

# Türkiye'de Sağlık Politikalarının Tarihsel Perspektiften İncelenmesi

Seferiye BOZ<sup>1</sup>

Dilek ÖZSOY<sup>2</sup>

Geliş Tarihi: 28.03.2024

Kabul Tarihi:09.09.2024

## ÖZ

İnsanlığın ortaya çıkışıyla birlikte sağlıkla alakalı bütün konular önemli bir gereklilik halini almıştır. Bu bağlamda bütün çağlarda insan sağlığını korumak ve geliştirmek için çeşitli önlemler alındığı söylenebilir. İçinde bulunduğumuz yüzyılda gelişen ve sürekli olarak ilerleyen bilimsel ve teknolojik gelişmeler ise insan sağlığının korunabilmesi için ciddi adımlar atıldığını göstermektedir. Sanayi devrimi ile birlikte yaşanan gelişmeler sağlıkta uzmanlaşma konusunda önemli bir role sahip olmuş ve zaman içerisinde sağlıkla alakalı bir sistem geliştirilmiştir. Bu bağlamda Türkiye'deki sağlık sisteminin tarihsel gelişimini ve sağlık politikalarının evrimini incelemek amacıyla hazırlanan bu çalışmanın amacı sağlık hizmetlerinin nasıl şekillendiğini ve bu süreçteki temel dinamikleri anlamaktır. Çalışma, sağlık politikalarının ülkenin siyasi ve toplumsal yapısıyla nasıl etkileşimde bulunduğunu ve bu politikaların insan sağlığı üzerinde nasıl etkiler yarattığını ortaya koyarak, bu alandaki boşlukları doldurmayı hedeflemektedir. Çalışmamız, Türkiye'nin sağlık sisteminin gelişimini tarihsel bir perspektiften ele alarak, sağlık politikalarının zaman içindeki evrimini anlamaya katkıda bulunmasından kaynaklı önem arz etmektedir. Çalışmada Türkiye'deki sağlık sisteminin, Sanayi devrimi'nden itibaren önemli adımlar attığı, Cumhuriyet sonrası dönemde yapısal reformlarla güçlendirildiği ve 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile modern sağlık hizmetlerine yönelik önemli ilerlemeler kaydedildiği tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin finansmanı, hukuki boyutu ve sosyal belirleyiciler gibi faktörlerin sağlık politikalarının şekillenmesinde kritik rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Politikaları, Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi, Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları, Sağlık Sistemleri

1 Nişantaşı Üniversitesi, İstanbul, Turkey, e-mail:seferiyebz@gmail.com. Orcid: 0009-0002-2380-3052

2 Nişantaşı Üniversitesi, İstanbul, Turkey, e-mail:dilek.ozsoy@nisantasi.edu.tr. Orcid: 0000-0002-7527-2196

# Development of Health System and Review of Health Policies in Turkey

## ABSTRACT

Health has become the most crucial agenda item, with the emergence of humanity. It can be said that throughout the ages, various measures have been taken to protect and improve human health. The ongoing scientific and technological advancements in the current century indicate significant strides being taken to preserve human health. The developments following the Industrial Revolution played a crucial role in the specialization of healthcare, eventually leading to the establishment of organized health systems. This study aims to examine the historical development of Turkey's healthcare system and the evolution of its health policies. The objective is to understand how healthcare services have been shaped over time and to identify the key dynamics involved. The study also explores the interaction between health policies and the country's political and social structures, highlighting the impact of these policies on public health. The significance of the study lies in its contribution to understanding the historical evolution of Turkey's healthcare system and its policies. The findings indicate that significant progress has been made in Turkey's healthcare system since the Industrial Revolution, with structural reforms after the Republic's establishment and notable advancements achieved through the Health Transformation Program initiated in 2003. Additionally, the study concludes that factors such as healthcare financing, legal frameworks, and social determinants have played a critical role in shaping health policies.

**Key Words:** Health Policies, Health Services in Turkey, Development of Health Services, Health Policies During the Republican Era, Health Systems

## 1. GİRİŞ

Kişinin yaşamsal faaliyetlerine ek olarak hayatını idame ettirecek faaliyetleri de gerçekleştirebilmesi için ilk olarak sağlıklı olması gereklidir. Sağlığını büyük ölçüde kaybeden kişiler toplumda kendine düşen en temel görevleri dahi yerine getiremeyecektir. Bu durum da kişinin çevresine, topluma veya ailesine fayda sağlayamamasına yol açacaktır. Ülkelerin genel yapılarına bakıldığında bireysel sağlığı kontrol etmeyi amaçlayan sağlık sektörünün çok farklı şekillerde sürdürüldüğü dikkat çekmektedir. Sağlık sistemleri, birbirinden farklı özelliklere sahip olan pek çok ülkenin sürdürdüğü farklı temellere dayanmaktadır. Bu bağlamda ülkelerin sunduğu sağlık hizmetlerinin de farklı şekillerde gerçekleştirildiğinden bahsedilebilir. Meydana gelen bu durum ülkeler özelinde farklı sağlık politikalarının uygulandığını göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin ve politikalarının tarihsel perspektiften ele alınması, toplumsal sağlığın korunması ve geliştirilmesi için kritik bir öneme sahiptir.

Sağlık hizmetleri, bireylerin temel yaşam aktivitelerini sürdürebilmeleri için hayati öneme sahiptir ve bu hizmetlerin erişilebilirliği, kalitesi ve sürdürülebilirliği toplumsal refahın temel taşlarını oluşturmaktadır. Sanayi devrimi ile birlikte dünya genelinde sağlıkta uzmanlaşmanın artması, sağlık sistemlerinin organize bir yapıya kavuşmasını sağlamış ve bu bağlamda Türkiye'deki sağlık sisteminin gelişimi de benzer bir evrim süreci izlemiştir. Cumhuriyetin ilanı ile birlikte sağlık politikalarında yapılan reformlar, Türkiye'nin sağlık hizmetlerini modernize etme ve yaygınlaştırma çabalarının bir parçası olmuştur. Özellikle 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye'nin sağlık sistemi üzerinde önemli etkiler yaratmış, modern sağlık hizmetlerinin toplumun geniş kesimlerine ulaşmasını sağlamıştır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimini ve bu süreçte şekillenen sağlık politikalarının dinamiklerini anlamaktır. Çalışma aynı zamanda bu politikaların ülkenin siyasi ve toplumsal yapısıyla olan etkileşimini de inceleyerek, sağlık hizmetlerinin sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerle olan ilişkisini ortaya koymayı hedeflemektedir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve bu hizmetlerin sürdürülebilirliğini sağlamak, ülkelerin kalkınma stratejilerinin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir ve bu bağlamda hazırlanan çalışma Türkiye’de bu alanda yapılan önemli adımları ve elde edilen sonuçları sunmayı amaçlamaktadır. Bu şekilde çalışmanın genel çerçevesi çizilmiş olup, sağlık hizmetleri ve politikalarının tarihsel gelişimi, toplumsal sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından kritik bir alan olarak ele alınmaktadır. Çalışmanın bu bağlamda sunduğu katkılar, Türkiye’de sağlık sisteminin tarihsel evriminin anlaşılmasına ve bu alandaki mevcut politikaların daha iyi değerlendirilmesine olanak sağlayacaktır.

