



Serdar Kenan GÜL – Mustafa CAN

TÜRKİYE'DE
SAĞLIK REFORMU VE
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM
PROGRAMI



TÜRKİYE'DE SAĞLIK REFORMU VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Prof. Dr. Serdar Kenan GÜL¹

Mustafa CAN²

¹ Kastamonu Üniversitesi İİBF, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü,
skgul@kastamonu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-4771-9202

² Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü, emustafacan@gmail.com, ORCID: 0009-0006-8267-5619

*Türkiye’de Sağlık Reformu ve Sağlıkta
Dönüşüm Programı*
Prof. Dr. Serdar Kenan GÜL, Mustafa CAN

Genel Yayın Yönetmeni: Berkan Balpetek
Kapak ve Sayfa Tasarımı: Duvar Design
Baskı: Şubat 2025
Yayıncı Sertifika No: 49837
ISBN: 978-625-5551-35-1

© Duvar Yayınları
853 Sokak No:13 P.10 Kemeraltı-Konak/İzmir
Tel: 0 232 484 88 68

www.duvar yayinlari.com
duvarkitabevi@gmail.com

ÖNSÖZ

Sağlık, insan yaşamının en önemli ve vazgeçilmez kaynağıdır. Sağlık, yalnızca tıbbi tedavi yöntemleri ve bireysel çabalarla elde edilmemekte, kamu hizmet ve politikaları, sosyoekonomik etkenler de sağlığın belirleyicileri olmaktadır. Devletler ve politika yapıcılar, sağlığın sosyal olgularını da değerlendirerek sosyal tıp olarak nitelenebilecek bir anlayışla sağlık politikalarını oluşturmaktadır. Sağlık politikalarının belirlenme süreci, son yüzyılda görülen demokratik yönetim anlayışı ve kamuoyu beklentileri, sağlığın finansmanı için kaynak arayışları sonucu ulusal ve uluslararası aktörlerin de katılımıyla şekillenmektedir.

Sağlık hizmetleri 1980’li yıllara kadar Türkiye’de tedavi edici, eğitim ve araştırma hizmetleri olarak sunulmuştur. Savaşlara bağlı göç ve sosyoekonomik koşullar, dünya genelinde salgın hastalıklara neden olmuş bu sebeple toplum sağlığını korumak için koruyucu sağlık politikaları geliştirilmeye başlanmıştır. Sağladıkları kredilerle ülkelerin sağlık politikalarında etkin rol oynamaya başlayan Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası gibi uluslararası örgütler, sağlıkta dönüşüm projeleri üzerinden destek vermiş ve bu sebeple kendi kurallarına koyarak sağlık politikasının belirlenmesinde finansal bir etken oluşturmuşlardır. Bu örgütler, reform niteliğinde geliştirdikleri formülasyonlarının Türkiye’de de uygulanabilmesi için birçok projeyi desteklemiş, düzenledikleri kongrelerle kamuoyunu da ikna ederek politikaların gündeme gelmesini sağlamışlardır. Bu bakımdan devletin dışındaki uluslararası aktörler olarak Türk sağlık sistemi ve sağlık politikalarının belirleyici unsurları olmuşlardır.

Bunun sonucu olarak Türkiye’deki sağlık sisteminde bir reform yapılması gerekliliği oluşmuş, son dönem olarak nitelenebilecek 2003 yılı ve sonrasında kapsamlı bir dönüşüm programı hazırlanarak uygulamaya konulmuştur. Bu kitapta, Türkiye’de yapılan sağlık reformları tarihsel süreç içerisinde incelenmekte ve Sağlıkta Dönüşümün Programı’nın sağlık sistemine olduğu kadar toplum üzerindeki etkilerine de ulaşabilmek için Türkiye’de sağlık sisteminin bu süreçteki gelişimi incelenerek, yapısal ve ekonomik etkileri değerlendirilmektedir.

Serdar Kenan GÜL – Mustafa CAN
Kastamonu, Şubat 2025

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ	1
2. KAVRAMLAR	3
2.1 Sağlık.....	3
2.2 Politika.....	3
2.3 Kamu Politikası	4
2.4 Sağlık Politikası	5
2.5 Sağlık Hizmetleri	5
2.6 Sağlık Finansmanı	6
3. SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ	7
3.1 Bireysel Belirleyiciler	7
3.2 Yaşam Tarzı Belirleyicileri.....	8
3.3 Sosyoekonomik Belirleyiciler.....	8
3.3.1 Gelir ve Yoksulluk Düzeyi.....	8
3.3.2 İstihdam ve Çalışma Koşulları.....	10
3.3.3 Sosyal Dışlanma ve Ayrımcılık	11
3.4 Çevresel Belirleyiciler	12
3.5 Genel Sosyal Yapı ve Hizmetlerin Belirleyicileri	14
3.5.1 Sosyal Destek Hizmetleri	14
3.5.2 Eğitim Hizmetleri	14
3.5.3 Ulaşım Hizmetleri.....	15
4. SAĞLIK POLİTİKALARININ BELİRLEYİCİLERİ	17
4.1 Sağlık Politikalarının Oluşturulması.....	17
4.2 Sağlık Politikasını Etkileyen Bağlamsal Faktörler	18
4.2.1 Durumsal Faktörler.....	18
4.2.2 Yapısal Faktörler	18
4.2.3 Kültürel Faktörler	18
4.2.4 Uluslararası (Dışsal) Faktörler.....	19
4.3 Sağlık Politikasını Etkileyen Aktörler	19
4.3.1 Ulusal Aktörler	19
4.3.1.1 Yasama ve Yürütme Organları	20
4.3.1.2 Bürokrasi.....	21
4.3.1.3 Yargı	21
4.3.1.4 Sivil Toplum Kuruluşları	22
4.3.1.5 Kamuoyu.....	23
4.3.1.6 Medya	24
4.3.2 Uluslararası Aktörler	25
4.3.2.1 Dünya Bankası (DB).....	26

4.3.2.2	Uluslararası Para Fonu (IMF)	27
4.3.2.3	Avrupa Birliği (AB).....	28
4.3.2.4	Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ).....	29
4.3.2.5	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD).....	31
5.	TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARININ GELİŞİMİ.....	33
5.1	Cumhuriyet Öncesi Dönemde Sağlık Politikaları.....	33
5.2	1920-1938 Dönemi Sağlık Politikaları	33
5.3	1938-1960 Dönemi Sağlık Politikaları	35
5.4	1960-1980 Dönemi Sağlık Politikaları	36
5.5	1980-2003 Dönemi Sağlık Politikaları	38
6.	2003 YILI İTİBARIYLA SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI	43
6.1	Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Reform Gerekçeleri	43
6.2	Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları	44
6.2.1	Etkililik.....	44
6.2.2	Verimlilik	44
6.2.3	Hakkaniyet.....	44
6.3	Sağlıkta Dönüşüm Programının İlkeleri	44
6.3.1	İnsan Merkezlilik.....	45
6.3.2	Sürdürülebilirlik	45
6.3.3	Sürekli Kalite Gelişimi	45
6.3.4	Katılımcılık.....	45
6.3.5	Uzlaşmacılık	45
6.3.6	Gönüllülük.....	45
6.3.7	Güçler Ayrılığı	46
6.3.8	Desentralizasyon.....	46
6.3.9	Hizmette Rekabet	46
6.4	Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenleri	46
6.4.1	Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı	46
6.4.2	Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası.....	47
6.4.3	Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi	49
6.4.3.1	Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği	49
6.4.3.2	Etkili, Kademeli Sevk Zinciri	49
6.4.3.3	İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri	50
6.4.4	Bilgi ve Beceriyle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü.....	50
6.4.5	Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları	51
6.4.6	Nitelikli, Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon.....	51
6.4.7	Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma	51
6.4.7.1	Ulusal İlaç Kurumu.....	51

6.4.7.2 Tıbbi Cihaz Kurumu	52
6.4.8 Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.....	52
6.5 Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Kalkınma Planlarının Hedefleri.	53

7. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONUÇLARI, YAPISAL VE EKONOMİK ETKİLERİ 55

7.1 Bileşenleri Bakımından Etkileri.....	55
7.2 Yapısal ve Ekonomik Etkileri.....	57
7.2.1 Sosyal Güvenlik ve Finansman	58
7.2.2 Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Aile Hekimliği.....	58
7.2.3 Özel Sağlık Kuruluşlarının Teşviki	59
7.2.4 Devlet Hastanelerinin Durumu	59
7.2.5 Şehir Hastanelerinin Kurulması.....	60
7.2.6 Sağlık Turizmi	64
7.2.7 Kalkınma Planlarında Hedeflenenler.....	65
7.2.8 Türkiye'nin Genel Sağlık Verileri ve Seçilmiş OECD Üyesi Ülkelerle Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması.....	66

8. SONUÇ 80

KAYNAKLAR 88

1. GİRİŞ

Sağlık, insan yaşamının en önemli ve vazgeçilmez kaynağıdır. Sağlık, yalnızca tıbbi tedavi yöntemleri ve bireysel çabalarla elde edilmemekte, kamu hizmet ve politikaları, sosyoekonomik etkenler de sağlığın belirleyicileri olmaktadır. Devletler ve politika yapıcılar, sağlığın sosyal olgularını da değerlendirerek sosyal tıp olarak nitelenebilecek bir anlayışla sağlık politikalarını oluşturmaktadır.

Sağlık, toplumun tüm kesimleri için önemli olmakla birlikte toplum sağlığı ve çevresel etkiler bakımından kamu hizmetlerinin öncelikli konuları arasındadır. Sağlık sistemleri, ülkelerin sağlık politikalarıyla şekillenen ve dönemsel olarak gelişmelere ve ihtiyaçlara bağlı olarak değişen sağlık hizmetinin uygulanma biçimi şeklinde ifade edilebilir. Sağlık sistemleri, bu sistemlerin kurulması, işlerliğinin sağlanması ve ihtiyaçlara göre yenilenmesi kamu yönetimi açısından önemlidir.

Bir ülkenin sağlık politikalarının belirlenmesinde toplumun beklentileri sosyoekonomik yapısı, eğitim durumu ve demografik özellikleri dikkate alınmakta, etkililik bakımından sağlık sistemi ve teknolojik alt yapının uygun olması, hizmetlerin finanse edilebilir ve sürdürülebilir olması beklenmektedir. Sağlık hizmeti sunumunun kimler tarafından nasıl yapılacağı ve nasıl ulaştırılacağı hususları önceden belirlenmelidir. Politika yapımında uluslararası anlaşmalarla korunan evrensel haklara ve anayasaya uyumlu olması gözetilmelidir (Aykır, 2014, s. 4). Kamu politikalarının ve hizmetlerinin sürdürülebilir olması, günün koşullarına göre her dönemde reform arayışlarına sebep olmuştur.

Sağlık politikalarının belirlenme süreci, son yüzyılda görülen demokratik yönetim anlayışı ve kamuoyu beklentileri, sağlığın finansmanı için kaynak arayışları sonucu ulusal ve uluslararası aktörlerin de katılımıyla şekillenmektedir. Sağlık hizmetleri 1980'li yıllara kadar Türkiye'de tedavi edici, eğitim ve araştırma hizmetleri olarak sunulmuştur. Savaşlara bağlı göç ve sosyoekonomik koşullar, dünya genelinde salgın hastalıklara neden olmuş bu sebeple toplum sağlığını korumak için koruyucu sağlık politikaları geliştirilmeye başlanmıştır.

Sağladıkları kredilerle ülkelerin sağlık politikalarında etkin rol oynamaya başlayan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Bankası (DB) gibi uluslararası örgütler, sağlıkta dönüşüm projeleri üzerinden destek vermiş, bu sebeple kendi kurallarını koyarak sağlık politikasının belirlenmesinde finansal bir etken oluşturmuşlardır.

Bu örgütler, reform niteliğinde geliştirdikleri formülasyonları Türkiye'deki projelerde uygulanabilmesi için kongreler düzenleyerek Türkçe metinler yazmış, kamuoyunu da ikna ederek politikaların gündeme gelmesi bakımından devletin

dışındaki uluslararası aktörler olarak sağlık politikalarının belirleyicileri olmuşlardır.

Türkiye’de 1., 2. ve 3. Kalkınma Planları sonrası sağlık sisteminin geliştirilmesine yönelik DSÖ’nün ve DB’nin finansmanına ihtiyaç duyulmuş, DB hazırladığı Sağlık Sektörü İncelemesi Raporu’yla reform gerekliliğini vurgulayarak bazı planlama önerileri sunmuştur. Raporun ardından Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) dönüşüm programının temelini oluşturacak Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü’nü hazırlamış, plan doğrultusunda düzenlenen 1. ve 2. Ulusal Sağlık Kongresi’yle uygulanacak olan sağlık politikasının teorileri belirlenmeye başlamıştır. DSÖ Avrupa Bölge Komitesinin “21. Yüzyılda 21 Hedef” planı doğrultusunda olgunlaşan ve AB Sağlık Mevzuatına uyum için stratejik planlama yapılarak sunulan reform çalışması, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak 2003 yılı itibariyle hayata geçmiştir.

SDP ile birlikte Türk sağlık sistemi, 2003 yılından itibaren büyük bir dönüşüm süreci yaşamıştır. Cumhuriyet’ten günümüze kısıtlı imkanlarla ve çeşitli sağlık politikalarıyla uygulanmaya çalışılan sağlıkta reform çabaları, bu kez finansal kaynak arayışının verdiği itici güç ve kapsamlı olarak hazırlanan etkili bir politikayla ortaya çıkmıştır.

Bu noktada araştırmanın temelini oluşturan şu sorulara cevap aranmıştır: SDP’yi belirleyen etkenler neler olmuş, uygulanmasıyla Türk sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerinin sunumunda nasıl bir dönüşüm beklenmiş, neler gerçekleşmiştir? Yapısal ve ekonomik olarak etkileri neler olmuştur? SDP uluslararası örgütlerin finansal bir dayatması mı? Yoksa Türk sağlık sisteminde gerekli hale gelen itici güç, sihirli bir dokunuş mudur?

Bu sebeple çalışmada SDP’nin Türk sağlık sistemi üzerindeki etkilerini ortaya koyabilmek için; sağlık politikalarını etkileyen sağlığın sosyal belirleyici olguları yerel ve ulusal aktörlerle birlikte ele alınarak SDP öncesi ve sonrasındaki gelişmeler bakımından Türkiye’deki sağlık sistemi tarihsel olarak incelenmiş; sağlık hizmetleri uygulamalarının sunumu ve finansmanında, SDP’nin amaç ve bileşenleri, sonuçları bakımından yapısal ve ekonomik etkileriyle değerlendirilmiştir.

Bu araştırma, temel olarak yerli ve yabancı akademik yayınlar üzerinden literatür taraması yöntemine dayandırılmıştır. Dönüşümün etkilerinin ortaya çıkarılması için yapılan yasal düzenlemeler ve değişiklikler incelenmiş, literatürde SDP ile ilgili birçok çalışmanın yapıldığı gözlemlenmiş, diğer çalışma bulgularıyla birlikte sonuçları tartışılmıştır.

2. KAVRAMLAR

2.1 Sağlık

Evrensel bir kavram olarak 1948 yılında DSÖ Tüzüğü'nde “*Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal refah yönünden de tam iyilik halidir*” tanımlaması yapılmıştır. Bu tanımla birlikte, sağlığın sadece bireysel bir olgu olmadığı, toplumsal yönünün de bulunduğu kabul görmüştür (Dünya Sağlık Örgütü, 1986, s. 1; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 1).

DSÖ tarafından 1986 yılında Cenevre’de imzalanan Ottawa Sözleşmesi’yle, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kontekstinde sağlık; soyut bir olgudan çok pozitif bir kavramda, fonksiyon olarak tanımlanabilen terimlerle, hayatın amacı dışında insanların fiziksel kapasiteleriyle günlük yaşantılarında, bireysel ve sosyoekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesini sağlayan temel bir kaynak olarak tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 1).

Ottawa Sözleşmesi ile birlikte sağlık kavramı temel insan haklarından biri olarak ele alınmaya başlamış, sağlık kavramına ve tam bir iyilik haline sahip olmak için refah, ekonomik ihtiyaçları sağlayacak kaynak, gıda ve barınma, sürdürülebilir bir ekosistem ve kaynakların kullanımını içeren bazı gereklilikler vurgulanmıştır. Sağlık için ön şart olarak kabul edilen bu fonksiyonlar; sosyoekonomik imkânlar, fiziksel çevre ve bireylerin yaşam biçimleri ile sağlık arasındaki bağlantıları öne çıkarmaktadır. Bütüncül sağlık anlayışının temeli olan bu bağlantılarla birlikte, günümüzde sağlığın ruhsal ve toplumsal boyutu da tanımlamanın içerisinde yer almaya başlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 1).

Sağlık, DSÖ tarafından temel insan haklarından biri olarak görülmele birlikte, tam bir iyilik hali için temel sağlık kaynaklarına tüm insanların erişimi sağlanmalıdır. Bunun için sosyoekonomik ve fiziksel çevre koşullarını sağlamada faaliyet gösteren tüm yönetim sistemleri ve yapılar, çalışmalarını bireylerin refahı ve toplum sağlığına olan etkisine ilişkin sonuçlarıyla birlikte, kapsamlı bir sağlık anlayışıyla ele almalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 1).

2.2 Politika

Politika, kavramsal olarak bir amaca yönelik bir araya getirilerek izlenen yol, kural, düzenleme, uygulama ve beyanlar olarak tanımlanmaktadır (Buse vd., 2005, s. 8). Politika için yapılabilecek en genel tanım ise; birey ya da belirli bir grubun, çeşitli konulara yönelik belirlenen hedeflerin belirlenmesi, bu hedeflerin gerçekleşmesinde kullanılacak öğelerin tayini yönünde alınan kararlardır. Türk Dil Kurumu’na (2024) göre politika: “Devletin etkinliklerini amaç, yöntem ve içerik olarak düzenleme ve gerçekleştirme esaslarının bütünü” olarak ifade

edilmektedir. Dilimizde ve diğer dillerde, politika (policy) kelimesi ile siyaset (politics) kelimesi, eş anlamda kullanılmaktadır. Eş anlam yüklenmesindeki temel sebep, politika belirleme süreci siyasi aktörler tarafından yerine getirilmekte, bu sebeple siyaset ve politika ayrı olarak düşünülmemektedir (Er, 2011, s. 44).

Politikalar, bütünüyle devletin almış olduğu eylem ve kararlar değil, aynı zamanda devletlerin bir durum karşısında eyleme geçmemesi de politik bir eylem olarak karşımıza çıkmaktadır. Politikaların belirlenmesinde gözetilen ortak hedef, toplumsal yararadır. Alınan politik kararlar sonucu düzenlemeler ve uygulamalar, toplumun tamamına elverişli durumu sağlaması beklenmektedir (Atabey, 2012, s. 112). Politikalar, günümüzde yazılı belge olması şartı aranmadan, nitelik bakımından uygulama olarak da ifade edilmektedir (İleri vd., 2016, s. 177).

2.3 Kamu Politikası

Kamu politikası, devletin kurumlarının eylem ya da eylemsizliklerini gerçekleştirmek için aldıkları kararların bütünüdür. Dye'a (1992, s. 2) göre kamu politikası; "siyasal iktidarın (devletin) yapmayı ya da yapmamayı tercih ettiği her türlü şey" olarak ifade edilmektedir. Anderson'a (2010) göre kısıtlı olan bu tanımın sistemli bir değerlendirme ile doğru bir ifadeye kavuşacağını savunmaktadır. Bu sebeple, yaptığı değerlendirme sonucunda Anderson (2010) kamu politikası kavramını: "Devlet organları ve kamu görevlileri tarafından geliştirilen, belli bir konu veya problem ile ilgili olarak aktör veya aktörler tarafından izlenen amaçlı eylemler ya da eylemsizlikler dizisi" şeklinde açıklamıştır (Anderson, 2010, s. 6-7).

Diğer bir ifadeyle kamu politikası; devletin yasal yetkilerle yaptırım gücünün var olduğu konularda, yetkili kamu kurumları ve kamu personelinin yürüttüğü her türlü eylem ve işlemlerdir (Akdoğan, 2011, s. 77). Bu bağlamda, Bakanlar Kurulu tarafından alınan ve toplumun bütün kesimini etkileyebilecek bir karar kamu politikası olabileceği gibi bir köyde muhtarın köyün ihtiyar heyetiyle birlikte aldığı karar da kamu politikası olarak değerlendirilmektedir (Göçoğlu, 2014, s. 8). Demokratik toplumlarda kamu politikası, halkın endişe duyduğu kamusal sorunların politik gündeme aktarılmasıyla bir probleme dayalı olarak meydana gelmektedir (Akdoğan, 2011, s. 77-78).

Spesifik ve karmaşık yapıda olan kamu politikası sürecinin temel prensibi gündem belirleme, düzenleme, uygulama ve izleme şeklinde dört evrede oluşmaktadır. İlk aşama, toplumun karşılaştığı sorunları önemine ve önceliğine göre gündemin belirlenerek sıralanmasıdır. Daha sonra yasama organı kararın yasalaşması için tasarlayarak düzenlemeler yapar. Uygulama aşamasında

kanunlaşan devlet politikaları, kurumlar tarafında işletilip son aşama olarak etkileri izlenmektedir (Cansever, 2020, s. 74).

2.4 Sağlık Politikası

Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu, 1948’de yayınladığı İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25. maddesine göre sağlık hakkı, temel insan haklarındandır. Bildirge, insanların kendisi ve ailesi için beslenme, giysi, barınma gibi temel ihtiyaçlarını destekleyecek sosyal hizmetlerle birlikte sağlık ve refahını sağlayacak insana yaraşır bir seviyede yaşamasını öngörüp; iradesi dışında gerçekleşen işsiz olma, hastalık ve yaşlılık gibi düşkünlük durumunda, sakatlık ve ekonomik sıkıntı halinde varlığına ihtiyaç duyulan, herkesin sahip olması zorunlu “güvence hakkı” tanımaktadır. Başta sağlık olmak üzere bu tam iyilik halini sağlamak, devletlerin temel ödevidir (İleri vd., 2016, s. 177).

Kavramsal olarak sağlık politikası: “Devletlerin sağlık sistemlerinde sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı belirleyen tüm eylemler” olarak ifade edilmekte ve sağlık üzerinde etkili olan kamu ve meslek örgütleri, gönüllü ve özel politik grupların tüm eylemlerini de kapsamaktadır. Geniş kapsamda ise sağlık politikası; sağlık hizmetlerinin sunulmasında benimsenen araçlarla izlenecek yol ve kararlar bütünüdür. Sağlık politikalarının belirlenme sürecinde, sunulan sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlığa doğrudan ya da dolaylı olarak etkileri bakımından, bağlamsal ve sosyal belirleyiciler dikkate alınarak çalışmalar yapılmaktadır (Atabey, 2012, s. 22).

2.5 Sağlık Hizmetleri

Bazı sosyal hizmetler vardır ki evrensel değerde olup tüm insanlar için vazgeçilmezdir ve tüm dünya ülkeleri için çözümlenmesi gereken ortak temel sorundur. Bu hizmetler, ülkelerin gelişmişlik düzeyini gözetmeksizin dünyadaki tüm sağlık örgütlerinin önceliğidir. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve DSÖ öncülüğünde; 1978 yılında Kazakistan’ın Alma Ata şehrinde yapılan Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı sonunda “2000 Yılında Herkese Sağlık” amacı ve ilkeleri belirlenerek, “Alma Ata Bildirgesi” hazırlandı. Bu bildiriye göre; insanların gereksinimi bakımından evrensel olan hizmetlerin tüm dünya ülkelerinin sağlık örgütleri tarafından, herkesin erişebileceği şekilde sunulması gereken asgari düzeyde sosyal ve sağlık hizmetleri şu maddelerle sıralanmıştır (Akdur, 1998, s. 17):

- Temiz suya erişim,
- Asgari sağlık koşullarına sahip barınma imkânı,
- Anne ve çocuk sağlığı, takibi, aile planlaması hizmetleri,
- Salgın hastalıklara karşı aşılama hizmetleri,

- Salgın hastalıklarla mücadele,
- Tıbbi ihtiyaçlara uygun teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri,
- Genel tedavilerde kullanılan temel ilaçlara erişim,
- Halkın sağlığı bilincinin artırılması ve geliştirilmesi.

Ülkeler için, bu temel ve vazgeçilmez olan sağlık hizmetlerini sağlık örgütlerince asgari düzeyde sunabilmesi ve geliştirmesi durumunda, ülkeler için temel sağlık hizmetleri varlığından söz edilebilmektedir (Akdur, 1998, s. 17).

Tüm canlılar sağlıklarını korumak için içgüdüsel davranış göstermektedir. İnsanlar ise sağlığını korumak ve iyileşmek için bazı tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyar (Altındağ ve Yıldız, 2020, s. 158). Sağlık hizmetleri son yüzyıla kadar, hastalıkların tedavi edilmesi yönünde çalışmalar olarak algılanmıştır. Günümüzde ise sağlığın sosyal bir olgu olduğu, toplumun devamlılığı için sağlığın korunması gerekliliği fark edilmiş, sağlık sorunları için tedavi hizmetlerinin dışında önleyici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri verilmeye başlanmıştır (Kılınç ve Tunç, 2004, s. 57; Döşkaya, 2019, s. 7).

2.6 Sağlık Finansmanı

Sağlık hizmetleri sunumunda, hem tıbbi malzemelerde yoğun teknoloji kullanılıyor oluşu hem de sağlıkta işgücü ihtiyacı sebebiyle, bireyler ve toplumlar için hizmet sunumuna erişim yüksek maliyetli olma özelliğine sahiptir. Sağlık hizmeti, genellikle bireylerin bir sağlık sorunu oluştuğunda talep edilmekte, hizmete erişim hayati önem taşımaktadır. Bireyler için öngörülemeyen bu durumun kamusal bir sorun olarak finanse edilmesi gerekmekte olup, fayda ve maliyeti açısından sağlık hizmetleri bütünüyle olmamakla birlikte kamusal hizmet özelliği taşımaktadır (Başol ve Işık, 2014, s. 4).

Sağlıksız bir toplum ekonomik olarak gelişemeyeceği için toplum sağlığının korunması katlanılması gereken bir maliyet olup, sağlık devletler için bir beka sorunu olup toplumun nüfusunun azalması bir varlık riski taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin fiyata duyarlılığının düşük olması, bireyler için tek başına karşılanamaz ve ikame edilemez oluşu, sağlık hizmetlerinde yaşanacak olumsuz bir durumu önlemede kalitenin önemi, sağlık hizmetinin fiyatlandırılmasında kısıt oluşturmakta bu sebeple sosyal güvenlik uygulamaları üzerinden devlet için yüksek maliyet yaratmaktadır (Başol ve Işık, 2014, s. 4).

Sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında ve hizmet sunumu ödemelerinde kamu kaynaklarından finansman, sosyal sağlık sigortaları, vergi finansmanları, özel sağlık sigortacılığı ve cepten ödemeler şeklinde finansman yöntemleri uygulanmaktadır (Başol ve Işık, 2014, s. 4).

3. SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ

Sağlığı belirleyen yaş, cinsiyet, genetik gibi faktörler ve bireylerin yaşam tarzları çekirdeğin merkezini oluşturmakta iken, dış katmanları çevreleyen alanda toplumun sağlık düzeyini etkileyen ekonomik, sosyal ve kültürel etkiler yer almaktadır. Bu nicelikler bakımından, sağlık politikalarının belirlenmesi, uygulanması ve hizmet sunumunda; bireysel özelliklerin yanı sıra toplumun sosyoekonomik, kültürel yapısı göz önüne alınmakta; bireylere yapılan sağlık müdahalesinin aksine toplumsal müdahaleler daha zor olmakta ve toplumun tüm kesimlerini ilgilendirecek kapsamlı bir sosyolojik çalışma gerektirmektedir. DSÖ'ye göre sağlık üzerindeki olumsuz etkilerin başlıca sebepleri; sağlığa erişimdeki dengesiz dağılım, sosyoekonomik eşitsizlik, nitelikli olmayan sosyal politik seçimler birleşimiyle ortaya çıkmaktadır (Öner, 2014, s. 16).

Sosyal belirleyicilerin sağlığı ne derece etkilediği, sağlık üzerindeki olumsuz sonuçları değerlendirildiğinde, tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunulmasının yeterli olmayacağı, sağlığın geliştirilmesine ve sağlığa erişimde eşitsizliklerin giderilmesine yönelik sosyal politikaların oluşturulması ve güçlendirilmesiyle, sağlığı olumsuz etkileyen sosyal sorunların ortadan kaldırılmasında önemi rol oynadığı görülmektedir. Sağlığın önemli belirleyicileri olan birçok faktörün yoğunlaştığı kök nedenlerin altında sosyal politikalar gelmektedir. Farklı toplumsal alt gruplar arasındaki eşitsizlikleri gidermekte ya da arttırmadaki gücüyle sosyal politikalar; sağlıklı gıda ve suya erişim, barınma, eğitim kalitesi, ağır olmayan iş koşulları, ötekileştirmeyen sosyal yapı ve doğal çevre gibi koşulların iyileştirilmesinde işleyiş biçimiyle doğrudan etkilidir (Şahin, 2018, s. 65).

Gelişmiş ülkelerin sosyoekonomik yapısı dikkate alındığında, alt gelir gruplarının yaşama dair beklentileri, yüksek gelir grubundakilerden daha kısa vadeli olmakta ve daha çok hastalıklarla mücadele etmektedir. Kişilerin gelir seviyesine bağlı olarak, yüksek yaşam standartlarına sahip olan kişiler için sağlığı üzerine dramatik etkisi olduğu ve sosyal belirleyici faktörlerin sağlık ve yaşam kalitesini istatistiksel olarak da etkilediği görülmektedir. Sağlığın sosyal belirleyici etkenlerini beş başlık altında incelemek mümkündür (Öner, 2014, s. 16):

3.1 Bireysel Belirleyiciler

Erkeklerle oranla, kadınların ortalama yaşam süresi daha uzun olmasına karşın, ölüm düzeyini belirleyen ölçütler bakımından erkeklerden daha kötü sağlık düzeylerine sahip olduğu bilinmektedir. Bu durum, literatürde sağlıkta cinsiyet eşitsizliği olarak tanımlanmaktadır. Kadının toplumdaki rolü ve cinsiyet eşitsizlikleri sebebiyle, sosyoekonomik haklara daha zor erişim sağlamak ve yoğun stres altında yaşamlarını sürdürmektedir. Fiziksel Hastalıkların

İzlenmesinde Psikolojik ve Sosyal Boyutlarıyla Değerlendirme Anketi (SF-36) ölçütüyle, Türkiye’de yapılan çalışmada; yaşam kalitesi ölçeğinin erkeklere oranla kadınların zihinsel ve fiziksel kuvvetlerinin, toplamda yaşam kalitesi puanlarına göre dramatik şekilde düşük olduğu ve sağlık alanında da eşitsizliğin sürdüğü gözlemlenmiştir (Öner, 2014, s. 16).

Yaşam kalitesine bağlı olarak sağlık durumu etkilenen bireyler arasında diğer bir grup olan yaşlılar yer almaktadır. Toplumun uzayan yaşam süresi beraberinde yaşlı nüfusta kronik hastalıklar ve engellilik artmakta, çalışma hayatından emekliye ayrılan yaşlı nüfus ekonomik kayıplara uğrarken, sağlık ve yaşam kaliteleri düşmektedir. Yaşlılığa bağlı hareket ve günlük aktivite kapasiteleri kısıtlanmakta, öz bakım yeteneğini kaybetmekte, akran kaybı ve sosyal izolasyon sebebiyle depresyona uğramakta, yaşam kaliteleri düşmektedir. Bu sebeplerle, yapılan çalışmalarda yaşlılarında yaşam kalitesi ölçütlerinin puanlamada düşük olduğu gözlemlenmektedir (Öner, 2014, s. 16).

3.2 Yaşam Tarzı Belirleyicileri

Bireyler toplumda kendi sağlıklarını korumak için sorumluluk almakta ve davranış biçimleriyle sağlıklı yaşam tarzları benimsemektedir. Sağlıklı bir yaşam tarzı belirlemede doğal ya da hazır gıda ile beslenmeleri, hareketsiz yaşam ya da bol egzersiz yapmaları, kişisel hijyene verilen önem, düzenli uyku, alkol ve tütün kullanımı, ilaç tüketimi, cinsel yönelimler karşısındaki davranışları yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen tercihleri belirleyici etkenlerdendir. Bu davranışların kazanılmasıyla, yaşam tarzlarından kaynaklanan hastalıkların önüne geçilmekte, kişilerin sahip olduğu kronik hastalıklar karşısında yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olmaktadır. Yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi, sağlıklı yaşam tarzının önemli belirleyici etkenlerindendir (Savucu, 2020, s. 35).

3.3 Sosyoekonomik Belirleyiciler

DSÖ, sağlığın sosyal belirleyicilerini: “insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşullar” ve “bu koşulların temel itici güçleri” şeklinde tanımlamaktadır. “Sosyal belirleyiciler” kavramı dar manada sağlıkla ilgili davranışların belirlenmesindeki sosyal çevre etkenleridir (Wilkinson ve Marmot, 1998, s. 2). Sağlığın sosyal belirleyicileri şu başlıklar altında incelenebilir:

3.3.1 Gelir ve Yoksulluk Düzeyi

Toplumun ve bireylerin sosyoekonomik düzeyleri ölçüldüğünde, genel sağlık durumları ile ilişkili olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, gelir eşitsizliği

sebebiyle yoksulluk çeken toplumların, gelirin eşit dağıldığı refah düzeyi yüksek toplumlara oranla daha kötü sağlık düzeylerine sahip olmaktadır. Yoksulluk, bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılama düzeyinden yoksun olma durumudur. Yoksulluk, sağlıklı yaşam koşullarına sebep olmakta, sağlıklı bir bütün olarak tecrübe edilen yoksulluk koşulu, sağlığın önemli sosyal belirleyicisi konumundadır (Solar ve Irwin, 2010, s. 10; Şahin, 2018, s. 56).

Örneğin yoksul bir ailede, yetersiz beslenen bir anne için doğum sonrası azalan vücut fonksiyonlarıyla solunum güçlüğü, böbrek yetmezliği ve kardiyak gibi sorunlara sebep olurken, bebeğin gelişimini de olumsuz yönde etkilemektedir. Çocukların yoksul bir ailede yetişmesi, gelişimleri bakımından fiziksel ve eğitsel geriliğe sebep olmakta, onlara gelecek yaşamlarında sosyal bir tehdit oluşturmaktadır. Yoksulluk nedeniyle, yetersiz beslenen gelişim çağındaki çocuklar aynı zamanda yeterli eğitimi alamamakta, bunun sonucu olarak yetişkinliğe girdiklerinde işsizlikle karşı karşıya kalıp, sosyal olarak izole olduğundan statü gerektirmeyen ağır iş koşullarında istihdam olunarak yaşamlarına devam etmektedirler. Birbirini takip eden bu zincir, yaşlılıkta mevcut sağlığa zihinsel ve fiziksel olarak yük getirmekte, zararlı sonuçları olmaktadır (Solar ve Irwin, 2010, s. 10; Şahin, 2018, s. 56).

Düşük gelir seviyesine sahip topluluklar, yüksek seviyede iş ve finansal güvensizliğe sahip olduğundan, istihdam sorunu ve iş kazaları gibi durumlarla sık karşılaşmakta, sosyal ve çevresel yaşadığı ruhsal gerilimlerle toplumsal olarak kendilerini izole etmektedir (Institute of Medicine, 2003, s. 60). Bu yoksulluk tecrübesi sonucu sağlıklı yaşam tarzlarını benimseme, ruhsal gerilim, yaşam kaygısı, negatif sağlık durumu yaratmaktadır (Marmot vd., 2008; Şahin, 2018, s. 57-58).

Gelir düzeyi, barınma, beslenme ve yaşam koşullarını belirleyen temel faktördür. Gelir düzeyinin yüksek oluşu, finansal olarak karşılanabilir bir yaşam kalitesi ve sağlık koşullarının oluşmasında doğal olarak sağlığın sosyoekonomik belirleyicilerindedir. Bu bağlamda gelir düzeyinin eşit olmayan dağılımında sağlık alanında da eşitsizliklere yol açmaktadır (Wilkinson ve Marmot, 1998, s. 23).

