

CUMHURİYET DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Cegergun POLAT*

Öz: Türkiye Cumhuriyeti sağlık hizmetleri finansman yapısı ve evrimi, ekonomik ve siyasi değişimlerle yakından ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinde Cumhuriyet öncesi dönemden başlayarak değişen iktisadi ve siyasi tablo, savaşlar, salgınlar ve kapitalizmin geçirdiği aşamalar belirleyici olmuştur. Kamu sağlık sigortacılığı, iktisadi gelişmeler ve ihtiyaçlarla gelişmiş, 1960'lı yıllarda sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonunda önemli finansal kaynak oluşturmuştur. 1980'li yıllarda kapitalizmin neoliberal dönüşümü ve sermayenin küreselleşmesi, sağlık hizmetlerini sosyal bir politika olmaktan çıkarmıştır. Bu süreç 1982 Anayasası ile resmileşmiş, 21 yıllık AKP döneminde uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile süreç tamamlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde devletin rolünün azalması ve özel sektörün desteklenmesi, sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasına ve ticarileşmesine yol açmıştır. Sağlıkta metalaşma olarak tanımlanabilecek bu süreç, sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sağlık sigortacılığının büyüdüğü, cepten ödemenin arttığı bir dönemi getirmiştir.

Anahtar sözcükler: Türkiye, Cumhuriyet dönemi, Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, Adalet ve Kalkınma Partisi, Neoliberal kapitalizm

Financing of Healthcare Services in the Republic Period

Abstract: The financing structure and evolution of healthcare services in the Republic of Turkey are closely linked to economic and political changes. The economic and political landscape changing from the pre-Republic period onwards, wars, epidemics, and phases of capitalism have been decisive in the healthcare services. Public health insurance has developed with economic advancements and needs, becoming a significant financial resource for the socialization of healthcare services in the 1960s. The neoliberal transformation of capitalism and globalization of capital in the 1980s removed healthcare services from being a social policy. This process was formalized with the 1982 Constitution and completed with the Health Transformation Program implemented during the 21-year AKP period. The reduction of state's role in healthcare services and the support for the private sector has led to the marketization and commercialization of healthcare services. This process, which can be defined as the commodification of healthcare, has ushered in an era where private health insurance has grown, and out-of-pocket payments have increased.

Key words: Turkey, Republic period, Financing of healthcare services, AKP, Neoliberal capitalism

1. Sağlık Hizmetlerinde Cumhuriyet Öncesi Dönemin Bakiyesi

Cumhuriyet dönemi sağlık hizmetlerinin gelişimi farklı aşamaları içermektedir. Cumhuriyetin müstakil çabaları yanında dünyadaki siyasi ve ekonomik gelişmeler bu sürecin belirleyicileri durumundadır. Birinci Dünya Savaşı'nın yarattığı ortamdan Lozan Anlaşması ile belirlenen sınırlara kadar geçen dönemde ülke, 1920'de kurulan Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından oluşturulan hükümet ile yönetilmiştir. "Savaş ve işgalin gölgesinde Sağlık Bakanlığı görevi Ankara'da kurulan ilk ulusal hükümet bünyesinde 2 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı yasada yer alan Sıhhiye ve Muavenet-içtimaiye Vekaletine (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na-SSYB) verilmiştir. 3 Mayıs 1920'de yapılan Bakanlar Kurulu toplantısına ilk Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı olarak katılan Dr. Adnan Adıvar, 11 Mayıs 1920 tarihinde 613.141 lira bütçe ve bir sağlık memuru ile Ankara

Vilayet Konağı'nın bir odasında göreve başlamıştır" (Eren, Tanrıtanır, 1997). SSYB oluşumu ile ilk olarak sağlık hizmet kapasitesinin durum tespitine gidilmiştir. Osmanlı Devleti bakiyesi bu aşamada önem taşımaktadır. Osmanlı yönetimi ise 1800'lü yıllar tıp eğitimi ve sağlık hizmetlerinin kısmi organizasyonu için yapılanmaların olduğu dönem olarak görülebilir. İlk kez 1871 yılında kurulan memleket tabiplikleri ile, sağlık hizmeti bir kamu hizmeti olarak ele alınmıştır. Bu uygulama verilen ücretin satınalma gücü aynı kaldığı sürece uygulanmıştır. "Ancak 1870'li yıllar çok yüksek bir enflasyonun Osmanlı ülkesini kasıp kavurduğu yıllardı ve kısa bir süre sonra hekimler, gelirleri önemli ölçüde azaldığı için geçinemeyen duruma düşmüşlerdir. Osmanlı yönetimi ücreti artıramamış, ancak çözümü başka yonde aramıştır. Doktorlara ödenen ücret ödenmeye

*Dr. Öğretim Üyesi Galata Üniversitesi (ORCID No. 0000-0002-7317-1228)

Geliş Tarihi / Received : 14.02.2023

Kabul Tarihi / Accepted : 25.03.2023

devam edilmiş , ancak özel hasta bakmalarına izin verilmiş ve özel hastalardan arta kalan boş zamanlarında da, devletin sağlık hizmetleri ile yoksul halkın sağlık sorunları ile uğraşmaları istenmiştir” (**Eren, Tanrıtanır, 1997**). Sonraki yıllarda ekonomik ve siyasal olarak zayıflayan ve savaş kuşağına giren Osmanlı devletinde finanse edilen yapılandırılmış bir sağlık sistemi kurulamamıştır. Memleket Tabipleri, Belediyece belirlenecek yerde, haftanın 2 günü varsıl-yoksul ayrımı yapmadan parasız hasta muayenesi ve isteyenlere aşı yapmakla görevlendirilmişlerdir. 1913'ten başlayarak il merkezlerinde Sağlık Müdürlükleri (Sıhhat Müdüriyeti) kurulmuştur. Sağlık Müdürlükleri ilin tüm sağlık işlerinden sorumlu kılınmıştır. “Bu dönemde artık il ve ilçelerde görevlendirilen hekimler için “Hükümet Tabibi” görev sanı (unvanı) kullanılmaktadır. Sağlık Hizmetleri 1914'ten başlayarak, İçişleri Bakanlığı'na bağlı bir Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'nce yürütülmeye başlanır. O dönemde yeni bir kurumlaşma, “Sıhhiye Meclisleri” olmuştur. Osmanlı döneminde taşra sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde atılan adım, hekim atayarak sağlık çalışanı altyapısını sağlama ile sınırlıdır” (**ahmetsaltık web sayfası, 2014**).

“Sağlık sistemleri genel olarak emek gücü, örgütlenme, hizmet sunumu ve finansman başta olmak üzere, dört temel başlık altında incelenmektedir. Diğer bir ifadeyle, sağlık sistemleri dört temel bileşenden oluşmaktadır” (**Hamzaoğlu, 2023**). Bu dört bileşenden cumhuriyet öncesi ve sonrası dönem için finansman başlığının değerlendirmesi, dönemin iktisadi koşulların ve değişim dinamiklerinin incelenmesini gerektirmektedir. Bu yazıda cumhuriyetin değişen iktisadi koşulları Korkut Boratav'ın sınıflandırması ile değerlendirilecektir. Boratav (2015), Türkiye iktisat tarihini 10 bölümde incelemektedir (**Tablo 1**). Dönemlendirme ölçütü iktisadi gelişmeler olmakla birlikte 3 bölüm (1908-1922 Devrim ve Savaş Yılları, 1939-1945 II. Dünya Savaşı yılları ve 1980-1988 Dönemi) iktisadi özelliklerinin ötesinde, koşullara sahiptir. Diğer bölümler hem dönemin gelişmelerini belirleyen hem de onlardan etkilenen koşullar itibarıyla değerlendirilmiştir. “1914-1922 yıllarındaki iki büyük savaşın (I.Dünya Savaşı ve Kurtuluş savaşı) getirdiği yıkımlara rağmen, Anadolu ekonomisi savaş öncesine kıyasla biraz daha entegre ve ulusal nitelik kazanmıştır. 1908-1914 dönemi Osmanlı ekonomik yapısı; tarıma dayalı, sanayiye geri ve dış ticarete dışa bağımlı niteliktedir” (**Boratav, 2015**).

2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri

Sağlıklı yaşam hakkının gerçekleştirilebilmesi için sağlık hizmetlerinin nitelikli ve herkes için ulaşılabilir

bir çerçevede sağlanması gerekir. Bu yüzden sağlık hizmetleri sürekli ve tutarlı bir şekilde finanse edilebilmelidir. Sağlık hizmetleri finansmanı, ülke ekonomilerinin gelişmişlik düzeyinden görece bağımsız şekilde tercih ve sistem sorunudur. “Sağlık hizmetlerinin finansmanında, gerçekleştirilen sağlık harcamalarının kaynağı dikkate alındığında, üç farklı modelin varlığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı için herhangi bir biçimde kaynak ayrılmayıp, kişilerin kendileri tarafından karşılanması “Kaynak Yok” olarak adlandırılmaktadır. Bu finansman modelinde yurttaşların, kullandıkları her bir hizmet karşılığında ceplerinden harcama yapması zorunludur. Ve ancak, satın alabildikleri kadar sağlık hizmetine ulaşabilmektedirler” (**Hamzaoğlu, 2023**).

“İkincisi, “Genel Bütçe”dir. Beveridge modeli olarak da adlandırılmaktadır. Sağlık risklerinin kolektif riskler olarak kabulünün de bir sonucu olarak, sağlık hizmetlerinin finansmanı hükümet ve/veya yerel yönetimler aracılığı ile genel bütçeden, doğrudan devlet tarafından karşılanır” (**Hamzaoğlu, 2023**).

“Üçüncüsü ise “Sağlık Sigortası”dır. Sağlık sigortası, gelecekteki sağlık risklerine karşı bir ön ödeme planıdır. Kamu ve özel sağlık sigortası olmak üzere, birbirinden farklı iki tipi vardır. Birincisi, ilk kez 19. yüzyılda uygulanmaya başlayan, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ve finansmanının kısmen de olsa kamusallaşmasını sağlayan “kamu sağlık sigortası”dır. Bismarck Modeli olarak da bilinen bu modelde sigortalılık, genellikle toplumun belirli bir gelir düzeyinin altında olanları için zorunludur. Düzenli aylık geliri olanları (çalışanları) ve onların ailelerini (bakmakla yükümlü oldukları kişileri) kapsar. Gelire orantılı (düşük maaşı/ücreti olan az, yüksek maaşı/ücreti olan fazla) prim ödenir ve prim miktarı sağlık riskleriyle ilişkisizdir. Başka bir ifadeyle, sigortalıların ücretlerinden/maaşlarından kesilen primin miktarına bakılmaksızın, kamu sigorta kapsamındaki herkes ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler sunulmakta/sigortanın kapsamında olan bütün hizmetlerden yararlanabilir” (**Hamzaoğlu 2023**).

