



ASOS JOURNAL

The Journal of Academic Social Science

Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Yıl: 12, Sayı: 158, Kasım 2024, s. 119-132

ISSN: 2148-2489 Doi Number: <http://dx.doi.org/10.29228/ASOS.78429>

Yayın Geliř Tarihi / Article Arrival Date
19.09.2024

Yayınlanma Tarihi / The Publication Date
25.11.2024

Doç. Dr. Serdar Kenan GÜL

Kastamonu Üniversitesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi
skgul@kastamonu.edu.tr
Orcid: 0000-0002-4771-9202

Mustafa CAN

Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü
emustafacan@gmail.com
Orcid: 0009-0006-8267-5619

TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARININ GELİŞİMİ’NİN KALKINMA PLANLARI ÇERÇEVESİNDE İNCELENMESİ*

Öz

Sağlık, toplumun tüm kesimleri için önemli olmakla birlikte toplum sağlığı ve çevresel etkiler bakımından kamu hizmetlerinin öncelikli konuları arasındadır. Cumhuriyetin kuruluş yıllarından itibaren sağlık politikalarında yapılan reform çalışmaları ve düzenlemeler sonucunda, günümüz sağlık sistemine ışık tutacak uygulamalar yasalaşarak hayata geçirilmiş, halen kullanılmakta olan kanunlarla sağlığa erişimde çok önemli mesafeler kat edilmiştir. Daha sonra yürürlüğe giren 1982 Anayasası, yeni resmi politikaların uygulanmasında kamu sağlık örgütü ve sağlık sektörü için zorlayıcı bir yapı teşkil etmiştir. Bu maksatla sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde örgütlenmenin yöntemlerini tartışmaya açan hükümetler, genellikle benzer örnekler üzerinde durulan modeller ile bir reform arayışına girmiş ve belirlenen politikaların uygulanmasına çabalamışlardır. İkinci Dünya Savaşı sonrası Avrupa’da yaşanan ekonomik çıkmaz, sağlık politikalarını uygulayabilmek için ülkeleri finansal arayışa itmiş, bu dönemde ortaya çıkan

* Bu çalışma, Doç. Dr. Serdar Kenan GÜL danışmanlığında Mustafa CAN tarafından hazırlanan “2003 Yılı İtibariyle Türk Sağlık Sisteminde Dönüşüm Programı” isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

uluslararası finans kuruluşları ve örgütler sağlık politikalarını küresel olarak şekillendirmişlerdir. Bu çalışmada, Türkiye’de sağlık politikalarının gelişimi tarihsel süreç içerisinde ele alınmaktadır. Sağlık politikaları, Cumhuriyet öncesi dönemden başlayarak günümüze kadar gelen süreçte kalkınma planlarının hedefleri doğrultusunda incelenmektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlık, Sağlık Politikası, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Kalkınma Planları.

AN ANALYSIS OF THE DEVELOPMENT OF HEALTH POLICIES IN TÜRKİYE WITHIN THE FRAMEWORK OF DEVELOPMENT PLANS

Abstract

Although health is essential for all segments of society, it is among the priority public service issues regarding public health and environmental impacts. As a result of the reform efforts and regulations made in health policies since the foundation of the Republic, practices that will shed light on today's health system have been enacted and implemented, and significant progress has been made in access to health with the laws still in use. The Constitution of 1982, which came into force later on, constituted a compelling structure for public health organizations and the health sector to implement new official policies. For this purpose, the governments that started to discuss the methods of organization in financing health services generally sought reform with similar models and endeavored to implement the determined policies. The economic stalemate in Europe after the Second World War pushed countries to seek financing to implement health policies, and international financial institutions and organizations that emerged in this period shaped health policies globally. This study examines the development of health policies in Türkiye through historical processes. Health policies are analyzed in line with the objectives of development plans from the pre-Republican period until today.

Keywords: Health, Health Policy, Health Transformation Program, Development Plans.

GİRİŞ

Cumhuriyetin kuruluş yıllarından itibaren sağlık politikalarında yapılan reform çalışmaları ve düzenlemeler sonucunda, günümüz sağlık sistemine ışık tutacak uygulamalar yasalarla hayata geçirilmiş, halen kullanılmakta olan kanunlarla sağlığa erişimde çok önemli mesafeler kat edilmiştir. Daha sonra yürürlüğe giren 1982 Anayasası, yeni resmi politikaların uygulanmasında kamu sağlık örgütü ve sağlık sektörü için zorlayıcı bir yapı teşkil etmiştir.

Türkiye’de 1., 2. ve 3. Kalkınma Planları sonrası sağlık sisteminin geliştirilmesine yönelik Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) ve Dünya Bankası’nın (DB) finansmanına ihtiyaç duyulmuş, DB hazırladığı Sağlık Sektörü İncelemesi Raporu’yla reform gerekliliğini vurgulayarak bazı planlama önerileri sunmuştur. Raporun ardından Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) dönüşüm programının temelini oluşturacak Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü’nü hazırlamış, plan doğrultusunda düzenlenen 1. ve 2. Ulusal Sağlık Kongresi’yle uygulanacak olan sağlık politikasının teorileri belirlenmeye başlamıştır. DSÖ Avrupa Bölge Komitesinin “21. Yüzyılda 21 Hedef” planı doğrultusunda olgunlaşan ve AB Sağlık Mevzuatına uyum için

stratejik planlama yapılarak sunulan reform çalışması, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak 2003 yılı itibarıyla hayata geçmiştir.

SDP ile birlikte Türk sağlık sistemi, 2003 yılından itibaren büyük bir dönüşüm süreci yaşamıştır. Cumhuriyet’ten günümüze kısıtlı imkanlarla ve çeşitli sağlık politikalarıyla uygulanmaya çalışılan sağlıkta reform çabaları, bu kez finansal kaynak arayışının verdiği itici güç ve kapsamlı olarak hazırlanan etkili bir politikayla ortaya çıkmıştır.

