



Atıfta Bulunmak İçin / Cite This Paper: Fedai, R. (2019). "Sağlıkta Dönüşüm Programının Öncesi: Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi: 1923-2003", *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8 (2): 2010-2032
Geliş Tarihi / Received Date: 30.01.2019 **Kabul Tarihi / Accepted Date:** 22.02.2019

Araştırma Makalesi

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ ÖNCESİ: TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ: 1923-2003¹

Dr. Öğr. Üyesi Recep FEDAI
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
receptedai@comu.edu.tr
ORCID ID: 0000-0002-5547-0048

Öz

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 2003 yılında ilan edilmesi ile alanda yapılan çalışmalar bu döneme odaklanmakta; geçmiş politikalar yalnızca dönemsel olarak ele alınmaktadır. Bu durum alan yazın açısından bir eksiklik olarak görülmekte ve kapsamlı bir çalışma ile Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimine yönelik bir analizin yapılmasını gerektirmektedir. Çalışmada Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimine yer verilerek tarihsel süreç çerçevesinde sağlık hizmetlerinin dönüşümü anlaşılmaya çalışılacaktır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişiminden sonra Türkiye'de sağlık hakkı ve sağlık hizmeti kavramlarının nasıl işlediği ele alınarak sağlık yatırımlarının gelişimine yer verilecektir. Bu doğrultuda çalışmada sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrasını daha iyi anlayabilmek adına birtakım politika metinleri ele alınmıştır. Çalışma ile Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan itibaren devletin yapısal ve işlevsel dönüşümüne neden olan reformların sağlık hizmetlerini nasıl dönüştürdüğü ele alınmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetlerinde Planlama, Sağlık Yatırımları, Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.

BEFORE THE HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM: DEVELOPMENT OF HEALTH SERVICES IN TURKEY: 1923-2003

Abstract

With the announcement of the Health Transformation Program in 2003, studies in the field focus on this period; past policies are addressed only periodically. This situation is seen as a lack of space and the type of health services in Turkey it is a comprehensive study requires an analysis of the historical development. transformation of health care in the framework of the historical process giving place to the development of health services in Turkey in the study will try to understand. After the development of health services in Turkey, how the concept of the right to health and health services in Turkey, considering that work will be given to the development of health investments. In this respect, some policy texts were discussed in order to better understand before and after the transformation in health. Since the founding of the Republic of Turkey and the study of reforms that cause structural and functional transformation of the state it is discussed how to transform health care.

Keywords: Ministry of Health, Health Services, Health Care Planning, Health Investments, Development of Health Services.

¹ Makale, Doç. Dr. Can Umut ÇİNER danışmanlığında hazırlanan "Dünya Bankası'nın Türkiye'de Sağlık Politikalarına Etkisi: Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2017", doktora tez çalışmasından üretilmiştir.

1. GİRİŞ

Sağlık reformu, sağlık örgütlenmesini ve politikasını değiştirme amacıyla hazırlanan programların yürütülmesi için uygulanan faaliyetler bütünü olarak ifade edilebilir. Reformun içeriği ise daha çok hizmet önceliklerinin belirlenerek buna uygun politikaların geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesi gibi süreçlerden oluşmaktadır (Saltman ve Figueras, 1999: 385). Reform, genel anlamda aksaklıkları ve hataları düzeltme, daha iyi hale getirme ya da yeni bir şekil verme anlamına gelmektedir (Sürgit, 1972: 9). Yeniden yapılandırma olarak da ifade edilen kavram sürekli gündeme gelmekte böylece kamu politikası olarak reformun önemini de göstermektedir (Övgün, 2013: 327). Sağlık hizmetlerinde reform konusu bitmeyen senfoni olarak gündemden düşmese de 2003 yılında Sağlık Bakanlığı’nın ilan ettiği Sağlıkta Dönüşüm Programı (Sağlık Bakanlığı, 2003) anılan reformların en önemlisi olarak ifade edilebilir. Çünkü söz konusu program ile 1980’li yıllardan itibaren parça parça da olsa uygulanmaya çalışılan reformlar bir bütün halinde uygulanmaya çalışılmıştır. Ancak 2003 yılından önce sağlık hizmetlerinde ne gibi çalışmaların yapıldığına yönelik bir analiz yapılması da zorunluluk arz etmektedir. Reform sağlık hizmetlerinde yapısal ve işlevsel olarak birtakım dönüşümlere neden olmakta buna karşılık devletten beklenen görevler zamansal süreçler açısından farklılıklar arz etmektedir (Övgün ve Kantaş, 2017: 324). Sağlık reformlarını kamu yönetimi açısından derinlemesine bir analize tabi tutmak için ise kullanılan araç planlama olmalıdır. Sağlık örgütlenmesinin adım adım kurulması, merkezi idarenin sağlık alanında kendini sorumlu görmesi ile gelişmiş; sağlık yatırımları ise belirli planlamalar² çerçevesinde yürütülmüştür. Devlet Planlama Teşkilatı’nın (DPT) Sosyal Planlama Dairesi bünyesindeki sağlık planlaması birimi aracılığıyla Türkiye’de plan ve sağlık arasındaki ilişki de kurulmuştur (Çiner ve Fişek, 2010: 292). Bu doğrultuda sağlık yatırımlarının gelişimi de sağlık planlaması üzerinden daha net ortaya koyulabilmektedir.

Çalışmada devletin sağlık hizmetlerinin gelişimindeki rolü ve sorumluluğu kalkınma planları açısından ele alınmıştır. Bu bağlamda çalışma ile devletin sağlık hizmetlerine yaptığı yatırım dönemsel olarak incelenmiş; sağlık hakkı ve devletin sağlık hakkından kaynaklanan sorumluluğu merkezi idare ve yerel yönetimler açısından analiz edilmiştir. Örneğin, planlı dönem olarak ifade edilen yıllarda sağlık hizmetleri plan dahilinde ele alınan konulardan birisi olmuş, sağlığa sosyal refahı artıran alan gözüyle bakılmıştır. 1960’lı yıllardan itibaren sağlık hizmetlerinin ülke genelinde sosyalleştirilmesinin planladığı görülmektedir. 1980’li yıllardan

² Cumhuriyetin ilk yıllarında Birinci ve İkinci Beş Yıllık Sanayileşme Planları yapılmış; sosyal sabit sermaye yatırım alanlarından biri olarak görülen sağlık hizmetleri merkezi bütçeden karşılanmıştır. Bu doğrultuda sağlık alanı da plan dışında tutulmuştur. Sanayileşme planları ile kamu teşebbüsü yoluyla özel sektöre ara mal üretiminin gerçekleştirilmesi amaçlanmış; sağlık, savunma gibi hizmetler pür kamu malı olarak görüldüğü için söz konusu planlarda yer almamıştır (Özyurt, 1981).

itibaren ise sağlık alanında yürütülen politikalar genel olarak sağlığın devlet tarafından denetlenmesi ve planlanması, özel sektörün teşvik edilerek alanda daha aktif yer almasının sağlanması doğrultusunda şekillenmiştir. Sağlık politikalarında piyasa ilişkilerine göre reforma gidilmesi için çeşitli yasal ve yönetsel düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde 1990'lı yıllardan itibaren gündeme gelen yapısal reformlar birtakım projeler çerçevesinde 2003 yılına kadar uygulanmaya çalışılmıştır. Çalışmada ilk olarak Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel arka planına yer verilmiş; sağlık örgütlenmesi ve sağlık yatırımlarının gelişimi ise kalkınma planları ve yatırım programları açısından ele alınmıştır.

2. SAĞLIĞIN VE ULUSAL SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

Sağlık hizmetleri Osmanlı İmparatorluğu'nda 19. yüzyıla kadar Saray çevresi ile sınırlı kalmış, daha sonra batı tipi sağlık hizmetlerine yönelik adımlar atılmıştır. Bu dönemde hekimbaşılık kurumunun herhangi bir örgütlenmesi bulunmazken sağlık hizmetleri hayır kurumları ve vakıflar tarafından yerine getirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin büyük kentlerde sınırlı olarak verilmesi sonucu vakıflar aracılığı ile sağlık hizmetlerinin yürütülmesi planlanmıştır. Sağlık hizmetleri uygulamaları ile hizmet sunumunun kapsamı genişletilmiş 1850'li yıllarda hizmetler Tıbbiye Nezareti tarafından yürütülmüştür (Akdur, 1999: 10-11). 1870'lere gelindiğinde ise İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi ile hükümet, sağlık hizmetlerinden sorumlu tutulmuştur (www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/20.html, [Erişim: 22.05.2016]). 1920 yılında 3 sayılı Kanunla Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti kurulmuş; daha sonra Bakanlığın merkez ve taşra örgütleri yapılandırılmıştır.³

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşu ile birlikte bakanlık düzeyinde sağlık örgütlenmesi uygulaması da devam ettirilmiştir. Kamu kurumları üzerinden yeni bir devlet olma saiki ile birlikte sağlık alanında taşra yapılanmasına gidilmiştir. 1923-1937 arası dönem⁴ ise günümüz anlamında sağlık hizmet ve örgütünün yapılandırıldığı yıllar olmuştur. Bu dönemde ilçelerde hükümet tabiplikleri, illerde ise sağlık müdürlükleri kurulmuştur.⁵ Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık hizmetleri tedavi edici hizmetlerden çok koruyucu hizmetler temelinde gelişmiş,

³ 1921 Anayasası'nın 11. maddesinde sıhhiye işlerinin vilayet şurasına bırakıldığı belirtilmektedir. Teşkilatı Esasiye Kanunu, Ceride-i Resmîye (1-7 Şubat 1337). 1921 Anayasa'sı kabul edildikten sonra meclis hükümeti kurulmuş ve halk sağlığından sorumlu bir üye bu kabinede yer almıştır. (www.sabah.com.tr/yazarlar/safak/2012/01/06/1921-anayasasi, [Erişim: 10.06.2016]).

⁴ Sağlık Bakanlığı yapan kişiler üzerinden bir dönemlendirme ilk olarak Nusret Fişek tarafından yapılmıştır. Bu dönemlendirme sağlık politikalarına ilişkin olarak şu şekilde yapılmıştır: Refik Saydam ve sonrasındaki CHP Hükümetleri (1923-1945) dönemi. 2. Behçet Uz'un CHP Hükümetinde bakan iken önerdiği plan. 3. Demokrat Parti Dönemi (1950-1960). 4. Milli Birlik Komitesi Hükümeti (1960-1961). 5. 1962-1980 yıllarında uygulamalar. 6. MGK ve ANAP dönemi (www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html, [Erişim: 18.03.2016]).

