

'THE LANCET' SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN 'BAŞARILARI'NI DÜNYAYA PAZARLIYOR

M. Murat CİVANER¹, Alpay AZAP², Kayıhan PALA³, Akif AKALIN⁴, Gazanfer AKSAKOĞLU⁵, Feride AKSU TANIK⁶, Osman ELBEK⁷, Cavit Işık YAVUZ⁸, Muzaffer ESKİOCAK⁹, Özlem ÖZKAN¹⁰, Özden ŞENER¹¹, Bayazıt İLHAN¹², Kevser VATANSEVER¹³, Cem TERZİ¹⁴, Onur HAMZAOĞLU¹⁵

Özet: Bu makale, 27 Haziran 2013 tarihinde yayımlanan The Lancet'in bilebildiğimiz tarihindeki en uzun yazılardan bir tanesi ile aynı gün İstanbul'da gerçekleştirilen ve söz konusu yazının yazarları ile The Lancet Editörü'nün de konuşmacı olarak katıldığı toplantının içeriklerini tartışmak için derlenmiştir.

The Lancet'in yayım faaliyeti için tanımladığı hakemlik uygulamasının ayaklar altına alındığı bu sürecin değerlendirilebilmesi için, öncelikle söz konusu yazının-raporun özeti, raporun sunulduğu toplantı ve raporla aynı sayıda yayımlanan destek yazıları özetlenmiştir. Daha sonra, rapora yönelik The Lancet'te yayımlanan ve yayımlanmayan eleştiri yazılarına yer verilmiş ve raporun yazarlarının eleştirilere yanıtı özetlenmiştir. Yazarların, kendilerine yöneltilen somut eleştiri ve soruların büyük bölümünü yantısız bıraktıkları ya da 'iddiayı destekleyen bir yayın bulamadık' ifadesiyle geçştirdikleri izlenmiştir.

Raporun yazarlarının ileri sürdüğü gibi Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı başarılı kabul edebilmemiz için Türkiye'nin sınırsız bir toplum olduğunu ve herkesin çıkarının ortak olduğunu kabul etmemiz gerekir. Diğer kapitalist toplumlarda olduğu gibi Türkiye'de de toplum sınıflardan oluştuğu ve çıkarları birbiriyle çeliştiği için raporun yazarlarının iddialarının aksine, Sağlıkta Dönüşüm Programı toplumun bütün üyeleri için değil ancak patronlar-sömürgeçler için başarılı kabul edilebilir.

Anahtar kelimeler: The Lancet, Sağlıkta Dönüşüm Programı(SDP), Türkiye

The Lancet Markets The 'Successes' Of Transformation In Health Internationally

Abstract: In This essay was arranged to discuss an article published in the Lancet on 27 June 2013, one of the longest of all articles so far published in the journal to our knowledge, and the content of the meeting held on the same day participated by the authors of the article and the Editor of the Lancet.

The process is a sheer violation of the practice of referee that The Lancet itself envisages for its publication activities. To properly evaluate this process, the present article first gives summaries of the article-report, the meeting where the report was presented and supporting essays that were published in the same issue with the article itself. The article then makes reference to criticisms of the report either published or not in The Lancet as well as authors' replies to these criticisms. It is observed that authors left most of the questions and criticisms made without any response or just ignored them saying "we could find no publication supporting this assertion."

To accept the "success" of the Programme for Transformation in Health in Turkey, as claimed by authors, first we have to agree that Turkey is actually a classless society and all have common interests. As is the case in other capitalist societies, the Turkish society is composed of classes and these classes have conflicting interests. Thus, contrary to the assertions of authors, the programme can be coined as "success" not for all citizens but for bosses-exploiters.

Key words: The Lancet, Programme for Transformation in Health (PTH), Turkey

¹Doç. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD

²Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

³Prof. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

⁴Dr., İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD

⁵Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

⁶Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

⁷Doç. Dr., Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD

⁸Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

⁹Prof. Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

¹⁰Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

¹¹Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD

¹²Opr. Dr., Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi

¹³Yrd. Doç., Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD

¹⁴Prof. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

¹⁵Toplum ve Hekim Dergisi Editörü

'The Lancet' dergisi dünyanın en saygın / önemli ilk üç tıp dergisi arasında kabul edilmektedir. Dergiyi diğerlerinden farklılaştıran bir özelliği ise, sağlık hakkıyla ilgili konularda politik tutum almaktan çekinmemesi ve diğer dergilere göre daha fazla duyarlılık göstermesidir. Dergi bilinen bu özelliğine karşın, geçtiğimiz Temmuz ayında, Türkiye'de uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'na (SDP) ilişkin "Türkiye'de Genel Sağlık Kapsamı: Hakkaniyette Artış" başlığı ile oldukça yanlı bir övgü yazısı yayımladı (Atun, 2013). Yazarları arasında önceki Sağlık Bakanı Recep Akdağ ile Bakanlık bürokratlarının da bulunduğu ve bilimsel dergilerde görmeye çok alışmadığımız 35 sayfalık hacmi ile makaleden çok rapor niteliği taşıyan yazıda, Türkiye sağlık sisteminde son on yılda yaşanan değişim SDP mimarlarının bakış açısıyla ele alınıyor. Raporun ve sunulduğu toplantının, Dünya Bankası'nca dikte edilen SDP'nin dünyanın diğer ülkelerine -deyim yerindeyse- pazarlanması çabasının bir parçası olduğu düşüncesiyle, raporu ve eleştirilerimizi sağlık çalışanları ve kamuoyuyla paylaşmayı amaçladık. Yazıda raporun geniş bir özetinin yanı sıra, rapor ile aynı sayıda yer alan iki farklı destek yazısı, raporun sunulduğu toplantı, rapordaki iddialara yönelik eleştirilerimiz, yazarların eleştirilere verdikleri yanıt ve bu yanıtın eleştirisi de yer almaktadır. Raporu, oturduğu bağlamı ve eleştirilerimizi bütünlüklü olarak vererek SDP'nin 'başarısı' tartışmalarına somut bir katkıda bulunmayı amaçlıyoruz.

1. Raporun Özeti

Genel Sağlık Sigortası'ndan Aile Hekimliği'ne, performans dayalı ödeme sisteminden toplum sağlığı göstergelerine SDP uygulamalarını büyük bir başarı öyküsü olarak anlatan raporun özeti aşağıda yer almaktadır¹.

Birinci Bölüm: "Türkiye'de Genel Sağlık Kapsamı: Hakkaniyette Artış"

Rapor, altı bölümden oluşmaktadır. Giriş bölümünde ana mesajlar verilmekte, ikinci bölümde Türkiye sağlık sistemi tarihsel boyutta ele alınarak sağlıkta dönüşüm programı (SDP) öncesi dönem incelenmekte, üçüncü bölümde SDP'nin yapısı ve uygulama aşaması, dördüncü bölümde sağlık sisteminin yeniden organizasyonunun ve yönetiminin sağlığını finansmanında, insan kaynaklarının yönetiminde ve hizmet dağıtımında gerçekleştirdiği değişiklikler, beşinci bölümde SDP ve Genel Sağlık Kapsamı² (GSK) sonrasında sağlık hizmetinin kullanımı ve sağlık göstergeleri, kullanıcıların sağlık hizmetlerinden memnuniyeti aktarılmaktadır. Altıncı ve son bölümde ise SDP ve GSK'nin "temel kazanımları",

bunların sürdürülebilirliği, olası riskler ve zorlukların neler olduğu ile GSK deneyiminden çıkartılan dersler ele alınmıştır.

Giriş kısmında GSK; "etkin sağlık hizmetlerine ulaşımın artırılması, hastalık sırasında maddi sıkıntının azaltılması ve sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi için önemli bir yöntem" olarak tanımlanmaktadır. Türkiye'nin, 30 yıllık yavaş ilerleyen bir süreçten sonra 2003 yılından itibaren hızla sağlık sistemi reformlarını hayata geçirerek GSK'ye ulaştığı ve sağlığın finansmanında, sağlık hizmetine erişimde ve sağlık göstergelerinde yaşanan hakkaniyetsizlikleri azalttığı belirtilmektedir.

İkinci Bölüm: Türkiye: Durum Analizi

Rapor'da GSK öncesi döneme ilişkin saptamaların ilki, 1980 ve 1990'larda ekonomik ve politik zorluklara karşın toplumun sağlık göstergelerinin olumlu yönde seyrettiği yönündedir. Doğumda beklenen yaşam süresinin 1990'da 65 yıl iken 2009'da 75 yıla çıktığı ve bunun dünyanın benzer sosyoekonomik düzeye sahip büyüme olan ülkeleri (E7 ülkeleri)'nden daha iyi bir artışa denk geldiği ifade edilmektedir. (E7 ülkeleri: Hindistan, Brezilya, Çin, Rusya, Endonezya, Meksika, Türkiye). Anne ölüm hızı ise 1990'da her bin canlı doğumda 67.0 iken, 1995'te 51'e, 2000'de 39'a, 2005'te 28'e ve 2010'da 20'ye düşmüştür. Türkiye'de 5 yaş altı ölüm hızı ve bebek ölüm hızında 1990-2010 yılları arasında elde edilen düşüşün diğer E7 ülkelerinin elde ettiği düşüşten daha fazla olduğu bilgisi de GSK öncesi döneme ait bir veri olarak ikinci bölümde sunulmaktadır. Türkiye'de 1920-1999 arasında sağlık sisteminde yaşanan temel değişiklikler raporun ikinci bölümündeki Panel 1'de özet olarak yer almaktadır.

GSK öncesi sosyoekonomik ve politik ortamla ilgili olarak yazarların temel vurgusu, bu dönemin zayıf ve kararsız koalisyon hükümetleri ile yönetilen, ekonomik canlanma ve çöküş dönemleri ile karakterli bir dönem olduğudur. Yazarlar buna kanıt olarak Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) rakamlarının 1994, 1999 ve 2001 yıllarında gösterdiği ciddi düşüşleri ve işsizlik oranlarındaki düzenli artışı sunmaktadır (Söz konusu rakamlar Rapor Tablo 1'de yer almaktadır). Bu dönemde sosyoekonomik sorunlar nedeniyle sağlık alanının hükümetler açısından öncelik oluşturmadığı ve yapılmak istenen az sayıda ama önemli ve Sağlık Bakanlığı'nı organizatör konumuna getiren kanun değişikliklerinin TBMM'de onaylanmadığı raporda ifade edilmektedir. Aynı dönemde vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin de düşük olduğu, Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK)

2013 yılı rakamlarına göre %39.5 memnuniyet oranıyla güvenlik-asayiş, adalet-yargı hizmetleri, sosyal güvenlik hizmetlerinden memnuniyetin çok altında kaldığı hatırlatılmaktadır.

Raporda sağlık sisteminin, 2000'li yılların başında üç alanda büyük sorunlarla boğuştuğu tespiti yapılmaktadır. Bunlardan birincisinin sağlık finansmanının yetersiz ve hakkaniyetsiz olması, ikincisinin sağlık alt yapısı ve insan gücünün yetersiz ve ülke genelinde eşitsiz dağılmış olması, üçüncüsünün ise sağlık göstergeleri açısından ülkenin farklı coğrafi bölgeleri ve toplumun farklı gelir düzeyine sahip kesimleri arasında görülen ciddi farklılıklar olduğu belirtilmektedir. Raporda bu tezi desteklemek üzere çeşitli veriler yer almaktadır: "Türkiye'de 90'lı yıllar boyunca sağlık harcamaları (GSYİH'nin ortalama %3.8'i) benzer ekonomiye sahip ülkeler ve OECD ülkelerinin ortalamasının (GSYİH'nin %7.4'ü) çok altında kalmıştır. Türkiye Avrupa'da 100.000 nüfus başına en düşük doktor ve hemşire sayısına sahiptir ve hemşire/doktor oranı da en düşüklerden biridir. 1990'da her 1000 kişiye 0.9 doktor düşerken bu rakam 2000 yılında 1.3'e çıkmıştır. Personel eksikliği, düşük maaş ve yetersiz teşvikler ülkenin fakir olan doğu kesimlerine sağlık çalışanlarının gitmesini ve orada çalışmalarını güçleştirmektedir. Doktorların yarı zamanlı çalışma biçimleri nedeniyle, 2002 yılı itibarıyla kamu hastanelerinde çalışan klinisyenlerin %89'u ek gelir sağlamak için kamudaki görevlerinin yanısıra özelde de çalışmaktaydı. 1998 yılında beş yaş altı ölüm hızı ülkenin doğusunda her bin canlı doğumda 75.9 iken batıda 38.3 idi."

Üçüncü Bölüm: Sağlıkta Dönüşüm Programının Devreye Girmesi

Raporun bu bölümüne yazarlar, "SDP, 1960'larda başlayan çabaları hızlandırmak ve üzerine ekleyerek GSK'ye ulaşmak için sağlık sisteminin temel işlevlerinden olan yönetim, finansman ve hizmet sunumunu güçlendiren kapsamlı bir yaklaşım ortaya koydu" iddiasıyla başlamıştır. Devamında, SDP'nin hayata geçirilmesi ve takip edilmesi aşamalarında hükümetin yaklaşımı ve yöntemi çeşitli başlıklar altında tartışılmıştır:

Liderlik ve Politik Tutarlılık

SDP'nin planlanması, geliştirilmesi, uygulanması ve takibini yapmak üzere içinde Sağlık Bakanı, müsteşar, müsteşar yardımcıları ve daire başkanlarının olduğu "dönüşüm yönetim ekibi" oluşturulmuş ve bu ekip aralıksız 10 yıl süreyle çalışmalarını sürdürmüştür. Bu ekibe yardımcı olması için bakanlık

bünyesinde bir operasyon ekibinin kurulduğunu da rapordan öğreniyoruz. SDP'nin hayata geçirilme sürecinin başlangıç aşamasında Sağlık Bakanı'nın 81 ili tek tek gezerek buradaki yerel yöneticilerle SDP hakkında toplantılar yaptığı ve "uzlaş" sağladığı, sonraki dönemde dönüşüm yönetim ekibinin illere 340 ziyaret gerçekleştirerek sorunları yerinde tespit ettikleri raporda özellikle vurgulanmaktadır.

Kanıt Dayalı Kapsamlı Strateji

Bu başlık altında sağlık sisteminde 10 yıllık dönem içerisinde gerçekleştirilen önemli değişiklikler ana başlıklarıyla bir panel halinde okuyucuya sunulmaktadır. Raporun bu bölümünde aktarılanlardan SDP'nin 'kanıtlara' ve Belçika, Küba (!), Birleşik Krallık, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Meksika ve Tayland gibi ülkelerin deneyimlerine dayanılarak tasarlandığını, Sağlık Bakanlığı'nın 'başarılı' bir şekilde uluslararası kuruluşlarla işbirliği yaptığını ve ulusal ve uluslararası uzmanlardan oluşan bir ekip kurduğunu öğreniyoruz. Ancak raporda bu kanıtların neler olduğu veya uluslararası uzmanların kimler olduğu konusunda bir bilgi yer almamaktadır.

