

## PAPER DETAILS

TITLE: Mehmet TOP Saglik Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Türkiye'de Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alan Taraflarin Görüşleri ve Saglik Politikalarına Iliskin Degerlendirmeleri

AUTHORS: Mehmet TOP

PAGES: 93-123

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/84681>

# Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Türkiye’de Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alan Tarafların Görüşleri Ve Sağlık Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri<sup>1</sup>

Dr. Mehmet TOP\*

## ÖZET

*Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi ve öncelik belirleme sürecinde özellikle makro düzeyde rol alan tarafların sağlık hizmetleri öncelikleri, önceliklendirmenin nasıl yapılması gerektiği, önceliklendirmede kullanılacak kriterler ve öncelik belirleme sürecinde rol alması gereken taraflar gibi konulardaki görüşlerini ele almak, bunlar arasındaki farklılıkları belirlemek ve bunların sağlık politikasına yansımalarını incelemek amaçlanmaktadır. Araştırmada amaçlı örneklem (purposeful sampling) yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamında 6 milletvekili, 24 bürokrat ve üst düzey yönetici ile 9 sivil toplum örgütü yöneticilerine ulaşılmıştır.*

*Araştırmaya katılanların görüşleri kalitatif araştırma teknikleri kullanılarak analiz edilmiştir. İlgili taraflardan veri toplamak için on iki sorudan oluşan yarı yapılandırılmış görüşmeler kullanılmıştır. Görüşme aracından ayrı olarak bireylere 17 hizmet grubu verilerek, bunları birden başlayarak onyediyeye kadar önceliklendirmeleri istenmiştir. Görüşmelerden elde edilen veriler kalitatif araştırmalarda sıklıkla kullanılan içerik analizi (content analysis) yöntemi ile değerlendirilmiştir.*

*Araştırmadan elde edilen sonuçlar Türkiye için koruyucu sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmetleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, bağışıklama programları (aşılama programları), sağlık eğitimi, kronik hastalıkların erken teşhis ve tedavisi, çevre sağlığı, geriatrik hizmetler gibi alanların öncelikli olması gerektiğini ortaya koymuştur. Enfeksiyon hastalıkları (bulaşıcı hastalıklar), kalp-damar hastalıkları, kanser, trafik kazaları ve doğal afetlerden kaynaklanan ölüm ve sakatlanmalar, sıtma, verem, şeker hastalığı, konjenital rahatsızlıklar, ishalli hastalıklar, hepatit, doğum travmaları ve perinatal*

<sup>1</sup> Bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından desteklenmiştir (HÜAF: 04. T10. 102.002).

\* Arş. Gör. Dr. , Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü.

*rahatsızlıklar gibi sağlık sorunları veya hastalıkların koruma, teşhis ve tedavilerinin de öncelikli olması gerektiği anlaşılmıştır. Araştırmaya katılanların öncelikli sağlık hizmetleri hakkındaki görüşleri arasında farklılık bulunmamıştır. Ancak, bazı hastalıklar ve hizmet grupları açısından katılımcıların görüşleri arasında farklılıkların olduğu bulunmuştur. Ayrıca araştırmaya katılanların sağlık hizmetleri öncelikleri ile Türkiye’de mevcut sağlık hizmetleri sunum şekli ve politikaları arasında büyük uyumsuzlukların olduğu anlaşılmıştır. Bu noktada katılımcılar özellikle temel sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine gereken önemin verilmeyip, tedavi edici dolayısı ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine daha çok önem verilmesini ve kaynak aktarılmasını eleştirmişlerdir.*

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetlerinde Önceliklendirme, Sağlık Planlaması, Sağlık Politikası Belirleyiciler

## Priority Setting in Health Care Services: The Views of Actors in Priority Setting Process and Their Assessments in Relation to Health Policies in Turkey

### ABSTRACT

*This study aims at exploring the views of the actors who have a role at the macro level priority setting process in health care in Turkey. The study focussed on the views of actors about the priorities in the health sector, prioritization process, criteria for prioritization and parties that should be involved in this process. Purposeful sampling was used in the research and 6 members of parliament, 24 bureaucrats and executive managers and 9 non-governmental organization managers were interviewed.*

*The views of the participants were analyzed by qualitative research techniques. Semi-structured interviews were used to collect data in the survey. For the semi-structured interviews a questionnaire with 12 questions was used. Apart from this questionnaire, the respondents were asked to prioritize 17 selected service groups. All data were analyzed by content analysis technique.*

*This study concluded that, in Turkey, preventive health care services, primary health care, maternal health and family planning, child health, combatting with infectious diseases, immunization programs, health education, early diagnosis and treatment of chronic diseases, environmental health and geriatric services should get prioritized services. Infectious diseases, cardiovascular diseases, cancer, traffic accidents, deaths and injuries from natural disasters, malaria, tuberculosis, diabetes,*

*congenital diseases, diarrhea, hepatitis, bith traumas and perinatal diseases should receive prioritized services. No difference was found among the views of participants of the study. However, it was also found that the views of participants were different for some diseases and service groups. It was also found that, there were great inconsistencies between the views of the respondents and current policies and health services. At this level the participants criticized the current emphasis on curative and secondary and tertiary level of care in Turkey in contrast to the need to focus on preventive and primary health care services, family planning and maternal health.*

**Key Words:** Priority setting in health services, Health planning, Health policy,

## I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi, sağlık sektörüne ayrılan kaynakların öncelikle hangi hizmetlere, bölgelere, programlara, hastalara ya da hastalıklara ayrılması gerektiği ile ilgili olan ve yapısında birçok dinamik ve karar vericinin yar aldığı karmaşık bir karar verme sürecidir (Klein ve ark., 1995: 769; Tragekes ve Vienonen, 1998: 1-4; Bobadilla, 1996: 43). Düşük gelirli ülkelerde hükümetlerin çözmesi gereken problemler daha şiddetli ve acil olmasına rağmen, bütün hükümetler sınırlı sağlık kaynakları ile sağlık ihtiyaçları arasında uygun bir denge kurmak zorundadır. Bu denge kurulmaya çalışılırken tüm sağlık ihtiyaçlarının karşılanamayacağı gerçeği göz ardı edilmemelidir. Sınırlı sağlık kaynaklarını verimli ve etkili kullanmanın yollarından birisi de, kaynakların öncelikle ayrılması gerektiği hizmetleri, hastaları, programları belirlemektir (Ham, 1995: 819; Ham, 1997: 50; Tatar ve ark., 2003:3-4). Bir başka deyişle sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi sınırlı kaynakların verimli ve etkili dağıtım ve kullanımının temel bir parçasıdır. Bir nüfus ne kadar sağlıklı olursa olsun, sağlık ihtiyaçları ve talepleri mevcut sağlık hizmetleri miktarından her zaman fazla olacaktır. Toplumların epidemiolojik, sosyo-ekonomik, demografik profilleri ile sağlık sistemlerinin finansman ve organizasyon yapılarındaki bazı değişiklikler sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi ihtiyacını ve zorunluluğunu artırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde öncelik belirlemenin farklı düzeyleri bulunmaktadır (Ham, 1997: 50-52; Ryyanen ve ark., 1999: 1530-1532). Makro düzeyde, kaynaklar üzerinde hak iddia eden diğer taleplerle bağlantılı olarak, sağlık hizmetlerine tanınan öncelikler bulunmaktadır. Yani makro veya tüm sağlık

sistemi açısından önceliklerin belirlenmesinde tüm ülke dikkate alınmaktadır. Makro düzeyde sağlık sektörüne ayrılacak kaynaklar ve öncelikler belirlenirken diğer sektörlerle ayrılacak kaynak miktarlarına da dikkat edilmelidir. Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinin ikinci düzeyinde, sağlık bakım bütçesinden farklı coğrafik bölgelere ve hizmet alanlarına ayrılacak kaynaklarla ilgili tercih kararlarını içeren kararlar yer almaktadır. Bir sonraki öncelik belirleme düzeyinde ise, kaynakların hizmet alanları içindeki tedavi şekillerine göre tahsis edilmesi ile ilgili olarak alınan kararlar bulunmaktadır. Örneğin, kalp nakline karşılık açık kalp ameliyatına öncelik verilmesi gibi. Tedavinin acil olarak yapılmasının gerektiği durumlarda, hangi hastanın ilk olarak tedavi edilmesi gerektiği konusunda alınacak kararlar da bu düzeye örnek olarak verilebilir. Son olarak, her bir hasta için, özellikle yeni ve pahalı yöntemler söz konusu olduğunda, bir tedavinin sağlanıp sağlanmayacağı ve sağlanacaksa ne kadar süre içinde verileceği hakkındaki önceliklerin belirlenmesi gerekir. Tedavisine karar verilen hastaya ne kadar harcama yapılacağına da karar verilir.

Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesine öncülük eden bazı taraflar vardır (Ham ve Coulter, 2003: 5-6; Mossialos ve King, 1999: 78; Frith, 1999: 140; Tatar ve ark., 2003: 3). Bu güçler; hükümet, sağlık hizmet sunucuları, halk ve hastalar ile sağlık ihtiyaçları ve uygun müdahalelerin/tedavilerin maliyeti ve verimliliği hakkındaki bulgulardır. Bu tarafların rolleri ve önemleri, farklı sağlık sistemleri arasında değişiklik göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde önceliklerin makro düzeyde belirlenmesinde genellikle milletvekilleri gibi siyasetçiler ve ilgili kamu kurumlarında üst düzey yöneticiler ve bürokratlar etkili olurken, sağlık hizmetlerinin kliniklerde sunulma önceliklerini başta hekimler olmak üzere sağlık profesyonelleri belirlemektedir. Dolayısı ile sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi sistematik olarak ele alınmalı ve ilgili tarafların görüşlerine ve değerlendirmelerine yer verilmelidir. Ancak sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecinde bir çok tarafın rol aldığı, bu tarafların görüşleri arasında önemli farklılıkların olduğu ve önceliklerin bir takım kriterlere göre belirlenmesi gerekliliği de göz ardı edilmemelidir.

Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme konusu artan bir öneme sahiptir ve ülkelerin sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecini daha sistematik şekilde ele alma çabaları sonucunda konu ile ilgili akademik çalışmalarda da bir artış söz konusudur (Bobadilla, 1996: 45-48; Ham ve Coulter, 2003: 4-5). Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme konusunda yapılan akademik

çalışmalarda hastalık yükü ve maliyet-etkililik çalışmaları gibi teknik yönü fazla olan araştırmaların yanında daha çok kalitatif ve tanımlayıcı araştırmaların ön plana çıktığı görülmektedir. Türkiye açısından bakıldığında ise sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme konusunun çalışmanın literatür kısmında anlatılan ülke uygulama örneklerinde olduğu gibi sistematik ve sürekli bir şekilde ele alındığı görülmemektedir. Hatta konunun ne akademik düzeyde ne de toplumsal düzeyde gündeme yeterince getirildiği söylenemez. Bu konudaki ilk somut girişim Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planının hazırlık aşamasında Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu içinde yer alan Sağlıkta Öncelikler ve Hedefler Alt Komisyonunun kurulması olmuştur (DPT, 2001: 3-5). Ancak bu alt komisyon geçici olarak kurulmuştur. Bu alt komisyonun önemi ülkemizde ilk defa sağlıkta öncelikler ismini bünyesinde barındırması olmuştur. Bu alt komisyon akademik çevreden oluşturulmuş (10 üye) ve makro düzeyde Türkiye için sağlıkta öncelikleri ve hedefleri ana başlıklar halinde ortaya koymaya çalışmış ve Sekizinci Kalkınma Planına temel teşkil eden önerilerde bulunmuştur (Tatar ve ark., 2003: 10).

## **II. GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu açıklamalardan hareketle, bu araştırmada politikacılar (milletvekilleri), bürokratlar (bakanlıklar, diğer kamu kurum ve kuruluşlarındaki sağlık politikası belirleme ile ilgili üst düzey yöneticiler) sağlıkla ilgili sivil toplum örgütlerinin sağlık hizmetlerindeki önceliklerini belirlemek, bu belirlenen önceliklerin mevcut sağlık hizmetleri sunum şekli ile örtüşüp örtüşmediğini ortaya koymak amaçlanmaktadır. Dolayısı ile bu çalışmada sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi ve öncelik belirleme sürecinde özellikle makro düzeyde rol alan tarafların sağlık hizmetleri öncelikleri, önceliklendirmenin nasıl yapılması gerektiği, önceliklendirmede kullanılacak kriterler ve öncelik belirleme sürecinde rol alması gereken taraflar gibi konulardaki görüşlerini elde etmek, bunlar arasındaki farklılıkları belirlemek ve bunların sağlık politikasına yansımalarını incelemek amaçlanmaktadır.

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Sağlık, Aile Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu üye milletvekilleri, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı başta olmak üzere ilgili kamu kurum ve kuruluşlarındaki sağlık politikası ve sağlık hizmetleri ile ilgili bürokratlar ve üst düzey yöneticileri ile sağlıkla ilgili sivil toplum örgütleri yöneticileri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Bu

araştırmada amaçlı örneklem (purposeful sampling) yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem kalitatif araştırmalarda kullanılmakta ve incelenen konu ile doğrudan ilgisi olan kişilerin araştırma kapsamına alınmasını içermektedir. Saha araştırmasında TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu üyesi olan 6 milletvekiline (4 iktidar partisi milletvekili, 2 ana muhalefet partisi milletvekili), Sağlık Bakanlığı'ndan 13, Maliye Bakanlığı'ndan 1, Devlet Planlama Teşkilatından 2, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'ndan 1, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı'ndan 3, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü'nden (Esnaf Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanların Sosyal Güvenlik Kurumu) 2, Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü'nden 2 bürokrat ve üst düzey yöneticisi olmak üzere kamu kurum ve kuruluşlarından toplam 30 kişiye sivil toplum örgütlerinden ise toplam 9 yöneticiye ulaşılmıştır. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu (19 kişi) tıp fakültesi kökenlidir. Bunun dışında eczacı, sağlık idarecisi, hemşire ve işletme ve ekonomi mezunu kökenliler de bulunmaktadır.

Bu araştırma amaçlarına ulaşmak için kalitatif araştırma yaklaşımından yararlanılmıştır. Araştırmada kalitatif veri toplamak üzere yarı yapılandırılmış görüşmeler temel alınmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme aracının hazırlanmasında daha önce konu ile ilgili olarak yapılan kalitatif araştırmalardan ve bilimsel dokümanlardan yararlanılmıştır.

Literatür incelemesi sonucunda araştırma kapsamındaki politikacı, bürokrat, üst düzey yöneticiler ve sivil toplum örgütleri yöneticileri ile yapılan görüşmelerde hangi konuların ele alınabileceği ve hangi soruların sorulabileceği ortaya koyulmuştur. Bu noktada yarı yapılandırılmış görüşme aracının oluşturulması gerçekleştirilmiştir.

Yarı yapılandırılmış görüşmeler bu araştırmanın amaçlarına ulaşmak için kullanılan temel veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Araştırma kapsamında yapılan görüşmeler 12 açık uçlu sorudan oluşan yarı yapılandırılmış bir görüşme aracı ile yapılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme aracında sağlık hizmetlerinde önceliklendirme kavramından ne anlaşıldığı, öncelik belirleme sürecine kimlerin katılması gerektiği, öncelik belirleme sürecinde ne tür kriterlerin kullanılabileceği, Türkiye'nin öncelikli sağlık hizmetlerinin neler olabileceği, genel sağlık sigortası ile birlikte önem arz edecek olan temel teminat paketinde ne tür sağlık hizmetlerinin olabileceği, Türkiye için hangi hastalıkların öncelikli olduğuna ilişkin açık uçlu sorulara yer verilmiştir. Ayrıca

görüşme aracında mevcut sağlık politikalarının ve sağlık hizmetleri sunum şeklinin araştırmaya katılanların sağlık hizmetleri öncelikleri ile uyuşan ve uyuşmayan tarafların neler olduğu da sorgulanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinin doğası gereği görüşme aracı dışında bazı sorular da görüşme içeriğine göre araştırmaya katılanlara yöneltilmiştir. Özellikle tüp bebek, estetik (kozmetik cerrahi) cerrahi hizmetleri ve ileri düzey diş tedavilerinin teminat paketinde olup olmamasına ilişkin düşünceleri almak için ilave sorulara başvurulmuştur.

Yarı yapılandırılmış görüşmeler araştırmacı tarafından yüz yüze yapılmıştır. Görüşmeler Ekim - Aralık 2004 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılanlardan 26 kişi yapılan görüşmelerin teyp kaydına izin vermiştir. Teyp kaydına izin vermeyenlerin görüşme içerikleri ise araştırmacı tarafından not alınmıştır.

Saha çalışması üç ayda tamamlanmıştır. Yapılan görüşmeler önce teyp kaydından yazıya çözümlenmiştir. Daha sonrada bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Benzer şekilde teyp kaydına izin verilmeyen görüşmelere ait araştırmacı notları da bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Daha sonra kalitatif araştırmaların analizlerinde kullanılan temel yöntemlerden olan içerik analizi (content analysis) yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizi, metinlerde veya metin setlerinde geçen kelime veya kelime öbeklerini analiz etmek için kullanılan bir araştırma aracıdır. Görüşmelerden elde edilen kalitatif verileri analiz etmek amacıyla da sıklıkla kullanılmaktadır (Mayring, 2000). Bu aşamada, yapılan görüşmelerin içeriğini sınıflandırmaya yardımcı olmak üzere bir kodlama listesi oluşturulmuştur. Görüşmelerden elde edilen yanıtlar kodlama listesine göre analiz edilmiştir. Kalitatif içerik analizinden elde edilen bulgulara ilave olarak dikkat çekici ve önemli yanıtların aynen verilmesi de temel ilke olarak benimsenmiştir.

### **III. BULGULAR VE TARTIŞMA**

Bu bölümde saha araştırmasında yarı yapılandırılmış görüşme aracından elde edilen kalitatif verilerin değerlendirilmesine ilişkin bulgular ele alınmaktadır. Yöntem olarak yarı yapılandırılmış görüşme aracı doğrultusunda sorulara ilişkin alınan yanıtların genel değerlendirmesi, genel eğilimler ve kişilerin düşünceleri arasında farklılıklar sunulmaya çalışılmaktadır. Bir bütünlük olması açısından görüşme aracındaki soru sırasına göre

değerlendirmeler yapılmaktadır. Ayrıca katılımcıların etkileyici ve çarpıcı yanıtlarından alıntılar da yapılmaktadır.

### 3.1. Rol Alabilecek Taraflar

Araştırma kapsamında sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecine kurumsal ve kişisel olarak hangi tarafların katılabileceği veya katılması gerektiği sorgulanmıştır. Katılımcıların bu soruya verdikleri yanıtlar arasında fazla farklılık bulunmamaktadır. Kişisel boyuta başbakan, sağlık bakanı, bakanlar kurulu, politikacılar (milletvekilleri), planlamacılar (sağlık planlamacıları), sağlık yöneticileri, hekimler, yardımcı sağlık personeli, mahalli idareciler (vali, kaymakam, belediye başkanı vb.), köy muhtarları, öğretmenlerin, imamların öncelik belirleme sürecine katılabilecekleri belirtilmektedir.

**Tablo 1. Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alabilecek Taraflara İlişkin Görüşler (Kişisel Düzeyde)**

| Kişiler                                  | Sayı | %  |
|------------------------------------------|------|----|
| Politikacılar                            | 33   | 85 |
| Planlamacılar                            | 33   | 85 |
| Bürokratlar                              | 33   | 85 |
| Hekimler                                 | 33   | 85 |
| Sağlık Yöneticileri                      | 28   | 72 |
| Yardımcı Sağlık Personeli                | 21   | 54 |
| Akademisyenler                           | 18   | 46 |
| Yerel Yöneticiler                        | 16   | 41 |
| Toplum                                   | 15   | 38 |
| Valiler                                  | 9    | 23 |
| Sağlık Araç, Gereç ve Malzeme Satıcıları | 9    | 23 |
| Muhtarlar                                | 8    | 21 |
| Kaymakamlar                              | 8    | 21 |

Tablo 1, araştırma kapsamında görüşme yapılanların sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecine kişisel olarak kimlerin katılabileceğine ilişkin yanıtlarının özet şeklinde tablosunu sunmaktadır. Tabloda katılımcıların üzerinde önemle durdukları öncelik belirleme sürecinde rol alabilecek kişiler verilmiştir. Tablo 1 incelendiğinde, araştırma kapsamında görüşme yapılanların

33'ü (yaklaşık %85) politikacıların, planlamacıların, bürokratlar, hekimlerin ve sağlık yöneticilerinin sürece katılımının ön planda tuttukları görülmektedir. Araştırma kapsamında görüşme yapılanlardan bir bölümü toplum katılımının öncelik belirleme sürecindeki zorluğuna işaret etmiştir. Bu nedenle toplumun öncelik belirleme sürecine katılması düşük düzeyde istenmiş olabilir.

