



Türkiye’de 100 Yıllık Sağlık Politikaları: Kontrol Düğmeleri Kapsamında Doküman Analizi Örneği ¹

Mustafa AMARAT ² - Deniz GÜNEŞ ³

Başvuru Tarihi: 19.06.2023

Kabul Tarihi: 19.09.2023

Makale Türü: Araştırma Makalesi

Öz

Sağlıklı olmanın koşulsuz olarak bir hak olduğu kabul edildiği günümüzde devletlerin vatandaşlarına sağlık hizmeti sunarken izlemiş olduğu politikalar toplum sağlığı için en belirleyici unsurlardan biridir. Geçmişten günümüze kadar hükümetlerin izlemiş olduğu sağlık politikaları toplumun ihtiyaçları ve konjonktürel değişkenler doğrultusunda dönemsel olarak değişiklik göstermiştir. Türkiye’de de Cumhuriyetin ilanı ile birlikte sağlık alanında birçok atılım yapılmış ve günümüze kadar izlenen sağlık politikaları dönemsel olarak farklı yaklaşımlar benimsenmiştir. Bu araştırmanın amacı, T.C. Sağlık Bakanlığının kuruluşundan günümüze kadar uygulanmış sağlık politikalarını analiz etmek ve sonuçlarını incelemektir. Araştırma kapsamında nitel araştırma yöntemlerinden doküman analizi kullanılmıştır. Türkiye’de 100 yıllık sağlık politikalarına ilişkin bilgileri Sağlık Bakanlığı internet sitesinde yer alan sağlık istatistik yıllıkları ile meclis tutanakları ve kürsü konuşmalarının yıllık yayınları analiz edilmiştir. 100 yıllık sağlık politikaları değerlendirilirken kontrol düğmeleri (finansman, ödeme, organizasyon, düzenlenme ve davranış) kapsamında değerlendirilmiştir. 100 yıllık süreç içerisinde izlenen politikalar genel olarak değerlendirildiğinde yatay örgütlenme ve kamu sağlığı uygulamalarının zaman içerisinde dikey örgütlenme ve bireysel sağlık politikalarına dönüştüğü görülmektedir. Sağlık çıktılarına bakıldığında ise her dönemin kendisine özgü birtakım sorunları (örgütlenme, finansman, erişim, bulaşıcı hastalıklar vs.) olmasına rağmen her dönem sağlık statüsünde önemli iyileşmelerin olduğu ifade edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Politikaları, Kontrol Düğmeleri, Doküman Analizi, Türk Sağlık Sistemi

Atıf: Güneş, D. ve Amarat, M. (2023). Türkiye’de 100 yıllık sağlık politikaları: Kontrol düğmeleri kapsamında doküman analizi örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(Özel Sayı), 219-240.

¹ Bu çalışma etik kurul izin belgesi gerektirmemektedir.

² Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, mustafaamarat@odu.edu.tr, ORCID: 0000-0001-8954-6314

³ Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, denizgunes@odu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-1995-8142



100 Years of Health Policies in Turkey: An Example of Document Analysis in the Scope of Control Knobs

Mustafa AMARAT⁴ - Deniz GÜNEŞ⁵

Submitted by: 19.06.2023

Accepted by: 19.09.2023

Article Type: Research Article

Abstract

Today, when it is accepted that being healthy is an unconditional right, the policies followed by the states while providing health services to their citizens are one of the most determining factors for public health. From the past to the present, the government's health policies have changed periodically in line with the needs of society and cyclical variables. With the proclamation of the Republic in Turkey, many breakthroughs have been made in the field of health, and different approaches have been adopted periodically in the health policies followed until today. The aim of this research is to analyze the health policies that have been implemented since the establishment of the Republic of Türkiye Ministry of Health and to examine the results. Within the scope of the research, document analysis was used. The annual publications of health statistics yearbooks, parliamentary minutes, and lectern speeches on the website of the Ministry of Health, information on 100 years of health policies in Turkey were analyzed. While evaluating 100 years of health policies, it was evaluated within the scope of control knobs (financing, payment, organization, regulation and behavior). When the policies followed in the 100 years are evaluated in general, it is seen that horizontal organization and public health practices have turned into vertical organization and individual health policies over time. Considering the health outcomes, it can be stated that although each period has its problems (organization, financing, access, communicable diseases, etc.), there are significant improvements in health status in each period.

Keywords: Health Policies, Control Knobs, Document Analysis, Turkish Health System

⁴ Ordu University, Faculty of Health Sciences, Healthcare Management Department, mustafaamarat@odu.edu.tr, ORCID: 0000-0001-8954-6314

⁵ Ordu University, Faculty of Health Sciences, Healthcare Management Department, denizgunes@odu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-1995-8142

Giriş

Sağlıklı olmanın koşulsuz olarak bir hak olduğu kabul edildiği günümüzde devletlerin vatandaşlarına sağlık hizmeti sunarken izlemiş olduğu politikalar toplum sağlığı için en belirleyici unsurdur. Geçmişten günümüze kadar hükümetlerin izlemiş olduğu sağlık politikaları toplumun ihtiyaçları ve konjonktürel değişkenler doğrultusunda dönemsel olarak değişiklik göstermiştir. Türkiye’de de Cumhuriyetin ilanı ile birlikte sağlık alanında birçok atılım yapılmış ve günümüze kadar izlenen sağlık politikaları dönemsel olarak farklı yaklaşımlar benimsenmiştir. Ülkelerin sağlık sistemleri yıllar içerisinde kendi süreçleri, zorlukları, perspektifleri ve politikaları ile şekillendikleri görülmektedir. Tabii ki bu politika ve sistemlere etki eden ulusal ve uluslararası olaylarda etki etmiş ve etmektedir. Türkiye Cumhuriyeti’nin 100 yıldır devam sağlık sisteminde izlediği politikaları ve sağlık statüsünün yıllar içerisindeki gelişimi bu çalışmada incelenecektir. Böylece gelecek 100 yılımıza ışık tutacağı düşünülmektedir. Bir politik sürecin veya yıllar içerisinde izlenen stratejilerin tamamını ele almak neredeyse imkânsız bir süreç olarak kabul edilebilir. Bu sebeple Türkiye Cumhuriyeti’nin sağlık sistemine ilişkin 100 yıllık süreci, organizasyonu, finansmanı, ödeme sistemi, düzenlenmesi ve davranış boyutları ile ara ve nihai sonuçlar çerçevesinde ele alınmıştır.

Metodoloji

Araştırmada nitel araştırma yöntemi tercih edilmiştir. Nitel araştırma tekniklerinden doküman analizi tekniği tercih edilmiştir. Doküman analizleri ilgili konuya bağlı olarak oluşturulan külliyyatın incelenmesi içermektedir. Birçok çalışmada kullanılan bu yöntem çoğu zaman farklı nitel desenlerde çalışan araştırmacılar için güvenilirlik boyutu içerisinde ikincil verilerin analizinden oluşmaktadır. Bu manada doküman analizi basılı veya elektronik materyallerin sistematik incelemesi olarak yorumlanabilir (Corbin ve Strauss, 2008). Bu sebeple öncelikle sağlık bakanlığı internet sitesinde yer alan sağlık istatistik yıllıkları ile meclis tutanakları ve kürsü konuşmalarının yıllık yayınları amaca uygun bir şekilde elde edilmiştir.

Verilerin Analizi ve Güvenirliliği

Araştırma kapsamında 1920 ile 2023 yılları arasında yayınlanmış Sağlık Bakanlığında yer alan tüzük, yönetmelikler ile birlikte Türkiye Büyük Millet Meclisi dokümanları, meclis tutanakları ve OECD veri havuzundan yararlanılmıştır. Literatürde sağlık politikaları beş dönemde incelendiği görülmektedir. Bu dönemler sırası ile 1920-1938, 1938-1960, 1960-1980, 1980-2002 ve 2002 ve sonrası olarak belirlenmektedir (Emini, 2018; Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2019). Bu araştırma kapsamında da doküman incelemesi bu beş dönem çerçevesi altında gerçekleştirilmiştir. Bunun için öncelikle bir alan yazına dayalı bir çerçeve oluşturulmuştur. Veriler alan yazına uygun olarak sınıflanmış, tanımlanmış, yorumlanmış ve raporlaştırılmıştır. İzlenen politikalar ve sağlık sistemi değerlendirilmesinde beş kontrol düğmesi, ara sonuçlar ve nihai sonuçlara yer verilmiştir. Değerlendirme aracı olarak kullanılacak olan kontrol düğmeleri, ara ve nihai sonuçlar Roberts, Hsiao, Berman ve Reich (2008) tarafından ortaya konulmuştur. Kontrol düğmeleri sağlık sistem organizasyonu, finansmanı, ödeme sistemi, düzenlenmesi ve davranış boyutlarıdır. Ara sonuçlarda ise erişim, kalite, finansmanda eşitlik, kaynak tahsisinde verimlilik yer almaktadır. Modelin nihai sonuç göstergelerinde ise sağlık statüsü, finansal riskten koruma ve memnuniyet yer almaktadır.

İlk kontrol düğmesi sağlık sisteminin finansmanı ile ilişkilendirilmektedir. Bu düğme sağlık hizmetlerinin finansman yükünün kimin üstlendiğini, kimlerin kaynakları kontrol ettiğini ifade etmektedir. Finansmanı kimin sağladığı diğer düğmeler ile bağlantılı olarak sağlık hizmetinin kimlerin ne şekilde kullanacağını ortaya koyabilmektedir. Organizasyon hem bir bütün olarak sağlık hizmetleri sisteminin yapısını hem de sağlık hizmetlerini sunan kurumları kapsayabilir. Düzenleme, ister devlet isterse de devletin yetki devrettiği devlete ait olmayan kurumlar tarafından yapılan yasal düzenlemeleri (yasalar, yönetmelikler, yönergeler, genelgeler,

rehberler vs.) içermektedir. Bireylerin davranışı, sahip oldukları sağlık statüsünün önemli bir belirleyicisi olabilir (Roberts et al.,2008).

