



# **Sağlık Hizmetleri ve Postpandemik Dönemde Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü**

---

Prof. Dr. Ali zer  
Prof. Dr. Fevziye etinkaya

**Prof. Dr. Ali Özer**

Prof. Dr. Ali Özer 1997 yılında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında 2000 yılında başladığı uzmanlık eğitimini 2003 yılında bitirerek halk sağlığı uzmanı oldu. 2012 yılında Halk Sağlığı alanında doçent 2017 yılında profesör oldu. 2015 yılından itibaren Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) Asosye üyesi ve TÜBA Kanser Çalışma grubu üyesidir. Sağlık Bakanlığı Bağışıklama Danışma Kurulu ve Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Danışma Kurulu Üyesidir. Yine Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilimsel Danışma Kurulu üyesidir. Şu anda İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yapmaktadır.

**Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya**

Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya, 1982 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Bölümü'nden mezun oldu. Erciyes Üniversitesi'nde halk sağlığı alanında doktora programını tamamladı. Aynı alanda 1994 yılında doçent, 2000 yılında profesör unvanını aldı. 2004-2008 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Hastaneleri Başhekim Yardımcısı ve Kalite Yönetim Müdürü olarak görev yaptı. Akademik ilgi alanları; sağlık yönetimi, sağlık sistemleri, sağlık ekonomisi, sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme ve sağlık sosyolojisidir. 40'ı uluslararası, 95'i ulusal olmak üzere 135 yayını, 150 uluslararası ve ulusal bildirisi, 15 kitapta bölüm yazarlığı bulunmaktadır. Tez danışmanı olarak, 7 Tıpta uzmanlık tezi, 15 yüksek lisans tezi ve 7'i doktora tezi yürütmüştür. 2'si TUBİTAK projesi olmak üzere 21 araştırma projesi yürütmüştür.

**Prof. Ali Özer**

Prof. Dr. Ali Özer graduated from Inonu University, Faculty of Medicine in 1997. Dr. Ozer started his public health residency program in Erciyes University, Faculty of Medicine, Department of Public Health in 2000 and graduated from the same program in 2003 as a public health specialist. Dr. Ozer became an associate professor in 2012 and a full professor 2017 in the field of public health. Dr. Ozer has been a associate member of Turkish Academy of Science (TUBA) and TUBA cancer work group since 2015. Dr. Ozer has also been a member in the Immunization Advisory Committee, Post-vaccination Adverse Effects Advisory Committee and COVID-19 Scientific Advisory Committee to Ministry of Health. Dr. Ozer is currently the head of Public Health Department in Inonu University, Faculty of Medicine.

**Prof. Fevziye Çetinkaya**

Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya graduated from Hacettepe University Health Administration Department in 1982. Dr. Çetinkaya completed the Public Health PhD program at the Erciyes University. She received the title of associate professor in same field in 1994 and professor in 2000. Between 2004-2008, she worked as the Deputy Chief Physician and Quality Management Manager of Erciyes University. Her academic interests are health management, health systems, health economics, health education and health promotion and health sociology. She has 135 publications, 40 of which are international and 95 of which are national. She has 150 international and national papers, chapters in 15 books. As a thesis advisor, she conducted 7 specialty theses in medicine, 15 master's theses and 7 doctoral theses. She conducted 21 research projects, 2 of which were TUBİTAK projects.

## Sağlık Hizmetleri ve Postpandemik Dönemde Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü

**Prof. Dr. Ali Özer**

*Inönü Üniversitesi*

ali.ozert[at]inonu.edu.tr

**Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya**

*Erciyes Üniversitesi*

fevcetin[at]erciyes.edu.tr

### Özet

Kişilerin yaşam kalitesinin maksimizasyonu ve kişilere yüksek düzey sağlık hizmeti sunma sağlık sisteminin temel amacıdır. Sağlık hizmetlerinin dışsalılık özelliği sağlık hizmetleri sunumunda devletin temel sorumlulukları üstlenmesini gerektirmektedir. COVID-19 pandemisi döneminde sağlığın bir kamu hizmeti olarak ele alınıp, kapsayıcılık, hakkaniyet ve dayanışma ilkeleri üzerine kurulu felsefi bakış açısıyla hizmet sunumunun önemi açık bir şekilde ortaya çıkmıştır. Dinamik bir yapıya sahip olan sağlık sistemi pandemi sürecinde çok daha hızlı bir değişim ve gelişim süreci yaşamıştır. Pandemi döneminde hizmet sunumunda yaşanan olumluluk ve olumsuzlukların değerlendirilerek hizmetleri değişen koşullara adapte etmek ve sorunları çözümünde örgütsel ve bütüncül bir yaklaşım sergilemek önemlidir. Toplumsal açıdan bakıldığında bulaşıcı hastalıklarda kitleleri tedavi etmek, hastalığın oluşumunu önlemekten çok daha zor ve maliyetlidir. Sağlık sistemi içerisinde koruyucu sağlık hizmetlerine ve birinci basamak hizmet yapılanmasının ne kadar önemli olduğu bu süreçte daha iyi anlaşılmıştır.

Postpandemik dönemde sağlık hizmet sisteminde insan gücü ve alt yapı sorunlarının çözümü, kalite ve verimlilik odaklı bir sistem kurulması, ülkemizin her alanda üretim kapasitesinin güçlendirilmesi, ülkemizin hem ihtiyacı karşılayan hem de ihracat yapabilen bir ülke konumuna getirilmesi, tıp eğitiminin ihtiyaçlar doğrultusunda revize edilmesi, sektörler arası işbirliğini artırma ve toplumun sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi gibi birçok konuda değişim ve dönüşümler yaşanması önemli olacaktır. En önemlisi, COVID-19 pandemi döneminde birinci basamak hizmetler konusunda oluşmuş olan toplumsal algıyı da fırsat bilerek sevk zincirinin kurulması ile ilgili girişimler başlatılmalıdır.

### **Anahtar Kelimeler**

*sağlık hizmetleri, sağlık sistemi, postpandemik dönem, COVID-19*

## **Health Services and Transformation of Health Services in the Postpandemic Period**

### **Abstract**

Maximizing the quality of life of individuals and providing high level of health services is the main goal of the health system. The externality feature of health services requires the state to assume basic responsibilities in the provision of health services. During the COVID-19 pandemic, the importance of service delivery has emerged clearly from a philosophical perspective based on the principles of inclusion, equity, and solidarity, which is considered as a public service of health. The health system, which has a dynamic structure, has experienced a much faster change and development in the pandemic process. It is important to take an organizational and holistic approach by evaluating the positive and negative aspects of service delivery in the pandemic period. From a social perspective, treating the masses in infectious diseases is much more difficult and costly than preventing the occurrence of the disease. In this process, the importance of preventive health services and primary care structuring in the health system has been better understood.

In the postpandemic period, it will be important to experience changes and transformations in health system such as the solution of manpower and infrastructural problems in the health service system, establishment of a system focused on quality and efficiency, strengthening the production capacity of our country in every field, making our country a country that meets both needs and exports, revising medical education in line with the needs, increasing inter-sectoral cooperation, increasing the health literacy of the society and in many in many areas. Most importantly, attempts should be started to establish the referral chain, knowing the social perception about primary services during the period of COVID-19 pandemic.

