

## **DEVLET ANLAYIŞLARI EKSENİNDE SAĞLIK POLİTİKALARININ DEĞİŞİMİ VE ANALİZİ: TÜRKİYE İNCELEMESİ**

**İbrahim Hüseyin CANSEVER<sup>1</sup>**

### **ÖZET**

Sağlık ve sağlık hizmetleri, sosyal bir hak olarak insanların sahibi olduğu bir olgudur. Sağlığın sosyal yönü devletin sağlık sektörü içinde çeşitli rollerde var olmasını gerektirmektedir. Devletin varlığı gerek politika yapıcı gerek hizmet sunucu gerekse denetleyici ve düzenleyici rollerde olabilmektedir. Bu roller de farklı olgulardan etkilenebilmektedir. Buradan hareketle dünyada olan gelişimler ve Türkiye'nin kuruluş gününden bu yana yaşadığı iç olaylar tüm politikaları etkilediği gibi sağlık politikası üzerinde de etkili olmuştur. Dünyanın yönetim şekillerini belirleyen politikaların varlığı ve zaman içinde yeni oluşumlara girmesi Türkiye'de bazı dönemlerde çeşitli sebeplerden dolayı etkili olamasa da genellikle ülkemizde benimsenen politikaları önemli derecede etkilemiştir. Bu çerçevede çalışmada, Türkiye'nin kuruluş yıllarından itibaren uygulanan sağlık politikaları devlet anlayışları ekseninde ele alarak nasıl değişim gösterdiği ve devletin sağlık alanında nerede ve nasıl rol aldığı dönemselsel olarak incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Politikası, Liberal Devlet, Sosyal Devlet, Neo-liberal Devlet

## **IN THE AXIS OF STATE CONCEPT CHANGE AND ANALYSIS OF HEALTH POLICY: REVIEW OF TURKEY**

### **ABSTRACT**

Health and health services, is a phenomenon that is owned people as a social right. The social aspect of health requires that the state exist in various roles within the health sector. The existence of the state can be both the policy maker and the service provider, as well as the supervisory and regulatory roles. This role can also be affected by different events. Hence, developments in the World and internal events has been experienced by since Turkey's founded; influential on health policy affects as all policies. The presence of the world's policy to enter into new forms of government and formation in some periods of time for various reasons generally effective, although not to the policies adopted in Turkey has a

<sup>1</sup> İbrahim Hüseyin CANSEVER, SDÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi A.B.D., Doktora Öğrencisi.

significant impact on our country. In this context, the study by addressing the health policies implemented in Turkey since the founding years of the state where the axis of understanding how and where to show changes in the state's health periodically received and examined how the role.

Keywords: Health Policy, Liberal State, Social State, Neo-liberal State

## GİRİŞ

Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran birtakım özellikler bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bu farklı özellikleri devletin bu alanda var olmasına sebep olmaktadır. Bunlardan bazıları; sosyal amaçlı yönünün olması, dışsallık özelliği, sonuçlarının uzun vadede görülmesi ve bunun kalkınmaya katkısı (Ocakcıoğlu, 1991:276), talebin ne zaman ortaya çıkacağına belirsizliği, ikame edilememesi, ertelenememesi, sunumunun pahalı olması gibi özelliklerdir. Devlet sağlık alanında farklı rollerde yer alabilmektedir. Bu rollere bakıldığında politika yapıcı, planlayıcı, finansör, hizmet sunucu veya denetleyici gibi bir veya birden fazla rolün aynı anda devlet üzerinde olduğu görülebilmektedir. Devletin bu varlığını yönetim biçimleri önemli şekilde etkilemektedir. Örneğin piyasa ekonomisini benimseyen ABD’de devlet düzenleyici ve denetleyici bir rol alırken, ülkemizde devlet politika yapıcı, finansör, hizmet sunucu ve denetleyici rol üstlenmektedir.

Bu çerçevede çalışmada, Türkiye’nin kuruluş yıllarından itibaren uygulanan politikaları devlet anlayışları ekseninde ele alarak nasıl değişim gösterdiği ve devletin sağlık alanında nerede ve nasıl rol aldığı dönemsel olarak incelenmiştir. Ayrıca ilgili dönemlerdeki önemli veriler de tablolar halinde hazırlanarak sunulmuştur.

### 1. Devlet Anlayışları, Özellikleri ve Tarihsel Gelişimi

Devletin üstlenmiş olduğu rol göz önüne alındığında dünyada uzun yıllar hüküm sürmüş ve devletleri etkisi altına almış üç devlet anlayışından bahsedilebilir. Bunlardan birincisi devletin toplumsal ve ekonomik alana müdahalesinin en alt düzeyde olduğu liberal devlet anlayışı, ikincisi devlet müdahalesinin üst düzeyde olduğu sosyal refah devlet anlayışı ve üçüncüsü ise devletin düzenleyici ve denetleyici konumda olduğu neo-liberal devlet anlayışıdır. Liberal devlet anlayışı; bireycilik, özgürlük, kendiliğinden doğal düzen ve piyasa ekonomisi ve sınırlı devlet gibi klasik liberalizmin özelliklerini taşımaktadır (Yayla, 1998:140-180). Piyasa ekonomisinden kasıt; rekabete dayalı, özel mülkiyet ve tercih özgürlüğünü güvence altına alan piyasa mekanizmasına devletin en az düzeyde müdahale ettiği

