



T.C.
İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ (TEZLİ) YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHSEL SÜREÇTEN İNCELENMESİ

Seferiye BOZ

Yüksek Lisans Tezi

İSTANBUL
Ocak 2025

TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHSEL SÜREÇTEN İNCELENMESİ

Seferiye BOZ

T.C.
İstanbul Nişantaşı Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi (Tezli) Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi

ORCID ID: 0009-0002-2380-3052

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÖZSOY

İstanbul
Ocak 2025

KABUL VE ONAY

Seferiye BOZ tarafından hazırlanan “Türkiye’de Sağlık Politikalarının Tarihsel Süreçten İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, 22 Ocak 2025 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyesi: **Dr. Öğr. Üyesi Betül ÇOLAK**
İstanbul Nişantaşı Üniversitesi

Jüri Üyesi: **Doç. Dr. Mira ASSADI**
İstanbul Aydın Üniversitesi

Tez Danışmanı: **Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÖZSOY**
İstanbul Nişantaşı Üniversitesi

Jüri tarafından kabul edilen bu çalışmanın Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Enstitü Yönetim Kurulu;

Karar Tarihi:

Karar Numarası:

Dr. Öğr. Üyesi Şerafettin SEVGİLİ
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygu olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını tezimin/projemin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

22 Ocak 2025

Seferiye BOZ



SAVUNMA ÖNCESİ ONAYLAR

BENZERLİK ONAYI		
Başlık	Türkiye’de Sağlık Politikalarının Tarihsel Perspektiften İncelenmesi	
Savunma Tarihi	22 Ocak 2025	
Sayfa Sayısı	108	
Benzerlik Yüzdesi (%)	14	
Taranan Program	Turnitin	
Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın kapak sayfası, giriş, özet, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan çalışmam için şahsım ve tez danışmanım/Enstitü Sorumlusu tarafından intihal tespit programında taraması yapılmıştır. Tez Danışmanımın gözetiminde tamamladığım çalışmamın azami benzerlik oranlarına göre intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.		
Öğrenci	Danışman	Enstitü Sorumlusu
Seferiye BOZ	Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÖZSOY	

TEZDEN ÇIKARILAN YAYIN		
Yayın Künyesi	Boz, S. ve Özsoy, D. (2024). Türkiye’de sağlık politikalarının tarihsel perspektiften incelenmesi. <i>Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi</i> , 21(3), 235-258.	
Yayın Türü	☒ Ulusal Hakemli Dergide Makale ☐ Uluslararası Hakemli Dergide Makale ☒ Ulusal Kongre/Sempozyumda Bildiri ☐ Uluslararası Kongre Sempozyumda Bildiri	
	Enstitü Sekreteri	

TEŞEKKÜR

Bir yılı aşkındır çeşitli emekler vererek hazırladığım yüksek lisans tezimi tamamlanmanın heyecanı ve haklı gururunu yaşamaktayım. Bana ayrılan bu bölümü tez aşamasında bana desteğini esirgemeyen kişilere teşekkür etmeye ithafen kullanmak istiyorum.

Öncelikle tezimi hazırlarken beni kısıtlamadan özgürce çalışmama imkân tanıyan emek ve desteklerini esirgemeyen kıymetli danışman hocam Dr. Dilek ÖZSOY' a, desteğini asla esirgemeyen biricik halam Resmiye BOZ' a, her sözüyle desteğini belirten biricik annem Gülhan AVCUOĞLU'na, bu meşakkatli süreçte sabırlı davranarak bana desteğini esirgemeyen sevgilim Ozan GÜLER' e teşekkür ediyor ve varlıkları için şükranlarımı sunuyorum.

Seferiye BOZ

Ocak, 2025



ÖZET

Seferiye BOZ

Türkiye’de Sağlık Politikalarının Tarihsel Süreçten İncelenmesi

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul, 2025

Türkiye’de sağlık politikalarının tarihsel süreç içerisinde yaşadığı gelişimi ve sağlık alanında meydana gelen inovasyonların bu süreçteki rolünü inceleyen bu çalışmanın amacı, sağlık sistemine yön veren politikaların nasıl şekillendiğini ve ilgili politikaların sağlık hizmetlerine nasıl bir etki yarattığını ortaya koyabilmektir. Aynı zamanda dijital sağlık uygulamalarının sağlık yönetiminde nasıl bir dönüşüm sağladığının analiz edilmesi de çalışmanın amaçları arasında yer almaktadır. Bu bilgilerden yola çıkarak sağlık politikalarının değişim sürecinin anlaşılması ve gelecekteki politika geliştirme süreçlerine katkıda bulunulması hedeflenmektedir. Araştırma nitel araştırma yöntemlerinden derleme şeklinde gerçekleştirilmiş olup tarihsel analiz ve literatür taraması yapılmıştır. Türkiye’de sağlık politikalarının dönüşümü, Cumhuriyet öncesi dönemden günümüze gelinceye dek yaşanan gelişmeler dikkatli bir şekilde incelenmiştir. 2003 yılında uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve 2017 yılından sonra gerçekleştirilen düzenlemeler çalışmanın odak noktasını oluşturmaktadır. Bununla birlikte geçtiğimiz yıllarda sağlık hizmetlerinde inovasyonun artan önemi vurgulanarak Türkiye özelinde dijital sağlık uygulamalarının gelişimi değerlendirilmiştir. Araştırmada elde edilen bulgular gereğince Türkiye’de sağlık politikalarının gelişiminin dönemsel olarak değişen siyasi ve ekonomik koşullara bağlı bir şekilde şekillendiğini söylemek mümkündür. 2003 yılında yaşanan reformlarla birlikte sağlık hizmetlerine erişimin daha geniş bir hal aldığı ancak yapısal sorunların günümüzde halen devam ettiği görülmektedir. 2017 yılından sonra gerçekleştirilen revizyonlarla beraber sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve finansmanı üzerinde farklı düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Dijital sağlık hizmetlerine dair yaşanan gelişmeler bazında e-Nabız uygulaması gibi sağlık bilişim sistemlerinin entegrasyonu, vatandaşların sağlık verilerine erişimini daha kolay bir hale getirmiş ve sağlık hizmetlerini daha etkin bir şekilde yönetilmesine katkıda bulunmuştur. Araştırmada elde edilen veriler Türkiye’de sağlık politikalarının gelişiminin sistem etkinliği ve erişilebilirliği artırmaya dair reformlar bazında gerçekleştiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler

Sağlık Politikaları, Türkiye’de sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin gelişimi

ABSTRACT

Seferiye BOZ

Examination of health policies in Turkey from a historical perspective

Master's Thesis

İstanbul, 2025

The study examines the historical development of health policies in Turkey and the role of innovations in the field of health in this process. The aim of the study is to reveal how the policies that guide the health system are shaped and how the relevant policies affect health services. The analysis of how digital health applications transform health management is also among the objectives of the study. It is aimed to understand the process of change in health policies and to contribute to future policy development processes, based on this information. The research was conducted in the form of a compilation of qualitative research methods, historical analysis and literature review were conducted. The transformation of health policies in Turkey, the developments from the pre-Republic period to the present day were carefully examined. The Health Transformation Program implemented in 2003 and the regulations implemented after 2017 constitute the focus of the study. The increasing importance of innovation in health services in the past years was emphasized, and the development of digital health applications in Turkey was evaluated. The findings obtained in the study show that the development of health policies in Turkey is shaped by periodically changing political and economic conditions. With the reforms in 2003, access to health services has become more widespread, but structural problems still continue today. Different regulations have been made on the sustainability and financing of health services, along with the revisions made after 2017. The integration of health information systems such as the e-Pulse application has made it easier for citizens to access health data and contributed to the more effective management of health services, together with the developments in digital health services. The data show that the development of health policies in Turkey has been based on reforms to increase system efficiency and accessibility.

Keywords

Health policies, health services in Turkey, development of health services

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
ETİK BEYAN	ii
SAVUNMA ÖNCESİ ONAYLAR	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	4
İKİNCİ BÖLÜM: TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ	8
2.1. Kavramsal Olarak Sağlık.....	8
2.2. Sağlıkta Sosyal Belirleyiciler	11
2.2.1. Kişisel Faktörler.....	11
2.2.2. Sosyoekonomik Faktörler	12
2.2.3. Çevresel Faktörler.....	12
2.3. Sağlıkta Politik Belirleyiciler	13
2.4. Sağlık Hizmetleri.....	14
2.4.1. Koruma Amaçlı Sağlık Hizmetleri	15
2.4.2. Tedavi Amaçlı Sağlık Hizmetleri	18
2.4.3. Rehabilitasyon Amaçlı Sağlık Hizmetleri.....	23
2.4.4. Sağlığın Gelişimine Yönelik Hizmetler.....	24
2.5. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	24
2.6. Sağlık Hizmeti Sunucuları.....	28
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: HUKUKİ DÜZEN İÇERİSİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ	32
3.1. Sağlık Hizmetinin Hukuki Boyutu	32
3.1.1. 1876 Anayasası Gereğince Sağlık Hakkı	32
3.1.2. 1921 Anayasası Gereğince Sağlık Hakkı	32
3.1.3. 1924 Anayasası Gereğince Sağlık Hakkı	33
3.1.4. 1961 Anayasası Gereğince Sağlık Hakkı	33

3.1.5. 1982 Anayasası Gereğince Sağlık Hakkı	34
3.1.6. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi Gereğince Sağlık Hakkı	35
3.1.7. Avrupa Sosyal Şartı Gereğince Sağlık Hakkı.....	36
3.1.8. Alma-Ata Bildirisi Gereğince Sağlık Hakkı.....	36
3.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	37
3.2.1. Sosyal Güvenlik Kavramı	41
3.2.2. Kamu Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları	43
3.3. Sağlık Reformu ve Sağlık Politikası Kavramları	44
3.4. Kamu Sağlık Politikaları	46
3.4.1. Bismarck Modeli	48
3.4.2. Beveridge Modeli	49
3.4.3. Genel Sağlık Sigortası Modeli.....	50
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: TÜRKİYE’DEKİ SAĞLIK POLİTİKALARININ KRONOLOJİK GELİŞİMİ.....	53
4.1. Cumhuriyet Öncesi Dönemde Sağlık Politikaları	53
4.2. 1920-1923 Yılları Arasında Sürdürülen Sağlık Politikaları	54
4.3. 1923-1945 Yılları Arasında Sürdürülen Sağlık Politikaları	55
4.4. 1946-1960 Yılları Arasında Sürdürülen Sağlık Politikaları	56
4.5. 1961-1980 Yılları Arasında Sürdürülen Sağlık Politikaları	57
4.6. 1980-2002 Yılları Arasında Sürdürülen Sağlık Politikaları	58
4.7. 2003-2012 Yılları Arasında Sürdürülen Sağlıkta Dönüşüm Programı	60
4.7.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri.....	62
4.7.2. Sağlıkta Dönüşüm Programından Önce Ortaya Çıkan Problemler	63
4.7.3. Sağlıkta Dönüşüm Programından Sonra Sağlık Hizmetleri Sunumu	64
4.8. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmetleri	65
BEŞİNCİ BÖLÜM: TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARININ DEĞİŞİMİ.....	67
ALTINCI BÖLÜM: TÜRKİYE’NİN VE DİĞER ÜLKELERİN SAĞLIK HARCAMLARI.....	77
YEDİNCİ BÖLÜM: TARTIŞMA	86
SONUÇ	88
KAYNAKLAR	91

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	18
Tablo 2. Sağlık Hizmetleri Sunan Kurumlar.....	30
Tablo 3. TÜİK Verilerine Göre Türkiye'nin 2013- 2022 Yılları Arasında Toplam Sağlık Harcamaları	78
Tablo 4. TÜİK Verilerine Göre Genel Devlet ve Özel Sektör Sağlık Harcamaları.....	79
Tablo 5. Türkiye'de Yıllık Kamu Sağlık Harcamaları (Nominal)	80



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Hizmetlerin Genel Özellikleri.....	25
Şekil 2. Sağlık Harcamalarının GSYİH’deki Payı, 2022	83
Şekil 3. Seçilmiş Ülkelerde Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı 2013-2020 ..	84



KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma	Açıklama
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BM	Birleşmiş Milletler
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
md.	Madde
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti



GİRİŞ

İnsanlığın başından itibaren sağlığı oldukça önemseydiği bilinmektedir. Tarihin ilk dönemlerinde doğa dışı güçlerle bozulduğuna inanılan sağlık, uygarlıkların gelişimi ile beraber daha bilimsel bir çizgiye oturtulmuştur. Tıp biliminin ilerlemesi ile birlikte toplumda ortaya çıkan hastalıkların sebepleri bulunabilmiş, aynı zamanda bunlara yönelik tedavi şekilleri araştırılmıştır. Bu dönemlerde dahi toplumların gelişimi tamamıyla sağlıklı bireylerin varlığıyla ilişkilendirilmiştir. Dolayısıyla sağlık toplumlar için her daim öncelikli bir amaç olmuştur.

Bireylerin yaşayabilmesi, öğrenebilmesi, eğlenebilmesi, aile kurabilmesi ya da iş yapabilmesi için öncelikle sağlıklı bir birey olması gerekmektedir. Sağlığını kaybeden bireyler toplumda kendine düşen görevleri yerine getiremeyecek ve bu durumun neticesinde bir birey olarak çevresine, topluma ya da ailesine fayda sağlayamayacaktır. Hasta olma durumu temelde sağlığını kaybetme şeklinde tanımlanmakta, sağlık ise hasta olmama şeklinde ifade edilmektedir. Kişinin sağlığını kaybetmesi ile birlikte hasta olarak değerlendirildiği düşünülürse, toplum içerisinde hayatına devam eden bireylerin hangisinin hasta olduğunun belirlenmesi oldukça zor bir durumdur. Görüldüğü gibi sağlığı etkilemekte olan faktörlerin fazlalığı sağlıkla ilgili net bir tanım ortaya konulmasını güçleştirmektedir.

Tarihsel süreçte farklı açılardan değerlendirilen sağlık kavramı, biyolojik, sosyal ve psikolojik açılardan farklı tanımlara sahip olmaktadır. Sağlıkla alakalı en belirgin tanım, bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali içerisinde olmasıdır (Van Druten vd., 2022: 2). Geleneksel biyomedikal anlayışa bakıldığında ise sağlık, hastalığın yokluğu olarak ele alınmaktadır. Buna karşılık ekolojik yaklaşım sağlığın çevresel faktörlere adapte olma yeteneği ile ilişkili olduğunu ifade etmektedir (Rai, 2016: 2-3). Van Druken ve arkadaşları (2022) tarafından öne çıkarılan “pozitif sağlık” kavramı ise bireyin sadece sağlık sorunlarının bulunmaması değil aynı zamanda yaşam koşullarına uyum sağlama kapasitesinin de sağlığı belirlediğini ifade etmektedir.

Psikolojik açıdan bir değerlendirme yapıldığındaysa zihinsel sağlığın bireyin kendi ile ve çevresi ile dengede olma halini ifade ettiği, stresle başa çıkma yeteneği ve toplum içerisinde işlevsellik düzeyi ile tanımlandığı görülmektedir. Mental sağlıkla alakalı en belirgin özellikler öz saygı, kimlik arayışı ve duygular arasındaki dengeyi sağlayabilme

yetişi bulunmaktadır (Rai, 2016: 4-5). Sosyal sağlık açısından bakıldığında ise sağlığın yalnızca bireyin fiziksel ve zihinsel durumunu değil aynı zamanda toplumsal etkileşimini ve sosyal ağlarını nitellediği de görölmektedir (Keleher ve MacDougall, 2015: 4). Bütün bunlar değerlendirildiğinde sağlığın bireysel ve toplumsal bir olgu olarak ele alınması gerektiği ve farklı bağlamlarda değerlendirilmesi gerektiği görölmektedir.

Bireysel sağlığı kontrol etmeyi hedefleyen sağlık sistemlerinin tüm toplumların sosyo ekonomik ve politik dinamiklerine bağlı olarak farklı şekillerde yapılandığını söylemek mümkündür. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu ise aynı toplum içerisindeki farklı bölgeler ya da kurumlar arasında da farklılaşabilmektedir. Ortaya çıkan farklılıklar sağlık politikalarının belirlenmesinde ve uygulanmasında yerel ihtiyaçlar, yönetim modeli ve kaynak dağılımının etkili bir rol oynadığını ifade etmektedir.

Ortaya çıkan bu çerçeve, sağlık politikalarının birbirinden farklılaşabildiği izlenimini doğurmaktadır. Bir ölkede sağlık sektörünü düzenlemeyi amaçlayan politikaların özömlenmesi ve anlaşılması önemli bir konudur. Ancak bunun yapılabilmesi için incelenecek pek çok boyut bulunmaktadır. Bunların başında sağlık politikalarının bilimsel ve tıbbi boyutu yer almaktadır. Sonrasında yönetsel boyut ve politik boyut en sık üzerinde durulan konular arasındadır. Sürdürölen politikaların tıbbi boyutu genellikle dünya genelinde benzerlik göstermektedir (Akdur, 1998: 1-2). Çünkü tıp bilimi ile alakalı hem teoriler hem de uygulamalar evrensel açıdan kabul görmektedir. Örneğın penisilin ilacı tüm ölkelerde ya da tüm hizmet sunumlarında aynı amaçla ve benzer şekillerde uygulanmaktadır. Bununla birlikte apandist ameliyatının da bütün ölkelerde ve bütün hizmet sunum şekillerinde aynı amaçla yapıldığını söylemek mümkündür. Burada değişiklik gösteren tek şey bahse konu olan işlemleri gerçekleştiren personelin yeterli bilgi düzeyine sahip olması ve kullanılan teknolojidir. Kısacası bahse konu olan hizmetlerin kalitesinin oldukça önemli olduğunu söylemek mümkündür.

Sağlık sektörü ile ilgili gerçekleştirilen tanımlarda faydalanılan bir diğer konu yönetsel boyuttur. Bu boyut hizmetin sunulma şekillerine göre çeşitlilik göstermektedir. Ancak tıpkı bilimsel boyutta olduğu gibi yönetim biliminin kurallarının da evrensel bir şekilde kabul görmesi önemlidir. Burada değişiklik gösteren sadece bu kuralların bilinmesi ve bu kurallara nasıl uyulacağıdır. Bahse konu olan kurallara uyulması doğrultusunda verimlilik artış gösterecek uyulmadığı doğrultuda ise verimlilik düşecektir.

Sağlık sektöründe uygulanan politikalar ülkeler arasında, bölgeler arasında ya da hizmet birimine bağlı olarak çeşitlilik gösterebilir. Politika boyutu sağlık sektörünün tanımlanmasında faydalanan öteki boyutları da büyük ölçüde etkilemektedir. Bu sebeple bir ülkede sağlık sektörünün tanımını ortaya koyacak en önemli boyut sağlık politikası olarak ifade edilebilir.

Ülkelerin sürdürdüğü sağlık politikaları verimli ve problemsiz ilerlediğinde, sağlık hizmetleri de olumlu etkilenecektir. Bu durumun sağlanması durumunda toplum daha sağlıklı nesillere kavuşabilecektir. Oluşturulan sağlıklı nesiller, içinde bulunduğu topluma iktisadi, siyasal ve toplumsal anlamda katkı sağlayacaktır. Bu açıdan bir toplumun ilerleyebilmesi için sağlık hizmetlerinin verimliliğinin sağlanmasının ön koşul olduğunu söylemek mümkündür. Bu durumun sağlanabilmesi devletlerin görev bilinci içerisinde hareket etmesi ile mümkündür. Dünya genelinde de olduğu üzere Türkiye’de sağlık sektörünün tanımlanması, sağlık politikalarının anlamlandırılması ve açıklanabilmesi pek çok sorunun çözümlenebilmesi için oldukça önemlidir. Tüm bu düşüncelerden hareketle hazırlanan bu çalışmanın ilk kısmında kavramsal olarak sağlık, sağlıkta sosyal belirleyiciler, sağlıkta politik belirleyiciler ve sağlık hizmetleri üzerinde durulmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırma derleme niteliğinde bir araştırma olarak hazırlanmıştır. Buna bağlı olarak politika uygulamalarına ilişkin tarihsel süreç içerisindeki gelişimler ele alınmış ve konuya ilişkin literatür taraması gerçekleştirilmiştir. Literatür taramasına ek olarak sağlık politikalarının temelini oluşturan mevzuat incelenmiştir. Yüksek Öğrenim Kurumu veri tabanı olan tez.yök.gov.tr, Tübitak Ulak bilim çatısı altında pek çok makaleye erişim imkanı sunan dergipark.com, acarindex.com, academia.com ve Google Akademik veri tabanlarından pek çok çalışmaya erişilmiştir. Erişilen dokümanlar sistematik bir şekilde taranarak konuya uygun şekilde değerlendirilmiştir.

1.1.Araştırmanın Amacı

Türkiye’de sağlık politikalarının tarihsel süreç içinde nasıl değiştiğini ortaya koymayı amaçlayan bu çalışmanın en önemli amacı tarihsel süreçte sağlık ile alakalı hangi reformların uygulandığını ve bu reformların sağlık sistemi üzerindeki etkilerini incelemektir. Çalışma kapsamında Cumhuriyet öncesi ve sonrası dönemlerde sağlık politikalarının evrimi değerlendirilerek, 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı ve 2017 sonrası revizyonlarının sağlık hizmetlerine etkisi analiz edilmektedir. Ayrıca sağlık politikalarının yönetsel, hukuki ve finansal boyutlarını değerlendiren bu çalışmada, mevcut sağlık sisteminin sürdürülebilirliği ve etkinliğinin anlaşılması amaçlanmaktadır. Tüm bu bilgilerden hareketle hazırlanan çalışmada “Türkiye’de sağlık politikaları tarihsel süreçte nasıl gelişmiş ve bu süreçte hangi faktörler etkili olmuştur?” sorusuna cevap aranmaktadır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Hazırlanan çalışma Türkiye’de uygulanan sağlık politikalarının gelişimini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda sağlık politikalarının tarihsel gelişiminin incelenmesinin, bugünkü sağlık sistemini anlamaya yardımcı olacağı düşünülmektedir. Tarihsel süreçte hangi politikaların uygulandığı, ne tür değişimlerin yaşandığı ve hangi faktörlerin etkili olduğu gibi konuları anlamak, mevcut durumun değerlendirilmesine ve geleceğe yönelik stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca geçmişte uygulanan sağlık politikalarının etkilerinin incelenmesi, hangi politikaların başarılı olduğunu, hangilerinin başarısız olduğunu ve nedenlerinin anlaşılmasına da olanak

tanınmaktadır. Yapılan değerlendirme ile birlikte, gelecekteki politika oluşturma süreçlerinde daha etkili kararlar alınması mümkündür.

Sağlık politikalarının tarihsel analizi, toplum sağlığını ve refahını artırmak için hangi politikaların daha etkili olduğunun belirlenmesine yardımcı olabilir. Bu durum da toplumun genel refahını artırabilir ve sağlık hizmetlerinin daha adil bir şekilde dağıtılmasını sağlayabilir. Tüm bunlar değerlendirildiğinde Türkiye'de sağlık politikalarının tarihsel perspektiften incelenmesi ile birlikte, geçmişten ders çıkararak geleceğe daha sağlam adımlarla ilerlenmesi mümkün hale gelebilir. Aynı zamanda hazırlanan bu çalışmanın sağlık sisteminin daha etkili, adil ve sürdürülebilir olmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

1.3. Araştırmanın Kapsamı

Hazırlanan çalışmanın kavramsal kısmının ilk bölümünde sağlık ve sağlıkta sosyal belirleyicilere değinilmiştir. Sonrasında sağlık hizmetlerindeki yapılara, sağlık hizmetlerinin özelliklerine ve sağlık hizmeti sunucularına yer verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin ele alındığı bu bölümde sağlık hizmetlerinin finansmanı da değerlendirilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık reformu ve sağlık politikası gibi kavramlar ortaya konularak Türkiye'deki sağlık politikalarının kronolojik gelişimi ele alınmıştır. Türkiye ve AB ülkelerinin sağlık harcamaları; devlet ve özel sektör sağlık harcamaları, yıllık kamu sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının GSYİH'deki payı bağlamında detaylandırılmıştır.

1.4. Literatür Taraması

Altındağ ve Yıldız (2020) tarafından gerçekleştirilen çalışmada sağlığın içeriği ve sağlıkta reformun gerekçeleri üzerinde durulmuştur. Bununla birlikte araştırmacılar zamanla sağlık hizmetinin sunumunun nasıl değiştiği ve aynı zamanda sağlık hizmetine dair izlenen politikalara yönelik yapılan yeniliklerden bahsetmektedir. Bütün bunlara ek olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı dahilinde gerçekleştirilen çalışmalar, bahse konu programın bileşenleri ve yıllar içerisinde gerçekleştirilen düzenlemeler de araştırmada ele alınan konular arasında yer almaktadır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, sağlıkla ilgili reformların başarı sağlamasının en önemli koşulunun nitelikli insan kaynağı olduğunu göstermektedir.

Özdemir (2023) Türkiye’de sürdürülen sağlık politikalarının geldiği durumu, Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü üyeleriyle kıyaslamak için gerçekleştirdikleri çalışmada, literatürde yer alan güncel kaynaklar değerlendirilmiştir. Araştırma neticesinde sağlık harcamalarının ne kadar önemli olduğu ortaya çıkmış ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine dair gerçekleştirilen yatırımların ülke ekonomileri için oldukça önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırma neticesinde toplumların sağlık okuryazarlığının artırılması gerekliliği öne çıkmış ve uygun şartlar altında tüm bireylerin eğitime tabi tutulması gerektiği üzerinde durulmuştur.

Ak (2021) makale, arşiv belgeleri ve gazeteleri tarayarak gerçekleştirdiği araştırmasında, açıklayıcı ve öğretici anlatım şekillerinden faydalanarak devletlerin sürdürdüğü sağlık politikalarının nasıl seyrettiğini ele almıştır. Araştırma sonuçlarında Türkiye özelinde Sağlıkta Dönüşüm Programının efektif bir uygulama olmadığı üzerinde durulmuştur. Özellikle toplumun aşılama sürecinde bu programdan vazgeçilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bununla birlikte araştırmada, kamu-özel ortaklık kapsamında kurulan işletmelerin kamu hastanelerine dönüştürülmesinin oldukça önemli olduğu üzerinde durulmuştur.

Akkavak (2018) çalışmasında Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçlarına ve sonuçlarına değinmiştir. Araştırmacıya göre Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli amaçları sağlık hizmetlerinin verimli, etkili ve adil bir şekilde organize edilmesi aynı zamanda finansmanın sağlanmasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programının hedeflerine ulaşabilmesi için sağlık hizmetleri sunumunun ve finansmanın birbirinden ayrılmasının oldukça önemli olduğu üzerinde durulmuştur.

Aykır (2014) gerçekleştirdiği çalışmada 2002 yılından sonra Türkiye’de sürdürülen sağlık politikalarının temel boyutlarını ele almıştır. Bu politikaların oluşum sürecine ek olarak programın uygulanmasıyla meydana gelen değişimler ve etkiler de değerlendirilmiştir. Araştırmacıya göre Sağlıkta Dönüşüm Programının temel amaçları sağlık hizmetinin etkin, verimli ve adil bir şekilde uygulanması aynı zamanda yine aynı adil koşullarda finansmanın sağlanmasıdır. Bununla birlikte araştırmacı sağlıkta dönüşüm programının sosyal devlet ilkesi ile tezatlık taşıdığını ve olumlu bir reform olarak algılsa da kendi içerisinde büyük eksikliklere sahip olduğunu öne sürmüştür.

Budak (2021) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan günümüze gelinceye dek sürdürülen sağlık politikaları değerlendirilmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmetinin gelişimi özellikle koruyucu sağlık sisteminin gelişimi ile eş tutulmuş ve araştırma kapsamında sağlık harcamaları üzerinde durulmuştur. Sağlık politikalarını detaylı bir şekilde inceleyen araştırmacı, gerçekleştirilen harcamalarla sağlık politikaları arasında bir ilişki olduğunu vurgulamıştır. Ülkelerin sosyal ekonomik ve teknolojik gelişmişlik düzeyleri ile sağlık harcamalarının doğru orantılı olduğu araştırmada ortaya çıkan sonuçlar arasında yer almaktadır.

Uluğ (2022) gerçekleştirdiği çalışmasında Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılan uygulamaların sağlık politikaları üzerinde yarattığı etkileri değerlendirmiştir. Çalışma kapsamında, kamu hastanelerinden özel hastanelere hasta yönlendirilmesi durumunda devlet tarafından alınması gerekli olan önlemlere yer verilmiştir.

Söyler (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise sağlık hizmetlerinden faydalanmakta olan kişilerin sağlık politikalarına dair algılarının değerlendirilmesi gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerden elde edilen veriler tanımlayıcı istatistik ve hipotez testleri ile değerlendirilmiştir. Araştırma neticesinde elde edilen veriler sağlık politikaları algısının ortalamadan yüksek olduğunu ortaya koymuş ve sağlık hizmeti kullanıcılarının oldukça yüksek bir algıya sahip olduğu vurgulanmıştır.

Akbulak (2015) Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne adaptasyon sürecinde sağlık sektöründe gerçekleştirilen reform çalışmalarının ne düzeyde yeterli olduğunu ele almış ve bu kapsamda gerçekleştirilen uyumlaştırma çalışmalarına sağlık personelinin nasıl baktığını incelemiştir. Araştırma bulguları değerlendirildiğinde sağlık kuruluşlarının artırılması ve personel sayısının çoğaltılması ile beraber gerçekleştirilecek uygulamaların daha olumlu karşınaacağı üzerinde durulmuştur. Çalışma neticesinde sağlık sektörünün finansman yetersizliğinin ortadan kaldırılması, kaynak istihdamının etkin bir şekilde kullanılması ve sağlık personelinin dengeli dağılımı ile beraber başarılı bir uyumlaştırma sağlanacağı önerilmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM: TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ

2.1. Kavramsal Olarak Sağlık

İlk kez 1950 yılında tanımlanan sağlık kavramının geçmişi oldukça eskilere dayanmaktadır. Bu kadar eskiye dayanmasına nazaran zaman içerisinde önemi daha da artış göstermiştir (SRI, 2010: 3). Kelime anlamına bakıldığında sağlık kavramının Türkçe kökeni hayatta olmak ve sağ olmak eylemlerine dayanmaktadır. İngilizcede kullanılan haliyle “health” yani sağlık, bütünlük ve sağlamlık kökünden gelmektedir. Görüldüğü gibi dünyanın her yerinde en fazla önemsenen sağlık kavramının tek bir tanımı bulunmamaktadır. Tarihi süreci incelendiğinde 1990’lı yıllardan sonra pek çok bilim dalının üzerinde çalıştığı sağlık kavramı hastalıkla ilişkilendirilerek tanımlanmaya başlamıştır (Yorulmaz ve Erdem, 2021: 59).

İnsanlık tarihinin gelişmesi ile birlikte kapsamı büyük ölçüde değişikliğe uğrayan sağlık, bireyler arasında ve toplumlar arasında farklı şekillerde algılanmaktadır. Daha önceleri yalnızca hasta olmamakla ilişkilendirilerek bireyin fizyolojik yapısı üzerinden değerlendirilen sağlık zaman içerisinde sosyal ve psikolojik yönlerden de ele alınmaya başlamıştır. Çünkü zaman içerisinde psikolojik, sosyal ve çevresel etkenlerin sağlık üzerinde önemli bir belirleyici olduğu kabul görmeye başlamıştır. Günümüzdeki tanımına bakıldığında sağlık hem fizyolojik hem de ruhsal anlamda incelenen bir olgu halini almıştır. (Orhan, 2006: 42). Sağlık temel olarak negatif, pozitif ve işlevsel şekillerde tanımlanmaktadır. Negatif tanıma göre sağlık, kişide herhangi bir hastalığın bulunmamasını tanımlamaktadır. Pozitif tanım sağlığı tamamı ile iyi oluş hali olarak nitelendirmektedir. İşlevsel sağlığa bakıldığında bireyin günlük aktivitelerini tamamıyla gerçekleştirmesinin sağlık olarak nitelendirildiği görülmektedir (Yorulmaz ve Erdem, 2021: 59).

Neredeyse bütün bilim dallarının kendine has bir şekilde gerçekleştirdiği farklı tanımlara sahip olan sağlık Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) yapmış olduğu bir konferansta sağlıkla ilgili “Sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir” ifadesine yer vermiştir (Ünsal, 2000: 13). Bununla birlikte literatüre bakıldığında hastalık ve sağlığın açıklanmasında çok farklı modeller sunulduğu görülmektedir. DSÖ modeli, çevresel uyumlama modeli, tıbbi model ve iyilik hali modeli bu modellerin başlıcalarıdır. DSÖ modeli, DSÖ’nün sağlıkla ilgili gerçekleştirdiği

tanımdan hareket ederek ortaya konmuştur. Bu tanımda ortaya konulan iyilik hali bireyin özel algısında bulunan rahatsızlığın olmayışını ifade etmektedir. Çevresel uyumlama modeli sağlığı sosyal ve fiziksel çevreye uyumlanma kapasitesine göre değerlendirmektedir. Tıbbi model kişinin sağlığının bozulmasında dış etkenler kadar iç etkenlerin de etkili olduğunu öne sürmektedir. Bu modele göre sağlık, sakatlığın ya da hastalığın bulunmayışı şeklinde ifade edilmektedir. Son olarak ortaya konulan iyilik hali modeli zihinsel ve bedensel anlamda hastalıkla baş etme kapasitesini nitelemektedir (Larson, 1999: 124-125).

Knight (1985) yapmış olduğu tanımda sağlığı tamamıyla zıtlıklarla ilişkilendirmiştir. Araştırmacıya göre zıtlıklar arasında var olan uyum sağlığı nitelemekte kullanılan en önemli öğelerdir. Örnek olarak sıcak ve soğuk, ıslaklık ve kuruluk gibi zıt durumlar arasında kurulacak olan denge sağlıklı olmak şeklinde ifade edilebilir. Parsons (1951) tarafından yapılan bir çalışmada ise sağlık, işlevsel model kapsamında değerlendirilmekte ve bireyin işlevsel olma yeteneği ile ilişkilendirilmektedir. Adak (1998) tarafından yapılan bir çalışmada sağlıklı olmak, bireyin toplumsal yaşam içerisinde var olan sorumluluklarını yerine getirmesi şeklinde tanımlanmıştır (Adak 1998'den akt., Yorulmaz ve Erdem, 2021: 59).

Yapılan bütün tanımlar incelendiğinde sağlığın, kişinin hem zıt durumlarla karşılaştığında denge kurmasını hem de sorumluluklarını yerine getirme konusundaki yeterliliğini kapsadığı görülmektedir. Kişi yaşam içerisinde hayatına devam ederken fizyolojik, psikolojik ve sosyal anlamda uyum içerisinde olduğunda, sağlıklı olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık yalnızca sakatlığın ve hastalığın bulunmayışı şeklinde değerlendirilemediğinden, hastalığın tanımlanması sağlığın çok daha iyi bir şekilde anlaşılmasını sağlamaktadır. Marinker (1975) hastalığı, biyolojik bir normdan sapma şeklinde ifade etmektedir. Yapılan bu tanım gereğince hastalık, genellikle bronş kanseri ve boğaz enfeksiyonu gibi fiziksel bir şekilde ortaya çıksa da çoğu zaman şizofreni ya da bipolarlık gibi kaynağı bulunamayan patolojik bir süreç şeklinde de ilerleyebilir.