⁵ Türkiye'de 1925 yılında 1631 hekim bulunmaktadır. Serbest çalışan hekim sayısı ise 600 civarındadır. Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti'nde ise 560 hekim, 554 sağlık memuru, 136 ebe, 69 hemşire, 4 eczacı çalışmaktadır (Aydın, 2002: 187).

ülkenin belirli merkezlerine numune hastaneleri yapılmıştır. Yataklı tedavi hizmetlerinin sunumunda ise yerel yönetimler görevli kılınmıştır.⁶

Kuruluş yıllarında merkezileşmeyi kamu kurumları üzerinden yürüten iktidar, sağlık alanında da teşkilatlanmayı merkezi yapıya bağlayarak sağlayabilmiştir. 1923-1945 yılları arasında sağlık örgüt ve birimlerinin yurt geneline yayılması için çaba gösterilmiştir. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (RG: 14.04.1928, Sayı: 863) ile kendi muayenehanesini açan doktorların çalışma usulleri düzenlenmiş, ayrıca diğer tıp meslek kollarının faaliyetleri genel bir çerçeve içinde sunulmuştur. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda (RG: 06.05.1930, Sayı: 1489) ise sağlık, devletin hizmet alanı olarak belirtilmiştir. Bu doğrultuda Kanun’un 1. maddesi memleketin sıhhatini korumak ve hastalıklarla mücadele etmekte Bakanlıkı sorumlu tutmuştur. Daha çok bulaşıcı hastalık ve salgın hastalıklara karşı koruyucu önlemlerin sıralandığı Kanun, sağlık hususunda yerel yönetimler için Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti’ni denetleyici göstermektedir.

Kanunla her ilde Sıhhat ve İçtimaî Muavenet müdürlükleri (il sağlık müdürlüğü) ilçe ve kazalarda ise Hükümet Tabiplikleri kurulmuştur. Bakanlık, Milli Müdafaa Bakanlıkı’nın sağlık işlerinden bağışık kılınmıştır. Hastanelerin yerlerinin tespiti, inşaatı ve diğer düzenlemeler Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti ve Nafia Vekâleti (Bayındırlık Bakanlıkı) tarafından yapılmıştır. Hastaneler Talimatnamesi ile yerel yönetimlerde bulunan hastanelerde birinci sınıf yataklarda yatmak isteyen hastaların hastanenin %10’unu aşmamak kaydıyla ücretli olarak yatabileceği ve on günlük parayı da peşin olarak ödeyeceği hükme bağlanmıştır.⁷

1933 yılında çıkarılan Hususi Hastaneler Kanunu (RG: 05.06.1933, Sayı: 2419) ile Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâlet’inden alınacak izinler doğrultusunda hastanelerin açılması kararlaştırılmıştır.⁸ “Yatan hastaların tedavilerinin karşılandığı merkezler” olarak tanımlanan özel hastaneler için yapılan fiyatlandırmanın Bakanlıkın belirlemiş olduğu miktarın üzerinde çıkamayacağı ifade edilmiştir. Özel hastanede yatan ancak parası olmayanların ücretlerinin belediyeler tarafından verilmesi kararlaştırılmıştır. Ayrıca Kanuna göre, Bakanlık il teşkilatı aracılığı ile özel hastanelerin kapatılmasına karar verebilmekte, para ve hapis cezasına yönelik yaptırımlar uygulayabilmektedir.

⁶ Türkiye’nin kuruluştan sonraki dönemlerinde sağlık politikalarında yerleşmenin esas olduğu politika belgelerine rastlanmaktadır. Refik Saydam’ın bakanlıkı döneminde yerleşme düşüncesi gündeme gelmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin sunumunda yerel yönetimlerin yetkili olması, bakanlıkın politika belirleme ve denetleme konularına yoğunlaşması görüşleri üzerinde durulmuştur.

⁷ Hastaneler Talimatnamesi ilk olarak 20 Temmuz 1924 yılında çıkarılmış daha sonra kararnameler ile (6449, 9767, 11641, 14019) düzenlenmiştir (RG: 06.04.1942, Sayı: 5076).

⁸ Özel hastaneler hastane planlarından hastane için ne kadar para ayrılacağına kabul ettiği hastaların ne kadarının paralı ne kadarının parasız bakılacağına kadar Bakanlıkı bildirmekle yükümlü tutulmuştur. Vakıf hastaneleri de bu kanun kapsamına alınmıştır (RG: 06.04.1942, Sayı: 5076).

1936 yılında çıkarılan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu⁹ ile Bakanlık sağlık tesisi yapımı konusunu üstlenmiş, İskân Umum Müdürlüğü'nün bütçesini de kullanmak üzere görevli kılınmıştır. Sağlık konusunda “salgın hastalıklara karşı sağlıklı nesiller yetiştirme” amacı taşıyan Bakanlık, mesleğini icra edenlerin denetimi ve atanmasında sorumluluğunu devam ettirmiştir. Bakanlığın taşra teşkilatı¹⁰ dışında il özel idareleri, belediyeler ve köyler tarafından gerçekleştirilen sağlık hizmetleri için de bir denetim yetkisi bulunmaktadır. Bu bağlamda il özel idareleri bünyesinde seyyar tabiplikler ve hastalıklarla mücadele teşkilatı örgütlenmiştir. Köylerde çalıştırılan hekimler için verilecek ücret, il özel idaresi ve köy sandıklarından karşılanarak ücretlerin dağıtımı Bakanlık tarafından planlanmıştır.

SSK ise özel sektörde çalışan işçilere ve kamu sektöründeki mavi yakalılara sağlık sigortası sağlamak üzere 1946 yılında¹¹ kurulmuş ve sermaye için çok önemli olan işçilerin sağlık hizmeti devletçe üstlenilmiştir.¹² Bu tarihlerde İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu (RG: 16.07.2015, Sayı: 6058) da yürürlüğe girmiştir. Bu düzenlemelerin yanı sıra 1949 yılında Verem Savaş Dispanserleri; 1952 yılında ise Anne ve Çocuk Sağlığı birimleri kurulmuştur. 1953 yılında il özel idarelerinin sahip olduğu hastanelerin, meclislerinin vereceği olur kararı doğrultusunda Hazineye devredilmesine ilişkin değişiklik yapılmıştır. Söz konusu değişiklik ile il özel idarelerinde bulunan hastaneler Bakanlığa geçmiştir. Memleket Hastanesi adıyla faaliyet gösteren ve kırk yedi ilde örgütlenmiş hastaneler toplamda üç bin sekiz yüz doksan beş yatak kapasitesi ve çalışanları ile birlikte Bakanlığa devredilmiştir.¹³

1954 yılında ortaya çıkan Milli Sağlık Programı'nda sağlık hizmetlerinin belediyelerden ve Savunma Bakanlığı'ndan alınarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na (SSYB) devredilmesi planlanmıştır. Ayrıca Türkiye'nin on altı sağlık bölgesine ayrılarak yirmi bir farklı sağlık kuruluşu

⁹ Bakanlık Merkez Teşkilatı: Müsteşarlık, Hususi Kalem, Teftiş Heyeti Reisliği, Hıfzıssıhha İşleri Dairesi, İçtimaî Muavenet İşleri Dairesi, Sicil ve Memurlar ve Muamelât Müdürlüğü, Sağlık Propagandası ve Tıbbî İstatistik Umum Müdürlüğü, Hukuk Müşavirliği, Muhasebe Müdürlüğü, Seferberlik Şubesi Müdürlüğü, Evrak Müdürlüğü, Ayniyat Muhasipliği, Levazım Memurluğu, Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi ve Merkez Hıfzıssıhha Mektebi'nden oluşmaktadır (RG: 23.06.1936, Sayı: 3337).

¹⁰ Taşra teşkilatı; Umumî Müfettişlikler Sıhhi Müşavirlik ve Muavinlikleri, Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Müdürlükleri, Hükümet Tabiplikleri, Küçük Sıhhat Memurlukları, Tıbbî ve Sıhhi, İçtimaî Müesseseler, Hastalıklarla Mücadele Teşkilatı, Seyyar Sıhhi Teşkilattan oluşmaktadır (RG: 23.06.1936, Sayı: 3337).

¹¹ 1936 tarihli ve 3008 sayılı İş Kanunu ile Türkiye'de sosyal sigortaların kuruluşu ve sosyal sigortalara ilişkin temel ilkeler öngörülmüştür. Ancak Kanunda öngörülen sistem, İkinci Dünya Savaşı nedeniyle 1945 yılına kadar oluşturulamamıştır. Sosyal sigorta kolları ile ilgili ilk kanun, 27.06.1945 tarihli ve 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunudur. Bu Kanunun yürürlüğe girmesi ile İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası uygulanmaya başlamıştır. Anılan Kanuna paralel olarak 16.07.1945 tarihinde 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu çıkarılmıştır. Bu Kanunun 01.01.1946 tarihinde yürürlüğe girmesiyle İşçi Sigortaları Kurumu kurularak 1945 yılına kadar kurulan çok sayıdaki sandığın da birleştirilmesi sağlanmıştır. İşçi Sigortaları Kurumu kurulduğu yıl, ilk önce 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu kapsama alınmıştır. Sonrasında ise, 1950 yılında 5417 sayılı İhtiyarlık Sigortası Kanunu, 1951'de 5502 sayılı Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu ve 1957'de 6900 sayılı Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortası Kanunu kabul edilmiştir (<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/tarihce>, [Erişim: 05.05.2015]).

¹² Hastalıklar çalışma gününü azaltırken işçilerin verimini düşürmekte, zihni gelişmelerini engellemektedir (Üner ve Fişek, 1961: 5).

¹³ 1946-1960 yılları arasındaki dönemde, Türkiye'de sağlık ocakları kurulmuş; tüm hastaneler, yerel yönetimlerden Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (RG: 15.07.1953, Sayı: 8458).

ile sağlık hizmetlerinin ülke geneline yayılması da amaçlanmıştır. Bu doğrultuda kırsal alanın sağlık örgütlenmesi için her kırk köye on adet hastanenin kurulması planlanmıştır. Bölgelerin, DSÖ uzmanlarından Dr. Olle ve Sağlık Mühendisi Mr. Shipman tarafından hazırlanan raporlara uygun olarak hazırlandığı belirtilmiştir. Bölgeler nüfus ve yüz ölçümüne göre hesaplanmış, yirmi bir milyon nüfus, merkezi bir il belirlenerek etrafındaki¹⁴ illeri de hesaba katacak şekilde planlanmıştır (Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâleti, 1954). Her sağlık bölgesi için kurulacak hastaneler¹⁵ ise tedavi etmekten çok koruyucu sağlık politikasına önem verildiğini göstermektedir. Programın on yıllık bir sürede hayata geçirebileceği dolayısıyla maliyetinin devlete bir yük getireceği belirtilmiştir.