ekonomik sistemdir. Sınırlı devlet anlayışı ise; devletin adalet, eğitim ve sağlık gibi hizmetleri üstlenmesi bunun dışındaki mal ve hizmetleri özel kesime bırakmasıdır (Aktan, 1995:4). Liberal devlet anlayışı 18.yy'ın sonları 19.yy'ın başlarından itibaren başlayıp 1929 yılında meydana gelen Büyük Buhran olarak adlandırılan krizin çıkmasıyla etkisini kaybetmiştir. 1900'lü yılların başında dünyada etkili bir yeri olan liberal devlet anlayışının Türkiye'yi etkileyememiştir. Çünkü Türkiye savaştan çıkmış ve kendi yaralarını saran bir ülke konumundayken devletin minimal yapıda olması ve serbest piyasa ekonomisinin benimsenmesi gibi bir durum söz konusu olamamıştır. İzmir İktisat Kongresi'nde alınan kararlara da bakıldığında devlet özel sektörü destekleyecek kararlar alınsa da özel sektör başarılı olamamıştır. İngiltere gibi erken sanayileşmiş ülkelerde artan işçi sınıfı ve toplumsal eşitsizliklerle birlikte serbest piyasa koşullarının olumsuzlukları erken hissedilmeye başlamışsa da ABD'de 1930'a kadar liberal ekonomi koşulları devam etmiştir (Heywood, 2016:74). 1930'lardan itibaren sosyal refah devleti anlayışı hüküm sürmeye başlamış devletler her alanda karışan/müdahaleci hale gelmiştir.

Sosyal devlet anlayışının liberal düzenin yetersizliklerinden dolayı ortaya çıktığı söylenebilir. Sosyal refah devleti toplum içindeki bireylere asgari bir gelir güvencesi veren, onları tehlikelere karşı koruyan, her düzeydeki vatandaşa barınma ve eğitim gibi sosyal alanda bir standart getiren devlet anlayışıdır. Müdahaleci, düzenleyici, girişimci devlet anlayışı bazı özelliklerindedir (TÜSİAD, 1995:73-74). Çok daha öncesi dönemlerde görünmüş olsa da I. Dünya Savaşı sonrası ortaya çıkan refah devleti anlayışı, 1945-1980 yıllarında altın çağlarını yaşamış ve 1970'li yıllarda ortaya çıkan petrol krizleri ve toplumsal ayaklanmalar gibi sebeplerle büyüyen devletin küçülmesi gerektiğini göstermiş ve sosyal refah devleti anlayışı yerini neo-liberal devlet anlayışına bırakmıştır. Sosyal refah devlet anlayışı Türkiye'ye yansması liberal politikalara göre daha gözle görülür olmuştur. 1930'lu yıllardan 1970'lerin sonlarına kadar hüküm süren sosyal (refah) devlet politikası bu dönemde devletin çıkarmış olduğu kanunlara ve her alanda olduğu gibi sağlık alanında (hizmet sunumundan örgütlenmeye kadar) da etkili olmuştur.

Sosyal refah devlet anlayışının çöküşü devletin yeniden yapılandırılması dünyada Yeni Sağ olarak nitelendirilen İngiltere'de Thatcher, ABD'de Reagen ve Türkiye'de Özal'ın liderliğindeki partilerin yönetime gelmesi ile uygulanmaya başlandığı söylenebilir (Aksoy, 1995:168). Neo-liberal devlet anlayışı; insan özgürlüğü, rekabetçi pazar ekonomisi, hukukun üstünlüğü ve minimal devlet gibi aslında klasik liberalizmin evrimleşmiş hali olan özelliklere sahiptir. Neo-liberalizmin klasik liberalizmden ayrıldığı bir nokta bireysel özgürlükler yerine neo-

liberalizmde iktisadi özgürlüklerin ön plana çıkmasıdır (Atabey, 2012:135). Neo-liberal politikaların Türkiye'ye etkisi gözle görülür şekilde olmuştur. 1982 anayasasındaki devletin rolünün düzenlenmesinden başlayıp bugün halen iktidarda olan AK Parti hükümeti tarafından benimsenen politikalar neo-liberalizmin izlerini taşımaktadır. Şu an halen yürürlükte olan Sağlıkta Dönüşüm Programı da bu politikalar ekseninde dünya ile uyumlu olarak uygulanmaktadır. Bu programın benimsenmesindeki sebeplere bakılacak olursa; sağlık harcamalarının çok üst düzeye çıkması ve devletin bu maliyetleri paylaşma isteği, sağlık hizmetinin kalitesini artırma, devletin hizmet sunumundan çekilip denetleyici ve düzenleyici konumda olması, hastanelerin özzerleştirilmesi ve sağlık alanının tamamen rekabete açılması gösterilebilir. Bu nedenler göz önüne alındığında ülkemizde sağlık alanındaki uygulamaların diğer tüm alanlarda olduğu gibi neo-liberal politikalar etkisinde yapıldığı söylenebilir.

## **2. Türkiye'deki Sağlık Politikalarının Değişimi ve Analizi**

Dünyada olan gelişimler ve Türkiye'nin kuruluş gününden bu yana yaşadığı iç olaylar tüm politikaları etkilediği gibi sağlık politikası üzerinde de etkili olmuştur. Dünyanın yönetim şekillerini belirleyen politikaların varlığı ve zaman içinde yeni oluşumlara girmesi Türkiye'de bazı dönemlerde çeşitli sebeplerden dolayı etkili olamasa da genellikle ülkemizde benimsenen politikaları önemli derecede etkilemiştir. Türkiye'deki sağlık politikalarının analizi için Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin (TBMM) kurulduğu 1920 yılından günümüze kadar ki zaman dünyada ve Türkiye'de olan değişimler ve gelişmeler göz önüne alınarak dört döneme ayrılarak incelenecektir.