Hastalığın ve sağlığın algılanması konusunda bütün toplumlar farklı bir dengeye sahiptir. Toplumların sahip olduğu tarihsel deneyimler, kültürel değer ve normlar kapsamında hastalık ve sağlıkla alakalı farklı tanımlar ortaya koyulmaktadır. Bütün bunların yanı sıra

toplumlar arasında ortaya çıkan kültürel farklar ve toplumda ortaya çıkan değişimler hastalık ve sağlık kavramlarına yüklenmiş olanların değişmesine yol açmaktadır. 17. ve 18. yüzyıllara bakıldığında hastalığın değerlendirme şeklinin değişikliğe uğradığı görülmektedir. Bu dönemde hastanın sübjektif deneyimlerinin dışına çıkmış ve tıp sistemi gibi objektif ölçümlere bağlı bir şekilde değerlendirme yapılmaya başlanmıştır. Bu durum aynı zamanda hastalık kavramı içerisinde neyin hastalık şeklinde değerlendirildiğini ve nasıl tedavi edileceğini de değiştirmiştir (Yorulmaz ve Erdem, 2021: 60). Hastalık ve sağlıkla ilgili tanımlar içinde bulunduğu şartlara bağlı bir şekilde değişiklik gösterdiğinden, zaman içerisinde bu kavramlarla alakalı yeni yaklaşımların ortaya çıktığını söylemek de mümkündür (Kaplan, 2016: 16).

Sağlığın iyi olması, bütün bireyler için temel insan haklarından birisi olarak değerlendirilmektedir. Bu açıdan hedef popülasyonun sağlık ihtiyacını karşılayabilmek adına sağlık hizmeti sunan kurum, kaynak, organizasyon ve kuruluşların sağlanması tamamıyla devletin sorumluluğundadır. Görüldüğü gibi sağlık hizmetleri ile alakalı yapılacak planlama ve halka yönelik planlı bir şekilde sunulacak sağlık hizmetleri konusunda pek çok birimin organize bir şekilde çalışması oldukça önemlidir. Hükümetler ve sigorta şirketlerinin yanı sıra yardım kuruluşları, sendikalar ve dini kurumların sağlık sistemi planlaması konusunda farklı sorumlulukları bulunmaktadır. Sonuç olarak tamamı sağlık sistemi içerisinde bulunan tüm bu kurum ve kuruluşların sağlığın korunmasının yanında gelişmesine de katkı sağlayacağını söylemek mümkündür (Oyibochovd, 2014: 29). Sağlık sistemi, sağlığın geliştirilebilmesi adına gerekli görülen ve ihtiyaç duyulan bütün aktörleri, kurumları ve kaynakları kapsamaktadır. Oluşturulacak güçlü bir sağlık sistemi ise hem sağlıklı hem de adil bir toplumun ortaya çıkması için vazgeçilmezdir (Anand, 2014: 4).

Sağlık sistemi yalnızca hastalığın tedavi edilmesini değil aynı zamanda sağlıkla ilgili faaliyetlerin finansmanını, düzenlenmesini ve sağlanmasını gerçekleştiren tüm kaynak, kurum ve aktörleri kapsamaktadır. Sağlıkla ilgili yapılan eylemlerin birinci amacı sağlığın iyileştirilmesi ve sürdürülmesidir. Yapılan bu tanım sağlık sisteminin çok kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini gerektirmektedir. Örnek olarak, birinci amacı trafikteki kaza oranlarının azaltılması için kullanılan bir hizmetin, kişisel bir sağlık hizmeti olduğunu söylemek mümkündür. Burada yalnızca yol ve araç güvenliğinin sağlandığı düşünülse de sunulan hizmetin direkt olarak sağlığa katkıda bulunması

gerekmese de bir sağlık hizmeti olduğunu söylemek mümkündür. Temel amacı sağlığa katkıda bulunmak olan bütün aktör ve kurumlar bir bileşen şeklinde değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme aynı zamanda sağlık sisteminin performansını da ortaya koymaktadır. Görüldüğü gibi sağlık hizmetine katkıda bulunmanın temel amaç olarak benimsendiği bütün eylemler sağlık sistemi içerisinde değerlendirilebilir (Murray ve Frenk, 1999: 4).

2.2. Sağlıkta Sosyal Belirleyiciler

2.2.1. Kişisel Faktörler

Sağlıkta sosyal belirleyicilerin en önemlilerinden birisi kişisel faktörlerdir. Kişisel faktörler gelir düzeyi, cinsiyet, yaş, mülkiyet, askeri rütbe ya da benzeri çeşitli unsurlara dair farklılıkları kapsamaktadır. Bu farklılıklar neticesinde toplumsal tabakalaşma ortaya çıkmaktadır. Bu kavram insanların arasında ortaya çıkan yapısal eşitsizlikleri tanımlamaktadır (Giddens, 2012: 340). Dünya üzerinde yaşayan en küçük graplardan en geniş topluluklara kadar çok farklı toplumsal yapılar oluşmaktadır. Tüm bu farklı büyüklüklerde toplumsal yapıların ayrıcalıklarının ya da otoritesinin varlığı ise tüm dünya tarafından kabul edilmektedir. Toplumsal tabakalaşma sonrasında ortaya çıkan eşitsizliğin derecesi ve bunların ortaya çıkardığı sonuçlar zamana ya da toplumlara göre değerliklik göstermektedir (Günler, 2022: 351).

Yaşlılık, cinsiyet eşitsizliği, zihinsel ya da fiziksel engellilik gibi durumlar sosyal anlamda bireylerin olumsuz yönde etkilenmesine yol açmaktadır. Gelişmişlik düzeyi daha düşük olan toplumlarda sıklıkla karşılaşılan sosyal hayata dahil edememe gibi durumlar zihinsel ya da fiziksel engelliliğe sahip olan bireyler arasında daha sık rastlanmaktadır (zdemir, 2023: 24).

Sosyal dışlanma gibi çok farklı anlama sahip olan kavramlardan çeşitli süreçleri tanımlamak için faydalanıldığından bu tanımlarla alakalı karmaşıklıkların yaşanması söz konusudur. Bu sebeple sosyal dışlanmanın anlamını ve sınırlarını belirleyebilmek oldukça önemlidir. Geçmiş dönemlerden günümüze gelinceye dek süren yoksulluk kavramının daha sonraki süreçlerde yetersiz olması sosyal dışlanma kavramının ortaya çıkmasına yol açmıştır (Estivill, 2003: 9). Sosyal dışlanmışlık bir toplum içerisinde bireyin kabul görmemesi gibi sonuçları ortaya çıkardığından bireylerde psikolojik

sorunların yanı sıra kötü alışkanlıkların ortaya çıkmasında da etkin bir role sahiptir. Örnek vermek gerekirse madde bağımlılığına sahip olan bireylerin toplum için büyük bir risk faktörü meydana getirdiğini söylemek mümkündür. Madde bağımlılığı sosyal dışlanmanın etkisini büyük ölçüde artıran bir etmen olmanın yanı sıra kişisel sağlık için de büyük olumsuzlukları içermektedir (Derin ve Tapan, 2017: 28).

2.2.2. Sosyoekonomik Faktörler

Sosyal belirleyicilerin başında gelen sosyo ekonomik faktörler toplumda statü farklarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır. İşsizlik ya da eğitimsizlik gibi durumlar neticesinde ortaya çıkan eşitsizlikler bireyin hem fizyolojik hem de psikolojik anlamda olumsuz yönde etkilenmesine sebep olmaktadır. Bir işe sahip olamayan veya çalışamayacak durumda olan bireylerin, çalışan kesimle karşılaştırıldığı zaman daha erken ölümlerle karşılaştığı görülmektedir. Bu noktada ekonomik yetersizlik yalnızca sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmemelidir. Bu durum genellikle eğitimde aksamalara, asosyalleşmeye ve dengesiz beslenmeye sebep olarak bireyin çevresine ve hayata karşı daha negatif bir perspektife sahip olmasına yol açmaktadır. Böyle bir durumda halihazırda yetersiz olan sağlık durumu bireyin daha da kötüleşmesine yol açmaktadır (Özdemir, 2023: 24).

2.2.3. Çevresel Faktörler

Birey biyolojik yapının yanında kendine has kültürel, psikolojik ve bilişsel yapıya sahip olan bir canlıdır. Genetik yapısıyla sıkı bir ilişki kuran ve doğuştan gelen bir potansiyel enerjiye sahip olan birey çeşitli yeteneklere sahip olarak doğar. Bununla birlikte biyolojik, bilişsel, psikolojik ve kültürel yapı tamamıyla insanın çabası ve çevrenin etkisi ile geliştirilebilir (Lewis 2005: 3). Doğal düzende varlığını sürdürebilmek ve en temel ihtiyaçlarını karşılayabilmek için gerçekleştirilen insani faaliyetler endüstri devriminden sonra farklı bir boyuta evrilmiştir. İçinde bulunduğumuz 21. yüzyılda enerji, hammadde ya da mekan gibi sorunlara çözüm getirebilmek için bireylerin doğal ortamlardan ve doğal kaynaklardan daha sık faydalandığını söylemek mümkündür (Chu ve Karr, 2017: 1-2). İnsanın gelişimine paralel bir şekilde doğaya duyulan bağımlılık bilinci ortadan kalkmış ve yaşam alanları yapay bir hale bürünmüştür. Yoğun bir şekilde gerçekleştirilen

yapılaşmanın sonucu neticesinde ortaya çıkan coğrafi değişimler özellikle bitki örtüsü, toprak ve su kaynaklarının yapısını büyük ölçüde bozmaktadır (Gomiero, 2016: 1-2). Diğer taraftan hem konutlardan kaynaklanan hem de endüstriyel ürünlerin kullanımı ya da üretilmesi esnasında ortaya çıkan zararlı maddelerden kaynaklanan olumsuzluklar çevre kirliliğine sebep olmaktadır. İnsan ve çevre arasında kurulan etkileşimin büyük ölçüde gelişimi sebebiyle çevre kavramı kirlilikle beraber anılmaya başlamıştır. Bu durumda çevrenin yerel düzeyde olduğu kadar uluslararası anlamda değer görmesine ve ele alınmasına sebep olmuştur (Inyinbor Adejumoke, 2018: 34-36).

Tüm bu gelişmeler çeşitli hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olan çevresel faktörlerden birkaçıdır. Barınma ihtiyacı, çevre kirliliğinin artması, makineleşmenin hız kazanması, yaşanan düzensiz göçler ve temelde iklim değişikliği, çeşitli hastalıkların ortaya çıkmasındaki en önemli faktörlerdendir. 21. yüzyılda makineleşmenin ve endüstriyel ürünlerin artış göstermesi çevre kirliliği önündeki en önemli faktörlerdendir. Hızlı bir şekilde artış gösteren makineleşme fiziksel etkinliğin azalmasına sebep olarak düzensiz beslenme ve yetersiz fiziksel aktiviteyi doğurmuştur. Bu durum da toplumda kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığını artırmış ve obezitenin yaygınlaşmasına sebep olmuştur. Geçmiş yıllarda daha fazla yürümeyi tercih eden bireyler günümüzde ulaşım araçlarından daha sık faydalanır hale gelmiştir. Bütün bu olumsuzluklara ek olarak arabalardan yayılan egzoz gazı hem çevreye hem de insanlara büyük ölçüde zarar verir hale gelmiştir. Farklı bir şekilde ifade etmek gerekirse endüstrileşme sonucunda ortaya çıkan motorlu taşıtların sıklıkla kullanılması bireyin biyolojik yapısına zarar verdiği ölçüde çevreye de zarar vermektedir. Bu durum da bireyin hem dolaylı hem de doğrudan etkilenmesine sebep olmaktadır (Özdemir, 2023: 25).

2.3. Sağlıkta Politik Belirleyiciler

Sağlık, biyomedikal ve sosyal faktörlerin yanı sıra politik kararlar ve yönetim süreçleri ile de şekillenen bir olgudur. Dolayısıyla sağlığın politik belirleyicileri, hükümetin aldığı kararların yanı sıra uygulanan yasalar, düzenlemeler, politik tercihler ve yönetim yapıları olarak belirlenebilir. Bütün bunların toplamı sağlık hizmetlerinin erişimi, kalitesi ve eşitliği üzerinde direkt olarak etki yaratmaktadır (Dawes vd., 2022: 1). Sağlıkta politik belirleyiciler, finansmanın yanı sıra kaynakların dağılımı, kamu sağlığı politikaları ve sosyal refah programları gibi oldukça geniş bir yelpazede etkisini göstermektedir

(Toygar, 2022: 12). Sağlıkta sosyal eşitsizliklerin en önemli sebeplerinden birisi olarak kabul edilen politik belirleyiciler, ekonomik yoksunluk, eğitim eksikliği, sağlıksız çevresel koşullar ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda ortaya çıkan eşitsizlikler gibi pek çok sosyal faktörü etkilemektedir (Kickbusch, 2015: 2).

Sağlıkta politik belirleyiciler, sağlık hizmetlerine erişimi doğrudan etkileyen süreçlerin küresel, yerel ve ulusal düzeydeki hükümet politikaları tarafından şekillendirildiğini göstermektedir (Brooks vd., 2024: 3). Bununla birlikte bazı toplumlarda uygulanan evrensel sağlık sigortası programları, sağlık erişimini artırarak sağlıkta ortaya çıkan eşitsizlikleri belirli bir ölçüde azaltmaktadır (Dawes vd., 2022: 2). Diğer yandan özel sağlık sektörünün öne çıktığı sistemlere bakıldığında, gelir düzeyine bağlı bir şekilde sağlık hizmetlerine erişim konusunda belirgin farklılıkların yaşandığı görölmektedir (Toygar, 2022: 14). Bu noktada sağlık politikalarının belirlenmesi sürecinde hükümetlerin siyasi ideolojilerine ek olarak küresel sağlık örgütlerinin etkisi, ekonomik faktörler ve kamuoyu baskısı gibi belirleyici unsurlar öne çıkmaktadır (Kickbusch, 2015: 4). Görüldüğü gibi sağlık politikalarının nasıl şekillendiğinin anlaşılmaması, sağlık eşitsizliklerinin azaltılabilmesi için atılacak adımlar açısından oldukça önemlidir. Bu süreçte sağlık reformları, sağlık bütçesinin artırılması, sosyal güvenlik sistemlerinin genişletilmesi ve sağlık okuryazarlığının teşvik edilmesi gibi pek çok politika, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ve kalitesini artıran önemli araçlar arasındadır (Brooks vd., 2024: 5).

2.4. Sağlık Hizmetleri

Bireylerin ve buna bağlı olarak toplumların sağlığını koruyabilmek, hastalandıkları zaman tedavilerini gerçekleştirmek, sakat kalan bireylerin bir başkasına bağımlı olmaksızın yaşamasını sağlamak ve bu bağlamda toplumun sağlık düzeyini üst seviyelere çıkarabilmek için gerçekleştirilen çalışmaların tamamı sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. 1961 Anayasası ve 1982 Anayasasında sağlıkla ilgili çeşitli hükümlere yer verildiği görölmektedir. 1961 anayasasında yer alan 48. madde gereğince; *“Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin görevidir”*. (T.C. 1961 Anayasası, md.48). 1982 Anayasasında yer alan 41. madde gereğince *“Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretilmesi ile*

uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar. Devlet, her türlü istismara ve şiddete karşı çocukları koruyucu tedbirleri alır”. 1982 Anayasasında yer alan 56. maddesine göre “*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir*” (T.C. 1982 Anayasası, md.56). Görüldüğü gibi sağlıkla ilgili pek çok düzenleme anayasal düzeyde gerçekleştirilmiştir. Çevrenin geliştirilmesi ve çevre sağlığının korunması öncelikle devletin sonrasında vatandaşların en temel görevi olmaktadır. Devlet temelde herkesin hayatını hem beden hem de ruh sağlığı içerisinde sürdürmesini sağlamakla mükelleftir. Bununla birlikte devlet insan gücünde tasarruf ve verimi arttırmak suretiyle işbirliğini gerçekleştirmek için sağlık kuruluşunu planlama ve hizmet sağlama görevini üstlenmektedir. Devletin sahip olduğu bu görev kamu ve özel kesimlerde bulunan sağlık ve sosyal kurumlardan faydalanılmak suretiyle yerine getirilmektedir. Devlet tüm bu kurumların işlevini sürdürmesini sağlamanın yanında onların denetimini de gerçekleştirmektedir (Kalaycıoğlu, 2016: 1).

2.4.1. Koruma Amaçlı Sağlık Hizmetleri

Koruma, hastalığı ve hastalığın bıraktığı hasarın etkisini engellemeyi, bunları ortadan kaldırmayı ya da minimuma indirmeyi amaçlayan ya da bunların mümkün olmadığı durumlarda hastalık ve özürlülüğü geciktiren tüm işlemler şeklinde ifade edilmektedir. Koruma ya da koruyucu faaliyetler farklı şekillerde kategorize edilebilir. Ancak koruma ne kadar farklı çeşitlerde kategorize edilirse edilsin bütün koruma faaliyetlerinin birbiriyle bağlantılı olduğu unutulmamalıdır. Dolayısıyla koruma faaliyetleri ile alakalı net bir sınır çizmek mümkün değildir (Pandve, 2014: 254-256).

Mevcut sağlığın korunması ve var olan hastalıkların tedavi edilebilmesi için gerçekleştirilen bütün faaliyetler sağlık hizmeti olarak tanımlanabilir. Bunlara ek olarak rehabilitasyon amacıyla gerçekleştirilen bütün faaliyetler de sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir (Akdur, 1998, 11-13). Farklı bir şekilde tanımlamak gerekirse sağlık hizmetleri, sağlık sektörünün bireysel ve toplumsal sağlıkla alakalı gerçekleştirdiği bütün aktiviteleri kapsayan bir olgudur (Çağlar ve Gülel, 2015: 31).

Bütün bu tanımlar incelendiğinde sağlık hizmetlerinin amacının bireyin sağlığını korumak ve bu amaç doğrultusunda önlemler almak olduğu görülmektedir. Hastalığın olduğu doğrultuda bunların tedavi edilmesi ve mevcut rahatsızlığı ortadan

kaldırılmayan hastalarda rehabilitasyon hizmeti verilmesi de sağlık hizmetlerinin amaçları arasında yer almaktadır. Sağlık hizmeti sunan personel, sağlık hizmetini toplum içerisinde herhangi bir ayırım gözetmeden sunmaktadır. Sağlık hizmetinin amacını gerçekleştirebilmesi için üzerinde durulması gereken bu durum olmazsa olmazlar arasında yer almaktadır. Ortaya çıkan amaçlardan biri toplumun sağlıkla ilgili olanaklarının geliştirlmesi ve bunların daha kaliteli hale getirilmesi ve bu sayede de çok daha sağlıklı ve verimli bir toplumun meydana gelmesini sağlamaktır. Bütün bunlara ek olarak sağlık hizmetleri sunumu esnasında hizmetin arzu edilen zaman içerisinde, arzu edilen noktada ve optimum maliyet ile sunulması amaçlanmaktadır (Canpolat, 2017: 1).

Koruyucu sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Bu sağlık hizmetleri sağlıklı insanların hastalanmasını engellemeyi amaçlamaktır. Yani sağlığı koruyabilmek ve geliştirebilmek için sunulan bütün hizmetler koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir. Bu hizmetler genellikle kamu sağlığını ilgilendiren, bireyin yararlanabilmesi için kişisel başvuru yapmasını gerektirmeyen türden hizmetler olarak ifade edilebilir. Kişinin birbirine rakip olmadan yararlandığı koruyucu hizmetlerin tamamı, hastalığın bulaşma riskini azaltarak toplum için ortak bir fayda yarattığından kamusal hizmet olarak da nitelendirilmektedir (Orhan, 2006: 44).

Görüldüğü gibi hastalığın henüz oluşmadığı aşamada insanlığın ve toplumların korunması için gerçekleştirilen bütün hizmetler koruyucu sağlık hizmeti olarak adlandırılmaktadır. Bununla birlikte koruyucu sağlık hizmetleri çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak iki başlıkta incelenmektedir.

Bireye yönelik sunulan koruyucu sağlık hizmetleri, bireyde bir hastalığa sebep olacak etkenlere karşı hastalık oluşmadan önlem almayı kapsamaktadır. Bununla birlikte hastalık durumunda erken tanıyı ve bireyde bir zarar meydana gelmeden tedaviyi gerçekleştirmeyi de kapsamaktadır. Sunulan hizmetlerin başında erken tanı konulması ve erken tanıya uygun tedavi yapılması, ilgili hastalığa yönelik sunulan aşılama hizmetleri, ilaçla koruma uygulamaları, daha iyi bir beslenme düzeninin oluşturulması, bireye yönelik sunulan sağlık eğitimi hizmetlerinin tamamı ve aile planlaması hizmetinin sunulması yer almaktadır (Akdur, 1998, 11-13). Sayılan tüm bu hizmetler incelendiğinde ortak özelliklerinin, hizmet uygulayıcısının sağlık sektörü ve sağlık personeli olduğu

görülmektedir. Koruma çoğu zaman tedaviden çok daha etkili bir yöntemdir. Bu gerçek sebebiyle erken tanı ve buna bağlı olarak sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinin uygun zamanda doğru bir şekilde uygulanması oldukça önemlidir. Sahip oldukları tüm bu özellikler sebebiyle koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlayıcısı olarak görülen sağlık sektörü ve personelinin yaklaşımının da kritik bir öneme sahip olduğunu söylemek mümkündür (Pandve, 2014: 254-256).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, bireyin içinde yaşadığı çevrede sağlığını etkileyebilecek etkenlerin ortadan kaldırılması yönünde sunulan çabalar olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte sağlığın etkilenmesini engelleyerek ortaya çıkan olumsuz etmenlerin etkilerinin ortadan kaldırılmasına yardımcı olacak şekilde çevreyi zararsız hale getirme çabaları da çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir. Çevreye yönelik sunulan başlıca koruyucu hizmetler bireye yeterli miktarda temiz suyun sağlanması, çevresel atıkların ortadan kaldırılması, besinlerin temel hijyenin sağlanması, endüstri sağlığının korunabilmesi, konut sağlığının sağlanması, hava kirliliğinin giderilmesi, gürültüyle ve radyasyonla mücadele edilmesidir (Akdur, 1998, 11-13). Bütün bu hizmetlere bakıldığında kişiye yönelik sunulan koruyucu hizmetlerden farklı bir şekilde sağlık sektöründen ziyade diğer sektörlerde büyük görevler düştüğü görülmektedir. Sağlık sektörü bu hizmetlerde danışmanlık yapma, denetleme ya da yol gösterme gibi görevlerde bulunmaktadır. Çevre yönelik sunulan sağlık hizmetleri, toplumun genel sağlığını olumsuz yönde etkileyecek ve çevreden kaynaklanan etmenlerin kontrol altında tutulmasına yardımcı olarak toplum sağlığının korunmasında etki yaratmaktadır. Böylece toplumda bulunan bireylerin çok daha uzun ve sağlıklı şekilde yaşamasına yardımcı olunmaktadır (Yüksel, 2007: 188-190).

Hayran ve Sur (1998), yapmış oldukları bir çalışmada bu hizmetleri ve çalışma kapsamalarını aşağıdaki tablodaki gibi sıralanmıştır.

Tablo 1. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

1-Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	2- Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri
• Bağışıklama	• Besin kontrolü ve güvenliği
• Hastalıkların erken tanı ve tedavisi	• Yeterli ve temiz su sağlanması
• İlaçla koruma	• Hava kirliliğinin kontrolü
• Kişisel temizlik ve bakım	• Atıkların kontrolü
• Yeterli ve dengeli beslenme	• Konut sağlığı
• Aşırı doğurganlığın kontrolü	• İş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü
• Sağlık eğitimi	

Kaynak: Hayran ve Sur, 1998'den akt., Demir, 2019: 8

Yukarıda yer alan tabloda kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin başında bağışıklama yer aldığı görülmektedir. Sonrasında hastalıkların erken bir şekilde tanımlanması ve tedavi edilmesi, ilaçla korunma sağlanması, kişisel temizliğin ve bakımın sağlanması, yeterli düzeyde ve dengeli şekilde beslenmenin gerçekleştirilmesi, aşırı doğurganlığın kontrol altına alınması ve sağlık eğitimi verilmesi, kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir. Çevreyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin başında besin kontrolü ve güvenliği gelmektedir. Tüm bunlara ek olarak yeterli ve temiz suyun sağlanabilmesi, hava kirliliğinin kontrol altına alınması, atıkların kontrollü bir şekilde doğaya bırakılması, konut sağlığının sağlanması ve iş ortamında sağlığı tehdit eden etkenlerin kontrol edilmesi çevreyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir.

2.4.2. Tedavi Amaçlı Sağlık Hizmetleri

Hastalığın ortaya çıkışından sonra muayene ve tedaviyi içeren tüm hizmetler tedavi edici sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Bu hizmetler koruyucu sağlık hizmetlerine nazaran daha geniş bir organizasyon ve maliyet gerektirdiğinden, daha kapsamlı şekilde değerlendirilmektedir. Bu hizmetler aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinde olduğu gibi pozitif dışsallıklara da sahiptir. Dışsallık, bir ekonomik biriminin yapmış olduğu etkiden diğer birimlerin etkilenmesi olarak tanımlanabilir. Burada ortaya çıkan etki

olumluysa bu pozitif dışsallık, olumsuzsa bu negatif dışsallık olarak adlandırılmaktadır. Kişinin bulaşıcı bir hastalığı sebebiyle gördüğü tedavi edici sağlık hizmetleri de olumlu olduğunda pozitif dışsallığa sahip olarak adlandırılmaktadır. Dolayısıyla burada ortaya çıkan pozitif dışsallıkla birlikte diğer bireyler için de bir çeşit fayda yaratılmaktadır (Orhan, 2006: 44).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu hizmetlere nazaran çok daha maliyetlidir. Bunun en önemli sebebiyse yetişmiş personele ve fiziksel imkanlara duyulan ihtiyaçtır. Dolayısıyla tedavi edici sağlık hizmetlerinin yönetim ve finansman gibi farklı ve önemli boyutları bulunduğunu söylemek mümkündür. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumlu da tıpkı koruyucu sağlık hizmetlerinde olduğu gibi çok önemli toplumsal faydalara sebep olmaktadır. Ancak burada ortaya çıkan maliyet ve geniş fiziksel imkan ihtiyacı sebebiyle en yaygın ve öncelikli sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri olarak değerlendirilmektedir (Altay, 2007: 35). Tedavi edici sağlık hizmetleri serbest fiyat şartları açısından cazip olmakla birlikte özel sektör tarafından üretilmesi daha çok tercih edilmektedir. Çünkü hasta bireylerin sağlığına kavuşmak adına yapacağı harcamadan kısıtlamaya gitmeyeceği kabul edilmektedir. Buna nazaran koruyucu sağlık hizmetleri için bir kişinin harcama yapmak istemeyeceği açık bir durumdur. Tedavi amacıyla kullanılan ilaçlar ve tıbbi araçların sermayeye kar sağladığı düşünüldüğünde de, tedavi edici hizmetlerin özel sektör için ne kadar cazip olduğunu anlamak olasıdır. Özel sektör, bir alanda kar edemediğinde o hizmeti sunmak istememektedir. Bu durum özel sektörün karı maksimize etme isteğine dayandırılabilir (Orhan, 2006: 45).

Tedavi amaçlı uygulanan hizmetler ayakta tedavinin yanı sıra yatarak tedavi ya da evde bakım hizmetleri şeklinde ifade edilebilir. Bu hizmetlerden ayakta tedavi minimum maliyete sahip olan ve en pratik şekilde uygulanan hizmet türüdür. Ayakta tedavi çeşidinde, hastalık ilerlemediği için konulan teşhisin ilaç tedavisi ile desteklenmesi ve önlenmesi mümkündür. Bu sebeple hem kişisel hem de sosyal maliyetler diğer tedavi türlerine nazaran minimumdardır. Yatarak tedavi hizmetine bakıldığında ise öteki tedavi hizmetleri içerisinde en maliyetli tedavi şekli olduğu görülmektedir (Akdur, 2006: 13).

Tedavi hizmetleri, hizmetten faydalanan hastanın vücudu üzerinde gerçekleştirildiğinden tedavinin dış faydalarının elde edilebilmesi adına hastanın tedavi ihtiyacını doğru şekilde analiz etmesi ve tedavi olmayı arzu etmesi gerekmektedir. Tedavide sunulan hizmetten

direkt olarak faydalanan o tedaviyi gören kişidir. Hastanın yatırılması ve tedavi altına alınması ise toplumun diğer üyelerine bulaşma riskini ortadan kaldırmakta ve bu açıdan dışsal bir fayda da sağlanmaktadır. Hastalığın bulaşıcılık düzeyinin fazla olduğu doğrultuda hastanın tedavi edilebilmesi için tecrit edilmesi olasılığı da artış göstermektedir. Böyle bir durumda hastanın sağlığına kavuşturulması, içinde yaşadığı toplumun üyeleri için fayda sağlamaktadır. Bir hastalık bulaşıcı olmasa dahi gözlem altında tutulması ve tedavi edilmesi topluma dışsal fayda sağlayacağından oldukça önemlidir (Özkara, 2006: 76).

Sunulan tedavi hizmeti sonucunda içsel faydalar elde edileceğini söylemek mümkündür. Örnek olarak bulaşıcı bir hastalığa sahip olan bireyin tedavi edilmesi ile birlikte aynı toplumda yaşayan diğer bireylere bulaşmanın önüne geçilmesi dışsal faydayı meydana getirirken, ayakta tedavi hizmeti sunularak hasta bireyin sağlığına kavuşabilmesi içsel bir faydayı sağlamaktadır. Burada gelir yetersizliği, belirsizlik, tedaviden korkma, bilgisizlik ya da tedavi sonucuna güvensizlik gibi unsurlar sebebiyle hastada tedavi olmaya isteksizlik oluşabilir. Ortaya çıkan bu sosyo ekonomik ve sosyal kültürel unsurlar sebebiyle tedavi olmayan bireyler söz konusu faydaya ulaşamamaktadır. Örnek vermek gerekirse çiçek, kolera ya da tifo gibi toplumun genelini riske atan hastalıkların engellenebilmesi için gerçekleştirilecek aşılama net bir sonuca ulaşabilmek için bütün toplumun aşılınması gerekmektedir (Özkara, 2006: 76).

Tedavi amacıyla sunulan sağlık hizmetlerinin sunumunda basamak sistemi uygulanmaktadır. Bu sistem içerisinde sevk zinciri adı verilen bir süreç işlemektedir. Bahse konu olan tüm hizmetlerin sunulabilmesi için hastalığın niteliğine bağlı bir şekilde birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olarak adlandırılan bir hizmet sunumu sağlanmaktadır. Bu basamaklar da kendi içinde süzgeç görevi görmektedir (DPT, 2001: 44). Sevk zincirinin ilk kademesini meydana getiren aile hekimi, veremle savaş dispenseri ya da aile planlaması merkezi gibi merkezler birinci basamağı oluşturmaktadır. Bu kuruluşlarda yatak olmamakla beraber hasta tedavisi ayakta ya da evde gerçekleştirilmektedir (Özdemir, Ocaktan ve Akdur, 2003: 208). Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri aşağıda yer almaktadır.

2.4.2.1.Birinci basamak sağlık hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri hasta ya da sağlam tüm bireylerin aklına ilk gelen sağlık kuruluşlarındandır. Bu kuruluşlarda genel olarak hasta yatağı bulunmamaktadır dolayısıyla hastaların tedavisi ayakta ya da evlerinde gerçekleştirilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri eş bir şekilde srdrlmektedir. Bu kuruluşlar bireyin yaşadığı yerleşim yerine oldukça yakın kuruluşlardır. Hastalığın ilk evresinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurulmalı ve burada bulunan hekimin yönlendirmesi doğrultusunda hastaneye gidilmelidir. Bu açıdan birinci basamak sağlık kuruluşunun oldukça önemli bir role sahip olduğu ve hatta hastanenin önünde bulunan bir filtre görevini üstlendiğini söylemek mümkündür (zkara, 2006: 76).

Birinci basamak tedavi hizmetleri olarak adlandırılan hizmetler hastanın ilk tercih ettiği hekim tarafından gerçekleştirilen muayene ve tedaviyi kapsamaktadır. Genel olarak hastanın hastaneye gitmeden önce başvurduğu ve gerekli olduğu durumlarda hastaneye gönderildiği sağlık kuruluşunca verilen hizmeti kapsayan tüm bu hizmetler, acil tedaviler, ilk yardımlar, sağlık kontrolleri, ayakta tanı ve tedavi, ambulans hizmetleri, hasta sevk ve izleme ile evde bakım hizmetleri olarak tanımlanabilir (Turan,2004: 12-13).

Aile planlaması merkezleri, sağlık ocakları, tüberküloz dispanserleri, anne ocuk sağlığı merkezleri gibi alanlar birinci basamak tedavi hizmetleri sunan sağlık kuruluşları olmaktadır. Bununla birlikte uygulamaya bakıldığında birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda personel ve malzeme eksikliği grldğu dikkat çekmektedir. Aynı zamanda bu merkezlerde personel yeteri kadar motive olmamakta, kuruluşlar entegre bir şekilde görevini gerçekleştirememekte, sevk zinciri de doğru bir şekilde işletilmemektedir. Dolayısıyla birinci basamak tedavi hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde hizmet sunamadığını söylemek mümkündür. Böyle durumlarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin ortaya çıkardığı hizmeti ikinci basamak sağlık kuruluşları olarak görülen hastaneler yüklenmektedir. Bu durum neticesinde hastaneler yetersiz kalmakta ve aynı zamanda aşırı merkeziyetçilik ortaya çıkmaktadır. Profesyonel hastane yöneticiliğinin gelişmesi konusunda da oldukça önemli bir engeli oluşturan bu durumun ortadan kaldırılabilmesi için verimsiz bir şekilde çalışan birinci basamak tedavi

hizmetlerinin doğru bir şekilde denetlenmesi ve ilgili düzenlemenin yapılması gerekmektedir (Orhan, 2006: 46).

2.4.2.2.İkinci basamak sağlık hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde hastalık hastanın yatırılmasıyla teşhis edilmekte ve tedavi de bu süreçte gerçekleştirilmektedir. Özel hastaneler, devlet hastaneleri ya da sağlık merkezleri gibi içerisinde yatak bulunan kuruluşlar ikinci basamak sağlık merkezlerine örnek olarak verilebilir. Görüldüğü gibi hastanelerin en önemli işlevi yataklı tedavi kuruluşları olmasıdır. Poliklinik hizmetler hastanenin esas hizmetlerinden olmamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin doğru bir şekilde işletildiği bölgelerde hastanelerin poliklinik hizmetlerinin verilmesi dahi gerekmemektedir (Özkara, 2006: 76). Ancak birinci basamak tedavi hizmetlerinin doğru bir şekilde işlemediği ve hastalıkları bu tedavi hizmetleri ile giderilemeyen hastalar için ikinci basamak sağlık hizmetleri oldukça önemli bir rolü üstlenmektedir. Hastanın hastaneye sevk edilmesi neticesinde alanında uzman hekimler tarafından yatırılması ve muayenesi sağlanarak tedavi sürecine de başlanmaktadır (Turan, 2004: 13).

2.4.2.3.Üçüncü basamak sağlık hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri özel bir alanda uzmanlaşmış hastaneleri kapsamaktadır. Bahse konu olan bu hastaneler tıp teknolojilerinin en üst basamakta uygulandığı oldukça gelişmiş tedavi merkezleri olarak da tanımlanabilir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenmenin yanında sadece belli yaş gruplarına da hizmet verebilmektedir (Özkara, 2006: 76). Uzmanlık gerektiren bir tedavi uygun görüldüğünde belli alanda uzmanlaşmış hastaneler tarafından hizmet almak oldukça sağlıklı bir durumdur. Onkoloji hastaneleri, göğüs hastalıkları hastaneleri, akıl ve ruh sağlığı hastaneleri, kemik hastalıkları hastaneleri, çocuk hastalıkları hastaneleri ya da doğum ve çocuk bakım evleri gibi tüm hastaneler üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına örnek olarak verilebilir (Orhan, 2006: 46).

