TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE'DE SAĞLIĞA BAKIŞ 2007

T.C. Sağlık Bakanlığı ■ Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı,
Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

TÜRKİYE'DE SAĞLIĞA BAKIŞ
2007

EDİTÖRLER

Dr.Salih MOLLAHALİLOĞLU
Dr.Ünal HÜLÜR
Uzm.Dr. Nazan YARDIM
Dr.Hüseyin ÖZBAY
Uzm.Dr.Ali Kemal ÇAYLAN
Prof.Dr.Necdet ÜNÜVAR
Prof.Dr. Sabahattin AYDIN

DANIŞMA KURULU

Uzm. Dr. Orhan Fevzi GÜMRÜKÇÜOĞLU
Uzm.Dr. İsmail DEMİRTAŞ
Abdülkadir ATALIK
Uzm.Dr. Turan BUZGAN
Doç.Dr.Öner ODABAŞ
Ali YERLİKAYA
Uzm.Dr.Rıfat KÖSE
Mehmet ATASEVER
Doç.Dr.Sinan YOL
Dr. Mahmut TOKAÇ
Doç. Dr. Mustafa ERTEK
Nihat AKPINAR
Adem KESKİN
Kamuran ÖZDEN
Uzm. Dr. Feyzullah GÜMÜŞLÜ
Bio. Saffet ES
Prof.Dr. A.Murat TUNCER
Adnan YILDIRIM
Dr.Hasan BAĞCI
Dr. Süleyman Can NUMANOĞLU
Bilge AYDIN

YAYINA HAZIRLAYANLAR

Hakan Oğuz ARI
Dyt.Ceyhan VARDAR
Dr.Mustafa KOSDAK
Kıvanç YILMAZ
Yunus YÜCE

Baskı
Bölük Ofset Matbaacılık Oto. Reklam . San. Tic. Ltd. Şti.
Büyük Sanayi 1. Cadde Sütçü Kemal İşmerkezi Nu: 42/235 İskitler / ANKARA
Tel : +90 312 384 44 34 – 35 Belgegeçer : +90 312 384 44 85

Ankara 2007

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ..... **vii**
TEŞEKKÜR ..... **viii**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **x**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **xiv**
KISALTMALAR ..... **xviii**
BÖLÜM 1 ÜLKE PROFİLİ **1**
1.1. COĞRAFYA **1**
1.2. İDARİ YAPI **2**
1.2.1. İdari Bölünüş ve Politik Örgütlenme 2
1.3. DEMOGRAFİK DURUM **5**
1.3.1. Nüfus Yapısı 5
1.3.2. Nüfus Artışı 10
1.3.3. Göç 11
BÖLÜM 2 SAĞLIK DURUMU **15**
2.1. BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ **15**
2.2. SAĞLIĞA AYARLANMIŞ YAŞAM BEKLENTİSİ (HALE) **17**
2.3. BEBEKLİK VE ÇOCUK DÖNEMİ MORBİDİTE VE MORTALİTE **18**
2.3.1. Bebek Ölüm Hızı 18
2.3.2. Ölüm Nedenleri (0-14 Yaş) 23
2.3.3. Hastalık Yükü (DALY) Dağılımları 24
2.4. AŞI İLE ÖNLENEBİLEN HASTALIKLAR **26**
2.4.1. Çocukluk Çağı Aşılama Takvimi 26
2.4.2. Aşılama Oranları 28
2.4.3. Aşı İle Önlenebilen Hastalıklar 29
2.5. GENETİK HASTALIKLAR **33**
2.5.1. Fenilketonüri 33
2.6. DİYARE (İSHALLİ HASTALIKLAR) **35**
2.7. ALT SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI **40**
2.8. PROTEİN-ENERJİ MALNÜTRİSYONU **40**
2.9. KONJENİTAL ANOMALİLER **43**
2.10. YETİŞKİNLERDE MORBİDİTE VE MORTALİTE **45**
2.10.1. Kaba Ölüm Hızı 45
2.10.2. Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH) 47
2.10.3. İskemik Kalp Hastalıkları ve Serebrovasküler Hastalıklar 50
2.10.4. Hipertansiyon (HT) 52

2.10.5. Diyabet 53
2.10.6. Astım 56
2.10.7. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) 58
2.10.8. Kanser 58
2.10.9. Tüberküloz 67
2.10.10. Sıtma 69
2.10.11. Anemi 71
2.11. KAZALAR, YARALANMALAR VE ZEHİRLENMELER 72
2.12. AFETLER 76
2.13. RUH SAĞLIĞI 79
2.14. YAŞAM TARZI 81
2.14.1. Obezite 81
2.14.2. Tütün Kullanımı 82
2.14.3. Alkol 84
2.14.4. Uyuşturucu Maddeler 85
2.15. ÜREME SAĞLIĞI VE CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR 86
2.15.1. Kaba Doğum Hızı 86
2.15.2. Toplam Doğurganlık Hızı 87
2.15.3. İlk Doğum Yaşı 88
2.15.4. Ergen Gebelikleri 88
2.15.5. İsteyerek Düşükler 88
2.15.6. Aile Planlaması Bilgileri 89
2.15.7. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar 89
2.15.8. HIV/AIDS 91
2.16. KADININ STATÜSÜ 93
2.16.1. Kadında Okuma Yazma Durumu 93
2.16.2. Kadınlarda Üniversiteye Gitme Durumu 93
2.16.3. Kadının İş Gücü Durumu 94
BÖLÜM 3 SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ 98
3.1. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TARİHSEL GELİŞİMİ (1) 98
3.1.1. 1920-1938 Dönemi 98
3.1.2. 1938- 1960 Dönemi 99
3.1.3. 1961-1980 Dönemi 100
3.1.4. 1980'den - Günümüze 101
3.2. SAĞLIK SEKTÖRÜ ÖRGÜTLENMESİ 101
3.2.1. Sağlık Bakanlığı 102
3.2.2. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 106
3.2.3. Yeşil Kart Uygulaması 112
3.2.4. Genel Sağlık Sigortası 114

3.3. HASTANELERİN ÖRGÜTSEL YAPISI 115
3.3.1. Devlet Hastaneleri 115
3.3.2. Özel Hastaneler 116
3.3.3. Sağlık Kurumlarında Mali Özerklik 116
3.3.4. Sağlık Hizmetleri Arzı 117
3.3.5. Kamu Sektörü Sağlık Hizmetleri: Yataklı Tedavi Hizmetleri 127
3.3.6. Sağlık Bakanlığı Uygulamalarında Performansa Göre Ödeme Sistemi 131
3.3.7. Özel Sektör Sağlık Hizmetleri: Ayakta Tedavi Hizmetleri 134
3.3.8. Özel Sektör Sağlık Hizmetleri: Yataklı Tedavi Hizmetleri 138
3.3.9. Hasta Hakları ve Sorumluluk Politikası 140
3.3.10. Farmasötikler Sektörü 141
BÖLÜM 4 TIBBİ TEKNOLOJİ VE E-SAĞLIK 155
4.1. GİRİŞ 155
4.2. DÜNYADAKİ TEKNOLOJİ ÖNGÖRÜLERİ 156
4.3. TÜRKİYE'DE ULUSAL TEKNOLOJİ ÇALIŞMALARI 158
4.4. DÜNYADAKİ TIBBİ TEKNOLOJİ 159
4.5. DÜNYADA SAĞLIKTA GELECEKTE DÜŞÜNÜLEN KONULAR VE AÇIKLAMALARI 161
4.5.1. Farmakogenomik 161
4.5.2. Gen Tedavisi ile İlgili Araştırmalar 161
4.5.3. Genetik Tanı ile İlgili Araştırmalar 161
4.5.4. Kök Hücre Araştırmaları / Hücre Tedavisi İle İlgili Araştırmalar 161
4.5.5. Minimal İnvaziv Cerrahî Araştırmaları 162
4.5.6. Biyoteknoloji ve Gen Teknolojileri 162
4.5.7. Mekatronik 162
4.5.8. Nanoteknoloji 162
4.5.9. e-Sağlık Telebakım ve Tele-tıp 167
4.6. SONUÇ 171
BÖLÜM 5 SAĞLIK SEKTÖRÜ FİNANSMANI 178
5.1. SAĞLIK HİZMETİ FİNANSMANI 178
5.1.1. Sağlık Harcamaları 178
5.1.2. Kamu Sağlık Harcamaları 193
5.1.3. Özel Sektör Sağlık Harcaması 203
BÖLÜM 6 SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMASI 210
6.1. POLİTİKA VE PLANLAMALAR 210
6.2. SAĞLIK PERSONELİ MEVCUT DURUMU 214
6.3. SAĞLIK PERSONELİNİN MEZUNİYET ÖNCESİ VE SONRASI EĞİTİMİ 221

6.3.1. 1920'lerden Günümüze Sağlık Eğitimi 221
6.3.2. Hekimler....223
6.3.3. Hemşireler 227
6.3.4. Ebeler 229
6.3.5. Diş Hekimleri....231
6.3.6. Eczacılar 233
6.3.7. Sağlık Memurları....234
6.3.8. Diğer Sağlık Personeli 236
6.4. SAĞLIK PERSONELİNE İLİŞKİN SERTİFİKASYON EĞİTİMLERİ 239
BÖLÜM 7 TÜRKİYE'DE SAĞLIK REFORMLARI SÜRECİ..... 243
7.1. OSMANLILARDAN ÖNCEKİ TÜRKLERDE SAĞLIK HİZMETLERİ 243
7.2. OSMANLILAR DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ 244
7.2.1. Sağlık Kurumları 244
7.2.2. Tıp Eğitimi....245
7.2.3. Hekimlik ve Hekimbaşılık....246
7.2.4. Bilimsel ve Teknolojik Gelişmeler....248
7.3. TBMM'NİN KURULUŞUNDAN GÜNÜMÜZE SAĞLIK HİZMETLERİ (1920-1990) 249
7.4. 1990 SONRASI SAĞLIK PROJELERİ..... 253
7.4.1. Birinci Sağlık Projesi....253
7.4.2. İkinci Sağlık Projesi....258
7.4.3. Temel Sağlık Hizmetleri Projesi & Marmara Depremi Acil Yeniden Yapılandırma Projesi 264
7.4.4. Kuş Gribi ve İnsana Tesir Eden Salgına Hazırlık ve Mücadele Projesi....266
7.5. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE GERÇEKLEŞTİRİLENLER..... 268
7.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri....269
7.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri....270
7.5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesi 271

ÖNSÖZ

Sağlığa Bakış 2007 çalışması, ülkemizin sağlık sisteminin performansına farklı açılardan bakmaktadır. Çalışma'da sağlık durumu ve hizmetlerinin mevcut durum açısından değerlendirilmesinin yanısıra; sağlık sektörü finansmanı, sağlık sektöründeki insan kaynakları ve son zamanlarda önemi gittikçe artan E- sağlık ve tıbbi teknoloji konularına yer verilmiştir. Ayrıca ülkemizdeki Cumhuriyet öncesi dönemden başlayarak sağlık sistemi ve sağlık reformlarının günümüze kadar geçen süreci değerlendirilmiştir.

Sağlık yönetiminde her aşamada topluma ve sunulan hizmetlere ilişkin verilerin toplanması, analiz edilmesi ve rapor haline getirilerek yayınlanması hem yapılan çalışmaların değerlendirilmesi hem de planlama ve öncelik belirleme açısından çok önemlidir. Böylece sağlık hizmetleri etkili şekilde yerine getirilebilecektir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık sisteminin, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlaması gerekliliğini bildirmektedir. Bu gerekliliğin karşılanmasında, politikaların yeniden yapılandırılmasında ve yürütülen programların etkilerinin değerlendirilmesinde verilerin analizi ile üretilen bilgi mutlak koşuldur.

2003 yılından itibaren uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı bugüne kadar yapılmış bütün çalışmaları dikkate alan katılımcı ve demokratik karar süreçleri ile en uygun çözümler üretmeyi amaçlayan kapsamlı bir programdır. Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması amaçlanmaktadır.

Türkiye'nin sağlık sektörü reformlarına, politikalarına ve stratejilerine rehberlik etmede katkı sağlayacak bu çalışmanın, sektörle ilgili tüm kurum, kuruluş ve kişilere faydalı olacağı inancıyla; çalışmada emeği geçen herkese teşekkür eder, başarılı çalışmalarının devamını dilerim.

Prof.Dr. Recep AKDAĞ
Bakan

TEŞEKKÜR

Sağlığa Bakış 2007 isimli eserin yayınlanmasına katkılarından dolayı; Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Personel Genel Müdürlüğü, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı, Personel Genel Müdürlüğü İstatistik Şube Müdürlüğü, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, Sıtma Savaş Dairesi Başkanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı Afet İşleri Genel Müdürlüğü, İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü, Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı'na

Katkı ve desteklerinden dolayı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Uzm.Dr. Turan Buzgan, Genel Müdür Yardımcıları Uzm.Dr.Bekir Keskinkılıç, Dr.Fehmi Aydınlı, Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı'ndan Dr. Toker Ergüder, Eyüb Büyükkaya, Yeliz Alacahan, Haşim Doğusan, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı'ndan Dr. Vedat Buyurgan, Dr. Ümit Özdemirer, Dr. Peyman Altan, Dr. Kemal Çankaya, Dr. Vet. Hekim Ramazan Uzun, Dr. Vet. Hekim Ahmet Safran, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı'ndan Uzm. Dyt. Biriz Çakır, İstatistik Şubesinden Leyla Beyazıt ve Ayşe Gümüş, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genel Müdür Yardımcısı Dr.İnci Yılmaz, İstatistik Şube Müdürlüğü'nden Ramazan Kocakaplan, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nden Dr. Sema Özbaş, Dr.Gönül Kaya, Strateji Geliştirme Başkanlığı Stratejik Planlama ve Yönetim Daire Başkanı Dr. Mustafa Bulun, Rasim Ceyhan, İnciser Kaya, Performans Yönetimi ve Kalite Ölçütleri Geliştirme Daire Başkanı Dr. Hasan Güler, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü Genel Müdür Yardımcısı Dr.Ali Sait Septioğlu, Sağlık İnsan Gücü Planlaması Daire Başkanı Münevver Kerküklü, Hekim Diş Hekimi ve Eczacı Planlama Şube Müdürü Hüseyin Zırh, Personel Genel Müdürlüğü'nden Genel Müdür Yardımcısı Dr. Hakkı Öztürk ve Uzm.Dr. Recep Pekcici, Personel Genel Müdürlüğü'nden İstatistikçi Gülay Altuntaş, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı Başkan Yardımcısı Uzm. Dr.Yıldırım Cesaretli, Zehir Araştırma Müdürlüğü'nden Dr. Ecz. Nilgün Oto Geçim, Kalite Koordinatörü Bilge Aydın, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'ndan Tıb.Tek. Aysun Kavak Ergün, Dr. Emire Olcayto, Semiha Karakısa, İsmet Dede, Türkiye İstatistik Kurumu'ndan Nevin Uysal, Derya Koç ve Neriman Can'a

Çalışmanın yapılmasında her türlü desteği sağlayan Sayın Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ başta olmak üzere, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Uzm.Dr. Orhan Fevzi Gümrükçüoğlu, Prof. Dr. Necdet Ünüvar, Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın, Hıfzıssıhha Merkezi Başkanı Doç. Dr. Mustafa Ertek'e,

Kitabın hazırlanma aşamasında yoğun olarak çalışan başta Hıfzıssıhha Mektep Müdürümüz Dr.Salih Mollahaliloğlu olmak üzere Müdür Yardımcıları Dr. Ünal Hülür, Uzm.Dr. Nazan Yardım, Dr. Hüseyin Özbay, teknik personel Uzm.Dr. Serap Ç.Çoban, Dyt.Ceyhan Vardar, Dr. Halil Erkan Erişti, Sm.Hakan Oğuz Arı, Dr. Bekir Lütfi Çelepçikay, Biy. Yunus Yüce, Dr. Hülya Topçu Çağlar, Dr. Hasan Gökhun Öncül, Uzm.Dr. Mecit Gökçimen, Dr. Ayşegül Gençoğlu, Psk. Emel Alkan, Hem.Şirin Özkan, Hem.Ümmühan Ekinci, Hem.Eda Pınar, Dr. Mustafa Kostak, Uzm.Dr. Banu Ayar, Uzm. Dr. Sibel Gögen, Dr. Handan Kalaycıoğlu, Uzm. Dr. Vural Dirimeşe, Serhat Akın, Uzm.Dr. Engin Özkan, Dr. Zekiye Çipil, Dr. Feray Karaman, Dr. Zafer Günaydın ve tüm Hıfzıssıhha Mektep Müdürlüğü çalışanlarına teşekkür ederiz.

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1: 2000-2006 Türkiye, Kır, Kent Yıl Ortası Nüfus Değişimi (‘000).....6

Tablo 1.2: NUTS’a Göre 2000 ve 2006 Nüfus Dağılımı (’000).....7

Tablo 1.3: 1980-2003 Yılları İçin Ortalama Hane Büyüklüğü.....9

Tablo 1.4: 2010- 2050 Yılları Nüfus Artış Hızı Tahminleri.....10

Tablo 1.5: 1980-2000 Yılları İçin Yerleşim Yerleri ve İller Arasında Göç Eden Nüfus.....12

Tablo 1.6: NUTS-İstatistiki Bölgelerinin Net Göç ve Net Göç Hızı.....13

Tablo 2.1: Türkiye’de 1971-2007 Yıllarında Bebek Ölüm Hızları.....18

Tablo 2.2: 2010- 2050 Yılları İçin Türkiye’de Bebek Ölüm Hızı Tahminleri.....20

Tablo 2.3: 1988-2006 Yılları İçin Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (binde).....21

Tablo 2.4: Türkiye Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 20 Hastalığın 0-14 Yaş Grubunda Cinsiyete Göre % Dağılımı.....23

Tablo 2.5: Türkiye Ulusal Düzeyde DALY’e Neden Olan İlk 10 Hastalığın 0-14 Yaş Grubunda Cinsiyete Göre % Dağılımı.....24

Tablo 2.6: Türkiye Ulusal Düzeyde DALY Değerlerinin Hastalık Gruplarına,Yaşa ve Cinsiyete Göre Dağılımı (DALY/1000 Kişi).....25

Tablo 2.7: Çocukluk Çağı Aşılama Takvimi.....27

Tablo 2.8: Sıfır Yaş Aşı Kapsama Oranları.....28

Tablo 2.9: Yıllar İtibariyle FKÜ İçin Yenidoğanlardan Kan Örneği Alma.....34

Tablo 2.10: Yıllara Göre Fenilketonüri Taramaları ve Tespit Edilen Vakalar.....35

Tablo 2.11: Türkiye Ulusal Düzey, Yaş grupları, Yerleşim Yeri ve Bölgelere Göre İshalle Seyreden Hastalıkların İlk 20 Ölüm Nedeni Arasındaki Oranı (%).....38

Tablo 2.12: Ulusal, Yaş Grupları, Kır-Kent ve Bölgesel Düzeylerde Toplam DALY İçerisinde İshalli Hastalıkların Yüzde Dağılımı.....39

Tablo 2.13: 1993-1998 ve 2003 Yılları İçin Çocuklarda Beslenme Durumu.....41

Tablo 2.14: Temel Özelliklere Göre Çocukların Beslenme Durumu.....41

Tablo 2.15: Özürün Türüne Göre Doğuştan Gelen Özürün Toplam Özürlü Sayısı İçerisindeki Oranı (%).....43

Tablo 2.16: Ulusal Düzeyde Doğuştan Olan Özür Nedeni.....44

Tablo 2.17: Konjenital Anomaliler İnsidans ve Prevelans Hızları.....44

Tablo 2.18: Kardiovasküler Hastalıklar İnsidans ve Prevelans Hızları.....47

Tablo 2.19: Türkiye Ulusal Düzeyde Kardiyovasküler Hastalıkların DALY Dağılımı....49

Tablo 2.20: Ülkemizde Hipertansiyon Sıklığı....53

Tablo 2.21: Türkiye Ulusal Düzeyde Diabetes Mellitus DALY Dağılımı....54

Tablo 2.22: Türkiye Bölgesel Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 20 Hastalık İçerisinde Astım'ın Yaş Gruplarına Göre % Dağılımı....57

Tablo 2.23: Türkiye'de En Sık Görülen Beş Kanser Türü (2003)....62

Tablo 2.24: Kanserlere Ait Cinsiyete Göre İnsidans ve Prevelans Hızları....63

Tablo 2.25: Türkiye Ölüm Sayıları Temel Hastalık Gruplarında Kanser....63

Tablo 2.26: Bölgesel Düzey Kanser DALY Dağılımı....64

Tablo 2.27: Aktif Kanser Kayıt Merkezi Olan İller, 2005....65

Tablo 2.28: Kanser Erken Teşhis ve Tedavi Merkezi (KETEM) Listesi ve Personel Durumu....66

Tablo 2.29: Türkiye 0-14 ve 15-59 Yaş Grupları Ölüm Nedenlerinde Tüberküloz Bölgesel Dağılımı....68

Tablo 2.30: Sıtma Riskli İllerde 2000-2005 Yılları İnsidans Dağılımı (100 000)....70

Tablo 2.31: Cinsiyete Göre Demir Eksikliği Anemisi İnsidans ve Prevelans Hızları....71

Tablo 2.32: 1999-2006 Yılları Arası Ülkemizde Gerçekleşen Afetler ve Hasarları....77

Tablo 2.33: Ruh Sağlığı Bozuklukları....79

Tablo 2.34: Cinsiyete Göre Nöropsikiyatrik Bozukluklara Ait İnsidans ve Prevelans Hızları....80

Tablo 2.35: 18 Yaş ve Üstü Cevaplayıcıların Tütün Mamülü Kullanıp Kullanmadıklarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı....83

Tablo 2.36: 15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Alkol Tüketimi (Kişi Başı Litre) 2003-2006....85

Tablo 2.37: Temel Özelliklere Göre İsteyerek Düşükler....88

Tablo 2.38: Aile Planlaması Yöntem Kullanımlarına Ait İstatistikler-TNSA 2003....89

Tablo 2.39: Cinsiyete Göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara Ait İnsidans ve Prevelans Hızları....90

Tablo 2.40: Cinsiyete Göre HIV/AIDS'e Ait İnsidans ve Prevelans Hızları....92

Tablo 3.1: İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar,Türkiye....102

Tablo 3.2: Sağlık Bakanlığı Kuruluşları, 2005....103

Tablo 3.3: Hastanelerin Dağılımı, Türkiye, Şubat 2007....117

Tablo 3.4: Sağlık Ocaklarında Yapılan Poliklinik, Laboratuvar, Doğum ve İzlem Hizmetleri İle İlgili Bazı Göstergelerin Bölgelere Göre Dağılımı, Türkiye, 2005....122

Tablo 3.5: Türkiye'deki Hastanelere Başvuran Hastaların Kurumlara Göre Poliklinik Durumu, 2002-2006 126

Tablo 3.6: Yatak Sayısına Göre Hastanelerin Dağılımı, 2006 128

Tablo 3.7: Kurumlarında Yapılan Doğum Sayıları, 2002-2005 128

Tablo 3.8: Özel Laboratuvar Sayıları, 2005 136

Tablo 3.9: Kamu, Sosyal Güvenlik Kurumlarının Toplam Sağlık Harcamaları İçinde İlaç Harcamasının Payı (%), 2000-2006, Türkiye 143

Tablo 3.10: Türkiye'de Ulusal Düzeyde DALY'e Neden Olan İlk On Hastalığın Dağılımı %, Türkiye 2000 146

Tablo 3.11: Depocu ve Eczacıların İlaçta Kademeli Kâr Oranları 151

Tablo 4.1: Çeşitli Ülkelerin Ulusal Teknoloji Öngörü Programlarına Başlama Tarihleri, 1970-2001 158

Tablo 4.2: 2006 Yılında Döner Sermayeden Tıbbi Cihaz ve İlaç İçin Yapılan Harcamalar 172

Tablo 4.3: Devlet Hastanelerindeki CT ve MRI Cihazlarının Bölgesel Dağılımı 173

Tablo 4.4: Bölgelere Göre CT Sayıları 174

Tablo 4.5: Bölgelere Göre MRI Sayısı 174

Tablo 4.6: OECD Ülkelerinde Bir Milyon Kişiye Düşen CT ve MRI Oranları 175

Tablo 5.1: Yıllara Göre Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri, 1999-2006, Türkiye (Bin YTL) 179

Tablo 5.2: Yıllara Göre TSH içinde Sosyal Güvenlik Kurumları Payı (%), 1999-2006,Türkiye 189

Tablo 5.3: Toplam Sağlık Harcamasının Finansman Kurumlarına Göre Dağılımı, 1999–2006, Türkiye 189

Tablo 5.4: Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH içindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı, 1999-2004, OECD Ülkeleri 191

Tablo 5.5: Kamu Sektörü Sağlık Harcaması, Türkiye 1999-2006 193

Tablo 5.6: Yıllara Göre GSYİH İçinde Toplam Kamu Sağlık Harcaması Payı (%), 1999-2006,Türkiye 195

Tablo 5.7: GSYİH içindeki Toplam Kamu Sağlık Harcaması Payının Yıllara Göre Dağılımı (%), 1999-2004,OECD Ülkeleri 196

Tablo 5.8: Sağlık Bakanlığı Sağlık Bütçesinin Kamu Sağlık Harcaması, Toplam Sağlık Harcaması, Konsolide Bütçe ve GSYİH'ya Göre Dağılımı, 1999-2006, Türkiye 197

Tablo 5.9: Özel Sektör Toplam Sağlık Harcaması (milyon YTL), 1999-2006, Türkiye 204

Tablo 5.10: Yıllara Göre GSYİH İçinde Özel Sektör Cari Sağlık Harcaması Payı (%), 1999-2006, Türkiye 204

Tablo 5.11: GSYİH içindeki Özel Sektör Cari Sağlık Harcaması Payının Yıllara Göre Dağılımı (%), 1999-2004, OECD Ülkeleri....206

Tablo 6.1: Sağlık Bakanlığında 2004 Yılından Bu Yana Yeni Yapılan Atamalar 213

Tablo 6.2: Devralınan SSK Hastanelerinin Devirden Önce (2004) ve Devirden Sonra (2006) Yıllık Toplam Muayene Sayıları 216

Tablo 6.3: Türkiye Sağlık Personeli, 1995-2007 216

Tablo 6.4: Personel Başına Düşen Nüfus Açısından En İyi ve En Kötü Durumdaki İller Arasındaki Farkın Kıyaslanması, 2002-2006.....217

Tablo 6.5: Türkiye ve Bazı Avrupa Ülkeleri'nde Tıp Fakültesi, Öğretim Üyesi ve Öğrenci Durumu 227

Tablo 6.6: Türk Diş Hekimleri Birliği İnsan Gücü Projeksiyonu, 2004 232

Tablo 6.7: Türkiye ve Bazı Avrupa Ülkelerinde 1000 Kişiye Düşen Eczacı Sayıları....234

Tablo 6.8: 15 Mart 2007 İtibariyle SB Kadrolarında Çalışan Sağlık Memurlarının Çeşitli Meslek Gruplarına Göre Dağılımı....234

Tablo 6.9: Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler ve Özel Sektörde Çalışan Yardımcı Sağlık Personeli Sayıları, 2006 238

Tablo 7.1: Birinci Sağlık Projesinin Bölümleri....254

Tablo 7.2: Birinci Sağlık Projesi Kapsamında Yapılan Hastaneler....255

Tablo 7.3: Birinci Sağlık Projesi Satın Alma ve Tedarik İşlemleri....256

Tablo 7.4: Birinci Sağlık Projesi Kapsamında Yapılan Hizmet İçi Eğitimler 256

Tablo 7.5: İkinci Sağlık Projesi Bileşenleri, Öngörülen Bütçesi ve Gerçekleşen Harcamalar....259

Tablo 7.6: Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesinin Bileşenleri 271

Tablo 7.7: Haziran 2007 İtibariyle Aile Hekimliği Sistemi Uygulanan İller....276

Tablo 7.8: Şubat 2007'de Makam Oluru İle Belirlenen Diğer Pilot İller 277

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1: 2000-2006 Yıl Ortası Nüfus Değişimi 7

Şekil 1.2: NUTS 1 Bölgelerine Göre 2000 ve 2006 Yılları Nüfusları 8

Şekil 1.3: 2010-2050 Yılları Yıl Ortası Nüfus Tahminleri ('000) 8

Şekil 1.4: 1980-2003 Yılları İçin Ortalama Hane Halkı Büyüklüğü 9

Şekil 1.5: 2000-2006 Yılları İçin Nüfus Artış Hızı (‰) 10

Şekil 1.6: Yıllara Göre (2010- 2050) Nüfus Artış Hızı Tahminleri (‰) 11

Şekil 1.7: NUTS 1 Bölgelerine Göre Net Göç Hızı ‰ (2000) 13

Şekil 2.1: 2000-2006 Yılları İçin Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (Yıl) 15

Şekil 2.2: Ülkelere Göre Doğuşta Beklenen Yaşam Süreleri (2000-2004) 16

Şekil 2.3: Türkiye'de Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi "2010-2050 Yılları İçin Tahminler" 16

Şekil 2.4: Avrupa Birliği Ülkelerinin Doğumda Sağlıklı Yaşam Beklentisi-2002 17

Şekil 2.5: 1970-2007 Yılları İçin Bebek Ölüm Hızları 19

Şekil 2.6: Avrupa Ülkeleri Bebek Ölüm Hizlari (binde), 2004 19

Şekil 2.7: 2010- 2050 Yılları İçin Türkiye Bebek Ölüm Hızı Tahminleri (binde) 20

Şekil 2.8: 1988-2006 Yılları İçin Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (binde) 21

Şekil 2.9: AB Ülkelerinde Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızları (2004) 22

Şekil 2.10: Beş Yaş Altı Ölüm Hızı Projeksiyonları 22

Şekil 2.11: Türkiye Ulusal Düzeyde DALY Değerlerinin Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı (DALY/1000 Kişi), ... 26

Şekil 2.12: 2000-2006 Yılları Kızamık İnsidans Hızları (100 000) 29

Şekil 2.13: 2000-2006 Yılları İçin Difteri İnsidans Hızları (100 000) 30

Şekil 2.14: 2000-2006 Yılları Neonatal Tetanoz İnsidans Hızları (100 000) 30

Şekil 2.15: 2000-2006 Yılları Tetanoz İnsidans Hızları (100 000) 31

Şekil 2.16: 2000-2006 Yılları Boğmaca İnsidans Hızları (100 000) 32

Şekil 2.17: 2000-2006 Yılları Menenjit İnsidans Hızları (100 000) 33

Şekil 2.18: 2005-2006 Yılı Akut Kanlı İshal İnsidans Hızı 35

Şekil 2.19: 2000-2006 Yılları İçin Tifo Morbidite Hızları 36

Şekil 2.20: 2000-2004 Yılları Paratifo Morbidite Hızları 36

Şekil 2.21: 2000-2004 Yılları Amipli Dizanteri Morbidite Hızları 37

Şekil 2.22: 2000-2004 Yılları Basilli Dizanteri Morbidite Hızları 37

Şekil 2.23: 2000-2006 Yılları Hepatit A Morbidite Hızları 38

Şekil 2.24: 2003-2006 Yılları Arası Ulusal Düzeyde Kaba Ölüm Hızı 45
Şekil 2.25: Kaba Ölüm Hızı Ülkeler Karşılaştırması-2003 46
Şekil 2.26: 2010, 2020 ve 2030 Yılları İçin Ulusal Düzeyde Kaba Ölüm Hızı Tahminleri 46
Şekil 2.27: Türkiye Ulusal Düzeyde Ölümlerin Temel Hastalık Gruplarına Göre % Dağılımı 48
Şekil 2.28: Türkiye Ulusal Düzeyde DALY Nedenlerinin Temel Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı (%) 48
Şekil 2.29: Cinsiyete Göre Kardiyovasküler Hastalıklardan Kaynaklanan Ölümlerin 2010, 2020 ve 2030 Yılları İçin Tahminleri 49
Şekil 2.30: Türkiye Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 10 Hastalığın % Dağılımı 51
Şekil 2.31: Türkiye Ulusal Düzeyde DALY'e Neden Olan İlk 10 Hastalığın % Dağılımı 52
Şekil 2.32: Erkeklerde ve Kadınlarda Diabetes Mellitus Kaynaklı Ölümlerin 2010, 2020 ve 2030 55
Şekil 2.33: 0-14 Yaş Grubu DALY'e Neden Olan İlk 10 Hastalık İçerisinde Astım'ın % Dağılımı 58
Şekil 2.34: 2000-2003 Yılları Arası Ulusal Kanser İnsidansı 61
Şekil 2.35: Ulusal Kanser İnsidansının Cinsiyete Göre Dağılımı 61
Şekil 2.36: Türkiye Kanser İnsidansının Bölgesel Dağılımı 62
Şekil 2.37: Türkiye Ulusal Düzey 2000 Yılında Erkeklerde ve Kadınlarda Kanserlere Bağlı Gelişen Ölüm Sayılarının 2010,2020 ve 2030 Yılında Beklenen Ölüm Sayıları İle Karşılaştırılması 65
Şekil 2.38: Türkiye 2000-2006 Yılları İçin Tüberküloz Vaka Bildirim Hızları[1] 67
Şekil 2.39: 2000-2006 Yılları İçin Ulusal Sıtma İnsidansı 70
Şekil 2.40: Sıtma Riskli İllerde 2000-2005 Yılları İnsidans Dağılımı 71
Şekil 2.41: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı Zehir Araştırma Müdürlüğü'ne Yapılan Başvurularda Zehirlenmelerin Yeri 73
Şekil 2.42: Türkiye Ulusal Düzey İstemsiz Yaralanmalara ve Kazalara Bağlı Gelişen 2010, 2020 ve 2030 Yılında Beklenen Ölüm Sayıları 75
Şekil 2.43: Türkiye Ulusal Düzey Kasti Yaralanmalara Bağlı Gelişen 2010, 2020 ve 2030 Yılında Beklenen Ölüm Sayıları 75
Şekil 2.44: Ülkemizde Meydana Gelen Doğal Afetlerin Dağılımı 76
Şekil 2.45: Medikal Ekiplerinde Görev Alan Personelin Mesleki Dağılımı-2005 78
Şekil 2.46: Medikal Kurtarma Ekipleri Bölgesel Toplam Personel Dağılımı-2005 78
Şekil 2.47: 2003-2006 Yılları İçin Türkiye Kaba Doğum Hızları 86
Şekil 2.48: Türkiye Kaba Doğum Hızı 2010-2030 Yıllar Tahminleri 86
Şekil 2.49: 2003-2006 Yılları Arası Toplam Doğurganlık Hızı 87

Şekil 2.50: 2010-2030 Yılları için Türkiye Toplam Doğurganlık Hızı Tahminleri 87

Şekil 2.51: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar İnsidansı 2005-2006 90

Şekil 2.52: HIV/AIDS Vaka ve Taşıyıcılarının Cinsiyete ve Yıllara Göre Prevelans Hızları (100.000) 91

Şekil 2.53: 2000-2005 Yılları Ulusal Düzey HIV/AIDS Vaka ve Taşıyıcıların İnsidans Hızı (100.000) 92

Şekil 2.54: Türkiye Kadınlarda Okuma Yazma Oranı 93

Şekil 2.55: Türkiye Kadınlarda Üniversiteye Gitme Durumu 94

Şekil 2.56: Türkiye Kadınların İşgücüne Katılma Durumu 94

Şekil 3.1: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması 104

Şekil 3.2: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Organizasyon Şeması 105

Şekil 3.3: Hastane Finansmanı 129

Şekil 3.4: Satışı Yapılan İlaç Gruplarının Kutu Bazında Dağılımı %, Türkiye, 2006 145

Şekil 3.5: Satışı Yapılan Toplam Sistemik Antimikrobiyal İlaçların Kutu Sayılarının Toplam İlaç Kutu Sayıları İçindeki Dağılımı %, Türkiye, 2001-2006 147

Şekil 4.1: Yıllar İtibariyle İsrail, Yunanistan ve Türkiye'nin Nanoteknoloji İle İlgili Makale Sayısı Dağılımı, 2007 165

Şekil 4.2: Bölgelere Göre Devlet Hastanelerinde 1 milyon Kişiye Düşen CT ve MRI Oranları 173

Şekil 4.3: Bölgelere Göre 1 Milyon Kişiye Düşen CT ve MRI Oranları 174

Şekil 5.1: Türkiye Sağlık Sistemi Finansal Akış Şeması 178

Şekil 5.2: Cari Sağlık Harcaması, Toplam Sağlık Harcaması ve GSYİH'nın Yıllar İtibariyle Değişimi, 1999-2006, Türkiye 187

Şekil 5.3: Toplam Sağlık Harcamasının Finansman Kaynaklarına Göre Dağılımı (%), 1999-2006, Türkiye 188

Şekil 5.4: Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH içindeki Payı, 1999-2006, Türkiye 190

Şekil 5.5: OECD Ülkeleri Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Oranı (%), 2004 192

Şekil 5.6: OECD Ülkelerinin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamasının Satın Alma Gücü Paritesine Göre Karşılaştırmaları, 2004 (SGP ABD $) 192

Şekil 5.7: Kamu Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Devlet Bütçesi İçindeki Payı (%), 1999-2006, Türkiye 194

Şekil 5.8: Kamu Toplam Sağlık Harcamasının, Devlet Bütçesinin ve Kamu Toplam Sağlık Harcamasının Devlet Bütçesi içindeki Oranının Yıllara Göre Değişimi, 1999-2006, Türkiye 194

Şekil 5.9: OECD Ülkelerinin Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%), 2004 197

Şekil 5.10: Özel Sağlık Harcamalarının Cari Sağlık Harcaması İçindeki Payı, 1999-2006, Türkiye 205

Şekil 5.11: OECD Ülkelerinde Özel Sektör Cari Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%), 2004 207

Şekil 5.12: Hane Halkı Cepten Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması içindeki Payı (%), 1999-2005, Türkiye 207

Şekil 5.13: OECD Ülkelerinde Cepten Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%), 2004....208

Şekil 5.14: OECD Ülkelerinde Kişi Başı Cepten Sağlık Harcaması ABD$ SGP ,2004....208

Şekil 6.1: Devralınan SSK Hastanelerinde, 2005 Şubat- 2006 Aralık Ayları Arasında Hasta Muayene Odası Artışı 215

Şekil 6.2: Devralınan SSK Hastanelerinde, 2002-2005 Yılları Arasında Hasta Muayene Sayısı Artışı, Ortalama Günlük Muayene Sayısı 215

Şekil 6.3: Sağlık Bakanlığı Bünyesinde Çalışan Sözleşmeli Personel Sayısı, Aralık 2006 217

Şekil 6.4: İllere Göre Uzman Hekim Başına Düşen Nüfusun Kıyaslanması 2002-2006....218

Şekil 6.5: İllere Göre Pratisyen Hekim Başına Düşen Nüfusun Kıyaslanması 2002-2006 219

Şekil 6.6: İllere Göre Hemşire-Ebe Başına Düşen Nüfusun Kıyaslanması 2002-2006....220

Şekil 6.7: 2002 ve 2006 Yıllarında Beşinci ve Altıncı Bölgelerde Çalışan Hekim Sayısı 221

Şekil 6.8: OECD Ülkelerinde 1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı....225

Şekil 6.9: Türkiye'de 1964-2006 Yılları Arasında Tıp Fakültesi ve Mezun Sayıları 226

Şekil 6.10: Bazı Avrupa Ülkelerinde Tıp Fakültesi ve Öğretim Üyesi Başına Düşen Öğrenci Sayıları*....227

Şekil 6.11: Yıllara Göre Hemşirelik ve Ebelik Bölümüne Yeni Kayıt Olan Öğrenci Sayıları 230

Şekil 6.12: 2000-2005 Yıllarında, Fakültelerde Hemşirelik ve Ebelik Eğitimine Kayıtlı....230

Şekil 6.13: Diş Hekimi Mezun Sayılarının Yıllara Göre Değerlendirilmesi....231

Şekil 6.14: Diş Hekimi Başına Düşen Nüfus ve Müdahale Sayıları, 2006 232

Şekil 6.15: Diş Hekimlerinin İstihdam Alanlarına Göre Dağılımı 233

Şekil 6.16: Sağlık Meslek Lisesi Mezunu Tekniker Sayıları, 1999-2005....237

Şekil 6.17: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Mezun Sayıları, 1999-2005 238

Şekil 7.1: Birinci Sağlık Projesi, Yıllara Göre Mali Gerçekleşme....255

KISALTMALAR

T.C	: Türkiye Cumhuriyeti
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
S.B	: Sağlık Bakanlığı
MGK	: Milli Güvenlik Kurulu
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
TRT	: Türkiye Radyo Televizyon Kurumu
TÜBİTAK	: Türkiye Bilimsel Teknolojik Araştırma Kurumu
SSK	: Sosyal Sigorta Kurumu
ES	: Emekli Sandığı
BK	: Bağ-Kur
HMM	: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
KİT	: Kamu İktisadi Teşebbüs
TODAİE	: Türkiye Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UHY-ME	: Ulusal Hastalık Yükü Maliyet Etkililik
NUTS	: The Nomenclature of Territorial Units for Statistics (İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması)
GNS	: Genel Nüfus Sayımı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
AB	: Avrupa Birliği
HALE	: Healthy Adjusted Life Expectancy (SAYB:Sağlığa Ayarlanmış Yaşam Beklentisi)
BÖH	: Bebek Ölüm Hızı
DALY	: Disability Adjusted Life Years (Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı)
YLD	: Years Lost With Disability (Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı)
FKU	: Fenilketonüri
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasılası
UMKE	: Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
GSS	: Genel Sağlık Sigortası

USD(ABD$)	:	Amerikan Doları
OECD	:	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
TTB	:	Türk Tabipleri Birliği
STK	:	Sivil Toplum Kuruluşları
TEB	:	Türk Eczacılar Birliği
SABİM	:	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
BUT	:	Bütçe Uygulama Tebliği
KDV	:	Katma Değer Vergisi
ATC	:	Anatomik-Terapötik-Kimyasal
KOAH	:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
TSK	:	Türk Silahlı Kuvvetleri
TMO	:	Toprak Mahsulleri Ofisi
BTYK	:	Bilim ve Teknoloji Yüksek Kurulu
TÜBA	:	Türkiye Bilimler Akademisi
ACARD	:	İngiltere'de Kabine Ofisi ve Uygulamalı Araştırma ve Geliştirme Danışma Konseyi
SPRU	:	İngiltere Bilim Politikası Araştırma Birimi
UNAM	:	Ulusal Nanoteknoloji Araştırma Merkezi
ÇKYS	:	Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi
TSİM	:	Temel Sağlık İstatistikleri Modülü
HTS	:	Hasta Takip Sistemi
TDMS	:	Tek Düzen Muhasebe Sistemi
GSMH	:	Gayri Safi Milli Hasıla
TTGV	:	Türk Teknoloji Geliştirme Vakfı
YTL	:	Yeni Türk Lirası
KCSH	:	Kamu Cari Sağlık Harcaması
KTSH	:	Kamu Toplam Sağlık Harcaması
KYH	:	Kamu Yatırım Harcaması
SGP	:	Satın Alma Gücü Paritesi
SHS	:	Sağlık Hesapları Sistemi
TSH	:	Toplam Sağlık Harcaması
DB	:	Dünya Bankası
SDP	:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
TÜSİAD	:	Türk Sanayicileri ve İş Adamları Derneği

SBPGM	:	Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü
MB	:	Maliye Bakanlığı
PDC	:	Personel Dağılım Cetveli
YÖK	:	Yüksek Öğretim Kurulu
MEB	:	Milli Eğitim Bakanlığı
SBSEGM	:	Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü
TUS	:	Tıpta Uzmanlık Sınavı
SBTHGM	:	Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
TDB	:	Türk Diş Hekimleri Birliği
ÖSYM	:	Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi
TKİB	:	Tarım ve Köyişleri Bakanlığı
STE	:	Sürekli Tıp Eğitimi
SBSPGK	:	Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
MEER	:	Marmara Acil Yeniden Yapılandırma Projesi: Marmara Emergency Earthquake Reconstruction Project
JCI	:	Joint Commission International
HM-USES	:	Hıfzıssıhha Mektebi-Uzaktan Sağlık Eğitimi Sistemi
TSBS	:	Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi
YKBS	:	Yeşil Kart Bilgi Sistemi
SBİBS	:	Sağlık Bakanlığı İhale Bilgi Sistemi
TCMKS	:	Tıbbi Cihaz ve Malzeme Kayıt Sistemi
AHBS	:	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
CBS	:	Coğrafi Bilgi Sistemi
İKYS	:	İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi
MKYS	:	Malzeme Kaynakları Yönetimi Sistemi
FKYS	:	Finans Kaynakları Yönetimi Sistemi
İEBS	:	İlaç ve Eczacılık Bilgi Sistemi

BÖLÜM 1
ÜLKE PROFİLİ

Uzm. Dr. Nazan YARDIM, Uzm. Dr. Serap ÇETİN ÇOBAN

1.1. COĞRAFYA

Türkiye, Asya kıtasının güneybatı ucunda, Anadolu yarımadası üzerinde yer alır. Topraklarının bir bölümü, Avrupanın güneydoğusunda yer alan Balkan yarımadasının bir kısmını oluşturan Trakya'da bulunur. Bu yönüyle, Türkiye hem Asya ve hem de Avrupa ülkesidir. Matematik konum olarak Türkiye, yaklaşık 26°-45° Doğu boylamları ile 36°-42° kuzey enlemleri arasında yer alır. Doğudan batıya 76 dakikalık bir zaman farkı vardır. Yüzölçümü 814.578 km2'dir. Ülkenin kuzeyinde; Karadeniz, doğusunda; Bağımsız Devletler Topluluğu (Gürcistan, Ermenistan, Nahcivan), İran, güneyinde; Irak, Suriye ve Akdeniz, batısında; Ege denizi, kuzeybatısında ise; Yunanistan ve Bulgaristan bulunmaktadır. Topraklarının kuzeybatı kısmının ortasında Marmara Denizi vardır. Marmara Denizi, Çanakkale boğazı ile Ege denizine, İstanbul boğazı ile de, Karadenize bağlıdır. Ege denizi güneyde, Akdeniz ile birleşir. Akdeniz ise, batıda Cebel-i Tarık boğazı ile Atlas Okyanusuna bağlantılıdır. Bu sebeple, Türkiyenin üç tarafını çevreleyen denizler, dünya okyanuslarına açılmaktadır. Türkiye ve Karadenize komşu olan ülkeler için boğazların büyük bir önemi vardır. Ayrıca İstanbul boğazı üzerinde yapılan iki köprü (Boğaziçi ve Fatih) ile karadan Avrupa ile Asya birbirine bağlanmıştır. Öte yandan güneyde, Türkiye; Kuzey Afrika ülkelerine çok yakındır. Kısacası Türkiye, Avrupa-Asya ve Afrika kıtalarının birleştiği konumda yer almaktadır. Türkiye'nin kara sınırları uzunluğu 2.753 km.dir. En uzun kara sınırı Suriye (877 km.) iledir. Gürcistan ile 276 km., Ermenistan ile 316 km., Nahcivan (Azerbaycan) ile 18 km., İran ile 454 km., Irak ile 331 km., Bulgaristan ile 269 km., Yunanistan ile 212 km kara sınırı bulunmaktadır. Denizlerle olan kıyı uzunluğu ise 8.333 km. (Anadolu kıyısı 6480 km., Trakya kıyısı 786 km., Adalar kıyısı 1067 km)dir. Dolayısıyla Türkiye'nin toplam sınır uzunluğu 11.086 km.yi bulmaktadır (1).

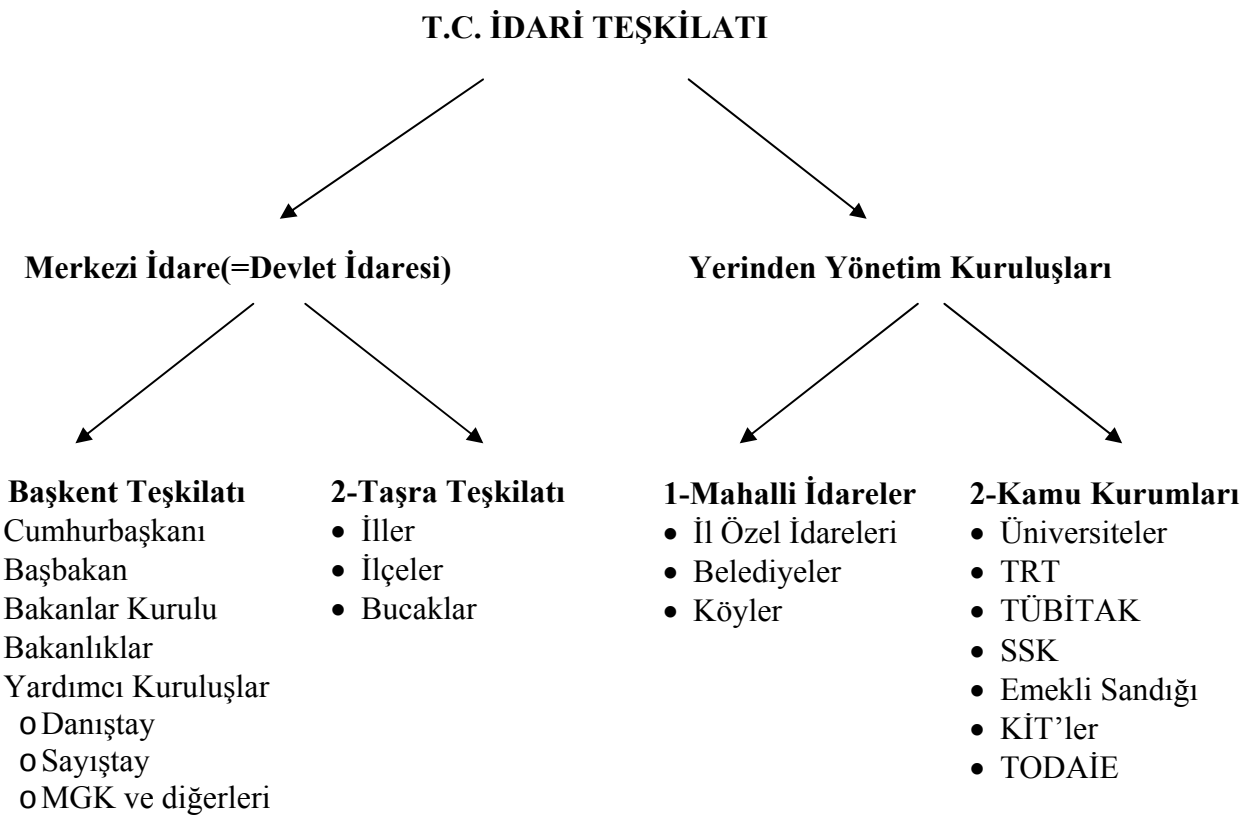
Anadolu yarımadası, batı hariç etrafı dağlarla çevrili olan yarı kurak bir iç platodan oluşmuştur. Kuzeyde Kuzey Anadolu dağları ve güneyde Toros dağları, Karadeniz ve Akdeniz kıyılarına paralel şekilde uzanarak ülkenin doğusunda birleşirler. Türkiye'nin deniz seviyesinden ortalama yüksekliği yaklaşık 1,130 metredir, ancak bölgeler arasında bu açıdan önemli farklılıklar söz konusudur: Batıda ortalama 500 metre olan yükseklik, doğuda 2,000 metreye ulaşmaktadır. Türkiye'de iklim koşulları, yüzey şekillerine ve yüksekliklere bağlı olarak ısı ve yağış bakımından çeşitlilik gösterir. Yıllık ortalama yağış miktarı 500 milimetredir; ancak, Karadeniz kıyısındaki Rize ilinde bu ortalama 2,000 milimetreye kadar yükselirken, Orta Anadolu'nun bazı kesimlerinde 300 milimetrenin altına düşer. Türkiye'nin tipik iklim özelliği, özellikle İç Anadolu ve Doğu Anadolu bölgelerinde, yazların sıcak ve kurak, kışların ise soğuk, yağmurlu, kar yağışlı ve rüzgarlı olmasıdır. Yazın sıcaklıklar bölgelere göre büyük farklılıklar göstermez, ancak kışın değişik yöreler arasında önemli ısı farklılıkları gözlenir. Kışın ortalama sıcaklıklar doğuda –10°C'a kadar düşerken, güneyde +10°C dolayında gerçekleşmektedir (2).

1.2. İDARİ YAPI

1.2.1. İdari Bölünüş ve Politik Örgütlenme

Cumhuriyet'in kuruluşundan bu yana Türkiye'nin yönetim yapısını 1924, 1961, ve 1982 anayasaları şekillendirmiştir. Bu anayasalar, Türkiye'nin parlamenter sisteme dayalı bir Cumhuriyet olduğunu ve halk iradesinin Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'nce temsil edildiğini vurgulamaktadır. Her üç anayasada da temel bireysel, toplumsal ve siyasal haklar benimsenmiş olup güçler ayrılığı (yasama, yürütme ve yargı) ilkesi kabul edilmiştir. Cumhuriyet'in yasama organı TBMM'dir. TBMM beş yılda bir yapılan seçimlerle göreve getirilen 550 milletvekilinden oluşmaktadır. Cumhurbaşkanı ise yedi yıllık bir görev süresi için TBMM tarafından seçilir. Yürütme organı olan Bakanlar Kurulu, Başbakan ve Bakanlardan meydana gelir. Yargı organları ise Anayasa Mahkemesi, Yargıtay, Askeri Yargıtay, Danıştay, idari ve adli mahkemeler ile askeri mahkemelerden oluşur (2).

T.C idari teşkilatı önce merkezi idare (=devlet) ve yerinden yönetim kuruluşları olmak üzere ikiye ayrılır. Merkezi idare de kendi içinde başkent teşkilatı ve taşra teşkilatı olmak üzere ikiye ayrılır. Yerinden yönetim kuruluşları ise yer yönünden (mahalli idareler) ve hizmet yönünden (kamu kurumları) olmak üzere ikiye ayrılır (3).



1921 tarihinde, 85 Sayılı Teşkilatı Esasiye Kanunu'ndan sonra mevcut livalar il haline getirilmiş, böylece 74 il ortaya çıkmıştır. Cumhuriyetin kuruluşundan sonra il sayılarına bir göz atıldığında 1926 yılında 63 olan il sayısının 1933 yılında 57'ye düşürüldüğü, ancak bundan sonra tekrar arttırılarak 1957 yılında 67'ye, 1991 yılında 74'e ,1992 yılında 76'ya, 1995 yılında 79'a ve 1996 yılında 80'e çıkarıldığı görülmektedir(4). 2000 yılında bu sayı 81'e yükselmiştir(5). Bu iller de kendi içlerinde yönetimsel olarak ilçe, bucak, ve köy olarak ayrılırlar. İl, Bakanlar Kurulu tarafından atanan, Cumhurbaşkanı'nın onayladığı ve merkezi hükümete karşı sorumlu olan Vali tarafından yönetilir. İlin en yüksek düzeyde yöneticisi olan Vali, hükümetin politikalarını yürütmek, ilin genel yönetimini denetlemek, başkent Ankara'daki merkezi hükümet tarafından atanan çeşitli Bakanlık temsilcilerinin çalışmalarının koordinasyonunu sağlamak ve kendisine tanınan yetkilerle il içindeki kanun ve düzeni korumakla yükümlüdür. Beş yılda bir yapılan yerel seçimlerle göreve gelen yerel yönetimler (belediyeler), belediye başkanı ve belediye meclisi üyelerince yönetilirler. Nüfusu 2,000'den fazla olan her yerleşim yerinde bir belediye yönetimi olması yasa gereğidir. Elektrik, su ve gaz hizmetleri, yol yapımı ve bakımı, kanalizasyon ve çöp toplama gibi altyapı hizmetlerini belediye sınırları içinde sunmak belediyelerin görevleri arasındadır. Eğitim ve

sağlık hizmetleri esasen merkezi hükümet tarafından sağlanmakla beraber, belediyeler de düşük ekonomik ve sosyal koşullarda yaşayanlara sağlık hizmeti vermektedirler (2).

Türkiye, yedi coğrafik bölgeye ayrılmıştır. Marmara Bölgesi, Ege Bölgesi, Karadeniz Bölgesi, İç Anadolu Bölgesi, Akdeniz Bölgesi, Doğu Anadolu Bölgesi ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi.

Ancak, ülkenin farklı alanlarındaki farklı sosyoekonomik kalkınma düzeylerini ve nüfus durumlarını özellikle toplumsal araştırmalarda (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması ve Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etkililik Çalışması) örneklem ve analiz için sık sık bir ölçüye kadar yansıtması amacıyla Türkiye beş bölgeye ayrılmıştır; Batı, Güney, Orta, Kuzey ve Doğu bölgeleri.

BATI BÖLGESİ İLLERİ: Edirne, Tekirdağ, Kırklareli, İstanbul, Kocaeli, Sakarya, Çanakkale, Yalova, Bursa, Bilecik, Balıkesir, Kütahya, Manisa, Uşak, Afyon, Denizli, İzmir, Aydın, Muğla

GÜNEY BÖLGESİ İLLERİ: Isparta, Antalya, İçel, Adana, Hatay, Burdur, Osmaniye, Kahramanmaraş,

ORTA BÖLGE İLLERİ: Eskişehir, Ankara, Kırıkkale, Kırşehir, Çankırı, Yozgat, Sivas, Kayseri, Nevşehir, Aksaray, Konya, Niğde, Karaman

KUZEY BÖLGESİ İLLERİ: Zonguldak, Karabük, Bartın, Sinop, Kastamonu, Samsun, Ordu, Giresun, Trabzon, Bayburt, Gümüşhane, Amasya, Artvin, Bolu, Rize, Tokat, Düzce, Çorum

DOĞU BÖLGESİ İLLERİ: Kars, Erzurum, Iğdır, Van, Muş, Elazığ, Malatya, Adıyaman, Diyarbakır, Siirt, Şırnak, Mardin, Şanlıurfa, Gaziantep, Ağrı, Bitlis, Erzincan, Batman, Ardahan

Geleneksel olarak saha araştırmalarında kullanılan beş coğrafi bölgeye ek olarak, Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne uyum süreci doğrultusunda, 2002/4720 no'lu kanun gereğince, Devlet Planlama Teşkilatı ve Devlet İstatistik Enstitüsü üç ayrı düzeyde NUTS (The Nomenclature of Territorial Units for Statistics) bölgeleri oluşturmuşlardır. NUTS, Avrupa Birliği ülkelerinin kullandığı istatistik bölge sınıflandırmasıdır. 81 il NUTS 3 düzeyini oluşturmaktadır. İllerin gruplandırılmasıyla elde edilen 26 bölge NUTS 2 düzeyini, 26 bölgenin gruplandırılmasıyla elde edilen 12 bölge ise NUTS 1 düzeyini meydana getirmektedir (2,6).

1.3. DEMOGRAFİK DURUM

1.3.1. Nüfus Yapısı

Başarı ile sonuçlandırılan ilk Nüfus Sayımı 1831 yılında yapılmıştır. Esas amacı askerlik yapabilecek halkın sayısı ve yeni vergi kaynaklarının saptanması olan bu sayımda, Rumeli ve Anadolu'da bulunan tüm İslam ve Hıristiyan erkek nüfus kapsanmıştır(7). Bu sayıma göre Anadolu'da 2,5 milyon, Rumeli'de 1,5 milyon olmak üzere toplam 4 milyon erkek nüfus saptanmıştır. Sayımın asıl gayesi asker potansiyelini belirlemek olduğundan askere gitmemek için yanlış bilgi verilmiş, gayrimüslim din adamları da kendi cemaatleri hakkında doğru bilgi vermemiştir. Ayrıca erkek nüfusu eksiksiz sayılmaya çalışılırken kadın nüfusun sayımına gereken hassasiyet gösterilmemiştir (8).

1831 sayımından sonra 1844 yılında kadın nüfusu da kapsayan bir nüfus sayımı daha yapılmış, 1854'te ise yeni bir nüfus sayımına daha girişilmişse de bunun sonuçlandırılması kabil olmamıştır. 1870 yılında yapılmasına karar verilen Genel Nüfus Sayımı da uygulanamamıştır. 1874'te Tuna Vilayetleri'nde yapılan bir nüfus sayımını, İmparatorluk döneminde girişilen ve uzun süre devam eden bir başka nüfus sayımı izlemiştir. 1878 Rus savaşını izleyen bu sayımda İstanbul nüfusu sayılmış, Trablus ve Arabistan'ın nüfusu ise tahmin edilmiştir. Aynı dönemde Nüfus Sicil-i Nizamnamesi çıkarılmış ve ilk kez Nüfus Müdürlüğü kurularak nüfus tezkereleri ile doğum, ölüm, yer değiştirme olaylarının kaydına başlanmıştır. 1891 yılında Bab-ı Ali'de Merkezi İstatistik Encümeni kurulmuş, istatistik hizmetleri kanuni bir esasa bağlanmıştır (7).

1918 yılında çıkarılan yeni bir kanunla istatistik faaliyeti sadarete bağlı istatistik Müdüriyet-i Umumiye'si bünyesinde toplanmış, kanunun uygulamasına bir yıl devam edildikten sonra kaldırılmış ve eski sistem Cumhuriyete kadar devam etmiştir. Cumhuriyetin ilanından sonra, Türkiye'nin karşılaştığı önemli ihtiyaçlardan biri de ülkemizde yaşayan nüfusun sayısının, sosyal ve ekonomik niteliklerinin bilinmesi olmuştur (7).

Ülkemizde Cumhuriyetin ilanından sonraki ilk nüfus sayımı 1927 yılında, ikincisi ise 1935 yılında yapılmıştır. Bu yıldan sonra 1990 yılına kadar her beş yılda bir düzenli olarak uygulanan nüfus sayımının 1990 yılından itibaren on yılda bir uygulanması kararı alınmıştır. 22 Ekim 2000 tarihinde ondördüncü Genel Nüfus sayımı uygulanmıştır (5).

1927 yılında Türkiye'nin nüfusu 13 648 270 olarak tespit edilmiştir. Türkiye'de km²'ye düşen kişi sayısı 1927 de 18 kişi iken, 2000 yılında 88 kişiye yükselmiştir (5).

2000 Genel Nüfus Sayımı: Nüfus 67 803 927 ve 1990-2000 dönemindeki yıllık nüfus artış hızı ‰18,3'tür. İl ve ilçe merkezlerinin ortalama nüfus artış hızı (‰27 ve ‰26,4) ülke ortalamasından daha yüksek iken, bucak ve köylerin artış hızı (‰4,2) oldukça düşüktür (5). Nüfus yapısına bakıldığında nüfusun yarısı 24,8 yaşından gençtir. İllere göre **yaş yapısı** incelendiğinde medyan yaşın batı bölgesinden doğu bölgesine doğru gençleştiği görülmektedir (5).

15-64 yaş grubundaki her 100 kişi için 0-14 yaş grubundaki kişi sayısı olarak tanımlanan çocuk bağımlılık oranı (Child Dependency Ratio) **46,3** tür. Bu oranın batı bölgesinden, doğu bölgesine doğru yükseldiği görülmektedir. 15-64 yaş grubundaki her 100 kişi için 65 ve daha yukarı yaştaki kişi sayısı olarak tanımlanan yaşlı bağımlılık oranı (Elderly Dependency Ratio) ise, Türkiye de **8,8** dir. Bu oranın % 15 den fazla olduğu iller, çoğunlukla Karadeniz ve Marmara bölgesinde yer almaktadır. Bu oranın doğu ve güneydoğu Anadolu bölgelerinde yer alan Hakkari, Şırnak, Şanlıurfa, Van, Bitlis, Ağrı, Muş, Diyarbakır ve Batman illerinde en fazla % 6 ile en düşük düzeyde olduğu görülmektedir (5).

2003 TNSA'ya göre Türkiye Nüfusu'nun yüzde 7'si 65 ve üzeri yaşlardadır. Kentsel alanlarda yüzde 6 olan yaşlı nüfus oranı, kırsal alanlarda yüzde 9'dur. Yaşlı nüfustaki bu artış temelde iki faktörle açıklanabilir: Doğurganlığın hızla azalması ve tüm yaş gruplarındaki yaşam beklentisinin artması. Üretken olmayan nüfusun (15 yaşın altındaki ve 65 ve üzeri yaşlardaki nüfus) 15-64 yaş nüfusuna oranı olarak tanımlanan bağımlılık oranı, 1990 nüfus sayımında 64,7; 2000 genel nüfus sayımında 55,1 olarak saptanmış, 2003 TNSA çalışmasında 56,3 bulunmuştur. Bağımlılık oranındaki bu azalma, üretken nüfus üzerinde yaşlı ve genç nüfustan kaynaklanan ekonomik yükün önemli oranda azaldığını ortaya koymaktadır (2).

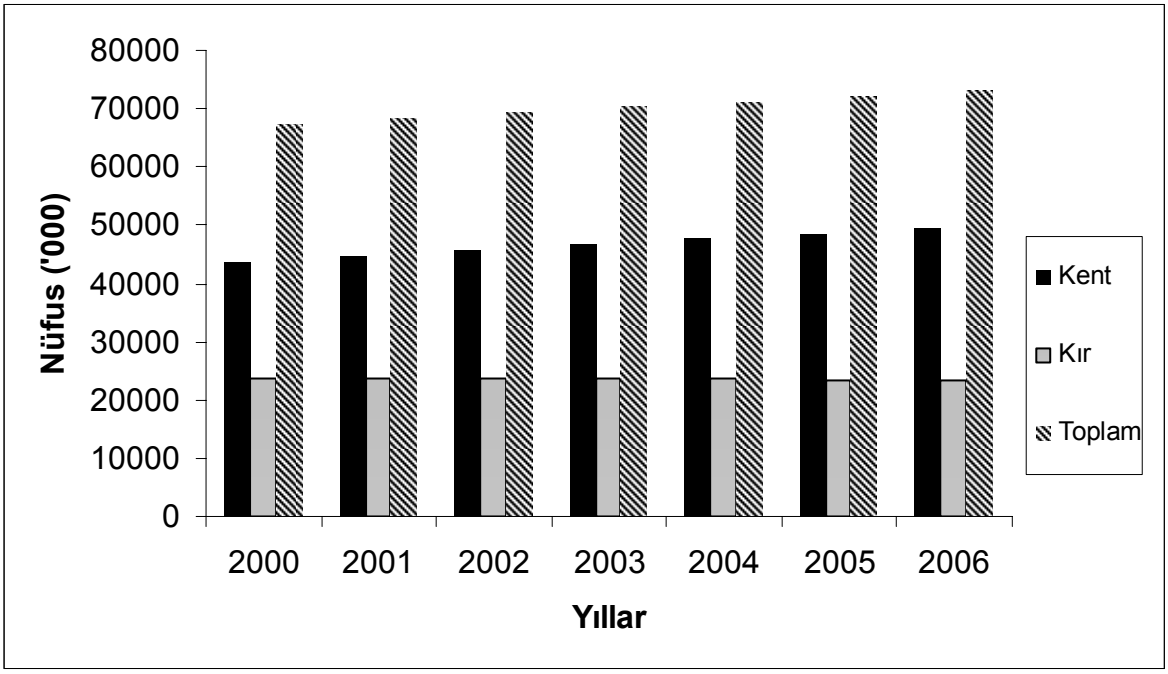
Tablo 1.1: 2000-2006 Türkiye, Kır, Kent Yıl Ortası Nüfus Değişimi ('000)

	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Kent	43647	44619	45595	46575	47559	48547	49541
Kır	23773	23746	23707	23656	23593	23518	23433
Toplam	67420	68365	69302	70231	71152	72065	72974

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr) , 2007

Tablo 1.1'de görüldüğü üzere 2000 yılında 67.420.000 olan nüfus 2006 yılında 72.974.000 olarak tahmin edilmiştir.

1927 yılında %24,2 olan şehirde yaşayan nüfus oranı 1950 yılına kadar önemli bir değişim göstermemiştir. 1950 yılında %25 olan şehirde yaşayan nüfusun oranı sürekli bir artış göstererek 2000 yılında % 64,9'a yükselmiştir. 2006 yılı tahminlerine göre ise şehirde yaşayan nüfusun oranı %67,88 dir (5).



Şekil 1.1: 2000-2006 Yıl Ortası Nüfus Değişimi

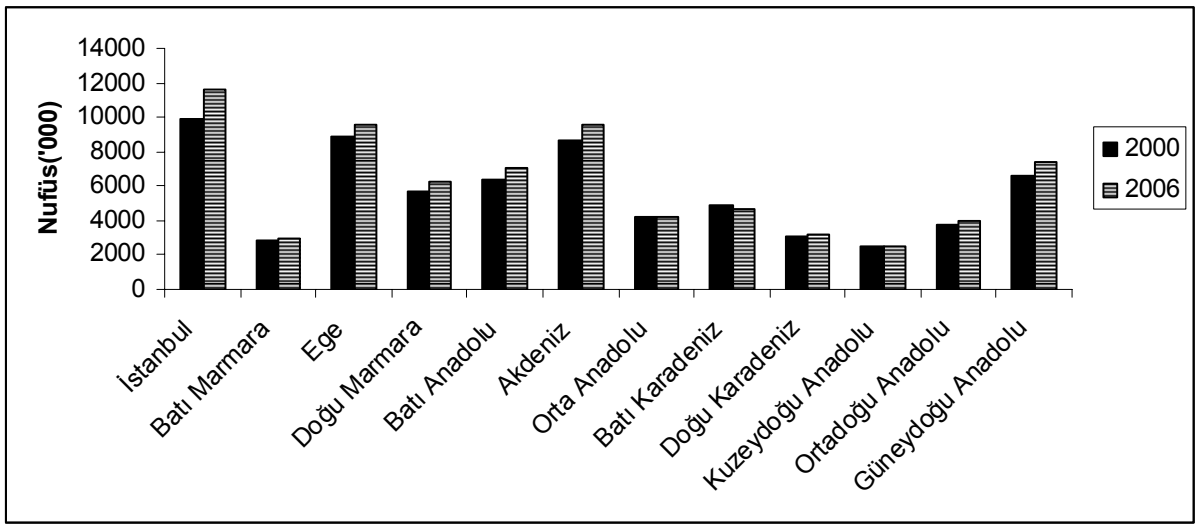
Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr) , 2007

Tablo 1.2 ve şekil 1.2'de NUTS'a göre 2000 ve 2006 yılları için nüfus dağılımı (′000) sunulmuştur. NUTS bölgelerine gore nüfus dağılımlarına bakıldığında 2000 ve 2006 yılları için bölgelerin nüfus dağılımları arasında belirgin farklar görülmektedir.

Tablo 1.2: NUTS'a Göre 2000 ve 2006 Nüfus Dağılımı ('000)

Bölge (NUTS-Düzey 1)	2000	2006
İstanbul	9920	11622
Batı Marmara	2886	2985
Ege	8894	9507
Doğu Marmara	5706	6244
Batı Anadolu	6400	7050
Akdeniz	8648	9532
Orta Anadolu	4177	4265
Batı Karadeniz	4897	4671
Doğu Karadeniz	3122	3189
Kuzeydoğu Anadolu	2504	2516
Ortadoğu Anadolu	3706	4027
Güneydoğu Anadolu	6559	7365

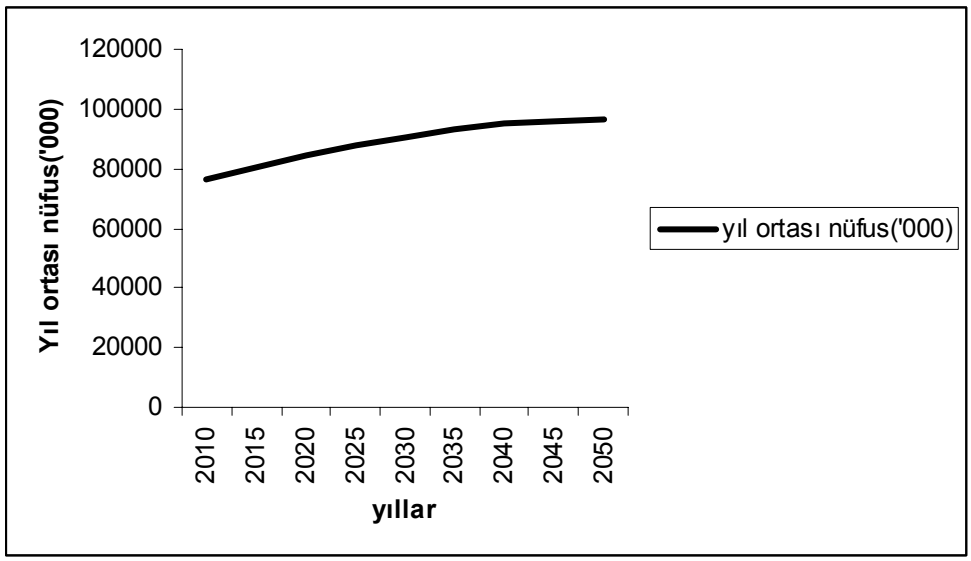
Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr), 2007



Şekil 1.2: NUTS 1 Bölgelerine Göre 2000 ve 2006 Yılları Nüfusları

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr), 2007

Tablo 1.2 ve şekil 1.2'de belirtildiği üzere İstanbul bölgesi %17,15 lik bir artış ile en fazla artış oranını göstermektedir.(Güneydoğu Anadolu % 12,28; Akdeniz %10,22 ; Ege %6,9 luk bir artış göstermiştir.) Negatif yönde değişim gösteren bölge Batı Karadeniz (- % 4,6) dir.



Şekil 1.3: 2010-2050 Yılları Yıl Ortası Nüfus Tahminleri ('000)

Kaynak: 2000 Genel Nüfus Sayımı Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri, 2003

Şekil 1.3'de 2010-2050 yılları yıl ortası nüfus tahminleri ('000) sunulmuştur. Buna göre sırası ile ülke nüfusu 2010 yılı için 76.505; 2015 yılı için 80.524, 2020 yılı için 84.301, 2025 yılı için 87.756, 2030 yılı için 90.806, 2035 yılı için 93.284, 2040 yılı için 95.060, 2045 yılı için 96.102 ve 2050 yılı için ise 96.498 ('000) olacağı tahmin edilmektedir. Bununla birlikte TÜİK yeni başlattığı bir çalışmayla kişilerin ikamet ettiği yerlerde kayda alınmasını

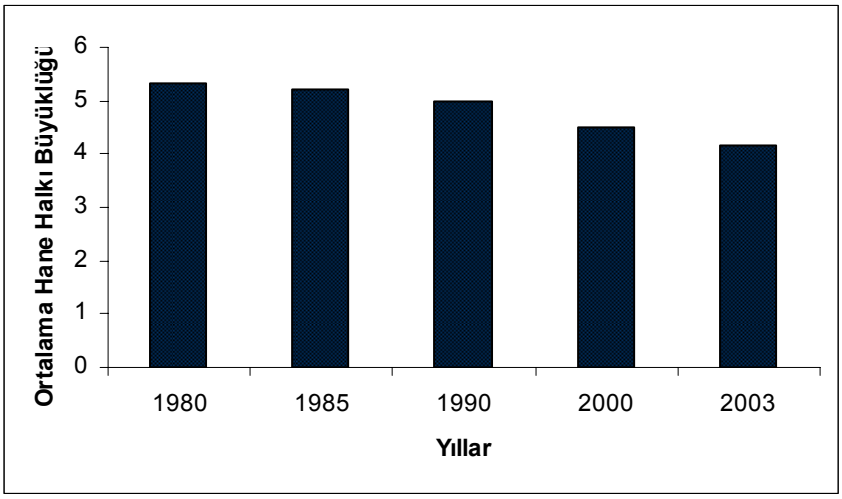
sağlayacak bir proje (Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi) yürütmektedir. Bu çalışma bittiğinde daha kesin olarak bir nüfus sayısı ortaya çıkacağından, bu çerçevede istatistiklerin ve projeksiyonların yeniden gözden geçirilmesi gerekecektir.

Tablo 1.3 ve Şekil 1.4'de 1980-2003 yılları için ortalama hane büyüklüğü sunulmuştur.

Tablo 1.3: 1980-2003 Yılları İçin Ortalama Hane Büyüklüğü

Sayım yılı	Toplam nüfus	Toplam hane halkı nüfusu	Toplam hane halkı sayısı	Toplam nüfusa göre	Toplam hane halkı nüfusuna göre
1980	44 736 957	45 328 519	8 522 499	5,25	5,32
1985	50 664 458	50 813 802	9 730 018	5,21	5,22
1990	56 473 035	55 622 032	11 188 636	5,05	4,97
2000	67 803 927	67 809 048	15 070 093	4,50	4,50
2003	70 231 000				4,18

Kaynak: 1980-2000 Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr), 2003 UHY-ME Hane Halkı Araştırması



Şekil 1.4: 1980-2003 Yılları İçin Ortalama Hane Halkı Büyüklüğü

Kaynak: 1980,1985,1990 ve 2000 Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr)
2003 UHY-ME Hane Halkı Araştırması

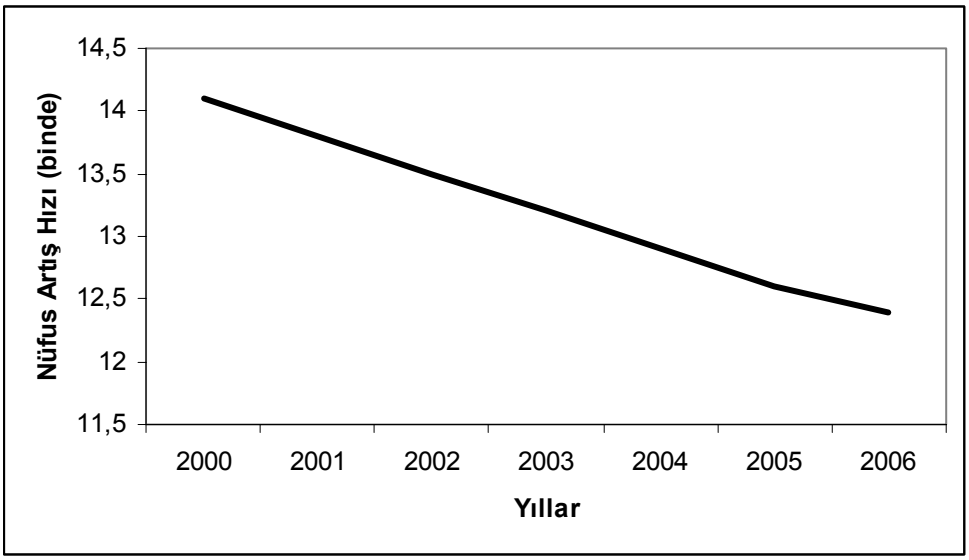
Tablo 1.3 ve Şekil 1.4'de belirtildiği üzere ülkemizde 1980 ve 2003 yılları arasında ortalama hane halkı büyüklüğü azalmaktadır (5.32' den 4.1'e düşmüştür.).

1.3.2. Nüfus Artışı

1.3.2.1 Nüfus artış hızı

Son 73 yılda Türkiye'nin nüfusu yaklaşık beş kat artış göstererek 2000 yılında 67 803 927'ye yükselmiştir. 1927-2000 döneminde Türkiye'nin nüfusu sürekli olarak artış göstermiştir. En düşük yıllık nüfus artış hızı ‰10,6 ile 1940-1945 döneminde, en yüksek yıllık nüfus artış hızı ‰28,5 ile 1955-1960 döneminde gerçekleşmiştir.1990-2000 döneminde Türkiye'nin yıllık nüfus artış hızı ‰18,3'tür. Türkiye'nin nüfus artış hızı yıllara göre incelendiğinde, 1945 yılından sonra ‰20'nin üzerinde olan nüfus artış hızının 1980 yılından sonra önemli bir azalma gösterdiği görülmektedir. 1980-1985 döneminde yıllık nüfus artış hızı ‰24,9 iken, 1990-2000 döneminde ‰18,3'e düşmüş ve son yirmi yılda nüfus artış hızı yaklaşık %27 azalış göstermiştir (5).

Şekil 1.5'de 2000-2006 yılları için nüfus artış hızı verilmiş olup 2000 yılında binde 14.1 olarak hesaplanan nüfus artış hızı yıllar içerisinde azalmış ve (2001 yılı 13.8; 2002 yılı için 13,5; 2003 yılı için 13,2; 2004 yılı için 12,9; 2005 yılı için 12,6) 2006 yılında binde 12.4 olarak tahmin edilmiştir.



Şekil 1.5: 2000-2006 Yılları İçin Nüfus Artış Hızı (‰)

Kaynak : Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr), 2007

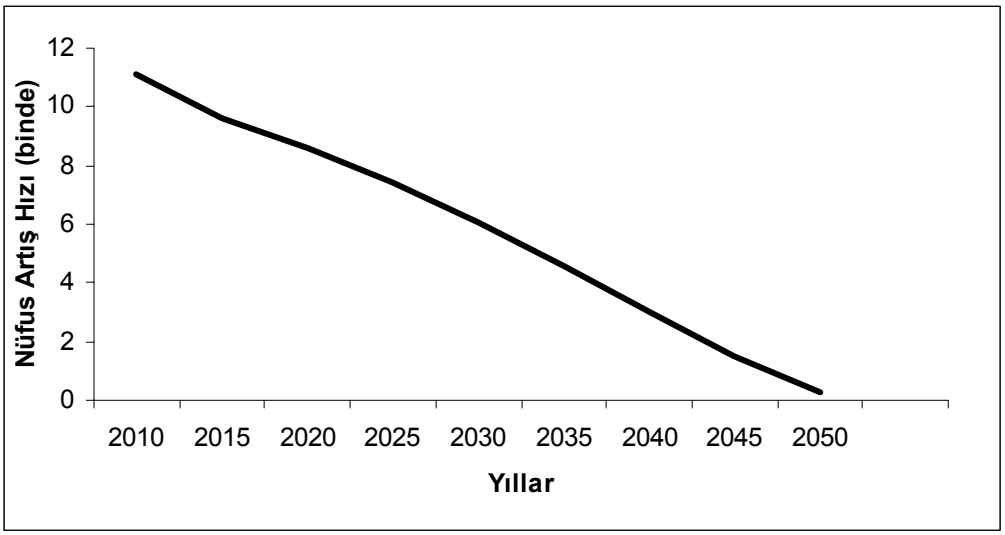
Tablo 1.4 ve şekil 1.6'da 2010-2050 yılları nüfus artış hızı tahminleri verilmiştir.

Tablo 1.4: 2010- 2050 Yılları Nüfus Artış Hızı Tahminleri

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Nüfus artış hızı (‰)	11,1	9,6	8,6	7,4	6,1	4,6	3,0	1,5	0,3

Kaynak :Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr), 2007

Tablo 1.4 ve Şekil 1.6'a göre 2010 ve 2050 yılları için yapılan nüfus artış hızı tahminleri verilmektedir. Buna göre 2010 yılında binde 11.1 olan nüfus artış hızı 2050 yılı için binde 0.3 olarak tahmin edilmektedir.



Şekil 1.6: Yıllara Göre (2010- 2050) Nüfus Artış Hızı Tahminleri (‰)

Kaynak : Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr), 2007

1.3.3. Göç

DSÖ kaynaklarına göre yaklaşık 175 milyon insan veya dünya nüfusunun %2,9'u kendi ülkelerinin dışında kalıcı veya geçici olarak yaşamaktadır (9).

Ulusal sınırlar içerisinde gerçekleşen göçlere iç göçler, ulusal sınırların dışına taşan göçlere ise dış göçler denilmektedir. Göç, ulusal sınırlar içerisinde olabileceği gibi ulusal sınırların ötesine, hatta kıtalar ötesine de taşabilmektedir. Türkiye'de az gelişmiş bölgelerden iş olanaklarının daha geniş olduğu sanayi ve ticaret merkezleriyle iklim koşullarının daha elverişli olduğu turizm merkezlerine doğru yoğun bir gönüllü iç göçün yaşandığı görülmektedir. Yaşanılan bölgenin doğal koşulları, sel baskını, deprem, yerleşim yerinin baraj altında kalması ve terör zorunlu göçe yol açabilmektedir (10). Cumhuriyetin ilk yıllarındaki göç hareketleri ulusal kimlik arayışı çercevesinde ve dolayısıyla devletin yönlendirmesi ile oluşan göçler ve kalkınma, modernleşme modelleri çercevesinde değerlendirilebilecek göçlerdir (11). Türkiye'de 1950'li yıllardan itibaren sürekli, bazı dönemlerde artış gösteren, iç göç olgusu yaşanmaktadır. Genellikle kırsal alanlardan kentsel alanlara ve özellikle de ülkemizin az gelişmiş yörelerinden gelişmiş bölgelerine doğru nüfus hareketliliği söz konusudur. Bu göçlerin önemli bir bölümü sosyal ve ekonomik nedenler sonucu gerçekleşmektedir (12).

1990 Genel Nüfus Sayımı'na göre il ve ilçe merkezlerinin toplam nüfus içindeki oranı % 59.21, köy nüfusunun toplam nüfus içindeki oranı ise % 40.79'dur. 1997 Genel Nüfus Tespiti'ne göre ise il ve ilçe merkezlerinin toplam nüfus içindeki oranı % 65.03, köy nüfusunun toplam nüfus içindeki oranı ise % 34.97'dir. İki ayrı nüfus sayımı sonuçları karşılaştırıldığında Türkiye'de iç göç hareketlerinin devam ettiğini söylemek mümkündür (10).

Ülkemizdeki nüfus hareketleri bölgeler temelinde ele alındığında sürekli göç veren ve sürekli göç alan bölgeler ayrımı söz konusu olabilmektedir. Sürekli göç veren bölgeler Doğu, Güneydoğu ve Karadeniz Bölgeleri, sürekli göç alan bölgeler ise İstanbul ve Kocaeli gibi sanayi merkezlerini, Muğla ve Antalya gibi yumuşak iklimli kentleri içine alan Akdeniz, Marmara ve Batı Anadolu bölgeleridir (10).

Tablo 1.5'de 1980-2000 yılları için yerleşim yerleri ve iller arasında göç eden nüfus yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 1.5: 1980-2000 Yılları İçin Yerleşim Yerleri ve İller Arasında Göç Eden Nüfus

Sayım yılı	Daimi ikametgah nüfusu(1)	Dönem	Yerleşim yerleri arasında göç eden nüfus		İller arası göç eden nüfus	
			Sayı(2)	%	Sayı(2)	%
1980	38 395 730	1975-1980	3 584 421(3)	9,34	2 700 977	7,03
1985	44 078 033	1980-1985	3 819 910(3)	8,67	2 885 873	6,55
1990	49 986 117	1985-1990	5 402 690(3)	10,81	4 065 173	8,13
2000	60 752 995	1990-2000	6 692 263	11,02	4 788 193	7,88

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr), 2007

1) Daimi ikametgah nüfusu içinde yurt dışından gelen göç kapsanmamıştır.

2) Aynı ilçeye bağlı köyler arasındaki göç kapsanmamıştır

3) Aynı ile bağlı ilçe merkezleri ve köyler arasındaki göç kapsanmamıştır. 1995-2000 döneminde; aynı ile bağlı ilçeler arasında göç eden toplam nüfus 125 896, aynı ile bağlı köyler arasında göç eden toplam nüfus 99 823'tür.

Tablo 1.5'de görüldüğü üzere yıllar içinde özellikle yerleşim yerleri arasında göç eden nüfus oranlarında belirgin bir artış görülmektedir**.**

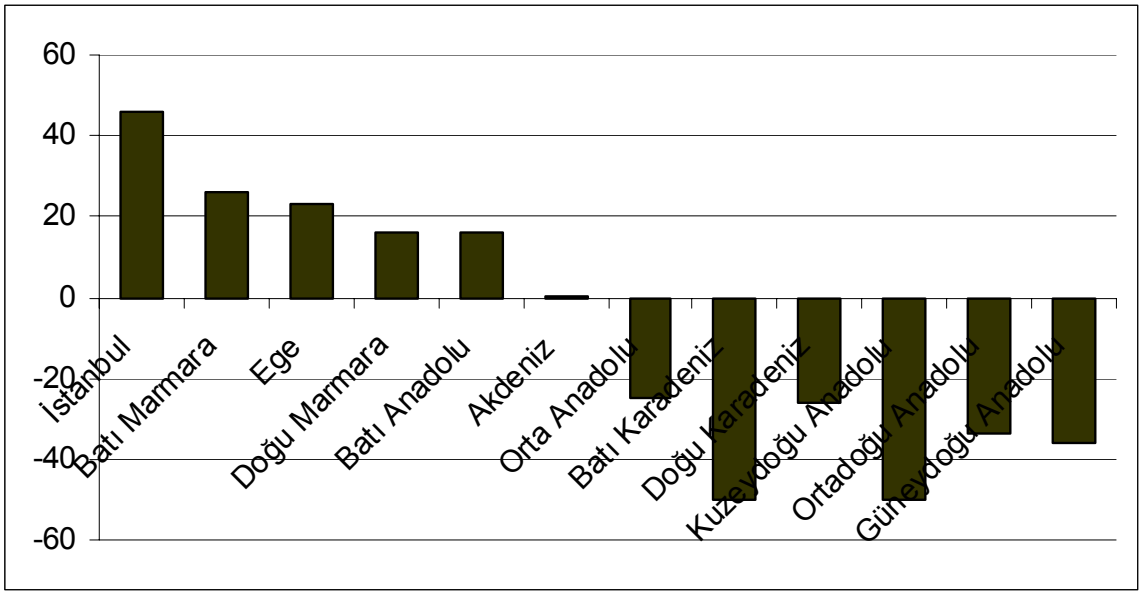
Tablo 1.6'da NUTS Bölge Sistemi'ne göre net göç ve net göç hızları verilmektedir.

Tablo 1.6: NUTS-İstatistiki Bölgelerinin Net Göç ve Net Göç Hızı

Bölge (Düzey 1)	İkametgah nüfusu- 2000	Net göç	Net göç hızı ‰
Toplam- Total	**60 752 995**	**0**	**0,0**
İstanbul	9 044 859	407 448	46,1
Batı Marmara	2 629 917	67 794	26,1
Ege	8 121 705	184 003	22,9
Doğu Marmara	5 201 135	81 828	15,9
Batı Anadolu	5 775 357	90 900	15,9
Akdeniz	7 726 685	2 728	0,4
Orta Anadolu	3 770 845	- 95 005	-24,9
Batı Karadeniz	4 496 766	- 231 791	-50,3
Doğu Karadeniz	2 866 236	- 75 820	-26,1
Kuzeydoğu Anadolu	2 202 957	- 112 607	-49,8
Ortadoğu Anadolu	3 228 793	- 109 588	-33,4
Güneydoğu Anadolu	5 687 740	- 209 890	-36,2

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr), 2007
*Bölge içindeki illerin birbirleri arasındaki göç kapsanmamıştır.

Tablo 1.6'da görüldüğü üzere NUTS bölgelerine göre net göç hızları karşılaştırıldığında İstanbul bölgesinin en yüksek göç hızına (‰ 46,1), Batı Karadeniz (‰ 50,3) ve Kuzeydoğu Anadolu (‰ 49,8) bölgelerinin ise en düşük net göç hızına sahip olduğunu görebiliriz.



Şekil 1.7: NUTS 1 Bölgelerine Göre Net Göç Hızı ‰ (2000)

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr), 2007

Yaşam boyu göç yaklaşımı ile bakıldığında hane halkı nüfusunun yaklaşık yarısının (% 48,9) doğduğu yerleşim yeri dışındaki başka bir yerleşim yerinde yaşadığı görülmektedir. Türkiye Nüfusu'nun yaklaşık yarısı yaşamı boyunca en az bir kez göç etmektedir. Toplam nüfus için hesaplanan ortalama göç sayısı 1,2 dir. Yaşamı boyunca en az bir kez göç etmiş nüfus da ortalama olarak 1,9 kez göç etmiştir. Göç nedenlerine cinsiyete göre bakıldığında, kadın nüfusun daha çok ailevi ve bireysel nedenlerle, erkeklerin ise ailevi ve ekonomik nedenler ile göç ettiği görülmektedir. Göç dönemlerine göre bakıldığında ise, 1980 öncesindeki dönemlerde özellikle erkek nüfus için temel göç nedeni olan ekonomik nedenlerle yapılan göçlerin payının zaman içinde azaldığı, bunun yerini büyük ölçüde ailevi ve bireysel nedenlerle yapılan göçlerin aldığı gözlenmektedir. Türkiye'de 18-69 yaş grubunda olan nüfusun yaklaşık %11'inin gelecekteki bir zamanda göç eğilimi içinde olduğunu göstermektedir (12).

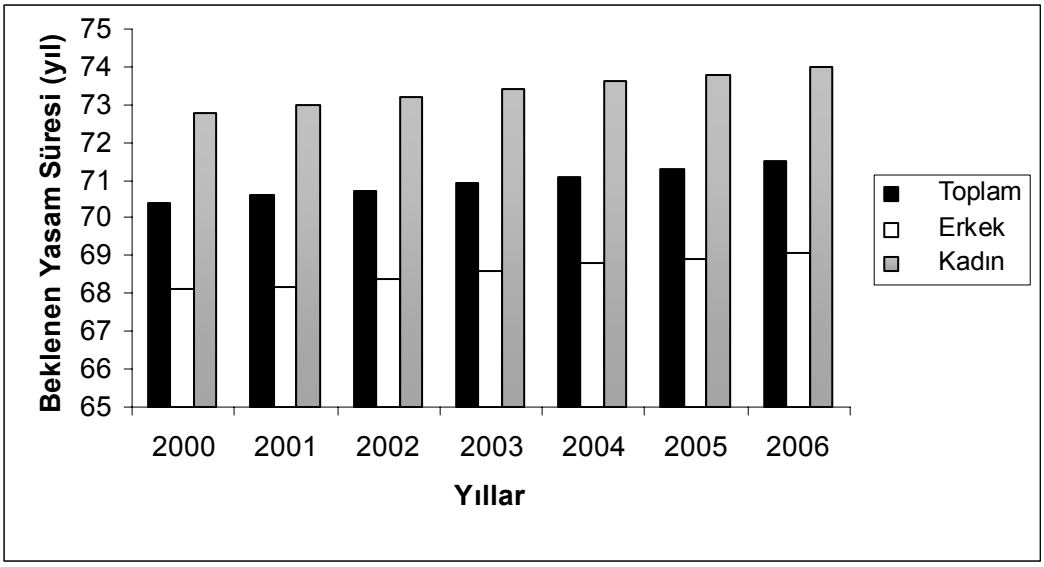
BÖLÜM 2
SAĞLIK DURUMU

Uzm. Dr. Nazan YARDIM, Uzm. Dr. Serap ÇETİN ÇOBAN, Dyt. Ceyhan VARDAR

2.1. BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ

Türkiye'de ortalama yaşam süresi giderek artmaktadır. Türkiye nüfusunun yüzde 7'si 65 ve üzeri yaşlardadır. Kentsel alanlarda yüzde 6 olan yaşlı nüfus oranı, kırsal alanlarda yüzde 9'dur. Yaşlı nüfusa ilişkin bu oranlar Türkiye'nin demografik tarihindeki en yüksek yaşlı nüfus oranlarıdır. Yaşlı nüfusdaki artışın iki sebebi olabilir: Doğurganlığın hızla azalması ve tüm yaş gruplarındaki yaşam beklentisinin artması (2).

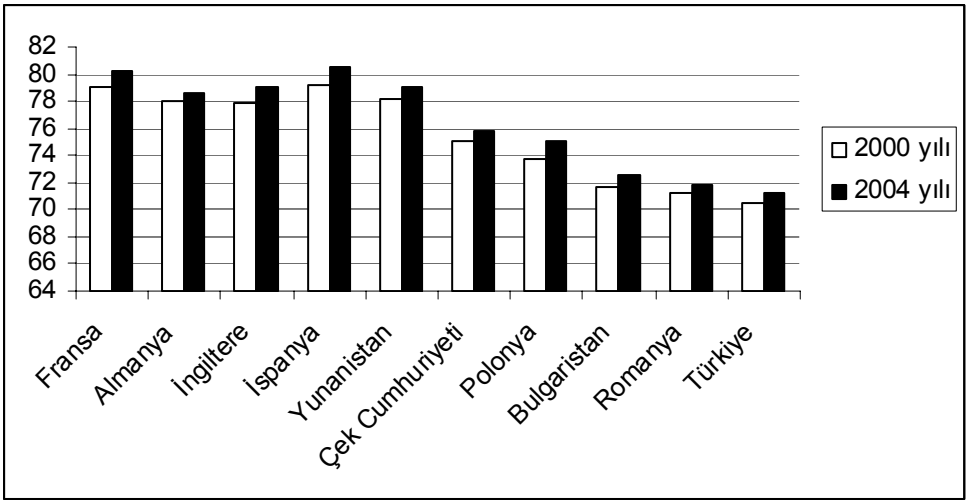
Şekil 2.1'de belirtildiği gibi 2000 yılı için doğuşta beklenen yaşam süresi toplamda 70,4 yıl; 2001 yılı için 70,6; 2002 yılı için 70,7; 2003 yılı için 70,9; 2004 yılı için 71,1; 2005 yılı için 71,3 ve 2006 yılı için erkeklerde 69,1 kadınlarda 74,0, toplamda 71,5 yıldır.



Şekil 2.1: 2000-2006 Yılları İçin Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr), 2007

Şekil 2.2'de doğuşta beklenen yaşam sürelerinin Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ile karşılaştırması verilmektedir.

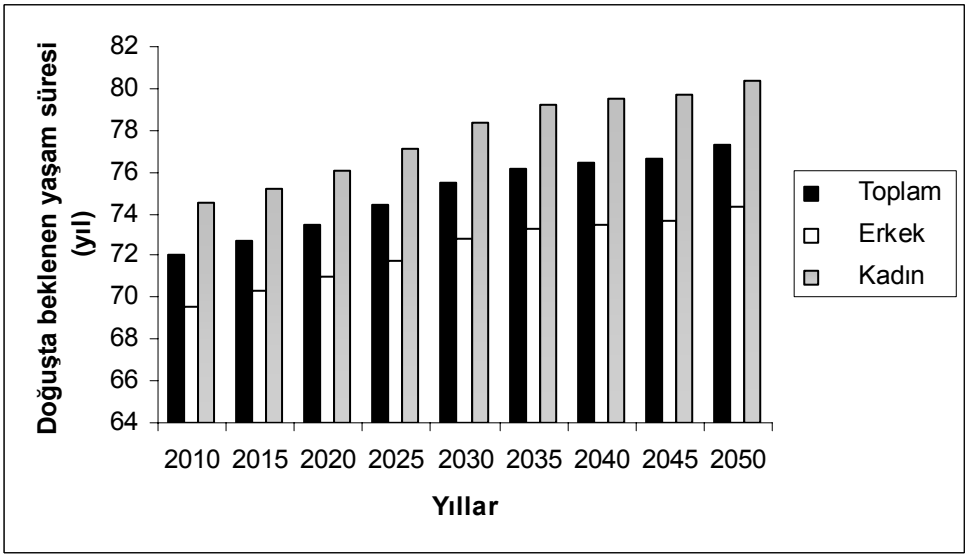


Şekil 2.2: Ülkelere Göre Doğuşta Beklenen Yaşam Süreleri (2000-2004)

Kaynak: OECD Health Data 2006

2004 yılı için Fransa'da 80,3; Almanya'da 78,6; İngiltere'de 78,5; İspanya'da 80,5 iken Türkiye'de 71,2'dir. Doğuşta beklenen yaşam süreleri açısından Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırıldığında şekil 2.2'de görüldüğü gibi Türkiye AB ülkelerinin gerisindedir.

Şekil 2.3'de 2010-2050 yılları için Türkiye'de Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi tahminleri verilmektedir. 2010-2050 yılları için doğuşta beklenen yaşam süresi tahminlerine bakıldığında şekilde gösterildiği gibi 2010 yılı için toplamda 72.0; 2015 yılı için 72.7; 2020 yılı için 73.5, 2025 yılı için 74.4; 2030 yılı için 75.5; 2040 yılı için 76.4; 2045 yılı için 76.6; 2050 yılı içinse 77.3 yıl olarak bulunmuştur.



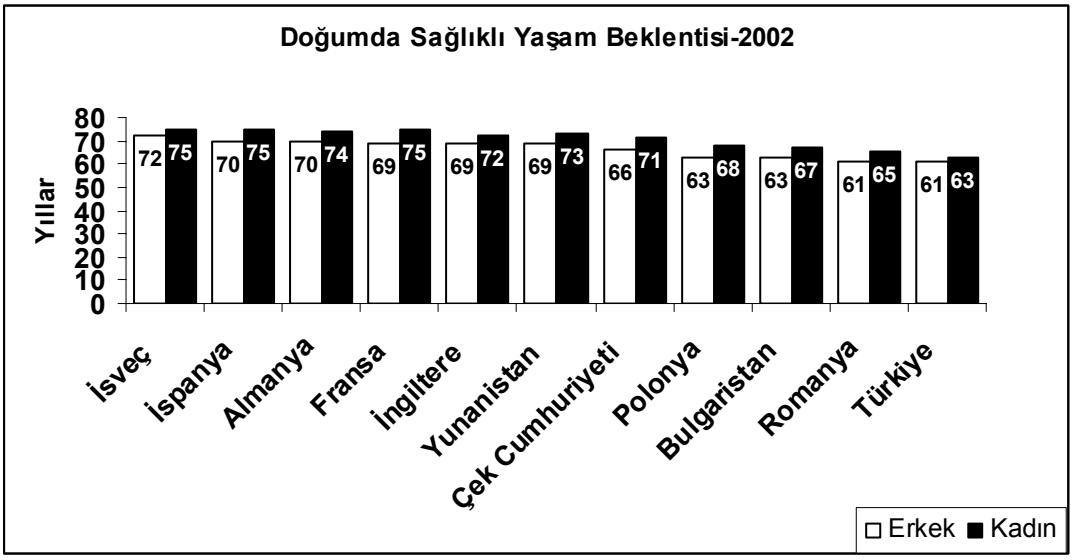
Şekil 2.3: Türkiye'de Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi "2010-2050 Yılları İçin Tahminler"

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr), 2007

2.2. SAĞLIĞA AYARLANMIŞ YAŞAM BEKLENTİSİ (HALE)

Sağlığa Ayarlanmış Yaşam Beklentisi (SAYB - HALE Health Adjusted Life Expectancy) herhangi bir hastalık veya yaralanma nedeniyle tam sağlıklı olarak yaşayamadığı yılları dikkate alarak bir kişinin tam sağlıklı bir şekilde yaşaması beklenilen ortalama yıl sayısıdır. Mortaliteye neden olmayıp morbitideye neden olan önemli hastalıkların ortaya çıkışını, süresini ve şiddetini azaltmak ve bunların insan hayatı üzerindeki etkilerini azaltmak için önemli kaynaklar harcanmaktadır (13,14).

SAYB hesaplamaları ülkeler için sağlık alanında önemlidir. Şekil 2.4'de Avrupa Birliği ülkelerinin doğumda sağlıklı yaşam beklentisi verilmiştir.



Şekil 2.4: Avrupa Birliği Ülkelerinin Doğumda Sağlıklı Yaşam Beklentisi-2002
Kaynak : Dünya Sağlık Örgütü WHOSTAT 2006

Şekil 2.4'de belirtildiği üzere SAYB İsveç'de erkeklerde 72, kadınlarda 75 yıl ile en yüksek seviyededir ayrıca İspanya, Almanya, Fransa ve İngiltere gibi ülkelerde 70 yıl civarı ve üzerindedir. Türkiye'de ise erkeklerde 61, kadınlarda 63 yıl civarındadır.

2.3. BEBEKLİK VE ÇOCUK DÖNEMİ MORBİDİTE VE MORTALİTE

2.3.1. Bebek Ölüm Hızı

Türkiye son birkaç yıllık dönemde bebek ölüm hızlarını (BÖH) azaltma konusunda önemli başarılara ulaşmış olup, BÖH 1970'li yıllarda 1000 canlı doğumda 150'den, 1998 yılında 1000 canlı doğumda 40'a ve 2003 yılında 1000 canlı doğumda 29'a düşmüştür (2). BÖH'deki azalma 1990'lı yıllarda daha aşamalı hale gelmiştir. Buna rağmen Türkiye'deki bebek ölüm hızı Avrupa Birliği ortalaması (1000 canlı doğumda 8) ile karşılaştırıldığında önemli ölçüde yüksektir (15).

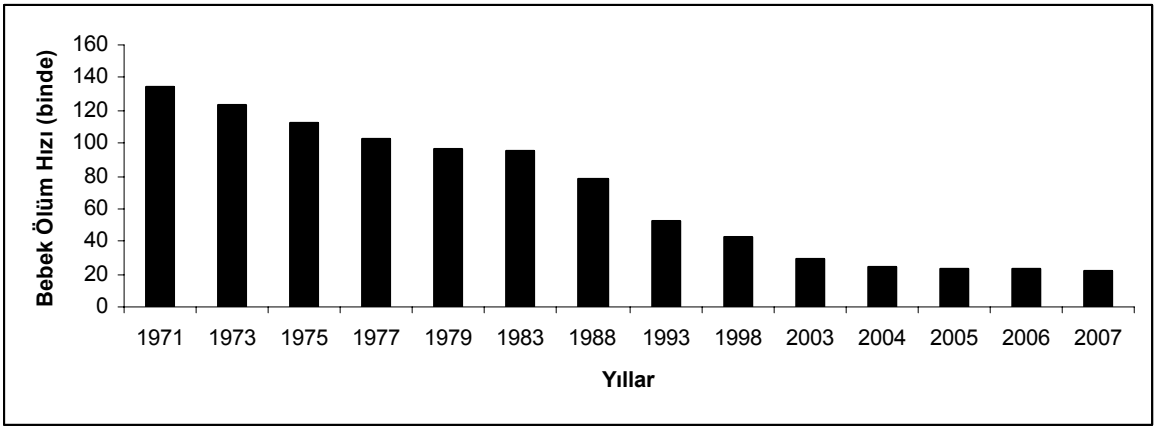
Tablo 2.1 ve Şekil 2.5'de Türkiye'de 1971-2007 yıllarındaki bebek ölüm hızları verilmiştir.

Tablo 2.1: Türkiye'de 1971-2007 Yıllarında Bebek Ölüm Hızları

Yıllar	Bebek ölüm hızı (binde)	Yıllar	Bebek ölüm hızı (binde)
1971*	134	1993	52,6
1973*	123	1998	42,7
1975*	112	2003	29
1977*	102	2004	24,6
1979*	96	2005	23,6
1983	95,31	2006	22,6
1988	77,72	2007	21,7

Kaynak: * Trends in Fertility and Mortality in Turkey US-NRC Yayını ve DPT Beş Yılık Kalkınma Plan Tahminleri
1983 Turkısh Population and Health Survey 1979-1982 period hesaplamasıdır.
1988 Turkısh Population and Health Survey
1993, 1998, 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
2004, 2005, 2006, 2007 Türkiye İstatistik Kurumu Tahminleri

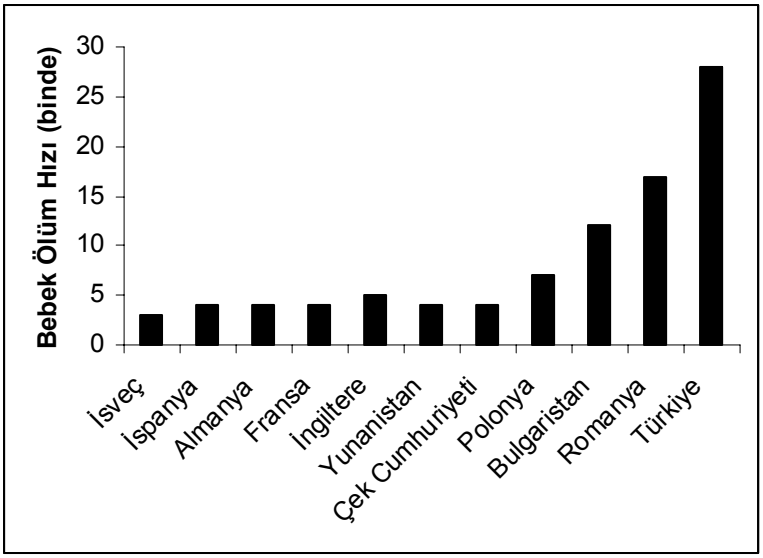
Tablo 2.1 ve şekil 2.5'de görüldüğü üzere 1971 yılında binde 134 ,1988 yılında binde 77.72, 1993 yılında 52.6; 1998 yılında 42.7 olan hız 2003 yılında binde 29; 2004 yılında binde 24.6; 2005 yılında binde 23.6; 2006 yılında binde 22.6; 2007 yılında ise binde 21.7 olarak bulunmuştur.



Şekil 2.5: 1970-2007 Yılları İçin Bebek Ölüm Hızları

Kaynak: * Trends in Fertility and Mortality in Turkey US-NRC Yayını ve DPT Beş Yılık Kalkınma Plan Tahminleri
1983 Turkısh Population and Health Survey 1979-1982 period hesaplamasıdır.
1988 Turkısh Population and Health Survey
1993, 1998, 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
2004, 2005, 2006, 2007 Türkiye İstatistik Kurumu Tahminleri

Şekil 2.6'da Avrupa ülkeleri bebek ölüm hizlari (binde) verilmiştir. AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında bebek ölüm hızlarımız oldukça yüksektir. İsveç'de binde 3, İspanya, Almanya, Fransa, Çek Cumhuriyeti ve Yunanistan'da binde 4, İngiltere'de binde 5, Polonya' da binde 7, Bulgaristan'da binde 12, Romanya'da binde 17, Türkiye'de ise binde 28 olarak bulunmuştur.



Şekil 2.6: Avrupa Ülkeleri Bebek Ölüm Hizlari (binde), 2004

Kaynak: WHOSTAT 2006 (http://www.who.int/whosis/whostat2006_mortality.xls)

Şekil 2.7'de 2010- 2050 yılları için bebek ölüm hızı tahminleri verilmiştir. Buna göre 2010 yılında binde 20.0; 2015 yılında binde 17.2; 2020 yılında binde 14.7; 2025 yılında binde 12.2 ; 2030 yılında binde 9.7; 2035 yılında binde 8.2 ; 2040 yılında binde 7.8; 2045 yılında binde 7.3; 2050 yılında binde 6.5 olarak tahmin edilmektedir. Buna göre 2050 yılına gelindiğinde bile AB ülkeleri düzeyine halen gelinememiş olmaktadır.

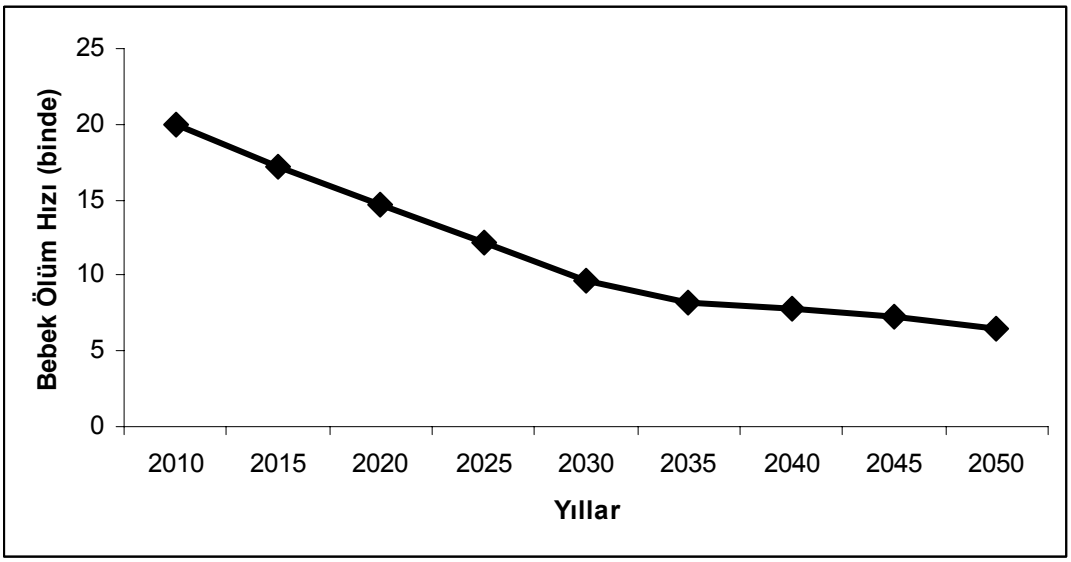
Tablo 2.2'de 2010- 2050 yılları için bebek ölüm hızı tahminleri sunulmaktadır.

Tablo 2.2: 2010- 2050 Yılları İçin Türkiye'de Bebek Ölüm Hızı Tahminleri

Bebek Ölüm Hızı (‰)	**2010**	**2015**	**2020**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**	**2045**	**2050**
Toplam	20,0	17,2	14,7	12,2	9,7	8,2	7,8	7,3	6,5

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr), 2007

2010 için BÖH binde 20, 2020 için 14.7; 2030 yılı için 8.2; 2040 yılı için 7.8 ve 2050 yılı için 6.5 olarak tahmin edilmektedir.



Şekil 2.7: 2010- 2050 Yılları İçin Türkiye Bebek Ölüm Hızı Tahminleri (binde)

Kaynak : Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr), 2007

2.3.1.1 Beş Yaş Altı Ölüm Hızları

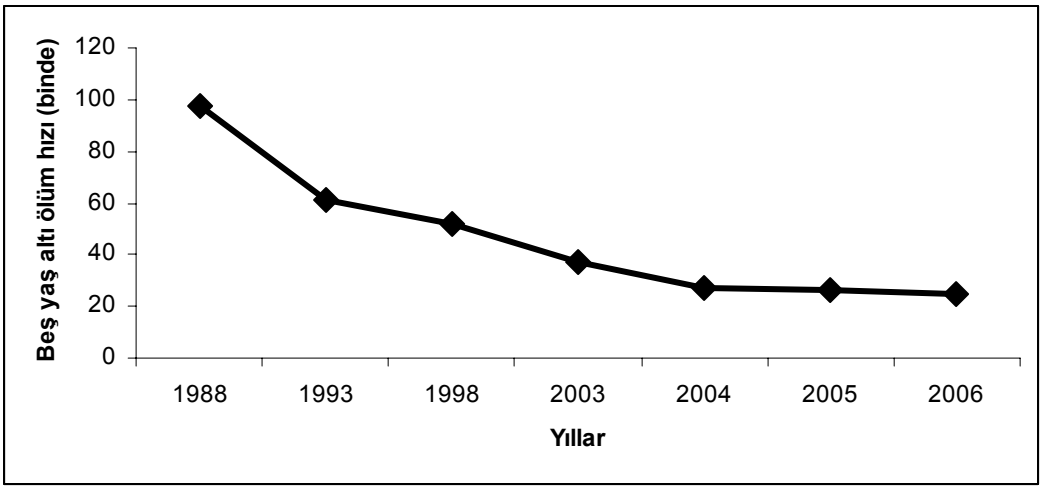
Günümüzde çocuk sağlığı ve hizmetlerine ilişkin önemli göstergelerin başında yer alan beş yaş altı ölüm hızı 1988 yılında binde 97,4 iken 2006 yılı tahminlerine göre binde 25,14 olarak bulunmuştur.

Tablo 2.3 ve şekil 2.8'de 1988-2006 yıllarına ait beş yaş altı ölüm hızları verilmiştir.

