



TÜRKİYE İSRAFI ÖNLEME VAKFI YAYINLARI  
Türkiye'nin Sorunlarına Çözüm Serisi: 5

Hasta ile Hekim Arasındaki Para  
İlişisini Kaldıran Sistem:

Yoksul ve Zengine Eşit Şartlarda  
Tedavi İmkanı

# Genel Sağlık Sigortası

Ç  
A  
M  
A

TOPLUMSAL MENFAATLER  
İSTİKAMETİNDE,  
İSRAFIN ÖNLENMESİ  
SONUCU,  
EKONOMİK VE SOSYAL  
REFAHIN SAĞLANMASI.

**Prof. Dr. Aziz AKGÜL**

Diyarbakır Milletvekili

ve

Türkiye İsrافی Önleme Vakfı  
Mütevelli Heyeti Başkanı

**HASTA İLE HEKİM ARASINDAKİ  
PARA İLİŞKİSİNİ KALDIRAN  
SİSTEM:  
YOKSUL VE ZENGİNE  
EŞİT ŞARTLARDA  
TEDAVİ İMKANI**

**AKREDİTE OLMUŞ SAĞLIK  
SİSTEMİNİ KADEMELENDİRİLMİŞ  
BİR BİÇİMDE GERÇEKLEŞTİREN  
GENEL SAĞLIK SİGORTASI**

**Prof. Dr. Aziz AKGÜL**

Diyarbakır Milletvekili

ve

Türkiye İsrافی Önleme Vakfı

Mütevelli Heyeti Başkanı

Mart 2003

**ANKARA**

Türkiye İsrافی Önleme Vakfı Yayınları  
Türkiye'nin Sorunlarına Çözüm Serisi: 5

**Türkiye İsrافی Önleme Vakfı**

Karaca Sok. No: 17/2

Gaziosmanpaşa 06700 ANKARA

Tel: 0 312 440 88 66

Faks : 0 312 440 93 99

e-mail : demak@superonline.com

Baskı : Emek Ofset Ltd. Şti.

Tel : 0312 431 25 87

# KAMU YÖNETİM POLİTİKASI

## Ülke Sorunlarının Çözümünde Temel Yönetim Politikası;

- Açık toplum,
- Hakkaniyet,
- Uzlaşma,
- Hoşgörü,
- Toplumsal Menfaat,
- Saygı ve Nezaket ile
- Halka Hizmeti esas alan

Kamu yönetiminde toplam kalite olmalıdır.

## Toplam Kalitede Depolitizasyon Esas Olduğundan;

- Irk,
- Dil,
- Din,
- Siyasi Görüş,
- İnanç ve
- Yaşama Biçimi İtibariyle

Hiçkimse, hiçbir kimseyi aşağılayamaz. İnsan olarak herkes diğerine saygı duymak, anlayışlı ve hoşgörülü olmak durumundadır.

## Sağlık Harcamaları ve Durum Tespiti

- Bütçeden sağlık için ayrılan payın düşüklüğü, kişi başına sağlık harcamalarının azlığı ile doktor ve hemşire başına düşen nüfusun çokluğu, Türkiye'nin sağlık alanında sınıfta kaldığının net göstergelerindedir.
- 1990 yılından bu yana, bütçeden sağlığa ayrılan payın neredeyse yarı yarıya düştüğü görülüyor. 1990 yılında sağlığa ayrılan pay % 4.8 iken, bu oran 2002 bütçesinde % 2.6 oldu. Bir başka deyişle, 98.1 katrilyon liralık 2002 bütçesinden sağlığa sadece 2.34 katrilyon lira ayrıldı. Üstelik bu rakamın 1.82 katrilyon lirası, Sağlık Bakanlığı personelinin maaşlarına gidiyor.
- Sağlıktaki geri kalmışlığımız, yıllık bazda kişi başına düşen sağlık harcamasında da kendini gösteriyor. Mesela, 2001 yılı verilerine göre ABD'de kişi başına sağlık harcaması 3 bin 708 dolar iken, bu rakam Avrupa Birliği üyesi Almanya'da 3 bin 36, İspanya'da 1,134, Yunanistan'da 693 dolar civarında, Türkiye'de ise 108 dolardır.
- Ülkelere göre doktor başına düşen nüfus ile ilgili istatistikler de Türkiye açısından hiç iç açıcı değil. ABD'de doktor başına düşen nüfus 420,

