısı 1000 kişi başına 0.29 gibi çok düşük oranlardadır.

Sağlık personeli içerisinde doktor ve hemşire sayısını artırmak için şu anda uygulanan politika mümkün olan her yere tıp fakültesi açmak, var olan tıp fakültelerinin kontenjanlarını artırarak doktor sayısını artırmaktır. Ancak ülkemizin için yapılan en büyük hata bu noktadadır. Çünkü sadece niceliğe dayalı yani sayısal olarak doktor sayısını bu yöntemle artırabilirsiniz ancak yarın ülkemizin insanlarını gönül rahatlığı ile teslim edeceğimiz nitelikli, donanımlı ve alanında yeterli bilgi ve beceri düzeyine sahip doktorlar yetiştirmeyiz ve bu durum beklenmedik tıbbi hatalara, komplikasyonlara hatta ölüm gibi tafisi olmayan durumlara neden olabilir. 2010-2011 öğretim yılında 4 öğrenciye bir öğretim üyesi düşmekte olup sayısı 69 olan tıp fakültelerinde maalesef tüm branşlarda yeterli düzeyde öğretim üyesi bulunmamakta ve buradaki öğrenciler diğer tıp fakültelere kaydırılmaktadır ve bu durumda da o tıp fakültesinde eğitim kalitesi gittikçe düşmektedir.

Sağlık sistemi içinde yer alan hemşirelerin eğitim düzeylerinin üniversite düzeyinde olması gerekmektedir. Ancak 2010-2011 öğretim yılı açısından değerlendirildiğinde 28.791 öğrenci eğitim alırken öğretim üyesi sayısı ise sadece 628’dir. Öğretim üyesi sayısı eksik olduğu için Sağlık Bakanlığı hemşire sayısını artırmak için niteliğe yine önem vermeyerek sağlık meslek liselerinden hemşire mezun edilmesine ve ebelerin bazı koşulları yerine getirmesi ile hemşire sayılması gibi niceliğe dayalı politikalar uygulamaktadır.



### G. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşları

2005 yılında aile hekimliği sisteminin farklı bir sistemle ülkemizde uygulamadan önce Türkiye’de toplam 5250 adet sağlık ocağı bulunmaktaydı. Bu sağlık ocaklarının yaklaşık % 42’si kentlerde, % 58’i kırsal kesimde yer almaktaydı. Bu sağlık ocaklarının sayısı gittikçe azaltılarak sayıları 2009 yılında 3842’ye düşürüldü, daha sonra tamamı 2010 yılında kapatılarak bir kısmı Aile sağlığı Merkezlerine (ASM) dönüştürüldü. ASM’ler şu anda pratisyen hekimlerin (Aile hekimleri) kendisinin özel olarak kiraladığı ve satın aldığı bir alanda yine kendisinin ücretini ödediği personelle birlikte işlettiği bir tıp merkezidir. 2010 yılı itibarıyla sayıları 6367’dir. Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) sayısı ise 2010 yılı itibarıyla 961’dir. Türkiye’deki ASM’lerinin çok büyük kısmı ve TSM’lerinin tamamı kentsel yerleşimlidir. Bu durum sağlık hizmetleri

sunumunda birinci basamak hizmetlerinin yani koruyucu sağlık hizmetlerinin de verildiği birimlerin daha çok kentsel yerleşim göstermesi kırsal kesim için zaten kötü olan sağlık hizmetlerinin daha da kötü olmasına ve eşitsizliğin artmasına neden olmaktadır. Ayrıca birinci basamak hizmetleri ASM yolu ile özelleştirmeye doğru bir gidiş göstermektedir.