Tablo 2.3: 1988-2006 Yılları İçin Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (binde)

Yıllar	Beş yaş altı ölüm hızı (binde)
1988*	97,4
1993*	60,9
1998*	52,1
2003*	37
2004**	27,42
2005**	26,25
2006**	25,14

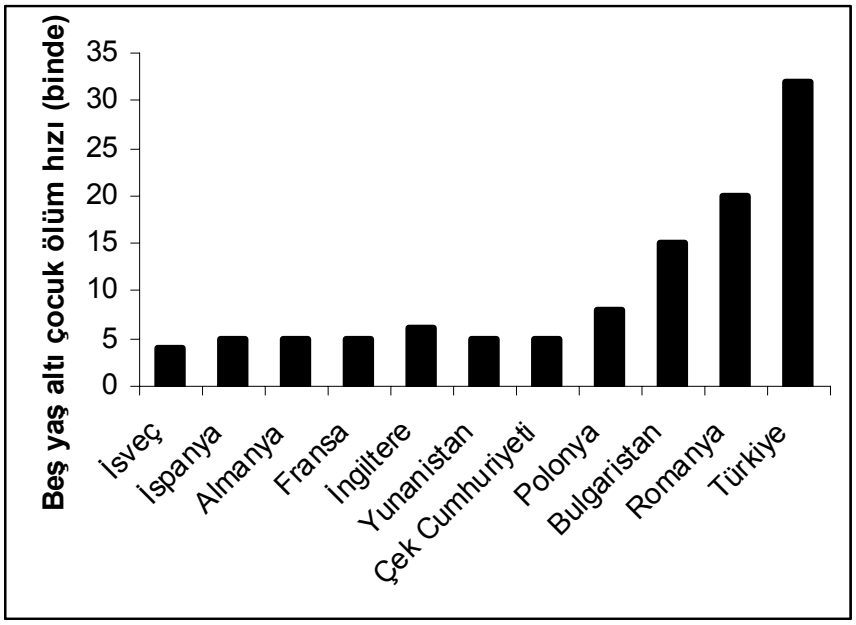
Kaynak: *Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları,
**Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr) , 2007



Şekil 2.8: 1988-2006 Yılları İçin Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (binde)

Kaynak: 1988,1993,1998,2003 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları
2003, 2004,2005,2006 Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr)

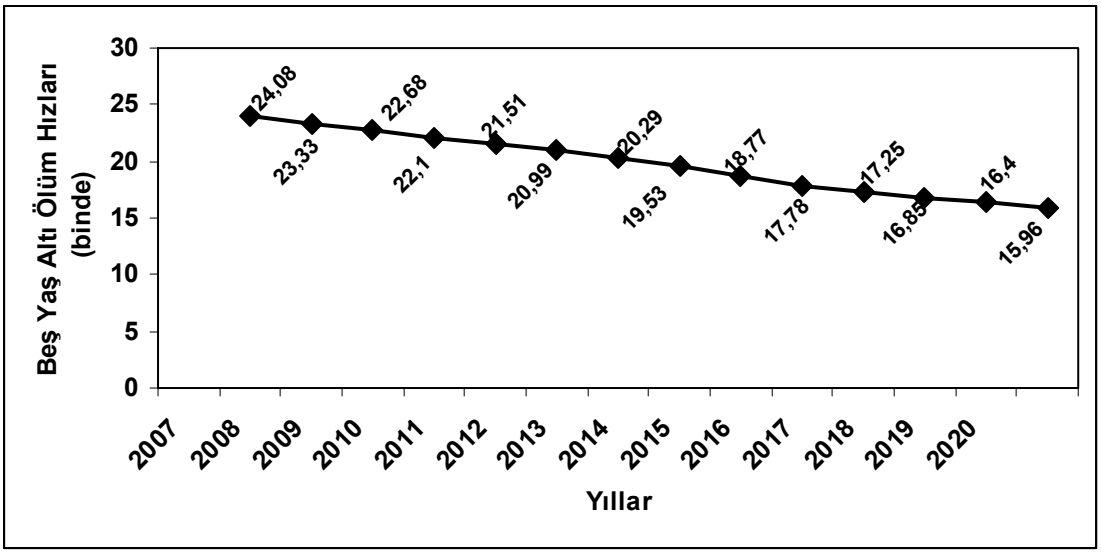
Şekil 2.9'da AB ülkeleri arasındaki beş yaş altı ölüm hızları karşılaştırılmıştır. İsveç, Fransa, Yunanistan, Almanya ve Çek Cumhuriyeti'nde beş yaş altı çocuk ölüm hızı binde 5 ; Bulgaristan'da binde 15; Romanya'da binde 20'dir. Türkiye'de ise binde 27 tahmin edilmektedir ve bu oran AB ülkelerine göre yüksektir.



Şekil 2.9: AB Ülkelerinde Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızları (2004)

Kaynak: WHOSTAT 2006 http://www.who.int/whosis/whostat2006_mortality.xls ve Türkiye İstatistik Kurumu 2004 verisi

Şekil 2.10'da 2020 yılına kadar 5 yaş altı ölüm hizi projeksiyonlari verilmişir. 2020 yılına gelindiğinde bile AB ülkeleri düzeyine ulaşılamamış görünmektedir.



Şekil 2.10: Beş Yaş Altı Ölüm Hızı Projeksiyonları

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr), 2007

2.3.2. Ölüm Nedenleri (0-14 Yaş)

Çocukluk çağı ölüm nedenlerine bakıldığında ülkemizde halen önlenebilir ölüm nedenleri olan perinatal ölümler, alt solunum yolu enfeksiyonları, konjenital anomaliler, ishal ve menenjitler ilk beş sırada yer almaktadır (14).

Tablo 2.4'de Türkiye de ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalığın 0-14 yaş grubunda cinsiyete göre dağılımı verilmektedir.

Tablo 2.4: Türkiye Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 20 Hastalığın 0-14 Yaş Grubunda Cinsiyete Göre % Dağılımı

	Toplam	**%**	**Erkekler**	**%**	**Kadınlar**	**%**
1	Perinatal Nedenler	37,6	Perinatal Nedenler	37,2	Perinatal Nedenler	38,1
2	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	14,0	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	13,7	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	14,4
3	Konjenital Anomaliler	10,3	Konjenital Anomaliler	10,7	Konjenital Anomaliler	10,0
4	İshalle Seyreden Hastalıklar	8,4	İshalle Seyreden Hastalıklar	8,3	İshalle Seyreden Hastalıklar	8,6
5	Menenjitler	2,7	Trafik Kazaları	2,7	Menenjitler	2,7
6	Trafik Kazaları	2,5	Menenjitler	2,7	Kızamık	2,5
7	Kızamık	2,2	Kızamık	1,9	Trafik Kazaları	2,2
8	Tüberkuloz	1,4	Tüberkuloz	1,5	Üst Solunum Yolu Enf.	1,4
9	Üst Solunum Yolu Enf.	1,2	Lösemi	1,3	Protein Enerji Malnütrisyonu	1,3
10	Protein Enerji Malnütrisyonu	1,2	Üst Solunum Yolu Enf.	1,1	Tüberkuloz	1,2
11	Lösemi	1,2	Protein Enerji Malnütrisyonu	1,1	Lösemi	1,1
12	Serebrovasküler Hastalıklar	0,9	Serebrovasküler Hastalıklar	1,0	Kişinin kendini yaralaması	1,0
13	Kişinin Kendini Yaralaması	0,7	Lenfoma ve Multiple Myeloma	0,6	Serebrovasküler Hastalıklar	0,8
14	Lenfoma ve Multiple Myeloma	0,5	Kişinin Kendini Yaralaması	0,5	Lenfoma ve Multiple Myeloma	0,5
15	Demir Eksikliği Anemisi	0,4	Boğulmalar	0,4	Yanıklar	0,3
16	Hepatit B	0,3	Demir Eksikliği Anemisi	0,4	Hepatit B	0,3
17	Boğulmalar	0,3	Düşmeler	0,3	Zehirlenmeler	0,3
18	Düşmeler	0,3	Hepatit B	0,3	Demir Eksikliği Anemisi	0,3
19	Yanıklar	0,3	Yanıklar	0,2	Epilepsi	0,3
20	Zehirlenmeler	0,2	Astım	0,2	Düşmeler	0,3

Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalişmasi, 2003

Tablo 2.4'de belirtildiği üzere her iki cinsiyette ve toplamda ölüm nedenleri sıralamasında perinatal nedenler birinci sırada bulunmaktadır (toplamda %37.6, erkeklerde %37.2, kadınlarda %38.1). İkinci sırada toplamda %14, erkek ve kadınlarda sırasıyla %13.7, %14.4 ile alt solunum yolu hastalıkları yer almaktadır. Üçüncü ölüm nedeni ise her iki cinsiyette ve toplamda konjenital anomaliler (toplamda %10.3, erkeklerde %10.7, kadınlarda %10.0), dördüncü sırada ishalle seyreden hastalıklar bulunmaktadır. Beşinci sırada toplamda menenjitler %2.7'lik, erkeklerde trafik kazaları %2.7'lik ve kadınlarda menenjitler %2.7'lik yüzde ile yer almaktadır.

2.3.3. Hastalık Yükü (DALY) Dağılımları

DALY (=Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı) toplum sağlığının ölçüm özetini, örneğin mortalite ve ölümcül olmayan sağlık çıktılarını tek bir sayı ile temsil edilmesi için birleştiren bir ölçüttür.

DALY, bir kişinin erken ölmesi nedeni ile kaybetmiş olduğu yıllar ile herhangi bir rahatsızlığı nedeni ile sakat olarak sürdürdüğü yaşam yıllarının birlikte ifade edildiği bir ölçüttür. DALY hem maliyet hem de sağlık etkilerinin beraberce kullanıldığı bir ölçüt olduğundan farklı sağlık müdahaleleri sonucu ilave sağlıklı bir yaşam yılı üretebilmek için gerekli maliyetlerin karşılaştırılmasına da yardımcı olmaktadır (14).

DALY kavramı, çeşitli hastalıkların neden olduğu prematür ölümler ile ölümle sonuçlanmayan, ancak uzun dönemli sakatlık ve işlev kaybına neden olan hastalık durumlarının yol açtığı hastalık yükünün, tek bir ölçüt ile değerlendirilebilmesini amaçlamaktadır (14).

Tablo 2.5'de Türkiye'de ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 10 hastalığın 0-14 yaş grubunda cinsiyete göre % dağılımı verilmektedir.

Tablo 2.5: Türkiye Ulusal Düzeyde DALY'e Neden Olan İlk 10 Hastalığın 0-14 Yaş Grubunda Cinsiyete Göre % Dağılımı

	Toplam	**%**	**Erkekler**	**%**	**Kadınlar**	**%**
1	Perinatal Nedenler	27,6	Perinatal Nedenler	27,4	Perinatal Nedenler	27,9
2	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	10,5	Konjenital Anomaliler	10,6	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	10,7
3	Konjenital Anomaliler	10,3	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	10,3	Konjenital Anomaliler	10,0
4	İshalle Seyreden Hastalıklar	6,5	İshalle Seyreden Hastalıklar	6,4	İshalle Seyreden Hastalıklar	6,6
5	Trafik Kazaları	2,4	Trafik Kazaları	2,5	Trafik Kazaları	2,2
6	Menenjitler	2,1	Menenjitler	2,1	Menenjitler	2,1
7	Migren	1,7	Protein Enerji Malnütrisyonu	1,5	Migren	2,1
8	Kızamık	1,6	Astım	1,4	Kızamık	1,9
9	Protein Enerji Malnütrisyonu	1,6	Kızamık	1,4	Astım	1,8
10	Astım	1,6	Migren	1,3	Protein Enerji Malnütrisyonu	1,7

Kaynak: UHY-ME Çalişmasi Hastalık Yükü Final Raporu, 2003

Tablo 2.5'de 0-14 yaş grubunda toplam DALY' ler içinde en önemli yüzdeyi %27,6 lık bir yüzde ile perinatal nedenlerin aldığı görülmektedir. Bu oran erkek çocuklarda %27,4 kız çocuklarında ise %27,9'dur. İkinci sırayı alt solunum yolu enfeksiyonlarının (%10,5) oluşturduğu görülmektedir. Bu yaş grubunda konjenital anomalilerin %10,3 ile üçüncü sırayı, ishalle seyreden hastalıkların %6,5 ile toplamda dördüncü sırayı aldığı görülmektedir.

Tablo 2.6'da ve Şekil 2.11'de ulusal düzeyde DALY değerlerinin hastalık gruplarına, yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı verilmiştir. (DALY/1000 Kişi)

Tablo 2.6: Türkiye Ulusal Düzeyde DALY Değerlerinin Hastalık Gruplarına,Yaşa ve Cinsiyete Göre Dağılımı (DALY/1000 Kişi)

Hastalık Grupları	**0-4**	**5-14**	**15-29**	**30-44**	**45-59**	**60-69**	**70-79**	**80 ve üzeri**
Erkekler								
I.Grup	255,0	12,6	11,9	10,0	11,1	13,8	15,1	19,7
II.Grup	91,7	24,7	69,1	101,1	191,8	319,3	402,0	428,1
III.Grup	20,6	19,6	39,4	20,1	13,7	11,8	6,8	8,8
Kadınlar								
I.Grup	248,4	15,4	31,7	21,6	18,6	28,6	18,8	21,9
II.Grup	85,5	24,2	66,6	92,9	161,3	252,6	367,2	411,6
III.Grup	15,0	11,5	11,5	8,1	7,2	6,0	3,4	4,6
Toplam								
Erkekler	367,3	56,9	120,3	131,2	216,6	344,9	423,9	456,6
Kadınlar	348,9	51,1	109,8	122,5	187,1	287,2	389,4	438,1

Kaynak: UHY-ME Çalişmasi Hastalık Yükü Final Raporu, 2003

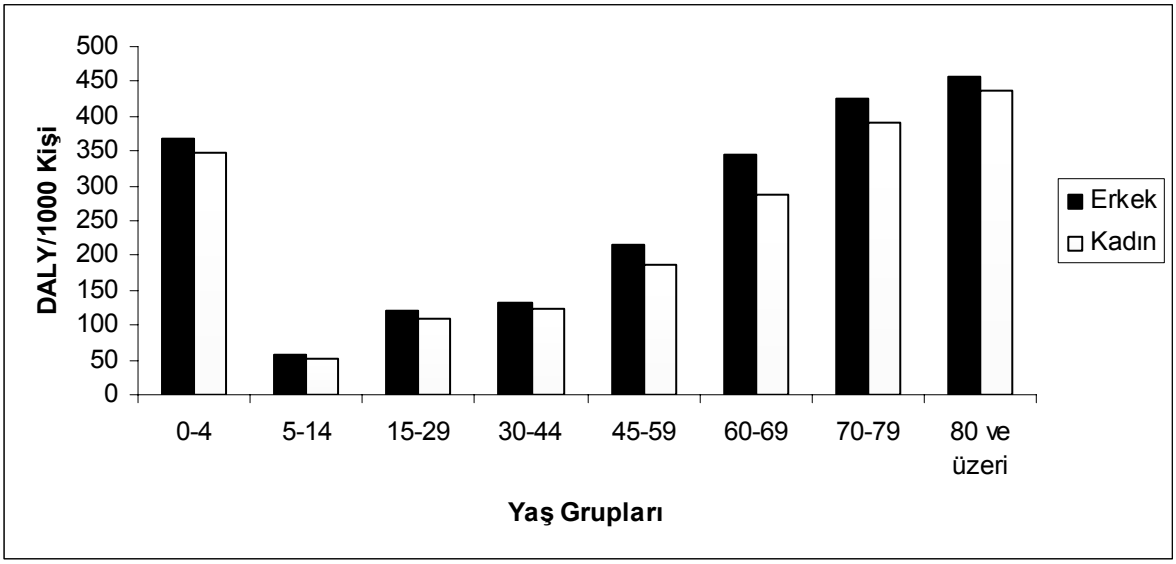
NOT: Grup I: Bulaşıcı Hastalıklar, Maternal ve Perinatal Nedenler ve Beslenme Yetersizliğine Bağlı Ortaya Çıkan Hastalıklar

Grup II: Bulaşıcı olmayan hastalıklar; Kalp Damar Sistemi Hastalıkları, Solunum Sistemi Hastalıkları, Sindirim Sistemi Hastalıkları, Endokrin, Nutrisyonel ve Metabolik Hastalıklar, Duyu Organ Bozuklukları, Genitoüriner Sistem Hastalıkları, Malign Neoplazmalar, Kas, İskelet Sistemi ve Nörolojik Bozukluklar, Nöropsikiatrik Bozukluklar ve Ağız ve Diş Sağlığı Bozuklukları

Grup III: İstemli ve İstemsiz Yaralanmalar

0-4 yaş grubu erkeklerde hastalık yükü, 367,3 DALY/1000 kişi, bu yaş grubu kız çocuklarında toplam hastalık yükü 348,9 DALY/1000 kişi olarak saptanırken 5-14 yaş grubunda erkeklerde hastalık yükü 56,9 DALY/1000, kız çocuklarında 51,1 DALY/1000 olarak saptanmıştır. 15-29 yaş grubunda bu değerler sırasıyla 120,3 DALY/1000 kişi ve 109,8 DALY/1000 kişiye inerken, 60-69 yaş grubunda bu değerler tekrar yükselmekte ve erkeklerde saptanan hastalık yükü 344,9 DALY/1000 kişi, kadınlarda saptanan hastalık yükü ise 287,2

DALY/1000 kişi olarak hesaplanmıştır. 70-79 yaş grubunda oluşan hastalık yükü daha da artış göstermekte erkekler de 423,9 DALY/1000 kişiye kadınlarda da 389,4 DALY/1000 kişiye çıkmaktadır. 80 yaş ve üzeri grupta ise en yüksek değerler olan erkeklerde 456,6 DALY/1000 kişi, kadınlarda ise 438,1 DALY/1000 kişi hastalık yükü saptanmıştır.



Şekil 2.11: Türkiye Ulusal Düzeyde DALY Değerlerinin Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı (DALY/1000 Kişi),

Kaynak: UHY-ME Çalişmasi Hastalık Yükü Final Raporu, 2003

2.4. AŞI İLE ÖNLENEBİLEN HASTALIKLAR

2.4.1. Çocukluk Çağı Aşılama Takvimi

Ülkeler aşı takvimi ve uygulamalar konusunda kendi ülkelerinin epidemiyolojik özelliklerine göre uygulama programlarını saptarlar. Ülkedeki epidemiyolojik özelliklerin değişmesi özellikle morbitide ve mortalite trendlerindeki değişimler veya aşı üretim ve bağışıklama konusundaki yenilikler ve değişmeler, sağlık organizasyonu ve sorunlarında karşılaşılan yeni durumlara göre aşılamadaki hedef gruplar ve aşı takvimi gözden geçirilir ve değiştirilebilir. Bu nedenle aşılama hizmetlerindeki bilgiler ve uygulamalar dinamiktir (16).

Sağlık Bakanlığı tarafından ülkemizde uygulanmakta olan en son aşılama takvimi 2006 yılı itibariyle Tablo 2.7'de verilmiştir.

Tablo 2.7: Çocukluk Çağı Aşılama Takvimi

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	3.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12.ay	16- 24 ay	İlköğretim 1.sınıf	İlköğretim 8.sınıf
BCG			**I**							
DBT (Difteri, boğmaca, tetanoz**)**			**I**	**II**	**III**			**R**		
Hib (Hemofilis İnfluenza Tip B)			**I**	**II**	**III**			**R**		
OPA (Oral polio aşısı)			**I**	**II**	**III**			**R**	**R**	
KKK (Kızamık, kızamıkçık, kabakulak)							**I**		**R**	
Hepatit B	**I**	**II**				**III**				**I -II –III***
Td (Erişkin tipi difteri-tetanoz)									√	√
Kızamıkçık										√*

Kaynak: Genel Bağışıklıklama Programı Genelgesi, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri, 30.11.2006/1867/120
***Eksik aşılı kohort tamamlanana kadar

Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi

Okul Öncesi	**Aşılar**
Doğumda	Hepatit B-1
1. Ayın bitiminde(4 haftalık)	Hepatit B-2
2. Ayın bitiminde (8 haftalık)	BCG, DBT-1, OPA-1, Hib-1
3. Ayın bitiminde(12 haftalık)	DBT-2, OPA-2, Hib-2
4. Ayın bitiminde(16 haftalık)	DBT-3, OPA-3, Hib-3
6. Ayın bitiminde (24 haftalık)	Hepatit B-3
12. Ayın bitiminde (52 haftalık)	KKK
Rapel doz (16–24 aylık)	DBT-R, OPA-R, Hib-R (DBT-3, OPA-3, Hib-3'den 1 yıl sonra)

Okul Dönemi	**Aşılar**
İlköğretim 1. sınıfta	OPA, KKK, Td
İlköğretim 8. sınıfta	Td, Kızamıkçık (ara kohort tamamlanana kadar) Hepatit B 3 doz (ara kohort tamamlanana kadar)
6 yaşından küçük ve yaşamının ilk yılında hiç aşılanmamış çocuklarda aşılama	
İlk karşılaşma	DBT, OPA, Hib, Hep B, ppd ile TCT (Tüberkülin Cilt Testi)
İlk karşılaşmadan 2 gün sonra	KKK, TCT sonucuna göre gerekiyorsa BCG
İlk karşılaşmadan 1 ay sonra	DBT, OPA, Hep B
İlk karşılaşmadan 2 ay sonra	DBT, OPA, Hib (Hemofilis İnfluenza Tip B)
İlk karşılaşmadan 8 ay sonra	DBT, OPA, Hep B (Not: Çocukluk çağı aşılama takvimine okul aşıları ile devam edilecektir.)
6 yaş üzerinde ve daha önce hiç aşılanmamış çocuklarda aşılama şeması:	**Aşılar**
İlk karşılaşma	Td, OPA, Hep B, KKK
İlk karşılaşmadan 1 ay sonra	Td, OPA, Hep B, Kızamık
İlk karşılaşmadan 8 ay sonra	Td, OPA, Hep B

2.4.2. Aşılama Oranları

Ülkemizde aşılama oranları yüksek düzeyde gerçekleşmektedir. Tablo 2.8'de 2000-2006 yılları için 0 yaş aşı kapsama oranları verilmiştir.

Tablo 2.8: Sıfır Yaş Aşı Kapsama Oranları

Aşı adı	**2000 Kapsayıcılık %**	**2001 Kapsayıcılık %**	**2002 Kapsayıcılık %**	**2003 Kapsayıcılık %**	**2004 Kapsayıcılık %**	**2005 Kapsayıcılık %**	**2006 Kapsayıcılık %**
BCG	77	82	77	76	79	88	88
DBT3	80	83	78	68	85	90	90
Kızamık	81	84	82	75	81	91	98
HepatitB3	66	72	72	68	77	85	82

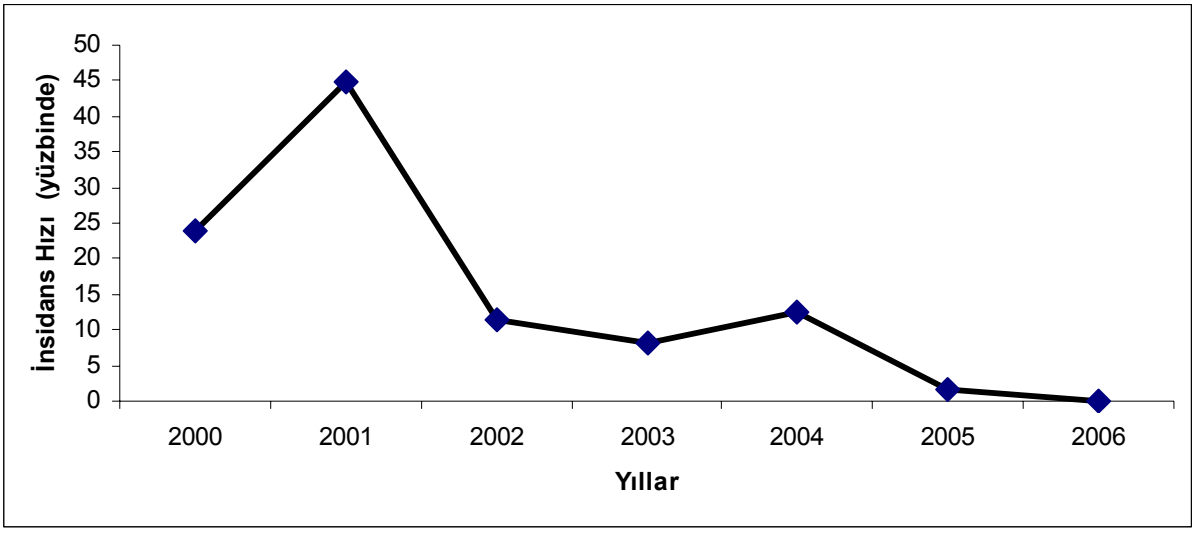
Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007

2.4.3. Aşı İle Önlenebilen Hastalıklar

Aşı ile önlenebilen hastalıklar arasında boğmaca, poliomyelit, difteri, kızamık ve tetanoz yer almaktadır.

2.4.3.1 Kızamık :

Şekil 2.12'de 2000-2006 yılları arasındaki Kızamık insidans hızları sunulmaktadır. Buna göre 2000 yılında morbitide hızı yüzbinde 23.94 ; 2001 yılında 44.96; 2002 yılında 11.5; 2003 yılında 8.25; 2004 yılında 12.44; 2005 yılında1.65 ;2006 yılında 0.05 bulunmuştur. 2005 yılından itibaren hastalık bildirimleri standart vaka tanımları ile yapıldığı için bu yıldan itibaren kesin tanı alan vakalar dikkate alınmıştır.



Şekil 2.12: 2000-2006 Yılları Kızamık İnsidans Hızları (100 000)

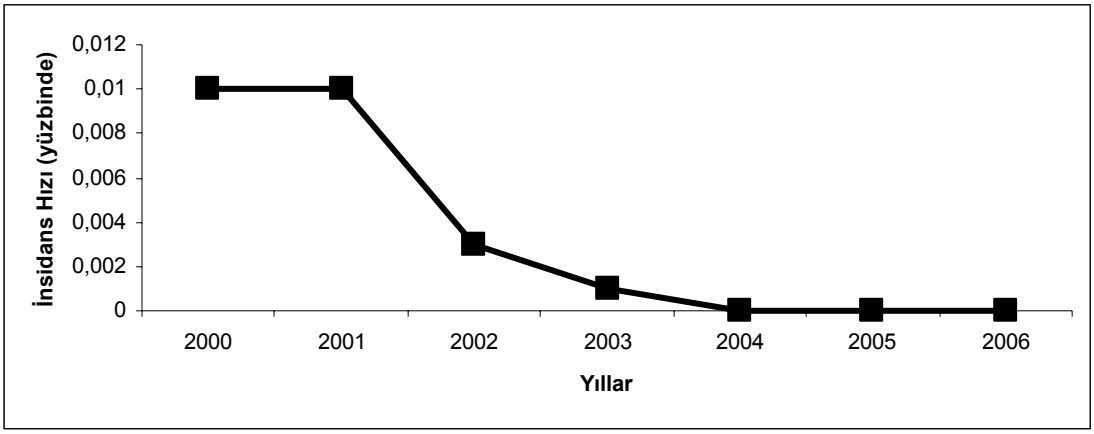
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi, 2007

2003 UHY-ME çalışmasında kızamık insidansı erkekte yüzbinde 45.000 kadında 43.400 bulunmuş olup prevalans erkek ve kadında binde 0,100 olarak bulunmuştur (17).

Ölüm nedenleri arasında kızamık, 0-14 yaş grubunda ilk 20 hastalık içerisinde % 2,2 ile 7.sırada, kırsalda %2,8 ile 6. sırada, kentsel alanda %1,6 ile 8. sırada yer almaktadır. Hastalık Yükü'ne (DALY) neden olan ilk 10 hastalık içerisinde ise kızamık %1,6 ile 8.sıradadır. Bu oran erkeklerde %1.4, kadınlarda %1.9 ve kırsalda %2.2'dir. Kentlerde ölüme neden olan ilk 10 hastalık arasında ise kızamık yer almamaktadır (14).

2.4.3.2 Difteri:

Şekil 2.13'de 2000-2006 yılları difteri insidans hızları verilmiştir. Buna göre 2000 ve 2001 yıllarında morbitide hızı yüzbinde 0,01 iken ; 2003 yılında 0,003 bulunmuş olup 2004,2005 ve 2006 yıllarında ise vaka görülmemiştir. 2005 yılından itibaren hastalık bildirimleri standart vaka tanımları ile yapıldığı için bu yıldan itibaren kesin tanı alan vakalar dikkate alınmıştır.

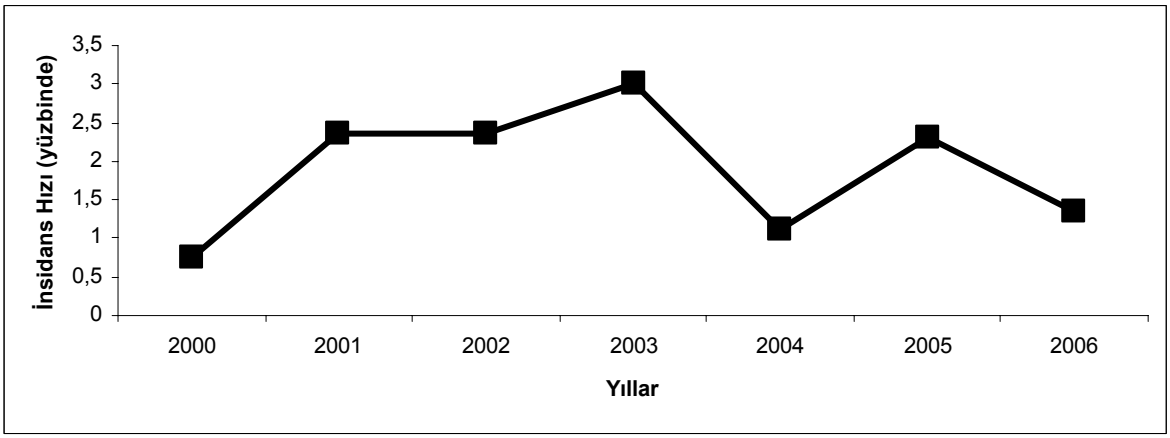


Şekil 2.13: 2000-2006 Yılları İçin Difteri İnsidans Hızları (100 000)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi, 2007

2.4.3.3 Neonatal Tetanoz

Şekil 2.14'de 2000-2006 yılları neonatal tetanoz insidans hızları verilmiştir. Buna göre 2000 yılında morbitide hızı yüzbinde 0.97 ; 2001 yılında 2.35 ; 2002 yılında 2.35; 2003 yılında 3.01; 2004 yılında 1.11; 2005 yılında 2.31 ;2006 yılında 1.34 bulunmuştur. 2005 yılından itibaren hastalık bildirimleri standart vaka tanımları ile yapıldığı için bu yıldan itibaren kesin tanı alan vakalar dikkate alınmıştır.

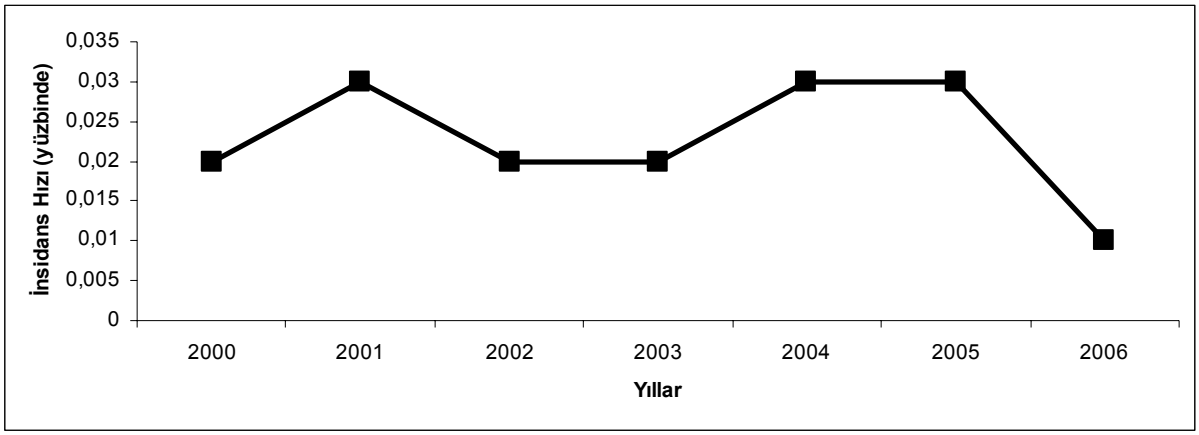


Şekil 2.14: 2000-2006 Yılları Neonatal Tetanoz İnsidans Hızları (100 000)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi, 2007

2.4.3.4 Tetanoz

Şekil 2.15'de 2000-2006 yılları tetanoz insidans hızları verilmiştir. Buna göre 2000 yılında morbitide hızı yüzbinde 0.02 ; 2001 yılında 0.03; 2002 ve 2003 yıllarında 0.02 ; 2004 ve 2005 yıllarında 0.03 ; 2006 yılında ise 0.01 bulunmuştur. 2005 yılından itibaren hastalık bildirimleri standart vaka tanımları ile yapıldığı için bu yıldan itibaren kesin tanı alan vakalar dikkate alınmıştır.



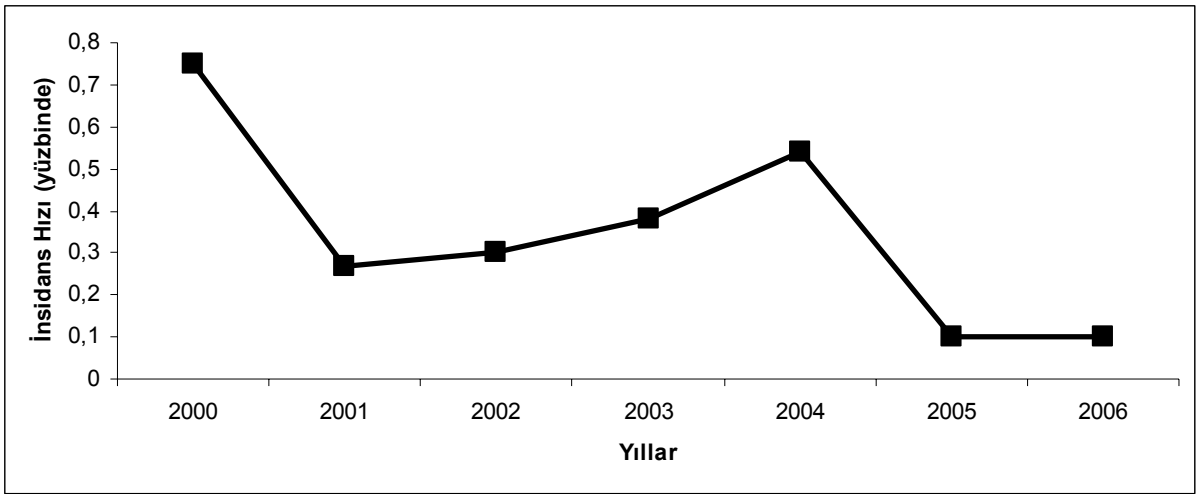
Şekil 2.15: 2000-2006 Yılları Tetanoz İnsidans Hızları (100 000)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi, 2007

2003 UHY-ME çalışmasında tetanoz insidansı erkekte ve kadında yüzbinde 0,040 bulunmuş olup prevelans erkek ve kadında binde 0,000 olarak bulunmuştur (17).

2.4.3.5 Boğmaca

Şekil 2.16'da 2000-2006 yıllarına ait boğmaca insidans hızları verilmiştir. Buna göre 2000 yılında morbitide hızı yüzbinde 0.75 ; 2001 yılında 0.27; 2002 yılında 0.3 ; 2003 yılında 0.38; 2004 yılında 0.54; 2005 ve 2006 yılında 0,1 bulunmuştur. 2005 yılından itibaren hastalık bildirimleri standart vaka tanımları ile yapıldığı için bu yıldan itibaren kesin tanı alan vakalar dikkate alınmıştır.



Şekil 2.16: 2000-2006 Yılları Boğmaca İnsidans Hızları (100 000)

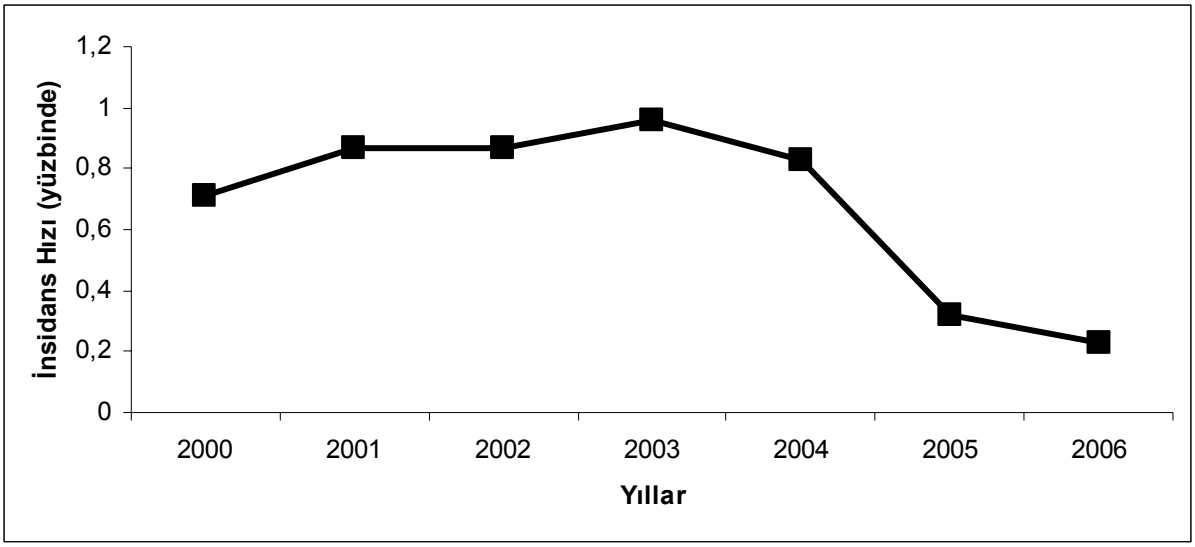
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi, 2007

2003 UHY-ME çalışmasında boğmaca insidansı yüzbinde erkekte 34.000 kadında 34.200, toplamda ise 33.000 bulunmuş olup prevelans erkek ve kadında binde 0.600 olarak bulunmuştur (17).

2003 UHY-ME çalışması Türkiye'de ulusal düzeyde YLD (Years Lost with Disability: Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı)'ye neden olan ilk 10 hastalığın 0-14 yaş grubunda cinsiyete göre % dağılımına bakıldığında boğmaca toplamda %3,0 ile 7. sırada yer almaktadır (Erkekler %2,9 Kadınlar %3,1). Kırsal da 0-14 yaş gruplarında konjenital anomalilerin (%11,1) ardından migren ikinci sırada (%5,9) yer almaktadır. Astım, perinatal nedenler, düşmeler, iyot yetersizliği ve boğmaca bu grupta YLD'yi oluşturan diğer hastalıklardır (14).

2.4.3.6 Menenjit

Şekil 2.17'de 2000-2006 yılları menenjit insidans hızları verilmiştir. Buna göre 2000 yılında morbitide hızı yüzbinde 0.71 ; 2001 ve 2002 yıllarında 0.87; 2003 yılında 0.96; 2004 yılında 0.83; 2005 yılında 0.32 ;2006 yılında 0.23 bulunmuştur. 2005 yılından itibaren hastalık bildirimleri standart vaka tanımları ile yapıldığı için bu yıldan itibaren kesin tanı alan vakalar dikkate alınmıştır.



Şekil 2.17: 2000-2006 Yılları Menenjit İnsidans Hızları (100 000)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi, 2007

2003 UHY-ME çalışmasında üç çeşit menenjitin insidanslarına bakıldığında streptokok pnömöni menenjitinde ve h.influenza menenjitinde kadında, erkekte ve toplamda yüzbinde 0.800; neissera menengitis menejitinde erkekte yüzbinde 1.900; kadında 1.400 toplamda 1.600 olarak bulunmuştur (17).

2003 UHY-ME çalışmasında 0-14 yaş grubu çocuklarda ölüm nedenlerine bakıldığında ilk on hastalık içerisinde beşinci sırada toplamda menenjitler %2.7'lik yüzde ile yer almaktadır. 0-14 yaş grubunda toplam DALY' ler içinde en önemli yüzdeyi %27,6 lık bir yüzde ile perinatal nedenler alırken menenjit %2,1 ile 6. sıradadır (14).

2.5. GENETİK HASTALIKLAR

2.5.1. Fenilketonüri

Fenilketonüri (FKU) kalıtsal metabolik bir hastalıktır. Hastalıkta bir protein yapıtaşı olan fenilalanin metabolize edilemez, kanda birikir ve geriye dönüşümsüz beyin hasarı yaratır. Erken tanımlanıp tedavi edilmediği takdirde kaçınılmaz sonuç ağır zihinsel geriliktir. Türkiye, Fenilketonüri hastalığının en sık görüldüğü ülkelerden biridir (Türkiye'de; 1 / 4500). Türkiye'de sık görülme nedenlerinden birisi akraba evliliklerinin oranının yüksek olmasıdır. Yapılan her 4 evlilikten biri akraba evliliğidir ve akraba evlilikleri en çok birinci dereceden akrabalar arasında gerçekleşmektedir. Her yıl ülkemizde tahminen 300 çocuk FKU'lü olarak doğmaktadır. Türkiye'de her 100 kişiden 4'ü FKU taşıyıcısı durumundadır. Hastalığın erken tanısı ve uygun diyet tedavisi ile zeka geriliği önlenebilir. Bakanlığımızın sorumluluğunda üniversitelerin desteğiyle 1987 yılında 22 ilde, 1993 yılında tüm Türkiye genelinde

Fenilketonüri tarama programı olan "Ulusal Yenidoğan Fenilketonüri Tarama Programı" başlatılmıştır ve program kapsamında yeni doğan bebeklerin tarama testleri ücretsiz yapılmaktadır (18).

Avrupa ülkelerinin çoğunda fenilketonüri taraması ulusal düzeyde yapılmaktadır (19).

Türkiye'de 1987 de başlamış olan tarama programının amaçları; her yenidoğan bebeğin fenilketonüri yönünden taranması, FKÜ tanısı konan bebeklere bu hastalık nedeniyle zekâ geriliği gelişmesini önlemek amacıyla uygun diyet tedavisi ile belirli bir zekâ seviyesine ulaşmalarının sağlanması, zekâ geriliği görülen çocukların rehabilitasyonunun sağlanmasıdır (20).

Tarama programının başladığı 1987 yılında yenidoğanların %4.7'sine tarama testi uygulanmıştır. 2003 yılı sonunda % 70.3'e, 2004 yılında %81,2'ye, 2005 Aralık itibariyle bu oran %85,6 ya ulaşmıştır (Tablo 2.9).

Tablo 2.9: Yıllar İtibariyle FKÜ İçin Yenidoğanlardan Kan Örneği Alma

Yıllar	%*
2000	58.3
2001	61,0
2002	58.9
2003	70.3
2004	81,2
2005	85,6
2006	86,3

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007

* SB 2006/130 sayılı genelgesine göre ; yenidoğan taraması için kan örneği ideal olarak doğumdan sonraki 3.-5. inci günlerde alınmaktadır. Ancak mümkün olduğunca çok sayıda bebeğe ulaşabilmek için sağlık kurumlarında doğan bebeklerin sağlık kurumunu terk ettiği son anda kan örneği alınmaya çalışılmakta, yeterince beslenmeden kan örneği alınmışsa hastaya ilk hafta içinde en yakın sağlık merkezine başvurarak yeni kan örneği aldırması gerektiği belirtilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ise, çocuktan daha önce topuk kanı alınmadıysa ve topuk kanı bebekten 48-72 saatlerinden önce veya emzirilmeden önce alındıysa topuk kanının mutlaka tekrar alınması gerektiği vurgulanmaktadır (21). Bu nedenle ; tarama kan sayısını göstermemekte, aynı bebekte birden fazla alınan kan örneklerini de içermektedir.

Tablo 2.10'da yıllara göre Fenilketonüri tarama ve tespit edilen vaka sayıları verilmiştir.

Tablo 2.10: Yıllara Göre Fenilketonüri Taramaları ve Tespit Edilen Vakalar

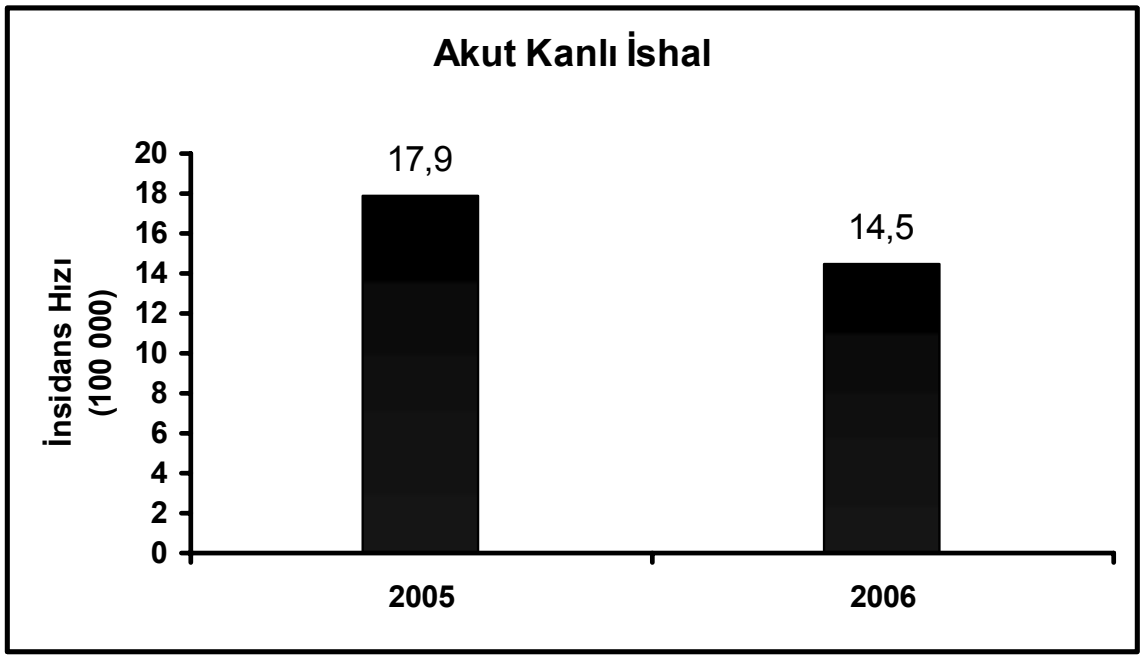
YILLAR	KAN ÖRNEĞİ SAYISI	FKÜ	KHFA (Kalıcı Hiper Fenil-alaninemi)	GHFA (Geçici Hiper Fenil-alaninemi)	TOPLAM vaka	KÜMÜLATİF vaka
2000	816.227	96	40	39	175	1718
2001	855.004	109	146	50	305	2023
2002	824.787	99	92	70	261	2284
2003	1.041.497	98	96	44	238	2522
2004	1.119.432	94	79	37	209	2731
2005	1.157.734	104	191	201	295	3026
2006	1.167.089	97	130	531	227	3253

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007

2.6. DİYARE (İSHALLİ HASTALIKLAR)

Dünyada sakatlık nedeniyle sağlığın kaybedilmesinin %5'i ve tüm ölümlerin % 4'ü ishal nedeniyle meydana gelmektedir. 1998 yılında ishalin, birçoğu 5 yaş altı çocuklar olmak üzere 2.2 milyon insanı öldürdüğü tahmin edilmektedir. Aynı yıl dünya genelinde yaklaşık 4 milyar ishal vakası görülmüştür (22).

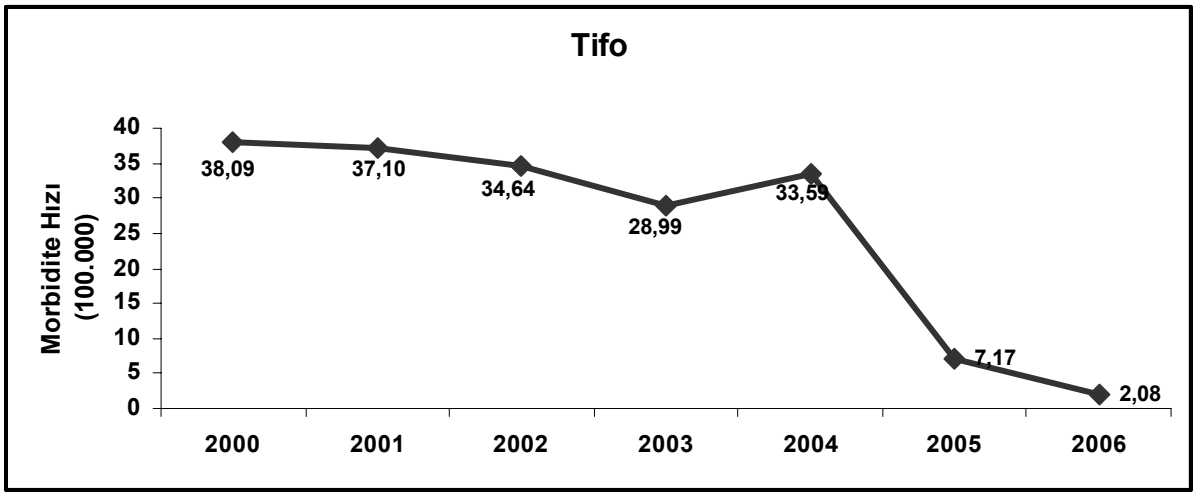
Şekil 2.18'de 2005 ve 2006 yılları için akut kanlı ishal insidans hızları verilmektedir. Buna göre 2005 yılı akut kanlı ishal insidansı yüz binde 17.9, 2006 yılı için ise yüz binde 14.5'dur.



Şekil 2.18: 2005-2006 Yılı Akut Kanlı İshal İnsidans Hızı

Kaynak: 2005 verisi T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2005, 2006 verisi Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı, 2007

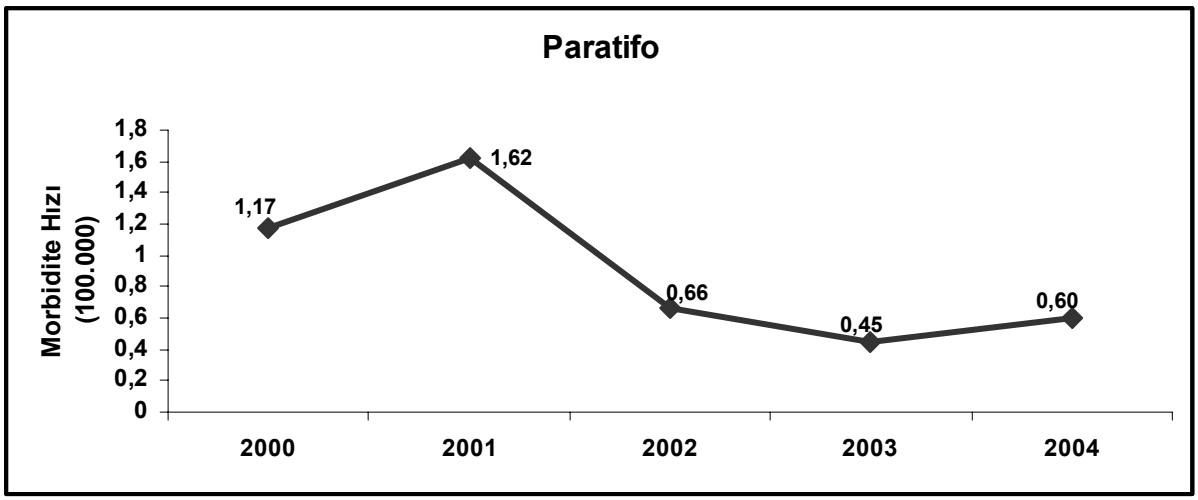
Şekil 2.19'da ise 2000-2006 yılları arası tifo morbidite hızları gösterilmektedir. Tifo morbidite hızı 2000 yılı için 38,09/100.000 iken 2003 yılında 28,99/100.000 ve 2006 yılı için 2,08/100.000 olarak belirlenmiştir. 2005 yılından itibaren hastalık bildirimleri standart vaka tanımları ile yapılmaktadır.



Şekil 2.19: 2000-2006 Yılları İçin Tifo Morbidite Hızları

Kaynak: 2000-2005 Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2005, 2006 Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

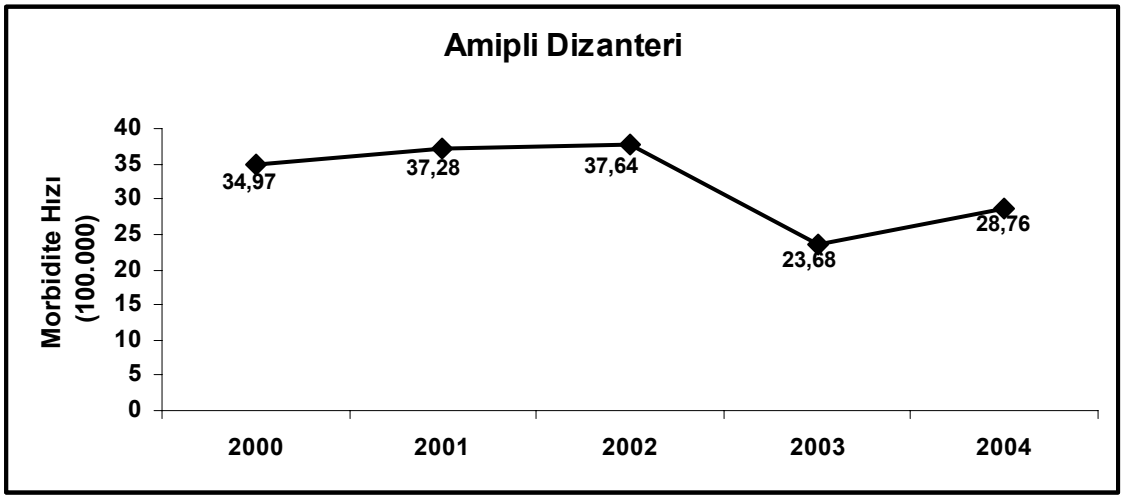
Şekil 2.20'de görüldüğü üzere 2000-2004 yılları arası paratifo morbidite hızları 2000 yılı için 1,17/100.000, 2003 yılında 0,45/100.000 ve 2004 yılı için 0,60/100.000 olarak belirlenmiştir.



Şekil 2.20: 2000-2004 Yılları Paratifo Morbidite Hızları

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2004

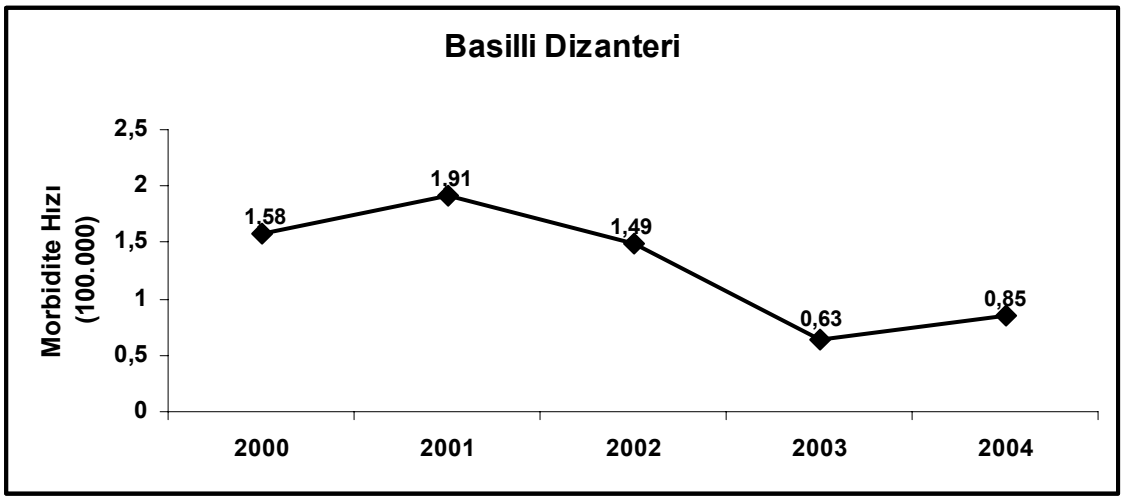
Şekil 2.21'de 2000-2004 yılları arası amipli dizanteri morbidite hızları verimekte olup 2000 yılı için 34,97/100.000 iken 2003 yılında 23,68/100.000 ve 2004 yılı için 28,76/100.000 olarak belirlenmiştir.



Şekil 2.21: 2000-2004 Yılları Amipli Dizanteri Morbidite Hızları

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2004

Şekil 2.22'de 2000-2004 yılları arası basilli dizanteri morbidite hızları gösterilmektedir. Basilli dizanteri morbidite hızı 2000 yılı için 1,58/100.000 iken 2003 yılında 0,63/100.000 ve 2004 yılı için 0,85/100.000 olarak belirlenmiştir.

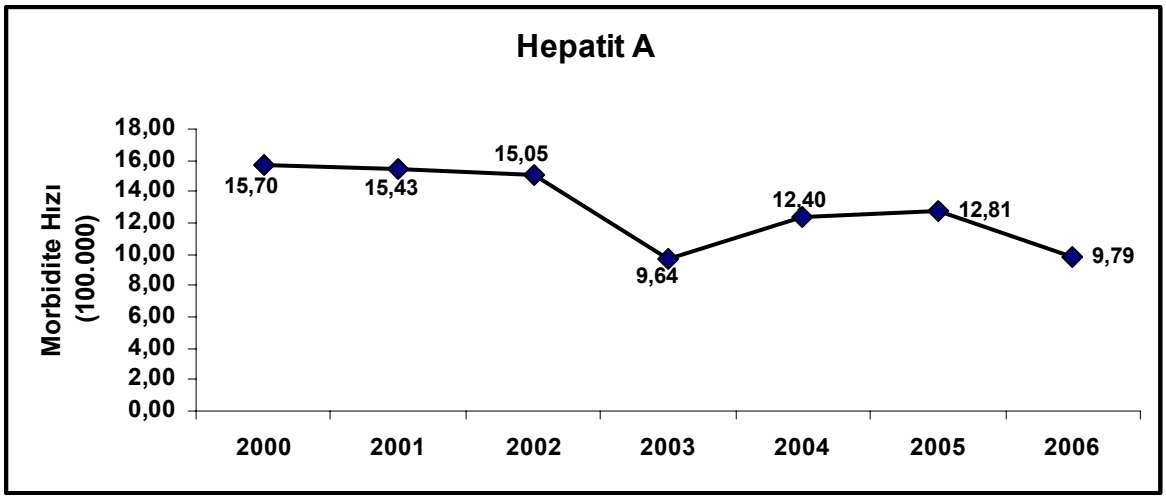


Şekil 2.22: 2000-2004 Yılları Basilli Dizanteri Morbidite Hızları

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2004

2003 UHY-ME çalışmasında ishalli hastalıkların insidansı yüzbinde 29455.1, erkeklerde 29686.6 ve kadınlarda 29217.5 bulunmuştur. Prevelanslar ise binde toplamda 29.7, erkeklerde 29.8, kadınlarda 29.5'dir (17).

Şekil 2.23'de 2000-2006 yılları arası Hepatit A morbidite hızları verilmektedir. Hepatit A morbidite hızı 2000 yılı için 15,70 /100.000, 2003 yılı için 9,64 /100.000, 2004 yılı için 12,40 /100.000, 2005 yılı için 12,81/100 000 ve 2006 yılı için 9,79/100 000 olarak belirlenmiştir. 2005 yılından itibaren hastalık bildirimleri standart vaka tanımları ile yapıldığı için bu yıldan itibaren kesin tanı alan vakalar dikkate alınmıştır.



Şekil 2.23: 2000-2006 Yılları Hepatit A Morbidite Hızları

Kaynak: 2000-2005 Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2005, 2006 Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2004 yılından itibaren veriler Sağlık Bakanlığı Standart Tanı, Surveyans ve Laboratuvar Rehberi doğrultusunda toplanmakta olup 2004 yılında verilerdeki artış nedeninin rehber ve değişen bildirim sistemi olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 2.11'de Türkiye ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalığın % dağılımında ishalle seyreden hastalıkların yeri gösterilmektedir.

Tablo 2.11: Türkiye Ulusal Düzey, Yaş grupları, Yerleşim Yeri ve Bölgelere Göre İshalle Seyreden Hastalıkların İlk 20 Ölüm Nedeni Arasındaki Oranı (%)

	Toplam	Erkek	Kadın
Ulusal	1,5	1,6	1,4
0-14 yaş grubu	**8,4**	**8,3**	**8,6**
15-59 yaş grubu	-	-	-
60 ve üzeri yaş grubu	-	-	-
Kentsel alan	1,2	1,1	1,3
Kırsal alan	1,9	1,8	2,0
Batı	-	-	0,9
Güney	1,2	1,2	1,4
Orta	1,2	1,1	1,3
Kuzey	1,2	1,2	1,2
Doğu	**3,5**	**3,5**	**3,6**

Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003

Tablo 2.11'de belirtildiği üzere ishalle seyreden hastalıklar %1,5 oranı ile ulusal düzey ölüm nedenlerinde onikinci sıradadır. İshalle seyreden hastalıklar 0-14 yaş grubunda % 8,4 oranı ile toplamda dördüncü ölüm nedenidir. Kentsel alanda %1,2 ile onüçüncü sırada yer alırken kırsal alanda %1,9 ile onuncu ölüm nedenidir. Bölgesel dağılıma bakıldığında ishalle seyreden hastalıklar batı bölgesi toplam ölüme neden olan ilk 20 hastalıklar içerisinde yer almaz iken doğu bölgesinde %3,5 ile altıncı sırada bulunmaktadır. Bölgesel yaş grubu dağılımında ise batı, güney ve orta bölge 0-14 yaş grubu toplam ölüm nedenlerinde dördüncü, kuzey ve doğuda ise üçüncü sırada bulunmaktadır.

Tablo 2.12'de Türkiye ulusal düzey DALY'e neden olan hastalık dağılımında cinsiyete göre ishalli hastalıkların % dağılımı verilmektedir.

Tablo 2.12: Ulusal, Yaş Grupları, Kır-Kent ve Bölgesel Düzeylerde Toplam DALY İçerisinde İshalli Hastalıkların Yüzde Dağılımı

	Toplam %	Sıralamadaki yeri	Erkek %	Sıralamadaki yeri	Kadın %	Sıralamadaki yeri
Ulusal	2,0	11.sırada	2,1	10.sırada	2,0	12.sırada
0-14 yaş grubu	6,5	4. sırada	6,4	4. sırada	6,6	4. sırada
Kent	1,5	13.sırada	1,4	15.sırada	1,5	15.sırada
Kır	2,7	7.sırada	2,7	7.sırada	2,7	8.sırada
Batı	1,2	15.sırada	1,2	17.sırada	1,2	18.sırada
Güney	1,6	13.sırada	1,6	14.sırada	1,7	13.sırada
Orta	1,6	13.sırada	1,6	14.sırada	1,7	13.sırada
Kuzey	1,8	13.sırada	1,8	13.sırada	1,7	13.sırada
Doğu	3,9	5.sırada	4,0	5.sırada	3,7	5.sırada

Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003

Tablo 2.12'de belirtildiği üzere ishalle seyreden hastalıklar toplam DALY'ler içinde %2.0 oranı ile on birinci sırada yer almaktadır. Toplamda ishalle seyreden hastalıklar erkeklerde %2.1 ile onuncu, kadınlarda ise %2.0 ile on ikinci sıradadır. 0-14 yaş grubunda ilk 10 hastalık toplam DALY'ler içerisinde ishalle seyreden hastalıklar %6,5 ile dördüncü sırada yer almaktadır. Tüm yaşlarda kentsel alanda %1,5 ile onüçüncü, kırsal alanda ise %2.7 ile yedinci sırada bulunmaktadır.

2.7. ALT SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI

2003 UHY-ME çalışmasında alt solunum yolu hastalıklarının insidansı yüzbinde 5661.9, erkeklerde 5511.3 ve kadınlarda 5816.4 bulunmuştur. Prevelanslar ise binde toplamda ve her iki cinsiyette 1.1'dir (17).

2003 UHY-ME çalışmasında Türkiye ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalık içerisinde alt solunum yolu enfeksiyonları %4,2 ile 5. sırada yer almaktadır. Yaş gruplarına bakıldığında alt solunum yolu enfeksiyonlarının 0-14 yaş grubunda her iki cinsiyette ve toplamda 2. ölüm nedeni, 15- 59 yaş grubunda toplamda 8. (kadın: 11.sırada; erkek: 7.sırada), 60 yaş ve üzerinde ise toplamda ve erkeklerde 7., kadınlarda ise 6. ölüm nedeni olarak yer aldığı görülmektedir (14).

Türkiye'de saptanan toplam hastalık yükü 10,802,494'tür. Solunum sistemi hastalıkları belirlenen hastalık yükünün 675,876'sını oluşturmaktadır. Ulusal düzey DALY'e neden olan ilk 20 hastalık içinde alt solunum yolu enfeksiyonları %3,8 ile beşinci sırasında yer almaktadır. Batı bölgemizde toplamda %2.6 ile sekizinci sırada iken doğu bölgemizde %6.2 ile ikinci sıradadır. 0-14 yaş grubunda tüm DALY'ler içerisinde toplamda %10.5 ve kadınlarda %10.7 ile ikinci sırada yük oluştururken erkeklerde %10.3 ile 3.sırada bulunmaktadır (14).

2.8. PROTEİN-ENERJİ MALNÜTRİSYONU

Kötü beslenme, gelişmekte olan ülkelerde 5 yaş altı çocuklar arasında bulaşıcı hastalıklarla ilişkili olarak 2 ölümden 1'ine (%53) neden olmaktadır. Afrika'da her ağır malnütrisyonlu iki çocuktan birisi yetersiz bakım nedeniyle hastanede tedavi görürken ölmektedir. Her 4 okul öncesi çocuktan birisi mental ve fiziksel gelişimini ciddi olarak etkileyen yetersiz beslenmeden etkilenmektedir (23). Ağır malnütrisyon, boya göre ağırlığın %70'den az veya -3SD'nin altında olması ve/veya her iki ayağında ödem oyukları oluşması olarak tanımlanmaktadır. 5 yaş altındaki çocuklarda her yıl meydana gelen 10.8 milyon ölümün %54'ü olan malnütrisyonu azaltmak için malnütrisyonla çok bağlantılı anne sağlığı iyileştirilmeli ve çocuk mortalitesi azaltılmalıdır (24).

Tablo 2.13: 1993-1998 ve 2003 Yılları İçin Çocuklarda Beslenme Durumu

	Yaşa göre boy		Boya göre ağırlık		Yaşa göre ağırlık	
Yıllar	-3 SD'nin altındaki yüzde	-2 SD'nin altındaki yüzde	-3 SD'nin altındaki yüzde	-2 SD'nin altındaki yüzde	-3 SD'nin altındaki yüzde	-2 SD'nin altındaki yüzde
1993	5,9	18,9	0,4	3,0	1,8	9,5
1998	6,1	16,0	0,4	1,9	1,4	8,3
2003	3,6	12,2	0,3	0,7	0,6	3,9

Kaynak: 1993, 1998 ve 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)

Tablo 2.13'e bakıldığında 1993 yılı TNSA sonuçlarına göre bodurluk %18,9 iken 2003 TNSA'da %12,2'ye gerilediği gözlemlenmektedir. Düşük kilolu çocukların yüzdesi 1993 yılında %9.5 iken 2003 yılında %3.9'a gerilemiştir. Zayıflık yüzdesi çok düşük seviyelerde olmakla beraber 1993'den 2003'e düşüş göstermektedir.

Tablo 2.14: Temel Özelliklere Göre Çocukların Beslenme Durumu

	Yaşa göre boy		Boya göre ağırlık		Yaşa göre ağırlık	
Temel özellik	-3 SD'nin altındaki yüzde	-2 SD'nin altındaki yüzde[1]	-3 SD'nin altındaki yüzde	-2 SD'nin altındaki yüzde[1]	-3 SD'nin altındaki yüzde	-2 SD'nin altındaki yüzde[1]
Çocuğun yaşı (ay olarak)						
<6	0,3	2,2	0,4	1,2	0,2	0,8
6-9	3	5,6	0	0,8	0	1,7
10-11	2,8	10,8	0,4	1,5	1,9	5,7
12-23	1,4	12,4	0,4	0,8	0,5	2,9
24-35	3,5	12,2	0,7	1	1,3	5,2
36-47	6	15,4	0	0,3	0,3	5,1
48-59	5,3	15,4	0,2	0,3	0,6	4,1
Çocuğun cinsiyeti						
Erkek	2,9	10,9	0,4	1	0,6	3,2
Kız	4,5	13,6	0,1	0,4	0,7	4,7
Yerleşim Yeri						
Kent	2,6	9	0,3	0,7	0,6	2,8
Kır	5,6	18,4	0,3	0,8	0,8	5,9
Bölge						
Batı	0,6	5,5	0,5	0,7	0,5	1,9
Güney	2,7	10,4	0,2	0,4	0,2	2,8
Orta	2,6	9,5	0,3	0,8	0,8	2,9
Kuzey	3,7	13,0	0,2	0,7	0,0	2,2
Doğu	8,3	22,5	0,1	0,8	1,1	7,7
Toplam	**3,6**	**12,2**	**0,3**	**0,7**	**0,6**	**3,9**

Kaynak: 1993, 1998 ve 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)

Bu rakamlar araştırma tarihinden önceki 0-59 aylık dönem içinde doğanlar içindir. Her endeks, NCHS/CDC/WHO uluslararası referans grubunun ortanca değerinden standart sapma (SD) birimleri sayısı olarak ifade edilmiştir. Referans grubunun ortanca değerinden standart sapma z skorları eksi iki veya eksi üç (-2SD veya –3SD) olan çocuklar yetersiz beslenmiş olarak sınıflandırılmıştır.

[1] -3 SD'nin altında olan çocukları da içermektedir.

TNSA-2003 çalışmasına göre beş yaşın altındaki her 8 çocuktan birisi bodur (yaşına göre kısa) ve bu çocukların dörtte birinden fazlasının ciddi şekilde bodur olduğu tespit edilmiştir. Beş yaşın altındaki çocukların yüzde birinden daha azının boya-göre ağırlık z-skorları -2SD'in altındadır. Yaşa-göre-ağırlık endeksine göre ise beş yaşın altındaki çocukların yüzde 4'ünün düşük kilolu olduğu bulunmuştur (2).

Tablo 2.14'de temel özelliklere göre çocukların beslenme durumu verilmektedir. Çalışmanın önemli bulguları; hayatın ilk yılında bodur olanların yüzdesinin ciddi olarak artması, üç yaşına kadar yüzde 10-15 arasında kalması ve sonra yüzde 15'i aşmasıdır. Bir yaşın sonunda düşük kilolu olanların payı ise yüzde 5'e çıkmakta ve yüzde 3-7 seviyesinde durağan hale gelmektedir. Tüm yaşlarda zayıf olan çocukların yüzdelerinin çok düşük seviyelerde olduğu gösterilmektedir (2).

2003 UHY-ME çalışmasında;

Kavrukluk insidansı yüzbinde 62.9, erkeklerde 64.3 ve kadınlarda 61.6 bulunmuştur. Prevelanslar ise binde toplamda 1.9, erkeklerde 2.1 ve kadınlarda 1.6'dır.

Bodurluk insidansı yüzbinde 243, erkeklerde yüzbinde 248.2 ve kadınlarda yüzbinde 237.6 bulunmuştur. Prevelanslar ise toplamda binde 15.5, erkeklerde binde 15.8 ve kadınlarda binde 15.3'tür.

Gelişme gerilikleri insidansı yüzbinde 32.2, erkeklerde yüzbinde 32.9 ve kadınlarda yüzbinde 31.5 bulunmuştur. Prevelanslar ise toplamda binde 20.5, erkeklerde binde 20.3 ve kadınlarda binde 20.8'dir.

0-14 yaş grubunda ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalık içerisinde protein enerji malnütrisyonu toplamda % 1.2 oranı ile onuncu, erkeklerde %1.1 oranı ile onbirinci ve kadınlarda %1.3 oranı ile dokuzuncu sırada yer almaktadır (14).

Türkiye'de saptanan toplam hastalık yükünün 437.314'ünü beslenme yetersizliğine bağlı hastalıklar oluşturmaktadır. Erkeklerde DALY'e neden olan hastalıklar içerisinde beslenme yetersizlikleri %2.4'lük bir paya sahip iken kadınlarda bu oran %5.8'dir. Protein

enerji malnütrisyonu 0-14 yaş grubunda ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 10 hastalık sıralamasında %1,6 ile toplam DALY'ler içerisinde dokuzuncu sırada (erkeklerde %1.5 ile yedinci, kadınlarda %1.7 ile onuncu sırada) yer almaktadır. 0-14 yaş grubunda kentsel alanda tüm cinsiyetlerde DALY'e neden olan ilk 10 hastalık sıralamasında yer almayan protein enerji malnütrisyonu kırsal alanda %1.7 ile sekizinci sırada yer almaktadır. Doğu bölgemizde DALY'e neden olan hastalık gruplarının dağılımında beslenme yetersizlikleri erkeklerde %3.0, kadınlarda ise %6.1'lik orana, batı bölgemizde ise erkeklerde %2.1, kadınlarda ise %5.8'lik bir orana sahiptir (14).

2008 TNSA çalışması gerçekleştirildiğinde bu konudaki değişiklikleri anlama ve özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkilerini görme imkanına kavuşulmuş olacaktır.

2.9. KONJENİTAL ANOMALİLER

Ülkemizde mevcut kayıt sistemi içerisinde konjenital anomaliler dahil özürlü nüfusa yönelik bir kayıt sistemi bulunmamaktadır. Özürlü ve süreğen hastalığı olan nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı %12.29 olarak tespit edilmiştir. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlülerin oranı %2.58 iken süreğen hastalığı olanların oranı ise %9.70 bulunmuştur (25).

Tablo 2.15'de özürün türüne göre doğuştan gelen özürün toplam özürlü sayısı içerisindeki oranı (%) sunulmuştur.

Tablo 2.15: Özürün Türüne Göre Doğuştan Gelen Özürün Toplam Özürlü Sayısı İçerisindeki Oranı (%)

Özrün Türü	Toplam Özürlü Sayısı	Doğuştan Özürlü Oranı (%)
Ortopedik Özürlüler	857.631	23,91
Görme Özürlüler	412.312	20,41
İşitme Özürlüler	252.810	29,49
Dil ve Konuşma Özürlü	263.007	46,63
Zihinsel Özürlüler	331.424	47,92

Kaynak: DİE, Türkiye Özürlüler Araştırması 2002

Tablo 2.15'de belirtildiği üzere toplam ortopedik özürlü sayısı 857.631'dir ve bu rakamın %23.91'i doğuştan ortopedik özürlüdür. Görme özürlü olan bireylerin %20.41'i, işitme engellilerin %29.49'u, dil ve konuşma özürlülerin %46.63'ü ve zihinsel özürlülerin ise %47.92'si doğuştan özürlüdür.

Tablo 2.16: Ulusal Düzeyde Doğuştan Olan Özür Nedeni

Doğuştan olan özrün Türü	Genetik ve kalıtsal bozukluk	Kan uyuşmazlığı	Doğum travması	Doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması	Annenin hamileliği sırasında kullandığı ilaçlar	Annenin hamileliğinde geçirdiği hastalıklar	Annenin hamileliğinde yetersiz/kötü beslenmesi	Bilmiyor	Bilinmeyen
Ortopedik özürlü	16.96	3.76	9.73	6.11	2.53	3.31	2.04	53.24	2.22
Görme özürlü	23.42	5.38	4.75	4.20	2.30	4.19	2.11	51.91	1.73
İşitme özürlü	19.74	6.45	6.03	1.35	1.60	4.41	1.03	54.99	4.40
Zihinsel özürlü	22.91	6.56	6.52	10.36	2.14	3.33	2.26	43.91	2.00

Kaynak: DİE, Türkiye Özürlüler Araştırması 2002

Tablo 2.16'da yer alan ulusal düzeyde doğuştan oluşan özür nedenlerine bakıldığında tüm nedenlerde genetik ve kalıtsal bozuklukların en yüksek orana sahip olduğu görülmektedir. Genetik ve kalıtsal bozuklukları doğum travması izlemektedir.

Tablo 2.17: Konjenital Anomaliler İnsidans ve Prevelans Hızları

	İnsidans Hızı (100.000)			Prevelans (1000)		
Konjenital anomalier	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**
Karın zarı noksanlığı	0,200	0,200	0,200	0,000	0,000	0,000
Anensefali	3,000	4,800	3,900	0,000	0,000	0,000
Anorektal atresi	0,200	0,200	0,200	0,100	0,000	0,100
Yarık Dudak	0,900	0,900	0,900	0,400	0,400	0,400
Yarık Damak	0,400	0,400	0,400	0,200	0,200	0,200
Özefagus atrezisi	0,200	0,200	0,200	0,000	0,000	0,000
Renal agenezis	0,500	0,500	0,500	0,000	0,000	0,000
Down sendromu	0,900	0,500	0,700	0,300	0,200	0,200
Kongenital kalp anomalileri	77,100	78,300	77,700	6,300	6,200	6,300
Spina bifida	0,200	0,200	0,200	0,100	0,100	0,100

Kaynak: UHY-ME Çalışması Ek 1-6, 2003

Tablo 2.17'de 2003 UHY-ME çalışması konjenital anomaliler ile ilgili insidans ve prevelans hızları verilmiştir.

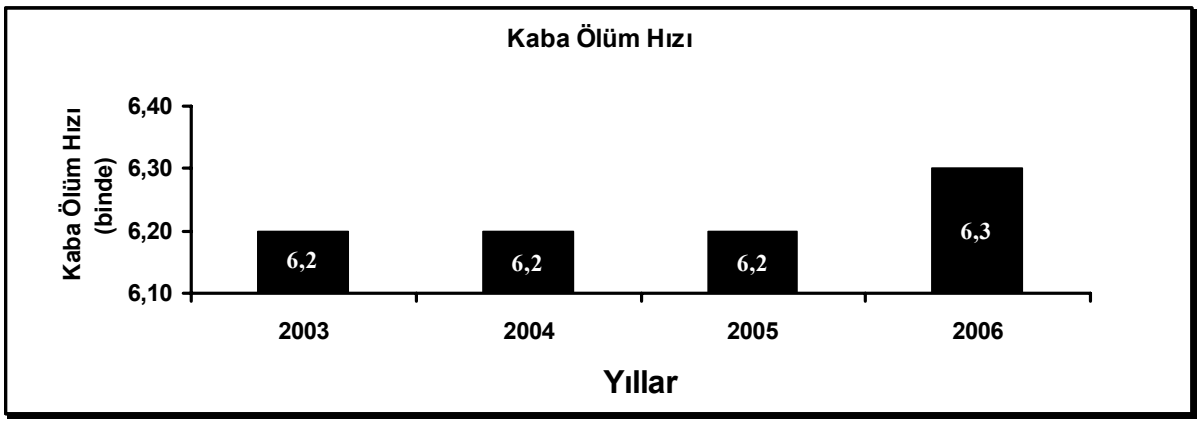
Türkiye ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalık içerisinde konjenital anomaliler toplamda %1.6 oranına (erkeklerde %1.6, kadınlarda % 1.5) sahiptir. 0-14 yaş grubunda ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalık içerisinde konjenital anomaliler her iki cinsiyette ve toplamda (toplamda %10.3, erkeklerde %10.7 ve kadınlarda %10.0) üçüncü sırada yer almaktadır. Kentsel alanda ulusal düzeyde ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında %2.2 ile onuncu sırada iken kırsal alanda %0.9 ile on yedinci sırada yer almaktadır. 0-14 yaş grubuna bakıldığında da benzer bir tablo karşımıza çıkmaktadır. Her iki cinsiyette ve toplamda kentsel alanda ve batıda ikinci ölüm nedeni olan konjenital anomaliler, kırsal alanda ve doğuda dördüncü sırada bulunmaktadır (14).

Ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 20 hastalık içerisinde konjenital anomaliler toplamda %3.0 ve erkeklerde %3.1 ile altıncı, kadınlarda %2.8 ile sekizinci sırada yer almaktadır. Yaş grubu dağılımına bakıldığında konjenital anomaliler 0-14 yaş grubunda ulusal düzeyde toplamda %10.3 ile üçüncü sırada yük oluşturmaktadır. Kır- kent arasında ölüm nedenine paralel bir ilişki bulunmaktadır. Kentsel alanda toplamda beşinci (%3.5), 0-14 yaş grubunda ikinci hastalık yükü nedeni iken kırsal alanda toplamda dokuzuncu (%2.2), 0-14 yaş grubunda dördüncü sırada yer almaktadır (14).

2.10. YETİŞKİNLERDE MORBİDİTE VE MORTALİTE

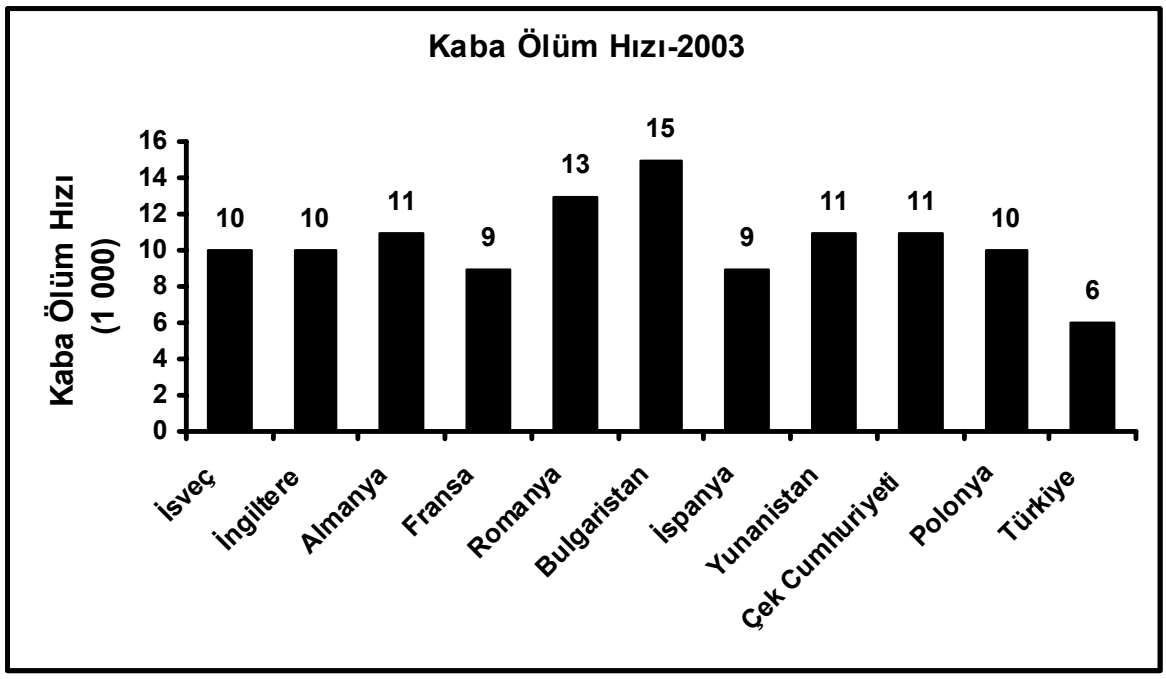
2.10.1. Kaba Ölüm Hızı

Şekil 2.24'de belirtildiği üzere Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2003-2005 yılları için kaba ölüm hızı binde 6.2, 2006 yılı için ise binde 6.3'tür.



Şekil 2.24: 2003-2006 Yılları Arası Ulusal Düzeyde Kaba Ölüm Hızı
Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr) , 2007

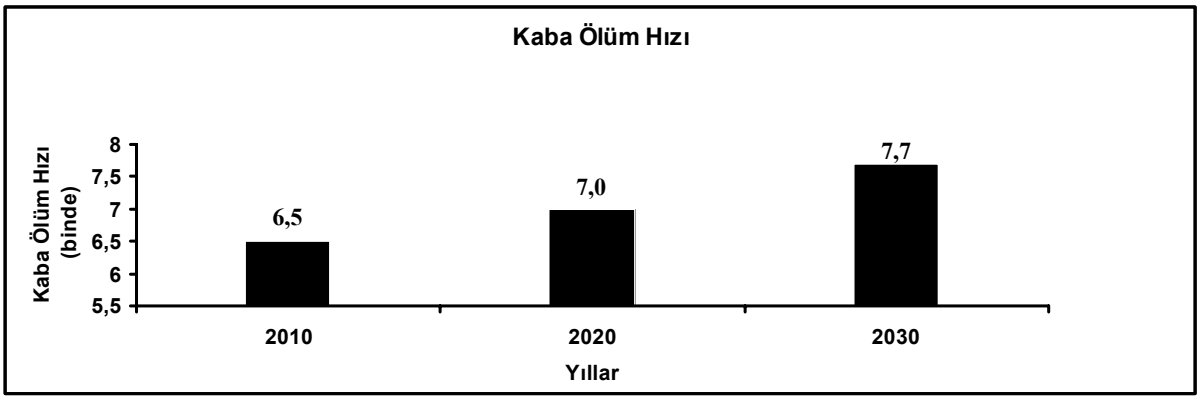
Şekil 2.25'de kaba ölüm hızı ülkeler karşılaştırması verilmektedir. Kaba ölüm hızı İsveç'te binde 10, Bulgaristan'da binde 15, Yunanistan'da binde 11 iken Türkiye'de binde 6'dır.



Şekil 2.25: Kaba Ölüm Hızı Ülkeler Karşılaştırması-2003

Kaynak: Dünya Çocuklarının Durumu 2005, UNICEF

Şekil 2.26'da de görüldüğü üzere ulusal düzeyde kaba ölüm hızı 2010 yılı için binde 6.5, 2020 yılı için binde 7.0 ve 2030 yılı için binde 7.7 olarak tahmin edilmektedir.



Şekil 2.26: 2010, 2020 ve 2030 Yılları İçin Ulusal Düzeyde Kaba Ölüm Hızı Tahminleri

Kaynak : Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr), 2007

2.10.2. Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH)

Kardiovasküler hastalıklar, koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, periferal arter hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları ve derin damar trombozu ile akciğer embolizmasını içeren bir grup kalp damarlarının ve kalbin bozukluğudur. Kardiovasküler hastalıklar dünya genelinde birinci ölüm nedenidir. Tahminlere göre 2005 yılında 17.5 milyon insan kardiovasküler hastalıklar nedeniyle ölmüştür, bu dünya genelindeki toplam ölümlerin %30'udur. Bu ölümlerin 7.6 milyonu koroner kalp hastalıklarından dolayı, 5.7 milyonu ise inme nedeniyledir. KVH'ın %80'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. 2015 yılında çoğunlukla kalp hastalıkları ve inmeden olmak üzere hemen hemen 20 milyon insanın KVH'dan dolayı öleceği tahmin edilmektedir (26).

Ülkemizde kardiovasküler hastalıklara yönelik kayıt sistemi bulunmamaktadır. Bu konuyla ilgili veriler yapılan çalışmalardan elde edilmektedir.

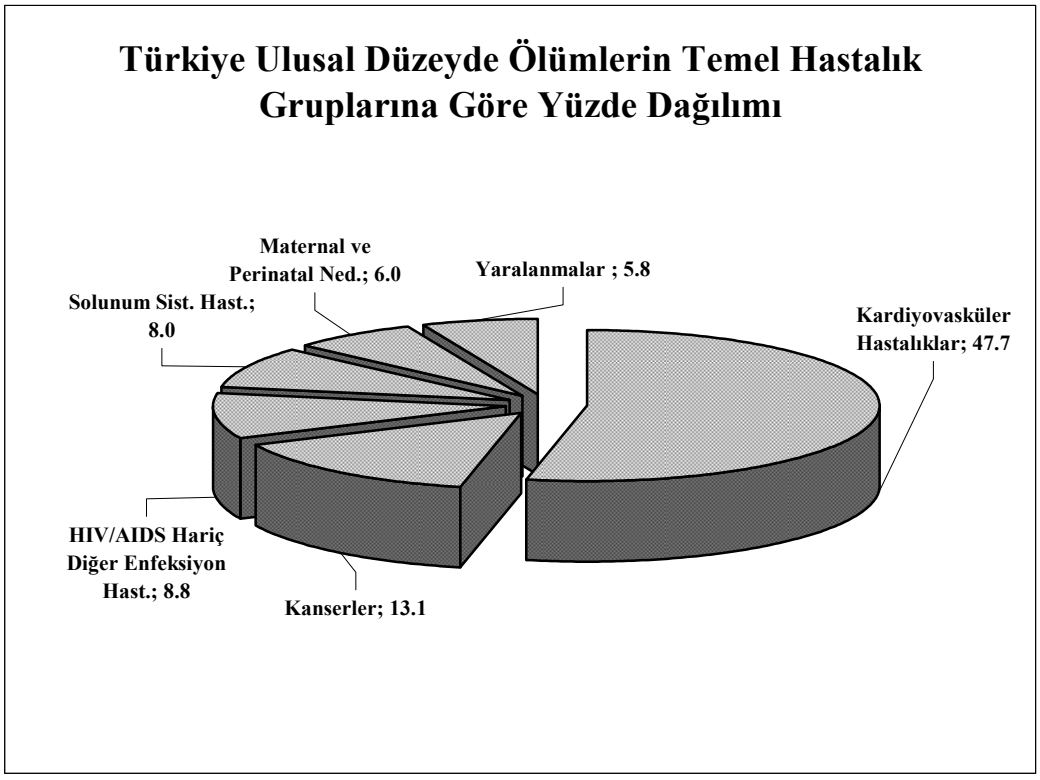
Tablo 2.18: Kardiovasküler Hastalıklar İnsidans ve Prevelans Hızları

	İnsidans Hızı (100.000)			Prevelans (1000)		
Kardiovasküler hastalıklar	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**
Romatizmal kalp hastalığı	7,800	9,200	8,500	0,400	0,500	0,400
Hipertansif kalp hastalığı	21,000	31,400	26,100	15,000	28,000	22,000
Angina pektoris	840,000	640,000	740,000	41,200	35,000	38,000
Akut MI	167,400	144,900	156,300	0,799	0,490	0,648
Konjestif kalp yetmezliği	220,000	211,700	215,900	0,810	0,540	0,680
Serebrovasküler hastalık	67,100	72,100	69,600	3,190	3,190	3,190
Uzun dönem inme hastalığı	168,800	156,000	162,500	10,900	9,100	10,000
İnflamatuar kalp hastalıkları	67,600	36,300	52,200	2,000	1,100	1,600
Diğer kardiovasküler hastalıklar	446,900	407,900	427,700	5,400	5,100	5,300

Kaynak: UHY-ME Çalışması Ek 1-6, 2003

Tablo 2.18'de 2003 UHY-ME çalışmasının kardiovasküler hastalıklar ile ilgili ayrıntılı insidans ve prevelans hızları verilmektedir.

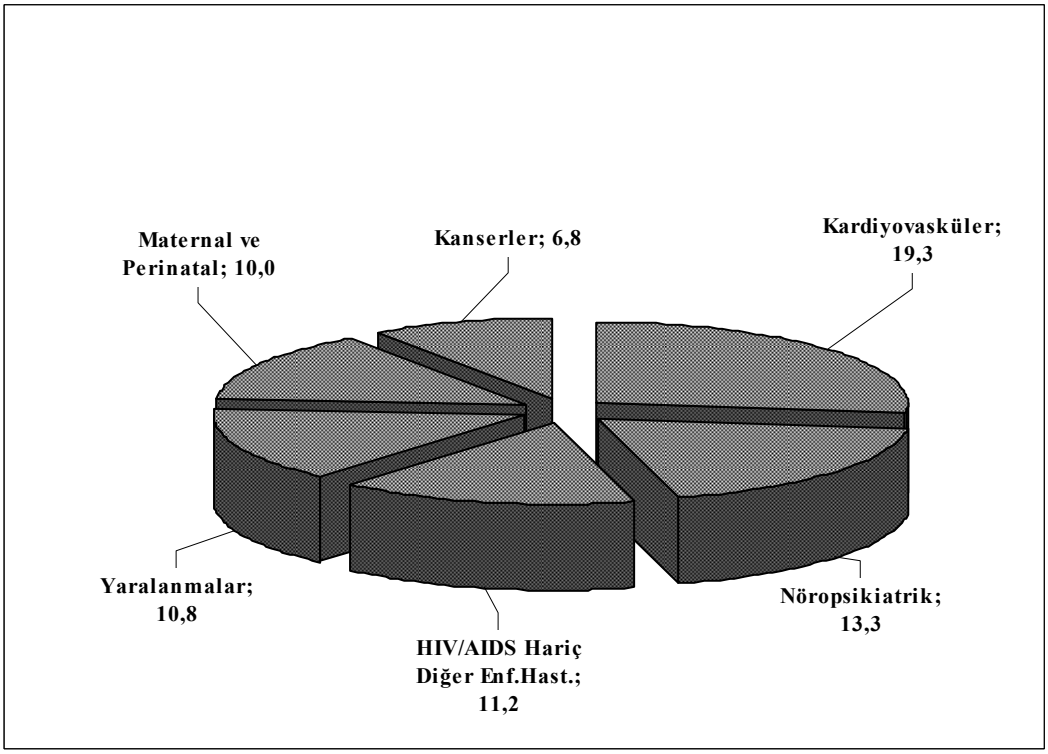
Şekil 2.27'de Türkiye ulusal düzeyde ölümlerin temel hastalık gruplarına göre % dağılımı sunulmaktadır. Buna göre; Türkiye ulusal düzeyde ölüm nedenleri arasında ilk sırayı 205,457 ölümle kardiyovasküler hastalıklar (tüm ölüm nedenlerinin %47,73'ü) almaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar grubunda iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, romatizmal kalp hastalıkları, inflamatuar ve hipertansif kalp hastalıkları yer almaktadır. Kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümler erkeklerde 102,386 (%43.89), kadınlarda 103,071'dir (%52.27).



Şekil 2.27: Türkiye Ulusal Düzeyde Ölümlerin Temel Hastalık Gruplarına Göre % Dağılımı

Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003

Şekil 2.28'de görüldüğü üzere Türkiye ulusal düzeyde toplam hastalık yükünün (10.802.494 DALY) birincil nedenini %19.32 ile (2,086,527 DALY) kardiyovasküler hastalıklar oluşturmaktadır.



Şekil 2.28: Türkiye Ulusal Düzeyde DALY Nedenlerinin Temel Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı (%)

Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003

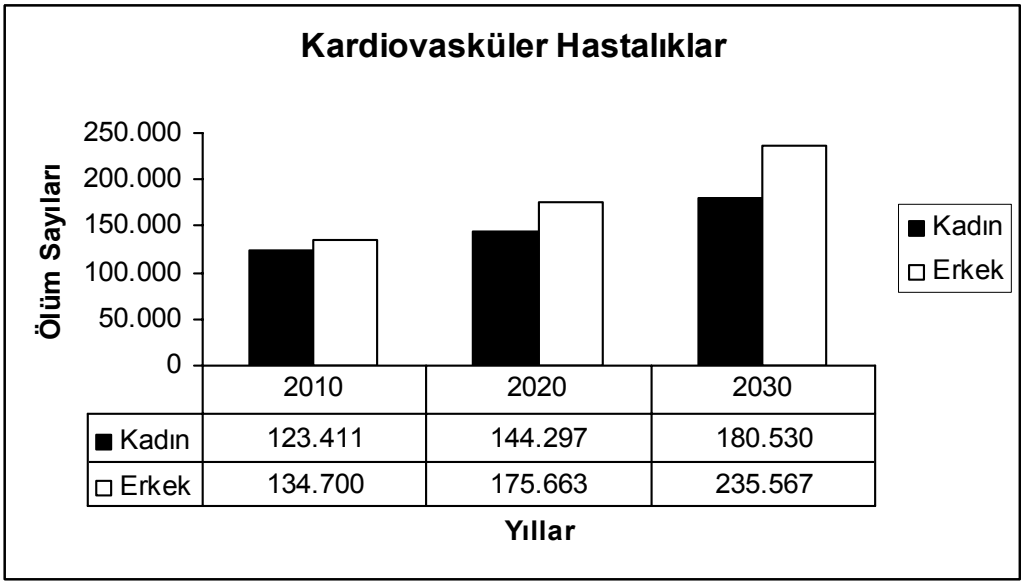
Tablo 2.19: Türkiye Ulusal Düzeyde Kardiyovasküler Hastalıkların DALY Dağılımı

	Toplam (DALY)	%	Kadın (DALY)	%	Erkek (DALY)	%
Türkiye	2.086.527	19,32	924.825	18,00	1.161.702	20,51
Kent	1.183.747	18,44	491.141	16,49	692.606	20,13
Kır	911.838	20,80	424.887	19,66	486.951	21,90
Batı	770.669	22,34	345.225	21,14	425.445	23,42
Güney	281.310	19,97	121.750	18,31	159.560	21,46
Orta	490.688	20,57	217.167	19,15	273.522	21,86
Kuzey	221.146	23,08	101.155	21,71	119.991	24,38
Doğu	323.076	12,42	139.716	11,26	183.360	13,49

Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003

Tablo 2.19'da belirtilen Türkiye ulusal düzeyde kardiyovasküler hastalıkların DALY dağılımına bakıldığında toplam hastalık yükünün erkeklerde %20,5'ini, kadınlarda ise %18'ini kardiyovasküler hastalıkların oluşturduğu görülmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, kentsel-kırsal alanda ve doğu bölgesi dışında tüm bölgelerde birinci hastalık yükü nedeni iken doğu bölgesinde dördüncü sırada yer almaktadır.

Şekil 2.29'da kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin her iki cinsiyette 2010, 2020 ve 2030 yılları için tahminleri gösterilmektedir. Buna göre kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan ölümler erkeklerde 2010 yılı için toplamda 134.700 ve 2030 yılı için 235.567, kadınlarda ise 2010 yılı için 123.411 ve 2030 yılı için 180.530 olarak tahmin edilmektedir.



Şekil 2.29: Cinsiyete Göre Kardiyovasküler Hastalıklardan Kaynaklanan Ölümlerin 2010, 2020 ve 2030 Yılları İçin Tahminleri

Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003

2.10.3. İskemik Kalp Hastalıkları ve Serebrovasküler Hastalıklar

2.10.3.1 İskemik Kalp Hastalıkları

Kardiovasküler hastalıklar nedeniyle 2005 yılında gerçekleşen ölümler 17.5 milyondur ve bu dünya genelindeki toplam ölümlerin %30'unu oluşturmaktadır. Bu ölümlerin 7.6 milyonu koroner kalp hastalıkları, 5.7 milyonu ise inme nedeniyledir (26).

2003 UHY-ME çalışmasında; 18 yaş ve üstü cevaplayıcıların %5.56'sının bir hekim tarafından angina pektoris ya da göğüs ağrısı tanısı aldığı bulunmuştur (27).

Türkiye ulusal düzeyde %21.7 ve tüm yaş gruplarında kadınlarda %22.9 ve erkeklerde %20.7 ile birinci ölüm nedeni iskemik kalp hastalığıdır. Kentsel, kırsal ve bölgesel dağılımda toplamda ve her iki cinsiyette birincil ölüm nedenidir. Bölgesel olarak yaş gruplarının toplam ve cinsiyet dağılımında da ilk sırada bulunmaktadır. Bölgesel dağılımda sadece doğu bölgesinde 15-59 yaş grup kadınlarda ikinci sırada yer almaktadır (14).

Ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 20 hastalık içerisinde iskemik kalp hastalıkları %8.0 ile ikinci sırada bulunmaktadır. Tüm yaş gruplarında erkeklerde %8.9 ile birinci iken kadınlarda %6.9 ile ikinci sırada görülmektedir. 15-59 yaş grubunda toplamda ve erkeklerde birinci, kadınlarda ise üçüncü hastalık yükü nedenidir. 60 yaş ve üzerinde ise toplam ve her iki cinsiyet dağılımda ilk sıradadır. Kentsel ve kırsal alanda perinatal nedenlerden sonra ikinci sırada bulunmaktadır. Doğu bölgesinde DALY'e neden olan ilk 20 hastalığın dağılımında % 4.2 ile perinatal nedenler ve alt solunum yolu enfeksiyonlarından sonra yer almaktadır (14).

2.10.3.2 Serebrovasküler Hastalıklar

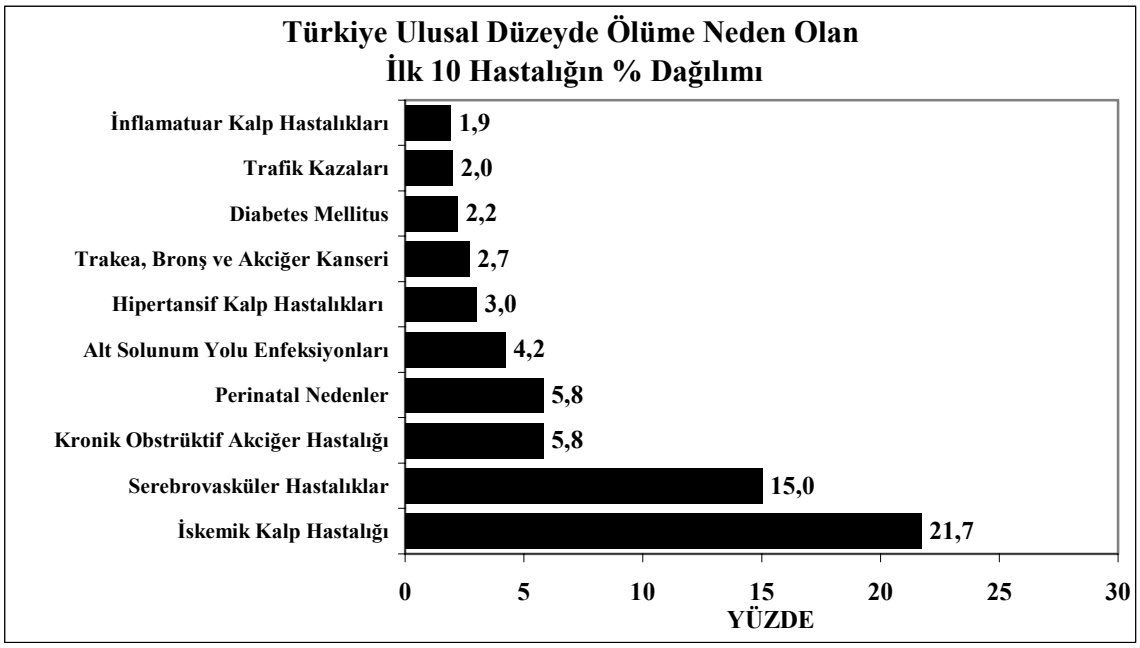
2003 UHY-ME çalışmasında serebrovasküler hastalıklar insidansı toplamda yüzbinde 69.6, erkeklerde yüzbinde 67.1 ve kadınlarda yüzbinde 72.1 olarak bulunmuştur. Prevelanslar ise toplamda ve her iki cinsiyette binde 3.19'dur (17).

Türkiye ulusal düzeyde tüm yaş gruplarında görülen ilk 20 ölüm nedeni arasında serebrovasküler hastalıklar %15.0 ile ikinci sırada yer almaktadır (kadınlarda %15.7, erkeklerde %14.5). Yaş gruplarına bakıldığında serebrovasküler hastalıklar 0-14 yaş grubunda toplamda %0.9 ile on ikinci, 15-59 yaş grubunda %10.2 ve 60 yaş ve üzerinde %20.7 oranı ile ikinci ölüm nedenidir. Kentsel ve kırsal alanda tüm yaş gruplarında toplam ve her iki

cinsiyette, 15-59 yaş grubu ile 60 yaş ve üzerinde ikinci ölüm nedenidir. Doğu bölgesi hariç tüm bölgelerde tüm yaş grupları toplamında, her iki cinsiyette ve 15-59 yaşları arası ve 60 yaş ve üzerinde ikinci ölüm nedeni olarak görülmektedir. Doğu bölgesinde ise perinatal nedenlerden sonra üçüncü sırada bulunmaktadır (14).

Türkiye ulusal düzeyde, kentsel ve kırsal alanda DALY'e neden olan ilk 20 hastalık dağılımına göre üçüncü sırada serebrovasküler hastalıklar yer almaktadır. Tüm yaş gruplarında erkeklerde %6.3 ve kadınlarda %5.5 ile üçüncü sıradadır. Türkiye, 15-59 yaş grubunda DALY'e neden olan üçüncü hastalık %5.2 ile serebrovasküler hastalıklardır. Bu yaş grubunda erkeklerde %5.9 ile ikinci, kadınlarda ise %4.3 ile altıncı sırada yer almaktadır. 60 yaş ve üzerinde ise toplamda ve her iki cinsiyette hastalık yüküne neden olan ikinci hastalıktır. Kentsel alanda 15-59 yaş grubunda %3.4 ile altıncı sırada yer alan serebrovasküler hastalıklar kırsal alanda %5.5 ile üçüncü sırada bulunmaktadır. Bölgesel dağılıma bakıldığında Batı bölgesinde toplamda ikinci sırada yer alırken Doğu bölgesinde dördüncü sıradadır. Ancak Doğu bölgesinde diğer bölgelerden farklı olarak kadınlarda serebrovasküler hastalıklar %16.2 ile ilk hastalık yükü nedenidir (14).

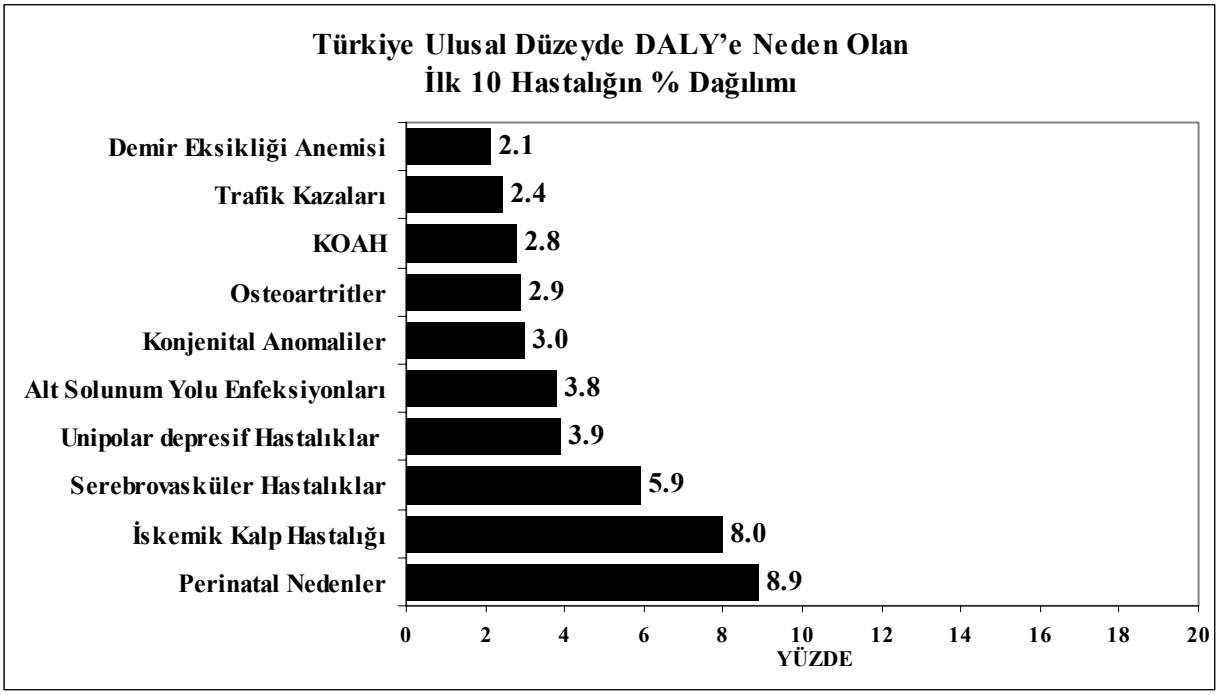
Şekil 2.30'da Türkiye ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 10 hastalığın % dağılımı verilmektedir. Buna göre iskemik kalp hastalıkları %21.7 ve serebrovasküler hastalıklar %15.0 oranları ile ilk iki ölüm nedenini oluşturmaktadır.



Şekil 2.30: Türkiye Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 10 Hastalığın % Dağılımı

Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003

Şekil 2.31'de ise Türkiye ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 10 hastalığın % dağılımı verilmektedir. İskemik kalp hastalıkları %8.0 ve serebrovasküler hastalıklar %5.9 ulusal düzeyde en yüksek DALY'e neden olan perinatal nedenlerden sonra sırasıyla ikinci ve üçüncü hastalık yükü nedenidir.



Şekil 2.31: Türkiye Ulusal Düzeyde DALY'e Neden Olan İlk 10 Hastalığın % Dağılımı
Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003

2.10.4. Hipertansiyon (HT)

Yüksek kan basıncı 10 temel risk faktöründen birisidir. Dünya genelinde yüksek kan basıncının, toplam ölümlerin %13'ünün yani 7.1 milyon ölümün ve 64.3 milyon DALY'nin (toplam DALY'lerin %4.4'ü) nedeni olduğu tahmin edilmektedir (28).

Ülkemizde mevcut kayıt sistemi içerisine hipertansiyon ile ilgili bölüm 2006 yılı itibariyle ilave edildiğinden, hipertansiyon sıklıklarının alınması ve geriye dönük olarak analiz edilmesi mümkün değildir. Bu konuda yapılmış çeşitli çalışmalar bulunmaktadır.

Tablo 2.20: Ülkemizde Hipertansiyon Sıklığı

	Hipertansiyon Sıklığı %		
Çalışma Adı	**Toplam**	**Kadın**	**Erkek**
Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması	31.8	36.1	27.5
Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması (/1000)	37.8	38.5	39.0
TEKHARF 2003/2004		49.1	36.3
UHY-ME Çalışması	13,67	18.25	7.57

Tablo 2.20'de Türkiye'de hipertansiyon ile ilgili yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar yer almaktadır. Çalışmaların yöntemlerinin farklı olması sonuçlar arasındaki farklılığın nedeni olabilir.

- Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması'nın sonuçlarına göre ulusal düzeyde ve cinsiyete göre hipertansiyon prevelansı toplamda %31.8, erkeklerde %27.5 iken kadınlarda % 36.1'dir (29).
- Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması (TOHTA) Çalışması'nda, hipertansiyon prevelansı toplamda binde 37.8, erkeklerde binde 39.0 ve kadınlarda binde 38.5 olarak bulunmuştur (30).
- TEKHARF 2003/2004 kohortunda ise hipertansiyon sıklığı erişkin erkeklerde %36.3, kadınlarda %49.1 olarak tespit edilmiştir (31).
- 2003 UHY-ME Çalışması Hane Halkı Araştırması'nda, beyana dayalı olarak 18 yaş üstü cevaplayıcıların toplamda %13,67'sinin (erkekler %7.57, kadınlar %18.25) hekim tarafından hipertansiyon tanısı aldığı belirlenmiştir (27).

2.10.5. Diyabet

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünya genelinde 180 milyondan fazla insanın diyabetli olduğunu tahmin etmektedir. 2005 yılında 1.1 milyon kişinin diyabetten dolayı öldüğü tahmin edilmektedir. Diyabetten ölümlerin %80'i düşük veya orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Acil olarak harekete geçilmez ise DSÖ diyabetten ölümlerin önümüzdeki 10 yıl içerisinde %50'den fazla artacağını belirtmektedir (32).

Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması'na (TURDEP) göre diyabet prevelansı %7,2 (kadınlarda %8.0 ve erkeklerde % 6.2) olarak saptanmıştır (33).

TEKHARF çalışmasında diyabettin toplam kohorttaki prevelansı ise erkeklerde %8.1 ve kadınlarda %8.9 olarak bulunmuştur (34).

Bakanlığımız Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2004 yılında yayımlanan "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" çalışmasında toplam saptanan diyabet oranı %11.9'dur (kadınlarda %12.0 ve erkeklerde %11.6) (35).

2003 UHY-ME Çalışması Hane Halkı Araştırması'na göre 18 yaş ve üzeri kişilerde beyana dayalı olarak diyabet sıklığı %4.75 olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre diyabet sıklığı kadınlarda %5.75 ve erkeklerde %3.42'dir (27).

Sağlık Bakanlığımız bünyesinde veri toplamak için kullanılan formlar içerisinde kronik hastalıklara yönelik ayrıca düzenlenmiş bir form bulunmamaktadır. Mevcut kullanılan formlardaki verilerin mükerrer tekrar içerebileceği düşünülmektedir.

2003 UHY-ME çalışmasında diyabet insidansı toplamda yüzbinde 3820, erkeklerde 3210.2 ve kadınlarda 4280.1 bulunmuştur. Prevelanslar ise binde toplamda 55.8, erkeklerde 46.5 ve kadınlarda 62.8'dir (17).

Türkiye ulusal düzeyde ölüme neden olan hastalıklar içerisinde diyabet sekizinci sırada yer almaktadır. Erkeklerde on birinci, kadınlarda ise yedinci sırada bulunmaktadır. 15-59 yaş grubunda toplamda altıncı, 60 yaş ve üzerinde ise toplamda sekizinci ölüm nedenidir. Kentsel alandaki toplam ölüm nedenlerinin %2,1'ini, kırsal alanda ise %2.3'ünü diabetes mellitus oluşturmaktadır. Bölgesel dağılıma göre ölüm nedenlerinde diyabet, toplamda batı bölgesinde %2.3, doğu bölgesinde ise %1.8'lik bir orana sahip bulunmaktadır (14).

Tablo 2.21: Türkiye Ulusal Düzeyde Diabetes Mellitus DALY Dağılımı

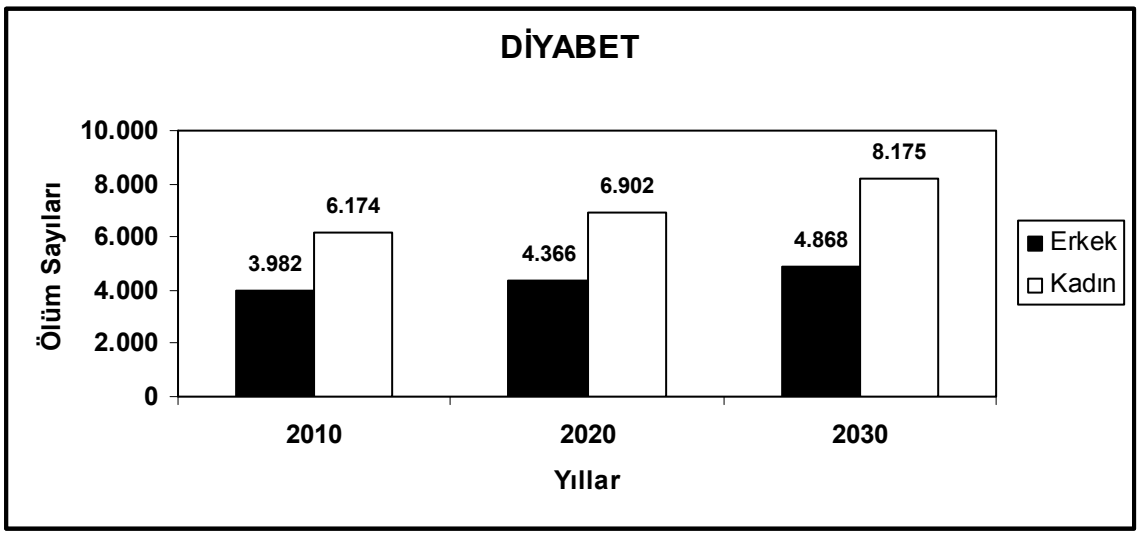
	Toplam (DALY)	**%**	**Kadın (DALY)**	**%**	**Erkek (DALY)**	**%**
Türkiye	203.027	1.88	109.869	2,14	93.158	1.64
Kent	114.674	1.79	59.149	1.99	55.525	1.61
Kır	87.807	2.00	49.183	2.28	38.624	1.74
Batı	72.251	2.09	39.724	2.43	32.527	1.79
Güney	27.240	1.93	14.435	2.17	12.805	1.72
Orta	48.097	2.02	25.949	2.29	22.148	1.77
Kuzey	21.789	2.27	12.094	2.60	9.694	1.97
Doğu	33.672	1.29	17.682	1.42	15.989	1.18

Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003

Tablo 2.21'de belirtildiği üzere tüm yaş gruplarında diabetes mellitus %1.9 ile ulusal düzeyde DALY'e neden olan on ikinci hastalıktır. (erkeklerde %1.6, kadınlarda %2.1) Kentsel alanda on ikinci (%1.8), kırsal alanda ise on birinci (%2.0) sırada yer aldığı görülmektedir.

