

DERLEME**TÜRKİYE'DE SAĞLIK REFORMLARI;
SONU GELMEYEN HİKAYE***Coşkun BAKAR*, Seval AKGÜN*****GİRİŞ VE AMAÇ**

İnsanların günlük ihtiyaçlarını ve gelecekteki beklentilerini karşılayacak nitelikte, bilimsel verilerle birlikte akılcılıktan köken alan; sosyal eşitsizlikleri gözetken ve sistematik yapıda olan sağlık sistemlerinin, çok da uzun sayılabilecek geçmişi bulunmamaktadır. Bu sürecin, egemen Avrupa ülkelerinin dünyaya yayılmaya başladığı, bilimsel gelişmelerin hızlandığı ve sanayi devriminin yaşandığı dönemin sonucunda ortaya çıktığı kabul edilebilir. XVII. Yüzyıldan itibaren başlayan ilerlemelerin sayesinde, toplumların sosyal, ekonomik ve demografik yapılarında önemli kazanımlar edinilmiştir. Yaklaşık olarak son iki yüzyıldır, günümüzün gelişmiş ülkeleri başta olmak üzere sağlık göstergelerinde olumlu kazanımlar kaydedilmeye başlanmıştır. Ancak, yirminci yüzyılın ilk yarısında ortaya çıkan dünyayı paylaşma sorunu milyonlarca insanın ölümüne; Avrupa başta olmak üzere dünyanın hem siyasal hem de fiziki olarak alt üst olmasına neden olmuştur.

İkinci Dünya Savaşı sonrası ortaya çıkan koşullar ve genişleme süreci sosyal alanlarda da yenilikler ortaya çıkarmıştır. Dolayısıyla, savaş sonrası dönemde sağlık sistemlerinde de gözle görülür bir yenilik süreci yaşanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından üç kuşak olarak ifade edilen reform süreçlerinden birincisi 1940'lı yıllar sonrasına denk gelmektedir. Bu dönemde, özellikle zengin ülkeler olmak üzere birçok ülkede ulusal

sağlık sistemlerinin yapılandığı, sosyal sigorta sistemlerinin geliştiği görülmektedir (WHO, World Health Report, 2000). Sosyal devlet anlayışı da bu dönemde gelişmeye başlamış olup; özellikle Avrupa Bölgesinde birçok ülkede güçlü sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri kurulmuştur (WHO, World Health Report, 2000).

İkinci kuşak olarak ifade edilebilecek sağlık reform süreci 1978 yılı ve sonrasına rastlar. DSÖ ve UNICEF işbirliği ile ve dünyanın büyük çoğunluğunun katıldığı Alma-Ata Konferansı bu sürecin başlangıcı sayılabilir. Alma-Ata Konferansının yapıma nedeni gelişmekte ve geri kalmış ülkelerin aleyhine olan sağlık göstergeleri olmuştur. DSÖ bu kongre ile geri kalmış ülkeler başta olmak üzere tüm dünyaya Temel Sağlık Hizmetleri anlayışını önermiştir (WHO, World Health Report 2000; Thomason J.A, 1997; Alma-Ata 1978 Temel Sağlık Hizmetleri, 1980; Pekçan H., Uğurluoğlu Ö.;2001:817-844).

Alma-Ata Bildirisi, idealist, geniş kapsamlı ve gerçek dışı olmakla ve "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" sloganı da uygulanabilirliği olmamakla eleştirilmiştir. 1979 yılında İtalya'da yapılan toplantı sonunda "Seçici Temel Sağlık Hizmetleri(Selective Primary Health Care)" anlayışı önerilmiştir. DSÖ tarafından üçüncü kuşak reform olarak adlandırılan süreç, yoksul ülkeler başta olmak üzere, ulaşılabilir hedefler ve maliyet-etkin planlamaların önemini vurgulamaktadır (WHO, World Health Report 2000;1-17; Thomason J.A, 1997, Cueto M., 2004:1864-1873). 1987 yılında Dünya Bankası'nın (DB) sağlık reformu tartışmalarına, yayımladığı "Gelişmekte Olan Dünyada Sağlık Sistemleri Finansmanı; Reform için ajanda (Financing Health Services in the Developing World: An Agenda for Reform)" dokümanı ile dahil olduğu

* Uzm. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

** Prof. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

gözlenmektedir. Bundan sonra Türkiye’de dahil olmak üzere, DB’nin tüm ulusal sağlık reformu çalışmalarını doğrudan etkilediği görülecektir (Thomason J.A, 1997; The World Bank, 1987).

Bu makalenin temel amacı, Türkiye’deki sağlık reform sürecinin kronolojik olarak irdelenmesidir. Bu yapılırken de öncelikle sağlık reformu gerekçeleri ve amaçları ile kısaca özetlenecek; Türkiye’deki sağlık hizmetleri tarihi günümüze olan yansımaları ile birlikte gözden geçirilecektir. Makalenin en sonunda da sağlık reformlarında geline son nokta, sağlık göstergeleri ile birlikte okuyucuya sunulacaktır.

SAĞLIK REFORMU NEDİR?

Son yıllarda ulusal ve uluslararası düzeylerde oldukça fazla kullanılmasına rağmen halen herkesin kendine göre bir reform anlayışı bulunmaktadır. Özellikle bazı politikacıların ulusal sağlık sistemi organizasyonundaki küçük değişiklikleri bile reform olarak nitelendirme çabası içinde oldukları da gözlenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1997:2-4). Oysa Cassel, sağlık sektörü reformunu, sağlık politikalarını ve kuruluşlarını değiştirmeye yönelik yürürlüğe giren faaliyetler olarak tanımlamaktadır. Diğer bir tanıma göre de; sağlık sektörünün performansını ve işlevselliğini, nihai olarak da toplumun sağlık düzeyini geliştirmek üzere planlanmış ve hükümetçe rehberlik edilen, politika ve kurumsal düzenlemelerdeki yapısal değişim sürecidir (Belek İ., 2001:430-437).

REFORM SÜRECİNİN GEREKÇELERİ

Günümüzde refah devleti krizi tartışmalarında öne çıkan en önemli sorun, sürekli yükselen sağlık harcamalarıdır. Son otuz yılda belirgin bir şekilde artan ekonomik baskılar, hükümetleri ek kaynak bulmaya yönlendirmektedir. Özellikle, yaşlı nüfusun artışı ile demografik yapılar değişmiş, teknolojinin ve ilaç biliminin gelişmesiyle de maliyetler yükselmiştir. Sistemi yeniden yapılandırma ve maliyetleri azaltma çalışmaları, sağlık sistemi reformlarının ana meselesi haline gelmiştir. Bu yönetime, maliyet etkinliğin artırılması gereği de eklenince sağlık sistemlerinin yönetim sorunu ön plana çıkmaktadır. Sağlık reformları özünde; geleceğe yönelik finansal kaygılar nedeniyle kökten değişikliklerin gündeme geldiği yeni bir arayış sürecidir.

Sağlık reformlarının gündeme gelmesinde temel etken, 1970’li yıllarda ortaya çıkan ekonomik kriz sonrasında, ABD ve İngiltere’nin öncülük ettiği ekonomik istikrar politikasının dünya ekonomisi üzerine olan etkisidir (WHO, World Health Report 1998; Beud M, 2003). Bu politikalar, sosyal harcamaların kısılmasında önemli rol oynamakla birlikte sağlık reform arayışlarının tek nedeni olmamıştır. Özellikle 1950’li yıllardan sonra bilimsel gelişmelerin sonucu olarak sağlık harcamaları neredeyse önlenemez bir yükseliş eğilimine geçmiştir (WHO, World Health Report 1998; WHO, World Health Report 2000). Bunun sonucu olarak da birçok sanayileşmiş ülkede sağlık

harcamalarının ulusal gelirdeki payı %10’u aşmıştır. Sağlık harcamaları içerisinde aynı dönemde hastanecilik hizmetlerinin ağırlığının da arttığı görülmüştür (Belek İ., 2001a:430-437). Bu gelişme, sağlık hizmetlerinde verimlilik tartışmaları, özel yönetim teknikleri, kaliteli hizmet, finansman ve üretimin birbirinden ayrılması türü organizasyon arayışlarını gündeme gelmiştir. Böylece, 19 yüzyılın ilk yarısının sonunda başlayan, sağlık hizmetlerinin kendi iç olanaklarını tükettiği altın çağ 1980’lerde sona ermiştir. Zira 1980’li yılların sonuna gelindiğinde birçok ülkede sağlık harcamaları, ulusal ekonomiler içerisinde sürdürülemez bir yük olarak algılanmaya başlanmıştır. Bu durum gelişmiş ülkeleri sağlık harcamalarının artışı ve kamunun payını azaltacak tedbirler arayışına sürüklemiştir.

Ekonomik ve sosyal baskıların yanında demografik dönüşümün yarattığı nüfusun yaşlanma eğilimi de gelecekte maliyetlerin artacağı kaygısını doğurmaktadır. Dolayısıyla toplumları yaşlanan hükümetler, kendilerini gelecekleri için yeni modeller yaratma baskısı altında hissetmiştir.

REFORM SÜRECİNİN AMAÇLARI

Sağlık reformlarının amaçları; sağlık düzeyini, sağlık hizmetini kullananların memnuniyetini geliştirmek ve hizmetin kalitesini arttırmak; sağlıktaki eşitsizlikleri dezavantajlı grupların lehine azaltmak; sağlık harcamalarını maliyet etkin bir şekilde gerçekleştirmektir. Bununla ilgili olarak da kaynakları öncelikli etkinliklere yönlendirerek akılcı kaynak kullanımını (allocative efficiency), tahsis edilen kaynakları etkin kullanarak teknik verimliliği (technical efficiency) arttırmak hedeflenmektedir (Belek İ., 2001:430-437). Kısaca sağlık reformlarının amacı, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek ve sürekliliğini sağlamaktır.

1923 YILINDAN GÜNÜMÜZE ULUSAL SAĞLIK SİSTEMİ

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin birinci derece devlet görevi olarak alınmasının miladı Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin (TBMM) kurulmasıdır. İlk defa Birinci TBMM hükümeti içerisinde Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. Yaşanılan savaş ortamı, Osmanlı’dan miras kalan sağlık örgütlenmesinin zayıf olması her şeyin yoktan var edilmesi gereğini doğuruyordu. Ancak, ülkede yaşanan Ulusal Kurtuluş Savaşı’nın önceliği olması nedeniyle Cumhuriyetin kurulduğu 1923 dönemine kadar Sağlık Bakanlığı ciddi bir atılım yapamamıştır (Aygün R.; 1998:1976-1983; Akdur R.; 1998:1984-1995; Savaş B.S., Karahan Ö., Saka Ö., 2002; Özbek Z., Eren N.; 1997).

