

Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye’de Sağlık Reformları

Universal Declarations of Health and Health Reforms in Turkey

Meral Madenoğlu Kıvanç

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

ÖZET

Çalışmanın amacı, Dünya Sağlık Örgütü’nün uluslararası sağlık bildirgeleri ve sözleşmelerinin, Türkiye’de sağlık alanındaki yansımalarını incelemektir.

Sağlığın geliştirilmesi mevcut koşullara, toplumdaki değişimlere ve dünyadaki küresel gelişmelere paralel olarak değişkenlik göstermektedir. Sağlık alanında daha iyi koşulların elde edilmesi için ülkeler, sağlık stratejileri belirlemektedir. Dünyada sağlığın geliştirilmesi amacı ile sağlık örgütleri tarafından çeşitli ülkelerde konferanslar yapılmakta ve hedefler ortaya konularak birçok bildirge yayımlanmaktadır. Ülkeler sağlık stratejilerini belirlerken Dünya Sağlık Örgütü’nün Sağlık Bildirgeleri önemli rol oynamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, 1980 yılında Avrupa için politikaları belirlemiş ve 1984 yılında “Avrupa’da Herkes İçin Sağlık Hedefleri” yayımlamıştır. Sağlıkta hakkaniyet, sağlıklı yaşam, sağlıklı çevreler, entegre sağlık sektörü, hizmette kalite yönetimi hedeflerden birkaçıdır. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için toplumun sahip olduğu beşeri ve finansal kaynaklar etkin kullanılmalıdır. 1980’lerin sonunda diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de sağlık reformu gündeme gelmiştir. Sağlık hizmetlerinde devletin ve piyasanın değişen rolleri, desantralizasyon, tüketicilerin güçlendirilmesi ve halk sağlığının rolü gibi dört temel konu ile sağlık reformunun çerçevesi çizilmiştir.

Anahtar kelimeler: Sağlık, sağlık bildirgesi, sağlık reformu

ABSTRACT

The purpose of the study is to investigate the reflections of the international health declarations and agreements of the World Health Organization on the healthcare field in Turkey.

Development of health differs in parallel with the present conditions, changes in the society and global developments in the world. Countries determine their health strategies to obtain better conditions in the healthcare field. Conferences are held and targets are set in various countries by the health organizations for the improvement of health conditions in the whole world, and many declarations have been published. Health Declarations of the World Health Organization become important while countries determine their health strategies.

The World Health Organization determined the policies for Europe in 1980 and published “Health Targets for All in Europe” in 1984. Equity in health, healthy living, healthy environments, integrated health sector and quality management in service are a few of these targets. Human and financial resources of the society must be used efficiently to fulfil these targets.

As in other countries, health reform came to the agenda of Turkey at the end of 1980s. The frame of the health reform was set with four basic topics as changing roles of the state and market in healthcare services, decentralization, strengthening consumers and the role of public health.

Key words: Health, health declaration, health reform

Geliş Tarihi / Arrival Date: 27.04.2015

Kabul tarihi / Date of Acceptance: 18.12.2015

İletişim / Corresponding author: Meral Madenoğlu Kıvanç, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İstanbul

E-posta / E-mail: mmkvanc@yahoo.com

Sayı / Number: 3 **Cilt / Volume:** 2 **Yıl / Year:** 2015 **e-ISSN:**2149-018X **doi:**10.5222/SHYD.2015.162

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlıkta en yüksek standart seviyeye ulaşmada ırk, politika, ekonomik ve sosyal konum ne olursa olsun sağlığın tüm bireylerin temel hakkı olduğunu vurgulamaktadır. DSÖ, sağlıkta hizmet standartlarını yükseltmek amacıyla ülkeler arasında tam iş birliğini sağlamaktadır. 1948 yılında kurulan DSÖ, başlangıçta sağlık sorunlarına teknik düzeyde yaklaşırken, ilerleyen yıllarda dünyada giderek artan eşitsizlik, sosyal sorunlar ve insan hakları gibi kavramların politikasını değiştirmesine yol açmıştır. Geçtiğimiz yüzyıl, tüm dünya için bulaşıcı hastalıklara karşı geliştirilen bir sağlık savaşı olmasına karşın, yaşadığımız yüz yıl insan ömrünün uzaması, tüm dünyada ve ülkemizde kronik hastalıkların en önemli mortalite ve morbidite nedeni olması nedeniyle sağlık alanında da yeni yaklaşımların geliştirilmesini gerektirmektedir (Yardım, 2009). DSÖ 1980'lere kadar daha çok sanitasyon, nüfus, su ve beslenme konuları ile ilgilenmiş, bu yıldan itibaren doğrudan sağlık hizmetlerine yönelim artmıştır. DSÖ'nün 1980'li yılların sonları ve 1990'lı yılların başlarında ortaya çıkan etkinliğinin azalmasına bağlı olarak gelişen politika boşluğunu Dünya Bankası doldurmuştur. Küreselleşme DSÖ'nün rolünü giderek sınırlamış ve finansal açıdan güçlü olan Dünya Bankasını ön plana çıkarmıştır (Kutbay, 2002).