### 1.1. Kavramsal Olarak Sağlık ve Sağlıkta Sosyal Belirleyiciler

Sağlık kavramı ilk kez 1950 yılında tanımlanmış ve o günden bugüne önemi giderek artmıştır (SRI, 2010: 3). Türkçede 'sağ olmak' eyleminden türeyen 'sağlık' kelimesi, İngilizce'de 'bütünlük' ve 'sağlamlık' anlamlarına gelen köklerden türemiştir. Sağlık kavramı işlevsel olarak ele alındığında, kişinin günlük ihtiyaçlarını ve aktivitelerini eksiksiz bir şekilde yerine getirebilme durumu olarak tanımlandığı görülmektedir (Yorulmaz, R., ve Erdem, R., 2021: 59). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de sağlık kavramını yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmaması olarak değil, aynı zamanda sosyal, ruhsal ve fiziksel anlamda da iyi olma hali olarak tanımlamaktadır (Ünsal, E., 2000: 13). Sağlıkla ilgili yapılan tanımlamaların odak noktası ise sağlıkta sosyal belirleyiciler kavramıdır. Bu bağlamda, sağlığın kişisel, sosyoekonomik ve çevresel faktörler doğrultusunda değişim gösterdiğini söylemek mümkündür. Sağlıkta sosyal belirleyicilerden biri kişisel faktörlerdir (Günler, O. E., 2022: 351). Bu faktörler arasında cinsiyet, yaş ve zihinsel veya fiziksel engellilik gibi durumlar bulunmaktadır. Bu faktörler, özellikle gelişmişlik düzeyi düşük olan toplumlarda, bireylerin sosyal hayatını olumsuz etkileyebilir. Zihinsel veya fiziksel engelliliğe sahip bireyler arasında bu olumsuz durumlar daha sık gözlemlenmektedir (Özdemir, H.,2023: 24). Bir diğer sosyal belirleyici sosyoekonomik faktörlerdir. Bu faktörler, toplumda statü farklılıklarına yol açmaktadır. Eğitimsizlik veya işsizlik gibi durumlar, bireylerin hem psikolojik hem de fizyolojik anlamda olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Özdemir, H.,2023: 24). Çevresel faktörler ise Sanayi Devrimi ile birlikte önem kazanmış ve sağlıkla ilgili belirleyiciler arasında yer almaya başla-

mıştır. Düzensiz konut yapımı veya endüstriyel ürünlerin kullanımı sırasında meydana gelen zararlı atıklar, ciddi çevre kirliliğine yol açmakta ve insan sağlığını olumsuz etkilemektedir (Inyinbor, Adejumo, A., vd., 2018: 34-36).

Dünya Sağlık Örgütü (2023), sağlıkta sosyal belirleyicileri, insanların sağlığını etkileyen sosyoekonomik ve çevresel faktörler olarak tanımlamaktadır. Bu sosyal belirleyiciler arasındaki eşitsizlikler, ülkeler arasında ve içinde sağlık eşitsizliklerine yol açmaktadır. Özellikle düşük gelirli ülkelerde ekonomik eşitsizlikler, yüksek sağlık risklerine ve mortalite oranlarına neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre, ekonomik sistemlerdeki eşitsiz dağılım, sağlık eşitsizliklerinin temel nedenlerinden biridir. Türkiye'de ise ekonomik eşitsizlikler, gelir dağılımındaki dengesizlikler ve işsizlik oranları gibi faktörlerle kendini göstermekte, düşük gelirli bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim daha zor hale gelmektedir.

DSÖ raporundaki verilere göre, düşük eğitim seviyesine sahip olan kişiler genellikle daha kısa ve sağlıksız yaşam sürelerine sahiptir. Bu durum, eğitim ve sosyoekonomik statünün sağlık üzerindeki güçlü etkisini göstermektedir. Türkiye özelinde eğitim seviyesindeki farklılıklar, sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlıklı yaşam tarzlarına sahip olma olasılığında önemli bir rol oynamaktadır. Düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı daha düşük seyretmektedir. DSÖ tarafından yayınlanan rapor, iklim değişikliği, şehirleşme, çevresel bozulma ve göç gibi küresel çevresel faktörlerin sağlık eşitsizliklerini daha da derinleştirdiğini belirtmektedir. Küresel ölçekte çevreyle ilgili risklerin artışı, sağlık üzerindeki olumsuz etkileri artırmaktadır. Türkiye'de sanayileşme, hava kirliliği ve düzensiz kentleşme, sağlık üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Özellikle büyük şehirlerde çevre kirliliği, solunum yolu hastalıklarını artırmaktadır. DSÖ raporu yapısal ayrımcılığın, sağlık eşitsizliklerinin önemli bir belirleyicisi olduğunu vurgulamaktadır. Cinsiyet ve ırk ayrımcılığı gibi yapısal faktörler, sağlık sonuçları üzerinde olumsuz etkilere sahiptir ve bu durumun iyileştirilmesi için uluslararası düzeyde daha fazla çaba gösterilmesi gerektiğini belirtmektedir. Türkiye'de ise cinsiyet, etnik köken ve engellilik gibi farklı kategorilerdeki bireyler yapısal ayrımcılıkla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum da sağlık hizmetlerine erişimde adaletsizlikler yaratmaktadır.

Görüldüğü gibi sağlıkta sosyal belirleyiciler, bireylerin ve toplumların sağlık durumunu derinlemesine etkileyen çeşitli faktörlerdir. Türkiye'deki sosyal belirleyiciler, küresel eğilimlerle paralellik gösterirken, ülkenin kendine özgü ekonomik, sosyal ve çevresel dinamikleri de bu belirleyicilerin etkisini şekillendirmektedir.

## 2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Toplumların sağlığını koruyabilmek, bireysel anlamda tedavileri sağlayabilmek ya da sakat bireylerin çevresindekilere bağımlı olmadan hayatına devam etmesini sağlamak tamamiyle sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmaktadır. Tüm bunlara ek olarak toplumların sağlık düzeyini en üst seviyeye çıkarmak da yine sağlık hizmetleri kapsamında gerçekleştirilmektedir. T. C. 1961 Anayasası'nda yer alan 48. maddede yer aldığı hali ile sağlık hizmetleri; “Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin görevidir” şeklinde tanımlanmaktadır (T.C. 1961 Anayasası, md.48). Sonrasında kabul edilen 1982 tarihli Anayasa'da bulunan 41. maddede ise sağlık hakkı ile alakalı “Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar. Devlet, her türlü istismara ve şiddete karşı çocukları koruyucu tedbirleri alır” ifadesine yer verilmiştir. Yine 1982 tarihli Anayasa'da yer alan 56. madde gereğince tüm bireylerin sağlıklı olma ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu üzerinde durulmuştur (T.C. 1982 Anayasası, md.56). Tüm bu anayasal düzenlemelerde de görüldüğü üzere sağlıkla alakalı düzenlemelerin pek çoğu anayasal düzeyde gerçekleştirilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması yapıldığında ise koruma, tedavi ve rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetlerin yer aldığı görülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri olarak da adlandırılabilir. Bu hizmetler, sağlıklı bireylerin hastalanmasını önlemeyi amaçlamaktadır. Yani koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığı korumak ve geliştirmek amacıyla sunulan tüm hizmetleri kapsamaktadır (Orhan, Ö., 2006: 44). Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri ise kişinin hastalanmasından sonra muayene ve tedaviyi içeren hizmetleri kapsar (Altay, A., 2007: 35).

Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri, hastalık veya kaza sonrası engelli duruma düşen bireylerin eski yaşam düzenine dönmesini sağlayacak çabaları içermektedir (Özkara, Y., 2006: 76). Bu hizmetler, hastalığın tedavisinden sonra oluşan sakatlıkların giderilmesi ve bireyin yeniden iş hayatına dönebilmesi için gerçekleştirilen tüm faaliyetleri kapsamaktadır (Akdur, R., 1998: 5). Sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetler ise bireylerin sağlık durumunu iyileştirmek için sürdürülen tüm çalışmaları ve hizmetleri kapsamaktadır (Demir, Ş., 2019: 8).

## 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Toplum sağlığının hem iyileştirilmesi hem de korunmasına dair tüm faaliyetler bireyin sağlığı üzerinde direkt etki yaratmaktadır. Aynı zamanda maliyetin artış göstermesi ve ortaya çıkan finansmanla alakalı sıkıntılar, sağlık hizmetlerine özel sektörün de dâhil olmasını gerektirmiştir (Okursoy, A., 2010:66). Okursoy'a (2010) göre sağlık hizmetlerinin özellikleri, hizmetlerin doğası gereği depolanamaz, elle tutulamaz ve gözle görülemez olmasını içerir. Bu hizmetler, sunulan kişiye ve koşullara bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Dolayısıyla hizmet kalitesinin sabit olmadığını söylemek mümkündür. Ayrıca araştırmacı sağlık hizmetleri kaynağından, yani sağlık profesyonellerinden ayıramaz olduğunu vurgulamaktadır. Bu özellik hizmetin doğrudan bu profesyonellerin bilgi ve becerilerine bağlı olduğu anlamına gelmektedir.

Waitzberg ve arkadaşları (2024) tarafından yapılan bir çalışmada ise, sağlık hizmetlerinin özellikleri erişilebilirlik, süreklilik, kapsamlılık ve koordinasyon olarak sıralanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin temel özelliklerinden biri, hizmetlerin herkes tarafından erişilebilir olmasıdır. Bu coğrafi, ekonomik veya sosyal engellerin olmadığı bir erişimi ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimin adil bir şekilde sağlanması, toplum sağlığını iyileştirmede önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği ise, bireylerin ihtiyaç duydukları her an bu hizmetlerden yararlanabilmesini sağlamaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık gereksinimlerinin tümünü karşılayacak şekilde kapsamlı olmalıdır. Kapsamlılık, sağlık hizmetlerinin hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetleri içermesini gerektirmektedir.

Son olarak araştırmacılar sağlık hizmetlerinin etkinliğinin, bu hizmetlerin farklı sağlık profesyonelleri ve kurumları arasında iyi koordine edilmesiyle artacağını ifade etmektedir. Koordinasyon, hastaların farklı hizmetler arasında sorunsuz bir şekilde geğiş yapmasını ve tüm bakım sürecinin entegre bir şekilde yürütülmesini sağlamaktadır. Bütün bu özellikler, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkililiğini artırmak için kritik öneme sahip olmaktadır.

## 2.2. Sağlık Hizmeti Sunucuları

Sağlık hizmetleri öncelikli olarak kişinin sonrasında da içinde yaşanılan toplumun sağlıklı olabilmesine ve sağlıklı olma halinin süreklilik göstermesine yardımcı olan bütün hizmetleri kapsamaktadır (Altay, A., 2007: 34). Bu bağlamda dünya genelinde tüm vatandaşlara sunulan sağlık hizmetlerinin farklı şekillerde kategorize edildiği söylenebilir. Bunlar folk sektör, popüler sektör ve profesyonel sektör olarak ifade edilmektedir.

Folk sektör, sağlık ya da hastalığa yönelik olarak resmi bir diploması bulunmayan, bununla birlikte toplumun bu konuda uzman olarak atfettiği kişilerden olmaktadır. Bu kişilerin sağlığa dair herhangi bir eğitimi ya da belgesi de bulunmamaktadır (Çatalca, H., 2000:6). Popüler sektöre bakıldığında ise tıbbi konulara yönelik olarak herhangi bir eğitimi veya uzmanlığı olmayan, sadece edindiği tecrübeler doğrultusunda danışmanlık hizmeti veren bireylerden oluştuğu söylenebilir (Çatalca, H., 2000: 6). DSÖ popüler sektörün, total sağlık hizmetlerinin neredeyse tamamında ortaya çıktığını ifade etmektedir (Sağlık Platformu, 2023: 1). Bütün bunlara ek olarak sağlık hizmetlerinde esas yetkin uygulamaları sürdüren profesyonel sektörün, aldığı eğitimde uzmanlaşan bireylerden oluştuğu görülmektedir. Bu bireylerin sahip olduğu uzmanlık resmi kurumlar tarafından da onaylanmıştır (Çatalca, H., 2000: 7).



### 3. SAĞLIK HİZMETİNİN HUKUKİ BOYUTU

Uluslararası sağlık hukuku, özellikle salgın hastalıklar ve küresel sağlık tehditlerine karşı önlem almayı amaçlayan yasal düzenlemeleri ve uluslararası anlaşmaları kapsamaktadır. 2024 yılında DSÖ'nün 77. Dünya Sağlık Asamblesi'nde kabul edilen Uluslararası Sağlık Tüzüğü'ne yönelik yeni değişiklikler, bu alandaki mevcut eksiklikleri gidermeye yönelik önemli adımlar içermektedir. Bu düzenlemeler küresel sağlık güvenliğini güçlendirmeyi hedeflerken, özellikle "eşitlik ve dayanışma" ilkelerini vurgulamaktadır. Değişiklikler salgın acil durumlarının daha hızlı tespiti ve müdahale edilmesi, sağlık ürünlerine eşit erişim sağlanması ve gelişmekte olan ülkelere finansal destek sağlanması gibi önemli yenilikler getirmektedir. Ancak bu değişikliklerin büyük bir kısmı esnek mekanizmalar üzerine kurgulandığından, zorlayıcı değil, daha çok danışma ve gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu durum uluslararası toplumun, ülkelerin iç işlerine müdahaleden kaçınma eğilimi gösterdiğini ve katı hesap verebilirlik mekanizmalarından çekindiğini ortaya koymaktadır (Berman, A., ve Sharma, K., 2024).

T. C. Anayasası'nda yer alan sosyal ve ekonomik haklar ve ödevler bölümünde bulunan 56. madde, sağlık hakkını net bir şekilde ortaya koymaktadır (Temiz, Ö., 2014:168). Sağlık hakkı aynı zamanda ikinci kuşak haklar arasında değerlendirilmektedir (Oğuz, M.Y., 1997:50). T. C. Anayasası'nda bulunan 60. madde, tüm vatandaşların ilk olarak sosyal güvenlik hakkına sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır. Devletin ise bu noktadaki rolü, güvenliği sağlayacak tedbirlerin alınmasıyla sınırlandırılmıştır (T.C. Anayasası, 1982, md.60). Sağlık hizmetinin hukuki boyutuna kronolojik bir şekilde bakıldığında ise aşağıda yer alan maddelerle özetlenmesi mümkündür.

- Kanun-i Esasi'nin 1876 yılında kabul edilmesi ile birlikte Osmanlı Devleti'nde ilk kez bir Anayasa kabul edilmiştir. Ancak ilgili Anayasa'da sağlık hakkında yönelik olarak herhangi bir ibarenin bulunmadığı söylenebilir. Vatandaşların temel hak ve özgürlüklerine yer verilen bu Anayasa'da kişinin yalnızca özgürlüğüne ve güvenliğine değinilmiştir (Bostancı, Y., 2007:33).

- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 1921 yılında kabul edilmesi ile birlikte pek çok gelişme yaşanmış ancak ilgili Anayasa yalnızca devletin kuruluşuna ve işleyişine odaklanmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1921).
- 1921 Anayasası'nda benzer şekilde 1924 yılında kabul edilmiş olan Anayasa' da da yalnızca temel hak ve özgürlüklerin üzerinde durulduğu söylenebilir. Dolayısıyla burada da sağlık hakkına yönelik olarak herhangi bir ibare bulunmamaktadır (Kuruca, M., 2012:28).
- 1924 yılında kabul edilen Anayasa' da ise özellikle salgın hastalıklar nedeniyle 78. madde getirilmiştir. Bu maddede sağlık ile alakalı yalnızca “Seferberlik ve sıkıyönetim hallerinin veya salgın hastalıklardan dolayı kanun gereğince alınacak tedbirlerin gerektirdiği kısıtların dışında yolculuk hiçbir kayıt altına alınmaz” ifadesi bulunmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1924, md.78).
- Türk hukukunda sağlık hakkı ile alakalı bir değerlendirme yapıldığında ilk kez 1961 ve 1982 Anayasaları'nda sağlık hakkına yönelik düzenlemeler yapıldığı söylenebilir. Bu yıllara gelinceye dek sağlıkla alakalı hukuki herhangi bir anayasal düzenleme gerçekleştirilmemiştir (Temiz, Ö., 2014:166). 1961'de kabul edilmiş olan Anayasa' da 48. ve 49. maddeler sağlıkla alakalı temel belirleyiciler üzerinde durmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1961, md.48, md.49). Aynı yıl kabul edilmiş olan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” da vatandaşa sunulacak sağlık hizmetlerinin sürekli bir şekilde ve entegre olarak sunulması gerektiği vurgulanmaktadır (Yıldırım, A., 1994:48). İlgili tüm uygulamalarla birlikte zaman içerisinde çeşitli gelişmeler yaşanmış ve halkın sağlık hizmetlerine çok daha kolay bir şekilde erişimi sağlanmaya çalışılmıştır (Kol, E., 2015:140- 141).
- 1982 yılında kabul edilmiş olan Anayasa' da ise sağlık hakkına dair son düzenlemelerin yer aldığını söylemek mümkündür. Anayasa'da yer alan 56. madde, tüm toplumların dengeli ve sağlıklı bir ortamda yaşama hakkına sahip olduğunu vurgulamaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982, md.56).

- Genel kapsamlı bir değerlendirme yapıldığında sağlık hakkının İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde ikinci kuşak haklar arasında yer aldığı söylenebilir. İlgili bildirmede yer alan 25. madde bütüncül bir şekilde sağlık hakkına odaklanılmaktadır. Bu madde gereğince kişinin hem kendisinin hem de ailesinin sağlık hakkı bulunduğu ifade edilmektedir (Alptekin, 2004: 137; BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 1948).
- 1961 yılında imzalanmış olan Avrupa Sosyal Şartı da 11. maddesi gereğince sağlığın korunması konusuna dikkat çekmektedir (Avrupa Sosyal Şartı, 1961, md.11).
- Son olarak 1978 yılında Kazakistan'da gerçekleştirilen “Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı” ile birlikte sağlık hizmetlerinin önemi net bir şekilde ortaya koyulmuştur. 1973 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık alanında ortaya çıkan yetersizliklere vurgu yapması ilgili konferansın gerçekleştirilmesinin en önemli sebepleri arasında yer almaktadır. 1978 yılında gerçekleştirilen konferansla birlikte 2000 yılına yönelik sağlık uygulamaları belli bir sisteme oturtulmuş ve katılımcı olan ülkeler adına kalkınmanın bir parçası halinde değerlendirilmiştir (Kıvanç, M. M., 2015:163).

Uluslararası sağlık hukuku ve Türkiye'deki sağlık hukuku, farklı tarihsel ve hukuki bağlamlarda gelişmiş olsalar da, her ikisi de toplum sağlığını korumaya yönelik önemli düzenlemeler içermektedir. Uluslararası sağlık hukuku, küresel sağlık tehditleri ve salgın hastalıklarla mücadele etmek amacıyla 19. yüzyıldan itibaren gelişmeye başlamıştır. Özellikle DSÖ'nün rehberliğinde yapılan uluslararası anlaşmalar ve düzenlemeler, küresel sağlık güvenliğini sağlamak için temel teşkil etmektedir.

2024 yılında DSÖ tarafından kabul edilen yeni Uluslararası Sağlık Tüzüğü değişiklikleri, eşitlik ve dayanışma ilkelerine vurgu yaparak, salgın hastalıkların hızlı tespiti ve müdahalesi, sağlık ürünlerine eşit erişim gibi konularda önemli yenilikler getirmiştir. Ancak bu düzenlemeler, büyük ölçüde gönüllülük esasına dayandığı için ülkelerin katı hesap verebilirlik mekanizmalarından çekindiği görülmektedir. Türkiye'deki sağlık hukuku ise, Osmanlı İmparatorluğu'ndan Cumhuriyet'e

uzanan süreçte, sağlık hakkının anayasal güvence altına alınmasıyla şekillenmiştir. Osmanlı dönemi anayasalarında sağlık hakkına ilişkin herhangi bir düzenleme yer almazken, 1961 ve 1982 Anayasaları ile bu hak anayasal güvence altına alınmıştır. 1982 Anayasası'nın 56. maddesi, tüm bireylerin dengeli ve sağlıklı bir ortamda yaşama hakkını vurgulamaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve halkın bu hizmetlere erişiminin kolaylaştırılması amacıyla 1961 yılında çıkarılan yasalar da bu sürecin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Görüldüğü gibi uluslararası sağlık hukuku, küresel iş birliği ve dayanışma üzerine kuruluyken, Türkiye'deki sağlık hukuku, ulusal düzeyde sağlık hakkını anayasal bir güvence altına alarak vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimini sağlamayı amaçlamaktadır. Her iki hukuk sistemi de kendi bağlamlarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik önemli adımlar atmıştır.

#### 4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerinin finansmanı genel olarak sunulan sağlık hizmetine yönelik finansal kaynakların kullanılmasını kapsamaktadır (Güvercin, A., vd., 2016:83). Sağlık hizmetinin sunumu esnasında ortaya çıkabilecek maliyetleri gidermek adına ihtiyaç duyulan maddi kaynaklara ulaşılması da sağlık hizmetleri finansmanı kapsamında değerlendirilmektedir (İstanbuluoğlu, H., vd., 2010:89). Sağlık ile alakalı finansmanın, özel ve kamusal finansman olarak iki şekilde incelendiği söylenebilir. Burada kamu tarafından sağlanan finansman kaynakları genel olarak prim ya da vergi gelirlerine dayanmaktadır. Özel finansmana bakıldığında ise özel sağlık sigortaları ile birlikte gerçekleştirilen cepten ödemelerin kullanıldığı görülmektedir. Bu sistemde hastalanan kişi sağlık hizmeti ile alakalı maliyetleri kendisi de karşılayabilir (Doğru, E., 2019:16). 2012 yılında çıkan Genel Sağlık Sigortası sistemi de Türkiye'de sürdürülen kamu finansman sisteminin en iyi örneklerindedir. Günümüzde halen uygulanan Genel Sağlık Sigortası'nın birinci hedefi toplumun genelini kapsayacak bir şekilde sürdürülen sağlık hizmetini bütün vatandaşlara eşit bir şekilde sunmaktır (Pekten, A., 2006:120). Özel sigortalar ise sağlıkla ilgili sürdürülen uygulamaların en önemlisi olarak varsayılmaktadır.

