

Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi

Haziran 2020

Yıl 10, Sayı 1, ss.157-184.

DOI No: <https://doi.org/10.20493/birtop.742637>

Makale Türü: Araştırma makalesi

Geliş Tarihi: 26.05.2020

Kabul Tarihi: 10.06.2020

Journal of Individual & Society

June 2020

Year 10, Issue 1, pp.157-184.

Article Type: Research article

Submitted: 26.05.2020

Accepted: 10.06.2020

Atıf Bilgisi / Reference Information

Altındağ, Ö., & Yıldız, A. (2020). Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü.

Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi, 10 (1), 157-184.

TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARININ DÖNÜŞÜMÜ

TRANSFORMATION OF HEALTH POLICY IN TURKEY

Özgür ALTINDAĞ

Dr., Dicle Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü,

ozgur@ozguraltindag.com,

ORCID ID: orcid.org/0000-0002-4828-7501

Ahmet YILDIZ

Dr. Öğr. Üyesi, Batman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü,

ahmet.yildiz@batman.edu.tr,

ORCID ID: orcid.org/0000-0001-8744-0225

Öz

İnsanın varlığını sürdürebilmesi için en temel öğelerden biri şüphesiz sağlıktır. Sağlık ve teknoloji alanında yaşanan gelişmeler toplumun yaşam kalitesini giderek artırarak yaşlı nüfusun artmasına olanak sağlamaktadır. Bu durum sağlık harcamalarına ayrılan kaynakları hızla yükseltmekte böylece sağlık sigortalarının yükü de artmaktadır. Var olan sigortalar bu yeni duruma ayak uydurmakta zorlanmakta ve bu zorluk reform çalışmalarını zorunlu kılmaktadır. Bu çalışma kapsamında sağlığın içeriği, sağlıkta reformun gerekçeleri, sağlıkta ciddi bir dönüşümün yaşandığı son 20 yılda sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve örgütlenmesi hakkında izlenen politikalar, yapılan düzenlemeler ve yeniliklerden bahsedilmiştir. Ayrıca sağlıkta dönüşüm programı kapsamında yapılan çalışmalar, programın amaçları, bileşenleri, yıllar içinde yapılan düzenlemeler ele alınarak süreç çok boyutlu bir şekilde analiz edilmeye çalışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık, Sağlık politikaları, Sağlık hizmetleri, Sağlıkta dönüşüm.

Abstract

Undoubtedly, health is one of the most basic elements for human survival. The developments in the field of health and technology enable the quality of life of the society to increase gradually and therefore the elderly population to increase proportionally. This situation increases the resources allocated to health expenditures rapidly, thus the burden of health insurance increases. Thus, existing insurances have difficulties in keeping up with this new situation and this difficulty necessitates reform studies. Within the scope of this study, the content of health, the reasons for reform in health, the policies, regulations and innovations about health service delivery, financing and organization in the last 20 years have been mentioned. In addition, the studies carried out within the scope of the health transformation program, the aims, components of the program, and the arrangements made over the years have been tried to be analyzed in a multidimensional way.

Key Words: Healty, Health policies, Health services, History, Transformation in health.

I. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı (World Health Organization-WHO), “sadece hastalıklardan ve mikroplardan korunma değil, bir bütün olarak fiziki, ruhi ve sosyal açıdan iyi olma hali” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2013). Sağlık kavramının bir biçimiyle insanın var olması ve varlığını sürdürmesi için gerekli temel öğelerden biri olduğu söylenebilir. Hem var olan insanların hayatta kalabilmesi hem de insan soyunun

devamı açısından sağlıklı olmak gereklidir. Aslında sağlık dünya üzerinde bulunan tüm canlılar için vazgeçilmez bir olgudur. İnsan dışındaki canlılarda sağlığı koruma adına içgüdüsel bazı davranışlar vardır. Ancak insanoğlu sağlığını korumak ve hastalandığında tekrar iyileşmek için bir dizi tedaviye ihtiyaç duyar.

Bu bağlamda sağlık hizmeti kavramının insanlıkla yaşıt olduğu ve ilk tedavi hizmetinin de yine insanlar tarafından başlatıldığı söylenebilir. Çoğunlukla deneme yanılma ve tesadüfler sonucu öğrenildiği varsayılan tıbbi ve farmakolojik bilgi insan topluluklarının örgütlü toplumsal birimlere dönüşmesi sonucunda profesyonel alanlara dönüşmüştür. Bu alanda meydana gelen nitelikli insan gücü bir şekliyle sağlık sektörünün doğmasını sağlamıştır.

Tabii ki geçmişten günümüze sağlık ve tedavi alanlarında yaşanan gelişmeler yalnızca tıbbi veya farmakolojik bir anlayışla sürmemiştir. Özellikle şaman inancına benzer inanışlar geçmişten günümüze etkisini devam ettirmiştir. Eski toplumlarda hasta olan kişinin büyücü veya denk bir statüdeki kişi tarafından iyileştirilmeye çalışılması, günümüzde “ilkel” olarak nitelenen pek çok tedavi yönteminin insanlar üzerinde denenmesi ve bazı insanların hastalıkları sebebi ile öldürüldüğü bilinmektedir.

Genel olarak sağlık hizmetlerinin öncelikle büyü, tütsü, ayin gibi yöntemlerle yürüdüğü mistik dönem ile başladığı, sonrasında özellikle bitkilerin yardımı ile tedavilerin başladığı polifarmasi dönemi, hastalığın oluşma nedeninin bulunması ve hastalığın belirtilerin değil kendisinin ortadan kaldırılmaya çalışıldığı etiyolojik tedavi dönemi ve sonrasında da sağlık hizmetlerinde kişileri önce sağlam iken korumak ancak buna rağmen hastalanmaları durumunda erken ve uygun şekilde tedavi etmek ve gereğinde de rehabilite etmek olarak tanımlanabilecek çağdaş sağlık anlayışı dönemi ile sürdüğü söylenebilir. (Akdur,1999). Çağdaş anlayışta koruyucu ve önleyici politikaların yeri ve önemi oldukça fazladır.

Çağdaş sağlık hizmeti anlayışının ilkeleri Akdur (2006) tarafından yedi başlık altında ele alınmıştır:

- Kişinin yaşamı bir bütündür, bu yaşam bütünü sağlıklı ve hastalıklı dönemler olarak birbirinden ayrılamaz.

- Kişinin hastalığı aslında sağlıklı dönem olarak bilinen dönemdeki birikimlerin bir sonucudur.
- Sağlık hizmetlerinde önemli bir yeri olan koruyucu sağlık hizmetleri, hasta bireylerden ziyade sağlıklı bireylere yöneliktir ve koruyucu hizmetler tedavi edici hizmetlerden daha önemli görülmektedir.
- Kişi ve kişinin fizyolojik, biyolojik ve sosyal çevresi bir bütündür ve birbirinden ayrı düşünülemez.
- Bir toplumdaki en önemli hastalık en sık görülen hastalıktır.
- Hastalık tek başına bireyi ilgilendiren bir durum değildir, kendi ailesinden başlayarak tüm toplumu etkileyen ve ilgilendiren bir durumdur.
- Sağlık hizmeti özünde birden fazla sektörün ürettiği hizmetler bütününden etkilenen ve ekip çalışmasına dayanan bir hizmetidir.