Uluslararası Sağlık Bildireleri

Sağlık bildireleri, uluslararası sağlık örgütlerinin toplanarak sağlık sorunlarına ortak çözüm arayışlarının bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. 1978 yılında Alma-Ata Bildirgesi ile başlayan ve günümüze kadar devam eden çeşitli toplantılar sonucunda sağlık bildireleri yayımlanmıştır (Aktan ve Işık, 2012).

- **Alma-Ata Bildirgesi:** 1978 yılında Kazakistan'ın Alma-Ata kentinde Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı sonucunda yayımlanan bildirge, temel sağlık hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır. 1973 yılında DSÖ, ülkelerin sağlık alanındaki yetersizliğine dikkat çekerek, iyileştirilmesi için kararlar almış ve "herkese sağlık" hedeflerini belirlemiştir. Bildirge'de 2000 yılı sağlık düzeyi, bir hedef olarak belirlenmiş ve kalkınmanın bir parçası olarak bu hedefe ulaşmanın anahtarının da temel sağlık hizmeti olduğu vurgulanmıştır. Tüm ülkeler, temel sağlık hizmetlerini başlatmak ve yürütmek için gerekli ulusal politika, strateji ve çalışma planları yapmaya bu amaç doğrultusunda iç ve dış kaynaklardan yararlanmaya çağırılmışlardır. Bu bildireden sonra ülkelerin sağlık düzeylerinde kayda değer gelişmeler elde edilmiştir.
- **Lizbon Bildirgesi:** 1981 yılında yayımlanan ve hasta haklarını ele alan bildiredir. Hastanın hekimini seçme, dış baskı altında kalmadan özgürce çalışabilen bir hekim tarafından bakılma, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul ya da reddetme, tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine saygı, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme ya da reddetme, onurlu bir biçimde ölme hakkını öngörmektedir.
- **Ottawa Şartı:** 1986 yılında Kanada'nın Ottawa kentinde toplanan, 1. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı sonucunda "Sağlığı Geliştirme Ottawa Şartı" yayımlanmıştır. 2000 yılı ve sonrasında "herkes için sağlık" sloganına ulaşma faaliyetlerinin şartları üzerinde durulmuştur. Sağlık hizmetlerine ilişkin olarak ortaya çıkan sorunların, sağlık sektörü dışındaki diğer sektörlerinde sorumluluğunda olduğu kabul edilmiştir. Sağlığı geliştirme faaliyetlerinin amaçlarından biri sağlığı destekleyerek politik, ekonomik, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin sağlığa yararlı kılınmasıdır. Diğer amaç ise mevcut sağlık koşullarındaki farklılıkları gidermek ve tüm bireylere eşit olanaklar ve kaynaklar sağlamaktır.
- **Adelaide Tavsiyeleri:** 1988 yılında Avustralya'nın Adelaide kentinde 2. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansında "Sağlıklı Halk Politikası" stratejileri belirlenmiştir. Halk sağlığı politikasının temel amacının bireylerin sağlıklı yaşam sürdürmeleri ve sağlık alanında eşitsizliklerin giderilmesi tavsiyeler arasında yer almıştır. Halk sağlığı eylem politikası kapsamında; kadın sağlığı, gıda ve beslenme, tütün ve alkol, destekleyici ortamların oluşturulması önemsenmiştir. Karşılaşılabilecek zorluklara karşı güçlü uluslararası işbirliğinin olması konferansta vurgulanmıştır.
- **Kopenhag Bildirgesi:** 1994 yılında Kopenhag'da toplanan DSÖ temsilcileri, sağlık politikaları ile ilgili bildirge yayımlamıştır. Bildirgede, Avrupa'da sağlığa yöneltilen eleştiriler yer almakta, değişimlerin yapılması ve geleceği şekillendirme öngörülmektedir. Uluslararası Kuruluşlar ve Avrupa Birliği arasındaki artan işbirliği sürecinin olumlu yönleri belirtilmekte ve gelişmeyi daha ileri götürecek adımlar önerilmektedir.
- **Amsterdam Bildirgesi:** 1995 yılında Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi olarak yayımlanmıştır. Lizbon Bildirgesi, hasta haklarında eksik kalan yönleri ortadan kaldırmaktadır. Bunlar, sağlık hizmetinde insan hakları ve değerleri, bilgilendirme, onay, mahremiyet-özel hayat, bakım-tedavi ve başvurudur.
- **Bali Bildirgesi:** 1995 yılında Endonezya'nın Bali kentinde "Dünya Tabipleri Birliği Hasta Hakları Bildirgesi" olarak yayımlanmıştır. İçerik bakımından "Lizbon ve Amsterdam Hasta Hakları Bildirgesi"ne yakın olup, hastanın kaliteli bakım hakkı, seçim yapma özgürlüğü, kendi kaderini belirleme hakkı, bilgilendirme hakkı, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi alma hakkı, onur hakkı, dini destek hakkı vb. hasta hakları değerlendirilmiştir.

