

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

100. YILDA TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ DENEYİMLERİ*

TURKISH HEALTH SYSTEM EXPERIENCES IN THE 100th YEAR

Sıddıka ÇAM¹

Arş. Gör. Muazzez YELSİZ²

Doç. Dr. Erdal EKE³

ÖZ

Sağlık sistemleri hem birey ve toplum sağlığı hem de devletlerin gelişmişlik düzeyi açısından önem arz etmektedir. Günümüzde pek çok gösterge üzerinden değerlendirilebilen sağlık sistemleri, başta örgütsel ve finansal yapısı olmak üzere çok sayıda parametre üzerinden mukayese edilebilmektedir. Cumhuriyetin ilan edilmesiyle birlikte Türk sağlık sistemi, yeniden şekillendirilmiş ve günümüze kadar günün koşullarına da bağlı olarak değişen ve dönüşen bir özelliğe sahip olmuştur. Bu noktadan yola çıkılarak kurgulanan bu çalışma, Türkiye'nin yüzüncü yılında Türk sağlık sisteminin yüz yıllık serüveninin betimlenmesini amaçlamıştır. Nitel araştırma yönteminin benimsendiği çalışmada, "Türk sağlık sistemi" fenomeninin derinlemesine incelenmesi amacıyla nitel araştırma desenlerinden fenomenoloji deseni kullanılmıştır. Bununla birlikte çalışma kapsamında doküman incelemesi ve görüşme tekniğinden faydalanılmıştır. Bu doğrultuda yönetim, örgütlenme, hizmet sunumu ve finansman boyutlarında Türk sağlık sisteminin geçmişten bugüne gelişimi ile yüz yıllık süreçteki kırılma noktaları araştırılmıştır. Çalışmada geçmişteki sağlık sistemine dair deneyimlerin aktarılabilmesi amacıyla katılımcılar belirlenirken "50 yaş ve üstü olma" kriteri benimsenmiş, bu amaçla da amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örnekleme kullanılmıştır. Çalışma sonucunda yönetim boyutu 9 alt tema, örgütlenme boyutu 4 alt tema, hizmet sunumu boyutu 8 alt tema, finansman boyutu ise 12 alt tema altında analiz edilerek Türk sağlık sisteminin 100 yıllık süreci detaylarıyla birlikte incelenmiş ve ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmeti, Sağlık Politikası, Sağlık Sistemi, Türk Sağlık Sistemi, Sağlık Yönetimi.

JEL Sınıflandırma Kodları: O47, O53, E13, R11, I18.


ABSTRACT


Health systems are important in terms of both individual and public health and the level of development of states. Today, health systems, which can be evaluated on many indicators, can be compared on many parameters, especially in terms of organizational and financial structure. With the proclamation of the Republic, the Turkish health system has been reshaped and has had a changing and transforming feature depending on the conditions of the day. Based on this point, the study aims to describe the century-old adventure of the Turkish health system in Turkey's centennial year. In the study, in which the qualitative research method is adopted, the phenomenology design, one of the qualitative research designs, is used in order to examine the "Turkish health system" phenomenon in depth. However, within the scope of the study, document analysis and interview technique are used. In this direction, the development of the Turkish health system from the past to the present in terms of management, organization, service delivery and financing, and the breaking points in the century are investigated. In order to convey the experiences of the past health system in the study, the criterion of "being 50 years and older" is adopted while determining the participants, and for this purpose, maximum diversity sampling, one of the purposive sampling methods, is used. As a result of the study, the management dimension is analyzed under 9 sub-themes, the organizational dimension is under 4 sub-themes, the service delivery dimension is analyzed under 8 sub-themes, and the financing dimension is analyzed under 12 sub-themes, and the 100-year process of the Turkish health system is examined and revealed in detail.


Keywords: Health Service, Health Policy, Health System, Turkish Health System, Health Management.

JEL Classification Codes: O47, O53, E13, R11, I18.

* Bu çalışma için Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'nun 135/6 sayılı ve 11.04.2023 tarihli etik kurul onayı alınmıştır.

¹  Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora Öğrencisi, sddkacam@gmail.com

²  Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, muazezdemir@sdu.edu.tr

³  Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, erdaleke@sdu.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

Health is a very important service area for the present and future of humanity. The basic concept that describes all aspects of health services is the health system. Health systems are important in terms of both individual and public health and the level of development of states. Today, health systems, which can be evaluated on many indicators, can be compared on many parameters, especially organizational and financial structure. With the proclamation of the Republic, the Turkish health system has been reshaped and has had a changing and transforming feature depending on the conditions of the day. When the literature is examined, it is understood that the Turkish health system can be addressed in various periods in terms of policies and practices after the proclamation of the Republic. At the same time, when analyzing these periods for the Turkish health system, it is seen that there are various breaking points. It can be stated that political and economic conditions, government programs and global developments were influential in these breaking points. Based on this point, this study aims to describe the century-old adventure of the Turkish health system in Turkey's centennial year.

Design/methodology/approach:

Qualitative research method was adopted to provide a detailed description. In the study, phenomenology design, one of the qualitative research designs, was used to examine the phenomenon of "Turkish health system" in depth. Document analysis and interview techniques were utilized in the study. First of all, document analysis was conducted in order to have a good command of the subject and to understand the historical process. The documents examined include laws, constitutions, development plans, national health programs, government programs, development reports, official newspapers, health statistics yearbook and policy documents. A semi-structured interview form was used in the interviews. Data collection was conducted in May 2023. Three participants were in other provinces and upon their request, the interviews were conducted via the online platform. The other interviews were conducted face-to-face, and the voice recordings of the participants who gave permission and the data of those who did not give permission were recorded by the researchers by taking notes. In the research, the criterion of "being 50 years of age or older" was set when determining the participants in order to be able to convey their experiences about the past health system. In addition, maximum variation sampling, one of the purposive sampling methods, was used. Due to the wide scope of the study, both health service recipients and service providers within the health system were preferred. On the service delivery side, both bureaucrats, health personnel and administrative staff were reached. The data collection process was completed with 13 interviews as the data started to repeat during the interviews, thus ensuring data saturation. Code names were given to hide the identity information of the participants.

Findings:

Within the scope of the study, the responses of the participants were analyzed. As a result of this analysis, a description was made through a framework for the dimensions of management, organization, service delivery and financing. The first of these dimensions is the management dimension. There are 9 sub-themes under this dimension. There were 4 sub-themes under the second dimension of organization. Under the third dimension, service delivery, 8 sub-themes were discovered. Finally, under the financing dimension, the process was described with 12 sub-themes. The management dimension consists of the sub-themes of the first period (1920-1959), socialization of health (1960-1980), liberalization in health, health transformation program (HTP), centralized management approach, one-stop management approach, decentralization, professional management approach and participatory and patient-centered management. The organizational dimension consists of the sub-themes of organizational form, family medicine, public hospital unions and city hospitals. The service delivery dimension is divided into the sub-themes of human assets, private practice, fragmentation of health institutions, emergency health services, overuse of health services, hospital hostage situations, digitalization and health tourism. The financing dimension consists of the following sub-themes: share allocated to health, social security, complementary health insurance, private hospital, moral hazard, performance-based supplementary payment system, reference drug price, global budget, health implementation communiqué (HIC), catastrophic expenditure, out-of-pocket payments, using someone else's ration card.

Conclusion and Discussion:

It has been 100 years since the establishment of the Republic of Turkey and the Turkish health system has had an important adventure with its ministers, reform practices, legislative changes and transformation programs. The Turkish health system, especially in terms of its management dimension, can be clearly divided into periods historically within the framework of the programs and practices of the governments, and these periods mark breaking points for the system. It is seen that various policies and programs such as Health Transformation and Socialization of Health have been effective and prominent in the 100-year process of the Turkish health system. Although the outlook of the Turkish health system compared to other countries, especially in terms of physician and nurse capacity, does not seem to be very adequate, it is understood from the statistics that the Turkish health system has a higher service delivery capacity in terms of service utilization compared to other countries. Another observation on the change and development of the Turkish health system is related to the share allocated to health, which is emphasized as the first sub-theme under the financing dimension. In its 100-year adventure, it is understood that the Turkish health system has never had an adequate outlook in terms of the share allocated to health in comparison with other countries. Therefore, although there has been a general increase in the amount allocated to health since 1923, it can be easily stated that the development in this field should be much more.

1. GİRİŞ

Sağlık, birey ve toplum açısından en önemli hizmet alanlarından birisidir. Geçmişten günümüze çok önemli bir gelişme kaydeden sağlık hizmetleri, geniş bir kapsama sahiptir. Diğer bir ifadeyle devletlerin ve insanlığın gelişimiyle doğrudan bağlantılı olan sağlık hizmetlerindeki gelişim süreci, bu hizmet alanını çok sayıda paydaşın ve hizmet türünün yer aldığı bir çerçeveye bünyelendirmiştiir. Sağlık hizmetlerinin yönetimi, örgütlenmesi, hizmet sunumu, ekonomi ve finansmanı gibi konuların tartışılması, bir bütün olarak sağlık sistemi kavramına işaret etmiş ve bu kavramı beraberinde getirmiştir (Roemer, 1993). İdari ve mali yapıdan başlayarak hasta, sağlık personeli ve sağlık kurumu arasındaki ilişkinin yönetimi süreci, temel sağlık göstergeleri gibi çok sayıda süreç ve olayla da ilişkili olan ve bu olguları kapsayan sağlık sistemi, günümüzde üzerine en çok araştırma yapılan konu ve alanların başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık sistemi, temel amacı sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek olan tüm aktiviteleri içerecek şekilde ele alınmış ve tanımlanmıştır (World Health Organization, 2000). Çeşitli kaynaklarda dar ya da geniş olmak üzere çok sayıda tanımlı bulunan sağlık sistemi, birey ve toplum sağlığını yükseltme ve geliştirme sorumluluğuna ilaveten birey ve toplumu mevcut veya olası hastalıkların finansal risklerine karşı muhafaza etmek ve ortaya çıkan tedavi ihtiyaçlarını da karşılamak gibi önemli misyonlara da sahiptir (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005, s. 7).

Başta koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olmak üzere çok geniş kapsamlı bir hizmet ağını kapsayan sağlık sistemleri, birey ve topluma yönelik her türde ve sınıftaki hizmetin planlanmasını, örgütlenmesini, sunulmasını, finanse edilmesini ve denetlenmesini betimleyen ve her ülkenin kendi birtakım özelliklerine uygun şekilde tasarlanan bir modele işaret eden ve de diğer ülkelerle de çeşitli parametreler açısından mukayese edilebilen bir niteliğe sahiptir. Bu yüzden sağlık sistemleri hem odaklandığı hizmet alanı hem de bu hizmet alanının geniş ölçekli olması gibi nedenlerle günümüzde çok sayıda araştırmaya konu olmakta; en gelişmişinden gelişmekte olan devletlere kadar dünya genelinde mevcut sağlık sistemlerinin geliştirilmesi ve güçlendirilmesi amacıyla incelemelerin öznesi olarak görülmektedir.

Türk sağlık sistemi, Türkiye Cumhuriyeti devletinin kuruluşunu sembolize eden 1923 yılından bugüne gelişimini sürdürmektedir. Bu doğrultuda Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılmasıyla birlikte kurulan Sağlık Bakanlığı, günümüze kadar sağlık sisteminin sevk ve idaresinde en önemli aktör konumunda yer almıştır. Bakanlık tarihçesi incelendiğinde sağlık sistemini betimleyen sağlık politikaları açısından 1920-1923, 1923-1946, 1946-1960, 1960-1980, 1980-2002 ve de 2003 yılı sonrası dönem olmak üzere 6 temel döneme işaret edildiği görülmektedir. İlk dönemde Sağlık Bakanlığı'nın kurulduğu ve mevzuat çalışmalarının yapıldığı görülmektedir. İkinci dönemde sağlık sisteminin organizasyonu ve hizmet sunum kapasitesinin genişletilmesine yönelik politikaların ve bu doğrultudaki uygulamaların öne çıktığı anlaşılmaktadır. Üçüncü dönemde kanunlaşmayan ve tam olarak uygulanamayan Millî Sağlık Planı bu döneme damgasını vurmuş, sağlık planlaması ve organizasyonu konusunda çeşitli uygulamalara işaret etmiş ve sonraki süreci felsefe ve pratik yönünden etkileyen bir niteliğe sahip olmuştur. Yine bu dönemde sağlığın finansmanı açısından öne çıkan sigorta kuruluşlarının kurulduğu görülmekte; Türk Tabipleri Birliği Kanunu, Eczacılar ve Eczaneler Kanunu, Türk Eczacıları Birliği Kanunu ve Hemşirelik Kanunu gibi yasal altyapı adımlarının atıldığı bilinmektedir (Sağlık Bakanlığı [SB], 2023a). Dördüncü döneme damgasını vuran en önemli gelişmeler, 1961 Anayasasının yürürlüğe girmesi ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun yayımlanması olmuştur. 1961 Anayasasının sağlık hakkı başlığı altındaki 49.maddesi “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.” (T.C. 1961 Anayasası, 1961) ifadeleriyle sağlık bir hak olarak nitelendirilmiş ve devlete bu konuda önemli bir ödev ve sorumluluk yüklenmiştir. Diğer taraftan 224 sayılı Kanun ile de yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir hizmet sunum organizasyonuna ve de geniş bölgede tek yönlü hizmet ilkesinin alternatifini olan dar bölgede çok yönlü hizmet anlayışına geçilmiştir (SB, 2023a). Beşinci dönemde ise 1982 Anayasası ile birlikte sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması başlığı altındaki 56.maddede “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.” (T.C. 1982 Anayasası, 1982) hükümleri ile felsefe ve pratik açısından farklı bir konseptte işaret edildiği görülmüştür. Yine bu dönemde çeşitli maddeleri iptal edilse de 1987 yılında yayımlanan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, sağlık reformlarına temel teşkil eden ve SB ile Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından

yürütülen Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması, 1992 ve 1993 yıllarında gerçekleştirilen Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri, 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulamasının başlatılması gibi hususlar döneme damgasını vuran diğer gelişmeler olmuştur. Altıncı dönem olarak nitelendirilen 2003 yılı sonrası süreç, genel olarak Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile anılmaktadır. Bu süreçte sağlık hizmetlerinin başta organizasyon ve finansman yapısı ve işleyişinde önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Sağlık kurumlarının tek çatı altında toplanması, sigorta kuruluşlarının Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleştirilmesi ve genel sağlık sigortası uygulamasının başlatılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeline geçiş yapılması başta olmak üzere yönetim, örgütlenme, hizmet sunumu ve finansman boyutlarında çok sayıda reform uygulaması hayata geçirilmiştir (SB, 2023a; Eke, 2019, s. 439-445).

