



Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin 100 Yılında Sağlık Politikaları ¹

Gizem Zevde AYDIN ² - Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI ³ - Hasan Fehmi DEMİRCİ ⁴
Pelinsu Buket DOĞANYİĞİT ⁵

Başvuru Tarihi: 29.05.2023

Kabul Tarihi: 13.10.2023

Makale Türü: Derleme

Öz

Cumhuriyet'in kurulması ile birlikte çoğu alanda olduğu gibi sağlık alanında da bireylerin iyilik halinin sağlanmasına yönelik yenilikçi politikaların izlendiği görülmektedir. Bu politikalar; sağlık yönetimi, sağlık mevzuatı, sağlık kurumlarının yapılanması, sağlık ekonomisi ve finansmanı, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık insan gücü, halk sağlığı ve sağlık endüstrisi gibi birçok alanı kapsamaktadır. Derleme niteliğinde olan bu çalışma kapsamında, Cumhuriyet'in yüz yıllık döneminde sağlık politikalarının genel olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları 1920-1938, 1938-1960, 1961-1980, 1980-2000 ve 2000 ve sonrası olmak üzere beş dönemde ele alınmıştır. 2000 ve sonrası dönem, önemli kırılım noktaları olan Sağlıkta Dönüşüm Programı, Dijitalleşme, Sığınmacı Göçü ve Pandemi olarak dört ayrı alt başlıkta incelenmiştir. Türkiye sağlık politikalarının toplumun sağlık ve refahını geliştirmeyi amaçladığı ve dünyadaki eğilimlerden ve Türkiye'de meydana gelen güncel gelişmelerden etkilendiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Cumhuriyet Dönemi, Sağlık Politikası

Atıf: Aydın, G. Z., Bölükbaşı, F. B., Demirci, H. F. ve Doğanıyigit, P. B. (2023). Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin 100 yılında sağlık politikaları. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(Özel Sayı), 431-454.

¹ Bu çalışma etik kurul izin belgesi gerektirmemektedir.

² Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gizem.zevde@gmail.com, ORCID: 0000-0002-8249-6788

³ Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, bolukbasibetul@gmail.com, ORCID: 0000-0003-3194-5528

⁴ Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, demircihasanfehmi@gmail.com, ORCID: 0000-0001-5223-8318

⁵ Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, p.buket.guler@gmail.com, ORCID: 0000-0002-5108-473X



Healthcare Policies in the 100-Year History Republic of Turkey

Gizem Zevde AYDIN⁶ - Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI⁷ - Hasan Fehmi DEMİRCİ⁸
Pelinsu Buket DOĞANYİĞİT⁹

Submitted by: 29.05.2023

Accepted by: 13.10.2023

Article Type: Review

Abstract

With the establishment of the Republic of Turkey, innovative policies aimed at ensuring the well-being of individuals in various fields, including healthcare, have been observed. These policies encompass numerous areas such as healthcare management, health legislation, the organizational structure of healthcare institutions, health economics and financing, healthcare service delivery, healthcare workforce, public health, and the healthcare industry. This compilation aims to provide a general evaluation of healthcare policies during the century-long period of the Republic. Accordingly, the healthcare policies of the Republic era are examined in five periods: 1920-1938, 1938-1960, 1961-1980, 1980-2000, and 2000 & Post. The 2000 & post period is analyzed under four subheadings: Healthcare Transformation Program, Digitalization, Refugee Migration, Pandemic which are important breaking points. It can be said that Turkish healthcare policies aim to improve the health and well-being of society and are influenced by global trends and current developments in Turkey.

Keywords: Health, Period of the Republic, Health Policy

⁶ Ondokuz Mayıs University, Faculty of Health Sciences, Health Management Department, gizem.zevde@gmail.com, ORCID: 0000-0002-8249-6788

⁷ Hacettepe University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Health Management Department, bolukbasibetul@gmail.com, ORCID: 0000-0003-3194-5528

⁸ Ondokuz Mayıs University, Faculty of Health Sciences, Health Management Department, demircihasanfehmi@gmail.com, ORCID: 0000-0001-5223-8318

⁹ Ondokuz Mayıs University, Faculty of Health Sciences, Health Management Department, p.buket.guler@gmail.com, ORCID: 0000-0002-5108-473X

Giriş

Cumhuriyetin getirdiği en temel haklardan biri de sağlık hakkıdır. Sağlık hakkı, tüm bireylerin mümkün olan en üst düzeyde fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olması olarak tanımlanabilir (Görmüş, 2013, s. 75). Bir diğer ifadeyle sağlık hakkı, sağlıklı bireyler ve sağlıklı toplum hedefine ulaşabilmek adına gerekli hizmetlere, tesislere ve şartlara ulaşmayı ve bunları kullanmayı kapsamaktadır (Zengin, 2010, s. 45). Bu doğrultuda sağlık hizmetleri, bireyin ve toplumun sağlığını korumak, ortaya çıkacak hastalıkların tedavi edilerek bireylerin mutluluğunu sağlamak için gerçekleştirilen tüm faaliyetleri kapsamaktadır (Ertürk Atabey, 2016, s. 11). Sağlık hizmetleri sunumunda rol oynayan kamu sektörü ya da özel sektörün ve hatta gönüllü kuruluşların faaliyetlerinin tamamı sağlık politikası kapsamına girmektedir. Sağlık politikası, sağlık kurumlarının, sağlık hizmetlerinin ve finansmanının şekillenmesinde rol oynayan tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Bunun yanı sıra sağlık politikası, sağlık hizmetlerine ek olarak sağlık üzerinde etkisi olan çevresel ve sosyo-ekonomik faktörlerle de ilgilidir (Ertürk Atabey, 2016, s. 22). Sağlık politikalarının, sağlık göstergelerinin (İleri, Seçer ve Ertaş, 2016, s. 178) ve sağlık sektörünün yapılanmasının ve tanımlanmasının temel belirleyicilerinden biri olduğu söylenebilir (Akdur, 1998, s. 1).

Sağlık hizmetleriyle ilgili gelişmelerin ve politikaların takip edilmesi sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri sebebiyle önem taşımaktadır. Bu kapsamda Cumhuriyet dönemiyle birlikte Türkiye’de sunulan sağlık hizmetlerinin gelişmeleri takip ederek güncelliğini korumaya odaklandığı söylenebilir. Derleme niteliğinde tasarlanan bu çalışmada, Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları için genel bir bilgi ve değerlendirme sunulması amaçlanmaktadır.

Cumhuriyet döneminde sağlık politikaları beş ayrı dönemde ele alınmıştır: 1920-1938, 1938-1960, 1961-1980, 1980-2000 ve 2000 ve sonrası. Çalışma, cumhuriyetin ilk yıllarından günümüze kadar sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimini ve geliştirilen politikaları ortaya koymasından önem taşımaktadır.

1920-1938 Dönemi

Cumhuriyetin ilanından önce 1920’de Sağlık Bakanlığı kurulmuş ve ilerleyen dönemlerde sağlık hizmetleri devletin asli görevi olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Dr. Adnan Adıvar’ın ilk Sağlık Bakanı olarak göreve başladığı bu dönemde, sağlık altyapısının temelleri atılmıştır (Akdur, 1998, s. 3). 1920-1938 dönemi, daha çok savaş yaralarının sarıldığı bir dönem olmakla birlikte (Sağlık Bakanlığı, 2015), sağlık hizmetleri bu dönemde kurumsallaşmaya başlamış, temel sağlık birimlerinin teşkilatlanmasına yönelik çalışmalar gerçekleştirilmiştir (Altındağ ve Yıldız, 2020, s. 161). Bu dönemde Sağlık Bakanlığının temel görevi koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmektir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde hükümet tabipliği ve sağlık müdürlüklerinden yararlanılmıştır (Ak, 2022, s. 29). İl Sağlık Müdürlüklerinin ve hükümet tabipliklerinin kurulması ile birlikte birinci basamak koruyucu hekimlik anlayışı ön plana çıkmıştır (Kasapoğlu, 2016, s. 135).

Cumhuriyetin ilanından sonra Dr. Refik Saydam Sağlık Bakanı olarak atanmış ve 1937’ye kadar bakanlık görevini yürütmüştür (Akdur, 1998, s. 4). Dr. Refik Saydam görevde olduğu süre içerisinde bulaşıcı hastalıklarla mücadele için araştırmaların yapılması ve gerekli aşuların üretilmesinde öncü rolü oynayacak ilk halk sağlığı okulunu ve enstitüsünü kurmuştur. 1930 yılında tüm sağlık politikalarını düzenlemeye yönelik “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” çıkarılmıştır (Kasapoğlu, 2016, s. 135).

Sağlığın bir kamu hizmeti olarak görülmeye başlanması ile birlikte hekim ve diğer sağlık insan gücü yetiştirmenin önemi de dikkat çekmeye başlamıştır (Kasapoğlu, 2016, s. 135). 1923 yılı verilerine göre ülkede 86 hastane, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Bu dönemde savaş döneminde ortaya çıkmış olan sıtma, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadelede, halk sağlığının ve ana-çocuk sağlığının korunmasına öncelik verilmiştir (Nesipoğlu, 2018, s. 169). Salgın hastalıklarla mücadele için dikey örgütlenme yapısı tercih edilmiştir. Bu yıllarda tedavi edici hizmetler yerel idarelerin sorumluluğunda yürütülmüştür. Bu kapsamda büyük illerde doğrudan Bakanlığa bağlı “Numune Hastaneleri” kurulmuştur (Kökçü, 2014, s. 100). 1924 yılında Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas, 1936 yılında ise Haydarpaşa Numune Hastaneleri açılmıştır. Ardından Trabzon ve Adana Numune Hastaneleri hizmete sunulmuş ve Numune Hastanesi sayısı yediye yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015). 1924’te 150, 1936’da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmıştır. Koruyucu sağlık hizmeti veren hekimlerin maaşları iyileştirilmiş ve serbest çalışmaları yasaklanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015). Bunun yanı sıra halkı bilinçlendirmek amacıyla eğitici kitapçıklar yayınlanmıştır (Nesipoğlu, 2018, s. 169).

Özetle bu dönemde toplumun yeniden yapılandırılmasının odak noktası, bulaşıcı hastalıklarla başa çıkmak ve mevcut sağlık sorunlarına çözüm bulmak için sağlık eğitimine yönelik kurumsal ve toplumsal düzenlemelerin sağlanması olmuştur (Nesipoğlu, 2018, s.169).