2.4.3. Rehabilitate Amaçlı Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri bir hastalık ya da kaza neticesinde özürlü duruma düşen kişinin eski düzenine kavuşabilmesi için sürdürülen çabaları tanımlamaktadır. Burada mevcut imkanlar kapsamında sosyal, ruhsal, fiziksel ya da iktisadi anlamda yeniden eski düzeye kavuşulması amaçlanmaktadır (Özkara, 2006: 76). Rehabilitasyon hizmetleri bir hastalığın tedavi edilmesinden sonra meydana gelen sakatlığın giderilebilmesi için ve aynı zamanda bireyin yeniden çalışabilir duruma gelebilmesi için gerçekleştirilen hizmetlerin toplamıdır (Akdur, 1999: 5). Rehabilitasyon bedensel ya da ruhsal olarak sakat kalan bireylerin başkalarına bağımlı kalmadan yaşamasını sağlamak için gerçekleştirilen tüm çalışmaları kapsamaktadır. Bununla birlikte iki tür rehabilitasyondan söz edilebilir. Bunlardan ilki, bedende meydana gelen sakatlıkların işitme cihazı ya da protezler ile mümkün mertebe düzeltilmesini kapsayan tıbbi bir rehabilitasyon olarak ifade edilebilir. (Orhan, 2006: 47). Ruhen ya da fiziksel olarak iş görme yeteneğini kısmi ya da tamamıyla kaybeden bireylerin protez, ortez, işitme cihazı, tekerlekli sandalye ya da bunlara benzeyen araçlarla tamamıyla veya kısmi olarak eski haline dönmesi amaçlanmaktadır (Akdur, 2006: 20).

İkinci rehabilitasyon çeşidi ise sakatlıklar sebebiyle eski işini gerçekleştirmeyen veya belli bir işte çalışamayanlara işe uyum sağlama, iş bulma ya da işi öğretmeye yönelik türlü hizmetleri kapsayan sosyal rehabilitasyon olarak ifade edilebilir (Orhan, 2006: 47). Sakat bir bireyin toplumla ya da yakın çevresiyle iç içe geçmesini sağlayan sosyal rehabilitasyon bireyin aynı zamanda yeni iş öğrenme yeteneğine kavuşmasına da yardımcı olmaktadır. Sosyal rehabilitasyonun en önemli amacı kültürel, ekonomik ve sosyal anlamda bireyin hayata yeniden dahil olmasını sağlayabilmektir (Akdur, 2006: 20). Meydana gelen ciddi bir hastalık, doğal afet, trafik kazası ya da iş kazası gibi beklenmeyen durumlarda meydana gelen vakalar nedeniyle bedensel veya ruhsal olarak sakat kalan bireylerin topluma yeniden kazandırılması rehabilitasyon kapsamında değerlendirilmektedir. Bu hizmetler bireyin yalnızca moral depolamasına yönelik bir şekilde de gerçekleştirilebilir (Özkara, 2006: 78).

2.4.4. Sağlığın Gelişimine Yönelik Hizmetler

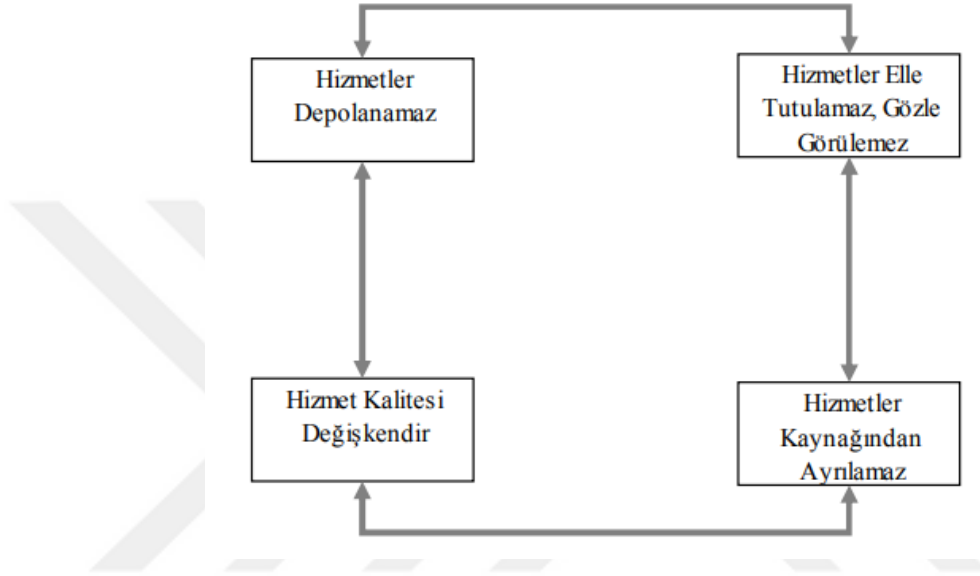
Sağlığın geliştirilmesine yönelik sunulan hizmetler kişinin sağlık durumunu daha iyi hale getirebilmek için gerçekleştirilen tüm çalışmaları ve hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler sağlıklı bireyin fizyolojik yapısını göz önünde tutarak uygulanmaktadır. Dolayısıyla bu hizmetlerle alakalı bütün sorumluluk kişinin kendisine yüklenmektedir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ile amaçlanan kişinin fiziksel ve zihinsel sağlık durumunun daha iyi hale getirilmesi ile birlikte yaşam kalitesini artırmaktır. Sorumluluğun tamamıyla kişiye bırakılmasıysa meydana gelebilecek hastalıkların büyük kısmının bireyin yaşam tarzına ve alışkanlıklarına bağlı olmasıdır. Bu aşamada kişi kendi yaşam biçimini geliştirmek suretiyle sağlığını çok daha iyi bir noktaya taşıyabilmektedir. Örnek vermek gerekirse kişinin sigarayı ve alkolü bırakması ile birlikte spor faaliyetlerine yönelmesi, daha dengeli ve doğru bir şekilde beslenmesi gibi alışkanlıklar edilmesi sağlığını daha iyi bir hale getirmesine yardımcı olacaktır (Demir, 2019: 8).

Sağlığı koruma hizmetleri kapsamında sunulan en önemli hizmetlerden birisi beslenme hizmetleridir. Bu hizmetler sağlığı koruma hizmetlerinin insan bünyesinde sürdürülen şeklidir. Beslenme hizmetleri süreci bilgi vermenin yanı sıra besin yetersizliği gibi bir durumda yardım etme ya da zararlı besinlerden halkı koruma şeklinde gerçekleştirilmektedir. Toplumsal anlamda zarar verici hastalıkların yayılması bireyin zayıf düşmesine ve aynı zamanda yanlış beslenmesine bağlı bir şekilde gelişmektedir. Hastalıklarda bulaşma ihtimali kişinin sağlamliğı ile alakalı olmasa da pek çok hastalık zayıf bulunduğu bünyelerde güçlenmektedir (Kraef, 2020: 887-888). Bu sebeple sağlığı koruma hizmeti kişinin bünyesinin hastalığa karşı direnç kazanmasıyla sürdürölmektedir. Bunun gerçekleştirilebilmesi için aşı olma ya da koruyucu ilaçlar kullanmanın dışında beslenmenin doğru bir şekilde gerçekleştirilmesi hastalığın yayılması ihtimalini minimuma indirmektedir. Bu sürecin başında kişiye gerekli bilgiler verilmekte ve hatta reklamlar aracılığıyla da toplumların bilinçlendirilmesine çalışılmaktadır (Orhan, 2006: 48).

2.5.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Toplum sağlığının iyileştirilmesi ve korunabilmesine dair faaliyetler kişinin sağlığı üzerinde direkt olarak etki yaratmaktadır. Bununla birlikte maliyetlerin artış göstermesi

ve ortaya çıkan finansman sıkıntıları ile birlikte özellikle son yıllarda sağlıkta özel sektörün katkısı oldukça büyüktür. Hem özel hem de kamu sektörü tarafından sunulan sağlık hizmetleri belli başlı bazı özellikleri sebebiyle diğer mal ve hizmetlerden ayrılmaktadır. Ancak neredeyse bütün hizmetler için geçerli olan hizmetin elle tutulmaması, depolanmaması, gözle görülmemesi ya da kalitesinin değişken olması sağlık hizmetleri için de geçerli kabul edilmektedir (Okursoy, 2010: 66).



Şekil 1. Hizmetlerin Genel Özellikleri

Kaynak: Okursoy, 2010: 66

Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu tüm bu özelliklere ek olarak üretilen mal ya da hizmetlerden farklı çeşitli özellikleri de bulunmaktadır. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin farklı bir kategoride değerlendirilmesi gereklidir. Örnek vermek gerekirse işitme cihazı, tekerlekli sandalye ya da gözlük gibi insan hayatıyla direkt olarak ilişkili olan malların, televizyon, dergi ya da bilgisayar gibi mallarla aynı kategoride değerlendirilmesi doğru değildir.

Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin temel özelliklerini aşağıda maddeler halinde ele almak mümkündür:

1. Kamusalılık: Kamusal mal ya da hizmetlerin bir birey tarafından tüketilmesi diğer bireylerin tüketimini etkilememektedir. Yani bir kere üretildikten sonra farklı bir bireyin tüketiminin maliyeti sıfır olarak tanımlanabilir. Ortaya çıkan bu durum üst düzey dışsal

faydanın gerçekleştirilmesi için sosyal olarak arzu edilen bir durumdur. Ancak ortaya çıkan bu durum, bahse konu olan mal ya da hizmetin özel sektör tarafından üretilmemesi sonucunu ortaya çıkarmaktadır (Dewar, 2010: 76). Sunulan sağlık hizmetleri genellikle kamusal mallar olarak değerlendirilmektedir. Bu hizmetlerin tüketilmesi neticesinde topluma dışsal bir fayda sağlanırken, hizmeti tüketmekte olan bireye de özel bir fayda sağlamaktadır. Adalet, eğitim, savunma, sağlık ya da güvenlik gibi kamu yararı adına devlet tarafından sunulan faaliyetler için kullanılan kamusal mal kavramı genel olarak kamu kesimi tarafından sunulmuş olan ve bireylerin tamamıyla bedelsiz bir şekilde faydalandığı hizmetleri tanımlamaktadır. Bu hizmetlerden bir kişinin faydalanması diğer kişilerin ihtiyacını azaltmamaktadır (Samuelson, 1954: 387). Geçmiş dönemlerde piyasa ekonomisine ya da sivil toplum kuruluşlarına atfedilen sağlık hizmetleri kişinin sağlığı ve toplum arasında var olan ilişkinin anlaşılması ile birlikte temel insan hakkı olarak kabul edilmiştir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin zaman içerisinde devlet tarafından daha çok benimsendiğini söylemek mümkündür. Zaman içerisinde devlet, sağlık hizmetlerine yönelik daha fazla görev üstlenmeye başlamıştır.

2. Dışsallık: Dışsallık en genel haliyle iktisadi bir birimin ortaya çıkardığı fayda ya da zararın diğer birimleri etkilemesi şeklinde tanımlanabilir. Burada ortaya çıkan üretim ve tüketim faaliyetlerinin diğer iktisadi birimleri hem maliyet hem de fayda anlamında etkilediği durumlar dışsallık şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde dışsallık konusu ise özel marjinal fayda ya da maliyetler göz önünde tutularak gerçekleştirilen tüketim ya da üretim kararlarının ortaya çıkardığı sosyal marjinal fayda ya da maliyetleri tanımlamaktadır (Dewar, 2010: 75). Sağlık hizmetlerinin ortaya çıkardığı marjinal sosyal fayda, özel faydadan daha fazla olduğu takdirde bu hizmetin üretimi piyasaya bırakılacak, bu durum da sağlık hizmetlerinin eksik üretilmesine sebep olacaktır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2017: 298).

3. Yararlı Mallar: Devletlerin, bireyi tüketmek için zorladığı mallar yararlı mallar olarak adlandırılmaktadır. Örnek vermek gerekirse aşı ya da çocukların yeterli beslenmesini sağlayacak denetlemeler, erken teşhisi önemli olan hastalıkların taranması, hamilelik döneminde çocuklara yardım etmek için gerçekleştirilen tüm hizmetler yararlı mallar kapsamında değerlendirilmektedir. Görüldüğü gibi tüm bu yararlı mallar vatandaşların daha iyi şartlarda hayatını sürdürmesi için gerekli görülen hizmetlerdendir (Okursoy, 2010: 67).

4. Devlet Müdahaleleri: Sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirilen devlet müdahaleleri yatırım, destek, kontrol ya da planlama şeklinde sunulabilir. Devlet, sağlık sistemine diplomalar ya da yeterlilik belgeleri ile müdahale etmeye ek olarak ulusal ya da yerel seviyede sağlık harcamalarını finanse edebilmek adına sigorta sistemini kurmuştur. Bu sayede sağlık riskini paylaştırmayı ya da sigorta firmalarına finansal yardım yaparak müdahale etmeyi kolaylaştırmaktadır. Devletin elinde tuttuğu otorite gücü sağlık sisteminin daha verimli ve etkin bir şekilde sürdürülmesine fayda sağlamaktadır (Çetin, 2009: 1).

5. Asimetrik Bilgilenme: Asimetrik bilgilendirme temelde hasta ve doktor arasındaki bilgi düzeyi farklılığına dayanmaktadır. Hizmeti talep etmekte olan hastayla doktor arasında mevcut sağlık sorununa dair bilgi düzeyi farkı bulunması ile birlikte asimetrik bilgi problemi doğmaktadır (Şenatalar, 2003: 27). Sağlık hizmeti, hizmeti alan taraf ve hizmeti veren taraf arasındaki bilgi farkının diğer sektörlerle nazaran daha yüksek olduğu bir alandır. Dolayısıyla hasta ve doktor arasında bilgi farklılığı olması oldukça olağan bir durumdur. Burada mal ve hizmeti talep ve arz edenler arasında büyük farklılık olması iki tarafın da sağlıklı karar vermesini zorlaştırmaktadır (Temel ve Aydın, 2018: 747). Asimetrik bilgi hasta ve sigorta kuruluşu arasında da meydana gelebilir. Sigorta kuruluşu ve hasta arasında ortaya çıkan asimetrik bilgiyle meydana gelen en önemli problem hastanın sigorta hizmeti aldığı için sağlık hizmeti fiyatlarına duyarsızlaşması neticesinde daha fazla sağlık hizmeti tüketmesinden ileri gelmektedir. Burada ciddi bir ahlaki tehlike ortaya çıkmaktadır (Fabes vd., 2022: 694).

6. Belirsizlik Altında Seçim: Hizmeti alan kişinin o hizmetin kalitesi ya da maliyetine dair bilgi sahibi olması oldukça önemlidir. Ancak sağlık hizmetlerinde genellikle hizmeti alan kişi bu alanlarda bilgi sahibi olmayı tercih etmemektedir. Örneğin bir kalp ameliyatı neticesinde kişi yalnızca sağlıklı hissetmeye odaklandığından ameliyatın teknik kalitesine tamamiyle odaklanmamaktadır. Dolayısıyla bu noktada, belirsizlik altında seçim yapmak zorunda kaldığını söylemek mümkündür (Saraçoğlu ve Öztürk, 2017: 298).

7. Sağlık Malının Yetersiz Tüketiminin Toplumu da Etkilemesi: Sağlık hizmetinin sahip olduğu kamusalılık ya da dışsallık sebebiyle yeterli şekilde tüketilmemesi ve sunulmadığı bazı durumlar yaşanmaktadır. Böyle durumlarda toplumun bütününün zarar gördüğünü söylemek mümkündür. Diğer piyasalarda sunulan mal ya da hizmetlerde yeterli düzeyde

arz olmadığı durumlar toplumu etkilemezken sağlık hizmetlerinde bu durum farklı şekilde işlemektedir. Sağlık piyasalarında bir hizmetin yetersiz bir şekilde sunulması veya yetersiz bir şekilde tüketilmesi, bireyin gereken sağlık hizmetini almamasına yol açmaktadır. Ortaya çıkan bu olumsuzluk özellikle bulaşıcı ve enfeksiyözel hastalıklarda toplumun riske atılmasına yol açmaktadır (Göl, 2016: 27).

2.6. Sağlık Hizmeti Sunucuları

Sağlık hizmetleri hem kişinin hem de kişinin içinde yaşadığı toplumun sağlıklı olmasına ve bu sağlıklı oluşun süreklilik arz etmesine yardımcı olan hizmetleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri sunulurken ülkenin gelişmişlik düzeyinin yanı sıra sağlığa ve hastalığa bakış açısı, kültürel algısı, sosyal hayatı gibi faktörler de sunulan sağlık hizmetinin kapsamını ve farklılaşmasını etkilemektedir (Altay, 2007: 34).

Dünya genelinde sunulan sağlık hizmetlerinin, folk sektör, popüler sektör ve profesyonel sektör olmak üzere üç ayrı şekilde kategorize edildiği bilinmektedir.

Folk sektör, sağlık ve hastalığa dair resmi bir diploması, eğitimi ya da belgesi bulunmayan ancak toplumun bu konuda uzman gördüğü kişilerden meydana gelmektedir. Bu kişiler toplumun kendisine sıklıkla başvurusu ile birlikte kendini geliştirmiş ve hatta toplumun bir kısmına fayda sağlayabilen kişilerdir. Üfürükçüler, kırıkçılar, çıkıkçılar, bel çekenler ya da ara ebeler bu kategoriye örnek olarak verilebilir. Bilimsel tıp ve resmi sağlık örgütlerinin reddettiği folk sektör, dünya genelinde gün geçtikçe artış gösteren bir sektördür. Yaşanan bilimsel gelişmelere paralel bir şekilde artış gösteren bu sektör bilimsel tıbbın yetersiz olduğu durumlarda tercih edilmektedir (Çatalca, 2000: 6). DSÖ resmi bir değeri bulunmayan bu sektörü reddetmektense ciddi ve etraflı bir şekilde incelenmesi gerektiğini savunmaktadır. Bu durumun en önemli sebebi bilimsel tıba katkı sağlayabilecek uygulamaların kazanabileceğine dair oluşan düşünce ve algıdır (Sağlık Platformu, 2023: 1).

Popüler sektör tıbbi konulara dair herhangi bir eğitimi ya da uzmanlığı bulunmayan ancak edindiği tecrübelerle bağlı bir şekilde sunulan bilgilerle danışmanlık hizmeti veren bireylerden meydana gelmektedir. Kişinin karşılaştığı sağlık sorunu neticesinde ilk yaptığı kendi yapısına yönelik bir çözüm bulmak ya da görüşünü önemseyen birilerinden danışmanlık almaktır (Çatalca, 2000: 6). Bu duruma verilebilecek en basit örnek grip ya

da nezle gibi semptomlarda çevrede bulunan bireylerin öngördüğü yaklaşımları gerçekleştirmektir. Örneğin öksürmeye başlayan biri öksürük karşısında ne yapacağını bilmediği durumlarda görüşünü önemseydiği birine danışmakta ve onun önerdiği yöntemi uygulamaktadır. DSÖ'nün yaptığı çalışmalara göre hemen hemen tüm toplumların faydalandığı popüler sektör, sağlık hizmetlerinin yaklaşık %90'ını karşılamaktadır (Sağlık Platformu, 2023: 1).

Profesyonel sektöre bakıldığında özel bir eğitim sürecinden geçen ve eğitim aldığı alanda uzmanlaşan bu uzmanlığı da resmi kurumlar tarafından kabul edilen kişilerin oluşturduğu sektör olduğu görülmektedir. Burada görev tanımı ve yetkileri belli sınırlarla çizilen hemşire, hekim, eczacı ya da diş hekimi gibi meslekler hizmet sunmaktadır (Çatalca, 2000: 7). Günümüz toplumlarında sağlık hizmeti veren kurumlar ve kuruluşlar resmi kurum niteliğine sahip olduğundan hizmet sektörü olarak profesyonel sektör içerisinde yer aldığını söylemek mümkündür. Bu sektör kapsamında sağlık hizmetlerinin sunulması, kamu ya da özel sektör kuruluşları tarafından yapılmaktadır. Kamu kuruluşları tarafından sunulmakta olan sağlık hizmetleri devlet tarafından ya da devlete bağlı bir şekilde diğer kamu kuruluşları tarafından yapılmaktadır (Gezen, 2013: 51). Özel sektörün sunduğu sağlık hizmetleri özel klinikler, özel hekimler ya da özel hastaneler tarafından sağlanmaktadır. Özel sağlık hizmet sunucuları değerlendirildiğinde genellikle örgütlü sağlık sistemi bulunmayan ve az gelişmiş ülkelerde görüldüğü söylenebilir. Ülkeden ülkeye çeşitlilik gösteren sağlık hizmetleri, kamu kurumlarının yanında özel sağlık hizmet kurumlarında daha belirgin farklılıklara sahiptir (Çınaroğlu, 2017: 265-266). Bütün ülkelerde uygulanan ulusal sağlık politikaları ve sistemleri farklılık gösterse de sunulan sağlık hizmetlerinin sağlık kurumu tarafından gerçekleştirilmesi ortak bir durumdur (Ak, 2021: 29).

Sağlık hizmetlerinin gruplandırmakta olduğu koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesine yönelik sunulan hizmetler doğrultusunda öne çıkan hizmetler tüm kurumlar tarafından farklı düzeylerde sunulmaktadır. Aile sağlığı merkezlerine bakıldığında bağışıklık gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin dışında sunulan toplumsal sağlık eğitimleri ile hizmet sunumu yapılmaktadır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002: 26).

Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirici sağlık hizmetleri kategorizasyonu dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de kabul görmektedir. Yapılan sıralama kurumun kuruluş amacının ve sunduğu hizmet düzeyinin özelliklerine göre gerçekleştirilmektedir.

Tablo 2. Sağlık Hizmetleri Sunan Kurumlar

Koruyucu Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar	Tedavi Hizmeti Sunan Kurumlar	Rehabilitasyon Hizmetleri	Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Hizmetler
Sağlık evi	Hastaneler	Rehabilitasyon merkezleri	Spor merkezleri
Aile hekimliği ve aile sağlığı merkezleri	Özel muayenehaneler	Hemşirelik bakım merkezleri	Sağlık eğitim birimleri
Kamu sağlığı merkezleri	Günübirlik cerrahi merkezleri	Evde bakım	Fitness merkezleri
Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri	Dispanserler	Terminal dönem bakım merkezleri	
İş yeri revirleri	Hemşirelik bakım merkezleri		
Verem savaş dispanserleri	Evde bakım		
Sıtma savaş birimleri	Terminal dönem bakım merkezleri		
Deri ve tenasül hastalıkları dispanserleri	Acil sağlık istasyonları		
Kanser erken teşhis ve tarama eğitim merkezleri			
Okul sağlığı bölümleri-medikososyal			
Toplum sağlığı merkezi			
Halk sağlığı laboratuvarları			
Belediye çevre sağlığı bölümleri			
Toplum ruh sağlığı merkezleri			

Kaynak: Demir, 2019: 13

Yukarıda yer alan tabloda da görüldüğu üzere koruyucu sağlık hizmeti sunan kurumlar sağlık evleri, aile hekimliği ve aile sağlığı merkezleri, kamu sağlığı ile ilgili merkezler, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, iş yeri revirleri, verem savaş dispanseri, sıtma savaş birimleri, deri ve tenasül hastalıkları dispanserleri, okul sağlığı bölümleri, kanseri erken teşhis eden tarama merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, halk sağlığı laboratuvarları, belediye çevre sağlığı bölümleri ve toplum ruh sağlığı merkezleri olarak sıralanabilir. Tedavi hizmeti sunan kurumlar ise öncelikli olarak hastaneler ve özel

muayenehaneler olarak sıralanmakla birlikte, günübirlik cerrahi merkezler, dispanserler, hemşirelik bakım merkezleri, evde bakım olanakları, terminal bakım merkezleri ve acil sağlık istasyonları bu kapsamda değerlendirilmektedir. Rehabilitasyon merkezleri grubunda temel olarak rehabilitasyon merkezleri, hemşirelik bakım merkezleri, evde bakım hizmetleri ve terminal dönem bakım merkezleri yer almaktadır. Son olarak sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetler kategorisinde, spor merkezleri, sağlık eğitim birimleri ve fitness merkezleri yer almaktadır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: HUKUKİ DÜZEN İÇERİSİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ

3.1. Sağlık Hizmetinin Hukuki Boyutu

Sağlık hakkı temel olarak bireyin sosyal hakları arasında en önemli haklarından birisidir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda bulunan sosyal ve ekonomik haklar ve ödevler bölümünde yer alan 56. madde gereğince sağlık hakkı düzenlenmiştir (Temiz, 2014:168). Bununla birlikte sağlık hakkı, tarihsel anlamda ikinci kuşak haklar arasında bulunmaktadır (Oğuz, 1997: 50). Anayasada devlete tanınan yükümlülöklere uygun bir şekilde Türk Kamu Hukuku Öğretisi kapsamında sağlık hakkının, pozitif statü hakları içerisinde yer aldığı da görölmektedir. Bu sayede, vatandaşın devletten sağlık hakkını talep etme boyutu vurgulanmaktadır. Anayasada yer alan 62. madde gereğince herkes öncelikli olarak sosyal güvenlik hakkına sahip olmaktadır. Devlet ise bahse konu olan güvenliğı sağlayacak gereken tedbirleri almakta ve teşkilatı kurmaktadır (T.C. Anayasası, 1982, md.60).

3.1.1. 1876 Anayasası Gereğince Sağlık Hakkı

1876 tarihinde kabul edilen Kanuni Esasi, Osmanlı Devleti'nde kabul edilen ve yürürlöğe konulan ilk Anayasadır. Ancak bu Anayasanın detaylarına bakıldığında sağlık hakkına dair herhangi bir düzenlemenin bulunmadığı görölmektedir. Kanuni Esasi'de temel hak ve özgürlöklere yer verildiğı ve bunların yalnızca kişı hürriyeti, güvenliğı, vatandaşlık hakları, dilekçe hakkı ya da işkence yasakları ile sınırlandırıldığı görölmektedir. Bu durumun en önemli sebebi sağlık hakkı kavramının 20. yüzyılda insanlık için önemli bir hal almasıdır. Bu döneme kadar sağlık hakkı gündeme gelmemiştir (Bostancı, 2007: 33).

3.1.2. 1921 Anayasası Gereğince Sağlık Hakkı

1921 yılında kabul edilen Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda yürütme ve yaşama yetkisinin yalnızca Büyük Milet Meclisine ait olduğuna dair bir hüküm yer almıştır. Bu Anayasa'nın Kurtuluş Savaşı koşullarında hazırlandığı göz önünde tutulduğunda tamamiyle devletin kuruluşu ve işleyişine odaklanıldığı görölmektedir. Dolayısıyla günümüz Anayasalarında yer alan temel haklara ve temel özgürlöklere dair herhangi bir düzenlemeye bu Anayasada yer verilmediğini söylemek mümkündür (Türkiye

Cumhuriyeti Anayasası, 1921). Hazırlandığı dönem sebebiyle temel özgürlüklere yer verilmeyen bu Anayasa'da sağlık hakkı kavramına da değinilmemiştir (Er, 2011: 29).

3.1.3. 1924 Anayasası Gereğince Sağlık Hakkı

1924 yılında kabul edilen Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında temel hak ve özgürlüklerin yeniden düzenlendiği görülmektedir. Anayasada bahse konu olan hak ve özgürlüklere 20 ayrı maddeyle değinilmiştir. Bahse konu olan Kanunda tüm bu haklara kısa açıklamalarla yer verildiği görülse de yaşam hakkına ya da sağlık hakkına dair herhangi bir düzenleme yapılmadığı görülmektedir (Kuruca, 2012: 28). Ancak daha öznel bir değerlendirme yapıldığında salgın hastalıklarla alakalı bir hükmünün yer aldığı söylenebilir. 1924 Anayasasında yer alan 78. madde gereğince salgın hastalıklar sebebiyle yolculuklara kısıtlama getirilebileceği ifade edilmektedir. Bahse konu olan maddede; *“Seferberlik ve sıkıyönetim hallerinin veya salgın hastalıklardan dolayı kanun gereğince alınacak tedbirlerin gerektirdiği kısıtların dışında yolculuk hiçbir kayıt altına alınamaz”* hükmüne yer verilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1924, md.78).

3.1.4. 1961 Anayasası Gereğince Sağlık Hakkı

Sağlık hakkının Türk hukukundaki yansımalarına bakıldığında 1961 ve 1982 Anayasalarında sağlık hakkına kavuştuğu görülmektedir. Bu yıllara gelinceye dek sağlık ile alakalı herhangi bir anayasal düzenleme yapılmamıştır (Temiz, 2014: 166). 1961 yılında kabul edilen Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, bireyin yaşama hakkının yanı sıra sağlık hakkını da konu almaktadır. Buna bağlı olarak bu Anayasanın sosyal devlet ilkesini benimseyen bir Anayasa olduğunu da söylemek mümkündür. Anayasada yer alan 14. maddede yaşama hakkına değinilmiş ve bu kapsamda herkesin yaşama ve varlığını geliştirme hakkına sahip olduğu ifade edilmiştir. Yine aynı Anayasada yer alan 48. madde bireylerin sosyal güvenliği üzerinde dururken, 49. madde sağlık hakkına değinmektedir. 48. madde bütün toplumun temel düzeyde sosyal güvenlik hakkında sahip olduğunu vurgulamakla birlikte bahse konu olan hakkın yerine getirilmesinde en önemli görevin devlete düştüğünü ifade etmektedir. Devlet bahse konu olan görevi sosyal sigortalar ya da sosyal yardım teşkilatlarıyla yerine getirmekle mükelleftir. Anayasada yer alan 49. maddede bütün toplumun sağlıklı bir şekilde yaşaması, tıbbi bakım görebilmesi ve aynı

zamanda özellikle yoksul kesimin konut ihtiyacının karşılayacağı önlemler alınması görevi tamamıyla devlete bırakılmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1961, md.48, md.49).

Yine 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” sağlık hizmetlerinin süreklilik halinde, entegre bir şekilde, kademeli olarak ve tüm halkın ihtiyaçlarına cevap verecek bir şekilde sunulması gerektiğini ifade etmektedir. 1961 Anayasasından önce çıkartılan bu kanun, yaklaşım açısından Anayasayla paralel bir işleme sahiptir. Bununla birlikte ilgili kanunun öne çıkardığı sağlık hakkının İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’ne dayandığını söylemekte mümkündür (Yıldırım, 1994: 48). Bütün bu uygulamalar beraberinde sağlık hakkına ek olarak sağlık hizmetlerine daha rahat bir şekilde erişebilmesi için de çeşitli adımların atıldığı görülmektedir (Kol, 2015: 140- 141).

3.1.5. 1982 Anayasası Gereğince Sağlık Hakkı

Sağlık hakkına dair son düzenlemelerin 1982 yılında kabul edilen Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında denildiğini söylemek mümkündür. İlgili Anayasada yer alan 56. madde gereğince bütün toplumun sağlıklı ve dengeli bir ortamda yaşama hakkına sahip olduğu üzerinde durulmaktadır. Bununla birlikte dengeli bir çevrede yaşayabilmek için çevre sağlığının korunması, çevresel kirliliğin önüne geçilmesi ve çevrenin geliştirilmesi gibi görevlerde hem devlete hem de vatandaşa atfedilmiştir (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982, md.56). Toplumların hem beden hem de ruh sağlığı içerisinde hayatını sürdürebilmesi sağlayabilmek ve aynı zamanda sağlık kurumlarının tek bir merkezden planlanmasını sağlayabilmek sorumluluğu tamamıyla devlete bırakılmaktadır. Bahse konu olan sorumluluğun yerine getirilmesi şekli kamu, özel sağlık ve sosyal kurumlarına bırakılmaktadır. Bununla birlikte net bir ifade yer almasa da Türkiye’de genel sağlık sigortası kurulabilir şeklinde bir ifade de yer verilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982, md.56).

1961 Anayasasında yer alan 49. madde gereğince bireyin hem beden hem de ruh sağlığına dair bütün sorumluluk devlete verilmiştir (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1961, md.49). Ancak 1982 Anayasası’nda yer alan 56. madde gereğince bütün vatandaşların dengeli ve sağlıklı bir çevrede hayatını devam ettirebilmesi ve beden hem de ruh sağlığını

koruyabilmesinin tamamıyla devletin sorumluluğu olduğu hükmüne yer verilmemiştir (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982, md.56).

Burada yapılan değişimin sağlık hakkında bir eksikliği değil aksine daha geniş düzenlemeleri doğurduğunu söylemek mümkündür. Burada kişi yalnız başına değil çevresiyle beraber değerlendirilmektedir (Kuruca,2012: 30). Bu bağlamda Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasasında yer alan madde gereğince vatandaşın sağlık olmasının sorumluluğu yalnız başına devlete bırakılmamış aynı zamanda vatandaşlara da çeşitli görevler verilmiştir (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982, m.56).

Sağlık ve çevre arasında kurulmuş olan bu bağa bakılarak çevre sağlığının korunmasının hem devlete hem de vatandaşa atfedildiğini söylemek mümkündür. Burada devlete kesin bir görev verilirken, bazı somut koşulların gözetilmesi gerektiğine de değinilmiştir (Şahbaz, 2009: 411). İlgili Anayasada yer alan 65. madde gereğince devletin sosyal ve ekonomik anlamdaki sorumluluklarının yerine getirilmesi konusunda bir kısıtlama getirildiği görülmektedir. Burada devletin bahse konu olan görevleri maddi kaynakların yeterliliği doğrultusunda yerine getirileceği ifadesi de bulunmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982, md.56).

3.1.6. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi Gereğince Sağlık Hakkı

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi incelendiğinde, sağlık hakkının ikinci kuşak haklar yani sosyal haklar arasında bulunduğu görülmektedir. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde yer alan 25. madde tamamıyla sağlık hakkında yer vermektedir (Alptekin, 2004: 137). İlgili bildirgede yer alan 25. madde gereğince bireyin kendinin ve ailesinin sağlık hakkına sahip olduğu belirtilmektedir (BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 1948). Sağlık hakkı kişinin giyinmesi, beslenmesi, tıbbi bakım görmesi, barınması ve tüm bunlara ek olarak yaşlılık, sakatlık, işsizlik ya da hastalık gibi farklı sebeplerden ötürü hayatını idame ettirmeme gibi durumlarda öne çıkan güvenlik hakkını da vurgulamaktadır. Bununla birlikte kişinin anne ve çocuklarının özel yardım hakkı bulunduğu da ifade edilmektedir. Evlilik birliğine bağlı bir şekilde doğup doğmamasına bakılmaksızın tüm çocukların eşit toplumsal kurallardan faydalanacağı belirtilmektedir. İlgili bildirgede sağlık hakkı en temel insani haklar arasında bulunmakla birlikte bu hak ilk kez uluslararası bir metin kapsamında tanımlanmıştır (Tuaç, 2009: 9).

3.1.7. Avrupa Sosyal Şartı Gereğince Sağlık Hakkı

1961’de imzalanan Avrupa Sosyal Şartı, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nin bir tamamlayıcısı olarak görülmektedir. 1965 yılında yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Şartını Türkiye’nin 1961 yılında imzaladığı ve 1989 yılında onayladığı bilinmektedir. İlgili şartta yer alan 11. maddede sağlığın korunması hakkında vurgu yapılmaktadır. Bu maddede sağlığın korunması ile alakalı hakların etkin bir şekilde sürdürülmesini sağlayabilmek adına tarafların iş birliği sağlaması gerektiği vurgulanmaktadır. Bununla birlikte sağlığın bozulması konusundaki sebeplerin mümkün mertebe yok edilmesi, sağlığın geliştirilmesi adına çeşitli kolaylıkların sağlanması ve salgın hastalıklara dair çeşitli tedbirlerin alınması da ilgili şartta taahhüt edilmektedir. Avrupa Sosyal Şartında yer alan 13. madde gereğince sağlık ve sosyal yardım hakkına değinilmektedir. İlgili maddede yeterli sosyal ve ekonomik durumu bulunmayan kişilerin sosyal ve tıbbi yardım alma hakkı bulunduğu ifade edilmektedir (Avrupa Sosyal Şartı, 1961, md.11, md.13).