Türk sağlık sistemine yönelik belirtilen bu kısa gelişim ve dönüşüm süreci, hiç şüphesiz küresel ve ulusal siyasal ve ekonomik değişim ve dönüşüm süreçlerinden doğrudan etkilenmiştir. Ulusal düzeyde siyasal iktidarların programlarına bağlı olarak sağlık sisteminin genel görünümü ve işleyişi belli noktalarda değişim gösterirken küresel düzeyde de Dünya Sağlık Örgütü'nün kurulması ve küresel sağlık politikalarına yönelik yönlendirmelerinin Türk sağlık sistemi üzerinde önemli bir yer tuttuğu ifade edilebilmektedir. Bu bilgilerden hareketle 100 yıllık süreçte Türk sağlık sisteminin genel görünümü ve serüveni, bu süreçteki kırılma ve dönüm noktaları ve de 2023 yılı itibarıyla sistemin mevcut durumunun ortaya konulmaya çalışıldığı bu araştırma tasarlanmıştır.

2. METODOLOJİ

Araştırmada Türkiye'nin yüzüncü yılında Türk sağlık sisteminin betimlenmesi amaçlanmıştır. Detaylı bir betimleme sunulabilmesi için nitel araştırma yöntemi benimsenmiştir. Çalışmada "Türk sağlık sistemi" fenomeninin derinlemesine incelenmesi amacıyla nitel araştırma desenlerinden fenomenoloji deseni kullanılmıştır. Fenomenoloji deseni bilinen ancak derinlemesine ve detaylı bir görüşe sahip olunmayan olguların ortaya çıkarılmasını sağlar (Creswell, 2016). Araştırmanın yürütülebilmesi için Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'nun 135/6 sayılı ve 11.04.2023 tarihli etik kurul onayı alınmıştır.

Görüşmelerde yarı yapılandırılmış görüşme formundan yararlanılmıştır. Görüşme formunun oluşturulmasında nitel araştırma deneyimi olan bir öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır. Veri toplama işlemi 2023 Mayıs ayı içerisinde gerçekleştirilmiştir. Görüşme soruları ise şu şekildedir:

- Türk sağlık sistemini geçmişten bugüne olumlu ve olumsuz olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?
Sondaj: Yönetim boyutuyla değerlendirir misiniz?
Sondaj: Örgütlenme boyutuyla değerlendirir misiniz?
Sondaj: Hizmet sunumu boyutuyla değerlendirir misiniz?
Sondaj: Finansman boyutuyla değerlendirir misiniz?
- 100 yıllık süreç içerisinde Türk sağlık sisteminin dönüm noktası veya noktaları nelerdir? Açıklayabilir misiniz?

Çalışmada doküman incelemesi ve görüşme tekniğinden faydalanılmıştır. Doküman incelenmesi "araştırmanın veri setini oluşturan birincil veya ikincil kaynak olarak nitelendirilen çeşitli dokümanların elde edilmesi, gözden geçirilmesi, sorgulanması ve analizi"dir (Özkan, 2021, s. 2). Öncelikle konuya hâkim olunması ve tarihi sürecin anlaşılması amacıyla doküman incelemesi yapılmıştır. İncelenen dokümanlar arasında kanunlar, anayasalar, kalkınma planları, millî sağlık programları, hükümet programları, gelişme raporları, resmî gazeteler, sağlık istatistikleri yıllığı ile politika dokümanları yer almaktadır.

Üç katılımcının başka illerde olmaları ve istekleri üzerine görüşme çevrim içi platform üzerinden gerçekleştirilmiştir. Diğer görüşmeler ise yüz yüze gerçekleştirilmiş olup katılımcılardan izin verenlerin ses kaydı, izin vermeyenlerin ise verileri araştırmacılar tarafından not alınarak kaydedilmiştir. Araştırmada geçmişteki sağlık sistemine dair deneyimlerin aktarılabilmesi amacıyla katılımcılar belirlenirken "50 yaş ve üstü olma" kriteri konulmuştur. Ayrıca amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örnekleme kullanılmıştır. Çalışmanın geniş kapsamı sebebiyle hem sağlık hizmeti alan hem de sağlık sisteminin içerisinde hizmet sunucusu kişiler tercih edilmiştir. Hizmet sunumu tarafında hem bürokrat hem sağlık personeli hem de idari personele ulaşılmıştır. Görüşmeler esnasında verilerin tekrar etmeye başlaması ve böylece veri doygunluğunun sağlanması

sonucu 13 görüşme ile veri toplama süreci tamamlanmıştır. Katılımcıların kimlik bilgilerini saklamak adına kod isimler verilmiştir. Katılımcılara ilişkin bilgiler Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Araştırmanın Katılımcıları ve Görüşme Bilgileri

Kod Adı	Mesleği	Görüşme Biçimi	Görüşme Süresi
K1	Sağlık Yönetimi Akademisyeni	Yüz Yüze	56 dk 59 sn
K2	Bürokrat - Akademisyen Hekim	Çevrim İçi	1 sa 14 dk 22 sn
K3	Aile Hekimi	Yüz Yüze	45 dk 21 sn
K4	Akademisyen Hekim	Yüz Yüze	1 sa 13 dk 12 sn
K5	Aile Hekimi	Yüz Yüze	50 dk
K6	Sağlık Yönetimi Akademisyeni	Çevrim İçi	34 dk 42 sn
K7	Esnaf	Yüz Yüze	27 dk 28 sn
K8	Serbest Meslek	Yüz Yüze	25 dk 25 sn
K9	Sağlık Yönetimi Akademisyeni	Çevrim İçi	35 dk 53 sn
K10	Akademisyen Hekim	Yüz Yüze	46 dk 16 sn
K11	Emekli İşçi	Yüz Yüze	15 dk
K12	Emekli Öğretmen	Yüz Yüze	20 dk 36 sn
K13	Sağlık Yönetimi Akademisyeni	Yüz Yüze	1 sa 32 dk

Görüşme tekniği ile elde edilen veriler ise tematik analize tabii tutulmuştur. Tematik analiz, “temaların tanımlanması, betimlenmesi, açıklanması, doğrulanması ve bağlantılarının kurulması” adımlarından oluşan bir analiz türüdür (Kampira ve Meyer, 2019, s. 5). Üç araştırmacı tematik analizin sonrasında kod ve temaların uyumunu tartışarak, son halini vermiştir.

3. BULGULAR

3.1. Yönetim Boyutu

Yönetim boyutu ilk dönem (1920-1959), sağlığın sosyalleştirilmesi (1960-1980), sağlıkta liberalleşme, SDP, merkezîyetçi yönetim anlayışı, tek elden yönetim anlayışı, desantralizasyon, profesyonel yönetim anlayışı ve katılımcı ve hasta merkezli yönetim alt temalardan oluşmaktadır.

Bir ülkenin sağlık sistemini dönemin hâkim siyasi görüşü olan hükümetlerden ayrı bağımsız bir şekilde değerlendirmek pek mümkün değildir. Bu hususa dikkat çekerek sağlık sisteminin gelişimini açıklayan K9 ve K10’un görüşleri aşağıdaki gibidir:

Sağlığı konuşuyorsak, siyasi partileri konuşmak durumundayız. Çünkü hiçbir sağlık bürokratının bir kanun çıkartma, yeni bir uygulama başlatma yetkisi yok. Bunlar hep siyasi iradeyle ortaya geliyor. Aslında sağlık sistemi açısından baktığımızda sistemi iyileştiren veya kötüleştirenin siyasi irade olduğu gerçeğini de bilmemiz gerekiyor (K9).

Türk sağlık sistemini politikayla da hükümetlerle de örtüştürmek lazım. Çünkü siyasetçi, sağlık bakanını atıyor ve politikaları ideolojik bakış açısına göre yönlendiriyor (K10).

3.1.1. İlk Dönem (1920-1959)

2 Mayıs 1920 tarihli ve 3 sayılı Kanunun birinci maddesiyle Sıhhiye ve Muaveneti İhtimaiye Vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı [SSYB]) kurulmuştur (3 sayılı Kanun, 1920). SB, ilk kurulan bakanlıklar arasında yer almasının gerekçesini ve önemini K6, şu sözleri ile dile getirmiştir:

Türk sağlık sistemimiz için ilk dönem çok önemlidir. Bir ülkenin kalkınması ancak sağlıklı nesillerle, sağlıklı bireylerle mümkündür. Nitekim Gazi Mustafa Kemal Atatürk de bunun farkında olduğu için ilk kurulan bakanlıklardan bir tanesi sağlık bakanlığı olmuştur (K6).

Cumhuriyetin ilk yıllarına ait kanunlar incelendiğinde sağlık işlerinin önemsendiği ve pek çok yasayla devletin sorumlu olduğu bir yönetim anlayışının hâkim olduğu görülmektedir. Aşağıda ilk yıllara ait kanunlarda ve diğer dokümanlarda geçen ifadelere verilmiştir:

- “Efendiler milletimizi asayışı tam halinde yaşatmak nuhbei amâlimiz olduğu gibi onun sıhhatine itina et- mek ve vasaiti mevendemiz nispetinde âlâmî içtimaiyesine çaresiz olmak da Hükümetimizin cümlei vazaihindendir.”⁴(Türkiye Büyük Millet Meclisi [TBMM], 1922, s. 3). Atatürk’ün 3. Meclis açılış konuşmasında sağlığın bir devlet vazifesi olduğu dile getirilmiştir.
- “Memleketin sıhhi şartlarını islah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar ve sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenete mazhar eylemek umumî Devlet hizmetlerindedir” (1593 sayılı Kanun, 1930, madde 1).
- “Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti; İcra Vekilleri Heyetine dahil bir vekilin emir ve idaresi altında olup Devlet hizmetleri arasında, memleketin sıhhi şartlarını islah ve milletin ferdî ve içtimai sıhhatine zarar veren âmillerle mücadele ve gelecek nesillerin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı sıhhi ve içtimai muavenete ulaştırmak ve iskân işlerini görmek için, kanunlarla kendine verilen vazifeleri yapmakla mükelleftir” (3017 sayılı kanun, 1936, madde 1). Sağlık işlerinin devletin sorumluluğunda olduğu bu kanunda da belirtilmiştir.

İlk Sağlık Bakanı Adnan Adıvar’dan sonra 1921-1937 yılları arasında bakan olan Dr. Refik Saydam döneminin Türk sağlık sisteminde izler bırakan reformist bir dönem olduğu kabul edilmektedir (SB, 2003, s. 7). 1946 yılına gelindiğinde, Dr. Behçet Uz öncülüğünde “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı (BOYMSP)” hazırlanmış fakat plan yasalaşamadığı ve uygulanamamasına rağmen Türk sağlık sistemi açısından önemli bir gelişmedir.

3.1.2. Sağlığın Sosyalleştirilmesi (1960-1980)

1960 yılıyla beraber planlı döneme geçilmiş ve Dr. Nusret Fişek’in liderliğinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunı hazırlanmıştır. Bu kanun bir reform niteliğinde olup, yurdun en ücra köşesindeki vatandaşa ulaşılması amaçlanmıştır. SSYB, bu kanunu sağlık hizmetleri bakımından en doğru ve emin yol olduğunu belirtmiştir (SSYB, 1973, s. 232). K1, K6 ve K10 bu dönemi bir dönüm noktası olarak değerlendirmiştir. K6 ve K10 ise kanunun tam olarak uygulanamamasının nedenini ise iş birliği eksikliği ile yanlış bir algı oluşturulmasına bağlamıştır:

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve daha yaygın hale getirilmesi önemli bir tarihsel dönüm noktası (K1).

Kanunun devreye girmesi önemli bir kritik bir dönüm noktası. Sektörler arası iş birliği sağlanamadığı için sağlıklı dönüşüm, nüfus bazlı odaklanma sistemi maalesef yeterince başarı sağlanamadı (K6).

Kanun, Türkiye için gerçekten bir dönüm noktasıdır. Nusret Hoca, kanunun sosyalizmle bir alakası olmadığını defalarca ifade etmiştir. Hiçbir ülkeden alıntı olmayıp Türkiye’ye özgüdür. Türkiye’nin kültürüne, dinine, yaşayış şekline ve coğrafi koşullarına uygundur. Maalesef hükümetler tarafından ismi sanki bir sol darbeymiş gibi gösterildiği için yürürlüğe girmesin diye uğraşmış ve para ayrılmamıştır (K10).

Aynı zamanda bu dönemde 1961 Anayasası da kabul edilmiştir. Anayasanın 49. Maddesi’nde, “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir” hükmü bulunmaktadır (T.C. 1961 Anayasası). Bu da sağlığın halen devlet sorumluluğunda olduğunu kanıtlamaktadır. Ayrıca bu dönem planlı döneme geçiş olup 5 yıllık kalkınma planları sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli bir unsur haline gelmiştir (SB, 2003, s. 10). Planlı dönem için “toplumun ve özellikle kırsal bölge halkımızın sağlık ihtiyacının geleneksel ve gelişi güzel tedbirlerle çözülemeyeceğinin bilincine varıldığı dönem” tanımı yapılmıştır (DPT, 1991, s. 162-163). K6’nın konuya dair görüşü ise “sağlıkta planlamanın devreye girmesi devlet planına teşkilatının sağlıkla ilgili sektörel öncelikleri, hedefleri belirlemesi, buna yönelik planlar geliştirmesi, bu da önemli bir dönüm noktası” şeklinde olmuştur.

⁴ Efendiler, ulusumuzu güven içinde yaşatmak amacımız olduğu gibi, onun sağlığına özen göstermek ve olanaklarımızın elverdiği oranda sosyal acıları dindirmek de hükümetimizin görevlerindedir.