Bu makalede, sağlık politikalarının gelişimi kalkınma planları çerçevesinde incelenmektedir. İlk olarak Cumhuriyet öncesi dönemdeki sağlık politikaları ele alınmaktadır. Daha sonra sırasıyla; 1920-1938 dönemi sağlık politikaları, 1938-1960 dönemi sağlık politikaları, 1960-1980 dönemi sağlık politikaları, 1980-2003 dönemi sağlık politikaları ve 2003 dönemi ve sonrası sağlık politikaları irdelenmektedir.

CUMHURİYET ÖNCESİ DÖNEMDE SAĞLIK POLİTİKALARI

Osmanlı döneminde sağlık hizmetlerinde kaydedilen en önemli ilerleme II. Mahmud devrinde 1827’de kurulan Tıphane-i Amire’nin kurulması olmuş, 1908 yılında Üniversite eğitiminde tıp alanını, diş hekimliği ve eczacılığı da kapsayan düzenlemeler yer almıştır (Gül, 1988, ss. 249-250).

18. yüzyıldan başlayarak 19. yüzyıl sonlarına kadar idari ve teşkilatlanma yapısında çeşitli örgütsel dönüşümler geçiren sağlık hizmetleri; devletin asli görevleri içinde sayılamamış, kişi ve toplum sağlığına etki eden konularla da erişim bakımından büyük kentlerle sınırlı kaldığından yaygın olarak sunulamamıştır. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılabilmesi arayışıyla diğer ülkelerin de sağlık sistemleri yakından takip edilmiş, yapılan çeşitli resmi ve yaygın örgütlenme değişikliklerini takiben 1908 yılında Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye teşkilatı adıyla günümüzdeki statüsü Genel Müdürlüğe eş değer yeni örgüt yapısına geçilmiş, son olarak İtalya’daki sağlık sistemi örneğiyle sağlık hizmetleri Dâhiliye Nezareti’ne bağlanarak 1914 yılında Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti adını almış ve yaygın kitlelere ulaşması hedeflenerek İçişlerine bağlı bir Genel Müdürlük statüsüyle ikinci dereceden bir devlet görevi olma niteliğine kavuşmuştur (Akdur, 1998, ss. 2-3).

Ancak yapılmaya çalışılan tüm örgütlenme ve reform çabalarına karşın, köklü bir sağlık örgütü olmayışı ile birlikte doktor sayısının yetersizliği, hastane sayısının az oluşu ve ekonomik zorluklar gibi savaş yıllarının getirdiği ağır şartlar yaşanmakta iken, ordunun ve sivillerin kayıplarını arttıran çocuk felci, kolera vb. bulaşıcı hastalıkların yayılması sağlık yükünün artmasına sebep olmuştur (Gül, 1988, ss. 249-250).

1920-1938 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Ankara’da kurulan Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti, 3 sayılı kanun ile sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi görevini, kurulan Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâlet’ine vererek sağlık hizmetlerinin birinci derecede devlet görevi olarak ele alınmasını sağlamış, tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için kurulan Bakanlık sayesinde yaygın sağlık hizmetleri devletin asli görevi olma niteliğine kavuşmuştur. Kurtuluş Savaşı sebebiyle yaşanan ağır sosyoekonomik koşullara karşın, örneğine gelişmiş ülkelerde rastlanan Sağlık Bakanlığı’nın (SB) hızlı bir şekilde kurulması, sağlık hizmetlerini önceliğe alan Hükümet yönetimin ileri görüşlülüğünü ortaya koymaktadır (Akdur, 1998, s. 3).

Bu kuruma ilk olarak 1920 yılında atanan Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar ve yeni hükümet için savaş sonrası sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde alt yapı yetersizliği, köklü yasal düzenlemelerin ve yerleşmiş bir örgüt yapısının olmayışı, her şeyin yeni baştan kurulması savaş sonrası dönemin ağır koşulları olarak karşısına çıkmıştır (Akdur, 1998, s .3).

Öyle ki, 1920’de kurulan ilk hükümet kabinesinde Sağlık Bakanı olarak görev alan Dr. Adnan Adıvar, bir sağlık memuru ile göreve başlamış, hekimlere ait bilgi ve kayıtların olmayışı nedeniyle çeşitli yörelerden telgrafla hekim bilgileri istenmiş ve kaydedilmiştir. Bu dönemde, sağlık hizmetleri koruyucu ve tedavi edici politikalar olmak üzere iki şekilde ele alınmıştır. Kuduz tedavi, aşı hane, bakteriyoloji vb. alanlarda müesseseler kurulmuştur. Burgaz Adası’nda veremli hastalar için bir sanatoryum açılmış, yine bu dönemde kuduzla yoğun mücadele edilmiş, İtalya’dan sağlanan çiçek aşılılarıyla salgını önlemek için koruyucu tedbirler alınmıştır (Gül, 1988, s. 250).

1925 yılında hazırlanan Sağlık Çalışma Programı’yla politika ve hedefler şu temel hedefler altında toplanmıştır:

- 1) Sağlık örgütlenmesinin genişletilmesi,
- 2) Hekim ve hekim dışı sağlık memuru, ebe yetiştirilmesi,
- 3) Numune hastaneleri, kadın doğum hastaneleri ve çocuk bakımevlerinin açılması,
- 4) Sıtma, Verem, Trahom, Frengi gibi salgın hastalıklara karşı etkin ve örgütlü mücadele,
- 5) Sağlık alanında yeni kanun ve tüzükler hazırlanması,
- 6) Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım örgütlerinin taşraya ve köylere yönlendirilmesi,

7) Merkez (Ankara) Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu kurulması (Ağırbaş vd., 2011, s.741).

Atatürk dönemi olarak da adlandırılan bu dönemde belirlenen sağlık politikaları, günümüz sağlık politikası ve planlamasının temelini oluşturmuştur. Bu politikalar kapsamında yapılan yasal düzenlemeler ile sağlığın anayasası olarak kabul gören 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Hususi Hastaneler Kanunu, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun gibi halen yürürlükte olan sağlığın birçok alanını kapsayan temel yasalar hazırlanarak bu dönemde uygulamaya koyulmuştur (Ağırbaş vd., 2011, s. 744).

