

## Cumhuriyet Tarihinde Sağlık Sisteminin Gelişimi ve Organizasyonel Dönüşüm

Gülay KARABOĞA<sup>1</sup>, Yakup ÇAĞLAR<sup>2</sup> ve İrge ŞENER<sup>3</sup>

### Öz

Sosyo-ekonomik ve kültürel bileşenleri kapsamaması nedeniyle çok boyutlu bir kavram olan sağlık, tanımlanmasında olduğu üzere sağlık ile ilgili hizmetlerde de farklılık göstermektedir ve özellikle ekonomik ve teknolojik faktörlerin değişimi ile sağlık hizmetlerinde sürekli bir dönüşüm gerçekleşmektedir. Bu çalışma ile özellikle milenyum sonrasında önemli değişim geçiren Türk sağlık hizmetlerinin Cumhuriyet tarihinin yüz yıllık sürecinde geçirdiği dönüşümler, literatür taraması ve ikincil veriler temelinde analiz edilmiş ve üç dönem belirlenmiştir. 1923-2003 yılları arasında kapsayan ilk dönemde, öncelikle günümüzdeki kurumsallaşma ve örgütlenmenin temelleri oluşturulmuş, 80 yıl içinde önemli politikalar geliştirilmiştir. 2003 ile 2013 yılları arasında kapsayan on yıllık ikinci dönemde, sağlık hizmetlerinin verimliliğinin artırılmasına odaklanılmıştır. Son dönem ise 2013 yılından günümüze kadar olan on yılı kapsamaktadır. Bu dönemde, sağlık alanında dijital uygulamalar başlamış ve özellikle sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde değişimler yaşanmıştır. Bu doğrultuda, kamu-özel ortaklığı ile sağlık hizmetleri için yeni bir organizasyonel yapı olan şehir hastaneleri faaliyete geçmiştir. Bu yeni yapı ile sağlık hizmetlerinde artan maliyetlerin kamu ve özel sektör tarafından ortak karşılanması, sağlanan hizmetlerde verimlilik artışının meydana gelmesi sağlanmıştır.

*Anahtar Kelimeler:* Tür Sağlık Politikaları, Sağlık Reformu, Sağlıkta Dönüşüm Süreçleri, Şehir Hastaneleri

## Development of The Health System and Organizational Transformation in Republican History

### Abstract

Including socio-economic and cultural components, health is a multidimensional concept, so that its definition differs as well as health related services; and there is a constant transformation in health services especially with changing economic and technological factors. With this study, transformation of Turkish health services in the course of one hundred years of republican history, which undergone a significant change especially after millennium, have been analyzed based on literature review and secondary data, and three periods were determined. In first period covering years 1923 to 2003, first foundations of today's institutionalization and organization were formed, important policies developed in 80 years. In second period of a decade covering years 2003 to 2013, it was focused on increasing efficiency of health services. The last period consists of the decade from 2013 until today. In this period, digital applications in health services started, and especially changes in organization of health services occurred. In line with this, with public-private partnerships, a new organizational structure for health services, city hospitals became operational. With this new organization, it was ensured that increasing costs in health services are met jointly by public and private sectors, and an increase in efficiency in provided services has been achieved.

*Key Words:* Turkish Health Policies, Health Reform, Health Transformation Process, City Hospitals


### Atıf İçin / Please Cite As:

Karaboğa, G., Çağlar, Y. ve Şener, İ. (2023). Cumhuriyet tarihinde sağlık sisteminin gelişimi ve organizasyonel dönüşüm. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12(ÖS), 318-337. doi:10.33206/mjss.1356399


**Geliş Tarihi / Received Date:** 06.09.2023

**Kabul Tarihi / Accepted Date:** 23.10.2023


<sup>1</sup> Bağımsız Araştırmacı – Ankara Üniversitesi, İbni Sina Hastanesi, gulaykaraboga10@gmail.com,

 ORCID: 0009-0004-6299-3463

<sup>2</sup> Bağımsız Araştırmacı – Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, yakup.caglar@outlook.com,

 ORCID: 0000-0002-7334-6542

<sup>3</sup> Doç. Dr. – Çankaya Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, irge@cankaya.edu.tr,

 ORCID: 0000-0002-1876-9411

## Giriş

Herkesin önceliği olan sağlık; tek anlamı olan ve tanımlanması kolay bir kavram değildir. Sağlığın tanımı, tanımlandığı tarihsel dönem ve kültüre göre, o dönemin, kültürün etik ve ahlak anlayışlarına göre değişmiştir. Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre sağlık “Bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2023). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Anayasasında yer alan tanıma göre ise “sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” (DSÖ, 2023). DSÖ'nün tanımında yer alan üç boyutun – fiziksel, ruhsal ve sosyal – nasıl ölçüleceği konusundaki görüş birliği oldukça sınırlıdır. Larson'un (1991) Hadley'den (1975) yaptığı alıntıda sağlığın genellikle “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil aynı zamanda kişilerin normal aktivitelerini ve görevlerini yerine getirebilme ve sahip oldukları iyilik halini bütünüyle devam ettirebilme” yeteneğini de içeren çok boyutlu bir kavram olarak tanımlandığı görülmektedir (Larson, 1991).

Geçmişten günümüze toplumlar sağlık hizmetleri alanında teknolojinin ve ekonominin etkisiyle sürekli bir değişim ve gelişim süreci yaşamışlardır. Bu değişen ve gelişen sağlık hizmetleri ile, sağlık alanında ve sağlık/hastalık algısında yeni kavramlar ortaya çıkmış, mevcut kavramlar daha da geliştirilmiştir. Bu anlamda tarihsel süreç içinde hem dünyada hem de Türkiye'de sağlık hizmetlerinin önemli bir dönüşüm geçirdiğini belirtmek mümkündür. Bu çerçevede, bu çalışmanın amacı, Türkiye'de sağlık sektörünün Cumhuriyet tarihimizin yüz yıllık sürecinde geçirdiği dönüşümlerin dönemsel olarak incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda, bu çalışma ile sağlık sektörünün ülkemizdeki gelişiminin bütünsel olarak değerlendirilmesi sağlanacaktır.

Çalışma kapsamında, literatür taraması ve ikincil verilerin analizi temelinde ülkemizin 100 yıllık Cumhuriyet tarihindeki sağlık sektörünün gelişimi açıklanmış, Dünyada artan odağı nedeniyle her zaman ön plana çıkan sağlık sektörünün Türkiye'de mevcut durumu özetlenmiştir. Çalışmada, ülkemizde, sağlık reform süreçleri ve günümüze kadar geçen dönemde sağlık hizmetlerinin de izlenen politika, yapılan düzenlemeler ve yeniliklere de yer verilmiştir. Bu doğrultuda, çalışmanın bundan sonraki bölümünde sağlık hizmetlerinin tarihi gelişim süreci belirlenen dönemler çerçevesinde özetlenmiştir. Çalışmanın üçüncü bölümünde ise Türkiye'de sağlık hizmetlerinin mevcut durumu ile ilgili veriler yer almaktadır. Sağlıkta dönüşüm programının uygulama sürecinde ortaya çıkan yeni organizasyonel yapı olan Kamu-özel sektör iş birliği projeleri ve bu projelerin sağlık hizmetlerinde uygulaması ile ilgili değerlendirmeler, çalışmanın dördüncü bölümünde yer almaktadır. Çalışmanın son bölümünde ise, literatür taraması ve ikincil veriler doğrultusunda Şehir Hastaneleri ile ilgili değerlendirmeler bulunmaktadır.

## Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Gelişim Süreci

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihi gelişim sürecini, belirli dönemlere ayırarak açıklamak faydalı olacaktır. Bu çerçevede, aşağıda Grafik-1'de gösterildiği üzere genel olarak Osmanlı dönemi, Cumhuriyet dönemi ve günümüz olarak belirlenen dönemler sağlık alanındaki gelişmelerden ziyade Türkiye Cumhuriyeti'nin geçirdiği dönüşümle ilişkilidir.

**Grafik 1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönemsel Ayrımı**

Osmanlı Dönemi	Cumhuriyet Dönemi	Günümüz
<b>İlk sağlık hizmetlerinin sağlanması:</b> Hastaneler kurulmuş ve sağlık çalışanı kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Ancak, bu dönemde sadece askeri hastaneler ve sağlık eğitimi veren okullar mevcuttur (Akyay, 1982).	<b>Sağlık hizmetlerinin kurumsal altyapısının oluşturulması:</b> Sağlık Bakanlığı kurulmuş ve temel sağlık hizmetleri sunmak için hastaneler ve sağlık ocakları açılmıştır. Sağlık çalışanlarının eğitimi lisans düzeyinde verilmeye başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015a)	<b>Modern sağlık hizmetlerinin sağlanması:</b> Teknolojik gelişmelerin etkisiyle modern sağlık hizmetleri sunularak, sağlık sektöründe uluslararası ölçekte önemli ilerlemeler kaydedilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022a).

Cumhuriyet sonrası gelişmeleri ve sağlık politikalarını daha iyi anlamak açısından Cumhuriyet sonrası dönemleri tarihsel anlamda ayırmak daha faydalıdır. Çünkü 1923 yılından 2003 yılına kadar sağlık hizmetlerinde meydana gelen gelişmeler mevcut sistemlerin iyileştirilmesi kapsamında yapılırken 2003 sonrası Türkiye'de sağlıkta reform kapsamında köklü değişimler yaşanmıştır. Bu bilgiler ışığında bu çalışmada Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel sürecinde Cumhuriyet sonrası dönemler 1923-2003, 2003-2013 ve 2013-2023 tarih aralıklarında incelenmektedir (Grafik-2).

**Grafik 2.** *Türkiye’de Cumhuriyet sonrası dönemlerin sağlık hizmetlerinin izlenen politika ve yapılan düzenlemeler ile yeniliklere göre ayrımı*

Cumhuriyet Öncesi Dönem (Osmanlı Dönemi)	Cumhuriyet Dönemi	
	1923-2003	2003-2013
		2013-2023

### Cumhuriyet Öncesi Dönem: Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Hizmetleri

Aynı coğrafi bölgede hüküm sürmüş devletlerin sağlık hizmetlerindeki gelişim Cumhuriyet sonrası dönemin öncülünü oluşturmaktadır. Türklerde Anadolu Selçuklu devletine kadar düzenli bir sağlık hizmetinden söz etmek mümkün değildir. Bu dönemde başlayan hekimlik sistemi usta çırak ilişkisiyle ve vakıf olarak adlandırılan yerlerde kurumsal hizmetlerin sağlandığı, devlet yönetiminde önemli bir yere sahip hekimbaşına bağlı darüşşifalar aracılığı ile sürdürülmüştür. 1206 yılında ilk sağlık kuruluşu aynı zamanda dünyanın en eski tıp fakültesi olan Gevher Nesibe Sultan Hastanesi Kayseri’de kurulmuştur. Aynı dönemde çeşitli illerde şifahaneler kurulmuştur. Bu oluşturulan sistem XIX. yüzyıl ortalarına kadar bir değişikliğe uğramadan Osmanlı İmparatorluğu tarafından kullanılmıştır (Akyay, 1982). Osmanlı İmparatorluğu sağlık politikalarına ve uygulamalarına monarşinin tüm özellikleri yansımış; idari yapının saray merkezli ve askeri yapısı nedeniyle devletin sunduğu sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak saray ve orduya yönelik olmuştur. Hekimbaşılık teşkilatının bulunmadığı bu dönemde sağlık hizmetleri hayır kurumları ve vakıflar tarafından yürütülmüştür (Akdur, 1999). Saray dışındaki nüfusun çoğunluğu, kurumlardan bağımsız çalışan hekim ve cerrahlardan ücretli sağlık hizmetleri almışlardır (Akyay, 1982). XIX. yüzyıl ortalarında Batı ülkelerinde gelişmeye başlayan sağlık hizmeti anlayışı, devletin idari makamlarının sağlık hizmetlerinden sorumlu olduğu ve bu alanda gerekli önlem ve hizmetleri vermelerinin beklendiği yönündedir (Aydın, 2004). XIX. yüzyıl sonlarına kadar Osmanlı İmparatorluğunda sağlık hizmetleri devletin bir görevi olarak görülmemiş, sağlık hizmeti birkaç büyük şehirle sınırlı kalmıştır. XIX. yüzyılın sonlarına gelindiğinde batı ülkelerinin etkisiyle devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetlerinin, saray ve ordu ile kısıtlı olan kapsamı genişletilmeye başlanmış, yaygın kitlelere hizmet götürme anlayışının ilk adımları atılmıştır (Akyay, 1982). 1850’li yıllarda sağlık hizmetlerinin uygulama ve hizmet sunumu genişlemiş, 1871 yılında ise İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi (Genel Sağlık İdaresi Tüzüğü) ile hükümet tüm halkın sağlık hizmetleri ile ilgilenmeye başlamıştır. Bu tüzük ihtiyaç sahibi hastaların sağlık hizmetlerinden faydalanması için çıkarılmış, serbest çalışan hekimlere hükümet tarafından belirli bir ücret ödenerek sağlık hizmetinin yoksul hastalara ulaştırılması amaçlanmıştır (Fişek, 1997). Fakat Osmanlı İmparatorluğunun teşkilat mekanizmasında sağlık konularının denetimi için bir teşkilatlanma bulunmamaktadır. Doğrudan Sıhhiye Nezareti (Sağlık Bakanlığı) olmadığı için bu görevi yapan birim Dahiliye Nezareti’ne (İçişleri Bakanlığı) bağlı olarak çalışıyordu. 1918 yılında I. Dünya savaşı sonrası Osmanlı İmparatorluğu savaştan mağlup ayrıldıktan sonra kamu düzeni bozulmuş, Anadolu’da sağlık sorunları ve bulaşıcı hastalıklar giderek artmıştır (Tekir, 2019).