Sağlık hizmeti sistemlerinin 21. yüzyılın getirdiği zorlukları karşılayabilecek hale getirilmeleri ve bu amaçla donatılmaları için, sağlık hizmeti sistemlerinde temel değişikliklerin yapılması gerekmektedir (Lister, 2008). Sağlıkta reform uygulamaları sağlık sistemini daraltıcı biçimde algılansa da kimi zaman sağlık hizmetlerine ulaşamayan insanların bu hizmeti almasına yardımcı olmaktadır (Keyder, Üstündağ, Ağartan & Yoltar, 2011). Sağlıkta reform düşüncesi 80’li yıllardan itibaren etkisini artırarak devam ettiren küreselleşme olgusunun bir sonucu olarak dünyadaki pek çok ülkede ortaya çıkmıştır. Reformların temel amacı artan sağlık harcamalarını kontrol altına almak ve verimliliği artırmak olarak ifade edilmektedir. Özellikle sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması konusu kimi zaman oldukça karmaşık olmaktadır. Sağlık birimlerinin nasıl örgütleneceği, önceliğin hangi sağlık hizmetlerine verileceği ve bu hizmetlerin devlet eliyle mi yoksa özel sektör eliyle mi verileceği reformun en önemli konuları arasındadır (Keyder vd., 2011). Bu çalışmada sağlıkta reform gerekçeleri ve 2000 yılından günümüze kadar geçen sürede sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve örgütlenmesi hakkında izlenen politika, yapılan düzenlemeler ve yenilikler anlatılmıştır.

II. TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARININ DÖNÜŞÜMÜ (1920-2000)

Sağlık politikaları 1920-1938, 1939-1960, 1961-1980 ve 1981-2000 dönemleri ile 4 alt başlık altında ele alınmıştır.

2.1. 1920 – 1938 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Politikaları

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 02.05.1920 tarih 3 sayılı kanunla o zamanki adıyla Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekâleti olarak kurulmuştur (Tengilimioğlu, Işık & Akbolat,2012). Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın kuruluşu ile sağlık hizmetleri devletin asli görevlerinden biri haline gelmiştir.

Sağlık Bakanlığı’nın kurulmasından sonra ilk sağlık bakanı olarak Adnan Adıvar atanmıştır. Bu dönemde Türkiye’de sağlık hizmetleri kurumsallaşmaya başlamıştır. Adıvar’ın bakan olduğu dönemde genel itibari ile temel sağlık birimlerinin teşkilatlanması için çaba harcanmıştır.

Cumhuriyetin ilanı sonrasında Sağlık Bakanı olarak atanan Dr. Refik Saydam 1937 yılına dek bakanlık görevini sürdürmüş ve Türkiye Cumhuriyeti’nin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesine büyük katkılar sunmuştur. 1923 yılındaki sağlık teşkilatlanmasına bakıldığında sağlık hizmetleri hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile hizmet verildiği görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

1923’te devletin sağlık teşkilatlanması merkez ve taşra teşkilatlarından oluşmaktaydı. Ankara merkezde sağlık dairesi, sicil dairesi ve muhasebe ve evrak kalemi olmak üzere üç daire bulunmaktaydı. Taşrada ise sağlık müdürlükleri vardı. Sağlık müdürlüklerinde hükümet ve belediyenin karantina tabiplikleri ile sıhhiye memurları çalışmaktaydı. 2. Sağlık Bakanı Refik Saydam tarafından 1925 yılında hazırlanan cumhuriyetin sağlıkla ilgili ilk çalışma programında sorunların çözümüne yönelik üç ana hedef belirlenmiştir. Bunlar mevzuat oluşturma, kurumsallaşmanın tamamlanması ve personel temini olmuştur (Metintaş ve Elçioğlu,2007).

1923 – 1938 yılları arasında sağlık mevzuatı ile ilgili çok kapsamlı çalışmalar yapılmış ve sistem yeniden yapılandırılmıştır. Bu 13 yıllık süreçte tüm sistemi yapılandıran 50 yasa ve 18 tüzük çıkarılmıştır (Tengilimioğlu, Işık & Akbolat,2012).

1930 yılında çıkarılan “1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu” uluslararası düzeyde dönemin en ileri sağlık yasalarından biri olma özelliğini taşımıştır. Dönem itibari ile benzer bir yasal düzenleme Sovyetler Birliği haricinde ne Türkiye’ye komşu ülkelerde ne de Yakın Asya, Orta Doğu ve birçok Avrupa ülkesinde benzer genel bir sağlık yasası yoktu. Yasanın içeriğine bakıldığında yasanın oldukça toplumsal bir içeriğe sahip olduğu görülmektedir. Öyle ki yasanın bakanlığın görevlerini belirleyen 18 maddesinden 15’i “koruyucu sağlık hizmetleri” ile ilgilidir (Metintaş ve Elçioğlu,2007).

Refik Saydam’ın görev sürecinde illerde sağlık müdürlükleri ilçelerde hükümet tabiplikleri kurulmuştur. Bu yapılan çalışmalarla birinci basamak sağlık birimleri ile koruyucu önleyici sağlık hizmetlerine büyük öncelik verilmiştir. Ayrıca bu hizmetlerin tüm yurda bir biçimde yayılması da sağlanmıştır. Birinci basamak ve koruyucu hizmetler doğrudan merkezi hükümet tarafından üstlenilmiş ve giderleri genel bütçe olanakları ile karşılanmıştır. Yataklı tedavi hizmetlerinin de yine kamu eliyle ancak yerel idareler (belediyeler, il özel idareleri) tarafından yürütülmesi düşüncesi benimsenmiştir. Merkezi hükümetin bu alanda yerel idarelere yol gösterici olması için Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde halen hizmet vermeye devam eden doğrudan bakanlığa bağlı “Numune Hastaneleri” açılmıştır (Akdur, 1999).

Sağlık hizmetlerinin doğrudan devletin kontrolünde bir bakanlık çatısı altında sürdürülmeye başlaması aslında sürecin tümüyle profesyonelleşmesi için atılan önemli bir adımdır. İlk 18 yılda oldukça kısımlarla yapılan çalışmalar ülke genelinde fark yaratmış sonraki çalışmalara bir ışık tutmuştur.

2.2. 1939 – 1960 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Politikaları

1920-1949 yılları arası Türkiye’de bulaşıcı pek çok hastalığın önüne geçilmesi amacıyla halk sağlığı alanında çok ciddi ve etkin çalışmaların yapıldığı yıllardır. Yapılan çalışmaların çoğu dünya ölçeğinde çok başarılı sonuçlara imza atılan çalışmalardır.

Cumhuriyet döneminin “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” 1946 tarihindeki Yüksek Sağlık Şurası’nca onaylanmıştır. Bu plan yazılı ilk sağlık planı olması açısından son derece önemlidir. Bu plan Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946’da açıklanmış ancak plan kanunlaşmadan Dr. Behçet Uz, Sağlık Bakanlığından ayrılmış sonrasında gerçekleşen hükümet değişikliği sonrası plan kanunlaşmamıştır. Her ne kadar kanunlaşmasa da bu Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı ülkenin sağlık yapılanmasını derinden etkilemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Cumhuriyet tarihinde sağlık alanında kurumsallaşma anlamında atılan en temel adımlardan biri Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ile Emekli Sandığının kurulmasıdır. Bu iki kurumun kurulması ile işçi ve memurların sağlık hizmeti alması devlet güvencesi altına alınmıştır. Sonrasında yürürlüğe giren İş Güvenliği Yasası ile tüm emekçilerin sağlık ve sosyal hakları devlet güvencesine kavuşmuştur. (Kasapoğlu, 2016).

Emekli Sandığı ve SSK’nın kurulması sonrası bölgesel numune hastanelerinin açılması, ana çok sağlığı merkezlerinin açılması, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin kurulması da çok önemli gelişmelerdir (Tengilimoğlu, Işık & Akbolat, 2012). Yine bu tarihte yataklı tedavi kurumları merkezi olarak yönetilmeye başlanmış, özellikle köylerde yaşayan insanların sağlık hizmetlerine erişebilmeleri için Sağlık Merkezleri açılmış ve 1945 yılında 8 olan sayı 1960 yılında 283’e ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015).

1. 10 Yıllık Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” isimli çalışma Türkiye’nin sağlık planlaması ve organizasyonun temel yapı taşlarından olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2015). 1954 yılında, 6134 Sayılı Yasa ile il özel idareleri, belediyeler ve vakıflara bağlı hizmet veren hastaneler doğrudan Sağlık Bakanlığı’na bağlanmıştır. Böylece kamuya ait hastanelerin

yönetimi tek elde toplanmıştır (Akdur,2008). Bu düzenlemelerle Sosyal Sigortalar Kurumu, Milli Savunma Bakanlığı ve üniversite hastaneleri dışında kalan hastanelerin tamamının denetimi devletin kontrolüne geçmiştir (Kasapoğlu, 2016). Yapılan tüm bu çalışmaların sonunda il-lerde ve ilçelerde hastanelerin açılması çok daha hızlı olmuş ve büyük şehirlerde var olan hastane hizmetleri tüm ülkeye yayılmaya başlamıştır (Akdur,2008).