Nitel araştırmaların geçerliliğinin önemi, tanımı ve geçerlilik oluşturma sürecine ilişkin pek çok perspektif ile karşılaşılmaktadır (Creswell, 2019; Merriam, 2015). Bu araştırma kısmında ise bu perspektiflerden inanırlılık, güvenilebilirlik, onaylanabilirlik ve son olarak aktarılabilirlik kriterleri gözetilerek araştırma yürütülmüştür. İnanırlılık boyutunda araştırma kapsamında araştırmacı üçgenleme ve dış denetim stratejileri izlenmiştir. Araştırmacıları konu hakkında oluşturulan külliyatı dikkatlice incelemiş ve çıkan sonuçları karşılaştırmıştır. Ayrıca, yazarlar dışında konu hakkında uzman görüşü alınarak sonuçlar arası tutarlılık olmasına dikkat edilmiştir. Güvenilirlik boyutunda ise araştırmanın tasarım aşamasından analizlerin yorumlanmasına kadar olan kısım araştırmacılarca ve dış denetçi tarafından izlenmiştir. Onaylanabilirlik boyutunda izlenen strateji araştırma kapsamında incelenen tüm külliyatın kayıt altında alınması ve doğrudan alıntılama kullanılmasına dikkat edilmesi süreçlerinden oluşmaktadır. Son olarak aktarılabilirlik boyutunda araştırmacılar, amaçlı dokümanları belirlemişlerdir. Türkiye'nin 100 yılına ilişkin olarak resmi kurum ve kuruluşlarca yayınlanan istatistik tabloları, meclis kürsü konuşmaları ve uluslararası kurum dokümanları sadece Türkiye'yi ilgilendiren bilgilerden oluşmaktadır.

Bulgular

Araştırma da elde edilen bulgular metodoloji bölümünde ifade edildiği üzere dönemsel olarak ayrı ayrı incelenmiştir. Dönemde ortaya konulan politikalar, kontrol düğmeleri çerçevesinde incelenmiştir. Buna göre ilk dönem 1920 ile 1938 yılları arasında yer alan dönemdir.

1920-1938 Dönemi

Günümüzde Sağlık Bakanlığı olarak adlandırdığımız bakanlık, 3 Mayıs 1920 tarihinde Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Sureti İntihabına Dair 3 No'lu Kanun kapsamında "Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti" adı altında kurulmuştur⁶ (Aslan, 2001) Bakanlık çalışmalarına 11 Mayıs'ta Ankara Vilayet Konağı'nın bir odasında başlamıştır (Kâhya ve Erdemir, 2000). İlk sağlık bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. 1920-1938 yılları içerisinde Adıvar'dan sonra Dr. Refik Saydam, Dr. Rıza Nur ve Dr. Mazhar Germen sağlık bakanı olarak görev yapan isimlerdir. Dr. Refik Saydam en uzun süre bakanlık görevini ifa etmiştir⁷ (TBMM Kütüphanesi, 2023; Uzluk, 1958 s.339).

Finansman

Cumhuriyet dönemi öncesi incelendiğinde mevcut olan sağlık finansman sistemi "Ahilik" ve sonrasında "Lonca" sistemidir. Sosyal sigorta anlayışının köklerini oluşturan fakat kapsayıcılıktan uzak olan bu sistemler, üyelerinin ve yakınlarının hastalık, kaza ve ölüm gibi durumlarla karşılaştıkları zaman aynı ya da parasal nitelikte yardım sağlamaktadır⁸ (Altan, 2007, s. 64). Sağlık bakanlığının kurulması ve Cumhuriyet'in ilan edilmesinden sonra Türkiye Cumhuriyeti'nin daha kapsayıcı sağlık hizmeti ve finansman sistemine geçtiği görülmektedir. Dönemin sağlık hizmetleri finansmanı devlet bütçesinden karşılanmaktaydı. 1921 yılında Sağlık Bakanlığının bütçesi, Genel Bütçenin %0,9'unu oluşturmaktaydı (Ünüvar, 2020a). Yine aynı yıl içerisinde maden ocağı çalışanları için düzenlenen bir hastalık sigortasının mevcudiyeti görülmektedir. İlk

⁶ Bakanlığın isim babası dönemin dışişleri bakanı, eski tıbbiyeli Yusuf Kemal Tengirşek'tir. Günümüzde kullandığımız "bakanlık" kavramı bu dönemde "vekalet" olarak tanımlanmaktaydı.

⁷ Refik Saydam; 10 Mart 1921-16 Mayıs 1921 (2 ay 6 gün), 19 Mayıs 1921 – 20 Aralık 1921 (7 ay 1 gün), 30 Ekim 1923 – 4 Mart 1924 (4 ay 4 gün), 6 Mart 1924 – 21 Kasım 1924 (7 ay 15 gün) ve 4 Mart 1925 – 26 Ekim 1937 (12 yıl 7 ay 22 gün) tarihleri arasında yaklaşık olarak 15 yıl (14 yıl 4 ay 18 gün) sağlık bakanı olarak hizmet vermiştir.

⁸ Loncalar için daha fazla bilgi için bkz. Gürata (1975) Unutulan Adetlerimiz ve Loncalar. Ankara: Tisa Matbaacılık

kapsamlı iş yasası olarak da adlandırılan “Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun” ile kısıtlı da olsa ilk kez hastalık sigortası ortaya çıkmıştır (Ereğli Havza-i Fahmiyesi, 1921).

Ödeme

Dönem içerisinde kamuda yeterli sağlık personelinin olmaması nedeni ile ödemeler, kamuda çalışan sağlık personel sayısını arttırmak için teşvik edici öge olarak kullanılmıştır. 1921’de Adnan Adıvar ilk bütçeyi sunarken 290 doktora ihtiyacı olduğu hâlde sadece 180 doktorla hizmet görmeye çalıştığını ifade etmiştir. 1922’de Rıza Nur, meclis konuşmalarında doktor maaşını 12 liradan 15 liraya çıkartılması gerektiğini ifade etmektedir (Ünüvar, 2020a);

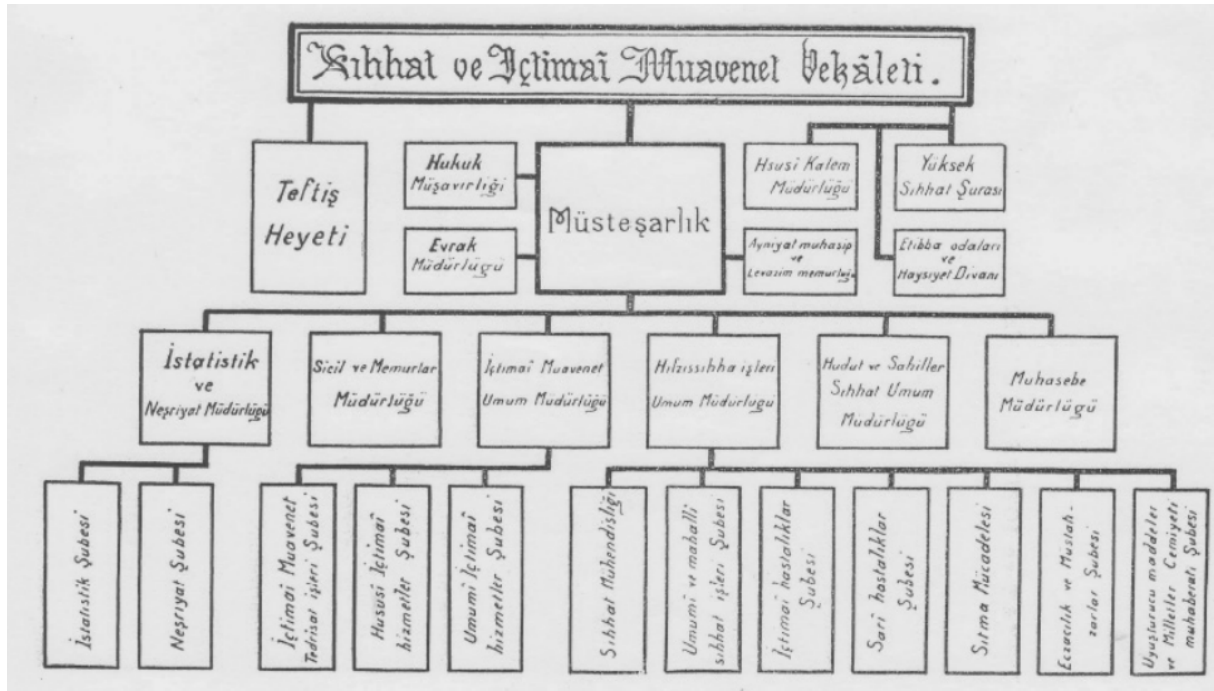
“Meselâ bir doktora on iki lira veriyorduk. Bizde doktorların maaşı pek azdır. Bir doktor maaşını on beş liraya çıkarıyoruz. Sonra daha yirmi beş lira vesaire vereceğiz. Onları arz edeceğim. Oralara gitmek için, doktorlara maaşı fazla vereceğim”

1924’te ise Refik Saydam; emekli bir doktorun 25 lira verilse bile yekûnun 60-65 lira olacağını ve bunların da uzak yerlere gitmekten imtina ettiklerinden beyan ederek sağlık çalışanlarının mali hakları konusuna odaklandıklarını göstermişlerdir.

Ülke genelinde ücretlendirme hükümet tabiplerinin sınıfsal ayırımına dayandırılarak gerçekleştirilmektedir. Bu sınıflandırma da üç bölümden oluşmaktadır. Her grupta da hekimler en yüksek düzeyde maaş almaktadırlar. Bunun sebebi hekimliğin özendirilmesi ve özel muayeneleri olanların kamuya çekilmesi olduğu ifade edilebilir (Yalçınkaya, 2018).