**Tablo 2. Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alabilecek Tarafalara İlişkin Görüşler (Kurumsal Düzeyde)**

| Kurumlar                             | Sayı | %   |
|--------------------------------------|------|-----|
| Sağlık Bakanlığı                     | 39   | 100 |
| Sivil toplum Örgütleri               | 38   | 97  |
| DPT                                  | 33   | 85  |
| TBMM                                 | 32   | 82  |
| TTB                                  | 23   | 59  |
| Maliye Bakanlığı                     | 22   | 56  |
| Hazine Müsteşarlığı                  | 18   | 46  |
| Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı | 17   | 44  |
| Sosyal Sigortalar Kurumu             | 17   | 44  |
| DİE                                  | 15   | 38  |
| Bağ-Kur                              | 14   | 36  |
| Emekli Sandığı                       | 13   | 33  |
| Milli Savunma Bakanlığı              | 11   | 28  |
| Sendikalar                           | 10   | 26  |
| Valilikler                           | 9    | 23  |
| Milli Eğitim Bakanlığı               | 9    | 23  |
| Kaymakamlık                          | 8    | 21  |
| Hasta dernekleri                     | 3    | 8   |

Tablo 2, araştırma kapsamında görüşme yapılan kişilerin sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecine hangi kurumların katılabileceğine ilişkin görüşleri özetlemek için verilmektedir. Tabloda görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecinde koordine edici ve yönlendirici taraf olması bütün görüşme yapılanlar tarafından desteklenmektedir. Sağlık Bakanlığı dışında özellikle ulusal düzeyde sağlık hizmetleri önceliklerini belirlemede TBMM, DPT ve sivil toplum örgütlerinin taraf olması büyük oranlarda (katılımcıların %85 ile % 97'si tarafından) kabul

edilmektedir. Sivil toplum örgütlerinden özellikle TTB'nin öncelik belirleme sürecine katılması gerekliliğinin önemi vurgulanmaktadır. Yukarıdaki tabloda verilmemekle birlikte araştırmaya katılanlar sağlık şurası, sağlık ocağı kurulları ve sosyalleştirme genel kurulunun da öncelik belirmeme sürecinde taraf olmasını istemektedir.

Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecine kurumsal ve kişisel olarak kimlerin katılması gerektiği konusunda araştırmaya katılanların görüşleri arasında önemli farklılık çıkmamıştır. Katılımcıların neredeyse tamamı sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecinde kurumsal olarak Sağlık Bakanlığı'nın yönlendirici ve koordine edici rolünü savunmaktadır. TBMM temsilcileri ise makro düzeyde sağlık politikaları ve öncelikleri belirlemede politikacıların ve merkezi hükümet temsilcilerinin aktif olarak rol almasının altını önemle çizmektedirler. Yine araştırma kapsamındakilerin neredeyse tamamı (38 kişi) sivil toplum örgütlerinin bu süreçte olmasını savunmalarına rağmen, TTB dışında çok az sayıda sivil toplum örgütünü ismen belirtmişlerdir. Önemli bir nokta da bazı milletvekilleri ve bürokratin üniversiteler ve dolayısı ile bilim adamları ile öncelik belirleme noktasında işbirliğine işaret etmeleridir.

Kişisel boyutta ise sağlık öncelik belirleme sürecine başbakan, bakanlar kurulu, sağlık bakanı, milletvekilleri, hekimler, diğer sağlık profesyonelleri, sağlık planlamacıları, sağlık ekonomistleri, halk sağlığı uzmanları, vali, kaymakam, belediye başkanları ve muhtar vb. pek çok kişinin katılması gerekliliği açıklanmaktadır. Katılımcılar özellikle politikacı, bürokrat, sivil toplum örgütü yöneticileri ve bilim adamlarının katkısını çok önemsemektedir. Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecine kimler katılması gerekliliğine ilişkin görüşlerde belirgin farklılık çıkmamıştır. Ancak bazı katılımcılar Sağlık Bakanlığının yanında Maliye Bakanlığının etkin rol almasını savunurken, bazıları Milli Eğitim Bakanlığının Sağlık Bakanlığı ile aktif rol almasını istemektedir. Bazıları ise proje esaslı önceliklerde DPT'nin rolünü çok ön plana çıkarmaktadır.

### **3.2. Kullanılabilecek Prensipler / Kriterler**

Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecinde kullanılabilecek kriterler veya prensipler konusunda araştırmaya katılanların görüşleri belli kriterlere odaklanmaktadır. Özellikle katılımcıların çoğunluğu eşitlik (adalet / hakkaniyet) kavramlarının mutlaka süreçte kullanılmasını savunmaktadırlar. Tıp kökenli ve

planlamacı kökenli olanlar hastalıkların veya tedavi edici sağlık hizmetlerinin önceliklendirilmesinde hastalık istatistiklerinin temel alınmasını benimsemektedirler. Bu noktada en çok öldüren, en çok görülen, en çok sakat bırakan, en çok işgücü kaybına neden olan hastalık veya hastalık gruplarına ilişkin koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin öncelikli olduğu belirtilmektedir.

**Tablo 3. Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme Sürecinde Kullanılabilecek Kriterler / Prensipler**

| Prensipler / Kriterler                                                                  | Sayı | %  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|----|
| Eşitlik                                                                                 | 30   | 77 |
| Sağlık İhtiyacı                                                                         | 21   | 54 |
| Maliyet-Etkililik                                                                       | 19   | 49 |
| Bebek ve Anne Ölümlerini Azaltmak                                                       | 18   | 46 |
| Klinik Etkililik                                                                        | 14   | 36 |
| En Çok Görülen, En Çok Öldüren, En Çok Sakat Bırakan vb. Hastalıklar / Sağlık Sorunları | 12   | 31 |
| Ülke Ekonomisi                                                                          | 11   | 28 |
| İnsan Saygınlığı                                                                        | 11   | 28 |
| Sağlığın Bir Hak Olması                                                                 | 8    | 21 |
| Meslek Hastalıkları ve İş Kazaları                                                      | 8    | 21 |
| Kaynakların Adil Dağıtımı                                                               | 7    | 18 |
| Yaş                                                                                     | 6    | 15 |
| Sağlık Talebi                                                                           | 5    | 13 |
| Hastalık Şiddeti                                                                        | 5    | 13 |
| Kalkınma Planları                                                                       | 5    | 13 |
| Ulusal Araştırmalar                                                                     | 5    | 13 |
| 0-18 Yaş Grubu                                                                          | 5    | 13 |
| Özel Hastalık Grupları (Şeker, kanser, AIDS vb.)                                        | 4    | 10 |
| Fakir Ülke Olmak (Gelişmekte olan ülke olmak)                                           | 3    | 8  |
| Sağlık Eğitimi                                                                          | 3    | 8  |
| Bölgenin Epidemiolojik Dokusu                                                           | 3    | 8  |
| Hastalık Yükleri                                                                        | 3    | 8  |
| Nüfus Artış Hızı                                                                        | 3    | 8  |
| Yaşam Stili                                                                             | 2    | 5  |
| DALYs -(disability adjusted life years)- sakatlık ayarlı yaşam yılları                  | 2    | 5  |
| QALYs -(quality adjusted life years)- kalite ayarlı yaşam yılları                       | 2    | 5  |
| Aciliyet                                                                                | 2    | 5  |
| İnsanların Mutluluğu                                                                    | 1    | 3  |
| Cinsiyet                                                                                | 1    | 3  |

Tablo 3, yarı yapılandırılmış görüşmeler doğrultusunda öncelik belirleme sürecinde kullanılacak kriterler veya prensiplere ilişkin bulguları göstermektedir. Burada yanıtlayıcıların belirttikleri tüm kriterler veya kriter olabilecek ifadelerin sunulmasına özen gösterilmiştir. Tablo 3’de görüldüğü üzere araştırma kapsamındakilerin büyük çoğunluğu eşitliğin (30 katılımcı, yaklaşık %77’i) sağlık hizmetlerinde öncelik belirlemede temel kriter olmasını savunmaktadır. Bir başka ifade ile görüşme yapılan dört kişiden üçü sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecinde eşitliğin bir kriter olması görüşündedir. Eşitlikten sonra sırası ile sağlık ihtiyacı, maliyet-etkililik, bebek ve anne ölümlerini azaltmak, klinik etkililik sağlık hizmetleri öncelik belirleme sürecinde en çok kullanılması gerektiği düşünülen kriterlerdir. Burada insan saygınlığı ve sağlığın bir hak olması kriterlerinin çok sayıda katılımcı tarafından belirtilmemesi dikkat çekmektedir. Araştırmaya katılanların 19’u insan saygınlığı ve sağlığın bir temel hak olmasının öncelik belirlemede kriter olması gerektiğini belirtmiştir. İnsan saygınlığı ve sağlığın hak olması kriterini özellikle sivil toplum örgütü yöneticileri ve ana muhalefet partisi milletvekilleri belirtmiştir. Sağlık Bakanlığı’ndan bir müsteşar yardımcısının öncelik belirleme sürecinde insan mutluluğunu kriter olarak kullanılması düşüncesi diğer katılımcıların görüşlerinden farklılaşmaktadır. İnsan mutluluğu derken öncelik belirleme sürecinde hizmeti alanların, hizmeti sunanların ve karar verici olarak politikacıların mutluluğunu optimum kılma önemli bir prensip olarak belirtilmiştir.

Araştırmaya katılanlar sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecinde kullanılacak çok sayıda prensip veya kriter saymaktadırlar. Eşitlik, insan ve yaşama hakkı, bölgeler arasındaki kalkınma ve sağlık başta olmak üzere sosyal adaletsizlik, hizmet kullanım istatistikleri, hastalık yükleri, DALY, QALY, hastalık istatistikleri ve demografik göstergeler (en çok görülen, en çok öldüren, en çok sakat bırakan, en çok iş gücü kaybına neden olan vb.), maliyet-etkililik, 0-18 yaş grubu, hastalık şiddeti, klinik etkililik, temel sağlık hizmeti kavramı bu prensiplerden ön plana çıkanlardır. Bu prensipler daha çok makro boyutta veya ulusal düzeyde ve bazen bölgesel düzeyde öncelik belirleme sürecinde kullanılacak niteliktedir.

Araştırmaya katılanlara kliniklerde veya mikro düzeyde öncelik belirlerken ne tür kriterlerin kullanılacağı sorusu da yöneltilmiştir. Burada ise yaş, cinsiyet, anne-çocuk sağlığı, gebelik, meslek hastalığı ve iş kazası, bireyin sağlığını tehdit edici yaşam stili olup olmaması gibi kriterler ön plana

çıkılmaktadır. Özellikle sağlığı tehdit eden yaşam stili veya hastalığının sağlığı olumsuz etkileyen davranışların (örneğin sigara ve alkol kullanma, tehlikeli spor dalı yapma, aşırı hızlı araç kullanma, aşırı yağlı gıdalar tüketme vb.) klinik veya hasta düzeyinde öncelik belirlemede kullanımına olumlu ve olumsuz bakan katılımcılar vardır.

