

# Sağlıkta Dönüşüm Programının evrensel kapsayıcılık ve eşitlik iddiaları üzerine bir eleştiri

**Doç. Dr. Bülent Kılıç**



1964 yılında doğdu. 1988 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1988-1991 yılları arasında sağlık ocağı hekimi yaptı. 1992-1996 yılları arasında tıpta uzmanlık eğitimini Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında tamamladı. Halk sağlığı uzmanı olduktan sonra işyeri ve okul hekimi olarak çalıştı. 1998 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi oldu. Halen halk sağlığı yüksek lisans ve doktora öğrencilerine Sağlık Yönetimi, Sağlık Örgütlenmesi, Sağlık Sistemleri, Sağlık Politikası, Sağlık Sosyolojisi ve Toplum Yönelimli Sağlık Hizmetleri Yönetimi derslerini vermektedir.

Haziran 2013 tarihinde İngiltere'nin saygın dergilerinden The Lancet'de Türkiye'de uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) üzerine oldukça ayrıntılı ve iyi hazırlanmış bir makale yayımlandı.<sup>(1)</sup> Yazarları arasında eski Sağlık Bakanı Sayın Recep Akdağ'ın da bulunduğu makalede SDP aracılığıyla son 10 yıl içinde Türkiye'de en başta kapsayıcılık ve eşitlik olmak üzere çok sayıda olumlu gelişmenin gerçekleştiği iddia edilmekte. Makalede yer alan argümanların en önemlileri kısaca şöyle sıralanabilir: Türkiye'de 2003-2013 yılları arasında uygulanmakta olan SDP uygulamalarıyla;

- 1) Evrensel sağlık kapsayıcılığı artmıştır
- 2) Sağlık alanındaki eşitsizlikler azalmıştır
- 3) Sağlığa ayrılan finansman artmıştır
- 4) Sağlık düzeyi göstergeleri daha iyi duruma gelmiştir
- 5) Sağlık örgütlenmesi olumlu anlamda reorganize edilmiştir
- 6) Sağlık alt yapısı ve insan gücü daha iyi hale gelmiştir
- 7) Sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylaşmış ve hasta memnuniyeti artmıştır.

Makale pek çok olumlu şeyi dile getirmesine karşın Sağlık Bakanlığı'nın (SB) ve hükümet politikalarının dezavantajlı yönlerini ve istenmeyen sonuçlarını çok az ele almaktadır. Bu makalede, SDP politikalarının eksik kalan bu yönü tartışılacaktır.

## 1) Evrensel sağlık kapsayıcılığı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), evrensel kapsayıcılığı üç boyutta ele almıştır:<sup>(2,3)</sup>

- a) Sağlık hizmetleri için sigortalı nüfusun çoğunluğu,
- b) Sunulan sağlık hizmetlerinin çeşitliliği,
- c) Sağlık harcamalarının ne kadarının kamu tarafından karşılandığı.

Evrensel kapsayıcılık aslında nüfusun tamamının sigortalı olması, tüm sağlık hizmetlerinin karşılanması ve hizmetlerin tamamının kamu tarafından karşılanması anlamına gelmektedir. Bu bağlamda bakıldığında Türkiye'de sağlık alanında henüz evrensel bir kapsayıcılığın sağlandığının söylenebilmesi veya en azından bunun son 10 yılda uygulanan SDP ile sağlandığının iddia edilmesi çok mümkün gözükmemektedir. Bunun temel nedeni, öncelikle uygulanmakta

olan Genel Sağlık Sigortasının (GSS) içeriğidir. Makalede iddia edildiği gibi GSS bir eşitlik getirmemekte, kendi eliyle eşitsizlik yaratmaktadır.

GSS ile toplanan primler bireylerin gelirlerine orantılı değildir ve yazarların iddia ettiği gibi Türkiye'de yoksulu korumakta çok başarılı bir uygulama olamamıştır. Aylık geliri asgari ücretin üçte biri yani 300 TL civarında olan vatandaşlar her ay prim ödemek zorundadır.<sup>(4)</sup> Bu durumda aylık geliri 300 TL ile asgari ücret arasında olan yoksul kesime çok ciddi bir haksızlık yapılmış olmaktadır. Daha da önemlisi GSS primlerin çoğunu yoksul ve orta kesimden toplarken zenginlere özel uygulamalar getirmiştir ve yoksulu değil zengini korumaktadır. Bunun ilk kanıtı, milletvekillerinin GSS kapsamı dışında bırakılmasıdır. 2012 yılı TBMM sağlık bütçesi verilerine göre milletvekili ve yakınlarının sağlık harcamalarının %90'ını yurt dışında gerçekleştirmiştir. Milletvekilleri ayrıcalıklı bir hizmetten yararlanmak için bilerek GSS kapsamı dışında tutulmuştur. GSS'nin zenginleri korumasının ikinci çarpıcı kanıtı ise prime esas kazancın üst sınırı olarak asgari ücretin 6,5 katının belirlenmesi ve aylık geliri 6500 TL'nin üzerinde olan zenginlerin korunmasıdır. Böylece aylık