Sürekliliği ve Öğrenme

Bu başlık altında, Dünya Bankası, OECD, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve akademik kuruluşlarla ortak değerlendirmeler yapıldığı, SDP'nin ilerleyişinin böylelikle objektif bir şekilde gözden geçirildiği ve karşılaşılan güçlüklerin tespit edildiği belirtildikten sonra Saha Koordinatörlüğü sistemi anlatılmaktadır. Buna göre saha koordinatörleri tüm Türkiye'de yerelliklerde görevlendirilen hekimlerden oluşmaktaydı ve asıl hedefleri "sağlık göstergelerinde iyileşme ve eşitliği sağlamak" idi. Raporda saha koordinatörlerinin iki önemli rolü ise "yerleşim birimlerinde iç denetim yapmak ve ülke genelinde kurumsal kapasitenin oluşturulmasını sağlamak" olarak tanımlanmaktadır. Yazarlar saha koordinatörlerinin, birinci basamak sağlık hizmeti veren merkezleri, dış sağlığı merkezleri ve hastaneleri ziyaret ederek ortaya çıkan sorunlarla ilgili bilgi topladıklarını ve gelişmeleri izlediklerini, düzenli toplantılar yaparak diğer illerde yaşanan sorunlar ve çözüm önerilerini paylaştıklarını, aylık raporlarla dönüşüm yönetim ekibini bilgilendirdiklerini, böylelikle uygulamada karşılaşılan sorunları hızla analiz ederek uygun çözümler üretmede çok etkili olduklarını ifade etmektedirler.

Esnek Uygulama: Stratejik ve Taktik Eylemler

Bu başlıkta, SDP uygulamasının iki farklı yaklaşımı bir arada kullanarak esnekliği sağladığı belirtilmektedir; stratejik ve taktik eylemler. Taktik eylemler,

sağlık alanında hızlı ve göze görünür değişiklikler, stratejik eylemler ise TBMM'de yasal düzenlemeler yapılmasını gerektiren büyük yapısal değişiklikler olarak tanımlanmaktadır. Taktik değişikliklere örnek olarak yeni hükümetin işbaşına gelir gelmez hastaların ve cenazelerin ücretin ödenmemesi nedeniyle hastanelerde rehin tutulmasını yasaklayan genelgesi gösterilmektedir. Bu ve bunun gibi "toplum tarafından hoş karşılanan" taktik uygulamalar sayesinde büyük yapısal değişiklikler yapılması için gerekli kamuoyu desteğinin sağlanabildiği ifade edilmektedir.

Kullanıcı Memnuniyeti ve Esnekliğe Odaklanma

Dönüşüm yönetim ekibinin SDP'nin getirdiği değişikliklerin farklı toplum kesimlerinde nasıl algılandığını, bu kesimlerin değişimi kavrama düzeylerinin ne olduğunu değerlendirebilmek ve SDP'nin kabul edilebilirliğini artırabilmek için düzenli olarak odak grup araştırmaları ve paydaş analizi yaptırdığı aktarılmaktadır. Bu amaçla TÜİK'in düzenli olarak yaptığı hane halkı anketlerinden elde edilen verilerin de toplumdaki geribildirim alma işlevi gördüğü ifade edilmektedir.

Dördüncü Bölüm: Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık Sisteminde Değişiklikler ve Kazanımlar Sağlık Sistemi Yönetimi ve Yönetişimi

Raporun bu bölümünde sağlık sisteminden faydalananların sağlık hizmetinin kalitesi, yeterliliği, erişilebilirliği, hizmet alırken karşılaştıkları sorunlar, memnuniyet dereceleri ve beklentilerini doğrudan ifade edebilmeleri amacıyla geliştirildiği ifade edilen mekanizmalar (BİMER, SABİM, hasta hakları birimleri gibi) ve işleyişleri anlatılmaktadır. Yazarların iddiasına göre sağlık sistemine karşı toplumda "SDP'den önce hiç olmayan" güven bu mekanizmalar sayesinde sağlanmış, vatandaşların beklentilerinin öğrenilmesi kolaylaşmıştır. Yine yazarların ifadesine göre bu mekanizmalar bazı sağlık çalışanları tarafından mesleki özgürlüğün kısıtlanması olarak algılanmış ve doktorların hastalar üzerindeki otoritesinin azaldığına, hastalardan daha az saygı gördüklerine ilişkin şikayetlere neden olmuştur. Bunu telafi etmek üzere sağlık çalışanlarının kaygılarını, endişelerini doğrudan Sağlık Bakanı'na iletmeleri için internet tabanlı bir sistem kurulduğu ancak buna rağmen bazı sağlık çalışanları arasında "Sağlık Bakanlığı'nın dikkate alması gereken" bir memnuniyetsizliğin devam ettiği ifade edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın Rolünün Yeniden Tanımlanması

Raporda, 2010 yılında yapılan yasal düzenlemelerle Sağlık Bakanlığı'nın rolünün politika ve strateji

geliştirme, bilgi üretme, sağlık sisteminin performansını değerlendirme, güvenilirliğin denetimi ve sektörler arası işbirliğini sağlamaya odaklandığı ifade edilmektedir. Halk sağlığı, sözleşmelerin organizasyonu, sağlık hizmeti sunumuna ve teknoloji değerlendirmesine yönelik operasyonel sorumlulukların ise Bakanlığa "bir kol mesafesinde" faaliyet gösteren yarı-kamusal özerk kuruluşlara devredildiği belirtilmektedir.

Sağlık Sistemi Finansmanı

Raporda SDP'nin baş etmesi gereken iki önemli finansal sorunun sağlık harcamalarının düşük olması ve parçalı, hakkaniyetsiz, cepten harcamalara neden olan sigorta sistemi olduğu ifade edilmektedir.

Sağlık Harcamalarının Artırılması

Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının yıllar içerisinde gösterdiği artış Şekil-6'da gösterilmektedir. Raporda bu artışın gerekçesi olarak SDP ve kamu yatırımlarının artmasına alan açan istikrarlı ekonomik büyüme gösterilmektedir. Sağlık harcamalarında görülen artışın büyük oranda kamu yatırımlarının artmasından kaynaklandığı öne sürülmektedir. Buna kanıt olarak da toplam sağlık harcamalarının içinde kamunun payının %63'ten %73'e çıkması, Türkiye'nin 2010 yılında E7 ülkeleri arasında sağlık harcamalarında kamu payı en yüksek (%75.2) ülke olması gösterilmektedir. Sağlık alanında kamu yatırımının nominal değerinin 2003'ten 2008'e 9 kat arttığı (603 milyon TL'den 5.4 milyar TL'ye) aynı dönemde özel sektör yatırımının ise 13 kat arttığı (100 milyon TL'den 1,3 milyar TL'ye) belirtilmektedir.

Sağlık Sigorta Sisteminin Genel Sağlık Sigortası Altında Konsolidasyonu

Bu bölümde SDP öncesinde farklı kesimleri kapsayan, farklı güvenceler içeren beş ayrı sigorta sisteminin Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında tek çatı altında toplanmasından söz edilmektedir (Rapor Panel-2). Yazarlar SGK'nin kurulmasının, hizmet sunucu ve hizmet alan ayrımının netleşmesini sağladığını, tüm gelir gruplarında sağlık bakım masrafları ve felaket düzeyindeki ödemeleri azalttığını belirtmekte ve GSS'nin koruyucu, tanı koydurucu ve tedavi edici hizmetleri içeren kapsamlı yararlanım paketlerini ve geri ödemeleri sağladığını ifade etmektedir (Rapor Panel-3). Ayrıca, koruyucu sağlık hizmetleri ve sözleşmeli aile hekimliği hizmetlerinin sigorta bazlı olmayıp herkes için ücretsiz (giderleri genel bütçeden karşılanmak üzere) karşılandığı, Sağlık Bakanlığı'nın kadın ve çocukları kapsayan hedefe yönelik sağlığı geliştirme ve koruma

programlarının ücretsiz olarak sağlandığı belirtilmektedir.

En Yoksullar İçin Sağlık Sigortası Kapsamının Genişletilmesi: Yeşil Kart Sistemi İçin Yapılan Sağlık Harcamaları

Raporda yoksullara yönelik olarak yapılan sağlık harcamalarının seyri Tablo 2'de ayrıntılı bir şekilde sunulmaktadır. Tablo'dan Yeşil Kart sahipleri için yapılan harcamaların 2004 yılında 1.2 milyar TL iken 2009 yılında beş kat artarak 5.5 milyar TL'ye ulaştığı görülebilmektedir. Raporda yer alan Şekil-7'de ise 2003 yılında toplumun en yoksul %10'luk diliminin %24'ünün sigorta kapsamında olduğu 2011 yılında bu rakamın %85'e ulaştığı izlenmektedir. Raporda 2003'te 2.4 milyon kişinin, 2011 yılında ise 10.2 milyon kişinin Yeşil Kart sahibi olduğu, (aynı dönemde ülkede 11.8 milyon kişi fakirlik sınırında yaşamaktaydı) bu artışın gerekçesinin Yeşil Kart kazanımlarının genişletilmesi olduğu belirtilmektedir. SDP sonrasında aciller, yoğun bakım hizmetleri ve karmaşık girişimlerin Yeşil Kart sahipleri için ücretsiz hale getirilmesi, ayaktan başvurularda da ilaç bedellerinin ödenmeye başlanması gibi uygulamaların vatandaşları Yeşil Kartlı olmaya teşvik ettiği ifade edilmiştir. Yeşil Kartlıların sağlık için yaptıkları cepten harcamaların da bu süreçte azaldığı, en düşük gelire sahip %20'lik dilimde %63.2'den 2011'de %49.4'e düştüğü belirtilmektedir.

İnsan Kaynakları Yönetimi

Raporda SDP'nin sağlık insan gücünün eşitsiz dağılımı ve sayıca eksikliği konusundaki sorunları çözmek için dört ana yaklaşım geliştirdiği ifade edilmiştir: Bunlardan birincisi, sağlık eğitimi veren eğitim kurumlarının kontenjanlarının artırılması (örneğin tıp fakültesi kontenjanları 2003'te 5253'ten 2010'da 8438'e çıkmıştır), tıp fakültesi mezunları ve uzmanlık eğitimini tamamlamış kişilere 300-500 gün boyunca zorunlu hizmet verme yükümlülüğü getirilmesi; ikincisi, sağlık kuruluşlarında hizmet verenlere yüksek maaş ve performans ödemesi yapılması; üçüncüsü, sağlık çalışanlarının işe alınmasının ve çalışmaya devam etmelerinin zor olduğu bölgelerde sağlık personeliyle yeni sözleşme şekillerinin geliştirilmesi ve dışarıdan hizmet alımı uygulamasının başlatılması; dördüncüsü, kamuda çalışan doktorların aynı zamanda özelde de çalışmasını engelleyen tam gün yasasının çıkartılmasıdır. Bu girişimler sayesinde SB personel sayısının 2002 yılında 256.000 iken 2012 yılında 507.000'e ulaştığı vurgulanmaktadır (ancak raporda bu rakama SSK ve Kurum hastanelerinin bakanlığa devrinin katkısından bahsedilmemektedir). Ayrıca 2002-2012 arasında

hizmet alımıyla istihdam edilen personel sayısının da 12 kat artarak 11.000'den 126.000'e ulaştığı ifade edilmektedir. 2004-2010 arasında hemşire sayısının 82.600'den 114.800'e, destek personel sayısının 57.700'den 94.400'e çıktığı belirtilmektedir.

Raporda, insan kaynaklarıyla ilgili yapılan düzenlemeler sayesinde personel dağılımındaki hakkaniyetsizliğin azaldığı tespiti çeşitli veriler sunularak yapılmaktadır (Şekil-10, 11 ve 12).

Hizmet Sunumu

Temel Sağlık Hizmetlerinin Genişlemesi: Raporda bu başlık altında aile sağlığı merkezleri anlatılmaktadır. 2005 yılında aile sağlığı merkezli temel sağlık hizmetleri modelinin devreye sokulduğu, 2005 yılından sonra 20.000 yeni aile sağlığı ekibi oluşturulduğu, alt yapı koşullarının geliştirilerek yenilendiği, 2011 yılına gelindiğinde yeni 6.250 aile sağlığı merkezi kurulduğu aktarılmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinde sözleşmeyle çalışan aile hekimlerinin koruyucu yönü genişletilmiş ve kadın ve çocuk sağlığı hizmetleri artırılmış temel sağlık hizmeti verdikleri, ayrıca kendilerine kayıtlı ve kırsal alanda yaşayan kişilere giderek sağlık hizmeti sundukları, sağlık kuruluşlarına gidemeyecek durumda olan kişilere evde bakım hizmeti verdikleri, bakım evleri, hapishaneler ve çocuk bakım evlerine düzenli ziyaretler yaptıkları raporda verilen diğer bilgilerdir. Raporda aile sağlığı merkezleri ile ilgili yapılan düzenlemelerle temel sağlık hizmetlerinde yıllık başvuru sayısının 2002'de 74.8 milyondan 2011'de 244.3 milyona çıktığı ifade edilmektedir.

Yazarlar acil servis hizmetlerinin, karmaşık acilleri de içerecek şekilde belirgin olarak genişletildiğini ve ücretsiz olarak verildiğini, yenidoğan hizmeti veren hastanelerin sayısının 2002'deki 141 seviyesinden 2011'de 906'ya ulaştığını SDP'nin kazancı olarak belirtmektedirler. Hastane yatak sayısının 1990 yılında 105.710 iken (her bin nüfusa 1.87) 2000 yılında 134.950'ye çıktığı ve SDP'nin uygulamaya girmesiyle 2011 yılında 194.504'e (1000 nüfusa 2.6 yatak) ulaştığı, yoğun bakım yatak sayısının da 2214'ten 20.997'ye çıktığı bilgisi verilmektedir.

