

# Bir Kamu Politikası Analizi Örneği: Sağlıkta Dönüşüm Programı

*Dilek Memişoğlu\**

## *Özet*

Sağlık politikalarını genel olarak, bir ülkede sağlık hizmetlerinin kim veya kimler tarafından üretileceğinin, üretilen hizmetin nasıl sunulacağına, sunulan hizmetin hangi kaynaklarla ve nasıl finanse edileceğinin, hizmetleri üretenlere ücretlerinin nasıl ödeneceğinin belirlenmesi gibi konularda hükümetlerin aldıkları kararlar, yaptıkları tercihler ve ortaya koydukları hukuki metinler olarak ifade etmek mümkündür. Bu doğrultuda sağlık politikaları oldukça geniş bir alanı etkilemekte ve düzenlemektedir.

Türkiye’de sağlık politikaları ve sağlık reformu hemen her dönemde gündemde olmuş bir konudur. Bu reformlardan sonuncusu ve en kapsamlısı Sağlıkta Dönüşüm Programıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sisteminin tüm alanlarında yaygın ve ciddi değişiklikler öngören bir içeriğe sahiptir. Bu çalışmada öncelikle kısaca kamu politikası, kamu politikası analizi ve süreç modeli hakkında bilgi verilmektedir. Ardından bir kamu politikası olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ele alınmakta ve süreç modeli doğrultusunda belli aşamalar üzerinden analize tâbi tutulmaktadır.

***Anahtar Kelimeler:*** Kamu politikası, sağlık politikası, politika analizi, Sağlıkta Dönüşüm Programı, süreç modeli.

---

\* Yrd. Doç. Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü, [dilek.memisoglu@ikc.edu.tr](mailto:dilek.memisoglu@ikc.edu.tr)

*Makalenin gönderilme tarihi: 21.12.2017; Kabul tarihi: 25.03.2018.*

## A Case of Public Policy Analysis: Health Transformation Program

### *Abstract*

In general, health policies can be expressed as decisions and choices made by governments in a country in such areas determining by whom health care services will be produced, how the produced services will be served, what resources will be financed for the provided services and how to pay for service providers. In this direction, health policies influence and regulate a rather wide area.

Health policies and health reform have been on the agenda in almost every period in Turkey. The last and most comprehensive of these reforms is the Health Transformation Program. The Health Transformation Program has a content that promotes widespread and serious changes in all areas of the health care system. In this study, firstly, it is mentioned about some concepts such as public policy, public policy analysis, process model. Then, as a public policy, the Health Transformation Program is handled and analyzed in line with the process model.

**Key Words:** Public policy, health policy, policy analysis, Health Transformation Program, process model.

### **Giriş**

Sağlık, hem toplumların yaşam kalitesini ve standartlarını doğrudan etkileyen hem de ülkelerin gelişmişlik düzeyi hakkında bilgi veren önemli bir bileşendir. Hem tek tek bireyler üzerinde hem de genel olarak toplum üzerinde göz ardı edilemeyecek etkilere sahiptir. Dolayısıyla ülkelerin sağlık standartlarını yükseltmek hükümetlerin öncelikli ve mühim görevleri arasında bulunmaktadır. Bu nedenle hükümetler tarafından sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve hizmetlerin kalitesini yükseltmek amacıyla sağlık politikaları geliştirilmektedir. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi sağlık reformlarının sadece belli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansmanı, sağlıkta görev alacak insan gücüne yönelik düzenlemeler sağlık politikalarının diğer konu başlıklarını oluşturmaktadır.

Sağlık reformları ve sağlık politikaları ister gelişmiş ister gelişmekte olsun dünya üzerindeki tüm ülkelerin sürekli gündeminde olmuştur. Zira dünya üzerinde değişen ekonomik, siyasi ve sosyal şartlar hükümetleri sağlık

alanında yeni düzenlemeler yapmaya ve kararlar almaya yönlendirmektedir. Alınan kararlarda ve hayata geçirilen politikaların belirlenmesinde gerek ülkenin içinde bulunduğu ortam ve koşullar gerekse de dünya üzerindeki koşullar etkili olmaktadır.<sup>1</sup> Diğer bir ifadeyle küreselleşme sürecinin etkileri, uluslararası kuruluşların ülkelerin sağlık politikalarını yönlendirmesi, ekonomik krizler ve finansman sorunları, sağlık insan gücünün nitelik veya nicelik açısından yetersizliği, ülke genelinde sağlık hizmetlerinin yetersiz sunumu, vatandaşların değişen ve artan beklentileri, nüfusun değişen yapısı gibi değişkenler hükümetlerin sağlık politikaları üzerinde etkili olabilmektedir.

Türkiye’de de sağlık politikaları, cumhuriyetin kuruluşundan itibaren önemli bir yere sahip olmuş ve hemen her dönemde gerek sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi gerek sağlık kurumlarının ve finansman sistemlerinin düzenlenmesi gibi amaçlarla gündemde olmuştur. Cumhuriyetin ilanından sonra sağlık hizmetlerinin kurulmasında ve gelişmesinde ciddi adımlar atılmış, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesine ilişkin önemli kanunlar yapılmıştır.<sup>2</sup> Sağlık hizmetleri devletin asli görevleri arasında kabul edilerek sağlık hizmetlerinin planlanması ve idaresinin tek merkezden sürdürülmesi hedeflenmiştir.<sup>3</sup> Planlı döneme geçilmesiyle birlikte I. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda halk sağlığı hizmetlerinin önemine vurgu yapılmış ve tedavi edici hizmetler yaygınlaştırılarak koruyucu hizmetleri tamamlayıcı bir nitelik kazanmıştır.<sup>4</sup> 1960’ların sonunda ve 70’lerin başında Genel Sağlık Sigortasının oluşturulmasına ilişkin ilk düzenlemeler yapılmışsa da sonuçlandıramamıştır.<sup>5</sup>

1987 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (3359 sayılı) ile genel bir sağlık sigortasının hayata geçirilmesi, kamu hastanelerinin merkezî yapıdan çıkarılması ve hastanelerin kendi işletme ve personel poli-

<sup>1</sup> Federico Toth, “Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms”, Health Policy, C:95, 2010, s. 82.

<sup>2</sup> Recep Akdur, “Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık”, [http://www.recepakdur.com/upload/CUMHUR%C4%B0YETTEN\\_G%C3%9CN%C3%9CM%C3%9CZE\\_\\_T%C3%9CRK%C4%B0YE.pdf](http://www.recepakdur.com/upload/CUMHUR%C4%B0YETTEN_G%C3%9CN%C3%9CM%C3%9CZE__T%C3%9CRK%C4%B0YE.pdf), 23.06.2016

<sup>3</sup> İsmail Ağırbaş, Yasemin Akbulut, Ömer Rıfkı Önder, “Atatürk Dönemi Sağlık Politikası”, Ankara Üniversitesi Türk İnkılâp Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi, No:48, 2011, s. 733-748, s. 745.

<sup>4</sup> Recep Akdur, “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri” Yeni Türkiye, C: 4, No: 23-24, 1998, Ankara, s.1984-1995.

<sup>5</sup> Recep Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 770, 2008, s.18.

tikalarını belirleyebilmeleri amaçlanmıştır.<sup>6</sup> Ancak Kanunun uygulanmasını sağlayacak düzenlemeler yapılamamış ve kanunun bazı maddeleri de Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Sonuç olarak kanun bir bütün olarak uygulamaya aktarılamamıştır.

1990'lı yıllar sağlık alanındaki çalışmaların hız kazandığı ve Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı öncülüğünde sağlık reformu çalışmalarının yürütüldüğü bir dönem olmuştur. Toplanan kongreler sonucunda 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından "Ulusal Sağlık Politikası" hazırlanmıştır.<sup>7</sup> 1990'larda gündeme gelen sağlık politikalarının odak noktaları 1) Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması, 2) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sisteminin oluşturulması, 3) Hastanelerin özerk sağlık işletmeleri haline getirilmesi, 4) Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici ve denetleyici bir yapıya kavuşturularak koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi başlıklarında toplanmıştır.<sup>8</sup> Ancak toplantılarda ve kongrelerde dile getirilen bu hususlar yasal bir zemine kavuşmamıştır.

2003 yılına gelindiğinde ise sağlık politikalarında ciddi ve kapsamlı bir dönüşümü içeren Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) gündeme gelmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sisteminde önemli değişiklikleri ve düzenlemeleri beraberinde getirmiştir ve bu anlamda bir dönüm noktasıdır. Zira SDP öncesinde sağlık hizmetlerinin finansmanında parçalı ve çoklu bir yapı söz konusuken SDP ile finansman sistemi tek çatı altında toplanmış ve finansmandan sorumlu birimler arasındaki uyum ve koordinasyon eksikliği giderilmiştir. Bunun yanında nüfusun sadece belli bir kesimini kapsayan sosyal güvenlik sistemi, nüfusun tamamını kapsayan bir hale kavuşturulmuştur. Diğer yandan sağlık hizmetlerine erişim seviyesini yükseltecek ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyini artıracak adımlar atılmıştır. Çok yönlü ve kapsamlı bir içeriğe sahip olan SDP, sağlık hizmetlerinin sunumundan finansmanına, örgütlenmesinden personeline kadar oldukça geniş bir alanda sağlık politikalarının yeniden düzenlenmesini konu edinmiştir. Bu anlamda politika çabaları arasında oldukça önemli bir yere sahiptir.

Literatürde SDP'ye ve sonuçlarına ilişkin çeşitli çalışmalar yer almakta-

---

<sup>6</sup> B. Serdar Savaş, Ömer Karahan ve R. Ömer Saka, Health care systems in transition: Turkey, Ed. Sarah Thomson ve Elias Mossialos, The European Observatory on Health Care Systems, C:4, No:4, Copenhagen, 2002.