Zorunlu sağlık sigortası sistemi, uygulandığı ilk dönemlerde toplumun tamamını kapsayan sosyal bir güvence değildi. Sadece çalışanların karşılaşılabileceği olası sağlık risklerini kapsamaktaydı. Özellikle toplumun tüm kesimlerinin sağlık güvencesinde olma zorunlulukları göz önüne alındığında bu kapsama alanının yeterli olmadığı zaman içinde anlaşılmıştır. Bu nedenle, zorunlu sağlık sigortasının sosyal bir güvenceye dönüştürülerek toplumu oluşturan tüm unsurların sosyal sigorta bünyesine alınması

Tablo 1. Türkiye İktisat tarihi

Dönem	Karakterize Eden Politikalar
1908-1922 (Devrim ve Savaş Yılları)	Osmanlı'nın yarı-sömürge durumu, dış borçlanma ve kapitülasyonlar, tarım ürünleri ihracatı ve sanayi ürünleri ithalatı. Sanayileşme hamleleri ve ekonomik bağımsızlık çabaları.
1923-1929 (Açık Ekonomi Koşullarında Yeniden İnşa)	Lozan Anlaşması sonrası ekonomi politikaları, devlet destekli milli ve yerli burjuvazi yaratma çabaları, yabancı sermaye ile ilişkiler.
1930-1939 (Korumacı-Devletçi Sanayileşme)	Korumacılık ve devletçilik politikaları, ilk sanayileşme hamleleri, dışa kapanma ve devlet eliyle sanayileşme.
1940-1945 (II. Dünya Savaşı Dönemi)	Üretim düşüşü, 5 Yıllık Sanayi Programlarının kesintiye uğraması, ekonomik zorluklar.
1946-1953 (Dünya Ekonomisiyle Farklı Bir Eklemlenme Deneyimi):	Çok partili rejime geçiş, dış yardım ve yabancı sermayeye bağımlı ekonomik yapı, dış ticarete liberalleşme ve açık ekonomiye yönelim.
1954-1960 (Liberal Dönem ve Marshall Yardımı):	Dış yardımlar ve liberal ekonomi politikaları. Tarım ürünlerine dayalı ihracat artışı, sanayi ürünleri ithalatı.
1961-1980 (Planlı Kalkınma ve İthal İkameci Sanayileşme):	Devletin ekonomideki rolünün artışı, 5 Yıllık Kalkınma Planları, ithal ikameci sanayileşme politikaları.
1981-2001 (Neoliberal Dönüşüm ve Küreselleşme)	Özelleştirmeler, dışa açık ekonomi politikaları, IMF programları, sermaye piyasalarının liberalleşmesi.
2001-2007 (Ekonomik Kriz ve İyileşme Dönemi)	2001 ekonomik krizi, yapısal reformlar, makroekonomik istikrarın sağlanması, AB ile müzakerelerin başlaması.
2008-2015 (Küresel Krizin Etkileri ve Siyasi Değişimler)	2008 küresel finansal krizin etkileri, ekonomik büyümede dalgalanmalar, siyasi istikrarsızlık dönemleri.

arzulanmıştır. "Bu açıdan devlet, çalışanlardan ve işverenlerinden, serbest meslek faaliyeti icra edenlerden ve fiilen çalışmayan ancak sisteme dâhil olmak isteyen kişilerden zorunlu sigorta primi almakta, gelir düzeyi yetersiz ve sosyal güvencesi mevcut bulunmayan bireylerin ise sağlık sigortalarını kendi bütçesinden telafi etmektedir. Bu şekilde zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemi ile birlikte tüm vatandaşlar sağlık güvencesine kavuşabilmektedir" (Belek, 2009).

"Özel sağlık sigortasında ise yalnızca sigortalanan prim öder. Özel sağlık sigortasında, kamu sağlık sigortasında olduğu gibi, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişilerin herhangi bir hakkı bulunmaz. Her birinin ayrı ayrı sigortalanması gerekir. Ayrıca, özel sağlık sigorta modelinde prim miktarı sağlık risklerine göre belirlenir ki bu uygulama aktüeryal sistem olarak adlandırılmaktadır" (Hamzaoğlu 2023).

Tablo 2.

	Beveridge Modeli	Sosyal Sağlık Sigortası Bismarck Modeli	Özel Sağlık Sigortası	Kaynak yok Ödeme	Çeften
Örnek	İngiltere	Almanya	Birleşik Amerika		
Karar verme mekanizması	Devlet tarafından karar verme ve yönetim	Sigorta fonu ve hekim birlikleri tarafından karar verme ve yönetim	Özel girişimcilik ilkeleri		
Kaynaklar	Vergiler	Çalışanların ve işverenlerin katkıları	Özel Finansman	Kişisel gelir	

Kaynak: Wild ve Gibis (2003)

3. Erken Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

"Cumhuriyet öncesi, 1908-1914 arası Osmanlı ekonomik yapısı tarıma dayalı, sanayide geri ve dış ticarette dışa bağımlı niteliktedir. 1914-1922 yıllarındaki iki büyük savaşın (I.Dünya Savaşı ve Milli Mücadele) getirdiği yıkımlara rağmen, Anadolu ekonomisi savaş öncesine kıyasla biraz daha entegre ve ulusal nitelik kazanmıştır. Açık ekonomi koşullarında yeniden inşa olarak değerlendirilen 1923-1929 yılları arası ise Osmanlı İmparatorluğu'nun bağlarından kesin olarak kopma ve yeni bir devletin inşasını temsil eder. Ancak bürokratik aristokrasinin tasfiyesi sağlanabilmiş olsa da ekonomik açıdan kesin bir kopuş gerçekleşmemiş, bilakis 1923-29 dönemi iktisat politikaları 1908-22 ile büyük benzerlik göstermiştir. Milli iktisat görüşünün tesisine çalışılmış ancak Lozan'daki düzenlemeler sebebiyle belli oranda kısıtlanırsa da devlet destekli milli ve yerli burjuvazi yaratma düşüncesi döneme hakim olmuştur" (Boratav, 2015). "Korumacı-Devletçi sanayileşme politikaları 1930-1939 yılları arasında dönemin iktisat politikalarının iki özelliği durumundadır. Dönemin bir diğer karakteristiği ilk sanayileşme dönemi olarak kabul edilebilecek olması ve üstelik bunun da kapitalizmin 1930'lu buhran yıllarına denk gelmesi, bu sebeple dışa kapanarak devlet eliyle sanayileşme adımları atılmış olmasıdır. Nasıl ki bir ortaçağ imparatorluğundan modern kapitalist topluma geçilmesinin dönüm noktası 1908 ise, 1930-39 döneminde milli kapitalizm hedefi doğrultusunda korumacılık-devletçilik sentezi birlikte kullanılması itibarıyla ayırt edicidir" (Boratav, 2015).

"Bu milli iktisat çabaları ilk sağlık sigorta sistemi denilebilecek gelişmeyi de erken dönemde bağrında üretmiştir. 10.09.1921 tarih ve 151 sayılı Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik kanununun 6. maddesinde "Bilumum madenciler hasta ve kazazede olan ameleyi meccanen tedavi ettirmeğe ve bunu teminen maden civarın-

da hastane, eczane ve şahadetnameli etibba bulundurmağa mecburdurlar. Bunların tayini, mahal ve adedi ile muhtelif madencilerin arasında masarifin veçhi tevzi ve itasına dair ayrıca bir nizamname tanzim olunacaktır" (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı web, 2024) denilerek sağlık hizmetlerinin finansmanı için sıfır noktası olabilecek düzenleme ile Ereğli'de ki maden işçilerinin zorunlu sigortasını öngörülmüştür. "Burada Bismarck sisteminin örneği olarak fabrikaların çalışması, çarkların dönmesi için işçi sağlığının korunma gereksinimini olarak görülebilir" (Tüzün, 2023). "1923'te çıkarılan 2608 sayılı Amele Birliği İhtiyat ve Teavün Sandıkları Talimatnamesi ise bütün madenlerde Amele Birliği adı altında ihtiyat ve teavün sandıklarının oluşturulmasını zorunlu tutmuştur. Madenlerdeki çalışanların üye olması zorunlu tutulan bu düzenleme hastalık ve muhtaçlık halinde madenci ve ailelerine yardım edilmesini düzenlemektedir. Bu sandıkların finansmanı işçi ve işverenlerden alınan primlerle karşılanmaktadır" (Makal, 1999)

TBMM hükümeti döneminde 1921 de Sağlık Bakanı olarak atanan Dr. Refik Saydam Cumhuriyetin ilanı ile birlikte ilk Sağlık Bakanı olmuş ve 1937'ye kadar bu görevi yürütmüştür. Dr. Refik Saydam döneminde sağlık sorunlarının giderilmesi ve gereksinimlerin karşılanması kapsamında görev yapan hekim ve sağlık çalışanlarının sayısı belirlenmiştir. "Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti tarafından 1923 yılında bakanlığa bağlı olarak görev yapan 554 hekim, 560 sağlık memuru, 136 ebe, 60 eczacı ve 40 hemşirenin bulunduğu ve hekim başına düşen hasta sayısının 20 bin olduğu saptanmıştır" (Nesipoğlu, 2018). "1923'te Cumhuriyet kurulduğunda Türkiye'de 950 yatak kapasitesi ile 3 Devlet Hastanesi, 635 yatak kapasitesi ile 6 Belediye Hastanesi, 4520 yatak kapasitesi ile 6 Özel İdare Hastanesi, 2422 yatak kapasitesi ile 32 Özel, Yabancı ve Azınlık Hastanesi mevcuttur" (Ersevinç, 2021).

Tablo 3. Türkiye’de Ulusal Bütçeden Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Pay

Yıl	Ulusal Bütçe (A)(TL)	Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Pay (B) (TL)	B / A (Yüzde)
1923	137 333 471	3 038 226	2.21
1925	183 932 767	4 860 205	2.64
1930	222 646 523	4 502 216	2.02
1935	190 011 053	4 820 587	2.42
1940	268 476 321	8 185 424	3.04
1945	603 404 823	18 809 656	3.11
1950	1 487 208 563	60 615 522	4.07
1955	2 940 727 278	152 463 881	5.18
1960	7 266 965 000	382 762 029	5.27
1965	14 421 419 113	590 950 691	4.09
1970	28 860 245 467	888 080 601	3.07
1975	107 680 514 000	3 815 161 000	3.54
1980	756 687 182 000	31 822 605 000	4.21
1985	5 412 082 049 000	137 462 333 000	2.54
1990	3 925 354 000 000	2 633 217 000 000	4.12
1995	1 335 978 053 000 000	49 417 951 000 000	3.70
1996	3 558 506 822 000 000	98 064 401 000 000	2.76
1997	6 344 685 500 000 000	204 499 276 000 000	3.22
1998	14 753 000 000 000 000	390 891 701 000 000	2,65
1999	28 084 684 000 000 000	663 123 501 000 000	2,36
2000	46 602 627 000 000 000	1 057 786 000 000 000	2,27

Kaynak: T.C. Sağlık İstatistikleri, Başbakanlık Yayın No: 615, Başbakanlık Basırnevi, 2000, T.C. Maliye Bakanlığı İstatistikleri, 2001

“Cumhuriyet’in ilk yıllarında hekim ve eğitimli sağlık çalışanı yetersizliğinin, nüfusun az ve çocuk ölüm hızının yüksek olmasının, verem, frengi, sıtma ve trahom gibi hastalıkların yanı sıra özellikle taşrada hastane ve sağlık merkezlerinin (doğumevi ve sanatoryum gibi) yetersizliği de çözüme kavuşturulması gereken bir sorun olarak tespit edilmiştir. Bu bağlamda “örnek” teşkil edecek hastanelerin kurulmasına gidilmiş; 1924 yılında Ankara, Erzurum, Sivas ve Diyarbakır’da örnek niteliğindeki “numune” hastaneleri ile taşrada ayaktan tedavi hizmeti veren “muayene ve tedavi evi” adıyla günümüzün dispanserleri açılmıştır” (Aydın 1997)

“Bu dönem içerisinde bulaşıcı hastalıklarla mücadele için araştırmaların yapılması ve gerekli aşılardan üretilmesinde öncü rolü oynayacak ilk halk sağlığı okulunu ve enstitü kurulmuştur. Günümüzde halen geçerliliği olan temel kanun ve düzenlemelerin yapıldığı dönemdir. İl sağlık müdürlükleri, ilçelerde hükümet tabiplikleri kurulması, tedaviden çok bi-

rinci basamağı oluşturan koruyucu hekimlik anlayışının ön plana çıkaran düzenlemeler hep bu dönemde gerçekleşmiştir. Özellikle 1930 yılında çıkarılan “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” tüm sağlık politikalarını düzenleyen bir anayasa olarak görülebilir” (Kasapoğlu, 2016). “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 50’nin üstünde işçi çalıştıran işverenlere hastalık, kaza ve analık hallerinde sağlık yardımı yapılmasını zorunlu kılmakla birlikte işletmelere tehlike sınıfına göre kademeli olarak doktor bulundurma, revir kurma veya hastane kurma zorunluluğu getirmiştir. Borçlar Kanunu’ndaki sınırlı bir sosyal koruma getiren hükme karşın Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun sosyal güvenlik ve sosyal politika bakımından koruyucu düzenlemeleri daha kapsamlı ve sistematiktir. Fakat Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun çıkarıldığı yıllarda Türkiye’nin sanayi profili göz önüne alındığında kapsamının son derece sınırlı olduğu görülmektedir. Zira kanunun koyduğu 50 işçi şartı, az gelişmiş sanayisi olan ve küçük ölçekli işletmelerin ağırlıkta olduğu Türkiye’de, söz konusu kanunun uygulama alanını son derece daraltmaktadır” (Dilik, 1971: Makal, 1999:)

"Bu dönemde bir kamu hizmeti olarak sağlığın kabulü başta nitelikli hekim ve hekim dışı sağlık insan gücünün yetiştirme sorumluluğunu da beraberinde getirmiştir. Yatılı tıp öğrencisi yetiştirmek için yurtlar açılmış, nüfusunun %90'ı köylerde yaşayan ülkenin kırsal kesimlerindeki koruyucu sağlık hizmetlerini teşvik için hükümet tabipliklerinde çalışanların ücretleri iyileştirilmiştir" (Kasapoğlu, 2016).

