



boş

**DÜŞÜNCE DÜNYASINDA TÜRKİZ  
SİYASET VE KÜLTÜR DERGİSİ**

**Yıl:4 / Sayı: 24 / Kasım - Aralık 2013 / ISSN 1309-601X  
İki ayda bir yayımlanır.**

**Sahibi**

**GÜNTÜLÜ EĞİTİM YAYINCILIK VE TİC. LTD. ŞTİ.**

**Editör**

**Prof. Dr. Recai Coşkun**

**Sayı Editörü**

**Prof. Dr. Ahmet Selim Yurdakul**

**Yayın Kurulu**

**Prof. Dr. Kamil Aydın  
Prof. Dr. Mustafa Erdem  
Prof. Dr. Mevlüt Karakaya  
Prof. Dr. Necdet Hayta  
Prof. Dr. Cemalettin Taşkıran  
Prof. Dr. Zuhul Topçu  
Prof. Dr. Hasan Tunç  
Prof. Dr. Vahit Türk  
Doç. Dr. İbrahim Maraş  
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Özbay**

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü**

**Nebahat Akbaş**

**Kapak ve Sayfa Tasarımı: Net Ofset**

**Yayın Türü: Yerel Süreli Yayın – Hakemli Dergi**

**Büro İç Hizmetler**

**Atakan Türkyılmaz**

**Adres: 1. Cad Nu.: 43/4**

**06520 Balgat-Ankara**

**Tel: +90 (312) 287 88 99**

**Faks: +90 (312) 285 44 99**

**Web: www.turkizdergisi.com.tr**

**e-posta: bilgi@turkizdergisi.com.tr**

**Fiyatı: 15 TL**

**Basım Yeri**

**Net Ofset Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti.**

**www.netmatbaacilik.net**

**Necatibey Cad. Lale Sok. Nu.: 21/27 Yenışehir/Ankara**

**Tel-Faks: 0.312.230 07 23**

**Basım Tarihi: Kasım 2013 – Ankara**

**Abonelik Ücreti (Yıllık)**

**Yurt içi: 90 TL**

**Kurumsal abonelik: 180 TL**

**Yurt dışı:**

**Avrupa ve Orta Doğu ülkeleri: 75€**

**ABD ve diğer ülkeler: 100\$**

**Abonelik için: 0.312.287 88 99**

**Nu.lı telefondan Atakan Türkyılmaz**

## BİLİM, DANIŞMA VE HAKEM KURULU

- Prof. Dr. Abdurrahman Küçük Ankara Ü  
 Prof. Dr. Abdullah Gündoğdu Ankara Ü  
 Prof. Dr. Adnan Ömerustaoglu İstanbul Ü  
 Prof. Dr. A. Faik İmamoğlu Gazi Ü  
 Prof. Dr. Ahmet Aksoy Gazi Ü  
 Prof. Dr. Ahmet Hikmet Eroğlu Ankara Ü  
 Prof. Dr. Ahmet Taşağul Mimar Sinan Ü  
 Prof. Dr. A.Kadir Yuvalı Erciyes Ü  
 Prof. Dr. Azmi Yetim Gazi Ü  
 Prof. Dr. Beğlü Eke Erciyes Ü  
 Prof. Dr. Celalettin Yavuz Türksam  
 Prof. Dr. Çetin Elmas Gazi Ü  
 Prof. Dr. Doğan Cansızlar Atılım Ü  
 Prof. Dr. Dursun Yıldırım Hacettepe Ü  
 Prof. Dr. E.Ethem Atay Gazi Ü  
 Prof. Dr. Enver Bozkurt Kırıkkale Ü  
 Prof. Dr. Esmâ Şimşek Fırat Ü  
 Prof. Dr. Hacı Duran Adıyaman Ü  
 Prof. Dr. Hasan Onat Ankara Ü  
 Prof. Dr. Hayrani Altıntaş Ankara Ü  
 Prof. Dr. H.İbrahim Yalın Gazi Ü  
 Prof. Dr. Hikmet Öksüz KTÜ  
 Prof. Dr. Hüsnüye Canbay İnönü Ü  
 Prof. Dr. Kadir Arıcı Gazi Ü  
 Prof. Dr. Kamil Aydın Atatürk Ü  
 Prof. Dr. Mehmet Saray Yeditepe Ü  
 Prof. Dr. Mehmet Şahingöz Gazi Ü  
 Prof. Dr. Meral Töreyn Gazi Ü  
 Prof. Dr. Murat Sezginer Gazi Ü  
 Prof. Dr. Musa Şaşmaz Niğde Ü  
 Prof. Dr. Musa Taşdelen Sakarya Ü  
 Prof. Dr. Mustafa İlbaş Gazi Ü  
 Prof. Dr. Nadim Macit Ege Ü  
 Prof. Dr. O. Kürşat Ünal Gazi Ü  
 Prof. Dr. O. Üçler Bulduk Ankara Ü  
 Prof. Dr. Recai Coşkun Sakarya Ü  
 Prof. Dr. Recep Kılıç Ankara Ü  
 Prof. Dr. Sabahat Deniz Marmara Ü
- Prof. Dr. Sadettin Gömeç Ankara Ü  
 Prof. Dr. Suna Başak Gazi Ü  
 Prof. Dr. Şener Büyüköztürk Gazi Ü  
 Prof. Dr. Temel Çalık Gazi Ü  
 Prof. Dr. Vahit Doğan Gazi Ü  
 Prof. Dr. Vahit Türk Kültür Üniversitesi  
 Prof. Dr. Yaşar Özbay Gazi Ü  
 Doç. Dr. Faruk Bilir Selçuk Ü  
 Doç. Dr. Hanife Güz Gazi Ü  
 Doç. Dr. Hasan Ali Karasar Bilkent Ü  
 Doç. Dr. Hatice Mumyakmaz Cumhuriyet Ü  
 Doç. Dr. İlyas Topsakal İstanbul Ü  
 Doç. Dr. Kemalettin Kuzucu Trakya Ü  
 Doç. Dr. Kemal Üçüncü KTÜ  
 Doç. Dr. Kutluk Kağan Sümer İstanbul Ü  
 Doç. Dr. Mehmet Akif Okur Gazi Ü  
 Doç. Dr. Mukadder Boydak Fırat Ü  
 Doç. Dr. Nurcan Toksoy Erzincan Ü  
 Doç. Dr. Selçuk Duman Gazi Osman Paşa Ü  
 Doç. Dr. Şeref İba Çankaya Ü  
 Doç. Dr. Taner Tatar İnönü Ü  
 Doç. Dr. Tefik Gülsoy Atatürk Ü  
 Doç. Dr. Timuçin Kodaman S. Demirel Ü  
 Doç. Dr. Toğrul İsmayıl Tobb Ü  
 Doç. Dr. Yaşar Kaya İnönü Ü  
 Doç. Dr. Yonca Anzerlioğlu Hacettepe Ü  
 Yrd. Doç. Dr. Ahmet Turgut Niğde Ü  
 Yrd. Doç. Bülent Yavuz Gazi Ü  
 Yrd. Doç. Dr. Cevdet Şanlı Yıldız Teknik Ü  
 Yrd. Doç. Dr. Erkan Göksu Gazi Osman Paşa Ü  
 Yrd. Doç. Dr. Köksal Şahin Sakarya Ü  
 Yrd. Doç. Dr. Murat Taşdemir Osmangazi Ü  
 Yrd. Doç. Dr. Türkan Erdoğan Pamukkale Ü  
 Yrd. Doç. Dr. Yalçın Sarıkaya Giresun Ü  
 Yrd. Doç. Dr. Yüksel Topaloğlu Trakya Ü

# İÇİNDEKİLER

---

<b>Sunuş</b>	7
<b>Sağlık Sistemi İçinde “Aile Hekimliği”nin Yeri / Yrd. Doç. Dr. Çağlar BİLGİN</b>	9
<b>Sağlık Sistemi İçinde “Performans Sistemi” / Burcu MORAN</b>	17
<b>Sağlıkta Dönüşüm Programı İçinde “Tam Gün Yasası” ve “Performans Sistemi” / Uzman Dr. Turgut KARACA</b>	29
<b>Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliği / Doç. Dr. Mustafa N. İLHAN</b>	41
<b>Ülkemizde Uygulanan İlaç Politikası / Uzman Biyolog İlknur ALTINTAŞ</b>	47
<b>Avrasya’da Yer Alan Türk Devletlerinde Sağlık Turizmi / Arş. Gör. Tuncay KARA</b>	61
<b>Hemşirelik Mesleği: Tarihçe - Sorunlar ve Çözüm Önerileri / Prof. Dr. Ayişe KARADAĞ - Arş. Gör. Deniz ÖZTÜRK</b>	81
<b>Akp Hükûmetlerinin Sağlık Alanında Son On Yılda Uyguladığı Sağlıkta Dönüşüm Programının (Sdp) Etkinliğinin ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi / Prof. Dr. Ahmet Selim YURDAKUL</b>	87

boş sayfa



# SUNUŞ

## SAĞLIK VE SİYASET

Sayı Editöründen,

Sağlık politikaları tüm dünyada sürekli tartışılan konulardan biridir. Sağlık hizmetinde esas amacın “ulaşılabilirlik, kalite ve verimlilik” olduğu herkes tarafından kabul edilen bir gerçektir. Sağlık alanındaki global ekonomik zorluklar, yaşlı nüfus ve kronik hastalıklarda artış, hızla ilerleyen biomedikal teknoloji, artan sağlık hizmeti ihtiyacı ve sağlık sistemlerinin bu zorlamalara ayak uyduramaması gibi faktörler ülkelerin sağlık sistemlerini değişime zorlamaktadır.

Ülkemizde de 2003 yılından itibaren sağlık alanında önemli bir dönüşüm ve tartışma süreci yaşanmaktadır. AKP hükümeti tarafından uygulanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı verilen programın temeli aslında kamuda özel sağlık uygulamalarını teşvik eden ve özel sektör lehine sağlık politikalarını düzenleyen bir sistem olmasıdır.

Ülkelerde uygulanan sağlık reformları veya programlarının gerçekten ülke yararına olup olmadığı bilimsel verilerle tüm değişkenleri ile birlikte değerlendirilerek analiz edilmeli ve bu sonuçlara göre planlamalar yapılmalıdır. Türkiye’de uygulamaya konulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın tüm bileşenlerini detaylı olarak incelemek, ülkemiz ve milletimiz açısından ne gibi etkileri olduğunu bilimsel verilerle ortaya koymak önemlidir. Çünkü “Ülkemizde uygulanması gereken ideal bir sağlık sistemi nasıl olmalıdır? Ve bu ideal sistem için yapılması gerekenler nelerdir?” sorularına cevap verebilmek ve sağlık alanında kendi önerimizi sunabilmek için uygulanan sağlık politikalarının fayda ve zararlarının iyi bilinmesi gereklidir.

Bu sayının hazırlanmasında emeği geçen tüm bilim insanlarına teşekkür ediyor, ülkemize ve milletimize yararlı olmasını diliyorum. Sevgi ve saygılarımla.







# SAĞLIK SİSTEMİ İÇİNDE “AİLE HEKİMLİĞİ”NİN YERİ

YRD. DOÇ. DR. ÇAĞLAR BİLGİN\*

**B**ireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir. Aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine yakın olup hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitimlerinin bireylere nasıl uygulanacağını en iyi bilen kişidir. Bu doktorlar kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir. Sağlık hizmeti sunumunda, hizmetten yararlanan bireylerin memnuniyeti önemlidir. Birinci

\*Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı.

basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Bu ilkelerin hayata geçirilmesi ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek ve gerçekten ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır.

### **Türkiye’de Aile Hekimliği**

Çağdaş aile hekimliği ile ülkemizde sağlık hizmetlerinin tüm bireylere coğrafi açıdan dengeli şekilde ulaştırılabilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun katılımını sağlayacak şekilde bireylerin yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleriyle sunmak temel hedef olmalıdır. Sağlık hizmeti sunumunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Bu ilkeler ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek, ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Aile hekimliğinin multidisipliner bir sağlık yaklaşımı olduğu düşünülürse bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımını öngörür. Güvene dayalı iletişim kurar, sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alır. Birey merkezli olmasının yanında bütüncül, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özellikleri nedeniyle aile hekimliği uygulamasının önemli bir yapı taşıdır. Gittikçe artan orandaki yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimleri, onları tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri vasıtasıyla çok daha etkili olarak karşılanabilecektir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü, 2010 yılına kadar insanların aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşılabilmesini, Alma Ata Kongresi’nde de alınan kararın devamı olarak 21. yüzyılda “Herkes için Sağlık” anlayışını hedefleri arasında saymaktadır. Bu hedefi gerçekleştirmeyi amaçlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı, aileye dayalı temel sağlık hizmetlerini gerekli eğitim ve beceri ile donanmış sağlık ekipleriyle, entegre bir şekilde sunmayı öngörmektedir. Dünyanın pek çok ülkesinde aile hekimliği başarıyla uygulanmış olup ülkemizdeki aile hekimliği uygulama çalışmaları desteklenmektedir.

Ülkemizde 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete’de, ardından sırasıyla Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı ve Aile Hekimliği pilot uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığı’nca çalıştırılan personele yapılacak ödemeler ve sözleşme şartları hakkında yönetmelik 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. Bu kapsamda 15.09.2005 tarihinde Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına Düzce ilimizde geçilmiştir. Hâlen 81 ilimizde birinci basamakta Aile hekimliği modeli uygulanmaktadır. Aile Hekimliği uygulama yönetmeliği 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmış ve bu yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmeliği yürürlükten kaldırmıştır. 2010 yılı sonunda tüm illerimizde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

“30.12.2010 tarihli ve 27801 sayılı Resmi Gazete’de Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı’nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında yönetmelik yayımlanmıştır.” Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 02.11.2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı KHK” ile Aile Hekimliği Kanunu olarak isminde ve içeriğinde değişiklik yapılmıştır.

Türkiye’de dillendirilen aile hekimliği kavramı paramparça durumdadır. Çünkü kutsal aile sözünden çıkartılarak aldatıldığı nokta şudur: Aile hekiminin aileyi ziyaret edip orada yaşama koşullarını değerlendirebilmesi için zaman gereklidir fakat bu pratikte mümkün görülmemektedir. Ayrıca aile hekimliği sisteminde göze çarpan yanlışlıklar şunlardır:

- Aile hekimliği bütüncül yaklaşan bir tıp disiplini değil,
- Bireye yönelik hizmet var,
- Hastalıklara odaklı, koruyucu hekimlikle çok fazla ilgisi yok,
- Hasta-hekim yakınlaşması ve iş birliği yok ve hekimi hastaya bağımlı hâle getiriyor,
- Sevk zinciri yok,
- Gece-gündüz hekime ulaşma olanağı uygulamada yok (hekime ulaşmada her zaman ulaşılabilirlik vurgulanıyor ancak uygulamada yok),
- Ancak periyodik muayene sonucu korunabilen hastalıklardan korunabilecek,
- Hekim seçme özgürlüğünden bahsediliyor ama bu etik değerlere zarar vermektedir ve bu sistem bir süre sonra hasta seçmeye gitmektedir,

**Aile hekiminin aileyi ziyaret edip orada yaşama koşullarını değerlendirebilmesi için zaman gereklidir fakat bu pratikte mümkün görülmemektedir.**

Tıp fakültesi  
6.sınıf intern  
doktorluk  
aile hekimliği  
staj yılı  
olarak adlan-  
dırılmaktadır.  
Bu durum  
pratisyen  
hekim ile aile  
hekimini aynı  
kategoride  
değerlendir-  
mek anlamına  
gelmektedir.

-Muayenehane hekimliği söz konusu. Muayene hekimliği, hekimin yalnızlaşmasını, rekabeti getiriyor ve hekimin işletmecilik becerisini ön plana çıkartıyor,

-Tıp Fakültesinden mezun olan pratisyenler hemen aile hekimi olarak görevlendirilmektedir. Tıp fakültesi 6.sınıf intern doktorluk aile hekimliği staj yılı olarak adlandırılmaktadır. Bu durum pratisyen hekim ile aile hekimini aynı kategoride değerlendirmek anlamına gelmektedir.

### Dünya'da Aile Hekimliği

Aile hekimine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiş ve Francis Peabody, tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını, kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliğini vurgulamıştır. Kapsamlı ve kişisel hizmet verebilecek aile hekimliğinin gelişmesi ve yaygınlaşması 1950'lerde başlamıştır. Ancak aile hekimliğinin, İngiltere'de, ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanınması 1965 yılında oldu. 1966 yılında American Medical Association

(Amerikan Tıp Birliği) tarafından Milis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporun yayınlanması sonucu birincil bakım konusunda çalışan, yeni bir uzmanlık dalı olan "aile hekimliği" tanınmıştır. 1969'da "Amerikan Aile Hekimliği Board"u (ABFP) oluştu ve aile hekimliği uzmanlığı doğmuş oldu. 1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansı'nın çok önemli sonuçlarından birisi de dünya ülkelerine çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak "2000 Yılında Herkese Sağlık" başlığı altında toplanan bir kısım stratejiler ve hedefler gösterilmiş olmasıdır.

Avrupa Birliği, halk sağlığının iyileştirmeyi, hastalıkların önlemeyi ve sağlığı tehdit eden risk kaynaklarını ortadan kaldırmayı amaçlayan bir "Halk Sağlığı Programı" hazırlamıştır. Bu programa göre hastaların aydınlatılmasının koruyucu sağlık uygulamalarında çok etkili olduğu dikkate alınarak sağlık politikası belirleyicilerinden, ülkelerinde temel sağlık hizmetlerini organize ve finanse ederken, doktorların koruyucu hizmetler ile birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda etkili bir biçimde rol almalarını sağlamaları hedeflenmiştir.

Özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiğinin vurgulanmasıyla tüm dünyada bu konuda çalışmalar başlatılmış ve ülkeler sağlık

sistem ve politikalarını bu görüş doğrultusunda yeniden gözden geçirmişlerdir. Kapsamlı, sürekli, koordine edilen ve kişiye özel bir sağlık hizmeti verilmesinin sağlanmasında özellikle aile hekimleri çok önemli bir konuma sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetinin diğer çalışanları yanında onların rolü, sağlık alanında kaynakların optimal biçimde değerlendirilebilmesi için çok önemli görülmektedir. Bireysel ve toplumsal sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu geliştirmeleri durumunda geleceğin sağlık sistemleri içinde rolleri daha da belirgin olacaktır.

İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık hizmet sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. Aile hekimi sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, maliyet etkinliğine ve adillığe ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu sorumluluğu yerine

getirebilmek için aile hekimi, hasta bakımında yetkin olmalı, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün hâlinde ele almalıdır. Bu amaç doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA) tarihi bir iş birliği gerçekleştirmektedir.

Aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmalı ve çalışmalıdır. Aile hekimliği uzmanlık disiplini her tıp fakültesinde öğretilmeli ve aile hekimi/dal uzmanı dengesi kurulmalı, her ülkede aile hekimliği mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi verilmelidir. Avrupa Topluluğu 1 Ocak 1995'te yürürlüğe giren bir kararla birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin fakülte sonrası en az 2 yıl eğitim almasını zorunlu kılmış ve 1 Ocak 1996 tarihinde ise eğitim süresi 3 yıla çıkarılmıştır. Günümüzde uygulamada ve adlandırmada farklılıklar olsa da dünya ülkelerinin birçoğunda aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır.

Amerika'da 30 yıllık gelişimini tamamlayan aile hekimliği, günümüzde faal olarak çalışan aile hekimleri Amerikan sağlık sisteminde çok önemli role sahiptir.

Günümüzde Amerika'da aile hekimliği uzmanları dahiliye uzmanlarından sonra sayıca 2. sıradadırlar ve coğrafi dağılımları oldukça iyidir ve bir günde diğer uzmanlık dallarının herhangi birinden daha fazla sayıda hasta görmektedirler ve uygulamaları yüksek oranda hasta memnuniyeti sağlamaktadır. Amerika'da aile hekimliği oldukça yerleşmiş bir uzmanlık dalıdır. Aile hekimleri, birbirleri ve hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanlarıyla iş birliği yapmaları için teşvik edilmektedir.

Almanya'da, birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. 1980 yılından itibaren aile hekimliği için uzmanlık eğitimi seçmek isteyen doktorlar için zorunlu bitirme sınavı uygulanmaya başlanılmıştır. 1994

**İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık hizmet sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır.**

yılından itibaren de birinci basamakta çalışacak olan hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hâle getirilmiştir. Aile hekimlerinin diğer dal uzmanlarına oranı % 45-50 dolayındadır. Hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimlerine en az 3 ay bağlı kalmakla yükümlüdürler. aile hekimleri gerekli görürlerse, hastalarını diğer uzmanlara veya hastaneye sevk edebilir.

İngiltere’de, aile hekimliği uygulamaları 1601 yılında başlamıştır. İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmetleri Örgütü vardır. İngiltere’de sağlık hizmetlerinin çoğu vergilerle finanse edilmektedir. Ülkedeki 34.000 civarındaki aile hekiminin çoğu 4-5 hekimden oluşan grup muayenehanelerinde hizmet verir. Bir aile hekimine düşen nüfus 3000 civarındadır. Kişiler ilk olarak kayıtlı oldukları aile hekimine başvurmak zorundadırlar. Aile hekiminden sevk alamayanlar, ikinci basamağa acil durumlar dışında başvuramazlar. Aile hekimlerinin ikinci basamağa sevk oranı % 10 dolayındadır. Aile hekimlerine ödeme kayıtlı kişi başına yapılmakla birlikte, koruyucu hizmetlerin etkinliğini arttırmak için hizmet başına ödemeler de yapılabilmektedir.

Tüm tıp fakültelerinde aile hekimliği bölümleri vardır ve mezuniyet öncesi eğitimi verilir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1979’da zorunlu hâle getirilmiştir ve bir yıllık intern döneminden sonra, 2 yıllık hastane eğitimini ve daha sonra da eğiticilik eğitimi almış bir aile hekiminin yanında geçecek olan 1 yıllık bir eğitim süresini kapsamaktadır

Kanada’da, birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Aile hekimleri büyük kentlerde muayenehanelerinde çalışırlar ve 2. basamağa sevk ettikleri hastalarının tedavileri ile de bizzat ilgilenirler. Kırsal alanda ise sağlık merkezlerinde ve küçük hastanelerde hizmet verirler. Tüm tıp fakültelerinin aile hekimliği bölümleri vardır. Aile hekimleri ülkedeki en büyük hekim grubudur ve tüm hekimlerin yarısını oluştururlar. Mezuniyet öncesi aile hekimliği stajı, aile hekimliği bölümlerinin uygulama merkezlerinde 4-6 hafta süreyle yapılır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise iki yıl olup, isteyenler bu süreyi üç yıla çıkarabilirler ve böylece geriatri, acil tıp veya akademik kariyere girebilirler.

Norveç’te ise, birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilir. Her il sağlık yönetimi açısından bir ana bölgeyi oluşturmaktadır. İllere bağlı olan kırsal sağlık yönetimleri vardır. Sağlık merkezlerinde yerel yönetimlerle sözleşme imzalamış olan aile hekimleri, hemşire, ebe, diş hekimi gibi personel çalışır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte verilir. Ücretlendirme hasta başıdır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılında kabul edilmiştir. Süresi beş yıldır. Bunun 1 yılı klinikte 4 yılı da bir aile hekiminin yanında geçirilmektedir. Sürekli eğitim zorunludur.

Sonuç olarak; Türkiye’de dillendirilen aile hekimliği kavramı ile diğer ülkelerdeki kavram aynı mıdır?

Üniversitelerin Aile Hekimliği Anabilim Dalları ve TAHUD ülkemizdeki aile hekimliği sisteminin diğer ülke örneklerindeki gibi olması için çalışmalar yapmakla birlikte, Hükümet ve Sağlık Bakanlığının söylemi hiç de diğer ülkelerdeki gibi değildir. Aile hekimliği sisteminin uygulandığı birçok ülkede bu sistem, ülke koşulları da gözetilerek bir sağlık sistemi olarak uygulanmaktadır. Birçok ülkede hizmet sunumu bölgenin özelliklerine göre muayenehanede ya da sağlık merkezinde yapılmaktadır. Bizdeki sağlık ocağı sistemi de bir anlamda İngiltere, Kanada, Norveç, İsrail gibi ülkelerdeki sağlık merkezlerinin yerine geçmektedir. Ancak sistemin finansmanında farklılıklar vardır. Bizim diğer ülkelerden en büyük farkımız, diğer ülkeler sağlık ocakları sistemiyle tanışmadan önce, ülkelerinin ekonomik durumlarına en uygun bir finansmanla sağlık ocağı benzeri bir sistem oluşturmaya çalışmışlardır. Oysa biz tam olarak uygulanması halinde şimdikinden daha mükemmel olacak bir sistemi tamamen yıkıp başka ülkelerin vazgeçmeye çalıştıkları tüketici bir sistemi zorla dayatmaya çalışıyoruz. Aile hekimliği sistemini tartışırken ülkelerdeki aile hekimliği modelleri finansman boyutuyla birlikte değerlendirilmelidir.

Oysa biz tam olarak uygulanması halinde şimdikinden daha mükemmel olacak bir sistemi tamamen yıkıp başka ülkelerin vazgeçmeye çalıştıkları tüketici bir sistemi zorla dayatmaya çalışıyoruz.

### Sonuç ve Öneriler

1- Sağlık bir bütündür ve sosyal bir durumdur. Aile hekimliği sağlığı bireyselleştirmekte ve halkın sağlığa erişimini tamamen ekonomik duruma endekslemektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri sosyal sağlık politikaları çerçevesinde sunulmalıdır.

2- Genel olarak bakacak olursak 224 sayılı Kanun bu konunun bütün taraflarınca sağlıkta eşitsizlikleri giderecek şekilde eksiklikleri tamamlanıp yanlışlıkları düzeltilmelidir. Çünkü bugünkü uygulanan hâliyle 224 sayılı Kanun sağlıkta erişimi tam olarak sağlayamamaktadır.

3- Sağlık ocağı modelinde her hekim için koruyucu ve/veya tedavi hizmetleri için ebeler gibi bölge verilmelidir.

4- Sağlık ocağı bölgelerinin sınırları siyasal değil coğrafik yapılanmaya göre belirlenmelidir.

Küreselleşme süreci (Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu...) her ne ad altında sağlıkta özelleştirmeyi dayatsa da sağlık hizmetleri daima kamu hizmetleri

Sağlık ocağı bölgelerinin sınırları siyasal değil coğrafi yapılanmaya göre belirlenmelidir.

olarak, koruyucu hizmetlerin öncelikli olduğu entegre, genel bütçeden finanse edilen, herkese eşit, nitelikli, ücretsiz erişilebilir olarak sürdürülmelidir. Çünkü temel sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerine erişim en temel insan hakkıdır.

### Kaynaklar

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2001.

- ÖZTEK Z. Temel Sağlık Hizmetleri. 2. basım, Hacettepe Halk sağlığı Vakfı Yayın no 92/2, Ankara 1992: 7.
- DOĞAN BG, MÜFTÜ G, BERTAN M. İnsan Hakları, Kadın Hakları ve Çocuk Hakları. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Ed: Güler Ç, Akın L. Ankara 2006: 1207.
- Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. Margaret Whitehead. TTB Yayını. Sayfa: 21.
- HAYRAN O. Küreselleşme ve Sağlık. Yeni Türkiye Dergisi 2001;40: 1111.
- Dünya Çalışma Raporu 2000. Değişen Dünyamızda Gelir ve Sosyal Güvenlik. Uluslararası Çalışma Ofisi. Cenevre 2000.
- Güneydoğu Anadolu Projesi Bölge Kalkınma Planı T.C. Başbakanlık GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı. Cilt 1. 2002:5.
- HAYRAN O, NUHOĞLU A, İNAN A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmayı Etkileyen Etkenler. Toplum ve Hekim 1988;46: 17-21.
- ŞERİFHAN M, PINAR M, İNCİ A, YILDIRIM Ö, YÜCETAŞ A, ESER E. Muradiye sağlık ocağı bölgesi gebe ve 0-24 Aylık Bebek-Çocuk Annelerinin Sağlık Hizmetleri TTB 2010-2011-2012 Aile Hekimliği Sorun Öneri Bildirgeleri
- Aile Hekimliği Derneği, Aile hekimliği Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği 2012
- Türk Sağlık Sen Aile Hekimliği ve Sorunları kitapçığı 2010
- Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Yönerge ve Mevzuatlar KHK ler 2004-2012
- Sağlık-Sen Aile Hekimliği Çalışmaları.





# SAĞLIK SİSTEMİ İÇİNDE “PERFORMANS SİSTEMİ”

BURCU MORAN\*

## Giriş

*“Ulusumuzu güvenlik içinde yaşatmak temel amaçlarımızdan biri olduğu gibi onun sağlığına özen göstermek ve olanaklarımız ölçüsünde toplumsal acularımıza çözüm bulmak hükümetimizin genel görevlerinden biridir”.* Mustafa Kemal Atatürk

Ülkenin güvenliği kadar toplumun bedenen ve ruhen sağlık içerisinde yaşaması devletin temel ödevi niteliğindedir. Atatürk’ün çağdaşlaşma yönünde sağlığı, sosyal anlamda bakanlık düzeyine getirmesi tüm dünyada öncü bir hareket olma vasfı taşımaktadır. Böylelikle ülkemizde sağlık hizmetleri bakanlık düzeyine çıkarılarak “sosyal” kelimesi eklenmiştir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin sadece tedavi edici düzeyde değil, toplumun sağlığını koruyucu nitelikte yürütülmesinin gerekliliği vurgulanmıştır.

Kamunun yeniden yapılanması sürecinde ülkemizde bilhassa 1980 sonrasında gelişme ve strateji bağlamında önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Başta devletin küçültülmesi ve işletmeselleştirilmesi olmak üzere kamu harcamalarının öngörülemez biçimde artışı devletin piyasadaki rolünü arttırması yönünde değişim göstermektedir. Bu doğrultuda özellikle 2001 yıllarından itibaren devletin özel sektör nosyonunu üstlenerek sağlık hizmetlerinde işletme mantığını yerleştirilmeye çalışması ile örgütleri de yakından ilgilendiren dönüşümler ortaya konmaya çalışılmıştır. Başta sağlıkta dönüşüm projesinin mimarı olan Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü’nün ilkeleri doğrultusunda, sağlık alanında

\* Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi.

Sağlık diğere kamu hizmetleri gibi girdi çıktı ilişkisi veya fayda maksimizasyonu şeklinde kısa vadede sonuç verebilecek bir kamu hizmeti değildir.

yapılan reformların dünya standartlarına paralel hâle getirme çabalarının, en önemli basamağı sağlıkta performans ve performans dayalı ek ödeme sistemine entegrasyon dönemine girilmiştir. Sağlığın, bireyin en doğal sermayesi geçeceğinden hareketle sağlık hizmetlerini, hizmeti alanlar için bir hak, siyasiler için bir kamu politikası olarak görmek mümkündür.

Türkiye’de sağlıkta “reform” süreci ilk olarak 1990’ların başında gündeme gelmiştir. 2003’te AKP Hükümetiyle “Acil Eylem Planı ve Kamusal Reform” başlığı ile sağlık alanında bir dizi etkinlik gerçekleştirme hedefi açıklanmıştır. Bu hedefler içinde, “Herkesine Sağlık” başlığı ile “Sağlıkta Dönüşüm Programı” yer almaktadır.

