

**GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE TÜRKİYE'DE  
SAĞLIK POLİTİKASI UYGULAMALARI**

**Reyhan ERĐİN**

**Tezsiz Yüksek Lisans Projesi  
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı  
Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Elif KIRAN**

**Tekirdağ-2019**

**T.C.**  
**TKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**  
**TEZSİZ YÜKSEK LİSANS PROJESİ**

**GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKASI**  
**UYGULAMALARI**

**Reyhan ERGİN**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**  
**DANIŞMAN DR. ÖĞR. ÜYESİ ELİF KIRAN**

**Tekirdağ-2019**  
**Her Hakkı Saklıdır.**

## **BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ**

Hazırladığım Tezsiz Yüksek Lisans Projesinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, yazımda enstitü yazım kılavuzuna uygun davrandığımı taahhüt ederim.

23 / 01 / 2020

Reyhan ERGİN

T.C.  
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ( TEZSİZ ) ANABİLİM DALI  
TEZSİZ YÜKSEK LİSANS PROJESİ

Reyhan ERGİN tarafından hazırlanan “Geçmişten Günümüze Türkiye’de Sağlık Politikası Uygulamaları” konulu TEZSİZ YÜKSEK LİSANS PROJE Sınavı, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği uyarınca ..... günü saat .....’da yapılmış olup, projenin\* KABULUNE OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYELER	KANAAT	İMZA
Dr.Öğr. Üyesi Elif KIRAN		
Doç.Dr.Durmuş Çağrı YILDIRIM		
Doç. Dr. Emrah İsmail ÇEVİK		

---

\*Jüri üyelerinin proje ile ilgili karar açıklaması kısmında “Kabul Edilmesine / Reddine” seçeneklerinden birini tercih etmeleri gerekir.

## ÖZET

Kurum, Enstitü, :Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,

ABD :Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Proje Başlığı :Geçmişten Günümüze Türkiye’de Sağlık Politikası Uygulamaları

Proje Yazarı :Reyhan Ergin

Proje Danışmanı :Dr. Öğr. Üyesi Elif KIRAN

Proje Türü, Yılı :Tezsiz Yüksek Lisans Projesi, 2019

Sayfa Sayısı :51

Sağlık, tüm dünyaca kabul edilen evrensel bir kavramdır. Sağlıklı bir yaşam sürmek ise herkesin temel hakkıdır. Bu sebeple de dünya da insan var olduğundan beri, her devirde ülkeler halklarının sağlıklı yaşayabilmesi için çeşitli sağlık politikaları geliştirmişlerdir.

Bu çalışma da daha ilk kurulan devletlerinden başlayarak günümüze kadar, Türk devletlerinde uygulanan sağlık politikaları ile Türkiye’imiz de 2003 yılında uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) tanıtılmaya çalışılmıştır.

Ayrıca ABD, İngiltere ve Küba’da uygulanan sağlık politikaları da incelenerek, dünyada uygulanan farklı sağlık politikaları tanıtılmaya çalışılmıştır.

Bu çalışma bütünüyle teorik bir nitelik taşıdığı için tarihçi metottan yararlanılarak hazırlanmıştır. Bu sebeple bu metot çerçevesinde kaynak taraması tekniği uygulanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** ABD, İngiltere, Küba, Sağlık Politikası, Sağlıkta Dönüşüm Programı,

## ABSTRACT

Institution, Institute : Tekirdağ Namık Kemal University, Institute of Social Sciences,

Department : Department of Health Management

Project Title : Past to Present Health Policy Implementation in Turkey

Project Author : ReyhanErgin

Project Advisor : Dr. Lecturer. Member Elif KIRAN

Project Type Year : Non-Thesis Master Project, 2019

Number of pages : 51

Health is a universally accepted concept. To live a healthy life is everyone's basic right. For this reason, since human beings existed in the world, countries have developed various health policies in order to ensure the health of their people.

In this study, starting from the very first established in the state until today, Turkey is also applied to health policy with the Health Transformation Program that has been implemented in 2003, the Turkish state (SDP) has tried to introduce.

In addition, health policies applied in USA, England and Cuba were examined and different health policies applied in the world were tried to be introduced.

As this study has a purely theoretical character, it has been prepared by using historian method. For this reason, the method of welding screening was applied within the framework of this method.

**Keywords:** USA, England, Cuba, Health Policy, Health Transformation Program,

## ÖNSÖZ

Bu çalışma Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalında, ‘Geçmişten Günümüze Türkiye’de Sağlık Politikası Uygulamaları’ adıyla Tezsiz Yüksek Lisans Projesi olarak hazırlanmıştır.

Bu araştırmada dünyadaki bazı ülkeler ile Türkiye’nin sağlık politikalarının gelişim sürecinin incelemesi amaçlanmıştır.

Öncelikle araştırmanın her aşamasında verdiği destek ve rehberlik için proje danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Elif KIRAN’a ve her daim maddi manevi desteğini benden esirgemeyen aileme teşekkür ederim. İyi ki varsınız.

Reyhan ERGİN

## İÇİNDEKİLER

<b>BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ BEYANI</b>	<b>iii</b>
<b>PROJE ONAY</b>	<b>SAYFASI</b>
iv	
<b>ÖZET</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>ÖNSÖZ</b>	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>viii</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b>	<b>x</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b>	<b>xi</b>
<b>GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>1.Genel Hatlarıyla Sağlık Politikaları</b>	
1.1. Sağlık Politikası	Tanımları
3	
1.2. Sağlık Politikası	Amaçları
6	
<b>2. Dünyada Uygulanan Sağlık Politikaları</b>	
2.1.Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Politika Sistemi	
9	
2.2. İngiltere Sağlık Politika Sistemi	
15	
2.3. Küba Sağlık Politika Sistemi	
19	



### 3.Türkiye’de Uygulanan Sağlık Politikaları

3.1.Cumhuriyet Öncesi Dönem	21
3.2.Cumhuriyet Sonrası	Dönem
23	
3.2.1. 1920-1938	Dönemi
23	
3.2.2. 1938-1960 Dönemi	25
3.2.3. 1961-1980 Dönemi	27
3.2.4. 1981-2002 Dönemi	29
3.2.5.Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)	32
3.2.5.1.Sağlıkta dönüşüm programının amaç ve hedefleri	33
3.2.5.2. Sağlıkta dönüşüm programının temel ilkeleri	34
3.2.5.3. Sağlıkta dönüşüm programının temel bileşenleri	36
3.2.5.4.SDP'nin Bileşenlerinin oluşmasıyla Sağlık Sisteminde ve Sağlık Sisteminin Paydaşlarında Yapılan Düzenlemeler	38
3.2.5.4.1. Sağlık Bakanlığı ile ilgili yapılan düzenlemeler	38
3.2.5.4.2.Genel Sağlık Sigortası (GSS) ve Sosyal Güvenlik Kurumu(SGK)	38
3.2.5.4.3.Sağlık İşletmeleri ile ilgili yapılan düzenlemeler	39
3.2.5.4.4.Aile Hekimliği	39
3.2.5.5.SDP’nin sonuçları	39
3.2.5.5.1.SDP’nin Sağlık Sisteminin Organizasyon Yapısında Meydana Getirdiği Değişiklikler:	40
3.2.5.5.2.SDP’nin Sağlık Sisteminin Finansman Yapısında Meydana Getirdiği Değişiklikler	41
3.2.5.5.3.SDP’nin Sağlık Sisteminin Farklı Yönleri Üzerinde Meydana	

Getirdiği Değişiklikler	41
3.2.5.5.4.SDP'nin Sağlık Sisteminin Paydaşları Üzerinde Meydana	
Getirdiği Değişiklikler	42
<b>SONUÇ</b>	<b>44</b>
<b>KAYNAKÇA</b>	<b>46</b>

## **ŞEKİLLER LİSTESİ**

Şekil 1: Sağlıkta Politika Çemberi

Şekil 2: Sağlıkta Dönüşümün Temel İlkeleri

## KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BAĞ-KUR	: Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
DDY	: Devlet Demir Yolları
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
EPO	:Exclusive Provider Organizations
ETF	: Ev halkı Tespit Fişleri
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
HMO	:HealthMaintananceOrganization
NHS	: Ulusal Sağlık Hizmeti
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
PPO	:Preffered Provider Organizations
PTT	: Posta ve Telgraf Teşkilat
SB	: Sağlık Bakanlığı

SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

## GİRİŞ

Dünyadaki tüm ülkelerin en büyük serveti insandır. Sağlıklı insanlar sağlıklı toplumları oluşturmaktadır. Bu sebeple tüm ülkeler kendi halklarının yaşam kalitesini arttırmak için ilk hedef olarak, vatandaşlarının sağlık şartlarını iyileştirmeyi belirlemişlerdir. Sağlık koşullarının iyileştirilmesi ve sağlık alanındaki sorunları gidermek için ise sağlık alanında reformlar yapmış ve bu reformlara yenilerini ekleyerek devam ettirmişlerdir.

Dünya üzerindeki ülkelerin uyguladıkları sağlık politikaları, birbirinden çok farklılık göstermektedir. ABD’de de uygulanan sağlık politikaları, daha çok özel sağlık kuruluşlarını ön plana çıkartmıştır. İngiltere’de uygulanan sağlık politikasında ise devlet halkına ücretsiz sağlık hizmeti sunarken, halkının özel sağlık kuruluşlarına katılmasını da desteklemektedir. Küba’da ise tüm sağlık hizmetleri devlet tarafından karşılanmaktadır.

Bu çalışmada, üç farklı ülkede uygulanan sağlık politikaları ile Cumhuriyet öncesi dönemden günümüze kadar ülkemizde uygulanan sağlık politikaları ile sağlık alanındaki değişim, gelişim ve yapılan yenilikler ile Sağlıkta Değişim Programı (SDP) incelenmiştir.

Bu araştırmadaki amaç ise dünyadaki bazı ülkeler ile Türkiye’nin sağlık politikalarının gelişim sürecini incelemektir. Bu bağlamda, konuyla ilgili çok çeşitli makaleler, tezler ve internet siteleri incelenmiştir.

Araştırmanın birinci bölümünde; sağlık politikası kavramı genel hatlarıyla ele alınmıştır. Bu kapsamda sağlık politikalarının tanımı ve amaçları üzerinde durulmuştur.

Çalışmanın ikinci bölümünde, ABD, İngiltere ve Küba'daki sağlık politika uygulamaları ele alınmıştır.

Araştırmanın üçüncü ve son bölümünde ise, Türkiye'deki sağlık politikaları incelenmiştir. Bu bağlamda öncelikle Türkiye'deki sağlık politikalarının tarihsel gelişimi üzerinde durulmuştur. Bu konu Cumhuriyet öncesi dönem ve Cumhuriyet sonrası dönem olmak üzere iki başlıkta incelenmiştir. Devamında ise, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) incelenerek, SDP'nin amaç ve hedefleri, temel ilkeleri ve temel bileşenleri üzerinde durulmuştur. Son olarak da SDP'nin sonuçları üzerinde durulmuştur.

Araştırmanın sonucunda, ülkelerde uygulanan sağlık politika anlayışlarının farklılık gösterdiği görülmüştür. Ayrıca Türkiye'nin sağlık politikası gelişimi ve süreçlerinin zaman içerisinde hangi aşamalardan geçerek bu günlere geldiği ve SDP ile sağlık sisteminde yapılan köklü değişikliklerin birçok sorunu çözdüğü görülmüştür.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### GENEL HATLARIYLA SAĞLIK POLİTİKALARI

#### 1.1. Sağlık Politikası Tanımları

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. Maddesinde “her bireyin gıda, kıyafet, ev, tıbbi bakım ve sosyal görevleri; zatının, eşinin ve çocuklarının sıhhatini ve geçimini temin edecek bir yaşamının olması gerektiği; işsizlik, hastalık, engellilik ya da hayatını idame ettirecek şeylerden isteği dışında fakir olduğu başka durumlarda emniyette olması gerektiği” ifadesine yer verilerek sıhhat hakkının temel insan hakları arasında sayıldığını ve bireyin hayatının yaşam bütünlüğünün mühim bir ögesinin, enternasyonal bir yazıyla ile güvenceye alındığının göstergesidir (Çalış, 2006, s.105).

Sağlık politikası; bir ülkedeki sağlık sektörünü, o ülkede benimsenen görüşler ışığında düzenlemek ve yapılandırmak olarak tanımlanabilir. Sağlık politikaları iki ayrı görüş ışığında ortaya çıkmıştır.

Birinci görüş; sağlığı içtimai bir iş olarak, sağlık hizmetlerini içtimai bir vazife ve sorumluluk olarak kabul eden yaklaşımdır. Bu görüş tüm sağlık hizmetlerini sağlama görevini devlete vermektedir. Burada devletin görevi sağlık hizmetlerini tüm topluma yayarken aynı zamanda hizmetlerden yararlanmada eşitliğini de sağlamaktır. Diğer görüş ise; sağlığı bireysel bir olgu gibi düşünen, bu hakkın yerine getirilmesini pazarın sunma ve istem kurallarına bırakarak, insanların bu hizmetten şansları ve gelir durumlarına göre yararlanmasını savunan,

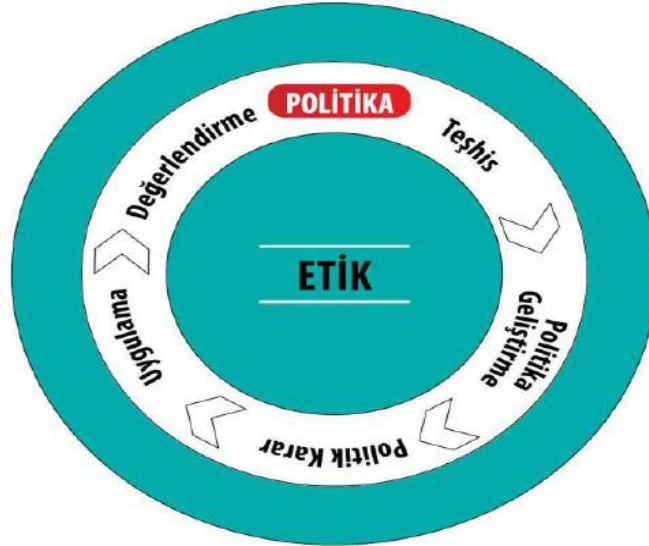
sağlık hizmetlerini de kazanç kapısı olarak gören bir bakış açısına sahiptir (Akdur, 1999, s.47).

Sağlık politikası aynı zamanda; sağlık sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen bir süreçler bütünü olarak tanımlanabilir. Unutulmamalıdır ki ayrıca sağlık politikası, sıhhat görevin yanında, sıhhati etkileyen bütün devlet, hususi ve istekli kuruluşların çalışma ve hareketlerini de etkilemektedir.

Sağlık politikası kavramını, sıhhat hizmetlerinin sunumu ve uygulanmasına dair stratejileri oluşturan, birbirleriyle ilişkili kararlar ağı olarak tanımlayabiliriz.

Bunun yanında sağlık politikaları belirlenirken, bu işlevlerin en gerçek ve güvenilir biçimde sonuçlandırılabilmesi için, uygulamadaki sağlık hizmetleri ile birlikte sağlığa etkisi olan çevresel, sosyal ve ekonomik tesirler üzerinde durularak bunlarda incelenmelidir (Atabey, 2012, s.22).

**Şekil:1 Sağlıkta Politika Çemberi**



Kaynak: R. Akdağ, Türkiye SDP Değerlendirme Raporu (2003–2010), Ankara, 2011, s. 31.

Bir ülkenin ayakta kalabilmesinin en temel öğelerinden biri sağlıklı toplumdur. Sağlıklı bir toplum içinde sağlıklı bireylere sahip olmak gerekmektedir.