Erken cumhuriyet döneminde koruyucu hekimlik merkezi yönetime, tedavi edici hekimlik ise yerel yönetimlere bırakılmıştır. Tablo-3 de merkezi bütçeden ayrılan paya bakıldığında %2-3 aralığında kaynak ayrılmıştır.

Tablo-3 Türkiye'de Ulusal Bütçeden Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Pay

3.1. İlk Sosyal güvenlik adımları:

"1936 yılında çıkarılan ve fakat bir yıl sonra 1937 yılında yürürlüğe giren 3008 sayılı İş Kanunu Türkiye'deki çalışma hayatı ve sosyal güvenlik açısından yeni bir sayfa açmıştır. Bu kanunla ilk kez çalışma hayatı bütünlükçü bir şekilde ele alınmıştır. Bununla birlikte kanunun ülke çapında uygulanması, uzun süre yürürlükte kalması, ilerleyen yıllarda çıkarılan yasal düzenlemelere temel teşkil etmesi ve hukuk tekniği bakımından iç ve dış tutarlılığı bir arada bulundurması söz konusu kanunu önemli ve ilk kılan özellikleridir" (Makal, 1999) "3008 sayılı İş Kanunu aynı zamanda çağdaş sosyal güvenlik ilkeleri etrafında ilk kez sosyal sigortaların kuruluşunu düzenlemiştir. Türkiye'deki güncel sosyal güvenlik sisteminin birçok bakımdan temellerini atan hükümler İş Kanunu'nun 100 ve 107. maddeleri arasında "Sosyal Yardımlar" başlığı altında düzenlenmiştir. Kanunun "sosyal yardımlar" bölümünde kurulacak sigorta kolları iş kazaları ve meslek hastalıkları, analık, yaşlılık, iş göremezlik, hastalık ve ölüm olarak sıralanmış ve bu sigortaları idare etmek üzere bir yıl içinde İşçi Sigortaları İdaresi'nin kurulacağı belirtilmiştir. Sigortadaki zorunluluk prensibi ve işçilerin ailelerinin de sigortadan yararlanmalarına ilişkin düzenleyici hükümler içeren bu bölümün son maddesinde, kurulacak işçi sigortaları idaresinin öncelikli olarak iş kazası ve meslek hastalıkları ile analık sigortalarını uygulayacağı belirtilmiştir" (Yaşar, 2017)

"1936 yılında çıkarılan 3008 sayılı Kanun'da belirtildiği gibi, işçi sigortalarının ve sigorta kollarının kurulması bir yıl içinde gerçekleşmemiş ve bu süre 2,5 yıl ertelenmiştir. Bu süreçte İkinci Dünya Savaşı'nın patlak vermesiyle birlikte sigortaların kurulması rafa kalkmış ve İş Kanunu'nun mevcut koruyucu hükümleri dahi uygulanamamıştır" (Dilik, 1971)

4. 1945-1960 Yılları Sosyal Sigortacılığın Gelişimi Dönemi:

İkinci Dünya Savaşı (1940-1945) döneminde savaşa girmeyen Türkiye, önceki dönemde (1929 Buhranı ile) daralan ithalat yanında savaş ihtimali için silah altına alınan yetişkin nüfusun yarattığı üretim düşüşü ve 1934'te ilki başlayan 5 Yıllık Sanayi Programlarının kesintiye uğraması itibarıyla 1940-45 yıllarını bir tür kesinti olarak geçirmiştir. Öte yandan bu yıllar başka yönleriyle öncesi ve sonrasındaki dönemler arasında köprü işlevi de görmüştür. "1930-39 döneminin müdahaleci devlet politikaları ile siyaset ve bürokrasinin geniş yetkileri ve savaşın kıtlığı sonucu bozulan gelir dağılımı yanında; kültürel ve ekonomik alanda önemli reformlar (Milli Koruma Kanunu, Toprak Mahsulleri Vergisi, Çiftçiyi Topraklandırma Kanunu vb) da hayata geçmiş ancak çoğunun hayata geçmesi toplumun egemen güçleri tarafından engellenmiş veya kontrollerine geçerek asli amaçları dışında kullanılmıştır. Bunların içinde toprak reformu, eğitim politikası, Köy Enstitüleri gibi konulardaki ayrışma Cumhuriyet Halk Partisi (CHP) içinden muhalif bir grubun koparak çok partili rejimin doğmasına yol açan gelişmeleri tetiklemiştir. İktisadi göstergeler bakımından kesinti gibi algılanabilecek 1940-45 dönemi, iktisat politikaları, ulusal stratejik konumu bakımından yeni güç dengelerinin oluşumunu hazırlayan bir kuluçka dönemi gibidir. Dönemin iktisadi sorunları olan; azalan üretim, daralan ithalat, artan enflasyon ve büyük kentlerin ihtiyaçlarını (gıda, ısınma, giyim) karşılama hususunda hastalığın tedavisi yerine semptomlarının hafifletilmesine çalışılmıştır" (Boratav, 2015). "İkinci Dünya Savaşı sona erdiğinde özellikle Avrupa ülkeleri başta olmak üzere batı bloğu ülkelerde sosyal korumaları artıran ve sosyal politikaları geliştiren restorasyon dönemine girilmiştir. Keynesyen sosyal refah modelleri savaş sürecinde görülen toplumsal krizlere cevap olarak ortaya çıkmış ve yaygınlaşmaya başlamıştır" (Özbek, 2006).

Cumhuriyet döneminde sosyal sigorta ve sosyal sağlık sigortasının gelişimi incelendiğinde ilk olarak, 1934-1947 yılları arasında çeşitli devlet memurlarını kapsayan 11 ayrı emekli sandığının kurulduğu görülmektedir. Bu sandıklar 1950 yılında kurulan Emekli Sandığı altında birleştirilmeye kadar kendilerine bağlı olanlara hizmet vermişlerdir. Emekli Sandığı, temel olarak çeşitli yasalara bağlı olarak çalışan devlet memurlarının emeklilik ve emekli olduktan sonra sağlık haklarını korumak amacıyla kurulmuştur. Emekli Sandığı ile sağlık hizmetleri dışarıdan satın alma yoluyla sağlamıştır.

Tablo 4. İş kanunu Kapsamındaki İşyeri ve Sigortalı İşçi Sayısı

	İş kanunu kapsamındaki işyeri sayısı	Sigortalı sayısı
1947	5.609	300.000
1948	7.308	301.000
1949	7.450	341.000
1950	9.086	343.000
1951	10.361	347.000
1952	16.132	407.000

Kaynak: İşçi Sigortaları (1953: 74)

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ilk olarak 1945 yılında 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu ve 4792 sayılı İşçi Sigortalı Kurumu Kanunu yürürlüğe girmiştir. Her iki kanunun kapsamına giren konular 1964 yılında yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile birleşmiştir. Bu kanunla İşçi Sigortalı Kurumunun adı Sosyal Sigortalar Kurumu olarak değişmiştir. Kurumun kuruluş amacı, henüz uygulanan iş kazası, meslek hastalıkları ve analık sigortası ile ileride uygulanması planlanan yaşlılık, ölüm ve hastalık gibi sigortalıların primlerine ve karşılıklarına ilişkin işlerin yürütülmesidir.

“İşçi Sigortalı Kurumunda biriken bu fonların yüzde 60-70'lere varan kısmı devlet tahvilleri ve vade-i vadesiz mevduat hesaplarına yatırılıp sermaye birikim sürecine ve devletin ekonomik büyüme stratejilerine kaynak sağlanırken, sigorta hizmetlerini sağlamak üzere sağlık tesislerinin kurulması, kapsayan gayrimenkul yatırımlarına fonların ancak yüzde 10'lara varan kısmı yatırılmıştır. 1950'lerde güçlü bir sendikal örgütlenme olmadığı ve kurumun karar alma mekanizmalarında işçi temsiliyeti zayıf olduğu için işçi sigortalı fonlarının değerlendirilmesinde iktisadi kalkınma politikalarının belirleyici olduğu görülmektedir” (Yaşar, 2017).

“Dr. Refik Saydam dönemindeki sağlık politikasından sonra ilk önemli girişim Dr. Behçet Uz tarafından yapılmıştır. Dr. Behçet Uz'un 1946-1948 yılları arasındaki görevi sırasında “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” hazırlanmıştır. Plan Cumhuriyet Dönemi'nde yazılmış ilk sağlık planı olarak bilinmektedir” (Ertaş ve ark.,2016). “Sağlık planının en önemli özelliği kırsal alandaki birçok köye koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti sunan sağlık merkezlerinin kurulmasıdır” (Fişek, 1991). “Bu dönemde devlet artık yerel yönetimlere bıraktığı yataklı tedavi hizmetlerinin de sorumluluğunu üstlenmeye başlamıştır. Bu amaçla ülke yedi coğrafi bölge esasında sağlık hizmetleri açısından örgütlenirken, her 40

köy için 10 yataklı “Sağlık Merkezi” öngörmekteydi” (Kasapoğlu, 2016). “Planın temel nitelikleri tüm hastaneleri tek elden idare etmek, il merkezlerindeki mevcut hastaneleri düzeltmek, eksik olan yatak ve malzemeleri tamamlamak, gerekiyorsa yeni hastane kurmak, yatarak tedavi gören hastalardan yatak ve tedavi ücreti almak, sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamak amacıyla bir sağlık bankası kurmak, kurulan sağlık bankasından hekim, hemşire, ebe ve sağlık memurlarına dolgun bir ücret vermek, bu sağlık personellerinin ve çocuklarının sigorta ücretlerinin bu banka tarafından karşılanması, ülkenin 7 yerinde kapsamlı tıp fakülteleri ve hastaneler yapmaktır” (Dirican, 2001). “Planın gerçekleşmesi 10 yıllık bir dönemi karşılayacaktı. Sebebi ise mali yetersizlik ve personel yetersizliği idi. Fakat bu plan kanunlaşmadan Dr. Behçet Uz Sağlık Bakanlığı görevinden ayrılmıştır” (Ertaş ve ark., 2016). Dr. Behçet Uz'un görevden ayrılmasından sonra uzun dönem planlı ve sistemli bir çalışma yapılmamıştır. 1954 yılında tekrar göreve gelen Bakan Uz, Milli Sağlık Programı adıyla ilk sağlık planından daha kapsamlı bir program hazırlamıştır. Milli Sağlık Planı'na göre 7 sağlık bölgesine (Balıkesir, İzmir, Ankara, Erzurum, Samsun, Seyhan, Diyarbakır) ayrılan ülkenin Milli Sağlık Programı'na göre 16 sağlık bölgesine ayrılması planlanmıştır. Ancak bu planlar yasalaşamamıştır.

