



2010 ÖNCESİNDEKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN LİTERATÜR AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ¹

Murat KORKMAZ¹ Şule Yüksel YİĞİTER² Selami GÜNEY³ Nesrin CEYLAN⁴

¹Güven Grup Finans Yönetmeni

²⁻³Erzincan Üniversitesi İ.İ.B.F. İşletme Bölümü Muhasebe Finansman A.D.

⁴Kavram Meslek Yük.Okulu Muhasebe Finansman Bölümü

Özet: 2010Yılı öncesindeki sağlık sistemi içerisinde öncelikli olarak emeklilik sisteminin incelenmesi gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Son on yıl içerisinde sağlık sisteminde gerçekleştirilen reform ve sektörel iyileştirmeler, sağlık sisteminde yaşanan sorunların ne denli önemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların “Özel-Kamu” sektörü açısından da ele alınması gerekliliği üzerinde önemle durulması gerekmektedir. Literatür araştırması yapılarak hazırlanan bu çalışmada, öncelikli olarak emeklilik sistemi, son on yıl içerisinde yapılan sağlık reformu ve sektörel iyileştirmeler ile sağlık sektörü içerisinde yer alan özel ve kamu sağlık işletmeleri incelenmiştir. Ayrıca ilaç sektörü ve kamunun bu konuda yaptığı çalışmalarda değerlendirilmiştir. Elde edilen bilgiler doğrultusunda sağlık sektörünün dün ve bugün hakkında bir değerlendirme yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler : Sağlık Sistemi, Hastane, Kamu, Literatür, Emeklilik, Sektör, Sorun

EVALUATION OF HEALTH SYSTEM BEFORE 2010 INTERMS OF LITERATURE

Abstract: The necessity to examine the retirement system primarily within the health system before 2010 has come into prominence. Reforms and sectoral amendments realized in health system in the last ten years show how important the problems experienced in health system are. Besides, it should be especially emphasized that institutions and agencies giving health service should be dealt in terms of “Private-Public” sector. In this study prepared after being made a literature research, firstly retirement system, health reform and sectoral amendments within the last ten years, and private and public health institutions in the health sector have been analyzed. Also, studies made by pharmaceutical industry and public have been evaluated. In line with the information obtained, an evaluation regarding the past and present status of health sector has been made.

Key Words: Health System, Hospital, Public, Literature, Retirement, Sector, Problem

1 Bu makale 6 nci Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi 13-15 Eylül 2012 Tarihinde Isparta Üniversitesinde Poster Olarak Sunulmuştur.

GİRİŞ

Devlet sağlıklı ve sağlıklı bireylerin toplum içerisindeki devamlılığını sağlamakla yükümlüdür. Bu nedenle, halk sağlığı için sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde devletin rolü ve konumu oldukça önemlidir. Devlet, günümüz koşullarında sağlık koşullarının iyileştirilmesi, ortaya çıkacak ya da çıkmış bulunan sorunların iyileştirilmesinde toplum ve sağlık örgütleri ile iç içe olmak zorundadır. Gelişmiş dünya toplumlarına bakıldığında devletin sağlık işleyişindeki rolünün ve konumun önemi daha fazla görülmektedir. Geri kalmış dünya ülkelerinde ve toplumlarında en fazla yaşanan sorunlara bakıldığında başta sağlık ve ikinci sırada ekonomik sorunların geldiği görülür. Küreselleşme sonucunda ortaya çıkan sorunlar sağlık ve ekonomik sorunların daha ciddi noktalara gelmesindeki katkısı yok sayılamaz niteliktedir. Bu konuda yapılan araştırma ve çalışmalara baktığımızda ise; (Yıldırım, 2010: 223-245).

Köse; (2003) Küreselleşmeye paralel olarak dünya demokrasinin önemle üzerinde durduğu insan hakları, özgürlük, çevrenin korunması ve toplumların refahı için izlediği yol giderek önem kazanmaktadır (Köse, 2003).

Toplumların refahı, insan hakları, özgürlük ve çevrenin korunmasına ilişkin yapılan günümüz çalışmaları giderek önemini daha üst sıralara çıkarmıştır. Bunun en önemli göstergesi ise; birey ve toplumların yaşam sürelerinin yükselmesi ve ortalama insan ömrünün daha üst sınırlara taşınmasıdır.

Sunulan bu hizmetlerin kalitesi, nitelikli personel, kullanılan teknoloji, ekonomik yeterlilik ve en önemlisi hızlı iletişim insan ömrünün uzaması

ve yaşam sürecinin ortalamasını yükseltmektedir. Ayrıca gelişmiş, gelişmekte olan dünya toplumlarında ve ülkelerinde toplum refahına yönelik olarak gerçekleştirilen siyasal reformlar, sosyo-ekonomik politikalar, ekonomik refah düzeyinin artırılması da bir başka önemli kriterdir (Yıldırım, 1993: 12).

Alınmak istenen sağlık hizmetleri ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi bu kavramlar çerçevesinde önemli bir noktayı oluşturmaktadır. Ekonomik yeterlilik ve sunulan hizmet kalitesinin yeterlilik düzeyi teknolojik yeterlilik düzeyi ile paralel doğrultudadır. Ekonomik yeterlilik sağlayamamış dünya ülkeleri ve geri kalmış toplumlarda sağlık sorunlarının boyutu ciddi noktadır. Bugün hala günümüz koşullarında istenilen sağlık hizmet kalitesini yakalayamamış dünya toplumları ve ülkeleri bulunmaktadır. Bunun en önemli nedenleri arasında sağlık reformlarındaki yetersizlik, sosyo-ekonomik politikaların uygulanamaması, çevre sağlığına gösterilen önemin yetersiz kalması gibi faktörlerdir (Gencay, 1995: 99).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve kullanılan teknolojinin ülke ekonomisi üzerinde oluşturduğu maliyet oldukça yüksektir. Bu oluşan maliyetlerin giderilmesi için devlet önemli miktarda bir bütçe ayırmak zorundadır. Ülkenin nüfus oranına göre ve gelişmişlik düzeyi paralel alınmak suretiyle ayrılan bütçe ülkeden ülkeye değişiklik gösterir. Türkiye ve bazı dünya ülkelerinin sağlık bütçelerine baktığımızda oranların genel bütçenin % si şeklinde ayrıldığını görebiliriz. Türkiye gibi bazı dünya ülkelerinin genel bütçeden sağlık bakanlığına ayrılan bütçenin “Dünya Sağlık Örgütünün” belirlediği şekilde olur ise bu oranın genel bütçeden sağlık bakanlığı bütçesine



ayrılan oranın %15 i olması ön görülmektedir (Kısakürek, 2010).

Yapılan bazı çalışmalara baktığımızda, “Türkiye’nin sağlık bakanlığına ayırdığı son on yıl içindeki bütçe oranının %3 olduğu görülmektedir. Genel olarak geçmiş dönem ve cumhuriyet tarihinden bu güne kadarki ayrılan bütçe oranları %5 i hiçbir zaman geçmemiştir.” Yine cumhuriyet tarihinin en düşük sağlık bütçesi 2000 yılında ayrılan %2,3 lük orandır. Bu oran ve dünya sağlık örgütünün ön gördüğü genel bütçedeki ayrılması gereken oranın %15 olması koşuluna baktığımızda Türkiye ve gelişmekte olan bazı dünya ülkelerinin sağlık bütçesindeki dengesizlik ortaya çıkmaktadır. Türkiye 2002 yılı itibariyle sağlık bakanlığına genel bütçeden ayırdığı %2,6 lık dilimle sağlık harcamalarına verdiği önemi daha da ön plana çıkarmaktadır. Bu durum sağlık sistemindeki oluşun eksikliklerin ve en önemlisi toplumsal hizmet kalitesinin yetersizliğini ortaya koymaktadır (Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Yayını).

Sağlık bütçesinde oluşan açığın kapatılması yönünde yapılan çalışmalara baktığımızda ise, bu açığın döner sermaye yoluyla giderildiğini görmekteyiz. Bu durum hem toplumsal açıdan hem de kurumsal açıdan önemli bir sorunun göstergesi olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Yetersiz hizmet, talep edilen hizmet ve hizmet kalitesinin sağlanamaması ortaya çıkan sağlık hizmetlerinin kalitesini oldukça etkileyerek düşürmektedir.