3.1.3. Sağlıkta Liberalleşme

1980’li yıllar Türkiye’de neoliberal politikaların konuşulmaya başlanmıştır. Türkiye, darbe sonrası yeni bir anayasa çıkarma kararı almış ve bu akımdan etkilenmiştir. 1982 Anayasası’nın 56. maddesinde “*Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler*” hükmü yer almaktadır. 1982 Anayasası ile sağlık ilk kez sadece devletin sorumluluğunda bırakılmamıştır. Devlet düzenleyici bir rol ile görevlendirilmiştir. Bu sürece dair K1 ve K6 aşağıdaki açıklamaları yapmışlardır:

1980’li yıllar Türkiye’nin dışı açılma yılları Turgut Özal’ın yılları olarak düşünebiliriz ve biraz daha liberalleşme eğilimlerinin fazlalaştığı yıllar (K1).

1980 yılında Turgut Özal döneminde liberal ekonomilerin benimsenmesiyle birlikte sağlık sektöründe özel sektörünün de yeri yavaş yavaş kabul görmeye başladı. Liberalleşmeyle birlikte özel hastanecilik sisteminin geliştirilmesi, buna yönelik teşviklerin ortaya atılması da önemli bir dönüm noktası. Özel hastanelerin sayısı giderek arttı (K6).

3.1.4. SDP

2002 yılında iktidarın değişimi ile birlikte sağlıkta reform amacıyla çalışmalara başlanmıştır. Bu dönem sağlık sistemi için K2, “*Türkiye’de sağlık sistemi perişan bir haldeydi maalesef. Birinci basamak sağlık hizmeti vardı ancak yetersizdi*” diyerek durumu özetlemiştir. Yeni hükümet sağlığa önem vermiş ve SDP ile reform hareketini başlatmıştır. Yönetim bağlamında devletin rolü “*Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı*” olarak belirlenmiştir (SB, 2003, s. 26). Bu bileşen ile 1980’lerin neoliberal politikaları etkisini sürdürürken devletin asli görevleri arasında sağlık hizmeti sunumunun yer almaması gerekliliği belirtilmiştir. SDP’ye dair K1, K5 ve K6’nın değerlendirmeleri aşağıda verilmiştir:

Recep Akdağ dönemi kritik dönemlerdendir. Kendi gözlemlerim içerisinde son elli yılın bir kırılma noktası. Hatasıyla, sevabıyla ama önemli bir kırılma noktası diye düşünüyorum. Ülkenin ekonomik gelişimi, yönelimi ve hangi sistemi benimsediği yönünden bağımsız değildir. Çünkü neoliberal politikalar tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de 2000’li yıllardan sonra biraz daha baskın şekilde kendini gösterdi (K1).

Eskiye göre şu an Recep Akdağ’dan sonra biraz daha derli toplu bir sağlık sistemi var diyelim (K5).

Sağlıkta Dönüşüm Programı içerisinde de çok büyük ve önemli gelişmeler kat edildi. Yani bu hem hizmet sunumunda hem hizmet finansmanında hem de hizmetlerin kalitesinin iyileştirilmesi ve standardizasyonun sağlanmasında gerçekten önemli gelişmeler kat edildi (K6).

3.1.5. Merkeziyetçi Yönetim Anlayışı

Cumhuriyetin ilk yıllarına ait üç kanun⁵ incelendiğinde sağlık işlerinin önemsendiği ve pek çok yasayla sağlığın devletin koruması altında olduğu söylenebilir. Yerel yönetimlere hizmet sunumu görevini verilmekle birlikte merkezi bir yapının daha ağır bastığı bir yönetim anlayışının olduğu dokümanlar üzerinden anlaşılmaktadır (1219 sayılı Kanun, 1928; 1593 sayılı Kanun 1930; 3017 sayılı Kanun, 1936). Günümüze kadar bu durumun devam ettiğini K2, K3 ve K13 şu sözleri ile ifade etmiştir:

Bence Kamu Hastane Birlikleri ile çok iyi bir yarı otonom sistem kurulmuştu. Şimdi işler yine çok merkezi hale geldi ve şehir hastaneleri başta olmak üzere hastanelerin yönetimi bu yüzden zorlaştı. Benim kanaatim şudur: hastane yönetimleri olabildiğince otonom ya da yarı otonom hale getirilmelidir (K2).

1990’larda merkezi yönetim anlayışından dolayı malzemeye ulaşmanız çok güçtü (K3).

1990’larda merkezi bir yönetim anlayışı var (K13).

⁵ 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, R.G. Tarihi: 04.04.1928 Sayısı: 863.

1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Kabul Tarihi: 24/4/1930, R.G. Tarih: 6/5/1930 Sayı: 1489.

3017 Sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu, Kabul Tarihi: 9/6/1936, R.G. Tarih: 23.06.1936 Sayı: 3337.

3.1.6. Tek Elden Yönetim Anlayışı

Merkeziyetçi yapı ile birlikte tartışılabilir diğer bir husus tek elden yönetim anlayışıdır. BOYMSP’de (SSYB, 1946, s. 17) “*Millî Savunma Bakanlığı elindeki hastanelerle, İktisadi Devlet teşekkülleri, Devlet Demir Yolları, endüstri kurumları ve benzer resmi yahut yarı resmi idareler ellerindeki hastanelerin bir elden ve bakanlığımız tarafından yönetilmesi gerekmektedir*” ve “*Özel idarelerle ilgili belediyelerin elindeki hastaneler iyi durumda olmayıp hasta ihtiyaçlarını karşılayamamakta. Hastaneleri dönemin şartlarına uygun hale getirebilmek adına ülkedeki tüm özel idare ve belediye hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilecek*” ifadesi yer almaktadır. Bu tarihe kadar sağlık hizmeti sunumunda yer alan farklı kuruluşların çeşitli sebeplerden ötürü tek elden yönetilmesi planlanmıştır. 1968-1972 yıllarını kapsayan ikinci kalkınma planında ve daha sonraki üçüncü ve dördüncü kalkınma planlarında da sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi hedefi yer almıştır (DPT, 1968; DPT, 1972; DPT, 1978). Ancak bunun uygulanması SDP ile mümkün olmuştur. Ayrıca program sağlık sektörünün tek elden planlama görevini devletin yerine getirmesi üzerine kurgulanmıştır (SDP, 2003, s. 9-27).

3.1.7. Desantralizasyon

İkinci, üçüncü ve dördüncü kalkınma planlarının içeriğinde daha merkeziyetçi ve tek elden yönetim anlayışı benimsenmiştir. Yedinci kalkınma planında ise “*hastaneler idari ve mali özerkliğe kavuşturulacak*” ifadesi yer alırken, sekizinci kalkınma planında da benzer ifadeler bulunmaktadır (DPT, 1995; DPT, 2000). Dokuzuncu kalkınma planında “*verimli işletilmelerinin sağlanması ve hizmet kalitelerinin artırılması amacıyla, hastaneler idari ve mali açıdan kademeli olarak özerkleştirilecektir*” (DPT, 2006). SDP’de desantralizasyon bir ilk olarak yer almış ve “*Bakanlık sağlık sektöründe daha aktif liderlik görevi üstlenmesi sırasında idari ve mali kontrol ve denetimi taşra teşkilatına aktarmasına yardımcı olacak şekilde yeniden yapılanması mümkün olacaktır*” şeklinde bir açıklama yapılmıştır (SB, 2003, s. 25-27). Desantralizasyon, öncesi pek çok planda ve SDP’de yer almasına karşın tam olarak hayat geçirilmiş bir uygulama olduğu söylenemez. Bu konuya ilişkin K2 durumu şu şekilde değerlendirmiştir:

Türkiye’de tamamen otonom hastane yönetimi kurmak çok zor. Doğru da değil. Neden? Şimdi bir sistem kurduğunuz zaman birinden hesap sorabilmeniz lazım. Daha doğrusu birinin hesap verebilirliğinin sınırlarının net olması lazım ki o iş düzgün gitsin. Ancak mümkün olduğunca detayları belli performans kriterleri konarak taşraya devredilebilir (K2).

K3 ise desantralizasyonu aile hekimliği uygulaması özelinde şu şekilde bir yorum yapmıştır:

Aile Hekimliği çok iyi bir uygulama. Burayı yarı özel gibi düşünün. Yani bize görevi veriyor. Kendisi denetimi yapıyor. Sağlık ocağında öyle değildi. Şimdi ise “ben size diyor cari gider olarak şu kadar para veriyorum, şu kadar da maaş veriyorum”. Her şey yerinden yönetilip devlet de denetim görevini yapsa daha iyi olur. Hatta Kamu Hastane Birlikleriyle de bunu yapmak istedi (K3).

3.1.8. Profesyonel Yönetim Anlayışı

SDP ile profesyonel yönetim anlayışı gündeme gelmiştir. Program içerisinde “*hekimlerin işletme yöneticiliğinde istihdam edilmesi, hem hekime yapılan yatırımın amacı dışında kullanılmasını beraberinde getirmekte hem de deneyimsiz yöneticiler ortaya çıkarmaktadır*” ifadesi yer almaktadır (SB, 2003, s. 33). Bu ihtiyaca yönelik K6’nın değerlendirmesi şu şekildedir:

Sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde hastane yöneticisi olabilmek için bazı şartlar getirildi. Özellikle dört yüzden fazla yataklı hastanelerde görev yapacak olan hekimlerimizin başhekim veya hastane yöneticisi olabilmeleri için yönetimle ilgili bir yüksek lisans programı (sağlık yönetimi gibi) bitirme şartı getirildi. Bu da daha profesyonel bir yönetim anlayışı benimsememize neden oldu. Bu sağlıkta dönüşümün sağladığı önemli bir avantajlardan bir tanesidir (K6).

Profesyonel yönetim anlayışına özel sektörden hizmet alımı bağlamında değinen K13’ün görüşlerine aşağıda yer verilmiştir:

SDP öncesi hizmet alımı yapamıyordunuz. Hasta bakıcılar, yemekhane personeli, temizlik personeli hastanenizin içinde ve kamu çalışanları. Bunlar kamu çalışanı olduğu için ve nitelik

olarak da bilinç veya farkındalıkları açısından da çok düşük. İyi çalışmayan bir personel, kamu personeli olduğu için hiçbir şey yapamıyorsunuz. Özel sektör bir tarafında mutlaka olmalı. Çünkü kamunun hantallığını arada bir sarsıyor (K13).

3.1.9. Katılımcı ve Hasta Merkezli Yönetim

Yedinci kalkınma planında ilk kez “sağlık hizmetlerinin her aşamasına toplum katılımı sağlanacaktır” ifadesi yer almaktadır (DPT, 1995). SDP ile bağlantılı olarak dokuzuncu kalkınma planında da hasta merkezli bir sağlık sisteminin oluşturulması hedefler arasında yer almıştır (DPT, 2006). Bu konuya ilişkin K6'nın görüşü şöyledir:

2000'lere gelindiğinde sağlık sistemindeki altyapı iyileştirmeleri, özel sektörün hastane işletmeciliği konusunda yapmış olduğu gelişmeler rekabeti de beraberinde getirdi. Doksanlı yıllardan sonra rekabet demek hizmetin kalitesinin iyileşmesi demektir. Çünkü daha iyisini daha kalitesini hastanın daha çok önceliklendiği, kaynakların daha etkin kullanıldığı, katılımcı ve hasta merkezli bir yönetim anlayışının yavaş yavaş kabul görmeye başlandı (K6).

3.2. Örgütlenme Boyutu

Örgütlenme boyutu örgütlenme biçimi, aile hekimliği, kamu hastane birlikleri ve şehir hastaneleri alt temalarından oluşmaktadır.

3.2.1. Örgütlenme Biçimi

SSYB kuruluşunun ardından 1925 yılında ilk çalışma programını hazırlamış ve çözülmesi gereken zorunlu sağlık sorunlarını belirlemiştir. Programda sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmekle birlikte Bakanlığın 1948 ve 1973 yılı teşkilat yapısında da bu hastalıklarla ilgili birimler mevcuttur (SSYB, 1973, s. 38-67). 1946 yılında hazırlanan BOYMSP'de verem tesisleri, frengi savaş ve zührevi hastalıklar dispanserleri ve bulaşıcı ve salgın hastanelerinin kurulacağı belirtilmiştir (SSYB, 1946, s. 23-31). Dikey örgütlenmeye ilişkin K1, K6 ve K10'un sözleri şöyledir:

Türkiye verem ve sıtma savaş dispanserleri, frengi gibi bazı hastalıklarla uğraşmak için dikey örgütlenme dediğimiz sağlık sisteminin içerisinde çeşitli yöntemler geliştirdi (K1).

Cumhuriyet'in ilk yıllarında gündemde olan kronik sıtma vesaireydi. O dönemde yaygın olarak görülen hastalıklar nelerse onların giderilmesine yönelik bir şemsiye tipi örgütlenmeye başlanmış (K6).

Refik Saydam ilk başta dikey örgütlenme modelini seçti. Bu model çerçevesinde sıtmayla savaş başladı. Çünkü o dönemde çok önemli bir hastalığı (K10).

Bulaşıcı hastalıkların kontrol alınmasıyla dikey örgütlenme modelinden yatay örgütlenme modeline geçiş yapılmaya başlanmıştır. 1923 yılında hastane sayısı 86 iken, 2021'de 1.547'ye yükselmesi bu durumun ispatı olarak değerlendirilebilir (SB, 2023a; SB, 2021, s. 118). K10 ise “günümüze geldiğimizde biz dikey modelini tasvip etmiyoruz. Yani bütün kaynakların bir hastalığa yönelmesini. Çünkü bizim mücadele edeceğimiz konular çok daha geniş kapsamlı. Entegre bir sistem kullanılması gerekir” şeklinde ifade etmiştir.