### ***Keywords***

*health services, health system, postpandemic period, COVID-19*

## Giriş

### Sağlık Hizmetleri Kavramı

Çok yönlü bir kavram olan sağlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası'nda; “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanım sağlığın en genel, yaygın kullanılan ve sağlığı tüm boyutlarıyla sunan bir tanımdır. Kişilerin çıktı olarak sağlık sonuçlarına ilişkin iyiliğinin yanı sıra, ruhsal ve sosyal iyiliği de tanımın kapsamına alınmıştır. Bu tanım sağlık hizmetlerinin hastalara verilen tıbbi hizmetlerden çok daha geniş bir kavram olduğunu, sağlık hizmetlerine dar ve geleneksel biyo-medikal anlayışla yaklaşılmaması gerektiğini ifade etmektedir (Öztek, 2019).

Sağlık hizmetleri insan sağlığını tehdit eden çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve bu etmenlerden korunması, hastalıkların tedavi edilmesi, ruhen ve bedenen çeşitli engelleri bulunan bireylerin ise rehabilitasyonunu içeren faaliyetler bütünüdür. Sağlık hizmetleri diğer hizmetlerden farklı olarak ikame edilemeyen, ertelenemeyen ve tüm toplumu ilgilendiren bir hizmet türüdür (Schulz & Johnson, 1990). Ayrıca sağlık hizmetleri sadece sağlık hizmeti veren kuruluşların sorumluluğunda olmayan tüm toplumu ilgilendiren birçok kurum ve kuruluşla iş birliği yapılması gereken bir hizmettir.

Sağlık hizmetlerinin koruma, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere üç boyutu vardır. Sağlık hizmetlerinin temel amacı kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, yani bireyleri ve toplumu hastalıklardan korumaktır. Her türlü çabaya rağmen hasta olan bireylerin tedavisini sağlamak ikincil amaçtır. Sağlık hizmetlerinin üçüncül amacı tam olarak tedavi edilemeyen kişilerin kendi kendilerine yetecek biçimde yaşamalarını sağlamak, yani rehabilite etmektir (Öztek, 2019).

Sağlık hizmetleri, dışsalıklar, arz ve talep yapısı, finansmanı ve sunum yöntemleri açısından diğer mal ve hizmetlerden ayrılmaktadır. Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, tedavisi, rehabilitasyonunu bir kamu hizmeti

olarak görmek ve sağlık hizmet sistemi içerisinde yapıyı oluşturup her üç aşamada da etkin hizmet sunmak gerekmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, kısa ve uzun vadede bireyin ve toplumun maruz kalabileceği çeşitli sağlık/hastalık risklerini en alt seviyeye indirgeyebilmeyi, bu şekilde sağlıklı yaşam potansiyelini koruyarak yaşam kalitesini geliştirmeyi amaçlayan hizmetlerdir. Bireylere yönelik yürütülecek koruyucu sağlık hizmetleri toplumu hastalıklardan korumaktadır. Bunun dışında, toplum sağlığını tehdit eden çevresel faktörlerin uzaklaştırılması, orta ve uzun vadede ortaya çıkabilecek olası sosyal riskleri ve maliyetleri en düşük seviyeye çekebilecek çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini içermektedir.

Hasta bireylere sunulan bir hizmet olan tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri gibi dışsal fayda sağlayan hizmetler değildir. Ancak hastalığın neden olduğu negatif dışsallıkların önlenmesi bakımından topluma dolaylı pozitif dışsallık sağlamaktadır (Çalışkan, 2008).

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri ise, hastalık, kaza, ruhsal bozukluklar gibi vücudun organlarını etkili bir şekilde kullanılmasına engel olan kısıtlılık durumunun ortadan kaldırılması ve bu sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek amacıyla yapılan hizmetleri kapsamaktadır.

## **Sağlık Sistemleri**

### ***Sağlık Sistemleri Tanımı ve Özellikleri***

Sağlık sistemleri, sağlık hizmetleri sunumu başta olmak üzere, sağlık politikaları sağlık insan gücünün planlanması, eğitimi, sağlık sistemi finansmanı, sağlık mevzuatı gibi konuların tamamını içeren geniş bir kavramdır. Sağlık sistemi sosyal sistemler içerisinde incelenmekte olup sosyal sistemler, çevresindeki pek çok faktörden etkilenmesi nedeniyle karmaşık yapı özelliği gösterirler. Bu nedenle sağlık sistemleri sosyal sistemler içerisinde en karmaşık sistem özelliği taşımaktadır (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012). Sağlık sistemi, kişilerin sağlık statülerini geliştirmek için maddi ve maddi olmayan kaynaklar kullanılarak yapılan hizmetlerin tamamı olarak nitelendirilmektedir. DSÖ 2000 yılında yayınladığı “Sağlık Sistemleri: Performansı Artırmak” başlıklı Dünya Sağlık Raporu’nda sağlık sistemini, “öncelikli hedefi sağlığın iyileştirilmesi, korunması ve geliştirilmesi olan her türlü çalışmayı bünyesinde barındıran sistem” olarak ifade etmiştir (WHO, 2000).

Günümüzde pek çok ülke daha iyi sağlık çıktılarının elde edilebilmesi için güçlü sağlık sistemlerine ihtiyaç duymakta, her ülke farklı sağlık sistemini tercih edebilmektedir. Ancak tercih edilen her sağlık sisteminin özellikleri, ülkelerin sağlıkla ilgili çeşitli temel çıktıları olan ortalama yaşam süresi ve bebek ölümü gibi çıktıları olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Sağlık sistemi, sağlık hizmetleri çerçevesinde ülke kaynaklarını belirli sağlık çıktılarına/sonuçlarına yönlendiren sosyal bir mekanizmadır. Sağlık sistemi bir toplumun belirli sağlık problemlerini çözmek ve sağlık statüsünü geliştirmek amacıyla toplumun kaynaklarını kullanan bir sistemdir. Bir ülkenin sağlık sistemi, genellikle o ülkenin otoriteleri ve aktörlerince oluşturulan ve yürütülen sağlık politikaları tarafından şekillenmektedir. Başka bir ifadeyle bir ülkenin biçimlenen sağlık sistemi o ülkenin uyguladığı sağlık politikalarının bir göstergesidir.

Sağlık sistemleri karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu yapının içinde; hastalar, çeşitli sağlık hizmeti sağlayıcıları, geri ödeme kuruluşları, sağlık hizmeti sunucuları, düzenleyiciler, hükümet vb. birçok farklı kuruluşlar yer almaktadır (Street ve Hakkinen, 2010: 5). Sağlık sistemlerinin temel fonksiyonları; yönetim ve düzenleme, finansman, hizmet sağlama, kaynak üretimi ve örgütlenmedir (WHO, 2000). Her ülke kendi kültürünü, tarihini, ekonomik durumunu ve ülkesindeki siyasi ideolojisini yansıtan ve tıbbi bilgi ve teknoloji, nüfus özellikleri, hastalık biçimleri, toplumsal algı ve beklentiler gibi faktörlerden de etkilenen ulusal bir sağlık sistemine sahiptir. Uluslararası ilişkiler ve finans çevreleri de ülkelerin sağlık sistemlerini doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Her ülkenin kendine ait bir sağlık sistemi vardır ve her sağlık sisteminin yapısı ve kapsamı ağırlıklı olarak hizmet verdiği toplumun tercihlerine, şartlarına ve beklentilerine göre değişmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Sağlık sistemlerinin güçlü ve iyi bir işleyişe sahip olması için bazı temel özellikleri taşıması beklenmektedir. Bu özellikler şu şekilde sıralanabilir (Roemer, 1982):

- Sağlık hizmetleri; herhangi bir ayırım yapılmaksızın bütün toplumu kapsamalıdır.
- Koruyucu ve önleyici hizmetler, sağlık hizmetleri sunumunun merkezinde olmalıdır.
- Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin tamamı teknolojik unsurlar yardımıyla modern bir şekilde sunulmaya çalışılmalıdır,
- Sağlık sistemlerine gerekli kaynak aktarımı sağlanabilmelidir,
- Her alanda yeterli sayıda sağlık personeli istihdam edilmelidir.
- Kaliteli bir hizmet sunumu için sağlık çalışanları arasındaki iyi ilişkiler ve ekip çalışması desteklenmelidir.
- Bütün sağlık personeline; özel beceri, yerel şartlar, kıdem, sorumluluk vb. dikkate alınarak yaptıkları işin nitelik ve niceliği temelinde ücret verilmelidir.
- Sağlık sistemlerinin etkin ve verimli işleyebilmesi için uygun finansman yöntemleri geliştirilmelidir.