Bu süreçte 1940'ların sonuna kadar önceliğini koruyan birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetleri giderek arka plana itilmeye başlamıştır. Yine 50'li yıllardan itibaren liberal görüşler ülke genelinde hâkim olmaya başlamış ve genel olarak etkisini sağlık alanında da göstermiştir. Bu yapılan çalışmalarla sağlık alanında özel sektörün yer alması ve gelişmesinin önü açılmıştır.

Bu dönemde yine insan kaynakları altyapısı oluşturulması maksadıyla İstanbul, Ankara ve İzmir'de tıp fakülteleri açılmış ve 1950 ile 1960 yılları arasında hekim sayısı 5194, hemşire sayısı 937, ebe sayısı 1934 artmıştır. 1950 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum sayısı 118, yatak sayısı 14.581 iken 1960'da bu sayı 442'ye 32.398'e gelmiştir. Yüz bine düşen yatak sayısı da 9'dan 16,6'ya çıkmıştır. Bu süreçte hem verem sebebiyle ölen hasta sayısında ve bebek ölümlerinde ciddi azalma yaşanmıştır. Yine bu dönem doktor, eczane, eczacılık ve hemşirelik alanlarında meslek ve mesleki birlik kanunları çıkarılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Genel olarak bakıldığında 1938-1960 yılları arasında sağlık alanında meydana gelen bu gelişmelerle sağlık göstergelerinde ciddi ilerlemeler yaşanmış özellikle bulaşıcı bazı hastalıklardan kaynaklanan ölümler ile anne ve bebek ölümlerinde ciddi azalmalar görülmüştür (İleri, Seçer & Ertaş, 2016).

Sağlık hizmetlerinin bir yandan devlet eliyle yaygınlaştırılmaya çalışılması diğer yandan da özel sektörün sağlık hizmetlerinin içine çekilmeye çalışılması bir karmaşa yaratmış; bu durum özellikle koruyucu, önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin aksamasına neden olmuştur. Özellikle tedavi edici hizmetlerle ilgili halkın sürekli artan taleplerinin karşılanamaz hale gelmesi sonucunda hemen hemen tüm bakanlık ve büyük kamu iktisadi teşebbüsleri kendi hastanelerini kurmaya

başlamışlardır (Akdur,2008). Bu süreç bir şekilde sağlık hizmetlerinin tek bir noktadan idare edilmesine yönelik çalışmaların tümünü ortadan kaldırmış, sağlıkta eskiye oranla çok daha dağınık ve birbirinden bağımsız yapıların oluşmasına neden olmuştur.

2.3. 1961 – 1980 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Politikaları

50’li yıllardaki liberal gelişmeler 1960 yılındaki askeri darbeye kadar devam etmiştir. Askeri darbe sonrasında sağlık alanında yapılan çalışmalardan dönem içinde çıkarılan bazı kanunlardan da esinlenilerek “sağlıkta sosyalleştirme dönemi” olarak bahsedilmektedir. Bu dönemde genel olarak sağlıkta özel sektörün öncül olmasının önüne geçilmesine çalışılmış, cumhuriyetin ilk yıllarında olduğu gibi sağlığın yine bir devlet görevi haline getirilmesine çalışılmıştır.

Bu dönemde 1961 Anayasasının öngördüğü biçimde ilk kez oluşturulan 1,5 yıllık Kalkınma Planı çerçevesinde sağlık alanında yeni bir örgütlenme ön görülmüş ve söz konusu yıllarda Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olan Dr. Nusret Fişek’in önderliğinde hazırlanıp 05.01.1960 tarihinde kabul edilen “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile hayata geçirilmiştir. Böylece Türkiye sağlık hizmetleri tarihinde “Sosyalleştirme Dönemi” olarak adlandırılan dönem başlamıştır (Akdur, 1999). Bu dönemle birlikte artık kalkınma planları ile eşgüdümlü bir şekilde yürüyen planlı bir dönemi de başlamıştır.

224 sayılı yasa ile en temelde sağlık hizmetlerinin ülke geneline yaygınlaştırılması ve iyileştirilmesi hedeflenmiş böylece sosyalizasyonun kademeli bir biçimde uygulanması öngörülmüş. Bu dönem geniş bölge tek yön bakış açısı ile şekillenen sağlık sistemi dar bölgeli çok yönlü hizmet bakış açısı ile yeniden şekillendirilmiştir. Bu dönem yine sağlık ocaklarının yaygınlaştırılarak sağlık sisteminin temel taşıyıcı unsuru olmasına çalışılmıştır. Bu sistemin desteklenmesi amacıyla 2. 5 Yıllık Planda yapılması öngörülen Genel Sağlık Sigortası yasalaşmamıştır (Kasapoğlu,2016).

İstenen yaygınlaşmanın sağlanamaması üzerine sosyalizasyonda çeşitli revizyonlara ihtiyaç duyulmuş ve bu çalışma 1978 yılında 2162

sayılı “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları Kanunu”nun çıkarılması ile farklı bir şekil almıştır. Bu yasa ile Türkiye 16 bölgeye ayrılmış ve sağlık personelinin geri kalmış bölgelerde çalışmasını özendiren bazı ek ödenekler getirilmiştir. Bu uygulama 1980 yılına kadar yürürlükte kalmıştır (Tengilimoğlu, Işık & Akbolat, 2012). Kamuda çalışmakta olan doktorların tam gün çalışabilmeleri amacıyla özel muayene açmaları 1978 çıkarılan kanunla yasaklanmıştır. Sonrasında olan askeri darbelerle de bu süreç zaman zaman ciddi atılım yaparken bir sonraki dönem halkın tüm kazanımları birden ortadan kalmıştır. Aslında bu süreçte sürekli değişen kanunlar sağlık sistemin tutarlı işlemlerini net bir biçimde engellemiştir. Özellikle 80 darbesi sonrası çıkarılan 82 Anayasası ile hak ve özgürlükler ciddi biçimde kısıtlanmış hemen hemen tüm alanlarda geriye doğru bir gidiş görülmüştür (Kasapoğlu,2016).

Bu dönemin önemli gelişmelerinden biri de 1965’te 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanunun çıkarılmasıdır. Bu kanun ile nüfusu arttırmayı öngören politikadan nüfus artış hızını sınırlayan politikaya, diğer yandan “Geniş bölgede tek yönlü hizmet” yerine “dar bölgede çok yönlü hizmet” politikasına geçilmiştir (Sağlık Bakanlığı,2015).

Genel olarak bakıldığında 1970’li yıllarda dünyayı etkisi altına alan neoliberal politikalar Türkiye’yi de etkilemiştir. Bu anlayışa göre şekillenen politikalar doğrudan ve dolaylı olarak sağlık politikalarını da etkilemiştir. 70’li yıllardan başlanarak sosyal devlet anlayış ve politikalarından uzaklaşmıştır. Sonraki süreçte sağlık ile ilgili çıkarılan birçok mevzuat 224 sayılı yasa ile doğrudan çelişmiş ve sağlık alanında ciddi bir karmaşa oluşmuştur. Aslında bu karmaşanın temelinde kanunların sosyal içerikli olması ancak dönemin politikacılarının neoliberal görüşleri benimsemesinden kaynaklandığı söylenebilir. Sürekli olarak darbe ve benzeri girişimlerin olduğu, dış odaklı müdahalelerin sıklıkla görüldüğü Türkiye’de her şeyi ile düzenli biçimde sürdürülen bir sağlık sistemi oluşturulamamıştır. Çünkü yönetime gelen her grup önceki grubun yaptığını ortadan kaldırmaya çalışmış bu noktada halkın hizmetleri nasıl alacağı noktası önemsenmemiştir.