Buna bağlı olarak kötü sağlık koşullarının iyileştirilmesi için yapılan gelir harcamalarıyla da sosyal uyum bozulmakta, döngü yaratan bir etkiyle gelirde eşitsizliklere yol açmaktadır. Gelir dağılımının eşit olduğu toplumlarda gelir ve sağlık arasındaki ilişkinin aynı doğrultuda yüksek olduğu, aksine sosyal uyumun bozulması durumunda sağlık risklerinin yükseldiği görülmektedir (Wilkinson ve Marmot, 1998, s. 23).

Yüksek gelir düzeyine sahip toplumların beslenme ve sağlık hizmetlerine erişim fırsatı daha kolay olduğundan, gelir düzeyi düşük dezavantajlı toplumlara nazaran yaşam ömrü daha uzun olmaktadır. Dezavantajlı bu topluluklarda, aile

yoksunluğu, yoksulluğa bağlı yetersiz eğitim, yoksul barınma koşulları, sağlık güvencesi olmayan vasıfsız istihdam şekilleri görülmekte, bu dezavantajlar aynı topluluklar üzerinde derinleşmekte ve sosyal belirleyici olarak sağlık üzerindeki etkileri artarak devam etmektedir (Wilkinson ve Marmot, 1998, s. 8; Şahin, 2018, s. 57).

3.3.2 İstihdam ve Çalışma Koşulları

İstihdam, sağladığı sosyal güvence ve toplumsal statü, ruhsal ve fiziksel sağlık, finansal güvence bakımından bireyin yaşam kalitesini çalışma koşullarına bağlı olarak arttırmakta ve sağlığın belirleyicileri bakımından sosyoekonomik bir etkendir. Yanı sıra işsizlik, ruhsal bunalımlara sebep olmakta ve mali yönden sağlığı olumsuz etkilemektedir. Yapılan birçok çalışmada, işsiz bireylerde gelecek ve gelir kaygısı olduğu, ruh sağlığı bozuklukları ve kalp hastalıkları gibi çeşitli semptomlar geliştiği, bu sebeplerle erken ölüm riski ile karşılaştıkları görülmektedir (Wilkinson ve Marmot, 1998, s. 18).

İstihdam edilmek, işin kalitesi ve çalışma koşulları bakımından değişmekte olup en az işsizlik kadar fiziksel ve zihinsel olarak sağlığı etkilemektedir. Sürekli işgücü talebinin karşılanmasında, işverenler tarafından işsizlik sigortası, sağlık sigortası, iş sağlığı ve güvenliği, ücretli izin ve kreş gibi sosyal güvenceler verilmekte, çalışma koşulları bakımından bireylere daha sağlıklı bir yaşam hakkı sunulmaktadır (Şahin, 2018, s. 58).

Yanı sıra; geçici ve esnek çalışma, mevsimlik işler gibi kısa süreli işler, bir yandan ekonomik büyümeyi sağlasa da diğer yandan bireylerin üzerinde iş kaygısı ve ruhsal gerilim yarattığından toplumsal sağlık üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Sonuç olarak düşük gelir düzeyindeki çalışanlar da en az işsizler kadar sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Yapılan araştırmalarda; sürekli işlerde çalışan kişilere oranla, geçici ve düzensiz işlerde çalışan insanlarda işsiz kalacak olması kaygısının ruhsal gerilimlere sebep olduğu, buna bağlı olarak daha fazla alkol ve tütün tükettikleri, yaşam tarzlarını etkileyen bu ruhsal gerilime bağlı ölüm oranlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Kim vd., 2012, s. 117; Şahin, 2018, s. 58).

İş sağlığı ve güvenliği, çalışma sahasının yeterli havalandırılması, yüksek gürültü düzeylerinin önlenmesi, tehlikeli kimyasallara ve malzemelere karşı koruyucu giysiler gibi önlemlerle tehlikeli ve kötü çalışma koşullarını ortadan kaldırarak çalışanların fiziksel sağlıklarının korunmasında önemli bir rol oynar. Ağır fiziksel güç gerektiren vasıfsız işlerde çalışanların fiziksel zorlanma sebebi oluşan yaralanmalar ve kas ve iskelet sistemi bozukluklarına neden olması, durağan işlerde çalışanların hareketsiz kalarak, özellikle obezite başta olmak

üzere birçok kronik hastalıklara açık olması gibi statüsü bulunmayan çeşitli meslekler için sağlık riskleri bulundurmaktadır (Braveman vd., 2011, s. 38).

Avrupa’da yapılan bir çalışmada, insanların sahip oldukları yeteneklerini çalıştıkları işlerde kullanamaması, yaptığı işlerde inisiyatif alma yetkisine sahip olmayışı sonucu ruhsal ve fiziksel sağlık sorunlarının oluştuğunu göstermektedir. Çalışılan yerdeki yönetim ve çalışanların birbiriyle ilişkileri, çalışanların kararlara katılması ve çalışanlara verilen ikramiye ve ödüller, çalışma hayatında ruhsal ve fiziksel sağlık gerilimlerine karşı motivasyon sağlamaktadır (Marmot vd., 2008, s. 1669; Şahin, 2018, s. 57-59).

3.3.3 Sosyal Dışlanma ve Ayrımcılık

Düşük gelir düzeyi ve yoksullukla birlikte, toplumsal dışlanma ve ayrımcılık gibi sorunlar, ruhsal hastalıklara sebebiyet vermekte sağlığın üzerinde belirleyici olmaktadır. Düzensiz göçmenler, sosyal azınlıktaki gruplar, sığınmacılar, çalışma izni olmayan yabancı işçiler toplumdan izole olarak yaşamakta, başta çocuklar olmak üzere dezavantajlı bu grup istihdam, eğitim ve diğer vatandaşlık fırsatlarından dışlanmakta, bununla birlikte fiziksel ve zihinsel sağlık riskleriyle karşılaşmaktadır (Wilkinson ve Marmot, 1998, s. 16).

Bununla birlikte, yaşlı nüfus, çocuk evleri ve yurtlarında kalanlar, fiziksel engelliler, hükümlüler, bulaşıcı hastalık taşıyanlar, akıl hastaları, gibi sosyal yaşamın dezavantajlı kesimleri, toplum tarafından uç kesim olarak görülmekte ve dışlanabilmektedir. Toplumun bu gruplara damgalayıcı yaklaşımları, sağlıkları üzerinde ağır bir yük oluşturmaktadır. Aksine dezavantajlı gruplara eşitlikçi yaklaşan toplumların sağlık standartlarını yükselttiği ve ekonomik büyümesini arttırdığı bilinmektedir (Wilkinson ve Marmot, 1998, s. 16).

Mensubu oldukları farklı soy ve kültürleri sebebiyle ötekileştirilmiş olan azınlık toplumlar, hayatları boyunca elde edebilecekleri statü ve fırsat bakımından etkilenmektedir (Solar ve Irwin, 2010, s. 34). Yapılan birçok çalışmada, etnik eşitsizliğe maruz kalanların ekonomik, toplumsal, zihinsel ve sosyal davranışlarına bağlı olarak sağlık durumlarında belirgin farklılıklar bulunduğu, bu sebeple daha fazla sağlık riski taşıdıkları tespit edilmiştir (Institute of Medicine, 2003, s. 49).

Toplumlar içerisinde ırkçılık çoğu zaman açık şekilde yapılırsa da bazı durumlarda sistemsal olarak dışlandırma olarak karşılaşılabilir. Sunulan kaynak ve fırsatlar için kendi etnik kökeni ve grubu için ayırım yapılırken, değişik soydaki gruplar sistemsal olarak toplum yapısının dışında kalarak bir şekilde kısıtlı kalmaktadır. Örneğin sığınmacılar için hazırlanan mülteci kampları ve düzensiz göçmenlere belirli sayıda ve belirli bölgelere verilen geçici yerleşim izni

şeklinde karşımıza çıkan konut ayrımı, bu gruplara sosyal dezavantaj sağlayan sistemli bir işleyiş biçimidir (Braveman vd., 2011, s. 381; Şahin, 2018, s. 60-61).

Farklı etnik kökene sahip gruplar için çeşitli sosyoekonomik nedenlerle, kötü koşullarda barınma, sağlık, kısıtlı sosyal hizmetler, yetersiz eğitim gibi eşitlikçi olmayan, daha kötü erişim fırsatları sunulmaktadır. Irkçılığa maruz kalan toplum gruplarında ruhsal gerilim düzeylerinin etkilendiği, sosyal dışlanma duygusunun kamçılandığı, fiziksel saldırganlık davranışları meydana geldiği görülmektedir (Şahin, 2018, s. 60-61).

Sosyal dışlanma bireysel ya da farklı etnik kökene bağlı olabileceği gibi, kimi zaman bir coğrafyaya özgü de olabilir. Bölgesel ya da yöresel olarak damgalanan toplumlar dışlanarak, sosyoekonomik sorunlarla baş başa bırakılmaktadır. Yapılan araştırmalarda yaşamlarında toplumsal izolasyonla karşılaşan bireylerin, toplumun diğer bireyelerine göre kardiyak sağlık sorunları karşısında hayatta kalma oranının düşük, erken ölüm oranlarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu bağlamda, sosyal dışlanma ve ayrımcılık sağlığın üzerinde sosyoekonomik belirleyici bir etkendir (Öner, 2014, s. 16-17).

3.4 Çevresel Belirleyiciler

Temel yaşamsal ihtiyaçların başında barınma gelmektedir. Kötü yaşam koşullarının oluşumu barınılan yaşam alanlarında başlamakta, yoksullukla birlikte seyreden yetersiz eğitim ve beslenme ile kişilerin sağlığı için risk ve tehditler oluşturmaktadır. Salgın hastalıklarla mücadelede temiz suya erişim, pis ve atık suyun kanalizasyona bağlanarak toplanması konusunda kısıtlı imkânların olduğu konut alanlarında yaşayanların, bulaşıcı hastalıklara daha sık yakalanmakta olduğu, barınma koşullarının tatmin edici ve konforlu bir yaşam sunmadığı durumlarda ruhsal sağlığın üzerine olumsuz etkileri gözlemlenmiştir (Öner, 2014, s. 17).

İnsanlar için, ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde besleyici ve sağlıklı gıdaya erişim, hayati önem taşımaktadır. Beslenme alışkanlıkları sosyoekonomik duruma göre farklılıklar göstermektedir. Gelir düzeyi yüksek sınıflarla, yoksul toplumların beslenme diyetleri, erişilen gıda kaynaklarına göre farklılıklar göstermektedir. Düşük gelir düzeyindeki kişilerin beslenme şekli yetersiz ve kötü gıdalardan oluşmaktadır. Almanya'da göçmen nüfus üzerinde yapılan bir araştırmada, Türk kökenlilerin hastalık oranları yerel halkla benzer olduğu gözlemlenmiştir. Sosyal adaptasyonla davranış ve yaşam tarzlarının değişebildiğini, sağlıklı ve besleyici gıdaya erişimin sağlık üzerine önemli bir sosyal belirleyici olduğunu göstermektedir (Öner, 2014, s. 17).

Çevresel sorunlar, etkileri bakımından günümüzde küresel düzeyde insan sağlığını ve dünyadaki tüm canlı yaşamını etkilemektedir. Nüfusun son yüzyılda

hızlı bir şekilde artması, artan tüketim talepleri, taleplerin karşılanmasında kullanılan yöntemler, beraberinde çevresel sorunları da getirmiş, bu sebeple giderek artan küresel ısınmanın etkileri değişen iklim koşulları ile daha çok hissedilmekte ve temel ihtiyaçların karşılanması için harcanan kaynaklar, kaynaklara erişim için doğanın tahrip edilmesi ve yeşil alanların giderek kaybolması çevresel bir kriz olarak karşımıza çıkmaktadır. Çevrenin sağlık üzerine etkileri incelendiğinde, insan ve çevre sağlığına zararlı maddeler doğaya karışarak çevresel riskler oluşmakta, ekosistemi bozan bu durum tüm canlı yaşamını tehdit ederken, insan sağlığını da olumsuz etkilediği görülmektedir (National Research Council, 1999, s. 64; Şahin, 2018, s. 61).

DSÖ'ye göre her yıl, çevresel tedbirlerle önlenilecek olmasına rağmen, çevresel faktör kaynağına bağlı olarak 13 milyona yakın insan ölmektedir. DSÖ'nün "Sağlıklı Ortamlarda Hastalığın Önlenmesi" raporunda; çevreye yayılan kimyasallar, çevresel kirlilik ve yayılan radyasyon gibi çevresel riskler yüzden fazla birçok hastalığa sebep olmakta ve sakatlık gibi kalıcı sağlık sorunlarına sebep olmaktadır. Raporda, çevresel etkilerin küresel hastalık yükü üzerindeki ve erken ölümlerin gerçekleşmesindeki payına dikkat çekilmiş, gelişmekte olan ülkelerin gelişmiş olanlara göre 15 kat risk taşıdığı belirtilmiştir (Remoundou ve Koundouri, 2009).

Büyüyen ekonomiler ve artan nüfus çevrenin karşısında tehdit oluşturmaktadır. Tarımın endüstriyelmesiyle kimyasal kalıntı ve atıkların çoğalması, sanayileşmeye bağlı enerji kaynaklarında artan talep çevre sorunlarının temelini oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde içme suyu sağlanmasında ve atık suyun bertaraf edilmesine yönelik kamu altyapılarının yeterli düzeyde gelişmemiş olması, sağlık hizmetlerine yeterli erişim olmayışı, endüstriyel atıklar sağlık bakımından yüksek çevresel riskler barındırmaktadır. Gelişmiş olan ülkeler içinde çevresel sağlık riskleri bulunmakta olup, sağlığın sosyal belirleyici çevresel etkileri bakımında hava ve su kirliliği sorunları en başta gelmektedir (Şahin, 2018, s. 62).

Kentsel yaşamda da çevrenin sağlık üzerinde olumsuz etkileri mevcut olup, toksik maddelerle inşa edilen yapılar, sanayi bölgelerinin oturma alanlarına yakınlığı, yeşil alanların yetersiz oluşu bu etkilerin arasında sayılabilir. Kent yaşamındaki insanlar, kalabalığın etkisi ve koşulların sağlıksız oluşu nedeniyle astım, alerji, kardiyak gibi çeşitli kronik rahatsızlıklarla karşı karşıya kalmaktadır (Marmot vd., 2008, s. 57; Şahin, 2018, s. 62-63).

Şehrin kalabalığı, yoğun trafik, bölgesel hava kalitesi, hareketsiz yaşam tarzı sebebiyle kentli kişilerde solunum yolu hastalıklarına sık rastlanmakta, kronik hastalıklar artmakta, sağlığın üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Evrensel insan hakları bildirgesinde, nitelikli konutlarda barınma ve temiz suya erişim yaşam için

temel ihtiyaçlardan sayılmaktadır. Yaşam alanlarının kalitesi, insanların yaşamlarını sürdürebilmesi için sağlıklarını geliştirmede önemli fırsatlar sunmakta ve etkilemektedir (Marmot vd., 2008, s. 57; Şahin, 2018, s. 62-63).

3.5 Genel Sosyal Yapı ve Hizmetlerin Belirleyicileri

Bireylerin yaşamış olduğu toplumdaki genel yapı, sağlık alanı dışında kalan diğer devlet politikaları ve verilen kamu hizmetleri dolaylı olarak sağlık üzerinde etkili olmaktadır (Marmot vd., 2008, s.23). Kamu tarafından verilen hizmetler incelendiğinde, sağlık üzerindeki etkileri bakımından sosyal destek, eğitim ve sağlık hizmetleri öne çıkmaktadır.

3.5.1 Sosyal Destek Hizmetleri

Sosyal bağlılık ve sosyal destek, kavramsal olarak sosyal yapının çevresel destek olarak güvencenin var oluşu ya da yoksunluğu bakımından yalnızlık ile ilintilidir. Beşerî sermaye ile oluşan toplumsal güven, ruhsal açıdan sosyal bağlılık kavramını sağlık ile ilişkilendirmektedir. Salgın hastalıklarla mücadelede elde edilen bulgular, yakın bağ ya da ırksal bir topluluğun varlığı ile sağlanan duygusal birlik bireylerin yaşam süresini uzatmakta, böylece bireyler daha az sağlık riskleriyle karşılaşmaktadırlar (Şahin, 2018, s. 61).

Sosyal desteğin varlığı kişilerin ruh sağlığını korurken öz güvenini arttırmakta ve duygusal gereksinimler gibi temel kaynaklara erişimi kolaylaştırmaktadır. Yapılan araştırmalardaki bulgularda, sosyal bağlılık duygusuna sahip bireylerin risklerden uzak durduğu, sosyal bağın bireyin davranışlarını belirlemede etkili olduğu ve güçlü sosyal ilişkilerin bireylerin sağlıkları üzerinde pozitif etki yarattığı görülmektedir. Sosyal izolasyona maruz kalmış bireylerin tütün ve alkol gibi maddelere bağımlılık eğilimleri bulunmakta, hareketsiz bir yaşam tarzını benimseyerek obeziteye yatkınlık göstermektedirler. Sosyal bağın varlığı, kişilerin ergenlik dönemlerinden yetişkinliklerine kadar güçlü etkileri olmakta, ölçütüne göre varlığı ya da yoksunluğunda risklerin oluşabildiği dikkate alınmalıdır. Sosyal ağa bağlı olmak, toplumun en küçük birimi olan aile içerisinde güven ve saygının varlığı, daha geniş çevrede sosyal entegrasyonla bireylerin sağlığını korumaktadır (Institute of Medicine, 2003, s. 51; Şahin, 2018, s. 61).

3.5.2 Eğitim Hizmetleri

Salgın hastalıklarla mücadele kapsamında yapılan çalışmalar göstermektedir ki beşerî sermayenin varlığı; bireylerin eğitim durumu meslek edinerek iş yaşamına katılmaları ve elde ettikleri gelir düzeyine bağlı olarak sağlığını arttırmakta, sosyoekonomik durum ve statülerini belirlemektedir (Şimşek ve

Kılıç, 2012, s. 122). Bireyler eğitim ve bilgi seviyesini arttırdıkça, daha iyi çalışma ortamları ve nitelikli iş fırsatlarına sahip olmakta, gelir düzeyini ve yaşam koşullarını yükseltmektedirler (Mirowsky ve Ross, 1998, s. 415).

Bu bağlamda eğitim kişinin yaşam koşullarını iyileştirdiğinden, sosyal hizmet olan eğitimin sağlığı destekleyeceği kabul görmektedir. Eğitimin sosyal topluluklara katkısı, gelir düzeylerini yükseltme fırsatı sunmasının da ilerisinde, bireylerin çalışma dünyası, ekonomik piyasalar gibi topluluklarla bütünleşmesi açısından daha fazla sosyal bağlılık kurmasını sağlamaktadır (Şahin, 2018, s. 59).

Eğitim, kişilerin kendileri üzerinde kontrol mekanizması kurarak sağlığını geliştirmede, sağlıklı bir yaşam tarzının benimsemesinde ve sağlık yaratan davranışların yaşam biçimine uygulanmasında etkin rol oynar. Eğitim sonucu bilgi ve becerilerin kazanımları, sağlık okuryazarlığını ve kişilerin sağlığa karşı bilmiş düzeylerini arttırmakta, kendileri ve ailesi için sağlık davranışları belirlemede ve sağlığa erişim konusunda katkı sağlamaktadır. Aynı zamanda eğitilmiş ebeveynler, sağlıklı bir nesil yetiştirerek topluma sağlıklı bireyler kazandırmaktadır (Mirowsky ve Ross, 1998, s. 415; Braveman vd., 2011, s. 386; Tekingündüz vd., 2016, s. 34; Şahin, 2018, s. 59-60).

Eğitim, kişilerin sosyal ve ruhsal düzeyini etkilemekte ve daha fazla sosyal destek duygusu oluşturmaktadır. Eğitimle birlikte artan sosyal destek ve toplumsal bir ağa aitlik duygusu, bireylerin iletişimine katkı sağlamakta, sevgi duygularını geliştirmekte, değer verme ve saygınlık hissetme ihtiyaçlarını karşılamaya yardımcı olmaktadır. Eğitim, olumlu davranışlarla dolaylı olarak fiziksel ve zihinsel sağlığı da geliştirmeye ve insan sağlığını korumaya yardımcı olur (Wilkinson ve Marmot, 1998, s. 23; Braveman vd., 2011, s. 384; Şahin, 2018, s. 59).

3.5.3 Ulaşım Hizmetleri

Ulaştırma hizmetleri, toplumsal sağladığı faydanın yanı sıra, sağlık alanında yaşanan bazı sorunlara da neden olmaktadır. Hızlı kentleşme sonucu, ulaştırma hizmetlerinin karşılanması talepleri mevcut altyapı üzerinde baskı oluşturmakta, çevresel etkilerinin yanı sıra uzayan yolculuk süreleri, ulaşımda kullanılan taşıtlardan çıkan zehirli egzoz gazları ve gürültü, kalıcı sakatlıklara yol açan yaralanmalar ve ölümle sonuçlanan trafik kazaları gibi insan sağlığını etkileyen birçok risk oluşturmaktadır (İlçalı, 2021, s. 71-72).

DSÖ tarafından 2018 yılında yayınlanan raporda, kalıcı sakatlıklar, kardiyak rahatsızlıklar, solunum yolu hastalıkları, ruhsal gerilime bağlı kronik rahatsızlıklar ve kanser gibi sağlık sorunlarının gelişimindeki başlıca ögeler trafiğin neden olduğu egzoz gazları, kazalar ve toplumsal etkilerinin olduğuna değinilmiştir. Ayrıca DSÖ, insan sağlığı için risk yaratan unsurlar arasında ilk

sırada yetersiz ve kötü beslenmeyi, sonrasında tütün bağımlılığını, üçüncü sırada ise trafik sorunlarını göstermiştir (World Health Organization, 2018; Ilıcalı, 2021, s. 68).

Kentli yaşamdaki plansız göç, düzensiz nüfus artışıyla birlikte ulaşımda artan talep sonucu gündelik yaşamda trafik yoğunluğuna sebep olmaktadır. Zehirli egzoz gazlarının yarattığı hava kirliliğinin yanı sıra, bireylerin yolculuk sürelerini azaltılma isteğiyle motorlu taşıtlara yönelmesi fiziksel hareketliliklerini kısıtlanmakta, beraberinde hareketsizliğe bağlı çeşitli sağlık sorunları oluşturmaktadır (Ilıcalı, 2021, s. 71-72).

Sağlıklı ve hareketli bir yaşam biçimin toplum tarafından benimsenmesi ve yaygınlaştırılması önemlidir. Yapılan araştırmalarda düzenli egzersizin, insan sağlığı üzerinde olumlu etkileri görülmüştür. İngiltere’de yapılan bir araştırmada, ulaşımda bisikleti tercih eden kişilerin kardiyak rahatsızlıklar, felç, diyabet, ruhsal gerilim ve trafik kazaları gibi sağlık riskleriyle daha az karşılaştıkları ve ortalama yaşam sürelerinin arttırdığı tespit edilmiştir. Hareketli yaşam biçimi bireylerin tercihleriyle şekillenmekte, toplu taşımada gelişen ve yaygınlaşan ulaşım yöntemleri bu tercihleri baskın şekilde etkilemektedir. Kentli yaşamdaki bireyler için toplu taşıma ve bireysel motorlu ulaşım gündelik yaşamda olumlu bir öge olarak gözükmektedir de bu yönde yapılan tercihler sonucu bireylerin fiziksel aktiviteleri kısıtlanmaktadır (Ilıcalı, 2021, s. 71).

Diğer yandan ulaşımı sağlamada yoğun trafiğin oluşturan motorlu hava ve kara taşıtları gibi ulaşım araçlarının kaynak oluşturduğu çevresel gürültüler sebebiyle, gürültü kaynağına yakın bölgelerde yaşayan kesimler, hastane ve eğitim hizmeti veren binalar olumsuz etkilenmektedir. Bu gürültü kaynakları; çalışma, dinlenme, tedavi ve eğitim görme gibi ihtiyaçların karşılanmasında risk oluşturmakta; işitme kaybı, ruhsal gerilim, çocukların bilişsel performansında düşüş görülmekle birlikte, ruhsal gerilime ve çeşitli sağlık sorunlarına sebep olmaktadır (Ilıcalı, 2021, s. 70-71).

4. SAĞLIK POLİTİKALARININ BELİRLEYİCİLERİ

Bir ülkenin sağlık göstergeleri, benimsenen ve uygulanan sağlık politikaları üzerinden belirleyici olmaktadır. Sağlık hakkı, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 60. maddede: "Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar" ifadesiyle güvence altına alınmıştır (Sargutan, 2005, s. 405).

Türkiye’de sağlık politikalarının belirlenmesinde, yasama ve yürütme başta olmak üzere, ilgili bakanlıklar ve üst düzey kamu kurumu yetkilileri, sendikal çalışmalar ve mesleki örgütleri, medya gibi ulusal aktörlerin eylemleri söz konusu olmaktadır (Toygur, 2022, s. 21). Bu bölümde, sağlık politikasının oluşturulması sürecini etkileyen bağlamsal faktörler ve aktörleri incelenecektir.

4.1 Sağlık Politikalarının Oluşturulması

Sağlık, son zamanlarda yapılan tanımlamalarla, sosyal bir amaç olarak kabul edilmekte olup, toplumdaki bireylerin, gönüllü grupların, sağlık sektöründe hizmet veren ve iş birlikleri kuran mesleki örgütlerinin katılımıyla toplumsal bir olgu haline gelmiştir. Toplumdaki bu grupların demokratik yönetim anlayışı ve temel sağlık hizmetlerine erişimde, adil ve kaliteli hizmet sunulması amacıyla bir araya gelerek politika süreçlerine katılmakta, süreçler belirlenerek sağlık politikaları oluşturulmaktadır (Toygur, 2022, s. 1-2).

Bu politikaların belirlenmesinde, ulusal ve uluslararası aktörlerin yer aldığı baskı ve çıkar grupları etkili olmaktadır. Dolayısıyla sağlık politikalarının oluşturulması süreci, sağlık hizmetlerinin dışında birçok faktör ve sosyal belirleyicilerle şekillenmektedir. Bu süreçte politik gündemdeki yoksulluğu önlemede enflasyonla mücadele, hava ve çevrenin korunması, iyi tarım, temiz suya erişim, tütün ve alkoldeki vergi oranları gibi ekonomik ve yönetsel birçok sosyal politika kararları sağlığı da olumlu ya da olumsuz etkilemektedir (Toygur, 2022, s. 1-2).

Sağlık hizmetleri 1980’li yıllara kadar Türkiye’de tedavi edici, eğitim ve araştırma hizmetleri olarak sunulmuştur. Savaşlara bağlı göç ve sosyoekonomik koşullar, dünya genelinde salgın hastalıklara neden olmuş bu sebeple toplum sağlığını korumak için koruyucu sağlık politikaları geliştirilmeye başlanmıştır (Avaner ve Fedai, 2018, s. 525-526).

Ancak, sağladıkları kredilerle ülkelerin sağlık politikalarında etkin rol oynamaya başlayan DSÖ ve DB gibi uluslararası örgütler, sağlıkta dönüşüm projeleri üzerinden destek vermiş ve bu sebeple kendi kurallarına koyarak sağlık politikasında belirlenmesinde finansal bir etken oluşturmuşlardır. Bu örgütler, reform niteliğinde geliştirdikleri formülasyonları Türkiye’deki projelerde

uygulanabilmesi için kongreler düzenleyerek Türkçe metinler yazmış, kamuoyunu da ikna ederek politikaların gündeme gelmesi bakımından devletin dışındaki uluslararası aktörler olarak ortaya çıkmışlardır (Avaner ve Fedai, 2018, s. 525-526).

4.2 Sağlık Politikasını Etkileyen Bağlamsal Faktörler

Sağlık politikalarının oluşturulması sürecinde siyasal, ekonomik, sosyal olarak etkileyen bağlamsal faktörleri ifadeye birçok sınıflandırma yapılmaktadır, ancak Leichter (1979) tarafından bu bağlamsal faktörleri anlatımda daha faydalı bir sınıflandırma yapılmış olup durumsal, yapısal, kültürel, uluslararası (dışsal) olarak kategorize edilmiştir (Buse vd., 2005, s.11; Toygar, 2022, s. 19).

4.2.1 Durumsal Faktörler

Savaşlar, pandemi, doğal afetler ve kıtlıklar gibi gerçekleşen olağanüstü halin etkisine göre kısa ya da uzun süre sonra, geçici ya da kalıcı olarak sağlık politikaları üzerinde etkili olabilmektedir. Sağlık politikalarını etkileyen durumsal faktörlere; tek bir sefer yaşanan deprem sonucunda hastane binası yapımı için imar yönetmeliklerinde kısa sürede kalıcı değişikliklere gidilmesi ya da diğer bir örnekle küresel çapta salgın olarak tanınan Human Immunodeficiency Virus (HIV/AIDS) pozitif olanların immün hastalıklara karşı daha duyarlı olduğu, gizli tüberkülozu tetikleyebildiği uzun bir süre sonra anlaşıldığından çok özel gelişen bu durum karşısında yeni tedavi ve kontrol politikaları geliştirilmesi örnek gösterilebilir (Buse vd., 2005, s.11; Toygar, 2022, s. 19).

4.2.2 Yapısal Faktörler

Siyasi yönetim sistemi, sivil toplumun katılım fırsatlarına açık ya da kapalı olması, benimsenen ekonomik yönetim şekli, teknolojik ilerleme, demografik özelliği ve istihdam tabanı gibi toplumun görece değişmeyen yapısal unsurlarıdır. Sağlık politikalarını etkileyen yapısal faktörlere; demografik yapısı yaşlı olan ülkelerde, yaşlıların bakım ihtiyaçları, tedavi ve ilaç masraflarının kamu kaynakları üzerinde yüksek maliyetler oluşturması ya da diğer bir örnekle medikal teknolojik ilerlemeyle birçok ülkede sezaryenle doğum yapan kadınların sayısının artması örnek gösterilebilir (Buse vd., 2005, s.11; Toygar, 2022, s. 19).

4.2.3 Kültürel Faktörler

Bir toplumun kültürel geçmişi; bireylerin dini, dili, örf ve adetleri, aile yapısı, beslenme ve giyim alışkanlıkları gibi içinde bulunduğu toplumun ve yaşanan coğrafyanın şartlarına bağlı olarak, sağlık gereksinimleri için hayati etkiler

yaratabilecek bilinç, davranış ve duygularla; hastalıkta ve sağlıkta yaşanan olaylara göstereceği tepki ve tutumlarını etkilemektedir (Helman, 2007, s. 6).

Bu bağlamda kültürel faktörlerinde sağlık politikalarını etkileyebildiğinden söz etmek mümkündür. Örneğin, göçmen gruplar gibi etnik azınlıkların coğrafi veya lisan farklılıkları sebebiyle temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz bilgilendirme ve hak kaybına sebebiyet verebilmektedir. Amerika’da yaşanan bir başka örnekte, George W. Bush, Başkanlığı döneminde doğum kontrol uygulamaları yerine cinsel perhizin gereğini savunmuş, kürtaj ve üreme sağlığı hizmetlerine ayrılan fonların kesilmesiyle kısıtlayıcı bir sağlık politikası benimsenmiştir (Buse vd., 2005, s.11; Toygar, 2022, s. 19-20).

4.2.4 Uluslararası (Dışsal) Faktörler

Devletler için sağlık politikaları ulusal hükümetler tarafından belirlense de, bölgesel sağlık sorunlarıyla mücadele gibi bazı zorluklarda çok taraflı kuruluşlarla, uluslararası güç birlikleri oluşturularak, ortak sağlık politikalarının belirlenmesi gerekebilmektedir. Örneğin, çocuk felcinin önlenmesinde ulusal sağlık önlemleri alınarak mücadele başarılı olsa bile, çocuk felci virüsü aşılammış bireylerin yer aldığı göçmen hareketliliği ile hastalık yeniden yayılmaya başlayabilir (Buse vd., 2005, s. 11-12; Toygar, 2022, s. 20).

4.3 Sağlık Politikasını Etkileyen Aktörler

Siyaset bilimi bağlamında aktör ifadesi için, eylemleri bakımından politikaları belirleyici ve/veya politik kararların alınmasında etkili olan birey veya gruplar olarak söz edilebilmektedir. Bunlar arasında siyasi liderler, üst düzey bürokratlar, ulusal sivil toplum kuruluşları, resmi olmayan politik gruplar, uluslararası birlik ve örgütler, uluslararası ajans ve araştırma kuruluşları sayılabilir. Sağlık politikalarının belirlenmesindeki süreçlerde etkileri bakımından değerlendirildiğinde doğrudan ve dolaylı şekilde rol alabilen bu yapıları, ulusal ve uluslararası aktörler olarak sınıflandırmak mümkündür (Toygar, 2022, s. 21).

4.3.1 Ulusal Aktörler

Türkiye’de sağlık politikalarının belirlenmesinde yasama, yürütme, ilgili bakanlıklar ve üst düzey kamu kurumu yetkilileri, sendikal örgütler ve mesleki birlikleri, medya gibi ulusal aktörlerin eylemleri söz konusu olmaktadır (Toygar, 2022, s. 21). Sağlık politikasını belirleyen ulusal aktörleri şu şekilde sıralayabiliriz:

4.3.1.1 Yasama ve Yürütme Organları

Hükümetler, halk sağlığını etkileyen sağlık hizmeti sorunları için genellikle kapsamlı reformlar yapmaktadır, ancak siyasi aktörler hükümetin politik eylemlerini etkileyerek aşamalı değişikliklere neden olabilmektedir. Bu sebeple politikaların yasal alanlarını ve sınırlarını belirlemede etkili ve öncü olan politikacı ve bürokratların, bu analitik süreci şekillendirebilmesi için amaca dönük araştırmada duyarlılık olarak bilgiye ulaşma ve politika geliştirme yetkinliklerine sahip olması gereklidir. Bu aktörler, sağlık politikalarını belirlemede ve yasal çerçevesini düzenlemede liderdirler. Bilhassa, geliştirilen sağlık hizmetleri ve halk sağlığı programları gibi sağlık reformları ve finansmanında karar alımında etkin rolleri bulunmaktadır (White ve Murnaghan, 1973; Oliver, 2006; Canlı, 2024, s. 30).

Yasal çerçevelerinin şekillendirilmesinde etkin olan bu aktörler, halk sağlığı ve sağlık hizmetlerin sunumunda çeşitli stratejiler geliştirerek bölgesel ve ulusal düzeyde politika yapımına vasıta olabilirler. Aktörler, halk sağlığı ve sağlığın geliştirilmesi amacıyla, halk ve uzmanlar ile iş birliği içinde, eleştirel ve interaktif bilime dayalı olarak bütünleşen sağlık politikalarını şekillendirmektedir. Bu iş birliği yaklaşımının gereği, kamuoyu tarafından da kabul görece bilimsel dayanağı olan, uygulamada etkili sağlık politikaları geliştirilmektedir (Bryant, 2002; Mensah vd., 2004; Canlı, 2024, s. 31).

Bu süreçte politikacılar; sağlık sektör temsilcileri, mesleki ve akademik uzmanlarla iş birliğine ihtiyaç duymakta, ulaşılan bilgi ve belgelerle toplumun büyük kesiminin ihtiyaçlarına cevap verebilecek şekilde politika geliştirebilmektedir. Demokratik sürecin bir parçası olarak halkın görüşlerinin de alınması, daha etkili ve uygulanabilir politikaların belirlenmesi ve halk sağlığının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (Bryant, 2002; Mensah vd., 2004; Canlı, 2024, s. 31).

Gelişmiş ve gelişmekte olan modern toplumlarda, toplumun gündemindeki sorun ve beklentiler kalıcı çözüm için resmi ya da sivil kurumlar aracılığıyla devlet idaresine iletilir (Çevik ve Demirci, 2008, s. 111). Parlamentonun gözetim ve denetleme yetkisi yürütmeyi de kapsadığından, halkın talepleri de dikkate alınarak hazırlanan, hükümetin tasarılaştırdığı yasal düzenlemeler kanunlaştırılması için parlamentonun onayına sunulmakta (Sevük ve Akın, 2019, s. 171), yasalastıktan sonra yürürlüğe girmektedir. Dolayısıyla, tüm kamu politikaları sürecinde olduğu gibi sağlık politikalarının da belirlenmesinde yasama ve yürütme en etkili kurumlardır (Çevik, 2012, s. 111).