Cumhuriyet döneminin sağlık hizmetlerini dört döneme ayırarak inceleyebiliriz. Bunlardan birincisi Dr.Refik SAYDAM dönemidir. Refik Saydam’ın o dönemde yaptığı köklü uygulamaların etkileri günümüzde de geçerlidir (Aygün R.; 1998:1976-1983; Akdur R.; 1998:1984-1995; Savaş B.S., Karahan Ö., Saka Ö., 2002; Özbek Z., Eren N.; 1997).

Bu dönemde hizmet, illerde sağlık müdürlükleri ve ilçelerde kurulan hükümet tabiplikleri şeklinde tüm yurda yaygınlaştırılmıştır. Koruyucu hizmetler merkezi hükümetçe üstlenilmiştir. Yataklı tedavi hizmetlerinin yerel imkanlarla çözülmesi benimsenmiş ve yerel yönetimlere öncülük yapmak amacıyla numune hastaneleri kurulmuştur. Bu hastanelerin sonradan yerel yönetimlere devredilmesi ve bütün yataklı hizmetlerin belediyelerce ya da il özel idareleri ile verilmesi öngörülse de; hiçbir zaman gerçekleşmeyecektir. Sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan ve günümüze kadar geçerliliğini sürdüren birçok mevzuat düzenlemeleri Refik Saydam dönemi çalışmalarının sonucudur (Aygün R.;1998:1976–1983; Akdur R.;1998).

Refik Saydam, sağlık hizmetleri sunumunda sağlık insan gücünün önemine inandığı ve ülkede özellikle fakir çocukların okuyabilmesi için yataklı tıp öğrenci yurtları açmış ve mecburi hizmet uygulaması getirmiştir. 1923 yılında ülkede 554 hekim varken, 1930'da 1182 ve 1940 yılında 2387 hekime ulaşılmıştır. Ayrıca, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha yüksek ücret uygulaması yapılmıştır (Aygün R.;1998:1976–1983; Akdur R.;1998:1984–1995; Savaş B.S., Karahan Ö., Saka Ö.,2002).

Sağlık hizmetlerinde ikinci dönem Dr.Behçet Uz dönemidir. Bu dönemin en önemli uygulaması, hastanecilik hizmetlerinin merkezi hükümet sorumluluğu altında toplanması olmuştur. Dolayısıyla hastanecilik hizmetlerine daha fazla önem verilmiş; ancak koruyucu hekimlik uygulamaları geri plana itilmiştir (Aygün R.;1998:1976–1983; Akdur R.;1998). Behçet Uz'un hedeflediği sağlık örgütlenmesinde; Türkiye yedi bölgeye bölünecek, her bölgede 10 yataklı sağlık merkezi kurulacak ve bu merkezlerde koruyucu ve tedavi edici hizmetler

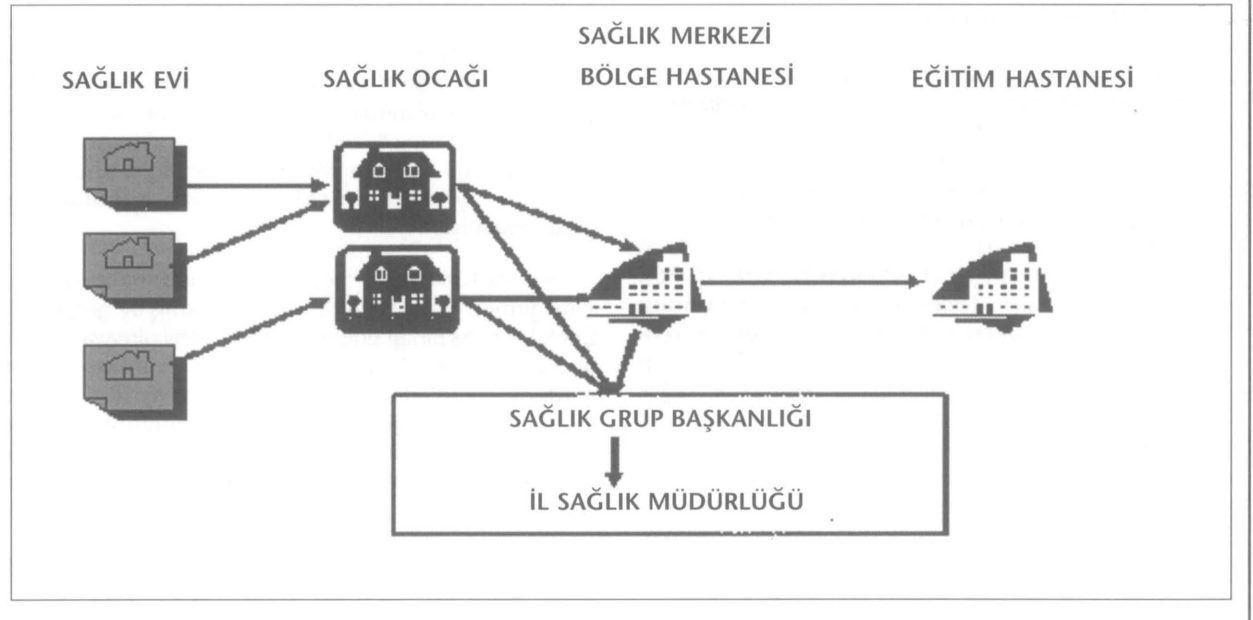
birlikte yürütülecektir. Ayrıca her bölgede bir tıp fakültesi düşünülmekteydi. Bu plan hiçbir zaman uygulanamayacak; bölge hastaneleri, maliyeti çok yüksek ilçe hastanelerine dönüşecektir. Bu dönemde uygulanan politikaların en önemli özelliği hastanelerin merkezleştirilmesi ve Sağlık Bakanlığında toplanması olmuştur. Ancak, aynı dönem görev yapan hükümet, bir yandan özel sektörü destekleyen bir anlayışa sahipken; öte yandan tedavi edici hizmetler kamu elinde toplanıyordu ve bu durum ciddi bir çelişki yaratıyordu. Aslında bu çelişki günümüze kadar gelmiştir. Cumhuriyet hükümetlerinin neredeyse hepsi sağlık alanında özel sektörün güçlenmesini istemişler ve desteklemişlerdir. Fakat neredeyse hepsi kamuya daha fazla ağırlık vermek zorunda kalmışlardır (Aygün R.;1998:1976–1983; Akdur R.; 1998:1984–1995; Savaş B.S., Karahan Ö., Saka Ö.,2002).

1923–1960 arasındaki dönemde Türkiye'de sağlık konusunda ciddi atılımlar yapılmıştır. Sağlık personelinde ciddi artışlar kaydedilmiştir. İlkeleri bugün bile geçerli kanunlar çıkarılmış; sağlık yönetiminden, bulaşıcı hastalıklara, çocuk sağlığından, işçi sağlığına birçok alanda düzenlemeler yapılmıştır. Bugünkü SSK'nın başlangıcı olan İşçi Sigortaları Kurumu da 1945 yılında kurulmuştur.

1928 yılında Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü kurulmuş olup ve ülke için gerekli aşılarda burada üretilmeye başlanmıştır. 1930-40'lar, difteri ve tetanos aşılı, semple tipi kuduz aşısı, çiçek aşısı, kuduz serumu, pnömokok aşılı üretilirken; 1950 yılında Ulusal İnfluenza Merkezi ve BCG laboratuvarı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından tescil edilmiştir (Saçaklıoğlu F, Davas A, Döner B ve ark.,2003)

1940'lı yıllarda Anadolu'da yüksek morbidite ve mortaliteye neden olan tüberküloz, sıtma, çiçek, sifiliz ve

Şekil 1. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun ile getirilen sağlık örgütlenmesi,1961,Türkiye.



cüzzamla mücadele için dikey örgütler kurulmuş ve başarılı mücadeleler verilmiştir. Bugün bu dikey organizasyonlardan bazıları halen varlığını sürdürmektedir ancak bu sorunlar ülkenin sağlık gündeminde geri planlara düşmüştür (Aygün R.;1998:1976-1983; Akdur R.;1998:1984-1995; Savaş B.S., Karahan Ö., Saka Ö.,2002).

1960 yılına gelindiğinde ülke nüfusunun üçte ikisi kırsal alanda yaşamaktaydı ve en temel sağlık hizmetlerinden yoksundu. Ülkede sıtma, trahom, sifilis ve tüberküloz dışında kırsal alana götürülen sağlık hizmeti bulunmamaktaydı. Tüberküloz hala ciddi kayıplara yol açıyor; anne ölüm hızı %05.2, bebek ölüm hızı ‰ 165 olarak saptanıyordu; personel ve sağlık kuruluşları hem yetersiz hem de dengesiz dağılmıştı, bu nedenle de büyük kentlere hasta akışı oluyordu. Tüm bu nedenler sağlık hizmetlerinde arayışı beraberinde getiriyordu (Öztürk Y.,1997:76-82).

Sağlık hizmetlerinde üçüncü dönem olarak kabul gören 1960-1980 arasında bu sorunların çözümüne yönelik arayışların çalışmalarını görmekteyiz. 1960 yılında, Türkiye siyasi yapısında önemli gelişmeler yaşanmış olup Türk Silahlı Kuvvetleri yönetime el koymuştur. Bu gelişmeler altında hazırlanan 1961 anayasası sosyal devletçi bir anlayış getirmiş ve halkın sağlığından devleti birinci derecede sorumlu tutmuştur. Aynı dönemdeki yönetim, Dr. Nusret Fişek öncülüğünde sağlık hizmetlerinde dönüm noktası olacak 224 Sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa"yı hayata geçiriyordu. Beraberinde onlarca yıl sürecek tartışmayı da getiren yasa, entegre, nüfusa dayalı, toplum katımlı, ekip anlayışı içerisinde, sevk sistemi temelli ve sektörler arası işbirliğini gerektiren bir hizmet anlayışı getiriyordu. Böylece toplumun yaşadığı en uç noktadan başlayarak bir sağlık örgütlenmesi ve bu sistem içerisinde sevk zinciri uygun görülüyordu (Şekil 1)(Aygün R.;1998:1976-1983; Akdur R.;1998:1984-1995; Savaş B.S., Karahan Ö., Saka Ö.,2002; Öztekin Z., Eren N.;1997).