*“Belki insanların sağlıklarını tehdit eden sorumsuz yaşam stilleri veya davranışlarından dolayı hastalanmaları ... halinde sağlık hizmetleri paketinden yararlanmaları noktasında bazı sınırlamaların getirileceğini düşünüyorum. Örneğin kişi aşırı sigara kullandığı için akciğer kanseri olduysa bu kişinin tedavi giderlerinin bir kısmını bireyden alma yolları araştırılabilir. Ama bu tür kriterlerin her zaman subjektif kriterler olduğu unutulmamalıdır. Bundan dolayı sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme kriterlerinin ahlaki, ekonomik, sosyal ve daha pek çok unsuru bünyesinde toplamasının gerekliliğine inanıyorum. Özellikle ahlaki boyuta ilişkin kriterlerin her zaman tartışma konusu olacağını varsayıyorum. Kriterlere teminat paketinin oluşturulması açısından baktığımızda başlangıçta yaş, bireyin kronik bir hastalığının olup olmaması, sigara, alkol vb. sağlığa zararlı maddeler kullanıp kullanmaması gibi faktörler göz önüne alınmayabilir. Ama zamanla teminat paketlerinin kişilere özgü düzenlenmesinde ve güncellenmesinde bu tür faktörlerin dikkate alınabileceğini düşünüyorum” [Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı].*

### 3.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme Süreci

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde öncelik belirlemenin nasıl yapılması gerektiğine ilişkin görüşlerde bilimsellik, süreklilik ve katılımcılık özelliği olan bir öncelik belirleme sürecini çoğu katılımcı benimsemektedir. Yine olaya ulusal ve bölgesel bazda öncelik belirleme açısından bakarak, mevcut sağlık sistemimizde ve idari yapımızda yer alan kurul veya komitelerin çalışmalar yapması desteklenmektedir. Hemen hemen bütün katılımcılar ulusal düzeyde sağlık hizmetlerinde öncelik belirlemede Sağlık Bakanlığı’nın koordine eden taraf olmasını istemektedir. Konuya bütüncül açıdan yaklaşan katılımcılara ait görüşler aşağıda detaylandırılmaktadır.

*“Sağlık Bakanlığı öncülüğünde bilimsel çalışmalarla desteklenen bir öncelik belirleme süreci olmalı. Öncelik belirlemenin süreklilik arz etmesi ve kamu kurumları arasında koordinasyonu, veri alış verişi ve bilgi akışını sağlayacak bir birim, kurul veya komite Bakanlık (Sağlık Bakanlığı) bünyesinde*

*oluşturulmalıdır. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Daire Başkanlığı bünyesinde ilgili kişilerden bir yapılanma elde edilebilir. Ulusal düzeyde Meclis ve DPT bünyesinde çalışmalar yapılabilir. Sivil toplum görüşlerini almak için paneller, toplantılar veya değişik bilimsel yöntemlerle görüşlerin alınması sağlanmalı. Vatandaş düşüncelerini almak için de anketli çalışmalar yapılabilir. Hanehalkı araştırmalarında sağlık hizmetlerinde önceliklerle ilgili halkın düşüncelerini toplamaya ilişkin sorular dahil edilebilir. İşte bütün bu çalışmaların resmîlik kazanması ve hükümete, sağlık bakanına ve ilgili kurumlara raporlar halinde sonuçlandırılarak sunulması önemli konudur” [Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı].*

Sağlık hizmetlerinde öncelik belirmenin yatırım değerlendirilmesi dahilinde yapılmasını savunan görüşler de bulunmaktadır. Örneğin Sağlık Bakanlığı’ndan bir yetkili konu ile ilgili şu açıklamayı yapmaktadır.

*“... Ancak önceliklendirmeye ilişkin olarak düzenlemeleri sektör planlaması açısından getireceği avantaj ya da dezavantaj özellikle yatırım planlaması aşamasında yapılacak fizibilite çalışmalarından yararlanmaya yönelik veriler sağlayacak. Yörede sık görülen hastalıklara ilişkin yapılacak yatırımlar özel dal hastanesi şeklinde olabileceği gibi ya da bölgesel ve il bazlı olarak en sık görülen hastalıklara veya hastalık gruplarına göre bölgelere özel dal hastanelerinin dağılımı planlanmalı ve buna yönelik yatırımlar geliştirilmelidir. Bu yatırım önceliklendirmesi özellikle ikinci basamak sağlık hizmetleri açısından önemlidir. Yine birinci basamağa ilişkin yapılacak yatırımlarda ve düzenlemelerde bölge epidemiyolojik dokusunun yani sağlık özelliklerinin temel alınmasını düşünüyorum” [Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı].*

Sağlık Bakanlığı’ndan bir müsteşar yardımcısının önceliklerin nasıl belirlenmesine ilişkin görüşleri diğer katılımcılarından farklılık göstermektedir. Özellikle sloganlaşmış ifade ve amaçların içlerinin doldurulamamasından şikayet etmektedir.

*“Şablonlaşmış söylemlerle (temel ve koruyucu sağlık hizmetleri öncelikli olmalı gibi) bunlar yapılmıyor deyip tekrar eleştirmenin bir mantığı yok. Bu sloganların içeriğini doldurmanız lazım. Doldurmanız için nokta sorunları tespit etmeniz lazım. Sorunların alanını tespit etmeniz lazım. Ben çok basit bir şey*

söyleyeyim. Bakanlığımız yıllardır koruyucu sağlık hizmetlerine az kaynak ayırıyor. Peki Maliye Bakanlığı bütçe hazırlarken Sağlık Bakanlığı'na bundan önce ayırdığının 10 katı kaynağı koruyucu sağlık hizmetleri için ayırıyorum derse ne olacak?. Bu kaynakla ne yapılacaktır. Öncelikleri belirlememiz için şu öncelik demek yaramaz. Yani risk alanlarının , bundan sonra iyileşmeyi sağlayacak en hassas alanları/noktaları dolayısı ile kaynağı en iyi kullanacağınız ve maksimum fayda elde edeceğiniz noktaları iyi seçmeniz lazım. Bütün bunlarda ister koruyucu hekimlik ister bundan sonraki ulusal hastalık yükü açısından bakalım aslında asıl yapılması gereken neyin ne olduğudur. Yani iyi bir analiz yapmak, araştırma yapmaktır. İyi bir analiz ve araştırma için bilmeniz gerekir. Toplumdaki verileri bilmeniz lazım. Bu verileri bilmeniz için ölçmeniz gerekir. Ölçmeniz için kaydetmeniz gerekir. Olaya temelden başlamak lazım. Her adımda sağlık hizmetlerinin ister finansal yönetim ister hizmet birimlerinin, ister detaylandırılmış hizmet kalemlerinin her birimin çok standardize edilmesi gerekmektedir. Standart ayrıntılı hizmet kalemlerinden önceliklendirme yapılmalıdır”. [Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı].

Sivil toplum örgütü yöneticileri sağlık hizmetlerinde önceliklerin katılımcılık dahilinde belirlenmesi gerekliliğini vurgulamaktadırlar. 224 Sayılı Sağlık Hizmetleri Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunda yer alan bazı kurulların özellikle sağlık ocağında kurulan kurulların sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme noktasında da kullanılabileceğine işaret etmektedirler. Bu noktayı Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı temsilcisi ayrıntılı olarak açıklamıştır.

“ ...Ulusal programlar olabileceği gibi bölgesel programlar da söz konusu. Yani şunu demek istiyorum. Önceliklendirme ulusal bazda da yapılmalı ama bölgesel veya il bazında da yapılmalı. Bugün Urfa'nın sağlık hizmetlerinde öncelikleri ile Ankara'nın veya İzmir'in sağlık hizmetlerinde öncelikleri birbirine benzemez. O nedenle yerel düzeyde sağlık hizmetlerinde öncelikler oluşturulmalı. Ulusal düzeyde de elbette makro öncelikler olmalı. Yerel veya il bazında sağlık müdürlüklerine, valiliklere ve hıfzıssıhha kurullarına öncelikli sağlık hizmetlerini oluşturma görevleri verilebilir. Şimdi mevcut Hükümetin öngördüğü bu reform çalışmaları içinde biliyorsunuz il özel idarelerine hastanelerin ve sağlık hizmetlerinin devri söz konusu olacak. O anlamda il genel meclislerine de sağlık hizmetlerinde öncelikleri belirlemede önemli roller düşebilir diye düşünüyorum. Ulusal düzeyde ise elbette Sağlık Bakanlığı bu süreci koordine eden taraf olmalı. Bakanlık kendi içinde bu konuya özgü bir

*şube müdürlüğü veya başka birim oluşturabilir...” [Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı II. Başkanı].*

### **3.4. Temel Teminat Paketinin Kapsamı**

Araştırma kapsamında oluşturulması düşünülen temel/zorunlu sağlık hizmetleri paketinde hangi sağlık hizmetlerinin bulunması gerekliliğine ilişkin görüşler de alınmıştır. Bu görüşlerin Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında oluşturulması düşünülen temel teminat paketi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Aşağıdaki Tablo 4, teminat paketinde olması gereken veya olabilecek hizmetlere ilişkin görüşlerden elde edilmiştir. Burada araştırma kapsamında belirtilen tüm sağlık hizmetleri, tedavilere yer verilmeye çalışılmıştır. Ayrıca hizmet veya tedavi olmamakla birlikte teminat paketi kapsamı ile ilgili ifadeler de tabloda yer almaktadır.

Katılımcıların çoğunluğu (21 katılımcı) kişiye yönelik koruyucu hizmetler, temel sağlık hizmetleri ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin mutlaka temel hizmet paketinde olmasını düşünmektedir. Bunlardan sonra sağlık eğitimi, birinci basamak sağlık hizmetleri, bağışıklama, meslek hastalıkları teşhis ve tedavisi, doğum ve gebelikle ilgili ayakta ve yataklı hizmetler ve 0-18 yaş grubun ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin temel teminat paketinde bulunması gerekliliği yüksek oranlarda belirtilmiştir. Tabloda mevcut sosyal güvenlik kapsamında Türkiye’de devlet tarafından karşılanan hizmetlerin çok fazla olduğu yönünde 3 kişi tarafından belirtilen görüş dikkat çekmektedir. Kişilerin temel teminat paketinde yer alması gereken hizmetlere ilişkin görüşlerinde de farklılıklar bulunmaktadır. Burada bu farklılıklar kalitatif boyutta açıklanabilmektedir.