Bu makalede, sağlıkta performans uygulamasının günümüzde bir kamu politikası olarak

Türk Kamu Sağlık Sektörü’nde ne gibi değişikliklere yol açtığı irdelenecektir. Söz konusu sağlıkta performans uygulaması dünya için yeni bir uygulama olmayıp, ülkemize adaptasyonu için uygun bir zemin oluşturulması beklenmiştir. Sağlıkta Performans sisteminin dünyadaki başarılı uygulamaları görülse de ülkemizin sosyo-ekonomik tabanı göz önüne alındığında uzun bir süreçte sürdürülebilirliği herkesi düşündürmektedir. Bu anlamda performans sistemini sadece kamusal hizmetlere erişim kolaylığı bazında düşünmek, sağlık hizmetlerine verilmesi gereken önemi gölgelemektedir. Aynı zamanda Performans sisteminin işlerliği sadece kurumun maliyetlerini minimize etmek veyahut sağlık sunucularının iş dağılımları ve fonksiyonel verimliliği düşüncesinden de öte olmalıdır. Çünkü sağlık diğere kamu hizmetleri gibi girdi çıktı ilişkisi veya fayda maksimizasyonu şeklinde kısa vadede sonuç verebilecek bir kamu hizmeti değildir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerini diğere kamu hizmetlerinden ayrı değerlendirmek gerekmektedir. Diğere bir deyişle siyasal bir zeminde değerlendirmemek toplumun bütününe hitap edebilecek tam kamusal bir hizmet olarak görmek gerekmektedir. Bu sebeple bu makalede öncelikle kamu yönetimlerinde performans rejiminin uygulanabilirliği irdelenerek, ilerleyen bölümlerde performans sisteminin uygulanmasında en önemli role sahip olan, kimi yönetim bilimcilerine göre “ödüllendirme”, kimi kamu bilimcilerine göre ise “teşvik edici” unsuru olan performans dayalı ek ödeme sistemi yani ücret konusunun sağlık sektöründeki yansımaları resmedilecektir.

### **Kamuda Performans Yönetiminin Önemi ve Uygulanabilirliği**

Kamuda performans yönetiminin uygulanabilirliği esasen karmaşık bir meseledir. İlk çıkış noktası itibarıyla özel sektör olan performans yönetimi, karını maksimize etmek isteyen yöneticiyi bir anlamda müşteriye yakınlaştırmaktadır. Dolayısıyla, kamu hizmetlerinden yararlanmak isteyenlerin beklentileri ile hizmet sunucularının bu beklenti ve ihtiyaçlar doğrultusunda strateji geliştirebilmeleri ve uzun vadede aynı kalitede mal ve hizmet sunumunu sağlayabilmeleri kamu hizmetlerinin karmaşık yapısıyla örtüşmemektedir.

Değişen dünyada hâkim olan liberal düşünce yani serbest piyasa koşullarında eski tabuların hemen hemen çoğu yıkılmış temel sorun müşteri ve/veya vatandaşın taleplerinin neler olacağı konusu olmuştur. Eskiden hakim olan yargı, ister kamuda ister özel sektörde olsun işletmeler ne üretirse müşteri onu satın alırdı. Oysa şimdi her iki kesim için de müşteri portföyünün istek ve ihtiyaçlarına uygun mal ve hizmet sunabilme düşüncesi egemendir. Tüm bu gelişmelerin neticesinde, yeni kamu yönetimi anlayışı, kamunun özel sektörle rekabet edebilir bir duruma gelmesine zorlamaktadır.

Türk Kamu Sağlık Sektöründe performans değerlendirme işlemi iki şekilde yapılmaktadır: Birincisi kurumun performans değerlemesi; ikincisi ise sağlık işgörenlerinin performans değerlemesi.

### **Kurumsal Performansın Değerlendirilmesi**

Kurumsal performans ile performansa dayalı ödeme sistemi arasında bağ kurulmasının nedenlerinin başında, hekimlerin ve hekim dışı sağlık hizmeti sunucularının bireysel potansiyellerinin ölçümleri ve kurumsal hizmet kalitesi performansa dayalı hale dönüştürülmesi gelmektedir. Kurumsal kalite ve verimlilik değerlendirmesi neticesinde elde edilen performans düzeyi, kurumda istihdam edilen her bir işgörenin kendi potansiyel verimlilikleri çerçevesinde oluşan performans puanları; ek ödeme olarak parasal değere dönüştürülmektedir.

Başka bir söylemle kurumun performans seviyesi, ek ödemeye konu olan döner sermaye havuzunda biriken miktarın belirleyicisi olmaktadır. Buradan çıkarımla kurumsal performansın yüksek olduğu bir kurumda hizmet sunucularının daha fazla ödüllendirileceği düşünülmektedir. Söz konusu kurumsal performansın yol açacağı birtakım kaygılar bulunmaktadır. Şöyle ki, en kısa sürede hastane maliyelerini yükseltmeden, çok sayıda hastaya bakmak bireyin o anki sağlık durumu iyileştirilerek, koruyucu sağlık politikasından uzaklaşmış olunacaktır.

### **Sağlık Çalışanlarının Performansının Değerlendirilmesi**

Sağlık hizmetlerinin daha verimli ve kaliteli sunumu açısından uygulanmaya çalışılan standartlarının, hangi branş için nasıl bir yolla uyarlanacağı konusu hekimler için karmaşık bir konudur. Bu tür personel temelli uygulamalar genellikle özel müteşebbislerde daha etkin ve verimli çalışabilmekteyken, kamu kurumları için özellikle de kamu hizmet sektörleri için belirlenen hedef ve amaçların başarı oranları çok net tespit edilememektedir. Bu sebeple sağlık sunucuları arasında

adaletsiz bir gelir dağılımına yol açtığı görülmektedir. Bu sorunların en başında cerrahi ve cerrahi olmayan branşlar arasındaki puan adaletsizliği gelmektedir. Bu uygulamanın, çalışanlar için bir teşvik unsuru olmaktan öteye gittiği hatta demotive edici olduğu görülmektedir.

### **Hizmet Başına Ödeme Sistemi**

Bu ücret sisteminde, işgörenlerin sundukları parça - ürün başına göre değerlendirme yapılarak ödeme yapılmaktadır. Örneğin, sağlık hizmeti sunan hekim, muayene ettiği hasta başına ortak havuzda biriken sermayeden pay alır. Bu sistemin en önemli özelliği, işgörenleri daha fazla hizmet sunmaya teşvik etmesidir. Söz konusu ödeme sisteminde gelirini maksimize etmek isteyen hekimler daha çok çalışmayı arzu ederek, sağlık hizmetlerinde maliyet artışına sebep olabilmektedirler. Bu nedenle maliyet artışının önüne geçebilmek için de yukarıda bahsedildiği üzere kurumsal performans değerlendirme kriterleri devreye girmektedir. Her iki performans değerlendirme sisteminin aynı mekanizmada işletilebilmesi, hekimin hastası için gerekli birtakım tahlilleri isterken “paket puan” barajını aşmaması, yani kurumun maliyetini düşünmesi gerekmektedir.

Başka bir perspektiften bakıldığında ise bu ödeme sisteminin zaman/birim esasına göre düzenlenmesinin sunulan hizmetin kalitesini tehlikeye atacak nitelikte olabileceği gözlenebilmektedir. Sistemin eleştirilen diğer yönü ise ortak havuzda biriken paranın miktarını arttırabilmek için hizmetlerin, sirkülasyonu daha yüksek alanlarda, daha az nitelikli işgörenler tarafından verilmesi olabilir. Performans sistemiyle, hastalarının çoğunun tıp konusunda tam bilgiye sahip olmadığı gerçeğinden hareketle, performans rejiminin görünürde müşteri memnuniyetine hitap ettiği izlenimi oluşmaktadır. Etik düşünceleri gündeme taşıyan bu sistemle hekimlerin, tedavisi imkansız hastaları iyileştirmek veya daha çok konsültasyon uygulamaları isteyerek hastayı hastaneden uzaklaştırmamayı sağlayabileceği düşünülmektedir.

### **Kişi Başına Ödeme Sistemi**

Bu ödeme sistemi hizmet başına ödeme sisteminden çok farklı olmamakla birlikte sağlık hizmeti sunanların, belirli bir süre içinde vereceği tüm hizmetleri karşılamak için uygulanan bir ödeme sistemidir. Bu ödeme sistemi kişi sayısını baz almaktadır. Hekime belirlenen süre içerisinde baktığı hasta sayısı kadar ücret ödenmesi esasına dayanır. Bu sistemle işleyen kurumlar yüksek karlar elde etmek için sağlık maliyetlerini düşürme yolları arayışına girebilirler. Örneğin daha az laboratuvar tetkiki isteyerek hastanın direkt sağlık problemi yaşadığı kısma odaklanarak hastalığa neden olabilecek diğer etkileri araştırmamak yahut da tedavisi mümkün olmayan ciddi hastalığı olan kişileri tedavi etmek istememek. Hizmet başına ödeme sistemine kıyasla daha makul görünen bu ödeme sistemi finansal risklere karşı da kendisine otomatik kontrol merkezi kurmaktadır. Bu anlamda sistemin kaliteli hizmet sunabilme imkânı azalmaktadır.

### Maaş

Diğer ödeme sistemlerinde ücretin artışına konu olan ilave unsurlar bu ödeme sisteminde uygulanmamaktadır. İşgörenin aldığı ücret ile sunduğu hizmet şekli ve miktarı arasında herhangi bir orantı kurulmamaktadır. Yani hekimin belli bir zaman aralığında baktığı hasta sayısı ve artı çalışma süresi bu ücrette meydana gelecek herhangi bir artışa neden olmaz. Ülkemizde performansa dayalı ek ödeme sistemi ile hekimlerin sabit maaşları oldukça aşağıya çekilerek, aylık performansları ile gelirlerini arttırabilmektedirler. Yani gelirini maksimize etmek isteyen hekim ortalama 5 dakikalık bir muayene süresi içinde hastasının öyküsünü dinleyip, fiziksel muayenesini gerçekleştirip gerekli tahlil ve tetkik istemlerinde bulunması gerekmektedir. Bu sayede ortak havuzdan pay almaya kazanması için günlük bakması gereken hasta sayının ortalama 60 kişinin altına düşmemesi gerekmektedir. Söz konusu sabit maaşlarının düşürülüp performansları oranında pay almaları branşlar arası uyumsuzluk göz ardı edilmektedir. Örneğin, bir psikiyatrisin, hastasını 5 dakika tedavi edebilmesi imkânsızdır. Psikiyatrist hekim için öngörülen maksimum süre 20 dakikadır. Bu şekilde işleyen bir sistem içerisinde psikiyatrist hekimin günlük bakabileceği hasta sayısı diğer branşlara göre hayli düşüktür. Bu örneklerin genişletilebilmesi mümkündür. Girişimsel işlemler yapabilen branşlar ile sadece hastanın öyküsüne binaen araştırılması gereken vakalar arasındaki performans puanı elde edebilme kolaylığı aynı olmamaktadır. Yukarıda da

bahsedildiği üzere performans rejiminin temelinde müşteri memnuniyeti ve hekim kurumun maliyetlerini yükseltmeden kendi gelirinin maksimize etmesi mantığı yer almaktadır. Bu bağlamda hekimin günde ortalama 60 kişiye sağlık hizmeti vermesi kendi biyolojik verimliliği açısından oldukça risklidir. Hastaların bunu reddedilmeme olarak algılaması görünürde memnuniyet verici olsa da uzun vadede toplumun sağlık düzeyini tehdit edebileceği unutulmamalıdır.

Hekimin günde ortalama 60 kişiye sağlık hizmeti vermesi kendi biyolojik verimliliği açısından oldukça risklidir.

Hastaların bunu reddedilmeme olarak algılaması görünürde memnuniyet verici olsa da uzun vadede toplumun sağlık düzeyini tehdit edebileceği unutulmamalıdır.

### Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Meydana Gelen Suistimler

Performansa dayalı ek ödeme sisteminde meydana gelen hileli davranışlar özverili ve etik davranan hekimlerin motivasyonunu düşürürken, sağlık giderlerinde katlanılan maliyeti arttırıp, müşteri memnuniyetinin azalmasına sebep olmaktadır. Ödeme sistemi üzerindeki işlemlerin yoğunluğu ve kayıt altına alınan

Performans sisteminin paranın sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi ve hasta memnuniyeti gibi önemli amaçları satın alabileceği varsayımı üzerine inşa edilmemesi gerekmektedir.

verilerin hacmi muhtemel suistimallerin tespitini ve işlemlerin takibini güçleştirmektedir.

Dünya genelinde sağlık alanında görülen sahtecilik davranışları şu şekilde sıralanmıştır:

- Yapılan bir işlemin başka bir işlem gibi mükerrer faturalandırılması,
- Verilmeyen bir hizmetin yapılmış gibi gösterilmesi,
- Tıbbi açıdan gerekli olmayan, hastalara fazladan tıbbi tedavi ve testler yapılması veya cihaz, protez gibi ekipmanların kullanılması,
- Bir tedavi veya ekipman için aşırı fiyatla belirli tedarikçilere yönlendirme yapılması,
- Bazı şirket veya grup firmalarına yönlendirme yapılarak tedarikçiye fiyatla ödeme yapılması,
- Başka kurumlara gereksiz hasta sevki yapılması, yerel tedavi yerine uzak sağlık kurumuna yönlendirilmesi,
- Hak sahibi olmayan kişilerce, başka hastaların sosyal güvenlik ve özel sağlık sigortalarının kullanılması,
- Hastanın hastanede istirahati gerekli olmadığı halde hastane istirahati sağlanması,
- Gerekli olmadığı halde ameliyat yapılması,
- Döner sermaye gelirlerini arttırmak için yapılan girişimsel işlemler.

Yukarıda da bahsedildiği üzere sağlık rejiminin eskiye oranla hastaların erişimini kolaylaştırdığı görülse de hekimlerin sabit maaşlarının azaltılarak performansları oranında gelir elde etmeye zorlanmaları suistimallere hayli açıktır.

Bu sebeple, sağlık reformcularının siyasi stratejilerini, hizmet karşılığı ödeme şeklinde yapılan performansa dayalı ek ödemenin, etik boyutlarını, denetim metotlarını ve süreçlerini iyi analiz etmeleri gerekmektedir. Performans sisteminin paranın sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi ve hasta memnuniyeti gibi önemli amaçları satın alabileceği varsayımı üzerine inşa edilmemesi gerekmektedir. Aksi takdirde sağlık işgörenleri, insanların sağlığı gibi önemli bir konuda hizmet sunarken, 'ne kadar hizmet o kadar para' anlayışı çerçevesinde bir noktaya gelirse bu durumun performans sisteminin esas maksadını açacağı düşünülmektedir.

## Sonuç

Sağlık bireylerin sahip olduğu en doğal sermayesidir. Bu anlamda hükümetin sağlık sektörünü yalnızca kurumlar ve sağlık sunucuları bazında değerlendirmemesi gerekmektedir. Toplumsal sağlık kavramının, koruyucu sağlık hizmetleri kavramı üzerine inşa edilmesi önem arz etmektedir.

Dolayısıyla sağlık hizmetleri, devletin vatandaşlarına karşı taşıdığı sorumlulukların başında gelmektedir. Aksine ülkemizde sağlık; tamamıyla kamusal bir hizmet alanı olamamıştır. Özellikle muayenehaneler aracılığıyla sağlık sektörü, sürekli piyasa ile ilişkilendirilmiş ve topluma da bu anlayış genel olarak kabul ettirilmiştir.

15 Eylül 2003 tarihinde Düzce’de aile hekimliği uygulamasının başlamasıyla birlikte Türk Sağlık Sektörü yeni bir döneme girmiştir. Aile hekimliği sağlıkta özelleştirmenin çok önemli bir bileşeni olduğu gibi, sağlıkta özelleştirme politikalarını gizlemenin bir yolu ve sağlıktaki bu yeni döneme toplumun karşı çıkmasını engelleyen bir araç olarak da değerlendirilmektedir. Bu aracın varlığı sağlığı özelleştiren kamu reformcuları açısından son derece hayati önem taşımaktadır. Çünkü aile hekimliği bir sağlık sistemi olmaktan öte bir propaganda ve toplumu ikna etme aracı olarak görülmekte ve düşünmektedirler.

Performansa dayalı ücretlendirme sistemlerinin tüm kamu çapında uygulanması yönündeki eğilimin, kalkınma planları ve orta vadeli planlarda yer aldığı görülmektedir. Ancak, genel olarak Türk Kültürü ve Türk Kamu Kültürü göz önünde bulundurulduğunda, performansa dayalı ücret rejiminin benimsenmesi neticesinde ortaya çıkması muhtemel bazı sorunların göz önünde bulundurulmadığı görülmektedir.

Sistemin en çok eleştirilen yönü, bir kamu politikası olarak görülen sağlık hizmetlerinin temelde müşteri memnuniyeti odaklı olup kurumsal performansı maksimize etmek üzerine inşa edilmiş olmasıdır. Esasen temelde sağlık hizmetlerinde kaliteyi ve müşteri memnuniyetini arttırmayı hedefleyen performansa dayalı ek ödeme sisteminin beraberinde, birtakım etik problemleri de getirdiği görülmektedir.

Öte yandan performansa dayalı ek ödeme sistemi ile hekimlerin birtakım özlük hakları ve dinlenme süreleri arasında performans ve ücret ilişkisi kurgulanmıştır.

**Aile hekimliği sağlıkta özelleştirmenin çok önemli bir bileşeni olduğu gibi, sağlıkta özelleştirme politikalarını gizlemenin bir yolu ve sağlıktaki bu yeni döneme toplumun karşı çıkmasını engelleyen bir araç olarak da değerlendirilmektedir.**



Performansa dayalı ek ödeme sisteminin performans puanları ile bütünleşik yapılandırılmasının altında yatan temel düşünce hekimleri daha çok hasta bakmaya teşvik ederek eskiden yaşanan, hasta kabulü reddinin önüne geçebilmektedir.

Hekimlerin, döner sermayeden daha çok gelir edebilmek için biyolojik verimliliklerini düşürmeden iş görmeleri gerekmektedir. Adeta beşeri unsurun ihmal edilerek makineleşmesi söz konusu olmaktadır.

Aynı zamanda avantajları varmış gibi görünen performansa dayalı ek ödeme rejimi görünürde gelir artışına yol açsa da hekimlerin bu sistemden ötürü sabit ücretlerinin düşürülerek, kat sayılara bağlı ek ödemelere tabi tutularak sürekli hasta bakmaya zorlanmakta olmalarıdır. Çünkü performansa dayalı ek ödeme sisteminin en önemli unsuru her branş ve her bir işlem kalemi için ayrı performans puanları oluşturulmasıdır. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin performans puanları ile bütünleşik yapılandırılmasının altında yatan temel düşünce hekimleri daha çok hasta bakmaya teşvik ederek eskiden yaşanan, hasta kabulü reddinin önüne geçebilmektedir. Bu sayede kamu reformcuları, bütçede sürekli gider kalemi olarak açık veren sağlık hizmetlerinde maliyetleri düşürmeyi hedefle-

mektedir. Tüm bunları gerçekleştirmek için de önce kurumun kendi maliyetlerinin minimize edilebileceği gider kalemlerine belli standartlar getirerek, bu gider kalemlerinin gereksiz tahlil, tetkik gibi işlemlere maruz kalmasının önüne geçebilmek temel politika olarak benimsenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri, Danimarka ve Macaristan gibi ülkeler için performansa dayalı ücretlendirme sisteminde kaynak sorun teşkil etmezken Kanada, İrlanda, Finlandiya, İspanya ve Kore performansa dayalı ücret için özel bir bütçe ayırmıştır. Bu anlamda ülkemizde sağlık maliyetlerini düşürebilmek için kurumsal performans kriterleri getirilerek sağlık maliyetleri düşürülmeye çalışılmaktadır. Dolayısıyla sağlık giderleri için düşünülmüş bir bütçe ancak tedavi edici sağlık hizmetlerine yani ilaç vs gibi giderleri ancak karşılamaktadır. Sağlık sunucularının performansa dayalı ek ödemeleri için oluşturulmuş bir bütçe bulunmamakta, bu giderleri kurumun döner sermayeleriyle karşılamaya çalışmaktadırlar. Performansa dayalı ücret sisteminin çözümlenmesi gereken sorunlarından bir diğeri de ücretin tespiti esnasında karşılaşılan güçlüklerdir. Yani, performansa dayalı ücretin miktarının temel ücrete eklenerek kalıcı olacak bir ödeme şeklinde mi yoksa temel ücretin içinde değerlendirilmeden, performans değerlendirmesi sürecinde tekrar tekrar elde edilmesi gereken bir ödeme mi olarak ödeneceğinin kararı önemlidir. Performansa dayalı ücret miktarları OECD üye ülkelerinde farklılık gösterse de genel olarak alt düzey işgörenler için temel ücretin düşük bir dilimindeki yüzdesi olarak ödenmektedir. Örneğin 2004 yılında



İngiltere’de ikramiyeler ortalama olarak temel ücretin % 3,5’u dolaylarında ödenmiş olup bu miktar toplam işgören ödeneklerinin % 4’üne denk gelmektedir.

Bu iki yaklaşımında avantajları ve dezavantajları olmakla birlikte işgörenler üzerinde demotivasyon neden olabileceği de düşünülmelidir. İşgörenlerin daha çok ücret elde etmek için daha çok efor sarf ederek ücret artışına bağımlı bir iş yaşamı sürmeleri tehlikesi doğabilmektedir. Yapılan araştırmalarda ücretin bir defaya mahsus ikramiye şeklinde ödenmesinin performansın direkt ödüllendirilmesi olarak algılandığından, işgörenler üzerindeki motive edici etkisinin yüksek olduğu gözlenmiştir.

Öteyandan maaşın bir unsur gibi düzenli olarak ödenen ücretler uzun vadede motive edici olurken yüksek ücret alan işgörenler açısından özendirici olma özelliği bulunmamaktadır. Aynı zamanda ücretlerin etik boyutu ve adil uygulanmaması işgörenlerin aidiyet duygularını sarsan bir diğer husustur. Kamuda istihdam eden yüksek ücretli işgörenleri için her iki yöntemi de uygulayan İsveç ve İngiltere hem maaşlarda yapılan artışları hem de her yıl yenilenen ikramiye sistemini uygulamaktadır. Bu yolla başarı hakkında her yıl, hizmet sözleşmeleri, iş izlenceleri ve üst düzey kamu hizmeti yetki çerçevesine göre karar verilmektedir. Ayrıca İngiltere’de ücret artışları yapılırken işgörenin örgütteki arkadaşlarına oranla, kurumun başarısına olan katkısı göz önünde bulundurulmaktadır.

Performans rejiminin hastaneleri birer ticarethane hastaları ise müşteri olarak görmesi sonucu, hekimler bakmaması gereken hastalara da bakmaya mecbur hâle getirilerek kendi akademik gelişimlerine daha az yer ayırmaya mecbur bırakılmışlardır. Öte yandan performans rejimi hekimleri akademik çalışmalara teşvik edecek performans puanları öngörmemiştir. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin temel belirleyicisi olan puanlama sistemi konusundaki adaletsizliklerin ve branşlar arası puan uyumsuzluğunun giderilmesi; sistemin özellikle cerrahi branşlar ve cerrahi olmayan branşların hastane koşullarındaki uygulamaları ve mesleki riskleri göz önünde bulundurulmadan sisteme geçildiği performans rejimini, sorunları çözen bir sistem olmaktan çok öteye taşıdığı görülmektedir.

Sağlık iş gücü ağında zincirin en önemli halkası olan hekimlerin yüklendikleri toplumsal sorumluluk, gördükleri eğitimin süresi, zorluğu ve tekrar yeni bir hekim yetişmesi için geçen sürenin uzunluğu dikkate alınmadığı takdirde doktorluk mesleğinin dokümantasyon işlerine daha fazla yer ayıran ticari bir meslek haline dönüşmesi kaçınılmaz olacaktır.

**Uygulanan politikalar sonrasında devlet ve sermaye karşısında savunmasız hale getirilen sağlık çalışanlarının kendi öznel alanlarından kaynaklanan sorunlarıyla baş edebilmesi oldukça güç olacaktır.**

Uygulanan politikalar sonrasında devlet ve sermaye karşısında savunmasız hale getirilen sağlık çalışanlarının kendi öznel alanlarından kaynaklanan sorunlarıyla baş edebilmesi oldukça güç olacaktır. Bu noktada yoğun iş yükü, ölümcül hastalara bakım verme, çalışma süresi uzunluğu, vardiya biçimli çalışma zorunluluğu, hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma, sağlık hizmetindeki finansal ve insan kaynaklı yetersizlikler, kamu hastanelerinde çalışma, tıbbi cihazların hızlı teknolojik değişimi, ücret düşüklüğü, iş ortamında otonominin kısıtlı olmasına yol açan mesleki kıdemsizlik, eğitim sırasında kazanılan bilgilerin günlük çalışma sürecine aktarılamaması, akademik ve personel hiyerarşi piramidinde araştırma görevlisi, pratisyen hekim, tıp fakültesi öğrencisi gibi alt basamaklarda bulunma ve personelin dengesiz dağılımı gibi sorunlarla baş edemeyen sağlık çalışanlarının iş streslerinin artarak tükenişe sürüklenmesinin oldukça yüksek bir ihtimal olacağı öngörülmelidir.

Bu reform politikaları erken dönemde Türkiye gibi geleneksel refah devleti modeline sahip olmayan ülkelerde, sağlık harcamalarını önemli derecede arttırmak pahasına, geniş toplum kesimlerin sağlık hizmetlerine erişimde kolaylaştırmış olsa da, gerek reform öncesi eşitsiz sağlık ortamının var ettiği öfke, gerek yeni yapılanan sağlık “işletmelerin” kâr eksensiz yaklaşımları ve gerekse de siyasi iktidarların yönlendirmeleri nedeniyle toplumun önemli bir kesiminde sağlık çalışanlarına yönelen öfkeyi arttırmıştır.

Diğer taraftan, reform programlarının temel bileşenlerine bakıldığında neo-liberal yaklaşımın sağlığı sadece tıbbi müdahale olarak kavradığı görülmektedir. Oysa sağlık, sosyo-ekonomik ve kültürel bileşenleri olan, toplumdaki gelir dağılımı, yoksulluk, işsizlik gibi yapısal sorunlarla birlikte ele alınması gereken çok daha geniş ve çok boyutlu bir kavramdır. Toplumda var olan eşitsizliği ve yoksulluğu derinleştirdiği birçok çalışma tarafından ortaya konan neo-liberal küresel kapitalizmin, kendisinin yarattığı eşitsizlik, yoksulluk, çevre sorunları, esnek çalışma koşulları gibi durumlara bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunlarını, Sağlıkta Dönüşüm Programları adı altında yine piyasa dinamikleri ile aşmayı hedeflemesi, iddiasının aksine “hastalık üreterek” toplumsal maliyetleri arttıracığı bir gerçektir.

Tüm sağlık ve sigorta kurumlarını tek çatı altında birleştiren ve bütün sağlık kuruluşlarını sigorta kapsamında olan herkese açan bu politikanın sürdürülemez olduğunu programın mimarı olanlar dahi kabul etmektedir. Bu nedenle, yeni düzenlemenin, sağlık hizmetlerine erişimde katkı payları ve oranlarını arttıran bir yönelim içinde olacağı açıktır. Bu katkı paylarının ne kadar gerçekçi olduğunu zaman gösterecektir. Katkı payının caydırıcı etkisini elde edebilmek açısından çok geçmeden bu oranlarda değişikliğe gidilmesinin kaçınılmaz olacağı yapılan saha çalışmalarında hissedilmeye başlamıştır.

Ancak şu aşamada, “geçiş ve adaptasyon sürecinde politik kabul edilebilirlik ve anlamsız muhalefet oluşturmamak adına cömert davranılması gerçekçilikten uzak değildir” düşüncesinden hareketle, programın birey ve toplum sağlığı açısından olumsuz sonuçlara neden olacak gerçek yüzünün zaman içerisinde şekilleneceği rahatlıkla anlaşılabilir.

Çünkü, prim temelli bu sistemin hasta- hekim/ sağlık çalışanı ilişkisinin niteliğini değiştirerek müşteri-satıcı biçimine dönüştüreceği ve dahası geniş toplum

kesimlerini derin bir yoksulluğa ve informel alana iteceği öngörülebilir. Öte yandan, sosyal güvenlik kurumlarının yükünün katkı payı ve prim temelli uygulamalar ile azaltılması, hastaların ceplerinden daha fazla katkı yapmalarına ve prim borcu olan ya da katkı payı ödeyemeyen hastalara hekimlerin hizmet sunmamasına yol açacaktır. Aynı zamanda, piyasa mantığı çerçevesinde yeniden yapılanan sağlık alanı farklılaşmayı da beraberinde getirecek ve hizmete erişimde eşitsizliği derinleştirecektir. Sağlık hizmetinin ertelenemez acil bir ihtiyaç olduğu düşünüldüğünde, hizmet farklılaşmasındaki eşitsizliği yaşayan, sağlık ihtiyacından ziyade işletmeye aktaracağı paraya göre davranılan ve/veya prim borcu gibi nedenlerle kendisine hizmet sunulmayan hasta ve hasta yakını ile hizmet sunması yasaklanan sağlık çalışanı arasında yaşanacak çatışma Türkiye sağlık ortamının eskiden temel sorunu olduğu ve ileride daha büyük bir sorun olacağı açıktır.

### Kaynaklar

- AKDUR, R. (1998), "Çöl, M. ve Arkadaşları, Halk Sağlığı", **Antıp Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar**: Ankara.
- AKTIN, F. G., (2008), "Sağlık Sektöründe Bilgi Teknolojilerinin Uygulanması: İzmir Örneği", Yüksek Lisans Tezi: İstanbul.
- ATEŞ, H., KIRILMAZ H., AYDIN S. (Editörler): (2007), Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- AYDIN, S. (2008), "Sağlıkta Performans: Ne İçin Nereye Kadar" [http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans\\_yazilari/performansnereyekadar.pdf](http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/performansnereyekadar.pdf)
- AYDIN, S. ve DEMİR, M. (2007), Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- AYTAŞ, S. (2006), "Özelleştirme Sürecinde Kamu Personel Yönetiminden İnsan Kaynakları Yönetimine Geçiş ve T.C. Ziraat Bankası Örneği" Ankara: Yüksek Lisans Tezi.
- BALCI, A. ve KIRILMAZ, H. (2005), "Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemleri ve Kamu Sektöründe Uygulanabilirliği", Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-I, Ed. Ahmet Nohutçu ve Asım Balcı, İstanbul: Beta Yayınları
- BAYRAM, L. (2006), Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemlerine Yeni Alternatif: "360 Derece Performans Değerlendirme" **Sayıştay Dergisi**, (62) 49.
- BENLİGİRAY, S. (2007), **Ücret Yönetimi**, İstanbul: Beta Yayınları. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin doğrudan e:hizmet alımı yoluyla sunulması ve ücretsiz olması 2007 Sayılı Genelge: [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&view=article&id=525:bcbasamak-hmetler-rets-olmasina-k-genelge&catid=3:teblig Genelge&Itemid=35](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=525:bcbasamak-hmetler-rets-olmasina-k-genelge&catid=3:teblig Genelge&Itemid=35)
- CEYLAN, Z. (2009), "Performansa Dayalı Ücretlendirme Modelleri ve Türkiye Açısından Bir Değerlendirme: Performansa Dayalı Ücretlendirme Modelleri ve Türkiye", **Sayıştay Dergisi Sayıştay Dergisi**, 66, 74-75.
- COŞKUN, S. (2008), Kamu Yönetiminde Yönetişim Yaklaşımı. A. Balcı, A. Nohutçu, N.K. Öztürk, B. Coşkun (Der.) içinde, **Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar** (s. 32-34). Ankara: Seçkin Yayınevi.
- ÇELİK, Y. (2007), Sağlık Çalışanlarının Ödüllendirilmesinde Kullanılan Mevcut Ödeme Yöntemleri ve Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemlerinin Önemi. H. Ateş, H. Kırılmaz, S. Aydın (drl.) içinde,

Prim temelli bu sistemin hasta- hekim/ sağlık çalışanı ilişkisinin niteliğini değiştirerek müşteri-satıcı biçimine dönüştüreceği ve dahası geniş toplum kesimlerini derin bir yoksulluğa ve informel alana iteceği öngörülebilir.

- Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi** (s. 180-190). Ankara: Asil Yayın.
- ERKAN, A. (2011), "Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması" **Maliye Dergisi**, 160, 425-430.
- FETTAH, K. ve ŞAHİN, B. (2009), Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasının Hizmet Sunumu Üzerine Etkisi. H. Kırılmaz (Ed), **Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı** (s. 423). Ankara: Turunç Matbaacılık.
- FİŞEK N. (1985), "Halk Sağlığına Giriş, HÜ-DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını", Ankara.
- Hekimlerin Değerlendirmesi ile Ek Ödeme (2009). "Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları
- KESTANE, D. (2003), "Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği", **Maliye Dergisi**, (142),
- KIRILMAZ, H. (Ed.). (2009), Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 1. Ankara: Sağlıkta Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Yayınları.
- KIRILMAZ, H. (Ed.). (2009), Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2. Ankara: Sağlıkta Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Yayınları.
- KIRILMAZ, H. (Ed.). (2009), Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 3. Ankara: Sağlıkta Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Yayınları.
- KÖSEOĞLU, Ö. (2007), Performans Yönetimi Uygulamalarında Ülke Deneyimleri. H. Ateş, H. Kırılmaz, S. Aydın (Der.) içinde, **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi** (s. 45-72). Ankara: Asil Yayın.
- Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV) (2008), Sağlık Harcamaları Sağlıklı mı? Sağlık Politikaları ve Ülkemizde Kamu Sağlık Harcamaları Sorunu. <http://www.tepav.org.tr/tur/index.php?type=event&cid=390&title=S>
- ÖZTÜRK R, K. (2007), "Sağlıkta Performansın Performansı" **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, 5: 34.
- PAKDİL, F. (2007), Sağlık Sektöründe Kurumsal Performans Yönetimi. H. Ateş, H. Kırılmaz, S. Aydın, Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi (drl.) içinde, **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi** (s. 114-142). Ankara: Asil Yayın.
- POLATOĞLU, A. (2003), **Kamu Yönetimi Genel İlkeler ve Türkiye Uygulaması**. Ankara: ODTÜ Yayıncılık.
- Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl**, (1973), Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları, No: 422, Ankara: Ayyıldız Matbaası.
- Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi** (2010), Bilimsel Hakemli Dergi, Ankara: Turunç Matbaacılık, 1.
- SARGUTAN, E. **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**. (2006), Ankara: Hacettepe Yayınları.
- TABUK, (2010), Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Performansa Dayalı Çalışma Uygulanma Öncesi ve Sonrası Dönemlerin Değerlendirilmesi, Ankara, Doktora Tezi.
- TATAR, M. (2007), Sağlık Sisteminin Performansını Ölçme Süreci. H. Ateş, H. Kırılmaz, S. Aydın (Der.) içinde, **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi** (s. 156). Ankara: Asil Yayın.
- Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, (2004), Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı.
- Sağlık Personeli Memnuniyeti Araştırması**, (2010), Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- TORUN, N. (2010), "Türk Sağlık Sektöründe Rekabet Gelişimi Hastanelerin Verimliliği ve Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi", Yüksek Lisans Tezi, Ankara Türkiye Tabipler Birliği Etik Kurulu, (2009), Hekimlerin Değerlendirilmesi ile Performansa Dayalı Ödeme. Ankara: TBB. [www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik\\_Metinler/goto.aspx?id=2813](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=2813)



# SAĞLIK DÖNÜŞÜM PROGRAMI İÇİNDE “TAM GÜN YASASI” VE “PERFORMANS SİSTEMİ”

UZMAN DR. TURGUT KARACA\*

## **Tam Gün Yasası**

Ülkemizde Adalet ve Kalkınma Partisinin iktidara gelmesinden sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Bu programla Sağlık Bakanlığı, her vatandaşın çağdaş bilimin gereklerine uygun, etkin, verimli, kaliteli, hakkaniyete uygun, yaygın ve kolay erişebilir en yüksek standartta sağlık hizmetinden yararlanabilmesini amaçlamıştır.

Bu programın alt başlıklarından bir tanesi de tam gün yasanı olarak bilinen 30 Ocak 2010 tarihinde Resmî Gazete Sayı: 27478 numara ile yayınlanan “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” adlı kanundur.

Bu yasa ile hekimin sadece tek bir yerde 8 saat çalışması hedeflenmiş ve mesai sonrası da gelir getirici hizmet vermesi amaçlanmıştır. Bu yasanın olumlu ve olumsuz yanları mevcuttur.

## **Tam Gün Yasasının Uygulamadaki Olumlu Yönleri Nelerdir?**

Bu yasa ile hedeflenen tam gün çalışma ile;

-Hasta açısından: Özel muayenehaneler kapatılarak ekonomik durumu iyi olmayan hastaların bu hekimlerden kamuya dönenlerinin bazılarında hizmet alması sağlandı.

\* İskenderun Devlet Hastanesi

Bu yasa, 2010 yılında birçok uygulamada olduğu gibi alelacele hazırlanan popülist sağlık politikasının bir ürünüdür. Bu nedenle devamlı şekilde sağlık alanında karmaşa ve düzensizlikler devam etmektedir.

-Öğrenci-asistan açısından: Saat 14.00'da hastane dışına çıkan hekimler artık saat 17.00'ye kadar hastanede oldukları için bu hekimlerden kamuya dönenlerinin bazılarında daha fazla eğitim alması sağlandı.

Akılcı bir tam gün uygulaması ile bunlar sağlanabilirdi. Ancak ülkemizde uygulanmaya çalışılan acele ve düzensiz bir şekilde hazırlanan ve yasada yer alan ilgili tarafların görüşleri ve onayları alınmadan çıkarılan bu yasa ile hiçbir olumlu sonuca ulaşamamıştır hatta eski sistemden daha fazla olumsuzluk gözlenmiştir.

### **Tam Gün Yasası Uygulamasındaki Olumsuz Yönler Nelerdir?**

1. Bu yasa sonrasında çok sayıda konusunda eğitilmiş hekim özel sektöre geçmiştir veya ücretsiz izne ayrılmıştır. Üniversitede çalışan bazı öğretim üyeleri de döner sermaye geliri olan işlerde çalışmayarak üniversitede çalışırken özel muayenehaneleri açık tutmaya devam etmişlerdir. Hâlen geleceği belli olmayan bu yasadan dolayı

geleceğe yönelik plan yapamamaktadırlar.

2. Bu yasadan en çok etkilenen kurumlar Üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleridir. Oradaki asistan ve öğrenci eğitimi de etkilenmiştir. Oysaki Sağlık Bakanlığı bu yasa ile halkımızın hem kaliteli hem de ucuz sağlık hizmeti almasını amaçlamışken gelinen durum bunun tam tersini göstermektedir.

Ancak Anayasa Mahkemesi'nin 18 Temmuz 2012 günlü oturumunda aldığı kararla 650 sayılı KHK'nın birçok maddesi iptal edilmiştir.

Sonuç olarak; bu yasa, 2010 yılında birçok uygulamada olduğu gibi alelacele hazırlanan popülist sağlık politikasının bir ürünüdür. Bu nedenle devamlı şekilde sağlık alanında karmaşa ve düzensizlikler devam etmektedir. Bu durumdan en çok rahatsız olan ve zarar gören kesim milletimiz ve tüm sağlık personelimizdir. Çok basit bir çözüm yolu vardır. Çıkarılacak yasa ile ilgili tüm tarafların bir araya gelmesi ve milletimizin menfaatleri çerçevesinde ortak bir çözüm bulunarak uygulamaya konulmasıdır. Öncelikle Tam Gün Yasası ile ilgili beklenen pozitif ve negatif yönler detaylı bir biçimde ortaya konulmalıdır.

Tam Gün Yasası ile ilgili olarak bazı sivil toplum örgütlerinin görüşleri şu şekildedir:

### 1. Türk Cerrahi Derneği

“Tam Gün” adı altında çıkarılan yasa, maale-sef kamu hastanelerinin ve halkımızın sağlığını iyileştirmeye yönelik bir içerikten yoksundur.

Bu yasa tasarısında hekim ücretleri bir süredir Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde uygulanmakta olan performansa (yapılan tıbbi işlem sayısına) dayalı ödeme sistemine bağlanmıştır. Kısaca değerlendirmek gerekirse, performansa dayalı ek ödeme sistemi, hekimlere yönelik ücretlendirmede bir yöntem olarak görece yeni ve pek çok ülkenin kullanmadığı bir sistemdir. Dünyada performansa dayalı ödeme sisteminin topluma sunulan sağlık hizmeti kalitesi üzerinde etkisinin çok minimal olduğu, sağlık alanında dokümantasyonda (veri toplamada) bir iyileşme sağladığı ancak tıbbi etik ihlalleri beraberinde getirdiği ve hekimlere yönelik ödeme sisteminin performans üzerine kurulmaması gerektiği şeklinde bir temel ortak görüş olduğu bilinmelidir.

Bu evrensel gerçekler ortadayken öğretim üyelerini ve hekimleri yalnızca para düşünen kişiler olarak göstererek, “Tam Gün” tartışmasının hekimleri ve öğretim üyelerini toplum nazarında küçük düşüren bir kampanyaya dönüştürülmesi büyük bir haksızlıktır.

### 2. Türk Sağlık-Sen

Yasa tasarısı bu haliyle hekimlerin beklentisini karşılamaktan uzaktır. Türk Sağlık-Sen Sendika tarafından 27 ilde 588 doktorla yapılan anket sonuçlarına göre uzman doktorların yüzde 55’inin, pratisyen doktorların yüzde 40’nun tam gün yasasını desteklemediği görülmektedir. Ayrıca yeterli iyileştirme yapılmayan hekimlerin dışında kalan sağlık çalışanlarının hekimlere yapılan kısmı mali iyileştirmelerden faydalandırılmaması, özellikle döner sermaye oranlarının arttırılmaması, büyük bir adaletsizlik ve çalışma barışını bozan bir uygulama olacaktır. Tam gün yasa tasarısında diğer sağlık personelinin görmezden gelinmesi kabul edilemezdir. Türk Sağlık-Sen, adaletsizlikler barındıran, eksiklikleri olan tam gün yasasını bu haliyle kabul edilebilir bulmamaktadır.

### 3. Türk Tabipler Birliği (TTB)

Türk Tabipler Birliği ve ona bağlı Tabip Odaları ise tasarıya çok sert tepki göstermektedirler. Gerekçeleri ise hastaların aldıkları hizmetin kalitesinin düşeceği, Tıp Fakültesi hastanelerindeki öğretim üyelerinin görevlerinden ayrılacağı ve tıp eğitiminin olumsuz etkileneceğidir.

### 4. Türk Toraks Derneği (TTD)

Sağlık çalışanlarının mesleklerini tam gün prensibi doğrultusunda yapması sağlanmalıdır. TTD Temel İlkeleri’nin 10. maddesi uyarınca dernek, sağlık alanında yapılacak iş gücü planlamasının “tam istihdam, iş güvencesi, ekip hizmeti, tam



Unutulmamalıdır ki, üniversite ve eğitim veren Sağlık Bakanlığı hastanelerinde tam gün çalışma diğer her kurumdan daha fazla gereklidir.

gün hizmet prensibi ve grevli toplu sözleşmeli sendika hakkı ilkelerine göre yapılması" gerektiğine inanmaktadır.

Bu çerçevede eğitim veren hastaneler ve üniversiteler de tam gün çalışma prensibi ilkesine göre hizmet sunmalıdır. Unutulmamalıdır ki, üniversite ve eğitim veren Sağlık Bakanlığı hastanelerinde tam gün çalışma diğer her kurumdan daha fazla gereklidir. Çünkü aşağıda ifade edilen gerekçelerden dolayı tam gün çalışmak bu kurumlar için vazgeçilmez ihtiyaçtır:

1. Eğitim Tam Gün Sürmelidir,
2. Bilimsel Araştırma İçin Tam Gün Gereklidir,
3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti Tam Gün Emek Gerektirir,

#### 4. Öğretim Üyesinin Emegi Tam Gün Olarak Değerlendirilmelidir.

TTD, kamu kurumlarının kâr eksenli bakış açısından kurtarılp modern bir yönetime kavuşturulduğunda, emeğinin hakkaniyetle ödüllendirilmesi şartıyla öğretim üyeleri başta olmak üzere tüm hekimlerin tam gün çalışmayı tercih edeceğine inanmaktadır, **ancak; TTD, adil bir vergilendirme sistemine dayanmayan, prim ve katkı payı eksenli hâlen hayata geçirilmeye çalışılan "sağlık finans modelini ve sağlık hizmeti yaratmaya/ tüketmeye endekslenmiş performans sistemli sağlık hizmet modeli"ni tümünden reddetmektedir.**

Sağlıkta Dönüşüm Programı, devlet ve üniversite hastanelerini de kâr amaçlı işletmeler hâline getirmeyi amaçlamaktadır. Bu uygulamalar nedeniyle Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Tam Gün" yasasının asıl amacının kamu yararı olmayıp, hekimlerin ucuz iş gücü hâline getirilmesi olduğu açıktır.

#### Diğer Ülkelerde Uygulanan Sistemler Nelerdir?

**Amerikan Sağlık Sistemi:** Serbest çalışan ve her vizite için ücret talep eden özel doktorlar üzerine kurulmuştur. Her birinin belli hastanelerle anlaşması bulunur. ABD'de hekimler daha çok bağımsız çalışma eğilimi göstermekle birlikte çalışma alanları sisteminin özelliğinden dolayı çok değişkenlik göstermektedir. Daha çok ABD'de uygulamasını gördüğümüz çok başlı sağlık sistemlerinde hekimlerin bağımsız olarak mesleklerini sürdürmelerinin yanı sıra serbest olarak çalışan farklı uzmanlık alanına sahip grup hekim bir araya gelerek özel muayene grubu (Group Practice) kurabilmektedirler. Bazen bu gruplar tam teşekküllü bir hastanenin bünyesinde de olabilmektedir. Burada iş birliği, hastanın bütün sağlık sorunlarını ekip olarak ele alma ilkesindedir.



**Almanya:** Almanya dünya sağlık hizmetlerinin en güçlü olduğu ülkeler arasında kabul edilmektedir. Kamu Sağlık Sigortacılığının da en iyi uygulandığı ülkelerden biridir Hastanelerin, doktor muayenehanelerinin ve tıbbi kuruluşların oluşturduğu geniş bir hizmet ağı herkesin sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlamaktadır. Hastaların doktor ücretlerini Ulusal Doktor Birliği ve hastalık fonları arasındaki görüşme belirler. Hastanelerin finansmanı ise değişik şekillerde olmaktadır.

**İtalya:** İtalya'da hekim maaşları yerel hastalık otoriteleri tarafından ödenmektedir. Maaşlar hekimin hizmet süresi ve sorumluluk düzeyi ile orantılı olarak sabit bir miktar ile bunun üzerine maliyet kontrol ve üretkenliğe göre performans sistemine göre belirlenir. Bu sigorta anlayışında bütün finansal desteğin sigortadan sağlanması, doktorların ya özel muayenelerinde veya kamuya ait sağlık kuruluşlarında çalışmaları istenmiştir. Tüm sistem büyük oranda Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır. Bu sağlık sisteminin sağlık kaynaklarını üretmesi ve İtalya'nın yirmi politik bölgesinde aynı sorumlulukla çalışması esastır.

**Belçika:** Belçika'da sağlık hizmetleri doktorlar, diş hekimleri ve eczacılar tarafından verilmektedir. Genel pratisyenler tek başlarına faaliyet gösterirken uzmanlar çoğunlukla hastanelerde hizmet vermektedir. Hekimler verdikleri hizmetlerin ücretlerini hizmet başı ödeme sistemine göre alırlar. Kamu hastanelerinde çalışan doktorların kendi özel muayenehaneleri de vardır.

**Portekiz:** Portekiz'de sağlık sistemi organizasyon yapısı bakımından beş bölgeye ayrılmıştır. Bölge Sağlık Yönetimleri, ulusal sağlık politikaları doğrultusunda hizmetlerin yerine getirilmesini sağlar. Bu hizmetler başlıca; hastaneler ve sağlık merkezlerinin yönetimi, özel kuruluşlar ile protokol oluşturulması ve denetimi, bölgedeki sağlık birimlerinin koordineli bir şekilde çalışmasıdır. Özel sektörde sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yere sahiptir. Toplam hastanelerin % 42'si özel sektöre aittir. Ulusal Sağlık Sistemi özel hastanelerden sözleşmeler yolu ile hizmet satın almaktadır.

### **Tam Gün Yasası Politikası Konusunda Öneriler**

Tam gün çalışılması aslında tüm STÖ'lerinin ve birçok hekimin desteklediği bir uygulamadır. Hekim ve hekim dışı personel 8 saat kurumlarında çalışmalıdır. Bu konuda hiçbir sorun yoktur. Ülkemizde doktor ve hemşire açığı ve ucuz iş gücü sağlık sisteminin en büyük sıkıntısıdır.

#### **• Çalışan Doktor Sayısı**

\* Türkiye'de 1000 kişiye 1,5 doktor düşmektedir.

\* AB ortalaması 1000 kişiye 3,3 doktor düşmektedir.

**Ülkemizde  
doktor ve  
hemşire açığı  
ve ucuz iş  
gücü sağlık  
sisteminin  
en büyük  
sıkıntısıdır.**

Sistemin çıkış noktası, personele hizmete sağladığı katkı oranında ek ödeme yapılarak sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi ve verimi arttırmaktır.

\* Kişi başına düşen doktor sayısı en yüksek ülke Yunanistan'da 1000 kişiye 6 doktor düşmektedir.

\* Kişi başına düşen doktor sayısı en düşük ülke Türkiye'dir. Ülkemizin ardından 1000 kişiye 2,2 doktor düşen Polonya ve Romanya gelmektedir.

#### • Çalışan Hemşire Sayısı

\* Türkiye'de 1000 kişiye 1,3 hemşire düşmektedir.

\* AB ortalaması 1000 kişiye 9,8 hemşire düşmektedir.

\* Kişi başına düşen hemşire sayısı en yüksek ülke Danimarka'da 1000 kişiye 24,5 hemşire düşmektedir.

\* Kişi başına düşen hemşire sayısı en düşük ülke Türkiye'dir. Ülkemizin ardından 1000 kişiye 4,2 hemşire düşen Bulgaristan gelmektedir.

#### • Hastane Yatağı Sayısı

\* Türkiye'de 1000 kişiye 2,3 yatak düşmektedir.

\* AB ortalaması 1000 kişiye 5,7 yatak düşmektedir.

\* Kişi başına düşen yatak sayısı en yüksek ülke Almanya 1000 kişiye 8,2 yatak düşmektedir.

\* Kişi başına düşen yatak sayısı en düşük ülke Türkiye'dir. Ülkemizin ardından 1000 kişiye 3,3 yatak düşen İspanya gelmektedir.

Sonuç olarak; Tam Gün yasasına sağlık personeli karşı değil aksine uygulanmasını isteyen taraftır. Ancak bu yasa altyapısı hazırlanmadan yürürlüğe sokulmuştur. Mutlaka hekimlerin ve hekim dışı personelin ve ilgili tüm tarafların katılımı, görüş birliği ve onayları alınarak tekrar düzenlenerek yürürlüğe sokulmalıdır.

#### Performans Sistemi

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 2003 yılında 10 kurumda pilot olarak başlamış ve 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı tüm birinci, ikinci ve üçüncü basamak kurum ve kuruluşlarda uygulanmaya başlanmıştır. Sistemin çıkış noktası, personele hizmete sağladığı katkı oranında ek ödeme yapılarak sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi ve verimi arttırmaktır. Sağlık hizmetlerinde artan kalite ve verimlilik neticesinde hasta memnuniyetinde, performansa göre yapılan ödemeler noktasında da çalışan memnuniyetinde artış hedeflenmiştir.

### **Performans Sistemi Uygulamasındaki Pozitif Yönler Nelerdir?**

Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile amaçlanan; personele hizmete sağladığı katkı oranında ek ödeme yapılarak sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi ve verimi arttırmaktır. Bu şekilde sağlık hizmetlerinde kalite ve verimliliğin artması neticesinde hasta memnuniyetinde, performansa göre yapılan ödemeler noktasında da çalışan memnuniyetinde artış hedeflenmiştir.

- Bu hedefler doğrultusunda hastanelerde uygulanan bu sistem ile hastanelerde işlem hacmi artmış, hastaların hekime ulaşımı kolaylaşmıştır. Hekimlerin poliklinik ve ameliyat sayılarında artış görülmüştür.

- Hastaların özel muayenehaneye gitmeden, ek ücret ödemediği devlete bağlı sağlık kuruluşlarından hizmet alımı daha kolay sağlanmıştır.

- Özel muayenehanesi olmayan hekimlerin gelirinde artış sağlanmıştır.

Tıbbi literatürde performans sistemi üzerine kaleme alınmış bilimsel raporlardan çıkan sonuç, bu sistemin değerlendirme (dökümantasyon) ve gösterme (kamuyuna rapor etme) konusunda yararlı olduğu ancak performans sisteminin sağlık hizmetleri üzerine yararının (hizmet sunumunda artış gibi) çok düşük düzeyde olduğudur.

### **Performans Sistemi Uygulamasındaki Negatif Yönler**

- Hekimlerin tedavilerinde endikasyon dışı uygulamalar açısından etik değerler sorgulanmaya başlanmıştır.

- Aynı kurumda çalışan hekimler ile hekim dışı personel karşı karşıya gelmiştir. Hekimlerin kazancı göz önüne serilerek kurum içi huzursuzluklar olmuştur.

- Aynı kurumda çalışan bir gruba bu sistem uygulanırken (hekimler), diğer çalışanlara bu sistemin uygulanmaması da kurum içi huzursuzlukları artırmıştır. Bir grup daha fazla ek ödeme için daha çok çalışmak zorunda iken diğer gruplar sabit ek ödeme (genelde sabit ödeme dışında ek ödeme alamıyorlar veya çok az alıyorlar) aldıkları için aynı performansta çalışmamaktadır. Hekim dışı personel “zaten çok bir şey değişmiyor neden çalışayım ki” diyerek huzursuzluklar oluşmaktadır.

- Farklı kurumda aynı branştaki hekimler eşit miktarda çalışmalarına rağmen farklı miktarda ek ödeme alıyorlar. Bunun nedeni ise bir hastanenin dağıtacağı ek ödeme miktarını etkileyen personel dışı faktörlerdir.

- İş yükü artan sağlık çalışanları, hastalara daha az zaman ayırdığından hizmet kalitesi düşmüştür.

Tıbbi literatürde performans sistemi üzerine kaleme alınmış bilimsel raporlardan çıkan sonuç, bazı tıbbi etik ihlallerini beraberinde getirdiği ve hekimlere yönelik ödeme sisteminin performans üzerine kurulmaması gerektiği şeklindedir.

Hekimlerin alacağı tavan ek ödemeye ulaşabilmeleri çoğu zaman mümkün olmamakta, bunun için birçok hekim kendi üzerine gereğinden fazla iş yükü bindirmektedir

#### Bu Sistem:

1. Her türlü volümü artırır.
  - a. Daha fazla test,
  - b. Daha fazla görüntüleme,
  - c. Daha fazla yan dal konsültasyonu,
  - d. Daha fazla hastane yatışı.
2. Ancak kalite ve değeri düşürür.
  - a. Kalite ölçümü yoktur.
  - b. Gereksiz test ve görüntüleme sorgulaması yoktur.
  - c. Klinik sonuçlar sorgulanmaz, (değerlendirilmez).
  - d. Daha fazla hasta güvenliği ihlallerine (tıbbi hataya) yol açar.
  - e. Daha kaliteli hizmet vermek isteyen ve veren hekimleri cezalandırır.

Adaletsizlik bu sistemin en önemli sorunudur. Gelir dağılımında adalet sağlanamamıştır. Bunları açacak olursak:

- Hekimler arasında adil olmayan gelir dağılımı olmuştur.
- Bu sisteme dağıtılan para hesaplanmasındaki çarpanlara bağlı olarak adaletsiz gelir dağılımı olmaktadır. Hekimlerin kendi inisiyatifi dışında (o ayki hastane geliri, hastane borçluluk oranı ve hastane kalitesi) çarpanlar ile hekimlerin geliri azalmaktadır.
  - Aynı puanı alan aynı branştaki 2 hekim, farklı hastanelerde farklı ek ödeme alabilmektedir. Bir hekim aynı puan ile değişik aylarda o ayki hastane geliri ve hastane borçluluk oranına bağlı olarak farklı ek ödeme almaktadır.
  - Hastane puan ortalamasını yakalayamayan hekimler, pre-klinik branşlara göre veya hastanede tek çalışan ancak puan olarak daha düşük hekimlere nazaran daha az ek ödeme alarak adaletsizliğe uğramaktadır.
  - Farklı risk grubundaki hekimler aynı puan ile aynı ek ödemeyi almaktadır.
  - Hekimlerin iş gücü ucuzlamış, hastalar müşteri şeklinde görülmeye başlanmıştır. Bir hasta muayenesi 21 puan olup birçok hastanede 1 hasta muayenesi hekime ortalama 3 TL kazandırmaktadır.
  - Hekimlerin alacağı tavan ek ödemeye ulaşabilmeleri çoğu zaman mümkün olmamakta, bunun için birçok hekim kendi üzerine gereğinden fazla iş yükü bindirmektedir. Günde 150 hasta muayene etmek veya 7-8 ameliyat yapmak hizmet kalitesini düşürmektedir.
  - En önemli nokta çalışma ortamında iç barışı bozmakta ve ekip anlayışını zedelemektedir.

## Bazı Sivil Toplum Örgütlerinin Performans Hakkında Görüşleri Şu Şekildedir:

### 1. Türk Cerrahi Derneği (TCD)

TCD, ülkemizdeki küçük ameliyatların sayısındaki artışın dikkatle analiz edilmesi gerektiğini düşünmektedir. Niteliğe değil, niceliğe değer veren, hizmet kalitesi ile alakası olmayan bir sistemle karşı karşıya olduğu görülmektedir. **Performansa Göre Ödeme Sistemi: Etik değil! Akılcı değil! Adil değil! Yararlı değil! Üstelik dünyada yaygın bir uygulama da değil! Bu nedenle TCD, performans sistemine karşıdır.**

### 2. Türk Sağlık-Sen

Döner sermaye sistemi hekim eksenli olarak hazırlandığı için tabip dışı sağlık personeli düşük döner sermaye ödemeleri almaktadır. Hekimler ile hekim dışı arasındaki döner sermaye ödemeleri arasında ciddi bir fark vardır. Bu adaletsizliğin giderilmesi ve aradaki makasın daraltılması için tabip dışı personelin döner sermaye oranı % 150'den yüzde % 200'e, özellikli birimlerde görev yapan personelin döner sermaye tavan oranı da % 200'den % 250'ye çıkartılmalıdır. Ayrıca yıllık ve şua izni süreleri ve hastalık raporu hâllerinde döner sermaye ek ödemelerinin kesilmemesini ve döner sermaye ek ödemelerinin vergi dilimi kapsamından çıkarılmasını düzenleyici hükümlerin yerine getirilmesi döner sermayedeki önemli bir sorunun çözüme kavuşturulması gerekmektedir.

### 3. Türkiye Kamu Sen

Genel Başkan İsmail Koncuk gündeme taşınan "Performansa dayalı ücret" sistemiyle ilgili "uygulanabilir değil" açıklamasını yaptı. Bu uygulamanın hayata geçirildiği en önemli yer sağlık sektörüdür. Ancak burada yaşanan sorunları hepimiz çok yakından biliyoruz. Doktorlara muayene ettikleri hasta sayısına göre performans puanı veriliyor. Doktorlar da zaten yoğun olan iş yükü altında hastalara ayırdıkları süreyi azaltmak zorunda kalıyorlar. Ancak hiç kimse hastalıkla ilgili teşhis ve tedavinin doğru olup olmadığını sorgulamıyor.

Döner sermaye sistemi hekim eksenli olarak hazırlandığı için tabip dışı sağlık personeli düşük döner sermaye ödemeleri almaktadır. Hekimler ile hekim dışı arasındaki döner sermaye ödemeleri arasında ciddi bir fark vardır.

Ek ödemenin, hekimin elde ettiği gelirlerin büyük bir kısmını oluşturması, performans puanlarını olması gerekenden daha değerli kılmıştır.

#### 4. TTB

Performans uygulamalarının mesleki değerlere etkilerinin son derece olumsuz olduğu, ciddi etik sonuçları olabileceği, nitelikli sağlık hizmeti sunumu, hasta haklarına saygı ve hekimlerin özlük haklarının korunmasını zorlayıcı doğrultuda olduğu, tıp eğitimi ve bilimsel araştırmayı önemli ölçüde olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir. Performans uygulamasının bu şekilde kabullenilmesi ve olumsuz sonuçlarına razı olunması düşünülemez.

Sağlık sisteminde ortaya çıkan gereksinimlere karşılık verebilen, sağlık hakkının güvence altına alındığı, vergilerle finanse edilen ve toplum ile devletin bütünsel olarak sorumluluk yükledikleri, mesleki değerlere ve etik ilkelere saygılı bir sistem en akılcı çözüm olacaktır.

#### 5. Türk Toraks Derneği

Hekimlerimize meslek onuruna yakışır ve akademik kariyer ve kıdemlerine uygun, emeklilik maaşlarına yansıtacak şekilde sabit bir gelir teminatı verilmelidir. Ülkemiz ekonomisinin tıp fakültelerimizdeki öğretim üyelerimizin emeklerinin karşılığının hak ettikleri ölçüde ödenmesine kolaylıkla imkân tanyacak seviyede olduğuna inanıyoruz.

Bu sabit gelirin % 30'u civarında da fazladan performansa dayalı bir ek ödeme sistemi getirilmelidir. Ek ödeme, verimlilik ve etkinliği artırmak üzere gerekli motivasyonu sağlayacak; ancak akademik, hiyerarşiyi, çalışma barışını, meslek etiğini bozmayacak sınırlar içerisinde kalmalıdır.

Tüm eğitim hastaneleri ve üniversite hastanelerinde, halen Sağlık Bakanlığınca uygulanan performans puanları yerine; eğitim ve üniversite hastanelerinin misyonuna, vizyonuna, amaç ve hedeflerine uygun şekilde kalite indikatörleri ve hakkaniyet esas alınarak performans ölçütleri geliştirilmelidir.. Hasta hizmeti dışında araştırma ve eğitim çalışmaları da ciddi ölçüde performans kapsamı içinde yer alabilmelidir.

Ek ödemenin, hekimin elde ettiği gelirlerin büyük bir kısmını oluşturması, performans puanlarını olması gerekenden daha değerli kılmıştır. Bunun yanında, performans puanlarının neredeyse tümüyle nicelik üzerinden ölçülmesi, kalite indikatörlerinin yeterince tanımlanamamış olması etik yozlaşmaya, sanal işlemlere, endikasyonların genişletilmesine, sağlık harcamalarının artmasına, iş barışının bozulmasına, iş yeri arkadaşları arasında acımasız rekabete yol açmıştır.

Sonuçta; uygulanan performans sisteminin sağlık personeli ve hastalarımız açısından faydalı olmadığı popülist bir sistem olduğudur. Bu sistemle sağlıkta niteliksel olarak iyileşme sağlanamazken niceliksel iyileşmeler sağlanmıştır. Bu sistemde en büyük 2 sorun adaletsiz gelir dağılımı ve iş yükü artımına bağlı olarak hastalara gerekli zamanın ayrılamamasıdır.