3.2.2. Aile Hekimliği

2004 yılında 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu çıkartılmış ve 2004'te yayınlanan 25867 sayılı kanun ile de pilot uygulaması, 15 Eylül 2005'te Düzce ilinde gerçekleştirilmiştir. Uygulama 27591 sayılı bir yönetmelik yayınlanarak, 13 Aralık 2010'da yurt genelinde yaygınlaştırılmıştır (SB, 2012, s. 108). Aile hekimliğinin sağlık ocağına kıyasla bürokrasiyi azalttığı ve özerk bir sistem olması açısından pozitif bir şekilde yorumlanmıştır. Fakat aile hekimine kişi başında ödeme yapılması ile pahalı, birey odaklı ve çevreden uzak olması olumsuz ise olumsuz eleştiriler arasındadır. Dahası, aile hekimliğinin cazip bir statü olmaması sebebiyle hekimler için geçici bir durum olduğundan söz edilmiştir. Uygulamaya dair katılımcı görüşleri aşağıdaki gibidir:

Aile hekimliği sistemi sağlık ocağına göre çok iyi bir uygulama. Sağlık ocağı döneminde kapı kol kırılrsa yazıları yazıyorduk, satın alınıyordu (K3).

Türkiye söz verdi, “aile hekimliği sistemine geçeceğim” diye. Bu hangi hükümet gelirse gelsin gerçekleşecekti. Karşılığında para alınmıştı. Hekime ödenen para ve birey hekimliği olması

sebebiyle üstelik de topluma dayalı ve çevrenin farkında olmayan son derece pahalı bir sistem (K10).

Elinde TUS kitabı var ve siz o hekimden hizmet almaya çalışıyorsunuz. Bugünkü aslında aile hekimlerine karşı o ön yargılar geçmişteki sağlık ocağı ön yargısıdır. Bugünkü aile hekimi sana hizmet etmek istiyor. Çünkü seni muayene ederse sana daha fazla gelir elde edecek (K13).

3.2.3. Kamu Hastane Birlikleri

2011’de 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla sağlık kurumları (2. ve 3. basamak), il düzeyinde işletilmesi için Kamu Hastaneleri Birlikleri (KHB) kurulmuştur (663 KHK, 2011). Ancak 2017’de çok başlılığın olduğu, verimliliğin düştüğü ve gelişimin yavaşlaması nedeniyle 694 sayılı KHK ile birlikler kapatılmıştır (694 Sayılı KHK, 2017). KHB’nin doğrudan SB’ye bağlı olması ve sağlıkla ilgili iş ve işlemlerin valilik üzerinde ilerlememesi de bir sorun teşkil ettiği görülmüştür. KHB’ye dair K2’nin ifadeleri şu şekildedir:

Hastaneler genel sekreterliklere bağlanmıştı. Bence çok iyi bir yarı otonom sistem kurmuştuk. Bu sisteme en çok valiler karşı çıkmıştı. Diyorlardı ki “benim haberim olmadan bir personel bir yerden bir yere gidiyor”. Valinin ne ihtiyacı varmış? Bir ebenin bir hastaneden başka bir hastaneye gitmesinin (K2).

Ancak bu uygulama ilişkin K6, “*en azından sağlık yöneticiliğinin önemli bir alan olduğu hissedildi*”ğini ve sağlık yönetiminin sadece imza atmaktan ve bir iki saatlik bir iş olmadığını farkına varıldığını dile getirmiştir.

3.2.4. Şehir Hastaneleri

Yatay örgütlenmenin en büyük örneği şehir hastanelerinin olduğu söylenebilir. 2005’te 5396 sayılı kanun ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa ek bir madde eklenmesi ve 2006’da ise 10655 sayılı Bakanlar Kurulu kararıyla yönetmelik çıkarılarak kamu özel ortaklığı modelinin yasal altyapısı oluşturulmuştur (10655 Sayılı Yönetmelik, 2006). Şehir hastanelerinin hizmet kültürünü değiştirdiği, iyi ve kaliteli hizmet ve kriz dönemlerinde de işlevsel olmasından dolayı olumsuz eleştirilerin azaldığının altı çizilmiştir. Ancak şehir hastanesiyle hizmetlerin tek bir noktada toplanması her şehrin yapısına uygun olmadığı ve hastanenin fonksiyonelliğine dair soru işaretleri vardır. Şehir hastanelerine yönelik K1, K2 ve K4’ün görüşleri şu şekildedir:

Isparta özelinde baktığımız zaman iyi, hızlı ve kaliteli hizmet veriyor ama bir hasta açısından Ankara’daki şehir hastanesi bu kadar fonksiyonel mi? Ondan emin değilim. Şu an şehir hastanesi bana göre tıptan daha iyi hizmet veriyor. Pandemi dönemi nedeniyle şehir hastanelerine yönelik eleştiriler biraz azaldı (K1).

Kamu özel ortaklığı ile hastanelerde hizmet kültürünü zenginleştirdik (K2).

Özellikle pandemide ve depremde işe yaradı aslında. Şehir hastanelerinin iyi olduğunu kabul ediyoruz ama sadece maliyeti kötü. Genele bakıyorsun orayı boşalt, burayı boşalt, hepsini aynı yere koy. Mesela Ankara’dakinin yeri iyi değil (K4).

3.3. Hizmet Sunumu Boyutu

Hizmet sunumu boyutu insan kıymetleri, özel muayenehane, sağlık kurumlarının parçalı yapısı, acil sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı, hastanede rehin kalma, dijitalleşme ve sağlık turizmi alt temalarına ayrılmıştır.

3.3.1. İnsan Kıymetleri

Cumhuriyet’in ilk kurulduğu yıllarda sağlık personeli sayısı oldukça azdı. 1923 yılında Meclis Açış konuşmasında Gazi Mustafa Kemal Atatürk, “*ülkenin ihtiyacını karşılamaktan uzak olan bu sayıların bu yıl kısmen memleketin uzak yerlerinde doktor maaşlarının artırılması, kısmen askeri doktorların bir kısmının terhis ve çalıştırılmaları yoluyla çoğaltılması ve aynı zamanda okuldan çıkacak doktorlarımıza mecburi hizmet yüklenmesi*”nden bahsetmiştir (TBMM, 1923, s. 2). Yıllara göre göre sağlık personeli sayısı Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2. 1923-2021 Yılı Arası Sağlık Personeli Sayısı

Yıl	Hekim	Hemşire	Ebe
1923	554	4	136
1930	1.182	202	400
1940	2.387	405	616
1950	6.895	721	1.285
1960	8.214	1.658	3.219
1970	13.843	8.796	11.321
1980	27.241	26.880	15.880
1990	50.639	44.984	30.415
2000	85.117	71.600	41.590
2010	123.447	114.772	50.343
2020	171.259	227.292	59.040
2021	183.569	232.442	57.908

Kaynak: (SB, 2023a; SB, 2004a, s. 38; SB, 2010a, s. 77; SB, 2020, s. 210; SB, 2021, s. 213).

Tablo 2'ye göre zamanla sağlık çalışanlarının sayısı arttığı görülmektedir. K6, "Türkiye, Kurtuluş Savaşı'na hekim ve tıp fakültesi öğrencileri de katıldığı için sağlık çalışanı açısından zor durumdaydı" olarak açıklamıştır. Bu sorun aynı zamanda kültürümüzden de kaynaklanmaktadır. K10, "sağlık memurluğu mesleğini Refik Saydam Türkiye için uyumlamıştır. Çünkü Türkiye'de kızlar okutulmadığı için erkeklere hemşirelerin eğitimi gibi bir eğitim verilmiştir. Türkiye'ye özgüdür, yurt dışında yoktur. Kültürümüze yaşayış şeklimize yönelik böyle bir çözüm bulmuştur". Ayrıca, sağlık hizmeti sunumunda askerde sıhhiye olan ve halk tarafından sağlık personeli gibi algılanan kişilerin rol aldığı tespit edilmiştir. K1, K7 ve K8'in görüşlerine aşağıda yer verilmiştir:

Benim babam askerde sıhhiyeymiş. Millet ona iğne yaptırmaya gelirdi ama halen bizim oralarda enjeksiyon yapan, yetkisiz insanlar var. Eğitim almış ya da kendi becerisini geliştirmiş insanlar var (K1).

İğne yapan birisi var, kaynatıyor iğneyi ya da askerde öğrenmiş iğne yapmasını. O sıhhiye olarak işi yapıyor. Bizim köyde bir Uğur amcanın elinde bir kerpeteni vardı. Dışın ağrıdığı zaman ona giderdin (K7).

Hanım bildiğimiz yaşlı bir teyzeyi getirtip evde doğum yaptı (K8).

Fakat K9, "yüz bin nüfusa düşen hekim, hemşire sayımız çok düşük", K10 "son derece az sayıda hekim ve yardımcı sağlık personeli var" ve K6, "belki bölge arası dengesiz dağılım var halen, çalışanlar büyük şehirlerde toplanmış durumda" biçimde insan kıymetlerinin sayıca az olduğu ve dağılım bakımından dengesiz oluşunu dile getirmiştir. İnsan kıymetleri açısından büyük sorunlardan birisi de sağlık personelinin yurt içinde özel sektöre ve de yurt dışına göç etmesidir. K1, K4 ve K6'nın görüşleri şu şekildedir:

Hekim göçü konusunda son zamanlarda bir tartışma var. O da bir sorun gibi duruyor (K1).

Hekim göçüyor. Hem dışa hem de içeriye yani kamudan özele doğru (K4).

Yetenekli hekimlerimize yurt dışından, yetenekli hemşirelerimize vesaire gibi meslek grupları da yurt dışına gidişle ilgili bir sorunumuz var (K6).

3.3.2. Özel Muayenehane

Sağlık çalışanının sayıca yetersiz oluşu, hastaların kamuda çalışan hekime ulaşmak için ilk olarak onun özel muayenehanesi gitmek durumunda kalıyordu. Özel muayenehaneden hizmet almak için ise hastaların gelir durumunun iyi olması gerekiyordu. Özel muayenehaneciliğe dair K7, K8 ve K9'un ifadeleri şu şekildedir:

Zaten bir soygundu. Hastaneye gidiyorsunuz. "Özel muayenehaneme gel" diyor doktor. Mecburdun gitmeye. Paran olmasa bile bulacaksın, gideceksin. Muayeneye geldin, hastanede söylediği aynı şeyi orada da söylüyor (K7).

Çocuğa hastanede bakmadı. Muayenesine gittik, pazarlığa oturduk, parasını verdik sonra hastanede hem ameliyat etti hem de uzunca bir süre yatış yaptık ama muayenehanesine gitmesek bakmayacaktı. Devletin doktoru idi sözde ama parasız hiç işlem yapmıyordu. Bıçak parası diye yüklüce para alıyordu (K8).

Eğer siz gidip doktorun özel muayenehanesinde muayene ücretinizi yatırırırsanız hastanede çok rahat hizmet alıyordunuz. Birinci sınıf hasta oluyordunuz ama doğrudan hastaneye gidiyorsanız o zaman ikinci sınıf veya üçüncü sınıf hasta muamelesi görüyordunuz (K9).

1978’de çıkarılan Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanunu çerçevesinde çalışan bir hekimin serbest ve özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli veya sözleşmeli çalışamayacağı belirtilmiştir (2162 Sayılı Kanun, 1978). Ancak bu yasa etkili olmadığı gerekçesiyle 1980 yılında mülga edilmiştir. 2010 yılına gelindiğinde ise Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile hekimlerin kamuda görev yapmasını sağlayacak düzenlemelere yer verilmiştir (5947 sayılı Kanun, 2010).

3.3.3. Sağlık Kurumlarının Parçalı Yapısı

Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler (Uz, 1954, s. 13) isimli dokümanda “*dağınık halde bulunan sağlık hizmeti kuruluşlarının (başlıca devlet demiryolları, belediyeler, maarif vekâleti, işçi sigortaları) ayrı ayrı birer idare ve maaş sistemine tabii olmaları yüzünden birçok sosyal, sağlık ve idari zorluklar ortaya çıktığı*” dile getirilmiştir. Bu ifadeden standartlaşmanın gerekliliği anlaşılmaktadır. Bu konuya dair K2, K3 ve K6’nın görüşleri aşağıdaki gibidir:

Parçalı yapı vardı. Ortadan kaldırdık. Şimdi vatandaşlarımız devletin bütün hastanelerine gidebilir. Bu müthiş bir dönüşümdü. Tabii kolay bir iş de değildi. Yıllarca SSK kültürü olan bir işçinin gittiği hastaneleri alıp bambaşka bir kültüre taşımanız lazım. Bu birleştirmeyi yaptığımızda sancılı bir dönemdi ama başarabildik (K2).

SSK hastaneleri ayırdı. Sigortalılar açısından bir devrimdir. Bakanlığa bağlandı. Çok iyi sonuç verdi. Başarılı yapıldı (K3).

SSK’lı hastalar, SSK hastanesi dışında başka bir hastaneye gidemiyordu (K6).

19 Ocak 2005 tarihli Resmî Gazete’de yayımlanan Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun ile sağlıktaki parçalı yapı sona erdirilmiştir (5283 Sayılı Kanun, 2005).

3.3.4. Acil Sağlık Hizmetleri

Sadece sağlık kurum ve kuruluşlarındaki hizmetinde değil, ambulans ile hasta taşınmasında zorlukların yaşandığını bulunmuştur. K2, K5 ve K9’un ifadeleri şöyledir:

Acil sistemindeki hizmet eden ambulans sayımız yedi yüzün altındaydı. Şu anda altı bine yakın ambulans var (K2).

112 acil sağlık sistemi yoktu. Devlet hastanesinin ambulansı kalp krizi, trafik kazası ve doğum dâhil ücret yatmadan kontak açmazdı. Başhekimliğin kesin emriydi (K5).

112 acil sağlık sistemi bu kadar iyi değildi. Mesela bir acil hastanız vardı. Ambulans var ama benzini yoktu. Siz benzinini koysanız hastanızı bir başka hastaneye götürebiliyordunuz (K9).

Acil sağlık hizmetlerinde 2002’de 618 ambulans var iken, 2021’de bu sayı 5.801’e yükselmiş ve aynı zamanda ambulansların kar paletli, yoğun bakım & obez ve helikopter gibi çeşitleri geliştirilmiştir (SB, 2021, s. 264-267). Bu gelişmeyi K2, “*Türkiye’de biz sağlıkta dönüşümle tamamen ücretsiz ve mükemmel bir taşıma sistemi kurduk*” ve K7, “*şu anda mesela açıyorsun anında ambulans geliyor. Sen burada düştüğün zaman on dakika içerisinde ambulans geliyor*” şeklinde dile getirmiştir.

