T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

# Endonezya Tangerang Selatan Bölgesinde Ulusal Sağlık Sigortası Öncesi ve Sonrası Dönemde Sağlığı Koruma ve Geliştirme Hizmetleri Açısından Toplum Sağlığı Merkezlerinin Rolü

Mochamad İqbal NURMANSYAH

**HALK SAĞLIĞI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2016

**TEZ KODU:** DEÜ.HSI.MSc-2013970134

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

# Endonezya Tangerang Selatan Bölgesinde Ulusal Sağlık Sigortası Öncesi ve Sonrası Dönemde Sağlığı Koruma ve Geliştirme Hizmetleri Açısından Toplum Sağlığı Merkezlerinin Rolü

**HALK SAĞLIĞI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Mochamad İqbal NURMANSYAH

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Bülent Kılıç

**TEZ KODU:** DEÜ.HSI.MSc-2013970134

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Yüksek Lisans programı** öğrencisi **Mochamad Iqbal Nurmansyah 'Endonezya Tangerang Selatan Bölgesinde Ulusal Sağlık Sigortası Öncesi ve Sonrası Dönemde Sağlığı Koruma ve Geliştirme Hizmetleri Açısından Toplum Sağlığı Merkezlerinin Rolü'** konulu Yüksek Lisans tezini **23.06.2016** tarihinde başarılı olarak tamamlanmıştır.

Prof. Dr. Bülent Kılıç
BAŞKAN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Prof. Dr. O. Alparslan Ergör
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Prof. Dr. Belgin Ünal
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Prof. Dr. Yücel Demiral
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Yard. Doç. Dr. Asya Banu Babaoğlu
ÜYE
Katip Çelebi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Prof. Dr. Gül Ergör
YEDEK ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Prof. Dr. Melikşah Ertem
YEDEK ÜYE
İzmir Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

## İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... i

TABLO DİZİNİ ..... iv

ŞEKİL DİZİNİ ..... v

KISALTMALAR ..... vi

TEŞEKKÜR ..... vii

ÖZET ..... 1

ABSTRACT ..... 2

**1. GİRİŞ VE AMAÇ ..... 3**

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi ..... 3

1.2. Araştırmanın Amacı ..... 4

1.3. Araştırmanın Hipotezi ..... 4

**2. GENEL BİLGİLER ..... 5**

2.1. Endonezya ile ilgili Genel Bilgiler ..... 5

2.2. Endonezya Ulusal Sağlık Sistemi ..... 6

2.2.1. Endonezya Sağlık Bakanlığı ..... 6

2.2.2. Sağlık hizmetlerinin basamakları ..... 7

2.2.3. Finansman ..... 11

2.2.4. Sağlık İnsangücü ..... 12

2.3. Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ..... 14

2.3.1. TSM'nin tanımı ..... 14

2.3.2. TSM'nin amaçları ..... 14

2.3.3. TSM'nin temel programları ..... 15

2.4. Ulusal Sağlık Sigortası (USS) ..... 16

2.4.1. USS'nin tanımı ..... 16

2.4.2. USS uygulaması ..... 17

2.5. Sağlığı koruma ve geliştirme ..... 19

2.5.1. Sağlığı Geliştirme ve Koruma Tanımı ..... 19

2.5.2. Sağlığı Geliştirme ve Koruma tipleri ..... 19

2.5.3. Sağlığı koruma ve geliştirme uygulamasını etkileyen faktörler ..... 20

**3. GEREÇ VE YÖNTEM ..... 21**

3.1. Araştırmanın Tipi ..... 21

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı ..... 21

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem ..... 22

3.4. Çalışma Materyali ..... 25

3.5. Araştırmanın Değişkenleri ..... 27

3.6. Veri Toplama Araçları ..... 28

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi ..... 28

3.8. Verilerin değerlendirmesi ..... 29

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ..... 31

3.10. Etik Kurul Onayı ..... 32

**4. BULGULAR ..... 33**

4.1. Girdiler ..... 33

4.2 Süreç ..... 45

4.3 Çıktılar ..... 49

**6. SONUÇ VE ÖNERİLER ..... 67**

6.1. Sonuç ..... 67

6.2. Öneriler ..... 69

**7. Kaynaklar ..... 71**

**8. EKLER ..... 76**

Ek 1. Görüşülen kişi listesi ..... 76

Ek 2. Doküman analizi yapılan dokümanlar listesi ..... 77

Ek 3. Gözlemsel çalışmadan resimler ..... 78

Ek 4. Sağlık yöneticisi anket formu ..... 85

Ek 5. Sağlık Çalışanları İçin Anket Formu ..... 88

Ek 6. Hizmet alanlar için anket formu ..... 91

Ek 7. Doküman analizi rehberi ..... 93

Ek 8-9. Etik kurulu ve Kurum onayları ..... 95

Ek 10. M. İqbal Nurmansyah Özgeçmişi ..... 98

**TABLO DİZİNİ** **Sayfa No**

Tablo 1. Endonezyanın Ekonomik, Demografik ve Sağlık Düzeyi Göstergeleri…….....….5

Tablo 2. Araştırma Planı ve Takvimi ...……28

Tablo 3. Çoklu yöntem kullanımı....…… 30

Tablo 4. Çoklu Kaynak Kullanımı .....…… 31

Tablo 5. Tangerang Selatan İlindeki TSM'lerde İnsan Kaynakları Sayısı…….....38

Tablo 6. TSM'lerde 2012 ve 2014 yılları bütçe miktarı.....43

Tablo 7: Derinlemesine görüşmeler sonucu Girdilerle ilgili ortaya çıkan kodlar.....44

Tablo 8. Derinlemesine görüşmeler sonucu Süreçle ilgili ortaya çıkan kodlar……..…. 48

Tablo 9. Posyandu, Posyandu lansia ve sağlık program yardımcısı sayıları.....50

Tablo 10. Derinlemesine görüşmeler sonucu Çıktılarla ilgili ortaya çıkan kodlar.....52

Tablo 11. Temel kategorilere göre USS öncesi ve sonrası kalitatif bulgularin özeti .....53

Tablo 12. 2012 – 2014 yılları arasında bazı gebe hizmetleri bulguları .....54

Tablo 13. 2012 – 2014 yılları arasında yapılan aşılar ve Vit A kullanımı .....55

Tablo 14. 2012 – 2014 yılları arasında sağlığı geliştirme hizmetleri istatistikleri .....56

Tablo 15. 2012 – 2014 yılları arasında morbidite istatistikleri.....57

Tablo 16. 2012 – 2014 yılları arasında mortalite istatistikleri.....58

## ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Endonezya Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ..... 6

Şekil 2. Endonezya Tangerang Selatan İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilatı ..... 7

Şekil 3. Endonezya Sağlık Hizmetlerinde Basamaklar ..... 8

Şekil 4. GSYİH'dan Yapılan Ulusal Sağlık Harcamaları ..... 12

Şekil 5. Endonezya Haritası ..... 21

Şekil 6. Tangerang Selatan Haritası ..... 22

Şekil 7. Derinlemesine görüşme için örnek seçimi ..... 24

Şekil 8. Araştırmanın Yöntemsel Dizaynı ..... 26

Şekil 9. Araştırmanın veri analizi, bulgular ve tartışmanın yapılandırılması ..... 29

Şekil 10. 2009 yılında Endonezya Ulusal Sağlık Sistemi'nin Çerçevesi ..... 34

Şekil 9. USS'de kapitasyon bütçesinin dağılımı ..... 41

## KISALTMALAR

| | |
|---|---|
| ASEAN | *Association of South East Asian Nations* |
| BCG | Bacillus Calmette Guerin (Tüberküloz) Aşısı |
| BKH | Binyıl Kalkınma Hedefleri |
| DBT-HiB | Difteri-Boğmaca-Tetanoz-Hemofilus Influenza B aşısı |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| GSYİH | Gayrı Safi Yurt İçi Hasıla |
| HBV | Hepatit B Aşısı |
| INA CBGs | *Indonesia Case Base Groups* |
| OECD | Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı |
| OPV | Oral Polio Vaccine / Çocuk Felci Aşısı |
| PKPR | Gençler İçin Sağlık Programı |
| Polindes | Köy Doğum Evi |
| Posyandu | Toplum İçinde Uygulanan Sağlık Hizmeti |
| Posyandu Lansia | Toplum İçinde Uygulanan Yaşlı Sağlık Hizmeti |
| Prolanis | Kronik Hastalıklar Yönetim Programı |
| Rp | Rupiah (Endonezya para birimi) (1USD = 13,314Rp) |
| TSM | Toplum Sağlığı Merkezi |
| USS | Ulusal Sağlık Sigortası |

# TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın kurumlarında yürütülmesine izin veren Tangerang Selatan İl Sağlık Müdürü Dr. Suharno başta olmak üzere veri toplama aşamasında vermiş olduğu desteklerinden ötürü sayın Dr. Alin Hendalin ve sayın Badra Al-Aufa'ya çok teşekkür ederim. Ayrıca Tangerang Selatan Toplum Sağlığı Merkezleri ve İl Sağlık Müdürlüğünün tüm çalışanlarına desteklerinden ötürü teşekkür ederim.

Tez çalışmam boyunca her aşamada beni destekleyen, yol gösteren ve güç veren tez danışmanım Prof. Dr. Bülent Kılıç'a ve çalışmalarımda değerli katkılarını esirgemeyen Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD başkanı Prof. Dr. O. Alp Ergör'e çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimime ve bilgi birikimime değerli katkıları olan Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı öğretim üyeleri Prof. Dr. Gül Ergör, Prof. Dr. Belgin Ünal, Prof. Dr. Yücel Demiral, Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu, Prof. Dr. Reyhan Uçku, Prof. Dr. Türkan Günay, Doç. Dr. Hatice Şimşek, Öğr. Gör. Dr. Ahmet Soysal, Öğr. Gör. Dr. Ahmet Can Bilgin ve adını burada sayamadığım bütün hocalarıma teşekkür ederim.

Son olarak, tezimin her aşamasında beni yüreklendiren ve her türlü desteği veren aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

**Mochamad İqbal NURMANSYAH**

# ENDONEZYA TANGERANG SELATAN BÖLGESİNDE ULUSAL SAĞLIK SİGORTASI ÖNCESİ VE SONRASI DÖNEMDE SAĞLIĞI KORUMA VE GELİŞTİRME HİZMETLERİ AÇISINDAN TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN ROLÜ

Mochamad İqbal Nurmansyah, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

## ÖZET

**Amaç:** Endonezya Tangerang Selatan bölgesinde TSM'lerde uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programlarına Ulusal Sağlık Sigortası (USS) etkisinin saptanmasıdır.

**Yöntem:** Niteliksel ve niceliksel yöntemler bir arada kullanılmıştır. Endonezya Tangerang Selatan Bölgesinde yapılmıştır. Araştırmanın verileri Şubat-Mart 2016 tarihlerinde toplanmıştır. Toplam 22 kişi ile derinlemesine görüşme yapılmıştır (6 yönetici, 8 sağlık çalışanı ve 8 hizmet alan). Doküman analizinde toplam 16 doküman incelenmiş, gözlemsel çalışmalar 4 Toplum Sağlığı Merkezinde (TSM) gerçekleştirilmiştir. Niceliksel bölümde TSM'lerin sağlık düzeyi göstergeleri incelenmiş ve tanımlayıcı tablolar verilmiştir. Kalitatif very analizlerinde tematik içerik analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Uygulanan politikalar açısından USS öncesi ve sonrası bir fark saptanmamışken, finansman açısından (kapitasyon bütçesi) USS sonrası dönemde önemli bir artış saptanmıştır. Finansman artışına bağlı olarak TSM'lerce yapılan ilkokul sağlık taramaları, gençlik hizmetleri ve yaşlılara verilen hizmetlerde artış olduğu ancak insangücü dağılımı açısından kırsal bölge aleyhine dengesizliğin halen sürdüğü ve TSM'lerdeki fiziksel yapıların yetersizliğinin devam ettiği saptanmıştır. Sağlık düzeyi göstergeleri kıyaslandığında anne ve bebek ölüm hızının düştüğü, anne sütüyle emzirme oranında ve normal kilolu çocuk oranında da artış olduğu görülmüştür. Ancak aile planlaması yöntem kullanımı, gebelik ve doğum sonrası izlem yapılan kadın oranı ve sağlık personeli yardımıyla yapılan doğum oranında USS sonrası dönemde azalma saptanmıştır. Görüşme yapılan tüm katılımcılar halkın sağlığı koruma ve geliştirme faaliyetlerine katılımını yetersiz bulmuştur.

**Sonuç:** Halkın TSM çalışmalarına yeterli katılımını sağlamak için toplum düzeyinde tanıtıcı daha özel ve sık çalışmalar yapılmalıdır. TSM'lerdeki eksik demirbaş malzeme alımı için kapitasyon bütçesinin kullanılabilmesi sağlanmalı, kırsal alandaki TSM'lerde insangücü sayısı artırılmalı, ek ödemelerdeki eşitsizlikler giderilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Ulusal Sağlık Sigortası, Toplum Sağlığı Merkezi, Sağlığı Geliştirme, Kapitasyon, Kalitatif Çalışma

**The Role of Community Health Centre in Health Promotion and Protection Services Before and After National Health Insurance Era on Tangerang Selatan City, Indonesia**

Mochamad Iqbal Nurmansyah, Health Sciences Institute, Dokuz Eylül University

## ABSTRACT

**Aim:** The aim of this research is to detect the effect of National Health Insurance (NHI) to health promotion and prevention services which are supplied by Community Health Centers (CHC).

**Method:** Quantitave and qualitative method has been used in this research. This research has been conducted in Tangerang Selatan City, Indonesia. The data has been collected between February and March 2016. Six administrators, 8 service providers and 8 service receivers has been chosen for indepth interview. In document analysis, 16 documents have been examined. Observation has been conducted in 4 selected CHC's. In the quantitative part, health status indicators have been scrutinized and showed on descriptive table. Thematic content analysis has been used for qualitative data.

**Results:** When there is no difference before and after NHI era in the term of implemented policies, there is an increase of finance (capitation) after NHI era. With an increasing of financial that has an impact to increasing of health screening in primary schools, youth services and services for elderly, but instead there is an inequality of the distribution of health worker resources and inadequacy of facilities in CHC. When comparing health status indicators, the data regarding of decreasing of maternal and infant mortatlity rates and an increasing of breastfed infants ratio and normal weight child have been found. Although there is a decreasing of utilization of family planning, monitoring of gestation and postpartum period and gave birth with health personnel. Community participation is found as not enough by interviews.

**Conclusion:** Some special activities should be conducted to provide sufficient community participation. Capitation budget should be used to purchase furniture in CHCs. Health workers in the village area need to be increased and payments from the capitation budget should be reorganised to decrease inequalities in payments in the rural CHCs.

**Key Words:** National Health Insurance, Community Health Centre, Health Promotion, Per Capita, Qualitative Research

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Halk sağlığı açısından sağlık, sosyal ve politik bir konudur[1]. Dolayısıyla toplumun sağlık düzeyini yükseltmek açısından devletin sosyal politikaları önemli bir rol oynar. Toplumun sağlığının korunması ve geliştirmesi, sağlık eğitiminin yaygın ve herkese ulaştırılabilir olması amacıyla uygun sağlık politikalarının oluşturulması devletin görevidir[2].

Sağlık gereksinimlerinin karşılanabilmesi için uygulanan sosyal sigorta kamu veya devlet tarafından sağlanır. Sosyal sigorta, toplumun sağlık hizmetlerine ulaşımının ve sağlık hizmetlerinin kullanımının artmasını[3-5] sağlık düzeyinin yükselmesini[6] ve toplumun cepten yaptığı doğrudan sağlık harcamalarının azalmasını[7,8] sağlar. Ancak sigorta uygulamasının toplam sağlık harcamalarını artırması, tedavi edici hizmetleri ön plana alması ve dolayısıyla sağlık hizmetlerini bir meta haline getirip tüketimini artırması gibi dezavantajları da vardır.

Endonezya'da Ulusal Sağlık Sigortası (USS) 1 Ocak 2014 tarihinden itibaren uygulanmaya başlamakla birlikte aslında 2014 yılından önce de Endonezya'da kısmen ve değişik isimler altında birden fazla sosyal sigorta uygulaması yapılmaktaydı. Ancak bu sistem hizmeti sunan ve düzenleyen kuruluşlar açısından çok parçalı (fragmante) olarak uygulanmaktaydı ve ülkenin tamamını kapsamamıştı. Mevcut durumda USS Sistemi sağlık hizmeti dışında iş kazasına karşı güvence, yaşlılık, malüllük ve ölüm aylığı gibi hizmetleri de sağlamaktadır[9] ve 2019 yılına kadar tüm ülkeyi kapsaması planlanmaktadır.

Endonezya'da USS sistemi uygulanmaya başladıktan sonra oluşan değişim hem toplum hem de sağlık personeli tarafından yakından hissedilmektedir. USS ile getirilen kapitasyon sisteminin (per capita/kişi başına ödeme) başlangıçta doktorların gelirini azaltacağı öngörülmüş[10] ancak USS sonrasında hem doktorların geliri artmış hem de sağlık hizmetlerinde, sağlık finansmanında ve örgütlenmedeki değişim sağlık hizmetlerinin kullanımında bir artmaya yol açmıştır[11,12].

Sosyal sigorta sistemi uygulanarak daha kolay sağlık hizmetlerine ulaşılabilmesi doğal olarak Toplum Sağlığı Merkezlerinin (TSM) de kullanımının artmasına yol açmaktadır[13]. Endonezya'da TSM'nin hem tedavi, hem sağlığın korunması hem de sağlığın geliştirilmesi açısından bir kaç işlevi vardır. Ancak bazı TSM'lerde insan kaynaklarının yetersiz olması[14], koruyucu sağlık hizmetlerininin bütçesinin tedavi edici hizmetlerin bütçesinden daha az olması[15] ve toplumun tedavi edici hizmetleri kullanımının artması nedeniyle sağlığın korunması ve geliştirilmesi programlarının göz ardı edilmeye başlaması gibi sorunlar vardır.

Görüldüğü üzere toplumun sağlığının düzelmesi için sadece sosyal sigorta sisteminin uygulanması yeterli değildir. Toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi için belirlenecek politika ve stratejiler daha da önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca sağlığın korunması ve geliştirilmesi hizmetleri yeterince uygulanmazsa tedavi edici hizmetlerin kullanımının artması da durdurulamayacak ve sağlık harcamaları gereğinden çok fazla artacaktır.

### 1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı Endonezya'da Tangerang Selatan bölgesindeki TSM'lerde uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programlarına 2014 yılında başlayan Ulusal Sağlık Sigortası uygulamasının etkisinin saptanması ve varsa sorunların ve çözüm önerilerinin belirlenmesidir.

### 1.3. Araştırmanın Hipotezi

Endonezya'da Tangerang Selatan bölgesindeki TSM'lerde uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programlarına 2014 yılında başlayan Ulusal Sağlık Sigortası uygulamasının bir etkisi yoktur.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Endonezya ile ilgili Genel Bilgiler

Endonezya Güney-Doğu Asya'da yer alan cumhuriyetle yönetilen ve başkanlık sistemine sahip bir ülkedir. Endonezya 13,446 ada[16], 34 eyalet, 93 il, 412 vilayetten oluşmuştur[17]. Endonezya'da 726 yerel dil vardır, resmi dili ise Endonezyacadır[18]. 2014 yılında Endonezya nüfusu 257,564,000'tür[19] ve dünyanın dördüncü en kalabalık ülkesidir. Ülkenin başkenti Java adasındaki Jakarta şehridir. Sınır komşuları, Papua Yeni Gine, Doğu Timor ve Malezya'dır. Diğer komşu ülkeler Singapur, Filipinler, Avustralya, Andaman ve Nikobar adalarıdır. Endonezya ASEAN'ın kurucu üyelerinden ve G20 üyesi ülkelerdendir. Endonezya'nın bazı ekonomik, demografik ve sağlık düzeyi göstergeleri Tablo 1'de verilmiştir.

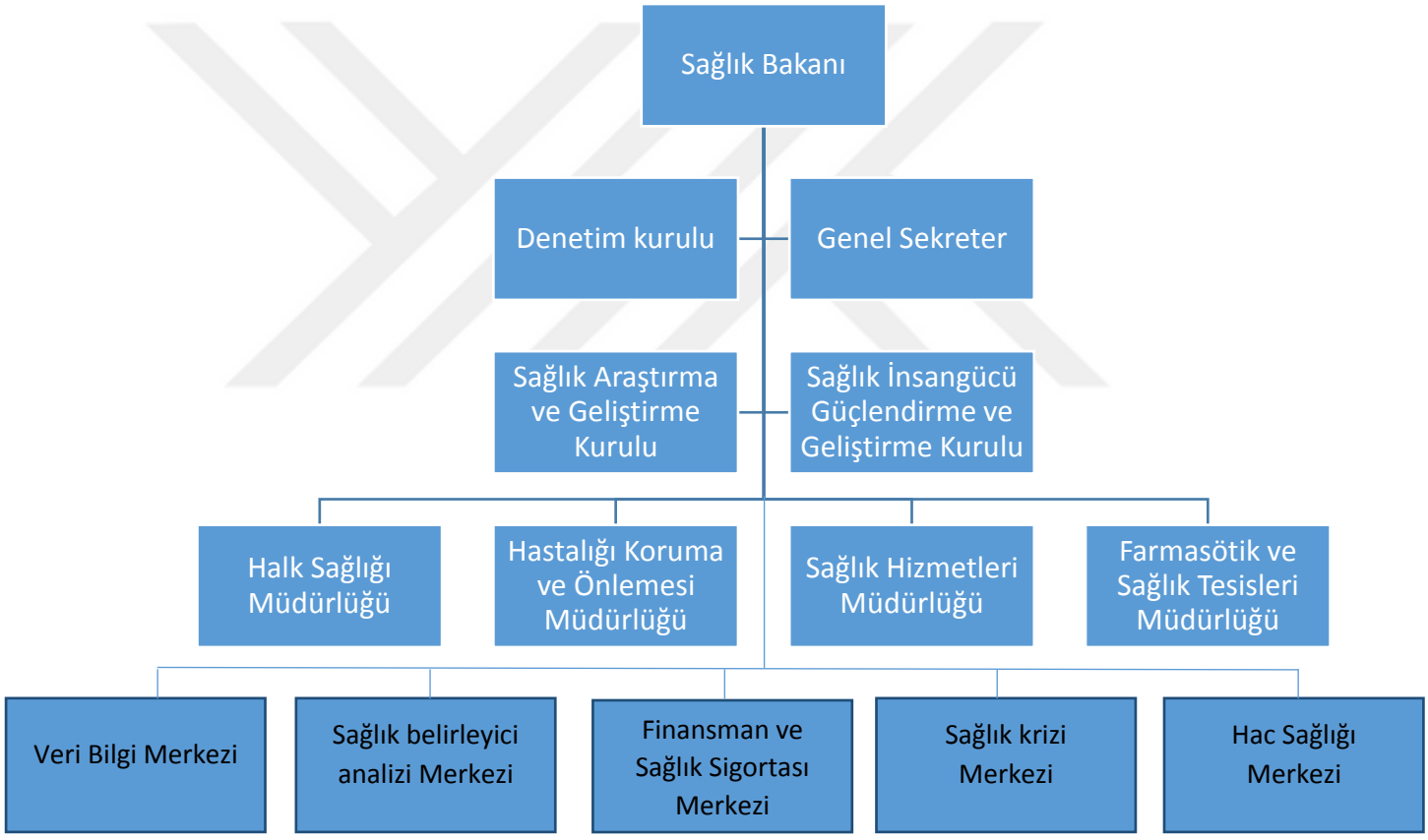
**Tablo 1. Endonezyanın Ekonomik, Demografik ve Sağlık Düzeyi Göstergeleri**

| **Ekonomik Göstergeler** | |
|---|---|
| GSYİH (2014)[19] | 888.5 milyon USD |
| Kişi başına düşen gelir (2014)[19] | 10.098 USD/PPP |
| Gini index (2013)[19] | %38.1 |
| **Demografik Göstergeler** | |
| 0-14 yaş (2013)[19] | %29 |
| +60 yaş (2013) [19] | %8 |
| Toplam Doğurganlık Hızı (2013) [19] | 2.3 |
| Doğuşta Yaşam Beklentisi (2012) [19] | 69 (E) / 73 (K) |
| 5 yaş altı Ölüm Hızı (2012) [19] | binde 29 |
| Anne Ölüm Oranı (2012) [19] | yüzbinde 90 |
| **Sağlık Düzeyi Göstergeleri** | |
| Sağlık personeli yardımıyla yapılan doğum[20] | %91 |
| Tbc (2013)[20] | yüzbinde 400 |
| Filaryazis (2013) [20] | yüzbinde 12,7 |
| Sıtma (2013) [20] | binde 1.4 |
| Hipertansiyon Prevalansı (2013) [20] | %9.5 |
| Diyabetes Mellitus Prevalansı (2013) [20] | %2.1 |

## 2.2. Endonezya Ulusal Sağlık Sistemi

### 2.2.1. Endonezya Sağlık Bakanlığı

Endonezya Ulusal Sağlık Sistemi ulusal düzeyde Sağlık Bakanlığı, bölgesel düzeyde Bölge Sağlık Müdürlüğü, il düzeyinde İl Sağlık Müdürlüğü ve ilçe/köy düzeyinde Toplum Sağlığı Merkezlerinden (TSM) oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilat şeması Şekil-1'de verilmiştir. Buna göre Bakanın altında çalışan 3 Kurul vardır: Denetim, Sağlık Araştırma-Geliştirme ve Sağlık İnsangücü Kurulu. Ayrıca Sağlık Bakanına bağlı bir genel sekreter (müsteşar) bulunmaktadır.

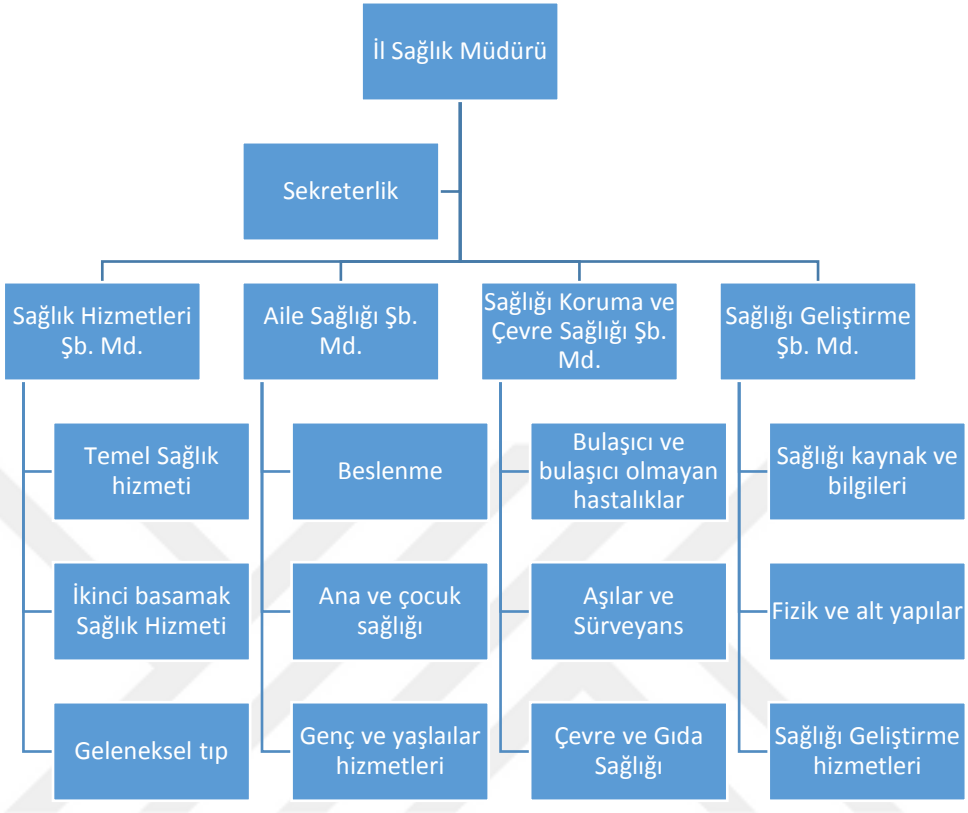



*Kaynak: Endonezya Sağlık Bakanlığı Web Sitesi*[21]

**Şekil-1: Endonezya Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı**

Endonezya Sağlık Bakanlığı taşra teşkilat şemasına bir örnek olarak ise Tangerang Selatan il sağlık müdürlüğü örgütlenme şeması Şekil-2'de verilmiştir. Buna göre sağlık

müdürlüğü ana birimleri Aile Sağlığı, Sağlığı Koruma ve Çevre Sağlığı, Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Hizmetleri şubelerinden oluşmaktadır.