### **Diğer Ülkelerde Uygulanan Sistemler Nelerdir?**

Parça başı kazanç olarak da adlandırılan bu sistem dünyada kamu hastanelerinde uygulanan bir sistem değildir. Dünyada kamu hastaneleri veya vakıf hastanelerinde sabit maaş sistemi uygulanmaktadır. Ancak bazı ülkelerde özel sektörde parça başı kazanç olarak adlandırılan bu sistem uygulanmaktadır.

Performans sistemi hekimlere yönelik ücretlendirmede bir yöntem olarak görece yeni ve pek çok ülkenin kullanmadığı bir sistemdir. Sağlık harcamalarının aşırı arttığı ve sağlık hizmetine erişimde çok ciddi sıkıntılar yaşandığı bilinen Amerika Birleşik Devletleri'nde özellikle son 6 yılda yürütülmekte olan "medicare" (sağlık hizmeti sunumunun % 40'ı) içinde yaygınlaşmıştır.

- İngiltere'de genel bir sistem olmayıp yalnızca aile hekimleri için sınırlı biçimde denenmektedir.
- İtalya'da kısmi bir uygulama vardır; hekim maaşının % 20'si performans sisteminden ödenmektedir.
- İspanya ve Portekiz'de ise halen deneme aşamasındadır. Bu az sayıdaki örneklerin dışında, dünyada yaygın olarak uygulanmamaktadır.

Tıbbi literatürde performans sistemi üzerine kaleme alınmış bilimsel raporlardan çıkan sonuç, bu sistemin değerlendirme (dökümantasyon) ve gösterme konusunda (kamuoyuna rapor etme) yararlı olduğu ancak performans sisteminin sağlık hizmetleri üzerine yararının (hizmet sunumunda artış gibi) çok minimal olduğu, bazı tıbbi etik ihlallerini beraberinde getirdiği ve hekimlere yönelik ödeme sisteminin performans üzerine kurulmaması gerektiği şeklindedir.

ABD Tabipler Birliği Başkanı William G. Plested'in gözlemlerine göre performans tıp mesleğinin erozyonuna geçmiş on yıllardaki geri ödeme kesintilerinden çok daha büyük bir katkıda bulunmuştur. "...En büyük tehdit bir mesleğin kendisi için belirlediği mesleki kurallarından vazgeçmesidir..." Plested hekimleri tıbbi ve onun ana prensiplerini koruyan bir grup olarak tanımlamaktadır.

**Parça başı kazanç olarak da adlandırılan bu sistem dünyada kamu hastanelerinde uygulanan bir sistem değildir. Dünyada kamu hastaneleri veya vakıf hastanelerinde sabit maaş sistemi uygulanmaktadır.**



**Performans sistemi uygulanacaksa sistemde mutlaka radikal değişiklikler yapılmalıdır. En önemli sorun olan adaletsiz gelir dağılımı mutlaka düzeltilmelidir.**

Hekimleri mesleklerini geri almaya ve değerlerini korumak için haklarını yeniden kazanmaya çağırılmaktadır.

- Performans sistemi ile gelen ekonomik teşvikler, hasta hekim ilişkisini oynak bir zemine oturtmaktadır.

- Hekimin öncelikli motivasyonu hastasının iyiliğini savunmak olmadığında raydan çıkmaktadır. Performans sistemi hekimleri genel durumu kötü hastaların tedavisinden kaçınmaları konusunda cesaretlendirmektedir.

Hasta hekim ilişkileri hem hasta memnuniyetini hem de verilen hizmetin kalitesini yükseltmektedir. **Bunun için de hekimin hastaya yeterli zamanı ayırması gerekmektedir. ABD’de bu süre yeni hastalar için 30-44 dakika, kontrol**

**hastalarında 15-18 dakika, çoğu Avrupa ülkesinde 18-20 dakikadır. Peki ya Türkiye’de?**

**Bu sistem sağlık harcamalarını arttırırken sağlık hizmeti kalitesini azaltmaktadır.** Bugün ABD dâhil, tüm dünyada bu tür ücretlendirme sistemleri sorgulanmaktadır. Avrupa Birliği ülkeleri arasında böyle bir sistemi uygulayan ülke sayısı çok azdır ve uygulandığı alan özel sektördür.

### **Performans Sistemi Politikası Konusunda Öneriler**

Performans sistemi uygulanacaksa sistemde mutlaka radikal değişiklikler yapılmalıdır. En önemli sorun olan adaletsiz gelir dağılımı mutlaka düzeltilmelidir. Sağlık personelinin öngörülen maaşlarının % 70-80’inin sabit, geri kalanının da ek ödeme şeklinde verilmesi uygun bir yaklaşımdır.

Sonuç olarak; sabit ödeme arttırılmalı, performansa bağlı ek ödeme miktarı azaltılmalı, ek ödemede adalet sağlanmalıdır. Sağlık sisteminde kaliteyi çok hasta bakarak sağlayacağım demek hayalperestliktir. Sağlıkta kaliteyi arttırmak için sağlık çalışanının iş gücü azaltılmalı, ekonomisi düzeltilmeli, aile hekimliği sistemi oturtularak hastaların 2. ve 3. basamak hastanelere başvurusunun önüne geçilmeli, sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimi sağlanmalı ve bilgi becerileri kontrol edilmelidir. Performans sistemi ile sadece hastanede iş gücü artışı olmakta ve kalite düşmektedir.

### **Kaynaklar**

Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. N Engl J Med. 2007; 1;356(5):515-7

Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. N Engl J Med. 2007; 1;356

Plested W: AMA President’s Address to the House of Delegates, Interim Meeting 2006. 60th Interim Meeting of the AMA House of Delegates, Las Vegas Nevada. November 11, 2006. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/17082.html>.

(New Engl J Med 361:1036-8, 2009).





# TÜRKİYE'DE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

DOÇ. DR. MUSTAFA N. İLHAN\*

## İş Sağlığı ve Güvenliği Kavramı

Günümüzde Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ/ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ/WHO) yaptığı tanıma göre sağlıklı olmak yalnızca sakatlık ve hastalık olmaması değil; "bedenen, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmaktadır. Dünyada 20.yüzyılın başında bulaşıcı hastalıklar, yetersiz su, gıda ve konut koşulları mevcut olup, vakitsiz erken ölümler nedeni ile ortalama yaşam yaklaşık 40 yıl dolayındaydı. 21. yüzyılda ise bu sorunların pek çoğu sağlık hizmetlerindeki nitelik ve nicelik artışı ve tıbbi teknolojinin hızlı gelişimi ile kontrol altına alınmış ve toplum sağlık sorunları değişmiştir. Bebeklerde doğumsal bozukluklar, çocuklarda ve genç erişkinlerde kazalar, orta yaşta kronik hastalıklar ve mesleki hastalıklar, kanserler, ileri yaşta kalp-damar sistemi hastalıkları ve kanserler görülmektedir. Giderek artan hastalıklar, sağlık hizmet sunumunu yalnızca hasta olanların tedavisi değil, sağlam kişilerin korunmasına, mevcut sağlık durumlarının artırılmasına yönlendirmiş ve sağlığın geliştirilmesi yaklaşımına yönelinmiştir.

UÇÖ ve DSÖ'nün 1951'de yaptığı tanıma göre İş Sağlığı, "Bütün mesleklerde çalışanların, bedensel, ruhsal, sosyal iyilik hallerinin korunması, geliştirilmesi, en üst düzeyde sürdürülmesi, işin insana, çalışanın kendi işine uyumunun sağlanması olarak tanımlanmaktadır.

\* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı Sağlık Bilimleri Enstitüsü İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

**İş ve sağlık ilişkisi her zaman iki yönlüdür; kişinin yaptığı iş sağlığını etkilerken, sağlık durumu da yapacağı iş için ön koşuldur.**

İş Sağlığı Biliminin amacı koruma (mevcut sağlık durumunu sürdürme, geliştirme), esenlendirme, rehabilitasyondur. İş Sağlığı Hizmetleri 4 düzeyde değerlendirilebilir.

**Sağlığın Geliştirilmesi:** İş yerinde tütün gibi bağımlılık yapıcı maddelerin kullanılmaması, sağlıklı beslenme, düzenli fizik egzersiz yapılması, stres gibi psikososyal etmenlerden uzak durulması.

**Birincil Koruma:** İş yerinde sağlığa zarar verecek etmenlerin (fiziksel, kimyasal, ergonomik vb) zararsız olan ya da daha az zararlı olanlar ile değiştirilmesi olan ikame (yerine koyma), işin çalışana, çalışanın işe uygunluğunu değerlendiren işe giriş muayenesi, önleyici teknik önlemleri içeren proaktif yaklaşım.

**İkincil Koruma:** Periyodik muayene yolu ile hastalıkları olan çalışanların erken tanı ve tedavisi, çalışma ortamı gözetimi ile ortamdaki sağlığa zararlı etkenlerin erken dönemde azaltılması.

**Üçüncül Koruma:** Çalışanlardan sağlık sorunu yaşayanların ve yaşama olasılığı bulunanların, iş/yer değişimi, çalışanlara iş göremezlik verilmesi, düzeltici ve önleyici teknik uygulamaları içeren reaktif yaklaşım.

### **İş Yerinde Sağlığa Etkili Etmenler**

İşyerinde Sağlığa Etkili Etmenler iki ana başlıkta değerlendirilebilir;

**İş Yeri Ortam Faktörleri;** gürültü, radyasyon, sıcaklık, basınç, titreşim gibi fiziksel etmenler; kurşun, civa, arsenik gibi çok çeşitli kimyasal etmenler; bakteri, mantar, virüs, parazitler gibi biyolojik etmenler; uzun süre ayakta durma, sürekli yineleyen hareketleri yapma, tekrarlı ve tekdüze işler gibi ergonomik etmenler; ücret, vardiyalı çalışma, bezdirme, kişiler arası çatışma gibi psikososyal etmenler.

**Bireysel Etmenler;** yaş, cinsiyet, sağlık durumu, beslenme, fiziksel özellikler, genetik yapı.

### **İş ve Sağlık İlişkisi**

İş ve sağlık ilişkisi her zaman iki yönlüdür; kişinin yaptığı iş sağlığını etkilerken, sağlık durumu da yapacağı iş için ön koşuldur. Toplumda "işleyen demir ışıldar" sözü çok kabul görmekle beraber, aslında "ışıldayacak demirlerin

işletildiği" unutulmamalıdır. Her işi yapabilmek için bazı yeterlilikler vardır; örneğin madenci olmak için kişinin akciğerlerinin sağlıklı olması gerekirken, yük taşımada çalışan bir kişinin beden yapısının sağlam olması, bir hekimin ise eli, kulağı ve gözlerinin sağlıklı olması yeterlidir. İşle İlişkili Sağlık Sorunları aşağıda sıralanmaktadır.

**Meslek Hastalıkları;** İşin kendisinden ya da yürütüm koşullarından kaynaklanan tekrarlı etmenlerden meydana gelen hastalıklardır. Mesleki akciğer hastalıkları, mesleki cilt hastalıkları, mesleki işitme kayıpları benzeri hastalıklardır.

**İş Kazaları;** Çalışanın iş yerinde bulunduğu zamanlarda meydana gelen, işveren tarafından iş yeri dışında işçinin görevlendirildiği zamanlarda asıl işini yapmadığı zamanlarda dahi meydana gelen, işçiyi bedenen ya da ruhen zarara uğratan durumlardır.

**İşle İlgili Hastalıklar;** Hastalıkta etkili etmenlerin iş yerinde olduğu kadar, iş yeri dışında da bulunabileceği, ancak iş yeri ortamının hastalığın ortaya çıkışını kolaylaştırıcı ya da gidişatını ağırlaştırıcı olduğu hastalıklardır. Yüksek tansiyon bu tip hastalıklara iyi bir örnektir, çoğunlukla nedeni belirlenemeyen tansiyon hastalığı, stresli, iyi havalandırması olmayan, gürültünün fazla olduğu yerlerde daha fazla meydana gelmektedir.

### İşle İlgili Sağlık Sorunlarının Boyutu

İşle ilgili sağlık sorunları, toplum sağlığı sorunu olarak tıbbi; sağlık sigortacılığının yükünü artırarak ekonomik ve hukuki; çalışma yaşamını ve kişiyi olumsuz yönde etkileyerek sosyal etkiler yaratmaktadır. İşle ilgili sağlık sorunları önemli halk sağlığı sorunları olup, sık görülmekte, sık öldürmekte, sık sakat bırakmakta, sık iş gücü kaybı yapmaktadır ve en önemlisi de bunların hepsi önlenebilir niteliktedir. Bu durum da ivedilikle müdahale edilmesi gereken bir alan olduğunu göstermektedir. Zira Meslek Hastalıklarından % 100'e yakın, İş Kazalarından % 98'e yakın, İşle İlgili Hastalıklardan ise en az % 50 korunulabilmektedir.

Dünyada her yıl 270 milyon çalışan iş kazası, 160 milyon çalışan meslek hastalıkları ile karşılaşmaktadır. Meslek hastalıkları ve iş kazaları nedeniyle her yıl hayatını kaybeden 2 milyon 200 bin işçi bulunmakta olup, ortalama bir kestirim ile her 6 saniyede 1 insan ölmektedir. Türkiye'de ise Çalışma ve Sosyal Güvenlik

**İşle ilgili sağlık sorunları önemli halk sağlığı sorunları olup, sık görülmekte, sık öldürmekte, sık sakat bırakmakta, sık iş gücü kaybı yapmaktadır ve en önemlisi de bunların hepsi önlenebilir niteliktedir.**

12 Milyonu geçkin kişiyi ilgilendiren ve yaklaşık 100 bine yakın çalışanın istihdamını sağlayacak İş Sağlığı ve Güvenliği alanının akılcı ve kalıcı yaklaşımlarla düzenlenmesi uygun olacaktır.

Bakanlığı İstatistik Yıllığına göre 2011 yılında 62903 iş kazası, 514 meslek hastalığı meydana gelmiş olup, her iki sorun da en çok kömür ve linyit çıkarılması (NACE 05) işlerinde karşımıza çıkmaktadır. En çok ölümlü iş kazası ise inşaat sektöründe karşımıza çıkmaktadır. İş kazaları en çok 25-34 yaş grubu ve 1-3 çalışanı olan iş yerlerinde meydana gelmektedir.

### **Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Gelişmeler**

Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliği Kavramının temelleri 18.-19. yüzyılda zanaatkâr ve işçiler için düzenlemelerle başlamıştır. İlk kez Kütahya Seramik İşçileri için toplu sözleşme ve çalışma koşullarını belirleyen Fincancılar Sözleşmesi, daha sonra pek çok alanda genişleyerek devam etmiş, Zonguldak Maden İşçilerinin çalışma koşullarını belirleyen Dilaver Paşa Nizamnamesi de bu konudaki ilk resmi mevzuat olarak belirlenmiştir.

20. yüzyılda devletin yapılanması ile devam eden süreç 1930 yılında, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu içinde İşçiler Hıfzıssıhhası, 1936’da İş Yasası, 1945’te Çalışma Bakanlığının kurulması, 1964’de 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, 1973’te İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü ile devam etmiş olup, günümüzde ise 2003 yılında kabul edilen 4857 Sayılı İş Yasası ve 30 Haziran 2012’de kabul edilen 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası ile alan düzenlenmektedir.

Türkiye’de alana ilişkin taraflar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İşçi ve İşveren Sendikaları, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları, Yetkilendirilmiş İş yeri Hekimliği ve İş Güvenliği Uzmanlığı Eğitim Kurumları ve Yetkilendirilmiş Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri ve bireysel hizmet veren İş yeri Hekimleri ve İş Güvenliği Uzmanlarından oluşmaktadır. Yakın zamanda ülkemizde Hemşire ve Sağlık Memuru gibi İş yeri Sağlık Elemanları da hizmet vermeye başlayacaktır.

12 Milyonu geçkin kişiyi ilgilendiren ve yaklaşık 100 bine yakın çalışanın istihdamını sağlayacak İş Sağlığı ve Güvenliği alanının akılcı ve kalıcı yaklaşımlarla düzenlenmesi uygun olacaktır.

Ülkemizde toplumun oldukça büyük bir bölümünün sağlığını ve güvenliğini doğrudan ilgilendiren İş Sağlığı ve Güvenliği Yasasının ana bileşenleri aşağıda yer almaktadır.

- Çalışan sayısı ve işin niteliğine bakılmaksızın tüm çalışanlar yasanın kapsamına alınmıştır,
- Risk değerlendirmesi temelli, çalışanların sağlığını ve güvenliğini koruyucu yaklaşıma öncelik verilmiştir,
- Daha önceden mevcut olan İş Sağlığı ve Güvenliği Profesyonellerinin (İş yeri Hekimi, İş Güvenliği Uzmanı, İşyeri Sağlık Elemanı) çalışma koşulları belirlenmiştir,
- İşverenlere doğrudan İş Sağlığı ve Güvenliği Profesyoneli çalıştırma ya da Ortak Sağlık ve Güvenlik Biriminden Hizmet Alma benzeri alternatifli hizmet modelleri sunulmaktadır,
- Çalışanlara acil durumlarda çalışmaktan kaçınma hakkı tanınmıştır,
- İş yeri Sağlık ve Güvenlik Kurullarına ve kararlara çalışan katılımı sağlanmıştır,
- İş yerlerinin her türlü olağan ve olağandışı koşula karşı toplu koruma öncelikli hazırlıklı olmaları sağlanmaya çalışılmaktadır,
- Küçük işletmelerde İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri için devlet desteği sağlanacaktır.

Söz konusu yasanın geliştirilebilir yönleri ise aşağıda yer almaktadır.

- Uygulamanın geç başlaması (Az tehlikeli ve 50'den az çalışanı bulunan iş yerleri ile kamu kuruluşları 1 Temmuz 2014'ten sonra kapsama alınacaktır),
- Bakanlık desteğinin 10'dan az çalışanı olan yerlerde riskli olan yerlere yapılacak olması,
- Kaza sonu ihmali bulunan, iş yeri hekimi ve iş güvenliği uzmanının yetkilerinin askıya alınması ya da işine son verilmesi,
- Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi kararlarının yaptırım gücü olmayışı,
- İş yasasında belirtilen, "Ağır ve tehlikeli işler" kavramının etkisinin kaybedileceği,
- Küçük iş yerleri için sağlık güvenlik birimi kavramının zorunluluğunun açık belirtilmemeşi,
- Tüm iş yerlerine ulaşacak hizmet alt yapısının olmayışı (Röntgen filmi, odyometri vb), özellikle tarım işçileri için sorunların devam etmesi,
- İş yeri Hekimlerinin özellikle de İş Güvenliği Uzmanı eğitimleri ve yetkilendirmelerinin iş kollarına göre yapılmaması,
- İdari yaptırımlarda, ceza biriminin para değeri değişimine göre belirlenmemesi yasanın geliştirilebilir yönleri olarak sıralanabilir.

Yasanın denetiminin iyi yapılması, uygulamaların izlenmesi ve değerlendirilmesi ile ülkemizde çalışanların sağlığı çok daha iyi bir düzeye getirilebilir.

Devletimiz yasa çıkartarak, tüm çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliğini güvence altına almıştır ve ülkemizde alanda profesyonel ve nitelikli insan gücü de mevcuttur. Paydaşlar arasında yapılacak iş birliği ile ülkemizde tüm çalışanların sağlığını korumak ve geliştirmenin önünde artık hiçbir engel yoktur. Yasanın denetiminin iyi yapılması, uygulamaların izlenmesi ve değerlendirilmesi ile ülkemizde çalışanların sağlığı çok daha iyi bir düzeye getirilebilir.



# ÜLKEMİZDE UYGULANAN İLAÇ POLİTİKASI

UZMAN BİYOLOG İLKNUR ALTINTAŞ\*

Türkiye, Avrupa'daki ve dünyadaki en büyük ilaç pazarlarından biridir; sağlık hizmetlerine erişim imkânları, ortalama yaşam süresinin artışı ve yaşlanan nüfus sebebi ile doğal olarak büyüme seyri görülmektedir.

Türk ilaç endüstrisi ihracatta ve dünya ilaç pazarında hak ettiği payı alamamış ve Türk ekonomisine katkısı bugüne kadar sınırlı bir seviyede kalmıştır. Ülkemizde sektör, sahip olduğu potansiyele rağmen rekabet parametreleri değerlendirmesine göre dünya pazarlarında istenen rekabet gücüne henüz ulaşamamıştır. İlaç ürünlerinde ithalata olan bağımlılık Türkiye'nin ticaret açığının artmasına sebep olmaktadır. İlaç üretiminin giderek azaldığı bir sanayi sektörü ile karşı karşıyayız. Bu durum, ulusal ve uluslararası rekabet düzeyinde inişlere sebep olmaktadır. Yerli ilaç sanayimiz için, teknolojilere uyumlu tesislerin kurulmasının teşvik edilmesine öncelik verilmelidir. Yerli üretim ithalata karşı sekiz sene içinde hacim olarak % 11, değer olarak % 18, pay kaybetmiştir. Ham madde üretimi kapasite kullanımı ise % 27 azalmıştır. Enerji sektörü hariç tutulduğunda 2010 yılı toplam ticaret açığının yaklaşık % 10'u ilaç endüstrisi nedeniyle oluşmuştur. İlaçta dış ticaret dengesinin düzeltilmesi Türkiye'nin cari açığının azalmasına önemli katkı sağlayacaktır.

İlaç ürünlerinde  
ithalata olan  
bağımlılık  
Türkiye'nin  
ticaret açığının  
artmasına sebep  
olmaktadır.  
İlaç üretiminin  
giderek azaldığı  
bir sanayi  
sektörü ile karşı  
karşıyayız.

\* Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.

Türkiye İlaç Sektörü'nde yaklaşık 300 ilaç şirketi faaliyet göstermektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, ülkemizde 68 ilaç üretim tesisi (15'i yabancı sermayeli) ve 64 üretici firma (13'ü yabancı) ile 12 ham madde üretim tesisi (6'sı yabancı) ve 10 ham madde üreten firma (4'ü yabancı) bulunmaktadır. İlaç sektöründe yaklaşık 30.000 kişi istihdam edilmektedir. Piyasada yaklaşık 5.000 civarında ilaç ve 23.500 civarında eczane bulunmaktadır. 2010 yılında en yüksek pazar payına değer bazında % 7,57'lik bir oranla Abdi İbrahim firması sahip olmuştur. Abdi İbrahim'i Novartis ve Bilim İlaç firmaları takip etmektedir.

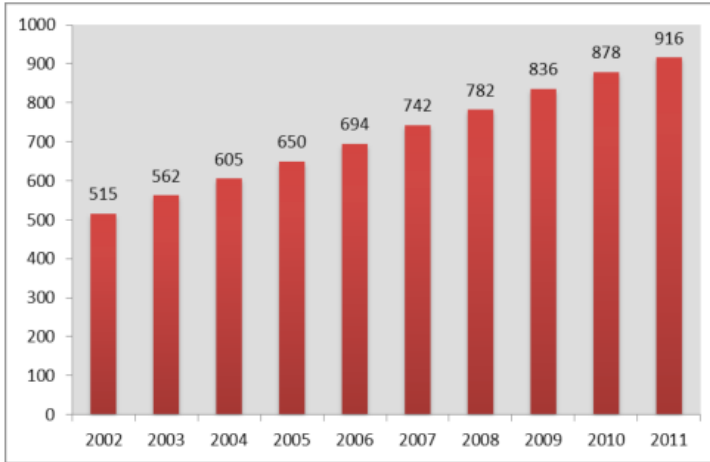
1950'li yıllardan sonra hızla gelişen modern ilaç sanayimizin ülkenin sağlık, ekonomi, katma değer, istihdam, ihracat, bilimsel ve teknolojik gelişme ve sosyal alanlarda sağladığı katkılar ve stratejik konumu dikkate alındığında sektörün önemi yadsınamaz boyutta ortaya çıkmaktadır. Bu gelişme, yeni ilaç için Ar-Ge (Araştırma-Geliştirme) ve teknoloji gibi benzeri alanlarda yeterli mesafe alınamaması nedeniyle duraksamaya devam etmektedir.

Ülkemiz, Dünya Ticaret Örgütü (World Trade Organization, WTO)'ünün "Ulusal İlaç Politikası" konusunda öngördüğü "Devlet, ilaç sektörü için belirlediği uzun vadeli hedefleri önceliklerine göre yönlendirme ve kesinlik sağlama yetkisine sahiptir. Bu hedeflere ulaşmak için belirleyeceği gerekli ana stratejiler hem kamu hem de özel sektörü kapsayan ve ilaç alanındaki temel oyuncularını içerir" görüşünü dikkate almaktadır. Ancak; bilimsel, ekonomik, politik gelişmede yaşanan sorunlar nedeniyle sektörde alınan kararlar istikrarlı bir süreç oluşturmamaktadır.

Ülkemizde son dönem, Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı'nın İlaç Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı çalışmaları, 2 Mart 2012 tarihinde düzenlenen Türkiye İlaç Sektörü Stratejisi Ön Hazırlık Toplantısı ile başlamıştır. Bu raporda veriler dikkat çekmektedir.

Dünya ilaç sektörünün büyümesinde demografik değişim, ortalama yaşam süresinin artışı, hastalık paternlerindeki değişimler, sosyal küreselleşme, sağlık hizmetlerine erişimdeki anlamlı artış ve sosyal devlet olgusunun doğuşu önemli rol oynayan etmenler olmuştur. Sektör, 2006-2011 yılları arasında ortalama % 6,4 oranında büyüme göstererek 2011 yılı sonunda yaklaşık 916 milyar ABD doları tutarında toplam pazar hacmine ulaşmıştır.

**Küresel ilaç sektörü büyüklüğü (milyar ABD dolar)**



Kaynak: IMS



## Dünya ilaç pazarında ülkeler sıralaması

	2006	2011	2016 (tahmini)
1	ABD	ABD	ABD
2	Japonya	Japonya	Çin
3	Fransa	Çin	Japonya
4	Almanya	Almanya	Brezilya
5	Çin	Fransa	Almanya
6	İtalya	Brezilya	Fransa
7	İspanya	İtalya	İtalya
8	İngiltere	İspanya	Hindistan
9	Kanada	Kanada	Rusya
10	Brezilya	İngiltere	Kanada
11	Avustralya	Rusya	İngiltere
12	Meksika	Avustralya	İspanya
13	Güney Kore	Hindistan	Avustralya
14	Rusya	Güney Kore	Arjantin
15	Hindistan	Meksika	Güney Kore
16	<b>Türkiye</b>	<b>Türkiye</b>	Meksika
17	Hollanda	Polonya	Venezüela
18	Belçika	Venezüela	<b>Türkiye</b>
19	Yunanistan	Hollanda	Endonezya
20	Polonya	Belçika	Polonya

*Kaynak: IMS Health Market Prognosis, Nisan 2012*

Türkiye İlaç Sektörü, 2011 yılındaki 11,2 milyar ABD dolarlık ilaç piyasası ile Avrupa'da 6., dünyada 16. sırada yer almıştır. 2012-2016 dönemine yönelik tahminlerde; Çin, Hindistan, Rusya ve Brezilya gelişmekte olan pazarlar arasında gösterilmektedir.

Dünya ilaç pazarlarında yakın geçmişte çok önde olmayan ülkelerin yönetimlerinin doğru politikaları ve akılcı, yapıcı destekleri ile bu alanda önemli gelişmeler sağlamış ülke sayısı azımsanmayacak boyuttadır. Hindistan, Çin, Güney Kore, İsrail, İrlanda gibi ülkeler dünya

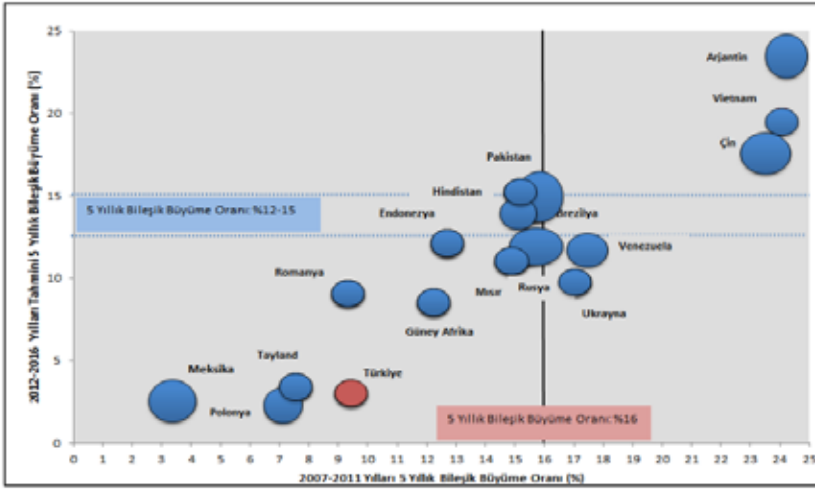
Türkiye İlaç Sektörü, 2011 yılındaki 11,2 milyar ABD dolarlık ilaç piyasası ile Avrupa'da 6., dünyada 16. sırada yer almıştır.

Ülkemizde, gerek genel politik ve ekonomik konjonktürde, gerekse ilaç endüstrisi ile ilgili konularda uzun yıllardan beri istikrar sağlanamamıştır.

ilaç pazarlarında önemli bir rekabet gücüne ulaşmışlardır.

Türkiye İlaç Sektörü 2011 yılı itibarıyla yıllık 11,2 milyar ABD dolarlık bir hacme sahiptir. Türkiye'nin 2010 yılında ilaç sektörü için dış ticaret açığı ise -3,6 milyar dolar'dan -3,8 milyar dolar seviyesine ulaşmıştır. 2011 yılı ithalatı 5.1 milyar dolar, ihracatı 600 milyon dolar ve dış ticaret açığı -4.4 milyar dolar olarak açıklanmıştır. Sektörde yeterli yatırım yapılmadığı takdirde bu açık artan talep paralelinde artacaktır.

2007-2016 ilaç sektörü yıllık bileşik büyüme oranları değerlendirme



Kaynak : IMS Health, 2012

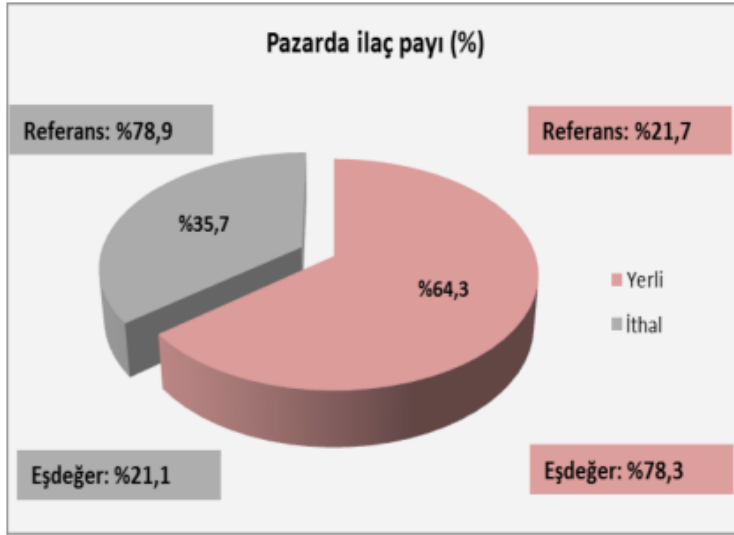
Dünya ilaç sektöründe 2007-2011 yılları arasında Arjantin, Vietnam, Çin, Venezuela, Ukrayna, Brezilya, Rusya ve Pakistan'da beş yıllık bileşik büyüme oranı % 16 ve üzerinde gerçekleşmiştir. 2012-2016 döneminde bu oranın Arjantin, Vietnam, Çin, Pakistan ve Hindistan için % 15 ve üzerinde artması beklenmektedir. Türkiye'de ise bu oranın 2012-2016 yılları arasında % 2,8 artması tahmin edilmektedir.

