

# Türkiye’de Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları

## Health Policies of the Republican Period in Turkey: Review

Alper Tunga KÖKCÜ<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>3. Jandarma Eğitim Tabur Komutanlığı  
Birinci Basamak Muayene Merkezi,  
<sup>b</sup>Tıp Tarihi ve Etik AD,  
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Çanakkale

Geliş Tarihi/Received: 05.06.2014  
Kabul Tarihi/Accepted: 03.07.2014

*Bu çalışma, 2. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongresi (10-13 Aralık 2012, İstanbul)’nde sunulan “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları” başlıklı sözlü bildiri temel alınarak güncel gelişmeler ışığında hazırlanmış olup, bu husus makalede belirtilmiştir.*

Yazışma Adresi/Correspondence:

Alper Tunga KÖKCÜ  
3. Jandarma Eğitim Tabur Komutanlığı  
Birinci Basamak Muayene Merkezi,  
Çanakkale,  
TÜRKİYE/TURKEY  
alpertungakocuk@comu.edu.tr

**ÖZET** Sağlık politikası, “bir ülkedeki sağlık sektörünü benimsenen/seçilen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak” olarak tanımlanabilir. Sağlık sektörünü yapılandırmanın araçları ise örgütlenme, finansman ve insan gücüdür. Cumhuriyetin ilk yıllarında koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiştir. 1950’li yıllara gelindiğinde ise tedavi edici sağlık hizmetlerinin de koruyucu sağlık hizmetleri kadar önemsendiğini görmekteyiz. Ülkemizde Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar geçen süre içerisinde, sağlık hizmetleri alanında hem günün ihtiyaçları hem de ülke yönetimindeki değişiklikler nedeniyle farklı politikalar izlenilmiştir. Tarihsel süreci incelediğimizde, birçok yetersizliğe rağmen Cumhuriyetin ilk dönemlerinde izlenen sağlık politikalarının günün şartlarına göre başarılı sonuçlar verdiğini görmekteyiz. Daha sonraki dönemlerde tutarlı ve uzun vadeli sağlık politikalarının oluşturulmaması ve/veya uygulanmaması sonucunda sağlık hizmetleri alanındaki problemler tam anlamıyla çözülememiş olup, yıllar içerisinde birikerek günümüze gelmiştir. Günümüzde halen devam etmekte olan bir sağlık politikası değişimi yaşanmaktadır. Bütün sigorta kurumlarının Sosyal Güvenlik Kurumu adıyla tek çatı altında toplanması, aile hekimliği uygulaması, hastanelerin yerinden yönetimi ve çalışanlara döner sermayeden performansa göre ek ödeme yapılması son on yıl içindeki dikkat çekici temel değişikliklerdir. Bu kapsamda ülkemizde uygulanan sağlık politikalarının sağlık sektörünü ne şekilde yapılandırdığının, sağlık çalışanları ve bilim insanları tarafından bilinmesinde fayda olacağı değerlendirilmiştir. Makalede Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları kronolojik olarak ele alınmış olup, yakın dönemde uygulanan politikaların sağlık sektörü üzerindeki etkileri de belirtilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık politikası; sağlık hizmetleri; organizasyon & yönetim

**ABSTRACT** Health policy is defined as “to organize and configure the health sector in a country in accordance with the adopted/chosen philosophy.” The tools of the configuration of health service are organization, financing, and manpower. In the first decades of the Republic, the policies of preventive medicine are given the priority. In 1950s however, we see that the therapeutic health policies are heeded as the policies of preventive medicine. Since the foundation of Republic to nowadays different policies have been applied because of the prevailing needs in the field of health services and changes in the government. When we inspect the historical process, we see that despite lots of insufficiencies, the health policies in the first years of the Republic created many successful results in their current circumstances. In the later periods however, as a result of the inability of developing and/or applying consistent and long-term health policies, the problems in the field of health services could not be solved and reached to nowadays. At the present day still an alteration in the health policy is being carried on. Unifying of all the security institutions under the roof of the Social Security Institute, family medicine implementation, decentralized management of hospitals and performance based supplementary payment to the personnel from the revolving fund have been the noteworthy changes in the past decade. In this context, it is evaluated that there is benefit for health workers and scientists to know how health policies configure health sector in our country. Health policies of the republican period were dealt within the chronological order and the effects of the policies, which were implemented in the near term, on the health sector were indicated in the article.