Organizasyon

Türkiye Cumhuriyeti’nin 1923-1930 dönemi sağlık hizmetlerinde örgütlenme yapısının oluşturulmaya çalışıldığı dönem olmuştur. Bu dönem sağlık hizmetlerinin sunumu özel sektör ve yerel yönetimlere bırakılmıştır (Yalçınkaya, 2018). Daha çok teşkilatlanma ve koruyucu hekimlik faaliyetleri ön planda tutulmuştur. Dönemin organizasyon biçimi incelendiğinde; merkezi, hiyerarşik ve yalın bir yapıda olduğu görülmektedir. Ülke nüfusu çoğunluğunun kırsal bölgelerde yaşaması sebebi ile yerel teşkilatlanmalar ön plana alınırken Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan Numune Hastaneleri ile yerel yönetimlere örnek olunmaya çalışılmıştır (Ünüvar, 2020a). Kamu sağlık hizmet sunumu ağırlıklı olarak koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde şekillendiği görülmektedir. Yine bu dönemde kamu sağlık hizmetlerinin tedavi edici rolünde birtakım artışlar gündeme gelmiştir. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini yaygınlaştırma amacıyla yatay ve dikey örgütlenme bir arada kullanıldığı görülmektedir. Özellikle toplumda yaygın olan sıtma, frengi, trahom gibi salgın hastalıklar ile mücadele edilmek için özel örgütler kurulduğu görülmektedir (Öztürk, 1999). Dönem içerisinde ağırlıklı olarak belediyelere, azınlıklara ve vakıflara ait hastanelerde sağlık hizmeti verilmekteydi.



Kaynak: "Atatürk Dönemi Sağlık Politikası", İ. Ağırbaş, Y. Akbulut ve Ö. R. Önder, 2011, Atatürk Yolu Dergisi, 12(48), s. 741 makalesinden aynen alınmıştır.

Şekil 1. Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti Organizasyon Şeması.

Düzenleme

Bu dönem içerisinde sağlıkla ilgili toplam 51 kanun ve 18 kararname çıkarılmıştır (Öztürk ve Günay, 1991). Çıkarılan kanun ve kararnamelerin genel olarak iki temel sorun ile başa çıkma adına yapıldığı görülmektedir; bulaşıcı hastalıklar ve yetersiz sağlık iş gücü. Yaygın olan hastalıklarla (verem, lepra, frengi, sıtma ve trahom) mücadele kapsamında mücadele kanunları çıkarılmıştır. Ayrıca bakanlığın temel kanunu olan Umumi Hafzısıhha Kanunu çıkarılmış ve yaygın olan hastalıklarla mücadele etmek, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında devletin görevi olarak yasallaşmıştır (Demirel, Yiğit, Gözenman ve Tuncay, 1969, s. 5).

Dönemin bir diğer ana problemi olan yetersiz sağlık iş gücünü arttırmaya yönelik düzenlemeler yapılmıştır. Örneğin; tıp eğitimi gören öğrenciler için yurtlar yapıp temel masraflar devlet tarafından üstlenilmiştir (Bertan ve Güler, 1997). Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanlarına daha fazla ücret verilmesinin yanında koruyucu sağlık hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanlarının serbest çalışmalarının yasaklanması, tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulaması ve ülkede görev alan tüm sağlık personelinin atanma ve yükselmelerinin bakanlıkça yapılması için yasal düzenleme yapılmıştır (Ünüvar, 2020a).

Davranış

Dönemin ana sorunu olan bulaşıcı hastalıklar ile başa çıkmak için halkın eğitilmesi gündeme gelmiştir. Halkın okuma yazma öğrenme sürecinde temizliğin önemi, içme suyunun nasıl olması gerektiği ve aşının ne olduğu aktarılmıştır. Ayrıca afiş ve broşürler dağıtılarak halk aşıya teşvik edilmiş, vitaminlerin yararları ve engellediği hastalıklar, güneş ışığının faydaları ve dönemin bulaşıcı hastalıkları hakkında halka sağlık bilgisi verilmeye başlanmıştır (Tekir, 2019). Yine diğer basım ve yayın organları kullanılarak (dergi, broşür, afiş, sinema) halkın sağlık okuryazarlık düzeyi artırılmıştır (Göçmen ve Acımsı, 2007).



Kaynak: “Cumhuriyet (1928-1973) Döneminde Sürdürülen Sağlık Geliştirilmesi Mücadelesinde Halk Sağlık Temaları” N. Meydan Acımış, B. B. Kılıç, 2021, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 11(1), s. 34 makalesinden aynen alınmıştır.

şekil 2. Sağlık Konulu Film Gösterimi, Kars.



Kaynak: <https://www.gokcemuzayede.com/en/product/3140284/sihhiye-mecmuasi-sene-1-sayi-3-sitma-tayin-ve-tahlilleri-italya-da-sitma-mucad>

şekil 3. Sihhiye Mecmuası (Sağlık Dergisi) “Gökçe Koleksiyon”

Ara Sonuçlar

Dönem içerisinde yataklı tedavi kurumu ve yatak sayısı, nüfus artış hızından daha yüksek olduğu görülmektedir. Dönem başında 86 yataklı tedavi kurumu, 6,437 hasta yatağı mevcut iken dönem sonunda 198 yataklı tedavi kurumu ve 14,383 hasta yağıının mevcut olduğu görülmektedir (Aksakal, 2011; Öztürk, 1999). Ayrıca dönem içerisinde özellikle bulaşıcı hastalıklar ile mücadele edildiği görülmektedir. Örneğin 1930'lu yıllarda verem ile mücadelede 2.060 muayene sayısı 1938 yılında 33.433 sayısına yükselmiştir. Bu gibi belirli hastalıklara ilgili müdahale sayılarının ilgili yıllar içerisinde arttığı görülmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerine hem merkezi hem de taşra teşkilatlanmalarında erişimin arttığı şeklinde yorumlanabilir. Bu yorumu destekler şekilde bakanlığa bağlı olarak çalışan hekim ve sağlık çalışanı sayılarının arttığı ifade edilebilir. Cumhuriyetin başında 554 olan hekim ve 769 sağlık çalışanı sayısı 1935'te 1.625 hekim ve 2.276 sayıların ulaşmıştır. Böylece kişi başına düşen hekim sayısı 12.220 olarak tespit edilmiştir (Karabulut, 2007).

Nihai Sonuçlar

Dönem nihai sonuçları incelendiğinde sağlık statüsündeki farklılıklar ele alınabilir. Kısıtlı istatistikler ile birlikte özellikle mücadele ettiği önemli alanlarda (bulaşıcı hastalıklar) ilerlemeler kat etmiş olmasıdır. Bulaşıcı hastalıklar ile Dr. Refik Saydam'ın 1933 yılında yaptığı konuşma dönem içerisinde ne şekilde bir yol kat edildiğini göstermektedir (Ünüvar, 2020a); **“1930 senesi zarfındaki mesaimiz, bilûmum teşkilât dahilindeki mesaimiz; muayene edilenler adedi 60.600, tespit edilen trahomluların adedi 45.000 ayakta tedavi edilenlerin adedi mükerrerlerle beraber 1.139.665, yatırılarak tedavi edilenler adedi 1.560, yapılan ufak ve büyük ameliyat 15.189'dur.”**

1938-1960 Dönemi

1938-1960 dönemi içerisinde sırasıyla; Ahmet Hulusi Alataş, Sadi Konuk, Behçet Uz, Kemali Bayazıt, Nihan Reşat Belger, Ekrem Hayri Üstündağ, Nafiz Körez ve Lütfü Kırdar sağlık bakanlığı görevini üstlenmiştir. Bu dönemde öne çıkan isim Dr. Behçet Uz'dur. Uz 1946-1948 ile 1954-1955 dönemlerinde sağlık bakanlığı görevini üstlenmiştir.

Finansman

Dönem içerisinde önemli finansal değişikliklerin yaşandığı görülmektedir. Daha sonraları tek çatı altında birleştirilecek olan sigorta yapıları bu dönem başlamıştır. İlk olarak 1945 yılında işçi sigortaları kurulmuştur. Sadece yeni bir finansman sistemi olarak değil aynı zamanda ülkede sağlık hizmet sunumu ve sağlık personeli istihdamını da sağlamıştır. Söz konusu dönemde emekli memurlar ve kadınlar kapsamında da önemli gelişmeler yaşanmıştır. 17.06.1949 tarihinde Emekli Sandığı kanunu kapsamında emekli memurlar sosyal ve sağlık güvencesi kazanmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu, 1949; Güzel ve Okur, 2004). 10.01.1950 tarihinde ise sigortalı kadınların ve sigortası olmayıp eşi sigortalı olan kadınların gebelik muayenesi, emzirme parası ve doğumda gerekli sağlık yardımlarının alınması gibi güvenceler kazanmıştır (Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu, 1950).

Ödeme

Dönem içerisinde sağlık alanında önemli yer tutan ücretli kadrolar kaldırılarak genel bütçe kapsamına alındığı görülmektedir (Yalçınkaya, 2018). Fakat meclis konuşmaları incelendiğinde sağlık çalışanlarının maaşlarının tatmin edici düzeylerde olmadığı anlaşılmaktadır. 1956 yılında bütçe sunumu gerçekleştiren Dr. Nafiz Körez **“Asistan ücreti çok azdır. 150 lirayla çoluk çocuk sahibi olanlar için ihtisas yapmak imkânsızdır.”** ifadesiyle asistan ücretlerinin yetersiz olduğunu ifade etmiştir (Ünüvar, 2020a).

1945-1960 dönemi içerisinde kamunun sağlık hizmetlerindeki rolü farklılaşmış ve “sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve satılması” rolü doğrultusunda döner sermaye ağırlıklı mevzuatlar çıkarılmıştır. Bu mevzuatlar çerçevesinde maaş rejimi özerk bir hal almış ve sözleşme ücretleri etkili olmuştur (Yalçınkaya, 2018).

Organizasyon

Dönem içerisinde oldukça önemli değişikliklerin olduğu ifade edilebilir. Bu dönemde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak bakanlık çerçevesinde birleştiği görülmektedir. Özel idare ve belediyelere ait hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır (Akdur, 2008). Ayrıca Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1952 yılında Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) gibi milletlerarası teşekküllerden yardım temin edilerek, Ankara’da 1953’te bir Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi tesis olunmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Bu gelişmeler neticesinde Ana ve Çocuk Sağlığı yeni bir dikey örgüt olarak ortaya çıktığı görülmektedir.