Uluslararası rekabet gücündeki artış, ancak uzun vadeli plan ve stratejilerle sağlanabilir. Oysa ülkemizde, gerek genel politik ve ekonomik konjonktürde, gerekse ilaç endüstrisi ile ilgili konularda uzun yıllardan beri istikrar sağlanamamıştır. Mevcut potansiyelin ülke ekonomisine katkı sağlayabilmesi için kamunun ilgili makamları ile sektörün geniş bir bakış açısı içinde millî ilaç politikası ve stratejilerini oluşturmaları gerekmektedir.

Özellikle Gümrük Birliği sonrasında giderek artan mamul ilaç ithalatı, yerli üretimin azalması, sektörün birinci derecede öncelikli sektörler konumundan çıkarılması, yabancı yatırımları caydıran, mevzuat, bürokrasi ve etik dışı durumlarla mücadeledeki zaaf, ekonomi ve yönetimlerde yaşanan istikrarsızlık ve vizyon eksikliği, sosyal güvenlik sistemlerinin finansal krizleri, sektör üzerinde tehditler oluşturmaya devam etmektedir.

2011 yılı itibarıyla Türkiye'deki 11,2 milyar ABD dolarlık ilaç pazarının % 53'ünü patentli ürünler (5,9 milyar ABD doları), % 37'sini eş değer ilaçlar (4,2 milyar ABD Doları) ve % 10'unu reçetesiz ilaçlar (1,1 milyar ABD doları) teşkil etmektedir.

#### Pazarda ilaç payı dağılımı (%)



**Kaynak: IMS Health Market Prognosis**

2011 yılında pazarda bulunan toplam 7.824 ilacın 5.264'ü reçetelendirilebilir ilaçtan oluşmaktadır. İlaç pazarının % 64,3'lük kısmını yurt içinde üretilen ilaçlar oluştururken, bu payın % 21,7'lik kısmını referans, geri kalan kısmını ise eş değer/jenerik ilaçlar oluşturmaktadır. Türkiye ilaç pazarı, yoğunluklu olarak ithal ürünlerde referans, yurt içinde üretilen ürünlerde ise ağırlıklı olarak eş değer ilaçlardan oluşmaktadır.

İlaç sanayinin önemli özelliklerinden biri ürünlerin çeşitliliğidir. Amerika ve Japonya gibi büyük pazarlarda yaklaşık 20.000 çeşit ilaç satılırken, Brezilya, Kore ve Meksika gibi gelişmekte olan küçük ülkelerde 10.000'den fazla değişik ilaç piyasada satılmaktadır. Türkiye'de ise 3507 olan ilaç çeşidi değişik sunuş biçimleri ile 5049'a ulaşmaktadır.

2010 yılında 1 milyar 450 milyon kutu olan Türkiye reçeteli ilaç pazarı 2011 yılında % 8,7 artış göstererek 1 milyar 577 milyon kutuya ulaşmıştır. 2011 yılında üretilen 1 milyar 577 milyon kutunun % 64,3 lük oranı yani yaklaşık 1 milyar 14 milyon kutusu Türkiye'de üretilmiştir. 2010 yılında Türkiye reçeteli ilaç pazarı değer bazında 13,91 milyar TL iken 2011 yılında bu oran % 1,4 artarak 14,1 milyar TL'ye ulaşmıştır.

## Türkiye'de reçeteli ilaç pazarı (kutu ve değer bazında)

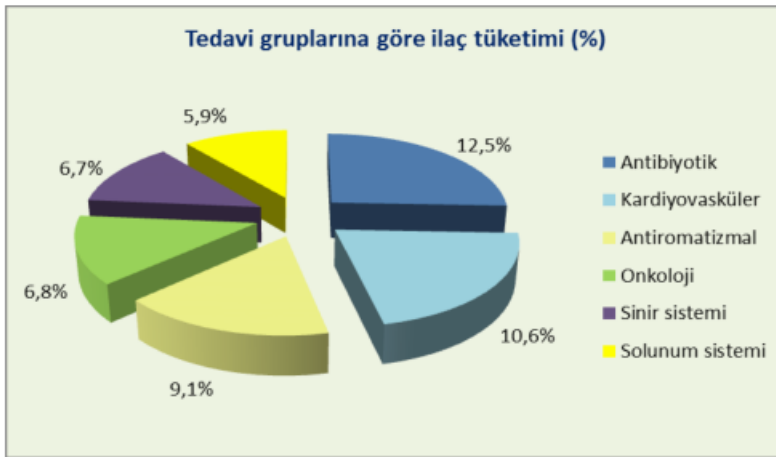


Kaynak : IMS Dataview, Depocu Satışları

Türkiye ilaç pazarında 2011 yılında % 12,5 ile antibiyotikler; değer bazında en çok harcama yapılan ürün grubudur. Antibiyotikleri; % 10,6 ile kalp-damar ilaçları, % 9,1 ile romatizma ilaçları, % 6,8 ile onkoloji ilaçları, % 6,7 ile sinir sistemi ilaçları, % 5,9 ile solunum sistemi ilaçları izlemektedir. Bununla birlikte; 2005 yılında % 18,9 paya sahip antibiyotik oranında yıllar itibarıyla azalma, % 5,9 paya sahip kanserle mücadelede önemli yeri olan onkoloji ilaçları ile % 3,8 paya sahip solunum sistemi ilaçları oranında ise artış eğilimi gözlenmektedir.

2010 yılında dolar bazında kişi başına ilaç tüketimi Türkiye'de 133,2 dolar iken 2011 yılında kişi başına ilaç tüketimi % 9,2 azalarak yaklaşık 121 dolar olmuştur.

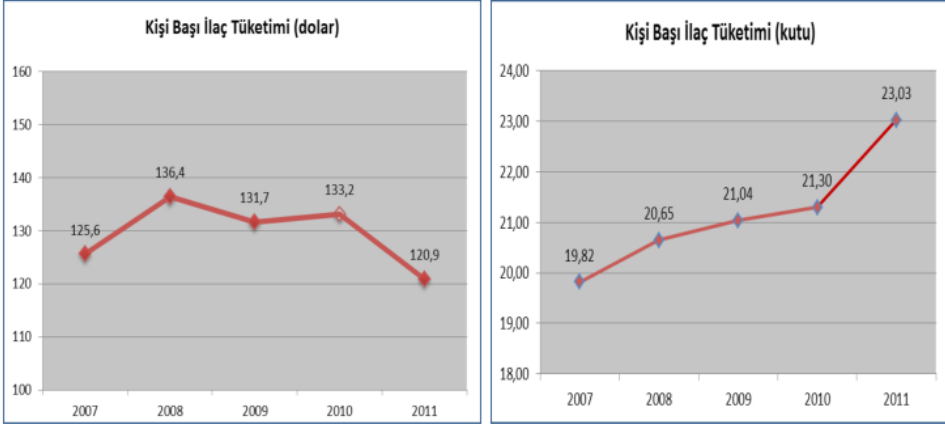
## Türkiye ilaç pazarında tedavi gruplarına göre ilaç tüketimi (%)



Kaynak : IMS

2010 yılında dolar bazında kişi başına ilaç tüketimi Türkiye’de 133,2 dolar iken 2011 yılında kişi başına ilaç tüketimi % 9,2 azalarak yaklaşık 121 dolar olmuştur. Türkiye’de kutu bazında kişi başı ilaç tüketimi 2011 yılında bir önceki yıla göre % 9,4 artış göstererek 23,03 kutu olarak gerçekleşmiştir.

Türkiye ilaç pazarında kişi başı ilaç tüketimi



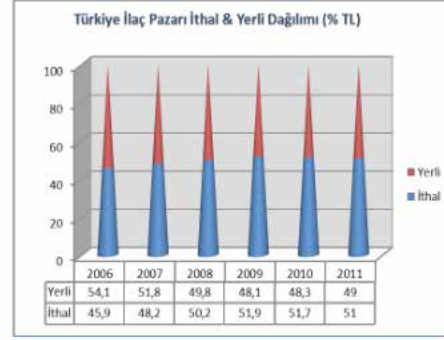
Kaynak: TÜİK, IMS (\*Haziran 2012 dönemine kadar geçerlidir.)

Pek çok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de sosyal güvenlik kurumları her geçen gün artan sağlık harcamaları karşısında tasarruf arayışına girmektedir. Bu arayış içerisinde ilaç harcamaları ön plana çıkmakta ve “referans fiyat sistemleri”, “geri ödeme listeleri”, “en ucuz ilacın tercih edilmesi” gibi önlemlerle ilaç harcamalarında tasarruf sağlanmaya çalışılmaktadır. Oysa sağlık alanında tasarrufun sürdürülebilir olması için; geniş kapsamlı olarak planlanması ve tedavi hizmetlerinin rasyonel tedavi hedefine ulaşması gereklidir.

Türkiye ilaç pazarının yerli ve ithal dağılımına kutu bazında yüzde oranında bakıldığında, 2006-2011 yılları arasında yerli ilaç (% kutu) oranının azalarak 2011 yılında % 75,5 olduğu görülmektedir. İthal ilaç (% kutu) pazar payı 2006 yılında % 16,6 iken 2011 yılında % 24,5 olmuştur. İlaç pazarımızda kutu bazında yerli ilacımız % 9,4 azalırken, ithal ilaç % 47,6 artmıştır.

Pek çok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de sosyal güvenlik kurumları her geçen gün artan sağlık harcamaları karşısında tasarruf arayışına girmektedir.

## Türkiye ilaç pazarı ithal &amp; yerli dağılımı



Kaynak : IMS Dataview, Depocu Satışları

Türkiye'nin ithalat yaptığı ülkeler sıralamasında Almanya başta olmak üzere, Amerika Birleşik Devletleri, İsviçre, Fransa, İtalya, İngiltere, gelmektedir.

Türkiye İlaç Sektörü 2011 yılı ithalatında ilk sırada Almanya, ABD, İsviçre, Fransa, İtalya, İngiltere ve İrlanda yer almaktadır. 2011 yılı Ekonomi Bakanlığı verilerine göre yaklaşık 5 milyar ABD doları olarak gerçekleşen ithalatımız 2010 yılına göre % 6,4 oranında artış göstermiştir.

Türkiye'nin ithalat yaptığı ülkeler sıralamasında Almanya başta olmak üzere, Amerika Birleşik Devletleri, İsviçre, Fransa, İtalya, İngiltere, gelmektedir. Avrupa Birliği ülkelerinin ilk 5 büyük pazarı Almanya, Fransa, İtalya, İngiltere ve İspanya'dır. Bu 5 ülkenin pazarı diğerlerinin % 76,5'ini oluşturmaktadır. Eş değer ilaç üretim ve kullanımının desteklenmesiyle, Türkiye'nin rekabet gücünün artırılması ve bu yöndeki potansiyelinin geliştirilmesi beklenmektedir.

## Ülkelere göre Türkiye İlaç Sektörü ithalatı (1.000 ABD doları)

Sıra No:	Ülke Adı	2010	2011	2010-2011 (%)
1	Almanya	791.220	835.713	5,62
2	A.B.D.	527.060	821.213	55,81
3	İsviçre	484.130	582.006	20,22
4	Fransa	509.268	470.948	-7,52
5	İtalya	393.870	364.264	-7,52
6	İngiltere	426.050	353.930	-16,93
7	İrlanda	302.380	283.031	-6,40
8	Hindistan	156.390	172.244	10,14
9	İsveç	160.030	155.485	-2,84
10	İspanya	150.061	153.439	2,25
11	Belçika	111.148	126.418	13,74
12	Çin	97.330	118.496	21,75
13	Danimarka	100.322	112.843	12,48
14	Avusturya	124.773	106.487	-14,66
15	Hollanda	67.571	77.158	14,19
16	Japonya	55.952	44.809	-19,92
17	Avustralya	50.356	44.509	-11,61
18	Finlandiya	39.819	40.715	2,25
19	İsrail	47.075	38.173	-18,91
20	Kanada	40.524	37.296	-7,97
Liste Toplamı		4.635.329	4.939.177	6,56

*Kaynak: TÜİK*

Türkiye'nin 2011 yılı ilaç ihracatında ilk sırayı İsviçre almaktadır. Almanya, Irak, İngiltere, ABD, KKTC, Belçika ve Slovenya diğer kayda değer ihracat pazarlarımızdır. Bunun yanı sıra, Ortadoğu ve Kuzey Afrika, Orta Asya ve Kafkaslar, Rusya Federasyonu ve Avrupa ülkeleri de potansiyel pazar olarak düşünülmelidir. 2011 yılı Ekonomi Bakanlığı verilerine göre yaklaşık 594 milyon ABD doları olarak gerçekleşen Türkiye İlaç Sektörü ilaç ihracatı 2010 yılına göre % 3,9 oranında artış göstermiştir.

## Ülkelere göre Türkiye İlaç Sektörü İhracatı (1.000 ABD doları)

Sıra No:	Ülke Adı	2010	2011	2010-2011 (%)
1	İsviçre	87.642	92.711	5,78
2	Almanya	84.125	56.776	-28,94
3	Irak	34.556	41.342	19,64
4	İngiltere	39.500	35.481	-10,17
5	A.B.D.	35.879	30.709	-14,41
6	K.K.T.C.	31.275	28.631	-8,45
7	Belçika	19.795	22.004	11,16
8	Slovenya	12.197	19.072	56,37
9	Azerbaycan	13.815	14.923	8,02
10	İran	9.961	14.878	49,36
11	Cezayir	16.193	11.187	-30,91
12	Singapur	6.710	10.538	57,05
13	Güney Kore	2.187	9.927	353,91
14	Bulgaristan	4.496	8.250	83,50
15	Özbekistan	6.801	8.024	17,98
16	Ürdün	2.107	7.591	260,28
17	Slovak Cumhuriyeti	1.347	7.319	443,36
18	Fransa	8.613	7.239	-15,95
19	Bosna Hersek	5.679	7.096	24,95
20	Moldovya	4.509	7.080	57,02
Liste Toplamı		427.387	443.778	3,84

Kaynak: TÜİK

Türkiye ihracat hacminde ve dolayısıyla ihracatın ithalatı karşılama oranında % 13 ile potansiyelinin çok altında kalmaktadır.

İlaç endüstrisi yüksek teknoloji ve Ar-Ge odaklı bir endüstridir; Ar-Ge'ye ayırdığı payın satışlara oranı diğer tüm endüstrilerden yüksektir. İlaçta Ar-Ge yapabilmenin temel koşullarının başında uluslararası kabul görebilen uzmanlara sahip olmak gelmektedir. Araştırmacı ve uzman personelin kritik sayının altında oluşu ciddi bir eksikliklerdir. Yüksek eğitim ve öğrenimin 21. yüzyıl gereksinimini karşılayamaması ve beyin göçü ülkemiz için tehdit oluşturmaktadır. Üniversitelerin moleküler biyoloji, biyoteknoloji, nano-biyoteknoloji gibi alanlara ağırlık vermesi gerekir. Biyoteknoloji ve ileri teknoloji ürünlerinin geliştirilmesi için, nitelikli insana yapılan yatırım ve Ar-Ge projelerinin, kamunun yönlendirilmiş fonları ile desteklenmelidir. Ayrıca, üniversitelerin uygulamalı ya da klinik araştırma kapasitesinin azlığı, geleneksel akademik yükseltme kriterlerinin, öğretim üyelerinin sanayi ile iş birliği hâlinde projeler oluşturma, patentleme ve ürünün ticarileşmesini sağlama gibi aktiviteler yapmasına yönlendirmemesi, üniversitelerde disiplinler arası proje oluşturma/yürütme kültürü yeterince oluşmaması ve teknoloji transferi ofislerinin etkin çalışmaması gibi Ar-Ge alanında başlıca sorunlar bulunmaktadır.

ABD ilaçta dünya pazarında liderliğini korumaktadır. ABD'de artan Ar-Ge harcamaları nedeniyle ilaç ve biyoteknoloji kaynaklı patentler AB'ye oranla daha fazladır. İlaç endüstrisine dayalı araştırma Avrupa'nın en büyük istihdam alanlarından birini oluşturmaktadır. Avrupa Birliği'nde AR-GE'de çalışan personelin % 5'i ilaç araştırma biriminde görev yapmaktadır. Üniversitemizde bilimsel temel araştırmalar yapılmakta olup, ilaç alanında ticarileştirilebilmiş bir

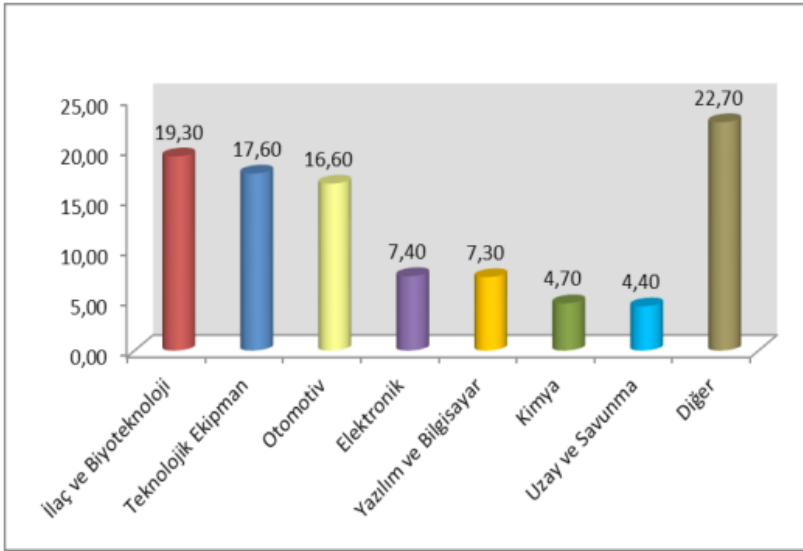


yeni ilaç araştırılması gerçekleşmemiştir. Türkiye’de ilaç sanayinde henüz biyoteknolojik bir üretim gerçekleşmemiştir. Pazardaki ürünlerin tümü ithaldir. Ülkemiz büyük iç pazar hacmine sahip olmasına rağmen, Kamu-sanayi-üniversiteler arasında Ar-Ge çalışmaları ve üretim konusunda iş birliği eksikliği bulunmaktadır.

Yerli ilaç sanayinin en büyük sorunu, bu yatırım ihtiyacını karşılayabilecek fon birikimine imkân tanyacak, istikrarlı bir fiyatlandırma düzenine kavuşmamış olmasıdır. Türkiye’de henüz üretim olanağı olmayan yüksek fiyatlı biyoteknoloji ürünlerinin, giderek onkoloji, hematoloji ve endokrinoloji başta olmak üzere çeşitli tıp alanlarındaki, tüketiminin artması ilaç ithalatında artışa neden olmuştur.

Türkiye’de ilaç sanayinde henüz biyoteknolojik bir üretim gerçekleşmemiştir. Pazardaki ürünlerin tümü ithaldir.

### Dünyada toplam Ar-Ge harcamalarının sektörel dağılımı (%)



### Kaynak: EFPIA, Rakamlarla İlaç Endüstrisi Dökümanı, 2010.

2010 yılı sonu itibarıyla ilaç sektöründe global Ar-Ge harcaması 120 milyar ABD dolarını aşmıştır. 2011 yılında Türkiye’de ilaç Ar-Ge harcaması yaklaşık 60 milyon ABD doları olup toplam Türkiye Ar-Ge harcamaları içerisindeki payı % 1 olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen ve 1984 yılından itibaren yürürlüğe giren “İyi Üretim Uygulamaları” (Good Manufacturing Practice-GMP) çerçevesinde gerekli yatırımları yaparak teknolojik alt yapısını güçlendirilse de yeterli değildir.

Ülkemizde 2000 dolayında kimyasal ilaç molekülü piyasada bulunmaktadır. Keşfedilen yeni ilaç kimyasallarının sayısı azalmaktadır. Buna karşın, biyoteknolojiye

**Diğer önemli bir konu da, Türkiye’de klinik araştırma sayısının diğer ülkelere göre çok az sayıda olmasıdır.**

dayalı ilaçların sayısı henüz mevcut kimyasalların % 10’u düzeyinde olmasına rağmen gelecekte bu sayının daha yüksek bir seviyeye ulaşması mümkün görülmektedir. Türkiye ilaç sektöründe henüz biyoteknolojik üretim gerçekleşmemiştir.

Diğer önemli bir konu da, Türkiye’de klinik araştırma sayısının diğer ülkelere göre çok az sayıda olmasıdır. 2011 yılında Türkiye’de klinik araştırma sayısının, dünya toplamı içerisindeki payı % 0,6 olup, klinik araştırmaların % 68’i ABD ve Avrupa’da en gelişmiş ülkelere yapılmaktadır. 1 milyon kişiye düşen klinik araştırma sayısı ABD’de

191, Batı Avrupa’da 86, Doğu Avrupa’da 22 iken Türkiye’de 4’tür. İlaç sektöründe dünyanın en büyük 16. ülkesi olan Türkiye, klinik araştırma sayısı bakımından 36. sırada yer almaktadır.

#### Ülkeler bazında yapılan toplam klinik araştırma sayısı



*Kaynak: clinicaltrials.gov(\*2012 yılı eylül ayı itibariyle clinicaltrials.gov sitesine bildirilen, endüstri sponsorlu klinik araştırma başvuru sayısına göre derlenmiştir. Endüstriyel klinik araştırmalar ilaç firmaları tarafından yürütülen ve finanse edilen klinik araştırmaları içermektedir, yalnızca akademi veya diğer fonların sponsorluğunda yürütülen araştırmaları kapsamamaktadır.)*

İlaç sektörü, ham madde konusunda büyük bir oranda dışa bağımlıdır. Bu bağımlılığı azaltacak yönde ham maddelere yönelik yatırımlar yapılmalıdır. Ülkedeki ham madde potansiyeli kullanılarak, rekabet gücünü artıracak, teknoloji ve Ar-Ge içeriği yüksek, büyük ölçekli ve katma değeri yüksek yatırımlar teşvik edilmelidir. Lojistik açıdan uygun alanlar tespit edilmeli, sektörün bu bölgelerde kümelenmesi teşvik edilmelidir.

Türkiye mevcut imkânlarını, sadece bilim için araştırma yapmaya yöneltmek yerine ulusal inovasyon yeteneğini hızla geliştirecek araştırmalara öncelik

vermek zorundadır. Diğer bir deyişle, yapılan akademik çalışmaların sanayide uygulanabilirliği, ekonomiye katma değer katması beklenmektedir. Üniversitelerimizde oluşmuş olan bilimsel potansiyelin özel kuruluşlar ile karşılıklı etkileşim ve iş birliği içinde bu yöne kanalize edilmesi ve Ar-Ge'ye ayrılan kamu ve özel kaynakların arttırılması kaçınılmaz bir gerekliliktir. Genç, eğitim seviyesi yüksek, yoğun ve etkin nüfus olmasına rağmen, kalifiye insan gücü sağlanabilmesi adına ilgili eğitim alanları içerisinde uygun branşlaşma eğitimlerinin yetersizliği buna bağlı olarak beyin göçü ciddi bir sorundur.

Yeni teşvik sistemi ile birlikte stratejik ve teknolojik dönüşümü sağlayacak yatırım konuları, yatırım dönemindeki vergi indirimleri ve yatırımlara sağlanan destek miktarları dikkate alınarak Türkiye'deki bölgeler gelişmişlik sıralarına göre sınıflandırılmıştır. 15.06.2012 tarihli ve 2012/3305 sayılı "Yatırımlarda Devlet Yardımları Hakkında Karar" ile getirilen bu yeni teşvik sistemi;

- \* Genel Teşvik Sistemi,
- \* Bölgesel Teşvik Sistemi,
- \* Büyük Ölçekli Yatırımlar,
- \* Stratejik Yatırımlar, olmak üzere dört ana kategoride oluşturulmuştur.

Yatırım teşvik uygulamalarında bölgeler

1. Bölge	2. Bölge	3. Bölge	4. Bölge	5. Bölge	6. Bölge
Ankara	Adana	Balıkesir	Afyonkarahisar	Adıyaman	Ağrı
Antalya	Aydın	Bilecik	Amasya	Aksaray	Ardahan
Bursa	Bolu	Burdur	Artvin	Bayburt	Batman
Eskişehir	Çanakkale (Bozcaada ve Gökçeada ve İlçeleri Hariç)	Gaziantep	Bartın	Çankırı	Bingöl
İstanbul	Denizli	Karabük	Çorum	Erzurum	Bitlis
İzmir	Edirne	Karaman	Düzce	Giresun	Diyarbakır
Kocaeli	Isparta	Manisa	Elazığ	Gümüşhane	Hakkari
Muğla	Kayseri	Mersin	Erzincan	Kahramanmaraş	İğdir
	Kırklareli	Samsun	Hatay	Kilis	Kars
	Konya	Trabzon	Kastamonu	Niğde	Mardin
	Sakarya	Uşak	Kırıkkale	Ordu	Muş
	Tekirdağ	Zonguldak	Kırşehir	Osmaniye	Siirt
	Yalova		Kütahya	Sinop	Şanlıurfa
			Malatya	Tokat	Şırnak
			Nevşehir	Tunceli	Van
			Rize	Yozgat	Bozcaada ve Gökçeada İlçeleri
			Sivas		

Ülkedeki ham madde potansiyeli kullanılarak, rekabet gücünü artıracak, teknoloji ve Ar-Ge içeriği yüksek, büyük ölçekli ve katma değeri yüksek yatırımlar teşvik edilmelidir.

Bölgesel destek uygulaması açısından ilaç sektöründe yapılacak yatırımların yer alacağı bölgeler itibarıyla, asgari yatırım tutarları aşağıdaki tabloda gösterildiği şekilde belirlenmiştir.

İlaç sektöründe bölgesel teşvik yatırım tutarları

Sektör Kodu	US-97 Kodu	Bölgesel Teşviklerden Yararlanacak Sektörler	1. Bölge	2. Bölge	3. Bölge	4. Bölge	5. Bölge	6. Bölge
14	2423	İlaç/eczacılıkta ve tıpta kullanılan kimyasal ve bitkisel kaynaklı ürünlerin imalatı	4 Milyon TL	3 Milyon TL	2 Milyon TL	1 Milyon TL	1 Milyon TL	500 Bin TL
11	24	Kimyasal madde ve ürünlerin imalatı	4 Milyon TL	3 Milyon TL	2 Milyon TL	1 Milyon TL	1 Milyon TL	500 Bin TL

14.07.2009 tarihli ve 2009/15199 sayılı Yatırımlarda Devlet Yardımları Kararıyla getirilen teşvik sistemi doğrultusunda Temmuz 2009 ile Mart 2012 tarihleri arasında 11.382 adet teşvik belgesi düzenlenmiş 157.368 milyon TL yatırım ve 375.609 istihdam öngörülmüştür.

İlaç Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı'nın belirlenen hedefleri gerçekleştirmek üzere Eylem Planı'nda yer alan her bir hedef için bir Hedef Çalışma Grubu oluşturulacaktır. Çalışma gruplarının, ulusal ilaç politikamızın ivedilikle oluşturması ve denetim mekanizmasının kontrollü olarak işletmesi gerekmektedir.

İlaç endüstrisi salgın hastalıklar, savaş, ambargo gibi olağanüstü hâllerde stratejik öneme sahip olmasından dolayı birçok ülkede, öncelikle ülke içi ihtiyacı karşılayabilmek için kurulmuştur. İlaç endüstrisi, Türkiye için savunma, enerji, bankacılık gibi stratejik bir endüstri olarak düşünölmeli, üretim kapasitesinin tam olarak kullanılabilmesi için istikrarlı bir ilaç politikası belirlenmelidir.

## Kaynaklar

- Dokuzuncu Kalkınma Planı Stratejisi (2007–2013).
- Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı 2010–2014 Stratejik Planı.
- Türkiye Sanayi Stratejisi.
- Sağlık Bakanlığı Strateji Dökümanı (2010-2014).
- TÜBİTAK Vizyon 2023 Projesi.
- TÜİK Veritabanı.
- Türkiye İlaç Sektörü Stratejisi Ön Hazırlık Toplantı Belgesi.
- Türkiye İlaç Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı Taslak (2013-2016).
- EFPIA (Avrupa İlaç Sanayi ve Dernekleri Federasyonu) Veri Tabanı.



# AVRASYA'DA YER ALAN TÜRK DEVLETLERİNDE SAĞLIK TURİZMİ

ARŞ. GÖR. TUNCAY KARA\*

## Giriş

Sanayi Devrimi ile başlayan yüksek üretime dayalı süreç, kentleşmeye ve iş yaşamına yönelik yeni sorunlarla toplumları rahatsız eder boyuta gelince; 19. yüzyılın sonunda, özü itibariyle toplumun daha üretken kılınmasına dayalı, sağlık düzeylerinin yükseltilmesi ve mevcut risklerle baş edilmesine yönelik, iki temel finansman modeli insanoğlunun hizmetine sunulmuştur. Bu modellerden birisi Almanya kökenli Bismark (Bismarck) modeli diğeri İngiltere çıkışlı Beveric (Beveridge) modelidir. Bismark modelinde sürdürülebilirlik istihdam düzeyinin yüksek tutulmasına ve prim ödemelerine, Beveric modelinde ise vergilerden müteşekkil havuza yani vergi ödeme gücüne sahip iktisadi hareketliliğin içinde bulunan vergi mükelleflerinden oluşan bir topluma gereksinim vardır. Özetle bu iki finansman yapısının işlerliği toplumların üretkenliği ve toplum genelinde risk paylaşımı ile mümkündür. Günümüzde yerkürenin önemli bir kesiminde bu iki temel anlayışın, değişen ağırlıklarda sağlık finansman yapıları içinde yer almasıyla sağlık sistemlerinin çarkları dönmektedir.

Zaten iktisadi bir bunalım dünyada yaşanmasa dahi, hiçbir devletin sonsuz sağlık hizmetini sunabilecek boyutta bir ekonomik güce sahip olmadığı gerçeğinin

\* Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü

Ancak günümüzde büyük ekonomiler dâhil olmak üzere yerkürede yaşanan iktisadi durgunluklar ve sıkıntılar, öncelikli olarak sağlık finansman modellerindeki sürdürülebilirliğin sorgulanmasını beraberlerinde getirmişlerdir.

yadsınmadığı bir dünyada sağlık sistemlerindeki finansman modellemeleri ayrıca bir önem arz etmektedir. Ancak günümüzde büyük ekonomiler dâhil olmak üzere yerkürede yaşanan iktisadi durgunluklar ve sıkıntılar, öncelikli olarak sağlık finansman modellerindeki sürdürülebilirliğin sorgulanmasını beraberlerinde getirmişlerdir. Her devlet yurttaşlarından ihtiyaç sahiplerine gereksinim duydukları kadar sağlık hizmetini sunma sorumluluğunu düşük veya yüksek bir düzeyde muhakkak taşımaktadır. Ancak kamu eliyle sunulan sağlık hizmetlerinin niteliklerinin sorgulanır olması yanında, özellikle yaşlılıkta daha çok sağlık hizmetlerine gereksinim duyma gerçeği ve yaşlılık dönemlerindeki hastalık riskleriyle baş ederken, finansmanda arkadan yetişen kalabalık genç nüfusa göre bir yapının geliştirilmiş olması, nüfus yapılarındaki değişimle sağlığın

finansmanında sıkıntıları da beraberinde getirmiştir. Bu yaşanan sıkıntılar devletlerin ağır ağır sağlığı piyasaya bırakmaya başlamalarını, özel sağlık sigortacılığı ile özel hastanecilik yatırımlarının doğmasını netice veren başlıca etkenler arasındadır.

Sağlık alanında yatırım yapan her müteşebbisin birincil amacı müşterilerinin beklentilerine en iyi biçimde yanıt vererek pazar hâkimiyet alanını genişletmek ve nihayetinde bir kazanç elde ederek varlığını sürdürmektir. Bu bağlamda en düşük maliyete beklentileri karşılayan iyi nitelikten (kalite) ödün vermeyen hizmetin sağlanması sağlık yatırımlarında baş hedefdir. İşte bu arayış, sağlık yatırımcılarını ve sağlık sigorta şirketlerini müşterilerine daha ucuza sağlık hizmeti sunmak amacıyla gözlerini, daha ucuza sağlık hizmeti üretilen ülkelere yönelterek, küresel düzeyde insan hareketliliğine dayalı yeni bir pazarı yani sağlık turizmini doğurmuştur.