Bu dönemde sağlık hizmetleri yeterince önemsenmemiş ve sağlık hizmetleri her yönüyle gerilemiş ve sonuç olarak ne sağlık personelinin ne de hizmet alan halkın memnun olmadığı bir sistem yaratılmıştır.

Bu uygulamaların bir sonucu olarak; ülkedeki sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeli sayısında ciddi bir dengesizlik oluşmuştur. Bu dönemin en önemli ve sonuç veren gelişmesinin 2162 sayılı yasa olduğu söylenebilir. Bu yasa kapsamında yapılan çalışmalarla hem kamu kuruluşlarında hem de kırsal alanda çalışan sağlık personeli sayısında önemli artış yaşanmıştır. Bu olumlu gelişmeler 80 Darbesi ile sonlanmıştır (Akdur,2008).

2.4. 1981 – 2000 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Politikaları

1950’lerde liberal görüşün iktidarda egemen olması ile sağlık alanında da özel sektörün geliştirilmesi adına ciddi çalışmalar başlamış, 1970’lerden sonra sağlık alanında ciddi bir dönüşümü öngören bu görüş egemen olmaya başlamıştır. 1982 Anayasası sonrasında ise bu görüş resmen bir devlet politikasına dönüşmüştür (Tengilimoğlu, Işık & Akbolat, 2012).

Diğer yandan 1980 yılındaki askeri darbe sonrasında toplumu zor kullanarak şekillendirme düşüncesi etkilerinin sağlık alanına da göstermiş sağlık politikaları da kökten değişmiştir. Tabi bu değişim kendisini sağlık personel rejiminde de göstermiştir. Bu değişime 3 başlık altında bakıldığında şu şekilde özetlenebilir (Akdur, 2008):

- Kamuda çalışmayı özendiren uygulamalardan uzaklaşarak, sağlık personelinin ihtiyaç duyulan alanlarda mecburi hizmet, rotasyon gibi zorlayıcı yöntemlerle istihdam edilmesi yoluna gidilmiştir,
- Bu süreçte sağlık personel sayısı hızla artırılmış ancak personel ücretlerinde kesintilere gidilmiş ayrıca kamu ve kırsal alanda çalıştırılmaları sağlanmak istenmiştir,
- Sağlık personellerinin atama ve yükselmelerinde şeffaflık ve hakkaniyet sağlayan tüm düzenlemeler de kaldırılmıştır.

Bu amaçlar doğrultusunda Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yüklümlülüğüne Dair Kanun (21.08.1981 tarih 2514 Sayı) kabul edilmiştir. Kanunun kabulünden sonra ülke genelinde plansız, programsız ve altyapısız şekilde onlarca tıp fakültesi ve sağlık meslek lisesi açılmış, sağlık personelinin nicelik yönünden artması hedeflenirken nitelik hiçe sayılmıştır (Akdur, 2008). Her ne kadar baskıcı ve dayatmacı bir anlayışla bir yere varılmaya çalışılsa da artan baskılar ve yaşanan emek sömürüsü sebebi ile sağlık hizmetleri gün geçtikçe daha da kötü bir hale gelmiş, sağlık personelinin ülke genelinde adil bir biçimde dağılımı sağlanamamıştır.

Bu dönem yine 2827 sayılı kanun ile aile planlaması hizmetlerinin kapsam ve sınırları genişletilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015). Bu dönemde yapılan çalışmalara bakıldığında aile ve nüfus planlaması, yeşil kart uygulaması ve sigorta kapsamı konularında ciddi çalışmalar yapılmış, oldukça kapsamlı bir kanun olan “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” da 1987’de çıkarılmıştır. Bu çalışmalarla sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntı yaşan vatandaşların da sınırlı olsa sağlık güvencesine kavuşması sağlanmıştır Bu dönem 1990 yılında çıkarılan “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” ile 1992 Birinci Ulusal Sağlık Kongresi ile 1993 yılında İkinci Ulusal Sağlık Kongresi de oldukça önemlidir (İleri, Seçer & Ertaş, 2016; Sağlık Bakanlığı, 2015).

1989 yılında “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı” adı “Sağlık Bakanlığı” olarak değiştirilmiştir. Bu düzenlemelerden sonra Sağlık Bakanlığı 1. ve 2. basamak sağlık hizmetleri veren temel kuruluş olmuştur (Kasapoğlu, 2016).

Sonraki yıllarda kurulan hükümetler de neoliberal bakış açısı ile politikalar oluşturmaya devam ettikleri için sağlık sistemi giderek halktan uzaklaşmaya başlamıştır. Sağlık sisteminin bu duruma gelmesinde hem hükümetlerin çalışmaları hem de askeri darbeler etkili olmuştur. Özellikle daha önce de değinildiği gibi devlet yönetime seçimle ya da askeri darbe ile gelen tüm gruplar bir önceki grubun yaptıklarını ortadan kaldırmaya çalışarak aslında sağlıkta ilerlemenin önüne geçmişlerdir. Bu durumda en mağdur kesim her zaman olduğu gibi halk olmuştur. Kaliteli ve ücretsiz sağlık hizmetlerinin sosyal devletin bir gereği

olduğu fikrinden uzaklaşarak bu hizmetlerin tümüyle parasal olanaklara bağlı hale getirilmesi sağlık sistemini yıllar içinde ciddi şekilde özel sektör lehine dönüştürmüştür.

Türkiye’de 1980’den sonraki yıllarda temel olarak sağlık hizmetlerinin bazı zorlamalar ile yürütülmeye çalışıldığı söylenebilir. Özellikle 90’lı yıllardan itibaren sağlık sektöründeki özelleşme süreci etkisi arttırmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yurt çapındaki örgütlenme biçimleri hükümetlere bağlı olarak değişiklik göstermiş süreç içinde pek çok farklı model denenmiştir. Sonuç olarak sürekli bir yenilenme çabası sağlık hizmetlerinde bir ilerleme yerine genelde bir durağanlık ve gerilemeye neden olmuştur.

80’lerde konuşulmaya başlanan genel sağlık sigortası ve aile hekimliği gibi uygulamalar 1990’lardan itibaren daha sık biçimde dile getirilmiş ve konu dönem dönem tartışmaya açılarak hem kamuoyunda bir kulak dolgunluğu yaratılmaya hem de kamuoyunun tepkileri ölçülmeye çalışılmıştır.

Genel olarak bakıldığında 1990’lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri şunlardır (Sağlık Bakanlığı, 2015):

- Sosyal güvenlik kurumlarını tek çatı altında toplayarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- Sağlık Bakanlığı’nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vereneve sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması,

90’lı yıllarda sağlık ile ilgili çalışmalara bakıldığında, 1991 yılında çıkarılan “2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, 3289 Sayılı Beden Terbiyesi ve Spor Genel Müdürlüğü’nün Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun ile 179 ve 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname” ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’ndan ayrılmış ve bu kurum Başbakanlığa

bağlanmışır. Bu değişiklik sonrası bakanlığın adı “Sağlık Bakanlığı” olarak değiştirilmiştir.

1990 yılında oluşturulan altıncı beş yıllık kalkınma planında adı ge­ çen genel sağlık sigortası çalışmalarının bir sonucu olarak 1992 yılında yeşil kart kanunu olarak bilinen “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” çıkarılmışır.

6. Kalkınma Planı (1990-1994) ile başlayan süreç sağlık hizmetleri­ nin “rasyonalizasyonu” adı altında sürdürülmüştür. Bu rasyonalizasyon süreci ile sağlık sektöründe özelleşme hedefi çok net bir şekilde ortaya konmuştur. Özellikle ulusal sağlık kongrelerinde bu durum oldukça güçlü bir şekilde dillendirilmiş, hastanelerin özerkleşmesi ve özelleştirilmesi ile ilgili kararların çoğu bu kongrelerde alınmıştır (Kasapoğlu,2016).