1938-1960 Dönemi

Daha önce bahsedildiği gibi, bulaşıcı hastalıklarla özellikle de yüksek önlenebilir ölüm oranlarıyla bilinen sıtma ve verem ile mücadele, 1923’ten sonraki on yıllık dönemde Türkiye’de halk sağlığını koruma çabalarının merkezinde yer almıştır (Yılmaz, 2022, s. 258). 1938-1960 döneminde ise sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinin organizasyonu ile ilgili önemli adımlar dikkat çekmektedir. 1942 yılında hazırlanmış olan ve refah devletlerinin doğuşu ile ilişkilendirilen Beveridge Raporu’nda, halk için sosyal güvenliğin sağlanması ve devlet tarafından finanse edilen ulusal sağlık sistemlerinin oluşturulması gerekliliği öne sürülmüştür (Beveridge, 1942, s. 1-20). Küresel düzeydeki bu gelişmeler doğrultusunda 1945 yılında mavi yakalı çalışanlara yönelik olarak İşçi Sigortaları Kurumu¹⁰ kurulmuştur. Bu tarihten itibaren çoğunluğu hastane olmak üzere kuruma ait sağlık tesisleri oluşturulmuştur (WHO, 1996, s. 3). Aynı amaçla, 1949 yılında kamu çalışanları için ise Devlet Emeklilik Fonu (SPF) oluşturulmuştur (Hall, 1951, s.138). Bu dönemdeki önemli gelişmelerden biri de 1946 yılında dönemin Sağlık Bakanı Behçet Uz tarafından duyurulan ve sağlık politikalarını kapsayan “Birinci On Yıllık Ulusal Sağlık Planı” olmuştur. Plan kapsamında tüm sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ve ülke geneline yayılması amaçlanmış, Refik Saydam döneminde sadece Numune Hastaneleri ile merkezi yönetimde kalan hastane hizmetlerinin de içinde olduğu tüm hizmetleri merkezi yönetimin sorumluluğuna verilmiştir (Özsarı, 2018, s. 24-27). Bu doğrultuda temel hedef özellikle kırsal bölgelerde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunulacağı sağlık merkezlerinin kurulması olmuştur. Ayrıca plan dahilinde Türkiye’nin yedi sağlık bölgesine ayrılması ve bölgelerin her birinde tıp fakültesi kurulması öngörülmüştür (Özsarı, 2018, s. 24-27). 1950’nin sonunda, devlet hastanelerinin sayısı 88’e yükselmiş ve devlet hastaneleri toplam hastanelerin %43,78’ini ve hastane yataklarının %56,05’ini temsil eder hale gelmiştir (Oğuz, 2020, s. 462). Yine bu dönemde, 8 Aralık 1954’te Dr. Behçet Uz tarafından, Milli Sağlık Programı ve tüm toplum için genel bir sağlık sistemi ve finansmanı amaçlayan Sağlık Bankası ile ilgili çalışmalar açıklanmış ve bu çalışmalar Türkiye’de sağlık planlaması ve organizasyonunun temel yapıtaşlarını oluşturmuştur (Demirel, 2009, s. 12; Oğuz, 2020, s. 463). Bununla birlikte bu dönemde Sağlık Bankası sistemi uygulamaya geçirilememiştir (Dedeoğlu, 2021, s. 17).

1938-1960 Döneminde Türk Tabipler Birliği (1953) ve Türk Eczacılar Birliği (1956) gibi sivil toplum kuruluşları ile hemşirelik (1954) ve eczacılık (1953) gibi meslekler için yasal altyapı geliştirilmiştir. Bu dönemde, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele ile birlikte nüfusu artırmaya

¹⁰ İşçi Sigortaları Kurumu’nun adı 1965 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu [SSK] olarak değiştirilmiştir.

yönelik yürütülen politikalar, nüfus artışları ile etkisini göstermiştir. Aynı zamanda, ilerleyen dönemlerde etkisini gösterecek olan, hekim ve hemşire sayısını arttırmaya yönelik adımlar atılmıştır (Oğuz, 2020, s.463-466).

1938-1960 Döneminde ruh sağlığına yönelik politikalar da dikkat çekmektedir. Daha önce bahsedilen Numune Hastaneleri ve bu hastanelerin psikiyatri birimleri, ülkedeki psikiyatristlerin eğitimine ve ruh sağlığı alanındaki gelişmelere önemli katkılar sağlamıştır. Aynı zamanda, Sosyal Güvenlik Kurumu (SSK) Hastanelerinin bir kısmı çeşitli illerde açılarak benzer bir işlevi üstlenmiştir. Psikiyatri eğitimi konusunda tıp fakültelerine bağlı hastaneler ve hastanelerin Psikiyatri Anabilim Dalları da önemli rol oynamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2016, s. 43).

Türkiye, yirminci yüzyılın sonundan önce sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda kademeli olarak nispeten iyi kurulmuş bir kamu sistemine ulaşmıştır. Bu durumu açıklayan faktörlerden biri de, tıp eğitimine yapılan yatırımlar ve özellikle cumhuriyette mezunları kamu hizmetine kanalize etmede başarılı olunmasıdır (Yılmaz, 2022, s. 251). Sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli ilerlemeler 1960'lı yıllarda 1961 tarihli "Temel Sağlık Kanunu" veya "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu" ile devam etmiştir (WHO, 1996, s. 3).

1961-1980 Dönemi

1961 yılında yeniden yapılandırılan Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda sağlık hizmetleri devletin asli ve anayasal görevleri arasında yerini almıştır. Sağlık hizmetleri bu çerçevede değerlendirilerek çalışmalar yapılmıştır. Dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı görevini yürüten Dr. Nusret Fişek'in hazırladığı 224 Sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun" hayata geçirilmiştir (Akdur, 1999, s. 53). Sosyalleştirme programı ilk olarak 1963 yılında Muş ilinde uygulanmış, 1983'te ise, ülkenin bütününe yayılmıştır. 224 Sayılı Kanun ile dar bölgede çok yönlü hizmet anlayışıyla hareket edilmiştir (Fişek, 1983, s. 164). Koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlık ocakları ve sağlık evleri aracılığıyla yürütülmesi planlanmıştır. Yataklı sağlık hizmetleri bölge, il ve ilçe hastaneleri tarafından verilmiştir. Koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetleri bir arada yürütülmüş ve kamu sektöründeki hizmetlerin tek elden yönetimi sağlanmıştır (Dirican, 1970, s. 190). Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti, nüfusa göre örgütlenme sistemi göz önüne alınarak, köyden merkez birimlere kadar örgütlenmiştir. 5000 ya da 10000 arası bireyin yaşadığı her bölgede en az bir sağlık ocağının hizmet vermesi, hizmetlerin hekim, ebe ile yardımcı diğer sağlık personeliyle yürütülmesi kararlaştırılmıştır. Sağlık evleri, taşra örgütünün en uç noktasında bulunan kuruluş olup sağlık ocaklarına bağlanmıştır. 2500 ila 3000 nüfus için sağlık evi kurulması ve köy ebesi tarafından sağlık evlerinde sunulan sağlık hizmetlerinin yönetilmesine karar verilmiştir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1971, s. 39).

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından 1961-1983 yıllarını kapsayan beş yıllık dört kalkınma planı hazırlanmıştır. Bu dönemde hazırlanan kalkınma planlarında bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi, sağlık personeli eksikliğinin tamamlanması, ana-çocuk sağlığı programlarının oluşturulması, sağlık merkezi bölgeleri ve il sağlık müdürlüklerinin kurulması, "Devlet İlaç Kontrol Enstitüsü" ve "Halk Sağlığı Eğitimi Enstitüsü" nün yapılandırılması gündeme gelmiştir. 1965 yılında 557 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" ile nüfusu arttırmaya yönelik politikadan nüfus artış hızını sınırlayıcı politikaya geçilmeye başlanmıştır (Hoşgör ve Tansel, 2010, s. 90). Bu dönemde genel sağlık sigortası ile ilgili bir kanun taslağı hazırlanmış, fakat yasalasamamıştır. 1978 yılında yürürlüğe giren 2162 sayılı "Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışma Esasları Kanunu" ile ülke 16 bölgeye ayrılmıştır. Kamuda çalışan hekimlerin çalışma koşulları ile sorumlulukları belirlenmiş ve sağlık personeline gereksinim duyulan yerlerde görev yapması için özendirici koşullara yer verilmiştir. Bunun yanı sıra hekimlerin özel muayehane açmaları yasaklanmış, 1980 tarihinde hekimlere tekrardan muayenehane açma serbestliği getirilmiştir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012, s. 137). Sağlık çalışanları arasında örgütlenme artarak, 1961'de "Türkiye Sağlık İşçileri ve Müstahdemleri Sendikası" ve 1962'de "Türkiye Sağlık İşçileri ve

Personeli Sendikası” kurulmuştur (Kasapoğlu, 2016, s. 141). 1961 ve 1980 yılları arasında sağlık mevzuatları ile ilgili kanun ve yönetmelikler dikkat çekmektedir. “Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, Sağlık Eğitim Enstitüleri Kurulu Kanunu, Çevre Sağlığı Memurları Yönetmeliği, Hassas Bölgelerde Kurulacak Hastaneler Servisine Ait Planlama, Teşkilat, İkmal ve Diğer Hizmetlerin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik, Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Kurulları Yönetmeliği ve Tababet Uzmanlık Yönetmeliği” yürürlüğe girmiştir (Eren ve Tanrıtanır, 1998, s. 14-15).

1980-2000 Dönemi

1961 Anayasası’nda vurgulanan sosyal devlet anlayışı, “1982 Anayasası” ile daha belirgin hale gelmiş, vatandaşların sosyal güvenlik hakları ve devletin bunu sağlamada sorumluluk sahibi olduğu ifade edilmiştir (İleri, Seçer ve Ertaş, 2016, s. 180). “1961 Anayasası”nda ifade edilen “insan haklarına dayalı devlet” anlayışı, 1982 Anayasası ile “insan haklarına saygılı devlet” anlayışına dönüşmüştür (T. C. Anayasası, 1982; T. C. Anayasası, 1961). Bu durum, dönemin sağlık politikaları üzerinde de etkili olmuştur.

İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra sağlık hizmetlerinin kamusallaştırılması ve bir kamu hizmeti olarak sunulması ön plana çıkmaktadır. Ülke bütçelerinden sağlığa ayrılan harcamaların artması, bu payların düşürülmesi için yeni politikaların belirlenmesi ihtiyacını doğurmuştur (Seren, 2014, s. 20). Bu durum, ekonomik aktivitelerde kamu sorumluluğunun azaltılmasını ifade eden neoliberal politikaların uygulanmasına neden olmuştur. Dünya’da özellikle 1980’den sonra başlayan neoliberal akım Türkiye’yi de etkilemiştir. Neoliberalizm, devlet müdahalesinin azaltılması, devlete ait işletmelerin özelleştirilmesini içeren iktisadi bir akımdır (Konat ve Yıldız, 2020, s. 1228). Akımın sağlık hizmetlerine yansımalarının bir örneği ise sigorta şirketlerinin sağlık sektöründeki rolünün artmasıyla sağlık hizmetlerinin daha da özelleşmesidir (Navarro, 2009, s. 7). Özelleştirme kavramının hâkim olduğu bu dönem, devletin sağlık hizmetlerinde planlama ve denetleme rolünü üstlendiği özel sektörün ise hizmet sunduğu bir dönemdir (Fedai, 2019, s. 2024). Dolayısıyla 1980-2000 sonrası Türkiye sağlık politikalarında özelleştirme ilkesinin hâkim olduğu görülmektedir.

