



# Fiscaeconomia

E-ISSN: 2564-7504

**Cumhuriyetin 100. Yılında  
Türkiye Ekonomisi Özel Sayısı**

2023, 7, Özel Sayı, 526-551

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/fsecon>

Submitted/Geliş: 10.02.2023

Accepted/Kabul: 05.09.2023

Doi: 10.25295/fsecon.1249887



*Research Article/Araştırma Makalesi*

## **Sağlık Politikalarının 100 Yılı<sup>1</sup>**

*100th Year of the Health Policies*

**Merve KAYADUVAR<sup>2</sup>**

### **Öz**

Modern ulus devletlerin inşasında merkezi kamusal sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi önemli bir işlev görmektedir. Benzer şekilde, modern Türk devletinin inşasında da kamusal sağlık hizmetlerinin özellikle salgın hastalıklarla mücadele için gerekli sağlık kuruluşlarının örgütlenmesi önemli bir rol üstlenmiştir. Cumhuriyetin kuruluşundan İkinci Dünya Savaşı'nın sonuna kadarki dönemde sağlık hizmeti örgütlerinin kurulması, ulusal aşı ve ilaç üretimi gibi gelişmeler yaşanırken, savaş sonrası dönemde sigorta kurumları kurulmuş, Sosyalleştirme uygulamaları ile kamusal sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Sosyalleştirme uygulamalarının 1970'li yıllarda terk edilmeye başlanmasıyla sağlık hizmetleri piyasaya bağımlı hale gelirken, sağlıkta piyasalaşma süreci, 1980'lerde tüm dünyada egemen olan neoliberal politikalarla birlikte hem hız kazanmış hem de derinleşmiştir. 2003 yılında uygulamaya geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetleri finansmandan, örgüt yapısına, istihdam biçiminden hizmet sunumuna her alanda köklü değişikliklere uğramıştır. Sağlık hizmetlerinde yaşanan bu temel dönüşümün tamamlayıcısı olarak 2005 yılında "Sağlıkta Dönüşümün İkinci Fazı" olarak nitelendirilen "Kamu Özel Ortaklığı" modeli olarak "Şehir Hastaneleri" projesi hayata geçirilmiştir.

Bu çalışma, sağlık hizmetlerinin Cumhuriyetin kuruluşundan itibaren 100 yıl içerisinde geçirdiği değişim ve dönüşümleri ele almayı amaçlamaktadır. Böyle bir tarihsel değerlendirme ancak Türkiye'de yaşanan ekonomik ve siyasi dönüşümlerin sağlık hizmetleri üzerindeki izdüşümlerinin göz önünde bulundurulması ile mümkündür. Dolayısıyla, çalışmada Cumhuriyetin ilk yıllarından günümüze kadar geçen dönemde uygulanan sağlık politikaları arkasında yatan iktisadi ve siyasi yapılarıdaki dönüşümlerle birlikte ele alınmaktadır. Ayrıca çalışma, Cumhuriyetin 100. yılında sağlık politikalarının ve bu politikalarla şekillendirilen kamusal sağlık hizmetlerinin geldiği durumu ve bu mevcut durumun sorunlarını ortaya koymayı amaçlamaktadır.

**Jel Kodları:** I10, I18, I19

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Politikaları, Piyasalaşma, Kamusal Sağlık Hizmetleri

<sup>1</sup> Bu çalışma, yazarın 27 Temmuz 2021 tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı'nda savunduğu "Şehir Hastanelerinde Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü" başlıklı tezinden yararlanarak üretilmiştir.

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Kamu Yönetimi Bölümü, mervekayaducar@gmail.com, ORCID: 0000-0001-6110-5533



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscoeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

### Abstract

The organization of the centralized public health services plays a significant role during the construction of modern nation states. Similarly, during the construction of the modern Turkish state, the organization of public health services, especially the health institutions necessary to combat epidemics, played an important role. While there were developments such as the establishment of health service organizations and the production of national vaccines and medicines from the foundation of the republic until the end of World War II, in the post-war period the insurance institutions were established and it was aimed to expand the public health services with the socialization practices. While with the abandonment of socialization practices in the 1970s, health services became dependent on the market, the process of marketization in health both was accelerated and deepened with the neoliberal policies that dominated the world in the 1980s. Health services underwent radical changes in all areas from financing to organizational structure, from employment to service delivery with the 2003 Health Transformation Programme. As a complement to this fundamental transformation in health services, the "City Hospitals" project was started to be implemented in 2005 as a "Public Private Partnership" model, which is described as the "Second Phase of Health Transformation Programme".

This study aims to address the changes and transformations that health services have undergone in the 100 years since the foundation of the republic. Such a historical evaluation is only possible if the projections of the economic and political transformations in Turkey on health services are taken into consideration. Therefore, the health policies implemented in the period from the early years of the republic to the present day are analyzed together with the transformations in the economic and political structures behind them. In addition, the study aims to reveal the current state of health policies and public health services shaped by these policies and the problems of this current situation in the 100th anniversary of the republic.

**Jel Codes:** I10, I18, I19

**Keywords:** Health Policies, Marketization, Public Health Services



## 1. Giriş

Türkiye’de cumhuriyetin kurulduğu 1923 yılından yüzüncü yılının yaşandığı 2023 yılına kadar kamusal sağlık hizmetlerinin gelişim süreci incelendiğinde kamusal sağlık hizmetlerinin ilk olarak salgın hastalıklarla mücadele için gerekli sağlık kuruluşlarının kurulması amacıyla örgütlendiği ve ulusal aşı ve ilaç üretimi gibi gelişmelerin yaşandığı görülmektedir. İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki dönemde ise sigorta kurumları kurulmuş, Sosyalleştirme uygulamaları ile kamusal sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. 1970’li yıllarda Sosyalleştirme uygulamalarının terk edilmeye başlanmasıyla sağlık hizmetleri piyasaya bağımlı hale gelirken, sağlıkta piyasalaşma süreci, 1980’lerde tüm dünyada egemen olan neoliberal politikalarla birlikte hem hız kazanmış hem de derinleşmiştir. Sağlıkta “reform” adı altında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile 2003 yılından itibaren sağlık hizmetlerinin finansmanından, örgüt yapısına, sağlık emek gücünün istihdam biçimlerinden hizmet sunumuna kadar birçok alanda köklü değişiklikler yapılmıştır. Bu dönüşüm programının tamamlayıcı olarak 2005 yılında “Sağlıkta Dönüşümün İkinci Fazı” olarak nitelendirilen “Kamu Özel Ortaklığı” modeli olarak “Şehir Hastaneleri” projesi hayata geçirilmiştir.

Kamusal sağlık hizmetlerinde yaşanan bu dönüşümler elbette Türkiye’nin siyasi ve ekonomik koşullarında yaşanan gelişmelerden bağımsız değildir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin Cumhuriyetin kuruluşundan itibaren 100 yıl içerisinde geçirdiği değişim ve dönüşümleri ele almayı amaçlayan bu çalışma, Türkiye’de yaşanan ekonomik ve siyasi dönüşümlerin sağlık hizmetleri üzerindeki izdüşümlerine odaklanmaktadır. Bu bağlamda, çalışmada sağlık politikalarının gelişimi arkasında yatan iktisadi ve siyasi yapılarıdaki dönüşümlerle birlikte ele alınmaktadır. Ayrıca çalışmada, Cumhuriyetin 100. yılında sağlık politikalarının ve bu politikalarla şekillendirilen kamusal sağlık hizmetlerinin geldiği durum ve bu mevcut durumun sorunları ortaya konmaya çalışılmaktadır.

## 2. Türkiye’de Kamusal Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Büyük Millet Meclisi’nin 23 Nisan 1920’de açılmasıyla birlikte başlayan yeni dönemde bir yandan Mili Mücadele Savaşı yönetilirken bir yandan da kurulmakta olan yeni Türk devletinin kurumsal yapılanmasının temelleri atılmaya başlamıştır. Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti<sup>3</sup> de bu kurumsal örgütlenme içerisindeki yerini almıştır. Bu dönemde sadece birkaç ülkede sağlık bakanlığının bulunduğu göz önüne alındığında yeni meclisin sağlık hizmetlerine ne kadar önem verdiği görülmektedir (Kapıcı, 2015: 18).

### 2.1 Erken Cumhuriyet Dönemi

Cumhuriyet’in ilanından sonra kamusal sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine özellikle salgın hastalıklarla mücadele etmek amacıyla gerekli sağlık hizmetleri yapı ve örgütlerinin kurulması ile başlanmıştır. Dönemin sağlık bakanı Refik Saydam’ın 1925 yılında hazırladığı çalışma programında sağlık alanındaki ihtiyaçlar şu şekilde özetlenmiştir; mevcut sağlık teşkilatının genişletilmesi, sağlık personeli sayısının artırılması, numune hastaneleri, doğumevi, çocuk bakımevleri ve sanatoryumların açılması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi, sağlıkta

<sup>3</sup> Sağlık Bakanlığı



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscaoeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

örgütlenmenin en ücra köşelere kadar götürülmesi, sağlık yasalarının çıkarılması, Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Mektebi'nin kurulması (Aydın, 2002: 188-189). Belirlenen bu ihtiyaçlar kapsamında İstanbul Özel İdaresi tarafından verem savaş dispanseri hizmete açılırken 1925 yılında Sivas ve Erzurum'da, 1926 yılında Diyarbakır'da, 1927 yılında Konya'da, 1930 yılında ise İzmir'de birer tane kuduz hastanesi açılmıştır. O dönemin en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olan trahom<sup>4</sup> hastalığı ile mücadele için körler beldesi olarak da anılan Adıyaman ve Malatya'da 1925 yılında, Adana, Kilis, Gaziantep ve Besni'de de 1930 yılında birer tane trahom savaş hastanesi açılmıştır. 1928 yılında ulusal aşı üretimi ve laboratuvar tanı olanakları için Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve bulaşıcı hastalıklar konusunda personel yetiştirmek ve araştırma yapmak için Hıfzıssıhha Okulu açılmıştır (Fişek, 1991: 2)

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanması temelinde bir örgütlenme yapısına gidilerek 1913 yılında başlayan ve o dönemde de devam edilen Hükümet Tabipliği uygulaması, 1930 Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile beldelere kadar yaygınlaştırılmıştır. Bu kanunla nüfus büyüklüğüne bakılmaksızın her ilçede bir hükümet tabibinin bulunması ve bu hekimlerin koruyucu, tedavi edici hekimlik hizmetleri ile adli hekimlik ve yöneticilik başlıkları altında toplam 205 ayrı görevi sürdürmesi hükme bağlanmıştır (Soyer, 2001: 422).

