

**TÜRKİYE’de
SAĞLIK HİZMETLERİ
VE
AVRUPA TOPLULUĞU ÜLKELERİ İLE KIYASLANMASI**

Prof.Dr.Recep AKDUR

Ankara, 1999*

**TÜRKİYE’de SAĞLIK HİZMETLERİ ve
AVRUPA TOPLULUĞU ÜLKELERİ İLE KIYASLANMASI**

Prof. Dr. Recep AKDUR
A.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı

I - SAĞLIK HİZMETLERİNDE TARİHSEL GELİŞİM

1. Bir İçgüdü Olarak Sağlık
 2. Bilimsel Gelişimin Sağlık Hizmetlerine Yansıması
 - 2.1. Mistik Dönem
 - 2.2. Polifarmasi Dönemi
-

* Bu metin 1999’ yazılmış olmasına karşın veriler sonradan 2005’de güncellenmiştir

2.3. Etiyolojik Tedavi Dönemi

2.4. Çağdaş Dönem

II - SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMLARI

1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

1.2. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

2. Tedavi Edici Hizmetler

3. Rehabilitasyon Hizmetleri

III - SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAPILANMA

1. Sağlık Politikaları

2. Sağlık Hizmetlerinde Yapılanma

2.1. Örgütlenme

2.2. Personel Yetiştirme ve İstihdamı

2.3. Finansman

IV - TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHİ GELİŞİMİ

V- GÜNÜMÜZ TÜRKİYE'SİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPILANMASI

1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

2. Türkiye'de Sağlık İnsangücü

3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

4. Türkiye'de Sağlık Düzeyi

5. Türkiye'de 1923'ten Günümüze Sağlık Hizmetleri

VI - TÜRKİYE ve AT ÜLKELERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÜZEYİ

VII - TÜRKİYE ve AT ÜLKELERİNDE TOPLUMUN SAĞLIK DÜZEYİ

I - SAĞLIK HİZMETLERİNDE TARİHSEL GELİŞİM

1. Bir İçgüdü Olarak Sağlık

Canlılar aleminin temel içgüdüğü sağlığını korumak ve neslini sürdürmektir. Beslenme, çiftleşme, tehlikeden kaçınma, acı dindirme gibi içgüdü olarak tanımlanan diğer birçok güdü ve davranışın da asıl kaynağı bu temel içgüdüdür. Bu temel içgüdü'nün canlılardaki davranışlara yansımalarının birçok örneği vardır. Gelişmiş bazı bitki türlerinin, herhangi bir tehlike karşısında, kapandığı, geri çekildiği ya da beslenmek için böcek avladığı bilinmektedir. Hayvanlarda ise, sağlığı koruma içgüdüğü daha da gelişmiş olup, doğrudan sağlığı korumaya yönelik davranışlara neden olabilmektedir. Örneğin; gözünde katarakt gelişen keçi, gözünü çalılara sürterek bir tür katarakt ameliyatı yapmakta, fazla yiyerek rahatsızlanan leylek, gagasıyla kendi kendine lavman yapmakta veya kabızlık çeken köpekler, bir tür ayrık otu yiyerek onun müshil (ishal yapıcı) etkisinden yararlanmaktadır. Benzeri içgüdüsel davranışlara insanlarda da rastlanmaktadır. Örneğin; bazı ilkel ve izole yerli kabilelerde, kabızlık sıkıntısı olan çocuklara anne veya baba tarafından ağza alınan

su çocuğun anüsünden verilmek suretiyle bir tür lavman yapılmaktadır. Hayvan ve insanlarda görülen bu tür davranışların örnekleri daha da çoğaltılabilir.

Bu gözlem ve örneklerden hareketle, sağlığı koruma ve nesli sürdürmeye yönelik davranışların, canlıların yeryüzünde var oluşundan günümüze dek süregeldiğini söylemek yanlış olmaz. Diğer canlılarda bir içgüdü düzeyinde kalan bu davranışlar, insanlarda, zamana koşut olarak gelişmiş istemli ve bilinçli davranışlara dönüşmekle kalmamış, toplumsal bir davranış niteliği de kazanmıştır. Bu gelişimin doğurduğu sektör ise, sağlık hizmetleri sektörü olmuştur. Yine buradan hareketle, günümüzdeki anlamda olmasa bile, sağlık hizmetlerinin insanlıkla birlikte var olageldiği, sağlık hizmetleri tarihinin insanlık tarihi ile yaşıt olduğu ve ilk insanın ilk eczacı ve doktor olduğu söylenebilir.

2 - Bilimdeki Gelişimin Sağlık Hizmetlerine Yansıması

Sağlık hizmetleri, gerek teknolojik düzey ve gerekse hizmet sunma biçim ve anlayışı yönünden sürekli bir değişim ve gelişim içinde olmuştur. Bu gelişim ve değişimde, bilimdeki gelişim ve birikimle birlikte (bilimsel dinamik), toplumların içinde bulunduğu üretim ilişkileri ve düzeyi (toplumsal dinamik) belirleyici bir rol oynamıştır.

2.1. Mistik Dönem: Pozitif bilimlerin varlığından bile söz edilmeyen ilk çağlarda, her türlü iyilik ve kötülük hali birtakım doğa üstü güçlere ve olaylara dayandırılmakta idi. Bu nedenle de, birtakım içgüdüsel davranışlar dışında, her türlü sağlık işlemlerinin esasını; kötü ruhları kovma, doğa üstü güçlere adak sunma, tapınma ve benzeri mistik eylemler oluşturmuştur. Bu anlayış ve uygulamaların kalıntıları, günümüzde de varlığını sürdürmektedir. Nazara karşı mavi boncuk takılması, loğusalara kırmızı elbise giydirilmesi, hastalara muska yazılması, medyumlardan şifa beklenmesi, büyü yapılması, ve benzeri uygulamalar söz konusu dönemin kalıntılarının örnekleridir.

2.2. Polifarmasi Dönemi: Mistik uygulamalar sürüp giderken, günlük yaşamdaki rastlantılar sonucunda, bazı bitkilerin, gıdaların ve maddelerin birtakım sıkıntılara iyi geldiği gözlenmiştir. Bu gözlemler, zamanla uygulama / denemelerle zenginleştirilmiş, böylece acı ve sıkıntıların bazı maddelerle giderilmesi veya hafifletilmesi uygulamalarına geçilmiştir. Giderek, birçok hastalıkta, bugünkü anlamda olmasa bile, ilaç diyebileceğimiz çeşitli maddeler kullanılmaya başlanmıştır. Ancak, bu uygulamada, madde ve hastalık ayırımı söz konusu olmamıştır. Yani, aynı hastalıkta çok çeşitli maddenin veya aynı maddenin değişik hastalıklarda kullanılması söz konusudur. Polifarmasi diye adlandırılan, bu uygulamanın uzantıları günümüzde de devam etmektedir. Halk arasında, aynı bitki ve maddenin, çok farklı nedenli, birçok hastalıkta denenmesi veya bazı hekimlerin, hastalara, çok çeşitli yapı ve fonksiyondaki ilaçlardan oluşan reçeteler düzenlemeleri, polifarmasi döneminin günümüze kalan örnekleridir.

2.3. Etiyolojik Tedavi Dönemi: Bilim ve bu arada sağlık bilimindeki gelişmeye koşut olarak, birçok hastalığın etkeni veya oluş mekanizması bulunmuş ve bilinir hale gelmiştir. Sonuçta hastalıkların birbirinden ayrı olgular olduğu anlaşılmıştır. Böylece, hastalık etkeni veya oluş mekanizmasına yönelik tedaviler geliştirilmiştir. Bulaşıcı hastalıkların etkenleri olan mikroorganizmaların ve bunlara karşı antibiyotiklerin keşfedilmesi, hormonal ve dejeneratif hastalıkların oluş mekanizması ve tedavilerinin

bulunması bunlara örnektir. Bu gelişmenin sonunda, her hastalık için ayrı, etkene ve oluş mekanizmasına yönelik tedavinin uygulandığı dönem başlamıştır.

Bu döneme kadar olan uygulamaların ortak özelliği, “hasta kişi yok hastalık var” anlayışının hakim olmasıdır. Yani, hastalanan kişinin ailesiyle, toplumla ve çevresiyle bütünleşmiş bir varlık olduğu kavranmamış, kişiye yalnızca bir hastalık tablosu gözüyle bakılmıştır.

2.4. Çağdaş Dönem: Bilimdeki gelişme sonucunda, yalnızca hastalıkların etken ve oluş mekanizmalarının bulunması ile kalınmamış, hastalıkları hazırlayan tüm çevre (fizik, biyolojik, sosyal) faktör ve ilişkileri de bulunmuş ve gösterilmiştir. Çevredeki bazı olumsuzlukları gidererek, hastalıkların önlenebileceği ve hatta yeryüzünden silinebileceği anlaşılmıştır. Ayrıca, toplumun tümünü sağlıklı kılmak veya toplumun sağlık düzeyini yükseltmenin, tek tek hastaları tedavi etmekle mümkün olmadığı anlaşılmış ve görülmüştür. Çünkü; etken kaynakları, hazırlayıcı faktör ve ilişkileri çevrede var olduğu sürece, tedavi edildikten sonra, bu ortama tekrar gönderilen kişide, hastalık yinelemekte ve yeni hastaların ortaya çıkması devam etmektedir.

Özetlenen bu gelişmeler sonucunda, koruyucu sağlık hizmetleri önem ve öncelik kazanmıştır. Böylece, sağlık hizmetlerinde, kişileri önce sağlam iken korumak, buna karşın hastalanır ise erken ve uygun tedavi vermek ve gereğinde de rehabilite etmek diye tanımlanabilecek çağdaş sağlık anlayışı dönemine geçilmiştir. Bu dönemin başlıca özellik ve ilkeleri aşağıda sıralanmıştır.

ÇAĞDAŞ SAĞLIK HİZMETİ ANLAYIŞININ İLKELERİ

- Kişinin yaşamı bir bütündür, sağlıklı ve hastalıklı dönemler diye birbirinden ayıramaz. Kişinin hastalığı, sağlıklı dönem diye bilinen dönemdeki birikimlerin sonucudur,
- Kişi ve çevresi (fizik, biyolojik, sosyal) bir bütündür ve birbirinden soyutlanamaz. Kişinin sağlığı, çevrenin özellikle de sosyal çevrenin bir fonksiyonudur,
- Sağlık hizmeti, hastadan çok sağlama götürülen bir hizmettir ve koruma tedaviden daha önemlidir,
- Bir toplumda en sık görülen hastalık en önemli hastalıktır.
- Hastalık yalnızca kişiyi ilgilendirmez, ailesinden başlayarak tüm toplumu etkiler ve ilgilendirir,
- Sağlık hizmeti, birçok sektörün hizmetinden etkilenen, bir ekip hizmetidir.

~~Günümüz toplumlarının sağlık kültürü ve anlayışında dolayısı ile de günlük uygulamalarında, yukarıda özetlenen, gelişim dönem ve aşamalarının hepsinin izlerine rastlanmaktadır. Bunların sıklık oranını toplumsal dinamikler belirlemekte olup, sosyo kültürel yönden gelişmiş toplumlarda ilkel uygulamalar çok az iken, gelişmemiş olan toplumlarda çok daha siktir. Sıklıktan da öte, bazı bölge ve toplumlarda eski anlayış ve uygulamaların sağlık alanının hakim uygulamaları olduğu görülebilmektedir.~~

II - SAĞLIK ve SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMLARI

Geleneksel anlayışta, sağlık kavramı, hastalığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Tanımın böyle yapılması, hastalık kavramını ön plana çıkarmış,

kişilerin / toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiştir. Hastalık kavramı ise, tarihin çeşitli dönemlerinde ve farklı kültürlerde farklı algılanmıştır. Örneğin; yakın dönemlere kadar Türkiye’de ishal bir hastalık olarak kabul edilmemiştir. Aynı şekilde, Şark Çıbanı ve Trahom yaygın olduğu toplumlarda hastalık olarak algılanmamıştır. Bu konudaki genel gelişim; zamanın ilerlemesi ve kültür düzeyinin yükselmesine koşut olarak, hastalık kabul edilen durumların sayısının artması yönündedir. Hastalık kavramındaki bu göreceliliğe ve değişkenliğe karşın, tıp çevreleri hastalık kavramına bağlı olmayan bir sağlık tanımı yapamamış ve sağlığın tanımını hastalık kavramı ile tanımlamak zorunda kalmışlardır.

Günümüzde en çok kabul görmüş olan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış olan tanımdır. Bu tanıma göre, sağlık; **"yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik"** halidir. Bu tanımda bedensel ve ruhsal iyilikten daha çok sosyal iyilik haline vurgu yapılmaktadır.

Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; "sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümüne" birden sağlık hizmetleri denir. Sağlık hizmetlerini böyle kısaca tanımlamak tam anlaşılır olmaktan uzaktır. Bu nedenle de, gerçekte sağlık hizmetleri bir bütün olmakla birlikte, anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak amacıyla; 1) koruyucu sağlık hizmetleri, 2) tedavi edici sağlık hizmetleri, 3) rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç ana bölümde incelenmekte ve tanımlanmaktadır.

1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalıklar oluşmadan insanları korumak için verilen hizmetlerin tamamı bu başlık altında toplanır. Kendi içinde iki bölümde incelenir.

1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: İnsanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fizik kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çabalarının tümü bu başlık altında toplanır. Bu başlık altındaki başlıca hizmetler;

- Yeteri kadar ve temiz su sağlanması,
- Katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi,
- Konut sağlığı,
- Endüstri sağlığı,
- Vektörlerle (haşerelerle) savaş,
- Hava kirliliği ile savaş,
- Radyasyonla ve gürültü ile savaşır.

Bu hizmet grup ve türlerinden de anlaşılacağı üzere, çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sağlık sektöründen daha çok, diğer sektör ve meslek gruplarını ilgilendiren bir hizmet grubudur. Sağlık sektörünün bu konudaki temel görevi, danışmanlık, denetim ve yol göstericiliktir.