Dünya Bankası, dünya üzerinde birçok ülkede sağlık sektörüyle ilgili çeşitli analizler yaparak bir krizin varlığını tanımlamıştır. Bu krizin çözümüne yönelik olarak sağlık reformlarının gerçekleştirilmesini önermiştir. Bu reformlar, tek çatı altında toplanan sosyal güvenlik kurumları, hizmet sunumu ve finansmanının ayrıştırılması, özel sektörün sağlık sektöründe faaliyette bulunabilmesi, sağlık bakanlıklarının hizmet sunmak yerine düzenleyici ve denetleyici bir rol üstlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik aile hekimliği sistemi ve yerinden yönetim ilkelerinden oluşmaktadır (Erol ve Özdemir, 2014, s. 10-11). Türkiye’de sağlık reformu ile ilgili çalışmalar, esasında 1980 sonrası dönemde hız kazanmış ve dönemin hükümetleri ve Sağlık Bakanlıkları tarafından üzerinde önemle durulan konular arasında yerini almaya başlamıştır (Seren, 2014, s. 20). Sağlık hizmetlerinde devletin ve piyasanın sorumluluklarındaki değişimler, desantralizasyon, tüketicilerin güçlendirilmesi ve halk sağlığının rolü 1990’lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana çerçevesini oluşturmaktadır (Kıvanç, 2015, s. 165). Bu dönemdeki sağlık reformları (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2015):

- Sosyal güvenlik kurumlarının parçalı yapısına son verilerek birlik sağlanması ve genel sağlık sigortasının hayata geçirilmesi,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeli,
- Hastanelerin özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerinde ön planda olması ve sağlık hizmetlerinde planlama ve denetleme işlevine sahip olması gibi önemli teorik politikalardan oluşmuş ancak bunların bir kısmı uygulanamamıştır.

1990'lı yıllarda yürütülen bu sağlık reformu Dünya Bankası ile anlaşma yapılarak gerçekleştirilmiştir. Reform ana hatlarıyla, etkinlik, erişebilirlik ve eşitlik ilkeleriyle sağlık finansmanı, sağlıkta yeniden yapılanma, yönetim ve enformasyon alanları ile ilgili değişimleri içermektedir (Kıvanç, 2015, s. 165).

1980-2000 dönemi sağlık politikaları, genel anlamda Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) temellerinin atıldığı bir dönemdir. Muayene temelli aile hekimliği yaklaşımı, devlet hastanelerinin özleştirilmesi ve uygulanamayan Genel Sağlık Sigortası ile ilgili düşünceler SDP'yi şekillendirecek içeriklere sahiptir (Korkmaz, 2019, s. 3115). Bu dönemde aile ve nüfus planlaması, sağlık hizmetlerinin finansmanı gibi konular sağlık politikasının temelini oluşturmaktadır. Bu dönemdeki önemli gelişmelerden biri de sağlık hizmetleriyle ilgili temel prensipleri düzenlemek amacıyla 1987 yılında çıkarılan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"dur (İleri, Seçer ve Ertaş, 2016, s. 180-181). Bu dönemde sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili hukuksal ve kurumsal açıdan birtakım değişiklikler yapılmış olup, bu değişiklikler aşağıda ifade edilmektedir (Erol ve Özdemir, 2018, s. 124):

- Sağlık hizmetleri, devletin sunmakla sorumlu olduğu bir görev olmaktan çıkarılarak devletin planlama ve düzenleme görevi ön plana çıkarılmıştır.
- Bu dönemde örgütlenmede piyasalaşma açısından ilk adım atılmıştır. Sağlık işletmesine dönüştürülen Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi ise piyasalaşmanın ilk örneklerinden biridir.
- 1990'da düzenlenen I. ve II. Sağlık Kongreleri ile merkeziyetçi yapı yerine yerel yönetimlere devir yönünde görüş hâkimdir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili yapılan düzenlemeler neticesinde Bakanlık, birinci basamak sağlık hizmetlerini "sağlık ocakları, sağlık evleri, ana ve çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri, sıtma merkezleri, kanser savaş merkezleri" aracılığıyla sağlamaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri "diğer kamu kuruluşları, dernek, vakıf ve özel kişilerle birlikte bakanlık tarafından yürütülmektedir. Ayrıca 1989 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının adı, Sağlık Bakanlığı olarak değiştirilmiştir (Kasapoğlu, 2016, s. 142).

1980 darbesinden sonra toplumda yaşanan değişimler sağlık sektörünü de etkilemiş, ihtiyaç duyulan insan gücü mecburi hizmet, rotasyon gibi zorlayıcı tekniklerle sağlanmış, sağlık personeli sayısı artırılmış ve kırsal bölgelerde de görev yapmaları sağlanmaya çalışılmıştır (Akdur, 2008, s. 9).

1990 yılında DPT tarafından yapılan "Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması" ve 1992 ve 1993 yılında "2000 Yılında Herkese Sağlık" politikasına yönelik düzenlenen Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri de gelecek dönemlerdeki sağlık reformlarının başlangıcı olmuş; bu çalışmalar sağlık politikası ile ilgili gelişmelere hız kazandırmıştır (İleri, Seçer ve Ertaş, 2016, s. 180). Bu reformları, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) politika ve tercihleri etkilemiştir. Nitekim 1987 yılında Dünya Bankası ile Türkiye arasında ülke sağlık durumunun değerlendirilmesine yönelik anlaşma yapılmıştır. DPT tarafından hazırlanan "Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması" ve Ulusal Sağlık Kongreleri, Ulusal Sağlık Politikası'nın hazırlanmasını sağlamıştır (Karataşer, 2018, s. 35). Ulusal Sağlık Politikası, sağlığın detaylı bir analizini ve hedeflerini içermektedir (Cansever, 2018, s. 114). Ulusal Sağlık Politikası, "sağlığın gelişmesine destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıklı Türkiye hedefleri" gibi çeşitli başlıklardan oluşmaktadır. Ulusal Sağlık Politikası'nda "sağlığın geliştirilmesine yönelik bilimsel, teknolojik ve hukuki altyapılar, sağlığı etkileyen çevre şartları; konut, kent, çalışma ortamı, hava, su ve tüm çevresel faktörler, yaşam biçimine yönelik beslenme, zararlı alışkanlıklar, sağlık eğitimi, sağlık kurumları örgüt yapısı, temel sağlık hizmetlerinin sunumu, hastane

yönetim yapıları, sağlık işgücü, ilaç ve finansman konusunda sağlıklı kamu politikalarının geliştirilmesi” vurgulanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1993, s. 8). Dönem içerisinde ayrıca yeşil kart uygulamasına başlanmıştır (Cansever, 2018, s. 114).

Bu dönemde sağlık mevzuatına yönelik birçok çalışma yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmalar sonucunda “*Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun, Nüfus Planması Hakkında Kanun, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu*” gibi birçok kanun çıkarılmıştır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Mevzuatta yapılan birçok değişiklik dışında bu dönemde “*Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994), Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989), Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)*” olmak üzere çeşitli kalkınma planları uygulanmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, t.y).

Özetle dönem içerisindeki politikalar koruyucu sağlık hizmetleri, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı, sağlık kuruluşlarının dengeli dağılımı, hastanelerin idari ve mali anlamda özerk organizasyonlara dönüştürülmesi, sağlık insan gücünün nitelik açısından geliştirilmesi, hizmet sunum süreçlerinde verimlilik gibi konularda gerçekleştirilmiştir.

İzlenen politikalar istatistiki göstergelere de yansımıştır. Sağlığa özgü dönemsel göstergeler incelendiğinde 1989’dan 2000’e kadar doğuşta beklenen yaşam süresinde 3,1’lik bir artış olmuş ve 2000 yılında 69,1 yaşa yükselmiştir. 0-1 yaş arası bebek ölüm hızı 1989-2000 yılı arasında düşüş göstermiştir. 2000 yılında 0-1 yaş arası bebek ölüm hızı %35,3’tür. Toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı ise 1989 yılında %3,4; 1994 yılında %4 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık harcamaları içindeki kamu payı 1989 yılında %58,5; 1994 yılında %64,7’dir (DPT, 1995, s. 44-47; DPT, 2000, s. 86-88). Sağlık personeli sayısı incelendiğinde bir artışın olduğu görülmektedir. 1980 yılında hekim sayısı 27.241, diş hekimi sayısı 7.177, hemşire sayısı 26.880, ebe sayısı 17.197, eczacı sayısı 11.379, diğer sağlık personeli sayısı 11.964’tür. 2000 yılında ise, hekim sayısı 85.242’ye, diş hekimi sayısı 15.906’ya, hemşire sayısı 69.550’ye, ebe sayısı 41.594’e, eczacı sayısı 21.927’ye, diğer sağlık personeli sayısı 51.887’ye yükselmiştir. Bunun yanı sıra yataklı sağlık kuruluşu sayısı ve toplam hastane sayısında da artış yaşanmıştır. 1980 yılında toplam sağlık kuruluşu sayısı 827, yataklı sağlık kuruluşu sayısı 827, toplam hastane sayısı 99.117’dir. 2000 yılına gelindiğinde toplam sağlık kuruluşu sayısı 10.747, yataklı sağlık kuruluşu sayısı 1.183, toplam hastane sayısı 134.950’ye yükselmiştir (TUİK, 2022).

2000 ve Sonrası Dönem

2000 ve sonrası sağlık alanında önemli değişimlerin olduğu bir dönemdir. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulanmaya başlanmıştır. Program kapsamında, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, sunumunda ve finansmanında köklü adımlar atılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2023). SDP; insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olmak üzere çeşitli ilkeler çerçevesinde ele alınmıştır (Akdağ, 2012, s. 69-70).

Sağlık sisteminin dönüşümü aşağıda yer alan sekiz bileşen etrafında gerçekleşmektedir (Akdağ, Aydın ve Demirel, 2008, s. 20).

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,

- a) *Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği,*
- b) *Etkili, kademeli sevk zinciri*
- c) *İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,*
4. *Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,*
5. *Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,*
6. *Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,*
7. *Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,*
8. *Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.*

SDP çerçevesinde Sağlık Bakanlığı; politikaları planlayan, hizmetleri koordine eden ve denetleyen bir teşkilat yapısına kavuşturulmuştur. Bu doğrultuda merkez ve taşra teşkilatında yer alan sağlık müdürlükleri, hizmetleri verimli ve etkili şekilde yürütmektedir (Resmi Gazete, 2018). Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi kapsamında Kamu Özel İşbirliği modeli ortaya çıkmış, şehir hastaneleri hayata geçirilmiştir. Yapılması planlanan sağlık kurumu, yüklenici firma tarafından yapılmakta ve belirli süreliğine devlete kiralanmaktadır. Devlet tarafından yapılan işlemler için yüklenici firmaya kira bedeli ödenmekte ve sağlık kurumunun sunduğu çekirdek hizmetler dışındaki faaliyetler firmalardan alınmaktadır (Savaş, Keleş ve Göktaş, 2020, s. 26).