3.1.8. Alma-Ata Bildirisi Gereğince Sağlık Hakkı

Kazakistan’da 1978 yılında gerçekleştirilen “Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı” neticesinde yayınlanmış olan bildirge sağlık hizmetlerinin ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır. DSÖ’nün 1973 yılında dünya genelinde sağlık alanında ortaya çıkan yetersizliğe vurgu yapması ile birlikte, sağlığın iyileştirilmesine dair çeşitli kararlar alınmıştır. Buna bağlı olarak 1978 yılında kabul edilen bildirgede 2000 yılına yönelik sağlık düzeyi bir hedef şeklinde değerlendirilmiş ve ülkeler için kalkınmanın bir parçası haline getirilmeye çalışılmıştır. Dünya genelinde bütün ülkeler bu hedefe yönelik olarak temel sağlık hizmetlerini şekillendirmek ve yürütebilmek için çeşitli stratejileri geliştirmeye çalışmıştır. İlgili bildirgeden sonra tüm ülkelerin sağlık seviyesinde kayda değer gelişmenin yaşandığını söylemek mümkündür (Kıvanç, 2015: 163). Dünya genelinde insanların sağlığını korumak ve bu sağlığı geliştirebilmek için alınması gereken tedbirlere odaklanan bildirge ile birlikte, tüm insanlığın harekete geçmesi hedeflenmiştir. Bu bağlamda Alma Ata konferansı ile birlikte herkesin sağlıklı olmasına yönelik temellerin atıldığı görülmektedir (Akdağ, 2012: 1).

3.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, finansal kaynakların sunulacak sağlık hizmetlerine yönelik bir şekilde harekete geçirilmesini ve aynı zamanda mevcut kaynakların kullanımını kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinde uygulanan finansman yöntemi ya da hizmet sunumundan bağımsız bir şekilde ortaya çıkan en önemli amaç, kaliteli, adil ve verimli bir sağlık hizmeti sağlayabilmektir. Bu bağlamda tüm bireylerin sağlık hizmetine ulaşabilmesine dair sürdürülebilir ve yeterli kaynakların yaratılması en temel amaçlar arasında yer almaktadır. Burada kaynak yaratılması esnasında toplum ya da bireylerin yoksullaşmasını engelleyebilmek de sağlık hizmetleri finansmanının temel amaçları arasında yer almaktadır (Güvercin vd., 2016: 83). Hizmetin sunumu aşamasında meydana gelebilecek maliyetleri giderebilmek için gereken maddi kaynaklara ulaşma imkanlarının tamamı sağlık hizmetleri finansmanı olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda, beklenmedik bir hastalıkla karşılaşıldığı zaman hizmetin meydana getirdiği mali yükten korunmak en temel amaçlar arasındadır. Sağlık harcamalarının yeteri kadar gerçekleştirilebilmesi için ise kaynakların ne kadar, nasıl ya da nereden finanse edilebileceği ise oldukça önemli bir konudur. Daha geniş bir perspektiften değerlendirildiğinde sağlık finansmanı, sağlık hizmetlerinin finansal kaynaklarının kullanılmasının yanında bunların harekete geçirilmesi şeklinde ifade edilebilir. Tüm bu eylemleri gerçekleştirilirken en önemli amaçlardan bir diğeri ise kaynak dağıtımında adaletli davranabilmektir (İstanbuluoğlu vd., 2010: 89). Sağlık finansmanı ile ilgili kaynaklara bakıldığında özel ve kamusal finansman olarak iki ayrı grupta incelendiği görülmektedir. Kamu finansman kaynakları genellikle vergi ya da prim gelirine dayanan ve toplumun sağlık hizmetlerinden faydalanmasını amaçlayan kaynakları tanımlamaktadır. Özel finansman ise özel sağlık sigortalarına ek olarak cepten ödemeler gibi yöntemlerle hastalanan kişinin ortaya çıkan maliyetleri kendisinin karşılanması prensibinden doğmaktadır. Devlet, sunduğu sağlık hizmetini finanse edebilmek için bir çeşit telafi sistemi kullanmaktadır. Bu sistem kapsamında çalışanların sonraki dönemlerde meydana gelebilecek risklere karşı korunabilmesi adına ödeme gücü göz önünde tutularak bir havuz oluşturulmaktadır. Gelecek dönemlerde ihtiyaç olduğu durumlarda bu havuzdan arzu edilen miktarda ödeme yapılmaktadır (Doğru, 2019: 16).

Kamu finansman sistemi Türkiye’de sürdürülen Genel Sağlık Sigortası sistemi ile örneklendirilebilir. 2012 yılında yürürlüğe giren ve günümüzde halen daha uygulanan

genel sağlık sigortasının en önemli hedefi toplumun tamamını kapsayacak şekilde sürdürülebilir temel sağlık hizmetini sunabilmektir (Pekten, 2006: 120). Özel finansman kaynakları kapsamında değerlendirilen özel sigortalar ise sürdürülen uygulamaların en önemlisidir. Bu finansman kaynağına bakıldığında özel sağlık sigorta kuruluşlarının sağlık hizmeti alımı sonrasında ortaya çıkan ödemeyi gerçekleştirdiği görölmektedir. Bir hastalık ya da sakatlık riskine karşı güvence altına alan bu uygulama farklı yöntemlerle farklı ölkelerde farklı amaçlara yönelik bir şekilde de kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde kullanılan özel sağlık sigortaları, pek çok kesim için temel sağlık finansmanını sağlama görevini üstlenmektedir. Fransa ya da Türkiye gibi ölkelerde ise tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında, kamu tarafından sunulan sağlık güvencesinin yetersiz olduğu durumlarda tamamlayıcı bir görevi üstlendiği görölmektedir. Göröldüğu gibi özel sağlık sigortaları, kamudan faydalanmak zorunda kalan ve düşük gelire sahip olan kimselerin, kamu kaynaklarından daha kapsamlı bir şekilde faydalanmasını da mümkün hale getirmektedir (Doğru, 2019: 17). Özel finansman kaynaklarına kapsamlı bir şekilde bakıldığında ortaya çıkan bir diğer uygulamanın cepten harcamalar olduğu görölmektedir. Bu harcama türü bilinen en eski harcama türü olarak kabul edilmekle birlikte bireyin aldığı sağlık hizmetinin parasal karşılığını direkt olarak kendi cebinden ödemesi şeklinde tanımlanabilir. Ancak, uygulanan bu yöntem sonraki dönemlerde ortaya çıkabilecek hastalık risklerine karşı bireyi koruma güvencesini tam anlamıyla sağlamamaktadır (İstanbuluoğlu vd., 2010: 90).

Sağlık finansman yöntemlerinin doğrudan ve dolaylı olarak iki ayrı şekilde kategorize edildiği de bilinmektedir. Doğrudan finansman yöntemlerine bakıldığında sağlık hizmetini alan bireyin doğrudan finansman gerçekleştirmesi söz konusu olmaktadır. Ancak dolaylı finansman yönteminde, ortaya çıkacak maliyet, sosyal ya da özel sağlık sigortaları gibi araçlarla karşılanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında doğrudan finansman yöntemine bakıldığında, kişinin serbest piyasa şartlarında aldığı hizmetin bedelini direkt olarak kendisinin ödediği görölmektedir. Farklı bir şekilde ifade etmek gerekirse birey, arzu ettiği sağlık hizmetinin bedelini aracı olmadan direkt olarak kendisi ödemektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 288). Doğrudan finansman yöntemi genel olarak sosyal güvence kapsamında yer almayan hizmetler için kullanılmaktadır. Aynı zamanda sigortanın geçerli olduğu kurumda bekleme süresinin uzun olduğu doğrutuda sigorta dışındaki alanların tercih edilmesi ile birlikte de doğrudan finansman yöntemi

kullanılmaktadır. Genellikle özel sektörde cepten ödeme yöntemi ile doğrudan hizmetin satın alındığı görülmektedir (İstanbuluoğlu vd., 2010: 90). Doğrudan finansman yöntemi temelde sağlık hizmetlerine karşı gösterilen talebi değiştirmektedir. Birey almış olduğu sağlık hizmetini kendi cebinden ödediği için bu durum genellikle sağlık talebini azaltıcı yönde etki yaratmaktadır. Bu bağlamda doğrudan finansman yönteminin yaygın bir şekilde kullanıldığı ülkelere bakıldığında, genellikle düşük gelir düzeyindeki bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılayamadığı dikkat çekmektedir (Doğru, 2019: 17).

Dolaylı finansman yöntemlerine bakıldığında ise kamusal, yarı kamusal ya da özel nitelikte bazı kurumların aracılığıyla birlikte sağlık hizmeti sunumunda ortaya çıkan hizmet bedelinin tamamının ya da bir kısmının karşılandığı görülmektedir. Dolaylı finansman yönteminde kişilerin hastalığı neticesinde meydana gelecek maliyetle tek başına yüzleşmesi riski ortadan kaldırılmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 292-293). Dolaylı finansman kapsamında vatandaşlar, aracı kuruma belli aralıklarla ödeme gerçekleştirmektedir. Hastalık durumunun meydana gelmesi olasılığındaysa arzu edilen hizmetin maliyetinin tamamı ya da büyük bir kısmı aracı kurum tarafından karşılanmaktadır. Hastalanma öncesinde hastalık riskine karşılık koruma amacıyla birey tarafından gerçekleştirilen ödeme havuzundan yapılan bu ödemeler, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ya da Özel Sigortalar kapsamında gerçekleştirilebilir (Ekici, 2013: 15). Önceden tahmin edilemeyen bireysel riskler, pek çok bireyin havuz sistemi oluşturulmasıyla ortadan kaldırılmaktadır. Burada havuz sisteminin oluşturulması ile birlikte ortaya çıkan en önemli amaç, belirsiz talep riskinin meydana getireceği olumsuz etkiyi azaltabilmektir. Bununla birlikte çeşitli fonlarla havuz sistemini oluşturmak, sağlık hizmetinin garanti altına alınması anlamına da gelmektedir (İstanbuluoğlu vd., 2010: 91). Dolaylı finansman yöntemi, riski büyük ölçüde azalttığından bütün ülkeler tarafından kabul gören bir yöntemdir. Bu sayede sağlık harcamalarının planlanmasına dair ortaya çıkacak güçlükler minimuma indirgenecektir.

Sağlık hizmetleri finansmanının işlevlerine bakıldığında öncelikli olarak gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunucularına karşı ödeme gerçekleştirme gibi bileşenlerden oluştuğu söylenebilir. Bu bileşenlerin farklı kombinasyonları farklı ülkelere göre farklı şekillerde entegre olabilmektedir. Bazı bileşenler yalnızca bir örgüt kapsamında kullanılırken bazıları çeşitli örgütler tarafından entegre bir şekilde yürütülebilir (Kutzin, 2001: 174).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı genellikle birincil ve ikincil kaynaklardan elde edilmektedir. Bu süreçte ortaya çıkan gelir toplama, birincil kaynaklar olarak görülen hanehalkı ve işletmelerden elde edilmektedir. Yine gelir toplama sürecine destek olan ikinci kaynaklar devlet ve bağış yapan kurumlar olarak tanımlanmaktadır. Bahse konu olan tüm kaynaklardan para toplanması ise gelir toplama eylemini ortaya koymaktadır. Gelir toplama, sağlık sistemi kapsamında finansman elde edebilmek için toplanmış olan paranın sağlık yönetimi için kaynak oluşturması sürecidir. Sağlık hizmetleri finansmanı adına toplanan gelirin risk belirleme düzeyi ise geliri düşük olan kişilere yönelik bir şekilde kullanılan koruyucu mekanizmalar için oldukça önemlidir. Bu konu aynı zamanda gelirin ne kadar toplanacağı gibi konuların doğru bir şekilde belirlenebilmesi adına sağlık hizmetleri finansmanının başarılı bir şekilde sağlanması adına önem teşkil etmektedir (Murray ve Frenk, 2000: 724).

Burada gelir toplama süreci ise kimin ne miktarda ödeme yapacağını yanında yapılan ödemenin kimleri ya da hangi hizmetleri kapsayacağı gibi konuları da içermektedir. Burada yine hangi ödeme yönteminin kullanılacağı ve ödemenin hangi kurumlar tarafından toplanacağı gibi konular da gelir toplama sürecinin kapsamında yer almaktadır. Vergiler, özel sağlık sigortası ödemeleri, sosyal sağlık sigortası ödemeleri, cepten ödemeler, yapılan bağışlar ya da borçlar gelir toplama yöntemleri arasında değerlendirilmektedir. Cepten ödeme dışında yer alan bütün gelir toplama yöntemlerinin ortak özelliği ise gelirin sağlık hizmetinin kullanılmasından önce toplanmasıdır. Gelirin toplanması süreci ise kar amacı güden özel kuruluşlar, kar amacı gütmeyen özel kuruluşlar ve kamu kurumları tarafından sağlanmaktadır (Çelik, 2016: 168).

Sağlık hizmeti gelirlerinin biriktirilmesi olarak tanımlanan fon havuzlama ise, toplanan gelirin sağlık hizmeti kullanıcısının faydası için biriktirilmesi tanımlamaktadır. Finansal risklerin paylaşılmasına olanak tanıyan fon havuzlama aynı zamanda sağlık hizmeti açısından meydana gelebilecek risklerin tüm havuz üyeleri tarafından üstlenilmesini kapsamaktadır. Geleneksel anlamda fon havuzlama kavramı sigorta işlevi olarak da tanımlanmaktadır (Kutzin 2001: 177). Fon havuzlama hem kullanıcı hem de hizmet sağlayıcı için sağlık hizmetine yönelik belirsizlikleri ortadan kaldırmaktadır. Bununla birlikte fon havuzlama, sağlık hizmetinin karşılayabileceği seviyede talebi karşılamakta ve fon akışını artırmak suretiyle hastalara daha nitelikli bir hizmetin bulunmasına olanak tanımaktadır (WHO, 2000: 96).

Hizmet sunucularına ödeme yapma, fon havuzunda birikmiş olan kaynakların sağlık hizmetine yönelik bir şekilde aktarılması anlamını içermektedir. Yapılan aktarım, kurumsal ya da kişisel sağlık hizmeti sunan kuruluşlara, verilen sağlık hizmeti karşılığında belli yöntemlerle geri ödeme yapılması şeklinde gerçekleştirilmektedir (Mussialos ve Dixon, 2002: 7). Hizmet sunucuya ödeme yapmak, stratejik ve pasif bir ödeme şeklinde gerçekleştirilmektedir. Stratejik ödeme, sağlık hizmetinin sunduğu performansı maksimize edebilmek için sürekli olarak hangi müdahalelerin nasıl ve ne şekilde yapılacağı gibi süreçleri organize etmeyi amaçlamaktadır. Pasif ödeme ise daha önceden belirlenen bir bütçeyi takip etmek suretiyle ortaya çıkan faturanın ödenmesini ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında hizmet sunucu ödeme yapılması sürecinde en önemli nokta, ödemenin stratejik niteliğe sahip olmasıdır. Stratejik ödemenin bulunduğu bir sistem, optimum sağlık hizmetine ulaşılması ve en doğru ödeme yöntemiyle sağlık hizmetinin sunulmasını içermektedir (WHO, 2000: 97). Sağlıkla ilgili finansman yöntemleri ise sosyal güvenlik sisteminin en önemli parçasını ifade etmektedir. Buradan yola çıkıldığında sağlık hizmetlerinin finansmanının incelenmesinden önce sosyal güvenlik sistemi ile ilgili kavramların ve uygulamaların değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

3.2.1. Sosyal Güvenlik Kavramı

Bir medeniyetin en önemli simgesi sosyal güvenlik olarak tanımlanabilir. Sosyal güvenlik kavramı tarihi süreç içerisinde tüm insanlık için evrensel bir değeri oluşturmaktadır. Bununla birlikte sosyal güvenlik kavramı, insanların meydana gelebilecek herhangi bir riskten ya da tehdit edici durumdan korunma ihtiyacının sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Sosyal güvenliği ortaya çıkan en önemli amaç ise kişinin temel düzeyde korunmasını sağlamaktır. Günümüzdeki haliyle sosyal güvenlik yani modern sosyal sigortalar, devletin sunduğu eylem ya da yaklaşımlarla oluşmaktadır (Ayhan, 2012: 45).

Görüldüğü gibi sosyal güvenliğin hem sosyal hem de güvenlik boyutları bulunmaktadır. Bu iki boyutun birleşmesi ile birlikte ise farklı anlamlara sahip olacak bir kavram ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda oluşan sosyal güvenlik tüm birey ve toplumların gerçekleştirmesi gereken oldukça önemli bir sosyal gerekliliği ortaya koymaktadır (Cengiz, 2018: 29). Tüm bunlara ek olarak sosyal güvenlik çeşitli sosyal tehlikelerle yüzleşmek zorunda bulunan ve ekonomik olarak güvencesi olmayan bireylere, ekonomik

güvencenin sunulmasıyla da görevlidir (Gökbayrak, 2022: 111). Bu açıdan devletin sosyal riskler neticesinde ortaya çıkan zararın önüne geçilmesi konusundaki en önemli görevi, arzu edilen sistemi uygulayarak bireyin var olan zor durumdan kurtulabilmesidir. Dolayısıyla sosyal güvenlik, iş kazası ya da meslek hastalığı gibi sosyal riskler nedeniyle geliri kesintiye uğrayan kişilerin diğerlerinden ya da devletten yardım almadan hayatına devam etmesini sağlamayı da amaçlamaktadır.

Sosyal güvenlik çeşitli kamu önlemleri ile hastalık, işsizlik, yaşlılık, ölüm, doğum ya da iş göremezlik gibi sebeplerle meydana gelebilecek sosyal ya da ekonomik rahatsızlıklara karşı toplumun kendini korumasını ifade etmektedir. Meydana gelebilecek bütün bu sorunlar kişinin gelirinin azalmasına ya da giderinin artmasına yol açmaktadır. Kişinin çalışma gücü üzerinde olumsuzluk yaratan hastalık, sakatlık ya da yaşlılık gibi fizyolojik risklerin yanı sıra işsizlik de ortaya çıkabilecek riskler arasında sayılabilir. Bu risklerle yüzleşmek zorunda kalan kişi ise sürekli ya da geçici bir şekilde gelirden yoksun kalmaktadır. Bu durum da kişinin ekonomik güvensizlik ortamına itilmesine yol açmaktadır. Tüm bu faktörler değerlendirildiğinde sosyal güvenlik politikalarının temel amacının fizyolojik, sosyal ve ekonomik risklerin bireyin üstündeki etkilerini gidermek olduğu görülmektedir (Akkaya, 2000: 83). Günümüz toplumlarında evrensel bir ilke halini alan ve çağdaş uygarlığın en önemli simgesini meydana getiren sosyal güvenlik kavramı, temel olarak kişinin karşılaştığı olaylara dair bir çeşit güvenceyi oluşturmaktadır. Tarihin bütün dönemlerinde insanlar çok farklı şekillerde sosyal güvenlik önlemleri icat etmiş ve bunları toplumsal olarak benimsemiştir. Daha önceleri kişisel sonrasındaysa karşılıklı yardım temelinde şekillenen sosyal güvenlik kurumları, çağdaş sosyal güvenlik sisteminin çekirdeğini meydana getirmektedir. Tarihsel anlamda sosyal güvenlik sistemi değerlendirildiğinde ise, Sanayi Devrimi ile beraber ciddi bir yol ayrımının ortaya çıktığı görülmektedir. Sanayi devriminden sonra modern anlamda sosyal güvenlik sistemleri ortaya çıkmıştır. Bu durumun en önemli sebeplerinden birisi ise Sanayi Devrimi ile birlikte, sosyal güvenlik sistemlerinin var oluşunun çok büyük bir kısmını meydana getiren risklerin ortaya çıkmasıdır (Güvercin, 2004: 89).

Bireyin yalnızca kendisinin değil aynı zamanda ailesinin de, emeklilik, hastalık, işsizlik, sakatlık ya da ölüm gibi nedenlerle ekonomik istikrarsızlıktan korumaya yarayan sosyal güvenlik, kişinin asgari düzeyde bir yaşam standardına sahip olmasına yaramaktadır (Kartal, 2021: 382). Hükümet tarafından organize edilen bu sosyal güvenlik programları,

emeklinin sahip olduğu emekli aylığına ek olarak diğeri aile üyelerinin sosyal güvenlik programlarından faydalanmasına dayanmaktadır. Sosyal güvenliğin bu özelliği değerlendirildiğinde ise temelde bir sigorta mekanizmasına benzediği görülmektedir. Çünkü burada sigorta kapsamına giren kişiler sadece sağlık programından yararlanmamakta aynı zamanda ölüm ya da maluliyet gibi durumlarda da yardım almaktadır (Bolukçu, 2019: 15). Bireyi tehditlerden korunmayı amaçladığından sosyal güvenlik kavramının sürekli olarak sosyal hayatın bir parçası olacağını söylemek mümkündür. Aynı zamanda sosyal güvenlik sistemleri ile birlikte kişinin yoksulluğu ve eşitsizliğinin önüne geçilmekte ve sosyal refahın gelişmesi de sağlanmaktadır (Ünal ve Afşar, 2021: 435). Ülkelerin ihtiyacına yönelik bir şekilde geliştirilen pek çok sosyal güvenlik sisteminin bulunduğu da söylenebilir. 1944 yılında Philadelphia’da yapılan uluslararası çalışma konferansında sosyal güvenlik kavramının detayları genişletilmiştir. Böylece sosyal güvenliğin oldukça gerekli bir kavram olduğu hem teoride hem de pratikte kabul edilmiştir. 1948 yılına gelindiğinde ise Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun kabul ettiği İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, sosyal güvenlik kavramının küresel olarak ele alınmasına yardımcı olmuştur (Erdoğan, 2022: 383).

Temelde devletin sağlaması gereken en önemli görevlerden birisi olan sosyal güvenlik, en temel haklardan birisi şeklinde de ifade edilebilir. Sosyal güvenliğin sahip olduğu en önemli amaç bireyin karşısına çıkabilecek muhtemel risklere karşı korunabilmesinin yanında, ortaya çıkan risklerin meydana getireceği sonuçların da minimumda olmasıdır. Ancak, bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de sürdürülmekte olan sosyal güvenlik uygulamalarının da liberal ekonomi politikaları ile sınırlandırıldığı söylenebilir. Bu açıdan sosyal güvenlik, bir kamusal hizmet olma özelliğini yitirmek ve özelleşmektedir. Ancak burada bir değerlendirme yapıldığında sosyal güvenliğin gelecek dönemler için oldukça önemli bir güvence olduğu da vurgulanmalıdır (DİSK, 2023).

3.2.2. Kamu Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları

Türkiye’deki sağlık harcama kaynaklarına bakıldığında öncelikle devlet bütçesi sonrasında ise sosyal güvenlik kurumları ile bireyin kişisel harcamalarının oluşturduğu görülmektedir. Burada karma bir yapı ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de gerçekleştirilen sağlık harcamalarında en büyük paya sahip kuruluş ise Sağlık Bakanlığı’dır. Bununla birlikte çeşitli sağlık politikalarını saptayarak bunları yürütme konusunda büyük yetkiye

sahip olan pek çok kuruluşun bulunduğu da söylenebilir. Bunların başında üniversiteler gelmekte, sonrasında ise Milli Savunma Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumları, belediyeler, özel kuruluşlar ve çeşitli fonlar yer almaktadır. Bütün bu kuruluşların gerçekleştirdiği sağlık harcamalarına ek olarak, aktif devlet memurları için genel bütçe kapsamında gerçekleştirilen sağlık harcamaları ile alakalı, direkt kişilerin gerçekleştirdiği sağlık harcamaları da yer almaktadır (Orhan, 2006: 52).

3.3. Sağlık Reformu ve Sağlık Politikası Kavramları

Reform, daha iyi bir duruma gelebilmek için gerçekleştirilen düzeltmeler şeklinde tanımlanmaktadır. Ancak sağlık alanında gerçekleştirilen reformun kapsamının ne olduğuna dair evrensel bir tanımın bulunmadığını söylemek mümkündür. Sağlık hizmetleri kapsamında reform, genel olarak sağlık politikalarını değiştirmeye dair gerçekleştirilen bütün faaliyetleri kapsamaktadır. Önceliklerin saptanması ve bunlara uygun politikaların geliştirilmesine dayanan sağlık hizmetleri reformu aynı zamanda geliştirilmiş olan politikaların uygulanmasını da kapsamaktadır (Saltman ve Figueras, 1999: 384). Türkiye’de 1980’li yıllarla birlikte ortaya çıkan pek çok reform girişiminin gerçekleştiği bilinmektedir. Sağlık hizmetlerinin maliyetinin artışı, ülkenin sağlık hizmetlerine dair çeşitli reformlar yapmasına yol açmıştır. Nüfus artışına ve buna bağlı olarak kronik rahatsızlıkların çoğalmasına bağlı bir şekilde, bakım hizmetleri maliyetlerinin artması da reformların yapılmasının bir diğer sebebi olarak tanımlanabilir. Teknolojinin gelişmesi neticesinde de farklı tedavi şekilleri ortaya çıkması toplum sağlığına yönelik beklentilerin artmasına sebep olmuştur. Bu durum da yine sağlık hizmetlerinin maliyet artışına sebep olarak reformları gerekli kılmıştır. Tüm bu faktörler kapsamında 1980’li yıllarda ortaya çıkan reform girişimleri sağlık hizmetlerinin verimlilik, hasta tercihleri, etkinlik ve ekonomik baskılar kapsamında değişikliğe uğramasına yol açmıştır. Genel anlamda sağlık hizmetlerinde yaşanan reformla ortaya çıkan en önemli amaç, sağlık harcamalarının daha verimli bir şekilde yapılması, sağlık hizmetlerine erişim konusunda tüm vatandaşların eşit şartları olması ve aynı zamanda toplumda bulunan bütün bireylere eşit bir sağlık hizmeti sunulmasıdır (Günaydın, 2011: 327).

Dönemde Dünya Bankası tarafından çeşitli ülkelerdeki sağlık hizmetlerine yönelik analizler yapılmış ve bu analizlerle alakalı raporlar hazırlanarak sağlık sektöründe artış

gösteren maliyetlere yönelik bir sağlık krizinin ortaya çıkacağına değinilmiştir. Bu krizin engellenebilmesi için ise sağlıkta reform önerisi bütün ülkelere tanıtılmıştır. Ülkelerin farklı ekonomik ve sosyal düzeye sahip olmasına rağmen bütün ülkelere aynı çözümü içeren reform önerileri benzer sistemlerle sunulmuştur. Bu bağlamda benzer sistemlere sahip olan reformların uygulanması ile birlikte bütün bireylerin sağlık hizmeti dahilinde alacağı hizmetlerin benzer olacağı, öngörülmüştür. Sağlık reformları ilk kez Şili’de uygulanmış sonrasında ise Arjantin, Hindistan ve Yeni Zelanda da uygulamaya geçilmiştir. Türkiye özeline bakıldığında ise 1986 yılında bahse konu olan reformlarla alakalı ilk adımların atıldığı söylenebilir (Hamzaoglu, 2011: 26-27).

Sağlık politikalarında öne çıkan bir diğer kavram olan politika ise, belli bir grup aktörün farklı konulara dair amaçlarının belirlenebilmesi ve bu amaçların gerçekleştirilmesi konusunda faydalanılacak araçlar yönünde alınan kararları tanımlamaktadır. Sözlük anlamına bakıldığında ise politikanın, devletin etkinliklerini yöntem, içerik ve amaç kapsamında düzenleme ve gerçekleştirme esaslarının tamamı olarak tanımlandığı görülmektedir. Bazı dillerde politika ve siyaset kavramları aynı anlamda kullanılmaktadır. Bu durumun en önemli sebebi ise politika belirleme, bunları uygulama ve süreci izleme süreçlerinin politik süreçleri tanımlamasıdır. Bu sebeple siyaset kavramının, politika kavramından ayrı bir şekilde ele alınması ne yazık ki mümkün olmamaktadır (ER, 2011: 44).

Sağlık politikası kavramı ise, sağlık sisteminin sunduğu hizmetleri, sunulan kurumları ve finansman düzenlemelerinin tamamını etkileyen eylemleri ifade etmektedir. Sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin ötesine geçerek sağlık üstünde etki yaratan bütün kamu, özel ya da gönüllü örgütlerin yaptığı eylemleri de kapsamaktadır. Farklı bir şekilde ifade etmek gerekirse sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin sunulmasının yanında bunların uygulanmasına dair strateji ve yaklaşımları oluşturan kararlar şeklinde tanımlanabilir. Bununla birlikte sağlık politikaları, politikanın belirlenmesi sürecinin doğru bir şekilde işleyebilmesi için mevcut hizmetlerin yanında sağlık üstünde etki yaratan bütün sosyal, ekonomik ve çevresel etkiler üzerine de odaklanmaktadır (Atabey, 2012: 22).

Ortak bir tanımı bulunmayan sağlık politikası ile alakalı yapılan bütün tanımlar tartışmalı bir yapıya sahiptir. Çünkü sağlık politikası, sağlık üzerinde etki yaratan kamu sektörü, özel sektör ve gönüllü platformlar tarafından gerçekleştirilen bütün faaliyetleri

içerdiğinden oldukça kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık politikası aynı zamanda, sağlık hizmetlerinin bütün kurumlarını etkileyen durumların da ötesine geçmektedir. Bu politikalar sağlık alanında etki yaratan kurumların gerçekleştirdiği tüm faaliyetleri içermektedir. Bu bağlamda sağlık politikasının sadece sağlık hizmetlerini kapsamadığı aynı zamanda sağlıkla alakalı bütün politikaları da içerdiğini söylemek mümkündür. Sağlık politikalarının amacına bakıldığında ise bireyin yalnızca tedavi edilmesinin yeterli görülmediği dikkat çekicidir. Çünkü bireyin hastalıklardan ya da kazalardan korunması da onun tedavi edilmesi kadar büyük bir öneme sahiptir. Günümüze sağlık politikalarının tamamı devlet ve hükümet tarafından denetlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin bu kadar önemli olmasının bir sonucu olarak ortaya çıkan bu denetim, sağlık politikalarının doğru bir şekilde uygulanmasını da sağlamaktadır (Ertaş vd., 2016: 178).

Ülkelerin uyguladığı resmi sağlık politikalarının, o ülkeyle alakalı en önemli sağlık göstergelerinden biri olduğunu söylemek olasıdır. Türkiye özel bakıldığında ise bireylerin sağlık hakkının Anayasada yer alan 60. madde gereğince koruma altına alındığı görülmektedir. Bu madde, herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ifade etmekle birlikte devletin bahse konu olan güvenliği sağlayacak tedbirleri almakla ve teşkilatları kurmakla mükellef olduğuna değinmektedir (Sargutan, 2005: 2016). Sağlık politikalarının ortaya koyulması esnasında sağlık politikalarının amacına odaklanmak ise, politik aktörlerin üzerinde durması gereken en temel sorudur. Bu perspektifte bir değerlendirme yapıldığında sağlık politikalarının amacının yalnızca her hastaya tedavi olanağı sunmak ile sınırlandırılmaması gereklidir. Günümüzde oluşturulan sağlık politikalarının hazırlanması, uygulanması, denetlenmesi gibi pek çok basamak devlet ve hükümet tarafından sürdürülmektedir. Bununla birlikte sağlık sektörünün çok hassas bir yapıya sahip olmasından ötürü, devlet kontrolü olmadan sağlık politikalarının hazırlanması düşünülemez. Bu durumun en önemli sebebi ise sağlıkla ilgili sunulacak bütün hizmetlerin olağanüstü bir şekilde karmaşık yapısı ve hassas bir yapıya sahip olmasıdır (Başol ve Işık, 2015: 2016).

3.4. Kamu Sağlık Politikaları

Tarihsel sürece bakıldığında sağlık politikalarının ülkelerin en önemli konularından biri olduğu görülmektedir. Ülkelerde sürdürülen öneriler ve uygulamalar o ülkenin tarihsel,

politik ve kültürel koşullarına göre çeşitlenmektedir. Ancak ortaya çıkan farklılıklara ek olarak kurumsal ve ekonomik sorunlar da her dönemde benzer bir yapıda kendini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesi ve eşitliğin sağlanması, maliyetlerin düşürülmesi ve aynı zamanda tüketici memnuniyetinin sağlanması ortaya çıkan sorunlara örnek olarak verilebilir. Buradan yola çıkıldığında, ortaya çıkan sorunun çözümündeki ilkelerin ortak olması gerektiği görülmektedir. Dünya genelinde bir değerlendirme yapıldığı zaman, ülkelerin sağlık sistemlerinin farklılık göstermesine rağmen sağlıkla ilgili organizasyon, finansman ve yönetim gibi konularda zaman içerisinde değişim ve gelişim yaşandığı söylenebilir (Chernichovsk, 1995: 340).

Batı toplumlarına bakıldığında 20. yüzyıla gelinceye dek sağlık sisteminin kontrolünün tıp mesleğini icra edenlere bağlandığı görülmektedir. İkinci Dünya Savaşı'nın yaşanmasından sonra ise hükümetler, halklarına sağlık hizmetinin sunumuna dair büyük vaatlerde bulunmuştur. Sunulan taahhütler neticesinde ise sağlık mesleğine mensup olanlar, sigorta firmaları ve devlet arasında ciddi bir mücadele ortaya çıkmaya başlamıştır. Yaşanan mücadele neticesinde pek çok ülke için sağlık sigortası fonları, kamu bürokrasinin çok büyük bir parçası haline almıştır. Bununla birlikte sağlık mesleğine mensup olanlar, devletlerin sağlıkla ilgili kontrol gücüne de büyük ölçüde sınırlılık getirmiştir (Gülşen, 2016: 24).

Günümüzde ülkeler vatandaşlarını sağlıklı tutabilmek, hastalanan vatandaşların tedavilerini sağlayabilmek ve gerçekleştirilen sağlık harcamalarını kontrol edebilmek gibi maddi amaçlarla farklı sağlık sistemlerini geliştirmiştir. Geliştirilen bu sistemlerin en önemli özelliği sağlık hizmetlerinin kaynaklarından oluşmasıdır (Culyer ve Newhouse, 2000:13-19). Küreselleşmenin de etkisiyle birlikte gün geçtikçe daha kompleks bir yapıya sahip olan hukuksal, politik ve finansal yönetim süreçleri içerisinde en doğru sağlık hizmetini sunmayı amaçlayan ülkeler bu kapsamda çeşitli modeller geliştirmiştir. Genel bir sınıflandırmanın yapılması ise bu noktada oldukça zor bir durum olsa da en temel sistem modellerinin Beveridge modeli, Bismark modeli ve genel sağlık sigortası modeli olduğunu söylemek mümkündür (McCanne, 2010:2). Rekabetçi bir piyasa ortamında sürdürülen devlet güdümlü politikalardan uzaklaşarak bu modellerin dışında farklı bir yol sürdürmeyi amaçlayan girişimler de gerçekleştirilmiştir. Ancak devlet güdümlü bir şekilde sürdürülen politikalardan uzaklaşabilmek, devletin alıcı ya da satıcılar arasında

kanunla var olması sebebiyle regülasyonun minimuma inmesi anlamına gelmemektedir (Chinitz, 2002: 61-62).

Sağlık politikalarının sürdürülmesi konusunda ülkeler genellikle bir finansman modelini takip etmediğinden zaman içerisinde politik değişiklikleri gidebilmektedir. Dolayısıyla ülkelere herhangi bir modelin atanması ya da net bir sistem sınıflandırılması yapılması mümkün değildir (Berie ve Fink, 2000:27). Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusu detaylı bir şekilde incelendiği zaman çoğu ülkede finansmanın karmaşık bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Vergiler, sosyal sigorta primleri, hanehalkı tarafından yapılan cepten ödemeler ve aynı zamanda özel sağlık sigortası gibi faydalanılan pek çok aktör bulunmaktadır. Tüm bu bilgiler değerlendirildiğinde dünya sağlık sisteminde ortaya çıkan en önemli sağlık sistemlerinin Bismarck Modeli, Beveridge Modeli ve Genel Sağlık Sigortası Modeli olduğu söylenebilir. Bahse konu olan modellere aşağıda başlıklar halinde yer verilmektedir.

