

Cumhuriyetten günümüze Türkiye'nin 100 yıllık sağlık politikaları ve dönüşüm süreci* Turkey's 100 year health policies and transformation process from the republic to the present

Gönderim Tarihi / Received: 30.08.2023

Aysun YILMAZTÜRK¹

Kabul Tarihi / Accepted: 11.10.2023

Doi: [10.31795/baunsobed.1352498](https://doi.org/10.31795/baunsobed.1352498)

ÖZ: Sağlık politikası, bir ülkedeki sağlık sektörünün toplumsal ihtiyaçlar ve öncelikler belirlenerek düzenlenmesi ve yapılandırılması olarak tanımlanabilir. 1923'den günümüze dek uygulanan farklı sağlık politikaları ile sağlık hizmetlerinin niteliği ve toplumun sağlık düzeyi yükseltilmeye çalışılmıştır. Bu çalışmada Türkiye'de sağlık hizmetlerine yönelik izlenen politikaların ve sağlık alanında gerçekleştirilen reform çalışmalarının Cumhuriyetin kuruluşundan bugüne tarihsel süreçte gelişimi kronolojik olarak ele alınmaktadır. Söz konusu süreçte Türkiye'nin sağlık politikalarındaki dönüşüm süreci; demografik göstergeler, kurumlar ve altyapıları, sağlıkta insan gücü ve sağlığın finansmanı olmak üzere farklı kategorilere ait veriler ortaya konarak analiz edilmiştir. Ayrıca sağlık sektörünün tarihsel süreçte dönüşümü, ülkenin içinde bulunduğu siyasi, ekonomik, kültürel ve toplumsal ortamdan bağımsız ele alınamayacağı için bu faktörlere dayalı olarak Cumhuriyetten günümüze Türkiye'nin konjonktürel değişimi özetlenmiştir. Son olarak uygulanan sağlık politikalarındaki dönüşüm değerlendirilirken yapılan çalışmalar tarihsel dönemler halinde gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık politikaları, Sağlıkta dönüşüm

ABSTRACT: Health policy can be defined as the regulation and structuring of the health sector in a country by determining social needs and priorities. With different health policies implemented since 1923, efforts have been made to improve the quality of health services and the health level of the society. This study chronologically examines the development of policies and reform efforts in the field of health care in Turkey since the foundation of the Republic. In this process, the transformation process in Turkey's health policies is analyzed by presenting data from different categories such as demographic indicators, institutions and their infrastructure, manpower in health and health financing. In addition, since the transformation of the health sector in the historical process cannot be handled independently from the political, economic, cultural and social environment in which the country is located, Turkey's cyclical change from the Republic to the present day has been summarized based on these factors. Finally, while evaluating the transformation in the health policies implemented, the studies carried out are shown in historical periods.

Keywords: Healthy, Health policies, Health transformation

* Bu makale, Prof. Dr. Ayşegül Mutlu danışmanlığında 2013 tarihinde tamamladığımız "Sağlıkta Dönüşüm Süreci ve Türkiye'de İlaç Sektörü Paydaşları Üzerine Etkileri" başlıklı doktora tezi esas alınarak hazırlanmıştır.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Balıkesir Üniversitesi-İİBF/Maliye/Maliye Teorisi Anabilim Dalı, yilmazturk@balikesir.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-3313-7594>

EXTENDED ABSTRACT

Literature review

In this section, previous studies in the literature on Turkish Health Policies are given. These articles deal with the history, changes and reforms of health policies in Turkey. These studies analyze Turkey's policy changes in the field of health from the perspectives of different periods, focusing on the development of health services, their effects on public welfare and the reasons for policy changes. Aydın (2022), Ak (2021) discuss Turkey's major reforms to transform and improve the health system since 2003 and the results of these reforms. It is concluded that the SDP created universal health insurance, family medicine and a model that improved access to health services, but failed to realize secondary and tertiary health services as desired. Fedai (2019), Oğuz (2020), in the planned period, health was seen as an area that increased social welfare and the state played a leading role in providing health services. However, it was emphasized that after the 1980s, with the impact of neoliberal policies, the private sector played a greater role in health policies. Cansever (2020) states that health planning plays an important role in the development of the health sector, effective use of resources and increasing the health level of the society. The common conclusion reached in other studies mentioned in the literature review is that health policies have changed and transformed since the republic.

Methodology

In this study, a document analysis method was used to examine the changes in health policies implemented from the proclamation of the Republic to the present day and to analyze these changes by identifying them periodically. The time period that the study focuses on covers the years 1923-2023. The study adopted a descriptive design and aimed to explain the changes in existing health policies over time, their reflections on society, policy preferences and changes in health indicators. Various data sources such as legal regulations, academic studies, health statistics and indicators were used for this study. While this research addresses the transformation process in health policies from a general perspective, the lack of data for some periods is a limitation of the study.

Findings and discussion

The findings of the study are evaluated from three different perspectives. First, the period from the Republic of Turkey covering the years 1923-2023 until today has been analyzed under four sub-headings: demographic indicators, manpower in health, infrastructure of health institutions and health economics using health indicators. Changes in the economic, cultural, political and social structures of a country between different periods lead to differentiation in the health policies to be implemented. In this context, the second point addressed was to analyze the health policies implemented in line with the economic, political and cultural-social changes in the 100-year historical period. Thus, the development of the current situation in health covering the period 1923-2022 is explained in terms of the conjunctural situation of the country. In the final evaluation, the periodical realizations of the health policies implemented are presented.

A general assessment of the transformation process of Turkey's health policies over the past 100 years reveals that health has been recognized as a right since 1923 and that the state has assumed multiple responsibilities in the health sector, planning, implementing, providing services and financing health policies. Policies implemented during this period included restructuring and reorganization of the health system, enactment of health legislation, establishment and expansion of many health facilities across the country, and giving priority to preventive health services. The support of the political environment is one of the biggest advantages. The current level of health in the country has improved in all areas.

Results and recommendations

Since the establishment of the Republic of Turkey, various policies have been implemented to increase the effectiveness of health services. In these policies, the Ministry of Health played a central role, emphasizing preventive health services and health education. From the 1950s onwards, therapeutic health services were also focused on, and in the 1960s, a welfare state approach to health was adopted and the "Law on the Socialization of Health Services" aimed to provide equal health services to all. The health reforms that started in the 1980s created a national health program under the influence of

neoliberal policies and a trend towards marketization was observed. The state assumed a regulatory and supervisory role and the private sector was encouraged to participate more effectively. With the understanding that health services imposed a financial burden on the state and therefore the state could not provide effective and quality services, the private sector was encouraged and state investments in health decreased. The Health Transformation Program, which started to be implemented in 2003, is the most recent and comprehensive reform example. It is observed that the health policies implemented since 1923 have varied depending on economic, political, social, etc. conjunctural changes, and all policy preferences have aimed to increase the effectiveness and efficiency of health services and to ensure that they reach all segments of society.

Giriş

Sağlığa ilişkin mal veya hizmetler, taşıdığı özellikler nedeniyle diğer mal veya hizmetlerden farklı olarak ele alınmalıdır. Sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır. Bu tür mallar tüketimleri sonucu kişiye özel fayda sağlarken, beraberinde toplumsal fayda da getirmektedir. Sağlık hizmetlerinin kamusal nitelik taşıması, ortaya çıkan bu sosyal fayda nedeniyledir. Sağlık konusunda tüm topluma hizmet verilmesi gereği, devletin sağlık sektöründe yer almasını zorunlu kılmakta, sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve örgütlenmesinde başrolde olmasını gerektirmektedir. Öncelikli rolü sağlık politikalarını belirlemek olan devletin tüm nüfus için sağlık koşullarının iyileştirilmesinde birincil sorumluluk sahibi olduğu görülmektedir. Sağlık koşullarının tüm toplum için iyileştirilmesi, aynı zamanda bir sağlık politikasının da temel amacıdır. Böylece devlet, kamu otoritesi olarak ulusal sağlık politikasının geliştirilmesinden sorumlu ana kurum olarak karşımıza çıkmaktadır (Navarro, 2007: 1).

Nüfusun sağlıklı bir şekilde hayatını devam ettirebilmesi için toplumun ihtiyaçları doğrultusunda bütçeden sağlık sektörüne ayrılan payın etkili bir şekilde kullanılması sağlık planlamaları yoluyla olmaktadır. Bu planlamalar sosyal ve ekonomik gelişmeye de katkı sağlar. Uygulanan sağlık politikaları, toplumların sağlık hizmetlerine erişimi, hizmet kalitesi ve sürdürülebilirliği açısından önemlidir. Çalışmada, öncelikle sağlık hizmetleri ve politikası ile ilgili teorik çerçeveye yer verildikten sonra, Türkiye'nin kuruluş yıllarından itibaren uygulanan sağlık politikalarının nasıl değişim gösterdiği, farklı zaman dilimlerindeki politika yaklaşımları ve sağlık sistemine etkileri incelenmiştir.

Ayrıca sağlık sektörünün yapılandırılmasında önem arz eden demografik göstergeler, insan gücü, kurumların fiziki altyapısı ve harcamaların finansmanına ait veriler dönemler itibariyle verilerek 1923-2022 yıllarını kapsayan 100 yıllık Cumhuriyet tarihimiz boyunca sağlık sisteminin gelişimi ele alınmıştır.

Sağlık kavramı, sağlık sistemleri ve sağlık politikalarının kavramsal boyutu

Sağlıklı bir çevrede sağlıklı bir yaşam sürdürebilme hakkı temel insan haklarından biri olarak insanlık tarihi kadar eskiye gidebilmektedir.

Sağlık kavramı 1940'lı yıllara kadar sadece hastalık, sakatlık ya da ölüm ile ilgisi kurulan dar bir çerçevede ele alınırken, bugün daha farklı ve geniş bir bakış açısını ifade etmektedir (Yenimahalleli, 2007: 1). Sağlık kavramı için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1946 yılında yapılan tanım; "bedensel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali"ni ifade etmekte ve yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Bu tanım, sağlıklı olma durumunu sadece fiziksel değil, sosyal ve psikolojik boyutlarıyla da ele alarak daha geniş bir çerçeveye kavuşturmuştur. Bu şekilde daha çağdaş bir yaklaşımı ifade etmekte; sadece hastalık-sakatlık haline indirgenen bireysel bir olgu olmanın ötesinde toplumsal yönüne de vurgu yapılmaktadır. Böylece sağlığın korunması kadar sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi de önemli hale gelmektedir.