Raporda, SDP'nin önemli stratejilerinden birisinin hem özel hem de kamuya ait hastanelerin vatandaşlarca kullanılmasının sağlanması olduğu belirtilirken bunun gerekçesinin hastanecilik sektörünün gelişmesinin sağlanması ve ülkenin mevcut kapasitesinin etkin bir şekilde kullanılması olduğu söylenmektedir. SGK'nin 2010 yılında 421 özel hastane ile hastaların cepten ödeme yapacakları bir sistemle

genel tanı ve tedavi edici hizmet almak üzere sözleşme yaptığı bilgisinin yanında özel hastanelerin acil durumlar, yanık, yoğun bakım hizmetleri, kalp damar cerrahisi, yenidoğan bakımı, doğumsal anomaliler, organ nakli, kanser tedavisi ve diyaliz hizmetleri için hastalardan ek ücret talep etmedikleri aktarılmaktadır. Rapordan, özel hastanelere yıllık toplam başvuru sayısının 2002'de 5.7 milyon (ülkede verilen toplam sağlık hizmetinin %4.6'sı) iken 2011'de 59.1 milyona (ülkede verilen sağlık hizmetinin %17.5'i) çıktığını öğreniyoruz.

Beşinci Bölüm: SDP ve GSS'nin Anne Çocuk Sağlığı Hizmetlerine Erişim ve Çocuk Mortalitesine Etkisi

Raporun bu bölümünde, 2003-2008 yılları arasında Türkiye'de anne-çocuk sağlığı hizmetlerinin sağlık göstergelerinde eskiye kıyasla yarattığı değişiklikler uzun bir şekilde anlatılmakta ve söz konusu veriler Tablo 5, 6, 7, 8 ve 9 ile Şekil 14'de sunulmaktadır. Raporunda yer alan bazı veriler şu şekildedir: Kırsal alanda özel veya kamu sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı 1993 yılında %42.2 iken 2008'de %74.1'e çıkmıştır. En yoksul %20'lik dilimde doğum sırasında sağlık hizmetlerini kullanma oranı 1993'te %33.1 iken 2008'te %67.1'e çıkmıştır. Beş yaş altı ölüm hızı 1993'te her 1000 canlı doğumda 52.7 iken 2008'de 18.9'a gerilemiştir.

SDP ve GSK'nin Kullanıcı Memnuniyeti Üzerine Etkisi

Yazarlar raporda, TÜİK'in her yıl yaptığı Yaşam Memnuniyeti Araştırması'nın sonuçlarından hareketle toplumun sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin 2003 yılında %39.5 iken 2011 yılında %75.9'a çıktığını belirtmektedirler.

Altıncı Bölüm: Tartışma ve Alınacak Dersler

Yazarlar bu bölüme GSK'nin sağlık alanında Türkiye'de 60 yıldır ulaşılmaya çalışılan önemli bir hedef olduğu ve SDP'nin bu hedefe ulaşmayı hızlandırdığı tespiti ile başlamışlardır. Türkiye'de yaşanan deneyimin, GSK'nin sağlık sisteminin hedeflerine ulaşmasını sağlamada ve hakkaniyetsizlikleri azaltmada çok etkili bir platform olduğunu kanıtladığını iddia etmektedirler. GSK ile sağlık hizmetlerine sigortalı kişilerce ödenen katkı paylarının belirgin şekilde azaltılarak özellikle çok yüklü ödeme gerektiren karmaşık işlemler (yoğun bakım hizmetleri, kalp damar cerrahisi, diyaliz ve kanser tedavisi vb) başta olmak üzere pek çok hizmetin ücretsiz hale getirildiği ifade edilmektedir. Yazarlar bu gelişmenin cepten yapılan harcamaları "genellikle artırmadığını", miktar olarak çok fazla olabilen ödemeleri azalttığını ifade etmişlerdir.

Tartışma bölümünde ele alınan noktalardan biri de GSK'nin devamının ve geliştirilmesinin sağlanması konusunda Türkiye'nin önündeki güçlükler ve fırsatlardır. Yazarlar GSK'nin hayata geçirilmesi kadar sürdürülebilirliğinin de çok önemli olduğunu ve bundan sonra buna odaklanması gerektiğini ifade etmektedirler. Tüm çabalara rağmen sigorta sisteminin kapsamı dahilinde olan nüfusun %100'e ulaşamadığı, gelecek hedeflerden birinin %100 kapsayıcılığa ulaşılması olduğu belirtilmektedir. Bundan sonraki dönemde GSK'nin kapsamı ve içeriğinde değişen sağlık ihtiyaçlarına göre değişiklikler yapılması gerektiği, bunun da stratejik önceliklerin belirlenmesi ve ortaya çıkan sorunların etkili bir şekilde üstesinden gelinmesiyle sağlanacağı vurgulanmaktadır. Bu noktada Sağlık Bakanlığı'nda yeni oluşturulan birimlerin (müdürlükler, daire başkanlıkları vb), ortaya çıkan ihtiyaçları ve öncelikleri uluslararası en iyi uygulamaların ışığında belirlemek konusunda çok doğru konumda buldukları iddia edilmektedir. Otuzbeş sayfalık raporda SDP'ye yönelik olarak ifade edilen belki de tek olumsuzluk veya eksiklik, şu satırlarda son derece cılız bir şekilde dillendirilmektedir: "SDP vatandaşların, sağlık, sosyal adalet ve hakkaniyet gibi temel haklarının üzerinde durmanın yanı sıra doğu-batı, zengin-fakir, eğitimli-eğitimsiz ve kır-kent nüfusu arasındaki keskin eşitsizlikleri de azaltmıştır. Bununla birlikte kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerinde artış ve anne ölümlerindeki iyileşmeye rağmen kadınlar halen hayatın diğer sosyokültürel alanlarında eşitsizliklerle karşılaşmaktadırlar."

GSK'yi bekleyen önemli risklerden birinin toplumun yaşlanması ile birlikte gelecekte kronik hastalıklara sahip birey sayısının artması olduğu buna karşı gerekli önlemlerin alınması gerektiği yazarların üzerinde durduğu diğer bir konudur. Bu önlemlerin ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha da güçlendirilmesinden geçtiği, aile hekimleri ve hemşirelerin sayısını artırmak, personel yetkinliğini geliştirmek ve fiziki ve teknik koşulları daha da iyileştirmek için ek yatırımlara ihtiyaç bulunduğu belirtilerek ancak bu şekilde iyi çalışan, sevk sistemine sahip ve yüksek kaliteli hizmet sunan kapsamlı bir birinci basamak sağlık hizmeti oluşturmanın mümkün olabileceği vurgulanmaktadır.

Yazarlar son derece önemli gördükleri GSK'nin mali açıdan sürdürülebilirliği ve sağlık alanına yapılan harcamaların devam ettirilebilmesi için ihtiyaç duyulacak mali kaynağın tütün ve alkol ürünlerinden alınacak vergilerin artırılması ile elde edilebileceğini iddia etmektedirler.

Raporun tartışma bölümünde en dikkat çekici kısımlardan biri, sağlık çalışanlarının ve hekim örgütünün GSK'ye yaklaşımıyla ilgilidir. Yazarlar sağlık çalışanlarının çoğunun SDP'yi desteklediğini buna karşılık Türk Tabipleri Birliği (TTB)'nin yürürlüğe konan bir çok değişikliğe karşı çıktığını belirtmektedirler. Uzun yıllardır özel çalışmaya karşı olan TTB'nin, özel çalışmayı kaldıran tam gün ile ilgili düzenlemelere karşı çıkmasının aslında bir çelişki olduğunu ifade ederek, TTB'nin kamuda çalışan hekimlere yüksek gelir sağlayan performans sistemi, yüksek sabit maaş ödemesi, iş garantisi gibi çalışanların lehine uygulamaların da geri alınmasını istediğini öne sürmektedirler. Sağlık Bakanlığı'nın, bu olumsuz tavrına karşın yine de TTB'yi politika geliştirme için görüş alışı toplantılarına ve paydaşlarla yapılan toplantılara katma girişimlerinde bulunduğunu ancak her zaman başarılı olmadığını belirten yazarlar TTB'nin karşı çıkışının dönüşüm sürecini engellemediğini ifade etmektedirler³. Rapor da ayrıca, bazı sağlık çalışanlarının 'yeni politikaların mesleki bağımsızlıklarını ve hastaların kendilerine olan saygılarını azalttığı' şeklindeki yakınmalarının tüm çabalara rağmen giderilemediği belirtilmektedir.

Tartışma bölümünde, SDP'nin Türkiye'nin küresel sağlıkta öne çıkmasını sağlayacak olanaklar sunduğu vurgulanıp geleceğe dair bazı projeksiyonlarda bulunulduktan sonra, SDP'den çıkartılan dersler çeşitli başlıklarda ele alınmıştır. Rapora göre bu dersler şunlardır:

1. Alıcı bir ortamın yaratılması sayesinde, SDP ile yürürlüğe sokulan yenilikler toplum tarafından sağlık sistemindeki sorunları çözmek için yerinde ve zamanında yapılan müdahaleler olarak görülmüştür.
2. Sağlığın temel bir hak olarak SDP'de sürekli vurgulanması, demokrasi, eğitim ve sağlık gibi temel haklarda ilerleme isteyen toplumun bu istekleriyle SDP'nin tam olarak örtüşmesini sağlamış, böylelikle SDP'nin meşruiyeti artmış ve toplumdan yaygın bir destek bulmuştur.
3. Türkiye Hükümeti'nin Meclis'te çoğunluğu elinde tutmasından kaynaklanan politik istikrar SDP'nin gerçekleşmesini sağlayan çok önemli bir faktör olmuştur. Sağlık Bakanlığı'nda kendini bu işe adanmış bir dönüşüm ekibinin olması, değişim için Başbakan'ın güçlü desteği, Sağlık Bakanı'nin süreklilik arz eden liderliği ve tecrübeli yönetimi, TBMM tarafından çıkartılan yasaların hızla yürürlüğe konmasını sağlamıştır.
4. Ekonomik büyüme ve istikrar Hükümetin sosyal alanlara yatırım yapabilmek için ihtiyaç duyduğu maddi olanakları sağlamıştır. Vergi kaynaklı kamu

gelirlerinin artması, özelleştirme gelirleri ve yabancı yatırımlar sayesinde Hükümet, genel bütçeden pay ayırarak Yeşil Kart kapsamını genişletme ve birleşik bir genel sağlık sigorta sistemi oluşturma olanağı yakalamıştır. İstihdam oranlarının artması Yeşil Kart'a ek olarak zorunlu sigortanın da genişlemesini sağlamıştır.

5. SDP ve GSK'nin başarısında rol oynayan çok kritik bir faktör, 2003-2013 arasında yaklaşık 10 sene boyunca aralıksız birlikte çalışma şansı bulan ve kendini adanmış bir dönüşüm ekibinin olmasıdır.

6. Başbakan, Bakanlar Kurulu ve Sağlık Bakanı'ndan en üst düzeyde desteğe sahip olan ve süreklilik taşıyan liderlik, SDP ve GSK'nin başarısında çok önemli olmuştur. SDP ilerledikçe, kabinenin güçlü ve etkili desteği, yürürlüğe konan değişimlerin Sağlık Bakanlığı'nın inisiyatifiyle gerçekleşen değişiklikler olarak algılanmaktan çıkmasına ve kurumsallaşmasına yardımcı olmuştur. Bu yaygın destek aynı zamanda sağlıklı bütün politikalara nüfuz etmesine yol açmıştır.

7. Toplumda sağlık hizmetlerinden memnuniyet seviyesinin artması SDP'nin meşruiyetini artırmış, Sağlık Bakanı'nin kabine içerisindeki duruşunu sağlamlaştırmıştır. Sağlık Bakanlığı, 2003-2012 döneminde her yıl bütçesini artıran güçlü ve iddialı bir bakanlık haline gelmiş, SDP'nin başarısı sayesinde sağlık politikaları ülke politikalarını etkilemiştir. SDP'nin başarısı büyük olasılıkla, kullanıcı memnuniyetini artırarak, Hükümetin seçimleri tekrar kazanmasına yardımcı olan bir faktör olmuştur.

8. Sürekli öğrenmeyle giden esnek uygulama yaklaşımı SDP'nin başarısında önemli bir diğer faktördür. Hükümet tarafından uygulanan esnek hayata geçirme yaklaşımı, stratejik ve taktik eylemlerin bir arada uygulanmasıyla politikaların fırsat bulunduğu anda gündeme alınıp gerçekleştirilmesini sağlamıştır. Sağlık sisteminde daha geniş kapsamlı stratejik ve yapısal değişiklikler yürütülürken, bu değişiklikler, kullanıcıların kolayca fark edebilecekleri, göze görünür, sağlık sisteminden memnuniyetlerini artıracak taktik değişikliklerle birlikte yürürlüğe sokulmuştur.

9. Saha koordinatörü modeli ve düzenli odak grup görüşmeleri ve anket çalışmaları uygulamada karşılaşılan güçlüklerin hızla fark edilmesini sağlamış, bu öğrenme ortamı ve esnek hayata geçirme yaklaşımı dönüşümü yöneten ekibe, SDP'nin stratejik çerçevesinin dışına çıkmadan dönüşümün hızını, alanını ve sırasını sürekli olarak değiştirebilme şansı vermiştir.

10. SDP'nin başarılı olmasını sağlayan kritik faktörlerden biri de politikaların hızla hayata geçirilmesi olmuştur. Hayata geçirme sürecinin hızlı olması değişikliklere karşı organize bir karşı çıkışın oluşmasını engellemiş ve bürokratik engellerin üstesinden gelinmesini kolaylaştırmıştır.

11. Sağlık sisteminin talep tarafında (sağlık sigortası) ve arz tarafında (insan kaynakları ve hizmet sunumu) yapılan kapsamlı değişiklikler, özellikle en dezavantajlı toplum kesimlerinde, hizmete erişimi artıran araçlardır. Her ne kadar artmış sigorta kapsamı erişimi artırıyorsa da, kazanımların daha çok göz önünde bulundurulması ve arz tarafında yapılacak girişimlerin varlığında kazanımlar daha fazla olmaktadır.

Raporun son paragrafı "Türkiye Cumhuriyeti'nin 100. Kuruluş Yıldönümüne; 2023'e doğru" başlığını taşımaktadır. Yazarlar Türkiye'nin 2023 yılı itibarıyla GSYİH açısından dünyadaki ilk 10 ülke arasına girmeyi hedeflediğini hatırlattıktan sonra SDP sayesinde hayata geçirilen GSK'nin, toplumun sağlıklı ve iyi durumda olması ve daha da iyiye gitmesi için ciddi fırsatlar sunduğunu belirtmişlerdir. Yazı, bu "ders"lerle edinilen "know-how" bilgisinin sağlık reformu yapmak isteyen ülkelere örnek olarak sunulmasıyla "global sağlığa" katkıda bulunulacağı belirtilerek sonlandırılmaktadır.