Tedavi edici sağlık hizmetleri ise yerel yönetimlerin sorumluluğuna bırakılmıştır. Yerel yönetimlere rehberlik etmesi amacıyla ilk olarak 1924 yılında Ankara, Erzurum, Diyarbakır ve Sivas'ta daha sonraki yıllarda ise İstanbul Haydarpaşa'da, Trabzon ve Adana'da Numune Hastaneleri (örnek hastaneler) açılmıştır. Sağlık Bakanlığı, İstanbul Çocuk Hastanesi'ni, Zonguldak Memleket Hastanesi'ni, İstanbul Guraba Hastanesi'ni de kendine bağlamıştır. 1930 yılına gelindiğinde devlet hastanesi sayısı 36'ya yükselmiş, yatak sayısı 3965'e ulaşmıştır. Bu hastanelerin 12 tanesi genel hastane, 9 tanesi doğum hastanesi, 11 tanesi sanatoryum, 3 tanesi akıl hastanesi, 12 tanesi trahom hastanesi ve 5 tanesi de kuduz hastanesidir. Bu hastaneler şehir merkezlerinde yer aldığı için ilçe merkezlerine muayene ve tedavi evleri açılmıştır (Soyer, 2001: 423). Muayene ve tedavi evlerinde yalnızca ayaktan tedavi edici sağlık hizmeti sunulurken hasta muayenesinden ücret alınmamış ve yoksul kişilerin ilaç ücretleri devlet tarafından karşılanmıştır. Sadece hekim odaklı bir sağlık hizmeti sunulan muayene ve tedavi evleri hekim odaklı sağlık hizmeti anlayışının terk edilmeye başlanmasıyla önce sağlık merkezine daha sonra sağlık ocağına dönüştürülmüştür. Bu sürece kaynaklık eden bir diğer önemli gelişme Etimesgut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri'nin açılmasıdır. Tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin entegre biçimde sunulduğu ve sevk sistemi gibi uygulamaların olduğu bu hastane, ileriki yıllarda başlatılacak sosyalleştirme uygulamasına kaynaklık etmiştir (Aydın, 1997: 25-29).

Erken cumhuriyet döneminde sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması yönünde önemli yasal düzenlemeler yapılmıştır. 1928 yılında çıkartılan Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ve 1930 yılında çıkartılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile sağlık çalışanlarının çalışma koşulları düzenlenmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin maaşları artırılmış fakat serbest çalışmaları yasaklanmıştır. 1936 yılında sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında bir birlik sağlama amacıyla vakıflarda, il özel idarelerinde ve belediyelerde çalışan hekim ve

<sup>4</sup> Trahom hastalığı, göz kapaklarının içini döşeyen zarın üzerinde başlayan ve devam eden tedavi edilmezse ilerleyen süreçte gözün körlüğüne bile sebep olabilen bulaşıcı bir hastalıktır. Günümüzde artık görülmemektedir.



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı. *Fiscaeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

diğer sağlık personelini atama konusunda Sağlık Bakanlığı yetkilendirilmiştir. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile sağlık hizmeti kamu hizmeti olarak kabul edilirken sağlıkla ilgili işlerin yerine getirilmesinde Sağlık Bakanlığı yetkili kılınmıştır. Bu değişiklikler sağlık hizmetlerinin bugüne uzanan hukuki çerçevesinin ve altyapısının kurulmasında belirleyici olmuştur (Soyer, 2001: 420).

Sağlık hizmetinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasında en önemli konulardan biri sağlık işgücü sayısının artırılmasıdır. Bu nedenle bu dönemde sağlık işgücü yetiştirme politikasına özel bir önem verilmiştir. 1924 yılında tüm tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet zorunluluğu getirilmiştir. Ayrıca yatılı tıp talebe yurtlarının açılması sağlanmıştır (Fişek, 1991: 3). Hekimlerin yanı sıra hemşire, ebe, sağlık memuru gibi hekim dışı sağlık personelinin yetiştirilmesi için eğitim kurumlarının açılması ve sağlık personelinin kamu eğitimi kurumları aracılığıyla yetiştirilmesi bu dönemde sağlık hizmetlerinin meta dışına çıkartıldığı ve kamusal bir hizmet olarak örgütlendiğinin önemli göstergelerindendir (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 155). Ayrıca köy enstitülerinde yetişen öğretmenlere koruyucu hekimlik ve çevre sağlığı gibi konularda eğitimler verilmesi, sağlık hizmetlerinin kırsal bölgelere ulaştırılmasında tamamlayıcı bir rol oynamıştır (Ekinci, 1980: 39).

## 2.2 İkinci Dünya Savaşı Sonrası

İkinci Dünya Savaşı sonrasında gelişmiş kapitalist ülkelerde ortaya çıkan Keynesyen refah devletlerinin ve bu kapsamda ücretsiz, kapsayıcı ve evrensel kamusal sağlık hizmeti uygulamalarının yaygınlaşmasının Türkiye üzerinde de etkileri olmuştur. Bu bağlamda, 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu<sup>5</sup> kurulurken kuruma sigortalı işçileri için sağlık kuruluşu açma ve işletme ve sağlık personeli atama yetkileri tanınmıştır. “İşçi Sigortaları Kurumu’nun” kurulmasından sonra 1949 yılında “Emekli Sandığı” kurulmuş ve 1971 yılında ise “Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu” (BAĞ-KUR) kurulmuştur. Fakat Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR, SSK’dan farklı olarak kendisine ait sağlık kuruluşuna ve sağlık personeline sahip olmamıştır.

Savaş sonrası dönemde egemen olan sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde tedavi ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin birbirinden ayıramayacağı ve birlikte ele alınması gerektiği görüşüne uygun olarak 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresinde “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” sunulmuş ve Yüksek Sağlık Şûrası tarafından kabul edilmiştir. Behçet Uz planı olarak da anılan bu plana göre ülkenin yedi sağlık bölgesine ayrılması ve her bölgenin sağlık örgütlenmesi noktası kendine yeterli duruma getirilmesi amaçlanmaktadır. Bu bölgelerde her kırk köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurulması ve bu merkezlerde 2 hekim, 1 ebe, 1 sağlık memuru ve 1 ziyaretçi hemşire bulunması hedeflenmektedir. Bu merkezlerin koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürütmesi öngörülmüştür. Ayrıca bölgelerin kurulmasının tamamlanması sonrasında her bölgede 1 tıp fakültesinin açılması hedeflenmektedir (Akdur, 1998: 4). Behçet Uz Planı gerçekçi olmadığı ve maliyetli olduğu konusunda eleştirilere maruz kalmıştır ve Behçet Uz’un bakanlıktan ayrılması nedeniyle uygulamaya geçememiştir.

<sup>5</sup> İşçi Sigortaları Kurumu, 1964 yılında Sosyal Sigortalar Kanunu ile birlikte Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) adını almıştır.



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı. *Fiscaoeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

1953 yılında yürürlüğe giren 6134 Sayılı Kanun ile Refik Saydam dönemine hâkim olan koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması prensibi terkedilerek il özel idarelerine, belediyelere ve vakıflara bağlı tüm hastaneler merkezleştirilmiş ve Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. Bu kararlar tedavi hizmetlerinin bir devlet hizmeti olduğunun kabulü, tedavi hizmet standartlarının yükseltilmesi ve her şehirde eşit sağlık imkanlarının sağlanması gibi hususlar amaçlanmıştır (Fişek, 1983: 163).

Demokrat Parti (DP) döneminde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde hastaneciliğin gelişmesine büyük bir önem verilmiştir. İl ve ilçe merkezlerinde sağlık merkezlerinin kurulması hızlanmış ve yalnızca büyük illerin merkezlerinde olan sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılması için önemli çabalar gösterilmiştir. Fakat hastane hizmetlerinin ön plana alınması koruyucu sağlık hizmetlerinin geri planda kalmasına yol açmıştır (Akdur, 2003: 27-28). Ayrıca DP döneminde tıp ve yardımcı sağlık personeli eğitimine de önem verilmiştir. Tıp fakültesi, hemşire ve ebe okulları açılmıştır (Soyer, 2004: 90).

### 2.3 Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirme

1960'lı yıllarda Türkiye'de kamusal sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması yönünde önemli adımlar atılmıştır. Devlet tarafından sunulan sağlık hizmetleri 1960'lı yıllara kadar kanunlarla düzenlenirken devletin sağlık hizmeti sunma görevi, sosyal devlet anlayışının egemen olduğu 1961 Anayasası ile birlikte anayasa hükmü haline getirilmiştir. 1961 Anayasasının yanı sıra aynı yıl kabul edilen "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa" ile de Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği pekiştirilmiştir. Eşitlikçi bir yaklaşımla hazırlanan kanuna göre, tüm sağlık hizmetleri devletin görevi olarak kabul edilmiştir (Pala, 2017: 43). Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesini öngören kanuna göre hastalar sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak ya da kendisine yapılan masrafın bir kısmını ödeyerek yararlanabilecektir. Hekimlerin hem kamu sağlık kuruluşlarında çalışmaları hem de özel olarak hekimlik yapma imkanları olmayacaktır. Kamu sağlık kuruluşlarında çalışan hekim ve diğer sağlık personeli sözleşmeli olarak istihdam edilecektir. Şehirlerde ve köylerde birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları kurulacaktır. Sağlık ocakları hastanelerle işbirliği yaparak hasta tedavi hizmetlerini yürüteceklerdir. Fakat sağlık personeli ve kaynak yetersizliği nedeniyle yasa aşamalı olarak uygulanacaktır. Yasanın tüm ülkede uygulanması için 15 yıllık bir dönem öngörülmüştür (Fişek, 1991: 4).

1963 yılında hayata geçirilmeye başlanan Sosyalizasyon programı, 1965 yılına kadar başarıyla uygulanmıştır fakat 1966 yılından itibaren başarısız bir uygulamaya dönüşmüştür. Bu durumun temel nedenleri şu şekilde özetlenebilir; program sağlık bakanları başta olmak üzere üst düzey sağlık yöneticileri tarafından yeteri kadar sahiplenilmemiştir, bütçeden yeterli pay ayrılmadığı için gerekli araçlardan, ilaçlardan ve sağlık personelinden yoksun kalan sağlık ocakları gerekli hizmetleri gerçekleştirememiştir ve sağlık kurumları basamakları arasında eşgüdüm ve işbirliği sağlanamamıştır. 1965 yılında 657 sayılı Devlet Memurları Yasası ile hekimlerin devlet memuru olarak istihdam edilmesi düzenlemesinin getirilmesiyle sözleşmeli kamu personeli çalıştırma olanağı ortadan kalkmıştır. Bu durum, birçok sağlık ocağına uzun yıllar hekim atanamamasına neden olmuştur. Sağlık yöneticisi ve hekim dışı sağlık personeli yetiştirilmesine gereken önem verilmemiştir. Sağlık işgücü hekimler de dahil olmak üzere hastanelere personel yetiştirmeye



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscaoeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

yönelik eğitim görmüştür. Bu durum, sağlık ocaklarında çalışmanın önemini benimsenmesini engellemiştir. Sosyalizasyon yasası, sağlık hizmetlerinin tek elde toplanmasını öngörse de SSK, Emekli Sandığı ve daha sonra eklenen BAĞ-KUR'dan oluşan yapı devam etmiş ve basamaklar arası sevk zinciri hayata geçirilememiştir (Fişek, 1983: 166).

Başlangıçta planlandığı şekilde yürütülememiş olsa dahi sosyalizasyon uygulamalarıyla sağlık hizmetlerinin meta-dışlaştırılması ve sağlığın sosyal bir hak olarak tanınması yönünde önemli adımlar atılmıştır. Fakat nüfusun tamamının kapsama alındığı, vatandaşlığa dayalı, genel bütçeden finanse edilen Beveridge tipi bir sağlık sistemi kurulamamıştır. Zaman içerisinde kapsam içerisindeki nüfusun ve hastane sayılarının artmasına rağmen, Türkiye'de 1960'lı yıllar da dahil olmak üzere hiçbir dönemde sağlık hizmetleri tamamen meta-dışına çıkartılamamıştır.