### **2.1. 1920-1960 Dönemi**

Türkiye'nin çıkmış olduğu Kurtuluş savaşı sonrasındaki dönemde ülkemiz her alanda olduğu gibi sağlık alanında da yeterli durumda değildi. Ne düzgün bir kurum ne yeterli personel ne de sağlık hizmetleri ile ilgili düzenlemeler yoktu. Bu yüzden sağlık alanında belirli bir düzenin oturtulmaya çalışılması ilk olarak bu dönemde yoğun olarak yapılmıştır. 2 Mayıs 1920'de Sıhhiye ve Muayenet-i İçtimaiye Vekâleti kurulmuş ve sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlıkça yürütülen "devlet görevi" haline gelmiştir (Metintaş ve Elçioğlu, 2007:1). Özellikle Cumhuriyetin ilk sağlık bakanı olan Dr. Refik Saydam döneminde günümüzde halen geçerliliği

olan yasalar çıkartılmış sağlık hizmetleri düzene oturtulmaya çalışılmıştır. Refik Saydam dönemine baktığımızda sağlık politikalarında dört ilke edinilmiş ve bu ilkeler yönünde düzenlemeler yapılmıştır (Akdağ, 2008:15). Bunlar;

- Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
- Koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması,
- Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması tıp fakültesi, mezunlarına mecburi hizmet uygulanması,
- Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması.

Bu ilkeler altında tedavi edici hizmetlerin yerel yönetimlere bırakılmasının yanında yerel idarelere örnek teşkil edilmesi bakımından 1924-1936 yılları arasında Ankara, Diyarbakır, Sivas, Erzurum, Haydarpaşa, Trabzon ve Adana'da olmak üzere 7 numune hastanesi açılmıştır. 1928 yılında Tababet ve Şuabati Sanatlarının Tarzı Kanunu, 1930 yılında halen uygulamada olan Hıfzıssıhha kanunu ve 1936 yılında Sağlık ve sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu gibi kanunlar çıkartılarak sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve sağlık bakanlığı teşkilatının temelleri atılmıştır.

Ayrıca yukarıda belirtildiği üzere bu dönemde sağlık insan gücü (hekim, ebe, hemşire vb.) sayısının yetersizdir. Refik Saydam bu konuda dönemin ilkeleri arasında da yer alan sağlık insan gücü yetiştirmeye önem verilmiş ve büyük gelişmeler sağlanmıştır. Bu alanda yapılanlara bakılacak olursa hekim sayısını artırmak için tıp talebe yurtları kurulmuş, hekim dışı personel sayısını artırmak için okullar açılmış ve kurslar tertip edilmiştir (Akdur, 2008:3).

Bu döneme bakıldığında genel olarak sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ile ilgili çalışmaların yapıldığı ülkedeki herkesin ulaşabileceği sağlık hizmetlerinin temellerinin atılmaya başlandığı dönem olarak görülmektedir. Ayrıca bu dönemde ülkenin savaştan çıkmış olduğu, dünyada 1929 ekonomik buhran olarak adlandırılan büyük bir krizin olduğu, girilmemiş olsa bile büyük etkisi bulunan 2.Dünya Savaşı ve ülkede sağlık temelini neredeyse hiç olmadığı unutulmamalıdır. Ülkenin 1925 bütçesine bakıldığında 184.000.000 lira olduğu görülmektedir ve bunun sadece %2,64'ü olan 4.860.205 lira Sıhhiye ve Muayenet-i İçtimaiye Vekaleti'ne (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) aktarıldığı görülmektedir (İletişim Yayınları: 1720). Detaylı bilgi için tablo 1'de verilmiştir.

1946-1950 yılları arasında Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet Uz dönemi de önemli girişimlere sahne olmuştur. Dr. Behçet Uz tarafından Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı hazırlanmış ve burada da sağlık hizmeti bir “devlet görevi” olarak görülmüştür. Plana göre devlet 7 bölgeye ayrılacak ve her bölge sağlık hizmeti açısından yeterli hale getirilecektir. Bu plan TBMM’de görüşülmüş olmasına rağmen hükümet değişikliği nedeniyle yasalaşmamıştır. Fakat bu plan uygulanmamış olsa da içerdiği düşüncelerden ülkemizin sağlık yapılanmasına önemli etkiler yapmıştır.

Örneğin 1954 yılında yerel yönetimlerin elinde bulunan hastaneler sağlık bakanlığına bağlanarak yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır. Yine bu planda köylüleri sağlık hizmetine kavuşturmayı amaçlayan; her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi ve her 10 köy için bir köy ebesi ve bir sağlık memuru atanmaya çalışılmıştır.

Bu yıllarda da hekim sayısını artırmak amaçlı İstanbul ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültelerinden sonra 1955 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi kurulmuştur. Ayrıca bu dönemde diğer sağlık personelinde de büyük artış olmuştur (bakınız tablo 1). Bu dönemde de sağlık hizmetlerini düzenleme amaçlı Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953), Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953), Hemşirelik Kanunu (1954) ve Türk Eczacıları Birliği Kanunu gibi kanunlar çıkartılmıştır.