Ayrıca 2009 verilerine göre ASM’ler başına düşen nüfus sayısı 2002 yılında 13.089 iken 2009 yılında 12.240 olmuştur ve herhangi bir azalma sağlanamamıştır. İstanbul’da bu sayı 24.368, Güneydoğu Anadolu’da 14.081’dir. Ülkemizde bir aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan aile hekimliği biriminin hizmet verdiği nüfus büyüklüğünün ortalama 3.700 kişiyle Avrupa ülkelerindeki sayıdan çok yüksek olduğu belirtilmektedir. Diğer ülkelerde aile hekimliği hizmeti veren ekibe düşen nüfus büyüklüğü Slovenya’da 1800 kişi, Litvanya’da 1600 kişi, Almanya’da 1.000 kişi, Hollanda 2.300 kişi, Avusturya’da 1.600 kişi, İtalya’da 1.276 kişi, İspanya’da 5-8 aile hekiminin hizmet verdiği merkezler için 6.000-10.000 kişidir. Aile hekimliği biriminin hizmet verdiği nüfusun fazla olması nitelikli ve kapsayıcı hizmet verilmesini güçleştirici bir etken olarak ortaya çıkmaktadır.

Ülkemizde bir aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan aile hekimliği biriminin hizmet verdiği nüfus büyüklüğünün ortalama 3.700 kişiyle Avrupa ülkelerindeki sayıdan çok yüksek olduğu belirtilmektedir.

### H. Sağlık Kuruluşları ve Hekime Müracaat Sayıları

Uygulanan SDP nedeni ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları gittikçe artış göstermektedir. Yıllara göre kişi başı sağlık kuruluşlarına müracaat sayısı birinci basamakta 2002 yılında 0,9 iken 2010 yılında 2,7 olmuştur. 2. ve 3. basamakta yer

Koruyucu tedavi hizmetleri açısından insanların hastalığa yakalanmadan erken tanı için taramaların bilimsel çerçevede ve kriterler içinde yeterli düzeyde yapılması gerekmektedir.

alan sağlık kuruluşlarına yıllık başvuru oranı ise 2002 yılında 1,9 iken 2010 yılında 4,1 olmuştur ve giderek artış göstermektedir. Yıllara göre birinci basamak sağlık kuruluşlarından 2. ve 3. basamak kuruluşlarına sevk oranının azaldığı Sağlık Bakanlığı tarafından belirtilmiştir. Ancak zaten şu anda sevk sistemi uygulanmadığı için hastalar direkt olarak veya daha önce birinci basamak kuruluşuna uğradıktan sonra 2. ve 3. basamak kuruluşlarına herhangi bir sevk almadan gelmektedirler. Bu durumun kanıtı da 2. ve 3. basamak kuruluşlarındaki yıllık başvuru sayısının 1.9'dan 2010 yılında 4.1'e çıkmış olması göstermektedir. Halbuki koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince önem verilse ve birinci basamak kuruluşlarında başarı sağlanmış olsaydı zaten 2. ve 3. basamak kuruluşlarına bu kadar başvuru olmazdı.

Aynı zamanda koruyucu tedavi hizmetleri açısından insanların hastalığa yakalanmadan erken tanı için taramaların bilimsel çerçevede ve kriterler içinde yeterli düzeyde yapılması gerekmektedir. Meme kanseri için kadınlarda mamografi tetkikinun taramada kullanılması OECD ülkelerinde ortalama % 62,2 iken Türkiye'de bu oran maalesef % 12,4'dür. Ayrıca serviks kanseri için OECD ülkelerinde tarama yapılma oranı % 61,1 iken Türkiye'de bu oran 24,9'dur. Maalesef bu oranlar çok azdır ve bu durum koruyucu tedavi hizmetlerine yeterince önem verilmediğini göstermektedir.