Bazı dünya ülkelerine baktığımızda ise, gelişmekte olan dünya ülkelerinin de durumu Türkiye’den farklı olmadığını göstermektedir. Aşağıdaki (Tablo 1) de bu durum daha net olarak görülmektedir. Yine dünya sağlık örgütünün Türkiye açısından ön gördüğü bütçe oranının %15 inin sağlık harcamaları

ve istihdamına yönelik ayrılması koşulunun yerine getirilmemesi Türkiye’nin içler acısı durumunu ön plana çıkarmaktadır. Türkiye diğer gelişmiş dünya ülkeleri ve batı ülkelerinin yanında son derece olumsuz bir konumda bulunmaktadır. Bu durum toplumsal açıdan da hiç göz ardı edilemeyecek şekildedir. Avrupa birliği ülkelerine baktığımızda ise ayrılan sağlık bütçelerinin bizden oldukça yukarıda olduğu gerçeğidir.

Batı toplumu ve AB üyesi ülkelerde sağlık harcamalarına ve sağlık bakanlığına ayrılan genel bütçe oranlarına baktığımızda “Yunanistan da %7, Almanya’da %17, Avusturya’da %14, Çek Cumhuriyeti’nde %18, Fransa’da %16, Hollanda’da %15, İspanya’da %6, Portekiz’de %9, Romanya’da ise %7” şeklindedir. Yine bazı dünya ülkelerinde özellikle siyasal, sosyal ve ekonomik yapılanma sürecinde olan toplumların durumu Türkiye’den daha iyi şeklindedir (Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi).

Türkiye ekonomisi açısından ayrılan sağlık harcamalarına ayrılan bütçesinin %3 seviyesinde olmasının en önemli nedenleri arasında 1998 yılı genel bütçesinin %40 lık oranının faiz ödemelerine ayrılması, 1999 yılında ise bu oranın %45 seviyelerine çıkması en önemli olumsuzlukların başında gelmektedir. Yine sağlık sektöründeki oluşan istihdam açığının bütçe yetersizliği nedeniyle giderilememesi, birçok eğitim ve araştırma hastanesinin tam kapasite çalışmaması oluşan sağlık sorunlarının ortaya çıkmasındaki nedenlerin başında gelmektedir. Halen günümüzde birçok il ve ilçede yetersiz sağlık hizmetleri nedeniyle bebek ölüm oranının yüksek seyrettiği gerçeği bilinmektedir. Bu oran özellikle bebek ölüm hi-

zının 1000/50 şeklinde olması durumun ne kadar içler acısı olduğunu göstermektedir.

Bir diğer önemli husus ise, birçok rahatsızlık ve hastalığın tedavisinde kullanılan teknolojinin eksik kalması, ilaç ve tıbbi malzeme eksikliğinin giderilememesi nedeniyle ortaya çıkan sorun-

lardır. Bu sorunlara bakıldığında ilk sırada ilaç fiyatlarının gelişmiş dünya ülkelerine göre daha yüksek olması, istenilen ve talep edilen sağlık materyallerinin halen sağlanamıyor olmasıdır. Bugün Türkiye’de ilaç ve medikal ürünlerde halen dışa bağımlılık durumunun devam etmesi ülke açısından sosyal bir yara şeklindedir.

Tablo 1. Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı İlgili Göstergeler

Ülke	Sağ.Bak.Bütçe % 1990-1999	Top.Sağ.Harc. GSMH % 1990-1997	Kişi Başına Sağlık Harc. (\$ 1990-1997)
Almanya	17	10.4	2677
Avusturya	14	7.9	2012
Avusturalya	15	8.5	1798
ABD	21	14.1	4093
Fransa	16	9.8	2349
Hollanda	15	8.5	1978
İngiltere	15	6.7	1454
İtalya	11	7.6	1515
Kanada	5	9.2	1829
Norveç	5	7.5	2622
Portekiz	9	5.1	865
Yunanistan	7	7.1	803
Türkiye	2	3.8	113

Kaynak: UNICEF, Dünya Çocuklarının Durumu 2001, 2001 Ankara Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yılı 2000-2001 Ankara.

“Kamusal yönetim, toplum sağlığını ve sağlıklı bireylerin devamlılığını sağlamak zorundadır.” (Altay, 2007: 34). Halk sağlığının sağlanması ve bu devamlılığın sağlıklı şekilde yürütülmesi için toplumum da bilinçli hale getirilmesi gerekir. Öncelikle sağlıksız ortamın oluşması engellenmeli ve sağlık sorunlarına ilişkin düzenlemeler gerçek-

leştirilmelidir. Özellikle sağlığı bozan faktörler ortadan kaldırılmalı ve birinci basamak sağlık hizmetlerine hız verilmelidir. Koruyucu sağlık önlemleri alınmalıdır. Bunlar kamu yönetiminin başlıca görevleri arasında yer almalıdır. Bulaşıcı hastalık, anne çocuk sağlığı, koruyucu hekimlik ve çevre sağlığı çalışmalarına hız verilmeli ve



hayata geçirilmelidir. Günümüzde aile hekimliği kavramının kabul edilmesi ve bu çalışmaların hayata geçirilmesi toplumsal beklentinin ve oluşabilecek sorunların önlenmesindeki önemli bir çalışmadır.

Son yıllarda gerçekleştirilen aile hekimliği kavramının hayata geçirilmesi sağlık reformlarının giderek iyileştirildiğini göstermektedir. Özellikle günümüzde sağlık ocaklarının daha aktif hale getirilmiş olması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin kullanılması sevindirici bir çalışmadır.

Dünya ülkelerine bakıldığında her ülkenin kendine özgü sağlık sorunları olduğunu gösterir. Bunun en önemli göstergeleri arasında sunulan hizmet, olanaklar, kaynak kullanımı, teknoloji, sağlık materyalleri ve sağlık uygulamaları şeklindedir. Yapılan bu çalışmaların hayata geçirilmesi ve uygulanması konusunda dünya sağlık örgütünün yaptırım gücünün olmamasına rağmen sağlık uygulamalarındaki önemi dikkat çekmektedir. Bu yönde yapılan bazı çalışmalarda sağlık alanında faaliyet gösteren bilim adamlarının sağlık sistemlerini sınıflandırdığı göze çarpmaktadır (Görgün, 2009: 22). Bu sınıflandırmalar aşağıda gösterilmiştir. Ulusal sağlık sistemi konusunda oldukça hassas davranan dünya ülkelerine bakıldığında ise bazı ülkelerin özellikle bazı konularda hassas davrandığı gerçeğini görmekteyiz. Bunlar ise;

- Ulusal Sağlık Sisteminde: İngiltere, Finlandiya, İsveç, Danimarka ve İrlanda
- Liberal Sağlık Sisteminde: ABD, İsviçre ve Japonya
- Bismarkein Sağlık Sisteminde: Almanya, Hollanda, Avusturya ve Fransa

- Karma Sağlık Sisteminde: İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan

Yukarıda bahsettiğimiz sağlık sınıflandırmaları ve uygulamaları; özellikle ulusal sağlık sisteminde yapılan uygulamaların ekonomik ve gelişmişlik düzeyi daha yüksek batı ülkelerinde gerçekleştirildiğini göstermektedir. Teknolojik ve liberal sağlık sisteminde ise teknolojik alt yapıda üstün olan dünya ülkeleri yer almaktadır. Meksika ve Kore gibi ülkelerde ise daha çok finansman modeline bağlı sınıflandırmanın ön planda olduğu görülmektedir. Ekonomik üstünlüğe sahip bazı dünya ülkelerinde ise özel sağlık sigorta sisteminin geliştiği ve kamu sigortası zorunluluğunun ön planda olduğu göze çarpmaktadır (Balcıoğlu ve ark., 2006: 5-6). Bazı dünya ülkelerinin uyguladığı sağlık sistemlerine baktığımızda ise; gelişmiş ve ekonomik güce sahip dünya ülkelerinin daha sistemli ve programlı sağlık hizmetleri sunduğu görülür.