Yazında sağlık (health) turizmi ile tıp (medikal) turizmi kavramlarının birbiri yerine kullanıldığı çalışmalar mevcuttur. Bazı makale çalışmalarında, "(Blouin 2010) Sağlık turizmi, hastanın sağlık hizmeti almak için yurt dışına seyahati olup hem politika ve araştırma boyutuyla dikkatleri üzerine çekmektedir" ifadesine benzer yaklaşımlar yer almakla birlikte, "(Lunt vd.) bu konuda yorum yapanların tıp turizmi ile sağlık turizminin faklı bileşenleri vurguladıklarını" söyleyenler ile "(Carrera vd. 2006,s:447; Lunt vd.'den alıntı) sağlık turizmini bir bireyin zihinsel ve bedensel iyilik hâlinin yaşanan bölgenin dışında koruma yenileme ve geliştirme amaçlı örgütlü seyahat etmektir" biçiminde; sağlık turizmini, tıp (medikal) turizmi kapsar biçimde ele alanlar da vardır. Medikal (tıp) turizm, özü itibarıyla hasta olan kişinin yurt dışına gidip tıbbi uygulamadan yararlanıp geri dönmesidir. Ancak sağlık turizmi, turizm aşamasında ülkeye

gelenlerin sağlık gereksinimlerini karşılamakla beraber başka bir ülkede sağlığı geliştirici, koruyucu ve esenlendirici (rehabilitasyon) her türlü etkinliği ve medikal turizmi içinde barındırmaktadır. Bu kavramsal açıklamayla birlikte literatürde bu kavramların birbirinin yerine bilinçsizce kullanımının olduğunu belirtmemiz gereklidir.

### Sağlık Turizminde Önemli Etmenler

Öncelikli olarak sağlık pazarının gelişimini tetikleyengörünürdeki tüm gelişmelerin arkasındaki birincil etmen, II. Dünya Savaşı'nı izleyen yıllardan itibaren insan yaşam süresinin uzamasıdır.<sup>1</sup> İlaç endüstrisinde, tedavi yöntemlerinde yaşanan gelişmelerle birlikte teknolojinin yaşamı kolaylaştırmasının doğal bir sonucu olarak ömrün uzaması ve beraberinde hastalık örüntüsünün süreğen (kronik) hastalıklar ağırlıklı oluşu, daha uzun yaşayan bu bireylerin sağlık hizmetlerine duydukları gereksinimlerini de artırmıştır.

Ancak sağlık hizmetlerinde bu talep yükselişine karşı hizmet arzının kısıtlı olması; hizmeti sunanlar başta hekimler ile hizmet alıcıları hastalar arasında, hizmete ilişkin bilgi düzeyi farklılığı; ilaç firmalarının ve teknoloji üreten firmaların eğilimleri, sağlık sektörüne özgü olan özellikler olarak maliyetlerin yükselmesini her zaman tetiklemektedir. Ayrıca bireylerin sağlıkları için gereksinim duydukları bu hizmetlere ödemeyi kabullendikleri bedellerin, gerek bireysel değerlendirmelerin farklılığı ve gerekse gelir eşitsizlikleri gerçeği ekseninde çok geniş bir aralıkta belirlenmesi,<sup>2</sup> sağlık hizmetlerinin, piyasa ekonomisinde gözde bir konuma gelmesini sağlamıştır. Diğer yandan, başta Avrupa Birliği'nde, Kanada'da tıp hizmetlerinde bekleme sürelerinin uzunluğu, yükselen sağlık hizmetleri maliyetleri, Amerika Birleşik Devletleri'nde piyasa koşullarında çalışan sağlık sigorta şirketlerinin birçok hizmeti sigorta kapsamına almamaları<sup>3</sup> veya daha ucuza üçüncü dünya ülkelerinden hizmet alımı yönünde geliştirdikleri stratejiler, yurt dışında sağlık hizmeti alınmasını tercih edilir kılmıştır. Gelişmekte olan ülkelerin gelişmiş ülkeleri daha yakından izlemeleri, küresel ölçekte ortak eğitim programlarının düzenlenmesi, internet aracılığıyla bilginin akıl almaz dolaşımı, gelişmekte olan ülkelerde her alanda yatırım ortaklıklarına gidilmesi aynı zamanda gelişmekte olan ülkelere bilgi aktarımını da beraberinde getirmektedir. Bu aktarım sahalarından birisi de hekimlik uygulamalarıdır. Ayrıca sağlık eğitiminin küresel ölçekte başarılı uygulamaları ve sağlıklı kalma ve sağlığı geliştirmeye yönelik bilincin toplumlarda artışı sağlık turizmi talepleri için önemli etmenler arasındadır.

Diğer taraftan refah düzeyi artan bireyler, devletler arası ilişkilerin olumlu seyri ve yüksek ulaşım teknolojileri sayesinde dünyayı gezmek ve görmek istemektedirler. İnsanoğlunun son yıllarda gerçekleştirdiği küresel ölçekteki bu

İnsanoğlunun  
son yıllarda  
gerçekleştirdiği  
küresel ölçekteki  
bu büyük  
hareketlilik  
ile turizm de  
her geçen  
yıl daha çok  
gelişmektedir.

**Hasta yatış günlerinin azalmasını, tedavi sürelerinin kısaltılmasını, hastanın daha az acı duymasını sağlayıcı mekanizmalar, sağlığa yatırım yapanların rekabet gücü açısından düşünmesi gereken hususlardır.**

büyük hareketlilik ile turizm de her geçen yıl daha çok gelişmektedir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının her geçen yıl OECD ülkelerinde artışı sağlık turizmi için bir diğer önemli etmendir. 2000 ve 2010 yılları arasında OECD ülkelerince satın alma paritesine göre sağlığa ayırdıkları GSYH oranlarının ve bütçe tutarlarının ortalamalarına bakıldığında ve Türkiye ve Norveç için 2007 verileri dikkate alınarak hesaplanmış olan 2009 yılı verilerine göre OECD ülkelerinde gerçekleşen cepten harcama oranı ortalama % 19.27 olup bu rakam 2010 yılı verilerinde veri sağlanamayan ülkeler için en yakın zaman dilimindeki verilerin dikkate alınması ile % 19.5 bulunmuştur. OECD ülkelerinin 2000-2009 arasında sağlığa ayırdıkları pay artış oranı, reel rakamlarla ortalama % 4.3'tür. Yalnız 2009-2010 döneminde yavaşlayarak bu oran % 2.7'ye gerilemiştir.<sup>4</sup>

Genelde Afrika devletleri ile yine bazı Arap devletlerinden gerçekleşen talep ise yüksek tedavi teknolojisi temelindedir. Bu ülkelerde yurt dışından hizmet alım gücüne sahip olan bireyler yüksek tedavi teknolojilerini yurt dışından temin etmektedirler. İşte hem insanların farklı coğrafyaları ve kültürleri görme, gezme, eğlenme isteklerine hem ihtiyaç duydukları tıbbi uygulamaları yurt dışında daha ucuza fakat kaliteden ödün vermeksizin, istenen düzeyde teknoloji ile alma; ayrıca sağlık düzeylerini sağlıklı iken de yükseltme ve geliştirme isteklerine yanıt vermeyi amaçlayan sağlık turizmi bu sayılan temel etkenler eşliğinde gelişmektedir.

### **Sağlık Turizminde Gerçekler**

Ortaya çıkış felsefesiyle sağlık turizmi rekabete dayalıdır. "(Taşar, 2010) *Rekabet; talebin ve teknolojinin özellikleriyle belirlenen siparişe etkin biçimde uyum sağlayabilmek için piyasanın güncel biçimlerini, üretim yapılarını ve organizasyon modellerini uygulama süreci olarak tanımlanabilmekte ve bu anlamıyla; mübadele şartlarını ve rakiplerin davranışlarını dikkate alan aktörler arasındaki etkileşim olarak ortaya çıkmaktadır.*" Rekabetin tanımından da anlaşılacağı üzere, yüksek rekabetin yaşandığı sağlık turizminde piyasanın güncel biçimlerini uygulama önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinde değişen teknolojiye, tedavi (sağaltım) yöntemlerine örgütsel yapınızı uyarlayamazsanız yani piyasanın güncel biçimlerini, üretim yapılarını kullanamazsanız yok olursunuz. Zira konu yalnız hastanızı memnun etmek değil, örgütünüzün yaşar kılınması için baş etmeniz gereken maliyetler ile yeni yöntemleri kullanarak rekabet ortamında



mücadele edebilmektedir. Hasta yatış günlerinin azalmasını, tedavi sürelerinin kısaltılmasını, hastanın daha az acı duymasını sağlayıcı mekanizmalar, sağlığa yatırım yapanların rekabet gücü açısından düşünmesi gereken hususlardır.

“(Erkan, 1987; Taşar vd.2010’dan alıntı) *Bağımsız ekonomik birimlerin kendi ekonomik başarıları için birbirlerini karşılıklı olarak etkilemeleri ve ekonomik birimler arasındaki yarış olarak tanımlanan rekabet; yönlendirme, kaynak dağılımını gerçekleştirme ve teknolojik gelişme fonksiyonlarını beraberinde taşımaktadır. Bu fonksiyonların birlikte sağlanması durumu ise; etkin ve fonksiyonel rekabet*” olarak nitelendirilmektedir. İngiltere’de uygulanmakta olan sağlık teknolojilerini değerlendirme işlemi de aslında bu tanımın yaşamsal kılınmasına uygun bir örnektir. Sağlık turizminde etkin rekabet yapabilmek için İngiltere’nin yaptığı gibi, maliyetlere katlanmanın kar getirici veya kar getirmeyici olması ortaya konarak hareket

edilmelidir. Türk Dünyası, sağlık turizmine yönelik olarak etkin rekabetin içinde bulunmak için kaynak dağılımını planlamaya ve teknolojiye yönelik bilim adamlarına sahiptir, eksik olan teknolojik yatırımların gerçekleştirilmesidir. Sağlık teknolojilerinin yurt dışından aktarımının gerçekleştirilmesi ve üretilen sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde Türk Devletlerinin yetkin olmaları ve çağı yakalamaları gerekliliği üzerinde durulması gereken konulardandır.

Sağlık Turizmine yatırım yapan ülkelerden olan Singapur, Malezya, Hindistan, Tayland ve Filipinler için sağlık turizmi ciddi rakamsal büyüklükte dövizin yurda akışını sağlamaktadır. “(Hazarika 2009) *1990’lardan itibaren her yıl yaklaşık % 16 büyüyen Hindistan’da sağlık turizmine ilişkin olarak 2005 yılında 150.000 hastadan 333 milyon Amerikan doları gelir elde edilmiştir ve Dünyada sağlık turizmi sektöründe dönen paranın 140 milyar dolar olacağı öngörülmektedir*”

Sağlık Turizmi alanında ilk olarak başka bir ülkenin vatandaşını tedavi amaçlı ülkeye getirme Küba’da görünse de asıl iktisadi anlamda uygulamalar Singapur’da ve Malezya’da gerçekleşmiş olup bunu takiben 1990’ların sonunda Tayland ve Hindistan ile Filipinler ve 2000’li yıllarda Güney Kore harekete geçmiştir.

“(Leng 2010) *Vatandaşların sağlığına yönelik sorumluluk Alma-Ata Bildirgesi ile devletlerin üzerinde olmasına karşın, son 50 yılda çok hızlı gelişme kaydeden Singapur’un tartışmalı olan sağlık politikaları, sağlık turizmi uygulamalarına ortam hazırlamıştır.*” Çoğu gelişmiş ülkeler olmak üzere birçok ülkede gayrisafi yurt içi hasılda sağlık hizmetlerine

Türk Dünyası, sağlık turizmine yönelik olarak etkin rekabetin içinde bulunmak için kaynak dağılımını planlamaya ve teknolojiye yönelik bilim adamlarına sahiptir, eksik olan teknolojik yatırımların gerçekleştirilmesidir.

ayrılan paylar, kamusal sağlık harcamaları ihtiyaçları gidermekte yetmemekte ve cepten yapılan sağlık harcamaları artmaktadır. OECD verilerine göre 2009 yılında OECD ülkelerinde ortalama olarak % 9.5 gayrisafi yurt içi hasıla sağlığa ayrılmıştır.<sup>5</sup> Bu ortalama hesabında Amerika Birleşik Devletleri gayrisafi yurt içi hasılasının % 17.6'lık kısmını ayırarak en önde gelmektedir.<sup>6</sup> Verilere göre sağlık sektöründe 2009 yılında 5.5 trilyon dolar para harcanmıştır. Bu harcamalar Dünya ülkelerinin gayrisafi yurt içi hasıllarının ortalama % 10.1'ini oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 verilerine göre sağlık harcamalarının % 80'inin OECD ülkelerinde gerçekleştiği belirtilmektedir. Bu raporda en düşük kişi başı sağlık harcaması Burundi'de 2.9 dolar miktarındadır.<sup>7</sup> Bu kadar yüksek maliyetin ve harcama farklılıklarının olması muhakkak ki bireyleri, sigorta şirketlerini ve hatta devletleri daha ucuz sağlık hizmeti seçeneklerini aramaya itmektir. Bu arayışların varlığına bir diğer kanıt ise 2010 yılı itibarıyla dünyadaki sağlık harcamaları için katılan maliyetlerin % 17.7'lik bölümü doğrudan bireylerin ceplerinden yapılmıştır.<sup>8</sup> Sağlık hizmetlerine yönelik harcamaların her geçen gün artışında;

- Toplumların sağlık düzey ve bilinçlerindeki artış,
- Gelişmiş toplumlarda bulaşıcı hastalıkların yerini yıllarca sağlık hizmetine gereksinim duyulabilecek süregelen (kronik) hastalıkların alması, bu hastalıkların tedavi maliyetlerinin yüksek olması,
- Toplumların nüfus yapısının değişmesi;
- İnsanların sağlıklarını geliştirmek için hasta olmadan sağlıklarını iyileştirici kaplıcalardan hizmet alma gibi etkinliklerde bulunmaları; yaşlılık dönemlerinde bireylerin yaşlı bakım merkezlerine taleplerinin artışı,
- Yaşlılığa özgü (geriatrik) hastalıkların tedavi süreçlerinin uzun ve maliyetlerinin yüksek olması,
- Sağlık hizmetleri çalışanlarının en yüksek bilgi ile donandıkları eğitimlerinin yüksek maliyetli oluşu ve hastanelerin yüksek teknoloji içeren kurumlar olmaları,
- 65 yaş üstü emekli nüfusun giderlerini dünya ekonomilerinin karşılamakta güçlük çekmesi, hususları etkilidir.

### **Sağlık Turizmi İçinde Tıp Turizminden Hizmet Alıcıların Beklentileri**

Serbest piyasa ekonomisinde, sağlık hizmeti sunucuları için hastaların müşteri olarak kabulü ahlaki açıdan doğru olmasa da bu anlayış giderek yerleşmektedir. Bu bağlamda hizmetlerin arzında müşterinin, yani hastanın memnuniyeti birincil önceliktedir. Hizmet memnuniyetinde öncelik, fiyatların daha ucuz olmasında düşünülüyor ise de Amerika Birleşik Devletleri'ndeki bilimsel yayınlar, hastaların başka bir ülkede gidecekleri sağlık kuruluşunu seçerken, bu kuruluşların kalite akreditasyonlarının olup olmadığına dikkat ettiklerini göstermektedir. Gidilecek sağlık kuruluşunun seçiminde, hem ucuzluk hem de standartlarda belli seviyeyi yakalamış olması birlikte istenmektedir.

Maliyetin düşük olması ve kalite akreditasyonunu izleyen diğer olgu, tedavi gören hastaların sosyo-kültürel yönden kendilerine uygun bir ortamda bulunmak istemeleridir. Tedavi (sağaltım) sürecinde, adillerini bilen hekimlerden ve çalışanlardan hizmet almak arzusundadırlar.

Tıp turizminde, sunulan sağlık hizmetlerinin başarısını etkileyen ve hizmet alıcılara aranan bir diğer önemli nokta; tedavi (sağaltım) süreci sonunda özellikle ameliyatlardan sonra, iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyecek istenmeyen

olayların gerçekleşme olasılığının indirgenmesidir. Bu indirgemedede hastanın kendi ülkesine dönerken yapacağı uçak uçuş süresinin kısa olması özellikle istenmektedir. Çünkü kısa uçuş mesafesi olması hastanın daha erken taburcu olmasını sağlayarak, hastanelerde yatak devir hızı ile düşük maliyetleri sağlamakla birlikte, tedaviye olumsuz etki edecek olayların (komplikasyonlar) ortaya çıkma riskinin düşmesinde etkilidir. Ayrıca istenmedik tıbbi sonuçların engellenmesi ve ülkeye dönüldüğünde yapılacak bakımların başarılı kılınması için kendi hekimleri ile gidilen ülkenin hekimleri arasında elektronik tıp uygulamasının varlığı istenmektedir.

Hem tıp turizmi ve hem de sağlık turizminin tüm uygulamalarında müşteri olarak ele alınan bireyler, kendi kültürlerine önem verildiğini görmek, kendi mutfaqlarını hastanelerin otelcilik hizmetleri bünyesinde tatmak, bunun yanında diğer kültürlerin mutfaqlarını görmek istemektedirler. Bu noktaya dikkat edilmesi aynı zamanda müşteri memnuniyetini yükselterek, yurt dışında hizmetlerin pazar payının artmasını netice verecektir.

Dünyanın özellikle önde gelen ekonomilerinde sağlığa ayrılan paylara bakıldığında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki payın 2,5 trilyon dolara yakın olması, Japonya için yarım trilyon dolara yaklaşması, Avrupa'nın büyük ekonomilerinin sağlığa 200 ila 387 milyar dolar arasında kaynak ayırmaları ve buna rağmen sağlığa ayrılan kamusal olmayan GSYH paylarının yüzdeleri ve bireylerin cepten harcamalarının oranları sağlık hizmetleri pazarının piyasa ekonomisinde nedenli büyük olduğunu göstermektedir. Bu rakamlar çoğu devletin yıllık gayrisafi yurt içi hasılasının (GSYH) üzerinde olan tutarlardır (Tablo 1).

**Tablo 1.** 2009 Yılında Bazı Ülkelerde Sağlığa Ayrılan Gayrisafi Yurt içi Hasıla Payları, Kişi Başına Sağlık Harcamaları, Kişi Başına Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları, Cepten Yapılan Harcamaların Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı<sup>9</sup>

Ülkeler	Sağlığa Ayrılan Gayrisafi Yurt içi Hasıla (Milyar A.b.d. doları) ve Bu GSYH İçinde Toplam, Kamu, Özel Yüzdeleri				Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (°)	Kişi Başına Cepten Yapılan Sağlık Harcaması (°)	Şahsi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı (%)
ABD	2440	17.6	8.4	9.2	7960	974	12.24
Almanya	387	11.7	9	2.7	4723	617.5	13.07
Fransa	311	11.9	9.3	2.6	4840	354	7.31
İngiltere	212	9.8	8.23	1.57	3440	339	9.85
İtalya	200	9.4	7.3	2.1	3323	652	19.62
G. Kore	58	6.9	4.0	2.9	1184	385	32.52
Japonya	479	9.5	7.81	1.59	3754	545.5	14.41
Çin	255	5.1	2.6	2.5	191	71.6	37.47
Hindistan	53	4.2	1.4	2.8	44	26.5	60.22
Rusya	69	5.6	3.55	1.95	476	143	30
Brezilya	142	8.8	3.83	4.97	734	236.8	32.26
Türkiye	42	6.7	5	1.7	575	92	16

Sosyal güvenlik sistemleri açısından sağlık hizmetlerinin yalnız kamu kaynakları ile karşılanamadığı bir gerçektir. OECD verilerine göre 2009 yılının sağlık harcamalarında OECD ülkeleri kamu payının sağlık harcamalarındaki ağırlığının % 72 iken Türkiye’de sağlığa ayrılan kamu kaynağı toplam kaynağın % 73’tür.<sup>10</sup> Amerika, Hindistan, Brezilya, Çin, Rusya, Güney Kore ve Japonya’nın kamu ve özel payları birbiri ile karşılaştırıldığında bazen birbirine yakın bazen özel ağırlıklı, bazen ise kamu ağırlıklı harcamalarıyla biri diğerinden öne çıkmaktadır. Ülkeler istenen sağlık hizmetine erişme noktasında kaynak israfının önlenmesi ve hizmetlerin gereksiz kullanımının önüne geçmek amaçlı kamu tarafından sosyal sorumluluk temelli ödemeler konmaktadır. Bunlar muayene olurken belli katkı paylarıyla hizmetin maliyetine katılma veya eczanelerden para ödeyerek ilaç alma gibi çeşitli biçimlerde yapılan şahsi cepten harcamalardır ve bu harcamaların tutarları birçok devlette aylık maaşların üzerindedir.

Sağlık harcamaları kalemlerinin temel alınması, sağlık turizmi için yanlış bir anlayış olarak değerlendirilebilir. Çünkü sağlık turizmi yurt dışından tıp hizmetlerinin alınması yanında sıcak su kaynaklarından, masaj merkezlerinden, yaşlı bakım evleri ve emeklilikte sağlığı geliştirici bir yayla evine çıkmaya kadar geniş bir yelpazededir. Ancak kişilerin sağlığı geliştirici hizmetlerden, kaplıcalar gibi sıcak su kaynaklarından yararlanmaları, yaşlılığa yönelik hizmet evlerinden faydalanmaları yine bir biçimde sağlık seviyesinde ilerleme anlamına gelmektedir. Bu ihtiyaçların hissedilmesi ise birincil olarak ülke sağlık sistemleri ile ilgilidir. Dolayısıyla tıp hizmetlerinin toplumda sunumu ve bunların maliyetleriyle sağlık turizminin diğer olgularının ilgisi olduğundan devletlerin sağlık sistemlerindeki harcama tutarlarına bulgularda ağırlık verilmiştir.

**Tablo 2.** *Avrasya Coğrafyasındaki Türk Devletlerinde 2000-2009 yıllarında Sağlığa Ayrılan GSYH Payı ve Sağlık Harcama Oran ve Tutarları<sup>11</sup>*

Ülkeler	2000 Yılı			2009 Yılı		
	Sağlığa Ayrılan GSYH Payı	Sağlığa Ayrılan GSYH Payında Kamusal Oran(%)	Kişi Başı Toplam, Cepten Yapılan Sağlık Harcaması(*)	Sağlığa Ayrılan GSYH Payı	Sağlığa Ayrılan GSYH Payında Kamusal Oran (%)	Kişi Başı Toplam, Cepten Yapılan Sağlık Harcaması (*)
Azerbaycan	4.7	18.5	30 - 19	5.8	23.1	283-196
Kazakistan	4.2	50.9	51 - 25	4.5	29.2	326-131
Kırgızistan	4.7	44.3	13- 6.5	6.4	53.0	57-24
Özbekistan	5.7	44.1	32 - 17	5.9	45.3	73- 32.5
Türkmenistan	4.0	79.6	45 - 9	2.5	59.2	92-37.5
	4.9	62.9	205-57	6.7	75.1	575-92

OECD ülkeleri içinde Türkiye’nin bu ölçütte, son sıralarda olduğu gerçeği ile bu tabloya bakarsak Türk devletleri ile OECD ülkeleri arasında sağlık

hizmetlerinin maliyetlerinin kamu-özel ağırlıklı karşılanma oranları arasında büyük farklar vardır. Türk devletlerinin sağlık sistemlerinde kamunun ağırlığını gerçekleştiremedikleri, sosyal devlet anlayışlarının sağlık hizmetleri sağlamada yetersiz olduğu gözlenmektedir. Sağlığa 2009 yılında en düşük gayrisafi yurt içi hasılayı % 2.5 pay ile Türkmenistan ayırmıştır. 2009 yılında Azerbaycan'ın 196 dolarlık ve Kazakistan'ın 131 dolarlık cepten yapılan harcama tutarları gerçekten ekonomik durumlarına göre bu ülkeler için yüksek rakamlardır. Aynı zamanda Azerbaycan için 2000 yılından 2009 yılına kadar cepten yapılan

harcamaların oransal artışına baktığımızda 10 kat artış vardır. *Bu cepten harcama miktarlarına bakarak Türk dünyasının sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik sorunları olabileceği, ilk akla gelen konudur. Ancak sağlık hizmetleri yönünden sağlık hizmetlerinin diğer devletlere göre daha düşük ücretle üretildiği ve sağlık iş gücünün maliyetinin gelişmiş ülkelere göre daha düşük olabileceği de akla gelmektedir.* Verilere nüfus yapıları ile beraber bakmak daha doğru inceleme imkânı verir. Kronik hastalıkların yoğun olduğu Batı toplumlarındaki hizmet gereksinimleriyle Türk Dünyasının hizmet gereksinimleri aynı boyutta olamaz. Günümüzün büyük ekonomilerinin nüfuslarında özellikle 65 yaş üstü nüfusu incelemek faydalı olacaktır. Çünkü genç insanlar çoğunluk itibarıyla akut, geçici sağlık sorunlarına yakalanmakta olup, sağlık hizmetlerini çok fazla kullanmamaktadırlar. Buna karşın yaşlı bireyler kronik (süreğen) hastalıklara maruz kaldıkları için hem sağlık hizmetlerine daha çok gereksinim duymakta hem de tedavi (sağaltım) maliyetleri yüksek olmaktadır. Aşağıdaki tablolarda yer alan verileri incelemeyen önce bir diğer önemli husus ise, 65 yaşına gelindiğinde bireylerin yaşam beklentileri ile bu yaşam beklentisinin ne kadarını sağlıklı olarak geçirecekleridir. Aradaki fark yılları boyunca bu insanların tedaviye gereksinim duyacakları bir gerçektir. Tedaviyi salt olarak ele almanın yanında bir diğer gerçek bu emekli olan bireylerin bakıma muhtaç duruma gelerek sürekli sağlık bakımına gereksinim duyabilmeleridir. Avrupa Birliği ve diğer ekonomiler bu konuda sağlıklı yaşlanma programlarına özellikle önem vermekte ve hem bireylerin kendi kendilerine yetmeleri hem de sosyal güvenlik sistemleri üzerinde yük olmamaları amaçlanmaktadır.

**Kronik hastalıkların yoğun olduğu Batı toplumlarındaki hizmet gereksinimleriyle Türk Dünyasının hizmet gereksinimleri aynı boyutta olamaz.**

**Tablo 3.** 2009 Yılında OECD, AB-27, Türkiye’de +65 Yaş Nüfusunun Toplam Nüfus İçindeki Oranı, 65 Yaş Sonrası Beklenen Yaşam Süresi, 65 Yaş üstü Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi ve Bu Değerlerin Farkları<sup>12</sup>

Ülkeler ve Birlikler	+65 Yaş Nüfusunun Toplam Nüfus İçindeki Oranı		65 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi		65 yaş üstü Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi		65 Yaş sonrası Sağlıklı olunmaması olası yaşam yılı	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
AB-27	7.4	10.0	17.3	20.9	8.4	8.4	8.9	12.5
OECD	6.3	8.4	17.2	20.5	9	9.8	8.2	10.7
Türkiye	3.06	4.33	14.4	15.9	-	-	-	-

OECD ülkeleri içinde 65 yaşında en yüksek yaşam beklentisi Japon kadınlarda olup 24 yıldır. 65 yaşına gelindiğinde sağlıklı yaşam beklentisinde ise İsveç ve Norveç’te kadınlarda 14 erkeklerde 13,5 yıldır. 65 yaşından sonraki yaşam beklentisinden sağlıklı yaşam beklentisini çıkardığımızda ortalama olarak sağlık hizmetine sürekli gereksinim duyulacak AB-27 ülkelerinde erkeklerde 8,9 kadınlarda 12,5’dir. OECD ülkelerinde ise bu rakamlar erkekler için 8.2 kadınlar için 10.7’dir. Burada bu sayıların aritmetik ortalamasını almak doğru değildir. Hesaplama aritmetik ortalama yerine ağırlıklı ortalamasının alınması ve nüfus içindeki yüzdenin dikkate alınması daha doğru olacaktır. Tablo verilerine baktığımızda 65 yaş üstü nüfus içinde kadın oranının yüksekliği, kadınların daha uzun yaşam beklentisi ve sağlıksız olması, muhtemel yaşamın kadınlarda uzun olmasıdır. Bu rakamlar beraber değerlendirildiğinde Avrupa genelinde ve OECD ülkelerinde yaşlı iken sağlık hizmetlerine duyulan gereksinim daha iyi anlaşılacaktır.

**Tablo 4.** Bazı OECD ülkeleri, Avrupa Birliği ve Gelecekte Güçlenmesi Beklenen Ekonomilerin Nüfus Yapılarına İlişkin Tahminler<sup>13</sup>

Ülkeler ve Birlikler	2010 Yıl Ortası Nüfusu (milyon)	2010 Yılı+65 Nüfusun Tüm Nüfusta Yüzdesi	2025 Yıl Ortası Nüfusu (milyon)	2050 Yıl Ortası Nüfusu (milyon)	2010 Yılında Her Yaşlıya (+65) Düşen Çalışma Çağındaki (15-64) Nüfus	2050 Yılında Her Yaşlıya (+65) Düşen Çalışma Çağındaki (15-64) Nüfus
AB	501	17	514	510	4	2
ABD	309.6	13	351.4	422.6	5	3
Japonya	127.4	23	119.3	95.2	3	1
Çin H. Cum.	1338.1	8	1476	1437	9	3
Güney Kore	48.9	11	49.1	42.3	7	2
Rusya Fed.	141.9	13	140.8	126.7	6	3
Hindistan	1188.8	5	1444.5	1748	13	5
Brezilya	193.3	7	212.4	215.3	10	3
Dünya	6892	8	8108	9485	9	4

Gelişmiş dünya ekonomileri olarak Japonya, Rusya ve Güney Kore'nin 2010 yılı itibarıyla en yaşlı oldukları görülmektedir. 2050 yılındaki her yaşlı başına düşen çalışan nüfusu açısından, Avrupa Birliği, Japonya, Güney Kore, Rusya Federasyonu ve gelişmekte olan Çin, Brezilya ve Hindistan ekonomilerinin yaşlılık olgusundan dolayı en çok olumsuz etkilenecek ülkeler olarak görülmektedir. Dikkat çeken husus Amerika'nın yaşlı nüfusunun dünya ortalamasının üstünde olmasına karşın dünyanın yaşayacağı nüfus yapısı dönüşümünün üzerinde sert olmayan bir dönüşüm yaşayacağıdır. Dünya ortalamasında 2010'dan 2050'ye her yaşlı başına çalışma çağındaki nüfus 9'dan 4'e inmesine karşılık ABD için bu rakam 5'den 3'e inmektedir.

2010 yılında Dünya ortalamasında 65 yaş üstü nüfusun % 8 olduğu hatırlanırsa Türk devletlerinin genç yapıda olduğu görülmektedir. Ancak 2050'lere yaklaştıkça dünya ile aynı nüfus yapısına doğru gidildiği görülmektedir.