Ayrıca yıllar geçtikçe hastanelere ayaktan başvuru sayısı gittikçe artış göstermekle birlikte dikkat çekici bir nokta ise özel sektörde hastane başvuru sayısının 2002 yılında 5.697.170 iken 2010 yılında bu sayı yaklaşık 9 kat artarak 47.712.540 olmuştur. Benzer durum yatan hasta sayısında da göze çarpmaktadır. Sağlık Bakanlığı hastanelerine yatış oranı 2010 yılında 2002 yılına göre 1.5 kat artış gösterirken bu oran özel hastanelerde 4 kat artış göstermiştir. Bu durum SDP çerçevesinde sağlık sistemindeki özelleşmeye ağırlık verildiğinin göstergesidir.

Ayrıca SDP çerçevesinde uygulanan performans sisteminin getirdiği uygulamalar nedeni ile hastaneye başvuran hastalar içinde Sağlık Bakanlığında 2010 yılında 5.658.819 ameliyat yapılmıştır ve bu oran 2002 yılına göre yaklaşık dört kattır. Üniversite hastanelerinde bu oran 2002 yılına göre 3 kattır. Özel sektörde ise bu oran 2002 yılına göre yaklaşık 7 kat artış göstermiştir. Yani her 1000 kişiden yaklaşık 116 kişi ameliyat edilmiştir. Bu ameliyatlar detaylı bir biçimde incelendiğinde 2010 yılında Sağlık Bakanlığında yapılan ameliyatların sadece 149.214'ü A grup (Ağır ve kapsamlı zor ameliyatlar) ameliyatlar iken 2.421.482 ameliyat ise E grubu ameliyatlardan

(Alçı, küretaj, sünnet vb) oluşmaktadır. Bu durum özel sektör ve üniversitelerde de bu şekildedir. Yani 2010 yılında yapılan ameliyatların yaklaşık % 40'ı (3.069.166) E grubu ameliyatları içermektedir. Bütün bu sonuçlar SDP çerçevesinde uygulanan performans sisteminin yarattığı durumlardır.

### I. Sağlık Harcamaları

2003-2012 yılları arasındaki 9 yıllık AKP döneminde sağlık harcamalarındaki değişimde göze çarpan önemli noktalar şunlardır:

1. Toplam sağlık harcamaları 2003 yılında 24 milyar TL iken 2009 yılında 66 milyar TL'ye çıkarak 2,7 kat artmıştır. Bu artış trendi böyle devam ederse 2013 yılında toplam sağlık harcamaları tahminen 100 milyar TL'ye çıkarak AKP döneminde yaklaşık 4 kat artmış olacaktır. Harcamaların artışındaki temel neden daha çok özel sağlık sektörünün giderek gelişmesi ve ilaç-teknoloji-tedavi harcamalarındaki aşırı artışlardır. Bu sektörlere ilişkin veriler Sağlık Bakanlığının istatistiklerinde yer almaktadır.

2. Cepten yapılan sağlık harcamaları aynı dönemde 3 milyar TL'den 11 milyar TL'ye çıkarak 3.7 kat artmıştır. Bu artış trendi böyle devam ederse 2013 yılında cepten yapılan sağlık harcamaları tahminen 20 milyar TL'ye çıkarak son 10 yılda yaklaşık 6-7 kat artmış olacaktır.

3. SGK'nin özel hastanelere ödediği tutar 0,5 milyar TL'den 4.7 milyar TL'ye çıkarak en yüksek artış oranını (yaklaşık 10 kat) oluşturmuştur. 2012 yıl sonunda SGK'nın özel hastanelere ödeyeceği tutar tahminen 13 milyar TL'ye çıkarak son 10 yılda yaklaşık 25 kat artmış olacaktır. Eldeki verilere göre en yüksek artış bu grupta olmuştur. Cepten harcamalar ve özel hastane harcamalarındaki artış da birbiriyle oldukça tutarlıdır. Ancak SGK'nın özel hastane harcama artışları beklenenin çok üzerindedir.

4. Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe içindeki payının % 2,4'ten 2012 yılında % 4,1'e çıkarak 1.7 kat artmış olması olumlu bir gelişme olmuştur.