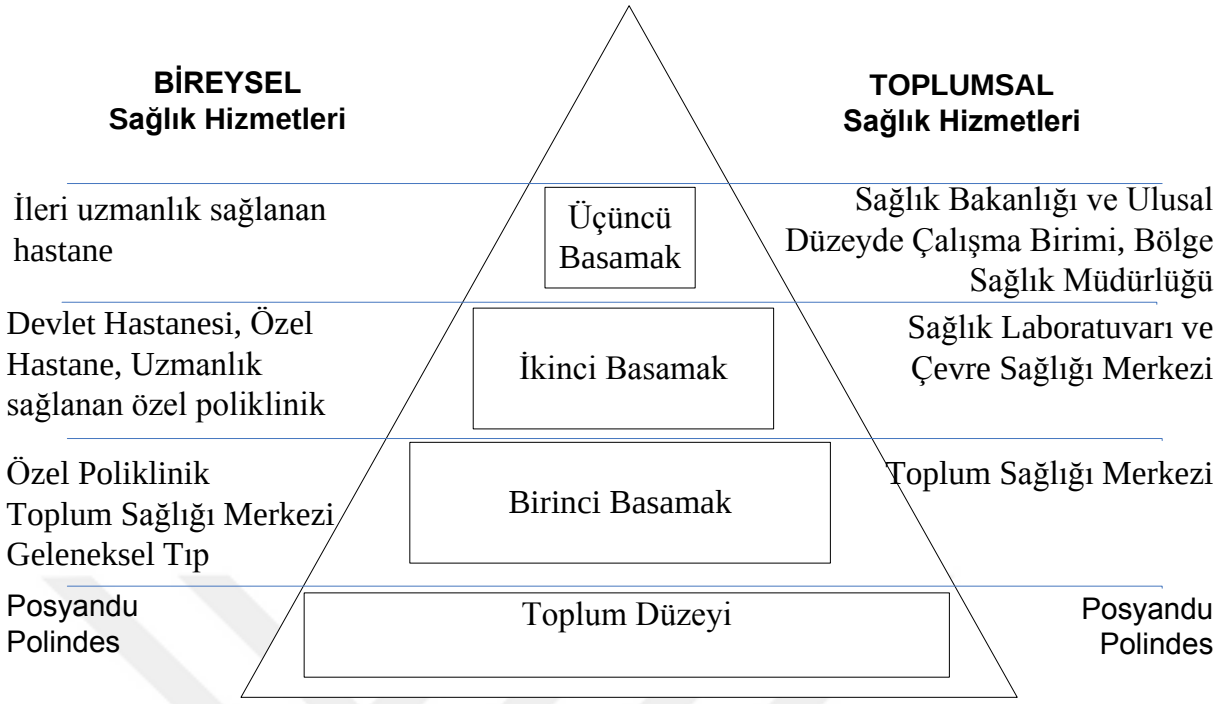

*Kaynak: Tangerang Selatan İl Sağlık Müdürlüğü Web Sitesi*[22]

**Şekil-2: Endonezya Tangerang Selatan İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilatı**

### 2.2.2. Sağlık hizmetlerinin basamakları

Endonezya Ulusal Sağlık Sisteminde birinci basamak sağlık hizmetleri Toplum Sağlığı Merkezlerinden (TSM) oluşmaktadır. TSM'lerin altında ise "yardımcı TSM"ler ve toplum içinde uygulanan sağlık hizmet sunum modeli olan "Posyandu" ve köy doğum evi olan "Polindes" ismindeki alt hizmet birimleri vardır. İkinci ve üçüncü basamak ise hastanelerden ve laboratuvarlardan oluşmaktadır. Basamaklar arasında sevk zinciri uygulanmaktadır.

Endonezya Ulusal Sağlık Sisteminin basamakları Şekil-3'de verilmiştir.




*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Toplum Sağlığı Merkezi Esas Politikası*[23]

**Şekil 3. Endonezya Sağlık Hizmetlerinde Basamaklar**

Şekil 3'de de görüldüğü üzere Endonezya'da birinci basamak altında toplumsal düzeyde örgütlenmiş Posyandu ve Polindes adı verilen iki sağlık hizmet sunumu daha vardır. Posyandu (integrated health service post) sayısı 2013 yılında 280,225 olup ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, aşılama, beslenme ve ishalden korunma ve tedavi hizmetleri vermektedir. Posyandularda sadece hemşire, ebe ve halktan seçilmiş gönüllü sağlık program yardımcıları çalışmaktadır, doktor bulunmamaktadır. Toplum düzeyinde bir ebe ya da hemşire yardımıyla evlerde, camilerde ya da mahallenin ortak kullanım yeri olan yerlerde sunulan sağlık hizmetleridir. Yukarda bahsedilen hizmetler dışında sadece yaşlılar için hizmet veren Posyandular da vardır (Posyandu Lansia). Yaşlı sağlığı için açılan Posyandu Lansiaların sayısı 2013 yılında 7,077'dir[20].

Polindes (village birth post) yani kırsal alana özgü köy doğum evlerinde ise sadece gebelere yönelik sağlık hizmetleri sağlamaktadır ve sayıları 2,034'tür. Posyandu ve Polindes dışında TSM altında çalışan üçüncü birim ise yardımcı TSM'ler olarak adlandırılan (auxillary community health centers) küçük TSM'lerdir ve sayıları 944'tür. Yardımcı TSM'ler bilinen TSM hizmetlerini sunar ancak nüfusları daha küçüktür[20].

Endonezya Ulusal Sağlık Sisteminde birinci, ikinci ve üçüncü basamak arasında sevk zinciri uygulanmaktadır. Hastalar birinci basamaktaki TSM veya özel polikliniklerden sevk almadan hastaneye başvuramazlar. Ayrıca sağlık hizmetleri de her basamakta bireye ve topluma dayalı olarak iki düzeyde sunulmaktadır[24].

**Birinci basamak sağlık hizmetleri:**

- Bireye dayalı hizmetler:

  Birinci basamakta bireye dayalı sağlık hizmetleri tedavi edici ve rehabilite edici faaliyetlere daha fazla odaklandığından sağlığı koruma ve sağlığı geliştirme faaliyetleri daha az sunulmaktadır. Birinci basamakta TSM'ler, özel poliklinikler ve geleneksel sağlık hizmetleri gibi hizmetler sunulmaktadır.
- Topluma dayalı hizmetler:

  Birinci basamakta topluma dayalı sağlık hizmetleri sağlığı koruma ve geliştirmeye daha fazla odaklanmıştır. Bu sağlık hizmetleri aile, halk ve toplum için hedeflenmiştir. Bu hizmetler İl Sağlık Müdürlüğü sorumlusu ve TSM tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu sağlık hizmetlerinde sürveyans, veri toplanması, kayıt ve rapor edilmesi ile ilgili aktiviteler gerçekleştirilmektedir.

**İkinci basamak sağlık hizmetleri:**

- Bireye dayalı hizmetler:

  İkinci basamakta bireye dayalı hizmetler birinci basamaktan sevk edilenlere sağlanan tedavi edici uzmanlık hizmetleridir. Sevk edilen sadece hasta değil, hastayla ilgili numuneler ve bilgiler de gönderilmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri özel ya da devlet tarafından sağlanılabilmektedir. Devlet hastanesi, özel hastaneler, uzmanlık sağlanan özel poliklinikler gibi hizmetleri içermektedir. Endonezya'da özel hastane oranı toplam hastaneler içinde %30 civarındadır.[20]
- Topluma dayalı hizmetler:

  Topluma dayalı ikinci basamak sağlık hizmetleri birinci basamakta topluma dayalı sağlık hizmetleri tarafından sevk edilen ve laboratuvar incelemesi gerektiren programları kapsamaktadır. Örneğin su ve gıda incelemeleri, çevre sağlığı için laboratuvar hizmetleri gibi konularda alt yapı, malzeme, teknoloji ve insan kaynağı sağlamaktadır. Bu sağlık hizmetleri İl Sağlık Müdürlüğü ya da özel kurumlar tarafından gerçekleştirilmektedir[24].

**Üçüncü basamakta sağlık hizmetleri**

- Bireye dayalı hizmetler:

  Bireye dayalı üçüncü basamak sağlık hizmetleri ikinci basamak tarafından sevk edilen diğer uzmanlık hizmetlerini sağlamaktadır. Bu tip hizmetleri devlet ya da özel kurum hastaneleri gerçekleştirmektedir.

- Topluma dayalı hizmetler:

  Topluma dayalı üçüncü basamak sağlık hizmetleri ikinci basamakta çözülemeyen destek hizmeti gerektiren durumları kapsamaktadır. Üçüncü basamak topluma dayalı sağlık hizmetleri uygulayan kurumlar Bölge Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Düzeyde Çalışma Birimi gibidir. Bu kurumlar alt yapı, teknoloji ve insan kaynakları olanakları sağlamaktadır [24].

Endonezya'da sağlık hizmetlerinin yıllara göre değişimi ve Endonezya'da sağlık hizmetlerinin son durumu aşağıda özetlenmiştir:

a. Sağlık hizmetlerine 30 dakikadan daha az sürede ulaşılabilen hane halkı oranı %91 ve sağlık kurumuna 5 km'den daha az mesafede olan hane halkı oranı %94'tür[25].
b. TSM sayısı 2003 yılında her 100,000 nüfus için 3.46, 2007 yılında her 100,000 nüfus için 3.65'tir[26].
c. TSM sayıları açısından bölgelere göre bir eşitsizlik vardır. Her 30,000 nüfusa düşen TSM sayısı Papua Barat, Papua ve Maluku (Doğu) bölgelerinde 3'ten daha fazla iken Banten, Jawa Barat ve Jawa Timur (Batı) her 30,000 nüfusa düşen TSM sayısı 1'den daha azdır[27]. Ancak DOğu bölgelerinde TSM sayısı daha fazla olmakla birlikte TSM başına düşen hekim sayısı yetersizdir. Bu anlamda Batı daha gelişmiştir.
d. TSM'lerin %4.2'sinde hekim yoktur, %34'ünde ek olarak yataklı tedavi hizmetleri de sağlanmaktadır. TSM'lerin %21.5'unda bilgisayar, %79.3'ünde internet ve %17.7'sinde elektrik yoktur. Nüfusu fazla olan TSM'ler için alt bölge olarak bir yardımcı TSM oluşturulabilir. Endonezya'da yardımcı TSM sayısı 944'tür. Polindes sayısı ise 2,034'tür. Genel olarak Endonezya'da her 30,000 nüfusa 1.17 TSM düşmektedir[27].
e. Sağlık hizmetleri kullanımı 1996 yılında %15.1, 2006 yılında %33.7 olmuştur.
f. İlk defa sağlık hizmeti alan kişi oranı ise 2005'te %34.4, 2007'de %.41.8 olmuştur.

g. Sağlık personeliyle yapılan doğum oranı 2007'de %75.4 iken 2010'da %82.2 olmuştur [25,28].

h. 2013 yılında Posyandu sayısı 280,255'tir. Toplum düzeyinde bir ebe ya da hemşire yardımıyla evlerde, camilerde ya da mahallenin ortak kullanım yeri olan yerlerde sunulan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler Ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, aşılama, beslenme ve ishalden korunma ve tedavi gibi sağlık programlarını içermektedir[27].

i. Toplum düzeyinde yaşlılar için de özel posyandu hizmeti (posyandu lansia: evde sağlık hizmeti) vardır. Yaşlı sağlığı hizmeti sunan posyandu lansia sayısı 7,077'dir[27],

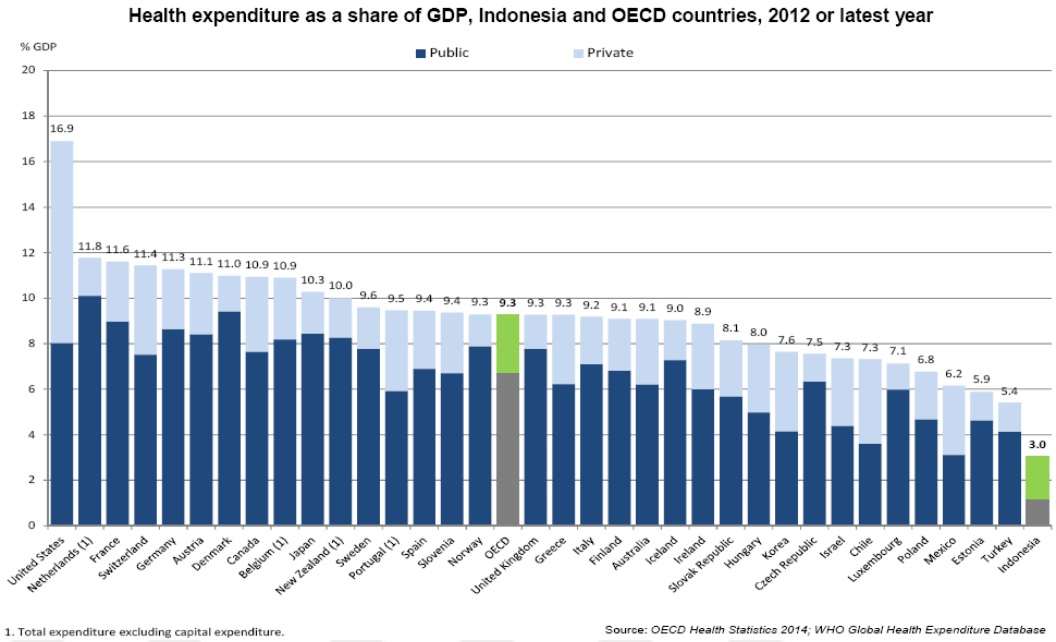
j. Endonezya'da hastane sayısı toplam olarak 2,228'dir. Kamuya ait devlet hastanesi sayısı 1562 (%70) ve özel sağlık sektörüne ait hastane sayısı 666'tir (%30). Her 1000 kişiye 1.12 hasta yatağı düşmektedir[20].

k. Eğer hasta yatağı sayısı bölgeler arası karşılaştırılırsa Yogyakarta, Jakarta ve Sulawesi Barat Bölgelerinde yatak sayısı her bin kişi için 2'den fazla ancak Nusa Tenggara Barat, Sulawesi Barat ve Banten bölgeleri için hastane yatak sayısı binde 0.75'ten daha azdır.

l. Sağlık personeli dağılımı eşit olmadığı için küçük ve az gelişmiş bölgelerde sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik açısından sorunlar yaşanmaktadır. Mesela Yogyakarta Bölgesinde (Jawa adasında bir bölge) hekim içeren TSM oranı %100 ama Papua bölgesinde (Papua adasında bir bölge) %68'dir[24].

### 2.2.3. Finansman

Endonezyanın GSYİH'dan yapılan ulusal sağlık harcamaları %3.0'tür. Başka bir deyişle Ulusal Sağlık Hacaması OECD ülkelerine göre en düşük düzeydedir ve harcamalarda özel sektör finansmanı kamu kaynaklarına göre daha fazladır[29]. 2005 yılında toplam sağlık harcamasının kamu oranı %43, özel sağlık harcaması oranı %57'dir[24]. Bu durum Şekil-4'te verilmiştir.




*Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri*[29]

**Şekil 4. GSYİH'dan Yapılan Ulusal Sağlık Harcamaları**

Endonezya'da kişi başına sağlık harcaması ise 2012 yılında 150 US Dolardır[29]. Yerel yönetimden kaynaklanan bütçe ise her bölgeye göre değişmektedir. En yüksek yerel bütçe olan bölge Kalimantan Selatan, Bali ve Jawa Timur'dur. En düşük ise Papua, Jawa Barat ve Sumatera Selatan bölgesidir[20]. Sağlık sigortası açısından 2013 yılında yapılan bir araştırmaya göre Endonezya nüfusunun %49.5'i sigortalı bulunmaktadır[20]. Sağlık sigortalı nüfus çok az olduğu için hükümet tarafından 2014 yılında bir Ulusal Sağlık Sigortası programı başlatılmıştır. 2016 yılında Endonezya'da 165,332,746 nüfus bulunmakta ve bu nüfusun yaklaşık %66'sı artık sigortalı bulunmaktadır[30]. Bu durumda Endonezya'da sağlık finansman sorunu ve sosyal güvence eksikliği olduğu ortaya çıkmaktadır. Diğer sağlık finansmanı sorunları harcamaların etkisiz ve verimsiz yapılması gibi sorunları içermektedir[24].

### 2.2.4. Sağlık İnsangücü

Sağlıkta insan kaynakları önemli bir role sahiptir. İnsan kaynakları hem nicelik hem de nitelik açısından önemlidir. Endonezya'da Sağlık Çalışanları, Sağlık Çalışanları Yasasına göre şu şekilde gruplandırılmıştır.

a. Hekim, Diş Hekimi
b. Klinik Psikolog

c. Hemşire
d. Ebe
e. Eczacı
f. Halk Sağlığı çalışanı
g. Çevre Sağlığı çalışanı
h. Diyetisyen
i. Fizyoterapist
j. Tıbbi mühendis
k. Biyomedikal mühendis
l. Geleneksel sağlık çalışanları

Endonezya'da yüzbin kişiye düşen hekim oranı 38.1'dir. Bu oran ortalama 322 olan Avrupa Birliği ülkelerine göre yaklaşık on kat daha azdır ve daha fazla hekime gereksinim vardır. Ayrıca hekim dağılımı da sorunludur. En yüksek hekim sayısı olan bölgeler Jakarta, Sulawesi Utara ve Yogyakarta, en az olan bölgeler ise Sulawesi Barat, Nusa Tenggara Timur ve Maluku Utara olarak görünmektedir. Araştırmanın yapıldığı Banten bölgesinde yüzbin kişiye düşen hekim oranı 39.1'dir[20].

Hemşire sayısı da her yüzbin kişiye 116.1'dir. Bu oran Avrupa Birliği ortalaması olan 745 hemşireye göre oldukça düşük ve dağılımı da yine önemli bir sorundur. Papua Barat, Maluku ve Maluku Utara (doğudaki bölgeler) bölgelerinde hemşire sayısı daha yüksekken Sumatera Utara, Jawa Barat ve Banten (batıdaki bölgeler) bölgelerinde hemşire sayısı en azdır. Araştırmanın yapıldığı Banten bölgesinde yüzbin kişiye düşen hemşire oranı 68.4'tür[20].

Başka önemli bir sağlık çalışanı ebelerdir. Ebe sayısı Endonezya'da 2013'te 100,000 kişiye 55.2'dir. Ebe açısından da dağılıma bakıldığı zaman bir eşitsizlik bulunmaktadır. En fazla ebe sayısı olan bölge Aceh bölgesidir ve Aceh bölgesinde her 100,000 kişiye 204,3 ebe vardır ama Jawa Barat bölgesinde her 100,000 kişiye sadece 29,2 ebe vardır. Araştırmanın yapıldığı Banten bölgesinde yüzbin kişiye düşen ebe oranı 30.5'tir.[20]

Sağlık işçileri yasasına göre (2014) Endonezya'daki halk sağlığı çalışanları şu alt gruplardan oluşmaktadır:

- Sağlık yönetimi ve sağlık politikası uzmanları
- Epidemiyolog
- Sağlığın geliştirilmesi ve davranış bilimleri uzmanları

- İş sağlığı danışmanları
- Biyoistatistik ve demografi uzmanları
- Üreme ve aile sağlığı uzmanları

Sağlıkta insan kaynakları sorunlarından birincisi küçük ve az gelişmiş bölgelerdeki sağlık çalışanları gereksiniminin karşılanamamasıdır. İkinci sorun ise sağlık insan kaynakları planlama aşamasında ortaya çıkmaktadır. Bu sorunun sebeblerinden birisi sağlık insan kaynaklarıyla ilgili iyi bir veri tabanı olmamasıdır. Sağlık peroneli için yapılan eğitim ve kurs çalışmalarında da yine bölgeler arasında bir eşitsizlik görülmüştür. Sağlık çalışanlarının niteliği açısından da izlem sistemi yetersizdir.[24]

## 2.3. Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)

### 2.3.1. TSM'nin tanımı

Ulusal Sağlık Sisteminde TSM birinci basamakta topluma ve bireye dayalı sağlık hizmetleri veren bir sağlık kurumudur. İl Sağlık Müdürlüğünün birinci basamaktaki uygulama yeri ve teknik birimidir. TSM bir bölgede sağlığın korunması ve gelişimi için gerekli uygulamalardan sorumlu tutulan bir birimdir. Dolayısıyla TSM Endonezya'da sağlığın geliştirilmesi için öncülük eden bir birimdir. Çalışma alanı standart olarak bir mahalledir (muhtarlık) ama eğer bir mahallede iki tane TSM var ise çalışma alanı paylaşılır[31].

### 2.3.2. TSM'nin amaçları

TSM'nin amacı sorumlu olduğu toplumda yüksek bir sağlık düzeyi oluşması ve sağlıklı bir yaşam meydana getirmek için toplumun farkındalığını, istekliliğini ve yeteneğini artırmasıdır. TSM'nin bir kaç işlevi vardır. Bunlar:

**a. Bölgesinde sağlık hizmetlerine yön veren bir merkezdir:**

TSM bölgesindeki sektörler arası işbirliğini de içeren özel kurum ya da kamu tarafından sunulan hizmetler için bunları birleştiren, denetleyen ve yön veren bir merkez konumundadır. Bölgesindeki faaliyetlerin sağlığa etkisini aktif olarak gözler ve bildirim yapar. TSM iyileştirici ve rehabilite edici faaliyetleri de dikkate alarak sağlığı koruma ve geliştirme faaliyetlerine odaklanır.

**b. Toplum örgütlenmesinin ve sağlık hizmet sunumunun merkezidir:**

TSM'nin özellikle aile, toplum ve işyerlerinde sağlıklı bir yaşam için farkındalık oluşturmak, bununla ilgili isteklilik ve yeteneğe sahip olmalarını sağlaması gerekir. Sosyal ve kültürel duruma bakarak birey, aile ve toplum örgütlenmesi yapması gerekir. Aşağıda TSM'lerce veya bağlı birimlerce verilen toplum sağlığı hizmetleri yer almaktadır:

- Ana-çocuk sağlığı hizmetleri: Posyandu ve Polindes birimlerince sağlanır
- Tedavi edici hizmetler: Posyandu ve Köy'de ilaç merkezi gibi birimlerce sağlanır
- Beslenme gelişimi: Posyandu tarafından sağlanır
- Okul sağlığı: Küçük hekim uygulaması, okul sağlığı birimi, öğretmen ve veli programı tarafından sağlanır
- Çevre sağlığı: Su kullanma grubu, örnek köy projesi vb hizmetlerdir
- Yaşlılar için sağlık hizmeti: yaşlılar için posyandu lansia ve huzur evi uygulamalarıdır
- İş sağlığı hizmeti: iş sağlığı merkezi tarafından sunulur
- Ruh sağlığı hizmeti: Posyandu Hizmetleri içindedir
- Prolanis: Kronik Hastalıklar Yönetim Programı, Diabet ve Hipertansiyon içindir
- Geleneksel tedavi denetimi: Aile ilaç bahçesi, geleneksel tedavi denetimi
- Sağlık güvenliği ve finansmanı: sağlık finansı, doğum yapmak için tasarruf programı

**c. Birinci basamak sağlık hizmeti sunum yeridir**

Birinci basamak sağlık hizmeti olarak TSM sağlığı koruma, geliştirme, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sağlaması gerekir. Daha önce bahsedildiği gibi TSM hem bireye hem de topluma dayalı sağlık hizmetleri sunulmasından sorumludur.

### 2.3.3. TSM'nin temel programları

TSM'nin temel programları ilgili mevzuatta zorunlu hizmetler ve ek hizmetler olarak iki başlık altında belirlenmiştir. TSM'nin zorunlu hizmetleri:

a. Sağlığı geliştirme hizmeti
b. Çevre sağlığı hizmeti
c. Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmeti
d. Beslenme gelişimi hizmeti
e. Sağlığı koruma ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele
f. Tedavi edici hizmetler

Ek hizmetler ise TSM'nin yeteneği ve toplumun durumuna göre uygulanan hizmetlerdir. Bunlar aşağıda verilmiştir:

a. Okul sağlığı hizmeti
b. Beden eğitimi hizmeti
c. Yataklı tedavi hizmeti
d. İş sağlığı hizmeti
e. Ağız ve diş sağlığı hizmeti
f. Akıl sağlığı hizmeti
g. Göz sağlığı hizmeti
h. Yaşlı Sağlığı hizmeti
i. Geleneksel tedavi hizmeti

## 2.4. Ulusal Sağlık Sigortası (USS)

### 2.4.1. USS'nin tanımı

Endonezya'nın sosyal güvenlik sistemi 1900'lü yılların başından itibaren gelişmeye başlamıştır. Bu anlamda Endonezya'da sosyal sigorta yeni bir uygulama değildir. Ancak sosyal güvenlik hiç bir zaman tüm nüfusu kapsamamıştır. Sağlanan hizmet yoksulluk, işsizlik, ekonomik belirsizlik gibi sosyal tehlikelerin ortaya çıkaracağı olumsuzlukları hafifletmek için uygulanmıştır. Endonezya'da sosyal güvenlik sistemi bir kaç ana kurum tarafından yönetilmiş, parçalı ve bütün toplumu kapsamamıştır. Aşağıda USS öncesindeki Endonezya'da yer alan sosyal sigorta kurumları ve uygulamaları verilmektedir:

- JAMSOSTEK (işçiler için sosyal güvenlik): 1977 yılında işçilere yönelik sosyal güvenlik sistemi için ASTEK ismiyle kurulan yapı 1992 yılında işçiler için sosyal güvenlik yasası çıkartılıp JAMSOSTEK adını aldı. JAMSOSTEK işçiler ve ailelerine yönelik temel sağlık hizmetlerini sağlanmaktadır. JAMSOSTEK yasasına göre özel şirketler çalışanlarını sigortalı yapmak zorundadır[32].
- ASKES (devlet çalışanları için sosyal güvenlik): 1968 yılında devlette çalışanlar için (kamu çalışanları ve askerler ve aileleri) sosyal güvenlik yasası çıkarılmıştır. 2005'te ASKES kurulmuştur. ASKES kamu çalışanlarına, askerlere ve onların ailelerine temel sağlık yardımları sağlamaktadır. ASKES ayrıca yoksullar için de kısmen sosyal güvenlik sağlamaktadır[33].

- Toplum Sağlık Güvencesi ve Bölgesel Sağlık Güvencesi. Bu program yoksullar için bir sosyal sigorta verilmesini amaçlamaktadır[34].

2004 yılında Ulusal Sosyal Sigorta Sistemi Yasası çıkartılmıştır. Daha sonra, 2011 yılında Sosyal Sigorta Kurumu Yasası çıkartılmıştır. Bu yasaya göre Ulusal Sosyal Sigorta Sosyal Güvence Kurumu tarafından uygulanmaktadır. Bu alanda çalışan 2 kurum

a) Sağlık Sosyal Güvence Kurumu ve

b) İşgücü Sosyal Güvence Kurumu görevleri paylaşmıştır.

1 Ocak 2014'te ise bütün bu yapıları birleştiren Ulusal Sağlık Sigortası programı başlatılmıştır. Bu programın amacı 2019'da bütün Endonezya nüfusunu sigortalı hale getirmektir.

### 2.4.2. USS uygulaması

USS programına katılanlar devlet yardımı verilenler ve devlet yardımı verilmeyenler olarak iki gruptan oluşur. Yardım verilenlerin primi devlet tarafından ödenmektedir. Yardım verilmeyen sigortalılar ise üç gruptur:

a. Maaş alan çalışanlar: Bu grupta devlette çalışan asker, polis, devlet memuru, milletvekili ve özel sektörde çalışanlar yer alır. Bu grubun primi işveren ve çalışanlar tarafından ödenmektedir. Primin miktarı maaşın %8'idir. %5'i çalışan, %3'ü işveren tarafından ödenir. En yüksek maaş Rp. 8,000,000'dur.
b. Maaş almayan çalışanlar: Bu grupta kendi hesabına çalışan küçük işveren ve esnaf vb kişiler yer alır. Primleri kendileri tarafından ödenmektedir.
c. Çalışmayanlar: Bu grupta emekliler ve işverenler yer alır. Bu grupta da prim kendileri tarafından ödenmektedir.

USS'nin kapsamı iki gruptan oluşur; 1) medikal kapsam ve 2) medikal olmayan kapsam. Medikal olmayan kapsam ambulans ve ulaşım hizmetlerini içermektedir. Medikal kapsam sağlığı koruma, geliştirme, iyileştirici ve rehabilitatif faaliyetleri içermektedir. Sağlığı koruma ve geliştirmenin kapsamı şöyledir[34]:

- Sağlık eğitimi
- Temel aşılar
- Aile planlaması
- Sağlık taraması

İyileştirici ve rehabilite edici faaliyetler ise birinci, ikinci ve üçüncü basamakta sağlanan hizmetleri kapsamaktadır. Bu paketin kapsamadığı hizmetler aşağıdaki belirtilmiştir:

- Sevk kurallarına uyulmaması
- Anlaşma olmayan sağlık kurumunda yapılan tedavi (acil hariç)
- İş sağlığı güvencesi ile güvence altına alınan meslek hastalıkları
- Yurt dışında yapılan tedaviler
- Estetik amaçlı tedaviler
- İnfertilite tedavisi
- Ortodonti
- İlaç ve alkol bağımlılığından kaynaklanan hastalıklar
- Kanıtı olmayan geleneksel tedaviler
- Deneysel tedaviler
- Kontraseptifler,
- Bebek mamaları ve süt
- Olağandışı tedaviler
- Yanlış tanı ve tedavi, uygun olmayan cihaz kullanımı

USS uygulandıktan sonra sağlık hizmetlerinin finansmanına ciddi anlamda bir katkıda bulunmuştur. Ancak başarılı bir USS uygulaması için iyi bir sevk sistemi uygulanması gerekir. Endonezya'da sağlık hizmeti birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak ayrılmış ve sevk zinciri uygulanmaktadır. Dolayısıyla, USS uygulamasında acil durum dışında hastalar ikinci basamak sağlık hizmetlerine gitmeden önce mutlaka birinci basamağa başvurmak zorundadır. Birinci basamakta sadece iyileştirici ve rehabilite edici faaliyetler değil, sağlığı koruma ve geliştirme faaliyetleri de yapılmaktadır. Sağlık Sosyal Sosyal Güvenlik Kurumu verisine göre 2015 yılında Sağlık Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşan birinci basamak sağlık kurumları sayısı 18,856'dır. Birinci basamakta kapitasyon bütçesi (kişi başına ödeme) sistemi kullanılmaktadır. Dolayısıyla bir sağlık kurumuna kayıtlı olan kişi sayısına göre kurumun kapitasyon bütçesi belirlenmektedir.