4.3.1.2 Bürokrasi

Halkın kendilerini yönetmesi için seçimle yetki verdiği yasama ve yürütmenin aldığı kararları uygulayan, idari kurumsal bir yapı olarak ifade edilmekte ve toplumun en önemli örgütlenmelerindedir (Tengilimoğlu ve Güzel, 2020, s. 27). Bürokrasinin temel işlevi yasama ve yürütme tarafından kanunlaşan kamu politikalarının uygulanması ve yürütülmesidir (Heywood, 2015, s. 445).

Bürokrasi idari kurumlar ve onların üst düzey yönetici tarafından oluşmakta, kamu politikalarının şekillenmesinde bir referans ve uygulanmasında temel sağlayıcı olarak değerlendirilmektedir (Çevik ve Demirci, 2008, s. 37).

Resmî kurumlar idari ve yönetsel fonksiyonlarına göre bakanlıklara ayrılması, bürokrasinin temel özelliği olan alanında uzmanlaşma gereksinimindedir. Her kurumun kendi misyonu ve kurumsal faaliyet şekli mevcuttur. Örnek olarak Sağlık Bakanlığı'nın (SB) belirlediği sağlık politikalarının uygulanmasında, Hazine ve Maliye Bakanlığı finansal olarak karşılanmasından sorumludur (Tengilimoğlu ve Güzel, 2020, s. 27).

Sağlık politikalarının geliştirilmesi ve uygulanmasında yetki ve uzmanlık bakımından öncelikli olarak SB sorumludur. Bu sebeple hükümetin en üst düzeyde politika belirlemede referans merkezi olmalı ve karar aşamasında katılımcı rol üstlenmelidir. Sosyal ve ekonomik olarak faaliyette bulunan kurumların yanı sıra, kendi planlama ve finanse edecek diğer yönetim organlarının katılımını sürekliliği temin edilmelidir. Bu noktada Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) da sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi ve bu yönde politikalar geliştirmesi bakımından farklı bir bürokrasi kurumu olmaktadır (Cansever, 2020, s.11; Toygar, 2022, s.20).

4.3.1.3 Yargı

Yargı organının, kanunları anlamlarıyla yorumlayıp hükme bağlayan bir fonksiyonu bulunmaktadır (Heywood, 2015, s. 356). Modern ve demokratik devletlerin temel özelliği olan kuvvetler ayrılığı ilkesi şartı olarak yargının, yasama ve yürütmeyle uyumlu bir düzen kurması ve denge oluşturması umulsa da beklenen seviyede olmamaktadır. Zaman zaman bu üç unsurun birbiri üstünde daha etkin bir pozisyon aldığı durumlarda söz konusu olabilmektedir. Yargının, yasama ve yürütme üstünde bir denetim mekanizması olmalıdır (Çevik ve Demirci, 2008, s. 35-36).

Yargının diğer bir özelliği ise, hukuksal düzenleme ve tartışmaların çözümünde bağlayıcı karar yetkisi ile donatılmış devlet organı olmalarıdır. Bu devlet organına bağlı hâkimlerin temel rolü, düzenlenen yasaları anlam bakımından yorumlayarak hüküm verilmesini sağlamaktır. Devletler ve yönetim

sistemlerine göre bu görev, rol ve önem bakımından değişiklik gösterebilmektedir (Heywood, 2015, s. 424).

Yargı organının hukuki faktörü, belirlenen kamu politikalarının yasalaşmasında, sürece etkili olmaktadır. Yasama ve yürütme tarafından belirlenen kamu politikalarının uygulanması aşamasında hukuki sınırlamalarla bürokrasiyi denetim altına almaktadır (Sevük ve Akın, 2019, s. 172),

Türkiye’de sağlık politikalarını yasal açıdan etkileyerek düzenleme ve değiştirme bakımından rolü bulunan yargı organı faktörleri olarak; Anayasa Mahkemesi, Danıştay ve Bölge İdare Mahkemeleri sayılabilir. Örneğin Anayasa Mahkemesi, yasama ve yürütme tarafından sağlık ve diğer kamu politikalarıyla ilgili kabul edilen yasaları Anayasa uygunluk bakımından denetleyerek gerek olması halinde iptal kararı alabilmektedir. Danıştay ve İdare Mahkemeleri ise temel fonksiyon olarak idarelere karşı açılan davaları görürken bazı durumlarda alınan hükümet kararlarının iptal isteminde de bulunabilir (Çevik ve Demirci, 2008, s. 35-36). Anayasa Mahkemesi yargı organı olarak politika belirlemede etkili olsa da sağlık politikalarının belirlenmesindeki rolünü kısıtlı bir çerçevede yürütmektedir (Tengilimoğlu ve Güzel, 2020, s.25; Toygar, 2022, s.23).

4.3.1.4 Sivil Toplum Kuruluşları

Halkın karar alma süreçlerinde yer alması için örgütlenme ihtiyacı, modern devletin doğuşu ile toplumsal yapı içerisinde var olma süreci olarak ortaya çıkmaktadır. Kamu politikalarının belirlenmesinde devlet yönetimleri ve siyasal yapılar, toplumsal talep ve beklentileri karşılamak üzere toplumun oluşturduğu bu sivil örgütlenmeleri dikkate almaktadır. Günümüzde “Sivil Toplum Kuruluşları (STK)” adını alan bu örgütler, toplumda kurumsallaşmış birer yapı olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüz toplum yapısının sivil temsilde önemli bir öge haline gelen STK’lar, kamu politikalarının belirlenmesinde etkili roller almakta ve demokratikleşmede siyasal bir eşik olmaktadır (Baharççek, 2008, s. 299).

Toplumun eylemler bakımından en etkili yapısı olan STK’lar, kâr amacı gütmeyen hükümet dışı çıkar grupları olarak tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu ve Güzel, 2020, s. 33). Günümüzün neoliberal yönetim anlayışıyla kamu politikalarının belirlenmesine yönelik devletlerin mutlak eylemlerinden oluşmadığı gerçekliği hâkimdir. Bu bağlamda neoliberal yaklaşım, yeni yönetim anlayışı ve küreselleşme şeklinde üç önemli dinamiği bulunan STK’lar, küreselleşmeyle birlikte toplumsal yarar arayışı dünya çapında sivil toplum lehine yayılım göstermekte ve kamu politikalarının belirlenmesinde etkin olmaktadır (Babaoğlu, 2013, s. 167-168).

Kamu politikalarını etkileyen aktörler bakımında doğrudan ilgili olmayan paydaşlar söz konusu olabilmekte, bu sebeple de her üretilen politika için tüm aktörlerin katılım göstermesi beklenmemektedir. Devletin ve özel sektörün eğilmediği, göz ardı edilen toplumsal sorunlarda doğrudan ilgili paydaşlardan oluşan yani STK'lar, baskı grupları olarak politikaların gündeme gelmesi ve belirlenmesinde yapıcı bir rol üstlenmektedir (Bulut vd., 2017, s. 31).

Elbette ki bu örgütlerin aktif katılım sağlamaları, buldukları toplumun ve ülkelerin demokratik yapısı ve kültürlerine bağlı olmaktadır. Bu bağlamda daha çok modern batılı toplumlarda politika belirlenmesi süreçlerinde demokratik katılıma açık olduğu, STK'ların baskın bir rol üstlendikleri, yönetimde etkin oldukları bilinmektedir (Çevik ve Demirci, 2008, s. 45-46). STK'lar, toplumun talep ve beklentileri örgütlü şekilde devlet yönetimlerine iletilmekte, aracılık yoluyla iletilen taleplerin siyasal temsilciliğini de yaparak politikaların belirlenmesinde söz sahibi olabilmektedirler (Bulut vd., 2017, s. 31).

Tanımında, her ne kadar hükümet dışı bir yapı olarak görülse bile, politika yapım süreçlerindeki etkisi giderek artan STK'ların statüleri dünyada farklılaşmaya başlamıştır. Zamanla bazı STK'lar hükümetlerle kurumsal yapıda ilişki içerisine girmiş, sağlanan fonlarla hükümetler tarafından desteklenmiştir. Bu yeni tip STK'lar, ilk olarak 1990'lı yıllarda Çin Halk Cumhuriyeti'nde görülmüş ve "GONGO (Government Organized Nongovernmental Organization - Hükümet Tarafından Oluşturulmuş Hükümet Dışı Örgütler)" adıyla tanınmışlardır. Çin Halk Cumhuriyeti tarafından DB ve BM Kalkınma Fonu kaynaklarının yönetilmesi amacıyla kurulan örnekte olduğu gibi yapıları bakımından hükümetlerle birlikte hareket eden bu yeni tip STK'lara son dönemlerde daha sık rastlanmaktadır (Oğuz, 2018, s. 251). Günümüzde siyasi otoriteler tarafından da araç olarak kullanılan, biçimsel ve eylemsel bakımdan GONGO'lar gibi hareket eden ancak STK olarak yapılandırılmış yeni tip yapılar oluştuğu görülmekte ve politika yapım süreçlerinde etkili olmaktadır (Toygur, 2022, s. 24-25).

4.3.1.5 Kamuoyu

Kamuoyu kavramı 1741 yılında İngilizler tarafından "halkın düşüncesi" olarak ifade edilmiş, 18. yüzyılın sonlarından itibaren şehirleşme ve sanayinin gelişmesi, toplumlarda okuryazar kişi sayısının artması, demokratikleşme seviyesinin yükselmesi, kitle haberleşme araçlarının yaygınlaşmasıyla günümüzdeki modern anlamına kavuşmuştur. Kamuoyu, sosyal bilimcilere göre bireylerin duygu, davranış ve görüşlerinin, yaşamsal ve çevresel etkilerle birlikte ilişkili bulunduğu toplumun görüşü olduğu ifade edilmekte, diğer bir görüşle

kanaat önderlerinin ölçütü olarak siyasi erkin politik eylemlerini biçimlendirmektedir (Atabek, 2002, s. 223-224; Sevük ve Akın, 2019, s. 176).

Kamuoyu, bugünkü tanımıyla belirli zaman ve meselelerde, ilgili kişilerden oluşan toplulukların hâkim olduğu görüş olarak ifade edilmektedir. Kamuoyu, toplumun tüm kesimleri tarafından benimsenmiş, tek bir fikir bloğu olarak görülmemelidir. Kamuoyu oluşumunda, etki yaratan söz konusu unsurlar nicel faktörlerden ziyade kalite ve yoğunlaşma gibi nitel faktörler olmakla birlikte, bilgisiz çoğunluğun temelsiz görüşleri yerine meselenin üzerine bilgi sahibi ve konunun uzmanları kanaati daha ağır basmaktadır. Belirli hedef ve amaçlara yönelmiş toplulukların düşünceleri, zayıf teşkilatlanan veya hiç örgütlenmemiş toplulukların tereddütlü eğilimlerine karşın toplumda daha etkili olmaktadır (Kapani, 2013, s. 266; Sevük ve Akın, 2019, s. 176).

4.3.1.6 Medya

Medya, toplum ve bireyler üzerinde duygu, düşünce ve davranışlarının biçimlenmesinde önemli bir araç olmakla birlikte, kamuoyunun ilgisini çeken konuları gündeme taşıyarak politik gündemi belirleyebilen etkileşimli bir özelliğe sahiptir. Bu noktada politika belirleyici aktörlerin kamu ve medya gündemini yakından takip ederek refleks gösterdiklerinden, doğrudan etkileşim sağlamaktadır. Rogers ve Dearing'in (1988) yaptığı çalışmada gündem konusunun yaşamdaki önemi, iletişimde bireyi seçkin olmaksızın dikkat çeken haberlerle etkilerken, medya gündeminin kamuoyunu etkilediği bir süre sonra politika gündemine dönüştüğüne görülmüştür (Rogers ve Dearing, 1988, s. 557; Eke, 2022, s. 51).

Günümüzün gelişen teknolojisi iletişim kanallarının çeşitlenmesini ve beraberinde küreselleşmeyi sağlamış, medyayı bireylerin kullanımına sunarak eş zamanlı ve etkileşimli bir sosyal iletişim aracı haline getirmiştir (Eroğlu, 2015, s. 43). Kamu kuruluşları da bu noktada, kendi yayın organları olan internet sitelerinden gündemini ve politikalarını sunmakta, sosyal medya gibi çeşitli platformlarda yer alarak paydaşlarına ve hizmet talebi olan potansiyel alıcılarla doğrudan etkileşime geçmektedirler (Ertaş, 2015, s. 15).

Medyanın yaşadığı büyük dönüşümle geniş kitlelere hitap eden televizyon ve radyo kanalları, basılı yayınlar gibi kitle haberleşme araçlarından oluşan geleneksel medya etkili gücünü ve cazibesini kaybetmiş, yerini sosyal medya araçları almış, internetin yaygınlaşması ile birlikte geniş kitleler tarafından kullanılan sosyal medya gündemi belirleyen etkili bir iletişim aracı haline gelmiştir. Sosyal medyanın haberleşme aracı olarak etkin kullanılmasının yanı sıra, sosyal medya üzerinden kitleler etkileşimde bulunarak organize olabilmektedir (Toygar, 2022, s. 89).

İnsanların okuyucu rolünden çıkarak içerik üretebilmesi, coğrafi sınırlar olmadan “uçtan uca” ve “herkesten herkese” anlayışıyla yayımlayabilmesi, diğer kullanıcılarında etkileşimle katılarak içeriğin geliştirilmesi ve dolayısıyla demokratikleştirmesi açısından kullanıcılar için içerik sağlayıcı olan sosyal medyayı daha cazip kılmaktadır (Ertaş, 2015, s. 18). Toplumsal hareketlerin sosyal medya üzerinde organize olabilmesi ve eylemleri bakımından değerlendirildiğinde, politika yapıcılar sosyal medyayı yakından takip etmekte ve aktif olarak kullanmaktadır. Bu nedenle politika yapıcılar da gündemi sosyal medyaya taşımakta, sosyal medyanın önemini ve etkinliğini arttırmaktadır (Eroğlu, 2015, s. 43).

Sosyal medya platformları çok uluslu ticari bir yapıya sahip olmakla birlikte, içerik sağlayıcı olarak ulusal bir hüviyeti bulunmasa da yerel kimlikte içerik oluşturucular sebebiyle ulusal aktörler arasında değerlendirilmektedir. Sosyal medya aracılığıyla sağlık hizmeti sorun ve taleplerinin ülke gündemine taşınması, siyasi iktidarın toplumun taleplerini buradan gündeme alması, sağlık politikaları ile ilgili gündemin belirlenmesinde etkili olan bu platformlar günümüzün en güçlü politika belirleyici aktör konumuna gelmesini sağlamıştır. Geleneksel medya bile saygınlığını ve cazibesini korumak üzere sosyal medya platformları üzerinden varlık göstermektedir. Sosyal medya, son dönemde Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19)’a bağlı gelişen küresel salgın ile birlikte, tıp uzmanlarının bilgilendirme platformu olarak ön plana çıkmış, içerik sağlayıcılar üzerinden paylaşılan video görüntüleri ile “sosyal medya tıbbi” olarak nitelendirilen olgular gelişmiş ve halk sağlığı bakımından kamuoyunu yönlendirmede etkin olarak kullanılmıştır (Toygar, 2022, s. 26).

4.3.2 Uluslararası Aktörler

Günümüzde, küreselleşmenin yaratmış olduğu etkileşim sebebiyle ülke yönetimleri, alacağı politik kararlarda diğer devletlerin politikalarından hem etkilenebilmekte hem de aldığı kararlar neticesinde bölgesel veya küresel düzeyde politik olarak etkileyebilmektedir (Sevük ve Akın, 2019, s. 176). Ulusal aktörler tarafından alınan sağlık kararlarının etkileri, ulusal aktörlerin eylemlerinde olduğu gibi “içeriden içeriye” değil, dış aktör olarak “dışarıdan içeriye” etki göstermektedir (Tengilimoğlu ve Güzel, 2020, s. 36).

Koivusalo’ a (2009) göre bu kuruluşlar, sağlık politikalarını etkilemede şu üç farklı yolu izlemektedir (Toygar, 2022, s. 26):

- 1) Düzenleyici standartlar getirme,
- 2) Ortak adımların atılmasını sağlama,
- 3) Sağlık politikalarının sınıflandırılması ve kaynakların bölüşürülmesi.

Uluslararası işbirlikçi örgütler, çeşitli eylem ve politik hedefler için bir araya toplanarak hem bölgesel hem de küresel çalışma çevrelerinde etkin politikalar yürütmekte, belirlenen çerçeve anlaşma şartlarına uyma koşulu ile paydaşlarını bir araya getirmekte, aykırı eylemleri önlemek için yaptırımlarını uluslararası hukuk normlarıyla uygulamaktadır. Bu örgütlerin üyesi olan devletler, iç ve dış politikalarının iş birliği içerisindeki örgütlerin ve uluslararası hukuka uygunluğunu gözeterek eylemlerini gerçekleştirmek durumundadır (Babahanoğlu ve Örselli, 2016, s. 44-45). Uluslararası iş birliği örgütlerinin bürokratik mekanizmaları devletlerinkine benzerlik göstermekle birlikte, üye ülkeler fikir alışverişiyle diğer üye ülkeleri etkileme çabası içerisinde müzakerecilik ve lobicilik faaliyetleri gerçekleştirmekte ve politikalar olgunlaştırılmaktadır (Tengilimoğlu ve Güzel, 2020, s. 35-36).

Bu örgütlerin oluşturulmasında ve uluslararası alandaki etkinlik düzeylerinin belirlenmesinde etkili faktör, kurucu ve üye ülkelerin gelişmişlik düzeyleridir. Bu örgütler ekonomi ve sağlık başta olmak üzere çeşitli politik alanlarda faaliyet göstermekte hem bölgesel hem de uluslararası düzeyde tüm dünya ülkelerinin ekonomik ve politik kaderini belirleyecek kadar etkili olmaktadır (Parlak, 2008, s. 52).

Bir araya gelerek örgütlenen bu uluslararası aktörlerin oluşumundaki temel kaynak ekonomik sebeplerdir (Eroğlu, 2013, s. 150). Ülkeler sağlık politikalarını gerçekleştirmede sağlık finansmanına ihtiyaç duymakta, gerekli finansmanı üye ülkelerden düzenli olarak aldıkları aidatlardan elde ettikleri gelir, bağışçılar ve gelişmiş ülkelerden hibe toplayarak oluşturdukları bütçelerle, kaynak aktarımı sağlamada aracılık eden DB ve “Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)” sağlık finansmanı sağlayan uluslararası kuruluşlar olarak, sağlık politikalarını etkileyen uluslararası aktörlerin başında gelmektedir (Orhaner, 2014, s. 43). Sağlık politikalarının belirlenmesinde etkili olan uluslararası aktörlerin en önemlilerinden bazıları ise şunlardır:

4.3.2.1 Dünya Bankası (DB)

BM'nin Temmuz 1944'de düzenlediği Bretton Woods Konferansı'nda yapılan anlaşma sonucu DB kurulması kararı alınmış, konferans sonrasında aynı yıl Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası (IBRD) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) kurulmuştur. Dünya Bankası Grubu (WBG) olarak adlandırılan grup kuruluşları, 1985 yılına kadar sırasıyla; Uluslararası Kalkınma Ajansı (IDA), Uluslararası Finans Kurumu (IFC), Uluslararası Yatırım Anlaşmazlıkları Çözüm Merkezi (ICSID) ve Çok Taraflı Yatırım Garantisi Ajansı (MIGA) kurulmuştur (Savaş, 2020, s. 143).

DB, gelişmekte olan ülkelerin gereksinimi olan mali ve teknik desteğin karşılanması yönünde politikaları etkileyebilen önemli bir pozisyonda olup, gelişmekte olan ülkelerin her sektörden ayrı ayrı geliştirdikleri birçok projede paydaş olarak yer almaktadır (Eroğlu, 2013, s. 156).

Küresel sağlık sistemlerinin örgütlenmesinde etkisi ve katkısı bakımından DB, kendisini imgesel olarak “bilgi tabanlı kuruluş” şeklinde konumlandırmıştır. Merkezi Washington’da bulunan ve 189 üye ülkenin katılımıyla faaliyet gösteren DB’nin, 170’in üzerindeki paydaş ülkede 130’dan fazla bölge ofisi bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri dâhil olmak üzere toplumsal ve politik sorunlara yönelik rapor hazırlanmasında akademik iş birlikleri gerçekleştirmekte ve birçok araştırmaya kaynak aktarmaktadır (Lister, 2008, s. 56). DB, neoliberal yönetim anlayışının etkilediği kapitalist ülkelerde ağırlığını koyarak ülke yönetimlerindeki politik süreçlere ve kararlara dâhil olmuş, Türkiye’de 1990’lardan sonra sağlık hizmetlerine verdiği finansal ve teknik destekle piyasa yönlü belirleyici bir politika izlenmesini sağlamıştır (Yıldırım ve Yıldırım, 2013, s. 369).

Sağlık politikalarının küresel düzeyde geliştirilmesinde kalkınma yardımları aracılığıyla mali finansman sağlanması gibi en fazla katkının DB tarafından sağlandığı bilinmekle birlikte, DB’ce gelişmekte olan ülkelere kalkınma yardımları kredi ve finansman olarak sağlanmakta, az gelişmiş ülkelere ise hibe destekleri verilmektedir (Orhaner, 2014, s. 43).

DB, çeşitli dönemlerde üye ülkelere ait yayınladığı raporlarda, sağladığı finansal desteklerle birlikte ilgili ülkelerde yapılan teknik düzenlemelere ve yatırımlara yönelik söylemlere yer verilmektedir. Bu doğrultuda 28.07.2017 tarihinde yayınlanan “IBRD, IFC ve MIGA Türkiye Cumhuriyeti’ne Yönelik 2018-2021 Mali Yılı Dönemini Kapsayan Ülke İşbirliği Çerçevesi” başlıklı raporunda, sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin Kamu-Özel İşbirliği’nin (KÖİ) MIGA ve Avrupa İmar ve Kalkınma Ajansı (EBRD) finansal kredi yoluyla desteklendiğini, biyofarmasötik üretim gibi uzmanlaşmış hizmet alanlarına yatırımın destekleneceğinden bahsedilmiştir. Bu gibi örneklerin çoğaltılabildiği bu durum, DB’yi hem Türkiye sağlık politikaları üzerinde hem de küresel sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli bir uluslararası aktör olarak konumlandırmaktadır (Toygar, 2022, s. 27-28).

4.3.2.2 Uluslararası Para Fonu (IMF)

Devletin piyasa ekonomisine karışması, kamuda kaynakların kötüye kullanımına sebep olduğundan kamuda tasarruf için harcamaların kısılması, buna mukabil devlet tarafından özel sektörün kurulmasına teşvik edilerek desteklenmesi, serbest piyasanın oluşması ve gelişmesi için yabancı yatırımcılara her türlü güvence ve imkân sağlanarak desteklenmesi kapitalizmin temel

eylemselliğidir (Eroğlu, 2013, s. 150). Çevre kapitalist ülkeleri yeni dünya düzeni neoliberal sistemde yer alması için önemli stratejik bir kuruluş olan IMF desteklemekte, verdiği bu destekle sağlık politikalarının belirlenmesinde yapısal uyum programları gibi unsurlarla dolaylı biçimde etkilemektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2013, s. 369). Uluslararası ekonomik yapıyı ve ticari ilişkileri yeniden inşa edebilmek için kurulan IMF, yüksek finansman sağlayacak sistemler oluşturarak, piyasa ekonomilerinin gelişmesini ve mali zorluk yaşayan ülkelere derhal ulaşılmasını sağlamaktadır. Günümüzde IMF'ye üye ülke sayısı 190'a ulaşmıştır (Sevük ve Akın, 2019, s. 178).

IMF, ülkeler tarafından yazılan niyet mektuplarını, sağladıkları finansmanların sonuçlarını gözlemleyerek, belirlenmiş olan hedeflerin gerçekleşme aşamalarını raporlamaktadır. Türkiye'den yazılan 01.05.2007 tarihli niyet mektubu buna örnek verilebilir. Niyet mektubunun 12. maddesinde sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin olarak; sağlık hizmet kalitesinin ve verimliliğin artırılmasına yönelik bir takım tedbirler alındığı, sağlık tesislerinin tasarruf sağlamak üzere satın alma usullerinin düzenlendiği, sağlık hizmetlerine erişim ve ilaç takip bilişim sistemleriyle kontrolünün sağlanacağı, kamu tesislerinde verilen ayakta tedavi hizmetlerinden katkı payı alınması, Aile Hekimliği uygulamasının pilot uygulamadan çıkıp yaygınlaştırılacağı, genel bütçesinin aşılması durumunda diğer harcama kalemlerden kesinti yapılacağı gibi sağlık politikalarındaki reform hususları ele alınmıştır. Bu örnekler, ülkelerin politika başlıklarına ve çeşitli dönemlere göre çoğaltılabilmekte, başta sağlık olmak üzere üye ülkelerin ekonomisinde temel politikaları belirlemede etkili ve sınırlayıcı olması, dolayısıyla IMF'nin uluslararası aktör olduğu görülebilmektedir (Toygur, 2022, s. 28-29).

4.3.2.3 Avrupa Birliği (AB)

Avrupa ülkeleri, kıta üzerinde yaşanan Birinci ve İkinci Dünya Savaşlarıyla ekonomik ve toplumsal kayıplar vermiş, bu kayıpları önlemek ekonomik iş birliklerini geliştirmek amacıyla ilk olarak 1951 yılında Paris'te bir araya gelmiş, uluslar üstü kuruluş olan Avrupa Ekonomik Topluluğu (AET), bugünkü adıyla Avrupa Birliği (AB) olarak adlandırılan örgütün temelleri atılmıştır (Devlet Planlama Teşkilatı Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, 2024, s. 1).

AB, ilk olarak Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu (AKÇT) anlaşması ve daha sonra Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu (AAET) kuran bir dizi anlaşmalar imzalamışlardır. Yapılan anlaşmaların çerçevesinde sağlığın korunmasına ilişkin AKÇT'de çalışanların "sağlık ve güvenliği", AAET'de "radyasyona karşı korunma ve sağlığın korunması" gibi ifadeler yer almakta; 1957 yılında yapılan Roma Antlaşması'nda ise, "yaşam kalitesinin yükseltilmesi", "mesleki kaza ve

hastalıkların önlenmesi”, “sağlık çalışanları ve hastalar dâhil, tüm insanlara serbest dolaşım hakkı verilmesi” gibi özel durumlar için sağlık konusu maddelere dâhil edilse de, bu anlaşmalarda sağlık politikalarına ilişkin ayrı bir madde yer almamaktadır. AB’nin uluslararası bir aktör olarak, devletlerin sağlık politikaları üzerine belirleyici hukuki rolü ilk olarak 1987 yılında yapılan Avrupa Tek Senet anlaşması ile görülmüştür (Akdur, 2006, s. 90). 1991 yılında imzalanan Maastricht Anlaşması, AB gündeminde geri planda kalan sağlık politikalarının belirlenmesi çerçevesinde önem kazanmıştır (Devlet Planlama Teşkilatı Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, 2024, s. 1).

Uluslararası bir kuruluş olan AB, üye ve aday ülkelerin ekonomik ve yönetsel faaliyetlerinde reform çalışmalarında ve politik kararların alınmasında etkili olmaktadır (Eroğlu, 2013, s. 158). Özellikle uyum sürecindeki üye ülkelere verilen teknik destek ve fon oluşturulmasıyla, aday ülkelerin politik süreçlerinde etkin bir role sahiptir. Yayınlanan ilerleme raporlarında, bilhassa sağlık alanında getirilen eleştiriler, reformun gerekliliği ilhamı vererek itici bir güç etkisi yaratmaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2013, s. 369).

AB’de politikaların oluşturulması sürecinde Avrupa Komisyonu, Avrupa Parlamentosu ve Bakanlar Konseyi yer almakta; politikaların oluşturulmasında AB üye ülkelerin demografik yapısı, nüfus ve yaş eğilimleri, gözlenen iklim farklılıkları, geniş çaplı fiziksel ve biyolojik hadiseler, halk sağlığı ve bulaş riski gelişen hastalıklar gibi toplumsal ve çevresel konular üzerinde durulmaktadır. AB’nin sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli strateji AB toplumları sağlığının geliştirilmesi, korunması ve sürdürülebilir olmasını sağlamak, sağlık hizmetlerinin ulaşımını kolaylaştırmaktır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011, s. 174; Bostan ve Kılıç, 2018, s. 251; Toygar, 2022, s. 29-30).

Türkiye’nin AB’ye uyum süreci ilk olarak 1963 yılında Avrupa Topluluğu (AT) ile Türkiye imzalanan Ankara Anlaşması’yla başlamış, ilişkilerin güçlendirilmesi amacıyla 1973 yılında Katma Protokol imzalanarak yürürlüğe konulmuştur. AT’ye 1987 yılında yapılan tam üyelik başvurusu, ekonomik ve politik olarak henüz hazır olmadığı gerekçesiyle kabul edilmemiş, son olarak 1995 yılında Türkiye ile AB arasında düzenlenen Ortaklık Konseyi toplantısında, yapılan anlaşma sonucu alınan 1/95 sayılı Ortaklık Konseyi Kararı uyarınca Gümrük Birliği anlaşması yapılmıştır (Devlet Planlama Teşkilatı Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, 2024, s. 1).

4.3.2.4 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

Sağlık alanında uzmanlaşan ve BM’nin uluslararası sağlık organizasyonlarını yönlendiren DSÖ, toplumların sağlık durumunu yakından takip ederek ülkelere teknik açıdan desteklemekte, bölgesel ve küresel yaşanan sağlık sorunlarının

çözümüne hızlı bir şekilde müdahil olmaktadır. Salgınlarla mücadelede toplumsal bağışıklık için aşılama gibi çalışmaları desteklemekte ve kampanyalar yürütmektedir. DSÖ'nün sağlık alanında yürüttüğü bu çalışmaların odağında, her insanın iyi bir sağlık hakkı olduğu ve adil bir şekilde bu hakka ulaşabilmeli fikri benimsenmiştir. DSÖ, devletlerin sağlık alanındaki uzmanları ve diğer paydaşları bir araya getirerek, sağlık alt yapılarının güçlendirilmesi, adaletli bir sağlık sistemi oluşturulması ve etkin politikalar belirlenmesinde onlara kılavuzluk etmektedir (Buzgan ve Güner, 2020, s. 135-137; Canlı, 2024, s. 37-38).

DSÖ ileri düzeydeki gelişme ve gündemi takip edebilen, küresel sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesinde, halk sağlığı ve sosyoekonomik sorunlara eğilen, az sayıdaki uluslararası çalışma örgütlerinden birisidir (Lister, 2008, s. 84). DSÖ misyonunun, BM'nin örgüt anayasası ikinci maddesinde “sağlık alanındaki uluslararası çalışmalarda, yönlendirici ve eşgüdüm sağlayıcı yetkili kurum işlevini yerine getirmek” olduğu ifade edilmiştir (Koivusalo, 2009, s. 302). Her ne kadar misyonunda doğrudan üye devletler ve paydaşlarıyla doğrudan iş birliği yapsa da DB ve IMF gibi diğer uluslararası örgütler ile sağlık ekonomisi alanında dolaylı olarak temas halinde olabilmektedir (Eke ve Eroymak, 2019, s. 402; Toygar, 2022, s. 90). Örneğin, 2008'de hazırlanan MPOWER eylem planıyla tütünle mücadele kapsamında çalışma hazırlanmış, üye ülkeler bu eylem planını politik olarak benimsemiş, gerekli hukuki düzenlemelerle uygulamaya geçmiştir (Tengilimoğlu ve Güzel, 2020, s. 35).

DSÖ, 1978 yılında Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı düzenlenmiş, alınan kararlar neticesinde Alma Ata Bildirgesi hazırlamıştır. Bildirgede, “2000 yılına kadar herkes için yeterli sağlık düzeyi” vurgulanmış, üye ülkeler için temel sağlık hizmetleri uygulaması geliştirerek sağlık hizmetlerinin birinci basamak olarak adlandırılan ayaktan tedavi edici sağlık hizmetleriyle eş zamanlı verilmesi özendirilmiştir. Belirlenen bu stratejiler doğrultusunda halkın sağlıklı yaşam alışkanlıklarına özendirilmesi, çevre sağlığı korunması, nüfusun ortalama yaşam süresinin uzatılması, doğumda anne sağlığı ve bebek ölüm oranlarının azaltılması gerçekleştirilen uygulamalardandır (Bostan ve Kılıç, 2018, s. 249-250).

DSÖ, sağlığın geliştirilmesi alanındaki etkileriyle yalnızca BM'ye üye ülkelerde değil, tüm dünyada küresel sağlık politikalarını belirleyen düzenleyici ve danışman bir role sahiptir. Bu durum, DSÖ'yü önemli bir uluslararası aktör yapmaktadır. DSÖ, sağlık sistemlerinin güçlenmesine yönelik toplanılan veri kaynaklarını yayınladıkları raporlarla üye ülkelerin paylaşımına sunarak, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, sağlık sistemlerinin korunması ve güçlendirilmesinde katkıda bulunur. Örneğin, 2003 yılında yaşanan SARS virüsü salgınına karşı bir uyarı yayınlayarak, hastalığın yayılma hızının kontrol altına alınması için gerekli

sağlık tedbirlerinin uygulanması yönünde ülkelerle eş güdümlü olarak hareket etmiş, yapılan iş birlikleri ile salgının etkisi azaltılmıştır. Benzer bir örnekte, 2014 yılında Batı Afrika’da görülen Ebola salgınının bölgesel ve küresel yayılım hızını önlemede oluşturulan acil müdahale gruplarının yönlendirilmesinde eş güdümlü hareket edilmesini sağlamış, salgının seyrinin kısıtlanmasını sağlayarak küresel sağlığın korunmasında önemli rol oynamıştır (Canlı, 2024, s. 38).

DSÖ, bölgesel ve küresel acil sağlık durumlarına müdahalelerin yanı sıra, halk sağlığını sürdürülebilir şekilde iyileştirmeye yönelik çalışmalarda da bulunmaktadır. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele, aşılama gibi önlemlerin yanı sıra halk sağlığını koruyucu tedbirleri de teşvik etmekte, uygulanabilmesi için kılavuzlar yayınlamakta ve politikalar geliştirmektedir. Örneğin, halkın sağlığına olumsuz etkilerin önlenmesine yönelik hazırlanan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi’yle, tütün ürünlerinin tüketilmesi sonucu oluşan hastalıkların önlenmesi ve topluma getirmiş olduğu sağlık yükünün azaltılması yönünde küresel bir yol haritası belirlenmiştir. DSÖ, son dönemde yaşanan COVID-19 salgınıyla mücadelede uluslararası iş birliğiyle standartları belirleyerek, geliştirilen erken uyarı yöntemiyle kaynak ve bilgi paylaşımı sağlamış, toplumsal bağışıklığı sağlanması ve hastalığın önlenmesi yönelik aşı geliştirilmesi teşvik edilerek, dağıtımında etkin rol üstlenmiştir. DSÖ’nün yaptığı bunun gibi çalışmalar, salgın hastalıklarla mücadelede ve önlenmesinde ülkelerin sağlık sistemlerini güçlendirmekte, sağlık hizmeti sunumunda kapasite ihtiyacını optimum seviyede karşılanmasına yardımcı olmaktadır (Javed ve Chattu, 2020, s. 302-303; Canlı, 2024, s. 38).

4.3.2.5 Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)

İkinci dünya savaşı sonrasında, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Kanada ticari serbestinin artması ve Batı Avrupa ülkelerinde savaşın bıraktığı ağır ekonomik çöküntüyü gidermek amacıyla, Marshall Planı devreye sokarak Avrupa’ya 12 milyar dolar mali yardımda bulunulmuştur. Bu yardımların ulaşmasının koordine edilmesi ve ticari serbestinin gelişimi için bir örgüte ihtiyaç duyulmuş, bu amaçla 1947-1960 yılları arasında Avrupa Ekonomi İşbirliği Örgütü (OEEC) adıyla faaliyetlerine başlamıştır. Misyonusunu tamamlayan örgüte, 1960 yılından Paris’te yapılan anlaşmayla daha geniş görevlerin tanımlanmış, bugünkü bilinen adını alarak faaliyetlerine OECD olarak devam etmiştir (T.C. Dışişleri Bakanlığı, 2024).