5. Poliklinik sayısı kişi başına 3'ten 2011 yılında 7,7'ye çıkarak 2,5 kat, toplam hastane müracaatları 2,4 kat, yatan hasta sayısı 1,9 kat ve yapılan ameliyat sayısı ise 2010 yılı rakamlarıyla 4,2 kat artmıştır (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010). Bu artışların performansa dayalı ödemeler ve toplam sağlık harcamalarındaki artışla oldukça paralel olduğu görülmektedir.

**Türkiye sağlık alanında yapılan harcamaların artmasına rağmen sağlık standardını da içine alan İnsani Gelişme Endeksi'nde "Yüksek insani gelişmişlik düzeyi"ne geçememiştir. 2009 verilerine göre 182 ülke arasında 79. sıradadır.**

Hem toplam kamu harcamaları içinde hem de SGK harcamaları içinde ilaç giderleri birinci sırada yer almaktadır ve SGK gelir-gider dengesinde açık miktarı gün geçtikçe artmaktadır.

6. Türkiye sağlık alanında yapılan harcamaların artmasına rağmen sağlık standardını da içine alan İnsani Gelişim Endeksi'nde "Yüksek insani gelişmişlik düzeyi"ne geçememiştir. 2009 verilerine göre 182 ülke arasında 79. sıradadır.

Sağlık hizmetlerinin düzeyi; kişi başına yıllık sağlık harcaması, devlet bütçesi içinde sağlık bütçesi oranı ve sağlık insan gücü başına düşen kişi sayısı gibi ölçütlerle değerlendirilir. Kişi başı sağlık harcaması (kamu ve özel) Türkiye'de 902 dolar (ABD) iken OECD ortalaması ise 3233 dolar (ABD) olarak belirlenmiştir. Bu verilerden de anlaşıldığı gibi Türkiye'deki bu oranlar OECD ülkelerine göre oldukça düşüktür.

Türkiye'de sağlık sektörü, Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konulan politikalar sonucunda son on yılda yaklaşık olarak dört kat büyütülerek

önemli bir "piyasa" yaratılmıştır. Bu büyümede SGK'nın sağlık giderlerindeki büyük artış ve kamu bütçesinden sağlık alanına aktarılan tutardaki yükselme belirleyici olmuştur. Bu büyüme ile birlikte, geçtiğimiz yıllar ülkede özel sağlık sektörünün 4 kat hızla büyümesine de tanıklık etmiştir. SDP ile bir yandan toplam sağlık harcamaları artarken, diğer yandan da sosyal güvenlik kurumlarının özel sektörden sağlık hizmeti satın almasının yolu açılarak özel sağlık sektörü desteklenmiştir. Sosyal güvenlik kurumlarının toplam sağlık harcamaları içerisinde özel hastanelerin payı % 6,2'den (2001) neredeyse üç kat artarak % 17,3'e (2008) yükselmiştir (SGK 2009). Türkiye'de 1970 yılında 79 olan özel hastane sayısı (%10,6), 2010'da 489'a (% 34,0) yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Türkiye'de sağlık harcamalarında paranın geldiği yer yaklaşık % 73 kamu, % 27 özel olmasına rağmen sağlık harcamalarında paranın gittiği yer % 55 özel, % 45 ise kamudur. Türkiye'de sağlık harcamaları içinde tedavi ve ilaç giderleri pastanın büyük kısmını doldurmaktadır. Hem toplam kamu harcamaları içinde hem de SGK harcamaları içinde ilaç giderleri birinci sırada yer almaktadır ve SGK gelir-gider dengesinde açık miktarı gün geçtikçe artmaktadır. Kamu sağlık harcaması 2010 yılında 40 milyar, 2011 yılında ise 45 milyar civarındadır. SGK 2010 sağlık harcaması 32.5 milyar TL'dir. 2011de ise 36.542 olmuştur. 2012'de açık 25.498.000 TL'dir.