2. Raporun Sunulduğu Toplantı

The Lancet'teki raporun internet sayfasında yayımlandığı gün, 27 Haziran 2013'te, İstanbul'da aynı konuda bir toplantının düzenlendi. Raporun yazarlarından, 2002-2009 yılları arasında SDP'nin uygulanmasından sorumlu olarak Sağlık Bakanı Müsteşarlığı görevini yürüten Sabahattin Aydın'ın rektörü olduğu İstanbul Medipol Üniversitesi'nde gerçekleştirilen "Türkiye Genel Sağlık Kapsamı Bakanlar Konferansı"nın düzenleyicileri arasında, Sağlık Bakanlığı, Imperial College of London ve The Lancet dergisi bulunuyordu. Duyurusunda Dünya Bankası, OECD ve Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliği içinde düzenlendiği belirtilen toplantının çağrılı konuşmacıları ve moderatörleri arasında ise, rapor yazarlarının yanı sıra, The Lancet dergisi editörü R. Horton, Meksika'nın eski Sağlık Bakanı ve Harvard Halk Sağlığı Okulu Dekanı J. Frenk ile çeşitli ülkelerin sağlık bakanları yer alıyordu (**Medipol, 2013a**). Toplantının tanıtım sayfasında belirtildiği üzere R. Horton'un moderatörlüğünde yapılan ilk panelde Horton, R. Atun ile birlikte Türkiye'nin başarı hikayesini anlatan bir yazı hazırladıklarını, The Lancet'in bu toplantıya katılmasının asıl nedeninin bu yazı olduğunu, Türkiye'nin sağlıkta bu kadar

hızlı bir ilerleme kaydetmesinin çok sürpriz olduğunu söyledi ve Türk deneyiminin kendilerine çok şey öğretebileceğini belirtti (**Medipol, 2013b**). Horton, "Ülkemde şöyle bir söz var: Her politikacı günün birinde başarısız olur. Ama yanımda, bu sözün kendisi için geçerli olmadığı bir kişi oturuyor." diyerek sözü eski Sağlık Bakanı Recep Akdağ'a verdi. Panelde raporu sunan R. Atun ise, "Türkiye'nin bugün krizlere daha dayanıklı, insan odaklı bir sağlık sistemine sahip olduğunu" belirtti (**Medipol, 2013c**). Böylelikle, The Lancet'te toplantı ile aynı gün yayımlanan raporun, bu uluslararası toplantının sunum metni olduğu anlaşıldı ve raporda yer alan "Bu girişim ve programları ayrıntılı ele almayacağız, ancak Panel.5'te bu konuda kısa bir özet sunulacaktır" ifadesi anlam kazanmış oldu (**Atun, 2013**) (Raporda yer alan veri hataları, yazım yanlışları bir yana, sadece bu ifadenin dahi, hakem değerlendirmesinin ne derece sağlıklı yapıldığı konusunda önemli bir bilgi sunduğunu düşünüyoruz). İstanbul Medipol Üniversitesi sayfalarında yer alan 11 Ocak 2013 tarihli bir duyuru ise, bu raporun ve toplantının bir proje kapsamında hazırlandığı bilgisini içeriyordu (**Medipol, 2013d**).

"İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü ve Imperial College Health Management Group, London ile işbirliği içinde "Türkiye'deki Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 10. Yıl Değerlendirmesi" projesini yürütecek. Proje ile Sağlıkta Dönüşüm Programının farklı alanlarında yapılan çalışmaların değerlendirilmesi ve Türkiye'nin tecrübesinin uluslararası bir konferans ve uluslararası yayınlar aracılığıyla diğer ülkeler ile paylaşılması amaçlanıyor. Bu kapsamda, dünyanın en saygın tıp dergilerinden The Lancet'in Editörü Dr. Richard Horton, 7 Ocak 2013 günü Haliç Yerleşkimizde yapılan toplantımıza katıldı. Türkiye'deki Sağlık Sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili bilgi alan Horton, görüşlerini proje ekibi ile paylaştı."

3. Raporu Destekleyen Diğer Yazılar

Raporun yanı sıra, derginin aynı sayısında, dergi editörü R. Horton imzalı bir yorum yazısı yayımlandı (**Horton, 2013**). "Türkiye'de Genel Sağlık Kapsamı'na demokratik geçiş" başlıklı yazıda; rapordaki bulgulara göre reformların birey ve toplum sağlığına önemli yararlar sağladığının ortaya çıktığı, SDP'nin sağlığın temel bir hak olduğu ilkesine dayandığı, bu başarıların sadece ülke için değil uluslararası alanda da dikkate alınması gereken önemli bir deneyim olduğu belirtiliyor. Yazıdaki diğer vurgu ise; sağlık alanındaki bu başarıların, ülkenin

ekonomik gelişiminin yanı sıra demokratik geçiş süreciyle de bağlantılı olduğu, bu dönüşümün sert politik tartışmalar ve son zamanlarda görüldüğü gibi (Gezi İsyanına atıfla) toplumun protestolarıyla sürdüğü, bunun ise güçlü, katılımcı ve şeffaf bir demokrasinin işareti olarak memnuniyetle karşılanması gerektiği... Editör, yazısını raporu oluşturanların yanı sıra, 'Genel Sağlık Kapsamı' düşüncesini yaşama geçiren politik sürece liderlik ettiği için Recep Akdağ'a teşekkür ederek bitiriyor.

Derginin aynı sayısında, rapor ve editöryal yazıya ek olarak, raporun birinci yazarı Imperial College of London'da öğretim üyesi R. Atun için özel bir tanıtım yazısı yayımlandı (**Holmes, 2013**). R. Atun'un geniş bir görüş açısıyla sorunlara sistematik baktığı belirtilen yazıda, bir çalışma arkadaşının kendisi hakkındaki şu sözlerine yer veriliyor: "Ender ve güçlü özellikleri, çeşitli sağlık sistemlerinin nasıl işlediğine dair müthiş anlama kapasitesiyle birleştikçe, global sağlık için oyun-değiştiren fikirler sunmaya devam edecektir".

Yukarıda özetlenmeye çalışılan tüm bu etkinlikler ve kullanılan ifadeleri, Dünya Bankası'nca desteklenen özelleştirme politikalarının dünyanın başka ülkelerine -deyim yerindeyse- pazarlanması için yürütülen uluslararası bir faaliyet olarak okumak olanaklı. Bu faaliyetin akademik görünümünü, üniversiteler ile The Lancet ve BMJ gibi tıp alanında dünyanın en saygın dergileri sağlıyor (Dünya Bankası çalışanları ve Bakanlık bürokratlarının yazdığı benzer bir güzelleme yazısı, 2011'de BMJ dergisinde de yayımlanmıştı (**Baris, 2011**)). Akademik kurumların ve akademisyenlerin toplum sağlığına zararlı olduğu bilimsel olarak kanıtlanmış politikaları destekliyor olması bir yana, söz konusu dergilerin tutumları ayrıca sorgulanmayı hak ediyor. Dergilerin bu araçsal konumu benimseyişleri öylesine güçlü ki, normal koşullarda makale yayımlatmanın son derece güç olduğu, sözcük sayısı hesabı yapılan bu dergilerde, maddi hatalar ve yazım yanlışlarıyla dolu uzun raporlar, politikacılara düzdükleri övgüleriyle bir propaganda metni kadar yanlı yazılar yayımlanabiliyor.

4. Rapora Yönelik Eleştiri Yazıları

The Lancet'in 27 Temmuz 2013 tarihli sayısında derginin bildiğimiz en uzun makalelerin birkaç sayfa geçmediği, dünya raporlarının bile 10 sayfanın altında olduğu yayın politikasını delen Türkiye'de sağlıkta dönüşüm süreci ve sonuçlarıyla ilgili -ekleri hariç- 35 sayfalık bir makale-rapor ile karşılaştığımızda, itiraf edelim ki hayretler içinde kaldık. Dünyanın en saygın tıp dergilerinden biri kabul edilen The Lancet'ten böylesine özel bir tutumu-

kayırmayı hak eden çalışmayla özel olarak ilgilenmek gerekiyordu. İlk günlerde, ayrı ayrı yapılan okumalarla, çalışmanın bütününe nesnellikten uzak, öznel saptama ve değerlendirmeler içerdiği, veriler ve veri kaynaklarıyla ilgili sorunlar olduğu görüldü; öyle ki, bu kapsamdaki bir raporda metodoloji bölümüne yer bile verilmemiş olması dikkat çekici, bir o kadar da şaşırtıcıydı. Rapordaki gerçeklikle bağdaşmayan güzellemelere yanıt vermek gerektiğini düşündük. Yayın kuralları gereği, The Lancet'te yayımlanmış herhangi bir makaleye yönelik yanıt yazılarını yayımlanma talebiyle gönderebilmek için iki haftalık bir süre sınırı ile 250 kelime, bir tablo, beş kaynak vb. kısıtlılıklar söz konusu. Bu kurallara uyan yazılar dergi editörlüğü tarafından dikkate alınıyor. "Değer bulunanlar" kabul ediliyor. Bununla birlikte, dergi yazarın da görüşünü alarak bu yazılar üzerinde kapsamlı düzenlemeler yapabiliyor. Beraberinde bu yazıların yayınlanacağı sayı için ana makalenin yazarlarından da 'yanıtlara yanıt' hazırlamaları isteniyor. Bu kuralların sınırlılığı içinde raporun tümüne yanıt vermenin olanaksız olduğunu dikkate alarak, Halk Sağlığı, Tıp Etiği, Tıp Eğitimi, Hemşirelik gibi çeşitli alanlardan akademisyenler ve TTB aktivisti hekimlerden raporun kendi belirleyecekleri farklı bölümleriyle ilgili hazırlık yapmaları istendi. Değerlendirmeler kısıtlı sürede hazırlandı ve Temmuz 2013'ün ilk iki haftası içinde dergiye gönderildi. Uzun bir süre kimse yanıt alamadı. Ekim 2013 başında birkaç arkadaşımıza gerekçe gösterilmeden yazılarının kabul edilmediği haberi ulaştı. Ardından ikinci bir sessiz dönemden sonra, Aralık 2013'te diğer yazarlara kabul yazıları gelmeye başladı. Hemen sonrasında da derginin yardımcı editörleri, kendi inisiyatifleriyle yaptıkları düzenlemeleri yazarlarla paylaşıp olur almak için bir haftalık hızlı bir trafik yaşattılar. Yazarların inisiyatifi dışında yapılan değişikliklerin bazıları anlam kaymalarına yol açıyordu ve bu sorunların çözülmesi için birkaç kez tekrar yazışmak gerekti. Buna rağmen yazdığımız yazılar oldukça kısaltıldı ve başlıkları kaldırıldı. Ne yazık ki editörler yazarlardan olur aldıkları metinlerden bazılarını da sadık kalmadılar. Sürecin sonunda, söz konusu çalışma için gönderilmiş yazılar arasından kabul edilenler ile yazarların bu yanıtlara yanıtı yılın ilk sayısında, 4 Ocak 2014 tarihinde yayımlandı. SDP ile uygulanan sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması politikalarının yarattığı sorunların vurgulanması ve The Lancet dergisindeki raporda yer alan iddiaların değerlendirilmesi amacıyla, rapora yönelik kaleme alınan eleştiri yazılarını aşağıda dikkatinize sunuyoruz. Bununla birlikte, bu rapordaki iddiaların geçersizliğini gösterecek kapsamlı bir değerlendirme hazırlamanın, ülkenin bilim insanları önünde önemli bir görev olarak durduğunu vurgulamak istiyoruz.

Değerli Editör,

Makalenin yazarları "Türkiye'nin sağlık sisteminde başarılı değişimler gerçekleştirdiğini ve yurttaşlarına finansman, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık çıktılarında eşitsizlikleri gidermeye yardımcı olan evrensel sağlık kapsayıcılığı sunarak sağlık hakkı sağladığını" ileri sürmektedirler (1).

Oysa Türkiye'nin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Faruk Çelik, ülkede 2002 yılında 872 olan yıllık mesleki ölümlerin 2010 yılında 2010'a yükseldiğini (% 65.6 artış) söylemiş (2) ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) 2013 yılı başlarında yayınladığı bir raporda Türkiye'de 2000 – 2012 yılları arasında iş kazalarında toplam 12.286 işçinin öldüğünü belirtmiştir (insidans dünya ortalamasının oldukça üzerindedir) (3). Dahası Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Türkiye'de meslek hastalıkları tanılarının aşırı düşük olduğunu (ve dolayısıyla yeterince tedavi edilemediğini) itiraf etmektedir. Bakanlığa göre Türkiye'de meslek hastalıklarının yalnızca binde 1 – yüzde 1 kadarına tanı konmakta ve kaydedilmektedir (4).

Yukarıda sunulan veriler yalnızca SGK tarafından kayıt altına alınan "kayıtlı" sektördeki kazaları ve hastalıkları kapsamaktadır. Türkiye'de toplam istihdamın yalnızca yarısının kayıtlı olduğu göz önüne alındığında (5), resmi istatistiklerin bu anlamda resmin yalnızca bir bölümünü verdiği sonucuna varılabilir.

Bir ülkenin hem işyeri ölümlerinde dünyanın en kötü kayıtlarından birine sahip olması, hem de aynı zamanda sağlık çıktılarında o zamana dek görülmedik iyileştirmeler sağlaması olanaklı mıdır? İnanılamayacak kadar iyi görünüyor.

Saygılarımla,

M. Akif Akalın, BPH, MD

İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD

Kaynaklar

1. Atun, R et al. (2013). *Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity*. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61051-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61051-X) (Accessed: July 3, 2013).
2. <http://www.hurriyetdailynews.com/occupational-accidents-kill-10000-in-tenyears.aspx?pageID=238&nid=9689> (Accessed: July 3, 2013).
3. <http://www.worldbulletin.net/?aType=haber&ArticleID=109960> (Accessed: July 3, 2013).
4. Ministry of Labor and Social Security. (2011). *Guideline for Occupational Diseases*. Ankara: Matsa Press. p. 18.
5. Yeldan, E. and Ercan, H. (2011). *Growth, employment policies and economic linkages: Turkey, Employment working paper No 84*. Geneva: International Labour Office. p. 10.

Türkiye'de sağlık hizmeti reformu: kusursuz olmaktan çok uzak

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı halkının sağlık düzeyini geliştirmeyi başardığını savlarken¹ bir konu gözden kaçıyor: Veri güvenilir mi?