Bütün vatandaşların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ulaşabilecekleri ve hakkaniyet ilkesi çerçevesinde ödeme yapabilecekleri sigorta modelinin oluşturulması amacıyla genel sağlık sigortası yürürlüğe girmiştir. Böylece vatandaşların sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalanmaları sağlanmış, sağlık finansmanı ile hizmet sunumu birbirinden ayrılmıştır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2019).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, sağlık hizmetlerine eşit şekilde erişimin sağlanması ve vatandaşların sağlık kayıtlarının tutulması amacıyla "Aile Hekimliği" uygulamasına başlanmıştır. Aile hekimliği pilot uygulamasına 2005 yılında Düzce ilinde aile başlanmış ve 2010 yılında ülke geneline yaygınlaştırılmıştır. Bu uygulamayla birlikte vatandaşlar rahatsızlıkları ortaya çıktığında ilk olarak aile hekimlerine başvuru yapmaktadır. Böylece kademeli şekilde işleyen sevk zinciri amaçlanmıştır (Akdağ, Aydın, Buzgan, Demirel ve Gündüz, 2008, s. 6-8). Türkiye’de yıllara göre aile hekimliği birimi ve müracaat sayıları incelendiğinde; 2008 yılında aile hekimliği birimi sayısının 1.765, aile hekimliği birimi başına düşen nüfusun 3.461, birinci basamak kuruluşları sevk hızının 1,3 ve aile sağlığı merkezi sayısının 1.765 olduğu görülmektedir. 2021 yılında ise aile hekimliği birimi sayısı 26.928, aile hekimliği birimi başına düşen nüfus 3.145, birinci basamak kuruluşları sevk hızı 2,9, aile sağlığı merkezi sayısı 8.057 ve aile sağlığı merkezi muayene oda sayısı 26.928’dir (Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 85-88; Sağlık Bakanlığı, 2023, s. 145-146). Sağlık göstergelerinden hareketle birinci basamak sağlık kuruluşları sevk hızında, aile hekimliği birim sayısında, aile hekimine müracaat sayısında, aile sağlığı merkezinde ve muayene oda sayısında artışlar meydana geldiği söylenebilir. Diğer yandan aile hekimliği birimi başına düşen nüfusta azalmalar olmuştur.

Sağlık hizmetlerinin gereksinim duyulduğu zamanda ve hakkaniyete uygun şekilde verilebilmesi amacıyla sağlık insangücünün; hizmetleri karşılayabilecek beceri ve bilgilerle donatılması, meydana gelen ya da gelebilecek sorunları takım anlayışı içerisinde çözebilmesi, niteliklere uygun şekilde yetiştirilmesi, üretken olarak değerlendirilmesi ve ülke genelinde dengeli istihdam edilmesi önemlidir (Solak, 2014, s. 3). 2002 yılında sağlıkta dönüşüm programı öncesinde 91.949 hekim, 16.371 diş hekimi, 72.393 hemşire, 41.479 ebe, 22.289 eczacı ve 50.106 diğer sağlık personeli bulunmaktadır. 2021 yılı itibarıyla 183.569 hekim, 39.851 diş hekimi, 232.442 hemşire, 57.908 ebe, 37.211 eczacı ve 219.630 diğer sağlık personeli bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2023, s. 213). Sağlık insan gücü sayısında da artış olmuştur.

SDP ile birlikte kalite ve akreditasyon terimleri de sağlık politikalarında yerini almıştır. Bu doğrultuda Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) tarafından, sağlık kurumlarının kalitesini artırmak ve akreditasyon faaliyetlerini yönetmek amacıyla Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2018). Son dönemlerde sağlık alanında sürdürülebilirliğin olması, sağlık hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesi, vatandaşların sağlık hizmetlerine kolay bir şekilde erişiminin sağlanması, çağdaş ve kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması amacıyla Mükemmeliyet Merkezleri'nin kurulması gündeme gelmiştir. Mükemmeliyet merkezi komisyonunun kurulması kararı alınmış ve tescil süresinin genel çerçevesi belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019). SDP'nin bir diğer bileşeni olan ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanmanın gerçekleştirilmesi amacıyla 2011 yılında Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur. Aynı tarihte tıbbi cihaz ve aksesuarların kullanımı sırasında ortaya çıkacak zararlardan; hastaların, kullanıcıların ve üçüncü kişilerin tehlikelere karşı korunmasını, malzemelerin tasarımını, üretimini, sunulmasını ve denetlenmesini belirlemek amacıyla Tıbbi Cihaz Yönetmeliği düzenlenmiştir (Arık, İleri ve Kaya, 2016, s. 188). Sağlık alanında yapılan dönüşüm sonucunda sağlık bilgi sistemlerinde de değişimler meydana gelmiştir. Türkiye'de sağlık kurumlarında idari ve mali süreçlerin yürütülmesi amacıyla çeşitli bilgi sistemleri kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları; "Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)", "Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS)", "Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS)" ve "Muayene Bilgi Yönetim Sistemi (MBYS)"dir (Özdemirci, 2018, s. 151).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yaşanan gelişmelerle birlikte, programda yer alan uygulamaların bir kısmı başlatılamamış ya da başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Hayata geçirilen bazı uygulamalara yönelik olarak da eleştiriler mevcuttur. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 663 Sayılı KHK ile taşra teşkilatında oluşan üçlü yapı bu başarısızlıklardan biri olarak gösterilebilir. İllerde il sağlık müdürlükleri, ilçelerde ilçe sağlık müdürlüklerinin yanı sıra Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun taşra yönetimi kamu hastane birlikleri Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun taşra yönetimi ise halk sağlığı müdürlüklerince yerine getirilmiştir. Bu durum illerde üç farklı yapı ile yönetsel zorluklara yol açmış, 694 sayılı KHK ile kamu hastane birlikleri ve halk sağlığı müdürlükleri kapatılmış illerdeki yönetim görevi sağlık müdürlüklerine devredilmiştir. SDP kapsamında ikinci basamak sağlık kurumlarındaki gereksiz yığılmanın azaltılabilmesi amacıyla planlan sevk zinciri modeli uygulamaya geçememiştir. Pilot illerde uygulamaya konulan sistem istenen başarının sağlanamaması üzerine iptal edilmiştir. (Aba, 2020, s.167,172). Öyle ki Seçtim (2019)'a göre birinci basamak sevk hızı ve kişi başı müracaat sayıları bir arada değerlendirildiğinde bireylerin birinci basamak kurumlara uğramadan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurdukları görülmektedir. Bulut ve Uğurluoğlu (2018)'na göre sevk zincirinin uygulanması ve iyi işlemesine yönelik en büyük engel aile hekimlerine bağlı nüfuslarının fazlalığıdır. Bu nedenle sürdürülebilir bir sevk zinciri için en önemli gereklilik bir aile hekimine bağlı nüfusun sayıca azaltılmasıdır. Mevcut durumda altyapı uygun hale getirilmeden hayata geçirilecek sevk zinciri aile sağlık sisteminin tamamını olumsuz etkileyecektir. Türkiye'de sevk zincirinin paydaş görüşleri ile değerlendirildiği başka bir araştırmada (Yapıcı, 2023), paydaşların önemli bir kısmı; sevk zinciri uygulamasınının gerekli olduğunu ancak mevcut yapı içerisinde uygulanamayacağını ifade etmiştir. Paydaşlar, sevk zinciri uygulamasına geçilebilmesi için birinci basamak sağlık kurumlarının ve aile hekimlerinin uzmanlık seviyelerinin geliştirilmesi, toplum bilincinin artırılması, hastaların sistemi kısıtlayıcı bir sistem olarak görmemeleri için eğitimlerle sistemin desteklenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Sevk zincirinin yanısıra SDP'nin en önemli bileşenlerinden biri olan Genel Sağlık Sigortası'na da evrensel kapsayıcılık ve eşitlik ile ilgili birtakım eleştiriler yöneltilmiştir. Kılıç (2014)'e göre SDP kapsamındaki Genel Sağlık Sigortası, sigortalı nüfusun büyümesinde olumlu bir etki yaratırken, hizmet sunumu çeşitliliği, kamu kaynaklarının sağlık harcamalarına katkısının artırılması ve prim düzenlemelerinde eşitliğin sağlanması gibi alanlarda sınırlı kalmıştır.

Daha önce bahsedildiği gibi Türkiye’de zaman içinde çeşitli illerde şehir hastaneleri açılmış ve yaygınlaştırılmıştır. Şehir hastaneleri projesinin temelinde; projenin finansmanının dolayısıyla da ekipman, bakım, onarım ve yenileme işlerinin özel sektör; sağlık hizmeti sunma ve proje alanındaki müşteri garantisinin ise devlet tarafından verilmesi yer almaktadır (Gökkaya vd., 2018, s. 2237). Değişim sürecinin bir yansıması olan şehir hastanelerinin şehir merkezlerinden uzak bölgelerde konumlandırılmaları, sağlık hizmetine erişimi zorlaştırmaktadır (Yeşiltaş, 2020, s. 21). Öte yandan şehir hastanelerinin yönetim sürecinde hem kamunun hem de yüklenici/özel firmanın yer alması sebebiyle yönetsel problemlerin yaşanmasının olası olduğu ifade edilmektedir (Gökkaya vd., 2018, s. 2241). Gökkaya (2021) şehir hastanelerine yönelik gerçekleştirdiği araştırmasında; ulaşım problemleri, ekonomik problemler ve sözleşme problemlerinin olduğunu belirlemiştir. Ek olarak şehir hastaneleri modeli konusunda yeterli tecrübeye sahip olunmamasının da yol açacağı çeşitli olumsuzlukların olabileceği belirtilmektedir (Uysal, 2020, s. 894).

Bununla birlikte, 2000 yılı sonrası sağlıkta yaşanan dönüşüm süreci, sağlık alanında dijital araçların hizmet sunum sürecinin temel belirleyicisi olmasına sebep olmuştur. Günümüz teknolojisi dijitalleşmeyi gerekli kılmış ve dijitalleşmenin sağlık ile ilgili tüm süreçlere entegre edilmesini sağlamıştır. Bu nedenle dijitalleşme, 2000 dönemi ve sonrası sağlık politikalarının temel bileşenlerinden olmuştur. Bu kapsamda, sağlık alanında dijitalleşme sürecini anlayabilmek amacıyla konu, ayrı bir başlık olarak “Dijitalleşme” başlığı altında ele alınmıştır.

Dijitalleşme

Endüstriyel anlamda yaşanan gelişmeler diğer sektörlerle karşılaştırıldığında sağlık sektöründe daha yavaş ilerlediği söylenebilir. Ancak son dönemlerde yaşanan nüfus artışı, sağlık ihtiyaçlarının değişmesi ve sağlık hizmetine olan talep artışı, sağlık okuryazarlığının artması gibi durumlar sağlık hizmetlerini temelden değiştirmiştir (Akalın ve Veranyurt, 2020, s. 133). Bu değişimlerin en önemlilerinden biri, dijitalleşmenin sağlık hizmetlerinde bir dönüşüm meydana getirmesidir.

Türkiye’de sağlık sektöründe bilgi sisteminin uygulanması 1960-1970’li yıllara dayanmaktadır. Bu yıllarda sadece muhasebe ve faturalama gibi temel idari süreçlerde uygulanan bilgi sistemleri, ileride entegre bilgi sistemleri olarak adlandırılacak olan, kurum içerisinde karşılıklı haberleşme ve iletişime imkan veren bir yapıya dönüştürülecektir (Alacadağlı, 2019, s. 73).

Türkiye’de 1990’lı yıllardan itibaren Sağlık Projeleri yapılmaya başlanmıştır. Bu projelerle; kalitenin artırılması, koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve nihayet toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda, Birinci Sağlık Projesi için Dünya Bankası Proje Değerlendirme Raporu ve 7 Ekim 1990 tarihli İkraz Anlaşması hükümlerine göre “Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü” kurulmuştur. Koordinatörlüğün ismi 2004’te Proje Yönetim Destek Birimi olarak değiştirilmiştir (T. C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, 2023). Ayrıca Birinci Sağlık Projesi kapsamında tüm Türkiye’yi kapsayan ve sektördeki yöneticilere ve hizmet sunucularına ihtiyaç duyulan bilgiyi sağlayacak, bilgisayar destekli Sağlık Enformasyon Sistemi Bölümü kurulmuştur. Bu sistem, analizler yaparak bilgi ile ilişkili sorunları, çözüm ve ihtiyaçları belirlemek, strateji ve kriter oluşturmak için tasarlanmıştır (saglikplatformu, 2023).