Yapılan yasal düzenlemeler konularına göre:

- 1) Halk sağlığını koruyucu, bulaşıcı ve sosyal hastalıklarla mücadeleye mahsus kanunlar ve tüzükler,
- 2) Kanunların uygulamalarına yönelik tüzük ve yönetmelikler,
- 3) Yardımcı kanunlar ve nizamnameler şeklindedir (Ağırbaş vd., 2011, s. 744).

İlk olarak bu dönemde sağlık personelinin atama ve terfileri SB yetkisine alınmış, tek elde toplanan bu yetkilerle örgütün merkezileştirilmesi ve tek bir merkezden yönetilmesi sağlanmıştır. Tayin, terfi ve atamalar gibi özlük hakları belirlenen sistemlerle disipline edilirken, sağlık örgütünün güçlendirilmesi, sağlık personelinin nicelik ve nitelik yönünden geliştirilmesi, kamuda istihdamı özendirmeye yönelik alınan tedbirlerin arasında yatılı tıp talebe yurtları kurulması ve tıp fakültesi mezunlarının mecburi hizmete tabi tutulması, hekim dışı sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla okul ve kurslar açılması yer almaktadır. Uygulanan bu

politikalarla sağlık örgütünün güçlendirilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca kamuda istihdamı cazip kılmak için yüksek ücret rejimi uygulanmıştır. Çağdaş düzeye ulaştırılması hedeflenerek yapılan sağlık hizmetleri alanındaki tüm bu düzenlemelerden anlaşılacağı üzere, Refik Saydam Dönemi olarak da anılan bu dönemde tüm sağlık hizmetleri devletin asli görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış, uygulamaya koyulmuştur (Akdur, 1999, ss. 12-13).

1938-1960 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Cumhuriyet döneminde en uzun süre görev yapan Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam Dönemi’nden sonraki sağlık politikalarındaki ilk önemli reform girişimi, 1946 yılında düzenlenen 9. Millî Tıp Kongresi’yle olmuştur. Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından kongrede “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” açıklanmıştır. Yürürlüğe konulmaya çalışılan bu plana göre; sağlık hizmetleri 7 ana bölgeye ayrılarak her bölgede 40 köy başına 10 yataklı 1 Sağlık merkezi kurulacak, bu merkezlerde 2 hekim, 1 ebe ve 1 sağlık memuru görev alacak, merkezlerin kurulması tamamlandıktan sonra ise sağlık gücü ihtiyacını karşılamak üzere her bölgede eğitim verecek bir tıp fakültesi açılacaktı. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birleştirilerek verilmesi amaçlanan sağlık merkezleriyle, genel idareden ayrılarak tek bir merkezden hizmet verilmesi hedeflenmekte ve hizmet birimlerinin nüfus esasına göre kurulması planlanmaktaydı. Çoğunlukla büyük kentlerin yararlandığı tedavi edici sağlık hizmetlerinden kırsal bölgelerinde faydalanması ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması amacıyla, bütüncül bir yaklaşım ile koruyucu tedavi hizmetlerini de içine alan, tüm sağlık hizmetlerinin merkezi hükümet görev ve sorumluluk alanına alınması hedeflenmişti. Ancak ilgili sağlık planı Dr. Behçet Uz’un görevinin sona ermesi nedeniyle kanunlaşma fırsatı bulamamıştır (Akdur, 1998, s. 4).

Kısa süreli bir aradan sonra 1954 yılında ikinci kez Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet Uz, “Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planı”nın devamı niteliğindeki “Millî Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler”i açıklamış, ülkemiz sağlık sistemi organizasyonunun bugünkü temel yapısı oluşmuştur. Millî Sağlık Planında ülkemiz yedi ayrı sağlık bölgesine ayrılırken, Millî Sağlık Programında ise Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elâzığ, Erzurum, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Konya, Sakarya, Samsun, Seyhan, Sivas, Trabzon, Van olmak üzere 16 bölgeye ayrılarak örgütlenilmesi öngörülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2015).

1954 yılında çıkarılan 6134 Sayılı Yasa ile birlikte; Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Millî Savunma Bakanlığı (MSB) ve üniversite hastaneleri hariç olmak üzere; kamuya ait il özel idareleri, belediyeler ve vakıfların bünyesindeki hastaneler merkezi hükümetin görev ve sorumluluğuna verilmiş, tek elde toplanarak yönetimleri SB’ye bağlanmıştır. Yönetimin tek merkezde toplanmasıyla mevcut hastanelerin hizmet kalitesi iyileşirken, il ve ilçelerdeki hastanelerin açılması hız kazanmıştır. Bunun doğal sonucu olarak tedavi edici hizmetler sağlık politikasında öncelik alırken, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri geri plana düşmüştür. Yönetimdeki liberal görüş, lokomotif kamu olan sağlık sektöründeki karma ekonomi anlayışı ile özel sektörün geliştirilmesini ve özel sağlık kuruluşlarının kurulmasını teşvik etmiştir. Yataklı tedavi merkezlerinin Anadolu’ya yayılma hızını kesen bu politika sonucu; kırsal kesim başta olmak üzere talepler karşılanamaz hale gelmiş, 1946 yılında yasalaşıp uygulamalarına 1952 yılında geçilen SSK gibi kamu kurum ve iktisadi kuruluşları kendi olanaklarıyla çözüm getirmek üzere sağlık hizmeti üreten birimler-hastaneler kurmaya başlamıştır. Bu durum sağlık hizmetlerinin tek merkezden yönetilmesi çalışmasını ortadan kaldırmış, koordinasyonu bozulan sağlık sektörü çok başlı dağınık bir yapıya dönüşmüştür (Akdur, 1999, ss.13-14).