Toplumsal sağlık ve sağlıklı bireylerin devamlılığının sağlanması için devletin halk sağlığını koruması için sağlık hizmetlerini sunması gerekir (Altay, 2007: 34).

Korucuyu sağlık hizmetlerinin ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ile sürdürülmesi sağlık sisteminin en önemli kriterleri arasında yer almaktadır (Derindağ ve ark., 2011: 53).

Sağlık hizmetlerinin sunulması ve bunun yayında sunulan hizmetlerin finansal ihtiyaçlarının karşılanmasında izlenen yolun belirlenmesi, toplum bireylerinin bu yönde refahının sağlanması devlet tarafından karşılanmalıdır (Derindağ ve ark., 2011: 53).

Yukarıda belirtildiği gibi sağlık hizmetlerinin sağlanmasında devlet üzerine düşen görev ve sorumluluk oldukça önemlidir. Koruyucu hekimlik ve sağlık politikaları birçok dünya ülkesinde olduğu gibi Türkiye açısından da önem arz etmektedir. Günümüzde çevre sağlığı kapsamında yürütülen birçok etkinlik bulunmaktadır. Bunlar arasında iş güvenliği ve sağlığı, hayvan sağlığı, içme suyunun sağlanması, koruyucu hekimlik, aşı, anne bebek sağlığı, gıda güvenliği gibi faktörleri sıralayabiliriz.

Bunların yanında toplum ve bireylerin sağlık güvencesinin sağlanması da ayrı bir kapsamdır. Özellikle kamu tarafından sağlanan sosyal güvenlik kurumu hizmetleri, zorunlu sigorta ve özel sigorta kapsamındaki hizmetler de önem kazanmaktadır.

Gelişmiş dünya ülkelerine bakıldığında özellikle özel sağlık sigortalarına yönelik yapılan çalışmalar dikkat çeken hususlar arasında yer almaktadır. Günümüzde eğitim kalitesinin artması, ekonomik düzeyin yüksek oluşu bu tip özel sağlık sigortalarına duyulan önemin arttırmaktadır. Sağlık sisteminde uygulanan politikalar da toplum bireylerinin bilinçlendirilmesinde ve uygulamalara katılımında önemli bir yer kapsar.

SAĞLIK SİSTEMİ ve SAĞLIK POLİKALARI

Birçok dünya ülkesinin kabul ettiği ve uygulama konusunda hassasiyet gösterdiği sağlık politikaları toplum bireylerinin sağlıklı yaşam ve geleceği açısından önemlidir. Sağlık sistemi kapsamında yürütülen sağlık politikaları; kamu yönetimi ve devlet politikalarının oluşturduğu stratejiler kapsamında ülke nüfusunun ihtiyaçlarını, ülke

ekonomisi ve dünya sağlık örgütünün kabul ettiği uygulamalar doğrultusunda yapılan düzenlemelerin bütünü olarak kabul edilmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan dünya ülkelerine baktığımızda, yürütülen sağlık politikalarında sendikalar, yardım kuruluşları, merkezi yönetimler ve hükümler ortak hareket etmektedir. Çünkü oluşabilecek bir sağlık sorununda bütün organların ortak zarar görüp etkileneceği gerçeğinin yatmasıdır.

Gelişmiş dünya ülkelerinde karşılaştırmalı sağlık sistemleri ve ülke sağlık sistemlerinin karşılaştırılması büyük bir önem arz eder. Türkiye 2005 yılı itibarıyla halen devam eden AB sağlık sistemlerindeki uygulamaları Türk Sağlık Sistemindeki eksikliklerin giderilmesi koşulu ile iyileştirme sürecini devam ettirmektedir. Gelişmiş dünya toplumlarında sağlık reformları ile yönetim sistemlerinin uzun vadeli projeler kapsamında değerlendirildiği görülmektedir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem oldukça önemlidir. Yine gelişmiş dünya toplumlarında koruyucu hekimlik, hekim seçebilme özgürlüğü, sağlık planları, organ bağışi ve yaygınlaştırılması da önemli bir konudur.

Toplum sağlığının kamu eliyle yapılması, bu konuda özel ve kamu kurumlarının iyileştirilerek gelişmiş dünya toplumları seviyesine çıkarılması sağlık politikalarında izlenmesi gereken bir programdır. Hasta güvenliği ve hekim kalitesi ile kullanılan teknolojinin en üst seviyede tutulması da bir başka öneme sahiptir.

Uygulanan sağlık sistemlerinde ve politikalarında yapılan çalışmalar ve sunulan hizmetler belirli dönemlerde karşılaştırılmalıdır. Bunun en önemli nedeni, yapılan hizmet kalitesinin ve sunulan hizmet çeşitliliğinin yeterliliği konusunda emin olmaktır.



Uygulamalar yetersiz kalabilir. Bu nedenle oluşan ya da oluşabilecek sağlık sorunlarına ilişkin düzenlemelerin ve iyileştirilmelerin aciliyet ile hayata geçirilmesi ancak karşılaştırılmalı sağlık

politikaları ile gerçekleştirilebilir. Aşağıdaki (Tablo 2) de AB-27 ve ABD ülkelerinin sağlık üretim sistemlerinin karşılaştırması gösterilmektedir.

SAĞLIK ÜRETİM SİSTEMİ		ÜLKELER		
		ABD	AB-27	TÜRKİYE
Demografi ve Ekonomi	Toplam Nüfus (000)	301.621	493.822	70.586
	Kişi Başı GSYİH (ABD \$ -SGP)	45.559	35.828	13.604
Sağlık Sistemi Girdileri	GSYİH' den Sağ. Ayrılan Pay %	16	8.92	6
	Kişi Başı Sağ. Har. ABD \$ %	7.290	2.468	813
	Hekim Sayısı (100.000 Kişiye Düşen)	312	322.34	154.27
	Hemşire Sayısı (100.000 Kişiye Düşen)	1057	745.47	310.8
	Yatak Sayısı (100.000 Kişiye Düşen)	310	570.18	284.59
	Alkol Tüketimi (15 +, Kişi Başı Litre)	8.6	9.11	1.2
Sağlık Sistemi Çıktıları ve Sonuçları	Bebek Ölüm Hızı (1.000)	6.7	4.56	20.7
	Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	78.1	79.13	71.8
	Anne Ölüm Ölümleri (100.000)	15.1	5.7	21.3
	Sağlık Güvencesi Kapsamı Oranı %	85.3	98	80

Kaynak: DERİNDAG, M., (2010); “2010 Öncesi ve Sonrası Sağlık ve Emeklilik Sisteminin Kıyaslı Analizi”, Beykent Ün. Sosyal Bilm. Enst. İşletme A.B.D. Yayınlanmış Yük. Lis. Tezi İstanbul. s.6

Yukarıda bulunan tabloda görüldüğü gibi, ABD’de çıkarılan sağlık reform paketi ve sisteminin önemi ortaya çıkmaktadır. Türkiye’nin AB’ye katılım sürecinde izlediği sağlık sistemi politikaları ve reformları nedeniyle ortaya çıkan iyileştirmeler de büyük önem arz etmektedir.

AB uyum sürecinde Türkiye’nin izlediği sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik uygulamalar, sağlık alt yapısı ve sağlık örgütlenmesinin düzenlenmesine yönelik çalışmalar sağlık politikalarında önemli değişimlerin gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.

Uygulanan sağlık politikalarının küresel eğilimlerden etkilendiği gerçeğini göz ardı etmemek gerekir. Her ne kadar dünya sağlık örgütünün dünya ülkelerinden istediği sağlık sistemlerine yönelik iyileştirmeler ve öncelikler ise ülke şartları çerçevesinde değerlendirilmekte olup, sağlık sistemleri bu çerçevede oluşturulmaktadır. Türkiye’de Cumhuriyet tarihi boyunca birçok sağlık reformları gerçekleştirilmiş olup, bu reformlar uygulanan sağlık politikaları ile temel değişim sürecinden geçmiştir. 2003 yılında gerçekleştirilen sağlıkta dönüşüm programı kapsamında 9 ncu kalkınma planı ve sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik sağlık reformları bu uygulanan politikalar kapsamında değerlendirilebilir.