OECD’nin uluslararası aktör olarak devletlerin sağlık politikalarını etkilemekteki rolü, üye ülkelerin sağlık sistemlerinin yapısını etkinlik, ulaşılabilirlik ve hizmet sunumun kalitesi yönüyle araştırarak analiz etmektir. Analizlerini raporlarla yayınlayarak sağlık hizmetlerinin sunumundaki

derecelendirmesiyle klinik kalite, maliyet kontrolünü teşvik etmekte, politik süreçleri belirlemektedir. OECD'nin rehberlik ederek yayınlamış olduğu sağlık verileri, politika yapıcılar için ulusal ve uluslararası sağlık sistemlerini karşılaştırmada temel kaynak oluşturmaktadır. OECD, politika kararlarını alma süreçlerinde ülkelere danışmanlık yaparak küresel düzeyde sağlık politikalarını yönetebilmekte, bu bağlamda sağlık politikalarını etkileyen uluslararası aktör olarak önemli bir pozisyonda yer almaktadır (Canlı, 2024, s. 39-40).

OECD'nin diğer bir işlevi, üye devletlerin sağlık uygulamaları alanında örgütlenmesi ve bu uygulamaların yaygınlaştırılması için ülke politikalarına uyumunun sağlanmasıdır (Lister, 2008, s. 79). OECD, DB ve IMF kadar etkin olmasa da rolü bakımından, reform ihtiyacını kuvvetlendirmesiyle neoliberal politikaların sağlık alanına uygulanmasında etkili olduğu görülmektedir. OECD, sağlık politikaların belirlenmesindeki odağı temel sağlık hizmetlerinin sunumun finansal boyutu ve örgütlenme yapısıdır (Koivusalo, 2009, s. 306).

OECD'nin yıllık olarak yayınlamış olduğu bebek ölüm oranları, 10.000 kişiye düşen uzman hekim sayısı, 100.000 kişiye düşen yatak sayısı vb. göstergeler, ülkelerin sağlık sistemlerinin bulunduğu düzeyi göstermekte, sağlık hizmeti sunumundaki performanslarını değerlendirir rasyonel nitelik taşımaktadır. Bu noktada politika yapıcıların yanı sıra, OECD internet sayfası üzerinden yayınlanan "OECD Health Statistics" raporları ve istatistikleri açık veri kaynağı olarak birçok proje, araştırma ve akademik yayında kullanılmakta, bu bağlamda sağlık politikaları belirlenmesinde etkili olmaktadır (Toygar, 2022, s. 31).

5. TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARININ GELİŞİMİ

5.1 Cumhuriyet Öncesi Dönemde Sağlık Politikaları

Osmanlı döneminde sağlık hizmetlerinde kaydedilen en önemli ilerleme II. Mahmud devrinde 1827'de kurulan Tıphane-i Amire'nin kurulması olmuş, 1908 yılında Üniversite eğitiminde tıp alanını, dış hekimliği ve eczacılığı da kapsayan düzenlemeler yer almıştır (Gül, 1988, s. 249-250).

18. yüzyıldan başlayarak 19. yüzyıl sonlarına kadar idari ve teşkilatlanma yapısında çeşitli örgütsel dönüşümler geçiren sağlık hizmetleri; devletin asli görevleri içinde sayılamamış, kişi ve toplum sağlığına etki eden konularla da erişim bakımından büyük kentlerle sınırlı kaldığından yaygın olarak sunulamamıştır. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılabilmesi arayışıyla diğer ülkelerin de sağlık sistemleri yakından takip edilmiş, yapılan çeşitli resmi ve yaygın örgütlenme değişikliklerini takiben 1908 yılında Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye teşkilatı adıyla günümüzdeki statüsü Genel Müdürlüğe eş değer yeni örgüt yapısına geçilmiş, son olarak İtalya'daki sağlık sistemi örneğiyle sağlık hizmetleri Dâhiliye Nezareti'ne bağlanarak 1914 yılında Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti adını almış ve yaygın kitlelere ulaşması hedeflenerek İçişlerine bağlı bir Genel Müdürlük statüsüyle ikinci dereceden bir devlet görevi olma niteliğine kavuşmuştur (Akdur, 1998, s. 2-3).

Ancak yapılmaya çalışılan tüm örgütlenme ve reform çabalarına karşın, köklü bir sağlık örgütü olmayışı ile birlikte doktor sayısının yetersizliği, hastane sayısının az oluşu ve ekonomik zorluklar gibi savaş yıllarının getirdiği ağır şartlar yaşanmakta iken, ordunun ve sivillerin kayıplarını arttıran çocuk felci, kolera vb. bulaşıcı hastalıkların yayılması sağlık yükünün artmasına sebep olmuştur (Gül, 1988, s. 249-250).

5.2 1920-1938 Dönemi Sağlık Politikaları

Ankara'da kurulan Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti, 3 sayılı kanun ile sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi görevini, kurulan Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâlet'ine vererek sağlık hizmetlerinin birinci derecede devlet görevi olarak ele alınmasını sağlamış, tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için kurulan Bakanlık sayesinde yaygın sağlık hizmetleri devletin asli görevi olma niteliğine kavuşmuştur. Kurtuluş Savaşı sebebiyle yaşanan ağır sosyoekonomik koşullara karşın, örneğine gelişmiş ülkelerde rastlanan SB'nin hızlı bir şekilde kurulması, sağlık hizmetlerini önceliğe alan Hükümet yönetimin ileri görüşlülüğünü ortaya koymaktadır (Akdur, 1998, s. 3).

Bu kuruma ilk olarak 1920 yılında atanan Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar ve yeni hükümet için savaş sonrası sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde alt yapı

yetersizliği, köklü yasal düzenlemelerin ve yerleşmiş bir örgüt yapısının olmayışı, her şeyin yeni baştan kurulması savaş sonrası dönemin ağır koşulları olarak karşısına çıkmıştır (Akdur, 1998, s. 3).

Öyle ki, 1920’de kurulan ilk hükümet kabinesinde Sağlık Bakanı olarak görev alan Dr. Adnan Adıvar, bir sağlık memuru ile göreve başlamış, hekimlere ait bilgi ve kayıtların olmayışı nedeniyle çeşitli yörelerden telgrafla hekim bilgileri istenmiş ve kaydedilmiştir. Bu dönemde, sağlık hizmetleri koruyucu ve tedavi edici politikalar olmak üzere iki şekilde ele alınmıştır. Kuduz tedavi, aşı hane, bakteriyoloji vb. alanlarda müesseseler kurulmuştur. Burgaz Adası’nda veremli hastalar için bir sanatoryum açılmış, yine bu dönemde kuduzla yoğun mücadele edilmiş, İtalya’dan sağlanan çiçek aşılılarıyla salgını önlemek için koruyucu tedbirler alınmıştır (Gül, 1988, s. 250).

1925 yılında hazırlanan Sağlık Çalışma Programı’yla politika ve hedefler şu temel hedefler altında toplanmıştır:

- 1) Sağlık örgütlenmesinin genişletilmesi,
- 2) Hekim ve hekim dışı sağlık memuru, ebe yetiştirilmesi,
- 3) Numune hastaneleri, kadın doğum hastaneleri ve çocuk bakımevlerinin açılması,
- 4) Sıtma, Verem, Trahom, Frengi gibi salgın hastalıklara karşı etkin ve örgütlü mücadele,
- 5) Sağlık alanında yeni kanun ve tüzükler hazırlanması,
- 6) Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım örgütlerinin taşraya ve köylere yönlendirilmesi,
- 7) Merkez (Ankara) Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu kurulması (Ağırbaş vd., 2011, s. 741).

Atatürk dönemi olarak da adlandırılan bu dönemde belirlenen sağlık politikaları, günümüz sağlık politikası ve planlamasının temelini oluşturmuştur. Bu politikalar kapsamında yapılan yasal düzenlemeler ile sağlığın anayasası olarak kabul gören 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Hususi Hastaneler Kanunu, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun gibi halen yürürlükte olan sağlığın birçok alanını kapsayan temel yasalar hazırlanarak bu dönemde uygulamaya koyulmuştur (Ağırbaş vd., 2011, s. 744).

Yapılan yasal düzenlemeler konularına göre:

- 1) Halk sağlığını koruyucu, bulaşıcı ve sosyal hastalıklarla mücadeleye mahsus kanunlar ve tüzükler,
- 2) Kanunların uygulamalarına yönelik tüzük ve yönetmelikler,
- 3) Yardımcı kanunlar ve nizamnameler şeklindedir (Ağırbaş vd., 2011, s. 744).

İlk olarak bu dönemde sağlık personelinin atama ve terfileri SB yetkisine alınmış, tek elde toplanan bu yetkilerle örgütün merkezileştirilmesi ve tek bir merkezden yönetilmesi sağlanmıştır. Tayin, terfi ve atamalar gibi özlük hakları belirlenen sistemlerle disipline edilirken, sağlık örgütünün güçlendirilmesi, sağlık personelinin nicelik ve nitelik yönünden geliştirilmesi, kamuda istihdamı özendirmeye yönelik alınan tedbirlerin arasında yatılı tıp talebe yurtları kurulması ve tıp fakültesi mezunlarının mecburi hizmete tabi tutulması, hekim dışı sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla okul ve kurslar açılması yer almaktadır. Uygulanan bu politikalarla sağlık örgütünün güçlendirilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca kamuda istihdamı cazip kılmak için yüksek ücret rejimi uygulanmıştır. Çağdaş düzeye ulaştırılması hedeflenerek yapılan sağlık hizmetleri alanındaki tüm bu düzenlemelerden anlaşılacağı üzere, Refik Saydam Dönemi olarak da anılan bu dönemde tüm sağlık hizmetleri devletin asli görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış, uygulamaya koyulmuştur (Akdur, 1999, s. 12-13).

5.3 1938-1960 Dönemi Sağlık Politikaları

Cumhuriyet döneminde en uzun süre görev yapan Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam Dönemi'nden sonraki sağlık politikalarındaki ilk önemli reform girişimi, 1946 yılında düzenlenen 9. Millî Tıp Kongresi'yle olmuştur. Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından kongrede “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” açıklanmıştır. Yürürlüğe konulmaya çalışılan bu plana göre; sağlık hizmetleri 7 ana bölgeye ayrılarak her bölgede 40 köy başına 10 yataklı 1 Sağlık merkezi kurulacak, bu merkezlerde 2 hekim, 1 ebe ve 1 sağlık memuru görev alacak, merkezlerin kurulması tamamlandıktan sonra ise sağlık gücü ihtiyacını karşılamak üzere her bölgede eğitim verecek bir tıp fakültesi açılacaktı. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birleştirilerek verilmesi amaçlanan sağlık merkezleriyle, genel idareden ayrılarak tek bir merkezden hizmet verilmesi hedeflenmekte ve hizmet birimlerinin nüfus esasına göre kurulması planlanmaktaydı. Çoğunlukla büyük kentlerin yararlandığı tedavi edici sağlık hizmetlerinden kırsal bölgelerinde faydalanması ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması amacıyla, bütüncül bir yaklaşım ile koruyucu tedavi hizmetlerini de içine alan, tüm sağlık hizmetlerinin merkezi hükümet görev ve sorumluluk alanına alınması hedeflenmişti. Ancak ilgili sağlık planı Dr. Behçet Uz'un görevinin sona ermesi nedeniyle kanunlaşma fırsatı bulamamıştır (Akdur, 1998, s. 4).

Kısa süreli bir aradan sonra 1954 yılında ikinci kez Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet Uz, “Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planı”nın devamı niteliğindeki “Millî Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler”i açıklamış, ülkemiz sağlık sistemi organizasyonunun bugünkü temel yapısı oluşmuştur. Millî Sağlık

Planında ülkemiz yedi ayrı sağlık bölgesine ayrılırken, Millî Sağlık Programında ise Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elâzığ, Erzurum, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Konya, Sakarya, Samsun, Seyhan, Sivas, Trabzon, Van olmak üzere 16 bölgeye ayrılarak örgütlenmesi öngörülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2015).

1954 yılında çıkarılan 6134 Sayılı Yasa ile birlikte; Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Millî Savunma Bakanlığı (MSB) ve üniversite hastaneleri hariç olmak üzere; kamuya ait il özel idareleri, belediyeler ve vakıfların bünyesindeki hastaneler merkezi hükümetin görev ve sorumluluğuna verilmiş, tek elde toplanarak yönetimleri SB'ye bağlanmıştır. Yönetimin tek merkezde toplanmasıyla mevcut hastanelerin hizmet kalitesi iyileşirken, il ve ilçelerdeki hastanelerin açılması hız kazanmıştır. Bunun doğal sonucu olarak tedavi edici hizmetler sağlık politikasında öncelik alırken, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri geri plana düşmüştür. Yönetimdeki liberal görüş, lokomotif kamu olan sağlık sektöründeki karma ekonomi anlayışı ile özel sektörün geliştirilmesini ve özel sağlık kuruluşlarının kurulmasını teşvik etmiştir. Yataklı tedavi merkezlerinin Anadolu'ya yayılma hızını kesen bu politika sonucu; kırsal kesim başta olmak üzere talepler karşılanamaz hale gelmiş, 1946 yılında yasalaşan uygulamalarına 1952 yılında geçilen SSK gibi kamu kurum ve iktisadi kuruluşları kendi olanaklarıyla çözüm getirmek üzere sağlık hizmeti üreten birimler-hastaneler kurmaya başlamıştır. Bu durum sağlık hizmetlerinin tek merkezden yönetilmesi çalışmasını ortadan kaldırmış, koordinasyonu bozulan sağlık sektörü çok başlı dağınık bir yapıya dönüşmüştür (Akdur, 1999, s. 13-14).

Tüm bu gelişmelerle birlikte Millî Sağlık Programında kurulması hedeflenen ve 1945 yılında 8 adet olan sağlık merkezleri sayısı artarak 1950-1955 yılları arasında 181'e, 1960 yılında ise 283'e yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

5.4 1960-1980 Dönemi Sağlık Politikaları

1960 yılındaki ihtilal sonrası özel sektörün sağlık alanında ilerlemesi kısıtlanarak Cumhuriyetin ilk yıllarında olduğu gibi devletin asli görevi olan sağlık hizmetlerinin tekrar kamu öncülüğünde yürütülmesi amacıyla, 1960 yılında kabul edilen "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ve 1961 Anayasası ile ilk kez oluşturulan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında, sağlık alanında yeniden örgütlenmeye gidilerek "Sağlıkta Sosyalleştirme Dönemi" olarak adlandırılan dönem başlamıştır. Yaygınlaştırılan sağlık ocaklarının, sağlık sisteminin temel taşıyıcı unsuru olması hedeflenmiştir (Altındağ ve Yıldız, 2020, s. 165-166).

1963-1967 yılları arasında uygulamaya koyulan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda; sağlık seviyesinin yükseltilmesine yönelik çevre sağlığı, halk sağlığı, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye ağırlık verilmesi

amaçlanmış, sağlık personeli sayısının 2,5 kat ve yardımcı sağlık personeli sayısının 6 kat artırılması, sosyal sigorta sisteminin birleştirilmesi ve kişi başına düşen sağlık harcamalarının 2 katına çıkarılması hedeflenmiş; sağlığın geliştirilmesi, hizmet sunumu ve nitelikli eleman yetiştirilmesine ilişkin çeşitli iyileştirme programları belirlenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1963; Yordan ve Kiremit, 2016, s. 94-97).

İlgili plana göre; sağlık hizmetlerinin sunumunda tüm basamaklara yetki ve sorumluluk verilmesi, sağlık hizmetlerinin sosyalleşmesine yönelik yasalar hazırlanması, MSB'nin özellikli hizmetleri haricindeki kamu sağlık hizmetlerinin tek merkezden yönetilmesine yönelik süreç tamamlanana kadar kurumların kendi hastanelerini kurması, daha fazla sayıda halk sağlığı uzmanı yetiştirilmesine yönelik Hıfzıssıhha Okulu'nun eğitim ve araştırmada öne çıkarılması, özel hastanelerin kurulması ve yerli ilaç sanayinin geliştirilmesi yönünde teşvikler verilmesi belirlenen politikalar arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1963; Yordan ve Kiremit, 2016, s. 94-97).

İlgili plan döneminde sosyalleştirilen alanlarda sağlık ocakları ve bölge laboratuvarları kurularak sağlık grup başkanlıklarının hizmet vermesi sağlanmıştır. Sağlık insan gücünün dengesiz dağılımı önlenememiş, hekimler daha çok il merkezlerinde görev almışlardır. Hekimlerin yalnızca 1/3'ünün pratisyenlerden oluşması, halk sağlığının geliştirilmesinde ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde dezavantaj oluşturmuştur. Hekimlerin yeterli sayıda yardımcı personelle desteklenememesi sebebiyle hekimlerin iş yükü artmış, çalışma koşullarına bağlı olarak günümüzde de rastladığımız hekim göçü yaşanmıştır. İlgili plan döneminde hastanelerin tek merkezden yönetilmesi hedefine ulaşılamamış, birlik sağlanamadığından sağlık kuruluşları arasında farklı malzeme ve hizmet standartları sebebiyle ücret politikaları değişiklik göstermiştir. Taşralarda sağlık alanı tahsis edilmediğinden sağlık ocakları köylerin dışına kurulmuş, yeterli alt yapı olmayışı sebebiyle zor şartlarda hizmet verilmiştir (Yordan ve Kiremit, 2016, s. 97).

1968-1972 yılları arasında uygulamaya koyulan İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'yla; sosyalleştirme programına yılda 300 sağlık ocağı daha katılarak devam edilmesi, 5 yıl içerisinde 10 bin kişiye 25 yatak kapasitesine ulaşılması ve bulaşıcı hastalıklarla mücadelede kapsamında çevre sağlığının geliştirilmesi hedeflenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1967; Yordan ve Kiremit, 2016, s. 98).

İlgili plana göre; Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde çevre sağlığı, laboratuvar, halk ve ruh sağlığı hizmetleri verilmek üzere birimler kurulması, sağlık hizmetlerinin sağlanmasında özel sektörün desteklenmesi, hem halk sağlığı hem de yardımcı sağlık personeline hizmet içi eğitim verilmek üzere

“Halk Sağlığı Eğitimi Enstitüsü” kurulması planlanmıştır, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yönelik dezavantajlı durumdaki doğu illerine öncelik verilerek programdaki hekimlere rotasyon imkânı sağlanması ve yapımı devam eden sağlık ocaklarının %15’inin Batı bölgelerine yapılması planlanarak programın uzatılması belirlenen politikalar arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1967; Yordan ve Kiremit, 2016, s. 98).

nc Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977 yılları arasında uygulamaya koyulmuş, ilgili planda; sağlık hizmetlerini sosyalleştirme programının ülke genelinde yaygınlaştırılması için 1982 yılına kadar her 10 bin kişi için 1 sağlık ocağı ve her 3 bin kişi için 1 sağlık evi yapılması, 10 bin kişiye 33 yatak kapasitesine ulaşılması hedeflenmiş, halkın sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanması belirlenen politikalar arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1973; Yordan ve Kiremit, 2016, s. 99).

İkinci kalkınma planında gündeme gelen genel sağlık sigortası ile sistem desteklenmek istenilse de sonuca ulaşılamamış, üçüncü kalkınma planında sağlık hizmetlerinde beklenen sosyal etki sağlanamaması neticesinde çeşitli revizyonlara ihtiyaç hasıl olmuştur. 1980 yılına kadar yürürlükte kalan ve 1978 yılında çıkarılan 2162 sayılı “Sağlık Personelinin Tam Süre alışma Esaslarına Dair Kanun”la geri kalmış bölgelerde sağlık personelinin çalışmasını özendiren ek ödeme sistemi getirilmiş, özel muayenehane açılması yasaklanmıştır (Altındağ ve Yıldız, 2020, s. 165).

5.5 1980-2003 Dönemi Sağlık Politikaları

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983 yılları arasında uygulamaya koyulmuş, planda; sosyalleştirmenin devam ederek ülke geneline yayılması ve halkın sağlık düzeyini arttırılması, hizmetten yeterli olarak faydalanamayan bölgeler başta olmak üzere hastane ve doğum evi gibi tedavi kurumlarında mevcut yatak sayısı ve kullanım oranlarının yükseltilmesi amaçlanmış; koruyucu sağlık hizmetleri için 9.985 milyon TL, iyileştirici hizmetler 9.900 milyon TL sosyal hizmetler için 1.615 milyon TL sağlık yatırımı yapılması hedeflenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1979; Yordan ve Kiremit, 2016, s. 100-101).

İlgili plana göre; hizmet sunumunda standartların yükseltilmesine yönelik finansman oluşturulması için yasal düzenlemeler yapılması, ilaç denetimlerinin arttırılması, evre sağlığı için merkezi yönetim içerisinde yerel yönetimlerle işbirliği halinde çalışacak evre uzmanlarının ve yöneticilerin içinde bulunduğu örgütlü bir düzenleme yapılması, evre sağlığı konusunda halkın eğitilmesine yönelik politikalar benimsenmiştir. Devlet İlaç Kontrol Enstitüsü’nün yerli ve ithal ilaçlarda aktif madde kontrolü yaparak sağlık hizmetlerinde kullanılan

gerekli sarf malzeme ve teçhizatları alması, sağlık sistemi içerisinde yaygın kullanılması için diğer kuruluşlarla koordinasyon sağlanarak standartlaştırılması, kamu tarafından üretiminin sağlanması alınan sağlık politika kararları arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1979; Yordan ve Kiremit, 2016, s. 101).

Bu dönemde, halkın hizmet alımının önemsenmediği neoliberal politika ve darbeler sonucunda sağlık ile ilgili çıkarılan mevzuatların 224 sayılı Kanun ile çeliştiği görülmekle birlikte karmaşaya yol açmıştır. 1982 Anayasası ile kısıtlanan bazı hak ve özgürlükler nedeniyle halkın sağlık alanındaki kazanımlarını kaybetmesine ve sektörde gerileme yaşanmasına sebep olmuştur (Altındağ ve Yıldız, 2020, s. 165-166). İlgili dönemde sağlık reformu çalışmalarının ana başlıkları (Sağlık Bakanlığı, 2015):

- 1) Sosyal güvenlik kurumunun tek çatı altında toplanması ve Genel Sağlık Sigortasının oluşturulması,
- 2) Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliğince sunulması
- 3) Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- 4) SB'nin koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte tüm sağlık hizmetlerini planlayıp denetlediği bir yapıya kavuşturulmasıydı.

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989 yılları arasında uygulamaya koyulmuş, planda; sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme devam edilebilmesi için mevzuatın güncellenmesi amacıyla 5 yıl içerisinde 720 sağlık ocağı 4.215 sağlık evi planlaması yapılmış, 10 bin kişiye düşen yatak sayısının 26 olması hedeflenmiştir. Plana göre; koruyucu sağlık hizmetlerinin ülke çapında yaygınlaştırılması için sağlık yapıları, insan kaynağı ve teçhizat eksikliklerinin giderilmesi, basamak sevk zinciri uygulamasına geçilmesi, koruyucu halk sağlığı kapsamında bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılmasına yönelik politikalar belirlenmiş; sağlık hizmetlerinin sunumunda koordinasyon sağlanmasına yönelik mevzuatın düzenlenerek hizmet verimliliğini sağlaması amacıyla sağlık kuruluşlarına işletmecilik kavramı getirilmesi, tüm sağlık kuruluşlarının işbirliği içerisinde çalışmasına yönelik protokol uygulanması, özel sağlık kuruluşlarının sunulan hizmetlere serbest ücret belirlenmesi, sağlık teçhizat ve cihazlarında tasarrufa yönelik bakımlarını sağlayacak nitelikli eleman yetiştirilmesi için meslek okulları ve Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) bünyesinde eğitim programlarının açılması alınan sağlık politika kararları arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1985; Yordan ve Kiremit, 2016, s. 101-102).

1989 yılında “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı” adı “Sağlık Bakanlığı” olarak değiştirilmiş, yapılan düzenlemeyle koruyucu ve tedavi edici sağlık

hizmetleri olan birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda merkez kuruluş olmuştur (Altındağ ve Yıldız, 2020, s. 168).

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994 yılları arasında uygulamaya koyulmuş, planda; program sonuna kadar doğu'da beklenen yaşam süresinin 68 yıla çıkarılması, bebek ölüm oranlarının %5'in altına düşürülmesi, sağlık hizmet taleplerinin öncelikle birinci basamak sağlık birimlerinde karşılanması hedeflenmiştir. İlgili plana göre; koruyucu sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olması için birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, sevk zincirinin etkili hale gelmesi, sosyal sigorta kapsamının genişletilmesi, aile planlaması yapılarak etkin ana çocuk sağlığı hizmetleri verilmesi, gıdaların kontrolü, yerli ilaçlar dışında da aşı ve kan ürünlerinin üretilmesi, üretilen ürün ve ilaçların dağıtımında ve muhafazasında düzenlemeler yapılmasına yönelik politikalar belirlenmiş; sağlık kuruluşlarının modernizasyonunda hizmetlerin etkin olarak sağlanabilmesi ve kayıtlarının tutulabilmesi için sağlık bilgi sistemlerinin kurulmasına yönelik düzenlemeler yapılması, sağlık kuruluşlarının iletişime açık etkili işletmecilik anlayışıyla modernize edilmesi, toplumun sağlık bilincinin geliştirilmesine yönelik eğitimler verilmesi, sağlık insan gücünün ülke geneline dengeli dağılımı için insan kaynağının planlanması alınan sağlık politika kararları arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1989; Yordan ve Kiremit, 2016, s. 102-103).

Bu dönemde; DB ve IMF ile olan yakın ilişkilerin sonucu olarak karma ekonomiden serbest piyasa ekonomisine geçiş olarak anılan 24 Ocak 1980 kararları ile Türkiye'nin "Yapısal Uyum Programları" kapsamında liberal politikalar ile özelleştirme girişimlerinin politika düzeyinde kabul görmesi ve uygulamaların artması sağlık sektörünü de etkilemiş, beraberinde reform gereklilikleri getirmiştir (Ersöz, 2010, s. 65-66).

Birinci, ikinci ve üçüncü kalkınma planları sonrası 1980'li yıllar ile birlikte sağlık alanında geliştirilmek istenilen projelerin uygulanabilmesi için DSÖ'nün desteği ve DB'nin finansmanına ihtiyaç duyulmuştu. DB, gelişmekte olan ülkelere kredi finansmanı sağlarken koşul niteliğinde sayılabilecek uzman yardımı ve teknik destek sunarak ülkelere yükledikleri sorumluluklarla politikalarını yönlendirmekteydi. Bu bağlamda, DB'nin hazırladığı belgeyle Türkiye'nin dış ticaret açığını kapatılması koşulunun piyasa ekonomisine geçilmesi ve sağlık alanında özel sektör yatırımlarının destelenerek teşvik edilmesine bağlı olduğu vurgulanmıştır. Hazırlanan Sağlık Sektörü İncelemesi Raporu'nda kalkınma stratejileri için reform yapılması gerekliliği belirtilmiş, sağlık alanında bazı planlama önerileri sunulmuştur. Rapor; sağlık politikalarında reform niteliği taşıyacak ve reformun temel taşlarını oluşturan uygulamalar barındırmaktaydı. Raporun ardından, DPT durum analizi yapmak üzere Sağlık

Sektörü Master Plan Etüdü hazırlayarak, ilerideki dönemlerde uygulama konulacak olan SDP'nin temelini oluşturan, devlet ve piyasayı uzlaştıracak stratejileri belirlemiştir (Avaner ve Fedai, 2018, s. 528).

DPT tarafından hazırlanan planın uygulanmasına yönelik, sağlık sektöründe yeni bir yapılanma sürecini başlatacak olan 1992 yılında 1. Ulusal Sağlık Kongresi ve 1993 yılında 2. Sağlık Kongresi yapılmış, ulusal sağlık politikaları belirlenmiştir. Bu dönemdeki politikaların içerisinde SB vasıtasıyla sunulması hedeflenen koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilerek yaygınlaştırılması, personel atamalarında dağılımın dengeli olması, devlet hastanelerinde döner sermaye uygulamasına geçilmesi, ilaç sanayinin güçlendirilmesi ve özel hastanelerin açılmasına yönelik piyasanın desteklenmesi yer almıştır. Sosyal güvenlik kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanamayan yurttaşlar için 3861 sayılı Kanun ile 1992 yılında çıkarılan kanunla Yeşil Kart uygulaması yürürlüğe konmuş, yapılan kongrelerin sonuç beklentisi olan hastanelerin özertleşmesi ve özelleştirme çalışmaları bu dönemde sonuç vermemiş, 2008'de yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) hazırlanmasına karşın Bakanlar Kuruluna sunulamamıştır (Çavmak ve Çavmak, 2017, s. 50-51).

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000 yılları arasında uygulamaya koyulmuş, planda; sağlık hizmetlerinde kaynak kullanımlarının etkin hale getirilmesi, kaliteli hizmetin sürdürülebilir ve yaygın olarak sunulması, sağlık hizmeti alanların müşteri gibi görülerek hizmet sunumunda tatmin edilmesine yönelik sağlık sistemi yeniden yapılandırılması, tüm basamaklarda sevk zincirinin kurulması, buna karşın hastaların hastane ve hekim seçebilmesine olanak sağlanması amaçlanmış, belirlenen sağlık politikalarının sürdürülebilir olması için yasal düzenleme yapılması ve sağlık yatırımlarının bölgelere homojen olarak dağılması ve daha fazla toplum yararı gözetilmesi hedeflenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1995; Yordan ve Kiremit, 2016, s. 103-104).

İlgili plana göre; sağlık hizmetlerinin sunumunun iyileştirilmesi, sağlıkta insan gücü kaynağının yönetilmesi, toplum sağlığının geliştirilmesi gibi konulara yönelik mevzuatların kapsamlı olarak güncellenmesi ve yeni yasal düzenlemelerin yapılması, akıllı ilaç kullanımı politikalarına öncelik verilmesi, özel sağlık sektörünün gelişmesinin teşvik edilmesine yönelik politikalar belirlenmiş; sağlık hizmetleri sigortasının kapsamına sosyal güvencesi olmayan vatandaşların da dahil edilmesi için sigorta kuruluşları arasında uygulama birliği sağlanarak genel sağlık sigortası kapsamına geçilmesi, dar gelirli kesimin sigorta prim ödemelerinde kısmen ya da fakirlik düzeyinde kesim için tamamı kamu kaynaklarından karşılanarak finanse edilmesi için yasal düzenleme yapılması

alınan sağlık politika kararları arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1995; Yordan ve Kiremit, 2016, s. 103-104).

Kalkınma planında; sağlık sistemine ilişkin yapılan değerlendirmelerde kamuda istihdam edilen personel sayısının fazla oluşuna bağlı olarak özelleştirmenin gerekliliği bir kez daha vurgulanmış, özelleştirmenin beklenen seviyeye ulaşmamış olması olumsuz olarak karşılanırken, aile hekimliği uygulamasına geçilmemiş olması sebebiyle koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde sorunların devam ettiği dile getirilmiştir. Hekimlerin bölgelere dağılımındaki eşişsizlik tablosu sonucu olarak taşrada sağlık hizmetlerinin sunumunda sorunlar yaşanmıştır. Hastanelerin özerk yapıya kavuşmamış olmasına ve önemine vurgu yapılmıştır (Altındağ ve Yıldız, 2020, s. 170).

2001-2005 yılları arasında uygulamaya koyulan Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda; sağlık hizmetlerinin eşişlikçi yaklaşımla ve hakkaniyet içerisinde etkin şekilde sunulması, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılayan, hizmet kalitesi beklentileriyle ve hasta haklarıyla uyumlu, herkes için erişilebilir olması, önceliklenerek planlanan sağlık hizmetlerinin sunumunda ve kaynak kullanımda maliyet etkililik yaratılması, halk sağlığının korunarak geliştirilmesi yönünde sektörleri koordine ederek iş birliği içinde olunması, sağlık hizmeti sunumuyla finansmanı noktasında bir ayırım yapılması, sağlık sigortasının kapsayıcılığıyla tüm vatandaşların sağlık hizmetinden yararlandırılması, acil sağlık hizmetlerinin geliştirilerek ÷lke genelinde yaygın hale getirilmesi hedeflenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2000; Yordan ve Kiremit, 2016, s. 105-106).

İlgili plana göre; özel sağlık kuruluşlarının sektöre yapacağı yatırımların teşvik edilerek gönüllü kuruluşların desteklenmesi, bilimsel kanıta dayalı yaklaşımla teşhis ve tedavide çağın gereklerine uygun sağlık hizmeti sunulması, akılcı ilaç uygulamasının yaygın hale getirilmesi, çalışanların tam gün uygulamasına özendirilmesi, aşı üretiminde daha fazla kapasite oluşturulması, ulusal referans kurum olarak Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi laboratuvar ve kontrol hizmetleriyle aktifleştirilmesine yönelik politikalar belirlenmiş; SB'nin teşkilatlanma, görev ve yetkileri düzenlenerek koruyucu sağlık hizmetlerinde etkin olması, sağlık kurumlarının yönetimlerinin özerk ve rekabetçi olmasının sağlanması, ebe ve hemşire gibi yardımcı sağlık personellerinin çalışma mevzuatlarının düzenlenmesi alınan sağlık politika kararları arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2000; Yordan ve Kiremit, 2016, s. 105-106).

6. 2003 YILI İTİBARIYLA SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

DB, sağlık reformları için gerekli olan finansmanı sağlarken; reformların uygulanmasına ve politikaların belirlenmesine yönelik olarak reformun başarı ile sonuçlanabilmesi ve sürdürülebilir olması için kendine özgün belirlediği ve dört temeli olan kavramsallaştırma, yasalaştırma, uygulama ve yaygınlaştırma modeliyle ilerlenmesini önermektedir (Avaner ve Fedai, 2018, s. 531).

DSÖ'ye göre ülkelerin, toplumdaki tüm kesimlere yüksek kalitede sağlık hizmeti sunabilecek bir sağlık sistemine sahip olması önem teşkil etmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda maliyetler karşılanabilir, ortak kabul görebilen benimsenebilir bir yapıda olmalıdır. DSÖ, ülkelerin kendi sağlık sistemlerini kurmada bu önemli faktörleri dikkate alarak hareket etmesinin önemine vurgu yapmaktadır. 2002 yılına gelindiğinde Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, sağlıkta insan gücü planlanması gibi birçok alanda mevcut sistem yetersiz kalmakta, köklü reformların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktaydı. Temelleri 1978 yılında atılarak hazırlanan "Herkesin Sağlık Hedefleri ve Stratejileri" 21. yüzyıl hedeflerine uygun revize edilmiş, 1998 yılında DSÖ Avrupa Bölge Komitesi tarafından kabul edilen "21. Yüzyılda 21 Hedef" planına uygun, 2001 yılında AB Sağlık Mevzuatına uyum için stratejik planlamasıyla sunulan SDP 2003 yılında hayata geçmiştir (Altındağ ve Yıldız, 2020, s. 173).

6.1 Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Reform Gereçekçeleri

Tüm dünyada sağlık alanında yapılan harcamalar ve verilen hizmetlere erişimde gelişmişlik düzeyi ve sosyoekonomik farklılardan kaynaklanan eşitsizlikleri gidermek amacıyla reformlar gerçekleştirilmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin refah düzeyinde, büyük pay sahibi olan sağlık harcamaları önemli bir yük getirmekte, sağlık hizmetlerinin etkin ve sürdürülebilir olması için reformlar yapılmakta, uygulanabilmesi için ise finansmana ihtiyaç duyulmaktadır. IMF kredileri ve bunlara yönelik uygulama ve programlarda genelde kamu harcamalarında kısıntıya gidilmekte, en büyük payı da kamu sağlık hizmetleri almaktadır. Sağlık harcamalarını azaltmaya yönelik reformların genelinde ulusal sağlık hizmeti anlayışından sosyal sigorta sistemi kurularak özertleştirilmiş sağlık sistemine geçiş çabaları görülmektedir (Altındağ ve Yıldız, 2020, s. 171-172).

Türkiye'de ise dünyada olduğu gibi benzer gerekçelerle 1980'lerde tartışılmaya başlanan sağlık alanındaki yapısal reformlar 2000'li yıllara gelene kadar teorik olarak tartışılmış, yaşanan darbe ve birtakım gelişmeler uygulamada sonuca ulaşmamasına karşın gündemden hiçbir zaman çıkarılmamıştır. Son dönemde farklı sigorta türlerinin ve bu sigorta türlerine ait

farklı sağlık kuruluşlarının oluşu, taşra ve şehirlerdeki sağlık gúcünün dengesiz paylaşımı eşitsizlik oluşturduğundan ciddi bir yapısal reform beklentisi kaçınlmaz olmuştur (Altındağ ve Yıldız, 2020, s. 172).