Sağlık sistemleri belirtilen özelliklere sahip olduğunda, toplumun hayat kalitesinin artması ve kaliteli hizmet sunumu gibi temel sağlık sistemleri amaçlarına da ulaşılmış olunacaktır.

### ***Sağlık Sistemleri Amaçları***

Bir sağlık sisteminin genel anlamda; bir nüfusun ya da toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması ve desteklenmesi gibi temel amaçları bulunmaktadır (Feo, 2008).

DSÖ'ne göre bir sağlık sisteminin temel amacı; nüfusun sağlığını geliştirmek ve sağlık statüsünü yükseltmek, kişilerin beklentilerine uygun sağlık hizmeti sunmak ve hastalık maliyetlerine karşı kişileri finansal riskten korumaktır (DSÖ, 2000).

### ***Sağlık Sistemleri Fonksiyonları***

Ülkeler sağlık sistemlerini yürütürken, sağlık sistemi hedeflerini etkili bir biçimde uygulamaları beklenmektedir. Sağlık sisteminin fonksiyonları bu beklentinin karşılanmasında etkin rol oynamaktadır. Amaçlarla etkileşim halinde olan bu fonksiyonların sistem açısından önemi büyüktür. Sağlık sistemleri; sağlam ve güçlü bir finansman yapısına, yeterli sayıda nitelikli insan kaynağına, güvenli bilgi ve yöntem üreten karar ve politikalara, gelişmiş tesis ve lojistik hizmetlerine sahip olmalıdır (McPake ve Normand, 2008).

Sağlık sisteminin DSÖ tarafından kabul edilen dört ana fonksiyonu vardır. DSÖ 2000 raporunda bu fonksiyonlar; yönetim ve düzenleme, kaynak üretimi, hizmet sağlama ve finansman, olarak dört başlık altında toplanmıştır (WHO, 2000). Ülke sağlık sistemlerinde her ülke bu fonksiyonları yerine getirirken kendi tarihini, kültürünü, ekonomik kalkınmasını ve ülkesindeki baskın politik ideolojiyi yansıtan ulusal sağlık sistemine uygun politikalar geliştirmektedir.

#### *Yönetim ve düzenleme*

Sağlık sistemlerinde yönetime ilişkin çeşitli süreçler bulunmaktadır. Bu süreçler; sağlığın planlanması, denetim, danışma ve koordinasyon gibi yönetim fonksiyonları, düzenleme ve mevzuattır. Her yönetim sürecinde ülkelerin siyasi yapısı ile birlikte bu unsorda farklılıklar bulunabilmektedir.

Sağlık programları; hükümetin sağlık işlevi bulunan diğer kamu kurumları, gönüllü sağlık kuruluşları ve özel piyasalar yoluyla organize edilebilmektedir. Bu hizmetlerin örgütlenmesi ise her ülkede farklılık gösterebilmektedir.

#### *Kaynak Sağlama*

Sağlıkla ilgili kaynakların kısıtlılığı kaynakların maksimum sonuçları elde etmeye dönük kullanımını gerektirmektedir. Kaynaklar, sağlık sisteminin kursosuz bir şekilde devam edebilmesi için en önemli unsurlardan birini ifade etmektedir. İnsan gücü, sağlık yapıları, sağlık teçhizatı ve malzemeleri ve bilgi olmak üzere genel anlamda dört temel kaynak vardır. Sağlık sistemi içerisinde en önemli insan gücü hekim, hemşire ve diğer sağlık personelidir. Hastaneler ve özel tıp merkezleri sağlık yapıları olarak adlandırılırken; tıbbi gereçler, ilaçlar ve biyolojik maddeler de başlıca sağlık teçhizatı ve malzemelerini oluşturmaktadırlar. Her sistemin olmazsa olmazı bilgi de sağlık sisteminin en önemli kaynaklarından biri olarak yer almaktadır (Sargutan, 2006).



### *Hizmet Sunumu*

Hizmetin sağlanması ya da sunulması diğer unsurlara liderlik etmektedir. Çünkü sistemin tüm unsurları hizmetin daha etkin ve verimli sunulması için oluşturulmaktadır. Hizmet sunumundaki faaliyetler; sağlığın geliştirilmesi, hastalığın önlenmesi, teşhis konulması, tedavi ve rehabilitasyondur. Hizmetin sunumu genel olarak; temel-birincil sağlık hizmetleri (önleyici ve tedavi edici), ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılabilir. Ayrıca çoğu sağlık sisteminde farklı durumlara yönelik sağlık hizmetlerinin özel şekilleri de vardır. Roemer'ın (1989) sağlık sistemleri unsurlarından yola çıkarak Kavuncubaşı ve Yıldırım'ın (2012) Türkiye'nin ulusal sağlık sisteminin unsurları ve işlevleri ile ilgili geliştirmiş oldukları modele göre, hizmet sunumu organizasyonunu etkileyen politika ve stratejiler, tedarikçiler, hizmetler ve finansman olmak üzere dört unsur bulunmaktadır.

### *Sağlık Finansmanı*

Sağlık hizmetleri hem bireysel hem de toplumsal önemi nedeniyle karşılanması gereken bir hizmet türüdür. Ancak, bireysel ve toplumsal olarak sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç giderek artarken, bu hizmetlere ayrılan bütçenin kısıtlı olması ülkeleri sağlık hizmetlerinin finansmanında daha ihtiyatlı davranmaya sevk etmiştir (Ateş, 2012).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, temelde sağlık hizmetlerine ayrılması gereken parayı, bu parayı kimlerin ödeyeceği, bu hizmetlerden kimlerin yararlanacağı, bu paranın ne kadarının hangi hizmetlere ayrılacağını ve bu sistemin kimler tarafından kontrol edileceği ile ilgilenmektedir (Hayran & Sur, 1998). Sağlık hizmetlerinin finansmanı, hizmetin sunumunu, miktarını, kalitesini, verimliliğini dolayısıyla bireylerin ve toplumların sağlığını etkilemektedir. Sağlık sektörünün sürekli büyümesi (teknolojik gelişmeler, nüfusun artması, yaşlı nüfustaki artış ve kronik hastalıklar, bireylerin bilinçlenmesi gibi sebeplerden dolayı) sağlığa ayrılan kaynağın da artmasına sebep olmaktadır. Ülkelerin sağlık hizmetlerinin finansman çeşidi, o ülkenin tarihi, politik yapısı, sosyo-ekonomik özellikleri ve ekonomik yapısına göre farklılık göstermektedir. Bu nedenle her ülkenin sağlık finansman yöntemi birbirine göre farklılık göstermekte olup her ülke için uygulanabilir ve verimli olan tek bir sistem bulunmamaktadır (Ateş,2012). Uluslararası platformlarda tanımlanmış olan sağlıklı yaşam hakkının gerçekleştirilebilmesi için sağlık hizmetlerinin kaliteli, hakkaniyetli, verimli ve sürdürülebilir olarak sunulması önemlidir. Bunun için de sağlık hizmetlerinin, etkin, verimli ve sürdürülebilir şekilde finanse edilmesi gereklidir (Atabey 2016).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere ülkelerin sağlığa ayırdığı pay artmaktadır. Son yıllarda sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili tartışmaların temel kaynağını sağlık harcamalardaki artışlar oluşturmaktadır. Aynı zamanda kaynakların verimli bir şekilde kullanılıp kullanılmadığı da sağlık sektöründe sıklıkla tartışılan konulardan birisidir. Ülkelerin gelir seviyeleri ve sahip oldukları sağlık sorunları sağlık harcamalarını etkileyen önemli faktörler arasındadır. Bu nedenle bir ülkenin sağlık sistemleri işleyişinde yaptığı sağlık

harcamalarının verimliliğini inceleyebilmek için aynı gelir grubunda bulunan ya da coğrafi konum olarak birbirine yakın ülkeler ile kıyaslama yapılması büyük önem taşımaktadır.