İkinci Sağlık Projesi de yönetim bilgi sistemlerinin ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Bilgi Sistemlerinin geliştirilmesini amaçlamaktadır (Özsarı, 1998; Akt. Ak, 2009, s. 336). Sağlık enformasyon sistemlerinin 4 ana grupta toplanabileceği ileri sürülmektedir. Bahsekonu gruplar, “Temel Sağlık İstatistikler Modülü”, “Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi”, “Hastane Bilgi Sistemleri” ve “Üst Düzey Karar Destek Modülü” dür. Bu projeler, bilgi sistemlerine yönelik gerçekleştirilecek faaliyetler arasında koordinasyonun sağlanması için bakanlık düzeyinde bir sistemin kurulmasını zorunlu kılmıştır. Bu amaçla, 1996 yılında Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı kurulmuştur (Ak, 2009, s. 336). Böylelikle bilgi ve belge yönetimi idari anlamda kâbul

edilmiştir. Bazı hastanelerde bilgisayar temelli yazılımlar aracılığıyla Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerinin (HBYS) kurulması amaçlanmıştır. Bu sayede hasta ve sağlık hizmet sunucularına ve diğer sağlık personeline kolaylıklar sağlayan sistemlerin oluşturulması hedeflenmiştir (Öner, 2014, s. 21). Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) kullanımı için pilot olarak Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi seçilmiştir. 2003 yılında yaşanan hükümet değişikliği ile proje devam ettirilememiş, döner sermaye kaynakları kullanılarak, özel sektör kaynaklarından temin edilmiştir (Ak, 2009, s. 336).

İkinci Sağlık Projesi İkras Anlaşması ile 2004 yılında imzalanan SDP ile Sağlık Bakanlığı ve sağlık hizmetleri sunumu yeniden yapılandırılmıştır (Alacadağlı, 2019, s. 74). 58. Hükümetin hazırladığı Acil Eylem Planı'nda yer alan dijitalleşme (karar sürecine etkili bilgiye erişim, sağlık bilgi sistemi kurulması), planın önemli bir bileşenidir. Dijitalleşme politikaları 2000'li yıllardan sonra uygulama açısından hız kazanmıştır (Avaner ve Fedai, 2017, s. 1533-1534). Planda bu bileşen ile sağlık kayıtlarının güvenli bir şekilde tutulması, hizmet verimliliğinin artırılması, kaynakların etkili şekilde nasıl kullanılacağına karar verilebilmesi için sağlıkta bilgi sistemlerinin gerekliliği belirtilmektedir. Sağlık bilgi sistemlerinin, politikaların oluşturulmasına destek sağlama, sorunların ve önceliklerin tespitinde, tedbir alınmasında, kaynak, yatırım ve planların belirlenmesinde, verimliliğin artırılmasında ve kalitenin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırmalara yönelik veri toplanmasında önemli bir fonksiyonu bulunmaktadır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 36).

2003 yılında yayınlanan bir genelge ile bilgi toplumuna geçişin hızlandırılması, buna yönelik strateji ve politikaların belirlenmesi, bu strateji ve politikaların küresel gelişmeler ve rekabet koşullarına uyum sağlayarak ekonomik ve sosyal dönüşümün sağlanması için 58. Hükümet tarafından oluşturulan Acil Eylem Planı'nda e-Dönüşüm Türkiye Projesi'ne yer verilmiştir (2003/48 Sayılı Başbakanlık Genelgesi, 2003). Türkiye'de sağlık hizmetlerinde yaşanan dijitalleşme hareketi sağlık bilgi sistemlerinin kurulmasını gerektirmiştir. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi kapsamında "Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS), Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS), Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS), Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM)" gibi bilgi sistemleri kurulmuştur (Avaner ve Fedai, 2017, s. 1536). e-Sağlık uygulamalarının temel bileşenleri arasında ise; "Sağlık. NET, Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS), Tele-Tıp, Ulusal Sağlık Veri Standartları (USVS), Sağlık Kodlama Referans Sözlüğü (SKRS)" ve internet aracılığıyla gerçekleştirilen birçok hizmet bulunmaktadır. Bu uygulamaların temel amaçları, sağlık verilerinde standartlaştırmayı sağlamak, veri akışını hızlandırmak, verilere dayalı karar destek sistemleri oluşturmak, elektronik kişisel sağlık kayıtlarını tutmak ve nihayetinde kaynak verimliliğini sağlamak şeklinde sıralanabilir (T. C. Sağlık Bakanlığı, t.y.).

Özetle sağlık hizmetlerinde dijitalleşme süreci, internetin sağlık hizmetleri sunum süreçlerine entegre edilmesi, bilgi sistemlerinin sağlık kurumlarında kullanımının yaygınlaştırılması, kaliteli veri akışının sağlanması, bireylerde sağlıkta dijitalleşmeye ilişkin farkındalığın oluşturulması, kaynaklarda verimlilik sağlanarak etkili hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi ve elektronik sağlık kayıtlarında gizlilik ve güvenliğin sağlanmasına yönelik politikaları kapsamaktadır. Ayrıca sağlık sektöründe kullanılan dijital araçlar, olağanüstü durumlarla mücadelede yönelik politikalarda da belirleyici rol oynamıştır. 2020 yılında yaşanan pandemi sürecinde Sağlık Bakanlığının salgınla mücadelede dijital sağlık araçları en önemli unsurlardan biri olmuştur. Pandemi öncesinde ise Türkiye, büyük bir sığınmacı akınına maruz kalmıştır. Suriyeli sığınmacıların sağlık ihtiyaçlarının karşılanması ve sağlık hizmetlerine erişimlerinin sağlanması için çeşitli politika girişimlerine ihtiyaç doğmuştur. Sığınmacı göçü ve pandemi süreci ayrı bir başlık altında aşağıda ele alınmıştır.

Sığınmacı Göçü

Suriye iç savaşı, 2011 yılında başlayan karmaşık bir çatışma olarak tarihe geçmiştir. İç savaşla birlikte yerinden edilen Suriye vatandaşları Türkiye'ye ve diğer komşu ülkelere sığınmıştır. Suriye iç savaşı, Türkiye için sağlık politikalarını da etkileyen önemli bir gelişmedir. Olayların ortaya çıktığı Nisan 2011'den bu yana Türkiye, Suriyeli mültecilere sığınma ve sağlık hizmetleri sunma konusunda büyük destek vermiştir. Suriye ile güçlü tarihi, kültürel ve komşuluk bağları bulunan Türkiye, iç karışıklıktan etkilenen Suriye vatandaşları için “açık kapı” politikası izlemiştir (Göç İdaresi Başkanlığı, 2023). Türkiye, izlediği açık kapı politikasıyla birlikte büyük bir Suriyeli sığınmacı nüfusuna ev sahipliği yapmıştır. Ani nüfus artışı; eğitim, sağlık, iş gücüne erişim, konut sorunu, barınma ve güvenlik gibi birden fazla politika alanını etkilemiştir (Önder, 2019, s. 123). Artan sığınmacı sayısı ve kaynakların sınırlı olması nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim de önemli bir sorun olarak gündeme gelmiştir. Bu bağlamda, Türkiye'nin sığınmacılara yönelik sağlık politikaları, sığınmacıların daha iyi sağlık hizmetlerine erişimini desteklemek ve sağlık sistemini güçlendirmek için sürekli çaba gerektiren bir konu haline gelmiştir. Türkiye'nin sığınmacılara yönelik gerçekleştirdiği yardım konuları arasında barınma, güvenlik, beslenme, eğitim ve sağlık hizmetleri bulunmaktadır (Gültaç ve Yalçın Balçık, 2018; Önder, 2019, s. 112). Bu kapsamda konuya ilişkin olarak 27/12/2012 tarihinde “Suriyeli Sığınmacılara Yardım Kampanyası” genelgesi yayınlanmıştır. Sığınmacılara sağlık hizmeti sunulması adına da Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından 08/09/2013 tarihinde “Suriyeli Misafirlerin Sağlık ve Diğer Hizmetleri Hakkında Genelge” ve 12/10/2015 tarihinde “Geçici Koruma altındaki Yabancılar İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi” genelgesi yayınlanmıştır. 25/03/2015 tarihinde ise Sağlık Bakanlığı tarafından “Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar” paylaşılmıştır. Türk Tabipler Birliği de 2014 yılında “Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu”nu yayınlamıştır.

22/10/2014 tarihinde yayınlanan Geçici Koruma Yönetmeliği kapsamında temel ve acil sağlık hizmetleriyle mültecilere sunulan hizmetlerden katkı payı alınmamaktadır. İkinci ve üçüncü basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin bedeliyse Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) belirtilen tutarı aşmamak koşuluyla AFAD tarafından ödenmektedir. Bulaşıcı hastalıklar, bağımlılık, gebe ve çocuk sağlığı ile psikososyal hizmetler ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Barınma merkezlerinde geçici koruma kapsamındaki Suriyeliler için yetişkin eğitim merkezleri kurulmuş, okul çağındaki tüm çocuklar için eğitim hizmetleri sunulmuş, mesleği olmayanlara, yeterli beceri kazandırılarak meslek sahibi olmalarına yardımcı olunmuştur (Göç İdaresi Başkanlığı, 2023). Bunların yanı sıra, Avrupa Birliği ile Türkiye arasında Suriye krizine yönelik olarak 2016 yılında temel ve tedavi edici sağlık hizmetlerine erişim sorunlarının giderilmesi amacıyla “Sıhhat Projesi” geliştirilmiştir. Sığınmacıların yoğun olarak bulunduğu yirmi dokuz ilde göçmen sağlığı merkezleri oluşturulmuş, Suriyeli sağlık çalışanları oluşturulan bu merkezlerde istihdam edilmiş, toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulmuş, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmiş ve Suriyelilerin sağlık okur-yazarlığının iyileştirilmesi için kanıta dayalı politika araçlarından faydalanılmıştır (Küçük, 2020, s. 476). Suriyeli sığınmacılara ilişkin sağlık politikalarının uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi konusundaki sorumlu aktörler; Sağlık Bakanlığı, Göç İdaresi Başkanlığı, AFAD, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Kızılay, sağlık kuruluşları ve sivil toplum kuruluşları olmuştur (Kantaş Yılmaz ve Ergül, 2021, s. 127).

Savaşların sağlık üzerinde; yaralanmalar, sakatlıklar ve ölümler gibi doğrudan ve ekolojik yıkım, alt yapı tahribatı, barınma ve beslenme olanaklarının kötüleşmesi, ulaşım ve iletişimde bozulma, sosyo-ekonomik koşullarda kötüleşme, artan hastalık maruziyeti, tıbbi bakım koşullarının kötüleşmesi ve halk sağlığı müdahalelerinin olanaksızlaşması gibi dolaylı etkileri olmaktadır (Türk Tabipler Birliği, 2014, s. 6). Sığınmacılara yönelik sağlık hizmetleri sunumu, açık kapı politikası ile sınırdan ilk geçişlerde gerçekleştirilen sağlık kontrolleri ile başlamıştır (Önder, 2019, s. 112). Geçici Koruma Yönetmeliği kapsamındaki yabancılar,

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek usul ve esaslara göre sağlık kontrolünden geçirilmekte ve ihtiyaç duyulması halinde konuyla ilgili gerekli tedbirler alınmaktadır (22/10/2014 tarihli Geçici Koruma Yönetmeliği).