1933 sonrası Birinci Kalkınma Planı’nda devletçilik anlayışı benimsenmiş ve devlet özel sektörün girmediği alanlarda büyük yatırımlar yapmıştır. Sonuç olarak ele alınan 1920-1960 dönemi Türkiye’nin, dünyada hüküm süren devlet politikalarından (liberal ve sosyal devlet anlayışı) etkilendiğini fakat bazı durumlarda ülke koşullarından dolayı tam olarak uygulanamadığı söylenebilir. Bu döneme ait tüm verilerin detaylı bir şekilde bir arada görülmesi için Tablo 1 hazırlanarak aşağıda sunulmuştur.

Yıllar	İnsan Kaynakları				Finansman Boyutu		Hizmet Sunumu	Tedavi Kurumları	
	Hekim Sayısı	Hemşire Sayısı	Ebe	Diğer Sağlık Personeli	SSYB Bütçesi	Genel Bütçedeki Payı (%)		Kurum Sayısı	Yatak Sayısı
1923	344	-	136	620	3 Milyon TL	2,21	Devlet Tarafından	86	6437
1925	728	Bilgi yok	Bilgi yok	Bilgi yok	4.9 Milyon TL	2,64	Birinci Basamak Bakanlık, Tedavi Hizmetleri Yerel Yönetimler	167	9561

1930	1182	202	400	1395	4.5 Milyon TL	2,02	“	182	11398
1935	1625	325	451	1500	4.8 Milyon TL	2,42	“	176	13038
1940	2378	405	616	1833	8.1 Milyon TL	3,04	“	198	14383
1945	3886	409	806	2357	18.8 Milyon TL	3,11	“	197	16133
1950	6895	737	1285	5908	60.6 Milyon TL	4,04	“	201	18837
1955	9639	1400	1256	6358	152 Milyon TL	5,18	Tamamı Devlet Tarafından	426	34526
1960	9826	2420	3126	6691	383 Milyon TL	5,27	“	566	45807

Kaynak: (İletişim Yayınları: 1720-1725 ile Yeginboy ve Sayın'dan uyarlanarak hazırlanmıştır.)

## 2.2. 1960-1980 Dönemi

1960-1980 döneminde de ülkemizde sağlık alanında oldukça önemli adımlar atılmıştır. Türkiye yine bu dönemde de gereç iç gelişmeler ve olaylar gerekse dış gelişmelerden etkilenmiş olup sağlık hizmetler politikalarını ilk dönemden çok farklı bir bakış açısıyla düzene sokmaya çalışmıştır. Burada farklı bakış açısının ile anlatılmak istenen “sosyalizasyon çalışmalarıdır. Ülkemizde 1960 yılında gerçekleşen darbe ile oluşan Milli Birlik Komitesinin hazırlanmış olduğu anayasanın 48. ve 49. Maddelerinde sağlığı devletin “asli ve anayasal” bir görevi haline getirerek sağlık hizmetlerini tamamen devlete yükler bir hale getirmiştir (Akdur, 2008:5).

1961 yılında yürürlüğe konan 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun” farklı bakışın başlangıcı olarak görülebilir. Bu kanun ile birlikte geniş bölgede tek yönlü hizmetten dar bölgede çok yönlü hizmete geçilmiştir (Akdağ, 2008:18). Farklı bir deyişle, az sayıda nüfusun faydalandığı pahalı hastanecilik yerine, evde ve ayakta tedavi sağlayan küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütü kurulması hedeflenmiştir (Akdur: 2008:5). Zaten bu kanun temel ilkesi de sağlık hizmetlerinin tüm topluma eşit şekilde verilmesidir. Sistem koruyucu hekimliği ön planda tutmakta ve sevk zincirinin işlediği bir modele dayanmıştır (Tatar, 2008:420). 1963 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Fakat her ne kadar kâğıt üzerinde çok iyi bir kanun olsa da

uygulama alanında çok sorunlar yaşanmıştır.

Yaşanan sorunlara bakacak olursak: (1) yasalaşma sürecinin olağanüstü haller içermesi ve çoğulcu bir yaklaşım yerine elitist bir yaklaşımı benimsemesi, (2) ilk uygulanmaya başlanacağı bölgenin (iyi niyet göstergesi olarak) gelişmemiş bir bölge olan Muş ilinin seçilmesi, (3) kanunun yasalaşmasından sonra göreve gelen iktidarların (sosyalleşme kavramının sol görüşle benimsenmesi ve genellikle sağ görüşlü partilerin iktidarda olması) kanunun işlemesi için destek vermemesi, (4) kanunun getirmiş olduğu finansal yük, (5) izleyen yıllardaki politik akımın etkisi ve göreve gelen iktidarların bu politikaya (neo-liberal) sahip olmasıdır. (Tatar, 2008:421-425)

Bu kanun dışında belirtilen dönemde sağlık insan gücü geliştirmek adına atılan adımlar devam etmiş Tıp Fakülteleri yanında 1963 yılında İstanbul Eczacılık Fakültesi ve 1964 yılında İstanbul Eczacılık Fakültesi açılmıştır (Öztürk, 1999:40). Bu dönemde sağlık personeli sayısında ciddi yükselişler gözlemlenmiştir (bakınız Tablo 2). Hekim sayısı artmıştır ancak 1978 sonlarına doğru çıkan hekimlerin muayene haklarının kaldırılması kanunu ile özellikle sosyalleştirilen bölgelerdeki hekim sayıları gün geçtikçe azalmıştır. 1930'lu yıllardan itibaren süregelen bir ayrıcalık olan hekimlerin muayenehane açması zorunluluğu kalkmış ve tam süre çalışma getirilmişti. Bu uygulama hekimlerden büyük ölçüde tepki toplamış ve 1980 yılında yürürlükten kaldırılmıştır. Ayrıca bu dönemde 1965 yılında Sosyal Sigortalar Kanunu ve 1971 yılında Bağ-Kur Kanunu çıkarılmıştır.

