

## TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Şeyda Çavmak<sup>1</sup>, Doğancaan Çavmak<sup>2</sup>

### Özet

Selçuklu ve Osmanlı Dönemlerinde sağlık hizmetleri çoğunlukla vakıflar üzerinden sunulmaktaydı. Ancak tüm toplumun bu hizmetlerden yararlanması mümkün değildi çünkü hizmetler saray ve asker odaklı ilerlemekteydi. Dönemin koşulları doğrultusunda da özel hekimlik gelişmiş durumdaydı. Maddi olarak yeter gücü olanlar 19.yy'nin sonlarına kadar, evlerinde özel hekimler tarafından tedavi edilir ve bakım hizmet alırlardı. Yaşadığımız Türk coğrafyasının devlet eliyle hizmet sunan ilk donanımlı hastane Gülhane olarak kabul edilmektedir. Bu döneme kadar donanımlı bir sağlık tesisi mevcut değildir. Ancak Gülhane Askeri Hastanesi de döneminin batılı hastaneleri ile kıyaslandığı zaman, hem ekipman hem de bilgi düzeyi olarak oldukça geride kalmıştır. Cumhuriyetin ilanı ile birlikte sağlık birincil konular arasında yer almıştır ve ilk kurulan bakanlıklardan biri olmuştur. Zaman içinde Dünya'da esmeye başlayan, refah devleti ve sosyal devlet akımları Türkiye'yi de etkilemiş ve sağlık hizmetlerinin devlet tarafından garanti edilmesi anlayışı doğmuştur. 1960 yılında sosyalleştirilen sağlık hizmetleri, 1980'lerde gelişmeye başlayan liberal akımlar karşısında zayıflamaya başlamış, değişim göstermek durumunda kalmıştır. 2003 yılında Sağlık Dönüşüm Programı, ülke sağlık sistemini bambaşka bir konuma getirmesinin yanında, sağlık algısında da meydana gelen değişimlerin birinci faz çıktısı olmuştur. Günümüzde SGK primlerinde meydana gelen değişimler ve Kamu Özel Ortaklıklarının piyasayı domine etmeye başlaması, sağlık sistemimizde daha büyük değişikliklere işaret etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Sistemi, Tarihçe, Sağlıkta Dönüşüm, Sosyalleştirme, Türkiye

### Abstract

Health services are mainly provided by foundations when Selcuklu and Ottoman Empire reign. It was not possible to get health care for all populations because of the health services were Sultan and his family and also soldier oriented. There were private doctors who provided health services to the people could afford the expenses. Those financially strong people got treatment and care at their homes. There wasn't any sufficient public hospital until the Gulhane Military Hospital. But it even didn't have adequate and appropriate equipment and health information when compared the European hospitals at that time. With the proclamation of the Turkish Republic, health took the first place in politics. The mentality of state guarantee on health services has raised with the wind of welfare and social state. In 1960s, health services are socialized. Liberal movement has pushed the health system to change in 1980s. Health Transformation Program led to a huge change in health system and

<sup>1</sup> S.S. Sanitas Magisterium Eğitim Kooperatifi, seydaaky@gmail.com

<sup>2</sup> S.S. Sanitas Magisterium Eğitim Kooperatifi, dogancavmak@gmail.com

the perception of health in 2003. The changing in Social Security Institutions premiums and the raising of Public Private Partnerships can be a sign of new major changes in our healthcare system.

**Keywords:** Health System, History, Health Transformation, Socialization, Turkey

## TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNİN TARİHÇESİ VE GELİŞMELER

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi tarihsel olarak, Cumhuriyet öncesi olarak adlandırılan Selçuklu ve Osmanlı dönemi ile Cumhuriyet ve sonrası olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tarihi Selçuklu İmparatorluğuna dayanan sağlık sistemi zamanın şartlarına göre gelişmiş bir sağlık hizmeti uygulaması sunmaktadır. Sağlık hizmetleri bu dönemde vakıflar aracılığıyla sunulmakta olup, Osmanlı imparatorluğunun ilk dönemlerine kadar devam etmektedir. İmparatorluğun ilerleyen dönemlerinde monarşinin tüm özellikleri sağlık politika ve uygulamalarına yansımış olup, idari örgütlenmenin saray merkezli ve askeriye yönelik olmasına bağlı olarak imparatorluk tarafından yürütülen sağlık hizmetleri saraya ve orduya yönelik olarak sunulmaktadır. Bu dönemde sağlık hizmetlerini düzenleyen tek resmi kurum ‘Reisul Etibba’ yani Hekim Başı’dır. Kurum sağlık hizmetlerinin sunumunda tabip, cerrah ve diğer sağlık personeli atamalarını gerçekleştirmektedir (Çavdar ve Karcı, 2014). Saray ve ordu dışındaki kitleler genel olarak serbest çalışan tabip ve cerrahlardan ücret karşılığı hizmet almıştır. Fakat sunulan sağlık hizmetleri belirli sayıdaki büyük kentlerle sınırlı kalmıştır. Sağlık hizmetlerinin kitlelere yaygınlaştırılması 19. yy’nin sonlarına doğru gerçekleşmeye başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin devletlerin asli görevi olarak sayılmaya başladığı bu dönemde saray ve ordu ile sınırlı olan sağlık hizmetlerinin kitlelere yaygınlaştırılması için ilk adımlar atılmıştır. Hekim Başı kurumu kaldırılarak tüm yetkileri ‘Tıbbiye Nezareti’ne’ devredilmiştir. Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri kurularak yaygın örgütlenmenin hukuki alt yapısı oluşturulmuştur (Fişek, 1983). Türkiye toprakları içerisinde, 1898 tarihinde açılmış olan Gülhane Askeri Hastanesi, tertipli ve düzenli olarak kurulmuş ilk modern hastaneyi oluşturmuştur. Özellikle burada Alman hocalar öncülüğünde verilmiş olan tıp eğitimi, Türk hekimliği için büyük önem arz etmektedir. Rieder öncülüğünde verilen eğitim, teoriden pratik eğitime geçişi ancak o dönemlerde gerçekleştirebilmiş bir eğitimidir. Batılılar tarafından çok uzun zaman önce keşfedilmiş bir takım tıbbi bilgilerin, Türkiye coğrafyasında bilinmediği yine Rieder ve yetiştirmiş olduğu hekimler tarafından tespit edilmiş ve ortaya konulmuştur. (Başustaoğlu, 2016)