### 3. Neoliberal Dönüşüm ve Sağlıkta Metalaşma

1970'li yıllarda kapitalizmin içine girdiği yapısal kriz, 1973 yılındaki Petrol Şoku ile somutlaşmış ve İkinci Dünya Savaşı sonrasında egemen olan sermaye birikim rejiminin ve Keynesyen refah devletinin toptan değişimini beraberinde getirmiştir. Bu krizin Türkiye'ye yansması kısa dönemli borçlanma kanallarıyla ve işçi dövizleriyle bir süre ertelense de 1977 yılında döviz darboğazı ciddi boyutlara ulaşmıştır. Türkiye'nin aldığı kısa vadeli borçları ödeyemez duruma gelmesi, hükümeti IMF güdümünde bir istikrar programı uygulamak zorunda bırakmıştır (Ozan, 2015: 662-665). Türkiye'de de kapitalist ülkelerde yaşanan dönüşüme paralel bir dönüşüm gerçekleşmiştir. 24 Ocak 1980 kararlarıyla somutlaşan Neoliberal dönüşümün hayata geçirilmesi ancak 12 Eylül Askeri Darbesi ile mümkün olmuştur. Askeri yönetim, neoliberal dönüşümün gerektirdiği düzenlemeleri hızla hayata geçirmiştir. Yaşanan bu neoliberal yeniden yapılanma süreci kapsamında kamusal sağlık hizmetlerinin piyasalaşma sürecinin altyapısını hazırlayan değişiklikler ortaya çıkmıştır. Öncelikle, 1961 Anayasasına göre sağlık hizmetleri sunumunda tek sorumlu kabul edilen devlet, 1982 Anayasası ile sağlık hizmetleri sunumunun düzenleyicisi ve denetleyicisi konumuna getirilmiştir. Neoliberalizmin devletin kamusal hizmetlerden çekilerek küçültülmesi anlayışına uygun olarak anayasal ölçekte gerçekleştirilen bu değişim, ilerleyen yıllarda da bu çerçeveye uygun yasal düzenlemelerle sürdürülmüştür. Devletin yalnızca düzenleyici bir konuma çekilmesiyle Yeni Kamu İşletmeciliği'nin kürek çeken değil dümen tutan devlet anlayışı, kamusal sağlık hizmetlerinde de kendisini göstermeye başlamıştır. Böylece, 1980'li yıllarda kendisini göstermeye başlayan piyasalaştırma aracılığıyla sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinin aşındırılması süreci, 1990'lı yıllarda "reformlarla" yaygınlaşmış, 2000'li yıllarda ise sistematik hale gelmiştir. Bu durum, Belek (2016: 13) tarafından şu şekilde ifade edilmektedir; kapitalist sağlık paradigmasının sosyal devletçi sağlık paradigmasına saldırısı, 1980'lerde kendini göstermeye başlamış, bu operasyon 1990'larda ergenlik dönemine girmiş 2000'li yıllardan itibaren ise yetişkinlik dönemine girmiştir.

Neoliberal dönüşüm bağlamında sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasına yönelik atılan en önemli adımlardan biri, 1981 yılında özel sağlık yatırımlarının devlet teşvikleri kapsamına alınmasıdır. Böylece kamusal kaynakların sağlık alanına yatırım yapan özel sektöre aktarılmasının önü açılmıştır. Ayrıca, 1981 yılında hekimlere zorunlu hizmet yükümlülüğü getirilirken, kamu kurumlarında çalışan hekimlere kendi muayenehanelerini açma hakkı



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscaoeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

verilmiştir. Bir diğer önemli adımsa, Türkiye sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilen dönüşümün yönünü en iyi gösteren belgelerden biri olarak kabul edilen 1987 tarih ve “3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’dur”. 3359 sayılı Kanun, özel sektör ve kamu sağlık kurumlarını aynı yaklaşımla ele alırken, sağlığın korunması ve gelişmesi için özel sektör ve kamu sağlık kurumları arasında işbirliği öngörmektedir. Genel bir sağlık sigortası oluşturulmasının ilk adımlarını tanımlayan kanun, kamu hastanelerinin kamu tüzel kişiliğini haiz işletmeler haline getirilmesine ve kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları ya da sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatlandırılmasına dair düzenlemeler içermektedir. Ayrıca bu kanunla, sözleşmeli yabancı uyruklu sağlık çalışanlarının çalıştırılabilmesinin önü açılırken, kamu hastanelerinde çalışan hekimlere mesai saatleri dışında çalıştıkları kuruluşta özel teşhis ve tedavi yapabilme imkânı sağlanmıştır. 3359 sayılı Kanun’un sözleşmeli personel çalıştırma gibi temel bölümleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir, iptal edilmeyen maddeleri de sağlık meslek kuruluşlarının ve sendikaların tepkisini çektiği için uygulanamamıştır. Fakat bu yasa, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin neoliberal dönüşümünün yörüngesini ortaya koyması açısından önemlidir (Pala, 2017: 45).

1980’li yıllarda sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasına yönelik atılan bir diğer önemli adım, Sağlık Bakanlığı’na (SB) bağlı kurumlarda döner sermaye uygulamasını başlatarak kurumları satın alma ve kiralamalarda yetkilendirerek, bürokrasinin azaltılması amacıyla 1961 yılında yürürlüğe giren “209 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa’da” yapılan değişikliklerdir. 1983 yılında yapılan değişikliklerle döner sermayeli kuruluşlar ürettikleri mal ve hizmetler ile yaptıkları alımları fiyatlandırma konusunda yetkilendirilmiştir. Böylece sağlık kurumları bağımsız ve kâr amaçlı işletmeler durumuna getirilirken, sağlık çalışanları da işletme kârından pay alan işçiler durumuna gelmiştir. 1989 yılında ise kanun hükmünde kararname ile her türlü hakedişi ve giderleri döner sermayeden ödenmek şartıyla, yataklı tedavi kurumlarına dışarıdan personel çalıştırma ve döner sermaye gelirlerinin yüzde ellisini kendi personeline ek ödeme olarak dağıtılabilmek olanağı sağlayan değişiklikler yapılmıştır (Akçakanat & Çarıkçı, 2019: 151).

1980’lerde yaşanan gelişmeler Türkiye sağlık hizmetlerinin neoliberal dönüşümü açısından önemli olmakla birlikte neoliberal yeniden yapılandırmanın esas başlangıcı, 1990’lı yıllar olarak kabul edilmektedir (Belek, 2012: 9; Pala, 2017: 45). “Sağlık Reformu’nun” çerçevesi Türkiye’de ilk defa 1990 yılında yürütülmeye başlanan Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması<sup>6</sup> ile belirlenmiştir. 1990’ların başında Dünya Bankası ile imzalanan anlaşmalarla uygulanan “Sağlık Projeleri” de Türkiye’nin sağlık alanının yapısal dönüşümü açısından dönüm noktası olmuştur (Belek, 2012: 9). 1991 yılında uygulamaya geçen 150 milyon dolar bütçeye sahip Birinci Sağlık Projesi ve 1995 yılında uygulamaya geçen bütçesi 200 milyon dolar olan İkinci Sağlık Projesi’nin finansmanında Dünya Bankası’ndan alınan krediler kullanılmıştır.

Sağlık reformlarının teorik arka planının oluşturulması amacıyla Sağlık Bakanlığı, 1992 yılında Birinci Ulusal Sağlık Kongresi, 1993 yılında da İkinci Ulusal Sağlık Kongresi düzenlemiştir. 1991-

<sup>6</sup> Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması, Türkiye’nin sağlık sektörünün mevcut durumu hakkında kapsamlı bir rapordur. Mevcut durumun geliştirilmesi için dört ana strateji belirlenmiştir; “mevcut durumun iyileştirilmesi, serbest pazar stratejisi, sağlık hizmetleri stratejisi ve uzlaşma seçeneği”. DPT uzlaşma seçeneğini seçmiştir ve SB “Ulusal Sağlık Politikası’nı” geliştirirken bu strateji üzerinden çalışmıştır (Belek, 2012: 15).



1993 yılları arasında politik altyapısının hazırlığı tamamlanan “Ulusal Sağlık Politikası” üç ana stratejiden oluşmaktadır; aile hekimliği sistemine geçilmesi, genel sağlık sigortası uygulaması ve hastanelerin işletme haline getirilmesi. Birlikte ele alındıklarında, bu üç stratejinin, Türkiye’deki sağlık sisteminin tüm bileşenlerini yani birinci basamak sağlık hizmetlerini, sağlık hizmetlerinin finansmanını ve hastaneleri bütünüyle yeniden yapılandırmayı amaçladığı görülmektedir (Belek, 2012: 23). Bu stratejilerin hayata geçirilmesi için birçok adım atılmasına rağmen, 1990’lı yıllarda sağlık reformunun tüm bileşenleriyle uygulamaya geçirilmesi mümkün olmamıştır.

1992 yılında “3836 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Karşılanması Hakkında Yasa” ile “yeşil kart” uygulaması başlatılarak, “hiçbir sosyal güvenlik kurumunun kapsamında olmayan ve sağlık giderlerini karşılama gücüne sahip olmayan kişilerin” Genel Sağlık Sigortası uygulaması başlatılana kadar sağlık giderleri devlet tarafından karşılanmaya başlamıştır (Bakar & Akgün, 2005: 345).

Türkiye, 1994 yılında bütçe açığı, enflasyon ve dış borcun sürdürülemez boyutlara ulaşması sonucu büyük bir ekonomik krizle karşı karşıya gelmiştir. Kriz sonrasında “kemer sıkma politikaları” olarak da bilinen 5 Nisan Kararları ile kamu maliyesini disipline etmeye ve ücretleri baskılamaya yönelik düzenlemeler yapılmıştır. Bu çerçevede kamu sağlık kurumlarına devlet katkısı sadece personel giderlerini karşılayacak düzeye indirilirken, kamusal sağlık hizmetlerinin finansmanı giderek daha fazla oranda genel bütçe dışındaki kaynaklardan özellikle de döner sermaye gelirlerinden karşılanır hale gelmiştir. Birinci basamak sağlık kuruluşları hizmet karşılığında katkı payı almaya başlamıştır. 5 Nisan İstikrar Programı kapsamında yapılan kısıtlamalarla birlikte hastaneler ve sağlık ocakları ilaç ve en basit araç ve gereçlerin sağlanması noktasında sorunlar yaşamaya başlamış, sarf malzemeleri hastalara aldırılmaya başlanmıştır (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 173-174).

Yukarıda ifade edildiği gibi, 3359 Sayılı Kanun, 1987 yılında yürürlüğe girse de uygulanma imkânı olmamıştır. Yasaya göre bakanlar kurulu kararı ile sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmesine dönüştürülebilmesi hükme bağlanmıştır. Bu hükme dayanarak 1995 yılında bir yönetmelik çıkartılmış ve sağlıkta özelleştirmenin ilk örnekleri olarak, döner sermaye geliri en yüksek hastanelerden biri olan Yüksek İhtisas ve Koşuyolu Hastaneleri işletme haline getirilmiştir (Eke, 2019: 152).

1990’lı yıllar, Türkiye’de özel sağlık sektörünün hızla büyüdüğü yıllar olmuştur. Özel sağlık kuruluşlarının sayısı ciddi oranda artmış, özel sağlık sigortacılığı önemli bir piyasa haline gelmiştir (Pala, 2017: 45).