Eğer hastanın uzman hekim gereksinimi varsa, ikinci ya da üçüncü basamağa sevk edilmesi gerekir. Sevk sistemi yatay ve dikey olarak oluşturulmuştur. Yatay sevk aynı düzeyde bir kuruma başvurulan kurumun sağlık hizmetleri yetersiz olduğu zaman yapılabilmektedir. Dikey sevk ise daha yüksek veya düşük bir basamağa yapılan sevktir. Daha

düşük basamağa yapılan sevkler kolay ulaşılabilirlik veya bazen o basamakta daha iyi tedavi yapılabilmesi vb sebebleri içerir. İkinci ya da üçüncü basamakta ödeme sistemi olarak INA CBG's (*Indonesia Case Base Groups*) Endonezya Olgu Grupları paketi kullanılmaktadır. INA CBG's sisteminde hastanelerde hem medikal hem de medikal olmayan masrafları içermektedir. INA CBG's sistemi hastanede yapılan medikal faaliyetler olarak ilaçlar, hekim hizmet bedeli, medikal ürünler ve hastane payı bileşenlerinden oluşmaktadır. Bu ödeme sistemiyle hastane ve hekim daha verimli ve etkili bir hizmet vermektedir [35].

## 2.5. Sağlığı koruma ve geliştirme

### 2.5.1. Sağlığı Geliştirme ve Koruma Tanımı

Endonezya Sağlık Bakanlığı tarafından çıkartılan sağlığı geliştirme mevzuatına göre sağlık düzeyinin artırılmasında amaçlanan şey toplumun bu alandaki yeteneğinin yükseltilmesidir. Sağlığı koruma ise halk sağlığı işlevlerini ve aktiviteleri kapsayan bir kavramdır. Sağlığı koruma faaliyetleri çevre, su, gıda, hava kontrolu aktiviteleri, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, salgına müdahale gibi çalışmaları kapsamaktadır[36].

### 2.5.2. Sağlığı Geliştirme ve Koruma tipleri

TSM'de yapılan sağlığı geliştirme TSM içinde ve dışında yapılanlar olarak iki başlıkta gruplandırılmıştır. TSM içinde yapılan sağlığı geliştirme çalışmaları bekleme odası, poliklinikler, tedavi odası, laboratuvar, ilaç odası ve TSM bahçesinde yapılan sağlığı geliştirme aktivitelerini içerir. TSM içinde yapılan sağlığı geliştirme çalışmalarında poster, afiş, broşür, slayt, televizyon ya da benzer aletler kullanılmaktadır. TSM içinde doğrudan eğitim de verilebilmektedir. TSM dışında yapılan çalışmalar ise ev, okul ya da işyeri ziyaretini içermektedir. Bunun dışında toplum örgütlenmesi de önemli bir rol oynar. Evde yapılan uygulamalar için kadınlar, muhtar, halk beraberce sağlığı geliştirme programları yapılabilmektedir. Okulda öğretmen ve öğrenciler örgütlenebilir ve iş yerinde çalışanlarla beraber sağlığı geliştirme programı yapılabilir.

Sağlığı koruma ise birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak gruplandırılmıştır.

- Birincil koruma: Bu döneme prepatojen dönem denilebilir. Bu dönemde kişide henüz hastalık yoktur. Bu dönemde kişinin ya da toplumun sağlığı ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlanan aktiviteler uygulanmaktadır.

- İkincil koruma: Bu düzeyde erken tanı, uygun tedavi ve sakatlıkların sınırlandırılması gibi alınan koruma önlemleridir. Bu düzeyde henüz belirtiler çıkmadan uygulanan erken tanı ve tedavi gibi uygulamalar yapılmaktadır.
- Üçüncü koruma: Bu dönemde, hastalığın kişinin yaşamındaki olumsuz etkilerini düşük düzeyde tutması amaçlanmaktadır. Bu düzeyde, iyileştirici ve rehabilite edici faaliyetlerin yapılması gerekir. Bu korumanın amacı daha kötü bir durumun önlenmesi ve hastanın en iyi şekilde yararlanmasını sağlamaktır[37] .

### 2.5.3. Sağlığı koruma ve geliştirme uygulamasını etkileyen faktörler

DSÖ'ne göre sağlığı koruma ve geliştirme programlarını etkileyen bazı faktörler aşağıda verilmiştir [38]:

- Ulusal planlama ve politika faktörleri
- Hedef nüfusun özelliği
- Sosyo-ekonomik kültürel faktörler
- Birey, aile ve toplumdaki hastalık yükü
- Heterojen ortam
- Zayıf ve azınlık gruplara ulaşmak için kullanılan iletişim stratejileri
- Uygulama sürecinde toplumun her düzeyde katılımını etkileyen faktörler

Endonezya Sağlık Bakanlığı tarafından çıkartılan TSM'de Sağlığı Geliştirme Uygulanması adlı mevzuata göre ise dört faktörün TSM'de uygulanan sağlığı geliştirme programlarını etkilediği ifade edilmiştir. Bunlar:

- TSM müdürü ve personelin sağlığı geliştirme uygulaması ile ilgili hedefleri
- TSM'de insan kaynakları yeterliliği
- TSM'de fizik ve altyapı durumu ve yeterliliği
- TSM'de finansman yeterliliği

## 3. GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel bir çalışma olup nitel ve nicel ölçüm yöntemleri bir arada kullanılmıştır. Niceliksel bölümde TSM'lerin sağlık düzeyi göstergeleri USS öncesi ve sonrasına ait olarak incelenmiştir, niteliksel bölümde ise derinlemesine görüşmeler, gözlemler ve doküman analizi yapılmıştır.

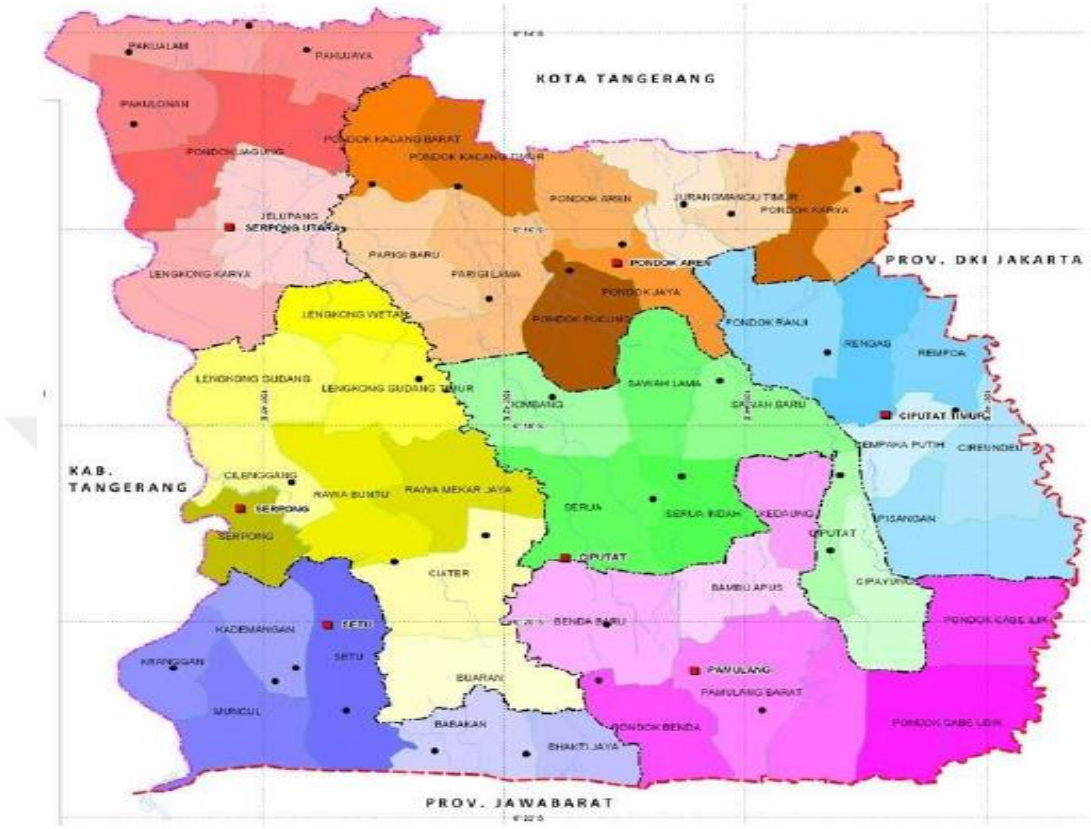
### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Endonezya'nın başkenti Jakarta'nın güneyinde yer alan Tangerang Selatan bölgesinde yapılmıştır. Tangerang Selatan bölgesi 10 milyon nüfuslu başkent Jakarta'ya çok yakın ve büyük bir şehir olduğundan ötürü seçilmiştir (bakınız Şekil 5 ve 6)[39]. Nüfusu 2014 yılında 1.443.403'tür. Araştırma Şubat 2015 – Mayıs 2016 tarihlerinde yapılmıştır.




*Kaynak: Geology Web Sitesi*[41]

**Şekil 5. Endonezya Haritası** [40]




*Kaynak: Tangerang Selatan Sağlık Profili*[41]

**Şekil 6. Tangerang Selatan Haritası**[41]

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Endonezya Tangerang Selatan bölgesindeki 25 Toplum Sağlığı Merkezi ve İl Sağlık Müdürlüğünde çalışan sağlık yöneticisi, hekim, ebe-hemşire ve hizmeti kullananlar (sağlığı geliştirme program yardımcıları ya da hastalar) oluşturmaktadır.

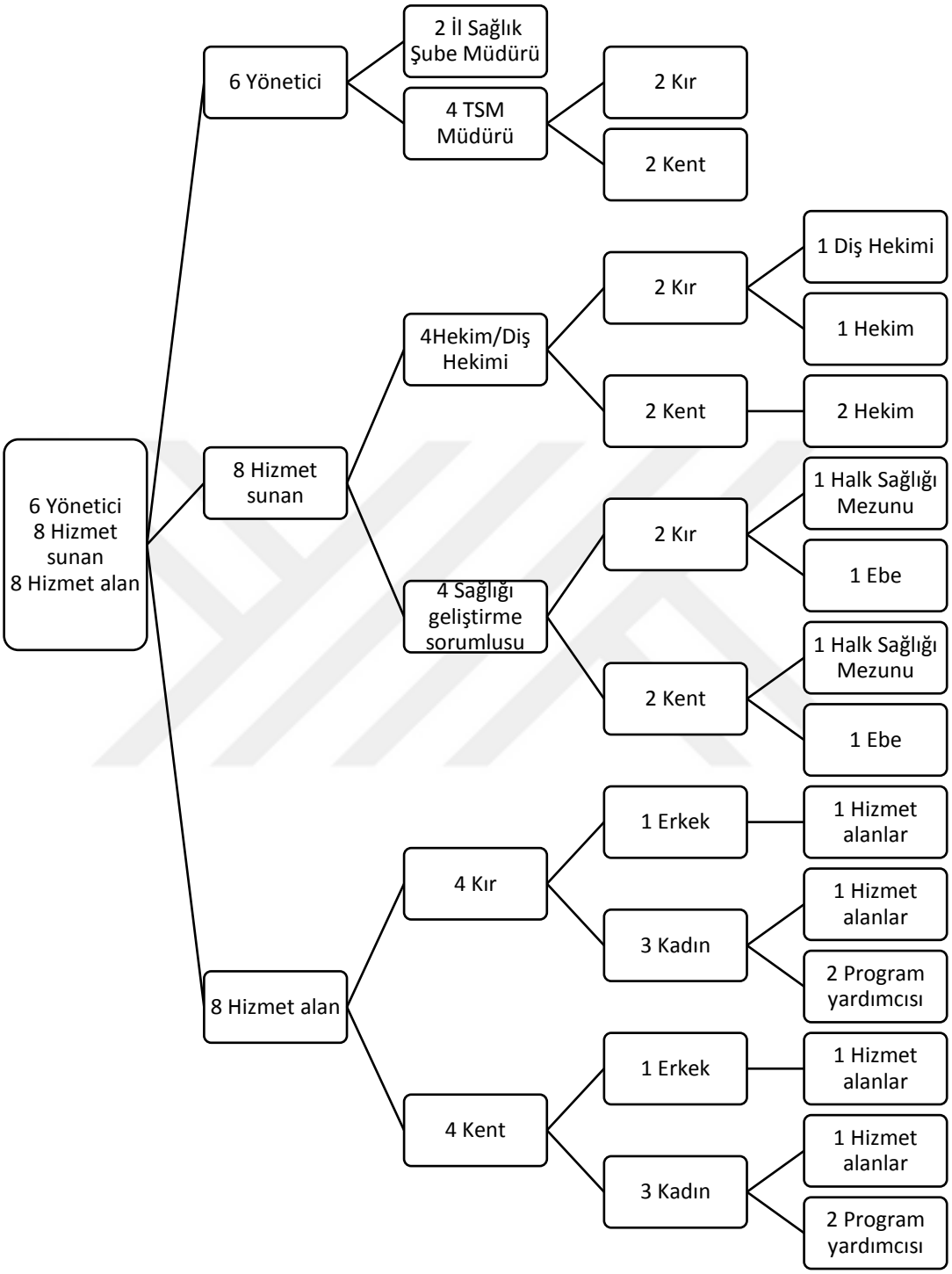
Kalitatif çalışmalarda kullanılan amaca uygun örnek seçme yöntemi kullanılarak Toplum Sağlığı Merkezi çalışanları ve Sağlık Müdürlüğü yöneticilerinden (politika yapıcılar), örnek seçilmiştir. Örnek hekim, diş hekimi, ebe, hemşire, halk sağlığı mezünü, sağlığı geliştirme çalışanları (program yardımcıları) ve hastalardan (TSM'ye başvuranlar) oluşmuştur. Çalışmaya katılanlar en uzun çalışma süresi, cinsiyet ve kır/kent durumuna göre

dengeli olarak seçilmiştir. Örnek sağlık yöneticileri, sağlık çalışanları ve hizmeti kullananlar olarak 3 gruptan oluşmaktadır (bakınız Şekil-7):

***1)Sağlık yöneticileri*:** İl sağlık müdürlüğünde çalışan yöneticilerden iki kişi; Temel Sağlık Hizmetleri Şube Müdürü ve Sağlığı Geliştirme Şube Müdürü örneğe seçilmiştir. İki yönetici de temel sağlık hizmetleri ve sağlık geliştirme programları ile ilgili çalıştığından örneğe alınmıştır. Toplum Sağlık Merkezi müdürlerinin seçilmesi aşamasında derinlemesine görüşme için koşullara uyan 2 kırsal alan ve 2 kentsel alandan en uzun süre çalışanlara dikkat edilerek 4 TSM müdürü görüşmeye alınmıştır. Böylece toplamda 6 sağlık yöneticisiyle görüşülmüştür (bakınız Ek-1).

***2)Sağlık çalışanları (hizmeti sunanlar):*** 4 hekim ve 4 sağlığı geliştirme sorumlusu ebe-hemşire olmak üzere toplam toplam 8 kişiyle görüşülmüştür. En uzun süre çalışanlar ve kır/kent ayrımı yapılarak örnek oluşturulmuştur. Toplam 3 hekim, 1 diş hekimi ve 4 sağlığı geliştirme sorumlusu (2 halk sağlığı mezunu ve 2 ebe) ile görüşülmüştür (bakınız Ek-1).

***3)Hizmeti kullananlar (Sağlığı Geliştirme Programında Çalışan Halktan Seçilmiş Program Yardımcıları ve hastalar):*** TSM'ye başvuran hastalar ve halktan seçilmiş sağlığı geliştirme program yardımcılarından kır-kent ve cinsiyet ayırımı yapılarak 8 kişi seçilmiştir. Halktan oluşan sağlığı geliştirme programı yardımcılarında erkekler bulunmadığı için sağlığı geliştirme program yardımcıları olarak sadece kadınlarla görüşülmüştür. Toplam kırda 1 erkek (hizmet alan) 3 kadın (1 hizmet alan, 2 program yardımcısı) ve kentte 1 erkek (hizmet alan) 3 kadın (1 hizmet alan, 2 program yardımcısı) ile görüşülmüştür (bakınız Ek-1 ve Şekil-7).




**Şekil 7. Derinlemesine görüşme için örnek seçimi**

### 3.4. Çalışma Materyali

Araştırmanın kalitatif bölümünde veriler 3 başlık altında toplanmıştır:

1) Girdiler (Politika, İnsangücü, Altyapı, Finansman),

2) Süreç (Planlama, Uygulama, Gözlem ve Değerlendirme )

3) Çıktılar (TSM uygulamaları ve Sağlık Düzeyi Göstergeleri).

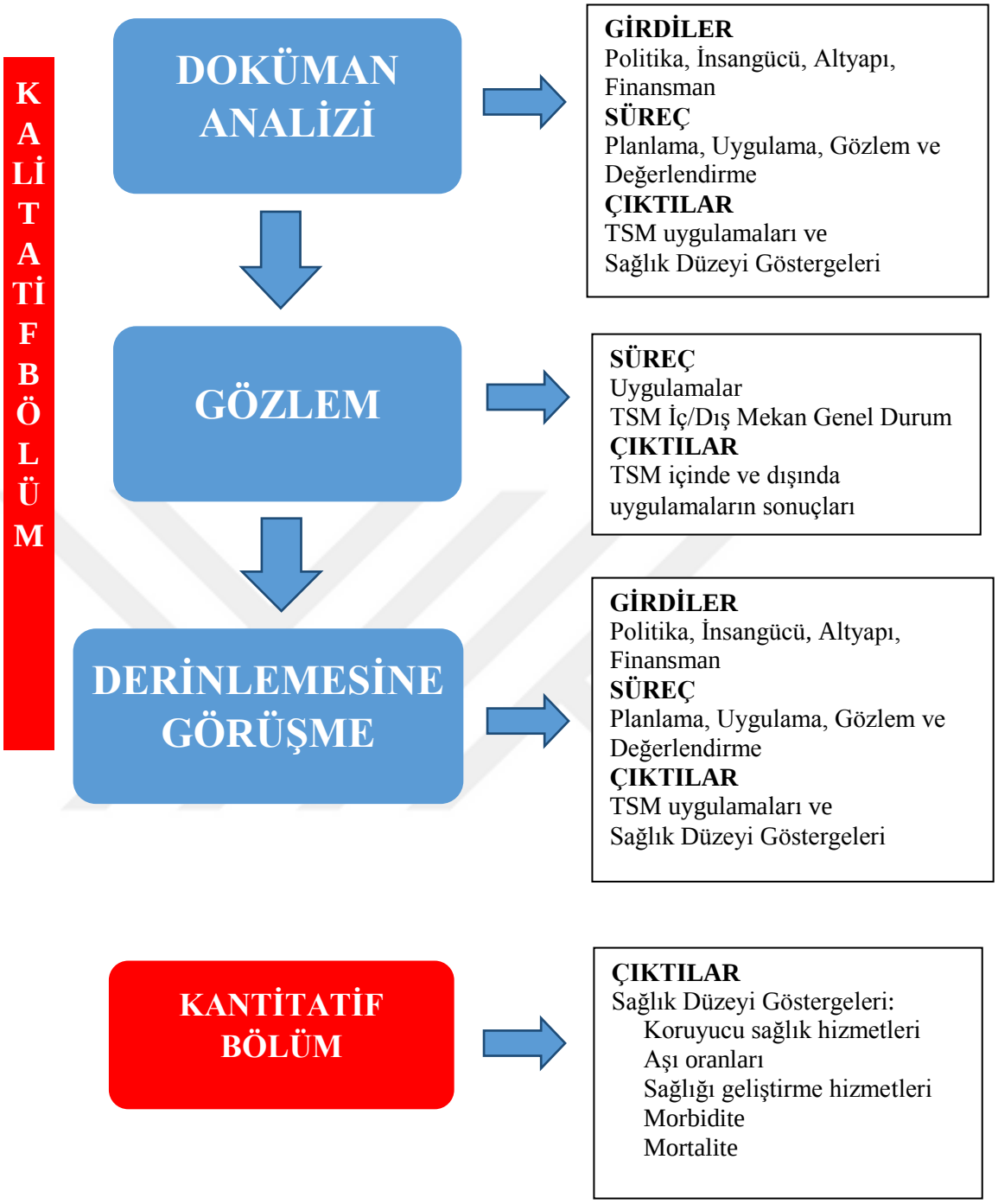
Bu veriler üç değişik kalitatif yöntemle (doküman analizi, gözlem ve görüşme) incelenmiştir (bakınız Şekil-8):

Birinci aşamada doküman analizi yapılmıştır. USS öncesi ve sonrasında yayınlanan hem Sağlık Bakanlığı hem de Tangerang Selatan İl Sağlık Müdürlüğü tarafından çıkartılan Yasalar, Sağlık Bakanlığı Raporları, Stratejik Planlama Belgeleri ve Eylem Planları araştırmanın amaçları açısından analiz edilmiştir. Doküman analizi önceden hazırlanan standart bir doküman analizi rehberi yardımıyla yapılmıştır. Bu aşamada toplam 16 doküman incelenmiştir. Bu dokümanların dokuzu yasal düzenleme, altısı yıllık rapor, biri stratejik dokümandır. Ayrıca tam liste Ek-2'de verilmiştir.

İkinci aşamada TSM'lerde gözlemler yapılmıştır. Gözlemsel çalışma seçilmiş TSM'lerde (2 kır, 2 kent) TSM çalışmaları resmi izin alınarak gözlenmiştir. Gözlemsel çalışmada özellikle koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, hizmet alanlarla iletişim, bekleme salonu, çalışma koşulları ve çevre gözlenmiştir. Gözlem yaparken izin alınarak fotoğraflar çekilmiştir (bakınız Ek-3).

Üçüncü aşamada anahtar kişilerle ve hizmeti kullananlarla derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerde yarı yapılandırılmış anket formları kullanılmıştır. Görüşmelerde izin alınarak ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Ayrıca görüşmelerde not tutmak için kalem ve not defteri kullanılmıştır. Toplam 22 kişi ile görüşülmüştür (liste için bakınız Ek-1).

Araştırmanın kantitatif verileri ise Ulusal Sağlık Sigortası uygulamasından öncesi (2012-2013 yılları) ve sonrası (2014 yılı) dönemler için İl Sağlık Müdürlüğü ve Toplum Sağlığı Merkezleri istatistik yıllıklarından elde edilmiştir. Çalışmanın ilk dönemini oluşturan Ulusal Sağlık Sigortası öncesi (2012-2013) ve sonrası dönemine (2014) ait veriler elektronik ortamda İl Sağlık Müdürlüğünden sağlanmıştır.




**Şekil 8: Araştırmanın Yöntemsel Dizaynı**

### 3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Tüm değişkenler USS öncesi ve sonrası karşılaştırmalı olarak sorgulanmıştır:

**A. Girdiler:**

**a.** TSM'de Uygulanan Sağlığı Koruma ve Geliştirme Politikaları

**b.** TSM İnsangücü Durumu

**c.** TSM Alt Yapısı (fiziksel ve teknolojik)

**d.** TSM'de Sağlığı Koruma ve Geliştirme Finansmanı

**B. Süreç:**

**a.** TSM'de Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programlarının Planlaması

**b.** TSM'de Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programlarının Uygulamasında Kullanılan Yöntemler

**c.** TSM'de Uygulanan Sağlığı Koruma ve Geliştirme programlarının Gözlenmesi ve Değerlendirilmesi

**C. Çıktılar:**

**a.** TSM İçinde Uygulanan Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programları

**b.** TSM Dışında Uygulanan Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programları

**c.** TSM'nin Sağlık Düzeyi Göstergeleri

**d.** Gebe Sağlığı Hizmetleri

Demir hapı verilen gebe oranı

Vitamin A verilen gebe oranı

Gebelik döneminde izlem oranı

Aile planlaması kullanan oranı

Doğum sonrası izlem oranı

Emzirme oranı

Sağlık Personeliyle yapılan doğum sayısı

**e.** Bebek-Çocuk Sağlığı Hizmetleri

Çocuk felci aşı Oranı

Hepatit B aşı Oranı

DPT-Hi B Aşı oranı

BCG aşı oranı

Vitamin A verilen bebek oranı

**f.**Sağlığı Geliştirme Hizmetleri

İlk Okullarda yapılan sağlık taraması

5 yaş altında tartılan çocuk sayısı

Gençlik hizmetleri

Yaşlılara verilen hizmetler

**g.** Morbidite Verileri

Çocuk felci hızı

Dang ateşi hızı

Çocuk beslenmesi durumu

İshal

**h.** Mortalite Verileri

Anne ölüm sayısı

Bebek ölüm sayısı

### 3.6. Veri Toplama Araçları

Derinlemesine görüşme formları 3 değişik formdan (yönetici, hizmet sunan, hizmet alan) oluşmaktadır (bakınız Ek-4, 5, 6). Veri toplama formları özgün formlar olmakla birlikte Endonezya Sağlık Bakanlığı Sağlığı Geliştirme Programları Yürütmesiyle ilgili mevzuatında yer alan değerlendirme ölçeğinden de yararlanılarak oluşturulmuştur. Doküman analizi için ayrıca doküman analizi formu oluşturulmuştur (bakınız Ek-7).

### 3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

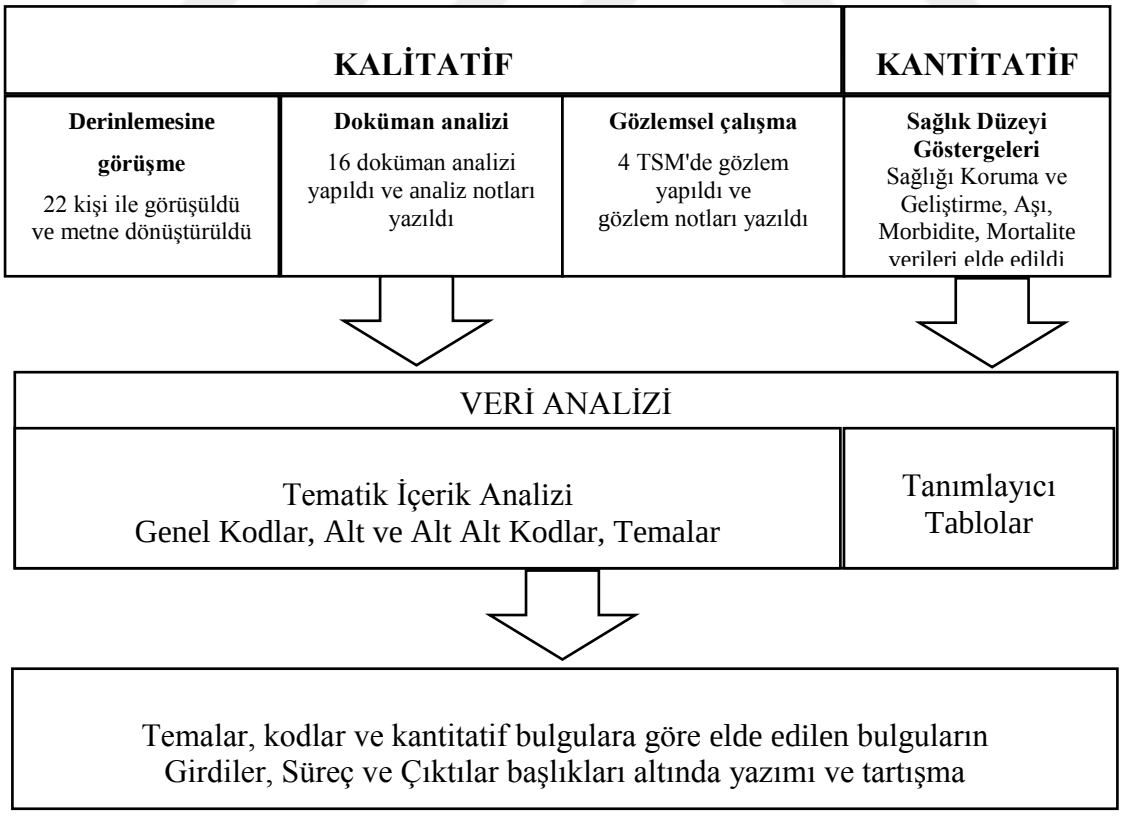
Araştırma 2015 Şubat-2016 Haziran ayları arasında yapılmıştır (bakınız Tablo-2).

**Tablo 2. Araştırma Planı ve Takvimi**

| | 2015 | | | | | | | | | | | 2016 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ş | M | N | M | H | T | A | E | E | K | A | O | Ş | M | N | M | H |
| **Konu Seçimi** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Literatür Tarama** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Veri toplama araçları geliştirme** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Veri Toplama** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Veri analizi ve değerlendirme** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Yazım** | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### 3.8. Verilerin değerlendirmesi

Kantitatif verilerin değerlendirmesinde istatistiksel testler kullanılmamış sadece tanımlayıcı tablolar verilmiştir. Tanımlayıcı ölçütleri hesaplamada sayımla elde edilen veriler için sayı ve yüzde dağılımları ve ortalamalar verilmiştir. Kalitatif bölümde derinlemesine görüşmeler araştırmacı ve bu alanda eğitimli bir gönüllü tarafından gerçekleştirilmiştir. Ses kayıtları araştırmacı tarafından Endonezya dilinde metne çevrilmiştir. Metinler araştırmacı tarafından okunarak ve kodlanarak çözümlenmiştir. Metin analizlerinde tematik içerik analizi kullanılarak genel kodlar, alt kodlar ve alt alt kodlar belirlenmiştir. Araştırma öncesinde belirlenen genel kodlar şunlardır: Girdiler (TSM politikası, İnsangücü, Finansman, Fizik Alt yapı), Süreç (Planlama, Uygulama, Gözlem ve Değerlendirme) ve Çıktılar (TSM içinde ve dışında uygulamaların sonuçları, TSM'nin genel durumu, sağlık düzeyi göstergeleri). Doküman analizinde USS uygulaması, TSM politikası ve sağlığı koruma ve geliştirme uygulaması ile ilgili Sağlık Bakanlığı ve Tangerang Selatan İl Sağlık Müdürlüğü tarafından çıkartılan 13 doküman analiz edilmiştir. Gözlemsel çalışmada 4 TSM'de (2 kent ve 2 kır) fotoğraf çekilerek gözlemler yapılmış ve gözlem notları yazılmıştır. Araştırmanın veri analizi, bulgular ve tartışmanın yapılandırılması Şekil-9'da özetlenmiştir.