**Key Words:** Health policy; health services; organization & administration

Sağlık hizmetleri kısaca; “insan sağlığının korunması, sağlığın bozulması halinde tedavi edilmesi, ayrıca tam olarak iyileşmeyenlerin rehabilitasyonu amacıyla yapılan planlı çalışmaların tümü” olarak tanımlanabilir. Sağlık politikası “bir ülkedeki sağlık sektörünü benimsenen/seçilen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak” şeklinde tarif edilebilir. Sağlık sektörünü yapılandırmanın araçları ise; örgütlenme, finansman ve insan gücüdür.<sup>1</sup>

Ülkemizde cumhuriyet döneminde izlenen sağlık politikalarını ele almadan önce Osmanlı dönemini kısaca özetlemek, tarihi süreç içerisindeki değişimi anlamak açısından faydalı olacaktır.

İmparatorluk döneminde sağlık hizmetleri genel olarak devlet, vakıf ve özel kişiler aracılığı ile verilmiş olup, bu hizmetler büyük şehirlerle sınırlı kalmıştır. Devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri de daha çok saray ve orduya yönelik olduğu için bunun dışında kalan yaygın kitleler genellikle serbest çalışan tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet almıştır. Özetle 19. yy. sonlarına kadar halka sunulması gereken sağlık ve sosyal hizmetler devletin asli görevleri içinde yer almamıştır. Tüm bunların sonucu olarak toplumun sağlık düzeyi zamanın gelişmiş toplumlarının çok gerisinde kalmıştır.<sup>1</sup>

1849’da “Hekimbaşılık” kurumu kaldırılarak, yetkileri 1850’de kurulan “Tıbbiye Nezareti”ne devredilmiştir. Sağlık hizmetleri bu sürecin sonunda 1914 yılında, Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti’ne bağlı olarak genel müdürlük seviyesinde yürütülen devlet görevi olma niteliğine kavuşmuştur.<sup>2</sup>

Günümüz Türkiye’inde uygulanan sağlık politikalarını daha iyi anlayabilmek ve yaşanan değişimi fark edebilmek için, geçmişte izlenen sağlık politikalarını kapsamlı bir şekilde değerlendirmek gerekir. Gerek sağlık çalışanları, gerekse bilim insanları tarafından, ülkemizde uygulanan sağlık politikalarının sağlık sektörünü ne şekilde yapılandırdığının bilinmesinde fayda vardır. Makalede Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları kronolojik olarak ele alınmış olup, yakın dönemde uygulanan sağlık politikalarının etkileri de belirtilmiştir. Bu

makale, 10-13 Aralık 2012 tarihleri arasında İstanbul’da düzenlenen 2. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongresi’nde sunulan “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları” başlıklı sözlü bildiri temel alınarak, güncel gelişmeler ışığında hazırlanmıştır.

## 1920-1937 DÖNEMİ

Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti TBMM’nin 3 Mayıs 1920 tarihinde kabul ettiği 3 sayılı kanun ile kurulmuş ve ilk Sağlık Bakanı da Dr. Adnan ADIVAR olmuştur.<sup>3</sup> Görülüyor ki, Mustafa Kemal ve arkadaşlarının insan sağlığının korunması ve sürdürülmesine yönelik icraat hedeflerinin temeli daha Cumhuriyet’in ilanından önce atılmıştır. Bir ülkede kurtuluş savaşı sürdürülürken, halkın sağlık sorunlarının öncelikle ele alınması Cumhuriyeti kuranların bu konuda ne kadar emin ve bilinçli olduklarını gösterir. Türkiye, sağlık hizmetlerinin bakanlık düzeyinde temsil edildiği öncülüklerden biri olmuştur.<sup>4</sup> Bu dönem kurtuluş savaşı yıllarına denk gelmiş olup sağlık hizmetlerine ilişkin çoğu bilgi ve belgenin İstanbul Hükümeti kontrolünde olduğu yıllardır. Durum böyle olunca mevcut örgütlenme yapısının fazla bozulmadan hızlı işleyen bir sistemin kurulması gerekiyordu.