2000’li yılların başında kamusal sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasına dönük olarak döner sermaye uygulaması birinci basamak sağlık kuruluşlarında da uygulanmaya başlamıştır. Ayrıca “Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastaneleri ve yatak sayısı 100 ve üzerinde olan hastanelerde şef, şef yardımcısı ve uzmanlar tarafından mesai saatleri dışında özel sağlık hizmetleri verebileceği hükme bağlanmıştır. Yasaya göre mesai saati dışındaki bu hizmetlerden elde edilen ödentiler, döner sermayeye gelir olarak kaydedilecektir ve döner sermayeden personele yapılacak ek ödeme oranı SB tarafından belirlenecektir”. 2002 yılında yürürlüğe giren yönerge ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde mesai saatleri dışında özel sağlık hizmeti verilmeye başlanmıştır. Kamu sağlık kuruluşlarında özel sağlık hizmeti verilmeye



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscoeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

başlanması gerek kamusal sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi gerekse kamu hastanelerinin muayenehaneleştirilmesi sürecinde önemli bir dönüm noktası olmuştur (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 174).

#### 4. Sağlıkta Dönüşüm Programı

1990'lı yıllar boyunca tam anlamıyla uygulanma olanağı bulunamayan sağlık reformları, 2000'li yılların ikinci yarısından itibaren kararlı bir biçimde hayata geçirilmiştir. 2002 seçimlerinde tek başına iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi büyük bir hızla sağlık reformlarını hayata geçirmeye başlamıştır. Seçimlerden çok kısa bir süre sonra 16 Kasım 2002'de "Acil Eylem Planı" açıklanmış ve sağlık sektöründe gerçekleştirilmesi planlanan temel hedefler belirlenmiştir. Hedefler şunlardır:

"Etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi oluşturma, herkesin temel sağlık ihtiyacını özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirme, ülkemizde sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde dağılımını dengeli hale getirme hedefleri çerçevesinde;

Bir yıl içinde;

- Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımını kaldırılmaya dönük çalışmalar başlatılacak,
- Hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğinin sağlanması çalışmaları başlatılacak,
- Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilecek ve sağlam bir sevk zinciri oluşturulacak,
- Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecektir.

İnsanların ayırım gözetilmeksizin, ekonomik ve sosyal bakımdan güvencede yaşamaları ilkesi çerçevesinde yine bir yıl içinde;

- Sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliği sağlanacak, bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurulacaktır".<sup>7</sup>

Belirlenen hedefler doğrultusunda, 2003 yılı başında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" açıklanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ortaya konan reform programı esasen Ulusal Sağlık Politikası'nın hedeflerini tekrar etmektedir. Fakat, Ulusal Sağlık Politikası hedefleri kâğıt üzerinde kalırken SDP kararlılıkla uygulanarak Türkiye sağlık hizmetleri bütün bileşenleriyle birlikte yeniden yapılandırılmıştır (Yenimahalleli Yaşar, 2017: 104). Sağlık Bakanlığı'na (2003: 24) göre "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması, sunulmasıdır". "Programın temel bileşenleri;

1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası
3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi

<sup>7</sup> <http://arsiv.ntv.com.tr/news/188080.asp>



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscoeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

- Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği
- Etkili, Kademeli Sevk Zinciri
- İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri
4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü
5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları
6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon
7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
  - Ulusal İlaç Kurumu
  - Tıbbi Cihaz Kurumu
8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi”.<sup>8</sup>

Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan bu sekiz temel bileşene bakıldığında Dünya Bankası'nın Haziran 2002'de yayınladığı “Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar”<sup>9</sup> başlıklı raporda ortaya konan önerilerin hepsinin SDP'ye dahil edildiği görülmektedir. Raporda; sağlık hizmetlerinin finansmanında genel sağlık sigortasını ve tamamlayıcı özel sağlık sigortasını içeren sosyal sağlık sigortasına geçilmesi, genel sağlık sigortası kapsamında sunulacak hizmetler için temel teminat paketinin belirlenmesi, kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çekilerek düzenleyici ve denetleyici bir rol üstlenmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemine geçilmesi önerilmiştir. Pala (2017: 47), tüm bu önerileri içerecek şekilde hazırlandığı için Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı, Dünya Bankası'nın raporunun “ikinci sürümü” olarak nitelendirmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Dünya Bankası'nın bir programı olduğunu gösteren bir diğer husus da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından SDP'nin DB tarafından fonlanan bir sağlık sistemi reformu olduğunun resmi olarak açıklanmasıdır (World Health Organization, 2012: 56).

Dünya Bankası'nın rehberliğinde uygulamaya geçirilen ve neoliberalizmin sağlık hizmetlerine taşınmasını hedefleyen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir ayağını sağlık sektörünün özel sermaye için birikim alanı haline getirilmesi başka bir ifade ile kamusal sağlık hizmetlerinin metalaştırılması oluştururken, ikinci ayağını ise tahsiste verimlilik yani sağlığa ayrılan kamu kaynaklarının azaltılması oluşturmaktadır (Sönmez, 2017: 87-88).

2004 yılında “5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa” ile pilot illerde aile hekimliği uygulanması başlatılarak birinci basamağın özelleştirilmesi yönünde adım atılmıştır. 2011 yılında “pilot” kelimesi kaldırılmış ve tüm ülkede aile hekimliği sistemi mevcut sağlık ocağı sisteminin yerini almıştır. Nüfusa göre örgütlenen ve çok amaçlı hizmet sunumuna dayanan sağlık ocağı sisteminden hekim ve muayenehane merkezli pasif hizmet sunumuna dayanan aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Sağlık ocağı, sorumlu olduğu coğrafi alan içindeki nüfusa bir hekimin sorumluluğunda ebe, hemşire, sağlık memuru ve tıbbi sekreterden oluşan bir ekiple gezici, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bütüncül bir şekilde bir arada sunan bir sistemken, aile hekimliği sisteminde coğrafi bölge kısıtı olmadan hekim seçme ve değiştirme

<sup>8</sup> <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>

<sup>9</sup> <http://documents.worldbank.org/curated/en/919651468760505354/pdf/multi0page.pdf>



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscoeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

hakkı bütüncül sağlık hizmeti sunumunu engellemektedir. Bu kısıtı ortadan kaldırmak için sağlığın geliştirilmesi ve korunması işlevlerini yerine getirmek üzere Toplum Sağlığı Merkezleri açılmıştır. Aile hekimliği sistemine geçişle birlikte kürek çeken değil dümen tutan devlet anlayışına uygun olarak Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumundan çekilmiştir, hekim ve diğer sağlık personeli sözleşmeli statüye geçirilmiş böylece güvenceli istihdam ortadan kalkmıştır, hekim seçme ve değiştirme hakkı birinci basamak sağlık hizmetlerinin rekabete açılmasına neden olurken performansa dayalı ücretlendirme sağlık çalışanları üzerindeki denetimi ve iş yükünü artırmıştır. Okay'ın (2012: 153) ifadesi ile aile hekimliği sistemi birinci basamak sağlık hizmetlerinin özel sektör kurallarına ve değerlerine göre örgütlenmesini sağlayan bir sistemdir.

2005 yılında "5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Yasa" ile Sosyal Sigortalar Kurumu'na ait 148 hastane ve 370 sağlık tesisi Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş, 60.000'e yakın SSK personeli Sağlık Bakanlığı'na kaydırılmıştır (Fişek, 2004). Bu yasayla kamu hastaneleri arasındaki ayırım kaldırılarak tüm hastaneler devlet hastanesi olarak düzenlenmiştir. 2006 yılında "5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası" ile üç sosyal güvenlik kurumu birleştirilerek "Sosyal Güvenlik Kurumu" (SGK) kurulmuştur. Aynı yıl "5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası"<sup>10</sup> ile Türkiye'deki bütün emeklilik ve sağlık finansman modeli değiştirilmiştir. Genel Sağlık Sigortası (GSS), tüm vatandaşların zorunlu olarak dahil olduğu, prim toplamaya dayalı, hizmetten yararlanma sırasında kullanıcıların katkı payı ödediği, sunulacak hizmetlerin temel teminat paketi ile belirlendiği bir sosyal sağlık sigortasıdır. GSS ile kamusal sigortacılık sistemine cepten ödemeleri, katkı paylarını, farkları içeren özel finansman da eklenerek karma bir finansman modeli oluşturulmuştur. Kanun öncesinde yeşil kartı olanların 2012 yılına kadar bu durumları devam ettirilmiş, 2012 yılında yeşil kartlılar ya da yeşil karta başvuracak kişiler gelir testine tabi tutularak GSS kapsamına alınmış, hane içerisinde kişi başına düşen gelir asgari ücretin üçte birinden az kişilerin GSS primleri devlet tarafından ödenmeye başlamıştır. Gelir testini geçemeyenler prim ödemeye başlamıştır.

SGK'nın hizmet sunuculara yapacağı ödemeler için sağlık hizmetlerinin fiyatlarını belirlemek üzere Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)<sup>11</sup> hazırlanmıştır. Hastanelere yapılan geri ödemelerde çoğunlukla "hizmet başı ödeme yöntemi"<sup>12</sup> kullanılmaktadır. Yatarak yapılan sağlık hizmetlerinin bedelleri ödenirken "taniya dayalı işlem üzerinden ödeme sistemi"<sup>13</sup>

<sup>10</sup> Yasanın birçok maddesi Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için 2008 yılında 5754 Sayılı Kanun ile "5510 Sayılı Kanun'da" değişiklikler yapılmıştır. Bu nedenle yasanın yürürlüğe girme tarihi 01.10.2008'dir.

<sup>11</sup> "Sağlık Uygulama Tebliği, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nca belirlenen bedellerin bildirildiği tebliğdir".

<sup>12</sup> Hizmet başı ödeme yöntemi, hizmet sunucularına verdikleri her bir sağlık hizmeti için daha önce belirlenmiş bir fiyat listesi üzerinde ödeme yapılmasına dayanmaktadır.

<sup>13</sup> "Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yönteminde, sağlık hizmeti bedelleri SUT eki EK-9 listesi esas alınarak faturalandırılmaktadır. Taniya dayalı ödeme listesi, yatak bedeli, yatış dönemindeki muayeneler ve konsültasyonlar, operasyon ve girişimler, anestezi ilaçları, ilaç (kan ürünleri hariç), kan bileşenleri (eritrosit



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscaeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

kullanılmaktadır. Eğer yatarak yapılan tedavi işlemleri SUT'ta yer alan listede bulunmuyorsa hizmet başına ödeme sistemi kullanılmaktadır. 2006 yılında "global bütçe" modeli uygulanmaya başlamıştır. Global bütçe yöntemi, bir geri ödeme yöntemi değil, ileriye dönük ödeme yöntemidir. Global bütçe yönteminde belli bir programın tümü için bir harcama limiti belirlenmekte ve hizmet sunucusunun yıl sonuna kadar belirlenen bütçe ile bütün programı gerçekleştirmesi beklenmektedir (Belek, 2016: 145). Yani verilecek sağlık hizmetinin hacmini belirlenmekte ve bu doğrultuda toplam bir bütçe ayrılmaktadır. Bu şekilde hizmet sunucuların belirlenen bütçeleri daha verimli şekilde kullanacağı ve maliyet kontrolü yapacakları varsayılmaktadır. Global Bütçe uygulaması kapsamında SGK, Sağlık Bakanlığı'na ait sağlık kurumlarına "Götürü Bedel Hizmet Alım Sözleşmesi" doğrultusunda ödemeler yapmaya başlamıştır. Kamu hastanelerinde global bütçeye geçilmesinin ardından, 2014 yılında üniversite hastaneleri ile SGK arasında "Global Bütçe Protokolleri" imzalanmaya başlanmıştır.