İsveç'te 370, İspanya'da 280, İtalya'da 210 iken, Türkiye'de doktor başına nüfus 848'dir.

- Sağlık Bakanlığı verilerine göre, ülkemizde her uzman doktor yılda ortalama 2 bin civarında hastayı tedavi ediyor. Gelişmiş ülkelerde yaklaşık 150 kişiye bir hemşire düşerken, bu sayı Türkiye'de 972 kişiye buluyor.
- Koruyucu sağlık hizmetleri % 2.1 gibi çok düşük bir pay almaktadır.
- Marmara Bölgesinde 693 kişiye bir doktor düşerken, Güneydoğu Bölgesinde 2,150 kişiye bir doktor düşüyor.
- Marmara Bölgesinde 3,177 kişiye bir diş hekimi düşerken, Güneydoğu Bölgesinde 20,386 kişiye bir diş hekimi düşüyor.
- İl bazında incelendiğinde, bir doktora Ankara'da 329, İzmir'de 504, İstanbul'da 541, Antalya'da 888 kişi düşerken, Bitlis'te 2,722, Mardin'de 2,972, Muş'ta 3,030 ve Şırnak'ta 4,533 kişi düşüyor.
- Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye genelinde toplam 4 bin 10 uzman, 14 bin 475 ebeye, 28 bin 91 hemşireye, 7 bin 766 pratisyen hekime ihtiyaç vardır.
- Toplam sağlık finansmanının % 42'si genel bütçeden, %24.7'si SSK fonlarından ve % 33'ü de kişisel kaynaklardan sağlanmaktadır.

- SSK, 1992 yılından itibaren sağlık sigorta kolunda açıklar vermektedir. BAĞ-KUR'da benzer açıklar oluşmuştur. Her iki sigorta oluşumunda da doğrudan devlet katkısı ya da katılımı olmamasına rağmen, genel bütçeden her iki kuruluş için de ek ödemeler tahsis edilmek suretiyle açıklar finanse edilmektedir.
- Diğer taraftan, iç içe geçmiş sosyal güvenlik ile sağlık hizmetlerinin de bir birinden ayrılması gerekir. Çünkü, hem verilen hizmetler tatmin edici değil hem de çok büyük kayıp ve kaçaklar vardır.
- Mesela; SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve özel sandıklar, tam 59 milyon 213 bin kişiye sosyal güvenlik hizmeti veriyor. Bağımlılar ile birlikte SSK'nın üye sayısı 34 milyon 140 bin, Bağ-Kur'un üye sayısı 15 milyon 36 bin, Emekli Sandığı'nın üye sayısı 9 milyon 766 bin, özel sandıkların üye sayısı 271 bin. Bütün bunların üzerine 11.5 milyon yeşil kart sahibi eklenince, sosyal güvenlik verilenlerin sayısı 70 milyon 741 bin oluyor.
- Ülkemizde Bebek Ölüm Hızı %0 32.6, normal kabul edilen oran ise %0 06'dır.
- Doğuşta hayatta kalma ümidi ortalama 69.6 yıldır.

- Sağlık hizmetleri hastahane ağırlıklı hale gelmiştir. Buna rağmen, hastahanelerde yatak doluluk oranları % 60'ları zor bulmaktadır.
- Hekime başvuru sıklığı ülkemizde yılda % 2.5 iken, OECD ülkelerinde en az % 6'dır.
- Hastahaneye başvuru oranı bizde % 57.6, onlarda ise ortalama 25'tir. Buna mukabil ülkemizde hastahane kapasite kullanım oranı % 60 iken, OECD ülkelerinde % 80'dir.