### Cumhuriyet Dönemi

#### 1923-2003 yılları arası dönem

Modern Türk sağlık sisteminin ve sağlık politikalarının kökenleri Tanzimat dönemi reformlarına kadar uzansa da bugünkü kurumsallaşma ve örgütlenme anlamında fiziksel yapı, insan gücü ve yasal düzenlemelerin somut adımları ilk TBMM tarafından 1920’de sınırlı imkanlarla 3 sayılı kanun ile Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti’nin (Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı) kurulmasıyla atılmış, Bakanlığın taşra ve merkez teşkilatlanmalarının yapılandırılmasına başlanmış olup (Tekir, 2019); ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar’dır. Bu dönemde düzenli sağlık kaydı yapılamamıştır, ancak mevzuatın geliştirilmesine önem verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2023). Cumhuriyet ilan edildiğinde ülkede bulunan 86 hastanenin üçü Bakanlığa, altısı belediyelere, 45’i il özel idarelerine ve 32’si yabancı azınlıklara aitti (Akdur, 1999).

Cumhuriyetin kurulduğu yıldan itibaren 80 yıl içinde sağlık sektöründe önemli politikalar geliştirilmiştir. Bu politikalar, Tablo-1 de özetlendiği üzere Türkiye’nin Sağlık Politikalarına göre dört döneme ayrılmıştır. Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinde izlenen politikalar yapılan düzenlemeler ve yeniliklere göre uygulanan değişimler dönemler halinde Tablo-1 de yer almaktadır. Bu dönemdeki çalışmalar Türk sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve kurumsallaşmasının temelini oluşturmaktadır. Mustafa Kemal Atatürk kişisel sağlığın korunması ve muhafaza edilmesini toplumsal bir

olgu olarak benimsenmiştir. Cumhuriyet yönetimi sağlık sektöründeki sorunlara hızlı çözümler getirmiş, bir takım kanuni düzenlemeler yapmış ve halka sağlık hizmetlerinin sunulmasının devletin sorumluluğunda olduğunu vurgulamıştır. Çalışmalar sonucunda Türk sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve kurumsallaşmasının temeli oluşmuştur.

**Tablo 1.** Cumhuriyet tarihinin ilk 80 yılında sağlık ile ilgili politikalar, yapılan düzenlemeler ve yenilikler

Dönem	Sağlık Politikaları
1923-1946	<p><b>İlgili Kanunlar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (Mevzuat,1928)</li> <li>• 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (Mevzuat ,1930)</li> <li>• 2419 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu (Mevzuat, 1933)</li> </ul> <p><b>Uygulamalar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Dikey” örgütlenme, “geniş bölgede tek amaçlı hizmet” modeli (Sağlık Bakanlığı, 2015a).</li> <li>• 1925-1937 Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam. Refik Saydam dönemi olarak adlandırılan bu dönem ülkemizin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük adımlar atılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015a).</li> <li>• Sağlık sektöründeki tüm mesleklere mensup çalışanların sayısını artırmak, yetiştirmek (Sağlık Bakanlığı, 2015a).</li> <li>• Tıp fakültelerine talebi artırmak için çalışmalar yapılması ve sağlık sektöründe personel ihtiyacını karşılamak için tıp fakültesi mezunları için mecburi hizmetin getirilmesi (Cansever, 2018).</li> <li>• Ülkenin belirli merkezlerine numune hastaneleri yapılması ( Fişek, 1997).</li> <li>• İlçelerde hükümet tabiplikleri, İllerde ise sağlık müdürlükleri kurulması (Sağlık Bakanlığı, 2015a).</li> <li>• Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması (Sağlık Bakanlığı, 2015a).</li> <li>• Koruyucu hekimliğin merkezi hükümete, tedavi edici hekimliğin yerel yönetimlere bırakılması (Cansever, 2018).</li> <li>• 1936 yılında çıkarılan iş kanunda ilk modern sosyal güvenlik sistemi yer almış, 1946 yılında ise Sosyal Sigortalar Kurumu, «İşçi Sigortaları Kurumu» adı altında kurulmuştur (Yaşar,2017).</li> </ul>
1946-1960	<p><b>İlgili Kanunlar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu (Mevzuat-a, 1953)</li> <li>• 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (Mevzuat-b, 1953)</li> <li>• 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu (Mevzuat, 1954)</li> <li>• 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanunu (Mevzuat, 1956)</li> </ul> <p><b>Uygulamalar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumhuriyet döneminin ilk yazılı sağlık planı 1946 tarihinde “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” onaylanmış, Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanmıştır. Ancak kabul edildiği halde, hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşamamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015a).</li> <li>• Temel yapı olarak, o güne kadar yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır (Dirican, 1970).</li> <li>• Her 40 köy için 10 yataklı sağlık merkezi kurularak tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini bir arada sunmaya çalışılmıştır. 1945 yılından 1960’a kadar Sağlık Merkezi sayısı 8’den 283’e ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015a)</li> <li>• Bu dönemde çocuk ölümleri ve enfeksiyona bağlı ölümlerin fazla olması nedeniyle nüfus arttırıcı bir politika izlenmiş, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) gibi milletlerarası teşekküllerden yardım alınarak 1952 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2015a).</li> <li>• Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde 1954 yılında Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” açıklanmıştır (Dedeoğlu, 2021).</li> <li>• Milli Sağlık Planında yedi sağlık bölgesine ayrılan ülkemizin, Milli Sağlık Programında ise 16 sağlık bölgesine ayrılması öngörülmüştür. Her bölgeye bir tıp fakültesi kurularak hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması düşünülmüştür (Dedeoğlu, 2021).</li> <li>• 1950’den 1960 yılına kadar hekim sayısı 3.020’den 8.214’e, hemşire sayısı 721’den 1658’e, ebe sayısı da 1.285’ten 3.219’a yükseltilmiştir (Akdağ, 2008).</li> <li>• Verem hastalığından ölümler bu dönemde önemli ölçüde azaltılmıştır. Tüberküloza bağlı ölüm hızı 1946 yılında yüz binde 150 iken, 1960 yılında yüz binde 52’ye inmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015a).</li> <li>• Refik Saydam 1947 yılında Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığına bağlı Biyolojik Kontrol Laboratuvarını kurmuş ve aşı istasyonu hizmete açılmıştır. Bu yıldan itibaren BCG aşısı üretimine geçilmiş, bir sene sonra da Boğmaca aşısı üretilmeye başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2023).</li> <li>• İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) ne bağlı işçiler için 1952 yılından itibaren sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlanmıştır (Yaşar, 2017).</li> </ul>

**Tablo 1 Devamı. Cumhuriyet tarihinin ilk 80 yılında sağlık ile ilgili politikalar, yapılan düzenlemeler ve yenilikler**

Dönem	Sağlık Politikaları
1960-1980	<p><b>İlgili Kanunlar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (Mevzuat, 1961).</li><li>• 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (Mevzuat, 1965).</li><li>• Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun (1978):</li></ul> <p><b>Uygulamalar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi filen 1963 yılında başlamış ve 1983 yılında ülkenin geneline yayılmıştır. Sosyalleştirme kapsamında sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri olarak bir yapılanmaya gidilmiş, vatandaşların hizmetlerden eşit bir şekilde faydalanması amaçlanmıştır (Dirican, 1970).</li><li>• 224 sayılı kanunun yürürlüğe girmesi ile “Herkes, her yerde ve her zaman sağlık hizmet?” anlayışı getirilmiştir. Bu aynı zamanda yönetim anlayışı, hizmet modeli ve personel özlük hakları açısından dönemin en ileri yasal düzenlemelerinden biri olarak kabul edilmektedir (Pala, 2008).</li><li>• Nüfusu artırıcı politikadan nüfus artış hızını sınırlayıcı politikaya geçilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015a).</li><li>• “Geniş bölgede tek yönlü hizmet” ilkesinin alternatifi olan “dar bölgede çok yönlü hizmet” anlayışına geçilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015a).</li><li>• 1969 yılında II. Beş Yıllık Kalkınma Planı açıklanmış, plan kapsamında Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı, TBMM’ne gönderilmiş fakat kanunlaşmamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015a).</li></ul>
1980-2002	<p><b>İlgili Kanunlar/yönetmelikler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• R.G. 17207 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun (Sağlık Mevzuatı, 1980).</li><li>• 2709 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (Mevzuat, 1982)</li><li>• 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (Mevzuat, 1987)</li><li>• 3816 sayılı Ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin devlet tarafından karşılanması ve yeşil kart uygulaması hakkında yönetmelik (Mevzuat, 1992)</li><li>• 1978’de Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmış ve kamu personeli olan doktorların muayenehane açması yasaklanmıştır. 1980 yılında Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılmış ve tekrar muayenehane serbestliği getirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015a).</li><li>• 1982 anayasasının 60. Maddesine göre “Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar”. Ayrıca Anayasanın 56. maddesinde “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.” ifadeleri yer almaktadır. Bu ifadeye göre devlet herkesin hayatını sağlık içinde devam ettirebilmesi için özel ve kamu sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Aynı maddede “Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine” dair bir hüküm yer almıştır (Mevzuat, 1982).</li><li>• Anayasada ailenin korunması, nüfus/aile planlaması öğretimi uygulaması, tıbbi ilaç ve araçların satışı, temini ve üretimi, 10 haftaya kadar gebeliklerin sonlandırılması ile ilgili düzenlemeler bulunmaktadır (Mevzuat, 1982)</li><li>• 1987 yılında “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” çıkarılmış, ancak kanunun uygulamasına yönelik düzenlemeler yapılmadığından ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiğinden tam olarak uygulanamamıştır. (Sağlık Bakanlığı, 2015a).</li><li>• 1990 yılında Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” yapılmıştır. Bu çalışma bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturmuştur (Akdağ, 2008).</li><li>• 1992 yılında ilgili yönetmelikle (3816 sayılı) yeşil kart uygulaması başlatılmış, böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda ekonomik gücü zayıf vatandaşların, sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015a).</li><li>• 1990’larda sağlık reformu çalışmalarının başlıca bileşenleri aşağıdaki gibidir:<ol style="list-style-type: none"><li>1- Sosyal sigorta kurumlarını tek çatı altında birleştirerek genel sağlık sigortasının oluşturulması,</li><li>2- Aile hekimliği çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi.</li><li>3- Hastaneleri bağımsız sağlık şirketlerine dönüştürme,</li><li>4- Sağlık Bakanlığı’nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren, sağlık hizmetlerini planlayan ve denetleyen bir yapıya sahip olması.</li></ol></li></ul> <p>Bu dönem önemli teorik araştırmaların yapıldığı fakat uygulama alanlarının yeterli olmadığı bir dönem olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2015a).</p>

**Kaynak:** Literatür taramasına göre yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

### 2003-2013: Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı

1980 sonrası dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye’deki sağlık politikalarında da değişimlerin meydana geldiği dikkat çekmektedir. 1978 yılında Uluslararası Alma Ata konferansı yapılmış; “XXI. Yüzyılda Herkesin Sağlıklı” Bildirgesi (Alma-Ata Bildirisi, 1978), ve 1984 yılında kabul edilen “Dünya Sağlık

Örgütü Avrupa Bölgesi Herkese Sağlık Stratejisi ve Hedefleri” Türkiye’deki sağlık politikalarındaki değişimlerin temelini oluşturmuştur (Seçtim, 2019).