15-59 yaş grubunda ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 10 hastalık arasında yer almaz iken 60 yaş ve üzerinde %4.9 ile dördüncü sırada hastalık yükü oluşturmaktadır. Ayrıca 60 yaş ve üzeri ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 10 hastalık arasında erkeklerde %3.9, kadınlarda ise %5.8'lik orana sahip bulunmaktadır (14).

Şekil 2.32'de erkeklerde ve kadınlarda diabetes mellitus kaynaklı ölümlerin 2010, 2020 ve 2030 yılları için tahminleri görülmektedir. Toplamda diabetes mellitus kaynaklı ölümler erkeklerde 2010 yılı için 3.982, 2020 yılı için 4.366, 2030 yılı için ise 4.868 olarak tahmin edilmektedir. Kadınlarda ise toplamda diabetes mellitus kaynaklı ölümler 2010 yılı için 6.174, 2020 yılı için 6.902, 2030 yılı için ise 8.175 olarak tahmin edilmektedir.



Şekil 2.32: Erkeklerde ve Kadınlarda Diabetes Mellitus Kaynaklı Ölümlerin 2010, 2020 ve 2030 Yılları İçin Tahminleri

Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003

2.10.6. Astım

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre 2005 yılında 255.000 insan astım nedeniyle ölmüş ve 300 milyon insan astımdan dolayı sıkıntı çekmektedir. Astım en fazla çocuklar arasında yaygın bir kronik hastalıktır. Astım yüksek gelir seviyesindeki ülkeler için bir halk sağlığı problemi değildir. Astımdan ölümlerin %80'den fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Eğer acil önlem alınmaz ise astımdan ölümler önümüzdeki 10 yıl içerisinde hemen hemen %20 artacaktır (36).

Ülkemizde bildirim sisteminde yeterli veri bulunmamaktadır. Astım ile ilgili bilgiler çeşitli araştırmalardan sağlanmaktadır. Buna göre;

- Türkiye 18 yaş üzeri astım sıklığı %3.87'dir. Cinsiyete göre astım sıklığı erkeklerde %3.11 ve kadınlarda %4.44'dür (27).
- Denizli ili 15 yaş ve üzeri nüfus astım sıklığı %2.71 (kadınlar %3,58 ve erkeklerde %1.84) olarak bulunmuştur (37).

2003 UHY-ME çalışmasında astım insidansı toplamda yüzbinde 204.9, erkeklerde 256.2 ve kadınlarda 152.2 bulunmuştur. Prevelanslar ise binde toplamda 38.7, erkeklerde 31.1 ve kadınlarda 44.4'dür (17).

Astım, ulusal düzey yaş grubu dağılımında 0-14 yaş grubu içerisinde sadece erkeklerde %0.2 oranı ile ölüme neden olan ilk 20 hastalık içerisinde bulunmaktadır. Kentsel alan 0-14 yaş grubunda on yedinci sırada ölüm nedeni olan astım aynı yaş grubunda kırsal alanda ölüme neden olan ilk 20 hastalık içerisinde yer almamaktadır. 15 – 49 yaş grubu ulusal düzey ölüm nedenleri sıralamasında astım %1.3 oranı ile on sekizinci sıradadır. Kentsel alan 15-59 yaş grubunda %1.3 oranı ile yirminci sırada bulunmaktadır. Kırsal alan 15-59 yaş grubunda ise astım erkeklerde %1.1 ile yirminci, kadınlarda %1.5 oranı ile on yedinci sırada ölüm nedeni olmasına rağmen toplamda ilk 20 hastalık içerisinde yer almamaktadır (14).

Tablo 2.22: Türkiye Bölgesel Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 20 Hastalık İçerisinde Astım'ın Yaş Gruplarına Göre % Dağılımı

Yaş grubu	Batı%	Güney%	Orta%	Kuzey%	Doğu%
0-14					
Toplam	0.3	-	-	0.3	-
Kadın	0.3	-	-	0.2	-
Erkek	0.3	0.3	0.2	0.2	-
15-59					
Toplam	1.3	1.4	1.3	1.3	1.5
Kadın	1.6	1.7	1.7	1.6	1.9
Erkek	1.1	1.2	1.1	1.1	-
60 ve üzeri					
Toplam	-	-	-	-	-
Kadın	-	0.4	0.4	0.4	-
Erkek	-	-	-	-	-

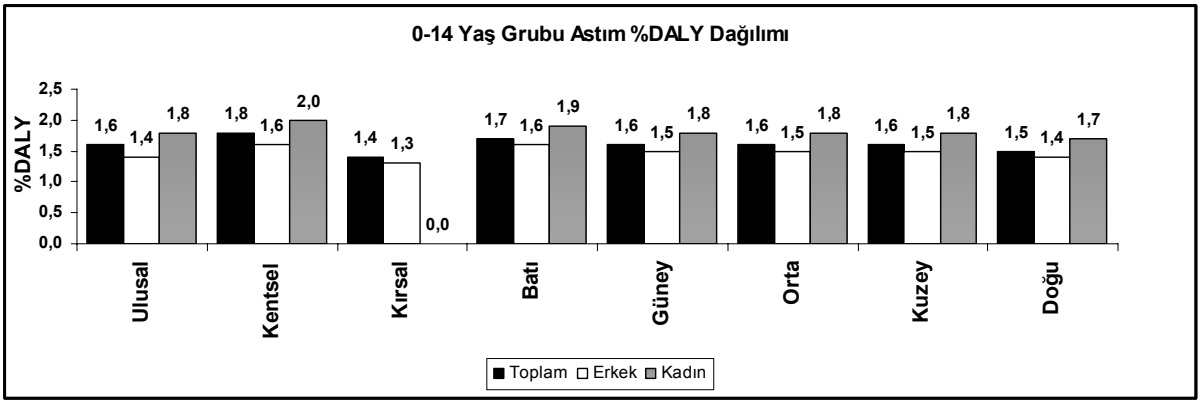
Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003

Tablo 2.22'de belirtildiği üzere tüm bölgelerde astım en fazla 15-59 yaş grubunda görülmektedir. Astım 15-59 yaş grubu kadınlarda erkeklerden daha öncelikli ölüm nedenidir.

Astım, ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 20 hastalık içerisinde %1.2 lik bir orana sahiptir. Kentsel alanda DALY'e neden olan ilk 20 hastalık sıralamasında astım %1.3 ile on dördüncü, kırsal alanda ise %1.1 ile on dokuzuncu sırada yer almaktadır. Türkiye bölgesel düzeyde DALY'e neden olan hastalıklar arasında astım batı, güney, orta bölgemizde %1.2, kuzey bölgemizde %1.1 ve doğu bölgemizde %1.3 oranı ile ilk 20 hastalık içerisinde bulunmaktadır (14).

Yaş grupları incelendiğinde ulusal ve bölgesel düzeyde DALY'e neden olan ilk 10 hastalığın % dağılımında astım 0-14 yaş grubunda görülmekte ancak 15-59 ile 60 ve üzeri yaş gruplarında ilk 10 hastalık yükü içerisinde yer almamaktadır (14).

Şekil 2.33'de görüldüğü üzere 0-14 yaş grubunda, astım en yüksek toplamda %1.8, erkeklerde %1.6 ve kadınlarda %2.0'lik oranı ile kentsel alanda ve toplamda %1.7,erkeklerde %1.6 ve kadınlarda %1.9'luk oranı ile batı bölgesinde hastalık yükü oluşturmaktadır.



Şekil 2.33: 0-14 Yaş Grubu DALY'e Neden Olan İlk 10 Hastalık İçerisinde Astım'ın % Dağılımı
Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003

2.10.7. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre 2005 yılında 3 milyon KOAH'dan ölen ve 80 milyon orta siddetli KOAH'ı olan insan bulunmaktadır. DSÖ, KOAH'ın 2030 yılında dünya genelinde 4.ölüm nedeni haline geleceğini tahmin etmektedir (38).

2003 UHY-ME çalışmasında KOAH insidansı toplamda yüzbinde 72.7, erkeklerde yüzbinde 76.8 ve kadınlarda yüzbinde 68.5 bulunmuştur. Prevelanslar ise toplamda binde 10.2, erkeklerde binde 8.4 ve kadınlarda binde 11.9'dur (17).

Türkiye ulusal düzey ölüme neden olan ilk 20 hastalığın dağılımında KOAH tüm ölümlerin %5.8'inin nedenidir ve üçüncü sırada yer almaktadır. Yaş grubu dağılımında KOAH 60 ve üzeri yaş grubunda her iki cinsiyette üçüncü sırada yer almaktadır. Kentsel alanda tüm ölümlerin %5.3'ünü, kırsal alan tüm ölümlerin ise % 6.5'ini oluşturmaktadır. Kentsel alanda dördüncü ve kırsal alanda üçüncü sıradadır. Batı, güney, orta ve kuzey bölgelerinde üçüncü ölüm nedeni iken doğu bölgesinde ise beşinci ölüm nedenidir (14).

Bir çalışmada Adana ili 40 yaş üzeri KOAH prevelansı toplamda %19.1, erkeklerde %28 ve kadınlarda % 10.3 olarak bulunmuştur (39).

2.10.8. Kanser

Kanser dünya genelinde en önemli ölüm nedenidir. Dünyada 2005 yılındaki toplam 58 milyon ölümün 7,6 milyonundan (%13) kanser sorumludur. Kanser mortalitesine neden olan temel kanser tipleri;

- Akciğer (1.3 milyon ölüm/yıl);

- Mide (hemen hemen 1 milyon ölüm/yıl)
- Karaciğer (662.000 ölüm/yıl)
- Kolon (665.000 ölüm/yıl) ve
- Meme (502.000 ölüm/yıl)

2005 yılında kanserden ölümlerin %70'i düşük ve orta gelirli ükelerde meydana gelmiştir. 2015 yılında 9 milyon ve 2030 yılında 11.4 milyon kişinin kanserden dolayı öleceği tahmin edilmektedir (40).

Ülkemizde kanser konusunda ilk düzenleme 1947 yılında Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu'nun kurulmasıyla başlamıştır. 1955'de Ankara'da Ahmet Andiçen Onkoloji Hastanesi inşaatına başlanmıştır. 1962'de bu hastane işletilmek üzere Bakanlığa verilmiştir. 1967'de Bakanlık tarafından Ankara'da Etimesgut Onkoloji Hastanesi kurulmuştur. Kanserle mücadele 1962 yılına kadar genel tedavi kuruluşlarında yapılmakta ve diğer hastalıklar arasında değerlendirilmekteydi. 1962 yılında Temel Sağlık Hizmetlerinde kanserle mücadele amacıyla Şube Şefliği kurulmuştur. 1970 Yılında Bakanlığımız bünyesinde kanser savaş konusunda koruyucu ve tedavi edici hizmetleri düzenlemek, hastanelerle ilgili tesisleri ve çalışma programlarını uygulamak, yürütmek ve denetlemek amacıyla Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Kanser Savaş Müdürlüğü kurulmuştur. 1970 yılında 1-7 Nisan "Kanser Haftası" olarak kabul edilmiş olup o yıldan itibaren hafta etkinlikleri sürdürülmektedir. 1982 yılında kanser ihbarı zorunlu hastalıklar arasına alınmıştır. 1983 yılında, Bakanlığımız bünyesinde Kanserle Savaş Daire Başkanlığı kurulmuştur (41).

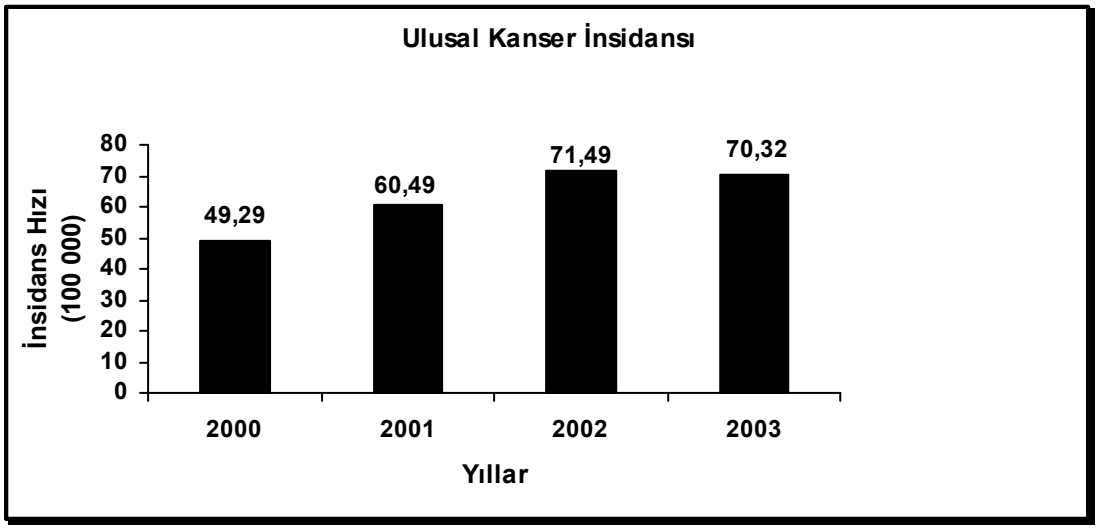
Kanser kayıtları kanser kayıt merkezleri aracılığıyla yapılmaktadır. Aralık 2000 tarihinde yayınlanan "Kanser Kayıt Merkezi Yönetmeliği" ile Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nca İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde kurulmuş ve kurulacak olan Kanser Kayıt Merkezleri'nin örgütlenmesi, çalışmaları ve çalışanlarının görev tanımlarının yapılması, hizmet kalitesi ve verimliliğinin artırılması ile denetlenmesine ilişkin usul ve esasları düzenlenmiştir. Ülke genelinden pasif sistem ile kanser kayıtlarını toplamak yerine seçilen bazı illerden "Aktif Sistemle" veri toplanması çalışmalarına başlanmasına ilişkin genelge Ocak 2006 tarihinde yayınlanmıştır. Buna göre Ankara, İzmir, İstanbul, Bursa, Samsun, Adana, Antalya, Trabzon, Edirne, Van, Erzurum, Şanlıurfa, Eskişehir, Kayseri illerinde kanser kayıtlarının aktif sistemle toplanmasına geçilmiştir. 05.01.2006 tarihinde toplanan Epidemiyoloji ve Kanser Kayıt Alt Danışma Kurulu'nda alınan kararlar doğrultusunda 2006

yılından itibaren İstanbul (ilin nüfus yoğunluğu, göç sirkülasyonu ve diğer nedenlerden dolayı aktif kanser kayıtçılığına uygun olmadığına karar verilerek) ili aktif kanser kayıt sisteminden çıkarılmış ve Ankara, İzmir, Antalya, Tarbzon , Samsun, Eskişehir, Edirne, Erzurum illerindeki çalışmaların hızlandırılarak bu illerin gerçek kanser insidans değerlerine bir an önce ulaşmasının sağlanması kararlaştırılmıştır (42).

Sağlık personeline ve halka, kanser konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirmeye yönelik eğitimler düzenlenmesi, tanımlanmış risk gruplarına meme, serviks, kolorektal gibi kanserlere yönelik, ulusal tarama programlarıyla erken dönemde tanı konulması ve kanser tanısı konulan hastalara gerekli tıbbi yönlendirme yapılıp tedavi merkezlerine sevk edilmesi, hasta takip ve değerlendirilmelerinin yapılması, olanaklar ölçüsünde sosyal, ruhsal ve tıbbi destek sağlanması faaliyetlerini yapmak üzere Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından 1995 yılından beri merkezler oluşturulmaktadır. Bu kapsamda 38 ilimizde, ayrıca Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Birliği ile ortak yürütülen projeler kapsamında da 11 ilimizde olmak üzere toplam 49 Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi kurulmuştur. 2007 yılında da 6 merkez daha açılacak ve toplam 55 Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi olacaktır. Ayrıca toplumun kanser konusunda farkındalığını eğitim yoluyla arttırmak, kanserde erken teşhis ve taramayı yaygınlaştırmak, kanser kontrolünde yeni modeller oluşturmak, önlenebilir kanserleri toplumdan yok etmek, taranabilir kanserlerin mortalitesini azaltmak amacıyla, 2005 yılından itibaren Kanser Erken Teşhis Tarama Merkezi ile Kanser Tarama ve Eğitim Merkezi bulunmayan illerde de Devlet Hastanelerine entegre (41 ilde) birer Kanser Tarama ve Eğitim Merkezi kurulması konusunda 01.07.2005 tarihinde Bakan Onayı alınarak Kanser Tarama ve Eğitim Merkezi bulunmayan illerimize de bu merkezlerden kurulmasına karar verilmiştir. Böylelikle her ilimiz, kanser kontrolü ile ilgili bir merkeze sahip olacaktır (42,43).

Kanser konusunda yürütülen tüm faaliyetlerde danışmanlık yapmak ve tavsiye niteliğinde kararlar ile Başkanlığı bilimsel olarak desteklemek üzere kurulmuş Ulusal Kanser Danışma Kurulu bulunmaktadır. Bu kurula bağlı olarak faaliyet gösteren 10 ayrı alt danışma kurulu daha bu kurulun çalışmalarını desteklemektedir. Bölgesel sağlık kompleksleri oluşturulması çalışmaları içerisinde ve aile hekimliği sistemi içerisinde kanser tanı, tedavi ve kayıt çalışmalarının entegrasyonu çalışmaları yürütülmektedir. Ulusal Kanser Enstitüsü kurulması ile ilgili çalışmalar devam etmekte olup, Devlet Planlama Teşkilatı'nın 2008-2009 planlama programına girmesi konusunda ön mutabakat sağlanmıştır (42).

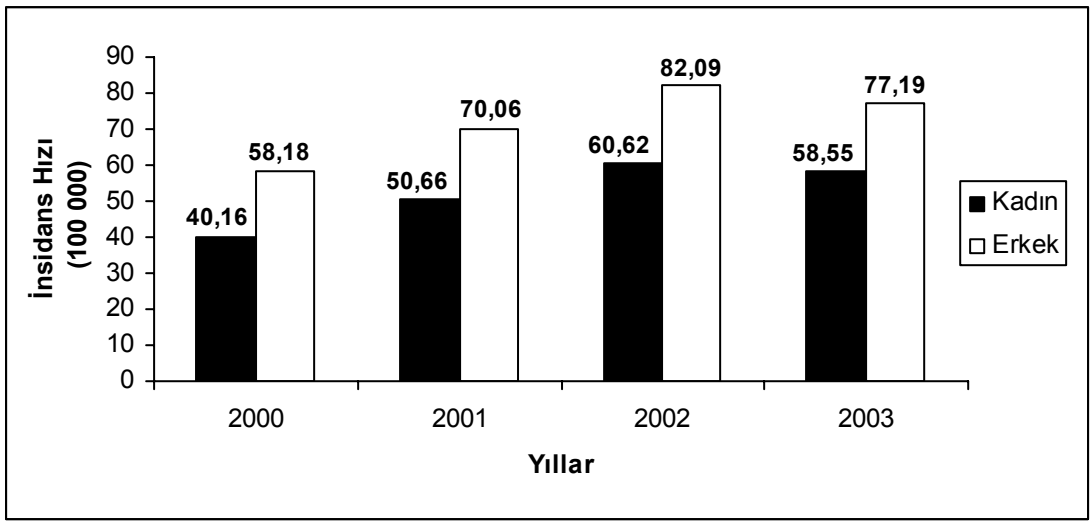
Şekil 2.34'de 2000-2003 yılları arası ulusal kanser insidans hızları verilmektedir. Buna göre kanser insidansı 2000 yılı için yüzbinde 49.29, 2001 yılında yüzbinde 60.49, 2002 yılında yüzbinde 71.49 ve 2003 yılında yüzbinde 70.32'dir.



Şekil 2.34: 2000-2003 Yılları Arası Ulusal Kanser İnsidansı

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, 2007

Şekil 2.35'de cinsiyete göre 2000, 2001, 2002 ve 2003 yılı kanser insidansları belirtilmektedir. 2000 yılı kadınlarda yüz binde 40.16, erkeklerde yüz binde 58.18 olan kanser insidansı 2003 yılında kadınlarda yüz binde 58.55'e, erkeklerde ise yüz binde 77.19'a yükselmiştir.

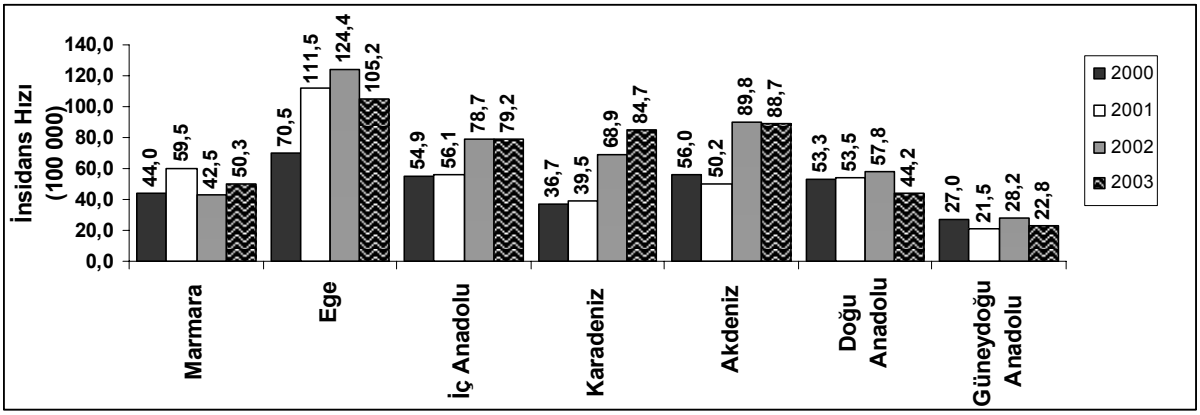


Şekil 2.35: Ulusal Kanser İnsidansının Cinsiyete Göre Dağılımı

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, 2007

Şekil 2.36'da Türkiye kanser insidansının bölgesel dağılımına bakıldığında Ege Bölgesi 2000 yılında 70.5/100 000 ve 2003 yılında 105,2 / 100 000 insidans hızı ile kanser

insidansı en yüksek olan bölgedir. Karadeniz bölgesi kanser insidansının 2001 yılında 39.5/100 000 iken 2003 yılında 84.7/100 000'a yükseldiği görülmektedir. Kanser insidansı en düşük olan bölge Güneydoğu Anadolu bölgesidir.



Şekil 2.36: Türkiye Kanser İnsidansının Bölgesel Dağılımı

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, 2007

Tablo 2.23: Türkiye'de En Sık Görülen Beş Kanser Türü (2003)

ORGANLAR				İNSİDANS*
Organs		OLGU SAYISI	YÜZDE	Per(100.000)Yzb.
			%	
Akciğer	/Lung	7754	15,70	11,04
Meme	/Breast	5828	11,80	8,30
Deri	/Skin	3703	7,50	5,27
Mide	/Stomatch	3448	6,98	4,91
Mesane	/Bladder	2400	4,86	3,42
Diğer	/Other	26407	53,47	37,60
Toplam	/Total	49387	100,00	70,32

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, 2007

Tablo 2.23'de belirtilen 2003 yılı Türkiye'de en sık görülen kanser türü dağılımına bakıldığında ise 11.04/100 000 insidans hızı ile akciğer kanserinin en sık görülen kanser türü olduğu görülmektedir. Akciğer kanserlerini 8.30/100 000 ile meme ve 5.27/100 000 ile deri kanseri izlemektedir.

Tablo 2.24: Kanserlere Ait Cinsiyete Göre İnsidans ve Prevelans Hızları

	İnsidans Hızı (100.000)			Prevelans (1000)		
Malignant Neoplasmlar	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**
Ağız ve Orofarniks Kanserleri	20,000	10,000	3,600	0,100	0,000	0,000
Özafagus Kanseri	1,800	1,200	1,500	0,000	0,000	0,000
Mide Kanseri	8,000	4,000	6,900	0,100	0,100	0,100
Kolon ve Rektum Kanseri	7,300	5,700	6,500	0,100	0,100	0,100
Karaciğer Kanseri	2,400	0,800	1,600	0,000	0,000	0,000
Pankreas Kanseri	2,100	1,000	1,500	0,000	0,000	0,000
Trachea, Akciğer ve Bronş Kanseri	63,600	5,000	34,700	0,300	0,000	0,200
Melanoma ve Diğer Deri Kanserleri	0,800	0,800	0,800	0,000	0,000	0,000
Meme Kanseri	0,000	24,400	24,900	0,000	0,300	0,100
Seviks Uteri Kanseri	0,000	4,800	2,400	0,000	0,000	0,000
Korpus Uteri Kanseri	0,000	6,300	3,100	0,000	0,100	0,000
Yumurtalık Kanseri	0,000	5,900	3,000	0,000	0,100	0,000
Prostat Kanseri	5,400	0,000	2,700	0,100	0,000	0,000
Mesane Kanseri	11,500	1,500	0,800	0,100	0,000	0,100
Lenfoma ve Multiple Myeloma	8,200	6,600	7,400	0,100	0,100	0,100
Lösemi	6,400	5,000	5,700	0,100	0,100	0,100

Kaynak: UHY-ME Çalışması Ek 1-6, 2003

Tablo 2.24'de kanser türlerine göre 2003 UHY-ME çalışmasında bulunan insidans ve prevelans hızları görülmektedir.

Türkiye ulusal düzeyde ölüm sayılarının temel hastalık gruplarına göre dağılımında ikinci sırada toplam 56.250 ölümle kanserler yer almaktadır. Kanser ölümleri erkeklerde 35.076 ve kadınlarda 21.174'dür (14).

Tablo 2.25: Türkiye Ölüm Sayıları Temel Hastalık Gruplarında Kanser

	Toplam	**%**	**Kadın**	**%**	**Erkek**	**%**
Türkiye	56.250	13,07	21.174	10,74	35.076	15,04
Kent	31.959	13,88	11.221	10,99	20.737	16,19
Kır	24.309	12,14	9.775	10,28	14.534	13,82
Batı	21.308	14,31	8.091	11,70	13.217	16,59
Güney	7.567	13,59	2.817	11,20	4.751	15,56
Orta	13.318	13,58	4.983	11,26	8.335	15,50
Kuzey	5.830	12,85	2.312	10,75	3.518	14,74
Doğu	8.235	9,98	2.976	8,02	5.259	11,58

Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003

Tablo 2.25'de ulusal düzeyde belirlenen ölüm nedenleri içerisinde kanserin ulusal, kent-kır, bölgesel dağılımı cinsiyete göre verilmiştir. Sadece doğu bölgesinde kanser diğer bölgelerden ve kentsel- kırsal alandan farklı olarak ikinci değil dördüncü ölüm nedeni olarak görülmektedir. Batı bölgesi ölüm sayılarının temel hastalık gruplarına göre dağılımında kanserler %14.31'lik bir orana sahiptir. Kuzey bölgesinde kanserlerden kaynaklanan ölüm sayısı diğer bölgelere göre en düşük sayıda olmasına rağmen (5.830) kuzey bölgesi toplam ölüm sayılarının % 12.85'ini oluşturmaktadır.

Ulusal düzeyde %6,7 DALY oranı ile kanserler altıncı hastalık yükü nedenidir. Erkeklerde toplam DALY'lerin %7,6'sı kanserlere aittir. Kadınlarda ise toplam DALY'lerin %5,8'ini kanserler oluşturmaktadır. Kentsel alanda saptanan hastalık yükünün %6.8'i, kırsal alanda belirlenen hastalık yükünün ise %7.1'i kanserler nedeniyle meydana gelmektedir (14).

Tablo 2.26: Bölgesel Düzey Kanser DALY Dağılımı

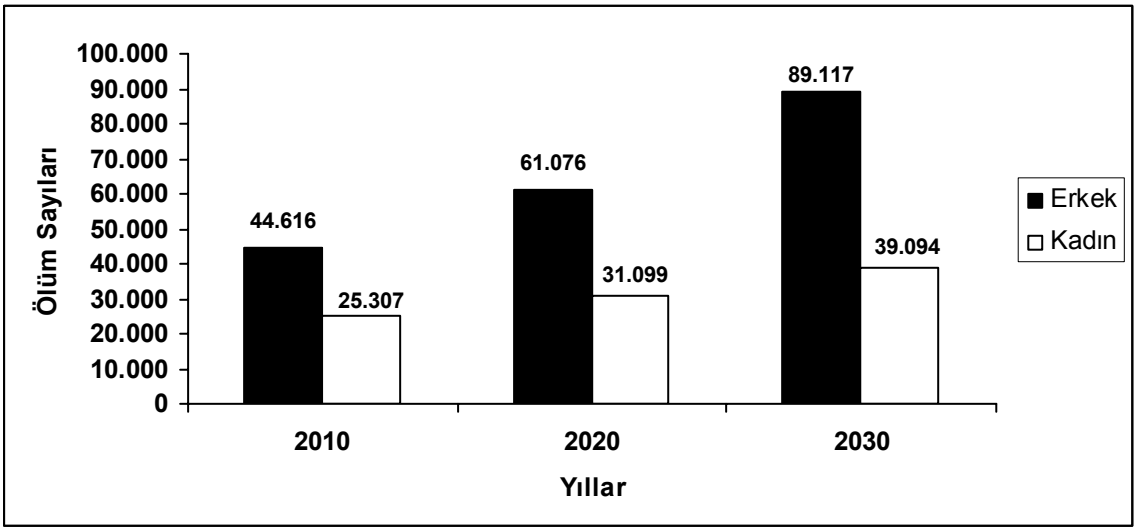
	Bölge Toplam (DALY)	**Kanser Toplam (DALY)**	**%**	**Kanser Erkek (DALY)**	**%**	**Kanser Kadın (DALY)**	**%**
Batı	3.449.677	263.345	7,63	153.763	8,46	109.583	6,71
Güney	1.408.727	102.696	7,29	60.406	8,12	42.290	6,36
Orta	2.385.340	173.791	7,29	102.047	8,15	71.744	6,33
Kuzey	958.088	68.141	7,11	39.005	7,93	29.136	6,25
Doğu	2.600.662	123.247	4,47	76.169	5,60	47.079	3,79

Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003

Tablo 2.26'da detaylı olarak bölgesel düzeyde temel hastalık gruplarının DALY dağılımı içerisinde kanserin yeri gösterilmektedir. Batı bölgesi için toplam belirlenen 3.449.677 DALY'nin 263.345'i kanserlerin oluşturduğu hastalık yüküdür. Kanser nedeniyle batı bölgesinde oluşan hastalık yükünün cinsiyet dağılımına bakıldığında %8.46'sının erkeklerde ve %6.71'inin kadınlarda görülen kanserlerden dolayı oluştuğu görülmektedir. Doğu bölgesi, toplam hastalık yükü açısından bölgeler arası sıralamada ikinci durumda olmasına rağmen kanserler doğu bölgesi için hesaplanan toplam hastalık yükünün %4.47'sini oluşturmaktadır.

Şekil 2.37'de Türkiye ulusal düzey erkeklerde ve kadınlarda kanserlere bağlı 2010, 2020 ve 2030 yılında beklenen ölüm sayıları tahminleri yer almaktadır. Buna göre kanserlere

bağlı gerçekleşmesi beklenen ölüm sayısı erkekler için 2010 yılında 44.616, 2020 yılında 61.076 ve 2030 yılında 89.117 olarak tahmin edilmektedir. Kadınlarda kanserlere bağlı gerçekleşmesi beklenen ölüm sayısı ise 2010 yılı için 25.307, 2020 yılı için 31.099 ve 2030 yılı için 39.094 olarak tahmin edilmektedir.



Şekil 2.37: Türkiye Ulusal Düzey 2000 Yılında Erkeklerde ve Kadınlarda Kanserlere Bağlı Gelişen Ölüm Sayılarının 2010,2020 ve 2030 Yılında Beklenen Ölüm Sayıları İle Karşılaştırılması

Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003

Tablo 2.27: Aktif Kanser Kayıt Merkezi Olan İller, 2005

İLLER	
1	Adana
2	Ankara
3	Antalya
4	Bursa
5	Edirne
6	Erzurum
7	Eskişehir
8	İzmir
9	Kayseri
10	Samsun
11	Trabzon
12	Şanlıurfa
13	Van

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2005

Tablo 2.27'de görülen toplam 13 il Kanser Kayıt Merkezi olarak hizmet vermektedir.

Tablo 2.28: Kanser Erken Teşhis ve Tedavi Merkezi (KETEM) Listesi ve Personel Durumu

İLLER	Sorumlu Hekimler	Pratisyen Hekimler	Radyoloji Uzm.	Patoloji Uzm.	Genel Cer.Uzm.	Cildiye Uzm.	Kad.Hast.ve D. Uzm.
ADANA	1	2	1	2	2	1	1
ANKARA	1	3	1				
ANTALYA		3	1				
BALIKESİR		3	1	1	1	1	1
DİYARBAKIR	1	1	1	1	1		1
EDİRNE	1	1	1	1	1	1	1
ERZURUM	1	2	1	1	1	1	1
GAZİANTEP	1	1	1	1	1	1	1
İSTANBUL		1	1	1	1	1	1
SİVAS	1	2	1	1	1	1	1
TRABZON	1	2	1	1	1	1	1
AYDIN	1	2	1				
BURSA	1	2					
ÇANAKKALE	1	3	1	1	1	1	1
DENİZLİ	1	2	1	1	1	1	1
MUĞLA	1		1	1	1	1	1
K.MARAŞ	1	2		1	1		1
KAYSERİ	1	2	1	1	1	1	1
MALATYA	1	1	1	1	1	1	1
MANİSA	1	1					
İZMİR		3	1		1		1
AFYON	1	1					
AMASYA	1	2	1	1	1	1	
NEVŞEHİR	1		1	1	1	1	1
YALOVA	1		1	1	1	1	1
BOLU	1	2	1	1	1	1	1
KÜTAHYA		2	1	1	1	1	1
RİZE	1	1	1	1		1	1
SAMSUN							
HATAY		2	1	1	1	1	1
BURDUR	1		1		1	1	1
ELAZIĞ		2	1	1	1	1	
BAYBURT	1		1	1	1	1	1
AKSARAY	1	2	1	1	1	1	1
ADIYAMAN	1	1	1	1	1	1	1
KİLİS	1	1	1	1	1		1
NİĞDE	1	1	1	1	1	1	1
GİRESUN	1	1		2			1
ARDAHAN	1	2	2		1		1
KIRKLARELİ	1		1	1	1	1	1
KONYA	1	2	1	1	1	1	1
ÇORUM	1	1	1	1	1	1	1
MERSİN	1		1	1	1	1	1
KOCAELİ	1						
ORDU	1	4	1	1	1	1	1
ISPARTA		1					
MUŞ							
KARABÜK							
KIRIKKALE							
TOPLAM	37	67	39	36	36	31	35

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı 2007

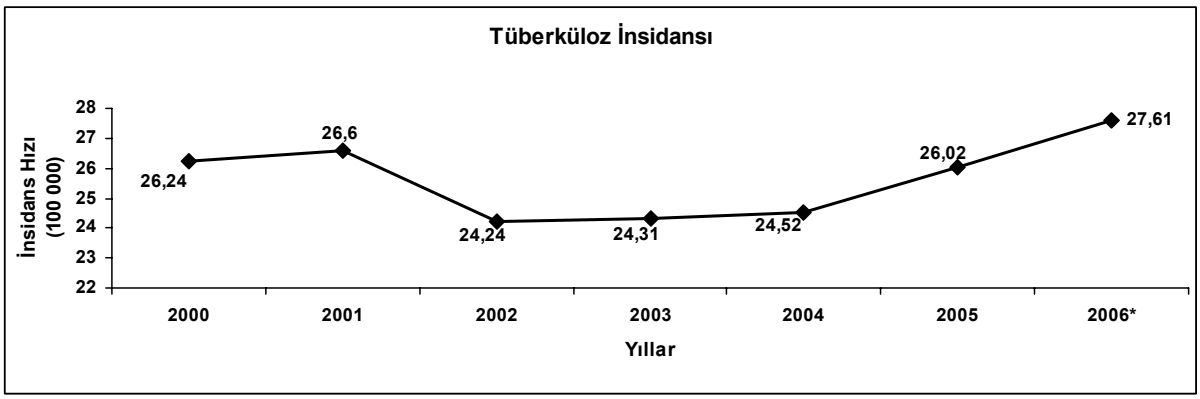
Tablo 2.28'de ayrıntılı olarak gösterilen 49 adet kanser erken teşhis ve tedavi merkezlerindeki personel dağılımına göre toplam 37 sorumlu hekim ile hizmet verilmektedir.

2.10.9. Tüberküloz

2004 yılında tüberküloz nedeniyle 1.7 milyon ölümün meydana geldiği tahmin edilmektedir. Hem kişi başına düşen en yüksek mortalite hızı hem de en fazla ölüm Dünya Sağlık Örgütü Afrika Bölgesi'ndedir. Her saniye dünyada bir kişi tüberküloz basili ile yeni enfekte olmaktadır. Sonuçta dünya nüfusunun üçte biri hali hazırda tüberküloz basili ile enfektedir. Tüberküloz basili ile enfekte olan insanların %5-10'u hasta olmakta veya bazen de hayatları boyunca taşıyıcı olmaktadır (44).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından verem kontrolü için önerilen yöntem "Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT)"dir. Temmuz 2006 tarihinde ülke genelinde DGT yöntemine geçişin yaygınlaştırılması amacıyla genelge yayınlanmıştır. Buna göre il düzeyinde teşhis edilen ve DGT uygulamasına alınan tüm hastaların kayıtları elektronik ortamda tutulmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlar, özel ve askeri kurumlar ile üniversite hastanelerinin bildirimleri İl Sağlık Müdürlüğü Verem Kontrol Birimi'nde toplanarak; il içi hastalar ildeki Verem Savaşı Dispanserleri'ne, il dışı hastalar ise ilgili İl Sağlık Müdürlükleri'ne bildirilmektedir (45).

Şekil 2.38'de belirtildiği üzere 2001 yılında 26.6/100 000 olan ulusal düzeyde tüberküloz insidansı 2003 yılında 24.31/100 000, 2005 yılında 26.02/100 000, 2006 yılında ise 27.61 olarak tespit edilmiştir.



Şekil 2.38: Türkiye 2000-2006 Yılları İçin Tüberküloz Vaka Bildirim Hızları[1]

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, 2007

*2006 yılı insidansı geçici vaka sayısından hesaplanmıştır.

[1]Kitabın basımı sonrası Verem savaş Dairesi Başkanlığı tarafından gönderilen geri bildirim üzerine düzeltilmiştir.

2003 UHY-ME çalışmasında tüberküloz insidansı toplamda yüzbinde 34.4, erkeklerde yüzbinde 46.7 ve kadınlarda yüzbinde 21.8 olarak bulunmuştur. Prevelanslar ise binde toplamda 1.0, erkeklerde 1.4 ve kadınlarda 0,7'dir (17).

Tüberküloz; ulusal düzey tüm yaş gruplarında ölüme neden olan ilk 20 hastalık içerisinde erkeklerde %1.0'lik oranı ile on altıncı sırada bulunmakta olup toplam ve kadınlarda ise ilk 20 ölüm nedeni olan hastalık sıralamasında yer almamaktadır. Ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalığın 0-14 yaş grubu dağılımında tüberkülozun %1.4 ile sekizinci sırada yer aldığı görülmektedir. 15-59 yaş grubunda toplam ve her iki cinsiyet dağılımında %2.0'lik oran ile ilk 10 hastalık içerisindedir. Kentsel alan 0-14 yaş grubunda %0.9 ile on birinci sırada yer almaktadır. Kentsel alan 15-59 yaş grubunda toplamda %1.6 ile on beşinci, erkeklerde %1.4 ile on altıncı sırada iken kadınlarda %2.1 ile on birinci sırada ölüm nedenidir. Kentsel alan tüm yaş gruplarında toplamda ve her iki cinsiyette ölüme neden olan ilk 20 hastalık içerisinde bulunmaz iken kırsal alanda tüm yaş gruplarında toplamda ve erkeklerde %1.0 ve kadınlarda %1.1 ile on beşinci sırada yer almaktadır. Kırsal alan 0-14 yaş grubunda ölüme neden olan hastalıklar arasında %1,4 ile dokuzuncu sıradadır. Kırsal alan 15-59 yaş grubunda ise toplamda %3.0 ile yedinci, kadınlarda %3.8 ile beşinci ve erkeklerde %2.3 ile altıncı sırada bulunmaktadır (14).

Türkiye bölgesel düzey ölüme neden olan ilk 20 hastalığın cinsiyet dağılımına göre orta bölgesinde toplamda %1.0, erkeklerde %1.1 ve kadınlarda %0.8, doğu bölgesinde ise toplamda %1.2, erkeklerde %1.4 ve kadınlarda %1.0 oranına sahip bulunmaktadır (14).

Tablo 2.29: Türkiye 0-14 ve 15-59 Yaş Grupları Ölüm Nedenlerinde Tüberküloz Bölgesel Dağılımı

Yaşgrupları	Batı	Güney	Orta	Kuzey	Doğu
0-14					
Toplam	1,1	1,2	1,7	1,3	1,4
Erkek	1,1	1,2	1,8	1,5	1,6
Kadın	1,0	1,1	1,6	1,2	1,2
15-59					
Toplam	1,7	1,7	2,2	1,7	2,8
Erkek	1,6	1,8	2,1	1,8	2,8
Kadın	1,7	1,7	2,2	1,7	2,9

Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003

Tablo 2.29 tüberkülozun yaş gruplarına göre bölgesel düzeyde ölüm nedenleri içerisindeki dağılımını göstermektedir. Buna göre 15-59 yaş grubunda toplamda doğu bölgesinde diğer bölgelere göre tüberküloz daha yüksek oranda ölüm nedeni olarak

görülmektedir (%2.8). Doğu bölgesini %2.2 ile güney bölgesi izlemektedir. 0-14 yaş grubunda ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında tüberküloz en yüksek orta bölgesinde (%1.7) yer almaktadır. Orta bölgenin ardından %1.4 ile doğu ve %1.3 ile kuzey bölgesi gelmektedir.

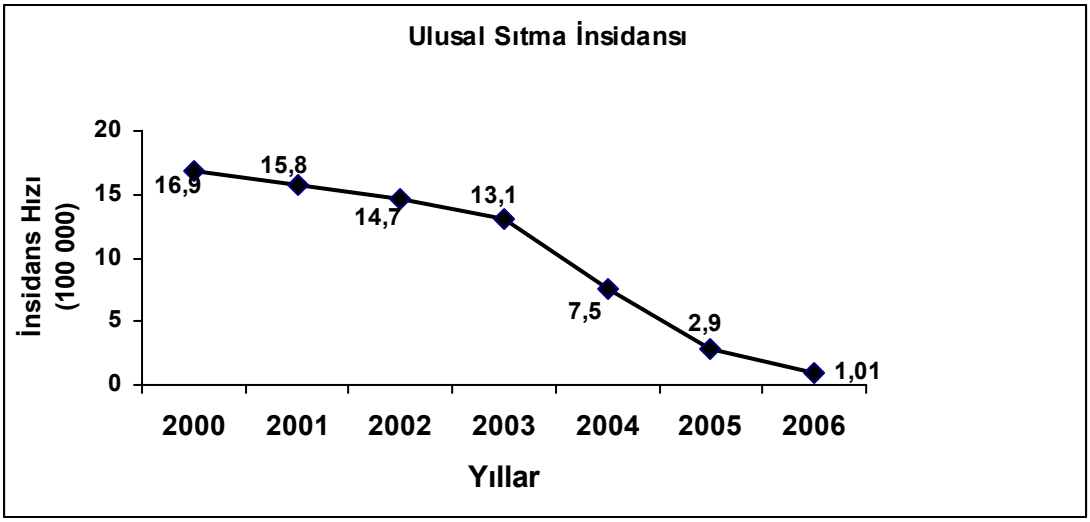
Ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 20 hastalığın tüm yaş gruplarındaki dağılımında tüberküloz %1.0 ile son, erkeklerde ise %1.2'lik oranı ile on sekizinci sırada yer almaktadır. Tüberküloz tüm yaş gruplarında kadınlarda ve kentsel alanda toplamda ve her iki cinsiyette DALY'e neden olan ilk 20 hastalık içerisinde yer almamaktadır. Kırsal alanda DALY'e neden olan on dördüncü hastalıktır. Kırsal alanda kadınlarda %1.4, erkeklerde %1.3'lük oranı ile on altıncı hastalık yükü nedenidir. Kırsal alan 0-14 yaş grubunda sadece erkeklerde %1,2 ile ilk 10 DALY nedeni arasındadır.15-59 yaş grubunda ise toplamda %1.2, kadınlarda %2.3'lük oranı ile ilk 10 DALY nedeni içerisinde iken bu yaş grubunda erkelerde ilk 10 hastalık arasında bulunmamaktadır. Bölgesel düzeyde DALY'e neden olan hastalıklar içerisinde tüberkülozun dağılımına baktığımızda batı, güney ve kuzey bölgelerinde tüm yaş gruplarında yalnız erkeklerde (%1.1) DALY'e neden olan ilk 20 hastalık sınıflamasında yer almaktadır. Orta bölgede ilk 20 DALY nedeni olan hastalık dağılımında toplamda %1.1 ve erkeklerde %1.3 oranına sahiptir. Orta bölgede 0-14 yaş grubu erkeklerde %1.4 ile sekizinci hastalık yükü nedenidir. Doğu bölgesinde ise tüm yaş gruplarında DALY'e neden olan ilk 20 hastalık içerisinde toplamda on beşinci(%1.2), erkeklerde ise on birinci(%1.5) sırada yer almaktadır. 0-14 ve 15-59 yaş grubunda ise onuncu (sırasıyla %1.2, %2.0) hastalık yükü nedenidir (14).

2.10.10. Sıtma

Çoğunlukla dünyanın en fakir ülkelerinde yaşayanlar olmak üzere dünya nüfusunun yaklaşık %40'ı sıtma riski altındadır. Hastalık, 20. yüzyılın ortalarında birçok ülkeden başarı ile ortadan kaldırılmıştır. Bugün sıtma dünyanın tropikal bölgelerinde bulunmakta ve her sene en az bir milyon ölüm ile 300 milyon akut hastalığa neden olmaktadır (46).

Ülkemizde sıtma mücadelesi hizmetlerinin etkin bir şekilde yapılmasını sağlamak, plan ve programların politikaların tespitine yardımcı olmak ve uygulamak için 13.12.1983 yılında Sağlık Bakanlığ'ının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK/181) ile Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı kurulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün tüm dünyada başlattığı sıtma eradikasyon programına ülkemiz 1957 yılında dahil olmuştur (47).

2000-2006 yılları arası ulusal sıtma insidansı şekil 2.39'da verilmektedir. Sürveyans, teşhis ve tedavi çalışmalarına verilen ağırlık sonrası 2000 yılında yüz binde 16.9 olan ulusal sıtma insidansı 2003 yılında yüzbinde 13.1, 2005 yılında yüzbinde 2.9, 2006 yılı için 1.01 olarak saptanmıştır. 2005 yılından itibaren hastalık bildirimleri standart vaka tanımları ile yapıldığı için bu yıldan itibaren kesin tanı alan vakalar dikkate alınmıştır.



Şekil 2.39: 2000-2006 Yılları İçin Ulusal Sıtma İnsidansı

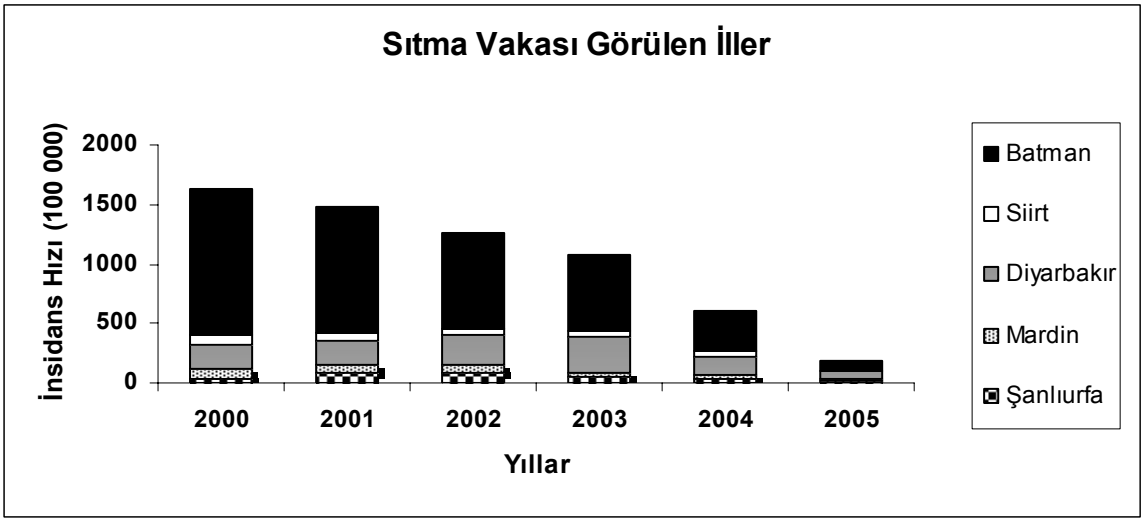
Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Sıtma Savaş Dairesi Başkanlığı, 2007

Tablo 2.30: Sıtma Riskli İllerde 2000-2005 Yılları İnsidans Dağılımı (100 000)

İller	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Şanlıurfa	40,2	75,8	82	50	29,8	23,5
Mardin	83	80,9	66,2	41,8	30,2	15,7
Diyarbakır	190,6	194,1	246,8	290,7	163,2	61
Siirt	89,3	70,8	58,4	50,1	39,4	8,6
Batman	1234	1050	815	648,8	340,1	84

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Sıtma Savaş Dairesi Başkanlığı, 2007

Tablo 2.30 ve Şekil 2.40'da sıtma riskli illerde 2000-2005 yılları insidans dağılımı verilmektedir. Özellikle Batman ve Diyarbakır illerinde sıtma insidansı 2000 – 2005 yılları arasında büyük oranda azalmıştır. Batman ilinde sıtma insidansı 2000 yılında yüz binde 1234'den 2005 yılında yüz binde 84'e gerilemiştir.



Şekil 2.40: Sıtma Riskli İllerde 2000-2005 Yılları İnsidans Dağılımı

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Sıtma Savaş Dairesi Başkanlığı, 2007

2003 UHY-ME çalışmasında sıtma insidansı toplamda ve her iki cinsiyette yüzbinde 20.0 bulunmuştur. Prevelanslar ise toplamda ve iki cinsiyette binde 0,62'dir (17).

2.10.11. Anemi

Demir eksikliği anemisi dünyada en yaygın beslenme bozukluğudur. Gelişmekte olan ülkelerde büyük oranda kadınları ve çocukları etkilemektedir. 2 milyar insanın, dünya nüfusunun %30'undan fazlası, anemik olduğu belirtilmektedir (48). Bu rakamın %50'sinden fazlasını demir eksikliği anemisi oluşturmaktadır (49).

Tablo 2.31: Cinsiyete Göre Demir Eksikliği Anemisi İnsidans ve Prevelans Hızları

	İnsidans Hızı (100 000)			Prevelans (1 000)		
Demir Eksikliği Anemisi	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**
Demir Eksikliği Anemisi-hafif	160,900	239,600	199,700	75,400	261,047	167,200
Orta	120,000	254,600	186,400	45,700	75,800	60,500
Şiddetli	25,100	96,300	60,200	2,900	4,600	3,800

Kaynak: UHY-ME Çalışması Ek 1-6, 2003

Tablo 2.31'de 2003 UHY-ME çalışmasında bulunan toplamda ve her iki cinsiyette hafif, orta ve şiddetli anemi insidansları ve prevelansları verilmektedir.

0-14 yaş grubu ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalık içerisinde demir eksikliği anemisi %0,4 ile onbeşinci sırada yer almaktadır. Kentsel alan 0-14 yaş grubunda sadece erkeklerde demir eksikliği anemisi toplam ölüm nedenleri içerisinde %0.2 oranı ile on

dokuzuncu sırada yer almaktadır Kırsal alan 0-14 yaş grubunda toplamda on beşinci (%0.4), erkeklerde on dördüncü (%0.4) ve kadınlarda on altıncı (%0.4) ölüm nedenidir. Kırsal alan 15-59 yaş grubu kadınlarda (%1.6) on beşinci sırada bulunmaktadır. Batı bölgesi 0-14 yaş grubu erkeklerde anemi tüm ölüm nedenlerinin %0.3'ünü oluşturmaktadır. Doğu bölgesi 0-14 yaş grubu ölüm nedenlerinin %0.4'ünün nedeni (erkeklerde %0.5, kadınlarda %0.4) demir eksikliği anemisidir (14).

Tüm yaş gruplarında ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 20 hastalık sıralamasında % 2,1 oranı ile demir eksikliği anemisi onuncu sırada yer almaktadır. Kadınlarda %3,8 oranı ile beşinci sırada yer alırken erkeklerde ulusal düzey hastalık yükü dağılımında yer almamaktadır. Ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 10 hastalığın 15-59 yaş grubundaki dağılımına göre toplamda %2.9 ile beşinci ve kadınlarda %5.5 ile ikinci hastalık yükü nedeni olarak görülmektedir. Kentsel alanda toplam hastalık yükünün %2.2'sinin, kırsal alanda ise %2.0'ının nedeni anemidir. Batı bölgesinde meydana gelen toplam DALY'lerin %2.1'i, anemi nedeniyle meydana gelmektedir. Doğu bölgesi DALY'e neden olan hastalıkların % dağılımında toplamda %2.1 oranı ile onuncu sıradadır (14).

2.11. KAZALAR, YARALANMALAR VE ZEHİRLENMELER

Dünya Sağlık Örgütü yaralanmaları, istemli ve istemsiz yaralanmalar olarak iki grupta değerlendirmektedir.

İstemli Yaralanmalar;

- Trafik kazaları yaralanmaları
- Zehirlenmeler
- Düşmeler
- Yangınlar
- Boğulmalar

İstemsiz Yaralanmalar;

- Kendi kendine yaralama
- Kişiler arası şiddet
- Savaş

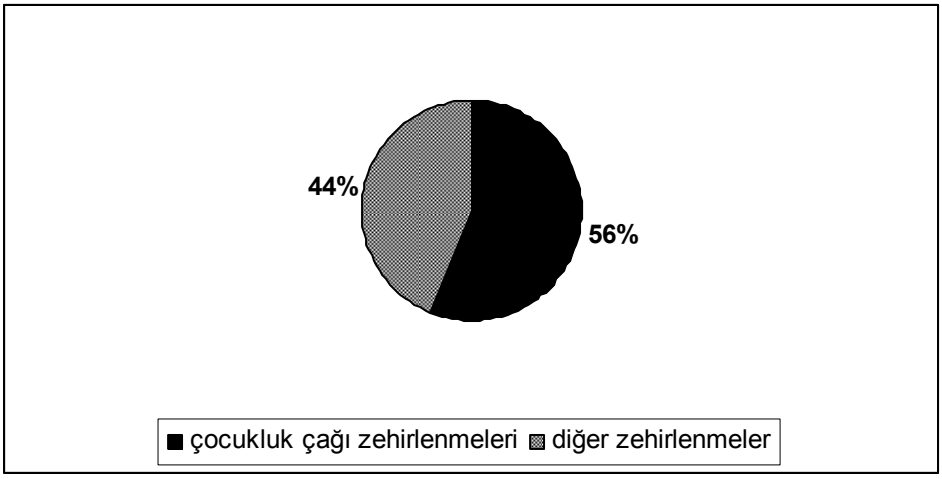
Yaralanma, 60 yaş ve üzeri bireyler haricinde tüm yaş grupları için temel sakatlık ve ölüm nedenidir. Trafik kazası yaralanmaları, kendi kendine yaralama, kişiler arası şiddet, savaş yaralanmaları, boğulmalar, zehirlenmeler ve yangına maruz kalma sonucu yaralanmalar 15-29 yaş grubunda 10 temel ölüm nedeni içindedir (50).

2002 yılında dünya genelinde trafik kazaları sonucu yaklaşık 1.2 milyon kişi ölmüştür. Bu tüm dünyada hergün ortalama 3242 kişinin öldüğünü göstermektedir. Bu ölümlere ilave global olarak her yıl 20 milyon ila 50 milyon insanın yaralandığı veya sakat kaldığı tahmin edilmektedir (51).

2004 yılında ülkemizde meydana gelen trafik kazası sayısı. 494.819'dur. Bu kazalarda 3.081 ölüm ve 109.889 yaralanma gerçekleşmiştir. Maddi hasar ise 760.614.565 YTL'dir (52)**.**

2005 yılında 2094 kasten öldürme olayı gerçekleşmiştir. Bu olayların 162'si 18 yaş altında bireylere aittir.Aynı yıl içinde gerçekleşen intihar sayısı ise 122'si 18 yaş ve altı olmak üzere 1619'dur (53).

Şekil 2.41'de belirtildiği üzere Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı Zehir Araştırma Müdürlüğü'ne ulaşan vakaların %44'ünü çocukluk çağı zehirlenmeler oluşturmaktadır.



Şekil 2.41: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı Zehir Araştırma Müdürlüğü'ne Yapılan Başvurularda Zehirlenmelerin Yeri

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı, Zehir Araştırma Müdürlüğü, 2007

Zehir Araştırma Müdürlüğü'ne ulaşan tüm zehirlenme vakaları nedenlerinde birinci sırayı tedavi amacıyla kullanılan ilaçlar, ikinci sırayı evde kullanılan kimyasal maddeler ve üçüncü sırayı ise pestisidler almaktadır. Çocukluk çağı zehirlenmelerin % 98'i ağız yolu ile alınan kimyasal maddelerle gerçekleşmekte iken % 16'sı solunum yoluyla, % 0.4'ü ise deri yolu ile temasla gerçekleşmektedir. Yaşa göre cinsiyet dağılımında ise zehirlenmelerin 1-9 yaş grubu erkek çocuklarda, 10-14 ve 15-19 yaş gruplarında ise kız çocuklarında en sık görüldüğü tespit edilmiştir. Çocukluk çağı zehirlenmelerinde intihar amaçlı zehirlenmeler en sık 15-19 yaş grubu kız çocuklarında görülmektedir. 1995-2004 yılları arasında yapılan total başvuruların ortalama olarak %13,60'ının trisiklik antidepresan ilaçlarla meydana gelen zehirlenmeler olduğu görülmüştür (54).

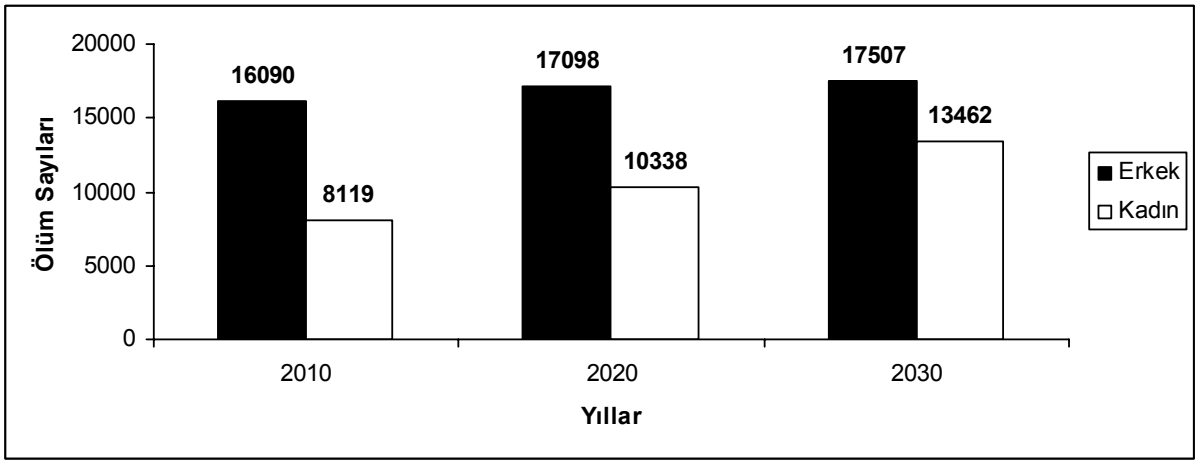
2003 UHY-ME çalışmasında zehirlenmelere ait insidans toplamda yüzbinde 33.7, erkeklerde 30.7 ve kadınlarda 36.8 bulunmuştur. Prevelanslar ise binde toplamda 0.002, erkeklerde 0.002 ve kadınlarda 0.003'dür (17).

Türkiye ulusal düzeyde kaba ölüm hızı ‰6,3'dir. Toplamda ölüm hızının 0,4'lük bölümünü III.Grup hastalıklar oluşturmaktadır. Ulusal düzeyde yaş gruplarına bakıldığında III. grup hastalıklar olan istemli ve istemsiz yaralanmalardan ölümler en fazla 15-29 yaş grubunda (8972 ölüm)görülmektedir. Ulusal düzeyde ölüm sayılarının temel hastalık grupları ve cinsiyete göre dağılımında yaralanmalar toplam ölüm nedenlerinde %5,81'lik oranı ile altıncı sırada yer almaktadır. Kırsal alanda ve doğu bölgesinde istemli ve istemsiz yaralanmalar altıncı, kentsel ve doğu bölgesi haricindeki bölgelerde beşinci ölüm nedeni olarak görülmektedir (14).

Ulusal düzeyde hastalık yükü dağılımının DALY/1000 kişi dağılımına göre toplam hastalık yükü 159.3 DALY/1000 kişidir. Hastalık gruplarına göre dağılımları incelendiğinde Türkiye genelinde toplam 159.3 DALY/1000'nin 17,2'sini III. Grup hastalıklar oluşturmaktadır (14).

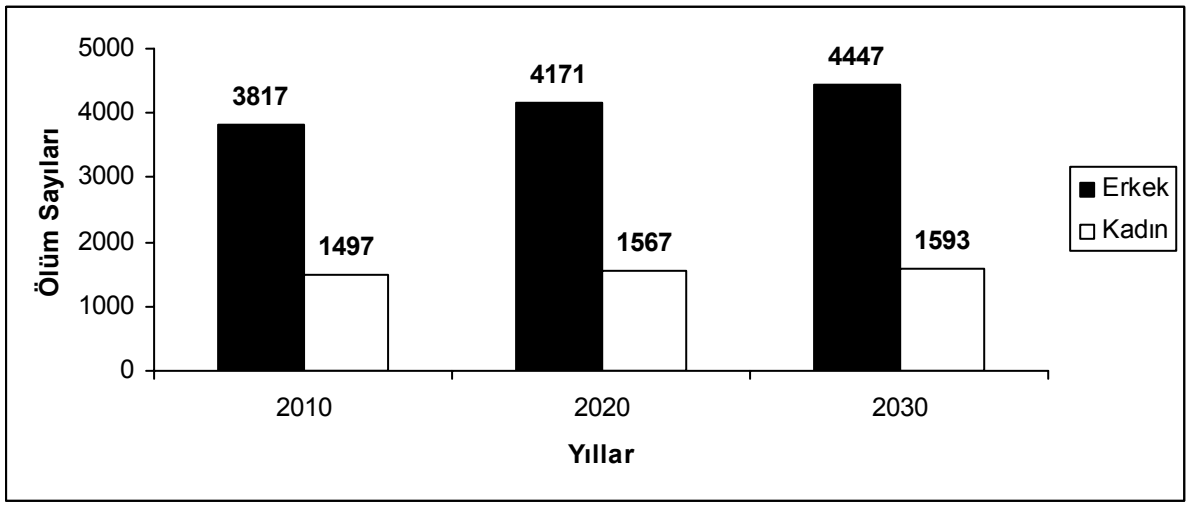
İstemli ve istemsiz yaralanmalar tüm yaş grupları içerisinde en fazla 15-29 yaş grubunda (509,469DALY) yük oluşturmaktadır (14).

Şekil 2.42 ve şekil 2.43'de Türkiye ulusal düzey istemsiz yaralanmalar ve kazalar ile kasti yaralanmalara bağlı gelişen ölüm sayılarının 2010, 2020 ve 2030 yılları için tahminleri gösterilmektedir.



Şekil 2.42: Türkiye Ulusal Düzey İstemsiz Yaralanmalara ve Kazalara Bağlı Gelişen 2010, 2020 ve 2030 Yılında Beklenen Ölüm Sayıları

Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003



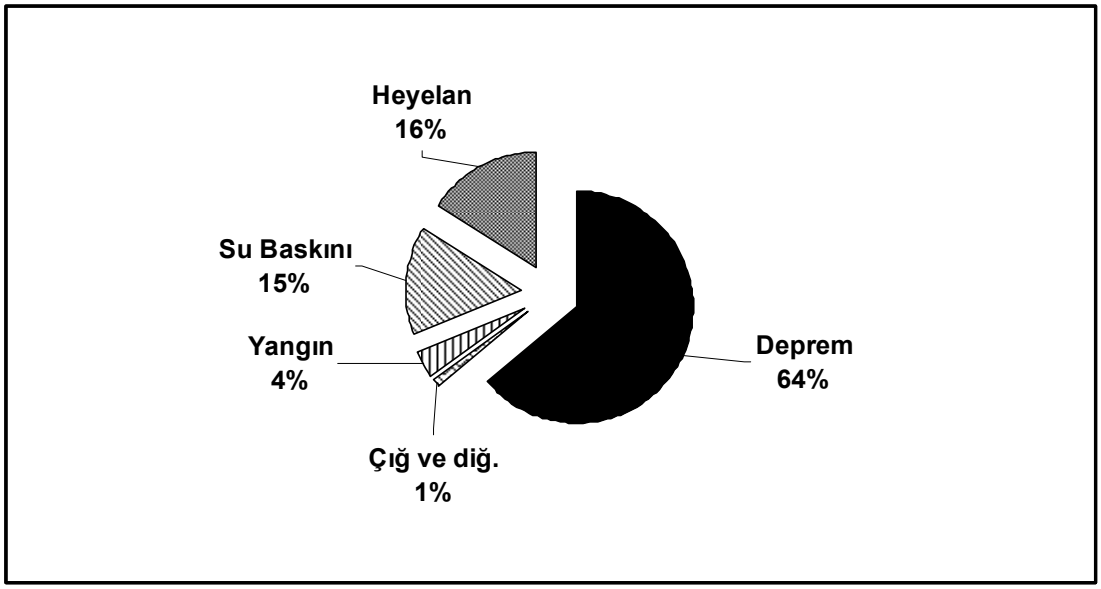
Şekil 2.43: Türkiye Ulusal Düzey Kasti Yaralanmalara Bağlı Gelişen 2010, 2020 ve 2030 Yılında Beklenen Ölüm Sayıları

Kaynak: UHY-ME Hastalık Yükü Çalışması, 2003

2.12. AFETLER

En genel tanımla insanlar için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal yaşamı ve insan faaliyetlerini durdurarak veya kesintiye uğratarak toplulukları etkileyen ve etkilenen topluluğun kendi imkan ve kaynaklarını kullanarak üstesinden gelemeyeceği, doğal, teknolojik veya insan kökenli olaylara afet denilmektedir. Afetin büyüklüğü ise genel olarak, bir olayın meydana getirdiği can kayıpları, yaralanmalar, yapısal hasarlar ve yol açtığı sosyal ve ekonomik kayıplarla ölçülmektedir.

Şekil 2.44'e göre ülkemizde en fazla görülen doğal afet %64 ile depremlerdir. Depremleri %16 ile heyelan ve %15 ile su baskınları izlemektedir.



Şekil 2.44: Ülkemizde Meydana Gelen Doğal Afetlerin Dağılımı

Kaynak: T.C Bayındırlık ve İskan Bakanlığı Faaliyet Raporu Afet İşleri Genel Müdürlüğü, 2007

Ülkemiz, aktif fay zonları içerisinde yer alan ve zaman zaman büyük deprem afetlerine maruz kalan bir ülkedir. Afet İşleri Genel Müdürlüğü'nün verilerine göre, ülkemizde 1900 ile 2005 yılları arasında büyüklüğü;

- 5.0 ile 6.0 arasında 1170,
- 6.0 ile 6.9 arasında 155
- 7.0 ile 8.0 arasında da 34 deprem meydana gelmiştir.

Bu sonuçlar ülkemizde her ay 5.0-6.0 büyüklüğünde bir depremin 8 ayda bir 6.0-6.9 büyüklüğünde bir depremin ve 3 yılda bir 7.0-8.0 büyüklüğünde bir depremin oluştuğunu göstermektedir.

Deprem bölgeleri haritasına göre; ülkemiz topraklarının %66'sı 1. ve 2. derecede, %34'ü ise diğer derecedeki deprem bölgesinde bulunmaktadır. Nüfusumuzun %70'i 1. ve 2. derecede, %30 ise diğer derecedeki deprem bölgesinde bulunmaktadır (55).

Ülkemizde son 96 yıl içinde meydana gelen 128 büyük depremde toplam 65 bin insanımız hayatını kaybetmiş, 125 bin insanımız ise yaralanmıştır. Yıkılan bina sayısı ise 510 bin civarındadır. Ülkemizin Doğu Marmara depremi sırasındaki birincil kaybı (İkincil ve diğer kayıplar hariç) ülkenin bir yıllık kalkınmasına eşdeğerdir(GSYİH'nın %5-7'si) (56).

Tablo 2.32: 1999-2006 Yılları Arası Ülkemizde Gerçekleşen Afetler ve Hasarları

Sıra no	İli	Afetin Tarihi	AfetinTürü	Afetzede Sayısı			Ölü Sayısı
				Ağır	Orta	Az	
1	Marmara Bölgesi	17.08.1999	Deprem	90.770	123.027	125.013	17.480
2	Düzce	12.11.1999	Deprem	20.705	13.948	15.026	763
3	Zonguldak	17.08.1999	Deprem	114	314	961	
4	Erzurum	03.12.1999	Deprem	255	318	597	
5	Çankırı	06.06.2000	Deprem	2.102	661	2.486	
6	Afyon	15.12.2000	Deprem	1	21	261	6
7	Afyon	03.02.2002	Deprem	4401	1.733	9.785	42
8	Tunceli	27.01.2003	Deprem	67	179	859	1
9	Bingöl	01.05.2003	Deprem	6385	3.313	15.047	176
10	Malatya	13.07.2003	Deprem	392	0	922	0
11	Denizli	23-26.07.2003	Deprem	60	125	0	
12	Antalya	23-26.12.2003	Sel	13	0	2	5
13	Gaziantep	23-26.02.2003	Y.Kar.Yağ.	0	0	26 iş yeri	1
14	Ankara	20.06.2004	Hortum	5	17	15	3
15	Batman	04.05.2004	Yangın	6 işyeri	10 iş yeri	31 iş yeri+2	3
16	Rize	25.12.2003	Yangın	4	0	0	1
17	Trabzon	03.08.2005	Sel	18	6	88	7
18	Kastamonu	12.07.2005	Yangın	2	0	0	3
19	Kastamonu	05.08.2005	Yangın	1+1	0	0	1
20	Artvin	28.09.2006	Yangın	17+12	0	0	1
21	Batman	30.10-01.11.2006	Su Baskını	401	29	1.313	10
22	Diyarbakır	30.10-01.11.2006	Su Baskını	60	0	279	23
23	Şanlıurfa	30.10-01.11.2006	Su Baskını	128	0	657	4
24	Şırnak	30.10-01.11.2006	Su Baskını	83	0	606	4

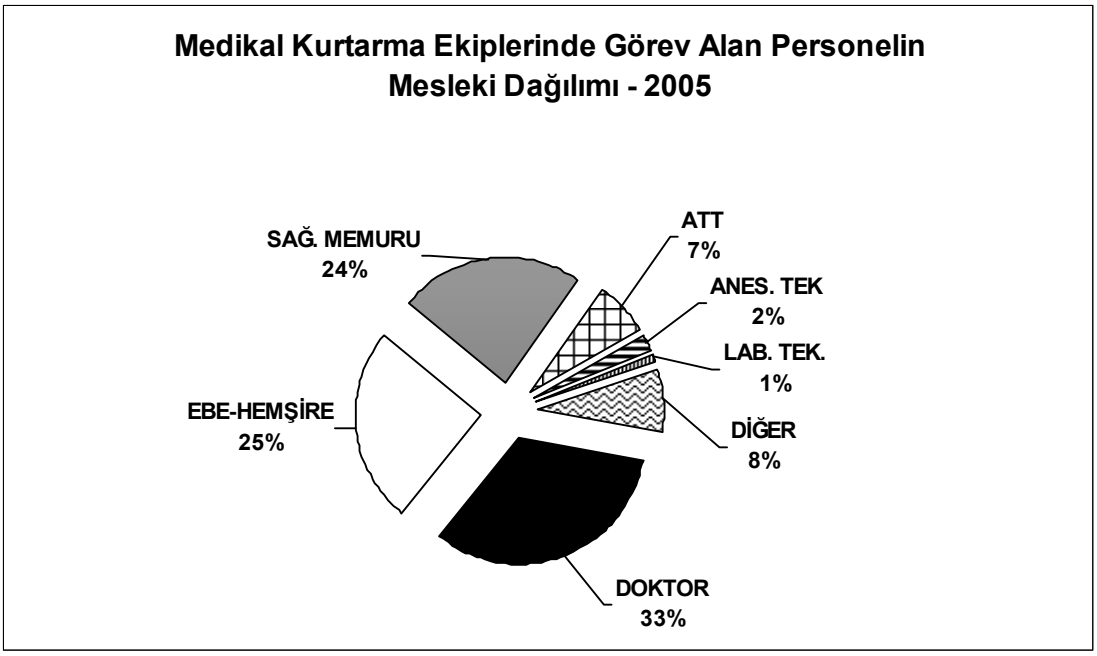
Kaynak: T.C Bayındırlık ve İskan Bakanlığı Afet İşleri Genel Müdürlüğü, 2007

Tablo 2.32'de 1999-2006 yılları arası ülkemizde gerçekleşen afetler ve hasarlarına ait bilgiler yer almaktadır.

2004 yılı içerisinde Afetlerde Sağlık Organizasyonu Projesi kapsamında başta deprem olmak üzere tüm yaşanabilecek afetlerde eğitimli ve donanımlı gönüllü ekipler aracılığıyla en kısa sürede enkaza yönelik medikal kurtarma hizmetlerinin sunulabilmesi için Ulusal Medikal

Kurtarma Ekipleri (UMKE) kurulmuştur. Proje ile medikal kurtarma ekiplerinin arama kurtarma ekipleri ile de koordinasyonlu çalışması sonucu gecikmiş kurtarmaya bağlı ölümlerin en aza indirilmesi amaçlanmaktadır. 2005 yılı itibariyle ülke genelinde 51 ilde 1672 gönüllü sağlık elemanı Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri içerisinde görev almaktadır (57).

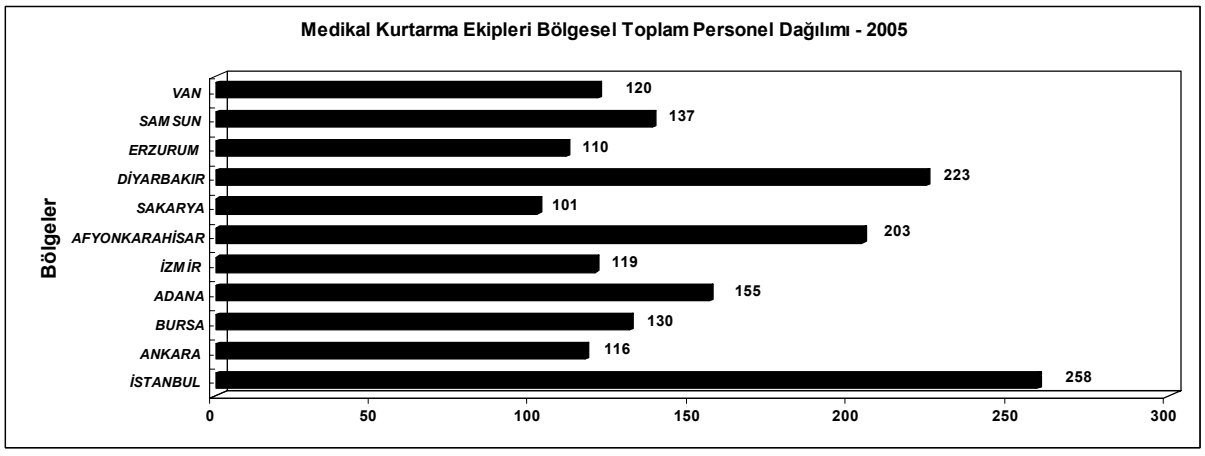
2005 yılı için medikal ekiplerinde görev alan personelin mesleki dağılımı şekil 2.45'de yer almaktadır.



Şekil 2.45: Medikal Ekiplerinde Görev Alan Personelin Mesleki Dağılımı-2005

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı, 2005

Şekil 2.46'da 2005 yılı medikal kurtarma ekiplerinin bölgesel toplam personel dağılımı görülmektedir.



Şekil 2.46: Medikal Kurtarma Ekipleri Bölgesel Toplam Personel Dağılımı-2005

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı, 2005

2.13. RUH SAĞLIĞI

Sağlık Bakanlığı bünyesinde 2004 yılı itibariyle intihar girişimlerindeki popülasyonu izlemek ve veri bankası oluşturmak amacıyla ülke genelinde devlet hastaneleri acil servislerindeki girişimler kayıt altına alınmaya başlanılmıştır. Ayrıca "Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı" geliştirilerek fiziki alt yapı ve personel organizasyonunu tamamlayan 32 pilot ilin birer pilot hastanesi acil servislerinde 1 Şubat 2006 tarihi itibariyle, her türlü intihar riski taşıyan ve intihar girişiminde bulunan hastalar, diğer kriz durumları (aile içi şiddet, kayıplar (sevilen birinin kaybı, statü kaybı, sağlığın kaybedilmesi –ölümcül hastalığa yakalanma, organ kaybı- , boşanma, iflas), istismar olguları, insan eliyle ya da çeşitli doğal yollarla gelişen zorlu yaşam koşulları (göç, trafik kazaları, sınav kaygısı, yangın, deprem, sel) neticesinde krize maruz kalan kişilere hizmet vermektedir. Söz konusu program, 2007 yılı itibari ile ikinci pilot uygulama kapsamında 49 ilde, 82 hastanede uygulanmaktadır (58).

Tablo 2.33: Ruh Sağlığı Bozuklukları

	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Panik Bozukluğu	22	0,5	7	0,2	29	0,4
Agorafobi	38	0,9	10	0,3	48	0,6
Yaygın Bunaltı Bozukluğu	33	0,8	17	0,5	50	0,7
Depresif Nöbet	221	5,4	76	2,3	297	4,0
Distimi	90	2,2	26	0,8	116	1,6
Kısa Yineleyici Depresyon	91	2,2	28	0,8	119	1,6
Hipokondriyazis	31	0,8	11	0,3	42	0,6
Alkol Bağımlılığı	4	0,1	57	1,7	61	0,8
Obsesif Kompülsif Bozukluk	26	0,6	8	0,2	34	0,5
Sosyal Fobi	96	2,3	38	1,1	134	1,8
Özgül Fobi	157	3,8	46	1,4	203	2,7
Somatizasyon Bozukluğu	15	0,4	1	0	16	0,2
Herhangi bir ruhsal bozukluk	919	22,4	369	10,9	1288	17,2

Kaynak: Türkiye Ruh Sağlığı Araştırması, 1998

Tablo 2.33'de Türkiye Ruh Sağlığı Araştırması'nda saptanan verilere göre ruh sağlığı bozuklukları'na ait bilgiler verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılanların %17,2'sinde ruhsal herhangi bir bozukluk, % 4.0'ünde ise depresif nöbet saptanmıştır.

Tablo 2.34: Cinsiyete Göre Nöropsikiyatrik Bozukluklara Ait İnsidans ve Prevelans Hızları

	İnsidans Hızları (100.000)			Prevelans (1000)		
Nöropsikiatrik Bozukluklar	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**
Unipolar Depresif Bozukluklar	1824,600	3573,600	2687,600	16,000	26,300	21,100
Distimi	14,900	22,900	18,900	3,000	6,000	4,500
Bipolar Affektif Bozukluklar	2,000	4,000	3,000	4,600	4,600	4,600
Şizofreni	9,900	10,300	10,100	4,700	4,800	4,700
Epilepsi	54,500	60,000	60,000	6,600	4,100	5,200
Alkol Kullanımına Bağlı Bozukluklar	17,300	1,000	9,200	21,300	3,300	12,400
Alzheimer ve Diğer Demanslar	47,200	69,100	58,000	2,800	4,000	3,400
Parkinson Hastalığı	4,900	6,600	5,800	0,500	0,800	0,600
Multiple Sclerosis	2,200	2,600	2,400	0,300	0,400	0,400
Uyuşturucu Kullanımından Doğan Bzukluklar	8,770	7,200	7,980	2,800	1,000	2,000
Travma Sonrası Stres Bozuklukları	2,900	8,000	5,300	2,100	5,700	3,800
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	2,000	5,100	3,500	6,300	8,100	7,200
Panik Ataklar	5,000	8,000	6,400	0,500	0,600	0,500
Insomnia (Primer)	71,000	96,800	83,700	3,800	5,200	4,500
Migren	78,700	177,400	127,400	28,800	62,100	45,200
Mental Retardasyon	9,200	8,800	9,000	5,000	5,000	5,000
Diğer Nöropsiatrik Bozukluklar	3440,400	3363,400	3402,400	38,800	38,700	38,700

Kaynak: UHY-ME Çalışması Ek 1-6, 2003

Tablo 2.34'de cinsiyete göre nöropsikiyatrik bozukluklara ait insidans ve prevelans hızları verilmektedir.

Ayrıca 2003 UHY-ME Çalışması Hane Halkı Araştırması sonuçlarına göre; 18 yaş ve üstü cevaplayıcılara bir hekim tarafından depresyon tanısı konma durumu verilerinde, depresyon tanısı almış kişi sayısı 831 (%7,43), depresyon tanısı almamış kişi sayısı ise 10341 (%92,44)'dir. 15 kişi ise bu soruya cevapsız kalmıştır. Depresyon tanısı almış kişilerin %79,2'u kadın, %20,8'i ise erkektir. En sık depresyon tanısı alan yaş grubu 35-44 yaş grubu olup, toplam depresyon tanısı alan hastaların %29'unu oluşturmaktadır (27).

Türkiye ulusal düzey ölüm nedenlerinde nöropsikiyatrik bozukluklar tüm ölüm sayıları içerinde %1.41'lik payı ile onbirinci sırada yer almaktadır. (Kadınlarda %1.53 ve erkeklerde %1.32) (14).

Türkiye ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 20 hastalık dağılımında unipolar depresif hastalıklar dördüncü hastalık yüküdür. Cinsiyete göre bakıldığında ise erkeklerde dokuzuncu hastalık yükü nedeni iken kadınlarda dördüncü sırada yer almaktadır. Unipolar depresif hastalıklar özellikle 15-59 yaş grubunda hastalık yükü oluşturmaktadır. Türkiye ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 10 hastalığın 15-59 yaş grubu dağılımında toplamda

%7.0 oranı ile ikinci, kadınlarda %9.8 oranı ile birinci sırada yer almaktadır. Erkeklerde ise %4.5 oranı ile dördüncü hastalık yüküdür (14).

2.14. YAŞAM TARZI

2.14.1. Obezite

Dünya üzerinde en az 300 milyonu şişman olmak üzere 1 milyardan fazla aşırı kilolu yetişkin bulunmaktadır. Obezite global kronik hastalık yükü ve sakatlık için major etken olup hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yetişkinler kadar çocukları da etkileyen kronik bir hastalıktır. Obezite ve fazla kilo; tip 2 DM, kalp hastalıkları, HT, inme ve bazı kanser türlerinin oluşumunda major bir risk faktörüdür (59).

Ülkemizde bildirim sisteminde obezite ile ilgili veri sağlanması çalışması yeni yapıldığı için şu an bildirim sisteminden veri elde edilememektedir. Konuyla ilgili veriler yapılan çalışmalardan alınabilmektedir. Buna göre;

- Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması 2000 yılı değerlendirmesinde obezite sıklığının kadınlarda %43.0, erkeklerde %21.1'e yükseldiği bildirilmiştir (60).
- 15-49 yaş grubu evli kadınlarda obezite oranı 1998 yılında %18.8 ve 2003 yılında %22.7 olarak bulunmuştur (2,61).
- Beyana dayalı olarak 18 yaş üstü cevaplayıcıların obezite oranı toplamda %12.02, kadınlarda %14.49 ve erkeklerde %9.70 olarak bulunmuştur (27).
- 2004 yılı "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" araştırma raporunda ise obezite oranı toplamda %35, erkeklerde %21.2 iken kadınlarda % 41.5 olarak rapor edilmiştir (62).

Türkiye'de hastalık yükü hesaplamalarında üst sıralarda yer alan kronik hastalıkların risk faktörlerinden birisi de obezitedir ve hastalık yükünün azaltılması için yapılacak çalışmalarda dikkate alınması gerekmektedir.

Obezitenin azaltılması amacıyla çalışmaların yürütülmesi için Bakanlığımız bünyesinde Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı'nın altında "Obezitenin Önlenmesi ve Fiziksel Aktiviteler Şube Müdürlüğü" kurulmuştur.

Ayrıca Obezite ile Mücadele DSÖ Avrupa Bakanlar Konferansı Sağlık Bakanlığımız ev sahipliğinde 15-17 Kasım 2006 tarihlerinde İstanbul'da düzenlenmiştir. 16 Kasım 2006 tarihinde DSÖ Avrupa Bölgesi üye ülkeleri adına Sayın Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ ve DSÖ Avrupa Bölge Direktörü Dr. Marc Danzon tarafından "Obezite ile Mücadele Avrupa Şartı" imzalanarak obezite ile mücadele eyleminin güçlendirilmesi ve bu konunun hükümetlerin politik gündeminin üst sıralarına taşınılacağı taahhüd altına alınmıştır.

2.14.2. Tütün Kullanımı

DSÖ' ne göre sigara dünyada ikinci major ölüm sebebidir. Her 10 yetişkinden birinin direk ölümünden sorumludur, bu da yaklaşık her yıl 5 milyon ölüme eşdeğerdir (28). Erken ölümlere yol açan en az 2 sebep (dolaşım sistemi hastalıkları ve bazı kanserler) için major risk faktörüdür. Ek olarak solunum sistemi hastalıklarının oluşmasına, hamilelik döneminde sigara içilmesi düşük doğum ağırlıklı bebek doğumlarına ve bebeklerin daha sık hastalanmasına yardım etmektedir (63).

Ülkemizde son yıllarda yapılan çalışmalara göre 15-18 yaş grubunda sigara içme sıklığı %30 olarak hesaplanmıştır (64). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından 1995 yılı Ekim ayında tamamlanan "*Türkiye'de lise öğrencilerinin sigara, alkol ve uyuşturucu maddelerle ilgili bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi*" araştırmasında sigara ve alkol ile ilgili anket rastgele örneklem yolu ile belirlenen 24 ilde uygulanmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre; 12.781 öğrenciden % 20.1'i sigara kullanmakta, % 79.9'u sigara kullanmamaktadır (58). Ankara da yapılan bir örneklemde ise okullarda yaşları 13 dolaylarında olan ortaokul öğrencilerinin %8.2'sinin en az bir defa sigarayı denemiş olduğu belirlenmiştir (65).

Tablo 2.35'de 18 yaş ve üstü cevaplayıcıların tütün mamülü kullanıp kullanmadıklarına ve cinsiyete göre dağılımı verilmektedir.

Tablo 2.35: 18 Yaş ve Üstü Cevaplayıcıların Tütün Mamülü Kullanıp Kullanmadıklarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı

	Tütün Mamülü Kullanma							
	Hergün		Hergün Değil		Kullanmıyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet								
Erkek	2368	49,38	88	1,84	2339	48,78	4795	100
Kadın	1124	17,59	103	1,61	5163	80,80	6390	100
Toplam	**3492**	**31,22**	**191**	**1,71**	**7502**	**67,07**	**11185**	**100**
n=11204 Bilinmeyen=19								

Kaynak: UHY-ME Çalışması Hane Halkı Araştırması, 2003

Tablo 2.35'de belirtildiği üzere cevaplayıcılar içerisinde %31,22'si hergün sigara içmekte, %67.07'si tütün ürünleri kullanmamaktadır. Kentte yaşayanların %33.07'si, kırda yaşayanların %28.62'si; erkeklerin %49.38 i, kadınların %17.59'u sigara kullanmaktadır.

2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre tüm 15-49 yaş arasındaki evlenmiş kadınların yüzde 28'i arasıra yada düzenli olarak sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Gebelik durumuna göre bakıldığında ise, gebe kadınların yüzde 15'i ve emziren kadınların yüzde 20'si sigara içtiklerini belirtmişlerdir (2).

2006 yılında Türkiye İstatistik Kurumu tarafından gerçekleştirilen "Aile Yapısı Araştırması"na göre Türkiye genelinde 18 ve daha yukarı yaştaki bireylerin % 33.4'ü sigara kullanmaktadır. Erkeklerde sigara kullanım oranı % 50.6 iken, kadınlarda bu oran % 16.6'dır (66).

OECD ülkeleri arasında büyük farklılıklar görülmektedir. 15 yaş üzeri nüfusun hergün sigara içme yüzdeleri karşılaştırıldığında Kanada (%17), ABD (%18), İsveç(%18) ve Avustralya (%20) en düşük yüzdeye sahip ülkeler iken Yunanistan (%35), Macaristan (%34), Lüksemburg (%33), Türkiye (%32) en yüksek yüzdeye sahip olan ülkelerdir (63).

Tütün kullanımının giderek artmasına, dünya çapında sağlığa olan tehdidine ve tütün şirketleri tarafından gelişmekte olan ülkelerde pazar oluşturma stratejilerine karşı geliştirilen, dünyada tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşma olan **"Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi"**, 21 Mayıs 2003 tarihinde, Cenevre'de Dünya Sağlık Örgütü'nün 56. Dünya Sağlık Asamblesi'nde kabul edilmiştir. Bu sözleşme 25 Kasım 2004 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nce kabul edilerek, 30 Kasım 2004 tarih ve 25656 sayılı Resmi Gazetede 5261 kanun numarası ile yayımlanarak Türkiye'de de yürürlüğe girmiştir.

Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi kapsamında yapılacak çalışmaların planlanması ve ülkemizde sigara tüketiminin kontrol altına alınarak vatandaşlarımızın, özellikle gençlerimizin korunması amacıyla Sağlık Bakanlığınca 2006 - 2010 yıllarını kapsayacak şekilde bir **"ULUSAL TÜTÜN KONTROL PROGRAMI"** hazırlanmıştır. Programın temel hedefi, 2010 yılına kadar ülkemizde 15 yaş üzerinde sigara içmeyenlerin oranını % 80'in üzerine çıkarmak, 15 yaş altında ise % 100'e yakın olmasını sağlamaktır (58).

2.14.3. Alkol

Az veya ılımlı miktarda alkol tüketimi sağlık için bazı koruyucu etkileri varken aşırı alkol tüketiminin bir dizi zararlı sağlık etkileri vardır. Yüksek miktarda alkol alımı karaciğer sirozu ve bazı kanserlerin yanı sıra kalp, inme ve vasküler hastalıklar için risk faktörlerini artırmaktadır (63).

Her yıl bütün olarak düşünüldüğünde alkol tüketimi ile ilişkili 1,8 milyon ölüm ve 58,3 milyon yaşam yılı kaybı (YLL) olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde alkol kullanımının yol açtığı risk faktörleri total hastalık yükünün %6,2'sini oluşturmaktadır (67).

2003 UHY-ME Çalışması Hanehalkı Araştırması'na göre erkeklerin %64,8'i kadınların % 92'si hayatları boyunca hiç alkol kullanmama oranına sahiptir. Sık ve çok miktarda alkol içiçilerin yüzdesi kırsal alanda %0,5 iken, kentsel alanda %0,2 ile daha azdır. Ayrıca hayatları boyunca hiç alkol içmeyen cevaplayıcıların oranı, kentsel alanda (%80,6) kırsal alana (%79,3) göre daha fazladır. Tüm cevaplayıcılar incelendiğinde ise hayatları boyunca hiç alkol içmeyenlerin % 80,1 ile en yüksek orana sahip oldukları görülmektedir (27).

2003 UHY-ME çalışmasında ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 10 hastalığın 15-59 yaş grubunda cinsiyete göre dağılımına bakıldığında erkeklerde 1.sırada iskemik kalp hastalığı yer alırken alkol kullanımına bağlı bozukluklar %3,1 ile 6.sırada yer almaktadır (14).

Alkol kullanımının ölçülmesinde total mutlak alkol miktarı göz önüne alındığında kişi başına düşen litre bazında alkol miktarı 2003-2006 yılı itibariyle Tablo 2.36'da verilmiştir.

Tablo 2.36: 15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Alkol Tüketimi (Kişi Başı Litre) 2003-2006

Yıllar	Tüketilen mutlak alkol miktarı (lt)	15 yaş ve üzeri nüfusta kişi başına litre
2003	44 543 059	0,91
2004	69 361 035	1,36
2005	67 333 967	1,30
2006	68 734 693	1,30

Kaynak: Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu (www.tapdk.gov.tr), 2006

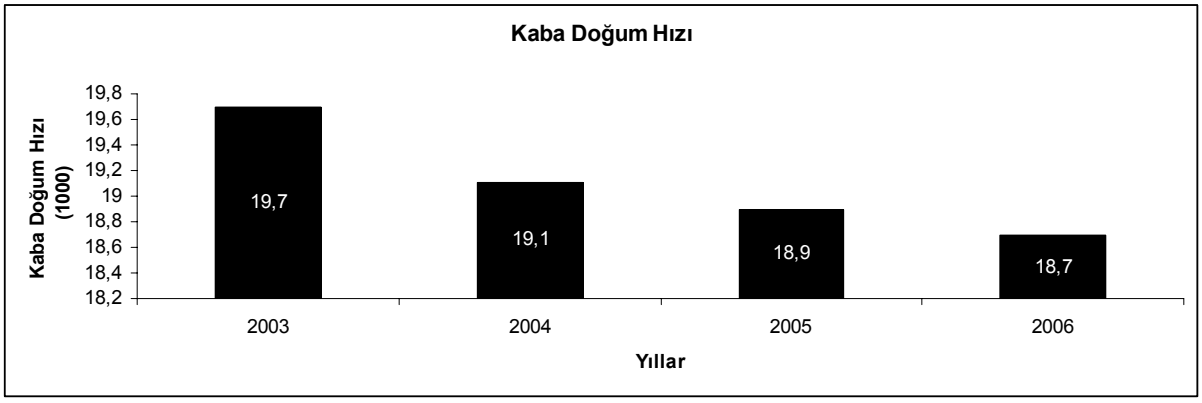
2.14.4. Uyuşturucu Maddeler

İlaç bağımlısı veya ilaç kullanma problemi olanlar dünya çapında yaklaşık 25 milyon kişidir ve bu 15-64 yaş grubu nüfusun %0,6'sıdır. 2004 yılı verilerine göre dünyadaki erişkin populasyonun (15-64 yaş) yaklaşık %28'i sigara kullanmaktadır. %5'i ise yasadışı ilaç kullanmaktadır(%4'ü hint keneviri ve %1'i amfetamin benzeri stimulanlar, kokain ve afyon karışımlarıdır.). %5'lik populasyonun yaklaşık yarısı (%2,7) düzenli olarak (ayda en az bir kez) ilaç kullanmaktadır (68). Uyuşturucu madde kullanımı ile ilgili olarak Türkiye çapında yapılmış bir çalışma bulunmamakla birlikte küçük örneklemlerle yapılmış anket çalışmaları dışında, yüz yüze yapılan tek bir çalışma vardır. 2002 yılında 72 ilde yapılan bu çalışmada yaşam boyu en az bir kez madde kullandığını belirtenlerin oranı %1.3'tür. Erkeklerde kadınlara göre, 15-24 yaş grubunda ise 25 yaş üstüne göre madde kullanım yaygınlığı daha yüksek olarak bulunmuştur (69). İlk ve ortaöğretim öğrencilerinde yapılan ilk çalışma 1991 yılındadır. 1500 lise öğrencisi ile yapılan bu anket çalışmasında herhangi bir maddeyi hayatında en az bir kez kullanan gençlerin oranı %2.6, esrar kullanım oranı ise %0.7 olarak bulunmuştur (70).

2.15. ÜREME SAĞLIĞI VE CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR

2.15.1. Kaba Doğum Hızı

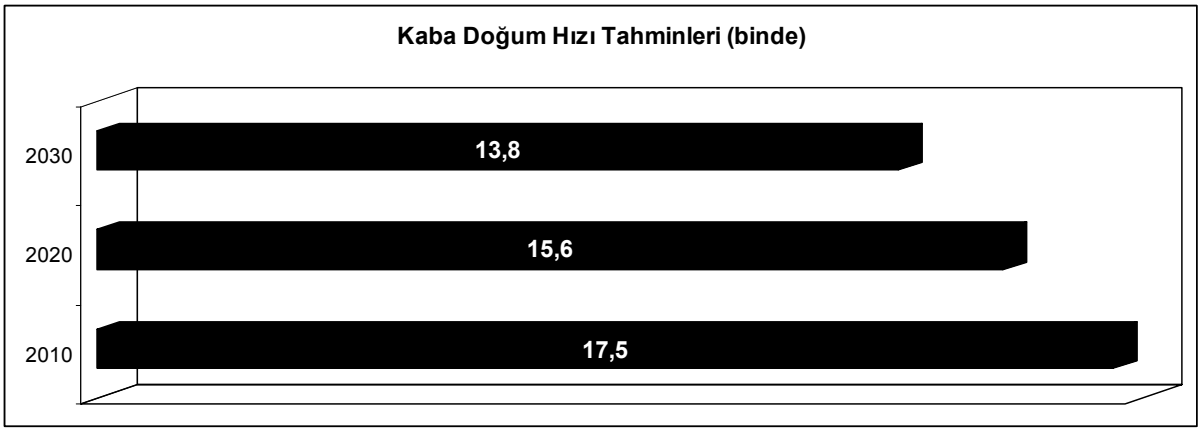
Şekil 2.47'de görüldüğü üzere kaba doğum hızı binde 19.7 iken 2006 yılında binde 18.7'ye düşmektedir.



Şekil 2.47: 2003-2006 Yılları İçin Türkiye Kaba Doğum Hızları

Kaynak: 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2004-2006 Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr)

Şekil 2.48'de kaba doğum hızı tahminleri verilmekte olup 2030 yılında kaba doğum hızının binde 13.8'e düşeceği tahmin edilmektedir. 2010 yılı için kaba doğum hızı tahmini binde 17.5'dir.

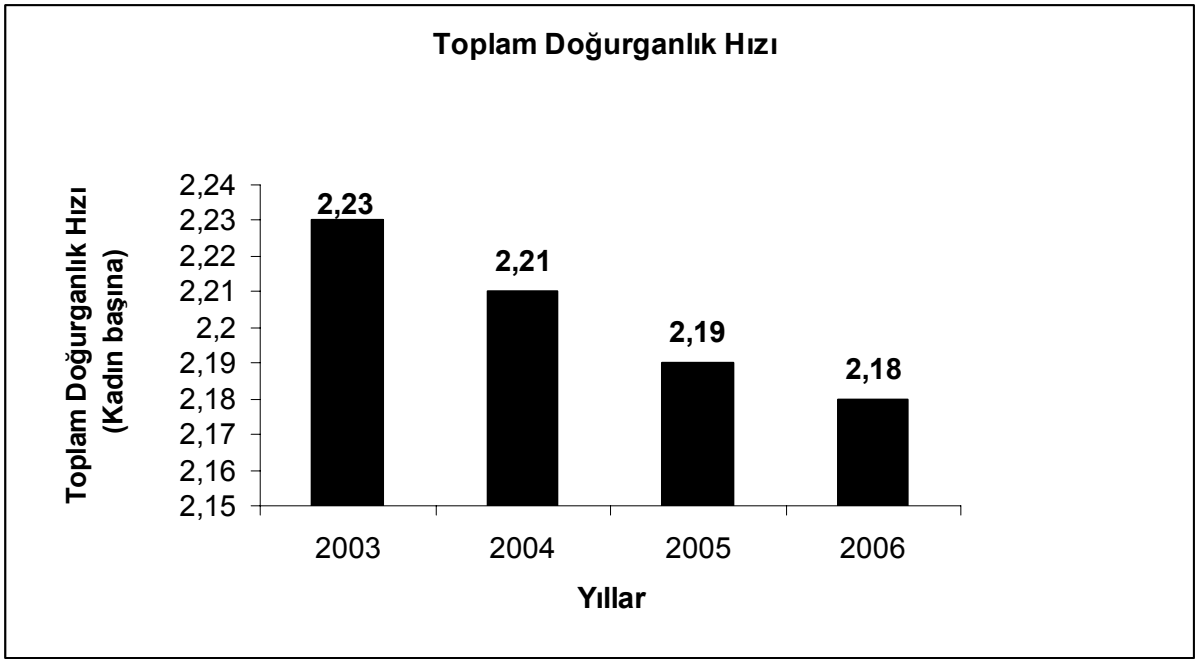


Şekil 2.48: Türkiye Kaba Doğum Hızı 2010-2030 Yıllar Tahminleri

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr), 2006

2.15.2. Toplam Doğurganlık Hızı

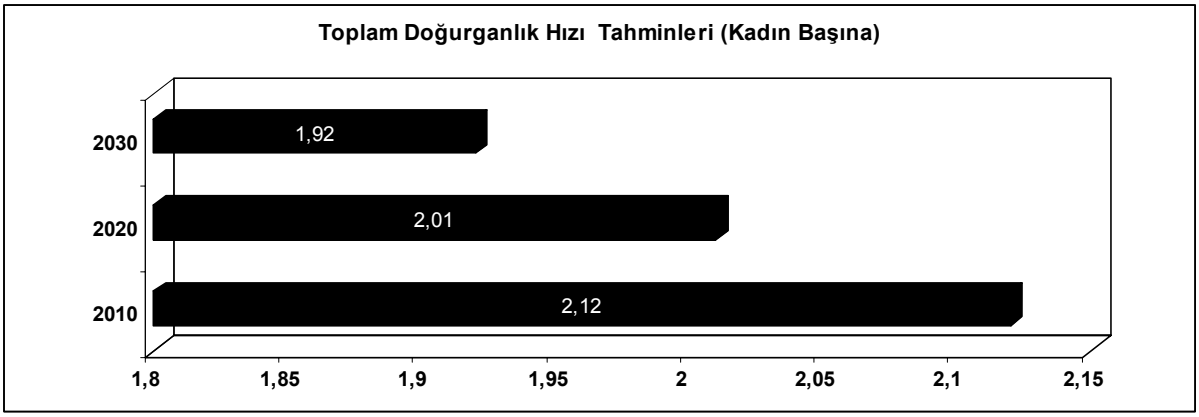
Şekil 2.49'da 2003-2006 yılları arası toplam doğurganlık hızları gösterilmektedir. Toplam doğurganlık hızı 2003 yılında kadın başına 2.23 iken 2006 yılında 2.18'e düşmektedir.



Şekil 2.49: 2003-2006 Yılları Arası Toplam Doğurganlık Hızı

Kaynak: 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2004-2006 Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr)

Şekil 2.50'de belirtildiği üzere Türkiye toplam doğurganlık hızı 2010 yılı için kadın başına 2.12, 2020 yılı için 2.01 ve 2030 yılı için 1.92 olarak tahmin edilmektedir.



Şekil 2.50: 2010-2030 Yılları için Türkiye Toplam Doğurganlık Hızı Tahminleri

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, (www.tuik.gov.tr) 2006

2.15.3. İlk Doğum Yaşı

Türkiye için 25-49 yaş grubundaki kadınlar için ortanca ilk doğum yaşı yaklaşık 22'dir (2).

2.15.4. Ergen Gebelikleri

TNSA 2003 sonuçlarına göre; 15-19 yaş grubundaki kadınların yüzde 8'inin doğurganlık davranışına başladığı ve bu kadınların yüzde 6'sının çocuk sahibi olduğu, yüzde 2'sinin ise araştırma tarihinde ilk çocuklarına gebe olduğu bulunmuştur (2).

2.15.5. İsteyerek Düşükler

Tablo 2.37: Temel Özelliklere Göre İsteyerek Düşükler

İsteyerek düşüğü olan evlenmiş kadınların temel özelliklerine göre yüzdeleri, Türkiye 2003	
Temel Özellik	**En az bir düşüğü var**
Yaş	
15-19	4,5
20-24	4,2
25-29	12,3
30-34	21,4
35-39	30,7
40-44	37,8
45-49	41,0
Yerleşim Yeri	
Kent	26,0
Kır	18,7
Toplam	23,9

Kaynak Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003

Tablo 2.37'de verilen TNSA 2003 sonuçlarına göre isteyerek düşük yapmış evlenmiş kadın yüzdesi 25 yaş altında yüzde 5'ten az iken 30 yaş ve üstü kadınlarda artarak 45-49 yaş grubu kadınlar arasında yüzde 41'e yükselmektedir.

2.15.6. Aile Planlaması Bilgileri

Tablo 2.38: Aile Planlaması Yöntem Kullanımlarına Ait İstatistikler-TNSA 2003

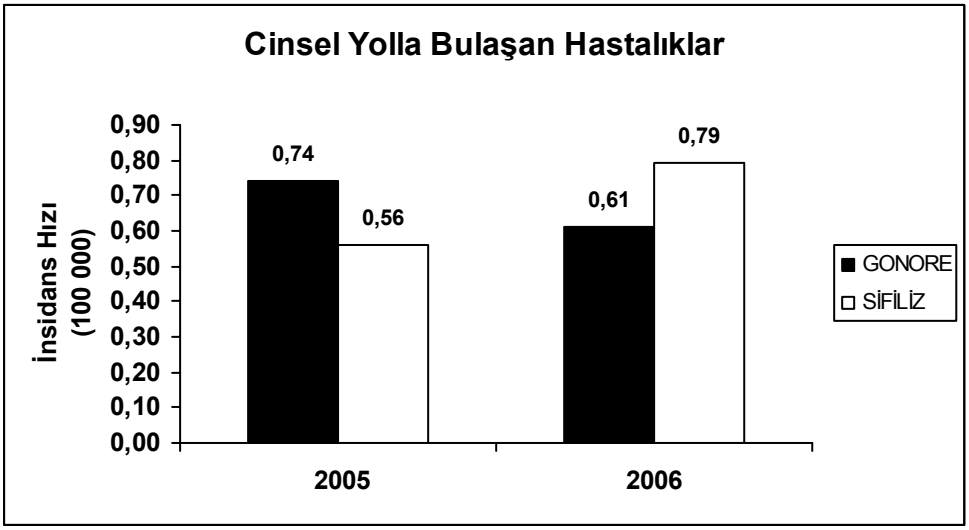
Gebeliği önleyici yöntem	**TNSA -1988**	**TNSA-1993**	**TNSA-1998**	**TNSA-2003**
Herhangi bir yöntem kulanma	63,4	62,6	63,9	71,0
Herhangi bir modern yöntem kullanma	31,0	34,5	37,7	42,5
Hap	6,2	4,9	4,4	4,7
RİA	14,0	18,8	19,8	20,2
Kondom	7,2	6,6	8,2	10,8
Tüp Ligasyonu	1,7	2,9	4,2	5,7
Diğer modern yöntemler	2,0	1,3	1,1	1,1
Herhangi bir geleneksel yöntem	32,3	28,1	26,1	28,5
Takvim	3,5	1,0	1,1	1,1
Geri Çekme	25,7	26,2	24,4	26,4
Diğer geleneksel yöntemler	3,1	0,9	0,6	1,0
Halen yöntem kullanmıyor	36,6	37,4	36,1	29,0

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003

Tablo 2.38'de halen kullanılan gebeliği önleyici yönteme göre evli kadınların yüzde dağılımı verilmektedir. 1988'de evli kadınların %63,4'ü herhangi bir yöntem kullanırken 2003'de bu oran %71'e yükselmiştir. Bu oran ile birlikte herhangi bir modern yöntem kullananların yüzdesi yıllar içinde artarken herhangi bir geleneksel yöntem kullananların oranınında azaldığı görülmektedir.

2.15.7. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Şekil 2.51'de belirtildiği üzere 2005 ve 2006 yılı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan Gonore insidansı 2005 yılı için yüzbinde 0.74, 2006 yılı için yüzbinde 0,61'dir. Sifiliz insidansı ise 2005 yılı için yüzbinde 0.56, 2006 yılı için 0,79'dur.



Şekil 2.51: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar İnsidansı 2005-2006

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007

Tablo 2.39: Cinsiyete Göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara Ait İnsidans ve Prevelans Hızları

	İnsidans Hızları (100.000)			Prevelans (1000)		
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**
Gonore-bel soğukluğu-servisitis	0,000	286,900	141,600	0,000	0,300	0,200
Sfiliz-Konjenital Sifiliz	0,200	0,200	0,200	0,000	0,000	0,000
Primer	26,700	32,200	29,400	0,0133	2,012	0,999
Sekonder	8,500	10,200	9,300	0,059	0,072	0,065
Tersiyer-Nörolojik	0,100	0,100	0,100	0,011	0,013	0,012
Klamidya	0,000	369,500	182,300	0,000	1,200	0,600

Kaynak: UHY-ME Çalışması Ek 1-6, 2003

Tablo 2.39'da cinsiyete göre cinsel yolla bulaşan hastalıklara ait insidans ve prevelans hızları verilmektedir.

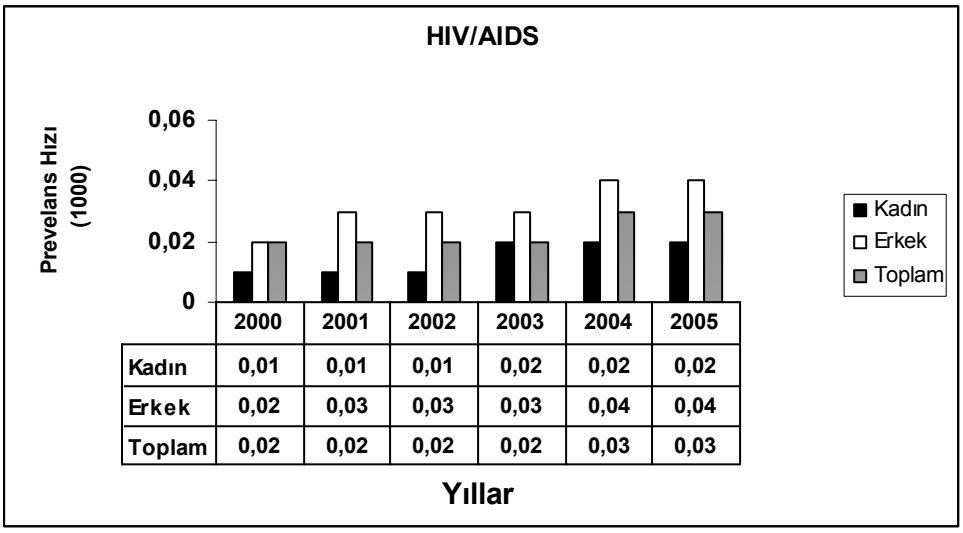
Türkiye ulusal düzey 430.459 ölüm nedenlerinin 79'undan HIV/AIDS hariç cinsel yolla bulaşan hastalıklar sorumludur. Cinsiyete göre dağılımında ise ulusal düzey erkeklerde 43, kadınlarda 36 ölüm nedenidir. HIV/AIDS hariç cinsel yolla bulaşan hastalıklardan kaynaklanan ölümler en fazla 0-4 yaş grubu (24 ölüm) ile batı ve doğu bölgesinde (sırasıyla 24 ve 21 ölüm) yer almaktadır (14).

Türkiye ulusal düzey hastalık yükü dağılımında HIV/AIDS hariç cinsel yolla bulaşan hastalıklar toplamda 39.660 DALY'e neden olmaktadır. Toplam hastalık yükünün 31.874 DALY'si kadınlara aittir. Her iki cinsiyet yaş gruplarında ise en fazla hastalık yükü 15-29 yaş grubundadır. Kentsel alan hastalık yükü, kırsal alanın iki katıdır. Bölgesel dağılıma bakıldığında ise en yüksek hastalık yükü 13.370 DALY ile batı bölgesindedir (14).

2.15.8. HIV/AIDS

AIDS'den ölüm sayısı ve HIV virusu büyümeye devam etmektedir. 2006 verilerine göre 39.5 milyon insan HIV ile yaşamaktadır. Bu tablo 4.3 milyon yeni HIV ile enfekte yetişkin ve çocukları da içermektedir (71).

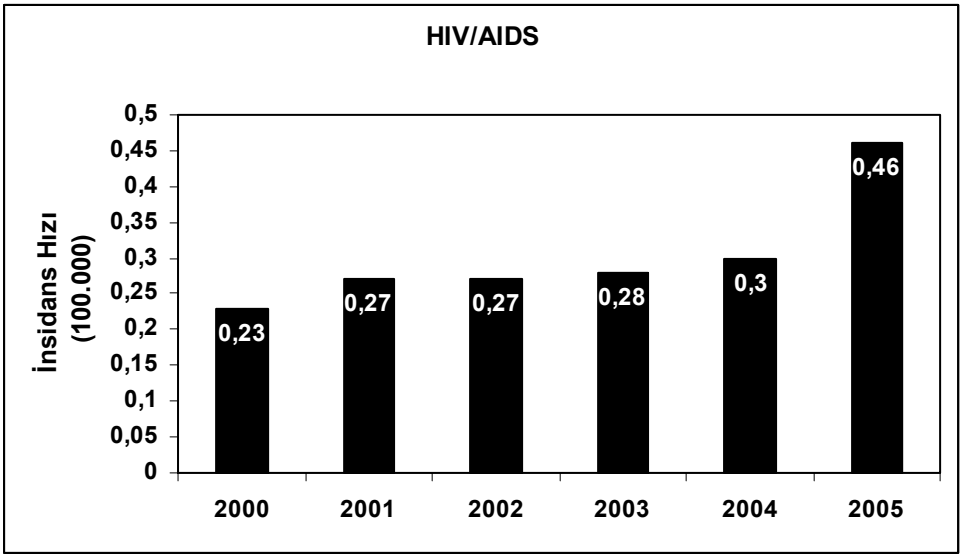
Şekil 2.52'de 2000-2005 yılları ulusal düzey HIV-AIDS prevelans hızları verilmektedir. 2000 yılı prevelans hızı binde 0,02 iken 2005 yılında binde 0,03'dür. Prevelans hızları erkeklerde kadınlardan daha yüksektir.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Kadın	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02
Erkek	0,02	0,03	0,03	0,03	0,04	0,04
Toplam	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03

Şekil 2.52: HIV/AIDS Vaka ve Taşıyıcılarının Cinsiyete ve Yıllara Göre Prevelans Hızları (100.000)
Kaynak : T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü , 2007

Şekil 2.53'de 2000-2005 yılları ulusal düzey HIV/AIDS insidans hızları verilmektedir. 2000 yılı insidans hızı yüz binde 0,23 iken 2005 yılında yüz binde 0,46'dır.