Özel finansman kaynakları kapsamında bulunan bu kaynağa bakıldığı zaman özel sağlık sigorta kuruluşlarının ödeme yaptığı görülmektedir (Doğru, E., 2019:17). Tüm bunlara ek olarak sürdürülen bir diğer uygulama cepten harcamalar olarak belirtilebilir. Bu harcamalar bilinen eski harcama türü şeklinde görülmekle birlikte kişinin aldığı sağlık hizmetinin karşılığını kendisinin vermesi olarak ifade edilebilir (İstanbulluoğlu, H., vd., 2010:90). Sağlıkta finansman yöntemleri dolaylı ve doğrudan finansman yöntemleri olarak iki şekilde kategorize edilmektedir. Doğrudan finansman yöntemleri, sağlık hizmetini alan kişinin direkt olarak finansman gerçekleştirilmesi ile sağlanmaktadır. Dolaylı finansman yönetiminde ise ortaya çıkan ödeme, sosyal sigorta ya da özel sağlık sigortası gibi çeşitli araçlarla karşılanmaktadır (Mutlu ve Işık, A. K., 2012:288). Dolaylı finansman dahilinde aracı kuruma belli bir ödeme yapılmaktadır. Hastalık öncesinde hastalık riskine karşı korunmak için gerçekleştirilen tüm bu ödemeler Sosyal Güvenlik Kurumu veya özel sigorta kapsamında yapılabilir (Ekici, D., 2013:15). Medeniyetlerin en önemli simgesi olan sosyal güvenlik kavramı tarihi süreç içerisinde tüm insanlık için evrensel bir değer meydana getirmiştir. İnsanların ortaya çıkabilecek herhangi bir tehditte korunma ihtiyacı neticesinde ortaya çıkan sosyal güvenlik kavramı, kişinin temel seviyede korunmasını amaçlamaktadır (Ayhan, A., 2012:45).

## 5. SAĞLIK REFORMU VE SAĞLIK POLİTİKASI

1980'li yıllardan sonra Türkiye'de pek çok reformun gerçekleştiği söylenebilir. Sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan maliyet artışları da sağlık hizmetlerine yönelik olarak çeşitli reformların yapılması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (Günaydın, D., 2011:327). İlgili dönemde farklı ülkelerdeki sağlık hizmetlerine yönelik çeşitli analizler gerçekleştirilmiş ve ilgili analizlere yönelik raporlar hazırlanmış ve bu bağlamda sağlık krizlerinin meydana gelebileceği konusuna değinilmiştir. İlk kez Şili'de uygulanan sağlık reformları sonrasında Yeni Zelanda, Hindistan ve Arjantin'de uygulanmaya başlamıştır. Türkiye'ye bakıldığında 1986'da bu reformlarla ilgili ilk adımların atıldığı görülmektedir (Hamzaoğlu, O. , 2011:26-27). Ülkelerin kendi yapısına uygun bir şekilde sürdürdüğü resmi sağlık politikalarının ilgili ülkeye yönelik en önemli sağlık göstergelerinden olduğunu söylemek mümkündür. Türkiye özelinde vatandaşların sağlık hakkı

1982 Anayasasında yer alan 56. maddeyle koruma altına alınmaktadır. İlgili madde tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu vurgulamakta ve bu korumanın devletin görevi olduğunu ifade etmektedir (Sargutan, E., 2005, 2016). Sağlık politikalarının hazırlanmasının yanı sıra uygulanması ve denetlenmesi gibi tüm süreçler devlet tarafından sürdürülmektedir. Aynı zamanda sağlık sektörünün sahip olduğu hassas yapı göz önünde tutulduğunda devlet kontrolü bulunmaksızın sağlık politikalarının hazırlanması mümkün görülmemektedir (Başol, E., ve Işık, A . 2015: 2016).

Dünya genelinde tüm ülkeler vatandaşlarının sağlığını muhafaza edebilmek ya da hasta vatandaşları tedavi edebilmek için çeşitli sağlık sistemleri geliştirmiştir (Culyer, A.J., ve Newhouse, J., 2000:13-19). İlgili sağlık sistemleri ile alakalı genel bir sınıflandırma yapılamasa da en temel sistem modellerinin üçe ayrıldığı söylenebilir. Bunlar; Beveridge modeli, Bismarck modeli ve genel sağlık sigortası modeli olarak sınıflandırılmaktadır (McCanne, D., 2010:2). Alman siyasetçi Otto von Bismarck tarafından ilk kez 1877 yılında ortaya koyulan Bismarck modeli, sağlık sistemi finansmanının kazanca bağlı sigorta primlerine dayanmasını ifade etmektedir. Aynı zamanda sosyal sigortanın bir zorunluluk olması ve hizmet sağlayıcılarının hem özel sektör hem de kamudan faydalanması, ilgili modelin temel özelliklerindedir (Lameire, N. J., vd, 1999:3). II. Dünya Savaşı sonrasında William Beveridge tarafından ortaya koyulan Beveridge Modeli ise sağlık hizmetlerinin bütüncül bir şekilde devlet tarafından finanse edilmesi gerektiğini ifade etmektedir (Immergut, E. M. 1992: 5). Bütün bunlara ek olarak Genel Sağlık Sigortası Modeli ise karma model olarak tanımlanabilir. Diğer sistemlerle kıyaslandığı zaman daha kolay bir yönetime ve organizasyona sahip olan bu sistem ilk kez Kanada'da kabul edilmiştir. Sonrasında Tayvan ve Güney Kore gibi ülkelerde de bu sistemin uygulanmaya başladığı görülmektedir (Woolhandler, S., vd., 2003:773).

## 6. TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK POLİTİKALARININ KRONOLOJİK GELİŞİMİ

Osmanlı imparatorluğu dönemi incelendiğinde sağlık ile ilgili politika ve uygulama süreçlerinde monarşinin izlerine rastlandığı görülmektedir (Akdur, R . , 1998:2). Osmanlı Devleti'nde sağlık işlerini sürdüren

herhangi bir resmi kurum bulunmamaktadır (Beylik, U.,2015: 184). Osmanlı döneminde sağlıkla alakalı yaşanan gelişmelerden en önemlisi 1839 yılında "Beynelmilel Sıhhiye Meclisi"nin kurulmasıdır. İlgili meclis, dönemde bütün sivilleri kapsayan en kapsamlı sağlık kuruluşu olarak görülmüştür. 1849 yılında hekim başı kurumunun kaldırılmış, 1862 yılında ise hekimlik uygulamalarına dair nizamname hazırlanmıştır (Beylik, U., 2015:185). 1867 yılında İdare-i Umumiye-i Vilayat Nizamnamesi yayınlanmıştır. 1906 da ise Meclis-i Maarifi Sıhhiye kurulmuştur (Akdur, R. , 1998:3).