Dr. Adnan ADIVAR Ankara Vilayet Konağında göreve başladığında elde mevcut kayıt ve bilgi bulunmamaktaydı. Anadolu’da görev yapan tüm hekimlerin isimleri telgrafla istenerek kaydedildi. Çeşitli yerlerden temin edilen mevzuat ihtiyacı karşılayamayacağı için, bakanlık kendine göre bir usul ve kadro tertip etti. Buna göre; merkezde Hıfzısıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak Kalemi kurulmuş olup, taşrada ise eski Sağlık Müdürlükleri, Hükümet, Belediye ve Karantina tabiplikleri ile küçük Sıhhiye Memurlukları aynen muhafaza edilmiştir.<sup>5</sup> Bu dönem Sağlık Bakanlığı’nın hızlı bir şekilde örgütlenerek cepheden gelen yaralıların tedavisine öncelik verdiği bir dönem olmuştur. Dr. Adnan ADIVAR 10 Mart 1921’de görevden ayrılmış ve yerine Dr. Refik SAYDAM atanmıştır.<sup>6</sup>

Sağlık Bakanlığı’na atanan Dr. Refik SAYDAM kısa süreli aralıklar dışında 1937 yılına kadar bu gör-

evi sürdürmüştür. Dr. SAYDAM, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük bir başarı göstermiş ve hizmetlerin yapılmasına damgasını vurarak sağlık hizmetleri tarihinde onurlu bir yer edinmiştir.<sup>1</sup> Günümüze ulaşan verilere göre 1923 yılında, ülkemizde sağlık hizmetleri hükümet, belediye, karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile veriliyordu.<sup>7</sup> Bu dönemde Koruyucu sağlık hizmetleri ön planda tutulmuş, tedavi edici hizmetler hükümet görevi olarak görülmemiştir. Tedavi edici hizmetler yerel idarelerin sorumluluğunda yürütülmüş olup, hükümet yol gösterici olmuştur. Bu maksatla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan Bakanlığa bağlı "Numune Hastaneleri" açılmıştır.<sup>1</sup> Ankara'da 1923-1924 yıllarında sıtma salgını görülmüş, sıtmanın girmediği ev kalmamıştır. Bu dönemde doktor Refik SAYDAM'ın emriyle Babaharmanı bataklığı kurutulmuş, böylece 1924'te Ankara'da ilk geçici sıtma savaşı başlatılmıştır. 1926 yılında 839 sayılı "Sıtma Mücadelesi Kanunu" çıkarılmış ve özel bir yapılanma kurulmuştur.<sup>5</sup> Sıtmanın yanı sıra çiçek, tifüs, trahom, verem ve frengi gibi bulaşıcı hastalıklar da ülkenin başta gelen sağlık sorunlarıydı. Bu hastalıklarla mücadele için normal örgütlenme yapısının dışında dikey bir örgütlenme yapısı kurulmuş olup dönemin şartları içinde oldukça iyi sonuçlar alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı koruyucu hekimlik hizmetlerini hekimler için çekici duruma getirmek amacı ile devletin memurlara verdiği maaştan çok yüksek bir ücret sistemi getirmiştir. Bir sıtma savaş hekiminin ücreti validen fazla, Trahom Savaş Teşkilatı Başkanının ücreti milletvekili maaşının üç katıydı. Hükümetin hekimlere verdiği bu ayrıcalıklı statü, sağlık hizmetlerine verilen önemin kanıtıdır.<sup>8</sup>

Selim Sırrı TARCAN'ın Ordu milletvekilliği döneminde (1935-1937) yayınlanan "Çocuklara Sağlık Öğüdüleri" adlı eserinde, çocuklara sağlığın korunması ile ilgili bilgiler verilmiştir. Her sayfada A harfinden başlayarak bir atasözü ve şiire de yer verilmiştir. Bu eser, sağlığın korunmasına öncelik veren dönem politikalarını yansıtmaya açısından güzel bir örnektir.<sup>9</sup>

Bu dönemde sağlık insan gücü politikası kapsamında; az sayıdaki hekimden olabildiğince fazla yararlanabilmek için, büyük şehirlerde çalışmaya yönelik hekimlerin bir kısmını Anadolu'nun diğer bölgelerinde çalıştırmak zorunluydu. 1923 yılında çıkarılan 369 sayılı "Etibbanın Hizmet-i Mecburesi Hakkında Kanun" (yürürlükten kaldırılmıştır) ile hekimlere iki yıl mecburi hizmet getirilmiştir. Tıp öğrenimi yapabilecek öğrenci sayısı da yetersizdi. Bu nedenle tıp tahsilini özendirme ve fakir gençlere okuma fırsatı vermek amacıyla, 1924 yılında İstanbul Yatılı Tıp Öğrenci Yurdu açıldı. Tüm sağlık personelinin atama ve nakilleri Sağlık Bakanlığı'nda toplanarak dağıtımın önlenmiştir.<sup>5</sup> 1928 yılında 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" (günümüzde yürürlükte) çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş, 1930 yılında sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 sayılı "Umumi Hıfzısıhha Kanunu" (günümüzde yürürlükte) çıkarılmış ve böylece sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir. 1936 yılında ise 3017 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu" (yürürlükten kaldırılmıştır) çıkartılarak merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Başta bu üç kanun olmak üzere, çıkarılan benzeri kanunlar ile sağlık yönetimi ve uygulamalarının temelleri oluşturulmuştur.<sup>1</sup>

