

Sağlık Politikaları Ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü

Health Policies and the Transformation of Health Policies in Turkey

Berna KAHVECİ CEYLAN * - Fatma AZİZOĞLU ** - Mustafa METE ***

* Öğr. Gör., İstanbul Aydın
Üniversitesi
ORCID: 0000-0002-7384-
7224
E-mail:
bernakahveci@aydin.edu.t
r

** Dr. Öğr. Üyesi., Haliç
Üniversitesi,
ORCID: 0000-0002-7102-
9797
E-mail:
fatmaazizoglu@yahoo.com

*** Dr. Öğr. Üyesi.,
İstanbul Aydın Üniversitesi
ORCID: 0000-0002-1332-
7905
E-mail:
mustafamete@aydin.edu.tr

Makale Türü
Article Type
Derleme Makalesi
Review Article

Geliş Tarihi
Received
21.10.2023

Kabul Tarihi
Accepted
11.12.2023

Önerilen Atıf Şekli /
Recommended Citation:

Kahveci Ceylan, B.,
Azizoğlu, F. & Mete, M.
(2023). Sağlık Politikaları
Ve Türkiye’de Sağlık
Politikalarının Dönüşümü,
*Akşehir Meslek
Yüksekokulu Sosyal
Bilimler Dergisi*, 16, 186-
203.

ÖZET

İnsanın hayatta kalması için en temel unsurlardan biri hiç şüphe yok ki sağlıktır. Sağlık ve teknolojik gelişmeler toplumların yaşam kalitesini yükseltmekte, dolayısıyla hizmet talebini artırma ve yaşlı nüfusun artması da harcamaların artmasını mümkün kılmaktadır. Bu durum sağlık giderlerine ayrılan kaynağında hızla artmasına neden olmakta ve dolayısıyla Sosyal Güvenlik Kurumunun ve sağlık sigortalarının üzerindeki yükü de artırmaktadır. Hali hazırda var olan tüm sigortalar bu yeni duruma ayak uydurmakta zorlanmakta ve bu zorluk reform çalışmalarının ortaya çıkmasını gerektirmektedir. Bu çalışma sağlık içeriğini, sağlık reformunun nedenlerini, sağlık alanında çok ciddi değişimlerin yaşandığı son yirmi yıldaki sağlık hizmetlerinin sunumunu, finansmanını ve organizasyonunu ve bunlarla ilgili politikaların değişimini incelemektedir. Ayrıca “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde yürütülen araştırmaların, programın hedeflerinin, bileşenlerinin ve yıllar içinde yapılan düzenlemelerin çok yönlü bir analizi yapılmaya çalışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Politika, Sağlık Politikası, Türkiye’de Sağlık Politikası, Sağlıkta Dönüşüm

ABSTRACT

There is no doubt that one of the most basic elements for human survival is health. Health and technological developments make it possible for societies to obtain the right to life and to increase the elderly population. This situation rapidly increases the source of health expenses and increases the burden of these on health insurances. Existing insurances are struggling to keep up with this new situation and this challenge requires reforming. This study examines health services, the causes of health reform, the delivery, financing and organization of health care services in the last two decades, when very serious changes have been experienced in the field of health, and the operation of related policies around it. In addition, it has been tried to make a multi-faceted analysis of the researches, efficiency, data and regulations made over the years that carry out the "Health Transformation Program".

Keywords: Policy, Health Policy, Health Policy in Turkey, Transformation in Health

GİRİŞ

Politika Kavramı

Alman filozof Arthur Schopenhauer'in "Sağlık her şey değildir, ama sağlık olmadan her şey bir hiçtir." sözü hem önemli hem de çok dikkat çekicidir. Ayrıca, politika kavramı toplumsal gelişimimiz için büyük bir önem arz eden bir kavramdır. Sağlık politikaları toplumun refah ve sağlık içinde olması için gerekli yolların ortaya konmasını sağlamaktadır. Ancak bireylerin sağlıklı olması sağlıklı toplumları oluşturduğu gibi sağlıklı toplumlar da mutlu, müreffeh ve güçlü devletleri meydana getirirler (Seydioğlu, 2022:22).

Genel tanımıyla politika; belirli siyasi gruplar tarafından çeşitli konularda hedeflerin belirlenmesi ve bu hedeflere ulaşmak için kullanılan araçlar ve bu doğrultuda alınan kararlardır. Günümüz sözlüğünde siyaset kavramı, amaç, yöntem ve içerik, davranış veya düşünce tarzı bakımından devlet faaliyetlerinin örgütlenme ilkeleri ve gerçekleştirmeleri bütünü olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkçe ve diğer bazı dillerde politika ve siyaset aynı kelimeler ile aynı manada kullanılmaktadır. Bunların sebebi ise politika oluşturma, uygulamaya koyma ve bunlarla ilgili aşamaların politik süreçler olmasıdır. Dolayısıyla siyaset bilimi politika kavramından ayrı düşünülemez şeklinde belirtilmiştir (Er, 2011:44).

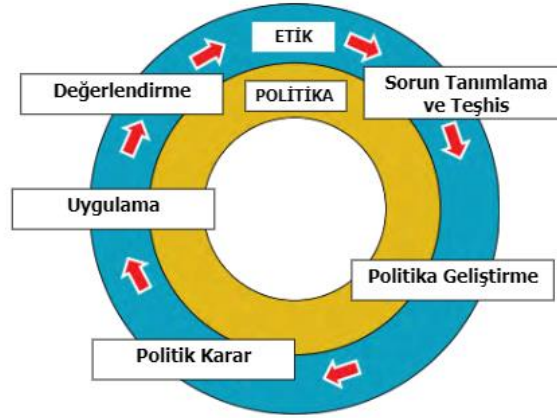
Politika, sadece devletlerin ne yaptığıyla ilgili değil, aynı zamanda devletlerin ne yapıp ne yapmadığıyla da ilgilidir. Politika araştırmaları çerçevesinde yürütülen faaliyetlerin ortak amacı topluma fayda sağlamaktır. Toplumun bir bütün olarak refahını sağlamak için yapılan seçimlere ve benimsenen uygulamalara dikkat edilmelidir (Atabey, 2012:112).

Sosyal Politika kavramı ise; bireylerin sosyal ve ekonomik durumlarını iyileştirmeyi amaçlayan bir alandır. Ülkede yaşayan tüm vatandaşlar medeni, sosyal ve siyasi eşit haklara sahip olmalıdır. Fikir II. Dünya Savaşı'ndan sonra T.H. Marshall tarafından temsil edilmiştir (Şenkal ve Doğan, 2012:64). Bu durum Sağlık ve sosyo-ekonomik yapı ile yakından ilişkilidir. Sağlık sadece fiziksel veya zihinsel problemlerin mevcut bulunmaması değil, aynı zamanda sosyal olarak iyi olma durumudur (WHO, 2020a). Günümüzde gelişmiş ülkelerde bile düşük gelirlere sahip bireylerin ortalama yaşam süreleri yüksek gelirli bireylere göre daha kısa durumdadır ve hastalığa daha yatkındırlar (Öner, 2014:15; Chetty et al., 2016:13). Sağlıkın sosyal belirleyicileri; insanın doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşullardır. Bu durumlar aynı zamanda politika yapıcılarının kararlarına eşlik eden bir dizi ekonomik, sosyo-politik ve iktisadi olgu tarafından da şekillendirmek için daha sağlıklı bir toplum oluşturmak ve yeniden şekillendirmek gerekebilir. Aynı zamanda yapılan politika değişiklikleri ve çalışmalar sürdürülebilir ve sağlıklı bir sosyal yaşam ve sağlıklı toplum için büyük önem taşımaktadır (WHO, 2020b).

Sağlık Politikalarının Tanımları

İnsan Hakları Dünya Evrensel Beyanname'si'nin 25. bölümüne göre sağlık hakkı esas bir insan hakkıdır. Açıklamada şunlar ifade edilmektedir: Hem kendi hem ailesi için kaliteli bir sağlıklı yaşam ve "Herkesin sahip olmasını gerektiren güvence hakkı" olmalıdır şeklinde belirtilmektedir (Çalış, 2006:105).

Sağlık politikası, sağlık sistemini, kurumlarını, verilen hizmetleri ve buna karşılık elde edilen finansman durumlarını etkileyen bir süreçtir. Unutulmamalıdır ki sağlık politikası sadece sağlığı değil, sağlığı etkileyen tüm devlet, özel ve gönüllü kuruluşların iş ve eylemlerini de etkiler. Ayrıca sağlık politikasına karar verilirken sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri fiilen bu işlevlerin mümkün olduğunca gerçekçi ve inandırıcı olması için sağlığı etkileyen çevresel, sosyal ve ekonomik etkilerin üzerinde durulması ve çalışılması gerekmektedir (Atabey, 2012:22). Bu nedenle "Sağlık Politika Çemberi" ni aşağıda görüldüğü gibi şekillendirmek mümkündür.