1920 yılında Sağlık Bakanlığı kurularak sağlıkla alakalı en önemli adımlardan birisi atılmıştır. İlgili dönemde Sağlık Bakanlığı'nın kurucusunun Adnan Adıvar olduğu bilinmektedir (Özdemir, H. , 2023: 27). 1923 yılına gelinceye dek savaşın olumsuzluklarının sürmesi bu dönemde sağlıkla alakalı en etkin uygulamaların savaşın yaralarının sarılması olduğunu göstermektedir (İstanbul Tabip Odası, 2021). Cumhuriyetin ilanı ile birlikte Sağlık Bakanı görevini Refik Saydam üstlenmiştir (İstanbul Tabip Odası, 2021). Refik Saydam ile birlikte sağlık teşkilatında dikey bir yapılanmaya geçilmiş ve tedavi edici-koruyucu hekimlik hizmetleri birbirinden ayrılmıştır (Çavmak, Ş., ve Çavmak, D., 2017:50). İlgili yıllarda sağlıkla alakalı pek çok kanun kabul edilmiş ve bu kanunlar sağlık hizmetlerinin şekillenmesine büyük ölçüde fayda sağlamıştır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

1946-1960 yılları arasına bakıldığında ise II. Dünya Savaşı'nın yıkımlarının halen etkilerini hissettirdiği görülmektedir. Bu dönemde Uluslararası Sağlık Konferansı düzenlenmiş ve konferansa katılan ülkelerle birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası meydana getirilmiştir (T. C. Dışişleri Bakanlığı, 2023). Refik Saydam'ın bulaşıcı hastalıklara dair pek çok gelişmeye önayak olması beraberinde ilk aşular üretilmeye ve uygulanmaya başlamıştır (Özdemir, H., 2023:27). Behçet Uz sağlık bakanlığı görevine gelmiş ve "Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planı'nı" uygulamaya koymuştur (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2023). 1960 yılında yaşanan darbe neticesinde sağlıkla alakalı pek çok öneri gündeme gelmeye başlamıştır. Dönemde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dair bir görüş birliğine varıldığı da söylenebilir (Özdemir, H., 2023: 28).

1961 yılında kabul edilen Anayasa tarafından öngörüldüğü haliyle sağlık alanında farklı bir örgütlenmeye gidilmiştir. Yıllarda Sağlık Bakanlığı görevi yapan Nusret Fişek önderliğinde, 1960 yılında “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” kabul edilmiştir (Altındağ, Ö., ve Yıldız, A., 2020:166).

1961 yılında yaşanan gelişmelerden sonra sosyal devlet anlayışı kabul edilmeye başlanmış ancak 1980 yılından sonra dünyayı tamamıyla neoliberal akımlar etkilemeye başlamıştır. Bu dönemde Türkiye’de de çeşitli olumsuzlukların ortaya çıktığını söylemek mümkündür (Özdemir, H., 2023:29). 1980 yılında yaşanan askeri darbeyle birlikte toplum büyük bir baskı altında kalmış ve sağlık politikaları da köklü bir şekilde değişmeye başlamıştır (Altındağ, Ö., ve Yıldız, A., 2020:167). Bu dönemde 2514 Sayılı “Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun” kabul edilmiştir (Akdur, R., 2008: 9).

2002 yılında hükümet tarafından gerçekleştirilen Acil Eylem Planı açıklamasında sağlıkla alakalı öncelikler vurgulanmıştır. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığının yönetsel olarak yeniden yapılandırılması gerekliliği üzerinde durulmuştur. (Çilhoroz, Y., ve Arslan, İ., 2018:801). Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında gerçekleştirilecek tüm gelişmeler, temelde sağlık hizmetlerinde meydana gelen problem ve aksaklıklara çözüm olabilmek için ortaya çıkmıştır (Memişoğlu, D. , 2016: 65–74). Bu bağlamda Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir dönüm noktası olduğunu söylemek mümkündür (Özgen, D., 2023: 61).

## 7. TÜRKİYE'NİN VE DİĞER ÜLKELERİN SAĞLIK HARCAMALARI

Dünya genelinde sağlık harcamalarına bakıldığında çeşitli eşitsizliklerin görüldüğü söylenebilir. Gelir düzeyi daha yüksek olan ülkeler küresel sağlık harcamalarının çok büyük bir kısmını oluştururken sağlık harcamalarının %40'ından fazlasının Amerika Birleşik Devletleri tarafından gerçekleştirildiğini söylemek de mümkündür. Yüksek gelirli ülkeler incelendiğinde kişi başına düşen sağlık harcamaları miktarının, düşük gelirli ülkelere nazaran daha yüksek olduğu daha dikkat çekmektedir (WHO, 2021). Sağlık harcamaları ile ilgili Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan bir tanımda sağlık harcamaları kapsa-



mında değerlendirilmesi gereken ögelerin; ilaçlar, tedavi malzemeleri, tedavi aletleri, sağlık ürünleri ya da ek tüketim harcamaları olduğu ifade edilmektedir (TÜİK, 2020).

TÜİK verilerine göre 2013 ve 2022 yılları arasında sağlık harcamalarının, 2020 yılından sonra ivmeli bir şekilde artış gösterdiği görülmektedir. Koronavirüs pandemisi ile birlikte ortaya çıkan bu etki, 2022 yılında ortaya koyulan verilerin önceki yıla nazaran %71,5'lik bir artışa uğramasına sebep olmuştur. Yani 2022 yılında 606 milyar 835 milyon TL'lik harcama yapıldığını söylemek mümkündür. Genel sağlık harcamalarında ise önceki yıllara göre %65,4'lük artış yaşandığı dikkat çekmektedir. Özel sektör verileri 2022 yılında daha önceki yıla nazaran %94,4'lük bir artış ortaya çıktığını göstermektedir (TÜİK, 2022). Pandemi sürecinde dünya genelinde hem vatandaşlar hem de sağlık sektörü için büyük olumsuzluklar meydana gelmiştir. Dünya genelinde en gelişmiş ülkeler olarak kabul edilen ülkelerde bile sağlık sektöründe ortaya çıkan eksiklikler, pandemi etkileri ile birlikte belirgin hale gelmiştir. Ancak bu noktada sağlığa daha geniş bir bütçe ayıran ülkelerin sağlıkta ortaya çıkan sorunlarla baş etme konusunda daha avantajlı olduğu söylenebilir (Euronews, 2022). Dünya genelinde sağlığa ne kadar önem verildiği, yalnızca gerçekleştirilen sağlık harcamaları ile değil, mevcut ekonomik büyüklükle de ilintilidir. 1990 ve 2000 yılların başına bakıldığında zaman Avrupa Birliği ülkelerinin genel olarak daha kapsamlı sağlık harcamaları yaptığı dikkat çekmektedir (OECD, 2023). 2020 yılında ise Avrupa Birliği'nin gayrisafi yurtiçi hasılasının %10,9'unun sadece sağlık hizmetlerine ayrıldığını söylemek mümkündür. Benzeri görülmeyen bu sağlık harcamaları pek çok ülkede benzer şekilde sürdürülmüştür. Fransa ve Almanya özelinde bir değerlendirme yapıldığında oranın %12 olduğu, Hollanda, Belçika, Avusturya ve İsveç'te ise bu oranın %11 olduğu görülmektedir. Sağlıkla alakalı ekonomik çıktının en düşük payları ise Lüksemburg (%5,8), Romanya (%6,3), Polonya (%6,5) ve İrlanda'da (%7,1) ortaya çıkmıştır. Türkiye özelinde bakıldığında ise %4,6'lık bir oran ile, sağlık alanına en az payı ayıran ülke olduğu görülmektedir (OECD, 2023). 2022 verileri incelendiğinde ise Almanya'nın sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içerisindeki payının %12,8 olduğu dikkat çekmektedir. İlgili oran Fransa'da %12,2, İngiltere'de ise %12 olarak ortaya çıkmıştır. Lüksemburg,

Hırvatistan ve Türkiye’de yine %6’nın altında kalan sağlık harcamaları payı ile birlikte, sağlığa en az payı ayıran ülkelerdendir (OECD, 2023).