geliri milyon veya milyar TL düzeyinde olanlardan alınacak yüksek primler engellenmiştir. Oysa hakkaniyetli bir sistemde gelir arttıkça primin de gelire orantılı olarak artması gerekmektedir. Bu durumda GSS, aylık geliri asgari ücretle asgari ücretin üçte biri arasında olan yaklaşık %10'luk bir kesimi korumazken, geliri çok yüksek olan %1'lik bir kesimi özenle korumaktadır.

Bir diğer sorun, SGK bütçesi yetmediği için verilen hizmetin içeriğinin azaltılmasıdır. GSS'nin hangi sağlık hizmetlerini karşılayacağı her yıl değişik zamanlarda çıkarılan çok sayıda Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) aracılığıyla belirlenmekte ve özellikle bazı ilaç bedelleri giderek GSS teminatı dışında kalmaktadır (Vitaminler, bazı dermatolojik ürünler, tatlandırıcılar vb). Ayrıca kronik hastalık raporu olmayanlar için yazılan reçetelerde 15 TL'ye kadar varan katkı payları alınmaktadır. Gözlük reçeteleri ve 18 yaş üzeri nüfus için diş tedavilerinde ise %50'ye varan katkı payları alınmaktadır. Bu da evrensel kapsayıcılığın finans ve hizmet çeşitliliği ilkeleriyle doğrudan çelişmektedir. Bu nedenle yurtdışı uygulamalarında sigortanın belirlediği temel teminat paketi dışında ek hizmet almak isteyenler "Tamamlayıcı Sigorta" ile özel sağlık sigortası şirketlerinden bu hizmetleri almaya yönlendirilmektedirler. Nitekim Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği de SGK'ya "tamamlayıcı sigorta" için öneri sunacaklarını açıklamıştır.<sup>(5)</sup>

Evresel kapsayıcılık alanında hükümetin en başarılı olduğu alan ise sağlık güvencesi olan nüfusun artışıdır. Son on yıl içinde Türkiye'de sigorta kapsamındaki nüfus %70'lerden %96'ya çıkmıştır. Özellikle yeşil kartlı gruba yönelik harcamalardaki artış ve ayaktan bakılarda da ilaç bedelinin alınmaması uygulaması çok olumlu olmuştur. Ancak Türkiye'de halen yaklaşık 2-3 milyon kişinin sağlık güvencesinin olmadığı ve çok daha fazlasının sigorta primlerinin düzenli yatırılmadığı ve bu kesimin sağlık ve emeklilik alanında ciddi bir sosyal güvenlik sorunu olduğu dikkate alınmalıdır.<sup>(6)</sup>

Toplam sağlık harcamaları içindeki kamu payı ise yazarların öngörüsünün aksine son on yılda %10 değil, OECD Türkiye verilerine göre sadece %3 artmıştır (2002 yılında %70 iken, 2009 yılında %73'e çıkmıştır).<sup>(7)</sup> Bu konuda çelişkili rakamlar olmakla birlikte uluslararası istatistiklerde rakamlar %70 ile %75 arasında değişmektedir ve anlamlı bir artıştan bahsedilmemektedir.

Sonuç olarak evrensel kapsayıcılık sadece sigortalı nüfus artışında bir ilerleme sağlarken hizmet çeşitliliği, sağlık harcamalarında kamu payının artışı gibi alanlarda sınırlı kalmış; SDP öncesine göre Türkiye'de büyük bir değişiklik yaşanmamıştır. Bu nedenle evrensel kapsayıcılığın Türkiye'de tam olarak sağlandığını ya da bunun SDP ile sağlandığını söylemek için henüz çok erkendir.

Türkiye'de sağlık alanında henüz evrensel bir kapsayıcılığın sağlandığının söylenebilmesi veya en azından bunun son 10 yılda uygulanan SDP ile sağlandığının iddia edilmesi çok mümkün gözükmemektedir. Bunun temel nedeni, öncelikle uygulanmakta olan Genel Sağlık Sigortasının (GSS) içeriğidir. Makalede iddia edildiği gibi GSS bir eşitlik getirmemekte, kendi eliyle eşitsizlik yaratmaktadır. GSS, aylık geliri asgari ücretle asgari ücretin üçte biri arasında olan yaklaşık %10'luk bir kesimi korumazken, geliri çok yüksek olan %1'lik bir kesimi özenle korumaktadır.