Şekil 1. Sağlık Politika Çemberi (Roberts et al., 2008).

Bazı ülkelerde uygulanan, benimsenen sağlık politikasını ve hedeflerini, sağlıkla ilgili göstergelerini ortaya koyan çok önemli sebeplerden olduğunu söylemek doğru olacaktır. Ülkemizde insanların sağlık hakkı, Anayasa'nın 60. maddesinde güvence altına alınmıştır. Devlet bu güvenliği sağlamak için gerekli tedbirleri alacak ve teşkilatlar kuracaktır şeklinde ifade edilmiştir (Sargutan, 2005:409- 410).

Sağlık politikası geliştirme sürecinde 'Sağlık politikasının amacı ne olmalıdır?' bu soru, politika yapımcıların sorması gereken en temel soru olmalıdır. Bu hedefi "herkes için tedavi" olarak önemsemek yeterli olmayacaktır. Sağlığı yerinde olan bireyleri hastalıklardan, kazalardan ve sakatlıklardan korumak ve tedavilerini eşit derecede tamamlamak önemlidir. Bu sebeplerle sağlık hizmetlerinin amaç ve gayelerinin Dünya Sağlık Örgütü ilkeleri çerçevesi içinde uygun bir bağlamda tanımlanması daha doğru olacaktır. Bu zamandaki sağlık politikaları çerçevesinde birçok konuda politika geliştirme; planlama, uygulama ve yönetim gibi birçok adım devletler ve yetkili mercilerce hazırlanır. Ancak sağlık sektörü o kadar hassas bir yapıya sahiptir ki, devlet kontrolünden bağımsız bir sağlık politikası olması düşünülemez. Çünkü sağlık hizmetlerinin üretilmesinde en önemli faktördür ve bundan sonraki aşamada en büyük rol ülkeye düşecektir. Bunun en önemli nedeni ise tıbbi sistemin son derece karmaşık ve matris yapıda olmasıdır şeklinde ifade edilmektedir (Işık, 2015:1-26).

Politikaların Sınıflandırılması

Politika, farklı düzeylerde farklı şekillerde tanımlanır. Bu tanımlara göre politikayı iki şekilde inceleyebiliriz. Bunlar makro politika ve mikro politikadır şeklinde belirtilmektedir (Tatar, 2008:6). Politikaları kategorize etmenin başka bir yolu da ilkeye göre dir. Bunlar;

- Düzenleyici politikalar,
- Özdenetim politikaları ve
- Yeniden dağıtım politikaları olarak sınıflandırılabilir.

Dağıtım politikası, başka bir grubun yararlandığı faydalardan ödün vermeden bir nüfus içindeki belirli gruplara hizmet ve faydaların paylaşılması ile ilgili politikadır. Bu görüşlerin çatışmalara sebep olması pek olası değildir ve düşünce sürecinin açık olduğu görülmektedir.

Düzenleyici politikalar ise bireysel veya grup eylemleri için kısıtlayıcı politikalar içerir. Çelişkili olsalar da toplumun belli kesimleriyle ilişkilendirildikleri için geniş grupların ilgisini çekmezler.

Özdenetim politikası ise, bir kuruluş tarafından kendi çıkarlarını yönetmek için geliştirilen bir politikadır.

Yeniden dağıtım politikasında da bir devlet tarafından gelir veya servet dağılımını değiştirmek için geliştirilen bir politika şekli düşünülmelidir. Bu politikalar toplumdaki bazı grupları eskisinden daha dezavantajlı bırakabilir. Çatışma potansiyeli o kadar yüksektir ki çıkar gruplarının şiddetli eylemleri olası durum oluşturabilir şeklinde belirtilmektedir (Tatar, 2008:7).

Sağlık Politikasının Amaçları

Bir ülkede sağlık uygulamalarının genel amacı, insanların ekonomik ve sosyal yaşamlarında sağlıklı bireyler olmalarını sağlamak ve yaşam kalitelerini yükseltmektir. İktidarlar, sağlık kanunlarını ulusal bütçelere göre planlayan ve uygulamaya koymaya çalışmışlardır şeklinde belirtilmiştir (Duyuk, 2015:49).

Tıbbi hizmetlerin sunumu için çeşitli sistemler mevcut olabilir. Hangi sağlık sisteminin kullanıldığı durumunda, ülkenin ekonomik, politik ve sosyal yönleri dikkate alınır. Bir ülkede sağlık uygulamalarının etkin olup olmadığı, uygulamanın amaçlarına ulaşma derecesine göre değerlendirilir. Bu ancak uluslararası karşılaştırmalarda ölçülerek belirlenebilir. Dünya çapında sağlık yönergeleri geliştirirken belirli planlar ve hedefler vardır. Bu politikalar, sağlık hizmetlerinin herkesin ihtiyaç duyduğu anda etkin, yetkin ve adil bir şekilde sunulmasını sağlamak için oluşturulmuştur. Amaç, bireylerin kişisel sağlıklarını korumak ve geliştirmek için sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını kolaylaştırmaktır. Sağlık alanında toplumu ayakta tutan en önemli yapılardan biri olan sağlık hukuku doğru ve yerinde analizlerle planlanmalıdır. Sağlık hakkı her insanın en temel hakkıdır ve bu hak anayasa ile de güvence altına alınmıştır. Sağlık hizmetlerinin bir ülkeyi yaşanabilir kılan en temel standartlardan biri olduğu bilinciyle, bireylere kaliteli, ulaşılabilir ve güler yüzlü hizmet sunabilmek için tüm imkanların kullanılması son derece önemlidir (Önal, 2012:2).

Milletin tamamının sağlığını korumak için bir kişinin sağlığını korumak ve geliştirmek önemlidir. Ayrıca insanların ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilmeleri de sağlık politikasının bir parçasıdır ve bu durum daha fazla memnuniyet ve güvene yol açar. Sağlık politikasının bir diğer amacı da İnsan Hakları Evrensel Beynamesi ve Tıp Etiğinin merkezinde yer alan sağlıklı insanlardan sağlıklı bir toplum meydana getirmektir (Önal, 2012:2).

Türkiye’de Sağlık Politikalarının Gelişimi

Sağlık politikalarını ülkemizde çeşitli dönemleri kapsamak üzere aşağıdaki alt başlıklar çerçevesinde toplamak mümkündür:

1920 – 1938 Yılları Arasında 1. Dönemde Türkiye’de Sağlık Politikaları

Bu dönem Atatürk dönemi sağlık politikaları, sağlık çalışmaları ve reformlarını kapsamaktadır. Sağlık Bakanlığı 3 Mayıs 1920’de 3 Sayılı Kanun ile kurulan Sağlık Bakanlığına ilk bakan Dr. Adnan Adıvar olmuştur. 1920’den 1923’e kadar Cumhuriyetin ilk yılları olarak kabul edilmiştir. Sağlık Bakanlığı 1920’de kurulmuş, 1920-38 yılları arasında birçok alanda yasal düzenleme yapılmıştır. O zamanki duruma bakıldığında savaş sonrası sorunların çözümü, sağlık çalışanlarının nitelik ve sayılarının artırılması, merkezden köye sağlık teşkilatlarının kurulması, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi konulara ağırlık verildiğini görmekteyiz. İlk başta titeme, ateş ve trahom, veba gibi bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele edilmiştir. Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü, dispanser, eczaneler, sağlık ocakları gibi kuruluşlar açılmıştır. Yine bu dönemde çeşitli mevzuat çıkarılmıştır (Sağlıkta Dönüşüm Programı, SDP 2003:9).

Cumhuriyetin ilan edilmesinden sonra Dr. Refik Saydam Dönemi başlamıştır. Dr. Refik Saydam, 1937 yılına kadar görev yaptığı süre boyunca ülkemizin sağlık sisteminin kurulmasında ve gelişmesinde büyük payı olmuştur. Dr. Saydam aynı zamanda Türkiye’de Sağlık hizmetlerinin yeniden organizasyonunda büyük etkiye sahip olan ilk Sağlık Bakanı’dır (Yeginboy ve Sağın, 2008:3). Cumhuriyetin ilanından sonra sağlık sistemi de kurumsallaşmıştır. Dr. Refik Saydam, Türkiye’de sağlık öğretisinin meydana gelmesine öncülük etmiş ve salgın hastalıklarla mücadele için ülkenin koruyucu hekimlik sistemini kurmuş ve bunu tüm ülkeye yaymaya çalışmıştır (Savaş vd., 2002:53).

Mevcut hekim sayısını arttırmak isteyen Dr. Refik Saydam, İstanbul’da “Leyli Tıp Talebe Yurdu” nu açmıştır. İstanbul’daki Tıp Fakültesi’nde eğitim gören sivil öğrencilerin masraflarını devlet karşılamıştır. Bu suretle Anadolu’nun il ve ilçelerindeki hükümet tabiplikleri temin edilmiş ve ayrıca sağlık kuruluşlarına uzman hekimler görevlendirilmiştir (Keleş, 2021:134).

