



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ SAĞLIK
HİZMETLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

BÜŞRA AYDINLI

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. YETER DEMİR USLU

İSTANBUL-2022

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi: Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Tez Sahibi : Büşra AYDINLI
Tez Başlığı : Sağlıkta Dönüşüm Programının Sağlık Hizmetleri Açısından
Değerlendirilmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 25.07.2022

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Prof.Dr. Yeter USLU

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Esra Çiğdem CEZLAN İstanbul Medipol Üniversitesi

Prof.Dr. Fatma AYANOĞLU ŞİŞMAN Marmara Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Büşra AYDINLI

İTHAF

Bu tezi, üzerimde emeği çok olan ve her kararımda arkamda duran sevgili abime ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Üniversite hayatımdan beri akademik bilgileri ve tecrübeleriyle yol gösteren, akademik hayata başlamamı sağlayan bana güvenerek cesaretlendiren ve manevi desteğini her zaman hissettiğim danışman hocam Yeter DEMİR USLU' ya,

Her konuda bana güvenen ve fedakarlığını esirgemeyen sevgili anneme, babama ve abime,

Çalışmamda bana akademik bilgi donanımıyla yardımcı olan, her sorumu sabırla yanıtlayan, manevi desteğiyle ve hoşgörölü yaklaşımıyla yardımlarını esirgemeyen sevgili çalışma arkadaşım Arş. Gör. Sefer AYGÜN' e,

Çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen sevgili çalışma arkadaşlarıma,

Ve çalışmam boyunca emeği geçen herkese teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
1.ÖZET.....	1
2.ABSTRACT.....	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ	3
4.GENEL BİLGİLER.....	4
4.1. Sağlık Kavramı	4
4.2.Sağlık Hizmetleri	4
4.2.1. Sağlık hizmetlerinin özellikleri.....	5
4.2.2. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması.....	6
4.2.2.1.Koruyucu sağlık hizmetleri	7
4.2.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri	8
4.2.2.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri.....	9
4.3.Türkiye’de ve Dünyada Uygulanan Politikalar ve Sağlık Sistemlerinin İncelenmesi.....	9
4.3.1. Dünya devletlerince uygulanan sağlık sistemleri ve sağlık politikaları	9
4.3.1.1.Almanya	9
4.3.1.2.İsviçre.....	11
4.3.1.3. İngiltere	12
4.3.1.4. Amerika.....	13
4.3.2. Türkiye’de sağlık sisteminin tarihsel süreci ve uygulanan politikalar	14
4.4.Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	17
4.4.1. Genel bilgiler	17

4.4.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacı ve ilkeleri	18
4.4.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bileşenleri	20
4.4.1.3. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulama süreci	25
5.MATERYAL VE METOT	27
5.1. Sistematik Literatür Taraması ve Araştırma Stratejisi.....	27
5.2. İşlem Basamakları	28
5.3. Araştırmaların Çalışmaya Alınma Kriterleri	29
5.4. Veri Toplama Süreci ve Araçları	29
6.BULGULAR	32
6.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Yıllara Göre Değerlendirme Analizleri	32
6.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makaleliklerin Yazar Sayısına Göre Değerlendirme Analizleri	33
6.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Araştırma Desenine Göre Değerlendirme Analizleri	34
6.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Odaklanılan Konuya Göre Değerlendirme Analizleri	34
6.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sonuçlarına Göre Değerlendirme Analizleri	36
6.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerde Yapılan Önerilere Göre Değerlendirme Analizleri	44
7.TARTIŞMA	46
8.SONUÇ	51
9.KAYNAKLAR	53
10.ÖZGEÇMİŞ	65

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devleti
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
FDHA	Federal İç İşleri Bakanlığı
FOPH	Federal Halk Sağlığı Ofisi
GP	Genel Pratisyen
GSS	Genel Sağlık Sigortası
MHI	Zorunlu sağlık sigortası şirketleri
NHS	Ulusal Sağlık Hizmet
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
TB	Tüberküloz

TABLolar LİSTESİ

Tablo 5.4.1. Oluşturulan Örnek Excel Tablosu	31
Tablo 6.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Yıllara Göre Dağılımı	32
Tablo 6.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Yazar Sayısına Göre Dağılımı	33
Tablo 6.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Araştırma Desenine Göre Dağılımı.....	34
Tablo 6.4.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Odaklanılan Konuya Göre Dağılımı	35
Tablo 6.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sağlık Çalışanları ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı	37
Tablo 6.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sağlık Kullanıcıları ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı	38
Tablo 6.5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Aile Hekimliği Uygulamaları ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı	39
Tablo 6.5.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Bulaşıcı Hastalıklar ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı.....	39
Tablo 6.5.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Hastaneler ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı	40
Tablo 6.5.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sağlık Harcamaları ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı.....	41
Tablo 6.5.7. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin İlaç Sektörü ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı	42
Tablo 6.5.8. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Aile Planlaması ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı.....	42
Tablo 6.5.9. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerden Elde Edilen Diğer Sonuçların Dağılımı.....	43

Tablo 6.5.10. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Genel Değerlendirmesi ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı 44

Tablo 6.6.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerde Yapılan Önerilere Göre Dağılımı..... 45



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.2.1. 1: Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	7
Şekil 4.4.1.2.3. 1: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	22
Şekil 5.1. 1: PRISMA Kılavuzunun Uygulanmasında Karar Kriterleri	27
Şekil 5.2. 1: Araştırma Sürecinde İzlenen İşlem Basamakları	28



1.ÖZET

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ SAĞLIK HİZMETLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlık sistemindeki düzenlenmesi gereken tüm süreçler için 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaya başlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı “etkili, verimli ve hakkaniyete uygun sağlık hizmeti” başlığı ile yola çıkmıştır. Bu çalışma ile son yıllardaki güncel veriler de dahil edilerek Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde gerçekleştirilen sağlık reform hareketlerinin Sağlık hizmetleri açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaca ulaşmak için araştırmanın modelini sistematik derleme yöntemi oluşturmaktadır. Araştırmanın modelinde 2003-2021 yılları arasında Pubmed, Science Direct, Ebschost, Ulakbim, Scopus, Web of Science, Springer Link, Google Scholar veri tabanlarında, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Health Transformation Programme, Sağlıkta Reform, Health Reform, Health System Transformation ve Sağlık Sisteminin Dönüşümü kelimelerinin farklı kombinasyonlarıyla taranmıştır. Tarama sonucunda 397 çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmalardan araştırma kriterlerine uygun 100 makale analiz edilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye sağlık sistemi yapısal bir dönüşüme ve değişime girmiştir. Bu dönüşüm ile sağlık sistemindeki eksikliklerin tamamlandığı, sağlık hizmetlerine erişimin hakkaniyetli bir şekilde olduğu ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetin arttığı fakat istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Bu sebeple geliştirilmesi gereken durumlar göz önünde bulundurularak bu dönüşümü destekleyici politikalarla daha iyi bir noktaya taşınması için çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Sistemi, Sağlık Politikaları, Sağlıkta Dönüşüm Programı

2.ABSTRACT

EVALUATION OF THE HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM IN TERMS OF HEALTH SERVICES

The Health Transformation Program started to be implemented in 2003 for all processes that need to be regulated in the health system. The Health Transformation Program started with the title of “effective, efficient and equitable health care”. The aim of this study; It is the evaluation of the health reform movements carried out within the framework of the Health Transformation Program in terms of health services. In order to achieve this aim, the systematic compilation method constitutes the model of the research. In the model of the research, between 2003-2021, Pubmed, Science Direct, Ebschost, Ulakbim, Scopus, Web of Science, Springer Link, Google Scholar databases, Health Transformation Program, Health Transformation Program, Health Reform, Health Reform, Health System Transformation and Health System It has been scanned with different combinations of transform words. As a result of the search, 397 studies were found. From these studies, 100 articles in accordance with the research criteria were analyzed. With the Health Transformation Program, the Turkish health system has entered into a structural transformation and change. With this transformation, it is seen that the deficiencies in the health system are completed, the access to health services is equitable and the satisfaction with health services increases, but not at the desired level. For this reason, taking into account the situations that need to be developed, studies should be carried out to move this transformation to a better point with supportive policies.

Keywords: Health, Health Policies, Health Services, Health System, Health Transformation

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlıklı yaşamak, her bireyin doğduğu andan itibaren sahip olduğu en temel haktır. Sağlık toplumların gelişmişlik düzeyini gösteren en temel yapı taşıdır. Sosyal devlet anlayışına göre, bireylerin sağlıklı yaşam sürdürmeleri için sağlık hizmetlerinin sunulması ve sağlığın korunmasında yükümlülüklerini yerine getirmesi gerekir. Sağlık hizmetleri bireylerin hastalıklardan korunması, hastalıklarının teşhisi, tedavisi ve yaşamlarını kendileri devam ettirecek şekilde rehabilite edilmesi şeklinde tanımlanabilir.

Geçmişten günümüze sağlık hizmetlerinin sunumunu gerek değişen koşullar gerek teknolojik gelişmeler etkilemiştir. Bu süreç değerlendirildiğinde Türk sağlık sisteminin temellerinin Osmanlı Devleti zamanında atıldığı görülmektedir. Cumhuriyet'in ilanı ile birlikte Türk sağlık sistemi belirli bir dönüşüm sürecine girmiş, daha da modernleşerek yavaş yavaş günümüzde uygulanan sağlık hizmetine anlayışına doğru adımlar atılmıştır. Özellikle 2000'li yıllardan sonra sağlık reformlarıyla birlikte sağlık sisteminde köklü değişiklikler yapılmıştır. Bu değişiklikler sonucunda meydana gelen değişimler insan odaklı sağlık hizmeti anlayışını beraberinde getirmiştir. Etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir sağlık sistemi oluşturmak adına 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temelleri atılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti amaçlanmaktadır (1).

Türk sağlık sistemi tarihsel süreci değerlendirildiğinde en köklü değişikliklerinin yapıldığı reform hareketlerinden bir tanesinin Sağlıkta Dönüşüm Programı olduğu görülmüştür. Bu nedenle literatürde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili birçok çalışmanın yapıldığı gözlemlenmiştir. İlgili konunun son yıllardaki etkisinin değerlendirilmesi önceki yıllarla karşılaştırılması açısından önem arz etmektedir. Bu çalışma ile son yıllardaki güncel veriler de dahil edilerek Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık hizmetleri açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, sübjektif bir kavram olduğu için tanımları farklılık göstermektedir. Bu yüzden ölçülmesi mümkün değildir. Bireyler açısından vücudunda hastalık bulunmama durumu iken, hekimler açısından ise var olan durumun değiştiği en ufak bir rahatsızlık bile hastalık olarak tanımlanmaktadır. 1948 Dünya Sağlık Örgütü'nün tüzüğüne göre 'Sağlık; yalnızca hastalık ve sakatlıkların olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.' şeklinde tanımlamaktadır Dünya Sağlık Örgütü'nün bu tanımı uluslararası literatürde kabul gören tanım olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık kavramı evrensel bir kavram olup bireyler için en temel hakktır. Her birey doğduğu andan itibaren sağlık hakkına sahip olup yaşamını sürdürebilmesi için korunması gereken bir olgudur. Toplumun her kesiminin bu haklardan faydalanamamasının sebebi eşitsizlik ve yoksulluk olarak ifade edilmektedir (2). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesiyle bu eşitsizlik azaltılmaya çalışılmıştır. Sağlık hizmet sektörünün gelişimi ile bireyler daha fazla bilinçlenmiştir. Bu sayede sağlık hizmet sunumunda kalite artmıştır. Devlet tarafından yapılan düzenlemeler doğrultusunda sağlık hizmetine her bireyin ulaşması için önemli adımlar atılmıştır.

4.2.Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması, tedavi edilmesi, hastalıkların önlenmesi, hastalıklara teşhis konulması, sakatlıkların sınırlandırılması ile ilgili planlı bir şekilde yapılan çalışmaların tümüne sağlık hizmeti denilmektedir (3). Sağlık hizmetleri kar amacı güdülmeyen sunulan hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı sağlıklı olma durumu korumak, toplumun ve bireyin sağlığını olumsuz yönde etkileyecek risk faktörlerini ortadan kaldırmak ve sağlığın geliştirilmesi aynı zamanda kalitesini arttırmaya yönelik çalışmalar yapmaktır (4). Fakat artan talepler, değişen teknoloji, çevresel faktörler ve süreklilik isteyen bir kavram olduğu için düzenlemeler gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen faktörler arasında coğrafi engeller, sağlık politikaları, sosyal faktörler, çevresel faktörler, ekonomik nedenler ve kişisel sınırlamalar bulunmaktadır (5). Sağlığın bireysel ve toplumsal olarak önem arz

etmesi devletlerin sağlık hizmet sunumunda aktif bir Şekilde rol alması gerekliliğini doğurmaktadır.

4.2.1. Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Geçmişten günümüze sağlık hizmetleri her toplumda “kamusal hizmet” Şeklinde ele alınarak devlet tarafından sunulması zorunlu bir hizmet türü olarak karşımıza çıkmaktadır (6). Sağlık hizmetlerinin diğer hizmet sektörlerinden farklı olarak kendine özgü özellikleri vardır. Bu sebeple diğer hizmet sektörlerinden farklı Şekilde ele alınmaktadır. Tengilimoğlu, Akbolat ve IŞık’a göre sağlık hizmetinin özellikleri aşağıdaki gibi sıralanmıŐtır (7).

*Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır.

*Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur.

*Sağlık hizmeti ertelenemez.

*Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim ve sağlık profesyonelleri belirler.

*Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taŐımaktadır.

*Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez.

Sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç olacağı önceden belirlenemediği için sağlık hizmetleri rastlantısal tüketim olarak değerlendirilmektedir. Diğer hizmet sektörlerinde ihtiyaca göre mal ve hizmet tüketimi depolanırken sağlık hizmetlerinde böyle bir durum söz konusu değildir. Örneğin bir gece hastaneye kaç kişinin geleceği öngörülememektedir. Acil durumlar, kaza, zehirlenme, doğum, salgın hastalık vb. durumlar önceden belirlenemediği gibi sunulacak hizmet de önceden belirlenememektedir. Bu sebeple sağlık hizmetleri belirleyiciler ve planlayıcılar açısından oldukça dikkat edilmesi ve önemsenmesi gereken kritik bir durumdur.

Sağlık hizmetlerinde diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi ikame edilebilirlik özelliği bulunmamaktadır. İkame etmek kavramını bir hizmeti veya malı başka bir hizmet veya mal ile deđiŐtirebilmek Şeklinde tanımlanabilir. Bireyler fiyat farklılığı, kalite, ihtiyaç ve istekleri doğrultusunda alacakları mal veya hizmeti deđiŐtirebilmek hakkına sahiptir. Fakat sağlık hizmetlerinde bu ikame edilebilirlikten bahsetmek mümkün değildir. Sebebi ise ihtiyaç duyulan hizmetin yerini alabilecek başka bir

boyutta hizmet bulunmamasıdır. Dişlerine implant yaptırmak isteyen bireyin bu malzemenin bulunmaması durumunda dolgu yaptırmayı beklenemez. Sağlık hizmetleri açısından böyle bir tercihin yapılabilmesi mümkün olmadığı için ikame edici özelliği bulunmamaktadır.

Sağlık hizmetleri anlık ihtiyaca göre şekillendiği için ertelemek söz konusu değildir. Bireyin ihtiyacı olan sağlık hizmetini almak için hastaneye gittiği andan itibaren hizmet sunucular bu ihtiyacı karşılamakla yükümlüdür. ‘Bu hizmeti 3 ya da 5 gün sonra alabilirsiniz’ deme durumu söz konusu değildir. Sağlık hizmetlerinin ertelenemez olması sebebiyle sağlık hizmet sunucuları her zaman, her duruma uygun hizmet verecek şekilde malzeme, personel, ilaç ve diğer sunum araçlarını bulundurması gerekir. Sağlık hizmeti kesintisiz bir şekilde her zaman diliminde aynı nitelik ve kalitede hizmet vermek durumundadır.

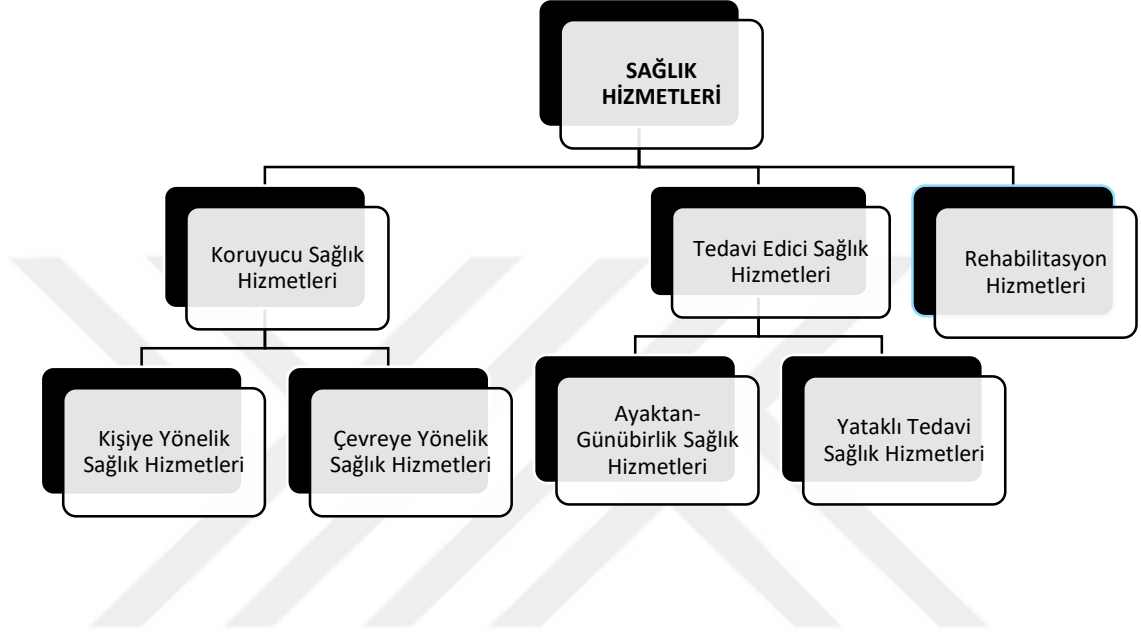
Sağlık hizmetini diğer hizmet sektörlerinden ayıran belirleyici özelliklerden birisi sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, sağlık hizmet sunucusu olan hekim ve sağlık profesyonellerinin belirlemesidir. Sebebi ise diğer sektörlerde hizmetin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan kişi belirlemektedir. Hizmeti alan kişi ile hekim ya da sağlık profesyoneli arasındaki bilgi asimetrisi nedeniyle sağlık hizmetlerinin sunumunda bilgi asimetrisi olması kaçınılmazdır. Fakat bilgi asimetrisi her zaman avantajlı bir durum değildir. Hizmet alan kişi hastalık seyrini, tedavi yöntemini, gerekli tahlilleri bilmediği için sağlık sektöründe bunu kötüye kullanan hekim veya sağlık profesyonelleriyle karşılaşmamız mümkündür.