Tüm bu gelişmelerle birlikte Millî Sağlık Programında kurulması hedeflenen ve 1945 yılında 8 adet olan sağlık merkezleri sayısı artarak 1950-1955 yılları arasında 181’e, 1960 yılında ise 283’e yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

1960-1980 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

1960 yılındaki ihtilal sonrası özel sektörün sağlık alanında ilerlemesi kısıtlanarak Cumhuriyetin ilk yıllarında olduğu gibi devletin asli görevi olan sağlık hizmetlerinin tekrar kamu öncülüğünde yürütülmesi amacıyla, 1960 yılında kabul edilen “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ve 1961 Anayasası ile ilk kez oluşturulan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında, sağlık alanında yeniden örgütlenmeye gidilerek “Sağlıkta Sosyalleştirme Dönemi” olarak adlandırılan dönem başlamıştır. Yaygınlaştırılan sağlık ocaklarının, sağlık sisteminin temel taşıyıcı unsuru olması hedeflenmiştir (Altındağ ve Yıldız, 2020, ss. 165-166).

1963-1967 yılları arasında uygulamaya koyulan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda; sağlık seviyesinin yükseltilmesine yönelik çevre sağlığı, halk sağlığı, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıklarla mücadelede ağırlık verilmesi amaçlanmış, sağlık personeli sayısının 2,5 kat ve yardımcı sağlık personeli sayısının 6 kat artırılması, sosyal sigorta sisteminin birleştirilmesi ve kişi başına düşen sağlık harcamalarının 2 katına çıkarılması hedeflenmiş; sağlığın geliştirilmesi, hizmet sunumu ve nitelikli eleman yetiştirilmesine ilişkin çeşitli iyileştirme programları belirlenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1963; Yardan ve Kiremit, 2016, ss. 94-97).

İlgili plana göre; sağlık hizmetlerinin sunumunda tüm basamaklara yetki ve sorumluluk verilmesi, sağlık hizmetlerinin sosyalleşmesine yönelik yasalar hazırlanması, MSB’nin özellikli hizmetleri haricindeki kamu sağlık hizmetlerinin tek merkezden yönetilmesine yönelik süreç tamamlanana kadar kurumların kendi hastanelerini kurması, daha fazla sayıda halk sağlığı uzmanı yetiştirilmesine yönelik Hıfzıssıhha Okulu’nun eğitim ve araştırmada öne çıkarılması, özel hastanelerin kurulması ve yerli ilaç sanayinin geliştirilmesi yönünde teşvikler verilmesi belirlenen politikalar arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1963; Yardan ve Kiremit, 2016, ss. 94-97).

İlgili plan döneminde sosyalleştirilen alanlarda sağlık ocakları ve bölge laboratuvarları kurularak sağlık grup başkanlıklarının hizmet vermesi sağlanmıştır. Sağlık insan gücünün dengesiz dağılımı önlenememiş, hekimler daha çok il merkezlerinde görev almışlardır. Hekimlerin yalnızca 1/3’ünün pratisyenlerden oluşması, halk sağlığının geliştirilmesinde ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde dezavantaj oluşturmuştur. Hekimlerin yeterli sayıda yardımcı personelle desteklenememesi sebebiyle hekimlerin iş yükü artmış, çalışma koşullarına bağlı olarak günümüzde de rastladığımız hekim göçü yaşanmıştır. İlgili plan döneminde hastanelerin tek merkezden yönetilmesi hedefine ulaşamamış, birlik sağlanamadığından sağlık kuruluşları arasında farklı malzeme ve hizmet standartları sebebiyle ücret politikaları değişiklik göstermiştir. Taşralarda sağlık alanı tahsis edilmediğinden sağlık ocakları köylerin dışına kurulmuş, yeterli alt yapı olmayışı sebebiyle zor şartlarda hizmet verilmiştir (Yardan ve Kiremit, 2016, s. 97).

1968-1972 yılları arasında uygulamaya koyulan İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’yla; sosyalleştirme programına yılda 300 sağlık ocağı daha katılarak devam edilmesi, 5 yıl içerisinde 10 bin kişiye 25 yatak kapasitesine ulaşılması ve bulaşıcı hastalıklarla mücadelede kapsamında

çevre sağlığının geliştirilmesi hedeflenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1967; Yardan ve Kiremit, 2016, s. 98).

İlgili plana göre; Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde çevre sağlığı, laboratuvar, halk ve ruh sağlığı hizmetleri verilmek üzere birimler kurulması, sağlık hizmetlerinin sağlanmasında özel sektörün desteklenmesi, hem halk sağlığı hem de yardımcı sağlık personeline hizmet içi eğitim verilmek üzere “Halk Sağlığı Eğitimi Enstitüsü” kurulması planlanmıştır, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yönelik dezavantajlı durumdaki doğu illerine öncelik verilerek programdaki hekimlere rotasyon imkânı sağlanması ve yapımı devam eden sağlık ocaklarının %15’inin Batı bölgelerine yapılması planlanarak programın uzatılması belirlenen politikalar arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1967; Yardan ve Kiremit, 2016, s. 98).

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977 yılları arasında uygulamaya koyulmuş, ilgili planda; sağlık hizmetlerini sosyalleştirme programının ülke genelinde yaygınlaştırılması için 1982 yılına kadar her 10 bin kişi için 1 sağlık ocağı ve her 3 bin kişi için 1 sağlık evi yapılması, 10 bin kişiye 33 yatak kapasitesine ulaşılması hedeflenmiş, halkın sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanması belirlenen politikalar arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1973; Yardan ve Kiremit, 2016, s. 99).

İkinci kalkınma planında gündeme gelen genel sağlık sigortası ile sistem desteklenmek istenirse de sonuca ulaşamamış, üçüncü kalkınma planında sağlık hizmetlerinde beklenen sosyal etki sağlanamaması neticesinde çeşitli revizyonlara ihtiyaç hasıl olmuştur. 1980 yılına kadar yürürlükte kalan ve 1978 yılında çıkarılan 2162 sayılı “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun”la geri kalmış bölgelerde sağlık personelinin çalışmasını özendiren ek ödeme sistemi getirilmiş, özel muayenehane açılması yasaklanmıştır (Altındağ ve Yıldız, 2020, s. 165).