## 2. Vatandaşın Finansal Riskten Koruma Parametresinin Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyanların hizmete erişim kolaylığı ve gerektiği kadar yararlanabilmesi en temel ilke sayılan hakkaniyetin bir gereğidir. Hizmetlerden yeteri kadar yararlanmaktan alıkoyacak en büyük risk zamanında hizmete ulaşamamak ve ödeme gücünü aşan hizmetlerden yararlanamamaktır. Bu

iki riske karşı mutlaka önlemler alınmalıdır.

TÜİK 2010 verilerine göre ilaç ve tedavi masraflarını kendi karşılayanların oranı 2010 yılında % 11,7 olarak verilmiştir. Ancak OECD'nin 2011 verilerine göre Türkiye'de sağlık güvencesi olanların oranı % 80,8 iken bu oran OECD ülkelerinde yaklaşık % 99 oranındadır. Ayrıca GSS kapsamında olmasına rağmen kişilerin cepten harcamaları (Muayene ücreti, ilaç sayısına göre ücret, ilaç katılım payı ücreti vb) gün geçtikçe artmaktadır. Ayrıca sağlık harcamaları giderek artış gösterdiği için SGK, tamamlayıcı sigorta ve özel sigorta sistemini devreye sokmaya başlamıştır.

### **3.Vatandaşın Verilen Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyeti Parametresinin Değerlendirilmesi**

Türkiye'de vatandaşın sağlık sisteminde yapılan değişikliklerden memnuniyet duyduğu belirtilmektedir. Zaman zaman yapılan kamuoyu yoklamalarında hükümete verilen halk desteğinin en önemli nedeni olarak sağlık hizmetlerinde yapılan değişiklikler belirtilmektedir. Ülkemizde yapılan ve TÜİK tarafından açıklanan memnuniyet anketleri sonucunda 2010 yılında sağlık alanında memnuniyet oranının % 73.1 olduğu belirtilmiştir ve aynı zamanda 2010 yılında asayiş alanında memnuniyet oranının % 78 olduğu ve eğitimde % 61.5 olduğu açıklanmıştır. Bu anketler yapılırken dikkat edilmesi gereken en önemli nokta çalışmanın sonuçlarının sağlıklı olması için anket çalışmasını bağımsız birimlerin yapması ve tüm soruları anket çalışmasına katılan herkesin değerlendirmesi ve Türkiye'de istatistiksel olarak örnekleme yaparak tüm birimlerde yapılması ve bu sonuçların açıklanmasıdır. Aksi takdirde sadece yapılan o birime başvuran hastaların sonucu olarak ifade edilir. Bir diğer önemli nokta hastaların başvurduğu ASM tarafından yapılan muayene ve tetkikler sonucunda hastalığa zamanında ve doğru bir şekilde tanı konularak gecikme yaşanmadan tedavinin başlaması nitelik açısından çok daha önemlidir. Esasen bu konunun da araştırılarak kamuoyuna açıklanması gerekir. Örneğin ülkemizde kanser ve tüberküloz gibi önemli hastalıkların tanı ve tedavisinde maalesef hem hasta hem de doktor gecikmeleri çok uzun süreleri kapsamaktadır.

Ayrıca ASM'den memnuniyet oranları gerçekten bu kadar yüksek olsa o takdirde o toplumdaki insanların hem genel sağlık durumlarının iyi olması (Memnuniyet oranlarının yüksek olması koruyucu ve tedavi edici hizmetlerdeki başarıyı göstermesi açısından) hem de yaşam kalitelerinin daha yüksek olması gerekir. Ancak Türkiye'de 15 yaş ve üzeri insanlarda genel sağlık durumlarının değerlendirildiği ankette (TÜİK sağlık araştırması, 2008) 45-54 yaş grubunda genel sağlık durumlarının iyi olduğunu belirten insanların oranı % 51.8, 55-64 yaş arası bu oran % 38.3, 65-74 yaş arası ise % 25.9 oranındadır. Ayrıca OECD verilerine göre 65 yaş üstü insanlarda sağlık durumlarının iyi olduğunu rapor eden kişi oranı

**Ülkemizde kanser ve tüberküloz gibi önemli hastalıkların tanı ve tedavisinde maalesef hem hasta hem de doktor gecikmeleri çok uzun süreleri kapsamaktadır.**

Şu anda uygulanan sistem nedeni ile hasta başına muayene-tetkik isteme-tedavi verme süresi 5 dakika civarındadır. Normal süre ise hasta başına 20 dakika olmalıdır.