1961 yılında çıkarılan bu yasanın gerekleri hiçbir zaman yerine getirilmeyecek ve sağlıklı bir organizasyon yapısı kurulamayacaktı. Aslında yasa için düşünülen birçok hüküm yasalaşamamıştı (örneğin, finansman hükümleri). Uygulama başından aksamış, pilot bölge seçilen üç il (Tekirdağ, Çankırı ve Elazığ) para bulunamadığı için bire indirilmiş; daha sonra da başka projeler olduğu için Elazığ yerine Muş'a kaydırılmıştır (Dedeoğlu N.,1997:70-76). Sağlık merkezleri ilçe devlet hastanelerine dönüşmüş; sağlık ocaklarına yeterli malzeme ve araç desteği yapılamamıştır. Bu yasayı destekleyeceği düşünülen tasarılar yasalaşamamış; bakanlıktan başlanarak sağlık hizmetlerinde entegrasyon sağlanamamıştır. Halbuki sağlık ocaklarında entegre hizmet anlayışı bulunmaktadır. Bugün ise, hala dikey örgüt yapıları varlığını korumaktadır(ana çocuk sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri gibi). 1975 yılında sosyalleştirmenin tüm ülkeyi kapsamaması planlanıyordu ancak, 1983 yılında gerekli hazırlıklar yapılmadan tüm ülke yasa kapsamına alınmıştır. Toplumun

katılmasını sağlayacak sağlık kurulları ise hiçbir zaman işlememiştir (Dedeoğlu N.,1997:70-76; Aygün R.;1998:1976-1983; Akdur R.;1998:1984-1995; Savaş B.S., Karahan Ö., Saka Ö.,2002; Öztekin Z., Eren N.;1997).

Bu dönemle ilgili son olarak Genel Sağlık Sigortasından(GSS) bahsederseniz; 1960-1980 yılları arasında GSS çalışmalarının yapıldığı ancak tüm toplumu kapsayacak çağdaş bir sosyal güvenlik anlayışının kurulamadığı görülmektedir (Sağlıkta Dönüşüm, 2003).

TÜRKİYE SAĞLIK REFORMLARI

Sağlık hizmetlerinde 1980 sonrası, dördüncü dönem olarak değerlendirilmektedir. 1980'li yıllar, ülke yapısında çok ciddi değişim rüzgarları ile başlıyor; Türk Silahlı Kuvvetleri tekrar yönetime el koyuyor ve anayasa başta olmak üzere ülkenin tüm kurumsal yapısı yeniden yapılandırılıyordu. Bu dönemin en önemli özelliği ise serbest piyasanın giderek daha ağırlıklı olarak hissedilmesidir.

Bu eğilim, 1982 anayasası ile birlikte sağlık üzerinde etkili olacaktır. İlk defa, yıllardır söz edilen ama gerçekleştirilemeyen GSS'nden bahsedilmiştir ve sağlık hizmetinin, özel kurumlar yoluyla da verilebileceğine dair hükümler 1982 Anayasasında yer almıştır (Sağlık Mevzuatı, 2001). V. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989) ve sonraki planlarda özel sağlık kuruluşlarının geliştirilmesi hedefler arasına alınıyordu (Devlet Planlama Teşkilatı, 1984:150-153).

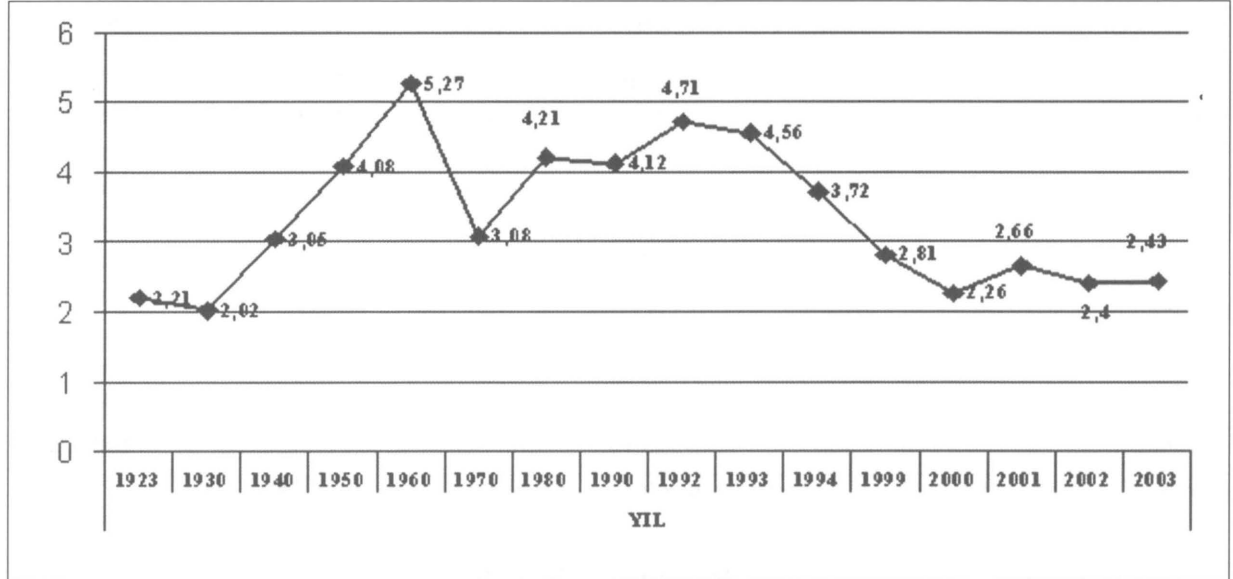
İlk değişim hareketi, 1987 yılında kabul edilen Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile kendini göstermiştir. Bu yasa ile amaç Sağlık Bakanlığı'na sağlık hizmetlerini planlama, standartlarını geliştirme ve denetleme yetkisi vermek; kamuya ait sağlık kurumlarını işletmeye çevirerek, kamu dışında gelir kaynağı oluşturulmasını sağlamaktır(Aygün R.;1998:1976-1983; Akdur R.;1998:1984-1995; Sağlık Mevzuatı, 2001). Oysa ki, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu hiçbir zaman hayata geçirilemeyecektir.

1990'lı yıllarda, ülkemizde sağlık reformu tartışmaları yoğunlaşmıştır. Bu dönemde iktidara talip her partinin seçim kampanyalarında ve hükümet programlarında, söz birliği yapmışçasına "Sağlık Reformu" yer almıştır. Ancak, son yirmi yılda ulusal sağlık sisteminde sağlık sorunlarını çözmeye yönelik hiçbir yenilik uygulamaya geçirilememiştir.

Aslında Türkiye'nin, sağlık hizmetlerinde reform arayışı içine girmesi oldukça doğal, hatta gecikmiş bir girişimdir. Çünkü Avrupa Birliği sınırları içerisine dahil olmaya çalışan bir ülkenin halen, çağdaş dünyanın yarım asır önce çözdüğü sorunlarla uğraşması hiçbir akılcı düşüncenin kabul edemeyeceği bir çelişkidir. Bu bölümde 1990'lı yılların başında Türkiye'nin sağlık fotoğrafı ve ülkeyi hangi nedenlerin sağlık reformu arayışına ittiği anlaşılacaktır.

Türkiye'nin nüfusu, 1990 yılında %57'si şehirlerde olmak üzere 56 milyonu, nüfus artış hızı %021.71'di.

Grafik 2. Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe indeksi payı (%), Türkiye, 1923-2003



Kaynak: Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Bşk; Sağlık İstatistikleri 2002.

Tablo 1. Toplam sağlık harcamalarının değerlendirilmesi, Türkiye, 1992-1996

Harcama Şekli	1992 %	92/93 %*	1993 %	93/94 %*	1994 %	94/95 %*	1995 %	95/96 %*	1996 %
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	2	-17	2	-52	1	3	1	10	1
Ayaktan Tedavi	63	15	65	-29	66	16	63	21	64
Yatarak Tedavi	25	14	26	-27	27	30	29	19	29
Diğer **	9	-13	7	-38	6	37	7	0	6
Toplam	100	11	100	-30	100	21	100	19	100

%* Yıllar Arasındaki Yüzde Farkı

**Eğitim, Mediko Sosyal harcamalar

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Türkiye Sağlık Harcamaları, 1992-1996.

1988 yılında ise bebek ölüm hızı %0 82, beş yaş altı ölüm hızı %098 olarak görülmekteydi (TNSA, 1998). Türkiye'de önlenabilir bulaşıcı hastalıklar ve bunlara bağlı ölümler hala görülmekteydi. Buna karşın aşılama oranları kampanyalara rağmen istenilen seviyeye ulaşmamıştı. Birçok konuda ise yeterli ve doğru veri olmadığından toplumun sağlık düzeyi hakkında doğru kararlar vermek çok da kolay olmuyordu.

Sağlık hizmetlerine aktarılan kaynak gelişmiş ülkelerin çok gerisindeydi (Grafik 1, Tablo 2). Sağlık harcamalarının dağılımına bakıldığında ise koruyucu hekimlik uygulamalarına neredeyse hiç kaynak aktarılmamaktaydı. (Tablo 1). O dönemde ülkede koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgilenen tek kurum Sağlık Bakanlığıdır fakat Bakanlığın kaynaklarının da yetersiz olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Aynı dönemde sağlık harcamalarının hangi kaynaklardan karşılandığına bakacak olursak; üçte birinin cepten harcamalarla karşılandığı gözlenmektedir. 1990'lı yılların başında ülke nüfusunun yarısının sağlık açısından sosyal güvence altında olduğu bilinmekle birlikte kesin bir rakam verilememektedir (Sağlık Bakanlığı, 1998). Ayrıca, sosyal güvenlik sisteminde mevcut olan çok başlılık verilen hizmetin kalitesinin sorgulanmasına neden olmaktadır. Bunun yanında 1990'lı yıllar boyunca sosyal güvenlik kurumlarının yaşadığı finansman açığı ekonomik parametreler üzerine baskı nedenlerinden biri olmuştur.