Bugünkü çağdaş anlayışa göre, "barış, yeterli beslenme ve gelir, gerekli niteliklere sahip konut ile temiz içme suyu" sağlık için temel unsurlar arasında yer almaktadır. Bu unsurlar olmadan bir toplumda ekonomik gelişme ve kalkınma da mümkün değildir (Yıldırım, 1994: 3). Sağlıklı olmanın temel gereksinimleri olarak sayılan bu şartlar, biyolojik ve fiziki yaşam koşullarının insan sağlığı bakımından taşıdığı önemi vurgulamaktadır. Sağlık kavramının temel belirleyicileri olarak çevre faktörünü sırası ile genetik miras, yaşam tarzı tercihleri ve sağlık hizmetlerine erişim faktörleri izlemektedir. Özellikle çevre olmak üzere sayılan temel sağlık şartlarının sağlık sektörü dışında kalan unsurlar olması dikkat çekicidir. Bu husus sağlık hizmetlerinin sunumunda diğer birçok sektörle iş birliğini gerekli kılmaktadır. Bu noktada, evrensel düzeyde fiziksel, ruhsal ve sosyal bütünlüğün korunması olarak tanımlanan sağlık alanı sadece tedavi edici hizmetleri değil, koruyucu ve rehabilite edici hizmetleri de kapsamaktadır. Böylece tıbbi tanı ve tedavi uygulamaları kadar koruyucu sağlık hizmetleri de ulusal düzeyde toplumsal nitelik arz etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin temel niteliği, tüm nüfusu ilgilendirmesi nedeniyle toplumsal özelliğinin olmasıdır. Bu özelliğiyle ekonomi alanında üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden ayrılmaktadır. Sağlık

hizmetleri kendi özgün koşulları nedeniyle farklı bir piyasa yapısını ifade eder. Bu koşulların başında öncelikle kamu hizmeti niteliği taşıması gelmektedir. Nitekim sağlık hizmetleri, DSÖ tarafından, toplumun gereksinim ve isteklerine göre tüm önleyici ve tedavi ile ilgili etkinlikleri gerçekleştirmek amacıyla ülke genelinde düzenlenmiş sürdürülebilir sistem olarak kabul edilmektedir. Bu görüş, sağlık hakkının kamu tarafından güvence altına alınması gereğini; aksi durumlarda ise en azından devletin piyasayı düzenleme görevi bulunduğunu ifade etmektedir. “Çağdaş toplumlarda, bireyler için bir hak olarak kabul edilen sağlık hizmetleri, devlet için de bir sorumluluk olarak kabul edilmektedir” (Polatcan, 1989: 189). Böylece devlet, farklı sağlık merkezlerinde sağlık iş gücü vasıtasıyla sağlık hizmetlerini planlayan ve topluma hizmet edilmesini sağlayan kurum olarak görülmektedir. Tarihsel süreçte bakıldığında herkese sağlık hizmetinden yararlanma olanağının sağlanmasının devletin görevi olduğu düşüncesinin 19.yy ortalarında belirdiği, 1948 “Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi” ile toplumda yaşayan her bireyin üst seviyede sağlık hizmetine kavuşmasının doğal hakkı olduğunun ifade edildiği görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kamusal nitelik taşıması ve devlet eliyle yürütülmesi gerektiği düşüncesi, ihtiyaç duyulan toplumsal fayda nedeniyle. Bu kamusal özellik ve tüm nüfusu ilgilendirmesi nedeniyle hizmetlerin etkin bir şekilde verilmemesi durumunda negatif dışsallık oluşabilmekte, toplumun tümünün zarar görmesi mümkün olabilmektedir. Kamusal dışı sağlık sektörünü diğer mal ve hizmet üretilen sektörlerden ayıran özelliklerden biri de hizmetin ne zaman talep edileceğinin belli olmamasıdır. Ayrıca maliyet belirsizliği söz konusudur.

Sağlık sistemi kavramına ve sağlık sistemlerinin yapı ve işleyişini etkileyen unsurlara bakıldığında, DSÖ 2000 yılı Raporu’nda bir sağlık sisteminin, sağlık alanındaki gelişmeleri ve yenilikleri takip etmesi ve sürdürülebilir olmasına vurgu yapıldığı görülmektedir. Sağlık sistemleri, sağlık sektörüne dâhil olan tüm sistem altyapılarını, bu alanda üretilen tüm mal ve hizmetleri, ürünlerin üretim ve tüketimine ilişkin tüm süreçleri kapsar. Bu kapsama mali yapı ve ekonomik boyut da dâhildir. Daha geniş anlamıyla sağlık sistemi, sağlık faaliyetlerinin maliyetlerinin karşılanması, bu alanda yapılan düzenlemeleri, hizmetlerin sunumu için gerekli kaynakların oluşturulmasını, çeşitli karar süreçlerini ve kurumları içerir. Bir sağlık sistemi, sağlığın iyileştirmesi sorumluluğu kadar hastalık sonucu oluşacak maliyetlerin karşılanması görevini de üstlenir. (Uğurluoğlu, 2005: 12). Böylece bir sağlık sisteminin, finansal koruma sağlaması, tüm nüfusun sağlık hizmetinden yüksek standartlarla yararlanması ve beklentilere yanıt verebilmesi olmak üzere üç temel amacından söz edilebilir.

Öte yandan bir sağlık sistemine dair bazı ölçüt ve göstergelerinden söz edilebilir. Sağlıkla ilgili mal ve hizmetlere ulaşabilme, ihtiyaca cevap verilebilmesi, hizmette süreklilik, herkesin eşit ve adil bir şekilde yararlanabilmesi, doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi değerleri, sağlıkta insan gücü sayısına göre nüfus verileri gibi ölçütler sıralanabilir. Sağlık sisteminin mali yapısı bakımından birtakım ölçütlere bakıldığında toplam sağlık harcamasının toplam bütçeye ve GSYH’ya oranı, kamu ve özel sağlık harcamalarının oranı, kişi başına düşen sağlık harcaması, bu harcamaların neden olduğu mali yük ve ekonomi üzerindeki etkisi gibi göstergeler karşımıza çıkmaktadır.

Son olarak sağlık sistemlerinin işleyişini etkileyen unsurlara bakıldığında, bir ülkenin sağlık sistemi ile ilgili göstergeleri esas olarak uygulanan sağlık politikasının belirlediği görülmektedir. Sağlık verilerini etkileyen ikinci faktör, bireylerin sağlıklı olmak bilinciyle hareket etmeleri ve yaşam tarzı tercihleridir. Bu tercihler hem seçilen sağlık politikalarını etkilemekte, hem de bu politikaların etkisi altında kalınmaktadır. Sağlık verilerini etkileyen üçüncü unsur ise ülkenin ekonomik gücü ve gelirin adil dağılımıdır. Bu belirleyici unsurlar sağlık politikalarının uygulanmasında ülkeler arasında farklı sonuçlara neden olabilmektedir. Benzer sağlık altyapısına sahip ülkeler benzer siyasi, ekonomik ve sosyal yapı sergilese de, sağlık verileri kadar sağlık sorunları da farklılaşmaktadır. Sonuç olarak sağlık kişisel olduğu kadar toplumsal bir olgudur ve her sağlık sisteminin karakteri farklılık göstermektedir.

Türkiye’de sağlık politikalarında dönüşüm süreci

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmeye çalışılması Cumhuriyetin kuruluşu ile başlamıştır. Sağlık hizmetleri ile ilgili politikaların oluşturulmasında Batı’daki uygulamalar dikkate alınmıştır. 1920-1923 döneminde

daha çok mevzuata dönük geliştirme çabaları mevcuttur. Sağlık sektörü ile ilgili temel kanunların Cumhuriyetin ilk yıllarında (1923-1937) çıkarıldığı görülmektedir. Bu kanunlarla Sağlık Bakanlığının sorumluluk alanları belirlenmiş, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkarılmıştır. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele yöntemlerine öncelik verilerek küçük yerleşim birimlerinde muayene ve tedavi merkezleri kurulmaya çalışılmıştır. Bu bölgelerde yerel yönetimlerin hastane açmalarının yolu açılmıştır. Aynı dönemde koruyucu hekimlik hizmetleri merkezi yönetim tarafından, tedaviye yönelik hizmetler ise yerel yönetimler tarafından yürütülmeye çalışılmıştır. Sağlık personeli ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakülteleri ve yurtları açılarak mezunlarına zorunlu hizmet yükümlülüğü getirilmiştir. İlçelerde tedavi ve muayene merkezleri sayısı artırılmıştır. (Özden, 2005: 1504). Özellikle 1937'ye kadar Refik Saydam döneminde, şehirlerde sağlık müdürlükleri ilçe merkezlerinde ise hükümet tabiplikleri açılarak, sağlık organizasyonunun temelleri oluşturulmuş, önleyici sağlık hizmetleri merkezi otoritenin yetki ve sorumluluğuna verilerek bütçeden bu amaçla pay ayrılmıştır (Akdur, 1999: 50).

1938-1960 dönemleri arasında sağlık kuruluşları sayıca artırılırken, hastane yönetimi yerel yönetimlerin yetki alanından alınarak Sağlık Bakanlığına verilmiştir. Her ne kadar Cumhuriyetin ilk sağlık planı olan "Birinci 10 Yıllık Milli Sağlık Planı" 1946'da açıklanıp yasallaşmasa da, içeriği ile sonraki yıllarda ülkenin sağlık yapısını etkilemiştir. Bu planda ülkede yedi sağlık bölgesi yer almaktaydı. Bir bölgede bulunan her 40 köy için bir sağlık tesisi kurulacaktı. Tesislerde hem önleyici sağlık hizmetleri hem de tedaviye yönelik hizmetler söz konusu olacaktı. Ayrıca her bölgede bir tıp fakültesi kurulması hedeflenmişti. Nitekim UNICEF ve DSÖ'den alınan desteklerle çocuk ölümleri ve enfeksiyon kaynaklı ölümlerle mücadele amaçlı birçok doğumevi, Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri, Verem Savaş Dernekleri kurulmuş, sağlık personeli yetiştirilmesinde mesafe alınmıştır. 1945'te sağlık merkezi sayısı 8 iken, 1950'de bu sayı 22, 1955'de 181, 1960'da ise 283 olmuştur. Beklenen ortalama ömür süresinin 1950-1955 yılları arasında 43,6 iken, 1960-1965 yıllarında 52,1, 1970-1975 yılları arasında ise 57,9 olarak gerçekleştiği görülmektedir. (Akdağ, 2010: 17).

Milli Sağlık Planı'nın 1946 yılındaki açıklamasında, ülkenin yedi farklı sağlık bölgesine ayrılması öngörülmüştü. 1954 yılındaki Milli Sağlık Programı'nın yayınlanmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinin yapılandırılması için on altı sağlık bölgesinin oluşturulması planlanmış ve bu çerçevede detaylı stratejiler belirlenmiştir (Akdağ, 2010: 18).

1950-1960 dönemleri arasında sağlık alanında kaydedilen gelişmeler sayısal olarak görülmektedir. Bu dönemde doktor sayısı 6895'den 9826'ya, hemşire sayısı 737'den 2420'e ve ebe sayısı 1285'ten 3126'ya yükselmiştir. Hastane ve yatak sayısı da artarak 1950'de 19.038'den 1960'da 46.373'e ulaşmıştır. Aynı yıllarda yataklı sağlık kurum sayısı 201'den 566'ya çıkmıştır (Akdağ, 2010: 18).

1961-1980 dönemine bakıldığında, il ve ilçelerde kurulan hastane ve sağlık ocakları ile halkın ihtiyaçlarının giderilmesinde sürekliliği ve ulaşılabilirliği olan, birbiriyle entegre bir sistem kurulmaya çalışılmıştır. 1963'de ilk Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık hizmetleri ile ilgili olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, sağlık personelinin bölgelerarası eşitsizlikler giderilecek şekilde dağılımının sağlanması, ilaç endüstrisinin güçlendirilmesi ve özel hastanelerin kurulmasının önünün açılması gibi hedefler konmuştur. 1965'de nüfus artışını destekleyen politikadan nüfus artışını sınırlamayı amaçlayan politikaya geçiş yapılmıştır. 1961 yılında kabul edilerek, 1963'de uygulanmaya başlanan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu" ile bu hizmetlerin eşit, sürekli, entegre ve kademeli olmasının yanında nüfusa göre organize edilmesi ilkeleri benimsenmiştir (Akin, 2006: 13). Bu kanunla hem koruyucu sağlık hizmetleri hem de birinci basamak tedavi edici hizmetlerin alınmasını sağlayacak sağlık ocaklarının nüfusa göre artırılması hedeflenmiştir. Köy ve mahallelerde sağlık ocaklarına bağlı olarak sağlık evlerinin kurulmasıyla sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve tüm nüfusa ulaştırılması düşünülmüştür. Ayrıca bölge hastaneleri ve bölge laboratuvarlarının kurularak Sağlık Grup Başkanlıklarına bağlanması yoluyla entegre bir sistem inşasının tamamlanması öngörülmüştür. Bu örgütlenme yapısı ile ileri bir yaklaşım olarak kabul edilen proje, pilot bölge olarak belirlenen Van'da uygulanmaya başlamıştır (Bostan, 2009: 21).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleşmesi çalışmaları, doktor ve sağlık personeli sayısında yetersizlik, birimler arası iş birliği eksikliği, ödenek yetersizliği gibi nedenlerle istenen düzeyde seyretmese de 1966 yılı sonrasında da devam etmiştir. 1982 Anayasası'nda sağlık hizmetleri yeniden tanımlanarak devletin

herkesin sağlığını korumakla yükümlü olduğu, bu görevin kamu ve özel sektör eliyle yerine getirileceği ve Genel Sağlık Sigortası kurulabileceği ifade edilmiştir.