OECD ülkelerinde ortalama % 45.2, Türkiye’de ise % 20.2 olarak raporlanmıştır.

Sonuç olarak; ülkelerde uygulanan sağlık reformları ya da programlarının uluslararası parametrelere ile değerlendirildiğinde AKP’nin uyguladığı SDP’nin başarılı olmadığı açıktır. Şimdi SDP’ni bir de iyileşebilmek ve sağlıklı yaşam elde edebilmek için sağlık kuruluşlarına başvuran vatandaşlar ve sağlık alanında çalışan ve yer alan tüm birimler açısından bakalım:

**1. Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Vatandaşları Açısından Değerlendirme:** Vatandaşlarımız SDP uygulanmadan önce herhangi bir katkı payı ödemedi muayene ve tedavilerini alma imkânına sahiptiler. Şu anda aile hekimlerine başvurduklarında 3+3 TL, devlet hastanelerinde

5+3 TL, üniversite hastanelerinde 8+3 TL ve özel hastanelerde 12+3 TL baştan ödemek zorundadırlar. Bu katkı paylarının az olduğu ve bunların zamanla artacağı SGK görüşleri ve düşünceleri takip edildiğinde açıkça görülecektir. Örneğin önce tüm vatandaşlarımıza özel hastanelere rahatlıkla gidileceği belirtilmiş ancak hastalardan alınan katkı payları ve uygulanan işlem ve tedavilerden alınan ayrı katılım paylarının SGK tarafından karşılanamaması sonucunda vatandaşlarımızdan önce % 30, sonra % 70, sonra % 90 ve en son ise % 200 katılım payı verilmesi kararı ortaya çıkmıştır. Ayrıca önceleri ilaçlardan alınan % 10-20 katılım paylarına ilaveten 3 kutu ilaçtan sonra her ilaç için 1 TL ek katkı payı alınmaya başlanmıştır.

Başlangıçta “hoca farkı doğru değildir”, “hasta-doktor arasına para girmemelidir”, “bıçak parası yanlıştır”, “vatandaşımız sağlığı için ayrıca ek bir para vermemelidir” gibi söylemlerle bu uygulamanın doğru olmadığını belirten AKP hükümeti şimdi tekrar “hoca farkını” uygulamaya koymuştur. Bu bir çelişkidir.

Sağlık Kuruluşlarına yapılan ödemeler gün geçtikçe azaldığından ve ihale sistemindeki yanlışlıklar nedeni ile daha ucuz ancak kalite açısından tartışmalı malzemeler ile tedaviler uygulandığından kalitesiz bir sağlık sunumu vatandaşlarımıza verilmektedir.

Şu anda uygulanan sistem nedeni ile hasta başına muayene-tetkik isteme-tedavi verme süresi 5 dakika civarındadır. Normal süre ise hasta başına 20 dakika olmalıdır. Hasta başına ayrılan bu sürenin kısa olması yani sağlık çalışanının bir günde çok hasta bakmaya mecbur bırakılması, hastaların tanı ve tedavilerinde gecikmelere ve gereksiz birçok pahalı ve hasta için yan etkileri de olabilen tetkikler istemeye doktoru mecbur bırakmaktadır.

En önemlisi de sağlık sistemindeki hatalar ve aksaklıklar nedeni ile her zaman sağlık çalışanı ile vatandaş karşı karşıya getirilmektedir. Halbuki sağlık sisteminin bu şekilde uygulanmasını isteyen iktidardaki hükümetlerdir ve sağlık çalışanları ile ilgisi yoktur.