### **OECD ülkelerinden:**

- En az 10 yıl daha az yaşamaktayız.
- Bebek ölümlerimiz, en az 6 misli daha fazladır.
- Ana ölümlerimiz, en az 8 kat daha fazladır.

### **Ülkemiz benzeri demografik özelliklerine göre sıralandığında;**

- Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) 2001 Dünya Çocukları Durumu'nda 187 ülke arasında 77'nci,
- Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) 2001 İnsani Kalkınma İndeksi'nde, 174 ülke arasında 85'nci sırada yer almıştır.

**Hizmet göstergeleri kadar, ülkemizin sağlık finansmanı da tam bir karmaşa içindedir.**

- DPT 2002 Yılı Programı'na göre, toplam nüfusumuzun yaklaşık % 15'i sağlık güvencesinden yoksundur.
- 1998 yılı gerçekleşmiş sağlık harcamalarına göre, 2.6 milyar dolarlık sağlık harcaması doğrudan cepten ödeme olarak yapılmıştır.
- Türkiye'de kişi başına sağlık harcaması 150 dolar iken, OECD ülkelerinde ortalama 1900 dolar; bizde toplam sağlık harcaması ise % 4.8, onlarda % 7.2 dir.
- Kamu ilaç harcamamız 2.5 milyar \$, özel harcamalarda 708 milyon \$, toplam ilaç harcaması 3.2 milyar \$'dir.
- Genel olarak hemen hemen tüm ülkelerde sağlık sektörü maliyetinin % 60'ından fazlasını insangücü maliyetleri oluşturur. Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı'nda bu oran % 80 civarındadır. 2002 yılı Sağlık Bakanlığı Bütçesi'nde bu oran % 78'dir.
- 1999 yılı verilerine göre, ülkemizde üretilen ilaç sayısı 3.100 iken, Almanya'da 9.493, Pakistan'da 9.000, Tayland'da 8.835, İtalya'da 5.278, Fransa'da 3.640'dır.
- İlaç tüketiminin Gayrisafi Milli Hasılaya oranı; ülkemiz için % 0.94 olarak belirlenirken,

Fransa % 1.13, Almanya % 0.85, Norveç % 0.57'lik bir paya sahiptir.

- 2002 Mali Yılı Bütçesi'ne göre, 98 katrilyonluk bütçenin 2.3 katrilyonluk kısmı yani % 2.4'ü Sağlık Bakanlığı'na aittir. 2000 yılında bu oran 2.2, 2001 yılında 2.6 olarak gerçekleşmişti.
- Ülkemiz Sağlık Harcamaları (1998); % 40 vergiler, % 31 sigorta primleri, % 28 doğrudan cepten ödemelerden sağlanmaktadır.
- Sağlıkta ve sosyal güvenlikte hizmet sunumu kalitesizdir. Hizmeti sunanla satın alan aynıdır, bu nedenle rekabet yoktur. İnanılmaz bir kaynak israfı vardır. Hizmetin ulaşılabilirliği herkes için aynı değildir. Hakkaniyet yoktur.

**Bütün bu göstergeler reform ihtiyacının ne kadar acil olduğunu ortaya koymaktadır.**

**Yukarıdaki istatistiklerin de gösterdiğine göre, ülkemizdeki yetersiz ve kalitesiz sağlık sisteminin artık değişim mühendisliği yaklaşımı kullanılarak radikal değişime uğraması gerekmektedir.**

## Sağlık Stratejisi

Ülkemizde ana sağlık stratejisi;

- **İnsana yakışır bir biçimde,**
  - **Sağlık hizmeti kalitesini artırarak,**
  - **Bütün vatandaşlarımıza hiçbir ayırım yapmadan,**
  - **Doğru tedavinin,**
  - **Doğru zamanda ve**
  - **Doğru yerde**
- verilmesini sağlamak olmalıdır.

