T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Emre ATILGAN

TÜRKİYE KALKINMA PLANLARINDA SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YERİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Deniz SOLAKOĞLU

EDİRNE–2024

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Emre ATILGAN

TÜRKİYE KALKINMA PLANLARINDA SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YERİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Deniz SOLAKOĞLU

EDİRNE–2024

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI ..... **İ**
ETİK BEYAN ..... **İİ**
İTHAF ..... **İİİ**
TEŞEKKÜR ..... **İV**
SİMGE VE KISALTMALAR ..... **V**
ÖZET ..... **Vİ**
ABSTRACT ..... **Vİİİ**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Kalkınma Kavramı **3**
2.1.1. Kalkınma ve Büyüme Kavramı İlişkisi **5**
2.2. Sağlık Kavramı **5**
2.2.1. Sağlık ve Kalkınma Kavramı İlişkisi **7**
2.3. Planlı Kalkınma Kavramı **9**
2.4. Dünya'da Planlı Kalkınma **11**
2.5. Türkiye'de Planlı Kalkınma **15**
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER **21**
3.1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967 Yılları) **22**
3.1.1. Plan Hakkında **22**
3.1.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefleri **23**
3.1.3. Bütçe ve Mali Konular **23**
3.1.4. Sağlık Personeli Durumu **24**
3.1.5. Teşkilatlanma **25**
3.1.6. Sağlık Yatırımları **25**
3.1.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler **26**
3.1.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler **27**
3.2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972 Yılları) **31**
3.2.1. Plan Hakkında **31**
3.2.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefleri **32**

3.2.3. Bütçe ve Mali Konular 33
3.2.4. Sağlık Personeli Durumu 35
3.2.5. Teşkilatlanma 36
3.2.6. Sağlık Yatırımları 36
3.2.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler 37
3.2.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler 37
3.3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977 Yılları) 38
3.3.1. Plan Hakkında 38
3.3.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi 38
3.3.3. Bütçe ve Mali Konular 39
3.3.4. Sağlık Personeli Durumu 39
3.3.5. Teşkilatlanma 41
3.3.6. Sağlık Yatırımları 41
3.3.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler 42
3.3.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler 42
3.4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983 Yılları) 42
3.4.1. Plan Hakkında 42
3.4.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi 43
3.4.3. Sağlık Personeli Durumu 43
3.4.4. Bütçe ve Mali Konular 44
3.4.5. Teşkilatlanma 44
3.4.6. Sağlık Yatırımları 45
3.4.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler 45
3.4.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler 46
3.5. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989 Yılları) 46
3.5.1. Plan Hakkında 46
3.5.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi 46
3.5.3. Sağlık Personeli Durumu 47
3.5.4. Bütçe ve Mali Konular 48
3.5.5. Teşkilatlanma 48
3.5.6. Sağlık Yatırımları 48
3.5.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler 48
3.5.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler 49

3.6. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994 Yılları) 49
3.6.1. Plan Hakkında 49
3.6.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi 49
3.6.3. Sağlık Personeli Durumu 50
3.6.4. Bütçe ve Mali Konular 51
3.6.5. Teşkilatlanma 52
3.6.6. Sağlık Yatırımları 52
3.6.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler 53
3.6.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler 53
3.7. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1995-2000 Yılları) 53
3.7.1. Plan Hakkında 53
3.7.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi 54
3.7.3. Sağlık Personeli Durumu 54
3.7.4. Bütçe ve Mali Konular 54
3.7.5. Teşkilatlanma 55
3.7.6. Sağlık Yatırımları 55
3.7.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler 55
3.7.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler 56
3.8. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005 Yılları) 56
3.8.1. Plan Hakkında 56
3.8.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi 56
3.8.3. Sağlık Personeli Durumu 57
3.8.4. Bütçe ve Mali Konular 57
3.8.5. Teşkilatlanma 58
3.8.6. Sağlık Yatırımları 59
3.8.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler 59
3.8.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler 60
3.9. Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013 Yılları) 60
3.9.1. Plan Hakkında 60
3.9.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi 61
3.9.3. Sağlık Personeli Durumu 61
3.9.4. Bütçe ve Mali Konular 62
3.9.5. Sağlık Yatırımları 63

3.9.6. Teşkilatlanma **63**
3.9.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler **63**
3.9.8. Plan Sonu Gerçekleşen Hedefler **64**
3.10. Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018 Yılları) **64**
3.10.1. Plan Hakkında **64**
3.10.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi **65**
3.10.3. Sağlık Personeli Durumu **65**
3.10.4. Bütçe ve Mali Konular **65**
3.10.5. Sağlık Yatırımları **66**
3.10.6. Teşkilatlanma **66**
3.10.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler **66**
3.10.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler **67**
3.11. On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023 Yılları) **68**
3.11.1. Plan Hakkında **68**
3.11.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi **68**
3.11.3. Sağlık Personeli Durumu **69**
3.11.4. Bütçe ve Mali Konular **69**
3.11.5. Sağlık Yatırımları **69**
3.11.6. Teşkilatlanma **72**
3.11.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler **72**
3.11.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler **72**
3.12. On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028 Yılları) **73**
3.12.1. Plan Hakkında **73**
3.12.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi **73**
4. BULGULAR **75**
5. TARTIŞMA **100**
KAYNAKLAR **107**
EKLER ..... **I**
EK 1: Birinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri: ..... **II**
EK 2: İkinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri: ..... **III**
EK 3: Üçüncü Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri: ..... **III**
EK 4: Dördüncü Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri: ..... **IV**
EK 5: Beşinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri: ..... **IV**

EK 6: Altıncı Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri: V
EK 7: Yedinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri:..... VII
EK 8: Sekizinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri: VIII
EK 9: Dokuzuncu Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri: IX
EK 10: Onuncu Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri: X
EK 11: On Birinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri:..... XI
ÖZGEÇMİŞ XVI

ONAY SAYFASI

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Doç. Dr. Emre ATILGAN danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Deniz SOLAKOĞLU tarafından tez başlığı "Türkiye Kalkınma Planlarında Sağlık Sektörünün Yeri" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 17/01/2024 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

ETİK BEYAN

"***Türkiye Kalkınma Planlarında Sağlık Sektörünün Yeri***" adlı bana ait olan tez çalışmamın bütün aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bütün verileri ve bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, verilerde ve sonuçlarda herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimin yazımında yapay zeka yazılımları kullanmadığımı, diğer kaynaklardan elde ettiğim bilgi ve yorumlara tezimde uygun şekilde kaynak gösterdiğimi ve kaynaklar bölümünde yer verdiğimi, patent ve telif haklarını ihlal edici herhangi bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Deniz SOLAKOĞLU

İmza

İTHAF

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgisini ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Emre ATILGAN' a, değerli hocalarım Doç. Dr. Aysu ZEKİOĞLU, Doç. Dr. Işıl USTA KARA, Doç. Dr. Serol KARALAR, Doç. Dr. Hakan YAŞ, Dr. Öğr. Üyesi Jebağı Canberk AYDIN ve Doç. Dr. Mustafa Aykut ATTAR' a teşekkürlerimi sunarım.

SİMGE VE KISALTMALAR

DPT : Devlet Planlama Teşkilatı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

KHK : Kanun Hükmünde Kararname

ÖZET

"Türkiye Kalkınma Planlarında Sağlık Sektörünün Yeri", Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2024.

Giriş ve Amaç: Kalkınma, ekonomik büyümenin sağlanması olarak düşünülse de aslında ekonominin yanı sıra sosyal imkanların gelişmesi ve buna bağlı olarak bireylerin ve toplumların yaşam kalitelerinin yükseltilmesini amaçlayan bir süreçtir. Söz konusu insan olunca bu süreç içerisinde sağlığın düşünülmemesi imkansızdır. "Türkiye Kalkınma Planlarında Sağlık Sektörünün Yeri" isimli çalışma, Türkiye Kalkınma Planlarında belirlenen hedef ve politikaların sağlık sektöründe nasıl bir etki yarattığı ve bu etkininin sağlık hizmeti sunumu sürecinde ne kadar başarılı olduğunu değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmada, 1963 yılından itibaren uygulanmış olan kalkınma planları ve son olarak uygulanmış olan 11. Kalkınma Planı ile 2024-2028 yılları hedeflerini belirleyen 12. Kalkınma Planı, sağlık istatistik yıllıkları ve sağlık bakanlarının meclis konuşmaları, dönemler içerisinde hazırlanan mevzuat ile uygulamalara dair dokümanlar karşılaştırmalı bir analiz çerçevesinde incelenmiştir.

Bulgular: Yapılan inceleme sonucunda; koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için yayımlanan ilk plandan itibaren çalışmalar yapıldığı, bazı dönemlerde hedeflerin gerçekleşmediği, son döneme baktığımızda koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlıklı yaşam becerilerinin kazandırılması politikaları ile birlikte yürütülmek istendiği, tedavi edici sağlık hizmetlerinde Sağlık Bakanlığı' nın yükünün azalmadığı, hastanelerin idari ve mali özerkliğe henüz kavuşmadığı, 1963 yılından bu yana sağlık göstergelerinde önemli gelişmeler kaydedildiği ancak bunların halen gelişmiş ülke seviyesine ulaşmadığı anlaşılmıştır.

Sonuç: Sağlık politikalarının kalkınma planlarındaki diğer sektörlerle bir bütünlük içerisinde ele alınması, uygulamaların yakından izlenmesi ve yeni ihtiyaçlara göre politikaların esnek bir şekilde güncellenmesi büyük önem taşımaktadır. Aksi halde planlarda yer alan politikalar ile sahadaki gerçeklik arasındaki uçurum daha da açılacak, halkın sağlık hizmetlerine güveni azalacaktır. Bu durum hem bireylerin sağlığı hem de ülkenin uzun vadeli kalkınma hedefleri açısından ciddi sorunlara yol açabilecektir.

Anahtar kelimeler: Kalkınma, Sağlık, Hedef, Politika

Destekleyen Kurum: -

ABSTRACT

"The Healthcare Sector in Turkey's Development Plans", Trakya University, Institute of Health Science, Department, Master / Doctorate Thesis, Edirne, 2024.

Background and Aim: Although development is often perceived as ensuring economic growth, it is essentially a process that aims not only to enhance the economy but also to improve social opportunities, thereby elevating the quality of life for individuals and communities. When it comes to humans, considering health within this process is inevitable. The study titled "The Healthcare Sector in Turkey's Development Plans" aims to assess how the goals and policies outlined in Turkish Development Plans impact the health sector and evaluate the success of this impact in the process of delivering health services.

Material and Methods: In the study, the development plans that have been implemented since 1963, the 11th Development Plan that has been recently implemented and the 12th Development Plan that determines the targets for 2024-2028, health statistical yearbooks and parliamentary speeches of the ministers of health, documents regarding the legislation and practices prepared during the periods are examined within the framework of a comparative analysis. has been examined.

Results: As a result of the investigation; Studies have been carried out since the first plan published for the development of preventive health services, the targets have not been achieved in some periods, when we look at the recent period, it is seen that preventive health services are intended to be carried out together with the policies of providing healthy life skills, the burden of the Ministry of Health in curative health services has not decreased, hospitals have not yet had administrative and financial autonomy. It has been understood that significant improvements have been made in health indicators since 1963, but these have still not reached the level of developed countries.

Conclusion: It is of great importance to consider health policies in integrity with other sectors in development plans, to closely monitor implementation and to flexibly update policies according to new needs. Otherwise, the gap between the policies in the plans and the reality on the ground will widen, and public confidence in health services will decrease. This situation may cause serious problems for both the health of individuals and the long-term development goals of the country.

Keywords: Development, Health, Target, Policy

Financial Support: -

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kalkınma, ekonomik büyümenin sağlanması olarak düşünülse de aslında ekonominin yanı sıra sosyal imkanların gelişmesi ve buna bağlı olarak bireylerin ve toplumların yaşam kalitelerinin yükseltilmesini amaçlayan bir süreçtir. Söz konusu insan olunca bu süreç içerisinde sağlığın düşünülmemesi olanaksızdır. Sağlık hizmetlerinin kalitesi, verimliliği ve ulaşılabilirliği, kalkınmadaki sağlık ile ilgili hedeflere ulaşmada önemli bir role sahiptir. Bu hususta, kalkınma ile sağlık kavramlarının bir araya geldiği, devlet politikalarının geliştirildiği ulusal kalkınma planları yol gösterici olmaktadır.