Türkiye açısından uygulanan sağlık politikaları birçok evreden geçmiştir. 1920-1923 yılları arasında uygulanan sağlık politikalarına bakıldığında savaştan kalan yaraların sarılmasına yönelik uygulamalar göze çarpmaktadır. 1923-1946 yılları arasında ise Türkiye açısından sağlık politikalarının uygulanması ve sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi konusunda en etkin dönem olduğu bilinmektedir. Bu dönem içerisinde sıhhiye memurlukları, hasta yatağı sayısındaki artış, hekim sayısı, eczane ve sağlık çalışanlarındaki artış dikkat çekmektedir. Yine bu dönem içerisinde “1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”, “1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhla Kanunu” gibi halen yürürlükte olan kanunlar çıkarılmıştır. Bu dönem içerisinde sağlık politikalarının tek elden yürütülmesi ve planlanması, koruyucu hekimlik, tedavi edici hekimlik, yerel yönetimlerin sunacağı hizmetler, sağlık fakültelerinin ve tıp fakültelerinin cazip hale getirilmesi, sıtma, frengi, trohom, ve rem ve cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklara yönelik

programların başlatılması da önemli çalışmalar arasındadır. 1946-1960 yılları arasında uygulanan sağlık politikalarının en önemli çalışması birinci on yıllık milli sağlık planlamasıdır. Fakat bu dönemde sağlık bakanlığı yapan Behçet UZ’un görenden ayrılması ile hazırlanan program hayata geçirilememiştir. 1960-1980 yılları arasında gerçekleştirilen sağlık programlarına bakıldığında ise 1961 yılında 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yönelik çıkarılan kanundur. Bu dönem içerisinde sağlık ocakları ve kadameliler olarak geliştirilen sağlık evleri, il ve ilçe hastanelerindeki iyileştirmeler önemli çalışmalar arasında yer almaktadır. Yine 1965 yılında 554 sayılı kanunla nüfus planlaması gerçekleştirilmiştir. 1969 yılında ise ikinci beş yıllık kalkınma planlamasıyla genel sağlık sigortasının kurulması öngörülmüştür. 1971 yılında genel sağlık sigortası kanun taslağı T.B.M.M. ne gönderilmiş fakat kabul edilmemiştir. 1980-2002 yılları arasında gerçekleştirilen sağlık politikalarına bakıldığında ise; 1982 anayasası ülke vatandaşlarının sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra, bu hakkın gerçekleştirilmesinin devlet sorumluluğunda olduğuna yönelik hükümleri içermesidir. Anayasamızın 60 ncı maddesine göre her bir birey sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu sosyal güvenliği sağlamak ve gerekli tedbirleri almakla yükümlüdür. 56 ncı anayasa maddesi çerçevesinde bireyin ve toplumun ruh ve beden sağlığını sürdürmesi için gerekli tedbirleri almakla devleti yükümlü kılmıştır.

TÜRKİYE’NİN SAĞLIK SİSTEMİ VE UYGULADIĞI SAĞLIK POLİTİKALARI

Türkiye açısından uygulanan sağlık politikalarına bakıldığında sosyo-ekonomik gelişmişlik düze-



yinin uygulanan sağlık politikaları ile uyuşmadığını göstermektedir. Bugün halen ülkemizde önlenemeyen ölüm olayları, halen anne bebek sağlığının yetersiz kalması gerçeğidir. Halen toplumun sağlık sistemine bakışında iyileştirmeler gerçekleştirilememiştir. Bunun en önemli nedenleri arasında yayınlamayan bağış sistemidir. Ülkemizde oldukça ciddi oranda organ nakli bekleyen hasta bulunmaktadır. Bunların kamu üzerindeki oluşturduğu maliyetler oldukça yüksektir. Yine Türkiye’de temel sağlık hizmetleri için ayrılan bütçeye bakıldığında ise bunun %2 ile %3 arasında seyrettiği görülmektedir. Ayrıca kırsal alanda bulunan toplum bireylerine sunulan sağlık hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle ortaya çıkan sağlık sorunları da hiç göz ardı edilemeyecek orandadır. “Türkiye’de verilen sağlık hizmetlerinin yetersizliği, artan nüfusun giderek büyük kentlere kayması veya göç etmesinin en önemli nedenleri arasında sunulamayan kamu hizmetleri” gelmektedir (DPT, 1997).

“AB birliği ülkeler ile Türkiye sağlık hizmetleri karşılaştırmasına bakıldığında Türkiye’nin genç nüfus oranının daha fazla olduğunu göstermektedir. 1990 yılında 15 yaş altında bulunan nüfusun toplam nüfusa oranına baktığımızda %35, 65 yaş ve üzerindeki ise %4.2 düzeyinde kalmıştır. 1996 yılında bu rakam %31.7 ve %4.8 olarak gerçekleşmiştir. 2005 yılında ise bu durum 15 yaş altındaki nüfusun %22.9 ve 65 ve üzeri nüfusun %9.0 olması tahmin edilmektedir.” (DPT, 1997).

Türkiye’de sağlık hizmetleri ve ürünlerine yönelik uygulanan politikalar kişilerin ve toplum bireylerinin sağlıklarını korumak, hastalıklarında tedavilerinin sağlanması, sakat kalanların başkalarına bağımlı

olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve sağlık kalitesinin yükseltilmesi yönünde gerçekleştirilen çalışmalardır (Şener, 1996: 28-132).

Bu çalışmalara paralel olarak gerçekleştirilen koruyucu sağlık hizmetleri önem kazanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerini iki başlık altında incelemek mümkündür. Kişiyeye yönelik sağlık hizmetleri ve çevreyeye yönelik sağlık hizmetleri şeklinde değerlendirilebilir. Kişiyeye yönelik yapılan sağlık hizmetleri direk olarak kişinin kendisine sunulan sağlık hizmetidir. Çevreyeye yönelik yapılan sağlık hizmeti ise oluşabilecek her türlü sağlık sorununun ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik sunulan hizmet türüdür. Çevreyeye yönelik uygulanan koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında, fiziksel ve kimyasal etkenlere bağlı uygulamalar bulunur. (Keçe, 2009: 156).

İyileştirici ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde ise sunulan hizmet üç şekilde incelenmektedir. Birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak şeklindedir. Bunun nedeni ise sevk ve idare şeklinin düzenlenmesidir. Genellikle tedavi edici hizmetler ikinci ve üçüncü basamakta uygulanmaktadır. Basamaklar arasındaki ilişki, hizmet sürecinin etkinliği ve kalitesinin yükseltilmesinde önemlidir. Birinci basamak grubunda yer alan hastalar genellikle ayakta tedavi edilebilen veya evde tedavi edilebilen hasta gruplarıdır. İkinci basamakta ise daha çok poliklinik hizmetlerinin sunulduğu hizmet sistemi yer alır. Üçüncü basamakta ise genellikle eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleri yer almaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri ve fiziksel yönden tedavi edilmesi gereken hastalar ise genellikle yaşam sağlık sorunlarına sahip bireylerin tedavi edildiği sistemlerdir. Bu sistemlerde bireyin sağlık

sorunları iyileştirilerek topluma kazandırılması sağlanmaktadır. Bunlar alkol, uyuşturucu, fiziksel rehabilitasyon hizmetlerinin sunulduğu kurum ve kuruluşların yer aldığı çerçevedir. Rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması da iki şekilde yapılmaktadır. Bunlar; tıbbi olarak sunulan hizmet ve mesleki yönden sunulan hizmet şeklindedir. Mesleki yönden sağlanan rehabilitasyon hizmetleri bireyin toplumda yer edinmesi, meslek sahibi olması ve işe uyum sağlamasına yönelik verilen hizmetlerin yer aldığı uygulamalardır.