## **Türkiye Sağlık Sistemi ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu**

Türkiye’de 1980’li yıllara kadar sağlık hizmetleri devletin sunmakla yükümlü olduğu hizmetler arasında yer almıştır. Türkiye’de 1980’li yıllarda sağlık hizmetleri dünyada hâkim olmaya başlayan politikalar, Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu ve Dünya Ticaret Örgütü gibi aktörlerin etkisi ile ciddi bir değişim geçirmiştir. Daha sonra 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında önemli değişimler meydana gelmiştir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarının oluşturulmasında ve bu politikaların uygulanmasında en yetkili kurumdur. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kamu, yarı kamu ve özel olmak üzere pek çok örgüt faaliyet göstermektedir. Kamu kesiminde Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere, üniversitelere bağlı sağlık kuruluşları sağlık hizmeti vermektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri gibi birimler tarafından verilmektedir. Hastaneler sistemin ikinci basamak ayağını oluşturmaktadır. Ülkemizde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı hastaneleri, diğer kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, vakıf hastaneleri, özel hastaneler, yabancı ve azınlık hastaneleri tarafından verilmektedir. Ülkemizde gerek hastane sayısı gerekse topluma sunulan sağlık hizmetleri açısından Sağlık Bakanlığı hastaneleri sistem içerisinde önemli bir konuma sahiptir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gündeme gelen aile hekimliği uygulaması ile ülkemizde birinci basamak sistemi yeniden yapılandırılmış ve 2011 yılında ülke geneline yaygınlaştırılmıştır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’ne göre aile hekimleri “kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda sunan; gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti yapan” hekimler olarak tanımlanmaktadır (Aile hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010).

Birinci basamak sağlık hizmetleri bireyin sağlık sistemine giriş kapısını ifade etmektedir (McWhinney & Freeman 2009). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilk başvuru yeri olarak kullanılması maliyetlerin düşürülmesi, kişilerin daha kısa zamanda uygun tedaviye ulaşması, doğru yere sevk edilmesi, acil servislerin ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılması gibi katkılar sağlamaktadır. Güçlü bir birinci basamağa sahip ülkelerde hastaların yaklaşık %85’i birinci basamakta tedavi ve takip edilebilmekte ve hizmet ihtiyaçları karşılanabilmektedir (Başer vd., 2015). Fakat birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sistemine giriş kapısı olarak kabul edilmesi erişilebilir olmasına bağlıdır. Ülkemizde birinci basamak hizmetlere erişilebilirlik açısından hiçbir sorun olmamasına rağmen Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dö-

nüshüm Programı içinde yer alan sevk zincirini henüz hayata geçirmediğinden, aile hekimliği uygulamasının 2. ve 3. basamaktaki yığılmaya çözüm olabileceği, kaynak ve zaman kaybının önlenebileceği düşüncesi hala gerçekleştirilememiştir. Herhangi bir sağlık sorunu olduğunda kişilerin birinci basamağı tercih etmeleri açısından aile hekimliği öncesinde ve sonrasında çok büyük bir fark olmadığı çalışmalarla gösterilmiştir (Naçar vd., 2004; Şenol vd., 2010).

Çalışmalarda aile hekimliği uygulamasından memnuniyet oranının zaman içinde arttığı gösterilmesine rağmen başvuru durumunun hala istenilen seviyede olmadığı gösterilmiştir (Çetinkaya, 2013; Aktürk, 2015; Özata, 2016; Durmuş, 2018). Birçok çalışmada kişiler aile hekimliğini ilk başvuru yeri olarak tercih etmediklerini, %10-15'i aile hekimine hiç gitmediğini, daha çok reçete tekrarı için aile hekimine başvurduklarını ve aile hekimlerini kendilerinin seçmediğini belirtmişlerdir (Çetinkaya vd., 2013; Aydın vd., 2016; Durmuş vd., 2018). Aile hekimlerinin sistemle ilgili düşünce ve sorunlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda iş yükünün ve iş streslerinin arttığını düşünenlerin oranı yüksek bulunmuştur (Çetinkaya vd., 2014; İlgün & Şahin, 2016). Aktaş'ın çalışmasında da aile hekimlerinin çalışma şartları ve özlük haklarıyla ilgili sıkıntılar yaşadıkları görülmektedir (Aktaş & Çakır, 2012). Aile hekimlerinin tükenmişliği ile ilgili yapılan bir çalışmaya göre aile hekimlerinin yarısı uygulamanın psikolojik durumlarını olumsuz etkilediğini, yine yarısı gelecek için kaygılarının arttığını düşünmektedirler (Baykan vd., 2014).

Sağlık Bakanlığı 2018 yılı verilerine göre Türkiye'de ortalama aile hekimliği birimi başına 3405 kişi düşmektedir. İstanbul'da bu rakam 3721 ile daha yüksektir. (Sağlık Bakanlığı, 2018). Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılında aile hekimi başına düşen kişi sayısının 3000'in altına düşürülmesi hedefine henüz ulaşamamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Ayrıca bu sistemde bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci plana atıldığı ve işlevsizleştiği de iddia edilmektedir (Öztek, 2009). Bu durum temel sağlık göstergelerinde arzulanan iyileşmenin gerçekleştirilmesinde olumsuz rol oynamaktadır.

Temel sağlık göstergeleri, sağlık sistemlerinin ve sağlık harcamalarının etkililiğinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Arslanhan, 2010). Doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, anne ve bebek ölümlerinin azalması, 1000 kişi başına düşen hastane yatağının artması gibi pek çok iyileşmeler görülse de halen ülkemiz bu göstergeler bakımından Avrupa Birliği ülkelerinin gerisinde kalmaktadır (Ay, 2019; UNİCEF, 2019).

Ülkemizde hizmet sunum ve finansmanı ağırlıklı olarak kamu gelirlerinden karşılanmakta ve hizmetlerin üretim faktörleri tamamen kamunun kontrolindedir. Türkiye'de sağlık harcamaları her geçen gün artış trendi içindedir. Sağlık hizmetlerinde yeni teknolojilerin kullanılması, sektörün büyümesine bağlı olarak faaliyet gösteren aktörlerin artması, Türkiye'de 65 yaş ve üzeri birey sayısının, kronik hastalıkların artması gibi faktörler nedeniyle sağlık harcamaları da artmıştır (Ay, 2019). OECD verilerine göre kişi başı sağlık harcaması 1.194 ABD dolarıdır. Türkiye OECD ülkeleri içerisinde kişi başı en az sağlık

harcaması yapan ülkeler arasında ikinci sırada, Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyaslandığında ise en düşük harcama yapan ülkedir. Kişi başı sağlık harcamalarının en yüksek olduğu Amerika Birleşik Devletleri'nde bu rakam 10.209'dur (TUİK, 2018; OECD, 2019).