1987 yılında “Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu” ile genel bir sağlık sigortası oluşturulmak istense de kanunla ilgili düzenlemeler uygulamaya konmamıştır. 1990’lı yıllarda ise küreselleşme ve liberalleşme akımlarına bağlı olarak dünyada birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de bir takım sağlık reformları görülmektedir. 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı’nca (DPT) hazırlanan Sağlık Sektörü Master Planı’nı 1992’de başlatılan Yeşil Kart uygulaması takip etmiştir. Bu uygulamayla mali yetersizlik nedeniyle sağlık güvencesi olmayan kesime kamu tarafından ücretsiz sağlık hizmeti sağlanmıştır. 2001 yılında yeşil kart kullanan kesim 11 milyon ile nüfusun %17’sini oluşturmuştur.

2002 yılında “Acil Eylem Planı’nda Herkese Sağlık” başlığı altında uygulanacak reformlar bir takvime bağlanmış, 2003 yılına gelindiğinde Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaya geçirilmiştir. Bu program ile tüm yurttaşlar için ulaşılabilir olan bir sistemin oluşturulması, hizmetlerin etkin ve kaliteli olması, sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında özel sektör ile iş birliği yapılması ve sağlık harcamalarının karşılanmasında finansal sürdürülebilirlik hedeflenmiştir. Bu programda, 1980 sonrası rastlanan devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi ve özel sektörün bu hizmetlerin sunumu için teşvik edilmesi düşüncesi yeni bir bakış açısını göstermektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile getirilen en önemli yenilik, Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasıdır. 2008’de geçilen bu uygulama ile temel sağlık hizmetlerinden tüm vatandaşların yararlanması amaçlanmıştır. Sistem, herkesin sağlık hizmetlerine erişimini eşit ve standart hale getirme gerekçesiyle kurulmuştur. Herhangi bir sağlık güvencesi olmayan kişiler de sağlık hizmetlerinden yararlanabileceklerdir. SDP ile sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, sağlık kurumlarının idari ve mali özerkliğe kavuşması, akılcı ilaç kullanımının sağlanması ve tüm sağlık bilgilerinin izlenebildiği veri tabanı oluşturulması şeklindeki hedeflerde 2003-2023 döneminde gelişmeler kaydedildiği söylenebilir.

Sonuç olarak Cumhuriyetimizin kuruluşundan bugüne sağlık alanında daha iyi hizmet vermeyi amaçlayan bir dizi reformun gerçekleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumu, altyapısı, insan gücü ve finansmanının sağlanmasında değişikliklere gidilmiş, devletin rolü bu süreç içinde dönüşüme uğramıştır.

Literatür taraması

Bu bölümde Türk Sağlık Politikaları ile ilgili olarak literatürde daha önce yapılmış çalışmalar verilmiştir. Belirtilen makaleler, Türkiye’deki sağlık politikalarının tarihçesi, değişimi ve uygulanan reformları ele alan çalışmalardır. Bu çalışmalar, Türkiye’nin sağlık alanındaki politika değişimlerini farklı dönemlerdeki perspektiflerden analiz ederek, sağlık hizmetlerinin gelişimi, toplum refahına etkileri ve politika değişimlerinin nedenlerine odaklanmaktadır.

Aydın (2022)’ye göre Türkiye’nin 2003’ten itibaren sağlık sistemini dönüştürmek ve iyileştirmek amacıyla gerçekleştirdiği önemli reformları ve bu reformların sonuçlarını ele almaktadır. Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşundan bugüne kadar sağlık hizmetlerini iyileştirmek için yapılan yasal düzenlemeler ve uygulamalar açıklanmış, elde edilen sonuçlar tarihsel bir perspektifle değerlendirilmiştir. SDP ile evrensel sağlık sigortası, aile hekimliği ve sağlık hizmetlerine erişimi iyileştiren bir model oluşturulduğu, ancak ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin yerinden yönetimi istenilen şekilde gerçekleştirilemediği sonucuna varılmıştır.

Ak (2021)’e göre farklı dönemlerdeki sağlık politikalarının incelendiği ve bu politikaların çeşitli sonuçlar doğurduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık politikalarındaki değişimler, bazen olumlu etkiler yaratmışken bazı alanlarda eksiklikleri göstermiştir. Cumhuriyetin kuruluşundan itibaren devletçilik ve halkçılık ilkeleri doğrultusunda başlayan sağlık politikaları, zaman içinde farklı programlar ve reformlarla şekillenmiştir. Ancak, özellikle SDP gibi büyük reformlar, bazı alanlarda beklenen sonuçları vermemiştir. İlaç fiyatlandırması gibi düzenlemeler olumlu etkiler yaratmışken, aile hekimliği sistemi ve kapı tutma modeli gibi alanlarda istenilen başarı elde edilememiştir. Ayrıca, pandemi gibi olağanüstü durumlar sağlık politikalarının zorluklarını ve eksikliklerini ortaya koymuştur. Bu nedenle, çalışma

sağlık politikalarının farklı dönemlerdeki değişimlerinin karmaşık bir tabloya işaret ettiğini göstermektedir.

Cansever (2020) çalışmasında, Türkiye'deki sağlık planlaması tarihini ele alarak, sağlık politikalarının amacını ve dönüşümünü incelemektedir. Sağlık planlamasının, sağlık sektörünün gelişiminde, kaynakların etkili kullanımında ve toplumun sağlık düzeyinin artırılmasında önemli bir rol oynadığını belirtmektedir. Cumhuriyet'ten günümüze sağlık planlamasındaki değişimi ve başarılı stratejik planları vurgulamakta, bunun Türkiye'nin sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık durumu üzerinde olumlu etkileri olduğuna işaret etmektedir.

Oğuz (2020), Türkiye'deki sağlık politikaları 1900'lerden günümüze kadar incelenmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli niceliksel gelişmeler gözlemlenirken, devlet 1980'lere kadar büyük ölçüde sağlık hizmetlerini sunma konusunda öncü rol oynamıştır. Ancak 1980'lerden itibaren özellikle 2002'den sonra hız kazanan neoliberal ekonomi politikalarıyla birlikte Türkiye'nin sağlık politikalarının zaman içinde dönüşüme uğradığı ve özellikle 2002'den sonra özel sektörün sağlık hizmetlerinde daha fazla rol aldığı yönündedir. Ayrıca, şehir hastaneleri ve kamu-özel iş birliği modellerinin yeni bir yönlendirme oluşturduğu belirtilmiştir.

Altındağ ve Yıldız (2020), sağlık alanında yaşanan gelişmeleri, sağlık hizmetlerini ve Türkiye'deki sağlık sistemi dönüşümünü ele alan bir incelemedir. Çalışmada yer alan bilgiler ve değerlendirmeler, sağlık politikalarının ve hizmetlerinin nasıl şekillendiği konusunda genel bir bakış sunmaktadır. Çalışma, sağlık harcamalarının artması, sağlık sigortalarının yükünün artması ve bu durumun sağlık reformlarını zorunlu hale getirdiğini belirtmektedir. SDP gibi reformların, sağlık harcamalarını kontrol altına almayı, hizmet kalitesini artırmayı ve sürdürülebilirliği sağlamayı amaçladığını vurgulamakta, ayrıca Türkiye'deki sağlık sistemindeki değişikliklerin, özellikle SDP'nin, sağlık hizmetlerinde ve yönetiminde önemli gelişmeleri beraberinde getirdiğini belirtmektedir.

Fedai (2019), çalışmasında sağlık hizmetlerinin Türkiye'deki tarihsel gelişimi incelenmiştir. 1923-2003 dönemi ele alınarak sağlık hizmetlerinin değişim süreci açıklanmıştır. Planlı dönemde sağlık, sosyal refahı artıran bir alan olarak görülmüş; 1980'lerden sonra sağlık politikaları özellikle özel sektörün teşvik edilmesi ve yapısal reformlar doğrultusunda değişmiştir. Sağlıkta dönüşüme odaklanılan bu dönemde kamunun sağlık yatırımları azalmış, özerklik ve modern işletmecilik vurgulanmıştır.

Sarı (2019), Türkiye'deki sağlık sisteminin dönüşümünü ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeleri ele alarak, toplumsal refahın artırılmasında sağlığın önemine dikkat çekmekte ve sağlık politikalarının geliştirilmesi, karar alma süreçleri, uygulama ve değerlendirme aşamalarının sağlık alanındaki başarıyı etkilediği belirtilmektedir. Çalışma Türkiye'de sağlık sistemindeki değişimleri ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeleri değerlendirerek, sağlık dönüşümünün toplum refahını artırmada önemini vurgulamaktadır.

Nesipoğlu (2018), sağlık politikalarının tarihsel gelişiminin ekonomik, siyasi, coğrafi, kültürel ve sosyal faktörlerin etkisiyle şekillendiğini ve politikaların belirlenmesi ile uygulanmasının bu unsurların etkisine bağlı olduğunu vurgulamaktadır.

Evsile (2018)'e göre Türkiye Cumhuriyeti kuruluş döneminden itibaren sağlık hizmetlerinde sınırlı bütçe kaynakları içerisinde olmasına rağmen önemli ilerlemeler kaydetmiştir. Yeni devlet, hastane sayılarını artırmış, hasta yatak sayılarını çoğaltmış, sağlık personeli yetiştirmiş ve hastalıklarla mücadelede ciddi adımlar atmıştır. Bu çabalar neticesinde, hastalık oranları düşmüş, hastalıklarla mücadelede başarılar elde edilmiş ve sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylaşmıştır. Bu şekilde, sağlık sektöründe Cumhuriyetin kuruluş döneminden itibaren sağlık politikalarında önemli ilerlemeler kaydedtiği sonucuna ulaşılmıştır.

Erol ve Özdemir (2018), 20. yüzyılın son çeyreğinden başlayarak 1980'ler sonrası dönemi kapsayan çalışmasında 1980 sonrası neoliberal politikaların etkilerini inceleyerek, bu dönemdeki sağlık politikalarındaki değişimleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Neoliberal politikaların sağlık sektörüne etkilerini ve Türkiye'deki sağlık politikalarındaki değişimi ele alarak, sağlık hizmetlerindeki değişimleri,

sağlık harcaması artışlarını, finansman sorunlarını ve sosyal güvenlik sistemlerinin sürdürülebilirliğini eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirmektedir.

Cansever (2018), Türkiye'nin kuruluş yıllarından başlayarak günümüze kadar olan dönemleri ele almaktadır. 1920'lerden itibaren başlayarak 1980 sonrasına kadar olan dönemlerdeki sağlık politikalarının ve devletin sağlık alanındaki rolünün nasıl değiştiği anlatılmaktadır. Türkiye'nin kuruluşundan günümüze sağlık politikalarının ve sağlık hizmetlerinin nasıl değiştiğini ve devletin bu alandaki rolünün nasıl dönüştüğünü ele almaktadır. Bu değişimler, hem dünya siyasi ve ekonomik koşullarının etkisiyle hem de Türkiye'nin içinde bulunduğu dönemsel durumlarla ilişkilendirilmektedir. Türkiye'nin sağlık politikalarının zaman içinde devletin rolüne, dünya siyasi ve ekonomik koşullarına ve içsel değişimlere bağlı olarak evrildiği ve sağlık hizmetlerinin farklı dönemlerde farklı anlayışlarla ele alındığı görülmektedir. Bu dönemsel değişimler, devletin sağlık alanındaki rolünün politika yapıcı, hizmet sunucu, denetleyici ve düzenleyici olarak değiştiğini ve sağlık hizmetlerinin topluma eşit şekilde ulaştırılması amacıyla çeşitli dönemlerde farklı politika ve uygulamaların hayata geçirildiğini göstermektedir.