Ülkede artık sağlık verisi toplanmıyor ve kaydedilmiyor. SB aile hekimlerinin hasta bakmalarını istiyor, veri toplamalarını değil. Güvenilir veri, sunulan sağlık hizmetinin düzeyini anlamak için yaşamsaldır, ancak SB tarafından duyurulan sonuçlar gerçekçi olmayan, gözcü veriyeye dayanıyor.^{2,3}

Türkiye'nin tüm toplumu kapsayan ve herkese ücretsiz hizmet ulaştıran saygın bir toplumsal sağlık hizmeti vardı. Kayıt sistemi gebeliğin belirlenmesi amacıyla 15-49 yaş kadınların izlenmesinden ölüm verisinin elde edilmesine dek neredeyse kusursuzdu. Toplumsal sağlık hizmetinin erimesi sonucu, yalnızca ücretli sağaltıma ulaşılabilen ve koruyucu ve esenlendirici bakımın sunulmadığı şimdiki durumu tam bir karmaşa.

SB'nin daha önce yayımlanmış olan yönlendirici sunumlarına² bakıldığında, sağlık düzeyinin gerçekte olduğundan iyi görünmesi için kurgulandığı anlaşılıyor.

Gazanfer Aksakoğlu

Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Kaynaklar

1. Baris E, Mollahaliloglu S, Aydın S. *Healthcare in Turkey: from laggard to leader*. *BMJ*. 2011 Jan 21;342:c7456.
2. Ministry of Health 2011 Budget (Parliament) General Assembly presentation at: <http://www.saglik.gov.tr/BAKAN/dosya/1-70836/h/saglikbakanligi-2011-butce-genel-kurul-sunusu.pdf>
3. Aksakoglu G. *Can you beat that? Letter to the editor*: *BMJ* 4 May 2011. <http://www.bmj.com/content/342/bmj.c7456?tab=responses>

Bu metin, künyesi verilen yazının çevirisidir: Aksakoğlu G. *Health-care reform in Turkey: far from perfect*. *The Lancet*. 2014;383(9911):26-7. Çevirinin yayımlanması için *The Lancet* dergisinden izin alınmıştır.

Türkiye’de sağlık hizmeti reformu: kusursuz olmaktan çok uzak

Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP)¹ başlatılmasıyla Türkiye’de hekimlerin çalışma koşulları kötüleşti. SDP daha iyi maaş verileceğini vaad etse de kesinlikle böyle olmadı.

Türk Tabipleri Birliği 2011 yılında kamu sektöründe çalışan hekimlerin aylık temel ücretlerinin uzman hekimler için 803 €, genel pratisyenler için 643 € ve emekli hekimler için 779 € olduğunu belirtmektedir. Türkiye’de SDP ile gündeme gelen performans ödemeleri bir teşvik değil aksine hekimlerin temel maaşına dönüşmüştür. Performans ödemeleri hastalık, gebelik, tatil izinlerinde ödenmemekte ve emeklilik sürecinde değerlendirmeye alınmamaktadır. Hekimlerin önemli bir bölümü performans ödemelerinden memnun değildirler. Hekimlerin % 90.1’i performans ödemelerini yeterli bulmamaktadır.² Performansa göre ödeme gündeme geldikten sonra eğitime ve sürekli mesleki gelişime ayrılan zaman azalmıştır.³ Mesleki gelişimin gerekleri ihmal edilmiştir.

Dahası mesleki bağımsızlık için temel olan iş güvencesi son on yılda erozyona uğramıştır. Hekimlerin % 92’si çalışma ortamlarının yönetsel yapısını stress etmeni olarak tanımlamaktadır.⁴

Hekimlerin önemli bir kısmı çok uzun saatler çalışmaktadır: Aile hekimleri haftada ortalama 59 saat, uzmanlar 68 saat ve asistanlar 85 saat çalıştıklarını ifade etmektedirler.⁴ Hasta hekim ilişkisinin niteliği kötüleşmiştir: hekimlerin % 66’sı hastalarının şiddetine maruz kalmıştır.⁴ Hekimler arasında intiharlar ihmal edilemeyecek bir olgudur.

Hekimlerin mesleklerinden ve gelecekte bekledikleri azalmıştır. Hekimlerin çoğunluğu ticarileşmiş bir sağlık hizmetinin bileşeni olmak istememektedir. Hekimler çalışma ve gelecek güvencesine ihtiyaç duymaktadır. Otmar Kloiber’in ifade ettiği gibi “hekimler üçüncü tarafların emirlerini yerine getirmeye zorlandıklarında, hastalarının yararı en sonda gelecektir.”⁵

Feride Aksu Tanık /

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Ankara, Türkiye

Kaynaklar

1 Atun R, Aydın S, Chakraborty S, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet* 2013; 382: 65–99.

2 Turkish Medical Association. Physicians’ evaluations about working conditions and the law of full time working, 2009 (in Turkish). http://www.ttb.org.tr/c_rapor/2008-2010/2008-2010.pdf (accessed July 3, 2013).

3 Turkish Medical Association Ethics Committee. Physicians’ evaluations about Pay for Performance, 2009 (in Turkish). <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/performansadayaliyodeme.pdf> (accessed July 3, 2013).

4 Turkish Medical Association. Consensus on the working conditions, workload and labor force of physicians. 2010 (in Turkish). <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/OG2010.pdf> (accessed July 3, 2013).

5 Kloiber O. A difficult start into the year. *World Medical Journal* 2012; 58: 1.

Bu metin, künyesi verilen yazının çevirisidir: Aksu F. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *The Lancet*. 2014;383(9911):28. Çevirinin yayımlanması için *The Lancet* dergisinden izin alınmıştır.

Türkiye’de sağlık hizmeti reformu: kusursuz olmaktan çok uzak

Rifat Atun ve arkadaşlarının raporu, Dünya Bankası’nca desteklenen ve belirlenen Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP) uygulama adımlarını özetliyor (1, 2). SDP temel olarak, Dünya Bankası’nın bu konuda kilometre taşı sayılan “Sağlığa Yatırım Yapmak” isimli raporunu kılavuz alarak sağlık hizmetlerini özelleştirmeyi amaçlıyor. 1993 tarihli rapor; maliyet-etkinlik, rekabet, desantralizasyon, müşteri memnuniyeti ve performansa dayalı ödeme uygulamalarının harcamaları azaltma ve hizmetin niteliğini artırmak için anahtar role sahip olduğunu ileri sürmekteydi (3). Yazıda Türkiye, sağlık hizmetlerini tüm topluma yaymayı hedefleyen reformlar yapmayı çalışan ülkeler için örnek model olarak sunuluyor. Ancak değerlendirme yaparken SDP’nin etik boyutunun dikkate alınması gerektiğini inanıyorum.

Hakkaniyeti sağlamak, adil olmak ve sağlık hakkını korumak için sağlık hizmetlerini özelleştirmek tam bir imkansız-tamamadır. Maliyet-etkinlik ve geri ödeme ölçütleri, hastaların gereksinimlerine göre değil maddi giderlere göre belirlenmektedir. Hizmetlerin finansmanı adil değildir. Toplum aynı hizmeti almak için ikinci bir vergi olarak Genel Sağlık Sigortası primi ödemektedir. Üstelik sigorta ödemeleri sadece belli hizmetlerden oluşan bir paketi kapsamaktadır ve bu paket reformla birlikte giderek küçülmektedir.

Hasta hakları giderek bir iş yaklaşımının parçası olmakta ve müşteri haklarına dönüşmektedir. Hekim seçme hakkına verilen önem, bu eğilimin iyi bir göstergesidir. Dahası, tıbbi bilgiler artık hastaya değil şirketlere aittir. Gizlilik ilkesi hastaların değil şirketlerin haklarını korumaktadır. Aydınlatılmış onam; müşteri ile hizmet veren arasında, hizmetin koşullarını tanımlayan yazılı bir sözleşme olmuştur. Tüm bunların sonuçları oldukça kaygı vericidir: Hizmet kaynaklı zarar, hastaya son dokunan sağlık çalışanının hatası olarak tanımlanmaktadır. Bu “suçlama kültürü” tehlikelidir, çünkü sağlık çalışanlarını korumacı tıbbi itmektedir. Ayrıca performansa dayalı ödeme sistemi hasta başına ayrılan süreyi kısıtlamaktadır. Hastalar, tanı testleri, ameliyatlara, her tür tıbbi girişim bonus puanlarına dönüştürülerek değersizleştirilmiştir. Hekimler bir yabancılaşma süreci içindedir. Toplum ile tıp mesleği arasındaki toplumsal sözleşmenin koşulları, sözleşmenin her iki tarafınca da

sorgulanmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetlerini sıradan bir metaya dönüştürmek, ayrıca hekimin toplum içindeki geleneksel konumunun da değişmesine neden olmaktadır. Toplumun, toplumsal bir kurum olarak tıbbı güveni ve aynı zamanda hasta-hekim ilişkisindeki güven aşınmaktadır. Tıp geleneksel köklerinden ve erdemlerinden uzaklaşmaktadır. Sağlık çalışanları şirket kuralları ve pazar dinamikleriyle yönetilen bu yeni ortamda sözleşmeli işçi konumundadır. Pazarın talepleri hasta için en iyisini gözetmeyi ve mesleki bağımsızlığı korumayı neredeyse olanaksız kılmıştır.

Hizmet sunma yükümlülüğünün temel gerekçesini oluşturan toplumsal sözleşme, gözlerimizin önünde çözülüyor. Bu durum, özellikle sağlık hakkı bağlamında derin biçimde kaygı verici. Tıp ve sağlık, iş dünyasının nesnelere olmamalı.

M. Murat Civaner

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD Bursa, Türkiye

Kaynaklar

1. Atun R, Aydın S, Chakraborty S et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet* 2013; 382: 65–99.
2. World Bank. Project in Support of Restructuring of Health Sector. <http://www.worldbank.org/projects/P102172/healthtransformation-social-security-reformproject?lang=en> (accessed June 5, 2013).
3. World Bank. World development report: investing in health. New York: Oxford University Press, 1993.

Bu metin, künyesi verilen yazının çevirisidir: Civaner M.M. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *The Lancet*. 2014;383(9911):26. Çevirinin yayımlanması için *The Lancet* dergisinden izin alınmıştır.

Sayın Editör,

Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity başlıklı yazıyı okudum.¹ Ancak yazıda performans temelli ödeme sisteminin yeterince irdelenmediğini düşünüyorum.

Bilindiği üzere Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), sağlık birimlerini idari-mali yönden özerk ve birbirleriyle rekabet eden işletmeler haline getirmektedir.² Bu bağlamda SDP çerçevesinde geliştirilen performans temelli ödeme sisteminde hekimler, hastalara sundukları hizmetlere göre puan toplamakta ve ay sonunda da hastanenin döner sermaye hesabından topladıkları puanları oranında ek ödeme almaktadırlar.^{3,4} Bu ödeme sisteminin temelini, sağlık çalışanları arasındaki ekip çalışmasının azaltılması pahasına bireysel kâr etme güdüsü ve rekabeti oluşturmaktadır.⁴ Zaten ödeme sisteminin temelini oluşturan “kazanç” vurgusu, dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ tarafından da ifade edilmiş ve bu ödeme sistemi ile hekimlerin, herhangi bir sermaye koymadan ve riske girmeden hastanelere “adeta kâr ortağı” haline getirildiği onun ağzından gazetelere yansımıştır.⁵

Gerçekten de zaman içerisinde performans temelli ödeme sistemi etkisini gösterdi: Bu etkinin bir yansıması olarak 2005-2010 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim-araştırma hastanelerinde akademik yayın faaliyetleri %44 oranında azaldı.⁶ Aynı dönemde bu hastanelerde poliklinik sayısı %53, yatan hasta sayısı %60 artarken; performans temelli ödeme sisteminin kışkırttığı invaziv işlemler hasta sayısı ile orantısız olarak (örneğin bronkoskopi için %254) arttı.⁶ Ayrıca performans temelli ödeme sistemi öncesinde hasta başına hastalara açılan damar yolu sayısı 0.1, enjeksiyon sayısı 9.9 ve aynı hastalık için yapılan tanısal tetkik sayısı 18.6 iken, performans temelli ödeme sistemi sonrası bu değerler sırasıyla 2.1'e, 13.6'ya ve 28.2'ye yükseldi.⁷

Özetle; Türkiye'de uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, bileşenlerinden birisi olan performans temelli ödeme sistemi sayesinde hekimlik meslek etik değerlerinde aşınmaya neden oldu ve hekimleri, kazançlarını arttırmak için hastaya sundukları hizmeti içeriğini, sayısını ve önceliğini değiştirmeye zorladı. Kuşkusuz söz konusu program, bir yandan sağlık tüketimini arttırırken diğer yandan da hastaların nitelikli sağlık hizmeti alma hakkının ihlaline yol açtı. Saygılarımla,

Dr. Osman Elbek

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD Aydın, Türkiye

Kaynaklar

1. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*, Early Online Publication, 27 June 2013.
2. Republic of Turkey. Ministry of Health. Transformation in Health. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html> (accessed July 2, 2013).
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Yönetici ve Birim Performansı. http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/2202sybpbk.pdf (accessed July 2, 2013).
4. Yasar GY. 'Health transformation programme' in Turkey: an assessment. *Int J Health Plann Manage*, 2011; 26: 110-33.
5. "Doktorları kâr ortağı yaptık". <http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-doktorlari-kr-ortagi-yaptik-676-174-654.html> (accessed July 2, 2013).
6. Altın S. What changed in the Chest Diseases' Education Hospitals in the last 5 years. *Turkish Thoracic Society, 14th Annual Congress, April 13-17, 2011, SS-166*.
7. Tengilimoğlu D, Pay U, Kisa A. The Inefficiency of Performance Based Physician Payment Scheme in Turkey. In *World Neighbours Sharing Strategies to Transform Healthcare, Proceedings of the Fifth International Conference on Health Care Systems, Dennis Emmett (ed), October 13-15, 2008, Milwaukee, Wisconsin, pp.30-45*.

Türkiye’de sağlık hizmeti reformu: kusursuz olmaktan çok uzak

R. Atun ve ark.’nın raporunda Türkiye’deki toplum sağlığında ve sağlık hizmetlerinde önemli ilerlemelerden söz edilmektedir (Tablo 5 ve 6). Buna karşın, bölgeler ve yerleşim yerleri (kır, kent) arasındaki eşitsizlikler, yıllar içinde artmaktadır. Bebek ölüm hızı (BÖH)’lerinde izlenen iyiye gidişe rağmen, bölgeler arasında eşitsizliğin arttığına altını çizmek istiyorum.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nın 1993, 1998, 2003 ile 2008 verilerini analiz ettik ve Atun ve ark.’larının raporlarında yer alan tablo 5 ve 6’dan farklı sonuçlara ulaştık (Tablo). Türkiye’deki BÖH 1993 ve 2008 yılları arasında düştü (bin canlı doğumda 52.6’dan 17.0’ye düştü; Tablo). Bu zaman diliminde (1993-2008) bebek ölümünün bölgelere göre nasıl azaldığını anlamak için topluma atfedilen riskleri ve hız oranlarını hesapladık. 1993 yılında Batı bölgesinde her bir bebek ölümüne karşılık, Doğu bölgesinde 1.4 bebek ölümü söz konusuydu. Fark, 2008 yılında 2.7’ye ulaştı. Bu durum bölgeler arasında eşitsizliğin arttığını göstermektedir.