Bu konuda, Türkiye 1960 yılından itibaren planlı kalkınma dönemine girerek kalkınma planları hazırlamış ve sağlık sektöründe uygulanması gereken hedeflere kalkınma planlarında yer vermiştir. Sağlık sektörü ile ilgili belirlenen hedefler, kalkınma planlarının temel hedeflerindendir.

Bu tez çalışması, Türkiye Kalkınma Planlarında belirlenen hedef ve politikaların sağlık sektöründe nasıl bir etki yarattığını ve bu etkininin sağlık hizmeti sunumu sürecinde ne kadar başarılı olduğunu değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Daha önceki çalışmalar incelendiğinde bire bir bu çalışma ile aynı özelliklere sahip çalışmaya rastlanılmamışsa da Yanmaz (1) tarafından 2010 yılında "*Küreselleşme sürecinde Türkiye' de son dönem sağlık politikaları*" isimli yüksek lisans tezinde; "*sağlık politikasının aksayan süreçleri olsa da bir noktaya kadar gelerek halkı memnun ettiği ancak politikalarının bir sağlıkçı gözüyle değerlendirilmesi gerektiği böylece atılacak adımların daha büyük yarar sağlayacağı*"; Akman (2) tarafından 2017 yılında "*Kalkınma planlarında 1980 sonrası sağlık politikalarının görünümü*" nün araştırıldığı yüksek lisans tezinde "*sağlık bakanlığın yürüttüğü politika ve yapılan çalışmaların hem iç hem de dış dinamiklerden kaynaklanan durumlarla şekillendiği*" sonucuna ulaşılmıştır.

Tezin genel bilgiler bölümünde, kalkınma, kalkınma ile büyüme, sağlık ve sağlık ile kalkınma arasındaki teorik bağlantılardan bahsedilmiştir. Türkiye' de Kalkınma Planlarının tarihsel gelişimi ve Dünyada planlı kalkınma konuları üzerinde durulmuştur.

Gereç ve yöntemler bölümü, Türkiye' de kalkınma planlarında sağlık sektörü kavramının detaylı bir şekilde incelendiği bölümdür. Bu bölüm; her bir plan içerisinde, planın sağlık alanındaki amacı ve hedefleri, bütçe ve mali konular, sağlık personeli durumu, sağlık

yatırımları, teşkilatlanma, nüfus hareketleri, çocuklar, yaşlılar ve sosyal hizmetler konularını içermektedir.

Bulgular bölümünde, her bir plan dönemi için sağlık sektöründe kalkınma planları hedefleri ve politikaları üzerinde ayrıntılı bir şekilde durularak planların sağlık sektöründeki uygulama etkinliği değerlendirilecektir. Sağlık hizmetlerinin planlamasından sahadaki uygulamalara ve sonuçlara kadar olan süreç çok boyutlu bir analizle ele alınmaya çalışılmıştır.

Tartışma bölümünde ise elde edilen sonuçların anlamı, sağlık politika ve uygulamaları üzerine etkileri ile Türkiye' nin genel kalkınma sürecine katkıları ele alınacaktır.

Sonuç olarak bu çalışma, sağlık hizmetlerinin kalkınmadaki yeri ve öneminin vurgulanması için sektörün gelişim dinamikleri ve etkileşimlerini çok disiplinli bir bakış açısıyla irdelemiş olmakla birlikte sağlık sektörünün kalkınma planlarındaki yerini görmemize ve bu sektördeki politika yapıcılara yol göstermeye önemli katkı sağlayacak niteliktedir. Ayrıca, ülkemizin kalkınma sürecinde sağlık sektörünün rolünü anlamak, planlama stratejilerini değerlendirmek ve gelecekteki politika hazırlama sürecine yönelik değerli perspektifler sunmak adına kritik bir kaynak olarak değerlendirilebilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalkınma Kavramı

1930 yılındaki büyük buhrana dayanan kalkınma kavramı, 1939-1945 yılları arasında yaşanan İkinci Dünya Savaşının yıkımları göz önüne alındığında, savaş sonrası bilim adamlarının ve politikacıların dikkatini çeken bir disiplin olarak ortaya çıkmıştır (3). Etimolojik kökeni Fransızca "developper", İngilizce karşılığı "development" olan kalkınma kavramı, Ali Püsküllüoğlu tarafından düzenlenen Türkçe Sözlük' te "1. *Kalkınmak eylemi. 2. Bir ülkenin, toplumsal ve ekonomik yapısını geliştirme, gelişmiş çağdaş ülkelere yetişme durumu*" olarak tanımlanmıştır (4, 5).

İkinci Dünya Savaşı öncesinde de aslında literatürde yer alan ancak hangi bilim dalına ait olduğu konusunda farklı görüşler olan kalkınma kavramının ekonomik büyüme durumu olarak kendine yer edinmesi biraz daha eskiye, 1902 yılına dayanmaktadır. Yine o dönemde de kalkınma, ekonomik büyümenin yanı sıra sanayi, hizmet, sağlık, eğitim ve kültürel gelişmeleri de içeren bir kavram olarak değerlendirilmiştir (4).

Ülkelerin siyasi, ekonomik, demografik, sosyal ve kültürel özellikleri birbirlerinden farklı yapıdadır. Her toplum, daha ileri seviyeye ulaşabilmek, bu topluluğa ait insanların refah seviyelerini yükseltebilmek için çeşitli çalışmalar yapmaktadır. Bu çalışmalar, her geçen gün önem kazanmaktadır. İnsanların refah düzeyinin arttırılmasına yönelik yapılan çalışmalar, orta ve uzun vadede ülkelerin değişim göstermesine, ekonomik anlamda gelişmesine de yardımcı olmaktadır (6).

Ülke ve toplumların yaşamış olduğu değişim süreci içerisinde, kişilerin tutum ve davranışları, üretim teknikleri, kaynakların kullanım şekli ve toplumsal değerleri de dönüşüm göstermektedir. Kalkınma, şu anki durumdan ya da daha önceki durumdan faydalanılarak değişim için öneride bulunan dinamik bir kavramdır. Çoğu zaman büyüme kavramı ile karıştırılabilmektedir. Büyüme, daha çok üretim faktörlerinden en yüksek seviyede verim sağlanması konusuyla ilgilenmekteyken, kalkınma ise; üretim faktörlerinin yaratılması ile ekonomiyi de içine alan bir yapısal değişim ve dönüşümü ifade etmektedir (7).

Yetersiz beslenme ve barınma gibi konuların hala çözülemediği ülkelerin varlığı düşünüldüğünde bu konuların çözüme ulaştırılmasıyla bireylerin, işgücüne katılımı

sağlanacak, üretim artacak ve dolayısıyla ekonomik büyüme gerçekleşecektir. Ekonomik büyüme gerçekleştiğinde yapısal bir dönüşüm süreci ile karşılaşılmayabilir. Büyüme ile sadece ülkenin üretimi ve kişi başına düşen milli gelirinde artış meydana gelmektedir (8). Bu noktada, kalkınma için temel unsur olan insanın sosyal anlamda gelişmesi, sağlık, eğitim vb. haklarının sağlanması, toplumsal anlamda da ilerlemeyi beraberinde getirecektir (6).

Kalkınma sürecini, insanların kendilerine inşa edecekleri gelecek için yol gösterici bir rehber olarak tanımlayabiliriz. Bu sürecin üç unsuru bulunmaktadır. Bunlar (7);

(1) **Ekonomik kalkınma**: toplum ve insanlar için gerekli olan mal ve hizmetlerin gelişmiş bir ekonomik yapı ile üretilmesi sonucunda sosyal refahın artması olarak tanımlanabilir.

(2) **Sosyal kalkınma**: Sağlık, eğitim, alt yapı, şehirleşme ve çevre gibi hizmet yönü ağır basan kalkınma konularıdır. Sosyal yaşamın iyileştirilmesi için gereklidir.

(3) **İnsan kalkınması**: İnsanların sahip oldukları potansiyellerin ülkenin kalkınması amacıyla kullanılması temeline dayanır. En önemli unsuru insanların eğitilmesidir. Eğitime küçük yaşlarda başlanarak medeni, çağdaş insan yetiştirmeye, çağdaş toplum inşa etmeye odaklanılmaktadır.

Kalkınmanın amacı; insanların refah seviyesini yükseltmek, temel hak ve özgürlüklerini güçlendirmek, huzurlu ve güvenli bir yaşam alanı yaratmak ve bunu korumaya çalışmaktır (6).

Refah seviyesini yükseltmek tüm ülkelerin temel görevi ve hedefidir. Toplumdaki bireyler için yapılan yatırımlar farklılık göstermekte ve önemi gün geçtikçe daha çok anlaşılmaktadır (6).

Kalkınmakta olan bir ülkenin ekonomik kaynaklar, doğal kaynaklar ve insan kaynakları olmak üzere üç önemli varlığı bulunmaktadır. Bu üç varlığın desteklenmesi ülkenin kalkınması için oldukça önemlidir aksi takdirde ülkenin geri kalması kaçınılmazdır (9).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler, topluluklarında yaşayan bireyler için eğitim ve sağlık konularına ağırlık vermektedir. Çünkü iyi eğitime sahip olan bireyler, üretime ve hizmete katkıda bulunacak böylece ülkenin gelişmesini, ekonominin yükselmesini sağlayacaktır. Ancak her ne kadar eğitim konusunda bireyler desteklense de kişiler sağlık açısından yoksun olduklarında üretime katılamayacak, hizmete katkıda bulunamayacaktır. Hem eğitimli hem de sağlıklı kişilerin varlığı kalkınma için önemli unsurlardır (6).

2.1.1. Kalkınma ve Büyüme Kavramı İlişkisi

İkinci Dünya Savaşı sonrasında değişim yaşayan dünyada, kalkınma ve büyüme kavramlarına ilgi artmıştır. Bu konuların bu denli ilgi görmesinin en önemli sebebi, gelişmiş ülkeler ile diğer ülkeler arasında gözle görülür gelir farklılıklarının oluşmasıdır (10). Dünya Bankası, 2021 yılı verilerine göre; Burundi' de kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla 236,79 dolar iken, Lüksemburg için bu rakam 135.682,79 dolardır. Bu örnek, ülkeler arasındaki gelir farklılıklarını göz önüne sermektedir (11).

Kalkınmanın ilk basamağı olarak adlandırabileceğimiz büyümeyi, sadece toplumsal sosyo-ekonomik değişim için gerçekleşmesi beklenen rakamsal artış olarak değerlendirmeyerek bu rakamsal artışa nüfus, sermaye, tasarruf ve milli gelir artışı gibi konuları da dahil edebiliriz (12).

Büyüme, İlkin tarafından (1979), "*ekonomik unsurların ölçülebilmesi, ekonominin üretim, yatırım, dış ticaret, gelir, istihdam, sermaye donanımı, servet, doğal kaynak düzeyi gibi sayısal değerlerin artış göstermesi*" olarak tanımlanmıştır (7).

Büyüme, nitelikten çok nicelikte meydana gelen değişimdir. Ekonomik büyüme sonucunda, ekonomide yapısal bir değişiklik olması beklenmemektedir. Büyüme ancak üretim ve kişi başına düşen gelir açısından değerlendirilebilir (13).

Kalkınma ise, ekonomik olmayan kavramları da içermektedir. Ülkelerin kalkınma düzeylerinin ölçülmesinde, okur yazarlık oranı, yaşam beklentisi, gelir düzeyi, eğitim durumu, çocuk ölümleri ve şehirleşme oranı gibi veriler baz alınmaktadır. Dünya Bankası ve Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) gibi kurumlar ise kalkınmışlık ölçümünde kişi başına düşen milli geliri ve satın alma gücüne göre kişi başına düşen geliri dikkate almaktadır (14).

Büyümenin niceliksel bir artış olduğu düşünüldüğünde gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerle ilgili olabileceği sonucuna varılabilir. Ancak kalkınma az gelişmiş ekonomilere yönelik bir kavramdır. Az gelişmiş bir ülke kalkınma sürecinde olmayabilir ancak büyüme sürecini sürdürebilir (8).

2.2. Sağlık Kavramı

En çok yokluğunda varlığının kıymetini hatırladığımız sağlık kavramı, kişisel mutluluğun kaynaklarından birisidir. Sağlıklı olmayan bir birey, iş hayatında da özel hayatında da kendisini mutsuz ve verimsiz hissedecektir. Bu sebeple sağlığa yatırım yapmak başta fertler için önemli bir husus olmakla birlikte; aynı zamanda emek kavramının karşılığı olan

insanların, üretim sürecine dahil olmalarını sağlamak için üreticiler ve politikacılar için de önemli bir konudur. Bu sebeple gelişmiş ülkeler işgücüne yatırım yapabilmek için sağlık politikalarını iyileştirmeyi öncelikli hedefleri arasına almışlardır (15).