Bu sebeple de ülkelerin ilk hedefleri, insan sağlığını korumak, koruyucu ve önleyici tedbirleri içinde barındıran uzun dönemli sağlık politikaları oluşturmak ve bunları oluşturmak içinde yeterli kaynak sağlamaktır. Ancak oluşturulan sağlık politikalarının ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye değişiklik gösterdiği görülmektedir.

Sağlık politikalarında temelde iki durum üzerinde odaklanılmıştır. Sağlık ile ilgili mal veya hizmetin devlet kurumları tarafından mı yoksa özel kurumlar tarafından mı üretileceği konusu bir politika sorunu olarak ele alınmıştır. 1950’li yılların başında birçok OECD ülkesi, ülkelerinde uygulayacakları sağlık sistemlerinin politika tasarımı, planlanması, araştırılması ve geliştirilmesi konusunda doğrudan sorumluluğu devlet üzerine bırakan devlet yaklaşımı modelini kabul etmiştir. Çünkü sıhhat yöntemleri, sıhhat görevlerinin yanında, sıhhati dolaylı ya da dolaysız etkileyen çevresel, sosyal veya iktisadi unsurları da içermektedir. Bu sebeple devlet modeli kabul edilmiş ve hazırlanan yöntemler ve sıhhat öğretilerin de bu yaklaşıma göre uygulanmıştır.

Diğer sıhhat yöntemi anlayışında ise bireylere sıhhat hizmeti sunumunda pazarın sunma ve istem kuralları uygulanmış, insanların bu hizmetten gelir durumlarına göre faydalanması sağlanmış ve sağlık hizmetleri bir anlamda kâr aracı olarak görülmüştür.

Sağlık alanında, sağlık politikalarının doğru ve iyi analiz edilip planlanması gerekmektedir. Sağlık hakkı tüm bireyler için en temel haktır ve bu hak anayasal çerçevede de koruma altına alınmıştır. “Sağlık hizmetlerinin bir ülkeyi yaşanılır kılan en temel kriterlerden biri olduğunu bilmeli ve bireylere kaliteli, kolay erişilebilir, güler yüzlü bir hizmet sunabilmek için bütün imkânların seferber edilmesi en temel amaçlar arasında yer almalıdır” (Akdağ, 2008).

Sıhhat harcamalarının; kaynağına, hizmet sunucusuna, sağlanan sıhhat görevlerinin cinsine ve rahatsızlığın cinsine göre belirlenmesi bir ülkede realist sıhhat yöntemlerinin belirlenmesinin en önemli şartıdır (Atabey, 2012, s.22).

Birey sıhhatini ve memleket sıhhat öğretisinin yapı ve işleyişini etkileyen



faktörler incelendiğinde, bir memlekette uygulanan resmi sıhhat yöntemlerini o memleketin sıhhat ile ilgili belirtkelerinin en önemli belirleyicisi olduğu görülmektedir. Bireylerin kendi sıhhatine gösterdikleri özen, sıhhat öğretilerinin belirleyicisi ve sıhhat yöntemlerinin varlığının etkileyicisi ve onlardan da etkilenen, ikinci belirleyici unsurdur. Memleketin iktisat yapısı ve kazanç dağılımı da bir diğer belirleyici unsurdur (Sargutan, 2005, s.409-410).

Sıhhati sadece hasta olmamak değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyi olmak olarak tanımlayan Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre sıhhat öğretisi, herkese gereken sıhhat hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlamaktır. Bu hizmet aktif, ödenebilecek seviye de ve sosyal olmalıdır. Her memleket sıhhat öğretilerini planlarken bunları dikkate alarak sıhhat öğretilerini geliştirmelidir (Tutar 2007'den aktaran Duyuk, 2015, s.49-50).

Sıhhat hizmetlerinin sunulmasında uygulanan farklı öğretiler, hizmetlerin kalitesinde belirleyici rol oynar. Bir memlekette hangi sıhhat öğretisinin uygulanacağı iktisadi, siyasi ve toplumsal boyutu da olan bir konudur (Kurtulmuş, 1998'den aktaran Duyuk, 2015, s.50).

Sıhhat yöntemleri farklı düzeylerde belirlenebilmektedir. Mikro ve makro düzeyde sıhhat yöntemleri belirlenirken sistem düzeyi, program düzeyi ve kurumsal düzeyde de sıhhat yöntemleri belirlenmektedir (Tatar, 2008, s.6).

## **1.2. Sağlık Politikasının Amaçları**

Bir memleketteki sıhhat yöntemlerinin genel amacı, halkın iktisadi ve sosyal yaşamında sıhhatli bireyler olmasını sağlamak ve yaşam kalitelerini yükseltmeye çalışmaktır. Sıhhat yöntemlerini oluşturan iktidarlar, memleket bütçelerine göre planlamalar yapmış, bu planları uygulama çalışmışlardır (Orhaner, 2014'den aktaran Duyuk, 2015, s.49).

Sıhhat hizmetlerinin uygulanmasında farklı sistemler olabilir. Hangi sıhhat sisteminin uygulanacağı o memleketteki ekonomik, siyasi ve sosyal boyutu da içine almaktadır.

Bir memleketteki sıhhat yöntemlerinin aktif olup olmadığı, yöntemlerin amaca ne kadar ulaştığı veya ulaşamadığına göre değerlendirilir. Bu da ancak milletler arası karşılaştırmalarla ölçümlendirilerek belirlenebilmektedir.

Tüm dünyada sağlık politikaları oluşturulurken belirli bir plan ve amaçlar çerçevesinde hareket edilmektedir. Bu politikalar oluşturulurken sıhhat hizmetlerinin etkin, etkili ve eşit bir şekilde sunulabilmesi, herkesin ihtiyaç duyduğu zamanda sıhhat hizmetinden kolayca faydalanmasının sağlanması, bireylerin sıhhatinin korunması ve bireylerin iyileştirilmesi hedeflenmiştir.

Sıhhat alanında, bir toplumu ayakta tutabilecek en önemli yapılardan biri olan sıhhat yöntemlerinin doğru ve iyi analiz edilerek planlanması gerekmektedir. Çünkü sıhhat hakkı tüm bireyler için en temel haktır ve bu hak anayasal çerçevede de koruma altına alınmıştır.

Sıhhat hizmetlerinin bir ülkeyi yaşanılır kılan en temel kıstaslardan biri olduğunu kabul ederek, bireylere kaliteli, kolay erişilebilir ve güler yüzlü bir hizmet sunulabilmesi için bütün imkânların kullanılması en temel amaçlar arasında yer almalıdır (Önal, 2012, s.2).

Ülke halkından bir kişinin sıhhatinin korunup iyileştirilmesi tüm halkın sıhhatinin sağlığının korunabilmesi açısından önem taşımaktadır. Ayrıca insanların ihtiyaçları anında sağlık hizmetlerine kolaylıkla ulaşabilmesi sıhhat politikalarına duyulan memnuniyet ve güvenin artmasına yol açmaktadır.

Sağlık politikalarının diğer bir amacı ise İnsan Hakları Evrensel Beyanname'si'nin ve Tıp Etiği'nin de merkezini oluşturan, sağlıklı kişilerden sağlıklı toplumlar oluşturmaktır (Önal,2012, s.2).

Bu amaca ulaşmak için ise bir takım hedeflerin belirlenmesi gerekmektedir.

Bu hedefleri ;

-Sağlığın gelişmesine katkı sağlamak için sektörler arası işbirliğini güçlendirmek: Örneğin, okullarda okul çağındaki çocuklara ve ailelerine temel sağlık bilgisinin kazandırılmasına olanak sağlayacak eğitim çalışmalarında bulunulması.

-Çevre sağlığı konusunda gerekli tedbirleri alarak, bu konuda iyileştirmeler sağlamak: Örneğin Belediyelerin ve sanayi kuruluşlarının çevre sağlığı konusuna önem vermesi ve bu konuda sıhhat kurumları ile birlikte çalışması, ayrıca radyo, internet ve televizyonlarda sıhhat konularına yer verilmesi.

-Halkın yaşam standartlarını arttırmak için çalışmalar yapmak; Halkın yaşam standartlarını arttırmak için halkın sıhhat açısından bilinçlenmesini sağlamak

-Sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili plan ve program yapmak : Politik kararların uzun vadeli ve başarılı olabilmesi için, halkın ihtiyaçlarını tam anlamıyla karşılanması gerekmektedir.

Bu nedenle sıhhat yöntemleri oluşturulurken, en etkili hizmet, en verimli personel ve en başarılı plan yapılarak ona göre işlemler yürütülmelidir ve eldeki imkânlar etkin biçimde kullanılarak etkili bir hizmet sunumu amaçlanmalıdır.

şeklinde sıralayabiliriz.

## İKİNCİ BÖLÜM

### DÜNYADA UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARI

#### 2.1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Politika Sistemi

Amerika'daki sıhhat örgütlenmesinde mesuliyet Sağlık ve İnsani Kaynaklar Nezareti'ndedir. Amerika'da yönetsel konstrüksiyona münasip olan sıhhat teşkilatlanması uygulanmaktadır. Yönetsel yapı; birleşik iktidar, vilayet ve mahalli iktidardan oluşmaktadır. Şehir, kaza, kasaba yönetimleri mahalli iktidarın en önemli kısımlarıdır. Her vilayetin sıhhat örgütü vardır ve bunlar mahalli sıhhat kuruluşlarını denetleyerek, ölçütlerini belirlemektedir. Ayrıca, bunlara bağlı sıhhat evleri ve ahali sıhhat laboratuvarları mevcuttur. Kimi şehirlerin ortak, kimi şehirlerinde kendilerinin sıhhat kuruluşları mevcuttur. Bunların başında şehirlerde sıhhat müdürlükleri vardır. Ayrıca sıhhat mühendisleri, ahali sıhhat hemşireleri ve sıhhat eğitimcileri mevcut sistemde görev yapmaktadır (Varlık, 1992'den aktaran Dericioğulları, 2010, s.49-50).

ABD' de yataklı iyileştirme görevleri, az müddetli ve çok müddetli sağlık evleri ve diğer bakım evleri tarafından sunulmaktadır. Sağlık evlerinin büyük bir kısmı hususi kesime ait olup, daha az miktarda devlet sağlık evi bulunmaktadır. Sağlık evlerinin bazıları kasaba, bazıları vilayet, bazıları da birleşik iktidara bağlı olarak hizmet vermektedir. Bunun yanında kiliseye veya kar amacı gütmeyen diğer kuruluşlara bağlı hastanelerde ülke de mevcuttur. Hususi kesime ait sağlık evleri

kazanç amacı güdülen kurulan sağlık evleridir. Sağlık evlerinin % 60'ı kazanç amacı olmayan idarelere, % 30'u birleşik ve mahalli idarelere bağlı olarak faaliyetlerini sürdürmektedirler. Sağlık evleri, umumi ve hususi dal sağlık evleri olarak kendi içinde de kollara ayrılmaktadır. Bu hastanelere hastalar kendi isteği ile gidebileceği gibi ilk evre görev üniteleri ve aile hekimlerinin sevk etmesi ile de gidebilmekte ve hastalar tedavilerini olabilmektedir (Varlık, 1992'den aktaran Dericioğulları, 2010, s.50).

ABD milli sıhhat öğretisinin en önemli 3 özelliği mevcuttur :

1-Amerika'da pekçok sanayileşmiş il olması ve bu illerce sağlanan gelirlerin sıhhate çok fazla oranda ayrılması,

2-Milli iktidarın dengeli bir sıhhat yöntemini izlemesi,

3-Amerika'da sermayedar bir iktisadın varlığı.

ABD' de sıhhat görevlerinin finansmanı ana iktidar ve vilayetlerin gelirleri, sağlıksal bakım (Medicare) ve sağlıksal yardım (Medicaid) adına yapılan umumi destekler ve ana iktidarla vilayetlerin kimi sağlık evlerine parasal kaynak sağlamaları sonunca oluşan kaynaklar, husisi sigortaların sağladığı parasal kaynaklar ve hastaların kendilerinin yaptıkları ödemelerden oluşmaktadır. Aslında, ABD'de de kamu ve özel kesim kaynaklarının birleştirilerek, buna çalışanlardan alınan primlerinde eklendiği katışık bir parasal öğreti uygulanmaktadır (Mutlu-Işık, 2000, s.257).

ABD'de sıhhat iktisat teşkilatlanması; kazanç istekli hususi sigorta şirketleri, Mavi Haç ve Mavi Kalkan Uygulaması, Bağımsız Sigorta Planları ve Sağlık Organizasyonları, Devlet Sigortalarından oluşmaktadır. Devlet sigortası da Medicare (Tıbbi Bakım Ve Yaşlılara Sağlık Sigortası), Medicaid (Tıbbi Yardım Sigortası, Sağlık Yardımı) diye ikiye ayrılmaktadır. Amerika sıhhat sistemi incelendiğinde bireyler arasında eşitlikçi olmadığı gibi çok da pahalı olduğu görülmektedir. Bu sebeple ABD sıhhat sistemi Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ce kötü olarak değerlendirilmektedir. Amerika GSMH 'sının %16,5'ini sıhhate ayırırken, Avrupa ülkelerinde bu oran %9,5'dir. Bunun en önemli nedeni ise fazla tutarda olan sıhhat harcamalarının, sıhhat alanını bir kazanç kapısı yapmasıdır. Sıhhat masraflarının bu kadar çok olmasına rağmen sıhhat öğretisi, halkın genelini içine

almadığı gibi ABD’de de halk ile ilgili sıhhat ölçütleri bir türlü iyileştirilememektedir (Çiftçi, 2013). Ancak masraflarını kendileri ödeyebilenler için, ABD’de tıbbi bakımın niteliği çok yüksek olup, ABD’de de yeryüzünün en iyi sağlık evleri ile sağlıksal tetkik merkezleri faaliyet göstermektedir.

Ülke desteğinde olan sıhhat sigortalarından biri olan Medicareden, 65 yaşından büyük kişiler ve sakatlar yararlanabilmektedir. Ancak bu tasarısan yararlanabilmek için toplumsal emniyet takımına üye olmak ve sisteme 10 yıl boyunca ödeme yapmış olmak zorunluluğu vardır. Bu şartları sağlayamayanlar için şahsi ödeme yapılan Medicare B programı mevcuttur. Ancak çok sayıda fakir ve muhacir Medicare ek ödemelerini yapamamaktadır. Ülkenin ihtiyaçlara sunduğu tasarı olan Medicare, sıhhat görevlerinin %43’ünü karşılamaktadır. Sigorta olmasına rağmen masrafların çoğunluğu hastaların kendileri tarafından karşılanmaktadır. Pekçok insan bu giderleri ödeyemediğinden sıhhat hizmeti alamamakta veya gelirinin önemli bir kısmını sağlığa harcayarak fakirleşmektedir. Medicaid ise çocuk sahibi olan az kazançlı aileleri, engelli ve amaları, fakirlik ölçütünün altında kalan ailelerin 6 yaşından küçük çocukları ve hamileleri, senelik kazancı 18.400 dolardan az 4 kişilik ailelerdeki 19 yaşından küçük çocuklara uygulanmaktadır. Ülke’de 34 milyon birey (halkın %12’si) Medicaid kapsamına dahildir. ABD’de fazla ihtiyar veya fazla fakir olmayan bireyler sıhhat masraflarını kendileri ödemek zorundadır. Görüldüğü üzere, ABD sağlık sistemi, tamamıyla kapitalist bir yaklaşım içinde faaliyet göstermektedir (Taşlı, 2007).