Temel fayda paketine bakış açısında en önemli farklılık TBMM ana muhalefet partisi milletvekilleri ve bazı sivil toplum örgütü yöneticilerinden kaynaklanmaktadır. Buna göre, ana muhalefet partisi milletvekilleri ve bazı sivil toplum örgütü yöneticileri temel fayda paketinin mümkün olduğunda geniş tutulmasını ve hatta tüm sağlık hizmetlerini kapsamayı yönünde görüşler beyan etmektedirler.

**Tablo 4. Temel Sağlık Hizmetleri (Temel Fayda Veya Temel Teminat Paketi) Paketinde Bulunması Gereken Hizmetlere İlişkin Görüşler**

| Hizmetler / Hizmet Grupları / Tedaviler                                           | Sayı | %  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|----|
| Koruyucu sağlık hizmetleri (kişisel)                                              | 22   | 56 |
| Temel sağlık hizmetleri*                                                          | 21   | 54 |
| Ana-çocuk sağlığı                                                                 | 21   | 54 |
| Sağlık eğitimi                                                                    | 17   | 44 |
| Birinci basamak sağlık hizmetleri                                                 | 16   | 41 |
| Tüm hizmetleri kapsamlı                                                           | 15   | 38 |
| Bağışıklama                                                                       | 13   | 33 |
| Meslek hastalıkları ve iş kazaları                                                | 13   | 33 |
| Bulaşıcı hastalıklarla mücadele                                                   | 12   | 31 |
| Doğum ve gebelikle ilgili her tür ayakta ve yataklı tedavi ve teşhis vb.          | 12   | 31 |
| Tarama programları                                                                | 10   | 26 |
| Çocuk ve adolesanların ağız ve diş sağlığı hizmetleri (0-18 yaş)                  | 10   | 26 |
| Hastalıkların ayakta teşhis ve tedavisi                                           | 8    | 21 |
| Acil sağlık hizmetleri (sınırlama olmaksızın)                                     | 8    | 21 |
| Doğum ve çocuk sağlığı ile ilgili her tür tıbbi hizmet ve müdahale                | 8    | 21 |
| SSKB, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'un kapsadığı hizmetler                            | 8    | 21 |
| Aşılama                                                                           | 7    | 18 |
| Yurt dışı tedavi                                                                  | 7    | 18 |
| Kronik hastalıkların teşhis ve tedavisi                                           | 6    | 15 |
| Yapılmayınca ölüme neden olacak her tür müdahale                                  | 5    | 13 |
| Hastanın ambulansla taşınması                                                     | 5    | 13 |
| Ucuz tedavili topluma getirisi yüksek hizmetler                                   | 4    | 10 |
| Çevre sağlığı                                                                     | 4    | 10 |
| Beslenmenin düzeltilmesi                                                          | 4    | 10 |
| Ayakta ve yatarak gerekli her türlü tetkik, tedavi, teşhis ve yatak ücretleri vb. | 4    | 10 |
| Ortez, protez, ilaçlar                                                            | 4    | 10 |
| Mevcut sosyal güvenlik kapsamındaki hizmetlerin fazla olduğunu düşünüyorum        | 3    | 8  |
| Meslek hastalıkları ayrı bir pakete ele alınmalıdır.                              | 2    | 5  |
| 6 ayda bir check-up yaptırma                                                      | 1    | 3  |
| Yaş gruplarına göre temel ağız ve diş sağlığı hizmetleri                          | 1    | 3  |
| Kanal tedavisi, dolgu, diş çekimi vb. periodontal tedavi.                         | 1    | 3  |
| Okullarda ağız ve diş sağlığı taramaları                                          | 1    | 3  |

\* Yarı yapılandırılmış görüşmelerde temel teminat paketinde yer alması gereken hizmetler ve Türkiye için öncelikli sağlık hizmetlerine ilişkin görüşlerde temel sağlık hizmetleri yanında, temel sağlık hizmetleri kapsamında önemli yer tutan koruyucu sağlık hizmetleri, bağışıklama (aşılama) hizmetleri gibi hizmet grupları da sıralandığı için temel sağlık hizmetleri kalemine tablolarda yer verilmiştir.

Bunun yanında bazı katılımcılar sağlık hizmetlerinde hizmet paket veya teminat paketi gibi uygulamaların sosyal devlet anlayışına ters olduğunu savunarak, tüm sağlık hizmetlerinin devlet güvencesinde olması gerekliliğinin altını çizmektedir. Bu konuda TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu üyesi bir milletvekilinin görüşleri çok nettir.

*“Ben hizmette sınır tanımıyorum. Sağlık hizmetlerine sınırlama getirilmesini çok gayri resmi ve uygarlık dışı görüyorum. Yani ben ilacı veririm, atıyorum aşığı vermem. İlacı veririm, ameliyat parasını vermem. Ameliyat parasını veririm, protezi vermem. Yok öyle bir şey olmaz. Yani sağlık bir bütündür. İnsanın sağlık alanında ne ihtiyacı varsa sağlık sigortası veya sağlık güvenliği sistemi hiçbir sınır tanımadan, sağlık ihtiyacını karşılamak için gerekli sağlık hizmetinin türü ve miktarına bakmadan bazen en mütevazı bir emekçi dahi olsa milyarlarca lira yatırabilir. Doktor eğer sağlık hizmetlerine gereksinim gösteriyorsa sağlık hizmetlerinde sınırlama olmamalı. Örneğin kalp-damar hastalıkların hastalara kalp pili takılıyor. Ama kalp pillerinin de kalitesi var. Hastaların sosyal statülerine göre kalitesi değişen kalp pilleri takmak bir cinayettir. Eğer kaliteli kalp pili hastaların daha uzun yaşamasını sağlıyor ve bunlar zengin insanlara takılıyorsa bu toplum adına bir cinayettir. Siz kendinizi ucuz ve kalitesiz kalp pili takılan hastanın yerine koyun. Eğer ameliyat başarılı olmazsa öleceksiniz veya kalitesi kalp pili ile daha az yaşayacaksınız. Siz istemez misiniz kaliteli kalp pilinin size takılmasını? Kendiniz için düşünmediğiniz bir şeyi başkasına düşünmeyiniz. Yani sağlık hizmetlerinde sınırlama ve maliyet sınırlaması için hizmet kalitesinden ödün verilmesi tartışmalarını çok yadırgıyorum. Yani dediğim gibi protezler, tüp bebek tedavileri, işte ne bileyim bazı rehabilitasyon araçları, bugün tedavide kullanılan çok modern yöntemler sağlık hizmetlerinde akılınıza ne gelirse hepsinin sağlık güvencesine alınmasını savunuyorum. Bugün ağız ve diş sağlığında çok modern bir tedavi olan implantlar, insan sağlığı için olağanüstü işlevsel sağlık bakımı sağlamaktadır. Hayır ben implant tedavi giderlerini karşılamam, neyi karşılırsın diş dolgusunu veya diş çekimini karşılarım. Bunlar olacak şey değil. Bir taraftan Batılışırken, Avrupa Birliği’ne girerken çağdaş sağlık alanında ne olanaklar varsa, bu olanaklar halka sunulmalıdır. Tabi ki devletin ekonomik gücü ölçüsünde veya ekonomik olanakları ölçüsünde ama vatandaşlara sunulan hizmetler eşit olmak kaydıyla” [TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu üye milletvekili].*

Teminat paketine ilke olarak karşı olmakla birlikte Genel Sağlık Sigortası kapsamında oluşturulacak olan temel teminat paketinde ülkemizde mevcut sosyal güvenlik uygulamaları kapsamında olan hizmetlerde herhangi bir eksiltme olmadan tamamının böyle bir pakette yer alması gerektiğini savunan sivil toplum örgütü yöneticileri bulunmaktadır. Bu noktada diğer katılımcıların görüşlerinden farklılık olmaktadır. Bunun yanında araştırma kapsamındaki on kişi teminat paketinde bulunması gereken hizmetleri çok genel ana hizmet grupları ile ifade etmişlerdir. Bu anlamda özellikle tüm koruyucu, tedavi edici ve temel sağlık hizmetleri yer almalıdır ifadesi sıklıkla kullanılmıştır.

Teminat paketine alınamayacak hizmetlere ilişkin sorular da katılımcılara yöneltilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme aracında belirli hizmetlerin teminat paketinde olup olmayacağı yer almamakla birlikte, araştırmacı tarafından bu noktada ilave sorular yönetilmiştir. Tablo 8.25’de temel fayda veya temel hizmet paketinde yer almayabilecek hizmetlere veya tedaviler ile bu tür hizmetlerin devlet tarafından karşılanıp karşılanmaması gerektiğine ilişkin görüşlerin değerlendirilmesi yapılmaktadır.

**Tablo 5. Temel Teminat Paketinde Yer Almayabilecek Hizmetler Ve Teminat Paketinde Olmayan Hizmetlerin Devlet Tarafından Karşılanıp Karşılanmasına İlişkin Görüşler**

| Hizmetler / Tedaviler / İfadeler                                                     | Sayı      | %         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| <i>Teminat paketi dışındakileri devlet karşılamamalı</i>                             | <b>12</b> | <b>31</b> |
| <i>Teminat paketindekileri devlet karşılamalı görüşüne kısmen katılıyorum</i>        | <b>10</b> | <b>26</b> |
| Tüp bebek teminat paketinde olmamalı                                                 | 9         | 23        |
| Estetik cerrahi teminat paketinde olmamalı (tıbbi ihtiyaç ve zorunluluk olmadığında) | 9         | 23        |
| Tüp bebek teminat paketinde olmalı ama katkı payı alınmalı                           | 9         | 23        |
| Estetik cerrahide katkı payı alınabilir (tıbbi zorunluluk yoksa)                     | 8         | 21        |
| Dış tedavisinde implantlar teminat paketi kapsamında olmamalı                        | 5         | 13        |
| Kanserli hastaya silikon göğüs devlet tarafından karşılanmalı                        | 3         | 8         |
| Tüp bebek teminat paketinde olmalı ama deneme sayısına sınırlama getirilmeli         | 3         | 8         |
| Mutluluk çubuğu teminat paketinde olmamalı                                           | 1         | 3         |
| Sünnet teminat paketinde yer almayabilir                                             | 1         | 3         |