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin (TBMM) açılışı ile birlikte 3 Mayıs 1920 tarihinde yürürlüğe giren 3 sayılı Kanun ile kurulmuştur. Bakanlığın kurulması ile birlikte merkezi örgüt ve taşra teşkilatı yeniden yapılandırılmıştır. Sağlık Bakanlığı, ilk görev olarak; sağlık hizmetlerinin önceliklerini belirlemek, sağlık alanında ki kazanımları arttırarak, kaynakların dağılımını belirlenen kriterlere göre gerçekleştirmeyi amaç edinmiştir. Belirlenen temel görev doğrultusunda, koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için hükümet tabipliği ve sağlık müdürlüğü kurulmuştur. Tedavi hizmetlerinin ise, belediyeler ve özel idareler tarafından yerine getirilmesi planlanmış olup, yoksul hastaların hükümet tabipleri ve diğer kuruluşlar tarafından ücretsiz olarak tedavi edilmesi öngörülmüştür (Akdur, 1923).

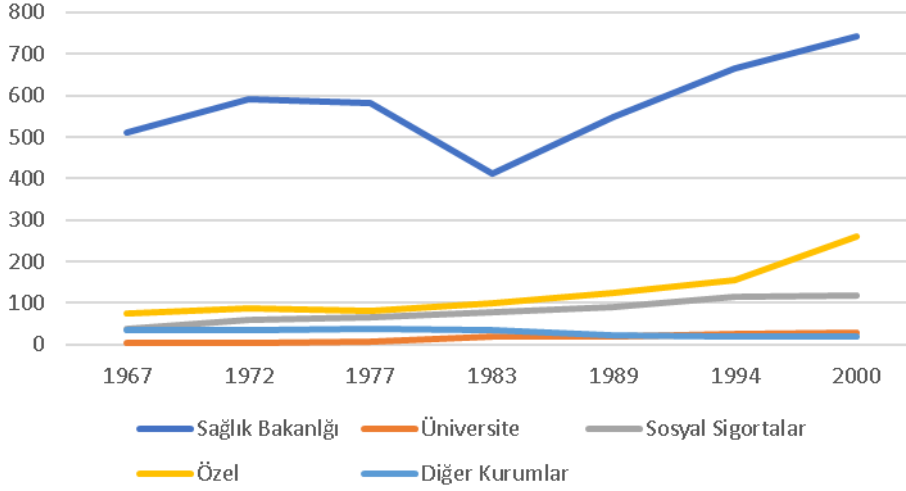
TBMM’nin ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar olmuştur. Adıvar döneminde sağlık hizmetleri ile ilgili düzenli bir kayıt sistemi olmamış; savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuat alt yapısının geliştirilmesine odaklanılmıştır.

Cumhuriyet ilan edildikten sonra Dr. Refik Saydam, Sağlık Bakanı olmuştur. Sağlık hizmetlerinin gelişmesine büyük katkısı olan Saydam; koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutmuş, tedavi edici hizmetleri hükümet görevi olarak ele almayı, mahalli idarelere yol gösterici olmayı tercih etmiştir. Bu kapsamda Sivas, Kayseri, Ankara, İstanbul, Erzurum ve Diyarbakır'da Sağlık Bakanlığına bağlı Numune hastaneleri kurulmuştur. Dönem içerisinde, 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" ile 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu gibi halen yürürlükte olan kanunlar yapılmıştır. Gerçekleştirilecek sağlık politikalarının ilkeleri belirlenmiştir. Bunlar; sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi/dikey örgütlenme, koruyucu hekimlik ile tedavi edici hekimliğin birbirinden ayrışması, tıp fakültelerinin kurulması ve sıtma, frengi, verem gibi bulaşıcı hastalıklar ile mücadele edilmesidir (Akdur, 1999).