Yaşamını yitirmiş her 100 bebek içinde önlenebilir olanların payı, 1993 yılında %18,8 iken, 2008 yılında %44,7’dir (Tablo). 2008 yılında 1 286 796 canlı doğum gerçekleşti ve bunlardan 21 876’sı yaşamını kaybetti. Bu ölümlerin 9 779’u önlenebilir bebek ölümleriydi. Hız oranı ve topluma atfedilen riskte en fazla artış 2003 ve 2008 yılları arasında görüldü (Tablo).

Daha açık olarak ifade etmek gerekirse, sağlık hizmeti kullanımı ve toplumsal sağlık göstergeleri açısından bölgeler arasındaki eşitsizlikler artmaktadır. Bu sorunlar dikkate alınmadan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın başarısını tartışmak gerçeklere gözümüzü kapamak anlamına gelir.

Prof. Dr. Onur Hamzaoğlu

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kocaeli, Türkiye

Tablo. Türkiye’de bebek ölüm hızları

	1993	1998	2003	2008
Toplam	52.6	42.7	29.0	17.0
Bölge				
Batı	42.7	32.8	22.0	9.4
Güney	55.4	32.7	29.0	21.8
İç Anadolu	57.9	41.3	21.0	18.5
Kuzey	44.2	42.0	34.0	11.4
Doğu	60.0	61.5	41.0	25.3
Hız Oranı (Doğu/Batı)	1.41	1.88	1.86	2.69
Topluma Atfedilen Risk (%)	18.8	23.2	27.6	44.7

Veriler Yazar tarafından Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nın 1993, 1998, 2003 ve 2008 verilerinden analiz edildi.

Bu metin, künyesi verilen yazının çevirisidir: Hamzaoğlu O. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *The Lancet*. 2014;383(9911):27. Çevirinin yayımlanması için *The Lancet* dergisinden izin alınmıştır.

Türkiye’de sağlık hizmeti reformu: kusursuz olmaktan çok uzak

Rifat Atun ve arkadaşları (1) belirli bulaşıcı hastalıklarla (Difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci ve kızamık) ilgili bağışıklama kapsamının 2000 yılında %85 iken 2010 yılında %97’ye çıktığını belirtmektedirler. Bu yüksek orana karşılık Türkiye, 2011 Ocak ayında 80 vakalık bir kızamık salgını bildirmiş ve Birleşmiş Milletlere göre ülkede 2012 yılından itibaren 300’ü Suriyeli sığınmacılar olmak üzere 3000-4000 kızamık vakası bulunmaktadır (2,3). Ayrıca, %96-98’lik bir aşılama kapsamı belirtilmesine karşılık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2011 yılında verilerin güvenilirlik düzeyini düşürmüştür (4).

DSÖ’nün bulaşıcı hastalıklarla ilgili merkezi bilgi sistemi (CISID) verilerine göre 2013 yılında Türkiye’de 6078 kızamık vakası tespit edilmiştir (Bkz: <http://data.euro.who.int/cisid/>). Buna karşılık Sağlık Bakanlığı Ocak 2012-Şubat 2013 tarihleri arasında görülen 1005 kızamık vakası ile ilgili değerlendirmesinde “salgın” terimini reddetmiş ve “kontrollü vaka artışı” ifadesini kullanmıştır (5). Daha da önemlisi bu vakaların %26’sının 1-4 yaş arasında olması yetersiz aşılama kapsamının ya da soğuk zincir sorunlarının ya da her ikisinin varlığını düşündürmektedir (5). Aile hekimliği sisteminde kayıtlı olmayanlar, aşısız olanlar, birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşma güçlüğü yaşayanlar ve ekonomik sorunlar kızamık vakalarının artışını açıklayabilecek diğer faktörler olabilir.

Bu çerçevede Türkiye’de sağlık reformunun birinci basamak üzerindeki olumsuz etkileri endişe doğurmaktadır.

Cavit Yavuz/ Hacettepe Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı- Muzaffer Eskiocak/Trakya Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Kaynaklar

1. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet* 2013; 382: 65–99.
2. WHO. Global Alert and Response: Measles outbreaks in Europe. http://www.who.int/csr/don/2011_04_21/en/ (accessed June 3, 2013).
3. UN News Centre. UN steps up vaccination campaigns amid measles outbreaks among uprooted Syrians, 30 April 2013. <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=44792#.UdPV7klrMUA> (accessed June 3, 2013).
4. WHO. Turkey: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2012 revision. http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/tur.pdf (accessed Dec 13, 2013).
5. Turkish Society of Public Health Specialists. Measles in Turkey: MoH information note (in Turkish). <http://hasuder.org.tr/anasayfa/jupgrade/index.php/guncel/48-guncel/620-kizamik> (accessed June 3, 2013).

Bu metin, künyesi verilen yazının çevirisidir: Yavuz Cİ, Eskiocak M. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *The Lancet*. 2014;383(9911):27-8. Çevirinin yayımlanması için *The Lancet* dergisinden izin alınmıştır.

Aile Hekimliği Modeli ve Aile Sağlığı Elemanı

Atun ve ark.'nın makalesinde Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'nin sözü edilen kazanımları ve başarıları sağladığını okudum. Bu programın önemli bir parçası, Aile Hekimliği Modeli (AHM)'dir. Makalede bu model'in insan kaynakları ve insan kaynakları kapasitesinin artmasına odaklandığı belirtilse¹ de bu oldukça şüphelidir. Birinci basamak sağlık hizmeti bir ekip işidir. Hemşire ise öncü ve kilit bir role sahiptir.² Ancak makalede AHM'nde görev yapmakta olan hemşire dahil hiç bir sağlık çalışanından bahsedilmemektedir. Oysa aile hekimliği mevzuatlarına göre, bu merkezlerde hekim dışında hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni istihdam edilmektedir. Aile sağlığı merkezlerinde evde bakım hizmetleri, bağışıklama, kadın ve çocuk sağlığı vb. hizmetler öncelikle hekim olmayan bu sağlık çalışanları tarafından sunulduğu halde, makalede sadece aile hekimi tarafından sunulduğu izlenimi oluşturulmaktadır.³

Hekim dışı bu sağlık çalışanlarının bulunması ise AHM'nin birinci basamak sağlık hizmeti olduğunu gösterir mi? Ya da bu hizmetin ekip hizmeti odaklı bir hizmet olduğunu gösterir mi? Hayır. Çünkü, mevcut mevzuata göre, tüm bu sağlık çalışanları "aile sağlığı elemanı" olarak tanımlanmaktadır. Bu sağlık çalışanları farklı meslek grubu olmalarına ve çok farklı eğitim düzeylerine sahip olmalarına karşın, aynı işleri yapmak üzere görevlendirilmektedir. Bu uygulama dünyada bir ilktir. Örneğin, ülkemizde acil tıp teknisyeninin insana müdahale etme yetkisi yalnızca acil vakalar ve ambulans içinde olmak üzere sınırlanmıştır. Ne eğitimleri ne de mevzuattaki görev tanımları kronik hastayı, gebeyi ve bebeği izlemek için uygun değildir. Yine bir ebenin de kronik hastayı izlemesi, evde özürü bakımını vb. hizmetleri yerine getirmesi ya da bu konuda aile hekimi ile birlikte çalışması gerektiği belirtilse de bu onların eğitimlerinde yer verilmiş hizmet konularıdır.^{3,4} Ayrıca, bu kişiler lise düzeyi (sekiz yıllık temel eğitimden sonra dört yıllık eğitim), lise sonrası iki yıl (acil tıp teknisyeni için en üst eğitim) ve lisans gibi farklı eğitim düzeylerine sahiptir. Ne yazık ki, ülkemiz Sağlık Bakanlığı politikaları, her türlü sağlık hizmetlerinde halen sağlık meslek lisesi hemşirelik bölümünden mezun olanlara "hemşire" olarak kabul etmektedir. Meslek lisesi, ön lisans ve lisans mezunlarını da aynı görev ve yetkilerle donatılmış "hemşire" olarak çalışmaktadır. Bu da dünyada başka bir ilktir. Ancak makalede AHM ve İnsan Kaynakları Yönetimi bölümlerinde bu konulara yer verilmemektedir. Ayrıca, makalede belirtildiği gibi¹, 2007 yılında hemşirelik eğitimi üniversite eğitimi ile sınırlandırılmamıştır. Oysa halen sağlık meslek liselerine dayalı hemşireler yetiştirilmektedir.

Bunlara ek olarak, Türkiye'de yürütülen bilimsel çalışmalar, AHM içinde çalışan aile sağlığı elemanlarının meslek dışı işler yaptığını, iş yüklerinin fazla olduğunu, yoğun mesailerinin olduğunu ve bu koşullardan memnun bulunmadıklarını göstermektedir.^{3,5} Tüm bu eksikler göz önüne alındığında, makalede sözü edilen bağışıklama başta olmak üzere olumlu sağlık sonuçlarına nasıl ulaşılabilir?

Doç. Dr. Özlem Özkan
Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

Kaynaklar

1. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol İ, Nazlıoğlu S, Özgülcü Ş, Aydoğan Ü, Ayar B, Dilmen U, Akdağ R. Universal health coverage in Turkey: Enhancement of equity. *The Lancet* 27 June 2013, doi:10.1016/S0140-6736(13)61051-X.
2. Bryar S, Kendall S, Mogotlane SM. Reforming Primary Health Care: A Nursing Perspective Contributing to health care reform, issues and challenges. Geneva: ICN, FNIP, 2012.
3. Özkan O, Uysal A, Çatiker A. Family practice system in Turkey: Transition from the public health nursing to the family health personnel. XVIIth Conference of the International Association of Health Policy (IAHP). 29 September–2 October 2011, Ankara. http://www.ttb.org.tr/dosya/kapitalizm/oozkan_acatiker_auysal.pdf
4. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013. Resmi Gazete, Sayı: 28539. http://www.ailehekimligi.gov.tr/images/stories/Mevzuat/Aile_Hekimligi_Uygulama_Yonetmeliği_25_Ocak_2013.pdf
5. Özdemir R, Yücel Ü, Çiçeklioglu M, Öcek ZA. Aile sağlığı elemanları çalışma ortamları ve özlük hakları hakkında ne düşünüyor? Geleceğe nasıl bakıyor, 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2-6 Ekim 2012 <http://kongre.hasuder.org.tr/index.php/uhsk15/uhsk15/paper/view/655>

Türkiye'de sağlık hizmeti reformu: kusursuz olmaktan çok uzak

Rifat Atun ve meslektaşlarının¹ raporunu -Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity- çok sayıda hata, çarpıtma ve yok sayma nedeniyle şaşırarak okudum. Şaşırtıcı olarak, Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılı için binde 7.7 olarak belirttiği bebek ölüm hızı, Atun ve meslektaşları tarafından UNICEF'in 12.0'ı ile büyük ölçüde benzer olarak değerlendirilmiştir. Bu iki sayıyı büyük ölçüde benzer olarak değerlendirebilmek için hiç epidemiyoloji bilmemek gerekir! Üstelik rapor¹ Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)² tarafından açıklanan kayıtlara dayalı bebek ölüm hızını (2011 yılı için binde 11.7) tartışmamaktadır.

Atun ve meslektaşları, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile özellikle yoksulların sigorta kapsamına alındıklarına vurgu yapmasına karşın, bu durum gerçekleri tam olarak yansıtmaktan uzaktır. Sosyal Güvenlik Kurumu'na göre, 2011'de Türkiye'de sigorta kapsamı dışında kalan kişi sayısı 10 milyonun üzerindedir ve nüfusun %14'ünü oluşturmaktadır³. Buna ek olarak 6 milyon kişinin sağlık hizmetlerine erişemediği tahmin edilmektedir⁴.

Atun ve meslektaşları, 2011'de 90 milyondan fazla başvuru⁵ yapılan acil servislere başvurudaki artış gibi, SDP ile ortaya çıkan kimi önemli konuları yok saymıştır. Türkiye, SDP ile dünyada nüfusundan daha fazla acil başvurusu olan tek ülke konumuna getirilmiştir.

Kayıhan Pala

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 16059 Görükle, Bursa, Türkiye.

Kaynaklar

1. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet* 2013; published online June 27. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61051-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61051-X).
2. Turkish Statistical Institute, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13440>.
3. SGK. 2011, Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllıkları, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari/.
4. Confederation of Turkish Tradesmen and Craftsmen. <http://www.tesk.org.tr/tr/yayin/esnafraporu.pdf>.
5. Cander, B. 2012, Acil Servis Yükü ve Kritik Hastalar, <http://www.atuder.org.tr/OnlineNewspaper.aspx?content=90>.

Bu metin, künyesi verilen yazının çevirisidir: Pala K. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *The Lancet*. 2014;383(9911):28. Çevirinin yayımlanması için *The Lancet* dergisinden izin alınmıştır.

Bayım,

Makale pek çok yönden eleştirilmeye muhtaç ama biz sıradan bir hekimin günlük hasta pratiği üzerinden bir değerlendirme yapmak isteriz.

Bugün Türkiye'de hastalar telefon ya da interneti kullanarak Sağlık Bakanlığı'nın merkezi hasta randevu sisteminden randevu alabiliyorlar. Her 10 dakikada bir randevu veriliyor. Eğer hastalar randevululardan ibaret olsaydı hekimler arada soluk alma süresi olmaksızın 10 dakikada bir hasta görüyor olacaktı. Ama maalesef dahası var. Her poliklinik randevusuz hastalara da açık. Ankara Türkiye'nin başkenti ve ikinci büyük şehridir. Sağlık hizmetinin en iyi verildiği iddia edilen bir metropoldür. Bugün Ankara'daki devlet hastanelerinde polikliniklerde bir doktor günde 230'a varan sayıda hasta bakıyor. Bir günde 130, 150, 180, 230 hasta bakan doktorlar var. Bu rakamlar Ankara Tabip Odası görevlilerince 5 Mart 2013 tarihinde saat 16:00'da yerinde tespit edilmiştir. Bir hekimin bu kadar çok hasta bakması istisna değil bütün şehirlerde yaygın olarak rastladığımız durumdur. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) hekime başvuruyu teşvik etmekte, idare kişi başına yılda ortalama 3.2 olan hekime başvuru sayısını 10 yıl içinde 8.2'ye çıkarmış olmakla övünmektedir. (1)

Her ne kadar SDP'nin sahipleri programın henüz tamamlanmadığını söyleyerek gelecek için umut vermeye çalışsalar da basit bir aritmetik hesap bu umudu yok etmeye yetiyor. Hükümet 2023 yılında Türkiye'deki hekim sayısını iki katına çıkarmak istemektedir. Bu amaç doğrultusunda Türkiye'deki tıp fakültesi sayısı ve mevcut tıp fakültelerinin öğrenci sayısı 10 yılda iki katına çıkarıldı. Maalesef bu artış sırasında tıp eğitiminin niteliğinin gözetildiğini söylemek mümkün değil. Ama 2023 yılında hekim sayısı iki katına çıktığında bu sistem devam ediyor olursa bir hekim poliklinikte bir günde 115 hasta görecektir. İnsanların hasta olması ve daha çok hastanelere gitmesi üzerine kurulu bir sistem hastaları da hekimleri de tüketmektedir.