Sağlık hakkında herkesin zihninde oluşturduğu bir tanım bulunmaktadır. Kimisi hastalığın olmayışı, kimisi yetmiş yaşında da hala çevik olmak, kimisi ise hasta olduğu zamanlarda aklına gelen bir kavram olarak tanımlamaktadır (16).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ü ise (1948) sağlığı "*yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali*" olarak tanımlamıştır (17).

Sağlık kavramı DSÖ' nün tanımından da anlaşılacağı üzere çok yönlüdür. Birbirini tamamlayan bir dizi süreçten meydana gelir. Bedensel, psikososyal sağlık ile birlikte kişinin çevresi, davranışları, katılım mirası, sağlık hizmetlerine ulaşımı, akıl sağlığı, beslenmesi sağlığı etkileyen başlıca faktörlerdendir. Birinin eksikliğinde ise sağlıksız olma, hasta olma durumu ile karşı karşıya kalınmaktadır (14).

Diğer taraftan sağlık sorunlarına ortak çözüm arayışları ülkeleri bir araya getirmiş ve çözüm arayışları sonucunda 1978 yılından bu yana sağlık bildirgeleri yayımlanmıştır. Bunlar; Alma-Ata Bildirgesi, Lizbon Bildirgesi, Ottawa Şartı, Adelaide Tavsiyeleri, Kopenhang Bildirgesi, Amsterdam Bildirgesi, Bali Bildirgesi, Ljubljana Bildirgesi, Jakarta Bildirgesi, Halkların Sağlık Bildirgesi, Dubrovnik Sözleşmesi, Bangkok Konferansı, Tallinn Şartı ve Malta Belgesi' dir (18).

Alma-Ata Bildirgesi, sağlık hizmetlerinin ulusal kalkınma stratejilerinde merkezi bir role sahip olması gerektiğini ve toplumsal gelişimde halkın sosyal bilinci ile özgüveninin kritik önem taşıdığını vurgulamaktadır. Bildirge, hükümetlerin eğitim seviyesini yükselterek ve etkili kampanyalar yürüterek vatandaşların sağlık hizmetlerine katılımını arttırmaları ve bireyler ile ailelerin sağlık konularında daha fazla sorumluluk almalarını sağlayacak düzenlemeler yapmaları gerektiğini öne sürmektedir. Sağlık hizmetlerinin etkinliği, yeterli personel ve finansal kaynaklarla desteklenmeli ve sağlık örgütleri ile diğer kurumlar arasında koordinasyon sağlanmalıdır. Bildirge, ilk basamak sağlık hizmetlerinin toplumun sağlık düzeyini iyileştirme konusunda hayati bir rol oynadığını, geniş bir sağlık sorunları yelpazesini kapsaması ve tüm toplumu hedef alması gerektiğini belirtmektedir. Özellikle kadınlar, çocuklar, risk altındaki işçiler ve özel ihtiyaçları olan bireyler bu hizmetlerden öncelikli olarak yararlanmalıdır. Eğitimli sağlık çalışanlarının öneminin altı çizilirken, ilk basamak sağlık hizmetlerinin başarısının, sağlık çalışanları ile toplumun etkileşimine bağlı olduğu

vurgulanmaktadır. Kültürel teşvikler, uygun teknoloji kullanımı ve yeterli bilgi desteğinin sağlanması, ilaç temininin sürekliliği ve sağlık yönetim sisteminin güçlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bildirge, ilk basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için hükümetlerin daha fazla kaynak ayırması, halkın güven ve desteğini kazanacak güçlü politik ilgi ve ulusal stratejilerin geliştirilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin bilgi ve deneyimlerini paylaşması ve uluslararası iş birliğinin önemi bildirgede vurgulanmaktadır (18, 19):

1986 Ottawa Sözleşmesi'nde, sağlık kavramının temel insan haklarından biri olarak kabul edilerek, barış, yeterli ekonomik kaynaklar, gıda, barınma, istikrarlı ekosistemler ve sürdürülebilir kaynak kullanımı gibi ön koşulları içerecek şekilde genişletildiği belirtilmektedir. Bu, sağlık hizmetlerinin sadece tıbbi bir mesele vurgulamaktadır (18).

Sağlığı daha iyi anlayabilmek için negatif ve pozitif tanımı üzerinde durulmasında da fayda vardır. Negatif sağlık tanımlamasında; hastalık, sakatlık, rahatsızlık ve engelli olma durumu olarak ifade edilmekte iken; pozitif sağlık tanımlamasında ise, sağlıklı olma, kendini iyi hissetme gibi fiziksel, zihinsel ve ruhsal öğeler bir arada kullanılmaktadır. DSÖ tarafından yapılmış olan tanım da, pozitif sağlık tanımı örneği sayılabilir (20).

2.2.1. Sağlık ve Kalkınma Kavramı İlişkisi

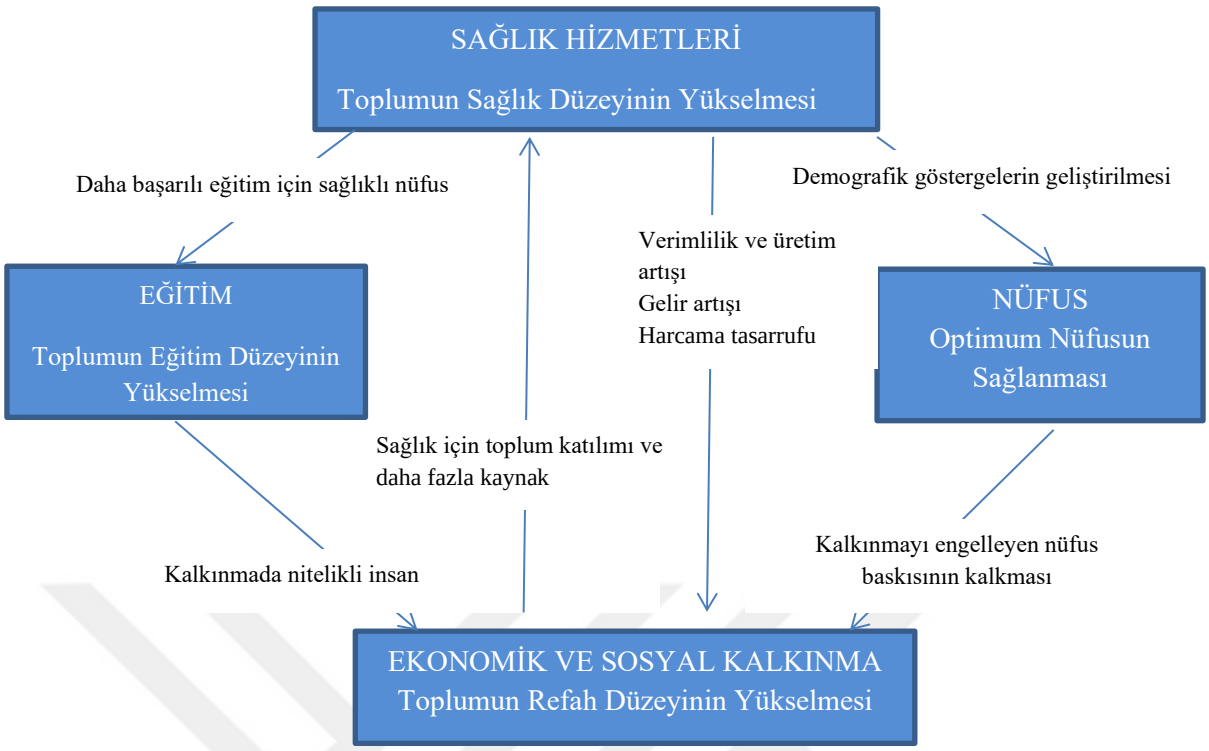
Kalkınma, nüfus başına düşen üretimde meydana gelen artış ile sosyo-ekonomik yapının değişim göstermesidir. Sosyo-ekonomik yapı, sağlık alanını da içerdiğinden sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, bireylere sağlıkları için yatırım yapılması, kalkınmanın öncelikli davranışlarındandır. Bireylerin ve toplumun sağlığının geliştirilmesi için, tüm yerleşme alanlarında, sağlık açısından önemi bulunan eğitim, beslenme, içme suyu ve alt yapı sorunlarının da çözülmesi gereklidir (21).

Ülkelerin ekonomik çöküş sonrası yaşadığı dönüşüme bakıldığında büyüme ve kalkınmanın hızlanması, ülkeler arası gelir dağılımlarının farklılıklar göstermesi, rekabet ortamının ortaya çıkması, uzun süreçte istihdamın artmasına olanak sağlamıştır (22). Artan istihdam ile birlikte sanayileşme, şehirleşme boy göstermiş, bunların sonucunda hızlı nüfus artışı ve çevre kirliliği gözlemlenmiştir. Bireyler yaşanan bu değişimde bedeni ve ruhi hastalıklarla savaşmak zorunda kalmış; çevre sorunlarının yarattığı olumsuz etkilerin giderilmesi ve beslenme sorunlarının çözülmesi sağlık ve dolayısıyla kalkınmanın ilgilendiği konular arasında yer almıştır (21).

Beşeri sermayenin en önemli unsurlarından emek kavramının karşılığı olan insanın üretime katkıda bulunabilmesi, günlük yaşamını refah içerisinde sürdürebilmesi için ihtiyacı olan en önemli kavram sağlıktır (23). Anayasamızın 56. Maddesi de; "*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. 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.*" diyerek sağlığın önemine vurgu yapmaktadır (24) .

Toplumun sağlık düzeyinde yaşanan iyileşmeler ile birlikte ekonomik faydalar ortaya çıkmakta bu da sağlık ile ekonomik gelişme arasındaki bağlantıyı gözler önüne sermektedir (25). Örneğin; yeter düzeyde beşeri sermayeye sahip olamayan ülkeler, yeterli vasıfsız işgücüne ve fiziki sermayeye sahip olsalar bile bazı malları üretemezler. Ancak daha güçlü beşeri sermayeye sahip ülkeler, yüksek teknoloji gerektiren ürünleri kolaylıkla üretebilmektedirler. Dolayısıyla ekonominin fiziki sermayeye olan ihtiyacı kadar beşeri sermayeye yatırıma ihtiyacı vardır. Beşeri sermayeye yapılan yatırımlardan birisi de sağlıktır (26).

Sağlık ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin gösterildiği Şekil 1.1.' den de anlaşılacağı üzere, toplumun sağlık düzeyinin yükselmesiyle daha başarılı eğitim için sağlıklı nüfusu artış gösterecek, kalkınma için nitelikli insan yetiştirilmiş olması toplumun refah düzeyinin yükselmesini sağlayacaktır (27).



Şekil 1.1.: Sağlık ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiler (27)

Birçok araştırmacı ülkelerin sağlık seviyelerinin yüksek olmasının ülke kalkınmasına pozitif etki yarattığı konusunda uzlaşmaktadır. Bir ülkenin sağlık seviyesinin yükselmesi ile birlikte doğurganlık oranının düşmesi, ailelerin eğitim konusuna daha fazla önem vermelerini sağlayacak, eğitimli nüfus artış göstererek nitelikli insan gücüne kavuşulacaktır.

Bebek ve çocuk ölümlerinin düştüğü, ortalama yaşam süresinin uzadığı ülkelerin sağlık durumlarının diğerlerine göre daha iyi olduğu söylenebilmekle birlikte ülkede çalışabilecek nitelikli insan gücünün artması bu göstergelerin gerçekleştirilmesiyle sağlanmış olacaktır. Sağlık açısından iyi durumda olan ülkelerde beşeri sermayenin niteliği ve buna bağlı olarak ortaya çıkan verimlilik kalkınmayı olumlu yönde etkileyecektir (28).

2.3. Planlı Kalkınma Kavramı

Yönetim sürecinin ilk basamağı olan planlama, farklı alanlarda oldukça sık kullanılan bir kavramdır. Bilim kolları, faaliyet dalları ve sosyal bilimlerde de karşımıza çıkan planlamayı Çetin; "*kıt kaynakları en hesaplı biçimde kullanarak saptanmış hedeflere ulaşmaktır*" şeklinde tanımlanmıştır (29).