3.3.5. Sağlık Hizmetlerinin Aşırı Kullanımı

SDP ile beraber vatandaşların hem devlet hem de özel hastanelerden yararlanabilmesi pozitif bir gelişme olarak değerlendirilmiştir. Ancak bu programla birlikte sağlık hizmeti aşırı kullanılmaya başlanmıştır. 2002 yılında hekime müracaat sayısı yaklaşık 209 milyon iken, 2021 yılında ise 675 milyondan fazladır (SB, 2021, s. 152).

Katılımcılar bu durumu “*aciller bile poliklinik gibi kullanıyor*” (K3), “*tıp fakültesine, sağlık ocağına gidiyorsun özellikle pazartesi günleri hınca hınç oluyor*” (K4) şeklinde izah etmiştir. Sağlık kurumlarındaki söz konusu yoğunluk randevu sorunlarına yol açmış ve muayene süresini kısaltmıştır. K9, “*beş kişi hekim odasına alınmaktan hekim odasına beş dakika girebilme hakkına sahip olduğum sistem içerisindeki bütün dönüşümü bana getirisi bu*” olarak yorumlamıştır. Hizmete erişim problemi ise özel sektöre yönelimi artırmış ve K1, “*aile hekimliğine ve kamu hastanelerinin kalitesi ve işlem hızı, özel hastanelerin gerisinde kalınca bu da sağlıkta eşitsizliklere sebep oluyor. Şu an daha çok parası olanlar daha iyi hizmet alabiliyor ve özel hastanelere gidebiliyor*” ve K10, “*ikinci basamakta randevu alınmıyor. Hasta, özel hastaneye gitmek zorunda kalıyor*” şeklinde yorumlamıştır.

3.3.6. Hastanede Rehin Kalma

Hizmet sunumu konusunda ödeme gücü sebebiyle hastalar hastanede rehin kalmaktaydı. Konuya ilişkin K7, K8 ve K13’ün değerlendirmeleri aşağıda sunulmuştur:

Hastalar hastanede rehin kalırdı. O rehin kalma olayları Özal’ı biraz yıprattı. Bu rehin dönemi Tayyip Erdoğan’a kadar devam etti (K7).

Rehin olayları çok kötüydü günümüzde bu mümkün değil (K8).

Rehinler tabii kalıyor. Mesela ücretli olup da hasta senet imzalıyor. “Hastamı çıkarmam lazım ama ödeyemeyeceğim” diyor. Senet imzalatıyorsunuz hasta sahibine ve o senedin karşılığında hasta yakınının ödemesi yapması gerekiyordu (K13).

2002 yılında yeni hükümetin göreve başlamasıyla 26 Kasım’da 119 sayılı genelge ile hizmet bedelini karşılayamayan hastaların rehin veya cenazelerin alıkonulmamasına karar verilmiştir (SB, 2004b).

3.3.7. Dijitalleşme

SDP öncesindeki dijital imkânsızlık, sağlıkla ilgili verilerin hem toplanmasını hem de değerlendirilmesini zorlaştırmıştır. 1990’lı yıllarda yaşanan bir duruma ilişkin K13 şu şekilde bir yorum yapmıştır:

Mesela dört geben varsa on dört gebe yazıyordum, dört 0-1 yaş grubu çocuğum varsa kırk yazıyordum. Bu da istatistiklerin allak bullak olmasına neden oluyordu. Yedekte malzeme tutabilmem için sayı çok yüksek gösteriyorum. Mesela ülke olarak iki milyon sekiz yüz gebe yazmışız. Ertesi yıl bakıyorsunuz. İki milyon sekiz yüz gebe doğum yapmalı, bakıyorsunuz yok. Doğum yapmamışlar. O zaman ne yapıyorsunuz? Gebe sayısından canlı doğumu düşüyorsunuz, diğerlerine ölü doğum yazıyorsunuz. Bu da anne bebek ölüm istatistiklerinizi inanılmaz yüksek gösteriyor (K13).

SDP, sağlık hizmetlerinde dijitalleşmeyi başlatmış ve ivme kazandırmıştır. Türkiye ilaç ve ürün, kişisel sağlık bilgilerinin takibi, merkezi hastane randevu sistemi, e-Nabız gibi 37 sağlık ve sağlıkla ilişkili sistem ve uygulamaya sahiptir (Birinci, 2022, s. 332). Sağlıkta dijitalleşme adımları K1, K2 ve K13 tarafından da pozitif bir gelişme olarak değerlendirilmiş ve bu sistem ve uygulamaların yurt dışında da takdir edildiğinden bahsetmiştir:

Recep Akdağ döneminin ve sonrasında Türkiye'nin sağlık sistemindeki en büyük başarısı dijitalizasyon. Bu konuda, Türkiye belki Avrupa'nın daha önündedir diye tahmin ediyorum (K1).

Biliyorsunuz ilaç takip sistemimiz var. Sistemimize, bütün dünya gıptayla bakıyor şu anda. Arkadaşlar toplantılara gittiğinde Türkiye büyük takdir alıyor (K2).

Hangi eczane nöbetçiye etiketler değiştirilirdi. Bugün ilaç takip sistemiyle, karekod takip sistemiyle ilaçlar üzerinde herhangi bir şekilde etiket değişimi yapamıyorsunuz (K13).

3.3.8. Sağlık Turizmi

Sağlık turizmi başlığında K6, “*sağlık turizmi geçmişte bizim özellikle ileri tanı gerektiren pahalı teknolojik hizmetlere ihtiyaç duyulan alanlarda 2000’li, 2015’li yıllardan sonra bu iş tersine döndü. Biz gelişmiş ülkelerden artık hasta kabul etmeye başladık*” ifadesiyle bir dönüşümün yaşandığını vurgulamıştır. SB, ilk kez 2010-2014 Stratejik Plan dokümanında “*sağlık hizmeti sunumunda Türkiye’yi bölgesinde cazibe merkezi haline getirmek*” biçiminde bir hedef belirlemiştir (SB, 2010b, s. 80). Ancak K1, “*sağlık turizmi çok abartıldı ama iyi işlemedi. Sistemde birçok mevzuat boşluğu var. Devlet bu alana önem verir gibi görünmesine rağmen altyapısını tam iyi çizemedi*” şeklinde bir mevzuat ve altyapı probleminden bahsetmiştir. Konuya ilişkin diğer bir eleştiri ise

“herhangi bir alanda biz eğer hekim eksiği çekiyorsak o alanda sağlık turizmi gelişsin diye ipin ucunu bırakamayız. Sağlık turizmi gelişir ama vatandaşımıza hizmet edemez hale geliyoruz. Yani sağlık turizmi vatandaşa verilebilen hizmetten sonra düşünülmesi gereken bir şey” (K2). Başka bir deyişle, sağlık hizmeti sunumunun öncelikle kendi vatandaşına sonrasında ise yurt dışından gelenlere verilmesi gerektiğinin altı çizilmiştir.

3.4. Finansman Boyutu

Finansman boyutu sağlığa ayrılan pay, sosyal güvence, tamamlayıcı sağlık sigortası, özel hastane, ahlaki tehlike, performansa dayalı ek ödeme sistemi, referans ilaç fiyatı uygulaması, global bütçe, SUT, katastrofik harcama, cepten ödemeler ve başkasının karnesini kullanma alt temalarından oluşmaktadır.

Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğinde önemli noktalardan biri işin finansman boyutudur. Türkiye'nin geçen yüzyıllık süreç içerisinde farklı finansman modelleri denediği görülmektedir. Son elli yıla tanıklık eden K4, sosyal devlet anlayışına dair değerlendirmesini şu şekilde yapmıştır:

Altmışlı yıllarda Nusret Fişek, sağlık ücretsiz ama kaliteli olsun dedi. Yani hem iyi olsun hem ücretsiz olsun. Bunun olurluğu da var olmayışları da var. Hani işin içerisinde bir kapital koymadıktan sonra acaba konfor çok çok iyi olur mu? Olmaz mı? Yani olabiliyor muydu dürüstçe konuşmak gerekirse hayır (K4).

Türkiye'nin sosyal bir devlet olmasına rağmen sağlıkta bu durumun aksi yönünde olduğuna dair eleştiri yapan K10'nun açıklamaları şu şekildedir:

Şu anda hasta özel hastaneye gitmek zorunda kalıyor. Bu şu demektir. Parası olan daha kaliteli sağlık hizmeti alacak. Ama biz sosyal bir devletiz. Anayasamızda öyle yazıyor. Eğitim, sağlık, hizmetleri ücretsiz olmalı bizim ülkemizde ve vatandaşına eşit şartlarda sunulmalı. Ancak geldiğiniz noktada parası olan en lüks hastaneye gidip beş yıldızlı otel hizmeti olarak ameliyatını oluyor (K10).

3.4.1. Sağlığa Ayrılan Pay

Katılımcıların dile getirdiği ve çeşitli dokümanlarda ifade edilen finansmana dair boyutlardan biri sağlığa ayrılan payın az olduğu yönündedir. Nitekim aşağıdaki tabloda görüldüğü üzere sağlığa ayrılan pay %1,43 ile %6,63 arasında değişmektedir. %6'lık pay ise son iki yıldır söz konusudur. Bu oranlar diğer ülkelerle kıyaslandığında çok düşük kalmaktadır.

Tablo 3. 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Harcamaları ve Bütçelerine İlişkin Veriler

Yıl	SB Bütçesi	Payı (%)	Yıl	SB Bütçesi	Bütçe İçindeki Payı	Yıl	SB Bütçesi	Payı (%)
1923	3.038.000	2,24	1957	176.141.510	4,25	1991	4.433.762	4,04
1924	2.968.331	1,92	1958	188.122.045	4,07	1992	9.783.005	4,7
1925	4.860.205	2,45	1959	252.239.685	4,05	1993	18.073.981	4,52
1926	3.649.005	1,74	1960	352.012.029	4,61	1994	30.463.327	3,69
1927	3.203.400	1,43	1961	393.018.108	4,35	1995	48.741.551	3,63
1928	3.396.553	1,36	1962	445.230.472	4,25	1996	98.064.401	2,76
1929	4.395.678	1,72	1963	511.246.272	4,07	1997	204.499.276	3,21
1930	4.502.216	1,75	1964	550.715.309	3,93	1998	390.791.701	2,64
1931	3.721.043	1,7	1965	590.950.691	3,89	1999	663.123.501	2,43
1932	3.501.884	1,75	1966	663.839.191	3,76	2000	1.059.855.001	2,26
1933	4.196.884	2,07	1967	771.914.191	3,9	2001	1.280.660.000	2,64
1934	4.742.884	2,18	1968	855.623.528	3,79	2002	2.345.447.691	2,39
1935	4.820.587	2,06	1969	912.124.875	3,42	2003	3.570.054.000	2,56
1936	5.458.180	2,16	1970	888.080.601	2,97	2004	4.787.751.000	3,04
1937	6.498.737	2,3	1971	1.696.730.089	3,23	2005	5.462.974.750	3,5

Yıl	SB Bütçesi	Payı (%)	Yıl	SB Bütçesi	Bütçe İçindeki Payı	Yıl	SB Bütçesi	Payı (%)
1938	7.901.780	2,55	1972	2.158.030.830	4,15	2006	7.477.471	4,29
1939	8.471.000	2,48	1973	2.543.312.195	4,04	2007	6.581.455	3,21
1940	8.179.424	2,31	1974	3.406.100.000	4,06	2008	10.828.070	4,87
1941	11.969.424	2,96	1975	3.815.200.000	3,48	2009	12.454.024	4,81
1942	14.991.832	2,84	1976	5.338.900.000	3,4	2010	13.942.196	4,86
1943	15.474.588	2,33	1977	6.505.500.000	2,71	2011	17.241.263	5,52
1944	21.146.389	1,79	1978	7.894.800.000	2,82	2012	14.357.938	4,09
1945	17.907.024	2,37	1979	17.529.600.000	4,13	2013	16.687.437	4,13
1946	32.791.707	2,62	1980	31.822.600.000	4,05	2014	18.432.918	4,22
1947	42.007.455	2,82	1981	55.431,9	3,56	2015	20.124.498	4,26
1948	47.718.377	2,85	1982	50.098,4	2,78	2016	25.275.105	4,43
1949	52.555.908	2,97	1983	75.226,8	2,89	2017	31.969.457	4,96
1950	56.721.916	2,98	1984	100.106,5	3,05	2018	37.571.386	4,93
1951	59.190.191	2,86	1985	137.462	2,48	2019	48.232.147	5,08
1952	71.876.307	3,43	1986	193.763	2,46	2020	58.875.829	5,44
1953	88.952.789	3,52	1987	304.420	2,53	2021	77.615.519	5,84
1954	106.493.179	4,47	1988	564.990	2,62	2022	116.037.461	6,63
1955	133.558.881	4,36	1989	898.995	2,62	2023	293.368.547	6,56
1956	155.896.296	4,53	1990	2.633.217	3,92			

Kaynak: (1994-2018 verileri Hazine ve Maliye Bakanlığı; 2019-2023 verileri ilgili yıllara ait Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu verileri).

Bu duruma ilişkin K1, K4 ve K9'un ifadeleri de aşağıda verilmiştir

Biz sağlığa çok az para harcayan bir ülkeyiz. Yani biz sağlığa biraz daha para harcamalıyız. Bazılarının söylediği gibi sağlıkta dönüşüm harcamaları aldı başını. Yok, böyle bir şey (K1).

Gayri safi yurt içi hasıladan sağlığa ayrılan payda OECD ülkeleri içinde en az harcayan biziz. Amerika %17'sini harcıyor. Biz yüzde dördünü harcıyoruz. Böyle olmaz yani (K4).

Sağlığa harcanan para çok arttı, reel olarak da arttı ama gayrisafi yurtiçi hasılaya göre artmadı. Bütün geçmiş zamanı taradığımızda gayrisafi yurtiçi hasılanın %3,5-5 arasında ayrılan pay (K9).