Amerikan Sıhhat Öğretisi, bağımsız görev yapan ve her muayene için ücret alan hususi hekimler üstüne kurulmuş bir sistemdir. Bu özel doktorların belli hastanelerle anlaşması bulunmaktadır. Bu doktorlar gerektiği taktirde hastalarını bu sıhhat evlerine yönlendirmektedir. Hastalar aldıkları sağlık hizmetinin bedelini kendileri karşılar. ABD’de bazı sıhhat evleri eyalet, bazı sıhhat evleride belediyeler tarafından işletilmektedir. Askeri sıhhat evleri ise birleşik iktidarca işletilmektedir. Ülke de dini zümreler, kilise ya da vakıflarca para kazanma amacını taşımayan sıhhat evleri de bulunmaktadır ( Karar, 2013, s.61).

ABD’de 1990’larda “managed care” adı verilen serbest piyasa girişimi niteliğinde sağlık reformu çalışmaları yapılmıştır. Bu reformun en temel özelliği

maliyet kontrolü ve sağlık alanında merkezi organizasyon oluşturmasıdır. Bu reform çalışması ile hastanın ne kadar zaman, hangi sıhhat hizmetini alacağına tedavi eden doktor yerine, hastalar ile sigorta ortaklığı karar vermektedir. Managed Care'in en güzel modeli "Health Maintenance Organization (HMO)"dır. Bu sistemde HMO'lar vasıtasıyla şahıs başına ödeme ve hizmet sunumu şekli uygulanmıştır. HMO'ların hastalara hizmet vermesi için kendi hastaneleri ve ücretle çalıştırdıkları hekimleri mevcuttur ancak HMO'lar başka hastaneler ve hekimlerle de kontratlar yaparak sağlık hizmeti vermektedir (Belek, 2009, s.186).

HMO'ların en ciddi özelliği ise kişisel sıhhat sigortalarında kullanılan, alınan sıhhat hizmetine göre ödeme yerine, daha çok şahıs başı ifa öğretisine dayanmaktadır. HMO'lar öbür öğretilerin karşısında bir seçenek olarak oluşturulmuştur. Bu sağlık sisteminde önleyici doktorluğa çok ehemmiyet verilmesinin yanısıra, üyelerinin rahatsız olmalarını önlemek için pekçok önleyici tedbir alınır. HMO'larda bireyler sigorta değil üyelik satın almakta ve üyeler yıllık belli bir miktarda ödeme yaparak kendisi ve ailesi için ihtiyaı kadar sağlık hizmeti almaktadır. ABD'de halkının ortalama % 15'inin HMO'lar kapsamında olduğu bilinmektedir (Serin, 2004, s.128).

Başka bir managed care uygulaması "Preferred Provider Organizations (PPO)"dır. PPO; tabipler, sağlık evleri, diş tabipleri gibi sağlık hizmeti sunan kişilerden oluşmuş olup, patron ya da sigortalıya ücret iskontası yaparak sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu kurumlar HMO'larla rekabet içindedirler. Ancak PPO'ları HMO'lardan ayıran en önemli özellik ise üyelerini doktor seçmede HMO'lara oranla serbest bırakmalarıdır. Hastalar, PPO hekimlerine gidince bedel ödemezler, muayene ücretleri değişmez ve creti PPO'lar der. Hasta PPO 'ya ye olmayan bir doktora giderse bedelin % 10 ila %20'si arasında bir tutarı kendi cebinden karşılamak durumundadır. Bunların yanında bazı sigortalılar ve işverenler ise sağlık hizmeti almak için "Exclusive Provider Organizations (EPO)" adı verilen, rahatsız olan kişinin daha önceden belirlenen yerlere gitmesini sağlayan kurumlarla iletişime geçen EPO'lardan sağlık hizmeti almaktadır (Rosenthal ve Frenkel, 1992, s.22).

ABD'de de Medicare ve Medicaid sağlık hizmeti hayata geçirildikten sonra sıhhat sektörü çabucak büyüme göstermiştir. İnsanların sağlık harcamaları ve sağlık

hizmeti alma ihtiyacı artmıştır. Yine bu zamanda hususi sektörde de sigorta artışı görülmüştür. Ülke de ayrıca, diyaliz gibi hizmetlere kolay ulaşımı sağlamak üzerine çalışmalar sürdürmüştür. Ancak Medicare ve Medicaid sistemlerinin kaynaklarındaki sorunlar sebebiyle, sağlık sunucularının çoğunluğu bu kuruluşlarla iş yapmak istemediğinden, 2003 yılında Medicare üyeliği olanların hemen hemen yarısı ek olarak hususi sigorta yaptırmıştır. ABD’de de işveren zeminli sigorta uygulaması çok olsa da, işverenler işçilerini sigortalatmak zorunda değildir. Böyle olmasına rağmen yaygın olarak kullanılmasının en önemli sebebi vergi avantajları sağlamasıdır. Ödenen sağlık primleri, işçilerin vergilendirilmiş maaşları üzerinden eksiltilmektedir. Sigortacılık harcamalarını düşürmek için işveren zeminli sigortacılık uygulamalarında, işe başlangıç kontrollerinde hastalığı olduğuna dair raporu çıkanlar veya sıhhatini kötü etkileyen alışkanlıkları olduğu saptananlar sigortalanmamakta, kimi zaman işten çıkarılmaktadırlar. Hususi sigorta üyelerinin ortalama 32 milyonunun yüksek sıhhat masrafları kapsam dışında tutulmaktadır. Sigorta şirketinin ifa ettiği ücretler ise sigortalıların yaşamları boyunca 1 milyon doları geçemez. Sağlık harcamalarındaki artışlar özel sigortala şirketlerini zor durumda bıraktığından, sigorta şirketleri üyelik öncesinde ortaya çıkmış sağlık sorunlarının harcamalarını kabul etmemektedir. ABD’de özel sigorta şirketleri ilk başlarda sıhhat evi harcamalarının hepsini öderken, bu oranın 1979’da % 89’a, 1983’de % 75’e, 1986’da % 24’e indirilmiştir (Belek, 2009, s.187-188).

2000 senesinde managed care programı, managed care düzenlemelerinin birşeye yaramaması ve Medicare’in de sonunun belli olmaması gerekçesiyle yürürlükten kaldırılmıştır. Bunun yerine Bush yönetimi, defined contribution denilen, sistemin finansmanını çalışanların önceden belirlenmiş katkılarıyla sağlamaya çalışan bir uygulamaya geçmiştir. 2002 yılında gelindiğinde ise işverenlerin % 50’sinin defined contribution’u tercih ettiği görülmüştür. Ancak bu uygulama ile çalışanların büyük bir kısmı sigortalarını kaybetmişlerdir (Terzi, 2007, s.14).

ABD’de de kademelendirilmiş bir sıhhat hizmeti uygulaması yoktur. Sigortalı hastalar ya seçtikleri ya da sigorta şirketlerinin anlaşma yaptığı doktor ve sıhhat merkezlerine gitmek zorundadırlar. İlk kademedede umumi hekimler, aile



hekimleri, umumi iç rahatsızlıklar mütehassısları ve umumi çocuk mütehassısları görev yapmaktadır. Amerika da ilk kademedeki hasta memnuniyeti giderek düşmektedir. Çünkü son senelerde ilk kademe de görev yapan doktorların işleri arttırılmış ve geri ödeme sistemi hizmetin kalitesinden çok miktarına bağlanmıştır. Bu durum, doktorları az zaman da çok hasta bakmaya, hastalarla daha az ilgilenmeye itmiştir (Belek, 2009, s.181).

ABD birinci basamak sağlık hizmet sunumu ile ilgili olarak yaklaşık 2500 kişiye hizmet veren bir doktorun belirlenen görevleri yapabilesi için günde ortalama 18 saat çalışması gerekmektedir. Bu durum ise hastaların bekleme sürelerini uzatmakta ve bu süreyi beklemek istemeyen hastalar da acil servislerdeki hasta sayısını arttırmaktadır. Bilhassa süregelen rahatsızlığı olanlar gerekli tedaviyi görememektedir. Ayrıca doktorlar cerrahi müdahalelerde, muayenelere oranla üç kat para kazandığından, doktorlar daha fazla cerrahi müdahale yapmayı tercih etmektedir (Belek, 2009, s.181).

İlk kademe hekimlerine uygulanan performansa dayalı ödeme sistemi nedeniyle, hekimler kliniklerde hasta muayenesi yapmak yerine kazançlarını arttırmak için günde birkaç tane hasta ziyareti yapmaktadır. Ve gün geçtikçe ilk kademe de görev yapmak isteyen hekim sayısı azalmıştır. 1997 ile 2005 arasında ilk kademedeki çalışmak isteyen tıp mezunlarının sayısında % 50 oranında düşüş görülmektedir (Belek, 2009, s.182).

Aile hekimleri sahip oldukları muayenehanelerinde veya grup muayenehanelerinde hizmet vermektedir. Sağlık hizmeti geri ödemeleri ise kişi başına veya sunulan sağlık hizmeti başına yapılmaktadır.

Sağlığın tek kıstasının para olmadığı bir örneği olan ABD ile ilgili önemli olan şeyin eldeki kaynakların akılcı, adaletli, kararlı ve verimli kullanmasıdır. Nitekim Amerika'da var olan sıhhat öğretisi ile ilgili sıkıntılar sebebiyle ABD başkanı Barack Obama sıhhat ıslahat planını açıklamıştır. ABD başkanı Barack Obama 'nın 950 milyar dolarlık yeni sıhhat ıslahat planı ile 31 milyon Amerikalıyı sıhhat sigortasına kavuşturmayı ve bütçedeki açığı ilk 10 yılda 100 milyar dolar, ikinci 10 yılda da 1 trilyon dolar azaltmayı hedeflemiştir. Tüm Amerikan halkının

sigortalı olmasını, sıhhat reçetelerinin kapsamını arttırmayı ve vatandaşların sigortalanmasına katkı sağlayan birleşik yardımları arttırmayı öngörmüştür.. Plan, birleşik iktidarın sıhhat sigortası ortaklıklarının, fiyatları çok fazla yükseltmesini engelleyen bir otorite olmasını hedeflemiştir. Bu otorite, yeni sıhhat sigortasındaki fiyatların ne kadar artacağına dair devlete tavsiyede bulunacak ve yıllık rapor hazırlayacaktır. Ancak, kararı Sıhhat Nezareti verecektir (Çiftçi, 2013).

ABD’ de de uygulanan hoşgörülü politikalar, tekelleşen sağlık sigorta şirketlerini yüksek fiyat uygulamalarına yöneltmiş ve bu durum ile ilgili devlet ne kadar tedbir almaya çalışsada, uygulanan tedbirler ile de istenilen düzeyde bir sağlık reform sistemi uygulamasına geçilememiştir.

## **2.2. İngiltere Sağlık Politika Sistemi**

İngiltere’de uygulanan sağlık politikası, Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) hususi bir yapıdadır. Milli seviyedeki bu görevin organizasyon vede denetimin işlemleri, İngiltere ve Galler’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik Dairesi, Kuzey İrlanda’da Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, İskoçya’ da İçişleri ve Sağlık Dairesi tarafından yürütülmektedir. Sağlık ve Sosyal Güvenlik Dairesi, meclis azası görevini yapan İktidar yazmanı tarafından yönetilmektedir. İngiltere’ de sıhhat hizmetleri mahalli ve yöresel sıhhat kurumlarınca yapılmaktadır. Mahalli yönetimler, 250.000 kişiye hizmet sunabilecek kapasitedeki alt bölge (district)ye bağlıdır. Sağlık evi idare kurulları ise Alt Bölge Hastanesi Yönetim Komisyonu’na bağlı olarak hizmet vermektedir. Eğitim sağlık evleri ise özgür birşekilde kendi yönetici kurullarınca yönetilmektedir. Ülkede 1992 verilerine göre 35 tane eğitim sıhhat evi vardır. Birkaç alt bölge, “Yerel Sağlık İdareleri- Area Health Authority” ye bağlı olarak faaliyet göstermektedir. Bunlar Regional Health Authority yönetimine bağlıdır. Yine 1992 verilerine göre İngiltere’de 14 Region, İskoçya’da 15 Area, Galler’de 6 Area ve

Kuzey İrlanda'da 4 Area ve her birinde birer district bulunmaktadır (Varlık, 1992'den aktaran Dericioğulları, 2010, s.54-55).

İngiltere'de mali yardım hizmetleri Sosyal Güvenlik Bakanlığı, sıhhat yardımı hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmaktadır. Ülkede uygulanan sosyal güvenlik sistemi; kesenekli sistem, keseneksiz sistem ve NHS diye üç kısma ayrılmaktadır. Kesenekli sistem; hastalık, analık, işsizlik, ihtiyarlık, dulluk, emeklilik gibi tehlikelere karşın, sigortalının kesenek ödemesi yaptığı sistemdir. Keseneksiz sistem; bazı sakatlar ile ve bakıcılarına yapılan kira ve gelir desteği ile çocuk yardımlarının, umumi bütçeden verilen ödenekler ile karşılandığı sistemdir. NHS ise vatandaşların bedelsiz olarak yararlandığı, diş ve göz hastalıklarını da içine alan, finansmanının umumi bütçeden vergilerle karşılandığı öğretiler (ÇSGB, 2000, s.170).

2013 yılı araştırmalarına göre, İngiltere'de toplumsal emniyet ile sıhhat hizmetlerinin finansmanının, %66,5'inin devlet kaynaklarından, %11,5'inin mahalli idarelerin aldığı dolaylı vergilerden, %15'inin patron, çalışan ve esnaf primlerinden, %7'sinin ahalinin gözlük, tıbbi cihaz vb. malzemelerin alınması sırasında verdikleri ücretler tarafından karşılanmıştır (Taşlı, 2007).

İngiltere Ulusal Sağlık Sisteminin iki ana özelliği bulunmaktadır. İlki; öğretinin yalnızca umumi vergilerden karşılanıp, sigortacılık hizmetlerinin çok az olmasıdır. İkincisi ise, İngiltere'de GSMH' dan sıhhat hizmetlerine, öteki Avrupa ülkelerine nazaran daha düşük pay ayrılmasıdır. Ancak buna rağmen sağlık düzeyi göstergeleri daha iyidir. Yani İngiltere'de uygulanan Ulusal Sağlık Hizmeti ile daha az sağlık harcaması yapılmasına rağmen daha iyi sağlık hizmet verilmektedir (Serin, 2004, s.121).

Ancak İngiltere'nin sıhhat hizmetlerini halkına bedelsiz olarak sunması, İngiltere'nin sıhhat hizmetlerini sunarken zorlanmasına yol açmıştır. Bu sebeple İngiltere'de 1979'da özelleştirme çalışmaları başlamış ve bu sebeple hususi sigorta şirketlerinin kurulması ve halkın buralara yönlendirilmesi istenmişse de bu konuda pek başarılı olunamamıştır. Günümüzde İngiltere'de sağlık hizmeti almak için özel sigorta şirketine müracat edenlerin oranı toplam içindeki oranın ancak % 8 ila

%10'dur. Yine günümüzde İngiltere'de hala sıhhat hizmetlerinin tümü umumi vergilerden elden edilen kaynaklarla karşılanmaktadır. 1991'de uygulamaya koyulan sağlık ıslahatları ile çekişmelerin ve faaliyetlerin fazlalaştırılması hedeflense de gene Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS)'nin ana kaynağını vergiler oluşturmaktadır (Mutlu-Işık, 2000, s.262).

NHS içinde, sıhhat evi hizmetleri ve ilk evre sıhhat hizmetleri ayrı olarak faaliyet göstermektedir. Sıhhat evi hizmetlerinin mesulü Alt Bölge Sağlık İdareleridir. İlk evre sıhhat hizmetlerinin sorumlusu ise Aile Sağlığı Hizmetleri İdareleri (Family Health Services Authorities) 'dir. Ancak Alt Bölge Sağlık İdareleri ile Aile Sağlığı Hizmeti İdareleri 1996 yılında birleştirilmiştir (Belek, 2009, s.206).