Cumhuriyet döneminin ikinci Sağlık Bakanı, 'Birinci On Yıllık Sağlık Planı'nı hazırlayan ve 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunan Dr. Behçet Uz olmuştur. Plan sağlık hizmetlerinin entegrasyonunu sağlayarak, sağlık hizmetlerini yurdun geneline yaygınlaştırmayı amaçlamaktadır. Dolayısıyla sunulan sağlık hizmetlerinin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu kapsamına alınmıştır. Uz planına göre; ülke de yedi sağlık bölgesi oluşturulacak ve her bölge kendisine yeter hale getirilecektir. Bölgelerde her 40 köy için 10 yataklı sağlık merkezleri oluşturulacaktır. Sağlık merkezlerinde; iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve ziyaretçi hemşireler bulunacaktır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikte sunulacağı bu sağlık merkezleri tamamlandığında ise bölgeye bir tane tıp fakültesi kurulması planlanmıştır. Behçet Uz'da sonra uygulama alanı bulamayan planlama, her ilçeye bir sağlık merkezi açılması haline dönmüştür (Dirican; <http://fbe.atauni.edu.tr/eajm/Makaleler%5C1970%5C1970-2%5C7.pdf>). Bu merkezler maliyetlerin yüksek olduğu küçük hastanecikler olmaktan öteye gidememiştir. Devlet tarafından hekime uygulanan yüksek ücret politikasının da kesilmesi sonucunda muayenehanedeki çalışmaları ile geçimini sağlayan hekimlerin koruyucu hizmet vermekten uzaklaştıkları görülmüştür. Hekim ve hemşire kaybı yaşayan sağlık merkezleri, 1978 yılında çıkarılan Tam Gün Yasası ile birlikte tekrar işler hale gelmişse de yasaya son verilmesi ile tekrardan hekimsiz kalmıştır (Aydın, 2002).

224 sayılı Sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nun 1961 yılında kabul edilmesi ile birlikte sağlık hizmetlerinin, halkın ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sürekli, yaygın ve entegre olarak sunulması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda; sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri açılarak sağlık hizmetlerinin sunumunda kademeli, il içerisinde bütünleşmiş bir yapılanma gerçekleştirilmiştir. Sosyalleştirme kanununun hazırlayıcısı ve öncüsü olan Nusret Fişek, esasen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri için finansmanın nasıl sağlanacağı üzerinde önemle durmuştur. Nusret Fişek'e göre hizmetlerin devletleştirilmesi ancak komünist ülkelerde mümkün olabilecek bir anlayıştır. Bireysel mülkiyet bilincinin bir nebze de olsa gelişmiş olduğu ülkelerde bu sistemin uygulanması sorunlar yaratacaktır. Aynı zamanda tüm hizmetlerin devlet tarafından ücretsiz olarak sunulması da mümkün değildir. Dolayısıyla Nusret Fişek, sağlığa özel olarak kullanılmak üzere pul ve tuz üzerinden ayrıca bir vergi alınması önerisini taslağına eklemiştir. Ancak dönemin Milli Birlik Komitesinde (MBK) bu karar uygun bulunmadığı için 224 sayılı kanun, MBK'nin görev süresinin son saatlerinde revize edilerek yayınlanmıştır. (Aksakoğlu, 2008) 1963 yılında, birinci beş yıllık kalkınma planlamasında sağlık hizmetlerine de yer verilerek sektöre ilişkin hedefler konulmuştur (TÜSİAD, 2004). Hedefler; koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilerek yaygınlaştırılması, Sağlık Bakanlığı aracılığıyla sunulması, personelin düzenli ve dengeli bir şekilde dağıtılması, döner sermaye sisteminin devlet hastanelerinde de uygulanması, ilaç endüstrisinin güçlendirilmesi ve özel hastanelerin açılmasının desteklenmesi olarak

belirlenmiştir. Şekil 1’de görüldüğü gibi, sağlık hizmet sunumunda ağırlıklı olarak SB hastaneleri yer alırken özel hastane sayılarının da arttığı görülmektedir.



Şekil 1: 1967-2000 Yılları İtibariyle Yataklı Sağlık Kurumları Sayısı (TÜİK; Aralık/2006-Mayıs/2007)