**Şekil 9. Araştırmanın veri analizi, bulgular ve tartışmanın yapılandırılması**

Araştırmada yan tutmayı en aza indirgemek amacıyla triangülasyona (üç açılı değerlendirme veya çoklu teknik kullanımı) dikkat edilmiş ve çoklu yöntem ve kaynak kullanımı yapılmıştır. Çoklu yöntemde derinlemesine görüşme, doküman analizi ve gözlemsel çalışma yöntemleri kullanılmıştır. Çoklu kaynak kullanımında ise sağlık yöneticisi, hizmet sunanlar ve hizmet alanlarla görüşmeler yapılmıştır. Triangülasyon Tablo 3 ve 4'te ayrıntılı olarak verilmektedir:

**Tablo 3. Çoklu yöntem kullanımı**

| **Değişkenler** | **Kullanılan Yöntem** | | |
|---|---|---|---|
| | **Derinlemesine görüşmeler** | **Doküman analizi** | **Gözlemsel çalışma** |
| **Girdi** | | | |
| Politikalar | ✓ | ✓ | |
| İnsangücü durumu | ✓ | ✓ | |
| Alt yapısı | ✓ | ✓ | |
| Finansman | ✓ | ✓ | |
| **Süreç** | | | |
| Planlama | ✓ | ✓ | |
| Kullanılan yöntem | ✓ | ✓ | ✓ |
| Gözlem | ✓ | ✓ | ✓ |
| Değerlendirme | ✓ | ✓ | |
| **Çıktı** | | | |
| TSM binası içinde | ✓ | ✓ | ✓ |
| TSM binası dışında | ✓ | ✓ | ✓ |
| TSM genel durumu | ✓ | ✓ | ✓ |

**Tablo 4. Çoklu Kaynak Kullanımı**

| Değişkenleri | Görüşme Kaynakları | | |
|---|---|---|---|
| | **Sağlık Yöneticisi** | **Hizmet Sunanlar** | **Hizmet Alanlar** |
| **Girdi** | | | |
| Politikalar | ✓ | ✓ | ✓ |
| İnsangücü durumu | ✓ | ✓ | ✓ |
| Alt yapısı | ✓ | ✓ | ✓ |
| Finansman | ✓ | ✓ | ✓ |
| **Süreç** | | | |
| Planlaması | ✓ | ✓ | |
| Kullanılan yöntem | ✓ | ✓ | ✓ |
| Gözlenmesi | ✓ | ✓ | ✓ |
| Değerlendirmesi | ✓ | ✓ | ✓ |
| **Çıktı** | | | |
| TSM binası içinde | ✓ | ✓ | ✓ |
| TSM binası dışında | ✓ | ✓ | ✓ |
| TSM sağlık genel durumu | ✓ | ✓ | ✓ |

### 3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı kalitatif bölüm verilerinin Endonezya dilinde toplanmış ve analiz edilmiş olması ancak tezin Türkçe yazılmasıdır. Kültürel farklılıklar nedeniyle dil ve çeviri kısıtlılığı/yanlışları olabilir. İki dil arasındaki farklılık, çeviri sorunları, kültürel ve soyal bakış açılarının farklılığı önemli bir kısıtlılık olarak alınmalıdır.

Bir başka kısıtlılık USS uygulamasının henüz çok yeni olmasıdır. USS uygulamasının yeni başlamış olması nedeniyle çalışanlar ve hizmeti kullananlar tarafından henüz tam ve gerçekçi bir değerlendirme yapılamamış olabilir. Sağlık personeli, yöneticiler ve hastaların değerlendirmeleri ilerde olumlu veya olumsuz yönde değişebilir.

Benzer şekilde sağlık düzeyi göstergelerinin uygulamadan önceki ve sonraki çok kısa bir dönemi içermesi nedeniyle bazı sağlık düzeyi göstergeleri hatalı değerlendirilmiş olabilir.

Ayrıca TSM'lerin verilerinin bazı kayıt sorunları içermesi nedeniyle kantitatif bölümün hatalar içermesi de olasıdır. Ayrıca araştırmanın yapıldığı bölgenin çok büyük bir ülke olan Endonezya'nın tümünü yansıtmayacağı, başkent Jakarta'ya yakın ve ülkenin daha gelişkin bir bölgesinde yapıldığı dikkate alınmalıdır.

### 3.10. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 30.07.2015 tarih ve 2215-GOA protokol numaralı ve 2016/06-42 nolu kararı ile "Endonezya Tangerang Selatan Bölgesinde Ulusal Sağlık Sigortası Öncesi ve Sonrası Dönemde Sağlığı Koruma ve Geliştirme Hizmetleri Açısından Toplum Sağlığı Merkezlerinin Rolü" adlı araştırmanın uygulamasında etik açıdan bir sakınca bulunmamıştır (bakınız Ek-8). Ayrıca South Tangerang Halk Sağlığı Müdürlüğünden de resmi izin alınmıştır (bakınız Ek-9).

## 4. BULGULAR

Araştırma bulguları üç ana başlık altında sunulacaktır.

**1) Girdiler:** Politika, İnsangücü, Finansman, Fizik Alt yapı

**2) Süreç:** Planlama, Uygulama, Gözlem ve Değerlendirme

**3) Çıktılar:** TSM içinde ve dışında yapılan uygulamaların sonuçları, genel durum ve morbidite, mortalite, koruyucu-geliştirici hizmet çıktıları (sağlık düzeyi göstergeleri).

### 4.1. Girdiler

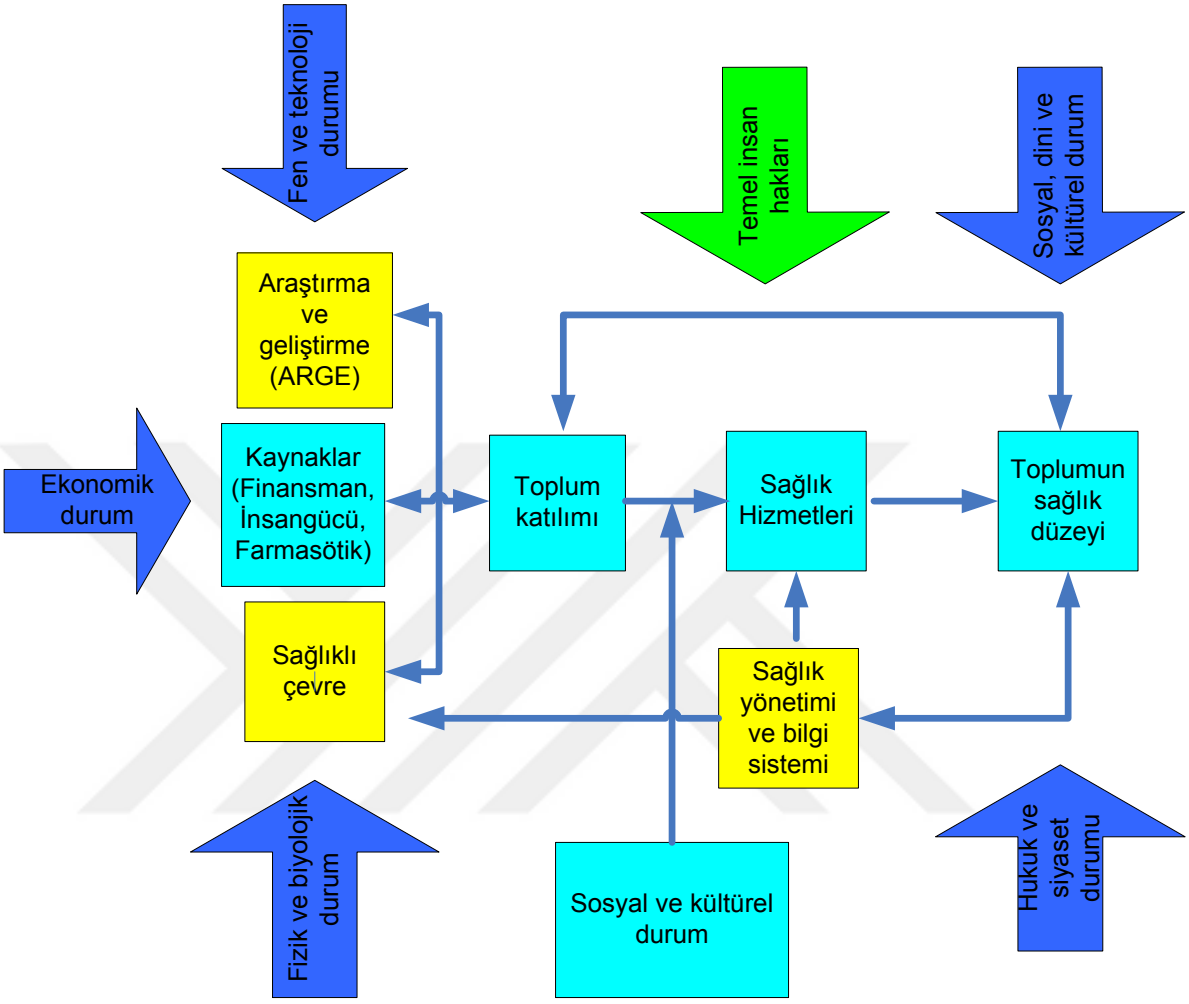
#### *a. TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme politikası*

Endonezya sağlık sistemi ile ilgili düzenlemeler son yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından bir kaç kez yeniden ele alınmıştır. Ulusal sağlık sistemi mevzuatı ilk olarak 1982'de çıkartılmış, daha sonra 2004, 2007, 2009 ve 2012 yılında yenilemeler yapılmıştır. Bu sistemin amacı sağlık sistemine uzun süreli bir yön verebilmektir. Endonezya'nın Ulusal Sağlık Sistemi 7 alt bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler Ulusal Sağlık Sistemi dokümanına göre aşağıdaki gibidir[42]:

1. **Sağlık hizmetleri:** Sağlık hizmetlerinin basamaklarını ve tipini belirler.
2. **Sağlık araştırmaları ve geliştirme (ARGE):** Sağlıkta kanıta dayalı veri elde edilmesi için gerekli araştırmaları planlar ve yapar.
3. **Sağlık finansmanı:** Sağlıkta finansmanın elde edilmesi, tahsis edilmesi ve harcanmasını düzenler.
4. **Sağlık insangücü:** Sağlıkta insangücü planlanması, tedarik edilmesi, güçlendirilmesi, geliştirilmesi ve denetlenmesini yapar.
5. **Farmasötik müstahzarlar:** Sağlıkta güvenli, faydalı, kaliteli ilaç kullanımı ve gıda ile ilgili düzenlemeleri yapar.
6. **Yönetim ve sağlık bilgi sistemi:** Sağlık politikası, sağlık yönetimi, sağlık hukuku ve bilgi sistemini düzenler.
7. **Toplum katılımı:** Toplumun sağlık düzeyinin güçlendirilmesi için entegre edilen, planlanan ve sürekliliği sağlanan sağlık programlarını ve toplum katılımını düzenler.

Endonezya ulusal sağlık sisteminin kuramsal yapısı ve sağlık hizmet sunumu ilkeleri (genel çerçeve) Endonezya Sağlık Bakanlığınca yayınlanan Ulusal Sağlık Sistemi

dokümanına göre ARGE faaliyetleri, finansman, çevre ve sosyal faktörleri de kapsayan ayrıca toplum katılımına özel yer veren bir şekilde tanımlanmıştır[42] (Şekil 10).




*Kaynak:2009 yılında Endonezya Ulusal Sağlık Sistemi*[24]

**Şekil 10. 2009 yılında Endonezya Ulusal Sağlık Sistemi'nin Çerçevesi**

Sağlık kaynakları denildiğinde sağlık finansmanı, sağlık insangücü ve farmasötik müstahzarlar buna dahildir. Böylece şekildeki alt yapıların hem birbirlerine bağlandığı hem de birbirlerini karşılıklı olarak dinamik bir şekilde etkilediği görülmektedir. Endonezya sağlık sisteminin amacı toplumun sağlık düzeyinin artırılmasıdır.

2012 yılında yapılan Ulusal Sağlık Sistemi düzenlemesiyle sağlık sistemi toplum katılımı, insan kaynakları profesyonelliği ve sağlığı koruma, geliştirme, iyileştirme ve rehabilitasyon gibi bir kaç noktada odaklanmıştır[24].

Yapılan doküman analizlerine göre Endonezya Sağlık Bakanlığı yayınlarında TSM'nin ana işlevi sağlık yönelimli bir kalkınma ve toplum örgütlenmesinin merkezi ve birinci basamak sağlık hizmetleri olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamda TSM'nin 6 tane görevi vardır.

1. Sağlığı geliştirme,
2. Çevre sağlığı,
3. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi,
4. Aile ve üreme sağlığı,
5. Beslenme hizmetleri,
6. Sağlık hizmetleri (ayaktan ve/veya yataklı).

*(TSM esas politikası, 2004)*

Dolayısıyla TSM hem sağlığı koruma ve geliştirme hem de tedavi hizmetlerinin sağlandığı yani birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin bir arada sunulduğu bir merkezdir. Nitekim "Sağlık Personeli ve Genel Durum 2015 Yılı Raporu"na göre Tangerang Selatan'daki 24 TSM'den 21'i (%87.5) ayrıca yataklı tedavi hizmeti de vermektedir.

USS uygulaması rehberine göre USS'nin faydaları medikal ve nonmedikal olarak ikiye ayrılmaktadır. Medikal faydalar olarak sağlığı koruma, geliştirme, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri; nonmedikal faydalar olarak ulaşım ve ambulans hizmetleri sayılmaktadır. Dolayısıyla, USS programı sadece iyileştirici faaliyetleri içeren bir program değil, aynı zamanda sağlığı koruma ve geliştirmeyi de içeren bir programdır.

Birinci basamakta USS şemasında güvence altına alınan hizmetler:

1. *Sağlığı koruma ve geliştirme*
2. *Tanı, tedavi ve danışmanlık hizmetleri*
3. *Medikal nonspesifik faaliyetler ve ameliyatlar*
4. *İlaç ya da sarf malzemesi*
5. *Kan nakli hizmeti*
6. *Birinci basamak laboratuvar hizmeti*
7. *Yataklı tedavi hizmeti*
8. *Yönetim hizmetleri*

*(Ulusal Sağlık Sigortası Uygulama Rehberi Yönetmeliği, 2014)*

Yerel düzeyde Tangerang Selatan Büyükşehir Belediyesi 2012 yılında Tangerang Selatan'da ikamet edenler için TSM hizmetlerinin ücretsiz kulanımı için bir yasal düzenleme yapmıştır. Bu düzenlemede Tangerang Selatan'da ikamet etmeyenler için TSM hizmetlerinin kullanılması durumunda 35,000 Rp (Endonezya para birimi) (2.63USD) ücret belirlemiştir. TSM'de güvence altına alınan hizmetler aşağıda belirtilmiştir:

a. Tanı koyma ve danışmanlık
b. Genel tedavi
c. Diş hizmetleri
d. Acil servis
e. Malnutrisyon tedavisi
f. Küçük ameliyatlar
g. Ana-çocuk sağlığı
h. Aşı hizmetleri
i. Evde sağlık hizmeti
j. Aile planlaması hizmetleri
k. Laboratuvar
l. İlaç
m. Yataklı tedavi
n. Doğum hizmetleri
o. Sevk

*(Tangerang Selatan ikamet edenler için TSM'de ücretsiz rehberi, 2012)*

Doküman analizi bulgularına göre bölgede TSM hizmetlerinin içeriği USS öncesi ve sonrasında değişmemiştir. Sağlık yöneticilerine göre TSM'de uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme politikaları açısından da USS öncesi ve sonrasında bir fark yoktur ve hizmetin odak noktası aynıdır. Ancak bazı sağlık yöneticileri Endonezya Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan sağlık politikasının USS sonrasında sağlığı koruma ve geliştirme hedeflerini içermesi açısından daha fazla önem kazandığını belirtmişlerdir.

*"…. genelde tedavi edici sağlık politikası daha öndedir ama artık sağlığı koruma ve geliştirme politikalarına da daha fazla yer verilmektedir. Sağlığı geliştirme hizmetleri USS kapsamında da vardır…."*

*(Sağlık yöneticisi, İl Sağlık Müdürlüğü)*

TSM'nin esas görevi sağlığı koruma ve geliştirme olmakla beraber Tangerang Selatan'da TSM'lerde tedavi edici hizmetler de sunulmaktadır. Bunun Temel nedeni

Tangerang Selatan'da ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz olmasıdır. Tangerang Selatan'da sadece bir tane Devlet Hastanesi vardır ve USS programı ile anlaşmalı özel hastane sayısı da çok azdır. Dolayısıyla Tangerang Selatan'daki 24 TSM'den 21'i yataklı tedavi de sağlamaktadır.

*"En başından beri TSM sağlığı koruma ve geliştirme için, ama biz niye iyileştirici hizmet de veriyoruz? Çünkü hastane yani ikinci basamakta sağlık hizmetleri yetersizdir"*

*(Sağlık yöneticisi, TSM Müdürü, Kırsal Bölge)*

Hizmet sunanlara göre TSM'nin hem sağlığı koruma, geliştirme hem de iyileştirici işlevleri vardır. Çalışanlara göre TSM'nin esas görevi sağlığı koruma ve geliştirmedir. Hastalara göre de TSM'nin tedavi edici hizmetleri vermesinin nedeni bölgede hastane sayısının az olmasıdır. TSM'de bakılan hasta sayısı açısından ise USS öncesi ve sonrasında hasta sayısında bir artış olmadığı belirtilmiştir. Bunun nedeni USS uygulanmadan önce Tangerang Selatan'da ikamet eden kişilerin TSM'de ücretsiz hizmet alabilmesi ancak Tangerang Selatan'da ikamet etmeyen kişilerin ise TSM'den hizmet almak için 35,000 Rp. (2.63USD) ödemesi gerkmesidir. Çoğu kişiye göre TSM politikası açısından USS öncesi ve sonrasında bir fark yoktur.

*"USS öncesi ve sonrası dönem için aralarında bir fark yoktur yani etkisi hissedilmez"*
*(Kentsel TSM, Hekim)*

*"USS sonrası durum aynıdır yani sadece sağlığı koruma-geliştirme veya sadece BNHP (ilaç ve tedavi hizmetleri) için değil, her açıdan aynıdır"*

*(Kırsal TSM, Ebe)*

Sağlığı geliştirme programında çalışan halktan kişilere göre TSM'nin rolü sağlığı koruma ve geliştirme olduğunu ifade etmişlerdir. Ancak hizmet kullanıcılarına göre TSM'nin rolü iyileştirici faaliyet yapması daha önemli olduğunu belirtmişlerdir. Onlara göre de TSM rolünün USS öncesi ve sonrası önemli bir fark bulunmadığını ifade etmişlerdir.

*"TSM'nin rolü sağlığı koruma ve iyileştirme açısından USS öncesi ve sonrası aynı…"*
*(Kent, Kadın Hasta)*

*"Aslında ikiside (sağlığı geliştirme ve iyileştirici) var ama burada (TSMde) iyileştirici faaliyetler daha fazladır"*

*(Kent, Erkek Hasta)*

***b. TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili sağlık insangücü***

Endonezya Sağlık Bakanlığı tarafından çıkartılan sağlığı geliştirme rehberine göre TSM'de sağlığı geliştirme programını yöneten kişi sağlık meslek okulundan mezun olan bir kişidir. Eğer bu personel yoksa bu görevi hekim, hemşire, ebe veya sağlıkçı gibi bir kişi üstlenebilmektedir. Tangerang Selatan İlindeki TSM'lerde insangücü durumu, Tangerang Selatan yıllık sağlık raporunda görülebilmektedir (Tablo-5):

**Tablo 5. Tangerang Selatan İlindeki TSM'lerde İnsan Kaynakları Sayısı**

| Sağlık Personeli | 2012 | 2013 |
|---|---|---|
| Hekim | 66 | 77 |
| Diş hekimi | 43 | 34 |
| Hemşire | 108 | 143 |
| Diş hemşiresi | 15 | 15 |
| Ebe | 247 | 227 |
| Beslenme uzmanı | 8 | 17 |
| Halk Sağlığı mezunu (doktor dışı) | 6 | 11 |
| Çevre Sağlığı mezunu | 5 | 8 |
| Eczacı asistanı | 8 | 8 |
| Eczacı | 3 | 7 |
| Sağlık analisti | 20 | 24 |

*(Genel ve elemanı bölümü yıllık raporu, 2015)*

Sağlık yöneticileri TSM'lerdeki insan kaynaklarını sayı ve beceri açısından yeterli olduğunu belirtmişlerdir. Ancak kırsal alandaki yataklı tedavi hizmeti için TSM'deki insangücü beceri ve sayı açısından yetersizdir. Kırsal alandaki yataklı tedavi hizmetlerinde TSM'de sadece 3 hekim vardır. Dolayısıyla 1 hekim ev ziyareti yaparken, 1 hekim gece vardiyası yapmakta, sadece 1 hekim gündüz vardiyası yapmaktadır. Bundan dolayı bu sayı yetersizdir. İnsan kaynakları yetersiz sorunu çözmek için Tangerang Selatan İl Sağlık Müdürü devlet memuru olmayan sözleşmeli personel temin etmektedir.

*"Bence yetersizdir (TSM'de insangücü) .....hekim için ideal sayı en az 6'dır. Yani sabah için iki kişi, TSM dışındaki programlar için de diğer 4 kişi ancak yapabilir. Eğer hekim varsa halk burayla daha çok ilgileniyor"*

*(TSM Müdürü, Kırsal Alan)*

Hizmet sunanlara göre TSM'de insan kaynakları durumu yeterlidir. Ancak yine kırsal TSM'de insan kaynakları hem beceri hem de sayı açısından yetersiz değildir. Çalışanlara göre

hemşirenin sayısı yetersiz olduğu için hemşirenin işini ebenin yapması gerekir. Onlara göre USS uygulamasından önce ve sonrası bir fark yoktur.

Hizmet alanlara göre de TSM'de insan kaynakları hem beceri hem de sayı açısından yeterlidir ve USS öncesi ve sonrası bir fark görülmemektedir. Ancak Sağlığı geliştirme programı yardımcısına göre TSM'de sağlık personeli yetersizdir çünkü TSM sağlık personelinin toplumu fazla ziyaret etmediğini belirtmişlerdir.

### *c. TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili alt yapı*

Sağlık politikacılarına göre TSM'de sağlığı geliştirme programında kullanılan eğitim malzemeleri; projeksiyon, bilgisayar, poster ve eğitim malzemesi sayı ve kalite olarak yeterlidir. USS döneminde USS bütçesinden de sağlık eğitimi malzemeleri satın alınabilmektedir. Buna rağmen TSM'de genel fizik ve alt yapı, poliklinik odası ya da beklenme salonunda sandalye hala yetersizdir.

> *"Aslında oda sayısı yetersizdir. TSM'de erişkin muayene odası ve çocuk muayene odası ayrılmış değildir. Yataklı tedavi odasında da erkek ve kadın yatakları arasında sadece bir dolap ile ayrılmaktadır"*
>
> *(TSM Müdürü, Kırsal Alan)*

Hizmet sunanlara göre TSM'de sağlığı geliştirme programında kullanılan aletler sayı ve kalite açısından yeterlidir. Hizmet sunanlara göre ise USS uygulandıktan sonra olumlu bir etkisi olduğunu ifade etmişlerdir. USS'den gelen bütçe ile sağlığı geliştirme programında poster, konuşmacı ulaşım ücreti için para kullanılabilmektedir. Ancak yine genel fiziksel alt yapı, oda ve sandalye sayısı yetersizdir. Çalışanlar USS'den gelen bütçe ile sandalye gibi alt yapı malzemeleri satın almakta kullanamamaktadırlar.

Hizmeti kullananlara göre TSM'de sağlığı geliştirmede kullanılan malzemeler hem kalite hem de sayı açısından yeterlidir. Ancak halktan seçilmiş sağlığı geliştirme program yardımcılarına göre çocuk ve aile programları eğitimleri için yer olmadığını soylemişlerdir. Dolayısıyla sağlığı geliştirme program yardımcılarına göre sağlığı geliştirme programındaki alt yapı yetersizdir.

> *"Sağlığı geliştirme programı ile ilgilenmiyorlar. Bu eğitimleri yapmak için yer bulmak bazen zor, biz de insanların evlerinde yapıyoruz. Eğer belli bir yeri olsa daha iyi olur"*
>
> *(Kırsal Alan, Sağlığı Geliştirme Program Yardımcısı, Kadın)*

### *d. TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme programlarının finansmanı*

USS öncesi sadece hizmet başına ödemeye dayalı "Sağlık Operasyonları Bütçesi" varken, USS sonrasında sağlığı koruma ve geliştirme programlarını yürütmek için ayrıca kişi başına ödemeye dayalı "Kapitasyon Bütçesi" de eklenmiştir. Endonezya Sağlık Bakanlığı tarafından çıkartılan rehbere göre Sağlık Operasyonları Bütçesinin %60'ının Binyıl Kalkınma Hedeflerine ulaşılması için TSM, Posyandu ve Okul Sağlığı programında yapılan sağlığı koruma ve geliştirme programlarının yürütülmesine ayrılması gerekmektedir. Bu bütçenin en fazla %40'ı diğer hizmetler ve TSM yönetimi için kullanılabilmektedir. Binyıl Kalkınma Hedeflerinin sağlıkla ilgili hedefleri 1, 4, 5, 6 ve 7'inci hedeflerdir. Birinci hedefde malnutrisyonun azaltılması, dördüncü hedefde 5 yaş altı çocuk ölümlerinin azaltılması, beşinci hedefde anne ölüm sayısının azaltılması ve herkes için üreme sağlığı, altıncı hedefde HIV/AIDS, sıtma ve tüberküloz sayısının azaltılması ve yayılmasının kontrol edilmesi ve yedinci hedefinde ise sağlıklı-temiz içme suyuna ulaşımın artması ve temel sanitasyonun iyileştirilmesi hedeflenmektedir *(Sağlık işlev bütçesi, 2015)*

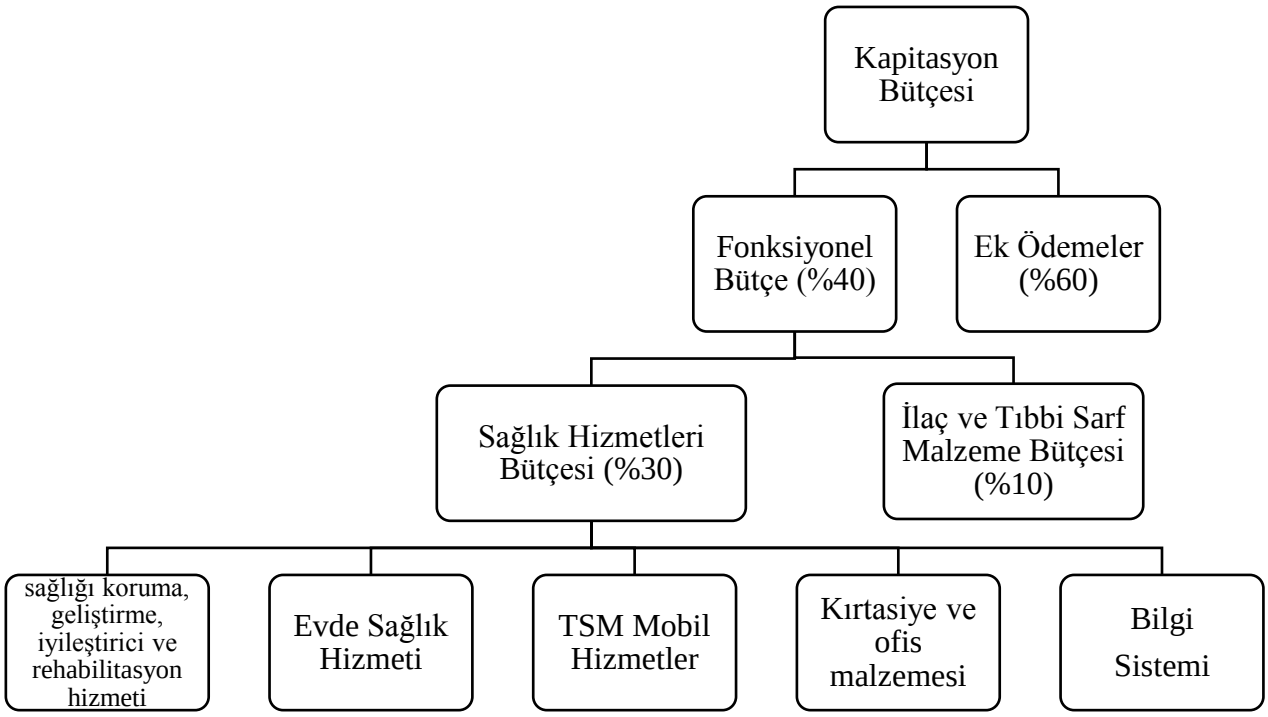
USS sonrasında getirilen Kapitasyon Bütçesine göre TSM Bölgesinde yaşayan nüfustan Sağlık ve Sosyal Güvenlik Kurumuna kayıtlı kişi sayısına göre TSM'ye ayrı bir bütçe ödenmektedir.