## Sağlık Politikası

Sağlık politikası şunları hedeflemelidir:

➤ **Hastahanelere zamanında ulaşılma:**

Kamu ve özel sağlık sistemleri 24 saat ulaşılabilir entegre bir ağ vasıtasıyla kaza ve ya acil durumda hasta için kaza ve şok sırasında çok önemli olan '**altın saat**' kavramı çerçevesinde düzenleme yapılmalıdır.

➤ **Güvenli, kaliteli hastahane hizmeti:**

Kamu ve özel hastahanelerin klinik olarak yeterli olup olmadığını akredite edecek bir yapı oluşturulmalıdır.

- Ülke çapında adil sağlık hizmeti sağlanmalıdır.
- **Profesyonel Sağlık Yöneticiliği Dönemi Başlamalı:**

İl sağlık müdürü ve hastahane yöneticisi olabilmek için başvurular, profesyonel sağlık idareciliği ile modern hastahane işletmeciliği eğitiminden geçirilmelidirler. Bu konuda üniversiteler, Türkiye Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü ve Hıfzısıhha Enstitüsü arasında işbirliği sağlanmalıdır.

### **Amaçlarımız:**

- Her Türk vatandaşının sağlık sigortası kapsamına alınması, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin verilmesi,
- Her Türk vatandaşının bütün sorunlarını bilen bir aile doktoruna kavuşması,
- Kuyrukların olmadığı, yüksek teknolojinin kullanıldığı güler yüzlü hastahaneler,
- Sağlık personelinin tüm Türkiye'ye gönüllü ve dengeli dağılımı,
- Başarının ödüllendirildiği personel politikası,
- Mutlu ve haklarını alan sağlık personeli,
- Herkesin erişebildiği sağlık hizmetleri,

- Hasta hakları ve doktor seçme özgürlüğünün sağlanması, rekabet ortamında kaliteli hizmet sunumu,
- Sağlık yönetiminin merkeziyetçi ve çok başlı olmasının ortadan kaldırılması,
- 1920-1930'ların eskimiş mevzuatını yenileyerek istikrarlı sağlık politikalarının oluşturulmasıdır.

**Aşağıdaki Soruları Cevaplandırarak Şekilde Türkiye'de Sağlık Hizmeti Yeniden Yapılandırılmalıdır:**

- En yakın hastahaneye vatandaşlar ne kadar seyahat etmektedir?
- Hizmet için hasta ne kadar beklemektedir?
- Bütün ülkedeki hizmet hızı nedir?
- Ülkenin değişik bölgelerine ne kadar kamu parası harcandı?
- Ödenen vergilere gereken değer verilmesi sağlandı mı?
- Kırsal kesimin ve kimsesizlerin özel ihtiyaçlarına cevap verilebildi mi?

## **Genel Sağlık Sigortası Modeli**

- Yukarıda belirtilen strateji ve politika çerçevesinde; kaliteli sağlık hizmetini bir sosyal insan hakkı olarak görülerek, **Genel Sağlık Sigortası** oluşturulmalıdır.
- Genel Sağlık Sigortasının oluşturulmasının temel sebebi; etkili bir yönetim sonucu, hekim ile hasta arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırarak, vatandaşlarımıza kaliteli sağlık hizmeti sunulması yanında, sağlık harcamalarında meydana gelecek önemli tasarruftur.
- Genel Sağlık Sigortası sayesinde, herkes eşit olarak sağlık hizmeti alabilmelidir.
- Dünyanın her yerinde olduğu gibi Türkiye’de de devlet tarafından işletilen hastahaneler önemli derecede verimsizdir.
- **Bu bakımdan, devlet hastahaneleri özerkleştirilerek, Sivil Toplum Örgütlerinin de içinde bulunduğu yönetim kurulları tarafından yönetilmelidir.**