Organizasyon açısından bu dönemde ayrıca, birinci on yıllık sağlık planları, Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler planlandığı görülmektedir. Milli sağlık planında ülkeyi yedi sağlık bölgesine ayrılması gündeme taşınmıştır. Milli sağlık programında ise 16 sağlık bölgesine ayrılması planlanmıştır. Dönem içerisinde yapılan program ve planlar tam neticesinde uygulanmasa da kısmen uygulandığı ifade edilebilir. Özellikle yerel yönetimlere bırakılan yataklı tedavi kurumları merkezi yönetime devri gerçekleşmiştir. Ayrıca her 40 köye bir olmak üzere 10 yataklı sağlık merkezleri oluşturulmuştur. Sağlık merkezlerinin sayısı 1960 yılına gelindiğinde 283’e ulaştığı görülmektedir. Dönemin bakanı Behçet UZ’un şu sözleri bu durumu açıklar niteliktedir (Ünüvar, 2020a); ***“Her köyde bir doktor bulundurabilmek bizim için belki asırlarca bir hayal olarak kalacaktır, fakat her 40 köye bu işler için yetiştirilmiş hekimler vermek, her köye köy içinde yaşayan bir zaman ve hamleli bir çalışma işidir.”***

Ayrıca bu dönemde uluslararası örgütler ile iş birliğinin başlangıçları atıldığı görülmektedir. UNICEF ve DSÖ üyesi olması süreci yine bu dönemler ile ilişkilidir. Yine Behçet UZ’un meclis konuşmalarında bu durumdan bahsettiğini görmekteyiz; ***“Önümüzdeki sene bahsettiğim UNICEF ile iş birliği yapacağız, o bize vasıtalarını gönderecek, biz de arkadaşlarımızla beraber bu mevzuda daha büyük; faaliyet göstereceğiz ve hız vereceğiz.”***

Düzenleme

Dönem içerisinde sivil toplum örgütlerinin ve bazı tıp mesleklerinin hukuki altyapılarını günümüze taşıyan mevzuatların yeniden oluşturulması [Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953), Hemşirelik Kanunu (1954) ve Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956)] dönem içerisinde önem arz eden gelişmelerdir. Bu dönem içerisinde Hıfzıssıhha Müessesesi, Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu şeklinde yeniden yapılandırılmıştır. Dönemin sağlık bakanı Dr. Hulusi Alataş, Hıfzıssıhha Enstitüsü’nün adını bir vefa örneği göstererek 1942 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü olarak değiştirmiştir (Ünüvar, 2020a).

Davranış

Dönem içerisinde bir önceki dönemde uygulanan faaliyetler (sinema, radyo, dergi vb.) devam etmiştir. Sağlık bakanlığı içerisinde halk sağlığı eğitimlerinde kullanılmak için sinema ekibi kurulmuştur. İstanbul’da hazırlanan “sıtma” filmi gösterime girmiştir. 1958 yılında İstanbul Sağlık Müzesinin alt katında bulunan salon sinema haline getirilerek haftanın belli günlerinde öğrencilere çeşitli eğitici filmler gösterilmiştir. Radyolarda ise halkın sağlığını koruma konusunda konuşmalar yapılmıştır. 1946’da uzman hekimlerce yapılan eğitimler 1960’a kadar devam etti. Ankara, İstanbul ve İzmir Radyolarından ayrı olarak, diğer il radyolarında da bölge ve sağlık otoritelerince çeşitli sağlık konularında konuşmalar yapılmıştır (Göçmen ve Meydan Acımış, 2017).

Ara Sonuçlar

1938-1960 yılları arasında uygulanan politikalar neticesinde sağlığa erişim kapsamında birtakım iyileşmeler söz konusudur. Bunlardan ilki hastaneler ve yatak sayılarıdır. Dönem içerisinde yurt genelindeki hastanelerin ve yatak sayılarının 4 kat arttığı görülmektedir. İkinci olarak özellikle sağlık iş gücü oranına baktığımızda sağlık personeli sayısının arttığı ve kişi başına düşen sağlık personeline yaşanan iyileşmeler göze çarpmaktadır. 1938 yılında toplam sağlık çalışanı sayısı 3.904 iken dönem sonunda 23.740 sağlık çalışanına ulaşıldığı görülmektedir (TÜİK, 2014). Sağlık personelindeki artış sayesinde dönem başında hekim başına 12 bin kişi düşerken dönem sonunda hekim başına 3.400 kişi düşmektedir. Hemşire ve ebe oranlarında da benzer gelişmeler görülmektedir (Öztürk, 1999).

Nihai Sonuç

Dönem içerisinde uygulanan politikalar ve iyileştirmeler sonucu birtakım nihai sonuçlar elde edilmiştir. Genel olarak bakıldığında 1938-1960 yılları arasında sağlık alanında meydana gelen bu gelişmelerle sağlık göstergelerinde ciddi ilerlemeler yaşanmış özellikle bulaşıcı bazı hastalıklardan kaynaklanan ölümler ile anne ve bebek ölümlerinde ciddi azalmalar görülmüştür (Altındağ ve Yıldız, 2020; İleri, Seçer ve Ertaş, 2016). 1950 yıllarında binde 233 bebek ölümü (yaklaşık her dört bebekten biri) gerçekleştirilirken 1960 yılına gelindiğinde 176'ya düşürüldüğü görülmüştür. Dönem içerisinde doğumdan beklenen yaşam süresinde de iyileşme söz konusudur. 1950-55 tarihleri arasında 43.6 yıl olarak kabul edilen değerler 1960-65 yılları arasında 52.1'e yükselmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2023).

1960-1980 Dönemi

27 Mayıs 1960 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti tarihinde ilk kez ordu tarafından yönetime el konularak Milli Birlik Komitesi adıyla bir yönetim oluşturulmuş, bu dönemde atanmışlar tarafından Milli Birlik Hükümeti kurulmuştur. Bu dönemde Sağlık Bakanlarından çok Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek etkili olmuştur. Köklü değişikliklerin yapıldığı bu dönemde sağlık bakanı olarak, Salih Ragıp Üner, Süleyman Suat Seren, Yusuf Azizoğlu, Fahrettin Kerim Gökay, Kemal Demir, Faruk Sükan, Edip Somunoğlu, Vedat Ali Özkan, Türkan Akyol, Cevdet Aykan, Vefa Tanır, Selahattin Cizreluoğlu, Celal Ertuğ, Cengiz Gökçek, Mete Tan, Münif İslamoğlu görev yapmıştır.

Finansman

Kontrol düğmelerinin ilk aşaması döneme ilişkin finansman sistemidir. Dönem içerisinde çıkartılan "Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu" finansman sistemi kapsamında önemli bir gelişmedir. Bu kanun ile birlikte sosyal sigortalar kapsamı dışında kalan herhangi bir işverene bağlı olmayan, kendi adına çalışanların sosyal sigorta güvence kapsamına alınması sağlanmıştır (Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar, 1971). Günümüzde kullanılan Genel Sağlık Sigortasının oluşturulması çabaları sürekli (1967, 1969, 1971 ve 1974'te) gündeme gelmişse de bir türlü gerçekleştirilememiştir. Bu sebeple mevcut finansman sistemi devam etmiştir.

1960 ile 1980'li yıllar içerisinde gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH)'dan Bakanlığa ayrılan paylar 3,4 ile 3,5 arasında değişmektedir. Sadece bu oranlar üzerinden ayrılan payları ifade etmek yanlış olabilmektedir. Sağlık hizmetleri çok boyutlu olduğundan, parçalı finansman ve hizmet sunumu politikaları izlendiğinden dönem içerisinde harcama oranları değişkenlik gösterebilir. Bunu 1977 yılında Dr. Kemal Demir'in meclis konuşmasında da görebilmekteyiz (Ünüvar, 2020b); **"Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bütçesine konmuş olan harcamaları, ülkemizdeki sağlık harcamalarının tümü olarak değerlendirmekte yanlıştır. Diğer bakanlıkların bünyelerinde de, bütçelerinde de sağlık harcamalarına ayrılmış paylar vardır, Sosyal Sigortalarda ve belediyelerde sağlık harcamalarına ayrılmış paylar vardır. Bunlar yan yana getirildiği ve**

değerlendirildiği zaman total bütçe, Genel Bütçe içerisindeki sağlık harcamalarının oranının 5,7'ye kadar yükseldiği görülmektedir.”

Ödeme

1960 sonrasında ödemeler; sağlık çalışanlarını kamuya kazandırmak, yurt dışına gitmelerini engellemek ve sosyalizasyon amacıyla sağlık personeli sayısının yetersiz olduğu bölgelerde görev almalarını için bir teşvik aracı olarak kullanılmıştır. Meclis konuşmaları incelendiğinde 1962 yılında dönemin sağlık bakanı Dr. Suat Seren'in; *“Hekimler dış memleketlere niçin gidiyor, bunu muhtelif konuşmalarında izah ettim. Hekimler dışarıya maddi zorluklar yüzünden veya mânen yükselmek lisan öğrenmek ve ihtisas yapmak için gidiyorlar. Biz, okuldan çıkan bir hekime 450 lira maaş veriyoruz. Bu para kazadaki bir şoförün maaşından azdır. Buna bir kanun tasarısı getirdiler imza etmedim. Tasarıda daktiloya 950, hekime ise 450 lira konmuş. Şu vaziyette bir hekimin bin daktilo kadar kıymetli olacağını takdir etmek icap eder... Bugün Bitlis'te hiç hekimimiz yoktur. Bingöl'de tek hekim vardır. Hakkâri'de bütün Devlet işlerini ve hastane işlerini gören tek bir hekimimiz vardır.”* sözleriyle hekim ücretlerinin artırılmasını ve sosyalleştirme bölgelerine teşvik verilmesine vurgu yapmıştır (Ünüvar, 2020a).