Türkiye'nin cari sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı %4,2 ile gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmaktadır. (TUİK, 2019). Türkiye'de Gayri Safi Yurtiçi Hâsıladan (GSYİH) sağlık giderleri için ayrılan pay OECD ülkelerinin ortalamasına (%8,8) göre daha düşüktür. Bu oran ABD'de %17,2 ile OECD ortalamasının neredeyse iki katından fazladır. OECD ülkeleri içerisinde sağlığa en fazla pay ayıran diğer ülkeler; İsviçre, Fransa ve Almanya'dır.

Sağlığa ayrılan paranın çok büyük bir kısmının tedavi edici hizmetler için ayrılması sorunun bir başka boyutudur. AB'nin 2018 Türkiye İlerleme Raporu'nda (2018) Türkiye'nin halk sağlığı alanına daha çok yatırım yapmasının özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynağın arttırılmasının gerekliliği vurgulanmıştır. Sağlığa ayrılan kaynakların etkili ve verimli bir biçimde kullanılmasında da sorunlar vardır (Bayraktutan & Pehlivanoglu, 2012; Öksüzkaya, 2017; Özçelik, 2019). Buna rağmen ülkemiz COVID-19 pandemi sürecinde kamucu yaklaşımı ve topluma sunduğu sağlık hizmetleri ile bahsi geçen ülkelerden daha iyi bir performans sergilemiştir.

## **Sonuç ve Genel Değerlendirme**

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve kriz dönemlerindeki sürdürülebilirliği oldukça önemlidir. Özellikle son küresel salgında gelişmiş ülkelerin dahi salgın ile mücadelede yetersiz kalması tüm ülkelerin sağlık hizmetleri ile ilgili değişimler ve iyileştirmeler yapması gerektiğine dair çok önemli bir ders vermiştir. Bu bağlamda postpandemik dönemde ülkemizde sağlık hizmetlerinde beklenen ve yapılması gereken dönüşümler aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- COVID-19 döneminde sağlığın bir kamu hizmeti olarak ele alınması, hizmet sunumu ve finansmanının buna dayalı olarak yapılandırılması gerektiğinin ülkeler açısından ne kadar önemli olduğu gerçeği açık bir şekilde ortaya çıkmıştır. Sağlığın bireysel bir konu olmadığı, piyasanın arz-talep koşulları çerçevesinde sunulurken dikkatli olunması gerektiği düşüncesinin savunuculuğu tüm dünyada önem kazanmıştır. Pandemi döneminde ülkemiz kapsayıcılık ilkesi doğrultusunda herkeşe COVID-19 ile mücadele anlamında etkili ve yeterli sağlık hizmeti sunarak ön plana çıkmıştır. Bu olumlu durum postpandemik dönemde devam ettirilmeli ve sağlığın kamuya dayalı hizmet anlayışı içinde verilmesi konusunda ülkemizde var olan anlayış ve uygulama daha da güçlendirilmelidir.
- Sağlık hizmetlerinin toplumsal bir görev ve sorumluluk anlayışıyla herkesi kapsayan, hakkaniyet ve dayanışma ilkeleri üzerine kurulu yaklaşım ve felsefi bakış açısı içinde gerçekleştirilmesi gerektiği yaklaşımının savunuculuğu artmıştır.

- Ülkemizin postpandemik dönemde ağırlıklı olarak ilgilenmesi gereken konu AB ülkelerine göre iyi olmayan bazı sağlık göstergelerinin AB ülkeleri seviyesine yükseltilmesi ve onların da üstüne çıkılması için çalışmalar yapılmasıdır.
- Ülkemizde bebek ölüm hızı binde 9,2, DSÖ Avrupa bölgesinde 7, üst gelir grubu ülkelerde 4,2, Avrupa Birliği ülkelerinde ise 3,3 olup bebek ölüm hızımız hala arzulanan düzeyde değildir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Bebek ölüm hızımız son yıllarda yapılan çalışmalar ile binde 10'un altına kadar düşürülmüştür. Bu olumlu ve önemli bir gelişmedir. Ancak nihai hedef değildir. Bu çalışma ve stratejiler tekrar değerlendirilmeli, güçlendirilmeli ve binde 5'in altına düşürülecek çalışmalar postpandemik dönemde yapılmalıdır.
- Türkiye'de son yirmi yılda kızamık, tüberküloz ve sıtma mücadelesinde önemli başarılar sağlanmış ve bu hastalıkların enfeksiyon hızlarında ciddi düşüşler olmuştur. Ülkemizdeki bu önemli üç hastalık insidansı, üst gelir grubu ve Avrupa Birliği ülkelerinden daha düşüktür (Sağlık Bakanlığı, 2018). Bu durum sürdürülmeye devam edilmelidir.
- COVID-19 pandemisi döneminde ülkemiz etkin bir mücadele sergilerken ertelenen elektif sağlık hizmetleri ve artış gösterdiği tahmin edilen bedensel, ruhsal ve sosyal sorunlar postpandemik dönemde dikkatle takip edilmeli ve şimdiden gerekli planlamalar yapılmalıdır.
- Ülkemiz tütün ve tütün mamülleri ile mücadelede önemli yasal düzenlemeler ve başarılı çalışmalar yapmıştır. Ülkemizde tütün ve tütün mamülleri tüketiminde bu mücadele ile azalma olmasına rağmen 15 yaş ve üzeri kişilerde sigara içme oranı ve kişi başına düşen ortalama sigara adedi olarak OECD ülkeleri ortalamasından yüksektir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Postpandemik dönemde tütün ve tütün mamülleri ile mücadele önemli bir çalışma ve mücadele alanı olarak gündemimizde olmalıdır.,
- Türkiyede obezite ile mücadelede önemli adımlar atılmış, programlar geliştirilmiştir. Ancak tüm gelişmiş ülkeler gibi bizim de önümüzdeki en önemli sorunlardan biri olarak gündemde kalmaya devam edecektir. Pandemi döneminde evde kalma süresinin artmasına bağlı olarak obezite sıklığı artmış olabilir. Obezite ile ilgili postpandemik dönemde yeni stratejiler ve çalışmalara ihtiyaç vardır.
- Sağlık Bakanlığı'nca fiziksel aktivitenin artırılması ile ilgili programlar geliştirilmiş ve uygulamaya konulmuştur. Fiziksel inaktivite pek çok sağlık sorununun önemli bir sebebidir. Pandemi süresince evde geçirilen sürenin artması, 65 yaş üstü ve 20 yaş altı gruba yönelik uygulanan sokağa çıkma yasağına bağlı olarak toplumda fiziksel aktivitede azalma beklenebilir. Postpandemik dönemde fiziksel aktivitenin artırılması ile ilgili programlar güncellenmeli/ geliştirilmeli, yeni ve güçlü stratejiler oluşturulmalı ve uygulanma durumu takip edilmelidir.
- Ülkemizde aşı takvimine göre uygulanan aşı antijen sayısında son yıllarda ciddi bir artış olmuştur. Ayrıca aşılama hızları yükselmiştir. Tür-

kiye'nin aşılama hızı DSÖ Avrupa bölgesi ve üst gelir grubu ülkelerden daha yüksektir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Bu önemli bir başarı olup postpandemik süreçte de devam ettirilmelidir.