> *"Sağlık Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine hizmet verme koşuluyla kayıtlı olan kişi sayısına göre kapitasyon bütçesi ödenmektedir" (Birinci basamakta kapitasyon bütçe miktarı hesaplama rehberi, 2015)*

Kapitasyon bütçesinin en az %60'ı sağlık personeline yapılan ek ödemeler için kullanılmaktadır ve geri kalan %40'ı da Fonksiyonel Bütçe (TSM hizmetleri için) olarak kullanılması gerekmektedir. Sağlık personeline yapılan ek ödeme bedelleri TSM'de çalışanların personel sınıfı ya da eğitim düzeyi ve işe devam durumlarına göre paylaştırılmaktadır. Tıbbi personel 150 puan, eczacı ve hemşire 100 puan, lisans mezunu diğer sağlık personeli 60 puan, meslek yüksek okulu mezunu sağlık çalışanları 40 puan, meslek yüksek okulu altında mezun sağlık çalışanları 25 puan ve meslek yüksek okulu altında mezun sağlıkçı olmayan çalışanlara 15 puan verilmektedir. Ayrıca işe gidilmeyen her gün için 1 ceza puanı verilmektedir ve 7 saat'a kadar geç gelme ya da işten erken çıkma için de 1 ceza puanı kesilmektedir. TSM ek ödeme bedeli aşağıdaki formül ile hesaplanabilmektedir:

$$\frac{\text{çalışanın aldığı puan}}{\text{tüm çalışanların aldığı puan}} \; X \; TSM'de \; toplam \; ek \; \text{ödeme bedeli}$$

Kapitasyon bütçesi ayrıca ilaç, TSM sağlık tesisi giderleri, tıbbi sarf malzemesi, kırtasiye ve diğer fonksiyonlar için (sağlığı koruma, geliştirme, iyileştirici ve rehabilitasyon hizmeti, ev ziyareti vb) kullanılabilmektedir. Şekil 11'de Kapitasyon Bütçesinin dağılımı bir şema ile verilmiştir.




*Kaynak: Birinci Basamakta USS Kapitasyon Bütçesi Kullanım Yönetmeliği*

**Şekil 11. USS'de Kapitasyon Bütçesinin Dağılımı**

Böylece finansman açısından USS sonrasında önemli bir fark oluşmuştur. Nitekim sağlık yöneticileri de bunu ifade etmişlerdir. Sağlık yöneticilerine göre TSM yöneticisi USS'nin kapitasyon bütçesini kullanırken daha dikkatli olmakta ve İl Sağlık Müdürlüğünden de danışmanlık yardımı almaktadır. İl Sağlık Müdürlüğü bütçe kullanım kurallarını daha iyi bilmektedir ve finansmanın yeterli olduğunu belirtmişlerdir.

> *"Ama yine de gelişim sürecindeyiz...İl Sağlık Müdürlüğünden, yani bizim daha üst kurumumuzdan hep danışmanlık alıyoruz, nasıl bu bütçeyi daha iyi kullanılabiliriz diye çünkü biz de yanlış yapmayı istemiyoruz ve dolayısıyla dikkat etmemiz gerekiyor" (TSM Müdürü, Kırsal Alan)*

Hizmet sunanlara göre de sağlığı koruma ve geliştirme programında kullanılan bütçenin USS sonrasında arttığı ve yeterli olduğu ifade edilmiştir. Ek ödemeler açısından da çalışanlara göre eşit paylaşım yapıldığı belirtilmiştir. USS döneminde sağlık personeli için ek ödemeler personelin makamı, sınıfı ya da eğitim düzeyine göre verilmektedir.

*"Sağlığı geliştirme programı ve ek ödemeleri USS bütçesi ile karşılanır. USS ek ödemeleri eşitlik ilkesine göre yani eğitim düzeylerine göre paylaştırılır" (Kentsel Alan TSM, Halk Sağlığı Mezunu Çalışan)*

Fakat hizmet sunanlara göre her TSM'de USS kapitasyon bütçesinin miktarının farklı olduğu ve bunun bir sorun olduğunu ifade etmişlerdir. USS bütçesi miktarı bir TSM'de kayıtlı olan kişi sayısına göre verilmektedir. Eğer TSM'de kayıtlı olan kişi sayısı çok fazla ise USS kapitasyon bütçesi de çoktur ve tersi de söylenebilmektedir. Dolayısıyla büyük TSM'lerde çok fazla USS bütçesi alabilmekte ve küçük TSM'lerde daha az USS bütçesi alabilmektedir.

*"Ek ödemeler yetersiz, her TSM'de farklı, yani eğer eşitlik olursa daha iyi"*
*(Kırsal Alan TSM, Doktor)*

*"Eğer büyük TSM'lerle karşılaştırılırsa bütçe azdır yani"*
*(Kırsal Alan TSM, Doktor)*

Hizmet alanlar sağlığı koruma ve geliştirme programında kullanılan bütçeyi bilmediğinden dolayı bu konuda bir görüş ifade edememektedirler. Halk içinden seçilmiş sağlığı geliştirme programında çalışan kişilere göre ise sağlığı koruma ve geliştirme programında kullanılan bütçe yeterlidir çünkü eğer anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi için bir bütçe gereksinimi varsa hemen verilmektedir. Onlara göre USS öncesi ve sonrası finansman açısından bir fark yoktur.

Tangerang Selatan İl Sağlık Müdürlüğü bütçesi raporuna göre USS uygulaması sonrasında Tangerang Selatan'daki 25 TSM'deki gelir toplamında USS öncesine göre bir artış görülmektedir. Ayrıca her TSM'de de gelir miktarı farklı oranlarda değişmiştir. Pamulang, Ciputat, Benda Baru TSM'leri en yüksek gelir toplamına sahiptir. 2012 ve 2014 yıllarında TSM'lerin gelir durumu Tablo-6'de görülmektedir.

**Tablo 5. TSM'lerde 2012 ve 2014 yılları bütçe miktarları**

| No | TSM adı | USS Sonrası Bütçe (2014) (Rp-Endonezya para birimi) | USS Öncesi Bütçe (2012) (Rp-Endonezya para birimi) |
|---|---|---|---|
| 1 | Pamulang | 639.507.000 | 85.274.000 |
| 4 | Ciputat | 448.428.000 | 41.294.500 |
| 2 | Pondok Benda | 359.712.000 | 42.791.500 |
| 20 | Serpong | 329.718.000 | 138.576.000 |
| 14 | Pondok Aren | 320.604.000 | 171.759.500 |
| 9 | Pondok Ranji | 288.924.000 | 48.117.000 |
| 24 | Kranggan | 215.562.000 | 31.319.500 |
| 6 | Jombang | 200.904.000 | 17.068.500 |
| 18 | Prigi | 195.720.000 | 33.393.500 |
| 5 | Situ Gintung | 172.926.000 | 22.723.000 |
| 3 | Benda Baru | 151.164.000 | 142.525.500 |
| 12 | Pondok Jagung | 134.046.000 | 58.305.500 |
| 22 | Rawa Buntu | 124.644.000 | 37.230.500 |
| 19 | Pondok Kacang Timur | 94.638.000 | 50.386.500 |
| 16 | Pondok Betung | 89.376.000 | 38.198.500 |
| 13 | Paku Alam | 75.816.000 | 18.722.000 |
| 8 | Ciputat Timur | 75.780.000 | 50.326.500 |
| 21 | Serpong II | 66.246.000 | 35.520.500 |
| 7 | Kampung Sawah | 63.612.000 | 61.709.500 |
| 15 | Pondok Pucung | 37.950.000 | 13.835.000 |
| 17 | Jurang Mangu | 36.744.000 | 31.646.000 |
| 23 | Setu | 31.494.000 | 55.193.500 |
| 11 | Rengas | 8.706.000 | 54.866.500 |
| 10 | Pisangan | 6.072.000 | 36.320.000 |
| 25 | Bakti Jaya | 5.226.000 | 14.117.000 |
| | TOPLAM | 4.173.519.000 Rp (313.456, 74 USD) | 1.331.220.000 Rp (99.982, 74 USD) |

*(Sevk ve sağlık kurumları geliştirme programı 2012 ve 2014 yıllık raporu)*

Yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda TSM hizmetlerinin girdiler bölümü için ortaya çıkan kodlar ve tekrar sayıları Tablo-7'de verilmiştir. Buna göre görüşülen kişiler çoğunlukla politikaların yeterli olduğunu ve USS öncesiyle sonrası arasında önemli bir fark görmediklerini ifade etmişlerdir.

**Tablo 7: Derinlemesine görüşmeler sonucu Girdilerle ilgili ortaya çıkan kodlar**

| Genel Kod | Alt kod ve Alt alt kodlar | Kişi Sayısı (n=22) | Tekrar sayısı |
|---|---|---|---|
| TSM politikası | Sağlığı koruma, geliştirme ve tedavi hizmetleri alanındaki politikaların yeterliliği | 15 | 17 |
| | • TSM'nin ana işlevinin sağlığı koruma ve geliştirme olması | 13 | 16 |
| | • İyileştirici faaliyetler daha fazladır | 9 | 10 |
| | • İyileştirici ve yataklı tedavi hizmetlerinin daha fazla sağlanması gerekir | 7 | 8 |
| | • TSM'de sağlık hizmetlerinin ücret politikası yeterlidir | 2 | 2 |
| | USS öncesi ve sonrasında odak noktası aynıdır | 11 | 11 |
| TSM İnsan kaynakları | İnsan kaynakları sayı ve beceri açısından yeterlidir | 14 | 14 |
| | İnsan kaynakları sayısı beceri açısından yetersizdir | 9 | 9 |
| | • Yataklı tedavi sağlanması ile ilgili | 4 | 4 |
| | • Belli bir mesleğin işini başka bir mesleğin yapması | 4 | 5 |
| | • Ziyaretlerin fazla yapılmaması | 2 | 2 |
| | Sözleşmeli personel temin edilmesi | 1 | 2 |
| TSM Fizik ve alt yapı | Sağlık eğitimlerinde kullanılan malzeme yeterlidir (poster, bilgisayar vb) | 18 | 18 |
| | Genel alt yapı yetersizdir (oda ve sandalye) | 6 | 6 |
| | Fazla bütçe olunca malzeme satın alınabilmesi | 4 | 4 |
| TSM Finansmanı | Finansmanı yeterlidir | 16 | 16 |
| | USS'den sonra daha fazla bütçe vardır | 10 | 12 |
| | Ek ödemeler yeterlidir | 8 | 8 |
| | TSM'ler arasında finansman eşitsizliği | 3 | 3 |
| | Finansman açından USS öncesi ve sonrası fark yoktur | 3 | 3 |
| | Bütçe dikkatli kullanılmalıdır | 2 | 2 |
| | Makam sınıfı ya da eğitim düzeyine göre paylaşım | 1 | 1 |

## 4.2 Süreç

### *a. TSM'de Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programlarının Planlaması*

Sağlık yöneticilerine göre USS öncesi ve sonrası dönemde hizmetlerin planlama aşaması açısından bir fark yoktur. TSM'de rutin olarak aylık ve yıllık planlamalar vardır. Sağlık yöneticileri bütün TSM personelinin planlama aşamasında bulunması gerektiğini ifade etmişlerdir. Ancak günlük planlamalar da yapılmaktadır, örneğin dang ateşi hastası çıktığı zaman o anda bir planlama yapılması gerekmektedir. Sağlık yöneticilerine göre planlama aşamasında bütün personelin bu süreç içine alması gerekir çünkü herkesin görüşünün alınması gerekir. Sağlık personeline göre de aylık ve yıllık planlamalar yapılması gerekmektedir. Ayrıca sağlık personeline göre her gün aktivitelerin belirlenmesi için gündelik (sabah) planlama yapılmalıdır. Hizmet sunanlarına göre planlama aşamasında kendileri de bu süreç içine alınmaları gerekmektedir.

> *"TSM içinde planlama yaparken, en başından beri her personelin gereksinimlerini ve düşüncelerini de dikkate alıyoruz"*
> *(Kent tipi TSM, Halk Sağlığı Mezunu Sağlık Çalışanı)*

Hizmet kullananlar ise TSM'de planlama aşamasını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Sağlığı geliştirme programında çalışan halktan kişilere göre TSM planlaması aylık ve yıllık olarak vardır. Planlama aşamasında onların da süreç içine alınmasını ifade etmişlerdir. Sağlık Bakanlığı tarafından çıkartılan rehbere göre ise TSM'de planlama yapılırken ulusal ya da bölgesel yasalara uyulması gerekir. Planlamaların yıllık olarak yapılması ve muhtarla koodinasyon sağlanması gerekir. Eylem planlarında etkinlik, hedef, katılacak kişiler, etkinlik sayısı, etkinlik detayı, etkinlik yeri, sorumlu kişi, tarihi ve gereksinimler belirtilmelidir *(TSM esas politikası, 2007)*.

### *b. TSM'de Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programlarının Uygulanması*

Sağlık yöneticilerine göre sağlığı koruma ve geliştirme programlarının uygulanmasında kullanılan yöntemler oldukça fazladır. Sağlığı koruma ve geliştirme programları TSM içinde ve TSM dışında olmak üzere iki boyutta uygulanmaktadır.

TSM içinde broşür, poster, televizyon kullanarak ya da beklenme salonunda ve polikliniklerde eğitimler verilerek uygulamalar yapılmaktadır. TSM dışında ise ev, okul ve işyeri ziyaretleri yapılarak uygulamalar yapılmaktadır. Sağlık yöneticilerine göre USS

sonrasında bu uygulamalarda bir fark olmuştur. USS sonrası daha fazla bütçe olduğundan daha iyi bir program yapılabilmektedir. Örneğin USS sonrası sağlığı geliştirme programında bütçeden iyi bir konuşmacı davet edilebilmekte, daha iyi bir sağlık eğitim programı yürütülmektedir. USS sonrası dönemde yaşlılar için de özel bir program vardır. Bu programda yaşlılar için sağlık taraması, fizik tedavi ve ilaç verilmesi yapılmaktadır.

*"USS öncesinde de sağlık eğitimi programları vardı, biz köyleri geziyorduk. Örneğin Posyandu'da ana çocuk sağlığı eğitimleri her ay rutin yapılmıştır. Ama USS sonrası, biz daha çok rutin yapıyoruz. Doğrudan mahalleye eğitim veriyoruz. Bir de dejeneratif hastalıklar eğitimi de veriyoruz, yani kapsamı daha geniştir"*

*(Ebe, Kentsel TSM)*

Sağlık yöneticilerine göre sağlığı koruma ve geliştirme programında en büyük sorun halktan kaynaklanmaktadır. Sağlık yöneticilerine göre sağlık eğitimi yapılmasına rağmen halk da sağlıksız davranışlar hala sürmektedir. Sağlık programlarının özellikle erkeklere erişmediğini çünkü erkeklerin gündüz çalıştığını ve sağlığı geliştirme programlarının da genelde gündüz saatlerinde yapıldığını belirtmişlerdir.

Hizmet sunanlara göre de sağlığı koruma ve geliştirme çalışmalarının TSM içinde ve TSM dışında USS sonrası dönemde bir fark vardır. Ancak sağlık yöneticilerinin de değindiği gibi USS sonrası yaşlılar için özel bir program uygulanmaktadır. Sağlık çalışanları da koruma ve geliştirme uygulamalarında halktan kaynaklanan sorunu ifade etmişlerdir. USS döneminde daha fazla eğitim malzemesi satın alınabilmektedir. Hizmet sunanlara göre de toplum koruyucu sağlık ile ilgilenmemekte sadece hasta olunca sağlık davranışı yaptıklarını belirtmişlerdir.

Hizmet kullananlara göre sağlığı koruma ve geliştirme programı broşür, poster kullanarak ya da doğrudan sağlık eğitim vererek yapılmaktadır. Onlara göre sağlığı geliştirme ve koruma programının sorunları yine halktan kaynaklanmaktadır. Örneğin ana ve çocuk sağlığı eğitimleri yapıldığı zaman, zengin kesim çoğunlukla eğitime katılmamaktadır.

Yapılan doküman analizine göre Sosyal Güvenlik Kurumu'nun PROLANİS adlı programı ile yaşlılar için özel bir program hazırlanmaktadır. PROLANİS programı USS sigortalı kronik hastalığı olanların sağlık düzeyini artırması için amaçlanan bir programdır. PROLANİS programı sağlık danışmanlığı, ev ziyaretleri, beden eğitim aktiviteleri, fizik tedavi ve sağlık durumunun rutin olarak gözlenmesini içeren bir programdır.

TSM'lerde yapılan gözlemlere göre, TSM içinde uygulanan sağlıkla ilgili danışmanlık hizmetlerinde bazı sorunlar saptanmıştır. Bunun başında hekim ve hastalar arası iletişimin bozukluğu gelmektedir. TSM'ye başvuran çok sayıda hasta olması ve hekim sayısının az olması nedeniyle sağlık danışmanlığı çok hızlı yapılmaktadır ve fazla vakit ayrılmamaktadır. Aynı sorun diğer sağlık personelinin (hemşire, ebe vb) hizmetlerinde de gözlenmiştir. Buna bağlı olarak başvuranların memnuniyet düzeyi düşüktür. Bekleme salonlarında ve TSM içindeki eğitsel amaçlı posterler ise uygun yerlere konulmuştur ve sayı ve içerik açısından uygundur. Dolayısıyla hastalar beklerken bu tip eğitsel dokümanları okuyabilmektedir. Ancak TSM'de genel alt yapı yetersiz olduğu için (sandalye vb) hastalar beklerken ayakta kalabilmektedir.

TSM dışında yapılan sağlığı koruma ve geliştirme programında ise yapılan gözlemlere göre insanlar programlara katılırken daha mutlu ve rahattır. Bunun sebebi TSM içinde yapılan uygulamalarda uzun bekleme süreleridir. Oysa toplum içinde yapılan uygulamalarda halk katılırken daha mutlu gözükmektedir. Ancak bazı kişilerin programlara katılma isteği çok azdır dolayısıyla program yardımcılarının evlere gitmesi gerekmektedir. TSM dışında yapılan programlar hastaların sağlık çalışanlarıyla olan ilişkisi daha iyi ve daha fazladır. Ayrıca hasta sayısı az olduğu için daha uzun süre görüşme yapılabilmektedir.

### *c. TSM'de Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programlarının Gözlenmesi ve Değerlendirilmesi*

Sağlık yöneticileri TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme programının değerlendirmelerinin İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapıldığını belirtmişlerdir. İl Sağlık Müdürlüğü her TSM'yi bir veya iki ayda bir değerlendirmeden geçirmektedir. Bunun dışında aylık toplantılar yapılmaktadır. Programların değerlendirmesi için TSM'lerin hazırladığı raporlar kullanılmaktadır. Ancak sağlık yöneticilerine göre USS sonrası İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılan değerlendirmeler özellikle USS bütçesinin kullanımı ile ilgilidir ve daha sıkı yapılması gerektiğini de ifade etmişlerdir. Bu uygulamalar dışında kullanılan bir izlem ve değerlendirme formu yoktur. Sağlık personeline göre de aylık toplantılar ve raporlar üzerinden gözlem ve değerlendirme yapılması gerekmektedir ve daha sıkı bir gözlem ve değerlendirme yapılması gerektiği ifade edilmiştir.

Derinlemesine görüşmeler sonucu süreçle ilgili ortaya çıkan kodlara bakıldığında süreçle ilgili planlamalar en fazla tekrarlayan kodlar olmuştur. Ayrıca toplumun sürece

katılımının yetersizliği çok fazla vurgulanmıştır. Ancak eğitimlerde kullanılan poster vb materyalin kullanımı ve daha fazla çalışma yapılması dikkati çekmektedir (bakınız Tablo-8).

**Tablo 8. Derinlemesine görüşmeler sonucu Süreçle ilgili ortaya çıkan kodlar**

| Genel Kod | Alt kod (Alt alt kod) | Kişi Sayısı (n=22) | Tekrar sayısı |
|---|---|---|---|
| Planlama | Aylık ve yıllık planlama | 15 | 19 |
| | Planlama sürecine herkes katılmalı | 14 | 14 |
| | Halkın planlama sürecini bilmemesi | 6 | 6 |
| | Günlük planlama | 2 | 2 |
| | Acil planlama | 1 | 1 |
| Yöntem | Toplumun sağlık sorunları ile ilgilenmemesi | 12 | 12 |
| | Poster ve broşürlerin kullanılması | 10 | 10 |
| | USS sonrası daha fazla program yapılması (Prolanis-Kr.Hastalık Programı, sağlık eğitimi) | 8 | 10 |
| | Ev, okul ve iş yeri ziyareti | 8 | 8 |
| | Malzemelerin daha iyi olması | 6 | 6 |
| | TSM içinde doğrudan eğitim verilmesi | 5 | 5 |
| | Bazı gruplara erişilememesi | 5 | 5 |
| Gözlem ve Değerlendirme | Rapor verilmesi | 6 | 6 |
| | İl Sağlık Müdürlüğünün sorumluluğu | 6 | 6 |
| | Toplantı yapılması | 6 | 6 |
| | Daha sıkı değerlendirme yapılması | 2 | 2 |

### 4.3 Çıktılar

***a. TSM İçinde Uygulanan Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programlarının Sonuçları***

Sağlık yöneticilerine ve hizmet sunanlara göre TSM içinde uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programlarının hasta bekleme yeri, poliklinikler, ana çocuk sağlığı odası ve ilaç odasında broşür ve posterler aracılığıyla yapıldığını belirtmişlerdir. TSM bekleme salonlarında posterler, televizyon aracılığıyla ya da doğrudan sağlık eğitimi verilerek sağlığı geliştirme programı uygulanmaktadır. Hizmet sunanlar da sağlık yöneticileri de USS önce ve sonrası uygulanan programların sonuçları açısından bir fark olmadığı ifade edilmiştir.

Hizmet alanlara göre ise TSM içindeki hasta bekleme yerinde, polikliniklerinde, ana ve çocuk sağlığı odasında posterler aracılığıyla sağlığı geliştirme yapıldığını ifade etmişlerdir. TSM içinde USS öncesi ve sonrası yapılan sağlığı koruma ve geliştirme programı açısından da bir fark yoktur.

> *"Poster bu odada ve aşağıdaki odada da vardı. Daha önceden beri şimdiye kadar (USS döneminde) aynıdır"*
> *(Kır'da, Kadın, Hasta)*

Yapılan gözlemsel çalışmalara göre TSM içindeki polikliniklerde, ana ve çocuk sağlığı odasında, aile planlaması odasında, hasta bekleme odasında, ilaç odasında sağlık bilgileri ile ilgili posterler yapıştırılmıştır. Hasta bekleme odasında da bazı TSM'lerde televizyon kullanılarak sağlık bilgileri içeren programlar gösterilmiştir.

***b. TSM Dışında Uygulanan Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programlarının Sonuçları***

Sağlık politikacılarına göre TSM dışında ev, okul, cami ve iş yeri ziyareti yapılarak sektörler arası işbirliği ve sağlığı koruma ve geliştirme programları yapılmaktadır. Ancak bütün TSM'ler iş yeri ziyareti yapmamaktadır çünkü bazı yerde büyük bir işyeri yoktur. Dolayısıyla iş yeri ziyareti de yoktur.

Sağlık yöneticileri ve hizmet sunanlara göre TSM dışında uygulanan programlar açısından USS sonrasında bir fark olduğunu ifade etmişlerdir. Yöneticiler ve çalışanlara göre USS sonrasında sağlık eğitimi verilmesi ve sektörler arası işbirliği daha fazla gerçekleşmektedir. Ancak hizmeti kullananlara göre USS öncesi ve sonrası bir fark olmadığını ifade etmişlerdir. Hizmeti alanlar sağlığı koruma ve geliştirme programında TSM personelinin ev ve okul ziyaretlerini bilmektedir ancak onlara göre USS öncesi ve sonrası sağlığı koruma ve geliştirme programları açısından fark yoktur.

Sağlık yöneticileri ve hizmet sunanlar toplum içinde örgütlenmeler yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Toplumda kadınlar, ana-çocuk sağlığı ve sivrisinek larvası mücadele programı içinde yer almaktadırlar. İlkokulda çocuklar ve gençler okulda sağlık taraması programı içine alınmaktadırlar. Ancak hizmet alanlara göre ise TSM tarafından toplum içindeki hem okul hem de halk örgütlenmesi açısından bir fark yoktur.

Yapılan gözlemsel çalışmalara göre TSM'lerin ev ve okul ziyaretleri vardır. Okullarda yapılan sağlık programlarında, ağız diş sağlığı ve sağlık taraması yapılmaktadır. Okullarda öğrencilere sağlık bilgileri TSM tarafından aktarılmıştır. Ev ziyaretinde ise ana ve çocuk için sağlık programları yapılmıştır. Ev ziyaretleri programında, çocuk sağlığı taraması, aşı yapılması, sağlıkla ilgili bilgi verilmesi ve gerekirse hasta bakımı ve tedavisi yapılmaktadır. Ev ziyaretinde ek olarak yaşlılar için sağlık programı uygulaması da yapılmıştır. Ayrıca evlerde larva kontrolu ve sislendirme (ilaçlama) yapılmıştır.

Yapılan doküman analizine göre TSM'lerde sağlığı koruma ve geliştirme programlarıyla ilgili olarak değişik sağlık Hizmetleri sunulmaktadır. Posyandu (ana çocuk Sağlığı Hizmetleri) ve Posyandu Lansia (Yaşlı Sağlığı Hizmetleri) gibi sağlık hizmetleri buna örnektir. 2012 yılı ve 2014 yılı arasında Tangerang Selatan'da hem Posyandu hem Posyandu Lansia hizmetlerinde çalışanlarda hem de toplum içinden seçilmiş sağlık programı yardımcısı sayısında bir artış görülmektedir. Bu sayılar ayrıntılı olarak Tablo 9'da görülebilmektedir.

Toplum içindeki örgütlenmeler sadece kadın ya da bebek ve çocuklar için sınırlı değildir, okullarda da gençler için örgütlenmeler vardır. PKPR (Gençlere Yönelik Sağlık Hizmeti) adlı programı gençlerin sağlık düzeyini gözetmesi ve artması için orta okul ve lisedeki öğrencilerin örgütlendiği bir programdır. 2014 yılında Tangerang Selatan'da orta okul ve liselerde PKPR altında toplam 55 gençlik kulübü vardır.

**Tablo 9. Posyandu, Posyandu Lansia ve Sağlık Program Yardımcısı sayıları**

| | **2012** | **2013** | **2014** |
|---|---|---|---|
| Posyandu<br>*(integrated health service post)* | 706 | 706 | 821 |
| Posyandu Lansia<br>*(posyandu for elderly)* | - | 200 | 224 |
| Sağlık Program Yardımcısı<br>*(halktan seçilmiş kişiler)* | 4,989 | 5,169 | 5,169 |

*(Anne ve çocuk sağlığı yıllık raporu ve Genç ve yaşlılar için sağlık programı yıllık raporu, 2015)*

### *c. TSM'nin Genel Durumu*

Sağlık yöneticileri, hizmet sunanlar ve hizmet kullananlara göre TSM'nin içinde sigara içilmediği ve yasaklandığını ifade etmişlerdir. Ancak TSM park yerinde hala sigara içenler görülmektedir. Buna rağmen TSM sağlık personeli TSM'de sigara içmemektedir. Sağlık yöneticilerine göre eğer sigara içenler varsa TSM'de uyarıldıklarını belirtmişlerdir. Şimdi Tangerang Selatan İl Sağlık Müdürlüğü dumansız hava sahası kuralları hazırlamaktadır. Bu kural uygulanırsa TSM alanında sigara içenler cezalandırılabilecektir. Sağlık personeline göre TSM'de tuvaletlerin çok temiz olduğunu ve sivrisinek larvası ve solucan olmadığını ifade etmişlerdir. USS öncesi ve sonrası bununla ilgilili bir fark olmadığı ifade edilmiştir. Yapılan gözlemlerde de TSM'lerde tuvaletlerin temiz olduğu ve larva bulunmadığı saptanmıştır.

Genel olarak, sağlık yöneticileri sağlığı koruma ve geliştirmenin yeterli olduğunu ve USS'nin olumlu bir etkisi olduğunu ifade etmişlerdir. Hizmet sunanlara göre yapılan sağlığı koruma ve geliştirme programlarının yeterli olduğunu ve USS'nin olumlu bir etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Ancak sağlık personeli sağlığı koruma ve geliştirme programlarının daha da artırılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Ancak, hizmet kullanlara göre sağlığı koruma ve geliştirme programlarının yetersiz olduğunu ve USS öncesi ve sonrası bir fark olmadığını ifade etmişlerdir.

> *"Programlar vardır, evlerde sislendirme yapılmıştır, okulda da var, ama sislendirme aslında her ay yapılması gerekir, yani sadece dang ateşi çıktığında değil"*
> *(Kırsal alan, Kadın, Hasta)*

> *"Bence programların sayısının artırılması gerekir, sağlık personelinin de sayısının artırılması gerekir, yani hekim gibi"*
> *(Kır, Kadın, Sağlık Toplum çalışanı)*

Derinlemesine görüşmeler sonucu çıktılarla ilgili ortaya çıkan kodlara bakıldığında eğitimlerde kullanılan poster vb materyalin kullanımı, ev, okul, işyeri ziyaretleri ve TSM genel durumuyla ilgili sigara ve temizlik durumlarının ön plana çıktığı dikkati çekmektedir (bakınız Tablo-10).