1990’lı yıllarda OECD (Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü) ülkeleri artan sağlık harcamalarına dikkat çekmiş, bu artan harcamaların kamuya yükünün sağlık sistemlerine özgü artan maliyetler olduğunu tespit etmişlerdir (Daştan ve Çetinkaya, 2015). Sağlık reformlarının odağında olan Avrupa’da yaşlı nüfusun artması sağlık harcamalarının da artmasına sebep olmuş, vergiye dayalı sağlık sistemlerinde kayıt dışı ve esnek çalışmalar sebebiyle tüm gelir bu çalışanların ödedikleri primlere yüklenmiş ve gelir düzeyi yüksek kişilerin özel sağlık sigortalarına yönelmesi sonucu sağlık hizmetlerine erişimde tüm dünyada görülen eşitsizlikler meydana gelmiştir. Bu gelişmeler refah düzeyi yüksek devletlerin sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin tartışılmasına sebep olmuş ve sağlık reformları gerekli hale gelmiştir (Ağartan, 2011). 1970’lerden sonra farklı sigorta türlerinin oluşması ve bu sigortaya bağlı kişilerin kullanımında farklı hastanelerin oluşması, kırsal alan ve kentlerdeki sağlık personelinin dengesiz dağılımı, sağlık harcamalarının kamu için önemli maliyet oluşturması Türkiye’de de sağlıkta reform çalışmalarını gündeme getirmiştir. 1980’li yıllarda reformun alt yapısı yavaş yavaş oluşturulmak istense de darbe ve bazı siyasi gelişmeler sonucunda ertelenmiştir. Sağlık reformu çalışmalarının temel odağında harcamaların azaltılması ve verimliliğin artırılması gibi iki temel gerekçe vardır (Altındağ ve Yıldız, 2020). Ertelenen bu reformlar 2002 yılı seçimleri sonrasında iktidara gelen hükümetler tarafından benimsenmiş ve sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması amacıyla bazı hedefler belirlenmiştir. 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) başlatılmış, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunulmasında önemli değişiklikler planlanmıştır (Beylik, Kayral ve Çıraklı, 2015). Sağlık Bakanlığı (2011) tarafından açıklandığı üzere SDP’ni zorunlu hale getiren sebepler; sağlık hizmetlerinin sunumunda maliyetlerin artması, hizmet alan vatandaşların beklentilerinin artması, sağlık sektöründeki maliyetler ve taleplerin artmasına karşı kamunun sınırlı ödeme gücü ve vatandaşlar tarafından sağlıkta yönetim planlarının sorgulanmaya başlanmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 yılı öncesi sağlık sisteminin zayıf yönlerini iyileştirip, güçlü yönlerini dönüştürmeyi amaçlayan bir programdır (OECD, 2008). Sağlıkta büyük ölçekli reformları kapsayan, merkezinde insan yer alan SDP sağlık hizmetlerinin herkes tarafından erişilebilirliği, kalitesi ve etkinliği konularında iyileşmeler yapmayı hedeflemiş, 2003-2013 yılları arasında tamamlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Programın temel hedefleri, beş başlıkta açıklanmaktadır. İlk hedef, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlar tarafından erişilebilir kılınmasıdır; program, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri azaltmayı ve sağlık hizmetlerini daha yaygın hale getirmeyi amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015b). Bunun yanı sıra, kamu hastanelerinin iyileştirilmiş yönetim ve işleyişi programın ikinci hedefidir. Bu hedef doğrultusunda, kamu hastanelerinin yönetimi ve işleyişi daha etkin ve verimli hale getirilip, kamu hastanelerinin mali ve idari özerkliği güçlendirilerek performans dayalı yönetim modeli uygulamaya konulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2015b). Aile hekimliği sisteminin uygulamaya geçirilmesi programın bir diğer hedefidir. 2005 yılında pilot bölgelerde denemeye başlanan aile hekimliği sistemi 2010 yılı sonunda tüm illerde uygulamaya geçmiştir. Bu program ile vatandaşlara birinci basamak temel sağlık hizmetlerinin aile hekimleri tarafından sürekli ve kapsamlı bir şekilde sunulması amaçlanmıştır (Aile Hekimliği, 2010). Programın dördüncü hedefi ise, e-sağlık uygulamalarının geliştirilmesidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sektöründe bilgi teknolojilerinin kullanımını teşvik etmiştir. 3 Nisan 2015 tarihinde e-Nabız uygulaması kullanıma açılmış, bu uygulama sayesinde hastaneler arası entegrasyonda sağlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2016). Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) telefon ve internet üzerinde hastane randevularını düzenleyen bir sistemdir ve ilk defa 2010 yılında uygulanmaya başlamıştır (Kördeve, Uzun ve Ünal, 2017). Programın son hedefi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesidir. Program, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hasta güvenliğini iyileştirmek için bir dizi adım atmaktadır. Buna göre, sağlık tesislerinde kalite standartları ve akreditasyon süreçleri güçlendirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye’nin sağlık sisteminin dönüşümünde önemli bir adım olmuştur. Bu programın uygulanması, sağlık hizmetlerine erişimi ve kalitesini önemli ölçüde iyileştirmiş ve sağlık sektöründe verimliliği artırmıştır. 2003- 2013 yılları arasında sağlıkta dijitalleşme adına önemli adımlar atılmış, genel sağlık sigortasının uygulamaya geçirilmesi için düzenlemeler yapılmıştır. 2008 yılında Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur kanunları yürürlükten kaldırılarak tümünün tek çatı altında toplanmaları sağlanmış, “genel sağlık sigortası” adı altında tek bir çatı altında birleştirilmiştir (Mevzuat, 2006).

Tablo-2’de 2003-2013 yılları arasındaki on yıllık dönemde SDP kapsamında yapılan düzenlemeler ve yenilikler yer almaktadır.

**Tablo 2. 2003-2013 yılları arasında SDP kapsamında yapılan düzenlemeler ve yenilikler**

Yıl	Sağlık Politikaları
2003	<ul style="list-style-type: none"><li>• 112 Acil hizmetleri ücretsiz hâle getirildi.</li><li>• Tüm kırsal bölgede ücretsiz gezici sağlık hizmetleri yaygınlaştırıldı.</li><li>• Tüm vatandaşların mevcut sağlık sigortalarıyla özel hastaneler ve tıp merkezlerinden hizmet alması sağlandı.</li><li>• Sağlık Bakanlığına bağlı tüm kurumlarda Toplam Kalite Yönetimi (TKY) uygulanmaya başlandı.</li><li>• Performansa dayalı ek ödeme sistemine geçildi.</li></ul>
2004	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tüm vatandaşlara ücretsiz hizmet veren Kanser Erken Teşhis Tarama Eğitim Merkezleri (KETEM) açılmaya başlandı.</li><li>• Bebeklere ve hamilelere demir ilacı ve D vitamini ücretsiz dağıtılmaya başlandı.</li><li>• Yeşil kart sahipleri ayakta tedavi kapsamına alındı.</li><li>• Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hekim seçme hakkı uygulamaya kondu.</li><li>• 2003 yılında kurulan Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) hizmete açıldı.</li><li>• Devletin karşıladığı ilaç maliyetini azaltmak amacıyla Referans Fiyat Sistemi uygulamasına geçildi.</li><li>• Sağlık Bilgi İletişim Merkezi (SABİM) hizmete girdi.</li><li>• Mahrumiyet bölgeleri için sözleşmeli personel alınmaya başlandı.</li></ul>
2005	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kamu hastaneleri tek çatı altında birleştirildi, SSK'ya bağlı kişilerin kamu hastanelerinden hizmet alması sağlandı</li><li>• Yeşil karta sahip kişilerin kamu sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi ve ilaçlarını istedikleri eczanelerden alabilmeleri sağlandı.</li><li>• Düzce ilinde Aile Hekimliği Pilot Uygulaması başladı.</li><li>• Bakanlığa bağlı tüm hastanelerde "Hasta Hakları Birimi" kuruldu.</li></ul>
2006:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlık Bakanlığı hastaneleri için global bütçe uygulamasına başlandı.</li><li>• Kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşuları rutin aşılama programına dâhil edildi.</li><li>• Doğrudan gözetimli tedavi stratejisi (DGTS), tüberküloz hastaları için (verem savaşı) tüm şehirlerde uygulanmaya başlandı.</li><li>• Hipotiroidi Tarama Programı'nı başlatıldı.</li></ul>
2007	<ul style="list-style-type: none"><li>• Birinci basamak sağlık hizmetlerini tüm vatandaşların ücretsiz olması için düzenleme yapıldı.</li><li>• Sağlık Bakanlığı hastanelerinden Üniversite hastanelerine sevk zorunluluğu kaldırıldı.</li><li>• SGK ile sözleşmeli tüm Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde tüm hasta/hastane prosedürlerinde toplu (sabit fiyat) ödeme uygulamasına geçildi.</li><li>• SGK ile sözleşmeli hastanelerin, sigorta kapsamındaki yatan hasta ilaç ve tıbbi malzemelerinin temini ve hastadan ücret alınmısa ceza uygulaması getirildi.</li><li>• Yeşil kartlıların ayaktan tedavilerinde muayene, tetkik-tahlil, ilaç, diş çekimi ve protezi, gözlük ve acil tedavi giderleri ödeme kapsamına alındı.</li></ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acil ve yoğun bakım tedavileri tüm kamu hastaneleri ve özel hastanelerde ücretsiz hale geldi.</li><li>• Özel hastanelerde ¾ Yanık, kanser, yenidoğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp-damar cerrahisi işlemlerinden ilave ücret alınmaması sağlandı.</li><li>• Genel Sağlık Sigortası (GSS: 18 yaşın altındaki tüm nüfus ve eğitim görenlerin sigortalanması) uygulaması başlatıldı.</li><li>• Sigortalı olsun veya olmasın herkesin, salgın hastalık, iş kazası, meslek hastalığı ve acil durumlarda her türlü sağlık yardımlarından ücretsiz yararlanması için düzenleme yapıldı.</li><li>• Yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda tüm sigortalılar için yurt dışında tedavi olabile imkânı sağlandı.</li><li>• Özel sağlık tesislerinin hekim ve bazı tıbbi cihaz planlamaları Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenmesine başlandı.</li><li>• Çocukluk çağında özel uygulanan rotavirüs (Pentavalan) aşuları, rutin bağışıklama programına alındı.</li><li>• Biotinidaz Tarama Programı (Yenidoğan tarama testi) başlatıldı.</li><li>• Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programı başlatıldı.</li></ul>
2009	<ul style="list-style-type: none"><li>• İlaçta sahteciliği engellemek için İlaç Takip Sistemi (İTS) belirlenen pilot bölge ve eczanelerde hayata geçirildi.</li><li>• Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) Erzurum ve Kayseri illerinde pilot uygulama olarak başlatıldı.</li><li>• Eczane bulunmayan kırsal bölgelerde ilaçlara ulaşım için mobil eczane uygulaması başlatıldı.</li><li>• Konjuge pnömokok aşısı rutin bağışıklama programına eklendi.</li></ul>
2010	<ul style="list-style-type: none"><li>• Üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasına dair "Tam Gün Yasası" hazırlandı.</li><li>• Evde sağlık hizmetleri verilmeye başlandı.</li><li>• İlaç Takip Sistemi (İTS) ve Aile hekimliği uygulaması tüm yurttta uygulanmaya başlandı.</li><li>• 01.11.2010 tarihi itibarıyla Medula (Türkiye'de genel sağlık sigortası ile sağlık tesisleri arasında, sağlık tesislerinin iç süreçlerine müdahale etmeksizin fatura bilgisini elektronik olarak toplamak ve hizmetlerin ödenmesini gerçekleştirmek için oluşturulmuş bütünsel sistem) sistemini kullanan tüm sağlık hizmeti sunucularında E-Rapor uygulamasına geçildi.</li><li>• ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı kullanıma açıldı.</li></ul>

**Tablo 2 Devamı. 2003-2013 yılları arasında SDP kapsamında yapılan düzenlemeler ve yenilikler**

Yıl	Sağlık Politikaları
2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması için Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname çıkarıldı.</li> <li>Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) ve aynı sistemin online randevu sistemi tüm yurtta uygulamaya konuldu.</li> <li>Sağlık çalışanına karşı şiddeti önlemek için “Beyaz Kod Sistemi” başlatıldı.</li> <li>Kompozit doku nakilleri ile ilgili uygunluk kriterleri belirlendi.</li> <li>“Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarının nleme ve Kontrol Programı” uygulanmaya başlandı.</li> <li>Sigara Bıraktırma Merkezleri’nde bıraktırma ilaçları ücretsiz dağıtılmaya başlandı.</li> <li>Kamu Hastane Birlikleri (KHB) 2011 yılında yayımlanan “663 sayılı Kanun Hükümünde Kararname” ile kuruldu (Resmi Gazete, 2011).</li> </ul>
2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları değerlendirme çalışmaları hızlandırıldı, kalite standartları setlerinde değişiklikler yapıldı.</li> <li>Türkiye’de sağlık turizminde sağlık tesisleri tarafından verilen hizmetlerin oranını arttırmak için Sağlık Turizmi Eylem Raporu yayınlandı.</li> </ul>
2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Farklı bölgelerde 17 adet kapsamlı Şehir hastanesinin projesi hazırlandı ve Ankara-Adana-Mersin-İzmir-Yozgat hastanelerinin temeli atıldı.</li> <li>Sağlık Turizmi Değerlendirme Raporu uygulamaya kondu.</li> <li>Ulusal Kemik İliği ve Kordon Kanı Bankası kurmak amacıyla “Uygun Gönüllü Vericilerin Belirlenmesi ve örneklerin Alınması Protokolü” (TRKK) başlatıldı.</li> <li>Hastanelere geri bildirim sağlamak için klinik kaliteyi arttırma süreci başlatıldı ve gösterge panelleri geliştirildi.</li> <li>Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) ve 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde mini izleme takip cihazları (küresel konumlama sistemleri) kullanılmaya başlandı.</li> <li>Yurt dışından ileri medikal teknolojilerin ve yabancı sermayenin girişini kolaylaştırmak ve ülkenin bölgenin uzmanlık merkezi haline getirmek için mevzuat ve yasa düzenleme çalışmalarına başlandı.</li> <li>Hasta/alışan güvenliği ve memnuniyeti ile ilgili çalışmalar başlatılarak sağlık hizmetleri kalitesinin arttırılması planlandı.</li> <li>Alkol Kontrol Programı başlatıldı.</li> </ul>

**Kaynak:** *Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü,2018), Sağlık Bakanlığı (Sağlık Bakanlığı, 2015a), Sağlık Bakanlığı e- kütüphane (Sağlık Bakanlığı, 2011), Türkiye Sağlık Portalı adreslerinde yer alan bilgiler derlenerek yazarlar tarafından oluşturulmuştur.*

Türkiye’deki sağlık sistemi, sağlık harcamaları bakımından OECD lkeleri arasında alt sıralarda yer almaktadır. Sonuçlar karşılaştırılırken ortalama yaşam süresi, bebek ölümleri ve hastalık prevalansı gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Türkiye diğer ülkelere göre daha düşük ortalama yaşam süresine ve daha yüksek bebek ölüm oranlarına sahiptir. Bunun yanında yetersiz altyapı ve sağlık personelinin yetersizliği de bu sıralama da etkilidir. Fakat son yıllarda yapılan sağlıkta dönüşüm uygulamalarıyla, sağlık sisteminin iyileştirilmesiyle ilgili atılımlar yapılmıştır ve eksiklikler giderilmiştir (Daştan ve etinkaya, 2015). 2003- 2013 yılları arasındaki dönemde, temel sağlık hizmetlerinde önemli iyileşmeler gerçekleşmiş, bebek ve anne ölümleri hızla azalmış ve doğumda beklenen yaşam süresi artmıştır. 2002 yılında kişi başi hekim müracaat sayısı 3,2 iken, 2011 yılında 8,2’ye, sağlık çalışanı sayısı 378 binden 670 bine, aşılama oranı %77’den %97’ye çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014). 2003-2013 yılları arasında yapılan değişim ve dönüşüm hizmetleri memnuniyete de yansımış 2012 yılında sağlık hizmetlerinden memnuniyet %75’e yükselmiştir (TÜİK, 2013).