Hizmet türleri arasında üst kademe hizmet türleri de bulunmaktadır. Bu hizmet türleri genellikle sağlık bakanlığı kapsamında sunulan hizmetlerdir. Üst kademe hizmet türlerinin finansal ve hizmet akdini “SGK, Sosyal Güvenlik Kurumu ile Sağlık Bakanlığının” ortaklaşa gerçekleştirir. Bu iki kurum sunulan hizmetin nevi ve içeriğine yönelik bazı uygulamalar gerçekleştirmektedir. Bunlar hizmetlerin sunulabilmesi ve devamlılığının sağlanabilmesi açısından önemlidir. Genellikle bir organizasyon yapısı içerisinde gerçekleştirilir. Bu organizasyon yapısına baktığımızda ise; (Keçe, 2009: 158).

- Amaçların tespit edilmesi, (ihtiyaçların tespit edilmesi dâhil),
- Uygulanacak ve uygulanan politikaların tayini,
- Planlama ve enformasyon,
- Kaynakların temini,
- İnsan gücü, (eğitim dahil)
- Mali kaynaklar yönetimi ve temini (finansman)

- Diğer yardımcı unsurlar, “bina, taşıt, malzeme, cihaz, donanım vb.”
- Organizasyonun yapısı ve örgütlenme,
- Yönetim sisteminin tespiti ve yapılanması,
- Yönetme ve yöneltme, sevk idare, yürütme, uygulama,
- Standartların belirlenmesi,
- Faaliyetlerin yürütülmesi,
- Üretimin gerçekleştirilmesi,
- Pazarlamanın yapılması,
- Eş güdümün sağlanması,
- Denetim ve değerlendirmelerin uygulanması,

Şeklinde dir.

Birçok alanda olduğu gibi sağlık sektörü içerisinde de birçok kurum ve kuruluş ortak hareket etmek zorundadır. Bu kurumların birbirine olan ihtiyacı ve oluşan taleplerin karşılanmasındaki senkronizasyon önemli bir konudur. Ayrıca sağlık sektörü içerisinde birçok kurumun iç içe geçtiği de görülmektedir. Sağlık sektörünün ortaya çıkarmış olduğu atıkların imhası, toplanması, hijyenin sağlanması ve hava kirliliğinin önlenmesi farklı kurumlar tarafından yapılırken, bu oluşan talebi yaratan kurum ve kuruluşlar ise sağlık sektörü içerisinde bulunan hastane ve polikliniklerdir. Sağlık politikalarında özellikle çevre sağlığına yönelik verilen hizmetler genellikle yerel yönetim “Belediyeler” tarafından gerçekleştirilir. Bu durum yerel yönetim politikalarının önemini ortaya çıkarmaktadır.



SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SINIFLANDIRILMASI

Milton I. Roemer Sınıflandırması bilinen en yaygın sistemdir. Her ülkenin sağlık sistemi farklı türlerde gruplandırılmıştır. Bu durum ülkenin sosyo-ekonomik yapısı, uygulanan sağlık politikaları, ülke nüfusu ve ekonomik düzey belirleyici şeklindedir. Günümüzde bu sınıflandırmalar, girişimci ve serbest sağlık sistemi politikaları grubu, refah yönelimli sağlık sistemi politikaları, genel ve kapsayıcı sağlık sistemi politikaları, sosyalist ve merkezden planlanmış sağlık sistemi politikaları, olmak üzere dört başlık altında toplanmıştır. Her grup kendi ekonomik seviyesi ve kişi başı gayri safi milli hasıla miktarına göre dört alt grup altında incelenmektedir. Sağlık sistem tipleride ayırt edici temel özellikler arasındadır. Sağlık sistemi tiplerinin her birinin özelliklerinin farklılık göstermesi ve bu nedenle sistemi tipler açısından değerlendirmek zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Buna yönelik yapılan bir çalışma ve tablo şekli aşağıdaki (Tablo 3’de) gösterilmiştir (Öcek ve ark., 2007: 56).

Özel Teşebbüs Serbest Pazar Tipi	Refah Yönelimli Tip	Kapsayıcı Bütüncü Tekçil Hizmet Tipi	Sosyalist Merkezi Planlama Tipi
<p>1. Kişisel doğrudan ödeme veya isteğe bağlı özel bazen de kamu hastalık ve sağlık sigortalarıyla talep asıl uygulamalardır.</p> <p>2. Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde var olsa da, asıl unsur değildir.</p> <p>3. Özel sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur.</p>	<p>1. Tüm bireylere yönelik, zorunlu kişisel pirim ödemeli, kamu bazen özel hastalık bazen sağlık sosyal sigortasıyla talep asıl uygulamalardır.</p> <p>2. Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin talebinde asıl unsurdur.</p> <p>3. Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkânlar sunulabilir.</p>	<p>1. Tüm bireylere yönelik, zorunlu, tam kapsamlı sağlık sosyal güvenliğiyle talep ve kamu sağlık hizmet nitelikli ücretsiz arz asıl uygulamalardır.</p> <p>2. Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur, bazen arzda daha az olabilir.</p> <p>3. Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkânlar sunabilir.</p>	<p>1. Tüm bireylere yönelik, zorunlu, toplumun ortak, kolektif sağlık güvencesiyle talep ve toplumun ortak sağlık hizmeti nitelikli ücretsiz arz asıl uygulamalardır.</p> <p>2. Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur.</p> <p>3. Özel sektör, sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde yer almaz veya istisnadır.</p>

Kaynak: Erdal SARGUTAN, “Güney Afrika Sağlık Sistemi Araştırması”, Hacettepe Ün.

Yayımları, 2010 s.69

Sağlık sistem tipleri ile ilgili yapılan gruplandırılmalar ve bu gruplar içinde ele alınabilecek ülkelerin ulusal sağlık sistemlerinin belirgin özellikleri incelenmeli ve yukarıda bahsedilen kavramlar çerçevesinde her birinin oluştuğu önem göz önünde bulundurulmalıdır (Günay, 1996: 34).

Sağlık sistemi türlerinin belirleyicileri arasında ekonomik göstergeler önemli bir yer kapsar. OECD üyesi olan Türkiye yüksek gelir düzeyine yaklaşmış üst ve orta gelir seviyesinde bir ülkedir. Türkiye'nin ekonomik göstergelerine baktığımızda ise belirlenen hedeflere göre gelir seviyesinin oldukça düşük olduğudur. Sağlık reformları yönünde yapılan çalışmalar göz önüne alındığında ise düşük sağlık harcamaları olduğu görülür. Sağlık harcamaları yönünde Türkiye'nin performansına bakıldığında ise son on yıl içerisinde elde edilen veriler çerçevesinde çok kapsamlı bir çalışma gerçekleştirilemediğinin görülmesidir. Sağlık sisteminin en belirleyici faktörünün ekonomik güç ve ekonomik anlamdaki yatırımlardır. Birçok alanda olduğu gibi sağlık sektörü içerisinde de ekonomik yeterlilik ve ekonomik anlamdaki yatırımlar sağlık sisteminin çalışmasında önemli bir yeri kapsamaktadır. Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcamalarına bakıldığında bu oranın çok düşük olduğu görülür. Diğer gelişmiş dünya ülkeleri ile kıyaslandığında ise en geride olan batı ülkelerinin bile nerede ise ayrılan miktarın yarısı kadardır.

Yukarıda yaptığımız literatür araştırması ve elde edilen bulgulara göre sağlık sisteminin iyi işlemedeki en önemli etkenin ekonomik yeterlilik ve ekonomik anlamda yapılan yatırımlar olduğu gerçeğidir. Bugün halen AB'ye uyum sürecinde

bulunan Türkiye birçok alanda yaptığı reform çalışmalarını sağlık sistemi alanında da devam ettirmektedir. Kişi başına düşen doktor ve uzman hekim sayısı, yatarak tedavi gören hasta sayısı, sunulan hizmet kalitesi, eğitim, organ bağıışı, çevre sağlığı, fiziksel ve ruhsal rehabilitasyon, madde bağıımlılığı ve diğer faktörleri ele aldığımızda gelişmişmiş dünya ülkelerinin oldukça gerisinde olduğumuzu göstermektedir. Giderek iyileşme gerçekleştiren Türkiye sağlık sistemi açısından ele alındığında ciddi çalışmalar gerçekleştirdiği ve bu çalışmaları hızla hayata geçirmek konusunda ısrarcı davrandığı görülmektedir. 2003 yılında gerçekleştirilen ve hızla hayata geçirilen sağlık sistemindeki bilgisayar sistemli randevu ve hasta takip sistemi birçok sorunun ortadan kalkmasına neden olmuştur. Bugün bilgisayar ve internet kullanımı ile telefon iletişimi sayesinde iki gün öncesinden hekim seçme imkanı ve randevu almak gibi bir avantajın hastaya sağlanması hiç de göz ardı edilemeyecek bir çalışmadır. Sosyal devlet anlayışı ile hasta ve hasta yakınlarına sunulan sağlık hizmetleri, acil servislerde ücretsiz hasta muayene ve tedavisinin sağlanması da ayrı bir öneme sahiptir. TÜİK tarafından gerçekleştirilen bazı istatistik verilerine göre yine Türkiye açısından bazı değerlerin analizleri aşağıda uygulamalı olarak incelenmiştir.