“Bu dönemde sağlık hizmetleri için önemli planlamaları içermesine rağmen hedefler tam anlamıyla gerçekleşmemiş ve her ilçeye bir merkez veya hastane yapımı ve dolayısıyla tedaviye ağırlık veren anlayışa dönüşmüştür. Koruyucu sağlık hizmetlerini teşvik eden Sağlık Merkezlerinde çalışan hekimlerin maaşlarının düşmesine yol açan ücret politikalarına da bağlı olarak hizmet verecek hekim bulunamaz hale gelmiştir. Hekimlerin önemli bir kısmı geçimlerini sağlayabilmek için sağlık merkezlerinden ayrılarak serbest çalışmaya başlamışlardır” (Kasapoğlu, 2016). “Bu dönemin temel özelliklerinden bir diğeri, 1950 yılında iktidara gelen

Demokrat Parti'nin daha liberal politikalar izlemesi sonucunda sağlık alanında da özel sektörün gelişiminin teşvikidir. Bu dönemde SSK, üyelerine daha iyi sağlık hizmeti sunmak üzere Sağlık Bakanlığına bağlı olmayan hastaneler kurmaya başlamıştır. İlk olarak 1951 de İstanbul SSK hastanesi kurulmuştur” (Kasapoğlu, 2016).

5. 1960-1980 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

Demokrat Partinin 10 yıl süren iktidarı, 1960 askeri müdahalesi ile sonuçlanmıştır. Bu dönemin en önemli özelliği merkezi bir planlama teşkilatı olan Devlet Planlama Teşkilatının (DPT) kurulması ve ülkenin beşer yıllık planlar yapılarak yönetilmesidir. “1960 askeri darbesini takiben DPT aracılığıyla sağlık, eğitim başta olmak üzere ülke kalkınmasına yönelik olarak tüm sektörler arasında eşgüdüm sağlanmaya çalışılmış ve entegre projeler yapılmıştır. Askeri yönetim tarafından hazırlanan 1960 Anayasasında sağlık ve sosyal güvenlik 48 ve 49 maddelerde devletin temel görevi olarak tanımlanmıştır” (Kasapoğlu, 2016).

İktisat tarihinde “Planlı Kalkınma ve İthal İkameci Sanayileşme” (Tablo 1) dönemi olarak bilinen bu süreç, dış ticarete korumacı politikaların canlandığı ve uluslararası pazarlardan çok iç piyasanın sürüklediği bir süreç olup; öncesi ve Cumhuriyetin diğer dönemlerinden ayrılan özellikler barındırır. Özellikle kamu yatırımlarında belirleyici olacak şekilde iktisat politikaları planlama tabanına oturmuştur. 1963'ten başlayarak 3 adet 5 Yıllık Plan yapılmıştır. “Buna karşın kısa dönemli makro ekonomik yönetim ile bu planlar arasındaki uyum, hiçbir zaman sağlanamamıştır. 1962-76 dönemindeki gelir bölüşümüne yönelik popülist politikalar, bir diğer karakteristik özelliğidir. İç piyasa üzerine inşa edilen ithal ikameci politikada ücret artışları sermayedar için maliyet unsuru olmakla birlikte bir talep unsurudur da. Bu sebeple ücretleri baskılamak yerine grev, sendikal haklar, toplu pazarlık gibi imkanlar açık tutulmuş, kamu iktisadi teşebbüslerinin gevşek istihdam politikaları sürmüş ve kamu kesiminin yüksek ücret politikası tüm emek piyasasını da etkilemiştir. Aynı zamanda güçlü bir sosyal güvenlik sistemi kurularak işçi sınıfı ücret dışında ek güvencelere kavuşturulmuştur. Dönemin iktisat politikaları açısından 1962-76 yılının alt sınıflaması 5 yıllık planlara göre uygun olmayacaktır çünkü ilki dışında diğer politikalar benzer yaklaşımlar gösterir. Birinci plan, devletçi-reformcu yaklaşımı ile kamu yatırımı ve devlet işlet-

meciliği yanında, ithal ikameci sanayileşmeyi tüm sektör politikalarına yönlendirirken; 2 ve 3. planlar, teşvik ve sübvansiyonlarla özel yatırımı ön plana çıkarmış ve kamuya onu destekleyici bir rol vererek sosyal hedefleri ötelemiştir” (Boratav, 2015).

Devlet Planlama Teşkilatı, 1960'lı yıllarda sağlığın sosyal refaha olumlu etkisinin olduğunu ve sağlık alanında yapılacak kamu giderlerinin adil bir gelir dağılımına ve benzeri sosyal amaçların gerçekleşmesine yardım edeceğini, bunun yanında ekonomik verimliliği artırıcı etkileriyle de kalkınmanın ekonomik amaçlarına ulaşılmasına yardım edebileceğini belirterek sağlığın bir harcama kalemi değil bir yatırım alanı olarak görülmesi gerektiğini belirtmiştir (DPT, 1963).

Yeni bir sağlık sistemi kurma hazırlıkları yapması için Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Nusret Fişek görevlendirilir. Fişek'in hazırladığı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun” 12 Ocak'ta Resmî Gazete'de yayımlanır ve 15 yıl içinde (1978'e kadar) bütün Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi planlanır (Resmî Gazete T.C. 1961). Kanun tasarısının ilk halinde sosyalleştirilen bölgelerde yaşayan halktan prim toplanması öngörülmeyle birlikte, Maliye Bakanlığı ülkenin gelir düzeyinin düşüklüğünü ve prim toplamanın zorluğunu gerekçe göstererek bunu kanundan çıkarttırır. Böylelikle sosyalleştirme ile ilgili tüm masraflar genel bütçeden karşılanır hale gelir. Sosyal devlet ilkesi çerçevesinde yapılması gereken de sağlık harcamalarının genel bütçeden karşılanmasıdır. Bu kapsamda sağlığa ayrılan bütçe 1959 yılında 25.0 milyon lira iken sosyalleştirme sonrasında 1962 yılında iki kattan fazla artırılarak 58.3 milyon liraya çıkarılmıştır (DPT, 1963)

Geniş kapsamlı olan 224 sayılı kanunda sağlık hizmetlerinin finansmanı, ücretlendirme ve sağlık çalışanlarının çalışma usullerine dair bazı ayrıntılar ise şunlardır (Resmî Gazete T.C. 1961);

- Sağlık örgütünde çalışan personelin serbest meslek icra edemeyeceği. Hükümet sağlık personelinin sözleşme ile çalıştırırken ücret belirlemede serbest olacaktır. Hatta teşvik amaçlı olarak hekimlere yüksek ücret ödenecektir.
- Kamu sektöründen hizmet almak istemeyen kişilerin, ücretini ödeyerek serbest meslek icra eden hekimlere gidebilecektir.

- Kamu sağlık kuruluşları tek elden idare edilecektir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde, Millî Savunma Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları dışında bütün kamu kurumlarına ait sağlık hizmetleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yürütülecektir.
- Hastalara parasız olarak hangi ilaçların verileceğini belirleme yetkisi Sağlık Bakanlığında olacaktır.
- Belediyelerin sağlık alanındaki sorumluluklarının bütçe olanakları göz önünde bulundurularak azaltılacak ve sadece çevre sağlığı hizmetleri ile sınırlandırılacaktır.
- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hasta muayene ve tedavisi ile bazı ilaçların bedelleri sevk zincirine uyulduğu sürece parasız olacaktır.

"Sağlıkta sosyalizasyon dönemi 1963 yılında Muş ilinden başlamış ve 1983'de tüm ülkeye yayılmıştır. Sağlık Ocaklarının sistemin bel kemiğini oluşturduğu sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde verilebilmesi için "sağlık ocağı" hekimlerin özel muayenehane açmasına izin verilmemiştir. Ancak uygulamalarda bu her zaman sağlanamamış ve sistem giderek aşınmaya başlamıştır. Sistemi desteklemek amacıyla hazırlanan Genel Sağlık Sigortası yasası ikinci beş yıllık planda yer almasına rağmen yasalaşamamıştır. Buna karşılık 1978 de kamuda çalışan hekimlerin tam gün çalışması için özel muayenehane açması yasayla yasaklanmıştır. Daha sonra, 1980 askeri darbesi ile gelen hükümet hekimlere muayenehane açma serbestisi getiren düzenlemeler yapmıştır. Tüm bunlar sağlığın kamusal bir hizmet olarak sunumunda devlet politikalarındaki tutarsız kesintiler ya da süreksizlikler olarak tarihe geçmiştir" (Kasapoğlu, 2016)

"Sosyal güvenlik alanında yaşanan gelişmeler 17.07.1964 tarih ve 506 sayılı "Sosyal Sigortalar Kanunu"nun çıkarılmasıyla devam etmiştir. 506 sayılı kanun ile, her bir sigorta kolu için ayrı ayrı uygulanmakta olan kanunlar birleştirilmiş, bu kanunu uygulamakla görevli kurumun ismi de "Sosyal Sigortalar Kurumu - SSK" olarak değiştirilerek kapsamı genişletilmiştir. Ayrıca bu kanun ile, bütün Türkiye'de sanayi ve hizmetler kesiminde hizmet akdiyle çalışanların sosyal güvenlik kapsamına alınmaları sağlanmıştır. Bu gelişmeyi 1971 yılında kabul edilen ve esnaf, sanatkâr ve

diğer bağımsız çalışanlara yönelik olan 1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu izlemiştir. Yine bu dönemde Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 'nün 1952 tarihli 102 sayılı 'Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin Sözleşmesi' 29 Temmuz 1971 tarih ve 1451 sayılı kanun ile onaylanmış, Bakanlar Kurulu'nun 1 Nisan 1974 tarih ve 7/7964 sayılı kararname ile yürürlüğe girmiştir. Bu önemli sözleşme sosyal güvenlik kavramının çağdaş boyutunu göstermekte belirleyici bir role sahip olmuştur" (Güvercin, 2004).

Bu dönemde sağlık harcamalarına genel bütçeden ayrılan pay, 1950'li yıllara göre sağlıkta yaşanan sosyalizasyon ile birlikte üç katına kadar çıkmıştır. Ancak ilçe ve köylerde kurulması planlanan sağlık ocakları, altyapı yatırımları eksikliği nedeniyle sosyalleştirme planındaki gibi işletilememiştir. Sağlık harcamaları açısından sorunlara neden olan tedavi edici hizmetler, koruyucu sağlık hizmetlerinin geri planda kalmasına neden olmuştur. Bu doğrultuda yataklı tedavi kurumlarına ayrılan bütçe, toplam sağlık harcamalarının önemli bir kısmını teşkil etmiş; bu harcamalardan halk sağlığı için %10 hastaneler içinse %60 oranında bir pay ayrılmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik politikalar dört planda da yer almış, küçük yerleşim birimlerine varıncaya kadar sağlık hizmetlerinin götürülmesi öngörülmüştür. Tedavi edici hizmetler ile koruyucu hizmetlerin bir arada verilmesi gerektiği görüşü ile hareket edilmiştir (DPT, 1979). "Sağlık sisteminin finansmanına yönelik yaşanan gelişmeler sosyal yardımların artmasını tetiklemiştir. Planlı dönemde sağlık hizmetlerinin finansmanın merkezi bütçeden karşılandığı eleştirileri olsa da sosyalleştirme uygulamalarının haricinde harcamalara, kullanıcıların iştirak edeceği belirtilmiştir. Sigorta sistemlerinin kurulması merkezi bütçe dışında sağlık harcamaları için fon sistemini geliştiren uygulama olarak görülebilir. Bu dönemde sosyal güvenlik kuruluşlarının gelir gider dengesi gözetilmiş olmasına karşın 1983 yılı itibariye sigortalı çalışan sayısı beş milyonu geçerken, sigortalıların bakmakla sorumlu olduğu nüfus ise yirmi dört milyona yaklaşmıştır" (Fedai, 2019).