Dönemin Sağlık Bakanı Behçet Uz, fertlerin koruyucu hizmetler dışında kalan tedaviler için bireysel katkıda bulduklarını ve diğer ülkelerdeki gibi sağlık sigortasına geçerek maliyetin altından kalkılabileceğini vurgulayarak Program’da sağlık sigortasına geçişin ilkelerine de yer verdiklerini belirtmiştir. Sağlık sigortasının yanı sıra Milli Sağlık Programı’nın finansmanı için Sağlık Bankası’nın kurulması da Program içindeki fikirlerin başında yer almıştır. Banka’nın sağlık sigortasını işleten birim olarak devlet ve hissedarları tarafından finanse edilmesi gerektiği üzerinde önemle durulan konulardan biri olmuştur. Uygulama imkânı bulamayan bu projeler Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmetlerinde merkezi bütçeyi kullanmasına neden olmuştur.

1960 yılından sonra ise sağlık hizmetlerinin ülke genelinde sosyalleştirilmesi planlanmıştır. Sağlıkta sosyalizasyon, devletin sağlık hizmetlerini her yurttaşı için eşit bir şekilde verme ve tedavi imkânlarını sağlamak olarak tanımlanmaktadır. Bu anlayış doğrultusunda çıkarılan 224 sayılı Kanun Türkiye’de bütün sağlık hizmetlerinin devletin ödevi olduğunu, birinci basamak tedavi hizmetini kentlerden köylere varıncaya kadar yayarak herkesin yararlanmasını, koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerinin birlikte yürütülmesini içermektedir (Pala, 2007: 11).

1961 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Uygulama Planı’nda on altı sağlık bölgesi düşüncesi devam etmiş ve on iki program dâhilinde bir plan hazırlanmıştır.¹⁶ Bu dönemde

¹⁴ 16 bölgenin merkezleri şu şekilde sıralanmıştır. İstanbul, Sakarya, Bursa, İzmir, Eskişehir, Antalya, Ankara, Konya, Samsun, Sivas, Seyhan, Trabzon, Elazığ, Diyarbakır, Erzurum, Van.

¹⁵ Milli Sağlık Planı’nda hastaneler şu şekilde isimlendirilmiştir: Verem Hastanesi, Sanatoryum, Prevantoryum, Akıl Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Emrazısariye Hastanesi, Dinlenme Yurdu, Doğum Evleri, Çocuk Yuvası, Sağlık Merkezi. Ayrıca bu tesislere ek olarak: Sağır Dilsizler ve Körler Müessesesi, Hemşire Okulu, Köy Ebe Okulu, Sağlık Memuru Okulu Bölge Hıfzısıhha Laboratuvarı, Cüzzam Hastalıkları ve Lebzazori, Kanser Arama ve Radyoloji Ens. Tropikal Hastalıklar Ens. Rehabilitasyon Müesseseleri, Kimsesiz Çocukları Barındırma ve Yetiştirme Yurtları. 1953 yılı itibariyle 15917 olan hasta yatak sayısının Program tamamlanınca 42892 artacağı beklenmiştir. Verem yatak sayısı ise bu rakamlardan hariç olup 1953 yılı itibariyle 6557’dir.

¹⁶ Sağlık Evi, Sağlık Ocağı, Sağlık Merkezi, Sağlık Müdürlüğü, Bölge Hastaneleri, Bölge Laboratuvarları, Bölge Müdürlükleri, Depo ve Tamirhaneler, Yardımcı Sağlık Personeli Yetiştiren Okullar, Mütferrik Projeler, Bakanlık Merkez Teşkilatı, Maaş ve ücretlerden oluşan bir program oluşturulmuştur (Üner ve Fişek, 1961: 9-11).

sağlık alanı için yabancı uzmanların teknik yardımlarından yararlanılmaya devam edilmiş ve birtakım raporlar hazırlanmıştır.¹⁷ Bu çerçevede Sir John A. Charles¹⁸ sosyalleştirmenin pilot illerdeki (Tekirdağ, Çankırı, Elazığ) uygulamaları ve Bakanlık teşkilatına ilişkin görüşlerini (Charles, 1961) bir rapor halinde sunmuştur. Dr. Olle'ye (1961) hazırlatılan sağlık raporunda ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır.

Sosyalleştirmeye ilişkin uygulama planlarında doktor, hemşire ve diğer sağlık görevlilerinin yanı sıra tesislerin ortaya çıkaracağı maliyete varıncaya dek bir hesaplama yapılmıştır. Devlet Planlama Teşkilatı'nın yanı sıra SSYB'nin görüşlerine de yer verilen Türkiye'de Sağlık İşlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Rapor'da (Charles, 1961) sağlık hizmetleri için devlet müdahalesinin gerekli olduğu yönündeki fikirler ağır basmış ve Amerika'da dahi sosyalizasyon yönünde uygulamaların varlığından bahsedilmiştir.

Cumhuriyetin kuruluşundan 1980'li yıllara kadar Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin gelişimi değerlendirildiğinde; hastalıkların daha ortadan çıkmadan önlenmesi için oluşturulan temel sağlık hizmetlerinde devletin daha önemli roller üstlendiği söylenebilir. Koruyucu sağlık hizmetleri alanında tüm ülkede sağlık örgütlenmesi için çalışmalar yapılırken tedavi edici hizmetler ise belirli bir zamana kadar yerel yönetimlerin sorumluluğunda kalmıştır. Ancak nüfusun ve toplumsal ihtiyaçların artışına bağlı olarak belirli merkezlerde tedavi edici hizmetlere yönelik örgütlenmeye de gidilmiştir. Dolayısıyla bu anlamda sağlık hizmetlerinin bir arada yürütüldüğü söylenebilir. Hastane hizmetlerinin pahalı olması ise sigorta sisteminin getirilmesini ve kullanıcıların katkılarıyla finanse edilecek bir sağlık sistemini ortaya çıkarmaktadır.

Türkiye'de ise bu durum Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası üzerinden devletin sağlık hizmetlerini finanse etmesi anlayışı ile ülkenin kendi dinamikleri üzerinden yürütülmek istenmiştir. Buna ilave olarak Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin gelişimine ilişkin söylenebilecek en önemli şey sağlık hizmetlerinde bölge planlamasının hastaneler üzerinden yapılmış olmasıdır. Böylelikle gereksiz ve pahalı olan hastane hizmetleri gerektiği kadar olmak üzere bölgeler üzerinden bir planlama yapılarak vatandaşların kullanımına sunulacaktı. Ancak aşağıda ele alındığı üzere sağlıkta sosyalleştirme planının başarıya ulaşamaması ve ardından uygulanan neoliberal politikalar, sağlıkta öncelikli alanlara yapılacak yatırımı ve hastane planlamasını piyasa ilişkileri doğrultusunda dönüştürmüştür. Bu durum aşağıda da yer verildiği üzere Türkiye'de sağlık hakkı ve bu hakkın devlete yüklediği sorumluluk üzerinden sağlığın kamusal niteliğinin değişimi bağlamında ele alınmıştır.

¹⁷ DSÖ'nün sağlık mühendislerince 1950'li yıllardan itibaren (Türkiye'nin üyeliğinin hemen akabinde) Türkiye'nin sağlık alanında idari bölge kurması gerektiği hakkında raporlar hazırlanmış (1952 – 1954 – 1972 – 1977 – 1980) bu tarihlere sonra DB bu işlevi sürdürmüştür (Övgün ve Küçük, 2013)

¹⁸ İngiltere Sağlık Bakanlığı eski müsteşarı.

3. SAĞLIK HAKKI VE TÜRKİYE’DE DEVLETİN SORUMLULUĞU

Sağlık hakkı kavramının Birleşmiş Milletler ve DSÖ’nün kurulması ile yaygınlaştığı kabul edilirse; Türkiye’de sağlık hakkı doğrultusunda politikalara geçilmesi 1960’lı yıllara denk gelmektedir. Çünkü sağlık hakkı, 1961 Anayasasına kadar hukuki bir zemin bulamamış, bu bağlamda sağlık devletin ödevi olarak da sayılmamıştır. 1961 yılında kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’unun (RG: 12.01.1961, Sayı: 10705) birinci maddesinde “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasına sağlamak maksadıyla... sosyalleştirileceği” belirtilmiştir.

Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte mevzuat çalışmaları başlatılmış olmasına rağmen sağlık sistemine ilişkin kayıtlar oluşturulamamış, ancak savaş yıllarının ortaya çıkardığı¹⁹ sorunlar ile ilgili çalışmalar yapılmıştır.²⁰ 1937 yılına kadar ise sağlık örgütlenmesi ve kurumsallaşmasına yönelik adımlar atılmış; hizmetler hükümet, küçük sıhhiye memurlukları ve belediyelerce verilmiştir.²¹ Bu dönemde merkezi idare önleyici sağlık hizmetlerine yönelik çalışmalarda bulunurken yerel yönetimler, tedavi edici hizmetleri yerine getirmiştir. 1950’li yıllarda ise sağlık hizmetleri merkezi idarenin yetki alanında toplanmış, DSÖ üyeliği²² doğrultusunda sağlık hizmetleri için raporlar hazırlanmıştır. Hükümetin ihtiyaç dâhilinde olan sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayamayacağı belirtilmiş, sağlık hizmetlerinin yurt geneline yayılması için sağlık bölgelerinin oluşturulması planlanmış ve oluşacak maliyetlerin vatandaşlardan alınması fikri baskın çıkmıştır.

Dönemin Sağlık Bakanı Behçet Uz, Türkiye dışındaki devletlerde sağlığın devletin görevleri olmaktan çıktığını (T.C. Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti, 1954) ifade etmiştir. 1950’li yıllarda liberal politikaların izlenmesine bağlı olarak sağlık hizmetleri için kullanıcı ücreti ve primleri toplamak suretiyle sağlık hizmetlerinin maliyetinin vatandaşlar tarafından karşılanması planlanmıştır. Söz konusu dönemde özel sektörün sağlık alanında yatırımı olarak serbest çalışan hekimlerin muayenehaneleri bulunmaktadır. Buna karşılık sağlığın sosyalleştirmesine ilişkin planlarda hekimlerin serbest çalışmasının yerine tamamıyla amme hizmeti vermeleri öngörülmüştür.

¹⁹ 1923 yılında yapılan İzmir İktisat Kongresinde savaş ve zorunluluktan dolayı nüfusun artması sonucu hayatın korunması ve hayatta kalabilme mücadelesi için çalışmaların yapılması gerektiği belirtilmiştir (Yeginboy ve Sayın, 2008).

²⁰ İllere rehberlik yapmak için 1924’te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune Hastaneleri ve 1936’da Haydarpaşa Numune Hastanesi faaliyete girmiştir. Daha sonra Trabzon ve Adana Numune Hastaneleri ile Numune Hastanesi sayısı yediye çıkmıştır (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/tarihce.html>, ([Erişim: 14.06.2016]).