1.2. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Kişileri dolayısı ile de toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise, en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanır. Başlıcalar



- Erken tanı ve uygun tedavi,
- Aşılama,
- İlaçla koruma,
- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Sağlık eğitimi,

Hizmet tanım ve türlerinden de görüleceği üzere, bu grup hizmetler özellikle sağlık sektörü ve sağlık personeline yürütülen hizmetlerdir.

2. Tedavi Edici Hizmetler

Hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için yapılan çalışmaların tamamı bu başlık altında toplanır. Kendi içinde; birinci basamak tedavi hizmetleri (ilk başvuru ve ayakta tedavi), ikinci basamak tedavi hizmetleri (yataklı tedavi hizmetleri) ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri (üst düzeyde uzmanlaşmış ve yüksek teknoloji kullanılan merkezler) olmak üzere üç kademeye ayrılır. Tamamen sağlık personeli ve sektörünce yürütülen hizmetlerdir.

3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık sonrası sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlerle işgücünü kaybedenlere verilen hizmetler bu başlık altında toplanır.

3.1. Tıbbi Rehabilitasyon: Kaybedilen organ yerine protez takılması veya güçsüzleşen organın, fizik tedavi vb yöntemlerle, yeniden güçlendirilerek kişinin günlük işlerini devam ettirebilme olanağına kavuşturulması türünden çalışmalardır.

3.2. Sosyal Rehabilitasyon: Fizik ve psikolojik hasarlı kişilerin, bu durumlarına uygun işe yerleştirilmesi veya bakımlarının sağlanması türünden çalışmalardır.

Hizmet tanım ve türlerinde de anlaşılacağı üzere, tıbbi rehabilitasyon sağlık sektörünce yürütülen hizmetlerdendir. Sosyal rehabilitasyon ise, sosyal hizmet kurum ve personeline yürütülür.

III - SAĞLIK POLİTİKALARI ve SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAPILANMA

1. Sağlık Politikaları

Felsefenin çok çeşitli tanımı vardır. Bunlardan birisi, felsefeyi; bir bilim veya bilgi alanının temelini oluşturan değerler, kavramlar ve ilkeler bütünüdür şeklinde tanımlar. Aynı şekilde, politika için de çok çeşitli tanımlar verilebilmektedir. Bu tanımlardan birisine göre, politika; toplum yaşamının her alanını benimsenilen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmaktır. Bu iki tanımdan yola çıkıldığında, sağlık politikası; bir ülkedeki, sağlık sektörünü benimsenen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak olarak tanımlanabilir. Sağlık sektörünü yapılandırmanın araçları ise; finansman, örgütlenme ve insangücüdür. Bu araçları biçimlendirme yöntem ve seçeneklerine alt ya da ikincil sağlık politikaları denilebilir.

Çeşitli ülkelere bakıldığında, sağlık sektörünün çok farklı yapılanmış olduğu ve her birinin ayrı özellikler taşıdığı, hiç birinin bir diğerine benzemediği görülür. Farklı ülkeler bir yana, aynı ülkenin farklı köşe ve birimlerindeki sağlık hizmetleri bile çok farklı yapılanma özellikleri gösterir. Bu görüntüler, çok çeşitli sağlık politikalarının

varlığı izlenimi yaratır. Oysa, gerçekte, sanıldığı kadar çok ve çeşitli sağlık politikası yoktur. Bu yapılanmalar ayrıntılı ve dikkatli bir şekilde incelendiğinde, sağlık politikalarının, genelde, iki ayrı felsefeden (ilkeler bütünü) yola çıktığı ve dolayısı ile de sağlık politikalarının iki ayrı seçenek halinde netleştiği görülür ve anlaşılır.

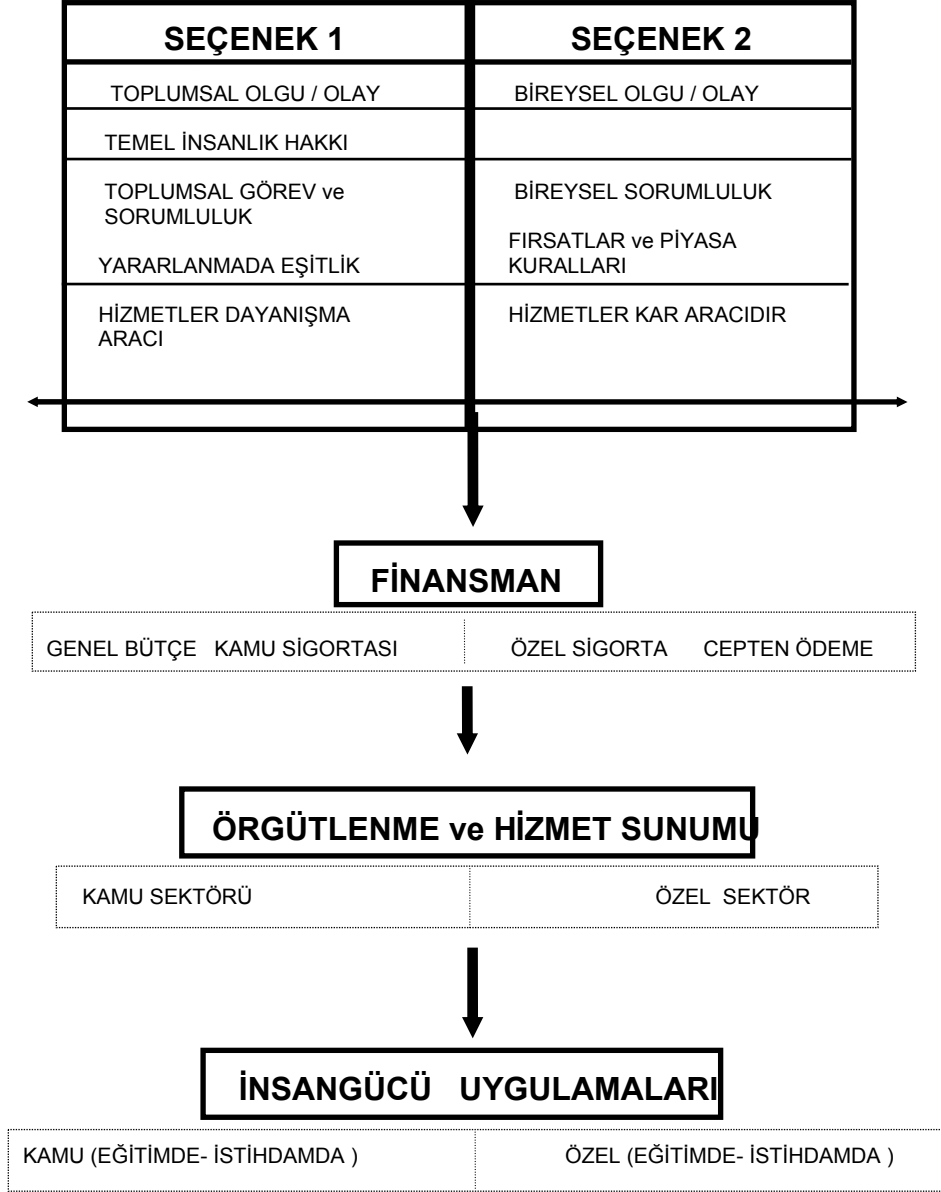
Bu seçeneklerden birisi; sağlığı toplumsal bir olgu, sağlık hizmetlerini toplumsal bir görev ve sorumluluk olarak gören, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı ise doğuştan kazanılmış temel insanlık hakkı sayan politikadır. Bu politika, tüm temel haklarda olduğu gibi, sağlık hakkının gereklerinin yerine getirilmesi sorumluluk ve görevini topluma, onun örgütlü gücü olan devlete verir. Sağlık hizmetlerini toplumsal dayanışmanın bir aracı olarak ele alır ve hizmetlerden yararlanmada eşitliği öngörür. Diğer seçenek ise; sağlığı bireysel bir olgu olarak gören, dolayısı ile de sağlık hakkının gereklerini toplumsal bir görev olarak ele almayan, bu hakkın yerine getirilmesini tamamen piyasanın arz ve talep kurallarına bırakarak, insanların bu haktan fırsatları oranında yararlanmasını öngören, sağlık hizmetlerine de kar aracı olarak bakan politikadır.

Sağlık politikasına temel oluşturan, bu iki ayrı felsefe sağlık sektörünün finansmanı, örgütlenmesi ve insan gücü gibi maddi yapısını; yani tüm diğer alt politika ve uygulamalarını dolayısı ile de sektörün yapılanmasını belirler. Örneğin; birinci seçenektен yola çıkan sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin finansmanında toplumsal dayanışmayı ön plana çıkararak, sağlık hizmetlerini kamu eliyle (genel bütçe veya kamu sigortası) finanse ederken, hizmet sunumunda da kamu örgüt ve birimlerini benimser. İkinci seçenektен yola çıkan sağlık politikası ise; cepten ödeme veya özel sigortacılığı finansman yolu olarak benimserken, hizmet sunumunda da özel örgüt ve kuruluşları yeğler.

Seçilen ya da benimsenen bu genel politika, alt politika ve uygulamalara, ülkenin sosyo - kültürel yapısına göre, farklı derece ve biçimlerde yansıyor / yansiyabiliyor. Bu nedenle de, benimsenen genel politikanın, yukarda özetlenen, açık ve net uygulamaları her zaman ve her toplumda görülmüyor. Benimsenen genel politikanın alt politika ve uygulamalara yansıma biçim ve derecesine göre, sağlık sektörü farklı farklı görüntülere bürünüyor. Bu durum, sanki çok çeşitli sağlık politika ve uygulamaları varmış gibi bir görüntü ortaya çıkarıyor. Oysa, esas olan, belirleyici olan ayırım değişmiyor. Yalnızca, bu iki seçeneğin, kendi içindeki, farklı uygulamaları, biçimlenmeleri, kompozisyonları söz konusu olabiliyor .

Tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de sağlık sektörünü tanımlamak ve geçmişten günümüze izlenen sağlık politikalarını anlamak, açıklamak ancak bu ilkeler ve yapılanmalar yumağının gözetilmesi ve çözümlenmesi ile olanaklı olabilmektedir (bakınız şekil 1).

Şekil 1: SAĞLIK POLİTİKALARINA GÖRE SAĞLIK



2. Sağlık Hizmetlerinde Yapılanma

Planlama, örgütlenme, personel istihdamı, finansman, koordinasyon, yönlendirme ve denetleme genelde yönetimin, özelde sağlık yönetiminin başlıca öğeleridir. Bunlardan planlama, yönlendirme, koordinasyon ve denetim gibi öğeler, yönetim bilim ve becerileri ile ilgili öğeler olup, her iki sağlık politikasında da, başka bir deyişle her türlü sağlık hizmeti yapılanma biçimlerinde, değişmeyen ilkelere sahiptir. Örneğin; sağlık hizmetlerinin kamu kuruluşları ya da özel kuruluşlar aracılığı ile sunulması yönetim biliminin (planlama, yönlendirme, denetleme vb) ilkelerini değiştirmez, değiştirmeme-lidir. Buna karşılık, seçilen / benimsenen, sağlık politikası hizmetlerin yapılanmasını ya da maddi yapısını; yani örgütlenme, personel istihdamı ve finansman biçimlerini etkiler ve belirler. Buradan hareketle, bu üç öğeye sağlık politikasını uygulama araçları da denilebilir. Bu nedenle, bu bölümde, yalnızca sağlık hizmetlerinin maddi öğeleri ya da sağlık politikalarını uygulama araçları tanımlanmış ve bunların seçilen sağlık politikasına göre aldığı biçimler üzerinde durulmuştur.

2.1. Örgütlenme: Bir sektörün, amaçlarını gerçekleştirme doğrultusunda, o sektörü oluşturan tüm öğelerinin karşılıklı ilişkilerini ve her bir öğeye düşen yetki, sorumluluk ve görevlerin açık bir biçimde belirlenmesi ve düzenlenmesi olayına örgütlenme denir. Diğer bir anlatımla, belli bir hizmetin yürütülmesi için ayrılan kaynakların belli bir düzen içinde dizgelenmesi olayına örgütlenme denilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, temel olarak, kamu ve özel olmak üzere, iki örgütlenme biçimi vardır. Bir ülkede, bu örgütlenme biçimlerinden birisi tek başına ve saf olarak uygulanabildiği gibi, ikisi birlikte ve karmaşık olarak da kullanılabilir. Birinci seçenek olarak tanımlanan sağlık politikasını benimseyen ülkelerde hizmetler ağırlıklı olarak kamu örgüt ve birimleri aracılığı ile sunulur. İkinci seçenek olarak tanımlanan sağlık politikasını benimseyen ülkelerde ise örgütlenme ve hizmet sunumunda ağırlık özel girişimden yanadır.

2.2. Personel Yetiştirme ve İstihdamı: Sağlık insangücünün planlanması, yetiştirilmesi ve özlük haklarının düzenlenmesine (istihdam) kadar uzanan birçok konu ve çalışmayı kapsar. Örgütlenme biçimi ve toplumun koşullarına uygun nitelikte ve sayıda personel yetiştirilmesi sağlık hizmetlerinde başarının ön koşuludur. Yetiştirilen bu insangücüne, iyi çalışma ortamı ve özlük hakkı temin edilmemesi ise sağlık hizmetlerinde verimliliği düşüren en önemli faktör olmaktadır.

Birinci seçenek olarak tanımlanan sağlık politikasını benimseyen ülkelerde sağlık insangücünün planlanması, yetiştirilmesi ve istihdamı kamu örgüt ve birimleri aracılığı ile yapılır. İkinci seçenekte ise personel yetiştirme ve istihdamında ağırlık özel girişime bırakılmış olup, sayı, nitelik ve ücretlendirme gibi personel yönetiminin öğeleri tamamen piyasa koşullarınca belirlenir.