Üretim ve hizmet süreci sonrasında kar elde etmek, hizmet sunucular için önemli bir çıktıdır. Fakat sağlık hizmetlerinde böyle bir durumdan bahsetmek mümkün değildir. Sağlık hizmeti çıktısı paraya çevrilememektedir. Çünkü sağlık hizmeti sonucunda kişi iyileşebilir, sakat kalabilir hatta yaşamını kaybedebilir.

4.2.2. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri uygulama alanların niteliği ve amaçlarına göre sınıflandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere 3 ayrı başlıkta incelenmektedir (8).

Birinci başlık toplumun ve bireylerin hastalıklara karşı korunması, ortada bulunan risk faktörlerini ortadan kaldırmaya yönelik iken, ikinci başlık tanısı konulan hastalığın tedavi süreci ve iyileştirmeye, üçüncü başlık ise ruhen ve bedenen sağlıklı olmayan bireylerin yaşam kalitesini arttırmaya ve yaşam sürelerini uzatmaya yönelik hizmetlerdir.



Şekil 4.2.1. 1: Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Kaynak: (8)

4.2.2.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri geniş kapsamlı bir hizmet türüdür. Koruyucu sağlık hizmetleri Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Yönergesi 'nde "Kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla sunulan sağlık hizmetleridir." şeklinde tanımlanmaktadır (9). Koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli amacı hastalığı önlemektir. Sağlık Bakanlığı'nın temel hedefi bu hizmetlerden bütün vatandaşların adil ve koşulsuz bir şekilde faydalanmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri sadece kişiye yönelik hizmetler olmayıp çevresel hizmetler de olmak üzere iki farklı gruba ayrılmaktadır (10).

Kişiyeye yönelik sağlık hizmetleri; Sağlık personelinin yürüttüğü ve doğrudan hastalara sunulan, temel sağlık hizmetleridir. Kişiyeye yönelik sağlık hizmetlerine aşılama,

dengeli beslenme, ilaçla koruma, kişisel hijyen, sağlık eğitimi gibi hizmetler örnek gösterilebilir (11).

Çevreye yönelik sağlık hizmetleri; Çevre sağlığını olumsuz yönde etkileyen faktörleri ortadan kaldırmak, sağlık bir yaşam alanı oluşturmaya yönelik hizmetlerdir (11)

4.2.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Bireylerde ortaya çıkan hastalıkların, sakatlıkların ve sağlıklarının bozulması durumunda iyileştirmeye yönelik sunulan her türlü hizmet tedavi edici sağlık hizmetidir. Tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla ekipman, personel ve daha yüksek maliyet gerektiren bir hizmet türüdür. Tedavi edici sağlık hizmetleri hekim sorumluluğunda uygulanan hizmetlerdir fakat diğer sağlık personellerinin katkılarıyla hizmetin gelişmesine fayda sağlanmaktadır (12).

Tedavi edici sağlık hizmetleri sonucunda sosyal fayda ortaya çıkıyor olsa da kişisel fayda daha ön plandadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri de kendi arasında birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere 3'e ayrılmaktadır. Hekimler; hasta bireylerin hastalıklarına göre tedavi basamağına karar vererek yönlendirilmeleri noktasında büyük rol oynamaktadır (13). Aksi halde verimsiz sonuçların oluşmasına ya da gereksiz hizmet kullanımına yol açmaktadır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Bireylerin tedavi süreçlerinin ayakta ya da evde sunulduğu hizmet türüdür (14) . Sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, TB dispanserleri birinci basamak sağlık hizmetleri sunan merkezlerdir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ilk başvurulması gereken sevk zinciridir. Böylelikle gereksiz kullanım azaltılır, adaletli faydalanma oluşur ve verimli sonuçlar elde edilebilir.

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Bireylerin ağır olmayan hastalıklarının teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği sağlık merkezleridir (13). Genellikle hastaneler olup 50-100 yataklı tam teşekküllü hastanelerde olabilir. Bu sağlık merkezlerinde genelde uzman hekim ve uzman sağlık personelleri hizmet vermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı durumlarda başvurulmuş sağlık hizmetleridir.

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri: İleri tetkik ve tedavi yöntemlerinin gerektirdiği birinci basamak ve ikinci basamak hizmetlerinin yetersiz kaldığı durumlarda

başvurulan sağlık hizmetidir (13). Üniversite hastaneleri, araştırma hastaneleri ve alanında uzmanlaşmış bireylerin hizmet verdiği kurumları içermektedir.

4.2.2.3. Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri

Bireylerin kaybetmiş olduğu bedensel ve zihinsel becerilerinin yeniden kazandırılması sağlamak, yaşamlarını bir başka bireye bağlı kalmadan sürdürmek, sakatlıkların ve kalıcı hasarların en aza indirmek amacıyla sunulan hizmetlerin tümüne rehabilitasyon hizmeti denilmektedir (13). Rehabilitasyon sağlık hizmetleri, uzun süre bireye sunulması gereken, tedavi sonuçlarının ne olacağı önceden öngörülemeyen, yüksek maliyetli teknik araç ve gereçleri gerektiren hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri kendi içerisinde tıbbi rehabilitasyon hizmetleri ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere iki farklı şekilde sunulmaktadır.

Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel açıdan bulunan sakatlıkların giderilmesine yönelik hizmetlerin tümüdür. Bu hizmet türünde bireyin kaybetmiş olduğu fonksiyonlarını yeniden kazandırma amaçlanmaktadır. Kaybedilmiş uzvun yerine nakil işleminin gerçekleştiği hizmetleri de kapsamaktadır. Aynı zamanda eski fonksiyonları geri kazandırmak amacıyla yapılan fizik tedavi hizmeti de bu hizmet türünün bir parçasıdır.

Sosyal Rehabilitasyon: Sosyal rehabilitasyon hizmetleri sakatlıkları sebebiyle eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte çalışamayanlara iş öğretme, iş bulma, işe uyum sağlamalarına yönelik her türlü hizmeti sosyal hizmet kurum ve personeli tarafından yapılmaktadır (15). Amaç bireyi topluma yeniden kazandırmaktır.

4.3. Türkiye’de ve Dünyada Uygulanan Politikalar ve Sağlık Sistemlerinin İncelenmesi

4.3.1. Dünya devletlerince uygulanan sağlık sistemleri ve sağlık politikaları

4.3.1.1. Almanya

Ülkede bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi; hastanelerden, özel muayenehanelerden ve tıbbi kuruluşlardan oluşan bir hizmet ağı oluşturarak kolaylaştırılmıştır. 1883 yılında Bismark tarafından hayata geçirilen sosyal sağlık sigortası Alman sağlık sisteminin en önemli unsuru olarak karşımıza çıkmaktadır (16). Bu sistem, kazanç esasına dayalı sigorta primleri ile finanse etmektedir. Bu ülkede ikamet eden, belirli bir alt ve üst sınırlar arasında gelire sahip olan her bireyin sağlık sigortasına sahip olması zorunluluğu vardır (17). Bu sağlık sigortası ile bireylere

sunulan hizmetler standart olup tüm sigorta şirketleri için zorunludur. Almanya nüfusunun yaklaşık %90 ı zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır. Nüfusun yaklaşık %10'u özel sağlık sigortası kapsamında yer alırken %0,3'ü herhangi bir sağlık güvencesine sahip değildir (18).

Halk sağlığı hizmetleri ile ayakta ve yatarak sağlık hizmetlerinin birbirinden çok kesin sınırlarla ayrılmış olması hizmet sunumunun temel özelliğidir. Poliklinik ve temel bakım hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Hastane hizmetleri ise kamu hastaneleri, kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve kâr amacı güden hastaneler tarafından sağlanmaktadır (19). Tüm bu hizmet veren kuruluşlar hizmet sunarken sigorta fonları ile sözleşme yapmak zorundadırlar.

Almanya sağlık sistemi dört temel ilkeye dayanmaktadır (20). Zorunlu sigorta; brüt kazançları belirli bir rakamın altında bulunan bireylerin zorunlu sigortası olması gerekmektedir. Sigorta primleri yoluyla finansman; Sağlık sistemi genelde sigortalı çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen primlerle finanse edilmektedir. Ayrıca vergi gelirlerinden de katkı sağlanmaktadır. Dayanışma ilkesi; zorunlu sağlık sigortası sahip her bireyin sağlık hizmetlerinden faydalanması, gelirleri ve prim düzeylerine bakmaksızın hastalık durumunda eşit tıbbi bakım hakkına sahip olmasıdır. Özyönetim ilkesi; Almanya'da tıbbi bakım için koşullar belirlenirken, bireysel tıbbi hizmetlerin daha iyi bir şekilde düzenlenmesi ve finanse edilmesinde hekimleri, dış hekimlerini, psikoterapistleri, hastaneleri, sigortacıları ve sigortalıları temsil eden üyeler belirlemektedir.

Almanya sağlık sisteminde federal yönetimle eyalet arasında karar verme gücü eşit olarak ayrılmıştır. Merkezi hükümetin sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin yetkisi oldukça sınırlı olup bu yetkiler genellikle eyaletlere verilmiştir. Almanya sağlık sisteminde üç temel özerk yönetim organı bulunmaktadır (16). Bunlar; Sağlık Sigortası Fonları Birliği, Hekimler Birliği ve Federal Ortak Komite olarak belirlenmiştir. Sağlık Sigortası Fonları Birliği sigorta primlerinin toplanması, hizmetlerin sağlık hizmet sunucularından satın alınması ve sağlık hizmet sunucularına ödemelerin yapılması gibi sorumlulukları vardır. Kamu hukukuna bağlı olup kâr amacı gütmeyen ancak yönetsel, finansal ve örgütsel olarak bağımsız yapıya sahiptir. Hekimler Birliği, ayakta tedavi hizmetlerinin sağlanması ve denetlenmesinden sorumlu bir yapıdır. Hekim haklarını savunan ve hizmetlerin türü, fiyat konusunda sigorta şirketleriyle sözleşme yapmakla

sorumludur. Federal Ortak Komite, zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki hizmetleri belirlemek, yeni uygulama ve yöntemlerini değerlendirmek ve yönergeleri geliştirmek gibi görev tanımları bulunmaktadır

4.3.1.2.İsviçre

İsviçre demokrasinin etkisiyle beraber merkezi bir düzenleyici etrafında şekillenen karmaşık bir sağlık sistemine sahiptir. Sağlık sistemindeki görev ve sorumluluklar federal, kanton ve belediye düzeyindeki yönetimlere dağıtılmıştır (16). Sağlık sigortası federal yönetimin elinde iken, kamu sağlığı alanında kantonlar rekabet içerisindedir. Kantonlar sağlık hizmetlerinden, koruyucu sağlık hizmetlerinden ve kamu sağlığı hizmetlerinden sorumlu tutulmaktadır. Belediyeler ise genellikle yaşlı bireyler ile ilgili hizmetler ve evde bakım hizmetlerinden sorumludur. Federal düzeydeki idare işlerin çoğunluğu, yasaların ve düzenlenmelerin hazırlanması Federal İçişleri Bakanlığı'na bağlı Federal Halk Sağlığı Ofisi tarafından yürütölmektedir. Federal Halk Sağlığı Ofisi çalışmaları üç danışma komisyonu tarafından destek alınarak yapılmaktadır (16). Federal Tıbbi Faydalar ve Temel İlkeler Komisyonu; Federal İç İşleri Bakanlığı'na (FDHA) zorunlu sağlık sigortasını yöneten temel ilkeler ve zorunlu sağlık sigortasını kapsayan içerikler hakkında önerilerde bulunmaktadır. Federal İlaç Komisyonu; Federal Halk Sağlığı Ofisi'ne (FOPH) farmasötiklerin yararlarına ilişkin önerilerde bulunmaktadır. Federal Analiz, Ürünler ve Cihazlar Komisyonu; Federal İç İşleri Bakanlığı'na (FDHA) analizler ve tıbbi cihazlar için genel değerlendirme ve geri ödeme kararları noktasında önerilerde bulunmaktadır.

İsviçre'de yaşayan her bireyin zorunlu sağlık sigortası ve kaza sigortası bulunmak zorundadır. Diğer Avrupa ölkelerinden farklı olarak İsviçre sağlık sisteminin finansmanı vergiye dayalı olmayıp işverenler tarafından finanse edilmemekte bireyler sigorta primlerini kendileri ödemektedir. Bebekler için doğduğu andan itibaren 3 aya kadar sigortalıdır. Ebeveynlerin 3 ay içerisinde sigorta primlerini ödeyerek zorunlu sağlık sigortası yaptırmaları gerekmektedir (21). Zorunlu temel sigorta kapsamında bireyler kendi kantonları içinde kamu veya özel hastaneleri kendi tercihleri doğrultusunda seçmektedir. Zorunlu sağlık sigortasının kapsadığı haklar dışında bireyler kendilerine özel sigorta yaptırabilmektedir. Ayrıca sağlık sigortalarını da kendilerinin seçme hakkı vardır. Zorunlu sağlık sigortası şirketleri (MHI), bireylerin ve sağlayıcıların seçimindeki belirlenen kısıtlamalara bağlı olarak değişen

MHI politikası türleri sunmaktadır. Yaş, cinsiyet, belirli bir limite kadar cepten yapılan harcama tutarı gibi faktörler primlerin miktarını etkilemektedir. İsviçre sağlık sigorta sistemi cepten yapılacak olan ödemeler için yeterince spesifikdir.

4.3.1.3. İngiltere

İngiltere sağlık sistemi Beveridge temelli sağlık sistemine dayanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan Ulusal Sağlık Hizmet' i (NHS) sorumluluğu kapsamında yürütülmektedir. Bunun yanında özel sektör kurumları da sağlık hizmeti sunmaktadır (22). Diğer ülkelerin genelinde olduğu gibi İngiltere' de de karma bir sağlık sistem yapısı bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, NHS, halk sağlığı, yetişkinlere yönelik sosyal bakım ve diğer ilgili alanlar ile ilgili politika belirlemekten sorumlu merkezi hükümet organıdır. Sağlık Bakanlığı, hükümetin İngiltere'deki nüfusun sağlığının iyileştirilmesine destek olmak, geliştirmek ve genel sağlık politikası ile stratejisini belirlemek aynı zamanda mevzuat ve yönetmelikler çıkarmakla sorumlu tutulmaktadır.

İngiltere'nin sağlık sistemi 1948 yılında çalışanlar, emekliler, işsizler yani tüm bireyleri kapsayan, vergilendirmeye finanse edilen, kamu hastaneleri ve diğer sağlık kurumları kullanılarak yaygınlaştırılan ücretsiz bir sistem şeklinde kurulmuştur. NHS, tüm bireylere yönelik birinci, ikinci ve üçüncü sağlık hizmet sunumundan sorumludur. NHS' nin herkese sunulması, ücretsiz olması ve vergilerden finanse edilmesini hedef alan üç temel ilkesi bulunmaktadır. İngiltere' de yaşayan tüm bireyler bazı istisna durumları hariç sağlık hizmeti alırken hiçbir ücret ödememektedir (23). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise genellikle halktan alınan vergilerle ödenmektedir. Bunların dışında cepten yapılan ödemeler ve kullanıcı katkıları da sağlık hizmetlerinin finansmana katkı sağlamaktadır. Yapılan cepten ödemeler genellikle özel sağlık kurumlarında ve reçetesiz ilaç satın alımlarında, kullanıcı katkıları ise bazı reçeteli ilaçlar ve diş sağlığı hizmetlerine yapılan ödemelerle sağlanmaktadır (24).

İngiltere' nin birinci basamak hizmetleri sağlık hizmet sunucuları acil olmayan durumlarda görev olan, fiziksel ve psikolojik alanlarda hizmet veren ilk başvuru kurumlarıdır. Hastane ortamı dışında ve sağlık hizmet başvurularında bulunan bireylere yakın yerlerde bulunan sağlık hizmet sunucularıdır. İngiltere' de bulunan birinci basamak hizmetlerinin temel iki görevi bulunmaktadır. Bunlardan birincisi sağlık sorunları hakkında danışmanlık yaparak tavsiyelerde bulunmak, ikincisi ise sürekli

erişime açık olup tedavi süreçlerindeki ilk teması üstlenmektedir (25). Bu ülkede birinci basamak tedavi hizmetleri süreçlerinde genel pratisyenlerin (GP) üzerine kurulu bir sistem olup bir bakıma aile hekimliği olarak adlandırılmaktadır (26). İkinci basamak ise genellikle 10.000 ile 100.000 arasındaki nüfusa hizmet sunan hastanelerde her türlü cerrahi ve tıbbi hizmet verilen fakat sadece genel pratisyenlerin sevkiyle başvuru hizmetlerdir (27). Genel pratisyenlerin yanında sağlık ziyaretçileri, alan hemşireleri ve ebeler de toplum sağlığı hizmeti sunan diğer temsilcileri de bulunmaktadır. Bu hizmet sağlayıcılarının görev tanımları birbirinden farklıdır. Sağlık ziyaretçileri, sadece 5 yaş altı çocuklar ve yaşlılar gibi risk arz eden bireylerin sağlık takibinden sorumludur. Alan hemşireleri, çoğunlukla yaşlılar olmak üzere evde bakım ihtiyacı olan bireylere sağlık hizmeti sunmakla sorumludur. Ebeler ise doğum öncesi ve sonrası süreçlerin takibi, anne ve bebek sağlığından sorumludur. Hastaların GP seçme hakkı olduğu gibi GP'lerin de hasta seçme hakkı söz konusudur (28).