Bu hedeflerin yanı sıra Ekim 2008’de yürürlüğe konulan Genel Sağlık Sigortası’nın (GSS), Kanun Taslağı bu dönemlerde hazırlanmıştır fakat Bakanlar Kuruluna sunulamamıştır. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile 1969 yılında tekrar gündeme gelen GSS, Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından kabul edilmemiştir (SB, 2007). Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından, 1990 yılında sağlık hizmetleri hakkında master plan oluşturulmuştur. Sağlık reformlarının değerlendirildiği bu süreçte birinci ve ikinci Ulusal Sağlık Kongreleri gerçekleştirilmiştir. 3861 sayılı Kanun ile 1992 yılında çıkarılan ‘Yeşil Kart’ uygulaması; sağlık hizmetlerini karşılayacak gücü olmayan, dar gelirli gruplar için kamu tarafından ücretsiz sağlık hizmeti sunumunu sağlamıştır. Sağlık reform çalışmaları genel olarak; sosyal güvenli kurumunun tek şemsiye altında toplanması, GSS kurulması, sağlık hizmet sunumu ile finansman fonksiyonlarının birbirinden ayrılması, Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması yolu ile denetim ve planlama görevlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, hastanelere özerklik tanınması ve Aile Hekimliğinin kapsamının geliştirilmesi gibi temel konuları içermektedir (Sülkü, 2011). Sağlık alanında yapılması planlanan bu reformların; 2002 yılında açıklanan ‘Acil Eylem Planı’ içerisinde ‘Herkesin Sağlık’ başlığı altında temel prensipleri belirlenmiş ve uygulama için bir takvime bağlanmıştır. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı’ (SDP) uygulamaya koymuştur(58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003).

16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan Acil Eylem planı kapsamında ki Herkesin Sağlık adı altında sağlık alanında yapılması öngörülen temel hedefler aşağıdaki gibi belirtilmiştir.

- ✓ ‘Sağlık Bakanlığı’nın fonksiyonel ve idari açıdan yeniden yapılandırılması,
- ✓ Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması,
- ✓ Sağlık kurumlarının tek çatı altında toplanması,
- ✓ Anne ve çocuk sağlığına önem verilmesi,
- ✓ Hastanelerin mali ve idari açıdan özerkliğine kavuşturulması,
- ✓ Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- ✓ Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,

- ✓ Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- ✓ Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- ✓ Tüm kamu kuruluşlarının alt kademelere yetki devri,
- ✓ Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesidir.’

Sağlık Bakanlığı tarafından, 2003 yılı Aralık ayında kamuoyuna duyurulan Sağlıkta Dönüşüm Programı; geçmişten günümüze kadar olan proje ve reform çalışmalarını değerlendirerek gelecekteki sağlık sistemini tasarlayacak ve bu sisteme geçiş için gerekli değişimleri yapmayı planlayacaktır. Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunulmasını hedeflemektedir (SB, 2008).

OECD’ye göre; Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye sağlık sektörünün var olan sorunlarının ele alınması ve bu sorunların çözümü için tasarlanmıştır. OECD, bu sorunları aşağıdaki gibi ifade etmektedir(OECD ve World Bank, 2008).

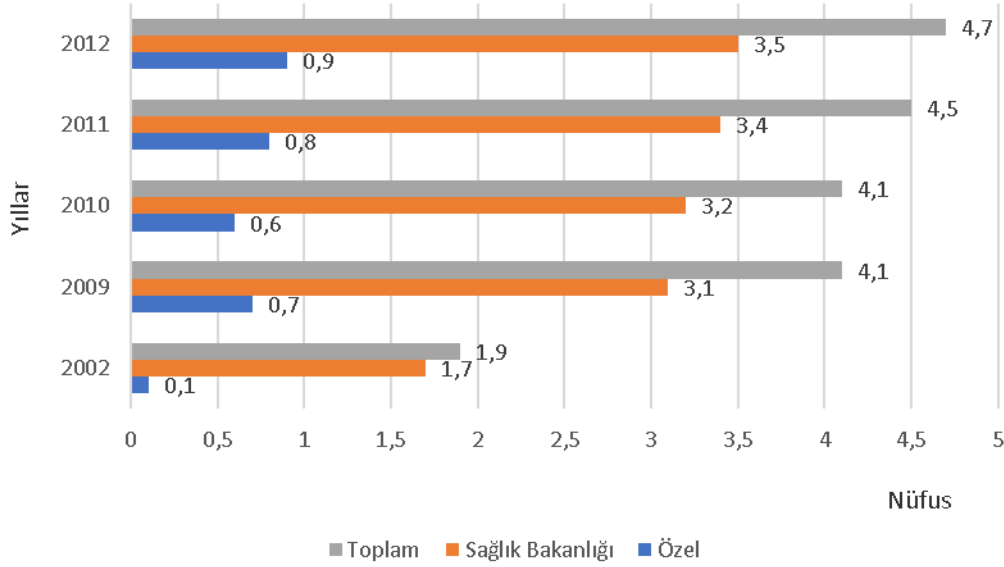
- i. Diğer OECD ve orta gelirli ülkelere kıyasla geri kalmış olan sağlık sonuçları
- ii. Sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlikler
- iii. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan, mali sürdürülebilirliği zayıf parçalı yapı
- iv. Düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verilebilirliktir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında planlanan tüm politikalar, halkın sağlık düzeyini arttırmayı hedeflemektedir. SDP’nın öngördüğü temel amaç ise, hizmet alan ile hizmet sunanların ayrımıdır(Sülkü, 2011). Bu doğrultuda dönüşümün sekiz ana tema etrafında gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Bunlar:

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan GSS,
3. Yaygın erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
  - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri,
  - Etkili, kademeli sevk zinciri,
  - 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,
  - Ulusal İlaç Kurumu,
  - Tıbbi Cihaz Kurumu,
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

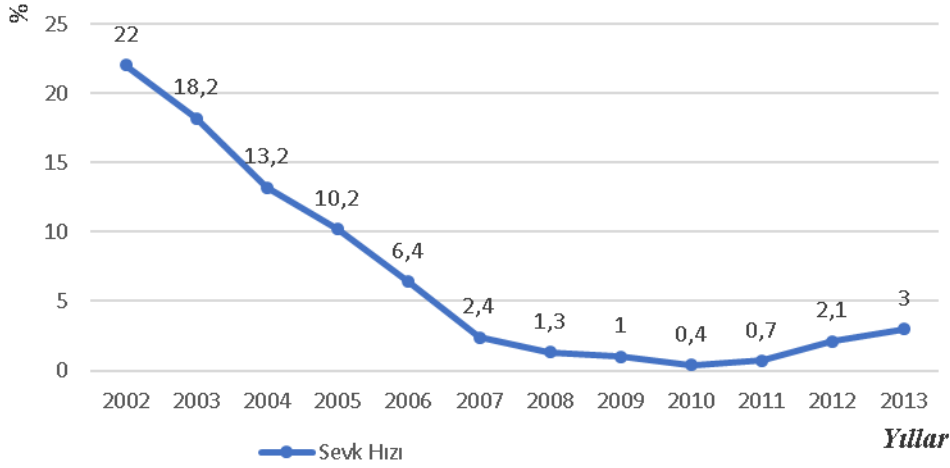
Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık sektörünü tüm boyutları ile ele almak üzere şekillendirilmiş olup bileşen ve alt bileşenlerden oluşmaktadır. Her bileşeni bir diğer bileşenler ile ilişkili olup temelde üç ana ayak üzerinde kurgulanmıştır. Bunlardan ilki GSS programı ile farklı çalışma gruplarını kapsam altına alan Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK (Sosyal Sigorta Kurumu) programlarını 2006 yılında tek sigorta kurumu şemsiyesi altında toplamasıdır(OECD ve World Bank, 2008). Hizmet sunucu ile alıcının ayrılması hedefi doğrultusunda da SSK

hastanelerinin SB'ye devri gerçekleştirilmiştir. Böylece SSK'lı hastaların tümünün kamu sağlık kuruluşlarına ulaşımı sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerine erişim eşitliği kapsamında atılan adımların sağlık hizmetlerine olan talebi arttırması üzerine Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 'Performansa Dayalı Ödeme Sistemine' geçilmiştir. SDP kapsamında uygulanan tüm politikalarda, sağlık hizmet sunumunun arz ve talep yönlü olarak artışının sağlanması; sağlık harcamalarındaki artışı dengede tutmak ve sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların etkili kullanımını sağlamak için uygulamaya konulmuştur(Sülkü, 2011). Fakat GSS sisteminde; sağlık hizmet üretimi ile finansmanın kesin olarak birbirinden ayrılması, sistemin 'sağlık hizmeti satın alma' mantığında kurgulandığını göstermektedir. Çünkü yeni modellemede, özel sağlık kurumlarıyla anlaşmalar sağlanarak sevk olanağı getirilmiştir. Bu doğrultuda bu düzenleme özel sağlık kurumlarının kullanımını teşvik amacıyla yapılmıştır (Ataay, 2008).GSS kapsamında gerçekleştirilen bu düzenlemeler, sağlık hizmetlerine ulaşımında var olan kaynak kısıtının azaltılmasıyla birlikte sağlık göstergelerinde önemli artışlar meydana getirmiştir. Görsel olarak Şekil 2'de sunulduğu gibi 2002-2012 yılları arasında tüm hastaneler için Türkiye'de kişi başına müracaat sayısı yıllar itibariyle artış göstermektedir. Toplam içerisindeki en büyük artış ise, özel sektör hastanelerinde görülmektedir.



Şekil 2: Yıllara ve sektörlere göre hastanelere kişi başı müracaat sayısı, Türkiye (58)

Dünya Bankası tarafından 2003 tarihli raporda Türk sağlık sistemi için önerilen Aile Hekimliği modeli, sağlık reformunun ikinci temel ayağını oluşturmaktadır. Uygulamaya konulan modelde; birinci basamak sağlık hizmetleri, topluma yönelik ve kişiye yönelik olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Topluma yönelik sunulacak koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığı merkezleri tarafından sunulurken kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimliği tarafından sunulacaktır (Ataay, 2008). Aile hekimliği modeline göre; aile hekimleri, GSS ile sözleşme yaparak muayenehane sistemi çerçevesinde hizmet sunacaklardır. Ancak GSS sisteminin tam olarak uygulamaya koyulamaması nedeniyle aile hekimlikleri SB tarafından finanse edilmektedir. GSS sisteminin tam olarak uygulamaya geçmesi ile birlikte aile hekimliklerinin finansmanının anlaşma yoluyla sağlanması öngörülmektedir. Sistemin uygulamaya geçmesi ile birlikte primlerini düzenli ödemeyen vatandaşların aile hekimliği sisteminden yararlanması mümkün gözükmemektedir. Uygulaması planlanan aile hekimliği sisteminin en önemli özelliği ise, sevk zincirinde zorunlu basamak olmasıdır.