3.4.1. Bismarck Modeli

Alman siyasetçi Otto von Bismarck'ın öncü olduğu bu model 1877 yılında ortaya çıkmıştır. Modelin en temel özellikleri, sağlık sistemi finansmanının kazanca bağlı sigorta primlerinin bulunmasıdır. Bununla birlikte sosyal sigortanın bir zorunluluk haline gelmesi ve hizmet sağlayıcılarının özel sektör ile kamudan faydalanması modelin temel özellikleri arasındadır (Lameire vd, 1999: 3). Amerika Birleşik Devletleri'nde işçi-işveren finansmanı üzerine kurulu olan sistemin aksine, Alman sigorta sistemi olan Bismarck modelinde vatandaşların tamamını kapsamak amaçlanmaktadır. Dolayısıyla bu sistemin kar amacı gütmeyi söylemek de mümkündür (Barnighausen ve Sauerborn, 2002: 1560). Sistemi kabullenen ülkelerde doktorlar ve hastaneler özelleşme eğilimi göstermektedir. Bismarck sistemi hastalık riskine karşılık sigortalama yapmakta ve buna bağlı olarak tedavi edici ayakta bakım hizmetlerinin tamamını kapsamaktadır. Model uygulamasına bakıldığında ise gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkede uygulandığı görülmektedir. Bahse konu olan ülkelerin başında Almanya gelmekle birlikte, Fransa, Belçika, İsviçre, çeşitli Güney Amerika ülkeleri ve Hollanda'da da bu model uygulanmaktadır (Tatar, 2011: 110).

Bismarck modeli, sunduğu sosyal korumanın seviyesini istihdam düzeyine, piyasanın ekonomik gücüne ve liyakat ilkelerine bağlamaktadır. Burada model tarafından sunulan sosyal faydaların geniş bir yelpazede sunulmasının neticesi olarak sigortalanan kişiler, piyasayla kurduğu ilişkilerde ortaya çıkan beklenmedik olaylarda devlet garantisi altındadır. Ortaya çıkan bu olumlu tabloda ise dolaylı bir şekilde piyasaya bağımlılık gelişmektedir. Çünkü sistemin sunduğu sosyal korumanın düzeyi öncelikli olarak işçilerle alakalıdır. Dolayısıyla Bismarck sisteminin kapsamının toplumsal kapasite ile ilişkili olduğunu söylemek mümkündür. Sistem aynı zamanda geleneksel aile rollerini desteklemekle beraber aileyi esas alan bir yapıya da sahiptir. Modelin öne çıkan bazı özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Palier ve Martin, 2007: 2-3):

- Bismarck modeli ile sunulan sosyal koruma, işçilere dayanmaktadır. İşçinin çalıştığı süre içerisinde ücretinden kesilen primlerle şekillenen Bismarck modelinin amacı ücretli işçilerin tamamını sigortalayabilmektir.
- Finans mekanizmasına bakıldığında, toplanmakta olan sosyal güvenlik primleri ile gerçekleştirilen sosyal katkılara dayandığı görülmektedir.
- Tüm bunlara ek olarak Bismarck modelinde fon sağlayan kurumlar, sosyal sigorta fonlarının yönetimi esnasında önemli bir role sahiptir.

Bütün bu özellikler değerlendirildiğinde Bismarck modelinin, kamu kesimi tarafından desteklenen zorunlu bir sigorta primi modeli olduğunu söylemek mümkündür.

3.4.2. Beveridge Modeli

İngiltere’de II. Dünya Savaşı’ndan sonra sağlık sistemini tasarlayan William Beveridge tarafından öne çıkartılan Beveridge modeli, sağlık hizmetlerinin tamamının devlet tarafından vergiye dayanan bir şekilde finanse edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Devlet tarafından vergilerle finanse edilen sağlık hizmetlerinin tamamının halka homojen bir şekilde sunulması gerektiği öngörülmektedir. Bu bağlamda sunulan sağlık hizmetleri ulusal güvenlik, ışıklandırma, köprü ya da yol gibi sıradan bir kamu malı şeklinde değerlendirilmektedir. Sağlık reformuyla ilgili girişimler göz önünde tutulduğunda en sık başvuru olan sağlık finansman modelinin Beveridge modeli olduğunu söylemek mümkündür (Immergut, 1992: 5).

Tarihte ilk kez 1942 yılında ortaya koyulan modelin ilk uygulaması 1948 yılında gerçekleştirilmiştir. İlk kez Birleşik Krallık'ta gerçekleştirilen Beveridge modeli Birleşik Krallık ulusal sağlık hizmeti ile özdeşleşmektedir. Bu modele göre sağlık hizmetlerinin direkt olarak sağlanması Bismack modelinden çok daha eşitlikçidir. Çünkü Beveridge sağlık sisteminde sunulan sosyal koruma, temel bir vatandaşlık hakkı olarak görülmektedir. Dolayısıyla burada öne çıkan sosyal faydaların dağıtılması konusunda temel alınacak en önemli nokta, kişinin ödeme gücüne bakılmadan hizmetin eşit bir şekilde sunulmasıdır. Bahse konu olan sistem gereğince hem ilaç hem de özel doktor muayenelerinde ortaya çıkan bütün sağlık harcamalarının finansmanının vergi gelirleri ile karşılanması gerekmektedir. Dolayısıyla hastaların tedavi esnasında herhangi bir ödeme yapması gerekmemektedir. Bu sistem kapsamında merkezi bir kaynağın, toplam sağlık bütçesinin tamamını karşıladığı durumlarda bütçe süreci ile alakalı harcamaların diğer devlet giderleri ile yarışabilmesi için güçlü bir mekanizmanın kurulması gerekmektedir (Immergut, 1992: 51). Bütün bu bilgilerden hareketle ilgili modelin sağlık sisteminde alınacak bütün kararlar ve uygulama aşamasında hükümet destekli bir şekilde sürdürülmesi gerekmektedir. Dolayısıyla sağlıkla alakalı sunulacak bütün hizmetlerin kaynağının temelini vergilerin oluşturacağı ve sağlık hizmetini kamu kesiminin sunacağını da söylemek mümkündür. Bahse konu olan model tamamıyla devletçi özelliklere sahip olmakla birlikte, toplumsallaştırılan sağlık hizmeti ya da özenli bir kamu modeli şeklinde de değerlendirilebilir (Wild ve Bernhard, 2003: 189).

3.4.3. Genel Sağlık Sigortası Modeli

Kaynakların pek çoğunda karma model olarak adlandırılan genel sağlık sigortası modeline bakıldığında kar amacı bulunmadığından diğer sistemlerle kıyaslandığında çok daha kolay bir şekilde yönetilip organize edilen bir sistem olduğu söylenebilir. Bununla birlikte sistemde maliyetleri kontrol edebilme amacıyla sağlık hizmetlerinin sınırlandırılması da mümkün olmaktadır. Genel Sağlık Sigortası sistemini kabul eden en birincil örnek Kanada olarak verilebilir. Sanayileşmesini günden güne tamamlayan Güney Kore ve Tayvan gibi ülkelerde de bu sistemin benimsendiğini söylemek mümkündür (Woolhandler vd., 2003: 773).

Genel Sağlık Sigortası modeline bakıldığında toplumun büyük çoğunluğunu kapsayacak bir şekilde sunulacak sağlık hizmetlerini kolaylaştıran ve aynı zamanda hastalık sürecinde

vatandaşın maddi sıkıntısını minimize eden etkin bir mekanizma öne sürdürüldüğü görülmektedir. Aynı zamanda sistemin amacına uygun bir şekilde yüksek kalitede ve etkili bir alt yapının kurulması da sağlık hizmetine kolay bir şekilde erişilebilmesi için oldukça önemlidir (Atun, vd, 2013: 65).

Genel Sağlık Sigortası modeli, bir vatandaşın sağlık hizmetini alırken finansal anlamda herhangi bir sorunla karşılaşmamasını amaçlamaktadır. Bu bağlamda modelin iki ayrı bileşenden oluştuğunu söylemek de mümkündür. Bu bileşenlerden biri, vatandaşın ihtiyacı olan sağlık hizmetinin kullanımı ile alakalı iken diğeri, bu kullanımın doğurduğu ekonomik sonuçlarla ilişkilidir. İlk bileşen, sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında tedavi, rehabilitasyon ya da koruma gibi hizmetlere herkesin ulaşabilmesini kapsamaktadır. Hizmetlerin sunumu esnasında kalitenin yüksek olması ve nitelikli bir hizmetin ortaya koyulması ise oldukça önemlidir. Nitelikli bir hizmet sunulmadığında ise kaliteyi düşüren etmenler sistemin anlamını yitirmesine yol açacaktır. Ortaya çıkan ikinci bileşen sağlık hizmetini talep eden vatandaşın finansal risklerden korunabilmesini ifade etmektedir. Bunun aksi durumunda para ya da hediye gibi yasa dışı ödemeler sebebiyle bütün toplumun sağlık hizmeti alma sürecinde isteksizlik yaşayacağı öngörülmektedir. Bu durum da finansal anlamda ciddi sorunların ortaya çıkmasına yol açabilir (Yates ve Humphreys, 2013: 9).

Genel Sağlık Sigortası sisteminde en önemli kavram eşitlik kavramıdır. Burada herkesin ihtiyacına göre hizmet alması ve bunun tamamının sigorta kapsamında gerçekleştirilmesi gerektiği öngörülmektedir. Öne çıkan bu amaç bütün sosyo ekonomik gruplar arasında dengenin sağlanacağı anlamına gelmektedir. Böyle bir hizmete sunulacak finansal katkıların ise herkesin ödeme gücüne göre yapılması gereklidir. Fonların eşit ve etkin bir şekilde toplanması sürecinde ana faktör olan devletin eşitlik ilkesi kapsamında etkinliklerini sürdürmesi ise büyük bir role sahiptir.

Çoğu ülkede özel finansman yöntemlerinin kullanıldığı görülmekle birlikte ortaya çıkan bu durum sağlık hizmetlerine eşit bir şekilde erişim konusunda finansmanı olumsuz yönde etkilemektedir. Genel Sağlık Sigortası sisteminin kamu kesimi tarafından doğru bir şekilde finanse edilmesi ise oldukça önemlidir. Burada temel finansman kaynağı olarak görülen vergiler ve sosyal sigorta katkıları ön ödeme olarak gerçekleştirilmekte ve daha da önemlisi zorunlu tutulmaktadır. Gerçekleştirilen küçük katkı paylarıyla yapılan

bütün ödemeler sonucunda ise sağlık hizmetlerini kullanmayı arzu eden kişilerin finansal anlamda zorluk yaşamaması sağlanmaktadır (UNSDSN, 2015: 3-4).



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: TÜRKİYE’DEKİ SAĞLIK POLİTİKALARININ KRONOLOJİK GELİŞİMİ

4.1. Cumhuriyet Öncesi Dönemde Sağlık Politikaları

Osmanlı imparatorluğu dönemine bakıldığında monarşinin bütün özelliklerinin hem sağlık politikalarına hem de sağlık uygulamalarına yansıdığı görülmektedir. Burada idari örgütlenmenin askeri ve saray merkezli bir şekilde yürütülmesine bağlı olarak, devlet tarafından yürütülen sağlık hizmetleri de genellikle saraya ve orduya yönelik sürdürülmüştür (Akdur, 1998: 2). Osmanlı Devleti’nin sağlık işleriyle alakadar olan tabip ya da cerrah gibi sağlık personellerinin atanması yetkisini elinde tutan hekim başı yani Reis-ul Etıbbâ dışında herhangi bir resmi örgüt bulunmamaktadır. Burada oldukça geniş kitleler, serbest çalışan tabip ve cerrahlardan belirli bir ücret dahilinde hizmet almıştır. Aynı zamanda yoksullar ve kimsesizler için padişah yakınlarının hayır için kurduğu hastane ya da Şifa Evi adı verilen tedavi merkezleri özel nitelikli vakıflar tarafından sağlık hizmetlerine sunulsa da dönemde hakim olan en yaygın sağlık hizmeti özel hizmetler olmuştur (Beylik, 2015: 184). Sunulan tüm bu sağlık hizmetleri ise Bursa, Kayseri, Selanik, Edirne ve İstanbul gibi gelişmiş kentlerle sınırlı olmuştur. Dönem içerisinde kanalizasyon, içme suyu kontrolü, ölülerin defnedilmesi, besin kontrolü ve benzeri çeşitli sosyal hizmetler yine sağlık kuruluşları tarafından ilgilenilen hizmetlerden olmuştur (Filiz, 2014: 10).

19. yüzyılın sonuna kadar yaygın kitlelere sağlanan sağlık ve sosyal hizmetler bu yıllara kadar devletin temel görevleri arasında yer almamıştır. Bu durumun en önemli sonucu ise halkın bilim dışı kurumlardan medet umması olmuştur. Devletin ele aldığı bütün konularda olduğu üzere sağlıkta da 19. yüzyılın sonlarına doğru Batıya yöneldiği görülmektedir (Akdur, 1998: 3). Sağlıkla ilgili yaşanan en önemli gelişmelerden birisi 1939 yılında Beynelmilel Sıhhiye Meclisinin kurulması olmuştur. Bu meclis Osmanlı İmparatorluğu dönemi içerisinde tüm sivilleri kapsayan en kapsamlı sağlık örgütü olarak görülmektedir. 1849 yılında hekim başı kurumunun kaldırılması ile birlikte yetkilerin tamamı Tıbbiye Nezareti’ne verilmiştir. 1862 yılına gelindiğinde ise hekimlik uygulamaları ile alakalı bir nizamname hazırlanarak hekimlik yapabilmek adına bilim temelli çalışmaların yapıldığı tıp okullarından mezun olunması gerekliliği getirilmiştir (Beylik, 2015: 185). İdare-i Umumiye-i Vilayat Nizamnamesi’nin 1867 yılında yayınlanması ile birlikte sağlık örgütlenmesinin genel idari örgütlenme içerisinde yer

alması gerektiğine değinilmiştir. Mekteb-i Tıbbiye Nezareti'nin 1870 yılında ilan edilmesi ile birlikte sivil sağlık örgütünün merkezi haline gelen Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye kurulmuştur. Sonrasında 1906 yılında kurulan Meclis-i Maarifi Sıhhiye ile birlikte günümüzde sağlık müdürlüğüne eşdeğer bir birimin oluşturulması sağlanmıştır. Bu birimin adı 1908 yılında Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye olarak değiştirilmiş ve genel bir örgütlenme sağlanmıştır (Akdur, 1998: 3). Oluşturulan bu örgütlenmenin en genel haliyle İtalya'daki sağlık yapısına dayandığı bilinmektedir. 1914 yılında bahse konu olan genel müdürlük, dahiliye nezaretine bağlanmış ve ismi de "Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti" şeklinde değiştirilmiştir. Bu sayede geniş kitleler tarafından alınan sağlık hizmetlerinin tamamı İçişleri Bakanlığı'na bağlanmış ve bu durumda sürdürülen tüm sağlık hizmetlerinin ikinci dereceden bir devlet görevi haline gelmesine yardımcı olmuştur (Atatürk Üniversitesi, 2023).

4.2. 1920-1923 Yılları Arasında Sürdürülen Sağlık Politikaları

1920 yılının 3 Mayıs tarihinde kurulan Sağlık Bakanlığı kanun kapsamında kurulan ilk bakanlıklar arasında yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın kurucusu bakan Adnan Adıvar olmuştur. Dönem içerisinde savaştan yeni çıkıldığından, ülkenin yaralarının sarılması gerekmiştir. Dolayısıyla bu dönemde sürdürülen çalışmaların çok büyük bir kısmının halkın yaralarını sarmak ve ihtiyaçlarını giderebilmek için sürdürüldüğünü söylemek mümkündür. Bu dönemde, günümüzdeki sağlık yapısının temeli de oluşturulmaya başlamıştır (Özdemir, 2023: 27). Bakan Doktor Adnan Adıvar yanına yardımcı bir sağlık memuru almış ve Ankara vilayetinde çalışmaya başlamıştır. Önceleri elinde herhangi bir bilgi olmadığından yalnızca telgraflar çekerek personelle alakalı arşiv oluşturmaya başlamıştır. Sonrasında Osmanlı döneminde çıkartılan mevzuatlar derlenmiş ve bunlar detaylı bir şekilde incelenmiştir. Bakanlık, Hamam önü semtinde bulunan bir yere taşınmış ve kadrosunu güçlendirmiştir. Bu kapsamda bir sicil dairesi, muhasebe kalemi ve evrak kalemi olmak üzere farklı birimler oluşturulmuştur. Bu dönemde taşrada bulunan sağlık müdürlükleri, belediye ve karantina tabiplikleri ile birlikte hükümet tabiplikleri aynı şekilde kalmıştır. 1920 ve 1923 yılları arasında savaşın etkilerinin halen sürüyor olması bu dönemde bakanlığın genel olarak savaş yaraları ile uğraşmasına yol açmıştır. Bununla birlikte yine savaşların etkisi ile birlikte göçmen sorunları ortadan

kaldırılmaya çalışılmış ve öksüz çocukların korunmasına da çalışılmıştır (İstanbul Tabip Odası, 2021).

4.3. 1923-1945 Yılları Arasında Sürdürülen Sağlık Politikaları

Cumhuriyetin ilan edilmesi ile birlikte sağlık Bakanı olarak göreve Refik Saydam gelmiştir. Refik Saydam günümüzde halen daha geçerli olan Sağlık Bakanlığı teşkilatının mimarı olarak da tanımlanabilir. Savaşın yaralarını iyileştirmeye çalışan Türkiye’de gerçekleştirilen tüm çalışmalar, Sağlık Bakanlığı’nın çalışma sınırlarını belirlemiş ve kurumsallaşma konusunda önemli bir yere sahip olmuştur. Refik Saydam’ın göreve gelmesinden sonra ortaya çıkan en önemli sorun bulaşıcı hastalıklar halini almıştır. Dönemde hızlı bir şekilde yayılan çiçek, sıtma, kuduz ve frengi gibi hastalıklar sağlıkla alakalı en büyük mücadelelerin verildiği alanlar haline gelmiştir. Bu dönemde milli tıp kongrelerinde dahi gündem maddesi bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi olmuştur (İstanbul Tabip Odası, 2021). Bu dönemde sağlık teşkilatı için dikey bir yapılanma modeli gerçekleştirilmiş ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile koruyucu hekimlik hizmetleri tamamen ayrılmıştır. Bakanlık öncelikli olarak koruyucu hekimliğe ve halk sağlığı konusuna eğilmiş ve tedavi hizmetlerini yerel yönetimlere bırakarak bu konuda yol gösterici bir tutum izlemiştir (Çavmak ve Çavmak, 2017: 50). Türkiye’de 1923 yılındaki sağlık hizmetlerine bakıldığında, bu hizmetlerin hükümet, belediye, küçük sıhhiye memurlukları ve tedavi kurumlarına ek olarak bireysel çalışan sağlık memuru ve ebeler tarafından verildiği görülmektedir. 1928 yılında kabul edilen “1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” ve 1930 yılında kabul edilen “1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” dönemde sağlık hizmetlerinin şekillenmesine yardımcı olmuştur. Bu kapsamda sağlık hizmetleri dikey örgütlenme modeli ile yürütülmeye başlanmış ve geniş bölgelerde tek amaçlı hizmet şeklinde sürdürülmüştür. Yine dönemde gerçekleştirilen yasal düzenlemeler kapsamında koruyucu hekimlik kavramı daha da geliştirilmiş ve bütün yerel yönetimlerin hastane açması konusunda teşvikler yapılmıştır. Nüfusun fazla olduğu bölgelerden başlayarak pek çok numune hastanesi açılmış ve bunlar da muayene ve tedavi süreçlerinin sağlıklı bir şekilde işlemesi üzerinde durulmuştur (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

4.4. 1946-1960 Yılları Arasında Sürdürülen Sağlık Politikaları

İkinci Dünya Savaşı'nda ortaya çıkan yıkım ve bulaşıcı hastalıklarda yaşanan artış farklı önlemlerin alınmasını gerekli hale getirmiştir. 1946 yılında düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı'nda ise Birleşmiş Milletlere (BM) üye olan ülkelerin temsilcileri ile Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası oluşturulmuştur. Türkiye'nin de bu dönemde Anayasa oluşturma çalışmalarına fiilen katıldığı bilinmektedir. 22 Temmuz 1946 yılında Türkiye'nin de arasında bulunduğu 61 ülkenin temsilcisi tarafından imzalanan Dünya Sağlık Örgütü Anayasası ile birlikte 7 Nisan 1948 tarihinde resmen kurulduğu söylenebilir (T. C. Dışişleri Bakanlığı, 2023).

Bu dönemde Refik Saydam'ın bulaşıcı hastalıklarla ilgili öncü olduğu gelişmeler ışığında ilk aşılar uygulanmaya ve üretilmeye başlamıştır. Sonraki yıllarda üretilen boğmaca aşısı ile birlikte ise kritik hastalıkların önüne geçilmesi mümkün hale gelmiştir. Savaşın ortaya çıkardığı yıkımdan büyük ölçüde etkilenen Türkiye genelinde özellikle kırsal kesime yeteri kadar ulaşılamaması ise bulaşıcı hastalıklar sebebiyle ölümlerin artmasına yol açmıştır (Özdemir, 2023: 27).

Dönemde Sağlık Bakanı olarak görev yapan Behçet Uz ise farklı bir çözüm önerisi olarak ilk sağlık planını meydana getirmiştir. Cumhuriyet Dönemi'nde hazırlanan ilk yazılı sağlık planı olarak da kabul edilen "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" Yüksek Sağlık Şurası tarafından onaylanmıştır. 1946 yılında onaylanan bu planla ortaya çıkan en nemli amaç koruyucu sağlık hizmetlerinin işlevsel hale gelmesi olmuştur. Sonrasında kırsal kesimin sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanabilmesini sağlamak, dönemin şartlarına adapte olabilecek sağlık görevlilerini yetiştirebilmek, farklı kurumların modernleşmemesine yardımcı olarak onları çağa uygun hale getirmek, Türkiye genelindeki tüm illere kapsamlı sağlık tesislerini kurabilmek planın amaçları arasında yer almıştır. Bütün bu amaçların gerçekleştirilebilmesi için ise nüfusu 20.000 ya da en az 40 köyü kapsayacak bölgeler için hastanelerin kurulması sağlanmış ve bu hastanelerde koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada verilmesine karar verilmiştir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Hazırlanan planda kırsal kesimin faydalanabilmesi için açılmış olan merkezlerde küçük girişimlerin yapılması sağlanacak ve aynı zamanda doğum için de daha risksiz ortamlar oluşturulacaktır. Ancak herhangi bir uzun ya da riskli müdahale olduğunda bu hastanın il

merkezine yönlendirilmesi de sağlanacaktır. Behçet Uz'un hazırlamış olduğu bu plan, hükümetin uzun ömürlü olmaması sebebiyle yasa haline gelmeden rafa kaldırılmıştır. 1949 yılına gelindiği zaman pek çok bölgede Verem Savaş Dispanserleri oluşturulmuştur. Yine bu gelişmeyi takiben 1952 yılında oldukça faydalı bir uygulama olan Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü kurulmuş ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ile DSÖ iş birliğiyle de Ana Çocuk Sağlığı Merkezi açılmıştır (Demirel, 2019: 1).

Yine bu gelişmeler ışığında bazı bazı sivil kuruluşların ve meslek gruplarının hukuk karşısında tanımları yapılmıştır. 1953 yılında Türk Tabipler Birliği Kanunu (TTB) kabul edilmiş, yine 1953 yılı içerisinde Eczacılar ve Eczaneler Kanunu kabul edilmiştir. 1954 yılına gelindiğinde kabul edilen Hemşirelik Kanunu sağlık çalışanları için oldukça önemli bir gelişme olmuş ve 1956 yılında Türk Eczacılar Birliği Kanunu kabul edilmiştir. Bu dönemde Behçet Uz'un yeniden Sağlık Bakanı olduğu bilinmektedir. Düzenlenen Milli Sağlık Planından sonra Milli Sağlık Programı adında farklı bir plan daha geliştirilmiştir. Ancak program kapsamında ele alınan konuların maliyetinin fazla olması programın yasa haline gelip uygulanmasını engellemiştir. Ancak buna rağmen belirlenen konularda tedavi hizmetlerin merkezi hale gelmesi gerektiği ve sağlık hizmetlerinin yalnızca bir doktorun işi değil aynı zamanda bir ekip çalışması olduğu konusu ise ilgili programla birlikte benimsenmiştir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

4.5. 1961-1980 Yılları Arasında Sürdürülen Sağlık Politikaları

Türkiye'de 1960 yılında yaşanan darbeden sonra geçen dönem içerisinde sağlıkla ilgili pek çok önerinin gündeme geldiği bilinmektedir. Dönemde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kapsamında görüş birliği sağlanmıştır. Bu görüş birliği neticesinde ise devlet, vatandaşın hem beden ve ruhsal olarak sağlıklı bir ortamda yaşayabilmesi ve bu kapsamda gereken tüm sağlık hizmetlerini karşılayacağına dair ilgili koşulları sağlamakla mükellef olduğunu kabul etmiştir (Özdemir, 2023: 28). 1961 Anayasası tarafından öngörülen şekilde ilk kez hazırlanan kalkınma planı kapsamında sağlık alanında farklı bir örgütlenme öngörülmüştür. Bu yıllarda Sağlık Bakanlığı görevini sürdüren doktor Nusret Fişek önderliğinde hazırlanan "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" 1960 yılında kabul edilmiştir. Bu kanunla birlikte Türkiye sağlık

hizmetlerinin sosyalleştirme dönemi olarak değerlendirilen bir döneme girilmiştir (Altındağ ve Yıldız, 2020: 166).

Kabul edilen bu yasa kapsamında en temel sağlık hizmetlerinin Türkiye genelinde sürdürülmesi ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi amaçlanmıştır. Dönemde tek yönlü bir bakış açısıyla şekillenen sağlık sistemi daha kapsamlı bir bakış açısıyla yeniden ele alınmaya başlamıştır. Yine bu dönemde sağlık ocaklarının yaygınlaştırılmasına çalışılmış ve bu sağlık ocakları, sağlık sisteminin temel taşıyıcısı haline gelmiştir (Kasapoğlu, 2016: 140).

4.6. 1980-2002 Yılları Arasında Sürdürülen Sağlık Politikaları

1961 yılından sonra kabul edilen sosyal devlet anlayışı bu dönemde iyi bir tablo çizse de 1980 yılından sonra dünyayı tümüyle etkileyen neoliberal akımlar Türkiye'nin de olumsuz etkilenmesine yol açmıştır (Özdemir, 2023: 29). 1980 yılında yaşanan askeri darbe neticesinde toplumun baskı altında kalarak şekillendiği düşüncesi sağlık alanında da büyük etkiler yaratmış ve sağlık politikaları köklü bir şekilde değişikliğe uğramıştır. Bu değişikliğin en önemli etkisi sağlık personel rejiminde ortaya çıkmıştır. Öncelikle kamuda çalışmayı özendiren uygulamaların tamamından uzaklaşmış ve sağlık personelinin arzu edilen alanlarda mecburi hizmet vermesi gibi zorlayıcı yöntemlerle istihdamı yoluna gidilmiştir. Süreçte sağlık personeli sayısının hızlı bir şekilde arttığı ancak personelin ücretinde kesintiye gidildiği de görülmektedir. Yine sağlık personelinin atama ve yükselmesi konusunda hakkaniyet ve şeffaflık sağlayan bütün düzenlemeler ortadan kaldırılmıştır (Altındağ ve Yıldız, 2020: 167).

2514 Sayılı “Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun” da bu dönemde kabul edilmiştir. Kanunun kabul edilmesi ile birlikte Türkiye genelinde plan, program ya da altyapı olmadan onlarca tıp fakültesi açılmış ve bunları sağlık meslek liseleri izlemiştir. Bu eğitim kurumları tarafından yetiştirilen sağlık personelinin nicelik anlamında artması hedeflenirken alınan eğitim yani nitelik önemsememiştir. Baskıcı ve dayatmacı bir şekilde sürdürülen bu politika neticesinde yaşanan emek sömürüsü sonucunda ise sağlık hizmetlerinin günden güne kötüleştiği görülmektedir. Ortaya çıkan en kötü sonuç ise sağlık personelinin ilçe geneline adil bir şekilde dağılmaması olmuştur (Akdur, 2008: 9).

Dönemde gerçekleştirilen çalışmalar aile ve nüfus planlaması, sigorta kapsamı ve yeşil kart uygulaması gibi konularda ciddi çalışmalar yapılmasına yol açmıştır. Yine bu gelişmeleri takiben 1987 yılında “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” çıkarılmıştır. Yapılan tüm çalışmalarla sağlık hizmetine erişim konusunda sıkıntı yaşayan vatandaşların oldukça sınırlı bir seviyede dahi olsa sağlık güvencesi elde etmesi sağlanmıştır. 1990 yılında çıkarılmış olan “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” ve takip eden yıllarda düzenlenen “Birinci Ulusal Sağlık Kongresi” sağlık alanında yaşanan önemli gelişmelerden olmuştur (İleri vd., 2016: 6).

1980 yılından sonra Türkiye’de sunulan sağlık hizmetlerinin çeşitli zorlamalarla sürdürülmeye çalışıldığı üzerinde durulabilir. 1990’lı yıllardan sonra sağlık sektöründe özelleşmenin etkilerinin hızlı bir şekilde ortaya çıkmasıyla beraber sağlık hizmetlerinin finansmanı değişiklik göstermeye başlamıştır. Yurt çapında örgütlenme şekillerine bağlı bir şekilde yaşanan bu değişiklik pek çok farklı modelin denenmesi sebebiyle ortaya çıkmıştır. Dönemde yaşanan gelişmelerin sonucu ise sağlık hizmetlerinde durağanlığın ve gerilemenin yaşanması olmuştur (Altındağ ve Yıldız, 2020: 168).

- 1990’lı yıllarda sürdürülen sağlık reformu ile alakalı çalışmaların birçok ana bileşeni bulunmaktadır. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Sağlık Bakanlığı, 2023):
- Sosyal güvenlikle alakalı tüm kurumların tek bir çatı altında birleşmesinin sağlanması ve bu bağlamda genel sağlık sigortasının kurulması,
- Birinci basamak sağlık hizmetleri olarak adlandırılan tüm sağlık hizmetlerinin aile hekimliği kapsamında sürdürülmesi,
- Hastanelerin daha geniş kapsamlı özerk sağlık işletmeleri halini alabilmesi,
- Son olarak Sağlık Bakanlığı’nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermesi ve bu bağlamda sağlık hizmetlerinin planlanması ve denetlenebilmesidir.

1990 yılında hazırlanan Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında ele alınan Genel Sağlık Sigortası ile alakalı çalışmaların tamamı 1992 yılında “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanunun” çıkarılmasına yol açmıştır. Yine bu kalkınma planı ile başlayan süreç sağlık hizmetlerinin rasyonel bir hale gelmesine çalışılarak sürdürülmüştür. Ortaya

çıkan rasyonalizasyon süreci ile beraber ise sağlık sektöründe yaşanan özelleşme hedefi net olarak ortaya konmuştur (Kasapoğlu, 2016: 143).

1990 yılında ilk kez birinci sağlık projesi uygulamaya koyulmuş ve ilgili proje 1998 yılında sona ermiştir. Daha sonra 1994 yılında ikinci sağlık projesi uygulanmaya başlanarak 2004 yılında tamamlanmış, ilgili yılları takiben 1997 yılında üçüncü sağlık projesi uygulanmaya başlanmış ancak proje sona erdirilememiştir. 1995 ve 2000 yılları aralığında Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı uygulanmış ve bu planda sağlık sistemine dair farklı değerlendirmeler gerçekleştirilmiştir. Kamu personelinin fazla olduğuna dikkat çeken bu kalkınma planı ciddi bir şekilde özelleştirmeye vurgu yapmıştır. Bununla birlikte daha önceki dönemde gerçekleştirilenlere dair pozitif geri bildirimler yapılmış ve özelleştirmenin arzu edilen seviyede olmaması büyük bir olumsuzluk şeklinde ele alınmıştır (Altındağ ve Yıldız, 2020: 168).

4.7. 2003-2012 Yılları Arasında Sürdürülen Sağlıkta Dönüşüm Programı

Hükümet 2002 yılında gerçekleştirdiği acil eylem planı açıklamasında sağlıkla alakalı öncelikleri vurgulayarak Sağlık Bakanlığı'nın yönetsel anlamda yapılandırılması gerektiğini öne sürmüştür. İlgili planda sağlığın sevk zinciriyle sürdürülebilmesi için aile hekimliğine geçiş sürecinin hızlı bir şekilde yaşanması ve bu bağlamda koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılması gibi önemli hedefler değerlendirilmiştir. Tüm sağlık kurumlarının bir merkezde toplanması, tüm vatandaşların sağlık hakkından faydalanabilmesi adına Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınması, anne ve çocuk sağlığının önemi ve aynı zamanda koruyucu hekimlik uygulamalarının geliştirilmesi gibi farklı hedefler de plan dahilinde yer almaktadır (Çilhoroz ve Arslan, 2018: 801). Hükümet bu dönemde özellikle yataklı tedavi hizmeti sunan hastanelerin farklılıklarını giderebilme ve sağlık hizmetlerinin bir merkezden yönetilebilmesi hedefini gerçekleştirme konusu üzerinde durmuştur. 2007 ve 2013 yılları aralığını kapsayacak şekilde hazırlanan Dokuzuncu ve Onuncu Kalkınma Planları kapsamında da sağlıkla alakalı çok önemli politikalar hayata geçirilmiştir. Özellikle sağlık eğitimine özel politikalara odaklanan bu dönemde ilk olarak sağlık hizmetlerine erişimin en önemli göstergesi olarak görülen hekim ve yatak sayısı alanında iyileştirmeler öngörülmüştür (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2007, md.355). Sonrasında ise teknik ve mesleki eğitim alanında program bütünlüğünü esas alan tek bir yapının kabul edilmesi gerektiğine odaklanılmıştır (T.C. Kalkınma

Bakanlığı, 2007, md.573). Sağlık personelinde ortaya çıkan açığın giderilmesi ve tüm halka eşit şartlarda sağlık hizmeti sunulabilmesi için eğitim programlarındaki kontenjanların artırılması ve aynı zamanda öğrencilerin becerilerini artırılacak şekilde gelişmiş bir eğitim programının hazırlanması da yine Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında ele alınan konular arasında yer almaktadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2007, md.604). Sağlık harcamalarına dair kabul edilen politikalara bakıldığında ise Dokuzuncu Kalkınma Planı kapsamında ilk olarak ilgili sektör için kamu yatırım payını artırılacağı üzerinde durulmaktadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2007, md.340). Sonrasında kamu harcamalarının etkinleştirilmesine dair gerçekleştirilecek çalışmalarda sağlık personel alanına öncelik verileceği de öngörülmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2007, md.366).

2014 ve 2018 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan Onuncu Kalkınma Planı dahilinde de sağlık eğitimine özel politikaları değinilmiştir. İlgili kalkınma planında sağlıkta insan gücüne ne kadar ihtiyaç duyulduğu dikkate alınarak sektörün hem niteliksel hem de niceliksel olarak geliştirileceği üzerinde durulmaktadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014, md. 178). Aynı zamanda üniversite hastanelerinin sağlık hizmeti sunumundaki rollerinin netleşebilmesi açısından nitelikli tıp eğitimi ile ilgili araştırmaların gerçekleştirileceği yapısal reformlar da ilgili kalkınma planında ele alınan konular arasındadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014, md.179). Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı dahilinde sağlık harcamalarına yönelik politikalara bakıldığında ise ilgili yıllarda toplam nüfusun içerisindeki yaşlı oranının artış göstermesi ya da sağlık bilincinin gelişmesi gibi faktörlere bağlı bir şekilde sağlık harcamalarının artışı beklentisine girildiği görülmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014, md.51).