AMAÇ, KAPSAM VE YÖNTEM

Bu çalışma 2010 yılı öncesindeki sağlık sistemleri hakkında genel bir değerlendirmede bulunmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kullanılan veriler 2010 yılı öncesindeki istatistiklerden yararlanarak elde edilmiştir. Değişken seçiminde üç değişken kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir:



1. 2001-2004 yılları arasındaki aşıya devamsızlık oranları
2. 1980-2002 yılları arasındaki uzman-pratisyen hekim sayıları
3. 1980-2004 yılları arasındaki Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı

Bu çalışmada sağlık sistemini incelemek üzere çift yönlü varyans analizi, t-testi, tanımlayıcı istatistiklerin gösterilmesi ve grafiksel gösterimlerden yararlanılarak çıkarsamalarda bulunulmuştur. İlk aşamada 2001-2004 yılları arasında aşıya devamsızlık oranlarına etki eden faktörleri tespit etmek üzere çift yönlü varyans analizi uygulanmıştır. İkinci aşamada ortalama uzman-pratisyen hekim

sayıları arasında farklılık bulunup bulunmadığını tespit etmek için t-testi uygulanmıştır. Üçüncü aşamada sağlık bakanlığınca yapılan harcama oranları tanımlayıcı istatistikler kullanılarak incelenmiştir. Bu analizlerin yanı sıra grafiksel gösterimlerden yararlanılmıştır.

ÇİFT YÖNLÜ ANOVA

Aşıya devamsızlık oranlarına etki eden faktörlerin incelenmesi için çift yönlü anova analizi kullanılmıştır. Bölgelerin ve yılların aşıya devamsızlık oranları üzerinde etkisinin olup olmadığı ölçülmüştür. Yani, bölgeler ve yıllara arasında ortalama aşıya devamsızlık oranları arasında farklılık olup olmadığı ölçülmüştür.

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Aşıya Devamsızlık Oranları %

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	1764,929 ^a	9	196,103	29,468	,000	,936
Intercept	401,286	1	401,286	60,301	,000	,770
Bölge	1546,214	6	257,702	38,725	,000	,928
Yıl	218,714	3	72,905	10,955	,000	,646
Error	119,786	18	6,655			
Total	2286,000	28				
Corrected Total	1884,714	27				

a. R Squared = ,936 (Adjusted R Squared = ,905)

Yukarıdaki tabloda bölge ve yıl değişkenlerinin etkilerine ilişkin değerler gösterilmektedir. Anlamlılık değerlerine bakıldığında, $p < 0,05$ olduğu için % 5 önem seviyesinde bölge ve yılların aşılama devamsızlık oranları üzerinde etkili oldukları görülmektedir. Eta değerlerine göre aşılama

devamsızlık oranları üzerindeki değişkenler etki derecelerine göre 0,928 değeri ile bölge, 0,646 değeri ile yıl değişkenidir. Özellikle bölge değişkeninin eta değeri 1' e çok yakın olduğu için aşılama devamsızlık oranı üzerinde çok yüksek ölçüde etkiye sahiptir.

Aşıya Devamsızlık Oranları %

Duncan^{a,b}

Bölge	N	Subset	
		1	2
İç Anadolu	4	-1,7500	
Marmara	4	-1,5000	
Ege	4	-1,5000	
Karadeniz	4	-,5000	
Akdeniz	4	1,0000	
D. Anadolu	4		13,7500
G.D. Anadolu	4		17,0000
Sig.		,191	,092

bölgelerinde gözükmekteyken, diğer bölgeler arasındaki aşıya devamsızlık oranları arasında anlamlı bir farklılık gözükmemektedir.

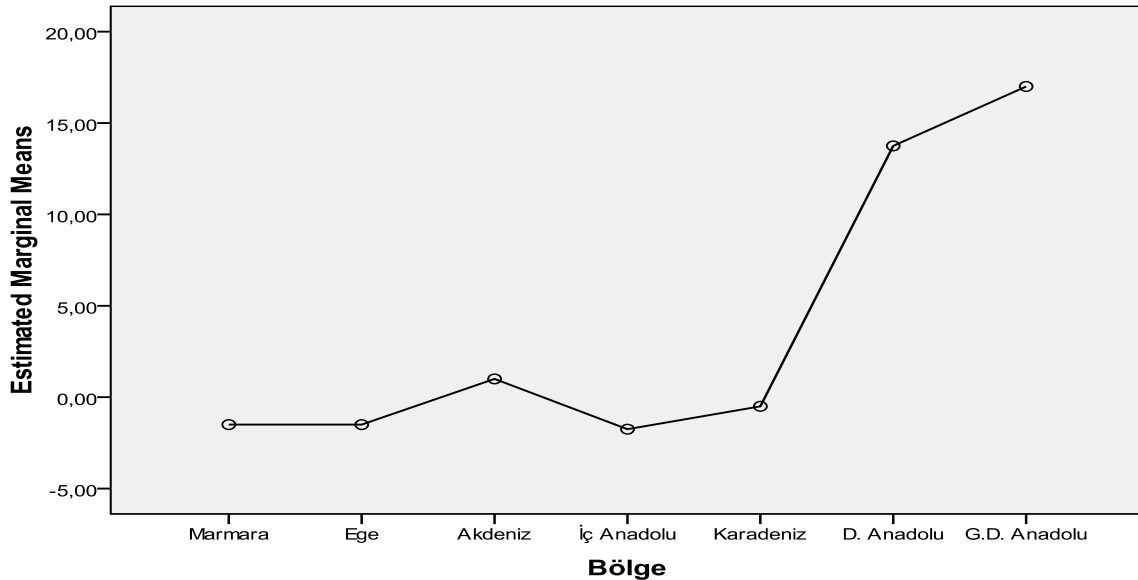
Aşıya Devamsızlık Oranları %

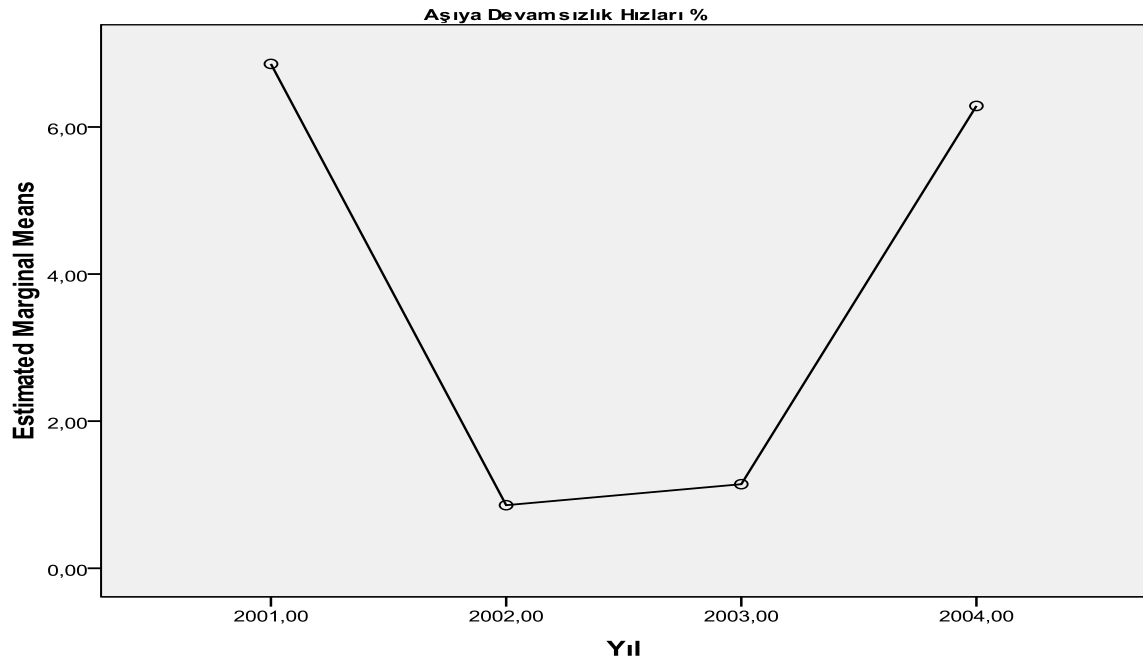
Duncan^{a,b}

Yıl	N	Subset	
		1	2
2002,00	7	,8571	
2003,00	7	1,1429	
2004,00	7		6,2857
2001,00	7		6,8571
Sig.		,838	,683