Özetle Türkiye, Suriyeli sığınmacıların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için birtakım önlemler almıştır. Suriyeli sığınmacılara ücretsiz acil ve temel sağlık hizmetleri sunulmuştur. Sığınmacıların acil tıbbi yardım alabilmeleri sağlanmıştır. Gebe kadınlar ve çocuklar için özel sağlık hizmetleri sunulmuştur. Gebelerin düzenli sağlık kontrolünden geçmeleri ve bebeklerin aşılarını olmaları teşvik edilmiştir. Suriyeli sığınmacılar için özel sağlık merkezleri kurulmuş ve var olan sağlık altyapısı genişletilmiştir. Sağlık hizmetlerinden tam olarak faydalanabilmeleri için Suriyeli sığınmacılara Türkçe öğretimi ve çeviri hizmetleri sunulmuştur. İhtiyaç duyan sığınmacılara reçeteye ilaç verilmiş ve ilaçların temini sağlanmıştır. Ancak kaynak sınırlılığı, bürokratik engeller ve dil bariyerleri gibi faktörler nedeniyle bu politikaların başarısı tartışmaya açıktır. Türkiye'ye kitlesel ve kontrolsüz şekilde gerçekleşen göçün hem ekonomik hem de toplumsal ve kültürel açıdan etki bıraktığı söylenebilir (Kantaş Yılmaz ve Ergül, 2021, s. 127). Suriyelilere yönelik yürütülen sağlık hizmetleri, sunum kapasitesinin zorlanmasına ve kalitesinin olumsuz etkilenmesine de neden olmuştur (Önder, 2019, s. 131). Ayrıca, Suriyeli sığınmacıların yerleşik nüfus ile entegrasyonu ve uzun vadeli refahlarının sağlanması da önemli bir sorun olarak gündemdeki yerini almıştır.

Pandemi

Türkiye'de COVID-19 pandemisi döneminde sağlık politikaları genel itibarıyla, koruma dönemi, hastalıkla mücadele dönemi ve kontrollü sosyal hayat dönemi olmak üzere üç aşamada değerlendirilebilir. Koruma dönemi, halkın bilinçlendirilmesi, sınır güvenliğinin sağlanması ve sağlık altyapısı için hazırlıkların yapılması ile ilgili faaliyetleri içermiştir. Koruma döneminde atılan temel adımlardan biri operasyon merkezinin kurulması olmuştur. 15 uzmandan oluşan operasyon merkezi, dünya genelinde koronavirüs ile ilgili gelişmeleri anlık olarak takip etmek amacıyla 6 Ocak 2020'de Sağlık Bakanlığına bağlı olarak kurulmuş, 10 Ocak 2020 tarihinde bilim insanlarının katılımıyla yine Sağlık Bakanlığına bağlı olarak Koronavirüs Bilimsel Danışma Kurulu oluşturulmuştur (Koca, 2020, s. 57). Tüm illerde oluşturulan Pandemi Kurulları da koruma döneminin temel adımlarından biridir (İşlek, Özatkan, Bilir, Arı, Çelik ve Yıldırım, 2020, s. 60). Sağlık altyapısının güçlendirilmesi kapsamında 794 hastane pandemi hastanesi ilan edilmiş ve 11.269 hastane yatağı izolasyon yatağı olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanı kapasitesini desteklemek amacıyla Nisan 2020'de ek sağlık personeli istihdam etme yoluna gitmiştir (Koca, 2020, s. 61). İzolasyon ve karantina önlemleri ile salgının yıkıcı sonuçlarının önüne geçilebilmesi amacıyla, özellikle birinci basamak sağlık çalışanlarından oluşan filyasyon ve temaslı takip ekipleri oluşturulmuş, sağlık sisteminin farklı branşlarındaki personel temaslı izleme ekiplerine dahil edilmiştir (Yılmaz, 2022, s. 263). Bununla birlikte, pandemi sürecinde tüm hasta ve hastalık şüphesi olanların kontrolü ve takibi Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS) üzerinden gerçekleştirilmiştir. Sistemde, COVID-19 hastalarının elektronik sağlık kayıtları üzerinden veri alışverişi, hastalık yönetimi konusunda kritik veriler sağlamıştır (Koca, 2020, s. 59).

Hastalıkla mücadele dönemi, enfeksiyon yayılımını kontrol altına alma, teşhis ve tedavi odaklı bir stratejinin benimsenmesiyle başlamıştır. Teşhis laboratuvarlarının yaygınlaşması, erken teşhis ve tedavi, temaslı takibi, ilaç ve koruyucu malzeme yönetimi bu dönemde gündeme gelmiştir. Yerli test kitleri üretilmiş, Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında, tüm bireyler, COVID-19 ile ilgili ücretsiz teşhis, tedavi, takip ve yoğun bakım hizmetlerinden yararlanma hakkına olmuştur. Pandemi döneminde Genel Sağlık Sigortası kapsamında olmayan ancak Bilim Danışma Kurulu tarafından tedavi algoritmasına alınan ilaçlar, Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz olarak temin edilmiştir (Koca, 2020, s. 60). Yoğun bakımda COVID-19 tedavisinde kullanılan ilaç ve immün plazma tedavisi ve sağlık personeli için koruyucu ve bulaşı önlemeye yönelik bakım

hizmetleri geri ödeme kapsamına alınmıştır. Diğer dönemlerde olduğu gibi pandemi döneminde de klinik rehber uygulaması devam etmiş, bu kapsamda SARS-CoV-2 Enfeksiyonu (COVID-19) rehberi hazırlanmıştır. Pandemi ile aktif mücadele sürecinde kapasite sorunlarının çözülmesi ve hastalık yayılımının önlenmesi için elektif ameliyatlara ve dış hekimliği uygulamalarının ertelenmesi yoluna gidilmiştir (İşlek, Özatkan, Bilir, Arı, Çelik ve Yıldırım, 2020, s. 51). Normalleşme faaliyetlerinin başladığı kontrollü sosyal dönemde ise yapay zeka ve dijital uygulamalardan yararlanılarak 'Hayat Eve Sığar' (HES) adlı uygulama hayata geçirilmiştir. Ayrıca küresel düzeyde gerçekleşen aşılama uygulaması Türkiye'de de başlamış ithal aşılardan yanısıra 30 Aralık 2021 tarihi itibarıyla Türkiye'de geliştirilen yerli aşı (Turkovac) ile de aşılama faaliyetleri gerçekleştirilmiştir (Koca, 2020, s. 59). Uygulama toplu taşıma ve kamuya açık birçok alanda kullanılmıştır. Türkiye'de pandemi döneminde başarılı şekilde işleyen politikaların yanısıra tek kullanımlık yüz maskelerinin piyasada satışının yasaklanması ve pandeminin erken aşamasında ücretsiz yüz maskesi dağıtımıyla ilgili girişim başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Bakır (2020), bu başarısızlığın ilgili paydaşların içgörülerini yeterince içermeyen bir politika tasarımından kaynaklandığını ifade etmektedir. Daha sonra maske sorunu satış yasağının kaldırılması ve maske satışına fiyat sınırlaması getirilmesiyle çözüme kavuşturulmuştur (Yılmaz, 2022).

Sonuç

Sağlık politikaları, Türkiye Cumhuriyeti'nin geçmişi boyunca toplumun sağlığını ve refahını geliştirmeyi amaçlayan önemli faktörlerden biri olmuştur. Cumhuriyet'in kuruluşundan günümüze sağlık alanında yenilikçi politikalar izlenmiş ve pek çok önemli gelişme yaşanmıştır. Genel itibarıyla sağlık politikalarının, belirli dönemlerde farklı stratejilerle ele alındığı görülmektedir. Bahsekonu dönemler; 1920-1938, 1938-1960, 1961-1980, 1980-2000 ve 2000 ve sonrası olarak değerlendirilmiştir. Tüm dönemlerde sağlığın yönetilmesi, sağlık kurumlarının yapılması, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık insan gücü, halk sağlığı, mevzuat, ekonomi ve finansman gibi birçok alanda politikalar geliştirilmiştir. 2000 öncesi dönemin daha çok salgın hastalıkları önleme, sağlık mevzuatı altyapısının hazırlanması, sağlık insan gücünün eğitimi ve dengeli dağılımı, ülke genelinde sağlığa erişim ve geniş çaplı sağlık hizmeti sunma olduğu söylenebilir. Özellikle 2000 ve sonrası dönemde Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerine erişilebilirliği artırmak, sağlık hizmet kalitesini iyileştirmek ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla kapsamlı bir reform girişimi olarak ön plana çıkmıştır. Program ile, aile hekimliği uygulamasının oluşturulması, genel sağlık sigortasına geçilmesi, sağlık alanında bilgi sistemlerinin yaygınlaştırılması, Sağlık Bakanlığının planlayan ve denetleyen bir yapıya kavuşturulması, hem ulusal hem de uluslararası düzeyde kalite iyileştirme ve akreditasyon çalışmalarına önem verilmesi ve eğitim ve bilim kurumlarının sektörle işbirliği yaparak gereksinim duyulan insan gücünü yetiştirmesinin sağlanması gibi pek çok değişim gerçekleştirilmiştir. Değişimlerle birlikte memnuniyetin ve hizmetlere erişimin artırılması, çok yönlü, çağın gereklerine uygun ve kapsamlı hizmet sunumunu sağlamaya yönelik adımlar atılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yanı sıra, dijitalleşmenin de önemli bir rolü olduğu görülmektedir. Dijitalleşme, sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmaya yönelik hasta takibi, tedavi yönetimi, sağlık bilgi sistemlerinin ve bu sistemlere ilişkin standartların ortaya konulması gibi pek çok önemli gelişmeyi beraberinde getirmiştir. 2010'lu yıllardan sonra ülkemizde sağlık sisteminde tam anlamıyla bir dijital dönüşüm yaşandığı söylenebilir. Bu yıllardan sonra birçok ulusal bilgi sistemi ve mobil uygulama geliştirilmiştir. Suriye iç savaşının neden olduğu sığınmacı göçüyle birlikte ani nüfus artışı yaşanmış ve sığınmacı göçü de toplum sağlığı açısından önem arz eden bir konu olarak gündemdeki yerini almıştır. Son dönemde sağlık politikalarının odağı olan ve sağlık sistemlerinin kriz anında geliştirdikleri çözümlerin ve politikaların önemini ortaya koyan bir diğer gelişme ise COVID-19 pandemisi olmuştur. Özellikle COVID-19 pandemisinde sağlıkta dijitalleşme çabalarının pandemiyle mücadeleye güç kattığı açık bir şekilde görülmüştür. COVID-19 döneminde de dijitalleşme çabaları devam ettirilmiştir, dönem içerisinde gerçekleştirilen dijitalleşme faaliyetleri sağlık sektöründe dijitalleşmeyi daha da ileriye taşımıştır. Hastalıkla mücadele, geliştirilen sağlık politikaları ve izlenen süreç sayesinde başarıyla atlatılmıştır.