Bu dönemin çalışmalarına bakıldığı zaman Dr. Refik Saydam 1925 yılında sağlıkla ilgili planlama çalışmalarında aşağıdaki 10 hedefi benimsemiş ve gerçekleştirmeye çalışmıştır (Cansever ve Tüfekçi, 2020:620).

1. Devletin sağlık sistemini kurmak ve genişletmek
2. Duyulan sayıda tabip yetiştirmek,

3. Örnek ve numune hastaneler açmak,
4. Yeterince sağlık personeli yetiştirmek ve sayılarını artırmak,
5. Çocuk hastaneleri ve doğumevleri açmak,
6. Verem hastaneleri açmak,
7. Bulaşıcı hastalıklarla yeterince mücadele etmek,
8. Sağlık teşkilatını ve sistemini en hücre yerlere kadar götürmek,
9. Sağlıkla ilgili ve gerekli yasaları çıkarmak,
10. Merkez hıfzıssıhha Müessesesini kurmak ve Hıfzıssıhha Okulunu açmak

Bu dönemde çeşitli kanunlar çıkarılmıştır. Örneğin, 1219 sayılı Tababet Ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (R.G.:04.04.1928 tarih ve 863 sayılı) ile 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (R.G.:06.05.1930 tarih ve 1489 sayılı) günümüzde de geçerlidir. Bu süreçte bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi konusunda çok önemli araştırmalarda mesafe kat edilmiştir. Dr. Saydam çalıştığı dönemin sağlık politikası gereği, Türkiye sosyal devlet görüşüne dayalı sağlık hizmetleri konusunda iyi araştırmalar ve çalışmalar yaparak, önümüzdeki dönemde sunulacak sağlık hizmetlerinin temellerini atmıştır (Karabulut, 2007:6).

Ülkemizde 1923 yılında 554 hekim bulunmakta iken 1937'de 1391'e, ayrıca mevcut 560 sağlık memuru 1497'ye ve 4 hemşire 356'ya çıkartılmıştır (Dedeoğlu, 2021:15). 1923 yılında 86 hastane ve 6.437 sanatoryum yatağı sağlık hizmeti vermektedir. Kızılay Hemşire Okulu 21 Şubat 1925'de kurulmuştur (Ak, 2021:30). Hükümetin 1923 yılında bütçesi yaklaşık 137 milyon TL. olmasına rağmen, Sağlık Bakanlığının o yılki bütçesi 3 milyondur. 1924'de 50 yataklı bir Sanatoryum ve 1925 yılında iki trahom hastanesi açılmıştır (Kıray Vural ve Taşpınar, 2006:307).

Cumhuriyet'in ilk yıllarında hastalıkların bertaraf edilmesi ve salgın hastalıkların önlenmesi konusunda gerekli yasal düzenlemeler ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmış ve aşağıdaki mevzuat çıkarılmıştır (Keleş, 2021:135).

- Hekimlerin Zorunlu Hizmetleri Hakkında Kanun, 1923 tarihli
- Hekimlerin Sıtma Enstitülerinde Staj Zorunlulukları Hakkında Yasa (1926),
- Sivil Hekimlerin Zorunlu Hizmetleri ve Hekim, Eczacı ve Diş Hekimlerin Stajları Hakkında Kanunlara Ek Yasa, 1924 tarihli
- Etibaa'nın Sıtma Enstitülerinde Staj Zorunluluğu Hakkında Yasa, 1926 tarih ve 826 sayılı
- Seyyar Tabiplerin Vazifeleri Hakkında Talimatname, 1934 tarih ve 2821 sayılı
- Frenginin Kaldırılması ve İlerlemesinin Yayılmasına Dair Yasa (1921),
- Frengi Yönergesi (Talimatnamesi) (1925),
- Sular Hakkında Kanun, 1926 tarih ve 831 sayılı
- Sıtma Mücadelesi Hakkında Yasa, 1926 tarih ve 839 sayılı
- Türk Kadın Doktorlarının On Sene Müddetle Hizmeti Mecbur eden Muafiyetleri Hakkında Kanun 1928 tarihli
- Bakteriyoloji Ve Kimya Laboratuvarları Kanunu, 992 sayılı (R.G.:19.03.1927 tarih ve 580 sayılı)

Türkiye'de bu dönem içinde yapılan yeniliklerin bazılarını aşağıda görüldüğü üzere sıralamak mümkündür (Polat, 2020);

- Numune hastaneleri ve taşrada dispanserlerin kurulması, 1924
- 150 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evlerinin açılması, 1924
- I. Millî Tıp Kongresi'nin gerçekleştirilmesi, 1925

- II. Millî Tıp Kongresi'nin gerçekleştirilmesi, 1927
- Zonguldak Amele Birliği Hastanesi'nin ve Haydarpaşa Numune Hastanesi'nin açılması, 1936
- 20 İlçe merkezinde muayene ve tedavi evlerinin açılması, 1936
- Kuduz serumu üretilmesi, 1937
- Konya'da köy ebe okulu kurulması, Ergani Maden Hastanesi'nin açılması, 1938

Bu çalışmaların yapılabilmesi için gerekli sağlık personellerinde artışlar görülmektedir. Ayrıca hekimlerin hastalarına ayırdıkları süre artırıldığı için hekim başına düşen hasta sayısında azalmalar da görülmektedir.

Tablo 1. Dönemin Sağlık Personeli Sayısı

Sağlık Personeli	1923	1925	1930	1935
Hekim	344	728	1.182	1.625
Eczacı	60		127	135
Hemşire			202	325
Ebe	136		400	451
Sağlık Teknisyeni	560		1.268	1.365
Kişi başına düşen hekim sayısı	19.860	16.480	12.220	9.270

(Karabulut, 2007:153).

Türkiye'de 1939-1950 Yıllarındaki Dönemde Sağlık Politikaları

Bu dönemi Behçet Uz Dönemi olarak görmek mümkündür. Cumhuriyet tarihimizde bu dönemin ilk yazılı olarak hazırlanmıştır. Sağlık planlarından biri olarak gösterilen "Birinci On Yıllık Ulusal Sağlık Planı", 1946 yılında uygulamaya konmuştur. Dönemin Bakanlık Sağlık Şurası'nda ve o dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından onaylanmıştır. (Özsarı, 2018:1). Ancak bu yoğun plan yürürlüğe girmeden dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz görevinden ayrılmak zorunda kalmış, ardından Dr. Behçet Uz'un yeniden göreve gelmesine rağmen bu kanun hiçbir zaman yasallaşmamıştır. Bu maddenin yasal bir düzenleme olarak yasallaşmamış olması, ülkemizin sağlık alanında nasıl şekillendiği üzerinde büyük etkisi olmuştur (Ertaş, 1996:19).

Bu döneme kadar ki politikalar, yerel yönetimlerin kontrolü altındadır. Sonraki politikalar ile sağlık kuruluşları yönetimi merkezi hükümete bağlanmıştır. Ayrıca çeşitli anne ve çocuk sağlığı politikaları, önleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri uygulamaya geçirildiği görülmektedir. Zamanın hizmet politikaları mevcut Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından yayınlanan ve ülke sağlık planları açısından oldukça önemli olan çalışmalardan biridir (Akdur, 2008:47).

1951 – 1960 Yılları Arasındaki Dönemde Türkiye'de Sağlık Politikaları

Dr. Behçet Uz'un ilaç üretiminde dışa bağımlılığı sona erdirmek amacıyla hazırladığı Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı, Türkiye'nin ilk ilaç üreticisi olan Eczacıbaşı İlaç tarafından 1952 yılında kurulmasıyla hizmet vermeye başlamıştır. Hemşirelik Komisyonu 1954 yılında kurulmuş olup, 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu ve Çocuk Esirgeme Kurumu Keçiören Özel Hemşire Koleji mesleğinin kurumsallaştırılması ve eğitim de standartlaştırılmaya gidilmiştir. Hemşireliğin yanı sıra 1952 yılında ebeler için bir uzmanlık alanı olarak mesleki standartlar oluşturulmuştur. Özellikle uzak bölgelerde köy ebe okulları açılmış ve bu okullardan 2 binden fazla ebe mezun olmuş, 1960'ta açılan bu okul sayısı on dörde yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1973).