NHS uygulamasına Thatcher döneminde yapısal değişiklikler yapılarak, sağlık kurumlarının başına NHS dışından uzman yöneticiler getirilmiş ve yine özel sektör teşvik edilmiştir. Bunun yanında Alain Enthoten tarafından 1988 yılında iç piyasa adı verilen bir strateji geliştirilerek NHS parçalanmış, hizmet üretenler ile hizmeti satın alanlar arasında rekabet oluşturulmuştur. Hastalara, istedikleri doktora gitme hakkı verilerek doktorlar üzerinde mali baskı oluşturulması amaçlanmıştır. Ayrıca genel pratisyenlik hizmet uygulaması yeniden düzenlenmiştir.

İngiltere'de önce güzel yönetilen NHS sıhhat evleri iş yerine dönüştürülmüştür. Bunlara gelir sağlama, çalışacak kişileri seçme, yöresel güçlerle, kaynak kullanan umumi pratisyenlerle, hususi sektörle sözleşme imzalama, mevduat ihya yetkisi verilmiştir. Alt Bölge Sağlık İdareleri bünyelerindeki sıhhat evlerinden, sıhhat evi işletmelerinden veya hususi sıhhat evlerinden iş görme yetisi alabilmektedirler. 1998 yılında tüm ileri hizmet sıhhat evlerine, cemiyet sıhhat hizmet sunucularına ve cankurtaran hizmet sunucularına iş yeri konumu verilmiştir. Gelir yine umumi vergilerle sağlanmaya devam etse de kaynakların çalıştırılması değiştirilerek hizmet veren ve alan müesseseler ayrı ayrı faaliyet göstermeye başlamışlardır. 1991 senesinden önce sıhhat evleri Alt Bölgelere bağlı olarak sağlık hizmeti sunmaktaydı ve Alt Bölgeler direkt olarak hizmet üretiminin içinde görev almaktaydı. Reformlarla birlikte hastaneler, birer işletme haline dönüştürülürken, Alt Bölgeler finansman sağlayan ve hizmet alan müesseselere dönüştürülmüştür. Bu öğretilerde; hizmeti alanları, Alt Bölge Sağlık İdareleri ile kaynak alan umumi hekimler

oluştururken, hizmet üreticilerini umumi hekimler, kaynak alan umumi pratisyenler, NHS sağlık evleri, sağlık evi işletmeleri ile hususi hastaneler oluşturmaktadır. Her Alt Bölge Sağlık İdaresi, kendine bünyesindeki 300 bin kişilik yer için sağlık evi işyerlerinden sağlık hizmeti almaktadır. Ancak NHS'nin piyasaya açılması hükümetin beklentileri lehine sonuçlar doğurmamış, sistemin verimliliğinde ve maliyetlerin azaltılmasında önemli değişiklikler meydana getirmemiştir. 1997 yılında İşçi Partisi Hükümeti sağlık sisteminde değişiklikler yapmıştır. İktidar özellikle umumi pratisyen hekimlerin fon kullanması ve fon kullanan umumi pratisyen hekimlere bağlı hastalar ile diğer hastaların bekleme zamanları ile ilgili oluşan eşitsizlikler ve yönetim masraflarının artışı üzerinde yoğunlaşmıştır. 1999 yılında yeni bir Sağlık Yasası çıkarılmıştır. Ancak geçen 10 yıl incelendiğinde Blair hükümetinin birbiriyle tam olarak uyumlu olmayan birtakım değişiklikler yaptığı görülmüştür. Blair Hükümeti iç pazar yürütümü durdurulduktan sonra NHS masraflarındaki senelik yükseliş hızı, 1997-1998'de % 1,5, 1998-1999'da % 2.2 ve devamında ki üç sene zarfında % 4.7 olmuştur. Fakat ortaya çıkan yükseliş hızı bilhassa bedellerin yükseltilmesi, çalışan adedinin arttırılmasının ve sıhhat evi alt bünyesinin geliştirilmesi sonucu oluşmuştur. 2007 senesinde bu tarihten sonraki 10 senede uygulamaya başlanılacak yeni bir sıhhat tasarısı izah edilmiştir. Bu planda hizmet kullananlara çok fazla ayrıcalık tanınması gerektiği konusu üzerinde durmuşlardır. Bunların dışında umumi hekimliklere gitmeyi fazlaştıracak ve sıhhat evi temizliğini arttıracak uygulamalara yer verilmiştir. 2008 senesinden sonra İngiliz halkı NHS kapsamına alınmıştır. NHS önleyici sıhhat hizmetlerinin, ayakta ve yatarak iyileştirme hizmetlerinin, umumi hekimlik hizmetlerinin yanı sıra ilaç, diş, ruh sağlığı ve rehabilitasyon hizmetlerinin de finansmanını da karşılamaktadır (Belek, 2009, s.209-213).

Ayrıca İngiltere'de sağlık hizmetleri kapsamında halka, evde hasta görüşmeleri, evde hemşirelik ve ebelik bakımı, aile planlaması, salgın hastalık incelemeleri, ambulans hizmetleri gibi çeşitli sağlık hizmetleri de sağlanmaktadır (Aksakoğlu, 1995, s.96).

Son yıllarda yapılan incelemelerde İngiltere'de sıhhat masraflarının %90'ının hazineden, % 8'i çalışan ve işveren primlerinden, % 2'si ise bireylerin

direkt olarak cepten yaptığı ödemelerden karşılandığı görülmektedir. Elde edilen bu kaynakların, % 74'ü sıhhat evi masraflarına gitmektedir. Ulusal Sağlık Hizmetleri kapsamında herkese bedelsiz sıhhat hizmeti verilmektedir. Hususi hasta kontrolleri için ise, kişiler kendi ceplerinden ödeme yapmaktadırlar (Varlık, 1992'den aktaran Dericioğulları, 2010, s.58-59).

Temel Sağlık Teşkilatlanma Ünitesi 25 bin kişiye hizmet veren Kamu Sağlığı Merkezleridir. Ayrıca aile hekimliği de sağlık sisteminin öbür kısmını oluşturmaktadır. Bölge örgütlenmesi yapan kamu sağlık merkezleri rahatsızlıkların önlenmesine, ahalinin sıhhatinin korunmasına yönelik koruyucu sıhhat hizmetleri verilmektedir. Kamu sağlığı merkezlerinde hizmetleri umumi pratisyen hekimler, hemşireler ve diğer sıhhat personelleri vermektedir.. Aile hekimleri ise özgür görev yapan, kendi klinik ya da merkezlerinde sağlık hizmeti veren, 2500 kişiye bakmakla yükümlü hekimlerdir. İngiltere de hastalar, acil durumlar dışında kayıtlı oldukları aile hekimlerinden sevkli olmadıkları sürece ikinci/üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına müracaat edemezler. 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri hükümet sağlık evleri, vakıf, hususi ve üniversite sağlık evleri tarafından sunulmaktadır (Taşlı, 2007).

### **2.3. Küba Sağlık Politika Sistemi**

Küba Kanunlarına'na göre; sıhhat iktisadi gelir vasıtası değildir. İnsan hakkıdır. Bu sebeple Küba halkı, sıhhat hizmetlerinden aynı düzeyde yararlanırlar ve Küba'da tüm sıhhat hizmetleri bedelsizdir. Küba'da sıhhat hizmetlerinin sunulması hükümetin sorumluluğundadır (Taşlı,2007).

Küba'da ülke bütçesine göre, sağlık işaretleri yüksek sermayedar ülkelerinin ki kadar iyi olan bir sıhhat sistemi mevcuttur. Küba'da sıhhat hizmetlerinin finansmanı devletçe karşılanmaktadır. Devlet koruyucu ve iyileştirici hizmetler yanında güçlü yordamlığın bulunduğu sıhhat evi hizmetlerini de halkına bedelsiz olarak sağlamaktadır. Küba'ya ambargo uygulanmasına rağmen, ülke bütçesinden

sağlığa ayrılan pay hiçbir zaman azaltılmamıştır. Sağlık finansmanı ülke geneline yerleştirilmiştir. Kamu sıhhati masraflarının % 92.6'sı belediye tarafından karşılanmaktadır. Küba halkı sadece reçete, ortopedik ortez, tekerlekli sandalye, diş, işitme cihazı, gözlük için çok az miktar da bedel ödemesi yapmaktadır. Az kazançlı vatandaşlara mali yardım yapılmaktadır. Ayrıca bu kişiler ilaç, protez vb gibi bazı hizmetler için de bedel ödememektedir. Küba'da milli sıhhat öğretisi üç seviye de yapılandırılmıştır: Milli, şehir ve belediyeler. Tasarlama, idare, tertip ve kontrol çalışmaları merkezi ve mahalli iktidar kurumlarının kısımlarının vazifesidir. Sıhhat hizmetlerinden toplumun yararlanma düzeyi oldukça fazladır. Çocuk felci ve kızılca rahatsızlığını bitiren birinci memleketir. Birey başına düşen GSMH 3649 \$ ile fakir bir ülke olan Küba, kazanç paylaşımı bakımından en eşitlikçi olan ülkedir (Çağlayan ve Erkoç, 2006, s.459-469).

Yeryüzündeki 189 ülke arasında, sıhhat verileri en yüksek olan ilk 30 memleketten biridir. Küba'da memleketin her yerine dağılmış aile hekimleri ağı uygulaması mevcuttur. Bütün ülke toplamında ortalama 15 bin dispanser ve 500 adet poliklinik sıhhat hizmeti sunmaktadır. Polikliniklerde tedavi edilemeyen hadiseler de ve karışık hadiseler de ise, tüm ülkeye yayılmış olan 250 umumi sıhhat evi sıhhat hizmeti vermektedir. Umumi sıhhat evlerinin yanında Branş sıhhat evleri ve enstitüler de bulunmaktadır. Küba'da bir hekim başına 159 birey düşmektedir ve bu yeryüzündeki en iyi olan oranlardan biridir (Deniz, 2011).

İlk evre sağlık hizmetleri "consultario" diye adlandırılan Aile hekimliği merkezlerinde; ikinci evre sağlık hizmetleri "policlinicos" diye adlandırılan uzmanlaşmış kliniklerde; üçüncü evre sağlık hizmetleri ise sıhhat evleri ve enstitülerce sunulmaktadır. Küba'da aile hekimliği sistemi 1983 yılından beri uygulanmaktadır. Tüm mahalle, okul ve fabrikalara birer aile hekimi tahsis edilmiştir. Her bir aile hekimi ve hemşiresi ortalama olarak 120 haneye sağlık hizmeti vermektedir. Aile hekimleri öğleden önce muayenelerinde tedavi hizmetlerini tamamladıktan sonra, ev görüşmelerine gitmektedir. Sevk olması gereken zamanlar da ise uzman hekimlerle iletişime geçerek, hastalarla birlikte ilgili hastanelere gitmektedirler. Ayrıca 15-20 aile hekimi hemşireleriyle beraber faaliyet

ekibi oluşturmaktadırlar (Paycı ve Ünlüoğlu, 2008; Erkoç ve Çağlayan, 2006, s.459-469).

Küba da aşılama oranı çok yüksektir. Verem aşısında % 99, DBT' de %100, Polio' da %93, Kızılca' da %94' lük aşılama oranına sahiptir. Amelli bebekler için dudaktan mayi tedavisi yaygınlaştırarak, bu konudaki sorunlar azaltılmıştır. Ayrıca kadınların doğurganlığı azaltılmıştır. Sağlık personeli ile yapılan doğumlar % 90' a çıkarılarak bebek ve anne ölümleri azaltılmıştır. Ayrıca bu gelişmeler için bir sıhhat teşkilatlanması kurulmuştur. 1980' li senelerin ortasından sonra, ülke bütçesinin %23' ü sıhhat alanına aktarılmaktadır. Bölgedeki öbür ülkelerde ise bu oran, yaklaşık olarak % 5' dir (Altındağ ve Sevin, 2017, s.90-91).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### TÜRKİYE'DE UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARI

#### 3.1.Cumhuriyet Öncesi Dönem

İslam toplumlarında ilk hastane, 707 yılında Emevi halifesi Velid Bin Abdulmelik tarafından kurulmuştur. Bu hastaneler cüzzamlı hastaların hem toplumdaki diğer insanlardan uzaklaştırılması hem de tedavilerinin düzenlenmesi için kurulmuştur. Selçuklular döneminde de toplum sağlığına yönelik bazı düzenlemeler olmasına rağmen, sağlık hizmetlerini sadece ücretini ödeyenler



alabilmekteydi. Daha sonraları fakir halka sağlık hizmeti sunmak için Vakıf Tıp Okulları ve hastaneleri kurulmuştur. Savaş zamanlarında kullanılmak üzere de kırk deve ile taşınan gezici bir hastane kurulmuştur. Kayseri’de 1206 yılında kurulan Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesi Selçuklular’ın Anadolu’da kurdukları ilk sağlık kurumu olmuş ve daha sonradan Sivas, Konya, Çankırı, Kastamonu, Mardin, Erzurum, Erzincan ve Amasya’da hastaneler kurulmuşlardır. Kurulan bu hastanelerde hem hastalar tedavi edilmiş hem de usta çırak ilişkileriyle yeni hekimler yetiştirilmiştir. Osmanlı döneminde önceki dönemlerden devralınan vakıf hastaneleri korunmuş bunun yanında çevre sağlığı, yol ve bayındırlık hizmetleriyle halk sağlığının geliştirilmesine çalışılmıştır. Fatih döneminde Hekimbaşı Kurumu kurulmuş ve bu kurum sarayda yaşayan kişilerin sağlık sorunlarıyla ilgilenmiştir. Hekimbaşı diğer hekimlerin bilgi ve becerilerini kontrol eder ve gerekli durum ve zamanlarda diğer hekimlerin, hekimlik hizmeti görevlerini ellerinden alırdı. Hekimbaşının yetkileri günümüz Sağlık Bakanı’nın yetkileriyle aynı olmakla birlikte bu yetki askeri alanda da geçerliydi. Hekimbaşınının başlıca görevleri, sağlık evi doktorlarının göreve başlatma, görev yerini değiştirme, terfi ettirme ve görevinden alma, sıhhat evi yönetici kurulunca teklif edilen doktor harici personellerin atamasını yapma veya red etme, ihtiyaç olan yerlere sıhhat evi açılmasına izin verme, gerektiği durumlarda hekimler için sınav yapma ve yetersiz olanları meslekten men etme, doktor ve cerrahlara klinik kurma izinini verme, savaş durumlarında savaş hekimbaşılığını yerine getirme, ordunun ilaç ve sağlık malzemelerini sağlama ve muhafaza etme, bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde gerekli önemleri almaktı. Hekimbaşılar, her yıl o yılda meydana gelen olayları düzenledikleri yıllık cetveller ile padişaha sunmaktaydılar. Ayrıca hekimbaşılar adli tabiplik görevini de yapmaktaydılar. Hekimbaşının yetkileri, 19. yüzyılda tıp alanında modernleşme sürecinin başlamasına paralel, azalmaya başlamış ve bu alanda çıkarılan yasa ve yönetmelikler sonucunda ortadan kaldırılmıştır. Osmanlı’da ilk modern tıp okulu Hekimbaşınının talebi ve Şeyhülislamın fetvasıyla askeri hekim yetiştirmek üzere 14 Mart 1827 de Tıphane ve Cerrahanei Amire ismiyle açılmıştır. Aynı bina içinde hem tıphane hem de cerrahane eğitimleri verilmiştir. Bu dönemlere kadar hekimlik, cerrahlık ve eczacılık gibi meslekler çoğunlukla yabancılar ve azınlıklar eliyle verilen mesleklerdi. 1839 yılından sonra bu okulun adı tıphane ve