Bali bildirgesi diğer hasta hakkı bildirelerinden kısmen ayrılmaktadır. İntihar girişimi söz konusu olduğu takdirde hekimlerin bilinci kapalı hastaya yaklaşımı farklılıklardan biridir. Diğerleri ise yasal ehliyeti olmayan hastanın, rasyonel kararlar verebilmesi durumunda verdiği kararlara saygı gösterilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Bir diğer farklılık da sağlık eğitimi ile ilgili öngörülerdir. Bu bildirede, herkesin kendi sağlık durumlarından kendinin sorumlu olduklarının vurgulanması gereği dile getirilmektedir.

- **Ljubljana Bildirgesi:** 1996 yılında yayımlanan bildirge, güneydoğu Avrupa'daki sağlık hizmetlerinden yararlanamayan nüfusun sağlık gereksinmelerinin karşılanması esasına dayanmaktadır. Sağlık reformları insan onuru, hakkaniyet, dayanışma ve meslek ahlakı kuralları temelinde gerçekleştirilmelidir.
- **Jakarta Bildirgesi:** 1997 yılında Endonezya'nın başkenti Jakarta'da düzenlenen, Sağlığı Geliştirme konulu 4. Uluslararası Konferans sonucunda yayımlanmıştır. Sağlığa yönelik sosyal sorumluluğun geliştirilmesi, sağlığın gelişimi için yatırımların artırılması, sağlık için ortaklıkların sürdürülmesi, toplumun kapasitesinin artırılması ve bireyin güçlendirilmesi, sağlığın geliştirilmesi için gerekli alt yapının kurulması gibi 21. yüzyıl için sağlığı geliştirme eylem planları geliştirilmiş ve bu kapsamda sağlık önceliklerine yer verilmiştir.
- **Halkların Sağlık Bildirgesi:** 2000 tarihinde Bangladeş Savar'da 92 ülkeden Halkların Sağlığı Meclisi toplanmış ve bir bildirge yayımlanmıştır. Bildirgede küresel sağlık kriziyle mücadele etmek için küreselleşmeye karşı bireysel, toplumsal, ulusal, bölgesel olarak eyleme geçilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Yıldız, 2010).
- **Dubrovnik Sözleşmesi:** 2001 Hırvatistan'da imzalanmıştır. Sağlık alanında hedef ve stratejilerin belirlenmesi ve ayrıca sağlığın finansman kaynakları ile kalite üzerinde durulmuştur.
- **Bangkok Konferansı:** Sağlıklı halk politikası oluşturma, destekleyici çevreler oluşturma, topluluk eylemlerinin güçlendirilmesi, bireysel yeteneklerin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirilme gibi başlıklar sağlığı geliştirme konusunda önemli adımlar olarak görülmüştür. 2005 yılında Bangkok'ta toplanan 6. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı sonunda şu kararlara varılmıştır. Sağlığın geliştirilmesi için dört temel nokta; küresel gelişim gündeminin merkezinde yer almalı, sağlığın geliştirilmesi hükümetlerin esas yükümlülüğü haline gelmeli, sağlığın geliştirilmesi sivil toplumların ve toplulukların odak noktası olmalı, müşterek uygulamaları gerekli kılmalıdır (Yardım, 2009).
- **Tallinn Şartı:** 2008 yılında Estonya'da gerçekleştirilen ve sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi için stratejik çerçeve ve kılavuz oluşturulmasını amaçlayan toplantıdır. DSÖ'nün son dönem çıkan raporlarının tümünün ortak noktalarının olduğu özellikle sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine yönelik yeni müdahaleler içermekte olduğundan raporların ayrıntılı incelenmesi söz konusu olmuştur.
- **Malta Belgesi:** DSÖ Avrupa Bölgesi Komitesinin 62. oturumu 2012 yılında Malta'da yapılmıştır. Belgede, üye devletler ve DSÖ Avrupa Bölge Ofisi için stratejik yönelimler ve öncelikli politik eylem alanlarını ortaya konulmaktadır. DSÖ bölgesindeki 53 üye devlet yeni ortak bir politika çerçevesi olan Sağlık 2020 üzerinde anlaşmaya varmışlardır. Ortak hedefleri; insanların sağlık ve esenliğini önemli ölçüde artırmak, sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmak, halk sağlığını güçlendirmek ve evrensel, eşitlikçi, sürdürülebilir, yüksek kaliteli ve insan odaklı sağlık sistemlerinin oluşmasını sağlamaktır.