## 1937-1960 DÖNEMİ

İkinci Dünya savaşının etkilerinin de görüldüğü bu dönemde Türkiye savaşa girmemesine rağmen toplumsal sağlık problemleri ile yüz yüze kalmış olup, sıtma, tifüs ve çiçek büyük salgınlara neden olmuştur. Sıtma ile mücadele için 1946 yılında "Sıtma Savaşı Kanunu" (yürürlükten kaldırılmıştır) çıkarılmıştır.<sup>10</sup>

1943 yılında 4459 sayılı "Köy Ebeleri Ve Köy Sağlık Memurları Teşkilatı Yapılmasına Dair Kanun" (yürürlükten kaldırılmıştır) çıkarılmıştır. Sosyal sigorta kolları ile ilgili ilk kanun 1945 yılında 4772 sayılı "İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu"dur (yürürlükten kaldırılmıştır). Bu kanuna paralel olarak 1945 yılında

4792 sayılı “İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu” (yürürlükten kaldırılmıştır) çıkarılarak, 1946 yılında İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuş ve daha önce kurulan çok sayıdaki sandığın da birleştirilmesi sağlanmıştır. 1952 yılına gelindiğinde bu kuruma finansmanın yanında sağlık örgütü kurma, işletme, sağlık personeli çalıştırma yetkisi verilmiş ve kendisine bağlı hastaneler açmaya başlamıştır.

1946-1948 yıllarında Sağlık Bakanlığı yapan Dr. Behçet UZ döneminde “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” hazırlanarak 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresine sunulmuştur. Bu plana göre; ülke 7 sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölge kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her 10 köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kurulması tamamlanınca her bölgede bir Tıp Fakültesi açılması düşünülmüştü.<sup>1</sup>

1945 yılında 8 adet olan sağlık merkezi sayısı 1950’de 22’ye, 1955’de 181, 1960 yılında 283’e yükseltilmiştir.<sup>11</sup> Böylelikle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri bütünleştirilmiş, nüfus ve coğrafi bölge esaslarına göre bir örgütlenmeye gidilmiştir. Bu dönemde sağlık politikası alanında en önemli değişiklik, tedavi edici hizmetleri yerel idareye bırakan anlayışın terk edilerek hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetlerinin tamamının merkezi hükümetin görev ve sorumluluğu haline getirilmesidir.

Behçet UZ Panı olarak da adlandırılan bu plan, TBMM’nin dört komisyonunda da görüşülüp kabul edildiği halde hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşamamıştır. Yeni Sağlık Bakanı olan Dr. Kemal Bayazıt tarafından plan geri çekilmiştir.<sup>11</sup> Bu plan sonraki dönemlerde etkin olarak uygulanamamış ve her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etme biçimine indirgenmiştir.

1954 yılında, 6134 Sayılı Yasa ile il özel idarelerine belediyelere ve vakıflara bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı’na bağlanarak, kamuya ait hastanelerin [Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Milli Sa-

vunma Bakanlığı (MSB) ve Üniversite Hastaneleri hariç] yönetimi tek elde toplanmıştır.<sup>12</sup> 1950 yılında tedavi hizmeti veren kurum sayısı 301, hasta yatağı sayısı 18.837 iken, 1960 yılına gelindiğinde kurum sayısı 566’ya, hasta yatağı sayısı 45.807’ye çıkmıştır (MSB verileri hariç).<sup>13</sup> Tedavi edici sağlık hizmetleri merkezi hükümetin görev ve sorumluluğu haline getirilmiş, büyük şehir merkezlerinde bulunan hastanelere ilave olarak çoğu il ve ilçe merkezlerinde hastaneler açılmış, böylelikle hastane hizmetleri ülke çapında yaygınlaştırılmıştır. Bununla birlikte koruyucu sağlık hizmetlerine verilen öncelik göz ardı edilmeye başlanmıştır.