1990 1. Sağlık Projesi uygulanmaya başlamıştır bu proje 1998 yı­ lında tamamlanmıştır. Sonrasında 1994 yılında 2. Sağlık Projesi uyu­ lanmaya başlanmış bu proje de 2004 yılında tamamlanmıştır. 3. Proje ise 1997 yılında uygulamaya başlanmış anca projesonuçlandırılmamıştır.

1995-2000 yılları arasında 7. 5 Yıllık Kalkınma Planı uygulamaya konmuş, bu planda sağlık sistemine ilişkin bazı değerlendirmeler ya­ pılmışır. Özellikle kamuda çalışan sağlık personelinin fazlalığına dik­ kat çekilmiş ciddi bir biçimde özelleştirme vurgusu yapılmıştır. Ayrıca yine önceki dönem yapılanlara ilişkin olumlu geribildirimlere yer ve­ rilmiş, özelleştirmenin istenilen seviyeye gelememesi bir olumsuzluk olarak belirtilmiştir.

Kalkınma planında öngörülen çalışmaların gerçekleşme durumuna bakıldığında birinci basamak sağlık hizmetleri ile koruyucu sağlık hiz­ metlerinin sunumunda sorunların devam ettiği, bu sorunlara bir çö­ züm olması beklenen aile hekimliği uygulamasına geçilememiş olduğu görülmektedir. Bölgeler arasındaki doktor dağılımında ciddi adaletsiz­ likler olduğu, özellikle taşra sağlık hizmetlerinde ciddi sorunlar yaşandı­ ęı belirtilmiştir. Özellikle hastanelerin özerk bir yapıya kavuşamama­ ları ciddi bir sorun olarak vurgulanmıştır.

III. 2000 YILINDAN GÜNÜMÜZE SAĞLIK POLİTİKALARI

İnsanların birlikte yaşama ihtiyaçları sonucu ortaya çıkan devletin tarihi süreci, siyasal, sosyal ve ekonomik gereklilikler neticesinde değişimler göstermiştir. Koruyucu devletten iktisadi devlete doğru yaşanan değişim, devlet mekanizmasının görevlerinde önemli değişiklikler ortaya çıkmasına neden olmuştur (Altunakar Mercan & Geyik,2019).

3.1. Sağlıkta Reform Gereçekleri

En belirgin reform ihtiyacı sağlık ve sağlık hizmetlerine erişimde tüm dünyada görülen büyük ve büyüyen eşitsizlikleri düzeltmektir; bu eşitsizlikler zenginlikte ve güçte artan eşitsizlikleri yansıtmaktadır (Lister,2008). Sağlık hizmeti harcamalarına farklı bir gözle bakıldığında harcamaların küresel hastalık yükü ile neredeyse tamamen ters orantılı olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2000 yılı Dünya Sağlık Raporu göstergelerine göre, dünyada yaşayan tüm insanların %84’ü küresel sağlık harcamalarının sadece %11’ni paylaşmakta, ancak küresel hastalık yükünün %93’ünü çekmektedir. 1990’ların ortalarında, OECD’de bir araya gelen zirvedeki 29 ülke dünyanın toplam sağlık harcamasının %90’ını oluşturmaktaydı. Sonuç olarak dünya nüfusunun büyük çoğunluğu, kalan %10’u paylaşmak durumunda bırakılıyordu (Lister,2008). Bu türden eşitsizlikler aslında sağlıkta reform düşüncesini ister istemez gündeme getirmektedir.

Vergiye dayalı sistemin kayıt dışı ve esnek çalışmanın yaygınlaşmaya başlaması ile zorlanmaya başlaması reformun ardında yatan diğer önemli nedenlerden biridir. Bu sistem içinde tüm yük vergi veren kişiler ve formel sektör çalışanlarının ödedikleri primlere dayandığı için sistem içinde ciddi sıkıntılar oluşmuştur. Ayrıca reformların odağında olan Avrupa’da hızla yaşlanan nüfus sağlık harcamalarının da giderek artmasına neden olmuştur. Bu süreç temelde refah devletlerinin sürdürülebilirliğini tartışmaya açmıştır. Bu tartışmalar sosyal refah sistemleri içinde büyük pay sahibi olan sağlık harcamalarını doğrudan etkilemiştir (Ağartan,2011).

Diğer yandan sağlık reformlarının temelinde genel olarak IMF kredileri ve bunlara yönelik uygulama, yapısal uyum programları, ekonomik paketler vardır (Ağartan,2011). Ekonomik programlar genelde kamu harcamalarında kesintiye gittikleri için bu kesintiden en büyük payı doğrudan sağlık alanı almaktadır. Sağlıkta reform çalışmalarında prime dayalı Bismark sistemi, vergiye dayalı Beveridge sistemi ve özel sigorta sistemlerinin tek bir modelde birleştirildiği sistemler üzerinde odaklanılmaktadır. Doğrudan harcamaları azaltmaya dönük reformlar genellikle ulusal sağlık hizmetleri modeli yerine sosyal sigorta sistemi gibi sistemleri kurarak sistemleri kısmen özerk hale getirmeye çalışmaktadırlar.

Türkiye örneğine gelindiğinde sağlıkta reform düşüncesi yine benzer gerekçelerle Türkiye’de de dünya üzerindeki pek çok ülkede olduğu gibi 80’lerde tartışılmaya başlanmış ve reformun alt yapısı yavaş yavaş oluşturulmuştur. 80’lerde gündeme gelen sağlık reformu paketleri darbe ve diğer bazı gelişmeler nedeni ile kısmen rafa kaldırılmış ancak hiçbir zaman gündemden tümüyle çıkarılmamıştır. 70’den sonra sağlık alanında yapılan çalışmalar sağlık sistemini ciddi anlamda sorunlu hale getirmiştir. Özellikle farklı sigorta türlerinin oluşması, bu sigorta fonlarına ait hastanelerin oluşması, kırsal alan ve kentlerdeki sağlık personelinin dengesiz dağılımı gibi pek çok konu sağlık sisteminde ciddi sorunların oluşmasına neden olmuştur. Bu sorunların ortadan kaldırılması için “reform” bir kurtarıcı olarak görülmüş, kimi reform unsurları bazı kanunlara eklenmiş ancak tam olarak yürürlüğe girememiştir.

Sağlık reformu çalışmalarının temel odağında harcamaların azaltılması ve verimliliğin artırılması gibi iki temel gerekçe vardır. Türkiye’de yapılan reform çalışmalarının da temelde harcamaların azaltılmasına hizmet ettiği ve sağlık hizmetlerine ulaşmada ülkedeki vatandaşları altta eşitleme odağında olduğu söylenebilir.

Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre her ülke toplumdaki herkese yüksek kalitede sağlık hizmeti sunulmasına olanak veren bir sağlık sistemine sahip olmalıdır. Sunulacak sağlık hizmeti aynı zamanda karşılanabilir maliyette olmalı ve herkes tarafından kabul gören ve benimsenen bir tarzda olmalıdır. Ülkeler bu faktörleri göz önünde bulundurarak

kendi sağlık sistemlerini tasarlamalıdır. 2002 yılında Türkiye Sağlık Sistemi’de hem sağlık hizmetlerinin sunumu, hem finansmanı hem de sağlık insan gücünün planlanması gibi birçok alanda köklü reformların yapılması zorunlu hale gelmişti (Akdağ, 2012). Türkiye, 1978 yılında temelleri atılan “Herkesin Sağlık Hedefleri ve Stratejileri”nin güncellenmesi ile 21. yy. hedeflerinin belirlenmesinde önemli rol oynamıştır. Ayrıca, 1998 yılında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Komitesi’nce kabul edilen “21. yüzyılda 21 Hedef” de benimsenmiş ve Türkiye bu hedefleri gerçekleştirmek için 2001 yılında Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatına uyum için stratejik planlamasını gerçekleştirmiş ve 2003 yılında da “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nı (SDP) hayata geçirmiştir (Bostan ve Çiftçi, 2016).