Dünyada benimsenen anlayışların ülkemizde bu döneme yansımaları bir önceki döneme göre daha gözle görülür olmuştur. 1930'lu yıllardan 1970'lere kadar hüküm süren sosyal (refah) devlet politikası bu dönemde devletin çıkarmış olduğu kanunlara ve her alanda olduğu gibi sağlık alanında (hizmet sunumundan örgütlenmeye kadar) da etkili olmuştur. 1970'lerden itibaren sosyal refah devlet anlayışı işlemez hale geldiği (Petrol krizi, toplumsal hareketler vb. sebeplerle) için neo-liberal anlayışın atağa geçtiği dönem olmuştur. Bu anlayışın tüm ülkelere olduğu gibi ülkemizde de yönetime hâkim olmaya başlamasından itibaren sosyal devlet anlayışından uzaklaşmıştır ve böylelikle ülkemiz neo-liberal anlayışın etkili olduğu "aktif özelleştirme" dönemi olarak ta adlandırılan yeni bir döneme geçmiştir. 1960-1980 dönemine ait veriler Tablo 2'de detaylı olarak sunulmuştur.



**Tablo 2: 1960-1980 DÖNEMİNE İLİŞKİN VERİLER**

Yıllar	İnsan Kaynakları				Finansman Boyutu		Hizmet Sunumu	Tedavi Kurumları	
	Hekim Sayısı	Hemşire Sayısı	Ebe	Diğer Sağlık Personeli	SB Bütçesi	Genel Bütçedeki Payı (%)		Kurum Sayısı	Yatak Sayısı
1960	9.826	2.420	3.126	6.691	383 Milyon TL	5.27	Tamamı Devlet Tarafından	566	45.807
1965	10.895	4.592	4.339	8.379	591 Milyon TL	4.09	Tamamı Devlet Tarafından	626	55.431
1970	15.856	8.796	11.321	16.210	888 Milyon TL	3.07	Tamamı Devlet Tarafından	746	71.876
1975	21.714	14.806	12.975	20.278	3.777 Milyon TL	3.57	Tamamı Devlet Tarafından	798	81.264
1980	27.223	26.880	15.880	30.319	31.818 Milyon TL	4.20	Tamamı Devlet Tarafından	826	99.117

Kaynak: İletişim Yayınları: 1724-1727

### 2.3. 1980-2002 Dönemi

1973 ve 1979 petrol krizlerinin oluşturduğu olumsuz ve istikrarsız durumdan sosyal (refah) devletinin küçültülmesiyle kaçınılmaya çalışıldığı yukarıda da belirtilmiştir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde bu olumsuzluklardan etkilenmiş ve 24 Ocak 1980 kararları ile belirtilerini göstermiştir (Boraltav, 2006:148-149). Duggett, makalesinde bu kararları dünyadaki kamu yönetimi değişiminin Türkiye'ye yansımaları şeklinde belirtmiştir. (Duggett: 2002:9). Devletin rolü her alanda olduğu gibi sağlık alanında da büyük ölçüde değişmiştir (Atabey, 2012:109). Bu kararlardan yaklaşık 8 ay sonra ülkemizde yaşanan 12 Eylül 1980 darbesi sonrası kurulan Milli Güvenlik Konseyi tarafından oluşturulan 1982 anayasası ile yeni bir başlanmış olup benimsenen sağlık politikası diğer dönemlerden çok farklı olmuştur. 1982 anayasasının 56. Maddesinde sağlık devletin "anayasal görevi" olmaktan çıkıp "planlayıcı ve denetleyici" bir rol haline gelmiştir (Akdağ, 2008:20). Bu rol hiç şüphesiz neo-liberal politikaların etkisinden dolayı olmuştur. 1980-2002 döneminde ülkemizde sağlık alanında adımlar atılmış ancak siyasi ve ekonomik istikrarsızlıklardan dolayı uygulamaya geçirilememiştir. Bu dönemde yapılan düzenlemeler bakılacak olursa; 1987 yılında yürürlüğe giren "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" ile sağlık işletmeleri kavramı hayata geçmiştir. Kanunun 5. Maddesinde devlet hastaneleri sağlık işletmelerine dönüşebileceği ve bu işletmelerin kendilerini finanse eden "özerk" kuruluşlar olacağı belirtilmiştir (Tatar: 2008:426).