4.3.1.4. Amerika

Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemi, dört ana sağlık sisteminin her birini içerisinde barındıran, kendine özgü bir model olarak karşımıza çıkmaktadır. ABD sağlık sistemi gazi ve gazi çocuklarına sunulan sağlık hizmeti bakımından Beveridge modeline, çalışanlara sunulan sağlık hizmetleri bakımından Bismark modeline ve yaşlılara sunulan hizmetler bakımından ulusal sağlık sistemine paralellik göstermektedir (29). Bunların dışında nüfusun önemli bir kısmının sağlık sigortası olmaması sebebiyle cepten ödeme modeliyle de benzerliği bulunmaktadır. Farklı modelleri içinde barındıran bu sistem, toplumun küçük bir kısmı kamu sağlık sigortaları ile büyük bir kısmı ise özel sağlık sigortaları tarafından yürütülmektedir. ABD sağlık sisteminin en temel ilkesi hastanın hekimi seçebilmesi gibi hekiminde hastasını seçebilme özgürlüğüdür (30).

Amerika'nın sağlık sigorta sistemi kompleks bir yapıya sahiptir. Ülkede hizmet veren en önemli kamu sigortası programları Medicaid ve Medicare' dir. Medicare ;65 yaş üstü ve engelleri kapsayan sağlık sigortasıdır (31). Bu sağlık sigortasından faydalanabilmek için sosyal güvenlik sistemine kayıtlı olmak ve kayıt öncesinde 10 yıl ödeme yapma zorunluluğu bulunmaktadır. Medicaid; düşük gelirli yetişkinler, çocuklar, hamile kadınlar, yaşlı yetişkinler ve engelliler dâhil olmak üzere için sağlık

sigortası hizmeti sunmaktadır (32). Medicaid eyaletler tarafından federal gereklilik prosedürlerine göre yönetilmektedir. ABD nüfusunun yalnızca %36' sı Medicaid ve Medicare tarafından kamu finansman sistemiyle finanse edilmektedir (33). Nüfusun yarısından fazlasının finansmanı ise özel sağlık sigortası ile karşılanmaktadır. Kişi başına düşen sağlık harcaması son yıllarda artış göstermektedir.

Hizmet kalitesi ve sağlık sonuçları açısından uluslararası karşılaştırma yapıldığında çeşitlilik söz konusudur. Bazı hastalıkları için göstergeler çok iyi iken, bazı hastalıklarda ise istenilen düzeyin altında kalmaktadır. Dünyada sağlık hizmetlerine en çok para harcayan ülke ABD'dir. Ülkede sağlık uygulamaları eyaletlere göre farklılık göstermektedir. ABD sağlık sistemi, yıllık harcaması 3,6 trilyon dolar ile dünyada hiçbir ülkede olmayan ve dünyanın en zengin 12 ülkesinin ortalama sağlık harcamasının yaklaşık iki katıdır (33).

4.3.2. Türkiye'de sağlık sisteminin tarihsel süreci ve uygulanan politikalar

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimi, Cumhuriyet öncesi olarak adlandırılan Selçuklu ve Osmanlı dönemi ile Cumhuriyet ve sonrası olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sağlık hizmetleri Selçuklu ve Osmanlı döneminde vakıflar tarafından sunulmakta olup Osmanlı İmparatorluğunun ilk dönemlerine kadar bu şekilde devam etmektedir. Fakat toplumdaki tüm bireylerin bu hizmetlerden adaletli bir şekilde faydalanması söz konusu değildi. Sebebi ise sağlık hizmeti askerler ve saraylılar odaklı olmasıdır (34). Devletin sağlık işlerini düzenleyen, cerrah ve personel atamalarını yapan Reisul Etıbbā (Hekim Başı) kurumundan başka devlete ait herhangi bir resmi bir kurumu yoktur. Halk belirli bir ücret karşılığında serbest çalışan hekimlerden sağlık hizmeti almıştır (35). Devlet, tıbbi hizmetlerin yanında içme suları, besin kontrolü, kanalizasyon ve sosyal yardım hizmetleri gibi tüm toplumu ilgilendiren sağlık sorunlarıyla da ilgilenmiştir. Dârüşşifâ, Bimarhâne veya Timarhâne gibi sağlık kurumları devlet tarafından açılan resmi kurum olarak değil genellikle devlet adamları ve şahısların vakıf sistemi içerisinde toplum hizmetine sundukları sosyal yardım kuruluşları olarak hizmet vermiştir (36). Belirli bir süre hizmet veren Reisul Etıbbā kurumu kaldırılarak 'Tıbbi Nezareti' kurumuna devredilerek hizmetler buradan vermeye başlanmıştır. İlk modern hastane olarak bilinen Gülhane Hastanesi 1898 yılında açılıp Alman hocalar tarafından verilen eğitimler Türk hekimlerine öncülük etmiştir. Burada Reider tarafından verilen eğitimler Türkiye coğrafyasında bilinmeyen

tıbbi bilgilerin, Reider ve yetiştirdiği Türk hekimler tarafından ortaya çıkarıldığı keşfedilmiştir (37).

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılmasıyla beraber Sağlık Bakanlığı kurulup ilk sağlık bakanı Dr. Adnan Adıvar olmuştur. Dr. Adnan Adıvar döneminde sunulan sağlık hizmetleri savaş yaralarının iyileştirilmesi ve mevcut alt yapının geliştirilmesi için yapılması gereken adımlar belirlenmiştir.

Cumhuriyet'in ilan edilmesiyle Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam 1921-1937 yılları arasında göreve devam etmiştir. Dr. Refik Saydam döneminde illerde sağlık müdürlükleri ilçelerde hükümet tabiplikleri kurularak birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerinde büyük adımlar atılarak tüm Türk coğrafyasına yayılması sağlanmıştır. Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi illerde doğrudan bakanlığa bağlı 'Numune Hastaneleri' açılmıştır (38). Dr. Refik Saydam sağlık hizmetlerinde kalite faktörünü etkileyen sağlık personeli niteliği ve niceliği için de çalışmalarda bulunmuş terfi, atama ve eğitim yani personel yönetimini tek bir çatı altında Sağlık Bakanlığı'nın bünyesinde toplamıştır. Tüm bu çalışmalarıyla Dr. Refik Saydam sağlık hizmet sistemini merkezileştirmiştir.

Dr. Refik Saydam'dan sonra sağlık bakanlığı görevine 1946-1950 yılları arasında Dr. Behçet Uz gelmiştir. 1946 yılında '9. Milli Tıp Kongresi'nde sunulan 'Birinci On Yıllık Sağlık Planı' yürürlüğe konulmuştur. Bu plan ile beraber ülke genelinde yedi sağlık bölgesi olacak ve her bölge kendi kendine yetecek hale gelmesi planlanmıştır (38). Böylelikle koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte yürütülmüş olup bölgeler tamamlandıktan sonra her bölge de bir tıp fakültesi açılması hedeflenmiştir. Daha önceden ayrı ayrı yürütülen koruyucu, tedavi edici hizmetler ve yönetimi yerel yönetimde olan yataklı tedavi hizmetlerinin tek merkezde toplanması hedeflenmiş hükümet tarafından yönetilme sürecine başlanmıştır. Sadece kentsel kesimde bireylerin faydalandığı yataklı hizmetlerden kırsal kesimdeki bireylerinde faydalanmasında önemli adımlar atılmıştır. Sosyal güvenlik alanında da 1946'da Sosyal Sigortalar Kurumu ve 1950 yılında da Emekli Sandığı Kanunu yürürlüğe girmiştir.

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki kanunun kabulü ile bireylerin sağlık hakkı tanımlanmış, sağlık hizmetlerinin bireylerin

ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sürekli, yaygın ve entegre olarak sunulması amaçlanmıştır (39). Sosyalleştirme Kanunu'nun öncüsü olan Dr. Nusret Fişek sağlık hizmetleri finansmanın nasıl sağlanacağı üzerinde çalışmalar yapmıştır. Dr. Fişek tüm hizmetlerin devlet tarafından sunulmasının mümkün olamayacağı bazı vergilerin alınması yönünde teşvik başlatmıştır.

1963 yılından itibaren daha planlı bir dönem başlamış olup Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı içerisinde sağlık hizmetlerine de yer vererek sektöre ilişkin hedefler belirlenmiştir. Bu hedefler koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilerek yaygınlaştırılması, Sağlık Bakanlığı aracılığıyla sunulması, personelin düzenli ve dengeli bir şekilde dağıtılması, döner sermaye sisteminin devlet hastanelerinde de uygulanması, ilaç endüstrisinin güçlendirilmesi ve özel hastanelerin açılmasının desteklemesi olarak belirlenmiştir (39). Ekim 2008'de yürürlüğe konulan Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS), Kanun Taslağı bu dönemlerde hazırlanmasına rağmen Bakanlar Kuruluna sunulamamıştır.

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile 1969 yılında tekrar gündeme gelen Genel Sağlık Sigortası kanunu, Türkiye Büyük Millet Meclisi' ne gönderilmiş fakat kabul edilmemiştir (40). Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından, 1990 yılında sağlık hizmetleri hakkında temel plan hazırlanmıştır. Sağlık reformlarının başlangıcı olarak değerlendirilen bu süreçte birinci ve ikinci Ulusal Sağlık Kongreleri gerçekleştirilmiştir. 1992 yılında; sağlık hizmetlerini karşılayacak gücü olmayan, dar gelirli gruplar için kamu tarafından ücretsiz sağlık hizmeti sunumu için Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır. 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından destek, vre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu şeklinde beş ana bölümünden oluşan "Ulusal Sağlık Politikası" hazırlanmıştır. 2000 yılında GSS ile bağlantılı olarak bakanlıklara tekrar gönderilen "Sağlık Sandığı" kanun tasarı taslağı kabul edilmemiştir (41).

16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58. Hkmetin Acil Eylem Planında "Herkes Sağlık" başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi ngrlen; Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması, tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması, sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, anne ve ocuk sağlığına özel önem verilmesi,

koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi, tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri, kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi, sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi gibi temel hedefler belirtilmiştir. Acil Eylem Planı belirlendikten sonra 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanılarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur (41).

4.4.Sağlıkta Dönüşüm Programı

4.4.1. Genel bilgiler

Geçmişten günümüze kadar sağlık tüm dünya için önemli bir olgudur. Cumhuriyet döneminden bugüne kadar uygulanan sağlık politikaları değişimlerden geçerek yeni reform hareketlerinin oluşmasına yardımcı olmuştur. İlk reform 1923 yılında Dr. Refik SAYDAM ile başlamış sonrasında 1946 yılında Dr. Behçet UZ ile devam etmiş ve 1963 yılında Prof. Dr. Nusret FİŞEK' in öncülüğünde devam etmiştir (39). En son ve güncel olan reform hareketi ise 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı olarak günümüze kadar ulaşmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü “bir ülkenin sağlık sistemi, bireylerin sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunda yüksek kalitede tasarlanması gerektiğini savunmaktadır”. Yüksek kalitenin yanında adil bir şekilde ulaşmaları, verimli ve teknolojik gelişmelere ayak uyduran bir hizmet olması gerekmektedir. Sağlıklı birey sağlıklı toplum anlayışı ile beraber geçmişten günümüze sağlık alanında çeşitli reformlar yapılmıştır. Bunlardan bizim için en önemli olanı değişen koşullar ve küreselleşme ile birlikte Sağlık Bakanlığı ve uluslararası sağlık örgütlerinin öncülüğünde Türkiye’ de yeni bir reform düzenlenmesi olan Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında gelişmeler başlatılmıştır (1). SDP ulusal ve uluslararası sermayenin sağlık hizmetlerinden daha fazla pay alıp yelpazenin gelişmesini hedeflediği bir programdır.

Türkiye’ de 1980 sonrasında başlayan sağlık politikalarındaki yapılan değişiklikler özellikle 2003 yılından sonra hız kazanmış ve bu alanda köklü değişikliklere gidilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’yla beraber aşılama süreçleri, bebek ölüm hızı, anne ölüm oranları, verimlilik, sağlık hizmetleri erişim kolaylığı, sağlık hizmet finansmanı, hastane yatak sayısı, bilgilerin elektronik ortamda saklanabilir olması gibi parametreler geliştirilmiştir.

4.4.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacı ve ilkeleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık hizmetlerinin hakkaniyete uygun, verimli ve etkili bir şekilde sunulması, finansmanının sağlanması ve organize edilmesi amaçlanmaktadır (1).

Etkililik, 'uygulanacak politikaların halkımızın sağlık düzeyinin yükselmesini ifade etmektedir.' Uygulanacak olan politikaların en önemli amacı kişilerin hastalanması önlemektir. Bu amaca ulaşıldığının göstergesi epidemiyolojik göstergelerdeki iyileştirmeler belirlemektedir. En belirgin kanıtları ise doğumda beklenen yaşam süresinin arttırılması ve anne-çocuk ölümlerinin azaltılması olarak karşımıza çıkmaktadır (1).

Verimlilik, 'kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir.' Sağlık hizmetlerinde verimliliği artırma çalışmaları sağlık hizmeti sunanların daha etkili yararlı yöntemleri kullanarak, sağlık hizmet sunumunda kullanılan ürün ve hizmetlerin verimli üretilerek, sağlık bakım hizmetlerinin demografik, sosyo-ekonomik olarak farklı hasta grupları arasında sağlıkta beklenen iyileşmelere orantılı olarak dağılımının sağlanmasıdır. Verimlilik tanımlaması en az girdi ile çıktı elde etmek olduğu için sağlık hizmetlerinde sağlık hizmetlerindeki sunumun, düşük maliyetle ve uzun süreli olarak tanımlanmaktadır (1).

Hakkaniyet, 'bütün insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır.' Sağlık hizmet sunumlarında kaynakların coğrafi şartlara bakılmaksızın gerek kırsal gerek kentsel bölgelerdeki ya da farklı sosyal sınıflardaki bireylere ulaşmayı hedeflemektedir (1).

Sağlıkta dönüşüm programının amacına ulaşp ulaşmadığını değerlendirilmesi bazı performans değerlendirmeleriyle ölçülmektedir. Sağlık göstergelerindeki iyileşmeler, vatandaş finansal riskten koruma, vatandaşa verilen sağlık hizmetine karşılık memnuniyet düzeyi ve sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği olarak dört başlıkta incelenmektedir (42). Sağlık göstergelerindeki iyileşmeler sağlık politikalarının zemini oluşturmaktadır ve en önemli performans ölçütü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu göstergeler ülkelerin sağlık alanında gelişmişliğini gösteren en belirgin performans ölçütüdür. Diğer bir ölçüt olan vatandaş finansal riskten

koruma ise bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin maliyetini düşünmeden tedavi olabileceği bir güvence kastedilmektedir.

Kişilerin maddi imkânsızlıklara bakmaksızın yeterli hizmet alabilmelerini temin etmek göz önüne alınarak riskten korunma hedeflenmektedir. Vatandaşa verilen sağlık hizmetine karşılık memnuniyet ölçütü sunulan hizmetten ne kadar memnun olduğunun ölçülmesiyle ortaya konmaktadır. Vatandaşın ihtiyacına yönelik hizmetlerin verilmesi, memnun olunmayan durumlarda vatandaşın istekleri göz önünde bulundurularak ona göre şekillenmesi sağlamak ve kendilerine sunulan hizmetin değerlendirilmesi politika gelişimine katkı sağlamaktadır. Bu hizmetlere örnek verecek olursak kurumlardaki bekleme süreleri, hastane işlem ve süreçlerinin karmaşıklık derecesi, hastalara ayrılan süre, bilgi verilmesi gibi kıstaslar olarak karşımıza çıkmaktadır. Son olarak da sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği ise sağlık finansman dengesinin sağlanması ile mümkün olmaktadır. Sağlıkta dönüşüm programının başarı ile sürdürülebilmesi ve oluşturulan sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğinin sağlanması için makro-ekonomik faktörler, talep faktörleri, reform maliyeti ve arz faktörleri etkilerinin optimum dengede tutulması zorunludur.

Sağlıkta dönüşüm programında politika oluşturulurken 8 tane temel ilkeyi esas alınmaktadır. Bunlar; insan merkezlik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllük, güçler ayrılığı, hizmette rekabet ve desantralizasyon şeklindedir (43).

İnsan merkezlik, bu ilke sistem planlanmasından hizmet sunumu sürecine kadar olan aşamalarda hizmetten faydalanacak bireyin ihtiyacı, bireyin istekleri ve beklentilerini ifade etmektedir.

Sürdürülebilirlik, geliştirilen sistemin ülke kaynakları ve koşulları ile paralel olması ve kendini devam ettirecek bir süreklilik göstermesidir.

Sürekli kalite gelişimi, sistem geliştirildikten sonra hizmet sunumu sonucunda ortaya çıkan iyileşmelerin yeterli düzeyde görülmeyip sürekli daha iyiyi planlamaya ve kendi kendini değerlendirebilecek bir sistem elde edip geri bildirim sürecini oluşturabilmeyi ifade etmektedir.

Katılımcılık, sistemin planlanmasında, uygulanması ve geliştirilmesi sürecinde ilgili kişilerin tüm öneri ve eleştirilerini dikkate alınarak yapıcı bir tartışma ortamı yaratmak.

Ayrıca sistemin tüm bileşenlerinin sistem kapsamına alınıp kaynak birliği oluşturulmasıdır.

Uzlaşmacılık, sektörde bulunan farklı bölümler arasında karşılıklı çıkarların korunarak ortak paydada buluşmak için taraflar arasında birlik oluşturulmasını ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.

Gönüllülük, sağlık hizmetini talep eden ya da sunan kurum veya birey ayrımı yapılmaksızın organizasyon içinde yer alan tüm birimlerin belirlenen hedefler doğrultusunda zoraki olmayan teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almalarını sağlamaktır.

Güçler Ayrılığı, sağlık hizmetlerinin planlamasını yapan, finansmanını sağlayan, hizmeti sunan ve bunların denetimi üstlenen birimlerin birbirinden ayrılmasıdır.

Desantralizasyon, kuruluşların merkezi yönetim sonucunda oluşan hantal yapıdan kurtulması sağlamak, değişip gelişen teknoloji ve çağa ayak uydurup yerinden yönetim anlayışını benimseyerek alınan kaynakların daha verimli kullanılmasını ve hızlı karar verme mekanizmasını geliştirmeyi hedeflemektedir.

Hizmette rekabet, sağlık hizmet sunumunu devlet tekeline ayırarak belli standartlara uygun hizmet sunucuları için rekabet ortamı yaratmak bunun sonucunda kalite gelişimi ve maliyet azaltılmasına yönelik teşvik oluşturmaktır.