2.3. Finansman: Sağlık hizmetlerinin yapılanmasında önemli öğelerden birisi de finansmandır. Hizmetin gerektirdiği finansmanın sağlanamaması veya sağlanan bu finansmanın iyi kullanılamaması durumunda hizmetler başarısız olur. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ise başlıca dört yöntem vardır:

a) Kamu Genel Bütçesi Kaynaklı Finansman: Bu yöntemde, sağlık hizmetlerinde kullanılacak para genel vergiler yoluyla toplanır ve sağlık hizmetlerinin tüm giderleri kamu bütçesinden karşılanır. Sağlık hizmeti alanlar ile üretenler arasında doğrudan para ilişkisi yoktur.

b) Zorunlu Sosyal Sigorta Kaynaklı Finansman: Bu yöntemde, kamu tarafından kurulan sigorta örgütlerine, bireyler aylık ve belli bir ön ödemede bulunur (prim) ve bir sigorta fonu oluşturulur. Daha sonra, kişilerin sağlık harcamaları bu fondan karşılanır. Bu yöntemde de sağlık hizmeti alanlar ile üretenler arasında doğrudan para ilişkisi yoktur.

c) Özel Sigorta veya Kapalı Ağ Sistemi: Bu yöntemde, kişiler herhangi bir özel sigorta şirketi ile sözleşme yaparak, belli bir ödeme takvimine uygun olarak ön ödemede (prim) bulunurlar. Daha sonra sağlık hizmetine gereksinim duyduklarında, şirketle imzaladığı teminat paketinde (karşılanacağı belirtilen hizmet listesi) bulunan hizmetlerin giderleri bu sigorta tarafından karşılanır. Kapalı ağ sisteminin özel sigortacılıktan tek farkı şirketin çoğunlukla hekimler tarafından kurulmuş olması ve bizzat kendisinin sağlık hizmeti üretmesidir. Ön ödemede bulunan kişilere doğrudan şirketçe hizmet verilir. Teminat paketinde bulunan ancak şirketin üretmediği türden hizmetler var ise, bu tür hizmetler diğer sağlık kuruluşlardan satın alınır. Özel sigortacılığın bu türünde hizmet üreten ile alan arasında doğrudan para ilişkisi vardır.

d) Hizmet Sırasında Bedel (ücret) Ödeme : Bu yöntemde, hizmet alan kişi hizmetin karşılığını o esnada öder, yani satın alır. Bu yöntemde hizmeti alan ile üreten arasında bire bir para ilişkisi vardır.

Yukarda sayılan bu dört yöntemden, genel bütçe kaynaklı finansman yöntemi tek başına ve saf olarak uygulanabilir. Diğerlerinin tek başına uygulanması söz konusu değildir. Çünkü; sağlık hizmetlerinde ücretlendirilemeyen veya kişisel olmayan ve toplum tarafından birlikte yararlanan bir dizi hizmet vardır. Bu tür hizmetlerin kamu bütçelerinden karşılanması zorunludur. Bu nedenle de, tüm sağlık harcamalarını kamu bütçesinden karşılamayan toplumlarda, finansman yöntemlerinin en az ikisi veya birkaçı bir arada uygulanır ve uygulanmak zorundadır.

IV - TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHİ GELİŞİMİ

1. Osmanlı Dönemi

İmparatorluk döneminde, monarşinin tüm özellikleri sağlık politika ve uygulamalarına da yansımıştır. İdari örgütlenmenin saray merkezli ve askersel olmasına koşut olarak, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri de daha çok saraya ve orduya yönelik olmuştur. Devletin sağlık işlerini düzenleyen, tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin atama yetkisini elinde bulunduran Reisul Etıbbı (Hekim Başı) kurumundan başka resmi bir örgüt yoktur. Yaygın kitleler, genellikle serbest çalışan, tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet almıştır (1,3). Bunun yanında, kimsesiz ve yoksullar için, padişah ve yakınlarının hayra yönelik olarak kurduğu hastane ve şifa evleri ile askeri tabipler ve özel nitelikli vakıflarca da bir kısım sağlık hizmetleri verilmiş ise de, hakim olan hizmet biçimi özel hizmetlerdir. Gerek devlet ve hayır kurumlarınca ve gerekse özel kişilerce sunulan bu hizmetler ise İstanbul, Bursa, Edirne, Kayseri ve Selanik gibi büyük kentlerle sınırlı kalmıştır.

Devlet, doğrudan tıbbi bakım hizmetleri yanında, içme suları ve besin kontrolü, kanalizasyon ve ölü defni, çeşitli sosyal yardım hizmetleri gibi toplum sağlığını ilgilendiren diğer bazı konular ile de ilgilenmiş ve bu konularda bazı

hizmetler üretmiş ise de, bu hizmetler de birkaç büyük kentle sınırlı kalmıştır. Özet bir anlatımla; yaygın kitlelere sunulacak sağlık ve sosyal hizmetler, 19. YY'ın sonlarına gelinceye dek devletin asli görevleri içinde sayılmamıştır. Bunun bir sonucu olarak, gerek sağlık hizmetleri düzeyi ve gerekse toplumun sağlık düzeyi o zamanın gelişmiş toplumlarının çok gerisinde kalmıştır. Başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere, bir çok sağlık sorununun kırımı ile karşı karşıya olan halk, her türlü bilim dışı kurum ve davranıştan şifa aramak zorunda kalmıştır.

Tüm diğer konularda olduğu gibi, sağlık alanında da 19 YY'ın ikinci yarısından sonra Batı'ya yönelinmiştir. Böylece, devlet eliyle götürülen sağlık hizmetlerinde, saray ve ordu ile sınırlı olan kapsam genişletilerek, yaygın kitlelere de hizmet götürme anlayışının ilk adımları atılmıştır. Hekimbaşı kurumu 1849'da kaldırılarak yetkileri, 1850 yılında kurulan, Tıbbiye Nezareti'ne devredilmiştir (1,3). 1862 yılında, hekimlik uygulamaları ile ilgili bir nizamname yayımlanarak, hekimlik yapabilmek için tıp okullarından birinden mezun olma şartı getirilmiştir (1). 1867 yılında yayımlanan, İdare-i Umumiye-i Vilayat Nizamnamesi'nde genel idari örgütlenme içinde sağlık örgütlenmesine de yer verilmiştir (1). 1870 yılında Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine bağlı olarak, Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye adındaki, yaygın kitlelere götürülecek sağlık hizmetleri ile ilgili ilk merkezi birim kurulmuştur (1,3). 1871 yılında ise, İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi ile Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri kurularak yaygın örgütlenmenin hukuki yapısı oluşturulmuştur. 1906 yılında, Meclis-i Maarifi Sıhhiye kurulmuş ve bu meclis 1908 yılında Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye adını alarak, günümüzdeki genel müdürlüğe eşdeğer olan bir statüye kavuşturulmuştur. Bu genel müdürlüğün örgütlenmesinde ise, İtalya'daki sağlık örgütlenmesi örnek alınmıştır. Bu genel müdürlük 1914 yılında Dahiliye Nezaretine bağlanarak, Dahiliye Nezareti'nin adı Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti'ne dönüştürülmüştür(1). Böylece, yaygın kitlelere götürülen sağlık hizmetleri içişleri bakanlığına bağlı bir genel müdürlük gözetiminde yürütülen devlet görevi olma niteliğine kavuşmuştur.

2. Cumhuriyet Dönemi

Sağlık hizmetlerinin birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi iledir. Türkiye Büyük Millet Meclisi, 3 Mayıs 1920'de kabul ettiği 3 Sayılı Yasa ile, Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti'ni kurarak (2,3), sağlık hizmetlerini ayrı bir bakanlıkça yürütülen, asli bir devlet görevi haline getirmiştir.

Kurtuluş Savaşı'nın ağır koşullarının yaşanmasına ve o tarihlerde yalnızca gelişmiş birkaç ülkede ayrı bir sağlık bakanlığı örneği olmasına karşın, sağlık bakanlığının hemen kurularak, sağlık hizmetlerinin bu düzey ve bu öncelikte ele alınması, zamanın yönetiminin konuya verdiği önemi ve ileri görüşlülüğünü göstermektedir (2).

Yasanın kabulünden sonra, TBMM Hükümeti'nin ilk sağlık bakanı olarak atanan Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında, ne yerleşmiş, köklü bir örgüt ve alt yapı ne de ve gereksinimlere yanıt verecek yasal bir düzenleme vardı. Her şeyin yeniden ya da yoktan kurulması gerekiyordu. Bu nedenle de, günümüze miras kalan

ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının başlangıcının bu tarih olduğunu söylemek yanlış olmaz.

Adnan Adıvar'dan sonra, 1921 yılında bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam, kısa süreli aralıklar dışında, 1937 yılına dek bu görevi sürdürmüştür (6). Dr. Saydam, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük bir başarı göstermiş ve hizmetlerin yapılmasına damgasını vurarak, sağlık hizmetleri tarihimizde onurlu bir yer edinmiştir. Bu nedenle, Refik Saydam Dönemi diyebileceğimiz bu dönem, bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen etkisini sürdürdüğü yıllar olmuştur.

Bu dönemde, illerde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, sağlık örgütünün temel taşları oluşturulmuş ve hizmetlerin tüm yurda yayılması sağlanmıştır. Birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verilmiş, bu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe olanakları bu yöne kanalize edilmiştir. Yataklı tedavi hizmetlerinin, yine kamu eliyle; ancak yerel idareler (belediyeler, il özel idareleri) tarafından yürütülmesi politikası benimsenerek, bu alanda merkezi hükümet yol göstericilik ile yükümlenmiştir. Bu erekle, bir yandan yerel idarelerin hastane açması teşvik edilirken öte yandan da, bu idarelere örnek olmak üzere, Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı "Numune Hastaneleri" açılmıştır.

1928 yılında 1219 Sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disiplin altına alınmıştır. 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 Sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir. 1936 yılında ise, 3017 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu" çıkarılmış ve böylece Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Başta bu üç kanun olmak üzere, çıkarılan benzeri kanunlar ile sağlık yönetimi ve uygulamalarının temelleri oluşturulmuştur. Günümüzdeki sağlık hizmetlerinin, hala, o zaman hazırlanmış olan yasalar ile yürütülmesi ve bu yasaların, bazı eksiklikler dışında, günümüz gereksinimlerine yanıt vermeye devam etmesi, bu yasaları hazırlayanların ileri görüşlülüğünü göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinde başarının vazgeçilmez koşullarından birisi de yeterli sayı ve nitelikte personel bulunmasıdır. Dr. Refik Saydam Dönemi'nde, bazıları yukarıda özetlenen girişimlerle, devlete bağlı sağlık örgüt ve birimlerinin tüm yurda yayılması için büyük bir çaba harcanırken, diğer yandan da, sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik yönünden yeterli olması için bir dizi önlemlere başvurulmuştur. Bu dizeden olmak üzere; hekimlerin sayısını artırmak ve kamuda çalışmalarını özendirme amacıyla, Yatılı Tıp Talebe Yurtları kurulmuş ve tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanmıştır. Hekim dışı sağlık personeli yetiştirmek üzere okular açılmış kurslar düzenlenmiştir. Tüm sağlık personelinin atama ve terfileri Sağlık Bakanlığı emrine alınarak, sağlık personelinin yönetimi tek elde ve merkezde toplanmıştır. Böylece personelin eğitimi, tayin, terfi ve atamaları belirli bir sisteme bağlanmış ve disiplin altına alınmıştır. Bunlara ek olarak, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan

personelerle daha yüksek bir ücret rejimi uygulanarak, personelin hükümet tabiplikleri ve koruyucu hizmet birimlerinde çalışmaları çekici hale getirilmiştir.

Uygulama örneklerinden de anlaşılacağı üzere, Refik Saydam Dönemi'nde, tüm sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış ve algılanmıştır. Görevler devletin çeşitli organları arasında paylaştırılmış ise de, bunların ürettiği hizmetlerin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığı'nda toplanarak hizmetler merkezleştirilmiştir.

Dr. Saydam Dönemi'nden sonraki, ilk önemli girişim; 1946 - 1950 yılları arasında bakanlık yapan, Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulan ve yürürlüğe sokulan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı"dır. Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt sathına yaymayı amaçlayan bu planla, hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir.

Behçet Uz Planı diye de anılan bu plana göre; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştü (2).

Bu planda, çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden biri olan, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmektedir. Böylece, koruyucu ve iyileştirici hizmetleri ayrı ayrı ele alan, yataklı tedavi hizmetlerini yerel idarelere bırakan anlayış terk ediliyor sağlık hizmetlerinin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiş oluyordu. Geçmişte yalnızca bazı büyük kentlerin yararlandığı yataklı tedavi hizmetlerinden kırsal bölgelerinde yararlanmasını hedeflenmişti (3).

Behçet Uz'dan sonra, bu plan gereğince uygulanmamış ve giderekten her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etme biçimine dönüştürülmüştür (2). Bu merkezler ise, maliyeti çok yüksek küçük birer hastane olmaktan öteye gidememiştir. Kamuda çalışan hekimlere yüksek ücret uygulamasına son verilmesinin bir sonucu olarak, geçimini muayenehanesindeki çalışmalarıyla karşılamak zorunda kalan sağlık merkezi hekimleri koruyucu hizmetler ile ilgilenmedikleri gibi, merkezlerde ücretsiz poliklinik ve tedavi bile yapmaz duruma gelmişlerdir. Bu durum, hekimlerin sağlık merkezlerinden ayrılarak tamamen serbest çalışmaları sonucunu doğurmuş ve giderek, bu merkezlerde çalışacak hekim ve sağlık personeli bulunamaz olmuştur. 1978 yılında çıkarılan, Tam Gün Yasası ile getirilen ücret politikası ile, personel yönünden daha iyi bir duruma kavuşan bu merkezler, bu uygulamaya son verilmesinden sonra tekrar ve hızla hekim kaybına uğrayarak, verimsiz küçük hastanecikler haline dönüşmüştür. 1980'den sonra zaman zaman kapatılan ve açılan bu birimlerin bazıları hastaneye bazıları ise sağlık ocağına dönüştürülerek varlığına son verilmiştir.