### 2013-2023 sağlıkta dönüşümün ikinci dönemi

Sağlıkta Dönüşüm Programı bir dönüşüm ve reform sürecidir. Bu programla sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansmanı ve sunumu ile ilgili önemli gelişmeler gerçekleştirilmiştir. SDP iki aşama olarak planlanmıştır; ilk aşamanın ardından Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018), 2 Temmuz 2013 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından kabul edilmiştir. Plan doğrultusunda gerçekleşen hedefler Tablo-3 de yer almaktadır.

**Tablo 3. Onuncu Kalkınma Planına göre (2014-2018) yapılan düzenlemeler ve yenilikler**

Gerçekleşen Hedefler	Gerçekleştiği yıllar
2010-2014 yılları arasında Stratejik eylem planında sağlık turizmi ile ilgili düzenlemeler yer almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014)	2010-2014
Türkiye Aşır Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (Sağlık Bakanlığı, 2015c)	2011-2015
Ulusal Kanser Kontrol Programı (Sağlık Bakanlığı, 2015c)	2013- 2018
Sağlık Endüstrilerinde Dönüşüm zel İhtisas Komisyonu kuruldu. “Tıbbi Cibaz alışma Grubu” ve “İlaç alışma Grubu” olmak üzere iki çalışma grubu olarak çalışmalarını yrtmştir (Resmi Gazete, 2014)	2014



**Tablo 3 Devamı. Onuncu Kalkınma Planına göre (2014-2018) yapılan düzenlemeler ve yenilikler**

Tıbbi Cihaz Satış, Reklam ve Tanıtım Yönetmeliği: Tıbbi cihazların satışının denetlenmesi (Resmî Gazete, 2014)	2014
Yerli üretimi desteklemek için yerli malına yüzde 15 fiyat avantajı uygulanması Kamu İhale Kanunu ile zorunluluk haline getirilmiştir (Özel İhtisas Komisyonu, 2014)	2014
Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (Sağlık Bakanlığı, 2015c)	2014-2017
Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (Sağlık Bakanlığı, 2015c)	2014- 2017
Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (Sağlık Bakanlığı, 2015c)	2014-2017
Alo 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı (Sağlık Bakanlığı, 2019)	2015
Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu-SATURK kurulmuştur (Resmî Gazete, 2015)	2015
Teletıp ve Teleradyoloji Sistemi pilot uygulama (Sağlık Bakanlığı, 2019)	2015
Ulusal Tütün Kontrol Programı-Eylem Planı (Sağlık Bakanlığı, 2015c)	2015-2018
Türkiye Diyabet Programı (Sağlık Bakanlığı, 2015c)	2015- 2020
Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (Sağlık Bakanlığı, 2015c)	2015- 2020
Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (Sağlık Bakanlığı, 2015c)	2015-2020
Teletıp ve Teleradyoloji Sisteminin tüm Türkiye'deki hastanelerin entegre edilip uygulanması (Sağlık Bakanlığı, 2015c)	2016
Aile hekimliği hizmetlerini desteklemeyi ve güçlendirmeyi amaçlayan Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM)kurulmuştur (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018)	2017

**Kaynak:** Tablo literatür taramasına göre yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

Planlanan hedeflerin 2019-2023 yılları arasında uygulanan on birinci kalkınma planı 18 Temmuz 2019 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından kabul edilmiştir. Plan çerçevesinde temel amaç; “*Vatandaşlarımızın sağlığını korumak, geliştirmek ve herkesin bakkaniyet içinde kaliteli sağlık hizmetine erişmesini sağlamak*” olarak ifade edilmiştir. Planda nihai amaca ulaşılmayı sağlayacak 6 amaç, amaçlara yönelik 41 hedef ve 194 strateji belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022a).

Bu belirlenen amaçlar doğrultusunda 2019-2023 yılları arasında yapılan düzenlemeler ve yenilikler Tablo-4 de yer almaktadır.

**Tablo 4. 2019-2023 yılları arasında uygulanan on birinci kalkınma planı doğrultusunda yapılan düzenlemeler ve yenilikler**

Başlanan Uygular	Gerçekleştiği yıllar
T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Program (Yardım, Kocadağ ve Aydın, 2019)	2019-2023
Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi Ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı (Yardım vd., 2019)	2019-2023
Akut Halk Sağlığı Tehditlerine Yönelik Erken Uyarı Cevap Sistemi Uygulama Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2019)	2019
Çalışanların sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla 05.07.2019 tarihinde yayımlanan “İşyeri Ziyaretlerinde Uyulacak Usul ve Esaslar” doğrultusunda çalışan sağlığı birimleri aracılığı ile işyeri ziyaret programına başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2019).	2019
"Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı" yayımlandı (Sağlık Bakanlığı, 2019).	2019-2024
Pandemi ile mücadele kapsamında aşılama süreci başlatıldı (Sağlık Bakanlığı, 2021).	13.01.2021
Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Eylem Planı güncellenmiş bu kapsamda birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalp ve damar hastalıkları risk analizi ile yüksek tansiyon, inme ve benzeri kronik hastalıkların takibi başlatılarak kronik hastalıkların erken dönemde teşhis, takip ve uygun tedavisi sağlanabilmektedir (İrmak, Yardım, Temel ve Keklik, 2021).	2021
2015 yılında pilot bölgelerde başlatılan “Uzakta Sağlık Hizmet Sunumu (Teletıp)” uygulamaları 2021 yılında COVID-19 Pandemisi esnasında bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi, kontrolü ve yönetimini arttırmak hem de benzer sağlık tehditlerine hazırlıklı olmak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü iş birliğinde tüm ülkede uygulamaya geçmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2021).	2021
Evlilik öncesi dönemde “Spinal Musküler Atrofi (SMA) Taşıyıcı Tarama Programı” başlatılmış, Aile hekimliği birimlerinde alınan kan örnekleriyle 560.706 kişiye tarama yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2022b).	2021
Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (İrmak, vd., 2021)	2021-2026

**Tablo 4 Devamı.** 2019-2023 yılları arasında uygulanan on birinci kalkınma planı doğrultusunda yapılan düzenlemeler ve yenilikler

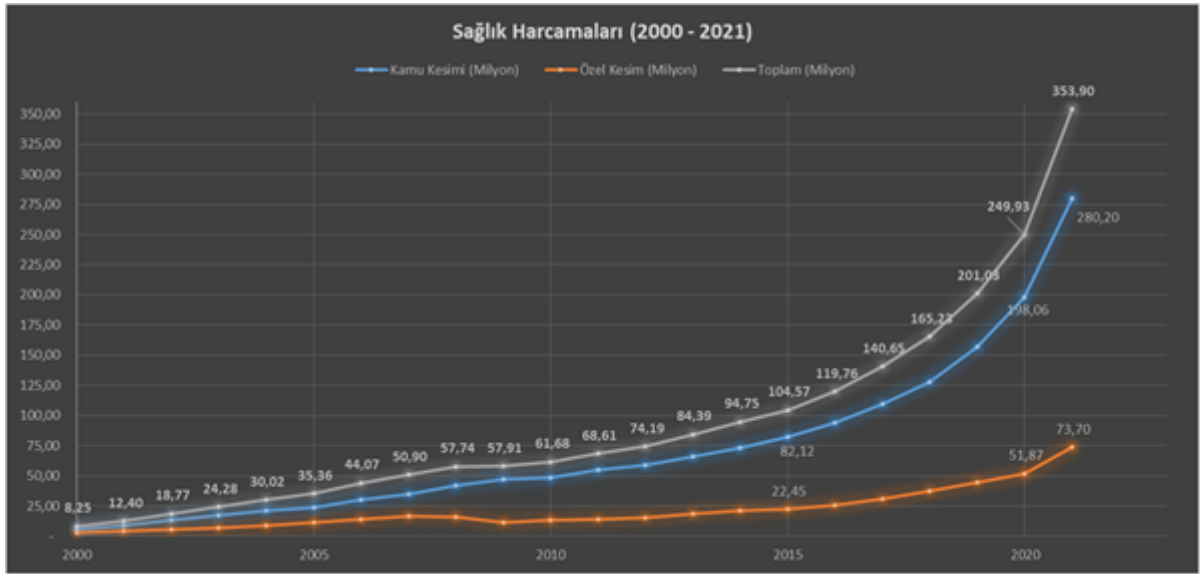
Başlanan Uygular	Gerçekleştiği yıllar
Sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu belde, köy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerlerine gezici sağlık hizmeti planlanarak, aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarınca gezici sağlık hizmeti sunulmuştur. (Sağlık Bakanlığı, 2022b).	2022
Aile Dış Hekimliği Pilot Uygulaması Eskişehir, Karabük ve Kırşehir illerinde başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2022b).	2022
Sağlık Bakanlığı 2 adet yataklı çocuk-ergen arındırma merkezi ile 1 adet yataklı erişkin arındırma merkezi açmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2022b).	2022
Bağımlılığ tedavisi veren merkezlerde hizmet kalitesini en üst düzeye çıkarmak ve hizmetin bütün merkezlerde aynı düzeyde olması için “Aşgari İşleyiş Standartları Rehberi” yayınlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2022b).	2022
“Alkol ve Madde Kullanım Boşuklukları Tedavi ve İzlem Klinik Protokolü” yayınlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2022b).	2022

**Kaynak:** Tablo literatür taramasına göre yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

### Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Mevcut Durumu ile ilgili Bilgiler

Türkiye’de toplam sağlık harcamaları özellikle 2015 yılı sonrasında daha önceki yıllara göre daha hızlı (ortalama 22,8 artış hızı) artış göstermiştir. Kamu kesiminin sağlık harcamaları, özel kesime göre (kamu %241 artış gösterirken özel sektör %228 artış göstermiştir) daha yüksek oranda artmıştır (Grafik 3).

**Grafik 3.** 2000-2021 Sağlık Harcamaları



**Kaynak:** TÜİK yıllara göre sağlık harcamaları verilerinden faydalanılarak yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

Türkiye’de toplam sağlık harcamaları 2021’de, bir önceki yıla göre yüzde 41,6 artarak 249 milyar 900 milyon liradan 353 milyar 900 milyon liraya yükselmiştir (TÜİK, 2021). 2021 yılında Türkiye’deki toplam sağlık harcamalarının %79,17’si kamu tarafından gerçekleştirilmiştir (Tablo-5).

**Tablo 5.** Kamu ve Özel Kesime ait Sağlık Harcamaları

Yıllar	Kamu Kesimi (Milyon)	Özel Kesim (Milyon)	Toplam (Milyon)
2013	66,23	18,16	84,39
2014	73,38	21,37	94,75
2015	82,12	22,45	104,57
2016	94,01	25,74	119,76
2017	109,74	30,90	140,65
2018	128,02	37,21	165,23
2019	156,82	44,21	201,03
2020	198,06	51,87	249,93
2021	280,20	73,70	353,90

**Kaynak:** TÜİK verilerinden faydalanılarak yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

2075'te yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %27,7 olacağı tahmin edilmektedir. 2023'te 8,6 milyon olan yaşlı nüfus (65 ve üzeri yaşta kişiler) 2050'de 19,5 milyona, 2075'te ise 24,7 milyona çıkacaktır. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı 2023'te %10,2'ye, 2050'de %20,8'e, 2075'te %27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (TÜİK, 2013). Nüfus artış hızının 2050 ve 2075'li yıllara yaklaştıkça yavaşlaması ve genç nüfusun giderek yaşlanması öngörülmektedir. Bu nedenle, ilerleyen dönemlerde sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın giderek artması beklenmektedir (Sezgin 2015; TÜİK 2017). Bu doğrultuda yıllara ve sektörlere göre hastane sayıları Tablo-6'da hastane yatak sayıları ise Tablo-7'de yer almaktadır. Yıllar içinde Üniversite hastanelerinde artış fazla olmamakla birlikte, kamu ve özel hastane sayılarında son yıllarda sürekli bir artış gözlenmektedir (Grafik 4). Sağlık Bakanlığı hastanede bulunan yatak sayılarında ise en fazla artış olmuştur (Grafik 5).