Sağlıkta dönüşüm programının temelleri 1980 yılına kadar uzanmakla beraber, hayata geçirilmesi birkaç yılı bulmuştur. 1980 yılından sonra dünya genelinde hız kesmeden etkilerini hissettiren neoliberal politikaların bir sonucu niteliğinde 2003 yılında hayata geçirilmiş olan program 2017 yılının 15 Ağustos tarihinde yayınlanarak yürürlüğe giren 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile yeniden revize edilmiştir. Bu gelişme ışığında sistemde bulunan kimi kurumlar lav edilmiş kimi kurumlar ise farklı bir yönetim şeması kapsamında varlığını sürdürmeye devam etmiştir (Çalış, 2023: 101).

4.7.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri

Türkiye'nin genelinde sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan problem ve aksaklıklar sağlıkta dönüşüm programının bir an evvel gerçekleştirilmesi konusunda büyük bir baskı ortaya çıkarmıştır. Sağlık hizmetlerinin günden güne daha maliyetli olması ise devletin sağlık hizmetlerini geliştirmesini bir zorunluluk haline getirmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile alakalı konular başta olmak üzere, devletin içinde bulunduğu sıkıntılı durum kamunun reform baskısının artmasına da yol açmıştır. Bütün bunlara ek olarak toplum genelinde yaşlı nüfusun artış yaşaması hizmetin yetersiz olması ve hizmete ulaşım konusundaki eşitsizlikler vatandaşların artan talebini karşılayabilmek adına Sağlıkta Dönüşüm Programı bir gereklilik haline gelmiştir (Memişoğlu, 2016: 65–74).

Türkiye genelinde ilk günden günümüze gelinceye dek sürdürülen sağlık politikaları önemli tartışma konularını doğurmuştur. Bu bağlamda uygulanan politikalar zaman içerisinde büyük değişimler yaşamış ve bu değişimler genellikle dünyada yaşanan siyasi ve ekonomik dönüşümler ışığında olmuştur. Türkiye'de değişikliğe uğrayan ekonomik ve siyasi konjonktür, hızlı bir şekilde küreselleşen dünyada talep ve baskıların artması ve sağlık alanında ortaya çıkan sorunlar Sağlıkta Dönüşüm Programının ilke ve amaçlarının şekillenmesine yol açmıştır. Hizmetin sunumunun yanı sıra hizmetin örgütlenmesi ve finansmanın sağlanması konusunda ortaya çıkan problemlere karşı hizmete eşit bir şekilde erişimin sağlanabilmesi programın en temel ilkeleri arasında yer almaktadır. Sonrasında maliyetlerin minimize edileceği etkin bir sistemin kurulması, sağlık düzeyinin gelişebilmesi için sunulan hizmet kalitesinin artırılması ve aynı zamanda sağlık talebinde bulunan hastanın istek ve arzularına göre sağlık hizmetinin sunulması ilgili programın amaçları arasında bulunmaktadır (Sert, 2019: 70). Türkiye Cumhuriyeti devleti, vatandaşlarına Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla sunduğu hizmet kalitesini artırabilmek için hizmeti bazı ilkelere uygun şekilde sunmayı hedeflemekte ve bu bağlamda hakkaniyetli bir şekilde finansman sağlamayı ve organizasyon sunumunu gerçekleştirmeyi amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 24). Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında hükümetin öne çıkan ilkeleri ise aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Öne çıkan ilk ilke verimlilik olarak tanımlanmaktadır. Burada verimlilik sağlık alanında kullanılmakta olan kaynakların tasarruflu ve uygun bir şekilde

kullanımını kapsamakta ve bu bağlamda maliyetlerin düşürülmesine dayanmaktadır.

- İkinci ilke etkililik olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinde etkililik olarak ele alınan ilke, sürdürülen sağlık politikalarının toplumun sağlık seviyesini yükseltmesine dayanmaktadır.
- Son olarak hakkaniyet ilkesine değinmek gereklidir. Burada hakkaniyet, toplumda bulunan tüm bireylerin hizmete erişim konusunda eşit şartlara sahip olması ve maddi gücüne göre hizmetin finansmanına katkı sağlamasını ifade etmektedir.

Bu ilkelerden yola çıkıldığında Sağlıkta Dönüşüm Programının bir dönüm noktası olarak görüldüğü söylenebilir. Bu bağlamda ilgili programın bazı bileşenleri bulunmaktadır. Burada planlayıcı ve denetleyici görevini Sağlık Bakanlığı üstlenirken herkesi tek bir çatı altında toplayan yapı Genel Sağlık Sigortası olmaktadır. Hizmet yaygın, kolay erişilebilen ve güler yüzlü bir şekilde sunulmakla birlikte güçlendirilmiş temel sağlık hizmetlerine dayandırılarak sürdürülmektedir. Yine sunulacak sağlık hizmetlerinin etkili ve kademeli sevk zincirine dayanması aynı zamanda idari ve mali özelliğe sahip sağlık işletmelerinin kurulması programın amaçları dahilindedir. Sonrasında bilgi ve beceri ile donatılan ve motivasyonu yüksek olan sağlık çalışanlarının gücüyle birlikte nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalitenin ve akreditasyonun sağlanmasına çalışılmakta, aynı zamanda karar sürecinde bilgiye erişim için sağlık bilgi sisteminden faydalanılmaktadır (Özgen, 2023: 61).

4.7.2. Sağlıkta Dönüşüm Programından Önce Ortaya Çıkan Problemler

Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanmasından önce sağlık alanında pek çok problemin yaşandığı bilinmektedir. Bu problemleri aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür (Yılmaztürk, 2013: 183-184);

- Öncelikle Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığı zaman Türkiye’de bebek ve çocuk sağlığına dair göstergelerin daha düşük olduğu gözlenmiştir.
- Sağlık alanında meydana gelen eşitsizlikler kentsel ve kırsal alanlarda fazlaca yaşanmaya başlamakta ve aynı zamanda sosyoekonomik seviyeler arasında da sıklıkla görülmüştür.

- Sağlıkta Dönüşüm Programından önce sosyal güvenlik kapsamında bulunmayan çok büyük bir kesimin sağlık göstergelerinin oldukça düşük olduğu görölmüştür,
- Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar nüfusun çok büyük bir kısmının sağlık güvencesinden yoksun kalmasına yol açarak sağlıktan eşit olarak faydalanılamamasına yol açmıştır,
- Tüm bunlara ek olarak hizmet sunumu ve hizmet finansmanındaki bölünmüş yapı verimsizliğin ortaya çıkmasına sebep olmuştur,
- Dönemde sevk sisteminin uygulanmaması ile beraber hastane hizmetlerinde gereksiz bir kullanım yaşanmış ve bu durumda üniversite hastaneleri başta olmak üzere çoğu sağlık kurumunun birinci basamak sağlık kurumu gibi hizmet vermesine yol açmıştır,
- Toplumun kırsal bölgelerinde hizmete erişim ciddi miktarda inform ödemelere yol açmaya başlamış,
- Sağlık çalışanlarının dengesiz bir şekilde dağılması ve özellikle hekimlerin kentsel alanlarda görev yapmayı arzulaması gibi pek çok durum sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırmıştır.

Yaşanan tüm bu problemler sonucunda, sağlık hizmeti sunanların ve sağlık hizmeti alanların memnuniyetsiz olması sağlıkta yeniden yapılanmayı gündeme getirmiştir. Bu durum üzerinde küresel reform etkilerinin de büyük bir payı vardır. Tüm bu gelişmeler ışığında Türkiye’de kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulabilmesi aynı zamanda adil bir yapının oluşturulabilmesi için sürdürülebilir bir sağlık sistemi kurmak gereklilik halini almıştır. Bu bağlamda oluşturulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında büyük değişiklikler meydana getirilmiştir (Sülkü, 2011: 97).

4.7.3. Sağlıkta Dönüşüm Programından Sonra Sağlık Hizmetleri Sunumu

Sağlıkta Dönüşüm Programından önce sağlık hizmetleri sunumunda parçalı ve karışık bir yapı söz konusu olmuştur. Sosyal Sigortalar Kurumu, üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı olmak üzere üç ana kamu hizmeti sunucusu bulunduğu görölmektedir. Sağlık Bakanlığı temel olarak Bakanlığa bağlı sağlık tesisleri ve hastanelerle sağlık hizmetlerinin en büyük sunucusu rolünü üstlenmiştir. Bu bağlamda birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü

basamak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından verilmektedir. Buna ek olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin de tek sunucusu Sağlık Bakanlığı olmuştur (Sülkü, 2011: 15). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte ise sağlık hizmetlerinin sunumunda büyük değişiklikler yaşanmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na transfer olması ile birlikte sağlık hizmetleri sunumu ve sağlık hizmetleri finansmanı tamamıyla birbirinden ayrılmıştır. Burada sağlık hizmetlerinin sunumuna dair gerçekleştirilen düzenlemeler genellikle Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasıyla planlanmaya başlamıştır. Burada birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde ciddi değişiklikler gerçekleştirilmiştir (Şentürk Doğan, 2017: 8).

Sağlıkta Dönüşüm Programı dahilinde sağlık hizmet sunumunda yaşanan ciddi değişiklikler halk sağlığı alanında da ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda halk sağlığı hizmetlerinde gerçekleştirilen iyileşmeler dahilinde halk sağlığı hizmetlerine yapılan tüm yatırımlar artmıştır. Sonrasında aile hekimliği sistemine geçilmiş ve halk sağlığı hizmetleri daha güçlü bir hal almıştır. Tüm illerde ücretsiz kanser taraması gerçekleştiren birimler kurulmuş ve bütün kırsalda gezici sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması üzerine eğilinmiştir. Halkın halk sağlığı hizmetlerinden faydalanması tamamıyla ücretsiz hale getirilmiş ve dumansız hava sahası uygulaması ile birlikte tütün ürünlerinin kullanılmasının minimuma indirilmesine dair çeşitli düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Toplum temelli ruh sağlığı modeli benimsenerek ruhsal bozukluğa sahip olan kişilerin tedavileri gerçekleştirilmeye çalışılmış ve bu tedavi süreci hastanın yaşadığı yerde yapılmaya başlanmıştır. Aşılama programı kapsamına dahil edilen yeni aşılarda hastalıkların önüne geçilmesi amaçlanmış, çocuk sağlığını ilgilendiren çağdaş ve yeni tarama programları başlatılmış aynı zamanda kronik hastalıklara bağlı bir şekilde ortaya çıkan ölümlerin engellenmesi için farklı programlar üzerinde çalışılmaya başlanmıştır (Atasever ve Karaca, 2017: 24).

4.8. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmetleri

Geçtiğimiz 20 yıllık süreçte Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) tarafından yapılan değerlendirmelerde Türk sağlık sisteminin geri kalmış bir sistem olarak değerlendirildiği bilinmektedir (Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2011: 101). Bunun en önemli sebebiyse sağlık hizmetine erişim konusunda Anayasal hakların belirli sınırlarla çizilememiş olmasıdır. Sağlık oldukça önemli bir konu olmakla birlikte politik

gündemde nadiren ele alındığından seneler içerisinde çok fazla ilerleyen bir konu olmadığını söylemek mümkündür. Ancak günümüz sağlık sistemine bakıldığında önemli bir dönüşümün geçirildiği dikkat çekmektedir. Sadece OECD ülkeleri değil aynı zamanda Avrupa Birliği'ne dahil olan tüm ülkelerin olumlu bir bakış açısı geliştirebilmesi için değil aynı zamanda ülkede yaşayan tüm vatandaşların iyilik hali için değişim ve dönüşüm süreci yaşanmıştır. Geçen zaman diliminde oldukça komplike hale gelen sağlık sisteminin nasıl doğru bir şekilde sürdürüleceği, nasıl daha verimli bir sistemin inşa edileceği ve finansal sürdürülebilirliğin nasıl sağlanacağı üzerinde çalışılmış ve bu bağlamda oldukça iddialı bir yapı oluşturulmuştur. Bununla birlikte demokratik ve çoğulcu devlet yapısına bağlı bir şekilde değişime uğrayan ihtiyaçlara nasıl adapte olunabileceğine dair de pek çok görüş ortaya koyulmuştur (Sağlık Turizmi Derneği, 2023).

Sağlıkta Dönüşüm Programının inşa edilmesi ile birlikte sağlık hizmetinin hem sunumunda hem de finansmanında ciddi bir reformun yaşandığı söylenebilir. Bahse konu olan reformlarla birlikte halkın sağlıkla alakalı tüm hizmetlere erişiminin kolaylaşması ve aynı zamanda maliyet etkinliği de hedeflenmiştir. Buradan yola çıkıldığında, hizmet sunumu alanında ortaya çıkan reformun ilk adımının vatandaş odaklı bir hizmet sunumuna geçiş olduğu söylenebilir. Hastanelerden alınacak randevuyla alakalı randevu sistemine geçiş ve özellikle özel hastanelerden faydalanma imkanlarının genişletilmesi ilgili reformun en önemli yapıtaşları arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetinin finansmanında ortaya çıkan reformun temel yapı taşı ise sağlık sigorta sisteminin tek bir çatı altında toplanması oluşturmaktadır. 2006 yılından sonra performans sisteminin uygulanması ve ilaç sektörünü düzenleyen tedbirlerin alınması da sağlıkla ilgili yapılan reformun en önemli adımlarındandır (Akgül Yılmaz, 2019: 350).

BEŞİNCİ BÖLÜM: TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARININ DEĞİŞİMİ

Sağlık sektöründe yaşanan dönüşümler, hükümet programları ve alınan kararlar, ülkenin toplumsal yapısına ve sağlık politikalarına büyük katkılar sağlamıştır. Özellikle cumhuriyetin ilk yıllarında, Türkiye'deki sağlık sisteminin modernizasyonu ve halk sağlığının iyileştirilmesi için önemli adımlar atıldığı bilinmektedir. Bu süreçte hükümetler, sıtma, verem, frengi gibi yaygın ve ölümcül hastalıklara karşı mücadele başlatmış, aynı zamanda çocuk hastalıkları ve yüksek bebek ölümleri gibi halk sağlığını doğrudan etkileyen sorunları ele almıştır. İnönü hükümetleri döneminde, özellikle halk sağlığına yönelik tedbirler ciddi şekilde önem kazanmıştır. Halk sağlığını tehdit eden hastalıklarla mücadelenin teşkilatlandırılması ve sıtma, frengi ve verem gibi hastalıklara karşı ciddi önlemler alınması bu dönemin sağlık politikalarının önemli başlıkları arasında yer almaktadır. Bütün bunların yanı sıra sıtma ile mücadelenin Sıhhiye Vekâleti'nin en esaslı politikalarından biri olduğu belirtilmiş ve bu doğrultuda nüfusun geniş kesimlerinin etkilenmemesi için sağlık hizmetleri yaygınlaştırılmıştır.

Hükümetler sağlık hizmetlerinin halkın her kesimine ulaşabilmesi için finansal ve yapısal reformlar da gerçekleştirmiştir. Hastanelerin yatak kapasitelerinin artırılması, sağlık personelinin sayısının artırılması ve mevcut sağlık altyapısının geliştirilmesi, bu reformların temel taşlarıdır. Vilayet ve belediye hastanelerinin sayılarının çoğaltılması ve mevcut hastanelerin kapasitelerinin artırılması bu bağlamda değerlendirilebilir. Yapılan tüm reformlar, modern sağlık hizmetlerinin ülkenin dört bir yanına yayılmasını ve halkın sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmıştır. Hükümet politikalarının temelinde, Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlıkta modernizasyonun sağlanması ve halk sağlığının öncelikli bir politika haline getirilmesi yatmaktadır. Bu dönüşümler ülkenin uzun vadeli sağlık stratejileri üzerinde de kalıcı etkiler yaratmış ve sağlık sisteminin bugünkü yapısının temelini oluşturmuştur.

Türkiye’de sağlık politikalarının değişimine bakıldığında belirli aralıklarla hazırlanan beş yıllık kalkınma planlarının incelenmesi de gerekmektedir. Bu bağlamda ilk kez hazırlanan 1963-1967 Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda özel sektörün kalkınma hedeflerine katkı sağlaması beklenmiş ve planda belirtilen yatırım hedeflerinin altına düşmemeye gayret edilmesi planlanmıştır. Bu plan doğrultusunda özel sektörün bu yöndeki çabalarının devlet tarafından destekleneceği vurgulanmıştır. Ortaya çıkan bu

kamu-özel sektör işbirliği; kamusal hizmetlerin kademeli olarak özel sektöre devrinin teşvik edilmesine yönelik ilk adımlar olarak değerlendirilebilir (Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963).

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulması temel ilke olarak benimsenmekle birlikte, sonraki yıllarda özel sektörün sağlık alanındaki yatırımlarının artırılması yönünde teşvikler geliştirilmiştir. Bu kararlar özelleştirme ve özel sağlık kuruluşlarının desteklenmesi süreçlerini hızlandırmıştır (Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963). Bu süreçte özel sektörün teşvik edilmesi, kalkınma planının uygulama politikaları doğrultusunda şekillenmiş ve hükümetlerin sağlık politikalarıyla entegre edilmiştir. (Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963).

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planına (1968-1972) bakıldığında sağlık politikalarının dönüşümünü ve özelleştirme süreçlerini şekillendiren önemli aşamalar kaydedildiği görülmektedir. Bu planda karma ekonomi modeli ön plana çıkmış ve sağlık hizmetleri gibi alanlarda hem kamu hem de özel sektörün katkı sağlaması gerektiği vurgulanmıştır. Özellikle özel teşebbüsün teşviki kapsamında, özel sektör yatırımlarının ve girişimlerinin desteklenmesi hedeflenmiştir. Bu bağlamda sağlık sektöründe kamu hizmetlerinin yanı sıra özel sektörün devreye girmesi için çeşitli teşvikler öngörülmüştür (İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1968). Plana göre, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Bu durum da daha fazla vatandaşın sağlık hizmetlerine ulaşımını sağlamayı amaçlayan geniş çaplı bir politika olarak karşımıza çıkmaktadır. Planın sağlıkla ilgili kısmında, sosyal güvenlik ve aile planlaması gibi başlıklar sağlık hizmetlerinin kapsamını genişletmeyi hedeflemektedir. Burada özel sektörün devreye sokulması, devletin bütçe yükünü hafifletmek ve özel yatırımların sağlığa katkısını arttırmak amacıyla yapılan bir strateji olarak görülmektedir (İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1968).

Bu dönemde özel sektörün desteklenmesi, devletin bütçe kaynaklarıyla sınırlı kaldığı alanlarda daha fazla yatırım yapılması gerektiğinin bilinciyle yürürlüğe girmiştir. Özellikle özel sağlık yatırımlarının teşvik edilmesi, kalkınma planlarıyla uyumlu olarak kamu harcamalarının dengelenmesi ve özel sektörün ekonomik büyüme içindeki payının arttırılmasını sağlamak amacını gütmektedir (İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1968).

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977) ise Türkiye'nin sanayileşme ve ekonomik büyüme hedeflerine odaklanırken, sağlık hizmetlerinin gelişimi ve özelleştirilmesi konusuna dolaylı olarak değinmektedir.

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı kamu sektörü yatırımlarının özellikle büyük sermaye ve stratejik sektörlerde yoğunlaşacağını, ancak özel sektörün sanayi ve hizmet alanlarında önemli bir rol oynayacağını vurgulamaktadır. Özel sektöre verilen büyük önem ve teşvikler, sağlık hizmetlerinde de özelleştirmenin altyapısını hazırlayan unsurlar olarak değerlendirilebilir. Örneğin sağlık hizmetlerinin genişlemesi ve modernizasyonunun, özel sektör yatırımlarıyla daha hızlı bir şekilde yapılabileceği düşünülmektedir.

Sağlık sektörüyle ilgili doğrudan özelleştirme süreci hakkında açık bir ifade olmasa da, özel sektörün sanayi ve hizmetlerde büyümesi teşvik edilmiştir. Bu da sağlık hizmetlerinin daha fazla özel sektör yatırımlarıyla yürütülmesine zemin hazırlamaktadır. Özellikle büyük ölçekli yatırımların teşvik edildiği kimya ve ilaç sanayileri gibi alanlar, sağlık sektörünün özelleşmesine yönelik dolaylı bir adım olarak nitelendirilebilir.

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, özel sektörü teşvik etmek için ciddi önlemler içermektedir. Müteşebbislerin çeşitli sanayi kollarında yatırım yapmaları ve küçük tasarruf sahiplerinin sermayelerini birleştirerek bu yatırımlara yönelmeleri teşvik edilmiştir. Teşvik Kanunu Tasarısı bu bağlamda özel sektör yatırımlarını hızlandırmak için hazırlanmıştır (Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1973). Sağlık sektöründe de, devletin sağlık hizmetleriyle ilgili büyük sermaye gerektiren yatırımları özel sektöre açması bu teşviklerin bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Bu bağlamda özel sağlık kuruluşlarının yaygınlaşması ve devletin bu kuruluşları desteklemesi, teşvik politikalarının bir yansımasıdır. Özellikle büyük yatırımlar gerektiren hastane ve tıbbi cihazlar gibi alanlarda özel sektörün önünün açıldığı söylenebilir. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, sanayi ve hizmet sektörlerinin gelişmesini hedeflerken sağlık alanındaki özelleştirme ve teşviklerin hükümet programlarıyla eşleştirilebileceği bazı unsurlar sunmaktadır. Özellikle sanayiye verilen destekler ve bu desteklerin hizmet sektörlerine uygulanması, hükümetin de sağlık hizmetlerini kamudan özele geçiş sürecinde nasıl yönlendirdiğiyle örtüşmektedir. Hükümet programlarının genel eğilimi, devletin sağlık hizmetlerindeki yükünü

hafifletmek ve özel sektörün devreye girmesi için uygun koşullar yaratmak üzerine kurgulanmıştır.

Bu planda yer verilen sanayileşme ve büyüme hedefleri, özellikle sağlık alanında doğrudan yer almasa bile, sanayinin genel teşvik edilmesi ve özel sektör yatırımlarının desteklenmesi politikalarıyla örtüşmektedir. Sağlık sektöründe gerçekleştirilen özelleştirme hamleleri, daha sonraki dönemlerde hükümet programlarında açıkça yer alsa da, bu plan özel sektörün teşvik edilmesi ve sağlık sektörünün özelleştirilmesine yönelik dolaylı teşvikler sunmaktadır.

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983) kapsamında özelleştirme adımlarına ağırlık verildiği görülmektedir. Bu kalkınma planı sağlık sektöründe özel sektörün desteklenmesini ve kamu-özel dengesinin kurulması gerekliliğine odaklanmaktadır. Kamu girişimciliğine ek olarak özel sektör yatırımlarını teşvik etmek ve özel sermaye girişini artırabilmek bu kalkınma planında yer verilen önemli hedefler arasındadır. Özel sektöre teşvike yönelik politikalar ise sağlık sektörünün geliştirilmesi konusunda atılan önemli adımlardandır (Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979). Bu kalkınma planında sağlık hizmetlerinin geliştirilebilmesi adına özellikle sermaye yatırımları ve özel sektörün altyapı projelerinde etkin olabilmesi amacıyla teşvik edici önlemler planlandığı görülmektedir. Özel sektörde hastane yapımı, tıbbi cihaz ithalatı gibi alanlarda daha aktif olması için çeşitli teşvik paketleri meydana getirilmiştir.

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, kamunun ağırlığını yavaş yavaş azaltmayı ve özel sektörü desteklemeyi hedefleyen hükümet politikalarının alt yapısını oluşturmaktadır. Hükümet programlarında, özellikle sağlık alanında daha geniş ve nitelikli hizmetlerin sağlanması için özel sektöre yönlendirici teşviklerin planlarla paralel olarak yürütüldüğü görülmektedir. Bu politikalar hem ekonomik kalkınmayı hızlandırmak hem de kamu hizmetlerindeki yükü hafifletmek için sağlıkta özelleştirmeye zemin hazırlamıştır (Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979).

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989) döneminde sağlık politikalarının özelleştirilmesi ve özel sektörün desteklenmesi çok daha sistematik bir yaklaşımla ele alınmıştır. İlgili plan kamu yatırımlarına ek olarak özel sektörün de sağlık hizmetlerinde rol almasına yardımcı olan politikalar ortaya koymuştur. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde özellikle özel sektör yatırımlarının artırılması ve sağlık yapısının

genişletilmesine odaklanılmıştır. İlgili planda özel sektörün kamu hizmetinde rolünü artırabilmek için teşvik edici önlemler alınmış ve çeşitli politikalar uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetlerine daha geniş bir kitle tarafından erişimi sağlayabilmek için özel sektörünün büyük katkıları olduğuna da vurgu yapılmıştır (Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1985).

İlgili plan, özel sektöre sermaye yatırımları konusunda daha fazla destek verilmesi gerektiğini belirtmektedir. Sağlık sektöründe yatırımların özel sektöre kaydırılması, kamu sağlık harcamalarının yükünü hafifletmek amacıyla desteklenmiştir. Bu politikaların uygulanması, daha rekabetçi bir sağlık sektörü yaratma hedefi taşımakta ve özel hastanelerin kurulmasına yönelik teşvikler ile desteklenmektedir (Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1985).

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994) döneminde sağlık sektöründeki zelleştirme ve özel sektörün desteklenmesi, kalkınmanın önemli bir parçası olarak vurgulanmıştır. Devlet zel sektörün sağlık hizmetlerine katılımını teşvik eden bir dizi politika uygulamıştır. Özel sektör yatırımlarının artırılması ve kamu hizmetlerine olan yükün hafifletilmesi amaçlanmıştır. Altıncı Beş Yıllık Plan ile birlikte sağlık hizmetlerinin özel sektöre açılması yönünde önemli adımlar atılmaya başlanmıştır. Bu dönemde kamu kesimi sağlık yatırımlarında bölgesel gelişmişlik farklarının azaltılmasına ağırlık verilmiş, aynı zamanda özel sektörün sağlık altyapısına yatırım yapması teşvik edilmiştir. Plan zel sektörü sağlık sektörüne daha fazla entegre etmeyi hedeflerken, kamu sağlık hizmetlerinin niteliğini artırma yolunda devletin yönlendirici ve teşvik edici rolünü sürdürmesini öngörmüştür (Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990).

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planıyla birlikte sağlık sektöründe özel sermaye yatırımlarının artırılması için çeşitli teşvik politikaları geliştirilmiştir. Özel hastanelerin kurulması ve özel sektörün sağlık hizmetlerindeki etkinliğini artırması, bu dönemde stratejik hedefler arasında yer almaktadır. Bu doğrultuda özel sektöre yönelik teşviklerin kapsamı genişletilmiş ve sağlık yatırımlarında özel sektör payının artırılması hedeflenmiştir (Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990).

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1995-2000) ise, sağlıkta kamu harcamalarının azaltılması ve daha verimli hizmet sunumu için yapısal reformlara ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedir. Planda özellikle özel sektörün sağlık alanında daha fazla yer alması ve

bunun için çeşitli teşviklerin uygulanması gerektiği ifade edilmektedir. Bu teşvikler, özel sektörün sağlık yatırımlarında daha etkin rol almasını sağlamak amacıyla oluşturulmuştur. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, özel sektörün sağlık hizmetlerine katılımını destekleyici düzenlemeler yapılmasını önermektedir. Bu kapsamda, kamu-özel ortaklıkları ve yap-işlet-devret modelleri gibi yöntemlerin kullanılması, sağlık alanında özel yatırımların artırılması için önemli adımlar olarak vurgulanmıştır.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), sağlık sektöründe kamu kaynaklarının etkin kullanılması gerektiğini vurgulayarak, özel sektörün desteklenmesini ve sağlık hizmetlerinin finansmanında çeşitliliğin artırılmasını amaçlamaktadır (Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2001). Bu doğrultuda, özel sektörün sağlık yatırımlarına yönelmesi teşvik edilmiş ve kamu-özel ortaklıkları modeli önemli bir araç olarak ortaya konmuştur. Planda özel sektörün sağlık sektörüne yatırımlarını artırması amacıyla çeşitli teşvik mekanizmalarına odaklanılmaktadır. Özellikle vergi indirimleri ve düşük faizli kredi imkanları, özel sektörün sağlık altyapısına yapacağı yatırımlarda teşvik unsurları olarak öne çıkmıştır. Özel sektörün sağlık sistemine daha fazla katılımını sağlamak için devletin maliyet yükünü azaltmayı hedefleyen bu planda, devletin doğrudan hizmet sunumundan çekilerek daha çok düzenleyici ve denetleyici bir rol üstlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Sağlık alanındaki özelleştirme süreçlerinde, özel sektöre sunulan teşvikler arasında özellikle vergi kolaylıkları, uzun vadeli kredi imkanları ve kamu yatırımlarıyla işbirliği gibi unsurlar öne çıkmaktadır. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında önerilen bu teşvikler, hükümet programlarında genişletilerek uygulanmıştır. Özel hastane yatırımları için getirilen vergi muafiyetleri ve yabancı yatırımcıların sağlık sektörüne girmesi için oluşturulan düzenlemeler, özelleştirmenin hızlandırılmasına katkı sağlamıştır (Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2001).

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013), sağlık hizmetlerinin kamu kaynaklarından daha verimli yararlanılmasını sağlamak için özellikle kamu-özel ortaklıklarını teşvik eden stratejilere yer vermektedir. Planda özel sektör yatırımlarının teşvik edilmesi önerilmekte, sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu-özel işbirliği modellerinin uygulanması gerektiği öngörülmektedir. Bu modelin amacı devletin mali

yükünü hafifletmek ve özel sektörün sağlık hizmetlerinde daha etkin bir rol oynamasını sağlamaktır.

Ayrıca ilgili plan hastanelerin mali ve idari özerkliğe kavuşturulması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu adım, hem hizmet kalitesini artırmak hem de kamu maliyetlerini azaltmak için önerilen önemli bir stratejidir (Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2007). Bu kapsamda, kamuya ait hastaneler ile özel sektör arasında işbirliği yapılmış, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu birbirinden ayrılmıştır. Bu sürecin hızlandırılması için özel sektöre çeşitli teşvikler sağlanmıştır.

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018), büyük şehirlerde hastane yapımında kamu-özel işbirliği modelinin kullanıldığını belirtmekte ve sağlık sektöründe Sağlıkta Kamu-Özel İşbirliği yönteminin yaygınlaştırılacağına işaret etmektedir. Özellikle, 30 bin yatak kapasitesine sahip hastanelerin inşası için süreç başlatılmıştır. Bu bağlamda Sağlıkta Kamu-Özel İşbirliği modeli, devletin altyapı yatırımlarını özel sektörle ortaklaşa gerçekleştirmesi ve özel sektörün sağlık hizmetlerine daha fazla dahil olmasına olanak sağlayan önemli bir stratejidir. Tüm bu gelişmelere ek olarak Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı dahilinde Sağlık endüstrilerinde yerli üretimin desteklenmesi, Ar-Ge ve yenilik alanında gelişmeler hedeflenmiştir. Bu bağlamda ilaç ve tıbbi cihaz sektörlerinde stratejiler geliştirilmiş ve özel sektör ile işbirliğinin artırılması öngörülmüştür (Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2014).

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlık hizmetlerine erişim ve kalite artışı sağlanmıştır. Aile hekimliği sisteminin yaygınlaşması, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinde reformlar ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele bu gelişmelere örnektir. İlgili plan aynı zamanda Sağlık turizmini teşvik etmekte, özellikle medikal ve termal turizm alanlarında Türkiye'nin gelir kaynaklarını artırmak için gerekli teşvikleri vurgulamaktadır. Türkiye, başta Avrupa ve OECD ülkeleri olmak üzere yaşlanan nüfusa sağlık hizmeti sunma potansiyeline sahiptir. Dolayısı ile ilgili plan ile birlikte sağlık turizmi alanında daha fazla yatırım yapılması ve yatırım teşvikleri geliştirilmesi planlanmıştır.

Türkiye'de sağlık sektöründe özellikle 2000'li yıllardan itibaren sağlık politikalarında önemli değişiklikler gözlemlenmiştir. Kamuya dayalı sağlık hizmeti sunumundan özel sektöre doğru bir geçiş yaşanmış, bu süreçte özel sektörün sağlık yatırımlarındaki rolü

giderek artmıştır. Kamu-Özel İşbirliği projeleri bu dönüşümde kritik bir rol üstlenmiştir. Sağlık tesislerinin yapım ve işletiminde özel sektörün dahil olması, özellikle şehir hastaneleri projeleriyle hız kazanmıştır. Onuncu ve On Birinci Kalkınma Planları bu sürecin kurumsal ve yasal çerçevesini belirleyerek, kamu hizmetlerinin sunumunda özel sektörün aktif rol almasını sağlamak için çeşitli teşvikler getirmiştir.

Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) ve On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023), sağlık sektöründeki kamu-özel işbirliğini stratejik bir politika olarak benimsemiştir. Özellikle şehir hastaneleri projelerinde, devletin sağlık altyapısının iyileştirilmesi için özel sektörü teşvik ettiği belirtilmektedir. İlgili planlarda şehir hastaneleri gibi projelerde, özel sektörün finansman ve işletme süreçlerine dahil olması için yatırım teşvikleri sağlanmıştır. Kamu-özel iş birliği modeli, hem kamu kaynaklarının verimli kullanılması hem de özel sektörün sağlık altyapısına katkı sağlaması amacıyla yaygınlaştırılmıştır (On Birinci Kalkınma Planı, 2019). On Birinci Kalkınma Planı'nda aynı zamanda Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyelinin artırılması için özel sektöre yönelik teşvikler genişletilmiştir. Özellikle medikal turizm alanında özel sağlık kuruluşlarına yönelik vergi indirimleri, altyapı destekleri ve uluslararası tanıtım faaliyetleri bu teşviklerin başında gelmektedir (On Birinci Kalkınma Planı, 2019).

Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından belirlenen kalkınma hedeflerinde, özel sektörün sağlık hizmetlerine katkısının artırılması yönünde güçlü vurgular bulunmaktadır. Özellikle sağlıkta yerli üretimin teşviki, sağlık endüstrilerinin geliştirilmesi ve ilaç sektöründe özel sektörün yatırımlarının artırılması gibi konular, kalkınma planlarıyla paralel bir biçimde hükümet politikalarına yansıtılmıştır. Bu bağlamda kamu tarafından yapılan altyapı yatırımlarının özel sektörle paylaşılması, özel sektörün teknoloji ve finansal gücünün sağlık hizmetlerine entegrasyonunu sağlamıştır (On Birinci Kalkınma Planı, 2019).