- Son dönemde dünyada ve ülkemizde görülen önemli problemlerden biri de aşı karışıklığıdır. COVID-19 pandemi sürecinde aşı karışıklığında azalma olduğu görülmüş olup, toplumda SARS-CoV-2 ye karşı bir aşı geliştirilmesi için ciddi bir beklenti oluşmuştur. Bu durum değerlendirilerek Sağlık Bakanlığı aşı takviminde bulunan aşılardan zorunlu hale getirilmesi ile ilgili düzenlemeler gecikmeksizin yapılmalıdır.
- Ülkemizde son yıllarda hastanede gerçekleşen doğum oranı artmıştır. Nitelikli sağlık personeli ile gerçekleşen doğum oranı üst gelir grubu ve Avrupa Birliği ülkelerinden daha yüksektir. Bu olumlu ve önemli bir gelişmedir. Ancak son yıllarda sezaryen doğumlarının oranında ciddi artışlar olmuştur. Ülkemizde sezaryen doğumlarının canlı doğumlar içindeki oranı %54,9 iken OECD ülkeleri ve Avrupa Birliği ülkelerinde bu oran %28,1 olup, ülkemizde oldukça yüksektir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Sezaryenle doğumların azaltılması çalışmaları postpandemik dönemde önemli bir mücadele alanı olarak benimsenmelidir.
- Son yıllarda Sağlık Bakanlığının yaptığı çalışmalar ile adolesan doğurganlık hızında önemli düşüşler görülmüş olsa da problemler alanlardan biri olarak gündemimizde olmaya devam etmektedir. Ülkemizde adolesan doğurganlık hızı binde 19 iken Avrupa Birliği ülkelerinde bu oran 10, üst gelir grubu ülkelerde 13'tür (Sağlık Bakanlığı, 2018). Postpandemik dönemde adolesan doğurganlığının azaltılması ile ilgili çalışmaların yapılması gerekmektedir.
- Son yıllarda artırılan hastane yatağı sayısına rağmen ülkemizde 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı 28,3 iken OECD ülkelerinde 46,5 ve Avrupa Birliği ülkelerinde ise 49,1'dir. Hastanelerde akut yatak doluluk oranına bakıldığında ise Türkiye'de %66,7; OECD ülkelerinde %75,3 ve Avrupa Birliği ülkelerinde ise %74,4'tür (Sağlık Bakanlığı, 2018).
- Türkiye'nin yoğun bakım yatak sayısı yüz bin nüfus için 49, Almanya'nın 29, İtalya'nın 13 olup, ülkemiz yoğun bakım yatak sayısı bakımından öne çıkmaktadır (Şeker vd., 2020). Bu altyapının önemi COVID-19 pandemisi döneminde daha fazla öne çıkmış ve toplum açısından güven verici bir unsur olmuştur.
- Ülkemizde 1 milyon kişiye düşen MR cihazı sayısı 11,2 iken OECD ülkelerinde 16,7 ve Avrupa Birliği ülkelerinde ise 14,6'dır. Ancak bin kişiye düşen MR görüntülenme sayısı ülkemizde daha yüksektir. Yine bir milyon kişiye düşen tomografi cihazı sayısı ülkemizde 14,8 iken OECD ülkelerinde 26,8 ve Avrupa Birliği ülkelerinde ise 226'dır. Bununla birlikte bin kişiye düşen tomografi görüntülenme sayısı ülkemizde daha yüksektir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Bu verileri iki şekilde yorumlamak mümkündür. Bunlardan birisi gereksiz MR ve tomografi çekimleri olabileceği iken diğeri bu cihazların maliyet etkin kullanımı-

nın yüksek olmasıdır. Postpandemik dönemde bu açılardan bir değerlendirme yapmak gerekir.

- Sağlık Bakanlığı tarafından verilen önemli bir hizmette 112 acil yardım hizmetleridir. Son yıllarda artan hizmetlerin sonucu olarak 112 acil yardım istasyonu başına düşen nüfus 138.050'den 29.983'e düşmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2018). Bu düşüş devam ettirilmelidir.
- Kişi başı hekime başvuru sayısı 3,1'den 9,5'e yükselmiştir. Birinci basamaktaki başvuru sayısı 1,1'den 3,2'ye, 2. ve 3. basamakta ise 2'den 6,3'e yükselmiştir. Kişi başına hekime başvuru sayısı OECD ülkelerinde 6,8 ve AB ülkelerinde ise 6,9'dur. Ülkemizde kişi başı hekime başvuru sayısı sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ile ilgili olup olumlu bir gelişmedir. En yüksek başvuru sayıları Güney Kore (16,6) ve Japonya'dadır (12,6) (Sağlık Bakanlığı, 2018).
- Yıllar içinde sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %39,5'ten %70,4'e yükselmiştir. Ülkemiz toplam ve kamu cari sağlık harcaması bakımından sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı çok yüksek olan bir ülkedir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Postpandemik dönemde bu durum sürdürülmelidir.
- Sağlık hizmetlerini maliyet-etkin biçimde sunabilecek sağlık insan gücünün yetiştirilmesi, kullanılması ve yönetimi ile ilgili bileşenleri içeren yaklaşım ve politikalar yeniden ele alınmalıdır.
- Ülkemizde son yıllarda yapılan çalışmalar ile yüz bin kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı 171'den 301'e yükselmiştir. Ancak bu sayı OECD ülkelerinde 938 ve AB ülkelerinde ise 841'dir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Hizmetlerde aksaklık oluşturmamak için ülkemizdeki hemşireler büyük bir özveri ile çalışmakta ve hizmet aksamaması oluşturmamaya çalışmaktadır. Fakat ülkemizin hemşire ihtiyacı acil ve önemlidir. Bu nedenle postpandemik dönemde hemşire sayısı ve kadrosunun artırılması ile ilgili çalışmalar yapılmalıdır.
- Sağlık sistemlerinde amaçlanan hedeflere ulaşabilmesi için sağlık sistemlerinin performans ölçümlerine dayalı doğru ve etkili politikalar belirleyerek sistem sürekli revize edilmelidir.
- Birçok ülkede olduğu gibi sağlık sistemimizde önemli ölçüde kaynak kısıtlılığı ile karşı karşıyadır. Sağlık hizmetleri yöneticileri, politika yapımcıları ve planlamacıları mevcut kaynakları olabildiğince verimli ve etkili bir biçimde kullanmaya yönelik arayış ve çözümlere hız vermelidir.
- COVID-19 salgını döneminde aşı, tanı kiti, kişisel koruyucu malzeme ve ventilatör cihazı üretimi başlıkları ön plana çıkmış olsa da ülkemiz sağlık hizmeti açısından her alanda üretim kapasitesini güçlendirmelidir. Öncelikle belli tematik alanlar belirleyerek bu alanlarda hem ihtiyacı karşılayan hem de ihracat yapabilen bir ülke olmalıdır. Diğer alanlarda ise kendi ihtiyacı karşılayan ülke konumuna ivedilikle gelmelidir.
- Sürdürülebilir etkin bir sağlık sisteminden bahsedebilmek için ilaç harcamalarının kontrol altına alınması, toplumdaki ilaç tüketim alış-



kanlıklarının değiştirilmesi ve rasyonel ilaç kullanım politikalarının etkili ve verimli bir şekilde hayata geçirilmesi gerekmektedir. Bin kişiye düşen günlük antibiyotik tüketim miktarı ülkemizde 31,0 iken OECD ülkelerinde 18.9 olup, ülkemizde antibiyotik kullanımı oldukça yüksektir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Postpandemik dönemde özelden gereksiz antibiyotik tüketiminin azaltılması genel olarak ise gereksiz ilaç tüketiminin azaltılması ile ilgili daha güçlü stratejiler ve programlar geliştirilmelidir.