## **Devlet Hastahanelerinin Özerkleştirilmesi Sonucu Oluşturulacak Yönetim Kurulları**

- Devlet, SSK, DDY, Milli Eğitim, Belediye ve diğer kamu kurumu hastahaneleri özerkleştirilerek birer sağlık işletmesi olarak çalışmalarını sağlanmalıdır. Bu maksatla sivil toplum örgütleri temsilcilerinden oluşacak yönetim kurullarında;
- Mülki idare amiri veya uygun göreceği bir kişi,
- İl genel meclisinden kendi içinden seçilecek bir üye,
- Belediye meclisinden kendi içinden seçilecek bir üye,
- Üniversite temsilcisi,
- Kanunla kurulmuş sağlık meslek kuruluşlarının her birinden bir üye,
- Sanayi ve ticaret, esnaf ve ziraat odalarından birer üye,
- İşçi konfederasyonlarının kendi aralarından seçecekleri bir üye yer alabilir.

## **Genel Sağlık Sigortası'nın Amaçları**

Oluşturulacak Genel Sağlık Sigortası Kanununun amaçları şöyle belirlenebilir:

- Bütün vatandaşların sağlık hizmetlerine etkin bir şekilde, sosyal insan haklarına uygun olarak ulaşmalarını temin etmek;
- Genel sağlık sigortası modeliyle, sağlığın finansmanı oluşturulurken, ayrılan sağlık harcamalarının etkin kullanımını sağlamaktır.

## **Üye Zorunluluğu**

- Türkiye'de yaşayan bütün vatandaşların Genel Sağlık Sigortasına dahil olmaları zorunlu olmalıdır.
- Genel Sağlık Sigortasına üye olan her vatandaşa bir tanıtım kartı verilmelidir.
- Muhtaç vatandaşların bütün ödemeleri devlet tarafından sağlık finansman kurumuna yapılmalıdır.

## **Sağlık Finansman Kurumu**

- Genel sağlık sigortasını idare etmek amacıyla, bölgesel teşkilatı olan özerk **Sağlık Finansman Kurumu** oluşturulmalıdır.

- **Amaç:** Hizmetlerin değil kişilerin sübvansiyonu esasına dayalı finansman sistemi kurarak sağlık güvencesi olmayan nüfus bırakmamak ve Genel Sağlık Sigortası'na geçmektir.
- Kurumun oluşturulması için, devlet bütçesinden bir başlangıç fonu aktarılmalıdır.
- Sağlık Finansman Kurumunun yönetim kurulu şöyle oluşturulabilir:
  - Sağlık Bakanı,
  - Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı,
  - Sağlık Finans Kurumu Başkanı,
  - Emeklilik Fon İdaresi Başkanı,
  - İşçi konfederasyonlarının kendi aralarından seçeceği bir Konfederasyon Başkanı,
  - Türkiye Ticaret, Sanayi Odaları ve Borsaları Birliği Başkanı,
  - Ziraat Odaları Birliği Başkanı,
  - Esnaf ve Sanatkarlar Konfederasyonu Başkanı,
  - Sağlık hizmeti veren kurumların temsilcisi,
  - Memur sendikalarının kendi aralarında yapacakları seçimde gelecek Konfederasyon Başkanı.

## **Sağlık Finans Kurumunun Görevleri**

- Genel Sağlık Sigortası programını idare etmek,
- Programın uygulanması için sağlıklı politikalar üretmek ve kaliteli yönetim sergilemek,
- Sağlık Finans Kurumu, genel sağlık sigortasına dahil olacak sağlık kuruluşlarını akredite etmeye yetkili olmalıdır.
- Sağlık kalitesi için hukuki düzenlemeler hazırlamak ve standartlar oluşturmak,
- Sistemin finansmanında yapılacak katkılara karar vermek için prensipler oluşturmak,
- Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun uygulamalarını takip etmek maksadıyla taşra teşkilatını oluşturmak,
- Bağış ve yardımları kabul etmek ve yönetmek,
- Devlet hastahanelerinin özerk olarak çalışmalarını tesis etmek.
- Genel Sağlık Sigortası Fonu'nun muhasebesi ve yatırım alanlarına karar vermek,
- Sağlık hizmetleri sağlayanları sisteme kabul ve sistemden çıkarmaya karar vermek,
- Sağlık hizmetleri ile ilgili ihtilafların çözümünü gerçekleştirmek.