Bu yıllarda hastane ve sağlık ocağı gibi kuruluşların yatak sayılarını artırmak, sağlık personeli (tıbbi bölümler) sayısını artırmak, sağlık finansman kaynaklarının düzenlenmesi ve bir takım sağlık parametrelerinin iyileştirilmesi, bulaşıcı hastalıklarda pandemi sürecinin azaltılması, anne ve bebek ölümlerinin aşağı seviyelere çekilmesi için tüm sağlık kuruluşları seferber edilmiştir. Cumhuriyet tarihinde sağlık sektörünün

kurumsallaşmasına yönelik en temel adımlardan biri Sosyal Güvenlik Kurumu (SSK) ve Emekli Sandığı'nın kurulması olmuştur. Bu iki kurumun kurulmasıyla birlikte işçi ve memurların sağlık hizmetleri devlet tarafından güvence altına alınmıştır. Bundan sonra çıkarılan İş Güvenliği Yasası ile tüm çalışanların hakları devlet tarafından güvence altına alınmıştır. (Kasapoğlu, 2016:138-140).

SSK, MSB ve Üniversite hastaneleri dışında kalan tüm hastaneler 1954 yılında 6134 sayılı kanunla Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır. Bu suretle tüm şehirlere ve ilçelere hastane hizmetleri yayılmaya başlamıştır (Akdur, 2008:5). Bu dönem, merkez sağlık politikalarının planlandığı ve uygulamaya konulduğu dönem olmuştur.

1961 – 1980 Yılları Arasında Dönemde Türkiye’de Sağlık Politikaları

Bu dönem, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi dönemi olmuştur. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanununun, 1961 yılında çıkarılması bu dönemin en önemli sağlık politikası çalışmalarından biridir. Bu yasa ile ulusal sağlık hizmetimizin gelişmesinin temelleri atılmıştır. 1961 Anayasası, "devletin, herkesin fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı yaşamasını ve tıbbi bakıma erişimini sağlama görevi vardır" ifadesini eklemiş ve vatandaşların sağlık hakkı ile devletin sağlık hakkının her ikisini de tanımlamasında görev sorumlulukları olduğunu ifade etmiştir. Bu dönemde sağlığın sosyalleştirilmesine yönelik araştırmalar 1963 yılında başlamış ve 1983 yılında ulusal düzeyde yaygınlaştırılmıştır (Er, 2011:55).

Sosyalleştirme Kanunu'nun hayata geçirilmesi için Dr. Nusret Fişek önderliğinde hazırlanan planda ele alınması gereken konular öncelik sırasına göre şu şekilde sıralanmıştır (Cansever ve Tüfekçi, 2020:621).

- Güçlü bir Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatını oluşturmak ve sosyalleştirme planlarının hazırlanması için gerekli birimlerin kurulması,
- İhtiyaç olan çeşitli dallarda sağlık personelinin temin edilmesi,
- Tüm dallarda sağlık personelinin yetiştirilmesi,
- Tıp fakültesi öğretim elemanlarının serbest çalışmasının önlenmesi,
- Halk sağlığı akademisinin kurulması ve halk sağlığı hizmetlerinin muntazam olarak sunulması,
- Sağlık laboratuvarlarının sayılarının artırılması ve geliştirilmesi,
- Sosyalleşme için Kılavuz Bölgeler belirlenmesi,
- Kırsal kesimde sağlık teşkilatının kurulması,
- Tüm birimlerin bina ve malzeme ihtiyaçlarının karşılanması,
- Hastane yatak sayısının artırılması ve on binde 30-40'a çıkarılması,
- Ayaktan hasta tedavisinde hizmetin ücretsiz verilmesi,

1980'li yıllardan itibaren ülkemizde yeni bir düzene geçilmiş ve bu doğrultuda refah devleti anlayışı içerisinde yeni sağlık politikası fikirleri ortaya çıkmıştır. En önemli çalışmalar sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi ve ana hedef olarak anne ve çocuk sağlığı ile aile planlaması konularında araştırmalar yapılması olmuştur. Nüfus planlaması, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili kanun çalışmaları, personel iş düzeni ile ilgili sağlık politikası, bu dönemde yürütülen sağlık hizmeti faaliyetleri ve hizmet sunum uygulamalarına ilişkin çeşitli sağlık politikası çalışmalarını içermektedir. Ayrıca o dönemde ülkemizde hazırlanmakta olan Beş Yıllık Kalkınma planında sağlık ve sosyal güvenlik konuları önemli yer tutmuştur. Genel Sağlık Sigortasının ilk taslağı 1967'de hazırlanmış, ancak Bakanlar Kurulu aşamasını bile geçememiştir. 1971 ve 1974'te bu konularla alakalı olarak bu iki kanun teklifi TBMM'ye sunulmuş, ancak hayata geçirilememiştir (Tengilimoğlu vd., 2012).

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1923-1980 tarihleri arası yıllık bütçe oranları çizelge 2'de görüldüğü gibi her sene farklılıklar arz etmektedir (Aytekin, 2013:183).

Tablo 2. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Bütçeleri

Yılı	Bakanlık Bütçesinin Devlet bütçesine oranı
1923	2,21
1930	2,02
1940	3,04
1950	4,07
1960	5,27
1670	3,05
1980	4,2

1981 – 2000 Yılları Arasındaki Dönemde Türkiye’de Sağlık Politikaları

Bu dönem, 1980 sonrası sağlık politikalarının değişiklik gösterdiği ve yeni reformların ortaya konduğu bir dönemdir. Hem Türkiye'nin sağlık sektöründe hem de birçok kamu sektöründe neoliberal yeniden yapılanmaya yönelik çalışmalarla karşılaşmıştır. 1982 Anayasası ile devlete doğrudan sağlık hizmeti vermek yerine planlama ve düzenleme rolü vermiş, genel sağlık sigortası düzenlemelerinin yapılabilmesi ve özel sektör kuruluşlarının sağlık hizmetlerinden yararlanmasına olanak sağlamıştır. Özel Hastaneler Tüzüğü bu dönemde uygulamaya konmuştur. Bu dönemdeki sağlık politikası araştırmaları; aile ve nüfus planlaması, sağlık finansman uygulamaları (yeşil kart uygulaması), sigorta kapsamı gibi konulardan oluşmuştur. Bu süre zarfında 1987 yılında çok önemli (DPT) ve geniş kapsamlı “Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu” çıkarılmıştır. 1990'da DPT “Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması”, 1992 ve 1993 yıllarında düzenlenen I. ve II. Ulusal Sağlık Kongrelerinde sağlık reformu ve politika çalışmalarının tartışıldığı bir sürecin başlangıcı olmuştur. Aynı zamanda bu çalışmalar bu yöndeki araştırmaları hızlandırmıştır (Kasapoğlu, 2016:131-174).

Sağlık Bakanlığının 1993 yılında hazırlanmış olduğu "Ulusal Sağlık Politikası" programı çevre sağlığı, yaşam tarzı, sağlık hizmetleri sunumu, Sağlıklı Türkiye hedefleri olarak belirlenen temel bölümlerden oluşmuştur. Genel olarak, 1990'larda gerçekleştirilen sağlık reformu ve sağlık politikası çalışmalarının temel bileşenlerinden bazılarını şöyle ifade edebiliriz (Er, 2011:78):

- ◆ Sosyal sigorta sağlayıcılarını bir araya getiren kapsamlı sağlık sigortasının oluşturulması,
- ◆ Aile hekimliği çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi,
- ◆ Hastaneleri özerk sağlık işletmesi haline dönüştürmek,
- ◆ Sağlık Bakanlığı koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermeli, sağlık hizmetlerini planlayacak ve yönetecek yapılara sahip olmalıdır.

1990'larda, Sağlık Bakanlığı'nın rolünün bir hizmet sağlayıcı rolünden ziyade politika yapıcı ve kural koyucu bir organa dönüşeceğine dair artan bir anlayış vardı. Bu dönem sonunda "devlet kürek çeken değil, dümen tutan olmalı" düşüncesinde bir slogan ortaya çıkmıştır. Temel bir hak olan sağlığa ve politikasına gereğinden fazla önem verilmediği de söylenebilir. Bu dönemde sağlık politikasındaki en önemli hususlardan biri sağlık hizmeti sunumunda özel sektörün önünün açılması olmuştur. Sağlık hizmet sunumunda ilişkin düzenlemesindeki köklü değişiklikler hazırlanan sağlık politikaları ile ön plana çıkarılan önemli konular olmuştur (Atabey, 2012:118).

SSK ‘un kurulması, sağlık sigortasının kurulması, tıbbi bakım ve finansmanın ayrılması, Sağlık Bakanlığının yeniden reorganize edilmesini getirmiştir., Sağlık hizmetlerinde gözetim ve planlama sorumluluklarının etkin bir şekilde uygulanması ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi gibi temel konuların yanında sağlık hizmetleri, sağlık merkezlerine özerklik verilmesi ve aile hekimliği kapsamının iyileştirilmesi gibi konular sıhhat düzeltme çalışmaları içinde bu dönemde hedeflenen çalışmalardır (Sülkü, 2011:6-11).