6. 1980-2002 Neoliberal Dönüşüm ve Sağlıkta Metalaşma

1970'ler sonlarına doğru mevcut sistem yavaş yavaş iktisadi ve siyasal sınırlarına ulaşmıştır. Gelişmiş ülkelerde kâr oranları düşmüş, sabit sermaye yatırımları azalmış, işsizlik ve

enflasyon artmıştır. “Kitle üretimi sistemlerine yapılan uzun vadeli ve geniş ölçekli sabit sermaye yatırımlarının ve tasarımda esnekliği büyük ölçüde engelleyen istikrarlı büyüme varsayımlarının temelinde olan “katılık” 1973 sonrasındaki mali kriz ve onun yol açtığı meşruiyet krizini aşmaya yetmemiştir” (Harvey, 1999). Sermaye yeni yatırımlar yapabilmek için daha yüksek kârlara ihtiyaç duymuştur. Ücretlerin yüksek kılınması ile kitle sel tüketimin canlı tutulması mekanizmasının artık işlemez duruma gelmesi, tekel haline gelen uluslararası şirketlerin beslenmesi için dünya piyasalarında dönen sermayenin yetersiz kalması yeni bir sistemin yaratılacağına ilk sinyallerini ortaya çıkarmıştır. “İşgücü piyasalarında emek dağılımında ve özellikle iş sözleşmelerinde katılıktan kaynaklanan sorunlar ise işçi sınıfının derinlere kök salmış gücüne çarpmıştır. 1968–1972 yılları arasında yaşanan grevler ve iş uyuşmazlıkları bu ekseninde gelişmiştir. Diğer bir katılık ise devletin mali tabanında sosyal güvenlik ve emeklilik gibi haklara ayırdığı paydadır. Bu “katılık” karşısında 1980’li yıllarda serbest piyasa ekonomisini temel alan “neoliberalizm” in doğmasına neden olmuştur” (Çelik, 2006). Bu dönüşümün politikalarından bazıları ise; sermayenin denetimsiz dolaşımı ve ticaretin serbestleştirilmesi, üretim için daha ucuz enerji, hammadde ve emek gücü sağlanması ile pazar ekonomisi mekanizmalarının ekonomiye hakim olması, devletin mal ve hizmet sunumuna son verilmesi, devlet kaynaklarının sermaye sahiplerine doğrudan aktarılması ile merkez bankalarının “bağımsızlaştırılmasıyla” devletin piyasa

üzerindeki müdahale olanaklarının daraltılması yoluyla sermaye sahiplerinin düşen kâr oranlarının yükseltilmesidir. Böylece, 2. Dünya Savaşı’nın sonlarından itibaren, özellikle Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde yürütülmekte olan sosyal devlet uygulamalarından vazgeçilmiş, toplumsal mutabakat patronlar tarafından tek taraflı olarak bozulmuştur. “Neoliberal kapitalist politikalar, ABD’nin hegemonyasında, sermayenin uluslararası kurumları Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) tarafından çevre kapitalist ülkelere kredi koşulu olarak “yapısal uyum programı” adıyla dayatılmıştır” (Hamzaoğlu, 2023).

1980’li yıllarını Boratav, “sermayenin karşı saldırısı” olarak tanımlamaktadır (Tablo 1). Türkiye’ye özgü olman bu süreç, merkez ve çevre ülkelerin son 30 yılda emek lehine edindiği kazanımların tasfiyesini başlatmıştır. Hedef merkez ülkelerde refah devleti çevrede ise popülizm veya paternalist/kalkınmacı devlet modeli olmuştur. 1990’lı yıllar ve sonrası, bu dönüşümün sonraki yıllara taşınmasından ibaret seyretmiştir. “Finans Kapitale Teslimiyet ve Popülizme Aksak Dönüş” olarak adlandırılan 1989 dönemeci hem dünya ekonomisi ile entegrasyon hem de artı değer burjuvazinin katmanları ve dış dünyayla paylaşımı açısından finans kapitalin öne çıktığı bir yol ayrımı iken; işlevi ile çelişkili biçimde emekçi sınıflar (işçi-köylü) lehine yürütülen geçici popülist politikaların da kalıcı biçimde tasfiyesine doğru uzanan bir sürecin de başlangıcıdır. Bu

Tablo 5. Hastane ve Hasta Yatak Sayıları (DPT, 1995: 14)

Kuruluşlar	Hastane Sayısı (1989)	Yatak sayısı	Hastane Sayısı (1994)	Yatak Sayısı
Sağlık Bakanlığı	549	68,258	666	77,753
Milli Savunma Bakanlığı	42	15,900	42	15,900
SSK Genel Müdürlüğü	91	20,129	115	25,196
KİT’ler	15	2,146	11	2,099
Diğer Bakanlıklar	3	780	2	680
Tıp Fakülteleri	24	17,749	29	19,852
Belediyeler	5	1 160	5	1,160
Yabancılar	8	670	6	560
Azınlıklar	5	934	5	934
Dernekler	10	621	10	741
Özel	102	3,614	133	5,690
Toplam	854	131,961	1024	150,565

10 yıllık dönem boyunca emekçi sınıfının görelî durumunda ağır bir bozulma yaşanmıştır. Sonrasında, 1998-2002 yılları arası “Kesintisiz IMF Gözetimi ve 5 Kayıp Yıl” olarak görülecek dönem 1998 IMF Stand by anlaşması ile başlamıştır. “Son taksidin ödendiği Mayıs 2008’e kadar kesintisiz 10 yıl sürmüş programın kaynağı, Doğu Asya’da başlayıp dünyaya yayılan zincirleme krizin Türkiye’ye süregiden durgunlukla yansımasıdır. 1989 yılında başlayan sermaye serbestleşmesi, Türkiye ekonomisinde yarattığı dönüşümle 16 yıllık zaman diliminde 4 finansal krizin (1994, 1999, 2001, 2009) doğmasına yol açmıştır” (**Bo-ratav, 2015**). “Bu dönemin 1980-1989 arası “Sermeyenin Karşı Saldırısı ve Sağlıkta Metalaşma”; 1989-2002 yılları arası “Uluslararası Finans Kapitalin Gölgesinde Sağlık Reformları” olarak değerlendirilebilir” (**Ulutaş, 2011**).

“1982 Anayasasında “insan haklarına dayalı devlet” tanımı da değiştirilerek “insan haklarına saygılı devlet” haline dönüştürülmüş; sağlık devlet görevi olmaktan çıkarılmıştır. Bunun yerine devletin sağlık hizmetlerini gözeteceği ve düzenleyeceği maddeleri yazılmıştır. Böylelikle 1982 Anayasasında daha önce 1950 ve 1970’lerde başlayan sağlıkta özel sektörün yer alması görüşüne resmen değinilmiştir. Sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlamak görüşünden hareketle, özel sağlık kuruluşlarının hizmet vermesi ve kamu ile rekabet etmeleri hedeflenmiştir” (**Berman ve Tatar, 2004**). Bu dönemde, özellikle 1987’de Genel Sağlık Sigortasına geçilme girişimleri olmuşsa da gerçekleşmemiştir. Aynı yıl iktidardaki ANAP hükümeti tarafından “3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” çıkarılmıştır. “Kamu hastanelerinin merkezîyetçi yapısını değiştirmeyi öngören yeni işletme ve personel politikaları göze çarparken kanunda genel olarak 2003 yılından itibaren uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programının nüveleri yer almaktadır. “Sağlık Hizmetleri Temel Yasası” gerekli düzenlemeler yapılamadığı için uygulanamamıştır. Daha sonra Anayasa Mahkemesi tarafından birçok maddesi iptal edilen bu yasanın temel amaçlarından bazıları ise şunlardır” (**Soyer, 2000**):

- Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde her türlü hizmetin fiyatlandırılması,
- Kamu sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğine sahip işletmelere dönüştürülmesi,
- Sağlık işletmelerinde görevli olan ve mesleklerini serbest icra etmeyen hekimlerin mesai dışında kuruluşa özel teşhis ve tedavi yapabilmesi. Bu madde özellikle üniversitelerin eğitim hastanelerinde öğretim üyelerinin çalışmaya devamını teşvik amaçlı olarak geniş çaplı uygulanmıştır.

“Altıncı Kalkınma Planı (1990-1994) ile paralellik içinde sağlık hizmetlerinin “rasyonalizasyonu” adı altında sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesi hedefinin açıkça ortaya konmuştur. Bu dönemde uluslararası teşvik ve zorlama ile alternatif yeni politikalar seslendirilmeye başlamıştır. Örneğin, 1992’de yapılan Ulusal Sağlık Kongresi ile 1993’de düzenlenen İkinci Ulusal Sağlık Kongresinden ülke çapında yeni sağlık politikaları çıkmıştır. Özellikle sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması bağlamında hastanelerin özelleştirilmesine ve özerkleştirilmesine yönelik kararlar hep bu kongrelerde alınmıştır” (**Kasapoğlu, 2016**) “İki büyük hastane (Ankara’da Yüksek İhtisas ve İstanbul’da Koşuyolu hastaneleri) 5 Nisan 1994 Kararları çerçevesinde birer işletmeye dönüştürülerek, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin doğrudan özelleştirilmesinin ilk somut örneği verilmiştir” (**Soyer, 2003**). “Ulusal Sağlık Dokümanı” olarak yayınlanan maddelerin, bundan 20 yıl sonra büyük ölçüde gerçekleştiği açıktır. “Yeşil Kart” ve “Aile Hekimliği” kavramlarını da içermesi açısından söz konusu doküman son derece önemlidir ve şu hedefleri içermektedir (**Kasapoğlu, 2016**):

- Herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmayan nüfusun genel sağlık güvencesine alınması (Yeşil Kart uygulaması).
- Birinci basamak hizmetler için kentsel alanlarda kişi başına ödeme ilkesini benimseyen “Aile Hekimliği” (Sağlık Ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayanan sistemin yerleştirilmesidir).

Tablo 6: 2002 Yılı İtibariyle Kurumlara Göre Yatak Sayısı, (Fedai 2019)

Kurumlar	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler	Özel Hastaneler	Diğer
Hastane sayısı	774	50	270	61
Yatak sayısı	107.394	26.341	12.387	18.394

- Mevcut Hastanelerin büyük ölçüde finansal özerklik ile birlikte özerk bir yapıya kavuşması (Devlet hastanelerinin önce özerkleştirilmesi zamanla da özelleştirilmesidir).
- Hizmeti sunanlarla satın alanların birbirinden ayrılması ve hizmet sunucuların aynı havuzdaki kaynaklar için birbiri ile rekabet ettiği bir dahili piyasanın oluşturulması (Genel Sağlık Sigortası üzerine oturtulmuş, özel sigortacılık ve cepten ödeme).

Ödeme gücü olmayan ve sağlık güvencesinden yoksun olanların yataklı tedavi kurumlarında yatarak teşhis, tedavi ve ameliyat hizmetlerinin ve ayakta teşhise yönelik tetkik ve tahlillerinin bedellerinin merkezi bütçeden karşılanmasının sağlandığı "Yeşil Kart" uygulaması, 18 Haziran 1992 tarihinde 3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun" kabul edilerek yürürlüğe girmiştir (**TC. Resmî Gazete, 1992**).