Türkiye'de o dönemde hekim ve hasta yatağı açığı bulunmakla birlikte bunun dağılımında da sorun bulunmaktaydı (Tablo 3). Ülkenin doğusuna ve kırsal bölgelerine doğru gidildiğinde hekim ve yatak sayısı dramatik bir şekilde azalıyordu. Sağlık Bakanlığı verilerine

Tablo 2. Kişi başı sağlık harcamalarının gelişmiş ülkelerle karşılaştırılması, Dolar, 1992-1996.

ÜLKELER	1992	1993	1994	1995	1996
Avustralya	1468	1406	1574	1741	1873
Belçika	1783	1725	1845	21126	2049
Kanada	2035	1933	1829	1857	1796
Fransa	2164	2133	2235	2616	2550
Almanya	2496	2399	2581	3089	3036
A.B.D.	3147	3329	3462	3644	3708
İngiltere	1252	1112	1213	1325	1365
Japonya	1894	2259	2576	2952	—
Norveç	2429	2172	2270	2691	2848
OECD Ortalaması	1630	1453	1546	1834	1828
Türkiye	103	112	77	91	108

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Türkiye Sağlık Harcamaları, 1992-1996.

Tablo 3. Seçilmiş Ülkelerde Sağlıkla İlgili Bazı Göstergeler, 1990-1995.

Ülkeler	1000 kişiye düşen hekim sayısı (1990-1995)	1000 kişiye düşen yatak sayısı (1990-1995)	Doğumda yaşam beklentisi -yıl	Bebek ölüm hızı (%0) 1995
Fransa(1994)	2.7	10.1	78	6
Kanada(1994)	2.2	6.0	78	6
Almanya	3.3	9.7	76	6
A.B.D.	2.5	4.4	77	8
İngiltere	1.5	5.1	77	6
Norveç(1994)	3.3	—	78	5
Türkiye	1.1	2.5	68	44

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Türkiye Sağlık Harcamaları, 1992-1996 (The World Bank HNP Human Development Network, 1997; pp 44-45).

göre 1991 yılında 1059 kişiye bir hekim, 1219 kişiye bir hemşire, 1694 kişiye bir ebe düştüğü görülmektedir; oysa aynı dönemde İstanbul'da 1563, Hakkari'de 3254 kişiye bir pratisyen hekim düşmekteydi (**Sağlık Bakanlığı, Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu, 1996**).

1990'lı yılların başında, Türkiye'de, sağlık hizmetlerine yeterince kaynak ayrılmıyor ve ayrılan kaynak gerektiği alanlara kaydırılmıyordu. Sağlık hizmetlerinin sunumun kalitesi, etkinliği ile ilgili çalışmalar yapılmıyordu. Ülkedeki sağlık bilgi sistemi yetersizdi. Bebek ve çocuk ölümleri yüksekti ve ölümler daha çok önlenemez hastalıklara bağlıydı. Sağlık personeli ve kurumları şehir merkezlerinde ve batı bölgelerinde yoğunlaşmıştı. Ülke nüfusunun çok önemli bir kısmı sosyal güvence kapsamında değildi (**Sağlık Bakanlığı, Sağlık Reformları, 1998**).

Sağlık Bakanlığı kaynaklarına göre; kaynakların yetersizliği, hizmet kalitesinde istikrarsızlık, tıbbi standartlarda düşüş, kısıtlı arza rağmen kaynakların kötü kullanımı ve sağlık sisteminde düşük verimlilik, Türkiye sağlık reformlarının gerekçelerini oluşturmaktadır (**Sağlık Bakanlığı, Sağlık Reformları, 1998**).

Bu koşullar altında olan bir ülkenin arayış içinde olmasından daha doğal bir şey olamaz. Öte yandan sağlık reformu çalışmaları, bir ülkenin sağlık sektörü içinde süreklilik gerektiren bir olgudur. Bunun en önemli nedeni, toplumsal yapının değişim içerisinde olmasına bağlı olarak sağlık hizmetlerinin de dinamik yapıda olmasıdır ancak Türkiye'de sağlık hizmetlerindeki reform arayışlarının nedenleri bunlardan çok, yönetimlerin toplumun ihtiyaçlarını kavramadaki ve dolayısıyla bu ihtiyaçları çözmedeki hantallığıdır.

Birçok halk sağlığı uzmanı ve akademisyenin ve Türk Tabipleri Birliğinin(TTB) görüşlerine göre; sağlık hizmeti sunumu açısından sosyalizasyon yasası ihtiyaca cevap vermektedir. Ancak, hiçbir zaman yasanın gerekleri yerine getirilmediği için, istenilen hedeflere de ulaşamamıştır. Makalenin bundan sonraki bölümünde 1990 sonrası reform kronolojisinden (Şekil 2) ve tartışma yaratan yasal düzenlemelerin içeriğinden bahsedilecektir.

Türkiye'de sağlık reformu, ilk kez 1990 yılında DPT için yürütülmüş olan Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması ile saptanmıştır. Bu çalışmada gelişim için dört ana strateji

seçeneği ortaya konulmuştur: Mevcut statünün iyileştirilmesi, serbest pazar stratejisi, sağlık hizmetleri stratejisi ve uzlaştırma seçeneği (**Sağlık Bakanlığı Sağlık Reformları, 1998; Belek İ., 2001:438-447**).

Türkiye’de sağlık reformu çalışmalarında diğer ülkelerde olduğu gibi Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü belirleyici olmuştur. 1991 yılında “Birinci Sağlık Projesi”, 1994 yılında “İkinci Sağlık Projesi”, Hükümet ile Dünya Bankası arasında imzalanan anlaşmalarla uygulamaya geçirilmiştir. Proje faaliyetlerinin yürütülmesi görevi ise Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü’ne verilmiştir (<http://www.spgk.saglik.gov.tr/tr/>).

Her iki sağlık projesinin de temel amacı sağlık reformlarının planlanması, başlatılması, uygulanması ve bunlar için maddi, politik ve hukuksal olanakların sağlanmasıdır (**Belek İ., 2001:438-447**). Amaçları ise; sağlık hizmetlerinin, özellikle de temel sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve güçlendirilmesi yoluyla halkın sağlık düzeyini yükseltmek; önlenabilir nedenlerden kaynaklanan hastalık ve ölümleri azaltmak ve temel sağlık hizmetlerinin kalitesini, kullanımını ve erişilebilirliğini arttırmak; sağlık hizmet sunumunda etkililik ve verimliliği arttırmak, Sağlık Bakanlığı’nın merkez ve taşra teşkilatında yönetim kapasitesini geliştirmek ve sağlık reformları hazırlık çalışmalarını desteklemektir (<http://www.spgk.saglik.gov.tr/tr/>).

1991 yılına gelindiğinde ülke siyasi yapısında değişiklikler yaşanıyor; uzun zamandan sonra tekrar koalisyon hükümetleri göreve geliyordu. 1991 yılındaki hükümetle reform çalışmalarına hız verilmiş, Birinci Sağlık Projesi 1991 yılında başlamış ve 1992 yılında, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık giderlerini karşılayacak gücü bulunmayanların sağlık giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye kadar, Devlet tarafından karşılanması için “Yeşil Kart” uygulamasına geçilmiştir (**Resmi Gazete, 21273, 1992**). Günümüze kadar da yaklaşık on üç milyon kişiye “Yeşil Kart” dağıtılmıştır (**Çalışma Bakanlığı, 2005**).

Sağlık Bakanlığı 1992 yılında konu ile ilgili birçok kesimin de katıldığı I. Ulusal Sağlık Kongresini toplamıştır. Bu kongrede, sağlığın gelişmesine destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetleri sunumu, öncelikli sağlık hizmetleri başlıkları altında beş ana konu tartışılmıştır. Bu makalede reform tartışmalarının yoğunlaştığı sağlık hizmetinin sunumu ile ilgili başlıklar tartışılacaktır (**1. Ulusal Sağlık Kongresi, “Çalışma Grupları Raporları”, 1992**).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili 8 çalışma grubu tartışması gerçekleştirilmiş olup; tartışmalar, genel sağlık sigortası, hastanelerin özertleştirilmesi ve aile hekimliği ekseninde yoğunlaşmıştır. Grup tartışmaları sonunda Sağlık Bakanlığının, sağlık hizmetlerini tek elden planlayıp yürütmesi gerektiği belirtilirken, desantralizasyonun il düzeyinde devolüsyon, hastane yönetiminde ise

delegasyon türünde olması önerilmiştir. Kurul ayrıca her ilde sağlık hizmetlerini planlayacak, denetleyecek ve ek kaynaklar bulacak sağlık kurullarının kurulmasını uygun bulmuştur. Yerelleşmeye geçildikten sonra ise Sağlık Bakanlığı teşkilatının icracı birimlerinin kaldırılıp yerine teknik daireler kurulacak şekilde yeniden yapılanması uygun görülmüştür. (**1. Ulusal Sağlık Kongresi, “Çalışma Grupları Raporları”, 1992**).

Temel sağlık hizmetleri çalışma grubunda sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ele alınmış ve sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin başarısız oluşunun uygulama hatalarından kaynaklandığı kararı alınmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, hizmeti tedavi edici ve koruyucu olarak ayıran ve bireysel çalışmayı getiren özel hekimlik statüsündeki aile hekimliği sisteminin geriye gidiş olduğu ve çağdaş sağlık anlayışına aykırı olduğu belirtilmiştir. (**1. Ulusal Sağlık Kongresi, “Çalışma Grupları Raporları”, 1992**). Aynı çalışma grubunda, aile hekimi uzmanının temel sağlık hizmetlerine yönelik eğitilmesi ve kent tipi sağlık ocakları ile semt polikliniklerinde istihdam edilmesi gerektiği vurgulanmış bu grupta ayrıca, sağlık hizmetlerinin tümelci bir yaklaşımla ve uniform bir organizasyon yapısı içerisinde sunulması, sağlık ocaklarının niteliklerinin hizmet verdiği bölgelere (kırsal, kent ya da metropol) göre geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (**1. Ulusal Sağlık Kongresi, “Çalışma Grupları Raporları”, 1992**).