Türkiye’de son 10 yılda bebek ölümü ve anne ölümü hızları gerçekten azalmıştır ancak bu azalmanın SDP sayesinde mi olduğu yoksa SDP öncesindeki 80 yıllık sistematik çabaların etkisi, genel trend ve son 10 yılla uyumlu olarak gelişen ulaşım, iletişim ve tıbbi teknoloji gelişimi ile mi olduğu çok açık değildir. Nitekim TNSA verileri, bu düşüşün genel trend ile uyumlu olduğunu göstermektedir. Eğer yazarlar aksini iddia ediyorsa ek regresyon analizleri yapmaları gerekmektedir.

## 2) Sağlık alanında eşitsizlikler

Sürekli olarak azaltıldığına yönelik vurgu yapılmasına karşın makalenin en eksik kalan yönlerinden birisi eşitsizlikler alanı olmuştur. Makalede sağlık alanındaki eşitsizlikler daha çok bölgesel sosyoekonomik gelişmişlik indeksi ve bölgesel sağlık düzeyi göstergeleri açısından ele alınmıştır. Oysa Türkiye’de eşitsizlikler sınıfsal alanda ve cinsiyet temelli olarak yoğundur ve giderek artmaktadır. Kaynak gösterilen çalışmalar (çoğunlukla Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-TNSA verileri) coğrafyayı doğrudan bir eşitsizlik nedeni olarak ele almaktadır. Oysa farklı coğrafyada yaşayan zenginler diğer bölgelerdeki zenginler gibi daha az hastalanır ve daha geç ölür. Örneğin Doğu Anadolu Bölgesi’nde yaşayan zengin bir işveren, İzmir’de yaşayan yoksul bir işçiden veya Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde yaşayan bir aşiret reisi İstanbul’da yaşayan bir seyyar satıcıdan daha sağlıklı yaşar.<sup>(6)</sup> Ayrıca makalede Güneydoğu Anadolu Bölgesi’ndeki feodal yaşam, terör, İstanbul’un ve Batı illerinin göç ve işsizlik sorunu yeterince tartışılmamış, tam tersine eşitsizliklerin azaldığı iddia edilmiştir. Bu nedenle eşitsizliği doğuran temel etmenin bölgesel özellikler değil, sınıfsal konum olduğu dikkate alınarak veri analizi yapılmalıdır. Makale bu alanda yetersiz kalmıştır.

Eşitsizliklerle ilgili ikinci ciddi sorun, toplumsal cinsiyete bağlı eşitsizliklerdir. Bu konu Türkiye’nin en önemli sorunu olmasına karşın makalede çok az değinilmiştir. Kadına yönelik şiddetin çok yaygın olması, kadının istihdama katılma oranlarının giderek azalması ve bu sorunlara yönelik olarak SDP dönemi de dahil yıllardır çözüm getirilememesi yeterince tartışılmamıştır. Hükümetin son 10 yıldır bu alanda ciddi bir adım atmaması ve bunun makalede hiç eleştirilmemesi dikkat çekmektedir.

## 3) Sağlık harcamalarındaki artış

SDP döneminde sağlık harcamalarının arttığı, herkesin kabul ettiği bir gerçektir. Sorun, bu artışın ne kadarının gerekli olduğu ve harcanan paranın nereye gittiği sorunudur. Toplam sağlık harcamaları 2003 yılında 24 milyar TL iken 2009 yılında 66 milyar TL’ye çıkarak 2,7 kat artmıştır. Harcamaların artışındaki temel nedenler; daha çok özel sağlık sektörünün giderek gelişmesi, ilaç-teknoloji-tedavi harcamalarındaki aşırı artışlar ve performans dayalı ödemelerdir.<sup>(9,10)</sup> Poliklinik sayısı kişi başına 3’ten 2011 yılında 7,7’ye çıkarak 2,5 kat, toplam hastane müracaatları 2,4 kat, yatan hasta sayısı 1,9 kat ve yapılan ameliyat sayısı ise 2010 yılı rakamlarıyla 4,2 kat artmıştır.<sup>(11)</sup> Bu artışların ne kadarı toplumun gerçek sağlık gereksinimiyle

ilintilidir? Bu konunun yeterince tartışılmadığı görülmektedir. Daha da önemli konu, cepten sağlık harcamaları konusudur. Bu harcamalar 2003-2009 yılları arasında 3 milyar TL'den 11 milyar TL'ye çıkarak 3,7 kat artmış<sup>(9)</sup> ve makalede iddia edilenin aksine azalmamış, toplam sağlık harcamaları içindeki payı %16'dan %26'ya kadar yükselmiştir.<sup>(12)</sup> Bu dönemde SGK'nın özel hastanelere ödediği tutar ise 0,5 milyar TL'den 4,7 milyar TL'ye çıkarak yaklaşık 10 kat artmıştır. Türkiye'de 2009 yılı sağlık harcamalarında toplam harcanan paranın %55'inin özel sektöre (ilaç firmaları ve özel hastaneler) gittiği dikkati çekmektedir.<sup>(6, 9)</sup> Bu durum Türkiye sağlık sektörünün hızla özelleştiğini göstermektedir.