²¹ Bu dönemde sağlık hizmeti; 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 yatak, 554 doktor, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile verilmiştir.

²² Türkiye 2 Ocak 1948 tarihinde DSÖ’ye üye olmuştur.

1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi²³ Hakkındaki Kanun ile Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğu kabul edilerek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kırsal kesime kadar yayılarak herkesin sağlık hizmetlerinden yararlandırılması, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesi hedeflenmiştir. On beş yıllık bir plan dâhilinde tüm ülkeye yaygınlaşacağı öngörülen planın sosyalleştirme yapılmadan uygulanmayacağı (Üner ve Fişek, 1961: 9-11) belirtilmiştir. Bu çerçevede Kanun’un ikinci maddesinde yeniden bir sağlık ve sağlık hizmeti tanımı yapılmıştır (RG: 12.01.1961, Sayı: 10705):

“Sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir. İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, beden ve ruhî kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir.”

Devletin ödevi olarak bir bütün halinde verilen sağlık hizmetleri basamaklara ayrılarak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımı da planlanmıştır. Bu bağlamda söz konusu Kanun’un 13. maddesinde ise hasta sevk sisteminin nasıl yapılacağı ele alınmaktadır. Buna göre sosyalleştirmeden faydalanmak isteyenlerin acil haller dışında ilk önce sağlık ocaklarına gitmeleri gerektiği; oradaki hekimlerin tedavi edememeleri durumunda sevk ile bir üst basamakta bulunan merkezlere gidebilecekleri belirtilmiştir. Dolayısıyla sağlık ocakları²⁴ ve hastanelerin işbirliği halinde olmaları gerektiği konusu kanunla düzenlenmiştir. 14. maddede ise sevke uymayanların ilaç ücretlerini kendilerinin karşılayacağı belirtilmiştir. Kamu sağlık kuruluşlarında muayene ücreti alınamayacağı, kendi arzusu ile ücretli tedavi olmak isteyenlerin serbest hekimlere de müracaat edebileceği kanunda yer almaktadır. Kamuda çalışan hekimlerin ise muayenehane açamayacağı kararlaştırılmıştır. Hastanelere merkezi idareden bütçe ayrılmasının yanı sıra tedavi masraflarının bir kısmının vatandaşların iştiraklerinden alınabileceği de Kanun’la düzenlenen konular arasında yer almıştır.

1964 yılında yürürlüğe giren Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik’te (RG: 09.09.1964, Sayı: 11802) ise sağlık hizmetleriyle koruyucu ve önleyici hizmetlere öncelik verildiği, tedavi edici hizmetlerin ise tamamlayıcı olduğu ifade edilmiştir. Sağlık ocakları temel alınarak bölge hastaneleri, eğitim

²³ Sosyalleştirme: “Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile âmme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafin bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır” (RG: 12.01.1961, Sayı: 10705).

²⁴ DB kaynaklı sağlık reformları hizmetlerin işlevselliğini ve örgüt yapısını dönüştürmeye zorlarsa da Türkiye’de sağlık ocaklarının halen varlığını sürdürdüğü ifade edilmelidir. Her ne kadar isim değişirse de bu yapı sosyalleştirme planının başarısı olarak görülmektedir. Çünkü sosyalleştirmeyle genel ile yerelin dengesi kurulmuş merkez ve taşra arasındaki bağ da sağlamlaştırılmıştır (Çiner ve Fişek, 2010: 295).

ve araştırma hastaneleri biçiminde örgütlenen Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerine erişim çerçevesinde hizmetlerin yurt geneline yaygınlaştırılması için çalışmalarda bulunmuştur. Bu doğrultuda geniş bölgede çok yönlü hizmet politikasından dar bölgede çok yönlü sağlık hizmeti politikasına geçilmiştir (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/tarihce.html>, [Erişim:14.06.2016]). Sağlıkta sosyalleştirme kanunundan sonra çıkarılan 1961 Anayasası’nda sağlıkla ilgili maddeler yer almış; Anayasa’nın 48. maddesinde sosyal güvenliğe, 49. maddesinde ise sağlık hakkına atıf yapılmıştır:

“Herkes; sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak Devletin ödevlerindedir.”

“Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.”

Toparlanacak olursa sağlık hizmetinin devlet tarafından verilmesinde bir bakıma özel sektörün bu alanda yatırım yapamayacak durumda olması gösterilebilir. Çünkü temel hizmetler ile ilgili yatırımların kârsız olduğu, büyük teşkilatlanmalar ve sermaye gerektirdiği, kısa sürede kârlı olmadıkları gibi nedenler (DPT, 1963: 61) sağlık hizmetlerinin devletçe üstlenmesinin gerekçesi olmuştur. Sağlık ve sağlık hakkının 1960’lı yıllarda anayasal güvence altına alınmasından sonra liberal politikaların etkisi ile 1982 Anayasa’sında devletin düzenleyici rolüne atıfta bulunulmuş, buna bağlı olarak sağlık da dönüşüm geçirmeye başlamıştır. Aşağıda ele alındığı üzere sağlık yatırımlarına önem verilmesiyle alana ilişkin teşvik politikaları ve özel hastanecilik faaliyetlerinde de hareketlilik yaşanmıştır.

4. ULUSAL SAĞLIK YATIRIMLARININ GELİŞİMİ

Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşundan 1960’lı yıllara kadar sağlık alanında önleyici hizmetlerden başlamak üzere sırasıyla tedavi edici hizmetler ve eğitim araştırma hizmetleri olmak üzere sağlık planlaması yapılmıştır. Sağlık örgütlenmesi ise gerek sosyo-ekonomik koşullar gerekse savaşa bağlı göçlerin getirdiği bulaşıcı ve salgın hastalıkları önlemek amacıyla koruyucu odaklı sağlık politikası çerçevesinde işlemiştir. Sağlık örgütlenmesinin adım adım kurulması, merkezi idarenin sağlık alanında kendini sorumlu görmesi ile gelişmiş; sağlık yatırımları ise belirli planlamalar²⁵ çerçevesinde yürütülmüştür. Devlet Planlama Teşkilatı’nın (DPT) Sosyal Planlama Dairesi bünyesindeki sağlık planlaması birimi aracılığıyla Türkiye’de plan ve sağlık

²⁵ Cumhuriyetin ilk yıllarında Birinci ve İkinci Beş Yıllık Sanayileşme Planları yapılmış; sosyal sabit sermaye yatırım alanlarından biri olarak görülen sağlık hizmetleri merkezi bütçeden karşılanmıştır. Bu doğrultuda sağlık alanı da plan dışında tutulmuştur. Sanayileşme planları ile kamu teşebbüsü yoluyla özel sektöre ara mal üretiminin gerçekleştirilmesi amaçlanmış; sağlık, savunma gibi hizmetler pür kamu malı olarak görüldüğü için söz konusu planlarda yer almamıştır (<http://www.journals.istanbul.edu.tr/iusoskon/article/view/1023006477>, [Erişim: 10.06.2016]).

arasındaki ilişki (Çiner ve Fişek, 2010: 292) de kurulmuştur. Bu doğrultuda sağlık yatırımlarının gelişimi de sağlık planlaması üzerinden daha net ortaya koyulabilmektedir. Aşağıda sağlık yatırımlarının gelişimi ve sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri doğrultusunda nasıl dönüşüme uğradığını anlayabilmek adına bir dönemlendirme yapılmıştır.

4.1. 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Planlamaları

Planlı dönem olarak ifade edilen yıllarda sağlık hizmetleri plan dahilinde ele alınan konulardan birisi olmuş, sağlığa sosyal refahı artıran alan gözüyle bakılmıştır. Sağlık göstergeleri gelişmişlik göstergesi olduğundan Türkiye'nin sağlık için bütçeden yaptığı harcamalar diğer alanlara göre az da olsa sağlık, devlet tarafından bir yatırım alanı (insan esaslı) olarak görülmüştür. Ayrıca sağlık, iktisadi gelişmeye etki eden faktörlerden biri olarak (tarım, eğitim gibi) kalkınmanın bir aracı gibi ele alınmıştır. Eşitlik ilkesi gereği sağlık hizmetinden faydalanılması üzerinde durulmuş, tıpkı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirmesinde öngörüldüğü gibi kalkınma planının uygulanma süresi de on beş yıl olarak planlanmıştır.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık alanı için koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, Bakanlık aracılığıyla halk sağlığı hizmetlerinin sunulması amaçlanmıştır. Bu çerçevede Plan'da sağlık personelinin ülke genelinde eşit bir şekilde dağıtılması, toplum sağlığı hizmetleri ve yerli ilaç sanayinin geliştirilmesi, özel hastanelerin kurulmasının teşvik edilmesi, sağlık sigortasının kurulması, devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin kurulması gibi hedeflere (DPT, 1963: 414) yer verilmiştir.

Söz konusu dönemde sağlık yatırımları toplam yatırımların % 2,3'ü iken bu oranın daha da artırılması planlanmıştır. Temel sağlık göstergelerinden biri olan doğumda ölen bebek sayısı % 0,165 olarak açıklanmış, kişi başına düşen doktor sayısı ise dört binde bir olarak ifade edilmiştir. Bu dönemde hastanelerde on bin kişiye 2,6 doktor, bir hemşireye ise yüz on bir yatak düşmektedir.²⁶ Bu verilerden yola çıkarak Plan'da, sağlık politikasında hastane hizmetlerinin etkisiz ve pahalı olmasından hareketle koruyucu önlemlerin yer aldığı ve ayakta tedavinin mümkün olduğu bir sağlık programına geçilmesi gerektiği vurgulanmalıdır.²⁷ Sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri açısından kamu harcamalarının artırılarak kalkınmanın amaçlarına ulaşması hedeflenmiştir. Sağlık harcamasının on beş yıllık süre içinde iki katı kadar artırılması planlanmıştır. Bu bağlamda sağlığa yapılacak yatırım kişilerin refah düzeyinde toplu bir artış gösterecektir. Aynı şekilde kalkınmanın iktisadi amaçlarına ulaşması

²⁶ Bebek ölüm oranı ABD için binde yirmi altı Almanya için ise binde otuz altı olarak gösterilmiştir. On bin kişiye düşen doktor sayısı ise ABD için on iki Almanya için on üçtür (DPT, 1963).