Bölgeler arası aşıya devamsızlık oranlarına ilişkin çoklu karşılaştırma testi sonuçları yukarıdaki tabloda gösterilmektedir. Buna göre en yüksek aşıya devamsızlık oranı Doğu ve Güney Doğu Anadolu

Aşıya Devamsızlık Hızları %





T-Testi

1980-2002 yılları arasındaki hekim türlerine göre hekim sayıları arasında farklılık olup olmadığı test edilmiştir. Hekim türleri uzman-pratisyen

hekimler olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu testi uygulamadan önce verilerin normal dağılıma uygunluğu araştırılmalıdır.

Tests of Normality

	Hekim Türü	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Hekim Sayısı	Uzman	,155	6	,200*	,960	6	,819
	Pratisyen	,179	6	,200*	,925	6	,540

Yukarıdaki tabloda normallik testi sonuçları verilmiştir. Gözlem sayıları 50'den küçük olduğu için Shapirp-Wilk testi değerlendirilecektir. Buna

göre anlamlılık değerleri $p > 0,05$ olduğu için % 5 önem seviyesinde hekim türlerine göre hekim sayıları normal dağılıma uymaktadır.

Group Statistics

Hekim Türü	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Uzman	6	29007,8333	10313,85989	4210,61567
Pratisyen	6	31652,6667	16934,38019	6913,43176

Yukarıdaki tabloda hekim türlerine göre grup istatistikleri görülmektedir. Buna göre ortalama 29008 uzman hekim, 31653 pratisyen hekim bulunmaktadır.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Hekim Sayısı	Equal variances assumed	3,552	,089	-,327	10
	Equal variances not assumed			-,327	8,261

Yukarıdaki tabloda t testine ilişkin varyans homojenlik testi sonucu gösterilmiştir. Anlamlılık değeri $p > 0,05$ olduğu için gruplar arası varyansların homojen olduğu belirlenmiştir.

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Hekim Sayısı	Equal variances assumed	,751	-2644,83333	8094,74045
	Equal variances not assumed	,752	-2644,83333	8094,74045

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Hekim Sayısı	Equal variances assumed	-20681,03903	15391,37237
	Equal variances not assumed	-21209,28003	15919,61336



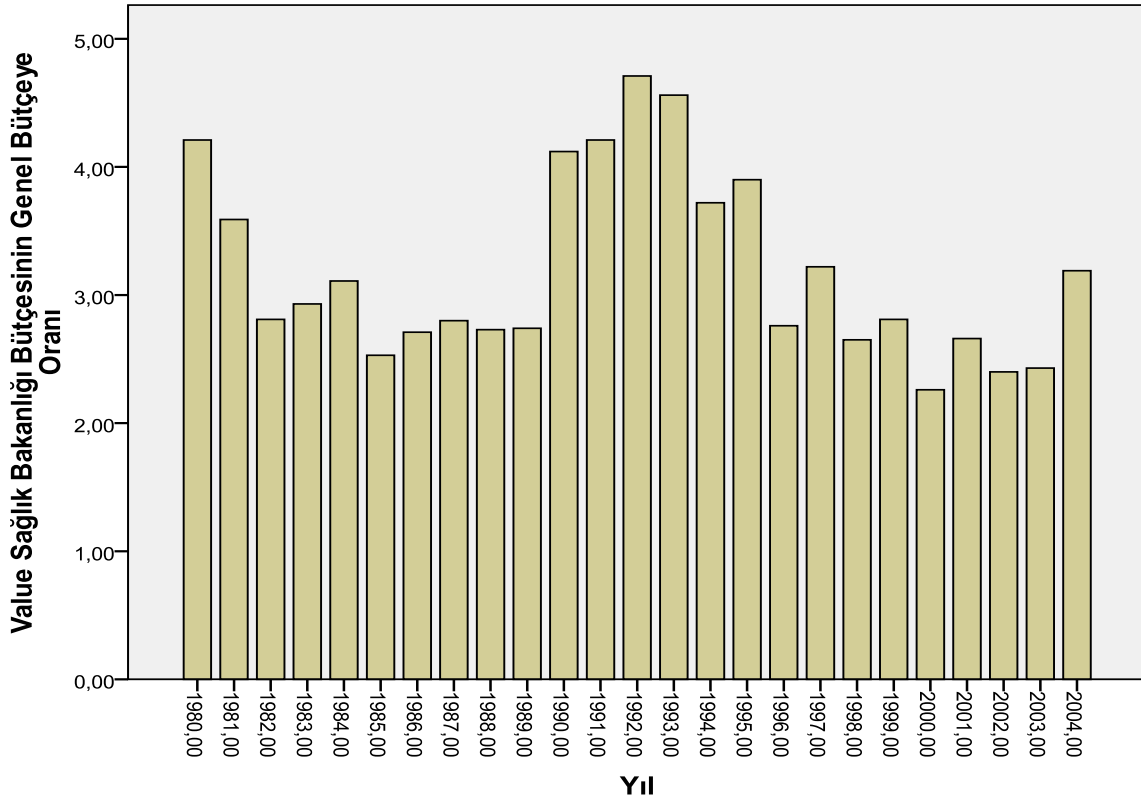
Yukarıdaki tablolarda t-testine ilişkin ortalama farklılık sonucu ve ortalama farkların güven sınırları gösterilmektedir. Buna göre anlamlılık değeri 0,751 olduğu için ortalamalar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir.

Tanımlayıcı İstatistikler ve Grafik

Descriptives			Statistic	Std. Error
Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı	Mean		3,1904	,14433
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,8925	
		Upper Bound	3,4883	
	5% Trimmed Mean		3,1578	
	Median		2,8100	
	Variance		,521	
	Std. Deviation		,72163	
	Minimum		2,26	
	Maximum		4,71	
	Range		2,45	
	Interquartile Range		1,13	
	Skewness		,804	,464
	Kurtosis		-,614	,902

Yukarıdaki tabloda sağlık bakanlığı bütçesinin genel bütçeye oranına ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve çeşitli istatistiksel göstergeler verilmektedir.

Aşağıda sağlık bakanlığı bütçesinin genel bütçeye oranına ilişkin sütun grafiği gösterilmektedir.