4.4.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bileşenleri

Sağlıkta dönüşüm programının ülkenin ihtiyaçları göz önüne alınarak planlanan bir programdır. 2003 yılında hizmete sunulan sağlıkta dönüşüm programının bileşenleri 8 ana başlıkta toplanmıştır. Bu bileşenler hizmet sektörünü bir bütün olarak ele alan, birbirleriyle ilişkili ve bütünlük içinde uygun olabilecek çözümleri barındırmaktadır (44). Bu bileşenler;

4.4.1.2.1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte hedefindeki sağlık politikalarını geliştirmek, iyileştirmek ve düzenlemek için çalışmalar yapmaktadır. Böylece Sağlık bakanlığı devletin sağlık sektörünü tek elden planlama görevini yerine getirebilir. Buna ithafen 2005 yılında 25705 sayılı resmi gazetede yayınlanan 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun" önemli bir başlangıç olarak karşımıza çıkmaktadır (43). Bu kanunla beraber bakanlığın denetleyici rolü artmış ve hastanelerin işletmelere

dönüştürülmesi kolaylaşmıştır. Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı'nın, yasallaşması sonucunda İl Sağlık Müdürlükleri, hastaneler ve 1. basamak sağlık kuruluşları yerel yönetimlere devredilebilecek noktaya gelmiştir.

4.4.1.2.2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası

1946 yılından itibaren kurulması amaçlanan Genel Sağlık Sigorta yasası 2008 yılında yürürlüğe girmiştir. Kanunun yürürlüğe girmesiyle Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK, Sosyal Güvenlik Kurumu altında birleştirilmiştir. Genel sağlık sigortasıyla amaçlanan hizmetten faydalanan bireyleri tek bir sağlık sigortası adı altında toplamak, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliğin giderilmesi ve ülke kaynaklarının verimli kullanılmasını sağlamaktır (45). Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında eşitlik ilkesi ile kişilerin ödeme güçleri ile orantılı olacak şekilde bir sigorta modeli oluşturma yoluna gidilmiştir. Bireyler zorunlu Genel Sağlık Sigortası teminatına ilave olarak faydalanmak istedikleri hizmetler için özel sağlık sigortası yaptırabilecek ve yaptırdıkları özel sağlık sigortasından bu hizmetleri alabileceklerdir.

4.4.1.2.3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmetleri sistemi

Gerek sosyoekonomik gerek coğrafi yapının ülkemiz açısından değerlendirildiğinde eşit şartlarda sağlık hizmeti sunulmaması sebebiyle bireylerin eşit şartlarda faydalanması, herkesin ekonomik gücüne hitap eden ve yaygın bir sağlık sektörü sunulması doğrultusunda Sağlık Bakanlığı harekete geçmiştir (39). Sağlık hizmetine erişimin kolaylaştırılması ve yaygınlaştırılması için hizmette etkililik, kalite ve verimlilik gibi değerlerin ön planda olduğu bir program belirlenmiş ve bu amaca yönelik çalışmalar planlanmıştır. Bu sistem ile beraber 3 alt başlık oluşturulmuştur (1). Bunlar;

Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği: Koruyucu sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasında bireylerin hekimlerini kendilerinin tercih edeceği bir sistem oluşturmak amaçlanmıştır. Bunun yapılmasıyla beraber hekim-hasta arasındaki ilişkiyi kuvvetlendirmek ve sağlık hizmetlerindeki etkililiği doğrudan arttırmak beklenmektedir. Tüm bunların doğrultusunda belirlenen bazı illerde pilot aile hekimliği uygulaması yürürlüğe girmiştir. İlk olarak Düzce ilinde aktifleşen bu uygulama 1 Ocak 2009 yılında 33 ilde uygulanmaya başlanmıştır (46). İkinci basamak sağlık hizmetlerine artan talep doğrultusunda sağlık hizmetlerinin verimsiz kullanımı ortaya çıkarmıştır. Bu sebeple yürürlüğe giren bu sistem birinci basamak sağlık

hizmetlerine yönlendiren bir yapı oluşturmayı hedeflemiştir. Uygulanan pilot illerde birinci basamak sağlık hizmetlerine talep oranı arttırmış olup ikinci basamak sağlık hizmetlerine talep oranı azalmıştır (44).

Etkili, Kademeli Sevk Zinciri: Sağlıkta Dönüşüm Programının daha kaliteli, etkili ve verimli kullanılabilmesi için etkili, kademeli sevk zincirinin oluşturulması gerekmektedir (1). Etkili, kademeli sevk zincirinin oluşturulması için hastanın kendi

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Bireylerin tedavi süreçlerinin ayakta ya da evde sunulduğu hizmet türüdür. Sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, TBC dispanserleri birinci basamak sağlık hizmetleri sunan kuruluşlardır.

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Bireylerin ağır olmayan hastalıklarının teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlar ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri, özel dal hastaneleri, SSK hastaneleridir.

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

İleri tetkik ve tedavi yöntemlerinin gerektirdiği birinci basamak ve ikinci basamak hizmetlerinin yetersiz kaldığı durumlarda başvuru sağlık hizmetidir. Bu kuruluşlar ise Eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleridir.

seçtiği ve güvendiği hekimden sağlık hizmeti almak istemesi ön şarttır. Bu sistemde temel amaç hasta memnuniyetini sağlamaktır. Bu sistemle beraber birinci basamak sağlık hizmet erişimi kolaylaştırılmak istenmektedir.

Şekil 4.4.1.2.3. 1: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Kaynak: (1)

İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri: Ülkemizde sağlık hizmetleri ayrılan bütçenin az olması sağlık sorunlarının oluşmasına sebep olmaktadır. Kamu

hastanelerinin özerkleşmesiyle beraber özel hastanelerde kamu sağlık sigortalı hastaların sağlık hizmetlerinden faydalanması amaçlanmaktadır. Özel hastaneler belirli bir katkı payı alabilecekler fakat devlet tarafından belirlenen tutarlar dışında alınması ya da su istimal edilmemesi adına denetlemeler yapılacaktır (1).

4.4.1.2.4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyon ile çalışan sağlık insan gücü

Sağlık hizmet kalitesini etkileyen en temel faktörlerden birisi sağlık insan gücüdür. Sağlıkta insan gücü planlamasını tanımlayacak olursak tüm demografik özellikleri tanımlanmış bir toplumun, içindeki buldukları durum ve kısa, orta ve uzun vadeli sağlık ihtiyaçlarından yola çıkılarak, bu ihtiyaçların karşılanmasını içeren; ortaya çıkabilecek diğer ihtiyaçları da öngören bir sistemdir. Bu yüzden bu planlama sağlık alanında büyük önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinden istenilen verimi alabilmek için çalışan sayısının ve çalışanın performansının sağlık kurumuna yeterli derecede olması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmet kalitesini arttırmak için kurum içi hizmet eğitimleri ve mesleki eğitimlerle çalışanın becerilerini, bilgileri ve performansını geliştirmektedir (1).

4.4.1.2.5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları

Sağlıkta dönüşümde istenilen hedefe ulaşmak için sağlık politikası, sağlık sistemleri, sağlık ekonomisi, sağlık planlaması ve halk sağlığı hakkında bilgi, becerisi olan alanlarında uzman kişilere ihtiyaç vardır. Bu sebeple daha önceden cumhuriyetin ilanıyla birlikte kurulan Hıfzıssıhha Mektebi 10 Ekim 2008 yılında Türkiye Sağlık Kurumu olarak yeniden yapılandırıldı. Açılan bu kurum sayesinde uluslararası iş birliğinin güçlenmesi ve sağlık sektörünün geliştirilmesi planlanmıştır (1). Ayrıca tıp eğitimi veren kurumlarla olan iletişimin güçlendirilmesi amaçlanmıştır. Tüm bunlar sayesinde sağlık sektörünü daha iyiye taşımak hedef alınmıştır.

4.4.1.2.6. Nitelik ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yürütülen Ulusal sağlık akreditasyon sisteminin yapılması planlanmıştır. Akreditasyon, kurumların etkinlik kalite ve verimliliğini arttırmak için kullanılan belli standartlarla uygunluğunun denetlendiği, alanında yetkin bir kurum tarafından verilen programdır (47). Dünya sağlık sistemlerinin önemli bir parçası akreditasyon programlarıdır. Bu sebeple SDP ile hakkaniyet, etkililik, verimlilik, uygunluk, hasta odaklılık ve zamanlılık kavramlarıyla

istenilen hedefe ulaşılması için “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu” nu kurmayı hedeflemiştir. Bu kurumla beraber sağlık sistemine kaliteyi güvence altına alması, hasta ve çalışan memnuniyetini esas alması, kalite iyileştirmede devamlılık sağlaması, hasta güvenliğini sağlaması, etkin kaynak yönetimini sağlaması, güvenliği desteklemesi, güvenli ilaç yönetimini sağlaması, iş birliğini desteklemesi, kurum içi takım çalışmasını desteklemesi gibi yararlar sağlanması ön görülmektedir (48). Ulusal kalite standardını belirlemek ve hizmet sunumunda farklılık oluşturmamak için “Hastane Kalite Standartları” hazırlanmıştır (49). Bu kalite standartları tüm sağlık kurumlarında ayırım yapmaksızın hepsinde uygulanacaktır. Böylelikle etkililik, nitelik ve uygulanabilirlik açısından hizmet sunumlarında önemli gelişmelerin sergilenmesi beklenmektedir.

4.4.1.2.7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma

Ülkemizde ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalayacak kurumsal yapıların oluşturulmasına ihtiyaç duyulmaktadır. İlaç ve cihaz alanında uzman olacak bu kurumları ayrı ayrı veya tek bir çatı altında toplamak mümkün olacaktır.

Ulusal İlaç Kurumu: Ülkemizde kamu sağlık harcamaları içinde ilaç payı 2005 yılında %38,5’ e ulaşmıştır. Bu sebepten ötürü ilaç sektörü ile ilgili temel politikaların belirlenmesi, üretimi, tanıtımı, piyasa gözetimi, araştırma-geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda destekleyici olmak üzere “Ulusal İlaç Kurumu’nun” oluşturulması gerekmektedir. Bu kurum sayesinde bilinçli ilaç tüketimi, ilaç ruhsatlandırılması sürecinin daha etkili ve daha şeffaf bir hale getirilmesinde kolaylık sağlayacaktır (1).

Tıbbi Cihaz Kurumu: Sağlık hizmet kalitesini etkileyen diğer önemli faktörlerden birisi tıbbi cihaz kullanımı ve teknolojiye uygunluğudur. Bu cihazların tedariki hep dış ülkelere sağlanmıştır. Denetim, kalite gibi ölçütlerde genelde dış ülkeler referans alınmıştır. Tüm bu sebeplerden ötürü uluslararası referansların yanında ulusal standartların belirlenmesi, kalite standartlarının düzenleme ve yerli üretim sürecinin kolaylaştırılacağı ve katkı sağlayacağı ön görülmüştür. Tıbbi cihaz kullanımında denetim ve standardizasyon kaçınılmaz bir disiplin ve önem gerektirmektedir. Bu yüzden ulusal düzeyde denetleyici, tıbbi cihaz planlaması ve satılması, bilgi veri tabanı oluşturacak ve eğitici yetkilere sahip bir “Tıbbi Cihaz Kurumu” oluşturulması

planlanmıştır. Bu kurum sayesinde bireylere uluslararası standartlara uygun bir sağlık hizmet sunumu güvencesi ve sağlık hizmet sunumunda kalitenin artırılması yönünden yapılan çalışmalardan birisi olmuştur (1).

4.4.1.2.8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi

Sağlık sistemi politikalarının ve yönetim kararlarının bilgiye dayanması gereklidir. Çünkü doğru bilgiye dayanmayan kararlar beklemediğimiz ve istemediğimiz sonuçları doğurmaktadır. Doğru bilgiye ulaşmak iyi analiz ve iyi seçilmiş veri ile mümkündür. Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndaki tüm bileşenlerin arasında uyumun doğru ve düzenli bir şekilde olması ancak entegre bir sağlık sistemi ile sağlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde bireylerin sağlık ile ilgili verilerinin kayıt olması, sevk zincirinde bilgi transferi sağlanması, sağlık envanterinin oluşturulması için Sağlık Bilgi Sistemi kurulmasına ihtiyaç duyulmuştur (50). Bu sistemle beraber sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde, sağlık hizmetlerindeki sorunların, aksaklıkların çözümünde, kaynakların ne şekilde ve nerelerde kullanıldığına, sunulan hizmetin kalitesini değerlendirmede ve bireylerin sağlık kayıtlarının güvenilir ve sürdürülebilir şekilde saklanmasında büyük rol üstleneceği söz konusudur. Sağlık Bilgi Sistemi günümüz iletişim olanakları ve güncel teknoloji ile ortak bir veri tabanından işlenen bir sistemdir. Devletin vatandaşlarının işlem kolaylığını sağlamak üzere oluşturduğu sistemlerden ve portallardan bir tanesi olan kişiye özgü olan MERNIS numarası ile sigorta sistemindeki verilerle sağlık hizmeti kullanımına ilişkin verileri karşılaştıran bir sistemdir (51). Kişinin sigortalı olup olmadığını kontrol eden bir sistemdir. 2009 yılında oluşturulan Sağlık-NET 3 ana bileşenden oluşmaktadır. Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, Sağlık Kodlama Referans Sözlüğü, web servisleridir. Bu sistem kişinin doğumundan ölümüne kadar tüm sağlık bilgilerini güvenilir bir şekilde kayıt altında tutan bir sistemdir.

4.4.1.3. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulama süreci

Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamasında; uygulama planının geliştirilmesi, planı gerçekleştirme için bir grubun toplanması ve bunlara görevlerin verilmesi, programların geliştirilmesi ve koordine edilmesi, uygulayıcıların motivasyonu ve geri bildirim sağlanması şeklinde organizasyonel görevleri bulunmaktadır. Bu adımların atılmasında bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir. SDP'

nin hayata geçiş sürecinden sonra her bileşen ile ilgili temel olarak dört aşama bulunmaktadır (1). Bunlar;

-Kavramsallaştırma: Birinci aşama olan kavramsallaştırma aşamasında SDP ile ilgili amaçlar, ilkeler geliştirme, uygulama süreci kavramsal olarak ortaya konup ulusal ve uluslararası alanında uzmanlar ile tartışılıp sonuca ulaşılması ve geliştirilmesi gereken bir aşamadır. Kısacası bu aşama ön taslak aşaması olarak değerlendirilebilmektedir.

-Yasalaşma: İlk aşama olan kavramsallaştırmaya paralel olan ve tek farkı faz farkı olan ikinci aşama yasalaşma sürecidir. Bu süreçte kavramsal netliğe kavuşmuş ve mevzuat (yasa, yönetmelik, bakanlar kurulu kararı gibi) ihtiyacı gösteren alanlarda gerekli düzenlemelerin yapıldığı süreçtir.

-Kontrollü Yerel Uygulamalar: Üçüncü aşama olan kontrollü yerel uygulamalar sürecinde programı tamamen bir paket olarak uygulamanın mümkün olduğu kaçınılmaz olduğu için program çerçevesinde oluşturulan yeniliklerin ve iyileşmelerin ülke geneline yayılmadan önce kontrollerin yapıldığı aşamadır. Bu aşamada sınırlı ve kontrollü uygulamalar yapılması planlanmıştır.

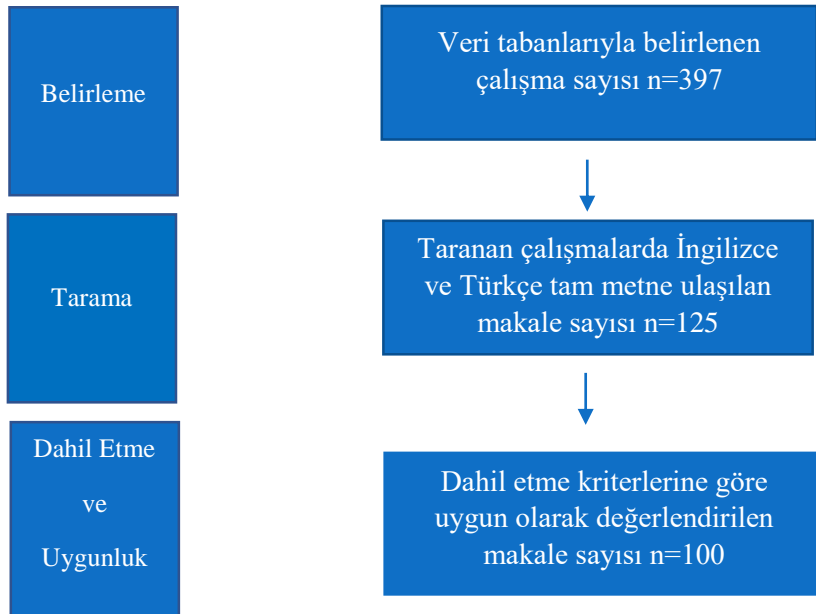
-Ülke Geneline Yaygınlaştırma: Dördüncü ve son aşama olan ülke geneline yaygınlaştırma aşamasında ise amaç ülke geneline programı uygulamaktır. Fakat her bileşen için bu dört aşamadan geçiş söz konusu değildir. Zincirleme bir süreç olmasına rağmen bazı durumlarda birbirini beklemeden geçiş ya da birbirini bekleyerek geçişler mümkündür.

5.MATERYAL VE METOT

5.1. Sistematik Literatür Taraması ve Araştırma Stratejisi

Sistematik derleme; herhangi bir araştırma sorusuna yanıt bulmak, son durumunu belirlemek, karşılaştırma yapmak, o alanda yayımlanmış tüm çalışmaların araştırma da tutulma kriterlerini belirleyip kapsamlı bir şekilde taranarak, ne tür çalışmaların derlemeye alınacağı, araştırmacı ve uzman görüşüyle belirlenmesi, araştırmaya alınan yayınların bulgularının sentez edilmesidir (52). Literatürde bir konuyla ilgili birden fazla araştırma ile karşılaşmak mümkündür.