Araştırmaya katılanlara devletin sadece teminat paketinde olan hizmetleri karşılayıp, paket dışındaki hizmetleri karşılamamalı görüşüne katılıp katılmadıkları da sorgulanmıştır. Bunun sonunda 12 katılımcı (% 31) teminat paketi dışında olan hizmetlerin devlet tarafından karşılanmamasına taraf olduğunu belirtirken, 10 kişi (%26) paket dışındaki hizmetlerin devlet tarafından karşılanmaması görüşüne kısmen katıldıklarını ve geriye kalanlar ise devletin her türlü sağlık hizmetini karşılamasından yana olduğunu belirtmiştir. Teminat paketi kapsamında olmayan hizmetlerin devlet tarafından karşılanmaması görüşüne kısmen katılanlar devletin bu tür hizmetleri sübvansetmesi, fonlardan veya vakıflardan bu hizmetlere kaynak aktarılması, özel sağlık sigortası gibi çözüm önerileri de belirtmektedir. Teminat paketi kapsamında alınamayacak hizmetlere ilişkin olarak özellikle tüp bebek ve estetik cerrahi gibi hizmetler hakkında görüşler alınmıştır. Bu açıdan katılımcıların düşünceleri arasında önemli farklılıklar vardır. Sivil toplum örgütü yöneticileri ve ana muhalefet partisi milletvekilleri başta olmak üzere dokuz katılımcı tüp bebek uygulamasının teminat paketinde olmasını savunmaktadır. İktidar partisinden bir milletvekili ise tüp bebek tedavisinin kesin olarak kapsam dışında tutulmasını uygun bulmadığını belirterek, konunun katılımcı tartışma zeminlerinde ele alınmasını önemle vurgulamıştır. Estetik cerrahi hizmetlerinde ise teminat paketi kapsamına alınıp alınmamasında tıbbi zorunluluğun ve sağlık ihtiyacının esas alınması üzerinde durulmaktadır. Örnek olarak Sosyal Sigortalar Kurumu'ndan bir yetkili meme kanseri olan bir bayanın silikon göğsünün Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı tarafından ödenmesinin söz konusu olduğunu belirtmektedir. Bunların dışında sünnet ve halk arasında mutluluk çubuğu olarak bilinen tedavilerin de teminat paketinde olmayabileceği belirtilmektedir.

Tüp bebek dışında estetik cerrahi, ileri düzey ağız ve diş sağlığı hizmetleri (örneğin implant tedavisi), sünnet, silikon göğüs gibi hizmetler teminat paketi dışında tutulan hizmetlerin başında gelmektedir. Bunların teminat paketinde olup olmaması konusunda çok az katılımcı kesin yanıt vermektedir. Ancak özellikle estetik cerrahide tıbbi zorunluluğun temel alınmasının önemi belirtilmektedir. Estetik cerrahinin ilke olarak teminat paketinde olmamasını savunulmakla birlikte, bir yanık, bir trafik kazası ya da bir doğal afet sonucu estetik cerrahi zorunlu ise devlet bunu mutlaka ödemelidir görüşü dokuz katılımcı tarafından belirtilmiştir.

Teminat paketini savunanlar ve ekonomist kökenli olanlar sağlık hizmetleri tüketiminde lüks tüketim kategorisine girecek hizmetlerin teminat kapsamında olmaması vurgulanmaktadır. Araştırma kapsamındaki tıp kökenli bürokrat veya üst düzey yöneticiler daha çok tıbbi zorunluluğun alınıp alınmamasını belirlediğini, işletme veya ekonomist kökenliler ise lüks tüketim kavramının tüp bebek ve estetik cerrahinin teminata alınıp alınmayacağını belirlediğine işaret etmektedir.

Sonuç olarak tüp bebek, estetik cerrahi, ileri düzey ağız ve diş sağlığı tedavileri, sünnet, silikon göğüs başta olmak üzere lüks tüketim sınıfına girebilecek hizmetlerin teminat paketine alınmayacağı belirtilmiştir. Ancak paket dışındaki hizmetlerin finansmanı için üç katılımcı devletin bu tür hizmetleri sübvansetmesi gerektiğini vurgulamıştır. Oniki katılımcı ise ülke ekonomisi şartlarından dolayı teminat paketi dışındaki hizmetlerinin devlet tarafından ödenmemesine taraftar olduğunu belirtmişlerdir. Sonuçta araştırmaya katılanların temel hizmet paketinde hangi hizmetlerin olması gerekliliği, hangilerinin olmayabileceği ve teminat paketinde olmayan hizmetlerin veya tedavilerin devlet tarafından finanse edilip edilmemesi gerektiği yönündeki düşünceleri arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır.

### **3.5. Türkiye İçin Öncelikli Sağlık Hizmetleri**

Araştırma kapsamında katılanlara Türkiye için öncelikli sağlık hizmetleri ve öncelikte teşhis, tedavi ve korunması gereken hastalık veya hastalık gruplarına ilişkin sorularda yöneltilmiştir. Bu kısımda bu sorulara ilişkin olarak verilen görüşlerin değerlendirilmesi ele alınmaktadır.

Tablo 6’da ülkemiz için öncelikli sağlık hizmetlerine ilişkin görüşler yer almaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%41-77) koruyucu sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmetleri, ana-çocuk sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri ve bulaşıcı / enfeksiyon hastalıklarla mücadelenin mutlaka öncelikli olması gerektiğini belirtmektedir. Görüşler arasındaki farklılıklar hizmetlerin ayrıntılaşmasında görülmektedir. Bağışıklama (aşılama), sağlık eğitimi, trafik kazalarından kaynaklanan ölümleri azaltmak, geriatrik hizmetler ve çevre sağlığı gibi hizmet grupları 9 ile 15 kişi (%23-38) tarafından öncelikli hizmet görülmektedir. Örneğin sosyal güvenlik kurumlarındaki bürokrat ve üst düzey yöneticiler ile işçi ve işverenlerin sivil toplum örgütleri yöneticileri özellikle meslek hastalıkları, işçi sağlığı ve iş

kazalarının öncelikli olmasını savunmaktadırlar. Bu görüşte olanların çoğu bulundukları konum gereği meslek hastalıkları ve iş kazalarının öncelikli olduğunu belirtmek durumunda olduklarını açık sözlülükle belirtmişlerdir. Yine iki katılımcının görüşü farklılaşmaktadır. Bu farklılık akraba evliliğine ilişkindir.

**Tablo 6. Türkiye İçin Öncelikli Sağlık Hizmetlerine İlişkin Görüşler**

| Sağlık Hizmetleri                                                  | Sayı | %  |
|--------------------------------------------------------------------|------|----|
| Koruyucu sağlık hizmetleri                                         | 29   | 74 |
| Temel sağlık hizmetleri                                            | 19   | 49 |
| Ana-çocuk sağlığı                                                  | 18   | 46 |
| Birinci basamak sağlık hizmetleri                                  | 16   | 41 |
| Enfeksiyon hastalıkları/bulaşıcı hastalıklarla mücadele            | 16   | 41 |
| Anne ölümlerinin azaltılması                                       | 15   | 38 |
| Bebek ölümlerinin azaltılması                                      | 15   | 38 |
| Bağışıklama /Aşılama                                               | 14   | 36 |
| Sağlık eğitimi                                                     | 14   | 36 |
| Koruyucu hekimlik                                                  | 10   | 26 |
| Trafik kazaları ve afetlerde acil yardım ve kurtarma               | 9    | 23 |
| Aile planlaması                                                    | 8    | 21 |
| Tarama programları                                                 | 7    | 18 |
| Geriyatrik hizmetler                                               | 7    | 18 |
| Çevre sağlığı                                                      | 7    | 18 |
| İş güvenliği ve işçi sağlığı                                       | 6    | 15 |
| Beslenmenin düzeltilmesi                                           | 6    | 15 |
| Üreme sağlığı                                                      | 5    | 13 |
| Gıda güvenliği ve kontrolü                                         | 5    | 13 |
| Temiz içme ve kullanma suyuna erişimi artırma                      | 5    | 13 |
| Okul sağlığı (Ağız ve diş sağlığı taramaları dahil)                | 4    | 10 |
| Kanserojen madde ıslahı                                            | 3    | 8  |
| Barınma şartlarının iyileştirilmesi                                | 3    | 8  |
| Akraba evliliğinin önlenmesi                                       | 3    | 8  |
| Organ nakli ve organ bağışına teşvik programları                   | 2    | 5  |
| Perinatal hastalıklar                                              | 1    | 3  |
| Konjenital rahatsızlıklar                                          | 1    | 3  |
| Akıl ve ruh sağlığı hizmetleri                                     | 1    | 3  |
| Evde bakım hizmetleri                                              | 1    | 3  |
| Suyun iyotlanması                                                  | 1    | 3  |
| Engelli ve sakatlara yönelik sağlık hizmetleri                     | 1    | 3  |
| Diş eti hastalıkları ve diş çürüklerine yönelik koruyucu hizmetler | 1    | 3  |

**Tablo 7. Türkiye’de Öncelikle Önlenmesi veya Tedavi Edilmesi Gereken Hastalık veya Hastalık Gruplarına İlişkin Görüşler**

| Hastalıklar / Hastalık Grupları                                | Sayı | %  |
|----------------------------------------------------------------|------|----|
| Enfeksiyon Hastalıkları / Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele      | 31   | 79 |
| Kalp-Damar Hastalıkları                                        | 21   | 54 |
| Kanser                                                         | 15   | 38 |
| Trafik Kazaları Ve Afetlerde Acil Yardım Ve Kurtarma           | 15   | 38 |
| Perinatal Hastalıklar                                          | 12   | 31 |
| Sıtma                                                          | 11   | 28 |
| Verem (Tüberküloz)                                             | 11   | 28 |
| Şekerin Teşhis ve Tedavisi                                     | 11   | 28 |
| Kronik Hastalıkların Erken Teşhis Ve Tedavisi ve Kalıtsal Has. | 11   | 28 |
| Paraziter Hastalıklar                                          | 9    | 23 |
| Konjenital Rahatsızlıklar                                      | 8    | 21 |
| İshalli Hastalıklar                                            | 6    | 15 |
| İyot Eksiliğinden Kaynaklı Guatr                               | 6    | 15 |
| Doğum Travmaları                                               | 5    | 13 |
| Anne ve Çocuk Ölümüne Neden Olan Hastalıklar                   | 5    | 13 |
| Sigara, Alkol vb. Madde Bağımlılığı                            | 5    | 13 |
| Hepatit Vakaları                                               | 5    | 13 |
| Çocuk Hastalıkları                                             | 5    | 13 |
| Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları                               | 4    | 10 |
| Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ)                     | 4    | 10 |
| Akıl ve Ruh Sağlığı Hizmetleri                                 | 3    | 8  |
| Kronik Bronşit                                                 | 3    | 8  |
| Pnömoni (Zatürree)                                             | 3    | 8  |
| Meslek Hastalıkları (Örneğin Kömür Ocaklarında) Ve İş Kazaları | 3    | 8  |
| Geriatric Hastalıklar                                          | 3    | 8  |
| Beslenme Bozuklukları                                          | 3    | 8  |
| Hipertansiyon                                                  | 2    | 5  |
| Kronik Böbrek Yetmezliği                                       | 2    | 5  |
| Aşırı Depresif Durumlar                                        | 1    | 3  |
| Anemiler                                                       | 1    | 3  |
| AIDS                                                           | 1    | 3  |

Tablo 7, ülkemizde öncelikle hangi hastalıklar veya hastalık grupları önlenmeli veya tedavi edilmelidir sorusuna ilişkin verilen yanıtları özetlemektedir. Tabloda görüldüğü üzere araştırmaya katılanlar bulaşıcı

hastalıklar (enfeksiyon hastalıkları), kalp-damar hastalıkları, kanser, trafik kazaları ve doğal afetler, perinatal hastalıklar, sıtma, verem, şeker gibi hastalıkları oldukça öncelikli algılamaktadır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı yetkilileri meslek hastalıkları ve iş kazalarını öncelikli hastalıklar arasında görmektedirler. Tabloda katılımcılar tarafından belirtilen bütün hastalıklar ve hastalıkların kaç kişi tarafından öncelikli olarak belirtildiği gösterilmektedir.