3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlık hizmetlerinde maliyetlerin artması, toplumun beklentilerinin yükselmesi ve sağlık hizmetleri yönetim anlayışının sorgulanmaya başlanması sağlıkta dönüşümün temel nedenleri olarak belirtilmiştir. SDP’nin amacının “sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunulması” olduğu belirtilmiştir. Programın temel ilkeleri; insan merkezlik, katılımcılık, sürdürülebilirlik, uzlaşmacılık, sürekli kalite gelişimi, gönüllülük, desantralizasyon, hizmette rekabet ve güçler ayrılığı olarak belirlenmiştir. SDP 8 temel bileşenden oluşmaktadır. Bunlar (Sağlık Bakanlığı, 2003; Akdağ, 2012):

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,
 - 3.1. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri,
 - 3.2. Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - 3.3. 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,
 - 7.1. Ulusal İlaç Kurumu,
 - 7.2. Tıbbi Cihaz Kurumu,
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

SDP, iki aşama (faz) olarak tasarlanmış ve hayata geçirilmiştir. Birinci aşama 2003-2009 yıllarını kapsamaktadır ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında gerçekleştirilmesi hedeflenen uygulamalar ilk aşamayı oluşturmaktadır. İkinci aşama 2009-2014 yılları arasında kapsamakta ve Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi kapsamında gerçekleştirilmesi hedeflenen uygulamaları teşkil etmektedir. SDP ile ortaya konan dönüşüm ve reform süreci sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansmanı ve sunumu noktasında önemli değişimleri sağlamıştır (Bostan ve Çiftçi, 2016). 2007 yılında SDP çerçevesinde gerçekleştirilen reformlara ek olarak üç yeni başlık eklenerek programın kapsamı daha da genişletilmiştir (İleri vd., 2016). Bu başlıklar aşağıda sıralanmıştır (Akdağ vd., 2008):

- 1- Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,
- 2- Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası iş birliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,
- 3- Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri.

SDP kapsamında çok sayıda düzenleme yapılmıştır. Bu düzenlemeler Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında ve Sonrasında Yapılan Düzenlemeler*

Yıl	Düzenlemeler
2003	· Hastanelerde performansa dayalı ücret sistemi pilot uygulaması başlatıldı.
2004	· Performansa dayalı ücret sistemi tüm hastanelerde uygulamaya konuldu. · 117 sayılı “Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması” genelgesi ile Bakanlığına bağlı hastanelerde hastaların hekimlerini seçebilmesi sağlandı.

2005	<ul style="list-style-type: none"> · 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun yayımlanarak kamu hastaneleri tek çatı altında toplandı. · Düzce ilinde Aile Hekimliği Pilot Uygulaması başlatıldı. · 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen bir madde ile “kamu özel ortaklığı” altyapısı oluşturuldu. · Hasta Hakları Uygulama Yönergesi kapsamında “Hasta Hakları Şubesi” “Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü” “Hasta Hakları Kurulu” ve “Hastane Hasta Hakları Birimi” kuruldu.
2006	<ul style="list-style-type: none"> · 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sigorta kapsamı genişletilmiş ve SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-kur Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplandı.
2007	<ul style="list-style-type: none"> · “Sağlık Uygulama Tebliği” yayımlandı. · Zorunlu sevk zinciri kaldırıldı. · Sağlıkta İnsan gücü 2023 Vizyonu’na yönelik çalışma başlatıldı.
2009	<ul style="list-style-type: none"> · E-reçete ile ilgili ilk düzenlemeyapılmıştır.
2010	<ul style="list-style-type: none"> · Sağlık Turizm Birimi kuruldu. · Evde Sağlık Hizmetleri verilmeyebaşlandı. · “Tam gün yasası” olarak bilinen Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun yayımlandı. · Tüm illerde “Aile Hekimliği” uygulamasınageçildi.
2011	<ul style="list-style-type: none"> · 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatlanması yeniden yapılandırıldı. Sağlık Turizm Birimi, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesine Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı olarakyapılandırıldı. · Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) hayatageçirildi
2012	<ul style="list-style-type: none"> · Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kuruldu. · E-reçete pilot uygulaması başlatıldı. · MHRS İstanbul ilinin de dâhil edilmesiyle birlikte tüm Türkiye kapsamında hizmet vermeye başladı. · İllerde “Kamu Hastane Birlikleri” kuruldu. · E-reçete uygulaması fiilen uygulanmaya başlandı.
2013	<ul style="list-style-type: none"> · E-reçete uygulaması tüm illerde uygulanmaya başlandı.
2015	<ul style="list-style-type: none"> · Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu-SATURK” oluşturuldu.
2017	<ul style="list-style-type: none"> · Türkiye'nin ilk şehir hastanesi Yozgat'ta hizmete açıldı.

*Tablo yazarlar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur.

SDP sağlık hizmetlerini tüm boyutları ele almakta olup temel bileşen ve alt bileşenlerden meydana gelmektedir. Tüm bileşenler birbiriyle ilişkilidir ve temelde üç ana ayak üzerinde tasarlanmıştır. Birincisi; 2006 yılında hayata geçirilen, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Sosyal Sigortalar Kurumu’nu (SSK) tek bir çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası’dır (GSS) (Çavmak ve Çavmak, 2017).

3.2.1. Genel Sağlık Sigortası

Türkiye GSS gelişimi ile ilgili yasal sürece bakıldığında 1982 Anayasa'sının 56. maddesinde yer alan "Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir" hükmünün önemli olduğu açıktır. 16.06.2006 tarihinde 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" ile tüm sosyal sigorta kurumlarının tek çatı altında toplanması, 5997 sayılı kanun (01.01.2012) ile Yeşil Kart Kanunun yürürlükten kaldırılacağı hükmünün getirilmesi, 02.11.2011 tarih 662 sayılı KHK ile GSS uygulamasında sigortalılığın tespitinde esas alınacak gelir tespit testlerine ilişkin usul ve esasların SYGM tarafından belirlenmesi ve gelir testlerinin Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları aracılığıyla uygulanması hükümlerinin getirilmesi ile GSS resmen hayatımıza girmiştir.

GSS hayata geçirilmeden önce herkes farklı bir sosyal güvenlik kuruluşuna kayıtlı idi ve sadece kendi kayıtlı olduğu sosyal güvenlik kuruluşunun kendisine sağladığı sağlık hizmetlerinden ve diğer olanaklarından yararlanabiliyordu. Herkesin eşit ve aynı sağlık hizmetini alma imkânı yoktu. GSS farklı sosyal güvenlik kuruluşlarını aynı çatı altında toplayarak herkesin tüm sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmesinin yolunu açmış ve herkese ödeme gücüne ve bağlı olduğu sosyal güvenlik kuruluşuna bakılmaksızın eşit sağlık hizmeti sunulmasına imkân vermiştir. GSS kanunu çıkarılmadan önce toplumun bazı kesimleri hiçbir sosyal güvenlik kuruluşuna kayıtlı değildi ve sosyal güvenceden yoksun idi. GSS ile toplumun daha geniş kısmı sosyal güvenlik kapsamına alınmış ve sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaşmıştır. Ayrıca her sosyal güvenlik kurumu kendi üyelerine farklı miktar ve nitelikte sosyal yardımlarda bulunmakta ancak kurumlar ve yapılan yardımlar arasında birlik yoktu. GSS ile bu konuda da bir standart sağlanmıştır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2017).

3.2.2. Aile Hekimliği

SDP’nin ikinci temel ayağı birinci basamak sağlık hizmetlerinde “aile hekimliği” sistemine geçilmesidir (Ataay, 2008). Türkiye’de aile hekimliği ile ilgili çıkarılan ilk düzenleme 2004 yılında yayımlanan “5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun”dur. Ardından 2005 yılında 25867 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” ve 25904 sayılı “Sağlık Bakanlığı’nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik” yayımlanmıştır. Yapılan düzenlemeler kapsamında aile hekimliği pilot uygulaması ilk olarak Düzce’de 2005 yılında hayata geçirilmiştir. 2010 yılında 27591 sayılı “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” yayımlanmış ve 25867 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliği” yürürlükten kaldırmıştır. 2010 yılı itibariyle aile hekimliği uygulaması tüm illerde uygulanmaya başlanmıştır. Halen 81 ilde birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında aile hekimliği sistemi uygulanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde etkililiğin sağlanması toplumun sağlık hizmetlerine olan ihtiyacını azaltmanın yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı azaltarak, tedavi kuruluşlarının yükünün hafifletilmesine ve ikinci ve üçüncü basamakta sağlık hizmetlerinin daha kaliteli sunulmasına olanak sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017).