Özel sektöre ait hastane sayısı 1989 yılı itibarıyla 102 iken; beş yıl içinde bu rakam % 30 artış göstererek 133'e yükselmiştir (**Tablo 4**). Ayrıca özel hastanelerinin sayısal artışından daha da önemli bir husus olarak özel hastanelere ait yatak sayılarında da muazzam bir artış yaşandığını söylemek gerekir. Özel hastanelerin yatak sayısı söz konusu dönem içinde % 60 artarak beş bini geçmiştir. Kamu sağlık kuruluşları ise gerek hastane sayıları gerekse yatak sayıları ele alındığında özel sektördeki gibi sıçrama gösterememiş ve bu durumun sebebi olarak hizmet kullanımındaki verimsizlik gösterilmiştir (**DPT, 1995**) Bu dönemin sonuna doğru 2002 yılında özel hastanelerin toplam hastaneler içindeki oranı %23'e, yatak sayısı 12.387'e kadar çıkmıştır (**Tablo 6**).

1996-2003 döneminde, kamunun sağlık harcamaları

GSYİH'nin yüzdesi olarak 1996 yılında %2 iken, 2003 yılında bu oran %4'e yükselmiştir (OECD Health Data 2008). 1999-2000 yılı Ulusal Sağlık Hesapları (USH)'na göre, Türkiye'deki özel sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %37'sini oluşturmaktaydı. 1999 ve 2000 yıllarını kapsayan bir sağlık hizmeti sunucusu anketine dayanan USH, kamu harcamalarının büyük çoğunluğunun (%49-54 arasında), hem yataklı hem de ayakta tedaviyi içeren tedavi edici bakıma tahsis edildiğini göstermektedir. Koruyucu sağlık ve halk sağlığı hizmetlerine tahsis edilen miktar ise oldukça az olup %5 civarındaydı.

1992 yılında, toplam sağlık harcamalarının yüzde 31'ini oluşturan cepten ödemeler de 2000 yılına kadar ancak yüzde 2'lik bir azalma olmuştur (**Tablo 7**). Oysa ki, 1990 yılında yaklaşık 36,5 milyon kişiye sosyal sağlık güvencesi sağlayan sosyal güvenlik kurumlarının sigortalı sayısı 2000 yılında 55 milyona ulaşmış Yeşil Kart verilen kişi sayısı 10 milyonu geçmiştir. 2000 yılı nüfus sayısı dikkate alındığında yaklaşık yüzde 40'lık bir kapsam genişlemesine rağmen, sadece yüzde 2'lik bir cepten harcama azalışı, oldukça tartışmalı olan istatistiklere rağmen düşündürücüdür. "OECD ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye'de cepten ödeme miktarı yüksektir. 1992-2000 tarihleri arasında OECD ülkelerinde cepten ödemelerin toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı yüzde 20-21 arasında seyretmiştir" (**OECD, 2005**). 2000-2002 arasında TÜİK verileri geçici olup güvenilir olmayabileceği düşünülmektedir.

Bu yıllarda Dünya bankası ile ortak yürütülen ve temelde Sağlık Bakanlığının yeniden yapılanması ve hastanelerin idari, finans yapısında iyileştirmeleri hedefleyen programların gölgesinde 1996-2000 yıllarını kapsayan Yedinci Kalkınma Planı yapılmış ve şunlar amaçlamıştır;

Tablo 7: Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları (% , 1992-2004)

Finansman Kaynağı	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(2)	(2)
Vergi + Fon	46	47	46	43	43	43	40	27	26
Sigorta Prim.	23	22	24	27	25	28	31	33	36
Cepten Öd.	31	31	30	30	32	29	28	30	29
Diğer özel	10	9
Toplam	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Kaynak: (1) Tokat, 1998:72; 2001a:43; 2001b:47, (2) SB, 2004a:21-22,

- Genel Sağlık Sigortası'nın olabildiğince çabuk başlatılması.
- Hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması.
- Hastanelere özerklik verilmesi.
- Birinci Basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modelinin benimsenmesi.
- Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması.

Bu amaçlar gerek siyasi gerekse ekonomik nedenlerle uygulanamamıştır.

Kasım 2000 ve Şubat 2001'de, Türkiye büyük çaplı bir ekonomik kriz ile karşı karşıya kalmıştır. Para birimi %100'den fazla değer kaybetmiş, enflasyon oranı %68 olmuş ve ekonomi %8 oranında küçülmüştür. İşsizlik oranı arttıkça, ekonomik kriz sağlık anlamında yoksulluk getirmiş ve sosyal etkileri olmuştur. Artan gıda fiyatları ve enflasyon, haneleri yoksulluğa karşı korunmasız hale getirmiştir. Sağlık sektörü üstündeki en önemli etkisi ise kayıtlı sigortalıların sayısında düşüş ve Yeşil Kart sahiplerinin sayısında 2000-2001 yıllarında 3,2 milyon ile ciddi bir artış olmuştur.

6.1. Bütçe Açığı dönemi

Ülkemiz sosyal sağlık sigortacılığı sisteminde kayıt dışı istihdamın yüksekliği, işsizlik oranının yüksekliği, prim tahsilatının tam olarak yapılamaması gibi gelir oluşturma sorunlarının yanı sıra, sağlık harcamalarının artışı ve aktif pasif dengesinin bozulması gibi hastalık sigortası giderlerini arttıran sorunlar hastalık sigortası gelir gider dengelerini bozmuştur (**Başbakanlık, 2005**). "Sosyal Sigortalar Kurumu, hastalık sigortasından daha önceki bir tarihte, 1992 yılından itibaren açık vermeye başlamıştır. Dalgalı bir seyir izleyen gelirin gideri karşılama oranı 1992-2004 yılları arasında ortalama yüzde 79,2 civarında seyretmiştir. 1994 krizini izleyen 1995 yılında gelirin gideri karşılama oranı yüzde 62,9'a kadar düşmüştür. Bu tarihten itibaren artış gösteren oran bu kez 1999 krizi ile yüzde 77,6'dan yüzde 69,1'e düşmüştür. 2000 yılında önemli bir artışla yüzde 92,4'e çıkan oran, 2001 krizinden sonra tekrar düşüşe geçerek, 2004 yılında yüzde 72,5'e inmiştir. Hastalık sigortasının kurum açığı içindeki oranı, 1994-2004 yılları arasında yüzde 2-21 aralığında, ortalama yüzde 13 civarında seyretmiştir. Oran 1994 krizini takiben 1995 yılında yüzde 18'e çıkmış, 2001 krizinden itibaren de yüzde 20'leri aşmıştır. SSK hastalık sigortasının finansmanı giderlerin yıl içindeki ge-

lirlerle karşılanması esasına dayandığından, finansman açığı SSK'ya yapılan bütçe transferi ile kapatılmıştır. Emekli Sandığı (ES), 1987 yılından itibaren açık vermeye başlamıştır. 1990-1992 yılları dışında sürekli bir açık durumu söz konusudur. 1987-2005 tarihleri arasında gelirin gideri karşılama durumu ortalama yüzde 82,4 civarında seyretmiştir. SSK'dan farklı olarak 1994 krizi ES açığını fazla etkilememiş, hatta 1995 yılında oranda yaklaşık yüzde 7'lik bir artış gözlenmiştir" (**Yenimalleli-Yaşar, 2007**). Ancak 1999 krizi oranı yüzde 80'lerden 70'lere, 2001 krizi ise yüzde 60'lara düşürmüştür. Bağ-Kur'da sağlık sigortası prim tahsilatının gideri karşılama oranı 1994 ekonomik krizini takiben yüzde 126,5'ten yüzde 91,9'a inmiş ve açık durumu artarak devam etmiştir (**Bağ-Kur, 2005**).

6.2. Sağlıkta Dönüşüm Programına Doğru Giderken Kamu Sağlık Sigortacılığı

2003 yılına doğru gelirken Dünya Bankası destekli projelerin katkısı ile işletmecilik kavramı daha fazla duyulur olmuştur. DPT'ye göre 2003 yılında, nüfusun yaklaşık %85'i bir biçimde sağlık sigortası kapsamında yer almaktaydı. Geri kalan %15'lik kesimin ise bir sağlık sigortasına erişimi yoktu ve katkı payı ödemesi yapmıyorlardı. Ancak koruyucu hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil tıbbi bakımları dolaylı olarak karşılanmaktaydı. Nüfusun %46,3'lük kesimini kapsayan SSK en büyük sigortacı konumundaydı. Bunu nüfusun %22,3'ünü kapsayan BağKur izliyordu, daha sonra %15,4'ünü kapsayan Emekli Sandığı, Özel Sigortaların kapsamı %0,5'den azdı. Sağlık Bakanlığı tarafından 2002 yılında yapılan bir hane halkı çalışması, nüfusun %67'sinin sağlık sigortasına sahip olduğunun bildirildiğini tespit etmişti. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından üç ayda bir yapılan bir çalışma olan Türkiye Hane Halkı Bütçe Araştırması'na göre 2003 yılında herhangi bir sigortanın kapsamı altında olan nüfusun oranı %64 idi. Bu resmî rakamlar arasındaki büyük fark verilerde sorunlar olduğunu da doğrulamaktadır. 2003 yılında iş gücünün yaklaşık %46'sının kayıt dışı sektörde çalıştığı tahmin edilmektedir. Sağlık sigortası kapsamının %85 civarında olduğu tahmin edildiği için, kayıt dışı çalışanların büyük bir kısmının Yeşil Kart kapsamında olması veya SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı bünyesinde sağlık sigortasına sahip bireylerin bakmakla yükümlü olduğu kişiler arasında olması tahmin edilmektedir. Örneğin, 2003 Hane Halkı Bütçe Araştırması'na göre en yoksul ondalık dilime girenlerin yalnızca %12'si (kişi başı harcama dilimlerine göre) Yeşil Kart kapsamında ve daha yüksek ondalık dilimlere girenler arasında Yeşil Kart kapsamı yüzde %1 ila %8 arasında değişmekteydi.