Tüm bu çalışmalar göz önüne alındığında 2002 'nin ilk önemli gelişmesi aile hekimliğinin ortaya çıkışı olmuştur. Bu çalışmalar ile etkili bir tedarik zinciri oluşturularak, sunulan tıbbi hizmetlerin kalitesini artırmaktadır. Bu dönemde yeterli, verimli ve kaliteli bir sağlık sisteminin inşası ve bunun devam ettirilmesi, Türkiye'nin ana hedeflerinden biri haline gelmiştir. Bu çalışmalar ışığında tek çatı altında Sosyal Güvenlik Sistemleri toplanmıştır (Atabey, 2012:120).

2001 Yılı Sonrası Döneminde Sağlık Politikaları

2002 yılında "Herkes İçin Sağlık" başlığıyla yayınlanan "Acil Eylem Planı", temel ilkeleri belirlemiş ve bir uygulama takvimi oluşturmuştur. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı 2003 yılında, 58. Hükümet Acil Eylem Planı ile "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nı (SDP) uygulamaya koymuştur. 16 Kasım 2002'de 58. Hükümet, Acil Durum Eylem Planını yayınlamış ve "Herkes İçin Sağlık" "amacına yönelik esas hedefleri şöyle sıralamıştır (58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003:99):

- 1- Sağlık Bakanlığının yönetsel ve işlevsel olarak yeniden yapılandırılması,
- 2- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortasına sahip olması,
- 3- Sağlık tesislerini tek çatı altında toplanması,
- 4- Hastanelerin idari ve mali özerk yapısına kavuşturulması,
- 5- Genel uygulamaya geçiş,
- 6- Anne ve çocuk sağlığına özellikle daha çok önem verilmesi,
- 7- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- 8- Özel sektörün sağlık yatırımlarının teşvik edilmesi,
- 9- Tüm kamu kurumlarında alt kademelere yetki devri yapılması,
- 10- Kalkınmada öncelikli alanlarda sağlık çalışanı açığının giderilmesi,
- 11- Sağlık sektöründe elektronik dönüşüm projelerinin uygulanması.

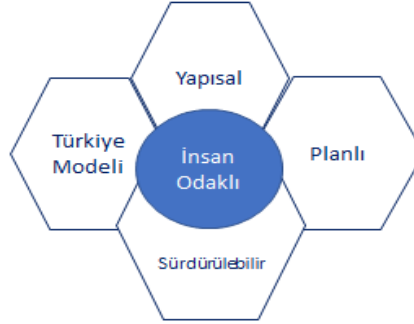
Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde geçen süre içinde personel sayısı her yıl artış göstermiştir. 1995 yılı ile 2003 yılları arasındaki personel artış oranının %31,5 olduğu çizelge 3'de görülmektedir

Tablo 3 Yıllara Göre Türkiye'de Sağlık Personelinin Yıllara Göre Dağılımı (1995-2003)

Personel Grupları	Yıllar						
	1995	1996	1997	1998	1999	2001	2003
Toplam Hekim Sayısı	69.349	70.947	73.659	77.344	81.988	90.757	97.763
Uzman Hekim	29.846	31.126	32.511	34.189	36.854	41.907	46.563
Pratisyen Hekim	39.503	39.821	41.148	43.155	45.134	48.850	51.200
Diş Hekimi	11.717	12.406	12.737	13.421	14.226	15.866	18.073
Eczacı	19.090	19.681	20.557	21.441	22.065	22.922	23.632
Sağlık Memuru	39.342	19.165	39.658	41.461	43.032	45.560	50.432
Hemşire	64.243	64.526	67.265	69.146	70.270	75.879	82.246
Ebe	39.551	39.945	40.230	41.059	41.271	41.158	41.273

"Sağlıkta Dönüşüm Programı" 2003 yılında başlatılarak aslında mevcut uygulamaları etkilemeden planlanmış hedefe doğru ilerleyerek ve böylece halkın beklentilerini yeniden alevlendirmek için 'dönüşüm'

olarak adlandırılan, halkın kabul edebileceği ve aktif olarak katılabileceği bir dizi eylem başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003). Sağlıkta Dönüşümün Temel İlkelerini şekil 2’de görüldüğü gibi şematize edebiliriz. Sağlık personeli sayımız yıllar itibariyle artış göstermektedir. Sağlık hizmetleri 1995 yılında az sayıda sağlık elemanı hizmet verilirken Sağlık Dönüşüm Programının başlaması ile en az %31,5 artış ile hizmet vermeye başlamıştır. Bu hizmetlerin daha iyi verilebilmesi için gerekli yapısal düzenlemeler ve planlamalar yapılmıştır. Temelini insan odaklı olmak teşkil ederken sürdürülebilir olması da benimsenmiştir.



Şekil 2. Sağlıkta Dönüşümün Temel İlkeleri, R. Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (Bab-1 Ali Toplantıları, İstanbul, 2011:30)

Belirlenen bu hedeflerden hareketle Sağlık Bakanlığının 2003 yılı başlattığı 'Sağlıkta Dönüşüm Programı' 'nın, VIII ana konu üzerinde ilerletmeyi amaçlamışlardır. Bu ana husus şunlardır (Akdağ, 2007):

- 1- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
- 2- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- 3- Yaygın, erişilebilir ve güler yüzlü bir sağlık sistemi;
 - a) Güçlendirilmiş bir sağlık hizmeti ve aile hekimliği
 - b) Etkili ve kademeli olan bir sevk zinciri;
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip bir sağlık işletmesi,
- 4- Motivasyonu yüksek, bilgi ve beceri sahibi sağlık profesyonelleri,
- 5- Sistemi destekleyen eğitim ve bilim kurumları,
- 6- Nitelikli ve etkin sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapı,
- 8- Karar verme sürecinde bilgiye etkin erişim: Sağlık Bilgi Sistemleri.

2007 yılında gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı araştırmasına paralel olarak programın kapsamını genişletmek için üç yeni başlık daha eklenmiştir. Eklenen bu başlıklar şunlardır (Akdağ, 2008:22):

- 1- Sağlığı geliştirme ve sağlıklı yaşam programlarını daha iyi bir gelecek için hazırlamak,
- 2- Sektörler arası iş birliği için genel sağlık sorumluluğunu geliştirmek,
- 3- Bir ülkenin uluslararası arenada gücünü güçlendirmek için sınır ötesi sağlık hizmetleri sunmak,

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte ülkemizin sağlık sisteminde önemli bir değişim notası olan bu program ile etkili, verimli ve adil sağlık hizmetleri sunmak, sağlık hizmetlerini finanse etmek ve sağlamak amaçlanmıştır. Uygulamaya konulan bu hizmet programının temel ilkeleri, insanı merkeze alma, sürdürülebilirlik ve süreklilik üzerine kuruludur. Bu program ile sağlık sistemi son on yılda yeniden revize edilmiş ve bu yolda çok yol kat edilmiştir. Olumlu gelişmeler ışığında geliştirilen, sağlık ihtiyaçlarına yönelik politika ve stratejilere öncelik veren sağlık politikaları oluşturularak, hastane yönetimlerinin yeniden oluşturularak şehir hastanelerinin devreye sokulması ve bunlarla birliktesağlık sisteminin sürdürülebilirliği, ikincil mevzuatın

oluşturulması, siyasi iradenin, desteğin ve kararlılığın sağlanması, sürekli iyileştirmenin sağlanması ve sistemin tehdit edilmesi konularını içermektedir şeklinde belirtilmektedir (Akdağ, 2008:23).

Dönüşüm Programı'nın uygulanmasını zorunlu kılan nedenleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (Akdağ, 2012:55):

1. Sağlık Hizmetleri Sunumundaki Maliyet Artışları
2. Vatandaşın Beklentilerinin Artması
3. Kamunun Ödeme Kapasitesinin Sınırlı Olması
4. Kamudaki Yönetim Anlayışının Vatandaş Tarafından Sorgulanmaya Başlanması

Sağlık hizmetlerinin organizasyonunda en önemli unsurlar ve hedefler, yerelleştirilmesi ayrıca finansman kaynaklarının belirlenmesi ve yaratılmasıdır (Demirci, 2015:127).