6.2 Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları

Sağlık hizmetlerinin sunumunda artan maliyetler, değişen kamu yönetimi anlayışı kapsamında toplumun hizmet kalitesindeki beklentilerinin artması ve dolayısıyla sağlık hizmetleri yönetimi anlayışının sorgulanmaya başlanması sağlıkta dönüşümün ana nedenleri olarak görülebilir. SDP'nin amacı; sağlık hizmetlerinin sunumunun etkili, verimli, hakkaniyete uygun bir şekilde düzenlenmesi ve finansmanının sağlanması olarak belirtilerek şu başlıklarla ifade edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 24):

6.2.1 Etkililik

Uygulanacak politikalarla halkın sağlık düzeyinin artırılması amacını ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda insanların hastalanmasının önlenmesi öncelikli hedef olmaktadır. Bu amaca ulaşmak için salgın hastalıklarla etkin mücadele ve alınacak önlemlerle anne ve çocuk ölüm sayılarının en aza indirgenmesi ve doğum yaşam süresinin artması, somut hedefler doğrutusunda ilerlemenin en önemli göstergesi olacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 24).

6.2.2 Verimlilik

Kaynakların optimum şekilde kullanılmasıyla düşen maliyetler, artırılan kaynağın yeniden hizmete döndürülmesi ve hizmetin arttırılması hedeflenmektedir. Bunların arasında sağlık iş gücü, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları verimlilik esasıyla değerlendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 24).

6.2.3 Hakkaniyet

Gerekliliği halinde insanlar için sağlık hizmetleri sunumunun erişilebilir olması ve bu hizmetlerin sunumunda gereken finansman desteğine bireylerin gücü nispetinde katkı yapmasının sağlanmasıdır. Sosyoekonomik sınıf ve kır-kent gibi bölgesel farklılıkların azaltılmasıyla, sağlık hizmetlerinin sunumuna erişimin herkes için ulaşılabilir olması hakkaniyet kapsamı içerisinde değerlendirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 24).

6.3 Sağlıkta Dönüşüm Programının İlkeleri

SDP'nin temel ilkeleri; insan merkezlilik, katılımcılık, sürdürülebilirlik, uzlaşmacılık, sürekli kalite gelişimi, gönüllülük, desantralizasyon, hizmette

rekabet ve güçler ayrılığı olarak belirlenerek şu başlıklarla açıklanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 25):

6.3.1 İnsan Merkezilik

Sistemin planlaması ve hizmetinin sunumunda, hizmetten yararlanacak bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlığın üretilmesi aile ortamında başladığından birey sağlığı, aile sağlığı kavramı çerçevesinde de ele alınmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 25).

6.3.2 Sürdürülebilirlik

Geliştirilecek olan sağlık sisteminin, ülkemiz sağlık koşullarına cevap verebilmesi, kaynaklarla uyumlu olması ve kendi yaşam döngüsünü oluşturarak devamlılık sağlaması gereklidir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 25).

6.3.3 Sürekli Kalite Gelişimi

Geri bildirimlerle, sunulan hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik, hataları bulup önleyerek sürekli gelişim sağlayacak, elde edilen faydayı maksimize eden sistem mekanizması kurulmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 25).

6.3.4 Katılımcılık

Sistemin geliştirilmesi ve uygulanma aşamaları, iç ve dış tüm paydaşların katılımı sağlanarak pozitif bir platformda tartışmaya açılması, fikir, görüş ve önerilerinin alınmalıdır. Ayrıca sağlık sektörünün bütün bileşikleri sisteme dâhil edilerek kaynak birliğinin sağlanması amaçlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 25).

6.3.5 Uzlaşmacılık

Demokratik yönetim anlayışıyla, sektörü oluşturan her kesimdeki farklı bölümlerin, karşılıklı çıkarlar gözetilerek ortak bir noktada buluşturulmalıdır. Uygulamalarda çıkar çatışmasına sebebiyet verilmemeli, tüm kesimleri kapsayıcı standartlar belirlenerek denetim mekanizmalarıyla uyulması sağlanmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 25).

6.3.6 Gönüllülük

Sağlık hizmetinin sunumunda ya da erişiminde, birey ya da kurumlar arasında ayırım olmaksızın, ortak amaçlarla hareket edilmesi, zorlayıcı politikalar yerine teşvik edici ve gönüllülük esasına göre katılımcı olarak yer alınmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 25).

6.3.7 Güçler Ayrılığı

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında planlamayı, finansmanı, üretim ve denetimi yapan yönetim birimlerinin çıkar çatışması olmayacak şekilde görev ve yetki ayrımı yapılması, bu sayede odaklanarak verimli ve daha kaliteli hizmet sunulmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 25).

6.3.8 Desentralizasyon

Çağdaş yeni kamu yönetimi anlayışına uygun yerinden yönetim ilkesiyle, mali özerkliğe ve hızlı karar alma mekanizmasına sahip işletmelerin âdem-i merkezîyetçi bir yaklaşımla kaynakları daha verimli yönetebilmesidir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 25).

6.3.9 Hizmette Rekabet

Sağlık hizmeti sunumunda belirlenen standartlara uygun hizmet verecek farklı işletmelerin katılımının teşvik edilmesiyle tekelin kırılması, sürekli kalite ve optimum maliyet sağlayacak piyasa ortamının oluşturulmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 25).

6.4 Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenleri

SDP'nin hazırlığı aşamasında, toplumsal yapıya uygun özgün bir model arayışı ile sağlık alanının dünyadaki uygulama örnekleri incelenmiş, Türkiye'de olduğu gibi birçok ülkede DB, IMF ve DSÖ gibi uluslararası kuruluşların politika belirleyici unsur olarak karşılaşılmıştır. Tüm bu etkenler dikkate alındığında, halkın sağlık hizmetlerini erişimini kolaylaştırmak üzere, yapılan harcamaları disipline ederek sağlık alanındaki yüksek maliyetleri düşürmesi ve sunulan hizmetin verimli kılması beklenen program; neoliberal görüşünde etkisiyle piyasa dinamiklerine uygun olarak, sağlığın yeniden yapılandırılması amacıyla hazırlanmıştır (Seçtim, 2019, s. 3-4). 2003 yılında SB tarafından kamuoyuna duyurularak uygulamaya konulan SDP bileşkesinde şu sekiz temel hedef bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 26):

6.4.1 Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı

SB, sağlık sektörünü tek elden yönetmek üzere; kamu ve özel sağlık kuruluşları gibi bağlı kuruluşların yerinde yönetim ilkesi doğrultusunda yapılandırılarak kaynakları etkili, verimli ve hakkaniyete uygunluk ilkeleri doğrultusunda kullanılmasını sağlayarak, denetleme ve planlama yapan stratejik bir örgüt olarak görevini yerine getirecektir. Bu hedeflere ulaşılabilme için (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 26-27):

- SB'nin dikey yapılanması ortadan kaldırılarak, entegre sağlık hizmeti sunumu ön plana çıkarılacak,
- Mevcut yapı stratejik planlama, iş gücü ve kaynak dağılımına göre tekrar gözden geçirilecek,
- SB'nin liderlik görevini daha aktif yerine getirebilmesi için teşkilatlanma yapısında düzenlenme yaparak yerinde yönetim ilkesine göre idari ve mali kontrolü ve denetleme yetkilerini taşra teşkilatına verecek,
- Sağlık hizmetleri sunumunu modernleştirmek, merkez – taşra arasındaki farklılıkları iyileştirmek ve fonksiyonları düzenlemek için, sağlık misyon ve politikaları güncellenecek,
- Yönetim modeli, Merkez ve Taşra yönetiminin rolleri ve yetkileri, daha fazla inisiyatif ve sorumluluk alacak şekilde geliştirilecek,
- Çeşitli düzeylerdeki sağlık iş gücünün, mezuniyet öncesi ve istihdam sonrası eğitimlerine yönelik planlama, uygulama ve denetimi yapılacak, yeni eğitim programları geliştirecek.

SB'nin yeniden yapılandırılmasında sosyal devlet anlayışı ile sağlık hizmetlerinin sunumunda koruyucu hizmetlere öncelik vererek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirecektir. SB'nin başlıca görevi politika hazırlamak ve organizasyon yapısını denetlemek olacaktır. Merkez ve taşralara bırakılacak yerinde yönetim yetkileri ile SB; sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması ve sürekliliğine yönelik izlenmesi, kurumların akreditasyonu ve uzman lisansları, halk sağlığı ve salgın hastalıklarla mücadele gibi konulara daha fazla odaklanacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 26-27).

6.4.2 Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

SDP'nin hakkaniyet ilkesi gereği herkesin sosyoekonomik düzeyine göre katkıda bulunacağı bir sağlık sigortası modeli oluşturulacak, ekonomik gelir düzeyi düşük kesimler ile sigortası bulunmayanlar Yeşil Kart uygulamasıyla sigorta kapsamına alınarak sosyal devlet anlayışı gereği herkesin ihtiyaçları doğrultusunda sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi sağlanacaktır. Zorunlu sağlık sigortası ile hizmet sunumunda maddi beklentiler arka plana atılarak sosyoekonomik düzeyin bakılmaksızın hastalara eşit düzeyde sağlık hizmeti sunulması hedeflenmektedir. Denetim ve yaptırımları Genel Sağlık Sigortası Kurumunun tarafından gerçekleştirilecek sağlık harcamalarında maliyet düşürücü etki yaratarak, ilaç ve tıbbi malzeme israfının da önüne geçilmesini sağlayacaktır. Tek elden sağlanan finansmanla fiyat kontrol mekanizması

işletilecektir. Toplumun tüm kesimlerini kapsayacak bir GSS için, şu hususlarda çalışmalar yürütülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 27-29):

- Gelir tespit sistemi kurularak, ödeme gücü ve ödeme gücü olmayanlar için yoksulluk sınırı belirlenecek,
- Ödeme gücü olmayanların genel sağlık sigorta primleri kamu tarafından karşılanmak üzere kaynak oluşturulacak,
- Sosyal güvencesi olmayanların kapsama alınması için zorunlu prim sistemi kurulacak,
- Sağlık sigortası ve emeklilik primlerinin ayrı havuzlarda tutularak iç denge sağlanacak,
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda temel teminat miktarı ve fiyat politikaları belirlenecek,
- Sağlık hizmet ihtiyacını belirlemede il ve ilçe düzeyinde demografik yapı ve epidemiyolojik özellikler dikkate alınacağı bir yapı sağlanacak,
- Belirli sağlık ihtiyaçlarının, birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerden sözleşmeye bağlı hizmet temin edilmesi sağlanacak,
- Alınan hizmetlerin nitelik bakımından uygunluk tespiti için denetimler yapılacaktır.
- "Ulusal Sağlık Hesabı" sistemi kurularak, sağlık finansmanında kaynakların nasıl harcandığı sistemli ve düzenli bir şekilde bir şekilde takip edilecektir.

GSS'ye ek olarak tamamlayıcı sağlık sigortası ile özel sigortacılık teşvik edilecek, temel teminat paketine ilave olarak hizmet almak isteyenler özel sigorta yaptırabileceklerdir. Ayrıca; sosyal güvenlik kurumunda bulunan emeklilik sigortası ve sağlık sigortası havuzları birbirinden ayrılarak, genel sağlık sigortası için tek bir yapıda işlem görmesi sağlanacaktır. GSS konusunda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının koordinatörlüğünde şu çalışmalar başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 28-29):

- Her bir yurttaş için, tüm işlemleri yapabileceği kişiye özel tek bir numara sistemi belirlenecek,
- Sağlık sigortası diğer sigorta sistemlerinden ayrılarak işlem görecektir,
- Sağlık sigortası prim ödemelerini sağlık hizmeti sunan kuruluşlar değil, sigorta kurumu takip edecek,
- Sağlık Hizmet sunucularına, verilen hizmet karşılığı yapılacak geri ödeme, sigorta kurumu tarafından tek elden, düzenli ve zamanında yapılacaktır.

6.4.3 Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi

Sağlık ocaklarının güçlendirilmesi, vakıf ve özel teşebbüslerin sağlık hizmeti sunumunda yer alması kaynakların verimli kullanılması ve sağlık hizmetlerinin erişimini kolaylaştıracaktır. Sağlık hizmetleri sunumunda merkez ve taşra arasındaki farklılar özel sektöründe rekabete katılmasıyla kapatılması hedeflenmektedir. Bu bölgelerde kamu sağlık hizmetinin niteliği artırılırken, özel sektörün imkân ve olanakları da hizmet yarışına dâhil olacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 29).

6.4.3.1 Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği

Kırsal bölgelerde koruyucu sağlık hizmetleri rolünü sağlık ocakları üstlenmekteyken kentlerde ise koruyucu sağlık hizmetleri yetersizdir. Kentlerde kurulacak olan sağlık merkezleri ile koruyucu sağlık hizmetlerinin örgütlü ve disiplin bir şekilde yurt genelinde yaygınlaştırılarak hizmet vermesi sağlanacaktır. Yine sağlık ocakları ve bu merkezlerden birinci basamak tedavi hizmetlerini sunumunda, birey tarafından seçilecek olan bir tarafından diğer aile bireyleri ile birlikte hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve takibi sağlanacaktır. Koruyucu dış hekimliği hizmeti de birinci basamak sağlık hizmetleri altında verilmesi planlanmaktadır. Seçilecek hekim aynı zamanda aile bireylerinin sağlık kayıtlarını da tutacak, bu sayede hastalıklar izlenerek, risk ve analiz değerlendirmelerine olanak sağlanacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 30-31).

6.4.3.2 Etkili, Kademeli Sevk Zinciri

Kurulacak sevk zincirinde hastanın seçmiş olduğu aile hekimi tarafından ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastanelere gerek gördüğünde sevk edeceğinden, hastanelerin sağlık hizmet sunumundaki yükünü ve yığılmaları azaltarak, tedavi hizmetlerinde kalitenin artması, sağlık harcamalarındaki israfı azaltması beklenmektedir. Çok yönlü olan sevk zincirinde gerek görülmesi halinde bir üst basamak olan üçüncü basamağa ya da tedavisi yapılan hastalığın takibi için alt basamak olan birinci basamağa tekrar geri sevk edilmesi mümkün olacaktır. Bu sayede hastaların kayıtlarını tutan aile hekimleri üst basama sağlık hizmetlerince hazırlanan konsültasyona göre tedaviye ya da takibe devam edebilecektir. Sevk zincirine girmeyen hastalar zorlanamayacağı gibi, sevk zincirine uymaksızın hizmeti almak isteyenler, ek maliyetlerle karşılaşabilecektir. Hasta haklarına aykırı olmayan bu durum sosyal devlet anlayışına ve hakkaniyet ilkesine göre de aykırılık teşkil etmeyecektir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 31).

6.4.4.3 İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

Sigorta kurumu ile sözleşme yapan kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları arasında ayırım gözetmeksizin, sevk zincirine uymak kaydıyla hasta kabul edebilecek ve vatandaşlar bu hizmetlerin tümüne erişebileceklerdir. Hizmetin verilmesinde hizmet kalitesi ve fiyat uygulamaları tek bir elden belirlenerek denetim altında tutulacak, finansman desteği kurumlar yerine bireylere verilen sağlık hizmeti karşılığında yapılacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 31-32).

Her kurum, ürettiği hizmet oranında finansman desteğinden faydalanacaktır. Performans ödemeleri, belirlenecek performansa göstergeleri sistemine bağlı olacaktır. Tüm kamu hastaneleri ve sağlık kuruluşlarına SB denetiminde kendi idari ve mali yönetimini sağlayabilmesi için özerklik verilecek, her kurum için kendi yönetimin alacağı kararlarla hizmet kalitesi ve verimliliğinden sorumlu olacak ve hizmet kalitesini koruyarak kendini finanse etmesi beklenecektir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 31-32).

Yanı sıra, kırsal bölgelerde yer alan ya da toplum yararına hizmette gerekli olup ekonomik amaç gütmeyen için verimli olamayan dezavantajlı sağlık kuruluşları desteklenmeye devam edilecektir. Vatandaşın hizmet kalitesi beklentilerine müşteri odaklı yaklaşımla cevap verebilecek bir organizasyon yapısı oluşturulacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 31-32).

Maliyet tasarrufu ve hizmet sunumunda kolaylıklar sağlamak üzere örgütlenme yapısında ikinci basamak hizmetlerinde ayakta tedaviyi destekleyecek gelişmiş poliklinikler ve laboratuvarlar, gündelik cerrahi merkezleri yer alması sağlanacaktır. Engellilere yönelik hizmetlerin ve rehabilitasyonunun, ihtisaslaşmış sağlık merkezleri ve kurulacak rehabilitasyon merkezlerinde yapılması teşvik edilecektir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 31-32).

6.4.4 Bilgi ve Beceriyle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

Dönüşümün başarısı için nitelikli insan kaynağına, görev ve yetkilerinin tanımlanmasına ihtiyaç duymaktadır. Üniversitelerle iş birliği yapılarak ülkemiz sağlık sisteminin ihtiyaçlarına cevap verebilecek şekilde müfredatlar güncellenecek, birinci basamak hizmetlerindeki hekimlerine (aile hekimliği, koruyucu diş hekimliği vb.) verilecek eğitimlerle uzmanlaşması sağlanacak, başta ağız ve diş sağlığı hakkında toplumun bilinçlendirilmesi ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasıyla koruyucu diş hekimliği ve aile hekimliği desteklenecektir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 32-33).

Hemşirelik eğitimlerini yükseköğretim seviyesinde temellendirerek, hizmetin uluslararası standartlara hasta bakımına yönelik ve bilimsel bir disiplin içinde sunulması için düzenlemeler yapılacaktır. Aile hekimliği ile birlikte eş güdüm

içerisinde “aile sağlığı” ve “aile sağlığı hemşireliği” kavramlarının gelişmesi ve birinci basamak hizmetlerinde yer alması sağlanacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 32-33).

İşletme yöneticiliğinde hekimlerin görev alması, hem sağlık gücüne yapılan yatırımın âtil kalmasına hem de sağlık gücü kaynağının etkin kullanılmasına sebebiyet vermektedir. Bu sebeple sağlık sistemi yöneticiliğinin, hekim dışı profesyonel işletme yöneticilerine bırakılması, gereken iş gücünün planlaması ve eğitim faaliyetlerine öncelik verilecektir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 32-33).

Meslek örgütleri ve sivil toplum kuruluşları, yerel yönetimlerle birlikte insan kaynakları planlamasında sisteme dâhil edilerek, sağlık yöneticilerinin de aktif olarak katılması sağlanacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 32-33).

6.4.5 Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

Dönüşümün gerçekleşmesinde ve sürdürülmesinde ihtiyaç duyulan; politika, işletme, ekonomi ve planlanma bilgileriyle donatılmış insan gücü yetiştirecek, Halk Sağlığı bilimini merkezine alarak farklı disiplinleri bir araya getirecek, araştırmalar planlayan, sektör analizi yapacak, politikaların geliştirilmesinde hükümetlere danışmanlık hizmeti verebilecek nitelikli akademik kurumlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda kurulacak olan Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında Tıpta uzmanlık eğitimlerini de kapsayacak şekilde akademik bir yapı oluşturulacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 33-34).

6.4.6 Nitelikli, Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

Ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon için özerk olarak kurulacak olan “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu” ile sağlık sonuçlarını ölçecek sistemlerin geliştirilmesi ve denetlenmesinde aktif rol üstlenmesi sağlanacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 34).

6.4.7 Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

İlaç, tıbbi malzeme ve cihazların standardizasyonu sağlayacak, ruhsatlandırma yetkisi verilecek, akılcı yönetim konusunda uluslararası standartları hizmet verecek özerk kurumlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kurumlar siyasi otorite kaygısı ve yaptırımlarından bağımsız olarak örgütlenmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 34).

6.4.7.1 Ulusal İlaç Kurumu

İlaçlarla ilgili temel politikaların belirlenmesi amacıyla siyasi otorite kaygısından ve yaptırımlarından bağımsız bir kurum olarak kurulacak “Ulusal

İlaç Kurumu”; ilaçların ruhsatlandırılması, üretimini, tanıtımını, satışını ve ar-ge faaliyetlerini yönlendirecek, fikri mülkiyet haklarını ve ulusal çıkarları koruyacak, dış pazarlara açılmasını sağlayıp yurt dışı yatırımları destekleyecek, yanı sıra kamu ilaç alımlarını belirlenecek bilimsel yöntemlerle yönlendirecek, düzenleyici ve destekleyici nitelikte olmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 34-35).

6.4.7.2 Tıbbi Cihaz Kurumu

Denetleyici yapıda, düzenleyici yetkilere sahip kurulması planlanan “Tıbbi Cihaz Kurumu”; planlama ve satın alma yaparak, klinik mühendislik uygulamaları ile eğitim verilmesini üstlenecek, tıbbi cihaz ve sarf malzemede alımında ve ithalinde ulusal standartlar belirlenerek kalite belgelerinin düzenlenmesi sağlayacak, cihazların kalibrasyonunun sağlanmasında etkin rol oynayacak, uygulamalı araştırmalar yaptıracak, tıbbi cihaz ve sarf malzeme üretiminde yerli sanayiye üretim teşviki ve yönlendirmede bulunacak, ihracatın önünü açacak şekilde ekonomik ve mevzuat yönünden kolaylaştırıcı politikalar uygulayacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 35).

6.4.8 Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

SDP’nin tüm bileşenleri arasında uyum sağlanmasını kolaylaştıracak, verilere erişim ve doğru analizler yapılmasını sağlayacak, sağlık bilgi sistemine ihtiyaç duyulmaktadır. Kurulacak Sağlık Bilgi Sistemi’yle (SBS); yatay entegrasyonda bilgi akışıyla elde edilecek hizmet sunumu, finansman akışının değerlendirilmesi ile sağlık hizmetlerinde eşgüdümü sağlanması, bireylerin tıbbi kayıtlarını tutup korunmasında ve sevk zincirinde bilginin transferine olanak sağlaması gibi modüler yapılarla büyüyebilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 34-35).

SBS, ortak veri tabanından elde edilen veri akışıyla sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli rol üstlenecektir. Sigorta kurumu sistemi gibi kendi veri tabanlarıyla işlem gören kurumların sistemine entegre olacak, kişinin sigorta bilgileriyle eşleşmesi ve tespitinde kolaylık sağlayacaktır. SBS’nin temel unsurları şöyledir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 34-35):

Web teknolojisine dayalı uygulamalarla hasta bilgilerine tüm basamak hizmetlerinde erişim sağlanmalıdır,

Merkezden analiz ve raporlamaya uygun veri akışı görülebilmelidir,

Hizmet planlamasında ve aksayan noktalarda erken uyarı sistemi ile müdahale imkânı sunmalı, uluslararası sisteme entegre olmalıdır,

İlaçların reçete edilmesi ve provizyonu sistemlerine entegre olup denetimine imkân vermelidir,

Sağlık hizmeti sunumunda yoğunluğu tespit edebilmelidir,

- Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi (MERNİS) ile entegre olarak kişisel bilgilerin aktarılması sağlamalıdır,
- Aile hekimlerini kayıtlı hastalarının bilgilerine erişebilmelidir,
- “Elektronik randevu” gibi hizmet sunumlarında geniş kapsamlı olarak kullanılabilir vatandaş odaklı ve erişimi kolaylaştırıcı olmalıdır.

6.5 Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Kalkınma Planlarının Hedefleri

2007-2013 yılları arasında uygulamaya koyulan Dokuzuncu Beş Yıllık Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda; sağlık sisteminde hasta odaklı yaklaşım yaygınlaştırılarak sağlık hizmetlerinin sunulması ve erişimin kolaylaştırılması, oluşturulacak veri tabanının uluslararası standartlara göre hazırlanması amaçlanmıştır; tıp fakültelerine yeni kayıt, hekim ve hekim başına düşen nüfus, yatak ve yatak başına düşen nüfus sayılarının iyileştirilmesi hedeflenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2006; Yardan ve Kiremit, 2016, s. 107).

Plana göre; sağlığa erişimin kolaylaşması yönünde genel sağlık sigortasının uygulanması, hasta odaklı hizmet anlayışının sağlanması için yasal düzenlemeye gidilmesi, sağlık çalışanları ve sağlık hizmeti alanların hasta hakları kapsamında bilinçlendirilerek eğitilmesi, hizmet birimlerinde akreditasyonların sağlanması, uluslararası standartlara uyumlu veri tabanı çalışmasının uygulamaya koyulması, sağlıkta hizmet kalitesi belirlenerek personel ve hizmet sunumu standartlarının oluşturulması alınan sağlık politika kararları arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2006; Yardan ve Kiremit, 2016, s. 107).

Dokuzuncu Beş Yıllık Beş Yıllık Kalkınma Planı sonrası SDP çerçevesinde sağlığa erişim ve hizmet kalitesinde ilerlemeler sağlanmış, doğumda beklenen yaşam süresinin artması sağlanarak anne ve bebek ölüm oranları düşürülmüş, hekime müracaat eden kişi sayısı 2002 yılında 3,2 iken, 2011 yılında 8,2’ye yükselmiş, toplam sağlık personeli sayısı 378 binden 670 bine ulaşmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumuna duyulan memnuniyet oranı 2012 yılında %75 olarak yansımıştır. İlgili kalkınma planı döneminde kamu kaynaklarının tasarrufuna yönelik olarak yapılacak sağlık yatırımlarının KÖİ modeliyle desteklenmesi için gerekli yasal düzenlemeler yapılmıştır. 2002 yılında %3,8 olan kamu sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla’ya (GSYH) oranı 2012 yılında %4,2’ye yükselmiştir (Yardan ve Kiremit, 2016, s. 107-108).

2014-2018 yılları arasında uygulamaya koyulan Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda; yaşam sürelerinin yükseltilmesine yönelik sağlıklı beslenme, hareketsiz yaşam ve madde bağımlılıkları önlenerek güvenilir gıdalarla sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması, toplumun bilinçlendirilmesi ve sosyoekonomik olarak desteklenmesi, koruyucu

sağlık hizmetleri ve ruh sağlığının geliştirilmesiyle bireylerin topluma sağlıklı ve aktif olarak katılımlarının sağlanması amaçlanmıştır; 10 bin kişiye düşen yatak sayısının 26,7'den 28,4'e ve 100 bin kişiye düşen hekim sayısının 176'dan 193'e yükseltilmesi, bebek ölüm hızının %7,1'den %6'ya ve 100 bin canlı doğumda 14,5 olan anne ölüm hızının 9,5'e düşürülmesi hedeflenmiştir. İlgili plana göre; sektörler arasında iş birliğine gidilerek sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, akılcı ilaç kullanımına yönelik olarak sağlık personeliyle birlikte toplumunda bilinçlendirilmesi, tıbbi eğitim ve araştırmada yenilikçi yaklaşımlar benimsenerek yapısal reformların oluşturulması, sağlıkta insan gücünün kaynağının hem nitelik hem de nicelik bakımından gelişiminin sağlanması, tamamlayıcı tıbbın kapsamına giren ürün ve hizmet standartlarının belirlenerek denetlenmesi, hareketsiz yaşam obeziteyle mücadeleye yönelik sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılması ve gıda tüketiminde bilimsel verilerle toplumun bilinçlendirilmesi, gıdanın üretim ve denetiminin kontrol altına alınarak izlenebilirliğinin sağlanması alınan sağlık politika kararları arasındadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013; Yordan ve Kiremit, 2016, s. 108).

7. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONUÇLARI, YAPISAL VE EKONOMİK ETKİLERİ

SDP'nin hayata geçirilmesi, başarı ile sonuçlanabilmesi ve sürdürülebilir olması için uygulama sürecinde dört temeli olan kavramsallaştırma, yasallaştırma, pilot uygulama ve yaygınlaştırma modeliyle ilerlenmesi hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 35). SDP'nin uygulama süreci; bileşenleri, yapısal ve ekonomik etkileri olmak üzere iki başlıkta değerlendirilecektir:

7.1 Bileşenleri Bakımından Etkileri

Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin SB teşkilatlanma yapısında değişikliğe gidilmiş, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri sunumu yeniden planlanmıştır. SB'nin görev ve yetkileri yeniden belirlenirken âdem-i merkezi yaklaşımla yerinden yönetim ilkesi benimsenmiş ve uygulamalar başlatılmıştır. 2011 yılına kadar yapılan bu uygulamalarla, SB'nin bazı yetkileri il idarelerine devredilmiş, kamu hastanelerindeki döner sermaye üzerinden tıbbi laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri gibi özel sektör kuruluşlarından hizmet satın alımı gerçekleştirmeye başlanmıştır. İş gücü bakımından en önemli reform olarak sağlık personelinin performansına dayalı bir ücretlendirme sistemi getirilmiştir (Doğan, 2017, s. 8).

Bu dönem içerisinde SDP'yi bileşenleri bakımından değerlendirdiğimizde, SB görev ve yetki devirleri yaparak planlayıcı ve denetleyici bir pozisyona geçmiş, yerinde yönetim anlayışıyla tıbbi ilaç ve malzeme yönetimini ilgili idarelere bırakmış, sosyal güvenlik fonlarını tek bir çatı altına toplayarak GSS'yi hayata geçirmiş, SDP kapsamında ilgili bileşenleri tamamlamıştır (Gün ve Koç, 2023, s. 54).

SDP'nin yaygın erişime yönelik bileşeninde, pilot uygulama sonrası 81 il geneline yayarak 2010 yılında aile hekimliği uygulamasına geçilmiş, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının yapısı özerkleştirilirken özelleştirme aşaması tamamlanamamıştır (Gün ve Koç, 2023, s. 54-55).

Yapılan yasal düzenlemeyle, Resmî Gazete'de (694 Sayılı KHK, 2017) yayınlanarak yürürlüğe giren kanun hükmünde kararnameye göre: Kamu Hastaneleri Birlikleri kaldırarak, ihtiyaca göre tüm il ve ilçelerde sağlık müdürlükleri kurulması; il sağlık müdürlüğü bünyesinde ihtiyaca yönelik olarak başkanlıklar kurularak, halk sağlığı, kamu hastaneleri, acil sağlık hizmetleri ve personel ve destek hizmetlerinin ilgili başkanlıklar altında yürütülmesi kararı alınmıştır. İl sağlık müdürlüklerine SB'nin il düzeyindeki hizmetlerin yürütülmesi görevi verilmiştir. İl düzeyinde personel nakil ve görevlendirme işlemleri il sağlık müdürlüklerine devredilmiş, iş gücü planlamasında adil ve

dengeli bir dağıtım söz konusu olmuştur. İl düzeyindeki acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde tüm kamu ve tüzel kuruluşların sevk ve idaresinde il sağlık müdürü yetkilendirilmiştir (Gün ve Koç, 2023, s. 55).

SDP'nin yüksek motivasyonla çalışan insan gücü hedeflediği noktaya ulaşamamış, sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalması ve özlük haklarının iyileştirilememesi sebebiyle sağlık çalışanlarının huzursuzluğu artmış, bilgi ve beceri ile donanmış personelin sektöre kazandırılması yönünde sistemi destekleyecek bir yaklaşımın mevcut eğitim altyapısı ve kurumlarınca sağlanamaması henüz tamamlanamamış bileşenlerdir. Kalite ve akreditasyon alanlarında girişimler yapılmış, ancak şu ana kadar yapılan çalışmalar kısıtlı ve eksik kalan bileşenler arasındadır (Gün ve Koç, 2023, s. 55).

SDP'nin başarılı sonuçlar getirdiği en önemli bileşeni olan Sağlık Bilgi Sistemleri, SB bünyesinde yapılan çalışmalarla hız kazanmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda ve analiz edilmesinde ortak veri akışı sağlayarak sağlık politikalarının belirlenmesinde ve sağlık hizmetlerinin sunumunda etkin rol oynayan uygulamalardan bazıları şunlardır (Başara vd., 2024, s. 274-276):

e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi; SB'ye bağlı sağlık kuruluşlarının entegre olduğu sağlık kaydı sistemi olup, kişinin güncel tetkik, radyoloji, ilaç, tanı ve geçmiş sağlık verilerine ulaşılmasını sağlamaktadır. Uygulama, mükerrer başvuru ve tetkik istenmesinin önüne geçmekte, teşhis ve tedavi sürecinin hızlanmasında etkinlik ve mali verimlilik bakımından fayda sağlamaktadır. Özellikle son dönemde yaşanan pandemi sürecinde aşı takibi ve genel sağlık verilerinin anlık sunulması sayesinde, politika yapıcılar için önemli bir enstrüman haline gelerek sağlık politikalarının belirlenmesinde etkin rol oynamıştır (Başara vd., 2024, s. 274).

Teleradyoloji Sistemi; hastalara yapılan tıbbi görüntüleme işlemleri ve raporlamaların kaydının tutulduğu uygulamadır. Uygulama üzerinden dijital olarak görüntülenebilir olması mekânsal sınırları kaldırarak uzak bir lokasyonda ki uzman tarafından raporlanmasına ya da hekim tarafından ileri tetkiklerde de kullanılmasına olanak sağlamaktadır. Uygulama sayesinde, mükerrer tetkiklerin istenmesinin önüne geçilerek hem maliyet verimliliği yaratılmış hem de gereksiz görüntülemelerle hastaların fazla radyasyona maruz kalmasını önlenmiştir. Bu sayede sağlık harcamalarında yılda 2 milyar TL kaynak tasarrufu sağlanmaktadır (Başara vd., 2024, s. 274-275).

Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA); yerli üretim iş zekâsı platformu olup, sağlık hizmeti sunumlarında, sağlık sistemi veri tabanında tutulan dijital kayıtların anlık raporlanabilmesine, gebe takibi ve aşılama programları gibi halk sağlığına yönelik izlemlerin gerçekleştirilmesine olanak sağlanmakta, sağlık tesislerinin yatak doluluk oranlarından, acil ilk yardımdaki yoğunluklara kadar

sağlık kuruluşlarının anlık takibi yapılabilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda hekim muayenesi, tıbbi görüntüleme ve laboratuvar istemlerinin sayıları üzerinden performanslar da takip edilebilmektedir. Hastalıkların yayılım hızı ve sayıları, mortalite oranları, takipli kronik hastalıklar gibi verilerle sağlık politikası kararlarının belirlenmesinde kolaylık sağlamaktadır (Başara vd., 2024, s. 275).

Mekânsal İş Zekâsı (MİZ); bölgesel ve lokal haritalandırmalar üzerinde hastalıkların çevresel faktörlerle birlikte değerlendirilmesi, hastalıkların yayılımı oranı ve seyrinin takip edilmesi, insan kaynağı planlamasıyla eş zamanlı olarak görülebilmesine, etkin ve hızlı karar alınabilmesini olanak tanıyan uygulamadır (Başara vd., 2024, s. 275).

Entegre Kurumsal İşlem Platformu (EKİP); taşra ve merkez teşkilatlarda istihdam edilen personellerin performans, hak ediş, maaş ve bordro gibi özlük hak ve bilgilerinin yer aldığı, diğer kurumlarla entegre olarak çalışan, özlük işlemlerinin yönetilmesi ve aynı zamanda ruhsatlandırma işlemlerinin de yapıldığı uygulamadır (Başara vd., 2024, s. 276).

Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS); sağlık hizmeti sunumunda birinci basamak sağlık hizmetleri ve halk sağlığı hizmetleri uygulamaları arasında sağlıklı veri toplama ve tek bir merkezden yönetilmesi amacıyla oluşturulmuştur (Başara vd., 2024, s. 276).

SDP ile tek çatı altında toplanan sosyal sigortaların kapsayıcılığı artırılmış, bu durum sağlık sisteminde talep ve sağlık kuruluşlarının hizmet yapısını da değiştirmiştir. Tüm birimler için hekime müracaat sayılarında önceki yıllara göre sürekli artış gözlemlenmiştir. Artan sağlık hizmeti talebi verimlilik ve etkililik bileşenleri bakımından risk oluşturmuştur (Gün ve Koç, 2023, s. 62).

“Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ)” ve “Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)” kurulmasıyla ile nitelikli sağlık hizmeti sunulmasında ve politika, işletme, ekonomi ve planlanma bilgileriyle donatılmış insan gücü yetiştirilmesinde kaynak sağlayan sistemi destekleyecek kurumlar faaliyete geçmiştir. Bu çabalarla bilgi ve beceri ile donatılan sağlıkta insan gücü ve sağlık bilişim sistemlerinde uzmanların yetişmesinde SDP bileşenlerine destek olmaktadır (Gün ve Koç, 2023, s. 62).