Şekil 2.53: 2000-2005 Yılları Ulusal Düzey HIV/AIDS Vaka ve Taşıyıcıların İnsidans Hızı (100.000)

Kaynak : T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2005

Tablo 2.40: Cinsiyete Göre HIV/AIDS'e Ait İnsidans ve Prevelans Hızları

	İnsidans Hızları (100.000)			Prevelans (1000)		
HIV/AIDS	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**
HIV/AIDS	1,800	0,300	1,100	0,200	0,030	0,100
AIDS	0,900	0,200	0,600	0,000	0,000	0,000

Kaynak: UHY-ME Çalışması Ek 1-6, 2003

Tablo 2.40'da cinsiyete göre HIV/AIDS'e ait insidans ve prevelans hızları verilmektedir. HIV/AIDS insidansı yüz binde toplamda 1.1, erkeklerde 1.8 ve kadınlarda 0.3 bulunmuştur. Prevelanslar ise binde toplamda 0.1, erkeklerde 0.2 ve kadınlarda 0.03'tür.

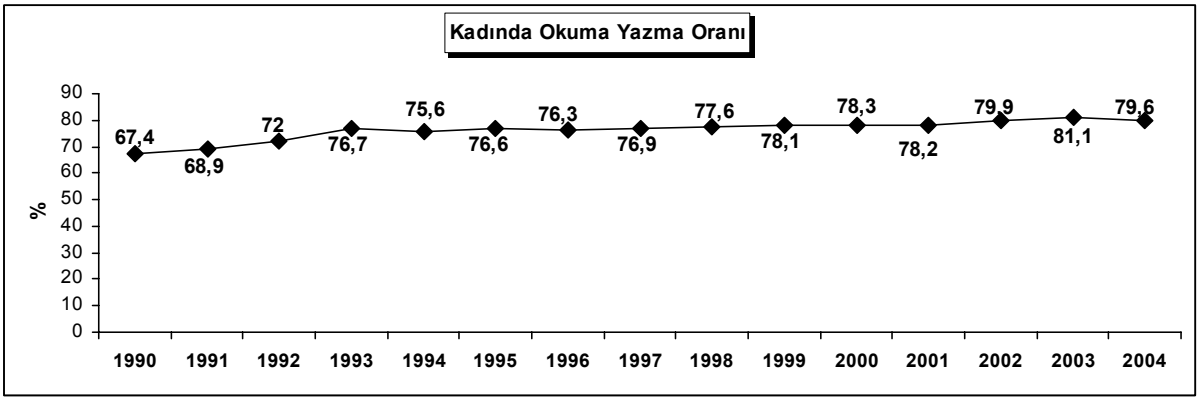
Türkiye ulusal düzeyde ölüm sayılarının hastalık grupları ve cinsiyete göre dağılımında HIV/AIDS toplamda ve her iki cinsiyette on dördüncü ölüm nedenidir. Türkiye'de saptanan toplam hastalık yükünün ise %0,02'sini HIV/AIDS (Erkeklerde %0,03'ü, kadınlarda %0,01'i) oluşturmaktadır (14).

Bir araştırmada, HIV pozitifliği kayıtsız seks çalışanlarında %0,8, erkeklerle ilişkiye giren erkeklerde %1,2 ve damariçi uyuşturucu kullanıcılarında %1,5 olarak bulunmuştur. Ancak bulguların risk gruplarında temsili bir dağılımı yansıtmadığı belirtilmektedir (72).

2.16. KADININ STATÜSÜ

2.16.1. Kadında Okuma Yazma Durumu

Şekil 2.54'de ulusal düzey kadınlarda okuma yazma bilenlerin yıllara göre oranları verilmektedir. Milli Eğitim Bakanlığının gerek kendisinin gerekse yetki verdiği sivil toplum örgütlerinin desteği ile yürüttüğü başarılı programlar, karar vericilerin okuma yazma konusuna verdikleri önem sonucunda 1990 yılında %67,4 olan okuma yazma oranı 2004 yılında %79,6'a yükselmiştir.

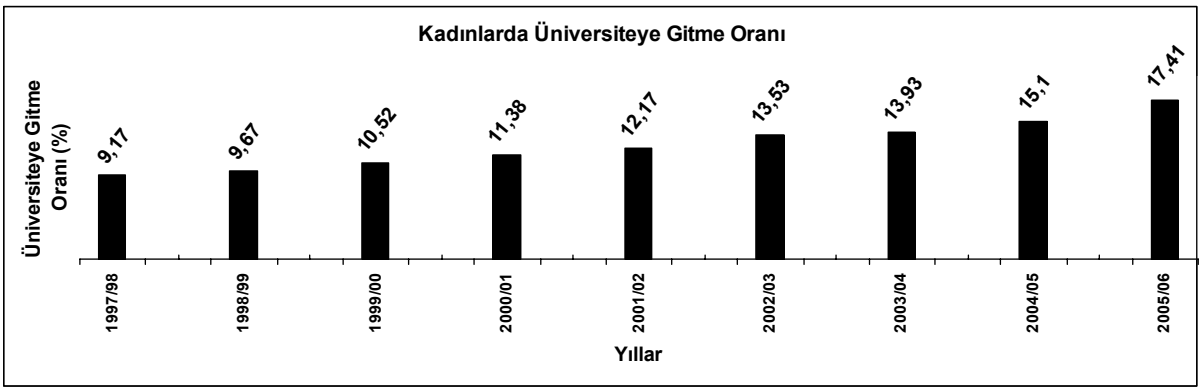


Şekil 2.54: Türkiye Kadınlarda Okuma Yazma Oranı

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri (www.tuik.gov.tr), 2006

2.16.2. Kadınlarda Üniversiteye Gitme Durumu

Şekil 2.55'de ulusal düzeyde kadınların üniversiteye gitme durumu gösterilmektedir. Okuma yazma oranındaki artışa paralel olarak kadınlarda üniversiteye gitme oranı da artış göstermektedir. 1997/98 eğitim öğretim yılında %9,17 olan kadınların üniversiteye gitme oranı 2002/03'de %13,53'e ve 2005/2006 eğitim öğretim döneminde %14,41'e yükselmiştir.



Şekil 2.55: Türkiye Kadınlarda Üniversiteye Gitme Durumu

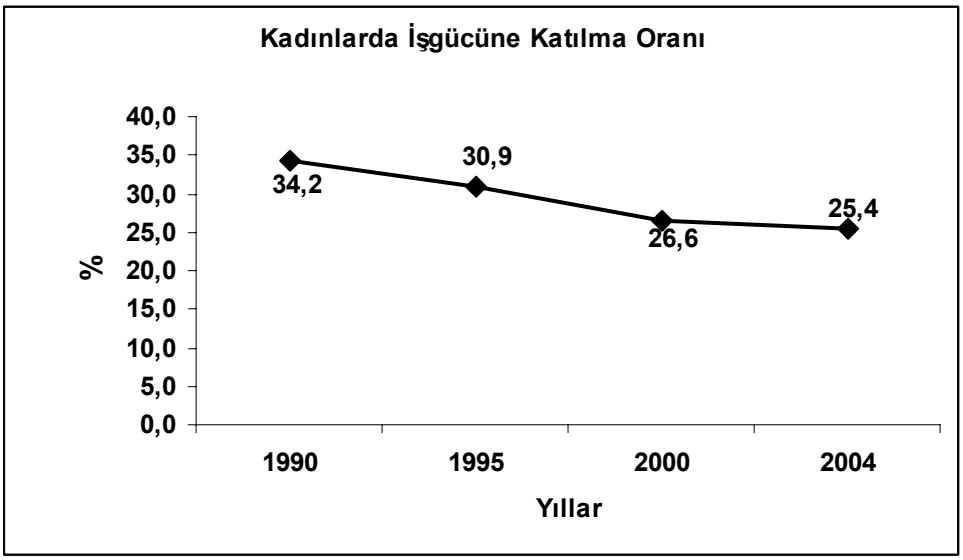
Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr) Öğretim yılı ve Eğitim (8 yıllık zorunlu eğitim [(1)]) Seviyesine Göre Net Okullaşma Oranı Tablosu

1997 ve sonraki yılların okullaşma oranları 2000 Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre yapılan en son nüfus projeksiyonuna göre hesaplanmıştır.

Net Okullaşma Oranı: İlgili öğrenim türündeki teorik yaş grubunda bulunan öğrencilerin, ait olduğu öğrenim türündeki teorik yaş grubunda bulunan toplam nüfusa bölünmesi ile elde edilir.

2.16.3. Kadının İş Gücü Durumu

Şekil 2.56'ya bakıldığında 1990 yılında kadınların işgücüne katılma oranı %34.2 , 1995 yılında %30.9 iken 2000 yılında bu oranın %26.6'ya gerilediği görülmektedir.



Şekil 2.56: Türkiye Kadınların İşgücüne Katılma Durumu

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (www.tuik.gov.tr), 2007

Ulusal düzeyde yapılan bir çalışmada 12 yaş ve üzeri nüfusta gelir getiren bir işte çalışma durumu kadınlarda %7.99 olarak bulunmuştur (27).

2004 Hane Halkı İşgücü Araştırması sonuçlarına göre Türkiye genelinde kadınlarda iş gücüne katılma oranı %25.4 olarak tahmin edilmiştir (73).

KAYNAKLAR

1) Türk Coğrafya Kurumu 2007 (http://www.tck.org.tr, Şubat 2007)
2) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye
3) Gözler K., İdare Hukuku Dersleri, Bursa 2002
4) T.C İçişleri Bakanlığı İller İdaresi Genel Müdürlüğü, 2007 (http://www.illeridaresi.gov.tr/modules.php?name=tarihce, Şubat 2007)
5) 2000 Genel Nüfus Sayımı Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri, T.C Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü
6) T.C Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu 2007 (http://www.tuik.gov.tr)
7) T.C Başbakanlık Türkiye Türkiye İstatistik Kurumu, 2007 (http://www.die.gov.tr/nufus_sayimi.htm)
8) T.C. Başbakanlık Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğü, 2007 (http://www.devletarsivleri.gov.tr/nufus_sayimi.htm)
9) World Migration Report,Geneva, International Organization for Migration ,2003
10) Uluslararası Göç Sempozyumu, 8-11 Aralık 2005(http://www.gocsempozyumu.org)
11) Ozbay F., Yucel B., Nüfus ve Kalkınma, Nisan 2001
12) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Türkiye Göç ve Yerinden Olmuş Nüfus Araştırması, Aralık 2006
13) Dünya Sağlık Örgütü (www.who.int, 2007)
14) Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hastalık Yükü Final Raporu, Ankara 2003
15) L.Yuanli,Yusuf, Türkiye'de Sağlık ve İlaç Harcamaları, 2005
16) Bertan M., Güler Ç., Halk Sağlığı Temel Bilgiler , Ankara 1997
17) Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Ek 1-6, Ankara 2003
18) T.C Sağlık Bakanlığı (www.saglik.gov.tr, Aralık 2006)
19) http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserver8_3.pdf
20) T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 10 Kasım 2006 tarih ve 864 sayılı resmi yazı eki
21) T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2006/130 Sayılı Genelgesi
22) http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/diarrhoea/en/02.2007
23) http://www. who.int/nutrition/en/
24) http://www. who.int/nutrition/topics/malnutrition/en/index.html
25) DİE, Türkiye Özürlüler Araştırması, 2002
26) http://www. who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html
27) Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hane Halkı Araştırması Ara Raporu, Ankara 2003
28) The World Health Report 2002, Reducing Risks, Promoting Healthy Life,World Health Organization, Geneva, 2002
29) Arıcı M., Altun B. ve ark., Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması http://www.thbhd.org/kongrevetoplanti.php
30) Hatemi H. ve ark.,Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması (TOHTA) Sonuçlarının Yorumu(II) Endokrinoloji Forumu , Cilt 1, Yıl 2004
31) Onat A. Ve Ark.TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı Halkımıza İlişkin Temel Veri Üretiminden Evrensel Tıbba Katkıya 2005, s: 69
32) http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html
33) Satman I ve ark., TURDEP Çalışması: Türkiye'de Diyabet Prevelansı ve Diyabet Gelişmesine Etkili Faktörler, Endokrinoloji Forumu, Cilt 1, 2004
34) Onat A., Yıldırım B. ve ark.Halkımızda Diyabet ve Glukoz İntoleransı Türk Kardioloji Derneği Arşivi 2001;29;268-273

35) Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım,2004
36) http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/index.html
37) Bozkurt N. ve ark. Denizli İl Merkezinde 15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Astım Prevelansı,Nisan 2006, Cilt 7, Sayı 1, Sayfa(lar) 005-010
38) http://www.who.int/respiratory/copd/en/
39) Kocabas A., Hancioglu A, Turkyilmaz S, Unalan T, Umut S, Cakir B, Vollmer W, Buist S, Proceedings of the American Thoracic Society 2006; 3 (Abstract Issue): A543
40) http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html
41) http://sbu.saglik.gov.tr/sb/default.asp?sayfa=birimler&sinifi=tarihce&cid=15&sid=404
42) Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı
43) http://sbu.saglik.gov.tr/sb/default.asp?sayfa=birimler&sinifi=proje&cid=15&sid=1838
44) http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/#global
45) Sağlık Bakanlığı Doğrudan Gözetimli Tedavi Uygulamaları
46) http://www.rollbackmalaria.org/cmc_upload/0/000/015/372/RBMInfosheet_1.htm
47) www.saglik.gov.tr, Aralık 2006
48) http://www.who.int/nutrition/topics/ida/en/index.html
49) WHO Focusing on anaemia: A joint statement by WHO and UNICEF
50) Injury: a leading cause of the global burden of disease,2000
51) http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/en/
52) Trafik Eğitim ve Araştırma Dairesi Başkanlığı Trafik İstatistik Bülteni Kasım – 2006 Özet
53) T.C İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü 01.11.2006 tarih ve 180588 sayılı resmi yazı eki
54) Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı Zehir Araştırma Müdürlüğü 19.01.2007 tarih ve 539 sayılı resmi yazı eki
55) Bayındırlık ve İskan Bakanlığı Faaliyet Raporu Afet İşleri Genel Müdürlüğü
56) Doğal Afetlerle İlgili Uluslararası Faaliyetler Bayindirlik ve İskan Bakanliği Teknik Araştırma ve Uygulama Genel Müdürlüğü *Dış İlişkiler ve Mesleki Eğitim Dairesi Başkanlığı* Uluslararası Kuruluşlar Şube Müdürlüğü *05.08.2005)*
57) T.C Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Afetlerde Sağlık Organizasyonu Projesi 2004 Yılı Çalışma Raporu
58) T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
59) WHO 2003 , Obesity and Overweight
60) Onat A., Keleş İ., Sansoy V. Ve ark. Yetişkinlerimizin 10 Yıllık Takibinde Obezite Göstergeleri Artışta: Beden Kitle İndeksi Erkeklerde Koroner Olayların Bağımsız Öngördürücüsü. Türk Kardiyol Dern Arş 2001 ; 29 :430-436
61) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998
62) Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı
63) Health at a glance: OECD indicators 2005 s:80
64) Sigara Alışkanlıkları ve Sigarayla Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması (PİAR), 1988
65) Bilir.N Sigara İçme Konusundaki davranışlar ve Tutumlar, Ankara- Türkiye, 1997
66) Türkiye İstatistik Kurumu, Aile Yapısı Araştırması, 2006, s: 20
67) WHO- Medium Stratejik Plan, 2008-2013 s: 52-53
68) United Nations Office on Drugs and Crime 2006 –World Drug Report p:7
69) Işıklı S, Irak M. Türkiye'de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. Nihai rapor. Türk Psikologlar Derneği 2002; Aralık:55-65.

70) Özer ÖA. Ortaöğretimde öğrencilerin psikoaktif madde kullanımına yaklaşımı ve demografik özellikler. Uzmanlık tezi. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi; 1991. p.18-34.
71) WHO: AIDS Epidemic Update December 2006
72) Türkiye'de Cinsel Yolla Bulaşan Önemli Enfeksiyonlar ve HIV ile ilgili Hizmet Araştırması, Nisan 2007
73) Hanehalkı İşgücü İstatistikleri, 2004

BÖLÜM 3
SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ

Dr.Hüseyin ÖZBAY, Dr.Halil Erkan ERİŞTİ, Dr.Hasan G. ÖNCÜL,Hakan Oğuz ARI, Dr.Bekir L. ÇELEPÇİKAY, Uzm.Dr.Mecit GÖKÇİMEN, Dr.Salih MOLLAHALİLOĞLU

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yürütücüsü ve uygulayıcısı Sağlık Bakanlığıdır. Bununla birlikte sağlık sektörü dışındaki pek çok sektör de sağlık politikalarına ilgi duymaktadır. Hedeflere ulaşmak için planlanan etkinliklerde diğer sektörler Sağlık Bakanlığı (SB) ile işbirliği yapmaya isteklidir. T.C. Anayasası 56. maddesine göre yasal olarak sağlık hizmetlerinden Sağlık Bakanlığı sorumludur. Sağlık Bakanlığı, yasal olarak standartları belirlemek ve etkinlikleri koordine etmekle yükümlüdür.

Son zamanlarda diğer sektörleri sağlık politikası geliştirme sürecine dahil etmeye yönelik eğilimler artmıştır. Ayrıca, diğer sektörler de sağlık sektörüyle işbirliği yaparak sağlıkla ilgili politikalarını geliştirmektedirler. Sektörler arasındaki bu işbirliği Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) gibi kamu kurumları ve sivil toplum kuruluşları arasında yeni ortaklıklar yaratmış ve mevcut ortaklıkları güçlendirmiştir.

Bu kitapta sağlık sistemleri geniş bir şekilde incelenmiş olup, ilk olarak Türkiye'de sağlık organizasyonunun gelişimi ele alınmıştır.

3.1. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TARİHSEL GELİŞİMİ (1)

3.1.1. 1920-1938 Dönemi

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

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

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

Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ve Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, dispanserler, müesseseler, bölge laboratuarları, sağlık merkezleri, sağlık ocakları ve sağlık evleri gibi tesislerin yapılanmaları, bazı değişikliklere uğramakla birlikte günümüzde de varlığını sürdürmektedir.

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

- 1920 tarih ve 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu,
- 1927 tarih ve 992 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu,
- 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun
- 1928 tarih ve 1962 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu,
- 1930 tarih 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,
- 1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu
- 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun, çeşitli değişikliklere uğramakla beraber günümüz mevzuatı içinde yerlerini hala korumaktadır.

3.1.2. 1938- 1960 Dönemi

Merkezi yapıyı güçlendirmek ve sosyal içerik dahilinde politikalar geliştirmek amacıyla yasal düzenlemeler yapılmış ve uygulamalara geçilmiştir.

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan sıtma, su çiçeği, sifilis ve cüzzam ile mücadele etmek için "Olağandışı Sıtma Kontrolü Yasası" çıkarılmış ve hastalığa odaklı dikey örgütsel yapılar geliştirilmiştir. 1945'de, Sosyal Sigortalar Kurumu'nun da temellerini atan İş Güvenliği Yasası çıkarılmış ve hizmet ile istihdam alanındaki SB tekeli ortadan kaldırılmıştır.

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

Bu dönemde yapılan yasalardan bir çoğu hala yürürlüktedir ve sağlık örgütlenmemizin temelini hala bu yasalar oluşturmaktadır; Örneğin;

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

3.1.3. 1961-1980 Dönemi

Bu dönemde farklı sağlık politikaları tartışılmaya başlanmıştır fakat sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılması benimsenmiştir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası 1961'de yürürlüğe girmiştir ve halen yürürlüktedir. 1980'e kadar uygulanan sağlık yasaları da bu yasa çerçevesinde oluşturulmuştur.

Dikey örgütlenmeler kademeli olarak azaltılmış ve farklı sağlık hizmetleri sağlayan yapılar sağlık ocakları çatısı altında birleştirilmiştir. Sosyalleşme, pilot uygulamalar ile başlatılmıştır.

1960'dan sonra daha planlı bir dönem başlamış ve beş yıllık kalkınma planları sağlık politikalarının belirlenmesindeki en önemli etkenlerden biri haline gelmiştir. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sosyalleşme politikalarını temel alan programlar da oluşturulmuştur.

Sonraki yıllarda da gündemden düşmeyen Genel Sağlık Sigortası kavramına ilişkin tartışmalar da bu dönemde başlamıştır. Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı ilk olarak 1967'de hazırlanmış fakat Bakanlar Kuruluna sunulamamıştır. 1967'deki İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile Genel Sağlık Sigortası'nın oluşturulacağı beklentisi doğmuş, taslak kanun Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulmuş fakat kabul edilmemiştir. 1974'te Meclise tekrar sunulmuş fakat bu kez de tartışılamamıştır.

Bu dönemde hazırlanan tüm yasa, yönetmelik ve genelgeler sosyalleşmeyi temel alan düzenlemeleri amaçlamıştır.

3.1.4. 1980'den - Günümüze

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

1980'lerde, 1961'de başlayan toplumsallaşma politikalarının gelişimine şahit olunmuştur. Sağlık finansmanı yönetimindeki büyüme ile 1987 yılında genel sağlık sigortası konusu yeniden gündeme gelmiş fakat konu ile ilgili yasal düzenlemeler tamamlanamamıştır. Aynı yıl Ana Sağlık Hizmetleri Yasası çıkmakla birlikte bu yasa ile ilgili düzenlemeler de bugüne kadar uygulanamamıştır.

DPT sağlık sektörü ile ilgili kapsamlı bir plan oluşturmuş, bu planla ilgili olarak 1992'de; Birinci Ulusal Sağlık Kongresi toplanmış ve yeniden yapılanma süreci başlamıştır. 1993'de yapılan İkinci Sağlık Kongresi'nde ulusal sağlık politikaları belirlenmiştir. Bu yıllardan sonra da sosyal güvenlik kapsamında yer almayan ve ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinin karşılanabilmesi için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir.

1993'de yapılan İkinci Sağlık Kongresi'nde alınan kararlardan bazılarında yeni düzenlemeler yapılmış fakat beklenen sonuçlar elde edilememiştir. Hastanelerin özelleştirilmesi ve özerkleştirilmesine yönelik çalışmalardan da bu yıllarda bir sonuç alınamamıştır.

2003 yılı başı itibariyle Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmış, bu çerçevede daha önce yapılması planlanan ve kalkınma planlarında yer alan konularla, yeni yaklaşımları da içeren bu program ile sağlık sisteminde bir değişim başlatılmıştır. Bu konudaki detaylı bilgiler kitabın "Sağlık Reformları" başlığı altında yer almaktadır (2).

3.2. SAĞLIK SEKTÖRÜ ÖRGÜTLENMESİ

Türk sağlık sisteminin oldukça karmaşık bir yapısı vardır. Türk sağlık sektöründeki aktörlerden bazıları kamu, yarı-kamu ve özel kurumlar ile dernek-vakıfların açtığı kurumlardır. Tablo 3.1'de doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık sektöründe yer alan kurumlar, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili olup olmamalarına ya da sağlık hizmetlerinin sunumunda idari karar alma yetkisine sahip olup olmamalarına göre gruplara ayrılmıştır.

Tablo 3.1: İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar,Türkiye

POLİTİKA OLUŞTURMA	**SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU**
Türkiye Büyük Millet Meclisi	**Kamu**
Devlet Planlama Teşkilatı	Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bakanlığı	Üniversite Hastaneleri
Yüksek Öğretim Kurumu	Savunma Bakanlığı
Anayasa Mahkemesi	
	Özel
İDARİ KARAR ALMA	Özel Hastaneler
Sağlık Bakanlığı	Vakıf Hastaneleri
İl Sağlık Müdürlükleri	Azınlık Hastaneleri
	Özel Çalışan Pratisyen/Uzman Hekimler
SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI	Ayakta Tedavi Klinikleri
Maliye Bakanlığı	Laboratuvarlar ve Tanı Merkezleri
Sosyal Güvenlik Kurumu (SSK	Eczaneler
Bağ-Kur, Emekli Sandığı)	Tıbbi Cihaz ve Malzeme Satıcıları
Özel Sigorta Şirketleri	
Kendi kendini finanse eden kurumlar	**Sivil Toplum Örgütleri**
Uluslararası Ajanslar	Kızılay
	Vakıflar, Dernekler

Kaynak: Türkiye Sağlık Raporu, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004, Ankara sayfa 29

Türkiye'deki sağlık sisteminde; hizmet sunucusu olarak, Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, özel sektör başlıcalarıdır. Finansman kurumu bazında en önemli kilit unsurlar, Sosyal Güvenlik Kurumu olmakla birlikte Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Sosyal Sigortalar Kurumunun birleşmeleri henüz tamamlanamamıştır. Diğer bir husus ise sağlık politikalarıdır ki, bunun oluşturulmasında Devlet Planmalama Teşkilatı, Sağlık Bakanlığı, sağlık yöneticileri, özel sektör ve Sivil Toplum Kuruluşları önemli rol oynamaktadır.

3.2.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı, devletin sağlık sektöründe politika belirlenmesinden, programlar aracılığıyla ulusal sağlık stratejilerinin uygulanmasından ve sağlık hizmetlerinin doğrudan

sunumundan sorumlu temel organıdır. Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti ile, anne sağlığı, çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin ana tedarikçisidir. Birinci basamak, ikinci basamak, uzmanlaşmış yataklı ve ayakta tedavi hizmeti veren tüm yurda yayılmış sağlık merkezleri (sağlık ocakları, sağlık evleri, hastaneleri) ile ülkedeki koruyucu sağlık hizmetlerinin tek tedarikçisi de Sağlık Bakanlığı'dır. 19.02.2005 tarihinde 5283 sayılı yasa ile yapılan düzenleme sonucu diğer tüm kurum hastaneleri, dispanserler ve diğer sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu kapsamda Sosyal Sigortalar Kurumu, hastanelerini Sağlık Bakanlığına devrederek sadece sigortalılarının aldığı sağlık hizmetlerini finanse eder hale gelmiştir. 2005 yılı sonu rakamları itibariyle, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarının sayısı; 795 hastane, 6.203 sağlık ocağı ve 6.088 sağlık evi – on yıl önceki sayının yaklaşık iki katıdır (Tablo 3.2). Fakat, personel ve ekipman eksikliği yüzünden bazı sağlık evleri faaliyet gösterememektedir.

Tablo 3.2: Sağlık Bakanlığı Kuruluşları, 2005

Kuruluşun Adı	***Sayısı***
Toplam	**14.053**
Hastane	795
Sağlık Ocağı	6.203
Köy Sağlık Evi	6.088
Semt Polikliniği	138
AÇSAP Merkezi	234
Verem Savaşı Dispanseri (Ağustos 2007 itibariyle)	247*
Bölge Tüberküloz Laboratuvarı	21
Hava Limanı Dnt. Mrk.	17
Hudut Sağlık Denetim Mrk.	15
Sahil Sağlık Denetim Mrk.	49
Refik Saydam Hıfzıssıhha Mrk. Bşk.	1
Bölge Hıfzıssıhha Enstitüsü	7
İl Halk Sağ. Laboratuvarı	79
İlçe Halk Sağlığı Laboratuvarı	31
Sıtma Enstitüsü	2
Sıtma Kontrol Laboratuvarı	6
Sıtma Laboratuvarı	80
Sağlığı Koruma Yeri	2
Liman-Şehir Bakteriyoloji Müessesesi	2
Ana Donatım İkmal Bölge Md.	1
Donatım Bölge Müdürlüğü	18
Donatım İl Müdürlüğü	5

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2005

*Kitabın basımı sonrası Verem savaş Dairesi Başkanlığı tarafından gönderilen geri bildirim üzerine düzeltilmiştir.

Sağlık Bakanlığının örgütlenme yapısı şu anda bir Bakan, bir Müsteşar, yedi Müsteşar yardımcısı ve bunlara bağlı idari birimlerden oluşmaktadır (Şekil 3.1). İdari bilimler; Temel

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü; İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü; Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü; Personel Genel Müdürlüğü ve Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ile Avrupa Birliği Koordinasyon Daire Başkanlığı, Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Bütçe Dairesi Başkanlığı, Dış İlişkiler Daire Başkanlığı, Halka İlişkiler Koordinatörlüğü, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Hukuk Müşavirliği, İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı, İzleme ve Değerlendirme Birimi, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Proje Yönetimi Destek Birimi, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Savunma Sekreterliği, Sıtma Savaş Daire Başkanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Teftiş Kurulu Başkanlığı ve Verem Savaş Daire Başkanlığından oluşmaktadır (4).

Şekil 3.1: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması

Kaynak: http://www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx?DIL=1&BELGEANAH=17997&DOSYAISIM=teskilat.JPG, 11.06.2007

Bu birimler, ilgili mevzuat çerçevesinde Bakanlık işlerinin yürütülmesi, politika uygulamalarında ve Sağlıkta Dönüşümün gerçekleşmesi için planlanan faaliyetlerin yürütülmesi ile uluslar arası kuruluşlar ile bağlantılar ve konu ile ilgili personelin yurt dışı görevlendirmeleri ile de çalışırlar. Bakanlıktaki örgütlenme, sorumluluğun aşağıdan yukarıya yöneldiği dikey bir yapıdadır ve il düzeyinde müdürlükler, bir ölçüye kadar da sağlık ocakları ve evleri düzeyinde işlevlerine göre ayrılmış bölümler yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan hizmetlerin il düzeyinde idaresinden il sağlık müdürlükleri (81 ilde) sorumludur. İl sağlık müdürlükleri, idari konularla ilgili ilin en yüksek

mülki amiri olan Valiye, teknik konularla ilgili ise Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumludur. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan yöneticiler Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü'ne, sağlık ocaklarında görev yapan yöneticiler ise Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü'ne karşı sorumludur (Şekil 3.2).

Şekil 3.2: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Organizasyon Şeması

Kaynak: http://www.saglik.gov.tr/TR/Dosyalar/Tasra_kucuk.jpg, 11.06.2007

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ilin sağlıkla ilgili yöneticilerinden sorumludur. Daha açık bir ifade ile, Personel Genel Müdürü'nün Bakanlık üst düzey yöneticileri eliyle, il müdürlerini görevlendirme ve görevden alma yetkisi bulunmaktadır.

Tüm Bakanlık personeli için istihdam süreci Personel Genel Müdürlüğü tarafından belirlenir ve uygulanır. Yeni mezun olan hekimler, mecburi hizmet sistemi içinde göreve başlatılır. Mecburi hizmet sistemi, 5371 numaralı Yasa'da yapılan kimi değişiklilerle 05.07.2005 tarihinde yeniden gündeme getirilmiştir. Yeni mezun olan diğer sağlık personelinin göreve başlatılması ise Bakanlık'ın önceden belirlediği uygun yerlere yerleştirilmeleri ile olur. Yeni mezun olan hekimler ve hemşireler (ebeler de dahil), Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği ve ilan ettiği yerlerdeki uygun ve ihtiyaç duyulan pozisyonlara atama ile yerleştirilir. Mezunlar çalışmak istedikleri üç yer belirtirler ve görevlendirmeler mezunların öncelikli tercihleri ile uygun pozisyonların örtüşmesine göre yapılır. Atamalar genellikle iki yıl için geçerlidir. Bu durum tayin olunan yer ile ilgili olmakla birlikte, bu

süreden önce tayin istenilemez. Sözleşmeli olarak da çalışabilen personeller yine aynı şekilde nokta tayin olarak ataması yapılır ve yıllık sözleşme imzalanır.

Tayinlerde istenilen yer ile ilgili olarak hizmet puanı dikkate alınır.

Bu yeni atama sistemi, daha önce uygulananlardan farklı olup daha adil ve şeffaf bir uygulama yapmak amacıyla getirilmiştir. Hekimlerin boş kadroları doldurmaları için birer motivasyon aracı olarak ek gelir imkanı yaratan özel bir takım anlaşmalar da yapılabilir.

15.2.2007 tarihinde kabul edilen 5581 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik, yabancı uyruklu hekimlerin de Türkiye'de çalışabilmesi maddesi iptal edilerek kabul edilmiştir.

3.2.1.1 İllerdeki Sağlık Yönetimi

Sağlık Bakanlığı'nın illerdeki sağlık müdürlüklerinin yöneticisi bir hekimdir. Sağlık ocakları ve sağlık merkezleri İl Sağlık Müdürlüğünün denetimine tabidir. İl Sağlık Müdürü, ildeki sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasından sorumludur ve bu hizmetlerle ilgili olarak ildeki validen olduğu gibi Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatından da onay almak zorundadır. Sağlık hizmetleri için hekimler Personel Genel Müdürlüğü tarafından istihdam edilir ve göreve başlatılırken Sağlık Bakanlığı tarafından bir ile nokta tayin olarak ataması yapılır ve eğer gerek görülürse İl Sağlık Müdürlüğü tarafından da belirli bir sağlık kurumu için geçici yer değiştirmesi yapılır. Yardımcı sağlık personeli ise ile tayin edilir ve İl Sağlık Müdürlüğünce il içi görev dağılımı yapılır.

Sağlık ocaklarının işletim masrafları, sarf malzemeleri, elverişlilik ve geçmişteki kullanım durumlarına göre, İl Sağlık Müdürlük'leri tarafından sağlık ocaklarına gönderilir. İlçelerde, bir grup sağlık ocağının idari yetkilisi olarak görev yapmak üzere bölge düzeyinde Sağlık Grup Başkanlıkları oluşturulmuş fakat bu hekimlerin görev tanımları gerektiğince yapılmamıştır (7).

3.2.2. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın ilk çekirdeği 1930'lu yıllarda İktisat Vekaleti içinde oluşmuştur. 27 Mayıs 1934 tarih ve 2450 sayılı İktisat Vekaleti Teşkilatı ve Vazifeleri Hakkında Kanunla, bu Bakanlık bünyesinde "İş ve İşçiler Bürosu" kurulmuştur. 8

Haziran 1936 tarih ve 3008 sayılı İş Kanunuyla İş ve İşçiler Bürosu, İş Dairesi haline getirilmiştir.

Çalışma Bakanlığı, Devlet Dairelerinin Bakanlıklara Ayrılması Hakkındaki 3271 sayılı Kanunun 1. Maddesine dayanılarak, Başbakanın 7 Haziran 1945 tarih ve 6-376/6 sayılı teklifi üzerine 7 Haziran 1945 tarih ve 4/591 sayılı Cumhurbaşkanlığı tezkeresi ile kurulmuş hemen arkasından 22 Haziran 1945 tarih ve 4763 sayılı Çalışma Bakanlığı'nın Kuruluş ve Görevleri Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır (8).

28 Ocak 1946 tarih ve 4841 sayılı Çalışma Bakanlığı'nın Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun (R.G. 30 Ocak 1946) 4763 sayılı Kanuna göre daha geniş bir görev tanımı yapmış, merkez ve taşra teşkilatı ile ilgili düzenlemeler getirmiştir.

Daha sonra, 17.11.1974 tarih ve 4-1040 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Tezkeresi ile Sosyal Güvenlik Bakanlığı kurulmuş, Sosyal Sigortalar Kurumu ile Bağ-Kur bu kuruma bağlanmıştır.

13 Aralık 1983 tarih ve 184 sayılı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın Teşkilatı ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (R.G. 14 Aralık 1983) ile Çalışma Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı birleştirilerek "Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı" adıyla yeniden teşkilatlandırılmıştır. 184 sayılı KHK, aynı zamanda 4841 sayılı Kanunu yürürlükten kaldırmıştır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Teşkilat ve görevleri hakkında Kanun Hükmünde Kararname ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Teşkilat ve görevleri hakkında 184 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin Bazı Hükümlerinin Değiştirilmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararname Değiştirilerek 09.01.1985 tarihinde 3146 Sayılı Kanun yürürlüğe girmiştir.

Daha sonra, 04 Ekim 2000 tarihinde yürürlüğe giren 618 Sayılı KHK ile Bakanlık yeniden yapılandırılarak Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü kurulmuş ve Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü yeniden yapılandırılmıştır.

Bakanlığın Yurtdışı Teşkilatı, 1960'lı yılların başından itibaren gelişen ve ülkemiz için yeni bir olgu niteliğindeki sanayileşmiş Avrupa ülkelerine düzenli Türk işgücü sevkıyatı ile doğan ihtiyaç sonucu ihdas edilmiştir. Başta Almanya olmak üzere, diğer Avrupa ülkelerine giden Türk işgücünün ülkemizdekinden farklı ve yabancı toplumsal çevrede ve değişik yaşam koşullarında Devlet eliyle destek görmesi ve sorunlarına çözüm bulunması

amacıyla bulundukları ülkelerdeki Büyükelçiliklerimizin nezdinde Çalışma Müşavirlikleri ve Başkonsolosluklarımız bünyesinde de Çalışma Ateşelikleri kurulması yoluna gidilmiştir.

Bakanlığın görevleri ise şöyledir:

- Çalışma yaşamını düzenleyici, işçi işveren ilişkilerinde çalışma barışının sağlanmasını kolaylaştırıcı ve koruyucu önlemler almak,
- Çalışma yaşamındaki mevcut ve olası sorunları ve çözüm yollarını araştırmak,
- Ekonominin gerektirdiği insan gücünü sağlamak için gerekli önlemleri araştırmak ve uygulamasının sağlanmasına yardımcı olmak,
- İstihdamı ve tam çalışmayı sağlayacak, çalışanların yaşam düzeyini yükseltecek önlemleri almak,
- İşçi sağlığı ve iş güvenliğini sağlayıcı önlemlerin alınmasını sağlamak,
- Çalışma yaşamını denetlemek,
- Sosyal adalet ve sosyal refahın gerçekleşmesi için gerekli önlemleri almak,
- Çeşitli fizyolojik, ekonomik ve sosyal risklere karşı sosyal sigorta hizmetlerini uygulamak,
- Sosyal güvenlik olanağını sağlamak, yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi için gerekli tedbirleri almak,
- Yabancı ülkelerde çalışan Türk işçilerin çalışma yaşamı ve sosyal güvenlikle ilgili sorunlarına çözüm yolları aramak, hak ve çıkarlarını korumak ve geliştirmek,
- Çalışma yaşamını geliştirmek için çalışanları koruyucu ve çalışmayı destekleyici önlemleri almak,
- İş istatistiklerini derlemek ve yayınlamaktır.

Halen Sosyal Güvenlik Kurumu özerk bir kurum olarak, Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur'un (2008 yılından itibaren Yeşil Kart bütçe olarak bu kapsama alınmıştır) bu kurum çatısı altında birleştirilmesine karar verilmiş olup, entegrasyon çalışmaları sürmektedir. Çalışmaların 3 yıllık bir süreçte tamamlanması planlanmaktadır (9).

3.2.2.1 Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

SSK özel sektör çalışanları ile kamu sektöründeki "mavi yakalıları" kapsayan bir sosyal güvenlik kurumudur ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlıdır. SSK, Sağlık sigortası ile endüstriyel kazalar, mesleki hastalıklar, hastalık, doğum, iş göremezlik, yaşlılık ve kazazedelik gibi farklı konularda sosyal güvenlik sigortası sağlar. Kurum, 1946'da

“İşçilerin Sigorta Örgütü” olarak kurulmuş ve 1965’de Sosyal Güvenlik Mevzuatı’nın yürürlüğe girmesiyle bugünkü halini almıştır

2005 yılına kadar sağlıkla ilgili konularda, SSK, sağlık hizmeti olarak, ülke çapında faaliyet gösteren 118 hastanesi, 219 sağlık istasyonu (Sağlık Bakanlığı’nın sağlık evlerine benzer yapılar) ve 189 dispanseri (Sağlık Bakanlığı’nın sağlık ocaklarına benzer yapılar) ile hem sigorta hem de tedavi hizmetleri sağlayan bir kurum iken; 19.02.2005 tarihinde çıkarılan 5283 yasa ile diğer tüm resmi kurum sağlık tesisleri ile birlikte SSK’nın sağlık tesisileri Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. SSK üyeleri, Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinin yanı sıra, üniversite ve özel sağlık hizmetlerinden de yararlanabilirler. SSK, sağlık tesislerinin devrinden önce koruyucu hizmetler sağlamamakta ya da bunlar için ödeme yapmamaktaydı. Ancak devirden sonra tüm Sağlık Bakanlığı sağlık tesisleri SSK mensuplarının kullanımına açıldığı için birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı da ödeme kapsamına dahil olmuştur. SSK’nın sağlık hizmetleri işçiler ve işverenlerin ödedikleri primler ile finanse edilir. Genellikle SSK kurumları, SSK’nın hizmetlerinden yararlanan çok sayıda “mavi yakalının” olduğu sanayi bölgelerinde bulunur.

Hem çalışma hem de sağlık sigortası (kaza ve mesleki hastalıkları; doğum, sakatlık, yaşlılık ve ölüm sigortası) primlerini toplamak için tek bir sistem kullanılsa da sağlık primleri ile sağlık harcamaları SSK hesaplarında ayrı olarak belirlenir. SSK’nın primlere ek olarak iki farklı fon kaynağı daha vardır: SSK kurumlarından yararlanan SSK üyesi olmayanlar adına (örneğin Bağ-Kur üyeleri) ödenen ücretlerden elde edilen gelir ve eş ödemelerden elde edilen gelirdir. SSK’nın sosyal güvenlik ile sağlık sigortası işlevleri birbirinden ayrılmış ve her biri için farklı yapılar oluşturulmuştur. Sağlık sigortası konusu da Sosyal Güvenlik Kurumu yapısında çalışmalarına devam etmektedir.

Sosyal Sigortalar Kurumu, sosyal güvenlik sisteminde yapılan reformlar gereği 16.05.2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu hükümleri gereğince, merkez ve taşra teşkilâtlarının kadroları ile kadrolarında görev yapan memur ve işçileri ile her türlü taşınır ve taşınmazları, tapuda Sosyal Sigortalar Kurumu adına kayıtlı olan taşınmazları ve hizmet binaları, araç, gereç, malzeme, demirbaş ve taşıtları, alacakları, hakları, borçları, iştirakleri, dosyaları, yazılı ve elektronik ortamdaki her türlü kayıtları ve diğer dokümanları bu Kanunun yürürlük tarihi itibarıyla görevleri ile birlikte Sosyal Güvenlik Kuruma’na devredilmiştir.

SSK’lının kendisinin sağlık güvencesinden yararlanması için 90 iş günü, çocukları için ise 120 gününü tamamlaması gerekmektedir. Bu durum Sosyal Güvenlik Kurumuna geçildiğinde 30 iş gününe inmesi için çalışmalar halen yürütülmektedir (10).

3.2.2.2 Bağ-Kur

Bağ-Kur, kendi işini yapan serbest meslek sahiplerine yönelik bir sigorta sistemidir. 1971 yılında ve 1479 sayılı Yasa ile serbest meslek sahipleri için kurulmuş fakat zaman içinde kapsamı genişletilerek işsizleri, ev hanımlarını, yaşlıları, Türkiye'de yaşayan Türk uyruklular (yabancı bir ülkenin pasaportunu taşıyan) ve yurt dışında çalışanların meslek sahibi olmayan eşlerini de kapsar hale gelmiştir. 1983'de, Bağ-Kur hizmetleri kapsamına kendi işini kuran tarım çalışanları da alınmıştır. (Yasa 2926). 1985-86'da, sigorta kapsamına sağlık sigortası da eklenmiştir. Şubat 1999'dan bu yana tarım işçilerine de sağlık sigortası sunulmaktadır.

Bağ-Kur'un 81 ilde ofisi vardır. Bağ-Kur personel kadrosundaki 6.566 kişilik pozisyonun sadece 4.666 tanesi doludur (11).

Örgütsel yapı açısından Bağ-Kur, Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Çalışma Bakanlığı birleştirildiğinde 1983'de Çalışma Bakanlığı'na bağlı yarı özerk bir yapı haline gelmiştir. Bu gelişme, devlet kurumlarının makul bir yapıya dönüştürülmesi yönündeki devletin genel yaklaşımının bir sonucudur. Halen Çalışma Bakanlığı'na bağlı olmakla birlikte Bağ-Kur mali ve idari açıdan özerkliğe sahiptir.

Bağ-Kur hizmetleri, sigortalı kişinin (ve yakınlarının) tıbbi muayenesini, teşhis amaçlı laboratuvar testlerini ve buna bağlı olarak yataklı ve ayakta tedavisini kapsar. Sigorta desteği hasta iyileşinceye kadar ya da 90 gün boyunca devam eder. Tüm Bağ-Kur üyeleri tüm yataklı, ayakta teşhis ve tedavi için aynı hizmetlerden yararlanırlar.

Bağ-Kur'un kendine ait sağlık kurumları yoktur fakat diğer hizmet sağlayıcılarla sözleşme yapar. Bugün, Bağ-Kur'un, Sağlık Bakanlığı, yerel yönetimler, üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve Kızılay Derneği gibi sivil toplum kuruluşlarını içeren sağlık kurumları ile sözleşmesi vardır. Bu sözleşmeler ya diyaliz, kardiyovasküler ve dental hizmetler gibi özel hizmetler ya da genel tıp hizmetlerine yöneliktir. Bu sözleşmelere ek olarak, Bağ-Kur'un Ticaret Odası'nın hekimler bölümü ile ticaret ve zanaat örgütleri gibi pek çok ilgili örgütle de reçete yazımına ilişkin sözleşmesi vardır.

Bağ-Kur sistemindeki ödemeler kurum tarafından belirlenir. Yataklı tedavi de bütünüyle bu kapsamdadır. Ayakta tedaviyle ilgili olarak da, ilaç alımlarında ES ve SSK hastaları reçetelerinde olduğu gibi, aktif üyelerin % 20 oranında eş (katılım payı) ödeme, emekli üyelerin de % 10 oranında eş ödeme yapması gereklidir. Eş ödemeler, tedavi edici gözlükler gibi diğer bazı mallar ve hizmetler için de gereklidir. Bağ-Kur, temel ihtiyaçların ücretlerinin karşılanması için Türk Eczacılar Birliği ve standart gözlükler için de optisyenlerle anlaşır.

1479 ve 2926 sayılı Yasa kapsamında, Bağ-Kur sigortalısı 3,36 milyon kişi vardır. Üyelerin bağımlıları da dikkate alındığında bu sayı 16 milyon kişiye ulaşır. Yakın zamana kadar ödemeler son derece düşük yapılmış fakat son dönemde Bağ-Kur prim ödemelerini artırmaya yönelik ciddi adımlar atmıştır (12).

Bağ-Kur, sosyal güvenlik sisteminde yapılan reformlar gereği 16.05.2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu hükümleri gereğince, merkez ve taşra teşkilâtlarının kadroları ile kadrolarında görev yapan memur ve işçileri ile her türlü taşınır ve taşınmazları, tapuda Bağ-Kur adına kayıtlı olan taşınmazları ve hizmet binaları, araç, gereç, malzeme, demirbaş ve taşıtları, alacakları, hakları, borçları, iştirakleri, dosyaları, yazılı ve elektronik ortamdaki her türlü kayıtları ve diğer dokümanları bu Kanunun yürürlük tarihi itibarıyla görevleri ile birlikte Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilmiştir.

3.2.2.3 Emekli Sandığı

Emekli Sandığı (ES) 1950 yılında 5434 Sayılı Yasa ile "beyaz yakalılar" (memurlar) ve askeri personele emeklilik ve malullük maaşı sağlamak amacıyla kurulmuştur. Başlangıçtaki kapsam daha sonra genişletilmiş ve yerel yönetim konseyi üyelerini, milletvekillerini, askeri okul öğrencilerini ve tüm devlet memurlarını da kapsamıştır. ES, aktif olarak çalışan ya da emekli üyelerinden belirli bir sağlık sigortası primi toplamaz. Genel hatlarıyla sistem devlet bütçesiyle desteklenir. ES, tüm emekli devlet memurlarının sağlık ihtiyaçlarını, bu üyelerinden yalnızca ilaçlar için % 10 oranında eş-ödemesi alarak karşılar.

Bu arada aktif çalışan devlet memurlarının bu kapsamda olmadığı belirtilmelidir. Memurlar 180 ve 181 ödeme kaleminden olmak üzere sağlık harcamaları doğrudan devlet bütçesinden finanse edilir. Bu aktif memurlar ancak emekli olduktan sonra emekli sandığı kapsamında hizmetlerini almaktadırlar. Bu durum genelde karıştırıldığı için burada ilave açıklama yapılmasında fayda görülmüştür.

Ayrıca ES'nin temel özellikleri arasında yaşlılık sebebiyle işten ayrılanlara yönelik emeklilik ödeneği, çalışma yeri ya da savaştan kaynaklanan engellilik ve iş göremezlik ödeneği, kesintilerin geri ödenmesi ve toplu ve kümülatif ödemeler, emeklilik ve evlilik ikramiyelerinin ödenmesi, hastane tedavisinin tamamını, ilaç masraflarını % 90 oranında karşılayan tıbbi yardım sağlanması, kronik hastalıklar için heyet raporlu ilaç alımında katkı payından muaf tutulma, tedavi edici gözlükler, işitme cihazları, ölen üyenin hayatta kalan eş ve çocuklarına ödeme yapılması, düşkünler ve 2022 sayılı kanun ile 65 yaş üstü için ödeme (Hazine adına ES tarafından) ile 3480 sayılı Yasa uyarınca savaş kurbanlarına sınırlı ödemeler de bulunmaktadır. Ancak 65 yaş üstü için sağlık hizmetlerinden faydalanma Ocak 2005'de

sona ermiş olup, bu kişilerin bağlı bulundukları sosyal güvenlik kurumu yoksa kolaylıkla Yeşil Kart alabilmelerine imkan sağlanmıştır.

Emekli Sandığı, sosyal güvenlik sisteminde yapılan reformlar gereği 16.05.2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu hükümleri gereğince, merkez ve taşra teşkilâtlarının kadroları ile kadrolarında görev yapan memur ve işçileri ile her türlü taşınır ve taşınmazları, tapuda Emekli Sandığı adına kayıtlı olan taşınmazları ve hizmet binaları, araç, gereç, malzeme, demirbaş ve taşıtları, alacakları, hakları, borçları, iştirakleri, dosyaları, yazılı ve elektronik ortamdaki her türlü kayıtları ve diğer dokümanları bu Kanunun yürürlük tarihi itibarıyla görevleri ile birlikte Sosyal Güvenlik Kuruma'na devredilmiştir (13).

3.2.3. Yeşil Kart Uygulaması

"Yeşil Kart" programı sağlık hizmetlerini satın alma gücü yetersiz olan ya da hiç olmayan yoksulların için oluşturulmuş bir programdır. 1991 yılında çıkartılan ve 1992 yılında yürürlüğe giren 3816 sayılı Yasa ile Yeşil Kart yararlanıcılarına ücretsiz sağlık hizmeti sağlanır. Bununla birlikte, TBMM'de 14 Temmuz 2004 günü kabul edilen ve 21 Temmuz 2004 günü Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren 5222 sayılı kanunla; 3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanmasına İlişkin Yasa"da yapılan değişiklikle Yeşil Karnelilerin ayaktan tedavi hizmetlerinden yararlanabilmesinin önü açılmıştır. Düzenleme ile, Yeşil Kart sahibi vatandaşlar, Türkiye`deki yataklı tedavi kurumlarında yatarak görecekleri tedavi hizmetlerinin yanısıra, Türkiye`deki sağlık kurum ve kuruluşlarında ayaktan tedavi görebilecekler ve muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi hizmetleri ile ilaç bedelleri genel bütçeden karşılanmaktadır.

Yeşil Kart uygulaması, genel sağlık sigortasına geçilinceye kadar çözüm sağlayan geçici bir çözüm yolu olarak görünmektedir.

Yeşil Kart alabilmek için, istekli kişi Türk vatandaşı olmalı, başka hiç bir sağlık sigortasından yararlanmamalı, ve 1475 sayılı Yasa ile belirlenen asgari ücretin üçte birinden daha az bir maaş alıyor (vergiler ve sosyal sigorta primleri hariç) olmalıdır. Yeşil Kart programı askerler ve yüksek öğrenim öğrencileri gibi pasif konumdaki kişilerin tedavi masraflarını karşılamaz. Diğer yandan, herhangi bir yasa uyarınca sağlık hizmetini ücretsiz olarak alabilecek kişiler özel bir başvuruda bulunmasalar bile bu programdan yararlanabilirler. 3816 sayılı Yasaya göre, kişilerin hakları yasal olarak garanti altındadır. Sağlık hizmetlerini ödeyemeyen ve Yeşil Kart alamayanlara yönelik olan sağlık hizmetleri ise 3294 sayılı Yasaya göre devlet tarafından finanse edilerek karşılanır.

Yeşil Kart başvuru işlemleri İl İdaresi Konseyi tarafından sonuçlandırılır. Konsey, başvuru sahibinin gelirine göre başvurunun uygun olup olmadığına karar verir ve sonra Yeşil Kart'ı verecek olan İl Valisi'ne bu konudaki tavsiyelerini iletir. Bugün, yaklaşık olarak 12,5 milyon vatandaş (2006 yılı sonu itibariyle) bu uygulamadan yararlanmaktadır. Yeşil Kart sahibi nüfusun en az olduğu iller sırayla Bilecik, Bolu, Karabük, Yalova ve Bayburt illeridir. En fazla Yeşil Kart sahibinin yaşadığı iller ise (2006 yılı sonu itibariyle) sırayla Diyarbakır, Van, Şanlıurfa,İstanbul ve Adana'dır.

Yeşil Kart programı SB tarafından yürütülmektedir. Sağlık tedavisi harcamaları SB tarafından yayımlanan bir yönetmeliğe göre karşılanır. Yeşil Kart programı genel vergiler ile SB aracılığı ile finanse edilmektedir ve yeşil kartlıların sağlık harcamaları 2008 yılına kadar SB'nın bütçesinden transfer edilecektir. Ancak 2008 yılından itibaren GSS'nin uygulanmaya başlanması ile Yeşil Kart sahiplerinin sağlık giderleri için ayrılan kaynak SB bütçesine aktarılmayacak ve bu harcamalara ilişkin ödemeler Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılacaktır.

Ülke geneline bakılacak olursa Yeşil Kart'a sahip nüfus % 16,93 civarındadır. İkamet dağılımı bazında 2000 yılı nüfus sayımına göre 2005'deki Yeşil Kart sahipleri 2003'den başlayarak eski Yeşil Kart sahipleri yeniden kaydedilmiş, iki kez sayılanlar, ölen kart sahipleri ve farklı sosyal güvenceye sahip olanların kartları iptal edilerek daha doğru bir sayı hesaplanmıştır. 2003'den başlayarak görülen azalma ise Yeşil Kart almayı hak etmeyenlere verilen yeşil kartların iptal edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Yeşil Kart yıl sonu gerçekleşen harcamaları bütçeye konan kesintili başlangıç ödeneği miktarını sürekli olarak geçmiş ve geçen bir kaç yıl içinde ilk belirlenen rakamlarla yıl sonunda ulaşılan harcamalar arasında büyük bir sapma kaydedilmiştir. Bu sapmanın asıl sebebi, ilk tahminlerin gerçeklerden uzak ve düşük düzeyde yapılmasıdır. Bu tahminler, yeşil kartlı sayısı ve tahmini yıllık ortalama sağlık harcamaları baz alınarak Yüksek Sağlık Koordinasyon Konseyi tarafından 3816 sayılı Yasa'nın 9. Madde'sine uygun olarak yapılır. Fakat, Yeşil kartlı sayısı ile yapılan harcamaların miktarının artmasına rağmen yapılan tahminlerde böyle bir orantı olmamaktadır; 2002 yılı için yapılan tahminler 2001 yılı için yapılanlardan daha düşüktür.

Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile birlikte tüm nüfus kapsama alınacak ve belli bir prim ödenmesi gerekecektir. Yeşil Kart sahiplerinin primleri ise devlet tarafından karşılanacaktır. Bu aşamada yapılacak olan bir gelir değerlendirmesi ile kimlerin priminin devlet tarafından karşılanacağı, kimlerin primlerinin sigortalılar tarafından karşılanacağı ortaya konulacaktır. Bu amaçla yapılacak gelir değerlendirmesinde, ailenin kişi başına aylık

gelirin net asgari ücretin üçte birinden az olup olmadığı incelenecektir. Bu sınırın altında fert başı aylık geliri olan ailelerin primleri devlet tarafından karşılanacak ve aile fertleri bu sayede Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanabileceklerdir.

3.2.4. Genel Sağlık Sigortası

Sosyal devlet olmanın bilinciyle hükümet yasalarla belirlenmiş çerçeveler dahilinde kamunun tüm kesimlerine sağlık hizmetleri ulaştırılmasından sorumludur. Bu konudaki tartışmalar 15 yıl öncesine dayanmaktadır. Gerçekçi ve ciddi adımlar ise ancak son bir kaç yıldan bu yana atılabilmektedir.

Aşağıdaki kriterler gelecek yıllar için neler planlandığının anlaşılmasına yardımcı olabilir.

3.2.4.1 Genel Sağlık Sigortası'nın Temel İlkeleri

Planlanan sistemin birkaç önemli noktası vardır. İlgili ayrıntılar aşağıda görülebilir.

- Birinci Basmak Sağlık Hizmetlerinde
    1. Aile Hekimliği sisteminde birinci basamak hizmetleri bireylerin koruyucu hizmet alabileceği ve sağlık durumlarının kayıt altında tutulacağı bir şekilde verilecektir.
    2. Bu model halkın ücretsiz olarak hizmet alabileceği ve ayrıntılı tanı işlemlerinin yapılacağı tanı merkezlerini (laboratuvarlar vs.) destekleyecektir.
    3. Acil vakalar dışında tüm bireylerin ilk başvuru noktası birinci basamak sağlık hizmetlerinin olması katkı payı farklılıkları ile teşvik edilmeye çalışılmıştır.
- İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde
    4. Şu andaki uygulamanın yanı sıra, kurumların sözleşmeler yaparak ve idari/mali anlamda özerkliklerini kazanarak gelirleri ve harcamaları arasında denge sağlayacağı bir finans modeli oluşturulacaktır.

Genel Sağlık Sigortası Sistemi'nin Hedefleri

1. Tüm nüfusa yönelik aynı kalitede sağlık sigortası sunulması hedeflenmektedir.
2. Katılımın zorunlu olacağı, primlerin gelire göre hesaplanacağı ve hizmetlerin gerçek ihtiyaçlara göre sunulacağı bir sağlık sistemi.
3. Nüfusun yoksul kesimi için primlerin toplumsal yardımlara ayrılan devlet kaynaklarından ödenmesi.
4. Her türlü koruyucu hekimlik uygulamasının sağlık politikasının temelini oluşturması.
5. Kamu kaynaklarının verimli kullanılmasını sağlamak için modern bir kontrol ve izleme sisteminin oluşturulması.

Sağlık Hizmetleri Satın Alımı Yönetimi

1. Hizmetlerin sübvanse edilmesi için mali kaynakların sağlık kurumlarına ve çalışanlarına aktarılması yerine prim ödeme gücü olmayan vatandaşların sübvanse edilmesi amacıyla sosyal güvencenin temin edilmesi, sistemin temelini oluşturacaktır.
2. Sağlık hizmetleri finansmanında maliyet ve sürecin kontrol edilmesini sağlamak için sağlık hizmetleri sözleşme yolu ile satın alınacaktır.
3. Sağlık harcamalarının ödenmesinde temel noktayı tüm dünyada kabul gören sigorta ilkeleri oluşturacaktır.
4. Uygun hizmet maliyetlerini tanımlamak için modern izleme ve ölçme prosedürlerinden yararlanılacak, aynı zamanda bunlar primlerin gerçekçi şekilde belirlenmesine de yardımcı olacaktır.
5. Sağlık hizmetleri finansmanında maliyet kontrolü sağlamak için Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen bilimsel ve tıbbi kriterler ile teşhis ve tedavi rehberlerinden yararlanılacaktır.
6. Kimi durumlarla ilgili olarak maliyetleri azaltmak açısından, hastalara evde bakım ve ayakta tedavi hallerinde özel günlük tedavi prosedürleri gibi seçeneklerden de yararlanılacaktır (14).

3.3. HASTANELERİN ÖRGÜTSEL YAPISI

3.3.1. Devlet Hastaneleri

Devlet hastaneleri, başhemşire ve hastane müdürünün yardımcı olduğu başhekim tarafından yönetilir. Yataklı tedavi kurumları, eğitim ve araştırma hastanelerinde servis ve laboratuvar şefleri, genel hastanelerde servis ve laboratuvar uzmanları, özel dal hastanelerinde ve rehabilitasyon merkezlerinde özel dal servis şef veya uzmanlarından idarede temayüz etmiş olanlar arasından Sağlık Bakanlığınca atanacak başhekim tarafından yönetilir. Özel dal hastanelerinde (3. basamak sağlık hizmetlerinde yer alanlar) ve rehabilitasyon merkezlerinde başhekim aynı zamanda bilimsel direktörlük görevini de yapar. Başhekim diğer kurumlarda da imkan ölçüsünde klinik ve laboratuvarların bilimsel çalışmaları ile ilgilenir ve bunlara yön verir. Hastane müdürü; idari, mali ve teknik konulardan sorumludur. Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki tüm yönetim personeli SB tarafından atanır. Son yıllarda yapılan yetki devriyle idari yardımcılıkların atanmasında İllere de yetki verilmiştir. Üniversite hastanelerindeki yönetim personeli atamaları ise Yüksek Öğretim Kurumu tarafından yapılır. Genellikle hastanelerde üyelerin tümünden oluşan birim ile personel ve idari konularla uğraşan ve doğrudan hastane müdürüne bağlı insan kaynakları bölümü vardır.

3.3.2. Özel Hastaneler

Özel hastanelerin organizasyonu ve yönetiminde belirli bir format yoktur. Sağlık sisteminde özel hizmetlerin önünün açılmasıyla, atıl kapasite değerlendirilerek halkın sağlık hizmetlerine açılmıştır. Önceleri sadece Bağ-Kur ve SSK'lı hastaların kullanımına açılan bu kurumlar, daha sonra Emekli Sandığı ve aktif çalışan devlet memurları da kullanabilir olmuştur.

Özel hastaneler yapılarının güçlendirilmesi için profesyonel hastane yöneticiliğini ve işletmeciliğini uygulamaya başlamışlardır. Son yıllarda bu kapsamda kamu sağlık hizmet sunucularında da benzer uygulamalar için adım atılmaya başlanmıştır. Maliyet kısıcı yöntemlere göre çalışan bu kurumlarda önceleri part-time personel çalışabilirken yapılan düzenlemelerle tam zamanlı sağlık personeli hizmet alarak hizmet kalitesinde yükselmeye de yol açmıştır.

Devlet Memurlarına Sağlık Hizmetleri ve Cenaze Harcamaları Desteği ile ilgili yönetmelikte yapılan son değişiklikler (17.04.2003 tarihli ve 25082 sayılı Resmi Gazete) memurların ve ES üyelerinin Sağlık Bakanlığı ile anlaşması olan özel sağlık kurumlarına da sevk edilebilmesini sağlamıştır. 2006 yılı sonu itibarı ile 305 özel hastane, 13.707 yatak sayısı ile hizmet vermekte olup, tüm hastanelerin yatak sayıları içerisinde %7'lik paya sahiptir (15).

3.3.3. Sağlık Kurumlarında Mali Özerklik

SB hastanelerine; personel ve personel masraflarının bir kısmı Sağlık Bakanlığından, ek masraflar ve ek personel masrafları için de döner sermayeden olmak üzere iki kaynaktan fon sağlanır. Sağlık Bakanlığı personel masraflarını doğrudan Bakanlık bütçesinden karşılar. Döner sermaye ise gelirlerini geri ödeme kurumlarının (ES, Bağ-Kur, SSK, Maliye Bakanlığı, Yeşil Kart gibi) yaptığı ve özel hasta ödemelerinden elde eder. Hastaneler net gelirlerinin %15'ini Maliye Bakanlığına, %4'ünü SB'na ve %1'lik payını da Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme kurumuna aktarır.

Döner sermayeler kurumlarda toplanıp biriktirilirken Sağlık Bakanlığı hastanelerinin yöneticileri Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün direktifleri doğrultusunda hareket ederler. Bundan dolayı, bu fonlarının en fazla % 50'si, eğer hastanenin başka bir masrafı yoksa, maaşlara yansıtılabilir. Maaşa yapılan katkılar performans değerlendirmelerine göre yapılır.

3.3.4. Sağlık Hizmetleri Arzı

Türkiye'deki sağlık hizmetleri kamu ve özel hizmet sunucular tarafından sağlanır. En büyük kamu hizmet sunucusu Sağlık Bakanlığı (Tablo 3.3) olup SSK hastanelerinin de devredilmesiyle birlikte etkisi daha da artmıştır. Daha önce diğer devlet bakanlıkları (Savunma, Ulaştırma ve Milli Eğitim), bazı kamu kuruluşları ve belediyelerin de sundukları sağlık hizmeti de SB'na devredilmiştir. Yine üniversite hastaneleri de önemli hizmet sunucusudur.

Tablo 3.3: Hastanelerin Dağılımı, Türkiye, Şubat 2007

BRANŞ	GENEL	EĞİTİM	TOPLAM
Kamu Hastaneleri			
Devlet Hastaneleri	604	27	631
Kadın Doğum Hastaneleri	58	6	64
Çocuk Hastaneleri	7	3	10
Göğüs Hastaneleri	18	4	22
Yüksek İhtisas Hastanesi	1	4	5
Ruh Sağlığı Hastaneleri	9	2	11
Fizik Tedavi Hastaneleri	8	2	10
Onkoloji Hastaneleri	1	1	2
Acil Yardım ve Travmatoloji Hastaneleri	4		4
Kemik Hastalıkları Hastaneleri	2	1	3
Zührevi Hastalıklar Hastaneleri	1		1
Lepra Hastaneleri	2		2
Diş Hastaneleri	1	1	2
Meslek Hastalıkları Hastaneleri	2		2
Göz Hastalıkları Hastaneleri		2	2
İlçe Hastanesi	36		36
Toplam	754	53	807
Üniversite Hastaneleri	-	-	56
Özel Hastaneler	-	-	305
Belediye Hastaneleri	-	-	6
Dernek ve Vakıf Hastaneleri	-	-	19
Yabancılara Ait Hastaneler	-	-	3
Azınlık Hastaneleri	-	-	5
Genel Toplam	-	-	1202

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007

Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin temel tedarikçisi ve koruyucu hizmetlerin de tek tedarikçisidir. Sağlık Bakanlığı, birinci, ikinci, ihtisaslaşmış yataklı ve ayakta tedavi kurumları ile çok geniş bir ağ dahilinde hizmet vermektedir. Kamu sektöründeki bu geniş ağ, özel sektörde hem ayakta hem de yataklı tedavi hizmeti veren daha az sayıdaki özel kurumla tamamlanır.

3.3.4.1 Kamu Sektöründeki Sağlık Hizmetleri: Ayakta Tedavi Birinci Basamak Kurumları

Yukarıda anlatılan modelle ilgili olarak, Sağlık Bakanlığı 6.088 sağlık evi ve 6.203 sağlık ocağına sahiptir. Anne-çocuk sağlığı ile koruyucu hizmetlerle ilgili olarak da bir dizi dikey program gerçekleştirmiştir. Bu programların uygulanmasına yardım amacıyla, özellikle kentsel alanlarda, bir dizi uzmanlaşmış merkez ve dispanser (234 adet AÇSAP/AP, 247* adet (Ağustos 2007 itibariyle) Verem Savaş Dispanseri ve bir çok farklı uzmanlaşmış dispanser) faaliyet göstermektedir. Bu dispanserler, uzman kadrosu ile, koruyucu ve tedavi edici hizmetler ile diğer birinci basamak tedavi birimlerinin sağlık personeline de eğitimler vermektedir. Fakat, bu merkezler idari ve mali açıdan, Sağlık Bakanlığı'nın düzenli birinci basamak kurumlarına değil de Bakanlık'ın farklı bölümlerine bağlı olduğu için saha düzeyinde hizmetlerin koordinasyonu ve entegrasyonu istenildiği ölçüde başarılı değildir. Koruyucu hizmetler çerçevesinde sağlık ocakları tüberküloz, sıtma, aile planlaması ile ana ve çocuk sağlığı konularıyla da ilgilenir (17).

Daha önce SSK sağlık hizmeti sunan kurumlar, SSK'dan yararlananların sayıca fazla olduğu sanayi bölgelerinde özellikle batı illerinde yoğunlaşmıştır. Bu kurumlar 2005 yılında Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu devir işlemi, öncelikle Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan, hizmet sunumunun tek elden yapılması ve genel sağlık sigortası ve aile hekimliği sistemine geçiş kapsamında atılan adımlardan birisi olarak değerlendirilebilir.

3.3.4.2 Birinci Basamak ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Genel Yapı

Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmeti veren en önemli ve koruyucu sağlık hizmeti sunan tek kurumdur. Bunlarla birlikte ana çocuk sağlığı hizmetlerinin de ana tedarikçisidir. Bu hizmetler, sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılmasını temel alan 1961 yılında çıkartılan yasa uyarınca ülke çapına yayılmış sağlık ocakları ve sağlık evleri ile verilir. Bu yasaya göre, ulusal politikalarda, değişik basamaklardaki sağlık kurumları bir hekimin görev yapma yerini etkiler ve böylelikle hekimler belirli coğrafi alanlarda yoğunlaşmak yerine kendilerine ihtiyaç duyulan alanlara gönderilirler. Birinci basamak sağlık kurumlarının belirli bir coğrafi gölgede toplanması yerine ülke çapına dağıtılması amaçlanıyorsa da uygulamada bunu gerçekleştirmek zordur.

*Kitabın basımı sonrası Verem Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından gönderilen geri bildirim üzerine düzeltilmiştir.

Sağlık Bakanlığı resmi kayıtlarına göre sağlık evleri ortalama 1.500 kişiye hizmet vermekte ve ayrıca üç tür sağlık ocağı bulunmaktadır. Mevcut uygulamalara göre kırsal alanlardaki sağlık evleri birinci basamak sağlık hizmeti ile aile planlaması hizmetleri veren, doğumlara yardımcı olan ve belirlenen hanelere aylık ziyaretler yapan bir ebe tarafından idare edilir. Kırsal alanlardaki sağlık evleri sağlık ocağına bağlı olup yine bu sağlık ocağı tarafından denetlenir. Kırsal alandaki sağlık ocakları ise 2.500 kişiye hizmet verir ve bir pratisyen hekim olmak üzere bir hemşire, bir sağlık memuru, iki ebe ve bir destek elemanından oluşan sekiz personelden meydana gelir. Yaklaşık olarak 5.000 kişiye hizmet veren bölge sağlık ocakları ise 16 kişilik sağlık personelinden oluşur (biri sorumlu hekim olmak üzere dört pratisyen hekim, bir diş hekimi, bir çevre sağlığı teknisyeni, bir kaç sağlık memuru, bir laboratuvar teknisyeni, iki hemşire ve iki ebe). Yaklaşık olarak 10.000, gerektiğinde ise 20.000 kişiye hizmet veren il sağlık ocaklarında ise, nüfustan bağımsız olarak, İl Sağlık Müdürlükleri'nin talebi ve Valiliklerin onayı üzerine ek birimler açılabilir.

Sağlık Ocaklarının temel görevleri, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, bağışıklama, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması, halk sağlığı eğitimi, çevre sağlığı, hasta bakımı ve sağlıkla ilgili istatistiksel verilerin toplanmasıdır. Koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerine ek olarak sağlık ocakları, sağlık hizmetine ihtiyacı olanların görüşeceği ilk kurum ve daha ihtisaslaşmış tedaviye ihtiyacı olanları da daha yüksek kurumlara sevk edecek ilk basamaktır.

Sağlık ocaklarında 24 saatlik kapsam bazı yerlerde ihtiyaçtan kaynaklanan yasal bir zorunluluktur (turizm alanları ya da 20 km'den daha uzakta bulunan acil üniteleri) ve bu alanlar SB'nın onayı ile belirlenir. 28.08.2003 tarihinde yayımlanan genelge ile bölgenin nüfusunu, sosyo-ekonomik yapısı, sağlık kurumuna erişim ve hizmet verimliliği de göz önüne alınarak, 24 saat aralıksız olarak çalışacak sağlık ocakları ve ilgili birimlerinin, Valiliklerin onayı üzerine İl Sağlık Müdürlükleri tarafından örgütlenmesi öngörülmüştür. Aynı genelge ile, çalışma süresi aralıksız olarak 24 saate çıkartılacak sağlık ocakları ve ilgili birimlerinin personel, ulaşım, güvenlik, ısınma ve gıda ile ilgili masrafları İl Sağlık Müdürlüğü tarafından karşılanmaktadır. 24 saat çalışan sağlık ocakları ve ilgili birimleri sağlık ocaklarında verilen hizmetlerinin tümünü ve "Acil Servis" hizmetini vermekle yükümlüdür. Yataklı tedavi özelliği olmayan, bölgede bulunan ve rutin hizmetlerine ek olarak "Acil Servis" hizmeti de veren sağlık ocakları İl Sağlık Müdürlüğü tarafından örgütlenmekte ve personel ihtiyacı, ulaşım, güvenlik, ısınma ve yiyecek-içecek gibi ihtiyaçları karşılanarak gereken onay Valilik tarafından verilmektedir. Bu ocaklardaki rutin hizmetler normal mesai saatleri arasında verilmektedir. "Acil Servis" hariç olmak üzere, rutin hizmetlerini mesai saatlerinin dışında vermeleri gerekmez. Birinci Basamak Sağlık Hizmet Kurumları'nda çalışan personelin mesai

saatleri Valilik tarafından düzenlenir. Bu düzenlemeye göre personel mesaisi, haftalık mesai saatlerinin üzerinde olmayacak bir şekilde ayarlanır. 24 saat kesintisiz olarak hizmet veren sağlık ocakları çalışmalarına devam etmektedir.

Diğer tarafta, acil servis ile adli tıp hizmetleri ülkedeki tüm sağlık kurumlarında 24 saat süreyle kesintisiz olarak verilmektedir. Adli tıp hizmeti verecek hekimin ismi ve telefon numarası sağlık ocağının kapısında yazılıdır ve bu hekim 24 saat süreyle görev yerini terk edemez.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 22.10.2002 tarihli genelge ile, yaşadıkları bölgede birden fazla sağlık ocağı bulunan kişilerin ev ve apartmanlarının kapılarına, bölgelerinde faaliyet gösteren sağlık ocakları ile verdikleri hizmetler hakkında bilgilendirici notlar bırakılmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Aile Hekimliği uygulamasına Düzce'de pilot uygulamayla başlanmış, bugüne kadar 11 ilde Aile Hekimliğine geçilmiş ve kademeli olarak önümüzdeki yıllarda tüm ülkede yaygınlaştırılması planlanmıştır.

Aile hekimliği uygulaması başlamayan illerde pratisyen hekimler, bazı yerlerde diş hekimleri ile birlikte, sağlık ocaklarında çalışan temel birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarıdır. Genellikle Anne ve Çocuk Sağlığı ile Aile Planlaması Merkezleri haricinde, uzman hekim bulunmamaktadır. Anne ve Çocuk Sağlığı ile Aile Planlaması Merkezleri'nde pratisyen hekimlerin yanı sıra çocuk uzmanı doktorlar, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, aile hekimleri ve halk sağlığı uzmanları da yer alabilmektedir.

2006 yılı sonu itibariyle 50.063 uzman, ve 47.733 pratisyen (asistanlar dahil) olmak üzere toplam 97.796 hekim aktif olarak görev yapmaktadır (18). Pratisyen hekim olarak çalışan hekim sayısının oranının uzman hekime göre düşük olması ister sağlık ocağı sistemi isterse aile hekimliği sistemiyle olsun pratisyen hekim eksikliğini ve bunun yansıması olarak I. basamak sağlık hizmetlerini istenilen kalite ve yaygınlıkta verebilmenin zorluğunu göstermektedir. Ülkemizin uzman hekime de özellikle bazı branşlarda oldukça fazla ihtiyacı olduğundan, tıp fakültelerinin yıllık olarak hekim mezuniyetini artırmaları kaçınılmaz olacaktır.

Bir pratisyen hekim yaklaşık olarak ayda 2006 yılı itibarı ile 800-850 USD, bir uzman hekim de 900-950 USD (Ankara ili için geçerli) kazanır. Bu rakamlara döner sermayeden alınan pay dahil değildir. Birinci basamak hekimin uzman hekime göre mesleki geliri (0,8:1)'dir. Bu düşük oran (0,8:1 ya da daha az) uzmanlık sistemine yönelik bir teşvik olarak görünmektedir. Bu teşvik orta vadede pratisyen hekim sayısının azalması ve uzman

hekimin artmasına neden olabilir. Ancak aile hekimliği sistemi ile pratisyen hekimlerin de aile hekimi olunca gelirlerinde ciddi bir artış olacağı düşünülmektedir.

Birinci Basamak Hizmetlerinde Finansman ve Döner Sermaye

Temelde, Sağlık Bakanlığı kurumlarında tedavi, vatandaşların herhangi bir sigorta sistemine bağlı olmasına bakılmaksızın, ücretsiz ve herkese açıktır. Fakat hastalar, ilaçlarda kurum tarafından karşılanan (çalışan % 20, emekli % 10) miktarın dışında kalan kısım için ödeme yapmak zorundadır.

Sağlık Bakanlığı, birinci basamak sağlık kurumlarının işletme bütçelerindeki ciddi sıkıntıları dikkate alarak bu kurumlara yönelik olarak döner sermaye uygulaması başlatmıştır. Bu amaçla ilgili mevzuat 2001'de kabul edilmiş ve 45 İl'e kendi kurumları bünyesinde döner sermaye kurmaları için Maliye Bakanlığı tarafından 1.11.2001 tarihinde onay verilmiştir. Daha sonra tüm illerde 1. basamak sağlık hizmetleri için döner sermaye yapıları oluşturulmuş ve benzer özellikteki sağlık kurumları saymanlıkları aynı saymanlıklar altında birleştirilmiştir. Birinci basamak sağlık kurumlarının döner sermayeleri bu kurumların, SSK, ES, Bağ-Kur ya da memurlar gibi sağlık sigortası kapsamında olanlara teşhis, tedavi ve rehabilitasyon gibi verdiği hizmetleri ile karşılanmaktadır. Koruyucu hizmetler ise herkes için ücretsiz olmaya devam etmektedir. Sigorta kapsamında olmayanlar ücretsiz tedavi almaya devam edecek fakat sigorta kapsamında olanların masrafları bağlı bulundukları sigorta kurumundan alınacaktır. Sigortası olmayanlara karşı her hangi bir ayrımcılığı önlemek için, döner sermaye, döner sermaye sistemine sahip kurumlar tarafından değil il sağlık müdürlükleri tarafından korunur ve yönetilir.

3.3.4.3 Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kurumlarının Yönetimi

Sağlık Bakanlığı sağlık ocakları, bir hekim tarafından yönetilir. Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık kurumlarının kendine ait bütçeleri yoktur ve yönetici hekimler ocaklarında çalışan personelle ilgili hiç bir karar alamazlar. Sağlık ocakları il sağlık müdürlüğünün denetimine tabidir. İl Sağlık Müdürü ildeki tüm birinci basamak sağlık kurumları faaliyetlerinin günü gününe planlanması ve idare edilmesinden sorumludur ve il Valisinin yanı sıra Sağlık Bakanlığı'ndan da sağlık hizmetleri ile ilgili onay almak zorundadır.

Bölge düzeyindeki Sağlık Grup Başkanlıkları ise daha çok idari sebeplerle oluşturulmaktadır. Grubun başhekimi, ihtiyaç duyulan malzemeleri il sağlık müdürlüğünden

isteyip bu sağlık ocaklarına dağıtarak kendi bölgesinde yer alan tüm sağlık ocakları arasındaki koordinasyon ve idareyi sağlar.

3.3.4.4 Kullanım Hızı

Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamak sağlık kurumlarının sayısı son yıllarda artmış olmakla birlikte bu kurumların kullanım hızları, OECD ülkelerine göre hala azdır ve bu da pek çok kişinin alternatif kurumlar ve hizmetlerden yararlandığının bir göstergesidir. Bir sağlık ocağına düşen kişi başı yıllık ziyaret 1,46'dır. 1999-2000 yılları için gerçekleştirlen Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Hanehalkı Harcamaları Araştırması sonuçlarına göre bu kullanım, hem sağlık ocağı hem de hastaneler olmak üzere toplamda yılda kişi başına 4,2 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte 2006 yılı içinde toplamda kişi başına başvurunun 5'i geçtiği bilinmektedir.

Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık kurumlarına yapılan başvuru oranı kamu sağlık sektöründeki tüm ayakta tedavi kurumlarına başvuru oranı arasında % 31'lik bir paya sahiptir. Nüfusun ne kadarının Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık kurumlarından yararlandığına dair tüm ülke için geçerli yeni veriler yoktur fakat büyük ölçüde kentsel alanlarda yapılan çalışmalar küçük bir azınlığın (nüfusun en fazla ¼'i) Sağlık Bakanlığı'nın sağlık ocaklarından yararlandığını göstermiştir.

Tablo 3.4: Sağlık Ocaklarında Yapılan Poliklinik, Laboratuvar, Doğum ve İzlem Hizmetleri İle İlgili Bazı Göstergelerin Bölgelere Göre Dağılımı, Türkiye, 2005

BÖLGELER	*Kişi Başına Ort. Poliklinik Sayısı*	*Poliklinik Başına Ort. Lab. Sayısı*	*Sevk Hızı (%)*	*Bebek (0-11 ay) Başına Ort. İzlem Sayısı*	*Çocuk (1-6 yaş) Başına Ort. İzlem Sayısı*	*Gebe Başına Ort. İzlem Sayısı*	*Loğusa Başına Ort. İzlem Sayısı*	*Sağlık Personeli Yardımı Olmadan Yapılan Doğum (%)*
Marmara Bölgesi	1,35	0,12	9,24	3,51	0,85	1,45	0,54	0,52
Ege Bölgesi	2,07	0,23	9,25	8,06	1,86	4,82	1,82	1,35
Akdeniz Bölgesi	1,68	0,13	8,69	5,92	1,73	3,11	1,17	2,51
İç Anadolu Bölgesi	1,46	0,26	10,93	5,66	1,87	2,91	1,08	1,94
Karadeniz Bölgesi	1,63	0,21	9,93	5,80	2,02	2,92	1,08	2,10
Doğu Anadolu Bölgesi	0,92	0,16	18,78	4,09	1,79	2,03	0,72	16,34
Güney Doğu Anadolu Bölgesi	0,98	0,11	11,66	2,58	1,07	1,10	0,49	12,93
Türkiye	**1,46**	**0,18**	**10,23**	**4,80**	**1,48**	**2,41**	**0,91**	**4,24**

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2005

3.3.4.5 Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti

Birinci basamak sağlık kurumlarında alınan hizmetten duyulan memnuniyeti gösteren yeni ulusal veriler mevcut değildir. Belirli sağlık bölgelerinde yapılan çalışmalar Sağlık Bakanlığı'nın sağlık ocağını kullananların % 10'unun aldığı hizmetten memnun olmadığını göstermiştir. Memnuniyetsizlik en çok sağlık ocaklarındaki teknik imkanlardan

kaynaklanmaktadır. Bunun yanı sıra, sağlık ocağına bir yerde ikamet edenlerin memnuniyet oranı, hizmet almak için daha fazla yol kat etmek zorunda kalanların memnuniyet oranından fazladır. Kişi başına düşen sağlık ocakları kullanımının düşük olması, ikinci basamak sağlık kurumlarındaki ayakta tedavi gören yüksek sayıdaki kişi ile birleşince, nüfusun büyük bölümünün sağlık ocakları tarafından verilen hizmetlerin tatmin edici olmadığını düşündüğünü göstermektedir.

3.3.4.6 Aile Hekimliği Uygulaması

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Aile Hekimliği uygulamasına kademeli olarak geçmektedir. Aile Hekimi; ailenin henüz doğmamış çocuğundan en yaşlı üyesine kadar, ailenin tüm bireylerinin hekimi olarak tanımlanır. Bu kapsamda, bireysel koruyucu sağlık önlemleri ile ayakta tedavi ve evde bakım hizmetleri de aile hekimliği kapsamına girer. Bu türden hizmetlerin bir arada ve birbiriyle uyumlu şekilde verildiği bir kaç yöntem içinde en basit ve en modern olanı Aile Hekimliği Sistemi'dir.

Aile hekimi anne karnındaki fetüsten, ailenin en yaşlısına kadar bütün aile fertlerinin sağlığı, sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumludur. Birinci basamak sağlık hizmetini aşan sorunlar için diğer uzman hekimler, diş hekimi, diyetisyen gibi kişilere hastayı yönlendirerek, koordinatör görevini üstlenir. Dolayısıyla kendisine kayıtlı kişilerin aynı zamanda sağlık danışmanı, bu konuda onlara yol gösteren ve onların haklarını savunan kişi konumundadır.

Uygulanan ülkelerde aile hekimliği sayesinde kişi memnuniyeti artmış, hekim birey ilişkisi süreklilik kazanmıştır. Örneğin İngiltere, Danimarka ve Avustralya gibi ülkelerde bir aile hekiminin hastası ile olan ilişkisinin ortalama süresi 8-13 yıl arasındadır.

Aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine genellikle yakındır ve kolay ulaşılabilir konumdadır. 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 eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişidir. Bu doktorlar, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla riskier, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir.

Aile hekimliği kayıtları sağlıkla ilgili araştırmalarda çok değerli bir veri kaynağıdır. Sevk zincirinde önemli oranda başarı sağlar. Hastalıkların uygun basamaklarda ele alınmasını ve tedavisini mümkün hale getirir. Sevk gerektiğinde, kişinin sağlık bilgileriyle birlikte doğru uzmanlık dalına ve doğru merkeze gitmesini sağlayarak, yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve ekonomik biçimde kullanımını sağlar. Bu açıdan aile

hekimliği aynı zamanda birçok yanlış yönlendirmeyi, düzensizliği, gereksiz sağlık harcamasını, ikinci basamakta gereksiz yığılmayı, kuyrukları ve hasta mağduriyetini engeller.

Organ veya sisteme yönelik ön yargılı bir yaklaşım yerine bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımını öngörür; multidisiplinerdir. Güvene dayalı iletişim kurar. Sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alır. Aile hekimliğine dayalı hizmetin yürütülmesinde "hasta" değil "kişi", anlayışı esas alınır. Bu görüşten hareketle, aile hekimi beraberindeki ekibi ile birlikte ilgi alanındaki kişilerin sağlık düzeyini yükseltmekten sorumludur. Hekim ve diğer aile sağlığı elemanları yalnızca kendilerine başvuran hastalara tedavi hizmetleri ile sınırlı hizmetleri vermekle yetinmeyecek, hasta ya da sağlam herkese sağlık hizmeti verecektir.

Birey merkezli olmasının yanında bütünleştiricilik, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özellikleri nedeniyle aile hekimliği sağlık sisteminin önemli bir yapı taşıdır. Gittikçe artan orandaki yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimleri, onları tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile doktorları vasıtasıyla çok daha etkili olarak karşılanabilecektir.

Bu yaklaşımın, çok daha hızlı ve sağlıklı tanı konması ve uygun tedavi yönteminin seçilmesine yardımcı olacağını söylemek mümkündür. Her bireyin sağlığının birtakipçisi olması, hastaların doktora kolay erişebilmesi ve hızlı hizmet alabilmesi, hastalarımızın sağlık hizmetine erişebilmek için başvurmak zorunda kaldığı sistem dışı erişim yollarını da ortadan kaldıracaktır (20).

Aile hekimliği, hekimlik eğitimi ve uygulamaları arasında düşük önceliğe ya da az prestije sahip olarak görülmektedir. Aile hekimliği sistemi daha fazla aile hekimi ihtiyacı doğurduğundan, öncelikle pratisyen hekimlerin ve bu sisteme uygun uzmanların belirli eğitimleri alarak çalışmaya başlayacağı, ancak orta vadede daha fazla aile hekimi uzmanının yetiştirilmesini gerektireceği düşündürmektedir. Aile hekimliği kapsamı genişlediğinde özel çalışan hekimlerin de sisteme kazandırılması düşünülmektedir. Şu anki mevcut sağlık insangücü sayısı bunları ayrıca zorunlu kılmaktadır.

Niçin Aile Hekimliği ?

1. Aile Hekimi hastanın evine yakındır ve eve daha rahat ulaşır.
2. Aile Hekimi her bireyi daha yakından tanır ve toplumu daha ayrıntılı bilir.
3. Bireyler aile hekimleriyle daha iyi bir iletişim kurabilirler ve buda tıbbi danışmanlık hizmeti verilmesini kolaylaştırır.

4. Bireyler aile hekimlerini kendileri seçebilirler ve seçtikleri hekimden hizmet almak için cepten ödeme yapmak zorunda kalmazlar.
5. Birinci basamaktan ikinci basamağa yapılan gereksiz sevkler azalır.
6. Hastanelerdeki uzun kuyruklar azalır ve hastanelerde verilen hizmetin kalitesi de artar.
7. Aile Hekimliği Sistemi temeli üzerine iyi bir sağlık kayıt sistemi oluşturulabilir.
8. Kaynaklar koruyucu sağlık önlemlerine daha etkin bir şekilde aktarılabilir.
9. Devlet, iyi yapılandırılmış bir Aile Hekimliği Sistemi ile, daha adil ve akılcı bir birinci basamak hizmetleri sistemi oluşturabilir.
10. Bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma konusundaki memnuniyeti artar.
11. Mevcut Birinci Basamak sağlık hizmetleri sistemi artık gerektiğince işleyememekte, hastalar genellikle daha yüksek kurumlara sevk edilmektedir.
12. Hastalar çoğunlukla ikinci basamak kurumlarını tercih etmekte; bu da uzun kuyruklar ve gereksiz iş yükü oluşturmaktadır.
13. Tanı ve tedavi ile birlikte, hastaların izlenmesi de mevcut sistemde aksayan taraflardan biridir.

Türkiye'de Aile Hekimliği'ne yönelik çalışmalar 2003 yılının ilk aylarında başlamıştır. İlk çalışmalar Temmuz 2003'de yapılmış; sistem ise 09.12.2005 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan "Aile Hekimliği Pilot Çalışması hakkındaki Kanun" ile resmi olarak uygulamaya konmuştur. 03.01.2005 tarihinde pilot il olarak belirlenen Düzce'de ilk çalışmalara geçilmiştir. İl bazında sistem yapılandırılmış, sonrasında ise ilk çalışmalara geçilmiştir (16.09.2005). İlk yılın sonuna dek yürütülen çalışmalar oldukça etkileyici olmuştur. Geçmiş yıllarla kıyaslandığında Aile Hekimliği kurumlarından yararlanma oranı da iki kat artmıştır. Kamuoyunun konuya ilgisinde de benzer bir artış görülmüştür.

İkinci adım olarak, 2006'nın ilk dönemlerinde Eskişehir ve daha sonra Denizli'de de aile hekimliğine geçilmiştir. Pilot çalışma 2007 yılının ilk altı ayı içinde 11 ile daha yaygınlaştırılmıştır.

3.3.4.7 Kamu Sektörü Sağlık Hizmetleri: İkinci Basamak Ayakta Tedavi

2004-2005 yılları arasında hastanelerin ayakta tedavi hizmeti veren bölümlerine başvuru sayısı % 22,5 civarında artarken, 2005-2006 yılları arasında %16,1'lik bir artış söz konusudur (15). Hastane bazında ayakta tedavi kurumlarına başvuru sayısı tablo 3.5 de belirtilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık ocakları tarafından tanı ve tedavi için daha üst kurumlara sevk edilen hastaların sayısı, Sağlık Bakanlığının ayakta tedavi kurumlarına giden

hastaların % 9'una eşittir. Bu da doğrudan hastanelerin ayakta tedavi imkanlarına başvuran insanların büyük bir kısmının birinci basamak sağlık kurumundaki hekimin tavsiyesini almadan kendi kararına göre hareket ettiğini göstermektedir. Sağlık harcamalarında artışa ve gereksiz iş yükü oluşturarak hakkaniyete ters düşen bu durumun, aile hekimliği modeli ile aşılması düşünülmektedir.

Tablo 3.5: Türkiye'deki Hastanelere Başvuran Hastaların Kurumlara Göre Poliklinik Durumu, 2002-2006

		POLİKLİNİK			YATAN HASTA			Yatan Hasta Oranı
Kuruluşlar	**Yıllar**	**Sayı**		**% Artış**	**Sayı**		**% Artış**	**oranı (%)**
Sağlık Bakanlığı	2002	66.231.841			2.806.588			4,2
	2003	68.957.525		4,1	2.896.540		3,2	4,2
	2004	91.257.412		32,3	3.522.173		21,6	3,9
	2005	164.758.149		80,5	5.081.539		44,3	3,1
	2006	189.422.137		15,0	5.379.198		5,9	2,8
Üniversite	2002	8.823.361			781.990			8,9
	2003	9.637.840		9,2	838.486		7,2	8,7
	2004	10.685.275		10,9	921.735		9,9	8,6
	2005	11.493.879		7,6	1.025.614		11,3	8,9
	2006	12.588.872		9,5	1.165.277		13,6	9,3
Özel (1)	2002	4.407.122			529.511			12,0
	2003	5.033.572		14,2	586.961		10,8	11,7
	2004	6.187.371		22,9	637.731		8,6	10,3
	2005	10.804.981		74,6	871.329		36,6	8,1
	2006	15.277.331		41,4	1.215.520		39,5	8,0
SSK	2002	43.561.287			1.363.191			3,1
	2003	44.977.045		3,3	1.382.636		1,4	3,1
	2004	43.911.817		-2,4	1.338.260		-3,2	3,0
	2005	0			0			
	2006	0			0			
Diğer Kamu	2002	1.293.748			26.983			2,1
	2003	1.127.136		-12,9	31.894		18,2	2,8
	2004	809.366		-28,2	20.901		-34,5	2,6
	2005	243.265		-69,9	33.032		58,0	13,6
	2006	252.085		3,6	4.656		-85,9	1,8
TOPLAM	**2002**	**124.317.359**			**5.508.263**			**4,4**
	2003	**129.733.118**		**4,4**	**5.736.517**		**4,1**	**4,4**
	2004	**152.851.241**		**17,8**	**6.440.800**		**12,3**	**4,2**
	2005	**187.300.274**		**22,5**	**7.011.514**		**8,9**	**3,7**
	2006	**217.540.425**		**16,1**	**7.764.651**		**10,7**	**3,6**

* Özel bölümü, Dernek-Vakıf, Yabancı, Azınlık ve Şahıslara ait hastanelerin çalışmalarını kapsar.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2006

Hastanelerin ayakta tedavi bölümlerine başvuran vakaların büyük kısmı detaylı inceleme ve tedavi gerektirmediği için aslında birinci basamak sağlık kurumlarında tedavi edilebilir hastalıklardır. Birinci basamak sağlık kurumlarındaki tedavi normalde ayakta tedaviden daha ucuzdur. Ayakta tedavi kurumlarına aşırı yüklenilmesi tedavi masraflarının gereksiz şekilde yukarı çıkmasına ve kaynakların da verimli kullanılamamasına yol açmaktadır. Bununla birlikte birinci basamakta çalışan pratisyen hekime toplumun bakış açısı, bu kurumlardaki özellikle tahlil ve tetkik yetersizliği, ayrıca gerekirse daha detaylı tetkik ve

aynı gün içinde farklı uzman hekime başvurma imkanı nedeniyle hastanelere gereksiz başvurular yapılmaktadır.

Hastanelerin ayakta tedavi bölümlerinin giderek aşırı kalabalık bir hale gelmesi bu kurumlarda, özellikle büyük kentlerde çalışan hekimler açısından oldukça ağır bir iş yükü oluşturmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan düzenlemelerden sonra hem sağlık ocaklarındaki hem de hastanelerdeki poliklinik sayısı birkaç katına çıkarılmıştır, ayrıca atıl kapasitedeki özel hizmet sunucularından hizmet satın alınması ile söz konusu hastanelerdeki yığılmalar azaltılmaya çalışılmıştır.

3.3.5. Kamu Sektörü Sağlık Hizmetleri: Yataklı Tedavi Hizmetleri

3.3.5.1 Hastane Kapasitenin Gelişimi

Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler yataklı tedavi hizmeti sunan asıl kamu tedarikçileridir. 2006 yılı sonu itibariyle Sağlık Bakanlığı hastaneleri tüm hastanelerdeki toplam yatak sayısının yaklaşık olarak %67,7'sine sahiptir Bu orana devredilen SSK hastaneleri dahildir. Üniversite hastaneleri için ise bu oran %15,1 civarındadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan son düzenlemelerle (19.01.2005 tarihli Yasa ile) tüm kurum hastaneleri, dispanserler vb. (160 hastane, 225 dispanser) Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (15).

3.3.5.2 Hastane Büyüklüğü

Türkiye'deki hastanelerin büyüklüğü birbirinden farklıdır; on yatak kapasitesinden daha küçük olan sağlık merkezi yanı sıra, 1.800 den fazla yatak kapasitesi olan hastaneler de vardır. 2003'de, sağlık merkezleri Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden alınarak Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde devredilmiş ve böylelikle 2003 yılı itibariyle bu kurumlarda yataklı tedavi faaliyeti kalmamıştır. Bu da, küçük ölçekli hastane sayısında önemli bir azalmaya neden olmuştur. Yine de halen çok sayıda küçük ölçekli hastane vardır. Türkiye'deki tüm hastanelerin yarıdan fazlası 100 ya da daha az yatak kapasitelidir. Dağılımın diğer tarafında ise yatak sayısı 600 – 1000 olan 32 hastane ve yatak sayısı 1000'den fazla olan 2 hastane bulunmaktadır (Tablo 3.6). Yatakların yaklaşık olarak üçte biri ise daha çok 600 yataktan fazla kapasiteli olan hastanelerdedir. Tabloda verilen yatak sayıları kadro yatak sayısı olup, hastane olarak Savunma Bakanlığı hastaneleri ile Özel ve Yabancı Hastaneler dahil edilmemiştir (15).

Tablo 3.6: Yatak Sayısına Göre Hastanelerin Dağılımı, 2006

	0	0-30 arası	30-50 arası	50-100 arası	100-200 arası	200-400 arası	400- 600 arası	600-1000 arası	1000 üzeri	TOPLAM
Akdeniz Bölgesi										
TOPLAM	1	6	11	20	15	13	6	6		78
Doğu Anadolu Bölgesi										
TOPLAM	1	16	27	20	22	9	5	1		101
Ege Bölgesi										
TOPLAM	3	16	8	32	18	20	8	5		110
Güneydoğu Anadolu Bölgesi										
TOPLAM	1	6	11	12	16	3	2	4		55
İç Anadolu Bölgesi										
TOPLAM	3	39	17	32	19	22	7	7	1	147
Marmara Bölgesi										
TOPLAM	5	7	13	36	42	22	15	7	1	148
Karadeniz Bölgesi										
TOPLAM	5	22	25	39	35	32	8	2		168
GENEL TOPLAM	19	112	112	191	167	121	51	32	2	807

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2006

Hastaneye kabullerin dağılımı hastanelerin yatak sayısı ile yakından ilgilidir; tüm hastaneye kabullerin 3/5'ini, doğumların 2/3'ünü ve cerrahi müdahalelerin de yaklaşık olarak yarısını Sağlık Bakanlığı hastaneleri gerçekleştirir. Hastaneye kabullerin sadece % 13'ü üniversite hastaneleri tarafından gerçekleştirilmekle birlikte büyük cerrahi müdahalelerin 1/5'i bu hastanelerde gerçekleştirmektedir. Özellikle büyük vakıf hastaneleri ile özel hastaneler sistem içindeki yatak oranları açısından incelendiğinde, bu hastanelerin yapılan cerrahi müdahalelerden gerektiğince pay almadığı görülür. Tablo 3.7'de yıllar itibarı ile sağlık kurumlarında yapılan doğumlar yer almaktadır.

Tablo 3.7: Kurumlarında Yapılan Doğum Sayıları, 2002-2005

Yıllar	Yapılan Doğumlar		
	Sağlık Bakanlığı	Diğer	Toplam
2002	482.957	323.410	806.367
2003	465.422	322.784	788.206
2004	533.100	291.343	824.443
2005	667.838	170.340	838.178

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Devam Ediyor, 2007

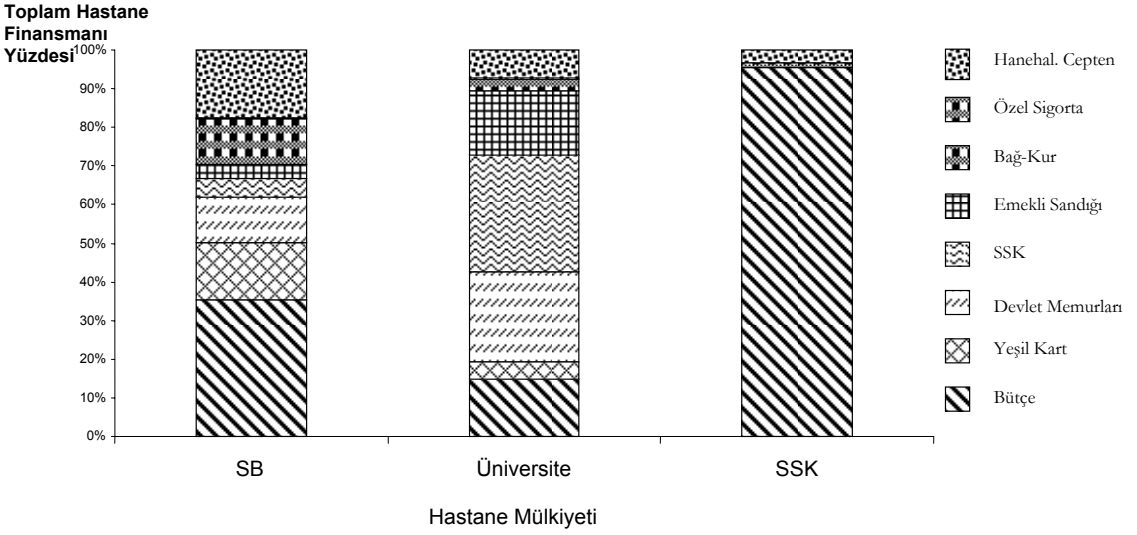
3.3.5.3 Hastane Mevcudiyeti

Türkiyedeki ortalama hastane yatak doluluk oranı 1980'lerin ortalarında %53 iken, 1990'ların ortalarında % 57'ye, 2000'de % 60'a ve 2004'de de % 64,9'a yükselmiş, 2005'te %64,5'e düşmüş, 2006 yılında ise %64,4 olarak gerçekleşmiştir. Ortalama hastanede kalma süresi de 1985'de 6,7 iken, 1995'de 6,4 olmuş, 2000'de 5,9 ve 2004 yılında da 5,7 güne, 2005'te 5,4'e düşmüş ve 2006 yılında %5,1 olarak gerçekleşmiştir (15).

3.3.5.4 Hastane Finansmanı

Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastaneleri iki kaynak tarafından finanse edilir: bütçe katkısı ve döner sermayedir. Bunun yanı sıra, bazı hastaneler de yerel toplulukların bağışları ile finanse edilen yerel sağlık vakıflarından mali destek alır. Döner sermayenin kaynağı ise sosyal güvenlik kurumlarının yaptığı ücret karşılığı ödemeler ile özel hastalar tarafından yapılan ödemelerdir.

1999-2000 yılları için gerçekleştirilen Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması sonuçlarına göre hastane finansmanı şekil 3.3'de belirtilmiştir. Burada dikkat çekilmek istenen husus SSK hastanelerinin de SB'na devredildiği düşünülürse, kamu hastanelerinin bütçelerinin az bir kısmının devlet bütçesinden sağlandığıdır. Üniversite hastanelerinin bütçe finansmanı çok daha az olup, bu durum hastanelerin özerkleşebilmesi çalışmalarında etkili olmuştur.



Şekil 3.3: Hastane Finansmanı

Kaynak: SB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, 2004

Döner sermaye kaynakları bir arada toplanarak kurum düzeyinde korunur. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin döner sermaye bütçeleri ile bunların yönetiminin Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından onaylanması gerekir. Üniversite hastanelerinin döner sermayesi ise, hastanenin talebi ve tavsiyesi üzerine, Üniversite Rektörü tarafından onaylanır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin döner sermayesinin en fazla % 50'si, eğer hastanenin başka bir harcaması yoksa, hastane personelinin performansa dayalı ödemesi için kullanılabilir. Aslında, personel harcamalarına çok daha küçük bir miktar ayrılır. Döner sermaye kaynakları hem Sağlık Bakanlığı hem de üniversite hastanelerinin finansmanının sağlanmasında çok önemli bir hale gelmiştir.

3.3.5.5 Hastane Yönetimi

Tüm kamu/devlet hastanelerine, hastanenin genel anlamda işletilmesinden ve yönetilmesinden sorumlu bir başhekim başkanlık eder. Başhekime, baş hemşire ile günlük mali ve teknik işler ile kimi personel işlerinden sorumlu bir hastane müdürü yardımcı olur. Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki tüm idari personel Sağlık Bakanlığı tarafından atanır. Son yıllarda yapılan yetki devriyle idari yardımcılıkların atanmasında İllere de yetki verilmiştir. Üniversite hastanesinin baş hekimi ise, o üniversitenin tıp fakültesinin dekanına da danışılarak, üniversitenin rektörü tarafından atanır. Üniversite hastanesindeki diğer idari personel ise hastanenin başhekimi ve üniversitenin rektörü tarafından seçilir. Başhekim seçimi, yönetimsel beceriden çok, genellikle hizmet süresinin uzunluğu (kıdem) ve hekimin mesleğindeki itibarı ve başarısına göre yapılır. Başhekimlerin herhangi bir yönetim eğitiminden geçmesi gerekmemektedir. Daha onceleri, başhekimler genellikle hastanede ya da özel muayenehanesinde hekim olarak çalışmaya da devam etmekte ve bu da hastane yönetimine ayrılan zaman ve emeği azaltmaktayken, 05.07.2005 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan 5371 sayılı kanun ile 05.07.2005 Tarhli RG'de yayınlanan 2368 sayılı kanunun 4. maddesi değiştirilmiştir. 5371 sayılı Kanun ile sağlık müdür ve başhekimlerin mesleklerini serbest olarak icra etmeleri yasaklanmıştır.

Üniversite hastaneleri dahil tüm kamu sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin bedeli Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir. Üniversitelerde öğretim üyelerinin muayeneleri ve/veya yaptıkları tetkikler için yönetim kurulu ek ücret talep edebilir.

Devlet hastanelerinin yöneticilerin ise sınırlı mali özerkliği vardır. Sağlık Bakanlığı hastaneleri, için, bütçenin Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile Sağlık Bakanlığı Bütçe Dairesindeki Maliye Bakanlığı temsilcisi tarafından onaylanması gerekir. Döner sermaye bütçelerinin de Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından onaylanması gerekir. Hastane yöneticilerinin harcama grupları arasında değişiklik yapma yetkisi yoktur ve bu durum hem bütçe fonları hem de döner sermaye için aynıdır. Tahsisatta her hangi bir değişiklik yapılabilmesi için önce bütçede gerekli düzenlemeler yapılmalı, sonra da merkezi yönetimden gerekli onay alınmalıdır. Personel harcamaları doğrudan merkezi bütçeden karşılanır. Diğer harcamalar ise yine onay prosedürü izlenerek bütçeden karşılanır. Fakat bunların öncelikle, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve muhasebe ve hesaplardan sorumlu diğer ilgili birimlerin onayından geçmesi gerekir. Sonrasında bu harcama ve ödeme kalemleri Maliye Bakanlığı tarafından il düzeyinde görev yapan ve söz konusu hastane yönetimine ödemeyi yapacak olan Maliye Bakanlığı temsilcisine gönderilir.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan yöneticiler, döner sermayeden karşılanan harcamalar konusunda bir parça daha fazla özerkliğe sahiptir. Döner sermayenin işletilmesine ilişkin olarak Maliye ve Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen prosedürler çerçevesinde, hastane yöneticileri kendi döner sermayelerini kurabilir fakat bunların da yine Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanması gerekir.

Döner sermaye için onay alınacak üst birimin üniversite rektörlüğü olması haricinde, üniversite hastaneleri bütçeleri de, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki yapılan uygulamaya benzer bir prosedür uygulanır. Üniversite bütçesine yapılacak ilave tahsisata, üniversitenin yönetim kuruluna ve tıp fakültesi dekanı'na da danışarak, üniversite rektörü karar verir. Rektörün kararı daha sonra, üniversitenin genel bütçesi çerçevesinde, Yüksek Öğrenim Kurumu/YÖK tarafından onaylanır.

Devlet hastanelerinin genel bütçe fonlarına yönelik bütçeleme sürecinde hastane yöneticisinin daha etkin bir şekilde hizmet sağlayabilmek için hiç bir inisiyatifi yoktur. Bu hastanelerin ihtiyaçlarına yönelik bütçe geçmişteki tüketim oranlarına göre yapılan tahminlere bağlı iken, hastanelere genel anlamda malzeme alımı ve demirbaşların bakımı için ayrılan ödenek gün başına ve onaylanmış yatak sayısına bağlı sabit bir miktardır. Personel harcamaları eleman sayısına göre belirlenir. Verilen hizmetlerin miktarı ile vaka yükü ya da her ikisinin birleşimi bütçeleme sürecine pek dahil edilmez. Kendi işletim masrafları (maaşlar hariç) ve temel yatırımları için döner sermayeye bağımlı olan bu hastaneler, hizmet sunumunu azami düzeye çıkartmak ile etkin kaynak tahsisi ve kullanımı gibi kaynakları daha verimli tahsis etmek için daha fazla inisiyatife sahiptir.

3.3.6. Sağlık Bakanlığı Uygulamalarında Performansa Göre Ödeme Sistemi

Sağlık çalışanlarına verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti verme sorumluluğunu aşılamak ön şart olmakla birlikte bunun tek başına yeterli olamadığını tecrübelerimiz göstermiştir. Bu sorumluluğun devamını sağlayacak ve insanları sürekli bu sorumluluk alanına itecek model arayışlarının sağlık politikacılarının gündemini ne denli işgal ettiğini biliyoruz. Sağlık Bakanlığı son birkaç yılda sağlık sistemimizde hızlı değişikliklere imza atmıştır. Bu değişikliklerde, hizmet verenlerde motivasyonu yüksek tutmanın yollarını içinde barındıran, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti ortamını sağlayacak araçları kullanma yeteneğine sahip bir sistem oluşturma gayesi göze çapmaktadır.

Hayata geçirilen bu yeni uygulamaların başında, hizmet sunanların verimli ve kaliteli hizmet sunmalarını özendirecek bir ödeme ve ücretlendirme yapısını kurmayı amaçlayan performansa göre katkı payı ödemesi gelmektedir. 2003 yılı ikinci yarısında 10 hastanede pilot olarak uygulanan performansa göre katkı payı ödemesi 2004 yılından itibaren birinci

basmak sağlık kuruşlarını da kapsayacak şekilde bütün yurtta yaygınlaştırılmıştır. Bugüne kadar yürütülmekte olan uygulamanın başlıca 2 evresi mevcuttur. 2004 yılını kapsayan bir yıllık uygulama, sağlık çalışanlarının ve kurumlarımızın yeni duruma uyumunu sağlamış ve performans ölçümünün devamını oluşturacak denetimlere alt yapı hazırlamıştır. Bu değişimler ve birikimler gözlenerek ülkemiz koşullarında kolay ölçülebilir sınırlı sayıda kalite ölçütleri denenmiş ve 2005 yılında uygulamaya konmuştur.

3.3.6.1 Bireysel performans ölçümü

Birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerde yaygınlaştırılan bireysel performansın belirlenmesi ve buna göre katkı payı ödenmesini ön gören yönergelerle birinci aşamada yürürlüğe konan uygulamada birçok husus yer almaktadır.

Emek yoğun tıbbi hizmetler ağırlıkları ölçüsünde puanlandırılmış ve doktorların verdikleri hizmetler aylık olarak bu puanlar aracılığı ile nicelik açısından ölçülebilir hale getirilmiştir.

Hekimlerin olabildiğince bireysel hizmetleri ölçülebilir hale getirilmeye çalışılmış ve hasta hekim ilişkisinin güçlendirilmesi ile hastanın hekim seçmesinin sisteme etkili olabilmesi sağlanmıştır.

Sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti olduğu gerçeğinden hareketle, hizmeti puanlandırılamayan klinik dışında görevli doktorlar ve diğer sağlık görevlileri ile yöneticiler kurumun ortalama puanına oranla derecelendirilmiştir. Böylece kurumun toplam performansının bütün çalışanlarına yansıması hedeflenmiştir.

Kurumun aylık gelirinden yasal ölçülerde katkı payı olarak çalışanlarına döndürebileceği miktardan her çalışanın kendi puanı ölçüsünde pay alması şeklinde bir düzenleme yapılmıştır. Bir anlamda çalışanların katkıları oranında kurumunun ürettiği artı değere ortak olmaları sağlanmıştır.

Doktorların puanlarının hesaplanmasında serbest çalışanlarla kamuda tam gün çalışanlar arasında bir ayrımcılık gözetilmiş ve böylece tam gün çalışma özendirilmiştir.

Hastane enfeksiyonunu önlemeye yönelik girişimlerin belirlenen esaslar çerçevesinde düzenli yerine getirilmesi karşılığında ilgili dal hekimleri ödüllendirilmektedir.

Verilen hizmetin nicelik ve niteliğinin iyi bir şekilde gözlenmesini sağlayabilecek kayıt ve bilgi sistemi gerektiği bilinen bir gerçektir. Aylık verilerin düzenli toplanabilmesi, çalışanların hizmetlerinin kayıt altına alınması, bunların geri ödeme kurumlarına iletilmesi ve bütün kurumda puan dağılımının gerçekçi ve şeffaf bir şekilde hesaplanabilmesi için hastane bilgi sistemleri hızla yaygınlaşmaya başlamıştır. Hastane bilgi sistemlerinin kurulması bu

yönergenin bir şartı olamamakla birlikte, doğal bir sonucu olmuştur. Sağlık hizmetleri sayısal olarak ilk defa bu kadar detaylı kayıt altına alınmıştır

Yönerge doğrudan finansal performansı ölçmemektedir. Ancak ölçülen puanların parasal değeri kurumun o aylık ürettiği parasal artı değerle paralel olmaktadır. Bu yüzden bu uygulama, birim maliyetlerin düşürülmesi, cari harcamalarda tasarruf, hasta yatış günlerinin kontrol altına alınması ve iyileştirici cihaz ve alt yapı yatırımlarının artırılması gibi finansal performansa dolaylı etkilidir.

Eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik şef, şef yardımcısı, başasistanlar ve uzmanların hizmet puanlarına, yaptıkları bilimsel yayınların belli sayıya ulaşması halinde puan ilave edilmektedir. Yine eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik şef ve şef yardımcılarına, uyguladıkları belirlenen düzeydeki teorik ve pratik eğitimi programı ile birlikte belgelemeleri karşılığında ilave puan verilmektedir. Böylece bilimsel yayın yapmak ve uzmanlık eğitimi alanında rekabetçi performans ölçütleri kullanılmaktadır.

Birinci basamak kuruluşlar için Sağlık Müdürlüğünde, hastanelerin ise kendi bünyelerinde farklı meslek temsilcilerinin katılımı ile oluşturulan komisyonlar kurumun gelir-gider dengesi ile borç, alacak, nakit durumu ve ihtiyaçlarını gözeterek personele dağıtılacak ek ödeme tutarını belirlemektedir. Böylece kurumun yönetimine farklı sınıf ve düzeyden katılım sağlanmakta ve yerinden yönetim yeteneğinin geliştirilmesi teşvik edilmektedir.

Sağlık kuruluşunda yapılan hizmetlerin düzenli kayıt altına alınması ve kurumlara gönderilen faturaların hatasız düzenlenmesini sağlamak amacıyla, hizmetlerin belirlenen ilkelere uygunluğu ve bu işlemlerin nitelik ve nicelik yönünden değerlendirilmesi ve denetlenmesi için oluşturulan inceleme heyetleri sayesinde her kuruluşta otokontrol sistemi devreye girmiştir. Performans ölçülmesi esnasında tespit edilen olumsuz davranışlar cezalandırılabilmektedir.

Birinci basamak sağlık kuruluşunun merkezlere uzaklığına, ulaşım şartlarına, köy, belde, ilçe, il merkezinde bulunmasına ve benzeri kıstaslara göre, yerinde sınıflama yapılarak farklılık oluşturulmuş ve mahrumiyetin karşılığı artı performans olarak yansıtılmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri yürütülürken bebek izlem sayısı, gebe izlem sayısı, bağışıklama oranı, yeni doğan tarama testleri ve modern aile planlaması yöntemi kullanma yüzdesi gibi ölçütler de performans ölçütleri olarak kullanılmıştır. Böylece koruyucu sağlık hizmetleri ayrıca ödüllendirilerek teşvik edilmiştir (21).

3.3.7. Özel Sektör Sağlık Hizmetleri: Ayakta Tedavi Hizmetleri

Özel sektördeki sağlık hizmetleri beş farklı şekilde verilir: (i) özel muayenehanesinde özel ve tam zamanlı olarak çalışan hekimler; (ii) özel muayenehanesinde yarı zamanlı olarak çalışan devlet memuru hekimler; (iii) özel poliklinik, tıp merkezleri ve özel hastaneler; (iv) kamu kurumlarında verilen özel hizmetler ve (v) 50 ya da daha fazla sayıda eleman çalıştıran özel şirketlerle anlaşmalı iş yeri hekimleri tarafından verilen özel hizmetler.

Sağlık Bakanlığı tahminlerine göre Türkiye'de yalnızca özel sektörde çalışan 17.872 hekim bulunmaktadır (14.497 uzman hekim ve 3.375 pratisyen hekim) (18).

Kamu sektöründe çalışan hekimler özel sektörde de çalışarak gelirlerini artırmayı tercih etmektedirler. Aslında kamu sektöründe görevli olan hekimlerin özel sektörde de çalışma imkanı bulabilmesi, verilen maaşın düşük olmasına karşın kamu sektöründe yeterli sayıda hekim çalıştırabilmesini sağlar. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanan döner sermaye ödeme yönetmeliği ile tam zamanlı çalışan hekim sayısında artış gözlenmiştir. 2005 yılı sonu itibariyle kamuda tam zamanlı (full-time) çalışan hekim sayısı, yarı zamanlı (part-time) çalışan hekim sayısını geçmiştir (21). 2007 yılı itibariyle tam zamanlı çalışma % 61 olmuştur.

Özel Muayenehaneler

Özel muayenehanelerde çalışan hekimler ya serbest hekim olarak ya da limited şirket içerisinde yer alarak faaliyet gösterir. Sonraki seçenek mali avantajlar da sağlar. Şirketin dışında kalan ve serbest olarak çalışan hekimler serbest hekim olarak elde ettikleri kazançtan bağımsız olarak "asgari standartta bir vergi" öderken limited şirket çatısı altında faaliyet gösteren hekimler gerçek kazançlarına göre özel sektör şirketiymiş gibi vergilendirilirler. Bundan dolayı, özel sektörde çalışan hekimlerin çoğu limited şirket kurma yolunu seçerler; bunu tercih etmemiş olanlar ise muayenehanelerini kapatmak zorunda kalmış çünkü yukarıda da bahsedilen asgari standart vergiyi ödemede güçlük çekmişlerdir. Türk vatandaşı olan ve hekimlik diploması olan herkes TTB'nin, bulunduğu ildeki şubesine müracaat ederek ve Maliye Bakanlığı'ndan bir vergi kimlik numarası alıp vergi ödeyerek muayenehane açabilir, serbest hekimlik yapabilirler.

Özel Poliklinikler ve Tıp Merkezleri

Poliklinikler, tıpta uzmanlık alanlarının dağılımına bakılmaksızın, temel olarak muayenehane ve diğer gerekli asgari destek hizmetleri ile bir veya birden çok tıpta uzmanlık dalı ve/veya genel pratisyenlik olarak en az iki hekimin hizmet verdiği, ayrıca istenirse ilave olarak diş hekimliği hizmetinin bir araya gelmesi ile kurulan özel sağlık kuruluşlarıdır.

Merkezler; asgari standart donanım ve personel desteği ile sürekli ve düzenli olarak ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarıdır. Merkezler; tıp merkezleri, özel dal merkezleri ve teşhis merkezlerinden oluşur.

Tıp merkezi: Asgari olarak bünyesinde iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve genel cerrahi tıp dallarında birer uzman hekim olmak üzere asgari dört uzmanlık dalında faaliyet gösteren ve bünyelerindeki bu uzmanlardan iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından bir kadrolu hekim ile kadın hastalıkları ve doğum veya genel cerrahi tıp dallarında bir kadrolu hekim olmak üzere en az iki kadrolu uzman hekim çalıştıran, ağız ve diş sağlığı alanında hizmet vermek amacıyla en az bir diş ünitesi ve diş hekimi ile sürekli ve düzenli olarak gelişmiş donanım ve personel desteği ile 24 saat süre ile ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarıdır.

Özel dal merkezi: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tabi tutulanlara veya bir organ veya grubu hastalara yönelik hizmet vermek üzere, biri kadrolu olmak kaydıyla ilgili uzmanlık dalında en az iki uzman hekimin görev yaptığı gelişmiş donanım ve personel desteği ile ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarıdır.

Teşhis merkezi: Yalnızca 3153 sayılı Radiyoloji, Radiyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun ile 992 sayılı Seriri Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu çerçevesinde birden fazla ilgili uzman hekimlerce açılan ve özel donanıma sahip, özel mevzuatına göre faaliyet gösterip teşhis hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarıdır.

Bu kurumlarda çalışan hekimler Türk vatandaşı olmalıdır. Kamu kurumlarında çalışan asistan hekimler bu tür özel poliklinik ya da tıp merkezlerinde çalışamazlar. Poliklinikler ve tıp merkezleri, kurumun tüm yönetimi ve idaresinden sorumlu bir başhekim tarafından yönetilir.

2000 yılında, Sağlık Bakanlığı ilk kez özel poliklinikler ve tıp merkezlerine ilişkin bir genelge yayımlamıştır. O döneme dek bu kurumlara ilişkin temel bir düzenleme mevcut değildi. Yeni yönetmelik ile özel klinikler ile tıp merkezleri il sağlık müdürlüklerinin denetimine bırakılmış ve müdürlüklere de bu kliniklere lisans verme ya da bunların lisan haklarını geri alma yetkisi tanınmıştır. İl sağlık müdürlüğünün poliklinik ve tıp merkezlerini yılda en az dört kere denetlemesini ve bu kurumlar yönetmeliklere uymuyorsa da lisanslarını geçici ya da kalıcı olarak iptal etmesini istemektedir. Polikliniklerin uyması gereken oldukça ciddi raporlama kuralları vardır ve poliklinik direktörlerinin her ay düzenli olarak poliklinikte

çalışan hekimlerin listesini il sağlık müdürlüğüne vermesi gerekmektedir. Yine direktörlerin, izne çıkarken de ilgili yetkililerden onay alması gerekmektedir. Fakat bu uygulamalar çeşitli nedenlerle pratikte pek yerine getirilmemektedir

İşyeri Hekimleri

Türk yasalarına göre 50'den daha fazla eleman çalıştıran özel şirketlerin iş yeri hekimi bulundurması gerekmektedir. Eğer özel kuruluşun eleman sayısı 700'den az ise bu iş yeri hekimi yarı-zamanlı olarak çalıştırılabilir; aksi halde tam zamanlı olarak çalıştırılmak zorundadır. Işyeri hekimleri ile Türk Tabipler Birligi – TTB'nin yerel şubeleri aracılığıyla bağlantı kurulur. İşyeri hekimlerinin asıl görevi iş yerindeki iş ile ilgili sağlık risklerini en aza indirmektir fakat pratikteki öncelikli görev tıbbi yardıma ihtiyaç duyan kişiler için ilk başvuru noktası olma yönündedir. Şu anda TTB ye kayıtlı yaklaşık olarak 8.000 işyeri hekimi ve buralarda kayıtlı çalışan hemşiresi vardır ve bunlara eğitimler verilmektedir.

Özel Tanı ve Laboratuar Hizmetleri

Türkiye'deki özel laboratuar ve tanı merkezi sayısı hızla artmakta ve bunların üçte birini radyoloji ile benzer tanı hizmetleri oluşturmaktadır (Tablo 3.8). Tanı cihazlarının ithalatı ve kullanımı yeterince denetlenmemektedir. Bu cihazları çalıştıranların teknik bilgi ve eğitimi konusunda net bilgiye sahip değiliz.

Tablo 3.8: Özel Laboratuvar Sayıları, 2005

Branş	**Sayı**
Radyoloji	1383
Nükleer Tıp	83
Fizyoterapi	611
Biyokimya	810
Mikrobiyoloji	974
Patoloji	241
Radyoterapi	17
Toplam	**4119**

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, SGB, 2005 Yılı İstatistikleri

Bir çok özel merkezin iş hacmini genellikle sosyal güvenlik kurumlarıyla yaptıkları anlaşmalar oluşturmaktadır ve bu merkezler yüksek teknoloji kullanımını gerektiren tetkikler ve tutarı yüksek olan reçete yazma eğiliminde olabildikleri konusunda tartışma bulunmaktadır.

Özel Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma

Özel sağlık kurumlarına yapılan ayakta tedavi başvuruları hakkındaki bilgiler güvenilir değildir, bu konuda yeni yapılan bir çalışma bulunmamaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan düzenlemeler ile atıl kapasite olan özel sağlık hizmet sunucularından hizmet satın alınması yoluna gidilmiştir. Yeni düzenlemelerin uygulamaya

girmesiyle birlikte, Emekli Sandığı ve devlet memurlarının faydalandığı özel sağlık kurumlarından, SSK, Bağ-Kur mensubu hastalar da yaralanmaya başlamıştır.

1990'ların başında yapılan bir araştırma ise nüfusun % 14'ünün ilk temas noktası olarak özel sektörü tercih ettiğini göstermiştir. Üstelik bu tercihte bölgesel farklılıklar da rol oynamaktadır. Araştırma sonuçlarına göre Doğu Anadolu'da özel hizmet talebi yalnızca % 6 iken, aynı oran Marmara'da % 20 ve İç Anadolu'da da % 16 olmuştur. Özel tedarikçilerin tercihi açısından kırsal ve kentsel bölgeler arasında ise ciddi bir farka rastlanmamıştır. Bu araştırma sonuçlarına göre özel tedarikçilerin tercih edilmesi kişilerin sigortalılık durumuna bağlıdır: Bağ Kur'luların % 40'ı özel hizmet talep ederken SSK'lıların % 17'si ve ES'ye bağlı olanların da % 10'u özel hizmetlerden yararlanmıştır. Ulusal ölçekli tedarikçi tercihine ilişkin daha güncel veriler bulunmamakla birlikte, tüm hekimlerin yaklaşık olarak üçte birinin özel sektörde en azından yarı zamanlı olarak çalıştığı düşünülürse, sağlık hizmetlerinin, özellikle de ayakta tedavi hizmetlerinin karşılanmasında özel sektörün önemi ortaya çıkmaktadır.

Özel Tıp Hizmetleri Ücretleri

TTB, laboratuar ve tanı hizmetleri de dahil olmak üzere özel sektör tarafından sunulan tüm ayakta tıp hizmetleri için bir taban ücret belirlemektedir. Bu ücretler il bazında ve yılda iki kere yeniden düzenlenmektedir. Türk Tabipleri Birliği sadece tüm özel sektör tedarikçileri için bağlayıcı olan bir miktar belirler ve bunun üzerine özel tedarikçiler fiyat ekleyebilirler. Tavan fiyat yerine taban fiyat belirlenmesinin amacı ise, TTB ve Sağlık Bakanlığına göre, hekimler arasında haksız rekabeti önlemektir. Eğer anlaşmalı kurum ise, kullanıcı farkı cepten ödemek zorundadır. Ancak Türk Tabipleri Birliği asgari fiyat tarifesi, 6023 sayılı TTB Kanununda 2006 yılında 5477 sayılı Kanun ile yapılan değişiklik ile rehber (referans) tarifeye dönüştürülmüştür. Asgari ve azami tarifeler uyulması zorunlu tarifeler olup, uygulanmaması halinde kimi yaptırımlara tâbi olmaktadır. Referans fiyat tarifeleri ise tavsiye niteliğinde olup, uyulmaması halinde herhangi bir yaptırıma sahip değildir.

Sivil Toplum Kuruluşları

Vakıf hastanelerinden ayrı olarak, STK'larının yalnızca bir kısmı sağlık sektöründe faaliyet gösterirler ve asıl olarak ilgilendikleri alanlar da ana-çocuk sağlığı ile aile planlamasıdır. Bunun yanı sıra, diyabet ya da kanser gibi belirli hastalıklar konusunda faaliyet gösteren dernekler de vardır. Bu dernek/örgütler sınırlı sağlık hizmeti verirler.

3.3.8. Özel Sektör Sağlık Hizmetleri: Yataklı Tedavi Hizmetleri

Türkiye'de kamuya ait olmayan hastaneler 4 kategoride toplanabilir: özel hastaneler (Türk vatandaşları tarafından şirket olarak kurulan hastaneler) vakıf hastaneleri, etnik azınlıklara ait hastaneler ve yabancıların sahip oldukları hastanelerdir. Kamuya ait olmayan hastaneler arasındaki en baskın grup % 82 oranı ile özel hastanelerdir. Bu hastanelerin sayısı 1990'larda bu yana sürekli olarak artmış; 1995 ve 2000 yılları arasında ise tam iki kat, 2000-2005 arasında ise % 25,2 artmıştır. Vakıf hastaneleri sayı ve kapasite açısından daha az etkindir (kamuya ait olmayan hastanelerin % 9'u) bununla birlikte 1990'lı yıllar boyunca artmıştır.

Özel hastaneler genellikle üç büyük kentte toplanmıştır – özel hastane kapasitesinin ancak üçte biri Ankara, İstanbul ve İzmir dışında kalan kentlerdedir. Tek başına İstanbul'da, özel hastanelerin yarıya yakını bulunmaktadır. Öte yandan, Doğu Anadolu Bölgesi'nde ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde de daha az sayıda özel hastane vardır. Son yıllarda ve özellikle İstanbul'da çok sayıda özel uzmanlık hastaneleri (oftalmoloji, ortopedik, fiziksel terapi ya da mikro-cerrahi) açılmıştır. 1990'lı yılların ortalarına kadar özel hastanelerin kurulması devlet kredileri ile desteklenmiştir. Bununla birlikte sosyal güvenlik kurumları kendine bağlı olan kişilerin özel sektörden de hizmet alabilmesini sağlamasıyla sayısal anlamda bir artış olmuştur. Ancak özel sektörün nüfusu az olan yerlerde özel poliklinik veya tıp merkezi açmaya meyilli olduğu görülmektedir.

3.3.8.1 Hastane Ücretleri

Özel hastanelerde yatan hastalardan yatak siniflarina göre gündelik yatak ücreti alinir. Gündelik yatak ücretine; yatak, yemek, temizlik ve rutin hemsirelik bakimi hizmetleri dahildir. Bu hizmetler gündelik yatak ücreti dışında ayrıca fatura edilemez.

Özel hastanelerin gündelik yatak ücretleri, Bakanlıkça yapılacak hastane sınıflandırması esas alınarak Bakanlık nezdinde oluşturulan Ücret Tespit Komisyonu tarafından, ertesi yılbaşından geçerli olmak üzere Aralık ayında, her sınıf için ayrı olarak alt ve üst sınırlar belirtilmek suretiyle tespit olunur ve Bakanlıkça ilan edilir. Bakanlıkça gerek görüldüğünde, yıl içinde de gündelik yatak ücretlerinin alt ve üst sınırları tekrar aynı Komisyon tarafından belirlenebilir. Gündelik yatak ücretlerinin tespitinde, fiyat endeksleri ve hizmetin maliyeti gibi kriterler esas alınır.

Gündelik yatak ücretlerinin tespitinde, fiyat endeksleri ve hizmetin maliyeti gibi kriterler esas alinir.

Özel hastaneler, Bakanlikça ilan olunan gündelik yatak ücretinin alt ve üst sinirlarini geçmemek kaydiyla gündelik yatak ücretlerini kendileri tespit ederler. Özel hastanelerin, bu

suretle belirledikleri gündelik yatak ücretlerini, en geç 31 Ocak tarihine kadar Bakanliga bildirmeleri zorunludur.

Ücret tespit komisyonu, Bakanlik Müstesarinin baskanliginda, Genel Müdür, Bakanlik I. Hukuk Müsaviri, Maliye Bakanligindan bir temsilci, Rekabet Kurumundan bir temsilci, Devlet Istatistik Enstitüsü Baskanligindan bir temsilci, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliginden bir temsilci, Türk Tabipleri Birligi Merkez Konseyinden seçilecek bir temsilci, Özel hastaneler alaninda faaliyet gösteren derneklerden bir temsilciden oluşan üyelerle toplanır. Toplanti tarihi ve yeri üyelere onbes gün önceden yazili olarak bildirilir. Ücret Tespit Komisyonunun sekreterya hizmetlerini Genel Müdürlük yürütür.

Özel hastanelerde, en az bir yatak olmak kaydiyla, yataklarin % 3'ü fakir ve muhtaç hastalarin tedavisi için ayirilir ve bu sayi ruhsatlarinda gösterilir.

Ücretsiz tedavi için ayrılan bu yataklarda, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu Başkanlığınca öngörülen kriterlere uygun fakir ve muhtaç kişilerden, hastanenin bulunduğu yerdeki en büyük mülki amir veya müdürlük tarafından sevkedilen hastalar ile acil olarak müracaat eden ve başka bir kuruma nakli tıbben mümkün olmayan fakir ve muhtaç hastaların tedavileri ücretsiz olarak yapılır.

Bu hastalara ait bilgiler Ücretsiz Hasta Bilgi Formuna uygun olarak doldurulur ve üç ayda bir müdürlüge gönderilir.

İl sağlık müdürlükleri, hastanenin başhekimi ya da sağlık ocaklarının sorumlu hekimi bu rezerve edilen yataklara hangi hastaların kabul edileceğine karar vermeleri beklenir ama uygulamada her zaman mümkün olmamaktadır.

3.3.8.2 Yasal Çerçeve ve Denetim

Kamuya ait olmayan tüm hastaneler 1933'den beri yürürlükte olan ve en son Sağlık Bakanlığı tarafından 1983'de güncellenen özel hastaneler yasasına göre faaliyetlerini sürmektedirler. Özel polikliniklerle ilgili yönetmeliklerde olduğu gibi, özel hastanelere uygulanan yasa ve yönetmeliklerin odak noktası asgari fiziksel standartların, eleman ve donanımın sağlanmasına yöneliktir. Yasaya göre, özel hastaneler Sağlık Bakanlığı'nın denetimine tabidir. Bu hastanelere lisans verilmesi ve hastanelerin denetlenmesi de yine Sağlık Bakanlığı'nın o bölgedeki yerel yetkilileri (günümüzde il sağlık müdürlükleri) tarafından yerine getirilir. Böylelikle izlenmesi gereken prosedür belirlenir, lisans almaya hak kazanmak için gereken asgari hastane yeterlikleri ve hastane müdürü sorumlulukları belirlenir ve denetlenir (Hastane Müdürlerinin sahip olması gereken asgari koşullar yasalar ile belirlenmiştir: tıp fakültesi diploması, iki yılı bir devlet hastanesinde olmak üzere hekimlikte beş yıllık deneyim). Sağlık Bakanlığı yönetmelikleri özel hastanelerin uyması gereken fiziksel

standartlarla daha fazla ilgilendikçe asgari eleman sayısı, donanım ve farmasotik ihtiyaçlar ile hangi kurumun daha gerçekçi fiyatlar koyduğu, ödemelerin nasıl toplanabileceği, hangi dokümanların yayımlanması ve saklanması gerektiği ile raporlama gereksinimlerine ilişkin daha iyi bilgiler elde edecektir.

Özel hastanelerin lisansı kurumun adına değil, kurum sahibinin adına verilmektedir. Bu yüzden, hastanenin mülkiyeti değiştiğinde hastanenin lisansı da yenilenmek zorundadır. Genel amaçlı lisansa ek olarak, özel hastanelere tüm faaliyetlerini kapsayan tek bir lisans verilmemektedir; bu hastanelerin ayrıca farklı departmanları için farklı lisanslar alması da gerekebilir ve bu da ancak oldukça yoğun ve zaman alan bir prosedür ile mümkündür.

Lisansın verilmesinden önce hastanedeki imkanların teftiş edilmesi mecburidir ve bu teftiş il sağlık müdürlüğü tarafından yapılır. Bu teftişler yönetmeliklerde belirlenen fiziki koşullar ve donanım standartları ile ilgilidir. Hastane faaliyet göstermeye başladıktan sonra ise izleme sıklığı seyrekleşir. Teftişler, yapıldığı yere göre, genelde sunulan tedavinin kalitesine pek bakmaksızın fiziksel, donanım ve eleman standartları ile ilgilenmeye devam ettiği konusunda tartışmalar bulunmaktadır. Tedaviye ilişkin standartların bulunmaması sebebiyle bu durum da çok sürpriz görülmemelidir.

3.3.9. Hasta Hakları ve Sorumluluk Politikası

Sağlık Bakanlığı'nın 1998 yılında yayımlanan yönetmeliğinde hasta hakları (Hasta Haklari Yonetmeligi, Resmi Gazete no. 23420, 1.8.1998) belirtilmiştir. Yönetmelik, hastanın tıp kurumunu ve kendisini tedavi edecek kişileri (mevcut çeşitli sosyal sigorta düzenlemelerine uygun olarak) özgür iradesi ile seçme; durumu, tedavi seçenekleri, kendisine önerilen tedavi ile tedavinin yapılmamasının doğuracağı sonuçlar hakkında eksiksiz ve doğru bir şekilde bilgilendirilme hakkına sahip olduğunu belirtmektedir. Bunlarla birlikte, hastanın gizlilik ile ilgili haklarını ve hekimin bununla ilgili sorumluluklarını, hastanın yaşamı tehlikede ise her türlü tedavi öncesinde hastanın rızasının alınması gerektiğini ve haklarının ihlal edildiğini düşündüğü durumda hastanın neler yapması gerektiğini de bildirmektedir..

Haklarının korunmadığını ya da yanlış bir muameleye maruz kaldığını düşünen hastanın ne yapması gerektiği bu hastanın tedavisinin bir kamu kurumunda mı yoksa özel bir kurumda mı yapıldığına bağlıdır. Eğer hasta bir kamu kurumunda tedavi edilmiş ise ve haklarının ihlal edildiğini düşünüyorsa bu kamu kurumuna karşı dava açabilir. Eğer hasta uygun olmayan tedavi sebebiyle kamu kurumunda çalışan bir hekim tarafından maddi, fiziksel ya da psikolojik zarara uğratıldıysa hastanın şikayetini yetkili mercilere bildirmesi ve kamu sağlık kurumunun yönetiminden zarar tazminatı talep etmesi gerekir. Eğer sağlık kurumu hastayı haklı bulmazsa ya da hastanın şikayetine yanıt veremezse hasta bu durumu bir

yıl içinde mahkemeye taşıyabilir. Fakat, hekimin kendine karşı yasal bir eyleme girişemez, bu ancak sağlık kurumuna karşı yapılabilir. Eğer mahkeme hastanın lehine karar verirse, hastaya ödenmesi gereken her türlü tazminat davalı sağlık kurumu ve Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanır. Daha sonra kurum şikayetçi olunan hekime karşı bir harekette bulunabilir.

Eğer şikayetçi olan hasta özel bir kurumda tedavi görmüşse hekime karşı doğrudan dava açabilir. Yönetmelik, hastanın özel sağlık kurumu aleyhine (hekime karşı olduğu gibi) dava açıp açamayacağı konusunda belirli bir şey söylememektedir. Özel kurumda çalışan hekim aleyhine yasal işlem başlatılırken hasta, özel hekimleri 6 aya kadar meslekten men etmeye yetkisi bulunan Türk Tabipler Birliği'ne (TTB) bir şikayet dosyası gönderilebilir. Diğer alternatif de, hastanın Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan Yüksek Sağlık Şurasına şikayette bulunmasıdır. Eğer Yüksek Sağlık Şurası bu şikayeti desteklerse mahkemeye taşıyabilir. Üçüncü seçenek de, doğrudan mahkemeye başvurmaktır. Bu durumda genellikle mahkeme TTB ya da Sağlık Bakanlığı'nın Yüksek Sağlık Şurası'nı duruşmada yer almaya çağırır ve danıştığı bu konseyin tavsiyelerine de genellikle uyar. TTB tahminlerine göre her yıl hekimlerin dahil olduğu yaklaşık 400 vaka kaydedilmektedir fakat bunların ancak yarısı hekimin mahkumiyeti ile sonuçlanmaktadır. Mahkumiyet kararının az olmasının asıl sebebi de hatalı uygulamaları somut şekilde kanıtlayabilecek uygulamaların yetersiz olmasıdır

Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında kurulan aktif faaliyetine Ocak 2004'ten itibaren devam eden SABİM, Sağlık Bakanlığı Bilgi Merkezine hastalar doğrudan ALO 184 SABİM hattını kullanarak ulaşabilmekte, gelen şikayetler değerlendirerek gerekli işlemler yapılmaktadır. Hasta Hakları'nı (1998) yürürlüğe koymak için "Sağlık Kurumlarında Hasta Hakları Direktifi" hazırlanmış ve 15.10.2003 tarihinde resmi olarak yürürlüğe girmiştir. 05.11.2005 itibariyle de Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında özel bir birim oluşturulmuş ve bu birim çalışmalarına başlamıştır. Bu tarihten itibaren, Hasta Hakları'nın önemini öğretmek ve bu toplumun bu konudaki farkındalığını artırmak için ilgili hizmet içi eğitimlere ağırlık verilmiştir.

3.3.10. Farmasötikler Sektörü

3.3.10.1 İlaç Politikası

Sağlık için ayrılan kısıtlı kaynakların, akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda, kalite ve farmakoekonomik uygulamalar gözetilerek maliyet etkili şekilde kullanılması ve mümkün olduğu kadar çok sayıda kişinin hakkaniyetle ilaca erişiminin sağlanması ulusal ilaç politikasının çatısını teşkil eder. Bu çatının ayrıntıları kesinleştirilmiş olmamakla beraber temel amaçlardan olan ilaca erişim, kalite ve akılcı kullanımı gerçekleştirmek için çalışmalar devam etmektedir, ancak bu konuda yapılanlar yeterli sayılmaz. Halbuki bu üç amaç,

farmasötik sektör, geri ödeme kurumları ve sağlık profesyonelleri açısından son derece önemlidir.

Geri ödeme listeleri için ilaç seçimi, etkin bir kaynak yönetimi için düzenleyici stratejiler, jenerik ilaç politikasının nasıl uygulanacağı, tedarikçilerin davranışlarının izlenmesi ve tesir edilmesi, ilaç endüstrisinin ve toplumun beklentileri ile ilaç politikası hedeflerinin dengelenmesi gibi ilaç politikalarını uygulama ve yönetim konusunda yaşanan sorunların çözümü için çalışmalar Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında devam etmektedir.

Toplam ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranının yıllar itibarıyla bir yükseliş eğilimi içine girmesi, geri ödeme kurumlarının verdiği açıkların gitgide artması ve genel bütçeden bu açıkların karşılanması zorunluluğu zamanla ilaç harcamalarının azaltılması için bazı önlemler alınması ihtiyacını doğurmuştur.

Türkiye'de bu tür sorunlara yönelik çözümleri devreye sokmak için ilk düzenleme; 1991 tarih ve 75304 sayılı genelge ile bir seferde reçetelenebilecek maksimum ilaç kalem sayısının 5 adet ve tedavi süresinin 10 gün ile sınırlandırılması olmuştur. Aynı dönemde "negatif liste" uygulamasına geçilmiştir. Negatif liste ile hekimlerin hangi ilaçları yazamayacağı listelenmiştir. 2001 yılında reçetelenecek azami ilaç kalem sayısı 4'e indirilmiş, ardından 2003 yılında hasta katılım payının kaynağından kesilmesi, yataklı tedavi kurumlarında antibiyotik yazım kuralları düzenlemeleri başlatılmıştır. 2004 mali yılı Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) ile bazı gruptaki ilaçların sadece ilgili daldaki uzman hekimler tarafından reçete edilmesi, ancak sağlık kurulu raporu varsa tedavi şemasına uyarak diğer hekimler tarafından da reçeteye yazılabilmesi uygulamaya girmiştir. 10 Şubat 2005 yılında daha önceki yıllardan farklı olarak ilaç ödemelerinde "pozitif liste" uygulamasına geçilmiştir. Yine aynı tarihte 77 etken madde de eş değer ilaç uygulanmasına başlanmıştır ve eşdeğer ilaç uygulamasında baraj %30 olarak belirlenmiştir. 25 Mayıs 2005'de yeşil kart sahiplerinin katkı payı ödemesi uygulamasına geçilmiştir. 1 Temmuz 2005'de eşdeğer ilaç uygulaması genişletilmiş, 77 yerine 333 ilaç grubu oluşturulmuştur. 20 Aralık 2005'de ilaç yazılım kuralları ile pozitif ilaç listeleri birleştirilerek tüm geri ödeme kurumlarını kapsayacak şekilde uygulamaya geçilmiştir. Nitekim 2005 yılının sonunda tüm sosyal güvenlik kurumları, jenerik ilaç ikamesini eczacılar açısından zorunlu kılmıştır. Yani eczacı, hekim hangi reçeteyi yazarsa yazsın en ucuz olan aynı farmasötik eşdeğer ilacı vermek durumundadır. 29 Nisan 2006'dan itibaren eşdeğer ilaç uygulamasındaki baraj %22 olarak belirlenmiştir.

2006 yılı içerisinde e-sağlık kapsamında projenin dördüncü ayağı tamamlanarak Türkiye'deki tüm hekimlerin bilgisayar ortamında envanteri çıkarılmıştır. Aynı yıl Mayıs

ayında eczanelerin hasılatına göre %3,5 ile %4,5 arasında iskonto uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulama ile eczanelerin toplam cirolarına bakılarak iskonto oranlarında daha adaletli bir dengeye ulaşılmaya çalışılmıştır. 2006 yılı Nisan ayında, ilaç yazımında meydana gelebilecek suistimaller ve kötü amaçlı kullanımları önlemek amacıyla yayınlanan bir tebliğ ile uzun süreli kullanılacak her ilaç için devlet hastanelerinden aynı daldan üç uzman hekim tarafından imzalı heyet raporu alma zorunluluğu getirilmiştir. Hekimlerin ilaç yazma özgürlüklerinin kısıtlanması, bazı ilaçların geri ödeme listesinden çıkarılması ve Bütçe Uygulama Talimatı'na göre bazı tanılar için pratisyen hekimlerin yazdığı ilaçların geri ödenmemesi benzer amaçlar için uygulama alanı bulmuştur. 2006 yılı Nisan ayında çıkarılan aynı tebliğ ile de pahalı ilaca fark ödenmesi uygulaması başlatılmıştır.

Geçmiş yıllarda toplam kamu sağlık harcamaları içinde %42'lere ulaşan kamu ilaç harcamaları oranı, alınan önlemler neticesinde 2006 yılı için %36,6 olarak gerçekleşmiştir (Tablo 3.9). Ancak toplam ilaç satışları içerisindeki ithal ilaçların payının sürekli bir artış eğiliminde olması ve toplam maliyet olarak neredeyse yarısına ulaşmış olması halen önemli bir sorun olarak devam etmektedir.

Tablo 3.9: Kamu, Sosyal Güvenlik Kurumlarının Toplam Sağlık Harcamaları İçinde İlaç Harcamasının Payı (%), 2000-2006, Türkiye

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
SSK	48,8	47,9	47,9	48,8	47,7	48,1	47,4
BAĞ-KUR	62,8	63,5	60,3	62,7	58,8	56,4	48,8
EMEKLİ SANDIĞI	57,5	60,6	59,8	60,7	58,8	54,9	46,0
MEMUR	51,6	52,6	49,0	47,8	49,6	38,7	33,0
YEŞİL KART	15,3	19,2	13,9	18,2	12,0	42,1	31,8
Sosyal Güvenlik Toplam Sağlık Harcaması İçinde İlaç Harcamasının Payı	51,9	52,0	50,1	51,5	50,2	49,2	43,9
Toplam Kamu Sağlık Harcaması İçinde İlaç Harcamasının Payı	40,2	41,4	40,5	42,2	40,9	38,5	36,6

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Hizmete Özel İlaç Raporu, 2007

Hekimlerin ilaç yazabilme kısıtlılıkları ilaçlara adil ve kolay erişim amacına ters düşmekte ve hastaların uzman kaşesi veya raporla alabileceği ilaçlar nedeniyle de hastanelerde yığılmasına yol açtığı gözlenmiş ve rapor süresince hastaların ilaçlarını provizyon alabildiği sürece doğrudan doğruya eczaneden alabilmesi sağlanmıştır. Sağlık kurumlarında ve eczanelerde azalmakla birlikte birikmelere yol açan bürokratik uygulamaların halen devam etmekte olan e-sağlık çalışmaları ile aşılabileceği düşünülmektedir. Halen bu konuda düzenleme çalışmaları devam etmektedir. Bu çalışmalara örnek olarak, 2007 yılında bürokratik işlemleri ve hekimler üzerindeki yükü azaltmak için uzun süreli kullanılacak ilaçlar için heyet raporlarının tek hekim imzasıyla kabul edilmeye başlanması sayılabilir.

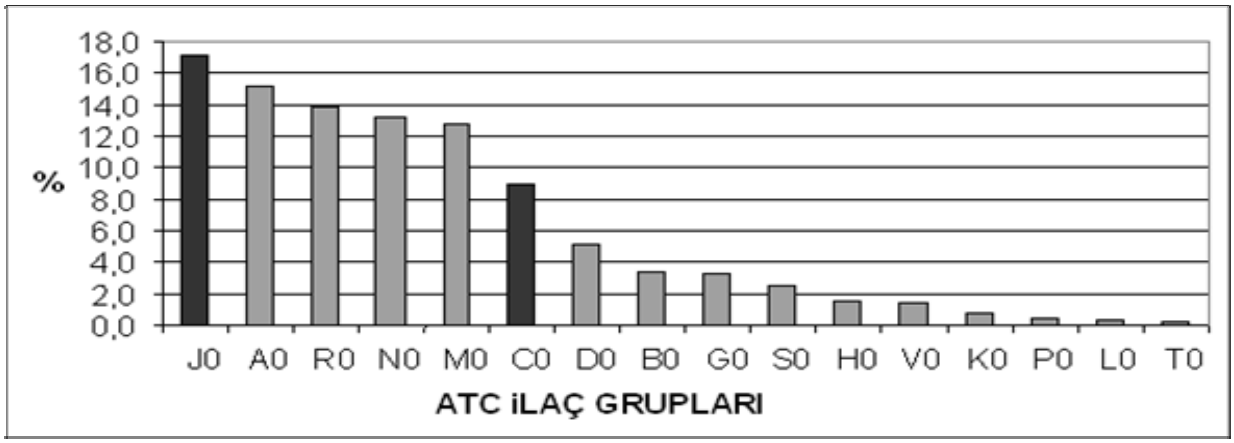
İlaç harcamalarının azaltılması için yukarda sayılan önlemlerin yanında, ilaca erişimin artırılmasına ve akılcı ilaç kullanımına yönelik çalışmalar da yapılmıştır. 14 Şubat 2004 tarihinde İlaç Kararnamesi'nin uygulamaya konulması ile beşeri tıbbi ürünlerin fiyatlandırılmasında ilk defa referans (beş Avrupa Birliği ülkesi -Fransa, İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan- arasında en düşük ilaç fiyatı alınarak) fiyat uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama ile 900'ü aşkın üründe %1 ile %80 arasında fiyat indirimi sağlanmıştır. 1 Mart 2004'de reçeteli olarak satılan ilaçlarda Katma Değer Vergisi (KDV) indirimi yapılmıştır. 14 Aralık 2004'de Kamu İlaç Alım Protokolü imzalanarak ilaç iskonto oranları belirlenmiştir. 1 Ocak 2005'de reçetesiz ilaçlarda KDV indirimine gidilmiştir. Yine aynı tarihte yeşil kartlı hastalar için ayaktan hasta reçetelerinin ödenmesine başlanılmıştır. 19 Şubat 2005'de SSK hastanelerinin SB'na devrinden sonra SSK'lıların serbest eczanelerden ilaç alabilmelerine imkan sağlanmıştır. 15 Temmuz 2005'de İlaç Kararnamesi hükümleri uygulanmak suretiyle ilaç fiyatlarında ortalama %8,83 oranında indirim yapılmıştır.

Akılcı ilaç kullanımı konusunda çalışmalar genelde Hıfzıssıhha Mektebi çatısı altında sürdürülmektedir. 2001 yılında 3 kez, 2006 yılında da 1 kez olmak üzere "Akılcı İlaç Kullanımı Eğitici Eğitimi" yapılarak, bugün itibarıyla akademisyenler ve sahada çalışan hekimlerden oluşan toplam 193 kişiye akılcı ilaç kullanımı eğitici eğitimi verilmiş ve bu konuda bir kapasite oluşumu sağlanmıştır. Ayrıca, sağlık projesi illeri kapsamında 1048 hekime akılcı ilaç kullanımı uygulamaları konusunda eğitim verilmiştir. Bu eğitim çalışmalarının bir sonucu olarak akılcı ilaç kullanımı eğitimleri halen 18 tıp fakültesinin eğitim müfredatına girmiş bulunmaktadır. Yine SB'nın bu konudaki eğitim faaliyetleri kapsamında 2002 ve 2006 yıllarında 2 kez Dünya Sağlık Örgütü ve Bakanlığımız iş birliği ile farmakoekonomi eğitimleri düzenlenmiştir. 2003 yılında basılıp sahada tüm pratisyen hekimlere dağıtılan "Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri 2003" kitabının revizyonu için 2006 yılı aralık ayında çalışmalara başlanmıştır. Güncellenip, yeni başlıklar eklenen rehberler 2007 yılı içerisinde kullanıma hazır hale getirilecek ve hekimlerimize ulaştırılacaktır.

Farmakoekonomi ve akılcı ilaç kullanımı ile ilgili uygulamalar açısından bazı eksikler hâlâ devam etmektedir. Bu eksikliklerin giderilmesine yönelik 30/05/2006 tarihli 10508 Bakanlar Kurulu Kararında "Kişilerin klinik bulguları ve bireysel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda en düşük fiyatla kolayca ulaşabilmelerini sağlamak amacıyla 'Akılcı İlaç Kullanımı' ilkesi etkin hale getirilecektir." maddesi yer almıştır. Akılcı ilaç kullanımına yönelik; idari yapılanma, izleme ve değerlendirme, eğitimler ile ilgili aktif ve dinamik atılımlar gerçekleştirilmesi amacıyla çalışmalar yapılması zorunludur.

3.3.10.2 Farmasötiklerin Tüketimi

Türkiye'deki ilaç tüketimi 1990'lı ve 2000'li yıllar boyunca hızla artmıştır. Yerli üretim, 1995-2000 döneminde, %36 oranında (üretilen şişe sayısı bazında) artmıştır. Üretilmiş ilaç ithalatı ise aynı dönem içinde dolar bazında üç kat artmıştır. Şekil 3.4'de 2006 yılında Türkiye'deki tüm ilaç tüketiminde farklı tedavi grubu ilaçların göreli oranını verilmektedir. Antibiyotikler Türkiye'de en fazla tüketilen ilaçlardır. Enfeksiyon hastalıklarının sık görüldüğü gelişmekte olan ülkelerde bu sıra dışı bir durum olmamakla birlikte, OECD ülkelerinde antibiyotiklerden daha fazla miktarda antihipertansif, kardiyovasküler ilaçlar ile kanser ilaçları ve psiko-farmasötikler kullanılmaktadır. Türkiye'deki antibiyotik kullanım oranının yüksek olması, aynı zamanda Türk hekimlerinin antibiyotik ve genel anlamda ilaç reçete etmeye eğilimli olduğunu göstermektedir. Türkiye'de yazılan her üç reçeteden birinde antibiyotik reçete edilirken (24), bu oran; Hollanda'da %0,56, İtalya'da %0,73 ve Fransa'da %0,85'tir (25). İlaçların reçetelenmesi hastalar tarafından da talep edildiği için akılcı ilaç kullanımı konusunda hekimler kadar hastalar da eğitilmelidir. İlaçların eczanelerde reçetesiz verilebildiği ülkemizde, akılcı ilaç kullanımı sürecine ilaç sunucularının da katılımının sağlanması bir gerekliliktir.



Şekil 3.4: Satışı Yapılan İlaç Gruplarının Kutu Bazında Dağılımı %, Türkiye, 2006

Kaynak: IMS Health Data, Mart 2007

ATC ana anatomik grupları aşağıdaki gibi sınıflanmıştır.

A0 Sindirim sistemi ve metabolizma

B0 Kan ve kan üreten organlar

C0 Kardiyovasküler sistem

D0 Dermatolojik ilaçlar

G0 Genito-üriner sistem ve seks hormonları

H0 Sistemik hormon preparatları, seks hormonları ve insülin hariç

J0 Sistemik kullanım için genel antibiyotikler

K0 Hastane Solüsyonları

L0 Antineoplastik ve immunomodulatör ajanlar

M0 Kas-iskelet sistemi

N0 Sinir sistemi

P0 Antiparasitik ürünler, böcek ilaçları ve kovucuları

R0 Solunum sistemi

S0 Duyu organları

T0 Tanı ajanları

V0 Diğer

Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nün yaptığı "Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması"na göre Türkiye'de Disability Adjusted Life Years'a (DALY) neden olan ilk on hastalık Tablo 3.10'da görülmektedir.

Tablo 3.10: Türkiye'de Ulusal Düzeyde DALY'e Neden Olan İlk On Hastalığın Dağılımı %, Türkiye 2000

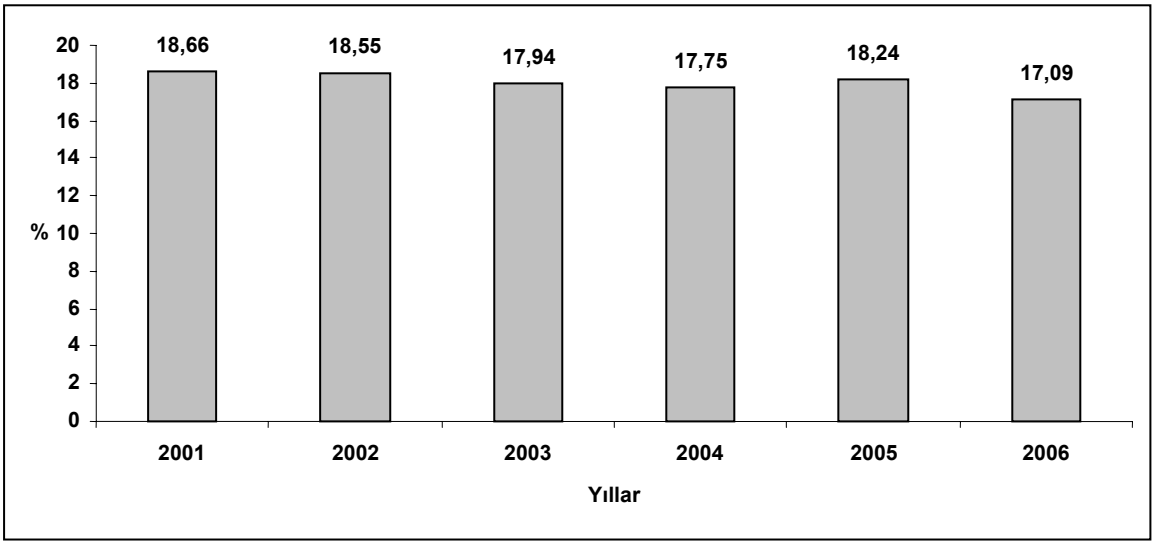
	DALY Nedenleri	**% (Toplam DALY'e Göre)**
1	Perinatal Durumlar	8,9
2	İskemik Kalp Hastalıkları	8,0
3	Serebrovasküler Hastalıklar	5,9
4	Tek Kutuplu Depressif Bozukluklar	3,9
5	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	3,8
6	Konjenital Anomaliler	3,0
7	Osteoartrit	2,9
8	KOAH	2,8
9	Karayolu Trafik Kazaları	2,4
10	Demir Eksikliği Anemisi	2,1

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması, 2004

Kişi başı kullanılan ilaç miktarı açısından; dünyada kalp ve damar hastalıkları ilaçları birinci sıradayken (28), ulusal hastalık yükü dağılımı böyle bir durum arz ettiği halde 2006 yılında Türkiye'de satılan tüm ilaçlar arasında, antimikrobiyal ilaçlar %17 ile ilk, kardiyovasküler ilaçlar %9 ile altıncı sıradadır (26). Geçmiş yıllara göre antimikrobiyal ilaç satış oranları düşmekle beraber, bu düşüş hâlâ yetersizdir.

Bu ilaç grupları içerisinde sistemik antimikrobiyal ilaçlar antibiyotiklere direnç gelişmesi açısından düşünüldüğünde özel bir yer tutmaktadır. Bu yüzden bu ilaçları ayrıca irdelemek faydalı olacaktır.

Satışı yapılan toplam sistemik antimikrobiyal ilaçların kutu sayılarının toplam ilaç kutu sayısı içindeki oranlarına baktığımızda ise yıllar itibarıyla bu oranlar Şekil 3.6'daki gibi gerçekleşmiştir. 2001 yılında %18,66 olan antimikrobiyal ilaçların toplam ilaç satışları içindeki oranı 2006 yılında %17,09'a düşmüştür.



Şekil 3.5: Satışı Yapılan Toplam Sistemik Antimikrobiyal İlaçların Kutu Sayılarının Toplam İlaç Kutu Sayıları İçindeki Dağılımı %, Türkiye, 2001-2006

Kaynak: IMS Health Data, Mart 2007

Genellikle antibiyotikler, gerekli laboratuvar testleri yapılmadan yazılır; bu sebeple belirli bir bakteriyel enfeksiyonun tedavisi için gerekli olan antibiyotik yazılamadığı için tedavi çok etkin olmayabilmekte ya da aslında bakteriyel bir enfeksiyon olmamasına rağmen antibiyotik kullanılmaktadır. Üstelik, tüketici ücretini cebinden ödemeye razı ise, antibiyotikler eczanelerde reçetesiz de satılabilmektedir.

Genel anlamda ilaç, özel olarak da antibiyotik reçete edilmesinde birinci basamak sağlık kurumlarının etkisiz olabileceği ve ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin etkin konsültasyon yerine ilaç reçetelemeyi daha yararlı bulduğunu gösterdiği konusunda tartışmalar bulunmaktadır. İlaçların cömertçe reçete edilmesi sağlık sigortası kapsamında olanlar tarafından da teşvik edilmektedir; kamuda çalışan hekimlerin reçete ettiği her türlü ilaç hastadan alınan aktif çalışanlardan %20'lik, emeklilerden %10'luk bir katkı payı ile kolayca tedarik edilebilmektedir. Türkiye'de satın alınan ilaç bedelinin %80'inin 2006 yılında sosyal sigorta sistemleri aracılığıyla kamu sektörü tarafından ödendiği tahmin edilmektedir (%20 ve %10'luk katkı payları, kamu sektörü tarafından karşılanmayan %20'lik

oranın içine dahildir). Dolayısıyla kamu, bu katkı payları da düşünüldüğünde aslında ilaç sektörünün nerdeyse tek alıcısı konumundadır (23).

İlaçlara adil ulaşımın sağlanması ve gitgide artan ilaç harcamalarını azaltmaya yönelik uygulamalar arasında, yapılan çalışmalarla bir denge oluşturulmaya çalışılmıştır. 2005 yılı ve 2006 yılı uygulamaları ulusal ilaç politikasını gerçekleştirilmeye yöneliktir.

Kamu sektörü tarafından temin edilen sağlık hizmetleri sunumunun aksine farmasötik sektörü neredeyse tamamen özel sektörün elindedir. Farmasötik hammaddeler ile ilaçların ve diğer sarf malzemelerin üretimi, ithalatı, saklanması ve stoklanması özel sektör tarafından gerçekleştirilmektedir. Bunun istisnaları;

- 4792 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanununun 2158 sayılı kanunla değişik 20.Maddesine istinaden kurulan; tablet, kapsül, likid, draje ve serum üretecek ve kalite kontrollerini yapabilecek tesis ve imkanlara sahip olan ve SSK'nın kendi sigortalılarına ilaç temin etmede kullandığı SSK İlaç ve Tıbbi Malzeme Sanayi Fabrikası'dır (29). SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ve SSK mensuplarının dışarıdan ilaçlarını alabilmesinden önce bu fabrika, 20'nin üzerinde ilaç çeşidi üreterek SSK ilaç tüketiminin %3'ünü karşılıyordu (30).

- Milli Savunma Bakanlığı Ordu İlaç Fabrikası üretim tesislerinde Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) personelinin ayaktan ve yatakta tedavisinde kullanılan bazı ilaçların üretimi gerçekleştirilmektedir.

- TMO Bolvadin Afyon Alkaloidleri Fabrikası'nda haşhaş kapsülünden başlanarak çeşitli afyon alkaloidlerinin üretimi gerçekleştirilmektedir (31).

2005 yılı itibarıyla, mevcut 300 civarındaki firmanın 52'si çokuluslu firmalardır. 11 çokuluslu firmanın Türkiye'de üretim tesisi bulunmaktadır. Yerli firmalar genellikle jenerik ürün üretimine yoğunlaşmışlardır. Sektörde kamunun üretim payı ihmal edilecek kadar küçüktür. Ürünlerin orijinal ya da jenerik oluşları bakımından pazardaki dağılımlarına bakıldığında, jenerik ve yerli üretim ürünlerinin hacim olarak daha fazla, buna karşın değer olarak daha düşük yer kapladıkları görülmektedir. Kamu maliyesi bakış açısından bu durum, orijinal ve ithal ürünlerin, en büyük alıcı olan kamu kesimine birim başına daha yüksek maliyet getirdiği şeklinde yorumlanmaktadır. 2006 yılı için Türkiye'de satılan ilaçların % 17.2'i ithal orijinal, % 12'i ithal jenerik, % 4.5'i yerli orijinal % 63.7'si yerli jenerik, % 1.8'i

kan ürünleri, % 0.8 aşılardır (32). İlaç hammaddesi üreten 9 adet firma mevcuttur. Bunlardan 8 tanesi özel sektör bir tanesi ise kamuya aittir. Özel sektördeki ilaç hammaddesi üreticisi firmalardan bir tanesi %100, bir diğeri ise %89 oranında yabancı sermayelidir (31). Bugün Türkiye'de 300 civarında farmasötik şirketi bulunmasına karşın farmasötiklerin üretimi ve arzı belirli yerlerde yoğunlaşmıştır; en büyük 25 şirket (bazı şirket birleşmeleri ve bu 25 şirketin yan firmalarıyla beraber) direk ve dolaylı olarak maliyet bazında toplam ilaç pazarının yaklaşık %75'ine sahiptir (26).

3.3.10.3 İlaç Lisanslama ve Fiyatlandırma

İlaç sanayi, ilaçların Türkiye'de kullanılmasını onaylayan ve ilaçlar ile bu ilaçların üretim yerlerine lisans veren Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından denetlenmektedir. İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü aynı zamanda her seviyedeki ilaç fiyatlarını (fabrika çıkışı, toptan satış, perakende) sabitler.

Sağlık Bakanlığı, 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu gereğince beşeri tıbbi ürünlerin tüketiciye uygun şartlarda ulaşmasını temin etmek için gerekli tedbirleri alarak azami fiyatları belirler. 2004 tarihli Fiyat Kararnamesinde ilaçların fiyatlarının Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmesinden sonra, Maliye Bakanlığı, bildirilen ürünlerin fiyatlarının bu kararda belirtilen esaslara uygunluğunu incelemeye yetkilendirilmiştir. Ürünlerin fiyatlarını değerlendirmek amacıyla Sağlık Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde Maliye Bakanlığı ile Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine Müsteşarlıkları temsilcilerinin katılımıyla 3 ayda bir toplanarak Sağlık Bakanlığına tıbbi ürünlerin fiyatının artırılması, eksiltilmesi veya dondurulması önerisinde bulunmak üzere "Fiyat Değerlendirme Komisyonu" oluşturulur. Döviz kurunda en az 30 gün süreyle %5'i aşan değişiklik olması halinde, Fiyat Değerlendirme Komisyonu, Sağlık Bakanlığının daveti üzerine olağanüstü toplanarak ürünlerin fiyatlarını yeniden değerlendirir. Söz konusu Komisyonun sekreterya hizmetleri Sağlık Bakanlığınca yürütülür (33, 34).

Orijinal ürünlerin KDV hariç azami perakende satış fiyatı tespit edilirken; 2004 yılı için Fransa, İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan olmak üzere, AB ülkeleri arasından Bakanlıkça belirlenen 5 ülkeden fiyatı belirlenecek ürünün en ucuz olduğu 2 ülkedeki ürün fiyatlarının alınması şeklinde referans uygulaması başlatılmıştır. 2005 yılından itibaren Fransa, İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan olmak üzere, her yıl AB ülkeleri arasından Bakanlıkça belirlenen 5 ülkeden, fiyatı belirlenecek ürünün en ucuz olduğu iki ülke yerine, en ucuz olduğu tek ülkedeki ürünün fabrika satış fiyatı, şayet fabrika satış fiyatı bulunamıyorsa perakende satış fiyatından o ülkedeki KDV, eczacı ve depocu kâr oranları düşülerek bulunan

depocuya satış fiyatı referans fiyat olarak belirlenmiştir (33). Bu uygulama ile 900'ü aşkın üründe %1 ile %80 arasında fiyat indirimi sağlanmıştır (35). 12/06/2007 tarihli Bakanlar Kurulu kararı gereği, 30 Haziran 2007'de Resmi Gazete'de 2007/12325 sayılı "Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar" yayınlanarak; Fransa, İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan olmak üzere, her yıl AB ülkeleri arasından Bakanlıkça belirlenen 5 referans ülke uygulaması, Avrupa Birliği (AB) üyeleri arasından her yıl en az 5, en fazla 10 ülke "referans ülke" olarak Sağlık Bakanlığınca belirlenecektir, şeklinde değiştirilmiştir. Uygulama 1 Ağustos 2007'de yürürlüğe girecektir (34).

Referans fiyat uygulaması, 2004 yılında yayınlanan tebliğde, "ürünün referans ülkeler içinde en ucuz olduğu iki ülkenin fabrika satış fiyatlarının ortalamasının orijinal ürünler için %90'ı, jenerik ürünler için %70'i olmak üzere tebliğde ayrıntıları bildirilen ve ürünlerin alabileceği en yüksek fiyat" olarak belirtilmişti. Aynı tebliğde ürünün ithal edildiği ülkedeki fabrika satış fiyatı, jenerik ürün referans fiyatının altında ise, ithal edildiği ülkedeki fabrika satış fiyatı o jenerik ürün için referans fiyat olarak kabul edilmişti (33).

2007/12325 sayılı kararda, referans fiyat "depocuya satış fiyatı" olarak değiştirildi. Bu fiyat, belirlenen ülkeler içinde ruhsatlı ve piyasada satışı olan orijinal ürünün depocuya iskonto hariç en düşük satış fiyatıdır. Ancak, ilgili ürünün imal veya ithal edildiği ülkeler, referans ülkelerin dışında olup bu ülkelerde referans ülke fiyatlarının altında belirlenmiş bir depocuya satış fiyatı var ise, depocuya satış fiyatı düşük olan ülkedeki fiyat, referans fiyat olarak kabul edilir. Orijinal ürünler, referans fiyatı geçmemek kaydıyla "depocuya satış fiyatı" alabilirler. Jenerik ürünler ise referans fiyatın % 80'ine kadar "depocuya satış fiyatı" alabilirler.Firmanın jenerik ürün referans fiyatına uygun olarak talep ettiği depocuya satış fiyatına, belirlenmiş olan depocu ve eczacı kâr oranları ile KDV eklenerek perakende satış fiyatı tespit edilir. (Tablo 3.11). İlaçlar son satış yerleri olan eczanelere ilaç depoları vasıtasıyla ulaştırılmaktadır. İlacın fiyatına göre depolar %2 ile %9 arasında değişen oranlarda kâr eklemektedir. Eczaneler ise yine ilaç fiyatına göre %10 ile %25 arasında değişen oranlarda kâr ekledikten sonra hasta tüketimine ilaçları sunmaktadır (30 Haziran 2007'de Resmi Gazete'de 2007/12325 sayılı "Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar"la %10 oranı %12 olarak değiştirilmiştir. Uygulama 1 Ağustos 2007'de başlayacaktır (34).). Son aşamada eczaneler sağlık güvencesi olan hastaların ilaçları için %3,5-4,5'luk bir iskonto oranı uygulamaktadır. Ancak cepten yapılan alımlarda bu iskonto uygulanmamaktadır. İlacın üretimi aşamasından tüketimine kadar geçen süreçte ilacın izlediği yol bir barkod okuma sistemi olmadığından takip edilememektedir. Bu nedenle spot depolar vasıtasıyla yapılan satışların ne kadar olduğu ile ilgili bir veri bulunmamaktadır. Bir diğer sorun da "mal fazlası" uygulaması olup ilaç harcaması hesaplamaları yapılırken bile sapmalara yol açmaktadır. Bu

tür sorunları çözmek için hem barkod okuma sisteminin kurulması hem de ulusal ilaç veri tabanı oluşturması konusunda çalışmalar devam etmektedir.

Tablo 3.11: Depocu ve Eczacıların İlaçta Kademeli Kâr Oranları

Depocuya Satış Fiyatının;	**Depocu (%)**	**Eczacı (%)**
10 Milyon TL'ye Kadar Olan Kısmı İçin (10 Milyon Dahil)	9	25
10- 50 Milyon TL Arasında Kalan Kısmı İçin (50 Milyon Dahil)	8	24
50-100 Milyon TL Arasında Kalan Kısmı İçin (100 Milyon Dahil)	7	23
100-200 Milyon TL Arasında Kalan Kısmı İçin (200 Milyon Dahil)	4	16
200 Milyon TL Üstünde Kalan Kısmı İçin	2	10*

Kaynak: 03 Mart 2004 tarihli ve 25391 sayılı Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ
* 30 Haziran 2007'de Resmi Gazete'de 2007/12325 sayılı "Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar"la %12 olarak değiştirilmiştir. Uygulama 1 Ağustos 2007'de başlayacaktır

Geri ödeme koşullarını belirlemek amacıyla Maliye Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine Müsteşarlıkları, Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur temsilcilerinin katılımıyla 6 ayda bir toplanarak, sektör sivil toplum kuruluşlarının görüşlerini de alarak ilgili bakanlıklara öneride bulunmak üzere "Geri Ödeme Komisyonu" oluşturulur. Söz konusu Komisyonun sekreterya hizmetleri Maliye Bakanlığınca yürütülürken (33), 2007/12325 sayılı karar ile sekretarya hizmetlerini 1 Ağustos 2007 tarihinden itibaren artık Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı yürütecektir. Yeni uygulamayla, "Geri Ödeme Komisyonu"nun koordinatörlüğü de Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığına verilmiştir, Komisyonda Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı temsilcileri bulunurken Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine Müsteşarlıkları artık yer almayacaktır. Komisyon, ilaç sektörü ve ilgili sivil toplum kuruluşlarının görüşlerini de dikkate alarak geri ödeme usul ve esaslarını tespit edecek ve Komisyonun çalışma usul ve esaslarını belirleyen yönerge, Maliye ve Sağlık Bakanlıklarının uygun görüşü alınarak Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından yayımlanacaktır. Komisyon, iki ayda bir olağan, gerektiği hâllerde Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığının daveti üzerine olağanüstü toplanabilecektir (34).

Ruhsat ya da başvuru sahipleri, ilk fiyat alma ve referans değişikliği taleplerinde Fiyat Beyan Formu ile birlikte Sağlık Bakanlığına müracaat etmek zorundadır. Yeni uygulamayla referans fiyat para birimi olarak Avro kullanılır. 03 Mart 2004 tarihli ve 25391 sayılı Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ, ilgili firmanın geçerli belgeleri tamamlamasından itibaren 90 iş günü içinde fiyatlandırma işlemi yapılacağını, başvuruların fazla olması ve iş yoğunluğu durumlarında bu süre 60 iş günü uzatılabileceğini belirtirken (33), yeni ilaç fiyat kararnamesine göre Sağlık Bakanlığı, ilk fiyat alma müracaatlarını 60 günde sonuçlandırmak

durumundadır. Ancak iş yoğunluğu durumlarında bu süre 30 gün uzatılabilir. Sunulan belgelerin doğruluğundan müracaat sahipleri sorumlu olup yanlış beyandan dolayı oluşabilecek kamu zararı ilgili firmaya tazmin ettirilmektedir (34).

İlaç inceleme ve ruhsatlandırma komisyonlarında görevli bilim adamları gönüllülük esasına göre çalışmaktadır. Bu durum son derece aktif ve süratli olması gereken komisyonların ve uygulamalarının dinamizmini azaltmaktadır.

Diğer bir sorun da DPT tarafından hazırlanan Beş Yıllık Kalkınma Planları'nda kurulması önerilen Ulusal İlaç Kurumu'nun hâlâ tesis edilememiş olmasıdır. Avrupa Birliği'ne uyum sağlanması çalışmaları çerçevesinde, birliğin kendi müktesabatı ve uygulamalarının olacağı öngörülse de, ülkemize uygun belirli standartlar oluşturmak gerekmektedir. Ülkemize uygun bu standartları oluşturacak, orta ve uzun vadede oluşturulan ilaç politikasının gerçekleştirilmesini sağlayacak, farmasötik sektör, sosyal güvenlik kurumu, sivil toplum kuruluşları ve devletin ilgili diğer kurumları ile iş birliğini, koordinasyonu sağlayacak bir ilaç kurumunun kurulması gerekliliği ortadadır. İlaçların lisansı, üretimi, fiyatlandırması, ihracı, tanıtımı, kontrolü, akılcı kullanımı, araştırma ve geliştirme çalışmaları ile istenilen farmakoekonomik analizlerin yapılamaması, fikri mülkiyetlerinin yanı sıra ilaç maliyetlerindeki artışın devlet bütçesi ile sosyal güvenlik kurumlarına getirdiği yük gibi mevcut sorunlar; yeterli ve ilgili bilim adamlarının da görevli olacağı böyle bir kurum içerisinde daha kolay çözüme ulaştırılabilir.

Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği fiyatlara perakende düzeyde uyulması Türk Eczacılar Birliği'nin sorumluluğundadır. Satılan ilaçların %90'ının kamu sektörü tarafından karşılandığı düşünülürse sigorta işlemlerinin de denetlenmesi gerektiği görülecektir. Sağlık Bakanlığı, üretim tesisleri ile perakende satış yerlerinden aldığı numuneleri inceleyerek, ilaçta kalite kontrolü sağlamaktadır.

16 Ocak 2007 tarihi itibarı ile Türk Eczacılar Birliği'nden alınan rakamlara göre ;

- Toplam eczane sayısı: 22.152,
- Toplam eczacı sayısı: 25.500 dür (32).

Eczacılık diploması olan herkes, il sağlık müdürlüğüne onay için başvurarak, perakende satış için eczane açabilir. İl sağlık müdürlüğü, yasa uyarınca, bu başvuruyu izleyen otuz gün içinde -gerekli tüm belgeler eksiksiz olarak sunulmuş ise- inceleme yaparak bir karar vermek durumundadır. Eczane işleten herkesin Türk Eczacılar Birliği'ne üye olması gereklidir. Yasaya göre ancak eczacıların eczane açma yetkisi olsa da, Türkiye'deki eczanelerin bir kısmı hala eczacılık diplomasına sahip bir kişi adına açılmış görünmesine rağmen eczacı olmayan bir başka kişini tarafından işletilmektedir. Özellikle Doğuda yer alan

illerimizde bu söz konusu duruma daha fazla rastlanmaktadır. Soruna yönelik bir çözüm getirmesi amacıyla, Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmeliğin 5. maddesi H bendinde 9 Aralık 2004 tarihinde şu değişiklik yapılmıştır. "Eczanenin muvazaalı olup olmadığı hususunda Bölge Eczacı Odasınca verilmiş değerlendirme raporu; bu rapor, Eczacı Odası yetkililerince ilgilinin odaya başvurusundan itibaren en geç 10 iş günü içinde ispatlayıcı belgelerle birlikte verilir. Belirtilen süre sonunda, rapor verilmediği takdirde, muvazaa konusu İl Sağlık Müdürlüğü yetkililerince 10 iş günü içinde incelenerek sonuçlandırılır" (36).

KAYNAKLAR:

(1) Türkiye Sağlık Raporu, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004, Ankara
(2) Sağlıkta Dönüşüm, T.C. Sağlık Bakanlığı, Haziran 2003
(3) Türkiye Sağlık Raporu, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004, Ankara sayfa 29
(4) Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2005
(5)http://www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx?DIL=1&BELGEANAH=17997&DOSYAISIM=teskilat.JPG, 11.06.2007
(6) http://www.saglik.gov.tr/TR/Dosyalar/Tasra_kucuk.jpg, 11.06.2007
(7) (http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/turkeyhealthreport.pdf)
(8) Resmi Gazete 27 Haziran 1945
(9) Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, http://www.csgb.gov.tr/bakanlik/tarihce.htm, 11.06.2007
(10) Sosyal Sigortalar Kurumu, http://www.ssk.gov.tr/wps/portal/!ut/p/.cmd/cs/.ce/7_0_A/.s/7_0_FL/_th/J_0_CH/_mx.6_0_9E/7_0_4J7/_s.7_0_A/7_0_FL/_ps.7_0_4J7/X/_s.7_0_A/7_0_FL, 14.09.2006
(11) Bağ-Kur Genel Müdürlüğü, www.bagkur.gov.tr – 14/09/2006
(12) Bağ-Kur Genel Müdürlüğü, http://www.bagkur.gov.tr/finansman/bulten.html, 17.01.2007)
(13) Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, http://www.emekli.gov.tr , 15.09.2006
(14) Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Nisan 2005
(15) Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2006
(16) Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007
(17) Sağlık Bankalığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, İstatistik Yıllığı, 2005
(18) Sağlık Bakanlığı, Personel Genel Müdürlüğü Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı, Aktif Çalışan Personel Sayısı Çalışması. Türk Silahlı Kuvvetleri, Kızılay, Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatında kadrolu olarak çalışan personel ve diğer bakanlık ve vakıflarda görev yapan sağlık personeline ilişkin veriler dahil değildir.
(19) Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2005
(20) Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, 2006
(21) Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Devam Ediyor, 2006
(22) SB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, 2004
(23) Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Hizmete Özel İlaç Raporu, 2007
(24) Atay, O. op.cit. 2001)
(25) "Sağlıkta İlacın Yeri ve Sorunları", Yeni Türkiye, No. 40, Temmuz-Ağustos 2001, sayfa 1047-1056)
(26) IMS Health Data, Mart 2007
(27) Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması, 2004
(28) OECD Health Data, 2004
(29) 8. 5 Yıllık Kalkınma Planı, İlaç Sanayi Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, 2001
(30) www.petrol-is.org.tr/isci_sagligi/SSK.pdf, 12.03.2007
(31) 9. 5 Yıllık Kalkınma Planı, İlaç Sanayi Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, 2006
(32) İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Bilgi Notu 2006
(33) 03 Mart 2004 tarihli ve 25391 sayılı Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ
(34) 30 Haziran 2007'de Resmi Gazete'de 2007/12325 sayılı "Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar
(35) Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü Mahmut Tokaç'ın 1/07/2007 tarihli açıklaması, www.referansgazetesi.com/bolum.aspx, Erişim Tarihi: 02/02/2007 Saat: 10:42
(36) Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 09/12/2004 tarih, 25665 sayılı T.C. Resmi Gazete

BÖLÜM 4
TIBBİ TEKNOLOJİ VE E-SAĞLIK

Dr.Hüseyin ÖZBAY, Biy Yunus YÜCE, Dr.Hülya TOPÇU ÇAĞLAR

4.1. GİRİŞ

Teknoloji son derece önemli bir konu olup, ülkelerin kalkınmasında ve dünyada söz sahibi olmasında önemli bir yeri vardır. Bu konuda ülkemizde farklı kurum ve kuruluşlar tarafından yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Bu bölümde hem konuya genel bir bakış, hem de yapılan işler dünya örnekleriyle gözler önüne serilip okuyuculara ufuk açmak istenmiştir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler ileriye dönük sosyal, ekonomik ve teknolojik planlar yapmaktadırlar. Ülkeler planlarını ülkenin mevcut durumu, ihtiyaçları ve özel sektörün durumu gibi kriterleri göz önünde tutarak yapmaktadırlar.

Türkiye 1980 yılında kalkınma ve teknoloji planları yapmaya başlanmıştır. 1983-2003 yılları için bilim ve teknoloji politikası yayınlanmış fakat uygulamaya konulamamıştır. 1993 yılına gelindiğinde 1993-2003 yıllarını kapsayan teknolojik ve kalkınma planları tekrar yayınlanmıştır. Bilim ve Teknoloji Yüksek Kurulu (BTYK) yine bu dönemde kurulmuştur (1).

2000'li yıllarda sağlık alanını da yakından ilgilendiren iki önemli öngörü çalışması yapılmıştır. Bunlardan birincisi Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK); ikincisi ise Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) tarafından yürütülmüştür. Ülkemiz için öncelikli teknoloji konularının neler olduğu ve üniversitelerin, özel sektörün teknoloji kullanmada ki yeterliliği gibi konularda paneller düzenlenerek bir takım analizler yapılmıştır.

Bütün bu yapılanlar aslında bugünün kararları ile geleceği oluşturma çabasıdır. Devlet gerekli finansmanı sağlarken üniversitelerin ve özel şirketlerin de teşebbüste bulunması gerekmektedir.

Teknolojik gelişmeler tanı ve tedavi hizmetlerinin sunum şeklini ve kalitesini önemli ölçüde etkilemiş olup, tıp alanını yeniden şekillendirmiştir. Tıp biliminin uzun bir geçmişi olmakla birlikte, bilhassa bu yüzyılda görülen tıbbi teknolojideki gelişmeler tanı, tedavi ve rehabilitasyon amaçlı çok sayıda cihazın geliştirilmesini ve kullanıma sunulmasını sağlamış, bunun sonucunda da belirli hastalıkların tedavisinde önemli başarılar sağlanmıştır (2).

Tıbbi teknolojik gelişmelerin sağlık sektörünün hizmet sunumunu etkilediği aşikardır. Teknolojik gelişmeler karşısında gerekli yatırımı yapmayan ülkeler ise başka ülkelerin ürettiği teknolojileri almak zorunda kalmaktadırlar. Bu durum ise sağlık harcamalarının artmasına neden olan önemli faktörlerden biridir.

Ülkemizde tıbbi cihaz üretimi oldukça azdır. Daha çok sarf malzeme ve yedek parça üretimi vardır. TÜBİTAK tarafından yürütülen Vizyon 2023 projesinin uygulamaya geçirilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde diğer teknolojik gelişme gösteren devletler ile aramızı kapatmak zor olacaktır.

Sağlıkta teknolojinin gelişimi artık bir sektör haline gelmiştir. Büyük firmalar teknolojik yatırımlar yapmakta ve gerekli araştırmalar için Ar-Ge faaliyetleri yürütmektedirler.

Ülkeler geleceğe yönelik teknolojik planlama yaparken hedefler belirlemektedirler. Kalkınma planlarını oluştururken gerekli politikaların ve alt yapının da planlarını yapmaktadırlar. Planların gerçekleşmesi bilim-teknoloji, mühendislik disiplinlerine ve araştırma alanlarına verilecek ulusal önceliklere; özellikle de, gerekli araştırmalar için kamu desteğine bağlıdır.

Gelecek teknoloji çalışmalarında öne çıkan ve gelişmekte olan konular; enformasyon, ileri malzeme teknolojileri, biyoteknoloji, nanoteknoloji, telekomünikasyon ve ağ teknolojileridir. Bu alanlardaki gelişimin yönü tıp alanına doğru genişlemektedir.

Teknoloji öngörü çalışmaları teknik bir süreç olduğu kadar, sosyoekonomik ve politik boyutları da olan bir süreçtir. Ülkelerin güçlü olmasında teknolojinin gelişmesi de çok önemlidir. Tıbbi teknoloji alt yapı ve planlaması ileriye dönük yapılmazsa diğer ülkelere teknoloji yönünden bağımlı hale gelinir. Bu durum sonraki zamanlarda politik bir güç halini alabilir.

4.2. DÜNYADAKİ TEKNOLOJİ ÖNGÖRÜLERİ

Dünyada yapılan teknolojik çalışmalara baktığımızda gelişmiş ülkeler 1950'li yıllardan itibaren çalışmalara başlamış teknolojik hedeflerini kendi ülkelerinin önceliklerine göre belirlemiş ve yayınlamışlardır.

İlk teknoloji tahmini (Technology Forecast) 1950'li yılların sonlarında, Delphi sorgulaması ve senaryo analizi gibi yöntemleri de geliştiren RAND Corporation tarafından

ABD savunma sektörü için yapılmıştır. Bunu 1960'lı yıllarda ABD Deniz ve Hava Kuvvetleri için yapılan çalışmalar takip etmiştir. Teknoloji tahmin çalışmaları ayrıca, bazı özel şirketler tarafından da uygulanmıştır. Ancak, bugün yaygın olarak kullanılan teknoloji öngörüsü (Technology Foresight) terim ve kavramının ortaya çıkması Japonya'da olmuştur (3).

Japonya teknoloji tahminini sadece savunma sanayisi için değil ülkenin ihtiyaçları çerçevesinde her alanda yapmaya çalışmıştır. ABD'nin çalışmalarının takibi için bir heyet gönderilmiştir. Ülkeler kendi teknolojik planlarını ve çalışmaları yaparken diğer gelişmiş ülkelerin çalışmalarını da yakından takip etmişlerdir.

Japonya Bilim ve Teknoloji Ajansı (Science and Technology Agency STA)'nı kurmuş ve ülkenin bilim ve teknolojide 30 yıllık geleceğini tahmin için çalışmalar başlatmıştır. Bu çalışma kapsamında sadece kamu değil özel şirketlerin ve diğer kurumların katılımı ile olmuş ve Delphi sorgulamasını kullanmışlardır. Öngörü çalışmasını her beş yılda bir tekrarlayarak güncellemiştir (3).

Hollanda'da teknoloji öngörüsü diğer Avrupa ülkelerinden daha farklı bir formda yapılmıştır. Dağıtılmış (merkezi olmayan) bir yapıda ve çok farklı yöntemler kullanılarak yapılan bu çalışmalar, mevcut politika süreçleriyle tam olarak bütünleşmiş olup, belirli alanlara odaklanmıştır. Hollanda'da teknoloji öngörüsü İngiltere ve Almanya'dan daha eski bir geçmişe sahiptir; 1970'li yıllarda bilim ile toplum arasındaki ilişkiyi araştırmak ve güçlendirmek amacıyla başlamış, 1980'li yıllardan itibaren çeşitli sektör konseyleri (tarım, çevre, sağlık gibi) tarafından birçok öngörü çalışması yürütülmüştür. 1992'de bütün bu çalışmaları koordine etmek üzere bir Öngörü Yönlendirme Komitesi oluşturulmuştur.

Öngörü çalışmalarının yürütüldüğü alanlar arasında kimya, ulaştırma ve altyapı, tarım, enerji, nanoteknoloji, bilişim, eğitim araştırması, mevzuat araştırma, sağlık ve sosyal bilimler bulunmaktadır (3).

Almanya'da 1990 yılına kadar öngörü çalışmaları çok az yapıldığı görülmektedir. 1990 yılından sonra diğer ülkelerin öngörü çalışmalarına verdiği önemin artmasının görülmesi ve de durgunluk ve yapısal kriz sonucu hükümet tarafından öngörü çalışması başlatılmıştır. Bu çalışmalar "21. Yüzyılın Eşiğinde Teknoloji" ismiyle bilinmektedir. İlk aşamada, Yenilik Araştırmaları ve Sistemleri Enstitüsü (Fraunhofer Institute for Systems and Innovation Research ISI) özellikle Japonya ve ABD olmak üzere diğer ülkelerdeki öngörü çalışmaları incelenmiştir (3). Kendi ülke ihtiyaçları doğrultusunda bir teknolojik öngörüsü çalışması oluşturmuştur.

İngiltere'de diğer gelişmiş Avrupa ülkeleri gibi önce bilim teknoloji öngörü çalışması yapılması ve diğer ülkelerin takibi için; Bilim Politikası Araştırma Birimi'ni (SPRU) kurmuştur. Fransa, Almanya, ABD ve Japonya da ki öngörü çalışmalarının takibini yapmış ve İngiltere'nin kendi öngörü çalışmasını planlamıştır (3).

Tablo 4.1: Çeşitli Ülkelerin Ulusal Teknoloji Öngörü Programlarına Başlama Tarihleri, 1970-2001

YIL	BAŞLAYAN ÜLKE
1970	Japonya
1982	ABD
1985	Almanya
1989	Avustralya
1991	Kore Cumhuriyeti, Filipinler
1992	Hollanda, Yeni Zelanda
1994	İtalya, Fransa, İngiltere
1995	Hindistan
1996	Endonezya, Kanada
1997	Tayland, Finlandiya, Macaristan, Güney Afrika Cumhuriyeti, Nijerya
1998	Avusturya, İrlanda, İsveç, İspanya
2000	Bolivya, Brezilya, Meksika, Venezüella
2001	Çek Cumhuriyeti

Kaynak: Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu Teknoloji Öngörüsü ve Ülke Örnekleri Çalışma Raporu, 2001

4.3. TÜRKİYE'DE ULUSAL TEKNOLOJİ ÇALIŞMALARI

Türkiye'de bilim ve teknoloji alanında belirli bir politika izleme amacıyla 1960 yılında çalışmalar yapılmış ve bu çalışmaların bir ürünü olan TÜBİTAK 1963 yılında kurulmuştur. 1980'li yıllara gelindiğinde teknolojik öngörüsü çalışması yapılmıştır. Bu öngörü çalışması Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) ve TÜBİTAK tarafından yürütülmüştür. Üçyüz kadar bilim adamı ve uzmanın katılımıyla hazırlanan Türk Bilim Politikası: 1983-2003 dokümanıyla ilk kez, ayrıntılı bir bilim ve teknoloji politikası ortaya konmaya çalışılmıştır.

Türkiye'de diğer Avrupa ülkelerinin yaptığı gibi önce öngörü çalışması yapılması ve diğer ülkelerdeki öngörü çalışmaların takibi için bir birim kurmuş ve adına Bilim ve Teknoloji Yüksek Kurulu (BTYK) denilmiştir. Ülke ihtiyaçları göz önün alınarak bir takım planlar yapılmıştır. Ancak 1983 yılında yapılan bu çalışmalar uygulamaya konulamamıştır. 1983 yılında alınan kararlar 20 yıllık süre içerisini kapsamaktaydı. 1993 yılına gelindiğinde "Türk Bilim ve Teknoloji Politikası: 1993-2003" başlıklı dokümanı hazırlanmıştır (1). Bu

proje ise, VII. beş yıllık kalkınma plânının (1996-2000) ana başlıklarından birini oluşturmuştur.

Teknoloji gelişmeler, ülkeler için ekonomik ve toplumsal yaşamı yakından ilgilendirmektedir. Ekonominin büyümesine, toplumun refahı açısından oldukça önemli bir hal almıştır (1).

1993 yılından sonraki dönemlerdeki öngörü becerisinin temelinde toplumsal fayda ön plandadır. Yani bilim ve teknolojik planların toplumsal gelişimi desteklemeli ve ekonomik bir kazanç sağlamalıydı bunun içinde "Ulusal İnovasyon Sistemi"nin kurulması çok önemliydi.

1993 sonrası Bilim ve Teknoloji Politikası dokümanları incelendiğinde, 'Ulusal İnovasyon Sistemi'nin kurulmasına ilişkin öngörüler yanında, 'enformasyon teknolojisi', 'ileri malzeme teknolojileri', 'biyoteknoloji ve gen mühendisliği' gibi, jenerik karakterdeki bazı teknolojilerin de, Türkiye için 'öncelikli teknolojiler' olarak belirlendiği görülmektedir. Elbette, bu son derece geniş teknoloji spektrumunda, Türkiye'nin somut gereksinimlerine yanıt verecek özgül (spesifik) alanların belirlenmesi ve bu alanlara odaklanılması gerekirdi. Nitekim, bu amaca yönelik olarak, sektörel düzeyde, gerek doğrudan TÜBİTAK tarafından gerekse TÜBA, TTGV, TESID gibi kamu ve özel sektör kuruluşlarının, ve uzmanlık alanlarında söyleyecek sözü olan kişilerin katılımlarıyla pek çok çalışmanın yapıldığı görülmektedir (1).

4.4. DÜNYADAKİ TIBBİ TEKNOLOJİ

Dünyada tıbbi teknoloji ile ilgili çalışma yapan ülkelerin çalışmalarına baktığımızda; kanser, biyoteknoloji, nanoteknoloji, malzeme teknolojileri ve e-sağlık üzerinde durulduğunu görmekteyiz (4).

Japonya, 2025 yılını hedef alarak yaptığı çalışmayı 1997 Haziran'ında yayımlamıştır. Rapora göre; sağlık, tıbbi bakım (medical care) ve sosyal yardım alanıyla ilgili olarak belirlenen konularda özellikle kanser ve AIDS üzerinde durulduğu görülmüştür. Kanserojenik mutasyon mekanizmasının, metastazının ve etkin tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi, HIV karsı bir aşının geliştirilmesi gibi konular raporda ilgi çekmektedir.

Bir başka ilgi çekici husus, Japonya için, 'Enformasyon Teknolojisi' alanında en önemli görülen 20 faaliyet konusundan onuncusunun "Evlerde ve hastanelerde tıbbi bakım desteği sağlayacak robotlar" olması ve bu robotların "pratik olarak kullanılır hâle gelmesi"

öngörülmektedir. Bu 20 öncelik sıralamasında yer almamakla birlikte 'tıbbi enformasyon sistemlerinin geliştirilmesi' de üzerinde önemle durulan bir konudur (4).

İngiltere'de 2020 yılını hedef alan bir Teknoloji Öngörü Çalışması yürütülmektedir. Bu çalışmada "Tıbbi Bakım Paneli" sağlık alanına ilişkin öngörülerini kapsayan bir rapor yayımlamıştır. Bu raporun "Onarım (Repair), Rejenerasyon ve Transplântasyon" başlığını taşıyan bölümünde özellikle, kök hücre araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin sürekli olarak ve güçlü bir biçimde desteklenmesi, doku mühendisliği ve diğer hücre bazlı tedavilerin gelecekteki gelişmesinde kilit rol oynayacak temel (plâtform) teknolojilerin belirlenmesi ve bu teknolojilerin (İngiltere Hükümeti'nce) desteklenmesi için stratejiler geliştirilmesinden bahsedilmektedir (4). Aynı raporun sağlıkla ilgili çeşitli bölümlerinde malzeme teknoloji geliştirilmesi, biyoloji ve diğer bilimler ile ilgili entegrasyonun sağlanması gerektiğinden bahsetmektedir.

Avrupa Konseyi'nin AB ülkeleri için yol gösterici olarak hazırlattığı ileriye dönük teknoloji çözümleme(analiz)leri de benzer sonuçlar ortaya koymaktadır. Örneğin, 'Prospektif Teknoloji Çalışmaları' yapmak üzere, İspanya'da, Avrupa Konseyi'nce kurulan, Ortak Araştırma Merkezi'nce yürütülen 'Gelecek Projesi (Futures Project)'nde, 'Yaşam Bilimleri' başlığı altında yer alan çözümlemeler çerçevesinde, "yaşam bilimlerindeki, özellikle modern biyoteknoloji ve bununla eş anlamlı hâle gelen genetik mühendisliğindeki yeni gelişmeler insan sağlığı, gıda üretimi ve sınaî üretim üzerinde muazzam bir etki yaratma potansiyeline sahiptir" denilmektedir. Yine aynı Merkez'ce çıkarılan geleceğe dönük Teknoloji Haritası'nda da, yaşam bilimleri ile ilgili olarak, Japonya'nın ve İngiltere'nin öngörülerine itibar edildiği görülmektedir (4).

Yukarıda verilen örneklerden hareketle, kendi gelecekleri üzerinde söz ve karar sahibi olmayı sürdürmek isteyen bütün ülkelerin, sağlık alanında, genel olarak aşağıdaki Bilim ve Teknoloji kategorilerinde yeteneklerini geliştirmeyi öngördüklerini söyleyebiliriz:

- Genomik; özellikle de Genetik Profilin Çıkarılması (Genetic Profiling) ve DNA Analizi, Klonlama, Genetik Olarak Modifiye Edilmiş Organizmalar;
- Genetik ve Biyoteknoloji Bazlı Tedavi Teknolojileri;
- Bilgisayar Simülâsyonları ve Moleküler Görüntüleme (Molecular Imaging) Teknolojilerine Dayalı İlâç Geliştirme Teknolojileri;
- Biyomedikal Mühendislik; özellikle de, insanlar için organik doku ve organ geliştirmeyi konu alan Doku Mühendisliği, yine insanlar için yapay doku ve organ geliştirmeyi konu

alan Yapay Doku ve Organ Mühendisliği ile Biyonik, Biyomimetik ve Uygulamalı Biyoloji, Cerrahî ve Diyagnostik Biyoteknoloji;

- Tıbbi Enformatik/Robotik;
- Yeni Malzeme Teknolojileri ve bu bağlamda Biyomedikal Malzeme Teknolojileri; ve Nanoteknoloji (4).

4.5. DÜNYADA SAĞLIKTA GELECEKTE DÜŞÜNÜLEN KONULAR VE AÇIKLAMALARI

Gelecekte sağlık teknolojisi ile ilgili ülkelerin üzerinde çalışma yaptığı konuların başlıklarına ve açıklamalarına baktığımızda;

4.5.1. Farmakogenomik

İnsan genetiği ile farmasötikler arasındaki ilişkileri inceleyen, araştıran bilim dalıdır. Kişiye özel tedavi yöntemi gelişimi sağlanacaktır. DNA yapılarına göre tedavi geliştirmeyi içermektedir. Kullanılan ilaçların vücudumuzdaki metabolizma hızlarına ve diğer faktörler göz önünde tutularak etkin tedavi yöntemlerini geliştirmek mümkün olacaktır. Kişiye özel tedavi yöntemi gelişimi sağlanacaktır (5).

4.5.2. Gen Tedavisi ile İlgili Araştırmalar

Gen ve ürünlerinin yapısı aydınlatılarak, işlevini tam olarak yerine getirmeyen genin yol açtığı hastalığı tespit edip organizmanın diğer normal genli hücrelerinden yararlanarak tedavi etme imkânlarını anlamaya ve buna dayanarak tedavi yöntemleri geliştirmeye yönelik araştırmaları içermektedir (5).

4.5.3. Genetik Tanı ile İlgili Araştırmalar

Bireylerin kalıtsal yapıları aydınlatılarak; konjenital ve kalıtsal hastalıkların varlığının belirlenmesi ve önceden kestirilebilmesi, ayrıca, bu tür hastalıklara çare bulunmasına yönelik tanı tekniklerinin bulunması ve geliştirilmesi için yapılan araştırmaları kapsamaktadır (5).

4.5.4. Kök Hücre Araştırmaları / Hücre Tedavisi İle İlgili Araştırmalar

Kök hücre araştırmaları her geçen gün hızla ilerleyen bilim dalı olmasına rağmen etik uygunluğu açısından şüpheler vardır. Embriyodan kök hücre izolasyonu konusunda etik açıdan duyulan şüpheler giderilebilirse, bu tedavi yöntemleri, tıp açısından çok büyük bir potansiyel imkân oluşturacaktır. Kök hücrelerden yararlanılarak laboratuar ortamında organ

yapılması gibi çalışmalar yapılmaktadır. Yetişkin hücrelerin de , aynı amaçla kullanılabileceğine ilişkin bulgular ortaya çıkmış olmasına karşın, görülen odur ki, ulusal düzeyde olsun, uluslar arası düzeyde olsun, dikkatler, embriyonik kök hücre araştırmaları üzerinde toplanmıştır (5).

4.5.5. Minimal İnvaziv Cerrahî Araştırmaları

Özellikle cerrahi alanda kullanılan tekniklerin ve malzemelerin hastalar üzerinde daha az travma yaratacak yönde değiştirilebilmesini ve aynı amaca hizmet edecek yeni teknikler geliştirilmesini konu alır. Bunun içinde yeni malzemelerin üretimi söz konusudur. Özelliklede nanoteknoloji deki gelişmeler bu alanın gelişmesini de etkilemektedir (5).

4.5.6. Biyoteknoloji ve Gen Teknolojileri

Moleküler biyoloji, hücre biyolojisi, genombilim alanlarındaki bilimsel ilerlemeler hızlı bir şekilde olmaktadır. Bunun sonucu, dünyada, özellikle, sağlık ve tarım alanlarındaki biyoteknolojik uygulamalarda bir patlama yaşanmaktadır. Sağlıklı ve kaliteli yaşam için çalışmalar devam etmektedir.

Gelişmiş ülkeler bu fırsatları hızla ekonomik faydaya dönüştürmeyi başarmış ve biyoteknoloji sektörü ekonomilerinin itici güçlerinden biri haline gelmiştir. Bugün benzer gelişmeler özellikle Asya ülkelerinde görülmektedir (5).

4.5.7. Mekatronik

Yapılan yeni teknolojilerin yazılımlaral desteklenmesi Mekatronik gelişmeler içerisinde yer almaktadır (5).

Dünyadaki gelişmeler bugünün insan etkileşimli, bilgisayar gömülü mekatronik sistemlerinin de giderek ‘insanla bütünleşmiş’ biyorobotik ve biyootomasyon gibi ürün ve süreçlere doğru bir dönüşüm geçireceğini göstermektedir. İnsan yaşamını ve işlevlerini kolaylaştırmak, daha etkin ve ekonomik hale getirmek amacıyla, mekatronik sistemlerin biyoteknoloji ile bütünleşmesi sonucu gelişecek bu sistemler ‘biyomekatronik sistemler’dir (5).

4.5.8. Nanoteknoloji

Nanoteknoloji maddeyi dolaylı olarak atom boyutuna yani “nano-boyuta” indirgeme işidir. Ölçü olarak “nanometre” (nm) adı verilen bir ölçme birimini kullanılır. Her bir nm sadece üç ile beş atom genişliğindedir (6).

Bir başka deyişle; Nanometre ölçeğindeki malzemelerin tasarımı, üretimi, montajı, karakterizasyonu ve bu malzemelerden elde edilmiş minyatür fonksiyonel sistemlerin uygulamalarını inceleyen ve hızla gelişen disiplinlerarası araştırma-geliştirme faaliyetlerinin tümünü temsil etmektedir (7).

Nanoteknoloji'nin savunma, sağlık, enerji, tekstil, elektronik, fotonik, malzeme biliminde kullanılması planlanmaktadır.

4.5.8.1 Nanoteknoloji'nin Sağlıkta Kullanımı:

Nanoteknoloji ile biyoteknolojinin birlikte gelişme göstermesi ile birlikte moleküler biyoloji alanında her geçen gün bilgi birikimi artmaktadır. Kanserlere, enfeksiyonlara ve alerjiklere karşı tedavi yöntemleri geliştirilmek için yöntemler geliştirilmektedir. Hücrelerimizdeki bir DNA molekülünün çapının 2 nm, kanda dolaşan antikor proteinlerinin tiplerine göre 15 ile 50 nm boyutlarında olduğunu düşünürsek, nanobiyoteknolojinin, nanobilim ve tıp alanına yakın gelecekteki getireceği yenilik ve açılımlar da kolayca anlaşılabilir.

Nano implantlardan akıllı ilaç salım sistemlerine, nanobiyomakinalardan, biyoinformatik ve genomik uygulamalar için DNA çiplerinin nanofabrikasyonuna, mezenkimal kök hücre bazlı organ mühendisliği uygulamalarından, monoklonal antikorlar ve DNA kökenli ligantların nanogörüntüleme amaçlı kuantum noktacıklarıyla birlikte kullanımlarını da kapsayan geniş bir yelpazede kullanılması ile ilgili çalışmalar devam etmektedir (8).

4.5.8.2 Nanoteknolojinin Dünyadaki Durumu

Nanoteknoloji ile gelişmiş ülkelerle gelişmemiş ülkeler arasındaki ara kapanamayacak kadar ve katlanarak artmaktadır; nanoteknoloji'ye sahip olan ülkelerin refah seviyesi, ulusal savunması ve ekonomisi daha güçlü bir konuma gelecektir. Bu bağlamda zamanında endüstriyel ve mikroelektronik-enformatik devrimlerini yakalayamayan ülkemizde, ekonomik ve bilimsel gelişme ve refah için nanoteknoloji yakalanabilinecek en son fırsat olmaktadır. Bu fırsatın yakalanabilmesi ancak, ulusal boyutta uzman kadronun güçlendirilmesi, eğitim ve nesilden nesile aktarılacak teknoloji birikiminin önünün açılması ile mümkün olacaktır. Bunun ülke refahına ve ekonomik gücüne, yaşayan halkının kendisi ve dünya ile daha bütünleşik olarak yaşamasına büyük katkısı olacaktır. Avrupa Birliği 6. Çerçeve Programı için hazırlanan bir raporda Avrupa'da ulusal bir nanoteknoloji planı bulunmayan ülkelerin sadece MALTA ve TÜRKİYE olduğu belirtilmiştir. Ancak Türkiye; Vizyon 2023 raporundan sonra Ulusal Nanoteknoloji Merkezi kurmak üzere çalışmalara başlamıştır (9).

Nanobilim ve nanoteknoloji için ayrılacak yılda 15 milyon dolarlık bir fon birkaç sene içersinde katlanmış olarak ülke ekonomisine geri dönecektir. Dünyada 700'den fazla firma nanoteknoloji ile ilgili faaliyetler içindedir. Nanoteknolojide uluslararası liderliğe soyunan bir çok ülke bulunmaktadır (9).

Asya ülkeleri nanoteknoloji konusunda oldukça rekabetçidir ve hızlı bir ilerleme götermektedirler (9).

Nanoteknoloji finansmanında Japonya, destek oranını 1997'de 120 milyon ABD Dolarına, 2002'de 750 milyon ABD Dolarına çıkartmıştır. Avrupa Birliğinin 2002-2006 yılları için sağlayacağı nanoteknoloji finansmanı miktarı 1 milyar ABD Dolarının üzerindedir (9).

Japon hükümeti de daha önce benzeri görülmemiş parasal destekleri nanoteknoloji için seferber etmiştir. ABD ve Japonya'daki gelişmeleri kaygı ile izleyen Avrupa Birliği, teknolojilerinin 10 yıl sonra bu iki ülke ile yarışabilmesi için 6. Çerçeve Programında nanobilim ve nanoteknolojiyi öncelikli alan olarak ilan etmiş ve son dört yıl boyunca bu alandaki araştırmaları desteklemek üzere 1.3 Milyar Euro ödenek ayırmıştır. Ancak, bu meblağın birlik ülkelerinin milli bütçelerinden ayırdıkları kaynakların toplamının çok küçük bir bölümü olduğu ifade edilmektedir. Ülke bazında özel ve kamu kuruluşları ise bu miktarın belki toplam 7-8 katını bulabilecek harcamalar yapmayı planlamaktadırlar (9).

Yunanistan'ın Girit adasında kurulu, 500 doktoralı araştırmacının çalıştığı Heraklion Araştırma Merkezinde nanoteknoloji geliştirme üzerine yoğun araştırmalar yapılmakta ve bu araştırmalara Avrupa Birliği'nden milyonlarca Euro destek verilmektedir (9).

İsrail bu konuda çok hızlı davranarak çok sayıda tanınmış bilim adamını Nanosenter kuruluşlarında toplamıştır. İrlanda nüfus olarak çok küçük bir ülke olmasına rağmen 630 Milyon Euro miktarında bir kaynağı nanoteknolojiye aktarmıştır (9).

ABD hükümeti nanoteknoloji'ye 2000 yılından bu yana 1.5 milyar ABD Dolarının üzerinde yatırım yapmıştır. Nanoteknoloji ile ilgili Araştırma Geliştirme (Ar-Ge) çalışmaları için 2003 yılında 3 milyar ABD Doları harcanması planlanmıştır (9).

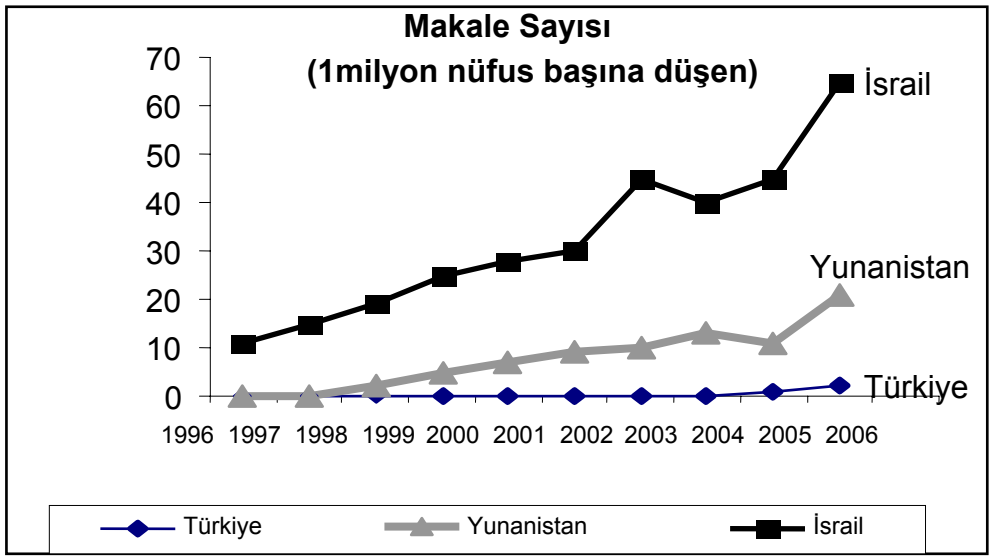
4.5.8.3 Türkiye'de Nanoteknoloji

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) 2005 yılında, Bilkent Üniversitesi'nde ulusal bir nanoteknoloji merkezinin kurulmasına karar vermiştir. İlk etapta 11 milyon YTL kaynak aktarmıştır. DPT, aktarılacak yeni kaynaklarla Ulusal Nanoteknoloji Araştırma Merkezi'ni en

kısa sürede faaliyete geçirip, nanoteknoloji araştırmalarının ivmelenmesini planlamaktadır. (10). 2007 yılında UNAM binası bitirilmesi planlanmaktadır.

Nanoteknoloji araştırmalarının pahalı olması gelişmiş ülkelerde kaynakların bir yerde toplanıp ortak projelerle ulusal kullanıma açılmasına sebep olmuştur. 2006 yılında faaliyete geçen ABD Enerji Bakanlığı'nın desteklediği 5 nanoteknoloji araştırma merkezinin her biri için 100 milyon ABD doları kaynak harcanmıştır. Ülkemizde nanoteknoloji araştırmalarında kullanılan cihazlar hem kalite hem de sayı açısından oldukça yetersizdir. Cihaz altyapısı tamamlanmadan nanoteknoloji araştırmaları her zaman cılız kalacaktır. Son birkaç yıldır, TÜBİTAK ve DPT kaynaklarıyla temin edilen cihazlarda bir artış gözlenmektedir. Ulusal Nanoteknoloji Araştırma Merkezi (UNAM) 'da cihaz altyapısını tamamlama çalışmaları hızla devam etmektedir. Kaynakların durumuna göre 2007 yılı sonuna kadar nanoteknoloji araştırmaları için gerekli ekipmanların temin edilmesi beklenmektedir (10).

Türkiye'de Nanoteknoloji ile çıkan makale sayılarına baktığımızda çok az olduğu görülmektedir. Makale sayılarının Yunanistan'da ve İsrail'de çok fazla olduğu ve İran'ında Nanoteknoloji çalışmaları başlattığı bilinmektedir.(10).



Şekil 4.1: Yıllar İtibariyle İsrail, Yunanistan ve Türkiye'nin Nanoteknoloji İle İlgili Makale Sayısı Dağılımı, 2007

Kaynak: Bayındır, M., Bilim ve Ütopya. Erişim: 05 Mayıs 2007

Türkiye'de Nanoteknoloji Araştırması Yapan Merkezlerden Bazıları:

- Anadolu Üniversitesi İleri Teknolojiler Araştırma Birimi
- Orta Doğu Teknik Üniversitesi Nanoteknoloji ve Nanobiyoteknoloji Araştırma Merkezi
- Bilkent Üniversitesi Bilkent Ulusal Nanoteknoloji Merkezi
- Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Nanoteknoloji Merkezi (7)

Türkiye de Önerilen Nanoteknoloji İle İlgili Bilim-Teknoloji Politikaları ve Hedefler:

1. Yetişmiş eleman açığı öncelikle giderilmelidir. Bugün artık birçok ülkede, üniversitelerde nanobilim ve nanoteknoloji yüksek lisans ve doktora programları bulunmaktadır. Yeni bir konuda uzman sayılarının yeterli kritik kütleye ulaşması için, bu çok önemlidir. Biran önce disiplinlerarası yüksek lisans ve doktora programları oluşturulmalı, bu programlara kayıtlı öğrenciler maddi olarak desteklenmeli, doktora sonrası araştırmalar için destek sağlanmalıdır (11).
2. Üniversitelerin, küçük, orta ve büyük ölçekli sanayinin araştırma alt yapısının oluşturulması, yasal düzenlemelerle geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gerekir.Araştırma merkezleri artırılmalı ve yaygınlaştırılmalı, sanayi tarafından yapılan veya yönlendirilen araştırmalar teşvik edilmeli ve desteklenmelidir.
3. Teknoparkların yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi, nanoteknolojilerin geliştirilmesi için özellikle önemlidir (11).
4. Şu anda Teknoloji Bölgelerindeki şirketlerin AR-GE faaliyetlerinden oluşan kazançlara vergi muafiyeti sağlanmaktadır. Ayrıca TÜBİTAK'ın bir kuruluşu olan TİDEB aracılığıyla AR-GE projelerine %50'ye yakın hibe şeklinde destek verilmekte, TTGV aracılığı ile de bir kaç yıl vadeli AR-GE finansmanı sağlanmaktadır. Bu destekler yabana atılamayacak desteklerdir; ama desteğin kullanılması küçük şirketler için oldukça zahmetlidir ve şirketler harcamalarını en iyimser tahminle 6-9 ay sonra alabilmekte ve önceden parayı kendi kaynaklarından harcamaları gerekmektedir. Bu pratik sorunlar nedeniyle bir çok küçük şirket bu kaynaktan yararlanamamaktadır (11).
5. Nanoteknoloji konusunda atılım yapabilecek şirketleri özendirmek ve güçlendirmek için ABD'deki "Small Enterprise Grant"e benzer şekilde "ürüne dönüşebilecek bir fikrin araştırılması, prototip ya da ilk ürün yapılması, ya da araştırma amaçlı" projelere tamamen hibe olarak destek verilmesi gerekmektedir. ABD'de bu projelere 750,000 ABD Doları'na kadar destek verilmektedir. Kendi imkanlarıyla bu projeleri yapamayacak olan küçük şirketlerden beklenen, bu projelerle yeni fikirleri denemek ve bir süre sonra ürüne dönüştürmektir. Avrupa'da İngiltere, İrlanda, Fransa, Almanya vb. ülkelerde de benzer AR-GE destekleri mevcuttur ve küçük şirketlerin güçlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Ülkemizde bu rakam 250,000 ABD Doları olarak sınırlandırılabilir. Projeler akademisyen ve işadamlarından oluşan hakemler tarafından değerlendirilmeli; şirketler harcama konusunda olabildiğince serbest bırakılmalıdır (11).

4.5.9. e-Sağlık Telebakım ve Tele-tıp

e-Sağlık: Genel olarak, sağlık sektöründe telekomünikasyon (elektronik ortamda uzaktan iletişim) ve enformasyon teknolojilerinin birlikte kullanılmasını anlatır. e-sağlık bileşeni içerisine Tele-bakım ve Tele-tıp girmektedir (5).

4.5.9.1 Türkiye'deki Tele-tıbbın Durumu

Türkiye'de tele tıp henüz sistematik ve yaygın olarak kullanılmamaktadır. Radyoloji görüntülerinin aktarılması başta olmak üzere tele tıp uygulamaları yapmaya başlamış birkaç merkez vardır. Sağlık Bakanlığı e-sağlıkla ilgili çalışmalara başlamış Kasım 2006 Sağlık Bakanlığı" 1. Sağlık Bilişim Kongresi" düzenlemiştir (12).

Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı ile Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğünün ortaklaşa yürüttüğü e-dönüşüm, teletıp ve elektronik reçete sistemi için çalışmalara başlanmıştır. E-dönüşüm Dünya Bankası destekli bir projedir. Bu proje ile ulusal ve uluslar arası sağlık bilişim stadartlarını kullanarak, hastaneler arası veri aktarımı mümkün olacaktır. Veri toplama merkezi oluşturularak elektronik hasta kayıtlarını yada sağlık kayıtları oluşturmak mümkün olacaktır. e-Sağlık eylemleri çerçevesinde, hizmet erişimi güç bölgeler ve/veya uzmanlık eksikliği yaşanan hastaneler arası teleradyoloji ve telepatoloji servislerinin kullanılacağı teletıp sistemini oluşturmak üzere proje geliştirilmiştir. Proje kapsamında gönderici 9 ve alıcı 6 hastane yer almakta olup proje ihalesi gerçekleştirilmiştir. Teletıp Sisteminin 2007 yılı sonunda faaliyete geçmesi planlanmıştır.

4.5.9.2 Türkiye'de e-Sağlık Çalışmaları

Türkiye'de e-Sağlık çalışmaları, 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başladı ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nin 2004 yılı Ağustosunda devreye alınmasıyla ilk somut adım atılmış oldu.

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin tüm fonksiyonlarının, vatandaşların, hastaların sağlığını iyileştirmesinde sağlık hizmetlerine ulaşabilirliğini arttırmak ve sağlık sektöründe yer alan tüm paydaşlara kaliteli,verimli ve etkin hizmetlerin sunumu için kullanılmasıdır. Tele-bakım ve tele-tıp e-sağlığın bileşenleri(komponentleri) dir. e-Sağlık kliniksel, eğitsel ve yönetimsel amaçlarla, elektronik ortamda iletilen, depolanan, işlenen ve yeniden üretilen dijital verilerden yararlanır (12).

Sektörler arası işbirliği ile sağlık bilgi sistemi alt yapısını oluşturmak üzere kamu kuruluşları, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ve özel sektörden temsilcilerin katılımı ile

30 Ocak 2003 tarihinde bir çalışma başlatılmıştır. Çalışmaları yürütmek amacıyla ilgili kuruluşların koordinatörlüğünü üstlendiği 10 çalışma grubu oluşturulmuştur (12).

e-Sağlık eylemlerinin oluşturulmasında aşağıda yer alan Türkiye Bilgi Sistemi çalışma gruplarından yararlanılmıştır (12).

1. Eylem Planı Çalışma Grubu, Koordinatör Kuruluş: Sağlık Bakanlığı
2. Veri Sözlüğü ve Standartlar, Koordinatör Kuruluş: Tıp Bilişimi Derneği
3. Numaraya Dayanan Kişisel Sağlık Tanımlayıcısı, Koordinatör Kuruluş: Sağlık Bakanlığı
4. Sağlık Veri Modeli ve Minimum Sağlık Veri Setleri, Koordinatör Kuruluş: Hacettepe Üniversitesi
5. Kayıtların Gizliliği ve Güvenliğinin Sağlanması, Koordinatör Kuruluş: Türk Tabipleri Birliği
6. Erken Uyarı Sistemleri, Koordinatör Kuruluş: Sağlık Bakanlığı
7. Sağlık Özel Ağı, Koordinatör Kuruluş: Türk Telekom A.Ş.
8. Tele-tıp, Koordinatör Kuruluş: Tübitak
9. Eğitim, Koordinatör Kuruluş: Hacettepe Üniversitesi, ODTÜ
10. Genel İzleme ve Koordinasyon, Koordinatör Kuruluş: DPT

Oluşturulan bu çalışma gruplarının çalışmaları ile: Sağlık hizmeti sunan kurumlarda verilen sağlık hizmeti ile ilgili kayıtlar güvenlik ve mahremiyet ilkeleri gözetilerek elektronik kayıt altına alınacak, hasta sevk zinciri süreçleri ve sağlıkla ilgili olayları izlemede, verilecek yetkiler dahilinde vatandaşlar ve sağlık profesyonellerine sunulabilecektir (12).

Ulusal Sağlık Bilgi Sisteminin sektörler arası işbirliği ile oluşturulması sayesinde sağlıkla ilgili toplanan veriler hızlı bir biçimde bilgiye dönüştürülebilecek ve karar vericilere sağlık hizmet sunumu planlamalarında önemli bir kaynak sağlayacaktır.

Sağlık otomasyon projelerinin gerçekleşmesi oranında elde edilecek veriler (standartları belirlenmiş); sağlık hizmeti sunumu planlamaları, değerlendirme ve denetim faaliyetleri için Yönetim Karar Destek sürecinde büyük ölçüde yol gösterici olacaktır.

Toplumun sağlığı ile ilgili veriler güncel ve kolay erişilebilir olacağı için koruyucu sağlık hizmetleri sunumunda etkinlik artacaktır (12).

Vatandaşların sağlık hizmetlerinde etkin ve kesintisiz bir şekilde yararlanmaları desteklenecektir. Ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık tehditlerine karşı hızlı bir biçimde

önlem alınabilecektir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) ve Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırılabilir düzeyde sağlık verileri elde edilebilecek ve uluslararası kuruluşlarla zamanında ve güncel sağlık veri değişimi mümkün olabilecektir. Sağlık hizmeti sunumu, finansmanı ve tedarikinde yer alan kurumların ulusal bilgi sistemine entegrasyonu sayesinde önemli ölçüde kaynak tasarrufu sağlanacaktır (12).

e-Sağlık uygulamalarına yönelik proje konsorsiyumlarının oluşturulması ve gelişecek uluslararası işbirliği sayesinde ülke düzeyinde bilgi birikimi oluşturulabilecek ve gelecekte ülkemizin uluslararası programlarda lider konumunda yer alabilmesi mümkün olabilecektir (12).

Sağlık Bakanlığı Çalışmaları

Bakanlığımızın Sağlıkta Dönüşüm Programı dahilinde gerçekleştirilmiş ve/veya üzerinde çalışmakta olduğu Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi/e-Sağlık, Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi(ÇKYS), Temel Sağlık İstatistikleri Modülü(TSİM), Hasta Takip Sistemi(HTS) ve Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) projeleri mevcuttur. Sağlık bilgi teknolojilerini geliştirmeye yönelik araştırmalara destek sağlayan bu projeler, sağlık kurumları arasında birlikte çalışılabilirlik ve bilgi alışverişi, ortak elektronik hasta kayıtlarının oluşturulması ve mobil teknolojilerin sağlıkta kullanılmasıyla hizmete erişimin artırılması gibi konulardaki çalışmaları teşvik etmektedir. Yeni teknolojilere dayalı bilgi sistemlerinin etkin kullanımı daha güvenli ve kaliteli hizmetlerin daha düşük maliyetlerle verilmesini sağlayacaktır (12).

4.5.9.3 Dünyada Tele-tıbbın Uygulama Alanları

Tanı ve teşhisin konulmasında zorlanıldığı durumlarda yada Uzaman Hekimin değerlendirme yapması gereken durumlarda hastanın Uzman Hekimin olduğu yere gitmesi yerine; tele tıp kullanılarak, hasta sonuçları gönderilebilmektedir. Bu sayede maliyet ve zamandan tasarruf sağlanılacaktır. Kaynaklar etkili bir şekilde kullanılmış olunacaktır. Örneğin ABD de Teleradyoloji 30 yıldır kullanılmaktadır. Teleradyoloji, X ışınları veya MRI gibi tıbbi görüntülerin radyolojist tarafından yorumlanması için gönderilmesidir. Bu, tele-tıbbın Birleşik Devletler sağlık hizmetlerinde tamamıyla masrafların geri ödemesini alabilen kullanım alanlarından biridir ve ülkede tele-tıbbın en geniş kullanım alanıdır (13).

Hasta sonuçların gönderilmesi dışında günümüzde uzaktan verile komutlar ile robot cerrahların ameliyat yapması (tele cerrahi) yönünde çalışmalar hız kazanmıştır. Sağlık hizmetlerinden tele tıp kullanılarak hizmet içi eğitimler verilme imkanı sağlamaktadır (13).

İncelenen olay az rastlanan bir olaysa veya geniş kapsamlı bir araştırma yapılmak isteniyorsa tele tıp teknolojileri birden fazla merkezdeki kaynakları kullanmayı sağlayacak araçlar sunar. Son yılların en önemli araştırması olan "human genome database" bunun güzel bir örneğidir (13).

Uygulanan tedavinin yakın takip edilmesi gerektiği durumlarda hastayı hastaneden uzak tutarak tedavi maliyetlerinde azalmaya neden olmaktadır. En önemli uygulama alanlarından birisi de bazı hastalıklarda (diyabet, astım gibi) hastanın evden takip edilme (monitorizasyon) olanaklarını sunmasıdır.

Doğal felaket ve büyük kazalarda hastaların değerlendirilmesi, triyaj kararı ve transfer öncesi planlama: Belki de ülkemizin yaşadığı ve yaşayabileceği doğal afetler düşünüldüğünde, tele tıbbın ülkemiz için önemli projelerinden biri olması gerektiğini söyleyebiliriz (13).

Toplum sağlığı, koruyucu hekimlik: Bu amaçla özellikle internette veri tabanları oluşturularak gerek doktorları gerekse toplumu bilgilendirmek mümkün olabilmektedir (13).