Türkiye'de Sağlık Reformları

Türkiye'de Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte sağlık sisteminin temelleri atılmış ve sağlık programlarının planlanması, düzenlenmesinden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı (SB)'nin görev ve fonksiyonlarını ortaya koyan birçok yasa çıkarılmıştır. SB ve Devlet Planlama Teşkilatı (DTP), sağlık politikalarının belirlenmesinden ve sağlık hizmetlerinin planlanmasından sorumlu kuruluşlar olmuştur. Sağlık sektöründe önemli bir diğer kuruluş ise Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (SPGK)'dür. Bu birim, Dünya Bankasından sağlık alanında kullanılmak üzere alınan kredilerin kullanımının koordinasyon ve yönetim sorumluluğunu üstlenmiştir (Özkal, 2002). SB başlıca sorumlulukları ve fonksiyonlarını dört ana başlıkta toplamak olasıdır. Bunlar ulusal düzeyde sağlık politikalarının belirlenmesi, ulusal düzeyde sağlık politikalarının yönetimi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık hizmetlerinin finansmanıdır (Aktan, 2012).

1946-1960 yılları arasındaki dönemde, topluma entegre sağlık hizmetleri sunması beklenen sağlık ocakları kurulmuş, tüm hastaneler yerel yönetimlerden SB'na devredilmiştir. (OECD, 2012).

Cumhuriyet sonrası süreçte sağlık alanında en önemli girişim **1961 yılında** kabul edilen 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" yasasıdır. Bu yasa ile "Herkes, her yerde ve her zaman sağlık hizmeti" anlayışı getirilmiştir. Bu aynı zamanda yönetim anlayışı, hizmet modeli ve personel özlük hakları açısından dönemin en ileri yasal düzenlemelerinden biri olarak kabul edilmektedir (Pala, 2008).

1963 yılında ilk kez beş yıllık kalkınma planında sağlığa yer verilmiştir. Buna göre; koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, SB vasıtası ile halk sağlığı hizmetlerinin sunulması, sağlık personelinin ülke genelinde eşit şekilde dağıtılması, toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, ulusal ilaç sanayinin teşvik edilmesi, özel hastanelerin kurulmasının desteklenmesi, Genel Sağlık Sigortası (GSS)'nin kurulması, devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin kurulması planlanmıştır.