Bu çalışma sağlık hizmetlerinin hakkaniyete uygun, verimli ve etkili bir şekilde sunulması, finansmanının sağlanması ve organize edilmesi amacıyla Türkiye’ de 2003 yılında gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın sağlık hizmetleri üzerine etkileri konusunda yayımlanmış makalelerin sistematik bir derlemesidir. Yapılan bu çalışmanın raporlaması, PRISMA kılavuzuna göre hazırlanmıştır. PRISMA, sistematik derlemelerin alan yazın taraması aşamalarının raporlanmasına ilişkin belli bir ölçütle hareket eden, taramaların sayısal veri sonuçlarında şeffaflık sağlayan, araştırmanın verilerini elde etme aşamasından, bulguların yorumlanmasına kadar araştırmacı için bir kılavuzdur. PRISMA kılavuzunun uygulanmasında karar kriterleri aşağıdaki gibi ifade edilmektedir:



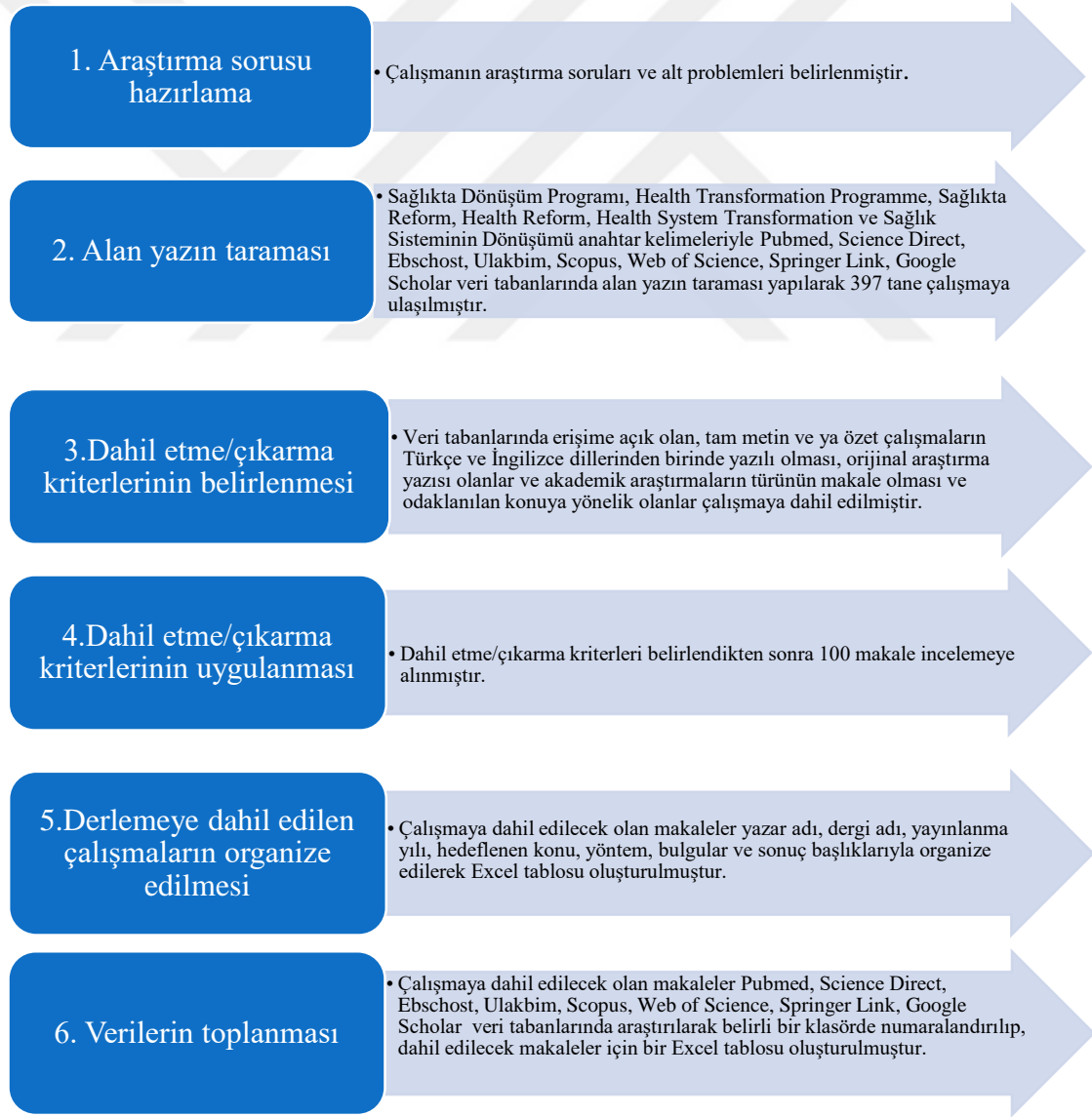
Şekil 5.1. 1: PRISMA Kılavuzunun Uygulanmasında Karar Kriterleri

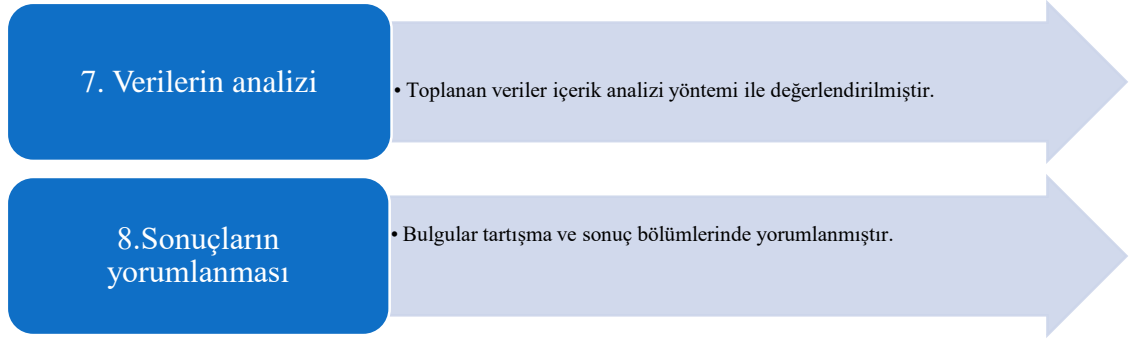
Kaynak: (53)

Araştırma 2003-2021 yılları arasında Sağlıkta Dönüşüm Programı, Health Transformation Programme, Sağlıkta Reform, Health Reform, Health System Transformation ve Sağlık Sisteminin Dönüşümü kelimelerinin farklı kombinasyonlarıyla taranmıştır. Tarama sonucunda 397 çalışmaya ulaşılmıştır. Hedeflenen konunun dışında kalan araştırmalar dahil edilmemiştir. Araştırma kriterini sağlayan 100 çalışmanın başlık ve özetleri, araştırmacı tarafından incelenmiştir. Araştırmaya alınan 100 makale yıl, yazar, dergi adı, makalenin türü, hedeflenen konu, yöntem, bulgular, sonuç ve öneriler başlıklarıyla incelenmiştir.

5.2. İşlem Basamakları

Araştırma sürecinde izlenen aşağıdaki şemada ifade edilmiştir.





Şekil 5.2. 1: Araştırma Sürecinde İzlenen İşlem Basamakları

5.3. Araştırmaların Çalışmaya Alınma Kriterleri

Araştırmada ulaşılan makaleler arasında çalışmaya dahil edilmek için çeşitli kriterlere başvurulmuştur. Bu kriterler şu şekilde ifade edilebilmektedir:

- Araştırma özetine ya da tam metnine online olarak ulaşılabilmesi
- Orijinal araştırma yazısı
- Araştırma başlık veya özetinde sağlıkta dönüşüm konusu ile ilgili ifadelerin açıkça belirtmiş olması
- Yayın dilinin Türkçe ya da İngilizce olması
- Araştırmaların odaklanılan konuya yönelik olması
- Araştırmaların türünün makale olması gerekmektedir.

5.4. Veri Toplama Süreci ve Araçları

Veri toplama araçları Pubmed, Science Direct, Ebschost, Ulakbim, TR Dizin, Scopus, Web of Science, Springer Link, Google Scholar şeklindedir. Veri toplama tekniği doküman incelemesidir. Doküman inceleme tekniğinde kullanılan anahtar kelimeler büyük rol oynamaktadır. Anahtar kelimeler veri tabanlarında çok fazla sayıda araştırmaya ulaşmaya yardımcı olmaktadır. Ancak her araştırma çalışma için uygun olmamaktadır. Dahil edilme kriterlerinden birisi olan hedeflenen konu kriteri çalışma için kolaylaştırıcı olmuştur. Alan yazın taramasında ilk adım anahtar kelimeler belirlenmiştir. İkinci adım ise veri tabanı sonuçlarını elde edilmiştir. Bu adımda anahtar kelimeler ile veri tabanlarındaki makalelere ulaşılmıştır. Üçüncü adımda ise ön elemelerden geçen 100 makale Excel tablosuna işlenmiştir. Çalışma esnasında hazırlanan örnek Tablo 5.4.1. olarak gösterilmiştir. Çalışmaya dahil edilen 100

makalede örnek tabloda olduğu gibi kategorize edilmiştir. Analizler bu tablo üzerinden gerçekleştirilmiştir.



Tablo 5.4.1. Oluşturulan Örnek Excel Tablosu

QUARTILE	YAZARLAR	YIL	DERGİ	BAŞLIK	AMAÇ	YÖNTEM	BULGULAR	SONUÇ- ÖNERİ
Araştırma	Mahmut S.Yardım, Sarp Üner	2018	Health Policy	Equity in Access to Care in the Era of Health System Reforms in Turkey	Türkiye'de Evrensel Sağlık Kapsamına giden yolda sağlık hizmetlerine erişimi hakkaniyet perspektifinden değerlendirmek.	Çalışma da anket uygulaması yapılmıştır.	2006-2013 yılları arasında karşılanmayan ihtiyaçların yaygınlığı azalmıştır. Açıklanan karşılanmayan ihtiyaçlardaki eğitim eşitsizlikleri de azalırken, gelir gradyanı daha önemli hale gelmiştir. 2013'te, diğer faktörler kontrol edildiğinde, en yoksul beşte birlik dilimde yer alanların karşılanmayan ihtiyaçları bildirme eğilimi, en zenginlere kıyasla 10 kat daha yüksektir.	Türkiye'de sağlık reformu sürecinde genel sağlık hizmetlerine erişim kademeli olarak iyileşmiştir, ancak Genel Sağlık Sigortası'nın uygulanmasından sonra 2013 yılında insanların %9'u maliyet nedeniyle hala karşılanmadığını beyan etmiştir. Bu, AB ortalamasının neredeyse dört katıdır. Elverişsiz ekonomik koşullar ve işgücü piyasası koşulları, etkili evrensel sağlık sigortası için zorluklar olabilir.
Araştırma	Mehtap Omaç Sönmez,Feyza Sevindik	2012	TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni	Sağlıkta Dönüşümün Sağlık Personeli Üzerine Etkisi: Aile Sağlığı Elemanı Olmak	Bu çalışma sağlıkta dönüşüm çerçevesinde aile hekimliği uygulamasında görev yapan sağlık personelinin aile sağlığı elemanı (ASE) olmak ile ilgili görüşleri, karşılaştıkları sorunları ve memnuniyet düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.	Çalışma tanımlayıcı özelliktedir. Çalışmada ortak paylaşım sitelerindeki ASE'lerin üye olduğu gruplara ulaşarak internet üzerinden soru formu uygulanmıştır.	Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %65,4'ü ASE olarak çalışmaktan memnun olduklarını, %61,9'u aile sağlığı bölge nüfusuna göre ASE sayısının yetersiz olduğunu, %39,1'i mesleki doyum sağlamadığını belirtmişlerdir. ASE'lerin %57,3'ü sözleşmelerinin fesh edilmesi, %21,9'u aile hekimi ile anlaşamamak, %18,1'i mesleği dışı işler yapmak zorunda kalma gibi, %96,2'si ise ASE sözleşmesinin özlük haklarını yeterince kapsamadığından dolayı kaygı duyduklarını bildirmiştir	Sağlıkta dönüşüm çerçevesinde sağlık hizmetlerinde yapılan değişiklikler sağlık hizmetleri sunucularını etkilemektedir. Bu değişim süreci içerisinde sağlık personelinin sorunlarının çözümü hizmetin kalitesini arttıracaktır. Aile hekimliği sisteminin önemli bir parçası olan aile sağlığı elemanlarının beklentilerinin bilinmesi, bu yönde yapılacak çalışmaların olması, aile hekimliği sistemin tüm toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak düzeye gelmesini sağlayacak, hizmet aksaklıklarının giderilmesine yardımcı olacaktır.

6.BULGULAR

6.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Yıllara Göre Değerlendirme Analizleri

Aşağıdaki Tablo 6.1.1. 'de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yayınlanan makalelerin yıllara göre dağılımı analiz edilmiştir.

Tablo 6.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	f	Yüzde %
2006	1	1
2007	1	1
2008	1	1
2009	1	1
2010	3	3
2011	3	3
2012	6	6
2013	11	11
2014	8	8
2015	11	11
2016	9	9
2017	8	8
2018	12	12
2019	12	12
2020	7	7
2021	5	5
2022	1	1
Toplam	100	100,0

Tablo 6.1.1.'den de anlaşılacağı üzere Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yayınlanan makalelerin yıllara göre dağılımı gösterilmiştir. Tablo 6.1.1. incelendiğinde 2006-2022 yılları arasında yayınlanan makalelerin sayısı görülmektedir.

Tablo 6.1.1. incelendiğinde 2006, 2007, 2008, 2009 ve 2022 yıllarında sadece 1 adet %1 oranında makalenin yayınlandığı gözlemlenmiştir. İlgili yıllar arasında makale yayınlanmayan herhangi bir yılın olmadığı tespit edilmiştir. 2018 ve 2019 yılları ise 12 adet %12 oranı ile en fazla makale yayınlanan yıllar olarak gözlemlenmiştir. Ayrıca 2013 ve 2015 yıllarında da 11 adet %11 oranı ile makale yayınlanmasının olduğu tespit edilmiştir. Tablo 6.1.1. analiz edildiğinde sağlıkta dönüşüm programının başlangıç yıllarında çok fazla bir yayının olmadığı görülmektedir. Yayınlanan makalelerin 2012 ile 2021 yılları arasında toplandığı belirlenmiştir. 2012-2021 yılları arasında yayınlanan makalelerin toplam sayısı 89 adettir. Bu sayı değerlendirmeye alınan makalelerin %89'unu oluşturmaktadır.

6.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makaleliklerin Yazar Sayısına Göre Değerlendirme Analizleri

Aşağıdaki Tablo 6.2.1. 'de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yayınlanan makalelerin yazar sayısına göre dağılımı analiz edilmiştir.

Tablo 6.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Yazar Sayısına Göre Dağılımı

Yazar Sayısı	f	Yüzde (%)
1	35	35
2	38	38
3	14	14
4	8	8
5 ve üzeri	5	5
Toplam	100	100,0

Tablo 6.2.1.'den de anlaşılacağı üzere Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yayınlanan makalelerin yazar sayısına göre dağılımı gösterilmiştir. Tablo 6.2.1.' de 2006-2022 yılları arasında yayınlanan makalelerin yazar sayıları 1, 2, 3, 4, 5 ve üzeri şeklinde kategorize edilmiştir.

Tablo 6.2.1. incelendiğinde yayınlanan makalelerden 35 adedi %35 oranı tek yazarlı, 38 adedi %38 oranı çift yazarlı, 14 adedi %14 oranı üç yazarlı, 8 adedi %8 oranı dört yazarlı ve 5 adedi %5 oranı beş ve üzeri yazarlı olduğu gözlemlenmiştir. Tablo 6.2.1.

analiz edildiğinde çift yazarlı makale sayısının en fazla olduğu, 5 ve üzeri yazarlı makale sayısının en az olduğu tespit edilmiştir.

6.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Araştırma Desenine Göre Değerlendirme Analizleri

Aşağıdaki Tablo 6.3.1. 'de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yayınlanan makalelerin araştırma desenine göre dağılımı analiz edilmiştir.

Tablo 6.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Araştırma Desenine Göre Dağılımı

Araştırma Deseni	f	Yüzde (%)
Derleme	20	20
Araştırma	80	80
Toplam	100	100,0

Tablo 6.3.1.'den de anlaşılacağı üzere Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yayınlanan makalelerin araştırma desenine göre dağılımı gösterilmiştir. Tablo 6.3.1.'de 2006-2022 yılları arasında yayınlanan makalelerin araştırma deseni derleme ve araştırma makaleleri olacak şekilde kategorize edilmiştir.

Tablo 6.3.1. incelendiğinde yayınlanan makalelerin büyük çoğunluğu araştırma makalesidir. 2006-2022 yılları arasında yayınlanan makalelerin 20 adedi derleme makalesi olarak görülmektedir. Bu sayı değerlendirmeye alınan makalelerin %20'sini oluşturmaktadır.

6.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Odaklanılan Konuya Göre Değerlendirme Analizleri

Aşağıdaki Tablo 6.4.1. 'de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yayınlanan makalelerin odaklanılan konuya göre dağılımı analiz edilmiştir.

Tablo 6.4.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Odaklanılan Konuya Göre Dağılımı

Odaklanılan konu	f	Yüzde (%)
Aile hekimliği	11	11
SDP' nin genel paydaşları üzerindeki etkileri	2	2
Sağlık hizmet kullanıcılarına sunulan sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi	10	10
Sağlık işgücü zorlukları	1	1
Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı genel çerçevede değerlendirme	19	19
SDP' nin hastaneler üzerindeki etkileri	6	6
SDP' nin sağlık politikaları ve sağlık sistemine etkileri	13	13
SDP' nin ilaç sektörü üzerindeki etkileri	3	3
SDP' nin bulaşıcı hastalıklar üzerindeki etkileri	2	2
SDP' nin aile planlaması üzerine etkileri	2	2
SDP' nin sağlık harcamalarına etkileri	8	8
SDP' nin bileşenleri üzerindeki etkileri	1	1
SDP' nin sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerine etkileri	2	2
SDP' nin sağlık çalışanları üzerindeki etkileri	19	19
SDP' nin hasta ve sağlık personeli iletişim ve etkileşimi üzerindeki etkisi	1	1
Toplam	100	100,0

Tablo 6.4.1.'den de anlaşılacağı üzere Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yayınlanan makalelerin yazarların odaklandıkları konulara göre dağılımı gösterilmiştir. Tablo 6.4.1.' de 2006-2022 yılları arasında yayınlanan makaleler 15 farklı konu üzerinde şekillenmiştir. Bu konu başlıkları; Aile hekimliği, SDP' nin genel paydaşları üzerindeki etkileri, sağlık hizmet kullanıcılarına sunulan sağlık

hizmetlerinin değerlendirilmesi, sağlık işgücü zorlukları, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı genel çerçevede değerlendirme, SDP 'nin hastaneler üzerindeki etkileri, SDP' nin sağlık politikaları ve sağlık sistemine etkileri, SDP' nin ilaç sektörü üzerindeki etkileri, SDP' nin bulaşıcı hastalıklar üzerindeki etkileri, SDP' nin aile planlaması üzerine etkileri, SDP' nin sağlık harcamalarına etkileri, SDP 'nin bileşenleri üzerindeki etkileri, SDP 'nin sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerine etkileri, SDP' nin sağlık çalışanları üzerindeki etkileri ve SDP' nin hasta ve sağlık personeli iletişim ve etkileşimi üzerindeki etkisi şeklinde kategorize edilmiştir.