Işıkçı (2016), Türkiye'deki sağlık politikasının neoliberal politikaların etkisiyle ciddi bir dönüşüme uğradığını ve bu dönüşümün toplum üzerindeki etkilerini analiz etmiştir. Neoliberal politikaların etkisiyle devletin sağlık hizmetlerinden çekildiği, sağlık hizmetlerinin piyasa taleplerine göre düzenlendiği ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin arttığı ifade edilmektedir. Bu politika sonucunda sağlık hizmetlerinin kazananlarının piyasa aktörleri, kaybedenlerinin ise sağlık çalışanları ve dar gelirli vatandaşlar olduğu belirtilmektedir. Ayrıca, bu dönüşümün toplumda sağlık eşitsizliklerini artırabileceği ve sağlık hizmetine erişimi daraltabileceği uyarısı yapılıyor. Türkiye'deki sağlık politikasının neoliberal politikaların etkisiyle dönüştüğünü ve bu dönüşümün toplumsal etkilerini incelemektedir. Neoliberal politikaların etkisiyle devletin sağlık hizmetlerinde geri çekildiği, sağlık hizmetlerinin piyasa taleplerine göre şekillendiği ve sağlık eşitsizliklerinin artabileceği vurgulanmaktadır.

Saltık (2014), Türk sağlık sisteminin tarihsel gelişimini ve değişimini anlatarak, başlangıçta Selçuklu Dönemi'nde önemli adımlar atıldığını, Osmanlı döneminde ise duraksama yaşandığını belirtmiştir. Batı'dan etkilenerek sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmaya başladığı, kurumsallaşma çabalarının arttığı ve sağlık hizmetlerinin toplumsallaştığı ifade edilerek, günümüzde ise büyük sağlık sektörü çalışanı ve yaygın kamu-özel sağlık kurumları ile dinamik bir yönetim sürecinin devam ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

Kökçü (2014), Türkiye'de Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar olan sağlık politikalarını ele almaktadır. Türkiye'deki sağlık politikalarında yaşanan tarihsel değişimleri özetlemektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve akılcı kaynak kullanımı gibi konulara da vurgu yapmaktadır. Türkiye'deki sağlık politikalarının tarihsel gelişimi ve günümüzdeki durumu anlatılmaktadır. Cumhuriyetin başlangıcında koruyucu sağlık hizmetleri öne çıkmış, sonraki dönemlerde tedavi edici hizmetler de önem kazanmıştır. Son on yılda ise sosyal sigortalar kurumlarının birleştirilmesi, aile hekimliği sistemine geçilmesi, hastane yönetiminde özerklik ve performansa dayalı ödeme gibi değişiklikler gerçekleşmiştir. Sürdürülebilirlik ve akılcı kaynak kullanımı vurgulanmıştır.

Kurt ve Şaşmaz (2012), Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin tarihçesini ve özellikle sosyalleştirme sürecini ele almaktadır. 1961 yılında başlayan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilme sürecini ve bu sürecin sonraki yıllarda nasıl geliştiğini açıklamaktadır. Ayrıca, 2003 yılında gerçekleştirilen "SDP ile sosyalleştirme sürecinin sona erdiğini belirtmektedir. Bu nedenle çalışma, 1960'ların ortasından 2000'lerin başına kadar olan dönemi kapsamaktadır. Sosyalleştirmenin sağlık hizmetlerini toplumsal eşitsizlikleri azaltarak, herkese eşit, nitelikli ve ücretsiz hizmet sunma amacı doğrultusunda şekillendirdiğini vurgulamaktadır. Ancak zamanla politik ve ekonomik engeller nedeniyle sosyalleştirme ilkelerinden uzaklaşıldığı ve özelleştirmeye doğru bir dönüş olduğu belirtilmektedir. Çalışmadaki önerilere göre, sağlık hizmetlerinin devletin anayasal görevi olarak kabul edilmesi, koruyucu hizmetlere öncelik verilmesi ve nitelikli sağlık yöneticileri kadrosunun oluşturulması gerektiği vurgulanmaktadır.

Ağırbaş vd (2011), çalışmasında Cumhuriyetin ilk yıllarında, özellikle Atatürk döneminde sağlık alanında evrensel bir politikanın benimsendiği ve bu politikanın koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, toplum katılımı ve hastalıklarla mücadelesi gibi yaklaşımlarla şekillendiği ve uygulandığı, Atatürk dönemi sağlık politikalarının günümüz sağlık politikalarına örnek olacak nitelikte olduğu sonucuna varılmıştır.

Yaşar (2010), bu çalışmada, Türkiye'deki sağlık politikalarının ve sağlık hizmetlerinin performansını incelemekte, bu politikaların belirlenen nihai hedeflere ulaşma sürecini değerlendirmektedir. Sonuç olarak, Türkiye'nin sağlık sisteminin nihai hedeflerine henüz ulaşamadığını ve Türk sağlık politikalarının tam anlamıyla başarılı olmadığı sonucuna varmaktadır. Sağlık politikalarının iyileştirilmesi için hem sağlık durumunu düzeltmeye yönelik önlemlerin artırılması hem de sosyal politikaların güçlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Karabulut (2007), Dr. Refik Saydam'ın 1925-1937 yıllarındaki Sağlık Bakanlığı döneminin Türkiye'deki sağlık politikalarına büyük etkileri olduğunu vurgulamaktadır. Bu dönem, Cumhuriyet'in ilk yıllarındaki ulusal coşkunun ve halkçı devlet anlayışının sağlık hizmetlerine yansıdığı bir dönem olarak öne çıkarılmıştır. Dr. Saydam'ın liderliği altında sağlık hizmetleri, halkın ihtiyaçlarına odaklı olarak düzenlenmiş ve sosyal devlet anlayışının örnekleri sunulmuştur. Bu dönemin sağlık politikaları, Türkiye'nin gelecekteki sağlık hizmetlerinin temelini atmış ve ilerleyen yıllarda da izlenecek yolu belirlemiştir.

Ağartan (2005), bu çalışmada Türk refah devletinin yeniden yapılanması çerçevesinde sağlık sektöründeki politika sürecini incelemekte, sağlık politikası ve reformunun hükümetin yürütme organları tarafından yönlendirildiğini doğrularken, aynı zamanda çıkar gruplarının daha etkin katılımının da arttığına işaret etmektedir. AB'nin rolü de göz önüne alınırsa, gelecekteki sağlık politikasının nasıl şekillenebileceği öngörülebilir. Ayrıca Sağlık Bakanlığının 'dönüşüm' ve 'reform' tanımlarıyla, sağlık sisteminde önemli değişikliklerin yaşandığı ve yeni aktörlerin etkisinin arttığı belirtilmektedir.

Bu çalışmalara dayanarak Türkiye'nin sağlık politikalarının tarihi seyrinde dönemsel gelişmeler gösterdiği ve farklı dönemlerde farklı politika yaklaşımlarının benimsendiği sonucuna ulaşılabilmektedir.

Yöntem

Araştırma yöntemi olarak, araştırma konusu olan Cumhuriyetten günümüze uygulanan sağlık politikalarındaki dönüşüm sürecinin, dönemler itibarıyla tespit edilmesini ve bu tespitler üzerinden değerlendirmelerde bulunulmasını sağlayan doküman analizi yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın konusu 1923-2023 dönemini kapsamaktadır. Araştırma, betimsel bir tasarımı benimsemektedir. Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, TÜİK ve OECD tarafından kamuoyuna sunulan istatistik veriler incelenerek, mevcut sağlık politikalarının zaman içindeki değişimi, bu değişimin topluma nasıl yansıdığı, politika tercihlerinin ve sağlık göstergelerinin değişiminin tarihî seyrini açıklamayı hedeflemektedir. Çalışmada çeşitli veri kaynakları kullanılmıştır. Geçmiş dönemlerdeki politika tercihlerinin gelişimini yansıtmak amacıyla sağlık politikalarının yasal zeminini oluşturan yasa, yönetmelik, kararlar ve diğer resmi belgeler veri kaynaklarının bir kısmını oluşturmaktadır. Öte yandan sağlık alanında dönemler itibarıyla değişen eğilimleri ve sonuçlarını detaylı bir şekilde ele almak açısından sağlık politikalarıyla ilgili akademik çalışmalardan yararlanılmıştır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin performansının ve etkilerinin değerlendirilmesinde sağlık istatistikleri ve göstergeleri kullanılmıştır. Bu araştırma, sağlık politikalarındaki dönüşüm sürecini genel bir bakış açısıyla ele alırken bazı dönemlere ait verilere ulaşılabilmesi çalışmanın sınırlılığı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bulgular ve tartışma

Bu bölümde araştırmanın bulguları sunulmuştur. İlk olarak 1923-2023 yıllarını kapsayan Cumhuriyetten günümüze kadar geçen süreç, sağlık göstergelerinden faydalanılarak demografik göstergeler, sağlıkta insan gücü, sağlık kurumlarının altyapısı ve sağlık ekonomisi olmak üzere dört alt başlıkta incelenmiş

ve 100 yıllık tarihsel süreçte yaşanan ekonomik, siyasi ve toplumsal değişimlere bağlı olarak uygulanan sağlık politikaları ele alınmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular aşağıda özetlenmiştir.

Tablo 1: Cumhuriyetten günümüze temel sağlık göstergelerinin karşılaştırılması (1923-2023)

	1923	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2023*
GENEL DEMOGRAFİK GÖSTERGELER											
Nüfus	13,6 ¹	16,2 ²	17,8 ³	20,9	27,8	35,6	44,7	56,5	67,8	73,7	85,7 ⁴
Nüfus Artış Hızı	-	2,3 ⁵	2,1	2,3	3,1	2,7	2,2	2,3	2,0	1,6	0,7
Kırsal Nüfus	75,8	76,5	75,6	75	68,1	61,5	56,1	41	35,1	23,7	14,8
Kentsel Nüfus	24,2 ⁶	23,5	24,4	25	31,9	38,5	43,9	59	64,9	76,3	85,2
D. Beklenen Yaşam Süre	-	-	38,1	43,6	48,3	54,2	58,1	67,5	71,1	74,3	78,6 ⁸
Toplam Nüfus/Yaşlı Nüfus Payı	-	-	-	3,3	3,6	4,4	4,7	4,4	6,7	7,1	9,9
Doğurganlık Oranı	-	-	-	6,7	6,4	5	4,6	3,1	2,3	2,1	1,7
SAĞLIK HİZMETİ VERİLEN KURUMLAR VE ALTYAPILARI											
Tedavi Edilen Hasta Sayısı	366.096 ⁷	1.027.569 ⁸	1.632.342 ⁹	-	-	-	-	-	-	-	675.652.190
Hastane Sayısı	86	182	198	201	566	746	826	899	1226	1439	1.547
Yatak Sayısı	6437	11.398	14.383	18.837	45.807	71.876	99.117	136.638	172.449	200.239	256.953
SAĞLIKTA İNSAN GÜCÜ											
Hekim Sayısı	344	1182	2378	6895	9826	15.856	27.223	50.639	85.117	123.447	183.569
Hemşire Sayısı	-	202	405	737	2420	8796	26.880	44.984	71.600	114.772	232.442
Ebe Sayısı	136	400	616	1285	3126	11.321	15.880	30.415	41.590	50.343	57.908
Diğer Personel	620	1395	1833	5908	6691	16.210	30.319	32.518	34.259	99.302	219.630
SAĞLIK EKONOMİSİ VE FİNANSMANI											
Sağlık B. Bütçe Payı	2,24	1,75	2,31	2,98	4,61	2,97	4,05	3,92	2,26	4,86	6,63
TSH/GSYH	-	-	-	-	-	-	4,2	4,8	4,8	5,3	4,9
Kamu SH/TSH	-	-	-	-	-	-	29,4	61,0	62,9	78,6	79,2
Özel SH/TSH	-	-	-	-	-	-	70,6	39,0	37,1	21,4	20,8
Cepten SH/TSH	-	-	-	-	-	-	-	-	27,6	16,3	15,9
KSH/GSYH	-	-	-	-	-	-	0,7	3	3,0	4,2	3,9
ÖSH/GSYH	-	-	-	-	-	-	3,5	1,8	1,8	1,1	1

*2023 yılına ait verilere henüz sağlık istatistiklerinde ulaşılamadığından bu sütundaki veriler 2022 yılına aittir. Sağlık ekonomisi ve finansmanı verileri 2021 yılına aittir.

¹Cumhuriyet döneminde ilk nüfus sayımı 1927 yılında yapılmıştır.

²1935'te ikinci sayım yapıldıktan sonra her beş yılda bir nüfus sayımı yapılmıştır. 1990 yılından itibaren 10 yılda bir sayım yapılması kararlaştırılmıştır.