Türkiye Cumhuriyet tarihi boyunca ortaya konulan sağlık politikalarının temel amacı toplumun sağlığını ve refahını geliştirmek olmuştur. Bu kapsamda ulusal ve uluslararası gelişmelerin izlendiği görülmektedir. Süregelen sağlık politikaları ile sağlanan gelişmelerin yanısıra başarıya ulaşamamış ya da uygulamaya geçirilememiş politika unsurları da olmuştur. Bu durum, sağlık politikalarının geliştirilmesinden ve uygulanmasında önce hizmet sunucu ve hizmetten faydalanacak topluma yönelik uygun altyapının oluşturulmasının oldukça önemli olduğunu göstermektedir. Geliştirilen politikaların başarıyla uygulanmış olması sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini, kalitesini ve sürdürülebilirliğini olumlu yönde etkilemiştir. İhtiyaçların ve karşılaşılabilecek zorlukların sürekli değişim göstermesi nedeniyle gelişmelerin yakından takip edilmesi ve hızlı karar alınarak uygun altyapı ile uygulamaya konulması esastır.

Kaynakça

- (1961/224) Numaralı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. (1961, 12 Ocak). *Resmi Gazete* (Sayı: 10705). Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html>
- (1961/334) Numaralı T. C. Anayasası. (1961, 9 Temmuz). *Resmi Gazete* (Kanun No: 334). Erişim Adresi: <https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1961-anayasasi/>
- (1982/2709) Numaralı T. C. Anayasası. (1982, 9 Kasım). *Resmi Gazete* (Sayı:17863 (Mükerrer)). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf>
- (1987/3359) Numaralı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunuç (1987, 15 Mayıs). *Resmi Gazete* (Sayı: 19461). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf>
- (2003/48) Sayılı Başbakanlık Genelgesi. (2003, 04 Aralık). *Resmi Gazete* (Sayı: 25306). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/12/20031204.htm>
- (2012/24) Numaralı Suriyeli Sığınmacılara Yardım Kampanyası Genelgesi. (2012, 27 Aralık). *Resmi Gazete* (Sayı: 28510). Erişim Adresi: <https://www.meb.gov.tr/duyurular/duyurular2012/bhm/suriye27Ara2012.pdf>
- (2014/6883) Numaralı Geçici Koruma Yönetmeliği. (2014, 22 Ekim). *Resmi Gazete* (Sayı: 29153) Erişim Adresi: <https://www.goc.gov.tr/kurumlar/goc.gov.tr/gecicikorumayonetmeliği.pdf>
- (2018/1) Numaralı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi. (2018, 10 Temmuz). *Resmi Gazete* (Sayı: 30474). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/19.5.1.pdf>
- Aba, G. (2020). *Sağlık politikası ve planlaması* (2. bs.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. (2013). *Suriyeli Misafirlerin Sağlık ve Diğer Hizmetleri Hakkında Genelge*. Erişim Adresi: https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/2311/files/Suriyeli_Misafirlerin_Saglik_ve_Diger_Hizmetleri_Hakkinda_Genelge_20138.pdf

- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. (2015). *Geçici koruma altındaki yabancılara ilişkin sağlık hizmetlerinin yürütülmesi*. Erişim Adresi: https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/2311/files/2015_8_Gecici_Koruma_altindaki_Yabancilara_Iliskin_Saglik_Hizmetlerinin_Yurutulmesi.pdf
- Ak, B. (2009). *Türkiye’de sağlık bilişimi, bir kişisel değerlendirme ve uluslararası bir başarı öyküsü: CorTTex*. Akademik Bilişim’09 - XI. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri, Harran Üniversitesi, Şanlıurfa. Erişim Adresi: https://ab.org.tr/ab09/kitap/ak_AB09.pdf
- Ak, S. (2022). Geçmişten günümüze Türkiye'nin sağlık politikaları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 20(1), 28-36. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ashd/issue/62930/1109949>
- Akalın, B. ve Veranyurt, Ü. (2020). Sağlıkta dijitalleşme ve yapay zekâ. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2(2), 128-137. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sdusyd/issue/60581/842035>
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011)*. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 839. Ankara. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11662/saglik-bakanligi-turkiye-saglikta-donusum-programi-degerlendirme-raporu-2003-2011.html>
- Akdağ, R., Aydın, S. ve Demirel, H. (2008). *İlerleme raporu: Türkiye sağlıkta dönüşüm programı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları. Erişim Adresi: <https://www.halksagligiokulu.org/Kitap/DownloadEBook/605a34a3-9531-46d6-9e9a-99ca39776f6f>
- Akdağ, R., Aydın, S., Buzgan, T., Demirel, H. ve Gündüz, F. (2008). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri 2002-2008*. Kasım. Erişim Adresi: <https://www.halksagligiokulu.org/Kitap/Detay/turkiye-saglikta-donusum-programi-ve-temel-saglik-hizmetleri/4e5b13fb-f63a-4bd2-a871-97d952d13625>
- Akdur, R. (1998). Türkiye’de sağlık politika ve hizmetleri. *Yeni Türkiye*, 4(23-24), 1984-1995. Erişim Adresi: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.recepakdur.com/media/1445/36-akdur-r-tu-rkiyede-sag-lik-politika-ve-hizmetleri-yeni-tu-rkiye-4-23-24-1984-1995-eylu-l-aralik-1998.pdf>
- Akdur, R. (1999). *Türkiye Cumhuriyetinin 75. yılında Türkiye’de sağlık politikaları*. Türkiye Bilimler Akademisi TÜBA Yayınları Ankara. Aralık. Erişim Adresi: <https://www.recepakdur.com/media/1374/11-akdur-r-tcnin-75-yilinda-tu-rkiye-de-sag-lik-politikalari.pdf>
- Akdur, R. (2008). *Cumhuriyetten günümüze Türkiye’de sağlık*. 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008), Ankara. Erişim Adresi: <https://www.recepakdur.com/media/1372/04-akdur-r-cumhuriyetten-gu-nu-mu-ze-tu-rkiye-sag-lik-12ulusal-halk-sag-lig-i-kongresi-21-25-ekim-2008-ankara-kitabi-sayfa-45-71.pdf>
- Akkavak, T. (2018). *Türkiye’de sağlık sisteminin gelişimi: sağlıkta dönüşüm programı (2003-2011)*. (Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Tekirdağ. Erişim Adresi: <https://acikerisim.nku.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.11776/3337/0057611.pdf?sequence=1>

- Alacadağlı, E. (2019). Bilgi yönetimi, dijitalleşme ve Türk sağlık sistemi. *Electronic Turkish Studies*, 14(2), 67-86. <http://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.14918>
- Altındağ, Ö. ve Yıldız, A. (2020). Türkiye’de sağlık politikalarının dönüşümü. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 157-184. <https://doi.org/10.20493/birtop.742637>
- Arık, Ö., İleri, Y. Y. ve Kaya, B. (2016). Sağlık hizmetlerinde tıbbi cihaz sektörü. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 187-202. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/24439/259065>
- Avaner, T. ve Fedai, R. (2017). Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme: sağlık yönetiminde bilgi sistemlerinin kullanılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(Kayfor 15 Özel Sayısı), 1533-1542. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/sduibfd/issue/53208/706724>
- Bakir C. (2020). The Turkish state’s responses to existential Covid-19 crisis. *Policy and Society*, 39(3) , 424-441, doi:10.1080/14494035.2020.1783786
- Beveridge, W. (1942). *Social insurance and allied services (Vol. 942)*. HMSO: London. Erişim Adresi: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/268152/PMC2560775.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bulut, S. ve Uğurluoğlu, Ö. (2018). Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg*, 22 (3), 118-132. doi: 10.15511/tahd.18.00318
- Cansever, İ. H. (2018). Devlet anlayışları ekseninde sağlık politikalarının değişimi ve analizi: Türkiye incelemesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (31), 105-120. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sbe/issue/38551/385427>
- Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (t.y.). *Kalkınma planları*. Erişim Adresi: <https://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>
- Dedeoğlu, N. (2021). *Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları ve örgütlenme, 1920-1960*. Hekim Sözü. Erişim Adresi: <https://www.istabip.org.tr/6738-cumhuriyet-donemi-saglik-politikalari-ve-orgutlenme-1920-1960-necati-dedeoglu.html>
- Demirel, H. (2009). Çok partili siyasi hayata geçerken sağlık politikaları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 173, 12-18. Erişim Adresi: <http://sdplatform.com/Dergi/173/Cok-partili-siyasi-hayata-gecerken-saglik-politikalari.aspx>
- Dirican, M. R. (1970). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin kısa tarihçesi. *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni*, 7, 25-41. Erişim Adresi: <https://www.eajm.org/content/files/sayilar/36/buyuk/3.pdf>
- DPT (1995). *Yedinci beş yıllık kalkınma planı (1996-2000)*. Erişim Adresi: https://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2022/07/Yedinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Planı-1996-2000.pdf

- DPT (2000). *Uzun vadeli strateji ve sekizinci beş yıllık kalkınma planı (2001-2005)*. Erişim Adresi: https://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2022/07/Uzun_Vadeli_Strateji_ve_Sekizinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Planı-2001-2005.pdf
- Eren, N. ve Tanrıtanır, N. (1998). *Cumhuriyet ve sağlık*. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi. Ankara: Türk Tabipler Birliği.
- Erol, H. ve Özdemir, A. (2014). Türkiye’de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sgd/issue/27996/295423>
- Erol, H. ve Özdemir, A. (2018). Türkiye’de 1980 sonrası sağlık politikalarında dönüşüm ve sağlık harcamalarına etkileri. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 15(15), 119-146. doi: 10.17130/ijmeb.2019CEEIK201854102
- Ertürk Atabey, S. (2016). *Sağlık sistemleri ve sağlık politikası* (2. bs.). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Fedai, R. (2019). Sağlıkta dönüşüm programının öncesi: Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi: 1923-2003. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(2), 2010-2032. doi: 10.33206/mjss.519593
- Fişek N. (1983). *Halk sağlığına giriş*. Ankara: Çağ Matbaası.
- Göç İdaresi Başkanlığı. (2023). *Geçici korumamız altındaki Suriyeliler*. Erişim Adresi: <https://www.goc.gov.tr/gecici-korumamiz-altindaki-suriyeliler>
- Gökkaya, D. (2021). Türkiye’de kamu özel ortaklığı bağlamında şehir hastanelerinin değerlendirilmesi: nitel bir araştırma. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (31), 73-96. doi: 10.18092/ulikidince.771797
- Gökkaya, D., Eroymak, S., İzgüden, D. (2022). Kamu özel ortaklığı bağlamında şehir hastanelerinin değerlendirilmesi. *Social Sciences Studies Journal (sssjournal)*, 4(19), 2235-2243. Erişim Adresi: <https://sssjournal.com/DergiTamDetay.aspx?ID=581>
- Görmüş, A. (2013). *Sağlık sisteminde dönüşüm ve sağlık insan gücü üzerindeki etkileri*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Gültaş, A. ve Balçık, P. Y. (2018). Suriyeli sığınmacılara yönelik sağlık politikaları. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), 193-204. doi: 10.31832/smj.394732
- Hall, J. K. (1951). Türkiye Cumhuriyeti emekli sandığı fonlarının idaresi. Çeviri: Sadun Aren. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 6(1), 138-143. doi: 10.1501/SBFder_0000000131
- Hoşgör, Ş. ve Tansel, A. (2010). *2050’ye doğru nüfusbilim ve yönetim: eğitim, işgücü, sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerine yansımalar (2000- 2050)*. İstanbul: TÜSİAD ve UNFPA Yayını.
- İleri, H., Seçer, B. ve Ertaş, H. (2016). Sağlık politikası kavramı ve Türkiye’de sağlık politikalarının incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (12), 176-186. Erişim Adresi: <http://sosyoteknik.selcuk.edu.tr/sustad/article/view/93>