Ayrıca bu dönemde 1989 yılında Price Waterhouse firması Devlet Planlama Teşkilatı için “Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü” hazırlamıştır. Bu çalışmada Türkiye sağlık sektörü en ince ayrıntısına kadar incelenmiş ve Türkiye’ye politika önerilerinde bulunulmuştur. Türkiye bu önerilerden ara yol politikasını benimsenmiştir. Bu politikanın içeriğinde sağlık hizmet ve sağlık finansmanının birbirinden ayrılması, sağlık yerleşmesi nüfusun tamamını kapsayan bir Genel Sağlık Sigortası bulunmaktadır (Tatar: 2008:427). Bu dönemde benimsenen “2000 Yılında Herkese Sağlık” politikası ile ilgili olarak 2 adet Sağlık kongresi düzenlenmiştir. Yeşil kart uygulamasına başlanmıştır. 1990 yılında ise “Ulusal Sağlık Politikası” adı altında sağlığın detaylı bir analizini ve hedeflerini içeren doküman hazırlanmıştır. 1992 yılında düzenlenen Birinci Ulusal Sağlık Kongresinde, GSS uygulamasının başlatılması konusu yeniden ele alınmış fakat herhangi bir ilerleme kaydedilememiştir. Ancak, aynı yıl, Yeşil Kart Programının başlatılması ile birlikte, sigortasız nüfusun sağlık harcamalarının karşılanması konusu da arka planda kalarak hayata geçirilememiştir. 1993-1997 yılları arasında Türkiye’de altı farklı Sağlık Bakanı görev yapmış ve sağlık politikaları açısından istikrar gerçekleştirilememiştir (OECD 2010). Bu dönemde neo-liberal politikaların bir sonucu olan özel sağlık kuruluşlarının artışı gözlemlenmiştir. 1981 yılında 96 adet özel sağlık kuruluşu ve bu kuruluşlara ait 4028 yatak var iken 2002 yılında kurum sayısı 271’e yatak sayısı ise 12.387’ye yükselmiştir. (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014:75). Bu döneme ilişkin veriler Tablo 3’te yer almaktadır.

Tablo 3: 1980-2002 DÖNEMİNE İLİŞKİN VERİLER									
Yıllar	İnsan Kaynakları				Finansman Boyutu		Hizmet Sunumu	Tedavi Kurumları	
	Hekim Sayısı	Hemşire Sayısı	Ebe	Diğer Sağlık Personeli	SB Bütçesi	Genel Bütçedeki Payı (%)		Kurum Sayısı	Yatak Sayısı
1980	27.223	26.880	15.880	30.319	32 Milyar TL	4.20	Tamamı Devlet Tarafından	826	99.117
2002	95.190	79.059	41.513	88.754	2.345.447.691 TL	5.36	Devlet ve Özel Sektör Sunumu	1156	178.135

Kaynak: (Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2006:63,96 ve Türkiye Kalkınma Bankası A.Ş., 2005:10 uyarlanarak hazırlanmıştır)

#### 2.4. 2002 ve Sonrası

İncelenen bu son bölümde de Türkiye’nin bir önceki bölümde

olduğu gibi neo-liberal politikalar ekseninde yoluna devam ettiği görülmektedir. Bu dönemde neo-liberal politikaların etkisinin daha da belirginleştiği söylenebilir. Her alanda olduğu gibi sağlık alanının neo-liberal politikalar doğrultusunda yeniden yapılandırılması için uygulamaya konan programlarının temel gerekçesi, bir yandan kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaştığı, diğer yandan da sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olduğu söylenebilir. Sağlık hizmetlerinin verimliliğinin yükseltilerek maliyetinin düşürülmesi, uygulanan sağlık reform programlarının ana hedefi olarak tanımlanmıştır. Neo-liberal paradigma çerçevesinde kamu sağlık sektörünün verimsiz ve niteliksiz olarak etiketlenmesi, hizmet sunumu ile finansmanın ayrıştırılarak devletin hizmet sunumundan çekilmesi, hizmet satın alma ve hastanelerin özertleştirilmesi gibi 'ademi merkezietçi' politikaları ile sağlık alanını tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açarak mevcut sorunlara çözüm getirileceği öne sürülmektedir (Elbek ve Adaş, 2009:34).

3 Kasım 2002 Genel Seçimlerinden tek parti hükümeti olarak çıkan Adalet ve Kalkınma Partisi hükümeti, genel anlamdaki reform çerçevesini Acil Eylem Programında (AEP) Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile ortaya koymuştur. SDP, sağlık sektöründeki ana konuları ve sağlık sistemindeki tüm unsurları (finansman, hizmet sunumu, yönetim gibi) içermiştir.

SDP'nin amacı, kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini adil ve hakkaniyetli bir şekilde halka sunan, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmaktır (Sağlık Bakanlığı, 2007:15). SDP'nin temel ilkelerini şu şekilde sıralamak mümkündür; insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olarak belirlenmiştir. Bu ilkeler çerçevesinde SDP'nin temel bileşenleri ise;

- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
- Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
- Etkili, kademeli sevk zinciri,
- İdari ve mali açıdan daha verimli yönetilen sağlık kurumları,
- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma

• Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemi (Sağlık Bakanlığı, 2003:26-37) olarak ortaya konulmuştur.

Sağlık reform girişimlerinin hazırlık ve yasalaşma aşamalarını tamamlayıp büyük ölçüde uygulamaya geçilmesinde temelde beş ana unsurun etkili olduğu belirtilebilir:

- 1) Siyasi ve ekonomik istikrarın varlığı,
- 2) Avrupa Birliği dinamiği,
- 3) Reform dinamiğinin kendisi,
- 4) Uluslararası kuruluşların etkisi
- 5) Siyasi istek, destek ve kararlılık (Yıldırım ve Yıldırım, 2010:15).