²⁷ Planda "Hasta bakımı hizmetlerinde az sayıda nüfusun faydalandığı ve pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine, evde ve ayakta tedaviyi sağlayan ve küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık teşkilâtının kurulmasına öncelik verildiği" belirtilmektedir (DPT, 1963: 406).

için kamu harcamalarının sosyal amaçların gerçekleştirilmesine yardım edecek şekilde artırılması planlanmıştır. Bu doğrultuda 1950’li yıllarda sağlık harcamalarına genel bütçeden ayrılan pay, 1960’larda sağlıkta yaşanan sosyalizasyon ile birlikte üç katına kadar çıkmıştır. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda toplumun ruh ve beden sağlığının yükseltilmesi, kalkınmanın amacı olarak gösterilmiş, sağlıktaki iyileşmenin ekonomik ve sosyal gelişme için zaruri olduğu belirtilmiştir.

Sosyalleştirme planında sağlık hizmetlerinin tek elden planlanması öngörülmüşken, bu hedefe ulaşılamamış; SSYB dışında diğer bakanlıklar, iktisadi teşekküller, SSK, tıp fakülteleri ve özel kuruluşların da sağlık hizmetlerine katıldıkları (DPT, 1968: 215-216) ifade edilmiştir. Bu dönemde doktor başına iki bin dokuz yüz hasta düşse de bölgeler arası gelişmişlik farklarından kaynaklanan personel dengesizliğinden şikâyet edilmiştir. Örneğin 1960’lı yıllarda İstanbul, Türkiye nüfusunun % 8,3’ünü barındırırken; doktorların % 40’ı ise yine İstanbul’da çalışmaktadır.²⁸ Koruyucu sağlık hizmeti veren doktor sayısının azlığı bir yana eğitime gönderilen doktorların % 30’unun yurt dışından gelmemesi sağlık politikasındaki dengesizliklerin başlıca sebebi olarak görülmüştür.²⁹

Bu dönemde ilçe ve köylerde kurulması planlanan sağlık ocakları, altyapı yatırımları eksikliği nedeniyle sosyalleştirme planındaki gibi işletilememiştir. Sürekli şikâyet edilen bir konu olarak hasta yatak sayısı verimli bir şekilde kullanılamamakta ve ihtiyaç olmayan yerlerde hastane bulunmaktadır. Örneğin 1965 yılı itibariyle yatak sayısı yetmiş bin civarında iken on bin kişiye yirmi iki yatak düşmektedir. Sağlık harcamaları açısından da sorunlara neden olan tedavi edici hizmetler, koruyucu sağlık hizmetlerinin geri planda kalmasına neden olmuştur. Bu doğrultuda yataklı tedavi kurumlarına ayrılan bütçe, toplam sağlık harcamalarının önemli bir kısmını teşkil etmiş; bu harcamalardan halk sağlığı için %10 hastaneler içinse % 60 oranında bir pay ayrılmıştır. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda sağlık ocaklarının kuruluş sistemi ve çalışma esaslarının Türkiye için en iyi uygulama metodu olduğu ifade edilmiştir. Bu bağlamda sağlık ocağı, sağlık evi, gezici sağlık istasyonları, verem savaş dispanserleri ve laboratuvarların kurulmasına devam edilerek tedavi edici kuruluşların yatak sayısının artırılması planlanmıştır. Özel sektörün yatak sayısının artırılması da yapılacak faaliyetler arasında sıralanmıştır. Sağlık yatırımlarından önce altyapı yatırımlarının tamamlanması, sosyalleştirmenin doğu illerinden başlayarak batıya doğru genişletilmesi planlanmıştır. Aynı şekilde tedavi hizmetlerinin yaygınlaşması için özel sektörün

²⁸ Takip eden yıllarda ise; İstanbul, İzmir ve Ankara illerinde hasta yatağı toplam yatak sayısının %45’ini geçmiştir (DPT, 1973: 111).

²⁹ Halk sağlığı politikası koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde tek başına yeterli olmamıştır. SSYB’nin 1960’lı yıllarda hızlı nüfus artışının önüne geçmek amacıyla aile ve nüfus planlamasını devreye soktuğu görülmektedir. Devletin sağlık hizmetlerinde önleyici ve koruyucu olması aynı zamanda nüfus üzerinde politikalar geliştirmesinin de yolunu açmıştır. Günümüzde nüfus planlaması konusunda tartışmalar alevlenirken bunun nedeni olarak SSYB’nin uyguladığı politikalar -aile ve nüfus planlaması- gösterilmektedir.

desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir. Yabancı sermaye ile yerli sermaye arasındaki sağlık yatırım farklarının kapatılması ve yerli olana öncelik verilmesi hedeflenmiştir. Tek bir sağlık sigortasının kurularak koordinasyonun sağlanacağı ifade edilmiştir (DPT, 1968: 219-224). Genel bir sağlık sigortasının kademeli olarak kurulması ile sağlık hizmetlerinde yaşanan finansman sıkıntısının aşılabileceği belirtilmiştir. Bunlara ilave olarak köylere kurulacak sağlık evlerinin halkın gönüllü katılımı ile sürdürülebileceği de İkinci Plan'da yer alan önemli gelişmelerdendir.³⁰

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda 1982 yılına kadar sağlık alanında iyileştirmelerin kamu eliyle yürütüleceği vurgulanmıştır.³¹ Bu dönemde sağlık hizmetleri sınıflandırması "özelliği gereği kamu görevi niteliğinde" sayılmıştır (DPT, 1973, 167). Sağlık yatırımlarının % 95'i devlet tarafından yerine getirilmiş, toplam harcamalar içinde sağlığa % 1,4 oranında kaynak ayrılmıştır.³² Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik politikalar dört planda da yer almış ve küçük yerleşim birimlerine varıncaya kadar sağlık hizmetlerinin götürülmesi öngörülmüş; tedavi edici hizmetler ile koruyucu hizmetlerin bir arada verilmesi gerektiği görüşü ile hareket edilmiştir (DPT, 1979). Bu dönemde sağlık sisteminin finansmanına yönelik yaşanan gelişmeler³³ sosyal yardımların artmasını tetiklemiştir.³⁴ Planlı dönemde sağlık hizmetlerinin finansmanın merkezi bütçeden karşılandığı eleştirileri (Orhaner, 2006: 10-11) olsa da sosyalleştirme uygulamalarının haricinde harcamalara, kullanıcıların iştirak edeceği belirtilmiştir. Sigorta sistemlerinin kurulması merkezi bütçe dışında sağlık harcamaları için fon sistemini geliştiren uygulama olarak görülebilir. Bu dönemde sosyal güvenlik kuruluşlarının gelir gider dengesi gözetilmiş olmasına karşın³⁵ 1983 yılı itibariye sigortalı çalışan sayısı beş milyonu geçerken, sigortalıların bakmakla sorumlu olduğu nüfus ise yirmi dört milyona yaklaşmıştır. Bu

³⁰ 1965 yılına kadar on yedi ilde on bin köye yaklaşık dört milyon kişiye sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti götürülmüştür (DPT, 1968: 244).

³¹ On bin kişiye bir sağlık ocağı, üç bin kişiye bir sağlık evi ve on bin kişiye otuz üç hasta yatağı; 1995 yılına kadar ise yedi bin beş yüz kişiye bir sağlık ocağı, iki bin beş yüz kişiye bir sağlık evi ve on bin kişiye elli yatak düşmesi hedeflenmiştir (DPT, 1973: 150).

³² Toplam sağlık harcamaları içinde üç milyar sekiz yüz milyon lira kamu; iki yüz milyon lira ise özel sektörün payı bulunmaktadır (DPT, 1973: 170).

³³ Türkiye'de sigorta sisteminin geç uygulanmasının sebebi olarak tarımsal işgücünün fazlalığı ve sanayileşmenin geç başlaması gösterilmiştir. 1961 yılında sigortalıların nüfusa oranı %9,5 iken; 1971 yılında bu oran %16,2'ye yükselmiştir (DPT, 1973: 797). İşçilere uygulanmakta olan sosyal sigorta sisteminden 1960'ların başında altı yüz seksen bin kişi yararlanırken; 1971 yılında bu sayı bir milyon dört yüz bini geçmiştir. İşsizlik ve sağlık sigortası olarak iki şekilde yararlanan program, bankaların kendi sandıklarının yanı sıra devlet memurları için Emekli Sandığı'nın kurulması ile çeşitlenmiştir. Ayrıca 1961 yılında Ordu Yardımlaşma Kurumu kurulmuş sigorta sistemi giderek ayrılmıştır. Bağımsız çalışanlar için ise 1971 yılında Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar adında bir sigorta sisteminin kurulacağı belirtilmiştir.

³⁴ Sigorta sistemlerinin sigortalama, prim kesintisi, emeklilik ve aylık bağlama gibi farklı uygulamalar göstermesi her plan döneminde şikâyet edilen konular arasında yer almıştır. Bu sebeple genel sağlık sigortasının herkesi kapsamı gerektiği ifade edilmiştir (DPT, 1979: 143).

³⁵ Sosyal güvenlik kuruluşlarının prim gelirleri dışında gelirleri bulunmasına rağmen sadece primler bile giderlerini karşılamaya yetmiştir. 1977 yılı itibariyle sosyal güvenlik kuruluşlarının gelirleri 49.548.507 lira iken; kurumun giderleri ise 32.878.083 liradır (DPT, 1979: 191).

durum merkezi bütçeden transfer edilen harcamaların³⁶ kaynağını ve bir anlamda da başlangıcını oluşturmaktadır.

Yukarıda yer verilen gelişmeler doğrultusunda sağlık sisteminde finansman sıkıntısı yaşanmasının sebebi olarak kamu harcamalarının artırılması gösterilebilir.³⁷ Bu dönemde koruyucu ve önleyici sağlık hizmetine yönelik politikalar devam etmiş; ancak personelin yurt içindeki dengesiz dağılımına neden olan faktörler (yetersiz uzmanlaşma, koordinasyon eksikliği, vb.) engellenememiştir (DPT, 1979: 144). 1978 yılında tam gün yasası³⁸ olarak bilinen ve kamuda çalışan hekimlerin özel muayenehane açamayacağına esaslarının belirlenmesi ile sosyalleştirme için önemli bir adım atılmış; ancak 1980 yılında darbe hükümetinin ilk faaliyetlerinden biri olarak bu yasa uygulamadan kaldırılmıştır (RG: 31.12.1980, Sayı:2368). Bu durum sağlık çalışanlarının özel muayenehane açabilmelerine olanak sağlamıştır.

4.2. 1980-2000 Yılları Arası Sağlık Planlamaları

1970 ve 1980’li yıllar³⁹ aynı zamanda DB’nin DSÖ üzerinden uyguladığı sağlık politikalarının başlangıcı sayılabilir. Bu dönemde başta DSÖ olmak üzere sağlıkta yerleşme söylemlerinin artması, Türkiye’de serbest piyasa ekonomisine geçiş gibi nedenler özel sektörün sağlığı yatırım alanı olarak değerlendirmesini kolaylaştırmıştır. Bu bağlamda Alma Ata Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı, 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (RG: 14.12.1983, Sayı: 18251), 1987 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, DSÖ öncülüğünde Türkiye’de uygulanmaya çalışılan sağlık projeleri, sağlığın sosyalleşmeden uzaklaşmasında önemli kırılmalar olarak görülmektedir.