4.5.9.4 Tele Tıbbın Geleceği Tıp ve Sağlık Uygulamalarına Yapması Beklenen Etkiler

Tele-tıp, geçtiğimiz yıllarda hızlı bir gelişme göstermiştir. Tele-tıp uygulamaları hakkındaki araştırmaların sayısı da hızla artmaktadır. Bu uygulamaların sağlık sistemini kökünden etkilemesi düşünülmektedir.

Tele tıp ile birlikte zamandan ve maliyetten tasarruf sağlanılmış olunacaktır. Hekimlere bu sayede eğitim verilebilecektir. Bilgilerini devamlı güncelleyebileceklerdir. Hastalara tanı koymada başka illerdeki doktorlar ile iletişime geçebileceklerdir. Hastalar hakkında bilgilerin toplanması ile birlikte bu bilgilere erişim kolay olacaktır. Sağlık harcamaların azaltılmasında önemli ve etkin bir adım olarak düşünülmektedir (14).

Yasal ve düzenleyici bariyerler ile geleneksel tıbbi kuruluşlarda tele-tıbbın kullanımının kabulünü içeren önemli engeller hala durmaktadır. Fakat bu engeller kaybolmaya başlamıştır ve tele-tıbbın hastanın verilerini nasıl iyileştirdiği ve sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürdüğünü gösteren ve gittikçe sayıları artan araştırmalar vardır. Tele-tıp olgunlaşmakta olan bir endüstrinin göstergesi olarak bir geçiş dönemindedir. Tele-tıbba uzun vadede insanların yaklaşımı oldukça iyidir ve bütün göstergeler bunun çok iyi bir pazar olacağını bildirmektedir (14).

Gelecekteki Tele- tıp Uygulamaları;

2005

- Kişinin sağlık hikâyesini içeren, elektronik akıllı kartlar kullanıma girecek. (Almanya)
- Elektronik sağlık kayıtları erişilebilir olacak (Birleşik Krallık); Ve tam anlamıyla işlevsel hâle gelecek. (Almanya)
- Elektronik Hastanın kimliğini online tanımlama sistemleri uygulama alanına girecek; Sağlıkla ilgili hizmetlerin verilmesinde dijital TV'den yararlanılacak. (İrlanda) reçeteler uygulama alanına girecek (Almanya) (5).

2010

- Hastanın uzaktan izlenebilmesini mümkün kılan, ucuz telematik sensörler kullanıma sunulacak. (Almanya)
- Pek çok kişinin sağlık durumlarıyla ilgili uzunlamasına kayıtlar elektronik ortamda tutuluyor ve izlenebiliyor olacak. (Avrupa Birliği/PRISMA Projesi, Institute for Alternative Futures)
- Sağlık mesleğinden olanlara elektronik ortamda, uzaktan sürekli eğitim verilebilecek. (Deloitte and Touche) (5).

2015

- Mikrosistemler için geliştirilen biyoçipler kullanıma sunulacak. (Kanada)
- Ambulanslarla klinikler arasındaki telematik bağlantılarda çip kartlar kullanılabilecek. (Avusturya)
- Enformasyon teknolojileriyle nörofizyolojinin kombinasyonu mümkün olacak (Avusturya) (5).

2020+

- e-Sağlık kanalıyla, insanların sağlıkları evlerinde bütünüyle koruma altına alınabilecek. (Norveç)
- Cerrahide ve âcil durumlarda bilgisayar ekranlarından geniş ölçüde yararlanılabilecek (Birleşik Krallık) (5).

4.6. SONUÇ

Ülkemizde teknolojinin takibi ve yatırımlar son derece önemlidir çünkü başka ülkelerden hazır olarak aldığımız teknolojiler pahalı olmakta ve sağlık harcamalarında önemli bir yer tutmaktadır. Bu durum da sağlık hizmetinin sunulmasında maliyet artışına sebep olmaktadır. Örneğin; 2004 yılı Dış Ticaret Müsteşarlığı verilerine göre tıbbi cihaz ve malzemeleri sektöründe dış ticaret hacmimiz yaklaşık 815 milyon dolar seviyesindedir. Bunun 54 milyon dolarlık kısmı ihracat, 760 milyon doları ise ithalattır. İhracatın ithalatı

karşılama oranı %8 seviyesindedir. Bu ülkemizdeki ihracat ile ithalat arasındaki dengesizliği de çok fazla aşan bir seviyededir (15).

Sağlık Bakanlığının tıbbi cihaz teknolojilerinin eldesin de hastaneler kendileri döner sermayesinden alabilecekleri gibi Sağlık Bakanlığı Genel Bütçesinden yada Strateji Geliştirme Başkanlığının merkezi döner sermayeden aktarması ile elde etmektedir. Türkiye'de tıbbi cihaz üretiminin daha çok yedek parça ve sarf malzemesi şeklinde olmaktadır.

Tıbbi cihaz, tıbbi sarf malzemeleri ve ilaç alımları için üç değişik kaynaktan yapılan harcamaların toplam tutarı, kullanılan muhasebe yapısı itibariyle tam ve net olarak görülememekte, bunların farklı harcama kalemleri altında ayrıntılı olarak kaydedilmemesi izlemeyi güçleştirmektedir. 2002 yılından sonra harcama kalemlerinin ayrıntılı olarak kaydedilmesi ile birlikte, döner sermaye kaynaklarından ilaç, tıbbi malzeme ve tıbbi cihaz alımları için yapılan harcamaların ayrıntılı takibi yapılabilmektedir (16). 2006 yılında, tıbbi cihaz alınımı ve onarımı için döner sermayeden yapılan harcamaların toplam tutarı 1.554 Milyon YTL' dir. 2006 yılında döner sermayeden tıbbi cihaz ve ilaç için yapılan harcamalar, Tablo 4.2'de özetlenmiştir (18).

Tablo 4.2: 2006 Yılında Döner Sermayeden Tıbbi Cihaz ve İlaç İçin Yapılan Harcamalar

HARCAMA TÜRÜ	**Milyon YTL**
İlaç alımları için yapılan harcamaların toplamı	384,14
Tıbbi malzeme alımları için yapılan harcamaların toplamı	1.010,27
Tıbbi cihaz alımları için yapılan harcamaların toplamı	94,75
Tıbbi cihaz onarımları için yapılan harcamaların toplamı	65,43
TOPLAM	**1.554,58**

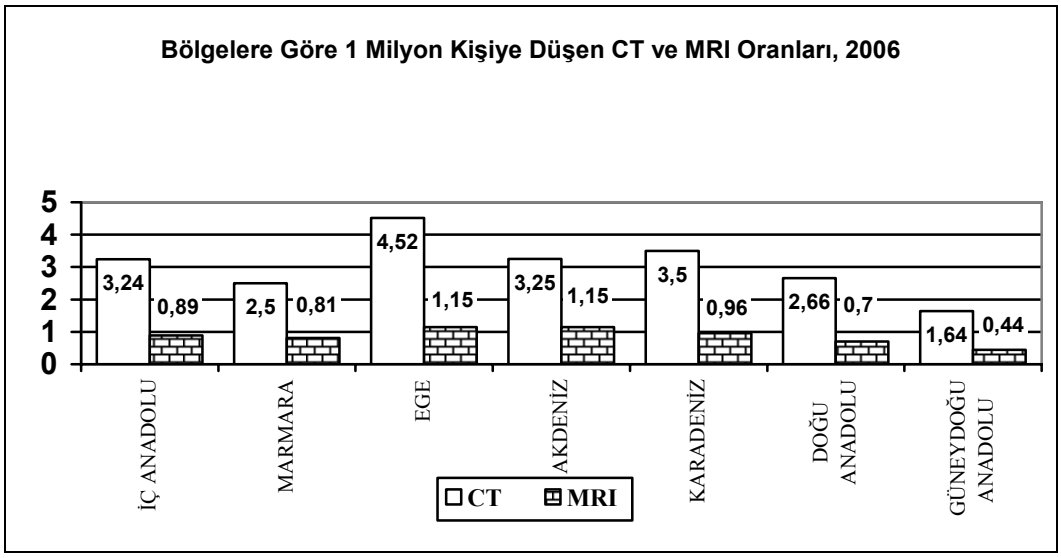
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı verileri, 2007

Türkiye'deki bazı tıbbi cihazların dağılımlarına baktığımızda;

Tablo 4.3: Devlet Hastanelerindeki CT ve MRI Cihazlarının Bölgesel Dağılımı

BÖLGE	Nüfus (Milyon)	CT Sayısı	MRI Sayısı
İç Anadolu	12.308	40	11
Marmara	19.538	49	16
Ege	9.507	43	11
Akdeniz	9.532	31	11
Karadeniz	8.265	29	8
Doğu Anadolu	7.128	19	5
G.D. Anadolu	6.695	11	3
TOPLAM	**72.973**	**222**	**65**

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2006 verileri



Şekil 4.2: Bölgelere Göre Devlet Hastanelerinde 1 milyon Kişiye Düşen CT ve MRI Oranları

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2006 verileri

Devlet hastanelerindeki tıbbi cihaz dağılımına bakıldığında, Ege ve Karadeniz bölgelerinde CT oranı fazla olduğu görülmektedir. MRI oranına baktığımızda ise Ege ve Akdeniz bölgelerinde oran fazladır. Güneydoğu Anadolu bölgesinde ise hem MRI oran hem de CT oranı diğer bölgelere göre oldukça az seviyelerdedir. Bazı bölgelerde fazla miktarda cihazın bulunması karşı bazı bölgelerde daha az oluşu dağılımın eşit şekilde olmadığını göstermektedir.

Türkiye'deki Üniversite Hastaneleri ve Özel Sağlık Kuruluşları da hesaba katılırsa 1 milyon kişiye düşen CT ve MRI oranlarında belirgin yükselme görülür. Türkiye'deki tüm MRI ve CT cihazlarının bölgelere dağılımı Tablo 4.4 ve 4.5'de, sadece devlet hastanalerindeki cihaz sayıları ise Şekil 4.3'de gösterilmiştir. Veriler Tedavi Hizmetleri Genel

Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Daire Başkanlığı Piyasa Gözetimi ve Denetimi Şube Müdürlüğünden alınan 2006 Yılına ait verilerdir.

Tablo 4.4: Bölgelere Göre CT Sayıları

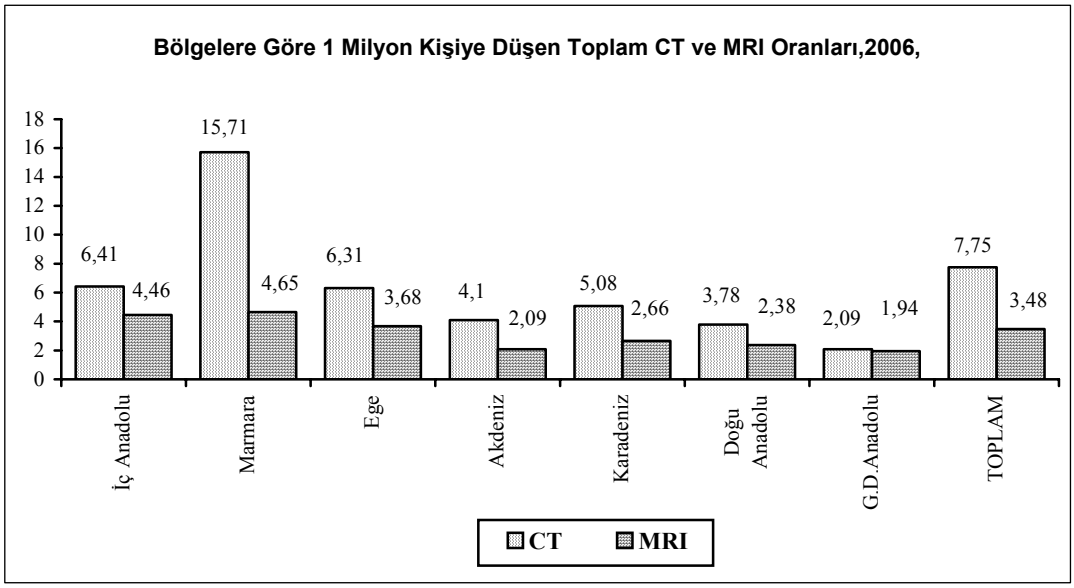
BÖLGE	Nüfus (Milyon)	CT Sayısı			
		Devlet Hastaneleri	Özel Hastaneler	Üniversite Hastaneleri	TOPLAM
İç Anadolu	12.308	40	15	24	79
Marmara	19.538	49	222	36	307
Ege	9.507	43	8	9	60
Akdeniz	9.532	31	4	5	40
Karadeniz	8.265	29	5	7	41
Doğu Anadolu	7.128	19	1	5	25
G.D. Anadolu	6.695	11	3	0	14
TOPLAM	**72.973**	**222**	**258**	**86**	**566**

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2006 verileri

Tablo 4.5: Bölgelere Göre MRI Sayısı

BÖLGE	Nüfus (Milyon)	MRI Sayısı			
		Devlet Hastaneleri	Özel Hastaneler	Üniversite Hastaneleri	TOPLAM
İç Anadolu	12.308	11	30	14	55
Marmara	19.538	16	66	9	91
Ege	9.507	11	18	6	35
Akdeniz	9.532	11	6	4	21
Karadeniz	8.265	8	11	3	22
Doğu Anadolu	7.128	5	8	4	17
G.D. Anadolu	6.695	3	9	1	13
TOPLAM	**72.973**	**65**	**148**	**41**	**254**

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2006 verileri



Şekil 4.3: Bölgelere Göre 1 Milyon Kişiye Düşen CT ve MRI Oranları
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2006 verileri

CT ve MRI cihazlarının bölgelere dağılımını incelediğimiz bu tablo ve grafiklerde görülen ortak özellik, cihaz dağılımında bölgeler arasındaki farklılıklardır. Marmara ve Güney Doğu Anadolu Bölgeleri arasında 1 milyon kişiye düşen cihaz sayısı bakımından büyük farklar görülmektedir.

Özel kuruluşların ve Üniversite Hastanelerinin büyük bir kısmının İç Anadolu ve Marmara Bölgelerinde olması nedeniyle buralardaki cihaz sayısını ve oranını artırmaktadır. Doğu Anadolu ve Güney Doğu Anadolu Bölgelerinde ise CT ve MRI oranları oldukça azdır.

OECD Health Data verilerine göre OECD ülkelerinde 1 milyon kişiye düşen CT ve MRI sayıları Tablo 4.6'da gösterilmiştir (Verilerin çoğu 2004 yılına ait olmakla birlikte bazı ülkelere ait olan veriler önceki birkaç yıla aittir.).

Tablo 4.6: OECD Ülkelerinde Bir Milyon Kişiye Düşen CT ve MRI Oranları

Ülkeler	1 Milyon Kişiye Düşen Cihaz Oranı	
	CT	MRI
Avusturya	28,5	14,9
Belçika	29,8	6,8
Çek Cumhuriyeti	12,6	2,8
Danimarka	14,6	10,2
Finlandiya	14,2	14,0
Fransa	7,5	3,2
Almanya	15,4	6,6
Yunanistan	17,1	2,3
Macaristan	6,8	2,6
İzlanda	1,71	17,1
İtalya	20,6	10,2
Lüksemburg	28,8	11,1
Polonya	6,3	1,0
Portekiz	12,8	3,9
Slovakya	8,7	2,0
İspanya	13,3	7,7
İsveç	14,2	7,9
İsviçre	17,9	14,3
Türkiye	**7,3**	**3,0**
İngiltere	7,0	5,0

Kaynak : OECD Health Data, 2006

2004 yılı verilerine göre; 11 OECD ülkesinin MRI oranın ortalaması 9,1 çıkmaktadır. Türkiye'nin MRI ortalaması ise 3,0 dır. Türkiye'deki MRI oranı OECD ülkelerinin çok altında bir orana sahiptir.

2003 yılı için bir milyon kişiye düşen CT oranlarına baktığımızda ise; 18 OECD ülkesinin ortalaması 15,11 çıkmaktadır. Türkiye'nin CT oranı ise 7,3 dür. Yine MRI' da olduğu gibi OECD ülkelerinin ortalamasının çok altındadır.

Avrupa'da Gayri Safi Milli Hasıla'nın (GSMH) %8.6'sı genel anlamda sağlığa harcanmaktadır. Bu rakamın %6.4'ü tıbbi teknolojiye aittir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise sağlığa toplam GSMH içinde ayrılan pay %13.9'dur ve bu rakamın %5.1'i tıbbi teknolojiye harcanmaktadır. Buradan da görüldüğü gibi tıbbi teknoloji yatırımlarına büyük paralar aktarılmakta ve getirisi de bir o kadar fazla olmaktadır (20).

Tıp teknolojisindeki gelişmeler son yıllarda koruyucu ve tedavi edici hekimlikte, toplum ve birey sağlığının ele alınış anlayışını köklü bir biçimde değiştirmiştir. Teknolojideki gelişmeler, yeni cihaz ve aletlerin ortaya çıkmasına yol açmış, tek kullanımlık sarf malzemelerinin çeşitliliği ile birlikte kurum ve bireylere ciddi bir mali yük getirmiştir. Toplum sağlığının korunması ve bireylerin tedavisi belli bir maliyete neden olmaktadır.

Ülkemizde üretimin yeterli düzeyde olmayışı ve bu anlamda dışa bağımlılık, anlamlı bir dış alım maliyetine yol açmaktadır. Ülkemizde tıp teknolojisinde teorik alt yapı dışında araştırma-geliştirme konusunda yeterli eğitim görmüş ve sektörün itici güçleri arasında olan mühendislik ve temel bilimlerde yetişmiş elemanlar ve bu eğitimlerin yüksek nitelikte sağlandığı üniversiteler bulunmaktadır. Tıbbi alet ve malzemeler konusunda küçük ölçekli de olsa bazı kalemlerde yerli üretim söz konusudur (4).

Sonuçta belirtilen konularda her boyutta maddi destek ve gerekli yasal düzenlemelerin yapılması, ulusal tıp teknolojisi sanayisinin gelişmesine ve uluslararası düzeyde etkin bir seviyeye ulaşmasına olanak sağlayacaktır. Bu anlamda Sağlık Bakanlığının kuracağı "İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu" son derece önemli bir yere sahip olup, tıbbi cihazda ulusal bir politikanın oluşmasına katkısı büyük olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Durgut M., Göker A., Aykut M.,Üçer A., 2001 Türkiye için Teknoloji Öngörü Çalışması Model Önerisi 2001 Raporu,
2. Biyomedikal Kalibrasyon ve Araştırma Merkezi. Erişim: 05 Mayıs 2007, www.biyokam.gazi.edu.tr,
3. TÜBITAK, Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu Teknoloji Öngörüsü ve Ülke Örnekleri Çalışma Raporu, 2001
4. Göker A., 2020 Yılında Tıbbi Teknoloji Raporu, Mayıs 2001,
5. Göker A, Bilim ve Teknoloji Sağlık için Ne Vaat Ediyor? Gelecek Öngörüleri ve Ulusal Politikalar, XI. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı 27 Kasım 2005, Ankara Raporu
6. Nanoteknoloji, Erişim: 05 Mayıs 2007, http://www.soylenasil.com/bilim/nonoteknoloji.
7. Bozkaya Y., Anadolu Üniversitesi İleri Teknolojiler Anabilim Dalı Nanoteknoloji Bilim Dalı, Erişim: 05 Mayıs 2007, http://www.anadolu.edu.tr/itab/pdf/nylp.pdf,
8. http://nano.bilkent.edu.tr/guncel/Nanobiyoteknoloji.pdf, Erişim:05 Mayıs 2007,
9. Bilim ve Teknoloji Stratejileri, 2003 ,TÜBİTAK Vizyon 2023 projesi
10. Bayındır, M., Bilim ve Ütopya. Erişim: 05 Mayıs 2007, www.nano.org.tr ,
11. http://www.nano.org.tr/docs/Türkiye2de nanoteknoloji.pdf. Erişim:05 Mayıs 2007,
12. Nisan 2006 Sağlık Bakanlığı e- Dönüşüm Dergisi s. 6-32
13. Teletıbbın kullanımı, Erişim:05 Mayıs 2007,http://halilaktas0.tripod.com//odev/dunya.htm.
14. Güngör Z, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı http://www.thb.hacettepe.edu.tr/2001/20011.shtml,
15. Ulusal Tıbbi Cihazlar İmalatı Sanayi Kongresi Raporu I, Türkiye Makine ve Mühendisler Odası, 2005
16. Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi hakkında Performans Denetimi Raporu,Sayıştay Genel Kurulu , 2005
17. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2006
18. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı verileri , 2006
19. OECD Health Data, 2006
20. Dünya ve Avrupa da Tıbbı Malzeme Sektörü Raporu, İzmir Ticaret Odası

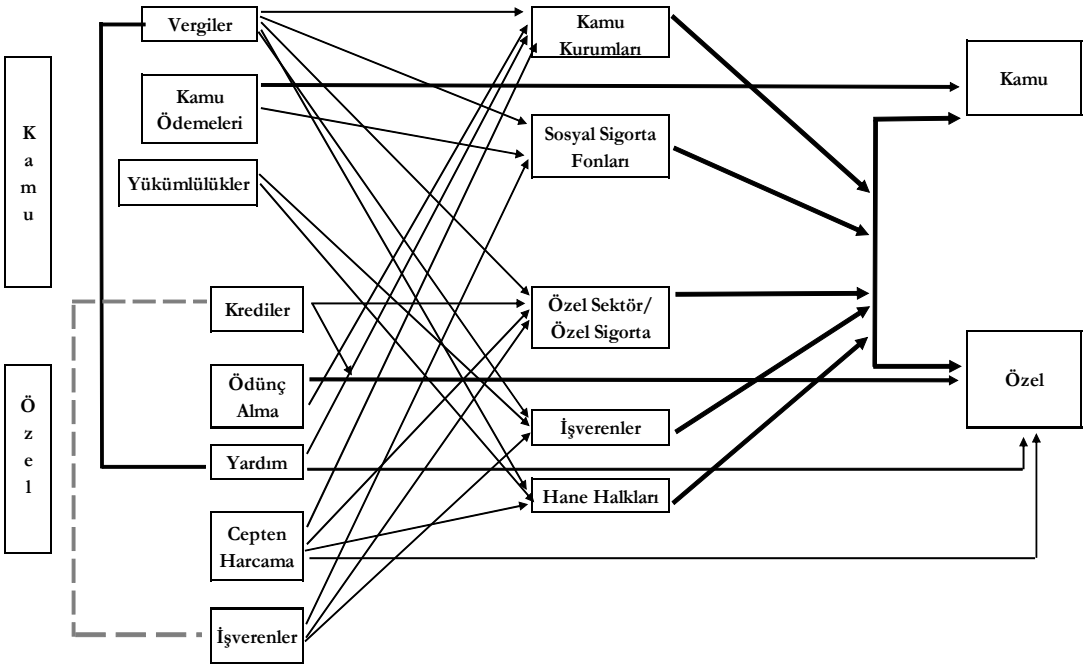
BÖLÜM 5
SAĞLIK SEKTÖRÜ FİNANSMANI

Dr.Hüseyin ÖZBAY, Dr.Hasan Gökhun ÖNCÜL, Uzm.Dr.Mecit GÖKÇİMEN, Hakan OĞUZ ARI, Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU

5.1. SAĞLIK HİZMETİ FİNANSMANI

5.1.1. Sağlık Harcamaları

Türkiye de Sağlık Sistemi finansmanı karma bir yapıya sahiptir (Şekil 5.1). Bu karma yapı sistemin etkin işleyişini güçleştiren önemli etkenlerden biridir. Bu karmaşık yapı içinde sağlık için yapılan harcamalar temel olarak kamu sektörü ve özel sektör kaynakları tarafından karşılanmaktadır. Kamu sektörü sağlık harcamaları içinde merkezi devlet ve yerel yönetim ile sosyal güvenlik fonları tarafından yapılan harcamalar yer almaktadır. Özel sektör harcamaları çoğunlukla hane halklarının ceplerinden yaptıkları ödemeler, firmaların personel için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane halklarına hizmet eden kar amacı olmayan kuruluşların harcamalarından oluşmaktadır.



Şekil 5.1: Türkiye Sağlık Sistemi Finansal Akış Şeması

Kaynak: OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, SB RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004 .

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur (BK) ve Emekli Sandığı (ES) primlerle finanse edilirken, yeşil kart ile aktif memurların sağlık harcamaları bütçeden finanse edilmektedir. SSK, BK ve ES esasta primlerle finansmana dayalı iken, son yıllarda açıkları yüzünden bütçeden de sübvanse edilir duruma gelmişlerdir. Tablo 5.1'de Sosyal Güvenlik Kurumlarına yapılan bütçe transferleri görülmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumlarına 2000 yılında yapılan transferlerin genel bütçe içindeki oranı yaklaşık %7 iken bu oran 2006 yılında yaklaşık %13'e çıkarak, 2 kat artmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumlarına yapılan bu transferler sadece sağlık için olmayıp ilgili kurumun tüm giderlerindeki bütçe açıkları içindir.

Tablo 5.1: Yıllara Göre Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri, 1999-2006, Türkiye (Bin YTL)

YILLAR	*SSK*	*BAĞ - KUR*	*EMEKLİ SANDIĞI*	*TOPLAM*	*BÜTÇE HARCAMALARI İÇİNDEKİ ORANI(%)*	*GSMH İÇİNDEKİ ORANI(%)*
1999	1.111.000	796.145	1.035.000	2.942.145	10,5	3,8
2000	400.000	1.051.460	1.775.000	3.226.460	6,9	2,6
2001	1.108.000	1.740.000	2.675.000	5.523.000	6,9	3,1
2002	2.386.000	2.622.000	4.676.000	9.684.000	8,4	3,5
2003	4.808.617	4.930.000	6.145.000	15.883.617	11,3	4,5
2004	5.757.000	5.273.000	7.800.000	18.830.000	12,4	4,4
2005	7.507.267	6.926.000	8.889.300	23.322.567	14,7	4,8
2006	8.257.000	4.330.000	10.035.000	22.622.000	12,9	4,0

Kaynak: Sosyal Güvenlik Raporu, SB, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007.

Hem hizmet sunucusu hem de finansman kurumu olan Sağlık Bakanlığı ve SSK, yapılan çeşitli düzenlemelerle bu fonksiyonlardan sadece bir tanesini yerine getirmek üzere yapısal değişimler geçirmişlerdir. Yeşil Kartlı kişilerin sağlık harcamaları Sağlık Bakanlığına aktarılan kaynaklarla, aynı zamanda da bir hizmet sunucusu olan Sağlık Bakanlığınca ödenmekte iken Genel Sağlık Sigortası ile yapılan düzenlemelerle Yeşil Karta ait finansmanın 2008 yılından itibaren Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmesine karar verilmiştir. SSK'da 2005 yılına kadar hem finansman kurumu hem de hizmet sunucusu rolünde iken, 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına

Devredilmesine Dair" kanunla kendisine bağlı sağlık kurumlarını Sağlık Bakanlığına devrederek sadece finansman kurumu kimliğine kavuşmuştur.

5.1.1.1 Sağlık Finansmanı Çalışmaları ve Ulusal Sağlık Hesapları

Sağlık politikası kararlarına rehberlik edebilmesi için sağlık finansman yapısının bilimsel olarak analizine olan ihtiyacı gören Türkiye, Ulusal Sağlık Hesaplarını geliştirmeye karar vermiştir. Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanının parçalanmış yapısı, sağlık hizmetlerinin reform ve gözden geçirme çalışmalarının önündeki en önemli engellerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu yapıya, kaynaklara, fonların akışına ve bu fonların birbirleriyle rekabet eden sağlık ihtiyaçları ve hizmetleri arasında dağıtımına yönelik bilgiler, sağlık hizmetleri sistemini yeniden gözden geçirmeyi amaçlayan Türkiye'de en çok ihtiyaç duyulan bilgiler olarak karşımıza çıkmaktadır (1).

Ülkelerin sağlık harcamalarının tanımlanması ve ölçümü son yıllarda politika belirleyicilerinin önemle üzerinde durdukları bir konu olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık sektöründe, diğer sektörlerde de olduğu gibi ulusal amaçları gerçekleştirmek için gerekli kaynaklar oldukça sınırlıdır. Bu nedenle sağlık sektöründeki politika belirleyiciler ve planlamacıların amaçlarını gerçekleştirmede etkin rol oynayabilmeleri için mevcut kaynakların miktarını ve sınırlılıklarını bilmeleri gerekmektedir. Bu yaklaşım benimsendiği takdirde sağlık sektöründe karar verme konumunda bulunan kişi ve grupların kaynakların sektör içindeki miktarı ve dağılımı, bu kaynakların akış yönü ile şekli ve geçmişte gözlenen hareketleri ile gelecekte beklenen hareketleri konusunda doğru bilgiye ihtiyaçları olacaktır. Sağlık harcamalarının tahminine yönelik çalışmaların temel amacı bu türde bilgiyi sağlamaktır (1).

Gelişmekte olan ülkelerin bir çoğunda ulusal sağlık harcamalarının tahmin edilmesi süreci yeni gelişme ya da başlangıç aşamasındadır. Gerek tarihsel gelişim gerekse de tahminleri yapmada karşılaşılan güçlükler bu ülkelerin bir çoğunun hem geriye dönük hem de mevcut Ulusal Sağlık Hesaplarını çıkarmaya yönelik çabalarını engellemiştir. Geleneksel olarak bu ülkelerde sağlık yöneticisi ve planlamacılarının ulaşabildiği ya da kullanabildiği veriler genel bütçe kaynaklarından gelmektedir (1).

Tarihsel gelişim süreci içinde bakıldığında geleneksel olarak devletler II. Dünya savaşından sonra sağlıkla ilgili kamu sorumluluğunu üstlendiklerinde ilk olarak sadece hizmetlerin sunumunu kabullendikleri görülmektedir. Bu nedenle de başlangıçta kamu sektörü dışında faaliyet gösteren kurumların çalışmaları göz ardı edilmiştir. Ancak kamunun,

artan sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli kaynağa sahip olmadığı fark edildiğinde, sağlık hizmeti sunum ve finansmanında alternatif yolların araştırılmasına başlanmıştır. Son yıllarda benimsenen yaklaşım, sağlık sistemi içinde hem kamu hem de özel sektörü kapsayan daha geniş açılı bir bakış açısının benimsemesi olmuştur. Bu bakış açısının en temel gereği ise tüm sağlık sistemini içeren ayrıntılı bir bilgiye sahip olmaktır. Tüm bunlara ilave olarak fayda ve maliyetlerin dağılımı ve eşitlik konusunun gündeme geldiği durumlarda hizmetleri talep eden ve kullananları da kapsayan verilere ihtiyaç vardır. Bu türde bilgilerin ise bütçeden çıkarılabilmesi mümkün değildir (1).

Ulusal Sağlık Hesapları terimi bu hesapların sadece sağlık sektörüne özgü olduğunu vurgulamak amacıyla ortaya atılmıştır. Sağlık sektörünün finansmanı konusunda ayrıntılı bilgi sağlayan bu hesaplar, sağlık sektöründe yönetim kapasitesini geliştirmede ve daha etkili bir yönetimi gerçekleştirebilmede kullanılabilecek bir araçtır. Bu hesaplar en genel bakış açısıyla bir ülkenin sağlık sektöründe hem kamu hem de özel harcamaların akışını tanımlar. Bu çerçevede sağlık sistemi içinde harcama kaynakları, bunların nerelerde kullanıldığı ve hangi yöne gittiğini sistematik olarak analiz edilebilir. Yaklaşım, tanımlanmış bir dönem içerisinde bir ülkenin sağlık hizmetleri ve ilgili diğer hizmetlere yapılan harcamaları analiz etmek için geliştirilmiş ve bir çok ülkenin sağlık sisteminde uygulama alanı bulmuştur (1).

Ulusal Sağlık Hesapları, en basit şekliyle sağlık harcamalarının kaynaklarını ve kullanımını gösterir ve matriks tablolardan yararlanarak ilgili bağlantıları kurar. Bu hesapların geliştirildiği ülkelerde yeni sektörel strateji ve gelişmeler, kaynakların dağılım şekli ve öncelik belirleme kriterleri bilimsel ve objektif verilere dayanılarak gerçekleştirilebilir. Ulusal Sağlık Hesapları genel olarak hem kamu hem de özel sağlık sektöründe yapılan harcamaların akışını tanımlar. Belirli bir dönem içinde sağlık sisteminde kaynak akışını tanımlamak için tasarlanan Ulusal Sağlık Hesapları sağlık yöneticilerine, ülkelerinin sağlık sektörünün nasıl işlediğini anlamalarına yardımcı olacak verileri sağlar. Temel amaç, harcamaların toplam hacmini ölçmek ve bu harcamaların sağlık sisteminin farklı birimleri arasında kaynak akışını sağlık yöneticilerinin kolaylıkla analiz edebileceği sistematikte sunmaktır. Sağlık sektöründe kullanılan tüm fonların kaynaklarını, kullanımını ve kanallarını tanımlayan. Ulusal Sağlık Hesaplarının geliştirilmesinde üç temel amaçtan söz edilebilir (1):

- Yapılan harcamaları kaynaklarına ve kullanım yerlerine göre belirlemek
- Sağlık harcamalarının makro ekonomi içindeki rolünü ortaya koymak

- Ülkeler arasında farklılıkları açıklamaya yardımcı olabilecek karşılaştırmalar yapmak.

Ulusal Sağlık Hesapları sadece mevcut durumu tanımlayan dokumanlar olmayıp sağlık sektörünün yönetim kapasitesini geliştirmede kullanılan çok önemli bir araçtır. Bu hesaplar aracılığıyla yeni sektörel stratejilerin belirlenmesi ve izlenmesi ve yapılan müdahalelerin etkisinin değerlendirilmesi mümkün olabilir. Ayrıca, sektör içinde kaynakların dağılımını değerlendirmeye temel teşkil edebileceği gibi maliyet etkililik analizleri ve öncelik belirleme yöntemlerinin planlanması ve uygulanmasında da rehberlik eder. Yeterli bir şekilde detaylandırılabildikleri takdirde hane halkları ve kurumlar arasındaki kaynak akışını da ortaya koyabilir. Özellikle özel sağlık harcamalarının sağlık harcamaları içinde çok önemli bir yer tuttuğu ülkelerde bu tür harcamaların belirlenebilmesi sektörün gerçek büyüklüğünün ve önceliklerinin belirlenmesinde önemli girdiler sağlar (1).

Ulusal Sağlık Hesapları belirli bir dönem için yapılan harcamalar üzerinde odaklaşır. Bu çerçevede sağlık amacı ile örtüşen tüm harcama ve faaliyetler ekonomik amaçlarına bakılmaksızın Ulusal Sağlık Hesapları içinde yer alır. Örneğin cezaevlerinde mahkumlara verilen rutin sağlık hizmetleri Ulusal Sağlık Hesapları içinde sağlık harcaması olarak kabul edilir. Sağlık harcamalarının sınırlarını belirlemek bir başka ifade ile neyin sağlık harcaması sayılıp neyin sayılmayacağını belirlemek Ulusal Sağlık Hesapları literatürünün önemli tartışma alanlarından birini oluşturmaktadır. Genel olarak sağlığı geliştirme ya da koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, esenlendirme, bakım, beslenme acil programları için yapılan harcamalar sağlık harcaması olarak kabul edilmektedir (1).

Ulusal Sağlık Hesaplarında temel vurgu, kimin ne için ne kadar ödeme yaptığını entegre bir biçimde ortaya koymaktır. Bu çerçevede Ulusal Sağlık Hesapları için tanımlanan üç temel gruptan söz edilebilir (1).

- Nihai finansman kaynağı olan kurumlar
- Kaynakları nihai finansman kurumlarından hizmet sunucularına aktaran kurumlar
- Hizmet sunucuları.

Ulusal Sağlık Hesapları içinde başvurulan finansman kaynakları ise 6 temel gruba ayrılmaktadır(1):

- Kamu sektörü- Bakanlıklar ve diğer idari birimler
- Kamu sektörü- Diğer devlet birimleri

- Özel sektör- Firmalar ve işletmeler
- Özel Sektör- Hükümet dışı örgütler
- Hanehalkları
- Yabancı sektör

Ulusal Sağlık Hesaplarının çıkış noktası Ulusal Gelir Hesapları ile büyük benzerlik göstermektedir. Temel çıkış noktaları aynı olmasına karşın sağladıkları ve ihtiyaç duydukları veriler itibariyle farklılıkları bulunan bu iki yaklaşım aşağıda özetle ele alınmıştır (1).

Genel çerçeve olarak Ulusal Gelir Hesapları ile Ulusal Sağlık Hesapları birbirine çok benzemektedir. Ulusal Gelir Hesapları, Ulusal Sağlık Hesaplarının sadece sağlık sektörü için sağlamaya çalıştığı bilgileri tüm ekonomi için sağlamaktadır. Ulusal Gelir Hesapları bir ekonomideki çıktı, harcama, gelirin boyutlarını tanımlamaya ve bunları sistematik bir biçimde birbiri ile ilişkilendirmeye çalışır. Buradaki temel amaç ise kamu politikalarının belirlenmesi sürecine yardımcı olmaktır (1).

Ulusal Gelir Hesapları için geliştirilen kavram ve yöntemlerin bir çoğu Ulusal Sağlık Hesapları için de geçerli olup doğrudan uyarlanmıştır. Bu ilkeler arasında ödemeler ya da transferlerin çift sayıma tabi tutulmaması ve sermaye harcamaları ile cari harcamaların birbirinden ayrılması örnek olarak gösterilebilir. Ulusal Sağlık Harcamaları tahminlerinin ulusal gelir ve üretim hesapları ile benzerliklere sahip olması genel makro ekonomik analizlerin tutarlılığı için de çok önemlidir. Sağlık sektörü için kullanılan kaynakların ekonominin bir başka sektörü için de kullanılması mümkün değildir. Ulusal Sağlık Hesaplarının temel amaçlarından birisi sağlık harcamalarını toplam kaynaklarla ilişkilendirilerek sayısallaştırmak olduğu için her iki tarafın da birbiri ile tutarlı olması gerekmektedir (1).

Ulusal Gelir Hesapları ile Ulusal Sağlık Hesapları arasındaki birçok benzerlik, bazı yazarların sağlık harcamalarına ilişkin bilgilerin Ulusal Gelir Hesapları aracılığı ile tahmin edilebileceğini düşünmelerine neden olmuştur. Ancak sağlık sektörünün kendine özgü bazı özellikleri bu yaklaşımın doğru olmadığını ve sağlık sektörüne özgü bir yöntemin geliştirilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ulusal Gelir Hesaplarının sağlık harcamalarını tahmin etmede tek başına yeterli olamamasının nedenleri aşağıda kısaca özetlenmektedir (1).

Ulusal Gelir Hesaplarında kullanılan ekonomik sınıflamalar sağlık sektörünün analizi için yeterli olmayabilir. Ulusal Gelir Hesaplarının temel ilkesi benzer faaliyetlerin aynı ekonomik sınıflama altında toplanmasıdır. Bu sınıflama içinde temel olarak kamu, üretim sektörleri, hane halkları, sermaye birikimi yer alır. Bu yaklaşım ile temel kategoriler arasındaki ekonomik değişimin ortaya çıkarılabileceği ve bunun yeterli olabileceği varsayılmaktadır. Ancak Ulusal Sağlık Hesapları, yapılan faaliyetlerin ekonomik doğasından çok amacı ile de yani sağlığın geliştirilmesi ile de yakından ilgilidir. Sağlık hizmetleri, yukarıda adı geçen sınıflamaların tümüne girebilen kendine özgü faaliyetlere sahiptir. Ulusal Gelir Hesapları genel olarak üretim faaliyetlerinin analizine yardımcı olabilmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu nedenle sistem içinde yer alan sınıflamalar ve ortaya çıkan yöntemler her zaman sağlık gibi hizmet odaklı sektörlerin analizi için de uygun değildir (1).

Sağlık harcamalarının ve sektörünün hangi tanımı kullanılırsa kullanılsın Ulusal Gelir Hesaplarının temel kavramları ve sınıflamaları harcamaları ortaya koymada yardımcı olamamaktadır. Bu hesaplar temel olarak ekonomik büyümenin analizi için geliştirildiği ve bu nedenle de üretim faaliyetleri ve üretilen mal miktarı üzerinde odaklandığı için genellikle "hizmetler" den oluşan sağlık sektörü faaliyetlerini analiz edebilmede yeterli olamamaktadır. Örneğin Ulusal Gelir Hesapları devlet harcamalarını kurumsal sınıflamalara dayalı olarak yapmaktadır. Bir birimin yaptığı tüm harcamalar o birimin fonksiyonları altında toplanmaktadır. Örneğin ordu için verilen tıbbi hizmetler ulusal güvenlik altında, okullarda verilen tüm tıbbi hizmetler eğitim altında yer almaktadır. Benzer şekilde örneğin hastane hizmetleri de yatan ve ayaktan tedavi olarak ayrıştırılmamaktadır ve detaylı bir sektörel analiz için bu ayırıma muhakkak ihtiyaç vardır (1).

Ulusal Sağlık Hesapları konusunda en eski veriler 1964 yılından günümüze kadar Amerika Birleşik Devletleri tarafından toplanmaktadır. Oldukça karmaşık bir sağlık sistemine sahip olan ABD'nin 40 yılı aşan deneyimleri özellikle gelişmekte olan ülkelere rehberlik edecek önemli veriler sağlamaktadır. Ulusal Sağlık Hesapları konusunda önemli bir başvuru noktası OECD ülkelerini kapsayan çalışmalardır. Sağlık Hesapları Sistemi bölümü altında kısaca özetlenen OECD yöntemi bugün hem gelişmiş hem de gelişmekte olan bir çok ülkede uygulama alanı bulmaktadır (1).

Gelişmekte olan ülkelerde Ulusal Sağlık Hesaplarının geliştirilmesine yönelik çalışmalar nispeten yenidir. 1970'lerin sonları ile 1980'lerin başlarına kadar bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı minimum düzeydeyken 1980'lerde ortaya çıkan ekonomik kriz bu ülkelerde hem ulusal hem de uluslararası düzeyde kaynak sınırlılıkları ve bu sınırlı

kaynakların kullanımı konusunda yeni çalışmaların yapılması gereğini doğurmuştur. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarına yönelik ilk sistematik çalışma 1960'ların sonunda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılmıştır. Bu dönemden sonra DSÖ'nün öncülüğünde gelişmekte olan ülkelerin sağlık harcamalarına yönelik çalışmalar 1993'de yayınlanan World Development Report ile başlamıştır. Dünya Bankası ve diğer uluslar arası kuruluşların bu alana ilgisinin artması ile birlikte Ulusal Sağlık Hesapları gelişmekte olan ülkelerde de gündeme gelmiştir. Latin Amerika ülkeleri, Mısır, Sri Lanka, Polonya gibi ülkelerde Ulusal Sağlık Hesapları geliştirilmiş ve sağlık harcamalarının detaylı analizi yapılmıştır (1).

Sağlık hizmetlerinin OECD ülkelerinin ekonomilerinde önemli endüstrilerden biri haline gelmesi kaynakların nasıl kullanıldığı, kaynak kullanımında eşitlik, verimlilik ve etkililiğin nasıl geliştirilebileceği konusunda verilere ve sistematik analize gereksinim duyurmuştur. Bu nedenle OECD'de geliştirilen Sağlık Hesapları Sistemi ile bu ülkelerde sağlık harcamalarının sistematik analizi yapılmaya başlanmıştır. Bu bölümde Türkiye'de de Ulusal Sağlık Hesapları projesinin temel dayanağını oluşturacak Sağlık Hesapları Sistemi hakkında özet bilgi sunulacaktır (1).

Sağlık Hesapları Sistemi, sağlık harcamaları ve finansmanını birbirleri ile ilişkili tablolar aracılığı ile analiz etme ve raporlamaya olanak sağlayan bir çerçeve sunmaktadır. Sağlık Hesapları Sistemi temel olarak aşağıdaki üç sorunun cevabını bularak karar vericilere yardımcı olmayı amaçlamaktadır (1).

- Para nereden gelmektedir? (Finansman kaynağı)
- Para nereye gitmektedir? (Sağlık hizmeti sunucuları)
- Ne tür mal ve hizmetler verilmektedir ve ne tür mal ve hizmetler satın alınmaktadır?

Sağlık Hesapları Sisteminde, Ulusal Sağlık Hesapları Uluslararası Sağlık Hesapları Sınıflamasına (International Classification for Health Accounts) göre analiz edilmektedir. Bu sınıflama temel olarak üç kategoriyi içermektedir:

- Fonksiyonlara göre sağlık hizmetleri
- Hizmet sunucularına göre sağlık hizmetleri
- Finansman kaynaklarına göre sağlık hizmetleri

OECD'nin Sağlık Hesapları Sisteminin temel amaçları aşağıdaki şekilde özetlenebilir.

- Standart tablolar aracılığı ile uluslar arası karşılaştırmaların yapılabileceği sağlık hesaplarını oluşturmak
- Sağlık hizmetlerinin uluslar arası olarak da kabul edilmiş sınırlarını ve buna dayanarak temel kategorilerini belirlemek
- Temel sağlık hizmeti fonksiyonlarını sağlıkla ilgili fonksiyonlardan ayırt etmek ve çeşitli alanlardaki ekonomik ve sosyal politikalarla da ilgili olarak sağlığın sektörler arası olma özelliğini vurgulamak
- Sağlık hizmetlerinde finansmanın akışını analiz edebilecek tablolar oluşturmak
- Zaman içinde sağlık hizmetleri ile ilgili olarak birbirleri ile tutarlı raporlamaya yardımcı olacak bir çerçeve sunmak
- Ulusal Gelir Hesapları ile tutarlı olarak ekonomik bakış açısı ile sağlık hizmetlerinin analizinde kullanılabilecek bir çerçeve oluşturmak.

Türkiye'de sağlık harcamalarının sistematik analizine yönelik çalışmalar 1990'lı yıllarda başlamış ve Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü tarafından hazırlanan sağlık harcamaları raporları ile kamu ve özel sektörde sağlık hizmetlerinin boyutları ve eldeki verilere göre dağılımı hazırlanmıştır. Bu raporlar daha çok kamuda mevcut verilerin analizi şeklinde gerçekleşmiş ve yapıldıkları dönem için önemli bir veri kaynağı olmuşlardır. Ancak bu raporlar kapsamlı olmayıp, kamu ve özel sağlık harcamalarını Türkiye'yi temsil edecek bir şekilde detaylı çalışmalar yapılamamıştır (1).

1990'lı yılların başından bu yana sağlık sektöründe çeşitli alanlarda reform yapmaya çalışan Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansman reformu için öncelikle mevcut durumu ülke düzeyinde ortaya koyacak, detaylı, uluslararası kabul görmüş yöntemlere dayalı bir analiz ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğünün sorumluluğunda Türkiye'de Ulusal Sağlık Hesaplarının geliştirilmesine karar vermiş ve Harvard Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu ile Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu ortaklığıyla oluşturulan Türkiye sağlık harcamaları konusunda deneyimli bir uzman ekibe Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları çalışmasını yaptırmıştır (1).

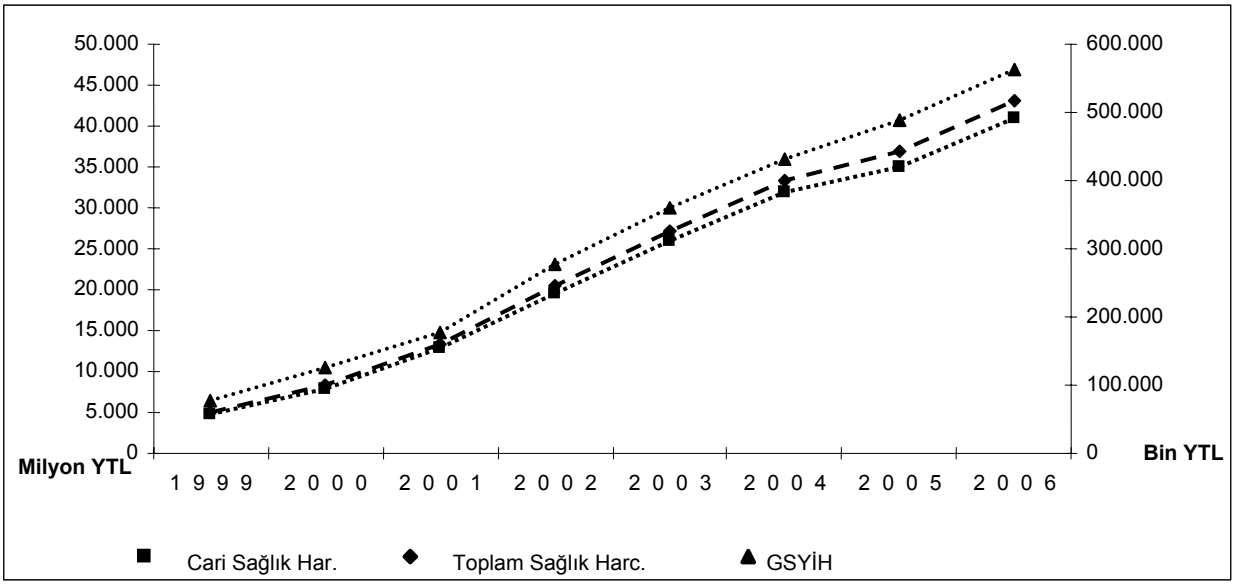
Bu çalışma, beklenen sonuçları itibariyle Türk sağlık sektöründe yeni bir dönemin açılmasına neden olmuştur. Ülke içinde Ulusal Sağlık Hesapları kapasitesinin geliştirilmesi bu girişimin sürekliliğini sağlamada çok önemli bir adım atılmıştır. Ayrıca çalışmada

planlanan hanehalkı araştırması özel sektör harcamalarının önemli bir ayağının boyutlarını ortaya koymak açısından son derece önemli olmuştur. Çalışma sağlık politikasını belirleyenlere ve planlamacılara bilimsel temellere dayanan kararlar almalarında yardımcı olmayı amaçlamıştır (1).

Takip eden yıllarda USH yine OECD standartlarında SHS'ye göre Türkiye İstatistik Kurumu ve Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (HMM) işbirliğinde oluşturulmaya devam edilmektedir (1).

5.1.1.2 Toplam Sağlık Harcaması

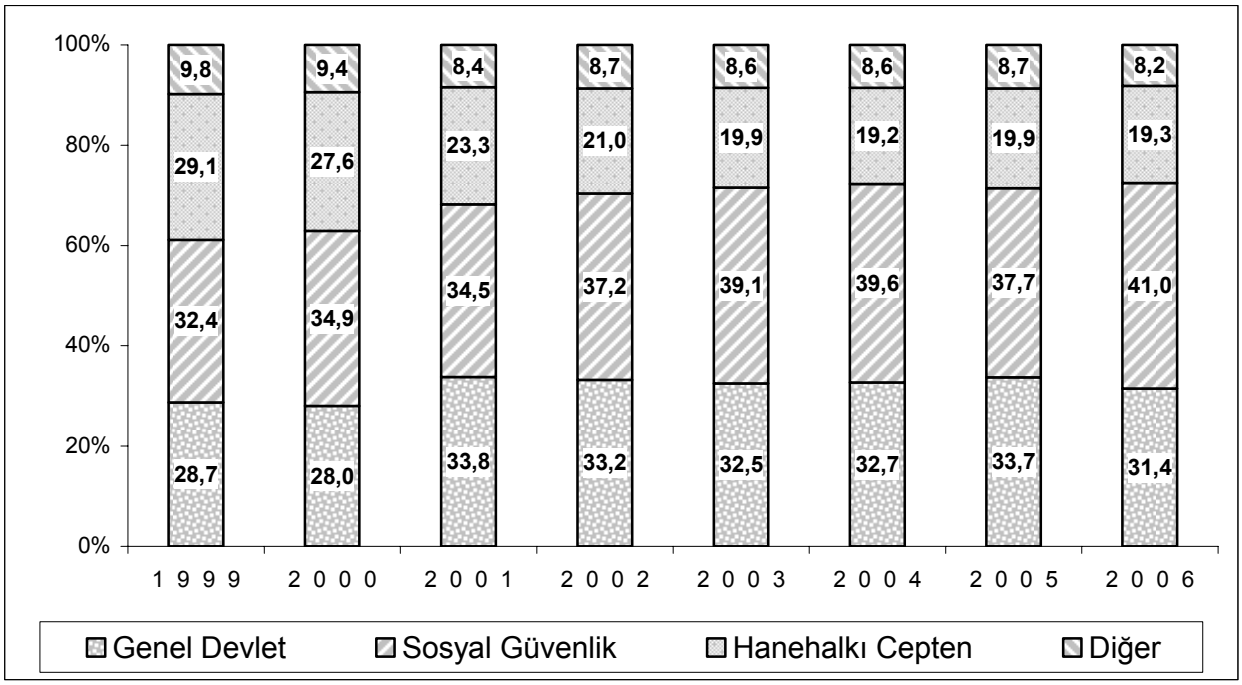
Toplam Sağlık Harcaması (TSH) OECD SHS'ne göre sağlık için yapılan cari harcama ve yatırım harcamasının toplamından oluşmaktadır. Cari sağlık harcaması ise; tüm tedavi, rehabilitasyon, koruyucu ve halk sağlığı, yardımcı tıbbi hizmetler ile bu hizmetlerin yönetimi ve topluma sunulması için gerekli ilaç, tıbbi sarf ve tedavi malzemeleri, sağlık personeli maaş ve ücretleri için yapılan harcamaları kapsamaktadır. Doğrudan sağlık hizmeti olmayıp sağlıkla ilgili olarak tanımlanan sağlıkta araştırma geliştirme, sağlık eğitimi, çevre sağlığı hizmetleri, gıda, hijyen, içme suyu ve yatırım harcamalarını kapsamaz. Şekil 5.2'de Cari Sağlık Harcamasının, Toplam Sağlık Harcamasının ve GSYİH'nın 1999-2006 yılları itibari ile değişimi görülmektedir Grafik incelendiğinde yapılan sağlık harcaması ile GSYİH'nın değişiminin birbirine paralel olduğu görülecektir (1).



Şekil 5.2: Cari Sağlık Harcaması, Toplam Sağlık Harcaması ve GSYİH'nın Yıllar İtibariyle Değişimi, 1999-2006, Türkiye

Kaynak: Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 1999-2000
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, TÜİK-HMM, 2001-2004
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, HMM, 2005-2006

Sağlık harcamaları için 1999-2006 yıllarını kapsayan Ulusal Sağlık Hesaplarına bakıldığında sağlık harcamaları için ana finansman kaynağı Genel Devlet ve Sosyal Güvenlik Kurumlarıdır. Özel sektör içinde ise en önemli finansman kaynağı hanehalkı cepten sağlık harcamalarıdır. 1999 yılında TSH'sının %61,1'i Genel Devlet ve Sosyal Güvenlik harcamaları iken 2006 yılında bu oran yaklaşık %72'ye çıkmıştır. Hanehalkı cepten sağlık harcaması ise aynı yıl için %29,1 iken 2006 yılında bu oran yaklaşık %19'a düşmüştür (Bkz. Şekil 5.3). Toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı 2006 yılında 1999 yılına göre %18,5 artmışken, özel sektör sağlık harcamaları payı %29,0 azalmıştır. Şekil 5.3 de görülen "diğer" kategorisi içinde özel sağlık sigorta şirketleri, özel sandıklar, hanehalkına hizmet eden kar amaçsız kuruluşlar ve vakıflar-dernekler yer almaktadır (1).



Şekil 5.3: Toplam Sağlık Harcamasının Finansman Kaynaklarına Göre Dağılımı (%), 1999-2006, Türkiye

Kaynak: Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 1999-2000
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, TÜİK-HMM, 2001-2004
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, HMM, 2005-2006

1999 yılında TSH içinde Sosyal Güvenlik Kurumlarının yaklaşık %32'lik bir payı varken 2006 yılında bu oran yaklaşık %41'e çıkarak, %9 büyümüştür. Bu payın 1999-2006 yılları arasındaki değişimi tablo 5.2'de gösterilmiştir.

Tablo 5.2: Yıllara Göre TSH içinde Sosyal Güvenlik Kurumları Payı (%), 1999-2006,Türkiye

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
TSH içinde Sosyal Güvenlik Kurumları Payı	32,4	34,9	34,5	37,2	39,1	39,6	37,7	41,0

Kaynak: Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 1999-2000
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, TÜİK-HMM, 2001-2004
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, HMM, 2005-2006

Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 1999-2000 yılları, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ise 2001-2004 yılları için Ulusal Sağlık Hesaplarını tamamlamış ve bu çalışmalara göre bazı değerlerin önemli ölçüde değiştiği görülmüştür. 2005-2006 yılları için çalışma Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğünce yapılmıştır.

Türkiye Toplam Sağlık Harcaması (TSH) 2000 yılı için 8.248 milyon YTL olup kişi başına yapılan sağlık harcaması yaklaşık olarak 122,3 YTL ya da ilgili yılın ortalama dolar kuruna göre yaklaşık 195 ABD$'dır. Bu değer, Satın Alma Gücü Paritesi (SGP)'ne göre 463 ABD$'dır. Tablo 5.3'de 1999-2006 yıllarını kapsayan ilgili değerler görülmektedir (1,3,4,5).

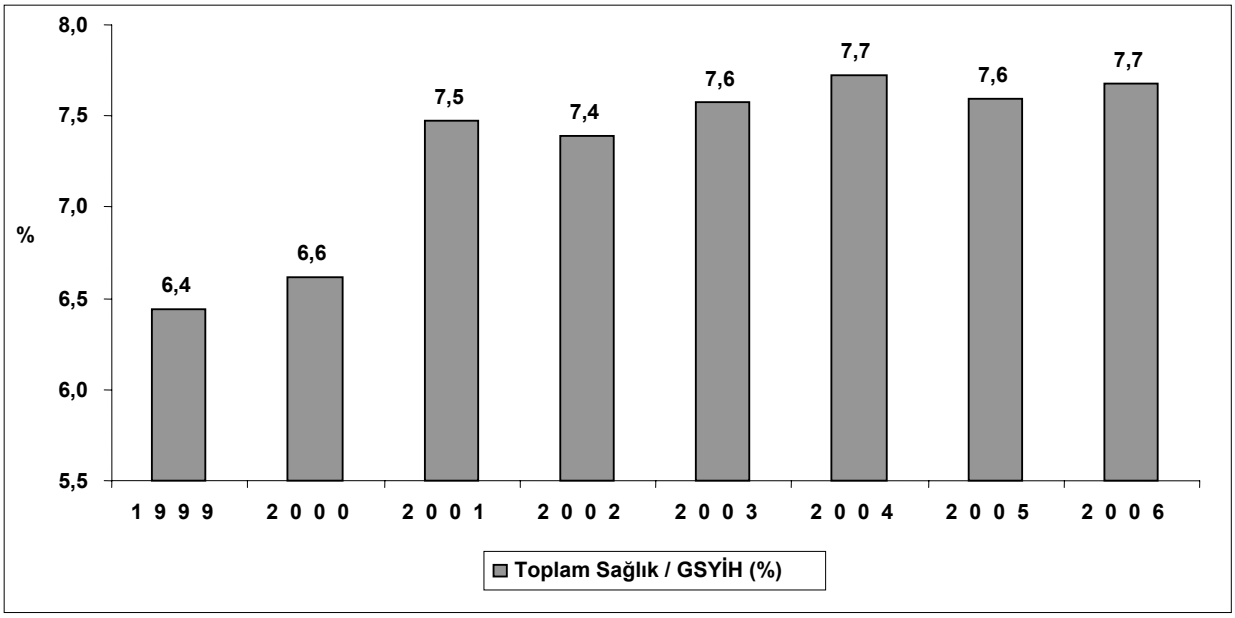
Tablo 5.3: Toplam Sağlık Harcamasının Finansman Kurumlarına Göre Dağılımı, 1999–2006, Türkiye

	1999	***2000***	***2001***	***2002***	***2003***	***2004***	***2005***	***2006***
GSYİH (milyon YTL)	77.415	124.583	178.412	277.574	359.763	430.512	487.202	576.322
GSYİH içinde Cari Sağlık Harcaması (%)	6,2	6,3	7,2	7,0	7,3	7,4	7,2	7,1
GSYİH içinde Toplam Sağlık Harcaması (%)	6,4	6,6	7,5	7,4	7,6	7,7	7,6	7,5
Toplam Sağlık Harcaması içinde Özel Sektör Payı (%)	38,9	37,1	31,8	29,6	28,4	27,7	28,6	27,6
Toplam Sağlık Harcaması içinde Hanehalkı Cepten Sağlık Harcaması (%)	29,1	27,7	23,4	21,0	19,9	19,2	19,9	19,3
Toplam Sağlık Harcaması içinde "Diğer" Payı (%)	9,8	9,4	8,4	8,7	8,6	8,6	8,7	8,2
Toplam Sağlık Harcaması içinde Kamu Harcaması (%)	61,1	62,9	68,2	70,4	71,6	72,3	71,4	72,4
Toplam Sağlık Harcaması içinde Sosyal Güvenlik Harcaması (%)	32,4	34,9	34,5	37,2	39,1	39,6	37,7	41,0
Toplam Sağlık Harcaması içinde Yatırım Payı (%)	4,0	4,4	3,9	4,9	4,4	4,0	5,5	4,9

	1999	*2000*	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*
Kişi başına düşen Cari Harcama (YTL)	75,5	122,3	194,6	294,8	385,5	463,0	513,6	592,0
Kişi başına düşen Cari Harcama (ABD $)	171	185	155	185	247	310	381	391
Kişi başına düşen Toplam Harcama (ABD $)	178	194	161	194	259	323	381	411

Kaynak: Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 1999-2000
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, TÜİK-HMM, 2001-2004
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, HMM, 2005-2006

Toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı 1999 yılında %6,4 iken, 2006 yılında %7,7'ye çıkmıştır (Şekil 5.4) (1,5).



Şekil 5.4: Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH içindeki Payı, 1999-2006, Türkiye

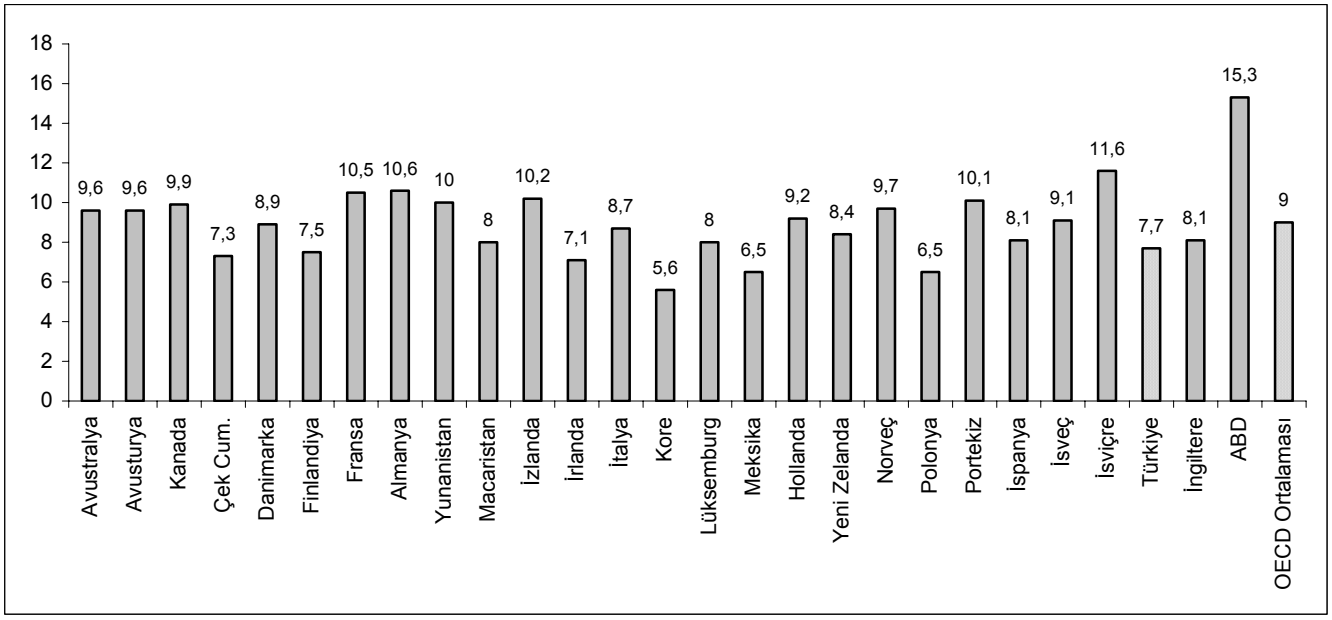
Kaynak: Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 1999-2000
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, TÜİK-HMM, 2001-2004
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, HMM, 2005

Toplam Sağlık Harcamasının 1999-2004 yılları itibariyle GSYİH içindeki değişimi Türkiye ve diğer OECD ülkeleri için Tablo 5.4'de görüldüğü gibidir. 1999 yılında %8 olan OECD ortalaması 2004 yılında %9'a çıkarak %1 lik bir artış gösterirken, Türkiye aynı dönemde %1,3 lük bir artış göstermiştir (Bkz. Tablo 5.4, Şekil 5.5) (1,3,4,5).

Tablo 5.4: Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH içindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı, 1999-2004, OECD Ülkeleri

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Avustralya	8,4	8,8	8,9	9,1	9,2	9,6
Avusturya	9,6	9,4	9,5	9,5	9,6	9,6
Belçika	8,5	8,6	8,7	8,9	10,1	-
Kanada	9,0	8,9	9,4	9,7	9,9	9,9
Çek Cum.	6,7	6,7	7,0	7,2	7,5	7,3
Danimarka	8,5	8,3	8,6	8,8	8,9	8,9
Finlandiya	6,9	6,7	6,9	7,2	7,4	7,5
Fransa	9,2	9,2	9,3	10,0	10,4	10,5
Almanya	10,3	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6
Yunanistan	9,6	9,9	10,4	10,3	10,5	10,0
Macaristan	7,3	7,1	7,3	7,7	8,3	8,0
İzlanda	9,3	9,2	9,3	10,0	10,5	10,2
İrlanda	6,2	6,3	6,8	7,2	7,2	7,1
İtalya	7,8	8,1	8,2	8,3	8,4	8,7
Japonya	7,4	7,6	7,8	7,9	8,0	-
Kore	4,7	4,8	5,4	5,3	5,5	5,6
Lüksemburg	5,8	5,8	6,4	6,8	7,7	8,0
Meksika	5,6	5,6	6,0	6,2	6,3	6,5
Hollanda	8,0	7,9	8,3	8,9	9,1	9,2
Yeni Zelanda	7,6	7,7	7,8	8,2	8,0	8,4
Norveç	9,4	8,5	8,9	9,9	10,1	9,7
Polonya	5,9	5,7	6,0	6,6	6,5	6,5
Portekiz	8,7	9,4	9,3	9,5	9,8	10,1
Slovakya	5,8	5,5	5,5	5,6	5,9	-
İspanya	7,3	7,2	7,2	7,3	7,9	8,1
İsveç	8,4	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1
İsviçre	10,5	10,4	10,9	11,1	11,5	11,6
Türkiye	*6,4*	*6,6*	*7,5*	*7,4*	*7,6*	*7,7*
İngiltere	7,1	7,3	7,5	7,7	7,8	8,1
ABD	13,1	13,3	14,0	14,7	15,2	15,3
OECD Ortalaması	*8,0*	*8,0*	*8,3*	*8,6*	*8,8*	*9,0*

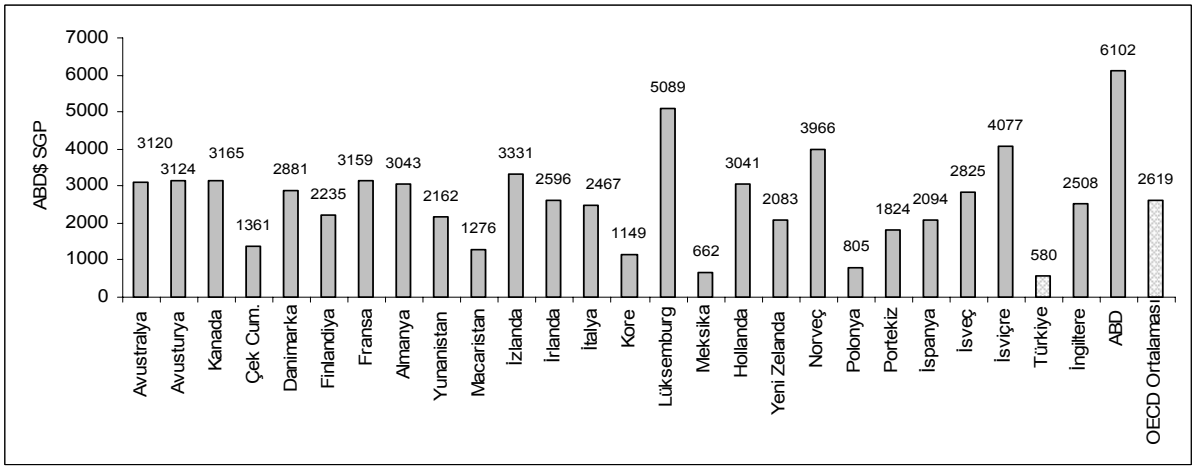
Kaynak: OECD Health Data, 2006



Şekil 5.5: OECD Ülkeleri Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Oranı (%), 2004

Kaynak: OECD Health Data, 2006

OECD ülkelerinin kişi başına toplam sağlık harcamasına bakıldığında Türkiye 580 SGP ABD$ değeriyle son sırada yer almaktadır. Kişi başına en fazla harcama yapan ülke ise Amerika Birleşik Devletleridir. Kişi başına yapılan toplam harcama ortalaması ise OECD ülkeleri için 2.619 SGP ABD$'dir. Türkiye 580 SGP ABD$ ile bu ortalamanın çok altındadır (Şekil 5.6) (6).



Şekil 5.6: **OECD Ülkelerinin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamasının Satın Alma Gücü Paritesine Göre Karşılaştırmaları, 2004 (SGP ABD $)**
Kaynak: OECD Health Data, 2006

5.1.2. Kamu Sağlık Harcamaları

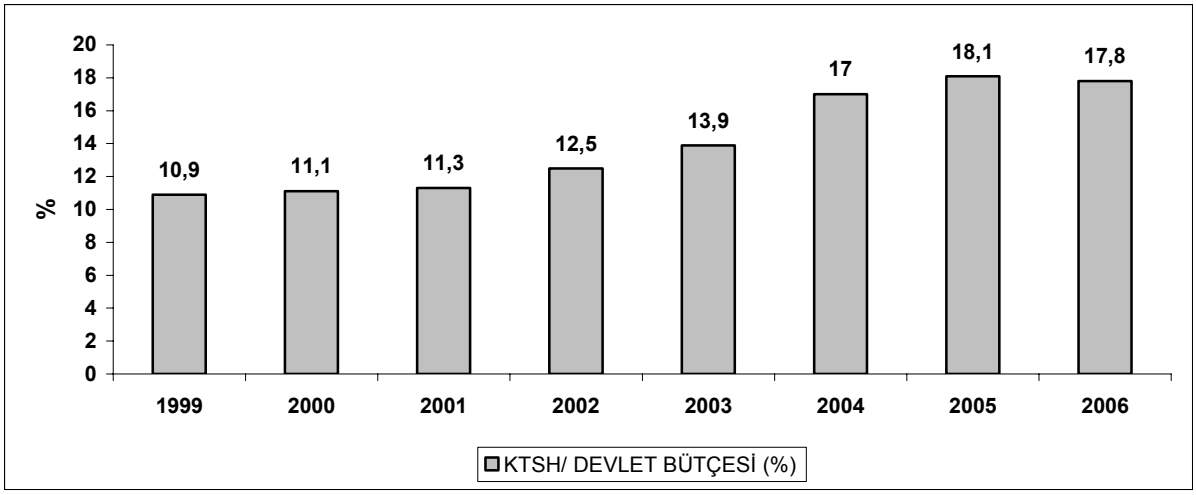
Kamu sağlık harcamaları, Sağlık Bakanlığı, Hudut Sahilleri Genel Müdürlüğü, üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, diğer bakanlıklar ve kamu kurumları ile yerel yönetimler, devlet teşekkülleri, devlet memurları ile sosyal güvenlik kurumları olan SSK, ES ve Bağ-Kur tarafından karşılanan harcamalardır. Özel sağlık harcamaları ise, cepten yapılan ödemeler, kişiler ve haneler tarafından karşılanan ilaç ve tedavi harcamaları ile özel sigorta sistemlerine ödeme yapan kişi ve şirketlerden oluşur. 1999-2006 yılları için yapılan Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması sonuçlarına göre kamu sağlık harcamaları tablo 5.5'de verilmiştir (1).

Tablo 5.5: Kamu Sektörü Sağlık Harcaması, Türkiye 1999-2006

	1999	***2000***	***2001***	***2002***	***2003***	***2004***	***2005***	***2006***
KCSH (milyon YTL)	2.871	4.865	8.584	13.448	18.322	22.682	24.395	29.150
KCSH/GSYİH (%)	3,7	3,9	4,8	4,8	5,1	5,3	5,0	5,1
KYH (milyon YTL)	176	325	513	997	1.188	1.337	2.031	2.134
KYH/GSYİH (%)	0,2	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4
KTSH (milyon YTL)	3.047	5.190	9.097	14.445	19.510	24.019	26.426	31.284
KTSH/GSYİH (%)	3,9	4,2	5,1	5,2	5,4	5,6	5,4	5,4
DEVLET BÜTÇESİ (milyon YTL)	28.085	46.705	80.759	115.682	140.455	141.021	146.098	175.304
KTSH/ DEVLET BÜTÇESİ (%)	10,9	11,1	11,3	12,5	13,9	17,0	18,1	17,8

Kaynak: Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 1999-2000
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, TÜİK-HMM, 2001-2004
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, HMM, 2005-2006

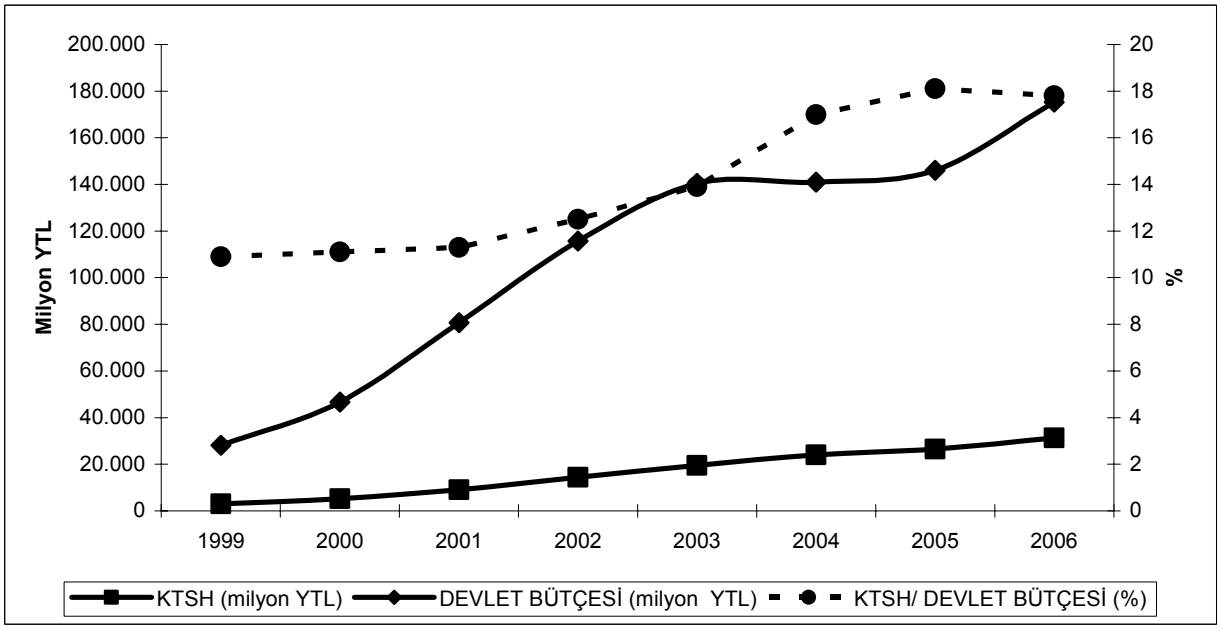
Kısaltmalar: KCSH: kamu cari sağlık harcaması, KYH: kamu yatırım harcaması, KTSH: kamu toplam sağlık harcaması, GSYİH: gayri safi yurt içi hasıla



Şekil 5.7: Kamu Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Devlet Bütçesi İçindeki Payı (%), 1999-2006, Türkiye

Kaynak: Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 1999-2000
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, TÜİK-HMM, 2001-2004
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, HMM, 2005-2006

Kamu Toplam Sağlık Harcamasının Devlet Bütçesi içindeki payı incelendiğinde 1999 yılında %10,9 olan oran 2006 yılında yaklaşık %7 artarak %17,8'e çıkmıştır (Şekil 5.7) (3,4,5).



Şekil 5.8: Kamu Toplam Sağlık Harcamasının, Devlet Bütçesinin ve Kamu Toplam Sağlık Harcamasının Devlet Bütçesi içindeki Oranının Yıllara Göre Değişimi, 1999-2006, Türkiye
Kaynak: Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 1999-2000
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, TÜİK-HMM, 2001-2004
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, HMM, 2005-2006

Şekil 5.8 de görüldüğü gibi Kamu Toplam Sağlık Harcamasının (KTSH) Devlet Bütçesi içindeki payı 1999-2002 yılları arasında yaklaşık yatay bir seyir izlerken 2003 yılından itibaren yükseliş eğilimine girmiştir. 2000 yılından itibaren ise Devlet Bütçesinin artışı dikkat çekicidir (1,3,4,5).

Kişi başına yapılan kamu sektörü sağlık harcaması açısından bakıldığında(1,3,4,5);

- 2005 yılında ise cari sağlık harcaması olarak 338 YTL (251 ABD $-385 SGP ABD $) ve toplam sağlık harcaması olarak 367 YTL (272 ABD $-417 SGP ABD$) harcama yapılmıştır.
- 2006 yılında ise cari sağlık harcaması olarak 399 YTL (277 ABD $-434 SGP ABD $) ve toplam sağlık harcaması olarak 429 YTL (298 ABD $-465 SGP ABD$) harcama yapılmıştır.

Kamu sektörü sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı incelendiğinde, 1999 yılında %3,9 olan kamu payı, 2006 yılında %5,4'e çıkmıştır. OECD ülkelerine bakıldığında 2004 yılı için Türkiye, %6,4 olan OECD ortalamasının altında kamu harcaması yapmaktadır. GSYİH içinde kamudan en fazla harcama yapan ülke %8,5 ile İzlanda'dır (Tablo 5.6, 5.7 ve Şekil 5.9) (1,3,4,5).

Tablo 5.6: Yıllara Göre GSYİH İçinde Toplam Kamu Sağlık Harcaması Payı (%), 1999-2006,Türkiye

	1999	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
GSYİH içinde KTSH Payı (%)	**3,9**	**4,2**	5,1	5,2	5,4	5,6	5,4	5,4

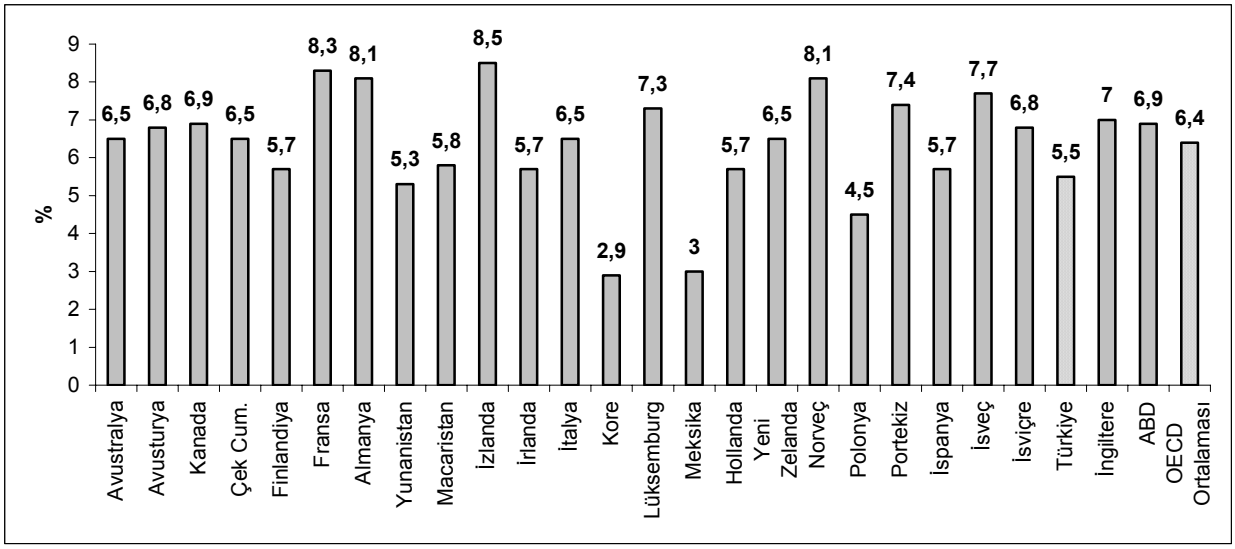
Kaynak: Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 1999-2000
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, TÜİK-HMM, 2001-2004
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, HMM, 2005-2006

OECD Health Data 2006'da 2004 Türkiye verisi Tablo 5.7'de 5,5 olarak görülmektedir, ancak yapılan revizyon çalışmasıyla bu rakam Tablo 5.6'da olduğu üzere 5,6 olarak değişmiş ve bu OECD'ye Health Data 2007'de yayınlanmak üzere iletilmiştir (6).

Tablo 5.7: GSYİH içindeki Toplam Kamu Sağlık Harcaması Payının Yıllara Göre Dağılımı (%), 1999-2004,OECD Ülkeleri

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Avustralya	5,8	6,0	6,0	6,2	6,2	6,5
Avusturya	6,7	6,6	6,6	6,7	6,8	6,8
Belçika	6,5	6,5	6,6	6,7	7,2	-
Kanada	6,3	6,3	6,6	6,7	6,9	6,9
Çek Cum.	6,0	6,1	6,3	6,4	6,7	6,5
Danimarka	7,0	6,8	7,1	7,3	-	-
Finlandiya	5,2	5,0	5,2	5,5	5,7	5,7
Fransa	7,0	7,0	7,1	7,8	8,2	8,3
Almanya	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	8,1
Yunanistan	5,2	5,2	5,8	5,6	5,6	5,3
Macaristan	5,3	5,0	5,0	5,4	6,0	5,8
İzlanda	7,8	7,6	7,7	8,3	8,8	8,5
İrlanda	4,5	4,6	5,1	5,4	5,6	5,7
İtalya	5,5	5,8	6,1	6,2	6,2	6,5
Japonya	6,0	6,1	6,4	6,4	6,5	-
Kore	2,2	2,2	2,8	2,7	2,8	2,9
Lüksemburg	5,2	5,2	5,6	6,1	7,0	7,3
Meksika	2,7	2,6	2,7	2,7	2,8	3,0
Hollanda	5,0	5,0	5,2	5,5	5,8	5,7
Yeni Zelanda	5,9	6,0	6,0	6,4	6,3	6,5
Norveç	7,7	7,0	7,4	8,2	8,5	8,1
Polonya	4,2	4,0	4,3	4,7	4,5	4,5
Portekiz	5,9	6,8	6,7	6,9	7,2	7,4
Slovakya	5,2	4,9	4,9	5,0	5,2	-
İspanya	5,3	5,2	5,2	5,2	5,5	5,7
İsveç	7,2	7,1	7,4	7,8	7,9	7,7
İsviçre	5,8	5,8	6,2	6,5	6,7	6,8
Türkiye	*3,9*	*4,2*	*5,1*	*5,2*	*5,4*	*5,5*
İngiltere	5,8	5,9	6,2	6,4	6,7	7,0
ABD	5,7	5,8	6,3	6,6	6,8	6,9
OECD Ortalaması	***5,7***	***5,7***	***5,9***	***6,2***	***6,3***	***6,4***

Kaynak: OECD Health Data, 2006



Şekil 5.9: OECD Ülkelerinin Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%), 2004
Kaynak: OECD Health Data, 2006

5.1.2.1 Sağlık Bakanlığı Harcamaları

Sağlık Bakanlığı harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı, yıllar içinde dalgalı bir seyir göstermiştir: Bu oran, 1999'da %16,2 iken, 2006'da %19,8 olmuştur. Yine aynı dönem için Sağlık Bakanlığı harcamalarının konsolide bütçe içindeki oranı %2,9'dan, %4,9 a yükselmiştir. Gayrisafi Yurt İçi Hasıla içindeki oranı ise %1'den, %1,5'e yükselmiştir.

Tablo 5.8: Sağlık Bakanlığı Sağlık Bütçesinin Kamu Sağlık Harcaması, Toplam Sağlık Harcaması, Konsolide Bütçe ve GSYİH'ya Göre Dağılımı, 1999-2006, Türkiye

BİN YTL	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sağlık Bakanlığı Bütçesi (Harcama) (Yeşil Kart Dahil)	805.246	1.139.513	1.821.581	3.038.946	3.674.262	4.461.250	6.769.154	8.535.254
Kamu Sağlık Harcaması	26,4	22,0	20,0	21,0	18,8	18,6	25,6	27,3
	3.047.000	5.190.000	9.097.000	14.445.000	19.510.000	24.019.000	26.426.000	31.284.000
Toplam Sağlık Harcaması	16,2	13,8	13,7	14,8	13,5	13,4	18,3	19,8
	4.985.000	8.248.000	13.337.000	20.524.000	27.259.000	33.237.000	37.013.000	43.197.000
Konsolide Bütçe	2,9	2,4	2,3	2,6	2,6	3,2	4,6	4,9
	28.084.685	46.705.028	80.579.065	115.682.350	140.454.842	141.020.860	146.097.573	175.303.995
GSYİH	1,0	0,9	1,0	1,1	1,0	1,0	1,4	1,5
	77.415.000	124.583.000	178.412.000	277.574.000	359.763.000	430.511.000	487.202.000	576.322.231

Kaynak: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007

5.1.2.2 Sosyal Güvenlik Kurumları

SSK, Bağ-Kur, Yeşil Kart, ES ve aktif devlet memurları, Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemini oluşturan yapılanmalardır (2).

SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu)

SSK, özel sektörde çalışanlar ile kamu işçilerine yönelik bir sigorta hizmeti tedarikçisidir. SSK hizmetleri çalışanlar ile işverenler tarafından ödenen primler ile finanse edilir ancak kurumun açık vermesi durumunda genel bütçeden sübvanse edilir. Hem emeklilik hem de sağlık sigortası primleri tek bir sistemle toplansa da sağlık primleri ve harcamaları SSK hesaplarında ayrı ayrı belirtilir. Sigortalılar SSK hizmetlerini asıl olarak sağlık hizmetleri için kullanırlar (2).

SSK sigortasının iki türü vardır: kısa süreli ve uzun süreli. Kısa süreli sistemde iş kazaları, meslek hastalıkları, doğum ve hastalık; uzun süreli sistemde ise sakatlık, yaşlılık ve ölüm (ölenin yakınlarına) yer alır . Bunların her biri aşağıda açıklanacaktır (2).

a) Kısa süreli

İş kazaları ve meslek hastalıkları: İş kazası, meydana geldiği anda ya da sonrasında, sigortalı kişi üzerinde fiziksel ya da ruhsal bir zarara yol açan herhangi durumdur. Meslek hastalığı ise, sigortalı kişinin işini yapabilmesi için gereken koşullardan kaynaklanan ve kişiye zarar veren geçici ya da kalıcı bir hastalık, sakatlık, ya da psikolojik sorundur. İş kazası ya da meslek hastalığından zarar gören sigortalıya yardım edilmesi için prim ödenmiş olmasını gerektiren bir süre söz konusu değildir. Prim oranları (ödemesi) işyerinin kategorisine ve tehlike derecesine göre kazancın % 1.5'i ile 7'si arasında değişir. Primi sadece işveren öder (2).

Doğum: Doğum sigortası sigortalı kadının ve sigortalı erkeğin sigortalı olmayan, bakmakla yükümlü olduğu eşinin doğumunu kapsar. Doğum sigortası, yasal kürtajlar ile ölü doğumlar için de geçerlidir. Doğum primleri ve diğer yan avantajların verilebilmesi için, doğumdan önceki bir yılda kadınlar için en az 90, erkekler içinse az 120 gün süreyle ve kazancın % 1'i oranında sigorta priminin işveren tarafından ödenmiş olması gerekmektedir (2).

Hastalık: Hastalık sigortası, iş kazaları ve meslek hastalıkları kapsamına girenler dışında, her türlü hastalık için geçerlidir. Sigortalı kişinin yanı sıra, bu kişinin eşi, bakmakla yükümlü olduğu çocukları, geçici iş göremezlik durumundan gelir sağlayanlar, emekliler ile bunların eşleri, çocukları ve anne-babaları da, hastalık sigortasından farklı koşullarda sigorta

kapsamında yer almaktadır. Sigortalıların, "Sağlık yardımı yapılması", "Protez araç ve gereçlerinin standartlara uygun olarak sağlanması, takılması, onarılması ve yenilenmesi", "Gerekli hallerde muayene ve tedavi için yurt içinde başka bir yere gönderilmesi" yardımlarından yararlanabilmeleri için, hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki 1 (bir) yıl içinde en az 90 gün hastalık sigortası primi ödemiş olması şarttır. Hastalığın ortaya çıktığı tarihten önceki yıl içinde en az 120 iş günü süreyle prim ödenmiş ise sigortalının eşi ve çocukları da hastalık sigortasından yararlanabilir (2).

Genel olarak, hastalık sigortası primi kazancın %11'i kadardır ve bunun %6'sı işveren, %5'i ise çalışan tarafından ödenir. Çıraklar içinse bu oran kazancın %4'ü kadardır (506 sayılı Yasanın 3-II-B Maddesi) ve bu oran işveren ile çalışan tarafından eşit miktarda ödenir (2).

b) Uzun-süreli

Sakatlık, yaşlılık ve ölüm halinde ölenin yakınlarına sağlanan yararlar: Sakatlık, yaşlılık ve ölüm primlerinin oranı kazancın %20'si kadardır ve bunun %55'i işveren, %45'i ise çalışan tarafından ödenir. Madenciler için ise bu oran %22'dir (2).

SSK primlerinin toplam yük ortalaması, işsizlik fonuna yapılan katkıların yanı sıra işveren ve çalışan primleri de dahil, yaklaşık olarak %41'dir. Çalışanlar primlere ortalama %40 katkı sağlarken, işverenlerin katkısı %55 civarındadır. Geri kalan %5'lik kısım ise devlet bütçesinden karşılanır (2).

SSK kapsamında üç grup yer alır. Birinci grup için, 506 sayılı Yasaya tabi olanlar, üç sistem vardır: zorunlu sigorta, isteğe bağlı sigorta ve kolektif sigorta. Bir hizmet sözleşmesi ile bir ya da daha fazla işveren tarafından istihdam edilen kişiler "zorunlu sigortalı"dır. 506 sayılı Yasaya bağlı olarak çalışanlar iş sözleşmeleri bitene kadar "isteğe bağlı sigortalı"dır. Son olarak, SSK işverenler, çalışanlar, topluluklar, dernekler, ticaret birlikleri ve diğer örgütlerle olan anlaşmasını sonlandırabilir böylelikle 506 sayılı Yasaya göre sigortalı olmayan kişiler, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından onaylanacak genel hükümler doğrultusunda iş kazaları, meslek hastalıkları, hastalık, doğum, sakatlık, yaşlılık ve ölüm sigortası gibi farklı sigorta grupları kapsamına alınabilir (2).

3308 ve 506 sayılı Yasalara (Madde 3-II-B) tabi olan ikinci grup ise çırakları kapsar. Çıraklık anlaşması prensibine göre çırak, çalışma becerileri ve deneyimlerinin belli bir iş alanında geliştirildiği kişidir. Bu tanım sebebiyle, tüm çıraklar iş kazaları, meslek hastalıkları

ve diğer hastalıklara karşı 506 sayılı Yasaya göre sigortalanır ve 1475 sayılı Yasa'da belirtilen sigorta primi, sigortalının yaşına göre, asgari ücretin %50'sinin %4'ü oranındadır (2).

2925 sayılı Yasa'ya tabi olan üçüncü grup ise her hangi bir sosyal güvenlik yasası kapsamında yer almayan ve sakatlık, yaşlılık ya da iş göremezlik yardımı almayan kişiler için geçerlidir. Bu kişiler SSK'nın sigorta sistemine kendi istekleri ile katılırlar (2).

İsteğe bağlı ve kolektif sigortalıların haricinde kalanlar, sigortalıların eş ve çocukları da dahil, SSK'nın sağlık sigortası ile sigortalanırlar (2).

Bağ- Kur

Bağ-Kur tarafından sigortalanması zorunlu olan iki grup vardır. Bunlar sanatkarlar, zanaatkarlar, tüccarlar, sanayiciler, diğer serbest meslek erbapları ve köylülerdir. Bunların, 1479 sayılı Yasa uyarınca, sigortalanması zorunludur. 1479 sayılı Yasa uyarınca sigortalananlar, yaşlılık, sakatlık, ölüm ve sağlık sigortası gibi uzun vadeli sigorta imkanlarından yararlanırlar. İkinci grup ise her hangi bir sigorta sistemi kapsamında yer almayan ve bir hizmet sözleşmesi ile bir işverenin yanında çalışmayan tarım çalışanlarıdır. Bunlar 2926 sayılı Yasaya göre sigortalanırlar. Bu gruptakiler de ilk gruptakiler gibi çeşitli sigorta yardım ve imkanlarından yararlanırlar. Her iki grup da "zorunlu sigortalı"dır (2).

Bir işte çalışmayan ev hanımları ile yurtdışında çalışan Türk erkeklerinin eşleri ve Türkiye'de yaşayan yabancı uyruklular da Bağ Kur'dan "isteğe bağlı" olarak yararlanabilir (2).

Bağ Kur'un iki sigorta sistemi vardır: kısa süreli ve uzun süreli. Kısa süreli sigorta sistemi sağlık sigortasını, uzun süreli sigorta sistemi ise sakatlık, yaşlılık ve ölüm sigortasını kapsar. Her iki sistem için de prim oranı aylık kazancın % 40'ı oranındadır; bunun yarısı uzun süreli sigorta diğer yarısı da sağlık sigortası içindir. 1479 sayılı Yasa kapsamındaki sigortalılar aylık prim öderken, 2926 sayılı Yasa kapsamındakiler her dört ayda bir prim öder (2).

Tüm sigortalılar ve bunların bağlıları Bağ-Kur'un sağlık sigortası kapsamındadır. Sağlık sigortasından yararlanabilmek için sigortalının en az 8 ay boyunca sigorta primi ödemiş olması, daha önceden bir sağlık sigortası kaydı ve uzun süreli sigorta primleri ödememiş olmaması gerekir. Bağ-Kur sağlık sigortasından yararlanmak için gerekli koşullara sahip fakat diğer sosyal güvenlik sistemlerinden yararlanmakta olanlar Bağ-Kur sistemine üye olamazlar (2).

Tüm sigortalılar, tüm ayakta ve yataklı tedavi ile teşhis ve tedaviyi karşılayan sağlık yardımlarından yararlanırlar. Bağ-Kur'un kendi sağlık kurumları olmayıp, sağlık hizmetini diğer kamu kurumlarından sözleşme usulü ile alır. Bu sözleşme sisteminde ödemeler sağlık hizmeti veren kurumlar tarafından bağımsız olarak belirlenir (2).

Emekli Sandığı (ES)

Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü 1950 yılında 5434 sayılı Kanunla kamu sektörü kesiminde çalışan memurlarla askeri personelin emekliliklerinde ve maluliyetlerinde kendilerinin, ölümleri halinde ise dul ve yetimlerinin sosyal güvenliklerini sağlamak amacıyla kurulmuştur. Kurumun finansman kaynağı; aktif çalışan memur ücretlerinden yapılan kişi ve kurum kesenekleridir. SSK'dan farklı olarak, kendi hizmet sunum birimleri bulunmayan Kurum, sağlık hizmetlerini kamu sektörü ve özel hizmet sunucularından satın almakta olup, gelirler ile harcamalar arasında doğan fark, merkezi devlet kaynaklarıyla karşılanmaktadır.

5434 sayılı Kanunun Geçici 139 uncu maddesine göre; kanunla düzenlenecek genel sağlık sigortası kapsamına alınacakları tarihe kadar, emekli, adi ve vazife malulü aylığı bağlanmış olanlar ve bunların kanunen bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri ile dul ve yetim aylığı alanlar, ilgili tüzükle belirlenen usul ve esaslara göre muayene ve tedavi ettirilmektedir. Türkiye'de kamu kurumu hukuki statüsündeki üç sosyal güvenlik kuruluşunun en eskisi olan T.C.Emekli Sandığı, belirli konumdaki kamu görevlilerinin sosyal güvenlikleriyle ilgili işlevinin yanı sıra Devletin sosyal yardım niteliğindeki bir kısım görevlerini yerine getirmekle de yükümlü bulunmaktadır (2).

5.1.2.3 Yeşil Kart Uygulaması

"Yeşil Kart" programı sağlık hizmetlerini satın alma gücü yetersiz olan ya da hiç olmayan yoksulların için oluşturulmuş bir programdır. 1991 yılında çıkartılan ve 1992 yılında yürürlüğe giren 3816 sayılı Yasa ile Yeşil Kart yararlanıcılarına ücretsiz sağlık hizmeti sağlanır. Bununla birlikte, TBMM'de 14 Temmuz 2004 günü kabul edilen ve 21 Temmuz 2004 günü Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren 5222 sayılı kanunla; 3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanmasına İlişkin Yasa"da yapılan değişiklikle Yeşil Karnelilerin ayaktan tedavi hizmetlerinden yararlanabilmesinin önü açılmıştır. Düzenleme ile, Yeşil Kart sahibi vatandaşlar, Türkiye`deki yataklı tedavi kurumlarında yatarak görecekleri tedavi hizmetlerinin yanısıra, Türkiye`deki sağlık kurum ve kuruluşlarında ayaktan tedavi görebilecekler ve muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi hizmetleri ile ilaç bedelleri genel bütçeden karşılanmaktadır (2).

Yeşil Kart uygulaması, genel sağlık sigortasına geçilinceye kadar çözüm sağlayan geçici bir çözüm yolu olarak görünmektedir (2).

Yeşil Kart alabilmek için, istekli kişi Türk vatandaşı olmalı, başka hiç bir sağlık sigortasından yararlanmamalı, ve 1475 sayılı Yasa ile belirlenen asgari ücretin üçte birinden daha az (vergiler ve sosyal sigorta primleri hariç) bir maaş alıyor olmalıdır. Yeşil Kart programı askerler ve yüksek öğrenim öğrencileri gibi pasif konumdaki kişilerin tedavi masraflarını karşılamaz. Diğer yandan, herhangi bir yasa uyarınca sağlık hizmetini ücretsiz olarak alabilecek kişiler özel bir başvuruda bulunmasalar bile bu programdan yararlanabilirler. 3816 sayılı Yasaya göre, kişilerin hakları yasal olarak garanti altındadır. Sağlık hizmetlerini ödeyemeyen ve Yeşil Kart alamayanlara yönelik olan sağlık hizmetleri ise 3294 sayılı Yasaya göre devlet tarafından finanse edilerek karşılanır (2).

Yeşil Kart başvuru işlemleri İl İdaresi Konseyi tarafından sonuçlandırılır. Konsey, başvuru sahibinin gelirine göre başvurunun uygun olup olmadığına karar verir ve sonra Yeşil Kart'ı verecek olan İl Valisi'ne bu konudaki tavsiyelerini iletir. Bugün, yaklaşık olarak 12,5 milyon vatandaş (2006 yılı sonu itibariyle) bu uygulamadan yararlanmaktadır. Yeşil Kart sahibi nüfusun en az olduğu iller sırayla Bilecik, Bolu, Karabük, Yalova ve Bayburt illeridir. En fazla Yeşil Kart sahibinin yaşadığı iller ise sırayla Diyarbakır, Van, Şanlıurfa,İstanbul ve Adana'dır (2006 yılı sonu itibariyle) (2).

Yeşil Kart programı Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Sağlık tedavisi harcamaları Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan bir yönetmeliğe göre karşılanır. Yeşil Kart programı genel vergiler ile Sağlık Bakanlığı aracılığı ile finanse edilmektedir ve yeşil kartlıların sağlık harcamaları 2008 yılına kadar Sağlık Bakanlığı'nın bütçesinden transfer edilecektir. Ancak 2008 yılından itibaren GSS'nin uygulanmaya başlanması ile Yeşil Kart sahiplerinin sağlık giderleri için ayrılan kaynak Sağlık Bakanlığı Bütçesine aktarılmayacak ve bu harcamalara ilişkin ödemeler Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılacaktır (2).

Yıl sonu harcamaları Yeşil Kart uygulaması kapsamında elde edilen gelirleri sürekli olarak geçmiş ve geçen bir kaç yıl içinde ilk belirlenen rakamlarla yıl sonunda elde edilen rakamlar arasında büyük bir sapma kaydedilmiştir. Bu sapmanın asıl sebebi, ilk tahminlerin gerçeklerden uzak ve alt düzeyde yapılmasıdır. Bu tahminler, yeşil kartlı sayısı ve tahmini yıllık ortalama sağlık harcamaları baz alınarak Yüksek Sağlık Koordinasyon Konseyi tarafından 3816 sayılı Yasa'nın 9. Madde'sine uygun olarak yapılır. Fakat, Yeşil kartlı sayısı

ile yapılan harcamaların miktarının artmasına rağmen yapılan tahminlerde böyle bir orantı olmamaktadır; 2002 yılı için yapılan tahminler 2001 yılı için yapılanlardan daha düşüktür (2).

Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile birlikte tüm nüfus kapsama alınacak ve belli bir prim ödenmesi gerekecektir. Yeşil Kart sahiplerinin primleri ise devlet tarafından karşılanacaktır. Bu aşamada yapılacak olan bir gelir değerlendirmesi ile kimlerin priminin devlet tarafından karşılanacağı, kimlerin primlerinin sigortalılar tarafından karşılanacağı ortaya konulacaktır. Bu amaçla yapılacak gelir değerledirmesinde, ailenin kişi başına aylık gelirin net asgari ücretin üçte birinden az olup olmadığı incelenecektir. Bu sınırın altında fert başı aylık geliri olan ailelerin primleri devlet tarafından karşılanacak ve aile fertleri bu sayede Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanabileceklerdir (2).

5.1.3. Özel Sektör Sağlık Harcaması

Özel sektör sağlık harcaması hane halklarının, özel sigorta şirketlerinin, kar amaçsız kuruluşların ve bireylerin kendi hane halkları dışındaki hanehalkları için sağlık hizmeti alımıyla ilgili olarak yaptıkları harcamaları ifade etmektedir.

Özel sektör sağlık harcamaları toplam sağlık harcamaları içinde önemli bir yere sahiptir. 1999-2006 yılları içinde toplam cari sağlık harcaması içinde özel sektörün payı giderek azalmıştır. Özel sektör sağlık harcamalarının payı 1999 yılında % 38,1 iken 2006 yılında %27,1'dir. Özel Sektör sağlık harcamaları içinde en önemli büyüklük hane halklarının ceplerinden yaptıkları sağlık harcamasıdır. Cepten yapılan harcamanın özel sektör harcamaları içindeki oranı 1999 yılından itibaren bir düşüş eğilimi izlemiştir. Özel sektör sağlık harcamaları içinde hane halklarınının cepten yaptığı harcamalar 1999 yılında %74,8 iken bu oran 2006 yılında %69,9 olarak hesaplanmıştır. Toplam sağlık harcaması içinde hanehalklarının cepten yaptığı harcamaların payı 1999 yılında %29,1 iken 2006 yılında %19,3'e kadar düşmüştür (1,3,4,5).

Tablo 5.9: Özel Sektör Toplam Sağlık Harcaması (milyon YTL), 1999-2006, Türkiye

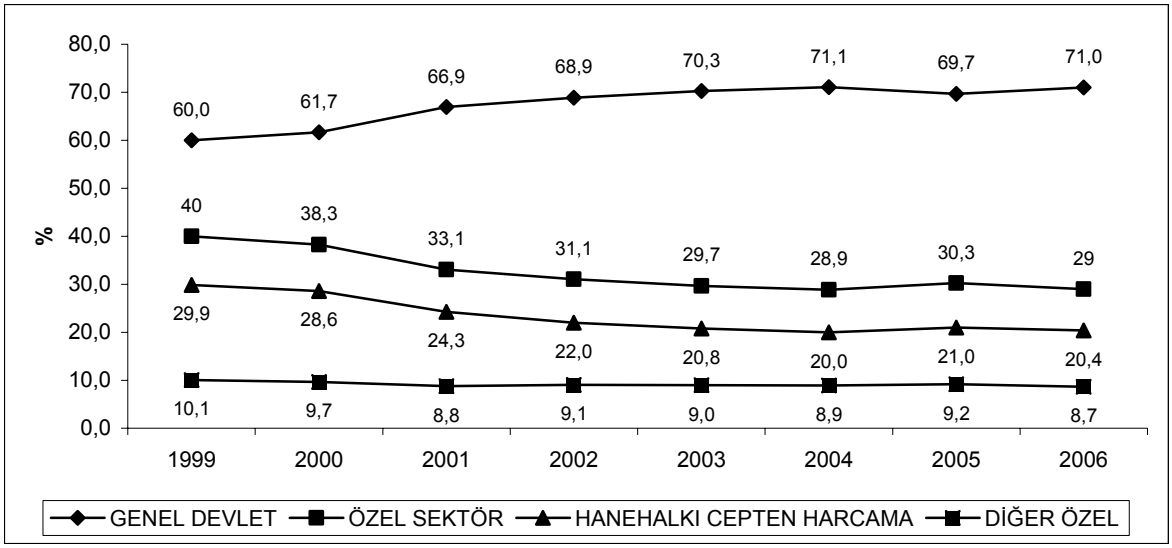
	TOPLAM CARİ SAĞLIK HARCAMASI	GENEL; DEVLET	ÖZEL SEKTÖR	HANEHALKI CEPTEN HARCAMA	DİĞER ÖZEL
1999	4.985	3.047	1.938	1.449	488
	100,0	*61,1*	*38,9*	*29,1*	*9,8*
2000	8.248	5.190	3.058	2.280	778
	100,0	*62,9*	*37,1*	*27,6*	*9,4*
2001	13.337	9.097	4.240	3.114	1.126
	100,0	*68,2*	*31,8*	*23,3*	*8,4*
2002	20.524	14.445	6.079	4.300	1.779
	100,0	*70,4*	*29,6*	*21,0*	*8,7*
2003	27.259	19.510	7.749	5.414	2.335
	100,0	*71,6*	*28,4*	*19,9*	*8,6*
2004	33.237	24.019	9.218	6.372	2.846
	100,0	*72,3*	*27,7*	*19,2*	*8,6*
2005	37.013	26.426	10.587	7.354	3.233
	100,0	*71,4*	*28,6*	*19,9*	*8,7*
2006	43.197	31.284	11.913	8.357	3.556
	100,0	*72,4*	*27,6*	*19,3*	*8,2*

Kaynak: Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 1999-2000
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, TÜİK-HMM, 2001-2004
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, HMM, 2005-2006

Tablo 5.10: Yıllara Göre GSYİH İçinde Özel Sektör Cari Sağlık Harcaması Payı (%), 1999-2006, Türkiye

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ÖZEL SEKTÖR CARİ HARCAMA /GSYİH %	2,5	2,4	2,4	2,2	2,2	2,1	2,2	2,1

Kaynak: Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 1999-2000
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, TÜİK-HMM, 2001-2004
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, HMM, 2005-2006



Şekil 5.10: Özel Sağlık Harcamalarının Cari Sağlık Harcaması İçindeki Payı, 1999-2006, Türkiye

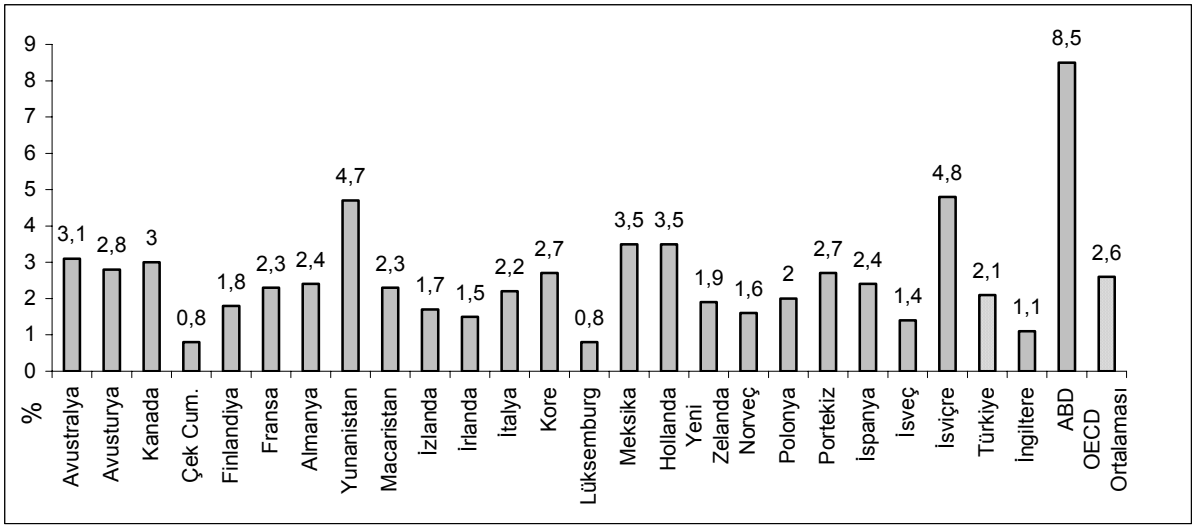
Kaynak: Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 1999-2000
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, TÜİK-HMM, 2001-2004
Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, HMM, 2005-2006

Uluslararası karşılaştırmalarda OECD ülkeleri baz alındığında Türkiye %2,1 oranı ile özel sektör olarak OECD ülkeleri ortalamasından düşük bir harcama yapmaktadır. Özel sektör sağlık harcamasının ortalaması %2,6'dır. Ancak Şekil 5.11 incelendiğinde Amerika Birleşik Devletlerinin diğer ülkelerden farklı bir değere sahip olduğu ve bununda ortalamayı yukarı doğru çektiği görülür. Amerika Birleşik Devletleri dışarıda bırakılarak hesaplamalar tekrarlandığında OECD ülkelerinde özel sektörün sağlık harcaması GSYİH'nın %2,4 olmaktadır (6).

Tablo 5.11: GSYİH içindeki Özel Sektör Cari Sağlık Harcaması Payının Yıllara Göre Dağılımı (%), 1999-2004, OECD Ülkeleri

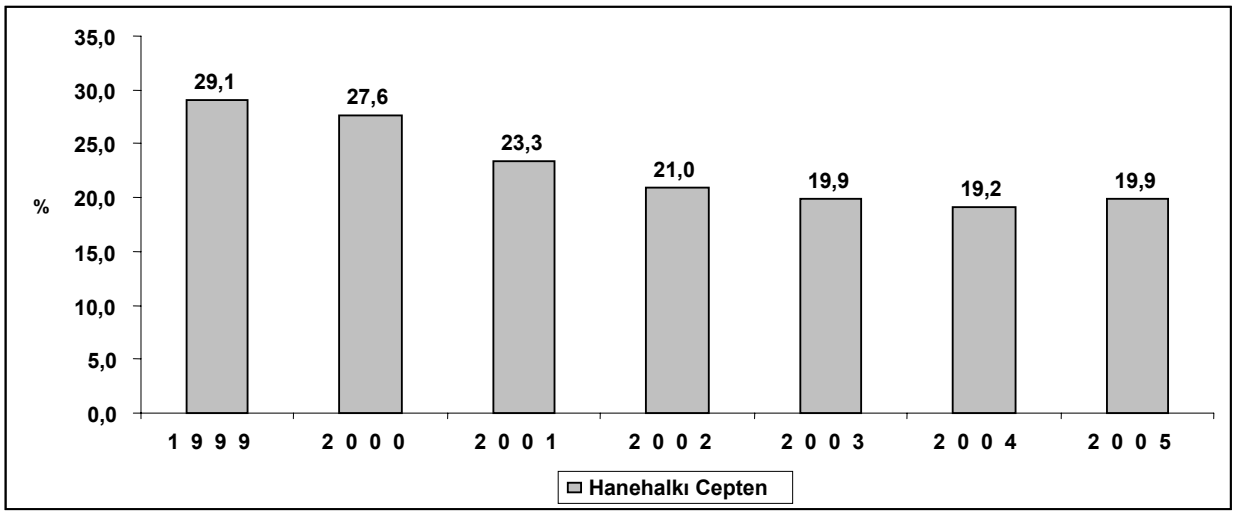
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Avustralya	2,5	2,7	2,9	3,0	3,0	3,1
Avusturya	2,9	2,8	2,9	2,8	2,9	2,8
Belçika	2,1	2,1	2,0	2,2	2,9	-
Kanada	2,7	2,7	2,8	3,0	2,9	3,0
Çek Cum.	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8
Danimarka	1,5	1,5	1,5	1,5	-	-
Finlandiya	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8
Fransa	2,2	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3
Almanya	2,1	2,1	2,2	2,2	2,3	2,4
Yunanistan	4,5	4,7	4,6	4,7	4,8	4,7
Macaristan	2,0	2,1	2,3	2,3	2,3	2,3
İzlanda	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7
İrlanda	1,7	1,7	1,7	1,8	1,6	1,5
İtalya	2,3	2,3	2,1	2,2	2,2	2,2
Japonya	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	-
Kore	2,6	2,6	2,6	2,6	2,7	2,7
Lüksemburg	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8
Meksika	2,9	3	3,3	3,5	3,5	3,5
Hollanda	3,0	2,9	3,1	3,3	3,4	3,5
Yeni Zelanda	1,7	1,7	1,8	1,8	1,7	1,9
Norveç	1,6	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6
Polonya	1,7	1,7	1,7	1,9	1,9	2,0
Portekiz	2,8	2,6	2,6	2,6	2,6	2,7
Slovakya	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	-
İspanya	2,0	2,0	2,1	2,1	2,3	2,4
İsveç	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4
İsviçre	4,7	4,6	4,7	4,7	4,8	4,8
Türkiye	*2,5*	*2,5*	*2,4*	*2,2*	*2,2*	*2,1*
İngiltere	1,4	1,4	1,3	1,3	1,1	1,1
ABD	7,4	7,4	7,7	8,1	8,4	8,5
OECD Ortalaması	*2,3*	*2,3*	*2,3*	*2,4*	*2,5*	*2,6*

Kaynak: OECD Health Data, 2006



Şekil 5.11: OECD Ülkelerinde Özel Sektör Cari Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%), 2004

Kaynak: OECD Health Data, 2006

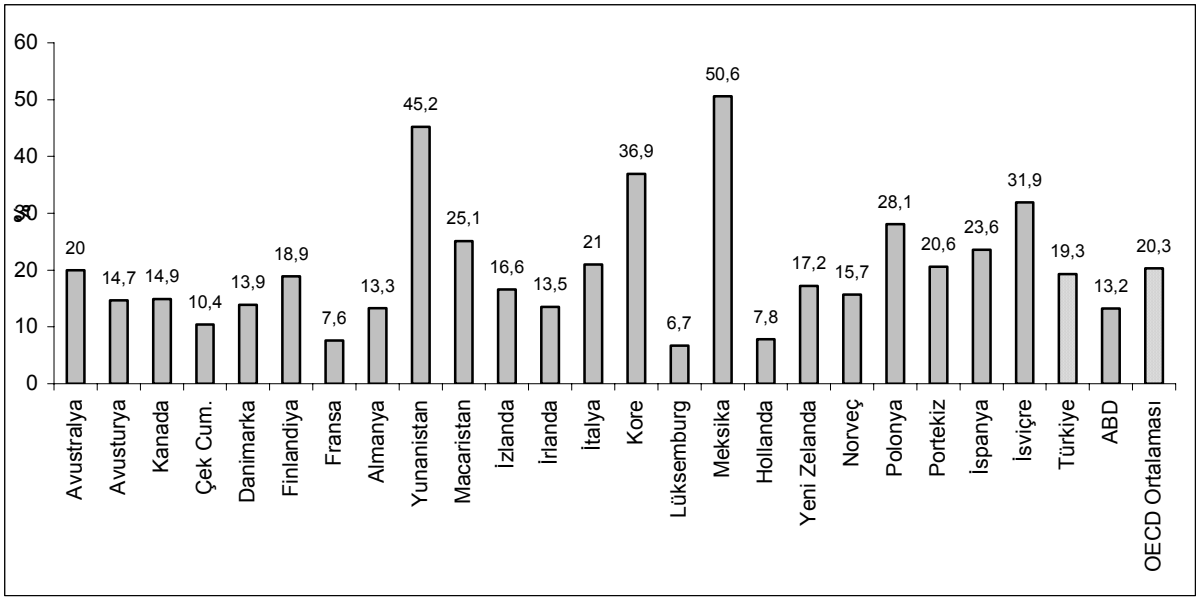


Şekil 5.12: Hane Halkı Cepten Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması içindeki Payı (%), 1999-2005, Türkiye

Kaynak: OECD Health Data, 2006

Şekil 5.12'de görüldüğü gibi Hane halklarının cepten yaptıkları sağlık harcaması 1999 yılında Toplam Sağlık Harcamasının %29'u iken 2005 yılında bu oran %19,9 olarak gerçekleşmiştir.