1977 bütçe sunumunda ise dönemim sağlık bakanı Dr. Kemal Demir sosyalleştirme bölgesinde görev yapacak hekimlere yapılan ödeme teşviğinden bahsetmiştir (Ünüvar, 2020b); *“Tıp fakültesinden bu sene mezun olmuş olan bir doktor, 8'nci derecenin 3'ncü kademesiyle tayin edilen yeni mezun bir hekim, eğer İstanbul'da, Ankara'da görev alıyorsa, eline geçen para 2.000 – 2.200 lira civarındadır. Normal 657 sayılı Kanun'un verdiği para, ama bu hekim sosyalleştirme bölgesinde birinci derecede mahrumiyet yerine göre ve gittiği zaman 13 bin liraya yakın net maaş alabilecektir; 12.700- 12.800 lira kadar net.”*

Artvin Milletvekili Ekrem Şadi Erdem'in “Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan doktorlara 16 çeşit farklı ödeme yapıldığı belirtilmektedir. Bu doğru mudur? Doğru ise bu uygulama mahzurlu değil midir?” sorusuna cevaben dönemin sağlık bakanı Dr. Kemal Demir *“Gerek sosyalleşme bölgesinde gerekse sosyalleşme bölgesi dışında hekim bulunmayan ilçelerimiz vardır, sayılarını ve isimlerini yazılı olarak arz ederim; ama vardır. Şavşat Hastanesinin uzman kadrolarının boş olduğunu biliyorum; ama uzmanlar mecburî hizmette olmadıkları için, ancak bültenlerde ilân ediyorum. Bu ilânları görenler ancak kendileri talep ettikleri zaman verebiliyorum, bunun dışında bir yasal gücüm olamamaktadır. İhtiyacı kabul ediyorum. 16 çeşit değilse bile, birkaç çeşit farklı ödeme olduğu kuşkusuzdur. Değişik kuruluşlarda, değişik tipte ödemeler yapılmaktadır. O kuruluşların özelliği nedeniyle yapılmaktadır. Sosyalleştirme uygulamaları Türkiye'yi 1982 yılı sonunda tamamen kapsadığı zaman, Türkiye'de tek sağlık ile ilgili, tek ödeme uygulaması yapılacaktır. Bugün için bu değişik uygulamaların sakıncalı, fakat yararlı yönleri de vardır. Kısa süre içerisinde sunamayacağım; ama farklı uygulamalar olduğu bellidir.”* ifadelerini kullanmıştır.

Organizasyon

1960 yıllarda planlı dönem başlaması ile birlikte birinci beş yıllık kalkınma planı hazırlanmıştır. Bu plan içerisinde sağlık idaresinin temel amacı halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve halk sağlığının önceliklendirilmesi olmuştur. Bu kapsamda tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı olarak yer almıştır. Böylece sağlık hizmetleri az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür. Daha sonra 5 Ocak 1961 tarihinde “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” kabul edilmiş ve sağlık hizmetleri yeniden organize edilmiştir. “Sağlıkta sosyalleştirme dönemi” olarak da adlandırılan bu dönemde (Altındağ ve Yıldız, 2020) kanun kapsamında cumhuriyetin ilk yıllarında olduğu gibi vatandaşların sağlığını korumak ve tedavi etmek devlet görevidir anlayışını ön plana almaktadır (Pala, 2007: 11). 1963 yılında Muş ilinden başlanan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin 1977

yılında tüm ülkeye yayılması hedeflenmiştir fakat ülkenin üçte birini kapsayabilmiştir. 1980’li yıllarda yapılan düzenleme ile tüm ülke sosyalleşme kapsamına alınmıştır. Bu sebeple, 1978 yılında 2162 sayılı “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları Kanunu” çıkarılmıştır. Bu yasa ile Türkiye 16 bölgeye ayrılmış ve sağlık personelinin geri kalmış yörelerde görev almasını özendirilmiştir. Fakat 1980 yılında bu yasa uygulaması kaldırılmıştır.

Düzenleme

Verem ile verilen mücadelede kentlerde başarılı sonuçlar alınsa da köylerde bu başarı yakalanamamıştır. Bu sorunu çözmek adına 14 Haziran 1960 tarihinde 16996 sayılı Makam onayı ile Verem Savaşı Genel Müdürlüğü kurulmuştur, 3017 sayılı yasaya, 1963 yılında 225 sayılı yasa ile eklenen fıkra bu kuruluşu kesinleştirmiştir. 1965 yılında “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” çıkartılmıştır. Bu kanun kapsamında vatandaşların istedikleri zaman istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleri yasalaşmıştır. Bununla beraber gebeliği önleyici ilaç ve araçların temin edilmesi ve yürütülmesinin sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir. Dönem içerisinde diğer önemli gelişmeler; “İlaçlarla ilgili Fiyat Kararnamesi”, “Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun” ve Tam Gün yasası olarak bilinen “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun” yürürlüğe girmiştir. Tam gün yasası çıkartılmadan önce 1977 yılında Dr. Kemal Demir’in aşağıda yer alan sözleri tam gün yasasına ilişkin olarak düşüncelerini yansıtmaktadır; **“Bakanlık olarak bizim çözüm olarak gördüğümüz, mahrumiyet yerine personel sağlamada nasıl özendirici önlemlere ihtiyaç varsa, bazı mahrumiyet hizmetleri için de özendirici önlemlere ihtiyaç vardır. Meclislerde müzakere edilmekte olan Tam Gün Çalışma Kanun Teklifi ve diğer bir teklif daha vardır, Meclis gündemine gelmiştir. Tam Gün Çalışma Kanun Teklifi’nde biz, mahrumiyet yer ve hizmetleri için ayrı bir özellik tanınmasını önermekteyiz, savunmayı da düşünmekteyiz.**

Davranış

1969 yılında taşra örgüt içinde her ilde Sağlık Eğitimi Üniteleri kurulmuştur. Bu üniteler aracılığıyla toplumun sosyal, ekonomik ve kültürel durumları ve sorunlarına uygun sağlık eğitimleri planlanmıştır. Dönem içerisinde İran ve Irak’taki kolera salgınının yurda yayılmasının önlenmesi için illerde “Kolera Eğitimi Kampanyası” düzenlenmiştir. Sağlık Ocağı, Sağlık Evleri, Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezleri şube ve istasyonlarında kullanılmak üzere anne adaylarına eğitim programları yapılmıştır. Geçmiş dönemlerdeki sinema, sergi ve radyo yayınları gibi iletişim araçları kullanılarak eğitimlere devam edilmiştir. 1970 yılında Millî Eğitim Bakanlığı ve TRT ile iş birliği ile ilkokul öğrencileri için ve yetişkin seviyesinde radyo ve televizyon programları geliştirilmeye başlanmıştır. Aynı zamanda Verem, Kanser, Dünya Sağlık Günü gibi özel sağlık hafta ve günlerini içeren ve aktüel konularla ilgili toplumu aydınlatan radyo ve televizyon programları hazırlanmıştır (T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973).

Ara sonuçlar

Dönem içerisinde erişim konusunda birtakım problemlerin çözüldüğü ifade edilebilir. Bu düzenleme kontrol düğmesinde ifade edilen tam gün yasası ile sağlanmıştır. Hekim başına düşen hasta sayısı 1960’larda 2.799 iken 1980 yılında 1.631 sayısına ulaştığı görülmüştür. Dönem içerisinde sağlık işgücündeki artış meclis konuşmalarına da yansımıştır. 1977 yılında dönemin sağlık bakanı Dr. Kemal Demir; **“Sağlık memuru, hemşire ve ebe bakımından gerçekten üst düzeyde bir gelişme içinde bulunmaktadır ülkemiz. Sağlık memuru ve teknisyen sayısı ülke ölçüsünde 12 bini aşmıştır. Hemşire ve ebe hemşire sayısı 15.680’e ulaşmıştır. Köy ebesi 13.443 olmuştur. Bugün belirtmem gerekir ki, 2.500 – 3.000 kişiye bir ebe standardı ile mevcut ebe kadrolarımızın ülke ölçüsünde %93’ü doludur. Sosyalleştirme bölgesinde ise bu oran %95’e ulaşmıştır.”** sözleriyle dönem içerisindeki durumu izah etmektedir.

Hastane sayılarına baktığımızda ise 1960'lı yıllarda Sağlık bakanlığına bağlı 548 hastane ile toplamda 664 hastane sayısına sahip iken 1980'de Sağlık bakanlığına bağlı 677 hastane ve toplamda 827 hastane sayısına ulaşılmıştır (TÜİK, 2014).

Nihai Sonuçlar

Sağlık statüsünde birtakım iyileşmeler söz konusudur. 1960'lı yıllarda doğumdan beklenen yaşam süresi 50,74 olarak kabul edilirken 1980 yılına gelindiğinde 62,50 olduğu görülmektedir. Nihai sonuçlar kapsamında finansal riskten koruma boyutunda sağlık güvencesi altındaki nüfus incelenebilir. 1960 yılında sağlık güvencesi altında olan nüfus oranı %5,8 iken dönem sonunda bu oranın %38,4 olduğu görülmektedir (TÜİK, 2014).

Finansal riskten koruma boyutu için dönem içerisinde parçalı yapının her bir sigorta kurumuna göre farklılık gösterdiği ifade edilebilir fakat kamunun özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine olan yatırımları sayesinde erişimin arttığı ifade edilebilir.