³Demografik göstergeler başlığında (Nüfus-Artış hızı-Kırsal-Kentsel Nüfus-Doğumda Beklenen yaşam süresi-Yaşlı nüfus payı-Doğurganlık oranı) 1940 yılına ait olan veriler 1945 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre düzenlenmiştir.

⁴Adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre 31 Aralık 2022 tarihi itibarıyla Türkiye'nin nüfusu **85.279.553** kişidir.

⁵İkinci nüfus sayımının 1935 yılında yapılması nedeniyle nüfus artış hızı oranının değişimi, kırsal ve kentsel nüfus rakamları 1935 yılına aittir.

⁶1920 yılına ait dönemin Kırsal ve kentsel nüfus oranı değerlendirilmesinde rakamlar ilk nüfus sayımının yapıldığı 1927 yılına aittir.

⁷1925 yılına aittir ve çeşitli sağlık kuruluşlarında tedavi edilen hasta sayılarını kapsamaktadır. Türkiye genelindeki 246 hastaneyi kapsamaktadır.

⁸Çeşitli sağlık kuruluşlarında tedavi edilen hasta sayılarını kapsamaktadır. Türkiye genelindeki 335 hastaneyi kapsamaktadır.

⁹1937 yılına aittir ve çeşitli sağlık kuruluşlarında tedavi edilen hasta sayılarını kapsamaktadır. Türkiye genelindeki 363 hastaneyi kapsamaktadır.

Tablo 1'de Türkiye'nin 1923'den günümüze kadar temel sağlık göstergeleri yer almaktadır. Bir ülkenin farklı dönemleri arasında ekonomik, kültürel, siyasi ve sosyal yapılarında değişim olması uygulanacak sağlık politikalarının da farklılaşmasına yol açmaktadır. Bu çalışma ile 1923-2022 dönemini kapsayan sağlıktaki mevcut durumun gelişimi açıklanacaktır. Çalışmanın bu kısmında OECD, Dünya Bankası ve DSÖ uluslararası aktörler ve Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Hazine ve Maliye Bakanlığı gibi ulusal kuruluşlar tarafından yayınlanan verilerden elde edilen bilgiler aracılığıyla sağlık hizmetlerinin gelişimi, demografik değişim, sağlık kurumlarının altyapısı, sağlıkta insan gücü ve sağlık finansmanı olmak üzere dört ana başlıkla ilgili sağlık göstergelerine bağlı olarak bir analize tabi tutulmuştur.

Türkiye'nin 1923-2022 yılları arası demografik yapısı incelendiğinde, Nüfus kayıt sistemine göre 2022 yılı itibarıyla Türkiye'nin nüfusu 85.279.553'tür. Cumhuriyet tarihindeki ilk nüfus sayımı 1927 yılında yapılmıştır. Bu tarihten itibaren Türkiye nüfusunun yıllar itibarıyla sürekli artış eğiliminde olduğu söylenebilir. Bu artış eğiliminin gelişimi detaylı olarak analiz edildiğinde Cumhuriyetin ilk yıllarında savaşlar-hastalıklar nedeniyle nüfus kaybı yaşaması, tarımda çalışacak nüfusa ihtiyaç duyulması, güçlü bir orduya sahip olma zorunluluğu gibi sebeplerle 1960'lı yıllara kadar nüfus artırıcı politikalar izlenmiştir. Nitekim 1935'te 2,3 olarak tespit edilen nüfus artış hızının 1955 ve 1960 nüfus sayımlarında, 3,1 ile Cumhuriyet tarihinin en yüksek düzeyine ulaşması bu politikaların sonucu olarak görülebilir. 1945 yılında bu artış hızının 2,1'e gerilemesini II. Dünya Savaşı'nın etkisine bağlamak mümkündür. Aynı dönem içinde ortalama doğumda yaşam beklentisi 38,1 olarak ilk kez hesaplanmıştır ve takip eden yıllarda sürekli arttığı görülmektedir. 2020 yılına gelindiğinde doğumda beklenen yaşam süresi 78,6'ya yükselmiştir. 1960'lı yıllardan itibaren nüfus artış hızını azaltmaya yönelik politikaların benimsendiği, Sağlık Bakanlığı ve DPT'nin bu doğrultuda kararlar aldığı, nüfus planlamaları çalışmalarına geçildiği görülmektedir. Nüfus artış hızını azaltmaya yönelik benimsenen politika sonucu 1980'de 2,2'ye gerileyen artış hızı oranının sonraki dönemlerde de düşmeye devam ettiği ve 2022'ye gelindiğinde 0,71'e indiği görülmektedir.

Türkiye'nin nüfus yapısında, kentleşme oranında büyük bir değişim yaşandığı görülmektedir. İlk nüfus sayımının yapıldığı 1927'de toplam nüfusun %75,8'i kırsal bölgelerde, %24,2'si ise kentsel bölgelerde yaşarken, günümüzde bu oranın tersine döndüğü anlaşılmaktadır. TÜİK Kır-Kent Nüfus İstatistiği 2022'ye göre Türkiye nüfusunun %14,8'i kırsal alanda (belde ve köyler) yaşarken, %85,2'si kentsel (orta-yoğun kentler) alanlarda yaşamaktadır (TÜİK, 2022). 1960'lı yıllarda nüfusun kentleşme oranının artması ile birlikte sağlık eğilimleri değişmiş, sağlık hizmetlerinin ekonomik ve toplumsal boyutu farklılıklar göstermeye başlamıştır. (Küçük, 2018: 121; Cansever ve Tüfekçi, 2020: 229). 1970-1980'li yıllar sağlık altyapısı ve personeli yetersizliğinin devam ettiği yıllardır. 1990'lı yıllarda kır-kent nüfusunun yer değiştirmesi (%41-%59) sağlık hizmetlerine olan talebi artırmış, bölgesel farklılıklar ortaya çıkmış ve sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar baş göstermeye devam etmiştir. 2002 sonrası dönemde SDP'nin uygulanmaya başlamasıyla sağlığa erişimin önündeki engellerin kaldırılmaya çalışıldığı görülmüştür (Cansever, 2020: 387).

Bir diğer demografik gösterge doğurganlık oranı ve toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfusun payıdır. Doğurganlık oranı, hem ülkenin gelecekteki nüfus dağılımını belirleyen hem de sağlık hizmetlerini etkileyen önemli bir orandır. Bu oranlara 1950'li yıllardan itibaren ulaşılmaktadır. TÜSİAD'ın yayımlanmış olduğu raporda (TÜSİAD, 1999: 45), 1950 yılında doğurganlık oranı 6,7 ile en yüksek oranı

oluştururken, 1980'lerde 4,6; 2000'li yıllarda 2,3 ve 2022 yılında 1,7 olarak gerçekleşmiş ve büyük oranda düşüş yaşanmıştır.

Türkiye'nin önemli özelliklerinden biri genç nüfusa sahip olmasıdır. Bu nüfus toplam nüfusun yüzde 22'sini (TÜİK-2022) oluşturur. Genç nüfus oranı 1965'ten beri giderek azalmakta ve toplum yaşlanmaktadır. Daha iyi yaşam şartları, daha iyi eğitim olanakları, sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı gibi nedenlerle doğumdan itibaren beklenen yaşam süresinde artışa neden olmuş, ortalama yaşam süresi tüm dünyada artış göstermiştir. Böylece dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de nüfusun yaşlandığı görülmektedir. Özellikle 1950'li yılların başlarında toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfusun payı 3,3'e karşılık gelirken, yılların seyrine baktıkça devamlı bir artış ile 2022 yılında yaşlı nüfusun payı 9,9'a yükselmiştir. Böylece daha fazla yaşlı bireyin sağlık hizmeti talebine bağlı olarak yapılacak sağlık harcamalarının da artacağı açıktır (Kurtulmuş, 1998: 62; Getzen, 2004: 243; Bhat, 2005: 215; Cansever, 2020: 106). Sonuç olarak Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar geçen 100 yıllık tarihi süreçte demografik göstergeler, nüfusun artmaya devam etmekle birlikte nüfus artış hızının düşmekte olduğu, kentleşme oranındaki artışa bağlı olarak kır-kent nüfusunun yer değiştirdiği ve genç nüfusun toplam nüfus içindeki oranının azalmakta; yaşlı nüfusun ise artmakta olduğu görülmektedir.

Sağlık sisteminin yeterli ve etkin hizmet sunabilmesi, demografik göstergeler yanında sağlık alanında çalışan işgücünün niteliği, sayısal yeterliliği ve sağlık kurumlarının altyapı özellikleri gibi göstergelere de bağlıdır. Bu iki faktör birlikte değerlendirildiğinde, Tablo 1'de 1923-2023 döneminde toplam sağlık personeli sayısı, doktor, ebe, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarından oluşacak şekilde bir dağılım göstermektedir. Sağlık kurumlarının altyapı göstergeleri ise hastane-yatak sayıları ve tedavi gören hasta sayıları üzerinden değerlendirilmiştir.

Türkiye'de sağlık altyapısı ve sağlıkta insan gücü politikaları 1923-2023 yılları arasında dönemsel olarak incelendiğinde, ilk olarak Cumhuriyetin başlangıcında sağlık teşkilatı, insan gücü ve sağlık hizmetlerinin yetersizliği söz konusudur. 1923 yılında tüm yurttaki sağlık hizmetleri 344 doktor, 136 ebe, 620 sağlık personeli ve 86 sağlık hizmeti veren kurumla gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam'ın yönetiminde, 1923-1937 yılları arasında sağlık personeli yetiştirilmesine öncelik verilmiş, sağlık sisteminin yapılandırılması ve örgütlenmesi için 51 kanun ve 18 tüzük çıkartılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1988: 45-49). 1945 yılındaki en önemli gelişme koruyucu hizmetlerin Sağlık Bakanlığı, tedavi hizmetlerinin yerel yönetimlere bırakıldığı uygulama yerine yerel yönetimlerde sağlık merkezlerinin Sağlık Bakanlığına bağlanmasıdır. 1945-1960 döneminde sağlık personeli sayısı iki kat artmıştır. SSK'nın kurulması da bu döneme rastlamaktadır.

1960-1980 yılları arasında planlı kalkınma dönemine geçilerek Beş Yıllık Kalkınma Planları doğrultusunda sağlık kurumu ve personel sayılarının artırılması öngörülmüştür. 1961 Anayasası ile sağlık, devletin anayasal bir görevi haline getirilmiştir. 1970'li yıllarda insan gücü sayısında ciddi iyileşmeler görülmüş, hekim sayısı yaklaşık 2 kat, ebe ve hemşire sayıları yaklaşık 3 kat artmıştır, sağlık ocağı sistemi kurulmuş, tesis-yatak sayılarında iyileşmeler sağlanmıştır. 1978-1980 yılları arasında tam gün çalışma getirilmiştir. Sosyalleştirme hizmetlerine finansman yaratmak için ek vergiler toplanmaya başlamıştır.

1980-2000 yılları arasında da sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için okullar açılması ve personel eğitimi önemini korumuştur. 2000-2010 yıllarına gelindiğinde SDP ile aile hekimliği sistemine geçilmiş, tüm sağlık tesisleri SGK bünyesinde toplanmıştır.

Cumhuriyetin başlangıcından günümüze kısaca değindiğimiz tüm bu dönemler boyunca sağlık hizmetlerinin gereksinimlerine uygun sağlık personelinin sayı, dağılım, nitelik ve yetkinliği sağlık politikalarının merkezinde yer almıştır.

Günümüzde demografik ve ekonomik göstergelerdeki değişim, sağlık hizmetlerinin sunumunda mali yükünde artışlara işaret etmektedir. Nüfusun yaşlanması, sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerinde yüksek maliyetleri beraberinde getirmekte, bu durum sağlık harcamalarının finansmanında doğru stratejiler belirlenmesinin önemini karşımıza çıkarmaktadır.