<sup>7</sup> Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, Ankara, 1993. [http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/ulusal\\_saglik\\_politikasi.pdf](http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/ulusal_saglik_politikasi.pdf), 13.06.2016

<sup>8</sup> Recep Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm ..., s.20.

dır. Bu çalışmalarda SDP'nin sonuçları, SDP ile sağlık sisteminde ortaya çıkan değişim gibi çeşitli konular üzerinde durulmuştur. Benzer şekilde Ağartan,<sup>9</sup> Yaşar,<sup>10</sup> Sayan ve Küçük,<sup>11</sup> Akıncı vd.,<sup>12</sup> tarafından da SDP'yi çeşitli yönlerden inceleyen ve değerlendiren çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmada, anılan çalışmalardan farklı olarak, sağlık sisteminde köklü değişikliklere yol açan SDP'nin kamu politikası yazını içinde önemli bir yere sahip olan süreç modeli doğrultusunda incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda öncelikle kavramsal çerçeve üzerinde durulmakta ve kamu politikası, politika analizi, süreç modeli gibi konularda bilgi verilmektedir. Ardından kamu politikası analiz modellerinden biri olan süreç modeli doğrultusunda SDP'nin incelenmesi ve süreç modelindeki her bir aşamanın SDP'de nasıl şekillendiğinin ortaya koyulması hedeflenmektedir. Bu sayede söz konusu çalışma ile ülkemizde sınırlı sayıda çalışmaya konu olan süreç modelinin, önemli politika alanlarından biri olan sağlık politikasına ve SDP'ye uygulanması ile yazına katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

SDP analiz edilirken Sabatier<sup>13</sup> tarafından geliştirilen süreç modeli kullanılacaktır. Süreç modeli kamu politikası uygulamalarının ve örneklerinin birer süreç olması ve bir akış içerisinde gerçekleşmesi kabulüyle hareket etmektedir. Bu aşamaların her birini ele alıp inceleyerek de politikayı analiz etmeyi hedeflemektedir. Süreç modeline göre kamu politikası analizi, gündeme gelme (problemin tanımlanması, sorunların tespiti), formüle etme, kanunlaştırma, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır. Çalışmada şu soruların yanıtı aranmıştır: 1) Türkiye'de sağlık sisteminde değişim ihtiyacı doğuran sorunlar nelerdir? 2) SDP'nin gündeme gelmesinde ve şekillenmesinde hangi aktörler etkili olmuştur? 3) SDP kapsamında düzenlenen politikalar uygulamaya nasıl geçirilmiştir? 4) SDP ile uygulamaya koyulan politikaların sonuçları nasıl şekillenmiştir?

<sup>9</sup> Tuba I. Ağartan, "Learn, Frame and Deploy? Cross-National Policy Ideas and Comparisons in Turkey's Health Reform", *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, C:18, No:1, s.54-69.

<sup>10</sup> Gulbiye Yenimahalleli Yaşar, "'Health transformation programme' in Turkey: an assessment", *The International Journal of Health Planning and Management*, C:26, No:2, 2011, s.110-133.

<sup>11</sup> İpek Özkal Sayan ve Aziz Küçük, "Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, C:67, No:1, 2012, s. 171-203.

<sup>12</sup> Fevzi Akıncı, vd., "Assessment of the Turkish health care system reforms: A stakeholder analysis", *Health Policy*, C:107, 2012, s. 21- 30.

<sup>13</sup> Paul A. Sabatier, *The Theories of the Policy Process*, Boulder, Westview Press, Colorado, 2007.

## 1. Kamu Politikası

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun, tüm ülkelerde ekonomik, sosyal, siyasal, kültürel vb. alanlar kamu politikaları aracılığıyla yürütülmekte ve yönlendirilmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi kamu politikalarının niteliğini ve niceliğini etkileyip kamu politikası yapımı sürecinde etkili olmaktadır. Ancak bu durum hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için kamu politikası ihtiyacını ve gerçeğini ortadan kaldırmamaktadır. Sorunların çözümü için kamu politikalarının geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

Kamu politikası büyük ölçüde bir şeyin sorun olup olmadığı, çözülebilir bir sorun olup olmadığı, olası çözümlerin neler olduğu, bu çözümlerin maliyetleri, çözümlerin kısmen veya tamamen etkili olup olmadığı gibi konular hakkında yürütülen argümanlar tarafından yönlendirilir. Kamu politikalarını oluşturmak esas olarak hükümetlerin sorumluluğundadır. Bununla birlikte, hükümetlerin dışındaki aktörler de hükümetle etkileşimli olarak bu sürecin yönlendirilmesinde etkili olabilir.<sup>14</sup> Zira kamu politikalarının geliştirilmesi kamu yararı, politikaların etkinliği, maliyet, politikanın sosyal olarak kabul edilip edilmediği, siyasi açıdan uygulanabilir olup olmadığı gibi birçok faktöre bağlıdır ancak bunlarla sınırlı değildir.<sup>15</sup> Kimi zaman hükümet dışı aktörlerin baskı gücü gibi başka faktörler de devreye girerek kamu politikalarını etkilemektedir.

Çözüm bekleyen her sorun, iyileştirilmesi gereken her alan, değişiklik ihtiyacı duyulan her düzenleme bir kamu politikası alanıdır. Sağlık konusu da bunlardan biridir ve diğer politika alanları gibi kendine özgü bir takım özellikleri nedeniyle benzersizdir.<sup>16</sup> Sağlık politikasını genel olarak belirli sağlık hedeflerine ulaşmak ve sağlık düzeyini iyileştirmek<sup>17</sup> olarak tanımlamak mümkündür. Sağlık politikasına daha bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşıldığında ise sağlık politikalarının sağlık düzeyinin iyileştirilmesin-

---

<sup>14</sup> Thomas A. Birkland, An introduction to the policy process : theories, concepts, and models of public policy making, 3. B., ME Sharpe, New York, 2011.

<sup>15</sup> Michael E. Kraft ve Scott R. Furlong, Public policy: Politics, analysis, and alternatives, 3. B., CQ Press, Washington, 2009.

<sup>16</sup> Coveney, sağlık politikasını diğer alanlardan ayıran üç temel özelliği şöyle sıralamaktadır: 1) Genel olarak sağlık hizmetlerinde tıp mesleğinin etkisi; 2) Sağlık sistemlerinin tekeli niteliği; 3) Sağlık politikasının, diğer kamu ve sosyal politika alanlarında emsali olmayan yaşam ve ölüme ilişkin düzenlemeler içermesi. John Coveney, "Analyzing Public Health Policy: Three Approaches", Health Promotion Practice, C: XI, No: 4, 2010, s. 515-521, s. 515.

<sup>17</sup> World Health Organization (WHO), Health Policy, Geneva, WHO, 2010.

[http://www.who.int/topics/health\\_policy/en/](http://www.who.int/topics/health_policy/en/), 25.06.2016.

den çok daha fazlasını kapsadığı görülmektedir. Daha kapsamlı bir tanımla sağlık politikası sağlık sistemi kurumları, kuruluşları, hizmet ve finansman düzenlemelerini etkileyen tüm kararlar, eylemler ve eylemsizlikler olarak anlaşılabilir. Bu durumda kamu sektörü kadar özel sektörü de etkileyen bir politika içeriği karşımıza çıkmaktadır.<sup>18</sup> Bu nedenle, sadece görülebilir politikalar ve biçimsel niyet ifadeleri değil, aynı zamanda gayri resmi, yazılmamış uygulamalar da politika kapsamında değerlendirilmelidir.<sup>19</sup> Dolayısıyla sağlık politikası sadece nüfusun sağlık göstergelerini iyileştirmeyi içeren düzenlemeler değil, bunun yanında sağlık sistemleri ve kuruluşlarına ilişkin düzenlemeler içeren, hizmet sunumu ve finansman yöntemlerini de düzenleyen bu anlamda kamu sağlık örgütlerini olduğu kadar özel sağlık örgütlerini ve personelini de etkileyen kapsamlı bir politika alanını ifade etmektedir.

## 2. Kamu Politikası Analizi ve Süreç Modeli

Kamu politikası analizine ilişkin çeşitli tanımlamalardan bahsetmek mümkündür. Genel bir tanımla, politika analizini oluşturulan politikaların özelliklerini incelemek ve politikaların oluşumunu ve sonuçlarını araştırmak için geliştirilen bir dizi teknik ve araç olarak tanımlamak mümkündür.<sup>20</sup> Hükümet eylemleri üzerinden yola çıkarak ise kamu politikası analizi; hükümetlerin ne yaptıkları, neden yaptıkları, yapılanların vatandaşlar üzerinde ne gibi etkiler yarattığı gibi soruların cevaplanması ve anlaşılması olarak tanımlanabilir.<sup>21</sup>

Sağlık politikası analizi ise sağlık politikasının nasıl yapıldığını, ne olduğunu, ne olabileceğini ve onun etkilerini araştıran disiplinler arası bir alandır.<sup>22</sup> Hem sağlık politikasının çok aktörlü yapısı hem de sağlık politikası analizinin disiplinler arası doğası nedeniyle, sağlık politikasına ilişkin analizlerin geniş kapsamlı olması gerekmektedir. Dolayısıyla sağlık politikası analizinin, sağlık üzerinde etkili olan iç kuruluşlar kadar dış kuruluşların da (örneğin, gıda, tütün veya ilaç endüstrisi) görünen ve amaçlanan eylemleri

---

<sup>18</sup> Kent Buse, Nicolas Mays ve Gill Walt, Making health policy, Milton Keynes, Open University Press, 2005.

<sup>19</sup> World Health Organization, Health Policy and Systems Research, A Methodology Reader, Ed: Lucy Gilson, Geneva, Switzerland, 2012, s. 28.

<sup>20</sup> Tea Collins, "Health policy analysis: A simple tool for policy makers", Public Health, C: 119, No: 3, 2005, s.192-196, s.192-193.

<sup>21</sup> Thomas R. Dye, Understanding Public Policy, Tenth Edition, Prentice Hall, 2002, s.1.

<sup>22</sup> Gill Walt, vd., "'Doing' health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges", Health Policy Plan, C: 23, No: 5, 2008, s. 308-317, s.308.

üzerine eğilmesi faydalı olacaktır.<sup>23</sup>

Günümüz modern ve karmaşık toplumlarında kamu politikası alanı çok kapsamlı ve ayrıntılıdır. Kamusal sorunlar da karmaşık ve çoğu kez birbirine bağlı bir özellik sergilemektedir. Böyle bir ortamda kamu politikalarının sahip olduğu sosyal, ekonomik ve siyasi etkiler çok ciddi düzeydedir. İşte kamu politikalarının bu özelliği nedeniyle politika analizi büyük önem taşımaktadır.<sup>24</sup> Söz konusu durum sağlık hizmetleri ve sağlık politikaları için de geçerlidir. Sağlık hizmetleri nüfusun tamamını ilgilendirmekte ve bu anlamda hem nüfusun tamamı üzerinde hem de gelecek nesiller üzerinde etkili olmaktadır. Günümüzde uygulanan bir sağlık politikasının etkisi veya sonuçları (hem sağlık göstergeleri anlamında hem de ekonomik, sosyal ve siyasal sonuçlar anlamında) kimi zaman kısa vadede sonuçlanabildiği gibi kimi zaman da politikanın sonuçları 20-30 yıl sonra ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle sağlık politikalarının kapsamlı bir analize tâbi tutulması önem arz etmektedir.