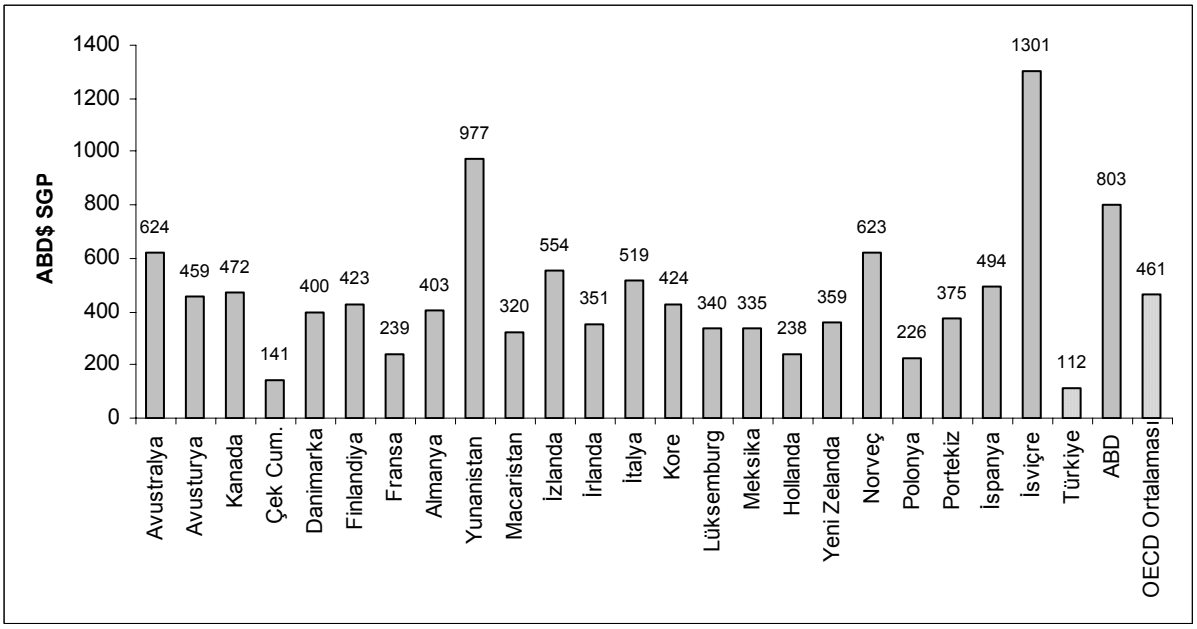
Hanehalklarının cepten yaptıkları sağlık harcamalarında, OECD ülkeleri içinde Türkiye %19,3 oranı ile OECD ortalamasına yakın bir harcama yapmaktadır. OECD ülkeleri içinde yaklaşık %51 ile Meksika birinci sıradadır. En düşük harcama ise yaklaşık %7 ile Lüksemburgda'dır.



Şekil 5.13: OECD Ülkelerinde Cepten Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%), 2004

Kaynak: OECD Health Data, 2006

Satınalma gücü paritesine göre karşılaştırıldığında ise Türkiye 112 ABD$ SGP ile son sıradadır. Kişibaşına en fazla harcama yapan ülke ise İsviçre'dir. Kişi başı cepten sağlık harcamasında OECD ortalaması ise 461 ABD$ SGP dir (Şekil 5.14) (6).



Şekil 5.14: OECD Ülkelerinde Kişi Başı Cepten Sağlık Harcaması ABD$ SGP ,2004

Kaynak: OECD Health Data, 2006

KAYNAKLAR:

1. OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, SB, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, SB-HM-2004/08, Aralık 2004, Ankara
2. Sosyal Güvenlik Raporu, SB, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü,
3. Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 1999-2000
4. Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, TÜİK-HMM, 2001-2004
5. Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, HMM, 2005-2006
6. OECD Health Data, OECD, 2006

BÖLÜM 6
SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMASI

Dr.Salih MOLLAHALİLOĞLU, Dr.Ünal HÜLÜR, Dr. Ayşegül GENÇOĞLU, Psk. Emel ALKAN, Hem. Şirin ÖZKAN, Hem. Ümmühan EKİNCİ, Hem. Eda PINAR

"Vatandaşların ekonomik ve sosyal hayata, sağlıklı bireyler olarak katılımını sağlamak ve yaşam kalitelerini yükseltmeye katkıda bulunmak sağlık politikasının temel amacıdır" (1) 21. yüzyıla adım atarken sağlık alanında hedeflenen en önemli konu, yalnızca daha uzun bir yaşam değil yaşam kalitesinin de yükseltilmesidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 21. yüzyıl Avrupa Bölgesi Hedefleri, sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve sonuçlarının değerlendirilmesindeki temel ilkeleri; toplumun her kesimine, yoksunlukları ve ihtiyaçları dikkate alan bir eşitlik anlayışı ve her düzeyde katılım ve dayanışma sağlanması şeklinde vurgulamaktadır.

Ülke kalkınmasında rol oynayan en önemli faktörlerden biri insan gücü planlamasıdır, sağlık insan gücü planlaması da bu planlamanın en önemli parçalarından biridir. Sağlıkta İnsan Gücü Planlaması; gerek coğrafi gerekse kültürel, tüm demografik özellikleri tanımlanmış bir toplumun, mevcut ve kısa, orta ve uzun vadeli sağlık gereksinimlerinden yola çıkılarak, bu gereksinimlerin karşılanmasını içeren; çıkabilecek diğer gereksinimleri de öngören bir planlama olmalıdır. Toplumun sağlık düzeyini iyileştiren maliyet-etkili sağlık hizmetlerini sunabilecek sağlık insan gücünün üretimi, kullanılması ve yönetimi ile ilgili tüm eylemler sistematik olarak koordine edilmelidir. Sağlık sisteminin işleyişinde uygun ve nitelikli insan kaynaklarına ihtiyaç vardır. Halka sunulan sağlık hizmetlerinin daha iyi planlanması ve organize edilmesi için sağlık sektörü çalışanlarının temel sağlık hizmetlerine yaklaşımı ve uygulamaları açısından yeterliliği, yüksek profesyonel bakış açısına sahip olmaları ve modern teknikleri öğrenmeleri sağlanmalıdır. Bu nedenle uygulanan sağlık sisteminin işleyişinde uygun ve nitelikli insan kaynaklarına ihtiyaç vardır.

6.1. POLİTİKA VE PLANLAMALAR

Son yıllarda ülke kalkınmasında insan gücü planlamasının önemi daha iyi kavranmıştır. İhtiyaca yönelik sağlık insan gücü planlamasının yapılması, sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedeflerden yola çıkılarak "Herkese Sağlık" başlığı altında

incelenmiş, Hükümet Programı ve buna bağlı olarak hazırlanan Acil Eylem Planında tanımlanan Kamu Yönetimi Reformu kapsamında yürütülen faaliyetlerden biri olmuştur.

Sağlık insan gücü planlamalarına ilişkin politika ve stratejiler; makro düzeyde Devlet Planlama Teşkilatının (DPT) yapmış olduğu 5 yıllık (2006 yılı itibariyle 7 yıllık) kalkınma planlarında sektörel olarak, mikro düzeyde ise Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından yürütülen faaliyetlerde insan kaynakları planlamasına yönelik hedefler olarak yer almıştır. İhtiyaç duyulan sağlık personelinin yetiştirilmesi ve istihdamı konusunda koordinatörlük görevi 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve ilgili yönetmeliklerle SB'ye verilmiştir.

1990'lı yılların sonunda, uluslararası katılımla gerçekleştirilen halk sağlığı kongrelerinde sağlık politikaları ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili konular ele alınmış, ulusal sağlık politikaları çalışmaları yayın haline getirilmiş ancak Meclisten onay alınmadığı için işlevsel olamamıştır. Söz konusu yıllarda DPT yönlendirmeleri ile sağlık reform çalışmaları etkinleştirilmiş; Dünya Bankasından (DB) dış krediler alınarak ilgili kurum alt yapısı oluşturulmuş ve hükümetlerin eylem planlarında "Ulusal Sağlık Politikası", "Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)" olarak yer almıştır. Özetle 1960'dan bu yana "sağlık politikaları" ülkenin kalkınma planları kapsamında belirlenmiş, ilgili Bakanlıkların kuruluş kanunlarında ortaya koyulmuştur. Politika ve planlamaların günümüz "Herkese Sağlık" hedefleri doğrultusunda güncelleştirmesine yönelik destekleyici çalışmalar devam etmektedir. Ancak koordinasyon ve uygulamalarda sıkıntılar yaşanmaktadır.

Ülkemizde Ulusal Sağlık Politikası belirlenmesi amacıyla DPT, SB, Eğitim Kurumları ve ilgili sektör tarafından çalışmalar yürütülmektedir. Ulusal düzeyde yapılan, DPT ve Türk Sanayicileri ve İş Adamları Derneği (TÜSİAD) tarafından gerçekleştirilen "Sekizinci Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Özel İhtisas Raporu", "Dokuzuncu Kalkınma Planı" ve "Sağlıklı Bir Gelecek; Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri" adlı çalışmalar sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması ve önceliklerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiş çalışmalardır.

Söz konusu çalışmalarda sağlık sektöründe mevcut durum ve sorunlar ortaya koyulmuş, önemli sektörel strateji ve çözüm önerilerine yer verilmiş, sağlık insan gücünde öncelikli olarak üzerinde durulması geren iki temel sorun ortaya konulmuştur. Bu sorunlar, insan gücünün ülkenin mevcut ihtiyaçlarına uygun sayıda ve sağlık sistemine uygun olarak eğitilememesi, eğitimli sağlık insan gücünün ise çeşitli nedenlerden dolayı oluşan bölgelerarası dengesiz dağılımı olarak vurgulanmıştır. Sağlık insan gücü planlamasının nüfusa dayalı olarak yapıldığı ve bu planlama şeklinin meslekler arası, kurumlar arası ve

bölgelerarası dengesiz dağılıma yol açtığı tespit edilmiştir. Bu durumun insan gücü kapasitesinin etkili kullanılamamasına ve istihdam sorunlarına neden olduğu vurgulanmış, çözüm önerisi olarak da insan gücünün DSÖ'nün öngördüğü gibi ihtiyaca yönelik (istek+ihtiyaç+nüfus+hedef) ve iş yükü yöntemlerine göre planlanması gerekliliği belirtilmiştir. Yine aynı çalışmalarda izleme-değerlendirme ve denetleme mekanizmasındaki aksaklıkların, mevzuat yetersizliklerinin, eğitim ve istihdam politikalarındaki sık değişikliklerin hizmet sunumundaki istikrarı olumsuz etkilediğinden söz edilmiştir. Sağlık politikası düzeyinde en önemli öncelik olarak SB'nin rol ve sorumluluklarının yeniden düzenlenmesi; SB'nin hizmet üreten bir kuruluş olmaktan çıkarılıp sağlık politikalarını belirleyen, bunları izleyen ve hizmet kalitesini denetleyip hizmetlerde standardizasyonu gözeten bir kurum haline dönüştürülmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Bu çalışmalarda değinilen bir başka konu da ülke genelinde mezuniyet öncesi ve sonrası sağlık eğitim kurumlarının akreditasyon, yeterlilik ve eğitim standardizasyonun sağlanmasının ve her basamaktaki sağlık mesleğine ait sürekli eğitim ihtiyaçlarının giderilmesinin gerekliliğidir. Sözü edilen çalışmalarda, sağlık insan gücü planlamasının gerek eğitim gerekse istihdam alanlarında ihtiyaca yönelik yapılması ve sağlıklı kamu politikasını geliştirecek mekanizmalar kurulmasında sektörler arası işbirliğinin gerekliliğine yer verilmiş, sağlık sektöründe görev alan personelin motivasyonunun arttırılmasının, bilgi ve beceri ile donatılmasının önemi belirtilmiştir. Tüm gelişmiş ülkelerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilerek, bu yöndeki tüm çalışmaların desteklenmesinin ve bu bağlamda aile hekimliği sisteminin ülkemiz koşullarına uygun olarak hayata geçirilmesinin gerekliliğinden bahsedilmiş, SB'nin denetleme ve planlama rolünün artırılmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

SB; sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde eşit bir şekilde verilebilmesi için yeterli sayıda ve nitelikte insan gücünün istihdamı, bölgelerarası dengesizliklerin azaltılması ve sağlık kurumlarının doluluk oranlarının artırılması konularındaki faaliyetlere önemle yer vermiştir. Son yıllarda yürütülen etkili politikalarla sağlık sisteminde önemli gelişmeler yaşanmıştır. Ülke genelindeki sağlık personeli doluluk oranları incelendiğinde hekim ve hekim dışı sağlık personeli istihdamında sorunlar olduğu görülmektedir. Küçük yerleşim bölgelerinde, yeterli sayı ve nitelikte uzman hekim bulundurabilmek oldukça güç olmaktadır.

Ülke genelinde yaşanan bölgelerarası dengesizlik ve istihdamla ilgili sorunları çözmek amacı ile Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü (SBPGM) ; yeni "Atama ve Nakil Yönetmeliği" ile bölgeler, hizmet grupları ve hizmet puanı kriterlerini belirleyerek personel

nakillerini objektif bir esasa bağlamış, mazeret durumları için daha sıkı bir denetim sistemi getirmiştir.

10 Temmuz 2003 tarih ve 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun gereğince doktorlara mecburi hizmet getirilmiş, ihtiyaç duyulan personelin, gerekli olan bölgede isteyerek çalışmasını sağlamak amacı ile sözleşmeli personel alımı gerçekleştirilmiştir. 2004 yılında yapılan değişikliklerle iller gelişmişlik endeksine göre bölgelere, bölgeler de personel durumuna göre gruplara ayrılmış ve atama ve nakillerde personel dağılımı ülke ihtiyaçları gözetilerek düzenlenmiştir (3). Bunun yanı sıra 22 Mart 2006 tarih ve 64284 sayılı yazı ile Maliye Bakanlığı 'na (MB) açıktan vekil ebe/hemşire atanması yönünde izin başvurusu yapılmış, 2006 yılı için 3.000 ve 2007 yılı için 2.473 olmak üzere toplam 5.473 vekil ebe/hemşire ataması için izin alınmıştır. Bu doğrultuda personel açığı bulunan sağlık ocaklarında öncelikle ebe istihdamına, bu şekilde yeterli sayıda müracaat bulunmaması halinde hemşire istihdamına gidilmiştir. Ayrıca SB, yıl içerisinde belirli periyotlarla atamaları yapılmak üzere çeşitli sağlık meslek gruplarına ait 32.449 sözleşmeli (4/B) personel kadrosu tahsis edildiğini 31 Mayıs 2007 tarihinde açıklamıştır. Böylece sayısal anlamdaki ihtiyacı karşılamaya yönelik bir adım daha atılmıştır. SB kadrolarına 2004 yılından bu yana yeni yapılan atamalara ilişkin veriler Tablo 6.1'de gösterilmiştir. 24 Haziran 2006 tarihli Resmi Gazete yayınlanan Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik ile Personel Dağılım Cetveli (PDC) kriterleri yayınlanmıştır.[1]

Tablo 6.1: Sağlık Bakanlığında 2004 Yılından Bu Yana Yeni Yapılan Atamalar

Unvan	2004	2005	2006	2007*
Uzman Hekim	1556	1950	2828	866
Pratisyen Hekim	4185	2263	4267	1083
Asistan	716	2265	1177	8
Hemşire	3552	1490	6918	2174
Ebe	4599	1622	3185	8
Sağlık Memuru	5468	2311	3036	47
Diğer Personel	2618	1214	2944	321
TOPLAM	22694	13115	24355	4507

Kaynak: SBPGM, 1 Haziran 2007
* 2007 yılı verileri 1 Ocak - 31 Mayıs 2007 arasını kapsamaktadır.

[1] Personel Dağılım Cetveli-PDC: Ücret veya maaşları genel bütçeden karşılanmak suretiyle istihdam edilen mevcut Bakanlık personelinin kadro ve pozisyonlarının unvan ve branşlar itibariyle önceden belirlenen ilkelere göre illere ve hizmet birimlerine dağılımı sonucu ayrı ayrı olarak belirlenen ve her yıl yenilenen kadro ve pozisyon sayısı.

SB, verilen sağlık hizmetlerinin daha etkin, süratli, verimli bir şekilde sunulması için tesis kurmak ve bu tesisleri cihazlarla donatmanın yanı sıra en önemli faktörün insan olduğu düşüncesiyle, döner sermaye uygulaması yoluyla taşra kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanlarının gelirlerini arttırarak, motivasyonunu ve hizmette verimliliğini artırmayı amaçlamıştır. Bakanlık Merkez personelinin sosyal haklarında iyileştirilmeler yapılmış, merkez ve taşra personeli arasındaki ikilem asgariye indirilmiş, personel motive edilerek hizmette verimlilik sağlanmıştır (4). Ayrıca performans ve kalite ile ilgili çalışmaları kurumsallaştırmak ve sürekli hale getirmek amacıyla Strateji Geliştirme Başkanlığı'nda "Performans Yönetimi ve Kalite Ölçütleri Geliştirme Dairesi" kurulmuştur.

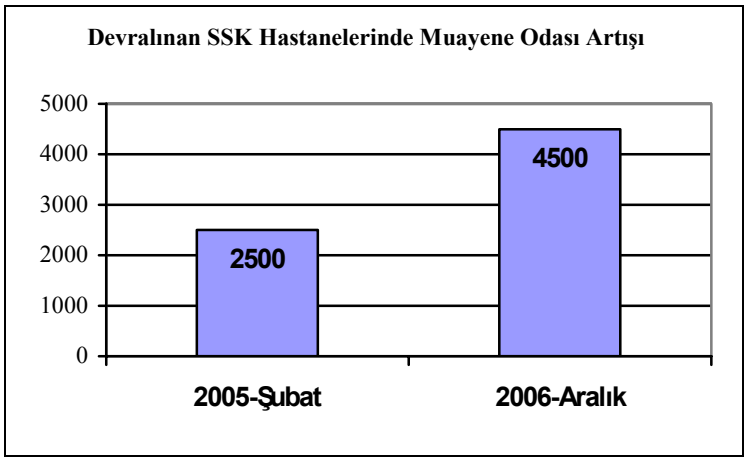
6.2. SAĞLIK PERSONELİ MEVCUT DURUMU

Ülkemizde sağlık insan gücü ile ilgili olarak politika ve planlamalar kısmında da bahsedildiği üzere ihtiyaca yönelik net bir planlama stratejisi olmamasından kaynaklanan sorunlar mevcuttur. Kısa vadede mevcut hükümet politikalarıyla bu sorun çözümlenmeye çalışılsa da uzun vadede sağlık sektörünün her basamağında görev alan iş gücüne ait modern şartlara uygun işgücü, eğitim ve istihdam planlamalarının yapılması gerekmektedir. Sağlık personelinin modern bilgi ve teknikleri öğrenerek profesyonel bakış açılarının ve temel sağlık hizmetlerine yaklaşımlarının geliştirilmesi çalışmalarına devam edilmelidir.

Sağlıkta çok parçalı hizmet sunumuna sahip ülkemizde sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi amacıyla bazı değişiklikler yapılmıştır. 19 Ocak 2005 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun uyarınca, diğer bakanlıklara ait sağlık kurumları, mevcut personeliyle birlikte SB'ye devredilmiştir.[2] Devir alınan 148 hastaneden 55 tanesi bina, insan kaynakları, araç-gereç ve tüm imkanların verimli ve koordineli bir şekilde kullanılması, fonksiyonel kapasitenin arttırılması, halka sağlık hizmetinin en iyi şekilde verilmesi, hekimlerimizin tıbbi teknolojik cihaz ve araçlardan daha çok yararlanması ve tedaviye ilişkin tedbirleri zamanında almalarına imkan sağlanması amacıyla mevcut SB hastaneleri ile birleştirilmiştir. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastanelerinin devrinden sonra hasta muayene oda sayılarında artış olmuş ve bu durum

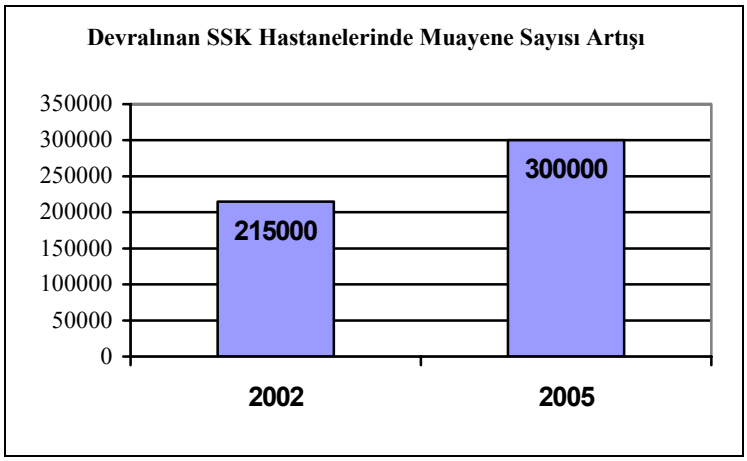
[2] 146 tanesi SSK Başkanlığı'ndan, bir tanesi İçişleri Bakanlığı'ndan ve bir tanesi de Ulaştırma Bakanlığı'ndan olmak üzere 148 hastane, 11 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, 217 Dispanser (semt polikliniği olarak) mevcut personeli ile beraber 19.02.2005 tarihinde SB'ye devredilmiştir.

muayene edilen hasta sayısının artmasına olanak tanımıştır. Bu değişim Şekil 6.1 ve Şekil 6.2'de görülmektedir.



Şekil 6.1: Devralınan SSK Hastanelerinde, 2005 Şubat- 2006 Aralık Ayları Arasında Hasta Muayene Odası Artışı

Kaynak: AKDAĞ, R. 2007 Mali Yılı Bütçe sunumu



Şekil 6.2: Devralınan SSK Hastanelerinde, 2002-2005 Yılları Arasında Hasta Muayene Sayısı Artışı, Ortalama Günlük Muayene Sayısı

Kaynak: AKDAĞ, R. 2007 Mali Yılı Bütçe sunumu (17)

SSK'dan devralınan dispanserlerin bir bölümü sağlık ocaklarına dönüştürülürken, bir bölümü de semt polikliniği olarak en yakın devlet hastanesinin bünyesine alınmıştır. Dispanserler hariç, devralınan SSK hastanelerinin devirden önceki 2004 yılı hasta muayene sayısıyla, devirden sonraki 2006 yılı hasta muayene sayısı arasında ciddi bir fark vardır ve 2006 yılı toplam hasta muayene sayısı yaklaşık 24 Milyon daha fazladır. Devralınan hastanelerin yıllık muayene sayıları Tablo 6.2'de gösterilmiştir.

Tablo 6.2: Devralınan SSK Hastanelerinin Devirden Önce (2004) ve Devirden Sonra (2006) Yıllık Toplam Muayene Sayıları

	Yıllık Toplam Hasta Muayene Sayısı
2004*	43.561.287
2006**	67.094.434

* SB Yataklı Tedavi Kurumları 2004 İstatistik Yıllığından alınmıştır.
** SB Hastane istatistiklerinin analizi ile müdürlüğümüz tarafından derlenmiştir.

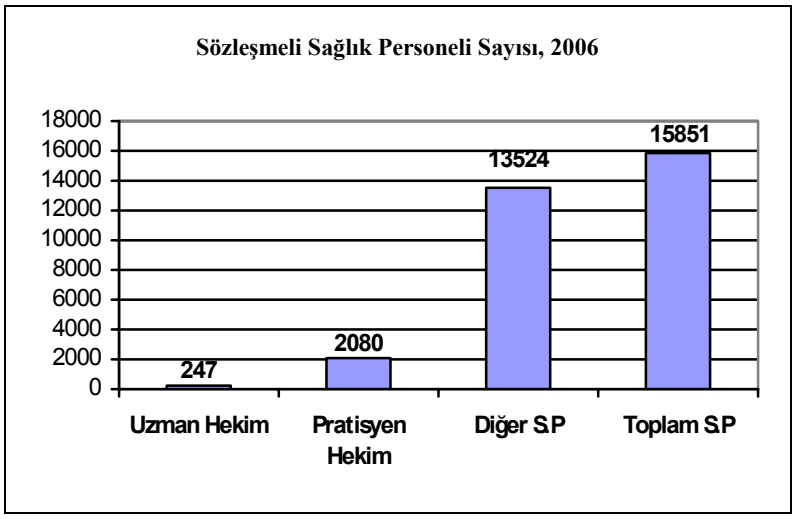
Türkiye'de SBPGM Bilgi İşlem Daire Başkanlığı'nın 15 Mart 2007 tarihine ait rakamlarına göre 98.634 hekim, 81.106 hemşire, 43.065 ebe ve 44.221 sağlık memuru bulunmaktadır. 1995-2007 yıllarına ait Türkiye sağlık personeline ilişkin veriler, Tablo 6.3'de gösterilmiştir.

Tablo 6.3: Türkiye Sağlık Personeli, 1995-2007

	Hekim	Uzman Hekim	Pratis. Hekim*	Diş Hekimi	Eczacı	Sağlık Memuru	Hemşire	Ebe
1995	69349	29846	39503	11717	19090	39342	64243	39551
1996	70947	31126	39821	12406	19861	39075	64526	38945
1997	73609	32511	41148	12737	20557	39658	67265	40230
1998	77344	34189	43155	13421	21441	41461	69146	41059
1999	81988	36854	45134	14226	22065	43032	70270	41271
2000	85117	38064	47053	16002	23266	46528	71612	41590
2001	90757	41907	48850	15866	22922	45560	75879	41158
2002	95190	43660	51530	17108	22322	49324	79059	41513
2003	97763	46563	51200	18073	23632	50432	82246	41273
2004	104226	53344	50882	18363	24615	57723	82616	42649
2005	107347	56645	50702	18834	21409	59313	83926	43438
2006**	97796	50063	47733	4069***	1133	43721***	80068	42205
2007**	98634	50422	48212	4070***	1117	44221***	81106	43065

* Asistan hekimler dahildir.
**2006 ve 2007 yılı rakamları SBPGM Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı, Aktif Çalışan Personel Sayısı çalışmasına (2006 Yılı için Aralık, 2007 yılı için Mart ayı) ilişkin verilerdir. Türk Silahlı Kuvvetleri, Kızılay, Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, SB Merkez Teşkilatında kadrolu olarak çalışan personel ve diğer Bakanlık ve vakıflarda görev yapan sağlık personeline ilişkin veriler dahil değildir.
*** Diş Hekimi, Eczacı ve Sağlık Memuru 2006 ve 2007 verileri sadece SB'de çalışan personel sayısını göstermektedir, üniversitelerde ve özel sektörde çalışan personele ilişkin verileri kapsamamaktadır.

Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli sıkıntısını gidermek amacı ile uygulanan sözleşmeli sağlık personeli alımıyla, özellikle hekim dışı sağlık personeli açısından 5. ve 6. bölge illerinde önemli sayıda istihdam sağlanmıştır. Aralık 2006 itibariyle sözleşmeli personel sayısı, Şekil 6.3'de gösterilmiştir.



Şekil 6.3: Sağlık Bakanlığı Bünyesinde Çalışan Sözleşmeli Personel Sayısı, Aralık 2006

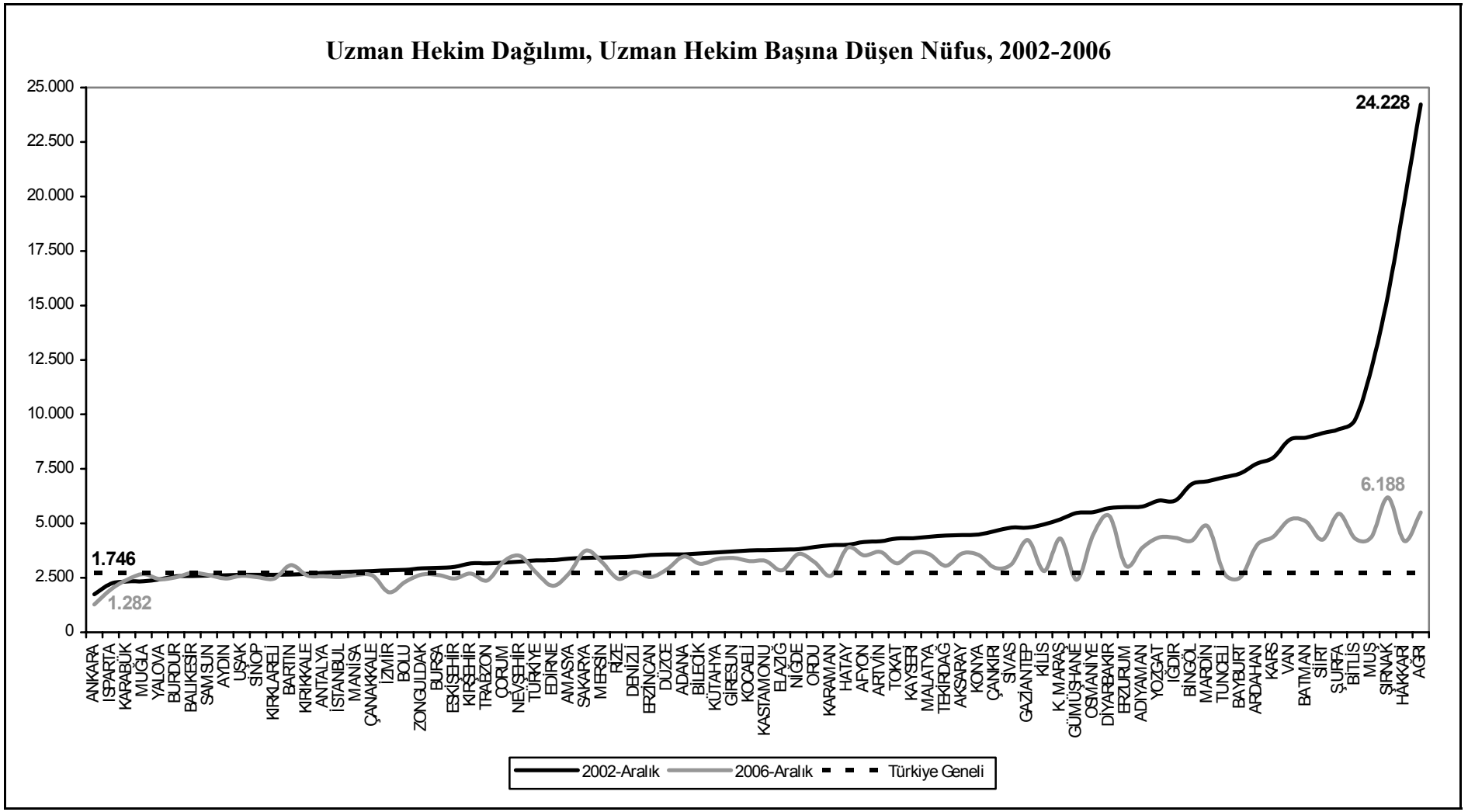
Kaynak: AKDAĞ, R. 2007 Mali Yılı Bütçe sunumu

Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli sıkıntısını gidermek amacı ile uygulamaya konulan Devlet Hizmeti Yükümlülüğü ile bu bölgelerde çalışan uzman ve pratisyen hekim sayılarında artış gözlenmiştir. Sağlık personelinin bölgelerarası dengesizliğini gidermek için getirilen uygulamalar sonrasında 2002 ve 2006 yılları arasında olumlu yönde gelişmeler sağlanmıştır. Hemşireler için bazı illerde istenen düzeyde dağılıma ulaşılamamış olsa da 2002 yılına göre önemli bir değişim olduğu görülmektedir. Bu konuda 2002 ve 2006 yılları için en iyi ve en kötü durumda olan bölgeler kıyaslanabilir. En iyi ve en kötü durumda olan bölgeler arasındaki uzman hekim başına düşen nüfus kıyaslandığında 2002 yılında 13,9 katlık farkın, 2006 yılında 4,8'e düştüğü göze çarpmaktadır. Personel başına düşen nüfusun en iyi ve en kötü olduğu iller arasında kaç kat fark olduğu Tablo 6.4'de, sağlık personelinin bölgelerarası dengesizliğini gidermek için getirilen uygulamalar sonrasında 2002 ve 2006 yılları arasında oluşan farklılıklar Şekil 6.4- 6.5 ve 6.6'da, aynı yıllarda beşinci ve altıncı bölgelerde çalışan hekim sayıları da Şekil 6.7'de gösterilmiştir.

Tablo 6.4: Personel Başına Düşen Nüfus Açısından En İyi ve En Kötü Durumdaki İller Arasındaki Farkın Kıyaslanması, 2002-2006.

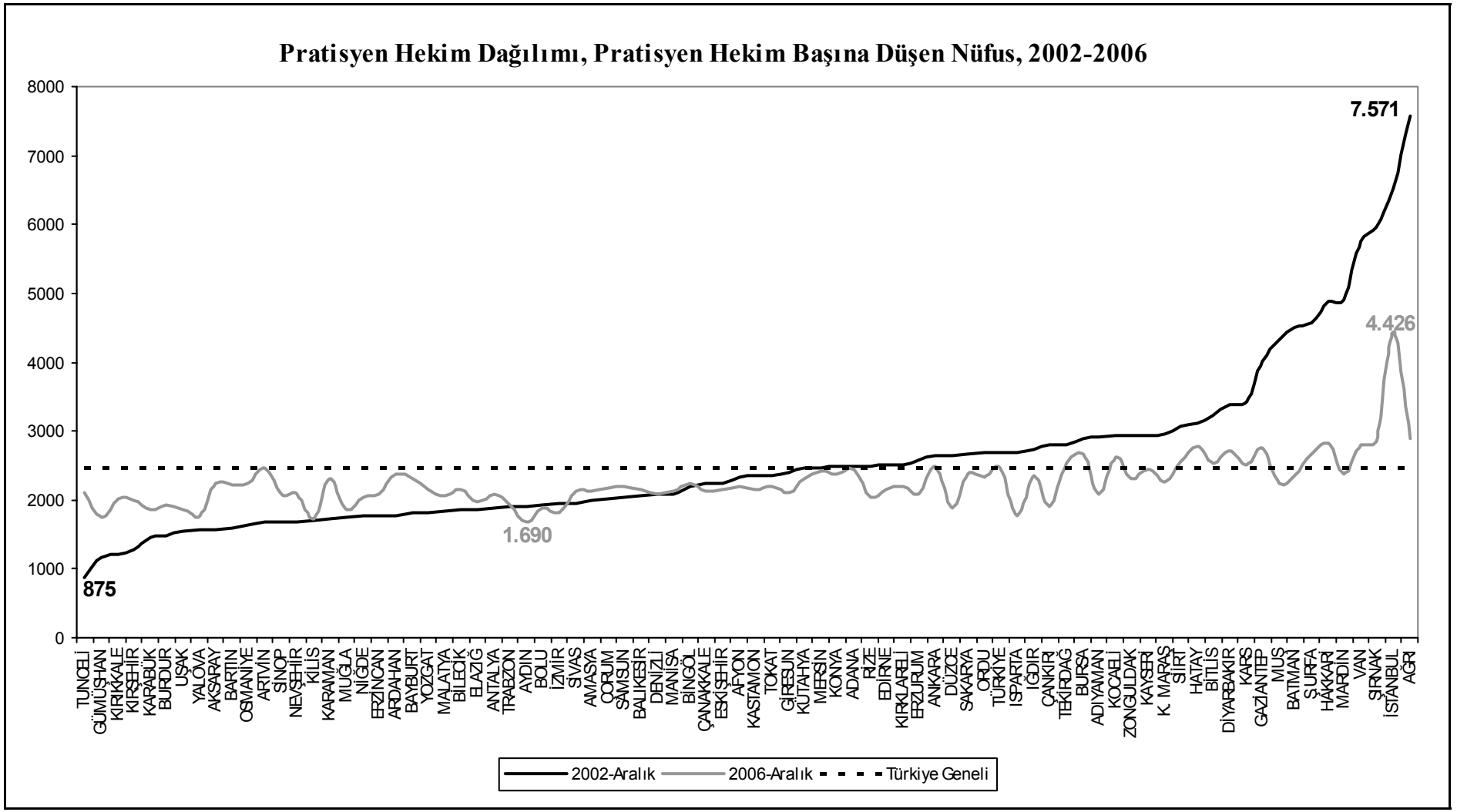
	2002	2006
Uzman Hekim	13,9 kat	4,8 kat
Pratisyen Hekim	8,7 kat	2,6 kat
Hemşire - Ebe	7,9 kat	4,5 kat

Kaynak: AKDAĞ, R. 2007 Mali Yılı Bütçe sunumu



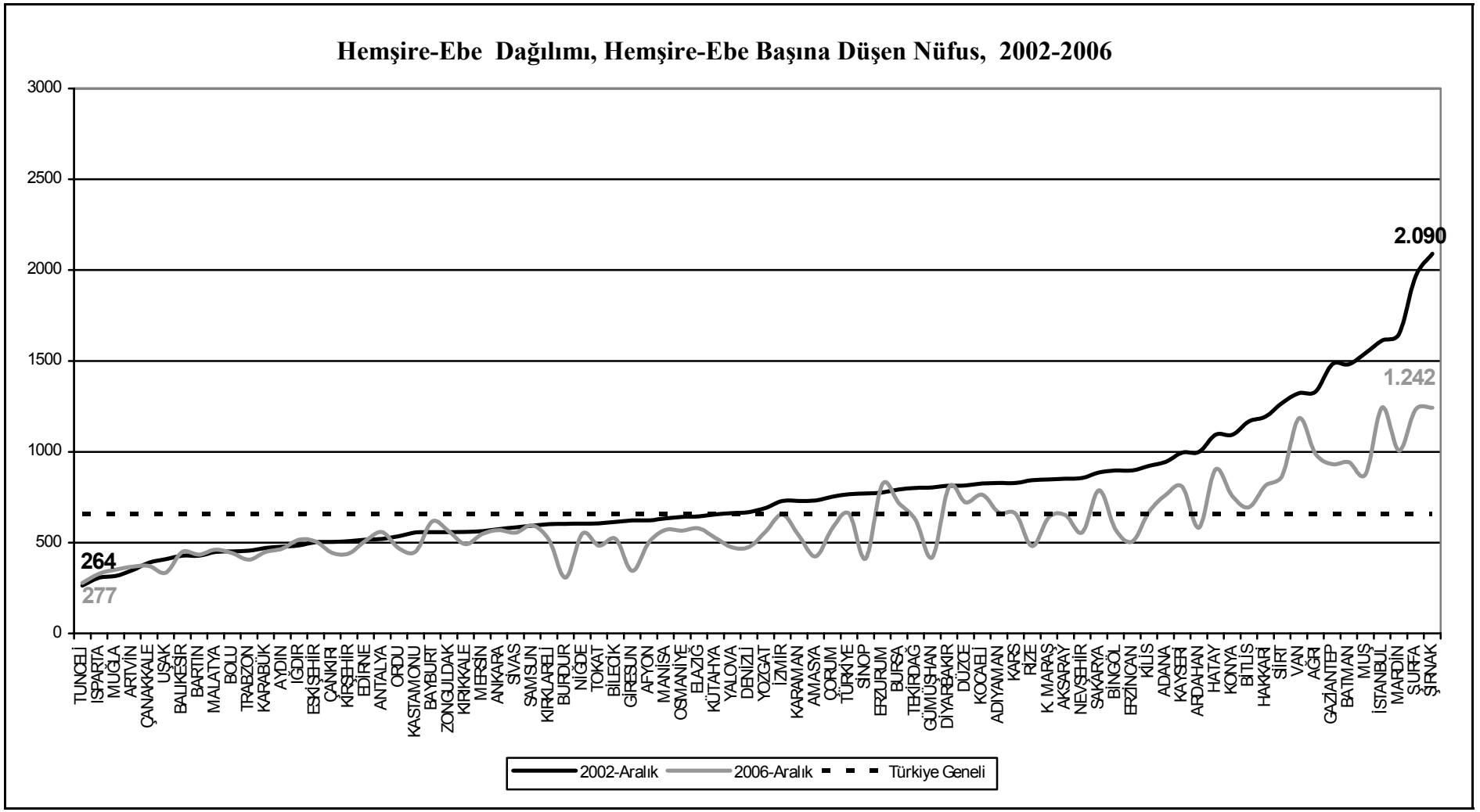
Şekil 6.4: İllere Göre Uzman Hekim Başına Düşen Nüfusun Kıyaslanması 2002-2006

Kaynak: AKDAĞ, R. 2007 Mali Yılı Bütçe sunumu



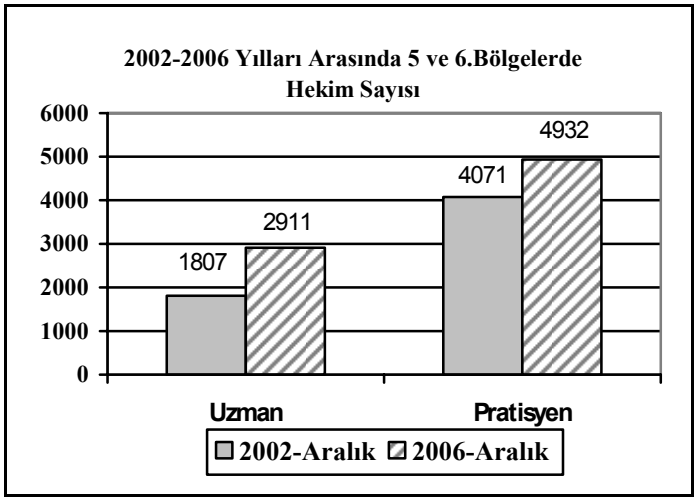
Şekil 6.5: İllere Göre Pratisyen Hekim Başına Düşen Nüfusun Kıyaslanması 2002-2006

Kaynak: AKDAĞ, R. 2007 Mali Yılı Bütçe sunumu



Şekil 6.6: İllere Göre Hemşire-Ebe Başına Düşen Nüfusun Kıyaslanması 2002-2006

Kaynak: AKDAĞ, R. 2007 Mali Yılı Bütçe sunumu



Şekil 6.7: 2002 ve 2006 Yıllarında Beşinci ve Altıncı Bölgelerde Çalışan Hekim Sayısı

Kaynak: AKDAĞ, R. 2007 Mali Yılı Bütçe sunumu

6.3. SAĞLIK PERSONELİNİN MEZUNİYET ÖNCESİ VE SONRASI EĞİTİMİ

6.3.1. 1920'lerden Günümüze Sağlık Eğitimi

SB kuruluşundan itibaren sağlık hizmetlerinin sunumunda en önemli yere sahip olan sağlık insan gücünün öneminin farkında olup, yeterli sayıda nitelikli insan gücüne ulaşmak için birçok girişimde bulunmuş, çeşitli stratejik yöntemler uygulamıştır. Bu bağlamda 1924 yılında İstanbul'da ortaokula dayalı iki yıl süreli gündüzlü, Sivas'ta yatılı olmak üzere iki küçük sağlık memurluğu okulu açılmıştır. İlerleyen yıllarda sayı ve niteliksel olarak geliştirilen bu okullara 1961 yılında, "Sağlık Koleji" adı verilerek yardımcı sağlık personeli yetiştirilmeye başlanmıştır. 1978-1979 öğretim yılından itibaren sağlık kolejinin adı "Sağlık Meslek Lisesi" olarak değiştirilmiştir. Hekim dışı sağlık personelinin mesleki becerilerinin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinde ihtiyaç duyulan ara insan gücünün yetiştirilmesi için 10.04.1965 tarih ve 11976 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 555 sayılı yasa ile Ankara Gevher Nesibe Sağlık Eğitimi Enstitüsü kurulmuştur. Daha sonra, Erzurum, Kayseri, Konya, İstanbul, İzmir, Kırıkkale, Osmaniye'de de Sağlık Eğitimi Enstitüsü açılarak sayısı Türkiye genelinde sekize yükseltilmiştir.

Sağlık Eğitim Enstitüleri, sağlık ve eğitim alanındaki teknolojik gelişmeler, Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) nezdinde bu Enstitüleri bitirenlerin konumuna ilişkin belirsizlikler ve Sağlık Eğitim Enstitülerinin Akademik eğitim verecek insan gücünü bünyesinde barındırmaması gibi sorunlarla karşı karşıya kalmıştır. Bu nedenle 2809 sayılı yasanın Ek:30 Maddesine dayanılarak, SB'nin talebi; YÖK'ün uygun görüşü; Milli Eğitim Bakanlığı'nın

(MEB) teklifi ve Bakanlar Kurulu'nun 24.08.1994 tarih ve 94/6138 sayılı kararı ile Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi ve Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesinin açılmasına karar verilmiştir. Bakanlığın ihtiyaç duyduğu nitelikli insan gücünü karşılamak amacıyla açılan bu fakültelerin kuruluş aşamasındaki bina, araç-gereç ve her türlü lojistik destek, yapılan protokol gereğince SB'ce karşılanmıştır. Ancak bu fakültelere öğrenci alımı 2004 yılı itibari ile durdurulmuştur (9,18).

Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye göre, sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla orta ve yüksek dereceli okulların açılması için gerekli plan ve programların yapılması ve okulların açılmasıyla ilgili işlemleri yürütmekten Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü (SBSEGM) sorumludur. Genel Müdürlüğün bir başka sorumluluğu da Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) haricinde diğer özel ve resmi kurumlar tarafından açılması planlanan orta dereceli sağlık meslek okullarının açılışları ile ilgili işlemlerin ve açılmış olanların eğitimlerinin denetlenmesidir. Sağlık meslek eğitimini geliştirmeye yönelik araştırmalar yapmak veya yaptırmak, alınan sonuçları değerlendirmek gibi sorumlulukları da bulunmaktadır.

SDP çerçevesinde, SB'ye bağlı sağlık meslek liseleri, 5450 sayılı kanun hükmünleri dahilinde 2006 yılında MEB 'na devredilmiştir. Ayrıca 01.02.2006 tarih ve 655 sayılı onayla Sağlık Eğitim Enstitülerine öğrenci alımı durmuştur. Bu devir kapsamında SB'den 7 bine yakın personelin MEB'e, MEB'den de 1500 personelin SB'ye geçişi yapılmıştır (15). Birinci sağlık projesi kapsamında, 23-27 Mart 1992 tarihlerinde düzenlenen I. Ulusal Sağlık Kongresi'nde, Avrupa Birliği (AB) normlarına uygun sağlık insan gücü yetiştirilmesi gündeme gelmiştir. Belirlenen hedeflere ulaşabilmek için 1. Ulusal Sağlık Kongresi'nde alınan karar gereğince, sağlık hizmetlerinin verimliliğini yükseltmek amacıyla, "Sağlık Eğitiminin Yeniden Yapılandırılması Projesi" kapsamında bazı çalışmalar yapılmıştır. Yüksek Sağlık Şurasının kararları[3] doğrultusunda 10.10.1996 tarih ve 96/8655 sayılı Bakanlar Kurulu Kararlarına istinaden; ebe, hemşire ve sağlık memurluğu eğitiminin lisans düzeyindeki (dört yıllık) yüksek okullarda verilmesi ve bu sistemin ülke modeli haline getirilmesi benimsenmiştir. 03/02/2006 tarih ve 26069 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren "Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Bağlı Okulların Milli Eğitim Bakanlığına Devredilmesi ile Bazı Kanunlarda ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair 5450 sayılı Kanun" la MEB'e devredilen Sağlık Meslek Liselerinde; Acil Tıp Teknisyenliği, Anestezi Teknisyenliği, Çevre Teknisyenliği, Diş Teknisyenliği, Ortopedi

[3] 2 Mart 1992 tarih ve 174/1 Sayılı, 26 Ocak 1995 tarih ve 184/1 Sayılı ve 23 Mayıs 1995 tarih ve 185/1 Sayılı Yüksek Sağlık Şurası kararları

Teknisyenliği, Laboratuar Teknisyenliği, Radyoloji Teknisyenliği, Tıbbi Sekreterlik alanlarında eğitim verilmekteydi. 2 Mayıs 2007 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 5634 sayılı "Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" un 7. maddesi uyarınca sağlık meslek liselerinin hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarına 5 yıl süreyle öğrenci alımına ve bu programlardan mezun olanlara hemşire unvanı verilmesine karar verilmiştir.

SDP kapsamında; SBSEGM'nin faaliyet alanı genişletilmiştir ve halkın sağlık eğitimi, tıpta uzmanlık eğitimi, mezuniyet sonrası sürekli eğitim ve hizmet içi eğitimi kapsayacak şekilde yeniden yapılandırılmıştır. Sözkonusu yapılandırma çerçevesinde, 28.03.2007 tarihinde kabul edilerek, 04.04.2007 tarih ve 26483 sayılı resmi gazetede yayımlanan 5614 sayılı Kanun'un, 1219 sayılı Kanun'un 9. maddesinde değişiklik yapan 4. maddesi ile; eğitim kurumlarına eğitim yetkisi verilmesi ve eğitim yetkisinin kaldırılmasına ilişkin teklifleri karara bağlamak, uzmanlık ana dallarının rotasyonlarını belirlemek, uzmanlık sınavı jürilerini tespit etmek, yabancı ülkelerde asistanlık yapanların bilimsel değerlendirilmesini yapacak fakülteleri ve eğitim hastanelerini belirlemek Tıpta uzmanlık eğitimi ve uzman insan gücü ile ilgili görüşler vermek, uzmanların tıbbi gelişmeleri izlemesini sağlayıcı inceleme ve araştırmalar yapmakla görevli olmak üzere, sağlık bakanlığının sürekli kurulu niteliğinde Tıpta Uzmanlık Kurulu teşkil olunmuştur. Kurulun çalışma ve usul ve esasları ile ihtisas belgeleri Şeklinde düzenlenmesinin uygun olacağı mütalaa edilmektedir. Ancak ilgili Genel Müdürlüğe bu yeni görev alanları belirlenirken, daha önce sadece Sağlık Meslek Liselerine yönelik oluşturulmuş olan idari ve teknik kapasitesi genelde korunmuş, bunun neticesi olarak da yeni görevleri yüklenebilecek bir yapıdan uzak kalmıştır (8,12,13,18).

Her alanda bilgi patlamasının yaşandığı günümüzde sağlık alanındaki gelişmeleri takip edebilecek, gelişen teknolojik olanakları sağlık alanında uygulayabilecek insan gücünü yetiştirebilmek üzere 3959 Sayılı Kanuna dayanılarak 10 Mart 2003 tarih ve 23 sayılı çalışma yönergesiyle Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı'na bağlı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (HMM) tekrar faaliyete geçirilmiştir. HMM'nin bir diğer işlevi de ihtiyaç duyulan insan gücüne yönelik eğitim programlarının hazırlanması ve temel sağlık hizmet sunumundaki etkililiğin artırılması için hizmet içi eğitimlerin yürütülmesidir.

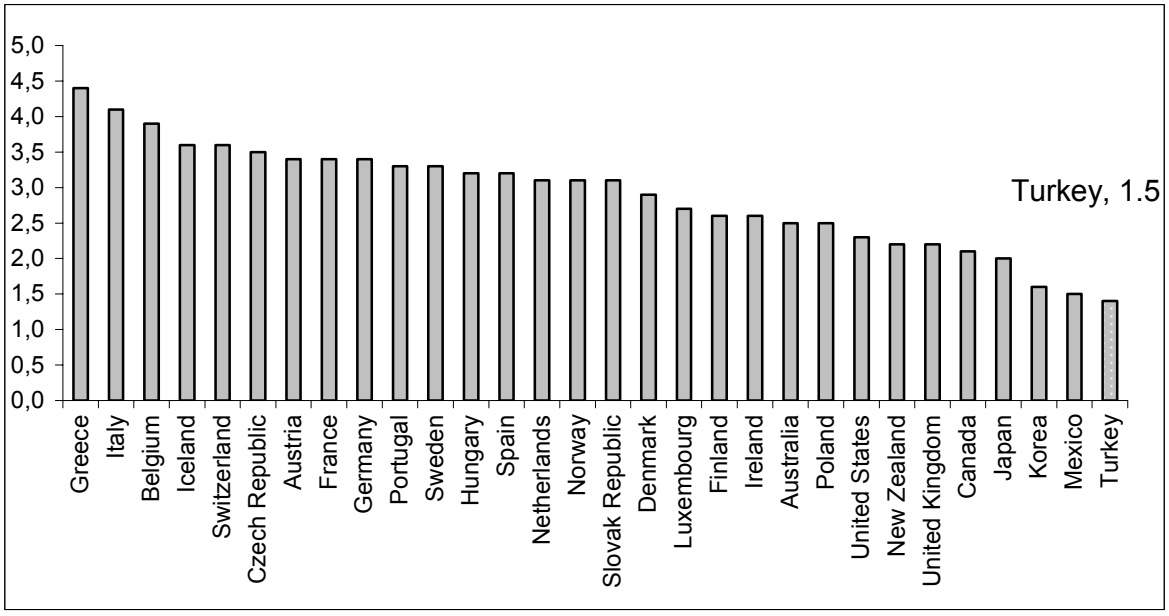
6.3.2. Hekimler

Türkiye'de 54 tıp fakültesi bulunmakla birlikte aktif olarak tıp eğitimi veren ve öğrenci mezun eden tıp fakültesi sayısı 52'dir. Tıp fakültelerinde eğitim 6 yıl olup ulusal çekirdek eğitim standartları içerisinde düzenlenmektedir. Bu eğitimin son yılı intörnlük

şeklindedir. Hekimler 6 yıllık tıp eğitiminin ardından Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile bir dalda uzmanlaşabilmektedir. Bazı tıp fakültelerinde bir yıl süreli İngilizce hazırlık sınıfı vardır ve kimi tıp fakültelerinde eğitim dili İngilizcedir. Eğitim, temel ve klinik tıp bilimleri; hastalık-durum-semptom listesi; beceriler, tutum ve davranışlar olmak üzere üç ana bölüm halinde verilir. Türkiye'de tıp fakültelerinde uygulanan eğitim modeli çoğunlukla karma eğitim modeli olup probleme dayalı öğrenme modeline geçen tıp fakültesi sayısı giderek artmaktadır.

Lisans eğitimini tamamlayan pratisyen hekimlerin, daha sonra TUS ile uzmanlaşma olanakları bulunmaktadır. Pratisyen hekimlerin uzmanlık dışında bazı alanlarda eğitim alarak sertifika sahibi olma olanakları da (Diyaliz Kursu Sertifika Programı, Acil Hekimliği Sertifika Programı gibi.) vardır. Bu sertifikayı alan hekimler hastanelerin ilgili ünitelerinde ve özel sektörde ilgili alanlarda çalışabilmektedir. Uzman hekimliğin yanı sıra hekimlerin klinik şefi, şef yardımcısı ve başasistan olmaları da mümkündür. SB eğitim ve araştırma hastanelerindeki bu kadrolara Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda belirtilen esaslar doğrultusunda atama yapılmaktadır.

Türkiye'deki hekim sayısının diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında halen yetersiz olduğunun görülmesi ilave hekim mezun etme gerekliliğini desteklemektedir. Ancak mevcut durumun niceliksel boyutu değerlendirilirken niteliksel boyutu gözden kaçırılmaması gereken önemli bir konudur. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) ülkelerinde 1000 kişiye düşen hekim sayısının karşılaştırılması Şekil 6.8'de gösterilmiştir.



Şekil 6.8: OECD Ülkelerinde 1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı

Kaynak: OECD in Figures - 2005 edition - ISBN 9264013059

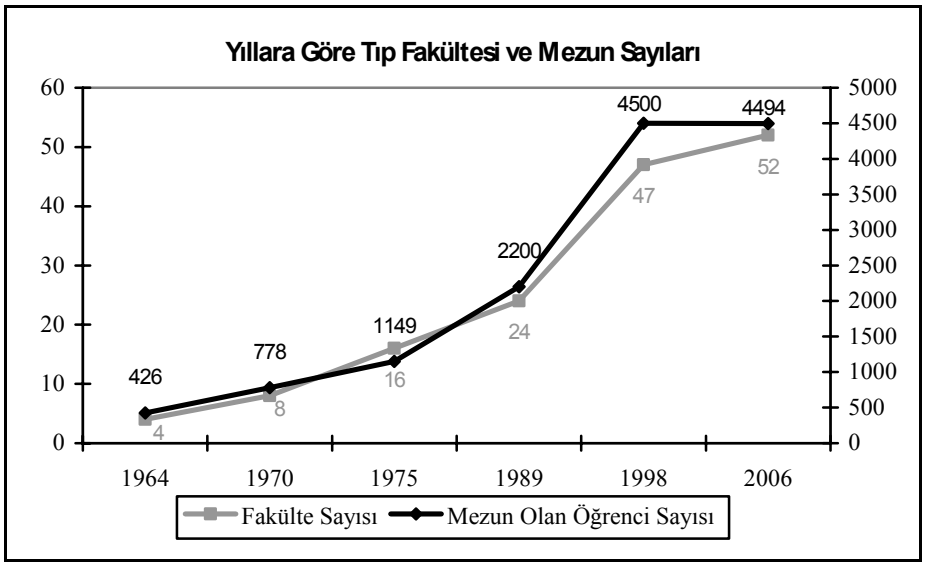
Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporunda tıp eğitiminde mevcut sorunlara ve bunlara yönelik getirilen önerilere yer verilmiştir. Mevcut sorunlara yönelik olarak verilen önerilerde aşağıdaki gerekliliklere vurgu yapılmıştır:

- Hekimlerin mezuniyet öncesi eğitim sisteminin gözden geçirilmesi ve teorik ve pratik eğitimde yeniliklerin getirilmesi,
- Teknolojik gelişmelerden ve yeniliklerden eğitim sistemi içerisinde daha fazla yararlanılması,
- Evrensel tıp eğitiminin yanı sıra ülkeye özgü sağlık sorunlarına da vurgu yapılması,
- Öğretim elemanlarının formasyon eğitimi almalarının sağlanması, öğretim elemanlarına yönelik maddi ve manevi teşviklerin düzenlenmesi,
- Tıp fakültelerinin yeterlilik açısından değerlendirilmesi, öğrenci sayılarının ve dağılımlarının bu açıdan incelenmesi, ülkedeki hekim sayısının gerçekçi bir şekilde tespit edilmesi

Raporda Tıp Eğitimi'nin yanı sıra, tıpta uzmanlık eğitimine ve sürekli tıp eğitimine ilişkin olarak, uzmanlık eğitiminde bir standardizasyonun sağlanması ile pratisyen hekimlikten uzmanlığa yönelişin azalması ve ihtiyaca yönelik uzmanlaşmanın sağlanması, eğiticilerin yeterliliklerinin değerlendirilmesi, "Tababet Uzmanlık Tüzüğü Tasarısı"nın yasalaştırılması konularında önerilere de yer verilmiştir (2). Ülkemizde hekimlikte uzmanlaşma bu mesleğin en büyük problemi olarak gündemi her zaman meşgul etmiştir.

Yapılan planlamada esas alınan yöntem, mevcut asistan kadrolarından boş olanlara yeni uzman adaylarının yerleştirilmesinden ibarettir (10). Oysaki uzman açığının belirlenmesi ve gerekli olan alanlarda insan gücü yetiştirilmesi konusunda SB ve YÖK işbirliği içerisinde çalışmalıdır.

Türkiye'de 1964 yılında 4 olan tıp fakültesi sayısı, 2006 yılında 52'ye; tıp fakültelerinden 1 yılda mezun olan hekim sayısı da 426'dan 4494'e yükselmiştir. Türkiye'de 1964-2006 yılları arasında tıp fakültesi ve mezun sayıları Şekil 6.9'da gösterilmiştir.



Şekil 6.9: Türkiye'de 1964-2006 Yılları Arasında Tıp Fakültesi ve Mezun Sayıları

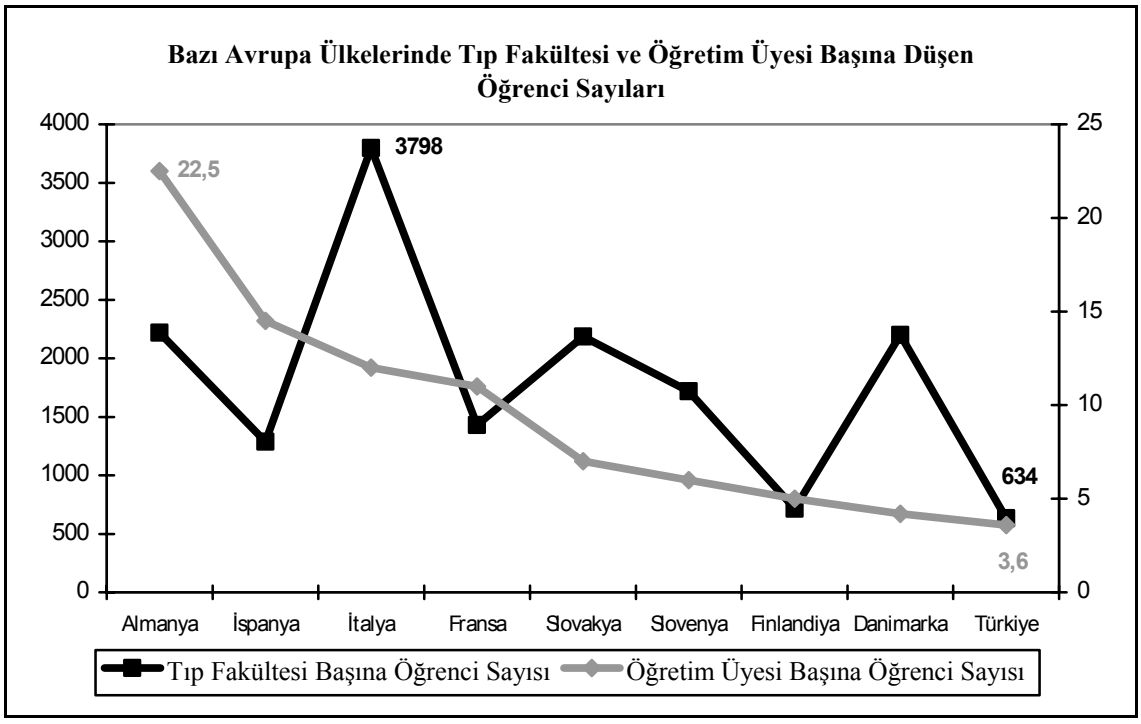
Kaynak: SBSEGM, 2006

Bazı Avrupa Ülkelerinde tıp fakültelerinde mevcut öğrenci sayıları kıyaslandığında; Türkiye'de tıp fakültesi başına öğrenci sayısının diğer ülkelerden daha az olduğu, buna paralel şekilde öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısının da düşük olduğu görülmektedir. Türkiye ve bazı Avrupa Ülkelerinde tıp fakültesi, öğretim üyesi ve öğrenci durumuna ilişkin veriler Tablo 6.5 ve Şekil 6.10'da gösterilmiştir.

Tablo 6.5: Türkiye ve Bazı Avrupa Ülkeleri'nde Tıp Fakültesi, Öğretim Üyesi ve Öğrenci Durumu

ÜLKE	ÜLKE NÜFUSU	TIP FAKÜLTESİ	ÖĞRETİM ÜYESİ	ÖĞRENCİ	ÖĞRENCİ / ÖĞRETİM ÜYESİ	ÖĞRENCİ / TIP FAKÜLTESİ
ALMANYA	82.633.200	36	3.550	79.866	22,50	2218,5
İSPANYA	41.895.600	28	2.500	36.049	14,42	1287,5
İTALYA	57.987.100	39	12.583	148.157	11,77	3798,9
FRANSA	60.011.200	44	5.847	62.921	10,76	1430
SLOVAKYA	5.381.200	3	893	6.561	7,35	2187
SLOVENYA	1.954.500	1	285	1.717	6,02	1717
FİNLANDİYA	5.231.900	5	698	3.583	5,13	716,6
DANİMARKA	5.397.600	3	1.570	6.598	4,20	2199,3
TÜRKİYE	72.000.000	52	9.020	32.985	3,66	634,3

Kaynak: SBSEGM, 2006



Şekil 6.10: Bazı Avrupa Ülkelerinde Tıp Fakültesi ve Öğretim Üyesi Başına Düşen Öğrenci Sayıları*

* SBSEGM'den alınan veriler işlenerek oluşturulmuştur.

6.3.3. Hemşireler

Sağlık hizmetleri, sektörler arası ve disiplinler arası iş ve güç birliği ile toplum katılımını gerektirir. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda etkin ve nitelikli sağlık insan gücü en önemli kaynaktır. Bilimsel bir disiplin olan hemşirelik mesleği bireyin, ailenin ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde, sağlık hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi ve değerlendirilmesinde temel insan gücü olarak önemli bir yere sahiptir. Hemşireler, sağlık hizmetlerinin koruyucu, iyileştirici, geliştirici basamaklarında tüm sağlık profesyonelleri içerisinde sağlık hizmeti ekibinin etkin bir üyesi olarak görev almaktadır.

Ülkemizde 1958 yılından beri Sağlık Meslek Liselerinde ve lisans düzeyinde üniversitelerde verilmekte olan hemşirelik eğitiminin, Sağlık Meslek Liselerinin kapatılması ile uluslararası standartlara getirilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda halen yürürlükte olan 28.2.1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nun gelişmelere ve mesleki yeniliklere cevap verebilmesi amacıyla, Türkiye'nin dahil olduğu uluslararası anlaşmalar ve AB'ye uyum politikaları çerçevesinde hazırlanan 5634 Sayılı "Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" 02.05.2007 Tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

Hemşirelik eğitimi süresi 4 yıl olup, mezunlarına hemşirelikte lisans diploması verilmektedir. Hemşirelik eğitimi programı toplam 4600 saat olup bu sürenin en az 1/3'ü teorik ve en az ½'si pratik olmak zorundadır. Hemşireler için ülkemizde ilk kez 1972 yılında doktora programları açılmıştır. Hemşireler ve diğer yardımcı sağlık personeli için mezuniyet sonrası eğitim, fakültelerde yüksek lisans olarak verilmektedir. Hemşirelik eğitimi sonrasında dahiliye hemşireliği, cerrahi hemşireliği, kadın doğum hemşireliği, psikiyatri hemşireliği, çocuk hemşireliği, halk sağlığı, hemşirelikte yönetim, meslek esasları gibi branşlarda uzmanlaşma olanağı bulunmaktadır. 02.05.2007 Tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 5634 Sayılı Kanun doğrultusunda; hemşirelik ve eşdeğer programların lisans ve lisansüstü eğitimleri ile ilgili yeni düzenlemeler getirilmiştir. Söz konusu kanunda yer alan yeni düzenlemeler ışığında;

"Hemşirelik unvanı" için hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksekokullardan mezun olma şartı getirilmektedir (madde1). 5 yıl süreyle Sağlık Meslek Liselerinin ilgili bölümlerine alınanlar, bu genellemenin dışındadır (madde7). Lisans mezunu hemşireler, meslekleriyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzman hemşire olacaktır. Hemşireler, meslekleri ile ilgili özellik arz eden birim ve alanlarda, belirlenecek esaslar çerçevesinde yetki belgesi alacaklardır. Yetki belgesi alınacak eğitim programlarının düzenlenmesi, uygulanması, koordinasyonu, belgelendirme ve tescili ile kredilendirme gibi hususlar Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenecektir (madde 4- madde 8). Hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programının adı, kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren hemşirelik programı olarak değiştirilmiş ve programlar birleştirilmiştir.

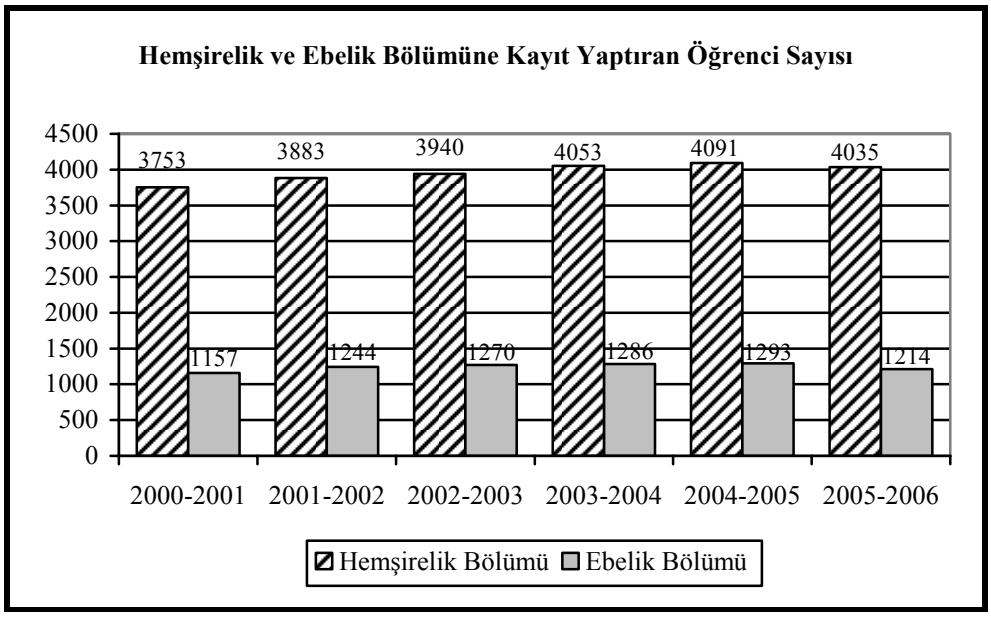
Türkiye'de Hemşirelik hizmetlerine yönelik çalışmalar, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SBTHGM) bünyesinde Hemşirelik Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından yürütülmektedir. SDP'nin hedef, ilke ve stratejileri ile DSÖ Münih Deklarasyonu doğrultusunda hemşirelik mesleğinin yeniden yapılandırılması amacıyla hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarına yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Hemşirelik hizmetlerinde kalite,

güvenilirlik ve verimliliğin arttırılması, performansın yükseltilmesi amacıyla SB tarafından hizmet içi eğitim ve dönemler halinde kemoterapi hemşireliği, diyaliz hemşireliği, yoğun bakım hemşireliği, acil bakım hemşireliği, temel stoma bakım hemşireliği vb. kurslarını içeren sertifika programları düzenlenmektedir.

6.3.4. Ebeler

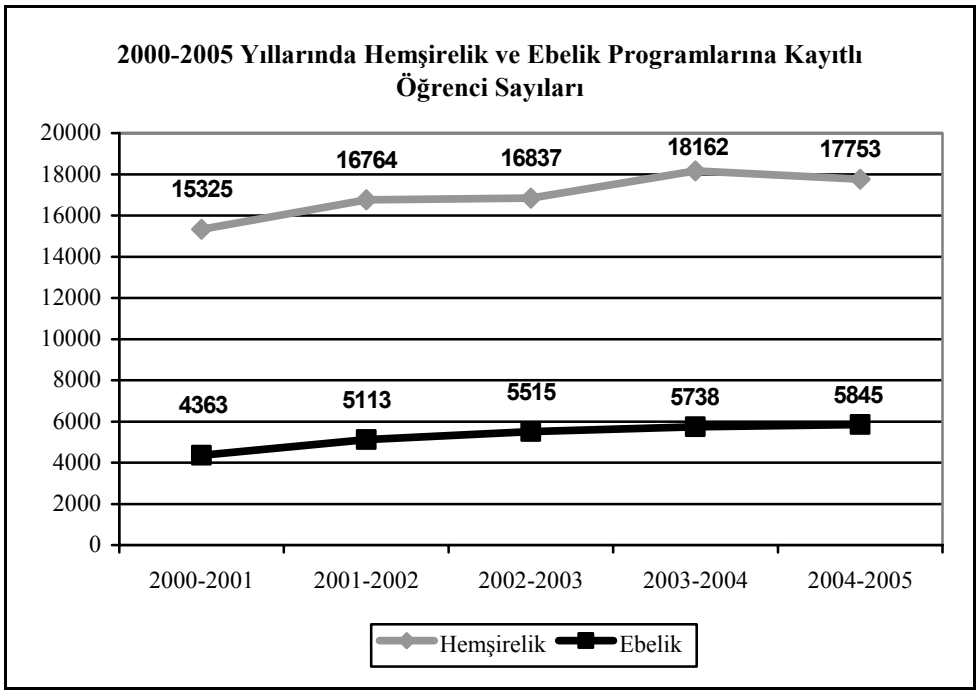
Sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü kapsayan anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi, korunması, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımın sağlanmasında önem arz eden sağlık insan gücünü oluşturmaktadırlar. 1995 yılında Bakanlar Kurulu Kararı ile Sağlık Meslek Liselerinde sürdürülen ebelik eğitiminin sonlandırılması sonucunda üniversitelerin sağlık yüksekokullarında ebelik bölümü açılarak ebelik lisans eğitimi verilmeye başlanmıştır. Ülkemizde YÖK'e bağlı 28 Ebelik Yüksekokulu bulunmaktadır. Ebelik lisans eğitimi süresi 4 yılda 4600 saat olup bu sürenin %50'si teorik, %50'si pratik dersleri içermektedir. Bunun yanı sıra lisans eğitimini tamamlayan ebeler, çeşitli dallarda yüksek lisans yapabilmektedir. Ebeler ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin verildiği özel ve kamu kurumlarında koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici basamaklarda görev almaktadırlar.

Türkiye'de ebelik hizmetlerine yönelik çalışmalar, SBTHGM Hemşirelik Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından yürütülmektedir. Sağlıklı birey ve sağlıklı toplum için, ulusal sağlık sorunları göz önünde bulundurularak, Avrupa Birliği üyelik sürecinde ebelik hizmetlerinin uluslararası standartlara uygun hale getirilmesine yönelik görev, yetki ve sorumlulukları içeren çalışmalar yapılmaktadır. Türkiye'deki lisans düzeyinde eğitim veren kurumlarda 2000-2001 öğretim yılından 2005-2006 öğretim yılına kadar hemşirelik ve ebelik bölümüne yeni kayıt olan öğrenci sayıları Şekil 6.11'de gösterilmiştir.



Şekil 6.11: Yıllara Göre Hemşirelik ve Ebelik Bölümüne Yeni Kayıt Olan Öğrenci Sayıları

Kaynak: SBSEGM



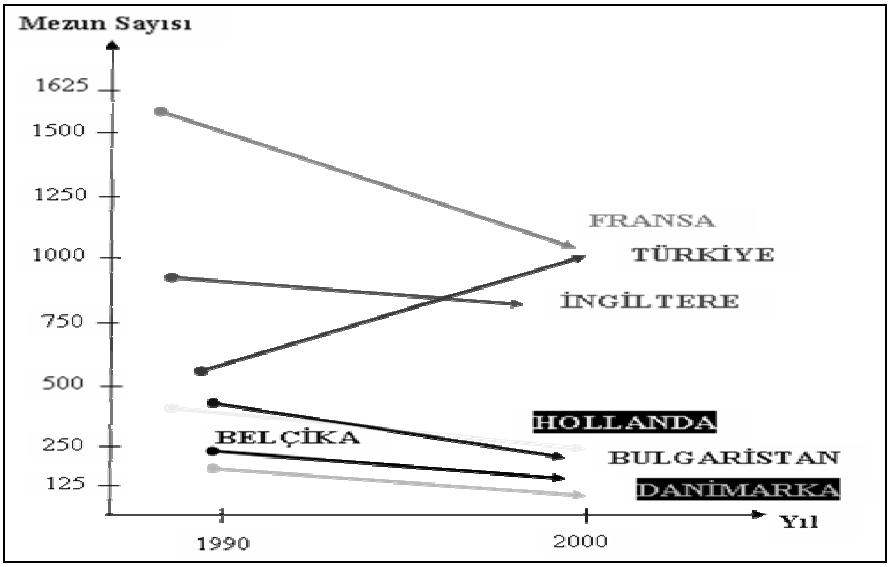
Şekil 6.12: 2000-2005 Yıllarında, Fakültelerde Hemşirelik ve Ebelik Eğitimine Kayıtlı Öğrenci Sayısı

Kaynak: SBSEGM

6.3.5. Diş Hekimleri

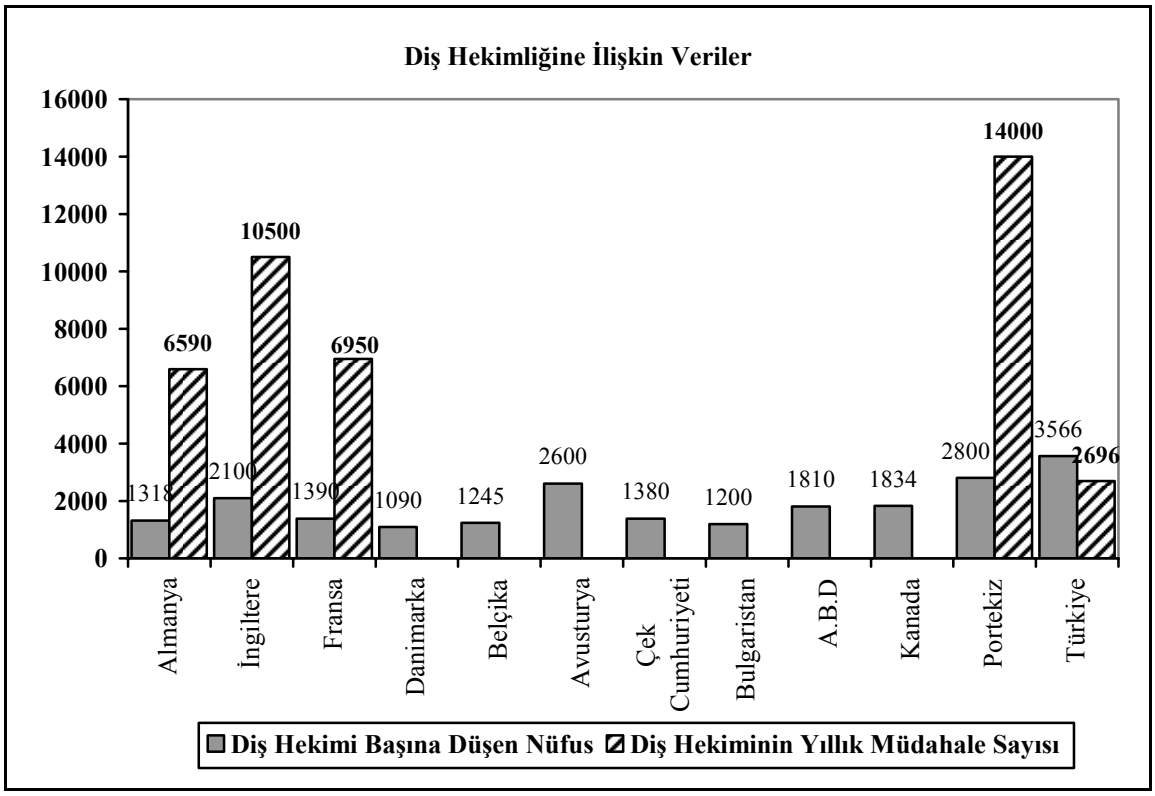
Türkiye'de 19 diş hekimliği fakültesi bulunmaktadır. Diş hekimliği eğitimi toplam 5 yıl olup, eğitimin ilk üç yılı preklinik son iki yılı ise klinik ağırlıklıdır. Diş hekimlerinin %63'ü özel sağlık kuruluşlarında, %20'si SB'de ve %8'i diş hekimliği fakültelerinde istihdam edilmiş durumdadır. Çalışmayan ya da diğer şekilde istihdam edilen diş hekimi oranı ise %9'dur. Son 15 yıl içinde diş hekimliği fakültesi sayısının ve kapasitesinin hızla artmasından dolayı sahaya giren yeni diş hekimi sayısında da ciddi bir artış gözlemlenmektedir. Diş hekimliği, Türk sağlık endüstrisinde en rekabetçi alanlardan biridir.

Türkiye'de diş hekimi mezun sayılarında 1990 yılından 2000 yılına kadar önemli bir artış meydana gelmiştir. Ancak diş hekimi mezun sayılarındaki artış değerlendirilirken ülke nüfusunda meydana gelen artış nedeniyle diş hekimi başına düşen nüfusun azalmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Türkiye'de diş hekimi başına düşen nüfus 3566 olup, bu rakam diğer Avrupa ülkelerine göre daha fazladır. Bunun yanı sıra diş hekiminin yıllık müdahale sayısı incelendiğinde bazı Avrupa ülkelerine göre bu sayının düşük olduğu görülür. Bu konudaki anlamlı fark, muhtemelen halkımızın diş hekimine başvurma alışkanlığının az olmasından kaynaklanmaktadır. 1990-2000 yıllarına ait diş hekimi mezun sayılarının diğer ülke verileri ile karşılaştırılması Şekil 6.13'de, diş hekimi başına düşen nüfus ve müdahale sayıları Şekil 6.14'de, diş hekimlerinin istihdam edildiği kurumlara dağılımı Şekil 6.15'de, Türk Diş Hekimleri Birliği'nin (TDB) 2004 yılında yaptığı bir çalışmaya dayanarak ileri sürdüğü insan gücü projeksiyonu da Tablo 6.6'da gösterilmiştir. Bu projeksiyon DHB'nin görüşünü yansıtmaktadır.



Şekil 6.13: Diş Hekimi Mezun Sayılarının Yıllara Göre Değerlendirilmesi

Kaynak: TDB



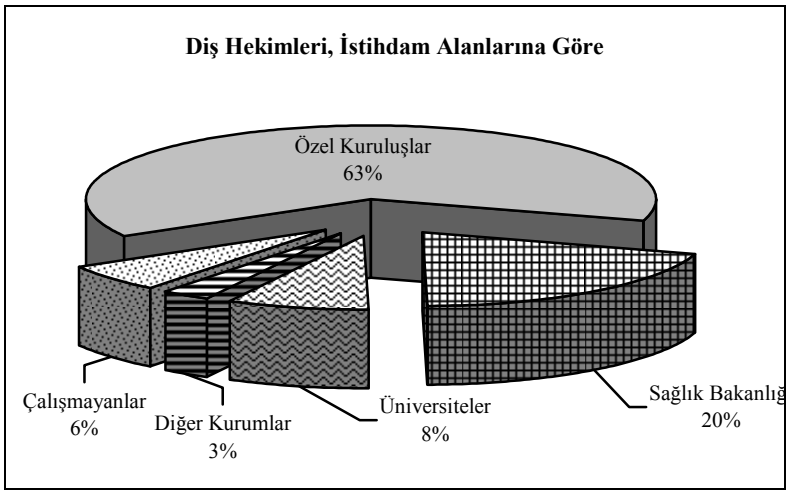
Şekil 6.14: Diş Hekimi Başına Düşen Nüfus ve Müdahale Sayıları, 2006

Kaynak: TDB, 2006

Tablo 6.6: Türk Diş Hekimleri Birliği İnsan Gücü Projeksiyonu, 2004

YIL	NÜFUS	YILLIK DİŞ HEKİMİNE GİTME	MÜDAHALE ARTIŞ ORANI (%)	DİŞ HEKİMİNİN TOPLAM YILLIK MÜDEHALE	GEREKEN DİŞHEKİMİ SAYISI	YENİ MEZUNLARLA OLUŞACAK DİŞ HEKİMİ SAYISI
2003	70.000.000	0,7		3240	15.123	18.900
2005	72.000.000	0,8	8	3510	16.410	20.800
2010	77.000.000	1	15	4050	19.012	26.500
2010	77.000.000	1,5	20	4860	23.765	26.500

Kaynak: TDB, İnsan Gücü Projeksiyonu, 2004



Şekil 6.15: Diş Hekimlerinin İstihdam Alanlarına Göre Dağılımı

Kaynak: TDB, 2006

6.3.6. Eczacılar

Sağlık hizmetlerinde eczacılar; hekimler ve diş hekimleri tarafından reçete edilen ilaçları vermekte ve ilaç kullanımı ve muhafaza edilmesi konularında sağlıklı ve hasta bireylere danışmanlık sağlamaktadır. Eczacılık diğer sağlık mesleklerinden ayrıcalıklı olarak yalnız hizmet değil, mal (ilaç) üretiminde de bulunabilen bir meslektir.

Türkiye'de 13 eczacılık fakültesi bulunmaktadır. Teorik ve pratik eğitimi kapsayan 4 yıllık eczacılık eğitimi, 2005-2006 eğitim-öğretim yılından itibaren 5 yıl olmuştur. Eczacılık fakültesi öğrencileri, fakülte lisans eğitimi sonrasında "Eczacı" unvanını almaktadır. Mezunlar yüksek lisans ve doktora programları ile eğitimlerine devam edebilmektedir.

Eczacılık fakültesi mezunları akademisyen olarak üniversitelerde, SB'ye bağlı kurumlar ve özel sektörde eczane ve hastane eczacılığında, ecza depolarında, ilaç endüstrisi ve kozmetik sanayide kalite kontrol laboratuarında, imalat, araştırma-geliştirme, satış ve pazarlama departmanlarında sorumlu olarak görev yapmaktadırlar.

Türkiye'de 2005 yılı sonu itibariyle 1000 kişiye düşen eczacı sayısı 0,3 olup bu sayının bazı Avrupa Ülkelerine göre düşük olduğu görülmektedir. Tablo 6.7'de Türkiye ve bazı Avrupa Ülkelerinde 1000 kişiye düşen eczacı sayıları gösterilmiştir.

Tablo 6.7: Türkiye ve Bazı Avrupa Ülkelerinde 1000 Kişiye Düşen Eczacı Sayıları

	Eczacı Sayısı				
	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**
Avusturya	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Almanya	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Fransa	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1
İrlanda	0,8	0,8	0,8	0,9	1,0
Lüksemburg	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8
Norveç	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6
Polonya	0,6	0,6	0,6	0,7	-
Slovakya	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Türkiye	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

Kaynak: OECD Health Data,2006

6.3.7. Sağlık Memurları

Türkiye'de sağlık memurluğu kavramı; Anestezi teknisyeni, çevre sağlık teknisyeni, diş teknisyeni, ilk ve acil yardım teknisyeni, laboratuar teknisyeni, odiyometri teknisyeni, röntgen teknisyeni, toplum sağlığı teknisyeni, tıbbi sekreter, ortopedi teknisyeni, fizik tedavi teknisyeni gibi meslek gruplarını içermektedir. Bu bölümde toplum sağlığı teknisyenliği ve çevre sağlığı teknisyenliğine değinilecek, diğer meslek grupları bir sonraki bölümde ele alınacaktır. 2005 yılı Mart ayı itibariyle SB kadrolarında çalışan sağlık memurlarının çeşitli meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 6.8'de gösterilmiştir.

Tablo 6.8: 15 Mart 2007 İtibariyle SB Kadrolarında Çalışan Sağlık Memurlarının Çeşitli Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Meslek Grupları	**SAYI**
Anestezi teknisyeni	3939
Çevre sağlığı teknisyeni	3129
Diş teknisyeni	776
İlk ve acil yardım teknisyeni	1418
Laboratuar teknisyeni	10724
Odiyometri teknisyeni	210
Röntgen teknisyeni	7403
Toplum sağlığı teknisyeni	14343
Tıbbi sekreter	2153
Ortopedi teknisyeni	113
Fizik tedavi teknisyeni	13
TOPLAM	44221

Kaynak: SBPGM 15.03.2007 Tarihli Aktif Çalışan Personel Sayısı Çalışması

6.3.7.1 Toplum Sağlığı Teknisyenleri

Sağlık sektörü işgücünün önemli bir bölümünü oluşturan sağlık memurları koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri, işyeri sağlık hizmetleri, gemi sağlık hizmetleri vb. birçok alanda görev almaktadırlar.

Sağlık memurlarının mezuniyet öncesi eğitimleri ortaöğretim düzeyinde Sağlık Meslek Liselerinde, ön lisans düzeyinde 2 yıllık Meslek Yüksek Okullarında ve lisans düzeyinde üniversitelerin 4 yıllık Sağlık Memurluğu Bölümlerinde yapılmaktadır. Lisans düzeyindeki sağlık memurluğu eğitimi 16 üniversitede sürdürülmektedir. Sağlık Memurluğu bölümünü bitirenlere "Sağlık Memuru" unvanı verilmektedir. İnsanların sağlık problemlerini çözmede görev alan sağlık memurlarının eğitiminde genel olarak anatomi, fizyoloji, biyokimya, istatistik, mikrobiyoloji, parazitoloji, psikoloji, kişilerarası ilişkiler, iç hastalıkları ve bakımı, cerrahi hastalıklar ve bakımı, bulaşıcı hastalıklar ve bakımı, halk sağlığı ve bakımı, gibi dersler okutulmakta, klinikte uygulama yaptırılmaktadır. 2 Mayıs 2007 Tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan 5634 sayılı kanunla hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlara hemşire unvanı verilmesi ve bu programın adının değiştirilerek hemşirelik programıyla birleştirilmesi karara bağlanmıştır.

Toplum Sağlığı Memurları lisans eğitiminden sonra alanlarında yüksek lisans ve doktora eğitimi alarak akademik kariyer yapabilmekte, yüksek öğretim kurumlarında araştırma görevlisi, doçent, profesör gibi unvanlarla öğretim üyesi olarak görev alabilmektedirler.

6.3.7.2 Çevre Sağlığı Teknisyenleri

Sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetleri basamağında önemli işgücü kapasitesine sahip olan çevre sağlık teknisyenleri; insan sağlığına zarar veren, halk sağlığı için risk oluşturabilecek her türlü çevresel faktörleri daha iyi hale getirmek için önlemler uygularlar. Söz konusu tedbirleri alabilmek için gıda, su, hava ve binaları denetleme görevini yerine getiriler.

Mezuniyet öncesi eğitimleri ortaöğrenim düzeyinde Sağlık Meslek Liselerinin "Çevre Sağlığı" ve "Çevre Sağlığı Teknisyenliği" bölümlerinde gerçekleştirilir. Eğitim süresi 4 yıldır. Eğitim ve öğretim sırasında, genel kültür ve meslek dersleri verilmektedir. Eğitim öğretim boyunca; sulardan örnek alma, kaynak, memba ve kuyu sularının kirlenme odaklarını belirleyici araştırmalar ve ıslah çalışmaları yapma, gıda maddelerinden örnek alma vb. çalışmalar yapılır ve mesleki beceriler kazandırılır.

Söz konusu bölümlerden mezun olanlar istedikleri takdirde, meslek yüksekokullarının çevre, çevre kirlenmesi ve kontrolü, çevre koruma, hidroterapi, sağlık kurumları işletmeciliği programlarına sınavsız olarak yerleştirilebilirler. Ayrıca sağlık meslek liselerinin bu bölümlerinden mezun olanlar Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkesi (ÖSYM) tarafından

yapılan Öğrenci Seçme Sınavına katılıp başarılı olmaları ve "Sağlık Memurluğu" veya "Sağlık İdaresi" lisans programlarını tercih etmeleri durumunda ek puan avantajından faydalanabilmektedirler.

SB'nin çevre sağlığı teknisyenleriyle ilgili bazı görevleri 5 Haziran 2004 Tarihli Resmi Gazetede yayınlanan 5179 sayılı kanunla Tarım ve Köyişleri Bakanlığı (TKİB) ve Belediyelere verilmiş, "Gıda Denetçi Kimliğine" sahip çevre sağlığı teknisyenlerinden 500 personel SB'den TKİB'ye devredilmiştir.

6.3.8. Diğer Sağlık Personeli

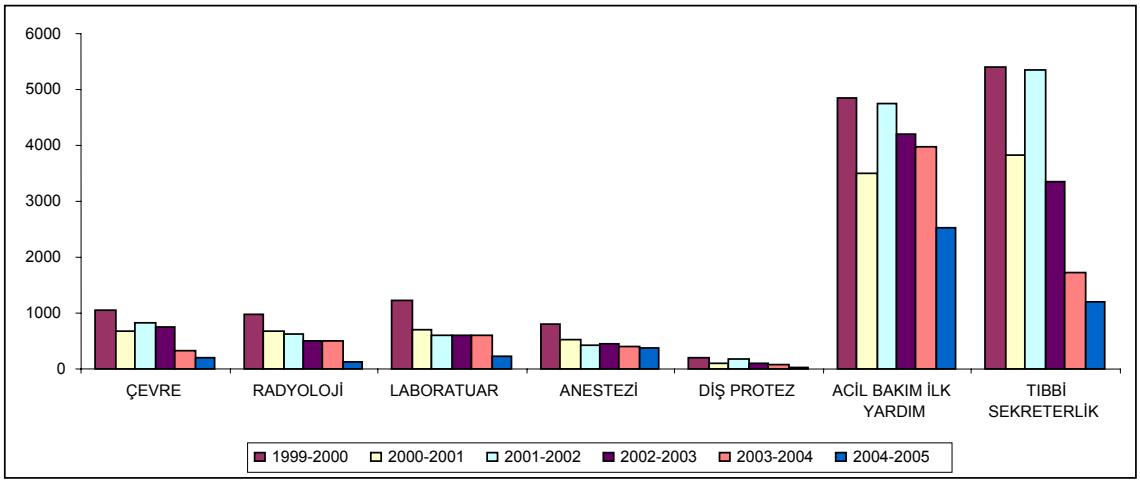
Sağlık alanında hizmet sunan diğer sağlık personelinin eğitimi 4 yıllık sağlık meslek liseleri, 2 yıllık ön lisans programları ve lisans düzeyinde eğitim veren fakülteler gibi farklı düzeylerde verilmektedir. Bunun yanı sıra 4 yıllık lisans eğitimin ardından yüksek lisans ve doktora programları da bulunmaktadır. Lise eğitimi ya da liseden sonra iki yıllık eğitim alan sağlık personeli teknisyen, 4 yıllık fakülte mezunu olan sağlık çalışanları ise teknolog olarak SB bünyesinde hizmet vermektedirler. Teknisyenler, tedavi sürecinin bir parçası olarak sağlık hizmetinin planlandığı gibi verilip verilmediğinin kontrol edilmesi amacıyla hekimler tarafından denetlenirler. Teknologlar ise hastaları nasıl değerlendireceklerini, sorunları nasıl teşhis edeceklerini, tedaviyi nasıl planlayacaklarını öğrenirler. Teknologların, aynı zamanda, çeşitli tedavilerin olası yan etkilerini ve uygunluğunu değerlendirmeleri de gerekmektedir.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda önlisans mezunu sağlık teknikerlerinin mevcut durumu ve sorunlarına yer verilmiştir. Sağlıkta ara insan gücü gereksinimini sağlamak üzere ön lisans düzeyinde çeşitli meslek yüksek okullarında çeşitli programlar (ambulans ve acil bakım teknikerliği, tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik, tıbbi laboratuar, anestezi, radyoloji, radyoterapi, hemodiyaliz, vb.) başlatılmış olmakla birlikte bu programların sorunlarla dolu mezunlar verdiği dile getirilmiştir. Mezun olanlarınsa mesleki tanımları yapılmadığından, görev yetki ve sorumlulukları belirlenmediğinden ve kadro açılamadığından, kamu kurumlarında gereksinim duyulduğu halde çalışamadığı bu raporlarda belirtilmiştir.

Ülkemizde en temel sorunlardan biri hekim dışı sağlık personeline ilişkin mevzuatta eksiklikler bulunmasıdır. Bu kanun ve yönetmeliklerin yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir. Çünkü bu yönetmeliklerde yer alan birçok sağlık mesleğinin kanunu bulunmamaktadır. Bunlara eczacı teknisyeni, laboratuar teknisyeni, anestezi teknisyeni, röntgen teknisyeni, fizik tedavi teknisyeni, patolojik anatomi teknisyeni, ruh sağlığı klinik teknisyeni, psikolog vb. örnek gösterilebilir. Sağlık mevzuatına göre sağlık personelinin

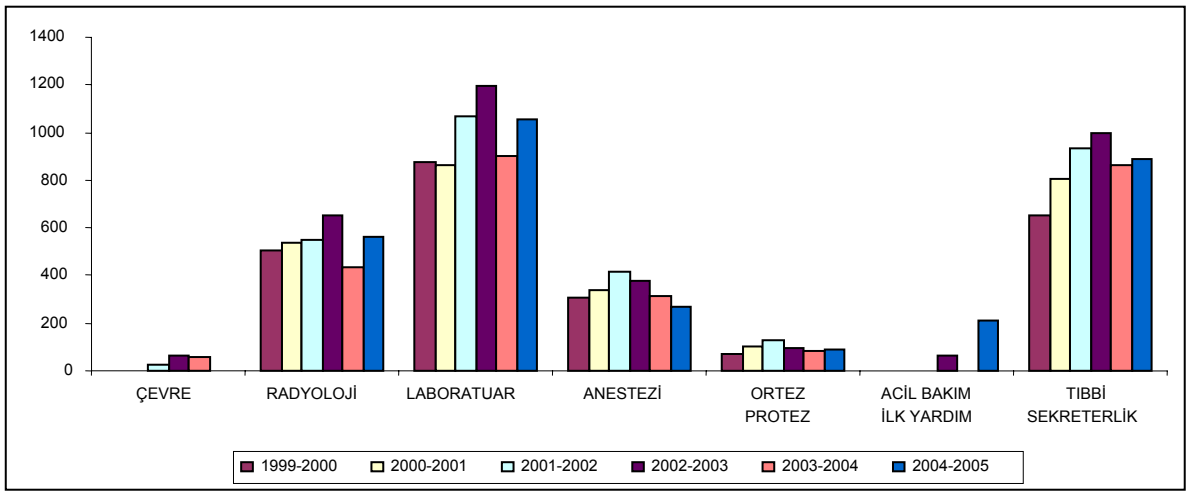
yetiştirilmesi ve istihdamı aşamalarında koordinatörlük görevi SB'ye verilmiştir. 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3. Maddesinin g bendinde bu konuda SB'nin YÖK ile işbirliği görevi belirtilmektedir. Ayrıca 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu'nda da aynı görev anılmakta ve sağlık meslekleriyle ilgili ülke ihtiyacını belirledikten sonra SB için "...yetiştirir ve yetiştirtir" ibareleri yer almaktadır. Ancak bu konuda YÖK ile SB arasında başarılı bir koordinasyonun varlığından söz edilememektedir. Bazı üniversiteler Bakanlık ile işbirliğine gitmeden ve ulusal ihtiyaca dikkat etmeden diyetisyen, odyolog, sosyal çalışmacı, çocuk gelişimi uzmanı, acil tıbbi teknisyen gibi unvanlarla mezun vermekte ancak bunların sağlık sistemimiz içindeki yeri belirsiz kalmaktadır. Kurumlar arasında koordinasyon sağlanmadan okullar açılmakta, ülke ihtiyacı gözetilmeden mezun verilmekte ve bazı alanlarda da var olan ihtiyaç karşılanamamaktadır (10).

Aşağıda sağlık meslek lisesi mezunu tekniker sayıları ve sağlık hizmetleri sağlık meslek yüksekokulu mezun sayılarına ilişkin bazı grafik ve tablolar yer almaktadır. 1999-2005 yılları sağlık meslek lisesi mezunu tekniker sayıları Şekil 6.16'da, aynı dönemde sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu mezun sayıları Şekil 6.17'de ve SB, Üniversiteler ve özel sektörde çalışan yardımcı sağlık personelinin sayılarına ilişkin veriler Tablo 6.9'da özetlenmiştir.



Şekil 6.16: Sağlık Meslek Lisesi Mezunu Tekniker Sayıları, 1999-2005

Kaynak: SBSEGM



Şekil 6.17: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Mezun Sayıları, 1999-2005

Kaynak: SBSEGM

Tablo 6.9: Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler ve Özel Sektörde Çalışan Yardımcı Sağlık Personeli Sayıları, 2006

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	TOPLAM
Ameliyat Teknisyeni	0	13	168	181
Anestezi Teknisyeni	3919	122	563	4604
Biyolog	617	286	268	1171
Çevre Sağlığı Teknisyeni	3154	46	25	3225
Çocuk Gelişimcisi	50	7	1	58
Diş Protez Teknisyeni	1003	4	387	1394
Diş Teknisyeni	637	0	86	723
Diyetisyen	486	162	187	835
Fizik Tedavi Teknisyeni	16	1	1	18
Fizikoterapist	16	3	9	28
Fizyoterapist	631	221	211	1063
Hemşire Yardımcısı	11	7	8	26
İlk ve Acil Yardım Teknikeri	525	14	84	623
İlk ve Acil Yardım Teknisyeni	1390	16	1592	2998
Kalp Akciğer Pompa Çalışma Teknis.	0	0	1	1
Laboratuar Teknikeri	140	53	316	509
Laboratuar Teknisyeni	10730	544	1506	12780
Odyolog	27	13	2	42
Odyometri Teknikeri	51	25	5	81
Odyometri Teknisyeni	180	5	21	206
Ortopedi Teknisyeni	111	14	63	188
Patolojik Anatomi Teknisyeni	4	7	1	12
Perfüzyonik Pompa Teknisyeni	0	4	8	12
Protez Teknisyeni	14	2	8	24
Psikolog	477	84	212	773
Röntgen Teknisyeni	7438	424	1167	9029
Sağlık Fizikçisi	9	6	0	15
Sağlık Savaş Memuru	22	0	0	22

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	TOPLAM
Sağlık Teknikeri	311	562	200	1073
Sağlık Teknisyeni	354	1170	91	1615
Sosyal Çalışmacı	287	45	60	392
Tıbbi Sekreter	2169	156	303	2628
Tıbbi Teknolog	1166	5	24	1195
Toplum Sağlığı Teknisyeni	14474	147	1475	16096
Veteriner	7	9	28	44
Sağlık Hizmetleri Toplam	**50426**	**4177**	**9081**	**63684**

Kaynak: SBPGM

6.4. SAĞLIK PERSONELİNE İLİŞKİN SERTİFİKASYON EĞİTİMLERİ

Ülkemizde yetişmiş sağlık personelinin kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmesi için, kurumlar arası işbirliği çerçevesinde ve ülke ihtiyaçları doğrultusunda, mezuniyet öncesinde ve mezuniyet sonrasında mesleki gelişimini devam ettirmesi gerekmektedir. Bu nedenle Türkiye'de mesleki yeterliliklerin tanınmasına yönelik çalışmalar Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlık Meslek Standartları Daire Başkanlığı tarafından yürütülmektedir. Fakat Türkiye'de sağlık personelinin mezuniyet sonrası mesleki gelişimini destekleyecek zorunlu bir eğitim ve sertifikasyon sistemi bulunmamaktadır.

Türk Tabipler Birliği (TTB) ve Uzmanlık Dernekleri, uzmanlık alanında insan gücü planlaması ve politikaları oluşturarak, sürekli tıp eğitimini ve mesleki gelişimi devam ettirmek amacıyla ilgili kurumlar ve üniversitelerle işbirliği içerisinde çalışmalar yürütmekte, eğitimler, kongreler ve sertifikasyon programları düzenlemektedir. TTB, gerçekleştirdiği Sürekli Tıp Eğitimi (STE) etkinliklerini kredilendirmekte, hekimlere katıldıkları etkinliklerden edindikleri STE puanlarını kredi olarak bildirmektedir. Ancak bu kredilendirmeler yasal olarak herhangi bir özlük hakkına yansımamaktadır. Bu uygulama Türkiye'de gönüllülük çerçevesinde yürütülmekte olup bu sistemde herhangi bir yaptırım ödül sistemi uygulanmamaktadır. Ayrıca bu kredilendirme ve eğitimleri verme yetkisi konusunda da yasal ve idari bir dizi tartışma devam etmektedir.

SB tarafından belirlenmiş müfredat uygulaması ve hizmet içi eğitimler ile Aile Hekimliği Uygulaması Sertifikasyon Eğitimi, Acil Hekimliği Sertifika Programı ve yardımcı sağlık personeline yönelik Temel Yaşam Desteği Eğitimleri başlatılmıştır. SB tarafından kan merkezlerinde ve kan istasyonlarında hekim dışındaki sağlık personeline kan transfüzyonu eğitimi ve sertifikalandırılması yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığının hekim, hemşire ve ebelere yönelik Aile Planlaması Uygulama Eğitimi ve Rahim İçi Araç Sertifika Programı hekimler

için 3 hafta, ebe ve hemşireler için 4 hafta olarak uygulanmaktadır. Ayrıca hemşirelik hizmetlerinde güvenilirlik, kalite ve verimliliği arttırarak performansın yükseltilmesi amacıyla hemşirelere, ebelere ve sağlık memurlarına yönelik hizmet içi eğitimler ve sertifika programları (Yoğun Bakım Hemşireliği Kursları, Diyaliz Hemşireliği Kursları, Acil Bakım Hemşireliği Kursları, vs.) düzenlenmektedir.

Sağlık personelinin eğitimi ve sertifikasyonu kapsamında, HMM tarafından Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi (HM-USES) kurulmuştur. Sağlık yöneticilerine yönelik eğitimlerin başlatıldığı, daha sonra diğer sağlık personelinin hizmet içi eğitimine yönelik çalışmaların yapılacağı bu sistem aracılığı ile sağlık yöneticilerinin sağlık kurumlarını bilimsel yönetim tekniklerine göre daha etkili ve verimli yönetmeleri hedeflenmektedir. HM-USES tarafından verilen bu kursların sonunda yöneticilerin sağlık işletmeciliği konusunda sertifika alması planlanmaktadır. Şu an 2000'e yakın kişi bu eğitimlerden faydalanmaktadır.

HM-USES üzerinden halen sunulmakta olan eğitimler, yöneticilerin temel yönetim becerilerini geliştirmeye yönelik olup; finans, takım çalışması, liderlik gibi konuları içeren toplam 11 dersten oluşmaktadır. Hazırlanan eğitimler, sağlık alanında yöneticilik yapan kişilerin hastane ya da il düzeyinde yönetici olmalarına göre farklı içeriklere sahiptir. Her iki programda şu dersler bulunmaktadır:

İl Sağlık Yöneticilerine yönelik hazırlanan programda:

1. Dönem Dersleri; Sağlık Politikaları ve Planlaması, Çağdaş İnsan Kaynakları Yönetimi, Sağlık İşletmelerinde İşletmeciliğin Temel Kuralları, Sağlık İşletmelerinde İhaleler ve Satın Alma Mevzuatının Uygulama Prosedürleri.
2. Dönem Dersleri; Modern Yönetim Stratejisi ve Kuralları, Sağlık İşletmelerinde Finansal Yapı ve Planlaması, Sağlık İşletmelerinde Yönetim Bilgi Sistemleri, Sağlık İşletmelerinde Finansal Muhasebe.
3. Dönem Dersleri; Sağlık Hizmetlerinde Malzeme ve Tedarik Zincirleri Yönetimi, Sağlık İşletmelerinde Değer Yaratma ve Gelir-Gider-Kar Analiz Yöntemleri, Sağlık Hizmetlerinde Yatırımların Mali Analizi ve Değerlendirilmesi, Sağlık Hukuku.

Hastane Yöneticilerine yönelik hazırlanan programda:

1. Dönem Dersleri; Sağlık İşletmelerinde İşletmeciliğin Temel Kuralları, Çağdaş İnsan Kaynakları Yönetimi, Sağlık İşletmelerinde Finansal Yönetim Teknikleri, Sağlık İşletmelerinde İhaleler ve Satın Alma Mevzuatının Uygulama Prosedürleri.

2. Dönem Dersleri; Çağdaş Yönetim Kural ve Teorileri, Hastane İşletmelerinde Pazarlama Stratejisi, Sağlık İşletmelerinde Yönetim bilgi Sistemleri, Sağlık İşletmelerinde Finansal Muhasebe.
3. Dönem Dersleri; Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Hizmetleri Malzeme ve Tedarik Zincirleri Yönetimi, Sağlık İşletmelerinde Değer Yaratma ve Gelir Gider ve Kar Analiz Yöntemleri, Sağlık Hukuku.

Ders programlarının içeriği akademik bir kadro tarafından hazırlanarak, HMM bünyesindeki ekip tarafından bilgisayar ortamına aktarılmakta ve aktarılmaya devam edilmektedir. Bu dersler tamamlandığında, sağlayacağı kapsamlı eğitim göz önüne alınarak, katılımcılara özlük haklarına da etki edebilecek bir sertifika verilmesi ve böyle bir sertifikasyon sistemin yerleştirilmesiyle ilgili çalışmalar sürdürülmektedir.

KAYNAKLAR

1. 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu 16. maddesince hazırlanan Orta Vadeli Mali Plan (2007-2009), 26229 sayılı ve 15 Temmuz 2006 Tarihli Resmi Gazete, Ankara.
2. DPT:2561-ÖİK:577, Sekizinci 5 Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkililik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 2001, Ankara.
3. Sağlık Bakanlığı, 2006, 23-24 Kasım 2006 Sürveyans Toplantısı, Personel Genel Müdürlüğü Sunumu, Ankara.
4. Şener, O.Haziran 2005, Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları, Yüksek Lisans Tezi, Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Programı, Ankara.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı, APK, 2005, Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl (Mayıs 1999 - Mayıs 2002),T.C.Sağlık Bakanlığı, Ankara.
6. OECD, 2005, Sağlığa Bakış: OECD Göstergeleri-2005, OECD.
7. Dokuzuncu Kalkınma Planı, DPT, 01.07.2006 Tarihli Resmi Gazete, Ankara.
8. Şahin, F. & Şahin, D. (2004). Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlık Eğitimi, I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu (Uluslar arası Katılımlı), 24-26 Kasım 2004 Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Eğitimi Bölümü, Ankara.
9. I. Ulusal Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulları Sempozyumu Sonuç Bildirgesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, 11-12 Mayıs 2006, Ankara.
10. Söylemez, D. & Sur, H. (2002). Sağlık yönetimi ve profesyonel eğitim. Hastane Dergisi, 1
11. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü Hizmet İçi Eğitim ve Sertifikasyon Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı 2007 Yılı Hizmet İçi Eğitim Planı, 2006, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Basımevi, Ankara
12. Aydın, S.& Demirel, H.& Korukluoğlu, S. Sağlık 2003, Sağlık Bakanlığı APK Kurulu Başkanlığı, 2004, Ankara.
13. Aydın, S.& Demirel, H.& Korukluoğlu, S.& Bora, E. & Tunçel, M. & Güzelgöz,O. Sağlık 2004, Sağlık Bakanlığı APK Kurulu Başkanlığı, 2005, Ankara.
14. T.C. Başbakanlık Basın-Yayın ve Enformasyon Genel Müdürlüğü, Almanac 2005, http://www.byegm.gov.tr/
15.T.C.Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Meslek Liselerinin Devri, 2004, http://www.meb.gov.tr/haberler/haberayrinti.asp?ID=812
16.Üniversite, Fakülte, Yüksekokul ve Enstitü İsimleri, http://www.yok.gov.tr/hakkinda/fak_yuk_ens_2006.xls
17. AKDAĞ, R. Aralık 2006, 2007 Mali Yılı Sağlık Bakanlığı Bütçesi'ni TBMM Genel Kurulu'na Sunuş Konuşması, Ankara
18. T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü 06.07.2007.tarih ve 3976 sayılı resmi yazı eki

BÖLÜM 7
TÜRKİYE'DE SAĞLIK REFORMLARI SÜRECİ

Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU, Dr.Ünal HÜLÜR, Dr. Mustafa KOSDAK, Uzm. Dr. Banu AYAR

Türkiye'de sağlık reformları sürecini inceleyeceğimiz bu bölümde, Türklerde sağlık hizmetleri sunumunun tarihsel gelişimine kısaca göz attıktan sonra, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin (TBMM) kuruluşundan bu yana yaşanan değişiklikleri ana hatlarıyla hatırlayacağız. Son bölümde sağlık projeleri ve nihayet Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı (SDP) ve program çerçevesinde günümüze kadar sağlanan gelişmeleri ele alacağız.

7.1. OSMANLILARDAN ÖNCEKİ TÜRKLERDE SAĞLIK HİZMETLERİ

İslamiyet Öncesi Türklerde hastaları tedavi eden iki grup vardı. Bunlardan bir grubu hastaları ilaçla tedavi ederken, diğer bir grup da hastaları Şamanizm'in etkisiyle dinsel-büyüsel yöntemlerle tedavi ederdi. Hastaları ilaçla tedavi eden hekimlere otacı, emçi ya da atasagun; dinsel yöntemlerle tedavi eden Şamanlara da kam ya da baksı denirdi (1).

Divan-ü Lügat-it Türk 'e göre hastalar hekim tarafından ilaç (ot) ile tedavi edilirken; kam, hekimin yanında yer alır ve hastayı kendi usullerine göre ruhi yollarla, efsun ve sihirle iyileştirmeye çalışırdı.

Anadolu Selçukluları Döneminde tıp anlayışı, İslam Tıbbının özelliklerini taşımaktaydı. Klasik tıp anlayışı içinde Selçuklu Hekimleri de dört humor teorisini benimsemişlerdi. Bu teori insanın dört sıvı içeren ruh ve bedenden meydana geldiği görüşünü benimsemekteydi. Bu dört sıvı vücuttaki kalp, beyin, karaciğer ve dalağa karşılık gelen; kan, balgam, sarı safra ve siyah safraydı. Devamlı hareket halindeki bu sıvıların dengede olması sağlıklı olma, dengesiz ve uyumsuz olması ise hastalık durumunu açıklıyordu (1,2).

Selçuklularda hastalar, bugünkü hastanelere karşılık gelen Darüşşifalarda tedavi edilirdi. Bu kurumlarda, hasta tedavi hizmetinin yanı sıra, usta-çırak ilişkisine dayalı tıp eğitimi de verilmekteydi. Eğitimini tamamlayan öğrenci, ustasından icazet (mesleki belge, diploma) aldıktan sonra hekimlik mesleğini icra etmeye başlardı (1).