- Kronik hastalıklarla mücadele ve entegre sağlık hizmeti sunumu, kompleks sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, artan maliyetler, yaşlanan toplum gibi sorunlar sağlık sistemlerinin günümüzde karşılaştığı en büyük sorunlardır. Bu sorunlarla baş etmek için güçlü bir birinci basamağa sahip olmak gerekmektedir.
- Toplumsal açıdan bakıldığında bulaşıcı hastalıklar açısından kitleleri tedavi etmek, hastalık oluşumundan önce korumaktan çok daha zor ve maliyetlidir. COVID-19 pandemi sürecinde sağlık sistemi içerisinde koruyucu sağlık hizmetlerine ve birinci basamak hizmet yapılmasına önem verilmesinin gerekliliği net bir şekilde açığa çıkmıştır. Bu anlamda bütüncül, kapsamlı ve sürekli bir sağlık hizmetini kişisel gereksinimleri göz önünde tutarak sunabilecek hekim, hastasıyla süreç içerisinde güvene dayalı, iyileştirici niteliği olan kişisel bir ilişki kurmuş olan aile hekimi niteliğine kavuşturulmalıdır.
- Türkiye'deki aile hekimliği uygulamaları, sevk sisteminin işler olmaması, aile hekimlerinin nitelik ve nicelik olarak az olması, tıp fakülteilerinin eğitim sistemindeki eksiklikler, aile hekimliği ile diğer branşların entegrasyon eksikleri nedeniyle hala geliştirilmeye ihtiyaç duymaktadır.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili verilmesi ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeki yoğunluğun azaltılması, daha kaliteli sağlık hizmeti verilmesinin önünü açacaktır.
- Bireylerin aile hekimliğine özendirilmesi, başvuruya teşvik edilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını sağlayarak tedavi hizmetlerindeki maliyeti düşürecektir.
- Türkiye'nin halk sağlığı alanına daha çok yatırım yapması özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynağın artırılması önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin alt yapı sorunları hızlı bir şekilde çözülmelidir.
- Birinci basamağın periyodik sağlık muayeneleri, gebe-loğusa-bebek takipleri, aşılama, aile planlaması hizmetleri gibi koruyucu hizmet yönünün geliştirilmesi önerilmektedir.
- Toplum Sağlığı Merkezlerinde halk sağlığı uzmanlarını sayısı artırılmalı ve idari anlamda sorumluluk düzeylerinde halk sağlığı uzmanlarının istihdamı artırılmalıdır,



- Sağlık sistemimizin bir sorunu olarak karşımıza çıkan aile hekimi sayısındaki eksiklik, aile hekimi başına düşen kişi sayısındaki yükseklik ve bölgesel dengesizlikler konusunda politikalar üretilmelidir.
- Aile hekiminin sağlık sistemi ile ilgili ilk tıbbi temas noktasını oluşturması ve hastasının sağlığı ile ilgili her konuda sürekli sorumluluk duyarak sağlık hizmeti sağlayan birimler arasında bir lider veya koordinatör olarak görev yapması beklenir. Hastanın, toplum, aile veya sosyal çevresini de içerecek şekilde sağlığı ile ilgili her konuda sorumluluğunu üstlenmesi gerekir.
- Sağlık sorunlarında birinci basamağın öncelikle tercih edilmemesi, sorunların ikinci veya üçüncü basamağa götürülmesi, bu basamakların iş yükünü artırmakta ve maliyet etkinliğin düşük olmasına neden olmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli bileşenlerinden olan aile hekimliği sistemi, etkili ve kademeli sevk zincirinin işler hale getirilememesi sebebiyle kişilerin ilk başvuru yeri olmaktan çıkmıştır. Aile hekimliği sisteminin mevcut sorunları giderildikten sonra basamaklı sevk zincirinin işler hale getirilmesi sağlanmalıdır. COVID-19 pandemisi döneminde birinci basamağa alınan, hastaneden uzaklaşan toplumsal algı sevk zincirinin bu dönemde getirilmesi açısından bir şanstır. Uygun ortam değerlendirilerek sevk zinciri uygulaması başlatılmalıdır.
- Tıp eğitiminin amacı birinci basamakta görev yapabilecek bilgi ve becerilere donatılmış hekimler yetiştirmek olmalıdır.
- COVID-19 pandemisi döneminde gelişmiş ülkelerde dahil bazı ülkelerde görülen sağlık çalışanlarının istifası ülkemizde görülmemiştir. Ancak bu önemli bir tecrübe olarak, sağlık hizmeti sunumunda çalışan personel yetiştiren tüm fakültelere, sağlık hizmetlerinin felsefesi ile ilgili dersler eklenmelidir.
- Kişilerin sağlık düzeyini koruyacak ve yükseltecek hekim ve hekim dışı sağlık personelini yetiştirmek için tıp eğitiminin koruyucu hekimliğe önem veren bir yaklaşımı içermesi, tıp eğitimi ile sağlık hizmetleri arasında eşgüdüm sağlanması, pratisyen ve uzman hekim sayılarının denetlenmesi, müfredatın ulusal gereksinimlere uygun olması vb. birçok konuyu içerecek şekilde yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir.
- COVID-19 pandemisi döneminde öne çıkan konulardan biri de sağlık hizmetleri sunumunda ekip ruhudur. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin hekim merkezli değil bir ekip hizmeti olduğu net bir şekilde görülmüştür. Ülkemiz dünyada bunu sağlayabilen ve hatta toplumsal dinamiklerle ruh birliği oluşturabilen ülkelerden biri olmuştur. Post-pandemik dönemde bu ekip ruhu ve ekip hizmeti anlayışı desteklenmeli ve geliştirilmelidir.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin personel niteliği ve niceliği açısından desteklenmelidir. Aile sağlığı merkezlerinde aile hekimi uzmanı sayısının artırılmasına yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Ayrıca aile

sağlığı elemanı olarak tanımlanan personele yönelik yüksekokul/fakülte açılmalı ve bu alanda personel yetiştirilmelidir. Mevcut aile sağlığı elemanı olarak çalışan personele standart bir hizmet içi eğitim verilmelidir.

- Aile hekimlerinin sistemin uygulanması ile ilgili görüşlerinin planlayıcı ve uygulayıcısı konumunda olan paydaşlarla ortak bir zeminde tartışılması ve sorunlara eşgüdüm içerisinde çözümler getirilmesi gerekmektedir.
- Kişilerin sağlık okuryazarlığının yükseltilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. COVID-19 salgını döneminde en fazla karşılaşılan zorluklardan biri sağlık iletişimi ve verilen mesajların anlaşılması/uygulanması aşamalarında yaşanmıştır. Bu alana yönelik çalışmalar ve eğitimler artırılmalı ve desteklenmelidir.
- Hizmetler konusunda toplumun algılarına, tercihlerine ve hizmetin kullanımına odaklanan, topluma dayalı araştırmalar; mevcut duruma ilişkin bilgileri sağlamak, geçmişle karşılaştırmak ve yıllar içindeki değişimleri ölçebilmek açısından önem taşımaktadır.
- Sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanları arasındaki ücret dengesizliklerinin giderilmesi, sağlıkta performans sisteminin revize edilmesi gerekmektedir.
- Sağlık hizmetlerinde performans odaklı sistem yerine kalite ve verimlilik odaklı bir sistem kurulmalıdır.
- COVID-19 pandemi döneminde öne çıkan konulardan biri de sağlık hizmetlerinde multisektörel yaklaşımın önemidir. Ülkemiz bu dönemde sektörler arası iş birliği konusunda güzel bir tecrübe oluşturmuş ve pandemi ile başarılı şekilde mücadele etmiştir. Bu tecrübe postpandemi döneminde kullanılmalı ve sağlık hizmetlerinde sektörler arası iş birliği devam ettirmeli ve geliştirilmelidir.
- Bir süredir ülkemizde var olan sağlık hizmet sunumunda çalışan personel ile hizmeti alanlar arasındaki duygu farklılaşması COVID-19 salgını döneminde hızla azalmış, zaman içinde ortak bir duygu oluşmuştur. Aslında bu çok istenen ve arzu edilen bir durumdur. Çünkü sağlık hizmeti alan ve veren kişiler aynı amaca hizmet etmektedirler. Bu oluşan yeni duygu birlikteliğini destekleyecek politikalar oluşturulmalı ve geliştirilmelidir.
- Pandemi süresince medyanın sağlık haberleri konusundaki eksik ve yetersizliği tekrar gündeme gelmiştir. Postpandemik dönemde medyadaki sağlık haberleri ile ilgili kural ve kararlar oluşturularak RTÜK ile paylaşılmalıdır.
- Pandemi sürecinde belediyeler önemli bir görev üstlenmiştir. Ancak bazı belediyelerin dezenfeksiyon tünelleri benzeri yanlış uygulamaları süreç açısından olumsuz olmuştur. Çünkü sağlık hizmetleri açısından belediyeler son derece önemlidir. Bu sebeple postpandemi döneminde belediyelerde sağlık danışma kurulları oluşturularak, sahada sumulan temizlikten ilaçlamaya kadar toplum sağlığını yakından ilgilendiren pek çok hizmetin daha bilimsel zeminde yürütülmesi sağlanmalıdır.