³⁶ 1983 yılında çıkan 2926 sayılı kanun kapsamında tarım sektöründe çalışan ve bakmakla yükümlü olunan nüfusun sigortalıması ile birlikte on yıllık bir dönemde iştirakçi sayısında büyük bir artış beklendiği ifade edilmiştir. 1983 yılı itibarıyla Türkiye’nin nüfusunun %50’sinin sigorta kapsamında olduğu ve sosyal güvenliğin tüm nüfusa yaygınlaştırılacağı belirtilmiştir. Bu çerçevede sağlık ve sigorta sisteminde büyük finansman açıklarının yaşanacağı beklentisi oluşmuştur (RG: 20.10.1983, Sayı:18197).

³⁷ DB 1993 yılında hazırladığı kalkınma raporunda yoksullar için sağlık hizmetlerinin devlet tarafından karşılanması gerektiğini ifade etmiştir. Böylelikle merkezi bütçeden yeşil kart gibi uygulamalara kaynak aktarılmıştır (World Bank, 1993). Yoksulların sağlık hizmetlerinden yararlanılması için getirilen Yeşil Kart uygulaması Türkiye’de 1992 yılında yürürlüğe girmiştir (RG: 13.08.1992, Sayı: 21314). Türkiye’de uygulanan sosyalleşme programı emeklilik yaşının düşürülmesini de beraberinde getirmiştir. Sosyal Sigorta Kurumu’nun emeklilik maaşına yaptığı ödemelerin yanı sıra ilaç ücretleri için ayırdığı kaynakta daralmalar baş göstermiştir. Emekli Sandığı’nın fonları gayrimenkullere yatırılmış 1970’li yıllarda gayrimenkullerde büyük bir artış yaşanmıştır. Finansman sıkıntısına neden olacak gerekçeler arasında yer alan fonların kullanım alanları ilerleyen zamanlarda büyük eleştiriler almıştır.

³⁸ “Bu Kanun kapsamında çalışan personel, hariçte serbest olarak sanat ve mesleklerini icra edemezler, resmi ve özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli veya sözleşmeli olarak mesleki görev alamazlar...”, (RG: 29.06.1978, Sayı: 16341).

³⁹ 1944 Bretton-Woods kuruluşları olan IMF ve DB, ilk olarak savaştan tahrip olmuş Batı Avrupa ülkelerinin yeniden inşası ve bu ülkelerin savaş ekonomisinin olumsuz etkilerini gidermek için az gelişmiş ülkelerin kalkınması amacıyla kurulmuştur. 1970’lerin sonunda yeni sağın yükselişi ile IMF ve DB’de yapısal değişikliğe gidilerek, kredilerin niteliği değişmiş, üye ülkelere kredi açma, borç verme ya da borç erteleme koşullarını belirleyen politikalar yeniden ele alınmıştır (Korkmaz, 2003:9).

Türkiye’de sağlık dâhil, devletin kamu hizmetlerini sunduğu alanlarda yaşanan reformların neoliberal sistemin önkoşullarıyla uyumlu hale getirilme süreci 24 Ocak 1980 kararları⁴⁰ ile başlamıştır. Bu bağlamda sosyal devlet anlayışının getirdiği felsefe ile devletin sunması gereken bir hizmet olan sağlık hizmetleri, 1982 Anayasası⁴¹ ile devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış; devlet, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet verilmesini düzenlemekle yetkili kılınmıştır.

1980’li yıllardan itibaren sağlık alanında yürütülen politikalar genel olarak sağlığın devlet tarafından denetlenmesi ve planlanması, özel sektörün teşvik edilerek alanda daha aktif yer almasının sağlanması ve piyasa koşullarının geçerli olduğu bir sistemin kurulması doğrultusunda şekillenmiştir. Dolayısıyla sağlık politikalarında bu yönde değişiklik yapılabilmesi için çeşitli yasal ve yönetsel düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Bu uygulamalara ise sağlık hizmetlerinin devlete mali bir yük getirdiği, dolayısıyla devletin kaliteli, verimli bir hizmet sunmadığı anlayışı hâkim olmuştur.

Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından da yerine getirilebileceği ve sağlık harcamalarındaki artışın buna gerekçe olarak gösterilmesi 1982 Anayasası’nın 56. maddesinde şu şekilde yer bulmuştur:

“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.”

“Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

Sağlık hizmetlerindeki kamusal nitelik yukarıdaki maddede olduğu gibi esnetilmiş; alana özel sektörün dâhil olabilmesi için özel sektörden sağlık hizmeti satın alınmasının önü açılmıştır. Sağlık hizmetlerine erişim ve eşitlik çerçevesinde devletin sağlaması gereken hizmetler devletin yeniden düzenlediği bir alana dönüşmüştür.

1980’li yılların koşullarını yansıtan Beşinci Plan ile birlikte sağlık hizmetlerinin “eşit, sürekli ve etkili bir biçimde herkese ulaştırılması” hedeflenmiştir (DPT, 1985: 2). Planda ana-çocuk sağlığının geliştirilmesi ve temel sağlık hizmetleri ile birlikte yürütülmesi

⁴⁰ Turgut Özal’ın 1979’da Başbakanlık Müsteşarlığına getirilmesi ve ekonomik istikrar programı hazırlaması sonucunda; dış ticaret serbestleştirilmiş, günlük kur uygulamasına geçilmiş, destekleme ve sübvansiyonlar azaltılmış, yabancı sermaye yatırımları teşvik edilmiştir (Ataman, 2003: 51).

⁴¹ 1982 Anayasası’nın 56. maddesi ile sağlık hizmetleri, devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış ve devlet “sağlık kuruluşlarını tekelden planlayıp hizmet verilmesini düzenlemekle” görevlendirilmiştir.

esas alınmıştır. Sağlık ocakları ve sağlık evlerinin sosyalleştirme planına uygun olarak yapımına devam edileceği belirtilmesine rağmen planda yataklı tedavi kurumları ile ilgili bir yatırımdan bahsedilmemesi dikkat çekmektedir. Hastaneler için ‘hastane işletmeciliği’ kavramı kullanılmış, rasyonel ve verimli olmayan hastanelerin yapımı engellenerek sağlık hizmetlerinin birbirinden ayrılmasının⁴² sağlanacağı ifade edilmiştir. Beşinci Planda bölge hastaneleri uygulamasından vazgeçilmediği de görülmektedir. Bölge hastaneleri uygulamasıyla pahalı olan hastane yapımı engellenmiş olacak ve işleyen bir sevk sistemi⁴³ ile hastalar sağlık ocaklarından başlayarak bölge hastanelerine sevk edilebileceklerdir. Sosyalleştirme planında özel hastanelerin çalışma koşulları ve muayene ücretleri SSYB tarafından belirlenirken Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile özel hastanelerin devlet eliyle teşvik edileceği ve muayene ücretlerinin serbest bırakılacağı ifade edilmiştir. Bu doğrultuda kamu kurumlarının sağlık hizmeti vermeye yönelik tesis kurma girişimlerinin de engelleneceği düşünülmüştür. Ayrıca hekimler ile anlaşma yaparak özel hastanelerden hizmet satın alınmasına yönelik düzenlemelerin yapılacağı da bir diğer önemli husus olarak planda yer almıştır.

1990’lı yıllardan itibaren gündeme gelen yapısal reformlar birtakım projeler çerçevesinde uygulanmaya çalışılmıştır. Özel sektörün söz konusu tarihlerle birlikte sağlık alanında devlet teşviki uygulamasından yararlanmaya başlaması, kamu harcamalarında sıkı maliye politikalarının güdülmesi, 5 Nisan Kararları⁴⁴ olarak bilinen ekonomik yaptırımların devreye girmesi gibi gelişmeler Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı’ndan itibaren kalkınma planlarında etkisini hissettirmiştir. Altıncı Plan’da ülkenin genelinde uygulanan sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması politikası, sonraki planlarda bölgeler arası dengesizlikleri gidermeye yönelik olarak değişmiş; sağlık alanında örgütlenmeye yönelik reformlar bu doğrultuda gerçekleşmiştir. 1990’lı yıllardan itibaren kamunun sağlık alanındaki yatırımları azalmaya başlarken sağlık harcamalarındaki maliyet artışı gerekçe gösterilirken sağlık alanında yapısal reformlar dönemi başlamıştır. Altıncı Plan’dan sonraki planlarda da sağlık hizmetlerinde modern işletmecilik anlayışına geçilmesi, hastanelere idari ve mali özerklik verilmesi gibi söylemlerle sağlıkta dönüşümün yönü belirlenmiştir.

⁴² Planda poliklinik ve idari hizmetlerin birbirinden ayrıştırılması öngörülmüştür.

⁴³ Planda sağlık müracaat zinciri olarak kullanılan kavram günümüzde de (hasta sevk zinciri) aile hekimliğinden yapılacak sevkler ile şehir hastaneleri için kullanılacaktır.

⁴⁴ 1990’lı yıllar kamu borçlarının azaltılması için özelleştirmelerin hız kazandığı bir dönem olarak da bilinmektedir. “5 Nisan Kararları”, <http://www.milliyet.com.tr/5-nisan-1994-kararlari-/ekonomi/ydetay/1863180/default.htm>, ([Erişim Tarihi: 21.05.2017]).