3.2.3. Kamu Hastane Birlikleri

SDP’nin üçüncü temel ayağı Kamu Hastane Birlikleri’nin (KHB) kurulmasıdır. KHB, 2011 yılında yayımlanan “663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname” ile kurulmuştur. KHB reformu ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının KHB çatısı altında toplanması ve “özerk” bir yapıya kavuşması amaçlanmıştır (Çavmak ve Çavmak, 2017: 54). SDP’nin önemli amaçlarından biri de Sağlık Bakanlığının sağlık hizmetleri sunumunda “planlayıcı ve denetleyici” bir pozisyon almasını sağlamaktır (Akdağ vd., 2011a).

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 30. maddesine göre; “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından, kaynakların etkili ve

verimli kullanılması amacıyla kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları ile il düzeyinde kamu hastane birlikleri kurularak işletilir. Hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilir ve bir ilde birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılmaz. Birden fazla birlik kurulan illerdeki ve belli bölgedeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilir”. Bu madde çerçevesinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının idari önden özerk bir yapıya kavuşmasına çalışılmıştır. Bu şekilde Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmetlerinde düzenleyici ve denetleyici rolünü üstlenen bir birim haline dönüşmesi sağlanmaya çalışılmıştır (Çavmak ve Çavmak, 2017). Ancak 2011 yılında çıkarılan “694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname” ile “663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”de değişiklik yapılarak KHB’ler yürürlükten kaldırılmış ve Halk Sağlığı ve Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlıkları genel müdürlük olarak yeniden yapılandırılmıştır. KHB’lerin görevleri İl Sağlık Müdürlükleri’ne devredilmiştir (Resmi Gazete, 2017).

3.2.4. Sağlık İnsan Gücü

SDP’nin önemli bir diğer bileşeni de sağlıkta insan gücünün geliştirilmesi ile ilgilidir. Sağlıkta insan kaynakları geliştirme faaliyetleri kapsamında planlama, eğitim ve yönetim çalışmaları yapılmaktadır. Sağlıkta insan gücünün etkin bir şekilde planlanabilmesi ve yapılan planların etkili bir şekilde uygulanabilmesi için ulusal düzeyde politika geliştirmeye ihtiyaç bulunmaktadır. Kamu ve özel sektör sağlık hizmetlerinde toplam işgücü sayısı 563.852 idi. Bu sayının 2023 yılında 1.067.572 kişiye ulaşması öngörülmektedir. Bu öngörü belirtilen yıllar arasında nüfusun da %18 artacağı hesaba katıldığında kamu sektörü için %95, tüm sağlık sektörü için ise %89,34’lük bir artış olacağı anlamı taşımaktadır. Bu öngörü ayrıca sağlık hizmetlerinde işgücünün uzmanlaşmış olması gerektiğinden sağlık işgücüne katılım sağlayacak grupların eğitim ihtiyacında da artış anlamı taşımaktadır. Be çerçevede 2007 yılında Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü vasıtasıyla Sağlıkta İnsan

gücü 2023 Vizyonu’na yönelik çalışma başlatılmıştır (Akdağ vd., 2011b). Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık insan gücü planlaması kapsamındaki çalışmaların bir bölümüne ait sonuçları içeren “2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi” raporu yayınlanmıştır. Bu rapor ilk rapor olup 2012 yılında yayımlanmıştır. Bu raporda 17 farklı sağlık mesleği için mevcut eğitim durumu ile devam edildiğinde 2023 yılında oluşacak işgücü arzı karşılaştırılmıştır. 2013 yılında raporun ikinci versiyonu ve 2014 yılında da raporun üçüncü versiyonu yayımlanmıştır. Raporda mevcut eğitimin devamı halinde oluşacak işgücü arzı ile 2023 yılında sağlık hizmetleri ihtiyacı projeksiyonları yapılmış arz-ihtiyaç karşılaştırmaları yapılmıştır. Sonuç olarak hangi meslekler için ne kadar eğitim gereksinimi olduğu noktasında önerilerde bulunulmuştur. Yapılan çalışmalara göre, aynı şekilde ve kontenjanlarla eğitime devam edilmesi halinde bazı mesleklerde ihtiyacın üzerinde arzın olacağı, bazı mesleklerde denge olacağı, bazı mesleklerde ise ihtiyacın altında arzın olacağı tahmin edilmektedir (Ünal vd., 2015).

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlık, insanoğlunun hayatında vazgeçilmez olan öğelerden biridir. Sağlıksız bir hayat sürdürülemeyeceğinden sağlık faaliyetleri dünyanın hemen her yerinde en önemli yaşamsal faaliyetlerin başında gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin etkili ve nitelikli bir şekilde verilebilmesi için hizmetler farklı biçimlerde organize edilmiştir. Özellikle sanayileşme sonrasında tüm dünyada kentsel alanlara doğru yaşanan göç hareketleri, kentsel alanlarda yeni sayılabilecek pek çok sorun yaratmıştır. Çevresel olanakların kısıtlılığına karşın insan sayısının kısa sürede artması pek çok faaliyetin aksamasına neden olmuştur. Özellikle salgın hastalıklar, çevresel imkanlara bağlı hijyen eksikliği sonucu oluşan hastalıklar, iş kazaları gibi pek çok sorun sağlık hizmetlerinin sektörel olarak kurumsallaşmasını da sağlamıştır.

Sağlık hizmetleri kurumsallaşmaya başladıkça halk sağlığı hizmetleri, önleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak sınıflara ayrılmıştır.

Özellikle refah devletlerinde sağlık hizmetleri vatandaşlar için evrensel bir hak anlayışına uygun olarak yapılandırılmış, kapitalist sistemlerde ise prime dayalı sistemler öne çıkarılmıştır. Refah devletlerinden kapitalist devletlere doğru gidişte dünya üzerindeki pek çok ülkede sağlık sistemlerinin kapsamı tartışılmıştır ve tartışılmaya devam etmektedir. Özellikle dünyadaki nüfusun hızla yaşlandığı, önceki yüzyılda tedavi edilemeyen pek çok hastalığın tedavi edilebilir hale geldiği, kimi tedavilerin büyük maliyetli olduğu bilinmektedir. Bu süreç içinde artan sağlık harcamalarının bir biçimde kontrol edilmesi için çeşitli reform çalışmaları yapılmaktadır. Sağlık reform çalışmalarında temelde iki öge vardır. Birincisi harcamaların azaltılması, ikincisi hizmetlerin etkinliğinin artırılmasıdır. Aslında bakıldığında sağlık reformu düşük maliyetle en üst düzey hizmet sunumu gibi kimilerine göre imkânsız istemek olarak lanse edilebilecek bir çalışmadır. Ancak gelinen noktada ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdığı kaynakların hızla yükseldiği ve sağlık sigortalarının yükünün hızla ağırlaştığı durumlarda tek kurttarıcı olarak reform çalışmaları ortaya çıkmaktadır.

Bu bağlamda Türkiye’de de kısmen benzer bir sürecin yaşandığı söylenebilir. Öncelikle ülkenin kuruluşunda sağlık hizmetlerini kurumsal hale getirme amacı ile çalışmalar yapıldığı, özellikle sağlık personeli yetiştirilmeye başlandığı, 50’li yıllara kadar özellikle halk sağlığı politikalarına öncelik verilerek sağlık hizmetlere herkesin bir biçimde ulaşmasının hedeflendiği, 50’li yıllardan itibaren sağlık sisteminde bazı liberalleşme çalışmalarının yapıldığı, yeni sistemlerin denendiği görülmektedir. 60’lı yıllardan sonra yaşanan askeri darbeler, siyasi değişimler, diğer ülkeler tarafından dayatılan politikalar sebebi ile sağlık sisteminde birbirinden çok farklı planlar devreye sokulmuş ancak bu planların hiçbiri sağlık sisteminin daha iyi hale gelmesini sağlamamıştır.