## **Genel Sağlık Sigortası Fonu**

- Genel Sağlık Sigortası Programına dahil üyelerden yapılan katkılar,
- Genel bütçeden; emekliler ve muhtaç vatandaşlar ile devlet katkısı ile ilgili yapılacak transferler ile
- Alınan bağışlardan oluşabilir.

## **Ortak Teminat Paketi**

Genel Sağlık Sigortası güvencesine sahip kişilere verilen;

- Bütün kademelerdeki sağlık hizmetlerini,
- Bu sırada kullanılan bütün tıbbi malzeme ve ilaçlar ile benzeri sağlık yardımlarını,
- Bu yardımların yapılabilmesi için, bulunduğu yerden başka yere gönderilenlere verilen yol parası ve
- Zaruri giderleri kapsar.

## **Katkı Payı**

- Kişinin gelir seviyesi ve bakmakla yükümlü olduğu birey sayısı ile orantılı olarak belirlenen genel sağlık sigortası katkı payı oluşturulup, aylık olarak sigortalıdan tahsil edilmelidir.

- Ödeme güçlüğü içinde olan vatandaşlarımız gruplandırılarak, eksik kalan genel sigorta katkı payı Devlet tarafından karşılanmalıdır.
- Hiç ödeyemeyecek durumda olanların katkı payları tamamen devlet tarafından karşılanmalıdır.
- Ortak teminat paketi dışında, ek hizmet almak isteyen kişiler, bu hizmetin karşılığını doğrudan ödeyebilecekleri gibi, özel sigortalılık hizmetlerinden faydalanabilirler.

## **Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu**

Sağlık hizmeti verecek kuruluşların akreditasyonu için asgari şartlar:

- Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen yeterlilikte, personel, mekan ve cihazlara sahip olmak,
- Kalite güvencesini sağlayabilmek,
- Genel Sigorta sistemi tarafından belirlenen ödeme şartlarını kabul etmek,
- Hasta haklarına riayet etmek ve
- Devamlı bilgi akışını sağlayabilmektir.

## Hasta Nereye Gidecek

- Genel sağlık sigortasına dahil olanlar, tıbbi veya diş hekimliği alanında akredite olmuş olan, bölgesindeki istediği sağlık birimine gitme serbestisi olmalıdır.
- Ancak, gidilen yerin kapsadığı alan, seçilen yerin tedavi için uygun olup olmaması bir sınırlama olmamalıdır.
- **Aile hekimliğinden başlayarak kademelendirilmiş bir sağlık sistemi oluşturulmalıdır. Bu bakımdan, aile hekimine müracaat etmek esas olmalıdır.**
- Bütün Devlet hastahaneleri, Üniversite hastahaneleri, SSK hastahaneleri, Askeri hastahaneler, DDY, Belediye hastahaneleri yanında, isteğe bağlı olarak özel sağlık merkezleri kaliteyi esas alan akreditasyon sistemi esas alınarak genel sağlık sigortası kapsamına alınmalıdır.

## Sağlık Sisteminin Kademelendirilmesi

- Uzmanlık alanına göre, sağlık sisteminin kademelendirilmesi yapılmalıdır:
- Geliştirilen sağlık stratejisi çerçevesinde, sağladıkları acil yardım çeşidi ve uyguladıkları tedavi yöntemlerindeki karmaşıklık

seviyesi dikkate alınarak, Türkiye'deki sağlık hizmetleri 5 kategoride sınıflandırılabilir.