3.4.2. Sosyal Güvence

Bu başlık, genel sağlık sigortası (GSS) öncesi ve sonrası olmak üzere iki kategoriye ayrılmıştır.

3.4.2.1. GSS Öncesi

BOYMSP (SSYB, 1946, s. 52) içerisinde sağlık ihtiyaçlarının çokluğu karşısında sağlığa ayrılan payın yetersizliği sebebiyle başka dünyada uygulanan hastalık sigortaları uygulamasına geçilmesi planlanmıştır. Ayrıca plan içerisinde yer verilen hedeflere ulaşılması için gerekli paranın kaynağı olarak Sağlık Sandığı kurulması ve 250 milyon sermayeli Milli Sağlık Bankası kurulması önerilmiştir (SSYB, 1946, s. 6-7). Ancak hayata geçirilememiştir. Kalkınma planları içerisinde de yer yer sosyal güvenlik adına hedeflere yer verilmiştir. Birinci kalkınma planında "herkes için ihtiyarlık ve sağlık sigortalarını kapsayan genel bir sosyal güvenlik düzeni kurulacaktır." ifadesi ile sosyal devlet anlayışı gereği genel bir sağlık ve sosyal sigorta kurulması planlanmıştır (DPT, 1963). Benzer ifadeler beşinci, altıncı ve yedinci kalkınma planlarında da yer almıştır (DPT, 1984; DPT, 1989; DPT, 1995). Sekizinci kalkınma planı (DPT, 2000) içerisinde ise sağlık hizmet sunumu ve finansmanını birbirinden ayıran herkesi kapsayıcı bir sigorta planlanmıştır. Bu hedef, SDP ile hayata geçirilmiştir.

GSS öncesinden SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı ana kurumlar olup çok çeşitli küçük sosyal güvenlik yapıları mevcut idi. Ayrıca 1993 yılında yoksul bireyler için Yeşil Kart uygulaması başlamıştır (SB, 2003). Bu konuya ilişkin K1, K5 ve K13'ün değerlendirmeleri aşağıdaki gibidir:

Yeşil kart dediğimiz bir uygulama hatırlıyorum. Sigorta herkesi kapsamıyor. Çünkü SSK, emekli sandığı ve BAĞ-KUR var. Parası olan özel hekime ya da özel hastanelere gidiyor veya yurt dışına gidiyordu (K1).

Sağlık hizmeti kapsamı açısından yeşil kartın dar bir kapsamı vardı. SSK'nın kapsamı da dardı. Yani bütün ilaçları ya da bütün tedavileri kapsamıyordu kötüydü (K5).

Hasta içeriye girdiğinde ilk sorduğunuz şey, “neyin var?” ama “hastalık olarak neyin var?” değil Hasta hangi sosyal güvenceye tabi? Tedavi sürecini şekillendiren en önemli husus buydu (K13).

3.4.2.2. GSS Sonrası

SDP ile vatandaşların ödeme gücü nispetinde katkıda bulunacakları ve ihtiyaçları ölçüsünde de hizmetlerden yararlanabilecekleri herkesi kapsayan bir sigorta modeli oluşturulacağı belirtilmiştir (SB, 2003, s. 27). 1947 yılında BOYMSP planında yer almaya başlayan bu model 2006 yılında var olan sosyal sigortaların SGK bünyesinde birleştirilmesi ve GSS kurulması ile hayata geçirilmiştir. Bu gelişmeye ilişkin K2, K5, K6 ve K8'in değerlendirmeleri aşağıda verilmiştir:

2002'de işin finansman tarafında parçalı bir sigortacılık yapısı her sigortanın ayrı ayrı vatandaş grubuna ayrı bir emniyet paketiyle hizmet etmesi gibi aşırı fragmande, parçalı, adaletsiz finansman tarafı vardı. Genellikle de vatandaşı piyasaya gitmeye mecbur bırakan bir yapı vardı. Finansman açısından genel sağlık sigortasıyla bu durum düzeltildi. Sosyal adaletçi bir yaklaşım benimsendi (K2).

Türkiye kadar zengin bir teminat paketi olan çok az ülke vardır. Sağlıkta dönüşümün getirdiği en önemli hususlardan biri budur. Birçok ülke göz muayenesini, gözlüğü, sigorta kapsamının içine koymuyor. Ya da bazı ülkeler ağız diş sağlığı hizmetlerini kapsam içine koymuş değiller. Zengin ülkeler bunlar (K5).

Gerek çalışmakta olan bireyler olsun gerek çalışmayan gelir düzeyi düşük olanlar olsun herkes genel sağlık sigortası kapsamına alındı. (K6).

3.4.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Sekizinci beş yıllık kalkınma planı (DPT, 2000) içerisinde ilk kez sağlık sigortasının özelleştirilmesi için çalışılacağı belirtilmiştir. SDP ile ise “*Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması yanında özel sağlık sigortasının da gelişimi desteklenecek, özel sigortaların tamamlayıcı bir rol ile sistemde bulunmaları sağlanacaktır*” ifadesi ile tamamlayıcı sigortaya yeni dönemde de yer verilmiştir (SDP, 2003, s. 28). Onuncu ve on birinci kalkınma planları içerisinde de bu husus belirtilmiştir (DPT, 2013; Strateji ve Bütçe Başkanlığı [SBB], 2019). Konuya dair K2'nin değerlendirmesi ve önerisi aşağıda verilmiştir:

Tamamlayıcı sigorta var şu anda. Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşmalı özel hastaneye giden kişi tamamlayıcı sigortası varsa sözleşme gereği hastanede tam olarak istifa edebiliyor güya. Teorisi böyle. Pratikte çalışmıyor büyük ölçüde. Bir hastalığınız varsa sizi sistemin dışında tutmaya çalışıyorlar. Böyle yürümez. Onlar kendi açılardan haklı olabilirler. Ama para alışverişi olmayan bir hizmet modeline geçmemiz lazım. Orada da önerim tamamlayıcı kamu sigortası kurulmasıdır (K2).

3.4.4. Özel Hastane

Beşinci kalkınma planı içerisinde (DPT, 1984) özel sağlık müesseseleri ve hastaneleri teşvik edilmiştir. Ayrıca hizmet sunumu karşılığı talep ettikleri ücretlerin serbest bırakılması için hedef ve politikalar belirlenmiştir. Yedinci ve dokuzuncu planlarda da özel kesim özendirilmiş ve yatırımları destekleneceği belirtilmiştir (DPT, 1995; DPT, 2006) SDP ile özel sektöre de hizmet ağında yer verilmiştir. Bu şekilde özel sektör imkânları ile hizmet yarışına girilmesi hedeflenmiştir (SB, 2003, s. 30). Özel sektörün piyasa var olması ile rekabet, kaliteli hizmet, profesyonel yönetim anlayışı gibi pek çok konuda sağlık sistemine katkıları olmuştur. Ancak son zamanlarda eleştirildiği noktalar da bulunmaktadır. Bu iki durumu K1, K2 ve K10 şu şekilde yorumlamıştır:

Özel sektörde fark alma ortaya çıktıkça yine zenginle fakir arasındaki doğal eşitsizlikler baş gösterdi. 2000 sonrası yıllarda sanki böyle bir eşitsizlik yoktu ama şu an özele gittiğin zaman uzmanlığın ve hastanenin türüne bağlı olarak fark alıyorlar (K1).

Hizmet sunumunda epeyce bir zamandan beri özel sektör belli alanlarda dominant hale geldi. Sağlıkta dönüşümün başlarında böyle değildi. Süreç biraz bu tarafa doğru sürükledi. Özel sektörün hizmet sunumunda dominant hale geldiği hiçbir yerde daha sağlıklı bir hizmet vereceğine inanmıyorum (K2).

Özel hastaneye gittiğinizde biz hekim iken sorgulamak durumunda kalıyoruz. Gerçekten bu operasyon gerekli mi? Yoksa o özel hastane gelirlerini artırma derdinde mi insanın bunu düşünmemesi lazım (K10).

3.4.5. Ahlaki Tehlike

Genel sağlık sigortası ile herkesin her türlü sağlık hizmetine ve kuruluşuna daha rahat erişebildiği bir süreç başlamıştır. Bu durum zamanla literatürde ahlaki tehlike olarak tanımlanan sorunu ortaya çıkarmıştır. Ahlaki tehlike kişinin sosyal güvencesine dayanarak sağlık hizmeti talebinde aşırıya kaçması durumu olarak belirtilebilir. Bu soruna ilişkin K11, “iki güne bir hastaneye gidenler var. Her gün gidenler var. Duyuyorum ben bunu. Neymiş? Doğal hakkıymış. Gidebilirmiş.” İfadeleri ile toplumun bakış açısını dile getirmiştir. K3, K4 ve K7'nin bu hususa dair görüşleri aşağıda verilmiştir:

İlaç israfı falan çok var şu an. Bir de insanımızda bedavaysa alalım götürelim var. Bir ara lazım olur şeklinde. İnsanlar para vermediği şeyin de kıymetini bilmiyor. Geçmişle kıyaslayınca kıtlıktan israfa dönüş (K3).

Normalde talep etmesi gerekmeyen sağlık hizmetlerini de talep ediyor. Aşırı sağlık hizmet talebini arttıran bütün finansmanı aslında sigortacılık mevzusu da biraz sanki bunu tetikliyor. Halkın bütünü koruma altına alınması güzel ama öbür taraftan da bu kullanımı arttıran bir şey oluyor (K4).

Bugün hükümet iyi niyetli olarak rahatlığı, ücretsiz tedaviyi erişimi insanlara verdi. İnsanımız bu kolaylıklardan dolayı hemen koşuyor. Sağlık hizmeti para benden çıkmıyor diye istismar ediyor (K7).

3.4.6. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Bu sistem SDP içerisinde çok tartışılan, eleştirilen uygulamalar arasında yer almıştır. Çalışma kapsamında katılımcıların tamamına yakını da bu konuda görüşlerini dile getirmişlerdir. Bu ödeme sistemine olumlu yönden bakan K13 kendi deneyiminden hareketle “sağlık çalışanları açısından bakarsan 1990'larda performans yok. Herhangi bir şekilde bir motivasyon kaynağınız yok. Gelen her hasta sizin için iş yükü. Dolayısıyla da zor, kötü vakaları paslamaya çalışıyorsunuz. Niye paslıyor? Çünkü iş yükü. Ama bugün vakaya müdahale ederse onun karşılığını alıyor. Bu anlamda performans ödeme sisteminin faydaları var.” demiştir. K1 ise rekabeti ve beraberinde kaliteyi getirdiğini şu şekilde yorumlamıştır:

Özel hastane ile devlet hastanesi bu performansa dair ek ödeme sistemi de devrede olduğu için rekabet eder hale geldi. İnsanlar soruyor ben özele mi gitsem? Yoksa Gülkent Devlet Hastanesi'ne mi gitsem? Ya da üniversite hastanesine mi gitsem? Bunlar iyi ve bütün hastaneler belli bir kalitenin üstüne çıktı (K1).

Ödeme sisteminin dezavantajlarını K1, K6 ve K10 şu şekilde belirtmişlerdir:

Performansa dayalı ekonomi sistemi hastalar açısından birazcık iyi olmuş gibi ama hastaların hissetmediği noktalarda kötü oldu. Onlara daha az zaman ayırma gerekse sağlık hizmeti kullandırtma gibi problemler ortaya çıkardı. Hala öyle. Türkiye bu geri ödeme sistemleri konusunda tam böyle ideal bir noktayı bulmuş değil (K1).

Bu sistem bazı hizmetlerde gereksiz kullanımı yöneltti, arttırdı. Ayrıca bazı meslek grupları arasında ister istemez adaletsiz ve dengesiz bir performans ödemesi nedeniyle personel arasında huzursuzluk yarattı gibi bazı sorunlar çıkardı. Bunların daha adil, daha objektif kriterlere göre belirlenmesinde yarar var (K6).

Performans sistemi tedavi edici hizmetlerde çalışanlara yüksek ücretler ödemektedir. Tedavi edici hizmetlerde çalışanlar kıymetlidir ve daha çok para kazanırlar. Çok ciddi bir ödeme farkı var. Yani koruyucu hizmetlerde çalışan insanı teşvik etmez (K10).

Bu olumsuz durumlara çözüm olarak on birinci kalkınma planı içerisinde “İhtiyaç dışı tetkik, tahlil ve diğer işlemlerin azaltılması için tıbbi verilerin sisteme daha iyi entegre olması sağlanacaktır. Ortalamamın üzerinde yapılan tetkik ve tahlil işlemlerine ilişkin bir izleme ve bilgilendirme sistemi kurulacaktır” ifadesi yer almıştır (SBB, 2019).

3.4.7. Referans İlaç Fiyatı Uygulaması

SDP değerlendirme raporunda önceki dönemlerde ilaç fiyatlandırmaları ve fiyat artışlarının kanıta dayalı olarak yapılmadığı belirtilmiştir. İlaç fiyatlarında hissedilir derecede düşüşler sağlanmıştır. Ayrıca “referans fiyat takibi” ile ilaç fiyatları Avrupa’da mevcut en düşük düzeylere çekilmiştir (SB, 2012, s. 225).

Türkiye’de SDP öncesi ilaç ilişkin durumu K8, “ilaçlara erişim de zordu. Bazı sigortası olan kişiler kendi karnelerine yazdırırlar onlar alıp bize verirdi. Yoksa çok pahalıydı.” diyerek betimlemiştir. Günümüzdeki ilaç fiyatlarına ve durumuna ilişkin K2 ve K12’nin değerlendirmeleri aşağıda verilmiştir:

Sadece son yıllarda piyasaya yeni çıkan ilaçlarla ilgili olarak biraz finansman problemleri var. İşte onu da nasıl çözeceğiz? Sektörle bir daha görüşmek lazım. Çünkü Türkiye’de 2004’te uygulanmaya başlanan yeni referans sistemi birçok ülke tarafından taklit edilmeye başlandı (K2). Kanser ilaçlarının hepsini SGK karşılamıyor. Bazı ilaçlar kapsam dışında kalıyor. SMA hastaları yine bu kapsamın dışında. Vatandaşların bunu alma gücü de yetmiyor. Devlet buralarda devlet olmalı diye düşünüyorum. İnsanları kaderiyle baş başa bırakılmamalı. Bu tür durumlar da var. Belki o konuda da iyileştirmeler yapılabilir (K12).