Sağlık harcamalarıyla ilgili SDP döneminin olumlu yanları ise Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe içindeki payının %2,4'ten 2012 yılında %4,1'e çıkarak 1,7 kat artmış olması ve özellikle SB bütçesi içindeki koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan tutarın 2,3 milyar TL'den 2012 yılında 6,6 milyar TL'ye çıkarak yaklaşık 3 kat artmasıdır.<sup>(13)</sup> İkinci olumluluk, katastrofik sağlık harcamalarındaki azalmadır. 2003 yılında %0,75 olan katastrofik sağlık harcaması oranı 2009'da yarı yarıya azalarak %0,48'e düşmüştür ancak katastrofik sağlık harcamaları halen kırsal alanda kentsel alana göre 2,5 kat daha fazladır ve bu alanda da eşitsizlikler vardır.<sup>(14)</sup>

#### 4) Sağlık düzeyi göstergelerinde iyileşme

Türkiye'de son 10 yılda bebek ölümü ve anne ölümü hızları gerçekten azalmıştır ancak bu azalmanın SDP sayesinde mi olduğu yoksa SDP öncesindeki 80 yıllık sistematik çabaların etkisi, genel trend ve son 10 yılla uyumlu olarak gelişen ulaşım, iletişim ve tıbbi teknoloji gelişimi ile mi olduğu çok açık değildir. Nitekim TNSA verileri, bu düşüşün genel trend ile uyumlu olduğunu göstermektedir. Eğer yazarlar aksini iddia ediyorsa ek regresyon analizleri yapmaları gerekmektedir.

Öte yandan Sayın Başbakanın "en az üç çocuk" söylemini<sup>(15)</sup> tüm bilimsel eleştirilere karşın<sup>(16)</sup> son 10 yılda giderek yaygınlaştırması, Sağlık Bakanlığı'nın bu görüşe uygun olarak istemli düşüklere zorlaştıran adımlar atması, aile planlaması çalışmalarının giderek zayıflatılması ve sezaryenle doğumların aynı nedenlerle engellenmeye çalışılması, kadın ve çocuk sağlığı açısından büyük riskler getirmektedir. "Anne Sütü Bankası" uygulaması da dini gerekçelerle kaldırılmış ve bebek ölümlerinin azaltılmasıyla övülen bir dönemin açıklanması zor bir çelişki olmuştur.

Makalede olumlu bir gelişme olarak

en az bir antenatal izlem yapılan gebe oranları verilmiştir ki buradaki yüksek oranlar aslında yanıltıcı olabilir. Bu konuda TNSA'dan elde edilen en az bir izlem oranları yerine ortalama izlem ve izlem niteliğini ölçen yeni araştırmalara gereksinim vardır. Ayrıca SDP döneminde aile hekimlerince en az yapılması gereken gebe izlemi sayısı da 12'den 4'e indirilmiştir. Benzer şekilde bebek izlemleri en az 9 izlemde 6'ya, 5-6 yaş altı çocuk izlemleri en az 8'den 4'e düşürülmüştür. İzlem yönergelerinin değişmesi nedeniyle SDP döneminde bebek, gebe ve çocuk izlemlerinin azalması gerekir. Nitekim bazı araştırmalarda makaledeki iddiaların aksine kadın ve gebe izlemlerinin azaldığı gözlenmektedir.<sup>(17-19)</sup>

SDP döneminin toplumsal düzeyde koruyucu hizmetlerle ilgili en başarılı çalışması ise sigara ile mücadele çalışmalarıdır. Ancak makalede yer alan obezite ile mücadele gibi diğer girişimler henüz başarılı olmaktan uzak girişimlerdir.

#### 5) Sağlık örgütlenmesi reorganizasyonu

Sağlık Bakanlığı'nın 2012 yılından başlayarak merkez ve taşra örgütleri yeniden organize edilmiştir. Yeni kurulan Genel Müdürlükler (GM) ve bağlı kuruluşların görevleri açısından pek çok benzerlikler içermesi nedeniyle örgütlenmede bir kargaşa oluşmuştur. Bazı GM'lüklerin görev alanları birbirleri ile ve bağlı kuruluşlarla benzer çalışma alanlarını içermektedir. Makalede reorganizasyon öncesi ve sonrasında yaşanan bu koordinasyon sorunları ve halen yaşanan yetki karmaşası yeterince ele alınmamıştır.