1954 yılında, 6134 Sayılı Yasa ile, il özel idarelerine belediyelere ve vakıflara bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak, kamuya ait hastanelerin yönetimi

tek elde toplanmış ve tamamen merkezi hükümet görevi ve sorumluluğu haline getirilmiştir (SSK , MSB ve Üniversite Hastaneleri hariç). Bunun doğal bir sonucu olarak, bir yandan il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanarak, yalnızca büyük kentlerde var olan hastane hizmetlerinin tüm yurda yayılmasında önemli başarılar kaydedilirken, öte yandan da var olan hastanelerdeki hizmetlerde iyileşmeler sağlanmıştır. Bu olumlu gelişme, hastane hizmetlerini Bakanlık Merkezi'nde önem ve önceliğe sahip olan tek konu haline getirmiştir. Böylece, birinci basamak ile koruyucu hizmetler öncelikli durumunu kaybederek, arka plana itilmiş ve ihmal edilir hale gelmiştir. Diğer taraftan, bu tarihten itibaren yönetime hakim olmaya başlayan liberal görüş ve politikalar, tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da özel sektörün geliştirilmesi çaba ve zorlamalarını gündeme getirmiştir. Zamanla daha da güç kazanan, bu politika yataklı tedavi kuruluşlarının Anadolu'ya yayılmasının hızını da kesmiştir.

Tüm bu uygulamalardan da anlaşılacağı üzere, Cumhuriyet'in başından beri genel politika ya da resmi görüş sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu ve görevi olması yönünde olmuştur. Buna karşılık, özel sağlık kuruluşlarının kurulması ve hizmet vermesine sıcak bakılmış, özel kurum ve kuruluşların kurulması ve gelişmesini engelleyen herhangi bir yapı bulunmadığı gibi bu kuruluşlar teşvik de edilmiştir. Bir bakıma, esas motor ya da gücün kamuda olduğu, karma ekonomi anlayışı sağlık sektörüne de yansımıştır. Bu durum bazı hükümetlerde ikircikli bir tavıra neden olmuş, bir yandan sağlık hizmetlerine kamunun yatırımları devam ederken öte yandan da özel sağlık kuruluşlarının gelişmesi için çaba harcanmıştır. Sağlık politikası alanında var olan bu ikircikli yapı, 1950'lerden sonra daha belirgin hale gelmiş, özellikle hükümetler düzeyinde, hizmetlerin özel birim ve kuruluşlara devredilmesi anlayışı hakim görüş haline gelmeye başlamıştır.

Sağlık politikasına hakim olan bu ikircikli yapı sonucunda, başta kırsal kesim olmak üzere, hem tedavi edici hizmetlerde hem de koruyucu hizmetlerde çağ yakalanamamış ve gerisinde kalınmıştır. Halkın artan talepleri karşılanamadığı gibi, bu talepleri geçici önlemlerle karşılamak da olanaksız hale gelmiştir (2). Bunun bir sonucu olarak, kurum ve kuruluşlar kendi sağlık sorunlarına kendi olanakları ile çare aramaya başlamışlar, sağlık hizmeti üreten çeşitli örgütler ve birimler kurmaya başlamışlardır. Bunun ilk ve en büyük örneği yasası 1945 yılında çıkarılan ve uygulama-larına 1952 yılında geçilen Sosyal Sigortalar Kurumu ve buna bağlı hastaneler olmuştur. Sonuçta, sağlık sektörüne çok başlılık ve eşgüdümsüzlük hakim olmuştur.

İşte böyle bir ortamda yönetimi devralan, İhtilal Hükümeti sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verme gereğini duymuştur. Bu doğrultuda hazırlanan, 1961 Anayasası'nın 48. ve 49. maddeleri ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri asli ve anayasal bir devlet görevi haline getirilerek, bu olumsuz gelişmenin önü kesilmek istenmiştir.

Anayasa'nın ilgili maddeleri doğrultusunda hazırlanan, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu amaca ulaşmak için, tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öge olarak görülmüş, az sayıda nüfusun yararlandığı ve

pahalı bir hizmet olan, hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür. Sağlık hizmetlerinin bu anlayışla ve yeniden düzenlenmesi / örgütlenmesi amacıyla, zamanın Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 Sayılı Kanun) 5 ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece, sağlık hizmetleri tarihimizde "Sosyalleştirme Dönemi" olarak adlandırabileceğimiz dönem başlamıştır.

Uygulamasına, 1963 yılında başlanan, Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin 1977 yılında tüm ülkeye yayılması hedeflenmişti. 1982 yılında ise, her 5000 kişiye bir "Sağlık Ocağı" kurulmasının tamamlanması öngörülüyordu. Program tüm Türkiye'ye yaygınlaştığında, belli bir sistemden yoksun olarak ve birçok kuruluşça ayrı ayrı yürütülen hizmetlerin doğurduğu sakıncalar giderilecek, hizmetler eğitim ve denetim zinciri ile birbirine bağlanarak, mevcut kaynakların en verimli bir şekilde kullanılması sağlanacaktı.

224 Sayılı Yasa, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getiren yasa olmuştur. Bu Yasa ile, sağlık hizmetlerinin her anlamda bütünleştirilmesi (entegre edilmesi) ve tek elden yurda yayılması öngörülmüş ve amaçlanmıştır. Ancak, izleyen yıllarda yönetime gelen iktidarların sahip olduğu neoliberal politikalarla, bu yasayla benimsenen sağlık politikası çelişmiştir. Bunun bir sonucu olarak, ülke koşullarına çok uygun olan, Sosyalleştirme Programı merkezi hükümetlerden gerekli desteği görmediği gibi, sağlık alanı iki ayrı politikanın çekişme / çatışma alanı haline getirilerek, programın başarılı olmasını olanaksızlaştıran bir ortam yaratılmıştır (4).

Yukarıda özetlenen uygulamalardan anlaşılacağı üzere, Cumhuriyet'in başından 1970'li yıllara dek izlenen resmi sağlık politikası, yazının en başında tanımlanan birinci seçenektan yola çıkan ya da hizmetlerin kamu eliyle götürülmesini benimseyen politika olmuştur. Hükümetler düzeyinde, zaman zaman ya da alttan alta bu politikaya karşı çıkışlar ve bu politikayı engelleme girişimleri olmuş ise de, açıkça bu politika değiştirilmediği/değiştirilemediği gibi aktif bir özelleştirme programı da uygulanmamıştır. Bunun doğal bir sonucu olarak, her geçen yılla birlikte hizmetlerde kamu ağırlığı artmıştır.

Bu politikadan vazgeçme ve yazının başında tanımlanan ikinci seçenek sağlık politikasına geçme çabalarının, toplumu Cumhuriyet ve Atatürk ilkelerinden uzaklaştırmaya çalışan iktidar dönemlerine yoğunlaşmış olduğu ya da bu ki olgu ve olayın birbiri ile koşutluk sergilediği dikkat çeken bir konudur. Dikkati çeken diğer bir konu ise; Cumhuriyetin oluşturduğu sağlık politikalarından uzaklaşma çabaları ile toplumun sağlık düzeyindeki gerilemenin de koşutluk göstermesidir. Örneğin; Cumhuriyet'in başında toplumda çok yaygın olan sıtma, Cumhuriyet ilkelerinin hakim olduğu ve bu yönde istikrarlı bir sağlık politikasının izlendiği yılların sonunda kontrol altına alınmış ve 1950'li yıllara dek 2000'li rakamlarla seyreden bir hastalık haline gelmiştir. Buna karşılık, bu ilkelerden uzaklaşmanın yoğunlaştığı yıllar olan, 1955, 1975 ve son olarak da 1990 yılından sonra büyük salgınlar yapmıştır.

1970'li yıllar dünyada neoliberal anlayış ve politikaların atağa geçtiği yıllar olmuştur. Bu politikanın ülke yönetimlerine hakim olmasına koşut olarak, sosyal

devlet anlayış ve politikalarından da uzaklaşmıştır. Bu gidişin, Türkiye'ye de yansması uzun zaman almamış ve 24 Ocak 1980 Kararları ile resmi ve yazılı hükümet politikaları niteliğine kavuşmuştur. Bunun bir uzantısı olarak, yazının en başında tanımlanan sağlık politikalarından ikinci seçeneği benimseyen, yani sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini piyasanın arz ve talep kuralları içinde ve kişilerin toplumsal fırsatları oranında yararlandığı hizmetler olarak ele alan politika resmi politika haline gelmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinde "Aktif Özelleştirme Dönemi" diyebileceğimiz döneme geçilmiş ve TC Anayasası bu yönde yeniden düzenlenmiştir. 1961 Anayasası'nda yer alan ve sosyal devlet olmanın bir ifadesi olan "insan haklarına dayalı devlet" tanımı 1982 Anayasası ile değiştirilerek "insan haklarına saygılı devlet" şekline dönüştürülmüştür. Aynı şekilde, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren maddeler kaldırılarak yerine, bu hizmetleri devletin gözeceğini, düzenleyeceğini ifade eden maddeler yerleştirilmiştir.

3. Aktif Özelleştirme Dönemi

Son yirmi yılın temel özelliği, sağlık sektörünü, özellikle de kamu sağlık örgütünü, benimsenen bu yeni resmi politikaya uygun hale getirme çaba ve zorlamaları ile geçirilmiş olmasıdır. Bu erikle, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi tartışmaya açılmış, hükümetlerce (özde birbirinden farklı olmayan) çeşitli modeller önerilmiş ve sürekli bir reform arayışı içinde olunmuştur. Geline nokta bulunan çözüm ise, genel hatları ile; hizmet sunumunda, sağlık ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan "aile hekimliği"nin yerleştirilmesi, devlet hastanelerinin önce özerkleştirilmesi zamanla özelleştirilmesidir. Finansmanda ise; genel bir kamu sigortası "genel sağlık sigortası" üzerine oturtulmuş "özel sigortacılık ve cepten ödeme'dir (6).

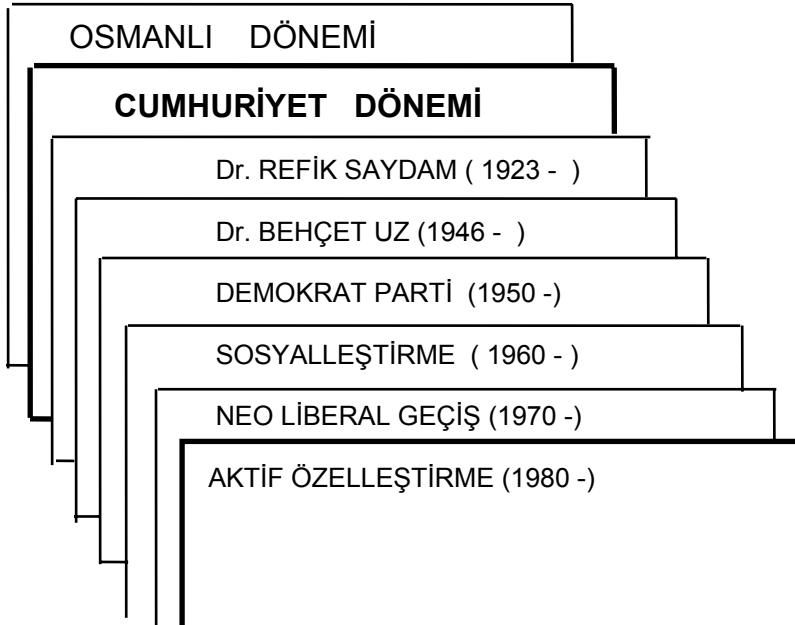
Bu geçişte başarılı olunabilecek mi ? Ne kadar başarılı olunacak ? Henüz belli değil. Bunun toplum / ülke sağlığına getirecekleri ise bir hayli tartışmalıdır. Ancak, şurası kesindir ki; bu geçiş kolay ve çabuk olmayacaktır. Çünkü; iktidarlara hakim olan politika ile Cumhuriyet'ten günümüze örgüte ve topluma yerleşmiş olan politika ve anlayış birbiriyle bağdaşmamaktadır. Bu nedenle de, bu geçiş yaygın kitlelerden yeterli destek bulamamış ve bulamayacaktır. Destek vermek bir yana, toplum ve temsilcileri tarafından Cumhuriyet'ten beri yerleşmiş olan anlayış ve sistemin korunması yönünde davranışlar sergilenmektedir. Bunun bir sonucu olarak, sağlık sektörü bu iki politikanın çekişme alanı haline gelmiştir.

Bu çekişme, devlet uygulamalarında da ikircikli bir yapıya neden olmaktadır. Bir yandan özelleştirme için hükümetler düzeyinde çaba gösterilmekte ve adeta zorlamalara başvurulmakta iken öte yandan da devlet eliyle yatırımlara devam edilmektedir. Ancak, bütçeden ayrılan para olabildiğince azaltılmakta ve en az düzeyde tutulmaktadır. Sonuçta, bir yandan var olan kamu hizmet birim ve kuruluşları hizmetlerini sürdürebilmek için kaynak sıkıntısı çekerken öte yandan da yatırımlar çok uzun sürelere yayılmakta, inşaat tamamlansa bile, içinin donanımı yapılamamaktadır. Böylece, kamu sağlık hizmetlerinde kalitesizlik ve verimsizlik olgusu yaşanmaktadır.

Türkiye'de, günümüz sağlık sektöründeki tüm yapı ve uygulamaları bu ikircikli politika ya da iki politikanın çekişmesi belirlemekte olup, adeta bir karmaşa ortamı

yaşanmaktadır. Bu karmaşanın doğal bir sonucu olarak, sağlık politikasının alt politikaları ya da pratikteki uygulamaları olan finansman, örgütlenme ve insangücü alanlarında bir karmaşa ve belirsizlik vardır. Örneğin; finansman konusunda dünyada bilinen tüm yöntemlerin bir karması uygulanmakta olup, belirgin ve kesin olarak yeğlenmiş sağlık finansman biçimi yoktur. Aynı şekilde, örgütlenmede de dünyada bilinen tüm örgütlenme biçimleri uygulanmaktadır. İnsangücünün gerek yetiştirilmesi ve gerekse istihdamı konusunda da net bir uygulamadan söz edilememektedir. Dünyada bilinen tüm istihdam biçimleri var olup, bunlar arasında yatay ve dikey geçişler de söz konusudur. Örneğin; aynı hekim hem devlet memuru, hem ek görevi var hem de özel çalışabilmektedir. Özetle, Türkiye’de ne genel sağlık politikası anlamında ne de bunların alt politika ya da uygulamaları anlamında, belirlenmiş ve kararlaştırılmış net bir ortam yoktur.