Tıpta uzmanlık alanlarından hangilerinin eğitim ve uygulamasına ağırlık verilmesi gerektiği konusunda da farklı düşünceler vardır. Katılımcıların çoğu (35 katılımcı) aile hekimliğinin uygulanmaya alınması ile birlikte aile hekimliği uzmanlığının öneminin artacağına inanmaktadır. Benzer şekilde halk sağlığı uzmanı kökenli olanlar ise halk sağlığı uzmanlık alanlarına ağırlık verilmesini savunmaktadır. İşçi ve işverenlere ait sivil toplum yöneticileri ise işyeri hekimliğine önem verilmesini savunmaktadırlar. Sağlık Bakanlığı'ndan bir müsteşar yardımcısı temel tıp bilimlerine ait uzmanlık dalları yanında artan kanser vakalarından dolayı onkoloji uzmanlık alanına daha çok ağırlık verilmesini savunmaktadır. Bu noktada Türkiye'de hekimlik anlayışını eleştiren bakış açıları da söz konusudur. Bu eleştirilerden en belirgin olanı hekimlere ait sivil toplum örgütü yöneticisinden gelmektedir.

### **3.6. Mevcut Sağlık Hizmetleri Politikalarına İlişkin Değerlendirmeler**

Araştırma kapsamına alınana taraflara, öncelikleri ile mevcut sağlık hizmetleri sunum şeklinin örtüşüp örtüşmediği sorulmuştur. Bu soru tarafların öncelikler hakkındaki görüşlerinin sağlık politikasına yansımaları açısından önem arz etmektedir. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu düşündükleri öncelikli sağlık hizmetleri ile mevcut sağlık hizmetleri sunum şekli ve sağlık politikalarının uyuşmadığını belirtmektedir. Bunlardan yedisi (yaklaşık % 17'si) kendi öncelikleri ile mevcut sağlık hizmetleri sunum şekli ve sağlık politikalarının hiç uyuşmadığını, 27'si ise (yaklaşık % 70) uyuşmayan tarafların çoğunlukta olduğunu belirtmektedir. Sadece beş katılımcı uyuşan ve uyuşmayan tarafların birbirine yakın olduğunu belirtmektedir. Aşağıdaki tabloda uyuşan ve uyuşmayan taraflar ayrıntılı olarak sunulmaktadır. Kişilerin öncelikleri ile uyuşmayan temel nokta tedavi edici sağlık hizmetlerine ve dolayısı ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olmasıdır. Ayrıca adaletsiz kaynak dağıtımı, sağlık ocaklarının yeterince güçlendirilmemesi, ileri düzey tıbbi teknolojiye gereksiz yatırımlar da

uyuşmayan tarafların arasında yer almaktadır. Araştırmaya katılanların öncelikleri ile uyuşan taraflar ise bulaşıcı hastalıklarla mücadelede belli bir başarının kazanılması, anne ve bebek ölümlerinde yaşanan azalmalar, aile hekimliği ülke genelinde uygulandığında birinci basamağın güçlendirileceği yönündedir.

Araştırmaya katılanların öncelikleri ile mevcut sağlık hizmetleri sunum şeklimiz ve sağlık politikalarımız arasında büyük bir uyumsuzluğun olduğu söylenebilir. Kişiler arasında bu noktada görüş ayrılıkları bulunmaktadır.

**Tablo 8. Araştırmaya Katılanların Öncelikli Sağlık Hizmetleri ile Mevcut Sağlık Hizmetleri Sunum Şekli ve Sağlık Politikaları İle Uyuşan ve Uyuşmayan Taraflar**

| <b>Uyuşmayan Taraflar</b>                                                               | <b>Sayı</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|
| Tedavi edici sağlık hizmetlerinin ve yataklı hizmetlerin ağırlıklı olması               | 17          | 43       |
| Koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmemesi                                 | 7           | 18       |
| Adaletsiz sağlık kaynakları dağılımı                                                    | 4           | 10       |
| Bölgesel önceliklere dikkat edilmemesi                                                  | 4           | 10       |
| Birinci basamağa gereken önemin verilmemesi                                             | 3           | 8        |
| Sağlık ocaklarının güçlendirilmemesi                                                    | 3           | 8        |
| Aşırı teknolojik sağlık yatırımları önceliklerimizle uyumuyor (MR gibi)                 | 2           | 5        |
| Tüm hizmetlerin teminat veya devlet güvencesine alınmaması                              | 1           | 3        |
| Bazı hizmetlerin, ilaçların vb. kamu güvencesi dışında olması                           | 1           | 3        |
| Elektronik sağlığa önem verilmemesi                                                     | 1           | 3        |
| Halk sağlığı programlarının yetersizliği                                                | 1           | 3        |
| Bulaşıcı hastalıklarla etkin mücadele edilmemesi                                        | 1           | 3        |
| Trafik kazaları ve trafik kazalarından ölümlere gereken önemin verilmemesi              | 1           | 3        |
| Özel dal hastanelerin özellikle kadın ve çocuk sağlığına ilişkin hastanelerin az olması | 1           | 3        |
| Kalp-damar cerrahi merkezlerinin az sayıda olması                                       | 1           | 3        |
| İlaça bu kadar çok kaynak ve harcama gitmesi                                            | 1           | 3        |
| Uzman hekim sayısının çok olması                                                        | 1           | 3        |
| Popülist hastane yeri seçimleri                                                         | 1           | 3        |
| Ağız ve diş sağlığına gereken önemin verilmemesi                                        | 1           | 3        |
| <b>Uyuşan Taraflar</b>                                                                  | <b>Sayı</b> | <b>%</b> |
| Reformlarda aile hekimliği uygulaması önceliklerimizle uyuyor                           | 5           | 13       |
| Anne ve bebek ölümlerindeki son 20 yıllık azalmalar                                     | 2           | 5        |
| Bağışıklamada belli seviyeye gelinmesi                                                  | 1           | 3        |
| Bulaşıcı hastalıklarla mücadeledeki başarılar                                           | 1           | 3        |

Uyuşmayan tarafların temelinde koruyucu sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmetleri ve kırsal alan sağlık hizmetlerine gereken önceliğin ve önemin verilmemesi yer almaktadır. Bazı katılımcılar ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması ile bulaşıcı hastalıklarla mücadele de başarılar elde edilmesine rağmen, bunların yetersizliğine de işaret etmektedir.

TTB temsilcisinin görüşleri diğer katılımcılarınkine göre farklılık göstermektedir. Özellikle sağlık politikalarımızdaki liberalleşme eğilimlerini eleştirmekte ve bunun sonucunda sağlıkta yanlış önceliklerin oluşmasından şikayet etmektedir. Buna ilişkin açıklama örneği aşağıda verilmektedir.

*“...bizim son 20-25 yıllık sağlık politikalarımız bellidir. Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması ve katkı paylarının alınması bu politikaların temeli olmuştur. 1980 sonrasında gelen iktidarlar ki buna sosyal demokrat partili iktidarlar da dahil bu felsefe işlenmiştir. Değişen hiçbir şey yok. Dolayısı ile böyle bir anlayış benim sağlık hizmetlerinde önceliklerimle hiç uyuşmuyor... Sağlık hizmetlerinin bir hak olduğunu kabul edip olabildiğince bu hizmetlerden bireylerin yararlanmasını kısıtlamayan ve piyasa meselesi olarak görmeyen bir sağlık hizmetleri sunum şekli ve politikası benim en önemli yönetsel önceliğimdir. Böyle bir politikamız olmadığı için ilaç harcamalarımız ve dışa bağımlılığımız her geçen gün artmaktadır. Teknolojiye yapılan yatırımlar artmaktadır. Türkiye yapılan sağlık harcamaları ile toplum önceliklerinin uyuşmadığı o kadar çok alan var ki. Ayrılan kaynakları bile doğru kullanmayan bir Sağlık Bakanlığı, sağlık müdürlükleri, hastaneler ve sağlık ocakları var. Hepsinden ortaya çıkan tablo mevcut sağlık hizmetleri sunumumuz ve yanlış öncelikler” [TTB Merkez Konseyi üyesi].*

Sağlık politikalarımızın genel bir analizini çizen açıklama DPT sağlık sektörü uzmanından gelmiştir. Bu açıklama Türkiye’de sağlık sistemi ve politikasında yaşanan sorunları ve öncelik belirleme açısından düşülen hataları açıkça göstermektedir.