**Tablo 10. Derinlemesine görüşmeler sonucu Çıktılarla ilgili ortaya çıkan kodlar**

| Genel Kod | Alt kod (Alt alt kod) | Kişi Sayısı (n=22) | Tekrar sayısı |
|---|---|---|---|
| TSM içinde uygulama | Poster, broşür ve doğrudan eğitim verilmesi | 22 | 23 |
| | USS önce ve sonrası fark yoktur | 8 | 8 |
| TSM dışında uygulama | Ev, okul ve iş yeri ziyareti | 20 | 20 |
| | Toplum örgütlenmesi | 19 | 19 |
| | Programlarının sayısının artması | 7 | 8 |
| | USS sonrası fazla değişim yok | 7 | 7 |
| Genel durum | Tuvalet temiz ve larva yok | 21 | 21 |
| | TSM içinde sağlık personeli sigara içemez | 14 | 14 |
| | Sağlık programlarının artırılması gerekir | 10 | 10 |
| | Sağlık programları yeterlidir | 10 | 10 |
| | TSM dışında (bahçe, park yeri vb) sigara içenler bulunmaktadır | 7 | 7 |

USS Öncesi-Sonrası durumla ilgili kıyaslamalarda ortaya çıkan Kalitatif Bulgular genel olarak incelendiğinde dört temel kategori ortaya çıkmıştır. Bunlar;

a)Politika,

b)Finansman,

c)Hizmet Sunumu ve

d)Değerlendirme başlıklarıdır.

Politika açısından USS öncesi ve sonrası dönemlerde önemli bir fark saptanmamışken, finansman açısından USS sonrası dönemde önemli bir artış olduğu dikkati çekmektedir. Hizmet sunumunda USS sonrasında yeni yöntemlerin daha fazla kullanılabildiği saptanmış ve değerlendirme açısından da USS sonrasında gözlem ve değerlendirmelerin üst kurumlarca daha iyi yapıldığı görülmüştür (bakınız Tablo-11).

**Tablo 11. Temel Kategorilere Göre USS Öncesi-Sonrası Kalitatif Bulguların Özeti**

| Kategoriler | USS öncesi ve sonrası karşılaştırma | Örnek Alıntılar |
|---|---|---|
| POLİTİKA | USS öncesi ve sonrası arasında bir farklılık yoktur | *"USS aslında daha önceki programın değiştirilmiş bir halidir…politika olarak aralarında fark yoktur"* (Sağlık yöneticisi, İl Sağlık Müdürlüğü) |
| FİNANSMAN | USS'den sonra daha fazla bütçe ayrılmıştır | *"USS'den sonra tabii ki bütçede bir artış vardır"* (TSM müdürü, Kırsal Alan)<br><br>*"Daha önce sağlık operasyonel bütçesi vardı. ..Şimdi bir de USS bütçesi var, %40'ı sağlığı koruma ve geliştirme için. Dolayısıyla artık iki kaynak var…"* (TSM müdürü, Kentsel Alan) |
| HİZMET SUNUMU | USS sonrasında hizmet sunumu daha iyidir | *"USS sonrasında ….daha fazla şekilde sağlık broşürleri hazırlayabiliyoruz"* (TSM Müdürü, Kentsel Alan) |
| | USS sonrasında hizmet sunumunda yeni yöntemler kullanılabilmektedir | *"USS'den sonra biz inovasyon (uygulamada yenilikçi yaklaşım) örneğin yeni eğitim yöntemleri uygulayabiliyoruz……. Dolayısıyla USS sonrasında kullanılan yöntemler daha iyidir"* (TSM Müdürü, Kentsel Alan) |
| DEĞERLENDİRME | USS sonrasında gözlem ve değerlendirmeler daha iyi yapılmaktadır | *"USS döneminde İl Sağlık müdürlüğü tarafından daha sık şekilde gözlem ve değerlendirmeler yapılmaktadır"* (TSM müdürü, Kırsal Alan) |

### *d. Gebe İzlemleri Çıktıları*

Gebelik döneminde izlem yapılan gebe sayısı hesaplanırken en az 4 kere izlem yapılan gebe sayısı tüm gebe sayısına bölünmüş ve 100 ile çarpılarak oran elde edilmiştir. 2012 yılında, gebelik döneminde izlem yapılan gebe oranı %100'dür. Ancak bu oran 2014 yılında %85'e düşmüştür. Sağlık personeliyle yapılan doğum sayısı da 2012 ve 2013 yılında %100 iken 2014 yılında %82.85'e düşmüştür. Doğum sonrası izlem yapılan gebe oranı hesaplanırken de doğum sonrası 42 güne kadar olan kadınlarda en az 3 kere izlem yapılan kadın sayısının tüm doğum yapan kadın sayısına bölünmesiyle hesaplanmıştır. Doğum sonrası izlem yapılan kadın sayısı 2012 yılında %100.0'dür. Ancak bu oran 2014 yılında %82'ye düşmüştür (bakınız Tablo-12):

**Tablo 12. 2012 – 2014 yılları arasında bazı gebe hizmetleri bulguları**

| Değişkenler | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|---|---|---|
| Gebelik döneminde izlem yapılan gebe oranı (%) | 100.00 | 103.81 | 85.10 |
| Sağlık personeli yardımıyla yapılan doğum oranı (%) | 100.00 | 100.00 | 82.85 |
| Doğum sonrası izlem yapılan gebe oranı (%) | 100.00 | 98.41 | 81.95 |
| İlk 6 ay sadece anne sütüyle emzirme oranı (%) | 66.87 | 78.95 | 83.23 |
| Aile planlaması kullanan kadın oranı (%) | 70.88 | 70.46 | 67.00 |
| Demir hapı verilen gebe oranı (%) | 99.87 | 103.81 | 97.94 |
| Vitamin A verilen gebe oranı (%) | 99.37 | 99.44 | 100.06 |

İlk 6 ay sadece anne sütü ile beslenen bebek oranı 2012'de %66.87 ve 2013'te %78.95 iken 2014'te %83.23'e çıkmıştır. Dolayısıyla ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenen bebek oranı Tangerang Selatan'da 2012 yılından 2014 yılına kadar bir artış göstermiştir.

Aile planlaması sayısı eski ve yeni aile planlaması kullanan kadınların tüm doğurganlık yaş grubundaki evli kadın sayısına bölünmesiyle elde edilmiştir. 2012 yılında aile planlanlaması kullanan evli kadın sayısı %70.88'dir. 2013 yılında %70.46'dır ve 2014 yılında %67.0'dır. Dolayısıyla aile planlaması kullanan kadın sayısında bir düşüş olmuştur.

Demir hapı gebelik döneminde anemi gelişiminin önlemesi için kullanılmaktadır. Bir demir hapı, "demir sülfat" 200 mg ve "folik asit" 0.25 mg içermektedir. Bir gebelik döneminde gebeye en az 90 günlük tedavi verilmesi gerekmektedir. Demir hapı verilen gebe sayısı oranı gebelik döneminde en az 90 demir hapı verilen gebe sayısının toplam gebe

sayısına bölünmesi ve 100 ile çarpılarak elde edilmiştir. 2012 yılından 2013 yılına kadar demir hapı verilen gebe sayısı bir artış göstermiştir ama 2014 yılına bir düşüş göstermiştir. Buna rağmen bu program %98-99 oranında hedefine ulaşmıştır.

Vitamin A gebelik sonrasında 6 haftaya kadar (0-42 gün) 200.000 IU (uluslararası ünite) içeren dozda 2 günde bir verilmiştir. 2012 yılında verilen gebe oranı %99.37'dir. 2013 ve 2014 yılında gebelerin hemen tamamına vitamin A verilmiştir.

***e. Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Çıktıları***

OPV-1 (oral çocuk felci aşısı ilk dozu) Tangerang Selatan İl sağlık müdürü verilerine göre 2012'de %102.8 ve 2013'te %104.7 yükselmiştir. Buna rağmen 2014'te %98.3 çıkmıştır. OPV-4 ise çocuk felci aşısını tamamlayan çocuk sayısıdır. Bu oran 2012'de %99 ve 2013'te %107.7 yükselmiştir ve 2014'te %102.8 çıkmıştır. Aşıların %100'ün üzerinden oranlarda çıkma nedeni belirlenen hedef rakamlara göre daha fazla aşı yapılmasından kaynaklanmaktadır. OPV aşı oranlarının USS öncesi ve sonrasında yeterli oranlarda olduğu görülmektedir (bakınız Tablo-13):

**Tablo 13. 2012 – 2014 yılları arasında yapılan aşılar ve Vit A kullanımı**

| Değişkenler | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|---|---|---|
| OPV-1 (%) | 102.8 | 104.7 | 98.3 |
| OPV-4 (%) | 99.0 | 107.7 | 102.8 |
| HBV-1 (%) | 98.0 | 100.2 | 93.3 |
| DBT-Hib-1 (%) | 103.1 | 109.3 | 111.1 |
| BCG (%) | 102.8 | 104.7 | 98.3 |
| Vitamin A verilen bebek oranı (%) | 103.3 | 96.6 | 95.1 |

Hepatit B-1 (HBV-1) aşısı 0 aylık bebeğe verilmektedir. Bu oran 2012'de %98 iken 2013'te %100.2 yükselmiştir ama 2014'te bir düşüş olup %93.3 çıkmıştır. DBT-Hib-1 aşısı *(Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Hemofilus İnfluenza B)* 2 aylık bebeğe verilmektedir. Bu aşı oranı 2012'dan 2014'e bir artış göstermiştir. BCG (*Bacillus Calmette Guerin)* aşısı 1 ayı dolduran bebeğe verilmektedir. BCG oranı 2012'te %102.8 iken 2014'te %98.3 çıkmıştır.

Vitamin A 6-11 ay ve 12-59 ay olan çocuk için Şubat ve Ağustos ayında verilmektedir. Vitamin A verilen çocuk oranı 6-11 ay ve 12-59 ay olan vitamin verilmiş çocuk sayısının tüm 6-59 ay olan çocuk sayısına bölünmesiyle elde edilmiştir. 2012 yılından 2014 yılına kadar vitamin A verilen çocuk sayısı bir düşüş göstermiştir. 2012 yılında vitamin A alan çocuk oranı %103.3 iken 2014 yılında %95.1'e düşmüştür.

### *f. Sağlığı Geliştirme Hizmetlerinin Çıktıları*

Sağlığı geliştirme hizmetleri ilkokullarda yapılan sağlık taramaları (genel sağlık ve ağız-diş sağlığı taramaları), gençlik hizmetleri ve 5 yaş altı izlenen çocuklardan oluşmaktadır. İlkokullarda yapılan sağlık taraması oranı hesaplanırken sağlık taraması yapılan ilkokul sayısının tüm ilkokul sayısına bölünmesiyle elde edilmiştir. 2012 yılında ilk okullarda yapılan sağlık taraması oranı %100, 2013 ve 2014'te %98 olmuştur (bakınız Tablo-14).

**Tablo 14. 2012 – 2014 yıllar arasında sağlığı geliştirme hizmetleri istatistikleri**

| Değişkenler | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|---|---|---|
| İlkokullarda yapılan sağlık taraması (%) | 100.0 | 97.40 | 98.00 |
| PKPR-Gençlik hizmetleri (%) | 66.02 | 87.00 | 87.50 |
| Yaşlılara verilen sağlık hizmetleri (%) | 77.72 | 80.00 | 80.64 |
| 5 yaş altı izlenen çocuk sayısı (%) | 87.03 | 86.32 | 85.96 |

Gençlik sağlığı hizmetlerinde verilenler gençler için okulda ya da toplumda yapılan üreme sağlığı, HIV/AIDS, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, cinsiyet kavramı, sağlıklı yaşam eğitimi ve uyuşturucu maddelerle ilgili eğitimlerdir. Bu eğitimlerin oranı 2012'dan 2014'a yaklaşık yüzde yirmi puanlık bir artış göstermiştir.

Yaşlılara verilen hizmetlerde ağırlık ve boy ölçümü yapılmakta, Beden Kütle İndeksi ölçülmekte ayrıca muayene edilmekte ve sağlıkla ilgili eğitimler verilmektedir. Bu hizmetlerin oranı 2012'te %77.6 ve 2013'te %80.0 iken 2014'te yine %80 olmuştur.

5 yaş altında izlenen (tartılan) çocuk oranı da 2012'de %87.03 iken 2013'te %86.32 ve 2014'te %86 olarak gerçekleşmiştir.

### *g. Morbidite Çıktıları*

Çocuk felci sürveyansı bir TSM bölgesindeki 15 yaş altında olan çocuklarda çocuk felci insidansını bulmak için yapılmaktadır. Toplanan verilere göre 2012 yılında yüzbinde 9 olan insidans, 2013 yılında yüzbinde 31'e yükselmiştir. 2014 yılında çocuk felci sayısı tekrar düşmüş ve 19 olmuştur. Dang ateşi insidansı da her yıl biraz düşüş göstermiştir. 2012'te dang ateşi insidansı yüzbinde 134'dir, 2013'te 189 ve 2014'te 177 çıkmıştır (bakınız Tablo 15).

**Tablo 15. 2012 – 2014 yıllar arasında morbidite istatistikleri**

| Değişkenler | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|---|---|---|
| Çocuk felci insidansı (yüzbinde) | 9 | 31 | 19 |
| Dang ateşi insidansı (yüzbinde) | 134 | 189 | 177 |
| İshal (insidansı) (yüzbinde) | | | |
| < 5 yaş | 8,203 | 6,131 | 4,356 |
| > 5 yaş | 955 | 767 | 561 |
| Çocuk beslenmesi (yaşa göre ağırlık) (%) | | | |
| Çok Yetersiz | 1.09 | 0.21 | 0.16 |
| Yetersiz | 7.34 | 2.92 | 2.38 |
| Normal | 86.54 | 93.99 | 95.56 |
| Fazla | 5.03 | 2.88 | 1.90 |

İshal insidansında ise hem 5 yaş altında hem de 5 yaş üstünde bir düşüş göstermiştir. 2012 yılında 5 yaş altındaki ishal insidansı yüzbinde 8,203'tür, 2013'te 6,131'dır ve 2014'te 4,356 çıkmıştır. 5 yaş üstündeki ishal insidansı da 2012'te yüzbinde 955'tir, 2013'te 767 ve 2014'te 561 çıkmıştır.

Çocuk beslenmesi statüsüne bakmak için de yaşa göre ağırlık ölçümü kullanılmaktadır. Burada çok yetersiz kilolu çocuk oranında önemli bir düşüş görülmektedir. 2012 yılında %1.09 iken 2013 yılında %0.21 düşmüş ve 2014'te yine %0.16 olmuştur. Fazla kilolu çocuk oranı da %5'den %1.9'a düşmüş, normal kilolu çocuk oranı ise %86'dan %95'e çıkmıştır.

***h. Mortalite Çıktıları***

2014 yılında bildirilen anne ölüm oranı yüzbinde 34'tür ve 2013'e göre 14 puan düşmüştür. Bebek ölüm hızı 2012'te binde 66, 2013'te binde 17 ve 2014'te binde 7 olarak bildirilmiştir. Dolayısıyla bebek ölüm hızı da her yıl bir düşüş göstermüştür (bakınız Tablo-16).

**Tablo 16. 2012 – 2014 yıllar arasında mortalite istatistikleri**

| Değişkenler | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|---|---|---|
| Anne Ölüm Oranı (yüzbinde) | 39 | 48 | 34 |
| Bebek Ölüm Hızı (binde) | 66 | 17 | 7 |

Ancak sağlık düzeyi göstergeleri incelendiğinde saptanan uyumsuzluklar ve bazı verilerde %100'ü aşan oranlar nedeniyle bölgede TSM kayıtlarında bir sorun olabileceği düşünülmektedir. Öncelikle hedef nüfusların tam bilinmediği veya gerçekçi olmadığı görülmektedir. Hedef nüfuslar bir an önce düzeltilmelidir.

Ayrıca kayıtların güvenilirliği ile ilgili sorunlar vardır. Kayıtlar ilk önce elle tutulmakta ve sahada çeşitli formlar kullanılmaktadır. Daha sonra bu kayıtların TSM'lerde bilgisayarlara girilmesi sırasında bazı eksiklik ve hatalar olmuş olabilir. Ayrıca bölgede on-line olarak veri paylaşımı da henüz yapılamamaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Tartışma Tablo-11'de özetlenmiş olan dört kategori üzerinden yürütülecektir. Bu kategoriler sağlık politikası, finansman, hizmet sunumu ve değerlendirme başlıklarını taşımaktadır:

### *5.1 TSM'de Uygulanan Sağlık Politikaları*

TSM'de uygulanan sağlık politikaları dönemlere göre değerlendirildiğinde hem doküman analizlerine göre hem de görüşülen bir çok kişi tarafından USS öncesi ve sonrası dönemde önemli bir değişiklik olmadığı, politikaların aynı kaldığı şeklinde değerlendirilmiştir. Nitekim Endonezya'da TSM politikalarını belirleyen mevzuata göre de TSM'nin ana işlevleri (sağlığı koruma, geliştirme ve tedavi) konusunda önemli bir değişiklik saptanmamıştır. Dolayısıyla bu bulgular doküman analizi sonuçlarıyla da uyumludur. USS'den sonra Sağlık Bakanlığı tarafından çıkartılan USS'de Sağlık Hizmetleri adlı dokümana göre TSM'lerde *"Temel Sağlık Hizmetleri"* verilmektedir. Temel sağlık hizmeti kavramı uluslararası düzeyde resmi olarak ilk kez Alma Ata bildirgesinde geçmiştir[43]. Alma Ata bildirgesi temel sağlık hizmetini *"bilimsel ve uygulama olarak sağlam temelli, toplumsal olarak kabul edilebilir yöntem ve teknolojilere sahip, toplumdaki birey ve ailelerin katılımıyla evrensel olarak ulaşılabilir herkese gerekli olan hizmetlerdir; bir ülkenin sağlık sisteminin olduğu kadar sosyal ve ekonomik gelişmesinin de entegre bir parçasıdır"*[44] şeklinde tanımlanmıştır. Aynı zamanda Alma-Ata bildirgesi temel sağlık hizmetlerinin özelliklerini ülkelerin ekonomik, sosyo-kültürel ve politik durumunun bir yansıması, sosyal, biyomedikal sağlık hizmeti araştırmalarını ve halk sağlığı uygulamalarını içermesi, sağlık eğitimi, sektörlerarası işbirliği, toplum katılımı, kabul edilebilir hizmet, entegre hizmet ve ekip hizmeti olarak tanımlar[45]. Endonezya Tangerang Selatan bölgesindeki TSM'lerin görevleri de bu ilkelere oldukça uygundur ve sağlığı koruma, geliştirme ve tedavi edici işlevleri bir arada içermektedir[46]. Bu anlamda TSM hizmetlerinin ulusal ve uluslararası dokümanlarda yer alan hizmet tanımlarına uyduğu görülmektedir.

TSM hizmetlerinin içeriği açısından bu araştırmada Tangerang Selatan'daki 24 TSM'den 21'inin (%88) ayrıca yataklı tedavi hizmeti de verdiği görülmüştür. Bu durum Endonezya geneline göre (%35) daha yüksek bir orandır. Bundan dolayı bölgedeki TSM hizmetlerinin aslında tedavi edici hizmetlere daha fazla odaklanmış olduğu gözlenmiştir. Endonezya'da yataklı tedavi hizmeti sağlanan TSM sayısı 3,378 ve yataklı tedavi hizmeti

verilmeyen TSM sayısı ise 6,353'tür; yani Endonezyada her 3 TSM'den 1'i yataklı tedavi hizmeti de sağlamaktadır. Bunun temel nedeni hasta yatağı sayısındaki yetersizliktir. Endonezya'da kişi başına düşen hasta yatağı sayısı her 100,000 kişiye 1.1'dir. Nusa Tenggara Barat, Lampung, Jawa Barat ve Banten gibi bölgelerde ise her 100,000 kişiye düşen yatak sayısı 1'in altındadır[20]. İkinci basamakta devlet hastanelerindeki yatak sayısı da az olduğu için Tangerang Selatandaki yataklı tedavi sağlayan yüksek TSM oranı bu nedenle olmuş olabilir. Başka bölgelerdeki TSM'ler hastaneye de dönüştürülmektedir. Jakarta şehrinde Nisan 2015'te 15 TSM Devlet Hastanesine dönüştürülmüştür. Bunun amacı hastanede hastaların bekleme süresinin azaltılmasıdır[47].

USS öncesi ve sonrası uygulanan politikalarda büyük bir fark görülmemesinin bir başka nedeni USS öncesi dönemde Tangerang Selatan hükümeti tarafından uygulanmakta olan sosyal sağlık sigortası olabilir. Dolayısıyla Tangerang Selatan'da ikamet eden herkes birinci ve ikinci basamaktaki hizmetleri uygulama öncesinde de sonrasında da ücretsiz olarak kullanabilmiştir. Bu anlamda bölgede önemli bir politika değişikliği olmamıştır.

Endonezya Sağlık ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan açıklamaya göre eskiden beri uygulanmakta olan bölgesel "Sosyal Sigorta Programı" USS programından en geç 2 yıl sonra tüm ülkede birleştirilecektir. Jakarta, Aceh ve Sumatera Barat gibi bölgelerde sosyal sağlık sigortası, USS uygulanmaya başladıktan hemen sonra birleştirilmiştir ancak Tangerang Selatan bölgesinde araştırmanın yapıldığı esnada henüz bu birleştirme meydana gelmemiştir. Sağlık ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan açıklamaya göre 2016 yıl sonuna kadar Endonezya'da 107 bölgede USS uygulaması ve sosyal sigorta programı birleştirilmiş olacaktır[48]. Böylece tüm ülkede uygulanan soysal politika da aynı olacaktır.

### *5.2 TSM'lerde Finansman Değişikliği*

Bu araştırmanın en önemli bulgularından birisi TSM hizmetlerinin finansmanında kapitasyon bütçesine (kişi başı ödeme sistemi) geçilmiş olmasının görüşme yapılan tüm sağlık yöneticileri ve hizmet sunanlar tarafından olumlu bulunması olmuştur. Hastalarla yapılan görüşmelerde ise bu konuda yeterli bilgi olmadığı görülmüştür. Bütçe artışı sağlığı koruma ve geliştirme hizmetlerine doğrudan olumlu yansımalar yapmıştır. Bu sayede eğitimler artmış, kullanılan broşürler ve afişler çeşitlendirilmiş ve ziyaret sayıları artmıştır. Ancak küçük TSM'ler yapılan ek ödemelerde TSM'ler arasında dengesizlik ve eşitsizlik olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir.

Endonezya'daki TSM'lerde USS'den önceki dönemde sosyal sigorta uygulanan yerlerde bile kapitasyon bütçe sistemi kullanılmamıştır[49]. USS öncesi uygulanan sistemde hizmet başına ödeme yöntemi kullanmıştır. Yani sunulan hizmet sayısına ve çeşidine göre TSM'ye bir ödeme yapılmaktadır. Kapitasyon bütçesinde ise bölgedeki kayıtlı kişi sayısına göre TSM'ye bir ödeme yapılmaktadır. TSM'de sağlığı koruma ve geliştirmede kullanılan bütçe açısından bu açıdan bir artış görülmüştür. Bunun sebebi USS kapitasyon bütçesidir.

Kişi başı ödeme sistemi bölgedeki kişi sayısına dayalı bir ödeme sistemidir. Bunun avantajları toplam ödeme miktarının hizmet sunanlar tarafından önceden bilinmesi ve risk paylaşımıdır. Ancak dezavantaj olarak dağıtılan finasman ile tedavi edilen hasta sayısı arasında bir ilişki olmamasıdır. Yani ödenen para değişmeyeceği için hizmet sunanlar daha az hizmet sunmaya yönelebilmektedirler. Ayrıca sağlıklı kişileri ya da daha az harcama gerektiren, yoğun hizmet gerektirmeyen kişileri de seçmeye yönelmektedirler[50]. Başka bir kaynağa göre kapitasyon sistemi yetersiz tedaviye de yol açabilmektedir. Ancak sistem ayaktan tedavi, yatarak tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerini içine alan kapsamlı bir paketi sunalabilirse başarılı olabilir[51]. Avustralya'da yapılan kapitasyon uygulamasına göre kapitasyon sistemi parayı verenler için bütün TSM harcamalarını kontrol edebilmesi açısından bir avantaj olarak görülmektedir. Bununla birlikte daha az hizmet sunmaya, hastaları seçmeye yol açması ve bazı hizmetlerde performans artımı için ek ödeme yapmak gerekmesi bir dezavantaj olarak ifade edilmiştir[52]. Kapitasyon sisteminin bir yararı da ekip çalışmasını da destekliyor olmasıdır[53].

Kapitasyon sisteminde TSM bütçesi artmış olmasına rağmen her TSM'de bütçe artışı farklı miktarlarda olmuştur. Dolayısıyla sağlığı koruma ve geliştirme uygulamaları da bundan etkilenmiştir. Sağlık ve Sosyal Güvenlik Kurumu mevzuatına göre kapitasyon sistemi bir TSM'de kaydedilen kişi sayısına göre bir ödeme yapılması demektir. Bir hasta için 3,000 Rp - 6,000 Rp arasında insan kaynakları, fizik alt yapı, hizmet kapsamı ve hizmet taahhütüne göre TSM'ye ödeme yapılmaktadır. Yapılan ödemeler eğer bir TSM'de üç ya da daha fazla hekim varsa ve bir hekim için hasta sayısı 5 bin ya da daha azsa ve TSM 24 saat hizmet veriyorsa, kayıtlı her bir kişi için üst sınır olan 6,000 Rp ödenmiştir. Eğer bir hekime düşen hasta sayısı 5 binden fazla ise kişi basına ödenen ücret de buna orantılı olarak azalmaktadır[54].

Bununla birlikte yapılan bazı araştırmalara göre küçük TSM'ler için kapitasyon bütçe sistemi adil değildir. Jawa Tengah Bölgesinde (çoğunlukla kırsal alan) bazı TSM yöneticileri kapitasyon bütçesini adil bulmamaktadır. Bunun sebebi hem kırsal alanda hem de kamuda

belirlenen kapitasyon bütçesinin başka birinci basamak sağlık hizmetlerine göre (özel sektör ve kentsel TSM'ler) daha az olmasıdır[55]. Başka bir araştırmaya göre İl Sağlık Müdürlüğünde çalışanlar için de kapitasyon bütçesi uygulamasının bir eşitsizlik yarattığı ifade edilmiştir. Çünkü İl Sağlık Müdürlüğünde çalışanlara kapitasyon bütçesine göre ödeme yapılmamaktadır. Ancak Kalimantan Tengah ve Jawa Tengah bölgesinde yapılan bir araştırmaya da göre birinci basamakta özel hekimler için uygulanan kapitasyon bütçesi gene özel hekimlere göre ilaç ve malzeme alımı açısından yetersiz bulunmuştur[56]. Kamu açısından TSM'ler arasında kapitasyon bütçesinin bir başka eşitsizlik nedeni ise TSM'lere göre dağılımın eşit olmamasıdır[57].

USS kapitasyon bütçesi eskiye göre daha fazla olunca sağlığı geliştirme faaliyetlerinde daha iyi malzeme kullanılabilmesi ve daha fazla programı yapılabilmesi olanaklı olmuştur. USS sonrasında böylelikle Prolanis (kronik hastalık programı) ya da ruh sağlığı programı gibi yeni programlar yürütülmüştür. Tangerang Selatan Hükümeti tarafından çıkartılan yasaya göre kapitasyon bütçesinin %60'ı hizmet bedeli için, %10'u ilaç, medikal sarf malzemesi için ve %30'u diğer işlemler için (sağlığı koruma ve geliştirme programı dahil) kullanılmıştır. Başka bölgelerde ise bu oranlar değişmektedir. Bunun sebebi, kapitasyon kullanımı mevzuatına göre kapitasyon bütçesinin yerel hükümetler tarafından ayarlanıyor olmasıdır. Örneğin Pandeglang ilçesinde kapitasyon bütçesinin %75'i hizmet bedeli için ve kalanı diğer işlemler için ayarlanmıştır. Serang şehrinde ise kapitasyon bütçesinin %80'i hizmet bedeli için, %5'i ilaç ve tıbbi malzemeler için ve kalanı diğer işlemler için ayarlanmıştır[58].

Pandeglang ilçesi verilerine göre kapitasyon bütçesi neonatal izlemler ve loğusa ziyaretleri, yataklı tedavi sonrası evde bakım hizmetleri, aşı, sağlık eğitimi, DGT-evde tüberküloz tedavisi, sanitasyon hizmetleri, beslenme eğitimi, bulaşıcı olan ve olmayan hastalıklar eğitimi, yaşlı sağlığı hizmeti, 5 yaş altı için evde sağlık hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri ve A vitamin dağıtımı için kullanılmıştır[58]. Bu beriler Tangerang Selatan verileriyle uyumludur. Özel polikliniklerde de kapitasyon bütçesi sadece tedavi edici hizmetler için değil, sağlığı koruma ve geliştirme programları için de kullanılmıştır. Yapılan bir araştırmaya göre Jawa Tengah Bölgesinde özel poliklinikler kapitasyon bütçesinin %2,8'i ve Kalimantan Timur Bölgesinde %2,1'i sağlığı koruma ve geliştirme programları için kullanılmıştır[56].