Şekil 2: TÜRKİYE’de SAĞLIK POLİTİKASI UYGULAMALARI



Sağlık hizmetlerine kamudan yeterli kaynak ayrılmamakta, ayrılan kaynak ise verimli kullanılmamaktadır. Yönetimde kariyer ve liyakat gözetilmemekte ve çağdaş bir sağlık idaresi oluşturulmamaktadır. Hizmetler birbiri ile eşgüdümü olmayan onun da ötesinde birbirinden habersiz kurum ve kuruluşlarca yürütülmektedir. Sektöre hakim olan bu karmaşa nedeniyle, sağlık hizmetleri, hizmet alanların da hizmet verenlerin de memnun olmadığı bir yapıya kavuşmuştur.

V- GÜNÜMÜZ TÜRKİYE’SİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ

1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Türkiye’de, sağlık sektörünün genel örgütlenmesine bakıldığında, örgütlenmenin açık ve net olduğunu söyleyemiyoruz. Çok sayıda resmi, yarı resmi ve özel kuruluş gerek sağlık hizmeti üretiminde ve gerekse finansmanında görev yapmakta olup,

bunların sayısı elliye yakındır. Kamu kesiminde; S.B., M.S.B., S.S.K., Tıp Fakülteleri, M.E.B., P.T.T., T.C.D.D., Belediyeler ve Kamu İktisadi Kuruluşları sağlık hizmeti veren başlıca kuruluşlardır. Buna ek olarak, dini gruplar, azınlıklar ve vakıfların yanında, kar amaçlı özel sektör kuruluşları da hizmet vermektedir. Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık politikasının çizilmesi ve uygulanmasından resmen sorumlu olmakla beraber, diğer sağlık kuruluşları üzerindeki yetkisi oldukça sınırlıdır. Özetle, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi veya eşgüdümü söz konusu değildir. Birçok kuruluş, birbirinden habersiz hizmet üretmeye çalışmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak da, var olan kaynakların verimli kullanılması sağlanamamaktadır.

Sağlık Bakanlığı dışında kalan kuruluşların genellikle ve yalnızca hastane hizmeti ürettiği ve sınırlı belli gruplara hizmet verdiği göz önüne alındığında, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin temel çatısını Sağlık Bakanlığı örgütünün oluşturduğunu söylemek yanlış olmaz. Ayrıca, yürürlükteki yasalara göre, ülkenin sağlığından sorumlu ve yetkili olan kuruluş da, Sağlık Bakanlığı'dır.

Sağlık Bakanlığı, merkezi yönetime dayalı bir örgüt olup, merkezde bakan illerde ise valiler örgütün temel otorite noktalarını oluşturmaktadır. Bakanlık yapısında, hem yatay (çok amaçlı sağlık programı) hem de dikey (tek amaçlı sağlık programı) programlar yürüten birimler vardır. Verem ve Sıtma Daire Başkanlıkları, doğrudan müsteşar ve bakana bağlı daire başkanlıkları olup, dikey programlar yürüten birimlere örnektir. Buna karşılık, temel sağlık hizmetleri programı yatay bir program olup, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce yürütülmektedir.

Merkezi düzeyde; bakan, müsteşar ve beş müsteşar yardımcısı vardır. Bunların altında ise, sekiz kadar ana hizmet birimi, sekiz kadar yardımcı hizmet birimi ve dört bağlı birim olmak üzere toplam yirmiyi aşkın birim vardır (Bakınız; Ek 1., Şekil 3: Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü Şeması).

İl’lerde sağlık hizmetlerinin başı validir. İl Sağlık Müdürü, valinin müşaviri ve onun adına hizmeti yöneten kişi durumundadır (Bakınız: Ek 2., Şekil 4: İl Sağlık Müdürlüğü Şeması).

Yukarıda idari yapısı özetlenen Sağlık Bakanlığı birimlerinde hizmetlerin akışı ise, genel hatları ile, şöyle özetlenebilir. En uçta, 2500-3000 nüfusa bir “Sağlık Evi” bulunur. Sağlık Ev’lerinde bir ebe çalışmakta olup, ağırlıklı olarak ana-çocuk sağlığı hizmetleri ile yükümlüdür. Gebelerin tespiti, belli aralıklarla izlenmesi ve kontrolü, doğumun yaptırılması, loğusa ve çocukların izlenmesi ve kontrol edilmesi ile aşılama hizmetleri ebeden beklenen temel görevlerdir. Bunların yanında, kendine bağlı nüfusta, enfeksiyon hastalıkları, aile planlaması, beslenme ve sağlık eğitimi, çevre sağlığı ve benzeri diğer sağlık sorunlarından da sorumludur.

Sağlık Evi’nin bir üzerinde olan kuruluş “Sağlık Ocağı”dır. Kırsal alanda 5-10 bin kişiye, kentlerde ise 15-35 bin kişiye bir Sağlık Ocağı bulunur. Sağlık Ocaklarında, nüfusa bağlı olarak sayısı değişmek üzere, hekim, sağlık memuru, hemşire ve ebe ile birlikte yardımcı sağlık personeli bulunmaktadır. Ocaklar, koruyucu sağlık hizmetleri yanında evde ve ayakta (birici basamak) tedavi hizmetleri ile de yükümlüdür. Kendine bağlı nüfusta, sağlıkla ilgili tüm olayları izler, değerlendirir ve kendi olanakları ile çözebileceği sorunları çözer, çözemediği sorunlar için ise, üst kuruluşlardan yardım ister. En geniş anlamdaki, sağlık hizmetlerinin ilk başvuru ve izleme noktasıdır.

Ocağa başvuran kişilerin soruna tanı konur; ancak ocak olanakları ile çözülemez ya da tanı konamaz ise, hasta ilçe ve il hastanelerine (ikinci basamak tedavi kurumları) sevk edilir. İl ve ilçe hastanelerinden, aynı nedenlerle, hastalar ileri teknoloji ile donatılmış ve yan dallarda uzmanlaşmış personel bulunan üçüncü basamak tedavi kurumlarına (eğitim hastaneleri, üniversite hastaneleri vb)sevk edilirler.

Sağlık ocakları ve hastanelere ek olarak, ikinci basamak hizmet veren, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri gibi ünitelerle, hizmetlere üst düzeyde laboratuvar desteği veren Hıfzıssıhha Enstitüleri ve Halk Sağlığı Laboratuvarları vardır. Sağlık Meslek Liseleri, Bölge Depo ve Tamirhaneleri, Hava Limanları Sağlık Denetleme Merkezi, Hudut Sağlık Denetleme Merkezi, Sahil Sağlık Denetleme Merkezi diğer birimlerdir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı birim tür ve sayıları aşağıda belirtilmiştir.

Çizelge I: SAĞLIK BAKANLIĞI BİRİM VE KURULUŞLARI (1997)

Birimin Adı:	Sayısı
Köy Sağlık Evi	11905
Sağlık Ocağı	5366
Verem Savaş Dispanseri	267
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	280
Hastane	698
Sağlık Meslek Lisesi	321
Hava Limanları Sağlık Denetleme Merkezi	11
Hudut Sağlık Denetleme Merkezi	13
Sahil Sağlık Denetleme Merkezi	44
Bölge Hıfzıssıhha Enstitüsü	15
İl Halk Sağlığı Laboratuvarı	65
İlçe Halk Sağlığı Laboratuvarı	11

Kaynak: Sağlık İstatistikleri 1997

2 .Türkiye'de Sağlık İnsangücü

Türkiye'de sağlık insangücünün başlıca elemanları; hekim, diş hekimi, eczacı, sağlık memuru, hemşire ve ebelerdir. Sağlık insangücünün planlanması ve eğitim esaslarının belirlenmesi yetkisi, genel olarak, Sağlık Bakanlığı ve DPT'ye verilmiştir. Buna karşılık, yüksek öğrenimli sağlık personelinin yetiştirilmesinde, sayısal planlama DPT ve YÖK tarafından yapılmakta, eğitim ise tamamen YÖK tarafından düzenlenmekte ve yürütülmektedir. Ebe, hemşire ve sağlık memuru gibi lise dengi okul mezunu sağlık personelinin gerek sayısal planlaması ve gerekse eğitimi Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenmekte ve yürütülmektedir. Tıp fakülteleri, SSK ve Kızılay gibi diğer bazı kurumlarca da hemşire yetiştirilmekte ise de, bunların genel içindeki sayısı çok azdır. Ayrıca, bu okulların yüksek öğrenime dayandırılmasına bağlı olarak, bu tip okullar zaman içinde kapatılmaktadır.

Personel istihdamında, bilinen tüm istihdam biçimleri vardır. Yani; 657 Sayılı Kanun'a tabi devlet memuru, sözleşmeli-ücretli ve özel çalışan her kademededen ve türden personel söz konusudur. Ayrıca, aynı kişi aynı anda bu statülerden birkaçına birden sahip olabilmektedir.

Günümüzde, sağlık personelinin sayısı ve niteliğinin yeterliliği konusu, çeşitli tartışmalıdır. Ancak, şurası kesindir ki; sağlık insan gücü alanında Cumhuriyet'le birlikte büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Nitekim, 1923 yılında 554 hekim, 4 eczacı, 69 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe bulunduğu göz önüne alındığında, bugün gelinen noktanın büyüklüğü tartışma götürmez. Türkiye'deki sağlık personeli sayıları, personel başına düşen nüfus ve bunların kurumlara dağılımı Çizelge 2'de verilmiştir.

Çizelge 2: **TÜRKİYE'DE SAĞLIK PERSONELİ ve KURUMLARA DAĞILIMI (1996)**

	Toplam	Personel Başına Nüfus	Sağlık Bakanlığı I	SSK	Üniversi teler	Diğer Kamu K.	Özel
Hekim	70947	884	35881	7354	12304	4835	10568
Uzman	31126	2014	10518	4356	6083	2102	8067
Pratisyen	39821	1574	25363	3003	6221	2733	2501
Diş Hek.	12406	5054	2171	452	809	810	8164
Eczacı	19681	3186	1055	806	638	557	16625
Sağ. Mem.	39075	1605	29852	2207	2510	2357	2149
Hemşire	64526	972	38954	7347	9762	5313	3150
Ebe	38945	1610	36152	1418	102	140	1333

Kaynak: Sağlık İstatistikleri 1997

3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansman

Sağlık hizmetlerinin finansmanında; kamu genel bütçesi, zorunlu sosyal sigorta, özel sigortacılık veya kapalı ağ sistemi ile hizmet başı bedel ödeme olmak üzere başlıca dört yöntem olduğundan daha önce söz edilmişti. Türkiye'de, bu finans yöntemlerinden hemen hemen tamamı uygulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı harcamaları, doğrudan devlet ödemeleri ve üniversite hastaneleri giderleri genel bütçeden karşılanırken, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ödemeleri zorunlu sigortacılık kapsamına girmektedir. Ayrıca, hizmetbaşı bedel ödenmesi de yaygındır. Özel sigortacılık, son yıllarda, teşvik görmekte ve hızla gelişmekte olup, üç milyon dolayında kişi bu tür sigortalara üye olmuş durumdadır. Henüz, kapalı ağ sistemi uygulamaları yok ise de, yasalar uygundur ve yakın bir gelecekte uygulamaya girmesi olanaklıdır.

Türkiye'de, farklı finansman yöntemlerinin bir arada kullanılması nedeniyle kesin hesaplar yapılamamakta ve sağlık sektöründeki finans durumu net olarak gösterilememektedir. Buna karşın, eldeki mevcut verilerden hareketle, bazı ölçütler elde edilebilmektedir.

Türkiye'de sağlık sektörüne finans yaratan başlıca kamu kuruluşları şunlardır: Sağlık Bakanlığı, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı, TSK, üniversiteler, sağlık hizmeti üreten çeşitli bakanlıklar, tüm kamu kuruluşları (180 harcama kalemi) ile belediyeler ve kamu iktisadi teşekkülleri. Bu kaynaklardan yapılan yıllık toplam sağlık harcaması GSMH'nin %2.76'sıdır. Özel sektör harcamaları da buna eklenmektedir. Özel sektörde yapılan sağlık harcamalarının yıllık toplamı ise GSMH'nin %1.5 kadar olup,

toplam olarak GSMH'nin %4.2'si sağlığa harcanmaktadır. Bu ise yıllık kişi başına 108 ABD\$'ına eşdeğerdir(Bakınız; izelge: 3A, 3B, 5).

Çizelge 3 A : **TÜRKİYE'DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ KURUMLARA DAĞILIMI (1996)**

Kaynak	Milyon TL.	Toplama Oranı %
SAĞLIK BAKANLIĞI	156.606.814	34
SSK	87.937.186	19
NVERSİTELER	57.856.355	13
BAKANLIKLAR	47.936.000	10
MSB-TSK	28.191.289	6
EMEKLİ SANDIĞI	35.355.286	8
BAĞ-KUR	18.411.857	4
KİT	14.310.350	3
BELEDİYELER	3.390.368	1
FON	12.156.823	3
TOPLAM	462.152.328	100
Kaynak: Tokat M: Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996		

Çizelge 3B: **TÜRKİYE'DE TAPLAM SAĞLIK HARCAMALARININ KAMU-ÖZEL OLUŐUNA GÖRE DAĞILIMI(1996)**

	Milyon TL	Toplama Oranı
Kamu Harcamaları	400.496.078	71
Özel Sektör Harcamaları	161.348.333	29
TOPLAM	561.844.411	100

Kaynak: Tokat M, Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996

4. Türkiye'de Toplumun Sağlık Düzeyi

Türkiye, Avrupa ve Asya kıtaları arasına yerleşmiş toplam 774,815 km alanı ve 66 milyonluk nüfusu ile oldukça büyük olan ülkelerden biridir. Kilometre kareye düşen ortalama nüfus yoğunluğu 82 olup, hızla kentleşen bir yapıya sahiptir ve nüfusunun %59.1'i kentlerde yaşamaktadır. Cumhuriyet'ten sonra eğitime verilen öneme paralel olarak, toplumun eğitim düzeyi hızla yükselmekte olup, erişkinlerde okuma - yazma oranı %80'e ulaşmıştır.

Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında, oldukça genç bir nüfus yapısı vardır. On beş yaşın altındaki nüfusun genel nüfusa oranı %31.7 , buna karşılık 65 yaş üzerindeki nüfusun oranı %4.8'dir. Kaba doğum hızı %022, kaba ölüm hızı %06.5'dir. Bu oranlardan da anlaşılacağı üzere, yıllık nüfus artış hızı %016.8 olup oldukça yüksektir. Özetle, Türkiye'de, çok doğuran, çok ölen ve hızla nüfusu artan bir toplum yapısı vardır.

evre sağlığı sorunları ve beslenme yetersizliği önemini korumakta, enfeksiyon hastalıkları, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak, varlığını sürdürmektedir. Buna

karşılık, büyük ilerlemelere rağmen, sağlık hizmetlerinin tüm yurt düzeyine yayılmasında bazı sıkıntılar vardır. Özellikle kırsal bölgelere etkili ve erişilebilir bir hizmet götürülmesi sağlanamamıştır. Bunun doğal bir sonucu olarak; doğumların yaklaşık %24.ü sağlık personeli yardımı olmaksızın yapılmakta, aşılama oranlarında arzu edilir düzey elde edilememektedir. Erken tanı ve uygun tedavi eksikliği nedeniyle pnömoni (zatürre) ve ishal gibi basit / tedavisi kolay hastalıklardan ölümler meydana gelmektedir.

Cumhuriyet döneminde, diğer birçok sektörde olduğu gibi, sağlık sektöründe dolayısı ile de toplumun sağlık düzeyinde büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Bazı sağlık düzey ölçütlerinin, geçmişteki ve günümüzdeki durumu kıyaslandığında bu gelişme daha da bir netlik kazanmaktadır. Örneğin; 1920'lerde binde 250'nin üzerinde olduğu tahmin edilen bebek ölüm hızı günümüzde binde 44.2'lere düşmüştür. 1960'lı yıllarda binde 16 olan kaba ölüm hızı, günümüzde binde 6.5'dir. Bu gelişmeler sonucudur ki; 1960'larda doğuşta beklenen yaşam süresi 50 yıl iken, bugün, bu süre 68.2 yıla çıkmıştır. Toplumun sağlık düzeyindeki bu hızlı iyileşmeye karşın, bu gelişmenin yeterliliği veya yetersizliği her zaman tartışılmış ve tartışılmaktadır. Özellikle diğer ülkelerin sağlık düzeyleri ile kıyaslama yapıldığında, Türkiye'deki durumun çok iyi olduğunu söyleyemiyoruz. Toplumun sağlık düzeyinin en iyi göstergelerinden birisi bebek ölüm hızıdır. Bu hız açısından, Türkiye'yi diğer ülkelerle kıyasladığımızda, gelişmiş ülkeler bir yana, ekonomik gelişmişlik açısından daha geri olan birçok ülkeden bile daha iyi durumda olmadığı görülmektedir. Diğer sağlık düzey ölçütleri açısından da durum benzerdir. Özetle, Türkiye'de sağlık düzeyi, ekonomik gelişmişliği ile orantılı olmayan ekonomik gelişmişliğinin çok gerisinde kalan bir düzeydedir. Türkiye'de, nüfus ve sağlık düzeyi ile ilgili bazı temel göstergeler Tablo: 4'de verilmiştir.

Çizelge 4: TÜRKİYE'DE BAZI TEMEL GÖSTERGELER (1996)

Toplam Nüfus*	63 221 000
0-14 Yaş Nüfus Oranı (%)	31.7
15-64 Yaş Nüfus Oranı (%)	63.5
65 ve Daha Büyük Yaş Nüfus Oranı (%)	4.8
<hr/>	
Doğuşta Yaşam Beklentisi (yıl)	68.2
Kaba Doğum Hızı (binde)	22.0
Kaba Ölüm Hızı (binde)	6.5
Bebek Ölüm Hızı (bin canlı doğunda)	44.2
Toplam Doğurganlık Hızı(binde)	2.62
Nüfus Artış Hızı (binde)	16.8
Kaynak: Sağlık İstatistikleri, 1997	

5. 1923'ten Günümüze Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Düzeyi

Bir ülkede izlenen, sağlık politikasının başarı ya da başarısızlığını değerlendirmek için, sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyi verilerine bakmak ve bunların zamana göre değişimini inceleyerek, diğer ülkelerle kıyaslamasını yapmak gerekir. Türkiye'deki zamana göre değişimi incelemek için, 1923 Türkiye'si ile 1998 Türkiye'sini karşılaştırmak yeterli olacaktır. Günümüz Türkiye'sini değerlendirmek için ise AT ülkeleri ile kıyaslama yapılacaktır.

Günümüzden 1923 Türk iyesi'ne bakıldığında, yaygın kitlelere sağlık hizmeti sunmak üzere, bir kamu örgütü olmayan toplumdan dünyanın, nicel olarak, en büyük sağlık örgütlerinden birine sahip bir Türkiye yaratılmış olduğu görülür. Yok denecek düzeyde olan kamu sağlık harcamasından ulusal gelirin %2.7'sini kamu eliyle sağlığa harcayan bir ülke haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin veya toplumun sağlık düzeyinin göstergesi olan, hangi ölçüye bakılırsa bakılsın Cumhuriyet'ten günümüze, büyük ilerlemeler kaydedilmiştir(bakınız Çizelge:5)

Çizelge 5: TÜRKİYE'DE 1923 ve 1998 YILLARINDA BAZI ÖLÇÜTLER

	1923	1998
Hekim Sayısı	554	73350
Hemşire Sayısı	4	64526
Eczacı Sayısı	69	19681
Hasta Yatağı	6437	161522
10000 Kişiye Düşen Yatak	5.1	25.7
Beklenen Ömür	43.6	68.7
Bebek Ölüm Hızı	%0200	%042
Anne Ölüm Hızı	%000200	%00080

1923'ten günümüze büyük gelişmeler kaydedilmiş olmasına karşılık, günümüzde çok başlı, koordinasyonsuz ve karmaşık bir sağlık sektörü ile karşılaşmaktadır. Bundan daha da kötüsü, günümüz Türkiye'sini, sağlık hizmetleri ve sağlık düzeyi açısından, AT ülkeleri ile karşılaştırıldığında iyimserlik yerini karamsarlığa bırakmaktadır.

V -TÜRKİYE ve AT ÜLKELERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÜZEYİ

Sağlık hizmetlerinin düzeyi; kişi başına yıllık sağlık harcaması, ulusal bütçe içinde sağlık harcamalarının payı, toplam yatırımlar içinde sağlık ve sosyal refah yatırımlarının payı, çevre sağlığının durumu ve sağlık insangücü başına düşen kişi sayısı gibi ölçütlerle ölçülür.

Uluslararası verilere bakıldığında; AT ülkeleri içinde, sağlık harcaması, yıllık kişi başına 3036 ABD\$ ile, en yüksek olan ülkenin Almanya olduğu görülmektedir. Almanya GSMH'nin %10.5'ini doğrudan sağlık hizmetlerine harcamaktadır. Buna karşılık, AT içinde en düşük sağlık harcaması yapan ülke, kişi başına 693\$ ile Yunanistan'dır. Yunanistan GSMH'sinin %5.9'unu doğrudan sağlık hizmetlerine harcamaktadır. Aynı kaynaklara göre, Türkiye'de kişi başına yıllık sağlık harcaması,

108 ABD\$ olup, Türkiye'de GSMH'nın %4.2'si doğrudan sağlık hizmetlerine harcanmaktadır. (Bakınız Ek 3, Çizelge 8).

Bu verilerden de anlaşılacağı üzere, AT ülkelerinde kişi başına yıllık sağlık harcaması Türkiye'ye göre kat kat yüksektir. Başka bir anlatımla, Türkiye'de GSMH'dan sağlığa ayrılan pay çok küçüktür. Dünya Sağlık Örgütü ölçülerine göre; sağlık harcamalarının en az GSMH'nın %5'i veya daha yüksek olması gerekir. Bunu bir ölçü olarak aldığımızda, AT ülkelerinin hepsinde bunun üzerinde bir sağlık harcaması yapılırken, Türkiye'deki harcama bu oranın da gerisinde kalmaktadır.

Sağlık hizmetlerine verilen önemin dolayısı ile de hizmetlerin düzeyinin diğer bir ölçüsü de, toplam yatırımlar içindeki sosyal refah ve sağlık yatırımlarının payıdır. 1994 yılı verilerine göre; AT ülkelerinde sağlık ve sosyal refah yatırımlarının payı, ülkelere göre %24.6 ile %52.8 oranında değişmektedir. Bu pay Türkiye'de %29.4 olup, AT ülkelerinin birçoğundan düşük düzeydedir (Bakınız Ek 4, Çizelge 9). AT ülkelerinde, gerek sosyal refah alanında ve gerekse sağlık alanında, alt yapının çok daha iyi durumda olduğu ve yatırımların daha çok yenileme yatırımları olduğu göz önüne alındığında, aradaki bu fark daha da derinleşmektedir.

Eldeki verilere göre, AT ülkelerinde bir hekime düşen kişi sayısı 244 ile 667 arasında değişmektedir. Aynı kaynağa göre, Türkiye'de bir hekime 909 kişi düşmektedir (1996 verilerine göre, Türkiye'de 884 kişiye bir hekim düşmektedir). AT ülkelerinde hekim dışı bir sağlık personeline düşen kişi sayısı 110 ile 990 arasında değişmektedir. Bu sayı Türkiye'de 1010'dur (Bakınız Ek 5, Çizelge 10)

Yukarıdaki verilerden anlaşılacağı üzere, gerek hekim ve gerekse hekim dışı sağlık personeline düşen kişi sayısı açısından Türkiye'de, AT ülkelerine göre, daha düşük sayılar vardır. Ancak bu tür kıyaslamalarda salt mutlak sayılara bakmak yanıltıcı sonuçlar verebilir. AT ülkelerinde ortalama 500 kişiye bir hekim düştüğü verisinden hareketle, Türkiye'de de aynı miktarda hekim olması gerektiğini veya hekim insangücünün yetersiz olduğunu söylemek yanlıştır. Bu kıyaslamayı yaparken, aynı zamanda, toplumun sağlık hizmeti kullanma sıklığını, sağlık fizik yapılarını, bunların sağlık insangücü istihdam kapasitelerini, personelin başvuran kişiler için ayırdığı zamanı ve benzeri faktörleri de göz önüne almak gerekir. Bu faktörler göz önüne alınarak yapılan değerlendirmelerde, Türkiye'deki sağlık insangücünün mutlak rakamlardaki kadar küçük olmadığı, aksine yeterli sayıda olduğu anlaşılmaktadır.

On bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı açısından Türkiye ve AT ülkeleri karşılaştırıldığında, Türkiye'de on bin kişiye 25.5 yatak düşerken, bu sayı AT ülkelerinde 42 ile 83 arasında değişmektedir (Bakınız Ek 5, Çizelge 10). Sağlık insangücünde olduğu gibi, yatak sayılarının kıyaslamasında da salt mutlak sayılara bakarak değerlendirme yapılmamalıdır. Bu sayının yanında, nüfusun yaş kompozisyonu, en sık rastlanan hastalıklar ve yatak kullanmaya neden olan hastalıkların türü, hasta başına ortalama yatış süresi gibi faktörleri birlikte değerlendirmek gerekir. Türkiye'de mutlak yatak sayılarının AT'na göre düşük olmasına karşın, yukarıdaki faktörlerle birlikte değerlendirildiğinde, var olan yatakların yeterli olduğu söylenebilir.

Günümüzde kişi ve toplumun sağlığının, çevrenin bir fonksiyonu olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle de, genel anlamıyla, çevre sağlığı hizmetlerinin aynı

zamanda dolaylı bir sağlık hizmeti olduğu kabul edilmekte ve evre sağlığının düzeyi sağlık hizmetlerinin düzeyi için de bir ölçü olarak kullanılmaktadır.

Çizelge 6: AT ve TÜRKİYE’de BAZI SAĞLIK HİZMETLERİ ÖLÇÜTLERİ

	AT	TÜRKİYE
Hükümet Bütçesi İçinde Sağlık Harcaması (%)	10 - 14	2
Kişi Başına Sağlık Harcaması (ABD \$)	693 -3036	108
Yatırımlar İçinde Sağlık Yatırımı Payı (%)	10 +	3.5
Yatırımlar İçinde Sosyal Yatırımların Payı (%)	25 - 45	3.9
Temiz içme Suyu Olan Nüfus (%)	90 +	69
Oda Başına Düşen Kişi Sayısı	1>	2.2
Bir Doktora Düşen Kişi Sayısı	244 - 667	909
Bir Sağlık Personeline Düşen Kişi Sayısı	160 - 990	1010
10.000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı	42 - 83	25

Eldeki verilere göre; AT lkelerinde temiz içme suyu olan nüfusun genel nüfusa oranı %73 ile %99 arasında değişmektedir.Türkiye’de bu oran %69’dur. Aynı şekilde AT lkelerinde şebeke suyu olan konut yüzdesi %73 iken, Türkiye’de %36’dır. Aynı kaynağa göre, Türkiye’de tuvaleti kanalizasyona bağlı veya fosseptikli konutların tüm konutlara oranı AT oranlarına yakındır.Buna rağmen, özellikle kırsal alanda oldukça önemli problemlerin olduğu bilinmektedir. AT lkelerinde konutlardaki ortalama oda sayısı 3.6 ile 5.2 arasında değişmektedir. Buna karşılık, Türkiye’de bu sayı 2.7 ’dir. Diğer yandan, AT lkelerinde bir oda başına düşen kişi sayısı bir veya daha az iken, Türkiye’de oda başına düşen kişi sayısı 2.2’dir (Bakınız Ek 6, izelge11).