**Tablo 6. Türkiye'de Sağlık Kurumları Sayısı**

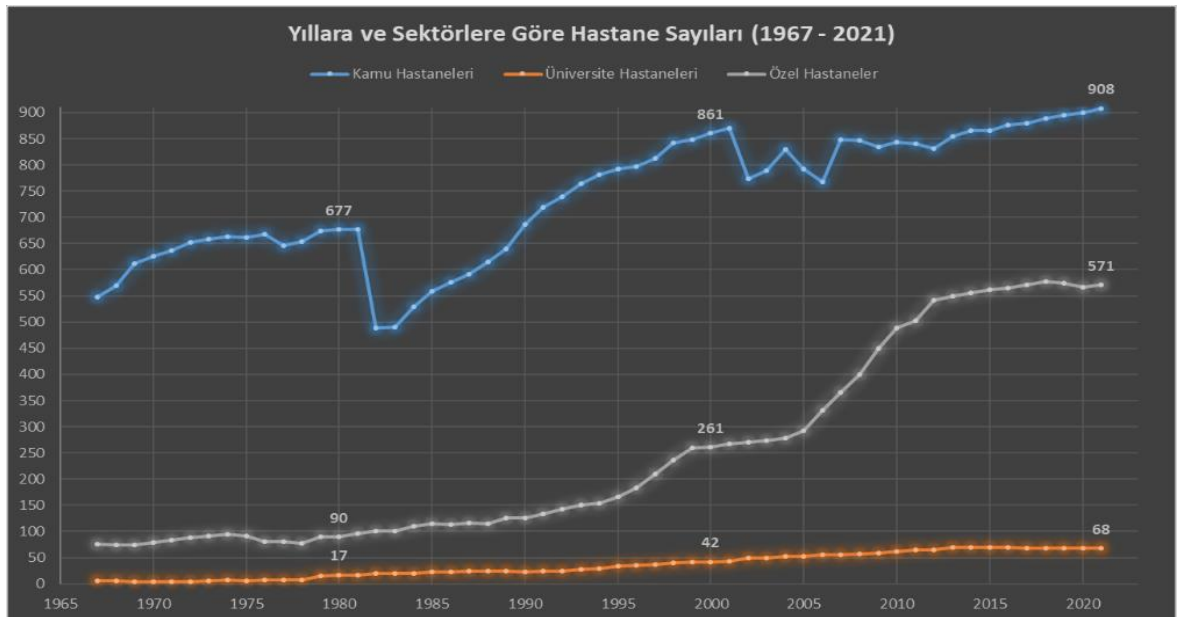
Yıllar	Kamu Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri	Özel Hastaneler	Diğer	Yataksız Sağlık Kurumu	Genel Toplam
2013	854	69	550	44	28599	30116
2014	866	69	556	37	28648	30176
2015	865	70	562	36	28916	30449
2016	876	69	565	-	31471	32981
2017	879	68	571	-	32067	33585
2018	889	68	577	-	33025	34559
2019	895	68	575	-	33057	34595
2020	900	68	566	-	33087	34621
2021	908	68	571	-	33394	34941

**Kaynak:** TÜİK verilerinden faydalanılarak yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

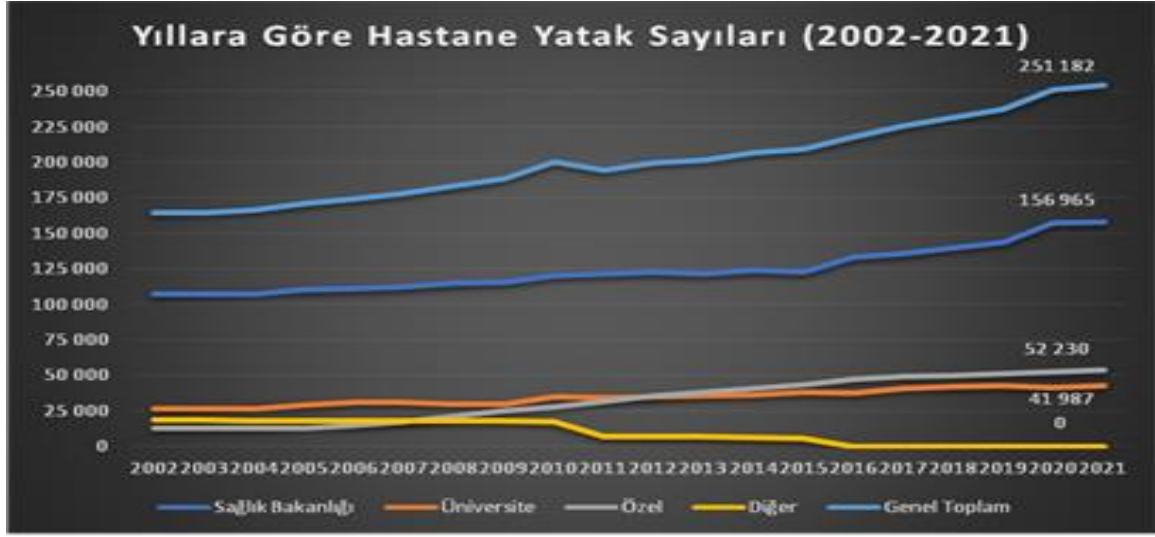
**Tablo 7. Türkiye'de Hastane Yatak Sayıları**

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer	Genel Toplam
2013	121 269	36 056	37 983	6 723	202 031
2014	123 690	36 670	40 509	5 967	206 836
2015	122 331	38 361	43 645	5 311	209 648
2016	132 921	37 707	47 143	-	217 771
2017	135 339	41 324	49 200	-	225 863
2018	139 651	42 066	50 196	-	231 913
2019	143 412	42 925	51 167	-	237 504
2020	156 965	41 987	52 230	-	251 182
2021	157 714	42 978	53 805	-	254 497

**Kaynak:** TÜİK verilerinden faydalanılarak yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

**Grafik 4. Yıllara ve sektörlere göre hastane sayıları**

**Kaynak:** TÜİK verilerinden faydalanılarak yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

**Grafik 5.** Yıllara göre hastane yatak sayıları

**Kaynak:** TÜİK verilerinden faydalanılarak yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

2020 yılı verilerine göre, Avrupa Birliği (AB) ülkelerindeki hastane sayıları ile kıyaslandığında, Türkiye hastane sayısı bakımından Almanya, Fransa ve Birleşik Krallık'dan sonra dördüncü sırada yer almaktadır (Tablo-8). Türkiye'deki faal hastane sayısı 1.500'ü aşarken bunların 571'ini özel hastaneler oluşturmaktadır. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda Türkiye'de devlet ve özel sektörün iş birliğinin sürmesi ve yatırımların devam etmesiyle, hastane sayılarında gelişmiş ülkeler seviyesine yakın zamanda ulaşabileceği öngörülmektedir.

**Tablo 8.** AB Ülkelerindeki Hastane Sayıları

Ülkeler	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Avusturya	270	273	280	282	284	282	277	275	268	265	267	268
Belçika	195	195	194	190	180	179	177	175	174	164	163	163
Çek Cumhuriyeti	255	255	252	253	257	256	260	258	256	258	263	265
Estonya	57	55	56	31	30	30	30	30	30	30	29	..
Finlandiya	280	275	263	259	258	268	262	247	241	239	249	..
Fransa	2707	2681	2657	3192	3111	3089	3065	3046	3042	3008	2989	..
Almanya	3301	3278	3229	3183	3138	3108	3100	3084	3051	3026	3006	..
Yunanistan	310	314	302	290	283	283	280	277	271	270	..	..
Macaristan	175	173	176	173	174	168	168	165	163	163	163	..
İzlanda	9	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	..
İrlanda	99	98	95	..	..	..	86	86	86	86	86	..
İtalya	1230	1184	1156	1135	1121	1115	1090	1063	1059	1056	1065	..
Letonya	67	70	66	65	64	67	65	63	62	61	60	..
Litvanya	113	105	105	99	94	95	93	93	95	94	78	..
Lüksemburg	12	13	13	13	12	12	12	10	10	10	10	10
Hollanda	427	449	499	509	505	517	534	546	549	568	618	..
Polonya	953	968	1038	1085	1096	1067	1064	1274	1276	1236	1237	..
Portekiz	231	226	229	226	225	225	225	225	230	240	241	..
Slovakya	137	140	137	136	134	134	133	131	130	129	132	..
Slovenya	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
İspanya	765	763	759	764	763	765	764	779	782	777	771	..
İsviçre	300	300	298	293	289	288	283	281	281	281	276	..
Türkiye	1440	1453	1483	1517	1528	1533	1510	1518	1534	1538	1534	..
Birleşik Krallık	..	..	1747	1645	1568	1882	1922	1920	1910	1978	1921	..

**Kaynak:** TÜİK verilerinden faydalanılarak yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

### Sağlıkta Dönüşüm Programının Uygulama Sürecinde Yeni Organizasyonel Yapı

Türkiye'de XXI. yüzyıldan itibaren uygulamaya alınan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte, ülkemizin ulusal ve uluslararası alanda rekabet ve marka gücünü artırabilecek bir biçimde sağlık hizmetlerinin yeniden belirli hedefler doğrultusunda yapılandırılması hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003). Bu amaçla sağlıkta uygulanan yapısal reformlar SDP programı içerisinde yer almaktadır. SDP temel olarak

etkililik, verimlilik, kalite, hakkaniyet, hasta memnuniyeti gibi temel ilkeler üzerine kurulmuştur. Anayasanın 60. maddesi “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar” der. Bununla birlikte Anayasanın 56. Maddesi’nde yer alan “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” hükmü yazılıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde, 1990’lı yıllarda ülkemizde sağlık bileşenlerinin temelini aşağıdakiler oluşturmaktaydı.

1. Sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,
2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği içerisinde geliştirilmesi,
3. Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
4. Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

1990 – 2002 yılları arasında uygulamaya alınan yukarıdaki bileşenlerin teorik açıdan etkili fakat uygulama açısından yeterli olmadığı anlaşılmıştır. 2003 yılında uygulamaya alınan Sağlıkta Dönüşüm Projeleri ile, sağlık sektöründe ve hizmetlerinde gelişim programları dikkate alınarak yeni döneme geçiş başlamıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programında yer alan hedeflerin gerçekleştirilmesinde ülkemiz için sağlık hizmetlerinde yeni bir organizasyon türü olan şehir hastaneleri modeli uygulamaya alınmıştır. Şehir Hastaneleri kamu-özel ortaklığıdır. Kamu özel ortaklığı modeli bir hizmetin gerçekleşmesi amacıyla risk ve getirilerin ortaklar arasında bölüştüğü yeni bir hizmetin inşası, işletilmesi veya eski bir hizmetin bakım-onarımı, kiralanması gibi durumlarda özel sektörün katılımının sağlanmasıdır. Bu model, 1990’lı yılların başlarından itibaren dünyada sağlık hizmetlerinde kullanılmaya başlanmıştır (Doğanoğlu, 2022). İlk uygulama 1660 yılında İngiltere’de yol inşaatlarında özel sektörün katılımıyla gerçekleşmiştir. Endüstri devrimi sonrası 1860’larda bu uygulama artmıştır fakat ekonomik kriz nedeniyle Avrupa genelinde birçok yatırımcı iflas etmiştir. 1869 yılında tamamlanan Süveyş Kanalı en çok bilinen kamu özel iş birliği projelerindedir. 1859 yılında başlanan ve Mısır valisi Said Paşa tarafından desteklenen projede kamu sermayedar rolündedir (Levy, 1996). Dünya genelinde hükümetler diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da teknolojinin getirdiği artan finansal ihtiyaçlardan dolayı büyük maliyetlerle karşı karşıya kalmıştır. Mevcut hastanelerin ve diğer sağlık merkezlerinin birçoğu modern sağlık hizmetlerinin sağlanmasına uygun olmadığı gözlenmiştir. Artan finansal ihtiyaçları karşılamak için devletler sağlık sektöründe de kamu özel ortaklığını kullanmak zorunda kalmışlardır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2008).

Kamu-Özel Ortaklığı Uzmanlık Merkezi (European PPP Expertise Centre- EPEC) verilerine göre tüm dünya ülkelerinde 1980 öncesinde sağlık sektöründe kamu özel işbirliğine başvuran bir ülke olmadığı görülmektedir. Kamu özel ortaklığı sağlık alanında 1980’li yıllarda uygulanmaya başlanmış ve ilk örnekleri, 1987 ve 1989 yıllarında İtalya’da, 1997’de İspanya’da yer almıştır (European Investment Bank, 2020 Akt: Alay, 2022). İngiltere’de ise sağlık alanında ilk ortaklık 1990’lı yıllardadır ve 12 yılda toplam 100 hastane yapılmıştır. İngiltere’de kamu özel işbirliğinin kanunlaşması ise 1997 yılında özel bir yasa ile olmuştur (Doğanoğlu, 2022).