1980-2003 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983 yılları arasında uygulamaya koyulmuş, planda; sosyalleştirmenin devam ederek ülke geneline yayılması ve halkın sağlık düzeyini arttırılması, hizmetten yeterli olarak faydalanamayan bölgeler başta olmak üzere hastane ve doğum evi gibi tedavi kurumlarında mevcut yatak sayısı ve kullanım oranlarının yükseltilmesi amaçlanmış; koruyucu sağlık hizmetleri için 9.985 milyon TL, iyileştirici hizmetler 9.900 milyon TL sosyal hizmetler için 1.615 milyon TL sağlık yatırımı yapılması hedeflenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1979; Yardan ve Kiremit, 2016, ss. 100-101).

İlgili plana göre; hizmet sunumunda standartların yükseltilmesine yönelik finansman oluşturulması için yasal düzenlemeler yapılması, ilaç denetimlerinin artırılması, çevre sağlığı için merkezi yönetim içerisinde yerel yönetimlerle iş birliği halinde çalışacak çevre uzmanlarının ve yöneticilerin içinde bulunduğu örgütlü bir düzenleme yapılması, çevre sağlığı konusunda halkın eğitilmesine yönelik politikalar benimsenmiştir. Devlet İlaç Kontrol Enstitüsü’nün yerli ve ithal ilaçlarda aktif madde kontrolü yaparak sağlık hizmetlerinde kullanılan gerekli sarf malzeme ve teçhizatları alması, sağlık sistemi içerisinde yaygın kullanılması için diğer kuruluşlarla koordinasyon sağlanarak standartlaştırılması, kamu tarafından üretiminin sağlanması alınan sağlık politika kararları arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1979; Yardan ve Kiremit, 2016, s. 101).

Bu dönemde, halkın hizmet alımının önemsenmediği neoliberal politika ve darbeler sonucunda sağlık ile ilgili çıkarılan mevzuatların 224 sayılı Kanun ile çeliştiği görülmekle birlikte karmaşaya yol açmıştır. 1982 Anayasası ile kısıtlanan bazı hak ve özgürlükler nedeniyle halkın sağlık alanındaki kazanımlarını kaybetmesine ve sektörde gerileme yaşanmasına sebep olmuştur (Altındağ ve Yıldız, 2020, ss. 165-166). İlgili dönemde sağlık reformu çalışmalarının ana başlıkları (Sağlık Bakanlığı, 2015):

- 1) Sosyal güvenlik kurumunun tek çatı altında toplanması ve Genel Sağlık Sigortasının oluşturulması,
- 2) Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliğince sunulması
- 3) Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- 4) SB’nin koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte tüm sağlık hizmetlerini planlayıp denetlediği bir yapıya kavuşturulmasıydı.

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989 yılları arasında uygulamaya koyulmuş, planda; sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme devam edilebilmesi için mevzuatın güncellenmesi amacıyla 5 yıl içerisinde 720 sağlık ocağı 4.215 sağlık evi planlaması yapılmış, 10 bin kişiye düşen yatak sayısının 26 olması hedeflenmiştir. Plana göre; koruyucu sağlık hizmetlerinin ülke çapında yaygınlaştırılması için sağlık yapıları, insan kaynağı ve teçhizat eksikliklerinin giderilmesi, basamak sevk zinciri uygulamasına geçilmesi, koruyucu halk sağlığı kapsamında bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılmasına yönelik politikalar belirlenmiş; sağlık hizmetlerinin sunumunda koordinasyon sağlanmasına yönelik mevzuatın düzenlenerek hizmet verimliliğini sağlaması amacıyla sağlık kuruluşlarına işletmecilik kavramı getirilmesi, tüm sağlık kuruluşlarının işbirliği içerisinde çalışmasına yönelik protokol uygulanması, özel sağlık kuruluşlarının sunulan hizmetlere serbest ücret belirlenmesi, sağlık teçhizat ve cihazlarında tasarrufa yönelik bakımlarını sağlayacak nitelikli eleman yetiştirilmesi için meslek okulları ve Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) bünyesinde eğitim programlarının açılması alınan sağlık politika kararları arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1985; Yardan ve Kiremit, 2016, ss. 101-102).

1989 yılında “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı” adı “Sağlık Bakanlığı” olarak değiştirilmiş, yapılan düzenlemeyle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri olan birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda merkez kuruluş olmuştur (Altındağ ve Yıldız, 2020, ss. 168).

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994 yılları arasında uygulamaya koyulmuş, planda; program sonuna kadar doğuştan beklenen yaşam süresinin 68 yıla çıkarılması, bebek ölüm oranlarının %5’in altına düşürülmesi, sağlık hizmet taleplerinin öncelikle birinci basamak sağlık birimlerince karşılanması hedeflenmiştir. İlgili plana göre; koruyucu sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olması için birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, sevk zincirinin etkili hale gelmesi, sosyal sigorta kapsamının genişletilmesi, aile planlaması yapılarak etkin ana çocuk sağlığı hizmetleri verilmesi, gıdaların kontrolü, yerli ilaçlar dışında da aşı ve kan ürünlerinin üretilmesi, üretilen ürün ve ilaçların dağıtımında ve muhafazasında düzenlemeler yapılmasına yönelik politikalar belirlenmiş; sağlık kuruluşlarının modernizasyonunda hizmetlerin etkin olarak sağlanabilmesi ve kayıtlarının tutulabilmesi için sağlık bilgi sistemlerinin kurulmasına yönelik düzenlemeler yapılması, sağlık kuruluşlarının iletişime açık etkili işletmecilik anlayışıyla modernize edilmesi, toplumun sağlık bilincinin geliştirilmesine

yönelik eğitimler verilmesi, sağlık insan gücünün ülke geneline dengeli dağılımı için insan kaynağının planlanması alınan sağlık politika kararları arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1989; Yardan ve Kiremit, 2016, ss. 102-103).

Bu dönemde; DB ve IMF ile olan yakın ilişkilerin sonucu olarak karma ekonomiden serbest piyasa ekonomisine geçiş olarak anılan 24 Ocak 1980 kararları ile Türkiye’nin “Yapısal Uyum Programları” kapsamında liberal politikalar ile özelleştirme girişimlerinin politika düzeyinde kabul görmesi ve uygulamaların artması sağlık sektörünü de etkilemiş, beraberinde reform gereklilikleri getirmiştir (Ersöz, 2010, ss. 65-66).