7. 2003-2024 Sağlıkta Dönüşüm Programı ve AKP'li yıllar:

7.1. Neoliberal Dönüşümde yeni aşama; Krizden Çıkış

Neoliberalizm yeni yüzyıla özgün kurallarla girmiştir. Bütçenin faiz dışı fazla vermesi, merkez bankalarının para politikası aracındaki özerkliği ile enflasyon hedeflemesi önceliği, döviz kurlarının serbest piyasaya bırakılması önemli karakteri olup finans kapitalin çevre ekonomilerdeki menfaatlerini de gözetmektedir. Türkiye'nin çok partili hayat dönemi boyunca iktidarı devralmak için 2002'den daha elverişli bir yıl bulunmamaktadır. İçerde, 5 yıllık durgunluk sonra ermiş, önceki yılın krizinin toplumsal sorunları zirveye çıkmış, IMF anlaşması ile kredi akımları başlamış, "Güçlü Ekonomiye Geçiş programı" ile yasal çerçevesi belli bir politika oluşmuş, dışarda ise çevre ekonomilerini 1997'den sonra sarsmış bir dizi kriz son bulmuştu. 2002-2007 boyunca çevre ekonomilere yönelik sermaye akımları her yıl %33-48 arasında artarak sürmüştür. Bu haliyle AKP'nin 2002-2007 yıllarını Lale Devri olarak değerlendirebiliriz. "2002 seçimlerini kazanarak tek başına iktidara gelen AKP hükümeti, IMF programlarını devralmış ve 2005 yılında da yeni bir stand by anlaşması imzalamıştır. 2003 yılında başlayan Avrupa Birliği (AB) ile tam üyelik başvurusunun hazırlıkları ve 2005'te tam üyelik müzakerelerine başlanmıştır. AB ile ilişkileri güçlendirirken 2009'da Oslo'da başlayan PKK ile çözüm süreci rüzgarı ile de pekişmiş önemli destek alınmıştır. Bu esnada 2008'de ABD'de başlayan Kriz koşulları tersine çevirmiş ve canlanmanın bu kez daha geç olduğu gözlemlenmiştir. Bu krizle Türkiye durgunlaşma ve artan dış kırılganlık ikilisinden oluşan bir döneme geçmiştir. Hızla artan özelleştirme gelirlerinin (TÜPRAŞ, TEKEK, TELEKOM, SEKA, enerji dağıtımı, yerel yönetim merkezi devlet e kamu kuruluşlarına ait gayrimenkullerin satışı vb.) bu dönemde bütçeyi desteklemiştir. Tarım alanındaki destekleme alımlarına 2008 itibarıyla son verilmiş, esnek istihdam biçimleri yaygınlaştırılmıştır. Emek piyasasında, yasal düzenlemelerden çok uygulamalarla taşeronluk ve sözleşmeli işçiliğin, kayıtdışılığın yaygınlaşması, haftalık iş saatinin OECD ortalamasının çok üstünde belirlenmesi, ölümle

sonuçlanan iş kazaları, sendikalaşma oranının azalarak iş ilişkisinin bireysel iş akdine kayması vb yapısal uyum adı altında hayata geçmiştir. Bu gelişmeler aynı zamanda Siyasi iktidar ve sermaye grupları arasındaki bölüşüm ilişkileri ve kaynak/rant aktarımına da ışık tutan bir süreçtir" (Boratav, 2015)

Sağlık alanında neoliberal dönüşüm, 90'lı yıllarda Dünya Bankası destekli projeler, 1.ve 2. Sağlık Kongreleri ile alt yapısı oluşturulan ve 2003 yılında seçilen AKP iktidarı tarafından ilan edilen Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP) ile başlamış oldu. Tamamen serbest piyasa mantığıyla sağlık hizmetlerini metalaştırarak, sağlık hizmet kuruluşlarını kar amaçlı işletmeye dönüştüren Sağlık Bakanlığı tarafından halkın sağlık düzeyini yükseltmek iddiası ile Dünya Bankası desteği ile hazırlanan programın ana ilkeleleri; "sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desant-ralizasyon (yönetimsel ve parasal bakımdan bağımsız birimler kendi kararlarını daha hızlı ve uygun olarak verecekler), hizmette rekabet (sağlığın tekel olmaktan çıkarılması, kaliteli ve verimli çalışma ortamı yaratılması) olarak sıralanmıştır" (Akdağ, 2007). Özel sağlık hizmetlerine, kamu sağlık sigortacılığında yapılan değişikliklerle beraber önemli kaynaklar aktarılmış, devlet hizmet sunucu olmaktan satın alan pozisyona doğru evrilmeye başlamıştır.

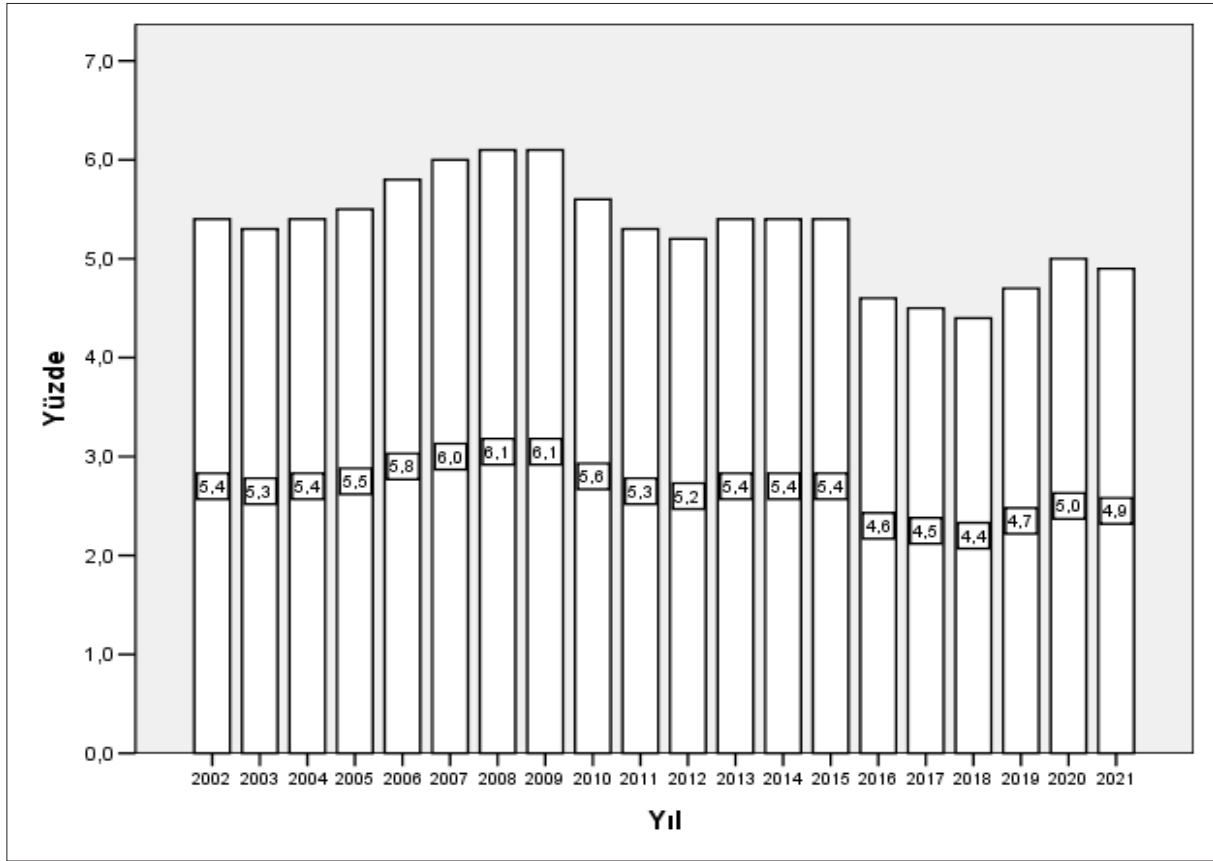
7.2. Neoliberal Kamu Sağlık Sigortası Modeli ve Harcamalar

"Sağlık harcamalarının sağlık hizmetlerini kullananlar tarafından dolaylı ya da doğrudan yapılmasının sağlanması ve sağlık hizmet sunumunun toplumsal bölüşümün yeniden düzenlendiği alan olmaktan çıkartılıp, birikim alanına dönüştürülebilmesi için Türkiye'de de onlarca ülkede olduğu gibi Dünya Bankası ve (AKP) Hükümetler(i) eliyle planlanıp uygulamaya konan sağlık hizmetlerinin finansman modeli "neoliberal kamu sağlık sigortası modeli" olarak adlandırılabilir" (Hamzaoğlu, 2023). "Bu modelin gelişimi, 20 Mayıs 2006 tarihine kadar uygulamaya giren 5502 sayılı "Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası" ile üç kamu sosyal güvenlik kurumu (SSK, ES ve Bağ-Kur) birleştirilerek, tek bir kurum haline getirilmesi ile başlamaktadır.

Tablo 8. Yıllara göre kamu sağlık harcamalarının faiz dışı kamu harcamaları içindeki payı (2003-2012)

Yıllar	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Pay (%)	14,7	15,2	14,3	16,4	14,7	15,2	14,3	13,0	12,6	11,7

Kaynak: Hamzaoğlu, 2023



Grafik: Türkiye’de yıllara göre toplam sağlık harcamalarının GSYG içindeki payı (2002-2021)

Kaynak: Hamzaoğlu, 2023

Yeşil kart kapsamındaki kişiler için de yapılan gelir testi sonrasında hanede yaşayanların kişi başı gelir ortalaması net asgari ücretin üçte birinin altında olması halinde herhangi bir prim ödemeksizin 60/C-1 yeni adıyla sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. SGK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı bir kurum olup, diğer kamu sigorta kollarının (emeklilik, analık, malullük vb.) primleriyle birlikte, sağlık sigorta primlerini de toplamakta ve sigorta kapsamındakiler için Sağlık Bakanlığı, özel (vakıf üniversite hastaneleri de dâhil) ve devlet üniversitesi hastanelerinden tedavi edici sağlık hizmeti, eczanelerden ilaç, gözlükçülerden gözlük, medikal firmalarından da sigortalılar için ortez, protez ve tıbbi malzeme satın almaktadır. Diğer bir ifadeyle, daha önce üç ayrı kurum tarafından gerçekleştirilen sağlık harcaması, Mayıs 2006’da SGK’nin kurulmasının ardından ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasa’nın (SSGSS) uygulamaya girdiği tarihten itibaren tek elden yapılmaktadır” (Hamzaoğlu, 2023).

“Ekim 2008 tarihten itibaren, 5510 sayılı SSGSS Yasası’nın uygulamaya giren hükümleri ile, Türkiye’de sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için bazı istisnalar dışında, yurttışlara sağlık primi ödemesi koşulu getirilmiştir. Yine bu Yasa ile Türkiye’de sağlık hizmeti sunumu ile sağlık hizmetlerinin finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Tedavi edici sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı (SB), üniversite ve özel (vakıf üniversite hastaneleri dahil) hastaneler tarafından sunulurken, bu kurumlardan en büyük hizmet alıcısı da SGK olmuştur. Devlet memurlarının sağlık giderleri ilgili bakanlıkların bütçelerinden karşılanmaktadır. Emekli olduktan sonra ise aktif çalışırken ödemiş oldukları prim karşılığında SGK (ES) tarafından karşılanmaktadır” (Hamzaoğlu, 2013; Hamzaoğlu, 2014).

“Türkiye’de toplam sağlık harcamasının gayri safi yurt içi gelir (GSYG) içindeki payı 1999 yılında %4,8 ve 2002 yılında %5,4 iken AKP’li ilk yıl olan 2003’de %5,3 olarak gerçekleşmiştir (Grafik). Daha sonra, 2008 ve 2009

yıllarında %6,1'le tarihinin en yüksek seviyesine ulaşmıştır. Bununla birlikte, yalnızca AKP'li yılların değil, son 20-25 yılın da en düşük payı 2018'de %4,4 ile gerçekleşmiştir. AKP'li bütün yıllarda, Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYG'deki payı OECD ve AB ülke ortalamalarının her zaman gerisinde kalmıştır. Türkiye'de, 2003-2012 yılları arasında toplam kamu harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı, son olarak 2012 yılına ait verilere göre (**Tablo 8**), 2006 yılından itibaren düzenli olarak azalmaktadır" (**Hamzaoğlu, 2023**).

SGK tarafından gerçekleştirilen cari sağlık harcamasının, Genel Devlet cari sağlık harcaması içindeki payı yıllar içinde artmıştır. Türkiye'de sosyal güvenlik kurumlarının, 2006 yılından itibaren de SGK'nin yaptığı cari sağlık harcamasının, Genel Devlet cari sağlık harcaması içindeki payı 1999 yılında %54,6, 2002 yılında %53,4 iken, AKP hükümetleriyle birlikte, hızlı bir artış gerçekleşmiştir. Genel Devlet cari sağlık harcamaları içinde SGK'nin payı 2003 yılında %62,1'e, 2004 yılında ise %63,4'e yükselmiştir. Söz konusu artış, 2010 yılında %65,5'e ve 2011 yılında %65,8'e, 2013'de %73,9 ile zirvesine ulaşmıştır. Daha sonraki yıllarda da %70'in altına düşmemiştir. Bununla birlikte,

SGK sağlık harcamalarının devlet sağlık harcaması olarak tanımlanmasının gerçeği yansıtmadığını belirtmek gerekir. Buna göre, toplam cari sağlık harcamaları içinde Genel Devlet tarafından yapılmış harcamaların gerçek payının, 1999 yılı için %27,3, 2002 yılı için %29,1, AKP Hükümeti'nin ilk yılında, 2003'te %27,0, en yüksek seviyesine ulaştığı 2009 yılında %31,0 olduğu görülmektedir. Daha sonra hızla azalmakta ve genel olarak %22-23 olarak seyretmektedir. Bununla birlikte, COVID-19 pandemisinin başladığı 2020 yılı ile hasta ve ölüm sayılarındaki artışın devam ettiği 2021 yılında bile cari sağlık harcamaları içinde devletin payı %24,9 ve %28,7 ile AKP öncesi dönemin altında kalmaya devam etmiştir (**Tablo 4**).