Ancak Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve İl Halk Sağlığı Müdürlüklerinin kurulması ise oldukça olumlu bir gelişmedir. Temel sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri alanında en önemli kurum olacağı öngörülen Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun, halk sağlığını sadece ismen değil özü itibarıyla da benimsemiş bir yaklaşıma sahip olması umut edilmektedir. Fakat SB'nin bugüne kadar yaptığı uygulamalara ve atamalara bakıldığında, SB içinde çalışmakta olan halk sağlığı uzmanlarının sayısal yetersizliği ve istihdam sorunları gibi ciddi olumsuzluklar dikkati çekmektedir. Ayrıca İl Sağlık Müdürlükleri ile İl Halk Sağlığı Müdürlüklerinin görev ayrımları da halen çok net değildir.<sup>(20)</sup>

Makalede SDP ile getirilen en ciddi örgütlenme değişimi olan aile hekimliği uygulamalarının dezavantajları da yeterince tartışılmamıştır. Her iki dönemde de çalışmış sağlık personeline göre aile hekimliği uygulaması ekip çalışması, topluma yönelik hizmet sunumu, bulaşıcı

Genel olarak bakıldığında memnuniyet araştırmalarıyla ilgili çeşitli eleştiriler getirilmekle birlikte hasta memnuniyetinin Türkiye'de arttığı bir gerçektir. Ancak sağlık personelinin iş yükünün artması, acil servisler başta olmak üzere sağlık personeline yönelik şiddeti de artırmıştır. Sağlık personeline tükenmişlik ve depresyon artmakta, iş doyumu giderek azalmaktadır. Katkı paylarının ve cepten yapılan harcamaların giderek artması, son yıllarda hasta memnuniyetini tersine giden bir sürece döndürmüştür.

hastalık fiyasyon çalışmaları, ev gezileri, çevre sağlığı çalışmaları ve aile planlaması çalışmaları açısından yetersizdir. Kırsal alanda yaşayan halka göre ise kırsal alandaki aile hekimliği uygulamaları (laboratuvar, gezi, ulaşım vb.) eskiye göre daha da kötüye gitmiştir.<sup>(17)</sup> Çağdaş sağlık hizmetleri ile geleneksel hizmetleri birbirinden ayıran en önemli özelliklerden biri, çağdaş sağlık hizmetlerinin ekip anlayışı içinde sunulmasıdır. Oysa aile hekimliğinde geleneksel hizmet anlayışında olduğu gibi hizmet daha çok hekim üzerinden yürütülmektedir. Aile hekimliğinin şu anki uygulaması; tüm bu dezavantajlara karşın aile hekimlerinin ücretlerini artırması, döner sermayeyi birinci basamaktan kaldırması ve tam gün çalışma getirmesi açısından bazı kazanımlar da taşımaktadır.

SDP uygulamalarıyla kişiye yönelik koruyucu hizmetlerle topluma yönelik koruyucu hizmetler ayrılmış ve toplumsal düzeydeki uygulamalar için Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) kurulmuştur. Ancak doğaldır ki bireysel ve toplumsal düzeydeki hizmetler iç içedir. Dolayısıyla TSM'lerle aile hekimlerinin yakın bir işbirliği ve koordinasyon içinde çalışması gerekir. TSM'ler birinci basamağın denetlendiği, yönlendirildiği ek olarak toplumsal düzeyde (aşı, eğitim,



SB çalışanlarının politikalarını anlatmak ve sonuçlarını sunmak amacıyla makaleler yazmaları çok olumlu bir çabadır ve kesinlikle desteklenmesi gerekir. Yazarların 2 yıl kadar önce BMJ'de yayımlanan benzer bir makaleden daha doyurucu bir makale kaleme aldıklarını ve daha dikkatli bir dil kullandıklarını rahatlıkla söyleyebiliriz. Ancak yazarların büyük çoğunluğunun SB çalışanı olması nedeniyle bilimsel kuşkuculuk yerine iktidarın son 10 yıllık uygulamalarını savunma kaygıları ön plana çıkmış gibi gözükmektedir.

denetim, işçi sağlığı, çevre sağlığı vb.) planlamaların yapıldığı yerlerdir. Ancak bu konuda ciddi uygulama sorunları vardır. Bu durum il ve ilçelerde toplumsal düzeyde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve planlamasını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yeni durum makalede hiç ele alınmamıştır.