**Tablo 5.** *Avrasya'da bulunan Türk devletlerinin Nüfus Yapılarına İlişkin Birleşmiş Milletlerin Öngörülleri<sup>14</sup>*

Ülkeler	2010 Yılı Nüfusu (mil.) +65 Yaş Nüfusunun Yüzdesi (%)		2020 Yılı Nüfusu (mil.) +65 Yaş Nüfusunun Yüzdesi (%)		2040 Yılı Nüfus (mil.) ve +65 yaş nüfusun Yüzdesi (%)		65 Yaşında Beklenen Yaşam Beklentisi (Yıllar)			
	Nüfus	Oran	Nüfus	Oran	Nüfus	Oran	2010 Yılı	2020 Yılı	2040 Yılı	
Azerbaycan	9.18	6.6	10.23	7.1	11.27	15		14.6	15.2	16.7
Kazakistan	16.02	6.8	17.68	8.3	20.06	11.7		14.6	16.0	
Kırgızistan	5.33	4.4	6.01	4.8	7.26	9.77		13.8	14.3	14.8
Özbekistan	27.44	4.4	30.8	5.1	34.8	11.3		13.4	15.2	15.9
Türkiye	72.8	6	80.75	8	90.3	15		15.4	16.2	17.8
Türkmenistan	5.04	4.1	5.67	4.6	6.47	10.5		13.8	14.7	16.2

Tablodaki bilgilerden görülen tüm Türk devletleri içinde en genç yapı Özbekistan, Türkmenistan ve Kırgızistan'dır. Ancak 2040 yılı itibarıyla bütün Türk devletleri nüfus yapıları itibarıyla birbirine benzemektedir. 2010 yılında Dünya ortalamasında 65 yaş üstü nüfusun % 8 olduğu hatırlanırsa Türk devletlerinin genç yapıda olduğu görülmektedir. Ancak 2050'lere yaklaştıkça dünya ile aynı nüfus yapısına doğru gidildiği görülmektedir.



**Tablo 6.** Altı Türk Devletinde 2010 ve 2050 Yıllarında Her Yaşlı (+65) Kişi Başına Düşen Çalışma Çağındaki Nüfus (15-64) Oranları<sup>15</sup>

Ülkeler ve Dünya	2010 Yılında Her Yaşlı (+65) İçin Düşen 15-64 Yaş Nüfusu	2050 Yılında Her Yaşlı (+65) İçin Düşen 15-64 Yaş Nüfusu
Azerbaycan	11	4
Kazakistan	10	4
Kırgızistan	10	4
Özbekistan	15	5
Türkiye	11	3
Türkmenistan	16	5
Dünya	9	4

Tabloda görüldüğü üzere dünyada 2010 yılında her +65 yaş bireye 9 çalışma çağında kişiyi varken bütün Türk devletlerinin oranları daha yüksektir. Ancak dikkat çekici olan 2050 yılı nüfus projeksiyonunda dünya ile Türk Dünyasının aynı oranda yapıya ulaşmasıdır. Bu Türk devletlerinde nüfus yapısı dönüşümünün dünya ortalama hızının üstünde olduğunu göstermektedir. Dünya 9'dan 4'e doğru seyrederken Türk dünyasında en büyük ekonomi olan Türkiye 11'lerden 3'e düşmektedir.

Avrupa Birliği 2050 yılı için GDP hesaplamaları yapmıştır. Buna göre GDP'nin paylaşımı ağırlıklı olarak Çin, ABD, Japonya, Hindistan, Avrupa Birliği arasında olmaktadır.<sup>16</sup> Türk Devletlerine kayda değer pay düşmemesinin bilimsel bir açıklaması olması gereklidir. Türk Devletleri arasında iş birliğinin geliştirilmesi olanakları, nüfus yapıları ve coğrafi konumları stratejik öneme sahiptir. Ancak Avrupa Birliğinin 2050 yılına ilişkin raporunda Japonya, ABD, Hindistan, Çin, Brezilya ve Rusya'ya yer verip Türk Dünyasını diğerleri içinde "görülmezliğe terk etmesi"<sup>17</sup> manidardır. Zira bugünkü büyük ekonomilerin nüfuslarının ortalama olarak 4'de birinin yaşlanacağı, ortalama insan ömrünün 90'lara çıkacağı ve bu bağlamda daha çok sağlık bakımı gereksinimi olacağı, sosyal güvenlik harcamalarının artıp, nüfus içindeki çalışana bağımlı oranlarının her geçen gün artacağı ortadadır. *Bu gerçeklik ile son yıllarda Türk Devletlerindeki ekonomik gelişmeler ve nüfus yapıları beraber değerlendirildiğinde Avrasya'ya haksızlık yapıldığı aşikârdır.*



**Resim1.** 15-64 Yaş Arası Nüfus / +65 Nüfus oranı ile Dünya Haritası<sup>18</sup>.  
Mavi: 15 ve üzeri Yeşil: 10 ila 14.9 Sarı: 5 ila 9,9 Turuncu: 5'den az



Dünya üzerinde son yıllarda sağlık turizmüne yatırım yapan devletler çoğunlukla yeşil renkli olanlardır. Yani 65 yaş üzeri bir kişiye karşılık en az 15-64 yaş arası 10 bireyin olduğu devletlerdir (İran, Meksika, Hindistan, Tayland, Mısır). Dikkat edildiğinde görülecektir ki, Türk devletleri de ağırlıklı olarak bu özelliktedir. Birleşmiş Milletler raporuna göre dünya genelinde 2050 yılında 60 yaş üzeri olan nüfusun oranı % 21 olacaktır. Avrupa İstatistik Yıllığı 2011 içinde 2009 yılı itibarıyla Avrupa'nın % 17,2'si 65 yaş ve üzerinde olduğu ve 2060 yılı itibarıyla bu oranın % 30'un üzerinde olacağı belirtilmektedir.

Ayrıca yaşlı/çalışma çağı nüfusunun azlığı sosyal güvenlik sistemleri için tehdit oluşturmakta, buna çareler aranmaktadır. Avrupa Birliği çare olarak sağlıklı yaşlanmayı ve 2020 yılı için 15-64 yaş grubunda % 75'lik istihdamı amaçlamaktadır. ABD için öngörülen senaryonun gerçekleşmesi hâlinde 2010 yılında 40 milyon olan yaşlı sayısı 89 milyona erişecektir. Ayrıca teknolojik gelişmeler eşliğinde daha uzun yaşayacak olan insanların sağlık harcamaları sosyal güvenlik harcamalarını geçecektir.

**Tablo 7.** 2010-2050 Yılları Arasında ABD.'de Sosyal Güvenlik Harcamaları ve Sağlık Yardımlarının Yüzde olarak GSYH. Pay Durumları<sup>19</sup>

Gösterge Değer	2010 Yılı	2030 Yılı	2050 Yılı
Sosyal Güvenlik Harcamaları	4.9	6.1	5.8
Sağlık Yardımları	3.5	6.4	8.7
Toplam	8.4	12.5	14.5

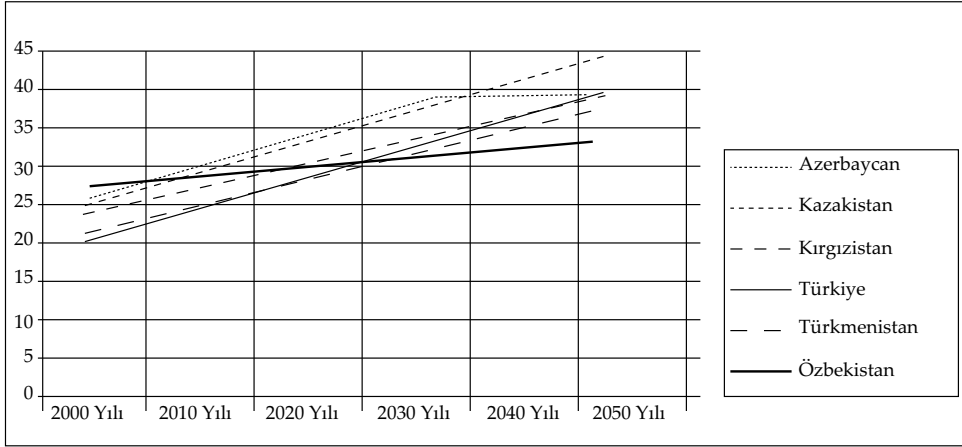
Türk Devletlerinin günümüz için genç nüfusa sahip yapıları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

**Tablo 8.** Avrasya Coğrafyasındaki Türk Devletlerinde 2010 Yılında 5-18 Yaş Arası Nüfus Bilgileri (1000 kişi)<sup>20</sup>

Devletler	5 Yaş Altı Nüfus	18 Yaş Altı Nüfus	5-18 Yaş Nüfusu	Toplam Nüfus	5-18 Yaş Nüfus Oranı (%)
Azerbaycan	795	2432	1637	9000	21,52
Kazakistan	1641	4725	3084	16300	18,92
Kırgızistan	595	1954	1359	5300	25,64
Özbekistan	2738	9940	7202	28100	25,63
Türkiye	6413	23109	16696	73722	22,64
Türkmenistan	506	1804	1298	5200	24,96

Bu nüfus verileri dikkate alındığında eğitim öğrenim çağında Türk Devletleri nüfusunun azımsanmayacak düzeyde olduğu belirgindir. Tabloda görüldüğü üzere, Türk Devletlerinin hepsinde 2010 yılı itibarıyla 5-18 yaş arası nüfus verilmiştir ki bu nüfus 2012 itibarıyla 7-20 yaş arası nüfusa denk gelmektedir (bu yaşa özgü ölüm oranları hesaba katılmamıştır). 7 yaş ile 20 yaş arası demek ilköğretime

başlamış olanlar ile üniversite eğitimine başlayanlara kadar olan geniş yelpazedeki nüfustur. Elbette bu nüfus içinde 18 yaş altında iş sahasına iş gücü olarak katılma gerçeği de vardır. Bununla birlikte, bu nüfusun önümüzdeki 40 yıllık dünya nüfus projeksiyonu dikkate alınarak, yüksek ekonomik getiri sağlayacak alanlarda eğitime yönlendirilmeleri Türk devletlerinin gelecek nesillerinin refahı için en önemli konulardan biridir. Bu alanlar içinde sağlık turizminde etkin olma yolunda ise tıp eğitimine önemli kaynak ayrılması ve hatta tıp eğitiminde dünya standartları ile yarışan Türkiye ile tıp eğitimi alanında işbirliklerinin ivedi biçimde geliştirilmesi gereklidir. 2010 yılı verilerine göre dünya nüfusunun % 70,6'lık bölümü Avrupa ve Asya kıtalarında yaşamaktadır. Bu yüksek nüfuslu coğrafyanın merkezinde yer alan Türk Devletlerinin ayrıca Amerika Birleşik Devletleri'ndeki pazarı geri planda bırakmayan stratejiyi uygulamaları yerinde olacaktır. Zira ülkeler içinde sağlığa en fazla para Amerika'da harcanmaktadır.



**Grafik 1.** 2000 -2050 Yıllarında Türk Devletlerinin Ortalama Yaşlarının Grafiği<sup>21</sup>.

Grafikte görüldüğü gibi Türk Devletlerinin içinde ortalama yaşı en çok yükselen Türkiye'dir. Burada dikkat edilmesi gereken Türk Devletlerinin yan yana bir demet görünümü vermesidir. Konumunu tek koruyan ülke olarak Kirgizistan göze çarpmaktadır.

### Sonuç ve Öneriler

Günümüzün güçlü ekonomilerinin 2030 yılında ortalama beşte bir nüfuslarının 65 yaş üzerinde olacağı ve 2050 yılında bu oranların 1/3 seviyesine çıkacağı tahmin edilmektedir. Bu nüfusun yaşlılığa özgü (geriatrik) hastalıklarla mücadele etmek zorunda kalacağı bir gerçektir. Avrasya coğrafyasındaki Türk devletlerinin konumları itibarıyla bu ekonomilerin ortasında yer almaları yanı sıra şu an yetişmeye aday insan gücü mevcudiyetleri birlikte değerlendirildiğinde, bu pazara yönelik sağlık hizmeti

üretimi, yani sağlık turizmi yatırımları iktisadi anlamda tam bir fırsattır. Ancak Türk Devletlerinin karşılaşacağı bir sıkıntı şudur: Türk Devletleri gelişmiş ekonomilere göre bugün ve 2030'lar için genç olsalar da 2050 yılında nüfus yapıları büyük oranda yaşlı ekonomilere benzeyecektir. Türkiye ile Azerbaycan nüfusunda 65 yaş üstü nüfus payının 2040 yılında en yüksek olacağı öngörüsüne dayanarak, bu ülkelerde nüfusun genç kalması için doğum oranları üzerine teşvikler planlanmalıdır. Eğer bu uygun görülüyorsa ikinci bir seçenek olarak Avrupa Birliği, Kore ve Japonya'dan dersler çıkarılıp sağlıklı yaşlanmaya yönelik politikalar ivedilikle işlenmelidir. Avrupa, Japonya ve Çin'in yaşlanmasına karşılık Afrika ve Hindistan'ın nüfuslarında patlama yaşanacaktır. Bu konuda yapılmış çalışmalar dikkate alındığında geleceğin sağlık hizmetleri sunumunda merkez olabilmek için her iki politika eş zamanlı uygulanmalıdır.

Diğer bir husus, sosyal güvenlik sistemlerinin sürdürülebilirliği için 15-64 yaş arası istihdamın artırılması bir çözüm olarak göz ardı edilmemelidir. Türk Devletlerinin nüfus yapılarının içinde buldukları coğrafya karşısında 2030'lara kadar güçlü olacağı aşikâr olup bu gerek Türk Devletlerince ve gerekse yatırımcılarca fırsata dönüştürülmelidir. *Daha sonra 2050'lere doğru dünya ortalaması ile eş değer yapıda bir nüfus yapısına dönüşüm beklenmektedir ve bu dönüşümün dünyadan daha hızlı gerçekleşmesi Türk Devletleri için sorunlar getirecektir.* Bu noktada sağlık turizmi için karar almada Türk Devletleri asla tembel davranamazlar, böyle bir lüksleri yoktur. Önümüzde 2030 yılına 18 yıllık bir süreç vardır. Bu durumu Türk Devletleri değerlendirmelidirler. Avrupa Birliği yaşlanmaya bağlı olarak sosyal güvenlik sistemlerindeki bağımlı nüfus sorununu 15-64 yaş arası nüfus içindeki istihdamını 2020 yılı için % 75'lere çekerek çözmekte görmektedir. Bu noktada Türk Devletlerinin de istihdam seviyelerini yükseltmesi için sağlık turizmine yatırım yapmaları, bilişsel düzeyi yüksek iş görenler yetiştirmeye odaklanmaları elzemdir.

İstihdam yaratma noktasında sağlık turizmi yatırımları tamamen geleceğe yönelik olup, yemek sektöründen eğlence sektörüne, danışmanlık hizmetlerinden tıp hizmetlerine, sigortacılık, reklam, tanıtım, otelcilik hizmetlerine değin birçok sektöre kaynak aktarımının sağlanacağı, istihdam olanakları sunan bir sahadır. 2012 yılından itibaren sağlık turizminde dolaşımı öngörülen 100 milyar dolarlık harcamaya Türk Devletlerinin kayıtsız kalması kabul edilemez. Zira Türk Devletlerine görece kişi başına düşen hekim sayısı daha az olan ve nüfus yapıları benzeyen ülkeler

Türk Devletleri gelişmiş ekonomilere göre bugün ve 2030'lar için genç olsalar da 2050 yılında nüfus yapıları büyük oranda yaşlı ekonomilere benzeyecektir.

*Ayrıca yalnız hastaneler açısından değil turizm uygulamaları açısından yurt dışı uygulamalar incelenerek Türk Devletleri kendi kalite standartlarını dünyaya duyurmalıdırlar.*

sağlık turizminden milyarlarca dolar gelir elde etmektedirler. Hatta bu gelir her yıl bir öncekinden daha yüksek tutarlarda gerçekleşmektedir. Bir diğer husus grafik 1’de görüldüğü üzere, Türk Devletleri nüfus yapıları itibariyle 2050’ye varan süreçte farklılaşmalara gidiyor olsalar da başlangıçtaki aralık çok fazla değişmemektedir. Bu durum Türk Devletlerinin kendi aralarında sağlık turizmine yönelik köklü işbirliklerini geliştirmeleri için olanak sağlamaktadır.

Asya ve Avrupa’nın en ücra bölgesinden bir Türk Devletine uçak yolculuğu en fazla 6 saat ile mümkündür. Türk Devletlerinde yapılacak olan tedavinin başarısının, uçak yolculuğunun uzunluğu ile riske girmesi pek olası görünmemektedir. Bu noktada Türk Devletleri

dünya coğrafyasının merkezinde olması yönüyle eşsizdirler. Türkiye’den 4 saatte İzlanda’ya, Kazakistan’dan 5 saat uçuş ile Tokyo’ya varmak mümkündür. Sağlık turizmine özel havayolu ağı üzerinde düşünülmeli ve havayollarınca sağlık turizmi desteklenmelidir. *Ayrıca bu uçuş sürelerinin kısalığı, yalnızca tıp turizminde değil sağlık turizminin diğer tüm ayaklarında pazarlama için Türk Devletlerini eşsiz kılan bir etmendir.*

Dünya standartlarında tıbbi uygulamalarda yetkinlik sorgulanmalıdır. Bu noktada Türkiye OECD ortalaması altındaki hekim sayısını artırırken, Batının tıp uygulamalarının diğer Türk Devletlerince de uygulanmasına katkıda bulunabilir. Türkiye JCI (Joint Commission International) akreditasyon kuruluşunca akredite edilmiş 40 hastanesi ile diğer Türk Devletleri için sağlık turizmi uygulamaları içinde örnek alınmalıdır. *Ayrıca yalnız hastaneler açısından değil turizm uygulamaları açısından yurt dışı uygulamalar incelenerek Türk Devletleri kendi kalite standartlarını dünyaya duyurmalıdırlar.*

Türk Devletleri turizm ile beraber sağlık sahasında güçlü ve zayıf yönlerini saptamalıdırlar. Ülkelerin yalnız tıp turizmi odaklı değil sağlık turizmini ilgilendiren sıcak su kaynaklarına yönelik tesislere, otellerin sağlık merkezlerinin yeterliliklerine, alternatif olarak sağlığı geliştirmeye yönelik açılacak merkezlere, fizik tedavi ve yaşlı evleri merkezlerine dair ulusal ölçekli stratejiler geliştirilmelidir. Turizm yatırımları gibi sağlık turizmi de kırılğan bir ekonomidir. Ülkede güvenlik olgusuna ilişkin sıkıntılar ülkeye gelecek kişilerin kararlarını etkileyebilir. Bu bağlamda Türk Devletleri vizyonlarını ortaya koymalıdırlar. Örneğin, Türkiye Cumhuriyetinde kaplıca turizmine ayrıca önem atfedilmektedir. Güçlü ve zayıf yönler saptanırken,

sağlık altyapısı, bina, teknoloji durumları, sahip olunan MR, tomografi, ışın sağaltım (radyoterapi) cihazları ile hasta yatağı odaları saptanarak planlama için altyapı oluşturulmalıdır. 2010 yılında Türkiye’de sağlık eğitimi ve sağlık insan gücü durum raporunda kurumların öğrenci ve akademik personel durumunu, fiziki mekân ve kapasite ile cihaz ve donanım durumu saptanmıştır.<sup>22</sup>

İvedi alınacak kararlar ile sağlık insan gücünün üstün nitelikli yetiştirilmesine devlet destekli yatırımlar yapılmalıdır. Zira, bir uzman doktorun yetişmesi lise sonrası ortalama 11 yıllık bir süreyi gerektirmektedir. Planlamaların eyleme derhal dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu tarihten itibaren atılacak adımların 2030 yıllarında Türk Devletlerini sağlık turizminde cazibe ve ekonomi merkezi yapmaması olası değildir. Sağlık alanındaki teknolojik araştırmalara yatırımlar yapılarak, araştırma ve geliştirme faaliyetlerine yüksek paylar ayrılmalıdır. Teknolojik gelişme, buluşçuluk sağlanmadığı takdirde sağlık turizminin giderlerinin de yüksek olacağı göz ardı edilmemelidir. Ancak araştırma, geliştirme faaliyetleri ile daha ucuza teknoloji üretilebilir. Sağlık sektörünün en önemli girdisinin teknoloji olduğu yadsınamaz bir gerçek olduğu ve sağlık turizminin gelişmesinde baş etkenin düşük maliyete, üstün nitelikli tıbbi hizmetin sunulması olduğu gerçekliği beraber değerlendirilmelidir. Dünyada önde gelen Çin ve Fransız mutfakları yanında Türk mutfağının yer alıyor olması da Türk Devletlerini ayrıca başarılı kılacak bir etkidir.

Avrasya coğrafyası bölge olarak sahip olduğu enerji kaynakları ve yatırım olanakları yüzünden dünyada güç dengelerinin etki alanları içindedir. Ancak AB, Şanghay İşbirliği Örgütü veya Bağımsız Devletler Topluluğu gibi oluşumların coğrafyaya yapılacak yatırımlarda aslan payını alma girişimleri ile kutuplaşan bir Avrasya yerine tüm dünya ile ekonomik olarak bütünleşmiş bir Avrasya coğrafyası, *geleceğin dünyasında huzurun ve barışında teminatıdır*. Bu bakış açısıyla Kırgızistan Cumhurbaşkanı Sayın Almazbek Atambayev’in Türkiye Büyük Millet Meclisinde 12 Ocak 2012 tarihinde söyledikleri bir gerçek var ki Türk Devletleri içinde yalnız Türkiye’nin güçlü olması yeterli değildir. Avrasya coğrafyasında yer alan bütün Türk Devletlerinin güçlü olması gereklidir. İşte hem güçlü Türk devletlerinin sağlanması ve hem de dünya barış ve huzurunun teminatı için Türk Dünyasının sağlık turizmine ilişkin yapacağı tüm yatırımlar küresel ölçekte ekonomik hareketliliği de tetikleyecektir.

Türk Devletleri geleceğin dünyasında bugünün büyük ekonomilerinin nüfus yapılarının değişeceğini, Türk Dünyasının ise bu değişimi yaklaşık 20

**Türk Devletleri içinde yalnız Türkiye’nin güçlü olması yeterli değildir. Avrasya coğrafyasında yer alan bütün Türk Devletlerinin güçlü olması gereklidir.**

Türk Devletleri geleceğin dünyasında bugünün büyük ekonomilerinin nüfus yapılarının değişeceğini, Türk Dünyasının ise bu değişimi yaklaşık 20 yıl geriden takip etmesinin fırsata çevrilebileceğinin farkında olmalıdırlar

yıl geriden takip etmesinin fırsata çevrilebileceğinin farkında olmalıdırlar. Bu devletler tüm dünyada sağlık hizmetlerine gereksinimin ve sağlık harcamalarının maliyetlerinin artacağı gerçeğine bağlı olarak genç nüfuslarına verecekleri eğitimin ne denli önemli olduğunu hesaba katmak zorundadırlar. Buna bağlı olarak gelecekte yaşlılara verilebilecek sağlıklı yaşlanma programlarının temellerinin şimdiden oluşturulmasının gerekliliğini görmelidirler. Mustafa Kemal ATATÜRK'ün dediği gibi "Yalnız ufku görmek yetmez, ufkun arkasını da görebilmek gerekir." Türk Devletleri Avrupa'nın 2300 yılına değin yaptığı projeksiyonlara bağlı kalmayıp bu alanda kendi izlemlerinin (stratejilerinin) sağlık turizminin hangi ayağına (kaplıcalar, tıp hizmetleri, dinçleştirme) yönelik olacağını belirleyecek çalışmaları, tez elden yürütmeliler. Kendileri o günler gelip çatmadan

gerekli önlem ve tedbirleri de almalı, Türkiye'de tıp ve turizm odaklı eğitim alacak öğrenci değişim oranlarını yükseltme gibi uygulamaları başlatmalıdırlar.

1 [http://www.who.int/whr/1998/media\\_centre/50facts/en/](http://www.who.int/whr/1998/media_centre/50facts/en/) (02.05.2012 tarihi erişimli) Dünya Sağlık Örgütü 1998 raporu verilerine göre 1955 yılında Dünya'nın ortalama yaşam süresi 48 yıldır. 2025 yılı itibariyle ortalama yaşamın 73 yıl olacağı öngörülmektedir.

2 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en/index1.html> (12.05.2012 tarihine erişildi) Solomon adalarında 1 dolarlık cepten yapılan sağlık harcaması varken, İsviçre'de kişi başına sağlığa yapılan cepten harcama 1787 dolardır.

3 [http://www.deik.org.tr/403/SA%C4%B0ELIK\\_TUR%C4%B0ZM%C4%B0NDE\\_HEDEF\\_2020\\_DE\\_YILLIK\\_10\\_M%C4%B0LYAR\\_DOLAR.html#](http://www.deik.org.tr/403/SA%C4%B0ELIK_TUR%C4%B0ZM%C4%B0NDE_HEDEF_2020_DE_YILLIK_10_M%C4%B0LYAR_DOLAR.html#) (16.05.2012 tarih erişimli) Türkiye'de bulunan Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu sayfasında yer alan açıklamaya göre TOBB Başkanı Hisarcıklıoğlu tarafından Amerika'da 120 milyon kişinin dış tedavisini kapsayan sigortalarının olmadığı bildirilmiştir.

4 <http://www.oecd.org/unitedstates/BriefingNoteUSA2012.pdf> (9 kasım 2012 tarih erişimli)

5 <http://www.oecd.org/dataoecd/46/2/38980580.pdf> ve [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata) adreslerine Hacettepe üniversitesinden erişilmiştir. (erişim 14.05.2012 tarihinde gerçekleştirilmiştir).

6 [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf) (23.05.2012 tarihinde erişilmiştir.) Dünya Sağlık Örgütü 2012 raporunda yer alan verilere göre ABD'nin 2009 yılında sağlığa ayırdığı pay GSYH'nın % 17.6'lık kısmıdır. OECD verilerinde ise 17.4 GSYH payının 2009 yılında ayrıldığı belirtilmektedir.

7 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en/index1.html> (10.05.2012 tarihinde erişilmiştir)

8 [http://www.who.int/gho/health\\_financing/out\\_pocket\\_expenditure/en/](http://www.who.int/gho/health_financing/out_pocket_expenditure/en/) (25.05.2012 tarihinde erişilmiştir)

9 [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf) (23.05.2012 tarihinde erişilmiştir.) Bu sayfadan erişilen Dünya Sağlık Örgütü'nün 2012 raporudur. 7. Bölümde yer alan sağlık finansmanı kısmında bu değerler açıkça yazmamaktadır. Tek tek her devletin sağlık için ayrılan

GSYH oranları ve bu oranlar içinde özel-kamu payları dikkate alınıp, özel harcama üzerindeki cepten harcama ağırlıkları hesaba katılarak hesaplamada ülkelerin harcadıkları dolar miktarı hesaba alınmıştır. GDP PPP kullanılmamıştır. Tüm değerler bulunduktan sonra OECD referans 2009 nüfus verileri kullanılarak toplam sağlığa ayrılan tutar belirlenmiştir. Cepten harcamaların özel GSYH içindeki payı, cepten harcamaların tutarları, toplam GSYH olarak parasal tutarlar bu biçimde hesaplanmıştır. Hesaplamalara son rakamlarda yuvarlama yapılmıştır ancak cepten harcamalardaki oranlarda bu yapılmamıştır.

10 <http://www.oecd.org/dataoecd/46/5/38980477.pdf> (erişim 07.05.2012)

11 Dünya Sağlık Örgütü 2012 yılı raporunun 7. Kısımındaki verilerden elle hesaplanmıştır. Türk devletleri ile ilgili kişi başına yapılan harcamadaki kamu kaynaklı olmayan yüzde ve bu yüzde içindeki cepten harcama ağırlığı bulunup bunun parasal tutar olarak karşılıklarını bulma yoluna gidilmiştir. Dünya Bankasının verileri ile Dünya Sağlık Örgütü verileri farklıdır. Fakat sağlık harcamaları ve bunlara ilişkin politika öneren Dünya Sağlık Örgütü olduğu için DSÖ verileri tercih edilmiştir. GSYH tutarları ve harcamalara yönelik tutarlarda gerçekleşen dolar tutarı alınmıştır. Yani kavramsal olarak GDP ppp alınmamıştır.

12 Türkiye'nin nüfusta kadın, erkek dağılımı için TÜİK verilerinden adrese dayalı nüfus kayıtları kullanılmıştır. Türkiye için 65 yaş sonrası yaşam süresi OECD istatistik verilerinden elde edilmiştir ancak +65 sağlıklı yaşam beklentisi OECD kayıtlarından bulunamamıştır. Veri bulunmayan haneler boş bırakılmıştır. Avrupa nüfus verileri eurostat'tan elde edilmiştir. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database> OECD'ye ilişkin veriler ise OECD verilerinden alınmıştır.

13 [http://www.prb.org/pdf10/10wpds\\_eng.pdf](http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf) (20.05.2012 tarihinde erişimli)

14 [http://esa.un.org/unpd/wpp/P-WPP/htm/PWPP\\_Population-Age\\_65Plus.htm](http://esa.un.org/unpd/wpp/P-WPP/htm/PWPP_Population-Age_65Plus.htm) (11.05.2012 tarihinde erişildi)

<http://data.un.org/Data.aspx?d=SNAAMA&f=grID%3A101%3BcurrID%3AUSD%3BpcFlag%3A1> (16.05.2012 tarihinde erişildi)

[http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/62executivesummary\\_english.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/62executivesummary_english.pdf) (24.05.2012 tarihinde erişildi)

<http://www.un.org/esa/population/publications/longrange2/WorldPop2300final.pdf> (17.05.2012 tarihinde erişildi)

15 [http://www.prb.org/pdf10/10wpds\\_eng.pdf](http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf) (20.05.2012 tarihinde erişildi)

16 [http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/global-europe-2050-summary-report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/global-europe-2050-summary-report_en.pdf) (11.05.2012 tarihinde erişildi)

17 [http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/global-europe-2050-summary-report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/global-europe-2050-summary-report_en.pdf) (11.05.2012 tarihinde erişildi)

18 [http://www.prb.org/pdf10/10wpds\\_eng.pdf](http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf) (20.05.2012 tarihinde erişildi)

19 [http://www.prb.org/pdf10/10wpds\\_eng.pdf](http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf) (20.05.2012 tarihinde erişildi)

20 <http://www.unicef.org/infobycountry/index.html> (14.05.2012 tarihinde erişildi <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP/countries> den tek tek devletler incelendi erişim tarihi 09.05.2012'dir. 5-18 yaş arası nüfus herhangi bir kaynaktan alınmayıp 5 yaş ve 18 yaş nüfusları bulunup farkı alındı, nüfus içindeki oranda yine elle hesaplandı.

21 [http://esa.un.org/unpd/wpp/P-WPP/htm/PWPP\\_Population-Age\\_65Plus.htm](http://esa.un.org/unpd/wpp/P-WPP/htm/PWPP_Population-Age_65Plus.htm) (11.05.2012 tarihinde erişildi)

22 Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, 2010

## Kaynaklar

BLOUIN Chantal (2010), Global Social Policy 10:293



HAZARIKA Indrajit (2009), Medical tourism: its potential impact on the health workforce and health systems in India,

LENG Chee Heng (2010) , Medical tourism and the state in Malaysia and Singapore

LUNT Neil , SMITH Richard , EXWORTHY Mark , GREEN Stephen T., HORSFALL Daniel and MANNION Russell, Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review

M. Okan TAŞAR, Savaş ÇEVİK; (2010)

[http://www.who.int/whr/1998/media\\_centre/50facts/en/](http://www.who.int/whr/1998/media_centre/50facts/en/)

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en/index1.html>

[http://www.deik.org.tr/403/SA%C4%9ELIK\\_TUR%C4%B0ZM%C4%B0NDE\\_HEDEF\\_2020\\_DE\\_YILLIK\\_10\\_M%C4%B0LYAR\\_DOLAR.html#](http://www.deik.org.tr/403/SA%C4%9ELIK_TUR%C4%B0ZM%C4%B0NDE_HEDEF_2020_DE_YILLIK_10_M%C4%B0LYAR_DOLAR.html#) (16.05.2012 tarihinde erişildi)

<http://www.oecd.org/unitedstates/BriefingNoteUSA2012.pdf> (9 kasım 2012 tarihinde erişildi)

<http://www.oecd.org/dataoecd/46/2/38980580.pdf> (14.05.2012 tarihinde erişildi)

[www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata) (14.05.2012 tarihinde erişildi)

<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP/countries>

<http://www.oecd.org/dataoecd/46/5/38980477.pdf> (erişim 07.05.2012)

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>

[http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/global-europe-2050-summary-report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/global-europe-2050-summary-report_en.pdf) (11.05.2012 tarihinde erişildi)

[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf) (23.05.2012 tarihinde erişildi.)