Türkiye’de sağlıkta reform düşüncesi dünya üzerindeki pek çok ülkede olduğu gibi 80’lerde tartışılmaya başlanmış ve reformun alt yapısı yavaş yavaş oluşturulmuştur. Ancak farklı sigorta türlerinin oluşması, bu sigorta fonlarına ait hastanelerin oluşması, kırsal alan ve kentlerdeki sağlık personelinin dengesiz dağılımı gibi pek çok konu sağlık sisteminde

ciddi sorunlar oluşmasına neden olmuştur. Bu sorunların ortadan kaldırılması için “reform” bir kurtarıcı olarak görülmüş, kimi reform unsurları bazı kanunlara eklenmiş ancak tam olarak yürürlüğe girememiştir.

Türkiye’de 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında çok önemli düzenlemeler hayata geçirilmiştir. Özellikle, genel sağlık sigortası, diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait hastanelerin Sağlık Bakanlığı’na bağlanması, ilaç alımı konusunda kurum anlaşmalı eczane uygulamasına son verilmesi, özel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmaya çalışılması, sağlık ocaklarının kapatılarak yerlerine aile hekimliği uygulamasına geçilmesi gibi olaylar sağlık hizmetlerindeki dönüşümü anlayabilme adına çok önemli gelişmelerdir. Nitekim OECD’nin 2010 yılında yayımladığı “Making Reform Happen Lessons from OECD Countries” raporunda, DSÖ’nün 2009 yılında yayımladığı “European Health Report” ve 2012 yılında yayımladığı “Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth” başlıklı raporlarında SDP kapsamında yapılan reformlar neticesinde Türkiye’de anne ve bebek ölümlerinin azaldığı ve hasta memnuniyetinde ve sağlık hizmetleri kalitesinde artış olduğu belirtilmiştir (Akdağ, 2012). Diğer taraftan Bahçe vd. (2013) tarafından yapılan çalışmada sağlık reformunun temel mantığını oluşturan sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, gereksiz tetkik ve tedavinin önlenmesi ve bu yolla yapay talebin azaltılması, hizmet sunumuna erişimde adaletin sağlanması, sosyal güvenlik sistemi açıklarının azaltılarak bütçe üzerindeki baskıların hafifletilmesi ile sosyal güvenlik sisteminin mali sürdürülebilirliğinin garanti altına alınması gibi hedeflenen bir çok unsurun gerçekleşmediği belirtilmiştir. Bu bağlamda sağlık harcamalarının kontrol altına alınması ve sürdürülebilirliğin sağlanması için ayrıca önlemlerin alınmasının yararlı olacağı söylenebilir.

Reformların başarıya ulaşmasının önemli koşullarından biri de nitelikli insan kaynağının yetiştirilmesidir. Ancak 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi” raporunda da belirtildiği üzere eğitim alanında mevcut plansız durumun devam etmesi halinde bazı meslek grupları için ihtiyacın üzerinde kişi yetiştirilirken bazı meslek grupları için

ise ihtiyaç karşılanamayacak ve istenilen reformların uygulanması noktasında ciddi sıkıntılar yaşanabilecektir. Bu yüzden personel ihtiyacının net olarak belirlenmesi ve ihtiyaç görülen alanlarda eğitim alacak kişi sayısının artırılması gelecekte yaşanması muhtemel problemlerin önlenmesi açısından yararlı olacaktır.

KAYNAKÇA

- AĞARTAN, T. (2011). *Sağlıkta reform salgını. Avrupa'da ve Türkiye'de sağlık politikaları. İstanbul: İletişim Yayınları.*
- AKDAĞ, R., Tosun, N., & Cinal, A. (2011a). *Türkiye'de özelliikli planlama gerektiren sağlık hizmetleri 2011-2023. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı yayın, (836),212-240.*
- AKDAĞ, R. (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011).* Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- AKDAĞ, R., Aydın, S., & Demirel, H. (2008). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ilerleme raporu.* Ankara, TC. Sağlık Bakanlığı Yayın, (749), 22-24.
- AKDAĞ, R., Nazlıoğlu, s., Mollahaliloğlu, S., & Kosdak, M. (2011b). *Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 vizyonu.* Ankara: Sağlık Bakanlığı yayınları.
- AKDUR, R. (1999). *Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Türkiye'de sağlık politikaları.* Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi Yayını.
- AKDUR, R. (2006). *Sağlık sektörü: Temel kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde durum ve Türkiye'nin birliğe uyumu.* Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi
- AKDUR, R.(2008). *Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık.* 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008). Ankara.
- ALTUNAKAR MERCAN, S.Ş. & Geyik, O. (2019). *Yeni sağlık reformunun sağlık harcamaları üzerine etkisi.* III. International symposium on Economics, Politics and Administration. 10-12 Ekim, Diyarbakır.

- ATAAY, F. (2008). Sağlık reformu ve yurttaşlık hakları. *Amme İdaresi Dergisi*, 41(3), 169-184.
- BAHÇE, S., Köktaş, A.M., Abukan, D. (2013). *Healthcare Reform and Household Welfare: Health Transformation Programme in Turkey (Sağlık Hizmetleri Reformu ve Hanehalkı Refahı: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı)*. International Conference on Eurasian Economies, 17-18 September, St. Petersburg, RUSSIA
- BOSTAN, S., & Çiftçi, F. (2016). Sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarının hastane hizmetleri üzerindeki değişim etkisi: Sağlık çalışanlarının görüşleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 1-8.
- ÇAVMAK, Ş., & Çavmak, D. (2017). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- İLERİ, H., Seçer, B., & Ertaş, H. (2016). Sağlık politikası kavramı ve Türkiye’de sağlık politikalarının incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (12), 176-186.
- KASAPOĞLU, A. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- KEYDER, Ç., Üstündağ, N., Ağartan, T. & Yoltar, Ç. (2011). Avrupa’da ve Türkiye’de sağlık politikaları. İstanbul: İletişim Yayınları
- LİSTER, J. (2008). *Sağlık politikası reformu: Yanlış yolda mı gidiyoruz?* Çev.: Melis İnan, Alaz Kılıçaslan, Nilay Erten, Deniz İlhan & Halil Can Kurban. İstanbul: İnsev Yayınları
- METİNDAS, M.Y., Elçioğlu Ö. (2007). Cumhuriyetin ilk on beş yılında sağlık hizmetleri, (1923-1938). *Osmangazi Tıp Dergisi*. 29(3),162-170
- RESMİ GAZETE. (2017). Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Karar Sayısı: KHK/694.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2003). Sağlıkta Dönüşüm. 16 Kasım 2017, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> adresinden alınmıştır.

- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2017). Türkiye’de Aile Hekimliği. 14 Kasım 2017 tarihinde <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyede-ki-aile-hekimlii.html> adresinden alınmıştır.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2015). *Tarihçe – Sağlık Bakanlığının Tarihçesi*. 11 Mart 2020 tarihinde <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html> adresinden alınmıştır.
- SOSYAL GÜVENLİK KURUMU. (2017). Genel Sağlık Sigortası Kavramı neyi ifade etmektedir? 14 Kasım 2017 tarihinde http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/gss_tescil_sureci/gsskavrami adresinden alınmıştır.
- TENGİLİMOĞLU, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2012). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel.
- ÜNAL, D., Eğin, E., Kosdak, M., Zaku, A., Avcı, D., & Çipil, Z. (2015). *2023 yılı sağlık işgücü hedefleri ve sağlık eğitimi*. E-Bülten, 15(1), 1-5.
- WORLD HEALTH ORGANİZATİON (2020). Definition of Health. 18 Nisan 2020 tarihinde <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions> adresinden alınmıştır.
- WORLD HEALTH ORGANİZATİON. (2014). Not Merely the Absence of Disease. Twelfth General Programme of Work. Geneva. 21 Mayıs 2020 tarihinde https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112792/GPW_2014-2019_eng.pdf adresinden alınmıştır.