Ayrıca yeni organizasyonla SB'nin hizmet sorumluluğunun bazı alanlarda azaldığı, özellikle yataklı tedavi hizmetlerinden Kamu Hastane Birlikleri aracılığıyla kademeli olarak geri çekilmeyi planladığı (desantralize ettiği) görülmektedir. İlk aşamada 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinin Kamu Hastane Birliklerine devredilmesi, sonraki aşamalarda ise 1. basamak sağlık hizmetlerinin de Bakanlıkla sözleşme yapmış aile hekimlerine devredileceği anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi anlamını taşıyan ve sonuçları açısından pek çok olumsuzluk içerebilecek bu köklü değişimin makalede yeterince irdelenmediği görülmektedir.

#### 6) Sağlık alt yapısı ve insan gücü

Sağlık alt yapısının giderek iyileştiği, online bilgi işlem sistemlerinin (halen

yaşanan tüm teknik sorunlara karşın) yaygınlaştığı, bilgisayar, internet ve telefon olanaklarının ilerlediği bir gerçektir. Ancak tüm dünyada yaşanan bilgi ve iletişim teknolojilerinin ilerlemesi ve Türkiye'ye olan yansımaları sadece SDP uygulamalarının olumlu sonuçlarına bağlanamaz.

Sağlık personelinin giderek arttığı bir gerçek olmakla birlikte Türkiye'de halen sağlık insan gücünde üç önemli sorun vardır. Birincisi aşırı kontenjan artışına bağlı olarak başta tıp eğitimi olmak üzere mezuniyet öncesi eğitimin niteliğinin düşmesi sorunudur.<sup>(21, 22)</sup> Sağlık insan gücü açısından en önemli nokta insan gücünün niteliğidir. Hızla açılan tıp fakülteleri ile yeterli teknik ve fizik donanım olmadan, yeterli akademik kadrolar oluşturulmadan başlatılan tıp eğitimleri, sorunları çözmek yerine artırır. Hızlı ve alelacele üretim tıp eğitiminde kabul edilemez.<sup>(23)</sup>

Sağlık insan gücü alanındaki ikinci temel sorun, meslek gruplarındaki dengesiz dağılımdır. Sağlık insan gücü hekim dağılımı açısından değerlendirildiğinde, pratisyen hekimlerin uzman hekimlerden daha fazla olması gerekir. Oysa sistemde en zor yetiştirilen uzman hekim sayısı

pratisyen hekimlere göre aşırı artırılmış, en kolay yetiştirilebilen ve en çok olması gereken ebe insan gücü ise çok daha alt düzeyde kalmıştır. Türkiye'de öncelikle bu çarpıklığın düzeltilmesi gerekmektedir. Finlandiya, İrlanda ve Norveç'te bir hekime düşen hemşire sayısının 7 dolayında olduğu, birçok Avrupa ülkesinde bu oranının 4 civarında değiştiği görülmektedir. Türkiye'de bir hekime düşen ebe-hemşire sayısı ise 2002 yılında 1,3 iken 2009 yılında 1,4 ve 2011 yılında ise 1,2 olmuştur. Öncelikle eğitimi daha kolay ve daha hızlı olan hemşire-ebe sayısının artırılması ve hekim başına düşen hemşire sayısının 3 civarına yükseltilmesi gerekmektedir.<sup>(24)</sup> Bu verilerle Türkiye ebe ve hemşire sayısı açısından AB ülkeleri arasında sonuncudur.

Sağlık insan gücü alanındaki üçüncü temel sorun, hizmet öncesi ve hizmet içi eğitimlerin yetersiz olmasıdır. Bu sorun, yıllardır çözülemeyen sorunlardan biridir. Tıp fakültelerine bağlı eğitim ve araştırma bölgelerinin (EAB) kapatılması, bu sorunun en önemli nedenidir (25). 1964-2004 yılları arasındaki 40 yıllık süre içinde Türkiye'de toplam 18 EAB açılmıştır. SDP döneminde ise ülkemizde 3 EAB kalmış, bunlar da giderek işlev-

sizleşmiştir. Özellikle son 10 yılda Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği politikalarda bu alanda üniversitelerle yakın ve samimi bir işbirliği görülememiştir. Ayrıca bu iktidar öncesindeki dönemler de (1980 sonrası ANAP ve 1990 sonrası koalisyon hükümetleri) EAB'ler konusunda olumsuz rol oynamıştır. Oysa mezuniyet öncesi ve sonrası dönemlerde pratisyen hekimler başta olmak üzere sağlık hizmetleri için insan gücü yetiştiren hemen tüm okulların meslek eğitimine ve halk sağlığı uzmanlarının yetiştirilmesine önemli katkılarda bulunmuş olan EAB'lerin acilen aktif hale getirilmeleri ve sayılarının artırılması gerekmektedir.