1980-2002 Dönemi

12 Eylül 1980 yılında askeri darbe sonucunda Milli Güvenlik Konseyi dönemi başlamıştır. Milli Güvenlik Konseyi döneminde birtakım gelişmeler yaşansa da istenilen aşamaya gelinebilmiştir. 1983 yılında sivil hükümet yönetime geçmiş ve liberal politikaların sağlık sektöründe etkileri görülmüştür. Dönem içerisinde sağlık bakanı olarak, Necmi Ayanoglu, Kaya Kılıçturgay, Mehmet Aydın, Mustafa Kalemlı, Bülent Akarcalı, Cemil Çiçek, Nihat Kitapçı, Halil Şıvgın, Yaşar Eryılmaz, Yıldırım Aktuna, Rıfat Serdaroğlu, Ecz. Kazım Dinç, Doğan Baran, Nafiz Kurt, İsmail Karakuyu, Halil İbrahim Özsoy, Mustafa Güven Karahan, Osman Durmuş görev almıştır. Ayrıca bakanlık, dönem içerisinde günümüzde kullanılan "Sağlık Bakanlığı" adını almıştır.⁹

Finansman

1980'li yıllarda sağlık sektörü kamu tarafından finanse edilmiş ancak sürekliliği sağlayamamıştır. 1984 yılında, Genel sağlık sigortası (GSS) tasarısı hazırlanmasına karşın hükümete sunulmamıştır. 1986 yılında ise sigortasız yoksulların sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanması olanağı sağlanmıştır (Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu, 1986). 1987 yılına gelindiğinde sağlık finansmanının öneminin artmış olması genel sağlık sigortası konusunu yeniden gündeme getirmiş ancak konu ile ilgili yasal düzenlemeler tamamlanamamıştır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2019). 1992 yılında hiçbir sosyal güvencesi olmayan Türk vatandaşlarının sağlık güvencesi kapsamına alınması sağlanmıştır (Ödeme Gücü Olmayan, 1992).

Ödeme

5 Nisan 1994 kararları ile kamu sağlık kurumlarına devlet katkısı sadece maaş ödemek düzeyine indirilmiş, özellikle devlet hastaneleri en basit harcamalarını bile kendi başlarına çözmek durumu ile baş başa bırakılmıştır. Sağlık ocakları, vatandaşlardan para alarak, hizmet vermek zorunda kalmışlardır. Bu süreçte bir adım daha atılmış, ülkemizdeki döner sermayesi en kârlı devlet hastaneleri arasında olan Yüksek İhtisas ve Koşuyolu Hastaneleri, 1987 tarihli 3359 sayılı yasaya dayanarak ve 11.1.1995 tarihli yönetmelikle işletme haline getirilmiştir (Kıray Vural ve Taşpınar, 2006).

Organizasyon

Milli Güvenlik Konseyi dönemi sonrasında "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun", 181 sayılı "Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile hükümsüz kılınmış ve Sağlık Bakanlığının yapısı tümüyle değişmiştir. Bu dönemde sağlık bakanlığının teşkilat yapısının dikey,

⁹ 14.03.1991 tarihinde kabul edilen, 23.03.1991 tarihli ve 20823 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 3703 sayılı 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, 3289 Sayılı Beden Terbiyesi ve Spor Genel Müdürlüğünün Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun ile 179 ve 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulüne Dair Kanun ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'ndan sosyal yardım görevi alınarak Sağlık Bakanlığı'na dönüştürülmüştür.

hijerarşik ve yalın olduğu görölmektedir. “Aktif Özelleştirme Dönemi” olarak anılan bu dönemde sosyal devlet anlayışından uzaklaştığı görölmektedir.1980’li yıllarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde rastlanmaya başlanan neo-liberal politikalar ve ivme kazanan küreselleşme süreci, sağlık alanında radikal bir dönüşümü başlatmıştır (Erençin ve Yolcu, 2008). Sağlık hizmet sunumunda özel girişimler ve sivil toplum kuruluşlarının da rol almaya başladığı görölmektedir.

Düzenleme

Milli Güvenlik Konseyi (MGK) döneminde Tam Gün Yasası’nı iptal eden “Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun” ve hekimler için zorunlu hizmeti yeniden yürürlüğe sokan “Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun” çıkartılmıştır. Ayrıca “Adli Tıp Kurumu Kanunu”, “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun”, “Kan ve Kan Ürünleri Kanunu” ve “Gülhane Askerî Tıp Akademisi Kanunu” MGK döneminde yürürlüğe giren kanunlardır (Ünüvar, 2020b). Dönem içerisinde belki de en önemli gelişme, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın yeniden düzenlenmesidir. 1982 Anayasası ile birlikte liberal politikalar, resmi politikalar haline getirilmiş ve sağlık hizmetlerinde özel sektörün önü açılmıştır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2019). Bu anayasa ile Cumhuriyet tarihinde ilk defa sağlık alanında özel sektörden söz edilmiştir. 1983 hükümet programında da sağlık alanındaki en önemli hedef olarak özel sağlık kuruluşlarının teşvik edilmesi ve sağlık alanında genel olarak rekabetin sağlanması gösterilmiştir. MGK dönemi sonrası sivil hükümet döneminde 1983 tarih ve 181 sayılı “Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ve 1987 tarih ve 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” gibi önemli yasal düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ile sağlık işletmeleri, sözleşmeli personel ve genel sağlık sigortası kavramları getirilirken Bakanlar Kuruluna Genel Sağlık Sigortası kurma yetkisi veren çok önemli madde yasalasmıştır. Ancak Genel Sağlık Sigortası bu dönemde kurulamamıştır (Ünüvar, 2020b).

Davranış

MGK döneminde sağlık çalışanlarının kamuda çalışmayı özendiren uygulamalardan uzaklaşarak, sağlık personelinin ihtiyaç duyulan alanlarda mecburi hizmet, rotasyon gibi zorlayıcı uygulamalar görölmektedir (Akdur, 2008).

Davranış kontrol düğmesinin bir diğer boyutu olan vatandaşların sağlık davranışları incelendiğinde tütün ve tütün ürünüle kapsamında bakanlığın adım attığı görölmektedir. Geçmiş dönemlere kıyasla tütün ürünlerinin zararları hakkında daha fazla bilgi sahibi olunması bu konuda bazı önlemler alınmasını sağlamıştır. 1996 yılında “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” ile sağlık, eğitim, kültür ve spor alanları gibi bazı kapalı mekanlarda ve toplu taşıma araçlarında sigara içme yasağı uygulanmaya başlamıştır (Ünüvar, 2020b).

Ara Sonuçlar

Önceki dönemlerdeki gibi bu dönemde de sağlık hizmetine erişim kapsamında iyileşmeler söz konusudur. Sağlık personeli sayısı 1980 yılında 101.838 iken 2002 yılına gelindiğinde 378.551 olduğu görölmektedir. Hekim ve hemşire başına düşen kişi sayısı yaklaşık olarak 2.5 kat düşmüştür. Sağlık kuruluşları incelendiğinde; 1980 yılında 827 sağlık kuruluşu mevcut iken 2002 yılına gelindiğinde 9.685 sağlık kuruluşunun mevcut olduğu görölmektedir. Ayrıca 1980 yılında 99.117 yatak sayısı mevcut iken 2022 yılına gelindiğinde bu rakam 164.471’e yükselmiştir (TÜİK, 2014).

Nihai Sonuçlar

1980 yılında doğumdan beklenen yaşam süresi ortalama 58.1 yıl iken 2000 yılında bu rakam 20 yıl artış göstererek ortalama 71.1'e yükselmiştir. Türkiye'de bebek ölüm oranları 1980 yılında bin bebek doğumundan 90,1'inin ölümünü ifade ederken bu oran, yıllar içinde hızla düşmüş olup 2000 yılında 30,9'a gerilemiştir.

2002 ve Sonrası

Dönem içerisinde sağlık bakanları Recep Akdağ, Mehmet Müezzinoğlu, Ahmet Demircan görev yapmıştır. Fahrettin Koca ise halen görevine devam etmektedir.

Finansman

Uzun yıllardır tartışıla gelen genel sağlık sigortası bu dönemde gerçekleştirilmiştir. Genel sağlık sigortası ile beraber kapsayıcı ve zorunlu bir finansman sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Önceleri yeşil kart, SSK, Bağkur ve Emekli sandığı olarak işlem yapan finansman ve hizmet sunum işlemleri tek çatı altında toplanmıştır (Durmuş ve Durmuş, 2018). Fakat bu sistemin tek finansman modeli değildir. Ayrıca sistem içerisinde cepten ödemeler, özel sağlık sigortaları, tamamlayıcı sigorta sistemleri de yer almaktadır.

Recep Akdağ dönem başında meclis konuşmasında finansman hakkında (Ünüvar, 2020b);

“Bakanlığımın ilk icraatlarından biri, ücret ödeme problemlerinden dolayı insanımızın hastanelerde rehin tutulması ayıbını sonlandırmak olmuştur” diyerek finansman dolayı yaşanan problemlerden bahsetmektedir.

“Vatandaşlarımızın herhangi bir ayırma tabii tutulmaksızın, tüm sağlık kurum ve kuruluşlarından yararlanmalarını sağlayan uygulamaları başlattık. Bildiğiniz gibi, 2003 yılı içerisinde 11 ilde bu uygulamaları başlatmıştık. 2004 yılının başlangıcından itibaren bu uygulamayı bütün yurttan yaygın hale getiriyoruz. Şunu yapmış oluyoruz; böylelikle, artık, kamuya ait sağlık kurum ve kuruluşlarında, Sosyal Sigortalar Kurumunun sağlık tesisleri de dahil olmak üzere, Bağ-Kur’lu, Yeşil Kart’lı, SSK’lı, emekli, devlet memuru ayırımı tamamen ortadan kalkmış olmaktadır.”

Ödeme

Ödeme sisteminde de bu dönem içerisinde farklılıkların görüldüğü ifade edilebilir. Öncelikle sağlık çalışanlarına ödeme farklı yöntemlerin izlendiği görülmektedir. Aile hekimlerinde kişi başına ödeme olabildiği gibi hastanelerde görev alan personelin performansına dayalı ödeme ve döner sermaye pay uygulamalarının varlığı rastlanmaktadır. Ayrıca tüm sağlık çalışanlarına sabit maaş ödemesi de yapılmaktadır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013, Sağlık Bakanlığına Bağlı, 2020).