- Hastaların gereksiz olarak daha fazla ihtisaslaşmış birimlere yük oluşturmalarına engel olunarak, hastaların kendi bölgelerinde tedavi görmelerine imkan sağlanmalıdır.
- Kademelendirme şöyle yapılabilir:
  - Aile Hekimliği,
  - Sağlık Merkezleri,
  - Merkez Hastahaneleri,
  - Bölge İhtisas Hastahaneleri,
  - Bölge Yüksek İhtisas Hastahaneleri,
- Böylece, dalgakıranlar vasıtasıyla, hasta yığılması önlenerek, sağlık hizmetinde kalite artırılmış olacaktır.

## **Aile Hekimliği**

- Her ailenin kendisinin seçeceği bir aile hekimi olmalıdır. Acil vakalar dışında, aile hekimine tedavi için müracaat etmek esas olmalıdır.
- Genel Sağlık Sigortası ile birlikte **Aile Hekimliği**'ne geçilmeli, ayakta ve evde tedaviyi, hastanın özgürce seçeceği yöresindeki aile hekimleri yapmalı ve hastahanelerdeki hasta kuyrukları tarihe karışmalıdır. Hastaha-

neler yalnızca **Acil, İleri Tetkik ve Yataklı Tedavi** görevini üstlenmelidir.

- Aile hekimi, asgari standartlara uygun bir mekanı asli görev yeri olarak kullanan, Bölgesel Sağlık Finans Kurumu ile sözleşmeli olarak kendisine kayıtlı kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek üzere;
  - Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
  - Ön teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerden sorumlu hekimdir.
- Aile hekimi, Bölgesel Sağlık Finans Kurumu'ndan, kendisine kayıtlı kişilerin sayısına, çalıştığı yerleşim yerine ve sağlık hedeflerine ulaşmadaki başarısına göre belirlenen bir ücret alabilecektir.
- Birden fazla aile hekimi bir araya gelerek **"Aile Hekimliği Merkezi"** kurabilirler.
- Aile hekimi; listesine kayıtlı kişilerin ev ziyaretlerini yapmak üzere, hemşire veya ebe istihdam edecektir. Bunun mümkün olmadığı hallerde, sağlık merkezi tarafından görevlendirilecek bir eleman ile işbirliği yapabilecektir.
- **Aile hekimleri;**
  - Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini,
  - Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini,

- Bağışıklama hizmetlerini,
- Periyodik muayene hizmetlerini,
- Ön tanı ve tedavi hizmetlerini,
- Hasta takibi ve sevk hizmetlerini,
- İleriki kademe sağlık hizmetlerinin evde, ayakta ve gerektiğinde sağlık kuruluşunda takibini,
- İlk yardım ve acil tedavi hizmetlerini,
- Laboratuvar hizmetlerini,
- Tıbbi danışmanlık ve evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerini,
- Eczane bulunmayan yerleşim yerlerinde, bu konudaki özel kanun hükümleri saklı kalmak üzere, hastalara ilaç temin etmek için ecza dolabı açmak ve işletmeyi,
- Elektronik ortamda veri toplama, kayıt ve istatistik işlerini yapacaktır.

## **Sağlık Merkezleri**

- İkinci seviye sağlık birimi olarak sağlık merkezleri oluşturulmalıdır. Bunların çok az yataklı servisi olmalı ve bir günlük olabilecek hafif ameliyatlar yapılabilmelidir.