## 7) Hasta memnuniyeti

Genel olarak bakıldığında memnuniyet araştırmalarıyla ilgili çeşitli eleştiriler getirilmekle birlikte hasta memnuniyetinin Türkiye'de arttığı bir gerçektir. Bunun nedeni hastaların istediği sağlık kurumuna başvurabilmesi, SSK'lı hastaların tüm kurumlara başvurabilmeleri, yeşil kartla ilgili getirilen düzenlemeler, birinci basamakta aynı hekim tarafından izlenme, bekleme sürelerinin azalması, sevk zorunluluğunun olmaması ve istediği hekimi seçebilme gibi nedenlerdir. Bu nedenle hem aile hekimlerinin kullanılmaları hem de toplam sağlık başvuruları SDP döneminde artmıştır. Sevk zincirinin çalıştırılmaması da hasta memnuniyetini artırmıştır ancak bu uygulama çok daha önemli başka sorunlar getirmiştir. Aynı hastalık için birden çok kuruma başvurmanın getirdiği mali yük ve sağlık personelinin iş yükünün artması, dolayısıyla hastalara ayırdıkları zamanın azalması; özellikle acil servisler başta olmak üzere sağlık personeline yönelik şiddeti de artırmıştır. Bu konu acilen çözüm beklemektedir. Sağlık personelinde tükenmişlik ve depresyon artmakta, iş doyumu giderek azalmaktadır.<sup>(26, 27)</sup> Katkı paylarının ve cepten yapılan harcamaların giderek artması, son yıllarda hasta memnuniyetini tersine giden bir sürece döndürmüştür.

## Sonuç

Sağlık politikası; bir sağlık sistemindeki temel bileşenleri (sağlık yönetimi, sağlık örgütlenmesi, sağlık finansmanı ve sağlık insan gücü) etkileyen çeşitli seçenekler içinden uygulanabilecek en uygun yöntemin bilerek seçilmesi veya seçilmemesidir.<sup>(28)</sup> SB yetkilileri SDP döneminde bu kararı bilerek ve isteyerek sosyalleştirme uygulamalarının geliştirilmesi yerine sağlık hizmetlerinde özelleştirme yönünde vermiştir.<sup>(29, 30)</sup> Makale, bu stratejik yaklaşımı biraz tanımlamış ancak çok fazla tartışmamıştır. SB çalışanlarının politikalarını anlatmak ve sonuçlarını sunmak amacıyla makaleler yazmaları çok olumlu bir çabadır ve kesinlikle

desteklenmesi gerekir. Yazarların 2 yıl kadar önce BMJ'de yayımlanan benzer bir makaleden<sup>(29)</sup> daha doyurucu bir makale kaleme aldıklarını ve daha dikkatli bir dil kullandıklarını rahatlıkla söyleyebiliriz. Ancak yazarların büyük çoğunluğunun SB çalışanı olması nedeniyle bilimsel kuşkuculuk yerine iktidarın son 10 yıllık uygulamalarını savunma kaygıları ön plana çıkmış gibi gözükmektedir.

## Kaynaklar

1) Atun R, Aydın S, Chakraborty S et al. *Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity*. *The Lancet*, v.382, issue:9886, pp:65-99, published online June 27, 2013.

2) WHO. "The World Health Report 2008, Now More Than Ever" ISBN:978-92-4-156373-4, Geneva, Switzerland, 2008.

3) Kılıç B. "Alma-Ata'dan 30 yıl Sonra Gelinek Nokta: Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı Değişti" VI. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Kitabı, Sayfa: 2-7, İzmir, 2009. [http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_booklibrary/ebooks/6\\_temel\\_saglikhizmetleribulusmasi2009.pdf](http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/6_temel_saglikhizmetleribulusmasi2009.pdf) (Erişim tarihi: 30.08.2013).

4) SGK (2012) [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk\\_istatistik\\_yilliklari](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari) (Erişim tarihi: 30.08.2013).

5) Akça OB (2012) Sigortaya Sağlık Desteği. *Cumhuriyet Gazetesi Ekonomi sayfası*, 24 Ocak 2012.

6) Sönmez M (2011) *Paran Kadar Sağlık*. Yordam Kitap, İstanbul, s:40, 42, 44, 46, 60.

7) OECD, IBRD (2008) *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye*. ISBN:978-975-590-282-1, OECD publishing.

8) Şimşek H, Kılıç B. "Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Temel Kavramlar"; *Turkish Journal of Public Health*, 2012;10(2):116-127, (2012)

9) Kılıç B. (2012) *Türkiye'de Sağlık Finansmanı*. HASUDER Türkiye Sağlık Raporu, s:14-22, Ankara, 2012. ISBN:978-975-97836-2-4 [http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_booklibrary/ebooks/Turkiye\\_Saglik\\_Raporu\\_2012.pdf](http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/Turkiye_Saglik_Raporu_2012.pdf) (Erişim tarihi: 30.08.2013).