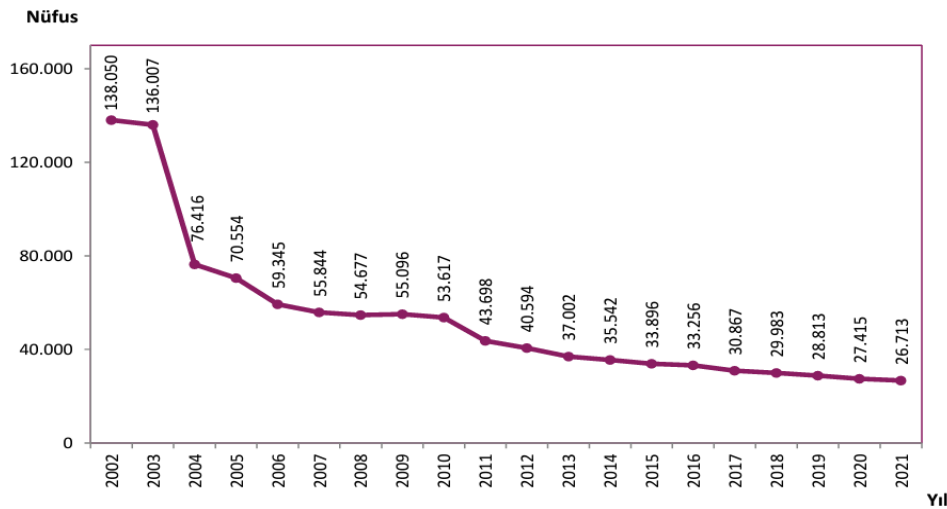
Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasından sonra en kısa zamanda hasta ve yaralıya yetişmek için acil sağlık hizmetlerinde de gelişmeler ortaya konmuştur. Acil yardım istasyon sayısı ile ambulans sayısı artırılmış ve il içerisinde çeşitli yerlere konuşlandırılmıştır. İstanbul gibi trafiği yoğun ve ulaşımı sıkıntılı olan büyük şehirlerde mobil motosikletli ekipler kurulmaya başlanmıştır. Bu gelişmeleri çizelge 4'de görmekteyiz.

Tablo 4. Acil Hizmetleri Durumu

Birimler	2002	2020	2021
112 Acil Yardım İstasyonu	481	3.026	3.100
112 Acil Yardım Ambulansı	618	5.930	6.340
Motosikletli Acil Müdahale ekibi		62	112

Sağlık İstatistikleri 2021

Bu çalışmalar ışığında Acil Yardım İstasyonunun sorumlu olduğu nüfus sayısı şekil 3'de görüldüğü üzere 2002 yılında 138.050 iken bu sayı 2021 yılında 26.718'e düşürülmüştür. Yaklaşık olarak %80 oranındaki bu düşüşler vakalara en kısa zamanda ulaşmak, anında müdahale etmek ve tedavi merkezi olan hastanelere ulaştırmak suretiyle daha kaliteli hizmet verilmeye başlanmıştır. Bu işe, hasta ve yaralıların kısa zamanda kendilerine gelmelerini, ülke ekonomisine katkı yapmalarını, dolayısıyla diğer birimlere de zincirleme, kümülatif bir destek sağlamış oldukları görülmektedir. Ayrıca kısa zamanda hasta tedavisinin tamamlanması, Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) ödemiş olduğu tedavi masrafi giderlerin düşüşünü temin etmektedir.



Şekil 3. Yıllara Göre Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus, Sağlık Bakanlığı (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri, 2023:260).

Her türlü koşul ve şartlarda rahatlıkla çalışabilen, hizmeti aksatmadan yürütebilen ambulans sayısının artırılmış olması vatandaşa ulaşımında büyük bir kolaylık sağlamıştır. Ambulanslar hasta ve yaralıyı aldıktan sonra hangi hastaneye gitmesi gerektiğini koordine bir şekilde çalıştığı merkezden öğrenerek kısa zamanda hasta ve yaralının tedavi edileceği hastaneye doğrudan ulaştırabilmektedir. Ayrıca ambulanslar içindeki araç, gereç, malzeme ve cihazların tam olması, ulaşım esnasında bile hasta ve yaralı tedavisinin devam etmesine imkân tanımaktadır. Sağlık Bakanlığının acil sağlık hizmetleri verirken kullanmakta olduğu ambulans türleri ile hizmet vermiş olduğu hasta sayısını çizelge 5’de görmekteyiz.

Tablo 5. Özellikli Ambulans Türlerine Göre Araç ve Nakledilen hasta sayısı (Sağlık Bak, 2021)

Ambulanslar	Araç sayısı	Nakledilen Hasta Sayısı
Kar Paletli Ambulans	237	6.691
Yoğun Bakım & Obez Ambulansı	92	9.080
4 Sedyeli Ambulans	62	2.289
Motosiklet Ambulans	61	11.040
Yeni doğan Ambulans	50	24.488
Snow-Track Ambulansı	21	20
Helikopter Ambulans	12	2.980
Deniz Ambulansı	6	3.954
Uçak Ambulans	3	1.204

Sağlıkta Dönüşüm Programının başlatılmasından sonra acil sağlık hizmetlerine de gerekli araç gereç ve cihaz takviyeleri de yapılmıştır. Hastaların en uygun şekilde, uygun yerlere ve en kısa zamanda en iyi şekilde nakledilmesi prensibi benimsenmiştir. Örneğin; Mayıs 2023 tarihi itibarıyla helikopter ambulans sayısı 13 ‘e çıkartılmış , İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Trabzon, Antalya, Kayseri, Malatya, Van, Diyarbakır, Konya, Samsun, Erzurum, illerimizde konuşlandırılmıştır. Helikopter Ambulanslarda dört görevli bulunmaktadır. Bunlar; bir doktor, bir yardımcı sağlık personeli, Sivil Havacılık mevzuatına uygun bir sorumlu pilot ve bir ikinci pilotur.

Sağlık Bakanlığı vatandaşlara en iyi sağlık hizmetini en kısa zamanda ve en iyi şekilde verebilmek politikası benimsemiş ve bunun için ambulans uçakları devreye almıştır. Sağlık Bakanlığında 2010 yılından sonra hizmet vermeye başlayan ambulans uçakların bir tanesi tek Sedyeli, bir tanesi 2 Sedyeli ve diğer bir tanesi de 4 Sedyeli olmak üzere toplam 3 adet ambulans uçak hizmet vermeye başlamıştır. Bunun faydalarını Covid-19 pandemi döneminde çok görülmüştür. Türkiye’de Hava Ambulans hizmetleri için herhangi bir ücret talep edilmemekte olup ücretsiz olarak gerçekleştirilmektedir. Bu hizmetler Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün yayınlamış olduğu “Ambulans Hava Aracı İşletilmesine Dair Esaslar” çerçevesinde yürütülmektedir.

Türkiye’de “Sağlıktaki Dönüşüm Programı” ndan sonra aile hekimliği birimlerimiz ve hastane sayılarımız artmaya başlamıştır. 2002 yılında toplam hastane sayısı 1.045 iken %40,4 artışla 2021 yılında toplam hastane sayısı 1.473 olmuştur. Aile hekimliği birimi %33,2 artışla 20.216 ‘dan 2021 yılında 26.928 ‘e ulaşmıştır (Çizelge 6).

Tablo 6. Türkiye'de Devlet Hastanesi ve Özel Hastane Sayısı (2002-2021),

Aile Hekimliği Birim ve Merkezleri Sayısı (2002-2015)							
Birimler	2002	2011	2012	2013	2014	2015	2021
Devlet Hastanesi	774	840	832	854	866	865	909
Özel Hastane	271	503	541	550	556	562	564
Sağlık Ocağı	5.055						
Aile Hekimliği Birimi		20.216	20.811	21.175	21.384	21.696	26.928
Aile Sağlığı Merkezi		6.520	6.660	6.756	6.829	6.902	8.057
Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015 ve 2021							

Yapılan bu çalışmaların olumlu sonuçlarını çizelge 7 'de görmekteyiz. İnsan ömrünün uzatılması çalışmaları yapılırken anne ve çocuk ölüm oranları da çok aşağılara çekilmiştir. Bu veriler Sağlıkta Dönüşüm Programından sonra yapılan çalışmaların önemini ve takip edilen politikaların ne kadar isabetli olduğunu göstermektedir.

Tablo 7 Temel Sağlık Göstergeleri Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

Göstergeler	2002	2017	2018	2019
Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)	72,5	78,0	78,3	78,6
Bebek ölüm hızı (Bin canlı doğumda, 28 hafta +)	31,5	6,8	6,8	6,7
Anne ölüm oranı (Yüz bin canlı doğumda)	64	14,5	13,6	13,1
Cepten yapılan sağlık harcamasının				
Toplam sağlık harcamasına oranı (%)	19,8	17,1	17,3	

Sağlık hizmetlerinin kaliteli, en kısa zamanda ve uygun şartlarda verilmesiyle kaba ölüm hızı düşmeye başlarken, toplumda doğurganlık hızının da düşmekte olduğunu çizelge 8 'de görmekteyiz.

Tablo 8 Yıllara göre genel demografik göstergeler

Göstergeler	1990	2000	2018	2019	2020	2021
Kaba Ölüm Hızı (%)	7,1	7,3	5,2	5,3	6,1	6,7
Toplam Doğurganlık Hızı	2,9	2,5	2	1,9	1,8	1,7

Sağlıkta Dönüşüm Programı başladığında toplam personel sayısı 411.182 iken 2021 yılında bu sayı 1.251.922 'e yükselmiştir (Çizelge 9). Buna göre artış oranını 2 katından fazla olduğunu görmekteyiz.

Tablo 9 Sektörlere ve unvanlara göre sağlık personelinin dağılımı, 2021 (SB, 2023:213).