7.2 Yapısal ve Ekonomik Etkileri

SDP'yle birlikte sağlık giderlerinin finansmanında değişiklikler meydana gelmiş, cepten harcama yükü azalırken, kamunun sağlık harcamaları yükselmiş, bozulan gelir gider dengesizliği beraberinde sosyal güvenlik finansal kaynakları üzerinde riskler oluşmaya başlamıştır (Gün ve Koç, 2023, s. 64). SDP'nin uygulama sürecinde etkileri bakımından değerlendirildiğinde yapısal ve ekonomik olarak öne çıkan başlıklar şunlardır:

7.2.1 Sosyal Güvenlik ve Finansman

2006 yılında, sosyal güvenlik fonları SGK çatısı altında birleştirilmiş, SSK hastaneleri SB'ye bağlanarak sağlık kuruluşları arasındaki sosyal güvence tipine (BAĞKUR – SSK) göre sağlık hizmeti verilmesi uygulamasına son verilmiş, sosyal güvence ayrımı gözetmeksizin hastanelerden hizmet alınması sağlanmıştır. Geniş kapsamlı yapılan bu düzenlemelerle birlikte özel sağlık tesislerine yönelik sosyal güvenlik kurumlarıyla sözleşme imzalayan özel hastaneler ve üniversite hastaneleri sevk zincirine gerek kalmaksızın doğrudan hasta kabulüne başlamıştır. Buna karşılık 2007 yılından sonra, sosyal güvenlik kaynakları üzerindeki finans yükünü arttırmıştır (Atılğan, 2015, s. 9; Gün ve Koç, 2023, s. 62).

7.2.2 Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Aile Hekimliği

SDP'nin sağlık hizmetleri talep yönünden sağlık istatistikleri verileri incelendiğinde, sevk zinciri ile güçlendirilmek istenen birinci basamak sağlık hizmetlerine talebin beklenen yönde olmadığı, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde alınan katkı payı düzenlemesine rağmen talebin azalmadığı, ancak tüm basamak sağlık hizmetlerinin talebinde belirgin bir artış gözlemlendiği bu durum etkililik bakımından SDP'nin amaçlarıyla uyuşmadığı gözlemlenmiştir. Sınırlı etki yaratan katkı payı düzenlemesi yerine, aile hekimliği uygulamasının güçlendirilmesi, sevk zincirinin kuvvetlendirilerek etkin olması, gereksiz sağlık hizmeti harcamaları ve taleplerin önüne geçebilecek eylemler olabileceği öngörülmektedir (Atılğan, 2015, s. 10).

Sağlık hizmetleri basamaklarında sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik yapılan çalışmada, üst solunum yolu enfeksiyonu hastalıklarının, etkin sevk zinciriyle birinci basamak sağlık tesislerinde aile hekimliğinde tedavi edilmesi durumunda 240.306.759 TL'lik bir kaynak tasarrufuna gidilebileceği tespit edilmiştir (Bankur, 2017, s. 81). Başka bir çalışmada, acil sağlık hizmetlerine başvuran hastaların yüzde 70'inin, hastalık yakınmaları bakımından ilk basamak sağlık kuruluşlarına başvurduklarında teşhis ve tedavi alabilecekleri sağlık hizmetleri olduğu görülmektedir. Sağlık istatistikleri verilerindeki yıllara göre değişen hekime başvuru sayıları dikkate alındığında, sağlık hizmetleri artış taleplerinde birinci basamak sağlık hizmetlerine göre ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri artış oranı neredeyse yüz katı bir orana sahiptir. Bu durum SDP'nin bileşenlerinden olan etkili ve verimli sevk zinciri amacına ulaşmadığı söylenebilir (Gün ve Koç, 2023, s. 63).

Aile hekimliği uygulamasıyla birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen aşılama ve gebe takibi gibi koruyucu sağlık hizmetleri daha etkin ve başarılı olmuş, ancak zorunlu sevk zincirinin oluşturulamayışı sağlık harcamalarındaki

artış ve finansal kaynak üzerindeki yükü tam olarak hafifletememiştir (Bankur, 2017, s. 83).

Hasta başvuru sayılarındaki artan talebi karşılayamayan devlet hastanelerine karşın özel sağlık kuruluşları, gelir düzeyi özel sağlık harcamalarını karşılamaya elverişli bireyler için alternatif olmuştur. Özel sağlık kuruluşlarından alınan sağlık hizmeti talebindeki artışın sebebi, SGK ile bu kuruluşlar arasında sözleşme yapılması, alım gücü olması halinde öncelikli tercih edilmeleridir (Gün ve Koç, 2023, s. 64).

Zorunlu sevk zinciri aynı zamanda işgücü verimliliğine de katkı sağlayacağından, sadece ekonomik tasarruf tedbiri olarak görülmemelidir. Zorunlu sevk zincirinin olmayışı, hastaların sağlık hizmeti sunumunda özellikli bölümler haricinde istediği bölüm ve sağlık kuruluşuna başvurabilmesi sebebiyle ikinci ve üçüncü basamak sağlık sunucularındaki yığılmalarında önüne geçilememiştir. Bu yığılmalar sebebiyle söz konusu basamaklara ihtiyaç duyan hastalar başvuramamakta veya yeterli hizmet alamamaktadır (Bankur, 2017, s. 84).

7.2.3 Özel Sağlık Kuruluşlarının Teşviki

Yatırımlara yansımayan, özel sağlık sektöründeki hızlı ekonomik büyüme eğiliminin temel nedeni, sağlık hizmetlerinin sözleşmelerle SGK tarafından finanse edilmesi değil, bireylerin ödemiş olduğu katkı payları ve doğrudan yapılan cepten ödemelerden kaynaklanmaktadır. Özel sektördeki bu büyümeye, sosyal güvenlik kaynakları üzerinde ve genel bütçe üzerindeki sağlığın finansman yükünü azaltmada katkı sağlamamış, SDP'nin temel amaçlarından birisi olan makroekonomik verimlilikten uzaklaştırmıştır (Gün ve Koç, 2023, s. 64).

SDP'yle birlikte özel sağlık kuruluşlarının açılması teşvik edilse de özel hastane sayısındaki artışı ve sağlık hizmetlerinin kontrolünü sağlamak amacıyla, 2013 yılında yapılan yasal düzenlemelerle, yeni açılacak sağlık kuruluşları için bazı ön koşullar getirilmiş, bu şekilde küçük ölçekli işletmelerin özel hastaneler zincirine katılmaları özendirilmiştir (Çetin, 2017, s. 285; Gün ve Koç, 2023, s. 64).

Sağlık harcamalarında meydana gelen artış, üçüncü basamak sağlık kuruluşları ve özel hastanelerin sağlık harcamalarında SGK kaynaklarından büyük pay alması, SGK gelirlerinde azalma ile birlikte sosyal güvenlik sistemi üzerinde oluşan finansal kayıp ve kaynak açığına sebep olmuştur (Kocasoy, 2014, s. 46; Gün ve Koç, 2023, s. 62).

7.2.4 Devlet Hastanelerinin Durumu

Keskin'e (2018, s. 145) göre SDP'nin etkileri altında, SB'ye bağlı hastanelerin etkinliğinde kurumlara özgü çevresel etkenler ve teknik faktörlerin incelenmesine

yönelik yapılan çalışmada, eğitim ve araştırma hastaneleri gibi büyük ölçekli kuruluş yapıları, ekonomik büyüklük ve teknolojik yenilikleri uygulayabilme bakımından kaynakların daha etkin kullanım sağladığı, buna karşın SDP kapsamında benimsenen desentralizasyon ilkesine göre, diğer kamu hastaneleriyle üst hizmet bölgeleri arasında, sağlık hizmetlerinin merkezileştirilerek yapıldığı yönetim planlamasında bölgesel farklılık oluşturmadığı gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar, SDP'nin 2012 yılına kadar verimliliği sağlayarak pozitif etki yarattığı, sonrasında ise nötr olduğu görülmektedir. Çalışma sonucunda hastanelerin ölçeğini büyütme, ölçek ekonomilerinin yarattığı teknolojik avantajlardan dolayı etkinliğin arttırdığını, böylece kaynakların daha etkin kullanılabildiğini göstermektedir (Gün ve Koç, 2023, s. 63).

Kamu hastaneleri bakımından en önemli gelişmelerden biri 2005 yılında çıkarılan 25806 sayılı “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunan Kurumlar Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği” olmuştur. Yapılan düzenlemeyle, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına yönelik, her ilde en az bir tane olmak üzere SB'ye bağlı ağız ve diş sağlığı merkezi kurulmuş, ayaktan koruyucu ve tedavi edici diş sağlığı hizmetleri vermeye başlanmıştır. SB'ye bağlı ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan 22 ağız ve diş sağlığı hastanesi, 133 ağız ve diş sağlığı merkezi bulunmaktadır. Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan 510 devlet hastanesiyle birlikte toplam 9.432 diş ünitesiyle hizmet verilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2018, s. 180). Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunumunda kamu kurumlarının daha fazla etkin olması, SDP sonrası sağlık alanındaki yapılan yatırımlar ve hizmet bakımından önemli gelişmelerdendir (Yılmaz vd., 2019, s. 75).

7.2.5 Şehir Hastanelerinin Kurulması

SDP sonrası, 2013 yılında Yozgat’ta faaliyete geçirilen ilk şehir hastanesi ile birlikte sağlık hizmetleri sunumunda yapısal değişikliğe giden SB, dönüşümün temel ayaklarından olan “şehir hastaneleri” kurulmasını son dönemde hızlandırmış, genel bütçe kaynakları ile yapılan 6 şehir hastanesi (Tablo 7.1) ve Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) kaynak finansmanıyla yapılan 18 şehir hastanesi (Tablo 7.2) olmak üzere, 2024 yılı itibarıyla faaliyet gösteren toplam 24 şehir hastanesiyle sağlık hizmeti verilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024, s. 128-129). Bu yapılarla genel bütçe kaynaklarının yatırımlara değil, sağlık harcamalarına ayrılmasına imkân sağlaması hedeflenmiştir (Fedai, 2020, s. 21).

Tablo 7.1 Genel bütçe kaynaklarıyla açılan şehir hastaneleri ve yatak sayıları

Tesis Adı	Yatak Sayısı
Antalya Şehir Hastanesi	1.000
Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi	1.100
Erzurum Şehir Hastanesi	1.670
İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi	800
İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi	1.125
İstanbul Okmeydanı Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi	1.000
Toplam	6.695

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2024). *2023 Yılı Faaliyet Raporu*. T. C. Sağlık Bakanlığı. Ankara: Strateji Geliştirme Başkanlığı.

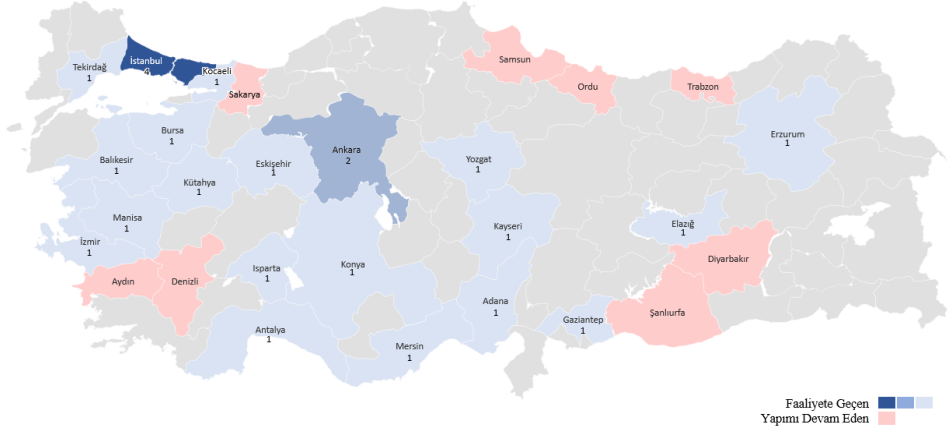
2024 yılı itibarıyla finansmanı genel bütçe kaynaklarıyla yapılan şehir hastaneleri yatak sayısı 6.695'e (Tablo 7.1), KÖİ modeliyle finansmanı sağlanarak yapılan şehir hastaneleri yatak sayısı 28.548'e (Tablo 7.2) yükselerek toplamda 35.243 yatak kapasitesine ulaşılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024, s. 128-129).

Tablo 7.2 KÖİ modeli ile açılan şehir hastaneleri ve yatak sayıları

Tesis Adı	Yatak Sayısı
Adana Şehir Hastanesi	1.640
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	4.050
Ankara Etlik Şehir Hastanesi	4.050
Bursa Şehir Hastanesi	1.355
Elâzığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi	1.038
Eskişehir Şehir Hastanesi	1.150
Gaziantep Şehir Hastanesi	1.875
Isparta Şehir Hastanesi	845
İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi	2.720
İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2.060
Kayseri Şehir Hastanesi	1.607
Kocaeli Şehir Hastanesi	1.220
Konya Şehir Hastanesi	1.250
Kütahya Şehir Hastanesi	610
Manisa Şehir Hastanesi	558
Mersin Şehir Hastanesi	1.440
Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi	605
Yozgat Şehir Hastanesi	475
Toplam	28.548

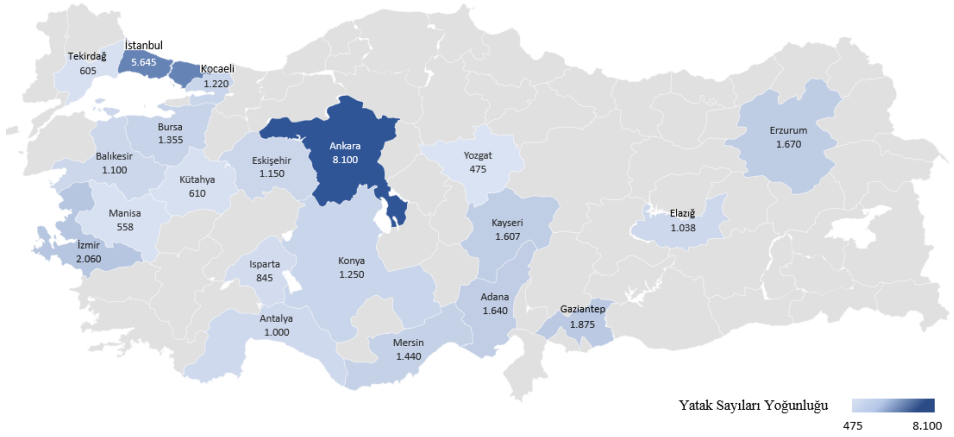
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2024). *2023 Yılı Faaliyet Raporu*. T. C. Sağlık Bakanlığı. Ankara: Strateji Geliştirme Başkanlığı.

Türkiye’de bakılan hasta sayısının 1/4’ü şehir hastanelerinde tedavi edilmekte, 14 adet inşası devam eden, 3 adet proje aşamasında olan şehir hastanesi daha bulunmaktadır (Koca, 2024). Hedeflenen bu durum her ne kadar kapasite artışı olarak görülse de SDP’nin amaçlarından olan hakkaniyet ilkesiyle bağdaşmayacağından sağlık hizmetlerinin sunumunda kırsal farklılıklarının giderilmesine olumlu bir etki yaratmayacağı öngörülebilir. Bununla birlikte yeni kurulan şehir hastaneleri büyükşehirlerle sınırlı kalmakta, hizmet sunumunda sağlık hizmetlerin yaygınlığının Batı ve Güney bölgelerinde yoğunlaştığı gözlemlenmektedir. Bu bölgelerin, kırsal bölgelere göre teknoloji ve alt yapı üstünlüğünü koruyacağı, bu durumda sağlık hizmetleri sunumunun taşraya yayılmasında SDP’den beklenen etkiyi azaltacağı söylenebilir (Harita 7.1).



Harita 7.1 Şehir hastanelerinin illere göre dağılımı

Kurulan şehir hastanelerindeki toplam yatak kapasiteleri ve illere göre dağılımı bakımından değerlendirildiğinde, Türkiye’nin en yoğun nüfusa sahip ili olan İstanbul şehir hastanelerinde yatak sayısının Ankara’dan az olması, çevre illerde bulunan şehir hastanelerinin varlığı olarak yorumlanabilirken, İstanbul’daki yatak kapasitesinin 1,5 katı olarak en fazla yatak sayısına sahip il Ankara’nın olduğu gözlemlenmekte, bu durumun özellikle Batı Karadeniz’de bulunan çevre illerde şehir hastanelerinin olmayışından kaynaklandığı ve bölgedeki sağlık hizmeti taleplerini karşılamak üzere yüksek yatak kapasitesiyle hizmet verdiği anlaşılmaktadır (Harita 7.2).



Harita 7.2 Şehir hastanelerinin toplam yatak kapasitelerine göre illere dağılımı

Kamu sağlık yatırımları özel sektörün tek başına üstlenebileceği bir riziko olamayacağından, KÖİ ortaklığı modeli ile yapılan sağlık tesislerinde devletin garantörlüğüne ihtiyaç duyulmuştur. Şehir hastanelerinin inşası ve kampüs içerisindeki sağlık haricindeki temel işletme hizmetlerinin gerçekleştirilmesi hususunda özel sektörün finans kaynağını kullanması, getirisi bakımından İsveç, Norveç, Danimarka ve Finlandiya’da gibi ülkelerde uygulanan projelerde kaynak tasarrufu sağlandığı gözlenirken, Türkiye için bu durum belirsizlik arz etmektedir (Fedai, 2020, s. 21).

SDP sonrası dönemde sağlık hizmetlerinde artan talebin karşılanmasına yönelik sağlık yatırımları teşvik edilmiş, özel sağlık kuruluşlarından hizmet alma talebinde bir artış gözlemlense de artan sağlık yatırımları karşısında inişli çıkışlı eğilimde olan özel sektör bekleneni vermemiş, yatırımların ağırlığı merkezi hükümet üzerinde kalmış ve devlet eliyle gerçekleştirilmeye devam etmiştir (Gün ve Koç, 2023, s. 64).

Son dönemlerde kurulan şehir hastanelerinin sayısının artmasına karşın, devlet hastanesi sayısında belirgin bir artışın olmayışı, devlet hastanelerindeki yoğunluğun ve talebin azalmayışının diğer bir sebebidir. Özel hastane yatak sayılarındaki artış ise devlet hastanelerindeki bu yoğunluktan kaynaklanan talep kayması şeklinde yorumlanabilir. Artan yoğun talebe cevap bulunamaması sonucunda yükselen maliyetler ve sağlık iş gücü üzerindeki yük, sağlık sisteminin sunumunda ve finansmanında sorunlar yaşanabileceğini göstermektedir (Gün ve Koç, 2023, s. 64-65).

7.2.6 Sağlık Turizmi

Küresel sağlık sistemlerinde yaşanan gelişmelerle birlikte, bireyler sağlık turizmi kapsamında sağlıklarını elde etmek için buldukları lokasyondan çıkarak hem sağlık hem de turistik ihtiyaçlarını birlikte gidermeyi tercih etmekte, sağlık ihtiyacını turistik ihtiyaçlarla eş zamanlı karşılayarak zaman tasarrufunda bulunmakta ve daha iyi bir sağlık merkezinde hizmet alabilmektedir. Bunların içerisinde termal bakım, beslenme ve diyetetik, zihinsel sağlık ve sağlıklı yaşam mentorluğu, diş ameliyatları ve estetik tedavileri, saç ekimi ve ciddi sağlık sorunlarında ileri teknolojiyle yapılan robotik cerrahi operasyonlar gibi geniş bir yelpazede sağlık hizmetleri sunulmaktadır (Mueller ve Kaufmann, 2001, s. 5).

SDP sonrası sağlık hizmetlerinin sunumunda gelişen tıp teknolojisi, başarılı hekimlerin bulunması ve alternatif tedavi seçenekleriyle birlikte, Türkiye’de de sağlık hizmeti sunumu ve otelcilik hizmetlerinde kalite artışı yaşanmıştır. Türkiye’nin de içinde bulunduğu sağlık turizmi endüstrisi gelişmiş, başta medikal turizm olmak üzere Batı ve Ortadoğu ülkelerinden yoğun talep oluşmuştur.

Bu taleplerin oluşmasındaki önemli etkenler olarak sağlık hizmeti sunumundaki fiyat avantajları, ameliyat için kısalan bekleme süreleri, destinasyon sağlanan ülkelerdeki para birimi değeri, başarılı hekimlerin bulunması, teknolojik alt yapının gelişmiş olması sayılabilir. Avrupa ve batı ülkelerindeki sağlık sigorta sistemleri, diş operasyonları ve estetik girişimlerin kapsam dışında bırakılması, hastaları daha ucuz tedavi amacıyla arayışlara itmektedir. Bu kapsamda bireyler gelişen iletişim araçları ve internet sayesinde sağlık arayışlarını küresel olarak yapabilmekte, bilinçlenen bireyler tüketim tercihleriyle sağlık turizminin gelişmesini, sağlık turizmüne ulusal gelir olarak bakan ülkelerin daha fazla hizmet sunmasını sağlamaktadır (Aydın, 2012, s. 93; Soysal, 2017, s. 172-173).

Hem turizm alanında hem de sağlık alanında bulunduğu bölgede cazibe merkezi olan Türkiye, sağlık turizmindeki pazar payını arttırmak amacıyla Turizm Stratejisi 2006-2023 Eylem Planı’nı uygulamaya başlayarak Troya, Frigya ve Afrodisya bölgelerinde termal turizm temasını ön plana çıkarmış, 2011 yılında mevzuat değişikliğiyle SB, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde sağlık turizminin geliştirilmesi ve paydaş kurumlarla koordinasyonunun sağlanması amacıyla Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2019 yılında ise Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi (USHAŞ) kurulmuştur. Sağlık turizminin gelişmesi ve yatırımların teşviki amacıyla 2013 yılında sağlık turizminde %50 gelir vergisi muafiyeti uygulanmış ve Ekonomi Bakanlığı

üzerinden yurtdışı tanıtımlarına finansal destekler sağlanmıştır (Özer ve Songur, 2012, s. 74-75; Aydın, 2014, s. 137).

Hızlı teknolojik ilerlemelerle birlikte sağlık alanında cerrahi girişimlerin robotikleşmesi, sanal sağlık asistanı ve sohbet uygulamaları, hastaların kişisel sağlık verileriyle uzaktan takip edilip tedavisinin planlanması gibi gelişmeler yaşanmış, gündelik yaşamda sıkça kullanılmaya başlanan yapay zekâ sağlık turizmi alanında da kendine yer bulmuş, teşhis ve tedavide hata payını azaltması ve maliyetleri düşürmesi bakımından da katkı sağlayarak hasta memnuniyetinin artırılmasında sağlık turizmiyle ilişkilendirilmiştir (Yetgin, 2024, s. 92-93).

Yetgin'in (2024, s. 92-93) sağlık turizmi hizmeti alan bireylerle yapmış olduğu çalışmada; yapay zekâ ve ileri teknolojiden faydalandıkları, yapay zekânın sağlık turizmi ve hizmetlerin sunumunda yararlı olduğu, teşhis ve tedavide kullanılabilmesi, hastaların yapay zekâ ile tedaviye açık olduğu, risklerin giderilmesi durumunda inovasyonun devamına karşı çıkmadıkları, sağlık alanındaki yapay zekâ ve ileri teknoloji uygulamalarının daha fazla tercih edilebileceği gözlemlenmiştir. Fırsatlar bakımından sağlığın teknolojik inovasyonunda yapay zekânın sağlık turizmine sağlayacağı katkının sürdürülebilir olması için, belirlenen etik standartlara uyularak kişisel veri güvenliğinin sağlanması, teknolojik alt yapı ve uzmanlaşmış personel yetiştirilmesi yönünde yatırım yapılması gerekmektedir (Yetgin, 2024, s. 92-93).

7.2.7 Kalkınma Planlarında Hedeflenenler

İlk olarak Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanarak 1963 yılında uygulanmaya başlanan kalkınma planlarıyla birlikte SDP'nin de temellerinin atıldığı 7 kalkınma planı daha hazırlanmış, SDP öncesi hazırlanan bu planlarda sağlık personeli sayısının yetersizliği, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, sağlık harcamalarının düşük olması, sürekli olarak sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hedeflenmiştir. SDP sonrası kalkınma planlarında ise; çağdaş işletmecilik anlayışla yönetim, bilimsel veri ve kanıta dayalı tedavi yöntemleri, akılcı ilaç uygulamaları, obezite ve hareketsiz yaşam ile mücadele, veri tabanı ve teknolojileri, sağlık turizmi, uluslararası akreditasyonlar, sağlık sektörünün endüstrileşmesi gibi çağdaş kavramlardan bahsedilmektedir. Kalkınma planlarında kamu ve özel sektör hizmet sunucularının yer aldığı karma sağlık sistemi modeli benimsenmiş, ivme kazanan Türk sağlık sistemi için çağının ilerisinde hedefler belirlenmeye başlanmıştır (Yardan ve Kiremit, 2016, s. 93).

2019-2023 dönemini kapsayan On Birinci Kalkınma Planı kapsamında Sağlık Endüstrilerinde Dönüşüm Özel İhtisas Komisyonu kurulmuş, hazırlanan raporda sektörel inovasyona vurgu yapılmıştır. Hem tıbbi cihaz geliştirilmesinde hem de

yüksek katma değerli ürünler elde edilebilmesine yönelik inovasyon yaklaşımıyla destek programlarının açılması, endüstriyel tasarımlarının da kapsama alınması, teknolojinin değerlendirilmesinde ve pazarlanmasında katkı sağlayacak eğitim ve danışmanlık faaliyetlerinin de yer alması gerektiği belirtilmiştir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018, s. 111)

Sağlık endüstrisinin gelişmesine yönelik desteklerde; inovasyonun hasta ve kullanıcı odaklı olması, doğrudan sağlığa ve yaşam kalitesine etkide bulunması, henüz giderilmemiş tıbbi ihtiyaçlara yönelerek yenilikçi çözümler getirilmesi ve fikirlerin ticarileşmesinin sağlanması öngörülmüştür. Bilgi teknolojileri ve robotik gelişmeler tıbbi cihazların geliştirilmesinde ve inovasyonda önemli bir rolü bulduğundan bu süreç desteklenmeli, sağlık ve bilim uzmanlarının disiplinler arası yaklaşımıyla çözümlenerek sağlık alanında beklenen faydanın sosyal ve fiziksel olarak bütüncüllüğü sağlanmalıdır. İnovasyon faaliyetleriyle maliyet etkinliğinin artırılacak, kamu ihtiyaç ve sağlığını önceleyecek şekilde eylem planları belirlenmiştir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018, s. 111).

7.2.8 Türkiye'nin Genel Sağlık Verileri ve Seçilmiş OECD Üyesi Ülkelerle Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması

OECD tarafından yapılan sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında temel göstergeler sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği, finansman yöntemi ve sağlık hizmeti sunucuları olup, sınıflandırmanın yapısı bakımından hasta odaklı ve sağlığın sosyalleşmesi yaklaşımıyla ele alınmaktadır. OECD'ye (1987) göre sağlık sistemleri finansmanı bakımından şu üç temel modelden oluşmaktadır (Sungur, 2021, s. 2185):

- Ulusal sağlık sistemleri
- Sosyal sağlık sigortaları
- Özel sağlık sigortaları

Sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında OECD üyesi ülkelerden ABD, Almanya, Birleşik Krallık, Japonya ve Kanada seçilmiş, yapılan karşılaştırmada reformların ve Türkiye'de uygulanan SDP'nin etkilerinin yorumlanması amaçlanmıştır.

Tablo 7.3 ABD’de sağlık hizmetlerinin yıllara göre bazı OECD verileri

ABD	Sağlık Harcamaları (%)	Devlet/Sosyal Sağlık Sigortası (%)	Özel Sağlık Sigortası (%)	Hastane Sayısı
2003	14,5	85,4	68,2	5.764
2004	14,6	85,5	67,7	5.760
2005	14,6	85,4	67,1	5.756
2006	14,7	84,9	65,2	5.747
2007	14,9	85,3	65,5	5.708
2008	15,2	85,2	64,4	5.815
2009	16,2	81,3	62,3	5.795
2010	16,2	84,0	60,6	5.754
2011	16,1	84,9	60,6	5.724
2012	16,1	85,3	60,3	5.723
2013	16,0	85,5	60,1	5.686
2014	16,1	88,5	61,6	5.627
2015	16,4	90,9	62,9	5.564
2016	16,7	91,2	63,0	5.534
2017	16,6	90,8	62,9	6.210
2018	16,5	90,6	62,7	6.146
2019	16,6	89,7	62,0	6.090
2020	18,6	90,3	62,0	6.093
2021	17,3	90,8	62,4	6.129
2022	16,5	-	-	-

Kaynak: (Diğer ve Bilgin, 2021; OECD, 2023).

Tablo 7.3’e göre ABD’nin toplam sağlık harcamasının yıllara göre GSYH’deki pay oranının 2003 yılında %14,5 iken küçük yükselişlerdeki kararlı seyrine 2009 yılında %1’lik bir artış dışında devam etmiş, COVID-19 pandemiyle birlikte sağlık harcamalarında %2 oranında ani bir artış sonrası, 2022 yılına gelindiğinde tekrar %2 gerileyerek %16,5’e düştüğü görülmektedir. Buna rağmen OECD üyesi ülkelerin sağlık harcamalarında ABD ilk sırada yer almaktadır. Devlet/sosyal sağlık sigortası kapsamındaki nüfus yüzdesi 2003 yılında %85,4’lük bir orana sahip iken 2009 yılında %81,3’e kadar gerilemiş, 2010 yılında çıkan yasayla kapsamı genişletilen devlet/sosyal sağlık sigortası yeniden ivme kazanarak 2021 yılında nüfusun %90,8’ini kapsam içine alması sağlanmıştır. Bu noktada 2003 yılında %68,2’lik bir oranda olan özel sağlık sigortası kapsamındaki nüfus yüzdesi ise 2010 yılında düzenlenen yasa ile talebin devlet/sosyal sağlık sigortası kaymasına neden olmuş, her geçen yıl payı azalan

özel sağlık sigortası oranı 2022 yılında %62,4 oranına kadar gerilemiş, %5'8'lik bir azalma göstermiştir (OECD, 2023).

2003 yılında ABD'nin kamu ve özel hastane sayısı toplamı 5.764 iken 2016 yılına gelindiğinde 676 hastane sayısı arttığı görülmekle birlikte artışın sebebi daha önce Amerikan Hastaneler Birliği'ne (American Hospital Association, AHA) bağlı olmayan hastanelerin artık OECD verileri içinde bildirilmeye başlanmasıdır. 2021 sonunda ABD'deki toplam hastane sayısı 6.129 olarak kayıtlara geçmiştir (OECD, 2023).

ABD'nin genel sağlık sistemi karma olup, kapitalist ekonomiye sahip olmasından dolayı sağlık hizmetleri kâr amaçlı kuruluşlarca verilmektedir. Yarıdan fazlasını kâr amaçlı şirketler oluşturduğu bu kuruluşlar iş verenlerin payları üzerinden sigorta yaparak sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Kapitalist piyasa etkisiyle geniş yelpazede sunulan bu sağlık hizmetlerinin maliyetleri yüksek olmakta, devlet yeterli desteği sağlamadığından sağlığa erişim kısıtlı kalmaktadır. Ayrıca ABD'de sağlık harcamaları OECD ortalamalarının oldukça üzerindedir. ABD'nin istikrarlı sağlık politikaları sürdürmesine karşın bu durumu önleyecek kalıcı bir çözüm getirilememiştir (Sargutan, 2006, s. 78).

ABD'deki tam kapitalist sağlık politikalarından dolayı tedavi hizmetlerinde rolü kısıtlı kalan kamu yalnızca koruyucu sağlık hizmetleri sunmakta, kamu sigortaları ise tedavi masraflarının birçoğunu kapsamamaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı; kâr amaçlı özel sigorta şirketleri, maviler adıyla anılan Mavi Haç ve Mavi Kalkan organizasyonları, kâr amacı gütmeyen kuruluşların sigorta planlarıyla sağlanmakta; kamu ise yalnızca 65 yaş üstü herkes için Medicare, düşük gelir grubundaki birey ve aileler için Medicaid ile finanse etmektedir (Sargutan, 2006, s. 79).2010 yılı Başkan Obama döneminde hazırlanan 'Hasta Koruma ve Ekonomik Bakım Yasası' ile reform çalışması başlatılmış, genişletilen sigorta kapsamıyla tüm kesimlerin faydalanması hedeflenmiştir. Satın alma yoluyla Medicaid'e 30 milyon kişinin katılması beklenirken 3 milyon kişiyle sınırlı kalmış, ilaç ve sağlık harcamalarında artışlar görülmüştür (Steinbrook, 2012, s. 1; Daştan ve Çetinkaya, 2015, s. 109).

Tablo 7.4 Almanya’da sağlık hizmetlerinin yıllara göre bazı OECD verileri

Almanya	Sağlık Harcamaları (%)	Devlet/Sosyal Sağlık Sigortası (%)	Özel Sağlık Sigortası (%)	Hastane Sayısı
2003	10,4	99,7	9,9	3.513
2004	10,1	99,7	10,1	3.460
2005	10,3	99,8	24,7	3.409
2006	10,2	99,8	26,5	3.359
2007	10,1	99,8	28,3	3.326
2008	10,3	100	29,8	3.322
2009	11,2	99,8	20,0	3.324
2010	11,1	99,8	20,6	3.301
2011	10,8	99,8	21,4	3.278
2012	10,9	99,9	21,8	3.229
2013	11,0	99,9	22,4	3.183
2014	11,0	99,9	22,9	3.138
2015	11,2	99,9	23,1	3.108
2016	11,2	99,9	23,2	3.100
2017	11,3	99,9	23,7	3.084
2018	11,5	99,9	24,2	3.051
2019	11,7	99,9	24,9	3.026
2020	12,7	99,9	25,8	3.006
2021	12,9	99,9	26,7	2.979
2022	12,6	99,9	27,3	2.982

Kaynak: (Diğer ve Bilgin, 2021; OECD, 2023).

Tablo 7.4’e göre Almanya’da toplam sağlık harcamasının yıllara göre GSYH’deki pay oranı 2003 yılında %10,4 iken 2013 yılında %11 olarak yansımış, 2022 yılında ise 12,6’a yükselmiştir. Sağlık harcamalarını azaltmayı hedefleyen sağlık reformu 2011 yılında yürürlüğe girse de beklenen etki gerçekleşmemiştir. COVID-19 pandemisinin de etkisiyle 2020 yılından sonra %2’lik bir artış yaşanmıştır. Gelişmişlik seviyesine bağlı olarak istikrarlı seyreden sağlık harcamalarının 2022’de GSYH’deki payı %12,6 olup, OECD üyesi ülkeleri arasında ABD’den sonra ikinci sırada yer almaktadır (OECD, 2023).

Almanya’nın devlet/sosyal sağlık sigortası kapsamındaki nüfus yüzdesi 2003 yılında %99,7’lik bir orana sahip iken 2009 yılında yaşanan 2022 yılına gelindiğinde %99,9’luk payıyla bu oranı istikrarlı bir şekilde koruduğu görülmektedir. 2003 yılında %9,9’luk bir oranda olan özel sağlık sigortası kapsamındaki nüfus yüzdesi oranında hızlı bir artış yaşanmış, 2009 yılında

Sigorta Sözleşmesi Yasası düzenlemesiyle genel sağlık sigortası yürürlüğe girmiş, yasal sağlık sigortası olmayan kişilere sağlık sigortası yaptırma yükümlüğü getirilmiş, özel sağlık sigortası tam veya tamamlayıcı ek sigorta anlayışıyla tercih kapsamına alınmıştır. Yapılan yasal düzenleme sonrası özel sağlık sigortasında %9,8'lik ani bir düşüş etkisi yaratmış, kısa süren düşüş sonrası hızı yavaşlayarak 2022 yılına kadar %7,3'lük bir artış göstermiş ve %27,3'te kalmıştır. Almanya'nın kamu ve özel hastane sayısı 2003 yılında toplam 3.513 iken 2022 yılında 531 azalarak hastane sayı 2.982'e düşmüştür (OECD, 2023).

Alman sağlık sistemi 1883 yılında Bismarck tarafından hazırlanan ve "Bismarck Modeli" olarak kavramsallaşan sosyal sigorta modeliyle yapılandırılmıştır. Çalışanların ve işverenlerin ödediği prim gelirleriyle oluşturulan fonlar sağlık, kaza, emeklilik, işsizlik ve bakım sigortalarını kapsamaktadır. Bismarck yöntemi halen uygulanmakta olup yasal ve özel sağlık sigortası birlikte işlemektedir (Sargutan, 2005, s. 419).