Sağlık harcamalarının azaltılmasına yönelik olarak hastanelerin verimlilik ve etkinliği artırmak için 1980'li yıllarda Amerika'da hastane geri ödeme yöntemi olarak kullanılmaya başlanan Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) uygulanmasına yönelik Türkiye'de 2005 yılında çalışmalar başlatılmıştır. TİG, sağlık hizmeti sunan kurumlara yapılan geri ödemeleri standart hale getiren ve kurumların maliyet kontrolüne yönelik girişimlerini teşvik eden bir yatan hasta sınıflandırma yöntemidir. TİG, klinik ve maliyet verilerine bakılarak benzer hastalıkların benzer gruplara dâhil edilmesi şeklinde hastaların gruplandırılmasına dayanmaktadır. Gruplandırma öncelikle ana tanıya göre sonrasında ise işlemlere göre yapılmaktadır. Tedavi harcamaları, parasal değer yerine bağıl değer olarak belirlenmektedir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014: 8). 2005 yılında başlatılan "Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Alt Yapı Geliştirilmesi Projesi" kapsamında 7 pilot hastanede Tanı İlişkili Gruplar adı ile veri girişi yapılmaya başlanmış ve 2008 yılı sonuna kadar 40 hastanenin katılımı ile pilot çalışma sürdürülmüştür. 2009 yılının Kasım ayında proje tamamlanmıştır. 2012 yılında 81 pilot hastanede 2011 yılı verileriyle maliyet analizi çalışması yapılmış ve Türkiye TİG Bağıl Değer Listesi oluşturulmuştur. TİG temelli hastane geri ödeme sistemi, 1 Aralık 2010 tarihinde 50 pilot hastanede Kasım dönemine ilişkin sağlık hizmeti bedel ödemeleriyle başlatılmıştır. 2010 yılının Aralık ayı itibariyle tüm il merkezlerindeki 206 devlet hastanesi sisteme dâhil edilmiş ve 2011 yılının Ocak ayından itibaren de tüm ilçe hastanelerinin sisteme dâhil edilmesiyle toplam 555 kamu hastanesinin hizmet bedeli ödemelerinin yüzde 10'u TİG üzerinden gerçekleştirilmiştir. 2013 yılında ara verilen TİG temelli geri ödeme sistemi, 2015 yılında yeniden başlamıştır. 2013-2014 yılları arasında özel hastaneler ve üniversite hastaneleri sisteme entegre edilmiştir. 2015 yılının Ocak ayında 472 devlet hastanesi, 2016 yılının Ağustos ayında ise 646 devlet hastanesi TİG'e dayalı ödeme almıştır (Işıkçelik, Öztürk & Ağırbaş, 2019: 437). Ağustos 2016 sonrasında TİG'e dayalı ödemeler kaldırılmış ve TİG verileri istatistiki amaçlı tutulmaya devam etmiştir. Fakat kalkınma planlarında, yıllık programlarda ve stratejik planlarda TİG'e dayalı geri ödeme yönteminin yaygınlaştırılmasına dönük tedbirler yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı'na göre, kamu hastanelerine TİG sistemi

süspansiyonu, tam kan, trombosit, plazma, vb.), sarf malzemesi, anestezi bedeli, laboratuvar, patoloji ve radyoloji tetkikleri, refakatçi bedeli gibi tedavi kapsamında yapılan tüm işlemleri kapsamaktadır".



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscoeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

üzerinden yapılan geri ödemenin kamu hastanelerine yapılan toplam geri ödeme içerisindeki payın 2023 yılına kadar yüzde 6'ya çıkarılması hedeflenmektedir.<sup>14</sup>

2005 yılında hekimler için zorunlu hizmet uygulaması başlatılmıştır. Tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi ve yan dal uzmanlık eğitimi tamamlayan hekimler için her bir eğitimleri için ayrı ayrı olmak kaydı ile sözleşmeli sağlık personeli olarak devlet hizmeti yapma zorunluluğu getirilmiştir. 2010 yılında ise “5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa” ile tam süreli çalışma uygulaması başlamıştır. Kanunla kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlere tam gün çalışma zorunluluğuyla birlikte dışarıda çalışma yasağı da getirilmiştir. Başka bir ifade ile, kamuda çalışan hekimlerin özel sağlık kuruluşlarında çalışmalarına ve özel muayenehane açmalarına izin verilmeyecektir. Ayrıca yasa ile üniversitelerdeki öğretim elemanlarının devamlı statüde görev yapacağı belirtilmiştir. Tam gün yasağı uygulanması 5947 sayılı Kanun ile başlayan tartışmalı bir süreç sonrası birçok aşamadan geçerek ancak 2014 yılında yürürlüğe koyulan “6514 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa” ile kesinleşmiştir. Söz konusu yasa ile hekimlerin ve öğretim üyelerinin kısmi çalışmaları ve mesai bittikten sonra dahi dışarıda çalışmaları yasaklanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasına yönelik olarak 2011 yılında “663 sayılı KHK” ile Sağlık Bakanlığı hizmet sunumundan çekilerek planlayıcı ve denetleyici konumuna getirilmiştir. KHK'nın 2. maddesine göre Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu sadece acil durum ve afet durumlarında hizmetin planlanması ve yürütülmesidir, bunların dışında kalan hizmetlerle ilgili sadece strateji ve hedefleri belirleme, planlama, düzenleme ve koordinasyon görevi bulunmaktadır.<sup>15</sup> Söz konusu KHK ile sağlıkta piyasalaştırmanın bir aracı olarak iç piyasa/yarı piyasa oluşturma amacıyla hizmet alıcısı ile hizmet sunucuları ayrılmıştır. Alıcı-tedarikçi ayrımı kapsamında sosyal güvenlik kurumlarının tek bir çatı altında toplanmasıyla, SGK sağlık sektöründeki tek satın alıcı haline gelirken, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na “bağlı kuruluş” olarak tanımlanan “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na” bırakılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda da “bağlı kuruluş” olarak tanımlanan “Türkiye Halk Sağlığı Kurumu” sorumlu hale getirilmiştir. Böylece sağlık sektöründe hizmet alıcısı ile hizmet sunucuları birbirinden ayrılmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın bünyesindeki sağlık kuruluşları, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun il düzeyinde kurarak işlettiği Kamu Hastane Birliklerine (KHB) devredilerek kamu tüzel kişiliğini haiz özerk sağlık işletmeleri haline getirilmiştir. Kamu Hastane Birlikleri, sözleşmeli olarak istihdam edilen, CEO olarak adlandırılan Genel Sekreterler tarafından yönetilirken işlettikleri hastaneler de sözleşmeli olarak istihdam edilen hastane yöneticisi tarafından yönetilmektedir. Başhekimler hastane yöneticisine bağlı olarak çalışmaktadır. Kamu Hastane Birlikleri, kâr etme amacına yönelik olarak kurulmuş, gelirleri ağırlıklı olarak ürettikleri hizmet karşılığında SGK'dan aldıkları geri ödemeler ve hastaların cepten ödeyecekleri katkı paylarından oluşan kurumlardır. Yeni yapılanma ile KHB'ler tarafından işletilmeye başlanan kamu hastanelerinin

<sup>14</sup> <https://stratejikplan.saglik.gov.tr/files/TC-Saglik-Bakanligi-2019-2023-Stratejik-Plan.pdf>

<sup>15</sup> <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı. *Fiscoeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

piyasa işleyişine uygun olarak sağlık hizmeti üretip SGK'ya satan, gelir getirici işletmelere dönüştürülmesi amaçlanmıştır (Tükel, 2017).

2008 yılında yasalaşan 5510 sayılı Kanun'la birlikte hastaların SGK ile sözleşmeli olan istedikleri üniversite hastanelerinden ve özel sağlık kuruluşlarından ayakta ve yatarak tedavilerde doğrudan müracaat edebilmelerine ve sağlık hizmeti almalarına olanak tanınmıştır. Bu durum sağlık alanını özel sektör için önemli bir yatırım alanı haline getirmiştir buna bağlı olarak da özel sağlık kuruluşlarının sayısı ciddi oranlarda artmıştır böylece özel sağlık piyasa genişlemiştir. 2002'de özel hastane sayısı 271 iken bu sayı 2013 yılına gelindiğinde 550 olmuş, 2021 yılında ise 564'e yükselmiştir. Hastane yatak sayılarına bakıldığında ise 2002 yılında özel sağlık kuruluşlarına ait 12.387 yatak bulunurken, bu sayı 2021 yılında 53.486'ya yükselmiştir.<sup>16</sup>

Hastalar, özel hastanelerde muayene olmak isterlerse katkı payı ve ilave ücret ödeyerek hizmet alabilmektedir. Vakıf üniversitelerinin hastaneleri dâhil tüm sözleşmeli özel sağlık sunucularında başvuran hastalardan ek olarak alınabilecek ücretin tavan miktarı Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) listesinde belirtilen ücretin %200'ü yani iki katıdır. SGK'nın sözleşme yaparak özel sağlık kuruluşlarından hizmet almaya başlamasıyla kamu hastanelerinin üzerindeki rekabet baskısı daha da artmıştır. Kamu hastaneleri sadece diğer kamu hastaneleriyle değil özel sağlık kuruluşlarıyla da rekabet ederek döner sermaye gelirlerini artırmaya çalışmaktadır.

Hastaneler arası rekabeti artırarak verimliliği yükseltmek amacıyla Kamu Hastane Birlikleri'ne devredilen hastaneler hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutularak aldıkları puanlara göre yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılmaya başlamıştır. Bir birliğin grubu, işlettiği hastanelerinin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenmektedir. Birliğin kötü performansı durumunda yani grubu (D) ve altına düştüğü durumda genel sekreterin, hastanenin kötü performansı durumunda ise hastane yöneticisinin görevine son verilmektedir (Yavuz, 2011). Bu düzenleme hastane yöneticilerinin hastane puanının düşmemesi için daha az personel ve girdiyle daha çok hizmet üretmeye çalışmasını sağlamaya yöneliktir. Hastane gelirleri ağırlıklı olarak üretilen hizmet karşılığı SGK'dan alınacak ücretlerden oluştuğu için hasta sayısını artırmak, kârlı alanlarda hizmet üretmek, işgücü maliyetlerini düşürmek önem kazanmıştır (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 183).