Personel	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	45.672	16.228	31.617	93.517
Pratisyen Hekim	47.216	807	5.012	53.035
Asistan Hekim	14.360	22.657		37.017

Toplam Hekim	107.248	39.692	36.629	183.569
Uzman Dış Hekimi	1.077	2.125	3.337	6.539
Dış Hekimi	10.528	362	19.841	30.731
Asistan Dış Hekimi	30	2.551		2.581
Toplam Dış Hekimi	11.635	5.038	23.178	39.851
Eczacı	4.033	728	32.450	37.211
Hemşire	155.588	37.021	39.833	232.442
Ebe	54.178	925	2.805	57.908
Diğer Sağlık Personeli	142.712	21.617	55.301	219.630
Diğer Personel ve Hizmet alımı	252.626	73.338	155.347	481.311
Toplam Personel	728.020	178.359	345.543	1.251.922

Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaya başlandığında 2002 yılında bir sağlık personeline 171.767 nüfus düşerken, 2021 yılında ise bir sağlık personeline yaklaşık%60 bir düşüşle 67.640 nüfus isabet etmekte olduğunu çizelge 10 'da görmekteyiz.

Tablo 10 Yıllara göre Personel Sayısı (Tüm sektörler dahil) ve ülke nüfusu

Personel	2002	2017	2018	2019	2020	2021
Toplam Personel	378.551	920.939	1.016.401	1.033.767	1.142.469	1.251.922
Ülke nüfusu	65.022.300	80.810.525	82.003.882	83.154.997	83.614.362	84.680.273

(Sağlık Bakanlığı, 2023:213 ve TÜİK, 2022:45500).

Sağlık Bakan Yardımcısının 24.11.2021 tarihinde yaptığı açıklamaya göre Türkiye' de dijital yeterlilik sertifikası almış, bilişim teknolojilerini en iyi kullanan ve kağıtsız hastane durumuna gelmiş hastane sayısı Avrupa'daki hastane sayısından fazladır. Ayrıca 66 hastanemiz seviye 6 konumuna ulaşmıştır. Dijitalleşme ve HIMSS belgelerini almış, sağlık turizmine katkı sağlayan ve 7. Seviyeye ulaşmış hastanelerimiz şunlardır (Aydın, 24.11.2021 AA açıklaması)

- 1) Tire Devlet Hastanesi,
- 2) Yozgat Şehir Hastanesi,
- 3) Ödemiş Devlet Hastanesi,
- 4) Bahçelievler Devlet Hastanesi,
- 5) Isparta Şehir Hastanesi,
- 6) Düzce Ağız ve Dış Sağlığı Merkezi,
- 7) Sakarya Ağız ve Dış Sağlığı Hastanesi,

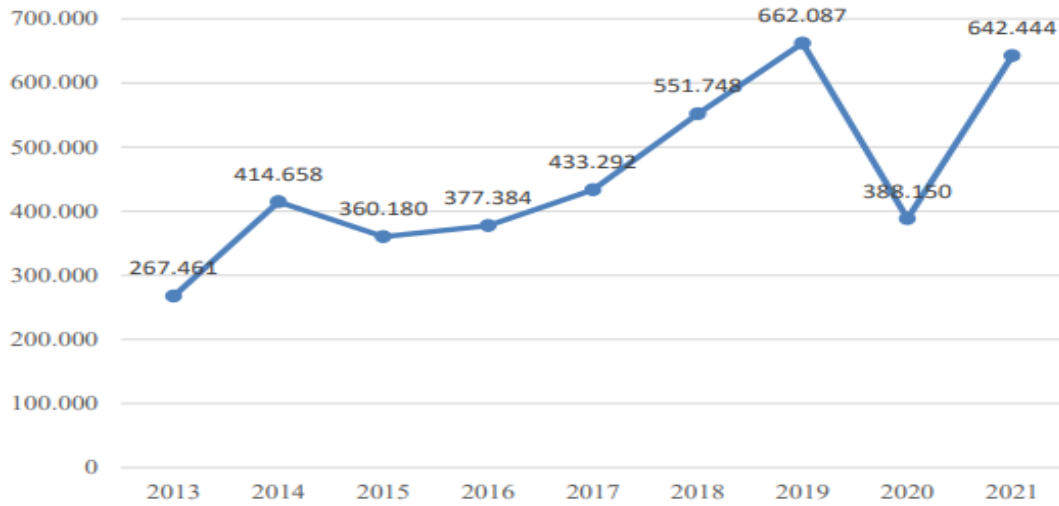
Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası Sağlık Turizmi

Sağlığına tekrar kavuşmak için yaşadığı ülkeden başka bir ülkeye tedavi amaçla gidilmesine Sağlık Turizmi denmekte olup tedavi için gidene de sağlık turisti adı verilmektedir. Sağlık turizminin asıl nedenlerini şöyle sıralamak mümkündür;

- Yaşadığı ülkede yüksek sağlık teknolojisinin eksik olması sağlık insan kaynaklarının azlığı

- Hem gezmek hem de tedavi olma düşüncesinin oluşması,
 - Tedavi olmak istediği ülkede sağlık hizmetlerinin ülkesinden ucuz olması,
 - Tedavi olmak istediği ülkede sağlık hizmetlerinin ülkesinden daha kaliteli olması,
 - Bireyin sosyal durumuna göre ülkesinde kendi rahatsızlığını kimsenin bilmemesini istemesi,
 - Ülkesinde termal tesislerin olmaması ve başka ülkelerde tatil yapma istedi
 - Özellikle yaşlıların ve engellilerin başka yerlere gitme isteklerinin olması,
 - Ülkemizde uluslararası akredite kuruluşları tarafından akredite edilmiş hastanelerin fazla olması,
- Sağlık Turizminin türlerini şöyle sıralamak mümkündür (Kantar ve Işık, 2014);
- Medikal Turizm (Tıp Turizmi),
 - Termal/ SPA/ Wellness Turizmi,
 - Engelli Turizmi,
 - Yaşlı Turizm

Sağlık Turizmi kapsamında ülkemize gelen sağlık turisti sayısı 2013 'de 267.461 iken bu sayı 2021 'de 642.444 'e ulaşmıştır. Sağlık turizminde yıllar itibariyle gelen turist sayısı şöyledir (USHAŞ, 2021);



Şekil 4 Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısı (USHAŞ, 2021)

Sağlık Turizmi için ülkemize gelen hastaların daha çok özel hastaneleri tercih ettikleri çizelge 11'de görülmektedir (Kaya vd., 2013:16).

Tablo 11. Hastane Türlerine Göre Uluslararası Hasta Sayısı, 2012

Devlet	Eğitim Araştırma	Üniversite	Özel
Hastanesi	Hastanesi	Hastanesi	Hastane
Hastane	Hasta	Hastane	Hasta
Sayısı	Sayısı	Sayısı	Sayısı
308	27.355	66	13.043
		21	2.755
			504
			218.847

Yabancı hasta başvurusu illerimize göre değişiklik göstermektedir. Bu hastaların müracaat ettikleri ilk beş ilimiz çizelge 12'de görülmektedir. Bu illerimiz başında Antalya yer almaktadır. (Kaya vd., 2013:16).

İller	Sayı
Antalya	87.167
İstanbul	68.842
Ankara	18.926
Kocaeli	14.101
İzmir	13.925

Toplam 670.730 kişi 2021 yılında sağlık hizmeti almış ve bu hizmetten 1.726.973 bin ABD doları gelir gerçekleştirmiştir. Sonraki yıl olarak 1.258.382 kişi 2022 yılında sağlık hizmeti almak için Türkiye'ye gelmiştir. Verilen sağlık hizmetinden 2.119.059 bin ABD doları gelir elde edilmiştir. 746.290 kişi sağlık hizmeti almak için 2023'ün ilk yarısında Türkiye'ye gelmiş ve verilen hizmetten elde edilen gelir 1.033.942 bin ABD doları olmuştur. Yabancı hastaların tercih ettiği branşlar Kadın hastalıkları, iç hastalıkları, göz hastalıkları, tıbbi biyokimya, genel cerrahi ve diş hekimliği olmuştur (USHAŞ, 2023).

Bu çalışmalara paralel olarak, "Uluslararası Sağlık Turizmi Sağlık Tesisi Yetkinlik Kriterleri" ortaya konmuş ve "Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmeliği" (R.G.: 13.07. 2017 tarih ve 30123 sayılı) çıkarılmıştır. USHAŞ' ın görevleri ve faaliyet alanları 663 sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile belirlenmiştir (R.G.: 03.08.2018 tarih ve 30498 sayılı). Ayrıca Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi oluşturulmuştur.