Sağlık politikası analizi kimi zaman üniversite tabanlı araştırmacılar, bürokratlar, sağlık çalışanları ve sivil toplum örgütleri gibi diğer politika aktörlerinin oluşturduğu paydaşlar tarafından yürütülen sosyal, politik ve entelektüel çabaları kapsamında değerlendirilebilir.<sup>25</sup> Kimi zaman da sadece teknik bir iş gibi algılanabilir. Bu süreçte politika girdileri ve çıktıları üzerine odaklanılarak veriler üzerinden değerlendirmeler yapılabilir. Sağlığa ilişkin belli bazı temel veriler (doğum oranı, yaşam beklentisi, sağlık harcamaları, hastalıkların görülme sıklıkları gibi) kullanılmak suretiyle bir analiz gerçekleştirilebilir. Ancak sadece teknik bir analiz yapılması konunun daha detaylı ele alınmasını engelleyecek ve politika analizi sürecindeki bazı sorunlara cevap verilmesini önleyecektir. Bu nedenle sağlık politikasına ilişkin girdi ve çıktı odaklı teknik analiz yanında, politika odaklı örgütsel bir yaklaşımın da benimsenmesi, politika analizinin karar verme süreci içinde değerlendirilmesini ve daha anlamlı, etkili bir analiz yapılmasını sağlayacaktır.<sup>26</sup> Bu noktada süreç modeli sağlık politikasının farklı boyutlarda ve çeşitli aşamalarda değerlendirilmesine ve analiz edilmesine imkân sağlayacaktır.

Kamu politikası analizinde kullanılan çeşitli modeller söz konusudur.

<sup>23</sup> Kent Buse, Nicolas Mays ve Gill Walt, Making health policy.

<sup>24</sup> Olena Hankivsky, vd., "Introduction: Why Intersectionality Matters for Health Equity and Policy Analysis", An Intersectionality-Based Policy Analysis Framework, Ed: Olena Hankivsky, Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University, Vancouver, BC, 2012, s. 10.

<sup>25</sup> Olena Hankivsky, vd., "Introduction: Why Intersectionality ...", s. 11.

<sup>26</sup> World Health Organization, Health Policy and Systems ..., s.28.



Grup modeli, kurumsal model, elit modeli, sistem modeli ve süreç modeli bu modellerden başlıcalarıdır. Süreç modeli analiz modelleri arasında en yaygın kullanılan modellerden birini oluşturmaktadır. Süreç modeli, kamu politikalarının bir süreç olduğu düşüncesinden hareket etmektedir ve bu süreci oluşturan aşamaların her birinin incelenmesi amaçlamaktadır. Harold Lasswell (1956) tarafından yedi aşamalı olarak tasarlanan süreç modeli, Dye<sup>27</sup> ve Anderson<sup>28</sup> gibi yazarlar tarafından da geliştirilmiş ve Sabatier<sup>29</sup> tarafından beş aşamada ele alınmıştır. Bu aşamalar şöyle sıralanmaktadır: Gündeme geliş, formüle ediş, kanunlaştırma, uygulama ve değerlendirme.

### 2.1. Problemin Tanımlanması ve Gündeme Gelme

Bu aşamada odak noktası problemlerin nasıl kamu politikalarının hedefi olarak tespit edildiğinin ve belirtildiğinin ortaya konmasıdır. Neden sadece bazı sorunlar hükümetler tarafından dikkate alınmakta ve gündem sorunu olarak belirlenmektedir. Hükümet organları problem çözümü için nasıl karar verir? Kamusal problem nedir? Neden bazı konular ve koşullar kamusal sorun haline gelir? Bir sorun hükümetlerin gündemine nasıl gelir? Neden bazı problemler gündeme gelemezler?<sup>30</sup> Problemin tanımlanması ve gündeme gelme başlığı altında işte bu ve benzeri soruların cevabı aranmaktadır.

Aslında gündem bir sorunlar topluluğudur. Halkın ve kamu görevlilerinin dikkatini çeken konular, semboller, çözümler ve kamusal problemler gündeme taşınmaktadır. Gündem belirleme bir yönüyle sorunların ve alternatif çözümlerinin kamunun ve elitlerin dikkatini çektiği veya kaybettiği bir süreçtir. Gündemin belirlenmesinde genellikle politik aktörlerin sert bir rekabetine rastlanır. Çünkü hiçbir toplum, siyasi sistem, resmi aktör, gayri resmi aktör ya da birey herhangi bir zamanda ortaya çıkan tüm olası problemleri ve tüm olası alternatifleri bilebilme kapasitesine sahip değildir.<sup>31</sup> Bu nedenle her bir aktör ancak kendi perspektifinden gündemin belirlenmesini sağlayabilecektir. Zira her bir aktör sorunu kendi açısından tanımlayacak, sorunun kaynaklarını ve çözüm önerilerini kendi penceresinden sunacaktır.

---

<sup>27</sup> Thomas R. Dye, *Understanding Public Policy*, Pearson Education Inc. 2002.

<sup>28</sup> James E. Anderson, *Public Policy Making: An Introduction*, Houghton Mifflin Company, Boston, 2003.

<sup>29</sup> Paul A. Sabatier, *The Theories of the ...*, 2007.

<sup>30</sup> James E. Anderson, *Public policymaking: ...*, 2003.

<sup>31</sup> Thomas A. Birkland, *An introduction to the policy ...*, s. 169.

## 2.2. Formüle Etme

Politika sürecinin ikinci aşamasında formüle etme safhası bulunmaktadır. Herhangi bir problemin gündeme gelmesinden ve tanımlanmasından sonra sıra politikanın formülzasyonuna gelmektedir. Politikanın formüle edilmesi politika konusuna karşı duyarlı bir yaklaşımı ve politika analizi araçlarının yaratıcı bir şekilde kullanılmasını içerir. Zira, hükümetlerin karşı karşıya olduğu konuların çoğu sorunlu alanlardır ve hükümetler konular hakkında genellikle sınırlı bilgiye sahiptirler. Bu aşamada problemin çözümüne ve politika konusuna yönelik çeşitli alternatifler geliştirilmektedir ve hükümetler geliştirilen alternatifler arasından birini seçerek problemin çözümü için bir yön tayin etmektedir. Böylece hükümetler seçtikleri alternatifin en iyi veya en uygun alternatif olup olmadığından tam anlamıyla emin olmasa da sorunun çözümü için bir adım atmaktadır.<sup>32</sup>

## 2.3. Kanunlaştırma

Formüle etme aşamasını kanunlaştırma aşaması takip etmektedir. Probleme yönelik uygun çözüm formüle edildikten sonra da bu formülün resmîyet kazanması yani politikanın kanunlaştırılması gelmektedir. Bu aşamada rol oynayan başlıca aktörler meclis üyeleri, yargı organları, bürokratik kuruluşlar ve ilgili gruplardır. Kanunlaştırma aşaması sadece formüle edilen çözüm önerisinin hukuki bir metne dönüşmesi olarak düşünülmemelidir. Bu aşama aynı zamanda kanun, yönetmelik, genelge, prensip kararları gibi uygulama sürecini de etkileyecek ve yönlendirecek her türlü yasal düzenlemeyi de içermektedir.<sup>33</sup>

## 2.4. Uygulama

Uygulama aşaması kanunlaşan politika metinlerinin artık hayata geçirildiği ve uygulamaya sokulduğu aşamadır. Bu aşamada politikanın nasıl çalıştığı, nasıl başarılı bir şekilde uygulanacağı gibi bazı hususlar öne çıkmaktadır.<sup>34</sup> Uygulama aşaması, gündeme gelen sorunun çözümü ve politika hedeflerinin tutturulması açısından önemlidir. Formüle etme ve kanunlaştır-

---

<sup>32</sup> B. Guy Peters, *American Public Policy: Promise and Performance*, 9th Edition, Sage Publications, 2013, s. 87.

<sup>33</sup> Alican Kaptı, "Kamu Politika Sürecinde Klasik Yaklaşım Modeli", *Kamu Politika Süreci*, Ed. Alican Kaptı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2011. s. 31,32.

<sup>34</sup> Hasan Hüseyin Çevik ve Süleyman Demirci, *Kamu Politikası*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2012, s.53.

ma aşamasında teknik ve teorik çerçevesi çok iyi çizilmiş bir politika alternatifini uygulamada beklenen sonucu doğuramazsa, bu durum politikanın başarısızlığı anlamına gelecektir ve uygulama aşamasından önceki aşamalarda gösterilen çabayı da bir anlamda boşa çıkaracaktır. Hukuki düzenlemelerin günlük hayatta pratik uygulamalara dönüştüğü bu aşama politikaların başarısı için ayrı bir önem taşımaktadır. Bu nedenle uygulama aşamasında rol oynayan tüm aktörlerin politika hakkında bilgilendirilmesinin ve politikayı sahiplenmesinin politikanın başarısını etkileyeceği unutulmamalıdır. Uygulanan politikanın sonuçları bu aşama neticesinde belirlenecektir. Sonuçlara göre de mevcut düzenlemeye devam edilecek veya düzenlemede revizyona gidilecektir.

### 2.5. Değerlendirme

Bu aşamada uygulanan politikaların ve hayata geçirilen uygulamaların değerlendirilmesi söz konusudur. Politikaların nasıl uygulandığı, uygulama sonucunda nelerin ortaya çıktığı, başlangıçtaki politika hedeflerine ulaşıp ulaşılamadığı, ulaşılamadıysa bunun sebeplerinin ne olduğu gibi konularda muhasebe yapılmasıdır. Analiz sürecinin son basamağı olan bu aşamada politika çıktı ve sonuçları değerlendirilerek politikanın sosyal, siyasal ve ekonomik çevredeki etkileri ve yansımaları saptanabilir.<sup>35</sup> Böylece politikanın başarı ya da başarısızlığı hakkında bir kaniya ulaşılabılır. Bu aşama hem değerlendirme hem de öğrenme aşamasıdır. Politikanın başarısının ve başarısızlıklarının görülmesine fırsat veren ve bunlardan dersler çıkarılarak yeni politika uygulamalarına yön verilmesi için imkân sağlayan bir aşamadır.

### 3. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Süreç Modeli Doğrultusunda Analiz Edilmesi

Sağlık politikasının analiz edilmesi politika aktörlerine politika başarıları ve başarısızlıklarından ders çıkarma imkânı tanır ve gelecek politika tasarımı ve uygulamaları konusunda bilgi edinme fırsatı verir. Türkiye için önemli bir sağlık politikası aracı olan Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 yılı sonrasında sağlık politikalarını belirleyen ve yönlendiren mühim bir politika metnidir. Sağlık hizmetlerinin organizasyonundan sunumuna, finansmanından personeline oldukça kapsamlı bir düzlemde sağlık sistemini yeniden yapılandırmıştır. Bu nedenle SDP'nin analiz edilmesi sağlık politikaları adına önemli ipuçları verecektir. Bu başlık altında Türkiye'de sağlık sisteminde ve sağlık hizmetlerinin sunumunda köklü değişiklikler getiren Sağlıkta

<sup>35</sup> Hasan Hüseyin Çevik ve Süleyman Demirci, Kamu Politikası, s.64.

Dönüşüm Programı, süreç modeli doğrultusunda analiz edilmektedir. Süreç modeli kapsamında sağlık sisteminin dönüşümü gündeme geliş, formüle ediliş, kanunlaştırma, uygulama ve değerlendirme olarak beş temel başlık altında incelenmektedir.