Birden fazla konuyu odak olarak belirleyen ve SDP hakkında bilgi vererek süreci tanımlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın genel çerçevede değerlendirme başlığı altında yayınlanan makale sayısı ve Sağlık çalışanları üzerine etkileri başlığı adı altında yayınlanan makale sayısı birbirine eşit olup 19 adet %19 oranı ile en fazla araştırmaların bu iki konu üzerinde yapıldığı gözlemlenmiştir. SDP' nin sağlık politikaları ve sağlık sistemine etkileri üzerine yayınlanan makalelerin 14 adet %14 oranında olduğu tespit edilmiştir. Aile hekimliği üzerine yayınlanan makaleler 11 adet %11 oranında olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmet kullanıcılarına sunulan sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi konu başlıklı makalelerin 10 adet %10 oranında olduğu tespit edilmiştir. SDP' nin sağlık harcamalarına etkileri konu başlıklı makalelerin 8 adet %8 oranında olduğu tespit edilmiştir. SDP' nin hastaneler üzerindeki etkileri konu başlıklı makalelerin 6 adet %6 oranında olduğu tespit edilmiştir. SDP' nin ilaç sektörüne etkileri konu başlıklı makalelerin 3 adet %3 oranında olduğu tespit edilmiştir. SDP' nin bulaşıcı hastalıklar üzerindeki etkileri, SDP' nin sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlere etkisi, SDP' nin aile planlaması üzerine etkileri ve SDP' nin genel paydaşları üzerine etkileri konu başlıklı makalelerin 2 adet %2 oranında olduğu tespit edilmiştir. Sağlık işgücü zorlukları, Sağlık Dönüşüm Programı bileşenleri ve hasta- sağlık personeli iletişim ve etkileşimi ise 1 adet %1 oranı ile en az araştırma yapılan konu başlıkları olarak tespit edilmiştir.

6.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sonuçlarına Göre Değerlendirme Analizleri

Aşağıdaki Tablo 6.5.1. ile 6.5.10.'da Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yayınlanan makalelerin sonuçlarına göre dağılımı analiz edilmiştir.

Tablo 6.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sağlık Çalışanları ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
SDP ile sağlık çalışanlarının iş doyumu, memnuniyet durumu ve reform hareketlerine bakış açıları olumsuz yöndedir.	10	10
Sağlık Dönüşüm Programı ile hekimlerin aşılama oranlarında artış olurken hemşire ve ebe sayılarındaki artışın ise aşılama oranlarına herhangi bir etkisi olmamıştır.	1	1
Hekimlerin özellikle riskli klinik uygulamaların olduğu uzmanlık alanlarından hızla uzaklaşmakta olduğunu göstermektedir.	1	1
Sağlık çalışanlarından hekim ve hemşirelerin SDP ile ilgili yeterli düzeyde bilgileri yoktur.	1	1
SDP sonrası sağlık yöneticilerinde sağlık okur-yazarlığı oranında istenilen düzeye ulaşılmamıştır.	1	1
SDP ile sağlık çalışanlarının memnuniyet düzeyi, performansı artmıştır.	4	4
SDP ile hekimlerin iş yükünün artması, sağlıkta şiddetin artması, yetersiz eğitim, sosyal ve ekonomik durumlar, biyoetik değerlerin kötüye kullanılmasına sebep olmuştur.	1	1
Toplam	19	19,0

Tablo incelendiğinde SDP' nin sağlık çalışanları üzerine etkisi başlığında yayınlanan 19 makaleden 7 farklı sonuç elde edilmiştir. SDP programı sonrası sağlık çalışanlarının iş doyumu, memnuniyet düzeyi ve reform hareketine bakış açıları olumsuz yönde etkilenmiştir. Bu sonuca varan 10 adet %10 oranında makale tespit edilmiştir. SDP ile sağlık çalışanlarının memnuniyet düzeyi, performansının arttığı fakat gelişmesi gereken durumların olduğu gözlemlenen makale sayısı 4 adet %4 oranında olduğu tespit edilmiştir. Sağlık Dönüşüm Programı ile hekimlerin aşılama oranlarında artış olurken hemşire ve ebe sayılarındaki artışın ise aşılama oranlarına herhangi bir etkisi olmamıştır. Bu sonuca varan 1 adet %1 oranında olduğu makale tespit edilmiştir. SDP

sonraki hekimler açısından değerlendirildiğinde; hekimlerin özellikle riskli klinik uygulamaların olduğu uzmanlık alanlarından hızla uzaklaşmakta olduğu gözlemlenmiştir. Bu sonuca varan 1 adet %1 oranında makale tespit edilmiştir. SDP sonrası sağlık yöneticilerinde artması beklenen sağlık okur-yazarlığı oranında herhangi bir değişikliğin olmadığını gösteren 1 adet %1 oranında makale tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarından hekim ve hemşirelerin SDP ile ilgili yeterli düzeyde bilgilerinin olmadığı tespit edilen makale sayısı 1 adet %1 oranındadır. SDP ile hekimlerin iş yükünün artması, sağlıkta şiddetin artması yetersiz eğitim, sosyal ve ekonomik durumlar, biyoetik değerlerin kötüye kullanılmasına sebep olduğu sonucuna varılan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sağlık Kullanıcıları ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
SDP sonrası sağlık hizmet kullanıcıları sağlık hizmetlerinden memnundur, fakat geliştirilebilir yönleri bulunmaktadır.	8	8
SDP sonrası sağlık hizmet kullanıcıları sağlık hizmetlerinden memnun değildir.	1	1
SDP sonrası çocukların sağlık hizmet kullanımı artmış fakat istenilen düzeyde olmamıştır. Sağlık hizmetine erişim ailelerin sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel etkisi bulunmaktadır.	1	1
Toplam	10	10,0

Tablo incelendiğinde SDP' nin sağlık kullanıcılarına etkisi başlığında yayınlanan 10 makaleden 3 farklı sonuç elde edilmiştir. SDP sonrası sağlık kullanıcıların sağlık hizmetlerinden memnun fakat geliştirilmesi gereken yönlerinin bulunduğu sonucunu doğrulayan makale sayısı 8 adet %8 oranında olduğu tespit edilmiştir. SDP sonrası sağlık kullanıcılarının sağlık hizmetlerinden memnun olmadığını doğrulayan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. SDP sonrası sağlık kullanıcılarından olan çocukların sağlık hizmetlerine erişiminin arttığı fakat istenilen düzeyde olmadığı bunun sebeplerinin ailelerin sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel sebeplere dayandığını kanıtlayan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmet

sunucularının sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının daha fazla olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 6.5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Aile Hekimliği Uygulamaları ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinde memnuniyet artmıştır.	5	5
Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinde memnuniyet azalmıştır.	5	5
Aile hekimliği uygulaması birinci basamak sağlık hizmetleri özelleştirilmiştir.	1	1
Toplam	11	11,0

Tablo incelendiğinde SDP' nin aile hekimliği uygulamalarına etkisi başlığında yayınlanan 11 makaleden 3 farklı sonuç elde edilmiştir. SDP sonrası aile hekimliği uygulamalarında memnuniyetin arttığı gözlemlenen makale sayısı 5 adet %5 oranında olduğu tespit edilmiştir. SDP sonrası aile hekimliği uygulamalarında memnuniyetin azaldığı gözlemlenen makale sayısı 5 adet %5 oranında olduğu tespit edilmiştir. Memnuniyet ve memnuniyetsizlik durumu incelenen makalelerde eşit olarak analiz edilmiştir. Aile hekimliği uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerini özelleştirmiş sonucunun tespit edildiği makale sayısı 1 adet %1 oranındadır.

Tablo 6.5.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Bulaşıcı Hastalıklar ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Sağlıkta Dönüşüm Programı ile büyük ölçüde uzaklaşmış kamusal sorumluluk, parçalanmış sağlık örgütü, ülkemizde nitelikli emek gücü ve deneyim birikimine rağmen bulaşıcı hastalıklarla ilgili endişe kaynağı olmaktadır.	1	1
SDP ile Tüberküloz hastalığında ilerleme kaydedilmiştir.	1	1
Toplam	2	2,0

Tablo incelendiğinde SDP’ nin bulaşıcı hastalıklar üzerine etkisi başlığında yayınlanan 2 makaleden 2 farklı sonuç elde edilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile büyük ölçüde uzaklaşmış kamusal sorumluluk, parçalanmış sağlık örgütü, ülkemizde nitelikli emek gücü ve deneyim birikimine rağmen bulaşıcı hastalıklarla ilgili endişe kaynağı olduğu sonucuna varılan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Bulaşıcı hastalıklardan birisi olan Tüberküloz hastalığı ile ilgili SDP sonrası ilerleme kaydedilmiş olduğu sonucuna varılan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6.5.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Hastaneler ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Eğitim ve araştırma hastaneleri diğer grup hastanelerden daha etkin hizmet vermektedir.	1	1
SDP ile hastane işletmeciliğinde büyük ölçüde olumlu bir değişim yaşanmıştır.	1	1
Katılım payı uygulamaları hastaların bazı hastalıklar için hastane tercihlerinde değişikliğe sebep olurken bazı hastalıklar için değişikliğe sebep olmamıştır.	1	1
SDP sonra finansal performansı düşük hastanelerde genel bir iyileşme yaşanırken finansal performansın yüksek hastanelerin genel durumunda gerileme oluşmuştur.	1	1
SDP ile hedeflenen kamu kesimi harcama etkinliği, üniversitelerin mali yapılarında genel olarak negatif bir etki yaratmıştır.	1	1
Türkiye'deki sağlık reformlarından hastaneler açısından beklenen fayda, kısa vadede kısmen sağlamıştır.	1	1
Toplam	6	6,0

Tablo incelendiğinde SDP’ nin hastaneler üzerine etkisi başlığında yayınlanan 6 makaleden 6 farklı sonuç elde edilmiştir. SDP sonrası eğitim ve araştırma

hastanelerini diğer hastaneler ile karşılaştırıldığında daha etkin hizmet verdiği sonucuna varılan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. SDP ile hastane işletmeciliğinde büyük ölçüde olumlu bir değişim olduğu sonucuna varılan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Katılım payı uygulamalarının hastaların hastane tercihi üzerine araştırması yapılarak etkisinin bazı hastalıklar için hastane tercihinde önemli rol oynadığı, bazı hastalıklar için herhangi bir değişiklik olmadığı sonucuna varılan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. SDP ile hedeflenen kamu kesimi harcama etkinliği, üniversitelerin mali yapılarında olumsuz olarak etki ettiği sonucuna varılan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. SDP sonrası finansal performansı düşük hastanelerde genel bir iyileşme yaşanırken finansal performansı yüksek hastanelerin genel durumunda gerileme olduğu tespit edilen makale sayısı 1 adet %1 oranındadır. Genel bir değerlendirme sonucu olarak varılan Türkiye'deki sağlık reformlarından hastaneler açısından beklenen fayda, kısa vadede kısmen sağlandığı doğrulayan makale sayısı ise 1 adet %1 oranında tespit edilmiştir.

Tablo 6.5.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sağlık Harcamaları ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
SDP sonrası cepten ödemelerin artması gelir ve dezavantajlı hane halkı özellikleri (hanede sağlık sorunu olan bireylerin olması, yaşlı ve çocuk bulunması) olduğu ortaya çıkmıştır.	1	1
SDP sonrası sağlık harcamaları artmıştır bu noktada çalışmalar yapılmalıdır.	6	6
SDP ile ayakta tedavi katkı payı uygulamaları cepten yapılan sağlık harcamaları azalmıştır.	1	1
Toplam	8	8,0

Tablo incelendiğinde SDP' nin sağlık harcamaları üzerine etkisi başlığında yayınlanan 8 makaleden 3 farklı sonuç elde edilmiştir. SDP sonrası cepten ödemelerin artması gelir ve dezavantajlı hane halkı özellikleri (hanede sağlık sorunu olan bireylerin

olması, yaşlı ve çocuk bulunması) olduğu ortaya çıktığı sonucuna varılan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. SDP sonrası sağlık harcamalarının arttığı ve bu noktada çalışmalar yapılması gerektiği sonucu vurgulanan makale sayısı 6 adet %6 oranında olduğu tespit edilmiştir. SDP ile ayakta tedavi katkı payı uygulamaları cepten yapılan sağlık harcamalarının azaldığı tespit edilen makale sayısı 1 adet %1 oranındadır.

Tablo 6.5.7. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin İlaç Sektörü ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
SDP sonra ilaç sektörü büyümüştür, ilaca erişim kolaylaşmış ve ilaç harcamaları denetim altına alınmıştır.	3	3
Toplam	3	3,0

Tablo incelendiğinde SDP' nin ilaç sektörü üzerine etkisi başlığında yayınlanan 3 makaleden tek bir sonuç elde edilmiştir. Bu konu üzerine yapılan çalışmaların ortak bir noktada bulunduğu gözlenmiştir. SDP sonrası ilaç sektörünün büyüdüğü, ilaca erişim kolaylaştığı ve ilaç harcamaları denetim altına alındığı sonucuna varılan makale sayısı 3 adet %3 oranında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6.5.8. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Aile Planlaması ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Kentsel toplumda gebe ve bebek izlem parametrelerinin çoğunda artış olmasına karşılık bebeklerin vaktinde izlem oranında gerileme olmuştur.	1	1
SDP' nin aile planlaması hizmetlerinde modern yöntem kullanımını, yöneme devamı ve danışmanlık hizmetini olumsuz etkilediği görüşü oluşmuştur.	1	1
Toplam	2	2,0

Tablo incelendiğinde SDP' nin aile planlaması üzerine etkisi başlığında yayınlanan 2 makaleden 2 farklı sonuç elde edilmiştir. SDP sonrası iyileştirilen gebe ve bebek izlem parametrelerinde artış olmasına rağmen bebeklerin vaktinde izlem oranında gerileme olduğu sonucuna varılan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. SDP sonrası aile planlaması hizmetlerinde kullanılan yöntemlerin olumsuz etkilediği sonucuna varılan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6.5.9. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerden Elde Edilen Diğer Sonuçların Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Türkiye'deki reform, sağlık iş gücü zorluklarından bazılarını ele alırken diğerlerini daha da kötüleştirmiştir.	1	1
İletişim boyutlarının hasta ve sağlık personeli iletişim ve etkileşimi üzerinde önemli bir etkisi vardır.	1	1
Paydaşlar SDP sonrası reform çalışmalarının olumlu olduğunu savunmaktadır.	1	1
Hasta, yönetici ve hekimlerin görev alanlarına göre SDP algısında farklılıklar olduğu sonucuna varılmıştır.	1	1
Toplam	4	4,0

Tablo incelendiğinde SDP' nin diğer başlıklar üzerindeki etkisi değerlendirmek için yayınlanan 4 makaleden 4 farklı sonuç elde edilmiştir. Diğer başlığı altındaki konular; sağlık iş gücü zorlukları, paydaşlar, hasta ve sağlık personeli iletişim ve etkileşimi şeklindedir. Türkiye'deki reform, sağlık iş gücü zorluklarından bazılarını ele alırken diğerlerini daha da kötüleştiği sonucuna varılan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. İletişim boyutlarının hasta ve sağlık personeli iletişim ve etkileşimi üzerinde önemli bir etkisi olduğu sonucuna varılan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Paydaşlar açısından SDP sonrası reform çalışmalarının olumlu olduğunu savunan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. SDP algısının meslek gruplarının görev alanlarına göre farklılıklar gösterdiği sonucuna varılan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6.5.10. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Genel Değerlendirmesi ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Dünya Bankası'nın SDP üzerinde etkisi bulunmaktadır.	1	1
SDP ile sağlık hizmetlerinde genel anlamda iyileşme yaşanmıştır fakat geliştirilmesi gereken noktalar bulunmaktadır.	24	24
SDP ile sağlık hizmetlerinde istenilen sonuca ulaşılmamıştır.	5	5
SDP ile sosyo-demografik değerlerde iyileşme yaşanmıştır.	2	2
SDP' nin popülizm, profesyonellik ve genellikle Yeni Kamu Yönetimi olarak tanımlanan çağdaş piyasa ve yönetim reformları arasında bir ilişkisi bulunmaktadır.	1	1
Toplam	33	33,0

Tablo incelendiğinde SDP' nin diğer başlıklar üzerindeki etkisi değerlendirmek için yayınlanan 33 makaleden 5 farklı sonuç elde edilmiştir. SDP ile sağlık hizmetlerinde genel anlamda iyileşme yaşanmıştır fakat geliştirilmesi gereken noktalar bulunduğu sonucuna varılan makale sayısı 24 adet %24 oranı ile en fazla ulaşılan sonuç olduğu tespit edilmiştir. SDP ile sağlık hizmetlerinde istenilen sonuca ulaşılmadığı gözlemlenen makale sayısı 5 adet %5 oranında olduğu tespit edilmiştir. SDP ile sosyo-demografik değerlerde iyileşme yaşandığı sonucuna varılan makale sayısı 2 adet %2 oranında olduğu tespit edilmiştir. Dünya Bankası'nın SDP üzerinde etkisinin bulunduğu sonucuna varılan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. SDP' nin popülizm, profesyonellik ve genellikle Yeni Kamu Yönetimi olarak tanımlanan çağdaş piyasa ve yönetim reformları arasında bir ilişkisi bulunduğu sonucuna varılan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

6.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerde Yapılan Önerilere Göre Değerlendirme Analizleri

Aşağıdaki Tablo 6.6.1' de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yayınlanan makalelerde yapılan önerilere göre dağılımı analiz edilmiştir.

Tablo 6.6.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yayınlanan Makalelerde Yapılan Önerilere Göre Dağılımı

Öneri	f	Yüzde (%)
Akademik Öneri	16	16
Saha Önerisi	63	63
Hem Akademik Hem Saha Önerisi	8	8
Öneri yok	13	13
Toplam	100	100,0

Tablo incelendiğinde SDP kapsamında yayınlanan makalelerde yapılan öneriler 4 farklı başlıkta kategorize edilmiştir. Akademik öneri yapılan makale sayısı 16 adet %16 oranında olduğu tespit edilmiştir. Saha önerisi yapılan makale sayısı 63 adet %63 oranında olduğu tespit edilmiştir. Hem akademik hem saha önerisi yapılan makale sayısı 8 adet %8 oranında olduğu tespit edilmiştir. Yayınlanan makaleler içerisinde hiç öneri yapılmayan makale sayısı 13 adet %13 oranında olduğu tespit edilmiştir.