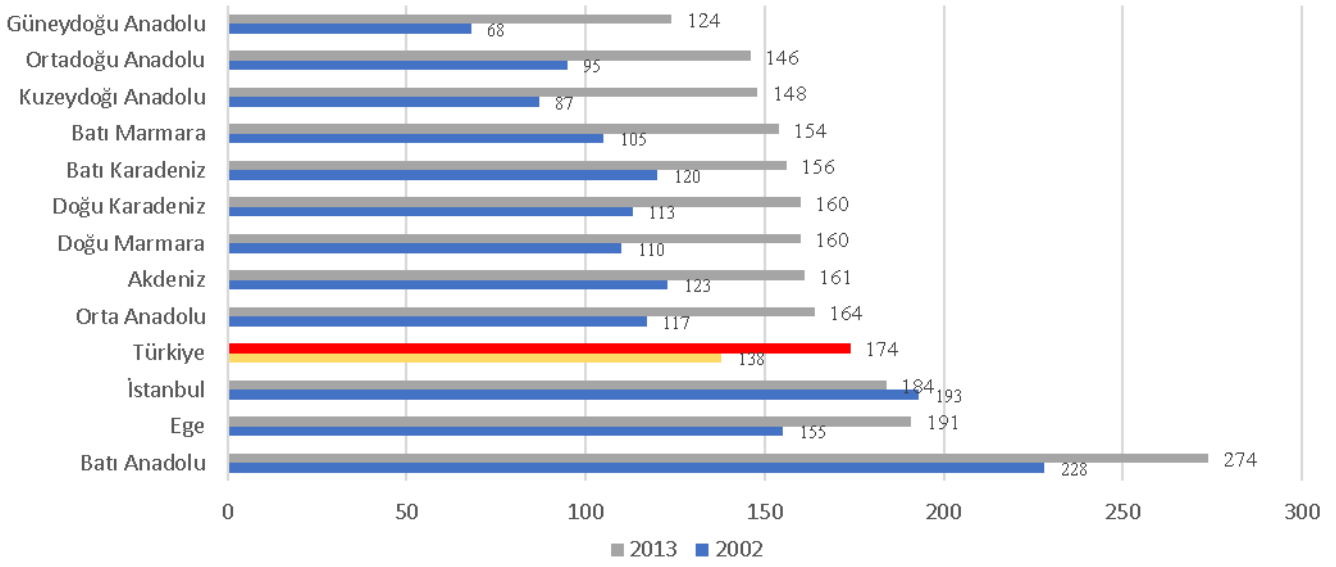


Şekil 3: Yıllara göre birinci basamak kuruluşları sevk hızı, Sağlık Bakanlığı (SB, 2013)

Aile hekimliği sisteminde, hekimler kamu elemanı olmak yerine ücretinin piyasa durumlarına göre kazanan girişimciye dönüştürülmektedir. Aile hekimleri elemanlarını kendileri seçebilmekte ve tıbbi hizmet dışındaki gereksinimleri taşeron firmalar aracılığıyla sağlayabilmektedir (Erol ve Özdemir, 2014). Esasen Sağlıkta Dönüşüm Programı incelendiği zaman, hizmet sunumunun girişimcilere yani özel sektöre bırakılması, kamunun sağlık sigortacılığı tarafında yer almasının amaçlandığı gözlenmektedir. Bu alanda özellikle aile hekimliği özelinde incelendiği zaman, İngiltere’de yer alan mevcut hali ile Klinik Komisyonlar (Clinical Commissioning Groups-CCGs), eski adı ile Sağlık Tröstleri (Primary Care Trusts) büyük bir emsal teşkil etmektedir. CCGs, Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) ile sözleşmeli olarak çalışan aile hekimlerinden oluşmaktadır. İngiltere’de sağlık hizmetlerinin finansmanı da aslında genel vergilerden değil, sağlığa özel vergilerden karşılanmaktadır. (Arı vd., 2016)