Kamu Hastane Birlikleri yapılanması 2017 yılında kaldırılmıştır. Sağlık Bakanlığı'na "bağlı kuruluş" olarak kurulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu yürürlükten kaldırılarak, bakanlığın merkez teşkilatının genel müdürlüğü haline dönüştürülmüştür. Halk Sağlığı Kurumu, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü olurken Kamu Hastaneleri Kurumu, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü olmuştur. Sağlık Bakanı tarafından "çok başlılık getirdiği ve verimi düşürdüğü" gerekçesiyle kaldırılan üçlü yapı yerine bu düzenlemeyle sağlık hizmetleri yeniden tek çatı altında toplanmıştır.<sup>17</sup> İl düzeyindeki sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesinden il müdürleri sorumlu olacak bu

<sup>16</sup> <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0>

<sup>17</sup> <https://www.ntv.com.tr/saglik/saglik-bakani-demircansagliktacokbaslilikikaldiriyoruz,GPE7r80Kq0-93VKCV70B2w>



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscoeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

bağlamda hastanelerin yönetimi ve denetimi de il sağlık müdürlerinin sorumluluğu altında olacaktır. Hastaneler başhekimler tarafından yönetilecektir. Önceki düzenlemeye benzer şekilde, “hastaneler tıbbi ve mali kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulacaklar ve değerlendirme sonuçlarına göre, hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılacaktır. İl düzeyindeki hastane grubunu o ildeki hastanelerin gruplarının ağırlıklı ortalaması belirleyecektir. İl düzeyindeki hastanelerin gruplarının düşürülmesi, üç değerlendirme sonucunda hala aynı grupta kalmış olmaları durumunda il sağlık müdürünün görevine son verilecektir. Benzer şekilde hastanelerin performansı kötü olduğunda da başhekimin görevine son verilecektir”.<sup>18</sup> Bu düzenlemeyle birlikte yeniden sağlık il müdürlüklerine bağlanan hastaneler için idari ve mali özerklik azalmış dahi olsa hastane gelirlerinin temel olarak döner sermaye gelirlerinden oluşması, hastanelerin mali özerkliğini artıran bir durumdur çünkü döner sermaye uygulaması, büyük oranda SGK tarafından yapılan ödemelerden oluşan kaynakların serbestçe harcanmasına imkân tanımaktadır. Türkiye’deki yıllık toplam sağlık harcamalarına bakıldığında 2021 yılı için yapılan toplam sağlık harcamaları 353 milyar 941 milyon TL olarak gerçekleşmiştir bu harcamaların yaklaşık yüzde %47,2’si SGK tarafından gerçekleştirilmiştir.<sup>19</sup> Hastanelerin gelirleri büyük oranda SGK’dan gelen kaynaklardan oluşan döner sermayelerdir ve Pala’nın (2005: 72) ifade ettiği gibi hastaneler döner sermaye gelirlerini özgürce harcayabilmektedir. Bu durum, Kamu Hastane Birlikleri kapatılsa dahi hastanelerin mali özerkliklerin devam ettiğinin göstergesidir. Bir kamu kurumunun mali bakımdan özerklik sahibi olmasının günümüzdeki anlamı kâr-zarar rasyonalitesine tabii olmasıdır (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 216). Bu bağlamda kamu hastaneleri, gelirlerinin büyük çoğunluğunu oluşturan döner sermaye gelirlerini artırma ve performanslarını iyileştirerek gruplarını yükseltme baskısı altındadır.

2004 yılında uygulamaya geçirilen “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi” ile 1989 yılından bu yana uygulanan döner sermaye gelirlerinin yüzde 50’sinin sağlık personeline ek ödeme olarak dağıtılması uygulamasından, dağıtımın meslek, kıdem, uzmanlık ve tıbbi hiyerarşideki konum, çalışılan birim yanı sıra, personelin gerçekleştirdikleri muayene, ameliyat, anestezi ve girişimsel işlem sayısına göre, başka bir ifade ile sağlık kurumuna sağladıkları gelire göre belirlendiği yeni bir sisteme geçilmiştir. Bütün basamaklarda uygulanan performansa göre ücretlendirme uygulaması 2011 yılında üniversite hastanelerine de yaygınlaştırılmıştır. Ücretlendirme sistemi değişikliği esas olarak hekimler için uygulanmıştır. Aile hekimleri için “kişi başına ödeme” sistemi uygulanırken, kamu hastanelerinde çalışan hekimler için de “hizmet başına ödeme” sistemi hayata geçirilmiştir (Pala, 2017: 67).

2010 yılında yataklı tedavi kuruluşlarında “Mesai Dışı Poliklinik” uygulaması başlatılmıştır. Yataklı sağlık kuruluşlarında ihtiyaç ve talep olması durumunda hafta içerisinde mesai saati bitiminden gece 00:00'a kadar, hafta sonlarında ve resmî tatillerde ise sabah 08:00 ve gece 00:00 saatleri arasında, hasta yoğunluğuna ve hekim sayısına göre hastaların bekletilmeksizin muayene ve tedavileri sağlanacağı şekilde poliklinik hizmet verilmesi düzenlenmiştir. Mesai

<sup>18</sup> <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170825-13.pdf>

<sup>19</sup> <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2021-45728>





Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscaeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

dışı çalışma yapan hekim ve diğer sağlık personeline Sağlık Bakanlığı ek ödeme yönetmeliğine göre hastane döner sermayelerinden ek ödeme yapılabilir.

SDP'nin temel bileşenlerinden biri olan "Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon" hedefine yönelik olarak, 2001 yılında başlatılan Toplam Kalite Yönetimi uygulaması, 2005 yılından itibaren sistematik bir şekilde geliştirilmiştir. TKY kapsamında yapılan çalışmalar üç temel eksen üzerine oturmaktadır. İlk olarak Sağlık Bakanlığı merkezinde kurumsal bir yapı ve bunun devamı niteliğinde il ve hastane düzeylerinde yapılar oluşturulmuştur. İkinci olarak Türkiye sağlık sisteminin ihtiyaçlarına göre hazırlanmış bilimsel ve uygulanabilir kalite standartları belirlenmiştir. Bu kapsamda, sağlık hizmetinin tüm aşamalarında kaliteyi değerlendiren ve bu anlamda kalitenin artırılması için sağlık çalışanlarına rehberlik görevi yapmayı da amaçlayan Hizmet Kalite Standartları belirlenmiştir. Üçüncü olarak, hazırlanan standartlara yönelik belli periyotlarda ölçme ve değerlendirme gerçekleştirilmeye başlamıştır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012: VI). Kalite standartları sağlıkta kalitenin geliştirilmesi ve değerlendirilmesine yönelik olarak sağlık kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlıkta kalite standartları içermektedir. 2009 yılında özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları yayımlanmıştır. 2011 yılında sağlıkta ulusal kalite sistemini kurma amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından üniversite hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarını da kapsayan Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları (SHKS) Hastane Seti yayımlanmıştır.

Kalite standartları içerisine hasta memnuniyeti boyutunun eklenmesi TKY yaklaşımının "müşteri odaklılık" anlayışının sağlık hizmetleri alanına yansımadır. Hasta hakları konusu, 1990'lı yılların sonlarına kadar Türkiye sağlık hizmeti alanında ön plana çıkmamış bir konudur. Geleneksel, paternalist hekim-hasta ilişkisi kapsamında, sağlık hizmeti sunucusunun tek karar verici ve yönlendirici olduğu düşüncesi yakın döneme kadar hâkim görüş olarak devam etmiştir. 1990'lı yılların sonlarında sağlığın piyasalaştırılması kapsamında hastalar sisteme "müşteri" kimliği ile dahil olmuştur. Hastanelerin döner sermaye gelirleriyle işletilmeye başlanması ve sağlık çalışanlarının gelirlerinin önemli bir kısmının döner sermaye kazançlarına dayanmaya başlaması, hastaları "velinimet" durumuna getirmiştir (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 193-194).

1998 yılında yayınlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği'nde" belirlenen hedef ve standartlara ilişkin uygulama programı, 2003 yılında "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge" ile düzenlenmiş ve yönerge 2005 yılında yenilenmiştir. Bu yönergeyle hastanelerde hasta hakları birimleri ve kurulları oluşturulmuştur. 2004 yılında vatandaşların talep, öneri, sorun ve şikayetlerini iletebilmeleri için Alo 184 SABİM<sup>20</sup> hattı kurulmuştur. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'na ait sosyal medya hesapları aracılığıyla, internet sitesi üzerinden, e-posta, faks kanalları kullanılarak da talep ve şikayetler iletilebilmektedir. SDP ile hasta hakları kapsamında hayata geçirilen bir diğer uygulama ise Hekim Seçme Hakkı'dır. Hekim seçme hakkı uygulaması, 2004 yılında 11 kamu hastanesinde başlatılmıştır. 2010 yılının sonundan itibaren tüm hastanelerde uygulanmaya başlamıştır.

<sup>20</sup> Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscoeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

Hasta memnuniyetinin artırılması, hastanelerdeki gereksiz beklemlerin ortadan kaldırılması, sağlık hizmeti sunumunun kalitesinin ve verimliliğinin artırılması hedeflerine yönelik olarak 2010 yılında Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) uygulaması başlatılmıştır. MHRS uygulaması ile kamu hastanelerindeki randevulu poliklinik hizmetleri, tek bir merkezden yürütülmeye başlanmıştır. 2013 yılının Temmuz ayı itibariyle aile hekimleri de sisteme dahil edilmiştir.

2013 yılında temel teminat paketi dışında kalan hizmetler, özel sağlık kuruluşlarının ilave ücretleri, SUT fiyatının 3 katına kadar ücret tahsil edilebilen istisnai sağlık hizmetleri (robotik cerrahi, diş protezleri, lazerli prostat vb. gibi) gibi artan cepten harcamalar için Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ile tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması başlatılmıştır. Böylece her geçen yıl temel teminat paketi dışına çıkartılan sağlık hizmetleri için bir çözüm bulunmuş olmuştur (Yenimahalleli Yaşar, 2017: 124).

## 5. Şehir Hastaneleri

2005 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın "İkinci Fazı" olarak kabul edilen "Şehir Hastaneleri" projesine yönelik ilk yasal düzenleme, "5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Yasa" ile yürürlüğe konmuştur. Mecliste ek madde görüşülürken, konunun uzmanları, sağlık alanında uygulanacak kamu özel ortaklığı (KÖO) projelerinin iktisadi, mali ve toplumsal etkilerinin büyük olacağını bu nedenle KÖO sözleşmelerinin usul ve esaslarını tek bir maddelik yasa ile düzenlemenin ileriki yıllarda hukuki sorunlar doğuracağını dile getirmişlerdir. Fakat, sağlıkta KÖO modelini hayata geçiren düzenleme yeterli hazırlıklar yapılmadan kısa sürede çıkartılmıştır. Ek madde ile sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kriterler dahilinde gerçek ya da özel hukuk tüzel kişilerine belirli bir bedel karşılığında, kırk dokuz yılı geçmeyecek bir süre üzerinden yaptırılabilen düzenlenmiş ve yasanın uygulanması, ihale usullerinin belirlenmesi ve sözleşmelerin kapsamına ilişkin ilke ve süreçlerin düzenlenmesi konusunda Bakanlar Kurulu yetkilendirilmiştir. Bir yıl sonra yayımlanan yönetmelik<sup>21</sup> ile ihale usul ve esasları, yükleniciye ödenecek bedel ve devredilecek ticari arziler, anlaşmazlık çözümü ve sözleşmenin feshi gibi hususlar düzenlenmiştir (Emek, 2017: 162). İlk ihale ilanına ise 2009 yılında Kayseri Şehir Hastanesi<sup>22</sup> için çıkmıştır ancak o dönemde yönetmeliğin ve dayanak yasanın iptali talebiyle açılan bir dava sebebiyle Kayseri ŞH ihalesi ancak 2011 yılında tamamlanmıştır. Kayseri ŞH ihalesinin ardından 30 Haziran 2011'de Ankara Etlik Şehir Hastanesi ihalesi yapılmıştır. Bu ihalenin yapılması üzerine Türk Tabipler Birliği tarafından ihale ile dayanak yönetmeliğin bazı hükümlerinin iptali ve "3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun Ek-7. Maddesinin" iptali için Anayasa Mahkemesi'ne başvurulması talebiyle dava açılmıştır. Aynı zamanda Elâzığ ve Ankara Bilkent Şehir Hastanesi ihaleleri için de dava açılmıştır. Bu davalar sonucunda 2012 yılı Haziran ayında Danıştay ihalelerin yürütmesini durdurmuş ve dayanak yasanın iptali için Anayasa Mahkemesi'ne başvurmuştur. İhale sözleşmelerinde hiçbir yasal dayanak olmadığı

<sup>21</sup> "Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik"

<sup>22</sup> İhale ilanında Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü olarak geçmektedir. Şehir hastaneleri ismi daha sonra kullanılmaya başlanmıştır.