Ankara Tabip Odası'nın doktorlarla yaptığı bir ankete göre Ankaralı hekimlerin %83'ü halkın nitelikli sağlık hizmeti alamadığını düşünüyor. %88'i gelecekte umutsuz (2).

İçinde yaşayan, bu sistemle çalışan hekimlerin gördüğü, düşündüğü, hissettiği budur. Bu umutsuzluk, mutsuzluk 30 yaşında genç bir asistan hekimin yaşadığı yoğun baskı, ağır iş yükü ve bir de kolay şikayet hattının kendisinden istediği savunma talebiyle çalıştığı hastanenin 6. katından, elinde savunma yazısıyla atlayıp intihar etmesiyle sonuçlanmıştır.

Dr. Özden Şener Ankara Tabip Odası Başkanı

Dr. Bayazıt İlhan, Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri

Kaynaklar

1. www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/haberler/201212/SaglikBakanligiButcesi2013.pdf
2. <http://ato.org.tr/#/ato/anketler/sonuc/1>

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ticarileşme diskuru profesyonel davranış eğitimi ile uyumlu mu?

Rifat Atun ve meslektaşlarının raporu¹ okurlarını, öğrencilerin öğrendikleri ve uygulama yaptıkları ortamı değiştirmesi nedeniyle, sağlık reformlarının gelecekteki insangücü kaynaklarını nasıl şekillendirdiğini düşünmeye sevk ediyor. Tıp fakültesi yönünden bakıldığında, sosyal sorumluluk en önemli yükümlülüklerindedir. Edinburgh Bildirgesi'nde vurgulandığı gibi, fakülteler içinde yer aldıkları toplumun gereksinimlerini gerçekten karşılayacak eğitim programları sürdürmek zorundadır.² Diğer yandan, eğitim ortamları sadece üniversite hastaneleri ile sınırlı kalmamalı, sağlık sisteminin tüm sağlık hizmeti birimleri öğrenme ve öğretmeye açık olmalıdır.² Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) öncesinde, tıp fakülteleri Sağlık Bakanlığı (SB) ile eğitim ortamı ve programın kapsamına ilişkin karşılıklı anlaşmalar temelinde, kamu hastaneleri ve birinci basamak merkezlerini kullanmak üzere protokol imzalayabiliyorlardı. (Eski protokol örnekleri internette bulunabilir. Örneğin İstanbul Üniversitesi, Erciyes Üniversitesi). Ancak SDP'nin 10 yılı bulan uygulama sürecinde, kamu sağlık kurumlarının tıp fakülteleri ile afilyasyonu henüz çözümlenemedi. Aile hekimlerinin afilyasyonu ise başka zorluklar taşımaktadır. Ne "Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik"³, ne de "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği"⁴ aile hekimleri için eğiticilik rolü tanımlamaktadır. Ancak 2013'te, asistan eğitimine sınırlı "aile hekimliği eğitim merkezi" tanımlanabilmiştir.⁴ Üstelik, aile hekimleri için belirlenen performans kriterleri arasında eğiticilikle ilgili kriter yer almamaktadır.

SDP'de tıp fakültesi öğretim üyeleri ile doğrudan ilgili yasal düzenlemeler de sorunlar barındırmaktadır. Yazarlara göre¹, kamuda görevli doktorlara muayenehane açmalarının yasaklanması (dördüncü inisiyatif, sayfa 14), ancak az sayıda öğretim üyesinin istifasıyla sonuçlanmıştır. Ancak yazarlar daha fazla sayıda öğretim üyesinin yeni muayenehane açtığını, fakültede eğitim vermeye devam ettiğini ancak sağlık hizmeti sunmadığını ve bu durumun en çok klinik eğitimine zarar verdiğini belirtmeyi unutmuşlardır.

SDP'nin yapısal ve yasal bileşenlerinin yanısıra, kültürel iklimi de tıp eğitiminin öğrencilere profesyonel beceri ve erdemleri kazandırmasının önünde zorluklar oluşturmaktadır. Kullanıcı memnuniyeti, performans-a-dayalı teşvikler, ekonomik büyümenin dinamik gücü olarak sağlık hizmeti gibi kavramlar, ticarileşme anlayışının tipik söylemleridir ve Türkiye'deki sağlık hizmeti ortamının yeni iklimini ve paradigmasını bunlar oluşturmaktadır. Ticarileşmiş sağlık hizmetlerinin yapısal, yasal ve kültürel iklimi tıp uygulamalarının geleneksel etik felsefesiyle bağdaşamaz⁵ ve öğrencilerin profesyonel erdemleri donanması için güvenli bir öğrenme ortamı sağlamaz. SDP sonrasında gelecekteki sağlık hizmeti ortamı, hem toplum hem de öğrenciler için güvenli ve insancıl bir iklim vaat etmemektedir.

Dr. Kevser Vatansever
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kaynaklar

1. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet* 2013; 382: 65-99.
2. World Federation for Medical Education. *The Edinburgh Declaration. Medical Education* 1988; 22: 481-2.
3. Bakanlar Kurulu. *Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete, 30.12.2010 No: 27801; 2010.*
4. Bakanlar Kurulu. *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmi Gazete, 25.01.2013, No: 28539; 2013.*
5. Relman AS. *The problem of commercialism in medicine. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2007; 16(04): 375-6.

Oturduğu yerden ahkâm kesen bir editoryal bizim için bir başka aşığılımadan ibarettir!

Sayın Editor,

Editoryal yazınıza Orhan Pamuk'un sözleriyle başlamışsınız, ben de size aynı yazarın sözleriyle cevap vermek istiyorum. Orhan Pamuk (2001): "Batı dünyası, dünyanın pek çok toplumuna yaşattığı büyük aşığılanma hissinden hemen hemen hiç haberdar değildir"

Oturduğu yerden ahkâm kesen editoryal yazınızın başlığı "Türkiye'nin universal sağlık güvencesine demokratik geçişi" bizim için, özellikle bugünlerde, bir başka aşığılımadır. Görünen o ki, size göre, Türkiye İslami değerlerin yanı sıra modern demokrasiye sahip, gelişen ve kendi kendisini dönüştüren (reformlarını kendisi yapan) bir ülke. Eğer Türkiye'nin son birkaç aylık geçmişine baksaydınız bu sözlerinizden tamamen farklı bir durum görebilirdiniz: Şiddet uygulayan, otoriterler, giderek artan biçimde baskıcı ve acımasız bir rejim. Türk Tabipler Birliği'nin (TTB) bu konudaki çığlığını okuyabilirsiniz: "Gösteriler... Hükümetin toplumu dini normlara göre dönüştürme isteğine karşı yaygın bir başkaldırı haline gelmiştir. Başbakanın 'dindar ve biat eden nesiller' yaratma projeleri kendi düşünce yapısıyla örtüşmekte, bu 'fikirler' ki kadınların kürtaj hakkından doğum kontrol hakkına kadar özel hayatlarına müdahale etmekte, otoriter yönetim üslubu ve diktatörlük planlarıyla örtüşmektedir. Polis tamamen barışçıl nitelikli gösterilere silahlı araçlarla, biber gazı, tazyikli su ve cop gibi gereçleriyle saldırdı. Üç vatandaş öldürüldü. Binlercesi yaralandı."

Size göre bu bir 'demokratik geçiş' ise, izin verin size AKP yönetiminde sağlık sistemimizde on senede neler oldu açıklayayım: AKP'nin neoliberalizmle kamusal hizmetler, özel piyasada alınıp satılabilen birer ticari mala dönüştürülmüştür. Ve bu tablo içinde, hizmetler için ödemeler kamu tarafından yapılırken kârlar özel sektöre akmaktadır.

Hekimler olarak biz, bu ülkede kamusal sağlık sisteminin ve demokrasinin ellerimizden kayıp gitmesine engel olmaya çalışıyoruz. Sizin, bir yandan kamu hizmetlerini metalaştırırken diğer yandan 130.000 göz yaşartıcı gaz bombasını halkın demokratik istekleri üzerine fırlatan bir neoliberal hükümetle değil, biz hekimlerle dayanışmanızı beklerdik.

Prof. Dr. Cem Terzi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye

5. Rapor Yazarlarının Eleştirilere Yanıtı

The Lancet'e gönderilen rapor eleştirileriyle birlikte, adet olduğu üzere, yazarların bu eleştirilere verdik-

leri "Yazarların Yanıtı" yazısı da aynı sayıda yayımlandı. Aşağıda yazarların eleştirilere karşılık verdikleri yanıtın tam metni yer almaktadır:

Türkiye'de sağlık hizmetleri reformu: Kusursuz olmaktan çok uzak – Yazarların yanıtı

Atun R, Aydın S, Aran M, Gürol I, Chakraborty S, Akdağ R.

"Türkiye'de genel sağlık kapsamı: Hakkaniyetin geliştirilmesi" başlıklı raporumuzun yarattığı tartışmadan memnuniyet duyuyoruz.¹ Türkiye'deki sağlık reformlarının etkilerini analiz ederken, 1993, 1998, 2003 ve 2008 yıllarına ait Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yıllık olarak yapılan Hanehalkı ve Bütçe Araştırması (HBA) 2003-11, Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan alınan sağlık harcamaları ve sağlık sigortası kapsam verileri gibi güvenilir veriler kullanmakta özenli davrandık. DSÖ'nün Türkiye ve Avrupa'nın yedi ülkesi için (E7 ülkeleri) yaşam beklentisi verilerini, ekonomik göstergeler için OECD verilerini, E7 ülkelerinin sağlık harcamaları ve sağlık sistemi performansı için OECD ve Dünya Bankası verilerini, E7 ülkelerinde 1990-2010 yılları arasında anne ölümü oranları için Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group tahminlerini ve E7 ülkelerinde yenidoğan, bebek ve 5-yaş altı ölümleri için UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation verilerini kullandık. Bu veriler herkesin erişimine açıktır ve bugüne dek desteklenmemiş iddialara bilimsel temel sağlayacak analizler için fırsat sunar. Biz ayrıca Sağlık Bakanlığı insan kaynakları verilerini kullandık. Raporun eki (s.2-13) veri kaynakları ve çalışmanın yöntemini ayrıntılı biçimde içermektedir.

Analizimizde kullanılan TNSA örneği, beş yaş altı çocuklar için doğum öncesi ziyaretleri, sağlık kurumunda yapılan doğumları, eğitimli çalışanların yaptırdığı doğumları (TNSA raporları, araştırmaları yapıldığı tarihte beş yaşın altında olan çocukları kapsamaktadır) ve 12-24 aylık çocuklar için bağımsızlık oranlarını içermektedir (2008 yılı için, TNSA 15-26 ay dönemini kullanmıştır). Ölüm hızları için TNSA raporlarından farklı zaman dilimleri kullandık. 1993 ve 2008 yılları arasında doğu bölgelerinde bebek ölüm hızı batı bölgelerine göre yüzde olarak daha az düşmüş olsa da, analizimiz kırsal ve kentsel bölgeler arasındaki ve gelir grupları arasındaki eşitsizliğin azaldığını göstermektedir. Onur Hamzaoğlu'nun 1993-2008 arasında bebek ölümleri açısından önlenebilir ölümlerin arttığı iddiasını destekleyen bir yayın bulamadık. Murat Civaner, Özdemir Aktan ve meslektaşları, Feride Aksu Tanık ve Bülent Kılıç'ın yanıt yazılarında belirttikleri Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) sağlık sistemini özelleştirdiği iddialarını destekleyen kanıt bulamadık. SDP kamu tarafından finanse edilmektedir ve kamu sektörü sağlık hizmetlerinin %83'ünü sunmaktadır. Ayrıca, Civaner'in sözünü ettiği sağlık hakkı ihlallerini destekleyen bir kanıt bulamadık. Gerçekte, Kayhan Pala ve Kılıç'ın iddialarının aksine, TÜİK verileri üzerinde yaptığımız analiz sigorta kapsamının yoksullar için daha hızlı arttığını gösterdi; 2011'de en yoksul %10'luk kesimin %84'ü bir biçimde sigorta kapsamına alınmıştı, ki bu oran 2003'te %24'tü. Kılıç'ın Genel Sağlık Sigortası'nın yoksulları korumakta başarısız olduğu, pek çok tedavinin kapsam dışı olduğu, cepten sağlık harcamalarının %16'dan %26'ya çıktığı iddialarını destekleyen kanıt bulamadık. TÜİK verilerinin analizi; cepten harcamaların toplam hanehalkı harcamasının %2.2'sinden %1.9'una düştüğünü ve 2003-2011 yılları arasında gıda-dışı harcamaların %3.1'inden %2.4'üne düştüğünü göstermektedir. 2003-2008 yılları arasında sağlıkta kamu harcamaları %110 artarken (ABD doları bazında satın alım gücü paritesine göre) ve 2003-2011 yılları arasında hane bazında gerçek cepten harcamalar %49 artmışken (TÜİK verisine göre)² cepten harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payının SDP nedeniyle nasıl arttığını anlamak güçtür.

Türkiye'nin sağlık sisteminin karşı karşıya olduğu güçlükleri tanımlarken, sağlık çalışanlarının artan iş yükünden ve Türk Tabipleri Birliği'nin dünyanın pek çok ülkesinde kullanılan performans dayalı ödeme gibi SDP uygulamalarına muhalefetinden söz ettik.^{3,4} Toplumun beklentilerini yönetmenin ve kendini adanmış ve iyi eğitimli sağlık işgücü yaratmak için mesleki gelişim olanaklarını genişletmenin önemini vurguladık.

Son olarak, Türkiye'de ya da başka bir yerde sağlık çalışanlarına yönelen şiddet kabul edilemez. Türkiye Büyük Millet Meclisi'nce sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti soruşturmak için kurulan komisyonun zamanlaması çok iyidir ve memnuniyet yaratmıştır.