Diğer taraftan liberal politikaların etkisiyle esas gücün kamuda olduğu, karma ekonomi anlayışı sağlık sektörüne de yansımıştır. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarınca sağlık hizmetlerinin verilmesi teşvik edilmiştir. Ayrıca kamu kurum ve kuruluşları sağlık hizmeti üreten çeşitli örgütler kurmaya başlamışlardır. Bunun en büyük örneği yasası 1945 yılında çıkarılan ve uygulamalarına 1952 yılında geçilen SSK ve buna bağlı hastaneler olmuştur. Sonuçta sağlık sektörüne çok başlılık ve eşgüdümsüzlük hakim olmuştur.<sup>1</sup>

1954 yılında tekrar Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet UZ tarafından açıklanan “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler”, Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde olup, ülkemizin sağlık planlamasının ve organizasyonun temel yapı taşlarından olmuştur. Milli Sağlık Planı’nda ülke 7 sağlık bölgesine ayrılırken, Milli Sağlık Programında ise 16 sağlık bölgesi yapılandırılması öngörülmüştür. İnsan kaynakları altyapısı oluşturulması maksadıyla İstanbul ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültelerinden sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 1955 yılında öğrenci alımına başlamıştır.<sup>11</sup>

Bu dönemde çıkarılan ve hala yürürlükte bulunan önemli tüzük ve yasalar;

- Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953)
- Hemşirelik Kanunu (1954)
- Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956)
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 1960)

## 1960-1980 DÖNEMİ

1961 Anayasasının 48. ve 49. maddeleri ile sosyal güvenlik ve sağlık hakkı düzenlenmiş olup, madde metinlerinde “Madde 48- Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilâtı kurmak ve sürdürmek devletin ödevlerindedir. Madde 49- Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.” ifadeleri yer almaktadır.<sup>14</sup>

Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret FİŞEK'in katkılarıyla hazırlanan ve 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” (günümüzde yürürlükte) ile tababet ve tababetle ilgili hizmetlerin bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilmesi amaçlanmıştır. Kanunda sosyalleştirme, “sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır.” şeklinde tanımlanmıştır.<sup>15</sup> 5000-10 000 nüfuslu köyler grubu veya bir kasaba veya şehir ve büyük kasabalardaki mahalle gruplarına bir sağlık ocağı düşecek şekilde yapılanma hedeflenmiştir. Bu yapılanmada sırasıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri ve hastaneler ile çeşitli koruyucu hekimlik teşekkülleri yer almaktadır.

224 sayılı yasa, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getiren yasa olmuştur. Bu yasa ile, sağlık hizmetlerinin her anlamda bütünleştirilmesi (entegre edilmesi) ve tek elden yurda yayılması öngörülmüş ve amaçlanmıştır. Ancak, ilerleyen yıllarda neoliberal politikalarla, bu yasa ile benimsenen sağlık politikası çelişmiştir. Bunun bir sonucu olarak, ülke koşullarına çok uygun olan, sosyalleştirme programı merkezi hükümetlerden gerekli desteği görmediği gibi, sağlık alanı iki ayrı politikanın çekişme/çatışma alanı ha-

line getirilerek, programın başarılı olmasını olanaksızlaştıran bir ortam yaratılmıştır.<sup>1,16</sup> Personel ve finansman sıkıntısı nedeni ile yasanın tüm ülkede uygulanması, aşamalı olarak 15 yılda tamamlanacaktı. 1962 yılında kabul edilen Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile 224 sayılı yasanın ilkeleri esas kabul edilmiş ve 1963 yılında da yasa Muş ilinde uygulanmaya başlanmıştır.<sup>8</sup>

Kadın ve çocukların korunmasına ilişkin ilk düzenleme 1930'da 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununda yapılmış olup, ana çocuk sağlığı hizmetini yürütme görevi Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Bu kanunun “Çocuk Hıfzıssıhhası” başlığı altında kürtaj, doğum ve ana sağlığı ile ilgili maddeler de bulunmaktadır. Buna göre; küçük çocuk ölümlerinin azaltılması yönünde tedbirlerin alınması planlanmış, çocuk düşürmeye neden olan aletlerin ithal ve satışı yasaklanmıştır.<sup>17</sup> İkinci Dünya Savaşı sonrasında özellikle de 1950-1960 yılları arasında ülkemizde çok hızlı bir nüfus artışı meydana gelmiş, nüfus artışının kontrol altına alınması amacıyla 1 Nisan 1965 tarihli ve 557 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” (yürürlükten kaldırılmıştır) çıkarılmıştır. Bu kanunla gebeliği önleyici ilaç ve araçların ithali serbest bırakılmış ve yeni aile planlaması politikalarının uygulanması görevi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na verilmiştir.<sup>18</sup> 1979 yılında çıkarılan 2238 sayılı “Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun” (günümüzde yürürlükte) ile tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlarla organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve naklinin yasal dayanağı oluşturulmuştur.<sup>19</sup>