### 3.1. Problemin Tanımlanması ve Gündeme Gelme

SDP bünyesinde sağlık politikalarının gündeme gelmesinde öncelikle sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların etkisinin olduğu görülmektedir. Bu sorunların başında ise sağlık hizmetlerinin maliyetlerinde yaşanan artışlar gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin sürekli artan maliyetleri hükümetleri sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasına zorlamaktadır. Diğer bir ifadeyle, artan maliyetlerin kamu üzerinde yarattığı baskı, hükümetleri sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin karşılanmasında alternatif yöntemler aramaya mecbur bırakmaktadır. Bunun yanında vatandaşların artan beklentileri, hükümetleri sağlık hizmetleri alanında adım atmaya mecbur bırakmakta ve hükümetler vatandaşların beklentilerini karşılamak ve vatandaşların memnuniyetini artırmak için çeşitli düzenlemeler ve iyileştirmeler yapmaktadır. Tüm bunlar kamu yönetimi üzerinde bir yük oluşturmakta ve hükümetler hem artan maliyetleri hem de vatandaşların beklentilerini karşılamakta zorlanmaktadır. Bunların yanında hizmet sunumunda ortaya çıkan yetersizlikler ve eşitsizlikler, hizmetlerin etkinlik ve verimlilikten uzak olması ve kamu yönetiminde değişim ihtiyacının ortaya çıkması, nüfus yapısının değişmesi<sup>36</sup>, vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminde eşitsizlik, nüfusun önemli bir bölümünün sağlık güvencesi kapsamının dışında olması, kaynakların verimsiz kullanımı, DB ve DSÖ gibi uluslararası kuruluşların etkisi, dünya üzerinde etkili olan sağlık reformları<sup>37</sup> ve yaşlı nüfusun artması, sağlık sektöründe teknoloji kullanımının gün geçtikçe yoğunlaşması gibi gelişmeler sağlık alanında reform gereğini ortaya çıkarmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar ve sağlık reformu ihtiyacı aslında uzun zamandır üzerinde hem fikir olunan bir konuydu. Özellikle 1990'lı yıllarda sağlık alanında reform ihtiyacı sürekli dile getirilmiş ve gündemde tutulmuştur. Bununla birlikte sağlık reformlarının bir politika haline getirilmesi ve hayata geçirilmesi söz konusu olmamıştır. 2002 yılında Adalet ve Kalkınma Partisi'nin iktidara gelmesi ile birlikte sağlık politikaları açısın-

<sup>36</sup> Recep Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm ...,

<sup>37</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, "Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme", Kamu Politikası Kuram ve Uygulama, Ed. Mete Yıldız ve Mehmet Zahid Sobacı, Adres Yayınları, Ankara, 2013, s.352-385.

dan da yeni bir dönem başlamıştır. Bu dönemde 58. Hükümet programında yer alan Acil Eylem Planı'nda (AEP) sağlık reformu ve sağlık politikalarına ilişkin ifadeler yer verilmiştir. AEP'de yer alan ifadelerin SDP'ye çekirdek oluşturması ve SDP'nin bunlar üzerine inşa edilmesi nedeniyle AEP önem arz etmektedir.

AEP'de "Sağlıklı Toplum" başlığı altında öncelikle Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması ve devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi farklılığına son verilerek tüm hastanelerin aynı yapı altında toplanması öngörülmüştür. Hastanelerin idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulması ve aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zincirinin kurulması hedeflenmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının ayrılması, Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Kurumunun kurulması planlanmıştır. Bunların yanında anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi, koruyucu hekimlik modelinin yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Son olarak özel sektörle ilgili düzenlemelere de yer verilmiş ve özel sektörün sağlık hizmetlerine yatırım yapması için teşvik edici adımların atılması benimsenmiştir.<sup>38</sup>

AEP'de yer alan ifade ve hedefler doğrultusunda 2003 yılında sağlık politikalarında yeni bir dönemi başlatan ve önemli düzenlemeler ve değişiklikler getiren Sağlıkta Dönüşüm Programı açıklanmıştır. SDP doğrultusunda öncelikli olarak ulaşılabilir, kaliteli ve etkili sağlık hizmetleri sunumu hedeflenmiştir. SDP ile halk sağlığının iyileştirilmesi, tüm vatandaşlar için sağlık güvencesi sağlanması, sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılması, sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması, sağlık çıktılarının iyileştirilmesi amaçlanmış ve hasta merkezli bir sistem geliştirilmesi öngörülmüştür.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, iki temel fazdan oluşmaktadır. İlk faz, 2003-2009 yılları arasını kapsamakta ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi başlığı altında amaçlanan değişiklikler ve uygulamaları içermektedir.<sup>39</sup> İkinci faz ise, 2009-2014 yılları arasını kapsamakta ve Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi başlığını taşımaktadır. İkinci fazda sosyal güvenlik kurumunun oluşturulması ve sosyal güvenlik reformuna ilişkin hedefler bulunmaktadır.<sup>40</sup>

---

<sup>38</sup> <http://web.archive.org/web/20121306060000/http://www.tbmm.gov.tr/hukumetler/HP58.htm>, 13.06.2016

<sup>39</sup> Sağlık Bakanlığı, "SDP (I. Faz)", 2014. <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=178&sayfa=SDP>, 20.05.2016.

<sup>40</sup> Sağlık Bakanlığı, "SDSGRP (II. Faz)", 2014. <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, 20.05.2016

### 3.2. Formüle Etme- Politikanın Oluşturulması

Sağlık politikaların formüle edilmesi, SDP’de belirtilen ilke ve bileşenler doğrultusunda olmuştur. Bu anlamda SDP 2003 sonrası dönemde gerçekleştirilen sağlık politikalarının çerçevesini çizmiş ve iskeletini oluşturmuştur. SDP’de yer alan temel ilke ve bileşenler hem politika içeriği hakkında bilgi vermekte hem de sağlık politikalarını değerlendirebilmek için ölçütler sunmaktadır.

SDP kapsamında gündeme gelen sağlık politikaları; sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sunumunu konu edinmiş ve bu anlamda ciddi politika değişiklikleri ortaya koymuştur. Bu düzenlemeler aracılığıyla sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması amaçlanmıştır.<sup>41</sup> SDP, sağlık politikalarının düzenlenmesinde bir kılavuz niteliğindedir ve belli ilkeler üzerinden hareket ederek rotasını çizmektedir. Bu ilkelerin başında *insan merkezlilik* gelmektedir. Söz konusu ilke, bireylerin beklenti, ihtiyaç ve taleplerine işaret etmekte ve sistemin bunlar üzerine inşa edilmesini içermektedir. Bir diğer ilke *sürdürülebilirliktir*. Bu ilke ile sağlık sisteminin ülkenin koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması gerektiği ifade edilmektedir. *Sürekli kalite gelişimi* ilkesi hizmet sunumunda hep daha iyinin hedeflenmesi ve bu amaçla sistemin kendi hatalarını değerlendirerek bunlardan ders almasını öngörmektedir. *Katılımcılık* ilkesi ise sağlık politikalarının oluşturulmasında tüm paydaşların görüşlerinin alınmasını amaçlar. Katılımcılık ilkesini tamamlayıcı nitelikte olan bir diğer ilke de *uzlaşmacılık* ilkesidir. Uzlaşmacılık ilkesi ile görüşleri alınan tüm paydaşlar arasında ortak bir nokta oluşturularak yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması hedeflenmektedir. *Gönüllülük* ise teşvik edici unsurlara vurgu yapmakta ve sistem içerisinde yer alan tüm tarafların (gerek hizmet sunan, gerek hizmet alan) çeşitli teşvik unsurlarıyla sistem içerisinde gönüllü bir şekilde yer almasını içermektedir. *Güçler ayrılığı* ve *desantralizasyon*, SDP’de öne çıkan diğer ilkelerdir. Güçler ayrılığı ilkesi, sağlık hizmetlerini planlayan, sunan ve finanse eden kurumların birbirinden ayrılmasını ve bu sayede hizmetlerin daha verimli ve kaliteli sunumunu ifade etmektedir. Desantralizasyon ilkesi ise, sağlık hizmetlerinin sunumunda merkezi yapının neden olduğu olumsuzlukları gidermenin bir aracı olarak değerlendirilmektedir. Hizmetlerin desantralizasyonu ile hantal yapının yumuşatılması, idari ve mali açıdan özerk örgütler oluşturulması ve hizmetlerin daha verimli ve etkili sunulması

---

<sup>41</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara, 2003.

amaçlanmaktadır.<sup>42</sup> Son olarak *hizmette rekabet* ilkesi ise sağlık alanının rekabete açılmasını, böylece hizmetlerin kalitesinin artırılmasını ve maliyetlerinin düşürülmesini hedeflemektedir.<sup>43</sup>

Detaylı bir içerik ortaya koyan SDP, sağlık sistemini yeniden yapılandırmaya yönelik 8 temel bileşen üzerinde durmakta ve böylece tasarlanan sağlık politikasının içeriği daha kapsamlı olarak ortaya koyulmaktadır. Bu bileşenler;<sup>44</sup> “1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı, 2- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası, 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi (a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, b) Etkili, kademeli sevk zinciri, c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri), 4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma, 8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemi” olarak sıralanmaktadır.

### 3.3. Kanunlaştırma

SDP ile ilke ve bileşenleri ile belirlenen, çerçevesi çizilen ve formüle edilen sağlık politikaları için daha sonra kanunlaştırma aşamasına geçilmiş ve bu kapsamda çeşitli hukuki metinler yayımlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde kabul edilen kanunların başında 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na Devredilmesine Dair Kanun gelmektedir. Bu kanunla kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesi kabul edilmiş ve kamu hastaneleri arasındaki ayırım kaldırılarak tüm hastaneler devlet hastanesi olarak düzenlenmiştir. SDP kapsamında hayata geçirilen bir diğer kanun 5258 sayılı Kanun ile Aile Hekimliği Sisteminin kurulmasıdır. Böylece sağlık ocakları kapatılırken aile hekimliği uygulaması getirilmiş ve birinci basamakta verilmesi gereken bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin aile hekimlerince sunulması hedeflenmiştir.

Bir diğer düzenleme 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu’dur. Bu düzenleme ile Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-

<sup>42</sup> Kamusal hizmetlerin etkinliklerinin piyasacı yöntemler aracılığıyla geliştirilebileceğine yönelik iddiaların kamu tercihi teorisinin temel dayanaklarından birini teşkil ettiği ayrıca belirtilebilir. Kamu tercihi yaklaşımın teorik temelleri için bkz., Buğra Kalkan ve Devrim Özkan, “Kamu Tercihi Teorisini Modern Klasiklerdeki İzleri”, Journal of Human Sciences, C:13, No:3, 2016, s. 3995-4010.

<sup>43</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, s. 59-70.

<sup>44</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı.