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı⁴⁵ 1990-1993 yılları arasında sıkı para ve maliye politikalarının, 1994 yılından itibaren ise yapısal reformların uygulamaya konulduğu bir plandır (DPT, 1995: 6). Bu dönemde sağlık politikası ise koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yöneliktir. Temel sağlık göstergeleri; bebek ölüm hızı, vatandaşların yaşam süresi, kişi başına düşen doktor ve hemşire sayısı gibi kriterlerden oluşmaktadır. Ayrıca Plan'da modern işletmecilik anlayışı doğrultusunda hastanelerin işletilmesi, hasta bilgi-kayıt sistemlerinin kurulması, hasta sevk sisteminin işletilmesi ve sağlık yatırımlarında özel sektörün teşvik edilmesi gibi ifadeler yer almaktadır. Plan'da koruyucu sağlık hizmetlerinde yeterli gelişme gösterilemediğinden dolayı tedavi edici hizmetlere olan talebin arttığı ve söz konusu durumun verimsizliğe neden olduğu ileri sürülmektedir. Bu doğrultuda kırsal alana götürülen sağlık hizmet ve ünitelerinin yaygınlaştırılacağı belirtilmektedir (DPT, 1989: 321). Altıncı Plan'da sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sektörden yararlanılması için yeni finansman tekniklerinin geliştirilmesi üzerinde durulmuş; sağlık hizmetlerinin ülke sathına yayılması amaçlanmıştır. Sonraki planlarda olduğu gibi bölgeler arası dengesizlikleri gidermeye yönelik bir sağlık politikası ise güdülmemiştir.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1996-2000) *Temel Yapısal Değişim Projeleri* başlığı altında sağlık reformuna yer verilmiştir. Plan'da tarım, sanayi, eğitim ve teknoloji gibi başlıklar ekonomik-sosyal göstergeler ile birlikte yer almıştır. Bu doğrultuda Plan'da Avrupa Birliği (AB) ile entegrasyonun önemi vurgulanırken, uluslararası ticaret anlaşmalarının da getirdiği yükümlülüklerin piyasa ilişkileri için artan bir önemde olduğu belirtilmektedir. Rekabet ve uluslararası bağımlılığın zorunlu sonucu olarak devletin rolü ve örgütlenmesinin de söz konusu yükümlülükler doğrultusunda değişmesi gerektiği önemle belirtilmektedir.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı aynı zamanda özel sektörün teşvik edilmesine yönelik düzenlemeleri içermektedir. Bu doğrultuda Plan'da 5 Nisan 1994 tarihinde Ekonomik Önlemler Uygulama Planı'nın uygulamaya konulduğu vurgulanarak kamu açıklarının kapatılması ve kalkınmada özel sektörün teşvik edilmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır. Bu dönemde özel sektörün yap-işlet-devret modeli ile kamu altyapı yatırımlarını gerçekleştirmesini sağlayacak yasanın yürürlüğe girdiği (RG:13.06.1994, Sayı: 21959) sosyal güvenlik kuruluşlarının ise kaynak yaratma girişimlerinde bulunduğu belirtilmelidir. Plan'da ayrıca sağlık hizmetlerinin mevcut sorunlarına yer verilmiş sağlık örgütlenmesinin parçalı yapıda olmasının yarattığı koordinasyon ve iletişim eksikliğine dikkat çekilmiştir. Plan'da temel sağlık hizmetlerinin yeterince

⁴⁵ Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, ekonomik göstergelerin yer aldığı ve genellikle ithalat ve ihracat üzerine yoğunlaşan bir plandır. Planın amacı "...refah seviyesini açık toplum ve rekabete açık ekonomi ilke esasları doğrultusunda yükseltmek..." olarak ifade edilmektedir (DPT, 1989).

geliştirilemediği, sağlık insan gücünden yararlanılmadığı bu bağlamda bölgesel dengesizliklerin sürdüğüne ve GSS’ye geçilemediğine de değinilmiştir (DPT, 1995: 10-14).

Tablo 1. Hastane ve Hasta Yatak Sayıları (DPT, 1995: 14)

Kuruluşlar	Hastane Sayısı (1989)	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı (1994)	Yatak Sayısı
Sağlık Bakanlığı	549	68,258	666	77,753
Milli Savunma Bakanlığı	42	15,900	42	15,900
SSK Genel Müdürlüğü	91	20,129	115	25,196
KİT’ler	15	2,146	11	2,099
Diğer Bakanlıklar	3	780	2	680
Tıp Fakülteleri	24	17,749	29	19,852
Belediyeler	5	1 160	5	1,160
Yabancılar	8	670	6	560
Azınlıklar	5	934	5	934
Dernekler	10	621	10	741
Özel	102	3,614	133	5,690
Toplam	854	131,961	1024	150,565

Yukarıdaki tabloda 1989-1994 yılları arasında Türkiye’de faaliyet gösteren hastaneler ve bu hastanelere ait yatak sayıları gösterilmektedir. Özel sektöre ait hastane sayısı 1989 yılı itibarıyla 102 iken; beş yıl içinde bu rakam % 30 artış göstererek 133’e yükselmiştir. Ayrıca özel hastanelerinin sayısal artışından daha da önemli bir husus olarak özel hastanelere ait yatak sayılarında da muazzam bir artış yaşandığını söylemek gerekir. Özel hastanelerin yatak sayısı söz konusu dönem içinde % 60 artarak beş bini geçmiştir. Kamu sağlık kuruluşları ise gerek hastane sayıları gerekse yatak sayıları ele alındığında özel sektördeki gibi sıçrama gösterememiş ve bu durumun sebebi olarak⁴⁶ hizmet kullanımındaki verimsizlik gösterilmiştir. Yedinci Plan’da kamu politika alanlarına yönelik yapılacak hukuki ve kurumsal düzenlemeler ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Bu bağlamda sağlık alanında örgütlenme, denetim ve personel konuları ayrı bir başlık halinde reform alanı olarak belirlenirken, Sağlık Bakanlığı’nın görev ve teşkilat yapısına yönelik düzenlemeler hizmet sunumu ve yönetim başlıklarıyla sağlık reformu projesi olarak yer almıştır (DPT, 1995: 223-226). Dolayısıyla Yedinci Plan ile birlikte sağlık hizmetlerinde reforma yönelik birtakım düzenlemelere gidileceği anlaşılmaktadır. Aşağıda da ele alınacağı üzere sağlık alanında yatırıma yönelik gelişmeler kamu ve özel hastanelerin sayısı ve bunların sahip olduğu yatak sayısı üzerinden bir değerlendirme imkânı sunmaktadır.

⁴⁶ Sağlık politikalarının ilerlememesinin nedeni olarak alınan kararların sürekli olmaması ve hazırlanan mevzuatın hemen uygulanmayışı gösterilmektedir. Kamu sağlık kuruluşlarının hizmet sunumu ve finansmanını bir arada bulundurmasının planlama ve uygulamada sorunlar yarattığı ifade edilmektedir. Verilere göre hasta yataklarının % 95’i; koruyucu sağlık hizmetlerinin ise tamamı kamuya aittir. Ayrıca sağlık enformasyon sistemlerinin kurulması ve tek tip kayıt sistemine geçilmesi planlanmakta bu doğrultuda Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyişi Kanunu’nun çıkarılacağı belirtilmektedir. Hasta sevk sisteminin kurulmadığı 224 sayılı Kanun’un kırsal alanlarda işlevsel olmadığından yakınmakta; il sağlık hizmetlerinin güçlendirileceği ve merkezi idarenin sorumluluklarının azaltılacağı belirtilmektedir (DPT, 1995: 41).

Tablo 2. 2002 Yılı İtibariyle Kurumlara Göre Yatak Sayısı

Kurumlar	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler	Özel Hastaneler	Diğer
Hastane sayısı	774	50	270	61
Yatak Sayısı	107.394	26.341	12.387	18.394

Tablo 2’de 2002 yılı itibariyle Türkiye’de kamu ve özel sektöre ait hastane ve yatak sayıları yer almaktadır. Kamu ve özel hastanelere ait hastane ve yatak sayılarını karşılaştırmak için Tablo 1 ve Tablo 2’deki verileri kullanarak bir değerlendirme yapmak gerekirse: 1990’ların sonunda Türkiye’deki hastanelerde yaklaşık yüz otuz yedi bin yatak bulunurken, bu sayı % 20 artış göstererek 2002 yılı itibariyle yaklaşık yüz altmış beş bin yatağa çıkmıştır. Ancak 1994-2002 yılları arasında özel hastane sayısı yaklaşık % 100 artış ile 133’ten 260’a kadar çıkmış; bu hastanelere ait yatak sayısı ise beş binden % 150 artış ile on iki bine kadar yükselmiştir. Bu durum özel hastanelere yönelik uygulanan teşvik politikasına bağlı olarak hastane ve yatak sayılarının arttığını göstermektedir. 2000’li yıllar ile birlikte başka bir değişiklik de sağlık planlamasının kalkınma planlarındaki projelerden daha farklı bir programa taşınarak uygulanmaya çalışılmasıdır. Diğer bir ifadeyle 2000’li yıllara kadar sağlık alanında gerçekleştirilmeye çalışılan uygulamalar planlarda ayrıntılı bir şekilde yer alırken bu tarihlerden sonra aynı uygulamalar SDP olarak isimlendirilmiştir. Aynı zamanda daha sonra ele alınacağı üzere SDP ile yukarıda yer alan tablolardaki kriterler de değişiklik göstermeye başlamıştır. Türkiye’nin sağlık politikalarına yönelik söz konusu değişiklikler sağlık reformlarıyla hız kazanmıştır.

5. SONUÇ

Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte mevzuat çalışmaları başlatılmış olmasına rağmen sağlık sistemine ilişkin kayıtlar oluşturulamamış, ancak savaş yıllarının ortaya çıkardığı sorunlar ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Bu dönemde merkezi idare önleyici sağlık hizmetlerine yönelik çalışmalarda bulunurken yerel yönetimler, tedavi edici hizmetleri yerine getirmiştir. Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşundan 1960’lı yıllara kadar sağlık alanında önleyici hizmetlerden başlamak üzere sırasıyla tedavi edici hizmetler ve eğitim araştırma hizmetleri olmak üzere sağlık planlaması yapılmıştır. 1960’lı yıllar ile birlikte sağlık hizmetlerinin ülke genelinde sosyalleştirilmesi planlanmıştır. Sağlık örgütlenmesinin adım adım kurulması, merkezi idarenin sağlık alanında kendini sorumlu görmesi ile gelişmiş; sağlık yatırımları ise belirli planlamalar çerçevesinde yürütülmüştür. DPT’nin Sosyal Planlama Dairesi bünyesindeki sağlık planlaması birimi aracılığıyla Türkiye’de plan ve sağlık arasındaki ilişki de kurulmuştur. Sağlıkta sosyalizasyon, devletin sağlık hizmetlerini her yurttaşı için eşit bir şekilde verme ve tedavi imkânlarını sağlamak olarak tanımlanmaktadır. Ancak sağlıkta sosyalleştirme planının başarıya ulaşamaması ve ardından uygulanan

neoliberal politikalar, sağlıkta öncelikli alanlara yapılacak yatırımı ve hastane planlamasını piyasa ilişkileri doğrultusunda dönüştürmüştür.