Alman sağlık sisteminde ayaktan tedavi hizmetlerinin sunumu aile hekimleri ve dış hekimleri tarafından yapılmaktadır. Aile hekimleri sözleşmeli olup, sağlık sigortaları ile anlaşmalıdır. Sevk zincirinin ve ödemelerin takibinin yapıldığı özerk yapıya sahip bir denetim kurumu bulunmaktadır (Çevik ve Yüksel, 2019, s. 214).

Almanya'da sağlık tesislerinin kuruluş ve koordinasyonları eyalet yönetimlerinin tasarrufunda olup yatarak tedavide sağlık hizmetleri devlet hastaneleri, özel hastaneler ve kâr amacı gütmeyen hastanelerce sunulmaktadır. Hastanelerdeki hekimler ücretli çalışanlardır. Sağlık örgütü yapısı merkez SB ve 16 eyalette bulunan SB'lerden oluşmakta, sağlık organizasyonu süreçlerinde birlikte kararlar almaktadır (Çevik ve Yüksel, 2019, s. 215).

Tablo 7.5 Birleşik Krallık'ta sağlık hizmetlerinin yıllara göre bazı OECD verileri

Birleşik Krallık	Sağlık Harcamaları (%)	Devlet/Sosyal Sağlık Sigortası (%)	Özel Sağlık Sigortası (%)	Hastane Sayısı
2003	8,1	100	12,7	-
2004	8,3	100	12,6	-
2005	8,4	100	12,4	-
2006	8,5	100	12,2	-
2007	8,8	100	12,4	-
2008	9,0	100	12,3	-
2009	9,8	100	11,7	-
2010	9,8	100	11,2	-
2011	9,8	100	10,9	-
2012	9,9	100	10,8	1.747
2013	10,0	100	10,6	1.645
2014	9,9	100	10,4	1.568
2015	9,8	100	10,5	1.882
2016	9,8	100	10,4	1.922
2017	9,6	100	10,3	1.920
2018	9,7	100	10,4	1.910
2019	10,0	100	10,7	1.978
2020	12,0	100	10,6	1.921
2021	12,0	100	-	1.996
2022	11,1	-	-	2.001

Kaynak: (Diğer ve Bilgin, 2021; OECD, 2023).

Tablo 7.5'e göre İngiltere'nin içinde bulunduğu Birleşik Krallık'ta toplam sağlık harcamaları GSYH'de 2003 yılında %8,1'dir. 2019 yılına kadar istikrarlı bir tabloda seyretmiş, COVID-19 pandemisiyle 2020 yılında %2'lik ani bir artış yaşanmıştır. 2022'ye gelindiğinde GSYH'deki payı %11,1'e gerilemiş, buna karşın OECD üyesi ülkeleri arasında ortalamanın üzerinde yer almaktadır (OECD, 2023).

Devlet/sosyal sağlık sigortası ulusal düzeyde nüfusun tamamını kapsamakta, özel sağlık sigortası ise bekleme sürelerini düşürmek isteyen bazı kesimler tarafından tercih edilmektedir. 2003 yılında nüfusun % 12,7 oranını kapsarken her geçen yıl payı azalan özel sağlık sigortası oranı 2020 yılında %10,6'ya kadar gerilemiştir. 2012 yılında bildirilmeye başlayan kamu ve özel hastane sayısı toplamı 1.747 iken 2022 yılında bu sayı 254 artarak toplam hastane sayısı 2.001'e ulaşmıştır (OECD, 2023).

Birleşik Krallık (İngiltere) sağlık sisteminin finansman yapısı kamu bütçesi ve vergi gelirleri gibi kaynaklarla finanse edilmektedir. Beveridge'in İkinci Dünya Savaşı sonrası 1943 yılında sosyal politika üzerine hazırladığı raporla sunduğu öneride devletin sağlık hizmetlerini karşılamasına dair gereklilikler öne sürülmüş, literatürde “Beveridge Modeli” olarak anılan sosyal güvenlik modelinin uygulanması sağlanmış ve dünyada ilk kez kurulacak olan Ulusal Sağlık Hizmeti'nin (NHS) temeli atılmıştır. Toplumun tamamını kapsayan bu model ve hizmet sistemiyle tüm sağlık ihtiyaçları devlet tarafından karşılanmaktadır (Sargutan, 2005, s. 422). NHS evrensel kapsama sahiptir. Birleşik Krallık'ta geçici bulunanlara da hizmetler ücretsiz sunulmaktadır (OECD, 2023).

Birleşik Krallık'ta NHS'nin basamaklandırılmış sağlık hizmetlerinde oturmuş bir sevk zinciri vardır. Sağlık sunumunda; genel pratisyenler, bölge hastaneleri ve uzman hizmetler, eğitim hastaneleri, yerel sağlık yönetimleri ve NHS Trust hastaneleri ile hizmet sağlanmaktadır. Hastaların sağlık harcamalarını özel sağlık kuruluşlarından karşılamadığı sürece NHS'den ücretsiz olarak faydalanabileceği ilk talep noktası olan birinci basamak sağlık hizmetleri genel pratisyenler tarafından verilmekte, ancak gereği halinde bir üst basamağa sevk edilmektedirler. Genel pratisyenler dilerse hemşire, sekreter ve mali işler sorumlusundan oluşan bir ekip kurarak çalışabilmektedir (Öztürk ve Karakaş, 2015; Akman ve Tarım, 2020, s. 310-311).

Tablo 7.6 Japonya’da sağlık hizmetlerinin yıllara göre bazı OECD verileri

Japonya	Sağlık Harcamaları (%)	Devlet/Sosyal Sağlık Sigortası (%)	Özel Sağlık Sigortası (%)	Hastane Sayısı
2003	7,5	100	-	9.122
2004	7,5	100	-	9.077
2005	7,7	100	-	9.026
2006	7,7	100	-	8.943
2007	7,8	100	-	8.862
2008	8,1	100	-	8.794
2009	9,0	100	-	8.739
2010	9,1	100	-	8.670
2011	10,5	100	-	8.605
2012	10,7	100	-	8.565
2013	10,7	100	-	8.540
2014	10,7	100	-	8.493
2015	10,8	100	-	8.480
2016	10,7	100	-	8.442
2017	10,7	100	-	8.412
2018	10,7	100	-	8.372
2019	11,0	100	-	8.300
2020	11,2	100	-	8.238
2021	11,2	-	-	8.205
2022	11,4	-	-	-

Kaynak: (Diğer ve Bilgin, 2021; OECD, 2023).

Tablo 7.6’ya göre Japonya’da toplam sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı 2003 yılında %7,5’dir. 2011 yılında %1,4’lük ani bir artış gözlemlenmiş COVID-19 pandemisine rağmen seyri sakin seyrederek 2022’de GSYH’deki payı %11,4’e kadar yükselerek OECD üyesi ülkeleri arasında ortalamanın üzerinde yer almaktadır. Japonya’da devlet/sosyal sağlık sigortası sistemi nüfusun tamamını kapsamaktadır. Kamu sağlık sigortası olmayanlar nüfusun %1’inden daha azını oluşturmakta ve bu kesim için sağlık yardımları verildiğinden özel sağlık sigortası sistemi Japonya’da nadiren tercih edilmektedir. 2003 yılında kamu ve özel hastane sayısı toplamı 9.122 iken 2022 yılında bu sayı 917 azalarak toplam hastane sayısı 8.205’e kadar düşmüştür (OECD, 2023).

Japonya gelişmişlik bakımından sağlık hizmetlerinin sunumunu yüksek donanımlı ekipmanlarla ve düşük maliyetle gerçekleştirmektedir. DSÖ’ye göre toplum sağlığına verilen önemle sağlık sisteminin sorumlu bir politika izlemesi ve sağlığın finansmanında adaletli bir katılım anlayışına sahip olması bakımından

dünyada ilk sırada yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında hastalardan katılım payı alınmakta, gereksiz sağlık harcamalarını önlemektedir (Binboğa vd., 2006, s. 1495).

Japonya'da gelir düzeyi gözetilmeksizin tüm kesimlerin sosyal güvence kapsamında sağlık hizmeti alması sağlanır. Devlet/sosyal sigorta planı haricinde kişiler ek hizmet için özel sağlık sigortasından faydalanabilmektedir. Bazı işletme ve kuruluşların kendi çalışanları için kurdukları hastaneler, mahalle klinikleri ve kamu hastaneleri gibi birçok sağlık tesisiyle geniş yelpazede sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilmektedir (Binboğa vd., 2006, s. 1501).

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimlerince sunulmakta olup, sevk zinciri mevcuttur. Ancak hastalar ek ücret ödeyerek diğer basamaklardaki sağlık hizmet sunucularına başvurabilmektedir. Ancak devlet hastanelerinden uzun dönemli yatarak bakım hizmetleri almak için aile hekimlerinin raporuna ihtiyaç duymaktadırlar. Yapılan Sağlık Sigortası Kanunu düzenlemesiyle Japon vatandaşları dışında ikamet eden yabancılarda sigorta sistemine alınarak kapsam genişletilmiştir (Binboğa vd., 2006, s. 1505).

Japonya'da 1993 yılından itibaren birinci basamak sağlık hizmetleri sunumu için aile hekimliği sistemini uygulamış, ancak sağlık hizmetlerini sunan genel pratisyenler tercih edilmemekte ve birinci basamak sağlık hizmetlerine rağbet olmamaktadır. Bunun başlıca sebebi sevk zincirinin etkin olmayışı ve hastaların istedikleri hastaneden uzman hekime başvurması gösterilebilir (Binboğa vd., 2006, s. 1515).

Tablo 7.7 Kanada’da sağlık hizmetlerinin yıllara göre bazı OECD verileri

Kanada	Sağlık Harcamaları (%)	Devlet/Sosyal Sağlık Sigortası (%)	Özel Sağlık Sigortası (%)	Hastane Sayısı
2003	9,0	100	66,0	756
2004	9,1	100	66,0	734
2005	9,0	100	66,0	737
2006	9,3	100	67,0	732
2007	9,4	100	67,0	730
2008	9,6	100	68,0	724
2009	10,7	100	68,0	724
2010	10,7	100	68,0	724
2011	10,4	100	68,0	725
2012	10,5	100	67,0	720
2013	10,4	100	67,0	722
2014	10,3	100	67,0	720
2015	10,8	100	67,0	719
2016	11,1	100	67,0	722
2017	10,9	100	68,0	722
2018	10,9	100	68,0	715
2019	11,1	100	69,0	709
2020	13,0	100	69,0	702
2021	12,4	100	69,0	706
2022	11,2	100	69,0	-

Kaynak: (Diğer ve Bilgin, 2021; OECD, 2023).

Tablo 7.7’ye göre Kanada’da toplam sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı 2003 yılında %9’dur. 2009 yılında %1’e yakın ani bir artış gözlemlenmiş, 2019’a kadar süren sakin seyri COVID-19 pandemisiyle birlikte 2020 yılında tarihi zirvesi olan %13’e kadar yükselerek %2’ye yakın ani bir artış göstermiştir. 2022’de GSYH’deki payı %11,4’e kadar gerileyerek OECD üyesi ülkeleri arasında ortalamanın üzerinde yer almaktadır. Kanada’da devlet/sosyal sağlık sigortası sistemi nüfusun tamamını kapsamaktadır. 2003 yılında nüfusa oranı %66 olan özel sağlık sigortası 2022 yılında %69’a yükselerek dengesini korumuştur. 2003 yılında kamu ve özel hastane sayısı toplamı 756 iken 2022 yılında bu sayı 50 azalarak toplam hastane sayısı 706’ya kadar düşmüştür (OECD, 2023).

Kanada’da sağlık sisteminin federal hükümetle birlikte 10 eyalet ve 3 bölgeden oluşan bir yönetim yapısı vardır. Federal hükümet ulusal politikaları ve sağlık hizmetleri sunumunda standartları belirlerken, hükümet sorumlu olduğu

yerli azınlık, mahkûm ve gaziler gibi özel grupların eyalet düzeyinde sağlık hizmetlerinin sunulmasında finansman sağlamaktadır. İlgili gruplar için hizmetlerin sunumu eyalet ve bölge yönetimleri tarafından yapılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmeti, merkezi düzeyde federal hükümete bağlı bakanlık tarafından gerçekleştirilir. Halk sağlığı hizmetlerinin sunumunda eyalet, bölge federal yönetim ortak olarak sorumludur. Eyaletler ve bölgelerde özerk durumda sağlık bakanlıkları mevcuttur. Federal hükümetin sağlık politikalarını belirlenmesinde SB'lerin katıldığı bir komite bulunmakta, kararlar komite ile birlikte verilerek ülke düzeyinde uygulanmasında ilgili bakanlıklarla eş güdüm sağlamaktadır. Federal hükümet, ilaç sektörü düzenlemeleri, sağlık araştırma ve istatistik çalışmalarını bağlı kuruluşlarıyla gerçekleştirmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu eyaletlerde bulunan SB'ler ve Sağlık Bölümlerince sağlanmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumu özel hizmet sunucularındaki doktor ve özel hastanelerin alt yapısıyla sağlanmaktadır (Topal vd., 2006, s. 1523).

Kanada'nın halk sağlığı hizmetlerinin sunumunda eyalet, bölge federal yönetim ortak olarak sorumludur. Birinci basamak sağlık hizmetleri halk sağlığı merkezlerinde bulunan aile hekimleri ve hemşirelerden oluşan ekiple verilmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri ise eyaletlerde bulunan farklı kapasitelerdeki hastanelerce verilmektedir. Sağlığın finansmanında %70'lik bir bölüm genel ve yerel vergilerle kaynak sağlanırken, geri kalan bölümü cepten ödemeler ve sağlık sigortası şirketleri ile karşılanmaktadır. Kanada halkının büyük bir bölümü sosyal güvence kapsamında ulusal sağlık sistemine dâhil olmasına karşın bazı sağlık hizmetleri kapsam dışında bırakılmaktadır. Sigorta hizmeti özel sektörce verildiği, primli sigorta sistemi bulunmaktadır. Kişisel ödemeler çoğunlukla reçete edilmiş ilaçlar için ve sosyal güvence sistemiyle anlaşması olmayan doktorların verdiği hizmetler için yapılmaktadır. Sağlık hizmetleri serbest piyasa yönlü olup özel sağlık sektörü tarafından domine edilmektedir (Topal vd., 2006, s. 1524).

Tablo 7.8 Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yıllara göre bazı OECD verileri

Türkiye	Sağlık Harcamaları (%)	Devlet/Sosyal Sağlık Sigortası (%)	Özel Sağlık Sigortası (%)	Hastane Sayısı
2003	5,0	71,6	1,0	1.174
2004	4,9	83,8	1,2	1.217
2005	4,9	86,6	1,4	1.196
2006	5,1	90,3	1,8	1.203
2007	5,2	93,2	2,5	1.317
2008	5,2	93,2	3,1	1.350
2009	5,5	94,0	2,5	1.389
2010	5,0	96,2	2,8	1.440
2011	4,7	97,6	4,6	1.453
2012	4,4	98,2	5,5	1.483
2013	4,4	98,0	5,6	1.517
2014	4,3	98,4	5,8	1.528
2015	4,1	98,4	5,4	1.533
2016	4,3	98,2	7,6	1.510
2017	4,2	99,2	6,7	1.518
2018	4,1	98,5	8,3	1.534
2019	4,4	98,8	9,0	1.538
2020	4,6	98,5	7,6	1.534
2021	4,6	98,8	9,5	1.547
2022	3,7	-	-	-

Kaynak: (Diğer ve Bilgin, 2021; OECD, 2023).

Tablo 7.8’e göre Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı 2003 yılında %5’dir. 2003 yılında uygulamaya koyulan SDP’nin sağlık harcamalarında beklenen etkiyi yaratmamıştır. 2009 yılına %1’e yakın bir artış gözlemlense de COVID-19 pandemisine karşı bir refleks göstermemiş, 2022’de %3,7’lik pay oranına kadar gerilediği görülmekle birlikte OECD üyesi ülkeleri arasında ortalamanın çok altında yer almaktadır (OECD, 2023).

Türkiye’de devlet/sosyal sağlık sigortası kapsamındaki nüfus yüzdesi 2003 yılında %71,6’lık bir orandayken, 2004 yılında %12,2’lik artışın sebebi SGK veri tabanı ile OECD verilerinin güncellenmesinden kaynaklanmaktadır. 2006 yılında yapılan yasal düzenlemeyle sosyal güvenlik fonları SGK çatısı altında birleştirilmiş, sigorta kapsamının genişletilmesiyle 2021 yılına gelindiğinde %98,8’e ulaşarak %15’lik reel bir artış yaşanmıştır. 2003 yılında %1 gibi düşük bir seviye olan özel sağlık sigortalarının nüfusa oranı 2021 yılına gelindiğinde %9,5’e ulaşarak %8,5’lik oranda önemli bir artış göstermiştir. 2003 yılında kamu

ve özel hastane sayısı toplamı 1.174 iken 2021 yılında bu rakam 373 artarak toplam hastane sayısı 1.547'ye ulaşmıştır (OECD, 2023).

Türkiye'de sağlık sistemi genel sağlık verileri bakımından incelendiğinde OECD'nin (2023) yayınladığı rapora göre; doğumda beklenen yaşam süresi başarılı bir şekilde artarak kaba ölüm hızının azaldığı görülmüş, sağlıksız şartlarda yaşayan nüfus yönünden değerlendirildiğinde OECD ülkelerinin ortalamalarını yakaladığı gözlemlenmektedir. Bu pozitif verilere karşın sağlıklı yaşam üzerindeki yükü değerlendirildiğinde obezite açısından olumsuz bir tablo seyretmektedir. Sosyal güvenlik hizmetleri, sağlık hizmetleri ve öngörülmeyen sağlık risklerinin kapsayıcılığı bakımından değerlendirildiğinde koruyuculuğu ve hastaların memnuniyeti kapsamında OECD ülkeleri ortalamasında yer almaktadır. Sağlık tesislerinde önlenebilir yatışlar konusunda ortalamanın gerisinde kalmaktadır. Sağlık sisteminin beklenen sonucu vermesi bakımından acil olmayan planlamaya tabi belli başlı cerrahi müdahaleler için bekleme süreleri kısaldığından ilgili listelerde Türkiye'nin yer almamasıyla pozitif etkisinden söz edilebilmektedir (Aydın, 2024).

Gün ve Koç'a (2023, s. 64) göre etkililik bakımından SDP'nin verimliliği incelendiğinde, SDP sonrası sağlık harcamalarında pozitif bir etki görülmekle birlikte OECD'ye bağlı ülkelerin temel sağlık endeksleriyle karşılaştırıldığında, sağlık harcamalarında beklentiyi karşılamadığı şeklinde yorumlanmaktadır.

Seçilen OECD üyesi ülkeler arasında yapılan karşılaştırmada rakamsal olarak da büyüyen GSYH'siyle ABD, toplam sağlık harcamalarında %16,5'lik oranla ilk sırada yer almaktadır. Aynı zamanda bu oranla tüm OECD üye ülkeleri arasında birinci sıradadır. Türkiye ise GSYH'nin rakamsal olarak yaklaşık 3 katı büyümesine karşın karşılaştırmada seçilen ülkeler arasında 3,7'e kadar düşen sağlık harcamaları oranıyla geride kalmış, OECD üye ülkeleri arasında da son sıralarda yer almaktadır (OECD, 2023).

Gelişmiş ülkelerin güçlü sağlık sistemleri karşısında, gelişmekte olan Türkiye'deki sağlık sistemi OECD sağlık göstergelerinde GSYH'de sağlık harcamaları bakımından geride kalmıştır. Bu açıdan sağlık harcamalarının GSYH'deki payını yükseltmeye yönelik politikalar ortaya konulmalı reformun kapsamı genişletilmelidir.

Yapılan karşılaştırmalar neticesinde Türkiye'de SDP'nin uygulamasıyla birlikte sağlık sisteminde bazı olumlu gelişmeler yaşandığı gözlemlenmektedir. 2003 ve 2022 yılları arasında kamu ve özel hastane sayıları Japonya, Almanya ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde azalış gösterirken hastane sayısında Türkiye'de önemli oranda artış sağlanmıştır. İlgili yıllarda kamu sosyal sigortasının kapsayıcılığı ve GSYH'deki sağlık harcama oranı bakımından eleştirilen ABD'den daha iyi duruma gelmiş, diğer ülkeleri yakalamıştır.

Seçilen OECD ülkelerinde COVID-19 pandemisinin etkisiyle %2'ye yakın ani artışlara sebep olmuş, Türkiye'de ve Japonya'da ise stabil seyretmiştir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine rağmen sağlık sistemlerinin pandemi gibi krizlere duyarlı olduğu gözlenmekte, bu noktada yaşanan kriz anlarına karşın Japonya ve Türkiye'de sağlık hizmetleri ve örgüt yapısının daha güçlü olduğu söylenebilir.

Seçilen ülkeler arasında ABD girişimci ve serbest eğilimli sağlık sistemi, Birleşik Krallık kapsayıcı evrensel sağlık sistemi, Almanya, Japonya, Kanada ve Türkiye sosyal refaha yönelik kapital eğilimli sağlık sistemi modeliyle sağlıkta örgütlenerek sağlık hizmetleri verildiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde Birleşik Krallık sağlık sistemi tam kapsayıcı bir role sahiptir. Ülke sınırları içinde geçici olarak ikamet eden yabancılarda dahil her vatandaş istisnalar dışında NHS'nin sunmuş olduğu tüm sağlık hizmetlerinden hiçbir ücret ödmeden faydalanmaktadır.

Kapital yönelimli ülkelerin sağlık sistemleri kapsayıcılık bakımından sağlığa erişimi zorlaştırdığı görüldüğünden Birleşik Krallık'ın kullandığı kapsayıcı ve evrensel sağlık sistemi iyi uygulama örneği olarak gösterilebilir. Türkiye'de de sağlığa erişimin kolaylaşması için kapsayıcı ve evrensel sağlık sistemi yönelimli sağlık politikaları belirlenmelidir.

Sağlık sistemleri karşılaştırmasında yer alan tüm ülkelerdeki ortak nokta, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimleri tarafından verilmesidir. Türkiye'nin de içinde bulunduğu diğer ülkelerde etkin sevk zincirinin olmayışı aile hekimliğinin tercih edilmemesine yol açmakta, aksine Birleşik Krallık sağlık sisteminde sevk zinciri etkin olarak kullanılmasıyla aile hekimliği uygulamasının başarıya ulaştığı görülmektedir.

SDP'nin önemli bir bileşeni olan etkin sevk zincirinin Türkiye'de uygulanamayışı kaçan fırsatlar bakımından değerlendirilerek, etkin olarak kullanan ve aile hekimliği uygulamasında başarıya ulaşan Birleşik Krallık sağlık sistemi iyi uygulama örneği olarak gösterilebilir. Ancak sevk zinciri etkin uygulayan ülkelerde bekleme sürelerinin uzadığı da göz ardı edilmemelidir.

Etkin sevk zincirinin oluşturulmasında tüketici tercihlerinin kısıtlanması yerine, tüketicinin aile hekimliğini tercih etmesi durumunda daha kısa bekleme süreleriyle tedavi ve reçete yapılabildiğini, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılacak tanı ve tedavilerin büyük bir kısmının aile hekimlerince de yapıldığını, ilk sağlık taleplerinin aile hekimliğine yapılması durumunda sağlık sisteminin güçlendirilmesine katkı sağlayarak kamu yararı oluşturduğu, bu sayede hastanelerdeki azalan bekleme süreleriyle ihtiyaç duymaları halinde ilgili hizmete daha kolay erişilebileceği hususlarında toplumun bilinçlendirilmesi ve farkındalık oluşturulması önerilebilir.

8. SONUÇ

Cumhuriyetin kuruluş yıllarından itibaren sağlık politikalarında yapılan reform çalışmaları ve düzenlemeler sonucunda, günümüz sağlık sistemine ışık tutacak uygulamalar yasalaşarak hayata geçirilmiş, halen kullanılmakta olan kanunlarla sağlığa erişimde çok önemli mesafeler kat edilmiştir. Ancak askeri darbeler ve çok partili dönemleri kapsayan SDP öncesi son yirmi yıla yakın süre boyunca, sağlık politikalarında teoride alınan kararların uygulamaya konulmadan kaldırılması gibi istikrarlı olmayan bir süreç yaşanmıştır.

1982 Anayasası ile birlikte yeni resmi politikaların uygulanmasında kamu sağlık örgütü ve sağlık sektörü için zorlayıcı bir yapı teşkil etmiştir. Bu maksatla sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde örgütlenmenin yöntemlerini tartışmaya açan hükümetler, genellikle benzer örnekler üzerinde durulan modeller ile bir reform arayışına girmiş ve belirlenen politikaların uygulanmasına çabalamışlardır.

İkinci Dünya Savaşı sonrası Avrupa'da yaşanan ekonomik çıkmaz, sağlık politikalarını uygulayabilmek için ülkeleri finansal arayışa itmiş, bu dönemde ortaya çıkan uluslararası finans kuruluşları ve örgütler sağlık politikalarını küresel olarak şekillendirmişlerdir.

Türkiye'de de sağladıkları kredilerle etkin rol oynayan DB, IMF ve DSÖ gibi uluslararası örgütler, sağlıkta dönüşüm projeleri üzerinden destek vermiş, bu sebeple kendi kurallarını koyarak sağlık politikalarının belirlenmesinde finansal bir etken oluşturmuşlardır. Bu örgütler, reform niteliğinde geliştirdikleri formülasyonların Türkiye'deki projelerde uygulanabilmesi için kongreler düzenleyerek yayınladıkları raporlarla hem siyasi gündemi belirlemiş hem de vurguladıkları sağlıkta dönüşümün gerekliliği hususunda kamuoyunu ikna ederek politikaların gündeme gelmesini sağlamışlardır.

SDP bileşenleri, sonuçları bakımından incelendiğinde bir kısmının uygulamaya tam olarak yansımadağı, ancak sağlık sistemi üzerindeki yapısal düzenlemeler ve iktisadi gelişmeler bakımından değerlendirildiğinde olumlu etkileri olduğu görülmektedir. Reformun gerekçesi ve temel amaçları arasında yer alan ilkeler incelendiğinde, koruyucu sağlık hizmetleri ve salgın hastalıkların önlenmesinde, anne ve bebek ölümleri, doğum oranlarındaki iyileşmeler bakımından etkililikten söz edilebilse de sağlığın maliyetlerinin düşürülmesinde ve elde edilen gelirin yeniden hizmete aktarılması bakımından verimlilikten uzak kalmaktadır.

SDP'nin amaçları bakımından hakkaniyet ilkesi çerçevesinde değerlendirildiğinde, sağlık hizmetleri sunumu ve erişimi açısından kırsal ve sosyoekonomik farklılıkların giderilmesi bağlamında henüz belirgin bir azalma

olmamıştır. Şehir hastaneleri, her ne kadar ulaşılabilir olsa da hem fırsatlar bakımından büyükşehirlerde kurulmaları hem de teknolojik yenilik ve ekonomik imkânlar bakımından dezavantajlı durumdaki taşra sağlık hizmetleri sunumundan farklılıklar göstermektedir.

Her ne kadar sağlığın finansmanında kaynak tasarrufu sağlanması amacıyla sağlık tesislerinin kamu özel ortaklığıyla kurulması ve desteklenmesi SDP'nin öncelikleri arasında olsa da bu kapsamda kurulan şehir hastanelerinin finansal durumu ve kaynak kullanımında sağlamış olduğu yarar henüz bilinmemektedir.

Şehir hastaneleri görüntüleme ve laboratuvar istemlerinin sunumu, kampüs ve çevre düzenlemesi, bina işletme giderleri gibi yan hizmetlerin sunumunda kaynak kullanımı açısından efektif bir çözüm gibi görünse de ülke genelinde tedavi hizmetleri talebindeki artışın devam etmesi, hastaların devlet hastanelerinde tedavi için randevu almakta sorunlar yaşıyor olması, şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerinin sunumunda özellikle devlet hastanelerinin sağlık yükünü alıp alamayacağı konusunda beklenen etkiyi yaratması kısa sürede mümkün olmayacağı söylenebilir.

Şehir hastanelerinin birçoğu yeni organizasyon faaliyetleri olduğundan erişim, bilinirlik, personellerin oryantasyonu ve diğer sebeplerle henüz tam kapasiteli olarak hizmet vermeye başlayamamışlardır. Hesaplanan yeterli hasta ve tedavi sayısına ulaşamaması sebebiyle beklenen performans ve kapasitede hizmet veremeyen şehir hastanelerinin döner sermayesinde yeterli kaynak oluşmamış, yatırım sağlayan ve yan hizmetleri veren özel sektördeki kuruluş ortaklarına hasta ve tedavi garantisi kapsamında ödenen kira ve hizmet giderleri sağlık sistemi üzerinde şimdiden finansal bir yük oluşturmaya başlamıştır.

Şehir hastaneleri ve devlet hastanelerinin kurulduğu lokasyonlar ve arazi seçiminden kaynaklı olarak sağlığa erişimde hastalar ulaşım engeli yaşamaktadır. Hastanelere erişimde hem karayolu ulaşımı hem de toplu taşıma araçları yetersiz kalmakta, bu sebeple sağlığın finansmanında hastalara ek yük oluşturmaktadır.

Ayrıca, ulaşım sorununa çözüm olarak karayollarının genişletilmesi ve toplu taşıma araç sayılarının artırılması gibi yeni ihaleler yapılarak devlet bütçesinden ek yatırımlara ihtiyaç duyulmakta bu da başta şehir hastaneleri olmak üzere KÖİ yatırımlarının sağlıktaki finans yükünü azaltması ve kaynak tasarrufu yaratması beklenirken, devletin genel bütçesinde yeni kaynak arayışına sebep olmaktadır.

Mevcut şehir hastanelerine ulaşımın kolay olması ve acil durumlarda hızlı erişim için hem karayolunun asgari bölünmüş duble yol olması sağlanmalı hem de şehir hastanelerinin tercih edilebilmesi için toplu ulaşım araçlarıyla ücretsiz ring seferleri düzenlenmelidir.

Bu bakımdan yeni kurulacak olan sağlık tesisleri halkın sağlık hizmetine rahat erişim sağlayabileceği merkezi lokasyonlarda olmalı, mümkünse yeni tesis

inşasında daha önce erişim sağladığı mevcut sağlık alanı tercih edilmeli, gerekiyorsa mevcut sağlık tesislerinin bulunduğu arsaların genişletilmesinde kamulaştırma yoluna gidilmelidir. Bu şekilde karayolları ve ulaşımdan kaynaklı oluşacak finans yükü yerine optimal kaynak kullanımı sağlanabilir.

Şehir hastanelerinin Türkiye’deki sağlık sistemi üzerinde, uzun vadede hem finansal hem de yapısal bakımdan nasıl bir etki yaratacağı belirsiz olduğundan ileriki zamanlarda kapsamlı bir incelemeye ihtiyaç duyulmaktadır.

Sosyal güvenliğin tek çatı altında toplanması sağlık primlerinin tahsilatlarını kolaylaştırması ve kaynağın tek bir merkezden yönetiliyor olması pozitif bir etki yaratsa da savaşımlara bağlı çevresel göç hareketliliği ve kayıt dışı çalışanlarla birlikte sağlığın finansmanında artan yük sebebiyle kaynaklar yetersizleşmeye başlamış, bu durum yeni kaynak yaratma arayışlarıyla reçete ve ilaçlardan niteliğine göre daha fazla katılım payları alınmasına sebep olmuştur. Toplumun gelir düzeyi yüksek kesimi özel sağlık sigortalarıyla aldıkları sağlık hizmetinin kalite ve kapsamını genişletirken, dar gelirli kesimin artan prim ve katkı payı borçları sebebiyle kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşımda ve ilaçların temininde zorluk çekmektedir. Bu durum hem sağlık bakımından sosyal refahı hem de sağlığa erişimi zorlaştırmaktadır.

Aile Hekimliği uygulaması ülke genelinde özellikle kronik hastaların ve gebelerin takibinde olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Hastalar birinci basamakta sağlık hizmeti olarak hem gerekli tetkik ve tedavilerini yaptırabilmekte hem de kronik rahatsızlıkları için ilaçlarını kolayca reçete ettirebilmektedirler. Bu durum devlet hastanelerinde ki başvuran hasta sayısını azaltarak tanı ve tedavide kaliteyi arttırmış, ikinci basamak devlet hastanelerini önemli oranda rahatlatmıştır.

Ayrıca halk sağlığının korunmasında aktif rol alan aile hekimlerinin yanı sıra aile hekimlerinin bağlı olduğu toplum sağlığı merkezlerinde, İl Sağlık Müdürlükleri koordinasyonu ile yapılan kolektif çalışmayla kurulan Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) birimlerinde verilen hizmetlerle kanserle mücadele erken tanı için önemli yol katedilmiş, sağlıklı hayat merkezleri ile halkın bilinçlendirilmesine ve sağlık okuryazarlığının artmasına katkı sağlanmış, bu sayede birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda pozitif etkiler yaratılmıştır.

Bunlara karşın, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumu başta olmak üzere tüm basamak sağlık hizmetlerinde belirgin bir artış gözlemlenmiştir. Her ne kadar sevk zincirinin etkin olmayışı genel olarak SDP’nin bu alanda başarılı olamayışı olarak yorumlansa da tüm basamaklardaki talep artışı, sağlığa erişimin kolaylaşması yönünde de düşünülebilir.

Sosyal güvencenin tek çatı altında birleşmesinden önceki son 20 yıllık dönemde sağlık güvencesinin olmayışı sebebiyle hastanelerde tedavi olamayan,

rehin kalan hasta ve hasta yakınları vakalarına sık rastlanmaktaydı. Temel tedavide kullanılan ilaca erişimde bırakılan rehin eşyalar ve borç defterleri bakımından da durum farklı değildi. Hastanelerin bünyesindeki eczane önlerinde yığılmalar, ilaçların hem hastane stoklarında olmayışı hem de dışarıdaki eczanelerden daha pahalıya temin edilmesi bu durumun başlıca sebepleriydi. Üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde tedavi olmak ise neredeyse halkın geneli için ulaşılması zordu.

Bu bağlamda sosyal güvenlik fonlarının 2006 yılında SGK çatısı altında birleşmesi sonrası 2007 yılından itibaren gözlemlenen sağlık talebindeki ani artış için; güvence tipine bakılmaksızın tedavi imkânı getiren sağlık hizmetleri sunumu ve sosyal güvence kapsamının genişletilmesi, maddi yoksunluk sebebiyle tedaviden imtina eden büyük bir kesime umut olan yeşil kart uygulaması, zorunlu sağlık sigortasıyla tedavi ve ilaç ücretlerinin tamamını cepten ödemek yerine gelir düzeyine bağlı olarak katılım payı ödeme yönteminin bireylere sağlığın finansmanda güvence vermesi, sevk zincirinin kaldırılmasıyla gelir düzeyi daha iyi olan kesim için konfor arayışıyla özel sağlık kuruluşlarına başvurmaları sonucu tüm basamaklarda ki sağlık talebine yönelik olarak sağlığa erişimin kolaylaşmasından kaynaklandığı da söylenebilir.

Çok başlı ve dağınık yapıda olan hastanelerin, SB'ye bağlanarak tek elde toplanması sağlık hizmetlerinin sunumunda standardın oluşmasını sağlayarak hizmet kalitesini arttırmış, il ve ilçelerdeki hastanelerin açılmasında hız kazandırarak sağlıkta insan gücü planlamasını daha verimli hale gelmiştir. Ancak askeri hastanelerin SB'ye devredilmesiyle MSB'ye sivil hekimlerden görevlendirmeler yapılmakta, bu da harp durumuna karşı daha donanımlı sağlık uzmanları yerine cephede harp koşullarına ve yeterli donanıma sahip olmayan hekimlerle hizmet verilmesi riskini doğurmaktadır. Türkiye'nin bulunduğu coğrafyada yaşanan politik gerilimler, askeri çatışmalar ve komşu ülkelerde çıkan savaşlar 3. Dünya Savaşı için zemin hazırlamakta, bu durum Türk Silahlı Kuvvetlerinin savaş durumuna hazırlıklı olabilmesi için cephede daha fazla sağlık gücüne ihtiyaç duyabileceğini göstermektedir. Bu sebeple askeri hastanelerin yeniden açılması savaş durumuna karşı donanımlı sağlık gücünün kazanılmasında yararlı olacaktır.