10) *Performansa Dayalı Ödeme Uygulaması Raporu*: <http://hasuder.org.tr/anasayfa/index.php/gruplar/politika/390-performansdegerlendirme> (Erişim tarihi: 30.08.2013).

11) Sağlık Bakanlığı (2011) *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010*. SB Yayın No: 832, Ankara

12) Yardım M, Çilingiroğlu N, Yardım N. (2013). *Financial protection in health in Turkey: the effects of the Health Transformation Programme*. *Health Policy and Planning* doi:10.1093/heapol/czt002.

13) Akdağ R (2011) *Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı Bütçe Sunumu*, s:93-97

14) Yardım M, Çilingiroğlu N, Yardım N. (2009). *Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey*. *Health Policy*, 2010 Jan;94(1):26-33. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.08.006. Epub 2009 Sep 6.

15) *Islamization Watch*. 28 April, 2008. <http://islamizationwatch.blogspot.com/2008/04/pmerdogans-call-for-minimum-three.html> (Erişim tarihi: 30.08.2013).

16) HASUDER (2013) *Nüfus Politikaları, Aile Planlaması ve Düşükler*: <http://hasuder.org.tr/anasayfa/jupgrade/index.php/gruplar/uremesagligi/646-nufuspolitikasiuremesagligiap> (Erişim tarihi: 30.08.2013).

17) Çevik C. *Manisa İline Ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri: Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması (2003-2012)*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, 29.07.2013, İzmir.

18) Durduran Y, Bodur S, Çakıl E. ve Ark. *Konya İl Merkezinde Sağlıkta Dönüşüm Öncesi ve Sonrası Gebe ve Bebek İzlemleri*. *Dicle Tıp Dergisi*. 2012; 39: 227-233

19) Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Aksu Tanık F. (2011) *İzmir'de İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Gebelerin Aile Hekimi Tarafından İzlenme Sıklıkları ve Bunu Etkileyen Etmenler*. *Türkiye Halk Sağlığı dergisi*, 2011;9(1):1-14.

20) HASUDER (2011) 663 Sayılı KHK Hakkında Rapor. <http://hasuder.org.tr/anasayfa/jupgrade/index.php/guncel/48-guncel/470-hasuder-q663-sayl-khkq-raporu> (Erişim tarihi: 30.08.2013).

21) TTB (2008) *Türkiye'de Tıp Fakülteleri Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Nitel Değerlendirme Raporu 2008*. Ankara. [http://www.ttb.org.tr/kutuphane/mote\\_nitel.pdf](http://www.ttb.org.tr/kutuphane/mote_nitel.pdf) (Erişim Tarihi: 30 Ağustos 2013)

22) Kılıç B, Sayek İ. (Editörler); *TTB Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu-2000 Türk Tabipleri Birliği Yayını*, Ankara, 2000.

23) Kılıç B. *Türkiye İçin Sağlık İnsan Gücü Planlaması ve İstihdam Politikaları*; *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6):501-514 (2007).

24) Kılıç B (2013) *Sağlık İnsan Gücü. Küçük Grup Çalışması Eğitici Notu, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Mayıs 2013, İzmir*.

25) Kılıç B, Aksakoğlu G. "Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgeleri (1964-2005)" *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3):7-14 (2006).

26) Gökçen C, Zengin S, Oktay MM, Alpak G, Al B, Yıldırım C. [Burnout, job satisfaction and depression in the healthcare personnel who work in the emergency department]. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2013; 14(2): 122-128. Turkish. doi:10.5455/apd.36379

27) Karadağ M, Akman N, Demir C. (2013) *Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetmelik ve Örgütsel Sorunlar*. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013;16:1. <http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/HYD/article/view/7860/7428> (Erişim tarihi: 30.08.2013).

28) Kılıç B. (2009) *Sağlık Politikalarının Oluşturulmasında Kullanılan Yöntemler*. *Medchamps Projesi Tanıtım Toplantısı Kitabı: Kalp damar Hastalıklarını Önleyici Sağlık Politikalarının Geliştirilmesinde Modelleme*, s: 5-13, 11.11.2009, İzmir.

29) Baris E et al. "Healthcare in Turkey: From Laggard to Leader" *BMJ*, March 12, 2011(342):579-582.

30) Kılıç B (2011) *Healthcare in Turkey: From Socialization to Privatization*. *Rapid Response: BMJ*, 4 April 2011. <http://www.bmj.com/content/342/bmj.c7456?tab=responses> (Erişim tarihi: 30.08.2013).