cerrahanenin birleştirilmesiyle Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane olarak anılmaya başlandı. Gülhane'deki Tıp Fakültesi'nde fakir halkında sağlık hizmetinden yararlanması için parasız muayene ve ilaç günleri oluşturuldu. Yine 1840 yılında salgın ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek amacıyla Karantina Örgütü kurulmuştur. 1846 yılında ebelere sınavla çalışma izni verilmeye başlanmıştır. 1867 yılında sivil tabipler için ayrıca Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye kuruldu. Burası daha sonra 1909 yılında askeri tabip yetiştiren Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane ile birleştirilerek Darülfunun Tıp Fakültesi adını almıştır. 1870'de Sivil Tıp İşleri Bakanlığı kurulmuş ve bu kurul aracılığıyla sağlık kurumlarının işleyişi düzenlenmeye çalışılmıştır. 1871 Memleket Tabipliği örgütlenmesi kurulmuştur. Memleket Tabibi adıyla ülke genelinde yapılan hekim atamalarıyla birlikte hekimlerin belediyelerce belirlenen yerlerde ve haftanın iki günü zengin- yoksul ayrımı yapmaksızın parasız hasta muayene etmesi ve gerekli tedavileri uygulaması, diğer günlerde ise özel paralı hasta bakması uygulamasına gidilmiştir. Özellikle yoksullara yardım, emeklilik ve halk sağlığı alanında hukuki düzenlemeler, Osmanlı İmparatorluğu'nun modern bir sosyal devlet olma yolunda önemli adımlar attığını bize göstermektedir. Fakir Osmanlı İmparatorluğu vatandaşları, özellikle de İstanbul'da oturanlar yardım kurumlarının sunduğu imkânlardan faydalanmışlardır. Bu kurumlar 1896 yılında kurulan Darülaceze, 1899 yılında kurulan Hamidiye Etfal Hastane-i Âlisi ve 1902 yılında kurulan Darülhayr-ı Âli'dir (Fişek, 1983, s. 155; Erdemir, 1996, s. 284; Sur, 1998, s. 221; Okur, 2005, s. 310; Bulut, 2007, s. 112; Yıldırım, 2014, s. 75; Çavdar ve Karıcı, 2014, s. 258; Özbek, 2002, s. 13; Ülman, 2007, s. 175; Özbek, 2006, s.29-40; Aydın, 2004, s. 189).

Osmanlı İmparatorluğu'nda Batıya yönelim ile birlikte sadece saraya ve askere sağlık hizmeti sunan bir düşünceden Osmanlı Halkı'na da sağlık hizmeti sunan bir devlet anlayışı ortaya çıkmıştır. 1867 deki umumi yönetim teşkilatlanması içinde sıhhatte da yer almaya başlamış ve 1870 senesinde birinci merkezi sıhhat ünitesi (Nezaret-i Tıbbiye-i Mülkiye) açılmıştır. Bunun yanında Birinci (1876) ve İkinci Meşruiyet (1908) dönemlerinde sıhhat ile ilgili de mühim gelişmeler yaşanmıştır. 1914'de daha önce umumi yönrticilik konumunda olan sağlık örgütü yapısı nezaret seviyesine yükseltilmiştir. İlk önceleri İçişlerine bağlı olan nezaret (Dâhiliye ve Sıhhiye Nezaret-i) 3 Mayıs 1920'de de Sıhhiye ve Muavenat-ı İçtimaiye

Vekâletine (Sıhhat ve Toplumsal Destek Nezareti) dönüştürülerek ve sıhhat devletin ana vazifesi olmuştur (Kasapoğlu, 2016, s.134).

## **3.2.Cumhuriyet Sonrası Dönem**

### **3.2.1. 1920-1938 Dönemi**

Sağlık Bakanlığı, 3 Sayılı Kanun ile 3 Mayıs 1920 tarihinde kurulmuş ve Dr. Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanı olmuştur. Cumhuriyete başlangıç devri olan 1920-1923 yılları arasında bu dönem içerisinde kabul edilir. Sağlık Bakanlığı 1920 yılında kurulmuş olup, 1920-38 yılları arasında birçok alanda yasal düzenlemeler yapılmıştır.

O zamanın şartları dikkate alındığında; savaştan sonra oluşan sorunların ortadan kaldırılması, sıhhat çalışanlarının vasıf ve sayı bakımından geliştirilmesi, merkezden köylere kadar sıhhat teşkilatlanmasının oluşturulması, önleyici sıhhat hizmetlerinin yaygınlaştırılması konuları üzerinde durulduğu görülmektedir. İlk önce titreme, yenirce, trahom olmak üzere salgın rahatsızlıklarla mücadele edilmiştir. Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü Ve Okulu, dispanser, sağlık merkezi ve sağlık ocağı gibi yapılanmalar oluşturulmuştur. Yine bu zamanda farklı yasalar da çıkartılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı (SB), Sağlıkta Dönüşüm (SD), 2003, s.9).

Cumhuriyet'in ilanından sonra sıhhat hizmetlerinde de kurumsallaştırılmaya gidilmiştir. Dr. Refik Saydam Türkiye'de sıhhat öğretisinin oluşmasına önderlik yapmış ve salgın rahatsızlıklarla mücadele için önleyici hekimlik sistemini ülke geneline yaymaya çalışmıştır (Savaş ve diğerleri, 2002, s.53).

1925 yılında sağlık hizmetleri ile ilgili bir faaliyet tasarısı yapılmıştır. Bu faaliyet tasarısında; devletin sıhhat teşkilatını genişletmek; doktor, sıhhat çalışanı ve ebe yetiştirmek; emsal sağlık evleri ile doğum ve çocuk bakımevleri kurmak; titreme, verem, trahom, yenirce ve kuduz gibi rahatsızlıklara karşı savaş vermek; sıhhatle alakalı yasalar yapmak; sıhhat ve sosyal yardım teşkilatını köylere kadar götürmek; merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Mektebini kurmak; aşılması gerekli sıkıntılar yer almıştır. Ve hazırlanan bu çalışma programı çerçevesinde uygulamaya geçilmiştir. Salgın rahatsızlıklarla mücadele için kurulan teşkilatlar umumi bütçeden ödenmiş ve sıtma ile mücadeleye karşı titreme savaş, trahom ve frenginin yaygın

olduğu bölgelerde ise trahom savaş ve yenirce savaş merkezleri kurulmuştur. İktidar doktorlarının ana vazifesi tifüs, çiçek, tifo, dizanteri gibi rahatsızlıklarla mücadele olarak kabul edilmiştir. Ayrıca Ankara’da Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulmuştur. Burada Salgın rahatsızlıklar ile mücadele için deneylik hizmetleri sunulmuş aşı ve serum üretilmiştir. Yine bu dönemde Heybeliada Sanatoryumu ve kimi illerde doğum ve çocuk bakım evleri kurulmuştur. Kamu sıhhat hizmetleri şehirlerde Sağlık Müdürlüğü, kazalarda ise Hükümet Tabiplikleri şeklinde örgütlenilerek, iyileştirici hizmetler, mahalli idarelerin vazifesi olmuştur. Kimi şehirlerde örnek sıhhat evleri açılmıştır. Ayrıca Kontrol ve İyileştirme Evleri kurulmuştur. Tıp ve sıhhat çalışanı eğitimi desteklenmiş, tıp talebelerine bedelsiz yurtlar açılmış ve bu tıp talebelerine zorunlu görev şartı konulmuştur (Görgün, 2009, s. 108).

Ayrıca bu dönemde aşağıda belirtilen kanunlar çıkartılmıştır.

-1920 tarih ve 38 sayılı Tababet-i Adliye kanunu

-1927 tarih ve 992 sayılı Bakterioloji ve Kimya laboratuvarları Kanunu

-1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve şuabatı Sanatların Tarz-ı şurasına Dair Kanun

-1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

### **3.2.2. 1938-1960 Dönemi**

Sağlık hizmetlerinin sunumunda merkezi yapının güçlenmeye ve sosyal içerikli politikaların hayata geçirilmeye çalışıldığı bir dönemdir. 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu kurularak, Sağlık Bakanlığı’nın hizmet ve çalışma konularındaki tek elden olan yönetimi ortadan kaldırılmıştır. Emekli Sandığı’nın kurulması yönünde çalışmalar yapılarak sosyal güvenlik sisteminin kapsamı genişletilmeye çalışılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s.9).

Sihhat hizmetlerinin zamanın şartlarına uyan ve planlı olarak uygulanması amaçlanmıştır. Bu kapsamda Kasım 1946'da Yüksek Sağlık Şurası Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı onaylanarak, sıhhat hizmetlerinde planlama yapılmaya başlanmıştır. Ancak 2. Dünya Savaşından sonra bütün dünyada oluşan toplumsal ve iktisadi sorunlar Türkiye'yi de etkilemiş ve Türkiye'de de birçok sağlık sorunu ortaya çıkmıştır (Ertaş, 1996, s.19).

Merkezi yapı, bu dönemde sağlık hizmetleri ile ilgili olarakta kuvvetlendirici ve toplumsal yöntemler geliştirmeye dayalı yasalar çıkarmış ve uygulama yapmaya başlamıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra titreme, variola, yenirce ve miskin hastalığı gibi bulaşıcı hastalıkları tedavi etmeye dayanan Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu çıkarılarak, hastalıkların özelliklerine göre, rahatsızlık kaynaklı dikey yönlü teşkilat yapılanmalarının geniş alanlara yayılması sağlanmıştır. Sosyal güvenliğin boyutu fazlalaştırılmaya çalışılarak Emekli Sandığı Kurumu oluşturulmuştur. Şehir hususi yönetimleri ve mahalli idarelerce yürütülen sıhhat evi hizmetleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Yöresel sağlık kurumları kurulmuştur. Bölge emsal sağlık evleri, doğum, çocuk, verem, ruh ve sinir rahatsızlıkları sağlık evlerinin kurulmasına başlanılmıştır. Başta köyler olmak üzere, sağlık ocaklarının kurulması hızlandırılmıştır. O senelerde uygulanmaya konulan yasalardan birçoğu günümüzde de uygulanmakta olup, günümüz sıhhat planlarının ana kısmını oluşturmaktadır (SB, 2003, s.10).

1950 senesinde 5434 sayılı kanunla Emekli Sandığı Kurumu Kanunu çıkarılmıştır. Bu kanunla, memurların aylık ve emeklilikleri düzenlenmiştir. Aynı sene Yaşlılık Sigorta Kanunu ile yaşlılık sigortası kolu kurulmuştur. Ayrıca 1950'de işçiler için hastalık sigortası kanunları hazırlanmış ve 1951 yılında uygulamaya başlamıştır. 1952 yılında SSK ve SSK'ya bağlı hastaneler kurulmuştur. Ancak bu durum çok başlılığı ortaya çıkarmıştır. İhtilal hükümeti sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verme gereğini duymuştur (Dericioğulları, 2010, s.78).

1954 yılında, 6134 Sayılı yasa ile il özel idarelerine ve vakıflara bağlı sıhhat evleri Sağlık Bakanlığına devr edilerek sıhhat evi yönetimi, merkez iktidar sorumluluğuna geçmiştir. Fakat koruyucu sağlık hizmetleri önceliğini kaybetmiştir (Dirican).

1957 yılında 2828 sayılı kanunla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğünün kurularak, 6972 sayılı kanunla da yetim, öksüz, terk edilmiş, ihmal edilmiş, korunmaya muhtaç çocukların bakım evlerinde ya da koruyucu aile yanında bakımlarının sağlanması kararlaştırılmıştır (Dericioğulları, 2010, s.78).

Bu dönemin en önemli isimlerinden birisi Dr.Behçet Uz'dur. Dr. Behçet Uz birinci 10 yıllık sağlık planı hazırlanmıştır. Bu plan “ 7 bölge öğretisi- bütünleşik hizmet anlayışı-her 40 köye 10 yataklı sıhhat merkezi, hekim, ebe, sıhhat memuru, ziyaretçi hemşire ve Koruyucu tedavi edici hizmetlerin birlikte yürütümü” dür. Ancak Behçet Uz'dan sonra devlette görev yapan doktorların maaşlarının düşürülmesi sebebiyle buralarda çalışacak doktor bulunamamış ve bu sebeple bu plan işletilememiştir. Lakin bu plan işlerliliğini 1978 yılında çıkarılan Tam Gün Yasası ile tekrardan kazanmıştır. Ancak çıkan bu yasanın iptaliyle bu kurumlar tekrardan doktor kaybına uğrayarak, ufak sağlık evlerine dönüşmüştür. 1980'den sonra ise bu kurumların bazıları sağlık ocağı olarak kullanılmaya devam etmiştir (Dirican).

Ayrıca bu dönemde aşağıda belirtilen şu kanunlar da çıkartılmıştır (Karar,2013, s.41-42).

- 1940 tarih ve 3958 sayılı Gözlükçülük ve Gözlükçüler hakkında kanunu
- 1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Hakkında Kanunu
- 1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanunu
- 1954 tarih ve 6283 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu çıkarılmıştır.

### **3.2.3. 1961-1980 Dönemi**

Bu dönem, “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” dönemi olarak bilinmektedir. Dönemin en önemli gelişmesi 1961 yılında Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın yeniden yapılandırılmasıdır. Yeni Anayasanın 48. ve 49. maddelerinde sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin devletin asli ve anayasal görevleri arasında yer aldığı belirtilmiştir. Yeni hükümet ve Sağlık Bakanlığı sağlık

hizmetlerinin bu maddeler doğrultusunda da yeniden yapılandırılarak yürütülmesi konusunda çalışmalar yapmışlardır. Dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olan Prof. Dr. Nusret Fişek önderliğinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun hazırlanmış ve 1961 yılında kabul edilmiştir (Bostan, 2009, s.21).