SDP'nin uygulanmaya başlamasından itibaren, birçok düzenleme hayata geçmiştir. Bunlardan bazıları; Sevksiz özel hastaneye başvuru imkânı, reçeteli ilaçlarda KDV'nin %18'den %8'e indirilmesi, aile hekimliği uygulaması, GSS uygulaması, tam gün yasası gibi önemli konularda sağlam adımlar atılmıştır (Maliye Bakanlığı, 2011:6-10)

Yine SDP'nin uygulanmaya başlamasıyla birlikte sağlık hizmetleri kapsamını genişlemiş ve temel sağlık göstergelerinde (bebek ölüm hızı ve doğuşta beklenen yaşam süresi gibi) iyileşmeler sağladığı görülmüştür ancak Türkiye son 10 yıl içerisinde belli başlı sağlık göstergelerinde iyileşmeler sağlamasına rağmen, OECD ortalamalarının gerisinde kalmış durumdadır.

Kurulan aile hekimliği sistemi her geçen gün hekim sayısı, diğer sağlık personeli sayısı ve muayene oda sayısı gibi koşullar her geçen yıl iyileşmiş durumdadır. Ayrıca 2002 yılından itibaren aile hekimliğine olan başvuru sayıları her geçen yıl artmaktadır. Bununla beraber ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının olanakları da iyileşmiş ve bu kurumlarda yatan hasta sayısı da her geçen yıl artmaktadır (Yıldırım, 2013:26). Yıllara göre hastanelere müracaat sayısında 2002 yılında toplamda 124 milyonluk bir müracaat söz konusu iken bu oran 2012 yılında 354 milyon olmuştur. Sağlık Bakanlığı hastanelerine müracaat sayısında 10 yıl içerisinde yaklaşık 2 katlık bir artış yaşanırken bu artış üniversite hastaneleri için 3 kat olmuş, özel hastaneleri için ise 13 kat bir artış gerçekleşmiştir. Bu durum özel sektörün yıllar itibariyle rolünün arttığını göstermektedir (Yıldırım 2013:75). Bu dönemde sağlık insan gücünde de iyileşmeler kaydedilmiş, tıp, diş hekimliği, eczacılık ve hemşirelik gibi sağlık personeli yetiştiren fakülte sayıları artmıştır.

Finansman döngüsüne bakıldığında bu dönemde sağlık alanına ayrılan pay sürekli artmıştır. Sağlık bakanlığına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'dan ayrılan pay sürekli artmış fakat Avrupa ortalamasının gerisinde kalmıştır. Sağlık harcamaları açısından değerlendirildiğinde, Türkiye'de

sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2000 yılında %4,96 iken (AB ortalaması %8,02), 2011 yılında %6,66'ya çıktığı gözlemlenmektedir (AB ortalaması %9,59). Ancak daha sonraki yıllarda GSYİH içindeki pay azalış göstermiş ve 2016 yılında 3,6 olarak gerçekleşmiştir (Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2016:235) TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması verilerine göre Türkiye'de 2003 yılında % 39,5 olan memnuniyet oranı yaklaşık olarak 2 kat artarak % 76'ya yükseldiği görülmektedir.

2 Kasım 2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı teşkilatı; merkez teşkilatı, taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşlardan meydana gelmektedir (Resmî Gazete, 2011) yapılanma düzenlenmiş ve yeni bir sisteme oturtulmuştur. Ancak 2017 tarihli ve 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile eski sisteme tekrar dönülmüş ve illerde en yetkili isim tekrar İl Sağlık Müdürü olmuştur. Son olarak Neo-liberal politikaların bir ürünü olan Şehir Hastaneleri sözleşmeleri yapılmıştır. 22 Şehir hastanesi yapımı için ihaleler tamamlanmış 2017 yılı içinde bir kısmı hizmete açılmıştır. 2018 yılsonuna kadar ise 34 şehir hastanesi yapılması hedeflenmektedir. Bu döneme ilişkin veriler Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4: 2002-2016 DÖNEMİNE İLİŞKİN VERİLER									
Yıllar	İnsan Kaynakları				Finansman Boyutu		Hizmet Sunumu	Tedavi Kurumları	
	Hekim Sayısı	Hemşire Sayısı	Ebe	Diğer Sağlık Personeli	SB Bütçesi	Genel Bütçedeki Payı (%)		Kurum Sayısı	Yatak Sayısı
2002	95.190	79.059	41.513	88.754	2.345.447.691 TL	5.36	Devlet ve Özel Sektör Sunumu	1156	178.135
2016	144.827	152.952	52.456	521.099	53.147.000.000 TL	3.6	Devlet ve Özel Sektör Sunumu	1510	217.771

Kaynak: (Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016:101-240 ve Türkiye Kalkınma Bankası A.Ş., 2005:10 uyarlanarak hazırlanmıştır)

## SONUÇ

Ülkemizin ilk kurulduğu günden beri sağlık alanına verilen önem oldukça yüksek olmuştur. Kuruluş aşamasındaki zor dönemlerden günümüze kadar sürekli gelişim gösteren sağlık alanı diğer ülkeler tarafından örnek alınan bir konuma gelmiştir. Dünyadaki siyasal ve ekonomik koşullara bağlı olarak Türkiye'de devletin kamusal alandaki politikalarının farklılaştığı gözlemlenmiştir. 1920'lerden 1960'lara kadar

dünyada hüküm süren liberal ve sosyal devlet anlayışının ülkemize etki ettiği ancak kuruluş ve toparlanma aşamasında olan bir Türkiye düşünüldüğünde bazı uygulamalar hayata geçirilememiştir.

1960-1980 arasında dünyada da hüküm süren sosyal devlet anlayışı ülkemizde de etkilerini göstermiştir. Darbe sonrası anayasa değişikliğinde devletin sağlık alanındaki üstlendiği görev “asli ve anayasal” şeklinde düzenlenmiş ve arkasından çıkarılan “*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun*” bu anlayışın hüküm süreceğinin başlangıcı olarak görülebilir. Bu kanunla birlikte sağlık alanında devletin ağırlığı daha da hissedilmiş ve sağlık hizmetlerinin tüm topluma eşit şekilde verilmesi için birçok çalışma yapılmıştır.