Tüm bu veriler sağlık harcamalarının ülkeler arasındaki farklılıkları ve bu harcamaların ülkelerin ekonomik büyüklükleriyle olan ilişkisini ortaya koymaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde, düşük gelirli ülkelere göre kişi başına düşen sağlık harcamaları daha yüksek olmaktadır. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri (ABD) dünya genelindeki sağlık harcamalarının %40’ından fazlasını gerçekleştirerek küresel sağlık harcamalarında büyük bir payı meydana getirmektedir. Bu durum ABD’nin sağlık sistemine büyük kaynaklar ayırdığını göstermekte aynı zamanda, Avrupa Birliği ülkeleri de sağlık harcamalarına önemli bir pay ayırmaktadır. 2020 yılında Avrupa Birliği’nin Gayrisafi Yurtiçi Hasılasının (GSYİH) %10,9’u sağlık hizmetlerine ayrılmış, Fransa ve Almanya gibi ülkelerde bu oran %12’ye kadar çıkmıştır. Ancak Türkiye’nin sağlık harcamalarına bakıldığında Avrupa Birliği ülkelerine kıyasla oldukça düşük olduğu görülmektedir. OECD verilerine göre, Türkiye 2022’de GSYİH’sının sadece %4,6’sını sağlık harcamalarına ayırmıştır, bu da onu sağlık harcamalarına en az pay ayıran ülkeler arasında göstermektedir. Özellikle pandemi sürecinde sağlık harcamalarının artmasına rağmen, Türkiye’nin sağlık bütçesi diğer gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmaktadır.

Bu veriler, sağlık harcamalarının ülkelerin ekonomik gücü ile doğrudan ilişkili olduğunu ve bu harcamaların sağlık sistemlerinin pandemiler gibi kriz durumlarında ne kadar dayanıklı olabileceğini belirlediğini ortaya koymaktadır. Sağlığa yeterince bütçe ayıran ülkelerin, pandemi gibi krizlerle daha etkili bir şekilde başa çıkabilmeleri mümkün olacaktır. Türkiye’nin sağlık harcamaları oranını arttırması durumunda bu tür krizlere karşı savunma gücünün artacağı öngörülmektedir.

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sanayi devriminden sonra göçlerin hızlı bir şekilde yaşanması ve beraberinde gelen nüfus artışı sağlık sorunlarının ciddi boyutlara ulaşmasına yol açmış ve bu durum da sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması konusunu gündeme getirmiştir. Tüm vatandaşlara eşit bir şekilde sunulması amaçlanan sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması ile beraber, farklı şekillerde sınıflandırılan sağlık hizmetleri refah devletle-

rinde evrensel hak anlayışıyla yapılandırılmıştır. Kapitalist sistemlerde ise emeğe dayalı bir şekilde sürdürüldüğü söylenebilir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre sağlık harcamalarının kontrol edilebilmesi için gerçekleştirilen çalışmalarının temeli ise ilgili harcamaları azaltmak ve aynı zamanda hizmet etkinliğinin artırılmasına dayandırılmıştır. Türkiye'de sağlıkla alakalı gerçekleştirilen en önemli gelişmenin 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yaşandığını söylemek mümkündür. Bu program kapsamında genel sağlık sigortası, aile hekimliği ve hastane bağlantıları gibi farklı düzenlemeler yapılmıştır. İlgili gelişmeler neticesinde sağlık reformları, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin artmasına ve etkinliğinin geniş kapsamlı bir şekilde sürdürülmesine yardımcı olmuştur. Bu bağlamda nitelikli insan kaynağının yetiştirilmesi ve aynı zamanda sağlık harcamalarının kontrollü bir şekilde yapılması ilgili reformların başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için kritik bir rolü üstlenmektedir.

**Çıkar Çatışması :** Makalede hiçbir suç unsuruna veya kanuna aykırı ifadeye yer verilmemiş, araştırma yapılırken araştırma ve yayın etiğine uygun hareket edilmiştir.

## KAYNAKLAR

- Akdur, R. (1998). Türkiye'de sağlık politika ve hizmetleri. Erişim adresi: <https://www.recepakdur.com/media/1445/36-akdur-r-tu-rkiyede-sag-lik-politika-ve-hizmetleri-yeni-tu-rkiye-4-23-24-1984-1995-eylu-l-aralik-1998.pdf>. Erişim tarihi: 30.11.2023.
- Akdur, R. (2008). Cumhuriyetten günümüze Türkiye'de sağlık. 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008). Ankara. Erişim adresi: <https://www.recepakdur.com/media/1372/04-akdur-r-cumhuriyetten-gu-nu-mu-ze-tu-rkiye-sag-lik-12ulusal-halk-sag-lig-i-kongresi-21-25-ekim-2008-ankara-kitabi-sayfa-45-71.pdf>. Erişim tarihi: 30.11.2023.
- Alptekin, K. (2004). Sağlık hakkı ve insan hakları üzerine bir değerlendirme. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuku Tarihi Dergisi*, 12(2).
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, (64), 33-58.
- Altındağ, Ö., Yıldız, A. (2020). Türkiye'de sağlık politikalarının dönüşümü. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 10 (1), 157-184.
- Avrupa Sosyal Şartı. (1961). Erişim adresi: <https://www.anayasa.gov.tr/media/3680/avrupasosyalsarti.pdf>. Erişim tarihi: 12.12.2023.
- Ayhan, A. (2012). Sosyal güvenlik kavramı ve sosyal güvenlik ilkeleri. *SGD Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2(1), 41-55.
- Başol, E., Işık, A. (2015). Türkiye'de sağlık politikalarında güncel gelişmeler: Sağlıkta dönüşüm programından günümüze bazı değerlendirme ve öneriler. *International Anatolian Academic Online Journal Dergisi*, 2, 1-26.
- Berman, A., Sharma, K. (2024). The new amendments to the International Health Regulations (77th WHA, 2024). NUS Centre for International Law.
- Beylik, U., Kayral, İ. H., Çıraklı, Ü. (2015). 13. Yüzyıldan 21. yüzyıla türk sağlık sisteminin gelişim süreci üzerine bir derleme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(4), 183-189.
- BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, (1948). Erişim adresi: <https://www.ihd.org.tr/insan-haklari-evrensel-beyannames/>. Erişim Tarihi: 01.11.2023.
- Bostancı, Y. (2007). Sosyal güvenlik hukukunda genel sağlık sigortası. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.
- Culyer, A. J., Newhouse, J. (2000). Introduction: The state and scope of health economics, handbook of health economics (1A). Elsevier Science B.V., (Amsterdam, The Netherlands).