- İşlek E, Özatkan Y, Bilir MK, Arı HO, Çelik H ve Yıldırım HH. (2020). *COVID-19 pandemi yönetiminde Türkiye örneği: sağlık politikası uygulamaları ve stratejileri*. Ankara: TUSPE Yayınları.
- Kantaş Yılmaz, F. ve Ergül, S. (2021). Sağlık politikası analizi: göçmen sağlığı kapsamında Suriyeli sığınmacılar. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 119-128. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sarad/issue/62108/934958>
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174. doi:10.18490/sosars.261673
- Kılıç, B. (2014). *Sağlıkta dönüşüm programının evrensel kapsayıcılık ve eşitlik iddiaları üzerine bir eleştiri*. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu. Erişim Adresi: <https://www.sdplatform.com/Dergi/732/Saglikta-Donusum-Programinin-evrensel-kapsayicilik-ve-esitlik-iddialari-uzerine-bir-elestiri.aspx>
- Kıvanç, M. M. (2015). Evrensel sağlık bildireleri ve Türkiye’de sağlık reformları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(3), 162-166. doi:10.5222/SHYD.2015.162
- Koca, F. (2020). Turkey’s management of Covid-19. *insight Turkey*, 22(3), 55-66. Erişim Adresi: <https://www.jstor.org/stable/26956176>
- Kökçü, A. T. (2014). Türkiye’de Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 22(3), 98-105. Erişim Adresi: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-turkiyede-cumhuriyet-donemi-saglik-politikalari-69732.html>
- Konat, M. E. ve Yıldız, Z. (2020). Neoliberal politikalar perspektifinde kalkınma. *Journal of International Social Research*, 13(69), 1228-1237. doi:10.17719/jisr.2020.4036
- Korkmaz, Y. (2019). Türkiye sağlık hizmetleri yapısının örgütlenmesi. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 6(43), 3107-3128. doi: 10.26450/jshsr.1455
- Küçük, A. (2020). Türkiye’de göç ve sağlık politikaları analizi: “Sihhat Projesi” örneği. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 20(47), 473-496. doi: 10.21560/spcd.vi.576588
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *Global health promotion*, 16(1), 5-16. doi: 10.1177/1757975908100746
- 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. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/39659/469573>
- Oguz, A. B. (2020). Turkish health policies: past, present, and future. *Social Work in Public Health*, 35(6), 456-472. doi: 10.1080/19371918.2020.1806167
- Önder, N. (2019). Türkiye’de geçici koruma altındaki Suriyelilere yönelik sağlık politikalarının analizi. *Göç Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 110-165. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gad/issue/48924/624009>

- Öner, F. (2014). *Sağlık bilişimi, Türkiye’de sağlık bilgi enformasyon sistemleri ve dijital hastaneler*. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul. Erişim Adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/711520>
- Özdemirci, F. (2018). Sağlık bilgi sistemleri yönetimi ve toplumsal bellek/ gelecek açısından değerlendirilmesi. *Bilgi Yönetimi*, 1(2), 149-155. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/pub/by/issue/40526/500294>
- Özsarı, H. (1998). Sağlık projeleri ve sağlık enformasyon sistemleri çalışmaları hakkında genel bilgi notu. *Modern Hastane Yönetimi*, 2(6), 15. Erişim Adresi: <http://www.merih.net/m1/mhy-2-6-ho.htm>
- Özsarı, H. (2018). Birinciden on birinciye kalkınma planlarında sağlık. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, (47), 24-27. Erişim Adresi: <https://www.sdplatform.com/Dergi/1107/Birinciden-on-birinciye-kalkinma-planlarında-saglik.aspx>
- Sağlık Bakanlığı (2015). *Geçici koruma altına alınanlara verilecek sağlık hizmetlerine dair esaslar*. Erişim Adresi: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1376,saglik-bakanligi-gecici-koruma-yonergesi-25032015pdf.pdf?0&_tag1=284EBE67BBC860BBD5B18C4F81083BD757AFFAB8
- Sağlık Bakanlığı (2006). *Republic of Turkey national mental health policy*. Ankara: General Directorate of Primary Health Care. Erişim Adresi: <https://extranet.who.int/mindbank/item/69>
- Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu (2016). *2016 faaliyet raporu*. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11656/raporlar.html>
- Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi. (2023). *Tarihçe*. Erişim Adresi: <https://pydb.saglik.gov.tr/TR-25156/tarihce.html>
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2019). *Mükemmeliyet merkezleri hakkında genelge 2019-8*. Erişim Adresi: <https://shgm.saglik.gov.tr/>
- Sağlık Bakanlığı. (1993). *Ulusal sağlık politikası*. Erişim Adresi: <https://muglaim.saglik.gov.tr/TR-43450/ulusal-saglik-politikasi.html>
- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta dönüşüm*. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008.
- Sağlık Bakanlığı. (2015). *Tarihçe*. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>
- Sağlık Bakanlığı. (2018). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. *Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti*. Erişim Adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/39242/0/sas-hastane-setipdf.pdf>

- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Sağlık mevzuatı*. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10357/saglik-mevzuati.html>
- Sağlık Bakanlığı. (2023). Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Ankara: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021.
- Sağlık Bakanlığı. (t. y.). *Sağlık.NET hakkında*. Erişim Adresi: <https://e-saglik.gov.tr/TR,6212/sagliknet-hakkinda.html>
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. (1971). *Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1964-1967*. Ankara: Güneş Matbaacılık.
- saglikplatformu. (2023). *Sağlık enformasyon sistemi*. Erişim Adresi: <https://www.saglikplatformu.com/saglik-enformasyon-sistemi/>
- Savaş, T., Keleş, R., ve Göktaş, B. (2020). Kamu özel işbirliği modeli Ankara şehir hastanesi örneği. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 9(2), 22-31. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ausbid/issue/59001/690535>
- Seçtim, H. (2019). Sağlıkta dönüşüm programı üzerine bir değerlendirme. *Management and Political Sciences Review*, 1(1), 117-133. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/mpsr/issue/45230/523980>
- Seren, A. K. H. (2014). Sağlık çalışanlarının sağlıkta dönüşüm projesine ilişkin görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1), 19-24. doi:10.5222/SHYD.2014.019
- Solak, M. (2014). *Türkiye’de sağlık eğitimi ve sağlık insangücü durum raporu*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Ofset.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. (2019). *Sosyal güvenlik kurumu ve sosyal güvenlik sistemi*. Ankara. Erişim Adresi: <https://www.sgk.gov.tr/YayinveProjeler/Yayinlar/7f65e722-ba64-48df-a5ca-c60336c2fbc5/>
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., ve Akbolat, M. (2012). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- TUİK. (2022). *Sağlık ve sosyal koruma*. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Saglik-ve-Sosyal-Koruma-101>
- Türk Tabipler Birliği. (2014). *Suriyeli sığınmacılar ve sağlık raporu*. Erişim Adresi: <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacirpr.pdf>
- Uysal, Y. (2019). Kamu-Özel işbirliği (yap-kirala-devret) modeli ve şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerindeki değişim ve dönüşüm üzerine etkileri. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14(3), 877-898. doi: <https://doi.org/10.17153/oguiibf.517120>
- WHO (1996). *Health care systems in transition Turkey*. Copenhagen. Erişim Adresi: <https://iris.who.int/handle/10665/108395>
- Yapıcı, B. (2023). *Türkiye’de sağlık sisteminde sevk zinciri uygulaması hakkında paydaş görüşlerinin değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. Erişim Adresi: <https://www.openaccess.hacettepe.edu.tr/xmlui/handle/11655/33497>

Yeşiltaş, A. (2020). Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı: şehir hastaneleri üzerine bir değerlendirme. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(1), 15-28. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad/issue/54067/728992>

Yılmaz, V. (2022). *The contemporary politics of health in Turkey-diverse actors, competing frames, and uneven policies*. Güneş Murat Tezcür (editör), içinde, *The Oxford Handbook of Turkish Politics*, Oxford University Press.

Zengin, N. (2010). Sağlık hakkı ve sağlık hizmetlerinin sunumu. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 44-52. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/spkd/issue/29282/313485>

Extended Abstract

Purpose

This study aims to provide a comprehensive evaluation of healthcare policies throughout the century-long period of the Republic. The healthcare policies of the Republic era are examined across five distinct periods: 1920-1938, 1938-1960, 1961-1980, 1980-2000, and 2000 & Post. The 2000 & Post period is analyzed under four subheadings: Healthcare Transformation Program, Digitalization, Refugee Migration and Pandemic.

Design and Methodology

This study adopts a literature review approach.

Findings

The period of 1920-1938 witnessed the establishment of health services and the organization of basic health units. From 1938 to 1960, emphasis was placed on combating infectious diseases and prioritizing public health efforts. The period of 1961-1980 saw the emergence of socialization in the health sector and the establishment of a gradual and integrated approach to healthcare provision. Several laws and regulations were enacted during this period. The fundamental health policy during the 1980-2000 period aimed to regulate the fragmented structure of social security institutions, introduce general health insurance, transition to a family medicine model, and grant autonomy to hospitals. This period was characterized by the neoliberalization of health policies, with increased involvement of the private sector as a central policy. The Ministry of Health assumed a regulatory role to ensure the active participation of the private sector in service delivery. Policies were developed to enhance the quality of curative health services. Investments in health human resources resulted in an increase in the number of health personnel, health institutions, and hospital beds. The health policies implemented during this period laid the foundation for the Health Transformation Program. In the Post-2000 period, digitization efforts gained significance, greatly influenced by the Health Transformation Program. A digital transformation took place in the healthcare system after the 2010s, leading to the development of various information systems and mobile applications. Recognizing the potential of digital health to improve care quality, efficiency, patient satisfaction, and health outcomes, continuous innovations are being made in this area. The greatest benefit of digitalization in the health sector was evident in the fight against COVID-19, and digitalization efforts continued during the pandemic.

Research Limitations

This research provides theoretical information regarding specific time periods.

Implications

The successful implementation of policies developed from the past to the present has positively influenced the accessibility, quality, and sustainability of healthcare services. In addition to the developments achieved through ongoing health policies, there were also policy elements that were not successful or could not be implemented. This shows that it is very important to establish an appropriate infrastructure for the service provider and the society that will benefit from the service before developing and implementing health policies. Given the constantly evolving needs and challenges, closely monitoring developments and making prompt decisions for effective implementation is crucial.

Originality/Value

This study offers a summary of the healthcare policies followed by the Republic of Turkey since its establishment, highlighting key milestones such as the Health Transformation Program, Digitalization, Refugee Migration and the COVID-19 Pandemic.

Araştırmacı Katkısı: Gizem Zevde AYDIN (%30), Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI (%30), Hasan Fehmi DEMİRCİ (%20), Pelinsu Buket DOĞANYİĞİT (%20).