1960'dan sonra uygulamaya konulan “sosyalleştirme”, tüm sağlık harcamalarının kamu kaynaklarından karşılanması, hizmetlerin de kamu sektörü eliyle yürütülmesi düşüncesinin doruk noktası olmuştur. Bu dönemlerin hepsinde de hizmet sırasında ödeme ve özel muayenehane, hatta çok az da olsa özel hastane yapılanmaları var gelmiştir.<sup>20</sup>

## 1980-2000 DÖNEMİ

1982 Anayasasının 56. maddesi ile sosyal güvenlik ve sağlık hakkı düzenlenmiş olup, madde metninde

“Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” ifadeleri yer almaktadır.<sup>21</sup> Anayasada tanımlanan bu görevler, 1983 tarih ve 181 sayılı “Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” (yürürlükten kaldırılmıştır) ile Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir.

1982 Anayasasında 1961 Anayasasından farklı olarak sağlık hizmetlerinin kamunun yanı sıra özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından da verilebileceği açık bir şekilde belirtilmiştir. Buna paralel olarak özellikle 1990 yılından itibaren yurt genelinde özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sayısında hızlı bir artış görülmüştür. Ancak düzenleyici mevzuatın yetersizliği, finansmanda yaşanan sorunlar, hekim sayısı ve dağılımındaki yetersizlikler, kamu hekiminin serbest meslek icrası ve diğer nedenlerden dolayı özel sektör eliyle verilen sağlık hizmetlerinden beklenen verim elde edilememiştir.

Anne ve bebek ölümlerinin azaltılması için 1982 yılında Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü oluşturulmuştur. Kürtajın yasal olmaması nedeniyle uygun olmayan ortamlarda yapılan düşükler kadın sağlığını tehdit etmiş hatta ölümlere neden olmuştur. 1983 yılında 2827 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” (günümüzde yürürlükte) ile gebeliğin 10. haftasına kadar isteğe bağlı kürtajın yasal hale getirilmesi kadın sağlığı alanında atılan çok önemli bir adım olmuştur.<sup>22</sup>

1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ile Milli Savunma Bakanlığı dışındaki kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarındaki sağlık hizmetleri ile ilgili temel esaslar, teşkilatlanma ve personel esasları belirlenmiştir.<sup>23</sup> 2000 yılından itibaren büyük bir kısmında değişiklik yapılan kanun halen yürürlükte.

1992 ve 1993’de Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformunun teorik çalışmalarına hız verilmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” (yürürlükten kaldırılmıştır) ile sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır.<sup>24</sup> Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda ekonomik gücü zayıf insanların, sınırlı da olsa sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır. Bu dönem, önemli teorik çalışmaların yapıldığı ancak bunların yeterince uygulama alanının bulunmadığı bir dönem olmuştur. 1990’lı yıllarda yürütülen sağlık reformu çalışmalarının ana bileşenleri şunlardır;<sup>25</sup>

- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak genel sağlık sigortasının kurulması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

## 2000 VE SONRASI

2004 yılında 5258 sayılı “Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kanun” çıkarılarak, pilot uygulamalar sonrasında 2011 yılında tüm ülkede birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocağı yapılımasından aile hekimliği sistemine geçilmiştir.<sup>26</sup> Bu kanunda aile hekimi “kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip” olarak, aile sağlığı elemanı ise “aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanı” olarak tanımlanmıştır. Söz konusu kanuna göre ba-

kanlıkça belirlenen süre sonunda kişiler aile hekimlerini değiştirebilmekte olup, her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı asgari 1000, azami 4000 olarak belirlenmiştir.

Bu dönemde sağlık hizmetleri Milli Savunma Bakanlığı dışında tamamen Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürütülmeye başlanmış olup, 2006 yılında çıkarılan 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile farklı sosyal güvenlik kurumları tek bir çatı altında toplanmıştır.<sup>27</sup>

2010 yılında çıkarılan 5947 sayılı “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile kamuda çalışan hekimlerin serbest meslek icrası kaldırılmış olup, hekim ve diğer sağlık personeli için temel maaşın yanı sıra performans dayalı ek ödeme sistemi getirilmiştir.<sup>28</sup> Performansın ölçümünde, yapılan işlemlerin niteliğinden ziyade niceliği ön plana çıkmaktadır. Sağlık personelinin daha fazla işlem yaparak daha fazla ücret alma kaygısı dışlanamaz hale geldiğinden; muayene, tanı ve tedavi işlemlerine yönelik geri ödemelerdeki olağan dışı artışların önüne geçmek için, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından her geçen gün yeni düzenlemeler ve kısıtlamalar getirilmektedir.