VI - TÜRKİYE ve AT ÜLKELERİNDE TOPLUMUN SAĞLIK DÜZEYİ

AT lkeleri ile kıyaslandığında, Türkiye toplumu oldukça genç, çok doğuran ve hızla artan bir toplumdur. Nitekim, AT lkelerinde 15 yaşın altındaki nüfusun, tüm nüfusa oranı %16 ile %19 arasında değişirken bu oran Türkiye’de %31’dir. Aynı şekilde, AT lkelerinde kaba doğum oranı binde 9 ile 13 arasında değişirken, Türkiye’de bu oran binde 22’dir. Bunun bir sonucu olarak AT lkelerinin yıllık nüfus artış hızı, ülkelere göre, binde 2-6 arasında değişirken, bu hız Türkiye’de binde 21’dir

Sağlık düzeyinin en duyarlı ölçülerinden ikisi, bebek ölüm hızı ve anne ölüm hızıdır. Bu iki ölçüt açısından, Türkiye ile AT ülkelerini kıyasladığımızda, arada oldukça önemli bir farkın olduğu görülmektedir. AT lkelerinde bebek ölüm hızı binde 5 ile 9 arasında değişmektedir. Aynı kaynağa göre; Türkiye’de bebek ölüm hızı binde 45’dir. AT lkelerinde, anne ölüm hızı yüz bin canlı doğumda 7 - 15 arasında değişirken, Türkiye’de bu hız yüz binde 130’dur. Diğer sağlık düzeyi ölçütü olan, doğuşta beklenen mr AT lkelerinde ortalama 77 iken, Türkiye’de 69 yıldır .

Çizelge 7: AT ve TÜRKİYE’de BAZI SAĞLIK DÜZEY ÖLÇÜTLERİ

	AT	TÜRKİYE
Bebek lm Hızı (bin canlı doğumda)	5 - 9	45
Anne lm Hızı (100.000 canlı doğumda)	7 - 15	130
Doğuşta Beklenen mr	75 - 79	69
Kaba Doğum Hızı (binde)	9 - 13	22

Nüfus Artış Hızı (binde)

1 - 6

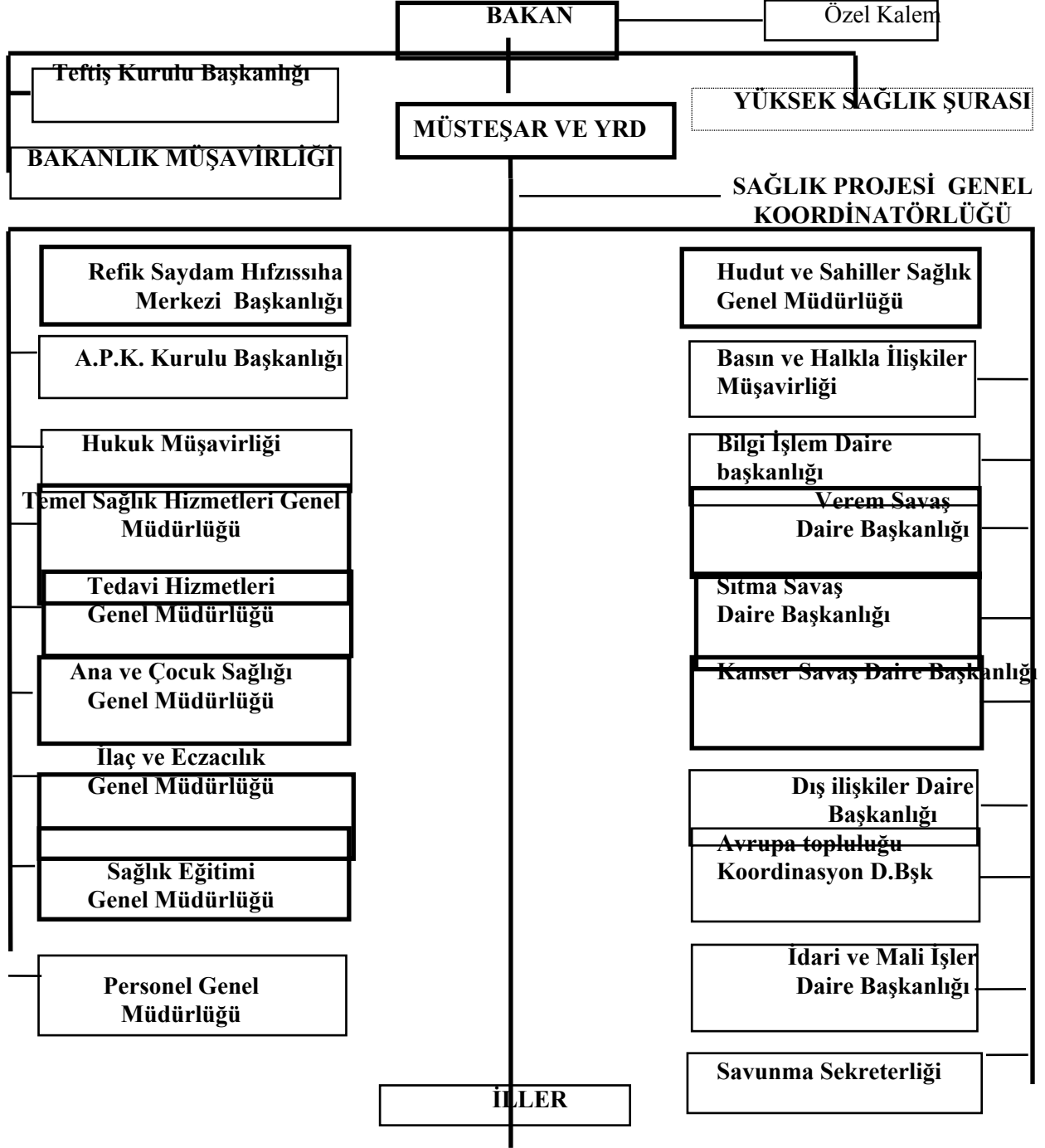
21

Sonuç ve özet olarak, Türkiye ve AT ülkelerinde sağlık hizmetleri ve sağlık düzeyini kıyasladığımızda, Türkiye'nin aleyhine, arada çok büyük farklılık vardır. Bu farkın kapatılması ise kolay değildir. Bu farkın azaltılması için, çok hızlı ve köklü, bir takım değişiklikler yapılması gereklidir. Her şeyden önce, sağlık hizmetlerinin finans modeli ve kaynağı belirlenerek, ulusal gelirden sağlığa ayrılan payın artırılması gerekir. Ayrıca, sağlık ve sosyal refah yatırımlarının genel yatırımlar içindeki payı yükseltilmelidir. Buna ek olarak, örgütlenme yapısının sağlıklı hale getirilmesinden personel istihdamına dek uzanan bir dizi önlemin bir an önce alınmasında zorunluluk vardır.

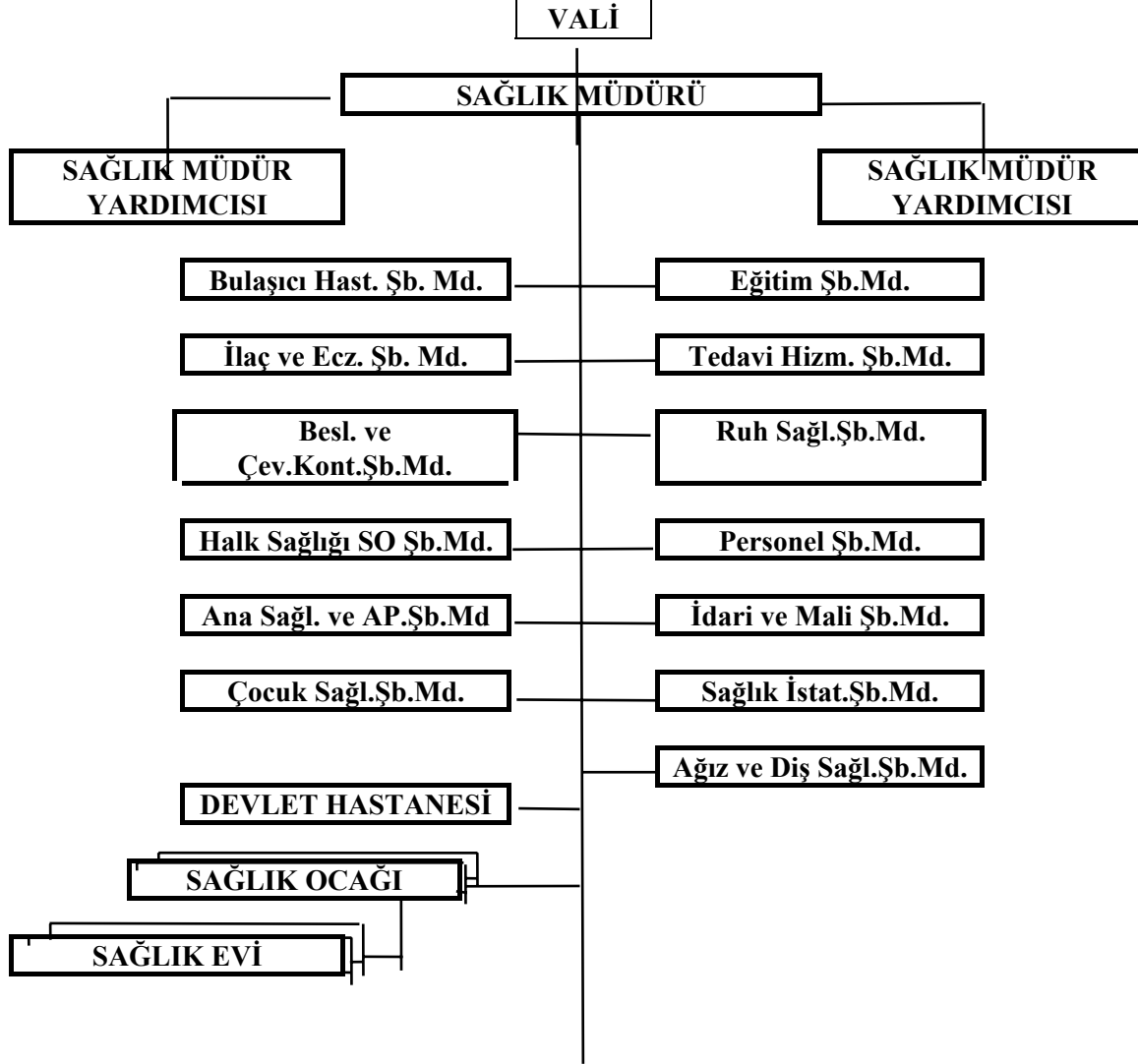
KAYNAKLAR

- 1- Akyay N.: Osmanlı İmparatorluğu'nda Sağlık Örgütleri ve Sosyal kuruluşlar, H.Ü. Toplum Hekimliği Bölümü Yayını no: 20 Ankara, 1982
- 2 - Dirican M.R. : Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesini Kısa Tarihçesi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni cilt:2 sayı:7 (ayrı baskı) Erzurum 1970
- 3 - Fişek N.H. : Halk sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi yayını no:2 Ankara, 1983
- 4 - Öztekin Z. : Nusret Fişek İle Söyleşi, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Tisemat Basım Sanayi, Ankara, 1992
- 5 - Tokat M.: Türkiye Sağlık harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
- 6 ---- Dr. Refik Saydam 1881-1942 Ölümünün 40. Yıl Anısına, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları no:495, Ankara , 1982
- 7 ---- Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara, 1992
- 8 ---- Dünya Sağlık Raporu 1998 (Çeviri; Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü) Ankara, 1999
- 9 ---- The World Health Report 1999 Making a Difference, WHO, 1999
- 10 --- Dünya Çocuklarının Durumu 1999, UNICEF 1999
- 11 ---- Sağlık İstatistikleri 1997. Sağlık Bakanlığı yayını no:615, Ankara, 1988
- 12 ---- Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1998, Sağlık Bakanlığı yayını no:619, Ankara, 1999

Ek I, Şekil 3
SAĞLIK BAKANLIĞI MERKEZ ÖRGÜTÜ(1998)



İL SAĞLIK ÖRGÜTÜ (1996)



Çizelge 8: TÜRKİYE VE AT'DA BAZI ÇEVRE SAĞLIĞI ÖLÇÜTLERİ

ÜLKELER	Temiz İçme Suyu Olan Nüfus(%)	Şebeke Suyu Olan Konut (%)	Kanalizasyonlu ya da Fosseptikli Konut (%)	Tuvaleti İçerde Olan Konut(%)	Konutlarda Ortalama Oda Sayısı	Oda Başına Düşen Kişi Sayısı
Belçika	89	91.9	62.5	79.0	5.2	0.5
Danimarka	99	100.0	98.6	94.5	3.8	0.6
F.Almanya	99	99.2	94.2	95.6	4.2	0.6
Fransa	94	99.2	73.8	85.0	3.7	0.8
İrlanda	73	73.2	72.3	70.0	4.7	0.9
İtalya	86	86.1	95.7	82.2	3.7	0.8
Hollanda	97	-	-	-	-	-
İngiltere	-	-	-	97.3	4.9	0.6
Yunanistan	97	81.3	-	93.0	3.5	0.9
İspanya	78	90.5	87.9	-	4.4	-
Portekiz	92	73.4	58.1	78.0	3.6	1.0
Türkiye	69	35.9	84.5	73.8	2.7	2.2

Kaynak:Ana Britannica Karşılaştırılmalı Ulusal İstatistikler.