Planlama, bir yönetim işlevidir. Belirlenen hedeflere varmak için izlenecek yolda ne yapılacağı, ne zaman yapılacağı, nasıl yapılacağı ve görevlerin kimler tarafından gerçekleştirileceğinin belirlenmesidir. Planlama, bir kurumun/şirketin ya da bir ülkenin

geleceğe güvenle bakabilmesinin öncelikli koşuludur. Geleceği öngörerek gerekli düzenlenmelerin yapılmasını kapsamaktadır (30).

Planlama yaparken ihtiyaçlar arasından öncelikli olanların seçilmesi gerekmektedir. Mevcut kaynakların bu önceliklere göre kullanılmasını sağlayarak sunulacak hizmette en yüksek verimliliğe ulaşmak asıl amaçtır (31).

Planlama kavramı ile birlikte sıkça karıştırılan bir başka kavram ise plandır. Plan ile planlamayı birbirinden ayıran en büyük fark planın planlama sonucunda ortaya çıkan bir ürün, planlamanın da bu ürünün ortaya çıkmasında yaşanan süreç olmasıdır (29).

Planların, bu alanda çalışma yapanlarca farklı başlıklar altında çeşitlendirildiğini görmek mümkündür. Plan çeşitleri aşağıdaki başlıklar altında incelenebilir (14, 32):

a) **Kullanım Sürelerine Göre Planlar**: Kısa, orta ve uzun vadeli planlar olarak üç başlık altında inceleyebileceğimiz kullanım sürelerine göre planlarda; kısa vadeli planlar, yıllık planlar olarak tanımlanabilir. Hedefler ve amaçlara yer verilen planlardır. Orta vadeli planlar genellikle 1-5 yıl arasındaki süreyi kapsamaktadır. Ülkemizde kalkınma planları beş yıllık süre ile hazırlanarak süre bitiminde yenilenen programlardan oluştuğundan orta vadeli planlara örnek olarak gösterilebilir. Uzun vadeli planlar ise 5 yıldan daha fazla olan süreyi ifade etmektedir. Genel hedeflerin yer aldığı, sayısal hedefleri olmayan planlardır.

b) **Nitelikleri Bakımından Planlar**: Stratejik ve Yönetsel planlar olarak iki bölümde inceleyebiliriz. Stratejik planlar, kurumun/örgütün ana amaçları ve bu amaçlara erişebilmek için kaynaklarını nasıl elde edilebileceği ve geliştirilebileceğine ilişkin planlardır. Dış çevrenin de dahil edilerek hazırlanması gerekmektedir. Yönetsel planlar, stratejik plan ile bağlantılı bir plandır. Stratejik planda saptanan amaçlara kurumun/örgütün nasıl ulaşabileceğini belirtmektedir.

c) **Hedeflerine Göre Planlar**: Tek hedefli ve çok hedefli planlar olarak sınıflandırabileceğimiz bu planlarda iktisadi planlama yapan ülkelerin çoğunluğunun çok hedefli planlar hazırladığı görülebilmektedir.

d) **Genişliklerine Göre Planlar**: Bu sınıflandırmaya ulusal, bölgesel planlar dahil edilmektedir.

e) **Kullanılma Sıklıklarına Göre Planlar:** Sabit planlar ve tek kullanımlı planlar olmak üzere incelenebilir. Sabit planlar, her bir faaliyet dönemi için oluşturulan içinde standartlar, politikalar, prosedürler ve kuralların yer aldığı planlardır. Tek kullanımlı planlar ise, genellikle kısa dönemler için kullanılan ve bulunduğu

dönem içerisinde değerlendirilebilecek, tekrar kullanılması mümkün olmayan planlardır. Örnek olarak, bütçe planları, projeler, özel programlar verilebilir.

f) **Ekonomide Yapılmak İstenen Değişikliklere Göre Planlar:** Büyüme ve Kalkınma tipi planlar olarak iki at başlıkta incelenebilir. Sadece ekonomik olarak büyümeyi hedef alan planlar büyüme tipi planlar olarak, ekonomideki yapısal değişimin yanında toplumsal bir değişim sürecini de kapsayan planlar kalkınma tipi planlar olarak incelenmektedir.

Öyleyse yukarıda yer alan bilgiler doğrultusunda; planlı kalkınmayı, belirli bir zaman diliminde, çeşitli araçlar geliştirerek, karar alma birimleri arasında uyum ve koordinasyon sağlayarak hedeflenen bir dizi kalkınma hedeflerine ulaşma çabası olarak tanımlayabiliriz (33).

2.4. Dünya'da Planlı Kalkınma

Ülkeler arasında ortaya çıkan ekonomik farklılıklar, ülkelerin birbirlerine yetişebilmek adına bazı planlamalar yapmalarını gerekli kılmıştır. Plan fikrinin ortaya çıkması ile birlikte süreç başlamış, planın hedefleri, teknikleri ve uygulaması ile birlikte kamuda gerçekleştirilmesi gerekli değişimler de göz ardı edilmeyerek planlama çalışmalarına başlanmıştır.

Sanayi devrimi ile birlikte sanayileşmenin ortaya çıkışı bazı ülkelerin bu konuda ilerlemelerine olanak sağlamış ancak sanayileşmeyi yakalayamayan ülkeler büyük buhran ve İkinci Dünya Savaşı'nın olumsuz sonuçları ile mücadele etmek zorunda kalarak sanayileşme atılımlarına daha geç başlamak zorunda kalmışlardır.

İkinci Dünya Savaşı ile ivme kazanan planlama fikrinin ortaya çıkışı 19. Yüzyıla dayanmaktadır. Japonya'da, 1884 yılında, sanayileşmenin sağlanmasına yönelik "Sanayileşmek İçin Tavsiyeler" isimli otuz bölümden oluşan belge yayımlanmıştır. 1914 yılında Almanya, milli kaynakların seferber edilmesini sağlamak için Almanya Savaş Maddeleri Bakanlığı ile planlama çalışmalarına 1918 yılına kadar devam etmiştir (34).

1917'ye gelindiğinde ise çok yönlü ve merkezi planlamalara Sovyet Devrimi ile birlikte başlandığı görülmektedir. Devrim sonrasında iktisadi faaliyetlerin düzenlenmesi, üretim kapasitesinin arttırılabilmesi için ilk plan taslağı hazırlanmıştır. Akabinde, 1928 yılında Stalin'in "Beş Yıllık Kalkınma Planı" ile uygulamaya geçilmiştir. Ayrıca bu planlama uygulamasını birçok ülkeye örnek almıştır. Sovyetler Birliğini örnek alan ve 1930'lu yıllarda planlı döneme geçen Türkiye'deki planlama deneyimlerine bir sonraki bölümde detaylı bir şekilde yer verilmiştir (35, 36).

1929 yılında başlayan ve 1930' lu yıllarda devam eden Büyük Kriz/Büyük Buhran olarak adlandırılan süreç, Kuzey Amerika ve Avrupa'yı merkez almasına karşın tüm Dünya'da etkisini göstermiştir. Özellikle sanayileşmiş ülkeleri etkileyen süreçte birçok insan işsiz kalmış, tarım ürünleri fiyatları düşmüş, inşaat sektörü durma noktasına gelmiştir. Madencilik sektörü de en fazla etkilenen sektörlerden biri olmuştur (36).

Bu dönemde, 1930'lu yıllarda ve daha sonraki dönemleri etkileyecek olan İktisatçı John Mayer Keynes tarafından "Keynesyen İktisat" olarak bilinen görüş önem kazanmıştır.

Keynes 1936'da çıkan kitabında, devletin ekonomik krizi gidermesi için görevleri olduğundan bahsederek devletin müdahalede bulunması gerekliliğinin üzerinde durmuştur. Bu önerinin uygunluğu planlama fikrinin gelişmesine önayak olmuştur (37).

İkinci Dünya Savaşı sonrasında ülkelerin büyüme ve kalkınmalarının gerçekleşmesine yardımcı olmak amacıyla 1944 yılında Uluslararası Para Fonu (International Monetary Fund – IMF), 1945 yılında da Uluslararası Yeniden Yapılanma ve Kalkınma Bankası adıyla günümüzdeki Dünya Bankası kurulmuştur. Dünya Bankası çatısı altında; "Uluslararası Kalkınma Birliği, Uluslararası Finansman Kurumu, Çoktaraflı Yatırım Garanti Ajansı, Uluslarası Yatırım Anlaşmazlıklarının Çözüm Merkezi" dört kuruluş daha yer almaktadır (38, 39).

1960'lı yıllarda İkinci Dünya Savaşı'nın olumsuz etkilerini hafifleten ülkeler kalkınma konusunda çalışmalarına başlamışlardır. İlgili yıllar için kalkınma kavramının içeriği "yoksulluğun azaltılması için kalkınma" olarak değişim göstermiştir. 1966 yılında kurulan Birleşmiş Millletler Kalkınma Programı (United Nations Development Programme – UNDP) bu çalışmalara örnek olarak gösterilebilir. Nitekim programın amacı yoksulluğun ortadan kaldırılması, eşitsizliğin ve dışlanmışlığın azaltılmasıdır. 1970'li yıllara bakıldığında az gelişmiş ülkelerin çoğunluğu büyüme hedeflerini gerçekleştirseler de hayat kaliteleri açısından değişiklik gösterememişlerdir. Akabinde kalkınma konusunda yeni görüşler ortaya çıkmıştır. Örneğin sadece büyümenin hedef alınmayarak büyüme ile birlikte yoksulluğun azaltılması gerekliliği ile sağlık, eğitim, barınma, içme suyuna erişim ve beslenme konularındaki sorunların çözümü gerçekleşmediğinde kalkınmanın olmayacağı görüşü önem kazanmıştır (4, 40, 41).

1980'li yıllarda ise Dünya Bankası' nın vizyonu değişime uğramıştır. Uluslararası mali destek sağlayan bir kurum olmaktan öteye geçerek yoksulluğu azaltılması, çevre koşullarının iyileştirilmesi, uluslararası yatırımların özendirilmesi ve uygulamaya geçirilmesi için dünya politikaları üreten bir kurum halini almıştır (39).

1990'lı yıllarda da beşeri sermaye ve insan kalkınması önem kazanmıştır. Bu dönemle birlikte kalkınma sadece ekonomik anlamda iyileşmenin dışında sağlık, eğitim, siyaset vb. konuları da içine alan daha geniş bir yapıya dönüşmüştür (4).

Kalkınmanın geniş bir kavram olarak önem kazanmasıyla birlikte Eylül 2000'de Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda, 189 ülkenin katılımıyla, yoksulluğun azaltılması, insani kalkınma ve insan haklarının gözetilmesi amacıyla binyıl bildirgesi kabul edilmiştir. Bildirge'de 2015 yılına kadar az gelişmiş ülkelerin kalkınması amaçlanmış ve Dünya Bankası (WorldBank), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD)' nün katılımıyla Binyıl Kalkınma Hedefleri hazırlanmıştır. Söz konusu hedefler 8 ana hedef ve 18 alt hedeften meydana gelmiştir. Aşağıdaki Tablo 2.1.'de binyıl kalkınma hedeflerine yer verilmiştir (42):

Tablo 2.1. Binyıl Kalkınma Hedefleri (42)

BİNYIL KALKINMA HEDEFLERİ	
HEDEF	**ALT HEDEF**
Hedef 1. Aşırı yoksulluğun ve açlığın azaltılması,	**Alt Hedef 1.** 2015 yılına kadar günlük geliri bir doların altında olan nüfusu yarıya indirmek, **Alt Hedef 2.** 2015 yılına kadar açlıkla karşı karşıya olan nüfusun oranını yarıya indirmek,
Hedef 2. Herkesin temel eğitim alması,	**Alt Hedef 3.** 2015 yılına kadar dünyanın her yerindeki kız ve erkek çocukların ilköğretimi eksiksiz olarak tamamlamasını sağlamak.
Hedef 3. Kadınların durumunu güçlendirmek ve toplumsal cinsiyet eşitliği sağlamak,	**Alt Hedef 4.** Toplumsal cinsiyet eşitsizliğini ilk ve orta öğretimde tercihen 2005 yılına kadar ve eğitimin her düzeyinde 2015 yılına kadar ortadan kaldırmak,
Hedef 4. Çocuk ölümlerinin azaltılması,	**Alt Hedef 5.** 2015 yılına kadar 5 yaş altı çocuk ölümlerini 2/3 oranında azaltmak,
Hedef 5. Ana-Çocuk sağlığının iyileştirilmesi,	**Alt Hedef 6.** 2015 yılına kadar gebelik, doğum ve lohusalık sırasında meydana gelen anne ölümlerinin ¾ oranında azaltmak,
Hedef 6. HIV/AIDS, sıtma ve diğer salgın hastalıklarla mücadele edilmesi,	**Alt Hedef 7.** 2015 yılına kadar HIV/AIDS yayılımını durdurmuş olmak ve geriletmeye başlamak. **Alt Hedef 8.** 2015 yılına kadar sıtma ve diğer salgın hastalıkların yayılımını durdurmuş olmak ve geriletmeye başlamak,

Tablo 2.1. (Devam) Binyıl Kalkınma Hedefleri (42).