Türkiye'nin Beş Yıllık Kalkınma Planları, sağlık politikalarının şekillenmesinde önemli rol oynamış ve zamanla sağlık hizmetlerinde kamu ve özel sektör işbirliği güçlenmiştir. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında özel sektör, kalkınma hedeflerine katkı sağlamak üzere desteklenmiş ve kamusal hizmetlerin özel sektöre devri teşvik edilmiştir. Ancak sağlık hizmetlerinin kamusal bir hizmet olarak kalması planın temel ilkesi olmuştur. Bu dönemde sağlık sektöründe özelleştirmenin doğrudan İkinci Beş Yıllık

Kalkınma Planı ise, karma ekonomi modeli çerçevesinde sağlık sektörüne kamu-özel ortaklığını getirmiştir. Özellikle özel sektör yatırımlarının teşviki önem kazanmıştır. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, sosyal güvenlik ve aile planlaması gibi başlıklarla desteklenirken, devletin bütçe yükünü hafifletmek amacıyla özel sektöre daha fazla yer verilmiştir. Bu dönemde, sağlık sektöründe kamu ve özel sektörün birlikte çalışmasına yönelik ilk stratejiler belirginleşmiştir. Sanayi ve hizmet sektörlerine odaklanan Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında, sağlık hizmetlerinde dolaylı olarak özelleştirme süreci teşvik edilmiştir. İlaç ve tıbbi cihaz sanayilerinde büyük yatırımlar gerektiren alanlarda özel sektörün teşviki, sağlık sektörünün özelleşmesine yönelik dolaylı bir adım olarak değerlendirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde doğrudan özelleştirmeden bahsedilmese de sanayileşme politikalarıyla sağlık sektörü de gelişim göstermiştir. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma planı döneminde devlet, sağlık sektöründe özelleştirme adımlarına ağırlık vermiş ve özel sektörün sağlık alanındaki yatırımlarını teşvik etmiştir. Kamu-özel dengesi vurgulanarak, özel sermaye girişi artırılmıştır. Ayrıca sağlık hizmetlerinde özelleştirme, kapsamında teşvikler hızlandırılmış ve özel hastanelerin yaygınlaşması desteklenmiştir. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile birlikte özel sektörün sağlık hizmetlerine daha fazla dahil olması hedeflenmiştir. Sağlık altyapısının genişletilmesi için özel sektör yatırımlarının artırılması teşvik edilmiştir. Kamu harcamalarının yükünü hafifletmek amacıyla sağlık hizmetlerinde özelleştirme hız kazanmış, bu dönemde özel hastaneler ve sağlık hizmetlerinin çeşitlenmesi gündeme gelmiştir. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde, özel sektöre sağlık yatırımları konusunda geniş teşvikler verilmiştir. Ayrıca dönemde bölgesel gelişmişlik farklarının azaltılması hedeflenmiştir. Kamu-özel ortaklıklarına dayanan projeler teşvik edilmiş ve özel sektörün sağlık hizmetlerindeki rolü güçlendirilmiştir. Sağlık yatırımlarında özel sektörün payı artmıştır. Yedinci ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planları dahilinde ise özel sektörün sağlık alanındaki rolü daha da artmış, vergi indirimleri ve düşük faizli krediler gibi teşvikler sunulmuştur. Bu dönemlerde, sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu-özel ortaklıkları modeli yaygınlaşmıştır. Özellikle Sekizinci Plan'da, kamu-özel işbirliği modeli stratejik bir araç olarak ortaya konmuştur. Onuncu ve On Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planları kapsamında ise sağlıkta Kamu-Özel İşbirliği projeleri hız kazanmış, özellikle şehir hastaneleri projeleriyle özel sektörün sağlık altyapısına katkısı artırılmıştır. Sağlık turizmi teşvikleri

de bu dönemlerde yaygınlaşmıştır. Bu süreçte, sağlık hizmetlerinde devletin düzenleyici rolü artmış, hizmet sunumu daha fazla özel sektöre devredilmiştir.

Geçmişten günümüze hazırlanan kalkınma planları incelendiğinde, 1960'lı yıllarda kamu öncelikli sağlık politikaları varken, 1980'lerden itibaren özel sektör yatırımlarının teşvik edilmeye başlandığı görülmektedir. 1990'lar ve sonrasında ise özel sektörün sağlık hizmetlerine katılımının hızla arttığı, 2000'li yıllarla birlikte ise kamu-özel ortaklıkları modelinin sağlık sektöründe merkezi bir yer edindiği görülmektedir. Yaşanan tüm bu değişimler, sağlık hizmetlerinin daha verimli ve geniş kitlelere ulaştırılması amacını taşımaktadır. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndan itibaren özel sektörün sağlık hizmetlerine daha fazla dahil edilmesi gerektiği belirtilmiştir. İlgili planlar hükümetlerin sağlık harcamalarını hafifletme ve özel sektör aracılığıyla sağlık altyapısını güçlendirme hedefleriyle uyum içinde bulunmaktadır. Hükümet programlarında, sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından desteklenmesi ve sağlık hizmetlerinin sunumunda verimliliğin artırılması hedeflenmiştir. Kalkınma planlarında da belirtilen bu hedefler, hükümet programlarında daha somut adımlarla uygulamaya geçirilmiştir. Özellikle 2000'li yıllardan itibaren özel sektörün sağlık sektöründe daha fazla rol almasıyla, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu devlet tarafından düzenleyici bir rol üstlenerek sürdürülmüştür. Sağlıkta özelleştirme, kamu-özel ortaklıkları, özel sektörün desteklenmesi ve teşvik edilmesi gibi politikalar hem kalkınma planlarında hem de hükümet programlarında sıkça vurgulanmıştır. Hükümet politikalarının daha somut ve uygulamaya yönelik adımlar içerdiği, kalkınma planlarının ise bu adımların çerçevesini oluşturduğu görülmektedir.

ALTINCI BÖLÜM: TÜRKİYE’NİN VE DİĞER ÜLKELERİN SAĞLIK HARCAMALARI

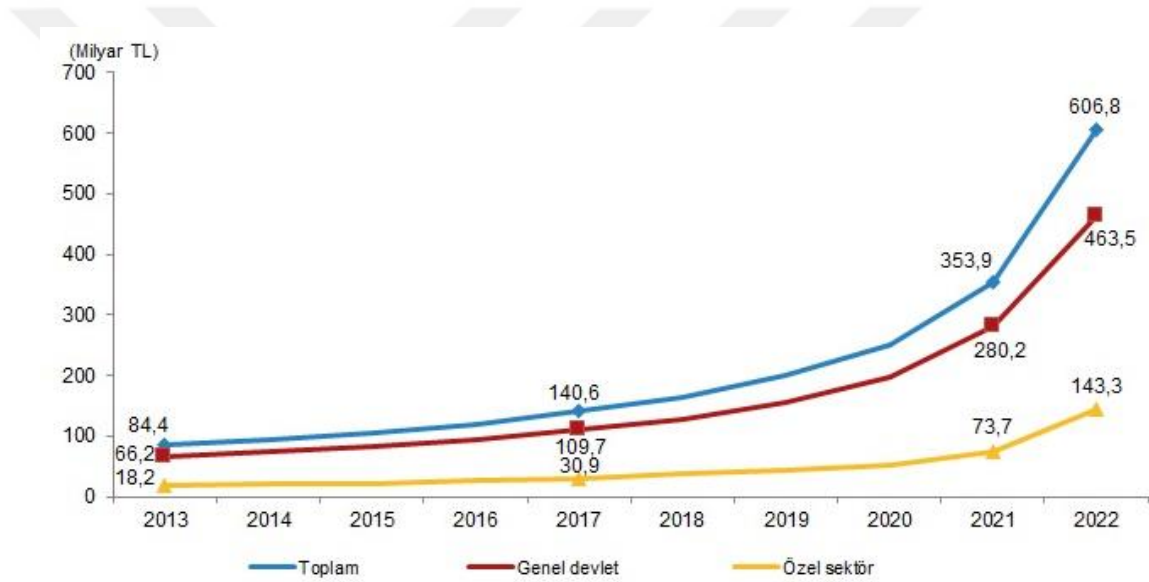
Bu bölümde Türkiye ve diğer ülkelerin sağlık harcamaları karşılaştırılmış ve sağlık hizmetlerine ayrılan bütçelerin büyüklüğü, etkisi ve sürdürülebilirliği değerlendirilmiştir. Küresel sağlık harcamalarının artış trendleri, ülkeler arası eşitsizlikler ve ekonomik faktörlerin sağlık yatırımlarını etkisinin ele alındığı bu bölümde Türkiye, Ab ve OECD ülkeleri arasında kıyaslama yapılarak, Türkiye’nin sağlık sektörüne ayırdığı bütçenin ne düzeyde olduğu ve gelişmiş ülkelerle arasında nasıl bir fark bulunduğunun ortaya koyulması amaçlanmıştır.

Sağlık alanında gerçekleştirilen küresel harcamalar değerlendirildiğinde bu harcamaların geçtiğimiz 20 yıl içerisinde reel olarak iki katına çıktığı görülmektedir. 2019 yılı verileri sağlık harcamalarının 8.5 trilyon \$ seviyesine ulaştığı göstermektedir. Bu rakam küresel gayrisafi yurtiçi hasılanın %9,8’inin sağlık alanında gerçekleştirildiğini ifade etmektedir. 2000 yılı verilerine bakıldığında ise bu oranın %8,5 düzeyinde olduğu görülmektedir. Ülkeler açısından sağlık harcamaları değerlendirildiğinde pek çok eşitsizliğin ortaya çıktığını söylemek mümkündür. Daha yüksek gelir düzeyine sahip olan ülkeler küresel sağlık harcamalarının yaklaşık %80’ini meydana getirirken ABD’nin bu oranın %40’ından fazlasını tek başına gerçekleştirdiğini söylemek mümkündür. Bununla birlikte yüksek gelirli ülkelere bakıldığında kişi başına düşen sağlık harcamaları miktarının düşük gelirli ülkelere göre daha fazla olduğunu söylemek de mümkündür (WHO, 2021). Sağlık harcamalarında ortaya çıkan bu artış ve aynı zamanda ilgili harcamaların sürdürülebilir bir finansmanla giderilebilmesi için sağlık harcamalarını büyük ölçüde etkileyen etmenlerin ortaya konulması oldukça önemli bir konudur. Araştırmacıların yanında sağlık hizmetleri yöneticilerinin ilgisini çeken bu konu günümüzde de sıklıkla tartışılan konular arasındadır. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) tarafından yapılan bir tanımlamada sağlık harcamaları kişiye yönelik tedavi edici, uzun dönemli, rehabilite edici ya da yardımcı sağlık hizmetleri kapsamında ortaya çıkan bütün giderlerin ölçümünü tanımlamaktadır. İlgili ölçüm genel olarak bir yıllık dönemin maddi değeri ile

hesaplanmakta ve bu ölçüm cari sağlık harcaması şeklinde ifade edilmektedir (Aydın ve Yenimahalleli Yaşar, 2023: 337).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) sağlık harcamaları ile ilgili yaptığı bir tanımlamada bu harcamaların ilaçlar, tedavi aletleri, tedavi malzemeleri, sağlık ürünleri, hastane ve hastane dışı tıbbi hizmetler ve tüm bunlara ek tüketim harcamalarını kapsamaktadır (TÜİK, 2020).

Tablo 3. TÜİK Verilerine Göre Türkiye'nin 2013- 2022 Yılları Arasında Toplam Sağlık Harcamaları



Kaynak: TÜİK, 2022

Yukarıda yer alan grafik TÜİK verilerine göre Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarını göstermektedir. 2013 ve 2022 yıllarını içeren dönemde sağlık harcamalarının 2020 ve 2022 yıllarında büyük ölçüde arttığı görülmektedir. Pandeminin yarattığı bu etki 2022 yılının verilerinin önceki yıla göre %71,5 oranında artmasına yol açmış, 2022 yılında 606 milyar 835 milyon TL'lik bir harcama yapılmıştır. Genel devlet sağlık harcamalarına bakıldığında 2022 yılında önceki yıla göre %65,4'lük artış yaşandığı görülmektedir. Buna göre 2022 yılında genel devlet sağlık harcamalarının 463 milyar 516 milyon TL'ye ulaşmıştır. Özel sektör verilerine bakıldığında ise 2022 yılında önceki yıla göre

%94,4'lük artış yaşanarak, 143 milyar 319 milyon TL'lik bir harcama yapıldığı görülmektedir (TÜİK, 2022).

Tablo 4. TÜİK Verilerine Göre Genel Devlet ve Özel Sektör Sağlık Harcamaları

(Milyon TL)				
	2021	Pay (%)	2022	Pay (%)
Toplam sağlık harcaması	353 941	100,0	606 835	100,0
Genel devlet	280 220	79,2	463 516	76,4
Merkezi devlet	111 180	31,4	191 862	31,6
Mahalli idareler	1 975	0,6	3 668	0,6
Sosyal Güvenlik Kurumu	167 065	47,2	267 986	44,2
Özel sektör	73 721	20,8	143 319	23,6
Hanehalkları	56 342	15,9	112 018	18,5
Sigorta şirketleri	9 330	2,6	16 562	2,7
Diğer ⁽¹⁾	8 050	2,3	14 738	2,4

Kaynak: TÜİK, 2022

Yukarıda yer alan tabloya göre TÜİK verilerine göre genel devlet ve özel sektör sağlık harcamaları görülmektedir. 2021 yılında toplam sağlık harcamasının 353 milyar 941 milyon TL olduğu ve 2022 yılında bu rakamın 606 milyar 835 milyon TL'ye çıktığı görülmektedir. Genel devlet ve özel sektör kapsamında tutarlar incelendiğinde her bir kalemin önceki yılın iki katı olacak şekilde arttığı görülmektedir. Olağan dışı bir durum olan COVID-19 pandemisi ortaya çıkan bu tablonun en önemli sebebi olarak tanımlanabilir.

Tablo 5. Türkiye'de Yıllık Kamu Sağlık Harcamaları (Nominal)

	TSH (Milyar TL)	TSH (Milyar USD)
2004	4,962	3,562
2005	7,335	5,450
2006	9,274	6,501
2007	11,276	9,613
2008	12,972	8,430
2009	15,682	10,458
2010	16,071	10,621
2011	18,594	10,003
2012	15,581	8,758
2013	19,569	9,510
2014	21,482	9,390
2015	25,048	8,586
2016	28,500	8,169
2017	35,221	9,154
2018	40,214	7,579
2019	51,198	8,770
2020	68,852	8,917
2021	110,921	8,199
2022	191,490	10,275

Kaynak: Yücel ve Çalışkan, 2023: 557

Yukarıda yer alan tabloda Türkiye'nin yıllık kamu sağlık harcama değerleri verilmiştir. Buna göre 2004 ve 2011 yılları arasında ivmeli bir artış yaşanmıştır. 2011 ve 2021 yılları arasında da sağlık harcamaların dolar bazında benzer bir ivmeye sahip olduğu görülmektedir. 2022 yılında ise 2010 ve 2011 yıllarında olduğu gibi sağlık harcamaları 10.000 dolar civarındadır.

2004 yılında merkezi bütçeden karşılanan kamu sağlık harcamalarının 5 milyar TL iken 2022 yılında bu rakam 191 milyar TL'ye çıkmıştır. Geçen zaman içerisinde nominal anlamda 37 kattan daha çok artış gösteren toplam kamu sağlık harcamaları Amerikan Doları değeri ile % 188,5'lik artış göstermiştir (TÜİK, 2023).

Toplam kamu sağlığı harcamaları pandemi sebebiyle 2022 yılında artmaya başlamıştır. Burada genel devlet sağlık harcaması ve toplam sağlık harcamaları oranına bakıldığında 2022 yılı için % 76,4 özel sektörün gerçekleştirdiği sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı %23,6 olarak gerçekleşmiştir. Alt bileşenlere yönelik bir değerlendirme yapıldığında 2022 yılı için sosyal güvenlik kurumunun %44,2, merkezi devletin %31,6, sigorta şirketlerinin %2,7 ve hane halklarının %18,5 lik bir paya sahip

olduğu görülmektedir. Bununla birlikte mahalli idareler %0,6'lık bir paya sahip olmuştur (TÜİK, 2022).

Bu bağlamda sağlık hizmeti sunucularının neler olduğuna da değinmek gereklidir. 2022 yılı sonu itibari ile Türkiye'de 27.762 aile hekimliği birimi olduğu bilinmektedir. Bu aile hekimliklerinde aile sağlığı çalışanları tarafından birinci basamak sağlık hizmetleri olarak adlandırılan hizmetler sunulmaktadır. 2022 yılı verilerine bakıldığında yalnızca aile hekimliği uygulamaları için 34.9 milyar TL kaynak harcaması gerçekleşmiştir. 2022 yılının sonu itibari ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan 958 hastane, 134 dış sağlığı merkezi, 3290 acil yardım istasyonu ve 84 halk sağlığı laboratuvarı doğrudan sağlık hizmeti vermiştir. Hastalıkları sebebiyle özel ihtiyaçları bulunan eve ya da yatağa bağımlı hastaların ihtiyaçlarını giderebilmek için tıbbi bakım veya rehabilitasyonun ev ortamında sunulmasına devam edilmiştir. 2022 yılı sonu verileri göre kayıtlı hasta sayısı 623.794'e ulaşmıştır. Acil sağlık kapsamında 6.800.000'a yakın vatandaşa hizmet sunulmuştur. Koruyucu sağlık hizmetlerinin her geçen yıl önceki yıla göre daha fazla kaynak ayrılan bir alan olduğu da görülmektedir. 2023 yılında sunulacak koruyucu sağlık programı için tahsis edilmiş olan kaynaklar önceki yıla göre %55,8 oranında artırılmıştır (T.C. Strateji ve Bütçe Bakanlığı, 2023).

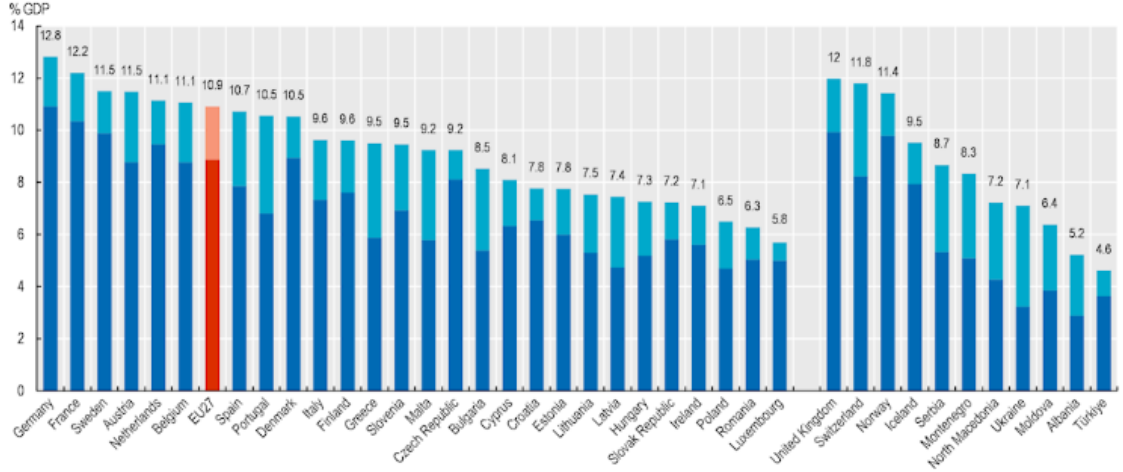
Görüldüğü gibi sağlığa yönelik yapılan yatırımlar her yıl bir öncekinden daha fazla artış göstermektedir. Bu durumun en önemli sebebi tıp alanında yaşanan gelişmeler ve devletin süreçlere çok daha sağlıklı bir şekilde müdahale edebilmesidir. Bu bağlamda sağlığa ayrılan yatırımlar 2003 yılında önceki yıla göre %57,8 oranında artmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın ayırdığı yatırım da bu bütçeye dahil edildiğinde toplam rakamın 60,4 milyar TL'ye yükseldiği dikkat çekmektedir (T.C. Strateji ve Bütçe Bakanlığı, 2023).

Pandemi döneminde dünya genelinde sağlık çalışanları ve sağlık sektörü için ciddi sorunlar ortaya çıkmaya başlamıştır. Dünyanın en gelişmiş ülkelerinde dahi sağlık sektöründe meydana gelen eksiklikler pandemi ile gün yüzüne çıkmış ve genel anlamda sağlığa daha fazla bütçe ayıran ülkeler dahi sağlık alanında ortaya çıkan sorunlarla baş etmeye başlamıştır. Türkiye özeline bakıldığında özellikle pandemi döneminde yaşanan olumsuzlukların hem sağlık sektörü hem de doktorlar için ciddi sıkıntılar yarattığı söylenebilir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) ile Avrupa Birliği (AB)

üyeleri arasında Gayrisafi Yurt İçi Hasıladan (GSYH) sağlık harcamalarına en az pay ayıran ülke Türkiye olmuştur (Euronews, 2022).

Ülkelerin sağlık hizmetlerine ne kadar özen gösterdiği yalnızca yaptığı sağlık harcamalarıyla değil aynı zamanda mevcut ekonomisinin büyüklüğüne de bağlı bir şekilde değişmektedir. 1990'lı yıllar ve 2000'li yılların başına bakıldığında AB ülkelerinin genel anlamda sağlık harcamalarının oldukça fazla olduğu görülmektedir. Bu bağlamda ilgili ülkelerde yapılan sağlık harcamaları ekonominin geri kalanını oldukça geride bırakmıştır. Bu durumda sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranının ciddi bir şekilde artmasına yol açmıştır. Ancak 2008 yılında yaşanan ekonomik kriz ve 2020 yılında ortaya çıkan koronavirüs salgını sağlık harcamalarının oranını ciddi şekilde değiştirmiştir. Ekonomik çıktının büyüme modellerinde ciddi bir farklılaşmaya yol açan bu salgın, göstergelerde de ciddi değişikliklerin meydana gelmesine yol açmıştır (OECD, 2023).

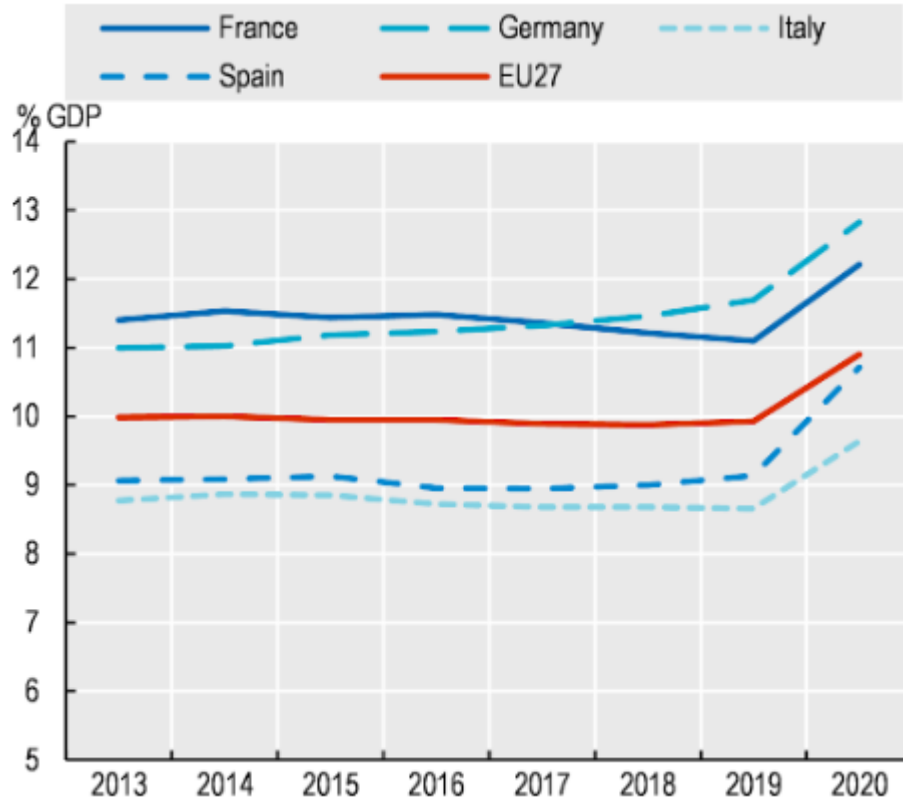
2020 yılında AB'nin GSYİH'sının %10,9'u yalnızca sağlık hizmetlerine ayrılmıştır. Bu durum benzeri görülmemiş bir oranın sağlık hizmetlerine ayrıldığı şeklinde yorumlanabilir. Almanya ve Fransa'ya bakıldığında GSYİH'lerinin %12'sinden fazlasını sağlığa ayırdıkları ve bu bağlamda sağlığa en yüksek payı ayıran ülkeler olduğu görülmektedir. İsveç, Avusturya, Hollanda ve Belçika'da GSYİH'lerinin %11'inden fazlasını sağlığa harcamıştır. Sağlığa ayrılan genel ekonomik çıktının en düşük payları Lüksemburg (%5,8), Romanya (%6,3), Polonya (%6,5) ve İrlanda'da (%7,1) olmuştur. Tüm Avrupa genelinde sağlık alanında en yüksek harcamayı yapan ülkeler (%12 civarında paylarla) Birleşik Krallık ve İsviçre olurken, Türkiye'nin sağlık alanına en düşük payı ayıran ülke olduğu söylenebilir (%4,6) (OECD, 2023). 2020 yılında Hollanda'nın kişi başına yaptığı sağlık harcamaları AB ülkelerinin tamamından daha yüksek olmuştur. Hollanda'da kişi başına ortalama yapılan harcama 5180 Euro seviyesinde gerçekleşmiştir. Bu durumda Hollanda'da gerçekleşen harcamanın diğer tüm AB ülkelerini aştığı anlamına gelmektedir (CBS, 2022).



Şekil 2. Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı, 2022

Kaynak: OECD, 2023

2022 yılı verilerine bakıldığında Almanya'nın sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payının %12,8 olduğu görülmektedir. Bu oran Fransa'da %12,2 İngiltere'de %12 olmakta ve bu veriler en geniş sağlık harcamalarının bu üç ülke tarafından yapıldığını göstermektedir. Yukarıda yer alan grafik incelendiğinde sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payı en az olan ülkelerin %5,8 ile Lüksemburg, %5,2 ile Hırvatistan ve %4,6 ile Türkiye olduğu görülmektedir. İlgili veriler değerlendirildiğinde GSYİH içerisinde sağlık harcamalarına en az payı ayıran ülkenin Türkiye olduğu görülmektedir. Grafikte yer alan ülkelere genel bir bakış yapıldığında az gelişmiş ülkelerde sağlığa yapılan harcamaların daha az olduğu, gelişmiş ülkelerde ise bu oranın artış gösterdiği söylenebilir.



Şekil 3. Seçilmiş Ülkelerde Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2013-2020

Kaynak: OECD, 2023

2013 ve 2019 yılları arasında kişi başına sağlık harcamalarında yaşanan artışın AB ülkelerindeki kişi başına GSYİH'nin artışıyla büyük ölçüde paralel olduğu söylenebilir. 2008 ve 2009 yıllarında yaşanan küresel mali krizin yol açtığı yavaş büyüme yılları sonrasında ise sağlık harcamaları GSYİH ile aynı oranda büyümüştür. 2013 ve 2019 yılları arasında ortaya çıkan bu oran reel anlamda yıllık ortalama %2,5 büyümenin yaşandığı anlamına gelmektedir. Sonuç olarak sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payının aynı dönemde pek çok ülkede sabit kaldığı söylenebilir. Bu oran AB genelinde %10 civarında gerçekleşmiştir (OECD, 2023).

2020 yılında yaşanan COVID-19 krizi hem ekonomik hem de sağlık harcamalarında ciddi bir büyümenin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Sağlık sektörü için COVID-19 hastalığının tedavisi ve doğru bir şekilde yönetilmesi ile ilgili ölçülendirmeye bağlantılı bir şekilde doğrudan ve dolaylı maliyetler ortaya çıkmaya başlamıştır. Bununla birlikte alınan tedbirler kapsamında uygulanan karantina ve ekonomik faaliyetlere dair kısıtlamalar da Dünya genel GSYİH'nin azalmasına yol açmıştır. 2019 ve 2020 yılları arasında AB üyesi

lkelerde kiři başına sağlık harcamaları %5,5 oranında artarken kiři başına dūřen GSYİH aynı dönemde ortalama %5'e yakın hızla azalmıştır (OECD, 2023).

Tüm bu veriler değerlendirildiğinde ülkelerin sağlığa yaptığı yatırımların ve sağlık için ayırdığı bütçelerin, gelişmişlikleriyle paralel olduğu sylenabilir. Daha gelişmiş lkelerde sağlıkla alakalı daha ciddi bütçeler ayrılırken gelişmişlik düzeyinin azalması ile birlikte bu zen de ortadan kalkmaktadır. 2000'li yıllardan sonra stabil bir şekilde büyüme gösteren sağlık sektörü hem yaşanan tıbbi gelişmeler hem de ülkelerin büyümesiyle doğru orantılı bir şekilde gelişmiştir. Ancak 2020 yılında ortaya çıkan pandemi etkilerini dünya genelinde hissettirmiş ve özellikle ülkelerin sağlık sektörünün büyümesinin sekteye uğramasına yol açmıştır. Tüm bu faktörler değerlendirildiğinde günümüzde halen daha ortaya çıkan olumsuzlukların etkilerinin giderilmediği sylenabilir.

YEDİNCİ BÖLÜM: TARTIŞMA

Araştırmada elde edilen bulgular Türkiye’de sağlık politikalarının tarihsel bağlamda nasıl değişikliğe uğradığını ve nelerden etkilendiğini ortaya koymaktadır. Elde edilen bulgular sağlık politikalarının hem siyasi hem de ekonomik dinamiklere bağlı bir şekilde değişikliğe uğradığını göstermektedir. Konuyla ilgili McCartney ve arkadaşlarının (2019) hazırlamış olduğu bir çalışma da, araştırmada elde edilen bulguları destekler niteliktedir. Araştırmacılar siyasi ve ekonomik faktörlerin halk sağlığı üzerindeki etkilerini sistematik bir şekilde değerlendirmiştir. Sosyodemokratik anlamda refah devletlerinin, adil ticaret politikası ve sağlık güvenliği önlemlerini daha fazla gözettiği ve bunun da halk sağlığı üzerinde olumlu etkiler sağladığı ortaya koyulmaktadır. Araştırmaya göre neoliberal ekonomik politikaların sağlık eşitsizliği üzerinde pozitif bir etkisi bulunmaktadır. Bertone ve Witter’in (2015) hazırlamış olduğu bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının teşvik politikalarının siyasi ve ekonomik dinamiklerle nasıl şekillendiği incelenmiştir. Çalışma bulguları sağlık politikalarının sadece merkezi hükümet politikalarına değil aynı zamanda yerel aktörler arasındaki güç ilişkilerine bağlı bir şekilde de değişikliğe uğradığını göstermektedir. Benzer şekilde Friebel ve Wallenburg (2024) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada sağlık politikalarının politik eylemsizlik ya da müdahalelerle nasıl şekillendiği ele alınmıştır. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa’da uygulanan sağlık reformlarının siyasi çekişmelerin bir sonucu olduğunu ifade eden bu araştırmada, Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık reformlarının demokratlar tarafından genişletildiği, Cumhuriyetçiler tarafından geri alınmaya çalışıldığı üzerinde durulmaktadır. Yılmaztürk (2023) tarafından Türkiye özelinde gerçekleştirilen bir çalışmada ise, Türkiye’de sağlık politikalarının tarihsel gelişimi ele alınmış ve 1980 yılından sonra neoliberal politikaların etkisiyle özel sektörün sağlık hizmetlerinde daha fazla rol üstlendiği ifade edilmiştir.

Araştırmada elde edilen bulgular 2003 yılında gerçekleşen reformlarla beraber sağlık hizmetlerine erişimin genişlediğini ancak yapısal sorunların günümüzde halen daha devam ettiğini göstermektedir. 2017 yılından sonra gerçekleştirilen düzenlemelerle birlikteyse sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve finansmanına dair yeni politikaların devreye alındığı ifade edilmektedir. Süreçte e-Nabız gibi sağlık bilişim sistemlerinin entegrasyonu ile beraber vatandaşların sağlık verilerine erişiminin kolaylaştığı ve sağlık

hizmetlerinin etkin yönetimine katkıda bulunulduğu ortaya koyulmaktadır. Kart (2013) yapmış olduğu bir çalışmada sağlıkta dönüşüm programıyla getirilmiş olan yönetmeliklerin bazı sistemsal sorunlara sebep olduğunu belirtmektedir. Araştırmada sağlık sisteminde yaşanan dönüşümlerin zorlu ve uzun bir süreç olduğu vurgulanmakla birlikte, programın uygulanması esnasında meydana gelen sorunlara dair sürekli olarak iyileştirmeler yapılması gerekliliğine dikkat çekilmektedir. Sert (2019) tarafından hazırlanan bir çalışmada ise Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları üzerinde durulmuştur. Araştırmacıya göre bu programın en önemli amacı sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve sağlık hizmet finansmanının sürdürülebilir bir hale gelmesine yardımcı olabilmektir. Benzer şekilde Kerman ve Efe (2019) de sağlıkta dönüşüm programının yeteri kadar iyileşme göstermediğine dikkat çekmektedir. Ayrıca araştırmacılar sağlık çalışanları üzerinde büyük bir baskı yarattığına da vurgu yapmaktadır. Tüm bunların yanı sıra Keskin (2018) yapmış olduğu araştırmasında Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla beraber kamu Hastanelerinin Etkinliğinin Arttığına Dikkat Çekmektedir. Ayrıca Araştırmacı Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın memnuniyeti artıran bir etkisi olduğunu ifade etmektedir.

Hazırlanan çalışmaya göre Türkiye'deki sağlık harcamalarının Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri ile kıyaslandığında düşük olduğu görülmektedir. Bununla beraber koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların ülke ekonomisine ciddi katkılar sağladığı ifade edilmektedir. Konuyla alakalı Sayılı ve arkadaşlarının (2017) hazırlamış olduğu bir çalışmaya göre, Türkiye'de sağlık harcamalarının bütçedeki payı OECD ortalamasının oldukça altında bulunmaktadır. Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcamasının da OECD ülkeleriyle kıyaslandığında önemli ölçüde düşük olduğu vurgulanan araştırmada, Türkiye'nin sağlık göstergelerinin de OECD ortalamasının gerisinde olduğu ifade edilmektedir. Kıran ve Akbolat (2021) ise, Türkiye'nin sağlık kaynaklarının mevcudiyeti açısından incelenen 29 OECD ülkesi arasında en düşük sırada yer aldığını ifade etmektedir. Çalışmada kişi başına düşen doktor, hemşire, eczacı ve hastane sayısının diğer OECD ülkelerine kıyasla oldukça yetersiz olduğu belirtilmiştir. Görüldüğü gibi hem bu çalışmada elde edilen bulgular hem de literatürde yer alan çalışmalar Türkiye'de sağlık politikalarının finansal sürdürülebilirlik ve erişilebilirlik bağlamında gelişim gösterdiğini vurgulamaktadır. Ayrıca bu bulgular günümüz sağlık hizmetlerinde önemli bir dönüşüm yaşandığını da göstermektedir.

SONUÇ

İnsanoğlunun hayatında yer alan en önemli öğelerin başında sağlık gelmektedir. İnsan, sağlıklı bir hayat sürdüremeyeceğinden sağlıkla alakalı faaliyetler dünya genelinde en önemli yaşamsal faaliyetleri oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin hem etkili hem de nitelikli bir şekilde sunulabilmesi için ise, hizmetlerin farklı şekillerde organize edilmesi gerekmektedir. Özellikle Sanayi Devriminden sonra hızlı bir şekilde yaşanan sanayileşme neticesinde bütün dünyada kırsaldan kentlere yaşanan göçler pek çok sorunun ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bu sorunların başında da sağlık alanında meydana gelen sorunlar yer almaktadır. Çevresel olanakların kısıtlı olmasına nazaran insan sayısının çok kısa bir zaman diliminde artış göstermesi çoğu faaliyetin aksamasına yol açmıştır. Hızlı bir şekilde artan nüfusla birlikte gelen salgın hastalıklar, hijyen eksikliği neticesinde meydana gelen hastalıklar ve iş kazaları gibi çok farklı sorunlar sağlık hizmetlerinin sektörel anlamda kurumsallaşmasını bir gereklilik haline getirmiştir.

Sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması ile birlikte halk sağlığı hizmetleri, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri olmak üzere pek çok sınıfa ayrılmıştır. Refah devletlerine bakıldığında sağlık hizmetlerinin vatandaş için evrensel bir hak anlayışına uygun şekilde yapılandırıldığı görülmektedir. Kapitalist sistemlerde bu hizmetler genellikle emeğe dayalı sistemler olarak sürdürülmektedir. Bu bağlamda pek çok ülkede sağlık hizmetlerinin ne kadar etkin ve kapsamlı bir şekilde sunulduğu günümüzde halen daha tartışma konusudur. Özellikle dünya genelinde nüfusun çok hızlı bir şekilde yaşlanmaya başladığı ve daha önceki yıllarda tedavisi olmayan pek çok hastalığın tedavisinin bulunduğu günümüz toplumlarında bu tedavilerin çok ciddi maliyetlere yol açtığı bilinmektedir. Süreçte ortaya çıkan sağlık harcamalarının kontrol altında tutulabilmesi için pek çok reform çalışmaları yapılmıştır. Sağlık alanında gerçekleştirilen reform çalışmalarının iki temel ögesi bulunmaktadır. Bunlardan ilk harcamaların azaltılması bir diğeri ise hizmet etkinliğinin üst seviyelere çıkarılabilmesidir. Genel kapsamlı bir değerlendirme yapıldığında sağlık reformu daha düşük maliyetlerle daha yüksek seviye hizmet sunumu düşüncesini benimsese de bu düşünce bazılarına göre imkansız istemek şeklinde algılanmaktadır. Ancak içinde bulunduğumuz noktada tüm ülkelerin sağlık harcamalarına dair kaynaklarının hızlı bir şekilde artış gösterdiği ve sağlık sigortalarının üzerine binen yükün

hızlı bir şekilde arttığı durumlarda tek kurtarıcının yapılan reformlar olduğu görülmektedir.

Bu bilgilerden hareketle Türkiye’de de benzer süreçlerin yaşandığı görülmektedir. Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşunda sağlık hizmetlerinin kurumsallaşabilmesi için gerçekleştirilen çalışmalar ışığında pek çok gelişmenin yaşandığı söylenebilir. İlk zamanlarda sağlık personeli sayısının artırılabilmesi için eğitim alanında gelişmelerin yaşandığı ve bu bağlamda sağlık personeli yetiştirilmeye çalışıldığı, 1950 yıllara gelinceye dek özellikle halk sağlığı politikalarına öncelik verildiği ve bu bağlamda sağlık hizmetine herkesin erişebilmesine çalışıldığı görülmektedir. 1950 yılından sonra sağlık hizmetinde liberalleşmeye yönelik çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu dönemde farklı sistemler denenmeye başlamış ve 1961 Anayasası ile beraber gelen uygulamalarda sağlık hizmetleri tamamıyla devletin sunması gereken bir hizmet şekline evrilmiştir. 224 sayılı Yasa ile birlikte sağlık hizmetleri sosyalleştirilmeye çalışılmış ve bu bağlamda sağlık hizmetlerinin finansmanı tamamıyla devlet eli tarafından gerçekleştirilmiştir.

Türkiye genelinde sağlıkta reforma dair tüm düşünceler 1980’li yıllarda ortaya çıkmaya başlamış ve bu dönemde ilgili reformun alt yapısı oluşturulmaya başlamıştır. 1982 yılında kabul edilen Anayasanın 56. maddesi ile birlikte devletin sağlık hizmetlerini sunmasındansa bu hizmetleri denetlemeye dair sorumluluğu olduğu vurgulanmıştır. Bu sayede sağlık hizmetlerinde özelleştirme yoluna gidilmiştir. Özelleştirme ışığında sürdürülen sağlık hizmetleri, toplumun temel sağlık ihtiyaçlarının kısmi olarak göz ardı edilmesine yol açmıştır. Dönemde çeşitli sigorta türlerinin oluşması ve sigorta fonlarına ait hastanelerin meydana getirilmesi aynı zamanda kırsal ve kentsel bölgelerde sağlık personelinin dağılımını dengesiz olması gibi ciddi konular sağlık sisteminde olumsuzlukların oluşmasına sebep olmuştur. Yaşanan tüm sorunların ortadan kaldırılabilmesi için gerçekleştirilecek reformlar bir kurtarıcı olarak değerlendirilmiştir.

Türkiye’de bu reformların en önemlisi niteliğini üstlenen Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılında başlatılmış ve ciddi düzenlemeleri beraberinde getirmiştir. İlk olarak genel sağlık sigortası ortaya çıkmış ve bu bağlamda bütün hastaneler Sağlık Bakanlığı’na bağlanmıştır. Sonrasında ilaç alımına dair kurum anlaşmalı eczane uygulaması sona erdirilmiş ve özel sağlık hizmetleri yaygınlaştırmaya çalışılmıştır. Yine ilgili program kapsamında sağlık ocakları kapatılmış ve aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Tüm

bu gelişmeler sağlık hizmetlerindeki dönüşümü algılayabilmek için öne çıkan uygulamalar arasında yer almaktadır. Yaşanan sağlık reformunun temelini meydana getiren sağlık harcamalarının kontrol edilmesi gereksiz bir şekilde gerçekleştirilen tedavi ve tetkiklerin önlenmesi ve bu bağlamda yapay talebin azaltılmasına yol açmıştır. Yine hizmet sunumuna erişim konusunda adaletli davranılması ve sosyal güvenlik sisteminden doğan açıkların azaltılması ile birlikte bütçe üzerindeki baskıların minimuma indirilmesi ilgili program dahilinde yaşanan gelişmelerdendir. Bu bilgilerden hareketle sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğinin sağlanması ve bu harcamaların kontrol edilmesi ile beraber pek çok önlem alınmasının sağlık uygulamaları için oldukça önemli olduğu söylenebilir. Sağlıkla alakalı gerçekleştirilen reformların başarılı bir şekilde uygulanmasının en önemli koşulu ise nitelikli insan kaynağının yetiştirilmesi olmaktadır. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının da sağlık reformları için oldukça önemli bir role sahip olduğunu söylemek mümkündür. Dolayısıyla bu noktada personel ihtiyacının net bir şekilde ortaya koyulması ve ihtiyaç duyulan alanlarda eğitim alınmasının sağlanması ile birlikte sağlıkta daha sağlam adımlarla ilerlenmesi mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

- Ak, S. (2021). Geçmişten günümüze Türkiye'nin sağlık politikaları, *Ankara Üniversitesi ASDH Dergi*, 20(1), 28-36.
- Akbulak, T. (2015). *Türkiye'nin Avrupa Birliği uyum sürecinde uyguladığı sağlık politikaları*, Yüksek lisans tezi, İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu* (2003-2011), T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 839, Ankara, 2012.
- Akdur R., (1991). *Türkiye'de sağlık hizmetleri ve Avrupa topluluğu ülkeleri ile karşılaştırılması*, Ankara Üniversitesi Atam Yayınları, Ankara.
- Akdur, R. (1998). *Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri*, İnternet Erişimi: <https://www.recepakdur.com/media/1445/36-akdur-r-tu-rkiyede-sag-lik-politika-ve-hizmetleri-yeni-tu-rkiye-4-23-24-1984-1995-eylu-l-aralik-1998.pdf> (Erişim Tarihi: 03.02.2025).
- Akdur, R. (1999). *Çağdaş sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları ve bu kavramlara etki eden dinamikler*. Akdur R, Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A (Ed.). Halk Sağlığı. Ankara: Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık sektörü: temel kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde durum ve Türkiye'nin birliğe uyumu*, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, Yayın No: 2.
- Akdur, R. (2008). *Cumhuriyetten günümüze Türkiye'de sağlık*. 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008). Ankara. İnternet Erişimi: <https://www.recepakdur.com/media/1372/04-akdur-r-cumhuriyetten-gu-nu-mu-ze-tu-rkiye-sag-lik-12ulusal-halk-sag-lig-i-kongresi-21-25-ekim-2008-ankara-kitabi-sayfa-45-71.pdf> (Erişim Tarihi: 30.11.2023).
- Akgül Yılmaz, G., Yetkin Ataer, M. ve Nalbant Efe, G. (2019). Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası sağlık hizmeti memnuniyeti: İstanbul örneği. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 40(2), 347-369.
- Akkavak, T. (2018). *Türkiye'de sağlık sisteminin gelişimi: Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2011)*, Yüksek lisans tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.
- Akkaya Y. (2000). Sosyal güvenlik tarihi üzerine notlar. *Toplum ve Hekim*,15, 2-90.
- Alptekin, K. (2004). Sağlık hakkı ve insan hakları üzerine bir değerlendirme, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 12(2).
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, (64), 33-58.
- Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968). İnternet Erişimi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Altinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-1990-1994.pdf (Erişim Tarihi: 10.10.2024).
- Altındağ, Ö. ve Yıldız, A. (2020). Türkiye'de sağlık politikalarının dönüşümü. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 157-184.

- Anand T. N. (2014). *Development and testing of a scale to measure truston public health care system*, Master Thesis, Achutha Menon Centre For Health Science Studies Sree Chitra Tirunal Institute For Medical Sciences And Technology.
- Atabey, S.E., (2012). *Türkiye’de 1980 sonrası sağlıkta dönüşüm politikaları, sağlık sistemindeki sorunlar ve çözüm önerileri*, Sağlık sistemleri ve sağlık politikası, Ed: Derya Sarıkaya, 1.Basım, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Atasever, M., Karaca, Z. (2017). *Türkiye tıbbi cihaz sektör analizi*, SASAM Enstitüsü, Sağlık-Sen, İnternet Erişimi: <https://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/d980a56d3e59bdbf0a9634b3f86ffb2f.pdf> (Erişim Tarihi: 30.11.2023).
- Atatürk Üniversitesi (2023). *Sihhiye ve muavenet-i içtimaiye vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı)*, İnternet Erişimi: <https://ataturkansiklopedisi.gov.tr/bilgi/sihhiye-ve-muavenet-i-ictimaiye-vekaleti-saglik-ve-sosyal-yardim-bakanligi/#:~:text=1840%20y%C4%B1l%C4%B1nda%20%E2%80%9CMecelis%2Di%20T%C4%B1bbiye,%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fma%20ruhsat%C4%B1n%C4%B1%20verme%20yetkisine%20sahipti.> (Erişim Tarihi: 30.11.2023).
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., ve Aran, M. (2013). Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*, 382(9886), 65-99.
- Aydın, J. C. ve Yenimahalleli Yaşar, G. (2023). Sağlık harcamalarının belirleyicileri: OECD ülkeleri için panel veri analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(2), 335-352
- Ayhan, A. (2012). Sosyal güvenlik kavramı ve sosyal güvenlik ilkeleri. *SGD Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2(1), 41-55.
- Aykır, E. (2014). *2002-2012 Sağlık politikaları ve sağlıkta dönüşüm*, Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Barnighausen, Till ve Rainer Sauerborn (2002). One hundred and eighteen years of the german health insurance system: are there any lessons for middle-and low-income countries?, *Social Science Med*, 54, 1559–87.
- Başol, E. ve Işık, A., (2015). Türkiye’de sağlık politikalarında güncel gelişmeler: sağlıkta dönüşüm programından günümüze bazı değerlendirme ve öneriler, *International Anatolian Academic Online Journal Dergisi*, 2, 1-26,
- Bertone, M. ve P., Witter, S. (2015). An exploration of the political economy dynamics shaping health worker incentives in three districts in Sierra Leone. *Social Science & Medicine*, 141, 56-63.
- Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968). İnternet Erişimi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Besinci-Bes-Yillik-Kalkinma-Plani-1985-1989.pdf> (Erişim Tarihi: 10.10.2024).
- Beylik, U., Kayral, İ. H. ve Çıraklı, Ü. (2015). 13. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türk sağlık sisteminin gelişim süreci üzerine bir derleme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(4), 183-189.

- Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963). İnternet Erişimi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Kalkinma_Plani_Birinci_Bes_Yillik_1963-1967.pdf (Erişim Tarihi: 07.10.2024).
- BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, (1948). İnternet Erişimi: <https://www.ihd.org.tr/insan-haklari-evrensel-beyannames/> (Erişim Tarihi: 01.11.2023).
- Bolukçu, F. (2019). Türkiye sosyal güvenlik harcamalarının kapsamı ve finansman yapısı. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 11-27.
- Bostancı, Y. (2007). *Sosyal güvenlik hukukunda genel sağlık sigortası*, Doktora tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim Dalı, Konya.
- Brooks, E., Godziewski, C. ve Deruelle, T. (2024). The political determinants of health and the European Union. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 49(5), 673–689.
- Budak, M. (2021). *Sağlık politikalarının sağlık harcamalarına etkisi*, Yüksek lisans tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Canpolat E. K. (2017). *Hastanemiz sağlık çalışanlarının aile hekimliği ile ilgili bilgi, tutum ve davranış özelliklerinin incelenmesi*. Tıpta uzmanlık tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- CBS (2022). *Health spending per capita second highest in the EU*, İnternet Erişimi: <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2022/49/health-spending-per-capita-second-highest-in-the-eu> (Erişim Tarihi: 28.12.2023).
- Cengiz, İ. (2018). Türk sosyal güvenlik sistemi içerisinde yaşlılara yönelik sosyal yardım ve sosyal hizmetler. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 8(2), 23-40.
- Chernichovsky, D. (1995). Health system reforms in industrialized democracies: an emerging paradigm. *The Milbank Quarterly*, 339-372.
- Chinitz, D. (2002). *Good and bad health sector regulation: an overview of the public policy dilemmas* içinde Saltman, R. B., Busse, R., Mossialos, E. (Eds.). . Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. Philadelphia, PA: Open University Press.
- Chu, E. W. ve Karr, J. R. (2017). *Environmental impact: concept, consequences, measurement*. Reference Module in Life Sciences.
- Culyer, Anthony J. ve Joseph P. Newhouse (2000). *Introduction: the state and scope of health economics*, Handbook of Health Economics, Amsterdam: The Netherlands.
- Çağlar, A. ve Gülel, F.E. (2015). Sağlık hizmetlerinden memnuniyet: etkinlik ve mekansal etkileşim analizi. *Journal of Life Economics* 2(2), 29-58.
- Çalış, S. (2023). *Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı sonrası sağlık göstergelerindeki değişimin dünya sağlık örgütü Avrupa bölgesi ülkeleri ile karşılaştırılması*, Doktora tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Çatalca, H. (2000). *Sağlık hizmetleri yöneticilerinin yönetim eğitimi ihtiyaçlarının belirlenmesi: Kocaeli örneği*, Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Çavmak, Ş. ve Çavmak, D. (2017). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık ekonomisi*, (ikinci Basım), Ankara: Siyasal Kitabevi
- Çetin, T. (2009). *Sağlık hizmetlerinin regülasyonu ve Sağlık Bakanlığı’nın rolü*, İnternet Erişimi: <https://www.sdplatform.com/Dergi/174/Saglik-hizmetlerinin-regulasyonu-ve-Saglik-Bakanliginin-rolu.aspx> (Erişim Tarihi: 02.10.2023).
- Çınaroğlu, S. (2017). Kamu ve özel sağlık hizmetlerinin seçimini etkileyen faktörler: teorik bir inceleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(2), 259-274
- Cilhoroz, Y., ve Arslan, İ. (2018). Sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarının değerlendirilmesi: akademisyenler üzerinde nitel bir araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(28), 798–810.
- Dawes, D. E., Amador, C. M. ve Dunlap, N. J. (2022). *The political determinants of health: A global panacea for health inequities*. Oxford Research Encyclopedias, Global Public Health.
- Demir, Ş. (2019). *Sağlık hizmetlerinde bölgesel eşitsizliklerin analizi ve Türkiye örneği*, Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Demirel, H. (2019). *Çok partili siyasi hayata geçerken sağlık politikaları*, İnternet Erişimi: <https://sdplatform.com/Dergi/173/Cok-partili-siyasi-hayata-gecerken-saglik-politikolari.aspx> (Erişim Tarihi: 30.11.2023).
- Derin, M. ve Tapan, M. G. (2017). Madde bağımlılığı ve sosyal dışlanma. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 0(10), 26-36.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2001). Sekizinci beş yıllık kalkınma planı sağlık hizmetlerinde etkinlik özel ihtisas komisyonu raporu, Ankara.
- Dewar, D. M. (2010). *Essentials of health economics*. United States of America: Jones and Bartlett Publishers.
- DİSK (2023). *Sosyal güvenliğin amacı*, İnternet Erişimi: <https://www.genel-is.org.tr/sosyal-guvenlik,3,3276> (Erişim Tarihi: 20.10.2023).
- Doğru, E. (2019). *Uzun dönemli kamu sağlık harcamalarında sosyoekonomik belirleyiciler: Türkiye örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968). İnternet Erişimi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Dokuzuncu_Kalkinma_Planı-2007-2013.pdf (Erişim Tarihi: 11.10.2024).
- Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968). İnternet Erişimi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Dorduncu-Bes-Yillik-Kalkinma-Planı_1979_1983.pdf (Erişim Tarihi: 09.10.2024).
- Ekici, D. (2013). *Sağlık bakım hizmetinin yönetimi*, Sim Matbaacılık: İstanbul.
- Er, Ü. (2011). *Sağlıkta dönüşümün aracı genel sağlık sigortası*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Erdoğmuş, F. (2022). Bir kamu politikası olarak sosyal güvenlik temelinde emeklilik. *İşletme Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 377-396.
- Ertaş, H., İleri, H. ve Seçer, B. (2016). Sağlık politikası kavramı ve Türkiye’de sağlık politikasının incelenmesi, *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 12.
- Estivill, J. (2003) *For combating social exclusion an overview*, International Labour Office, Geneva Switzerland.
- Euronews (2022). *Sağlık harcamaları*, İnternet Erişimi: <https://tr.euronews.com/next/2022/04/05/sagl-k-harcamalar-n-n-milli-gelire-oran-oecd-ve-ab-de-sagl-ga-en-az-pay-ay-ran-ulke-turkiy> (Erişim Tarihi: 28.12.2023).
- Fabes, J., Avşar, T.S. ve Spiro, J. (2022). Information asymmetry in hospitals: evidence of the lack of cost awareness in clinicians. *Appl Health Econ Health Policy* 20, 693–706.
- Filiz, İ. (2014). *Kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısını belirlemede sağlık çalışanlarının algısı: Balıkesir örneği*, Yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Friebel, R. ve Wallenburg, I. (2024). Politics in all policies: how healthcare is shaped by political (in)action. *health economics, Policy and Law*, 19, 289-291.
- Gezen A. K. (2013). *Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması perspektifinden sağlıkta dönüşüm programının gazetelerdeki sunumu*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler, Ankara.
- Giddens, A. (2012). *Sosyoloji* (Y. H. C. Güzel, Çev.). Kırmızı Yayınları.
- Gomiero, T. (2016). Soil degradation, land scarcity and food security: reviewing a complex challenge. *Sustainability*, 8(3), 28.
- Gökbayrak, Ş. (2010). Türkiye’de sosyal güvenliğin dönüşümü. *Çalışma ve Toplum*, 2(25), 141-162.
- Göl, E. (2016). *Yerel yönetimlerde sağlık hizmetlerinin karşılaştırılmalı olarak incelenmesi*, Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Gülşen, M. A. (2016). *Kamu regülasyon türü olarak sağlık uygulama tebliği ve üniversite hastanelerinin mali yapılarına etkileri*, Yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Günaydın, D. (2011). Sağlık hizmetlerinde küresel reform yaklaşımları, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 1(60).
- Günler, O. E. (2022). Social inequality in aging. *current perspectives in social sciences*, 26(4), 350-360.
- Güvercin, A., Mil, H. İ. ve Tarım, B. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7(13), 80-94.
- Güvercin, C. H. (2004). Sosyal güvenlik kavramı ve türkiye’de sosyal güvenliğin tarihçesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57 (2).
- Hamzaoğlu, O. (2011). 1980 Sonrası sağlık reformları, *Kapitalizmin Krizi ve Sağlık*.

- Immergut, E. M. (1992). *Health politics: interests and institutions in Western Europe*, Cambridge University Press Archive.
- Inyinbor Adejumo A., Adebese Babatunde O., Oluyori Abimbola P., Adelani-Akande Tabitha A., Dada Adewumi O., Oreofe Toyin A. (2018). *Water pollution: effects, prevention, and climatic impact*. InTech.
- İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968). İnternet Erişimi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Ikinci_Bes_Kalkinma_Plani-1968-1972.pdf (Erişim Tarihi: 08.10.2024).
- İleri, H., Seçer, B. ve Ertaş, H. (2016). *Sağlık politikası kavramı ve Türkiye’de sağlık politikalarının incelenmesi*. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (12), 176-186.
- İstanbul Tabip Odası (2021). *Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları ve örgütlenme, 1920-1960 - Necati Dedeoğlu*, İnternet Erişimi: <https://www.istabip.org.tr/6738-cumhuriyet-donemi-saglik-politikolari-ve-orgutlenme-1920-1960-necati-dedeoglu.html> (Erişim Tarihi: 30.11.2023).
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2012). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- Kalaycıoğlu, E. (2016). *Sağlık hizmetleri ve sınıflandırılması*, İnternet Erişimi: [Http://Essrakalaycioglu.Blogspot.Com/2016/11/Kisilerin-Ve-Toplumlarn-Saglg-Korumak.Html](http://Essrakalaycioglu.Blogspot.Com/2016/11/Kisilerin-Ve-Toplumlarn-Saglg-Korumak.Html) (Erişim Tarihi: 02.10.2023).
- Kaplan, M. (2016). Kültürel bir inşa süreci olarak sağlık: kavramsal ve tarihsel bir bakış. *Dört Öge Dergisi*, 5(10), 11-18.
- Kart E. (2013) Sağlıkta Dönüşüm sürecinde performans dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri. *Çalışma ve Toplum*, 38(3), 103-140.
- Kartal, A. (2021). Sağlık Dönüşüm Programı’nın iki yorumu: halka karşı elitler mi? halk sağlığını savunan doktorlar mı? *Turkish Online Journal of Design Art and Communication*, 11(2), 378-392.
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A. (2002). *Sağlık kurumları yönetimi*. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir.
- Keleher, H. ve MacDougall, C. (2015). *Understanding Health* (4th ed.). Oxford University Press.
- Kerman, U. ve Eke, E. 2019, Sosyal devletten neoliberal devlete Türk sağlık sektöründeki paydaşların sağlıkta dönüşüm algısı, *Suleyman Demirel University Journal of Faculty Economy Adm Science*, 19(1), 65-80.
- Keskin, H.İ. (2018). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve kamu hastanelerinin etkinliği, *Akdeniz İİBF Dergisi*, 18(38), 124–150
- Kıran, Ş. ve Akbolat, M. (2021). Availability of health resources: A comparison of Turkey and selected OECD countries. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(3), 603-618.

- Kıvanç, M. M. (2015). *Evrensel sağlık bildirgeleri ve Türkiye’de sağlık reformları*, İnternet Erişimi: https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD_2_3_162_166.pdf (Erişim Tarihi: 01.11.2023).
- Kickbusch, I. (2015). *The political determinants of health—10 years on. The BMJ*. [https://www.researchgate.net/publication/270661228​;contentReference\[oaicite:10\]{index=10}](https://www.researchgate.net/publication/270661228​;contentReference[oaicite:10]{index=10}).
- Knight, C. (1985). Menstruation as medicine, *Social Science And Medicine*, 21(6), 671.
- Kol, E. (2015). Türkiye’de sağlık reformlarının sağlık hakkı açısından değerlendirilmesi, *Sosyal Güvenlik Dergisi: Journal of Social Securty*, 1(1).
- Kraef, C., Wood B., Von Philipsborn P., Singh S., Peterson S.S. ve Kallestrup P. (2020). Primary health care and nutrition. *Bull World Health Orga.*, 98(12), 886-893.
- Kuruca, M. (2012). *Genel sağlık sigortası*, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56(3), 171-204.
- Lameire, N., Joffe, P. ve Wiedemann, M. (1999). Healthcare systems—an international review: an overview. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(6), 3-9.
- Larson, J. S. (1999). The conceptualization of health. *Medical Care Research And Review*, 56(2), 123–136.
- Marinker, M. (1975). Why make people patients? *Journal Of Medical Ethics*, 1(2), 81–84.
- McCanne, D. (2010) *Health care systems-four basic models; physicians for a national health program (PNHP)*, İnternet Erişimi: https://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php (Erişim Tarihi: 31.10.2023).
- McCartney, G., Hearty, W., Arnot, J., Popham, F., Cumbers, A. ve McMaster, R. (2019). Impact of political economy on population health: A systematic review of reviews. *American Journal of Public Health*, 109(6), 1–12.
- Memişoğlu, D. (2016). Bir kamu politikası analizi örneği: sağlıkta dönüşüm programı. *Yasama Dergisi*, (34), 62–93.
- Mossialos E. Dixon A. (2002). *Funding health care: an introduction*. Mossialos E. (eds.) *Funding Health Care: Options for Europe* Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
- Murray, C. J. L. ve Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717-731.
- Murray, C. J. ve Frenk, J. (1999). *A who framework for health system performance assessment, evidence and information for policy*. Usa: World Health Organization
- Mutlu, A. ve Işık, A. K. (2012). *Sağlık ekonomisine giriş*, Ekin Kitapevi, Bursa.
- OECD (2023). *Health expenditure in relation to GDP*, İnternet Erişimi: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/788a13b4->

en/index.html?itemId=/content/component/788a13b4-en (Erişim Tarihi: 28.12.2023).

- Oğuz, N. Y. (1997). Hasta hakları alanındaki gelişmeler ve değişen değerler. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 5, 50-5.
- Okursoy, A. (2010). *Türkiye’de sağlık sistemi ve kamu hastanelerinin performanslarının değerlendirilmesi*, Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Onbirinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968). İnternet Erişimi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On_Birinci_Kalkinma_Plani-2019-2023.pdf (Erişim Tarihi: 12.10.2024).
- Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968). İnternet Erişimi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf (Erişim Tarihi: 12.10.2024).
- Orhan, Ö. (2006). *Küreselleşme süreci ve Türkiye’de sağlık politikaları*, Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler, İzmir.
- Oyibocha E.O., Irinoye, O. , Sagua, E.O. , Ogungide – Essien, O.T. , Edeki, J.E. Okome, O.L (2014). Sustainable healthcare system in nigeria: vision, strategies and challenges, *Iosr Journal Of Economics And Finance*, 5(2), 28-39.
- Özdemir, H. (2023). *Türk sağlık sisteminin sağlık göstergelerine etkileri ve OECD ülkeleri ile karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.
- Özdemir, O., Ocaktan, E. ve Akdur, R. (2003). Sağlık reformu sürecinde Türkiye ve Avrupa’da birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 56(4), 207-216.
- Özgen, D. (2023). *Sağlık ekonomisi yüksek lisans programı sağlıkta dönüşüm programı sonrası Türkiye’de sağlık hizmetleri arzı ve arzı etkileyen faktörlerin analizi*, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Çanakkale.
- Özkara, Y. (2006). *Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin sağlık ekonomisindeki yeri ve önemi: bir uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Palier, B. ve Martin, C. (2007). From ‘a frozen landscape’to structural reforms: the sequential transformation of Bismarckian welfare systems. *Reforming the Bismarckian Welfare Systems*: 1-20.
- Pandve, H.T. (2014). Changing concept of disease prevention: from primordial to quaternary. *Archives Of Medicine And Health Sciences*, 2(2), 254-256.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Routledge And Kegan Paul, London.
- Pekten, A. (2006). Genel sağlık sigortası sistemi ve getirdiği yenilikler. *Sayıştay Dergisi*, (61), 119-138.
- Rai, F. H. (2016). *Concept of health*. Research-Analysis-Innovation/Implementation (RAI) Foundation.

- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta dönüşüm*, İnternet Erişimi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> (Erişim Tarihi: 30.11.2023).
- Sağlık Platformu (2023). *Sağlık hizmetleri*, İnternet Erişimi: <https://www.saglikplatformu.com/saglik-hizmetleri/> (Erişim Tarihi: 03.10.2023).
- Sağlık Turizmi Derneği (2023). *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, İnternet Erişimi: <http://www.saglikturizmi.org.tr/tr/st-donusum/program#:~:text=Sisteme%2C%20hava%20ve%20deniz%20ta%C5%9F%C4%B1ma,da%20ba%C5%9Flat%C4%B1larak%20t%C3%BCm%20%C3%BClkede%20yayg%C4%B1nla%C5%9Ft%C4%B1r%C4%B1ld%C4%B1> (Erişim Tarihi: 01.12.2023).
- Saltman, R. B. ve Figüeras. J. (1999). Avrupa ülkelerindeki sağlık reform stratejilerinin değerlendirilmesi, *Toplum ve Hekim*, 14(5).
- Samuelson, P. A. (1954). The pure theory of public expenditure. *The Review of Economics and Statistics*, 36(4), 387-389.
- Saraçoğlu, S. ve Öztürk, F. (2016). Sağlık hizmetlerine yönelik talebin belirleyicileri: türkiye üzerine bir uygulama. *İş ve Hayat*, 2(4), 293-342.
- Sargutan, E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8, 401-428.
- Sayılı, U., Sayman, Ö. A., Vehid, S., Köksal, S. S. ve Erginöz, E. (2017). Türkiye ve OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırılması. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 1-12.
- Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968). İnternet Erişimi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Uzun_Vadeli_Strateji_ve_Sekizinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Planı-2001-2005.pdf (Erişim Tarihi: 11.10.2024).
- Sert, S. (2019). *Türkiye’de sağlık sistemi ve sağlıkta dönüşüm programı (2003-2019)*, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.
- Sosyal Güvenlik Yasası (2006). İnternet Erişimi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/05/20060520-2.htm> (Erişim Tarihi: 01.11.2023).
- Söyler, S. (2018). *Güncel sağlık politikaları algısının değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- SRI. (2010). *Spas and the global wellness market: synergies and opportunities*, Prepared By Sri International.
- Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları*, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No:2011/414, Ankara.
- Şahbaz, İ (2009). Bir sosyal hak olarak sağlık hakkı, *TBB Dergisi*, 86.
- Şenatalar, B. (2003). Sağlık ekonomisine genel bir bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4, Özel Eki), 25-30.

- Şentürk Doğan, B. (2017). *Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi: sağlıkta dönüşüm projesi*, V. Anadolu International Conference in Economics, Eskişehir, Mayıs 11-13 2017.
- T. C. Dışişleri Bakanlığı (2023). Dünya Sağlık Örgütü Teşkilatı, İnternet Erişimi: <https://www.mfa.gov.tr/who.tr.mfa#:~:text=D%C3%BCnnya%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Te%C5%9Fkilat%C4%B1%2C%20Anayasas%C4%B1n%C4%B1n%2026,May%C4%B1s%20ay%C4%B1nda%20Cenevre'de%20d%C3%BCzenlenme> ktedir. (Erişim Tarihi: 30.11.2023).
- T. C. Sağlık Bakanlığı (2023). *Sağlık Bakanlığının tarihçesi*, İnternet Erişimi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html> (Erişim Tarihi: 30.11.2023).
- T.C. 1961 Anayasası, İnternet Erişimi: <https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1961-anayasasi/> (Erişim Tarihi: 02.10.2023).
- T.C. 1982 Anayasası, İnternet Erişimi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf> (Erişim Tarihi: 02.10.2023).
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2007). *Dokuzuncu beş yıllık kalkınma planı*. İnternet Erişimi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Dokuzuncu_Kalkinma_Planı-2007-2013.pdf (Erişim Tarihi: 12.03.2024).
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2014). *Onuncu beş yıllık kalkınma planı*. İnternet Erişimi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Planı-2014-2018.pdf (Erişim Tarihi: 12.03.2024).
- T.C. Strateji ve Bütçe Bakanlığı (2023). İnternet Erişimi: https://sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/03/2023_VatandasınButceRehberi.pdf (Erişim Tarihi: 26.12.2023).
- Tatar, M. (2011) Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: sosyal sağlık sigortasının Türkiye’deki gelişimi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, (1), 103-130.
- Temel, K. ve Aydın, M. (2018). Sağlık hizmetlerinde, hasta-hekim ilişkisinde yaşanan bilgi asimetrisinin ortaya çıkardığı ekonomik sorunlar: Çanakkale Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 745-765.
- Temiz, Ö. (2014). Türk hukukunda bir temel hak olarak sağlık hakkı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 69(01), 165-188.
- Toygar, Ş. A. (2022). Sağlık politikası: Kavramsal çerçeve. *Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi*, 3(3), 11-40.
- Tuaç, P. (2009). *Genel sağlık sigortası kapsamında aile hekimliği: hukuki bir değerlendirme*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Turan, N. (2004). *türkiye’de sağlık hizmetleri ve sağlık sektöründe temel sorunlar: çözüm için sağlık kooperatifçiliğinden yararlanma gereği ve olanakları*, T.C. Anadolu Üniversitesi Yay. No: 1555, İ.İ.B.F. Yay. No: 182, Eskişehir.
- TÜİK (2020). *Hanehalkı bütçe araştırması tüketim harcamaları birleşik mikro veri seti 2016-2017-2018*. İnternet Erişimi:

- <https://www.tuik.gov.tr/media/microdata/pdf/hanehalki-butce.pdf> (Erişim Tarihi: 26.12.2023).
- TÜİK (2022). *Sağlık harcaması verileri*, İnternet Erişimi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamaları-Istatistikleri-2022-49676#:~:text=Hanehalklar%C4%B1%20taraf%C4%B1ndan%20tedavi%2C%20ila%C3%A7%20vb,18%20milyon%20TL'ye%20ula%C5%9Ft%C4%B1>. (Erişim Tarihi: 26.12.2023).
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1924). İnternet Erişimi: <https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1924-anayasasi/> (Erişim Tarihi: 01.11.2023).
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1961). İnternet Erişimi: <https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1961-anayasasi/> (Erişim Tarihi: 01.11.2023).
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982). İnternet Erişimi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf> (Erişim Tarihi: 01.11.2023).
- Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (2011), İnternet Erişimi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/kitaplar/SDPturk.pdf> (Erişim Tarihi: 03.02.2025).
- Uluğ, M. S. (2022). *Türkiye'deki aktüel sağlık politikalarının tercih mimarisi ekseninde incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- UNSDSN (2015). *United nations sustainable development solutions network*, Financing Universal Health Coverage in the Post-2015 Agenda.
- Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968). İnternet Erişimi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Yeni-Strateji-ve-Kalkinma-Plani_Ucuncu-Bes-Yil_1973_1977.pdf (Erişim Tarihi: 09.10.2024).
- Ünal, S. ve Afşar, B. (2021). Türkiye'de sosyal güvenlik harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki: eşbütünleşme analizi ve granger nedensellik testi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (45), 430- 439.
- Ünsal, E. (2000). *Sağlık mal ve hizmetlerinde piyasa aksaklıkları*".Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Van Druten, V. P., Bartels, E. A., van de Mheen, D., de Vries, E., Kerckhoffs, A. P. M., ve Nahar van Venrooij, L. M. W. (2022). Concepts of health in different contexts: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 22(389).
- WHO (2021). *Global expenditure on health: public spending on the rise?* İnternet Erişimi: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1400583/retrieve> (Erişim Tarihi: 26.12.2023).
- Wild, C. ve Bernhard G. (2003). Evaluations of health interventions in social insurance-based countries: Germany, the Netherlands, and Austria. *Health Policy*, 63(2), 187-196.

- Woolhandler, S., Campbell, T. ve Himmelstein, D. U. (2003). Costs of health care administration in the united states and canada. *New England Journal of Medicine*, 349(8), 768–775.
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000*. Health Systems: Improving Performance,
- Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968). İnternet Erişimi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Yedinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-1996-2000.pdf (Erişim Tarihi: 10.10.2024).
- Yıldırım, A. (1994). 1961 Anayasasında sosyal devlet ve sağlık hakkı, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 9(60).
- Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye’de sağlık reformlarının tarihsel gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın küresel niteliğinin değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 8(1), 176-188.
- Yılmaztürk, A. (2023). Cumhuriyetten günümüze Türkiye’nin 100 yıllık sağlık politikaları ve dönüşüm süreci. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 26(49-1), 437-458.
- Yorulmaz, R. ve Erdem, R. (2021). Sağlıklı yaşam üzerine kavramsal bir çerçeve. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1), 57-74.
- Yücel, M. H. ve Çalışkan, Z. (2023). Türkiye’de sağlık harcamalarının ARIMA yöntemi ile tahmini. *Fiscaoeconomia*, 7, 552-580.
- Yüksel, F. ve Sadaklıoğlu, H. (2007). *Sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinde kalite kavramı*. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi Bildiriler Kitabı, Lefkoşa.