## 2. Sağlık Alanında Çalışan ve Yer Alan Tüm Birimler Açısından Değerlendirme:

AKP iktidarının uyguladığı performans sistemi (Ne kadar hasta muayenesi ve tetkik isteme o kadar para kazanma sistemi) ile doktorlar daha çok hasta bakmaya ve daha çok tetkik isteme ve işlem yapmaya zorlanmaktadır. Aynı zamanda performans sistemi nedeni ile iç barış bozulmakta ve yardımlaşma ve huzur kalmamaktadır. Performans sistemi nedeni ile muayene ve ameliyat sayıları giderek artış göstermekte, fazla tetkikler ve ilaç yazılımı sonucunda aslında kaybeden ekonomimiz yani bizlerin parasıdır. Sağlık harcamalarının giderek korkunç seviyelere geldiği açıktır. Bütün bunlara rağmen sağlık sistemindeki "Başarsızlık"

ortadadır. AKP hükümeti vatandaşa medya vb. basın organları ile sınırsız ve ücretsiz sağlık hizmetleri vaadinde bulunmuştur. Sağlık kuruluşlarına başvuran vatandaşlarımız bu vaatlerin doğru olmadığını ve ücretli olduğunu görünce sağlık çalışanları ile tartışmakta ve sağlıkta şiddet giderek artmaktadır. Özellikle son 5 yıl içinde birçok meslektaşımızı kaybetmiş ve birçok sağlık çalışanı da maalesef çeşitli yerlerinden yaralanmıştır. Sağlık çalışanları SABİM ve son yıllarda çıkarılan malpraktis yasası nedeni ile daha doğru ve modern teşhis ve tedavi yöntemleri yerine kendini riske atmayan yani defansif tıp dediğimiz en çok uygulanan ve en zararsız yöntemlerle teşhis ve tedavi uygulamaktadır. Özellikle genel durumu kötü ya da riskli ve zor tanı ya da tedavi gerektiren hastaları kimse karışmamakta ve sevk etmektedir.

Az sayıda sağlık çalışanı ile daha çok iş, daha çok mesai, daha çok öğrenci ve asistan ile eğitim istenmekte ve sağlıkta kalite önemsenmemektedir.

Sağlık çalışanlarının vatandaş nezdinde uygulanan politikalar ve söylemler nedeni ile saygınlığı kalmamış ve bu nedenle sağlıkta şiddet giderek artış göstermiştir. Ayrıca her hekim her alanda görevlendirilmektedir. Bu da sağlık alanında aksamalar ve hatalara neden olmaktadır. Önceleri yüksek ücret verilerek bir anlamda özelleştirilen aile hekimleri şimdi tüm masrafların kendileri tarafından karşılanmaları istenerek aldıkları ücretler giderek azaltılmıştır.

Özel hastanelerde kadro sayıları Sağlık Bakanlığı iznine tabi tutularak sağlık çalışanlarının hakları kısıtlanmış ve ücretleri de giderek azaltılmıştır.

Eczacı arkadaşlarımız başlarda kazançlarında artış olmuştur. Ancak sonra yapılan ilaç fiyat düzenlemeleri ve birçok farklı uygulamalar nedeni ile zor durumda kalmışlardır. Ayrıca hastaların katkı paylarını eczacılar tahsil ettiğinden vatandaşla karşı karşıya kalmışlardır. Bundan sonraki durum ise ilaçların marketlerde satılması düşüncesidir.