Hastane yönetimi grubu ise; hastanelerin yerinden yönetilen, merkezden denetlenen, iç yönetiminde demokratik kurumlara dönüştürülmesi gerektiğini belirtmiştir. (**1. Ulusal Sağlık Kongresi, “Çalışma Grupları Raporları”, 1992**).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı grubunda ise, genel sağlık sigortası önerisi kabul edilmiş; böylece herkesten kazancına oranla prim alınarak, prim ödeyemeyecek durumda olanların primlerinin devlet tarafından ödenmesi kararlaştırılmıştır (**1. Ulusal Sağlık Kongresi, “Çalışma Grupları Raporları”, 1992**).

Sağlık Bakanlığı 1. Ulusal Sağlık Kongresini takip eden Mayıs 1992’de, Ulusal Sağlık Politikası ismini taşıyan Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı’nı geliştirmiştir. Bu doküman ile düşünülen reform konuları üç başlık altında toplanabilir: Aile hekimliği, genel sağlık sigortası ve hastanelerin özertleştirilmesi (**Belek İ., 2001:438-447**).

Bu doküman beraberinde çok yoğun bir tartışmayı da getirmiştir. Özellikle TTB bu yayına sert tepki göstermiştir. Çünkü çalışma gruplarında özel poliklinik anlayışına dayanan aile hekimliği sisteminin, sistemde geriye gidiş olacağı belirtilmişken, Taslak Dokümanda bunun göz ardı edilmesi tepki toplamıştır. Bu tartışmalar zemininde Sağlık Bakanlığı 1993 başında Ulusal Sağlık Politikası kitabını yayınlamış ve Mart 1993 yılında 2. Ulusal Sağlık Kongresi gerçekleştirmiştir. TTB ve birçok sivil toplum örgütü I. Kongrede belirttikleri görüşlerin taslak dokümanda göz ardı edilmesini protesto ederek, II. kongreye

katılmamışlardır. Bu ortamda gerçekleşen kongrede görüşülen konular Ulusal Sağlık Politikası olarak yayımlanmıştır. (Belek İ.,2001:438-447; 2. Ulusal Sağlık Kongresi, "Çalışma Grupları Raporları", 1994). Bu kitapta, Türkiye'nin sağlık politikaları beş ana başlık altında (Sağlığın gelişimine destek, Çevre sağlığı, Yaşam biçimi, Sağlık hizmetlerinin sunumu, Sağlıklı Türkiye hedefleri) toplanmıştır.(Ulusal Sağlık Politikası, 1993).

Sağlık hizmetlerinin sunumu olarak ise: 2000 yılına kadar desantralize bir sağlık yönetimi sistemi kurulması; kırsal alanda sağlık evi-ocağı yapıları sürerken, kentlerde küçük nüfus esasına dayalı genel pratisyen/aile hekimliği sisteminin oluşturulması, 2000 yılına kadar otonom, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti kurulması, 2000 yılına kadar GSS'nin hayata geçirilmesi öngörülyordu.

Bu süreçte hiçbir hedefe ulaşılmadı. Bunun birçok nedeni bulunmaktadır. Reform programı Dünya Bankası destekli olduğu için blok değişimleri içeriyordu. Dolayısıyla eleştiriler çok da dikkate alınmadı. Toplumsal uzlaşmanın sağlanamaması, koalisyon hükümetlerinin iktidarda olması ve aynı dönemdeki yönetim istikrarsızlıklarının(sık hükümet değişiklikleri), reform programının hayata geçirilmesini engellediği düşünülmektedir.

Böylece 2002 yılına kadar geride kalan on yıl içerisinde yapılmak istenen hiçbir değişiklik yapılamamıştır. 2002 yılında ise erken genel seçimler yapılmış; Ülkenin siyasi yapısı yeniden şekillenmiş ve TBMM'de ezici çoğunluğa sahip bir hükümet göreve başlamıştır. Hükümet, göreve başladıktan kısa bir süre sonra açıkladığı acil eylem planında sağlık sektöründe ciddi değişiklikler yapacağını açıkça belirtmiştir. Bu plan çerçevesinde, SSK ve kurum hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilecek, genel sağlık sigortası çıkarılacak, aile hekimliği uygulamasına geçilecek, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecektir (http://www.belgenet.com/eko/acileylem_161102.html).

Hükümet 2003 yılında hazırladığı "Sağlıkta Dönüşüm" programıyla sağlık hizmetlerinde köklü dönüşümleri yapmayı hedefliyordu (Sağlıkta Dönüşüm, 2003). Sağlık Bakanlığı bu doküman ile 2003 yılında Ülkenin sağlık sorunlarını şu şekilde sıralıyordu;

1. Sağlık Hizmetlerinin Organizasyon ve Sunumu; Sağlık hizmetleri çok başlı karmaşık bir yapıya sahiptir. Sağlık Bakanlığı sektöre yön verememektedir. Yatırım planlarında, demografik, epidemiyolojik veriler ve toplumsal ihtiyaçlar göz ardı edilmektedir. Özellikle kentsel alanda birinci basamak hizmetler yeterince güçlü değildir. Sevk zinciri işlememektedir. Hastane hizmetlerinin sunumunda verimsizlikler bulunmaktadır. Sağlıkta kalite çalışmaları yetersizdir.

2. Sağlık hizmetlerinin finansmanı; Türkiye'de karma bir yapı (genel vergi-sigorta-cepten ödeme) mevcuttur. Sağlığa ayrılan kaynak OECD ülkelerinin oldukça altında kalmaktadır. Kaynaklar verimsiz kullanılmaktadır. Tüm

bireyleri kapsayan sosyal güvenlik sistemi yoktur. Cepten ödemeler yüksektir.

3. İnsan kaynakları; Sağlık insan gücü yetersiz olmakla birlikte dengesiz dağılmıştır. Hekim/hemşire, uzman hekim/pratisyen hekim dengelerinde hemşire ve pratisyen hekim aleyhine dengesizlikler bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde nitelikli yönetici temininde güçlükler bulunmaktadır.

4. Bilgi sistemleri; Etkili bir sürveyans sistemi bulunmamaktadır,

5. İlaç politikası; Ulusal ilaç politikası bulunmamaktadır. İlaç tüketimi gelişmiş ülkelerin altında kalsa bile, sağlık harcamalarındaki payı neredeyse iki kat fazladır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacı; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunulması olarak belirtilmiştir. Burada, etkilikle halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacı hedeflenmektedir. Bu hedef epidemiyolojik verilerle izlenecektir. Verimlilikle, kaynakların uygun kullanılması, aynı kaynakla daha fazla iş yapılması hedeflenmiştir. Hakkaniyet ilkesiyle ise, insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanması amaçlanmıştır. Bir başka gaye de sağlık göstergelerindeki bölgesel ve sosyal farklılıkların ortadan kaldırılmasıdır (Sağlıkta Dönüşüm, 2003).

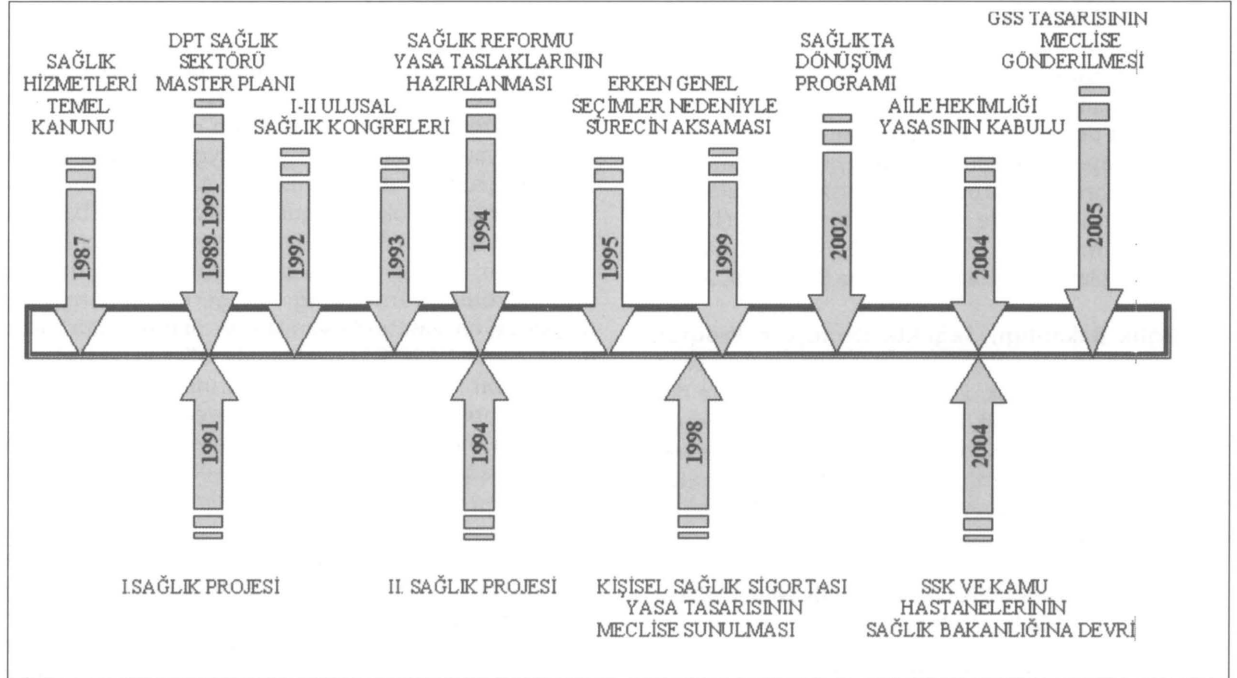
Kısaca, "Sağlıkta Dönüşüm Programı"; sağlık hizmetlerinde evrensel bir kamu sağlığı sigortasının uygulamaya konmasını, devlet hastanelerine finansal ve idari özerklik verilmesini, aile hekimliğinin yaygınlaştırılmasını, öngörmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi de, daha önceki reform çalışmaları gibi Dünya Bankası destekli bir çalışmadır. Proje, 2004-2007 yılları arasında kapsamakta olup, 60.6 milyon ABD Doları tutarındadır (Mart 2003'te yayımlanan 24358-TU sayılı Rapor)(World Bank Turkey, Sağlıkta Dönüşüm Projesi).

Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde gerçekleştirilmesi planlanan uygulamalar aşağıda kısaca özetlenmiştir;

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 2004 yılında yasalaşmıştır. Yönetmelikleri 2005 yılında kabul edilmiştir. Kanunla, Sağlık Bakanlığının pilot olarak belirleyeceği illerde aile hekimliği uygulamasına geçilecektir. Bu yasa ile aile hekimliği hizmetlerinin, sözleşmeli ya da Bakanlık görevlendirmesi ile çalışan aile hekimliği uzmanı (ya da Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip) ile hemşire, ebe, sağlık memurundan oluşan aile sağlığı elemanları tarafından sunulması planlanmaktadır(Resmi Gazete, 25665,2004; 25867; 25904, 2005).

Tablo 4. Türkiye'deki Sağlık Reform Sürecinde Önemli Noktalar, 1980–2005



Kaynak: Belek İ. (2001b), "Türkiye'de Sağlık Reformları", *Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 16(6):438–447.
www.saglik.gov.tr, www.sabem.saglik.gov.tr, <http://www.spgk.saglik.gov.tr/tr/>

Her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı; asgari 1000, azami 4000'dir. Acil haller hariç, kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olursa olsun, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınacaktır. Aile hekimlerinin performans değerlendirilmesinde vermiş oldukları kişisel koruyucu sağlık hizmetleri ve sevk oranları dikkate alınacaktır (Resmi Gazete, 25665,2004; 25867; 25904, 2005).

Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği uygulamasını 2005 yılı sonunda Düzce ili'nde başlatmayı ve burada alınacak sonuçlara göre yaygınlaştırmayı planlamaktadır. Ancak, bu noktada soru işaretleri bulunmaktadır. Bunlar, pilot uygulamanın, farklı ekonomik ve sosyal özellikler içeren bölgelerden seçilmediği için sonuçların ülke geneline yaygınlaştırılmayacağı; Düzce gibi ülkenin batısında ve ekonomik olarak nispeten iyi bir ilin seçilmesinin, özellikle doğu bölgeleri aleyhine taraf tutmaya neden olacağı, yönündedir.

Aile hekimliği ile ilgili önemli olan bir konu da aile hekimi sayısıdır. Çünkü sistemin ülke geneline yaygınlaştırılması durumunda yeterli aile hekimi yoktur. Bakanlık bu açığı, mevcut pratisyen hekimleri yaklaşık bir yıl sürecek iki kademeli bir eğitim sisteminden geçirerek ve aile doktoru unvanı vererek kapatmaya çalışacaktır (Resmi Gazete, 25665,2004; 25867; 25904, 2005).

Aile hekimliği uygulamalarının yapıldığı bölgelerde toplum sağlığı merkezlerinin kurulması hakkındaki yönerge de 15.09.2005 tarihinde yayımlanmıştır. Bu yönerge toplum sağlığı hizmetlerini yürütmek, aile sağlığı

merkezlerine lojistik destek vermek ve bu merkezler arasında eş güdümü sağlamak amacıyla kurulacak olan toplum sağlığı merkezlerinin çalışma esaslarını düzenlemektedir.

Planlanan değişimlerden bir diğeri olan GSS tartışmalarının uzun geçmişi bulunmaktadır. Konu ile ilgili ilk yasa taslağı 1967 yılında hazırlanmış, ancak bakanlar kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında 2.Beş Yıllık Kalkınma Planında GSS kurulması öngörülmüş, 1971 yılında yasa tasarısı meclise sunulmuş, ancak kabul edilmemiştir. Tasarı 1974 yılında yeniden TBMM'ye getirilmiş, fakat görüşülememiştir (Sağlıkta Dönüşüm, 2003). GSS, 1982 yılında hazırlanan anayasada yer almıştır. Bundan sonra 1990 yılından itibaren yoğun olarak tartışılmaya başlansa da bir türlü yasalasamamıştır.

Aslında, bütüncül bakılacak olursa sağlıkta reform arayışlarının temelinde finansman sorunları yatmaktadır. Türkiye'de çağdaş bir sosyal güvenlik uygulaması bulunmamakta olup, sağlık güvencesi anlayışında karma bir yapı bulunmaktadır. Bunun yanında toplumun önemli bir kesimi (özellikle kırsal alandaki tarım işçileri) sosyal risklere karşı korumasızdır. Çalışma Bakanlığı verilerine göre 2004 yılında nüfusun %20'sinin efektif sağlık güvencesinin olmadığı tahmin edilmektedir (Çalışma Bakanlığı, 2005). Ayrıca, Ulusal Hastalık Yükü Maliyet Etkinlik Çalışması, Hane halkı Araştırması sonuçlarına göre, incelenenlerin %35.71'inin herhangi bir sağlık sigortasının olmadığı tespit edilmiştir (Ulusal Hastalık Yükü Maliyet Etkinlik Çalışması, Hane Halkı Araştırması, 2003). Bunun yanında 1990'lı yıllar, Türkiye'de sosyal güvenlik kurumlarının açıklarının giderek arttığı bir dönem olmuştur.

Bu artış ekonomi üzerinde ciddi baskı oluşturmaya başlamıştır (**Çalışma Bakanlığı, 2005**).

Mevcut sorunlar onlarca yıldır, politika belirleyicileri arayış içerisinde sürüklemiştir. Çözüm olarak Dünya Bankası'nın desteklediği GSS önerilmiştir. Fakat ülkedeki siyasi alt yapı nedeniyle uygulamaya geçirilememiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı içerisinde konulan GSS çalışmaları TBMM'de devam etmektedir (<http://www.tbmm.gov.tr>). Yasa'nın 2006'da uygulamaya geçirilmesi planlanmaktadır (**Çalışma Bakanlığı, 2005**).

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı bünyesinde hastaneleri özertileştirmeyi de planlamaktadır. Bu konu ile ilgili olarak, 2004-2005 yılında SSK ve diğer kamu kurumlarına ait hastanelerin Sağlık Bakanlığı bünyesinde tek çatı altında toplanması, ilk basamaktır. Önümüzdeki dönemlerde yapılacak çalışmalarla özertileştirme çalışmalarına da ağırlık verilecektir (**Sağlıkta Dönüşüm, 2003**).

REFORM SÜRECİNİN GELDİĞİ SON NOKTADA TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye'de son yirmi yıl boyunca sağlık reform çalışmaları sürekli olarak gündemdeki yerini korumuştur. Bu çalışmalarla birlikte, ülkenin sağlık sorunlarının çözülmesi, toplumun tümünü kapsayacak sosyal güvenlik sisteminin kurulması, sağlıkla ilgili olarak kamu dışında ek kaynaklar yaratılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve her kesime yayılması hedeflenmiştir.

Türkiye'nin sağlık düzeyi, bugün reform çalışmalarının başladığı döneme göre daha iyidir. Fakat Tablo 4'te görüldüğü üzere, sağlık düzeyi gelişmiş ülkelerin çok gerisindedir. Sağlıkta da içinde bulunduğu insani gelişmişlik indeksine göre, Türkiye 88. sıradadır. Oysa ekonomik sıralamaya bakıldığında en güçlü ekonomiye sahip 20 ülke arasında olması, aslında Türkiye'nin olması gereken yeri göstermektedir (**Human Development Reports, 2004**).

Türkiye'de sağlık hizmetleri, Cumhuriyet'in ilanından bu yana değişim arayışları içerisinde olmuştur. Bu konuda ciddi atılımlar atılmış, bazı dönemlerde çağın önünde giden yasalar hazırlanmıştır. Ancak, bu süreç içerisinde değişmeyen tek şey belki de, yasaların uygulamaya geçirilmesindeki sorunlardır. Yapılan düzenlemeler, uygulamadaki eksiklikler nedeniyle, hiçbir zaman gerektiği şekliyle uygulanamamıştır. Örneğin, Refik Saydam döneminde açılan Numune Hastaneleri, olması gerektiği gibi, yerel yönetimlere devredilememiştir. Behçet Uz dönemindeki sağlık örgütlenmesi kurulamamıştır. Hepsinden önemlisi, sosyalizasyon yasası hiçbir zaman uygulanamamıştır. Özellikle sosyalizasyon yasasının hayata geçirilememesi, Türkiye için büyük talihsizlik olmuştur. Yasanın birçok maddesi çeşitli nedenlerle yasalasamamış, uygulamada ise sürekli olarak yasanın öngördüğü anlayışın gerisinde kalmıştır. Ülkenin birçok

yerinde alt yapı hazırlanmadan uygulamaya geçilmiş; doğal olarak da başarısız olunmuştur.

Bütün bu gelişmelerin yanında, ülke sürekli sistem değiştirme -sağlık reformu- kısır döngüsünden kurtulamamıştır. Çünkü aksaklıkların nedeni her zaman yasal alt yapıda aranmış ve yeni uygulamaların bütün sorunları çözeceği düşünülmüştür. Ancak, yapılan yeni düzenlemeler tam olarak uygulanmadığı takdirde başarıya ulaşılamayacağını doğal bir sonuç olduğu görmezlikten gelinmiştir. Ayrıca geçmişteki uygulamaların da göz önünde bulundurulmadığı bir gerçektir. Örneğin; sosyalizasyon yasasında yapılan en önemli hata, pilot uygulamanın tek bir ilde yapılmasıdır. Ülkenin tek bir ilinde yapılan bir ön deneme sonuçlarının ülke geneline yaygınlaştırılması, farklı bölgelerde çıkması muhtemel sorunların önceden görülmesini engellemektedir. Nitekim sağlık ocağı sisteminde bugün şehirlerde yaşanan sorunlar, o zaman tahmin edilememiştir.

Aile hekimliği, ön denemesi de sadece Düzce ilinde yapılacaktır. Ön deneme sırasında bütün imkanlar bu ile akıtılacağı için gelecekte yaşanması olası sorunlar yaşanmayacaktır. Ayrıca, uygulamanın daha alt sosyoekonomik düzeyde olan illerle, büyük şehirlerde neler getireceğini bu ön deneme sonuçları ile bilmemiz mümkün olmayacaktır.

Uygulamaya çalışılan aile hekimliği sistemi, geride bıraktığımız 1991'den günümüze sürekli olarak değişmiştir. İlk başta, ülkenin tamamının aile hekimliği sistemine alınması düşünülmekteydi, ancak I. Ulusal Sağlık Kongresi'nden sonra yayınlanan dokümanlarda sadece kentsel bölgelerde uygulanacağı, kırsal alanda eski sistemin devam edeceği belirtilmiştir. Bu durumun, aile hekimliğinin özel hekimlik uygulaması olması nedeniyle, özellikle kırsal alanlara yeterli aile hekimi talebi olmayacağı kaygısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Şimdi uygulamaya geçirilen yasa ise bu ayırım yapılmamakta; talep olmayan yerlere görevlendirmeye sağlık personeli gönderilmesi ya da gezici sağlık hizmetleri uygulaması getirilmesi planlanmaktadır.