1978 yılında "Kamuda Çalışan Hekimlerin Tam Gün Çalışması"na ilişkin bir yasa kabul edilmiş fakat **1980 yılında** ise bu kanunu iptal eden "Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun" getirilmiştir. 1980 yılı sonrasında kamu sağlık hizmetlerine Cumhuriyet tarihinin en az bütçe payı ayrılmış olup, ilk defa kamu sağlık kurumlarında rasyonellik ve verimliliğin sağlanması ve sağlık kurumlarına işletmecilik anlayışı getirilmiştir. "Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Yasası"nın çıkarılması bu döneme rastlamaktadır.

1987 yılında 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Yasası” çıkarılmıştır. 1980’lerin sonunda diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık reformundan bahsedilmeye başlanmıştır (Harmancı, 2014) . Sağlık reformunun çerçevesi; sağlık hizmetlerinde devletin ve piyasanın değişen rolleri, desantralizasyon, tüketicilerin güçlendirilmesi ve halk sağlığının rolü olarak belirlenmiştir. 1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Bağkur yoluyla Sağlık Sigortası Başlatma Yasası kabul edilmiştir. “Temel Sağlık Hizmetleri Yasası”nda aynı zamanda hakkaniyete ve sağlık hizmetlerine erişime vurgu yapılmış ve Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi’ndeki eksikliklerin düzeltilmesi amaçlanmıştır.

1988-1993 yılları arasında SB ve DPT, gereksinimleri anlamak ve reformla yapılacak düzenlemeleri belirlemek için büyük bir sağlık reformu çalışması gerçekleştirmiştir. Türkiye, Dünya Bankası ile anlaşma yaparak, sağlık reformu çalışmaları **1990 yılında** Sağlık Bakanlığı bünyesinde başlatılmıştır. Sağlık reformu; etkinlik, erişebilirlik ve eşitlik prensipleriyle sağlık finansmanı, temel sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma, sağlık yönetimi ve sağlık enformasyon sistemleriyle ilgili alanlarda düzenlemeleri içermektedir.

1992 yılında düzenlenen I. Ulusal Sağlık Kongresi’nde alınan kararlar, ulusal düzeyde bir sağlık politikası oluşturmaya temel oluşturmuştur. Önerilen sağlık reformlarının ana başlıkları; sağlık finansmanı, hastane ve sağlık işletmeleri, birinci basamak hizmetlerinin sunumu ve aile hekimliği, yönetim ve organizasyon, insan kaynakları, sağlık enformasyon sistemi şeklinde belirtilmiştir (Ener, 2003).

1993-1997 yılları arasında Türkiye altı farklı sağlık bakanına sahip olmuş ve sağlık politikaları açısından istikrar çok az sağlanabilmiştir. Bu dönemde, çeşitli kalkınma planlarında sağlık reformlarına yer vermeye devam edilmiştir. 1993’de hazırlanan Sağlık Reformu Yasa Tasarısı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir aracı olarak aile hekimliğinin gündeme getirilmesi, kamu hastanelerinin özelleştirilmesi ve genel sağlık sigortasına geçiş, sağlık hizmetlerinde yerel güçlerin yetkili kılınmasını esas almıştır (Keskin, 2013).

1996-2000 yıllarını kapsayan Yedinci Kalkınma Planı ise; GSS’nın olabildiğince hızlı başlatılması, hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, hastanelerin kaliteli sağlık hizmeti sunması ve özerklik verilmesi, Birinci basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği modelinin benimsenmesi ve koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun güçlendirilmesi ve ülkedeki sağlık hizmetlerinin izlenmesindeki rolünü güçlendirmek üzere SB yeniden yapılandırılmasını amaçlamıştır.

2003 yılında; Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), 2003-2011 birinci stratejik plan ile uygulanmaya başlanmıştır. SDP ile sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunulması amaçlanmıştır. SDP’nin önemli hedefleri şunlardır, SB’nin planlama ve denetlemeden sorumlu bir kurum haline gelmesi, Türkiye’de Emekli Sandığı, SSK ve Bağkur sisteminde bulunan tüm vatandaşları SGK çatısı altında birleştiren GSS’nın yaşama geçirilmesi, sağlık hizmetleri sunumunun genişletilmesi, sağlık personelinin bilgi ve beceriyle donatılarak motivasyonunun artırılması, sistemi desteklemek üzere eğitim ve bilimsel kurumların tesisi, sağlık hizmeti sunumunda kalite ve akreditasyon sistemlerinin düzenlenmesi, akılcı ilaç kullanımı ile tıbbi malzeme ve cihaz yönetiminin uygulanması, sağlık bilgi sisteminin kurulmasıdır (OECD, 2012).