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscoeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

halde, ihaleyi alan şirketlere, kapatılacak hastanelerin arazileri otel, AVM, rezidans yapmak üzere verilmiştir. Bu nedenle Danıştay ihalelerin hukuka aykırı olduğuna karar vermiştir. Danıştay'ın kararı üzerine 21 Şubat 2013'te "6428 sayılı Sağlık Bakanlığı'nca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" kabul edilirken ve 9 Mayıs 2014 günü "Sağlık Bakanlığı'nca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği" Resmi Gazete 'de yayımlanmıştır. Yapılan bu yasal değişiklikler ile şartnamelerdeki hukuka aykırılıkların giderildiği tespiti yapılarak ihale süreçlerine ilişkin açılan davalar reddedilmiştir. Erbaş (2018: 175) durumu şu şekilde ifade etmektedir; kural olarak kanunların geriye yürümezliği ilkesi nedeniyle bir hukuki işlemin gerçekleştiği dönemdeki yasal hükümlere tabi olması kabul edilmiştir ancak dayanak yasa ve yönetmelik öncesi yapılan şehir hastaneleri ihaleleri için yapıldıkları dönemdeki yasal hükümlere tabi olmadıklarının kabulü ile kanunların geriye yürümezliği ilkesinin terk edildiği görülmektedir. 2022 yılında açılan Etlik Şehir Hastanesi ile birlikte 2023 yılı itibariyle 14 şehir hastanesi<sup>23</sup> hizmet vermektedir. Yapım aşamasında ise 4 şehir hastanesi<sup>24</sup> bulunmaktadır. Ayrıca kamu özel ortaklığı modeliyle yapılması planlanan fakat 2019'un son aylarında KÖO programından çıkartılarak genel bütçeden yapılacağı duyurulan 10 şehir hastanesi<sup>25</sup> bulunmaktadır.

## 6. Sağlık Hizmetlerinde Son Dönem ve Covid-19 Pandemisi

2015 yılında 5510 Sayılı Kanun'a bir ek madde eklenmiş ve şirket ortağı olan veya mesleğini serbest olarak icra eden hekimler ile uzman hekimlerin, özel sağlık kuruluşlarında (vakıf üniversitelerine ait olanlar da dahil olmak üzere) hizmet vermeleri hâlinde sözleşmelerinde aksine bir hüküm bulunmadıkça 4/a statüsü (eski adıyla SSK) yerine 4/b statüsünde (eski adıyla Bağ-Kur) sigortalı sayılacağı hükme bağlanmıştır. Bu kapsamda, hekimler işverene bağlı çalışan olarak hizmet sunsalar da çalışmaya ilişkin sözleşmeleri iş sözleşmesi olmayıp hizmet alım sözleşmesi olacak ve alacağı ücret karşılığında serbest meslek makbuzu ya da şirketine ait fatura kesecektir. Dolayısıyla bu düzenleme ile işveren-işçi ilişkisinin yerini işveren- alt işveren ilişkisi alırken, özel hastaneler kıdem ve ihbar tazminatları, fazla mesai ve yıllık izin ücretleri, haftalık ve genel tatil ücretleri, yemek yardımları ve yol yardımları gibi yükümlülüklerden kurtulmaktadır. Ayrıca tıbbi hatalardaki sorumluluk hekimlere yüklenmektedir. Yoğun rekabetin yaşandığı özel sağlık hizmetlerindeki en büyük maliyet kalemlerinden biri emektir. Bu düzenleme emek maliyetlerinin azaltılmasını sağlarken hekimler açısından bir yandan ciddi hak kayıplarına neden olmakta bir yandan da "kendi şirketinin sahibi olma" mottosuyla rıza üretimi sağlamaktadır.

Tüm dünyada etkili olan Covid-19 salgını, Türkiye'de de 11 Mart 2020 tarihinde ilk koronavirüs vakasının tespit edilmesiyle sağlık politikalarını derinden etkilemiştir. Hala etkileri süren salgın

<sup>23</sup> Yozgat ŞH, Isparta ŞH, Mersin ŞH, Adana ŞH, Kayseri ŞH, Elâzığ Fethi Sekin ŞH, Manisa ŞH, Eskişehir ŞH, Ankara (Bilkent) ŞH, Bursa ŞH, Başakşehir Çam ve Sakura ŞH, Konya ŞH, Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalioğlu ŞH ve Ankara-Etlik Şehir Hastanesi.

<sup>24</sup> Kütahya ŞH, Gaziantep ŞH, Kocaeli ŞH ve İzmir Bayraklı ŞH.

<sup>25</sup> Aydın ŞH, Samsun ŞH, Trabzon ŞH, Antalya ŞH, Ordu ŞH, Denizli ŞH, Sakarya ŞH, Diyarbakır ŞH ve İstanbul Sancaktepe ŞH.



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscoeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

nedeniyle ilk olarak, henüz Türkiye’de vakanın görülmediği dönemde 10 Ocak 2020’de Sağlık Bakanlığı bünyesinde Covid-19 Bilim Kurulu oluşturulmuştur. Bilim Kurulu’nda bulaşıcı hastalıklar, klinik mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları, acil servis, halk sağlığı, çocuk enfeksiyonları, viroloji ve iç hastalıkları gibi farklı branşlardan uzmanlar yer almıştır. Bilim Kurulu tarafından “2019-nCoV Hastalığı Rehberi” yayınlamış ve elde edilen bilgilerin bilimsel verilere uygun olarak güncel hale getirildiği kılavuzlar hazırlanmıştır. Kılavuzlar sağlık merkezlerinde Covid-19 bulgusuyla yatan hastaların yönetimi, durumu ağır seyreden hastaların iyileştirilme yönetimi, Covid-19 sürecinde sağlık çalışanlarının yönetimi gibi bilgileri kapsamaktadır.

Salgınla mücadele kapsamında temaslı kişilerin izlenmesi ile virüsün bulaşmasını engellemek, sosyal ve fiziksel mesafeyi korumak ve hasta kişileri izole etmek gibi önlemler alınırken bu önlemlere işlerlik kazandırmak için birçok kısıtlama ve yasak getirilmiştir. Okullar ve üniversiteler tatil edilmiş, toplu gerçekleştirilen etkinlikler yasaklanmış, kamu ve özel sektörde aralıklarla çalışma sistemine geçilmiş, sokağa çıkma ve şehirlerarası ulaşım yasağı uygulanmış, karantina uygulaması yürürlüğe girmiş, toplu taşıma kullanımı sınırlandırılmış, uluslararası uçuşlar durdurulmuş ve maske kullanma zorunluluğu getirilmiştir. “Hayat Eve Sığar” adı verilen mobil uygulamayla vatandaşların bulunduğu bölgenin risk oranı ve kimin ne oranda virüs riski barındırdığı ortaya konmuş ve birçok yere girişin mobil uygulama kodu ile yapılması zorunluluğu getirilmiştir. Sosyal medya, gazete, televizyon gibi platformlarda tanıtımlar ve kamu bültenleri ile el hijyeni, sosyal mesafe, maske kullanımı gibi konularda halka yönelik eğitimler verilmiştir. Covid-19 virüsü kaynaklı vaka ve ölüm sayılarını içeren günlük tablo günlük tablolar yayımlanmıştır.

Covid-19 salgınıyla mücadele sürecinde özellikle olarak rol oynayacak referans hastaneler oluşturulmuştur. Sağlık personelinin izin ve görevden ayrılmalarına izin verilmemesi ve hastanelerdeki acil olmayan işlemler ertelenmesi gibi uygulamalara başvurulmuştur. Ayrıca salgınla mücadelenin en etkili aracı olan aşı çalışmalarına önem verilmiştir. Aşı geliştirme çalışmalarının yanı sıra Çin menşeli Sinovac firmasıyla ve Alman menşeli BioNTech firmasının aşıları ülkeye getirilmiş ve 13 Ocak 2021 tarihinde ilk aşı Sağlık Bakanı Fahrettin Koca’ya yapılmıştır. Erciyes Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) iş birliğinde geliştirilen Turkovac adlı Covid-19 aşısının 2021 yılı sonunda acil kullanım onayı almasıyla Türkiye koronavirüs aşısı üreten 9 ülkeden biri olmuştur.

12 Ağustos 2022 tarihinde yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği” ile Performansa göre ek ödeme yönetmeliği tamamen kaldırılırken yeni yönetmelikle “döner sermaye hak eden tüm sağlık çalışanlarına taban ek ödeme getirilmiştir. Hastanelerde kaynak kullanım verimliliği, finansal sürdürülebilirlik ile çalışanların bireysel ve klinik iş yükleri, görev tanımları ve görev yaptıkları birim ile hizmetin elde edilme maliyeti dikkate alınarak değişen miktarlarda teşvik ödemesi yapılması” hükme bağlanmıştır. 9 Kasım 2022 tarihinde yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile temel ek ödeme (sabit ve taban ödemelerin toplamıyla belirlenen oran) ve teşvik ek ödemesinden oluşan "ek ödemeler" konusunda yeni düzenlemeler yapılmış ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve Bakanlık laboratuvarlarında çalışan personel de teşvik ek ödemesi kapsamına alınmıştır. Yeni ek ödeme yönetmeliği sağlık çalışanlarına maddi bir iyileştirme getirirse de emeklilik ikramiyesi, ücretli izin hakkı, statüye göre emekli maaşı gibi birçok hakkın kaybedilmesine de yol açmıştır.

## 7. Sonuç

Türkiye’de cumhuriyetin kuruluşunu takip eden dönemde kamusal sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Özellikle salgın hastalıklarla mücadele için gerekli sağlık kuruluşlarının örgütlenmesine öncelik verilmiştir. Bu dönemde ulusal aşı ve ilaç üretimi gibi gelişmeler yaşanırken, İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde sigorta kurumları kurulmuş, Sosyalleştirme uygulamaları ile kamusal sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Sosyalleştirme uygulamalarının 1970’li yıllarda terk edilmeye başlanmasıyla sağlık hizmetleri piyasaya bağımlı hale gelirken, sağlıkta piyasalaşma süreci, 1980’lerde tüm dünyada egemen olan neoliberal politikalarla birlikte hem hız kazanmış hem de derinleşmiştir. Neoliberal politikaların etkisiyle Türkiye sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği aşınırken, sağlık hizmetleri alanının bütününe piyasacı anlayış hâkim olmaya başlamıştır. Sağlık emek gücünün kazanılmış hakları giderek törpülenirken, sağlıkta piyasalaşmanın bir gereği olarak koruyucu değil tedavi edici sağlık hizmetleri öncelikli hale gelmiştir. Cumhuriyetin 100. yılına gelindiğinde Türkiye sağlık alanının mevcut durumundaki sorunları şu şekilde özetlenebilir; sağlığa ilişkin mevzuatın sık sık değiştirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği sistemine dönüştürülmesi, sevk zincirinin uygulanamaması, ücretlendirmede performans ve teşvik uygulamaları, kamu özel ortaklığı modelinin yönetim karmaşası yaratması ve oluşturduğu kamu zararları, sağlık personelinin istihdam sorunları ve sağlıkta şiddetin önlenememesi. Bu sorunların çözülebilmesi ve vatandaşlara ücretsiz, nitelikli ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sağlanması için en temelde sağlıkta piyasacı mantığın terkedilmesi ve sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinin ve sağlık emek gücünün kamusal kimliğinin güçlendirilmesi gerekmektedir.