Tablo 1’de sağlığın finansmanı konusu değerlendirildiğinde öncelikle Türkiye’de sağlık harcamalarının dünyada olduğu gibi kamu ve özel kesim tarafından karşılandığı ifade edilmelidir. Kamu kesimi; merkezi yönetim, mahalli yönetim ve sosyal güvenlik kurumunu kapsamaktadır. Özel kesim ise hane halkı tarafından cepten yapılan harcamalar ile diğerlerini (banka sandıkları, KİT’ler, vakıf üniversiteleri vs.) kapsar. 1923-2022 dönemi 10’ar yıllık periyotlar halinde incelendiğinde, Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlığa verilen önemin, ülkenin ekonomik koşulları yeterli olmasa da bütçe rakamlarına yansıdığı görülmektedir. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı bütçesinin bütçe içindeki payı 2,24’tür. 1930 yılı başında bu oranın 1,75’e düşmesi dünyada yaşanan ekonomik bunalımın etkisiyle kamu gelirlerine göre kamu harcamalarını dengelemek amaçlı önlemler alınmasının bir sonucu olarak görülebilir. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı bütçesi her geçen yıl artsa da bütçedeki payı bakımından %0,6’lık sınırlı bir artış gerçekleşmiştir. Bütçeden ayrılan pay toplumun sağlık seviyesinin yükseltilebilmesi için yetersiz görünse de savaş sonrası borçların ödendiği, kaynakların yetersiz olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

1940-1960 yılları arasında şehirlerin hızlı büyümesiyle kentli nüfusun artışı, sağlık hizmetlerine talebi artırmış, sosyal güvenlik sistemleri adına SSK ve Emekli Sandığı kurulmuştur. Bu dönemde sağlık eğilimlerinin değişmesi, sağlık hizmetlerinin ekonomik ve toplumsal gerekliliğinin artması sonucu sağlık sektörüne ayrılan payında arttığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığının bütçeden aldığı pay 1940’larda 2,31 iken 1960’lara gelindiğinde 4,61’e yükselmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetleri tüm ülkede yaygınlaştırılmaya çalışılmıştır.

1960-1980’li yıllarda temel hizmetler sayılan eğitim ve sağlık hizmetlerinin ülke geneline yaygınlaştırılması politikası, sosyalleştirme programı ve planlama çalışmalarıyla sürdürülmüş, sağlık sektörüne ayrılan pay artmış ancak bütçe içindeki oran azalma göstermiştir. Sağlık Bakanlığının bütçeden aldığı payın 1960’da 4,61’den, 1970’li yıllarda 2,97’ye düşmesi dönemin ekonomik ve siyasi konjonktüründeki istikrarsızlıklara bağlanabilir.

1980 sonrası dönemde ise neoliberalleşmenin sağlık sektöründe de etkisini göstermesi, piyasa egemenliğinin güçlenmesi, devletin sosyal alanlarda geri plana çekilmesi anlayışı, sağlığa ayrılan bütçe payının düşme eğilimine girmesine neden olmuştur. 1990’da 3,92 olan bu oran 2000 yılında 2,26’ya gerilemiştir.

2003 yılı itibariyle uygulamaya başlanan SDP ile sağlık sektörüne bütçeden ayrılan payın arttığı, aynı zamanda sağlık harcamalarına paralel olarak kamu harcamalarında da artış görülmektedir. Öte yandan hane halkının cepten yaptığı azalma ve özel sağlık sigortalarında artış yaşanmaktadır (Belek, 2012: 164-174). Bu dönemde uygulamaya başlanan SDP ile ilgili olarak Türkiye ile Dünya Bankası arasında birçok borç anlaşması imzalanmıştır. Bu borç anlaşmalarının da sağlığa ayrılan pay üzerinde önemli etkisi olduğunu ve uygulamayı kolaylaştırdığını söylemek mümkündür.

Cumhuriyetin kuruluşundan itibaren sağlık harcamalarında kamu kesiminin payı özellikle ekonomik yetersizliklerin yaşandığı 1923-1940 dönemi sonrası artış eğiliminde olmuştur. 1980’li yıllarda ise sağlıkta reform çalışmaları ile kamunun rolü daha çok piyasa düzenleyici ve denetleyici olarak sınırlandırılmak istenmiştir. Ancak günümüzde bu hedefe ulaşamadığı, sağlık harcamalarının finansmanını büyük oranda kamunun üstlendiği, 2021 yılı itibariyle toplam sağlık harcamaları içindeki kamu kesimi payının %79,2 olduğu görülmektedir. Kamu kesiminin aksine özel sağlık harcamalarının ise toplam sağlık harcamaları (TSH) içindeki payının düşüş seyri izlediği ve 2021 yılında %20,8 olarak gerçekleştiği görülmektedir. Benzer şekilde özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranının da dönemler itibariyle düşüş gösterdiği ve 2021 yılında %1 olarak gerçekleştiği görülmektedir. Nitekim sağlık harcamalarına bütçeden ayrılan pay (2022 yılı için %6,63), toplam sağlık harcamaları içerisindeki kamunun payı ve TSH’nın GSYH içerisindeki paylarının yıllar itibariyle artış seyrinde olduğu tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2021: 245-247).

Çalışmanın bulgular yönünden genişletilmesini desteklemek amacıyla 1923-2023 yıllarında ülkenin konjonktürel durumunun tespiti ve bu dönemde gerçekleştirilen sağlık politikalarındaki dönüşüm reformları 6 dönem halinde ortaya konularak Tablo 2 ve 3’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Cumhuriyetten günümüze Türkiye'nin konjonktürel değişimi

Yıllar	Plan/Program	Ekonomik Durum	Siyasi Durum	Kültürel – Toplumsal Durum
1923-1938	Refik Saydam Programı	<ul style="list-style-type: none"> Mevcut kaynakların yetersizliği Ekonomik buhran dönemi etkisi Osmanlı borçlarının ödenmesi (1929-1938) Devletçilik anlayışı 	<ul style="list-style-type: none"> Tek partili dönem Politik ortamın sağlanması için sağlık politikalarına destek verilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Yoksulluk Sorunu Kırsal nüfusun yoğunluğu Düşük eğitim düzeyi Düşük okur yazarlık oranı
1938-1960	Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı	<ul style="list-style-type: none"> II.Dünya Savaşı'nın etkisi Kıtlık ekonomisi Osmanlı devleti borçlarının ödenmeye devamı (1939-49) Liberal politikalar Ekonomik buhran döneminin etkisi İthalat sıkıntıları Türkiye'nin IMF'ye üye olması 	<ul style="list-style-type: none"> Çok partili hayata geçiş Hatay'ın Türkiye'ye bağlanması 	<ul style="list-style-type: none"> Nüfus Artışı (Hatay'ın Türkiye'ye bağlanması) Kentsel nüfus yoğunluğu Sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarının oluşması
	Milli Sağlık Programı	1948 Marshall Planı	İktidar değişimi (Demokrat Parti)	• Beklenen yaşam süresinin artması
1960-1980	Sosyalleştirme Programı	<ul style="list-style-type: none"> Plansız-programsız uygulamalar Planlı döneme geçiş İthal ikamesi politikaları Petrol fiyat artışı (1974) Kıbrıs Barış Harekâtı Ekonomik ambargo Stagflasyon 1958, 1961, 1979 yılları devalüasyon Karaborsa (1974 sonrası) 	<ul style="list-style-type: none"> 1960 Askeri Darbe Sıkıyönetim ilanı Koalisyon Dönemleri (1961, 1965, 1971) Kıbrıs Barış Harekâtı 1971 Askeri Darbe DPT kurulması 	<ul style="list-style-type: none"> Nüfusun yaşlanması Yüksek eğitim düzeyi
1980-2002	Ulusal Sağlık Politikası	<ul style="list-style-type: none"> Serbest piyasa düzenine geçiş Dışa açılma politikaları 1994 Krizi –IMF desteği 2001 Krizi- IMF desteği Enflasyon sorunu (%62) Bütçe Açığı sorunu (-5) 	<ul style="list-style-type: none"> 1980 Askeri Darbe Sıkıyönetim ilanı Referandum (1982) Koalisyonlar dönemi 	• Tüketim eğiliminin artması
2002-2023	Sağlıkta Dönüşüm Programı	<ul style="list-style-type: none"> Özelleştirmeler KİT'lerin özelleştirilmesi 2008 Küresel kriz 	<ul style="list-style-type: none"> Tek partili iktidar Siyasi istikrar Özel sektörü öncelleyen politikalar 	<ul style="list-style-type: none"> Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda nüfus niteliğinin artırılmasına yönelik hedefler Onuncu Kalkınma Planı'nda nüfus artış hızını arttırmaya yönelik politikalar “Aile ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı”nın açıklanması

Kaynak: (Cansever, 2020: 353) çalışması örnek alınarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Bir ülkenin sağlık politikalarının oluşumu, hazırlanma süreci, içeriği ve sonuçları o ülkenin konjonktürel durumlarından oldukça etkilenmektedir. Örneğin, siyasi istikrarsızlıklar, hükümetlerin değişimi, savaşlar-krizler, toplumun yapısındaki dönüşümün yavaş olması vb. durumlar sağlık konusunda olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. (Navarro, 2007: 5).

Diğer bir ifade ile bir ülkenin sağlık politikalarının değişim sürecini ekonomik, siyasi, kültürel ve toplumsal durumu önemli derecede etkilemektedir. Çünkü başarılı bir sağlık politikası, ekonomik açıdan iyi bir kaynak akışına (Green, 2007: 23), toplumsal ve kültürel yapı açısından ise kabul edilebilir ve uygulanabilir olmasına bağlıdır. Ayrıca siyasi otorite tarafından hazırlanan politikaların, diğer siyasi aktörler tarafından da desteklenmesi sürdürülebilir olmasını beraberinde getirmektedir. DSÖ, sağlık alanında uygulanan politikaların belirli bir politik, ekonomik ve kültürel ortamda gerçekleştiğini ve yapılan çalışmaların tarihsel şartlar göz önünde bulundurularak ele alınması gerektiğini belirtmiştir (Cansever, 2020: 196). Bu kapsamda Tablo 2’de, Türkiye’nin 100 yıllık konjonktürel değişimi ekonomik, siyasi, kültürel ve toplumsal olarak 3 alt başlıkta incelenmiş ve dönemler halinde ele alınmıştır.

1923-1938 döneminde Birinci Dünya Savaşı ve Ulusal Kurtuluş Savaşı’ndan çıkmış, Cumhuriyet ilan edilmiş, tek partili dönem başlamıştır. Nüfus dağılımının daha çok kırsalda yoğunlaştığı, tarım kesiminin ağırlıkta olduğu, eğitim düzeyinin düşük ve yoksulluğun hüküm sürdüğü toplumsal bir durum mevcuttur. Ekonomik durumda nitelikli iş gücünün az olması, mevcut kaynakların yetersizliği, sanayi üretiminin neredeyse yok denecek kadar az olması koşullarını da dikkate alırsak, dönemin izlenen tüm politikalarında (sağlık politikaları da dâhil) devletçilik anlayışının hakim olduğu görülmektedir.

1938-1960 dönemi, çok partili hayata geçişin gerçekleştiği, yeni partilerin oluştuğu ve iktidarın el değiştirdiği dönem olmuştur. Siyasi gelişmeler, ekonomi politikalarında da dönüşüme neden olmuştur. 1950’lere kadar devam eden devletçilik anlayışı yerini liberal politikalara bırakmaya başlamıştır. II. Dünya Savaşı’nın başlaması Türkiye’nin ekonomisini birçok açıdan olumsuz etkilemiştir. Savunma harcamalarında artış, Osmanlı Devleti’nden kalan borçların halen ödenmeye devam etmesi, 1929 Ekonomik Buhranı’nın etkisinin görülmeye devam etmesi, üretimin azalması ve fiyatların artması vb. ekonomik durumlar söz konusudur. Tüm bu gelişmeler sonucunda ekonomide mali yük artmakta, korumacı politikalarından vazgeçilerek devalüasyon yapılmasının yanı sıra dış borçlanmaya gidildiği görülmektedir. Nüfus artışı ve kentsel nüfusun oluşmaya başlaması da yerel nitelikli ihtiyaçların artmasına neden olmuştur. Artan sağlık sorunları ve bunun için uygulanan politikaların gerekliliği bu dönemde iyice önemli hale gelmiştir.