Birinci, ikinci ve üçüncü kalkınma planları sonrası 1980’li yıllar ile birlikte sağlık alanında geliştirilmek istenilen projelerin uygulanabilmesi için DSÖ’nün desteği ve DB’nin finansmanına ihtiyaç duyulmuştur. DB, gelişmekte olan ülkelere kredi finansmanı sağlarken koşul niteliğinde sayılabilecek uzman yardımı ve teknik destek sunarak ülkelere yükledikleri sorumluluklarla politikalarını yönlendirmekteydi. Bu bağlamda, DB’nin hazırladığı belgeyle Türkiye’nin dış ticaret açığını kapatılması koşulunun piyasa ekonomisine geçilmesi ve sağlık alanında özel sektör yatırımlarının destelenerek teşvik edilmesine bağlı olduğu vurgulanmıştır. Hazırlanan Sağlık Sektörü İncelemesi Raporu’nda kalkınma stratejileri için reform yapılması gerekliliği belirtilmiş, sağlık alanında bazı planlama önerileri sunulmuştur. Rapor; sağlık politikalarında reform niteliği taşıyacak ve reformun temel taşlarını oluşturan uygulamalar barındırmaktaydı. Raporun ardından, DPT durum analizi yapmak üzere Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü hazırlayarak, ilerideki dönemlerde uygulama konulacak olan SDP’nin temelini oluşturan, devlet ve piyasayı uzlaştıracak stratejileri belirlemiştir (Avaner ve Fedai, 2018, s. 528).

DPT tarafından hazırlanan planın uygulanmasına yönelik, sağlık sektöründe yeni bir yapılanma sürecini başlatacak olan 1992 yılında 1. Ulusal Sağlık Kongresi ve 1993 yılında 2. Sağlık Kongresi yapılmış, ulusal sağlık politikaları belirlenmiştir. Bu dönemdeki politikaların içerisinde SB vasıtasıyla sunulması hedeflenen koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilerek yaygınlaştırılması, personel atamalarında dağılımın dengeli olması, devlet hastanelerinde döner sermaye uygulamasına geçilmesi, ilaç sanayinin güçlendirilmesi ve özel hastanelerin açılmasına yönelik piyasanın desteklenmesi yer almıştır. Sosyal güvenlik kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanamayan yurttaşlar için 3861 sayılı Kanun ile 1992 yılında çıkarılan kanunla Yeşil Kart uygulaması yürürlüğe konmuş, yapılan kongrelerin sonuç beklentisi olan hastanelerin özerkleşmesi ve özelleştirme çalışmaları bu dönemde sonuç vermemiş, 2008’de yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası’nın (GSS) hazırlanmasına karşın Bakanlar Kuruluna sunulamamıştır (Çavmak ve Çavmak, 2017, ss. 50-51).

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000 yılları arasında uygulamaya koyulmuş, planda; sağlık hizmetlerinde kaynak kullanımlarının etkin hale getirilmesi, kaliteli hizmetin sürdürülebilir ve yaygın olarak sunulması, sağlık hizmeti alanların müşteri gibi görülerek hizmet sunumunda tatmin edilmesine yönelik sağlık sistemi yeniden yapılandırılması, tüm basamaklarda sevk zincirinin kurulması, buna karşın hastaların hastane ve hekim seçebilmesine olanak sağlanması amaçlanmış, belirlenen sağlık politikalarının sürdürülebilir olması için yasal düzenleme yapılması ve sağlık yatırımlarının bölgelere homojen olarak dağılması ve daha fazla toplum yararı gözetilmesi hedeflenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1995; Yardan ve Kiremit, 2016, ss. 103-104).

İlgili plana göre; sağlık hizmetlerinin sunumunun iyileştirilmesi, sağlıkta insan gücü kaynağının yönetilmesi, toplum sağlığının geliştirilmesi gibi konulara yönelik mevzuatların kapsamlı olarak güncellenmesi ve yeni yasal düzenlemelerin yapılması, akıllı ilaç kullanımı politikalarına öncelik verilmesi, özel sağlık sektörünün gelişmesinin teşvik edilmesine yönelik politikalar belirlenmiş; sağlık hizmetleri sigortasının kapsamına sosyal güvencesi olmayan vatandaşların da dahil edilmesi için sigorta kuruluşları arasında uygulama birliği sağlanarak genel sağlık sigortası kapsamına geçilmesi, dar gelirli kesimin sigorta prim ödemelerinde kısmen ya da fakirlik düzeyinde kesim için tamamı kamu kaynaklarından karşılanarak finanse edilmesi için yasal düzenleme yapılması alınan sağlık politika kararları arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1995; Yardan ve Kiremit, 2016, ss. 103-104).

Kalkınma planında; sağlık sistemine ilişkin yapılan değerlendirmelerde kamuda istihdam edilen personel sayısının fazla oluşuna bağlı olarak özelleştirmenin gerekliliği bir kez daha vurgulanmış, özelleştirmenin beklenen seviyeye ulaşmamış olması olumsuz olarak karşılanırken, aile hekimliği uygulamasına geçilmemiş olması sebebiyle koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde sorunların devam ettiği dile getirilmiştir. Hekimlerin bölgelere dağılımındaki eşitsizlik tablosu sonucu olarak taşrada sağlık hizmetlerinin sunumunda sorunlar yaşanmıştır. Hastanelerin özerk yapıya kavuşmamış olmasına ve önemine vurgu yapılmıştır (Altındağ ve Yıldız, 2020, s. 170).