## Kaynakça

- Akçakanat, T. & Çarıkçı, İ. H. (2019). *Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Sağlık Kurumlarında Uygulanması*. İstanbul: Hiperlink Yayınları.
- Akdur, R. (1998). Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri. *Yeni Türkiye 4 (1984-1995)*, 1-13.
- Akdur, R. (2003). *Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Aydın, E. (1997). Türkiye’de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi. *Toplum ve Hekim*, 12(80), 21-44.
- Aydın, E. (2002). Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 31(3), 183-192.
- Bakar, C. & Akgün, S. (2005). Türkiye’de Sağlık Reformları: Sonu Gelmeyen Hikaye. *Toplum ve Hekim*, 20(5), 339-352.
- Belek, İ. (2012). *Sağlıkta Dönüşüm: Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı*. İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Belek, İ. (2016). *Sağlığın Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü*. İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Eke, E. (2019). *Sağlıkta Dönüşüm-Dönüşen Devlet Anlayışı Çerçevesinde Sağlık Sektöründe Bir Alan Araştırması*. İstanbul: Hiperlink Yayınları.



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı. *Fiscoeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

- Ekinci, T. Z. (1980). Sağlık Örgütlenmesinde Tarihsel Gelişme ve Yapısal Sorunlar. *Toplum ve Hekim*, 5(30), 35-47.
- Emek, U. (2017). Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Sözleşmeleri: Beklenti ve Gerçekleşme. *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7(1), 140-168.
- Erbaş, Ö. (2018). Şehir Hastanesi Yargılamaları. K. Pala (Ed.), *Türkiye’de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri* (155-176). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Fişek, A. G. (2004). *SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına Devri: Ver-Kurtul*. <https://gurhan.fisek.net/ssk-hastanelerinin-saglik-bakanligina-devri-ver-kurtul/> (10.08.2023).
- Fişek, N. (1983). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Çağ Matbaası.
- Fişek, N. (1991). Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları. *Toplum ve Hekim*, 7(48), 2-4.
- Işıkçelik, F., Öztürk, N. & Ağırbaş, İ. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemlerinden Teşhis İlişkili Gruplar. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 9(2), 431-448.
- Kapıcı, H. Z. (2015). *Atatürk Dönemi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Faaliyetleri*. Ankara: Tiydem Yayıncılık.
- Okay, B. (2012). *Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlığı Süreci ve Sosyalleştirme*. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Ozan, E. D. (2015). İki Darbe Arasında Kriz Sarmalı. G. Atılğan, E. A. Aytekin, E. D. Ozan, C. Saraçoğlu, M. Şener, A. Uslu & M. Yeşilbağ (Ed.), *Osmanlı’dan Günümüze Türkiye’de Siyasal Hayat* (657-746). İstanbul: Yordam Kitap.
- Pala, K. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması. *Toplum ve Hekim*, 20(1), 72-74.
- Pala, K. (2017). Türkiye’de Sağlık Reformu/ Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci. G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel & Ö. Birler (Ed.), *Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa* (43-74). İstanbul: Nota Bene Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm Programı*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> (15.10.2018).
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2012). *Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri*. Ankara: Pozitif Matbaa.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2014). *Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi*. <https://www.saglikaktuel.com/d/file/rehber-tig-16122015son-ik.pdf> (02.01.2021).
- Soyer, A. (2001). Türkiye’nin İktisadi ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960’a Kadar Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı. *Toplum ve Hekim*, 6(6), 413-429.
- Soyer, A. (2004). *Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Darbeden AK Parti’ye Sağlıkın Öyküsü*. İstanbul: Sorun Yayınları.



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscaeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

- Sönmez, M. (2017). *Paran Kadar Sağlık: Türkiye’de Sağlıkın Ticarileşmesi*. İstanbul: Yordam Kitap.
- Tükel, R. (6 Ekim 2017). *Kamu Hastane Birlikleri Modelinin İflası ve Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısında Değişiklikler*. <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/10/kamu-hastane-birlikleri-modelinin-iflasi-ve-saglik-bakanligi-teskilat-yapisinda-degisiklikler/> (20.12.2019).
- Ünlütürk Ulutaş, Ç. (2011). *Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*. Ankara: Nota Bene Yayınları.
- World Health Organization. (2012). *Case Studies on Health System Performance Assessment. A Long-Standing Development in Europe*. Kopenhag: WHO.
- Yavuz, C. I. (2011). Kamu Hastane Birlikleri ve Kamu Özel Ortaklığı Emekçilere Nasıl Yansıyacak?. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi Kitabı* (48-56). Ankara.
- Yenimahalleli Yaşar, G. (2017). AKP’li Yıllarda Sağlık ve Sağlık Politikası. G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel & Ö. Birler (Ed.) *Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa* (103-142). İstanbul: Nota Bene Yayınları.

**Etik Beyanı:** Bu çalışmanın tüm hazırlanma süreçlerinde etik kurallara uyulduğunu yazar beyan eder. Aksi bir durumun tespiti halinde Fiscaeconomia Dergisinin hiçbir sorumluluğu olmayıp, tüm sorumluluk çalışmanın yazarına aittir.

**Ethical Approval:** The author declares that ethical rules are followed in all preparation processes of this study. In the case of a contrary situation, Fiscaeconomia has no responsibility, and all responsibility belongs to the study's author.



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscoeconomía*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

## 100th Year of the Health Policies

**Merve Kayaduvar**

### Extended Abstract

The organization of the centralized public health services plays a significant role during the construction of modern nation states. Similarly, during the construction of the modern Turkish state, the organization of public health services, especially the health institutions necessary to combat epidemics, played an important role. After the proclamation of the Republic, the organization of public health services began with the establishment of the necessary health services structures and organizations, especially to combat epidemics. In the work program prepared by Refik Saydam, the Minister of Health of the period, in 1925, the needs in the field of health were summarized as follows; expanding the existing health organization, increasing the number of health personnel, opening sample hospitals, maternity hospitals, nurseries and sanatoriums, combating infectious diseases, taking health organization to the remotest corners, enacting health laws, establishing the Central Institute of Public Health and the School of Public Health (Aydın, 2002: 188-189). In this context, by 1930, the number of state hospitals increased to 36 and the number of beds reached 3965. Of these hospitals, 12 were general hospitals, 9 were maternity hospitals, 11 were sanatoriums, 3 were mental hospitals, 12 were trachoma hospitals and 5 were rabies hospitals. Since these hospitals were located in city centers, examination and treatment houses were opened in district centers (Soyer, 2001: 423).

One of the most important issues in the development and expansion of health services is to increase the number of health workforce. For this reason, special importance was attached to the health workforce training policy during this period. In 1924, compulsory service was introduced for all medical faculty graduates. In addition, boarding dormitories for medical students were opened (Fişek, 1991: 3). The opening of educational institutions for the training of non-physician health personnel such as nurses, midwives and health officers in addition to physicians and the training of health personnel through public educational institutions are important indicators that health services were decommodified and organized as a public service in this period (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 155). In addition, the training of teachers trained in village institutes in subjects such as preventive medicine and environmental health played a complementary role in the delivery of health services to rural areas (Ekinci, 1980: 39).

The Keynesian welfare states that emerged in developed capitalist countries after the Second World War and the widespread implementation of free, inclusive and universal public health services in this context also had an impact on Turkey. In this context, the Social Insurance Institution was established in 1945, the Pension Fund was established in 1949 and the Social Insurance Institution for Tradesmen and Craftsmen and Other Independent Employees (BAG-KUR) was established in 1971.

In accordance with the view that treatment and preventive medicine services cannot be separated from each other and should be handled together in the organization of health services, which was dominant in the post-war period, the "1. 10-Year National Health Plan" was accepted. According to this plan, also known as the Behçet Uz Plan, it was aimed to divide the country into seven health regions and to make each region self-sufficient in terms of health





Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscoeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

organization. This plan was criticized as unrealistic and costly and could not be implemented due to Behçet Uz's departure from the ministry.

In the 1960s, important steps were taken towards the institutionalization of public health services in Turkey. While health services provided by the state were regulated by law until the 1960s, the duty of the state to provide health services became a constitutional provision with the 1961 Constitution, which was dominated by the social state approach. In addition to the 1961 Constitution, the Socialization Law adopted in the same year reinforced the public nature of health services in Turkey. According to the law, which was prepared with an egalitarian approach, all health services were accepted as the duty of the state. Launched in 1963, the Socialization program was successfully implemented until 1965, but turned into an unsuccessful practice as of 1966. Even though it was not implemented as planned at the beginning, socialization provided important steps towards the decommodification of the health services and the recognition of health as a social right. The structural crisis that capitalism entered into in the 1970s materialized with the Oil Shock of 1973 brought about a wholesale change in the capital accumulation regime and the Keynesian welfare state that had prevailed after the Second World War. Parallel to the transformation in capitalist countries, in Turkey a transformation took place. The January 24, 1980 decisions embodied the neoliberal transformation that laid the groundwork for the marketization of public health services. First of all, the state, which was considered to be solely responsible for the provision of health services according to the 1961 Constitution, was turned to the regulator and supervisor of the provision of health services with the 1982 Constitution. This constitutional change, which was realized in line with neoliberalism's concept of limited state by withdrawing it from public services, was continued in the following years with legal regulations in line with this framework. The process of eroding the public character of health services through marketization, which began to manifest itself in the 1980s, became widespread with "reforms" in the 1990s and became systematic in the 2000s.

Launched in 2003 under the name of "reform" in the health sector, the Health Transformation Program (HTP) introduced radical changes in many areas from the financing and organizational structure of health services to the employment status of the health labour force and service delivery. As a complement to this transformation program, the "City Hospitals" project was launched in 2005 as a "Public Private Partnership" model, which is described as the "Second Phase of Health Transformation Programme". As of 2023, 14 city hospitals are in service with Etlik City Hospital, which opened in 2022. There are 4 city hospitals under construction. In addition, there are 10 city hospitals that were planned to be built with the public-private partnership model but were removed from the PPP program in the last months of 2019 and announced to be built from the general budget.

The Covid-19 pandemic, effective all over the world, has deeply affected health policies in Turkey with the first coronavirus case detected on March 11, 2020. While measures such as preventing the transmission of the virus by monitoring contacts, maintaining social and physical distance and isolating sick people were taken within the scope of the fight against the pandemic, many restrictions and bans were imposed to make these measures work. Schools and universities have been closed, collective activities have been banned, intermittent working system has been introduced in the public and private sectors, curfews and intercity



Kayaduvar, M. (2023). Sağlık Politikalarının 100 Yılı.  
*Fiscoeconomia*, 7(Özel Sayı), 526-551. Doi: 10.25295/fsecon.1249887

---

transportation bans have been imposed, quarantine has come into force, the use of public transportation has been restricted, international flights have been stopped and the use of masks has been mandatory.

As a result of the health policies implemented since the establishment of the republic, the public character of health services in Turkey has been eroded with the impact of neoliberal policies that have become dominant especially since the 1980s and a pro-market approach has started to dominate the entire field of health services. While the vested rights of the health labour force were gradually eroded, curative rather than preventive health services became a priority as a requirement of marketization in health sector. By the 100th anniversary of the Republic, the current problems in the field of health in Turkey can be summarized as follows: frequent changes in health legislation, the transformation of primary health care services into the family medicine system, the failure to implement the referral chain, performance and incentive practices in remuneration, the public-private partnership model creating management confusion and public losses, employment problems of health personnel and the inability to prevent violence in health. In order to solve these problems and provide citizens with free, qualified and accessible health services, the pro-market logic in health care must be abandoned and the public nature of health services and the public identity of the health labor force must be strengthened.