2011 yılında 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile Bakanlığın teşkilat ve görevleri yeniden tanımlanmış, ayrıca Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak hastaneler idari ve mali yönden özerk hale getirilmiştir.<sup>29</sup> Özel sektörün sağlık alanındaki varlığı gittikçe artmış ve Sağlık Bakanlığı'nın konu ile ilgili regülasyonları büyük ölçüde tamamlanmıştır.

Sağlık bilgi sistemlerinin uygulanmasıyla başta ilaç olmak üzere tüm sağlık giderlerinin akılcı kullanımı ve takibi yapılmaya başlanmıştır. Tanı ve tedavi işlemlerinde zamanın ve kaynakların daha iyi kullanılabilmesi için hastalara ait sağlık bilgilerine hekimlerin entegre elektronik kayıt sistemleri üzerinden ulaşabilmesi sağlanmıştır.

Tablo 1'deki temel sağlık verileri incelendiğinde; sağlık alanında yapılan tüm iyileştirmelere rağmen, halen OECD ülkelerinin gerisinde olduğumuz görülmektedir.<sup>30,31</sup>

## SONUÇ

Cumhuriyetin ilk yıllarında koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verildiğini, 1950'li yıllara gelindiğinde ise tedavi edici sağlık hizmetlerinin de koruyucu sağlık hizmetleri kadar önemsendiğini görmekteyiz. 1980'li yıllara kadar sağlık hizmetleri toplumsal bağlamda ele alınmış ve devletin asli görevleri arasında yer almışken, sonraları bireysel bağlamda ele alınmış, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri piyasa şartlarına göre şekillenmiştir. Ülkemizde cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar geçen süre içerisinde, sağlık hizmetleri alanında hem günün ihtiyaçları hem de ülke yönetimindeki değişiklikler nedeniyle farklı politikalar izlenilmiş olup, günümüzde halen devam etmekte olan bir sağlık politikası değişimi yaşanmaktadır.

Tarihsel süreci incelediğimizde, birçok yetersizliğe rağmen cumhuriyetin ilk dönemlerinde izlenen sağlık politikalarının günün şartlarına göre başarılı sonuçlar verdiğini görmekteyiz. Daha sonraki dönemlerde tutarlı ve uzun vadeli sağlık politikalarının oluşturulamaması ve/veya uygulanmaması sonucunda sağlık hizmetleri alanındaki problemler tam anlamıyla çözülememiş olup yıllar içerisinde birikerek günümüze gelmiştir.

Sağlık alanı hem politikacılar için hem de vatandaşlar için her zaman önemli ve ilgi çeken bir alan olmuştur. Kişiler kısıtlamaların olmadığı, her zaman ulaşılabilir, kaliteli ve ücretsiz bir sağlık hizmeti talep etmekte, buna karşın mevcut kaynaklarla bu talepleri karşılamak her zaman için

**TABLO 1:** ABD, OECD ve Türkiye 2011 yılı temel sağlık verilerinin karşılaştırması.

Temel sağlık göstergeleri	ABD	OECD	Türkiye
TSH / GSYİH oranı (%)	17,7	9,2	5,3
Kişi başına düşen sağlık harcaması (\$)	8.508	3.324	901
Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)	78,7	80,1	76
Bebek ölüm hızı (‰)	6,1	3,9	7,7
Her 1000 kişiye düşen hekim sayısı	2,5	3,1	1,7
Her 1000 kişiye düşen hastane yatağı	3,1	5,1	2,5

GSYİH: Gayrisafi yurt içi hasıla

TSH: Toplam sağlık harcaması

OECD: Organisation for economic co-operation and development  
(Ekonomik kalkınma ve işbirliği örgütü)

mümkün olamamaktadır. Bu duruma giderek artan nüfusun, yaşlı popülasyonun ve kronik hastalıkların eklenmesi de sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturulmasını güçleştirmektedir. Ülke şartlarının elverdiği ölçüde sağlığa ayrılan kaynakların artırılması ve akılcı kullanımı halinde mevcut sağlık

sisteminin sürdürülebilir olabileceği düşünülmektedir. Günümüz şartlarında kaynakların akılcı kullanımının sağlanması için; tanı ve tedavi hizmetlerinde aşırı ve gereksiz işlem maliyetlerinin önüne geçilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği değerlendirilmiştir.