BİNYIL KALKINMA HEDEFLERİ	
HEDEF	**ALT HEDEF**
Hedef 7. Çevresel sürdürülebilirliğin sağlanması,	**Alt Hedef 9.** Sürdürülebilir kalkınma ilkelerini ülke politikaları ve programları ile bütünleştirmek ve çevresel kaynakların yok oluşunu tersine çevirmek, **Alt Hedef 10.** 2015 yılına kadar güvenli içme suyuna ve temel atık sistemine erişimi olmayan nüfusun oranını yarı yarıya azaltmak, **Alt Hedef 11.** 2020 yılına kadar gecekonduda yaşayan en az 100 milyon kişinin yaşamlarında belirgin iyileşme sağlamak,
Hedef 8. Kalkınma için küresel bir ortaklığın geliştirilmesi,	**Alt Hedef 12.** Ulusal ve uluslararası düzeyde iyi bir yönetim, kalkınma ve yoksulluğun azaltılmasını da içeren açık kurallara dayalı, tahmin edilebilir, ayrımcı olmayan bir ticari ve finansal sistem geliştirmek, **Alt Hedef 13.** Az gelişmiş ülkelerin ihracatları için tarife ve kota muafiyetleri, ağır borç yükü altındaki yoksul ülkeler için geliştirilmiş borç rahatlatma programları ve ikili resmi borçların iptalini ve ayrıca yoksulluğu azaltmayı hedefleyen ülkeler için daha cömert resmi kalkınma yardımı sağlayarak bu ülkelerin özel ihtiyaçlarını karşılamak, **Alt Hedef 14.** Denize kıyısı olmayan ülkelerin ve kalkınmakta olan küçük ada ülkelerinin özel ihtiyaçlarını ele almak, **Alt Hedef 15.** Borçları uzun vadede sürdürülebilir hale getirmek için ulusal ve uluslararası önlem almak ve kalkınmakta olan ülkelerin borç problemleri ile kapsamlı olarak ilgilenmek, **Alt Hedef 16.** Kalkınmakta olan ülkeler ile işbirliği içinde gençler için uygun ve üretken iş imkanları yaratmak için stratejiler geliştirmek ve uygulamak, **Alt Hedef 17.** Kalkınmakta olan ülkelerin önemli ilaçlara makul fiyatlarla ulaşması için ilaç şirketleri ile işbirliği yapmak, **Alt Hedef 18.** Başta bilgi ve iletişim olmak üzere yeni teknolojilerden yararlanmak için özel sektör ile işbirliği içinde olmak.

1980 sonrasında dünya ekonomisinin küreselleşme süreci ile ülke ekonomi politikalarının değişmesini beraberinde getirmiştir. Aşağıda yer alan Tablo 2.2. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından hazırlanan İnsani Gelişme Raporları (HDR) verileri esas alınarak hazırlanmış olup ülkeler arasında kişi başına düşen gayri safi milli gelir dağılımındaki farklılıkları anlamamıza yardımcı olacaktır (43, 44).

Tablo 2.2. 2011 ve 2017 yılları dünya kişi başına gayri safi milli gelir dağılımı.

	Kişibaşına gayri safi milli gelir dolar (2011 yılı satın alma paritesine göre ayarlanmış)	**Kişibaşına gayri safi milli gelir dolar (2017 yılı satın alma paritesine göre ayarlanmış)**
Ülkeler ve Bölgeler		
İKE'e Göre Ülke Grupları		
En Yüksek Gelir	33.391	40.041
Yüksek Gelir	11.501	14.999
Orta Gelir	5.428	6.849
Düşük Gelir	1.633	2.521
Bölgeler		
Arap Devletleri	8.317	15.837
Doğu Asya-Pasifik	6.874	13.688
Avrupa Merkez – Asya	12.243	15.331
L.Amerika-Karayipler	10.300	13.671
Güney Asya	3.343	6.473
Sahra Altı Afrika	2.010	3.399
En Az Gelişmiş Ülkeler	1.385	2.506
Gelişmekte Olan Küçük Adalar	5.397	15.113
Dünya	10.184	15.295

2.5. Türkiye'de Planlı Kalkınma

1929 yılında ABD'de baş gösteren ekonomik krizin dünyaya yayılması, ülkelerde iktisadi sorunların ve endişenin artmasına sebep olmuştur. Bu dönemde Sovyetler Birliği planlı bir sanayileşme sürecine girmiş ve uygulamış oldukları planlama ile diğer ülkelerce örnek alınmıştır. Hatta ülkemiz, modernleşme çabaları ile birlikte sanayileşmek için Sovyetler Birliği'nden sonra planlama uygulayan ilk devlet olmuştur (45).

1934 yılında Birinci Beş Yıllık Sanayi Planı, Sümerbank'ın uygulayıcılığıyla kabul edildi. Kalkınma planı olarak düşünemeyeceğimiz, yatırım projesi olarak

değerlendirilebilecek plan, ABD tarafından görevlendirilen bir heyet tarafından da gözden geçirilmiştir (45).

Birinci Beş Yıllık Sanayi Planının amacı, yeni fabrikalar kurarak ithal edilen tüketim malları üretiminde yerli hammadde kullanımına gitmektir. Bunun için öngörülen 45 milyon liralık bütçe ayrılmıştır. Söz konusu bütçe yeterli olmayarak harcama 100 milyon liraya çıkmış, hatta bazı projeler gerçekleşememiştir. Ancak yatırımı gerçekleştirilen fabrikalar daha sonraki dönemde sanayileşme sürecine oldukça katkı sağlamıştır (33).

Birinci plana yapılan bazı ilavelerle ikinci plan taslağı 1936 yılında bir sanayi kongresinde gündeme gelerek, 1936 yılı Kasım ayında Başbakanlığa sunulmuştur. 1938 yılında uygulamaya konulan ikinci plan, dönemin Bakanlar Kurulunca çıkarılan plan hedeflerini erteleyen bir karar ve İkinci Dünya Savaşı'nın başlaması nedeniyle uygulanamamıştır. İkinci Dünya Savaşı yılları (1939-1945) ülkelerin yaşamış olduğu saldırılar, kıtlık ve kayıplar nedeniyle kalkınma düşüncesinden uzaklaşılan bir dönemdir (45).

Birinci plana göre daha kapsamlı olarak düzenlenen ikinci plan için hazırlık ve uygulama konusunda yardım alınan ülke İngiltere'dir. Önceliği ağır sanayi olan ikinci plan, demir çelik ve makine üretimi alanlarında gelişmelere ön ayak olmuştur (33).

İkinci Dünya Savaşı'nın ardından 1946 İvedili Sanayi Planı ve 1947 Türkiye İktisadi Kalkınma Planı bir diğer adıyla Vaner Planı uygulanmak istense de 1960 yılına kadar planlı kalkınma konusunda başarı sağlanamamıştır (46).

Ülkenin her türlü imkanının tespit edilebilmesi, iktisadi ve sosyal politika ve hedeflerinde hükümete yardımcı olabilmesi ve kalkınma planlarının hazırlanabilmesi amacıyla 30 Eylül 1960 tarih ve 91 sayılı Kanun ile Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuştur. Teşkilat, doğrudan Başbakanlığa bağlı olarak Yüksek Planlama Kurulu ve Merkez Teşkilatından meydana gelmektedir. Yüksek Planlama Kurulunun görevi, "*İktisadi ve sosyal politika hedeflerinin tayininde Bakanlar Kuruluna yardımcı olmak ve hazırlanacak planları Bakanlar Kuruluna sunulmadan önce, tayin edilen hedeflere uygunluk ve kifayet derecesi bakımından incelemek"* olarak belirlenmiştir.

Merkez Teşkilatı, İktisadi Planlama Dairesi Başkanlığı, Sosyal Planlama Dairesi Başkanlığı, Koordinasyon Dairesi Başkanlığı olmak üzere üç organdan meydana gelmektedir. Kanunda; İktisadi Planlama Dairesi Başkanlığı'nın görevi "*gerekli araştırmaları yaparak uzun ve kısa vadeli umumi ve bölge plan ve programları hazırlamaktır."* Sosyal Planlama Dairesi Başkanlığı'nın görevi *"memleketin sosyal sorunlarını incelemek ve bunların halli için kısa ve uzun vadeli planlar hazırlamaktır."* Koordinasyon Dairesi Başkanlığı'nın görevi ise;

"*a)Devlet teşkilatında ve özel sektörde planın gerçekleşmesini kolaylaştıracak idari, mali ve hukuki tedbirleri tesbit ve tavsiye etmek, b)Tatbik mevkiine konan plan ve programların icrası sırasında gerekli takip ve koordinasyonu sağlamak, icabında bu maksat için muhtelif daire ve teşekküllerin yüksek seviyede sorumlu temsilcilerinin katılacağı komisyonları toplamak, c)Tatbikatın üçer aylık devre raporlarını icra organlarından alıp tevhit ve değerlendirerek neticeleri ilgililere sunmak, ahenk sağlayıcı tedbirlerin yürürlüğe konmasını takip etmek, d)Plan ve programların tatbikatının azaldığı sahalarda organizasyon ve metod incelemelerinin öncelikle yapılmasını sağlamak."* olarak ifade edilmiştir (47).

Akabinde 334 sayılı Kanun ile kabul edilen 1961 Anayasası, kalkınma planlarının hazırlanmasını, 41. Maddede şu şekilde hükme bağlamıştır (48): "*İktisadî ve sosyal hayat, adâlete, tam çalışma esasına ve herkes için insanlık haysiyetine yaraşır bir yaşayış seviyesi sağlanması amacına göre düzenlenir. İktisadî, sosyal ve kültürel kalkınmayı demokratik yollarla gerçekleştirmek; bu maksatla, millî tasarrufu artırmak, yatırımları toplum yararının gerektirdiği önceliklere yöneltmek ve kalkınma planlarını yapmak Devletin ödevidir."*

DPT tarafından 1963-1967 yıllarını kapsayan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1968-1972 yıllarını kapsayan İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1973-1977 yıllarını kapsayan Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979-1983 yıllarını kapsayan Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1985-1989 yıllarını kapsayan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990-1994 yıllarını kapsayan Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1996-2000 yıllarını kapsayan Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2001-2005 yıllarını kapsayan Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve 2007-2013 yıllarını kapsayan Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlanmıştır (49).

Tarihlerden görüldüğü üzere 1978, 1984 ve 1995 yılları planlara dahil edilememiş yıllardır. 1978 yılı iktidara gelen siyasi parti plan düzenlemesi için süre istemiş ve bu süre bitiminde 1979-1983 yıllarını kapsayan Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı oluşturulmuştur. Bu dönemde 1982 Anayasası Ekonomik Hükümler başlıklı 2. Bölüm 166. Maddede "*Ekonomik, sosyal ve kültürel kalkınmayı, özellikle sanayiin ve tarımın yurt düzeyinde dengeli ve uyumlu biçimde hızla gelişmesini, ülke kaynaklarının döküm ve değerlendirilmesini yaparak verimli şekilde kullanılmasını planlamak, bu amaçla gerekli teşkilatı kurmak Devletin görevidir. (..)Kalkınma planlarının hazırlanmasına, Türkiye Büyük Millet Meclisince onaylanmasına, uygulanmasına, değiştirilmesine ve bütünlüğünü bozacak değişikliklerin önlenmesine ilişkin usul ve esaslar kanunla düzenlenir."* şeklinde hüküm altına alınmıştır. 1983 yılında iktidara gelen parti, 1984 yılını geçici bir program ile geçirmiş ve 1985-1989

yıllarını kapsayan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planının bu program sonunda yürürlüğe girmesini sağlamıştır. 1990-1994 yıllarını kapsayan Altıncı Kalkınma Planı döneminde 1991 yılında yeniden hükümet değişikliği olmuştur. İktidara gelen hükümet planın uygulamasına devam edilmesine karar vermiş; ancak Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planını uygulamaya koymayarak 1995 yılında kendi planını oluşturmak için hazırlıklarını sürdürmüştür. 1996 yılında da Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planını uygulamaya koymuştur (50).