Kur'dan oluşan parçalı yapının ortadan kaldırılması ve sosyal güvenlik sisteminin tek bir çatı altında birleştirilmesi amaçlanmıştır. Bu düzenlemeyi takiben 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu uygulamaya koyulmuştur ve söz konusu kanun ile tüm vatandaşlara sağlık güvencesi sağlanması öngörülmüştür.

SDP doğrultusunda öngörülen önemli düzenlemelerden biri de 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kurulan Kamu Hastane Birlikleri'dir. Kamu Hastane Birlikleri'nin kurulması ile tüm devlet hastaneleri ilgili Kamu Hastane Birlikleri'ne bağlanırken Sağlık Bakanlığı'nın da rolünde önemli değişimler söz konusu olmuştur. Sağlık Bakanlığı hizmet sunumundan uzaklaşmış ve politika belirleyen, politika üreten bir yapıya dönüştürülmüştür.

SDP ile sağlık personeline ilişkin kimi konular da düzenlemelere konu olmuştur. Bu kapsamda 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile sağlık personeline tam gün çalışma esas (ilerleyen zamanlarda düzenlemede çeşitli değişikliklere gidilmiştir) getirilmiştir. Ayrıca 1863 Sayılı Ek Ödeme Yönergesi ile performansa dayalı döner sermaye uygulamasına geçilmiş ve sağlık personeline yapılan ödemelerde performans göstergeleri esas alınmaya başlamıştır. Diğer yandan hasta hakları da yasal düzenlemelerle güvence altına alınmış ve hastanelerde hasta hakları birimlerinin kurulması karara bağlanmıştır.

### 3.4. Uygulama

Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulama aşamasını programın düzenlemeyi ve dönüştürmeyi amaçladığı üç ana başlıkta değerlendirmek mümkündür. Bu başlıklar sağlık hizmetlerinin organizasyon ve yönetimi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık çalışanları ve sağlık hizmetlerinin finansmanı olarak sıralanmaktadır.

#### 3.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Organizasyon ve Yönetimi

Organizasyon alanında öncelikle SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na bağlanmış ve hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi amaçlanmıştır. Böylece SSK'lı, BAĞ-KUR'lu, devlet memuru, emekli ya da Yeşil Kartlı ayrımı yapılmaksızın tüm vatandaşların istedikleri devlet hastanelerinden hizmet alması mümkün olmuştur. Diğer bir ifadeyle SSK hastanesi-devlet hastanesi ayrımı ortadan kaldırılmış, vatandaşlara tüm hastanelerden hizmet alma hakkı tanınmış ve tercih imkânı sunulmuştur.

Organizasyon alanındaki en önemli uygulamalardan ve değişikliklerden



biri de Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasıdır. Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması ile Bakanlığın rolü ve sorumluluğu değişmiş, Bakanlığın planlama, yönetme, düzenleme ve denetleme kapasitesi güçlendirilirken hizmet sunumu görevinden çekilmiş ve bu görevi kamu hastane birliklerine devretmiştir. Bu düzenlemeye uygun olarak da Bakanlık teşkilatı yeniden yapılandırılmıştır. Ayrıca Kamu Hastane Birliklerinin kurulması ile hastanelere yetki devri yapılmış ve yönetim esnekliği sağlanmış- tır. Hastanelere kendi kaynaklarını kullanma hakkı tanınmış, hasta odaklı bir hizmet anlayışı benimsenmiştir. Kamu hastanelerinin iş yükünü azaltmak gayesiyle birçok tıbbi hizmet için hizmet alımına imkân tanınmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın değişen yapısı ve hizmet sunma görevinden uzaklaşmasına ek olarak özel sektör güçlendirilmiş ve hizmet sunumuna teşvik edilmiştir. Hastaların da kendi sosyal güvenceleri kapsamında özel sektör hastanelerinden faydalanmasına imkân verilmiştir. Böylece devlet hastaneleri ile özel sektörün rekabet içinde hizmet sunması ve sağlık hizmetlerinde kalitenin artması amaçlanmıştır. İlâveten de devlet hastanelerinin iş yükünün hafifletilmesi hedeflenmiştir.

Yenilenen organizasyon anlayışının ve yapısının bir sonucu olarak Sağlık Bakanlığı'nda stratejik yönetim anlayışına geçilmiştir. Stratejik yönetim anlayışı kapsamında ana politika metinleri ve hedeflere bağlı olarak Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Planı hazırlanmıştır. Hazırlanan plan dahilinde, uygulamaya dönük performans hedeflerini ve faaliyetlerini içeren yıllık performans programları belirlenmiştir.<sup>45</sup>

### 3.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Çalışanları

Hizmet sunumuna ilişkin uygulamalar; birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, anne ve çocuk sağlığının korunarak geliştirilmesi, bulaşıcı hastalıklarla ve kronik hastalıklarla etkili mücadele, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, acil sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi, kamu hastanelerinin tek çatı altına toplanması, özel hastanelerin herkese hizmet sunması, hastanelerde yerinden yönetim ve hastane hizmetlerinde yeniden yapılanma, hasta hakları, merkezi hastane randevu sistemi (MHRS), evde sağlık bakımı hizmetleri, ilaç ve eczacılık sektörünün yeniden düzenlenmesi, sağlık bilgi sistemi ve e-sağlık uygulamaları, kurumsal yapılanma ve kapasite geliştirme, sağlıkta kamu-özel ortaklığı<sup>46</sup> gibi alanlarda yoğunlaşmıştır. Görüldüğü gibi SDP'nin uygulama

<sup>45</sup> Sağlık Bakanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010 – 2014, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 788.

<sup>46</sup> Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-

alanı oldukça kapsamlı ve detaylıdır. Sağlık hizmetlerinin her alanını düzenlemekte ve hizmet sunumunu SDP'nin ilkeleri doğrultusunda yeniden yapılandırmaktadır.

Sağlık politikalarının uygulaması ve sağlık hizmetlerinin sunumu aşamasında karşımıza çıkan bir diğer konu başlığı da sağlık personeline ilişkindir. SDP doğrultusunda sağlık hizmetlerinin sunumunda yapılan yeni düzenlemeler sağlık personeli üzerinde de etkili olmuştur. Bu kapsamda öncelikle sağlık personelinin sayısının arttırılmasına yönelik girişimlerde bulunulmuştur. Bunun yanında sağlık personelinin işe alınmasında yeni istihdam yöntemleri gündeme gelmiş, personel atama ve nakillerinde objektif ve hakkaniyete uygun yöntemlerin kullanılmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır. İstihdam yöntemlerindeki değişim kapsamında sağlık personelinin sözleşmeli statüde çalıştırılmasına olanak sağlanmıştır. 2005 yılında da sözleşmeli personel çalıştırılmasına fırsat tanınması ile birlikte, destek hizmetlerinde çalışan sözleşmeli personel yanında, tıbbi hizmetlerde çalışanlar arasında da sözleşmeli çalışma yaygınlaşmaya başlamıştır. Kalkınmada öncelikli bölgelerde, sağlık personeli temininde yaşanan sıkıntıyı giderebilmek amacı ile uygulanan sözleşmeli sağlık personeli alımıyla da önemli sayıda hekim dışı sağlık personeli istihdamı sağlanmıştır.<sup>47</sup> Ayrıca sağlık insan gücünün etkili ve verimli kullanılabilmesi adına sağlık çalışanlarına yönelik uzaktan eğitim, hizmet içi eğitim gibi yöntemlerle eğitim hizmetlerinin sunulması yönünde çeşitli adımlar atılmıştır.<sup>48</sup>

Sağlık personeline ilişkin önemli bir uygulama da performansa göre ödeme sisteminin hayata geçirilmesi olmuştur. Bu kapsamda performans göstergeleri belirlenmiş ve performansa bağlı ödeme sistemleri geliştirilmiştir. Böylece, hakkaniyetli bir sistem oluşturulması ve sağlık çalışanlarının ürettikleri hizmet miktarı oranında ödemeye hak kazanmaları öngörülmüştür.<sup>49</sup>

### 3.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlıkta Dönüşüm Programının üzerinde durduğu konulardan biri de kaynakların optimum kullanılması suretiyle etkili, verimli ve hakkaniyet

---

2010), Ankara, 2011, s.103-289.

<sup>47</sup> Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, Ed. Salih Mollahaliloğlu vd., T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2007.

<sup>48</sup> Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010), s. 259-260.

<sup>49</sup> Recep Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm ..., s. 149.

odaklı bir sağlık sistemi oluşturulmasıdır. Bu amaçla sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılarak sağlık hizmetlerinin finansmanı yeniden düzenlenmiş ve sosyal güvenlik sistemi yeniden yapılandırılmıştır.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile gerçekleştirilen değişiklikler doğrultusunda sosyal sigortacılık sistemi hem yönetsel açıdan hem de yapılanma açısından yeniden kurgulanmıştır. Bu minvalde ilk olarak sağlık ve sosyal sigorta hizmetleri yeni kurulan Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanmıştır. Böyle bir bütünleşmeye gidildikten sonra, sadece prim ödeyenler ve onların bakmakla yükümlü olduğu kişiler değil, aynı zamanda hiçbir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar da kapsama alınmıştır. Bunlara ilaveten on sekiz yaşının altındakilerin, sosyal güvencesi olmayanların ve yoksulluk sınırının altında gelir düzeyine sahip vatandaşların sağlık hizmeti bedellerinin devlet tarafından karşılanması öngörülmüştür.<sup>50</sup> Düzenleme ile Bağ-Kur'luların sağlık hizmetlerinden faydalanmaları için gerekli olan prim gün sayısında da değişikliğe gidilmiş ve 240 gün olan prim gün sayısı 30 güne indirilmiştir. Benzer şekilde SSK'luların sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeleri için gereken prim günü sayısı da 90 günden 30 güne indirilmiştir.

### 3.5. Değerlendirme

Sağlık politikalarını değerlendirmede kullanılacak belli başlı yöntemlerden veya kriterlerden bahsetmek mümkündür. İstatistiki verileri değerlendirmek bunlardan biridir. Sağlık istatistiklerinin seyri sağlık politikalarının değerlendirilmesinde önemli bir ipucudur. Bunun yanında politikaların genel sonuçlarını göz önünde bulundurarak politikayı değerlendirmek de mümkündür. Bu başlık altında ağırlıklı olarak istatistiki verilere dayalı bir değerlendirme yapılmıştır. Sağlık politikalarının ve SDP'nin sonuçları ve genel anlamda değerlendirilmesi ise sonuç bölümüne bırakılmıştır. Bu kapsamda SDP sonrası sağlık göstergeleri dikkate alındığında söz konusu göstergelerde iyileşmeler olduğu görülmektedir. Örneğin doğumda beklenen yaşam, bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı gibi göstergelerde iyileşmeler olduğu gözlenmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresi Türkiye genelinde 2002 yılı için 72,5 yıl<sup>51</sup> iken, 2015 yılı için 78 yıl<sup>52</sup> olmuştur. Anne ölüm ora-

<sup>50</sup> Erdal Gümüş, "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler," Seta Analiz, No:24, 2010.