## KAYNAKLAR

- Akdur R. [Basic Concepts of Health Sector, Status in Turkey and European Union, Turkey's EU Harmonization]. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi ATAUM Araştırma Dizisi No:25; 2006. p.17-35.
- Akyay N. [Health Organizations and Social Institutions in the Ottoman Empire]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü Yayını No:20; 1982. p.13-16.
- Metindaş MY, Elçioğlu Ö. [Health Services in the First Fifteen Years of Turkish Republic, (1923-1938)]. Osmangazi Tıp Dergisi 2007; 29(3):162-70.
- Şehsuvaroğlu BN, Demirhan Erdemir A, Güreşsever GC. [Turkish Medical History]. Bursa: Taş Kitapçılık-Yayıncılık; 1984. p.168.
- Öztürk Y, Günay O. [Health Policy of the Atatürk's Period]. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yayın No:2; 1991. p.8-21.
- Tinal M. [The Doctor Deputies in the First Period of Grand Turkey National Assembly]. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2009; 2(6):617-27.
- Korkusuz MR, Burtan Doğan B. [The Status and Significance of Health Right in Social Security System and the Trends in Its Development Process]. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2011;1(1):65-83.
- Fişek N. [Health Policies of the Turkish Governments]. Toplum ve Hekim Dergisi 1991; 48:2-4.
- Elçioğlu Ö, Kökcü AT, Özden H, Ünlüoğlu İ, Akşit MA. [An Evaluation of Selim Sırrı Tarcan's Book Titled "Health Advices For Children"]. Demirhan Erdemir A, Öncel Ö, Küçükdağ Y, Okka B, Erer S, editörler. 1. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongresi Bildiri Kitabı. Cilt-2. İstanbul: Form Reklam Hizmetleri; 2008. p.1505-16.
- Resmi Gazete (21.02.1946, Sayı:6238) 4871 Sayılı Sıtma Savaşı Kanunu; 1946. p.10153.
- Akdağ R. [Health Transformation Program in Turkey, September 2010 Progress Report]. Ankara: Ministry of Health Publication No: 807; 2010. p.15-23.
- Akdur R. [Health from the Republic to the Present in Turkey]. 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Demeği Yayını No:21; 2008. p.45-71.
- Genç Ö. [Inpatient Treatment Institutions]. Ankara: Türkiye Kalkınma Bankası A.Ş. Matbaası; 2005. p.10.
- Resmi Gazete (20.07.1961, Sayı:10859) 334 Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası Kanunu; 1961. p.4644.
- Resmi Gazete (12.01.1961, Sayı:10705) 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun; 1961. p.3076.
- Öztek Z. [Interview with Nusret Fişek]. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 1992. p.33-39.
- Atıcı E, Erer S. [Maternity Child welfare and family planning services in turkish regulations]. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2009; 17(2):107-12.
- Resmi Gazete (10.04.1965, Sayı:11976) 557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun; 1965. p.2.
- Resmi Gazete (03.06.1979, Sayı:16655) 2238 Sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun; 1979. p.1.
- Çobanoğlu N. [Health policies and ethics in Turkey]. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 1996;4(3):104-7.
- Resmi Gazete (20.10.1982, Sayı:17844) 2709 Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası Kanunu; 1982. p.15.
- Resmi Gazete (27.05.1983, 18059) 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun; 1983. p.4.
- Resmi Gazete (15.05.1987, Sayı:19461) 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu; 1987. p.1-4.
- Resmi Gazete (03.07.1992, Sayı:21273) 3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun; 1992. p.14.
- Demirel H, Aydın S. [The Strategic Plan of the Ministry of Health, 2010-2014]. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No:788; 2010. p.19.
- Resmi Gazete (09.12.2004, Sayı:25665) 5258 Sayılı Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kanun; 2004. p.1.
- Resmi Gazete (20.05.2006, Sayı:26173) 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu; 2006. p.1.
- Resmi Gazete (30.01.2010, Sayı:27478) 5947 Sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun; 2010. p.1.
- Resmi Gazete (02.11.2011, Sayı:28103) KHK/663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname; 2011. p.1.
- Başara Bora B, Güler C, Yentür GK, Pulgat E. Health Economics and Financing. Health Statistics Yearbook 2012. Ankara: Ministry of Health Publication No:917; 2013. p.155-64.
- Health: Key tables from OECD. doi: 10.1787/20758480.