Uluslararası kamu-özel ortaklığı uygulamalarındaki deneyimler de işletim modelinin bu kapsamda geliştirilmesinin proje başarısı için önemli olduğunu göstermektedir. Avustralya; eyaletlerinde farklılık gösteren birçok model geliştirmiştir, İngiltere’de; tasarla, yap, finanse et ve işlet modeli kullanılmaktadır, Kanada, Portekiz ve İspanya’da; daha küçük ölçekli olarak İngiliz modeli bulunmaktadır, Yunanistan’da; tesis hizmetlerinde kamu özel ortaklığından faydalanılmakta, İspanya’da ise Alzira Hospital da kamu özel ortaklığının tanımlandığı özel bir konsorsiyumda özgün bir model geliştirilmiştir. Tüm bu modeller karşılaştırıldığı zaman kamu özel ortaklığında “maliyet, kalite, esneklik ve karışıklık” yöntemini birleştiren işletim modelinin başarıyı getirdiği ifade edilebilir (McKee, Edwards ve Atun, 2006).

Türkiye’de diğer ülkelere göre daha sonraki dönemlerde başlayan kamu özel işbirliği 1984 yılında çıkarılan 3096 sayılı “Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtım ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtım ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun” ile yürürlüğe girmiştir (Mevzuat, 1984). Sağlık alanında ise kamu-özel ortaklığı projelerini hayata geçirmek üzere 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile 3359 sayılı Temel Sağlık Kanunu’na yeni bir

madde eklenmiştir (Mevzuat, 1987). Bu maddede; “kurulacak sağlık kuruluşlarının, Sağlık Bakanlığınca verilen ön proje ve temel ihtiyaçlar çerçevesinde, kırk dokuz yılı geçmemek kaydıyla belirli bir süre için belirli bir bedel üzerinden kiralama karşılığı, gerçek veya özel tüzel kişiler tarafından yaptırılabilir” belirtilir (Mevzuat, 2005). Bu düzenleme sonrası 2013 yılında yayınlanan “6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” ile Sağlık Bakanlığı ve paydaşlarınca yapılması planlanan kamu-özel ortaklığı modeline ait tesislerin kurulmasına ilişkin belirlenecek temel standartların usul ve esasları belirlenmiş, özel yatırımcıların sağlık sektörüne yatırım yapması teşvik edilmiştir (Mevzuat, 2013).

1986-2017 yılları arasında Türkiye’de 225 kamu-özel sektör ortaklığı projesi için uygulama sözleşmesi imzalanmıştır. Bu sözleşmelerin %9,3’ü sağlık hizmetleri ile ilgili sözleşmeleridir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018). Kamu-özel ortaklığı ile hayata geçirilen şehir hastanelerinden önce teknolojinin maliyetinin ve nüfusun artması nedeniyle kamu artan maliyetlere yetişememekteydi. XX. yüzyılın sonlarında tüm dünyada gerçekteşen teknoloji ve sağlık hizmetlerindeki değişim ve gelişmeler küreselleşmeyi beraberinde getirerek rekabeti de artırmıştır. Küreselleşme ve artan rekabetle işletmelerin de tüm fonksiyonları etkilenmiştir. İşletmeler yeteri kadar kâr sağlamak ve sürekliliklerini daim kılmak için bu küresel rekabet ortamına ayak uydurmak zorundadırlar. Giderek zorlaşan rekabet koşulları ve değişen tüketici talepleri; hizmet ve üretim süreçlerini, teknolojiyi, organizasyon yapılarını, kısacası işletmeleri yenilikçi ve yaratıcı olmaya zorlamaktadır. Hizmet kamu tarafından verilse de benzer bir durum geçerlidir.

Kamu özel iş birliği yönetim modellerinden olan Yap – İşlet – Devret modeli 2000’li yıllardan itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Özellikle 2005 yılında Türkiye gündemine giren ve sağlık sisteminde yer almaya başlayan bu model aktif olarak kullanılmaya başlanmıştır. Sağlıkta değişim ve dönüşüm projeleriyle birlikte özellikle klinik hizmetleri süreçlerinde kullanılmaya başlanması, dışarıdan özel sektör marifetiyle süreçlerin yönetilmesi ile uygulamaya alınmıştır. Kamu özel iş birliği modeliyle risk, devlet ve özel yatırımcı arasında paylaşılmakta ve hastalara doğrudan verilen hizmet devlet tarafından verilmektedir. Ekipman, malzeme tedariki gibi diğer işlemler özel yatırımcının sorumluluğunda yer almaktadır (Öge ve Baş, 2016:108).

Dünyada Kamu Özel İşbirliği modeli olarak tabir edilen bu yöntem, ilk olarak İngiltere’de uygulanmaya başlanmıştır. Türk Sağlık sisteminin Dünyada iyi uygulamaları transfer etmeye başlamasıyla birlikte bu model şehir hastaneleri ve birçok hastanenin bir araya getirilerek kurulan entegre sağlık kampüsleri olarak planlanmıştır. Sağlık sektörü, artan bakım maliyetleri, kaliteyi iyileştirme çabaları ve eşişsizlikler gibi birçok zorlukla karşı karşıyadır. Kamu ve özel iş birliği ile sektörel anlamda iyi yönler bir araya getirilerek bu sorunlar çözülmeye çalışılmaktadır. Şehir hastanelerinin en dikkat çeken özelliği; fiziki yapılarının modern ve teknolojik tasarımıdır. Bu hastaneler yeni tesisler olmasından kaynaklı fiziksel imkânları avantaj olmakla birlikte, kamu-özel ortaklıklarından yararlanmanın da bazı faydaları bulunmaktadır. Özel sektörün kaliteli hizmet anlayışı ve otelcilik hizmetlerindeki başarısı ve bazı hizmetlerde hızlı hareket etmesi, maliyetin fazla olduğu alanlarda hızlı yatırım yapması, kamu özel ortaklıklarında özel sektörün avantajlarıdır. Bütün bunlar dikkate alındığında şehir hastanesi olanaklarının hasta memnuniyetine olumlu etki yaptığı sonucuna varılabilir (Gökkaya ve Erdem, 2020).

Türkiye’nin ilk şehir hastanesi 2013 yılında Mersin’de açılmıştır. Ardından Adana, Kayseri, Ankara Bilkent ve Manisa şehir hastaneleri de hizmete girmiştir. 2013-2023 yılları arasında 21 şehir hastanesi hizmete başlanmıştır; 13 şehir hastanesinin inşaatı devam etmekte olup bu hastanelerden Gaziantep Şehir Hastanesi, Kütahya Şehir Hastanesi, Kocaeli Şehir Hastanesi ve İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi’nin, ayrıca Diyarbakır, Mardin ve şanlıurfa şehirlerinin yanı sıra Batman, Kars, Bingöl, Muş, şırnak ile Siirt şehirlerinde 500 yataklı hastaneler 2023 yılında tamamlanarak bölge halkının hizmetine açılması hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022b).

Sağlık Bakanlığı’nın liderliğinde yapımı devam eden şehir hastanelerinin açılmasıyla birlikte 30’dan fazla şehir hastanesi hizmet vermeye başlayacaktır (Tablo 9). Bu entegre tesislerin işletmeye alınmasıyla birlikte, yaklaşık 15 bin yatak kapasitesi daha sağlık sistemine kazandırılacaktır. İşletmeye alınan şehir hastaneleri 43 binden fazla yatak kapasitesine sahip olacaktır. Her hastaya 1 oda vizyonuyla inşa edilen şehir hastanelerindeki hasta odalarının çoğu, içindeki tuvalet, banyo, televizyon, buzdolabı, eşya dolabı ile hasta ve yakınlarının kullanımına sunulmaktadır. Diğer yandan Türkiye’nin bir deprem ülkesi olması ve son yıllarda artan deprem hareketleriyle birlikte hastanelerin depreme ne kadar dayanıklı oldukları gündeme gelmektedir. İnşa edilen ve inşası devam eden şehir hastaneleri sismik deprem izolatörleri kullanılarak olası deprem afetlerinden hasarsız veya en az hasarlı çıkacak şekilde tasarlanmışlardır. Hizmete giren/girecek şehir hastaneleri, afet durumlarında sağlık üssü görevini yürüteceklerdir.

**Tablo 9.** Türkiye’de Şehir Hastanelerinin Yatak Kapasiteleri

No	Şehir Hastaneleri	Yatak Kapasiteleri
1	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	4050
2	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	4050
3	Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi	2682
4	Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri	2400
5	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2060
6	Gaziantep Şehir Hastanesi	1875
7	Şanlıurfa Sağlık Kampüsü	1700
8	Kayseri Şehir Hastanesi	1607
9	Adana Şehir Hastanesi	1595
10	Bursa Şehir Hastanesi	1355
11	Mersin Şehir Hastanesi	1330
12	Konya Karatay Şehir Hastanesi	1250
13	Eskişehir Şehir Hastanesi	1235
14	Kocaeli Şehir Hastanesi	1218
15	Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi	1038
16	Isparta Şehir Hastanesi	845
17	Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cümaloğlu Şehir Hastanesi	605
18	Kütahya Şehir Hastanesi	600
19	Manisa Şehir Hastanesi	558
20	Yozgat Şehir Hastanesi	475

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı verilerinden faydalanılarak yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

### Sonuç

Tarih boyunca Türk devletleri sağlık alanında önemli ilerlemeler kaydetmiştir. Özellikle Anadolu Selçuklu devleti çok sayıda sağlık kurumu inşa ederek bu kurumlarda sadece hastalıkların tedavisi değil cerrahi operasyonlarda gerçekleştirmişlerdir. Tıp ve eczacılık alanlarına destek vermişler ve bu alanlarda birçok bilim insanının yetişmesini sağlamışlardır. Sağlık alanında yaptıkları yatırımlarla dönemin en büyük tıp merkezlerine sahip olmuşlardır (Akyay, 1982). Cumhuriyetin kurulmasıyla düzenli ve ulaşılabilir bir sağlık sistemi oluşturmak amacıyla sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonuna, fiziki yapı, sağlık personelinin istihdamı ve eğitimi konularına önem verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015). XIX. yüzyılda diğer ülkelerde de sağlık hizmetlerine ulaşım ve kalite yönünden pek çok sorun bulunmaktaydı. Örneğin İngiltere’de hastanelerin ücretli olması ve yeterli sağlık personeli bulunmadığından sağlık hizmeti belirli bir tabakaya verilmekteydi (Eke ve Kişi, 2019). XX. yüzyıl başlarında diğer Avrupa ülkelerinde de sosyal sağlık sistemlerinin kuruluşu ve modernizasyon çalışmaları başlamıştı. XX. yüzyılın sonlarına kadar çıkarılan kanunlarla ve sağlık sistemindeki düzenlemelerle organizasyon ve hizmet anlamında diğer Avrupa devletlerine göre büyük ilerleme kaydeden ülkemiz, yüzyılın sonlarında değişen sağlık anlayışı ve teknoloji ile bir duraklama dönemine girmiştir. 1978 yılında Alma-Ata Bildirgesi Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı sonucunda tüm dünyada temel sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanmaya başlamış ve bu da sağlıkta reform sürecini başlatmıştır (Alma-Ata Bildirisi, 1978). Tüm sağlık hizmetlerinde değişim ve dönüşümü vurgulayan bu reform süreci Türkiye’de 2003 yılında başlamıştır (Akdağ, 2008).

Günümüz koşullarında Türkiye ve diğer ülkelerin sağlık hizmetleri ve sağlık politikaları değerlendirildiğinde Türkiye’nin aleyhine önemli sınırlılıklar mevcuttur. Bu sınırlılıkların kapatılması için 1990’lı yıllarda sağlıkta reform her stratejik planda gündeme gelmiş fakat dönemsel engeller ve mali sorunlar nedeniyle gerçekleştirilememiştir. Sağlık, sosyo-ekonomik ve kültürel bileşenleri olan çok daha geniş ve çok boyutlu bir kavramdır ve gelir dağılımı, yoksulluk, işsizlik gibi yapısal sorunlarla birlikte ele alınmalıdır. Bu anlamda ülkemizde 2003 yılında başlatılan sağlıkta dönüşüm programı sağlık alanında vatandaşın beklentilerine hizmet etmektedir. Sağlıkta dönüşüm, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesini, yapılandırılmasını ve izlenmesini içerir. Amacı kaliteli sağlık hizmeti sunmak olan dönüşüm programı Türkiye’de 2003 yılında faaliyete geçmiştir. Sağlıkta dönüşüm, Türk sağlık sektörünün modernizasyonunu sağlamaktadır.