Sağlık sistemi içerisinde yer alan ilaç firmaları ilaç fiyatlarındaki farklı kriterler nedeni ile birçok çalışanını işten çıkarmak zorunda kalmışlardır. Ayrıca kanser ilaçları başta olmak üzere bazı ilaçlar ülkemizde bulunmamaya başlanmıştır

Az sayıda sağlık çalışanı ile daha çok iş, daha çok mesai, daha çok öğrenci ve asistan ile eğitim istenmekte ve sağlıkta kalite önemsenmemektedir.



ve vatandaşlarımız mağdur durumda kalmıştır. Bunların hepsinin nedeni sağlık alanında yer alan tüm ilgililerle birlikte sağlık sistemini tartışarak ülkemiz için en doğrusunu bularak karar verme politikasının uygulanmaması ve günlük ya da siyasi amaçlarla karar alınması nedeniyledir.

Şunu unutmamak gerekir; uygulanan bir sistemde kaybeden varsa daima bir kazanan da vardır. AKP'nin uyguladığı SDP ile kazanan kimdir? sorusuna cevap: "Küresel Sermaye"dir. Çünkü onların isteği sistemin tamamıyla özelleştirilerek sağlığa ayrılan pastadan olabildiği kadar hatta hepsini almaktır. Bu yanlış bir sistem ve düşüncedir. Bir diğer yazımızda ülkemiz için uygun olan en doğru sağlık sisteminden bahsedeceğim. Saygılarımla.

### Kaynaklar

- T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm Projesi 2003.
- GÖKBAYRAK, Şenay Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü; Çalışma ve Toplum; 2010/2; sf: 143. 3
- AĞARTAN, Tuba (2007), Sağlıkta Reform Salgını; "Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları" (drl. KEYDER, Çağlar ÜSTÜNDAĞ, Nazan AĞARTAN, Tuba YOLTAR Çağrı) içinde; İstanbul: İletişim Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2011.
- TÜİK İstatistiklerle Türkiye 2011.
- World Health Report 2012, [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics).
- Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu. (2010), [www.yok.gov.tr](http://www.yok.gov.tr) <http://www.emekli.gov.tr/ISTATISTIK/saglik.html#s1>
- Türk Nöroloji Derneği. Türkiye'de Sağlık Sisteminde Dönüşümün sahibi kimdir? Nöroloji Bülteni, Sayı 23, Ağustos, 2011.
- OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Dünya Bankası, 2008, 1-99.
- OECD Health Data 2012 <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm>
- 2011 seçimlerine giderken Türkiye'de sağlık. TTB, Mayıs 2011.
- Onur Hamzaoğlu, Umut Özcan. Türkiye sağlık istatistikleri, 2006.
- OECD (2011), Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing.
- Türk Sağlık Sisteminin Performansı ve Belirleyicileri. OECD SAĞLIK SİSTEMİ İNCELEMELERİ-TÜRKİYE – ISBN 978-975-590-282-1 – © OECD VE IBRD/ DÜNYA BANKASI 2008.
- TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ 37.Dönem III. Bölgelerarası toplantı raporu. Seçime Giderken Sağlık, İlaç ve Eczacılık Alanında Akılcı Politikaların Uygulanması için Tespit ve Öneriler Raporu.26-28 Mayıs 2011.
- TTD Sağlık Politikası Temel İlkeleri. Sağlık Politikaları Çalışma Grubu, 2012.
- Akdağ R. Mollahaliloğlu S. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ. Sağlık Bakanlığı Yayın No:849, Ankara 2011.
- Mollahaliloğlu S. ve ark. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ YILLIĞI 2010.
- T.C. S.B. 2011 mali yılı bütçesinin T.B.M.M. genel kuruluna sunumu.17 Aralık 2010.
- Mollahaliloğlu S. ve ark. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ YILLIĞI 2009.
- AKDAĞ, R. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı. Değerlendirme raporu (2003-2010).
- AKDAĞ, R. (2010), Sağlıkta Dönüşüm Programı, İzmir.
- AKDAĞ, R. T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan (2010-2014).
- ELBEK, O. Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel bir değerlendirme. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 12: 33; 2009.
- AKDAĞ, R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri. 2002-2008.