Yapılan derinlemesine görüşmeler ve doküman analizine göre ek hizmet ödemeleri çalışanın eğitim düzeyi ya da pozisyon kademesine göre yapılmaktadır dolayısıyla ek ödemelerin dağılımı adil gözükmektedir. Ancak yapılan başka bir araştırmaya göre bu

sistemin her sağlık çalışanı için adil olmadığı da ifade edilmiştir[58]. Yapılan eleştiri sistemin personelin performansına bakmadığı konusundadır. Yani uygulanan programların başarılı olup olmadığı dikkate alınmamakta, personele ünvan ve eğitim durumuna göre bir ek ücret verilmektedir. Başka bir sorun ise kapitasyon bütçesinin TSM'de demirbaş eşya alımı (mobilyalar) için kullanılamamasıdır[59]. Bu durum tüm sağlık çalışanları tarafından önemli bir olumsuzluk olarak dile getirilmiştir.

### *5.3 TSM'de Hizmet Sunumu ve Sağlık Düzeyi Göstergelerinde Değişiklikler*

Tangerang Selatan'da USS öncesi ve sonrası dönem sağlık düzeyi göstergeleri birbiriyle kıyaslandığında bazı sağlık göstergelerinin daha iyi, bazılarının daha kötü ve bazıları açısından da önemli bir fark olmadığı görülmüştür. Örneğin yapılan aşı oranları %90'ların üzerinden olup USS öncesi döneme göre aralarında bir fark yoktur. Koruyucu sağlık hizmetleri açısından önemli olan demir hapı verilen gebe oranı ve vitamin A verilen gebe ve bebek oranları arasında da önemli bir fark yoktur. Bu hizmetler %90 ile %100 arasında değişmektedir.

Tangerang Selatan'da USS öncesi ve sonrası dönem birbiriyle kıyaslandığında ilk okullarda yapılan sağlık taramaları, gençlik hizmetleri ve yaşlılara verilen hizmetlerde USS'den sonra belirgin bir artış olduğu görülmüştür. Özellikle okul, ev ve işyeri ziyaretlerinin artışı ve kullanılan eğitim malzemelerindeki artış bütçenin artmasına yani USS dönemindeki kapitasyon uygulanmasına bağlanmaktadır. Ancak yapılan genel sağlık taramalarının düzenli ve nitelikli bir sağlık hizmet sunumunun yerini tutmayacağı dikkate alınmalıdır. Bu anlamda hizmetin sağlık taramaları yerine herkesi kapsayan ve birincil düzeyde koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren bir yapıya büründürülmesi gerekir.

Tangerang Selatan'da USS öncesi ve sonrası dönem sağlık düzeyi göstergeleri birbiriyle kıyaslandığında eskiye göre daha iyi olan sağlık düzeyi göstergelerinin başında öncelikle ana-bebek ölüm hızı gelmektedir. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinde ilk altı ay anne sütüyle emzirme oranında ve normal kilolu çocuk oranında da yüksek bir artış görülmüştür. Dolayısıyla beslenme düzeyi kötü olan (düşük veya fazla kilolu) çocuk oranı azalmıştır. Hastalıklardan ise dang ateşi ve ishal insidanslarında belirgin bir düşme saptanmıştır. Bunun nedeni halk eğitimleri ve çevre sağlığı hizmetlerindeki düzelmeler olabilir. Ancak bazı sağlık düzeyi göstergeleri ise USS sonrasında daha kötüye gitmiştir. Özellikle aile planlaması kullanan kadın oranı, gebelik döneminde izlem yapılan kadın oranı,

doğum sonrası izlem yapılan kadın oranı ve sağlık personeliyle yapılan doğum oranı USS sonrası dönemde önceki döneme kıyasla azalmıştır. Bu durum ana-çocuk sağlığı göstergelerindeki olumlu durumla bir çelişki yaratmaktadır. Bunun nedeni özellikle bebek ölümlerinin kayıt eksikliği veya bazı kayıtların yanlış olması olabilir. Benzer bir durum çocuk felci insidansındaki artışta görülmüştür. Çocuk felci aşı düzeyleri iyi olmasına karşın olgu sayısında bir artış olması eskiden tanı konulamayan çocuk felci olgularının daha iyi saptanması olabilir.

USS sonrası dönemin henüz iki yılını yeni doldurması bölgedeki sağlık düzeyi göstergelerinin ayrıntılı incelenmesi için yeterli bir süre olmayabilir. Nitekim Banten bölgesinde yapılan bir araştırmaya göre USS öncesi ve sonrası gebelik döneminde izlem oranları arasında bir fark olmadığı bulunmuştur[58]. Orta gelirli ülkelerde yapılan bir araştırmaya göre de sosyal sağlık sigortasının sağlık düzeyi göstergelerini etkilemesine dair çok az kanıt bulunmuştur[60]. Tayvan'da yapılan başka bir araştırmaya göre USS uygulamasının yaşlıların sağlık düzeyi göstergelerine etkisi açısından yeterli kanıt bulunamamıştır[61].

### *5.4 TSM'lerde Saptanan Sorunlar ve TSM'lerin Denetim ve Değerlendirmesi*

Sağlık çalışanlarına (sağlık program yardımcıları dahil) ve sağlık yöneticilerine göre sağlığı koruma ve geliştirme uygulamasında en önemli sorunlardan birisi halkın bu programlarla yeterince ilgilenmemesi ve daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerine önem vermeleridir. Nitekim hastalarla yapılan görüşmelerde de halk çoğunlukla TSM'nin tedavi edici rolünün daha önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanlarına göre halka sağlık eğitimi verilmesine karşın insanlar hala sağlıksız davranmaya devam etmektedir. Sağlık personeli ve yöneticilerle yapılan görüşmelere göre bunun nedeni toplumun yetersiz gelir düzeyi, yaşam koşulları ya da sağlıklı davranışla ilgili benimseme ve tutum sorunlarıdır. Tüm bu faktörler toplumun sağlıksız davranışlarına etkili olmaktadır. Başka bir sorun ise bazı toplum gruplarına örneğin erkeklere veya belirli bir gelir düzeyinin üzerine sağlığı koruma ve geliştirme programlarının ulaştırılamamasıdır.

Halkın koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince önem vermemesinin nedenleri şunlar olabilir: Öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerinin sonuçları hemen çıkmamakta ve yararı hemen açıkça görünmemektedir. Bireyler açısından sağlık sadece hastalık olduğunda akla gelmektedir ve sağlığı koruma önerileri din ya da kültürel inançlar nedeniyle birbirne zıt

olabilmektedir[62]. Endonezya'da Medan bölgesinde yapılan bir araştırmaya göre sağlığı geliştirme programlarını anlamlı olan etkileyen faktörler yaş, sağlıkla ilgili bilgi ve tutumdur. Bu çalışmaya göre 40 yaş üzeri kişilerde sağlığı geliştirme programlarına katılan sayısı diğer yaş gruplarına göre daha fazladır. Sağlıkla bilgisi yüksek olanlar olmayanlara göre ve sağlığına önem verenler vermeyenlere göre sağlığı geliştirme programlarına daha fazla katılmıştır[63].

Sağlık hizmeti sunanların toplumu sağlık sorunlarının çözümlerine yönelik olarak inandırması da önemli bir zorluktur. Ayrıca toplumun davranışını değiştirmesi en zor konulardan birisidir. Bazı toplumlar sağlıklı bir davranışa geçmeyi istediği halde kaynakları ya da alt yapıları olmadığı için sağlıklı bir davranışı benimseyememektedir[64]. Bölgedeki halkın bu konudaki olumsuz tutumunun arkasında bu karmaşık nedenlerin (sosyal-kültürel-ekonomik-psikolojik) yatıyor olması kuvvetle muhtemeldir.

Yapılan görüşmelere göre TSM'de fiziksel yapıların yetersiz olduğu ancak bu durumun USS öncesi ve sonrasına göre bir fark göstermediği ifade edilmiştir. Bunun sebebi USS kapitasyon bütçesinin demirbaş malzeme alımında kullanılamıyor olmasıdır. Dolayısıyla USS uygulaması TSM'de fizik ve alt yapı varlığını olumlu yönde etkilememiştir. Endonezya'da Cirebon bölgesinde yapılan bir araştırmaya göre hastalar TSM'lerde fizik alt yapı olanakları yetersiz olduğu için bu konuda memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir[65]. Ketapang bölgesinde yapılan bir araştırmaya göre de yine TSM odaları yetersizdir, dolayısıyla bir kaç birim aynı odayı paylaşmaktadır[66]. Bu araştırmada kırsal alandaki TSM'lerde insan kaynaklarının yetersiz olduğu ifade edilirken, kentsel alanda çalışan TSM'ler insan kaynaklarını yeterli görmüşlerdir. Ayrıca toplum içinden seçilmiş sağlık program yardımcılarına göre de kırsal alandaki TSM'lerde insan kaynakları yetersiz olduğu için bazı sağlık hizmetleri örneğin sağlık personeli tarafından yapılacak olan ev, okul, işyeri ziyaretleri eksik kalmaktadır. Bu durumda bölgede insangücü dağılımı açısından kırsal bölge aleyhine bir dengesizlik olduğu ve kırsal alanda hizmet aksaması olduğu ortaya çıkmaktadır. İnsan kaynakları sağlığı koruma ve geliştirme uygulamasında tamamen önemli bir role sahiptir. Başka bir araştırmaya göre Endonezya'da TSM'de insan kaynakları yetersiz olduğu için bir personelin iki görevi bir arada yapması gerekmektedir[57,58]. Endonezya'da 2014 yılındaki TSM başına düşen hekim sayısı 1.8'dir. Bu sayı son derece azdır ve dağılım da çok iyi değildir[20]. Malezya'da yapılan bir başka araştırmada da sağlık insangücü eksikliğinin katılımı engelleyen, hizmet eksikliğine yol açan çok çeşitli yönleri olduğu saptanmıştır[67].

Sağlık personeli ve yöneticilerle yapılan görüşmelere göre USS sonrası dönemde TSM'lerde gözlem ve değerlendirmeler Sağlık Müdürlüğü tarafından daha iyi yapılmaktadır. Bunun temel nedeni olarak USS sonrası dönemde artmış olan bütçe olanakları ve Sağlık Müdürlüğü yetkililerinin TSM'lere daha sık ziyaret düzenleyebilmesi gelmektedir. Bir başka neden değişen finansman sistemi nedeniyle TSM çalışanlarının Sağlık Müdürlüğüyle daha sık iletişim kurması zorunluluğudur. Ancak yapılan değerlendirmelerin sistematik, yapılandırılmış ve geri bildirimlerle beslenen bir şekle dönüştürülmesi gerektiği unutulmamalıdır. Değerlendirmeler sadece finansman sistemi üzerinden yürütülmemelidir.

# 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

## 6.1. Sonuç

Bu araştırmanın sonuçlarına göre TSM'de uygulanan sağlık politikaları açısından USS öncesi ve sonrası döneme göre önemli bir değişiklik olmadığı ancak TSM hizmetlerinin içeriği açısından bakıldığında Tangerang Selatan'daki TSM'lerin ağırlıklı olarak yataklı tedavi hizmeti de verdiği görülmüştür. Bu durum Endonezya geneline göre oldukça yüksek bir orandır. Bundan dolayı bölgedeki TSM hizmetlerinin aslında tedavi edici hizmetlere daha fazla odaklanmış olduğu gözlenmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarına ve sağlık yöneticilerine göre sağlığı koruma ve geliştirme uygulamasında rastlanan en önemli sorunlardan birisi halkın bu programlarla yeterince ilgilenmemesi ve daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerine önem vermeleridir. Ancak bu durum sadece bölgeye özgü bir saptama değil, sağlık hizmeti sunumunun genel sorunlarından birisidir.

TSM hizmetlerinin finansmanında kapitasyon bütçesine (kişi başı ödeme) geçilmiş olması görüşme yapılan tüm sağlık yöneticileri ve hizmet sunanlar tarafından olumlu bulunmuştur. USS kapitasyon bütçesi eskiye göre daha fazla olunca sağlığı geliştirme faaliyetlerinde daha iyi malzeme kullanılabilmesi ve daha fazla programı yapılabilmesi olanaklı olmuştur. USS sonrasında böylelikle Prolanis (kronik hastalık programı) ya da ruh sağlığı programı gibi yeni programlar yürütülmüştür. Bütçe artışı sağlığı koruma ve geliştirme hizmetlerine doğrudan olumlu yansımalar yapmış, bu sayede eğitimler artmış, kullanılan broşürler ve afişler çeşitlendirilmiş ve ziyaret sayıları artmıştır.

Bütçe açısından rastlanan olumsuzluklar ise dağılımın eşit olmaması yönündeki eleştirilerdir. Küçük TSM'ler yapılan ek ödemelerde TSM'ler arasında dengesizlik ve eşitsizlik olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir. Bir diğer sorun ek hizmet ödemelerinin sadece çalışanların eğitim düzeyi ya da pozisyon kademesine göre yapılmakta olması, personelin performansının dikkate alınmamasıdır. Başka bir sorun ise kapitasyon bütçesinin TSM'de demirbaş eşya alımı (mobilyalar) için kullanılamamasıdır. Bu durum tüm sağlık çalışanları tarafından önemli bir olumsuzluk olarak dile getirilmiştir.

Tangerang Selatan'da USS öncesi ve sonrası dönem birbiriyle kıyaslandığında ilk okullarda yapılan sağlık taramaları, gençlik hizmetleri ve yaşlılara verilen hizmetlerde USS'den sonra belirgin bir artış olduğu görülmüştür. Özellikle ev, okul ve işyeri ziyaretlerinin artışı ve kullanılan eğitim malzemelerindeki artış bütçenin artmasına yani USS dönemindeki

kapitasyon uygulanmasına bağlanmaktadır. Ancak USS sonrası dönemin henüz iki yılını yeni doldurması ve bu sürenin bölgedeki sağlık düzeyi göstergelerinin ayrıntılı incelenmesi için yeterli bir süre olmaması dikkate alınmalıdır. Nitekim Tangerang Selatan'da USS öncesi ve sonrası dönem sağlık düzeyi göstergeleri birbiriyle kıyaslandığında bazı sağlık düzeyi göstergelerinin daha kötü ve bazıları açısından da eskiye göre aralarında önemli bir fark olmadığı görülmüştür. Bazı göstergeler arasındaki çelişkiler de hedef nüfusların doğru olmaması, kayıt sorunları ve eksik/yanlış kayıtları akla getirmektedir.

Bu araştırmada kırsal alandaki TSM'lerde insan kaynaklarının yetersiz olduğu ifade edilirken, kentsel alanda çalışan TSM'ler insan kaynaklarını yeterli görmüşlerdir. Ayrıca toplum içinden seçilmiş sağlık program yardımcılarına göre de kırsal alandaki TSM'lerde insan kaynakları yetersiz olduğu için bazı sağlık hizmetleri örneğin sağlık personeli tarafından yapılacak olan ev, okul, işyeri ziyaretleri eksik kalmaktadır. Bu durumda bölgede insangücü dağılımı açısından kırsal bölge aleyhine bir dengesizlik olduğu ve kırsal alanda hizmet aksaması olduğu ortaya çıkmaktadır.

TSM'lerde fiziksel yapıların yetersiz olduğu ancak bu durumun USS öncesi ve sonrasına göre bir fark göstermediği saptanmıştır. Bunun sebebi USS kapitasyon bütçesinin demirbaş malzeme alımında kullanılamıyor olmasıdır. Dolayısıyla USS uygulaması TSM'de fizik ve alt yapı varlığını olumlu yönde etkilememiştir.

Son olarak USS sonrası dönemde TSM'lerde yapılan gözlem ve değerlendirmelerin Sağlık Müdürlüğü tarafından daha iyi yapıldığı saptanmıştır. Bunun temel nedeni olarak USS sonrası dönemde artmış olan bütçe olanakları gösterilmektedir. Bu sayede Sağlık Müdürlüğü yetkilileri TSM'lere daha sık ziyaret düzenleyebilmekte ve değerlendirme yapabilmektedirler. Bir başka neden değişen finansman sistemi nedeniyle TSM çalışanlarının Sağlık Müdürlüğüyle daha sık iletişim kurması zorunluluğu olabilir.

Sonuç olarak USS sonrası dönemde bütçe olanaklarının iyileşmesinin bir çok uygulamaya olumlu anlamda yansıdığı saptanmıştır. Bu çalışmanın hem kalitatif hem de kantitatif yöntemleri bir arada kullanması çalışmaya önemli bir güç katmıştır. Kalitatif bölümde triangülasyona dikkat edilmiş, gözlem, doküman analizi ve derinlemesine görüşme teknikleri bir arada kullanılmıştır. Bu durum yan tutmayı en aza indirgemiştir.

Bu araştırma Endonezya ve Türkiye gibi birbirine uzak mesafedeki iki ülkenin sağlık sistemlerinin ve özellikle TSM hizmetlerinin tartışılabilmesine ışık tutacaktır. Bu anlamda çok önemli bir çalışma olarak görülmektedir.

## 6.2. Öneriler

USS'nin bölgede yaptığı en önemli etki finansman boyutundadır. Ancak halen küçük TSM'lere yapılan ek ödemelerde TSM'ler arasında oluşan eşitsizliğin giderilmesi için bir önlem alınmadığı görülmüştür. Bu nedenle bütçe açısından küçük TSM'leri koruyan bir uygulamaya geçilmelidir. Benzer şekilde ek hizmet ödemelerinin dağıtımında personelin performansı ve belirlenen çıktıların ölçümü de dikkate alınmalıdır. Özellikle sağlık müdürlüğü çalışanlarının da bu ek ödemelerden yararlanması sağlanmalıdır. Ayrıca kapitasyon bütçesinin TSM'de demirbaş eşya alımı için kullanılabilmesi ve bütçe kullanımının bu alanda daha esnek olması sağlanmalıdır.

Bazı sağlık düzeyi göstergeleri arasındaki çelişkilerin giderilebilmesi için sağlık personelinin eğitilmesi ve TSM'lerdeki kayıt sorunlarının hızla giderilmesi gerekmektedir. Öncelikle hedef nüfuslar doğru olarak saptanmalıdır. Kayıtlar TSM'lerde elektronik olarak tutulmalı ve on-line veri paylaşımı yapılabilmelidir. Özellikle USS sonrası oluşturulan bütçenin TSM'lerdeki kayıt güvenilirliğine yönelik olarak da yeni bir kaynak yaratması gerekmektedir.

Sağlık Müdürlüğünün denetim çalışmalarının sadece finansman sorunlarına odaklanmaması, verilerin değerlendirilmesi, hedef nüfusların düzeltilmesi gibi konuları da ön plana çıkarması gerekmektedir. Ayrıca Müdürlükçe sistematik değerlendirme, denetim formları da oluşturulmalı, varolanlar geliştirilmelidir.

Bölgedeki TSM hizmetlerinin sağlığı koruma ve geliştirme hizmetlerine daha fazla odaklanabilmesi için bölge veya ulusal yönetim düzeyinde ayrı bir strateji belirlenmesi gerekmektedir. TSM'lerin sadece sağlığı koruma ve geliştirmeye odaklanabilmesi için tedavi edici hizmet yükünün azaltılması gerekmektedir. Bu nedenle bölgede devlet hastanesi ve hasta yatağı sayısının da artırılması gerekmektedir. Ayrıca halkın sağlığı koruma ve geliştirme programlarıyla yeterince ilgilenmesi için de toplum düzeyinde tanıtıcı özel çalışmalar yapılmalıdır.

Kırsal alandaki TSM'lerde insan kaynaklarının geliştirilmesi sorununun çözülebilmesi için insangücünün hem beceri hem de sayı açısından artırılması ve sağlık çalışanlarının ek gelirlerinin de USS sayesinde yükseltilmesi gerekmektedir.

USS sonrası dönemin henüz iki yılını yeni doldurması ve bu sürenin bölgedeki sağlık düzeyi göstergelerinin ayrıntılı incelenmesi için yeterli bir süre olmaması nedeniyle bu dönemi daha uzun bir sürede değerlendiren yeni çalışmalar yapılmalıdır.

## 7. Kaynaklar


1. Oliver TR. The politics of public health policy. ANnual Reviews 2006; 27: 195-233.
2. Frieden TR. Government's role in protecting health and safety. The New England Journal of Medicine 2013; 368: 1857-9.
3. Wagstaff A, Lindelow M, Jun G, Ling X, Juncheng Q. Extending health insurance to the rural population: an impact evaluation of China's new cooperative medical scheme. 2009; 28.
4. Trujillo AJ, Portillo JE, Vernon JA. The impact of subsidized health insurnace for the poor: evaluating the Colombian experience using propensity score matching. Health care finance and economics 2005; 5: 211-39.
5. Sepehri A, Simpson W, Sarma S. The influence of health insurance on hospital admission and length of stay - the case of Vietnam. Social science and medicine 2006; 63: 1757-70.
6. Dow WH, Schmeer KK. Health insurance and child mortality in Costa Rica. Social science and medicine 2003; 57: 975-86.
7. Jowett M, Contoyannis P, Vinh ND. The impact of public voluntary health insurance on private health expenditures in Vietnam. Social science and medicine 2003; 56: 333-42.
8. Aggarwal A. Impact evaluation of Inda's 'Yeshasvini' community-based health insurance programme. Health economics 2010; 19: 5-35.
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku pegangan sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
10. URL: http://finansial.bisnis.com/read/20140111/215/196762/bpjs-kesehatan-dokter-bisa-tekor-ini-penjelasannya (10.06.2015).
11. URL:http://manajemenpembiayaankesehatan.net/index.php/usingjoomla/extensions/components/content-component/article-categories/1366-outlook-kebijakan-pembiayaan-di-tahun-2015 (10.06.2015).
12. URL:http://health.kompas.com/read/2014/01/07/0956205/Dokter.Takut.Tekor.Ini.Jawaban.BPJS (10.06.2015).
13. URL:http://daerah.sindonews.com/read/950344/151/kunjungan-ke-puskesmas-naik-drastis-1421208128 (10.06.2015).
14. Kementerian Kesehatan. Profil Kesehatan 2014. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2015.

15. Rahmaniawati NA. Analisis pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah di Kabupaten Bogor. Kesehatan masyarakat nasional 2007; 2: 39-48.
16. URL: http://www.bakosurtanal.go.id/berita-surta/show/indonesia-memiliki-13-466-pulau-yang-terdaftar-dan-berkoordinat. (24.06.2016)
17. URL:http://www.otda.kemendagri.go.id/images/file/data2014/file_konten/jumlah_daerah_otonom_ri.pdf. (24.06.2016)
18. URL: http://badanbahasa.kemdikbud.go.id/lamanbahasa/artikel/1343. (24.06.2016)
19. URL: http://www.who.int/countries/idn/en. (24.06.2016)
20. Kementerian Kesehatan. Profil Kesehatan Indonesia 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2014.
21. URL:http://www.depkes.go.id/article/view/13010100002/struktur-organisasi-kementerian-kesehatan-republik-indonesia.html. (24.06.2016)
22. URL: http://dinkes.tangerangselatankota.go.id/profil/struktur-organisasi. (24.06.2016)
23. Kementerian Kesehatan. Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2004;128.
24. Kementerian Kesehatan. Sistem Kesehatan Nasional 2012. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2013.
25. Kementerian Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar 2007. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2008.
26. Kementerian Kesehatan. Profil Kesehatan Indonesia 2007. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2008.
27. Kementerian Kesehatan. Data Dasar Puskesmas 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2014.
28. Kementerian Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar 2010. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2011.
29. OECD. OECD Health Statistics 2014 how does Indonesia compare? . In. 2014 ed: WHO Global Health Expenditure Database; 2014.
30. URL: http://www.jkn.kemkes.go.id. (24.06.2016)
31. Kementerian Kesehatan. Kebijakan dasar puskesmas. Kementerian Kesehatan; 2004.
32. URL: http://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/page/profil/Sejarah.html.(21.06.2016)
33. URL: http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2013/4. (21.06.2016)

34. Kementerian Kesehatan. Buku pegangan sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2014.
35. BPJS Kesehatan. Pahami Lebih Dalam tentang Sistem Rujukan Berjenjang dan Pola Pembayaran BPJS Kesehatan ke Faskes. In. 2015 ed: BPJS Kesehatan; 2015.
36. NHS Education for Scotland and Health Protection Scotland. Framework for workforce education development for health protection in Scotland: Quality Assuring Continuing Professional Development; 2006.
37. Milli Eğitim Bakanlığı. Sağlığını koruma. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı; 2008.
38. WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). What are the main factors that influence the implementation of disease prevention and health promotion programmes in children and adolescents? . Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.
39. URL: http://bappedajakarta.go.id/?page_id=1131 (21.04.2016)
40. URL: http://geology.com/world/indonesia-satellite-image.shtml. (21.04.2016)
41. Dinas Kesehatan Kota Tangerang Selatan. Profil Dinas Kesehatan Kota Tangerang Selatan Tahun 2013. Tangerang Selatan: Dinas Kesehatan Kota Tangerang Selatan; 2014.
42. Kementerian Kesehatan. Sistem Kesehatan Nasional 2009. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2010.
43. Karl Theodore PE-W. An assessment of primary health care in the Carribean pre and post Alma Ata declaration and a way forward. Humanities and social science 2011;1.
44. Akdağ R. Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizemetleri. In: Akdağ R, ed. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı; 2008.
45. Gillam S. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? BMJ 2008; 336: 536-8.
46. Makaula P, Bloch P, Banda HT, et al. Primary Health Care in rural Malawi - a qualitative assessment exploring the relevance of the community-directed interventions approach. BMC Health Serv Res 2012;12:328.
47. URL: http://metro.sindonews.com/read/984701/171/15-puskesmas-resmi-jadi-rumah-sakit-umum-1428006703 (05.04.2016)
48. Diah Ismawardani EN, Chandra Nurcahyo, Yuliasman, Juliana Ramdhani, Budi Setiawan, Dwi Surini, Tati Haryati Denawati. Jamkesda intergrasi ke BPJS Kesehatan ringangkan Pemda. Info BPJS Kesehatan 2014.

49. Pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemeirntah daerah. 2016. (Accessed 11 Ocak, 2016, at
50. Aktulay G. Ödeme modelleri açısından karşılaştırmalar. In: Sağlık ve sigorta yöneticileri derneği: Sağlık ve sigorta yöneticileri derneği; 2015.
51. Sağlık Bakanlığı. Genel sağlık sigortası ve Sağlık Bakanlığı'nın değişen rolü. Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı; 2007.
52. Oliver-Baxter J, Brown L. Primary health care funding models. Phcris research roundup 2013.
53. Oliver-Baxter J. Blended funding models in primary health care. Phcris research roundup 2014.
54. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Norma penetapan besaran kapitasi dan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. In: Kesehatan B, ed.: BPJS Kesehatan; 2015.
55. Suara Merdeka. Puskesmas minta aturan baru dicabut peraturan BPJS Kesehatan nomor 2 tahun 2015. Suara Merdeka Cetak 2015.
56. Budiarto W, Kristiana L. Pemanfaatan dana kaptiasi oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dalam penyelenggaraan JKN. Bulletin penelitian sistem kesehatan 2015;18:437-45.
57. Komisi VII Rakernas Regional Barat. Peran Dinas Kesehatan dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di daerah. In. Jawa Barat; 2015.
58. Trihono. Kajian pengaruh program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap kesehatan ibu dan anak di Provinsi Banten 2015. In: Penguatan sinergi UKM dan JKN untuk mencapai Indonesia sehat. Jakarta; 2015.
59. URL:http://www.kpk.go.id/id/berita/siaran-pers/2440-kpk-temukan-4-kelemahan-pengelolaan-dana-kapitasi.(19.01.2015)
60. Arnab Acharya SV, Fiona Taylor, Edoardo Masset, Ambika Satija, Margaret Burke, Shah Ebrahim. Impact of national health insurance for the poor and the informal sector in lowand middle-income countries: a systematic review. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London; 2012.
61. Chen L, Yip W, Chang MC, et al. The effects of Taiwan's National Health Insurance on access and health status of the elderly. Health Econ 2007;16: 223-42.

62. Coe G, de Beyer J. The imperative for health promotion in universal health coverage. Glob Health Sci Pract 2014; 2: 10-22.
63. Suriyani. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program promosi kesehatan rumah tangga yang sehat di wilayah kerja Puskesmas Teladan Medan Kecamatan Medan Kota Tahun 2009. Medan: Sumatera Utara; 2009.
64. Kementerian Kesehatan. Promosi kesehatan di daerah bermasalah kesehatan: Panduan bagi petugas kesehatan di Puskesmas. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011.
65. Mutaqien Z. Penilaian kinerja lima Puskesmas di Kota Cirebon dengan pendekatan Balanced Scorecard. Depok: University of Indonesia; 2006.
66. Sinambela BR. Kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Pemahan Kabupaten Ketapang. Ilmu Administrasi Negara 2015;4.
67. Beshir SA, Hamzah NHB. Health promotion and health education: perception, barriers and standard of practices of community pharmacists. Health Promotion and Education 2014;52:174-80.