- Çatalca, H. (2000). Sağlık hizmetleri yöneticilerinin yönetim eğitimi ihtiyaçlarının belirlenmesi: Kocaeli örneği. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Çavmak, Ş., Çavmak, D. (2017). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Çilhoroz, Y., Arslan, İ. (2018). Sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarının değerlendirilmesi: Akademisyenler üzerinde nitel bir araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(28), 798-810.
- Demir, Ş. (2019). Sağlık hizmetlerinde bölgesel eşitsizliklerin analizi ve türkiye örneği. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Doğru, E. (2019). Uzun dönemli kamu sağlık harcamalarında sosyoekonomik belirleyiciler: Türkiye örneği. Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Dünya Sağlık Örgütü (2023). World Health Organization, Social determinants of health Progress of the World Report on Social Determinants of Health Equity, EXECUTIVE BOARD EB154/21 154th session 18 December 2023 Provisional agenda item 19.
- Ekici, D. (2013). Sağlık bakım hizmetinin yönetimi. Sim Matbaacılık, İstanbul.
- Euronews (2022). Sağlık harcamaları. Erişim adresi: <https://tr.euronews.com/next/2022/04/05/sagl-k-harcamalar-n-n-milli-gelire-oran-oecd-ve-ab-de-sagl-ga-en-az-pay-ay-ran-ulke-turkiye>. Erişim tarihi: 28.12.2023.
- Günaydın, D. (2011). Sağlık hizmetlerinde küresel reform yaklaşımları. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 1, 60.
- Günler, O. E. (2022). Social inequality in aging. *Current Perspectives in Social Sciences*, 26(4), 350-360.
- Güvercin, A., Mil, H. İ., Tarım, B. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sosyal güvenlik kurumu (SGK). *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7(13), 80-94.
- Hamzaoğlu, O. (2011). 1980 sonrası sağlık reformları, kapitalizmin krizi ve sağlık.
- Immergut, E. M. (1992). Health politics: Interests and institutions in Western Europe. Cambridge University Press Archive.

- Inyinbor, Adejumo, A., Adebesein, Babatunde, O., Oluyori, Abimbola, P., Adelani-Akande, Tabitha, A., Dada, Adewumi, O. and Orefofe, Toyin, A. (2018). Water pollution: Effects, prevention, and climatic impact. InTech.
- İstanbul Tabip Odası (2021). Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları ve örgütlenme, 1920-1960 - Necati Dedeoğlu. Erişim adresi: <https://www.istabip.org.tr/6738-cumhuriyet-donemi-saglik-politikalari-ve-orgutlenme-1920-1960-necati-dedeoglu.html>. Erişim tarihi: 30.11.2023.
- İstanbulluoğlu, H., Güleç, M., Oğur, R. (2012). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- Kıvanç, M. M. (2015). Evrensel sağlık bildireleri ve türkiye’de sağlık reformları. Erişim adresi: [https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD\\_2\\_3\\_162\\_166.pdf](https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD_2_3_162_166.pdf). Erişim tarihi: 01.11.2023.
- Kol, E. (2015). Türkiye’de sağlık reformlarının sağlık hakkı açısından değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Journal Of Social Securty, 1(1).
- Kuruca, M. (2012). Genel sağlık sigortası. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.
- Lameire, N., Joffe, P., Wiedemann, M. (1999). Healthcare systems—an international review: An overview. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(6), 3-9.
- McCanne, D. (2010). Health care systems-four basic models; Physicians for a National Health Program (PNHP). Erişim adresi: [https://www.pnhp.org/single\\_payer\\_resources/health\\_care\\_systems\\_four\\_basic\\_models.php](https://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php). Erişim Tarihi: 31.10.2023.
- Memişoğlu, D. (2016). Bir kamu politikası analizi örneği: Sağlıkta dönüşüm programı. *Yasama Dergisi*, (34), 62–93.
- Mutlu, A. Işık, A. K. (2012). Sağlık ekonomisine giriş. Ekin Kitapevi, Bursa.
- OECD. (2023). Health expenditure in relation to GDP, Erişim adresi: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/788a13b4-en/index.html?itemId=/content/component/788a13b4-en>. Erişim tarihi: 28.12.2023.
- Oğuz, N. Y. (1997). Hasta hakları alanındaki gelişmeler ve değişen değerler. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 5, 50-5.
- Okursoy, A. (2010). Türkiye’de sağlık sistemi ve kamu hastanelerinin performanslarının değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

- Orhan, Ö. (2006). Küreselleşme süreci ve Türkiye'de sağlık politikaları. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Kamu Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi.
- Özdemir, H. (2023). Türk sağlık sisteminin sağlık göstergelerine etkileri ve OECD ülkeleri ile karşılaştırılması. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Özgen, D. (2023). Sağlık ekonomisi yüksek lisans programı sağlıkta dönüşüm programı sonrası Türkiye'de sağlık hizmetleri arzı ve arzı etkileyen faktörlerin analizi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Özkara, Y. (2006). Birinci Basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin sağlık ekonomisindeki yeri ve önemi: Bir uygulama. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Pekten, A. (2006). Genel sağlık sigortası sistemi ve getirdiği yenilikler. *Sayıştay Dergisi*, (61), 119-138.
- Sağlık platformu (2023). Sağlık hizmetleri. Erişim adresi: <https://www.saglikplatformu.com/saglik-hizmetleri/>. Erişim tarihi: 03.10.2023.
- Sargutan, E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8, 401-428.
- SRI. (2010). Spas and The Global wellness market: Synerges and opportunities, Prepared By Srı International.
- T. C. Dışişleri Bakanlığı (2023). Dünya Sağlık Örgütü Teşkilatı. Erişim adresi: <https://www.mfa.gov.tr/who.tr.mfa#:~:text=D%C3%BCnya%20Sa%C4%9F1%C4%B1k%20Te%C5%9Fkiyat%C4%B1%2C%20Anayasas%C4%B1n%C4%B1n%2026,May%C4%B1s%20ay%C4%B1nda%20Cenevre'de%20d%C3%BCzenlenmektedir>. Erişim tarihi: 30.11.2023.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (2023). Sağlık Bakanlığının tarihçesi. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html>. Erişim Tarihi: 30.11.2023.
- T.C. 1961 Anayasası. (1961, 9 Temmuz). T.C. Resmi Gazete (Sayı:334). Erişim adresi: <https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1961-anayasasi/>. Erişim tarihi: 02.10.2023.
- T.C. 1982 Anayasası. (18 Ekim 1982). T.C. Resmi Gazete (Sayı:2709). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf>. Erişim tarihi: 02.10.2023.

- Temiz, Ö. (2014). Türk hukukunda bir temel hak olarak sağlık hakkı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 69(01), 165-188.
- TÜİK (2020). Hanehalkı Bütçe Araştırması Tüketim Harcamaları Birleşik Mikro Veri Seti 2016-2017- 2018. Erişim Adresi: <https://www.tuik.gov.tr/media/microdata/pdf/hanehalki-butce.pdf> (Erişim Tarihi: 26.12.2023).
- T.C. 1924 Anayasası. (20 Nisan, 1924). Erişim adresi: <https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1924-anayasasi/>. Erişim tarihi: 01.11.2023.
- T.C. 1921 Anayasası. (20 Ocak, 1921). Erişim adresi: <https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1921-anayasasi/>. Erişim tarihi: 01.11.2023.
- Ünsal, E. (2000). Sağlık mal ve hizmetlerinde piyasa aksaklıkları. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Waitzberg, R., Pfundstein, I. D, Maresso, A., Rechel, B., Van, Ginneken, E., Quentin, W. (2024). Analysis of health system characteristics needed before performance assessment. *Bull World Health Organ*, Jul 1, 102(7), 547-549.
- WHO. (2021). Global expenditure on health: public spending on the rise? Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1400583/retrieve>. Erişim tarihi: 26.12.2023.
- Woolhandler, S., Campbell, T., Himmelstein, D. U. (2003). Costs of health care administration in the united states and canada. *New England Journal of Medicine*, 349(8), 768–775.
- Yıldırım, A. (1994). 1961 Anayasasında “sosyal devlet ve sağlık hakkı”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 9(60).
- Yorulmaz, R., Erdem, R. (2021). Sağlıklı yaşam üzerine kavramsal bir çerçeve. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7 (1), 57-74.