Uygulamada görev yapacak personel atamaları ile ilgili olarak, daha önceki uygulamada hekim ile anlaşma yapılması; hekimin de yardımcı sağlık personelini İş Kanunu'na göre kendisinin istihdam etmesi uygun görülmüştür. Yeni uygulamada hekim ve aile sağlığı elamanı Sağlık Bakanlığı ile sözleşmeli çalıştığı gibi, Bakanlık bu personelini aile hekimliği uygulamasında çalışmak üzere görevlendirebilir. Sonuç olarak, tamamen özel hekimlik anlayışının uygulamaya geçirilmesinin düşünüldüğü bir uygulama, yarı özel bir yapıya bürünmüştür.

Sevki zincirine uymayan hastalarla ilgili olarak eski tasarlarda, hastaların sağlık giderlerini kendilerinin karşılayacakları belirtilirken; aile hekimliği yasası ve GSS yasa tasarısında sadece katkı payı ödeyeceklerinden bahsedilmektedir. Düşünülen değişiklik istenilen hedefe

ulaşmayı zorlaştıracaktır. Çünkü bugüne kadar sağlık sistemlerini uygulanmaz yapan en önemli nokta sevk sisteminin uygulanmamasıdır. Bu durum, yasaların gerekçelerinde de sürekli olarak belirtilirken, yeni uygulamada sadece katkı payı alınması, gelir durumu iyi olanlar için sevk zincirini uygulamama kapısını açık bırakmak olacak ve aynı sorunları yeni sisteme miras olarak devredecektir.

Esasen aile hekimliği uygulaması GSS ile tamamlanmaktadır. Yukarıda özetlenen yasa tasarısı, halen TBMM’de olduğundan burada tartışılmayacaktır. GSS uygulamasında birinci basamak hizmet sunucu olarak aile hekimleri gösterilmektedir. Bakanlık 2006 yılında hem GSS’yi hem de aile hekimliğini birlikte uygulamaya geçirmeyi planlamaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yazının şimdiye kadar olan bölümü ağırlıklı olarak reform sürecine ve bu süreçteki uygulamalara yönelik olmuştur. Daha nesnel bir tartışma zemini oluşturabileceği bilinmesine rağmen geçmişteki sistemlerle -özellikle sosyalizasyon sistemi ile- niceliksel tartışmalara sınırlı yer verilmiştir. Bunun nedeni ise; makale içerisinde reform sürecinin kronolojik gelişiminin verilmesinin amaçlanmasında yatmaktadır. Kronolojik sürece önem vermemizin nedeni ise geleceğe tarihsel perspektiften bakma arayışımız olmuştur. Yazımızda irdelenmeye çalıştığımız bu süreç haritasının önümüzdeki dönemlerde yaşanacak olan reform uygulamalarını daha sağlıklı değerlendirmede okuyucuya olumlu katkılar sağlayacağını düşünmekteyiz.

Ayrıca, bu konu birçok yazıda irdelenmiş ve ortak görüş, sosyalizasyon yasasının halen ülkenin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olduğu şeklinde olmuştur (Dedeoğlu N., 1997:70-76; Aygün R.; 1998:1976-1983; Akdur R.; 1998:1984-1995; Öztekin Z., Eren N.; 1997; Kocaeli Tabip Odası, 2003). Aslında bu doğru bir yaklaşımdır. 1961 yılında kabul edilen “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” modern bir sağlık hizmeti anlayışının gereklerini içermektedir. Öyleyse sorun nereden kaynaklanmaktadır? Sorun uygulamadadır. Daha önce de bahsedildiği gibi, Türkiye’de hiçbir uygulamanın gerekleri tam olarak yerine getirilmemektedir. Mevcut sorunları gözleyebilecek, bilimsel verilere sahip olmamızı sağlayacak çalışmalar yapılmamakta; sorunlar yasal sistemde aranmaktadır. Böylece bir kısır döngü yaratılmakta olup, sürekli olarak sistem arayışına girilmektedir. Diğer taraftan, belirli dönemlerde ülke siyasi yapısına hakim olan istikrarsızlık da bu arayışların sonuçsuz tartışmalardan öteye gidememesinin nedenlerinden biridir.

Türkiye’de 1990’lı yıllar boyunca sağlık reformu tartışmaları ivme kazanmış; ancak bitmeyen, sonuçsuz çabalar içerisinde, sağlık reformu ifadesi harcanmıştır. 1990-2002 yılları arasında on hükümet (47.-57. Cumhuriyet Hükümetleri) görev yapmıştır. Neredeyse hepsi de sağlık sistemini değiştirmek istemişler; ancak

toplum yaşamına katkısı olacak düzenlemeler yapamamışlardır. Dolayısıyla sağlıkta reform tartışmalarına olan güven sarsılmış, sistemin düzeleceğine dair beklentiler tükenmiştir.

Bu noktada sorgulanması gereken bir diğer ayrıntı da; “Bu arayışların insanların günlük yaşantısına neler kazandıracak ya da kaybettireceğidir?” Bu soruya doğru cevabı bulmak tek başına geçmişteki uygulamaları irdelemekle mümkün değildir. Dünyadaki farklı uygulamalar da gözden geçirilmelidir. Bu konu ancak ayrı bir yazıda irdelenebilir. Ancak, bize yol göstermesi açısından çok kısaca Bulgaristan örneğine yer verilecektir. Bulgaristan’da geride bıraktığımız yüzyılın önemli bir bölümünde (1948-1989) sosyalist sistem hakim olmuş; 1990 yılından itibaren siyasi yapısında köklü değişiklikler yaşanan ülkede kapitalist sisteme geçilmiştir. Ancak bu süreç sancılı yaşanmış beraberinde ekonomik krizleri, politik kararsızlıkları, işsizliği ve yoksulluğu getirmiştir. Sağlık sistemi de bu süreçten etkilenmiştir. Sosyalist sistemde bulunan ücretsiz sağlık sistemi anlayışının ekonomik krizler nedeniyle sürekliliğinin sağlanamaması; işsizlikle birlikte yoksulluğun da artması; ülkedeki politik istikrarsızlık 1990’lı yıllarda, Bulgaristan’ın sağlık göstergelerinde elde ettiği kazanımların gerilemesine neden olmuştur. Bu yıllarda bebek ölüm hızlarının arttığı, aşılama oranlarının azaldığı, beklenen yaşam sürelerinin azaldığı gözlemlenmiştir (Koulaksazov S., Todorova S., Tragakes E., Hristova S.; 2002, Kerekovska A.; 2005).

Bulgaristan’da yaşanan bu olumsuz gelişmeler neticesinde ve toplum baskısı altında, Dünya Bankası’nın da etkisiyle 1990’lı yılların ikinci yarısında reform süreci hızlandı. 1998 ve 1999 yılında üç temel yasa (Sağlık Sigortası Yasası, Hekimler ve Diş Hekimleri Meslek Birlikleri Yasası, Sağlık Hizmetleri Kuruluşu Yasası) kabul edilmiştir. Böylece sağlık sisteminin bütün kilit alanlarını içeren (örgütlenme, hizmet sunumu, finansman ve insan kaynakları eğitimi) kökten değişimler yapılmıştır. Sağlık finansmanında sigorta temeline, temel sağlık hizmetleri organizasyonunda genel pratisyen ağırlıklı (kişi başı ödeme-kapitasyon-, hekim ve diş hekimi seçme özgürlüğü, sevk zinciri) bir sisteme geçilmiştir. Bu sistem çerçevesinde Sağlık Bakanlığı kendisine daha çok düzenleyici ve denetleyici bir görev biçmiştir (Koulaksazov S., Todorova S., Tragakes E., Hristova S.; 2002; Kerekovska A.; 2005; Kapaklı E.; 2003).

Daha birçok unsuru bulunan ve ekonomik kriz etkileri altında yapılan bu reform paketinin Bulgaristan Halkına kazanımları ve kaybettirdikleri olmuştur. Çok kısa sürede ciddi değişiklikler yaşama geçirilmeye çalışılmıştır. Reform sürecinde köklü yasal düzenlemeler yapılmış, hasta otonomisinin daha etkili olması sağlanmış ve hizmet kalitesinde ve verimliliğinde kazançlar sağlanmıştır (Koulaksazov S., Todorova S., Tragakes E., Hristova S.; 2002; Kerekovska A.; 2005). Öte yandan, reform süreci ekonomik kriz gölgesinde gerçekleştirildiğinden; işsizlik ve sağlık sigorta fonlarındaki ve ulusal gelirlerdeki düşüklük nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşım güçleştirmiştir.

Tablo 4. Türkiye ve Dünya'daki temel sağlık göstergelerinin karşılaştırılması, 2004.

Ülkeler	İnsani gelişmişlik indeksi sıra ^a	MORTALİTE				YAŞAM BEKLENTİSİ		BAĞIŞIKLAMA			
		Top. doğ. hızı	60 yaş ve üzeri Nüf. (%) ^c	BÖH (%0)	ÇÖH (%0)	LE ^c	HALE ^d	BCG	DBT POLİO3	Kızamık	HEP3
ABD	8	2.1	16.3	7	8	77	69.3	---	96-91	93	92
Kanada	4	1.5	17.4	5	6	80	72	---	91-88	95	---
İngiltere	12	1.6	20.8	5	6	79	70.6	---	91-91	80	---
Fransa	16	1.7	20.5	4	5	80	72	85	97-97	86	29
Almanya	19	1.4	24.4	4	5	79	71.8	---	89-94	92	81
Yunanistan	24	1.3	24.0	4	5	79	71	88	88-87	88	88
Hollanda	5	1.7	18.7	5	5	79	71.2	---	98-98	96	---
Norveç	1	1.8	19.8	3	4	79	72	---	90-90	84	---
İsveç	2	1.6	23.2	3	3	81	73.3	16	98-99	94	98
Türkiye	88	2.23^e	8.2	29^e	37^e	69.8^f	62.5^f	87.7^e	64.4^e -69.1^e	79.4^e	68

^a Human Development Reports, 2004

BÖH: Bebek Ölüm Hızı,

ÇÖH: Çocuk Ölüm Hızı

^b The State of The World's Children 2005, Statistical Tables.