<sup>51</sup> Sağlık Bakanlığı T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2014

<sup>52</sup> Türkiye İstatistik Kurumu, Hayat Tabloları, 2013-2015, <http://www.tuik.gov.tr/PreHa>

nı (1.000 canlı doğumda) 2002 yılında 64 iken bu sayı, 2014 yılında 15,2'ye düşmüştür. Yine 2002 yılında 31,5 olan bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda), 2014 yılında 7,6'ya düşmüştür.<sup>53</sup> Aşılama oranlarında da iyileşmeler olmuş 2002 yılında yüzde 77 olan aşılama oranları 2014 yılında yüzde 96 düzeylerine ulaşmıştır.<sup>54</sup> İstatistik veriler dikkate alındığında SDP kapsamında atılan politika adımlarının başarılı olduğu değerlendirilmektedir.

Bunun yanında politikaların değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulabilecek bir diğer kriter de sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyidir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Yaşam Memnuniyet Araştırması'na göre 2003 yılında %39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, 2011 yılında en üst seviyeye çıkarak %75,9 olmuş, 2015 yılında ise bir miktar düşerek %72,3 oranına ulaşmıştır.<sup>55</sup> 2015 yılındaki düşüşe rağmen SDP öncesi dönemle karşılaştırıldığında vatandaşların önemli bir oranının politika uygulamalarını ve sonuçlarını memnuniyetle karşıladığı görülmektedir.

Bu noktada sağlık harcamaları üzerinden de bir değerlendirme yapmak mümkündür. Bu kapsamda sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı göz önünde bulundurulduğunda, toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı 2002 yılında %5,4 seviyelerinde iken yükselişe geçmiş ve 2008-2009 yıllarında %6,1 seviyelerine ulaşmıştır. Ancak daha sonra tekrar düşüşe geçmiş ve 2013 ve 2014 yıllarında %5,4 seviyelerine gerilemiştir.<sup>56</sup> 2002 yılındaki %5,4'lük payın yaklaşık % 3,8'lik kısmı kamuya aitken, yaklaşık %1,6'lık kısmı ise özel sağlık harcamalarına aittir. 2013 yılına gelindiğinde bu oran %4,2 ve %1,2 ile sırasıyla kamu ve özel sağlık harcamaları şeklinde gerçekleşmiştir.<sup>57</sup> Dolayısıyla 2002 yılından 2014 yılına gelindiğinde kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı bir miktar artmış olmakla birlikte toplam sağlık harcamalarının oranı aynı kalmıştır. OECD

---

berBultenleri.do?id=21509, 23.06.2016.

<sup>53</sup> Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016 Yılı Performans Programı, s. 23. [https://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/strateji\\_db/dokumanlar/2016\\_yili\\_performans\\_programi.pdf](https://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/strateji_db/dokumanlar/2016_yili_performans_programi.pdf), 13.06.2016.

<sup>54</sup> Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016 Yılı Performans Programı, s. 22-23.

<sup>55</sup> Türkiye İstatistik Kurumu, Genel Olarak Kamu Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21518>, 23.06.2016.

<sup>56</sup> Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1084](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084), 23.06.2016.

<sup>57</sup> Sağlık Bakanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2015, s. 170.

ortalamasıyla karşılaştırıldığında bu oranın %8,9 olan OECD ortalamasının altında kaldığı görülmektedir.<sup>58</sup> Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı ele alındığında ise bu oran 2002 yılında %19,8; 2013 yılında ise %16,8 olmuştur. %16,8’lik bu oran, yine %19,5 olan OECD ortalamasının altında gerçekleşmiştir.<sup>59</sup>

#### 4. Sağlıkta Dönüşüm Programında Etkili Olan Aktörler

Türkiye’de sağlık politikasının oluşturulmasında ve sağlık hizmetlerinin sunumunda etkili olan çok sayıda aktörle karşılaşmaktadır. Devlet bu aktörlerin başında gelmektedir ve gerek planlama ve koordinasyon gerekse de finansman ve sağlık kurumlarının geliştirilmesi açısından temel sorumluluğu üstlenmektedir. Devlet bu konudaki görev ve sorumluluğunu başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere, Meclis, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu ve ilgili diğer kurum ve kuruluşlarla birlikte yürütmektedir. Adı geçen resmi aktörler yanında sendikalar, meslek örgütleri ve diğer sivil toplum kuruluşları gibi resmi olmayan aktörler de Türkiye’de sağlık politikalarının oluşturulmasında rol oynamaktadır. Bunların yanında DB, OECD, IMF, DSÖ, DTÖ gibi uluslararası kuruluşlar ile AB gibi ulusüstü kurumlar ve ilaç ve tıbbi cihaz gibi sağlık şirketleri Türkiye’deki sağlık politikalarının belirlenmesi sürecinde devreye girebilmektedir.<sup>60</sup>

##### 4.1. Resmi Aktörler

Kamu politikasının oluşturulmasında etkili olan resmi aktörler meclis, hükümet, kamu bürokrasisi ve yargıdan oluşmaktadır. Genel olarak sağlık politikalarının belirlenmesinde, özel olarak da SDP’nin oluşturulmasında resmi aktörlerinin tamamının etkili olduğu görülmektedir. Yürütme ve kamu bürokrasisi ağırlıklı olarak sağlık politikalarının formüle edilmesinde etkili olmuşken, meclis politikaların yasalaşması sürecinde devreye girmiştir. Bunların yanında yargı organının da sağlık politikalarının oluşturulmasında rol oynadığı gözlenmektedir. Zira SDP kapsamında kabul edilen kimi yasalar zaman zaman yargı engeline takılmıştır. Örneğin 31.05.2006 tarihinde

<sup>58</sup> Sağlık Bakanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, s. 170.

<sup>59</sup> Sağlık Bakanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, s. 175-176.

<sup>60</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, “Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları”, s.352-385.

kabul edilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi üzerine, kanunun yürürlük tarihi ertelenmiştir. Dolayısıyla meclis, hükümet, kamu bürokrasisi ve yargıdan oluşan resmi aktörlerin tamamı sağlık politikalarının düzenlenmesinde ve uygulanmasında rol oynamıştır.

#### 4.2. Resmi Olmayan Aktörler

Kamu politikalarında rol oynayan gayri resmi aktörler arasında siyasal partiler, sivil toplum örgütleri, vatandaşlar ve medya gibi resmi yapılanmanın dışında yer alan aktörler bulunmaktadır. Bu açıdan SDP değerlendirildiğinde, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan açıklamalarda gerek Program hayata geçirilmeden önce, planlama sürecinde iken gerekse de sonrasında uygulama, izleme ve değerlendirme aşamalarında sivil toplum kuruluşları ve diğer paydaşlarla da görüşüldüğü ve SDP ile ilgili fikirlerine başvurulduğu ifade edilmektedir. Bu kapsamda Kurum İdari Kurul toplantılarında sağlık çalışanları adına Bakanlığın yasal muhatabı olan sendikalarla çalışmalar yürütüldüğü belirtilmektedir. Bunların yanında son yıllarda sempozyum, çalıştay, panel gibi etkinlikler gerçekleştirilmek suretiyle sendikalarla sağlık sektörüne ait sorunların tartışıldığına değinilmektedir.<sup>61</sup> Bakanlık tarafından yapılan bu açıklamalar aktörlerle varılan bir görüş birliğine işaret etmektedir. Diğer yandan sağlık alanında önemli sivil toplum örgütlerinden biri olan Türk Tabipler Birliği için aynı şeyi söylemek mümkün değildir. Türk Tabipler Birliği'nin daha çok muhalif ve eleştirel bir tutumla SDP'ye yaklaştığını ifade etmek mümkündür. SDP doğrultusunda hayata geçirilen sağlık uygulamalarını, iddia edilen sonuçları doğurmayacağı gerekçesiyle hem gösterilerle protesto etmiş hem de yasalaşan politikalar için yargı yoluna başvurarak politikaların uygulamaya aktarılmasını önlemek istemiştir.<sup>62</sup> Bu başlık altında medyanın rolüne değinmek de mümkündür. Zira SDP ile ilgili düzenleme ve değerlendirmeler medya aracılığıyla tüm toplumla paylaşılmıştır. Böylece hem halka bilgi akışı sağlanmış, hem de halktan gelen tepkiler hakkında bilgi edinilmiştir.

#### 4.3. Diğer Aktörler

SDP resmi ve gayri resmi aktörlerin olduğu kadar uluslararası aktörlerin

---

<sup>61</sup> Recep Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2012, s. 297- 298.

<sup>62</sup> Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2013-2017, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2012, s.57.

de etkili olduğu bir politika metni olmuştur. Özellikle Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü bu konuda başat bir rol oynamıştır. SDP yetkilileri ve yürütücüleri bu kurumlarla işbirliği yapmış ve kurumların uluslararası deneyimlerinden yararlanmışlardır.<sup>63</sup>

#### 4.3.1. Avrupa Birliği (AB)

Avrupa Birliği'nin SDP üzerinde doğrudan bir etkisinden söz etmek mümkün değildir. Ancak üyelik sürecinde yerine getirilmesi gerek yükümlülükler, gerek sağlık politikalarının belirlenmesinde gerekse de SDP'nin oluşturulmasında etkili olmuştur. Üyelik müzakereleri sürecinde sağlığı ilgilendiren konularda AB mevzuatına uyum çalışmaları kapsamında sağlık politikalarına yön verilmektedir.<sup>64</sup>

#### 4.3.2. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

DSÖ, sağlık politikalarının belirlenmesinde etkili olan önemli uluslararası örgütlerden biridir. Sağlık Bakanlığı da Dünya Sağlık Örgütü ile sürekli bir işbirliği içindedir. Söz konusu işbirliğini her iki yılda bir imzalanan "Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi Arasında İki Yıllık İş Birliği Anlaşması (Biennial Collaborative Agreement-BCA)" altında yürütmektedir. 2002-2003 yıllarını kapsayan anlaşmada yer alan 7 projenin uygulaması 2003 yılında devam etmiştir. Yine 2004-2011 yılları arasında 4 iş birliği anlaşması yapılmış ve bu kapsamda 61 adet proje yürütülmüştür. Ayrıca Bakanlık Stratejik Planın hazırlanması sürecinde DSÖ ile birlikte çalışmıştır. Bu süreçte Tallinn Şartı, Halk Sağlığı Kapasitelerini ve Hizmetlerini Güçlendirmek için Avrupa Eylem Planı ve Sağlık 2020 başlıklı belge de göz önünde bulundurulmuştur.<sup>65</sup>

#### 4.3.3. Dünya Bankası (DB)

Dünya Bankası özellikle 1990'lı yıllardan itibaren Türkiye'de sağlık politikalarının belirlenmesinde ve uygulanmasında etkili olmuş bir aktördür. Bu durum SDP'de de devam etmiş ve DB verdiği kredilerle ve politika önerileriyle SDP'ye önemli ölçüde yön vermiştir. 2003 yılı Mart ayında Dünya Bankası tarafından Turkey Reforming the Health Sector for Improved Ac-

<sup>63</sup> Rifat Atun, "Transforming Turkey's Health System-Lessons for Universal Coverage", The New England Journal of Medicine, C:373, No: 14, 2015, s.1285-1289, s. 1288.