## 8. EKLER

### Ek 1. Görüşülen kişi listesi

| No | Yer | Meslek | Eğitim durumu | Cinsiyet |
|---|---|---|---|---|
| 1. | İl Sağlık Müdürlüğü | Temel sağlık hizmetleri şube müdürü | Diş hekimi | Kadın |
| 2. | İl Sağlık Müdürlüğü | Sağlığı geliştirme şube müdürü | Kamu yönetimi yüksek lisans | Erkek |
| 3. | TSM (kırsal) | Setu TSM sekreterlik | Halk sağlığı lisans | Kadın |
| 4. | TSM (kırsal) | Kranggan TSM Müd | Halk sağlığı lisans | Kadın |
| 5. | TSM (kentsel) | Ciputat TSM Müdürü | Hekim | Erkek |
| 6. | TSM (kentsel) | Benda Baru TSM müdürü | Ebe | Kadın |
| 7. | TSM (kentsel) | Ciputat TSM hekimi | Hekim | Kadın |
| 8. | TSM (kırsal) | Kranggan TSM diş hekimi | Diş hekimi | Kadın |
| 9. | TSM (kentsel) | Benda Baru TSM hekimi | Hekim | Erkek |
| 10. | TSM (kırsal) | Setu TSM hekimi | Hekim | Kadın |
| 11. | TSM (kentsel) | Benda Baru TSM sağlığı geliştirme programı sorumlusu | Ebe | Kadın |
| 12. | TSM (kentsel) | Ciputat TSM sağlığı geliştirme programı sorumlu kişi | Halk sağlığı lisans | Kadın |
| 13. | TSM (kırsal) | Kranggan TSM sağlığı geliştirme programı sorumlu kişi | Hemşire | Kadın |
| 14. | TSM (kırsal) | Setu TSM sağlığı geliştirme programı sorumlu kişi | Halk sağlığı lisans | Erkek |
| 15. | Setu (kırsal) | Kırda hasta | Meslek yüksek okulu | Erkek |
| 16. | Kranggan (kırsal) | Kırda hasta | Lise | Kadın |
| 17. | Benda Baru (kentsel) | Kentte hasta | Lise | Erkek |
| 18. | Benda Baru (kentsel) | Kentte hasta | Lise | Kadın |
| 19. | Setu (kırsal) | Kırda sağlık program yardımcısı | Lise | Kadın |
| 20. | Kranggan (kırsal) | Kırda sağlık program yardımcısı | Lise | Kadın |
| 21. | Benda Baru (kentsel) | Kentte sağlık program yardımcısı | Lise | Kadın |
| 22. | Ciputat (kentsel) | Kentte sağlık program yardımcısı | Lise | Kadın |

**Ek 2. Doküman analizi yapılan dokümanlar listesi**

| No. | Belgenin Adı | Yayınlayan Kurum | Belgenin Türü | Yayınlama Tarihi |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Sağlığı geliştirme uygulama rehberi | Sağlık Bakanlığı | Yasal Düzenleme | 2007 |
| 2. | TSM Politikası | Sağlık Bakanlığı | Yasal Düzenleme | 2004 |
| 3. | Ulusal sağlık sigortası programı uygulama rehberi | Sağlık Bakanlığı | Yasal Düzenleme | 2014 |
| 4. | Ulusal sağlık sigortası kapitasyon bütçesi kullanımı | Sağlık Bakanlığı | Yasal Düzenleme | 2014 |
| 5. | Birinci basamakta kapitasyon bütçe miktarı hesaplama rehberi | Sağlık Sosyal Güvenlik Kurumu | Yasal Düzenleme | 2015 |
| 6. | Prolanis (kronik hastalıkları yönetimi) | Sağlık Sosyal Güvenlik Kurumu | Stratejik Doküman | 2015 |
| 7. | Anne ve çocuk sağlığı yıllık raporu | Tangerang Selatan İl Sağlık Müdürlüğü | Yerel rapor | 2015 |
| 8. | Sağlık Personeli ve Genel Durum Yıllık Raporu | Tangerang Selatan İl Sağlık Müdürlüğü | Yerel rapor | 2015 |
| 9. | Genç ve yaşlılar için sağlık programı yıllık raporu | Tangerang Selatan İl Sağlık Müdürlüğü | Yerel rapor | 2015 |
| 10. | Beslenme programı yıllık raporu | Tangerang Selatan İl Sağlık Müdürlüğü | Yerel rapor | 2015 |
| 11. | Çevre sağlığı ve hastalık kontrolü programı yıllık raporu | Tangerang Selatan İl Sağlık Müdürlüğü | Yerel rapor | 2015 |
| 12 | Sevk ve sağlık kurumları geliştirme programı yıllık raporu | Tangerang Selatan İl Sağlık Müdürlüğü | Yerel rapor | 2012 ve 2015 |
| 13 | Tangerang Selatan bölgesinde ikamet edenler için TSM'de ücretsiz hizmetler rehberi | Tangerang Selatan Belediyesi Başkanı | Yasal Düzenleme | 2012 |
| 14 | Toplum sağlık sigortası mevzuatı | Sağlık Bakanlığı | Yasal Düzenleme | 2012 |
| 15 | Tangerang Selatan bölgesinde sağlık hizmetleri ücretleri | Tangerang Selatan Belediyesi Başkanı | Yasal Düzenleme | 2014 |
| 16 | Sağlık operasyonel bütçesi | Sağlık Bakanlığı | Yasal Düzenleme | 2015 |

**Ek 3. Gözlemsel çalışmadan resimler**

**TSM içinde uygulanan sağlığı geliştirme programları**

**Bekleme salonu**







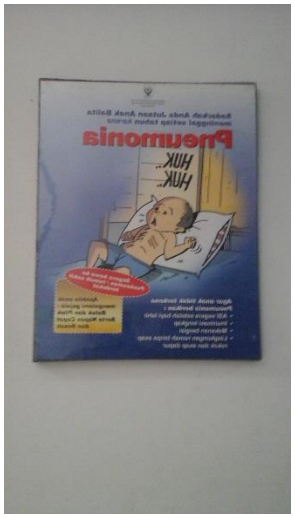




**Poliklinikler**








**İlaç Odası**






**Yataklı Tedavi Odası**





**TSM dışında uygulanan sağlığı geliştirme programları: Ev ziyaretleri**



Posyandu ve yaşlılar için posyandu



5 yaş altı sınıfı



İlaçlama (Sislendirme) Çalışmaları



Posyandu




Yaşlılar için beden eğitimi



Larva incelemesi



Okul'da yemeklerden gıda örneği alımı



Su deposunda su incelemesi



Gebeler için eğitim



Yaşlılar için beden eğitim

**Okullarda yapılan sağlığı geliştirme uygulamaları**



Okulda aşı yapılması



Diş fırçası eğitimi



Diş sağlığı eğitimi



Okul'da sağlık taraması



Diş ve ağız eğitimi



Camide uyuşturucu madde ile ilgili eğitim



HIV/AIDS eğitimi




Genç sağlığı eğitimi

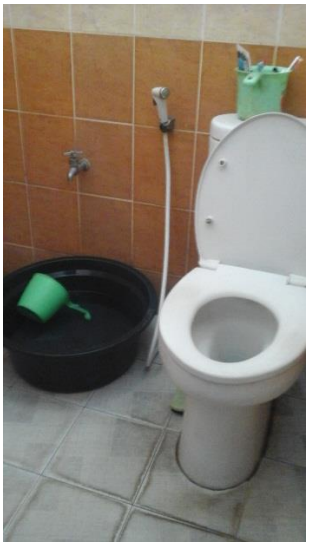
**TSM'nin genel durumu**

**Tuvaletler**

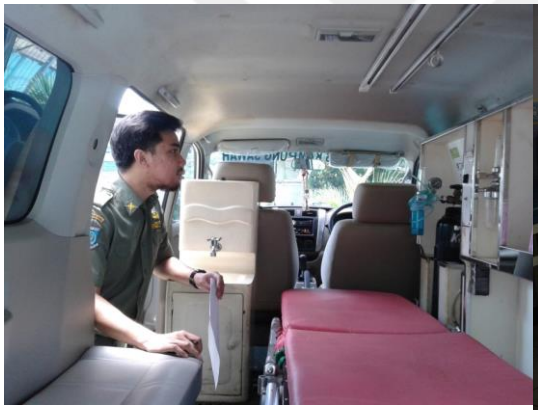








**Fizik ve teknik altyapı**



TSM ambulansı



Poliklinik odası



USS ile ilgili bilgilendirme




TSM park yeri

**Ek 4. Sağlık yöneticisi anket formu**

**Endonezya'da Ulusal Sağlık Sigortası ve Sağlığı Koruma ve Geliştirme Hizmetleri Açısından Toplum Sağlık Merkezlerinin Rolü**

**Sağlık Yöneticileri için Anket Formu**

**Genel Bilgiler:**

Adı Soyadı :

Yaş :

Cinsiyet :

Meslek :

Eğitim Durumu :

**DİKKAT: (Tüm sorular USS öncesi ve sonrası olarak sorulacaktır)**

**A-GİRDİLER:**

**1) Sağlığı koruma ve geliştirme politikası:**

1. Endonezya'da **Sağlık Bakanlığı** tarafından oluşturulan sağlığı koruma ve geliştirme politikaları hakkında ne düşünüyorsunuz?
   **USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

2. Endonezya'da **İl Sağlık Müdürlüğü** tarafından oluşturulan sağlığı koruma ve geliştirme politikaları hakkında ne düşünüyorsunuz?
   **USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

3. TSM'lerde oluşturulan sağlığı koruma ve geliştirme politikası ve planı hakkında ne düşünüyorsunuz?
   **USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

4. Sizce Endonezya'da toplumun sağlık düzeyinin artması için TSM'lerin rolü nedir? Bu konuda ne düşünüyorsunuz?
   **USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**2)TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili insan kaynakları:**

5. TSM'de çalışan sağlık personeli hakkında ne düşünüyorsunuz? (sayı, eğitim, beceri vb)
   **USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**3)TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili alt yapı:**

6. TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla kullanılan malzemeler, fizik ve teknik alt yapı hakkında hakkında ne düşünüyorsunuz? (poster, eğitim malzemesi, eğitim salonu, bilgisayar, projeksiyon vb)
   **USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**4)TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili finansman:**

7. TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla kullanılan finansman (bütçe ve fon yönetimi vb) hakkında ne düşünüyorsunuz? Finansman yeterli mi? Neden?
   **USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**B-SÜREÇ**

**1)Planlama**

8. TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme programı nasıl planlanır?
   **USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**2)Uygulama**

9. TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme programı nasıl uygulanır?
   **USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

10. TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme program uygulamaları ile ilgili sorunlar varsa nelerdir?
    **USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**3)Gözlem/Denetim**

11. TSM'de uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programları nasıl denetlenir, gözlenir?
    **USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**C-ÇIKTI**

**1)TSM içinde uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programlarının sonuçları**

12. TSM içinde (Hasta bekleme yerinde, Polikliniklerde, Anne ve çocuk sağlığı odası ve Aile planlanması odasında, laboratuar, göz polikliniği, ilaç odası, yataklı tedavi, kantin vb) uygulanmakta olan sağlığı koruma ve geliştirme programı var mı? Eğer varsa, neler var ve sizce nasıl?

**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**2)TSM dışında uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programlarının sonuçları**

**13.** TSM dışında (Ev ziyaretlerinde, okullarda, iş yerlerinde) uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programı var mı? Eğer varsa, neler var ve sizce nasıl?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**14.** Sağlığı koruma ve geliştirme programlarıyla ilgili olarak toplum içindeki örgütlenmeler var mı? TSM tarafından uygulanıyor mu? Bilgi verebilir misiniz?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**3)TSM'nin Genel Durumu**

**15.** Sizce TSM'nin içinde sigara içiliyor mu? Dumansız Hava Sahası kuralları hakkında ne düşünüyorsunuz?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**16.** Sizce TSM ortamı (tuvaletler vb) temiz midir? Genel temizlik ve hijyen hakkında ne düşünüyorsunuz?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**17.** Sizce TSM'de sivrisinek larvası ve solucan var mı?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**4) TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme programlarının değerlendirilmesi**

**18.** TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme programları nasıl değerlendirilir?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**19.** TSM tarafından uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programları hakkında genel olarak ne düşünüyorsunuz? Bu konuda söylemek istediğiniz başka şeyler var mı?

**Ek 5. Sağlık Çalışanları İçin Anket Formu**

**Endonezya'da Ulusal Sağlık Sigortası ve Sağlığı Koruma ve Geliştirme Hizmetleri Açısından Toplum Sağlık Merkezlerinin Rolü**

**Sağlık Çalışanları İçin Anket Formu**

**Genel Bilgiler:**

Adı Soyadı :

Yaş :

Cinsiyet :

Meslek :

Eğitim Durumu :

**DİKKAT: (Tüm sorular USS öncesi ve sonrası olarak sorulacaktır)**

**A-GİRDİLER:**

**1) Sağlığı koruma ve geliştirme politikası:**

**20.** Endonezya'da **Sağlık Bakanlığı** ve **İl Sağlık Müdürlüğü** tarafından oluşturulan sağlığı koruma ve geliştirme politikaları hakkında ne düşünüyorsunuz?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**21.** TSM'lerde oluşturulan sağlığı koruma ve geliştirme politikası ve planı hakkında ne düşünüyorsunuz?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**22.** Sizce Endonezya'da toplumun sağlık düzeyinin artması için TSM'lerin rolü nedir? Bu konuda ne düşünüyorsunuz?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**2)TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili insan kaynakları:**

**23.** TSM'de çalışan sağlık personeli hakkında ne düşünüyorsunuz? (sayı, eğitim, beceri vb)
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**3)TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili alt yapı:**

**24.** TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla kullanılan malzemeler, fizik ve teknik alt yapı hakkında hakkında ne düşünüyorsunuz? (poster, eğitim malzemesi, eğitim salonu, bilgisayar, projeksiyon vb)
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**4)TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili finansman:**

**25.** TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla kullanılan finansman (bütçe ve fon yönetimi vb) hakkında ne düşünüyorsunuz? Finansman yeterli mi? Neden?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**26.** Personele bu konuda ek ödeme yapılması hakkında ne düşünürsünüz?

**B-SÜREÇ**

**1)Planlama**

**27.** TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme programı nasıl planlanır?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**28.** Planlama aşamasına personelin katılımı hakkında ne düşünüyorsunuz?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**2)Uygulama**

**29.** TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme programı nasıl uygulanır?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**30.** TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme program uygulamaları ile ilgili sorunlar varsa nelerdir?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**3)Gözlem/Denetim**

**31.** TSM'de uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programları nasıl denetlenir, gözlenir?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**C-ÇIKTI**

**1)TSM içinde uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programlarının sonuçları**

**32.** TSM içinde (Hasta bekleme yerinde, Polikliniklerde, Anne ve çocuk sağlığı odası ve Aile planlanması odasında, laboratuar, göz polikliniği, ilaç odası, yataklı tedavi, kantin vb) uygulanmakta olan sağlığı koruma ve geliştirme programı var mı? Eğer varsa, neler var ve sizce nasıl?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**2)TSM dışında uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programlarının sonuçları**

**33.** TSM dışında (Ev ziyaretlerinde, okullarda, iş yerlerinde) uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programı var mı? Eğer varsa, neler var ve sizce nasıl?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**34.** Sağlığı koruma ve geliştirme programlarıyla ilgili olarak toplum içindeki örgütlenmeler var mı? TSM tarafından uygulanıyor mu? Bilgi verebilir misiniz?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**3)TSM'nin Genel Durumu**

**35.** Sizce TSM'nin içinde sigara içiliyor mu? Dumansız Hava Sahası kuralları hakkında ne düşünüyorsunuz?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**36.** Sizce TSM ortamı (tuvaletler vb) temiz midir? Genel temizlik ve hijyen hakkında ne düşünüyorsunuz?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**37.** Sizce TSM'de sivrisinek larvası ve solucan var mı?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**4) TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme programlarının değerlendirilmesi**

**38.** TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme programları nasıl değerlendirilir?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**39.** TSM tarafından uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programları hakkında genel olarak ne düşünüyorsunuz? Bu konuda söylemek istediğiniz başka şeyler var mı?

**Ek 6. Hizmet alanlar için anket formu**

**Endonezya'da Ulusal Sağlık Sigortası ve Sağlığı Koruma ve Geliştirme Hizmetleri Açısından Toplum Sağlık Merkezlerinin Rolü**

**Hizmet alanlar için Anket Formu**

**Genel Bilgiler:**

Adı Soyadı :

Yaş :

Cinsiyet :

Meslek :

Eğitim Durumu :

**DİKKAT: (Tüm sorular USS öncesi ve sonrası olarak sorulacaktır)**

**A-GİRDİLER:**

**1) Sağlığı koruma ve geliştirme politikası:**

**40.** Tangerang Selatan'da toplumun sağlık düzeyinin artması için TSM'lerin rolü nedir? Bu konuda ne düşünüyorsunuz?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**41.** Tangerang Selatan'da uygulanmakta olan sağlığı koruma ve geliştirme programları hakkında düşünüyorsunuz?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**2)TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili insan kaynakları:**

**42.** TSM'de çalışan sağlık personeli hakkında ne düşünüyorsunuz? (sayı, eğitim, beceri)
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**3)TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili alt yapı:**

**43.** TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla kullanılan malzemeler, fizik ve teknik alt yapı hakkında hakkında ne düşünüyorsunuz? (poster, eğitim malzemesi, eğitim salonu, bilgisayar, projeksiyon vb)
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**4)TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili finansman:**

**44.** TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla kullanılan finansman (bütçe ve fon yönetimi vb) hakkında ne düşünüyorsunuz? Finansman yeterli mi? Neden?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**B-SÜREÇ**

**45.** TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme programlarının planlanması ve uygulanmasına halkın katılımı hakkında ne düşünüyorsunuz ?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**46.** TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme program uygulamaları ile ilgili sorunlar varsa nelerdir?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**C-ÇIKTI**

**1)TSM içinde uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programlarının sonuçları**

**1.** TSM içinde (Hasta bekleme yerinde, Polikliniklerde, Anne ve çocuk sağlığı odası ve Aile planlanması odasında, laboratuar, göz polikliniği, ilaç odası, yataklı tedavi, kantin vb) uygulanmakta olan sağlığı koruma ve geliştirme programı var mı? Eğer varsa, neler var ve sizce nasıl?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**2)TSM dışında uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programlarının sonuçları**

**1.** TSM dışında (Ev ziyaretlerinde, okullarda, iş yerlerinde) uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programı var mı? Eğer varsa, neler var ve sizce nasıl?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**2.** Sağlığı koruma ve geliştirme programlarıyla ilgili olarak toplum içindeki örgütlenmeler var mı? TSM tarafından uygulanıyor mu? Bilgi verebilir misiniz?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**3)TSM'nin Genel Durumu**

**3.** Sizce TSM'nin içinde sigara içiliyor mu? Dumansız Hava Sahası kuralları hakkında ne düşünüyorsunuz?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**4.** Sizce TSM ortamı (tuvaletler vb) temiz midir? Genel temizlik ve hijyen hakkında ne düşünüyorsunuz?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**5.** Sizce TSM'de sivrisinek larvası ve solucan var mı?
**USS öncesi ve sonrasını kıyaslayabilir misiniz?**

**4) TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme programlarının değerlendirilmesi**

**6.** TSM tarafından uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programları hakkında genel olarak ne düşünüyorsunuz? Bu konuda söylemek istediğiniz başka şeyler var mı?

**Ek 7. Doküman analizi rehberi**

**Doküman Analizi Formu**

**A. BELGE BİLGİSİ**

a. Belgenin adı :

b. Yazan kurumu :

c. Belgenin türü :

d. Yayınlama tarihi:

e. Belge düzeyi :

**B. Girdi:**

**a.** TSM'de Uygulanan Sağlığı Koruma ve Geliştirme Politikaları

TSM'de uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme politikası ve planı hakkında bahsedilmiş midir?

Eğer bahsedildiyse açıkla:

**b.** TSM'de İnsan Kaynakları Durumu

TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme yapması için sağlık personeli (sayı, eğitim, beceri) hakkında bahsedilmiş midir?

Eğer bahsedildiyse açıkla:

**c.** TSM'de Alt Yapı (fiziksel ve teknolojik)

TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla kullanılan malzemeler, fizik ve teknik alt yapı (poster, eğitim malzemesi, eğitim salonu, bilgisayar, projeksiyon vb) hakkında bahsedilmiş midir?

Eğer bahsedildiyse açıkla:

**d.** TSM'de Sağlığı Koruma ve Geliştirme Finansmanı

TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla kullanılan finansman (bütçe ve fon yönetimi vb) hakkında bahsedilmiş midir?

Eğer bahsedildiyse açıkla:

**C. Süreç:**

**a.** TSM'de Sağlığı Koruma ve Geliştirme programlarının Planlaması

TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme programının nasıl planlandığından bahsedilmiş midir?

Eğer bahsedildiyse açıkla:

**b.** TSM'de Sağlığı Koruma ve Geliştirme programlarının Uygulamasında Kullanılan Yöntem

TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme programı hangi yöntemle uygulandığından bahsedilmiş midir?

Eğer bahsedildiyse açıkla:

**c.** TSM'de Sağlığı Koruma ve Geliştirme programlarının Gözlenmesi

TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme programı genel olarak nasıl gözlenmektedir?

Eğer bahsedildiyse açıkla:

d. TSM'de Sağlığı Koruma ve Geliştirme programlarının Değerlendirmesi

TSM'de sağlığı koruma ve geliştirme programı genel olarak nasıl değerlendirilmektedir?

Eğer bahsedildiyse açıkla:

**D. Çıktı:**

a. TSM İçinde Uygulanan Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programları

Hasta beklenme yerinde, polikliniklerde, anne ve çocuk sağlığı odası ve diğer yerlerde (laboratuar, göz polikliniği, ilaç odası, yataklı tedavi, kantin vb) uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programı hakkında bahsedilmiş midir?

Eğer bahsedildiyse açıkla:

**b.** TSM Binası Dışında Uygulanan Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programları

TSM dışında (Ev ziyaretleri, okullar, iş yerleri, toplum örgütlenmesi) uygulanan sağlığı koruma ve geliştirme programı hakkında bahsedilmiş midir?

Eğer bahsedildiyse açıkla:

**c.** TSM'nin Genel Durumu (Sigara içilmesi, tuvalet temizliği ve sivrisinek larvası)

TSM içinde sigara içilmesi, tuvalet temizliği ve sivrisinek larvası hakkında bahsedilmiş midir?

Eğer bahsedildiyse açıkla:

## Ek 8. Etik Kurul Onayı

| | | |
|---|---|---|
| KARAR BİLGİLERİ | **Karar No:2015/18-10** | **Tarih: 30.07.2015** |
| | Prof.Dr.Bülent Kılıç'ın sorumlusu olduğu **"Endonezya Tangerang Selatan Bölgesinde Ulusal Sağlık Sigortası Öncesi ve Sonrası Dönemde Sağlığı Koruma ve Geliştirme Hizmetleri Açısından Toplum Sağlığı Merkezlerinin Rolü"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, **kurum izin belgesi alınması koşuluyla** etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.<br>-Kurum izin belgesi alındıktan sonra Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir. | |
| **ETİK KURUL BİLGİLERİ** | | |
| **ÇALIŞMA ESASI** | Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi<br>İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu | |
| **ETİK KURUL ÜYELERİ** | | |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | Araştırma ile İlişkili mi? | | İmza |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan) | Tıbbi Biyokimya | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı) | Halk Sağlığı | DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU | Kalp Damar Cerrahisi | DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı | Erkek | E ☐ | H ☒ | katılmadı |
| Prof.Dr.Ece BÖBER | Pediatrik Endokrinoloji | DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK | Nöroloji | DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | katılmadı |
| Prof.Dr.Sevinç ERASLAN | Endokrinoloji | DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN | Tıbbi Farmakoloji | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | katılmadı |
| Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK | Tıbbi Mikrobiyoloji | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | katılmadı |
| Prof.Dr.Nihal GELECEK | Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon | DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Doç.Dr.Müge KİRAY | Fizyoloji | DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER | Hemşirelik Yönetimi | DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ | Tıbbi Biyoloji ve Genetik | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D | Erkek | E ☐ | H ☒ | |
| Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER | Anesteziyoloji | DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D. | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN | Hukuk | DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D | Erkek | E ☐ | H ☒ | |
| Mehmet Erhan ÖZKUL | Sağlık mensubu olmayan üye | D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler | Erkek | E ☐ | H ☒ | |

| | | |
|---|---|---|
| KARAR BİLGİLERİ | **Karar No:2016/06-42** | **Tarih:03.03.2016** |
| | Prof.Dr.Bülent Kılıç'ın sorumlusu olduğu **"Endonezya Tangerang Selatan Bölgesinde Ulusal Sağlık Sigortası Öncesi ve Sonrası Dönemde Sağlığı Koruma ve Geliştirme Hizmetleri Açısından Toplum Sağlığı Merkezlerinin Rolü"** isimli klinik araştırmaya ait sorumlu araştırmacı tarafından gönderilen 24.02.2016 tarihli dilekçeye ilişkin;<br>-Kurum izin belgesi incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur. | |
| **ETİK KURUL BİLGİLERİ** | | |
| **ÇALIŞMA ESASI** | Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi<br>İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu | |
| **ETİK KURUL ÜYELERİ** | | |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | Araştırma ile İlişkili mi? | | İmza |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan) | Tıbbi Biyokimya | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı) | Halk Sağlığı | DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU | Kalp Damar Cerrahisi | DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı | Erkek | E ☐ | H ☒ | katılamadı |
| Prof.Dr.Ece BÖBER | Pediatrik Endokrinoloji | DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK | Nöroloji | DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Sevinç ERASLAN | Endokrinoloji | DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN | Tıbbi Farmakoloji | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK | Tıbbi Mikrobiyoloji | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Nihal GELECEK | Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon | DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Müge KİRAY | Fizyoloji | DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER | Hemşirelik Yönetimi | DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D | Kadın | E ☐ | H ☒ | katılamadı |
| Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ | Tıbbi Biyoloji ve Genetik | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D | Erkek | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER | Anesteziyoloji | DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D. | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN | Hukuk | DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D | Erkek | E ☐ | H ☒ | |
| Mehmet Erhan ÖZKUL | Sağlık mensubu olmayan üye | D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler | Erkek | E ☐ | H ☒ | |

## Ek 9. Tangerang Selatan Sağlık Müdürlüğü Kurum Onayı

Institutions' coat of arms

SOUTH TANGERANG GOVERNMENT
PUBLIC HEALTH OFFICE

Jl. Raya Rawabuntu Rt.02/01, Kelurahan Ciater, Kecamatan Serpong
Tlp: (021) 29307897 Fax: (021) 29307989

No : 070/0005/Umpeg
Tone : Regular
Point : Approval

South Tangerang, February 1, 2016
To
Health Sciences Institute
Dokuz Eylul University

Responding to the letter from Dokuz Eylul University, number: 11945668/, dated January 12, 2016 about permission to conduct a research for:

Name : Mochamad Iqbal Nurmansyah

Research Title : "The role of Puskesmas in the preventive services and health promotion in the era before and after the implementation of a National Health Insurance in South Tangerang"

The Public Health of South Tangerang Government allows the aforementioned name to conduct the research and to collaborate with the Head of intended Technical Implementing Unit Puskesmas and to report the result of the research to the Public Health of South Tangerang Government.

Thank you for your attention.

THE HEAD OF PUBLIC HEALTH
SOUTH TANGERANG GOVERNMENT

*Signed and Stamped*

Drs. SUHARNO, M.Kes.
First Class Administrator
ERN. 196009241985011001

Cc:
1. Mayor of South Tangerang
2. Head of intended Technical Implementing Unit for South Tangerang
3. The individual concerned



**Ek 10. M. İqbal Nurmansyah Özgeçmişi**

# ÖZGEÇMİŞ

| | |
|---|---|
| **Pasaport No:** | A 6114026 |
| **Doğum Yılı:** | 1991 |
| **Yazışma Adresi:** | Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sağlık Bilimleri Enstitüsü – İzmir 35340 İzmir/Türkiye |
| **Telefon:** | 0 507 029 7687 |
| **e-posta:** | m.iqbalnurmansyah@gmail.com |

## EĞİTİM BİLGİLERİ

| Ülke | Üniversite | Fakülte | Öğrenim Alanı | Derece | Mezuniyet yılı |
|---|---|---|---|---|---|
| Endonezya | *State Islamic University Jakarta* | Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi | Halk Sağlığı | Lisans | 2013 |
| Hollanda | *Maastricht University* | *Faculty of Health, Medicine and Life Sciences* | *Healthcare Policy, Innovation and Management* | *Erasmus + Exchange Program* | 2015 |

## UZMANLIK ALANLARI

| Uzmanlık Alanları |
|---|
| Sağlık Yönetimi, Sağlık Politikası |

## YAYINLAR

### Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

| |
|---|
| **M Iqbal Nurmansyah**, Badra Al- Aufa, Yuli Amran, Gambaran Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Jakarta, Jurnal Kesehatan Reproduksi Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, edisi 5 volume 3, nomer 1, 2012 |
| **M Iqbal Nurmansyah**, Badra Al- Aufa, Gambaran Tingkat Pengetahuan Reproduksi pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Jakarta, Berkala Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Indonesia Volume 1, nomer 2, Juni 2013 |
| **M Iqbal Nurmansyah**, Catur Rosidati, Riastuti Kusuma Wardani, Badra Al- Aufa, Assessment of Nutrition System Using Health Metric Network Framework. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Volume 10, nomer 1, Agustus 2015 |

### Ulusal/Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (*Proceedings*) basılan bildiriler

| |
|---|
| **M Iqbal Nurmansyah**, Badra Al- Aufa, Peran Mahasiswa Dalam Implementasi Spiritual Emotional Freedom Technique Sebagai Upaya Mengurangai Jumlah Perokok, 2nd Indonesia Public Health Indonesia Student Summit |
| Badra Al Aufa, **Mochamad Iqbal Nurmansyah**, Factors Affecting Adolescent Smoking Behavior in RW 04 West Pamulang Village South Tangerang City Year 2011, Prosiding Conference and Exhibition John Hopkins School Of Public Health and University Muhammadiyah Yogyakarta, 2012 |
| Walidatul Laili Mardliyah, **Mochamad Iqbal Nurmansyah**, Parental Advisory Program: The Effort To Reduce Smoking Behavior At Home, Prosiding On behalf of the 10th Asia Pacific Conference on Tobacco or Health (APACT), 2013 |