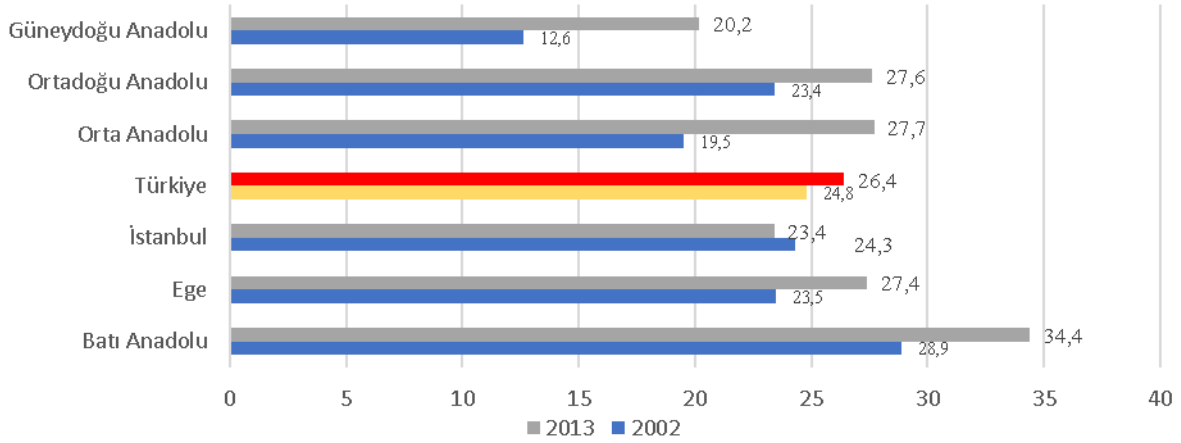
Sağlıkta Dönüşüm Programının üçüncü temel ayağında ise, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile 02/11/2011 tarihli Resmi Gazete’de açıklanan Kamu Hastane Birlikleri (KHB) reformu yer almaktadır. Reformun hedefi, Sağlık Bakanlığı’na bağlı ikinci ve üçüncü basamak tedavi kurumlarının kamu hastane birlikleri çatısı altında ‘özerk’ olarak yeniden örgütlenmesini sağlamaktır. 663 sayılı KHK’nın 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 bırakılamaz. Birden fazla birlik kurulan illerdeki ve belli bölgedeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilir.’ Bu madde ile birlikte, Sağlık Bakanlığı’na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları idari yönden özerk bir yapıya kavuşarak sağlık işletmesi modeline göre yeniden yapılandırılmıştır. Böylece Sağlık Bakanlığı, sağlık piyasasında denetim ve düzenlemeden sorumlu bir birim haline dönüşmüştür (Ataay, 2007; Lamba, Altan ve diğ., 2014).

Sağlıkta dönüşüm programı sonrasında bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırılmış olsa da, sağlık hizmetlerinin arzı açısından bölgeler arasında farklılıklar görülmekte ve adaletsizliğin giderilmediği gözlemlenmektedir. Şekil 4’de sunulduğu üzere, bölgeler arasında 100.000 kişiye düşen hekim sayısı, Güneydoğu Anadolu bölgesinde Türkiye ortalamasının oldukça altındadır. Güneydoğu Anadolu Bölgesini; Ortadoğu Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu ve Batı Marmara Bölgeleri izlemektedir.



Şekil 4: 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı, tüm sektörler (SB, 2013)

Bölgeler arasında 10.000 kişiye düşen yatak sayısı bakımından da karşılaştırma yapıldığında Güneydoğu Anadolu Bölgesi ve İstanbul Türkiye ortalamasının oldukça altında yer almaktadır. Dolayısı ile sağlık hizmetlerinin arzında, hekim ve yatak sayılarının nüfus ile doğru orantılı olarak yapılmadığı görülmektedir.



Şekil 5: 10.000 Kişiyeye düşen hastane yatağı sayısı, tüm sektörler (SB, 2013)

Türk sağlık sistemi şu dönemlerde yeniden farklı atılımlar içerisinde yer almaktadır. SGK primleri 01.04.2017 tarihi itibarı ile 53 TL'ye çekilmiş, farklı gelir seviyesi uygulamalarının kaldırıldığı belirtilmiştir. ([www.sgk.gov.tr](http://www.sgk.gov.tr); Erişim Tarihi: 13.05.2017) Aynı zamanda kamu özel ortaklığı ile yürütülmekte olan şehir hastaneleri projeleri hayatımızda yer edinmeye başlamış durumdadır. Çok yüksek yatırımlar ile meydana gelmiş bu yatırımların, sigorta yapısını da etkileyeceği muhakkaktır. Türk Sağlık Sistemi'nin sürdürülebilir kılınması için dünyada meydana gelen değişimlerden uzak kalınması mümkün görünmemektedir.



## TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık hizmetleri bir ülkenin hem ekonomik hem de sosyal yaşantısına etkisi büyük olan bir alandır. Dolayısıyla tüm ülkelerin politika yapıcı ve karar verici makamların öncelikler arasında yer almaktadır. Cumhuriyetin ilanı ile birlikte Osmanlı'dan doğan yeni ulus devlet Türkiye'de ilk iş olarak sağlık bakanlığını kurmuş ve savaş yaralarını iyileştirmek için çabalamıştır. Ulus devletin kurulması ile birlikte, devlet sağlık hizmetlerinde aktif rol oynamaya başlamıştır. Bu durumda 1929 ekonomik buhranı sonrası, gelişmeye başlayan Keynezyen ve refah devleti politikaları da etkili olmuştur. Ancak bu dönemde de özel hekimlik ve hatta özel hastanecilik her zaman yer edinmiştir. Bu durumun en büyük nedeni, nüfus içerisinde farklı gelir gruplarının ve bu grupların farklı taleplerinin olmasıdır. Dönemin anlayışı sonucu sağlık hizmetlerinin tamamen devlet tarafından üstlenilmiş olması ve aynı zamanda serbest hekimliğin mevcudiyeti, uygulama aşamasında bir takım yolsuzluklara da sebebiyet vermiştir. Sabahattin Ali'nin "Sulfata" hikâyesinde hükümet tabipleri özelinde yaptığı ve "Böbrek" hikâyesinde özel hekimlik özelinde yaptığı çarpıcı eleştiriler döneme ışık tutması açısından göz önünde bulundurulabilecek önemli kaynaklardır.