Ekonomik ve toplumsal kalkınmayı sağlamak için kurulan DPT, kalkınma anlayışının değişmesi ve yeni bir planlama sürecine girilmesi ile yerini Kalkınma Bakanlığı'na bırakmıştır (51).

Avrupa Birliği aday ülkeler için, kurumsal ve hukuksal yapının Avrupa Birliği'ne uygun hale getirilmesi amacıyla Katılım Öncesi Yardım Aracı (IPA – Instrument Of Preaccession) adı altında bir yapılanmaya gitmiştir. Katılım Öncesi Yardım Aracı'nın amacı, aday ve potansiyel aday ülkelerin Avrupa Birliği sürecine uyumlarını politika ve standartlar doğrultusunda gerçekleştirmek ve sonrasında yararlanılacak olan fon ve uyum fonuna hazırlanmasını sağlamaktır. Söz konusu fonlardan faydalanabilmek maksadıyla ülkeler yeni kamusal yapılanmaya gitmekte ve bu süreç içerisinde dönüşümlerden birisi de Kalkınma Bakanlıklarının kurulmasıdır.

1960 yılından itibaren ulusal düzeyde kalkınma planı hazırlayan DPT, yukarıda bahsi geçtiği üzere Avrupa Birliği sürecine uyum dahilinde ve 03 Mayıs 2011 tarihinde çıkarılan 6223 sayılı Yetki Kanunu ile birlikte yerini Kalkınma Bakanlığı'na bırakmıştır (51).

6223 sayılı "*Kamu Hizmetlerinin Düzenli, Etkin ve Verimli Bir Şekilde Yürütülmesini Sağlamak Üzere Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Teşkilat, Görev ve Yetkileri ile Kamu Görevlilerine İlişkin Konularda Yetki Kanunu*" nun amacı 1. Maddesinde;

"*Bu Kanunun amacı, kamu hizmetlerinin düzenli, süratli, etkin, verimli ve ekonomik bir şekilde yürütülmesini sağlamak üzere; a) Kamu hizmetlerinin bakanlıklar arasındaki dağılımının yeniden belirlenerek; 1) Mevcut bakanlıkların birleştirilmesine veya kaldırılmasına, yeni bakanlıklar kurulmasına, anılan bakanlıkların bağlı, ilgili ve ilişkili kuruluşlarıyla hiyerarşik ilişkilerine, 2) Mevcut bağlı, ilgili ve ilişkili kuruluşların bağlılık ve ilgilerinin yeniden belirlenmesine veya bunların mevcut, birleştirilen veya yeni kurulan bakanlıklar bünyesinde hizmet birimi olarak yeniden düzenlenmesine, 3) Mevcut bakanlıklar ile birleştirilen veya yeni kurulan bakanlıkların görev, yetki, teşkilat ve kadrolarının düzenlenmesine, taşrada ve yurt dışında teşkilatlanma esaslarına, (...)ilişkin konularda*

düzenlemelerde bulunmak üzere Bakanlar Kuruluna kanun hükmünde kararname (KHK) çıkarma yetkisi vermektir." şeklinde ifade edilmiştir.

Yine Kanunun Madde 1, 2. Bendinde;

"*Bu Kanuna göre çıkarılacak kanun hükmünde kararnameler bölümünde; (..) 18) 19/6/1994 tarihli ve 540 sayılı Devlet Planlama Teşkilatı Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede (..) yapılacak değişiklik ve yeni düzenlemeleri kapsar.", Madde 2'de "3) Ekonomiyle ilgili kamu kurum ve kuruluşlarınca yürütülen faaliyetlerin koordinasyonunu sağlamak, ekonomi politika, hedef ve stratejilerini belirlemek üzere yeni bir bakanlık kurulmasını*," belirtmişlerdir. (52).

08.06.2011 tarih ve 641 sayılı KHK ile Kalkınma Bakanlığı'nın görev ve yetkileri belirlenmiştir (51).

Kalkınma Bakanlığı tarafından 2014-2018 yıllarını kapsayan Onuncu Kalkınma Planı hazırlanmıştır. Ancak ülkemizde 09 Temmuz 2018 tarihi itibariyle Cumhurbaşkanlığı sistemine geçiş ve akabinde Strateji ve Bütçe Başkanlığı Teşkilatı Hakkında 13 numaralı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi'nin 24 Temmuz 2018 tarih ve 30488 sayı ile resmi gazetede yayımlanması ile Kalkınma Bakanlığı yerini Cumhurbaşkanlığı'na bağlı Strateji ve Bütçe Başkanlığı'na bırakmıştır (32, 49).

2019-2023 yıllarını kapsayan On Birinci Kalkınma Planı ve 2024-2028 yıllarını kapsayan On İkinci Kalkınma Planı ise, Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı'nca hazırlanmıştır (49). Tablo 2.3.'de kalkınma planlarına ait genel bilgilere yer verilmiştir:

Tablo 2.3.: Kalkınma planlarına ait genel bilgiler.

Kalkınma Planı	Kapsadığı Yıllar	Dili	Karar No	Sayfa Sayısı	Hangi Kurum Tarafından Hazırlandığı
Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı	1963-1967	Türkçe	3.12.1962/11272	534	DPT
İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı	1968-1972	Türkçe	11.8.1967/12671	665	DPT
Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı	1973-1977	Türkçe	26.10.1972/155	1080	DPT
Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı	1979-1983	Türkçe	29-30.11.1978 / 6	711	DPT
Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı	1985-1989	Türkçe	13.07.1984 / 8	224	DPT
Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı	1990 - 1994	Türkçe	22.06.1989 / 62	377	DPT
Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı	1996 - 2000	Türkçe / İngilizce	18.07.1995 / 374	330	DPT
Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı	2001 - 2005	Türkçe / İngilizce	27.06.2000 / 697	252	DPT
Dokuzuncu Kalkınma Planı	2007 - 2013	Türkçe / İngilizce	01.07.2006 / 26215	101	DPT
Onuncu Kalkınma Planı	2014 2018	Türkçe	02.07.2013 / 1041	212	Kalkınma Bakanlığı
On Birinci Kalkınma Planı	2019 - 2023	Türkçe / İngilizce	18.07.2019 /1225	198	Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı
On İkinci Kalkınma Planı	2024 - 2028	Türkçe	31.10.2023 / 1396	261	Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

İkinci bölümde konunun kavramsal ve kuramsal çerçevesinin çizilmesinin ardından bu bölümde kalkınma planlarına ile planlarda sağlık sektörüne ait verilere bazı başlıklar altında yer verilmiştir.

Çalışmada 1963 yılından itibaren uygulanmış olan kalkınma planları ve son olarak uygulanmış olan 11. Kalkınma Planı ile 2024-2028 yılları hedeflerini belirleyen 12. Kalkınma Planı, sağlık istatistik yıllıkları ve sağlık bakanlarının meclis konuşmaları, dönemler içerisinde hazırlanan mevzuat ile uygulamalara dair dokümanlar karşılaştırmalı bir analiz çerçevesinde incelenmiştir. Çalışma doküman analizi olarak hazırlandığından etik kurul izni gerekmemektedir.Söz konusu belgelerin detaylı doküman incelemesiyle, sağlık sektöründeki politika değişiklikleri, hedeflere yönelik stratejik yaklaşımlar ve uygulamalardaki gelişmeler tespit edilmiş ve değerlendirilmiştir.

3.1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967 Yılları)

3.1.1. Plan Hakkında

1963 yılı Ocak ayında yayımlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı DPT'nin ilk planı olmakla birlikte, ülkemizin 1963 yılına kadarki gelişmelerini, ekonomi meseleleri ile mevcut durumu ve Türkiye'nin dış çevresini kapsayacak şekilde hazırlanmıştır.

Plan, Türkiye nüfusunda yer alan kişilerin gayrisafi milli hasıla paylarının yükselmesini hedef alarak refah seviyesinin yükselmesini ve ileri seviyede yer alan ülkelerin konumuna ulaşmasını sağlamak amacıyla yol gösterici nitelik taşımaktadır (53).

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı yayımlandığında dönemin Sağlık Bakanı Dr. Yusuf AZİZOĞLU'dur. 26 Haziran 1962 – 26 Ekim 1963 tarihleri arasında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı olarak görev yapmıştır (54).

Azizoğlu'nu takiben;

5.11.1963-26.12.1963 tarihleri arasında Ord.Prof. Dr. Fahrettin Kerim GÖKAY,

26.12.1963-20.02.1965 tarihleri arasında Dr. Kemal DEMİR,

20.02.1965-27.10.1965 tarihleri arasında Dr. Mehmet Furkan SÜKAN,

27.10.1965-01.04.1967 tarihleri arasında Dr. Edip SOMUNOĞLU ve

01.04.1967-12.03.1971 tarihleri arasında Dr. Vedat Ali ÖZKAN sağlık bakanı olarak görev yapmıştır.

Azizoğlu'nun Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı olarak görev yaptığı 1963 yılı itibariyle sağlık hizmetleri açısından Türkiye'nin içinde bulunduğu durum iyi değildir. Sağlık için ayrılan bütçe % 5 civarındadır. Ülkede birçok bulaşıcı hastalık baş göstermiş ve hastalıklarla mücadele, kısıtlı bütçe ve yetersiz sayıdaki sağlık personelleri ile yürütülmeye çalışılmaktadır. Bir geri kalmışlık göstergesi olan trahom ve lepra ile mücadele edilirken tifo, difteri, poliomyelit, verem, frengi, brucelloz halen çözüme kavuşamamış hastalıklardandır. Sıtma önceki yıllara nazaran düşmektedir. Halk Sağlığı hizmetleri yetersizdir. Ana ve çocuk, hastalık ve ölümleri diğer ülkelere nazaran oldukça yüksek kayıplara sebep olmaktadır. Ayrıca halkın beslenmesi kötü, kültürel ve ekonomik seviyesi düşüktür (54).

"*İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi" nde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program*

dahilinde sosyalleştirilecektir." gayesi ile yayımlanan 12/01/1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile sağlıkta sosyalizasyon fiilen başlamıştır (54).

Kamu yatırımlarının gerçekleştirilebilmesi için kamu kurum ve kuruluşlarının görev bilinciyle, ayrıca özel sektörün de planda belirlenen yatırım hedeflerinin altında kalmadan, planı desteklemesi beklenmiştir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu iken, ilgili dönemde diğer bakanlıklar, işçi sigortaları kurumu, mahalli idareler ve özel sektörde tedavi edici sağlık hizmetlerine katkı sağlamışlardır.

Planda, sağlığın sosyal refah üzerindeki etkisinin çok büyük olduğu ve bunun zamanla kademeli olarak artacağı bu sebeple bölgeler arasında kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanması açısından eşitlik sağlanması gerekliliği üzerinde durulmuştur. Bu bağlamda; plan, sağlığı harcama kalemi olarak değil yatırım aracı olarak görmektedir (53).

Azizoğlu, 04.02.1963 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1963 Yılı Bütçesi münasebetiyle yapmış olduğu meclis konuşmasında; "*Sağlık Politikamız nedir? Bunun aksini bütçede görmek mümkündür. Sağlık davamızın bir numaralı davası koruyucu hekimlik ve halk sağlığıdır. İki numaralı mesele tedavi edici hekimliktir*." demiştir (54).

3.1.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefleri

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planının sağlık sektörü hakkında ana ilkesi halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesidir. Halkın sağlık seviyesinin yükseltilebilmesi için de bazı hedefler ortaya konmuştur. Bunlar; koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi, çevre şartlarının düzeltilmesi, bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması, beslenme şartlarının geliştirilmesi, nüfus planlaması, hastane yerine evde-ayakta tedavinin sağlanması, tedavi edici hekimliğin koruyucu sağlık hizmetlerini tamamlayıcı bir hizmet olarak sunumunun sağlanması, topluluklara kadar yayılacak bir sağlık teşkilatlanmasının kurularak işlerliğinin sağlanmasıdır (53)

3.1.3. Bütçe ve Mali Konular

1962 yılı bütçesi 465 milyon lira iken, 1963 yılında %22'lik artışla 590 milyon lira olmuştur. Sağlık hizmetlerinde nüfus başına düşen ödeme 1962'de 15 lira 10 kuruş iken 1963'de 19 lira olmuştur.