Bu Kanunun temel hükümleri şu şekilde sıranılmaktadır: (Kasapoğlu,2016, s.138-140).

a)Sıhhat hizmetlerinin bir tasarıya göre yürütülmesi.

b)Tüm halkın köylü veya şehirde yaşayan vb ayrımlara gidilmeden sıhhat hizmetlerinden aynı oranda yararlanması.

c)Sıhhat personellerin umumi yönetime değilde kendi amirlerine bağlı bir şekilde çalışması.

d)Sıhhat teşkilatının kaynağında sağlık ocaklarının yer alması. Sağlık ocakları olan yerlerde iktidar tabipliklerinin kaldırılması. Sağlık Ocakları 5-10.000; Sağlık evleri de 2-3.000 kişiye etkili bir sıhhat hizmeti vermesi. Nüfusa göre teşkilatlanma sistemi olması. Ev halkı Tespit Fişleri (ETF) ile ebeler, haneleri dolaşarak bölge halkı hakkındaki ana bilgileri tasarlama yapmak için toplaması.

e)Sıhhat teşkilatında çalışan personelin, serbest olarak çalışamayacağı. Hükümetin sıhhat çalışanlarını akit yaparak çalıştırırken, maaş bedellerini belirlerken özgür olması. Hatta hekimleri isteklendirmek için fazla maaş ödemesi.

f)Kamu sektöründen sıhhat hizmeti almak istemeyen bireylerin, ücretlerini kendileri ödeyerek serbest meslek icra eden hekimlere gidebileceği..

g)Sıhhat teşkilatlanmasında birkaç ilin birleştirilerek bölgelerin kurulması. Merkezi idare yerine bölgelere yetki devredilmesi.

h)Halk ile sıhhat teşkilatı arasındaki ilişkilerin arttırılması.

i)Yüksek maliyeti olan hataların öngörülmesi için idarenin, ülkenin bir parçasında önceden test amacıyla araştırma yapabilme koşullarını sağlanması.

j)Her devlet kuruluşunun, kendine ait sıhhat örgütünün olmasının ekonomiye çok yük getirmesi nedeniyle Türkiye'deki sıhhat hizmet kuruluşlarının tek elde toplanması

k)Sıhhat hizmetlerinin aşamalı olarak sosyalleştirilebilmesi için gerekli personelin eğitimine öncelik verilmesi.

l)İlaç israfının önüne geçilmesi için, hastalara ücretsiz olarak verilecek ilaçların belirleme yetkisinin Sağlık Bakanlığında olması.

m)Belediyelerin sıhhat alanındaki sorumluluklarının azaltılarak sadece çevre sağlığı hizmetleri ile ilgilenmelerinin sağlanması.

n)İyileştirici ve önleyici hizmet kurumlarının birbirini tümler şekilde ele alınması. Hatta iyileştirici kuruluşlara önleyici doktorluk hizmetlerini destekleme sorumluluğunun verilmesi

o)Hastaların sıhhat kurumlarına müracaat biçimleri ve bedelsiz hizmetten faydalanma imkanlarının belirlenerek sıhhat hizmetleri haricinde gıda ve kolaklama bedeli alınabileceği kararının verilmesi

Bu dönemde toplumsallaşma çalışmaları kapsamında, Prof. Dr. Nusret Fişek öncülüğünde Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü ile Sağlık Bakanlığı arasında yapılan protokolle, Ankara'nın Etimesgut ve Çubuk bölgelerinde sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin bütünüyle uygulandığı bir araştırma ve eğitim bölgesi kurulmuştur. Sosyalleştirme kapsamında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin dört basamaklı bir şekilde oluşturulması planlanmıştır. Birinci basamakta ebelerin vazife aldıkları kırsal sıhhat evlerinde 2000-2500 kişiye hizmet verilmesi amaçlanmıştır. İkinci basamakta temel tıp diplomasına sahip bir yeni mezun doktor, bir hemşire, iki ebe ve destek çalışanın görev yaptığı (sekiz kişi) kırsal sağlık ocakları ile nüfusu 5000-10000 arasında olan yerleşim yerlerindeki nüfusa sağlık hizmeti verilmesi amaçlanmıştır. Üçüncü basamak biriminin ise en az iki hekim, bir diş doktoru, bir eczacı, çok sayıda sıhhat memuru, bir çevre sağlık teknisyeni, deneylik teknisyenleri, hemşire ve ebelerden oluşan ( 16 çalışan) sıhhat görevlilerin çalıştığı yöre sağlık ocakları olarak oluşturulması ve nüfusu 10.000-30.000 arasında olan yerleşim birimlerinde yaşayan halka hizmet vermesi



amaçlanmıştır. Son basamak ta ise 22 sıhhat görevlisi ve 6 destek personelinden oluşan 28 kişilik şehir sağlık ocakları oluşturulması amaçlanmıştır. Sağlık ocaklarının temel vazifesi, halka önleyici sıhhat hizmetlerini sunmak, ana-çocuk sağlığı ile ilgili temel hizmetleri sunmak, halk sıhhati eğitimi, çevre sıhhati, hasta bakımı ve sıhhat konusunda hizmetler olarak belirlenmiştir. Ancak sağlık ocaklarında öngörülen ve verilmeye çalışılan bu hizmetler; temelde yeterli kaynağın olmaması, çok parçalı ve üst sağlık kuruluşlarıyla koordineli bir şekilde çalışılmaması, sağlık personelinin maaşlarının düşük olması, sevk mekanizmasının tam anlamıyla oturmaması gibi sebeplerden dolayı tam istenilen şekilde halka sağlık hizmeti verilememiştir (Bulut, 2007, s.117; OECD ve WB, 2008, s.24).

Ayrıca, ülkemizde bu dönemde hazırlanan Beş Yıllık Kalkınma Planlarında sağlık ve sosyal güvenlik konuları önemli yer tutmuştur. 1967 yılında Genel Sağlık Sigortası ile ilgili ilk taslak hazırlanmış ancak Bakanlar Kurulu aşamasına bile gelememiştir. 1971 ve 1974 yıllarında bu konular ile ilgili TBMM'ye iki kanun teklifi sunulmuş ancak bu teklifler yasalaşamamıştır.

#### **3.2.4. 1981-2002 Dönemi**

Bu dönemde Türkiye'de birçok kamu sektöründe olduğu gibi sağlık sektöründe de neoliberal yeniden yapılanmaya yönelik çalışmalara rastlanmıştır. Bunda 1982 Anayasası'nın devlete sağlık hizmetini doğrudan sunma yerine, planlayıcı ve düzenleyici bir rol vermesi, genel sağlık sigortası ile ilgili düzenleme yapılabileceği ve özel sektör kurumlarından da sağlık hizmetleri konusunda yararlanabileceğinin belirtilmesi etkili olmuştur (TBMM,2010).

Ayrıca sağlık kurumlarının verimliliklerini arttırmak için işletmecilik anlayışının uygulanması, özel hastanelerin teşvik edilmesi, serbest çalışan doktorları sözleşme esaslarına göre çalıştırılmaları bu dönemde uygulanan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planının içinde yer almıştır. 1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmış ancak uygulanmamıştır. Bu dönemde ayrıca sosyal hizmetler Sağlık Bakanlığı'ndan ayrılmış, kamu hastanelerinde çalışan doktorların özel hastanelerde de çalışmasına izin verilmiş, sosyal güvenlik kurumuna bağlı hastalar ilaç harcamalarının bir kısmını kendileri karşılamaya

başlamış, Tabipler Birliği ve diğer odaların yetkileri sınırlandırılmıştır. 1990 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Dünya Bankası'nın Türkiye'deki sağlık reformları ile ilgili projelerinin yürütülmesi için Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kurulmuştur. Yine 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından Sağlık Sektörü Master Planı hazırlanmıştır.(Yenimahalleli-Yaşar, 2008, s.159-161). 3861 sayılı Kanun ile 1992 yılında da, sosyal güvencesi olmayan vatandaşlara yeşilkart uygulaması getirilmiştir (Görgün, 2009, s.117).

Türkiye'de sıhhat reformu sürecinde yapılanları şu şekilde özetlenebilir; (Önder,2013, s.77-78).

1989-1991 DPT (Devlet Planlama Teşkilatı) Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü Ana Plan ve Strateji

1991 Birinci Sağlık Projesi (ilk araştırmalar, ön tasarımı),

1991 Türkiye Sağlık Reformu Tasarım Çalışmaları,

1992 Birinci Ulusal Sağlık Kongresi,

1992 senesinde yapılan Birinci Ulusal Sağlık Kongresi'nde, Genel Sağlık Sigortası (GSS)'nin uygulamaya konulması tekrardan değerlendirilmeye alınmasına rağmen uygulamaya geçirilememiştir. Ayrıca 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanunu çıkarılmıştır. Ancak 1993 yılında Hükümette meydana gelen değişiklik nedeniyle, milli sıhhat yöntemi arka planda kalmış ve uygulanamamıştır.

1993 Sağlık Reformu ilk kanun taslakları ve İkinci Ulusal Sağlık Kongresi,

1994 Nihai Tasarım, kanun önerilerinin yeniden incelenmesi, iktidar onayı, kanun önerilerinin TBMM'ye sunulması,

1995 TBMM Sağlık ve Sosyal İşler Komisyonu'nda görüşmeler, İkinci Sağlık Projesi,

1995 Sağlık Reformu paketinin yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve uygulama takviminde yer alması,

1996 ‘Sağlık Finans Kurumu Kanunu ile Sosyal Güvenlik ve Emeklilik Sistemleri’ çalışmalarının koordinasyonu,

1996 kanun önerilerinin Maliye, Adalet, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları, Hazine DPT Müsteşarlıkları ve SSK ile müzakere edilerek anlaşılan uyarlamaların oluşturulması,

1996 ‘Sağlık Reformu ve Sağlık Finansmanı Kurumu’ modelinin umumi sigorta şirketleri ile tanıtılması ve teknik özellikleri ile kapsam anlamında görüşmeler,

1997 sıhhat hizmetlerinin gelir kaynaklarına yönelik ‘Kişisel Sağlık Sigortası’ oluşturulması ve sıhhat öğretisinin alt yapısının desteklenmesi ile aynı zamanda ele alınması, Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı kuruluş ve işleyiş kanun öneri taslağı üzerinde anlaşma sözleşmesinin hazırlanması

1998 Kişisel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarı Taslağı’nın Bakanlar Kurulu’na gönderilmiş, üzerinde konuşulmuş, son hali verilmiş, TBMM’de grubu bulunan siyasi partilere tanıtımı yapılmış, TBMM Başkanlığı’na sunumu yapılmış ancak kanun çıkarılamamıştır.

Sıhhat düzeltme çalışmaları umumi olarak; sosyal güvenlik kurumunun kurulması, GSS kurulması, sıhhat hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması yolu ile teftiş ve planlama vazifelerinin etkin yürütülmesi, önleyici sıhhat hizmetlerine öncelik verilmesi, sağlık evlerine otonomi tanınması ve aile hekimliğinin kapsamının geliştirilmesi gibi ana konuları kapsamaktadır (Sülkü, 2011, s.6-11).

Sıhhat alanında yapılması planlanan bu düzenlemelerin; 2002 senesinde yayınlanan ‘Acil Eylem Planı’ içerisinde ‘Herkesin Sağlık’ başlığı altında ana ilkeleri belirlenmiş ve uygulama takvimi oluşturulmuştur. Bu bağlamda Sağlık Nezareti, 2003 senesinde ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı’ (SDP) uygulamaya başlamıştır (58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003).

16 Kasım 2002 senesinde 58. Hükümet tarafından Acil Eylem planı açıklanmış ve Herkese Sağlık isminde sıhhat ile ilgili yapılacak ana amaçlar şu şekilde sıralanmıştır (58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003, S.99-104).

-Sağlık Bakanlığı'nın işlevsel ve yönetsel açıdan tekrardan yapılandırılması,

- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortasına katılımının sağlanması,
- Sıhhat kurumlarının tek çatı altında toplanması,
- Anne ve çocuk sıhhatine önem verilmesi,
- Sağlık evlerinin finansal ve yönetim açısından özerkliğe kavuşması,
- Aile hekimliği öğretisinin başlatılması,
- Önleyici doktorluğun yaygınlaştırılması,
- Kalkınmada öncelikli yörelerde sıhhat personeli sayısının artırılması,
- Hususi sektörün sıhhat alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarının alt basamaklarına yetki devri yapması,
- Sıhhat alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesidir.

### **3.2.5.Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)**

2003 yılında başlatılan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" istenen değişim için, mevcut olan uygulamayı kötü etkilemeden planlanan hedefe doğru dönüştürerek, bu sebeple de kamunun beklentilerini yeniden alevlendirip, geniş kitlelerin sahiplenebileceği ve aktif rol alacağı bir eylem dizisini kararlılıkla başlatılmış ve bunu 'Dönüşüm Programı ' olarak adlandırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Dönüşüm programı hazırlanırken, ülkenin sıhhat konusundaki deneyimi dikkate alınmış, amaçlar belirlenmiş ve bu yönde çalışmalar yapılmaya çalışılmıştır.

#### **3.2.5.1.Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaç Ve Hedefleri**

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları, başlıca sıhhat hizmetlerinin tesirli, verimkar ve hakkaniyete uygun bir biçimde ayarlanması, gelir kaynaklarının sağlanması ve sunulmasını kapsamaktadır. Sıhhat hizmetlerinin tesirli olarak sunulmasının yanında ana sıhhat verilerinde düzeltilmeler sağlanması, anne ve çocuk ölüm oranlarının azaltılması ve ortalama hayat sürelerinin arttırılması amaçlanmaktadır. Sıhhat hizmetlerinin verimkarlığı ilkesi ile sıhhat kaynaklarının uygun olarak kullanılarak başlıca insan kaynaklarının dağılımı, malzeme idaresi, akılcı ilaç kullanımı, sıhhat işletmeciliği ve önleyici hekimlik uygulamalarının bunlara dikkat edilerek ayarlanması amaçlanmaktadır. Hakkaniyet ilkesi ile halkın sıhhat hizmetlerine ihtiyaçları oranında ulaşmaları ve hizmetlerin gelir kaynaklarına, halkın gelirlerine göre katkı sağlamaları hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 24 ).

Aslında sağlık politikalarının değiştirmeyi hedeflediği iki temel alan vardır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve organizasyonu. Türkiye'de de sağlıkta dönüşümün nihai hedefinin sağlık sisteminin finansman yapısını değiştirmek olduğu, sistemin organizasyona yönelik reform çalışmalarının da bu amaca ulaşmak için hayata geçirildiği söylenebilir (Doğan, 2017, s.7).

SDP'nin amaçlarını ise kısaca şöyle özetleyebiliriz; (Sağlık Bakanlığı, 2003, s.24).

- Sağlık hizmetlerinin etkili sunulması
- Sağlık hizmetlerinin verimli kullanılması
- Sağlık hizmetlerinin hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi

### **3.2.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri**

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana yöntemleri; insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük,

güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olarak sıralanabilir ( Sağlık Bakanlığı,2003, s.25).

**Şekil:2. Sağlıkta Dönüşümün Temel İlkeleri**



Kaynak: R. Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (Bab-1 Ali Toplantıları), İstanbul, 2011, s.30.

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkelerini açıklamak istersek; (Sağlık Bakanlığı, 2003, s.25).

-İnsan merkezlilik ilkesi, sağlık sisteminin planlanması ve sunumu aşamalarında hizmetlerden yararlanacak bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerini dikkate alan bir yapı oluşturmak,

-Sürdürülebilirlik ilkesi, geliştirilecek olan sağlık sisteminin ülkenin koşullarına ve kaynaklarına uygun olmasını ve kendi kendisini besleyerek devamlılığını sağlayan bir yapı haline dönüşmesini sağlamak

-Sürekli kalite gelişimi ilkesi, sistemin kendisini devamlı değerlendirerek ve çeşitli geri dönüşler alarak kendisini geliştirmesi için çalışmalar yapmasını sağlamak

-Katılımcılık ilkesi, sağlık sisteminin planlanması ve uygulanması aşamalarında tüm tarafların görüş ve önerilerinin alındığı ve sistemin etkilediği tüm bileşenlerinin sistem içerisinde söz sahibi olduğu bir oluşum hazırlamak,

-Uzlaşmacılık ilkesi, sağlık sistemi içerisinde yer alan farklı aktör ve bölümler arasında karşılıklı çıkarların gözetilerek ortak noktalarını bulmak

-Gönüllülük ilkesi, sağlık hizmetlerini üreten ve bu hizmetleri alan kesimlerin, sistem içerisinde gönüllü olarak yer alması, birey ve kurum farkı gözetmeksizin sisteme dahil tüm bileşenlerin belirlenen ortak amaçlara ulaşma çabası içinde olması

-Güçler ayrılığı ilkesi, temelde sağlık hizmetlerinde finansman, planlama ve denetim ve hizmet üreten güçlerin ayrılmasını hedeflemektedir. Böylelikle çıkar çatışmasının önüne geçilerek, verimli ve kaliteli hizmet üretiminin sağlanması

-Desantralizasyon ilkesi, kurumların merkezi yapıya dayalı hantal yapıdan kurtarılarak idari ve mali yönden özerkleştirilip, hızlı karar alabilecek ve kaynakları daha etkin ve verimli kullanabilecekleri bir yapıya kavuşturmalarını sağlamaktır.