Organizasyon

Dönem içerisinde organizasyon biçimi değişken göstermiştir. Bu değişiklikler 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2011), 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2017) ve 703 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (2018)'dir. Teşkilat yapılanmalarında yaşanan değişim müsteşar yardımcılarının ve bağlı kuruluşların sayılarında da değişiklikler yaşanmasına sebep olmuştur. Daha sonra müsteşara verilen görevler kaldırılmıştır. Ayrıca politika oluşturma konusunda Sağlık politika kurulu kurulmuştur. Fakat bu kurul daha sonra Cumhurbaşkanlığı 1.nolu kararnameye göre “Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu” devredildiği görülmektedir. Güncel teşkilat yapılanmasında ise Sağlık Bakanına bağlı teftiş kurulu, hukuk hizmetleri, özel kalem müdürlüğü, iç denetim birimi, basın ve halkla ilişkiler müşavirliği, yönetim hizmetleri genel müdürlüğü ve 3 bakan yardımcısı yer almaktadır. Bakan yardımcılara bağlı olarak da genel müdürlükler ve başkanlıklar yer almaktadır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Düzenleme

Düzenleme açısından en yoğun dönemlerin birisi olarak tasvir edilebilir. 2002 yılından sonra gündeme gelen ve uygulanan Herkes için Sağlık projesi daha sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı ile devam etmiştir. Bu program 2 fazdan oluşmaktadır. Genel çerçevede sağlık bakanlığının idari ve fonksiyonel olarak yeniden yapılandırılması, finansman sisteminin tek çatı altında toplanılması, hastanelerin özerk bir yapıya kavuşturulması, aile hekimliği uygulamalarının yaygınlaştırılması, özel sektörün sağlık alanında teşviki ve e-dönüşümü içermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Ayrıca düzenleme aşamasında sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programlarını, sektörler arası iş birliğini ve sınır ötesi sağlık hizmetlerini de kapsamaktadır. 2000'lerin başında bahsi geçen ve bir dizi politika izlenen Sağlık turizmi hareketleri bu dönem de ciddi ilerleyişler kat etmiştir. Fahrettin Koca (Ünüvar, 2020b) konu hakkında;

“USHAŞ adında kurulan bir şirketimiz oldu biliyorsunuz. Profesyonel anlamda sadece kamunun değil, üniversitelerimiz, özel sektör, şehir hastaneleri ve kamu dâhil olmak üzere bütün sağıktaki birikimimizi yurt dışına özellikle açan ve birçok hedeflediğimiz ülkede aktif ofisleri olan bir yapı hızla organizasyonunu yapmaya başladı. Türkiye'nin iddialı bir sağlık turizmi üssü olmasını sağlayacak adımlar atıyoruz. Yeni bir dinamizmle, harekete geçirdiğimiz TÜSEB'in aşı, yerli ilaç ve tıbbi cihaz geliştirilip üretilmesini destekleyen çağrılarıyla bu alanda bir ivme kazandırmayı umuyoruz.” diyerek açıklamıştır.

Davranış

Bu döneme ilişkin olarak farklı davranış biçimlerine yönlendiren çeşitli politikaların izlendiği görülmektedir. “Tütün Kontrolü Çerçeve, Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” I.Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu” gibi uygulamalar ile toplumunu bilinçlendirmeyi tercih etmişlerdir. Ayrıca vatandaşların daha sağlıklı yaşamalarına yardımcı olabilmek adına 2008 yılında “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı” kurulmuştur (Göçmen ve Meydan Acımış, 2017).

Davranış boyutunun ikinci süreci ise herkese sağlık verebilmek ve adına oluşturulan performansa dayalı ödeme sistemidir (Erkan, 2011). Böylece sağlık çalışanlarının daha çok hastaya bakması daha çok işlem yapmasını motive edecek bir ödeme sistemi tasarlandığı görülmektedir.

Ara Sonuçlar

Erişim bu dönem oldukça arttırıldığı ifade edilebilir. Bunun en önemli göstergelerin biri hekim başına düşen hasta sayısıdır. 2009 yılında hekim başına düşen kişi sayısı 612 iken 2021 yılında 421'e kadar düşmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2023). Ayrıca parçalı hizmet sunumunun birleştirilmesi yani SSK hastanelerinin Sağlık bakanlığına devri bireylerin sağlık kullanımını arttırmaktadır.

Bu dönem içerisinde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir parçası olan kalite “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon” bileşeni içerisinde kendisine yer bulmuştur. Tüm Türkiye'de sunulan hizmetler için kalite sistemi geliştirilmiştir. Sağlıkta kalite standartları belirlenmiş ve yıllar içerisinde geliştirilmiştir. Bu işlem hem sağlık hizmetlerinde kalite hem de klinik kalite olarak ayrılmaktadır. Bu gelişmeler daha kaliteli sağlık hizmetlerinin verilmesinde önemli yapı taşları olarak kabul edilmektedir.

Nihai Sonuçlar

TÜİK verilerine göre 2003 yılında devlet hastanelerinden memnuniyet oranı %46,7, üniversite hastanelerinden memnuniyet oranı %46,8 iken 2022 yılında bu oranlar %65,8 ve %64,7'ye yükseldiği görülmektedir. Geçmiş dönemlerde doğrudan sağlık hizmetlerin memnuniyete ilişkin olarak verilere rastlanmadığından bu kısa süre içerisinde dahi bu oranların arttırılması önemli kabul edilmektedir. Burada TÜİK verilerinden farklı olarak Recep Akdağ 2008 yılında (Ünüvar, 2020b) *“Sağlıkta dönüşüm programıyla sağlık hizmetlerinden vatandaş*

memnuniyeti yüzde 39'dan yüzde 67'ye ulaşmıştır.” ifade etmiştir. Her ne kadar oranlarda farklılıklar olsa da sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı ciddi oranlarda artış göstermiştir.

Bu dönemde yine sağlık statüsüne ilişkin olarak ciddi ilerlemeler kat edildiği ifade edilebilir. Öncelikle yaşam süresi ortalama 72,58 iken 2022 yılında 75,85 çıktığı görülmektedir. Aynı zamanda Fahrettin Koca'nın (Ünüvar, 2020b) sonuçlar hakkında, “ *Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başında yüzde 6 olan nitelikli yatak oranımızı bugün itibarıyla yüzde 70'e çıkarmış bulunmaktayız. Hedefimiz, 2023'te tüm odalarımızın nitelikli olmasıdır*” şeklinde ifadesi ile nitelikli yatak sayısına dikkat çekmektedir.

Sonuç

Cumhuriyet tarihinden önce başlayan Sağlık Bakanlığı süreci zaman içerisinde düzenleme, organizasyon, finansman, ödeme ve davranış biçimlerine yönelik olarak çeşitli politikalar izlediği görülmektedir. Bakanlık önceleri koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermiş ve en çok görülen rahatsızlıklar ve bulaşıcı rahatsızlıklar üzerine çalışmıştır. Bunu gerçekleştirirken aynı zamanda ülkenin ihtiyacı olan sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi, görevlendirilmesi hususunda önemli adımlar attığı görülmektedir. Daha sonraki dönemlerde özellikle sağlık hizmetlerinin finansmanı üzerine çeşitlilik görülmektedir. Bu çeşitlik ilerleyen dönemlerde farklı hizmet sunucularının varlığına işaret etmektedir. Örneğin SSK ya da Emekli sandığı mensubu vatandaşlar belirli hastanelerden ve belirli eczanelerden sağlık hizmeti alabiliyorlardı. Aynı zamanda finansmanda eşitlik veya adalet bu açıdan farklılık göstermekteydi. Bakanlık, hem meclis konuşmalarında hem de kendi bildirgelerinde durumun değiştirilmesi üzerine farklı tarihlerde girişimlerde bulunsa da çözüme kavuşturulması 2000'li yıllarda gerçekleşmiştir. Bu dönemler aynı zamanda rekabetin artırıldığı özel sektörün teşvik edildiği dönemler olarak karşımıza çıkmaktadır. 100 yıllık süreç içerisinde izlenen politikalar genel olarak değerlendirildiğinde ise yatay örgütlenme ve kamu sağlığı uygulamalarının zaman içerisinde dikey örgütlenme ve bireysel sağlık politikalarına dönüştüğünü daha eşitlikçi, hakkaniyetçi ve rekabete dayanan bir sağlık sistemi yaratıldığı ifade edilebilir. Sağlık çıktılarına bakıldığında ise her dönemin kendisine özgü birtakım sorunları (örgütlenme, finansman, erişim, bulaşıcı hastalıklar vs.) olmasına rağmen sağlık statüsünde önemli iyileşmelerin olduğu ifade edilebilir.

Kaynakça

- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (2013, 25 Ocak). Resmî Gazete (Sayı: 28539). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>.
- Akdur, R. (2008, Ekim). *Cumhuriyetten günümüze Türkiye’de sağlık*. 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde sunulan bildiri, Ankara Üniversitesi, 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>
- Aksakal, H. İ. (2011). *Atatürk dönemi sağlık politikaları* (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi: <https://openaccess.firat.edu.tr/xmlui/handle/11508/14901>
- Altan, Z.Ö. (Ed.). (2007) *Sosyal politika*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Altındağ, Ö. ve Yıldız, A. (2020). Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 10 (1), 157-184. doi: 10.20493/birtop.742637
- Aslan Y. (2001) *TBMM Hükümeti kuruluşu, evreleri, yetki ve sorumluluğu (23 Nisan 1920 – 30 Ekim 1923)*. Ankara: Yeni Türkiye Yayınları.
- Bertan, M. ve Güler, Ç. (Ed.). (1997) *Halk sağlığı genel bilgiler*. Ankara: Güneş kitabevi.
- Corbin, J. ve Strauss, A. (Ed.). (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (2018, 10 Temmuz). Resmî Gazete (Sayı: 30474). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/19.5.1.pdf>
- Demirel, N., Yiğit, İ., Gözenman, F., Tuncay, L. (1969) *Sağlık mevzuatımız*. İstanbul: Filiz Kitabevi.
- Durmuş, A. ve Durmuş, M. N. (2019). Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(2), 216-229. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad/issue/48364/612336#article_cite
- Emini, F. T. (2018). Tarihsel perspektiften Türkiye’de izlenen sağlık politikaları ve sağlıkta reform. Ö. Uysal Şahin ve B. Köleoğlu (Ed.), *Teoride ve uygulamada sağlık ekonomisi ve politikaları güncel sorunlar ve araştırmalar* (s. 1-25) içinde. Ankara: Uzun Dijital Matbaa.
- Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun (1921, 10 Eylül). Düstur (Tertip: 3) Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.151.pdf>
- Erençin, A. ve Yolcu, V. (2008), Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü ve yerinden yönetim, *Memleket Siyaset Yönetim*, 3(6), 118-136. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/msydergi/issue/75918/1254064#article_cite
- Erkan, A. (2011). Performansa dayalı ödeme: Sağlık Bakanlığı uygulaması. *Maliye Dergisi*, 160(1), 423. Erişim adresi: <https://ms.hmb.gov.tr/uploads/2019/09/021-1.pdf>

- Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu (1971, 2 Eylül). Resmî Gazete (Sayı: 13956). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.1479.pdf>.
- Göçmen, L. ve Acımuş, N. (2017). Dünden günümüze Türkiye’de sağlığın geliştirilmesi serüveni. *Sağlık ve Toplum*, 27(3), 14-19. Erişim adresi: <https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2018/05/D%C3%BCnden-G%C3%BCn%C3%BCm%C3%BCze-T%C3%BCrkiye-de-Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n-Geli%C5%9Ftirilmesi-Ser%C3%BCveni.pdf>
- Güzel A. ve Okur A. R. (2004) *Sosyal güvenlik hukuku*. İstanbul: Beta yayınları
- Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu (1950, 4 Ocak). Resmî Gazete (Sayı: 5502). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/7402.pdf>
- Hemşirelik Kanunu (1954, 25 Şubat) Resmî Gazete (Sayı: 8647). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.6283.pdf>
- İleri, H., Seçer, B. ve Ertaş, H. (2016). Sağlık politikası kavramı ve Türkiye’de sağlık politikalarının incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (12), 176-186. Erişim adresi: <http://sosyoteknik.selcuk.edu.tr/sustad/article/view/93/75>
- Kâhya, E. ve Erdemir A. D. (2000). *Bilimin ışığında Osmanlı’dan Cumhuriyet’e tıp ve sağlık kurumları*. Ankara: Diyanet Vakfı Yayınları.
- Karabulut, U. (2007). Cumhuriyet’in ilk yıllarında sağlık hizmetlerine toplu bir bakış, Dr. refik Saydam’ın sağlık bakanlığı ve hizmetleri (1925-1937). *Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi*, 6(15), 151-160. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ctad/issue/25238/266821>
- Kıray Vural, B. ve Taşpınar, A. (2006) Sağlık Politikaları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 22(1), 305-318. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/eghemshire/issue/49610/635831>
- Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2017, 18 Ağustos). Resmî Gazete (Sayı: KHK/694). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170825-13.pdf>.
- Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun (1992, 3 Temmuz). Resmî Gazete (Sayı: 21273). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/file/generatepdf?mevzuatno=4846&mevzuattur= kurumvekurulusyonetmeligi&mevzuattertip=5>
- Öztürk, M. (1999). Cumhuriyet Dönemi’nde sağlık hizmetleri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 6(1), 37-41. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/196380>
- Öztürk, Y. ve Günay, O. (1991) Atatürk Döneminin Sağlık Politikası. Erişim adresi: <https://www.halksagligiokulu.org/Kitap/DownloadEBook/b3becbe6-6a49-4d24-abb6-d5eaa9023ac2>
- Pala, K. (2007). Türkiye için nasıl bir sağlık reformu? Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/280230044>

Roberts, M. J., Hsiao, W., Berman, P. ve Reich, M. R. (Ed.) (2008). *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*. New York: Oxford University Press.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2011, 2 Kasım). Resmî Gazete (Sayı: 28103). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>

Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik (2020, 4 Mart). Resmî Gazete (Sayı: 31058). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/03/20200304-4.htm>.

Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu. (1986, 14 Haziran) Resmî Gazete (Sayı: 19134). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.3294.pdf>.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2015) Bakanlık Tarihçesi. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı (2023). Teşkilat şeması. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html>.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (2023). Sağlık istatistikleri yıllığı (Yayın no: 1260) Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0>.

T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1973) Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl Ankara: Ayyıldız Matbaası A.Ş.

TBMM Kütüphanesi (2023) Hükümetler. Erişim adresi: https://www5.tbmm.gov.tr/kutuphane/e_kaynaklar_kutuphane_hukümetler.html

Tekir, S. (2019). Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti'nin Kuruluşu ve Erken Cumhuriyet Dönemindeki Faaliyetleri (1920-1930). *Belgi Dergisi*, 2(18), 1301-1326. doi: 10.33431/belgi.547721

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (Ed.). (2019). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

TÜİK (2014). İstatistik Göstergeler 1923-2013 (Yayın No. 4361). Erişim Adresi: <https://avys.omu.edu.tr/storage/app/public/demetozy/131408/%C4%B0statistik%20G%C3%B6stergeler%20T%C3%BCrkiye%201923-2013.pdf>

Türk Eczacıları Birliği Kanunu. (1956, 2 Şubat) Resmî Gazete (Sayı: 9223). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.6643.pdf>.

Türk Tabipleri Birliği Kanunu. (1953, 31 Ocak). Resmî Gazete (Sayı: 8323). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.6023.pdf>

Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu (1949, 8 Haziran). Resmî Gazete (Sayı: 7235). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.5434.pdf>

Uzluk, F. N. (1958) *Genel tıp tarihi*. Ankara: Güzel İstanbul Matbaası.

Ünüvar, N. (2020a) *Meclis kürsüsünden yüzyılın sağlık bakanları (Cilt 1)*. Ankara: Pelin Ofset Matbaacılık. [Adobe Acrobat Reader sürümü]. Erişim adresi: <https://sggm.saglik.gov.tr/Eklenti/39631/0/cilt-1pdf.pdf>

Ünüvar, N. (2020b) *Meclis kürsüsünden yüzyılın sağlık bakanları (Cilt 2)*. Ankara: Pelin Ofset Matbaacılık. [Adobe Acrobat Reader sürümü]. Erişim adresi: <https://sggm.saglik.gov.tr/Eklenti/39632/0/yuzyilin-saglik-bakanlari-kitabi-cilt-iipdf.pdf>

Yalçınkaya, K. (2018) Türkiye’de kamu sağlık hizmetlerinde 1923-1980 dönemi istihdam ve maaş rejimi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(2), 355-391. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/39660/469605>

Extended Abstract

Purpose

Today, when it is accepted that being healthy is an unconditional right, the policies followed by the states while providing health services to their citizens are one of the most determining factors for public health. From the past to the present, the government's health policies have changed periodically in line with the needs of society and cyclical variables. With the proclamation of the Republic in Turkey, many breakthroughs have been made in the health field, and different approaches have been adopted periodically in the health policies followed until today. This research aims to analyze the health policies that have been implemented since the establishment of the Republic of Türkiye Ministry of Health and to examine the results.

Design and Methodology

Within the scope of the research, the statutes and regulations of the Ministry of Health published between 1920 and 2023, as well as the documents of the Grand National Assembly of Turkey, the parliamentary minutes, and the OECD data pool, were used. In the literature, it is seen that health policies are examined in five periods. These periods are determined as 1920-1938, 1938-1960, 1960-1980, 1980-2002, and 2002 and later, respectively. Within the scope of this research, the document review was carried out within the framework of these five periods. Content analysis was used to analyze the research data. For this purpose, a framework based on literature was created; Accordingly, the data were classified, defined, interpreted, and reported. It will include five control knobs, intermediate results, and final results in evaluating the policies followed and the health system. The control knobs, intermediate and final results to be presented in the evaluation were presented by Roberts et al. (2009). Control knobs are health system organization, financing, payment system, regulation, and behavior dimensions. Interim results include access, quality, equity in financing, and efficiency in resource allocation. The outcome indicators of the model include health status, hedging, and satisfaction. The first control knobs is associated with the financing of the health system. This knobs indicates who bears the financial burden of health services and who controls the resources. It can reveal who will use the health service and how, in conjunction with other knobs, who provides the financing. The organization may encompass both the structure of the health care system and the institutions providing health services. The regulation includes legal regulations (laws, directives, circulars, guides) made by the state or non-state institutions to which the state has delegated authority. The behavior of individuals can be an essential determinant of their health status. Many perspectives are encountered regarding qualitative research's

importance, definition, and validation process. In this part, the research was carried out by considering the criteria of credibility, reliability, confirmability, and finally transferability from these perspectives. In terms of credibility, researcher triangulation and external audit strategies were followed within the scope of the research. Its researchers carefully examined the corpus on the subject and compared the results. In addition, attention was paid to ensure consistency between the results by taking expert opinions on the subject, apart from the authors. In the reliability dimension, the part from the design phase of the research to the interpretation of the analyzes was monitored by the researchers and the external auditor. The strategy followed in the approvability dimension consists of recording all the corpus examined within the scope of the research and paying attention to the use of direct citations. Finally, in the dimension of transferability, the researchers determined a purposeful corpus. Statistical tables, parliamentary rostrum speeches, and international institution documents published by official institutions and organizations regarding Turkey's 100 years consist of information that only concerns Turkey. Here, care has been taken to make intense and detailed descriptions of each code and theme that emerged as a result of the analysis, remaining as true to the data's nature as possible.

Findings

When the policies followed in the 100 years are evaluated in general, it is seen that horizontal organization and public health practices have turned into vertical organization and individual health policies over time. It is understood that this transformation brings with it great and comprehensive improvements in both intermediate and final results.

Research Limitations

The first limitation of the study is the difficulty of accessing numerical data belonging to specific periods. Secondly, it is about the documents used in the research. Although the documents examined within the scope of the research were carefully examined, the comments of many different authors and researchers may have been ignored for 100 years.

Implications

This study examined 100 years of health policies within the scope of five themes. Although the intermediate and final result indicators are positive, many factors, such as the number of health workers per capita, must be improved. Researchers and policymakers can take future steps forward by using this study resource.

Originality/Value

Although various studies have been conducted in the literature on health policy and reform monitoring, this study has yet to be found that includes Turkey's 100-year health policy analysis and results. In this respect, we are trying to fill a significant gap.

Araştırmacı Katkısı: Mustafa AMARAT (%50), Deniz GÜNEŞ (%50).