SONUÇ

Bu çalışmada 2010 yılı öncesindeki sağlık sistemi hakkında genel bir değerlendirmede bulunmak üzere çeşitli istatistiksel analizlerden yararlanılarak çıkarsamalar yapılmıştır. 2001-2004 yılları arasındaki aşıya devamsızlık oranlarına yıl ve bölge değişkenlerinin etki edip etmediği incelenmiştir. Bunun sonucunda aşıya devamsızlık oranları üzerinde yıl ve bölge değişkeninin etkili olduğu, bir diğer ifade ile yıllara ve bölgelere göre aşıya devamsızlık oranları arasında farklılık bulunduğu tespit edilmiştir. Bölge değişkeninin aşıya devamsızlık oranları üzerinde son derece etkili olduğu belirlenmiştir. Buna göre İç Anadolu, Marmara, Ege, Akdeniz ve Karadeniz bölgelerinde aşıya devam oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmişken, Doğu Anadolu ve Güney

Doğu Anadolu bölgelerinde aşıya devamsızlık oranlarının kendi aralarında farksız, ancak diğer beş bölgeye oranla daha yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır. Sonuç olarak Güney Doğu ve Doğu Anadolu bölgelerinde aşıya devamsızlık hızları diğer bölgelere göre daha yüksektir. Bu tespitin altında yatan unsurlar bölgesel gelişmemişlik, ekonomik sorunlar, eğitim düzeyinin düşük seviyede olması ve terör sorunu gibi etmenler olabilir. Yıllara göre ise 2002-2003 yılları arasında aşıya devamsızlık oranları arasında anlamlı bir farklılık yoktur. 2001-2004 yılları arasında bu oranlar kendi aralarında farksızken, 2002-2003 dönemine göre nispeten daha yüksektir. Buna göre 2001 yılından itibaren aşıya devamsızlık oranının düşüş gösterdiği, 2004 yılına doğru bu oranın arttığı söylenebilir.



1980-2002 yılları arasındaki hekim türlerine göre hekim sayıları arasında farklılık olup olmadığını test etmek üzere ortalamalar karşılaştırılmıştır. 1980-2002 yılları arasında ortalama 29008 uzman hekim, 31653 pratisyen hekim bulunmaktadır. Burada amaçlanan yıllar itibarı ile hekim türlerine göre ortalama hekim sayıları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığıdır. Gerçekleştirilen analiz sonucunda ortalama uzman hekim ve pratisyen hekim sayıları arasında anlamlı ölçüde bir farklılığın bulunmadığı tespit edilmiştir. Buna göre uzman hekim ve pratisyen hekim dengesinin yaklaşık düzeyde aynı olduğunu ve Türkiye'nin uzman hekim sayısını anlamlı ölçüde artıramadığını söylememiz mümkündür.

1980-2004 yılları arasındaki sağlık bakanlığı bütçesinin genel bütçeye oranı tanımlayıcı istatistikle ve çeşitli göstergeler yolu ile incelenmiştir. Buna göre ortalama oranı 3,19'dur. Güven sınırları ise % 5 önem seviyesinde 2,89-3,49'dur. Medyan değeri 2,8100'dir. Varyans değeri 0,521 olduğu için oranlar arasında büyük ölçüde bir sapma olmadığı anlaşılmaktadır. Grafikselsel olarak incelediğimizde 1980-1989 arasında bu oranın düşüş gösterdiği, 1989-1992 arası artış eğilimi gösterdiği ve daha sonra bir düşüş sürecinin ardından durağan bir seviyeye geldiği görülmektedir.

KAYNAKLAR

ALTAY, A., (2007).

“Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, D.E.Ü. Öğr. Üys. Sayıştay Dergisi, Sayı: 64

ALTINBAŞ A., (2005).

“Tıp Tarihi Ve Ders Notları”, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğrencileri İçin Ders Notları **DPT, (2001).**

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2001 – 2005 Devlet Planlama Teşkilatı Yayını, Ankara.

DPT, (2001).

“Sosyal Hizmetler Ve Yardımlar Özel İhtisas Raporu”, Sekizinci Kalkınma Planı, Ankara.

DPT, (2001).

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı İlaç Sanayi Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Devlet Planlama Teşkilatı Yayını, Ankara.

DPT, (1997).

“Ekonomik Ve Sosyal Göstergeler (1950-1997)”, Ankara.

DPT, (1997).

“Türkiye Ve Avrupa Birliğindeki Sağlık Politikalarının Karşılaştırılması”; Ankara.

DPT, (2005).

Yılı Programı, Ankara, [Http://Ekutup.Dpt.Gov.Tr/Program/](http://Ekutup.Dpt.Gov.Tr/Program/) 2005.Pdf, Erişim: 21.03.2012

ERDEMİR D., (2010).

“Tıbbi Deontoloji Ve Genel Tıp Tarihi” Wwww. İnsanbilimleri.Com Erişim: 25.02.2012

GENCAY, Ş., (1995).

Değişim, Küresleşme ve Devletin Yeni İşlevi, İmge Kitabevi, Ankara.

GÜNAY, T., (1996).

Sosyal Güvenlik Reformu Projesi Çalışmalarının Mevcut Sistem ve Önerilen Seçeneklerle İlgili Temel Bulgular ve Seçeneklerin Değerlendirilmesi, SSK Bülteni, Mayıs-Haziran, Ankara.

HAMZAOĞLU, O., ÖZCAN, U., (2006).

- Türkiye Sağlık İstatistikleri, Türk Tabipler Birliği, Aralık, İstanbul.
- İslam Ansiklopedisi.** Hak Maddesi. İstanbul; TDV Yayınları. C:15
- KARATAY, A., (2007).**
“Cumhuriyet Dönemi Korunmaya Muhtaç Çocuklarda Sağlık Politikalarının Oluşumu”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tamamlanmış Doktora Tezi.
- KISAKÜREK, M.M., (2010).**
Hastane İşletmelerinde Bülüm Maliyet Analizi: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Bir Uygulama, Ankara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 24, Sayı:3, (229)
- KEÇE, F., (2009).**
“Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, Sağlık Bakanlığı Koruyu Hekimlik Sistemi, Ankara.
- KÖSE, H.Ö., (2003).**
Küreselleşme Sürecinde Devletin Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü, Sayıştay Dergisi, Sayı: 49, Ankara.
- DERİNDAG, M., (2010).**
2010 Öncesi ve Sonrası Sağlık ve Emeklilik Sisteminin Kıyaslı Analizi, Beykent Üniv. Sos. Bilm. Enst. İşletme A.B.D. Yayınlanmış Yük. Lis. Tezi. İstanbul.
- DERİNDAG, M., KORKMAZ, M., ÇİMEN, V., BAZ, M., (2011).**
2010 Öncesi ve Sonrası Sağlık ve Emeklilik Sisteminin Kıyaslı Analizi, İİB Dergisi, Sayı: 1, Yıl: 2011, Cilt: 1
- SARGUTAN, E., (2010).**
Güney Afrika Sağlık Sistemi Araştırması, Hacettepe Üniv. Yayınları, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2007).** www.Saglik.Gov.Tr Erişim: 12.02.2012
- Sağlık Bakanlığı, (2008).** Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ağustos, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2004).** “80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003)”, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004.
- ŞENER, O., (1996).**
“Kamu Ekonomisi”, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul.
- ORHANER, E., (2006).**
“Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası”, Ticaret Ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı: 1.
- ÖCEK, Z., & SOYER, A., (2007).**
Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz, 2000-2004 Fotoğrafi, Türk Tabipler Yayınları, Ankara.
- ÖZTEK, Z., (2008).**
“1940’larda Sağlık Sorunlarımız”, Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmış Yazıları, Eğitim Sürekli Tıp Eğitim Dergisi,
- Türk Tabipler Birliği, (2005).** “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi”, www.Tbb.Org.Tr Erişim: 31.02.2012
- Türk Tabipler Birliği Konseyi, (1998).** Türkiye Sağlık Sektöründe Finansman, İstanbul.
- YILDIRIM, S., (1993).** Yerel Yönetim ve Demokrasi, Yerel Yönetimin Geliştirilmesi Programı El Kitabı Dizisi, TOKİ ve IULA-EMME, İstanbul.
- YILMAZ K., (2005).**
“Ab Üyeliğine Doğru Büyüme Dinamikleri (2005-2015)”
- YILDIRIM, H.H., (2010).**
Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Yanlılığı Ve Tüketici(Lik) Davranışları: Genel Bir Çerçeve Ve Türkiye’nin Durumu. İçinde: BABAÖĞ-



LU M. Ve ŞENER A. (Editörler): Tüketici
Yazıları (Iı). Tüpadem Yayınları, Ankara.

YILMAZ, H. H., (2007).

“İstikrar Programlarında Mali Uyumda Ka-
lite Sorunu”, Türkiye Ekonomi Politikaları
Araştırma Vakfı, ISBN: 978-9944-927-20-8,
Nisan 2007.