<sup>64</sup> Recep Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), s. 278.

<sup>65</sup> Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2013-2017, s.13.



cess and Efficiency I-II (Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu I-II) isimli iki adet rapor yayımlanmıştır. Raporla sağlık sisteminde reformun gerekliliği üzerinde durulmuş ve reformun ana amacı olarak sağlık çıktılarının etkili, eşitlikçi ve sürdürülebilir bir şekilde geliştirilmesi belirlenmiştir.<sup>66</sup>

Ayrıca DB tarafından yayınlanan raporlarda Türkiye'nin uyguladığı sağlık politikaları değerlendirilmiş ve SDP ile dikkat çekici başarı elde edildiği ifade edilmiştir. Türkiye'nin gösterdiği politik kararlılık ve esnek, sonuç odaklı yaklaşımın ders olarak alınabileceği ve sağlık sektörü performansının iyileştirilmesinde, sağlık sisteminin güçlendirilmesinde etkili bir yöntem olduğu belirtilmiştir.<sup>67</sup>

#### 4.3.4. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD)

OECD'nin çalışma konularından biri de sağlıktır. OECD, sağlık göstergelerinde ve özellikle de sağlık harcamalarında diğer ülkelerle karşılaştırmalı oranlar vererek,<sup>68</sup> sağlık alanında raporlar yayımlayarak, ve istatistikler hazırlayarak sağlık politikaları üzerinde belirleyici ve yönlendirici olmaktadır. Bu kapsamda OECD Türk sağlık sistemini de inceleyerek Türkiye'de sağlık hizmetlerinin OECD düzeylerine çıkması için önerilerde bulunmuş ve Sağlıkta Dönüşüm Programı üzerinde etkili olmuştur. SDP hayata geçirildikten sonra da reformları ve uygulamaları inceleyerek değerlendirmelerde bulunmuş ve Dünya Bankası ile ortak rapor<sup>69</sup> yayımlamıştır.

### Sonuç

Hükümetlerin gündemini meşgul eden çok sayıda sorun ve politika alanı söz konusudur. Sağlık sektörü bunlardan sadece biridir. Sağlık sistemi ve sağlık hizmetleri ülkelerin hem bugünü hem de geleceğini etkileyen önemli

---

<sup>66</sup> World Bank (WB), Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency (in Two Volumes) Volume 1: Main Report, Report No. 24358-TU, 2003.

<sup>67</sup> Sarbani Chakraborty, Health Systems Strengthening: Lessons from the Turkish Experience, World Bank Europe and Central Asia Knowledge Brief, C:12, 2009.  
[http://siteresources.worldbank.org/INTECALEA/Resources/1040211-1251905880790/KB\\_V12\\_HSS\\_TUR.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTECALEA/Resources/1040211-1251905880790/KB_V12_HSS_TUR.pdf), 25.06.2016

<sup>68</sup> Volkan Yılmaz ve Nurhan Yentürk, "Türkiye'de Sağlık Harcamalarına Tarihsel Bir Bakış", İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Çalışmaları Merkezi, 2015  
<http://stk.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/11/08/saglikHarcamalari.pdf>, 27.06.2016

<sup>69</sup> Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, OECD ve Dünya Bankası, 2008.



politika alanlarındandır ve bu anlamda nüfusun tamamı üzerinde etkilidir. Hizmet sunumu, örgütlenme, finansman, insan kaynağı gibi farklı ve kapsamlı alt dalları da olan sağlık politikaları, değişen şartlar ve ortaya çıkan gelişmeler nedeniyle dinamik bir yapı sergilemektedir. Türkiye’de tarihsel süreçte, sağlık politikaları ve sağlık reformu hemen her dönemde gündemde olmuş ve bu kapsamda sağlık sisteminde reform girişimlerinde bulunulmuştur. Meclisin açılmasıyla başlayan sağlık politikası çalışmaları Cumhuriyet tarihi boyunca da devam etmiştir.

Sağlık politikalarının son halkasını ve en kapsamlısını 2003 yılında gündeme gelen Sağlıkta Dönüşüm Programı oluşturmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık sisteminin hemen tüm alanlarında yaygın ve ciddi değişiklikler öngören bir içeriğe sahiptir ve bu kapsayıcı niteliğiyle de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinden sunumuna, finansmanından insan gücüne birçok alanda kayda değer değişiklikler getirmektedir. Bu değişiklikler, sağlık politikalarındaki hatırı sayılır dönüşümün de bir göstergesidir. Dönüşüm kapsamında ciddi sayıda yasa hayata geçirilmiş ve uygulamaya sokulmuştur. SDP bu anlamda önemli bir kamu politikası örneği oluşturmaktadır.

SDP’nin belirlenmesinde ve politik içeriğinin oluşturulmasında içsel faktörler kadar dışsal faktörlerin de etkili olduğu görülmektedir. İçeride sağlık sisteminin finansmanındaki eşitsiz ve parçalı yapı, hizmetlere erişimde sınırlılık ve sağlık hizmetlerinin beklenen düzeyde ve kalitede olmaması, sağlık harcamalarının etkisizliği, demografik yapının değişmesi ve yaşlı nüfusun artması, vatandaşların memnuniyetsizliği gibi faktörler sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasını gerekli kılmıştır. Dışarıda ise konjonktürel gelişmeler, küreselleşme sürecinin etkileri, uluslararası kuruluşların yönlendirmeleri sağlık politikalarının şekillenmesinde belirleyici olmuştur.

SDP ile öncelikli olarak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde önemli değişikliklere gidilmiştir. Bu doğrultuda kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanmış ve devlet hastanesi olarak tek çatı altında hizmet sunmaya başlamıştır. Farklı meslek grupları (işçi, memur, emekli, serbest çalışan, işsiz gibi) için farklı finansman yöntemleri öngören sosyal güvenlik sisteminin parçalı yapısına son verilmiş ve bunlar, yeni oluşturulan Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde bir araya getirilmiştir. Toplumun yoksul kesimleri tarafından kullanılan Yeşil Kart uygulaması da, prim ödeme şartı bulunmaksızın SGK’ya bağlanmıştır.

Örgütlenme yapısındaki değişim doğrultusunda Sağlık Bakanlığı da yeniden yapılandırılmış, Bakanlık doğrudan hizmet sunumundan uzaklaşırken, daha ziyade politika ve strateji belirleme, planlama, düzenleme gibi görevler üstlenmiştir. Bunu tamamlayıcı şekilde kamu hastane birlikleri kurularak hastanelere yetki devri gerçekleştirilmiş ve hastanelerin kapasiteleri

güçlendirilmiştir. Ayrıca özel sağlık kurumları tarafından hizmet sunulması teşvik edilmiş, sosyal güvenlik kapsamındaki hastaların da katılım ücretini ödemek kaydıyla özel hastanelerden yararlanabilmesi mümkün kılınmıştır. Sağlık hizmetlerinin organizasyonunu ve yönetimini yeniden yapılandıran bu düzenlemelerle bir yandan finansal yapının güçlendirilmesi amaçlanmış, diğer yandan da hizmetlerin yaygınlaştırılması, daha ekonomik, kaliteli, verimli ve hızlı sunulması hedeflenmiştir.

SDP ile sağlık hizmetlerinin sunumunda da değişiklikler yapılmıştır. Bu kapsamda koruyucu ve tedavi edici hizmetlerde kapsamlı yapısal bir dönüşüm öngörülmüş, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık ocağı uygulamasından aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Anne ve çocuk sağlığının korunması, bulaşıcı ve kronik hastalıklarla mücadele, aşılama hizmetlerinin güçlendirilmesi, acil sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi, ilaç ve eczacılık sektörünün yeniden yapılandırılması, sağlık bilgi sistemi ve e-sağlık uygulamalarına geçişi gibi konu başlıkları altında kapsamlı düzenlemelere yer verilmiştir.

Sağlık reformları arasında en kapsamlı uygulama ve değişim SDP ile gerçekleştirilmiştir. Bu değişimin yansımaları hizmetlerin örgütlenmesinde ve sunumunda görüldüğü kadar hasta haklarına yapılan vurguda da görülmüştür. Bu dönemde hasta haklarını koruyucu ve iyileştirici düzenlemeler yapılmıştır. Bu kapsamda Hasta Hakları Yönetmeliği kabul edilmiş ve hastalara “bilgi isteme”, “sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme”, “sağlık personelinin tanıma, seçme ve değiştirme”, “öncelik sırasının belirlenmesini isteme”, “tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım” hakkı tanınmıştır. Söz konusu yönetmelikle sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde hasta iletişim birimleri kurulması, illerde de Hasta Hakları Kurulu oluşturulması kararlaştırılmıştır. Bunların yanında sağlık hizmetlerinden faydalananlara telefonla veya online olarak SABİM ve BİMER gibi kurumlara şikayet ve önerilerini iletme imkanı verilmiştir. Böylece bir yandan vatandaşların sağlık hizmetlerinden faydalanma hakları tanımlanırken, diğer yandan da sağlık hizmet sunucularının vatandaşlara karşı sorumluluğu ve hesap verebilirliği güçlendirilmiştir. Bu düzenlemeler SDP’nin “insan merkezilik” ilkesini tamamlar niteliktedir.

SDP ile yeni istihdam yöntemlerinin getirildiği görülmektedir. Bu kapsamda hizmet satın alma, sözleşmeli çalışma (özellikle kamu hastane birliklerinde ve aile hekimliği uygulamasında) ve esnek çalışma gibi istihdam yöntemleri de hayata geçirilmiştir. Bu yöntemler sağlık işgücü ihtiyacını daha hızlı karşılamaya ve ihtiyacı azaltmaya yardımcı olmuş, hizmetlerin daha düşük maliyetle sunulmasını sağlamıştır. Buna karşılık bu yöntemlerle istihdam edilen sağlık çalışanları iş güvencesinden yoksun kalırken, kimi

zaman da zorlu çalışma koşullarına rıza göstermek zorunda kalmışlardır. Diğer yandan çalışanlar için performansa dayalı ödeme sistemi getirilmiştir. Bu sayede hem sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerin ölçülebilir hale getirilmesi, hem de bunların değerlendirilip hizmeti üretenlere yansıtılması amaçlanmıştır. Böylece sağlık çalışanlarının güdülenmesi ve çalıştıkları kadar ücret almaları hedeflenmiştir. Düzenleme sağlık çalışanlarının maaşlarını yükseltirken, kimi zaman da performansı artırmak adına gereksiz işlemlerin yapılmasına neden olmuştur. Bu nedenle performans uygulamasında yeni düzenlemelere gidilmiştir.