7.TARTIŞMA

Sağlık, bireylere doğduğu andan itibaren sunulan evrensel bir haktır. Bireylere sunulacak olan sağlık hizmetlerinin kolay erişebilir, hakkaniyetli ve adaletli olması zorunluluğu hükümetlerin sorumluluğundadır. Bu sorumluluk 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde tıbbi bakım alma hakkı olarak tanımlanmıştır. Sağlık Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi noktasında yeni politikalar yapılmıştır. Bu politikalar ile sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda değişikliklere gidilmiştir. Sağlık Dönüşüm Programı ile öncesinde yaşanan aksaklıkların düzeltilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada Sağlık Dönüşüm Programı'nın sağlık hizmetleri üzerindeki etkileri tartışılmıştır. Araştırma 2006-2022 yıllarında yazılan makalelerin analiz edilmesi ile gerçekleşmiştir. Yapılan çalışma Sağlık Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin ne ölçüde iyileştiği, nelerin değiştiği ve nelerin geliştirilmesi noktasında fikir yürütmeye yardımcı olacaktır.

Çalışmada hastaneler açısından etkisi incelendiğinde; Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası eğitim ve araştırma hastanelerinin diğer grup hastanelerden daha etkin hizmet verdiği sonucuna varılmıştır (54). Sağlık Dönüşüm Programı ile hastane işletmeciliğinde büyük ölçüde değişimler yaşanmıştır fakat geliştirilebilir yönleri olduğu ve devletin politika süreçlerinin takibinde aktif olarak rol alması gerektiği vurgulanmıştır (55). Hastaların daha önceden gittikleri hastanelerin Sağlık Dönüşüm Programı sonrası uygulanan katılım payı uygulamaları hastane tercihlerine olan etkisi incelendiğinde; bazı hastalıklar için hastane tercihlerinde değişikliğe sebep olurken bazı hastalıklar için değişiklik olmadığı tespit edilmiştir (56). Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası finansal performansı düşük hastanelerde genel bir iyileşme yaşanırken finansal performansın yüksek hastanelerin genel durumunda gerileme olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (57). Türkiye'de uygulanan sağlık reformları sonrası hastaneler açısından beklenen fayda, kısa vadede kısmen sağlandığı sonucuna varılmıştır (58). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hedeflenen kamu kesimi harcama etkinliği, üniversitelerin mali yapılarında genel olarak negatif bir etki yarattığı gözlenmektedir (59). Bu çalışma sonucunda elde edilen veriler incelendiğinde, hastaneler üzerine yapılan çalışmalardan üç tanesinde olumlu sonuç, bir tanesinde olumsuz sonuç, bir tanesinde olumlu veya olumsuz bir etkisi olmadığına yönelik bir

sonuç ve bir tanesinde de bazı noktalarında olumlu bazı noktalarında olumsuz sonuçlar gözlemlenmiştir. Yapılan çalışmaların çoğunluğunda Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hastaneler üzerinde olumlu etki yarattığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmada sağlık çalışanları üzerindeki etkisi incelendiğinde; Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık çalışanlarının iş doyumu, memnuniyet durumu ve reform hareketlerine bakış açılarının olumsuz yönde olduğuna ulaşılmıştır (60–63). Sağlık Dönüşüm Programı ile hekimlerin aşılama oranlarında artış olurken hemşire ve ebe sayılarındaki artışın ise aşılama oranlarına herhangi bir etkisi olmadığı sonucuna varan çalışmalar bulunmaktadır (64). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yeni uygulamaların hekimlerin iş yükünü arttırdığı, şiddet olaylarındaki artış ve yetersiz eğitim gibi durumları beraberinde getirmesiyle riskli klinik uygulamaların olduğu uzmanlık alanlarını tercih etmedikleri sonucuna varılmıştır (65). Sağlık çalışanlarından hekim ve hemşirelerin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili yeterli düzeyde bilgilerinin olmadığı sonucuna varan çalışmalar bulunmaktadır (66). Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda 16 yıl geri de kalmış olmasına rağmen sağlık yöneticilerinin sağlık okuryazarlığı oranı beklenen düzeye ulaşmadığını gösteren çalışmalar tespit edilmiştir (67). Sağlık Dönüşüm Programı ile sağlık çalışanlarının memnuniyet, iş doyumu ve performans düzeylerinde artış olduğu gözlemlenmektedir (42,68–70). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hekimlerin iş yükünün artması, yetersiz eğitim ve geliştirme, sosyal, ekonomik durum ve sağlıkta şiddetin artması, biyoetik değerlerin kötüye kullanılmasına sebep olmuştur (71). Bu çalışma sonucunda elde edilen veriler incelendiğinde, sağlık çalışanlarının Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili olumsuz sonuçların daha fazla olduğu tespit edilmiştir. İş doyumu ve memnuniyetlerinde düşüş yaşandığı gözlemlenmekte ve değişime karşı bakış açılarının olumsuz yönde olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada sağlık kullanıcıları üzerindeki etkisi incelendiğinde; Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmet kullanıcıları devletin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinden memnun olduğu fakat geliştirilebilir yönlerinin olduğunu belirtmişler (72–79). Bir diğer sonuç Sağlıkta Dönüşüm Programı sonra sağlık çalışanlarının reform hareketlerinden memnun olmadığı noktasında bulgulara rastlanmıştır (80). Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası çocukların sağlık hizmet kullanımını artmış fakat istenilen düzeyde olmadığını kanıtlayan çalışmalar bulunmaktadır. Sağlık hizmetine

erişim ailelerin sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel etkisinin olduğu söylenmektedir (81). Bu çalışma sonucunda elde edilen veriler incelendiğinde; sekiz tane olumlu sonuç, bir tanesinde olumsuz sonuç ve bir tanesinde de istenilen düzeyde artış olmadığı gözlemlenmiştir. İncelenen verilere göre yapılan çalışmaların çoğunluğunda Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık kullanıcıları üzerinde olumlu etki yarattığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmada ilaç sektörü üzerine etkisi incelendiğinde; Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası ilaç sektörünün büyüdüğü, ilaca erişimin kolaylaştığı ve ilaç harcamalarının denetim altına alındığı sonucuna varılmaktadır (82–84). Bu çalışma sonucunda elde edilen verilere göre; yapılan üç tane çalışmanın olumlu olduğu gözlemlenmiştir. Bu doğrultuda Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilaç sektörü açısından olumlu gelişmelerin yaşandığı söylenebilmektedir.

Çalışmada bulaşıcı hastalıklar üzerine etkisi incelendiğinde; Sağlıkta Dönüşüm Programı ile büyük ölçüde uzaklaşmış kamusal sorumluluk, parçalanmış sağlık örgütü, ülkemizde nitelikli emek gücü ve deneyim birikimine rağmen bulaşıcı hastalıklarla ilgili endişe kaynağı olarak tanımlanmaktadır (85). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Tüberküloz hastalığında ilerleme kaydedildiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (86). Bu çalışma sonucunda elde edilen verilere göre; yapılan çalışmaların sonuçlarından bir tanesinin olumsuz bir tanesinin olumlu olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası bulaşıcı hastalıklar için yapılan çalışmaların sonuçlarıyla ilgili tam bir yargıya varılmamıştır.

Çalışmada aile hekimliği uygulamaları üzerine etkisi incelendiğinde; Sağlıkta Dönüşüm Programı ile aile hekimliği uygulamalarında memnuniyet düzeyinin arttığına yönelik çalışmalar bulunmaktadır (87). Bunun aksine Sağlıkta Dönüşüm Programı ile aile hekimliği uygulamalarında memnuniyet düzeyinin azaldığına yönelik de çalışmalar bulunmaktadır (88–91). Reform hareketleri ile aile hekimliği uygulamalarında birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştiği vurgulanmaktadır (61). Bu çalışma sonucunda elde edilen verilere göre; yapılan çalışmaların sonuçlarının birbirine yakın olduğu gözlemlenmiştir. Bu doğrultuda Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası aile hekimliği uygulamaları üzerinde olumlu veya olumsuz sonuç yarattığı noktasında tam bir yargıya varılmamıştır.

Çalışmada aile planlaması üzerine etkisi incelendiğinde; kentsel toplumda gebe ve bebek izlem parametrelerinin çoğunda artış olmasına karşılık bebeklerin vaktinde izlem oranında gerileme olduğu saptanmıştır (92). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile aile planlaması hizmetlerinde modern yöntem kullanımını, yöneme devamı ve danışmanlık hizmetini olumsuz etkilediği görüşü oluşmuştur (93). Bu çalışma sonucunda elde edilen verilere göre; yapılan iki tane çalışmanın da olumsuz olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında aile planlaması uygulamaları negatif yönde etkilenmiştir.

Çalışmada sağlık harcamaları üzerine etkisi incelendiğinde; Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası cepten ödemelerin artması gelir ve dezavantajlı hane halkı özellikleri (hanede sağlık sorunu olan bireylerin olması, yaşlı ve çocuk bulunması) olduğu ortaya çıkmıştır (94). Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası sağlık harcamalarının arttığı ve bu noktada çalışmalar yapılması gerektiği sonuçlar tespit edilmiştir (95–100). SDP ile ayakta tedavi katkı payı uygulamaları cepten yapılan sağlık harcamaları azalmıştır. (101). Bu çalışma sonucunda elde edilen verilere göre; yapılan çalışmaların sonuçlarından Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık harcamalarındaki artışa yol açtığı görülmektedir.

Çalışmada diğer sonuçlar üzerine etkisi incelendiğinde; Türkiye'deki reform hareketlerinin, sağlık iş gücü zorluklarından bazılarını ele alırken diğer yandan diğerlerini daha kötüleştirdiğini bu sebeple de iş gücü üzerindeki yükün artmasına sebep olduğu savunulmaktadır (102). Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hasta ve sağlık personeli iletişiminin iyileştirilmesi adına çalışmaların yapıldığı ve iletişim boyutlarının hasta ve sağlık personeli iletişim ve etkileşimi üzerinde etkisinin olduğu saptanmıştır (103). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yapılan reform çalışmaları, paydaşlar açısından olumlu olarak değerlendirildiği gözlemlenmektedir (104). Paydaşlar açısından yapılan diğer çalışmada ise hasta, yönetici ve hekimlerin görev alanlarına göre SDP algısında farklılıklar olduğu sonucuna varılmıştır (105). Bu çalışma sonucunda elde edilen verilere göre; yapılan çalışmada iş gücü zorlukları üzerine olumsuz sonuçlara ulaşıldığına, iletişim ve etkileşime odaklanan çalışma da olumlu etkisinin olduğuna ve paydaşlar üzerine yapılan çalışmalarda ise olumlu sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmada genel sonuçlar üzerine etkisi incelendiğinde; Dünya Bankası'nın Sağlıkta Dönüşüm Programı üzerinde etkisinin bulunduğu sonucuna varılmıştır (106). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinde genel bir iyileşmenin yaşandığı fakat geliştirilmesi gereken noktalar olduğu vurgulanmaktadır (107,108,117–119,109–116) Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinde istenilen düzeyde sonuca ulaşamadığı vurgulayan çalışmaların olduğu da görülmektedir (120–124). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sosyo-demografik değerlerde iyileşme yaşandığını söylenmektedir (125,126). Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın popülizm, profesyonellik ve genellikle Yeni Kamu Yönetimi olarak tanımlanan çağdaş piyasa ve yönetim reformları arasında bir ilişkisi bulunmaktadır (127). Bu doğrultuda Sağlıkta Dönüşüm Programı ile genel konulara odaklanan çalışmalar incelendiğinde olumlu gelişmelerin yaşandığı söylenebilir.

8.SONUÇ

Ülkelerin sağlık politikaları ve sağlık reform hareketleri toplumun yaşam kalitesini doğrudan etkileyen ve gelişmişlik düzeyini hakkında bilgi veren unsurlardandır. Ülkemizde Cumhuriyet'in kuruluşundan itibaren uygulanan sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından iyileştirilmesinde etkili olmuştur. Bu noktada 2003 yılında uygulamaya geçirilen reform hareketlerinden birisi Sağlıkta Dönüşüm Programı'dır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı sağlık hizmetleri açısından değerlendirmek için bu konuya odaklanan 100 tane makale analiz edilmiştir. Bu makalelerdeki başlıklar; sağlık harcamaları, sağlık çalışanları, sağlık hizmet kullanıcıları, ilaç sektörü, aile hekimliği uygulamaları, hastaneler, genel değerlendirme, bulaşıcı hastalıklar ve diğer konular olarak kategorize edilmiştir. İlgili konulara yönelik yapılan analizler değerlendirildiğinde çeşitli sonuçlar elde edilmiştir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası yapılan reform uygulamalarının hastaneler açısından incelendiğinde olumlu yönde etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. İncelenen makaleler doğrultusunda Sağlık Dönüşüm Programı çerçevesinde yürütülen ilaç sektörü ile ilgili alanlardaki faaliyetler olumlu sonuç vermiştir. Bu doğrultuda ilaç pazarında ciddi artışlar olduğu ve ilaca erişimin kolaylaştığı gözlemlenmiştir. Sağlık hizmetlerinde iletişim ve etkileşimin Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında sunulan hizmetlere yönelik etkisinin ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın genel paydaşlar üzerindeki etkisinin de olumlu yönde olduğu tespit edilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı reform hareketlerinin genel sonuçlar üzerine etkisi incelendiğinde; sağlık hizmetleri ve sosyo-demografik değerler açısından olumlu yönde gelişmelerin olduğu ancak geliştirilmesi gereken noktalarında olduğu tespit edilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanma esnasında ve sonrasında sağlık harcamalarının arttığına yönelik bulgular elde edilmiştir. Sağlık Dönüşüm Programı ile sağlık çalışanlarının reform hareketlerine bakış açısı değerlendirildiğinde memnuniyet oranının çalışanlar açısından olumsuz yönde etkilendiği ancak sağlık hizmeti kullanıcılarının bu reform hareketiyle memnuniyet oranlarının arttığı tespit edilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamak sağlık hizmetleri Aile hekimliği uygulamalarında olumlu veya olumsuz bir etkisi olmadığı görülmüştür.

Bulaşıcı hastalıkların Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası etkileri incelendiğinde olumlu veya olumsuz yönde yorum yapılacak tam bir yargıya ulaşılmamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile diğer konular üzerine yapılan çalışmalar analiz edildiğinde sağlık iş gücü zorluklarına etkisi olumsuz yönde olduğu gözlemlenmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacı herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmetinin, etkili, kaliteli, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde sunulması doğrultusunda değerlendirildiğinde tam anlamıyla beklenen sonuçlar elde edilmemiştir. Fakat sonuçlar genel olarak incelendiğinde reform hareketlerinin istenilen düzeye yakın fayda sağladığı da görülmüştür.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık çalışanlarının artan iş yükü ve memnuniyetsizliği ölçen literatür araştırmaları yapılmalı ve bu memnuniyetsizliği etkileyen faktörleri azaltmaya yönelik politikalar geliştirilmelidir. Artan sağlık harcamaları için devlet politikalar geliştirmelidir. Bulaşıcı hastalıkların Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası etkilerinin daha doğru analiz edilmesi için daha fazla akademik çalışma yapılmalıdır. Aile hekimliği uygulamalarında etkin bir sevk zinciri oluşturulmalı, aile planlaması çalışmaları için halkı bilinçlendirecek eğitimler verilmelidir. Devletin sağlık hizmet sunumunda geliştirilmesi gereken hususlar belirlenerek iyileştirici ve geliştirici politikalar yapması önerilmektedir.

9.KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm Programı. Ankara; 2003.
2. Öcek Z, Soyer A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı. Türk Tabip. Ankara; 2007.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında yönerge. Ankara; 2001.
4. Sargutan AE. Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. Hacettepe Sağlık Bilim Derg. 2005;8(3):400–28.
5. Eskiocak M. “Aile hekimliği ülkemiz için uygun bir hizmet sunumu sistemi Midir?” Ankara: Ankara Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2007.
6. Çelikay F, Gümüş E. Türkiye’de sağlık hizmetleri ve finansmanı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2010;11(1):177–216.
7. Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. Sağlık işletmeleri yönetimi. Ankara: Nobel Yayınları; 2014.
8. Akdur R, Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A. Halk sağlığı. Ankara: AÜ TF Antıp AŞ Yayınları; 1998. 3–13 p.
9. Türk Tabipler Birliği. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında Sağlık Bakanlığı yönergesi. Ankara; 2005.
10. Gençer, Ç.; Er, F.; Barut B.;Kara Y. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda sosyal hizmet mesleğinin önemi. Toplum ve Sos Hizmet Derg. 2021;32(2):1125–42.
11. Fişek NH. Halk sağlığına giriş. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1983.
12. Sert S. Türkiye’de sağlık sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2019). Namık Kemal Üniversitesi; 2019.
13. Dirican R. Toplum hekimliği-Halk Sağlığı Dersleri. Ankara: Hatipoğlu Yayınları; 1990.

14. Güldal AD, Limnili G, Çelik M. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. J Turkish Fam Physician. 2019;10(4):163–72.
15. Özdoğan S. Türkiye’de illere göre sağlık hizmet kalitesini etkileyen faktörler. Sosyal Bilimler Enstitüsü, YüksekLisansTezi, İstanbul, 2018.
16. T.C Aile Ç ve SHB. OECD ve AB Ülkelerinde Sağlık ve Geri Ödeme Sistemleri-I. Ankara; 2000.
17. Erdoğan S, Saltık A. Ülkemizde yaşanan sosyal güvenlik krizi bağlamında bir örnek: Alman sağlık sistemi. Toplum ve Hekim Derg. 1996;(74):74.
18. Yıldırım HH. Avrupa Birliği sağlık politikaları ve Avrupa Birliği’ne üye ve aday ülke sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı teknik verimlilik analizi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2004.
19. Erdoğan S, Ekuklu G. Almanya’da sağlık sistemi. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınevi; 1994.
20. Çalışkan Z. Ulusal sağlık hizmetleri sisteminin finansman kaynakları yönünden Türkiye’de uygulanabilirliği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, YüksekLisansTezi, Antalya, 1999.
21. Orlu C. İsviçre genel sağlık sigortası sisteminin Türkiye ile karşılaştırılarak yeni bir model önerisi. Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, YüksekLisansTezi, İstanbul, 2018.
22. Dinç G. Birleşik Krallık Sağlık Sistemi. Yayl. Y.; 2009.
23. Gülay A. Türkiye’de sağlık sisteminin finansmanı ve İngiltere ile karşılaştırılması. Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, YüksekLisansTezi, İstanbul, 2017.
24. Öztürk Z, Karakaş ET. Avrupa Birliği’ne üye ülkelerde sağlık sistemleri yönetim ve organizasyon yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere örnekleri. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Strat Araştırma Derg. 2015;1(2):39–59.
25. Boyle S, Organization WH. United Kingdom (England): Health System Review. 2011.