1960-1980 döneminde siyasi karmaşanın olduğu, önce askeri hükümetin ardından koalisyonların yaşandığı bir siyasi ortam mevcuttur. Aynı zamanda 1961 Anayasası’nın kabul edilerek sosyal devlet anlayışının ön plana çıktığı bir dönem olarak da kabul edilmektedir. Ekonominin durumu ele alındığında planlı döneme geçilmiş, karma ekonomik model benimsenmiş, ancak Kıbrıs Barış Harekati’nden sonra karşılaşılan ekonomik ambargolar sonrası stagflasyon ve karaborsa vb. sorunlar meydana gelmiştir. Planlı döneme geçişle birlikte uygulanan planlar, kamu sektörü için zorunlu bir nitelik taşıırken, özel kesim için teşvik edici olmuştur.

1980-2002 döneminde bir önceki döneme benzer siyasi istikrarsızlıklar, sıkıyönetim, askeri hükümet ve ardından koalisyonlar dönemi yaşanmaya devam etmiştir. Bu dönemde Türkiye ekonomisinde yüksek enflasyon – dış borç ödemeler sorunu, bütçe açıkları vb. sorunlar görülmekte, serbest piyasaya geçiş modeli ile çare bulunmaya çalışılmaktadır. Koalisyon hükümetlerinin daha çok popülist politikalar uygulaması da bu başarısız ekonomik durumu kriz noktasına getirmiştir.

Son olarak 2002-2023 dönemi ele alındığında, tek partili iktidar döneminin sürmesinin yarattığı siyasi istikrarın, 2002-2012 döneminde ekonomi üzerinde olumlu etkileri görülmektedir. 2008 yılında yaşanan küresel kriz ekonomik büyüme, iç ve dış piyasada yabancı sermaye kaybı vb. olumsuz etkilere neden olmuştur. 2012 yılından günümüze kadar olan dönemde ekonomik koşullar farklılık göstermekte; toplumun tüketim eğiliminde artış, genç iş gücünün istihdam sorunu, refah kaybı, yoksullaşma gibi sorunlar gözlemlenmektedir.

Tablo 1 ve 2’deki bilgilerden hareketle Tablo 3’te Cumhuriyetten günümüze uygulanan sağlık politikalarında ne tür dönüşümler olduğu ve gerçekleştirilen politikaların ayrıntılarına dönemler itibariyle yer verilmiştir.

Tablo 3: Cumhuriyetten günümüze Türkiye’de yapılan sağlık politikalarındaki dönüşümün değerlendirilmesi

DÖNEM	POLİTİKA/PLAN		
1923-1938	Refik Saydam Programı	Demografik Değişimi	<ul style="list-style-type: none"> • Bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi • Numune hastanelerinin açılması • Doğum-çocuk bakımevlerinin açılması • Verem Savaş Sanatoryumu açılması • Devletin sağlık teşkilatının kurulması • Sağlık teşkilatının köylere kadar götürülmesi • Fazla sayıda doktor yetiştirmek • Ebe ve sağlık memuru yetiştirmek • Sağlığa ayrılan payın artırılması • Mevzuat çalışmalarının yapılması (51 Kanun-18 Tüzük) • Sağlık işlerinin yürütülmesi için Bakanlık seviyesine yükseltilmesi • Sağlık personeline zorunlu hizmet şartı getirildi. • Koruyucu ve tedavi edici SH önem verildi.
		Sağlık Altyapısı	
		Sağlıkta İnsan Gücü	
		Sağlık Ekonomisi – Finansmanı	
1938-1960	Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planı	Demografik Değişimi	<ul style="list-style-type: none"> • Bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi • Mevcut sağlık kuruluşlarının uygun hale getirilmesi • 7 bölgede tüm sağlık-sosyal ihtiyaçları karşılayacak yeni tesis inşa edilmesi • Köyleri sağlık teşkilatına kavuşturmak • -Koruyucu hekimliğin temelini atmak • -Mevcut ve yeni sağlık personelinin günün ihtiyaçlarına göre yetiştirmek
		Sağlık Altyapısı	<ul style="list-style-type: none"> • SSK'nın kurulması • Mevzuat çalışmalarına devam edilmesi • Yerel yönetimlere bağlı sağlık merkezlerinin SB bağlanması • Sekiz Milli Türk Tıp Kongresi (1943, 1946, 1948, 1950, 1952, 1954, 1956, 1958) düzenlenmiştir.
		Sağlıkta İnsan Gücü	
		Sağlık Ekonomisi – Finansmanı	
1938-1960	Millî Sağlık Programı	Demografik Değişimi	<ul style="list-style-type: none"> • Bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi • Yeni sağlık tesisleri kurulması, eski olanlar ise günün şartlarına uygun hale getirilmesi • Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi • Sağlık personelinin tüm yurda yaygınlaşmasının sağlanması • Sağlığa ayrılan payın artırılması • Beş Milli Türk Tıp Kongresi (1960, 1962, 1964, 1966, 1968) düzenlenmiştir
		Sağlık Altyapısı	
		Sağlıkta İnsan Gücü	
		Sağlık Ekonomisi – Finansmanı	
1960-1980	Sosyalleştirme Programı	Demografik Değişimi	<ul style="list-style-type: none"> • Sosyal hastalıklarla mücadele • Sağlık ocağı sisteminin kurulması • Sağlık laboratuvarlarının geliştirilmesi • Köylere kadar ulaşacak sağlık teşkilatının acilen oluşturulması • Hastane yatak sayısının on binde 30-40'a çıkarılması • Bakanlık merkez teşkilatının güçlendirilmesi • Farklı hizmet konularında gereken sağlık personelinin sağlanması • Nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi •
		Sağlık Altyapısı	<ul style="list-style-type: none"> • Ayaktan tedavi görenlere ücretsiz ilaç ve rehabilitasyon araçlarının temin edilmesi • Sağlık hizmet örgütlenmesinin değiştirilmesi • Halk Sağlığı Akademisinin kurulması • Sosyal hastalıklarla mücadele (Verem, cüzzam, trahom vs.) • Çevre sağlığı hizmetleri
		Sağlıkta İnsan Gücü	
		Sağlık Ekonomisi – Finansmanı	
1960-1980	Sosyalleştirme Programı	Diğer	

1980-2002	Ulusal Sağlık Politikası	Demografik Değişimi Sağlık Altyapısı Sağlıkta İnsan Gücü Sağlık Ekonomisi – Finansmanı Diğer	<ul style="list-style-type: none">• Halk beslenmesi programları• Sağlık eğitimi faaliyetleri• Sosyal hastalıklarla mücadele• Sağlık sistemini geliştirmek ve desteklemek• Tam gün çalışma getirilmesi• SB'ne ayrılan kaynakların artırılması• Bebek, çocuk, anne, yaşlı sağlığı; ağız, diş sağlığı; bulaşıcı hastalıklar, dolaşım sorunları, kanser, ruh sağlığı; kazalar; sağlık eşitsizliklerinin azaltılması.
2002-2023	Sağlıkta Dönüşüm Programı	Demografik Değişimi Sağlık Altyapısı Sağlıkta İnsan Gücü Sağlık Ekonomisi – Finansmanı Diğer	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık risklerine karşı bireyleri ve toplumu korumak• Aile Hekimliği sistemine geçiş (2010)• Yaygın, kolay erişilebilen ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi• Sağlık personel-kurum sayılarında artış• Güvenli ve kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulmasını sağlayan altyapının sürdürülmesi• İnsan odaklı sağlık hizmet yaklaşımı sağlamak• Etkili ve erişilebilir sağlık hizmetleri sunulması• Birey merkezli ve kapsayıcı sağlık yaklaşımı• Bilgi ve beceriye sahip yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,• Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon.• Ekonomik - sosyal kalkınma ve küresel sağlığa destek için sağlık sisteminin geliştirmeye devam edilmesi• İlaç fiyatlandırma politikaları uygulaması• İlaç KDV oranının düşürülmesi• Acil Eylem Planı oluşturulması• Tüm sağlık kurumlarının SGK'ya bağlanması• Herkese serbest eczane hakkı• GSS uygulaması (2012)• Medula takip sistemine geçilmesi

Kaynak: (Cansever, 2020: 353) çalışması örnek alınarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Tablo 3'deki bilgiler doğrultusunda Türkiye'nin 100 yıllık sağlık politikalarının dönüşüm sürecinde genel bir değerlendirme yapılacak olursa; 1923'den itibaren sağlık bir hak olarak kabul edilmiş, sağlık sektöründe devletin sağlık politikalarını planlayan, uygulayan, hizmet sunan, finanse eden birden çok sorumluluk üstlendiği görülmüştür. Bu dönemde gerçekleşen politikalar, sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ve örgütlenmesi, sağlık mevzuatlarının çıkarılması, birçok sağlık tesisinin kurularak ülke genelinde yaygınlaştırılması, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelikli önem verilmesi şeklindedir. Politik ortamın da destek vermesi en büyük avantajlardan biridir. Ülkenin mevcut sağlık düzeyinde her alanda iyileşme sağlanmıştır.

1938-1960 döneminde sağlıkla ilgili birçok gelişmenin yaşandığı ve planlama alanında büyük adımların atıldığı bir dönemdir. Bu dönemde de, bir önceki dönemde olduğu gibi mevzuat çalışmaları devam etmiştir. Bu dönemde Sağlık Bakanlığının görevleri ve uygulanan Milli Sağlık Politikaları'nın kapsamı genişlemiş, sağlığın altyapısı ve insan gücü kapasitesi ihtiyaçları karşılayacak hale getirilmeye, sağlık uygulamalarının kırsal alanlara kadar ulaştırılması gerçekleştirilmeye çalışılmıştır.

1960-1980 dönemi ülkede siyasi karmaşanın varlığına ve ekonomik olumsuzluklara rağmen, 1961 Anayasası ile sağlığın, devletin anayasal bir görevi olduğunun vurgulandığı ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştiği bir dönemdir. Sosyal devlet anlayışının ön plana çıktığı bir dönem olarak devletin sağlık sektöründe önemli müdahalelerle etkin bir rol aldığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığına aktarılan kaynak önemli oranda artırılmıştır ancak bütçedeki payı düşmüştür. Sosyalleştirme hizmetleri için kaynak

olmak üzere ek vergiler (tuz vergisi, PTT hizmetleri, radyo alıcı sahipleri vb.) toplanmaya başlanmıştır. DPT öncülüğünde planlı döneme geçilmesi, sağlık politikalarındaki hedeflerin gerçekleşmesinde ciddi katkı sunmuştur. Dönemin bütün partilerinin de parti tüzüklerinde sağlık hizmetlerinin devletin asli görevi olduğunu vurgulayan politikalar benimsedikleri görülmektedir. Ancak sonraki dönemde göreve gelen hükümlere benzer desteğin verilmediği ve uygulamada başarısızlıklara yol açtığı gözlenmektedir.

1980 yılından itibaren iktidara gelen bütün hükümetler, sağlığı bir hak olarak gören anlayıştan uzaklaşarak piyasacı bir mantıkla yeniden düzenlemek istemişlerdir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2008: 241). Bu dönemde yapılan Ulusal Sağlık Programı ise koalisyon dönemleri sebebiyle uygulanamamıştır. Sağlık alanında uygulanan politikalar uygulamada başarısız olsa da sonraki döneme hazırlık niteliği taşımıştır. Nitekim 2002 sonrasında Türkiye'de SDP ile daha önce planlanmış ancak hayata geçirilememiş birçok konu başarılı bir uygulama süreciyle hayata geçirilmiştir. Bu dönemde sağlık ön plana çıkarılmış ve hazırlanan planlar siyasi yönden önemli destek görmüş ve uygulama alanında başarılı olunmuştur.

Sonuç ve öneriler

Türkiye'de Cumhuriyetin kuruluş yıllarından itibaren sunulan sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması amacıyla sağlık sektörüne yönelik çeşitli çalışmalar yapılmış, plan ve programlar gerçekleştirilmiştir. Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sağlık politikalarının belirlenmesinde merkeziyetçi bir anlayış benimsenerek Sağlık Bakanlığı yetkili kılınmıştır.