Sağlık politikalarındaki dönüşümün en memnun kesimi olarak hastalar görülmektedir.<sup>70</sup> Gerek sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ve erişimin kolaylaşması, gerek sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması ve düzeyinin yükselmesi, gerekse de hasta hakları konusunda yapılan iyileştirmeler sağlık hizmetlerinden yararlananların eskiye göre sağlık hizmetlerinden daha memnun olmaları sonucunu doğurmuştur.

Değişimden memnun olmayan kesim ise ağırlıklı olarak sağlık çalışanlarıdır.<sup>71</sup> Gerek hekimler, gerekse de diğer sağlık çalışanları hasta haklarına yönelik yapılan düzenlemeler neticesinde kendi hareket alanlarının kısıtlandığını ve sağlık çalışanlarına karşı saygının azaldığını düşünmektedirler. Sağlık çalışanlarına yönelik hastalar veya hasta yakınları tarafından yapılan saldırılar da bu memnuniyetsizliğin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.

Bu başlık altında üzerinde durulabilecek bir konu da SDP'nin yönetsel başarısıdır. 2003 yılında başlayan SDP uygulamaları hala devam etmektedir ve bu süre içerisinde zaman zaman kimi uygulamalarda değişiklikler yapılsa da politikanın ana hedefleri ve eksenini doğrultusunda düzenleme ve uygulamalar devam etmektedir. SDP'nin uygulamaya geçirilmesinde ve politikaların devamlılığında etkili olan faktörler söz konusudur. Bu faktörler; SDP uygulamaları boyunca ekonomik gelişmenin sürmesi, siyasi istikrarın devam etmesi, yürütücü lider eşliğinde politikaya sahip çıkılması, kapsamlı bir dönüşüm stratejisinin uygulanması, ekip çalışmasıyla işlerin yürütülmesi, hızlı politika transferi, sağlık sisteminde anlık iyileştirmeler yapılması ve halkın güveninin sağlanması,<sup>72</sup> hızlı ve kararlı değişikliklerle siyasi destek

---

<sup>70</sup> Sedat Bostan, "What Has The Health Transformation Program In Turkey Changed For Patients?", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C: 16, Sayı 2, s. 91-103, 2013.

<sup>71</sup> World Health Organization, Successful Health System Reforms: The Case of Turkey, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2012.

<sup>72</sup> Rifat Atun vd., "Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity", The Lancet, C: 382, N: 9886, s. 65-99, 2013.

sağlanması, düşük gelir grubunu koruyucu adımlar atılması<sup>73</sup> olarak sıralanabilir.

### Kaynakça

- AĞARTAN, Tuba I., “Learn, Frame and Deploy? Cross-National Policy Ideas and Comparisons in Turkey’s Health Reform”, *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, C:18, No:1, s.54-69.
- AĞIRBAŞ, İsmail, AKBULUT, Yasemin, ÖNDER, Ömer Rıfki, “Atatürk Dönemi Sağlık Politikası”, *Ankara Üniversitesi Türk İnkılâp Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi*, No:48, 2011, s. 733-748.
- AKDAĞ, Recep, “Lessons from Health Transformation in Turkey: Leadership and Challenges”, *Health Systems & Reform*, C: 1 No: 1, s.3–8, 2015.
- AKDAĞ, Recep, İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 749, Ankara, 2008.
- AKDAĞ, Recep, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 770, 2008.
- AKDAĞ, Recep, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2012.
- AKDUR, Recep, “Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık”, [http://www.recepakdur.com/upload/CUMHUR%C4%B0YETTEN\\_G%C3%9CN%C3%9CM%C3%9CZE\\_\\_T%C3%9CRK%C4%B0YE.pdf](http://www.recepakdur.com/upload/CUMHUR%C4%B0YETTEN_G%C3%9CN%C3%9CM%C3%9CZE__T%C3%9CRK%C4%B0YE.pdf), 23.06.2016
- AKDUR, Recep, “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri” *Yeni Türkiye*, C: 4, No: 23-24, 1998, Ankara, s.1984-1995.
- AKINCI, Fevzi, vd., “Assessment of the Turkish health care system reforms: A stakeholder analysis”, *Health Policy*, C:107, 2012, s. 21– 30.
- ANDERSON, James E., *Public policymaking: An introduction*, Boston Houghton, 2003.
- ATUN, Rifat, “Transforming Turkey’s Health System-Lessons for Universal Coverage”, *The New England Journal of Medicine*, C:373, No: 14, 2015, s.1285-1289.

---

<sup>73</sup> Recep Akdağ, “Lessons from Health Transformation in Turkey: Leadership and Challenges”, *Health Systems & Reform*, C: 1 No: 1, s.3–8, 2015.

- ATUN, Rifat vd., “Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity”, *The Lancet*, C: 382, N: 9886, s. 65-99, 2013.
- BIRKLAND, Thomas A., *An introduction to the policy process: Theories, concepts and models of public policy making*, 3. B., ME Sharpe, New York, 2011.
- BOSTAN, Sedat, “What Has The Health Transformation Program In Turkey Changed For Patients?”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C: 16, Sayı 2, 2013, s. 91-103.
- BUSE, Kent, MAYS, Nicolas ve WALT, Gill, *Making health policy*, Milton Keynes, Open University Press, 2005.
- CHAKRABORTY, Sarbani, *Health Systems Strengthening: Lessons from the Turkish Experience*, World Bank Europe and Central Asia Knowledge Brief, C:12, 2009.  
[http://siteresources.worldbank.org/INTECALEA/Resources/10402111251905880790/KB\\_V12\\_HSS\\_TUR.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTECALEA/Resources/10402111251905880790/KB_V12_HSS_TUR.pdf), 25.06.2016
- COLLINS, Tea, “Health policy analysis: A simple tool for policy makers”, *Public Health*, C: 119, No: 3, 2005, s.192–196.
- COVENEY, John, “Analyzing Public Health Policy: Three Approaches”, *Health Promotion Practice*, C: XI, No: 4, 2010, s. 515-521.
- ÇEVİK, Hasan Hüseyin ve DEMİRCİ, Süleyman, *Kamu Politikası*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2012.
- DYE, Thomas R., *Understanding Public Policy*, Pearson Education Inc. 2002.
- EKONOMİK İŞBİRLİĞİ VE KALKINMA ÖRGÜTÜ (OECD), *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye*, OECD ve Dünya Bankası, 2008.
- GÜMÜŞ, Erdal, “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler,” *Seta Analiz*, No:24, 2010.
- HANKIVSKY, Olena, vd., “Introduction: Why Intersectionality Matters for Health Equity and Policy Analysis”, *An Intersectionality-Based Policy Analysis Framework*, Ed: Olena Hankivsky, Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University, Vancouver, BC, 2012.
- KALKAN, Buğra ve ÖZKAN, Devrim, “Kamu Tercih Teorisini Modern Klasiklerdeki İzleri”, *Journal of Human Sciences*, C:13, No:3, 2016, s. 3995-4010.
- KAPTI, Alican, “Kamu Politika Sürecinde Klasik Yaklaşım Modeli”, *Kamu Politika Süreci*, Ed. Alican Kaptı, Seçkin Yayıncılık, Anka-

ra, 2011.

- KRAFT, Michael E. ve FURLONG, Scott R., Public policy: Politics, analysis, and alternatives, 3. bs., CQ Press, Washington, 2009.
- ÖZKAL SAYAN, İpek ve KÜÇÜK, Aziz, “Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, C:67, No:1, 2012, s. 171-203.
- PETERS, B. Guy, American Public Policy: Promise and Performance, 9th Edition, Sage Publications, 2013.
- SABATIER, Paul A., The Theories of the Policy Process, Boulder, Westview Press, Colorado, 2007.
- SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU, 2016 Yılı Performans Programı.  
[https://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/strateji\\_db/dokumanlar/2016\\_yili\\_performans\\_programi.pdf](https://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/strateji_db/dokumanlar/2016_yili_performans_programi.pdf) , 13.06.2016.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2015.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, “SDP (I. Faz)”, 2014. <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=178&sayfa=SDP>, 20.05.2016.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, “SDSGRP (II. Faz)”, 2014. <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, 20.05.2016.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2014.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, Stratejik Plan 2013-2017, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2012.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010), Ankara, 2011.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Ed. Salih Molahaliloğlu vd., T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2007.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara, 2003.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, Ulusal Sağlık Politikası, Ankara, 1993. [http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/ulusal\\_saglik\\_politikasi.pdf](http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/ulusal_saglik_politikasi.pdf), 13.06.2016

- SAĞLIK BAKANLIĞI, T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010 – 2014, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 788, t.y.
- SAVAŞ, B. Serdar, KARAHAN, Ömer ve SAKA, R. Ömer, Health care systems in transition: Turkey, Ed. Sarah Thomson ve Elias Mossialos, The European Observatory on Health Care Systems, C:4, No:4, Copenhagen, 2002.
- TOTH, Federico, “Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms”, Health Policy, C:95, 2010, s.82-89.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU, Hayat Tabloları, 2013-2015, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21509>, 23.06.2016.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU, Genel Olarak Kamu Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21518>, 23.06.2016.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU, Sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1084](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084), 23.06.2016.
- WALT, Gill, vd., “‘Doing’ health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges”, Health Policy Plan, C: 23, No: 5, 2008, s. 308-317.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, Successful Health System Reforms: The Case of Turkey, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Health Policy and Systems Research, A Methodology Reader, Ed: Lucy Gilson, Geneva, Switzerland, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Health Policy, Geneva, WHO, 2010.  
[http://www.who.int/topics/health\\_policy/en/](http://www.who.int/topics/health_policy/en/), 25.06.2016.
- WORLD BANK (WB), Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficency (in Two Volumes) Volume 1:Main Report, Report No. 24358-TU, 2003.
- YAŞAR, Gulbiye Yenimahalleli, “‘Health transformation programme’ in Turkey: an assessment”, The International Journal of Health Planning and Management, C:26, No:2, 2011, s.110–133.
- YILDIRIM, Hasan Hüseyin ve YILDIRIM, Türkan, “Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme”, Kamu Politikası Kuram ve Uygulama, Ed. Mete Yıldız ve Mehmet Zahid Sobacı, Adres Yayınları, Ankara, 2013, s.352-385.

YILMAZ, Volkan ve YENTÜRK, Nurhan, “Türkiye’de Sağlık Harcamalarına Tarihsel Bir Bakış”, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Çalışmaları Merkezi, 2015.

<http://stk.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/11/08/saglikHarcamalari.pdf>, 27.06.2016

<http://web.archive.org/web/20121306060000/http://www.tbmm.gov.tr/hukumetler/HP58.htm>, 13.06.2016.