- Sağlık merkezleri; büyüklük ve alan itibariyle değişiklik göstermelerine rağmen, çoğunluğu genel poliklinik hizmetleri ile halk sağlığı hizmetleri verebilmelidir.
- Sağlık merkezleri il ve ilçelerde olmalıdır.
- Bazı ilçelerdeki uygun büyüklükte olan sağlık ocakları, sağlık merkezleri haline dönüştürülmelidir. Sağlık merkezlerinde; dahiliye, çocuk ve kadın doğum uzmanları görev almalıdır. Küçük ilçelerde sadece pratisyen hekim olmalıdır.
- Kırsal alanda; nüfus, ulaşım ve diğer şartlar dikkate alınarak, sağlık evlerinin hizmet alanlarının gruplandırılmasıyla sağlık merkezlerinin hizmet alanı ortaya çıkacaktır.
- Aile hekimliğinin oluşturulamadığı yerlerde, kırsal sağlık merkezinde görevli hekim, aile hekimi gibi çalışacaktır.
- Laboratuvar tetkikleri, tıbbi görüntüleme gibi teşhis hizmetlerinin verilmesi ve bu alanda aile hekimine lojistik destek sağlanabilecektir.
- Bu merkezlerin çok sınırlı sayıda yatağa sahip olması suretiyle, düşük riskli doğumlar yapılabilecektir.

- Düşük seviyedeki teşhisler, günlük tedaviler, bazı hafif ameliyatlar, yaralı hastaların ilk tedavileri yapılabilecektir. Ancak, hemen hemen her zaman acil vakaların merkez ve bölge hastahanelerine sevk işlemi yapılabilecektir. Bu hizmetlere ambulans hizmeti de dahil olmalıdır.

## **Merkez Hastahaneleri**

- Her ilde olacak olan bu hastahaneler, halkın sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak ve 24 saat hizmet verecek şekilde teşhiz edilmelidir.
- Merkez hastahanelerinde, uzman doktor ve cerrahlar görev alacaktır. Ayrıca, halk sağlığı uzmanı da olacaktır. Teşhis ve klinik destek daha üst seviyede mevcut olmalıdır.
- Özel çocuk bakım ünitesi, rehabilitasyon ünitesi ve psikiyatri ünitesi de olmalıdır.
- Merkez hastahanelerinde yoğun bakım ünitesi olmasına rağmen, uzun süreli bakıma ihtiyacı olanlar bölge hastahanelerine sevk edilmelidir.

## **Bölge İhtisas Hastahaneleri**

- Bu hastahaneler, merkez hastahanelerinin yaptıklarının tamamını yaparken, onkoloji, bölgesel kamu sağlığı gibi ihtisas alanlarına da sahip olmalıdır.

- Bütün yaralı ve hastaları tedavi edebilecek nitelikte bir komple yoğun bakım ünitesi olacaktır. Telefonla çağırılan değil, her zaman hastahanedeki uzmanları olmalıdır.
- Bu hastahaneler, 7 gün 24 saat esasına göre çalışmalı, bütün ana modern teşhis hizmetlerine sahip olmalıdır. Kendi coğrafik bölgesinde ihtiyaca cevap verecek şekilde tasarlanmalıdır.
- Bazı hastalar buradan yüksek ihtisas hastahanelerine veya ihtisaslaşmış ünitelere sevk edilebilmelidir.
- İhtisaslaştıkları belirli yaralanmalar ile ilgili olarak başka hastahanelerden de buraya hasta sevki mümkün olabilmelidir.

## **Bölge Yüksek İhtisas Hastahaneleri**

- İhtisas hastahanelerinin sağladığı bütün imkanların yanında; beyin cerrahisi, yanık ve plastik cerrahi, kemik erimesi, yetişkin karaciğer transplantasyonu yapılabilmelidir. İhtisaslaşmış üniteler hariç hastalar genellikle buraya sevk edilmelidir.

## SONUÇ

Türkiye'de mevcut sağlık sistemi toplumun ihtiyaçlarını karşılayamaz durumdadır.

Bu bakımdan, vatandaşlarımıza adil, ulaşılabilir ve kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulabilmesi için; hekim ile hasta arasındaki para ilişkisinin ortadan kaldırıldığı, bütün sağlık kuruluşlarını kademelendirilmiş ve akredite olmuş bir biçimde oluşturan **Genel Sağlık Sigortası** uygulaması yapılmalıdır.



**Kaynakların Kullanımında  
80/20  
Prensibi**



**TÜRKİYE İSRAFI ÖNLEME VAKFI**