Planlı dönem olarak ifade edilen yıllarda sağlık hizmetleri plan dahilinde ele alınan konulardan birisi olmuş, sağlığa sosyal refahı artıran alan gözüyle bakılmıştır. Sağlık göstergeleri gelişmişlik göstergesi olduğundan Türkiye’nin sağlık için bütçeden yaptığı harcamalar diğer alanlara göre az da olsa sağlık, devlet tarafından bir yatırım alanı olarak görülmüştür. Ayrıca sağlık, iktisadi gelişmeye etki eden faktörlerden biri olarak kalkınmanın bir aracı gibi ele alınmıştır. 1980’li yıllardan itibaren sağlık alanında yürütülen politikalar genel olarak sağlığın devlet tarafından denetlenmesi ve planlanması, özel sektörün teşvik edilerek alanda daha aktif yer almasının sağlanması ve piyasa koşullarının geçerli olduğu bir sistemin kurulması doğrultusunda şekillenmiştir. Dolayısıyla sağlık politikalarında bu yönde değişiklik yapılabilmesi için çeşitli yasal ve yönetsel düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Bu uygulamalara ise sağlık hizmetlerinin devlete mali bir yük getirdiği, dolayısıyla devletin kaliteli, verimli bir hizmet sunamadığı anlayışı hâkim olmuştur. Bu durumun en somut göstergesi ise kalkınma planlarında net olarak görülmektedir. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında ülkenin genelinde uygulanan sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması politikası, sonraki planlarda bölgeler arası dengesizlikleri gidermeye yönelik olarak değişmiş; sağlık alanında örgütlenmeye yönelik reformlar bu doğrultuda gerçekleşmiştir. 1990’lı yıllardan itibaren kamunun sağlık alanındaki yatırımları azalmaya başlamış; sağlık harcamalarındaki maliyet artışı gerekçe gösterilirken sağlık alanında yapısal reformlar dönemi başlamıştır. Altıncı Plan’dan sonraki planlarda da sağlık hizmetlerinde modern işletmecilik anlayışına geçilmesi, hastanelere idari ve mali özerklik verilmesi gibi söylemlerle sağlıkta dönüşümün yönü belirlenmiştir.

KAYNAKÇA

- Akdur, R. (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması, *AÜ TF Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, (Ankara: Ankara Üniv. Yayınları).
- Ataman, M. (2003). Özalist Dış Politika: Aktif ve Rasyonel Bir Anlayış. *Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi*, (2), 49-64.
- Aydın, E. (2002). Türkiye Cumhuriyeti’nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri, *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 31(3), 183-192.
- Charles Sir John A. (1961), “Türkiye’de Sağlık İşlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Rapor”, *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar*, Ragıp Üner- Nusret H. Fişek (Ed.), Yayın No: 256, (Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı).
- Çiner, Can Umut ve Gürhan Fişek (2010), “Sağlıkta Sosyalleştirme “Genel” ile “Yerel”in Önemi, *Prof. Dr. Kurthan Fişek için Yönetim Üzerine*, (Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi), 289-296.
- DPT (1963), *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)*, Ankara.
- DPT (1968), *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)*, Ankara.
- DPT(1973), *Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)*, Ankara.
- DPT(1979), *Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)*, Ankara.
- DPT(1985), *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)*, Ankara.
- DPT(1989), *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)*, Ankara.
- DPT(1995), *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)*, Ankara.
- Fişek Nusret, “Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları”,

- http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html, (18.03.2016).
- Fişek Nusret, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Üzerinde Çalışmalar”, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/20.html, (22.05.2016).
- Korkmaz Tülay (2003), “Türkiye’nin Kullandığı Uluslararası Krediler ve Çevre (IMF ve DB)”, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Çevre Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Olle P. V. (1961), “Türkiye’de Genel Sağlık İdaresi”, *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar*, Ragıp Üner- Nusret H. Fişek (Ed.), Yayın No: 256, (Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı).
- Orhaner, E. (2006), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(1), 1-22.
- Övgün, B., & Küçük, A. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Ölçeklendirme: Bölge Uygulamaları, *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1), 57-80.
- Övgün, B. (2013). Değişmeyen Kamu Politikası: Kamu Yönetimi Reformu. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 13(2), 325-339.
- Övgün, B., & Kantaş, Ö. (2017). Kamu Yönetimi Reformunun Psikolojik Süreci Ve İnsan Unsuru. *Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences*, 26(1), 313-326.
- Özyurt, Hasan (2016), “Atatürk Dönemi Birinci ve İkinci Beş Yıllık Sanayileşme Planları ve Türk Ekonomisindeki Yapı Değişikliğine Etkileri (1933-1938)” <http://www.journals.istanbul.edu.tr/iusoskon/article/view/1023006477>, (10.06.2016).
- Özyurt, H. (1981). Atatürk Dönemi, Birinci ve İkinci Beş Yıllık Sanayileşme Planları ve Türk Ekonomisindeki Yapı Değişikliğine Etkileri (1933-1938). *Sosyoloji Konferansları*, (19), 119-148.
- Pala, Kayıhan (2007), *Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu*, Bursa.
- RG, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, RG: 14.04.1928, Sayı: 863.
- RG, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, RG: 06.05.1930, Sayı: 1489.
- RG, 17207 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, RG: 31.12.1980, Sayı: 2368.
- RG, 2162 sayılı Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun, RG: 29.06.1978, Sayı: 16341.
- RG, 2219 sayılı Hususî Hastaneler Hakkında Kanun, RG: 05.06.1933, Sayı: 2419.
- RG, 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu, RG: 20.10.1983, Sayı: 18197.
- RG, 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu, RG: 23.06.1936, Sayı: 3337.
- RG, Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun, RG:13.06.1994, Sayı: 21959.
- RG, Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelik, RG: 13.08.1992, Sayı: 21314.
- RG, Özel İdare Hastanelerinin Muvazenei Umumiyeye Devri ve 4862 sayılı Kanuna Bağlı (1) ve (2) sayılı Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 15.07.1953, Sayı: 8458.
- RG, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik, RG: 09.09.1964, Sayı: 11802.
- RG, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, RG: 12.01.1961, Sayı: 10705.
- RG, 181 sayılı Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname, RG: 14.12.1983, Sayı: 18251.
- RG, İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu, RG: 16.07.2015, Sayı: 6058.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1961), *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar*, Ragıp Üner- Nusret H. Fişek (Ed.), Yayın No: 256, (Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı).
- “Sağlık Bakanlığı’nın Tarihçesi”, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/tarihce.html>, (14.06.2016).
- Saltman, R. B., & Figueras, J. (1999). Avrupa Ülkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim*, 14(5), 384-396.
- Sihhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti, *Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler*, T. C. Ziraat Bankası Matbaası, No:177, Ankara, 1954.
- Sağlık Bakanlığı (2003), *Sağlıkta Dönüşüm 2003*, Ankara.
- Sürgit, K. (1972). *Türkiye’de İdari Reform* TODAİE, Ankara.
- “1921 Anayasası”, <http://www.sabah.com.tr/yazarlar/safak/2012/01/06/1921-anayasasi>, (10.06.2016).
- “5 Nisan Kararları”, <http://www.milliyet.com.tr/5-nisan-1994-kararlari-ekonomi/ydetay/1863180/default.htm>, (21.05.2017).
- Üner Ragıp ve Nusret Fişek (1961), *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar*, (Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı).
- World Bank (1993), *World Development Report 1993: Investing in Health*, (Washington, D.C: Oxford University Press).

Yeginboy Yasemin ve Şevket Sayın (2008), “Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları”, 2. Ulusal İktisat Kongresi, (İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi).

EXTENDED ABSTRACT

When the founding of the Republic of Turkey until the 1980s, the development of health services evaluation; it can be said that the state undertook more important roles in the basic health services created for the prevention of diseases. In the field of preventive health services, health care services were carried out throughout the country and therapeutic services remained under the responsibility of local authorities until a certain time. However, depending on the increase in population and social needs, organization has been carried out in therapeutic centers in certain centers. Therefore, it can be said that health services are carried out together in this sense. Expensive hospital services bring about the introduction of an insurance system and a health system to be financed by the contributions of users. In Turkey, in this case the National Health Program and the Health Bank's with the understanding of the country to finance the state's health services were intended to be carried out via own dynamics.

In the years mentioned as planned period, health services was one of the subjects discussed in the plan and health was considered as the area that increased social welfare. Expenditures made from the budget for Turkey's health is the health indicators of development indicators, albeit less than other areas of health, was seen as an investment by the state. In addition, health is considered as a means of development as one of the factors affecting economic development. In line with the principle of equality, the use of health services is emphasized, and the period of implementation of the development plan, as envisaged in the socialization of health services, is planned as fifteen years.

In the First Five-Year Development Plan, priority was given to preventive health services for the health field and to provide public health services through the Ministry. In this framework, the targets included the distribution of health personnel throughout the country, development of public health services and local pharmaceutical industry, promotion of private hospitals, establishment of health insurance and establishment of revolving fund system in state hospitals. Second Five-Year Development Plan and the establishment of health centers system was expressed that the working principles of the best practice method for Turkey. It is planned to complete the infrastructure investments before the investments in health and to expand the socialization from the eastern provinces to the west. In the same way, it was stated that the private sector should be supported in order to expand the treatment services. It was emphasized that until the year of 1982, improvements in the field of health will be carried out by the public in the Third Five-Year Development Plan. In this period, the classification of health services was considered

liđi as a public duty due to its nature Bu. In this period, the developments in the financing of the health system triggered the increase of social assistance. In the planned period, despite the criticism that health services were financed from the central budget, it was stated that the users would participate in the expenditures except the socialization practices.

The 1970s and 1980s could also be considered as the beginning of the health policies of the WB on WHO. Increased decentralization discourse on health, including WHO especially in this period, such as why the transition to a free market economy in Turkey has facilitated the assessment of the private sector to invest in health. Since the 1980s, the policies carried out in the field of health have been shaped in line with the supervision and planning of health by the state, encouraging the private sector to become more active in the field and establishing a system where market conditions are valid. Therefore, various legal and administrative arrangements have been made in order to make this change in health policies. These practices have been dominated by the understanding that health services bring a financial burden on the state, and thus the state cannot provide quality and efficient services.

With the fifth plan, it is aimed to reach the health services equally, continuously and effectively to everyone. The concept of hospital management was used for hospitals and it was stated that the construction of rational and non-productive hospitals would be prevented and the separation of health services would be ensured. In the fifth plan, it is observed that the application of regional hospitals is not abandoned.

Developments in the private sector, such as the introduction of government incentives in the field of health, and the introduction of tight fiscal policies in public expenditures, have made their impact on development plans from the Sixth Five-Year Development Plan. In the Sixth Plan, the policy of facilitating access to health services across the country has been changed to address interregional imbalances in subsequent plans; reforms to organize in the health sector have been realized in this direction. Since 1990s, while the public sector's investments in health sector decreased, the cost of health expenditures increased, the period of structural reforms in the health sector started. In the plans following the Sixth Plan, the direction of modernization in health services and the direction of health transformation by the discourse of giving administrative and financial autonomy to hospitals were determined. In the Seventh Plan, the legal and institutional arrangements for public policy areas are discussed in detail. In this context, in the field of health, organization, supervision and personnel issues were determined as a separate area in the field of reform, while the regulations on the task and organizational structure of the Ministry of Health were included in the health reform project with service provision and management topics.