3.4.8. Global Bütçe

SB’ye bağlı hastanelerin finansmanında uygulanmak üzere 2006 yılında global bütçe modeline geçilmiştir (SB, 2012, s. 324). On birinci kalkınma planında global bütçe modeline katkı yapılması adına hizmet, fiyat ve maliyet etkinlik analizlerinin yapılmasını sağlayacak sistem ve süreçler oluşturulacağı belirtilmiştir (SBB, 2019). Konuya ilişkin K6’nın değerlendirmesi şu şekildedir: “Sağlıklı dönüşümle birlikte finansman ile ilgili sorunlar büyük ölçüde çözüldü. Sağlık Bakanlığı belki kendi hastaneleriyle ilgili global bütçe sistemine geçişle birlikte ödemelerde sıkıntı yaşamadı”.

3.4.9. SUT

SDP ile hayata geçirilen uygulamalardan bir diğeri SUT olmuştur. Bu uygulamaya yönelik tartışmaların merkezinde fiyatların güncellenmesi ve buna bağlı sağlık hizmeti sunucularının sıkıntı yaşadığı yönünde olmuştur. Bu hususa ilişkin K6 ve K9’un değerlendirmeleri aşağıda verilmiştir:

Üniversite hastanelerine yeterince ödenek aktarılmadığı için hizmet sunumunda randevular uzadı, kuyruklar uzadı. Malzeme yokluğu nedeniyle belki birçok tedaviler ertelendi, ameliyatlar ertelendi bir kısmında ya da hastalara aldırılmak zorunda kaldı. Özel sektör de aynı sıkıntıyı çekiyor. Onlar da ödemelerdeki özellikle SGK’yla anlaşmalı olan hastanelerin ücretlerinin yetersiz olduğu konusunda aynı dertten muztarıpler. Yapılan hizmetin maliyetiyle bunlara ödenen ücret arasında uçurumlar var (K6).

Özel sağlık sektörü yasal olarak SUT fiyatlarının %200’ünü yani iki katı kadar katılım payı alabiliyor ama şu anda bu katılım payını alacak olan bir özel sağlık sektörünün ayakta kalması mümkün değil. Şu anda yaklaşık dört katıyla on katı arasında farklı bir fiyat uygulaması yapıyorlar. Bu da illegaliteyi meşru hale getiriyor (K9).

3.4.10. Katastrofik Harcama

SDP öncesi neoliberal politikalarla birlikte güçlenen özel sağlık hizmeti, özel muayene hizmeti gibi gelişmeler ile sosyal güvenlik kapsamlarının geniş olmaması gibi durumlar hastaları ve ailelerini yıkıcı sağlık harcamaları ile karşı karşıya bırakabiliyordu. K13 bu duruma ilişkin “1990’larda hastane harcamaları ama ücretliler için çok katastrofik. Yani gerçekten onlar için ödeyemeyecekleri rakamlar çıkıyor” ifadesinde bulunmuştur. Bu durum SDP ile pek çok alanda yapılan düzenlemeler sonucu engellenmişti (SB, 2012, s. 324). Ancak katılımcıların bu konudaki görüşleri yoksullaştırıcı bu harcamaların yeniden arttığı yönünde olmuştur. Konuya ilişkin K2 görüşü aşağıda verilmiştir:

Sağlıkta dönüşümden önce on bin hanede seksen bir hane maalesef ciddi ölçüde katastrofik harcama yapmak zorunda kalıyordu. Muayenehanecilik var biliyorsunuz. 2013'te on bin haneden yalnızca 14'ü muztarıpti. Daha sonra 2019 TÜİK'in değerlendirmelerine göre tersine döndü oran. On bin hanede 43'e çıktı. Vatandaş özel sektöre çok ciddi paralar ödemeye başladı yine. Katastrofik harcamayı azaltmak zorundayız (K2).

3.4.11. Cepten Ödemeler

Sağlık isteminde iyiye giden önemli noktalardan biri cepten ödemelerde yapılan iyileştirmeler ve düzenlemelerdir. K8, SDP öncesi döneme dair *"1992 senesinde geldiğimizde o zaman bizim yeşil kartta yoktu. Ne işlem yapılırsa para öderdik, kız kaza geçirdi tüm alçı malzemelerini gidip dışardan aldık sonra hastanede alçıya alındı"* ifadeleri ile durumu bir örnekle somutlaştırmıştır. Konuya ilişkin K9 ise *"finansal açıdan iyileşmeler yok mu? Geçmişe göre cepten harcamalar azaldı"* değerlendirmesi ile cepten harcamaların azalışını finansal açıdan iyileşme olarak tanımlamıştır.

Türkiye'de cepten ödemeler hususu genellikle iki şekilde işlemektedir: Legal olan katkı payları ile illegal olan informal ödemeler. Bu husus, katılımcılar tarafından dile getirildiği için ayrı ayrı olarak değerlendirilmiştir.

3.4.11.1. Katılım Payı

Sağlık hizmeti kullananlardan özellikle ilaç ve muayene ücreti şeklinde katkı payı alınması uygulamaları SDP sürecinde farklı şekillerde, oranlarda denenmiş ve uygulanmaya devam etmektedir. Bu duruma ilişkin K6, K7 ve K9'un açıklamaları aşağıda verilmiştir:

Muayene ücreti mukayese ettiğinizde çok sembolik ücretlerde kaldı. Bugün bir ufak bir musluk tamircisi çağırdığımızda sizden adam neredeyse saat ücreti dünyanın parasını isterken bir hekimlik muayene ücretleri çok değil. Bu sosyal devlet anlayışı gereğince devletin bunu finansa etmesi gerekir (K6).

Sene 2009 hastanede yattık. Sadece refakatçi ücreti aldılar. O zaman sadece hastanelerde hastadan para alınmama başladı. Hacettepe gibi bir yerde mesela üç küsur bin lira ödedim. O günkü hükümet bu düzenlemeyi yapmamış olsaydı ben o hastanede on bin, yirmi bin bilmem kaç paradan aşağı kurtulamazdım. Yatamazdın belki de. Şimdi onu da almıyorlar (K7).

Zaten ciddi bir katılım ücreti ödemiyoruz. Bir tek ilaçta ciddi bir %20 katılım ücretimiz var. Kamu sağlık hizmetleri açısından tedavilerimizde, kamu kurumlarında ciddi bir katılım ücreti ödemiyoruz (K9).

3.4.11.2. Kayıtdışı - İnfomal Ödemeler

Kayıt dışı gerçekleştirilen ve legal olmayan ödemelerin de sağlık sisteminin finansal boyutunda çokça dile getirildiği eleştirildiği görülmektedir. SDP ile *"artık hasta-hekim ilişkisi parasal bir ilişki olmaktan çıkmaldır"* kararı alınmış ve pek çok düzenleme yapılmıştır (SB, 2003, s. 28). SDP öncesi bu duruma ilişkin K8 ve K9'un görüş ve deneyimleri aşağıda verilmiştir:

Devletin doktoru idi sözde ama parasız hiç işlem yapmıyordu. Bıçak parası diye yüklüce para alıyordu (K8).

1990'lı yıllarda illegal ödemeler sağlık sisteminde arttı. Bıçak parası veya benzeri şeyler vardı (K9).

3.4.12. Başkasının Karnesini Kullanma

Türk sağlık sisteminde finansmana dair deneyimlerini aktaran katılımcıların dikkat çektikleri noktalardan biri de sosyal güvenliği başkalarına kullandırma olayı olmuştur. Duruma ilişkin K1, K8 ve K13'ün değerlendirmeleri aşağıda verilmiştir:

Başkasının sağlık karnesini kullanma, ilacını yazdırma vesaire gibi durumlar vardı. Bunun denetlenmesi falan mümkün değil zaten (K1).

Bazı sigortası olan kişiler ilcalarımızı kendi karnelerine yazdırırlar onlar alıp bize verirdi. Yoksa çok pahalıydı. Başkasının karnesini kullandığımız oldu. Ama başkaları da bizim karneyi kullandı. Bir akrabamız hanımın yeşil kartı ile doğum yapmıştı. Bu yüzden hanım 2000 yılında

doğumu evde yaptı. Yeşil kart vardı ama birkaç ay önce kullanıldığından hastaneye gitmeye çekindik, gidemedik (K8).

Kimlik doğrulama sistemimiz yok. Sağlık kartesi üstünden işlemler gerçekleştiriliyor. Mesela sağlık kartesini bir ön sayfasını açtığına eltişi doğum yapmış Eltinin sağlık kartesini alarak gelmiş. Üç ay sonra aynı elti bir daha doğum yapmış. Hastanın dişini çekmişsin, hasta aynı dişinin ağrısıyla tekrar geliyor. Karneye bakıyorsun hastanın o diş çekilmiş. Ama hastanın ağrısı var. Öncesinde başkasına kullandırmış. Bu sosyal güvenliği başkasına kullandırtma olayı çok fazla oluyordu (K13).

4. DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Gelişmiş ve gelişmekte olan bütün devletler açısından önemli bir alan olan sağlık sistemi, içerisinde bulunan dönemin siyasi eğilim ve iradesinden, ekonomik ve sosyal koşullarından etkilenen bir dinamizme sahiptir. Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin kuruluşunun üzerinden 100 yıl geçmiş ve bu süreçte Türk sağlık sistemi bakanlarıyla, reform uygulamalarıyla, mevzuat değişiklikleriyle ve de dönüşüm programlarıyla önemli bir serüvene sahip olmuştur. Bu çalışmada, Türk sağlık sisteminin 100 yıl içerisindeki yönetim, örgütlenme, hizmet sunumu ve finansman boyutuyla deneyimlenen değişim ve dönüşüm ile devam eden süreç ele alınmıştır. Çalışma kapsamında gerçekleştirilen alan araştırması ile hem Türk sağlık sisteminin geçmişten bugüne olumlu ve olumsuz değerlendirmesi hem de 100 yıllık süreçteki dönüm noktaları betimlenmeye çalışılmıştır. Bu doğrultuda araştırmacılar tarafından bir sağlık sisteminin şekillenmesinde öne çıkan boyutlar olan yönetim, örgütlenme, hizmet sunumu ve finansman boyutları üzerinden bir değerlendirme ve eşleştirme yapılmıştır.

Yönetim boyutunda Dr. Refik Saydam döneminde sağlık sisteminin temellerinin attığı, Dr. Behçet Uz zamanında planlı bir dönemin yaşandığı, Dr. Nusret Fişek döneminde toplum temelli bir sağlık hizmet anlayışının olduğu, 1980'lerde neoliberal politikaların etkisinde kaldığı ve SDP ile sağlıkta kronik hale gelen birçok sorunun çözüldüğü saptanmıştır (Cansever ve Tüfekci, 2020, s. 624). Yönetimle ilgili olarak 224 sayılı kanunun hazırlanma sürecinde aşırı bir merkeziyetin olduğu ifade edilmiştir (Üner ve Fişek, 1961, s. 174). KHB ile yerinden yönetim (desantralizasyon) modeli denenmiş ancak başarı sağlanamamış ve yeniden tek elden yönetime geçiş yapılmıştır. Dahası SB, 2010 yılı itibarıyla stratejik planlar hazırlamaya başlamış ve bu stratejik planlarda bireye daha fazla sorumluluk verildiği ve hizmette aktif rol alması gerektiği vurgulanmıştır (Cansever, 2020, s. 264). Bireye daha fazla rolün yüklenilmesinin nedeni 15 yaş ve üzerinde bütün kullanımının uluslararası karşılaştırmada %28 oranla ikinci, ülke genelinde obez öncesi ve obezite toplamının %56'lık bir orana sahip olması şeklinde ifade edilebilir (SB, 2021, s. 59-63). SB, bu risk faktörleri kapsamında sağlık davranışı teşvik etmeye çalışmak için sağlıklı hayat merkezi açarak beslenme danışmanlığı, bütün ve madde bağımlılığı danışmanlığı, koruyucu ağız ve diş sağlığı danışmanlığı gibi görevleri yürütmektedir (Aba, 2021, s. 134-135).

Sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması ve dijitalleşmenin yaygınlaşmasıyla sağlık göstergelerinde devasa iyileşmeler yaşanmıştır. Örneğin 2002 ile 2021 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 72,5'ten 78,6'ya ve aşılama hızı yüzde 78'den 95'e yükselmiş; anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 64'ten 13,1'e, bebek ölüm oranı bin canlı doğumda 31,5'ten 9,1'e gerilemiştir (SB, 2021; SBB, 2023). Bazı oranların düşüşlerinde sağlık istatistiklerinin manuel olarak tutulduğu dönemde bazı sağlık çalışanlarının daha fazla malzemeyi stoklamak için gebe sayısını yüksek göstermesinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Çalışmada, sağlık göstergelerindeki iyileşmeler olumlu olarak değerlendirilmesine karşın ilerlemenin sürdürülemediği ve hatta bir gerilemenin yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık çalışanlarının sayıca yeterliği konusunda iki farklı görüş bulunmaktadır. Birincisi personelin sayıca yetersiz olduğu ve Türkiye'nin uluslararası karşılaştırmada sonlarda yer aldığı; ikincisi ise bireylerin sağlık hizmetlerini aşırı kullanması nedeniyle arzın yetersizmiş gibi algılanışdır. Araştırmada sağlık hizmetindeki aşırı kullanım sorununun hizmete kolay erişim, muayene süresinin kısa olması ve bireyin hastalık hastası olması sonucuna varılmıştır. Bu hizmet kullanım probleminin sağlık hizmetlerindeki memnuniyeti de etkilediği söylenebilir. Şöyle ki, 2003-2022 yılları arasında 2011'de %75,9 oranla zirveyi gören memnuniyet oranı, 2022'de %65,6'ya gerilemiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023, s. 27). Diğer bir konu ise sağlık çalışanlarının özellikle de hekimlerin göç etmesidir. Türk sağlık sistemindeki reform ihtiyacının araştırıldığı bir çalışmada da hekim göçü bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Eke vd., 2023, s. 31). SB, bu problemi ortadan kaldırmak adına sağlıkta şiddet yasasını, malpraktis yasasını ve özlük haklarını yeniden düzenleyen yeni emeklilik ve teşvik sistemini içeren Beyaz Reform adımını atmıştır (SB, 2023b). Güncel veriler ışığında, yılın ilk 6 ayında iyi hal belgesi almak için

başvuran hekim sayısı 1.361'e ulaşmıştır (Medimagazin, 2023). Beyaz Reform'un, her geçen ay artan iyi hal belgesi başvuru sayısı ile sağlık çalışanları için bir çözüm ol(a)madığı görülmektedir.