-Hizmette rekabet ilkesi, ise sağlık hizmetlerinin sunumu noktasında tekel yapılanmalarının ortadan kaldırıldığı, sistemde farklı hizmet sunucularının da yer aldığı, sürekli olarak kalitenin artırıldığı ve maliyetlerin azaltıldığı bir yapıyı oluşturmaktır.

### **3.2.5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel Bileşenleri**

Sağlıkta Dönüşüm Programı sektörü bütün boyutlarıyla ele alıp şekillendirme amacıyla toplam sekiz bileşenden oluşmuştur (SB, 2003, s. 26-37; SB, 2007, s. 13).

-Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı: Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte Sağlık Bakanlığı, bu alanda yöntemler geliştirip, kurallar hazırlayan ve süreci genel olarak kontrol eden bir yapıya kavuşturulacaktır. Sağlık Bakanlığı, kamu ve özel kurum ve kuruluşların sağlığa ayırdıkları kaynakları etkili ve verimli bir şekilde kullanmaları noktasında denetim ve yönlendirme süreçlerini yerine getirecektir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s.26-27).

-Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası: Dönüşüm sürecinden önce vatandaşlara SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı kurumları altında sigorta hizmetleri sunan yapı, hizmetin niteliğini arttırmak ve her hastaya aynı şekilde sıhhat hizmeti sunmak ve hekimle hasta arasındaki ücret konusunun önüne geçmek amacıyla tek çatı altında birleştirilerek Genel Sağlık Sigortası Kurumu oluşturulacaktır. Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) kurulmasıyla birlikte ödeme gücü olmayanlar tespit edilerek primlerinin bir kısmı veya tamamı kamu tarafından karşılanacaktır. GSS'nin yanında özel sağlık sigortacılığın gelişmesi teşvik edilecek ve özel sigortaların tamamlayıcı bir rolde sistem içerisinde aktif olarak yer almaları desteklenecektir.

-Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi: Sosyalizasyon döneminde oluşturulmuş ve dönemi için oldukça gelişmiş olan sağlık ocağı ve sağlık evi modeli yeni dönem koşullarına göre yeniden ele alınarak bu ağın güçlendirilmesi ve vakıf ve kuruluşlar başta olmak üzere hususi sektörün de süreçte etkin olacağı bir yapı oluşturulması planlanmaktadır. Bu kapsamda uygulamaya konulacak aile hekimliği sistemi ile temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımına dayalı bir yapı kurulacak ve kişiye yönelik koruyucu hizmetler ile ilk kademe teşhis ve iyileştirme hizmetlerinin vatandaşın istediği doktorlarca yürütüleceği bir sistem kurulacaktır. Sistemin iyi işlemesi ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gereksiz yığılmaların ve birinci basamakta yeterli hizmeti alabilecek hastaların ileri basamağa gitmeden hizmet alabilmesi amacıyla etkili ve kademeli sevk zinciri oluşturulacaktır. Bu şekilde



aile hekiminin gerekli gördüğü durumlarda kişi, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilerek, buralardaki gereksiz hasta yığılmalarının önüne geçilecektir. Bunun yanında kamu hastaneleri idari ve mali yönden özerk bir yapıya sahip işletmeler haline getirilerek daha verimli işleyen, sektörün diğer aktörleriyle rekabet edebilir bir yapıya kavuşturulacaktır.

-Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü: Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık hizmetlerinin ülke çapında ve tüm kesimlere etkin ve verimli bir şekilde sunulması noktasında önemli bir faktör olan sıhhat çalışanlarının ülkeye eşit dağılımını sağlayacak özendirici politikalar geliştirilecektir. Kamu kurumlarında hevesli ve kaliteli olarak çalışmayı arttıracak uygulamalar geliştirilecek ve çakılı sözleşmeler ile personel istihdamı uygulamaya konulacaktır.

-Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları: Sağlıkta dönüşüm kapsamında halk sağlığı alanı toplum hekimliğini de içine alacak şekilde oluşturulacak, eğitim hastaneleri yeniden organize edilerek tıpta uzmanlık eğitimini ayarlayacak ve standardize edecek Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu altında daha bilimsel ve verimli hale gelecektir.

-Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon: Sıhhat alanından ruhsat, sertifika ve yetki konularını düzenleyen Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu kurulacaktır.

-Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma: İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırması ve süreçlerin akılcı yönetilmesi noktasında uluslararası standartlara ulaşma amacıyla kurulacak kurumların, politik endişe ve etkilerden uzak özgür bir işleyişe sahip olması amaçlanmıştır.

-Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim, Sağlık Bilgi Sistemi: Sağlıkta dönüşüm sürecinin tüm bileşenleri arasında uyum sağlanabilmesi noktasında entegre bir sağlık bilgi sisteminin kurulmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinde eşgüdüm, sağlık envanterlerinin oluşturulması, sevk basamakları esnasında bilgi

transferi ve temel sağlık uygulamalarında verilerin güvenilir ve düzenli bir şekilde tutulması sağlanacaktır.

Bu maddelere, 2007 yılında eklenen diğer 3 bileşen ise şöyledir: (Akdağ, 2008, s.21).

-Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları

-Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu

-Uluslararası alanda ülkenin gücünü arttıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri

### **3.2.5.4.SDP'nin Bileşenlerinin Oluşmasıyla Sağlık Sisteminde Ve Sağlık Sistemin Paydaşlarında Yapılan Düzenlemeler**

#### **3.2.5.4.1. Sağlık Bakanlığı İle İlgili Yapılan Düzenlemeler**

SDP ile Sağlık Bakanlığı doğrudan sağlık hizmeti sunumundan çekilerek, politika geliştiren, standartları belirleyen ve denetleme işlemini yürüten bir Kurum halini almıştır ( Sağlık Bakanlığı, 2003, s.26-27).

#### **3.2.5.4.2.Genel Sağlık Sigortası (GSS) Ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)**

SDP'nin en önemli unsurlarından biri herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası (GSS)'dir. Buna göre herkes zorunlu olarak GSS kapsamına alınmıştır. 01.01.2012 tarihinden itibaren sağlık hizmetinden yararlanmak için her vatandaş kendi gelir durumuna göre belirlenen prim tutarını ödemiştir. 01/04/2017 tarihinden itibaren ise gelir durumu uygulaması kalkmış ve herkes aylık olarak aynı tutarı ödemeye başlamıştır. 2019 GSS prim aylık tutarı 76,75 TL'dir. GSS'nin yanı sıra özel sağlık hizmetleri de desteklenmiş ve tamamlayıcı sağlık hizmetleri teşvik edilmeye başlanmıştır.

GSS ile, Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur'un birleştirilmesiyle kurulmuş olan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) sağlık sistemi içinde çok önemli

bir konuma gelmiştir. Prim ödeme işlemleri, temel teminat paketine dahil edilerek sağlık hizmetlerinin belirlenmesi, sağlık sunucuları ile yapılan sözleşmeler ve bunların ödemeleri gibi konularda önemli rol almıştır.

#### **3.2.5.4.3. Sağlık İşletmeleri İle İlgili Yapılan Düzenlemeler**

SDP ile Kamu hastanelerine idari ve mali özerklik verilmiştir. Bu sayede Kamu Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na olan bağımlılığı azalmış ve SGK ile sözleşmeleri kendileri yapmaya başlayarak diğer sağlık kuruluşları ile rekabet edebilecek duruma gelmeleri hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı,2003, s.31-32).

Bu sebeple Kamu Hastaneleri Birliği kurulmuş ve bunların yönetimi işletmecilik mantığına dayalı olacak şekilde hastane yönetimine bırakılmıştır. Sağlık turizmine daha fazla önem verilmeye başlanmış, ayrıca kamu-özel ortaklığı modeli ile sağlık kompleksleri kurulmuştur.

Bunların yanı sıra akılcı ilaç ve malzeme yönetimi prensibi ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur.

#### **3.2.5.4.4. Aile Hekimliği**

SDP'nin getirdiği en önemli değişikliklerden biride aile hekimliği sistemidir. Bu sistemle vatandaşların ister bağlı bulunduğu isterse kendi seçtiği bir aile hekimi aracılığı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Böylece koruyucu sağlık hizmetleri de daha rahat ve kolay sağlanmakla birlikte, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarının iş yükü azalmakta ve hizmet kalitesi artmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017).

#### **3.2.5.5.SDP'nin Sonuçları**

SDP en çok sağlık sisteminin finansman ve organizasyon yapısında değişiklik meydana getirmiştir. Bunun yanında sistemin ekonomik, politik,yönetsel, klinik,kavramsal ve kültürel özellikleri ile sistemin paydaşları üzerinde önemli etkiler meydana getirmiştir.

### **3.2.5.5.1.SDP'nin Sağlık Sisteminin Organizasyon Yapısında Meydana Getirdiği Değişiklikler:**

SDP'den önce sağlık sistemi fazla merkeziyetçi bir yapıya sahipti. SDP ile hastaneler birbiriyle rekabet halinde, idari ve mali özerkliğe sahip bir yapı haline gelmiştir. SDP sistemi İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi(NHS) ile benzer özelliklere sahiptir. Bu sistemde “ hizmet sunucuları” ve “ hizmet satın alanlar” diye iki kavram vardır. SGK, sağlık sistemini finanse eden kurum olurken, kamu ve özel sağlık kurumları sağlık hizmet sunucuları olarak nitelendirilmektedir (Adak, 2016, s.220).

Kamu hastaneleri rekabet ortamında başarılı olmak için işletmecilik yöntemlerini uygulamaya başlamışlardır. Sağlık çalışanlarının yetki ve sorumlulukları değişmekte, performansa dayalı ödeme, sözleşmelilik esasına dayalı sağlık personeli istihdamı gibi uygulamalara geçilmiştir (Doğan, 2017, s.8).

SDP ile Sağlık Bakanlığı politika üretme, planlama, standart belirleme ve kontrol gibi işlemlere yönelerek, hizmet sunumundan olabildiğince ayrılmıştır. SGK, aile hekimleri, Kamu Hastane Birlikleri, özel hastaneler gibi oluşumlar ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi konusunda yetki ve sorumluluk idari ve mali yönden özerk hastanelere verilmiştir. SDP uygulamalarında dikkat çeken bir husus vardır. Hastanelere yetki devri verilmesi ile sağlık sistemi daha fazla yerleştirilirken, bir taraftan da toplumsal emniyet güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi ile SGK'nın kurulması ve hastanelerin birleştirilmesiyle ciddi boyutlarda yeniden bir merkezleşmenin meydana geldiği görülmektedir. Bu şekilde yerleşme ve merkezleşmenin bir arada görüldüğü hibrit (karma) bir organizasyon modeli ortaya çıkmıştır. Ayrıca SDP uygulamalarında, uygulanan/uygulaması önerilen “kademeli, deneme-yanılma yöntemi esasına göre dönüşüm” ve bu dönüşümün “özenli bir şekilde merkezden geliştirilip desteklenmesi” prensipleri de görülmektedir (Adak, 2016, s.220-221).

### **3.2.5.5.2.SDP'nin Sağlık Sisteminin Finansman Yapısında Meydana Getirdiği Değişiklikler**

Sistemin organizasyonunda olduğu gibi finansmanında da hibrit (karma) bir model görülmektedir. Bu hibrit model üç ana kısımdan oluşmaktadır. (Demirci, 2012, s. 231).

- 1) Genel bütçe (genel vergiler)
- 2) Herkes tarafından ödenen GSS primi
- 3) Katılım payları vb. cepten ödemeler ile tamamlayıcı sağlık sigortası.

SDP sonrası sistemde artık tüm hastanelere SGK ile sözleşme yapabilme izninin verilmesinin yanısıra, Aile hekimliği sistemi ve Kamu Hastane Birliklerinin kurulması ile idari ve mali yönden belli bir yönden özerklik kazanmış olan bu birimlerin, kendilerine aktarılan kaynağı kullanma sorumluluğu ve rekabet ortamında kendi kaynaklarını yaratma sorumluluğunu da üstlenmiştir (Doğan, 2017, s.8-9).

GSS kapsamındaki hastaların SGK ile sözleşmesi olan hastanelerden sağlık hizmeti alması nedeniyle, SDP sonrası özel hastane sayısı artmıştır. (Demirci, 2012, s.11). Ayrıca kamu-özel ortaklığına dayanan sağlık kampüslerinin inşa edilmeye başlaması da SDP sonrası dönemde öne çıkan başka bir finansman modelidir.

### **3.2.5.5.3.SDP'nin Sağlık Sisteminin Farklı Yönleri Üzerinde Meydana Getirdiği Değişiklikler**

SDP sağlık sisteminin birçok boyutunu etkilemiştir. Bunların en önemlileri şu şekilde sıralayabiliriz: (Demirci, 2015, s.129-132; Demirci, 2012, s.242-262).

-Ekonomik boyutu üzerindeki etkileri: SGK tarafından hizmet sunucularına yapılan ödemelerde, vatandaşların ödedikleri GSS primleri ve ceplerinden ödedikleri sağlık harcamalarında, sosyal güvenlik sistemine genel bütçeden yapılan transferlerde önemli artışların olması (Demirci, 2015, s.129).

-Siyasi boyutu üzerine etkileri: SGK, Kamu Hastaneleri Birliği ve özel hastanelerin, Sağlık Bakanlığı ve Tabipler Birliği karşısında güçleri artmıştır. Ayrıca kamu-özel ortaklığı yöntemiyle sağlık kampüsleri kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı doğrudan hizmet sunmak yerine politika üretme, planlama, standart belirleme ve kontrol işlemleriyle ilgilenmeye başlamıştır (Demirci, 2015, s.130).

-Yönetmel boyutu üzerine etkileri: Kamu hastaneleri işletmecilik esaslarına göre faaliyet gösteren idari ve mali yönden özerk ve rekabetçi birer yapı haline gelmiştir.

-Klinik boyutu üzerine etkileri: SDP sonrası hem özel hem de devlet hastanesine başvuru sayısı ve yapılan ameliyat sayısı artmış, bebek ölüm oranları ise azalmıştır (Demirci, 2012, s.252-256).

-Eşitlik boyutu üzerine etkileri: Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK tek çatı altında toplanmış ve SGK kurulmuştur. Hiçbir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar gelirleri uygun ise GSS primi ödeyerek sağlık hizmet sunucularından faydalanabilmektedirler. Ayrıca düşük gelirlili vatandaşlar hiçbir ücret ödemedi yeşil kart uygulaması ile sağlık hizmeti alabilmektedirler (Üstündağ ve Yoltar, 2007, s.91-92).

-Kavramsal ve kültürel boyutu üzerine etkileri: Devlet hastanesi yerine şehir hastanesi denilmeye başlanmıştır.

#### **3.2.5.5.4.SDP'nin Sağlık Sisteminin Paydaşları Üzerinde Meydana Getirdiği Değişiklikler**

-SDP'nin *hastalar* üzerindeki en önemli etkisi herkesin GSS kapsamına girmesi, GSS primi ile muayene ve ilaç alımlarında katkı payı ödemesidir. Ayrıca SDP'nin yerleştirmeye çalıştığı idari ve mali yönden özerk hastaneler uygulaması vatandaşların zihnine yerleşmeye başlamıştır (Demirci, 2012, s.239).

-SDP'nin *sağlık çalışanları* üzerine de performansa dayalı ödeme sistemi, rekabetçi çalışma ortamı, sağlık çalışanlarının çalışma düzenleri gibi pek çok konuda önemli etkisi olmuştur (Demirci, 2012, s.284).