Buna göre, Türkiye'de prim ödeme de dâhil olmak üzere, sağlık alanında yapılan her 100TL'lik cari sağlık harcamasının en az 72TL'si kişiler tarafından gerçekleştirilmiştir. Başka bir ifadeyle, AKP döneminde kişilerin sağlık hizmetine ulaşabilmek için yaptıkları harcamalar ve bu harcamaların toplam cari sağlık harcamaları içindeki payı sistemli bir biçimde artırılmıştır.

Tablo 9. Yıllara göre devlet ve hanehalkları tarafından yapılan sağlık harcamalarının toplam cari sağlık harcamaları içindeki payı (%)

Yıllar	Devlet*	Hanehalkları**
2002	29,13	70,87
2003	27,02	72,98
2004	26,22	73,78
2005	27,34	72,66
2006	27,20	72,80
2007	28,35	71,65
2008	26,73	73,27
2009	30,99	69,01
2010	26,92	73,08
2011	27,04	72,96
2012	20,54	79,46
2013	20,48	79,52
2014	21,28	78,72
2015	21,86	78,14
2016	22,53	77,47
2017	22,07	77,93
2018	22,80	77,20
2019	23,40	76,60
2020	24,87	75,13
2021	28,67	71,33

*Merkezi ve yerel devlet

**Cepten, sağlık sigortası primi ve katkı payı olarak

Kaynak: Hamzaoğlu, 2023

7.2. Kaynak Aktarımının Yeni Adresi; Özel Hastaneler

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık harcamaları cepten ödeme kalemini arttırmasında önemli yer kaplayan özel hastanelerden, 1996-2005 yıllarında bazı kamu sosyal güvenlik kurumlarınınca çeşit/kalem olarak az sayıda da olsa toplam cirosu yıllar

içinde artan sağlık hizmetini satın alınıyordu. Bu dönemde özel hastanelerin hem sayıları çoğalmış hem de ülke genelindeki dağılımları yaygınlaşmaya başlamıştır. Özel hastaneler açısından, 1995 yılına kadar olan dönem "Butik Özel Hastaneler Dönemi", 1996-2005 yılları arasındaki dönem ise "Geçiş Dönemi" olarak tanımlanmaktadır. "Bununla birlikte, 5510 sayılı SSGSS Yasası'nın kabulüyle kamu sosyal güvenlik kurumlarının

özel hastanelerden tedavi hizmeti satın alması önündeki engel kaldırılıp, o zamana kadar çok büyük bölümü Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri eliyle sunulan yataklı tedavi hizmetleri, özel hastaneler eliyle de sunulmaya başlanmıştır. Özel hastanelerden en büyük hizmet alıcısı doğrudan kişiler değil, SGK olmuştur. Kamu sosyal güvenlik kurumları, tedavi harcama giderlerinin 2004 yılında %12.6'sı ile özel hastanelerden sağlık hizmeti satın alırken, 2009 yılında %30.9'u, 2015 yılında %23.9'u, 2021'de %19,6'sı ve 2022 yılında da %17,9'u ile tedavi edici sağlık hizmeti satın almıştır. Başka bir ifadeyle, AKP hükümetleri topladığı primleri özel hastane patronlarına aktarmanın mekanizmasını kurmuştur. Hâl böyle olunca, 1975 yılında 79, 1996 yılında 159, 2004 yılında 253 olan özel hastane sayısı, 2008 yılında 400'e, 2011 yılında 503'e, 2018 yılında da 577'ye ulaşmıştır" (**Hamzaoğlu, 2023**). Bununla birlikte, COVID-19 pandemisinin başladığı 2020 yılında özel hastane sayısı 566'ya kadar gerilerken, 2021 yılında 571'e yükselmiştir (**Sağlık Bakanlığı, 2021**). Şehir hastaneleri dönemiyle beraber kamu-özel ortaklığı kavramı ortaya çıkmıştır. Kamu kaynakları "kamu görünümü" özel işletmelere aktarılmaya devam etmiştir. Sağlık Personeli giderlerinin merkezi bütçeden karşılandığı bu sistemde SGK en büyük hizmet satın alıcı pozisyonundadır. Yatak doluluk güvencesi ile merkezi bütçeden kaynak aktarılmaya devam etmektedir.

Son söz

Cumhuriyet döneminde Türkiye'de sağlık hizmetlerinin dönüşümü, kapitalizmin çelişkilerini ve bu çelişkilerin toplum sağlığı üzerindeki etkilerini açığa çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerinin gelişimi, teknolojik ve medikal ilerlemelerin yanı sıra ekonomik sistemin, toplumsal eşitsizliklerin ve sınıf mücadelelerinin de bir sonucu olarak görülmelidir. Kapitalist ekonominin kısıtlamaları ve sermaye birikiminin öncelikleri, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kalitesini cumhuriyet dönemi boyunca belirlemiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarındaki toplum sağlığı öncelikleri, 1980'lerde başlayan neoliberal politikaların etkisiyle değişmiştir. Sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ve ticarileşmesi, özel sağlık sektörüne verilen desteğin artmasıyla ivme kazanmıştır. Bu dönüşüm, sağlık bütçesinin oransal artışı olmaksızın, cepten yapılan sağlık harcamalarının artmasına yol açmış, kamu sağlık sigortacılığında alınan katkı payları ve özel sağlık sektöründe alınan yüksek fark ücretleri ile temel sağlık hakkı önemli ölçüde zarar görmüştür.

Kaynaklar:

- Altay A.** (2007) Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64: 33-58.
- Ahmetsaltık web sayfası** (2014), www.ahmetsaltik.net
- Akdağ R.** (2007) *Nereden Nereye: Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı: Kasım 2002-Haziran 2007*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Aydın E.** (1997) Türkiye'de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi. *Toplum ve Hekim* 12(80): 21-44.
- Bağ-Kur.** (2005) İstatistik Yılığ.
- Başbakanlık,** (2005) *Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, Nisan, Ankara.
- Belek İ.** (2009) Sağlık Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü, İstanbul: Kayhan Matbaacılık, Yayın No: 3.
- Berman B, Tatar M.** (2004). *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları: 1999-2000*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Boratav K** (2015) Türkiye İktisat Tarihi, İmge Kitapevi
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı web** (2024) csgb.gov.tr
- Çelik H.** (2006) 1980-2000 yılları arasında Türkiye'de uygulanan Neoliberal politikaların işçi sınıfına etkileri, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Sosyoloji Anabilim Dalı
- Dilik, S** (1971), *Türkiye'de Sosyal Sigortalar-İktisadi Açından Bir Tahlil Denemesi*, Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları.
- Dirican R.** (2001) 'Dr. Behçet Uz (1893-1986) ve Ulusal Sağlık Planı', *Toplum ve Hekim*, Cilt: 16, Sayı: 6
- DPT** (1963) Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963-1967. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. Ocak 1963.
- DPT** (1995), Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), Ankara.
- Ersevînc M** (2021) Cumhuriyet Dönemi'nde (1923-38 yılları arasında) sağlık politikasının geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinde sosyalleşme, Kitap 1404-1424
- Eren N, Tanrıtanır N** (1997) Cumhuriyet ve Sağlık, Türk Tabipleri Birliği yayını
- Ertaş H, İleri H, Seçer B** (2016) 'Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye'de Sağlık Politikasının İncelenmesi', Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi, Sayı: 12
- Fedai R.** (2019). "Sağlıkta Dönüşüm Programının Öncesi: Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi: 1923-2003", *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8 (2): 2010-2032
- Fişek H.N** (1991) 'Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları' *Toplum ve Hekim*, Cilt:7, Sayı: 48
- Güvercin C.H.** (2004), *Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihiçesi*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, C.57, S.2.
- Hamzaoğlu O.** (2023), *AKP'li yıllarda sağlık hizmetlerinin finansmanı: Neoliberal kamu sağlık sigortası modeli*. *Toplum ve Hekim*, 38 (3), 174-184
- Hamzaoğlu, O.** (2013). *Dünyada Sağlık Reformu Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri*. *Toplum ve Hekim*, 28(3):172-180.
- Hamzaoğlu, O.** (2014). *Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Kim Kimin İçin Harcıyor?. İçinde: Sağlık(sız)lık Yılığ 2013*, Ed., Arpat, H., Sönmez, E., Güven, O. Yazılama Yayınevi, İstanbul. ISBN 978-605-5892-96-8. Sf. 35 -51.
- Harvey, D.** (1999). *Postmodernliğin Durumu*, Metis Yayınları, İstanbul.
- İşçi Sigortaları Kurumu** (1954) 1953 Yılı Çalışma Raporu ve Bilançosu (Ankara: y.y.).
- Kasapoğlu A.** (2016) Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131- 174. doi:10.18490/sosars.261673 1961-2003 Lokman Hekim Journal ; 2 (1): 21-30
- Makal A** (1999) Türkiye'de Tek Partili Dönemde Çalışma İlişkileri: 1920- 1946, (Ankara: İmge Kitabevi)
- Nesipoğlu G** (2018) Olgusal Bir Yapı Olarak Sağlık Politikaları: 1920-1960 Yılları Arası Cumhuriyet Döneminin Tarihsel İzleği Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi ; 21(1): 165-177
- Özbek N.** (2006) Cumhuriyet Türkiye'sinde Sosyal Güvenlik ve

Sosyal Politikalar, (İstanbul: Tarih Vakfı Yayınları).

Resmi Gazete T.C. (1961) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun. 12 Ocak 1961. Sayı: 10705, s: 3076-9.

Resmi Gazete T.C. (1992), sy. 21273.

Ulutaş, Ç.Ü. (2011). Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü. Ankara: Notabene.

Soyer A. (2000) 1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu? Toplum ve Hekim, 4: 259-264.

Soyer A. (2003) 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları. Praksis, 9:301-319.

Sağlık İstatistikleri T.C. (2001) Başbakanlık Yayın No: 615, Başbakanlık Basırnevi, 2000, T.C. Maliye Bakanlığı İstatistikleri, 2001

Tüzün H, (2023) Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları sempozyum; Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı konuşması.

Tokat M. (1998) Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Tokat M. (2001a), Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Tokat, M. (2001b), Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2004), OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, Kartal, M. ve Mollahaliloğlu, S. (ed.), Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü, Ankara

Sağlık Bakanlığı. (2013). Sağlık Bakanı Dr. Mehmet Müezzinoğlu tarafından TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'nda yapılan Sağlık Bakanlığının 2014 yılı bütçe sunumu,

Sağlık Bakanlığı (2021). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 202. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html>

SGK (2012). SGK İstatistik Yıllığı 2012. Erişim adresi: <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/>

Yaşar S (2017) İşçi Sigortaları Kurumunun Kuruluşu, Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt 7, Sayı 2, Sayfa 211-232

Yenimahalleli-Yaşar G (2007), T.C.Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye için sağlık finansmanı modeli önerisi Doktora Tezi