R. Atun Sağlık Bakanlığı'na, Sağlıkta Dönüşüm Programı da dahil olmak üzere danışmanlık sunmaktadır ve Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, DSÖ ve Dünya Bankası için danışmanlık görevleri yürütmüştür.

S. Aydın 2002-2009 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı görevinde bulunmuştur.

M. Aran ve I. Gürol Sağlık Bakanlığı için analitik danışmanlık görevleri yürütmüştür.

S. Chakraborty Dünya Bankası için çalışmaktadır ve Türkiye'de Dünya Bankası'nın fon sağladığı Sağlıkta Dönüşüm Projesi'ne katılmaktadır.

R. Akdağ 2002-2012 yılları arasında Türkiye'de Sağlık Bakanı görevini yürütmüştür.

Kaynaklar

1. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet* 2013; 382: 65-99.
2. Turkish Statistical Institute. Consumption expenditure. <http://tuikapp.tuik.gov.tr/gelirdagitimapp/menu.zul>. (accessed Dec 17, 2013).
3. Christianson J, Leatherman S, Sutherland K. Financial incentives, healthcare providers and quality improvements: a review of the evidence, 2007. <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/571/Financial%20incentives.pdf?realName=5GmFYW.pdf>. (accessed Dec 17, 2013).
4. Houle SK, McAlister FA, Jackevicius CA, Chuck AW, Tsuyuki RT. Does performance-based remuneration for individual health care practitioners affect patient care? A systematic review. *Ann Intern Med* 2012; 157: 889-899. CrossRef | PubMed

Bu metin, künyesi verilen yazının çevirisidir: Atun R, Aydın S, Aran M, et al. Health-care reform in Turkey: far from perfect. Authors reply. *The Lancet*. 2014;383(9911):e1. Çevirinin yayımlanması için *The Lancet* dergisinden izin alınmıştır.

6. Yazarların Yanıtının Değerlendirilmesi

Rapor yazarlarının eleştirilere yönelik yazdıkları yanıt yazısında en dikkat çekici özellik, yazarların temel yanıtlarının 'iddiayı destekleyen bir yayın bulamadık' ile sınırlı olması ve eleştiri yazılarında yöneltilen soruların çok büyük bölümüne hiçbir biçimde değinilmemiş olmasıdır. Yazarlar bu savunmayı, sağlık hakkı ihlalden, bebek ölümlerine, kapsam dışılıktan acil servis başvurularına kadar geniş bir yelpaze için kullanmaktan çekinmemiştir.

Yazarlar, makalelerinde bebek ölüm hızı verisini binde 7.7 olarak sunmuşlardır. Oysa Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008'de binde 17.0 olarak rapor edilen bu toplumsal sağlık göstergesinin, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından kayıtlara dayalı olarak binde 11.7 olarak hesaplandığı ve UNICEF tarafından da binde 12.0 tahmin edildiği sunumları göz ardı edilmektedir. Öyle ki, bu durumu anımsatan sorular yanıtız bırakılmıştır. Benzer veri uyumsuzluğu aşılama için de söz konusudur. Yazarların tutumu yukarıda paylaşıldığı gibi, soruyu görmezden gelmek biçiminde olmuştur.

Makalenin dikkat çeken yönlerinden biri de, hayata geçirilen kamu sağlık sigortası kapsamında olmayan yurttaşların sayısına yer verilmemiş olmasıdır. Benzer biçimde, sigorta kapsamında olup prim borcu nedeniyle hizmete ulaşamayanlarla ilgili veri de gerçekte böyle kişiler yokmuş gibi değerlendirilmiş ve herhangi bir karşı veri paylaşılması tercih edilmiştir. Her iki konuyla ilgili sorular yazarlar tarafından adeta görmezden gelinmiştir.

Yine bu konuyla da ilişkilendirilebilecek önemli başlıklardan bir tanesi 2011 yılından itibaren acil servislere yapılan başvurularda gözlemlenen ve adeta bir patlama olarak da tanımlanabilecek durumdur. Ulaşılabilen 2011 yılı verilerine göre 90 milyon başvuru söz konusudur (Cander, 2012). Bir başka ifadeyle yurttaşlarımızın acil servise başvuru sayısı yılda neredeyse 1.5'e ulaşmış durumdadır. Yazarlar bu durumla ilgili soruları da yanıtız bırakmışlardır. Bu durumun nedeni tıbbi bir durum değilse, kamu sağlık sigorta kapsamında olmakla birlikte muayene katkı payı ödememek için yapılan başvurular ile kapsam dışında oldukları için yapılan başvurular akla gelmektedir. Çünkü 2011 yılında yapılan düzenlemelerle acil servise başvurularda provizyon sorgulanmamakta ve muayene katkı payı alınmamaktadır. Bu durum karşısında bazı hastanelerde acil servise başvuru yapanlara triyaj uygulamalarının başlatıldığı, kapı-tutucu hekimler aracılığıyla hastaların acil olup olmadıklarına karar verilip, uygun olmayanların polikliniklere yönlendirildiği bilinmektedir.

Türkiye'de yıllar içinde sağlık harcamalarının arttığı doğrudur. Şöyle ki, 2003 yılında 24 milyar 279 milyon TL olan toplam sağlık harcaması, 2012 yılında 76 milyar 278 milyon TL'ye yükselmiştir. Bununla birlikte, kamu sağlık harcamalarının faiz dışı kamu harcamaları içindeki payı 2003 yılında %14.7 iken, 2012 yılında %11.7'e gerilemiştir. Bunun anlamı harcamalarda kamunun payının azalmış, kişiler tarafından yapılan harcamaların payının artmış olduğudur. Durum bu kadar açıkken, yazarlar, SDP'nin kamu tarafından finanse edildiğini ve kamu sağlık hizmetlerinin %83'ünü karşıladığını iddia etmektedirler. Evet, SDP ile birlikte kurulan ve kamu sağlık harcamalarının tek kaynağı olarak ifade edilen SGK bir kamu kurumudur. Ancak, gelirlerinin kaynağı kişilerden topladığı sağlık primleriyle, katılım payı olarak yine hizmeti kullananlardan zorunlu olarak yapılan kesintilere dayanmaktadır. O nedenle SGK'nin sağlık harcamalarını kamuoyundaki yaygın algısıyla genel bütçe olarak anlaşılan kamu harcaması olarak göstermek doğru değildir.

Buna göre, TÜİK tarafından Ekim 2013'de yayımlanan verilerde kamu sektörü sağlık harcamalarının toplam cari sağlık harcamaları içindeki payı yanıtlara yanıt yazısında ifade edildiği gibi %83 değil, 2011 yılı için %27.0 ve 2012 yılı için de %20.5'dir. Bir başka ifadeyle, Türkiye'de 2012 yılında, toplam cari sağlık harcamalarının yaklaşık %80'i kişilerin ödedikleri sağlık primleri ve ceplerinden yaptıkları harcamalarla gerçekleştirilmiştir.

Yazarlar, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özelleştirildiğini reddetmektedirler. Oysa tek başına SGK'nin tedavi edici sağlık hizmetlerini satın almak için özel hastaneleri tercihindeki değişimin bilinmesi bile yeterlidir. SGK, toplam tedavi harcamalarının 2002 yılında %14'ünü özel hastanelerden hizmet satın almak için ayırırken, 2011 yılında bu pay %30'a yükseltilmiştir. Bu durum devlet ve üniversite hastanelerinden tedavi hizmeti satın almayı tercih etmemenin ve azaltmanın bir sonucudur. Öyle ki, 2012 yılındaki kurum paylarını 2002 yılıyla karşılaştırdığımızda özel hastanelerin payı %78 oranında artarken, devlet hastanelerinin payının %10, üniversite hastanelerinin payının da %19 oranında azaltılmış olduğu ortaya çıkmaktadır.

Son olarak, yazarların sağlık emekçilerinin çalışma koşulları, çalışma sürelerindeki ve istihdam biçimlerindeki güvencesizleşmenin artması, kendilerine, çalışma arkadaşlarına ve hizmet sundukları halka karşı yabancılaşma, temel ücretlerdeki düşüklük, performans ödemelerindeki kesinti

nedeniyle yıllık izin, rapor vb. haklardan yararlanamama durumları gibi sağlık hizmetleri sunumunda birebir günlük hayatlarında karşılaştıkları olumsuzlukları görmezden geldiklerini, konuyla ilgili soruları yanıtızsız bıraktıklarını da belirtmemiz gerekir.

7. Sonuç

Unutmayalım ki günümüz toplumları kendileri bilincinde olmasa da homojen bir oluşum değildir. Kapitalist toplum biçiminin yapısında varolan sınıflardan meydana gelmektedir ve sosyal, siyasal, ekonomik alanlarda sınıfların çıkarları da birbirleriyle çelişiktir. Bu nedenle söz konusu alanlarda hayata geçirilen uygulamalara topyekun başarılı ya da başarısız demek mümkün değildir. Kimin için başarılı ya da kimin için başarısız sorularının yanıtı aranarak karar verilmesi gerekir.

Bu bağlamda, 24 Ocak 1980 kararlarıyla ülkemizde uygulamaya sokulmaya çalışılan kapitalizmin yeniden düzenlenmesi sürecindeki ekonomik politikalar kapsamında 1990'lı yıllarda başlatılan Sağlıkta Reform başlığı altındaki Dünya Bankası uygulamalarının, AKP Hükümeti tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla tamamlanmasından sonra ortaya çıkan durumu da benzer kriterle değerlendirmemiz gerekir. Sıra, "SDP kimin için başarılıdır?" sorusunu yanıtlamaya gelmiştir. The Lancet'teki raporun yazarlarının da belirttiği SDP'nin başarısı patronlar içindir. Hem sağlık alanına yatırım yapan (bu alandan para kazanmaktadırlar) hem de diğer (kamu kaynakları toplumun sağlığı için değil kendilerine aktarılmaya başlanmış, kişilerin sağlık harcamaları katlanarak artmıştır) patronlar için SDP başarılı bir uygulamadır. Patronların sözcüleri de The Lancet'teki makalenin yazarlarıdır.

Oysa SDP emekçiler için, sağlık emekçileri için, geniş halk kesimleri için başarısızdır. Çünkü sağlık harcamalarının büyük bölümü sağlık sigorta primi, katkı payı vb. başlıklarda doğrudan bu sınıf ve katmanlara yüklenmiştir. Bu temel saptamanın ardına yukarıda yer alan ve her biri nesnel verilere dayalı saptamalarımızı da eklediğimizde durum bütün çıplaklığıyla ortaya çıkmaktadır. Özetle, SDP, yaşayabilmek için emek-gücünü satmak zorunda olanlar için, alınterleriyle yaşayanlar için başarısızdır.

Dipnotlar

1. Bu bölümde; rapora ilişkin görüş ve eleştirilerin daha kolay anlaşılmasını sağlamak için, raporun önemli kısımlarına yer veren bir özet yer almaktadır. Bununla birlikte, raporun

tamamının okunmasının daha ayrıntılı fikir vereceğini anımsatmak isteriz. Makalenin Dr. Alpay Azap tarafından yapılan tam metin çevirisi, Türk Tabipleri Birliği'nin internet sitesinde yer almaktadır (<http://www.ttb.org.tr/index.php/Guncel/gss-4370.html>).

2. Genel Sağlık Kapsamı, "Universal Health Coverage" (UHC) deyiminin Türkçe karşılığı olarak kullanılmıştır. UHC kavramı; her ne kadar tüm toplumun sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması anlamına gelecek biçimde kullanılıyorsa da, bu kullanımın yanıltıcı olduğu, UHC ile kastedilen hizmetlerin kapsamının belirsiz, dolayısıyla yoruma açık olduğu, gereksinime göre sağlık hizmetine erişimin değil, Türkiye'deki örneğinde görüldüğü üzere GSS ile ancak temel pakete erişimin sağlanmasını hedeflediği gerekçeleriyle yoğun biçimde eleştirilmektedir. Kavramın kendisi sorunlu olduğu için, çevirisinde Sağlık Bakanlığı'nın kullandığı karşılık tercih edilmiştir (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-24450/turkiye-dunya-sagligina-ev-sahipligi-yapiyor.html>).

3. TTB Merkez Konseyi 2010-2012 Dönemi Başkanı Dr. Eriş Bilaloğlu, raporda yer alan iddiaları, bu sayının ayrı bir yazısında ayrıntılı değerlendirmektedir (Bilaloğlu E, (2013) Lancet Dergisi'nde (Sağlık Bakanlığı'nın) TTB Eleştirisi Üzerine. Toplum ve Hekim Cilt 28, Sayı 6, s: 422-426).

Kaynaklar

Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol İ, Nazlıoğlu S, Özgülcü Ş, Aydoğan Ü, Ayar B, Dilmen U, Akdağ R, (2013), *Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. The Lancet* 382: 65-99.

Baris E, Mollahalilolu S, Aydın S. (2011), *Healthcare in Turkey: from laggard to leader. BMJ* 342:c7456

Cander, B. (2012), *Acil Servis Yüğü ve Kritik Hastalar. http://www.atuder.org.tr/OnlineNewspaper.aspx?content=90* (Erişim tarihi: 3 Şubat 2014)

Holmes, D. (2013), *Rifat Atun: looking at the bigger picture. The Lancet* 382:19.

Horton, R. (2013), *Turkey's democratic transition to universal health coverage. The Lancet* 382:3.

Medipol Üniversitesi. (2013a). *Genel Sağlık Kapsamı Bakanlar Konferansı başladı. 27 Haziran 2013. http://www.medipol.edu.tr/Haber/295/Genel-Saglik-Kapsami-Bakanlar-Konferansi-basladi.aspx* (Erişim tarihi: 3 Şubat 2014)

Medipol Üniversitesi. (2013b). *Genel Sağlık Kapsamı Paneli yapıldı. 27 Haziran 2013. http://www.medipol.edu.tr/Haber/296/Genel-Saglik-Kapsami-Paneli-yapildi.aspx* (Erişim tarihi: 3 Şubat 2014)

Medipol Üniversitesi. (2013c). *The Lancet'teki makale panelde tartışıldı. 27 Haziran 2013.*

<http://www.medipol.edu.tr/Haber/297/The-Lancet-teki-makale-panelde-tartisildi.aspx> (Erişim tarihi: 3 Şubat 2014)

Medipol Üniversitesi. (2013d). *The Lancet Dergisi Editörü Richard Horton Medipol'de. 11 Ocak 2013.*

<http://www.medipol.edu.tr/Haber/208/TheLancet-Dergisi-Editoru-Richard-Horton-Medipol-de.aspx> (Erişim tarihi: 3 Şubat 2014).