2001-2005 yılları arasında uygulamaya koyulan Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda; sağlık hizmetlerinin eşitlikçi yaklaşımla ve hakkaniyet içerisinde etkin şekilde sunulması, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılayan, hizmet kalitesi beklentileriyle ve hasta haklarıyla uyumlu, herkes için erişilebilir olması, önceliklenerek planlanan sağlık hizmetlerinin sunumunda ve kaynak kullanımda maliyet etkililik yaratılması, halk sağlığının korunarak geliştirilmesi yönünde sektörleri koordine ederek iş birliği içinde olunması, sağlık hizmeti sunumuyla finansmanı noktasında bir ayırım yapılması, sağlık sigortasının kapsayıcılığıyla tüm vatandaşların sağlık hizmetinden yararlandırılması, acil sağlık hizmetlerinin geliştirilerek ülke genelinde yaygın hale getirilmesi hedeflenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2000; Yardan ve Kiremit, 2016, ss. 105-106).

İlgili plana göre; özel sağlık kuruluşlarının sektöre yapacağı yatırımların teşvik edilerek gönüllü kuruluşların desteklenmesi, bilimsel kanıta dayalı yaklaşımla teşhis ve tedavide çağın gereklerine uygun sağlık hizmeti sunulması, akılcı ilaç uygulamasının yaygın hale getirilmesi, çalışanların tam gün uygulamasına özendirilmesi, aşı üretiminde daha fazla kapasite oluşturulması, ulusal referans kurum olarak Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi laboratuvar ve kontrol hizmetleriyle aktifleştirilmesine yönelik politikalar belirlenmiş; SB’nin teşkilatlanma, görev ve yetkileri düzenlenerek koruyucu sağlık hizmetlerinde etkin olması, sağlık kurumlarının yönetimlerinin özerk ve rekabetçi olmasının sağlanması, ebe ve hemşire gibi yardımcı sağlık personellerinin çalışma mevzuatlarının düzenlenmesi alınan sağlık politika kararları arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2000; Yardan ve Kiremit, 2016, ss. 105-106).

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (2003) SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI

2007-2013 yılları arasında uygulamaya koyulan Dokuzuncu Beş Yıllık Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda; sağlık sisteminde hasta odaklı yaklaşım yaygınlaştırılarak sağlık hizmetlerinin sunulması ve erişimin kolaylaştırılması, oluşturulacak veri tabanının uluslararası standartlara göre hazırlanması amaçlanmıştır; tıp fakültelerine yeni kayıt, hekim ve hekim başına

düşen nüfus, yatak ve yatak başına düşen nüfus sayılarının iyileştirilmesi hedeflenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2006; Yardan ve Kiremit, 2016, s. 107).

Plana göre; sağlığa erişimin kolaylaşması yönünde genel sağlık sigortasının uygulanması, hasta odaklı hizmet anlayışının sağlanması için yasal düzenlemeye gidilmesi, sağlık çalışanları ve sağlık hizmeti alanların hasta hakları kapsamında bilinçlendirilerek eğitilmesi, hizmet birimlerinde akreditasyonların sağlanması, uluslararası standartlara uyumlu veri tabanı çalışmasının uygulamaya koyulması, sağlıkta hizmet kalitesi belirlenerek personel ve hizmet sunumu standartlarının oluşturulması alınan sağlık politika kararları arasındadır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2006; Yardan ve Kiremit, 2016, s. 107).

Dokuzuncu Beş Yıllık Beş Yıllık Kalkınma Planı sonrası SDP çerçevesinde sağlığa erişim ve hizmet kalitesinde ilerlemeler sağlanmış, doğumda beklenen yaşam süresinin artması sağlanarak anne ve bebek ölüm oranları düşürülmüş, hekime müracaat eden kişi sayısı 2002 yılında 3,2 iken, 2011 yılında 8,2’ye yükselmiş, toplam sağlık personeli sayısı 378 binden 670 bine ulaşmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumuna duyulan memnuniyet oranı 2012 yılında %75 olarak yansımıştır. İlgili kalkınma planı döneminde kamu kaynaklarının tasarrufuna yönelik olarak yapılacak sağlık yatırımlarının KÖİ modeliyle desteklenmesi için gerekli yasal düzenlemeler yapılmıştır. 2002 yılında %3,8 olan kamu sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla’ya (GSYH) oranı 2012 yılında %4,2’ye yükselmiştir (Yardan ve Kiremit, 2016, ss. 107-108).

2014-2018 yılları arasında uygulamaya koyulan Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda; yaşam sürelerinin yükseltilmesine yönelik sağlıklı beslenme, hareketsiz yaşam ve madde bağımlılıkları önlenerek güvenilir gıdalarla sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması, toplumun bilinçlendirilmesi ve sosyoekonomik olarak desteklenmesi, koruyucu sağlık hizmetleri ve ruh sağlığının geliştirilmesiyle bireylerin topluma sağlıklı ve aktif olarak katılımlarının sağlanması amaçlanmıştır; 10 bin kişiye düşen yatak sayısının 26,7’den 28,4’e ve 100 bin kişiye düşen hekim sayısının 176’dan 193’e yükseltilmesi, bebek ölüm hızının %7,1’den %6’ya ve 100 bin canlı doğumda 14,5 olan anne ölüm hızının 9,5’e düşürülmesi hedeflenmiştir. İlgili plana göre; sektörler arasında iş birliğine gidilerek sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, akılcı ilaç kullanımına yönelik olarak sağlık personeliyle birlikte toplumunda bilinçlendirilmesi, tıbbi eğitim ve araştırmada yenilikçi yaklaşımlar benimsenerek yapısal reformların oluşturulması, sağlıkta insan gücünün kaynağının hem nitelik hem de nicelik bakımından gelişiminin sağlanması, tamamlayıcı tıbbın kapsamına giren ürün ve hizmet standartlarının belirlenerek denetlenmesi, hareketsiz yaşam obeziteyle mücadeleye yönelik sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılması ve gıda tüketiminde bilimsel verilerle toplumun bilinçlendirilmesi, gıdanın üretim ve denetiminin kontrol altına alınarak izlenebilirliğinin sağlanması alınan sağlık politika kararları arasındadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013; Yardan ve Kiremit, 2016, s. 108).