Finansman boyutunda, bütçeden sağlığa ayrılan payın %4-5 oranının ve kişi başına sağlık harcamalarının uluslararası kıyaslamalarda sonlarda yer aldığımızın altı çizilmiştir. Ayrıca, sağlık kurumlarının bilgi sistemlerinden yoksun olduğu dönemlerde kayıt dışı işlemlerin yapıldığı saptanmıştır. Kayıt dışı işlemler sağlık hizmet ödemelerinde yapılabilmekte ve hasta, sağlık hizmet sunucusu, üçüncü kişi ve diğer olmak üzere dört kategoriye ayrılabilir (Küçük, 2022, s. 591-597). Bu çalışmada ise geçmiş dönemde hastanın başkasının sosyal güvencesinden yararlandığı (sağlık karnesini kullanma) ve sağlık hizmet sunucusunun bıçak parası aldığı tespit edilmiştir.

Bütün bu boyutlar üzerinden Türk sağlık sisteminin 100 yıllık serüveni değerlendirildiğinde öne çıkan tespitler şu şekilde özetlenebilir:

- Türk sağlık sistemi, özellikle yönetim boyutu açısından hükümetlerin programları ve uygulamaları çerçevesinde tarihsel olarak belirgin bir şekilde dönemlere ayrılabilir ve bu dönemler sistem açısından kırılma noktalarına işaret etmektedir. Örneğin Sağlıkın Sosyalleştirilmesi alt teması altında ifade edildiği üzere 224 sayılı Kanun, Türk sağlık sisteminin hem yönetsel hem de örgütsel yapısının değişimi ve yeniden şekillendirilmesi açısından önemli bir örnektir. Yine 1980'li yıllardan sonraki reform politikaları ve Türk sağlık sistemine yansıyan çeşitli uygulamalar da küresel değişimlerin ulusal düzeydeki sisteme etkileri açısından önemli bir örnek olarak nitelendirilebilir.
- Türk sağlık sisteminin 100 yıllık sürecinde çeşitli politika ve programların etkili olduğu ve öne çıktığı görülmektedir. Örneğin 2003 yılından itibaren hayata geçirilen SDP ile birlikte 1980'li yıllardan itibaren gündeme getirilen GSS, Aile Hekimliği ve performans sistemi gibi uygulamaların uygulamaya geçirildiği; Türk sağlık sisteminin yönetsel, örgütsel ve finansal açılardan ciddi bir dönüşüme uğradığı görülmektedir.
- Türk sağlık sisteminin özellikle hekim ve hemşire kapasitesi açısından diğer ülkelerle mukayese edildiğindeki görünümünün çok da yeterli görünmemesine karşın hizmet kullanımında yine diğer ülkelere oranla daha yüksek bir hizmet sunum kapasitesine sahip olduğu istatistiklerden anlaşılmaktadır. Çalışma kapsamında hizmet sunumu boyutu altındaki ilk alt tema olan insan kıymetleri içerisinde vurgulanan hususlarla bu durum doğrudan örtüşmektedir.
- Türk sağlık sisteminin değişim ve gelişimiyle ilgili bir başka tespit, finansman boyutu altında ilk alt tema olarak vurgulanan sağlığa ayrılan payla ilgilidir. 100 yıllık serüveni içerisinde Türk sağlık sisteminde sağlığa ayrılan pay bakımından diğer ülkelerle mukayese açısından yeterli bir görünümün hiçbir zaman oluşmadığı anlaşılmaktadır. Dolayısıyla 1923 yılından günümüze sağlığa ayrılan genel hatlarıyla artış gösterse de bu konudaki gelişimin çok daha fazla olması gerektiği rahatlıkla ifade edilebilmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

10655 Sayılı Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik (2006, 22 Temmuz). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/07/20060722-2.htm>

1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928, 4 Nisan). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1219.pdf>

1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930, 6 Mayıs). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1593.pdf>

- 2162 Sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun (1978, 9 Temmuz). https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc061/kanuntbmmc061/kanuntbmmc06102162.pdf
- 3 Sayılı Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Sureti İntihabına Dair Kanun. https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc001/kanuntbmmc001/kanuntbmmc00100244.pdf
- 3017 Sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu (1936, 23 Haziran). <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/3337.pdf>
- 30642 Sayılı 2019 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu (2018, 31 Aralık). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/12/20181231M1-1.htm>
- 30995 Sayılı 2021 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu (2020, 31 Aralık). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/12/20201231M1-1.htm>
- 31706 Sayılı 2020 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu (2019, 31 Aralık). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/12/20191231M1-1.htm>
- 31706 Sayılı 2022 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu (2021, 31 Aralık). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2021/12/20211231M1-1.htm>
- 32060 Sayılı 2023 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu (2022, 31 Aralık). <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/01/1-2023-Yili-Merkezi-Yonetim-Butce-Kanunu.pdf>
- 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun (2005, 19 Ocak). <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5283.pdf>
- 5947 Sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (2010, 30 Ocak). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100130-1.htm>
- 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2011, 2 Kasım). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>
- 694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2017, 25 Ağustos). <https://diyarbakirism.saglik.gov.tr/TR,68156/694-sayili-kanun-hukmunde-kararname-25082017-tarih-ve-30168-sayili-resmi-gazete.html#>
- Aba, G. (2021). Sağlık politikası ve planlaması. G. Aba (Ed.), *A'dan Z'ye sağlık yönetiminde temel kavramlar* içinde (s. 107-140). Nobel Yayınevi.
- Birinci, Ş. (2022). Sağlıkta milli teknoloji hamlesi. M. F. Kacı, M. Şeker ve M. Doğrul (Ed.), *Millî teknoloji hamlesi* içinde (s. 327-352). Türkiye Bilimler Akademisi. <https://doi.org/10.53478/TUBA.978-625-8352-16-0.ch17>
- Cansever, İ. H. (2020). *Türkiye'de sağlık planlaması*. Gazi Kitabevi.
- Cansever, İ. H. ve Tüfekci, N. (2020). Tarihsel süreçte Türkiye'de sağlık planlaması üzerine bir değerlendirme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11(27), 614-628. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.665449>
- Creswell, J. W. (2016). *Nitel araştırma yöntemleri: Beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni*. Siyasal Kitabevi.

- Devlet Planlama Teşkilatı. (1963). *Birinci beş yıllık kalkınma planı (1963-1967)*. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Kalkinma_Plani_Birinci_Bes_Yillik_1963-1967.pdf
- Devlet Planlama Teşkilatı. (1968). *İkinci beş yıllık kalkınma planı (1968-1972)*. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/İkinci_Bes_Kalkinma_Plani-1968-1972.pdf
- Devlet Planlama Teşkilatı. (1972). *Üçüncü beş yıllık kalkınma planı (1973-1977)*. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Yeni-Strateji-ve-Kalkinma-Plani_Ucuncu-Bes-Yil_1973_1977.pdf
- Devlet Planlama Teşkilatı. (1978). *Dördüncü beş yıllık kalkınma planı (1979-1983)*. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Dorduncu-Bes-Yillik-Kalkinma-Plani_1979_1983.pdf
- Devlet Planlama Teşkilatı. (1984). *Beşinci beş yıllık kalkınma planı (1985-1989)*. <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Besinci-Bes-Yillik-Kalkinma-Plani-1985-1989.pdf>
- Devlet Planlama Teşkilatı. (1989). *Altıncı beş yıllık kalkınma planı (1990-1994)*. <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Besinci-Bes-Yillik-Kalkinma-Plani-1985-1989.pdf>
- Devlet Planlama Teşkilatı. (1991). Sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinin rasyonalizasyonu (Yayın No: 2274). <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Sosyal-Guvenlik-ve-Saglik-Hizmetlerinin-Rasyonalizasyonu-OIK-Raporu-1.pdf>
- Devlet Planlama Teşkilatı. (1995). *Yedinci beş yıllık kalkınma planı (1996-2000)*. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Yedinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-1996-2000.pdf
- Devlet Planlama Teşkilatı. (2000). *Uzun vadeli strateji ve sekizinci beş yıllık kalkınma planı (2001-2005)*. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Uzun_Vadeli_Strateji_ve_Sekizinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-2001-2005.pdf
- Devlet Planlama Teşkilatı. (2006). *Dokuzuncu kalkınma planı (2007-2013)*. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Dokuzuncu_Kalkinma_Plani-2007-2013.pdf
- Devlet Planlama Teşkilatı. (2013). *Onuncu kalkınma planı (2014-2018)*. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf
- Eke, E. (2019). *Sağlık dönüşüm dönüşen devlet anlayışı çerçevesinde sağlık sektöründe bir alan araştırması*. Nobel Yayınevi.
- Eke, E., Demir, M., Çam, S. ve Erdem, R. (2023). Türk sağlık sisteminde ihtiyaç duyulan yeni nesil sağlık reformları. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 6(1), 20-37. <https://doi.org/10.54537/tusebdergisi.1113199>
- Hazine ve Maliye Bakanlığı. (2023). *Bütçe büyüklükleri ve bütçe gerçekleştirmeleri, kuruluşlar itibarıyla bütçe ödenekleri ve harcamaları*. <https://www.hmb.gov.tr/bumko-butce-buyuklukleri-ve-butce-gerceklesmeleri> adresinden 26 Mayıs 2023 tarihinde alınmıştır.
- Kampira, A. ve Meyer, J. (2019). *A brief introduction to thematic analysis*. Afegarde Research. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.25899.57128>
- Küçük, A. (2022). Sağlık hizmet ödemelerinde usulsüzlük türleri ve mücadele stratejileri. *Sayıştay Dergisi*, 33(127), 585-607.

- Medimagazin. (2023). *TTB yeni verileri paylaştı: 1361 doktor iyi hal belgesi için başvurdu.* <https://medimagazin.com.tr/hekim/ttb-yeni-verileri-paylasti-1361-doktor-iyi-hal-belgesi-icin-basvurdu-106188> adresinden 19 Haziran 2023 tarihinde alınmıştır.
- Özkan, U. B. (2021). *Eğitim bilimleri araştırmaları için doküman inceleme yöntemi* (4. Baskı). Pegem Akademi.
- Roemer, M. I. (1993). National health systems throughout the world. *Annual Review of Public Health*, 14, 335–353. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.14.050193.00>
- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta dönüşüm*. Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2004a). *80. Yılda tedavi hizmetleri (1923-2003)*. <https://saglik.gov.tr/Eklenti/1441,80yc4b1120kitap-sonpdf.pdf> adresinden 6 Mayıs 2023 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2004b). *Genelge 2004/47*. <https://donersermaye.ogu.edu.tr/Storage/DonerSermaye/Uploads/9-12.pdf> adresinden 17 Haziran 2023 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2010a). *Sağlık istatistikleri yılı 2010* (Rapor No. 832). <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5102,saglikistatistikleriyilligi2010pdf.pdf?0> adresinden 6 Mayıs 2023 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2010b). *Stratejik plan 2010-2014* (Rapor No. 788). <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/538/0/saglik-bakanligi-2010-2014-stratejik-eylem-planipdf.pdf> 17 Haziran 2023 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı değerlendirme raporu (2003-2011)*. Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2020). *Sağlık istatistikleri yılı 2020* (Rapor No. 1240). <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0> adresinden 6 Mayıs 2023 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2021). *Sağlık istatistikleri yılı 2021* (Rapor No. 1260). <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0> adresinden 20 Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2023a). *Tarihçe*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html> adresinden 7 Temmuz 2023 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2023b). *Bakan Koca, 81 il sağlık müdürü ile beyaz reform gündemiyle bir araya geldi.* <https://www.saglik.gov.tr/TR,92424/bakan-koca-81-il-saglik-muduru-ile-beyaz-reform-gundemiyle-bir-araya-geldi.html> adresinden 19 Haziran 2023 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. (1946). *Birinci on yıllık milli sağlık planı*. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. (1973). *Sağlık hizmetlerinde 50 yıl*. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı.
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). *On birinci kalkınma planı (2019-2023)*. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On_Birinci_Kalkinma_Planı-2019-2023.pdf adresinden 19 Haziran 2023 tarihinde alınmıştır.
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2023). *Sağlık göstergeleri*. <https://www.sbb.gov.tr/saglik-gostergeleri/> adresinden 20 Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.

- Türkiye Büyük Millet Meclisi. (1922). Türkiye Büyük Millet Meclisi I. Dönem 3. Yasama Yılı Açış Konuşmaları. *Millet Meclisi Tutanak Dergisi*, 18, s. 2.
- Türkiye Büyük Millet Meclisi. (1923). Atatürk'ün Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin I. Dönem 4. Yasama yılını açış konuşmaları. *Millet Meclisi Tutanak Dergisi*, 28, 2.
- Türkiye Cumhuriyeti 1961 Anayasası. (1961). *1961 Anayasası*. <https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1961-anayasasi/>
- Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası. (1982). *1982 Anayasası*. https://www5.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2018.pdf
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). *Yaşam memnuniyeti araştırması, 2022* (Rapor No. 4680). https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/yasam_memnuniyeti_arastirmasi.pdf adresinden 19 Haziran 2023 tarihinde alınmıştır.
- Uğurluoğlu. Ö. ve Çelik. Y. (2005). Sağlık sistemleri performans ölçümü, önemi ve Dünya Sağlık Örgütü yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 3-29.
- Uz, B. (1954). *Milli sağlık programı ve sağlık bankası hakkında etüdlr*. Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Neşriyatı (No: 177). Ankara.
- Üner, R. ve Fişek, N. (1961). *Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve uygulama planı üzerinde çalışmalar*. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı.
- World Health Organization. (2000). *World health report 2000: Health Systems-Improving Performance*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>