SONUÇ

Sağlığın; ekonomik, siyasal, coğrafik, kültürel ve sosyal unsurların bir boyutu olduğu, sağlık politikalarının da söz konusu unsurlarla yeniden dönüştürüleceği, politikaların üretildiği, geliştirildiği ve yürütüldüğü dönemler boyunca izlenen tarihsel süreçlerle anlaşılır. Aslında bir sağlık politikasının üretilmesinde ortaya çıkan temel gereksinimlerden, ortaya atılan sorundan, sorunu çözümlenebilecek ekonomik güçten, politikayı içselleştiren kültürel düzeyden, çağdaş örneklemelerden, politikanın kabul veya reddini sağlayan bir kolektif bilinçten ve tarihsel mirastan ayırıp ele almak olarak ele almak, oluşturulan bu politikaları anlatmayı ve anlamlandırmayı güç kılacaktır. Yani sağlık politikaları bu durumda düşünsel olduğu kadar edimsel ve olgusal bir nitelik olduğunu söylenebilir. Diğer bütün alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da oluşturulan politikalar ve siyasetin hem analitik hem de sistematik olarak incelenmesi ile bütüncül değerlendirilmesinin esası da onu çevreleyen unsurlarla ele almayı gerektirmektedir.

Gelişen ve globalleşen dünya, sunulan sağlık hizmetlerinin hemen her alanında özel sektörü de dahil etmiştir. Bu nedenle devlet sadece kendi kontrol edebilir alanını aynı zamanda özel sektörle paylaşmaya da karar vermiştir. Ülkeler ve hükümetler ile küresel sağlık kuruluşları olası herhangi bir gelişmeye kayıtsız kalmamakla birlikte küresel iyileştirme ve uygulama için birtakım amaçlar ortaya koyarak sağlık sektörüne ve gelişimine katkıda bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü tarafından da yapılan çalışmalarda, uluslararası bildiri ve konferansta yürütülen plan ve çalışmalarda da sağlık hizmetleri ve geleceği gündeme getirilmiş, sağlık politikaları bu çerçevede oluşturulmaya çalışılmıştır.

KAYNAKÇA

- Ak, Sebla (2021), Geçmişten Günümüze Türkiye'nin Sağlık Politikaları, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi-ASHD 2021;20(1):28-36, ISSN: 2667-6044,
- Akdağ, Recep (2012), Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Aralık 2012
- Akdağ R. (2007). Nereden Nereye: Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı: Kasım 2002-Haziran 2007, Sağlık Bakanlığı, Ankara

- Akdağ R. (2008). Türkiye Sağlık Dönüşüm Programı Ve Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Raporu,1.Baskı, Ankara
- Akdağ R. (2011). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı. Bab-1 Ali Toplantıları, İstanbul
- Akdur, Recep (2008), Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık, 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 21-25 Ekim 2008, s. 45-71, Ankara,
- Atabey S.E. (2012). “Türkiye’de 1980 sonrası sağlıkta dönüşüm politikaları, sağlık sistemindeki sorunlar ve çözüm önerileri”, Sağlık sistemleri ve sağlık politikası, Edi: Derya SARIKAYA, 1.Basım, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Atabey S.E. (2012). “Sağlık sistemleri ve bazı ülkelerde uygulanmakta olan sağlık sistem modelleri, Sağlık sistemleri ve sağlık politikası, Edi: Derya SARIKAYA, 1.Basım, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Aytekin, Hamdi (2013), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri (1920-1980), Toplum ve Hekim Dergisi, Mayıs-Haziran 2013, cilt:28, sayı:3, 181-191
- Barca, Mehmet; Akdere, Erdal; Gedik Balay, İklim (2013), İşletme Araştırmaları Dergisi, 5/3 (2013) 64-92
- Cansever, İbrahim Hüseyin ve Tüfekçi, Nezihe (2020), Tarihsel Süreçte Türkiye’de Sağlık Planlaması Üzerine Bir Değerlendirme, SDÜ Vizyoner Dergisi, ISSN: 1308-9552, Cilt: 11, Sayı: 27, 614-628.
- Chetty R, Stepner M, Abraham S, Lin S. Scuderi B, Turner N, Bergeror A, Cutler D. (2016). Association Between Income and Life Expectancy in the United States, Clinical Review & Education Special Communication, Journal of American Medical Association, doi:10.1001/jama.2016.4226.
- Çalış S. (2006). Türkiye’de sosyal güvenlik reformu kapsamında genel sağlık sigortasının incelenmesi, (Yüksek Lisans Tezi) Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul.
- Dedeoğlu, Necati (2021), Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları ve örgütlenme, 1920-1960, Hekim Sözü, Yıl:2, Sayı: 16, Temmuz-Ağustos 2021
- Demirci, Bengi (2015:127), Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Nasıl Bir Sistem Getiriyor? Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi (30) 2015, 122-135
- Duyuk G. (2015). Devletlerin sağlık politikaları ile özel sağlık sigorta sistemlerinin sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından karşılaştırılması., 49-50. <https://acikerisim.nku.edu.tr/xmlui/handle/20.500.11776/1141> e.01.09.2023
- Er, Ü. (2011). Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası, Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Ertaş Y. (1996). Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon, Türkiye ve Ortadoğu Amme idare Enstitüsü (TOAİE), Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Işık A. (2015). “Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler”, International Anatolian Academic Online Journal Dergisi, 2, 1-26, <http://iaaoj.com/index.php/sosyalbilimler/article/view/104/5>, (04.04.2023).
- Karabulut, Umut (2007), Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı Ve Hizmetleri (1925-1937), Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi, (ÇTTAD), VI/15, (2007/Güz), s.s.151-160
- Kasapoğlu A. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 19(2), 131-174.
- Keleş, Şükrü (2021), Hekimlik Mesleğinde Mecburi Hizmet Yükümlülüğü, Lokman Hekim Dergisi, 2021; 11 (1): 131-150 DOI: 10.31020/mutfd.822843 e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X
- Kıray Vural, Bilgin ve Taşpınar, Ayten (2006), Sağlık Politikaları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 22 (1) : 305-318,
- Önal A. E. (2012). Türkiye’de sağlık politikaları. <http://www.pitt.edu/~super7/9011-10001/9561.ppt> e.01.04.2023,

- Öner C. (2014). “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Yaşam Kalitesi İlişkisi”, Türkiye Klinikleri Dergisi, Fam Med-Special, Topics, 5(3), 15-8.
- Özsarı, Haluk (2018), Birinciden on birinciye kalkınma planlarında sağlık, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Haziran-Temmuz-Ağustos 2018, 47. sayı, s. 24-27
- Polat, Atakan Erol (2020), Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler (İnkılaplar)nelerdir, [https://derstarih.com/saglik-
alaninda-yapilan-yenilikler/](https://derstarih.com/saglik-alaninda-yapilan-yenilikler/) e.21.09.2023
- Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 663 sayılı (R.G.: 03.08.2018 tarih ve 30498 sayılı).
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1973). Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, ss. 31-60, 250-67, 317-24. Ayyıldız Matbaası, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (2023), T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021, ISBN: 978-975-590-874-8, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1260
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü “Ambulans Hava Aracı İşletilmesine Dair Esaslar” (21 Nisan 2010, Sayı: B.10.0.TSH.0.16.08)
- Sargutan E. (2005), “Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8, 401-428, Ankara, <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/hacettepesid/article/view/5000046408>, e.03.04.2023.
- Savaş B. S; Karahan Ö; Saka R.Ö. (2002). Sağlık sistemlerinde dönüşüm: Türkiye. Ankara.
- Seydioğlu, Mustafa (2022), Prof. Dr. Necdet Ünüvar ile Röportaj: Cumhuriyetin 100. Yılında Sağlık, Demokrasi Platformu Dergisi, 11(37), 19-32, P-ISSN: 1305-4600 E-ISSN: 2792-0909,
- Şenkal A; Doğan M. (2012). “Sosyal Politika ve Sosyal Haklar; Vatandaşlık Haklarının Yeniden Kavramsallaştırılması Arayışı”, Mustafa Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:9, Sayı, 17, s. 63-80.
- Sülkü S.N. (2011). Türkiye’de sağlıkta donuşum programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları. Ankara: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayınları.
- Tatar M. (2008). Sağlık Politikası ve Planlaması, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü ders notları, Ankara.
- T.C. 58. Hükümet, acil eylem planı (AEP). (2003).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (S.B.) (2003). Sağlıkta dönüşüm, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. (2012). Sağlık işletmeleri yönetimi. Ankara: Nobel.
- TÜİK, (2022), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2021, Yayın tarihi: 04 Şubat 2022, Sayı: 45500
- Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik” (R.G.: 13.07. 2017 tarih ve 30123 sayılı)
- USHAŞ, Sağlık Turizmi Verileri, <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/> e.10.10.2023
- WHO, (2020a), What is the WHO definition of health? [https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-
asked-questions](https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions) e.03.04.2023.
- WHO, (2020b), Mental health: strengthening our response. [https://www.who.int/news-room/fact-
sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response) e.06.04.2023.
- Yeginboy Y ve Sayın, Ş.K. (2008). “Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları Ve Sorunları”. 2. Ulusal İktisat kongresi, İzmir