1963 yılında sosyalleştirmeye ayrılan bütçenin dağılımı ise şu şekildedir: 26 milyon lira inşaata, 4 milyon lira taşıta, 4-5 milyon lira çeşitli ihtiyaçlar için ayrılmıştır. 35-40 milyon lira ile ücra köşelerde hizmet verilmesi planlanmaktadır. Hakkari, Van, Bitlis, Ağrı ve Kars'a 156 tane sağlık ocağı yapılacak olup ocaklarda 1 doktor, yeter sayıda ebe, 1 hemşire,1 sağlık memuru, 1 şoför görevlendirmesi yapılarak ulaşım için 1 jeep tahsisi planlaması yapılmıştır.

Tedavi edici hekimlik sahasında vatandaşın masrafa katılımı gündemdedir. Yatak sayılarının arttırılması talebi olsa da bunun böylesi bir dönemde devlete ayrıca yük olarak yansıyacağı bu nedenle özel sektörün teşvikinin sağlanmasının gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Hizmetin büyük kısmını Sağlık Bakanlığının üstlenmesi, bir kısmının da özel sektör tarafından verilmesi istenmektedir. Amaç koruyucu hekimlik hizmetlerinin en iyi şekilde yapılmasını sağlamaktır.

1965 yılında 12 milyon liralık bütçe beklenirken Maliye Bakanlığı tarafından Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı için 8 milyon liralık bütçe açıklamıştır.

1967 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı için ayrılan bütçe genel bütçenin %4,8'i olarak belirlenmiştir. Söz konusu dönemde yatırımlar ile cari masraflar arasında denge sağlanmaya çalışılmıştır (54).

3.1.4. Sağlık Personeli Durumu

Ülkede birçok bulaşıcı hastalık (frengi, trahom, cüzzam, verem, sıtma) baş göstermiş ve hastalıklarla mücadele kısıtlı bütçe ve yetersiz sayıdaki sağlık personelleri ile yürütülmeye çalışılmaktadır (54).

Planda gelişmiş 15 il olarak belirtilen; İzmir, Manisa, Aydın, Muğla, Antalya, Adana, İçel, Hatay, Gaziantep, Bursa, Kocaeli, Zonguldak, Ankara, Sakarya ve Eskişehir'de hekim başına 2600 kişi düşmekte; diğer 51 ilde hekim başına 9400 kişi ve İstanbul'da ise hekim başına 635 kişi düşmektedir. Bir hemşireye Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 37 yatak düşmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemine vurgu yapılmasına karşılık tedavi edici hizmetlerde yer alan hekim sayısı koruyucu sağlık hizmetlerinde görev alan hekimlerden daha fazla olduğu görülmüştür (53).

Tablo 3.1. 1961 yılı verileri ile çalışan sağlık personeli sayısı.

Personel	Sayı
Hekim	6900
Hemşire ve yardımcısı	2050
Sağlık memuru	3040
Ebe	3140

Tablo 3.2. 1962 yılı verileri ile hekimlerin iller arasında dağılımı.

İl	Hekim Başına Nüfus
İstanbul	635
Gelişmiş 15 İl	2600
Diğer 51 İl	9400

3.1.5. Teşkilatlanma

1936 yılında yayımlanan "Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu" ile birlikte Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısının çerçevesi çizilmiştir. Kanunda; Merkez teşkilatı ve vilayetler teşkilat ve vazifelerine yer verilmiştir. Oldukça yalın ve dikey bir örgütlenme yapısında olduğu anlaşılmaktadır (55).

Birinci Kalkınma Planı programı kapsamında Sağlık Bakanlığı Merkez teşkilatı program yürütücü olarak belirlenmiş ve dörtlü basamaklandırma uygun görülmüştür (53):

1. Basamak : Halka hizmet götürecek olan sağlık ocağı programı
2. Basamak:Ortalama 50.000 nüfusu içine alan sağlık merkezi bölgelerinin oluşturulması, dispanser, hastane ve koruyucu hekimlik
3. Basamak: İl Sağlık Müdürlükleri
4. Basamak: Birinci Kalkınma Planı programı Türkiye'yi 16 bölgeye ayıracak ve bu bölgelerde bölge hastaneleri, sağlık okulları, bölge laboratuvarları, bölge depo ve tamirhaneleri kurulacaktır.

3.1.6. Sağlık Yatırımları

Söz konusu dönemde toplam sağlık yatırımları ve bunların sağlık programları arasındaki dağılımının nasıl olabileceği bilgisi verilmiştir. Birinci beş yıllık kalkınma planında köylere

kadar giden bir sağlık hizmeti ağı oluşturulması planlandığından sağlık ocakları ayrılan yatırım miktarı, 1963 yılında yapılan 50,3 milyon TL iken, program sonunda hedeflenen miktarın 70,3 milyon TL olması tahmin edilmektedir. Ayrıca idari teşkilat yapısının da oluşturulabilmesi için 1963 yılında toplam 19,0 milyon TL olarak planlanırken, kalkınma planı sonunda 100,0 milyon TL yatırım yapılması hedeflenmektedir.

Sağlık kurumlarının ihtiyaçlarının sürekli olarak karşılanması ve satın almanın ucuza mal edilmesi amacıyla bakım ve onarım işlerini düzene koymak ve maliyeti düşürecek tedbirleri almak ve standardizasyonu sağlamak için bölge merkezlerinde depo ve tamirhane kurulması yatırım hedefleri arasındadır.

Sağlık programlarının gerçekleştirilebilmesi için hedeflerin plan yıllarına göre gelişimine yer verilen Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında; sağlık ocağı sayısının 1963'te 300, 1967 yılında ise 1500'e çıkacağı; İl Sağlık Müdürlüğü sayısının 67, sağlık merkezi sayısının ise 250 olarak hedeflendiği görülmektedir.

15 yılda bölge merkezlerinde bir laboratuvar olacak şekilde enstitü ve nüfusu 10.000'den fazla olan şehirlerde özel işçi sağlığı dispanserleri kurulması hedeflenmektedir.

1964 yılı itibariyle Bakanlığa bağlı 642 müessesede 38.672 yatak mevcut olup toplamda Milli Savunma Bakanlığı hariç 55.862 yatak bulunmaktadır. Beş yıllık planda 1967'de ulaşılması planlanan hedef ise %25 olup her yıl 1200 yatak ilavesi yapılması belirtilmiştir. Özel sağlık kuruluşları tarafından gerçekleştirilemeyen yatak sayılarını Bakanlık yerine getirmeye çalışmaktadır. Planda 1967 yılı itibariyle yatak sayısının 77500'e çıkmasının planlandığı görülmektedir.

1964'te Sağlık Bakanlığı olarak 1950 yataklı sekiz hastane hizmete girecek olup 2575 yataklı 11 hastaneye ve 10 sağlık merkezinin inşasına başlanması kararlaştırılmıştır (53).

3.1.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler

İstatistiksel verilerimizde 1923'ten itibaren 1963 yılına kadar kesintisiz bir veri bulunmamakla birlikte 1927'den 1960'a kadar nüfusun iki katı oranında arttığı görülmektedir (53).

Tablo 3.3. 1927-1960 yılları Türkiye nüfusuna ait veriler.

	1927	**1935**	**1940**	**1945**	**1950**	**1955**	**1960**
Nüfus (Bin)	13648	16158	17821	18790	20947	24065	27830
Nüfus Artışı (%)		1,9	1,6	1,07	2,20	2,82	2,95
Erkek Oranı (%)	48,1	49,1	49,9	50,3	50,3	50,8	51,1
Köylü Oranı (%)	82,2	80,1	79,0	78,7	78,2	74,4	71,3

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın görev alanında yer alan diğer bir önemli konu ise bakıma muhtaç olan çocukların durumudur. 40.000 bakıma muhtaç çocuktan 23.900'ü (0-6 yaş) Bakanlığın himayesinde bulunmaktadır. 1964 yılında Ankara'da, 1965 yılında ise İzmir pilot illerinde başlatılan uygulama ile çocukların aile yanında, aile şefkati ile büyümesinin sağlanması çalışmaları başlatılmıştır.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında 22 yuva yapılması belirtilmiştir. 1965 yılı itibariyle inşaatı bitecek 4 yuva olmakla birlikte ülke geneli toplam yuva sayısı 18'e çıkacak olup söz konusu planda yer alan sayının da üzerine çıkılacağı düşünülmektedir (54).

3.1.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler

- Plan dönemi sonunda sağlık personeli sayısında öncesine oranla artış olduğu görülmektedir. Kalkınma planında, plan öncesi 1961 yılı itibariyle hekim sayısı 2900, hemşire ve hemşire yardımcısı sayısı 2050, ebe sayısı 3140, sağlık memuru sayısı ise 3040 olarak belirtilmiştir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık Propogandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü'nce hazırlanan Türkiye Sağlık İstatistiği Yıllığı 1964-1967 verilerine göre plan sonu 1967 yılı itibariyle hekim sayısı 11875, hemşire ve hemşire yardımcısı sayısı 6161, ebe sayısı 5621, sağlık memuru sayısı ise 5897 olarak tespit edilmiştir.
- Bulaşıcı hastalıklar ile mücadele kapsamında planlı programlar uygulanmıştır. Verem ile mücadele kapsamında 1964 yılında 127 dispanser, 9 tüberküloz laboratuvarı; 1965'te 133 dispanser, 14 tüberküloz laboratuvarı; 1966'da 147 dispanser, 18 tüberküloz laboratuvarı; 1967'de 170 dispanser ve 20 tüberküloz laboratuvarı hizmet vermiştir. Tablo 3.4.'de verem ile mücadele kapsamındaki işlemlere ait verilere yer verilmiştir. Sıtma ile mücadele 1964'te 57 bölgede, 1965, 1966 ve 1967 yıllarında 58 bölgede devam etmiştir. Tablo 3.5.'de sıtma ile mücadele kapsamındaki işlemlere yer

verilmiştir. Trahom ile mücadele 22 ilde, 1964 yılında 1 Trahom enstitüsü, 6 hastane, 52 trahom dispanseri ve 304 trahom evi; 1965, 1966 ve 1967 yıllarında 1 Trahom enstitüsü, 5 hastane, 41 trahom dispanseri ve 168 trahom evi ile devam etmiştir. Tablo 3.6.'da trahom ile mücadele kapsamında bazı verilere yer verilmiştir. Frengi ile mücadele 1964-1967 yılları arasında 19 dispanser ve 176 tedavi istasyonu ile yürütülmüştür. Tablo 3.7.'de frengi ile mücadele kapsamında verilere yer verilmiştir. Cüzzam ile mücadele 1964-1967 yılları arasında 11 dispanser ve 265 yataklı Elazığ Cüzzam Hastanesi hizmeti ile yürütülmüştür. Tablo 3.8.'de cüzzam ile mücadele kapsamında bazı verilere yer verilmiştir.

Tablo 3.4. Verem ile mücadele kapsamında 1964-1967 yılı verileri.

	Muayene Edilen Hasta Sayısı	**Vaka Sayısı**	**Tüberkülin Testi Sayısı**	**BCG Aşısı Sayısı**
1964	1.425.297	47.699	578.983	115.868
1967	2.022.029	54.850	875.778	187.702

Tablo 3.5. Sıtma ile mücadele kapsamında 1964-1967 yılı verileri.

	Sıtma Vaka Sayısı	**Alınan Kan Sayısı**
1964	5.084	1.851.921
1967	3.975	1.851.586

Tablo 3.6. Trahom ile mücadele kapsamında 1964-1967 yılı verileri.

	Vaka Sayısı	**Alınan Kan Sayısı**
1964	5.084	1.851.921
1967	3.975	1.851.586

Tablo 3.7. Frengi ile mücadele kapsamında 1964-1967 yılı verileri.

	Vaka Sayısı	**Muayene Edilen**
1964	30.324	548.012
1967	23.247	552.916

Tablo 3.8. Cüzzam ile Mücadele Kapsamında 1964-1967 yılı verileri.