-SDP'nin hastaneler üzerindeki en önemli etkisi idari ve mali yönden bağımsız birer yapı haline dönüşmeleri ve kamu hastanelerinin işletmecilik mantığıyla yönetilmeye başlamasıdır.

-SDP'nin eczacılar ve ilaç firmaları üzerine etkileri ile ilgili olarak, Uluslararası fiyatlandırma ve sabit kur uygulaması, geri ödeme başvuru süreci ve iskontalar gibi konular sıralanabilir.

## SONUÇ

Sağlık bir haktır ve yaş, dil, din ırk, cinsiyet, ekonomik durum gibi herhangi bir etmene bağlı olmadan, tüm ülkeler kendi halklarına sağlığı ulaşılır ve faydalanılabilir kılmak sorumluluğunu taşımalıdır. Bu sorumluluk 1948 yılında insan hakları Evrensel Bildirgesi'nde tıbbi bakım alma hakkı olarak tanımlanmıştır. Ülkelerin geliştirmek istedikleri sağlık politikası 'Herkes, her zaman ve her yerde' sağlık hizmeti sunulmasını sağlamaktır.

Bu araştırmada ülkelerin birbirinden farklı sağlık politikaları uyguladıkları görülmüştür. Örneğin, ABD'de devletin sağlığa katkısının az olduğu, özel sağlık kuruluşlarının ön plana çıktıkları görülmüştür. Bu bağlamda ABD sağlık sisteminin çok pahalı olduğu, eşitlik ilkesine dayanmadığı görülmüştür İngiltere'de uygulanan sağlık politikasında ise devletin halkına ücretsiz sağlık hizmeti sunmasının yanında, halkının özel sağlık kuruluşlarına da katılmasını desteklediği görülmüştür. Küba'da ise tüm sağlık hizmetlerinin devlet tarafından karşılandığı bir sağlık politikası uygulandığı görülmüştür.

Bu projede Türkiye sağlık politikaları incelenirken, Cumhuriyet öncesi ve Cumhuriyet sonrası dönem olarak ikiye ayrılmıştır. Cumhuriyet öncesi dönemde, ilk başlarda sarayda olan sağlık hizmeti halka yayılmış ve halka sağlık hizmeti sunmaya da başlanmıştır. Askere ve saraya hizmet eden hastanelerin yanında halka da hizmet eden hastanelerin kurulduğu görülmüştür.

Türkiye'nin ilk kurulduğu yıllardan günümüze kadar her dönemde sağlığa çok önem verildiği ve sağlığın geliştirilmeye çalışıldığı görülmüştür. Dünyadaki siyasal ve ekonomik şartlara bağlı olarak, Türkiye'de de, devletin kamu alanındaki politikaları farklılık göstermiştir. 1920'lerden 1960'lara kadar dünyada hüküm süren liberal ve sosyal devlet anlayışının ülkemize etki ettiği, ancak ülkemizde bazı uygulamaların hayata geçirilemediği görülmüştür. 1960-1980 arasında dünyada da hakim olan sosyal devlet anlayışının ülkemizi de etkilediği görülmüştür. 1961 Anayasası ile devletin sağlık alanındaki üstelendiği görev "asli ve anayasal" şeklinde düzenlenmiş ve devamında "*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun*"



u çıkarılmıştır. Bu kanunla birlikte sağlık alanında, devletin sağlık hizmeti sunması anlayışı artarak, sağlık hizmetlerinin tüm topluma eşit şekilde sunulması için pek çok çalışma yapıldığı görülmüştür.1980 yılı sonrasında ise devletin sağlık alanında üstlendiği görevin “denetleyici ve düzenleyici” konuma gelmesi, devletin neo-liberal politikalar yönünde dönüşüm gösterdiğini bize göstermiştir. Sağlık hizmetlerinde pekçok reform ya da iyileştirme yapılmıştır. Bu projelerin en kapsamlısı ve en son örneği Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)’dir.

2003 yılında Sağlık Bakanlığı’na başlatılan, SDP ile sağlık hizmeti sisteminin, köklü ve hızlı bir değişime uğradığı görülmektedir. Tüm toplumu kapsayan GSS sisteminin uygulanmaya başlaması; SSK, Bağ-kur ve Emekli Sandığının birleştirilmesi; hastanelerin tek çatı altında toplanması; Aile Hekimliği sisteminin getirilmesi; özel hastane ve eczanelerden tüm halkın yararlanması; kalite ve akreditasyona verilen önemin artması; hasta hakları ve verimlilik, etkililik, rekabet, hekim seçme hakkı gibi kavramları ortaya çıkarması ve bu konular üzerinde hassasiyet gösterilmesi SDP ile gelen yeni sonuç ve yaklaşımlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak, sağlık sisteminde yapılan bu köklü değişiklikleri, bu düzeylerini koruyabilmeleri hatta daha iyi sonuçlar verebilmesi için sürekli olarak izlemek ve değişen koşullara ayak uydurmaya çalışmak gerekmektedir.

## KAYNAKÇA/BİBLİYOGRAFYA

Acar, S. (2018). Sağlıkta dönüşüm ve yeni istihdam biçimleri: taşeron sağlık çalışanları üzerine sosyolojik bir inceleme. (Doktora Tezi). Eskişehir Anadolu Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.

Adak, N. Çukur, A., Demirci, B., Gönç, T., Harlak, H., Özen, Y., Timurtürkan, M., User, İ., Ünal, H.(2016). *Sağlık sosyolojisinde güncel tartışmalar*. (1. Baskı) Ankara: Nobel Yayınları.

Alcan, E. (2015). AB ilerleme sürecinde Türkiye’de sağlık, <http://readgur.com/doc/637772/ab-ilerleme-s%C3%BCrecinde-t%C3%BCrkiye-des%C4%9Fl%C4%B1k>.

Akdağ, R. (2011,Kasım). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı*. Bab-1 Ali Toplantıları, İstanbul.

Akdağ, R. (2008). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri (2002– 2008)*, Ankara. Erişim Tarihi: 20.12.2019, (<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/189>)

Akdağ, R. (2012). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011)*, Ankara. Erişim Tarihi: 20.12.2019, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/453>

Akdur, R. (1999). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve avrupa topluluğu ülkeleri ile kıyaslanması. *İnternet Baskısı*.

Akman, T. (2004). Dünyada aile hekimliği uygulamaları Erişim Tarihi: 20.12.2019, <http://www.ailehekimleri.org/index.php>

Aksakoğlu, G. (1994). İngiltere sağlık sistemi. *Toplum ve Hekim* . cilt: 9, sayı: 64-65, Kasım 1994- Şubat 1995, s: 96-100.

Altındağ, Ö. ve Sevin, Ç. (2017). Küba’da sağlık sisteminin ve sosyal hizmetlerin gelişimine bir bakış. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 17(1), 84-106

Atabey, S.E. (2012). *Sağlık sistemleri ve sağlık politikası*. Ankara: Gazi Kitabevi.

Aydın, E. (2004). *Türkiye'de sağlık teşkilatlanması tarihi*. Ankara: Naturel Kitap Yayıncılık.

Belek, İ. (2009). *Sağlığın politik ekonomisi sosyal devletin çöküşü*. İstanbul: Yazılama Yayınevi.

Beylik, U., Kayral, İ.H. ve Çıraklı, Ü. (2015). 13. yüzyıldan 21. yüzyıla Türk sağlık sisteminin gelişim süreci üzerine bir derleme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(4), 183-189.

Bostan, S. (2009). Sağlıkta dönüşüm programının hastane işletmeleri üzerindeki değişim etkisi, (Doktora Tezi) Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.

Bostan, S. ve Çiftçi, F. (2016). Sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarının hastane hizmetleri üzerindeki değişim etkisi: sağlık çalışanlarının görüşleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 1-8.

Bulut, A. (2007). *Türkiye'de sağlık reformunun tarihçesi*. İstanbul: İletişim Yayınları.

Cansever, H.H. (2018). Devlet anlayışları ekseninde sağlık politikalarının değişimi ve analizi: türkiye incelemesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 31,105-120.

Çağlayan, Ç. & Erkoç, M. (2006). Küba sağlık sistemi, paradoks mu sosyalizm mi?, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 21, :5-6.

Çalış, S. (2006). Türkiye'de sosyal güvenlik reformu kapsamında genel sağlık sigortasının incelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul.

Çavdar, N. ve Karcı, E. (2014). 19. Yüzyıl Osmanlı sağlık teşkilatlanmasına dair bibliyografik bir deneme. *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 9(4), 255-286.

Çavmak. Ş. ve Çavmak D.(2017). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1-1,48-57.

Çiftçi, H.İ. (2013).Sağlık sistemleri. Erişim Tarihi: 22.12.2019,  
<https://docplayer.biz.tr/36802801-Cesitli-ulkelerde-saglik-sistemi-ve-finansmani-halil-ibrahim-ciftci.html>

ÇSGB. (2000). *Avrupa Topluluğu sosyal güvenlik kılavuzu*, A.T Koordinasyonu Dairesi Başkanlığı, Ankara.

Demirci, B. (2015). Sağlık hizmetlerinde dönüşüm: sağlıkta dönüşüm programı (sdp) nasıl bir sistem getiriyor?. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, 30,122-135.

Deniz, G. (2011). Küba’ da sağlık sistemi. Medimagazin Erişim, Tarihi: 23.12.2019,  
<http://ttt.medimagazin.com.tr/authors/gunnur-deniz/tr-kubada-saglik-sistemi-72-107-2743.html>

Dericioğulları Ergun, A. (2010). Türkiye’de neoliberal politikalar doğrultusunda sağlıkta dönüşüm: Isparta-Burdur örnekleri. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi ABD, Isparta.

Dirican, M.R., Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin kısa tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni, 2(7). Erişim Tarihi: 20.11.2019, <https://www.eajm.org/en/turkiye-saglik-hizmetlerinin-orgutlenmesinin-kisa-tarihcesi-1611730>

Doğan, Ş.B. (2017). *Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi: sağlıkta dönüşüm projesi*. V. Anadolu International Conference in Economics, Eskişehir.

Duyuk, G. (2015). Devletlerin sağlık politikaları ile özel sağlık sigorta sistemlerinin sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından karşılaştırılması., 49-50. Erişim Tarihi: 29.12.2019,  
<http://acikerisim.nku.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.11776/1141/0049366.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Erdemir, A. D. (1996). *Tıbbi deontoloji ve genel tıp tarihi*. Bursa: Güneş & Nobel Yayınları.

Erdoğan, H. (2014). Türkiye’de sağlık politikaları ve sağlıkta dönüşüm programı (2003–2010). (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Ertaş, Y. (1996). *Sağlık hizmetlerinde desantralizasyon*, Türkiye ve Ortadoğu Amme idare Enstitüsü(TOAİE), YYLT, Ankara.

Fişek, N.H. (1983). *Halk sağlığına giriş*, Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi yayını no:2. Ankara.

Görgün, H. (2009). Örgütlerdeki değişimin hizmet yapısı üzerindeki etkisinin incelenmesi: sağlıkta dönüşüm programının Çanakkale yerelindeki etkileri, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale.

Gökbayrak, Ş. (2010). Türkiye’de sosyal güvenliğin dönüşümü. *Ekonomi ve Hukuk Dergisi*, 2,141-162.

İleri, H. Seçer, B. & Ertaş. H. (2016). Sağlık politikası kavramı ve Türkiye’de sağlık politikalarının incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 12,176-186.

Karar, Ş. (2013). Türkiye’de sağlık sistemi ve 2003 sonrası sağlıkta dönüşüm programı. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*,19-2,131-174.

Mutlu, A. ve Işık, A.K. (2000). *Sağlık ekonomisi ve politikaları*, Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

Ochoa, F.R. ve Pardo, C.M.L. (1999). Küba’da ekonomi, politika ve sağlık durumu. *Toplum ve Hekim*, 14(4),311-316.

OECD, ve WB. (2008). *OECD Sağlık sistemi incelemeleri: Türkiye*. OECD Publishing.

Okur, İ. (2005). *Uygarlığın kritik yolu olarak temizliğin tarihi*. Bursa : Okursoy Kitapları 5.

Önal, A. E. (2012). Türkiye’de sağlık politikaları. Erişim Tarihi: 30.11.2019, <http://www.pitt.edu/~super7/9011-10001/9561.ppt>.

Önder, B. (2013). Türk sağlık reformları kapsamında sağlıkta dönüşüm programının incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.

Özbek, N. (2002). *Osmanlı İmparatorluğu'nda sosyal devlet siyaset, iktidar ve meşrutiyet 1976-1914*. İstanbul: İletişim Yayınları.

Özbek, N. (2006). *Cumhuriyet Türkiye'sinde sosyal güvenlik ve sosyal politikalar*. İstanbul: Tarih Vakfı Yayınları.

Ünlüoğlu, İ. ve Paycı, S. Ö. (2008). *Dünya’da ve Türkiye’de aile hekimliği*, Erişim Tarihi: 14.12.2019, <http://www.ailehekimineyapar.com/aile-dunyaatile.htm>

Rosenthal, M.M. ve Frenkel, M. (1992). *Health care systems and their patients an international perspective*. Boulder, CO: Westview Press.

Sargutan A.E. (2005) . Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 409-410.

Savaş, B. S. Karahan, Ö. ve Saka, R.Ö. (2002). *Sağlık sistemlerinde dönüşüm: Türkiye*. Ankara.

Serin, İ. (2004). Genel sağlık sigortası ve Türkiye’de uygulanabilirliği, İstanbul: Kazancı Kitabevi.

Sur, H. (1998). *sağlık hizmetlerinin geçmişi ve gelişimi* sağlık hizmetleri el kitabı (s. 217-229). içinde İstanbul: Yüce Yayım.

Sülkü, S.N.( 2011). *Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları*. Ankara: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayınları.

Tatar, M. (2008). *Sağlık politikası ve planlaması*. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü ders notları, Ankara.

Taşlı, T. (2007). Nasıl bir sağlık sistemi? Amerika Birleşik Devletleri. *Milliyet Blog*, Erişim Tarihi: 25.10.2019, <http://blog.milliyet.com.tr/nasil-bir-saglik-sistemi---2--amerika-birlesik-devletleri/Blog/?BlogNo=68365>

Taşlı, T. (2007). Nasıl bir sağlık sistemi? İngiltere. *Milliyet Blog*, Erişim Tarihi:25.10.2019, <http://blog.milliyet.com.tr/nasil-bir-saglik-sistemi---4-ingiltere/Blog/?BlogNo=75027>

Taşlı, T. (2007). Nasıl bir sağlık sistemi? Küba. *Milliyet Blog*, Erişim Tarihi: 25.10.2019, <http://blog.milliyet.com.tr/nasil-bir-saglik-sistemi---kuba--son/Blog/?BlogNo=75824>

T.C. 58. Hükümet, acil eylem planı (AEP). (2003).

T.C. Sağlık Bakanlığı (SB), Sağlıkta dönüşüm (SD). Ankara. 2003.

T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı (S.B.) (2003). *Sağlıkta dönüşüm*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı (S.B.). (2007). *Sağlıkta dönüşüm*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

Terzi, C. (2007). Tam gün, Erişim Tarihi: 10.11.2019, <https://slideplayer.biz.tr/slide/2989319/>, DEUTF, İzmir.

Ülman, Y. I. (2007). *Türkiye’de 19. ve 20 yüzyıllarda tıp tarihinin anahatları*. Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı (s. 175-186). içinde İstanbul: İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.

Yıldırım, N. (2014). *14. yüzyıldan Cumhuriyet’e hastalıklar hastaneler kurumlar*. İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları.

Yılmaz, G. (2018). Türkiye sağlık sisteminde reformlar ve politika transferi.  
*Sosyal Politika alışmaları Dergisi*, 41,179-206.