SDP çerçevesinde, 2004 yılında aile hekimliği modeline geçilmiş, 2006 yılında sağlık finansman sistemi ve 2011 yılında ise kamu hastaneleri birliği oluşturulmuş ve 2013-2017 ikinci stratejik planı hazırlanmıştır (TC. Sağlık Bakanlığı 2012). Burada amaç, hakkaniyetli şekilde toplumun sağlık düzeyini korumak ve iyileştirmektir. Hedeflerden bazıları ise DSÖ Avrupa Politika Çerçevesi Sağlık 2020 ile uyumlu politikaların yapılması, sağlık turizminin gelişmesi, Ar-Ge çalışmalarına verilen önemin artırılmasıdır.

SONUÇ

Sağlığın geliştirilmesi mevcut koşullara, toplumdaki değişimlere ve dünyadaki küresel gelişmelere paralel olarak değişkenlik göstermektedir. Toplumun sağlık durumu ve refahın sürekli olarak iyileşmesini temin etmek için doğru sağlık politikalarının seçilmesi ve etkili bir şekilde uygulanması önem taşımaktadır. Aynı zamanda sağlık alanında yürütülecek çalışmalar, yasal düzenlemeler ve değişkenler gözönünde bulundurularak bilimsel olarak güncellenmesi de gerekmektedir.

Ülkemizde Sağlık Bilimleri Fakültelerinin, sağlıkta lider yetiştirme bakımından önemi giderek artmaktadır. Anahtar öneme sahip bu paydaşları ortak bir girişimde bir araya getirmek ve sağlık politikalarını geliştirmek için devlet destekleyici olmalıdır.

KAYNAKLAR

- Aktan, C.C, Işık, K.A. (2012).** “Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış” <http://www.canaktan.org/reform/saglik-reform/saglik> (Erişim 19.04.2012).
- Aktan, C.C. (2003).** “Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi” <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf> (Erişim 20.04.2012).
- Ener, M., Yelkikalan, N. (2003).** “Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin yeniden yapılanması ve finansmanı: Türkiye Deneyimi” *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6:2, 99-113.
- Harmancı Seren, A.K. (2014).** “Sağlık çalışanlarının sağlıkta dönüşüm projesine ilişkin görüşleri. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1:1, 19-24.
- Keskin, G. (2013).** “Kamu Hastaneleri Birlikleri Yasası ve Taşeronlaşmanın Yoğun Bakıma Etkisi” V. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Kitabı, Antalya.
- Kutbay, E. (2002).** “Sağlık reformları ekseninde Dünya Bankası ve Türkiye.” *Kamu Dünyası Dergisi*. Ankara, 3: 11-12, 33-35.
- OECD ve IBRD/Dünya Bankası** “Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları Öncesi Türk Sağlık Sistemine Genel Bakış” (Erişim 19.04.2012). http://www.siteresources.worldbank.org/.../OECDReviewsOfHealthSystemsTurkey_Chp4tr.pdf
- Özkal, İ. (2002).** “Türkiye’de sağlık sektörü ve küreselleşme” *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*, 3:11, 46-49.
- Pala, K. (2008).** “Türkiye için sağlık reformunun ana başlıkları: Gerçek bir reform mümkün müdür?” *Eskişehir Tabip Odası Bülteni. Sağlıkta Dönüşüm Özel Sayısı*. Eskişehir, 34.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2012).** Stratejik Plan 2013-2017. (Erişim 07.04.2015).
- Yardım, N, Gögen S, Mollahaliloğlu, S. (2009).** “Sağlığın geliştirilmesi: Dünyada ve Türkiye’de mevcut durum” *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. İstanbul, 72:1, 29-35.
- Yıldız, H. ve Turan, M. (2010).** “Küreselleşme ve sağlık” *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 36:1, 39-41.
- WHO. (2012).** Dünya Sağlık Örgütü Anayasası 7 Nisan 1948, <http://www.who.org.tr> (Erişim 20.04.2012).