Türklerin kurduğu ilk sağlık kuruluşu olan Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesi (Çifte Medrese 1205-1206 yıllarında Selçuklu hükümdarı II. Kılıçarslan'ın kızı Gevher Nesibe Sultan adına kardeşi l. Gıyaseddin Keyhüsrev tarafından yaptırılmıştır.), Selçuklular tarafından 1206 yılında Kayseri'de kuruldu. Aynı yüzyıl içinde Konya, Erzurum, Erzincan, Sivas, Akşehir, Kastamonu, Divriği, Aksaray, Mardin, Çankırı ve Amasya'da da

hastaneler açıldı (3). Bazı kaynaklara göre Mardin'de 1108-1122 yılları arasında, Silvan'da da 1185 yılında Artuklular tarafından hastane kurulmuştur (4).

Selçuklularda sağlık kuruluşları vakıflar tarafından açılıp bağlı bulunduğu vakıflar tarafından yönetilseler de burada görev yapan sağlık personelinin atamaları Selçuklu Sultanı tarafından yapılırdı. Bu dönemde Anadolu'da çok sayıda sağlık kuruluşu bulunuyordu, devletin bilinçli politikalarıyla özellikle ticaret yolları üzerinde birçok sağlık kuruluşu açılmıştı. Ayrıca kervansaraylarda da sağlık hizmeti verilmekteydi.

Selçuklular döneminde, Osmanlılarda göreceğimiz gibi bir hekimbaşılık müessesesi bulunmuyordu. Selçuklularda, Osmanlılardaki hekimbaşılığa benzer Melik el-Hukema'ların olduğundan söz eden kaynaklar olsa da bunların saray dışı faaliyetlerine ilişkin tarihsel kanıtlar bulunmamaktadır (1,3,4).

7.2. OSMANLILAR DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ

7.2.1. Sağlık Kurumları

Osmanlılar döneminde, Selçuklu döneminin tıp anlayışı, İslam Tıbbının özellikleri çerçevesinde varlığını sürdürmüştür. Özellikle Darüşşifalar, Osmanlılar yönetiminde hizmetlerine devam etmiştir. 19.yüzyıldan sonra hastane kelimesi, darüşşifa ve bu anlamda kullanılan diğer kelimelerin yerini almıştır. 19.Yüzyıldan sonra kurulan gureba ve hamidiye hastaneleri, günümüzdeki devlet hastanelerine karşılık gelmektedir (1).

Osmanlı döneminde hastane yönetimi, başhekimler ve hastane nazırları tarafından yürütülmektedir. Tıbbi hizmetlerin yönetiminden başhekim, bunun dışında kalan hizmetlerin yönetiminden de hastane nazırı sorumludur. Osmanlı Devletinde hastaneler çoğunlukla vakıflara bağlı olarak kurulmuş ve bağlı bulunduğu vakıfların kuralları doğrultusunda idare edilmiştir. Ayrıca azınlıklara ait yabancı hastaneleri de kendi kuralları içinde yönetilmiştir. Sonradan göreceğimiz gibi Osmanlı Devletinde hastaneler hekimbaşılık müessesesinin denetim ve idaresi altındadır (5).

Osmanlılar döneminde taht şehirleri dışında çok az hastane kurulmuştur. İlk Osmanlı hastanesi Bursa'da 1390-1394 yılları arasında inşa edilen Yıldırım Darüşşifasıdır. Akıl ve sinir hastalıklarının da tedavisi yapılan bu sağlık kuruluşunda, Sadrazam Çandarlı İbrahim Paşa da tedavi görüp şifa bulmuştur. İlk yapıldığı zaman 1 başhekim, 2 hekim, 2 eczacı, 2 şerbetçi, 1 aşçı ve bir ekmekçiden oluşan kadrosuyla hizmet vermiştir. Osmanlılar döneminde kurulan diğer başlıca hastaneler: Edirne Cüzzamhanesi (1451), Edirne Darüşşifası (1485),

Manisa Bimarhane'si (1539), Sultanahmed Darüşşifası (1617) ve Gureba-i Müslimindir (1838) (3,6).

Osmanlılar döneminde Tanzimat'tan sonra da yeni hastaneler açılmaya devam edilmiştir. Tanzimat'tan sonra ilk açılan hastane Bezm-i Alem Gureba-i Müslimin kadın hastanesidir (1843). Bunu takiben 1851'de İzmir'de, 1879'da Bursa'da ve 1888 yılında Edirne'de birer gureba hastanesi açılmıştır. Günümüzdeki Şişli Etfal (Şişli Çocuk) hastanesinin temelini oluşturan Hamidiye Etfal hastanesi 1899'da, günümüzdeki Konya Numune Hastanesinin temelini oluşturan Konya Gureba Hastanesi de 1915 yılında hizmete başlamıştır (3,7,8).

Osmanlılarda günümüzdeki anlamıyla ilk eczane'nin 1757 yılında İstanbul Bahçekapı semtinde açılan İki kapılı Eczane olduğu bilinmektedir. 1880'li yıllara gelindiğinde Erzurum, Van, Trabzon gibi şehirlerin her birinde 3-4 eczane bulunmaktadır ama bunları yönetenlerin çoğu, daha sonra da değineceğimiz gibi diplomasız kişilerdir (1).

İmparatorluğun son döneminde tedavi edici sağlık kurumlarının yanı sıra bazı sosyal cemiyetler de kurulmuştur. Bunların en önemlilerinden biri, bugün Türkiye Kızılay Derneği adı verilen Hilali Ahmer Cemiyetidir. 11 Haziran 1868 tarihinde Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti adıyla kurulan bu kurum, 1877'de Osmanlı Hilali Ahmer Cemiyeti, 1923'de Türkiye Hilaliahmer Cemiyeti, 1935'te Türkiye Kızılay Cemiyeti ve 1947'de Türkiye Kızılay Derneği adını almıştır. Kuruluşa KIZILAY adını büyük önder Atatürk vermiştir. Bu dönemde kurulan bir başka cemiyet, Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyetidir. 8 Haziran 1918' de kurulan cemiyet, İstanbul'un işgali nedeniyle 1920'de kapatılmış, Cumhuriyetten sonra 1927 yılında tekrar açılmıştır. TBMM'nin kurulmasından sonra 1921 yılında bu cemiyetlere, Atatürk'ün kurduğu Himaye-i Etfal Cemiyeti de eklenecek, önce Çocuk Esirgeme Kurumu olan kurumun adı, 1983 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü olarak değiştirilecektir (5,9,10).

7.2.2. Tıp Eğitimi

Osmanlı döneminde hekim eğitimi daha önceki dönemlerde olduğu gibi usta-çırak ilişkisine dayanıyordu. Süleymaniye Medresesi de dahil olmak üzere Osmanlı'da resmi anlamda hekim yetiştirilen medreselerdeki eğitim, tıbba özel değil genel eğitim şeklindeydi. Bu okullarda yetişen hekimlerin diplomaları okul adına değil, medreseyi yöneten hocanın adına verilirdi.

Osmanlılarda sistemli tıp eğitimi II. Mahmut döneminde 14 Mart 1827 tarihinde askeri tıp okulu olan Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane'nin kurulmasıyla 19. yüzyılda başladı.

1827'de Tıphane-i amire, hemen ardından cerrahhane kurulmuş ve 1831 yılında bu iki okul birleştirilerek Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane adını almıştır. Başlangıçta, eğitim-öğretim dili Fransızca olan bu okulda 1866 yılında Osmanlıca eğitime geçilmiştir. Okulun açılış tarihi olan 14 Mart, günümüzde Tıp Bayramı olarak kutlanmaktadır. Osmanlılarda ilk sivil tıp okulu olan Mektebi Tıbbiye-i Mülkiye 1867 yılında açılmıştır (1,3).

7.2.3. Hekimlik ve Hekimbaşılık

Osmanlı Yönetimi hekimlik üzerinde önemle durmuştur. Darüşşifa hekimleri saray tarafından atanmaktadır ve saray hekimliğine getirilenlerin çoğu darüşşifa hekimlerinden ya da Süleymaniye Medresesinden mezun olanlardan seçilmektedir. Devlet yönetimi içinde sağlıkla ilgili en yüksek mevki hekimbaşılıktır (Seretıbba-i Sultani). Bir kurum olarak hekimbaşılık bazı kayıtlara göre II. Murat zamanında, kanıtlayıcı belgelere göre ise Fatih döneminde kurulmuştur. İlk hekimbaşı Kutbettin, son hekimbaşı ise Abdülhak Molla'dır. Hekimbaşılar 16.yüzyıldan itibaren 380 yıl devlet sağlık işlerini yürütmüşlerdir. Bu dönemde 46 hekimbaşı görev yapmıştır.

Hekimbaşılar öncelikle padişah ve yakınlarının sağlığının baş sorumlusu olarak Başlala'ya, bütün ülkenin sağlığından sorumlu olarak da doğrudan sadrazama bağlı çalışmışlardır. Atamaları, Sadrazamların önerileriyle Padişah tarafından yapılmıştır. Hekimbaşılar Padişahla birlikte seferlere katılmış, Ordunun ilaç ve gereçlerinin sağlanmasından, saklanmasından ve korunmasından sorumlu olmuşlardır. Saray hekimlerinin yanı sıra yurdun her yerindeki çeşitli sivil sağlık kuruluşları, hastaneler ve çeşitli sosyal yardım kuruluşları da hekimbaşılara bağlıdır. Hekimbaşıların salgın hastalıklarla savaş, sağlık personelinin atanması, gerekli yerlere hastane kurulması gibi sorumlulukları da vardır. Ayrıca ülke genelinde cerrahları kontrol eden cerrahbaşı (1843'de Cerrahlar Müdürlüğü adını aldı.) ile kehhalleri (Göz hekimleri) kontrol eden kehhalbaşı tamamen hekimbaşının emrinde ve ona karşı sorumludur. O dönemde eczacılık işlerini de hekimler yürüttüklerinden ayrıca bir eczacıbaşı yoktur, eczacı kalfaları hekimlerin nezaretinde çalışmaktadır (1,3,5).

Hekimbaşıların görevleri ile ilgili dikkat çeken bir başka husus, aktif çalışan hekimlerin, başkanlığını hekimbaşının yaptığı bir kurul tarafından sınava tabi tutulmasıdır. Sınavda başarısız olanların mesleklerini uygulamaktan men edilmesi, başarılı olanlara muayenehane açmak için izin verilmesi de hekimbaşının görevleri arasındadır. Günümüzdeki akreditasyon sistemlerine kabaca benzeyen bu sistemin uygulandığına dair en eski tarihsel kanıtlar, 1700'lü yıllara dayanmaktadır.

Hekimbaşılık müessesesi 1849 yılında kaldırılmış ve yerini Mekteb-i Tıbbiye Nezareti (Tıp Okulu Bakanlığı) almıştır. Bunu takiben 1870 Yılında bir nizamname yayınlanarak Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine bağlı İdare-i Mülkiye-i Tıbbiye kurulmuş, 1871 yılında başka bir nizamnameyle sivil halkın sağlık hizmetlerini düzenlemek amacıyla Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri kabul edilmiştir. Daha sonra 1914 yılında çıkarılan bir kanunla, sağlık işlerini yürütme görevi İç İşleri Bakanlığına (Dahiliye Nezareti) bağlı kurulan Sağlık İşleri Genel Müdürlüğüne (Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi) verilmiştir. İlk genel müdür, Dr. Besim Ömer Paşa'dır.

Memleket tabiplikleri sisteminin başlamasından sonra Mekteb-i Tıbbiye'yi bitirenler, kura ile memleket tabipliklerine atanmış; 2 yıl kaza, 3 yıl sancak olmak üzere 5 yıl zorunlu hizmete tabi tutulmuşlardır. Mahrumiyet bölgesi kabul edilen yerlerde çalışan memleket tabiplerine (Yemen, Bağdat, Hicaz...) maaşının yarısı kadar ek ücret ödenmiştir. Memleket tabipliklerinin kurulmasıyla birlikte, sağlık hizmetlerinin ülke düzeyinde devlet eliyle yürütülmesinin ilk adımları atılmıştır. 1871'de çıkarılan Sivil Tıp Hizmetleri Genel Yönetim Tüzüğü (Sıhhiye Müfettişleri ve Memleket Tabiplikleri Kurulması ve Ataması Hakkında İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Mülkiye Nizamnamesi) ile öngörülen yapı şu şekildedir: (1,3,5)

- İstanbul'da şehremini, taşrada ise Valiler, Tıbbiye Nezareti ile yazışarak sınırları belli ilçe, kent ve kasabalarda birer memleket tabibi, kent ya da kasabanın büyüklüğüne göre, gerektiğinde memleket tabip muavini bulunduracaktır.
- Bunların maaşları yerel yönetimlerce ödenecektir.
- Sınırı belli kent ve kasabalarda belediyeler tarafından birer eczane açılacak, eczanenin kapısına belediyeye ait olduğunu belirtir bir tabela konulacaktır.
- Tabipler haftanın belirli gün ve saatlerinde, belirli bir yerde, zengin-fakir gözetmeksizin, başvuran tüm hastaları ücret almadan muayene edecektir. Gerekli aşılar da ücretsiz yapılacaktır.

- Muayeneye gelemeyecek durumda olanları tabipler evlerinde muayene edecek, ödeme gücü olanlardan, önceden belirlenen bir ücret alınacaktır. Yoksul olanlardan ücret alınmayacak, zorunlu giderler belediye sandığından hekime ödenecektir.
- Önemli bir gerekçe olmadan hastalara bakmamak, yoksullardan ücret almak işten uzaklaştırma nedenidir.
- Salgın hastalık çıktığında hekimler gereken önlemleri alacak ya da aldıracaklardır. Sorumluluk alanları dışında da Valilerin emir ve onayları ile önlem alacaklardır. Gereken harcamalar yerel yönetimlerce ödenecektir.

- Tabipler, bölgelerindeki hastane, eczane ve sağlıkla ilgili yerleri denetlemekten ve sağlıkla ilgili tüm işlerden sorumludur.
- Memleket tabipleri ayda bir kez Tıbbiye Nezaretine çalışma raporu gönderecektir.
- Memleket tabiplerinin atanmalarından sonra en fazla 9 ay içerisinde sorumlu oldukları bölgeyi tanımaları gerekir.
- Memleket tabiplikleri adli konulardaki görevlerini, bu iş ile ilgili nizamname hükümlerine göre yürüteceklerdir.
- Memleket tabipleri Tıbbiye Nezaretinden aldıkları talimatları ilçe yönetim amirliklerine bildirmekle sorumludurlar.

7.2.4. Bilimsel ve Teknolojik Gelişmeler

Osmanlılar döneminde bilimsel ve teknolojik gelişmelerin en önemlilerinden biri 18.Yüzyılın başlarında çiçek aşısının uygulanmasıdır. Her ne kadar çiçek aşısının 1798 yılında Jenner tarafından bulunduğu kabul edilse de bu konuda tarihsel en eski kanıtlar, 1710'lu yıllarda İstanbul'da çiçek aşısının uygulandığına işaret etmektedir.

Edirne'de İngiltere Büyükelçisinin eşi olan Lady Mary Montagu, İngiltere'deki bir arkadaşına 1 Nisan 1717 Tarihinde yazdığı mektupta, İstanbul'da çiçek hastalığına karşı aşı denilen bir şey (varilasyon metodu) yapıldığını hayretle yazmakta, aşının uygulanma şeklini detaylı bir biçimde tarif etmektedir. Bu mektup, aşının yapıldığına dair Dünyanın en eski belgesidir. Lady Mary Montagu'nun İstanbul ve Edirne'de yazdığı mektuplar, ölümünden sonra 1763 yılında bir kitap halinde yayınlanmıştır. Bu mektuplar günümüzde Turkish Embassy Letters adı altında halen basılmaya devam etmektedir. Türkçeye de çevrilmiş olan kitap, Ülkemizde Şark Mektupları adı altında bulunabilmektedir (11).

Lady Mary Montagu'nun mektuplarından 150 yıl kadar sonra Fransa'da Pasteur kuduz aşısını bulmuş, fakat bilim çevrelerinden yeterli desteği alamamıştır. Bunun üzerine dönemin Osmanlı Sultanı II. Abdülhamit tarafından çalışmalarını sürdürmek için İstanbul'a davet edilmiş, yaşlılığı nedeniyle bu teklifi geri çevirmiştir. Bu gelişmelerden sonra II. Abdülhamit hiç vakit kaybetmeden 1886 yılında Askeri Tıp Mektebi'nden Zoeros Paşa, Hüseyin Hüsnü Bey ve Hüseyin Remzi Bey'i Fransa'ya Pasteur'dan eğitim almaya göndermiştir. Bu arada Pasteur'un çalışmaları ve Fransa'da insanların yararına bir aşı hayırhanesi kurulması için 800 Lira (yaklaşık 10000 frank) hibede bulunmuş, ayrıca Pasteur'u Osmanlı'nın en yüksek liyakat madalyası olan Birinci Dereceden Mecidi Nişanıyla ödüllendirmiştir. Hem Mecidi nişanının hem de verilen hibenin tarihsel kanıtları fotoğraflarla mevcuttur. Pasteur'a verilen bu nişan, bugün Pasteur enstitüsünde sergilenmektedir (12).

Pasteur'dan eğitim almak için Fransa'ya giden heyetin yurda dönüşünden sonra, İstanbul'da Ocak 1887 tarihinde, Zoeros Paşa'nın yönetiminde Daûl-Kelp Ameliyathanesi (Kuduz Tedavi Müessesesi) kurulmuştur. Pasteur Enstitüsünün kuruluşu ise bundan 1,5 yıl sonra 14 Kasım 1888'de gerçekleşecektir.

II. Abdülhamit tarafından verem hastalığı ile ilgili çalışmalarından dolayı 1889 yılında Robert Koch'a ve 1892 yılında tedavi edici serumu bularak difteri serumunu insanlığın hizmetine sunan Emil Von Behring'e de Birinci Dereceden Mecidi Nişanı verilmiştir. Emil Von Behring ödülünü 1907 yılında İstanbul'a gelerek bizzat almış ve 3 hafta süreyle Hünkârın konuğu olmuştur.

Osmanlılarda ilk çiçek aşı üretim merkezi (Telkihhane) 1892 yılında kurulmuş, aynı yıl Miralay Hüseyin Remzi Bey tarafından çiçek aşısı üretilmiştir. Telkihhane'nin kuruluşunu 1893 yılında Bakteriyolojihane, 1894 yılında da Kimyahane'nin kuruluşu takip etmiştir. Bakteriyolojihane'de veteriner hekim Mustafa Adil Bey tarafından 1896'da difteri serumu, 1897'de sığır vebası serumu ve 1903'de kızıl serumu üretilmiştir. Bakteriyolojihane'de 1913 yılında kolera ve dizanteri aşısı üretilmiş, ayrıca aynı yıl içinde, bir eğitim şubesi açılmıştır. Gülhane bakteriyoloji şefi Mustafa Hilmi Bey tarafından 1911 de tifo, 1920'de veba aşısı üretilmiş, tifüse karşı aşı Dünya'da ilk defa Dr. Tevfik Sağlam tarafından uygulanmıştır. İstanbul dışında aşı üretimi 1917 yılında Sivas Hıfzıssıhha Müessesesinde çiçek aşısı üretimiyle başlamıştır (12).

7.3. TBMM'NİN KURULUŞUNDAN GÜNÜMÜZE SAĞLIK HİZMETLERİ (1920-1990)

İlk TBMM Hükümetinin kurulmasıyla birlikte bugünkü anlamıyla ilk Sağlık Bakanlığının (SB) kurulması çalışmaları da başlamıştır. 2 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı kanunla Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti (SB) kurulmuş ve ülke genelindeki tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile görevlendirilmiştir. İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar, Ankara vilayet konağındaki bir odada görevine başlamıştır. Cumhuriyetin İlk Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam döneminde, SB'nin 1925 yılında hazırlamış olduğu ilk çalışma programında çözülmesi gereken sorunlar şöyle sıralanmıştır:

- Devlet sağlık örgütünü genişletmek,

- Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek,
- Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak,
- Sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek,
- Sağlıkla ilgili kanunları yapmak,
- Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek,
- Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Mektebini kurmak.

Bu çalışma programı çerçevesinde Dr. Refik Saydam döneminde koruyucu sağlık hizmetlerine ayrı bir önem verilmiştir. Sınırlı olan kaynakların öncelikle sakat bırakıcı, sık görülen ve ölüme sık neden olan hastalıklara ayrılmasına özen gösterilmiş, başlıca sağlık sorunlarına karşı savaş dernekleri (sıtma, trahom, frengi, lepra savaş dernekleri) kurulmuştur. Kamu sağlık hizmetleri il düzeyinde Sağlık Müdürlükleri, ilçe düzeyinde de Hükümet Tabiplikleri şeklinde örgütlenmiştir. Tedavi hizmetleri yerel yönetimlere bırakılarak bunlara örnek olması amacıyla 1924 yılında Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas'ta; 1936'da İstanbul Haydarpaşa'da numune hastaneleri kurulmuştur. Bu dönemde Numune hastanelerinin yanı sıra 1924'de 150 ve 1936'da 20 ilçe merkezinde Muayene ve Tedavi Evleri açılmıştır. Bu merkezler daha sonra sağlık ocaklarına ve sağlık merkezlerine dönüştürülmüştür. 1946'da Trabzon, 1970'de Adana Numune Hastaneleri açılmıştır. Konya Numune Hastanesi, 1915 Yılında kurulan Konya Gureba Hastanesinin devamı ve geliştirilmesiyle oluşmuştur (3,5).

Cumhuriyetimizin ilk yıllarında, 1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu ile mevzuat alanındaki eksiklikler giderilmeye çalışılmıştır.

Bu dönemde bulaşıcı hastalıklarla savaş çalışmaları ciddi bir şekilde ele alınmış, Umumi Hıfzıssıhha Kanununda bulaşıcı hastalıklarla savaş yolları belirlenmiştir. Bu kanunda bulaşıcı hastalıklara karşı kullanılan her çeşit aşı ve serumların Devlet tarafından hazırlanması, dışarıdan ithal edilen aşı ve serumların, bakanlıkça saptanan vasıf ve koşullara uygun olması gerektiği belirtilmiştir. Aynı kanunda, çiçek hastalığının önemi göz önünde bulundurularak, doğan her çocuğun doğumu takip eden ilk dört ay içinde aşılanması, 30 yaşına kadar her şahsın çiçek aşısını beş yılda bir tekrar ettirmesi zorunlu kılınmıştır. Ayrıca ihbar sistemi ele alınarak, hangi hastalıkların kimler tarafından, ne şekilde ve nereye bildirileceği de belirlenmiştir.

Bulaşıcı hastalıklarla mücadele kapsamında 1923 yılında Bakanlığın istek ve onayı ile İstanbul Özel İdaresince ilk verem savaş dispanseri hizmete açılmıştır. Tespit edilen veremlileri tedavi etmek ve bir yandan da toplumdan tecrit etmek amacıyla 1924'de 50 yataklı Heybeliada Verem Sanatoryumu açılmış, Haydarpaşa ve İzmir Bulaşıcı Hastalıklar Hastaneleri ile diğer devlet ve numune hastanelerinde de veremliler için olanaklar ölçüsünde yataklar tahsis edilmiştir.

Bu dönemde kuduzla mücadele konusunda da önemli adımlar atılmış, 1925'de Erzurum ve Sivas, 1926'da Diyarbakır, 1927'de Konya, 1930'da İzmir'de birer kuduz hastanesi açılmıştır. O dönemlerde Ülkemiz için büyük bir sorun olan trahomla mücadele, bu hastalık nedeniyle körler memleketi olarak anılan Adıyaman'da 1925 yılında bir hastane kurulmasıyla başlamış, aynı yıl Malatya'da, 1930 yılında da Adana, Gaziantep, Kilis ve Besni'de Trahom Savaş Hastaneleri açılmıştır.

Bu dönemdeki en önemli gelişmelerden birisi de ülkemizde halk sağlığının korunmasına yönelik üretim, kontrol ve tanı ile ilgili temel laboratuar hizmetlerini yürütmek üzere 27 Mayıs 1928 tarihinde Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsünün kuruluşudur. Daha sonra 1936'da Hıfzıssıhha Mektebi açılmıştır. İleriki yıllarda Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı adı altında görev yapacak olan Enstitü ciddi bir referans laboratuarı olmanın yanı sıra yıllarca hemen her türlü aşı ve serumun üretimini de gerçekleştirmiş, Hıfzıssıhha Mektebi (Halk Sağlığı Okulu) de alanındaki bilimsel araştırma, eğitim, kongre ve diğer bilimsel çalışmalarla faaliyetlerini sürdürmüştür.

Dr. Refik Saydam'ın Bakanlığından sonraki dönemlerde de bu sağlık örgütlenmesi devam etmiş, büyük salgınlar yapan sıtmanın önüne geçebilmek amacıyla 1945 yılında "Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu" çıkarılmıştır. SB'nin 1943-1947 yılları arasında Ankara, Bursa, Eskişehir, İstanbul ve İzmir şehirlerinde yapmış olduğu ölüm tespitlerinde veremden ölümler daima ilk üç sırada yer almıştır. Veremden ölenlerin genel ölümlere oranı ortalama %13,5 olarak saptanmış ve bu hastalığa karşı 1949 yılında şehirlerde verem savaş dernekleri, 1953 Yılında da Ankara Atatürk Sanatoryumu kurulmuştur.

1952 yılında Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü kurulmuş; Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri, şubeleri ve istasyonları oluşturulmuştur. Bu dönemde kuduzla mücadele çalışmaları devam etmiş, 1953 yılında Elazığ'da bir kuduz hastanesi açılmıştır. Dr. Refik Saydam döneminde yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi edici hizmetler, 1950'li yıllarda SB tarafından üstlenilerek, belediye hastaneleri devlet hastanelerine dönüştürülmüştür (3,5).

Ülkemizin planlı kalkınma döneminin 1960 yılında başlamasıyla birlikte, 12 Ocak 1961 tarihinde 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun çıkarılmıştır. Bu kanunun 1963 yılından itibaren uygulanmaya başlanması ile birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumunda da yeni bir döneme girilmiştir. Sağlık hizmetlerinde reform niteliği taşıyan ve halen uygulanmakta olan bu kanunun temel ilkeleri şunlardır:

- Eşit hizmet,
- Sürekli hizmet,
- Entegre hizmet,
- Kademeli hizmet,
- Öncelikli hizmet,
- Katılımlı hizmet,
- Ekip hizmeti,
- Denetlenen hizmet,
- Uygun hizmet,
- Nüfusa göre hizmet.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un uygulanmaya başlamasıyla birlikte, Cumhuriyetimizin ilk yıllarından itibaren uygulanan hükümet tabiplikleri sisteminin yerine sağlık ocakları sisteminin getirilmesi uygun görülmüştür. Bu sistemin tasarlanan modeline göre:

- Sağlık örgütlenmesinin temel birimi, 5-10 bin kişiye birinci basamak sağlık hizmeti verecek olan sağlık ocaklarıdır. Her sağlık ocağında bir hekim, bir hemşire, bir sağlık memuru, 2-4 köy ebesi, bir tıbbi sekreter, hizmetli ve şoför bulunacaktır.

- Sağlık ocakları ekip anlayışı içerisinde, kendi bölgesindeki tüm nüfusa, birinci basamak tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini sunacaktır. Personel sorumlu olduğu bölgede oturacak, hizmet sürekli ve gerektiğinde gezici olacaktır.

- Sağlık ocakları, tedavi edici hizmetler yönünden Devlet Hastaneleri, koruyucu hizmetler yönünden de sağlık müdürlüğünün halk sağlığı örgütleri tarafından desteklenecek ve sevk zinciri kurulacaktır.

Sağlık ocakları sitemi ilk kez 1963 Yılında Muş'ta uygulanmış, 1979 Yılında 45 ile 1982 Yılında 53 ile yayılmış ve 1983 Yılından itibaren de Tüm Türkiye'de uygulanmaya başlamıştır.

1983 sonrası yıllarda sağlık politikalarının geliştirilmesinde önemli değişiklikler görülmüştür. Sağlık hizmetlerinin sunumunda bir takım sorunlar olduğu anlayışına dayanan köklü reform süreçleri düşünülmüş, bu süreç çerçevesinde mevcut sorunların çözümü amacıyla, dünyadaki gelişmelere paralel bir dizi çalışma başlatılmıştır. Başlatılan bu çalışmalar temel olarak iki grupta düşünülebilir. Birinci grup çalışmalar, iyi bir sağlık sistemine geçmek için mevcut olan sistemde gerekli değişikliklerin yapılması ve yeni sisteme geçişin kolaylaştırılması amacıyla sağlık projelerinin uygulanması, ikinci grup çalışmalar ise iyi bir sağlık sistemi tasarlanarak bu sistem için gerekli reformun yapılmasıdır.

Birinci grup çalışmalar çerçevesinde 1988 yılında Dünya Bankası (DB) uzmanları ile birlikte, sağlık sektörünün finansman yapısı incelenmiş; 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından Price Waterhouse ve Ankon Danışmanlık Firmalarına Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü yaptırılmıştır. Bu çalışmaların devamında SB ve DB arasında sırasıyla Birinci Sağlık Projesi, İkinci Sağlık Projesi ve Temel Sağlık Hizmetleri Projesi ikraz anlaşmaları imzalanmıştır.

7.4. 1990 SONRASI SAĞLIK PROJELERİ

7.4.1. Birinci Sağlık Projesi

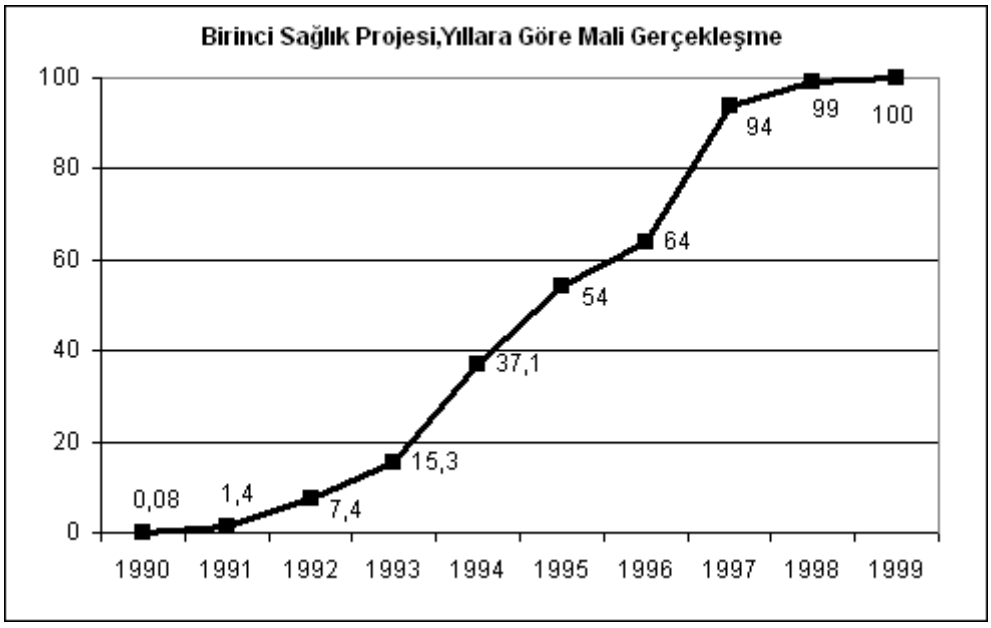
Türkiye'de DB'den kredi alınarak yürütülen ilk proje olan Birinci Sağlık Projesinin, T.C Hükümeti ve DB arasında 16 Ağustos 1990 tarihinde imzalanan 3057 - TU no'lu ikraz anlaşması, 17 Ekim 1990 tarih ve 20658 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak uygulama dönemine girmiştir. Ancak proje faaliyetleri çeşitli nedenlerle 1991 yılı sonlarında fiilen başlayabilmiş, 1998 Yılı sonunda tamamlanmıştır. Proje sekiz ili (Diyarbakır, Mardin, Muğla, Sivas, Tokat, Yozgat, Ankara ve İstanbul'un Pendik, Eyüp, Ümraniye ve Bakırköy İlçelerini.) kapsamaktadır. Toplam bütçesi 147,47 milyon $ olan projenin %51 DB'den alınan kredi, % 49 Milli Bütçe tarafından finanse edilmesi planlanmıştır. Birinci Sağlık Projesinin bölümleri Tablo 7.1'de gösterilmiştir (13,14,15).

Tablo 7.1: Birinci Sağlık Projesinin Bölümleri

1-İl sağlık hizmetlerinin, özellikle de temel sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve güçlendirilmesi (Planlanan maliyet:125,89 milyon$,%85).
• Sağlık programları ve hizmet içi eğitimler, • Temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, • Yeni inşaatlar, ✓ 5 hastane (Sivas Suşehri, Muğla Fethiye, Ankara Polatlı, Ankara Haymana ve Muğla Milas Devlet Hastaneleri), ✓ 98 sağlık evi, ✓ 15 köy tipi sağlık ocağı, ✓ 16 Şehir tipi sağlık ocağı, ✓ 4 eğitim sağlık ocağı, • Mevcut tesislerin onarımı, • Satın almalar (Tıbbi teçhizat,donanım, taşıtlar..).
2-Kurumsal kapasitenin geliştirilmesi (Planlanan maliyet: 21,58 milyon $,%15).
• İnsan gücü geliştirme, ✓ İnsan gücü planlanması, ✓ Temel eğitim, ✓ Yurt dışı eğitim, • Sağlık bilgi sistemlerinin kurulması, ✓ Temel İstatistik Modülü, ✓ ÇKYS (Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi), ✓ Sağlık bilgi sistemlerini kullanacak personel eğitimi, • Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatının desteklenmesi.

Kaynak: SB- Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (SBSPGK), Sağlık Projeleri Bilgi Notu, 9 Ekim 1997

31 Aralık 1998 itibariyle toplam proje harcamaları 172 milyon $'a ve %100 mali gerçekleşmeye ulaşmıştır. Harcamaların 68,5 milyon $'ı DB'den alınan kredi, 103,5 milyon doları ise Milli Bütçe tarafından karşılanmıştır. 5 yeni devlet hastanesine tıbbi cihaz ve donanım alımına ilişkin yapılan anlaşmalar doğrultusunda harcanan 9 milyon $'la birlikte DB Bankası kredisi 75 milyon $'a ulaşmış ve ikraz ödemeleri tamamlanmıştır. Yıllara göre harcamalardaki gerçekleşmeler Şekil 7.1'de sunulmuştur (13).



Şekil 7.1: Birinci Sağlık Projesi, Yıllara Göre Mali Gerçekleşme

Kaynak: Türkiye Birinci Sağlık Projesi Kapanış Raporu

İnşaatlar

Proje kapsamında planlanan 133 temel sağlık hizmet biriminin inşaatları 9 Ekim 1997 tarihi itibariyle %100 gerçekleşme ile tamamlanmıştır. 5 yeni hastaneden Sivas Suşehri ve Muğla Milas Devlet hastaneleri 1998 yılında, Ankara Polatlı Devlet Hastanesi 1999 Yılında, Ankara Haymana Devlet Hastanesi 2000 yılında ve Muğla Fethiye Devlet hastanesi 2003 yılında hizmete açılmıştır. Hastane inşaatlarına ilişkin özet bilgiler Tablo 7.2'de sunulmuştur (13).

Tablo 7.2: Birinci Sağlık Projesi Kapsamında Yapılan Hastaneler

	Yatak Sayısı	İhale Bedeli	İnşaat Başlama Tarihi	Hizmete Açılış Tarihi*
Polatlı D.H	150	4.192.167 $	1994	1999
Milas D.H	100	3.811.286 $	1994	1998
Suşehri D.H	50	7.681.818 $	1997	1998
Fethiye D.H	200	8.058.826 $	1995	2003
Haymana D.H	50	3.479.191 $	1995	2000

Kaynak: Türkiye Birinci Sağlık Projesi Kapanış Raporu

*Raporun yazıldığı tarihten sonra tamamlanan inşaatlara ait bilgiler, SB ilgili birimden alınmıştır.

Satın alma ve tedarik

Satın alma ve tedarik işlemleri için toplam 33 milyon $ harcanmıştır. Bu kapsamda gerçekleştirilen alım işlemleri yıllara göre Tablo 7.3'de gösterilmiştir.

Tablo 7.3: Birinci Sağlık Projesi Satın Alma ve Tedarik İşlemleri

YIL	Satın Alınan Mal ya da Hizmet
1993-1994	2139 birinci basamak sağlık kurumuna tıbbi malzeme alımı.
1993	183 araç alımı (123'ü arazi aracı).
1994	51 Hastaneye tıbbi cihaz alımı.
1996	5 yeni hastaneye tıbbi cihaz, mobilya ve mefruşat alımı.
1995	79 ilde donanım ve yazılım alımı.

Kaynak: SBSPGK, Sağlık Projeleri Bilgi Notu, 9 Ekim 1997

Eğitim ve Burslar

Proje kapsamında 1992-1996 yılları arasında 26 personele yurt dışı burs verilmiş, 108 personel yurt dışı eğitime gönderilmiştir. Bu dönemde ayrıca SB ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğünde görevli 310 kişiye İngilizce dil eğitimi verilmiştir.

Proje süresince hizmet içi eğitimler de sürdürülmüş, toplam 13384 kişi bu eğitimlerden faydalanmıştır. Proje kapsamında yapılan hizmet içi eğitimlerde eğitilen kişi sayıları Tablo 7.4'de özetlenmiştir.

Tablo 7.4: Birinci Sağlık Projesi Kapsamında Yapılan Hizmet İçi Eğitimler

	Merkez Teşkilatı Eğitimleri	İl Eğitimleri	TOPLAM
1995 öncesi	0	2738	2738
1995	338	1147	1485
1996	407	1417	1824
1997	835	3226	4061
1998	665	2611	3276
TOPLAM	2245	11139	11384*

Kaynak: SBSPGK, Sağlık Projeleri Bilgi Notu, 9 Ekim 1997
***** 3556 hekim, 3591 ebe, 1436 hemşire ve 2556 diğer personel.

İnsan Gücü Planlaması

1. Proje süresince insan gücü planlamasında kullanılmak üzere bazı araştırmalar yapılmıştır.

   - Sağlık personelinin iş anlayışları ve mesleki tutumları araştırması,
   - İlçe merkezlerinde yaşam kalitesi araştırması,
   - Projeksiyon modelleri araştırması,
   - İş yüküne dayalı personel ihtiyacının belirlenmesi araştırması.

2. Sağlık eğitimi ve yönetiminde eğiticilerin de eğitilmesi hususundan yola çıkarak sağlık meslek liseleri öğretmen ve müdürlerine eğitimler verilmiştir.

- Eğitim materyalinin etkin kullanımı ve iletişim teknikleri: 536 öğretmen,
- Eğitim metodolojisi: 310 öğretmen,
- Aile planlaması yöntemleri ve danışmanlık: 97 öğretmen,
- Erkeklere yönelik aile planlaması yöntemleri ve danışmanlık: 1000 öğretmen,
- Okul yönetimi ve eğitim standardizasyonu: 328 sağlık meslek lisesi müdürü.

3. Açık Öğretim fakültesince hazırlanan bazı eğitim kasetlerinin telif hakları satın alınarak okullara dağıtılmıştır (15).

Sağlık Bilgi Sistemleri

Proje süresince sağlık bilgi sistemlerine yönelik işlevsel ve stratejik planlar hazırlanmış, bu planlar doğrultusunda Türkiye Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM) ve Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS) projeleri başlatılmıştır.

TSİM' in biri Bakanlık Merkez Teşkilatında, diğeri İl Sağlık Müdürlüklerinde kullanılan her iki bölümü de proje bitiminde kullanılır hale getirilmiştir. ÇKYS için danışmanlık anlaşması Mayıs 1995'te imzalanmış, Aralık 1995'te mantıksal model hazırlanmış ve ÇKYS sonuç raporu Şubat 1996'da hazırlanmış, ancak çeşitli nedenlerle projenin tamamlanması 2003 yılında gerçekleşmiştir.

Genel Sağlık Sigortası

Birinci Sağlık Projesi süresince genel sağlık sigortası'na geçiş için alt yapı çalışmaları devam etmiştir. Bu konuda birçok araştırma yapılmış ve raporlar hazırlanmıştır. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla yürürlüğe konan yeşil kart uygulamalarına başlanarak genel sağlık sigortasına geçişte ilk adımlar atılmıştır.

Birinci Sağlık Projesi'nin Sonuçları

Birinci Sağlık Projesi SB'nin DB'den kredi alarak yaptığı ilk proje olma özelliğini taşımaktadır. Bu projenin özelliği, düşünülen reformları yapabilmek için gerekli alt yapı ihtiyacının karşılanmasına yönelik olmasıdır. Bu nedenle inşaat ve mal alımları proje bütçesinin yaklaşık % 75'ini oluşturmuştur. Ayrıca sağlık bilgi sisteminin altyapısının kurulmasına ve genel sağlık sigortasına yönelik ilk adımlar atılmıştır.

Proje hazırlık süresinde yaptırılan "Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü" uzun yıllar birçok çalışmada ve planlamada temel kaynak olarak kullanılmıştır. Bu proje kapsamında bütçesi sınırlı da olsa insan kaynakları kapasitesi oluşturmak için çalışmalar yapılmıştır. İlk defa illerde hizmet içi eğitimler yaygın bir şekilde yapılmaya başlanmış, sağlık personeli

sağlık bilgi sisteminin oluşturulması kapsamında bilgisayarla karşılaşmıştır. Ayrıca sınırlı sayıda da olsa özellikle Bakanlık Merkez Teşkilatında çalışanlar yurt dışında kısa veya uzun süreli eğitim alma şansına sahip olmuşlardır.

Projenin tasarımı, ülke katkı payının yüksek oluşu, projenin uygulanması sırasında gerek yerel mevzuat gerekse insan gücünden kaynaklanan birçok sorunla karşılaşılması, projenin beklenenden çok daha yavaş ilerlemesi gibi unsurlar uzun yıllar tartışma konusu olmuştur. Yine bu büyüklükte proje yapma tecrübesinin az olması, uluslar arası kuruluşlarla işbirliğine hazır olunmaması, her iki taraftan kaynaklanan yetersiz uygulamaların varlığı, inşaatların planlanan süre ve bütçeyi çok fazla aşması gibi konular üzerinde tartışılmıştır. Bununla birlikte projenin, SB'de proje yapma kültürü, çalışma disiplini, ulusal ve uluslar arası tecrübe kazanımı gibi konularda oluşturduğu birikimle, sonraki proje ve çalışmalar için de faydalı olduğu düşünülmektedir.

7.4.2. İkinci Sağlık Projesi

İkinci Sağlık Projesinin Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ve DB arasında 28 Eylül 1994 tarihinde imzalanan 3802 – TU nolu ikraz anlaşması 22 Aralık 1994 tarih ve 22149 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak uygulama dönemine girmiştir. Başlangıçtaki anlaşmanın üzerinde, ilki 1999 Yılı depremleri nedeniyle, diğeri 2001 Yılında olmak üzere iki defa değişiklik yapılmıştır. Fiili olarak 31 Ocak 1995 tarihinde başlatılan proje'nin ilk hali 31 Aralık 2001'de, değişiklik yapılmış gerçek hali ise 31 Aralık 2004 tarihinde sona ermiş, DB tarafından proje kapanış raporu 27 Ekim 2005 tarihinde yayınlanmıştır (14,16).

İkinci Sağlık Projesi, başlangıç anlaşmasına göre 23 ili kapsamaktadır. Bu iller: Adıyaman, Ağrı, Ardahan, Artvin, Batman, Bayburt, Bingöl, Bitlis, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gümüşhane, Hakkâri, Iğdır, Kars, Malatya, Kahramanmaraş, Muş, Siirt, Tunceli, Şanlıurfa, Şırnak ve Van'dır. Ayrıca 1999 depremlerinden etkilenen Bolu, Düzce, Kocaeli, Sakarya ve Yalova illerine de destek sağlanmıştır. Başlangıçta düşünülen toplam bütçesi 200 milyon $ olan projenin %75'inin DB Kredisi ile %25'inin ise Milli Bütçe tarafından finanse edilmesi planlanmıştır. İkinci Sağlık Projesinin başlangıç bileşenleri ve öngörülen maliyetleri aşağıdaki gibidir.

1. Temel Sağlık Hizmetleri: (155,6 milyon $)
    a. Temel Sağlık Hizmetleri Eğitimi (16,2 milyon$)
    b. Temel Sağlık Hizmetleri Müdahale Alanları(2,9 milyon $)
    c. Altyapı Geliştirme(136,5 milyon $)
2. Sağlık Politikaları ve Yönetim Geliştirme (44,4 milyon $)
    a. Sağlık Hizmetleri Yönetim Eğitimi (10,7 milyon $)
    b. Hastane Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması (4,5 milyon $)
    c. Bilgisayara Dayalı Yönetim Destek Sistemleri (12,4 milyon $)
    d. Proje Yönetimi ve Reform Hazırlık Çalışmaları (16,8 milyon $)

İkinci Sağlık Projesi için yapılan ek anlaşmalardan sonra proje bileşenlerinde ve öngörülen bütçede bazı değişiklikler olmuştur. Söz konusu değişikliklerle birlikte proje bileşenleri, öngörülen bütçe ve gerçekleşen harcamalar, Tablo 7.5'de sunulmuştur (14,16).

Tablo 7.5: İkinci Sağlık Projesi Bileşenleri, Öngörülen Bütçesi ve Gerçekleşen Harcamalar

BİLEŞEN	ÖNGÖRÜLEN BÜTÇE	GERÇEKLEŞEN HARCAMA
1-Temel Sağlık Hizmetleri:	80,6 milyon $	80,58 milyon $
a-Temel Sağlık Hizmetleri Eğitimi	15,9 milyon$	12,7 milyon$
b-Temel Sağlık Hizmetleri Müdahale Alanları	8,2 milyon $	8,2 milyon $
c-Altyapı Geliştirme	56,5 milyon $	56,5 milyon $
2-Sağlık Politikaları ve yönetim geliştirme	43 milyon $	43 milyon $
a-Sağlık Hizmetleri ve Hastane Yönetimi Alt Bileşeni	7,8 milyon $	7,8 milyon $
b-Bilgisayarlı Yönetim ve Destek Sistemi Alt Bileşeni	14,4 milyon $	14,4 milyon $
c-Araştırmalar Alt Bileşeni	4 Milyon $	4 Milyon $
d-Proje Yönetimi Alt Bileşeni	16.8 milyon $	16.8 milyon $

Kaynak: SBSPGK, Bilgi Notu (14), Dünya Bankası İkinci Sağlık Projesi Kapanış Raporu

7.4.2.1 Temel Sağlık Hizmetleri Eğitimi (Bileşen 1-a)

Projenin bu bileşeni kapsamında yaklaşık 27.000 sağlık personeli eğitilmiş, ayrıca bu tür eğitimlerin hazırlanması ve eşgüdümü konusunda, proje sonuna doğru tekrar faaliyete geçirilen Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğünde (HMM) kapasite oluşturulması sağlanmıştır. Verilen eğitimler, uyum eğitimleri ve geliştirme eğitimleri olarak iki temel başlık altındadır.

Uyum eğitimleri çerçevesinde katılımcılara; sağlık hizmetleri açısından ilin özellikleri, sağlık hizmetleri ve çalışanları açısından yasal düzenlemeler, sağlık ocaklarının işlevleri ve yönetimi, sağlık hizmetleri planlamasının temel prensipleri ve teknikleri, bölgesel sağlık

yönetiminde epidemiyolojiye giriş, sağlık hizmetlerinde kamu katılımı ve sağlık programları gibi konularda eğitimler verilmiştir. On iş günü süren eğitimlere 12.749 personel katılmıştır. Bu eğitim proje illerine ilk defa atanan, başka bir bölgeden tayin olan veya daha önce aynı bölgede olsa dahi başka kurum veya basamakta çalışan herkese verilmiştir. Program standarttır.

Gelişim eğitimleri, personelin sağlık hizmetleri sunumunda etkisini arttırmak amacıyla, ilin özellik ve ihtiyaçlarına göre gerekli bilgiye ve kapasiteye sahip olmalarını sağlamak için verilmiştir. Bu eğitimlere 14349 kişi katılmıştır. Gelişim eğitimleri ilin ihtiyacına, sağlık göstergelerine ve talebe göre hazırlanarak verilmiş olup, eğitimin içeriği esnek tutulmuştur.

7.4.2.2 Temel Sağlık Hizmetleri Müdahale Alanları (Bileşen 1-b)

İkinci Sağlık Projesinin bu bileşeni kapsamında rasyonel ilaç kullanımı, birinci basamağa yönelik tanı ve tedavi rehberlerinin oluşturulması gibi kapsamlı çalışmalar yürütülmüştür.

Rasyonel İlaç Kullanımı:

Rasyonel ilaç kullanımına yönelik çalışmalar, irrasyonel ilaç kullanımının neden olduğu ekonomik ve sosyal yükün azaltılmasını; psikolojik, biyolojik ve fizyolojik zararların önlenmesini amaçlamıştır. Bu kapsamda öncelikle farmakoterapi konusunda 73 akademisyen ve 87 il görevlisine eğitim verilmiş, daha sonra 87 görevli hekim tarafından, illerde 1048 kişi eğitilmiştir. Eğitimler farmakoekonomi konusunda da verilmiş, bu konuda 2002 Yılında Antalya'da on iki günlük bir oturum düzenlenmiştir. Rasyonel ilaç kullanımı çalışmalarının bir diğer bölümü olan reçete değerlendirme çalışmaları, hasta kayıtlarını kullanmak suretiyle ve bir günde eczanelere gelen reçetelerin kaydı tutularak, Bolu ve Bayburt illerinde yapılmıştır. Söz konusu çalışmalar HMM'nin yeniden faaliyete geçirilmesiyle birlikte HMM çatısı altında devam etmektedir.

Tanı ve Tedavi Rehberleri:

Birinci basamak sağlık hizmetleri için gereken bilimsel kaynakları sağlamak, sık rastlanan sağlık sorunlarına yönelik tanı ve ilaçlı ya da ilaçsız tedavi protokolleri oluşturmak amacıyla "Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri" oluşturulmuştur. Rehberler, 2002 Yılında 12.500 adet klasör şeklinde, 2003 Yılında 50.000 adet kitap şeklinde basılmış, birinci basamak sağlık kurumlarına ve hekimlere dağıtılmıştır. Rehberin hazırlanmasına yüzden fazla akademisyen, hekim ve sağlık kurumu katkıda bulunmuş, bu kitap bazı tıp

fakültelerinin mezuniyet öncesi programlarında da kullanılmaya başlamıştır. Söz konusu çalışmanın devamı HMM çatısı altında devam etmektedir.

Diğer faaliyetler:

İkinci Sağlık Projesinde ana- çocuk sağlığı, bağışıklama, sıtma, tüberküloz ve kanser çalışmalarına da destek verilmiş, aile planlaması ile ilgili malzeme alımı, materyal geliştirilmesi, basımı ve halk eğitimi dahil olmak üzere anne ve çocuk sağlığı ve aile planlaması çalışmalarına da katkı sağlanmıştır. Ayrıca uygulanan kızamık aşı kampanyaları, asıl proje planında olmayıp daha sonra ihtiyaca binaen dahil edilse de projenin en başarılı sonuçlarından biri olmuştur.

7.4.2.3 Altyapı Geliştirme (Bileşen 1-c)

Bu bileşen çeşitli malzeme, donanım, mobilya ve araçların zamanında ve düşük fiyatla alımlarıyla, yeni binaların yapımını kapsamaktadır. İkinci Sağlık Projesinde, 23 ilde eğitim sağlık merkezlerinin yapılması planlanmış, bunlardan 17'si proje kapanış raporunun yazıldığı tarihten önce tamamlanmıştır. 24 ayrı kalemde alınan malzeme, donanım, mobilya ve araçlar (Aşı ve soğuk zincir malzemeleri dahil) 753 sağlık kurumuna ve 23 eğitim sağlık merkezine dağıtılmıştır.

7.4.2.4 Sağlık Hizmetleri ve Hastane Yönetimi Alt Bileşeni (Bileşen 2-a)

Projenin bu bileşeni kapsamında toplam 520 kişiye sağlık hizmetleri yönetimi eğitimi verilmiştir. Eğitimlere proje illerindeki il sağlık müdürleri, müdür yardımcıları ve merkez teşkilatından 148 kişi ve proje illerindeki hastanelerin başhekim, başhemşire ve müdürlerinden oluşan 372 kişi katılmıştır.

7.4.2.5 Bilgisayarlı Yönetim ve Destek Sistemi Alt Bileşeni (Bileşen 2-b)

Projenin bu bileşeninde SB Merkezinde ve İl Sağlık Müdürlüklerinde güç kaynakları, kablolar, vs. dahil bilgisayar ağlarını destekleyecek donanımların alınmasına katkı sağlanmıştır. Bunun yanı sıra 5230 personele genel bilgisayar bilgisi, ofis otomasyonu, sistem işletimi, ağ yönetimi ve bakımı, insan kaynakları yönetim sistemi, malzeme kaynağı yönetim sistemi, ilaç ve ecza bilgi sistemi gibi konularda eğitim verilmiştir. Bu kapsamda hayata geçirilen bilgi sistemleri (ÇKYS gibi) sonraki bölümlerde değineceğimiz ve halen kullanılan bazı sistemlerin de temelini oluşturmuştur.

7.4.2.6 Araştırmalar Alt Bileşeni (Bileşen 2-c)

Araştırmalar alt bileşeni çerçevesinde, ulusal hastalık yükü ve maliyet etkililik çalışması, ulusal sağlık hesapları çalışması ve kapasite oluşturma çalışmaları gibi faaliyetler yürütülmüş, oldukça başarılı sonuçlar elde edilmiştir.

Ulusal hastalık yükü ve maliyet etkililik çalışması:

"Küresel Hastalık Yükü 2000 Standardı" kullanılarak yapılan bu çalışmada ülkenin hastalık yükü (DALY) coğrafik farklılıkları da ortaya koyacak şekilde çıkarılmış, 2010-2030 yılları için yapılan projeksiyonlarla birlikte yaş, cinsiyet, bölge, kır-kent farklılıklarına göre ölüm ve sakatlık nedenleri ile ilgili geniş çaplı veriler ortaya konmuştur. Çalışma 11481 ev halkı üzerinden yürütülmüş, ayrıca müdahalelerin maliyet etkisini hesaplamak için 29 sağlık kurumundan gelen veriler değerlendirilmiştir. Bu çalışmada ayrıca 60000 evde ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision) kodlama sistemine göre son 1 yıl içindeki ölüm nedenleri de belirlenmiştir. Söz konusu çalışma HMM'nin koordinasyonunda Başkent Üniversitesi tarafından oluşturulan ulusal ve uluslararası konsorsiyum tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma önemli sağlık sorunlarının kanıta dayalı bir şekilde gösterilmesine, bölgelere özel program ve planlama geliştirilmesine, standart veri formuyla toplanmayan ancak politika oluşturmada önemli ve uluslararası kuruluşların talep ettikleri verilere ulaşmada ve diğer ülkelerle kıyaslamada katkı sağlamıştır.

Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması:

Bu çalışmayla 1999-2000 yılları için Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) standartlarında Ulusal Sağlık Hesapları veri tabanı derlenmiştir. Anketler ve araştırmalar, 152 kurumun sağlık hesapları hakkında veriler elde etmek için tasarlanmış ve uygulanmıştır. Söz konusu çalışma HMM'nin koordinasyonunda Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Okulu ve Harvard Halk Sağlığı Okulunun oluşturduğu konsorsiyum tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma özellikle toplam sağlık harcaması ile cepten yapılan sağlık harcamaların belirlenmesine, sağlık sistemi ve birbiriyle olan ilişkilerinin daha net olarak ortaya konmasına, özellikle sağlık güvencesi olmayanların tespiti ile genel sağlık sigortasına geçişte ihtiyaç duyulan bazı temel veri ve hesaplamaların yapılmasına fırsat vermiştir.

7.4.2.7 Proje Yönetimi Alt Bileşeni (Bileşen 2-d)

İkinci Sağlık Projesinin bu bileşeni kapsamında, proje faaliyetlerinin yönetimi, koordinasyonu ve uygulanması için gerekli yerli ve yabancı danışmanlık hizmetleri sağlanmıştır. SB'nin mevcut organizasyon yapısını yenilemesine yardımcı olacak teknik danışmanlık, eğitim ve yurt dışı bursların sağlanması ve SDP'ye hazırlık niteliği taşıyan

Birinci Sağlık Projesi'nde başlatılan faaliyetlerin yürütülmesi bu bileşendeki diğer faaliyetler olmuştur.

7.4.2.8 İkinci Sağlık Projesinin Sonuçları

II. Sağlık Projesinin amaçlarının oldukça farklı alanları kapsadığı, geniş ve planlanan sürede tamamlanmasının çok zor olduğu görülmektedir. Bu projede hem altyapı çalışmalarına hem de reform sürecini gerçekleştirmeyi sağlayacak hizmet içi eğitim, programlar ve araştırmalara yer verilmiştir. Bu proje kapsamında hem Merkez hem de taşra teşkilatında insan gücü kapasitesinin geliştirilmesine yönelik eğitimler yapılmış, akılcı ilaç programı ve birinci basamağa yönelik tanı ve tedavi rehberleri gibi ilk çalışmalar kanıta dayalı olarak gerçekleştirilmiştir. Ayrıca Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik çalışması ile Ulusal Sağlık Hesapları çalışması sayesinde daha sonra yapılacak olan sağlık hizmetlerinin iyileştirmesine yönelik faaliyetlerin bilimsel altyapısı oluşturulmuştur. Yine bu proje kapsamında ÇKYS'nin oluşturulması, süreçte yaşanan birçok soruna rağmen gerçekleştirilmiştir. I. Sağlık Projesinden ders çıkarılarak hastane yapımından vazgeçilmiş, sadece her bir proje iline olmak üzere eğitim sağlık ocakları (konaklamalı) yapılmıştır. Ayrıca söz konusu proje illeri kalkınmada öncelikli iler olduğundan, toplu alımlarla özellikle sağlık ocakları tıbbi cihaz ve malzeme yönünden desteklenmiştir. Yine illerin halk sağlığı laboratuarları cihaz ve malzeme açısından tam donanımlı hale getirilmiştir. Temel sağlık hizmetlerinin iyileştirmesine katkı sağlamıştır. Yine sağlık yönetimi eğitimleri bu çerçevede gerçekleştirilmiştir.

Bununla birlikte II. Sağlık Projesinin aynı anda birçok farklı sağlık sorununa odaklanması ve beş yılda tüm bu çalışmaların tamamlanması açısından gerçekçi olmadığı sık sık dile getirilmiştir. Projenin uygulanmasının yavaş yürümesi ve tamamlama süresinin uzaması, ÇKYS'nin kabulü ve Bakanlıkta kullanılır hale gelmesinde yaşanan uzun süreç, her iki taraftan kaynaklanan yetersiz uygulamalar, Sağlık Bakanı ve hükümetin sık sık değişmesi nedeniyle sil baştan yapılan bazı işler ve yaşanan zaman kaybı, idari ve teknik personel açısından yaşanan sorunlar eleştiri konusu olmuştur. Eleştiri konusu olan diğer durumlar bu çalışmaları yürütmek üzere kurulan SBSPGK'nin alternatif Bakanlık gibi algılanması ve çalışmalarının dışlanması, yurt dışı kaynaklı projelere karşı olanlar ile yaşanan sorunlar nedeniyle bu tür projeleri yönetenlerin sürekli zan altında kalması, koalisyon hükümetlerinin bir sonucu olarak farklı sektörlerle işbirliğinin zorluğudur.

7.4.3. Temel Sağlık Hizmetleri Projesi & Marmara Depremi Acil Yeniden Yapılandırma Projesi

Temel Sağlık Hizmetleri Projesinin T.C. Hükümeti ve DB arasında Eylül 1997 tarihinde imzalanan 4201 – TU nolu ikraz anlaşması 7 Aralık 1997 tarih ve 23203 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak uygulama dönemine girmiştir. Proje, Bilecik ve Eskişehir illerini kapsamaktadır. İki ilde temel sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanılması, kalitesinin artırılması ve denenen sağlık reformlarının ülke çapına yaygınlaştırılması için temel oluşturulması amacını taşımaktadır. Toplam bütçesi 18,63 milyon $ olan projenin %78'inin Dünya Bankası'ndan alınan kredi, %22'sinin Milli Bütçe tarafından finanse edilmesi planlanmıştır. Temel Sağlık Hizmetleri Projesinin bölümleri aşağıda sunulmuştur (15).

1- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi: (17.189 milyon $)
    a. Aile Hekimliği ve Sevk Sisteminin Geliştirilmesi
    b. Eğitimler
    c. Altyapı Geliştirme
    d. Temel Sağlık Hizmetleri Bilgi Sistemi
2- İzleme ve Değerlendirme: (461.200 $)
3- Kurumsal Kapasitenin Geliştirilmesi (320.500 $)

Marmara depreminden sonra (1999) proje tadil edilerek, kaynaklarının tamamı Marmara Depremi Acil Yeniden Yapılandırma (Marmara Emergency Earthquake Reconstruction Project = MEER) Projesi'ne aktarılmış, Bilecik ve Eskişehir illerinin yanı sıra Bolu, Düzce, Kocaeli, Sakarya ve Yalova illeri de projeye dahil edilmiştir. MEER projesinin 4517 – TU nolu ikraz anlaşması, DB ve T.C Hükümeti arasında 23.11.1999 tarihinde imzalanmış, 05.12.1999 tarih ve 23897 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak uygulama dönemine girmiştir (16,17).

MEER Projesi'nin temel hedefleri; depremden etkilenen alanlarda hayat şartlarının ve kalkınmanın iyileştirilmesi, meydana gelebilecek doğal afetlere karşı alınabilecek daha etkin tedbirlerle muhtemel zararların azaltılması ve risk yönetimini sağlayacak kurumsal bir çerçevenin oluşturulmasıdır. MEER Projesinin bileşenleri aşağıda gösterilmiştir (17).

A. Afetle Mücadele Sistemi ve Risk Azaltma

A.1. Acil Mücadele Yönetimi ve Sistemi (110,17 milyon $)

A.2. Deprem Sigorta Sistemi (273,00 milyon $)

A.3. Arazi Kullanım Planlaması ve İnşaat mevzuatının Uygulanmasının Sağlanması (11,78 milyon $)

A.4. Kadastral Yenileme ve Arazi Yönetimi (24,21 milyon $)

B. Yetişkinler İçin Travma Programı (6,89 milyon $)

C. Fiziksel Yeniden Yapılandırma (293,32 milyon $)

D. Proje Yönetimi (12,69 milyon $)

E. Ticaretin Rehabilitasyonu (109,72 milyon $)

F. Bolu, Sakarya, Yalova, İstanbul, Bursa ve Eskişehir'de Kalıcı Konutlar (177 milyon $)

G. Mevcut Yapı Stoku ve Sağlık Tesislerinin Tamiri (632,12 milyon $)

H. Yollar, Temiz Su, Atık Su ve Elektrik Dağıtım Sistemlerinin Tamiri (139,73 milyon $)

7.4.3.1 Temel Sağlık Hizmetleri Projesi & Marmara Depremi Acil Yeniden Yapılandırma Projesi Çıktıları

Temel Sağlık Hizmetleri Projesinin temel amacı Eskişehir ve Bilecik'te aile hekimliğinin pilot olarak denenmesi, burada elde edilecek olan tecrübe ve çıktılar çerçevesinde aile hekimliğinin geliştirilerek diğer illerde yaygınlaştırılmasıdır. Ancak bu projenin aktif hale gelebilmesi aile hekimliği mevzuatının TBMM'den geçmesi şartına bağlanmış, süreçte yaşanan sorunlar nedeniyle aile hekimliği kanun taslağı kadük kalmıştır. Bu arada yaşanan Marmara Depremi nedeniyle buradaki bütçe MEER Projesine aktarılmıştır. Bu projeden öğrenilen en önemli ders ise bu tür projelerin başlama şartlarının kurum kontrolü dışında olan şartlara bağlanmaması gerektiği olmuştur. Konuyla ilgili Bakanlıkların farklı koalisyon üyelerinde olması da sektörler arası işbirliğini zorlaştırmıştır.

MEER Projesi, tüm ülkenin etkilendiği ve hem insani hem de ekonomik yönden ağır sonuçları olan Marmara Depremi sonucunda oluşturulmuştur. SB bu büyük projenin sağlıkla ilgili kısmını yürütmüştür. Bütçenin bir kısmı II. Sağlık Projesi ile Temel Sağlık Hizmetleri Projesinden, diğer kısmı da yeni proje kaynağı olarak gelmiştir. Bu kapsamda deprem bölgesinde hizmet veren sağlık personelinin temel hizmet ihtiyaçlarının karşılanması, hizmet içi eğitimler ile ruh sağlığı programının uygulanması, saha araştırmaları ile afet müdahale ekiplerinin kurulması ve ekipmanının temini, depremden etkilenen illerde acil polikliniklerin kurulması, hastanelerin veya belirli bölümlerinin inşaası, yıkılan bazı sağlık ocaklarının yeniden yapılması, tıbbi araç ve malzeme temini, mobil sağlık araçlarının alınması gibi çok geniş bir yelpazede hizmet götürülerek yaralar bir an önce sarılmaya çalışılmıştır. Organizasyon ve koordinasyon açısından büyük bir sınav olan Marmara Depremi ve bu projenin en önemli çıktılarından birisi de bu tür afetlere hazırlıklı olmak ve tekrar benzer yıkıntıları yaşamamak için baştan tedbir almak olmalıdır.

7.4.4. Kuş Gribi ve İnsana Tesir Eden Salgına Hazırlık ve Mücadele Projesi

TKİB ile SB tarafından hazırlanan Kuş Gribi ve İnsana Tesir Eden Salgına Hazırlık ve Mücadele Projesi'nin DB ve T.C. Hükümeti arasında 17 Mayıs 2006 tarihinde imzalanan TU-4822 no'lu ikraz anlaşması 8 Ağustos 2006 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak uygulama dönemine girmiştir. Projenin toplam bütçesi 27,30 milyon €' dur.

Projenin amacı kuş gribi ve diğer evcil kanatlı hayvanlardan kaynaklanan hastalıkların insanlar üzerinde yol açtığı tehdidin azaltılması, insanlar arasındaki kuş gribi ve diğer bulaşıcı hastalık salgınlarının kontrol edilmesi ve bunlarla mücadele edilmesi amacıyla hazırlık yapılmasıdır. Kuş Gribi ve İnsana Tesir Eden Salgına Hazırlık ve Mücadele Projesi'nin bileşenleri aşağıda gösterilmiştir (18,19).

I.Hayvan Sağlığı Bileşeni

I.A: Ulusal Politika Çerçevesi ve Ulusal bir Stratejinin Geliştirilmesi: Risk altındaki bölgelerde kuş gribi hastalığını kontrol etmek ve yok etmek amacıyla, ülkeye özgü bir strateji ve bilgi sisteminin geliştirilmesi, kabul edilmesi ve duyurulması.

I.B: Hastalık Takip ve Teşhis Kapasitesinin Güçlendirilmesi: Hayvan hastalıkları takip ve teşhis kapasitesinin güçlendirilmesi ve veterinerlik hizmetlerini sağlayan personelin eğitiminin tasarlanması ve tamamlanması.

I.C: Salgın Kontrol Planı: Gerekli malzemelerin ve yakma tesisi yatırımlarının sahada yapılması, risk altındaki bölgelerde, hızlı mücadele için hazırlığın sertifikasyonunun sağlanması.

Bu bileşen; geliştirilen stratejiler, epidemiyolojik çalışmalar ve gözetim programları ile hastalığın kontrol önlemlerinde yaşanan gelişmelerin duyurulmasını, referans ve bölgesel teşhis laboratuarlarının tespit kapasitesinin geliştirilmesini amaçlamaktadır. Rapor edilmiş kuş gribi vakalarının izlenmesini, mücadele planının uygulanmasına ilişkin faaliyetlerin desteklenmesini ve kümes hayvancılığı sektörünün yeniden yapılandırılmasına destek olmak amacıyla kuş gribinin kontrolünü ve ortadan kaldırılmasını hedeflemektedir.

II. İnsan Sağlığı Bileşeni

II.A: Program Planlama ve Koordinasyonunun Geliştirilmesi: Acil bir durumda karantina ve hastalık kontrolü için gelişmiş komuta ve kontrol yapılarının geliştirilmesi ve uygulanması.

II.B: Ulusal Halk Sağlığı Takip Sistemlerinin Güçlendirilmesi: Risk altındaki insanlarda hastalık takip ve kontrolünün geliştirilmesine yönelik önlemlerin geliştirilmesi, test edilmesi ve uygulanması.

II.C. Sağlık Sisteminin Mücadele Kapasitesi: Karantina, toplanma yasağı ve seyahat sınırlamaları gibi "Sosyal Uzaklaştırma Önlemlerinin" geliştirilmesi, uygulanması ve bir iletişim stratejisi ile desteklenmesi. Artan hizmet talebine cevap verebilmek ve enfeksiyonunun yüksek riskli gruplar ve sağlık çalışanları arasında yayılmasını önlemek amacıyla, kritik tıbbi hizmet ağlarının güçlendirilmesi ve hazır hale getirilmesi.

Bu bileşen, yıl boyunca gerçekleştirilecek gözetim, teşhis, müdahale ve pekiştirilmiş medikal hizmetler sayesinde kuş gribi virüsünün etkilerinin azaltılmasını hedeflemektedir. Proje yakın zaman önce tamamlanan Kuş Gribi Eylem Planı'nın TKİB ile koordineli bir biçimde uygulanması yönünde, SB'nin kapasitesinin geliştirilmesi çalışmalarına da destek olacaktır.

III. Kamuoyu Bilinçlendirme ve Koordinasyon Destek Bileşeni

III.A: Kamuoyu Bilinçlendirme:

TKİB, SB ve İçişleri Bakanlığı'nı içeren; salgın öncesi ve pandemi aşamalarında, öncelikli grupların bilgi-iletişim ihtiyaçlarına cevap veren eşgüdümlü bir iletişim süreci;

Bilgilendirilen risk altındaki grupların güvenli sağlık uygulamalarını ve raporlama prosedürlerini benimsemesi ve hastalık kontrol faaliyetlerine katkıda bulunması;

Kuş gribinin pandemi aşamasına geçmesi halinde ihtiyaç duyulacak etki ve sosyal kontrol önlemleri hakkında vatandaşların eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi.

III.B: Koordinasyon Desteği: Profesyonel bir şekilde gerçekleştirilen proje uygulama ve izleme ve değerlendirme faaliyetlerinin koordinasyonu ve yönetimi

Bu bileşen; hükümet, özel sektör ve sivil toplum örgütlerinin konuya olan ilgilerinin artırılmasını ve hastalığın riskleri ve potansiyel etkisi hakkında kamuoyunun bilinçlendirilmesini; SB, Ulusal Zoonotik Hastalıklar Komitesi ve TKİB'nin acil müdahalelerini ve uygulamaya konulan önlemlerin halka duyurulmasını destekleyecektir.

Projenin ikinci bileşeni SB tarafından yürütülmektedir ve bütçesi 10,91 milyon €'dur. TKİB tarafından yürütülen birinci bileşen ile TKİB ve SB tarafından ortaklaşa yürütülen üçüncü bileşenin bütçesi TKİB'ye aittir. Proje kapsamında SB kuş gribine yönelik bir dizi

önlem almakta, herhangi bir salgın ihtimaline karşı hazırlıklarını yaparak, olası pandemi durumunda alınacak tedbirleri belirlemektedir.

SB, Ulusal Grip Eylem Planını oluşturmuş durumdadır. Bu planda sözü edilen personel eğitimi, il ve yerel seviyedeki toplantı ve çalıştaylar, personel için koruyucu kıyafetlerin ve diğer sarf malzemelerinin alımı ve kriz yönetim merkezindeki haberleşme sistemlerinin geliştirilmesi gibi faaliyetler proje kapsamında uygulanmaya devam edilmektedir (19).

Daha önce kuş gribi vakalarının görüldüğü alanlarda gribe benzer hastalıkların aktif şekilde gözlenmesi, teşhise yönelik testler ve virüs alt tiplerinin belirlenmesi için örnek toplanması, olumlu ve bazı olumsuz sonuçların referans laboratuarında doğrulanması ve doğrulanmış insan vakaları görülen yerlerde salgının soruşturularak gerekli tedbirlerin alınması gibi faaliyetler proje kapsamında desteklenecektir. Bu bağlamda mevcut ulusal referans laboratuarlarının geliştirilmesi ve bölge halk sağlığı laboratuarlarının güçlendirilmesi gerekmektedir. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığında konuyla ilgili referans laboratuarı kurulması ve var olan laboratuarın güçlendirilmesi çalışmaları ile Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün konuyla ilgili faaliyetleri (ekip oluşturma, malzeme temini, eğitimler) devam etmektedir.

7.5. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE GERÇEKLEŞTİRİLENLER

Sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları sadece gelişmekte olan ülkelerin değil, gelişmiş ülkelerin de temel ve öncelikli gündem maddelerini oluşturmaya devam etmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda bütün Dünya yeni arayışlar içindedir ve genel anlamda sağlık sorunlarını çözmüş bir ülkeden söz etmek zordur. Ülkelerin sağlık reformları kapsamında yaptıkları çalışmalar incelendiğinde reform çalışmalarındaki ortak özelliğin uzun yıllara yayılmış, sabırlı ve istikrarlı programlar olduğu görülmektedir (20, 21).

SB'nin 1 Temmuz 2003 tarihinde başlattığı ve 2003 Yılı Aralık ayında bir kitapçıkla kamuoyuna duyurduğu SDP, geçmişteki reform ve proje çalışmalarını değerlendirerek gelecekte geçilmesi düşünülen sağlık sistemini tasarlayacak ve bu sisteme geçişi kolaylaştıracak gerekli değişiklikleri yapmayı planlamıştır. SDP; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansman sağlanması ve sunulmasını hedeflemektedir. SDP'yi desteklemek amacıyla hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm

Programına Destek Projesinin 4737 - TU no'lu ikraz anlaşması 11 Haziran 2004 tarihinde imzalanmıştır.

SDP kapsamında uygulanacak politikalar, halkın sağlık düzeyini (etkililik) yükseltmeyi amaçlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumundaki en büyük hedef, hastalıkları tedavi etmekten çok, insanların hastalanmasını engelleyecek koruyucu önlemlerin alınması olarak belirlenmiştir. Anne ve bebek ölümlerinin azaltılması ve doğuşta beklenen yaşam süresinin artırılması bunun en somut göstergeleri olarak belirlenmiştir. Kaynaklar uygun şekilde kullanılarak maliyetin düşürülmesi, aynı kaynakla daha fazla hizmet (verimlilik) üretilmesi planlanmıştır. İnsan kaynaklarının dağılımının, malzeme yönetiminin, akılcı ilaç kullanımının, sağlık işletmeciliğinin ve koruyucu hekimlik uygulamalarının bu esas çerçevesinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Halkın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşabilmesi ve hizmetlerin finansmanına, maddi güçleri oranında (hakkaniyet) katkıda bulunması düşünülmüştür (20).

7.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri

- **İnsan merkezlilik:** Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlığın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey "aile sağlığı" kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.
- **Sürdürülebilirlik:** Geliştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.
- **Sürekli kalite gelişimi:** Vatandaşlarımıza sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir.
- **Katılımcılık:** Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Ayrıca bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerini sistemin kapsamı içine alarak, uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasını da amaçlamaktadır.
- **Uzlaşmacılık:** Sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine,

yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.

- **Gönüllülük:** Hizmette arz veya talep eden birey veya kurum ayırımı yapmaksızın, sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.
- **Güçler ayrılığı:** Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.
- **Desantralizasyon:** Kurumlar merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.
- **Hizmette rekabet:** Sağlık hizmetlerinin tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır (20).

7.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

SDP'nin bileşenleri sekiz ana başlık altında toplanmıştır.

1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
    1. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri,
    2. Etkili, kademeli sevk zinciri,
    3. 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,
    1. Ulusal İlaç Kurumu,
    2. Tıbbi Cihaz Kurumu,
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

SDP, sektörü bütün boyutları ile kavramak üzere şekillendirilmiş bileşen ve alt bileşenlerden oluşmaktadır. Her bileşen bir diğeri ile ilişkilendirilmiş olup, programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek çözümleri içermektedir. Her bir bileşen Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesi'nde farklı başlıklar altında tanımlanmıştır.

7.5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesi

SDP'yi desteklemek amacıyla hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesinin 4737 - TU no'lu ikraz anlaşması 11 Haziran 2004 tarihinde imzalanmıştır. Projenin bileşenleri Tablo 7.6'da gösterilmiştir (21).

Tablo 7.6: Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesinin Bileşenleri

A) Sağlık Bakanlığının yönetim yapısının yeniden düzenlenmesi; önderlik, planlayıcılık ve denetleyicilik rolünün güçlendirilmesi.
A.1. Sağlık Bakanlığının idari ve işlevsel yapısının yeniden düzenlenmesi A.2. Akılcı ilaç ve tıbbi malzeme yönetimi ve kullanımında kurumsal yapının yeniden düzenlenmesi (Ulusal İlaç Kurumunun ve Tıbbi Cihaz Kurumunun kurulması). A.3. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon A.4. Sağlık sektöründe araştırma-geliştirme çalışmaları
B) Genel Sağlık Sigortası
C) Sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması
C.1. Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimliği C.2. Kamu yataklı tedavi kurumlarına özerk yönetim modeli geliştirilmesi C.3. Etkili ve kademeli sevk zinciri
D) Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü.
D.1. Sağlık alanında çalışanların geliştirilmesi ve yetkilendirilmesi D.2. Halk Sağlığı Okulunun (Hıfzıssıhha Mektebi) güçlendirilmesi
E) Ulusal Sağlık Bilgi Sitemi'nin kurulması.

Kaynak: SB-Proje Yönetimi Destek Birimi (SBPYDB), Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu

A BİLEŞENİ-Sağlık Bakanlığının Yönetim Yapısının Yeniden Düzenlenmesi; Önderlik, Planlayıcılık ve Denetleyicilik Rolünün Güçlendirilmesi

A.1. Alt Bileşeni-Sağlık Bakanlığının İdari ve İşlevsel Yapısının Yeniden Düzenlenmesi

Yeniden yapılandırmayla SB'ye yönlendiricilik rolü verilemesi, bakanlığın hizmet sunumuyla direk olarak ilgilenmeyerek sistemin plan, koordinasyon ve denetleme işlerini yürütmesi sağlanacaktır. SB'nin ülke düzeyinde sağlık hizmetinin sunum ve finansmanı ile uğraşmaktan ziyade planlayıcı, denetleyici ve düzenleyici bir role sahip olması

gerekmektedir. Bu nedenle Bakanlığın merkez ve taşra teşkilatları yeniden organize edilmeli, yerel birimlere daha fazla yetki ve sorumluluk verilmeli, ulusal düzeyde plan ve destek gerektirten konularda ise Bakanlık merkez teşkilatı inisiyatif kullanmalıdır (22).

SDP'nin vizyonundaki SB, politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumdadır. Ülkemizin sağlığa ayırdığı kaynakların (kamu veya özel) etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapacaktır. Bu anlayışın bir ürünü olmak üzere, SB'ye bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması sağlanacak ve Bakanlık, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacaktır. Böylece SB, Anayasada tanımlandığı şekli ile Devletin sağlık sektörünü tek elden planlama görevini yerine getirecektir.

06.01.2005 tarihinde kabul edilen ve 19.01.2005 tarih ve 25705 sayılı resmi gazetede yayınlanan 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun" ile bu anlamda önemli bir adım atılmıştır. Özellikle Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastanelerinin SB'ye devredilmesiyle birlikte Bakanlığın sağlık sistemimiz üzerindeki denetleyici ve planlayıcı rolü artırılmıştır. Bu durum ayrıca daha ileri tarihlerde hastanelerin işletmelere dönüştürülmesinde de kolaylık oluşturacaktır.

Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı kapsamında İl Sağlık Müdürlüklerinin, hastanelerin ve 1. basamak sağlık kurumlarının yerel yönetimlere devri söz konusu olmuş olmakla beraber bu kanun tasarısının bazı maddelerinin Cumhurbaşkanlığı tarafından iade edilmesiyle birlikte süreçte nasıl bir uygulama olacağı bilinememektedir.

A.2. Alt Bileşeni-Akılcı İlaç ve Tıbbi Malzeme Yönetimi ve Kullanımında Kurumsal Yapının Yeniden Düzenlenmesi - Ulusal İlaç Kurumunun ve Tıbbi Cihaz Kurumunun Kurulması

Türkiye'de, ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslar arası normları yakalayacak kurumsal oluşumlara ihtiyaç vardır. Bu kurumların siyasal kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk kurumlar halinde örgütlenmesi sağlanacaktır. İlaç ve tıbbi cihaz konusunda uzman olacak bu kurumları ayrı ayrı veya tek çatı altında toplamak mümkündür.

Türkiye'de ilaçlara ve farmasötik ürünlere yapılan harcamalar gereğinden oldukça fazladır. Türkiye'de kamu sağlık harcamaları içinde ilaç harcamasının payı 2005 yılında %38,5 olmuştur (23). İlaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, üretimi, tanıtımı, piyasa gözetimi, araştırma-geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda destekleyici olmak üzere "Ulusal İlaç Kurumunun" oluşturulması sağlanmalıdır. Böyle bir kurumun

varlığı İlaçların ruhsatlandırmasıyla ilgili sürecin daha etkili, daha şeffaf ve daha süratli bir hale getirilmesine de katkı sağlayacaktır.

Sağlık hizmetlerinin çağdaş bir şekilde sunumu büyük oranda tıbbi cihaz ve aletlerin kullanımına bağlıdır. Tıbbi cihaz ve aletlerin etkin ve güvenli kullanımı, ilgili tüm taraflar arasındaki karmaşık ilişkilerin düzenlenmesini ve izlenmesini gerektirmektedir. Halkın sağlığının korunması, hasta çıkarlarının gözetilmesi, sağlık hizmeti sunanların hastalarına hak ettikleri yüksek standartta hizmeti verebilmeleri için tıbbi cihaz ve aletler uygun güvenlik, kalite ve performans standardında olmalıdır. Türkiye'de tüm bunları düzenleyecek bir "Tıbbi Cihaz Kurumu" kurulmalıdır.

Hem Ulusal İlaç Kurumu hem de Tıbbi Cihaz Kurumuna yönelik çalışmalar süratle devam etmektedir. Her iki kurumun aynı çatı altında ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu adıyla kurulmasını öngören kanun tasarısı taslağı, SB İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanmış, alınan dış görüşlerin değerlendirilmesinden sonra, TBMM'de görüşülmek üzere 16.02.2007 tarihinde Başbakanlığa gönderilmiştir.

Kanun tasarısında Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu beşeri ve veteriner ilaçlar, ileri tedavi amaçlı ilaçlar, tıbbi cihazlar, kozmetikler ve tıbbi amaçlı özel ürünlerin ruhsatlandırma, izin, bildirim, fiyatlandırma, dağıtım, piyasaya arz, gözetim ve denetimleri konularında düzenleyici tek otorite olarak tasarlanmıştır. İdari ve mali bakımdan özerk yapıda ve SB'nin ilgili kuruluşu olması öngörülmüştür. Kurulması planlanan kurum gelişmiş ülkelerdeki örneklerine büyük ölçüde benzemektedir, aynı zamanda ülkemize özgü ihtiyaçları da karşılayacak bir yapıda olmasına özen gösterilmiştir (24).

A.3. Alt Bileşeni-Nitelikli Ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

Sağlık sektöründe ulusal düzeyde standartları belirleyecek, uygulamaları izleyecek ve değerlendirecek; ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularında düzenlemeler yapacak bir kurum "Akreditasyon ve Kalite Güvencesi Kurumu" kurulmalıdır. Bu kurum özerk bir yapıda olmalı ve bir sonraki aşamada uluslar arası düzeyde akredite edilmelidir. Bu kurumun varlığı sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirecek, hizmetlerin sürekliliğini sağlayacak ve halkımızın sağlık hizmetinin kalitesine olan güvenini artıracaktır.

SB, Ulusal Sağlık Akreditasyon Sisteminin kurulmasıyla ilgili bazı faaliyetler yürütmüştür:

1-Bu konuda uluslar arası deneyime sahip ve konunun uzmanı olan bir danışmana yaptırılan çalışmanın nihai raporu "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon" konulu

istişare toplantısında tartışılmıştır. Bu toplantıya sağlık sektörünün tüm temsilcileri katılmıştır. Toplantı sonucunda tüm taraflar Türkiye'de Sağlık Akreditasyon Siteminin kurulması konusunda mutabakata varmıştır.

2-SB temsilcilerinden oluşan bir grup Joint Commission International'ın (JCI) "Kalite Geliştirme Ve Akreditasyon Konusunda Uluslararası Uygulamalar" adlı eğitim konferansına katılmıştır.

3-SB ve Sağlık Kuruluşları Derneğinin işbirliği ile Ülkemiz sağlık sektörünün paydaşları ve JCI yetkililerinin katılımıyla İstanbul'da "Sağlık Sektöründe Akreditasyon" konulu bir toplantı düzenlenmiştir. Toplantıda SB ve JCI arasında Ulusal Sağlık Akreditasyon Sisteminin yapılandırılması, standart geliştirme, kalite izleme ve ölçme sistemlerinin geliştirilmesi, veritabanı oluşturulması konularını kapsayan işbirliği protokolü imzalanmıştır.

4-SB ve Bursa Sağlık Kuruluşları Derneğinin işbirliği ile Bursa'da Sağlık hizmetlerinde akreditasyon sisteminin tartışıldığı bir toplantı düzenlenmiştir.

Bu konuda yeterli sayıda denetçi yetiştirilmesi için JCI yetkilileri ile ortaklaşa çalışmalar devam etmektedir.

A.4. Alt Bileşeni- Sağlık Sektöründe Araştırma-Geliştirme Çalışmaları

Türkiye'de etkin bir bilim ve teknoloji politikası oluşturulmalı, bu alandaki eksikliklerimiz hızla tamamlanarak gerçek anlamda bir ulusal araştırma-geliştirme (Ar-Ge) sistemi kurulmalıdır. SB'nin sağlık sektöründeki Ar-Ge faaliyetlerinde etkin bir rol alması için çalışmalar yapılmalı, Hıfzıssıhha Merkezi Laboratuarı uluslar arası düzeyde akredite edilmelidir.

Sağlık Ar-Ge çalışmalarının tek bir elden organize edildiği bir merkez oluşturulmalı, böylece öncelikli konuların zamanında çalışılması sağlanırken, aynı çalışmaların birbirinden habersiz birden fazla kuruluş tarafından aynı anda yürütülmesi de engellenmelidir.

Bu kapsamda Sağlık Bakanlığında Ar-Ge komisyonu kurulmuş, özellikle sağlık alanındaki çalışmalarda Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) ile işbirliğine gidilerek bu alandaki başvuruların Bakanlık tarafından incelendikten ve uygun görüldükten sonra dikkate alınması sağlanmıştır.

B BİLEŞENİ- Genel Sağlık Sigortası

SDP'nin hakkaniyet amacı doğrultusunda ve sosyal devlet anlayışının temel gereksinimlerinden biri olarak, vatandaşlarımızın ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanacakları bir sigorta modeli oluşturulmalıdır. Bu yaklaşım, sosyal devlet olmanın temel gereksinimlerinden birisi olup, Anayasa'mızın 56. maddesinde yönlendirici bir hüküm olarak yer almaktadır. Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması yanında özel sağlık sigortacılığının da gelişimi desteklenmeli, özel sigortaların tamamlayıcı bir rol ile sistemde bulunmaları sağlanmalıdır. Mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarındaki emeklilik sigortası ve sağlık sigortası birbirinden ayrılmalı, sağlık sigortası işlemleri tek çatı altında toplanmalıdır.

Bu kapsamda Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 31.05.2006 tarih ve 5510 sayı ile TBMM'de kabul edilmiş olup 16.06.2006 tarih ve 26200 sayılı resmi gazetede yayınlanmıştır. Bu kanunla Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı herkesi tek bir çatı altında toplayan sağlık sigortası olacaktır. Başlangıçta 01.01.2007 tarihinden itibaren yürürlüğe girmesi planlanan kanunun bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesince iptal edilmesi nedeniyle, kanun üzerinde gerekli değişikliklerin yapılması için 01.01.2008 tarihine bir erteleme yapılmıştır.

C BİLEŞENİ- Sağlık Hizmet Sunumunun Yeniden Yapılandırılması- Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi

Türkiye'de bir kaç hanelik mezrasından, iklim şartları nedeniyle sınırlı zamanlarda ulaşılabilen köylerine; kent nüfusunu aşan ilçelerinden Dünya kenti olmuş metropolüne kadar, her biri kendine özgü çözümler bekleyen bir heterojen yapı söz konusudur. İnsanımızın hak ettiği, çağdaş normlara uygun sağlık hizmetini sunmayı hedeflerken bu özellikler göz önünde bulundurulmalıdır.

Sağlık hizmeti vermeye talip bütün dinamikleri sistem içine alan bir anlayış içinde hizmette rekabet ortamı yaratılmalı, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilirken, vakıf ve dernekler başta olmak üzere, özel teşebbüsün de hizmet ağında yer alması ön görülmelidir. Kır-kent ve doğu-batı eşitsizliğini azaltmak için, ihtiyaç olan yerlerde kamu olanaklarının geliştirilmesi, niteliğinin arttırılması ve özel sektör olanakları ile hizmet yarışına girilmesi hedeflenmektedir.

C.1. BİLEŞENİ- Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi ve Aile Hekimliği

Temel Sağlık Hizmetlerinin güçlendirilmesi konusunda yapılan çalışmaların çıkış noktası, genelde toplumu oluşturan bireylerin, özelde ise hastaların ve sağlık çalışanlarının göreceli durumlarını iyileştirmek amacı olmuştur. Bunun için temel sağlık hizmetleri alanında iyi tasarlanmış ve performansa yönelik bir anlayış olmalısı benimsenmiştir. Bireye yönelik koruyucu hizmetler ve birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesi düşünülmüştür. Bu sayede doktor ve aile üyeleri daha yakın ve kişisel ilişkiler kuracak ve sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde doktor önemli rol oynayacaktır. Bireylerin sağlık kayıtlarının birinci basamak hekimlerince tutulması kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılabilmesinde önemli gelişmelere imkân verecektir.

24.11.2004 tarihinde kabul edilen ve 9 Aralık 2004 tarih ve 25665 sayılı resmi gazetede yayınlanan 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ile bu konuda önemli adımlar atılmıştır. Bu kanun kapsamında 15 Eylül 2005 tarihinde pilot il olarak Düzce'de aile hekimliği sistemine geçilmiştir. 16 Şubat 2006 tarih ve 1538 sayılı Makam Oluru ile on il daha (Adıyaman, İzmir, Elazığ, Isparta, Samsun, Edirne, Bolu, Eskişehir, Gümüşhane, Denizli) pilot uygulama kapsamına alınmış, pilot illerde Aile hekimliği sistemi uygulanmaya başlamıştır. Bu 11 ile ek olarak, Şubat ve Mart 2007'de Makam Onayları ile 13 il daha pilot iller kapsamına alınmış olup, bu illerde de 2007 yılı sonuna kadar aile hekimliği sistemine geçilmesi planlanmaktadır. Aile hekimliği sisteminin halen uygulandığı iller ve uygulamanın başlangıç tarihleri Tablo 7.7'de, Şubat ve Mart 2007'de onaylanan pilot illerse Tablo 7.8'de sunulmuştur.

Tablo 7.7: Haziran 2007 İtibariyle Aile Hekimliği Sistemi Uygulanan İller

İL	BAŞLANGIÇ TARİHİ
Düzce	15 Eylül 2005
Eskişehir	17 Temmuz 2006
Bolu	16 Ekim 2006
Edirne	1 Aralık 2006
Denizli	25 Aralık 2006
Adıyaman	25 Aralık 2006
Gümüşhane	29 Aralık 2006
Elazığ	4 Ocak 2007
Isparta	18 Ocak 2007
Samsun	1 Mart 2007
İzmir	14 Mayıs 2007

Tablo 7.8: Şubat 2007'de Makam Oluru İle Belirlenen Diğer Pilot İller

Şubat 2007'de Makam Onayıyla* belirlenen pilot iller	
Adana	Karaman
Amasya	Manisa
Bartın	Çorum
Bayburt	Osmaniye
Burdur	Yalova
Erzurum	Sinop
Karabük	

* 05.02.2007 Tarih ve 01269 Sayılı; 16.03.2007 Tarih ve 03031 Sayılı Bakan Onayları

C.2. BİLEŞENİ- Kamu Yataklı Tedavi Kurumlarına Özerk Yönetim Modeli Geliştirilmesi

Tüm hastaneler, aralarında ayrım olmaksızın sigorta kurumu ile anlaşma yapmak ve sevk sistemine uymak kaydıyla bütün vatandaşlarımıza hizmet verebilmelidir. Hastanelerimiz bu hizmeti verirken hizmet kalitesi ve sözleşme esaslarına uygun fiyat uygulamaları açısından denetim altında tutulmalı, tüm kamu hastaneleri SB denetiminde özerk kurumlar haline gelmelidir. Kamu hastanelerinin merkeze bağımlı yapısından kurtulması; daha verimli kurumlar haline dönüşerek, özel sektörle rekabeti için de gereklidir. Ülkemizde homojen olmayan demografik dağılım ve mahrumiyet bölgeleri dikkate alınarak ekonomik anlamda verimli olmayan sağlık kuruluşları hizmetin sürekliliği ve kalitesi için desteklenmelidir.

Kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğe sahip kuruluşlar haline getirilmeleri iki ana aşamada gerçekleşebilir. İlk aşamada Milli Savunma Bakanlığı ve Üniversiteler hariç tüm kamu hastaneleri SB'ye devredilmeli, ikinci aşamada ise her tesise ayrı ayrı kendisini yönetme imkanı tanınarak her hastanenin kendi kararlarından, hizmet kalitesinden ve verimliliğinden sorumlu olması sağlanmalıdır.

5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun" ile bu sürecin ilk basamağı tamamlanmış görünmekte, hastanelerin işletmelere dönüştürülmesi ile ilgili ikinci aşama çalışmaları ise sürdürülmektedir.

C.3. BİLEŞENİ- Etkili ve Kademeli Sevk Zinciri

Hastaların büyük çoğunluğunun sorunlarının birinci basamakta çözülebilir olduğu ve hastane polikliniklerinin bu tür hastalarla dolu olduğu bir gerçektir. Etkin ve kademeli bir sevk zinciri, hem hastanelerimizdeki gereksiz yığılmaları azaltarak tedavi hizmetlerinin kalite artışına hizmet edecek, hem de sağlık harcamalarındaki israfı azaltacaktır.

Etkin bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ilk şartı hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak sağlık hizmeti almasıdır. Bu da, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine ve birinci basamak hizmeti sunan aile hekiminin hastasına sunduğu hizmetin durumuna bağlıdır. Hasta memnuniyetini esas alan bir aile hekimliği uygulaması etkili ve kademeli sevk zinciri sisteminin de temelini oluşturmaktadır.

Aile hekimliği sisteminin sevk zinciri üzerindeki en önemli etkilerinden biri de sevk sisteminin tek yönlü bir yol olmadığı anlayışıdır. Tanı ve/veya tedavi için ikinci veya üçüncü basamak kuruluşlara sevk edilen hastaların çoğu tedavinin devamı, izleme ve bakım için daha alt seviyedeki kurumlara geri gönderilmelidir. Hastanın kayıtlarını tutmakla sorumlu olan hekimin sevk ettiği hastasına, ikinci basamakta verilen konsültasyon hizmetinin geri bildirimi, tıbbi kayıt sistemini güçlendirecektir. Böylece, bireylerin aile hekimlerince sürekli izlenmesi mümkün olabileceği gibi, kaliteden ödün vermeksizin daha kısa sürede ve düşük maliyette sağlık hizmetinin sunumu mümkün olabilecektir.

D BİLEŞENİ- Bilgi ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

D.1. BİLEŞENİ- Sağlık Alanında Çalışanların Geliştirilmesi ve Yetkilendirilmesi

SDP'nin bu bileşeni kapsamında sağlık sektöründe çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalı, hekimlerin mezuniyet öncesi eğitimlerinde aile hekimliği sistemine uygun yeni bir müfredat uygulanması için üniversitelerle işbirliği içinde çalışmalar yapılmalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri içinde diş hekimlerinden azami faydalanılmalı, hemşirelik eğitimi üniversite temelli olmalı ve aile sağlığı hemşireleri yetiştirilmelidir. Sağlık çalışanlarının ülke genelinde dengeli dağılımını teşvik edici politikalar uygulanmalı, sonra da mecburi hizmet kaldırılmalıdır.

Programın bu bileşeni kapsamında sağlık insan gücü envanterinin çıkarılması ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile ortak yürütülen çalışmalar, HMM'nin koordinasyonunda devam etmektedir. Bu çalışmalar, tüm sağlık sektörü çalışanlarının nitelik ve ülkeye dağılımı gibi konularda net bilgilere ulaşmayı hedeflemektedir. Bu çerçevede 24-28 Nisan 2007 tarihleri arasında Ankara'da "Türkiye Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı" yapılmıştır. Sağlık sektörünün tüm paydaşlarından yaklaşık 100 kişinin katıldığı çalıştayda HMM ile DSÖ ve Harvard Halk Sağlığı Okulu tarafından hazırlanan "Türkiye

Sağlıkta İnsan Kaynakları Değerlendirme Raporu" incelenmiş, Türkiye'de sağlık sektöründe insan kaynaklarına yönelik sorunlar tartışılarak çözüm önerileri getirilmiştir.

Ruhsatlandırma ve Revalidasyon Sistemi'nin oluşturulması sağlık alanında çalışanların geliştirilmesine yönelik bir başka çalışmadır. Sağlık hizmetlerinin sürekli olarak istenen düzeyde yürütülmesi için diploma sahibi olmanın yeterli olmadığı, sürekli bir mesleki eğitim ve gelişim içine girmenin zorunlu olduğu düşüncesinden yola çıkarak, çalışanın sorumlu olduğu işi yapmaya uygunluğunu belirli aralıklarla belgelendirmesi esasına dayanır.

D.2. BİLEŞENİ- Halk Sağlığı Okulunun (Hıfzıssıhha Mektebi) Güçlendirilmesi

Sağlıkta dönüşümü gerçekleştirmek ve başarıyı sürekli kılmak için, multidisipliner ve teknik kapasitesi yüksek insan gücüne ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle sağlık politikası, sağlık işletmesi, sağlık sistemleri, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip insanlara ihtiyaç vardır. Ülkemizde sektörel analizleri yapabilecek, saha araştırmaları planlayacak, hükümetlere sağlık politikaları konusunda danışmanlık yapacak, ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla teknik işbirliği yürütecek ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek bir oluşum gereklidir.

Cumhuriyetimizin ilk yılları ile birlikte var olan fakat zamanla sadece yasalarda varlığını sürdüren Hıfzıssıhha Mektebi'nin çağdaş bir anlayışla ve günümüzün ihtiyaçlarına cevap verecek tarzda yeniden canlandırılması, bu çalışmalara esas teşkil etmesi düşünülmüştür. SB bünyesinde yer alan bu kuruluşun tam özerkliğe sahip olabilecek şekilde yeniden yapılandırılması düşünülmelidir.

Cumhuriyetimizin ilk yıllarından başlayarak 1982 yılına kadar faaliyetlerini sürdürmüş olan HMM, 2003 Yılı Mayıs ayında tekrar açılarak faaliyetlerine başlamıştır. Farklı alanlarda çok değişik eğitim yapısından personele sahip olan HMM, eğitim, araştırma ve danışmanlık hizmetleri yanı sıra çeşitli yayınlarıyla da sağlık sistemine destek vermektedir. Hıfzıssıhha HMM; akılcı ilaç kullanımı, farmakoterapi ve farmakoekonomi eğitimleri, sağlık ekonomisi ve finansmanı, ulusal sağlık harcamaları ve halk sağlığına yönelik araştırma ve raporlar, orta ve üst düzey yöneticiler ile teknik personele yönelik flagship sağlık politikaları seminerleri, sağlık yöneticilerine yönelik internet temelli uzaktan eğitim projesi gibi birçok alanda faaliyetlerini sürdürmektedir.

Sağlık yöneticilerine verilen eğitimlerin, yöneticilerimizin işlerini aksatmadan, daha fazla kişiye daha kısa sürede ulaşarak ve maddi açıdan daha ekonomik bir yolla yapılabilmesi amacı ile internete dayalı uzaktan eğitim sistemi ile verilmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla oluşturulan Hıfzıssıhha Mektebi-Uzaktan Sağlık Eğitimi Sistemi (HM-USES) ile öncelikle Bakanlık ve Müdürlüğümüz personeline yönelik pilot eğitimler yapılmıştır. Bu kapsamda verilen ilk pilot eğitim 1 Kasım 2006 tarihinde açılmış olup sisteme 354 kişi kayıt yaptırmıştır. HM-USES pilot eğitimlerinin sonrasında il sağlık müdürleri, müdür yardımcıları ve hastane başhekimleriyle hastane müdürlerinin katıldığı "Temel Yönetim Becerileri Eğitimi" 5 Şubat 2007 tarihinde başlatılmıştır. Bu eğitim toplam 2000 kişiye verilmektedir. HM-USES halen anlık 5000 kişiye eğitim verebilecek bir kapasiteye sahiptir. Söz konusu eğitimlerin kredilendirilmesi, özlük haklarına yansıtılma, görevde yükselmede bir kriter olarak kullanılması ve bu tür eğitimleri alanlara ilave performans puanı verilmesi ile ilgili çalışmalar devam etmektedir.

Türkiye'deki sağlık harcamaları ile ilgili geçerli ve uluslararası karşılaştırabilirliği olan veriler elde edebilmek amacı ile Ulusal Sağlık Hesapları çalışmaları yapılmış, kamu sağlık harcamaları ile ilgili düzenli aylık raporlar hazırlanmıştır. Farmakoekonomi ve akılcı ilaç uygulamaları kapsamında çalıştay ve eğitimler düzenlenmiştir. 2003-2006 yıllarında Sağlık yönetimi, Flagship Programı, sağlık ekonomisi ve finansmanı, insan kaynakları konularında gerçekleştirilen bu eğitim ve çalıştaylarda yaklaşık olarak 3700 kişilik katılım sağlanmıştır.

E BİLEŞENİ- Ulusal Sağlık Bilgi Siteminin Kurulması

SDP'nin bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetlerinde eşgüdüm, sağlık envanterinin çıkarılması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamaklarında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurulmalıdır.

Sağlık Bilgi Sistemi, sağlık politikalarının belirlenmesi, sorunların ve önceliklerin tespit edilerek önlemlerin alınması, kaynak ve yatırım planlaması, bilimsel araştırma ve çalışmaların yürütülmesi gibi konularda kullanılacak veriyi toparlayacak ve işleyecek özellikte olmalıdır.

SB, Sağlık Bilgi Sistemlerinin kurulması konusunda birçok çalışma başlatmıştır. Bakanlığımız tarafından gerçekleştirilen ya da çalışmaları devam eden sistemler şunlardır:

- Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi (TSBS) / e-Sağlık,
- Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS),
- Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM),
- Hasta Takip Sistemi (HTS),
- Yeşil Kart Bilgi Sistemi (YKBS),
- Sağlık Bakanlığı İhale Bilgi Sistemi (SBİBS),
- Tıbbi Cihaz ve Malzeme Kayıt Sistemi (TCMKS),
- Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS),
- Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi Sistemi (SABİM),
- Coğrafi Bilgi Sistemi (CBS),
- Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS).

Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi (TSBS) / e-Sağlık

Sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi için esas teşkil edecek çalışmalar e-Sağlık eylemlerinin temelini oluşturmaktadır. Bu bağlamda, sağlık bilişimi alanında geliştirilen standartların saptanmasına ilişkin çalışmalar tamamlanmış ve uygulamaya geçilmiştir. Sağlık bilgi sistemleri ve istatistik uygulamalarında, hastalıkların standart terimlerle tanımlanması gereği vardır. Bunun için yaygın kullanılan sistemlerden biri ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision)'dur. Alt yapısı uygun hastanelerde 1 Ocak 2005 tarihinden itibaren ICD-10'nun 3 ve/veya 4 basamak kodlarının uygulanmasına geçilmiştir. Ayrıca ICD-10, 01.07.2005 tarihinden itibaren Bakanlığımıza bağlı tüm kurum ve kuruluşlarda uygulanmaya başlanmıştır.

Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS)

1 Eylül 1997 tarihinde başlanan ÇKYS Projesi, Bakanlığın Merkez Teşkilatı ve 81 İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki insan gücü, malzeme, ilaç-eczacılık ve mali kaynakların yönetiminde bilgi teknolojilerini kullanarak daha çağdaş, etkin ve verimli kurumsal bir yapıya geçilmesini amaçlayan bir çalışmadır.

ÇKYS uygulama yazılımı, İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS), Malzeme Kaynakları Yönetimi Sistemi (MKYS), Finans Kaynakları Yönetimi Sistemi (FKYS) ve İlaç

ve Eczacılık Bilgi Sistemi (İEBS) olmak üzere dört bilgi sisteminden (ana modülden) oluşmaktadır. Bu bilgi sistemlerinin her birinin altında çok sayıda alt bilgi sistemleri (alt modüller) bulunmaktadır.

ÇKYS, SB Merkez Teşkilatı ve 81 İl Sağlık Müdürlüğünde Temmuz 2003' den beri kullanılmaktadır. Son kullanıcıların sistemi kullanırken karşılaştıkları problemler ve talep ettikleri yeni istekler Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı'nca değerlendirilmekte, sistemin gelişmesi sürdürülmektedir.

Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM)

TSİM yazılımı İl Sağlık Müdürlüklerinde ve Bakanlığımızda çalışan iki ana modülden oluşmaktadır. (TSİM/İSM -İl Sağlık Müdürlüğü Modülü ve TSİM/SB-Sağlık Bakanlığı Modülü) Modülün her iki bölümü de 1998 yılından bu yana kullanılmaktadır.

TSİM/İSM modülünün amacı İl Sağlık Müdürlüklerine sahadan (Sağlık ocakları, hastaneler, dispanserler, vb.) bildirilen istatistiksel verinin girilmesi, doğruluk ve tutarlılık kontrollerinin yapılması, il toplamlarının alınması, il sağlık göstergelerinin raporlar halinde üretilmesidir. TSİM/SB modülünün amacı ise İl Sağlık Müdürlüklerinden girilen verinin bütünlük ve tutarlılığının kontrol edilmesi, ülke düzeyinde konsolidasyonun sağlanması, ülke toplamlarının hesaplanması ve ülke sağlık göstergelerinin raporlar halinde üretilmesidir.

Sunucu-İstemci mimaride tasarlanmış ve gerçekleştirilmiş TSİM yazılımı ile web merkezli tasarım ile gerçekleştirilmiş ÇKYS yazılımının, başarılı bir şekilde entegre olması gerekliliği, TSİM yazılımının da web merkezli olarak yeniden yazılması ihtiyacını doğurmuştur. Bu kapsamda TSİM' in WEB'e aktarım çalışmaları devam etmektedir.

Hasta Takip Sistemi (HTS)

SB Merkez Teşkilatında görevli personel ve personelin bakmakla yükümlü olduğu kişilere Bakanlığımız Daire Tabipliğinde verilen sağlık hizmeti kayıtlarının tutulması ile hasta merkezli, kaliteli ve hızlı hizmet sağlamak için HTS yazılımı geliştirilmiş ve 3 aylık bir deneme süresini takiben 02.01.2004 tarihi itibariyle kullanımına başlanmıştır.

Daire Tabipliğinde çalışmaya başlayan bu sistem, hizmet alan kişilere ait kişisel sağlık kayıtlarının oluşturulması sağlanmıştır. Bu proje ışığında, ulusal düzeyde kişisel sağlık kayıt içeriğinin belirlenmesine model olabilecek bir yapı ortaya çıkmıştır.

HTS'nin aile hekimliğine dayalı birinci basamak sağlık hizmetlerine kaynak oluşturacak deneyimsel bir çalışma olması hedeflenmiştir. Performansa dayalı döner sermaye ödemeleri açısından, personel performans değerlendirilmesinin yapılabilmesi de hedefler arasındadır.

Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS)

TDMS yazılımı SB merkezinde yer alan sistemler üzerinde çalışan ve kullanıcıların internet üzerinden sisteme erişebilecekleri yapıda tasarlanıp geliştirilerek uygulamaya konulmuştur. Amaç, Bakanlığımıza bağlı sağlık kurumları döner sermaye saymanlıklarında standart tek düzen muhasebe programının kullanımının sağlanmasıdır.

Yeşil kart Bilgi Sistemi (YKBS)

YKBS, web tabanlı bir uygulama olup, 81 il ve 932 ilçe merkezinden çevrimiçi kullanılmaktadır. Bu sistemde kayıt ve güncelleme işlemleri, Türkiye genelinde tüm ilçe merkezlerindeki yeşil kart büroların tarafından yapılmaktadır. Kullanıcı sayısı 1700'ün üzerinde olup, sistem 7 gün 24 saat kesintisiz çalışmaktadır.

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM-184)

SABİM-184, halkımızın SB ile ilgili her türlü sorun, şikâyet, öneri ve taleplerini dinleyip değerlendirmektedir. İletilen sorunlara anında ve yerinde müdahale ederek çözüm üretmek, bürokratik süreçleri hızlandırarak SB'nin hizmet kalitesini yükseltmek amacıyla kurulmuştur. Bakanlık merkezinde 184 numaralı telefon hattıyla çağrı merkezi kurulmuş olup halkın tamamının tek numarayla erişimi sağlanmıştır. Tüm İl Sağlık Müdürlükleri, 650 devlet hastanesi ve 500 ilçe sağlık grup başkanlığı sisteme dahil edilmiştir.

Coğrafi Bilgi Sistemi (CBS)

Bakanlığımıza bağlı hastane, sağlık ocağı, sağlık evi, vb. kurumların harita üzerine işlenmesi; bölge, il, ilçe ve birim bazında coğrafi ve coğrafi olmayan sorgulama ve analizlerin yapılması; yeniden planlamada harita ve coğrafi bilgilerin de kolaylıkla kullanılabilmesi amacıyla geliştirilmiştir. CBS, ÇKYS ve diğer sistemlerle entegre olabilen, açık ve uluslararası bir coğrafi bilgi sistemi yazılımı olan MapInfo ile entegre edilmiş bir uygulamadır.

Sağlık Bakanlığı İhale Bilgi Sistemi (SBİBS)

SBİBS, Bilgi İşlem Daire Başkanlığınca geliştirilen web tabanlı bir uygulamadır. Bakanlığa bağlı İl Sağlık Müdürlükleri, hastaneler ve Hıfzıssıhha Bölge Müdürlüklerinin malzeme ve hizmet alımlarıyla ilgili ihalelere ait verilerini anında kaydedebildikleri bir sistemdir. Bu sayede ihale sonuçları merkez ve kurumlar tarafından izlenebilmekte, ihale fiyatları arasındaki aşırı fiyat farklılıkları giderilmekte ve yaklaşık maliyetin tespitinde gerçekçi fiyatlara daha hızlı ulaşılabilmektedir.

Tıbbi Cihaz ve Malzeme Kayıt Sistemi (TCMKS)

Tıbbi cihaz, sarf malzemesi, laboratuar cihazları ve kitlerine ait bilgileri içeren bir veritabanıdır. "Evrensel Tıbbi Cihaz Terminolojisi"nden faydalanılarak, Türkiye'ye yönelik ürün marka ve modellerini de kapsayacak şekilde düzenlenmiştir. TCKMS kayıt ve giriş/güncelleme çalışmaları devam etmektedir.

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)

Başlangıçta bazı sağlık ocaklarında çalışmaya başlayan AHBS, pilot illerde aile hekimleri tarafından kullanılmaktadır. Aile hekimleri muayene, sevk, tetkik, aşılama, bebek ve gebe takibi gibi verilerini bu sistem aracılığıyla Bakanlık Merkez Teşkilatı'ndaki Elektronik Hasta Kaydı (EHK) veritabanına göndermektedir. AHBS aracılığıyla EHK' ya aktarılan sağlık verileri, Bakanlığımızın birinci basamak sağlık hizmetleri hakkında detaylı analizler yapmasına imkân tanımakta ve sağlık politikaları geliştirilmesine yardımcı olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. AYDIN. E, 2007, Osmanlılarda Tıp, Hacettepe Üniversitesi, http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D1/4/3865.doc

2. AYDIN. E, 2007, Hipokratik Tıp, Hacettepe Üniversitesi, http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D1/4/3809.doc

3. Sur. H, Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi, Sağlık Bakanlığı Bilgi Erişim Merkezi http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2812

4. AYDIN. E, 2002, Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi, Ankara, 141

5. T.C.Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2004, 80.Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Ankara

6. Bursa Valiliği, Tarihi eserler, 2007, http://www.bursa.gov.tr/turizm/eser/yildirim.htm

7. Konya Numune Hastanesi, Tarihçe, 2007, http://www.konyanumune.gov.tr/tarihce_new.php

8. Şişli Etfal Hastanesi, Tarihçe, 2007, http://sislietfal.gov.tr/tarihce.asp

9. Türkiye Kızılay Derneği, Tarihçemiz, 2007, http://www.kizilay.org.tr/yeni/kizilay3.php

10. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Tarihçe, http://www.shcek.gov.tr/Kurumsal_Bilgi/Tarihce/default.asp

11. Montagu.M, 1998, Şark Mektupları, Timaş Yayınları, İstanbul, 128

12. T.C.Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Türkiye'de Hıfzıssıhha Sahasındaki Gelişmelere Toplu Bakış, Sunum, Mustafa Hacıömeroğlu.

13. T.C.Sağlık Bakanlığı, Proje Kapanış Raporu, Türkiye Birinci Sağlık Projesi(3057 TU) , 31 Aralık 1998

14. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Birinci Sağlık Projesi, İkinci Sağlık Projesi, 16 Ocak 1995

15. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık Projeleri Bilgi Notu, 9 Ekim 1997

16. Dünya Bankası, İkinci Sağlık Projesi İçin Türkiye Cumhuriyetine Verilen 150 Milyon US$ Eşdeğeri Tutarında Bir Krediye İlişkin Uygulama Tamamlama Raporu, 2005

17. T.C. Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, 2007, http://www.bayindirlik.gov.tr/turkce/dosya/proje5.doc

18. T.C. Başbakanlık, Resmi Gazete, İlgili Yasalar, http://rega.basbakanlik.gov.tr/

19. Dünya Bankası, Dünya Bankası Belgesi, Rapor No: 35720-TR, 2006

20.T.C. Sağlık Bakanlığı,2003, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara,39.

21.T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, 2003, Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu, Ankara, 98
22. BALCI,A,Sağlık Bakanlığının Desantralizasyonu ve Taşra Teşkilatının Reorganizasyonu, Nihai Rapor, 2004, Ankara
23. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Bilgi Notu, 30 Ekim 2006
24. T.C.Sağlık Bakanlığı Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği, Basın Açıklaması, Ankara 15 Şubat 2007

ISBN: 978-975-590-224-1

Rüzgarlı Cd. İbrahim Müteferrika Sk. No:5 06030 Ulus/ANKARA
Tel: +(90) 312 309 12 24 Fax: +(90) 312 309 73 87
www.hm.saglik.gov.tr
e-mail: dokuman@hm.saglik.gov.tr