26. Oral Aİ. ABD ve İngiltere kamu sağlık sigortası programları üzerine karşılaştırmalı bir değerlendirme. Anadolu Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2002;2(2):61-78.
27. Organization WH. Highlights on Health in the United Kingdom. 1997;
28. Kılıç B, Bumin Ç. İngiltere ulusal sağlık sistemi. Toplum ve Hekim Derg. 1993;8(56):32-41.
29. Daştan İ, Çetinkaya V. OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. Sgd-Sosyal Güvenlik Derg. 2015;5(1):104-34.
30. Çiftçi Hİ. Sağlık sistemi ve finansmanı: Türkiye ve çeşitli ülkeler. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.
31. Acar E. Sağlıkta geri ödeme sistemlerinin incelenmesi ve Türkiye'de kullanılan geri ödeme sisteminin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.
32. Kırılmaz H, Amarat M, Özgün Ü. Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı analizi. Strateg Public Manag J. 2017;3(6):78-104.
33. Sur H. Karşılaştırmalı sağlık sistemleri. Tengilimoğlu D, Öztürk Z, editors. Ankara: Nobel; 2021. 104-128.
34. Akdur R. Türkiye'de sağlık hizmetleri ve Avrupa topluluğu ülkeleri ile kıyaslanması. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 2000.
35. Akyay N. Osmanlı İmparatorluğu'nda sağlık örgütleri ve sosyal kuruluşlar. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü Yayını; 1982.
36. Yavuz Y. Batılılaşma döneminde Osmanlı sağlık kuruluşları. Orta Doğu Tek Üniversitesi Mimar Fakültesi Derg. 1988;8(2):123-142.
37. Akdur R. Cumhuriyet'ten günümüze Türkiye'de sağlık politikaları. Rona Z Bilanço. 1923;1988:10-12.
38. Akdur R. Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. yılında Türkiye'de sağlık politikaları.

- Türkiye Bilim Akad. 1999;75:1923–98.
39. Çavmak Ş, Çavmak D. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sağlık Yönetimi Derg. 2017;1(1):48–57.
 40. Bakanlık T. S. Türkiye’de sağlığa bakış, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı. Ankara; 2007.
 41. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı’nın Tarihçesi. 2015.
 42. Acar OK. Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı; Isparta ili üzerinden nitel bir analiz. Manas Sos Araştırmalar Derg. 2018;7(3):704-722.
 43. Er Ü. Sağlıkta Dönüşümün aracı genel sağlık sigortası. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.
 44. T.C. SB. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010). Ankara; 2011.
 45. Orhaner E. Türkiye’de Sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. Gazi Üniversitesi Ticaret ve Tur Eğitim Fakültesi Derg. 2006;(1):1–22.
 46. Aksakoğlu G, Kılıç B, Uçku R. Aile hekimliği modeli/sistemi Türkiye için uygun değildir. Toplum ve Hekim. 2003;4.
 47. Kavak DG. Türkiye sağlık hizmetleri kalite ve akreditasyon enstitüsü (Tüska) sağlıkta akreditasyon standartları. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Derg. 2018;1(1):14–20.
 48. Beylik U. Sağlıkta akreditasyon denetim yöntemi: türkiye sağlık hizmetleri kalite ve akreditasyon enstitüsü uygulaması. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Derg. 2018;1(1):6–13.
 49. Kömürcü N, Durmaz A, Bayram N, Genç Koyucu R, Karaman EÖ, Toker E. Sağlık hizmetlerinde kalite standartları ve modelleri. Sağlıkta Performans ve Kalite Derg. 2014;7(1):95–114.
 50. Avaner T, Fedai R. Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme: Sağlık yönetiminde bilgi

sistemlerinin kullanılması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg. 2017;22:1533–42.

51. Demirel A. Sağlık hizmetleri yönetiminde sağlık bilgi sistemleri ve kullanım modülleri. Beykent Üniversitesi; 2018.
52. Karaçam Z. Sistematik derleme metodolojisi: Sistematik derleme hazırlık için bir rehber. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg. 2013;6(1):26–33.
53. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. J Clin Epidemiol. 2009;62(10):1006–12.
54. Keskin Hİ. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve kamu hastanelerinin etkinliği. Akdeniz İİBF Derg. 2018;18(38):124–50.
55. Yılmaz F, Tosun B, Yavuz Çolak M. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın özel hastaneler ve sağlık sistemi üzerine etkileri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2016;1(1):63–79.
56. Turanlı M, Başar ÖD. Sağlıkta Dönüşüm uygulaması sonrası hastane tercihlerindeki değişimin incelenmesi. Trak Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2011;13(1):95–105.
57. Saraçoğlu B, Sülkü S. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin finansal durumu üzerinde Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkileri. Ekon Yaklaşım Derg. 2012;23:269–82.
58. Sulku NS. The health sector reforms and the efficiency of public hospitals in Turkey: Provincial Markets. Eur J Public Health. 2012;22(5):634–8.
59. Gülşen MA, Yıldırım M. Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında uygulanan sağlık regülasyonlarının üniversite hastanelerinin mali yapılarına etkisi. Ömer Halis Demir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg. 2017;10(4):159–72.

60. Bıyık E, Tekin K. Sağlıkta Dönüşüm Programı'na ilişkin sağlık personelinin görüşlerinin karşılaştırılması. Sağlık Akad Derg. 2015;2(2):103–10.
61. Çelebi Çakıroğlu O, Harmancı Seren AK. The transformation of primary healthcare services in Turkey: Family Medicine Model. Int J Caring Sci. 2016;9(2):1129-1133.
62. Leblebici Ö, Mutlu S. Türkiye'de kamu sağlık çalışanlarının iş doyumlarının Sağlıkta Dönüşüm Programı bağlamında incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg. 2014;16(3):48–63.
63. Soyer A. Sağlıkta Dönüşüm” ve kamu sağlık çalışanları. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Derg. 2012;11(42):12–22.
64. Balçık PY, Sarıgül SS, Konca M. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın aşılama oranlarına etkisinin ARDL yöntemi ile incelenmesi. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg. 2019;21(1):103–20.
65. Yavuz I, Çamsarı UM, Arisoy Y. Sağlıkta Dönüşüm Programının tıpta uzmanlık tercihlerine etkisi. Türkiye Klin Tıp Bilim Derg. 2017;37(2):53–60.
66. Aksu H, Atay E, Karaöz B, Körükcü Ö, Özmeri G. Bir grup hekim ve hemşirenin Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile ilgili bilgi ve düşüncelerinin incelenmesi. Sted/Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2007;16(4):57–60.
67. Kurt ME, Ceylan A. Reading routines of community health executives upon managerial topics, within the context of Health Transformation Program (Htp) in the Turkey; Diyarbakir case. Int J Heal Serv Res Policy. 2020;5(3):241–53.
68. Ünal K, Ünal A. Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığına yönelik sağlık yöneticilerinin görüşleri. Sağlık Akad Derg. 2017;4(1):51–6.
69. Çiftçi F, Bostan S. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarının hastane hizmetleri üzerindeki değişim etkisi: Sağlık çalışanlarının görüşleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2016;7(2):1–8.
70. Yağar F, Soysal A. Health reforms in Turkey: The impact on the perceived performance levels of health staff. Hosp Top. 2021;99(1):15–21.

71. Erdem F, Atalay M. The effect of Health Transformation policies on the resident physicians' perception of the medical profession in Turkey. *Int J Health Plann Manage.* 2016;32(2):189–216.
72. Koçak O, Tiryaki D. Sosyal devlet anlayışında sağlık politikalarının önemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın değerlendirilmesi: Yalova örneği. *Istanbul Ticaret Üniversitesi Sos Bilim Derg.* 2011;10(19):55–88.
73. Uğur Z, Tirgil A. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve kamunun sağlık hizmetlerinden memnuniyeti. *Ombudsman Akad.* 2018;(1):295–327.
74. Soysal A, Yağar F. Sağlıkta Dönüşüm Programı: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde bir araştırma. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sos Bilim Derg.* 2015;12(2):313–44.
75. Caner A, Cilasun SM. Health care services and the elderly: Utilization and satisfaction in the aftermath of the Turkish Health Transformation Program. *Gerontol Geriatr Med.* 2019;(5):1-15.
76. Bostan S. What has the Health Transformation Program in Turkey changed for patients? *Hacettepe Sağlık İdaresi Derg.* 2013;16(2):91–103.
77. Tanrıverdi F, Parlayan MA. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hasta memnuniyetine etkisi. *Kesit Akad Derg.* 2019;(20):181–224.
78. Stokes J, Gurol–Urgancı I, Hone T, Atun R. Effect of health system reforms in Turkey on user satisfaction. *J Glob Health.* 2015;5(2):02043.
79. San S. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve hasta memnuniyeti üzerine etkileri. *Ankara Sağlık Bilim Derg.* 2020;9(2):55–66.
80. Yılmaz GA, Ataer MY, Efe GN. Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası sağlık hizmeti memnuniyeti: İstanbul örneği. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Derg.* 2018;40(2):347–69.
81. Asena C, Karaoğlan D, Yaşar G. Utilization of health-care services by young children: The aftermath of the Turkish Health Transformation Program. *Int J Health Plann Manage.* 2018;33(3):596-613.

82. Besak Y. Sağlıkta Dönüşüm ve onuncu kalkınma planı çerçevesinde Türkiye Sağlık Sisteminde ilaç harcamaları üzerine bir inceleme ve durum analizi. Sağlık Ve Sos Refah Araştırmaları Derg. 2019;1(2):53–61.
83. Yılmaz Şafak E, Koçkaya G, Yenilmez FB, Saylan M, Tatar M, Akbulat A, et al. Impact of health policy changes on trends in the pharmaceutical market in Turkey. Value Heal. 2016;(10):48–52.
84. Mısırlıoğlu YÖ, Esatoğlu AE, Arslan DT. Türkiye'nin ilaç politikasının, ilaç pazarı ve harcamalarına yansımaları: 2003-2015. Ankara Sağlık Bilim Derg. 2016;1(2):31–51.
85. Eskiocak M. Türkiye'de bulaşıcı hastalıkların kontrolünde güncel durum: Sağlıkta Dönüşüm Programının etkilerine yönelik bir değerlendirme. Toplum ve Hekim Derg. 2015;30(2):96–109.
86. Yıldırım Z, Turkkani MH, Bozkurt H, Islek E, Mollahaliloglu S, Erkoç Y. Effects of the Health Transformation Programme on tuberculosis burden in Turkey. Respir Med. 2013;107(12):2029–37.
87. Yalman F, Bayat M, Çatı K. Aile hekimliği uygulamasının hekimlerin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine etkisi: Düzce örneği. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg. 2014;14(3):23–50.
88. Öztekin Z. Sağlıkta dönüşüm ve aile hekimliği. Toplum Hekim Bülteni. 2006;25(2):1–6.
89. Öncü E, Köksoy Vayısoğlu S, Önen E. Bir il örneğinde Sağlıkta Dönüşüm sonrası I. basamak sağlık hizmetleri kullanımı ve ilişkili faktörler. Int J Hum Sci. 2017;14(4):4546–59.
90. Öcek ZA, Çiçeklioğlu M, Yücel U, Özdemir R. Family medicine model in Turkey: A qualitative assessment from the perspectives of primary care workers. BMC Fam Pract. 2014;15(1):1–15.
91. Akman M. Strength of primary care in Turkey. Turkish J Fam Pract. 2014;18(2):70–8.

92. Durduran Y, Bodur S, Çakıl E, Filiz E. Konya il merkezinde Sağlıkta Dönüşüm öncesi ve sonrası gebe ve bebek izlemleri. *Dicle Med Journal/Dicle Tıp Derg.* 2012;39(2):227–33.
93. Eren D, Atak N, Özyurda F, Köse SK. Aile planlaması hizmeti sunan bir birim örneğinde aile planlaması ve Sağlıkta Dönüşüm. *Toplum ve Hekim.* 2013;28(2):147–52.
94. Şentürk B. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın cepten ödemelere etkisi: Ekonometrik bir analiz. *Ekonomik ve Yönetim Araştırmaları Derg.* 2019;8(2):20–43.
95. Baran E, Saltık A. Türkiye’de sosyalleştirme’den “Sağlıkta Dönüşüm” E sağlık harcamaları. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 2013;22(4):143–8.
96. Manavgat G. Türkiye’de sigorta sahipliğinin hane halklarının sağlık harcamalarına olan etkisi: Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında bir uygulama. *Toros Üniversitesi İİSBF Sos Bilim Derg.* 2018;5(9):443–76.
97. Ankara HG, Zeybek DÖ. Sağlıkta Dönüşüm Sonrası sağlık harcamaları ve sağlık enflasyonu: Zaman serisi analizleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Derg.* 2021;12(32):1078–93.
98. Erol H, Özdemir A. Türkiye’de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi. *SGD-Sosyal Güvenlik Derg.* 2014;4(1):9–34.
99. Çınaroğlu S. Poverty effects of public health reforms in Turkey: A Focus On Out-Of-Pocket Payments. *J Eval Clin Pract.* 2021;27(1):53–61.
100. Yardım MS, Çilingiroğlu N, Yardım N. Financial protection in health in Turkey: The effects of the Health Transformation Programme. *Health Policy Plan.* 2014;29(2):177–92.
101. Yasin A, Tirgil A. Ayakta tedavide katılım payı uygulamasının hanehalklarının cepten yaptıkları sağlık harcamalarına etkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Derg.* 2019;33(2):515–32.
102. Agartan TI. Health workforce policy and Turkey’s health care reform. *Health*

- Policy (New York). 2015;119(12):1621–6.
103. Tutuncu O, Cobaner AA, Guzelgoz O, Cetin A, Malkoc M, Mollahaliloglu S. The effects of Health Transformation Program on patient–healthcare Personnel communication and interaction in Turkey. *Qual Quant*. 2014;48(6):3433–46.
 104. Akıncı F, Mollahaliloğlu S, Gürsöz H, Öğücü F. Assessment of the Turkish health care system reforms: A stakeholder analysis. *Health Policy (New York)*. 2012;107(1):21–30.
 105. Kerman U, Eke E. Sosyal devletten neoliberal devlete Türk sağlık sektöründeki paydaşların sağlıkta dönüşüm algısı. *Suleyman Demirel Univ J Fac Econ Adm Sci*. 2019;19(1):65-80.
 106. Savaş N. Dünya Bankası'nın sağlık reformları üzerine etkisi; Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm örneği. *Estüdam Halk Sağlığı Derg*. 2020;5(1):142–57.
 107. Çelikay F, Gümüş E. Sağlıkta Dönüşümün ampirik analizi. *Ankara Üniversitesi SBF Derg*. 2011;66(3):55–92.
 108. Fedai R. Sağlıkta Dönüşüm Programının öncesi: Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimi: 1923-2003. *Manas Sos Araştırmalar Derg*. 2019 Apr 27;2010–32.
 109. Kasapoğlu A. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyol Araştırmaları Derg*. 2016;19(2):131–74.
 110. Ökem ZG, Çakar M. What have health care reforms achieved in Turkey? An appraisal of the “Health Transformation Programme.” *Health Policy (New York)*. 2015;119(9):1153–63.
 111. Aydın N. Historical perspective on the health transformation in Turkey. *Sağlık Bilim Değer*. 2022;12(1):188–93.
 112. Gürsoy K. An Overview of Turkish healthcare system after Health Transformation Program: main successes, performance assessment, further challenges, and policy options. *Sos Güvence*. 2015;(7):83–112.
 113. Yılmaztürk A. Türkiye'de sağlık reformlarının tarihsel gelişimi ve Sağlıkta

- Dönüşüm Programı'nın küresel niteliğinin değerlendirilmesi. *Sos Bilim Araştırmaları Derg.* 2013;8(1):176–88.
114. Memişoğlu D. Bir kamu politikası analizi örneği: Sağlıkta dönüşüm programı. *Yasam Derg.* 2018;34:62–93.
115. Tunç S, Yazar O. Sağlıkta dönüşüm politikalarında Türkiye ve İngiltere Karşılaştırması. *J Manag Mark Logist.* 2021;8(3):184–96.
116. Taşkaya S. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın verimlilik düzeyinin enflasyon oranı ile ilişkisinin değerlendirilmesi. *Avrasya Sos ve Ekon Araştırmaları.* 2018;7(6):62–93.
117. Çilhoroz Y, Arslan İ. Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Akademisyenler Üzerinde Nitel Bir Araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 2018;10(26):98–810.
118. Işık A, Başol E. Türkiye’de sağlık politikalarında güncel gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan günümüze bazı değerlendirme ve öneriler. *Int Anatolia Acad Online J Soc Sci J.* 2015;2(2):1–26.
119. Çetin FG. Türkiye’de kamu politikası oluşturma sürecinde gündem belirleme: Sağlıkta Dönüşüm Programı'na yönelik bir inceleme. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergis.* 2021;11(2):667–82.
120. Ateş B, Işıkçı YM. 2000’li yıllardan itibaren Türkiye’de sağlık politikalarındaki değişimin çoklu akış modeli ile analizi. *Giresun Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Derg.* 2020;6(2):139–51.
121. Kilci EN. A Study on financial sustainability of healthcare indicators for Turkey under the Health Transformation Program. *Int J Health Plann Manage.* 2021;36(4):1287–307.
122. Kart E. Sağlıkta Dönüşüm sürecinde performans dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri. *Çalışma ve Toplum.* 2013;38(3): 103-140.
123. Erçen AY. Kurumsal taklitçilik-izomorfizm: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Program hedeflerinin ulaşılabilirliği. *Akad Bakış Derg.* 2010;1–11.

124. Çetin FG. Sağlıkta Dönüşüm Programı ekseninde sağlığın ekonomi politiği. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi. 2017;19(1):274-293.
125. Şantaş F. Beş Yaş Altı Ölümü Üzerinde Yoksulluk Ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkisi. Sos Polit Çalışmaları Derg. 2019;19(45):919-34.
126. Santas F, Celik Y, Eryurt MA. Do health care reforms in Turkey have a significant effect in equal access to maternal and child health services in Turkey: An evidence from 20 years. Int J Health Plann Manage. 1993;33(1):344-56.
127. Agartan TI, Kuhlmann E. New public management, physicians and populism: Turkey's experience with health reforms. Sociol Health Illn. 2019;41(7):1410-25.