1960 yılında Nusret Fişek önderliğine ortaya çıkan Sağlıkta Sosyalleştirme, dönemin konjonktürel yapısı sonucu ortaya çıkmış bir tasarıdır. Nusret Fişek'in aklında sağlığa özel vergi toplama ve katkı payı almak fikri mevcut iken, dönemin koşulları gereği bunu gerçekleştirmesi mümkün olmamıştır. Bu dönem ve özellikle 1980'lerden liberal akımlarla birlikte ifade edilmeye başlanan değişiklikler, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile fiiliyata geçmeye başlamıştır. SDP, nihai amacı olarak özel sektörün verimli yapısından yararlanmayı ve sağlık hakkı anlayışını değiştirmeyi amaçlamıştır. Hizmet sunumunda özel, sigorta boyutunda devletin ağırlıklı olduğu bir yapı tasarlanması amacı güdülmüştür.

Türkiye, mevcut durumda Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın daha ileri bir fazının yaşandığı bir dönem içerisinde yer almaktadır. Sürdürülebilirlik konusu artık daha yoğun olarak tartışılmakta ve mevcut çıktılarının devamı için ne tür yöntemler kullanılabileceği müzakere edilmektedir. Son adımda SGK primlerinin 53 TL olarak sabitlenmesi ve Kamu Özel Ortaklığı (PPP) ile kurulan şehir hastaneleri mevcut sistemde büyük değişikliklere yol açacaktır. Türkiye'nin elde etmiş olduğu iyi sağlık çıktılarına devam ettirebilmesi, sağlık güvence sisteminin güçlü olmasına bağlıdır. Bu noktada yeni sağlık sistemi, daha yoğun olarak bireysel ve toplumsal (komünite) koruma üzerine yoğunlaşarak, hizmet kullanımını daha kabul edilebilir bir düzeyde tutma çabasında olacaktır. Sistemin sürdürülebilir olması için, SGK kapsamında gelir ve arzular doğrultusunda farklı kapsam paketlerinin yaratılması ve bireylerin bu paketler doğrultusunda çizilen yolda hareket etmesi elzemdir.

## KAYNAKLAR

Akdur, R. (1923). Cumhuriyet'ten Günümüze Türkiye'de Sağlık Politikaları. *Rona Z. Bilanço, 1998*, 10-12.

Akdur, R. (1999). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması. *Ankara, www.recepakdur.com/getfile.asp*.

Aksakoğlu, G. (2008) Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü, *Memleket Siyasi Yönetim Dergisi*,8, 7-62.

Arı, H., Çavmak, D., Kaptanoğlu, A., (2016). Clinical Commissionign Groups ve Klinik Kalite İndikatörleri, (Ed. Ayşegül Kaptanoğlu).Sağlık Hizmetlerinin Tripodu, Kitapana, İzmir.

Ataay, F. (2007). Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme. *Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları*.

Ataay, F. (2008). Sağlık Reformu Ve Yurttaşlık Hakları. *Amme İdaresi Dergisi*, 41(3), 169-184.

Aydın, E. (2002). Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 31(3), 183-192

Başustaoğlu, A. (2016). Bir Nefe Sıhhat Tevfik Sağlam'ın Yaşamı. İş Bankası Yayınları, İstanbul

Çavdar, N.,Karcı, E. (2014). XIX. Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması'na Dair Bibliyografik Bir Deneme. *Turkish Studies-International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 9, 4.

Dirican, M. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi. *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni*, 2(7). <http://fbe.atauni.edu.tr/eajm/Makaleler%5C1970%5C1970-2%5C7.pdf>

Erol, H.,Özdemir, A. (2014). Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.

Fişek, N. H. (1983). *Halk Sağlığına Giriş: Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Ankara*

Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M.,Kerman, U. (2014). Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme. *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1), 53-78.

OECD, World Bank. (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye, *OECD ve IBRDle 14*, 15-43.

Sağlık Bakanlığı (SB) (2007). Türkiye'de Sağlığa Bakış, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara

Sağlık Bakanlığı (SB) (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ağustos 2008. *Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749, Ankara*.

Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları*. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No:2011/414

TC 58. Hükümet Acil Eylem Planı. (2003) (<https://www.linux.org.tr/wp-content/uploads/2010/04/AcilEylemPlani.pdf>)

TÜSİAD (2004). Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri. *Tüsiad Basın Bülteni* [www.sgk.gov.tr](http://www.sgk.gov.tr); Erişim Tarihi: 13.05.2017