^c LE: Doğumda Yaşam Beklentisi (The World Health Report- 2005, Statistical Annex)

^d HALE: Doğumda Beklenen Sağlıklı Yaşam Beklentisi (The World Health Report- 2004, Statistical Annex)

^e TNSA-2003.

^f Ulusal Hastalık Yükü Maliyet Etkinlik Çalışması, Hastalık Yükü, 2005

Eşitsizlikler yoksullar aleyhine derinleşmiştir. Bu durum 1990 öncesi sağlık hizmetlerinin tüm toplumu kapsadığı ve ücretsiz olduğu Bulgaristan'da halk tarafından da hissedilen ciddi bir kayıp oluşturmuştur (Koulaksazov S., Todorova S., Tragakes E., Hristova S.;2002; Kerekovska A.;2005; Kapaklı E.;2003).

Bulgaristan deneyiminin ayrıntıları başka bir yazının konusu olabilecek genişlikte olduğu için burada daha fazla yer verilmeyecektir. Ancak, bu deneyimden bizim payımıza düşen reformla hedeflenen noktaya -toplumun sağlık düzeyini yükseltmek ve sürekliliğini sağlamak- ulaşmanın sanıldığından zor olduğudur. Özellikle, toplumsal uzlaşmanın yeterli sağlanmadığı uygulamaların başarı şansının zor olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Türkiye'deki sağlık reformu sürecinin net olarak bize öğrettiği şey şudur ki; reform uygulamaları politika belirleyicilerin net ve kararlı siyasi iradesine ihtiyaç duymaktadır. Bu irade hem reform sürecinin kararını almada hem de uygulamasında aynı tutarlılıkta olmalıdır. Aksi takdirde reform çalışmaları, toplumun hayatına katkısı olmayan ve retorik olmaktan ileri gitmeyen söylemler olacaktır.

Süreç bize Türkiye'de yıllardır kararlılığın eksik olduğunu göstermiştir. Bu yüzden uygulanan ve uygulanmaya çalışılan tüm yenilikler, belirlenen hedeflere ulaşamamıştır. Karar mekanizmalarındaki eksiklikler,

yapılmak istenilen değişikliğin içeriğinden bağımsız olarak, daha başından reform sürecini engellemektedir. Tarihten almamız gereken en önemli ders öncelikle tam kararlılığın sağlanmasıdır.

Siyasi iradenin kararlı olabilmesi için yapacağı uygulamaların toplum destekli olması gerekmektedir. Yani topluma anlatılması, tartışılması ve farklı kesimlerden önerilerin alınması gerekir. Ancak böyle bir program, uzun vadede güçlü iradeyi arkasına alarak yaşama geçebilir. Bunun en tipik örneği, sosyalizasyon yasasıdır. Türkiye insanının ihtiyaçlarına karşılık vermesine rağmen, Askeri Yönetimin idaresinde ve çok kısa zamanda kabul edilen yasa, alması gereken desteği alamamıştır. Sonraki dönemlerdeki sivil yönetimlerin de, farklı sebeplerle sahiplenmediği yasa, bugüne kadar uygulanmamış ve sorunlar çözülmemiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı da benzer yanlışlıkları içermektedir. Bütün diğer uygulamalar gibi DB desteğinde olan program, uluslararası baskıların da etkisiyle bir an önce uygulamaya geçirilmek istenmektedir. Bu durum bize, tarihten aldığımız derslerin de etkisiyle bir süre sonra aynı kısır döngüyü yaşayacağımızı düşündürmektedir. Ayrıca, ülkedeki ekonomik dengeler ve gelir dağılımındaki eşitsizlikler düşünüldüğünde reform programıyla, sağlık hizmetlerinden yararlanmada toplumun farklı kesimleri arasında eşitsizliklerin artabileceği göz ardı edilmemelidir.

KAYNAKLAR

Akdur R.(1998), "Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri", Yeni Türkiye Cumhuriyet III, (23-24):1984-1995.

Aygün R.(1998), "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri", Yeni Türkiye Cumhuriyet III, (23-24):1976-1983.

Belek İ.(2001a), "Sağlık Reformları Kriz ve Sağlık Paradigmasında Liberal ve Yeniden Yapılanma", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 16(6):430-437.

Belek İ.(2001b), "Türkiye'de Sağlık Reformları", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 16(6):438-447.

Belge Net, Acil Eylem Planı, http://www.belgenet.com/eko/acileylem_161102.html.

Beud M.(2003), "Kapitalizmin Tarihi", Çeviri; Fikret Başkaya, Dost Kitabevi Yayınları, 2003.

Cueto M.(2004), "The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care", American Journal of Public Health, (94):1864-1873.

Dedeoğlu N.(1997), "224 Sayılı Yasanın Dünü, Bugünü, Yarını", Ağrıdağ G., 224 Sayılı Yasa'da Dün-Bugün-Yarın, Adana Tabip Odası Yayını:70-76.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(1998), "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998(TNSA-1998)", Ankara,1999.

Human Development Reports (2004), "Statistics", <http://hdr.undp.org/statistics/data/>.

Kapaklı E.(2003), Bulgaristan Sağlık Sistemi İnceleme Gezisi Raporu, İstanbul Tabip Odası, <http://www.istabip.org.tr/genel/bulgaristan.asp>.

Kerekovska A. (2005), Bulgaristan: Geçiş Dönemi Öncesi ve Sırasında Sağlık ve Sağlık Sistemi, Halk Sağlığı Fakültesi Varna Üniversitesi http://med.ege.edu.tr/~halksag/BulgarSemp/AKerekovska_%20_Health_HCS_tr.pdf.

Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri, T.C. Sağlık Bakanlığı,1998.

Koulaksazov S., Todorova S., Tragakes E.(Editör), Hristova S.(2002), "Health Care Sytems In Transition Bulgaria", European Observatory on Health Care Systems, 2003.

Öztek Z., Eren N.(1997), "Sağlık Yönetimi", Güler Ç., Bertan M., Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Güneş Yayınevi, Ankara.

Öztürk Y.(1997), "Sağlık Hizmetlerini Sosyalleştiren 224 Sayılı Kanunun Günümüzdeki Uygulanışı ve Sorunları", Ağrıdağ G., 224 Sayılı Yasa'da Dün-Bugün-Yarın, Adana Tabip Odası Yayını:76-82.

Pekçan H., Uğurluoğlu Ö.(2001), "Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri, Aile Hekimliği", Yeni Türkiye, Sağlık 1,(39):817-844.

Resmi Gazete(1992), "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılınması Hakkında Kanun", Kanun No:3816, Kabul tarihi:18.06.1992, Sayı:21273.

Resmi Gazete(2004), "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun", Kanun No:5258, Kabul tarihi:24.11.2004, Sayı:25665.

Resmi Gazete(2005), "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik", Kabul tarihi:06.07.2005, Sayı:25867.

Resmi Gazete(2005), "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik", Kabul tarihi:12.08.2005, Sayı:25904.

Saçaklıoğlu F, Davas A, Döner B ve ark.(2003), Aşı Pazarı Can Pazarı, "Aşı Üretim Perde Arkası" TTB Yayınları, Ankara.

Sağlık Mevzuatı, Seçkin Yayıncılık, 2001.

Savaş B.S., Karahan Ö., Saka Ö.(2002), "Health Care Sytems In Transition Turkey", European Observatory on Health Care Systems.

TBMM, Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, <http://www.tbmm.gov.tr>.

TC Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı(1984), "Beşinci Beş Yıllık Kalınma Planı 1985-1989, Sağlık", Yayın No:1974:150-153.

TC Çalışma Bakanlığı(2005), "Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform", http://www.calisma.gov.tr/sgk/sosyal_guvenlik_beyaz_kitap_2005.pdf.

TC Sağlık Bakanlığı, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı (2003), Sağlık İstatistikleri 2002, Ankara.

TC Sağlık Bakanlığı, 1. Ulusal Sağlık Kongresi (1992), "Çalışma Grupları Raporları", Ankara.

TC Sağlık Bakanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi (2003), "Ulusal Hastalık Yükü

Maliyet Etkinlik Çalışması, Hane Halkı Araştırması-Ara Raporu-", Ankara.

TC Sağlık Bakanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi (2005), "Ulusal Hastalık Yüğü Maliyet Etkinlik Çalışması, Hastalık Yüğü-Final Raporu-", Ankara.

TC Sağlık Bakanlığı, 2. Ulusal Sağlık Kongresi (1993), "Çalışma Grupları Raporları", Ankara.

TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Erişim Merkezi, <http://www.sabem.saglik.gov.tr/default.asp>.

TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (1998), "Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi", Ankara.

TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, "Projeler", <http://www.spgk.saglik.gov.tr/tr/projeler.html>.

TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (1996), "Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu", Ankara.

TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü(1993), "Ulusal Sağlık Politikası", Ankara.

TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü(1998), "Türkiye Sağlık Reformları, 1998", Ankara.

TC Sağlık Bakanlığı, "Sağlıkta Dönüşüm", 2003.

TC Sağlık Bakanlığı(1992), "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı Üzerine Görüş ve Öneriler", Ankara.

TC Sağlık Bakanlığı(1992), "TBMM'ne Sunulmak Üzere Hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı", Ankara.

The World Bank (1987), Financing Health Services in Developing Countries, A World Bank Policy Study, PUB-6563, 1987.

The World Bank Turkey, "Sağlıkta Dönüşüm Projesi", <http://www.worldbank.org.tr/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/TURKEYEXTN/0,,contentMDK:20274795~pagePK:141137~piPK:141127~theSitePK:361712,00.html>.

Thomason JA, "Health Sector Reform in Developing Countries: A Reality Check", <http://www.sph.uq.edu.au/ACITHN/Conf97/papers97/thomason.htm#top%20of%20page>.

TTB, Kocaeli Tabip Odası, (2004) "Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye'sinde Halka, Hekimlere, Sağlık Personeline Ne Getiriyor?", Kocaeli.

World Health Organization(1998), "The Changing World", The World Health Report 1998 Life in The 21st Century A Vision for All.

World Health Organization(2000), "Why do Health Systems Matter? (Chapter One)", The World Health Report Health Systems: Improving Performance, 2000.