*“Uyuşmayan taraflar var. DPT olarak beş yıllık kalkınma planlarında önceliği koruyucu sağlık hizmetlerine vermemize rağmen, uygulama tedavi edici sağlık hizmetleri ağırlıklı ve öncelikli gidiyor. Bu maalesef böyle. Hatta koruyucu sağlık hizmetleri altyapısı oluşturmamıza rağmen. Sağlık ocakları, sağlık evleri fiziki olarak olmasına rağmen, içleri sağlık personeli, tıbbi araç ve cihazlarla donatılıp hizmet sunamadı. Hatta sağlık ocakları sağlık merkezlerine*

*dönüştürülerek buralarda bile tedavi ön plana alınmaya çalışıldı. Hep tedavi hizmetleri ağırlıklı oldu. Koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde istihdam edilen veya çalışan pratisyen hekimler hep, Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS) hazırlanıp onu kazanmaya odaklandılar. Yani pratisyen hekimler hastanelerde çalışmaya özendirildi. Bunlar yanlış uygulamalardır. Ama maalesef böyle ceyran etti. Sağlık hizmetlerinin maliyeti çok yüksek. Tedavi hizmetleri en pahalısı. Ama kaçınılmazı. Politikaların seçim bölgelerine hastane yaptırımları onlar için büyük kazançlar sağladı. Yatırımların şekillenmesinde politikacıların baskısı ve popülist anlayışları etken oldu. Kontrolsüz sağlık ocakları açıldı. Bunların bir kısmı sağlık merkezlerine dönüştürüldü. Hatta ve hatta sağlık ocağına birkaç tane hasta yatağı koyalım anlayışı gelişti. Karar vericilerin etkisi oldu. DPT olarak bunlara önlem almaya çalıştık ama alternatif sunamadık. Karar vericilerin doru karar almalarına yardımcı olan istişare görevimiz olduğundan nihai kararlar karar vericiler tarafından alındı. Sağlıklı ve mutlu yaşamak lazım. Ağrısız ve kaliteli yaşamak lazım. Tedavi edici sağlık hizmetlerine aşırı önem sağlık personeline de yansıyor. Açıkçası ülkenin gerçeklerine uygun olmayan bir anlayış ve uygulama maalesef. İşte bunun değişimi için çaba var. Hep Beş Yıllık Kalkınma Planlarında belirtiyoruz koruyucu sağlık hizmetleri öncelikli olmalı diye...” [DPT’den bir sağlık sektörü uzmanı].*

Mevcut sağlık hizmetlerinin sunumunun araştırma kapsamında olanların algıladıkları öncelikli sağlık hizmetleri ile uyuşmaması tedavici sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayrılma noktasında birleşmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerine çok ağırlık verildiği devletin bir çok dokümanında defalarca belirtilmiştir. Sağlığa yapılan tüm kamu harcamalarını göz önüne aldığımızda dahi önleyici faaliyetlere yapılan harcamaların oranı sadece %6,3’lerde kalmakta, bu oran tüm temel sağlık hizmetleriyle ilgili harcamaları da kapsamaktadır. 1996 yılında önleyici hizmetlere kamunun yaptığı harcamalar toplam kamu sağlık harcamalarının %12,1 inin oluştururken bu oran 2001 yılında %6,3’e gerilemiştir. Buna karşılık tedavi edici sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar %79,6 dan 2001 yılında %89,1’e yükselmiştir. Ana çocuk sağlığı hizmetleri ise toplam kamu sağlık harcamalarında ancak % 0,75 gibi çok düşük bir pay almaktadır (World Bank, 2003). Benzer şekilde Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün Sağlık Bakanlığı bütçesinden aldığı oranda da azalmalar yaşanmaktadır. 1999 yılında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesinin Sağlık Bakanlığı bütçesine oranı

%29,25 iken, bu oran 2003 yılında %26,55'e gerilemiştir (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2004).

#### **IV. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Bu çalışmada Türkiye'de sağlık hizmetlerinde makro düzeyde karar verme ve politika geliştirme sürecinde rol alan politikacılar (milletvekilleri), bürokratlar, üst düzey yöneticiler ve sivil toplum örgütleri yöneticilerinin Türkiye için sağlık hizmetlerinde öncelikler, bu öncelikler arasındaki farklılıklar ve öngörülen öncelikli sağlık hizmetleri ile mevcut sağlık hizmetleri sunum şekli ve politikalarının örtüşüp örtüşmediği ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Dolayısı ile bu çalışmada Türkiye'de makro düzeyde sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme temel alınarak kamu kurum ve kuruluşlarındaki bürokrat ve üst düzey yöneticiler, TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu üye milletvekilleri ve sivil toplum örgütleri yöneticilerinin öncelik belirleme konusundaki görüşleri incelenmiştir. Bu bağlamda Türkiye'de makro düzeyde sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi sürecinde rol alabilecek tarafların sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme kavramından ne anladıkları, öncelik belirleme sürecinde hangi prensiplerin/kriterlerin kullanılması gerektiği, öncelik belirleme sürecine kurumsal ve kişisel boyutta kimlerin katılması gerektiği, Türkiye'de sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecinin nasıl olması gerektiği, Türkiye için öncelikli sağlık hizmetlerinin ve hastalıkların neler olduğu, bu öncelikler ile mevcut sağlık hizmetleri sunum şekli ve politikalarının uyuşup uyuşmadığına ilişkin görüşleri kalitatif yaklaşımla analiz edilmiş ve bunlar arasındaki farklılıklar açıklanamaya çalışılmıştır.

Bu çalışmada özellikle makro düzeyde Türkiye için sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecinde rol alabilecek politikacı, bürokrat ve üst düzey yöneticiler ile sivil toplum örgütleri yöneticilerine ulaşılmaya çalışılmıştır. İleride yapılabilecek sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme çalışmalarında, makro düzeyden mikro düzeyde sağlık hizmetlerinde öncelik belirlemeye kadar uzanacak şekilde özellikle hekimler ve sağlık profesyonelleri ile halkın düşünceleri ve algılamalarını belirlemeye ilişkin bilimsel çalışmaların yapılması önem arz edebilir. Bu çalışmada kalitatif yaklaşımdan yararlanılmıştır. Yine bundan sonraki çalışmalarda ankete dayalı çalışmaların planlanması söz konusu olabilir. Ayrıca Türkiye'de yapılmakta olan hanehalkı

araştırmalarında bireylerin öncelikli sağlık hizmetlerinin neler olduğunu belirlemeye ilişkin sorulara hane halkı araştırma anketlerinde yer verilebilir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecine politikacılar, hekimler, bürokratlar, sağlıkla ilgili sivil toplum örgütleri ve hastalar başta olmak üzere halk katılmalıdır. Oysa öncelik belirlemede bu grupların görüşlerine yeterince yer verilmediği görülmektedir. Bu nedenle başta halk olmak üzere sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecine geniş bir katılım sağlanmalı ve bunu sağlayacak düzenlemelerin harekete geçirilmesi gerekir. Önceki bölümlerde de belirtildiği gibi öncelik belirleme sürecinin başarısını bu grupların görüşlerini toplamak ve bütünleştirmek önemli derecede etkilemektedir. Çalışmada katılımcıların öncelik belirleme sürecinde oldukça geniş tabanlı katılımcılığın esas alınmasını savunduklarını göstermektedir.

Türkiye’de diğer ülke uygulamalarında olduğu gibi sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme için ulusal komite veya kurulların kurulması gerekmektedir. Bu kurul veya komiteler politikacı, hekim, bürokrat ve halkın sağlık hizmetlerindeki önceliklerini belirlemeye yönelik çalışmaları sürekli tekrarlayarak, elde ettiği sonuçları Hükümet başta olmak üzere ilgili makamlarca sunmakla yükümlü tutulmalıdır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere ilgili kamu kurum ve kuruluşlarının ulusal ve bölgesel sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme çalışmaları yapmaları veya yapılmasını desteklemeleri gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumlarına ve sağlık ocaklarına başta hekimlerin olmak üzere sağlık personelinin önceliklerinin neler olduğunu belirlemeye yönelik bilgi toplama formları gönderebilir. Bu formlar Bakanlıkta bir merkezde toplanarak her yıl sonuçlar halka duyurulabilir ve ilgili makamlarca iletilebilir. Aynı şekilde DPT Kalkınma Planlarını ve yıllık programları hazırlarken bürokrat ve akademisyenlerin görüşlerine daha çok yer verebilir. Önceliklerin belirlenmesinde ölüm ve hastalık kayıtlarının da son derece önemli rolleri vardır. Bu nedenle bu tür kayıtların yeniden gözden geçirilerek gerekli bilgi formlarının yeniden düzenlenmesi ve tedavilerin maliyetlerine ilişkin ayrıntılı verilerin toplanması gerekir.

Bu çalışmada politikacı, bürokrat ve üst düzey yöneticiler ile sivil toplum örgütleri yöneticilerinin Türkiye için öngördüğü öncelikli sağlık hizmetleri ile mevcut sağlık hizmetleri sunum şekli ve politikalarının büyük oranda uyumsuzluk göstermesi üzerinde ciddi araştırmalar yapılması gereken bir konu

olabilir. Özellikle temel sağlık hizmetleri başta olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, aşılama hizmetleri, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, anne-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri öncelikli olarak düşünülmesine rağmen, Türkiye’de sağlık hizmetleri örgütlenmesindeki yataklı sağlık hizmetleri ve dolayısı ile hastane hizmetlerine bu kadar çok kaynak ayrılması bilimsel araştırılmalıdır. Türkiye’de kamu kurum ve kuruluşlarının dokümanları ve sağlık hizmetlerinde özellikle makro düzeyde karar alma ve politika geliştirme sürecinde yer alan ilgili tarafların öncelikli sağlık hizmetlerinin neden hayata geçirilemediği de bu noktada ortaya konmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Bobadilla, J. (1996) “Priority Setting and Cost Effectiveness” in K. Janovsky (ed.) , **Health Policy and Systems Development: An Agenda for Research**, Geneva: World Health Organization, WHO/SHS/NHP 96.1, 43-60.
2. DPT (2001) **Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara: T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, ÖİK: 577.
3. Frith, L. (1999) “Priority Setting and Evidence Based Purchasing”, **Health Care Analysis**, 7, 139-151.
4. Ham, C. (1995) “Synthesis: What Can We Learn from International Experience?”, **British Medical Bulletin**, 51 (4), 819-830.
5. Ham, C. (1997) “Priority Setting in Health Care: Learning from International Experience”, **Health Policy**, 42, 49-66.
6. Ham, C., Coulter, A. (2003) International Experience of Rationing, in Chris Ham (ed.), **Reasonable Rationing**, London: Open University Press, 4-12.
7. Klein, R., Day, P. and Redmayne, S. (1995) “Rationing in the NHS: the Dance of the Seven Veils-in Reverse”, **British Medical Bulletin**, 51 (4), 769-780.
8. Mayring, P. (2000) “Qualitative Content Analysis. Forum: Qualitative Social Research”. [Online Journal] Vol. 1, No. 2. Available at: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-00/2-00mayring-e.pdf>. Erişim tarihi: 12.12. 2004).
9. Mossialos, E. and King, D. (1999) “Citizens and Rationing: Analysis of European Survey”, **Health Policy**, 49, 75-135.

10. Ryyanen, O., Myllykangas, M., Kinnunen, J. and Takala, J. (1999) "Attitudes to Health Care Prioritization Methods and Criteria Among Nurses, Doctors, Politicians and General Public", **Social Science and Medicine** 49, 1529-1539.
11. Tatar, M., Şahin, İ. ve Büyükkayıkçı, H. (2003) "Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Teori ve SSK Hastaneleri Yöneticilerinin Görüşleri", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 6 (1), 3-21.
12. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2004) **Temel Sağlık Hizmetleri Çalışma Yıllığı 2003**, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
13. Tragakes, E. and Vienonen, M. (1998) **Key Issues in Rationing and Priority Setting for Health Care Services**, Geneva: World Health Organization Office for Europe.
14. World Bank (2003) **Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency** (Volume II: Background Papers) Report No. 24358-TU. Washington: World Bank, Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region.