Diğer Ülkelerdeki Sağlıkta Dönüşüm Uygulamaları değerlendirildiğinde; Amerika’da Asıl adı “Patient Protection and Affordable Care Act” (Hasta Koruma ve Ekonomik Sağlık Bakımı Yasası) olan, Obama hükümetinin ilk döneminde ortaya atıldığından Obamacare programı olarak anılan sağlıkta dönüşüm programı 2010 yılında uygulanmaya başlanmıştır (Oberlander, 2013). Obamacare programından önce ABD’nin özelleştirilmiş sağlık sistemi Türkiye’de kullanılan genel sağlık sistemine göre önemli ölçüde farklıydı. Son düzenlemeyle iyileştirilmeler başlatılmış olsa da kamuya ait bir sağlık sistemi genel nüfus için

daha erişilebilir. ABD sağlık sistemindeki altyapı ve teknoloji de Türkiye'den daha ileri düzeydedir (Uğurlu ve Arslan, 2020). İngiltere'de uygulanan National Health Service – NHS (Ulusal Sağlık Servisi) 1948 yılından itibaren genel vergilerle finanse edilen sağlık sistemidir. Klinik ihtiyaca dayalı bir sağlık hizmetidir ve ülkedeki tüm vatandaşları kapsar (NHS Arşiv, 2014). Teknolojinin gelişmesiyle sistemde dönüşüm yaşanmış ve NHS Dijital projesi başlatılmıştır. 2023 yılında NHS sistemiyle birleştirilen NHS Dijital, hastaların ev ortamında sağlık hizmeti alması kolaylaştırılmıştır (NHS Digital, 2023). Almanya'da ise sosyal güvenlik sistemi zorunludur ve devlet tarafından yönetilmektedir. Sistem, işçi ile işveren tarafından yatırılan primlerin finansmanından oluşmaktadır. 2014 yılında uygulamaya konan “*elektronik sağlık kartları*” (eGK) suistimalleri önlemek ve hastaya ait bilgileri toplamak için tasarlanmış bir sistemdir. Kişinin fotoğrafının da bulunduğu sağlık kartlarında, adres ve kimlik bilgileri ile daha önce yaptırdığı tedaviler, ortaya çıkan sonuçlar bu kartta elektronik ortamda kayıt altına alınmaktadır (zmert ve Koçer, 2014).

Diğer ülkelerin aksine lkemizde Cumhuriyet ncesi dönemlerde bile sağlık hizmetleri farklı yaklaşımlarla vatandaşlara ücretsiz sağlanmaya çalışılmıştır. Türkiye'de uygulanan sağlıkta dönüşüm programı, sağlık birimlerini tek çatı altında toplayan, sağlık hizmetlerine erişimdeki hiyerarşık yapıyı zen ve eğitsizlikleri ortadan kaldıran ilk plandır. Türkiye'deki sağlıkta dönüşüm sürecinde, kamu sağlık kurumlarının yeniden yapılandırılması, özelleştirilmesi ve teknolojinin gelişmesiyle dijital sağlık uygulamalarının oluşturulması önemli bir rol oynamıştır. Bu değişikliklerle birlikte, kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumu artmıştır. Ancak, bu süreç aynı zamanda Türkiye'nin sağlık sistemi üzerindeki yükü artırmış ve bazı eleştirilere maruz kalınmıştır. Sağlıktaki bu maliyet artışları kamu özel iş birliğini kaçınılmaz hale getirmiştir.

Sağlıkta reformun önündeki en önemli engel bakım alan nüfusun artması, gelişen teknoloji ile artan maliyetlerdir. Bu maliyet artışlarına zm olarak kamu özel iş birliği modelinin kullanılması planlanmıştır. Sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve geliştirmek amacıyla kamu özel iş birliğinin yap-kirala-devret modeliyle Şehir hastaneleri 2013 yılında yapılamaya başlanmıştır ve günümüze kadar toplam 20 Şehir hastanesi hizmete açılmıştır. 2018 yılında Avrupa Birliği lkelerinde hayata geçirilen kamu-özel ortaklık projelerinin sektörel dağılımına bakıldığında 1.802 projenin 388'inin sağlık sektöründe olduğu görülmektedir (European Investment Bank, 2020 Akt: Alay, 2022). İngiltere, ABD, İrlanda, İşpanya ve Portekiz gibi ülkelerde de son yıllarda kullanılmış olan bu modelin finansal açıdan avantajları ve dezavantajları çokça tartışılmaktadır (Cerrahoğlu, 2016). Bu bağlamda kamu özel iş birliği projelerinin hazırlanmasında finansmanın yanı sıra kamu ve özel sektör alanlarında tecrübeye sahip uzmanlardan oluşan bir kurul görev almalıdır. Bu konudaki suistimallerin önüne geçilmesi için net ve anlaşılır sözleşmeler hazırlanmalı ve sözleşmeler her konuyu kapsamalıdır. Objektif ve etkin denetimler sonucunda hizmet kalitesinin iyileşeceği düşünülmektedir (Keskin, 2011).

2000'li yıllardan sonra giderek artış gösteren kentselleşme oranı ve nüfus artışı, büyük Şehirlerde kaliteli ve hızlı sağlık hizmetine olan ihtiyacı belirginleştirmiştir. Sağlık hizmetlerinin kapsamlı olması nedeniyle artan maliyetlerin sadece kamu kaynakları ile gerçekleştirilmesi zaman alıcıdır. Sayısı her geçen gün artan Şehir hastanelerinin kamu-özel iş birliği marifetiyle yapılıyor olmasının devletin sağlık harcamaları için ayıracağı kaynağı verimli kullanabilmesinin nn açmıştır. Özel sektörün de kapsamlı hastaneler için kaynaklarının sınırlı olması nedeniyle, gelecekte bu hastanelerin belirli uzmanlık alanlarına odaklanacağı değerlendirilmiştir. Kamu zel ortaklığıyla hayata geçen Şehir hastaneleri ise, bir yandan sağlık hizmetinin kalitesini ve hizmete erişimi hızlandırırken, diğer yandan da istihdam ve işsizlik oranlarının azaltılmasına da katkı sunmaktadır. Yeni açılan Şehir hastaneleri modeliyle birlikte, kamu tarafından atanan hekim, hemşire ve yardımcı sağlık personeli ihtiyacı artış göstermiştir. Diğer yandan zel Őirketler sağlık destek hizmetleriyle (hasta taşıma, yönlendirme, refakat, temizlik, güvenlik, teknik destek vb) birlikte birçok alan ve hizmette istihdam kaynağı oluşturmuşlardır. Bunun yanı sıra, Şehir hastanelerinde çalışan yönetici ve uzman kadroların elde ettiği deneyim ve bilgi birikimlerini, ileride Türk müteşebbislerin Dünya'ya açılım hamlesiyle birlikte Şehir hastanesi modelini yurtdışında da sürdürebilmelerinin n açılmıştır. rn ve hizmet ihracatı olarak gündemde olan Şehir hastanesi modelinin, çok yakın bir zamanda farklı ülkelere sunulması yüksek bir ihtimaldir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda bu konunun derinlemesine incelenmesi önem taşımaktadır.

Sonuç olarak; Türkiye'nin tarihsel süreçte sağlık alanında geçirdiği değişimler değerlendirildiğinde XX. yüzyılın sonlarında bir duraklama yaşamasına rağmen gerek organizasyon gerekse hizmet alanında 2003 yılından sonraki reform süreci sonrası diğer ülkelere göre hızlı bir dönüşüm yaşandığı görülmektedir. Kamu zel iş birliği ile bu organizasyonel dönüşüm süreci daha da hızlanmıştır. Sağlıkta dönüşüm uygulamalarının sonucunda diğer sektörlerle entegrasyon sağlanmış, daha iyi hizmet sunmak için inovasyon



ve teknolojinin kullanımı arttırılmıştır. Personel eğitimi, sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması için önemli bir faktördür bu bağlamda eğitim ve beceri geliştirme faaliyetleri arttırılmıştır. Yeni teknolojik araçlar ve sistemler, sağlık hizmetlerinin daha hızlı, daha kolay ve daha etkin bir şekilde sunulmasına yardımcı olacağından teknoloji kullanımı da yaygınlaşmıştır.

### Etik Beyan

“Cumhuriyet Tarihimizde Sağlık Sisteminin Gelişimi ve Organizasyonel Dönüşüm” başlıklı çalışmanın yazım sürecinde bilimsel kurallara, etik ve alıntı kurallarına uyulmuş; toplanan veriler üzerinde herhangi bir tahrifat yapılmamış ve bu çalışma herhangi başka bir akademik yayın ortamına değerlendirme için gönderilmemiştir. Çalışmada literatür tarama ve ikincil veriler temel alınarak hazırlanıldığından etik kurul izni alınmamıştır.

### Araştırmacıların Katkı Oranı Beyanı

Gülşay KARABOĞA %40, Yakup ÇAĞLAR %30, İrge ŞENER %30

### Çatışma Beyanı

Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

### Kaynakça

- Aile Hekimliği (2010). Aile hekimliği Web Sitesi. Erişim Tarihi: 14.05.2023. <http://www.ailehekimligi.org.tr/>
- Ağartan, T. (2011). Sağlıkta Reform Salgını Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları. İletişim Yayınları.: İstanbul.
- Akdağ, R. (2008). İlerleme Raporu: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sağlık Bakanlığı e-kütüphane.
- Akdur, R. (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması. A.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ankara.
- Akyay, N. (1982). Osmanlı İmparatorluğu’nda Sağlık Örgütleri Ve Sosyal Kuruluşlar. H. Ü. Toplum Hekimliği Bölümü Yayını.
- Alay, D. (2022). Avrupa Birliği Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları. Pamukkale Üniversitesi İşletme Araştırmaları Dergisi (PIAR)- Cilt: 9 Sayı:1, 2022, ss. 1-28.
- Alma-Ata Bildirisi (1978). Toplum ve Hekim Web Sitesi. Erişim Tarihi 2023. [https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/kayit\\_goster.php?Id=cDNRZqqCMT](https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/kayit_goster.php?Id=cDNRZqqCMT)
- Altındağ, Ö. ve A, Yıldız. (2020). Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü. Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi. s. 157-184.
- Aydın, E. (2004). 19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması. Hacettepe Oni. Tıp Fak. Deontoloji. Tıp Etiği ve Tarihi AD. Sayı: 15, ss. 185 - 207
- Beylik, U., Kayral, İ. ve Çıraklı, Ü. (2015). 13. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türk Sağlık Sisteminin Gelişim Süreci Üzerine Bir Derleme. Sağlık Akademisyenleri Dergisi Cilt: 2 Sayı: 4, ss.183 - 189
- Bult-Spiering, M. ve Dewulf, G. (2008). Strategic Issues in Public-Private Partnerships in International Perspective. Blackwell Publishing, Oxford, UK.
- Cerrahoğlu, A. (2016) Şehir Hastaneleri ve Birinci Basamak, Jour Turk Fam Phy, Cilt: 7 Sayı: 3.
- Cansever, İ. H. (2018). Devlet Anlayışları Ekseninde Sağlık Politikalarının Değişimi Ve Analizi: Türkiye İncelemesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı:31, ss. 105-120.
- Daştan, İ., ve Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt 5, Sayı 1, ss. 104-134.
- Dedeoğlu, N. (2021). Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları Ve Örgütlenme, 1920-1960. İstanbul Tabipler Odası Hekim Sözü.
- Dirican, M. (1970). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesini Kısa Tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni cilt:2 sayı:7 ss.184-193.
- Doğanoglu, F. (2022). Tübitak Bilim Ve Toplum Başkanlığı Popüler Bilim Yayınları. Tübitak Web Sitesi, Erişim Tarihi: 8.05.2023. [https://ansiklopedi.tubitak.gov.tr/ansiklopedi/ozel\\_kamu\\_ortakligi#:~:text=%C4%B0lk%20olarak%201992%20y%C4%B1l%C4%B1nda%20%C4%B0ngiltere,%C4%B0yi%20De%C4%9Fer%E2%80%9D%20\(Best%20Value\)](https://ansiklopedi.tubitak.gov.tr/ansiklopedi/ozel_kamu_ortakligi#:~:text=%C4%B0lk%20olarak%201992%20y%C4%B1l%C4%B1nda%20%C4%B0ngiltere,%C4%B0yi%20De%C4%9Fer%E2%80%9D%20(Best%20Value))
- DSÖ (2023). Dünya Sağlık Örgütü Web Sitesi, Erişim Tarihi: 16.06.2023. <https://www.who.int/about/governance/constitution> adresinden alındı
- Eke, E. ve Kişi, M. (2019). Geçmişten Günümüze İngiltere Sağlık Politikaları: Ulusal Sağlık Sistemi Odaklı Güncel Bir Perspektif. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi Cilt 11, Sayı 8, ss. 2687 – 2707.
- Fişek, N. (1997). Prof. Dr. Nusret Fişek’in kitaplaşmamış yazıları- I. TTB Web Sitesi Erişim Tarihi: 06.07.2023. [https://www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap\\_1/index.html](https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/index.html) adresinden alındı
- Gökkaya D. Ve Erdem, R. (2020). Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma. Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi, Sayı: 31 ss. 73- 96

- Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ (2018). Sağlıklı Hayat Merkezi Web Sitesi Erişim Tarihi:02.06.2023. <https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html> adresinden alındı
- İlaç Çalışma Grubu (2018). Sağlık End¼strilerinde D¼n¼ř¼m ¼zel İhtisas Komisyonu Raporu. T.C. Kalkınma Bakanlığı.
- Irmak , H., Yardım, N., Temel, F. ve Keklik, K. (2021). T¼rkiye Kalp ve Damar Hastalıkları ¼nleme Ve Kontrol Programı (2021-2026). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼, Ankara.
- Kamu Hastaneleri Genel M¼d¼rl¼ę¼ (2018). Tarihçe, Mevzuat Web Sitesi Erişim Tarihi:19.05.2023, <https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/TR-46774/tarihce.html>
- Keskin, S. (2011) T¼rkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu ¼zel Ortaklığı Modeli (Aydın ¼rneęi), Y¼ksek Lisans Tezi, Adnan Menderes ¼niversitesi Sosyal Bilimler Enstit¼s¼ Maliye Anabilim Dalı, Aydın.
- Keskin, Hİ. (2020). T¼rkiye’de Aile Hekimliğine Geçiş S¼recinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Verimliliği. Doğuş ¼niversitesi Dergisi. Cilt: 21 Sayı: 1, ss. 133 – 152.
- K¼rdeve, M., Uzun, B. ve ¼nal, E. (2017). Merkezi Hastane Randevu Sisteminin İşleyişi ¼zerine Bir Alan Araştırması. Uluslararası Sağlık Y¼netimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi:Cilt: 3 Sayı: 2, 52 - 61, 22.09.2017.
- Larson, J. (1991). The measurement of health: Concepts and indicators (Vol. 31). Greenwood Publishing Group.
- Levy, S. M. (1996). Build, operate, transfer: paving the way for tomorrow's infrastructure. John Wiley & Sons.
- Mevzuat (1928), Kanun Numarası : 1219 Tababet Ve şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Mevzuat Web Sitesi Erişim Tarihi 17.05.2023. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1219.pdf>
- Mevzuat (1930), Kanun Numarası: 1593 Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Mevzuat Web Sitesi Erişim Tarihi 17.05.2023. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf>
- Mevzuat (1933), Kanun Numarası : 2219 Hususi Hastaneler Kanunu. Mevzuat Web Sitesi Erişim Tarihi 17.05.2023. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.2219.pdf>
- Mevzuat (1953a) Kanun Numarası: 6023 T¼rk Tabipleri Birliği Kanunu. Mevzuat Web Sitesi Erişim Tarihi 17.05.2023. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.6023.pdf>
- Mevzuat (1953b) Kanun Numarası: 6197 Eczacılar ve Eczaneler Kanunu. Mevzuat Web Sitesi Erişim Tarihi 17.05.2023. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.6197.pdf>
- Mevzuat (1954) Kanun Numarası: 6283 Hemşirelik Kanunu. Mevzuat Web Sitesi Erişim Tarihi 17.05.2023. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.6283.pdf>
- Mevzuat (1956) Kanun Numarası: 6643 T¼rk Eczacıları Birliği Kanunu. Mevzuat Web Sitesi Erişim Tarihi 17.05.2023. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.6643.pdf>
- Mevzuat (1961) Kanun Numarası: 224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Mevzuat Web Sitesi Erişim Tarihi 17.05.2023. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.4.224.pdf>
- Mevzuat (1965) Kanun Numarası: 554 N¼fus Planlaması Hakkında Kanun. Mevzuat Web Sitesi Erişim Tarihi 17.05.2023. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2827.pdf>
- Mevzuat (1982) Kanun Numarası : 2709 T¼rkiye Cumhuriyeti Anayasası. Mevzuat Web Sitesi Erişim Tarihi 17.05.2023. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2709&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- Mevzuat (1984). Kanun Numarası: 3096 T¼rkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik ¼retimi, İletimi, Dağıtımı Ve Ticareti İle G¼revlendirilmesihakkında Kanun. Mevzuat Web Sitesi Erişim Tarihi 17.05.2023. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3096.pdf>
- Mevzuat (1987) Kanun Numarası : 3359 Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. Mevzuat Web Sitesi Erişim Tarihi 17.05.2023. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.3359.pdf>
- Mevzuat. (1992). Y¼netmelik numarası: 3816 ¼deme G¼c¼ Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması Ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Y¼netmelik. Mevzuat Web Sitesi Erişim Tarihi 17.05.2023. <https://www.mevzuat.gov.tr/anasayfa/MevzuatFihristDetayIframe?MevzuatTur=7&MevzuatNo=4846&MevzuatTertip=5>
- Mevzuat. (2005). Kanun No: 5396. Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Hakkında Kanun. Mevzuat Web Sitesi Erişim Tarihi 17.05.2023, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/134,2603pdf.pdf?0>
- Mevzuat (2006) Kanun Numarası : 5510 Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Mevzuat Web Sitesi Erişim Tarihi 17.05.2023. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5510&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- Mevzuat. (2013). Kanun Numarası: 6428 Sağlık Bakanlığınca Kamu ¼zel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun Ve Kanun H¼km¼nde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Mevzuat Web Sitesi Erişim Tarihi 17.05.2023. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6428.pdf>
- NHD Arşiv (2014). NHD Direkt Arşiv. Erişim Tarihi 18.08.2023, <https://web.archive.org/web/20100317212745/http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhscoreprinciples.aspx>
- NHS Digital (2023). NHS Digital About Us. Erişim Tarihi 2023. <https://digital.nhs.uk/about-nhs-digital>
- Oberlander, J. (2013). The future of Obamacare. Obstetrical & Gynecological Survey, 68(4), ss.265-266.
- OECD (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, T¼rkiye. OECD, D¼nya Bankası.s.107.
- ¼ge, H. ve Baş, T. (2016). Public–private partnership healthcare projects in Turkey. The Journal of Business Science, 4(2), ss. 105-119.

- Özel İhtisas Komisyonu (2014). Tıbbi Cihaz Ve Tıbbi Malzeme Çalışma Grubu Raporu. T. C. Kalkınma Bakanlığı. Ankara.
- Özmert Koçer, Ş. (2014). Almanya Federal Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sistem İçerisinde Sosyal Sigorta Uygulamaları. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Pala, K. (2008). “Türkiye için sağlık reformunun ana başlıkları: Gerçek bir reform mümkün müdür?” Eskişehir Tabip Odası Bülteni. Sağlıkta Dönüşüm Özel Sayısı. Eskişehir, s34.
- Resmî Gazete (2010). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Sayı : 27591.
- Resmî Gazete (2011). Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname Sayı: 28103
- Resmî Gazete (2014). Tıbbi Cihaz Satış, Reklam Ve Tanıtım Yönetmeliği. Sayı : 29001
- Resmî Gazete (2015). Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu Sayı : 29260
- Sağlık Bakanlığı (2011). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu 2003-2011. Sağlık Bakanlığı e kütüphane Web Sitesi. Erişim Tarihi 02.06.2023. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/kitaplar/SDPturk.pdf>
- Sağlık Bakanlığı (2014) Stratejik Plan 2010-2014. Yayın No: 788. Sağlık Bakanlığı Web Sitesi Erişim Tarihi 15.06.2023 <https://sygm.saglik.gov.tr/html>
- Sağlık Bakanlığı (2015a). Sağlık Bakanlığı Web Sitesi, Tarihçe. Erişim Tarihi 09.04.2023. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce>.
- Sağlık Bakanlığı (2015b). Sağlıkta Stratejik Planlama: Türkiye Örneği. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı (2015c). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, Sağlık Bakanlığı Yayın No 998
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (2016) Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Web Sitesi, Tarihçe. Erişim Tarihi 10.04.2023. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/>
- Sağlık Bakanlığı (2019). T.C. Sağlık Bakanlığı 2019 Faaliyet Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı (2021). T.C. Sağlık Bakanlığı 2021 Faaliyet Raporu.
- Sağlık Bakanlığı (2022a). T.C. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2022b). T.C Sağlık Bakanlığı 2022 Faaliyet Raporu. Ankara:
- Sağlık. Bakanlığı. (2023). T.C. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Kararlılık Beyanı. Ankara:
- Sağlık Mevzuatı (1980) Sayısı:2368 R.G. Tarihi:31.12.1980 R.G. Sayısı:17207 Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun. Sağlık Bakanlığı Web sitesi Erişim Tarihi 18.05.2023 <https://www.saglik.gov.tr/TR,10390/sayisi2368--rg-tarihi31121980--rg-sayisi17207--saglik-personelinin-tazminat-ve-calisma-esaslarina-dair-kanun.html>
- T.C. Kalkınma Bakanlığı (2018). Kamu Özel İş birliği Uygulamalarında Etkin Yönetim Özel İhtisas Komisyonu Raporu Ankara.
- Türk Dil Kurumu (2023). *Türkçe sözlük*. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayını.
- Uğurlu, H. Ve Aslan, H. (2020). ABD Sağlık Sistemi ve Türkiye Sağlık Sistemi ile Karşılaştırılması. Ahi Evran Akademi, Cilt 1, Sayı 2.
- Yardım, N. Kocadağ, S. ve Aydın, F. (2019). Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı Yetişkin Ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi Ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı2019 – 2023. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ankara.

## EXTENDED ABSTRACT

Throughout history, Turkish states have made great progress in the field of health. Especially Anatolian Seljuk State built many health institutions and performed not only treatment of diseases but also surgical operations in these institutions. They supported the fields of medicine and pharmacy and provided training of many scientists in these fields. With investments they made in the field of health, they owned the largest medical centers of their period. After establishment of the Republic, it was aimed to have a regular health system and to be accessible to all segments of the society. The State has given importance to physical structure of hospitals, employment and training of health personnel. It will be useful to explain historical development process of health services in Turkey by dividing them into certain periods. With this study, the historical progress of Turkish health services, which has undergone significant changes especially after the 2000s, has been examined. The transformations that our republic has undergone in hundred-years period have been analyzed on the basis of literature review and secondary data. In order to better understand health policies, it is more useful to separate post-republican periods in terms of history. Because, while the developments in health services from 1923 to 2003 were made within the scope of improving existing systems, after 2003 radical changes were experienced within the scope of health reform in Turkey. In the light of this information, in this study, the post-Republican periods in historical process of health services in Turkey are examined between 1923-2003, 2003-2013 and 2013-2023. The origins of modern Turkish health system and health policies go back to the Tanzimat reforms. However, in terms of today's institutionalization and organization, the concrete steps of physical structure, manpower and legal

regulations were taken by Turkish Grand National Assembly in 1920 with limited opportunities. In the same period, the structuring of provincial and central organizations of the Ministry of Health began. In 80 years since the establishment of the Republic, important policies have been developed in health sector. After 1980, the main focus of health reform efforts was to reduce expenditures and increase productivity. Postponed reforms were adopted by governments that came to power after the 2002 elections and some targets were set for restructuring of health services. In 2003, the “Health Transformation Program” was initiated and important changes were planned in organization and delivery of health services. The main objective of regulations covering large-scale reforms in health is to improve the accessibility, quality and effectiveness of health services for all. This target was completed between 2003 and 2013. The main objectives of the program, described in five main headings, also include the digitalization of health services (e-health). In this framework, important steps were taken in the name of digitalization in health services between 2003 and 2013, and arrangements were made for implementation of general health insurance. The Health Transformation Program is a transformation and reform process. With this program, significant progress has been made in the organization, financing and easy access of health services to people. The financing of health services is quite high. Total health expenditures in Turkey increased more rapidly especially after 2015 compared to previous years. In 2021, 79% of total health expenditures in Turkey were made by the public. When the number of hospitals is compared with EU countries, according to 2020 data, the number of hospitals in Turkey ranks 4th after Germany, France and the United Kingdom. In the transformation process in health in Turkey, with development of technology, it was aimed to restructure, privatize and implement digital health applications in public health institutions. With these practices, the delivery of quality health services has increased. However, this process also increased Turkey's financial expenditures and made public-private cooperation inevitable. In order to achieve the goals of Health Transformation Program, city hospitals model, which is a new type of organization in health services for our country, has been implemented. City Hospitals is a public-private partnership. The public-private partnership model is the participation of the private sector in construction, operation, maintenance-repair or leasing processes of a new service in which the risks and returns are shared among the partners in order to perform a service. This model has been used in health services all over the world since the early 1990s and was first applied in England. This process has been realized with the Turkish Health system researching good practices in the world and adapting it to Turkey's structure and culture. Thus, city hospitals and integrated health campuses began to be built. The healthcare industry faces many challenges, including rising costs, efforts to improve quality, and inequalities. These problems are tried to be solved by bringing together the good aspects in the sector with public and private cooperation. With the public-private partnership model, the risk is shared between public and private investor, and health care is provided to patients by the state. Turkey's first city hospital was opened in Mersin in 2013. Then, Adana, Kayseri, Ankara Bilkent and Manisa city hospitals were put into service. Between 2013 and 2023, 21 city hospitals started to serve, and 13 city hospitals are under construction. With this study, when changes that Turkey has undergone in the historical process in the field of health are evaluated, it is observed that there was a pause at the end of the 20th century, but then a rapid transformation was experienced compared to other countries. Especially with the reform process in the field of organization and service after 2003, this organizational transformation process has accelerated with public-private cooperation. As a result of the transformation practices in health, integration with other sectors has been achieved, and innovation and technology use has been increased in order to provide better service. Personnel trainings are an important factor in improving the quality of health services. Therefore, training and skill development activities have been increased. As new technological tools and systems will help to provide health services faster, easier and more effectively, the use of technology has also increased.