Çizelge 9: AB ÜLKELERİ ve TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI

ÜLKELER	GSMH İçinde Sağlık Harcaması Payı (%)		Toplam Sağlık Harcamasında Özel Kaynakların Payı (%)		Toplam Sağlık Harcamasında Hükümet Harcamasının Payı (%)		Toplam Hükümet Harcamaları İçinde Sağlık Harcamaları Payı(%)		Kişi Başına Yıllık Sağlık Harcaması (Uluslararası dolar cinsinden)	
	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000
Almanya	10,6	10,6	23,3	24,9	76,7	75,1	14,5	17,3	2264	2754
Avusturya	8,6	8	28,2	30,3	71,8	69,7	10,7	10,6	1831	2171
Belçika	8,7	8,7	30,4	28,8	69,6	71,2	11,4	12,6	1900	2269
Çek Cum	7,3	7,2	7,3	8,6	92,7	91,4	11,2	13,9	902	1031
Danimarka	8,2	8,3	17,5	17,9	82,5	82,1	11,2	12,7	1882	2428
Estonya	8,6	6,1	8,6	23,3	91,4	76,7	18,8	12,4	531	556
Finlandiya	7,5	6,6	24,5	24,9	75,5	75,1	9,5	10,2	1415	1667
Fransa	9,6	9,5	23,9	24,0	76,1	76,0	13,2	13,5	1970	2335
Hollanda	8,4	8,1	29,0	32,5	71,0	67,5	10,6	12,1	1787	2255
İngiltere	7,0	7,3	16,1	19,0	83,9	81,0	13,1	14,9	1315	1774
İrlanda	7,3	6,7	27,5	24,2	72,5	75,8	12,8	16,0	1380	1944
İspanya	7,7	7,7	29,1	30,1	70,9	69,9	12,2	13,5	1168	1539
İsveç	8,1	8,4	14,8	22,7	85,2	77,3	10,2	11,3	1622	2097
İtalya	7,4	8,1	27,8	26,3	72,2	73,7	10,0	12,7	1486	2040
Kıbrıs	7,0	7,9	46,6	46,2	55,4	53,8	12,0	11,6	987	1415
Letonya	6,5	5,9	34,6	40,0	65,4	60,0	11,0	9,7	310	398
Litvanya	5,2	6,0	13,7	27,6	86,3	72,4	12,1	13,9	277	420
Lüksemburg	6,4	5,8	7,6	8,1	92,4	91,9	13,0	13,3	2138	2740
Macaristan	8,4	8,1	29,0	32,5	71,0	67,5	10,6	12,1	1787	2255
Malta	8,3	8,8	28,6	31,5	71,4	68,5	13,0	13,2	720	803
Polonya	6,0	6,0	27,1	30,3	72,9	69,7	9,1	10,2	420	578
Portekiz	8,3	8,2	38,3	28,8	61,7	71,2	11,4	13,1	1146	1469
Slovakya	7,0	5,9	17,9	10,4	82,1	89,6	15,8	19,4	596	690
Slovenya	9,1	8,6	21,9	21,1	78,1	78,9	16,4	15,4	1135	1462
Yunanistan	8,9	8,3	45,5	44,5	54,5	55,5	9,5	9,2	1131	1390
TÜRKİYE	3,4	5,0	29,7	28,9	70,3	71,1	10,7	9,0	190	323

Kaynak: The World Health Report 2002

Çizelge 10: AB ÜLKELERİ ve TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI (1998)

	1	2	3	4	5	6
Almanya	91,6	8,3	29,5	52,8	2697	2044
Avusturya	59,6	40,4	25,9	58,8	2097	1506
Belçika	88,0	12,0	7,0	48,0	2110	1502
Çek Cumhuriyeti	90,2	9,8	-	100	392	360
Danimarka	0,0	100,0	8,2	91,8	2737	2241
Estonya	77,2	21,2	-	96,6	217	188
Finlandiya	19,8	80,2	10,5	82,4	1739	1323
Fransa	96,8	3,2	52,7	43,0	2297	1747
Hollanda	94,0	6,0	55,7	25,5	2166	1487
İngiltere	11,8	88,2	20,8	66,8	1628	1357
İrlanda	9,0	91,0	35,7	49,2	1567	1203
İspanya	11,7	88,3	23,6	76,4	1026	788
İsveç	--	100	--	100	2144	1914
İtalya	0,1	99,9	4,7	87,2	1603	1153
Kıbrıs	80,0	20,0	-	96,9	728	276
Letonya	49,0	50,3	-	100	167	103
Litvanya	89,9	10,1	-	90,9	192	140
Lüksemburg	82,7	17,3	21,5	58,0	2574	2276
Macaristan	94,0	6,0	55,7	25,5	2166	1487
Malta	62,4	37,6	-	100	761	507
Polonya	0,0	100	0,0	100	264	173
Portekiz	8,5	91,5	5,3	68,0	859	575
Slovakya	73,4	26,6	-	85,2	251	228
Slovenya	98,6	1,4	49,1	50,9	852	671
Yunanistan	39,0	61,0	5,2	87,8	960	541
TÜRKİYE	43,8	56,2	0,2	99,6	150	108

Kaynak: The World Health Report 2001 (33)

1. Kamu sağlık harcamalarının içinde kamu sigortalarının payı (%)
2. Kamu sağlık harcamalarının içinde vergi gelirlerinin Payı(%)
3. Özel sağlık Harcamaları İçinde Özel Sigortaların Payı (%)
4. Özel sağlık harcamaları içinde cepten ödemelerin payı (%)
5. Kişi başına yıllık toplam sağlık harcaması (ABD\$)
6. Kişi başına yıllık kamu sağlık harcaması (ABD\$)

Çizelge 11: AB Ülkeleri Ve Türkiye'de Yüz Bin Kişiye Düşen Hekim, Diş Hekimi, Eczacı, Hemşire ve Hastane Yatağı Sayıları

	1	2	3	4	5	6
Almanya	358,40	279	76,77	58,27	930,43	910
Avusturya	308,27	324	47,77	55,88	583,12	860

Belçika	423,70	236	68,27	144,78	1075,11	730
Çek Cumhuriyeti	336,86	297	64,81	49,25	919,81	880
Danimarka	283,52	353	85,63	50,14	937,37	450
Estonya	322,36	310	74,13	59,37	632,52	740
Finlandiya	307,28	325	92,62	147,99	2178,73	750
Fransa	328,37	304	68,62	102,18	672,45	820
Hollanda	322,18	310	47,60	18,75	1320,98	1080
İngiltere	163,93	613	39,83	58,21	497,20	410
İrlanda	249,25	401	53,16	77,07	1701,63	970
İspanya	328,80	304	40,98	78,73	372,20	410
İsveç	310,87	322	152,12	67,41	831,10	360
İtalya	567,20	176	57,36	104,88	296,15	490
Letonya	320,35	312	53,86	-	518,11	1030
Litvanya	379,75	263	66,19	59,40	758,12	920
Lüksemburg	248,80	403	64,31	68,48	756,44	-
Macaristan	361,42	277	57,83	48,93	286,20	820
Malta	262,66	377	40,27	182,97	1099,81	-
Polonya	226,43	442	34,30	52,33	526,73	490
Portekiz	317,94	315	37,73	78,06	378,67	400
Slovakya	323,16	309	47,81	41,57	747,68	710
Slovenya	215,25	465	60,42	34,96	693,12	570
Yunanistan	434,07	230	114,36	69,15	256,51	490
TÜRKİYE	127,44	787	21,88	34,30	240,26	260

1-5 için kaynak:The European Health Report 2002

6 için kaynak World Development Report 2004

1. 100.000 kişiye düşen hekim sayısı (2000 sonrası yıllar)
2. Hekim başına düşen kişi sayısı (1'den hesaplama yolu ile elde edilmiştir)
3. 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı (2000 sonrası yıllar)
4. 100.000 kişiye düşen eczacı sayısı(2000 sonrası yıllar)
5. 100.000 kişiye düşen hemşire (nurse) sayısı (2000 sonrası yıllar)
- 6.100.000 kişiye düşen hasta yatağı (1995-2000 yılları arası)

Çizelge 12 : Türkiye ve AB Ülkelerinde Bazı Çevresel Ölçütler

ÜLKELER	1*	2**	3**		4**	5***	6***	7**
			En düşük %20	En yüksek %20				
Almanya	0,930	25250	8,5	36,9	-	100	-	785,5
Avusturya	0,936	26720	5,9	41,3	-	100	100	60,8
Belçika	0,945	25820	8,3	37,3	-	100	-	102,2

Çek Cum	0,874	6740	10,3	35,9	-	-	-	118,8
Danimarka	0,941	33750	8,3	35,8	-	100	-	44,6
Estonya	0,853	4960	6,1	44,0	100	-	93 ^k	16,0
Finlandiya	0,941	27020	9,6	36,7	-	100	100	53,4
Fransa	0,938	24770	7,2	40,2	-	100 ^k	-	362,4
Hollanda	0,943	26310	7,3	40,1	-	100	100	138,9
İngiltere	0,941	28350	6,1	44,0	-	100 ^k	-	567,8
İrlanda	0,946	26960	7,1	43,3	-	100 ^k	-	42,2
İspanya	0,928	16990	7,5	40,3	98	-	-	282,9
İsveç	0,949	28840	9,1	36,6	-	100	100	46,9
İtalya	0,934	21560	6,5	42,0	99	100 ^k	-	428,2
Letonya	0,836	4070	7,6	40,3	100	-	-	6,0
Litvanya	0,852	4490	7,9	40,0	100	-	-	11,9
Macaristan	0,862	6330	7,7	37,5	99	99	95	54,2
Polonya	0,858	5270	7,3	42,5	-	100 ^k	-	301,3
Portekiz	0,904	12130	8,2	38,4	93	-	-	59,8
Slovakya	0,849	4920	8,8	34,8	100	100	100	35,4
Slovenya	0,904	11830	9,1	35,7	100	-	-	14,6
Yunanistan	0,932	13720	7,1	43,6	97	-	-	89,6
TÜRKİYE	0,750	2290	6,1	46,7	-	93	83	221,6

*Kaynak Human Development Report 2005 (24)

**World Development Report 2005 (41)

*** Dünya Çocuklarının Durumu 2005 (15)

1. Human development index (2003)

2. Kişi başına GSMH (Dolar -2003)

3. Grupların ulusal gelirden aldığı pay (eldeki en son veri)

4. 15 yaş üzerinde okuma yazma oranı (2002)

5. Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus oranı (^k yalnızca kentlerin oranı -2002)

6. Yeterli sanitasyon olanaklara sahip olan nüfus oranı (^k yalnızca kentlerin oranı -2002)

Çizelge 13: AB ve TÜRKİYE'DE BAZI SAĞLIK HİZMETLERİ ÖLÇÜTLERİ

	AB ÜLKELERİ		TÜRKİYE
	En düşük	En Yüksek	
*Kişi Başına Sağlık Harcaması (ABD \$)	420	2754	323
*Hükümet Bütçesi İçinde Sağlık Harcaması (%)	9,2	19,4	11,5
**Yatırımlar İçinde Sağlık Yatırımı Payı (%)	-	10 +	3,5
**Yatırımlar İçinde Sosyal Yatırımların Payı (25	45	3,9

%)			
***Temiz içme Suyu Olan Nüfus (%)	73	99	69
***Oda Başına Düşen Kişi Sayısı	-	1>	2,2
****Bir Doktora Düşen Kişi Sayısı	176	613	787
****Bir Sağlık Personeline Düşen Kişi Sayısı	160	990	1010
*****100,000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı	360	1080	260

* The World Health Report 2002

** World Development Report 1993

*** Ana Britannica Karşılaştırmalı Ulusal İstatistikler

***** Tokat M.: Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996

*****World Development Report 2004

Çizelge 15 : AB ve TÜRKİYE'DE BAZI SAĞLIK DÜZEY ÖLÇÜTLERİ

ÜLKELER	DYB		BÖH		BYAÖH		AÖH	
	2003 **	2025** *	1960 *	2003 **	2025** *	1960 *	2003* *	1985- 2001*
Almanya	78,7	80	34	4	5	40	5	8
Avusturya	79,0	80	37	4	4	43	5	-
Belçika	78,9	80	31	4	5	35	5	-
Çek Cum	75,6	77	22	4	5	25	4	9
Danimarka	77,2	78	22	3	5	25	4	10
Estonya	71,3	75	40	8	5	52	9	52
Finlandiya	78,5	80	22	4	4	28	5	6
Fransa	79,5	81	29	4	5	34	5	10
Hollanda	78,4	81	18	5	5	22	5	7
İngiltere	78,4	80	23	5	5	27	6	7

İrlanda	77,7	80	31	6	5	36	6	6
İspanya	79,5	81	46	4	6	57	4	6
İsveç	80,2	82	16	3	3	20	3	5
İtalya	80,1	82	44	4	5	50	4	7
Kıbrıs	78,6	80	30	4	5	36	5	0
Letonya	71,6	74	35	10	9	44	12	45
Litvanya	72,3	75	52	8	6	70	11	18
Lüksemburg	78,5	80	33	5	5	41	5	0
Macaristan	72,7	74	51	7	8	57	8	15
Malta	78,4	80	37	5	5	42	6	-
Polonya	74,3	76	62	6	7	70	7	8
Portekiz	77,2	79	81	4	5	112	5	8
Slovakya	74,0	76	33	7	7	40	8	9
Slovenya	76,4	77	37	4	5	45	4	11
Yunanistan	78,3	81	53	4	6	64	5	1
TÜRKİYE	68,7	75	163	33	16	219	39	130

* Dünya Çocuklarının Durumu 2003

** Human Development Report 2005

***Dünya Sağlık Raporu 1998

BÖH: Bebek Ölüm Hızı (Bin canlı doğumda)

BYAÖH: Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (Bin canlı doğumda)

AÖH: Anne Ölüm Hızı (100000 canlı doğumda), 1985- 2001 yılları arası

DYB: Doğuşta Yaşam Beklentisi (Yıl)

Çizelge 16: AB ve TÜRKİYE'DE DOĞUM VE ÖLÜM HIZLARI

	1 K.D.H (Binde) 2001*	2 K.Ö.H(Bin de) 2001*	3 STANDARDİZE ÖLÜM H. (100000 kişide)	
			1997 **	2025**
Almanya	9	11	481	378
Avusturya	9	10	466	363
Belçika	11	4	457	364
Çek Cumhur.	9	11	656	489
Danimarka	11	11	517	417
Estonya	9	13	782	543
Finlandiya	10	10	484	369
Fransa	12	9	414	342
Hollanda	11	9	437	351
İngiltere	11	11	464	367
İrlanda	15	8	482	368

İspanya	9	10	429	354
İsveç	9	11	414	321
İtalya	9	11	420	329
Kıbrıs	13	7	444	354
Letonya	8	14	825	600
Litvanya	9	11	722	550
Lüksemburg	12	9	489	378
Macaristan	9	14	796	579
Malta	12	8	464	365
Polonya	10	10	702	514
Portekiz	11	11	523	394
Slovakya	10	10	696	506
Slovenya	8	10	606	459
Yunanistan	9	10	428	353
TÜRKİYE	21	6	754	514

* Dünya Çocuklarının Durumu 2003

**Dünya Sağlık Raporu 1998

1. Kaba Doğum Hızı (binde)

2. Kaba Ölüm Hızı (binde)

3. Yaşa ve Cinsiyete Standardize Edilmiş Ölüm Hızı (100000 kişide)