1980 yılı sonrasında devletin yapısal ve işlevsel açıdan neo-liberal politikalar ekseninde dönüşüm eğilimi gösterdiği gözlemlenmektedir. Bu durumu yapılan anayasa değişikliğinde devletin sağlık alanında üstlendiği görevin “*denetleyici ve düzenleyici*” konuma gelmesi gösterebilir. Bunun yanında sağlık hizmetlerinde reform ya da iyileştirme isimleri altında İngiltere, ABD ve diğer ülkelerde olduğu gibi Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü, OECD ve IMF gibi küresel örgütlerin de etkisiyle Türkiye’de de sağlık hizmet sektöründe çeşitli reform odaklı projeler ortaya konulmuştur. Bu projelerin en kapsamlısı ve en son örneği Sağlıkta Dönüşüm Programı’dır.

#### KAYNAKÇA

- AKDAĞ, R., (2008), “İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı”, T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No:749, Ankara.
- AKDUR, R., (1998), Cumhuriyet’ten günümüze Türkiye’de Sağlık Politikaları, [http://www.ata.boun.edu.tr/htr/documents/312\\_4/Akduur.%20Recep\\_Cumhuriyettten%20Gunumuze%20Turkiyede%20Saglik%20Politikalariri\\_bilancio.pdf](http://www.ata.boun.edu.tr/htr/documents/312_4/Akduur.%20Recep_Cumhuriyettten%20Gunumuze%20Turkiyede%20Saglik%20Politikalariri_bilancio.pdf), (E.T.: 19.12.2016).
- AKSOY, A.Ş., (1995), “Yeni Sağ ve Kamu Yönetimi”, Kamu Yönetimi Sempozyum Bildirileri, 2. Cilt, Ankara.
- AKTAN, C.C., (1995), “Gerçek Liberalizm Nedir?”, T Yayınları, İzmir.
- ATABEY, S.E., (2012), “Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası”, Gazi Kitabevi, Ankara.
- BORATAV, K., (2006), “Türkiye’de Devletçilik”, 2. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara.
- DUGGETT, M., (2002), “Kamu Yönetiminde Değişim: Sonraki Adımlar”, Çevirenler: Akdoğan, A.A ve ASLAN, O.E., Amme İdaresi Dergisi, 35(2).

- ELBEK, O. ve Adaş, E.B., (2009), “Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme,” Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 12(1).
- HEYWOOD, A., (2016), “Siyasi İdeolojiler”, Liberte Yayınları, Ankara.
- MALİYE BAKANLIĞI (2011), “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık harcamaları”, Hermes Matbaacılık, 2011.
- METİNTAŞ, M.Y. ve Elçioğlu,Ö., (2007) “Cumhuriyetin İlk On beş Yılında Sağlık Hizmetleri (1923-1938)”, Osmangazi Tıp Dergisi, 29(3).
- OCAKÇIOĞLU, B., (1991), “Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Refaha Katkısı ve Genel Sağlık Sigortası”, Maliye Araştırma Merkezi Konferansları, 35. Seri, Yıl:1991/1992.
- OECD, (2010), “OECD Reviews of Health Systems: Turkey”, OECD and World Bank, Paris.
- ÖZTÜRK, M., (1999). “Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri”, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 6(1).
- RESMÎ GAZETE, (2011), “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, Karar Sayısı: KHK/663, 02.11.2011, Ankara.
- “SAĞLIK”, Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi, VII, İletişim yay., İstanbul.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2015), “Sağlık İstatistikleri Yıllığı”, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2003), Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2006), Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2016), Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2007), 21 Hedefte Sağlıkta Gelecek, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi, Hıfzıssıhha Mektebi, Ankara.
- TATAR, M., (2008), “Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teorik ve Türk Sağlık Politikalarına Genel bir Bakış” Ed. C. Can Aktan ve Ulvi Saran, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Aura Kitapları, İstanbul.
- TÜRKİYE SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ, (2006), Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 1. Baskı, Ankara.
- TÜSİAD, (1995), “Optimal Devlet”, Yayın No: TÜSİAD-T/95, İstanbul.
- YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI, (2005), Türkiye Kalkınma Bankası A.Ş., Ankara
- YAYLA, A., (1998), “Liberalizm”, 2. Baskı, Liberte Yayınları, Ankara
- YEGİNBOY, Y. ve SAYIN, Ş., (2008), “Cumhuriyet Döneminden Günümüze Salık Politikaları ve Sorunları”, 2. Ulusal

İktisat Kongresi

YILDIRIM H.H. ve Yıldırım T. (2013). “Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme”, İçinde: Yıldız, M ve Sobacı M.Z. (editörler), Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama. Adres Yayınları, Ankara, Bölüm 16

YILDIRIM, H.H. ve Yıldırım, T., (2010). “Türkiye Sağlık Politikaları ve Reformları: Tarihsel Bir Bakış”, Türkiye Demokrasi Vakfı Enstitüsü Dergisi, Şubat 2010

YILDIRIM, H.H., (2013), “Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu”, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası

<http://www.haber7.com/genel-saglik/haber/1504752-3-yilda-34-sehir-hastanesi-hastane-yapilan-iller> (E.T.: 03.01.2017)