<http://www.unicef.org/infobycountry/index.html> (14.05.2012 tarihinde erişildi)

[http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa\\_turkiye\\_il\\_koy\\_sehir.RDF&p\\_kod=1&p\\_yil=2010&p\\_dil=1&desformat=html](http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_turkiye_il_koy_sehir.RDF&p_kod=1&p_yil=2010&p_dil=1&desformat=html) (TÜİK adrese dayalı kayıt sonuçları, 11.05.2012 tarihinde erişildi)

[http://www.prb.org/pdf10/10wpds\\_eng.pdf](http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf) (20.05.2012 tarihinde erişildi)

<http://www.oecd.org/statistics> (Hacettepe üniversitesinden 18.05.2012 tarihinde erişildi)

[www.who.int/gho/health\\_financing/out\\_pocket\\_expenditure/en/](http://www.who.int/gho/health_financing/out_pocket_expenditure/en/) (25.05.2012 tarihinde erişildi)

<http://data.un.org/Data.aspx?d=SNAAMA&f=grID%3A101%3BcurrID%3AUSD%3BpcFlag%3A1> (16.05.2012 tarihinde erişildi)

[http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/62executivesummary\\_english.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/62executivesummary_english.pdf) (24.05.2012 tarihinde erişildi)

[http://esa.un.org/unpd/wpp/P-WPP/htm/PWPP\\_Population-Age\\_65Plus.htm](http://esa.un.org/unpd/wpp/P-WPP/htm/PWPP_Population-Age_65Plus.htm) (11.05.2012 tarihinde erişildi)

<http://www.un.org/esa/population/publications/longrange2/WorldPop2300final.pdf> (17.05.2012 tarihinde erişildi)

[www.yok.gov.tr](http://www.yok.gov.tr) adresinde Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu,2010 (05.05.2012 tarihinde erişildi)S





# HEMŐİRELIK MESLEĞİ: TARİHÇE - SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

PROF. DR. AYİŞE KARADAĞ\*  
ARŞ. GÖR. DENİZ ÖZTÜRK\*\*

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir. Hemşirelik eğitimi ise, hemşirelik mesleğine ilişkin teorik ve uygulamalı derslerin yanı sıra temel bilimler ve sosyal bilimlerden de derslerin yer aldığı lisans düzeyinde eğitim verilen bir eğitim Őeklidir. Hemşirelik meslek derslerinin uygulamaları insanın bulunduğu her yerde, derslerin iğerine göre hastanelerde, ana çocuk sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerinde, çocuk yuvalarında, okul, işyeri ve huzurevlerinde yapılmaktadır.

## **Türkiye’de Hemşirelik Eğitiminin Tarihçesi**

Hemşirelik bilim ve sanata dayalı kuramsal ve uygulama iğerikli bir meslek olup tıptan sonra en eski sağlık disiplindir. Ülkemizde hemşirelik eğitimi ilk olarak Cumhuriyet öncesi dönemde, 1911 yılında, Kızılay’ın kararı ile “Hastabakıcılık Kursu” ismiyle kısa süreli kurslar Şeklinde başlamıştır. Aynı yıl devlet adamları, komutan eőleri ve kızlarının katıldıkları “Gönüllü Hemşire Yardımcıları Kursu” İstanbul’da yürütölmüőtür. 1920 yılında Amerikalıların İstanbul’da aıtıkları

\* Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Faköltesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Görevlisi.

\*\* Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Faköltesi Hemşirelik Bölümü Araştırma Görevlisi.

bugünkü adı “Amiral Bristol Sağlık Lisesi” olan “Hastabakıcı Dershanesi” kurulmuştur. Bu okulun eğitim süresi iki yıl altı ay olarak belirlenmiştir. Kızılay Derneği 1925 yılında, Alman ve Avustralyalı hemşirelerin eğitimci olarak çalıştığı ve eğitim süresi iki yıl olan “Kızılay Hastabakıcı Okulu” kurmuştur. Bu okulun eğitim süresi 1958 yılında 4 yıla çıkartılmıştır. 1946 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından, bugün adı “Sağlık Meslek Lisesi” olan okullar açıldı. 1961 yılında “Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi”ne ilişkin çıkan kanunun ardından Sağlık Meslek Liselerinin sayısı arttırılmaya devam edilmiş ve sayısı üç yüze ulaşmıştır. Ülkemizde hemşirelik eğitiminde yükseköğretime lisans düzeyinde ilk başlayan okul 1955 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu olmuştur. Ardından 1961 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu lisans düzeyinde, 1968 yılında yüksek lisans düzeyinde ve 1972 yılında doktora düzeyinde eğitim vermeye başlamıştır. 1985-1996 yılları arasında hemşirelikte ön lisans programları sürdürülmüş ve hemşireler iki yıllık eğitim alarak hemşire unvanı almışlardır. 1986 yılında yapılan LİMME Projesi ile lise mezunu olan hemşirelere önce 6 ay daha sonra verilen tepkiler üzerine 12 ay ve 18 aylık kurslarla hemşire unvanı verilmiştir. 1990 yılında “Açıköğretim Fakültesi Hemşirelikte Ön Lisans Programı” açılmış ve ön lisans mezunu hemşirelerin sayısı giderek artmıştır. Sağlık Bakanlığı ile Atatürk Üniversitesi arasında imzalanan bir protokol ile (2009) Atatürk Üniversitesi Rektörlüğüne bağlı olarak ön lisans mezunu hemşirelere lisans tamamlama hakkı veren Hemşirelik Lisans Tamamlama Programı başlatılmıştır. 2007 yılından itibaren Sağlık Bilimleri Fakülteleri kurulmaya başlanmıştır. Aynı yıl 1954 yılından itibaren yürürlükte olan 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu değiştirilmiştir. Ancak sonradan eklenen geçici madde ile 2012 yılından itibaren beş yıl süreyle sağlık meslek liseleri Hemşirelik Bölümlerine öğrenci alınması uzatılmıştır. 2011 yılından itibaren Hemşirelik Fakülteleri kurulmaya başlamış ve sayısı günümüzde beşe ulaşmıştır.

### **Hemşirelik Eğitimi Lisans Düzeyinde (Dört Yıllık) Eğitim Gerektirir**

Ülkemizde bugün hemşirelik lisans eğitimi, üniversitelerde (vakıf ve devlet) bir kısmı fakülte düzeyinde olan, yüzü aşkın hemşirelik lisans programında yürütülmektedir. Bu programlardaki toplam öğrenci sayısı yaklaşık olarak yirmi yedi bin civarındadır. Hemşirelik eğitimi 25.04.2007 tarih ve 5634 sayılı Kanun’un 1. Maddesi gereğince lisans düzeyinde verilmelidir. Lisans eğitiminin kapsamı Avrupa Birliği Müktesebatına uyum çalışmaları kapsamında hazırlanan ve 2 Şubat 2008 tarih, 26775 Sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “*Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik*” hükümleri ile belirlenmiştir. Bu kanuna göre hemşirelik eğitiminin, en az 10 yıllık temel eğitim sonrası, en az 3 yıl süreli veya 4600 saatlik teorik ve klinik eğitimi kapsayan *tam zamanlı* bir eğitim programı olması; teorik eğitimin uzunluğunun, eğitimin minimum uzunluğunun 1/3’ünden az ve klinik

eğitimin de ½'sinden az olmaması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca AB Kriterleri doğrultusunda, Ulusal çerçevede hemşirelik eğitiminin minimum standartlarını belirlemek ve ülke genelinde hemşirelik eğitiminde standardizasyonu sağlamak üzere Üniversitelerarası Kurul Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi'nin aldığı karar doğrultusunda kurulan komisyon "*Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP)*"nı hazırlamış ve Yükseköğretim Kurulu Başkanlığının 16.09.2003 tarih ve 19528 sayılı yazısı ile hemşirelik lisans eğitiminde 2004-2005 eğitim-öğretim yılından itibaren uygulanması önerilmiştir. Dolayısıyla ülkemizde hemşirelik eğitiminin nasıl verileceğine ilişkin esaslar yasal bir zemine oturmuştur. Yine 2010 yılında, YÖK, DPT ve Sağlık Bakanlığının hazırlamış olduğu "*Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu*"nda; sağlık hizmetlerinin hakkaniyete uygun verilebilmesi için, bu hizmetleri yürütecek sağlık insan gücünün, çağdaş sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılayabilecek bilgi, beceri ve tutumlarla donatılmış olarak sağlık sorunlarını takım anlayışı içinde çalışarak çözebilecek şekilde *evrensel niteliklere* ve ülke gerçeklerine göre yetiştirilmesi, üretken bir şekilde değerlendirilmesi ve ülke çapında dengeli planlanması ve istihdam edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı (2007) tarafından hazırlanan "*Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi*"nde, ülkemizde hemşire ihtiyacını ortaya koyan verilerin yanı sıra insan gücünden etkili bir şekilde yararlanma ve var olan insan gücünün niteliği ile ilgili çarpıcı sonuçlar da yer almaktadır. Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda (2007-2013) *Sağlık Sisteminin Etkinleştirilmesi* başlığı altında vurgulanan hedefler hemşirelik açısından değerlendirildiğinde, ancak lisans düzeyinde verilecek bir eğitimle bu hedeflere ulaşılabileceği görülmektedir.

### **Hemşirelik Eğitimi, Teorik Bilgi ve Psikomotor Beceri Kazandırır**

Hemşirelik eğitimi, kuramsal, uygulamalı öğretim ve öğrenimi kapsayan, teorik bilgi, tutum ve psikomotor becerilerin kazanılmasını gerektiren, gözlem ve yorum yapmaya gereksinim duyulan hassas bir süreçtir. Hemşirelik eğitiminde bahsedilen teorik eğitim, genel sağlık hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi için gerekli olan mesleki bilgi, yetenek ve anlayışın kazanıldığı kısımdır. Uygulamalı eğitim ise öğrencinin ekibin bir parçası olarak kazandığı bilgi ve deneyimi esas alarak, birey ya da toplumla doğrudan ilişki kurarak sistematik bir yaklaşımla hemşirelik bakım hizmetini sunmayı ve hemşire olmanın gerektirdiği organize olma, görevi paylaşma ve izlemeyi öğrendiği kısımdır. Uygulamalı eğitim hastanede, diğer sağlık kurumlarında, toplumda hemşire akademisyenler tarafından verilir.

### **Hemşirelik Eğitimi, Üniversitelerde Tam Zamanlı Örgün Eğitim Programı Olarak Yürütülür**

Hemşirelik eğitimi, üniversitelerin örgün eğitim kısmında ve tam zamanlı olarak yürütülen bir programdır. Hemşirelik eğitiminin bu yaklaşım dışında kalan yollarla ve düzeyde verilmesi, hemşirelik eğitiminin niteliğinin verilen hemşirelik bakımının kalitesine doğrudan yansması nedeniyle hasta güvenliği ve toplum sağlığı açısından önemli bir risk oluşturacaktır. Özellikle hemşirelikte lisans tamamlama programı gibi yollarla verilen eğitimin kalitesi oldukça tartışmalıdır. Dersler internet üzerinden yapılmakta ve öğrenci-öğretici iletişimi olmamaktadır. Dönem sonlarında yapılan bitirme sınavlarının öğrenci bilgi ve becerisini ne kadar sorguladığı bir başka tartışmalı konudur. Ayrıca sağlık hizmetleri meslek yüksekokullarının çevre sağlığı, röntgen, laboratuvar bölümü mezunu olup sağlık memuru olarak çalışan kişiler, hemşirelikte lisans tamamlama yoluyla hemşire ünvanı almaya çalışmaktadır. Halbuki bu nitelikteki insan gücüne hemşirelik mesleği yönünden yetkinlik kazandırmak bu şekilde verilecek bir eğitimle yetersiz olacak, sınırlı sayıda ve öğretici denetimi olmaksızın yapılacak uygulama eğitimi hemşirelik bilgi ve yetkinliğine bir katkı sağlamayacaktır. Tüm bu nedenlerle, hemşirelik eğitiminin niteliğini öncelikle korumak, sonrasında arttırmak konusunda hassasiyet gösterilmesi gerekmektedir. Bu amaçla 2010-2012 yılları arasında yükseköğretim kurumları ve meslek örgütleri bazı girişimlerde bulunmuş; ilgili kişi ve kurumlarla (YÖK, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanı) görüşmüştür. Bu görüşmelerde 2017 yılına kadar Sağlık Meslek Liseleri Hemşirelik Bölümlerine öğrenci alınmasının mevcut düzenlemelere aykırı olduğu, özellikle yeni açılan okulların ciddi altyapı sorunları olduğu, hemşire insan gücü ile ilgili olarak herhangi bir bilimsel veri olmadığı hâlde hemşire sayısının yetersizliğinden bahsedildiği paylaşılmıştır.

### **Hemşirelik Eğitimi Sağlık Meslek Liseleri Düzeyinde Verilmemelidir**

Sağlık Meslek Liselerinde öğrenim gören bireyler, 20 Kasım 1989 tarihli Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda Türkiye'nin de taraf olarak onayladığı "Çocuk Haklarına Dair Sözleşme"nin 1. maddesinde de belirtildiği üzere "çocuk"tur. 11-18 yaşları arasında eğitim gören bu çocuklar ergenlik dönemi içindedir. Hemşirelik eğitimi alan ve hemşirelik mesleğini icra etmesi beklenen bu bireylerin, henüz çocuk olduğu ve hatta mezun olduklarında da halen çocukluk döneminde olacakları görülmektedir. Bazı mezunlar 18 yaşına girmemiş oldukları için, mahkeme kararı ile reşit sayıldıktan sonra, hemşirelik yapabilmekte ve maaş alabilmektedir. Halbuki hemşirelik yönetmeliğine göre, hemşire; her ortamda bireyin, ailenin, toplumun sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını karşılamak ve hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. Henüz reşit olmamış bir birey, kendi hijyenini sağlama, sağlıklı beslenme, uyku düzeni gibi konularda desteklenmeye ihtiyaç duyarken; ondan başka bir bireyin

sağlık sorumluluğunu üstlenmesi beklenmektedir. Ayrıca hemşirelik rol ve işlevleri yerine getirilirken hemşire, sağlığını etkileyebilecek birçok tehlike ve risk altında çalışmaktadır. Örneğin, AIDS, sarılık ve tüberküloz gibi bulaşıcı birçok hastalıkla her an karşılaşma riski mevcuttur. Henüz ergenlik döneminde hemşirelik yapmak zorunda bırakılan bu bireyler, hastane ortamında her türlü riskle karşılaşabilmekte ve kendini bu risklerden koruyamayabilmektedir.

### **Hemşire Sayısındaki Yetersizlik Uygun Çözümlerle Kapatılmalıdır**

Sağlık Bakanlığı, YÖK ve DPT'nin hazırlamış oldukları "2010 Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu"na göre çalışan hemşire sayısı 102.564'tür. Türkiye'de 100.000 kişiye düşen hemşire sayısının AB üyesi ülkelerin ortalaması ile karşılaştırıldığında, Türkiye ortalamasının Avrupa Bölgesindeki ülkelerin ortalamasına göre oldukça düşük olduğu belirtilmektedir. Bahsi geçen hemşire sayısındaki yetersizliğin giderilmesine yönelik olarak, yükseköğretim kurumlarının hemşirelik lisans programlarındaki öğrenci kontenjanları, mevcut lisans eğitimi kontenjanlarının artırılması veya ikinci öğretim programlarının açılması yoluyla artırılabilir düşünlümlmektedir. Bu konudaki raporlar YÖK Başkanlığı, TC. Sağlık Bakanlığı ve Millî Eğitim Bakanlığı gibi ilgili birimlere teslim edilmiş olmasına rağmen sonuç Sağlık Meslek Liselerine tekrar dönüş olmuştur.

Hemşirelikte lisans programı yürüten yükseköğretim kurumlarında öğrenci kontenjanı artışına paralel olarak öğretim elemanı sayısının artırılması gerekmektedir. Öğrenci kontenjanındaki artış oranına paralel olarak öğretim elemanı başına 15 öğrenci (*Avrupa Konseyi'nin hemşirelik okulları için belirlediği gereklilikler arasında, bir hemşire eğitimiye 15 öğrenci düşecek şekilde eğitimci kadrosunun oluşturulması önerisi yer almaktadır.*) düşünülerek yapılan hesaplamada gelecek 6 yılda hemşirelik lisans programlarına var olan öğretim elemanlarına ek olarak alınması gereken öğretim elemanı sayısı yaklaşık olarak 655'tir. Bu amaca yönelik olarak; lisansüstü programların sekiz anabilim dalında devam ettirilmesi, hemşirelik okullarında öğretim elemanı istihdamını sağlayacak kadroların artırılması, Yükseköğretim Kurumunun ve Millî Eğitim Bakanlığının yurt dışı birleşik doktora programlarına hemşirelik için kontenjan ayırması önerilmektedir.

### **Hemşire Sayısı Arttırılırken Çalışma Koşulları da İyileştirilmelidir**

Hemşireler, sağlık ekibi içerisinde hasta bireyin ve ailesinin her türlü problemi ile 24 saat boyunca ilgilenerek, sağlık ekibi içinde iletişimi sağlayarak kilit rol alan sağlık personelidir. Hemşireler bazı kurumlarda 8 saatlik üç vardiyalı çalışma sistemi ile, bazı kurumlarda 12 saatlik vardiyalar, bazılarında gündüzleri 8, geceleri 16 saatlik vardiyalar şeklinde ya da 3 vardiyanın birleştirilmesi ile oluşturulan 24 saatlik nöbet şeklinde çalışmaktadır. Vardiyalı ve nöbet usulü çalışan hemşirelerin, sosyal izolasyon, anksiyete, tükenmişlik sendromu, aile içi rollerde zorlanma ve sorunlar,

duygusal tükenme gibi birçok sosyal ve psikolojik sağlık sorunuyla karşılaşma riski bulunmaktadır. İş yerinde yaşanan uykusuzluk ve yorgunluk, konsantrasyon bozukluğuna, iş göremezlik durumuna, kazalara, hatalara, yaralanmalara ve hatta ölümlere yol açabilmektedir. Halbuki, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre, memurların haftalık çalışma süresi 40 saat olarak belirlenmiş olmasına rağmen, 2368 sayılı sağlık personelinin tazminat ve çalışma esaslarına dair uyarınca hemşirelerin çalışma süresi haftada 45 saattir. Hasta başına düşen hemşire sayısı ve mevcut çalışan hemşire sayısı dikkate alındığında hemşireler 45 saatin üstünde çalışmak zorunda kalmakta ve yukarıda bahsedilen risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Ayrıca nöbetli çalışma sistemi hemşirelerin sosyal gelişimine engel olduğu gibi, gelişen hemşirelik dünyasını izlemesine ve mesleki gelişimine de engel olabilmekte ve bakımı altındaki hastaların güvenliği ve hasta hakları tehdit altında kalmaktadır. Dolayısıyla hemşire istihdamı sırasında hemşirelerin yaşadıkları tüm bu olumsuz durumları giderecek şekilde düzenlenmelerin yapılması önerilmektedir.

Sonuç olarak, hemşirelerin 4 yıllık lisans programları ile yetiştirilmesi topluma kaliteli sağlık hizmeti vermenin bir gereğidir. Hemşirelikte temel eğitimin lisans düzeyinde olması uluslararası ve ulusal mevzuatın gereğidir. Halihazırda iyi planlanmış istihdam politikaları ile yükseköğretim kurumları hemşire ihtiyacını karşılamak için sorumluluk almaya isteklidirler. Henüz kendine bakamayacak bir yaşta çocuk hemşireler yetiştiren Sağlık Meslek Liselerine öğrenci alımının durdurulması aciliyet ve önem arz etmektedir.

### Kaynaklar

- BAHÇECİK A, ALPAR ŞE (2009), Nursing education in Turkey: From past to present. *Nurse Education Today*, 29(2009), 698-703.
- ERGÖL Ş. (2011), Türkiye’de Yükseköğretimde Hemşirelik Eğitimi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 1(3), 152-155.
- Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü  
<http://sbf.gazi.edu.tr/posts/view/title/hemsirelik-bolumu-genel-bilgiler-11296>
- MAHARA MS. A (1998), perspective on clinical evaluation in nursing education. *Journal of advanced nursing*, 28(6): 1339-1346.
- Sağlık Bakanlığı, YÖK ve DPT. 2010. Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu. THD Genel Merkezi; Hemşireliğin İşlevleri, Standartları ve Niteliklerini Kapsayan Bir Rehber, Ankara, 1981.
- THD Genel Merkezi; Hemşire Gibi Bakmak, Çalışmak, Korumak, Savunmak İçin Çok Ergen, Ankara.
- THD Genel Merkezi; Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları, Ankara, 2008.
- TÜRKOĞULLARI G. (2001), TC Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı. Ulusal Sağlık Programı Çerçevesinde Mevzuat Uyumlu: Kişilerin Serbest Dolaşımı, Kasım Ankara.
- ULUSOY M. (1998), Türkiye’de Hemşirelik Eğitiminin Tarihsel Süreci. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1), 1-8.



# 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 telafisi 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 tetkikinin 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"

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

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

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.



## Düşünce Dünyasında Türkiz Dergisi Yayın İlkeler

Düşünce Dünyasında Türkiz dergisi, sosyal bilimler alanında iki ayda bir yayımlanan hakemli bir dergidir. Her yılın son sayısında derginin yıllık dizini yayımlanır.

Makalenin yazarı; adını, soyadını, unvanını, belirtmeli, ayrıca iletişim sağlanacak açık adres, telefon numarası ve e-posta adresini vermelidir.

Dergiye gönderilen yazılar, bilgisayarla hazırlanarak PC uyumlu disket (CD veya DVD) üzerinde veya e-posta adresine gönderilmelidir.

Gönderilen yazılar, daha önce yayımlanmamış olmalıdır. Herhangi bir sempozyum, kongre vb. bilimsel toplantıda sunulmuş olan bildirimler veya diğer bilimsel yazılar; etkinliğin adı, yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayımlanabilir.

Dergimizde yayımlanan yazılarda ileri sürülen görüşler ve sorumluluk yazarlara aittir

Yayımlanmaları amacıyla dergiye gönderilen yazılar; Yayın Kurulunca yayın ilkeleri açısından incelenir ve değerlendirilmek üzere alanında uzman iki hakeme gönderilir. Ancak, hakemlere yazar adı, yazarlara ise hakem adı bildirilmez. Hakem raporlarından birinin olumlu, diğerinin olumsuz olması hâlinde, üçüncü bir hakeme gönderilir ve bu sonuca göre Yazı Kurulunca yazıların yayımlanması hususunda karar verilir.

Yayın Kurulu, hakemlerin eleştiri ve önerilerini dikkate alarak yazılar üzerinde anlatım açısından gerekli düzeltmeleri yapabilir.

Yayımlanması uygun görülmeyen yazılar, bir örneği saklanmak kaydıyla, yazarın isteği üzerine iade edilir.

### Yazım Kuralları ve Biçimsel Özellikler

1. Dergiye gönderilen yazılar, Türk Dil Kurumunun Yazım Kılavuzu'na (kısaltmalar dâhil) uymak zorundadır. Yabancı sözcükler yerine olabildiğince Türkçe sözcükler kullanılmalıdır.
2. **Başlık:** İçerikle uyumlu olarak en çok 10-15 sözcükten ibaret, tamamen büyük harfle, koyu (bold) ve 12 punto olmalıdır. Ara başlıklar, bölüm başlıklar ve alt başlıklar sadece ilk harfleri büyük olacak şekilde, 11 punto koyu yazılmalıdır.
3. **Yazar adı ve adresi:** Makale yazarı, adını, soyadını ve unvanını yazı başlığının altına (\*) işaretini belirterek yazılmalıdır. Bu işaret, dipnotta gösterilecek, makale yazarının kurumu ve unvanı yazılacaktır. Herhangi bir kurumda görev yapmayan yazarlar, konumuna uygun sıfatları kullanmalıdır: Araştırmacı, yazar vb.
4. **Ana metin:** Yazılar, Times New Roman tipi ile 16 punto büyüklüğünde ve 1,5 satır aralığıyla yazılmalıdır.

Alıntılar italik harflerle ve tırnak içinde verilmeli; beş satırdan uzun alıntılar ise satırın sağından ve solundan birer santimetre içeride, blok hâlinde ve tek satır aralığıyla yazılmalıdır.

5. Yazılara bilgisayarla sayfa numarası verilmelidir (Gerekirse çıktılar üzerinde kalemle verilebilir).
6. **Kaynak gösterme:** Metin içinde yapılan göndermeler soyadı, basım yılı, gerektiğinde sayfa numarası parantez içinde belirtilmelidir:

(Özbay 2010), (Özbay 2010: 163). Yazarın aynı yıl yayımlanmış birden çok eserine gönderme yapılmışsa (Altın 2010 a Altın 2010 b); birden çok kaynağa gönderme yapılmışsa (Erkin 2008, Canbel 2009) şeklinde belirtilmelidir. Birden çok yazar adı yazılmalı ve "vd" kısaltması kullanılmalıdır: (Yakıcı vd. 2005)

Dipnotlar yalnızca açıklamalar için kullanılmalı, sayfa altında ve numaralandırılarak gösterilmelidir. Herhangi bir internet adresine yapılan göndermelerde bu adresler kaynaklar arasında verilmeli ve indirme tarihi belirtilmelidir:

(<http://www.Guntulu.com.tr/22.03.2010>).

7. **Kaynakça:** Yararlanılan kaynaklar, yazının sonunda "Kaynakça" bölümünde, 10 punto alfabetik olarak verilmelidir. Makalelerde Türkçe kaynaklara öncelikle yer verilmelidir.

Örnek olarak:

**Tek Yazarlı Makale:**

ÖZÖNDER Cihat (1984), "Kültür Bültenleşmesi ve Alt Kültür Grupları Hakkında Düşünceler"

*Türk Kültür Araştırmalar*, Ankara: Türk Kültürü Araştırma Enstitüsü Yayınları, 132: 136-139.

**Tek Yazarlı Kitap:**

ÖZBAY, Hüseyin (2010), *Kelimeler Kuşatması*,

Ankara: Berikan Yayınevi Yayınları.

FORSYTH, Patrick (2000), *30 Dakikada Rapor Yazma* çev. E. Sabri Yarmalı, İstanbul: Damla Yayınevi Yayınları.

**İki Yazarlı Kitap:**

KIRAN, Zeynel ve KIRAN Ezgiler. (2001), *Dil Bilimine Giriş*, Ankara: Seçkin Yayınları.

**Çok Yazarlı Kitap:**

KORKMAZ, Zeynel vd. (2001), *Türk Dili ve Kompozisyon Bilgileri*, Ankara: Yargı Yayınları.

**Yayımlanmamış Tez:**

KARA, E. (1996), Öğretmenlerin Statü Düzeyleri, Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

**Yazarı Aynı Yayımlanmış Birden çok Makale veya Kitabı Varsa:**

KORKMAZ, Zeynep (2005 a), *Türk Dili Üzerine Araştırmalar 1*, Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.

Korkmaz, Zeynep (2005 b), *Türk Dili Üzerine Araştırmalar 2*, Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.



**THE PUBLICATION PRINCIPLES OF THE JOURNAL OF  
OPINIONS WORLD  
(DÜŞÜNCE DÜNYASI'NDA TÜRKİZ)**

The Journal of Opinions World is a peer viewed journal devoted to the social fields published on bi-monthly period. The annual index is given in the last issue of the year

The author(s) are supposed to clearly state their names, titles, institution and give a Corresponding address or an email.

The manuscript must be submitted a PC compliant CD or through email

The papers must be original and not published previously in any other journal. The papers submitted to a conference, congress or symposium can be published provided that the name, the place and the time of the activity are clearly stated.

All the opinions and the ideas published in the journal entirely belong to the authors and do not bind the journal in any way.

The papers submitted to the journal are first checked regarding to the publication rules of the journal by the editorial board and then sent to two referees for the through reviewing process. The manuscripts sent to the referees do not contain the names of the authors.

Similarly the names of the referees are not revealed to the authors. In the case of one positive one negative view of the referees the manuscript is sent to a third referee for the final decision.

The editorial board reserves the right to make syntaxual changes on the papers based on the recommendations of the referees.

The rejected papers are returned to the authors upon request. A copy of each paper is achieved by the journal

**Writing rules and formatting**

**1-** The papers sent to the journal must be in compliance with Turk Dil Kurumu Yazım Kılavuzu (including the abbreviations)

**2- Title:** The title must be in good compliance with the content, contain maximum 10-15 words, written in bold 12 fond capital letters. The sub titles should be 11 fond bold letter in title case

**3- The name and the title of the author** should be written under the title with. \* This should give in the footnote indicating the institution and the title of the author. The authors which are not working in any institution should use titles which describe them such as researcher, author etc

**4- Main text:** The main text should be written 11 fonts Times New Roman with single spacing. The quotations should be italic and given within." The quotations longer than five lines should be given by 1 cm indentation from the both end of the page with single spacing.

**5-** The papers should not contain page numbers (The authors may indicate the pages with a pencil on the hard copy if necessary)

**6- Referencing:** The references in the text should be given by the surname of the author and the publication year of the source in parenthesis (Özbay 2010). The related page can be quoted if necessary (Özbay 2010: 163). More than one documents of the same author published in the same year are referenced as (Altın 2010 a, Altın 2010 b); Referencing more than one source should be made as (Erkin 2008, Canbel 2009).

The sources with more than one author should be given by the surname of the first author followed by et.al and the publication year: (Yakıcı et.al. 2005)

The footnotes should only be employed for the explanations and numbered according to the order given in the page. The quotations from an internet address should be given in the references by stating the downloading date:

(<http://www.guntulu.com.tr/22.03.2010>).

**7. References:** All the sources used in the study should be given in the "References" section in 10 fonts alphabetical order . The Turkish sources should be given priority. Followin gare the examples of giving various references

**Paper with a single author:**

ÖZÖNDER, Cihat (1984), "Kultur Bultenleşmesi ve Alt Kultur Grupları Hakkında Düşünceler." **Türk Kultur Araştırmaları**, Ankara: Turk Kulturu Araştırma Enstitusu Yayınları, 132: 136-139.

**Book with a single author:**

ÖZBAY, Huseyin (2010), **Kelimeler Kuşatması**, Ankara: Berikan Yayınları.  
FORSYTH, Patrick (2000), **30 Dakikada Rapor Yazma** çev. E. Sabri Yarmalı, İstanbul: Damla Yayınevi.

**Book with two authors:**

KIRAN, Zeynel ve KIRAN, Ezgiler (2001), **Dil Bilimine Giriş**. Ankara: Seçkin Yayınlan.

**Book with multiple authors:**

YAKICI, Ali vd. (2008), **Üniversiteler İçin Türk Dili ve Kompozisyon Bilgileri**, Ankara: Gazi Kitabevi.

**Unpublished thesis:**

KARA, E. (1996), **Öğretmenlerin Statu Düzeyleri** Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitusu, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

**Multiple papers or the book written by the same author and published in the same year:**

KORKMAZ, Zeynep (2005 a), **Türk Dili Üzerine Araştırmalar 1**, Ankara: Turk Dil Kurumu Yayınları.

KORKMAZ, Zeynep (2005 b), **Türk**