Cumhuriyetin ilk yıllarından bugüne sağlık sisteminin temelini oluşturan yasalar, 1928, 1930 ve 1933 tarihlerinde yürürlüğe girmiştir. Cumhuriyetin ilk dönemi, Birinci Dünya Savaşı ve Ulusal Kurtuluş Savaşı sonrası, 1929 Dünya Ekonomik Bunalımı'nın yaşandığı, sınırlı kaynak ve ekonomik yetersizliklerin söz konusu olduğu bir dönem olmasına rağmen, sağlık teşkilat yapısının kurulması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, sağlık tesislerinin açılması, neredeyse hiç olmayan sağlık personelinin yetiştirilmesi gibi temel konulara odaklanılmıştır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitimine önem verilmiştir.

1950'li yıllara gelindiğinde koruyucu sağlık hizmetleri kadar tedavi edici sağlık hizmetlerine de önem verildiği görülmektedir. 1960'lardan itibaren DPT'nin de kurulmasıyla planlı kalkınma dönemine geçildiği, sağlık hizmetlerinin ve politikalarının yürütülmesinde merkezi yönetimin ağırlığının arttığı görülmektedir. 1960 sonrası sağlıkta sosyalizasyon dönemi olarak adlandırılmaktadır. 1960-1980 yılları arasında dünya genelinde etkili olan sosyal devlet anlayışı, sağlık alanında devletin temel sorumluluğuna vurgu yaparak, her vatandaşa eşit şekilde sağlık hizmeti sunma ve tedavi imkânları sağlama yükümlülüğünü içeren sağlıkta sosyalizasyon anlayışını beraberinde getirmiştir. "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun" ile sağlık alanında devletin ağırlığı artırılarak sağlık hizmetlerinin tüm topluma eşit şekilde verilmesi hedeflenmiştir. Bu dönemde sağlık alanı kalkınma planlarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Planlamalar DPT'nin Sosyal Planlama Dairesi bünyesindeki sağlık planlaması birimi aracılığıyla yürütülmekte, sağlık yatırımlarının belirli planlamalar çerçevesinde yürütülmesi öngörülmektedir. Planlama yoluyla sağlık hizmetlerinin kırsal ve kentsel alan farkı olmaksızın halka eşit bir şekilde ulaştırılması ve hizmet sunumunda sürekliliğin sağlanması amaçlanmıştır. Sağlık, sosyal refahı iyileştiren ve artıran bir sektör olarak görülmüştür. Bunun yanı sıra sağlık, ekonomik gelişmeyi etkileyen unsurlardan biri olarak görülerek kalkınmanın bir aracı olarak da değerlendirilmiştir.

Türkiye'de sağlık reformu, esas olarak 1980'lerden itibaren başlamış ve bu dönem sağlıkta liberalizasyon dönemi şeklinde adlandırılmıştır. Bu dönemde sağlık alanında yapılacak reformların teorik altyapısı, düzenlenen kongrelerle oluşturulmuş ve Sağlık Bakanlığı tarafından neoliberal politikaların etkisiyle ulusal sağlık programı hazırlanmıştır. 1980'li yıllarda dünyada yükselen neoliberal anlayışın etkisiyle, daha önce devletin temel sorumluluk alanında görülen hizmetlerin piyasalaşmaya başladığı görülmektedir. Bu anlayış, sağlık sektöründe de devletin sorumluluğunun azaltılarak zamanla piyasa egemenliğine bırakılması yönünde değişim olarak kendini göstermektedir. Anayasa değişikliği sürecinde, devletin sağlık alanındaki rolünün "denetleyici ve düzenleyici" konuma

geldiği görünmektedir. Bu dönemde yürütülen sağlık politikaları, sağlığın devlet tarafından denetlenmesi ve planlanmasını öngörerek, özel sektörün daha etkin katılımını teşvik etmeyi amaçlamıştır. Ayrıca piyasa koşullarının egemen olduğu bir sistemin oluşturulması hedeflenmiştir. Sağlık hizmetlerinin devlete mali bir yük getirdiği ve bu nedenle devletin etkili ve kaliteli hizmet sunamadığı anlayışıyla çeşitli yasal ve yönetsel düzenlemeler gerçekleştirilmiştir.

1990'lı yıllardan itibaren devletin sağlık sektöründeki yatırımlarında azalma görülmüş, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın ardından gelen planlarda sağlık hizmetlerinin çağdaş işletmecilik anlayışına uygun olarak yönetilmesine yönelik adımlar atılması ve hastanelere yönetsel ve mali özerklik tanınması gibi konuları içeren yaklaşımlarla sağlık sisteminde dönüşümün yönü belirlenmiştir. 2003 yılında duyurulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, bu projelerin en geniş kapsamlı ve en sonuncusudur. Bu programın temel hedefleri arasında tüm sigorta kurumlarının SGK çatısı altında birleştirilmesi, aile hekimliği modelinin uygulaması, hastanelerin yerinden yönetimi ve sağlık çalışanlarına döner sermaye sistemiyle ek ödemeler yapılması gibi değişiklikler bulunmaktadır.

1923'ten günümüze dek uygulanan sağlık politikalarının ekonomik, siyasi, toplumsal vb. konjonktürel değişimlere bağlı olarak değişkenlik gösterdiği, tüm politika tercihlerinde sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve verimliliğinin artırılması, toplumun tüm kesimlerine ulaşabilmesinin sağlanmasının hedeflendiği görülmektedir.

Kaynakça

- Ağartan, T. I. (2005). *Health sector reform in Turkey: Old policies new politics*. Midwest Political Science Association Chicago, 7-10 April, 1-27. 17. Ekim 2023 tarihinde https://www.academia.edu/7264044/Health_Sector_Reform_in_Turkey_Old_Policies_New_Politics adresinden erişildi.
- Ağırbaş, İ., Akbulut, Y., Önder, Ö. R. (2011). Atatürk dönemi sağlık politikası. *Ankara Üniversitesi Türk İnkılap Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi*, 48, 733-748.
- Ak, S. (2021). Geçmişten günümüze Türkiye'nin sağlık politikaları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 20 (1), 28-36.
- Akdağ, R. (2010). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu*. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Akdur, R. (1999). *Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. yılında sağlık politikalar*. Türkiye Bilimler Akademisi TÜBA Yayınları.
- Akın, G. (2006). *Halk sağlığı, temel bilgiler*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Altındağ, Ö. ve Yıldız, A. (2020). Türkiye'de sağlık politikalarının dönüşümü. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 10 (1), 157-184.
- Aydın, N. (2022). Historical perspective on the health transformation in Turkey. *Value in Health Science*, 12 (1), 188-193.
- Bağımsız Sosyal Bilimciler, (2008). *2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset İktisat ve Toplum*. Yordam Kitap.
- Belek, İ. (2012). *Sağlıkta dönüşüm: Halkın sağlığına emperyalist saldırı*. Yazılama Yayınevi.
- Bhat, V.N. (2005). Institutional arrangements and efficiency of health care delivery systems. *European Journal of Health Economics*, 12 (3), 215-222.
- Bostan, S. (2009). *Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hastane işletmeleri üzerindeki değişim etkisi*. [Doktora Tezi]. Trabzon Üniversitesi.
- Cansever, İ. H. (2018). Devlet anlayışları ekseninde sağlık politikalarının değişimi ve analizi: Türkiye incelemesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2 (31), 105-120.
- Cansever, İ. H. ve Tüfekçi, N. (2020). Tarihsel süreçte Türkiye'de sağlık planlaması üzerine bir değerlendirme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11 (27), 614-628.
- Cansever, İ. H. (2020). *Türkiye'de sağlık planlaması üzerine bir değerlendirme*. [Doktora Tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Erol, H. ve Özdemir, A. (2018). Türkiye'de 1980 sonrası sağlık politikalarında dönüşüm ve sağlık harcamalarına etkileri. *Uluslararası Yönetim ve İşletme Dergisi*, CEEİK 2018 Özel Sayısı, 119-146.

- Evsile, M. (2018). Cumhuriyet döneminde sağlık hizmetleri (1923-1950). *Kesit Akademi Dergisi*, 4 (13), 1-19.
- Fedai, R. (2019). Sağlıkta dönüşüm programının öncesi: Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimi: 1923-2003. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8 (2), 2010-2032.
- Getzen, T.E. (2004). *Health economics fundamentals and flow of fund*. (2.Edition). Wiley International Publisher.
- Green, A. (2007). *An Introduction to health planning for developing health systems*. Oxford University Press.
- Işıkcı, M.Y. (2016). Bir kamu politikası analizi: sağlık politikasında dönüşüm. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9 (46), 731-748.
- Karabulut, U. (2007). Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık hizmetlerine toplu bir bakış: Dr. Refik Saydam'ın sağlık bakanlığı ve hizmetleri. *Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi*, 6 (15), 151-160.
- Kökçü, A. T. (2014). Türkiye'de Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 22 (3), 98-105.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık ekonomisi ve hastane yönetimi*. Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Kurt, A. Ö. ve Şaşmaz, T. (2012). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi:1961-2003. *Lokman Hekim Journal*, 2(1), 21-30.
- Küçük, A. (2018). *Kapitalizm, devlet, sağlık ve Türkiye*. Akademisyen Kitabevi.
- Navarro, V. (2007). What is a national health policy?. *International Journal of Health Services*, 37 (1), 1-14.
- Nesipoğlu, G. (2018). Olgusal bir yapı olarak sağlık politikaları: 1920-1960 yılları arası Cumhuriyet döneminin tarihsel izleği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21 (1), 165-177.
- Oğuz, A. B. (2020). Turkish health policies: past, present and future. *Social Work in Public Health*, 35 (6), 456-472.
- Özden, N. (2005, 01-06 Eylül). Dr. Refik Saydam'ın Türk sağlık politikaları üzerindeki etkisi (1923-1937). 38. Uluslararası Tıp Tarihi Kongresi, Ankara.
- Polatcan, İ. (1989). *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, gerekçeler, Anayasa Mahkemesi kararları, bilimsel görüşler*. Nadir Kitap.
- Sağlık Bakanlığı (1988). *Türkiye sağlık istatistikleri yıllığı 1982-1986*. Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı (2021). Sağlık istatistikleri yıllığı 2021. 17 Ekim 2023 tarihinde <https://www.saglik.gov.tr/TR,95109/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-yayinlanmistir.html> adresinden erişildi.
- Saltık, A. (2014). Türkiye'de erken Cumhuriyet dönemi sağlık hizmetleri. 17 Ekim 2023 tarihinde <http://ahmetsaltik.net/2014/06/12/turkiyede-erken-cumhuriyet-donemi-saglik-hizmetleri/> adresinden erişildi.
- Sarı, H. (2019). Analysis of the development of health systems in Turkey. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6 (1), 48-53.
- TÜİK, (2022). Kıır-kent nüfus istatistikleri. 17 Ekim 2023 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Kent-Kir-Nufus-Istatistikleri-2022-49755> adresinden erişildi.
- Uğurluoğlu, Ö. (2005). Sağlık sistemleri performans ölçümü, önemi ve Dünya Sağlık Örgütü yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8 (1), 1-27.
- Yaşar, G. Y. (2010). Health transformation programme in Turkey: An assessment. *International Journal of Health Planning And Management*, 26, 110-133. <https://doi.org/10.1002/hpm.1065>
- Yenimahalleli, G. (2017). AKP'li yıllarda sağlık ve sağlık politikası. Yenimahalleli, G., Göksel, A. ve Birler, Ö. (Ed.). *İnsana karşı piyasa: Türkiye'de sağlık ve sosyal güvenlik içinde* (103-142). Notabene Yayınları.
- Yıldırım, S. (1994). *Sağlık hizmetlerinde harcama ve maliyet analizi*. DPT Yayınları.

Etik kurul onayı

Bu çalışmada açık erişimi olan veriler kullanılması ve analiz edilmesi sebebi ile bu çalışma etik kurul izni gerektirmeyen çalışmalar arasında yer almaktadır.

Çıkar çatışması beyanı

Bu çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Teşekkür –destek beyanı

Bu çalışmada, doktora tezimde danışmanlığı ile katkı ve emeği geçen merhum Prof. Dr. Ayşegül Mutlu'ya teşekkürü bir borç bilirim.