2019-2023 dönemini kapsayan On Birinci Kalkınma Planı kapsamında Sağlık Endüstrilerinde Dönüşüm Özel İhtisas Komisyonu kurulmuş, hazırlanan raporda sektörel inovasyona vurgu yapılmıştır. Hem tıbbi cihaz geliştirilmesinde hem de yüksek katma değerli ürünler elde edilebilmesine yönelik inovasyon yaklaşımıyla destek programlarının açılması, endüstriyel tasarımlarının da kapsama alınması, teknolojinin değerlendirilmesinde ve pazarlanmasında katkı sağlayacak eğitim ve danışmanlık faaliyetlerinin de yer alması gerektiği belirtilmiştir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018, s. 111).

Sağlık endüstrisinin gelişmesine yönelik desteklerde; inovasyonun hasta ve kullanıcı odaklı olması, doğrudan sağlığa ve yaşam kalitesine etkide bulunması, henüz giderilmemiş tıbbi ihtiyaçlara yönelerek yenilikçi çözümler getirilmesi ve fikirlerin ticarileşmesinin sağlanması öngörülmüştür. Bilgi teknolojileri ve robotik gelişmeler tıbbi cihazların geliştirilmesinde ve inovasyonda önemli bir rolü bulduğundan bu süreç desteklenmeli, sağlık ve bilim uzmanlarının disiplinler arası yaklaşımıyla çözümlenerek sağlık alanında beklenen faydanın sosyal ve fiziksel olarak bütüncüllüğü sağlanmalıdır. İnovasyon faaliyetleriyle maliyet etkililiğin attırarak, kamu ihtiyaç ve sağlığını önceleyecek şekilde eylem planları belirlenmiştir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018, s. 111).

SONUÇ

Bu çalışmada, Cumhuriyet öncesi dönemdeki sağlık politikalarından başlayarak 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve sonrasındaki döneme ait sağlık politikaları kalkınma planları hedefleri bağlamında incelenmiştir.

İlk olarak Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanarak 1963 yılında uygulanmaya başlanan kalkınma planlarıyla birlikte SDP’nin de temellerinin atıldığı 7 kalkınma planı daha hazırlanmış, SDP öncesi hazırlanan bu planlarda sağlık personeli sayısının yetersizliği, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, sağlık harcamalarının düşük olması, sürekli olarak sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hedeflenmiştir.

SDP sonrası kalkınma planlarında ise; çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetim, bilimsel veri ve kanıta dayalı tedavi yöntemleri, akılcı ilaç uygulamaları, obezite ve hareketsiz yaşam ile mücadele, veri tabanı ve teknolojileri, sağlık turizmi, uluslararası akreditasyonlar, sağlık sektörünün endüstrileşmesi gibi çağdaş kavramlardan bahsedilmektedir. Kalkınma planlarında kamu ve özel sektör hizmet sunucularının yer aldığı karma sağlık sistemi modeli benimsenmiş, ivme kazanan Türk sağlık sistemi için çağının ilerisinde hedefler belirlenmeye başlanmıştır.

KAYNAKÇA

- Ağırbaş, İ., Akbulut, Y. & Önder, Ö. R. (2011). Atatürk Dönemi Sağlık Politikası. *Atatürk Yolu Dergisi*, 12(48), 733-748. https://doi.org/10.1501/Tite_0000000343
- Akdur, R. (1998). Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri. *Yeni Türkiye*, 4(23-24), 1-13.
- Akdur, R. (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*. <https://www.recepakdur.com/media/1720/turkiye-de-saglik-hizmetleri-ve-avrupa-toplulugu-ulkeleri-ile-kiyaslanmasi.pdf>, Erişim tarihi: 16.01.2023.
- Altındağ, Ö. & Yıldız, A. (2020). Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 157-184. <https://doi.org/10.20493/birtop.742637>
- Avaner, T. & Fedai, R. (2018). Türkiye’de Sağlık Politikalarında Dönüşüm. C. Babaoğlu & E. Akman (Ed.) *Kamu Politikası Analizi Türkiye Uygulamaları* içinde (s.513-558). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Çavmak, Ş. & Çavmak, D. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Ersöz, D. (2010). *Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi.

- Sağlık Bakanlığı (2015, Eylül 01). *Bakanlık Tarihçesi*. Sağlık Bakanlığı. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>, Erişim tarihi: 16.01.2023.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1963). *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Kalkinma_Plani_Birinci_Bes_Yillik_1963-1967.pdf, Erişim tarihi: 10.07.2024.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1967). *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/ikinci_Bes_Kalkinma_Plani-1968-1972.pdf, Erişim tarihi: 10.07.2024.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1973). *Yeni Strateji ve Kalkınma Planı Üçüncü Beş Yıl (1973-1977)*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Yeni-Strateji-ve-Kalkinma-Plani_Ucuncu-Bes-Yil_1973_1977.pdf, Erişim tarihi: 10.07.2024.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1979). *Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Dorduncu-Bes-Yillik-Kalkinma-Plani_1979_1983.pdf, Erişim tarihi: 10.07.2024.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1985). *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Besinci-Bes-Yillik-Kalkinma-Plani-1985-1989.pdf>, Erişim tarihi: 10.07.2024.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1989). *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Altinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-1990-1994.pdf, Erişim tarihi: 10.07.2024.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1995). *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Yedinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-1996-2000.pdf, Erişim tarihi: 10.07.2024.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (2000). *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Uzun_Vadeli_Strateji_ve_Sekizinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-2001-2005.pdf, Erişim tarihi: 10.07.2024.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (2006). *Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013)*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Dokuzuncu_Kalkinma_Plani-2007-2013.pdf, Erişim tarihi: 10.07.2024.

- T.C. Kalkınma Bakanlığı (2013). *Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf, Erişim tarihi: 10.07.2024.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı (2018). *On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023): Sağlık Endüstrilerinde Dönüşüm Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. Ankara: Kalkınma Bakanlığı. <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/SaglikEndustrilerindeDonusumOzelIhtisasKomisyonuRaporu.pdf>, Erişim tarihi: 11.07.2024.
- Yardan, E. D. & Kiremit, B. Y. (2016). Türkiye Kalkınma Planları'nda Sağlık Sektörü. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 93-100.