- Pandemi ve tüm olağandışı dönemlerde önemli bir konuda rutin sağlık hizmetleri ve risk gruplarına sunulan hizmetlerdir. Bu dönemlerde verilecek hizmetlerin standartlaştırılması için postpandemi dönemde çalışmalar yapılmalıdır.

## Kaynakça

- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (2010). Resmî Gazete: 25 Mayıs 2010.
- Aktaş, E. & Çakır, G. (2012). Aile Hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. *Ege Tıp Dergisi*, 51(1), 21-29.
- Aktürk, Z., Ateşoğlu, D., & Çiftçi, E. (2015). Patient satisfaction with family practice in Turkey: Three-year trend from 2010 to 2012. *European Journal of General Practice*, 21(4), 238-245.
- Arslanhan, S. (2010). *How Increasing Health Costs Affect Health Indicators?*. Report of the Economic Policy Research Foundation of Turkey.
- Atabey, S. E. (2016). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*. Gazi Kitabevi.
- Ateş, M. (Ed.). (2012). *Sağlık İşletmeciliği*. Beta Basım.
- Avrupa Birliği İlerleme Raporu (2018). Erişim: [https://www.ab.gov.tr/siteimages/pub/komisyon\\_ulke\\_raporlari/2018\\_turkiye\\_raporu\\_tr.pdf](https://www.ab.gov.tr/siteimages/pub/komisyon_ulke_raporlari/2018_turkiye_raporu_tr.pdf) (ET: 01.06.2020)
- Ay, K. (2019). *Avrupa Birliği Uyum Süreci Bağlamında Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yapısal ve Finansal Dönüşümü*. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2019.
- Aydın, A., Kaya, D., Başak, F., Köşker, H. D., Uçak, S., & Atadağ, Y. (2016). Aile hekimliği uygulamasıyla üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuru sebeplerinde olan değişiklikler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 20(4), 141-145.
- Başer, D. A., Kahveci, R., Koç, E. M., Kasım, İ., Şencan, İ., & Özkara, A. (2015). Strong primary care for effective health systems. *Med J Ankara Medical Journal*, 15(1), 26-31.
- Bayraktutan, Y., Pehlivanoglu, F. (2012). Sağlık İşletmelerinde Etkinlik Analizi: Kocaeli Örneği. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 23, 127-162.
- Baykan, Z., Çetinkaya, F., Naçar, M., Kaya, A., & Işıldak, Ü. (2014). Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 18(3), 122-133.
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık ekonomisi: kavramsal bir yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 26(2), 29-50.
- Çetinkaya, F., Baykan, Z., & Naçar, M. (2013). Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması İle İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1), 49-56.
- Çetinkaya, F., Baykan, Z., Naçar, M., & Öksüzkaya, A. (2014). The Current Situations and Problems of Family Physicians in the Province of Kayseri and Their Views about the Family Medicine System. *Erciyes Medical Journal/Erciyes Tıp Dergisi*, 36(3), 108-114.
- Durmuş, H., Timur, A., Yıldız, S., & Çetinkaya, F. (2018). Erciyes Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların Aile Hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 22(1), 2-11.
- Feo, O., (2008). Neoliberal Policies and Their Impact on Public Health Education: Observations on the Venezuelan Experience, *Social Medicine*, 3(4), 223-231.
- Hayran, O., & Sur, H. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme- Finansman- Yönetim- Mevzuat*. Yüce Yayınları.
- İlgün, G., & Şahin, B. (2016). Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 115-130.
- Kavuncubaşı, Ş. & Yıldırım, S. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Siyasal Kitabevi.
- Mcpake, B., & Normand, C. (2008). *Health Economics: An International Perspective*, Routledge.

- McWhinney, I. R. & Freeman T. (2009) *Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press.
- Naçar, M., Çetinkaya, F., & Öztürk, Y. (2004). Kayseri ilinde 15-49 yaş grubu kadınların sağlık ocağından yararlanma durumu ve beklentileri. *STED*, 13(3), 106-109.
- OECD (2019). OECD Health Statistics. Erişim: <http://www.oecd.org/about/membersandpartners/> (ET: 01.06.2020)
- Öksüzkaya, M. (2017). Sağlık Sektöründe Bölgearası Etkinliğin İncelenmesi. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(10), 280-299.
- Özata, M., Tekin, F., & Öztürk, Y. E. (2016). Konya'daki Aile Hekimliği Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 35, 205-218.
- Özçelik, M. (2019). *Türkiye Sağlık Sistemi Verimliliğinin İncelenmesi*. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Tezi
- Öztek, Z. (2009). Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40(1), 6-12.
- Öztek, Z. (2019). *Halk Sağlığı Bakışıyla Sağlık Hizmetleri Kavramlar İlkeler Politikalar*. Maltepe Üniversitesi Yayınları.
- Roemer, M. I., (1989). National Health Systems as Market Interventions, *Journal of Public Health Policy*, 10(1), 62-77.
- Sağlık Bakanlığı. (2015). *2015 Yılı Bütçe Sunumu*. TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu.
- Sağlık Bakanlığı (2018). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*.
- Sargutan, A. E. (2006), *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Schulz, R., Johnson A. C. (1990). *Management of Hospitals and Health Services Strategic Issues and Performance* (Third Edition). Mosby-Year Book,
- Street, A., Hakkinen, U. (2010). Health System Productivity and Efficiency. *Performance Measurement for Health System Improvement*. Cambridge University Press.
- Şeker, M., Özer, A., Tosun, Z., Korkut, C. & Doğrul, M. (2020). *COVID-19 Küresel Salgın Değerlendirme Raporu*. Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları No: 34. Erişim: <http://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/T%C3%9CBA%20Covid-19%20Raporu%206.%20G%C3%BCncelleme.pdf> (ET: 10.06.2020)
- Şenol, V., Çetinkaya, F., & Balcı, E. (2010). Kayseri kent merkezinde genel popülasyonda sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkili faktörler. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 30(2), 721-730.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), (2019). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*.
- UNICEF (2019). *Trends in under five mortality rate*.
- WHO, (2000). *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. The World Health Organization Publishing.
- Yıldırım, H. H., & Yıldırım, T. (2011). *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*. İmaj Yayıncılık.