SDP sonrası dönemde özel sağlık kuruluşlarının sayıları artmış, hizmet kalitesi ve donanımlı personel bakımından hizmetlerin sunumunda yeterli olsalar da daha ileri tetkik ve tedavilerde alt yapıları yeterli gelmemektedir. Özel hastaneler daha çok ön tanı yaparak ayaktan tedavi ile poliklinik ve cerrahi klinik operasyon hizmetleri vermekte, kazançlarını ise otelcilik hizmet kalitesini arttırmakta kullanmaktadır. İleri tetkik ve tedavi için gerekli tıbbi ve teknolojik

alt yapılar yine devlet eliyle yapılmakta, spesifik hastalıklarda hastalar özel merkezlere ve üçüncü basamak hastanelere sevk edilmektedir.

Bu bağlamda, SDP ilkeleri ve bileşenleri bakımından alınan kararların tek partili hükümet dönemine denk gelmesinin verdiği avantajla geniş kapsamda uygulama alanı bulmuş, alınan politika kararları doğrultusunda daha hızlı bir şekilde kanunlaşması sağlanmıştır. Performansa dayalı ödeme sistemi sebebiyle yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü ilkesi ve koruyucu diş hekimliği haricinde hemen hemen programın birçok evresi tamamlanmıştır. Kurulan şehir hastaneleri sayısı 24'e ulaşmış, reform çalışmalarıyla dinamikleşen SB'nin teşkilat yapısı her geçen gün yeni bir uygulamayı hayata geçirmektedir.

Reform hareketleriyle gelişen ve AB uyum programlarıyla olgunlaşan Türkiye'deki sağlık sistemi; "Sağlık Turizmi" gibi yeni ve spesifik alanlarda ihtisaslaşmış, ulusal gelir olarak benimsenen bu alanda sahip olunan turizm gücü ve sağlık sistemindeki deneyimini birleştirerek, sağlık turizmi pazarına yön vermeye başlamıştır.

Sağlık turizminde, çeşitli sebeplerle yurt dışında bulunan gurbetçi Türkler ve yabancılar, dış tedavisi gibi basit bir durumda bile kalite ve fiyat avantajı sebebiyle Türkiye'yi tercih etmekte, sunulan fırsatlar bakımından sadece maliyetler tercihler üzerinde belirleyici olmamakta, lüks kavramı da belirleyiciler arasında yer almaktadır. Öyle ki sağlık turizmi alanında hizmet veren özel sağlık kuruluşları, yatırımlarını yurt dışından gelen sağlık turistleri için havalimanına yakın lokasyonlarda yapmakta, sağlık hizmeti alacak statü ve imtiyaz sahibi seçkin kişilere VIP (Very Important Person) hizmeti vermek için sağlık tesisi içindeki otelcilik hizmetlerini lüks seviyeye taşımakta, özel jet ve limuzinlerle transferleri sağlanan hasta ve refakatçileri tedavi süresince lüks otellerde konaklatılarak paket dahilinde yurtiçi kültür ve seyahat turları düzenlemektedir.

Sunduğu fırsatlar ve millî gelire sağlayacağı katkısı bakımından sağlık turizmi sektörünün gelişimi desteklenmeli, yeni sağlık tesislerinin kurulmasında özel sektördeki yurt içi ve yurt dışı yatırımcılara teşvikler sunulmalı, sağlık turistlerini çekmek üzere daha fazla yurtdışı tanıtımları yapılmalı, sağlıkta yabancı dil bilen nitelikli eleman sayısı artırılarak eğitim kurumlarında verilecek yabancı dil çeşitliliğiyle sağlık turizmi alt yapısı ve insan kaynağı güçlendirilmelidir.

Bu noktada SBÜ'nün açılmasının katkısından söz edilebilmektedir. Yurt dışında yabancı dilde program açma ve ortak program yürütme yetkisiyle Somali, Sudan, Filipinler, Özbekistan, Suriye gibi ülkelerde sağlık hizmetleri eğitimi verilmek üzere kampüsler kurulmuş Afganistan, Filistin, Pakistan, Suriye, Filipinler ve Lübnan'da da eğitim birimleri açılmasına yönelik planlama ve çalışmalar yapılmaktadır. Yurt dışında kurulan bu kampüslerle, sağlık turizmi

için çeşitli dil bilen nitelikli eleman yetiştirilerek istihdam ihtiyacını karşılamakta insan kaynağına katkıda bulunabileceği öngörülebilir.

Diğer yandan SBÜ yurt içinde tek bir ilde kampüs kurmak yerine birden fazla ilde eğitim birimi kurmuş olup; Hamidiye ismiyle başlayan İstanbul'daki eğitim birimleri, Gülhane ismiyle başlayan Ankara'daki eğitim birimleri SBÜ'ye ait kampüslerde eğitim vermektedir. Adana, Erzurum, Trabzon, Kayseri, Bursa ve İzmir olmak üzere 6 şehirde daha SBÜ tıp fakültesi bulunmaktadır. İstanbul ve Ankara illerinde SBÜ kampüs imkanları ve kendi bünyesindeki öğretim üyeleriyle eğitim verilirken, diğer illerde mevcut üniversitelerin tıp fakülteleriyle ortak eğitim modeli üzerine protokol yapılmış, eğitim alan diğer öğrencilerle birlikte ilgili üniversitelerin bünyesindeki öğretim üyeleri ve laboratuvar imkanlarından faydalanılarak temel tıp eğitimleri verilmektedir.

İlgili ilin adıyla anılan SBÜ'ye bağlı tıp fakültelerinde, temel tıp eğitimini tamamlayan öğrencilerin stajyer doktorluğunu şehir hastanelerinde yapmaları planlanmıştır. Bu planlamayla SBÜ, ek bir yatırım yapmadan mevcut tıp fakülteleriyle hekim sayısının artmasına olanak sağlamakta, hem şehir hastanelerindeki insan kaynağı açığının kapatılmasına hem de sağlık sistemi için nitelikli eleman yetiştirilmesine katkıda bulunmaktadır.

Sağlıkta insan gücü yetiştirilmesine yönelik girişimlere rağmen, hekimlerin yurt dışına göçünü önlemek üzere yeterli tedbirler alınamamıştır. Özellikle son dönemde yaşanan hekimlerin yurt dışına göç hareketliliğini tetikleyen temel faktörler arasında Türkiye'deki kısıtlı araştırma imkânları, çalışma koşullarının yetersizliği ve uygulanan ücret politikaları sayılabilmektedir. Sağlıkta insan gücünün kaybedilmesiyle hem beşerî sermayede hem de sağlık yatırımları bakımından ekonomide kayıplar yaşanmakta, sağlık hizmetlerinin kalitesi düşmektedir. Yurt içinde eğitim aldıktan sonra çalışmak için yurt dışını tercih eden hekimler sebebiyle, eğitim maliyetleri millî sermaye ile oluşturulan beşerî sermaye bedelsiz olarak el değiştirmektedir. Hekim göçünün tersine olması durumunda ise teknoloji ve bilimsel uygulama transferinden söz edilebilir.

Hekimlerin sağlık göçü, yönetilmesi gereken bir husustur. Hekimlerin çalışma koşulları düzenlenerek sosyoekonomik şartlar geliştirilmeli, yurt dışı eğitim programları sonrası yurt içi mecburi hizmet şartı getirilerek devlet desteğiyle araştırma ve geliştirme yapmak üzere kariyer imkânı sunulmalı, yurt dışında kariyer yaparak ülkeye dönen hekimlere girişimleri yönünde teşvikler verilerek daha yüksek ücret politikası uygulanmalıdır. Bu şekilde hekim göçü sorunu teknoloji ve bilimsel uygulamaların transferi yönünde evrilebilir ve yönetilebilir.

Sağlık hizmetlerinde konvansiyonel sağlık hizmetleri sunumunun iyileştirilmesine yönelik politikaların yanı sıra, yenilikçi anlayışla sağlık alanındaki teknolojilere ve fırsatlara açık olunmalıdır. Bunlardan en önemlisi

yapay zekâ; hastalıkların teşhisi ve tedavinin takip edilmesinde hekimlere yardımcı olmaktadır. Hem klinik olarak hem de yönetim süreçlerinde kullanılan yapay zekâ uygulamaları; hata oranının azaltılması, maliyetlerin düşürülmesi, zaman tasarrufu sağlaması yönüyle sağlık alanında faydalı olmakta, tıbbi görüntülemeyi ve tahlilleri yorumlamada veri analizi yaparak hekimlere kolaylık sağlamaktadır.

Metaverse gibi arttırılmış sanal gerçeklik ortamları, sunduğu teknolojik yeniliklerle sağlık alanında da kendine yer bulmuştur. Giyilebilir teknolojilerle desteklenen simülasyonlarla sağlık uzmanlarına zaman ve mekândan bağımsız pratik eğitimler verilerek nitelikli eleman yetiştirilmesine katkı sağlanmakta, çeşitli psikiyatr hastalarının tedavilerinde aktif olarak kullanılmaktadır. Zaman ve mekândan bağımsız bu uygulamalar maliyet düşürücü etkisinin yanı sıra, geleneksel tıpla çözümlenmesi zor hastalıklarda tedavi sürecini desteklemektedir.

Robotik cerrahi, ilk olarak astronotların cerrahi girişimleri ve harp alanlarında askerlerin tedavileri için planlanmış, günümüzde hemen hemen birçok gelişmiş ülkede hassas operasyonlarda kullanılarak operasyonel sağlık hizmeti verilmesini sağlamaktadır. Ülkemizde de kullanılan yöntem sağlık turizminin gelişmesine katkı sağlamıştır. Robotik cerrahi ile gelecekteki sağlığın sunumunda, kritik durumlarda mekân bağımsız olarak hekimlerin bulunduğu yerden internet bağlantısı yoluyla cerrahi operasyonlara katılmasına imkân sağlayacağı öngörülmektedir.

Sunduğu fırsatlar bakımından bu teknolojiler sağlık sistemine pozitif etki yaratarak sağlık alt yapısını güçlendirmekte, bu sebeple robotik cerrahi, sanal gerçeklik ve yapay zekâ uygulamaları gibi yenilikçi teknolojiler daha fazla desteklenmelidir. Ancak burada oluşabilecek finansal riskler de göze alınmalıdır. İthal edilecek teknolojiler bakım, onarım ve diğer sebeplerle dışa bağımlılığa sebep olmakta, mali yük oluşturduğundan bir süre sonra âtıl kalabilmektedir. Bu sebeple sağlık teknolojileri alanında yapılacak yatırımların yerli ve millî alt yapı kullanılarak hazırlanmasına dikkat edilmeli, kullanılacak teknolojilerde sürekliliğin sağlanması için yeterli nitelik ve nicelikte insan gücü yetiştirilmelidir.

Son dönemde yaşanan küresel salgın, SDP sonrasında sürdürülen sağlık politikalarıyla şekillenen Türkiye'deki sağlık sisteminin vermiş olduğu önemli sınavlardan biri olmuştur. Bu sınavdan nispeten gelişmiş ülkeler arasında başarılı olarak çıkan sağlık sistemimiz; politika transferi yapılan dönemlerden dünyada örnek alınan bir sağlık sistemine kavuşmuştur. Yaşanmakta olan küresel salgınla mücadelede gelişmiş birçok ülkenin sağlık sistemi çökerken, pandemiyle mücadeleye karşı hızlı aksiyonlar alınmış, mücadelede kullanılmak üzere tıbbi cihaz ve gereçleri geliştirip ihraç etmek üzere üretime geçilmiş, ulusal aşısı

geliştiren sayılı ülkelerden biri olan Türkiye, sağlık sistemiyle birçok ülkeye örnek model olmuştur.

Elbette ki SDP'nin oluşumunda etkili olan uluslararası aktörlerin hedefleri, koyulan kural ve düzenlemeler gelişmiş ülkelerin de içinde bulunduğu küresel sağlık pazarının sürdürülebilir olması içindir. Bireysel kredi kullanımından verilecek örnekle, bankaların bireysel müşterileri için belirlenen kriterlere göre finansal risk değerlendirmesi yapması ve ipotek talep ederek kredi sağlamasındaki temel amaç bankanın öz kaynağını koruma isteği ve faaliyetlerinin sürdürülebilir olması gibi ticari kaygılardır.

Bu bağlamda gelişmiş ülkelerin üyesi olduğu uluslararası örgütler, kendilerinin de içinde bulunduğu küresel sağlık pazarını genişletirken varlığını koruyabilmek amacıyla yatırım, teşvik ve kredilerle sağlanan finansal kaynağın geri dönebilmesi ve sürdürülebilir olmasını beklemekte, bu sebeple risklerin ortadan kaldırılması için ülkelerin politikalarını yakından takip ederek gerektiğinde finansal etkisiyle politikaları belirleyici aktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Aslında bu durum Türkiye'nin de içinde bulunduğu küresel sağlık pazarında Türk sağlık sektörünün beklenen ve istenilen bir oyuncu olduğunu göstermektedir. Türk sağlık sistemi de bu küresel pazarda varlık gösterebilmek için SDP benzeri projelerle gelişmekte, kamu ve özel sağlık sektörü olarak pay almaktadır.

SDP örneğinde olduğu gibi, uluslararası örgütler tarafından finansal bir dayatma gibi görünen bu reform niteliğindeki kurallar, Türk sağlık sisteminin kondisyonunu yüksek tutmakta hem sağlık sektörünün büyümesini hem de küresel pazarda gelişerek varlık göstermesini sağlayarak geleceği için sigorta olmaktadır. Finansal kaynak ihtiyacı ve risklerin bertaraf edilmesine yönelik uluslararası örgütlerin finansal etkisiyle hazırlanan SDP, Türk sağlık sistemi için itici bir güç olmuş, katkısı yadsınamaz bir gerçektir. Bu bakımdan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve yeni pazarların oluşturulmasında uluslararası örgütlerin yayınladığı sektörel raporların takibine devam edilmeli, sağlıkta inovasyona yönelik daha fazla proje geliştirilerek uygulamaya konulmalıdır.

KAYNAKLAR

- Ağırbaş, İ., Akbulut, Y. & Önder, Ö. R. (2011). Atatürk Dönemi Sağlık Politikası. *Atatürk Yolu Dergisi*, (48), 733-748.
- Akdoğan, A. A. (2011). Türkiye’de Kamu Politikası Disiplininin Tarihsel İzleri. F.Kartal (Dü.) içinde, *Türkiye’de Kamu Yönetimi ve Kamu Politikaları*, (s. 75-98). Ankara: TODAİE Yayınları.
- Akdur, R. (1998). Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Politikaları. R. Akdur & vd. içinde, *Halk Sağlığı* (Cilt 9, s. 3-35). Ankara: Antıp A.Ş. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar.
- Akdur, R. (1998). Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri. *Yeni Türkiye*, (23-24), s. 1-13.
- Akdur, R. (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*. www.recepakdur.com: <https://www.recepakdur.com/media/1720/turkiye-de-saglik-hizmetleri-ve-avrupa-toplulugu-ulkeleri-ile-kiyaslanmasi.pdf> adresinden alındı. Erişim tarihi: 16.01.2023.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”* (2 b.). (E. Çağrı, Dü.) Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akman, E. & Tarım, M. (2020). Türkiye ve İngiltere Sağlık Sistemleri: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Karşılaştırması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 303-316.
- Altındağ, Ö. & Yıldız, A. (2020). Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 157-184.
- Anderson, J. E. (2010). *Public Policymaking*. Boston: Cengage Learning.
- Atabek, N. (2002). Kamuoyu, Medya ve Demokrasi. *Kurgu Dergisi*, 19(1), 223-224.
- Atabey, S. E. (2012). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Atılğan, E. (2015). Sağlıkta Dönüşüm Programının Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Talebi Üzerine Etkileri. *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, 18(96), 8-23.
- Avaner, T. & Fedai, R. (2018). Türkiye’de Sağlık Politikalarında Dönüşüm. C. Babaoğlu & E. Akman içinde, *Kamu Politikası Analizi Türkiye Uygulamaları* (s. 513-558). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Aydın, D. (2014). *visitturkeyforhealthcare pocket book Türkiye Sağlık Turizmi Cep Kitabı*. Ankara: Visitturkeyforhealthcare Platformu. Temmuz 5, 2024 tarihinde <http://www.ipsa.org.tr/tr/turkiye-saglik-turizmi-cep-kitapcigi.html> adresinden alındı. Erişim tarihi: 05.07.2024.

- Aydın, O. (2012). Türkiye’de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 14(23), s. 91-96.
- Aydın, S. (2024, Temmuz 8). SD Dergi. Temmuz 8, 2024 tarihinde SDPlatform.com: <https://sdplatform.com/oecd-2023-verileri-penceresinden-turkiyenin-saglik-durumu-2/> adresinden alındı. Erişim tarihi: 08.07.2024
- Aykır, E. (2014). *2002-2012 Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm*. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Babahanoğlu, V. & Örselli, E. (2016). *Kamu Politikası Türkiyede Uyuşturucu İle Mücadelede Uygulanan Politikalar ve Toplumsal Algı*. Konya: Çizgi Kitabevi.
- Babaoğlu, C. (2013). Kamu Politikası Sürecinde Sivil Toplum Kuruluşlarının Rolü. M. Yıldız & M. Z. Sobacı (Dü.) içinde, *Kamu Politikaları: Kuram ve Uygulama* (s. 174-196). Ankara: Adres Yayınları.
- Baharççek, A. (2008). Hükümet Dışı Örgütler (NGO's) ve Demokratikleşme. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(2), 297-308.
- Bankur, M. (2017). Aile Hekimliğinde Zorunlu Sevk Zincirinin Uygulanmamasının Sağlık Harcamalarına Etkisi: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları Üzerine Bir Uygulama. *Sosyal Güvençe*, (12), 60-88.
- Başara, B. B., Çağlar, İ. S., Aygün, A., Özdemir, T. A., Kulali, B., Ünal, G., . . . Yentür, G. K. (2024). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022*. (B. B. Başara, İ. S. Çağlar, A. Aygün, T. A. Özdemir & B. Kulali, Dü.) Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf> adresinden alınmıştır. Erişim tarihi: 01.06.2024.
- Başol, E. & Işık, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler. *International Anatolia Academic Online Journal*, 2(2), 1-25.
- Binboğa, E., Uçar, A., Emiroğlu, E., Panas, B. & Şahin, A. (2006). Japonya Sağlık Sistemi. A. E. Sargutan (Dü.) içinde, *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri* (s. 1485-1518). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Bostan, S. & Kılıç, T. (2018). Sağlık Politikalarında Uluslararası Çevre ve Kuruluşların Etkisi. D. Tengilimoğlu (Dü.) içinde, *Sağlık Politikaları* (s. 247-262). Ankara: Nobel Yayınevi.
- Braveman, P., Egerter, S. & Williams, D. R. (2011). The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annual Review of Public Health*, 32, 381-398.
- Bryant, T. (2002). Role of Knowledge in Public Health and Health Promotion Policy Change. *Health Promotion International*, 1(17), 89-98.

- Bulut, Y., Alan, S. & Kahraman, Ö. F. (2017). Kamu Politikalarının Oluşturulmasında Sivil Toplum Kuruluşlarının Etkisi. *Strategic Public Management Journal*, 3(6), 23-38.
- Buse, K., Mays, N. & Walt, G. (2005). *Making Health Policy*. Maidenhead, England: Open University Press McGraw-Hill Education.
- Buzgan, T. & Güner, Ö. (2020). Dünya Sağlık Örgütü'nün Pandemilerdeki Etkinliği ve Post-Pandemik Dönemdeki Geleceği. M. Şeker & C. K. Ali Özer içinde, *Küresel Salgının Anatomisi: İnsan ve Toplumun Geleceği*. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi.
- Canlı, Ö. F. (2024). *Türkiye'deki Sağlık Politikalarının Gelişimi ve Tıbbi Sosyal Hizmetlere Yansımaları*. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Cansever, İ. H. (2020). *Türkiye'de Sağlık Planlaması*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Çavmak, Ş. & Çavmak, D. (2017). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Çetin, F. G. (2017). Sağlıkta Dönüşüm Programı Ekseninde Sağlıkın Ekonomi Politikası. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(1), 274-293.
- Çevik, H. H. (2012). *Kamu Yönetimi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Çevik, H. H. & Demirci, S. (2008). *Kamu Politikası: Kavramlar, Aktörler, Süreç, Modeller, Analiz, Karar Verme*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Çevik, N. K. & Yüksel, O. (2019). Türkiye, Almanya ve Hindistan Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(16), 209-218.
- Daştan, İ. & Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *SGD Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Devlet Planlama Teşkilatı Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü (2024, Mayıs 30). *Devlet Planlama Teşkilatı Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü*. T.C. Sağlık Bakanlığı E-Kütüphane Sistemi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Home/GetDocument/396> adresinden alındı. Erişim tarihi: 30.05.2024.
- Diğer, H. & Bilgin, R. (2021). OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemlerinin Sağlık Göstergeleri Açısından Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Bilimlerde Yenilikçi Yaklaşımlar Dergisi*, 5(4), 212-235.
- Doğan, B. Ş. (2017). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi: Sağlıkta Dönüşüm Projesi. *V. Anadolu International Conference in Economics* (s. 11-13). Eskişehir: Econ-Anadolu.

- Döşkaya, İ. E. (2019). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programının 2003- 2017 Yılları Arasında Türkiye’ye Katkısının İncelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.
- Dünya Sağlık Örgütü (1986). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi*. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü.
- Dye, T. R. (1992). *Understanding Public Policy*. New Jersey: Prentice Hall.
- Eke, E. (2022). Sağlık Politikası Süreci. *Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi*, 3(3), 41-67.
- Eke, E. & Eroymak, S. (2019). Uluslararası Aktörlerin Küresel Sağlık Politikaları Üzerine Etkileri: Teorik Bir İnceleme - The Effects of International Actors on Global Health Politics: A Theoretical Review. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(28), 388-407.
- Er, Ü. (2011). *Sağlıkta Dönüşüm Aracı Genel Sağlık Sigortası*. [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Eroğlu, H. T. (2013). Türkiye’de Kamu Politikaların Oluşturulmasında Uluslararası Aktörlerin Rolü. M. Yıldız & M. Z. Sobacı (Dü.) içinde, *Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama* (s. 148-165). Ankara: Adres Yayınları.
- Eroğlu, H. T. (2015). Kamu Politikasının Sivil Aktörleri Bağlamında Sosyal Medya. H. Ertaş (Dü.) içinde, *Kamu Yönetiminde Sosyal Medya: Kuramdan Uygulamaya* (s. 43-58). Konya: Palet Yayınevi.
- Ersöz, D. (2010). *Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı*. [Yüksek Lisans Tezi]. Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi.
- Ertaş, H. (2015). Kamu Yönetiminde Sosyal Medyanın Kullanımı. H. Ertaş (Dü.) içinde, *Kamu Yönetiminde Sosyal Medya: Kuramdan Uygulamaya* (s. 15-42). Konya: Palet Yayınevi.
- Fedai, R. (2020). Şehir Hastaneleri’nin Gelişimi Sürecinde Sağlık Bakanlığı’nın Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 18(4), 1-28.
- Göçoğlu, V. (2014). *Kamu Politikası ve Sosyal Medya İlişkisi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gül, M. (1988). Atatürk Dönemi Sağlık Politikası. *Gazi Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 5(1), 249-248.
- Gün, M. F. & Koç, D. T. (2023). Sağlıkta Dönüşüm Programının Genel Değerlendirmesi, Ekonomik ve Yapısal Etkiler . *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 9(1), 49-68.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, Health and Illness, Fifth edition*. London, England: Hodder Arnold.

- Heywood, A. (2015). *Siyaset* (4. Edisyon dan Çeviri b.). (B. B. Özipek, B. Şahin, M. Yıldız, Z. Kopuzlu, A. Yayla, U. C. Karaca & H. Y. Başdemir, Çev.) Ankara: Adres Yayınları.
- İleri, H., Seçer, B. & Ertaş, H. (2016). Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (12), 176-186.
- İlcalı, M. (2021). Ulaştırmanın Kent Sağlığı Üzerine Etkileri. *SD Dergi*, (60), 68-73.
- Institute of Medicine (2003). *The Future of the Public's Health in the 21st Century The Future of the Public's Health in the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press.
- Javed, S. & Chattu, V. K. (2020). Strengthening the COVID-19 pandemic response, global leadership, and international cooperation through global health diplomacy. *Health Promotion Perspectives*, 10(4), 300-305.
- Kapani, M. (2013). *Kamu Hürriyetleri* (7. Baskı b.). Ankara: Yetkin Yayınları.
- Keskin, H. İ. (2018). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Kamu Hastanelerinin Etkinliği. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, 18(38), 124-150.
- Kılınç, M. & Tunç, Ş. (2004). İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde Çalışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi. *Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(1), 39-64.
- Kim, I. H., Muntaner, C., Vahid Shahidi, F., Vives A, A., Vanroelen, C. & Benach, J. (2012). Welfare States, Flexible Employment, and Health: A Critical Review. *Health Policy*, 104(2), 99-127.
- Koca, F. (2024, Mart 20). Sağlık Bakanı Koca: 30 büyükşehirimizde şehir hastanesi yapılmak üzere bir plan yaptık. *Anadolu Ajansı*. (Z. M. Çat, Röportaj Yapan) Anadolu Ajansı. Mart 1, 2024 tarihinde <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/saglik-bakani-koca-30-buyuksehrimizde-sehir-hastanesi-yapilmak-uzere-bir-plan-yaptik/3169813> adresinden alındı. Erişim tarihi: 01.07.2024.
- Kocasoy, A. (2014). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve Finansman*. [Yüksek Lisans Tezi]. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Koivusalo, M. (2009). Kapitalizmde Sağlık-Sağlıksızlık Semptomları. L. Panitch & C. Leys içinde, *Küresel Sağlık Politikasının Biçimlenişi* (U. Haskan, Çev., s. 302-317). İstanbul: Yordam Kitap.
- Lister, J. (2008). *Sağlık Politikası Reformu: Yanlış Yolda mı Gidiyoruz?* (M. İnan, A. Kılıçaslan, D. İ. N. Erten & H. C. Kurban, Çev.) İstanbul: İNSEV Yayınları.

- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. & Taylor, S. (2008). Closing The Gap in A Generation: Health Equity Through Action on The Social Determinants of Health. *Public Health*, 372(9650), 1661-1669.
- Mensah, G. A., Goodman, R. A., Zaza, S., Moulton, A. D., Kocher, P. L., Dietz, W. H., . . . Marks, J. S. (2004). Law as a Tool for Preventing Chronic Diseases: Expanding the Spectrum of Effective Public Health Strategies. *Preventing Chronic Disease*, (1), 2-5.
- Mirowsky, J. & Ross, C. E. (1998). Education, Personal Control, Lifestyle and Health: A Human Capital Hypothesis. *Research on Aging*, 20(4), 415-449.
- Mueller, H. & Kaufmann, E. L. (2001). Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *Journal of Vacation Marketing*, 7(1), s. 5-17.
- National Research Council (1999). *Risk Assessment of Radon in Drinking Water*. Washington, DC: The National Academies Press.
- OECD (1987). *Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries*. Paris: OECD.
- OECD (2023). *OECD Health Statistics 2023*. OECD Health Database. <https://data-explorer.oecd.org/> adresinden alındı. Erişim tarihi: 12.07.2024.
- OECD (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. doi:<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Oğuz, M. C. (2018). Otoriter Rejimler ve Sivil Toplum İlişkisi: Bir “Yumuşak Güç” Stratejisi olarak GONGO’ların Yükselişi. *Mülkiye Dergisi*, 42(2), 239-260.
- Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Tedbirler Alınması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2017, Ağustos 15). *694 Sayılı KHK*. Haziran 10, 2024 tarihinde Resmi Gazete: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170825-13.pdf> adresinden alındı. Erişim tarihi: 10.06.2024.
- Oliver, T. R. (2006). The Politics of Public Health Policy. *Annual Review of Public Health*, (27), 195-233.
- Orhaner, E. (2014). *Türkiye’de Sağlık Sigortası*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Öner, C. (2014). Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine - Special Topics*, 5(3), 15-18.
- Özer, Ö. & Songur, C. (2012). Türkiye’nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(7), s. 69-81.
- Öztürk, Z. & Karakaş, E. T. (2015). Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı: Almanya, Fransa, İrlanda ve

İngiltere Örnekleri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(2), 39-59.

- Parlak, B. (2008). *Kamu Yönetiminde Yeni Vizyonlar*. İstanbul: Turhan Kitabevi.
- Remoundou, K. & Koundouri, P. (2009). Environmental Effects on Public Health: An Economic Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(8), 2160-2178.
- Rogers, E. M. & Dearing, J. (1988). Agenda Setting Research: Where Has It Been, Where Is It Going? *Annals of the International Communication Association*, 11(1), 555-594.
- Sağlık Bakanlığı (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı (2015, Eylül 01). *Bakanlık Tarihçesi*. Sağlık Bakanlığı: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html> adresinden alındı. Erişim tarihi: 16.01.2023.
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
- Sargutan, A. E. (2006). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Savaş, N. (2020). Dünya Bankası'nın Sağlık Reformları Üzerine Etkisi; Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Örneği. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5(1), 142-157.
- Savucu, Y. (2020). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Spor ve Rekreasyon Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 34-43.
- Seçtim, H. (2019). Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Değerlendirme. *Management and Political Sciences Review*, 117-133.
- Sevük, M. Y. & Akın, P. (2019). Kamu Politikalarını Etkileyen Resmi, Sivil ve Uluslararası Aktörler. *İstanbul Aydın Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, (2), 167-183.
- Solar, O. & Irwin, A. (2010). *Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. *Social Determinants of Health Discussion*. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü.
- Soysal, A. (2017). Sağlık Turizmi: Tehdit ve Fırsatlar Bağlamında Türkiye. *Çatalhöyük Uluslararası Turizm ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, (2), s. 169-188.
- Steinbrook, R. (2012). "The US Supreme Court's ruling on the Patient Protection and Affordable Care Act". *BMJ: British Medical Journal*, (344), 1-2.
- Sungur, C. (2021). Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ve performans analizi üzerine kavramsal bir inceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(3), 2174-2201.

- Şahin, M. (2018). Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri ve Sosyal Politikalar. Ö. E. Koç içinde, *Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Özel Kesim Uygulamaları*. Ankara: Ekin Yayınevi.
- Şimşek, H. & Kılıç, B. (2012). Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Temel Kavramlar. *Turkish Journal of Public Health*, 10(2), 116 - 12.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1963). Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967). Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. Temmuz 10, 2024 tarihinde https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Kalkinma_Plani_Birinci_Bes_Yillik_1963-1967.pdf adresinden alındı. Erişim tarihi: 10.07.2024.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1967). İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972). Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. Temmuz 10, 2024 tarihinde https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/ikinci_Bes_Kalkinma_Plani-1968-1972.pdf adresinden alındı. Erişim tarihi: 10.07.2024.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1973). Yeni Strateji ve Kalkınma Planı Üçüncü Beş Yıl (1973-1977). Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. Temmuz 10, 2024 tarihinde https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Yeni-Strateji-ve-Kalkinma-Plani_Ucuncu-Bes-Yil_1973_1977.pdf adresinden alındı. Erişim tarihi: 10.07.2024.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1979). Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983). Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. Temmuz 10, 2024 tarihinde https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Dorduncu-Bes-Yillik-Kalkinma-Plani_1979_1983.pdf adresinden alındı. Erişim tarihi: 10.07.2024.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1985). Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989). Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. Temmuz 10, 2024 tarihinde <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Besinci-Bes-Yillik-Kalkinma-Plani-1985-1989.pdf> adresinden alındı. Erişim tarihi: 10.07.2024.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1989). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994). Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. Temmuz 10, 2024 tarihinde https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Altinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-1990-1994.pdf adresinden alındı. Erişim tarihi: 10.07.2024.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1995). Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000). Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. Temmuz 10, 2024 tarihinde <https://www.sbb.gov.tr/wp->

content/uploads/2022/07/Yedinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-1996-2000.pdf adresinden alındı. Erişim tarihi: 10.07.2024.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (2000). Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005). Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. Temmuz 10, 2024 tarihinde https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Uzun_Vadeli_Strateji_ve_Sekizinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-2001-2005.pdf adresinden alındı. Erişim tarihi: 10.07.2024.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (2006). Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013). Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. Temmuz 10, 2024 tarihinde https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Dokuzuncu_Kalkinma_Plani-2007-2013.pdf adresinden alındı. Erişim tarihi: 10.07.2024.

T.C. Dışişleri Bakanlığı (2024). *Dış Politika / Uluslararası Kuruluşlar ve İşbirliklerimiz / İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD)*. T.C. Dışişleri Bakanlığı: https://www.mfa.gov.tr/iktisadi-ibirligi_ve-gelismeteskilati-_oecd_.tr.mfa adresinden alınmıştır. Erişim tarihi: 31.05.2024.

T.C. Kalkınma Bakanlığı (2013). Ankara: Kalkınma Bakanlığı. Temmuz 10, 2024 tarihinde https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf adresinden alındı. Erişim tarihi: 10.07.2024.

T.C. Kalkınma Bakanlığı (2018). On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023): Sağlık Endüstrilerinde Dönüşüm Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara: Kalkınma Bakanlığı. Temmuz 11, 2024 tarihinde <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/SaglikEndustrilerindeDonusumOzelIhtisasKomisyonuRaporu.pdf> adresinden alındı. Erişim tarihi 11.07.2024.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. (T.C. Sağlık Bakanlığı, Çev.) Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2024). *2023 Yılı Faaliyet Raporu*. T. C. Sağlık Bakanlığı. Ankara: Strateji Geliştirme Başkanlığı. Temmuz 1, 2024 tarihinde https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/47771/0/tc-saglik-bakanligi-2023-yili-faaliyet-raporupdf.pdf?_tag1=4D19D223F5876E6C98006F5A03950CEF3A7C104B adresinden alındı. Erişim tarihi: 01.07.2024.

T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2018). Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu 2017. Ankara: İstatistik, Analiz, Raporlama

- ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı. Temmuz 11, 2024 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/21853/0/kamu-hastaneleri-istatistik-raporu--2017pdf.pdf> adresinden alındı. Erişim tarihi: 11.07.2024.
- Tekingündüz, S., Kurtuldu, A. & Erer, T. I. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlik ve Etik. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(4), 32-43.
- Tengilimoğlu, D. & Güzel, A. (2020). Sağlık Politikası Belirleme Süreci ve Politikayı Belirleyen Aktörler. D. Tengilimoğlu içinde, *Sağlık Politikası* (s. 9-39). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Toygar, Ş. A. (2022). Sağlık Politikası: Kavramsal Çerçeve. *Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi*, 3(3), 11-40.
- Türk Dil Kurumu (2024). *Güncel Türkçe Sözlük*. 06 06, 2024 tarihinde Türk Dil Kurumu Sözlükleri: <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alındı. Erişim tarihi: 06.06.2024.
- White, L. K. & Murnaghan, J. (1973). Health Care Policy Formation: Analysis, Information and Research. *International Journal of Health Services*, (3), 81-91.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (1998). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. World Health Organization.
- World Health Organization (2018). *Global Status Report On Road Safety*. Cenevre: World Health Organization.
- Yardan, E. D. & Kiremit, B. Y. (2016). Türkiye Kalkınma Planları'nda Sağlık Sektörü. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 93-100.
- Yetgin, M. A. (2024). Perceptions of Participants Receiving Health Services About the Effects of AI in the Health Sectors. V. Hassan, A. R. Albattat, & S. Basheer (Dü.) içinde, *Impact of AI and Robotics on the Medical Tourism Industry* (s. 69-98). Hershey, PA, Amerika Birleşik Devletleri: IGI Global.
- Yıldırım, H. H. & Yıldırım, T. (2013). Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme. M. Yıldız & M. Y. Sobacı (Dü.) içinde, *Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama* (s. 352-385). Ankara: Adres Yayınları.
- Yıldırım, H. V. (2011). *Avrupa Birliği'ne Üyelik Sürecinde*. Ankara: İmaj Yayınevi.
- Yılmaz, F., Kerem, İ. & İnce, Ş. Ö. (2019). Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin Etkinliklerinin Veri Zarflama Analizi ile Değerlendirilmesi. *Yönetim ve Ekonomileri Araştırması Dergisi*, 17(4), 72-90.