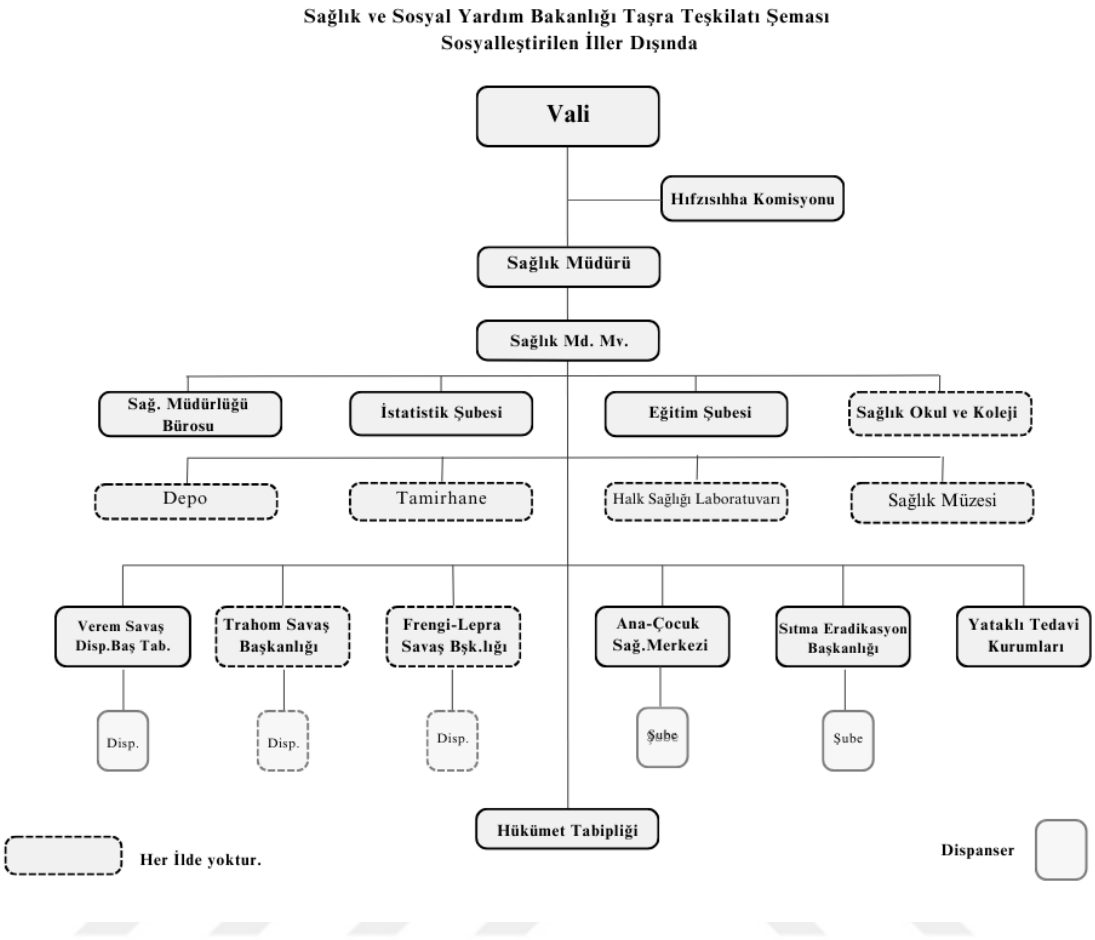
	Vaka Sayısı	Muayene Edilen
1964	3439	158.558
1967	3429	139.009

- Birinci beş yıllık kalkınma planı her yıl 300 sağlık ocağı yapımının sağlanarak 1963'te 300 sağlık ocağı, 1967'de ise 1500'e ulaşmasını hedeflemekteyse de 1967'de sağlık ocağı sayısı 541'de kalmıştır.
- Plan, bakıma muhtaç çocuklar için çocuk yuvası sayısının 22'ye yükseltilmesini öngörse de 1967 yılında yuva sayısı 17 olarak istatistiklere geçmiştir.
- 1964-1967 yılları arasında ülkemizde bulunan tedavi kurumları sayısı ve yatak sayısı aşağıdaki Tablo 3.9.'da gösterilmiştir:

Tablo 3.9. 1964-1967 yılları kurum sayısı ve yatak sayısı.

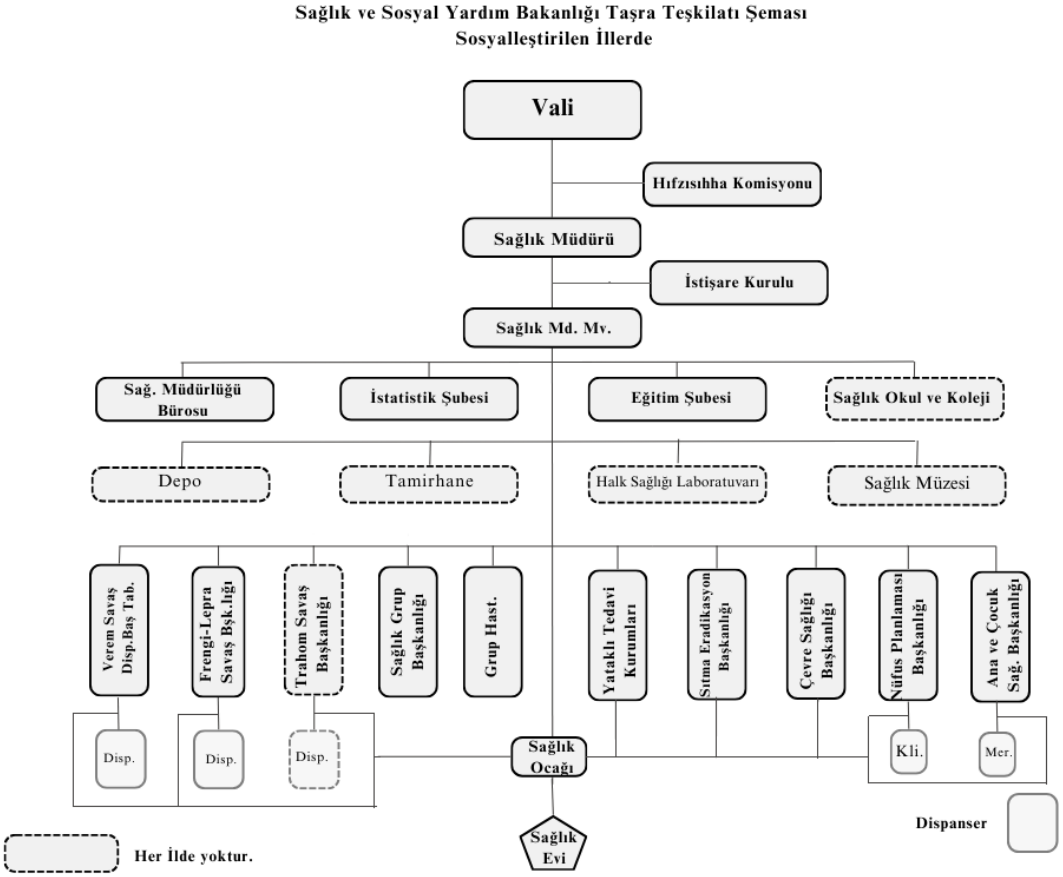
1964		1965		1966		1967	
Kurum Sayısı	**Yatak Sayısı**	**Kurum Sayısı**	**Yatak Sayısı**	**Kurum Sayısı**	**Yatak Sayısı**	**Kurum Sayısı**	**Yatak Sayısı**
638	55.126	626	55.451	640	57.833	664	59.173

- 1961 yılında yayımlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, halka çağdaş bir sağlık hizmeti sunumunu temel örgütlenme ilkesi olarak hedeflemiştir. Dar alanda geniş kapsamlı hizmet ilkesi doğrultusunda sağlık hizmetinin yeniden yapılanması sağlanmaya çalışılmıştır (56). Sosyalleştirme ile sağlık hizmetinin sürdürülebilmesi için köyden şehir merkezine kadar birçok birim kurulmuştur (57). Sosyalleştirilen iller dışında kalan illere ait teşkilat şeması Şekil 3.1.'de yer aldığı gibidir:



Şekil 3.1. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı taşra teşkilatı şeması (sosyalleştirilen iller dışında)

Sosyalleştirilen iller kapsamında teşkilat şeması Şekil 3.2.'de yer aldığı gibidir:



Şekil 3.2. Sosyalleştirilen iller kapsamında teşkilat şeması

- Birinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri Ek-1'de sunulmuştur.

3.2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972 Yılları)

3.2.1. Plan Hakkında

1968 ve 1972 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, "*Türk Milletini hür ve medeni bir ortamda, demokrasi ve karma ekonomi düzeni içinde adalete ve tam çalışma esasına bağlı olarak herkes için insanlık haysiyetine yaraşır bir yaşayış seviyesine ulaştırmayı gaye edinmiştir (58).*"

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı yayımlandığında dönemin Sağlık Bakanı Dr. Vedat Ali ÖZKAN'dır. 1 Nisan 1967-12 Mart 1971 yılları arasında görev yapmıştır.

26 Mart 1971-11 Aralık 1971 tarihleri arasında Prof. Dr. Türkan AKYOL,

11 Aralık 1971'deki görev değişikliği ile Dr. Cevdet AYKAN 22 Mayıs 1972'ye kadar Sağlık Bakanı olarak görev yapmıştır.

22 Mayıs 1972'den 15 Nisan 1973 tarihine kadar ise Dr. Kemal DEMİR görevi üstlenmiştir (54).

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında da birinci planda olduğu gibi, halkın sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde faydalanması, hasta olanların tedavi edici sağlık hizmetlerine eşit ve adil bir şekilde ulaşması, halkın sağlık seviyesinin yükseltilebilmesi amacıyla sağlık hizmeti standartlarının belirli bir seviyeye ulaştırılabilmesi, çevre sağlığı ve beslenme şartlarının düzenlenmesi, halkın sağlık eğitimi, ana-çocuk, ergen sağlığı, okul sağlığı ve işçi sağlığı gibi konularda koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi öncelikli hedefler arasında yer almaktadır. Sağlık personelinin yurt çapında dengeli dağılımının sağlanabilmesi için birinci beş yıllık plan kapsamında arzu edilen ancak gerçekleştirilemeyen sağlık hizmetinin tek elden yürütülmesi planlanmakta ve özel sektörün de sağlık hizmet sunumuna teşviki konusunda desteklenmesi planın hedefleri arasında yer almaktadır (58).

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde, sağlığın sosyalleştirilmesi hususunda sosyalleştirme illerinde sağlık ocakları, sağlık grup başkanlıkları oluşturulmuş ve bölge laboratuvarları, bölge hastaneleri, depo ve tamirhane yapımına başlanmıştır.

Sosyalleştirmeye rağmen sağlık personeli dağılımındaki dengesizlik devam etmiş olup hekimlerin büyük il merkezlerinde toplanmasının önüne geçilememiştir. Ayrıca uzman hekim sayısının pratisyen hekim sayısına göre fazla planda bahsi geçen başka bir sağlık personeli sorunudur (58).

3.2.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefleri

Plan, öncelikli olarak halkın sağlığı seviyesinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bunu gerçekleştirirken halkın eşit bir şekilde sağlık hizmetinden faydalanmasını, hasta olanların tedavi edici sağlık hizmetine eşit bir şekilde ulaşabilmesini, sağlık hizmeti standartlarının belirli bir seviyeye ulaştırabilmesini, çevre sağlığı ve beslenme şartlarının iyileştirilmesini, halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesini, koruyucu sağlık hizmetlerini ana-çocuk-ergen sağlığı, okul sağlığı, işçi sağlığı vb. konularda geliştirilmesini, özel sektörün desteklenmesini, personel dağılımının eşit bir şekilde yapılması ve sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesini hedeflemektedir.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında da yer aldığı gibi bazı programlar geliştirilerek sağlığı hizmeti sunumunun iyileştirilmesi düşünülmektedir. Bu programlar şunlardır;

Sosyalleştirme programı: Sağlık hizmetlerinin en ücra köşeye kadar ulaştırılmasını sağlayacak olan programdır. Böylelikle sağlık hizmeti götürülen geri kalmış yerlerin kalkınması sağlanacaktır.

Çevre sağlığı hizmetleri programı: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde sağlık eğitimi ile birlikte çevre sağlığı şartlarının iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yürütülmektedir.

Bulaşıcı hastalıklarla savaş programı: Dağlık ve köylük bölgelere tarama yapılamaması nedeniyle veremli hasta sayısında düşüş yaşanmamıştır.

Sağlık eğitimi programı: Çeşitli kuruluşlar halkın sağlık ile ilgili eğitim alması konusunda faaliyette bulunmaktadır.

Ana-Çocuk Sağlığı programı: Hamilelik döneminde ve doğum sırasında/sonrasında ölüm oranı yüksek seyretmektedir. Kötü beslenme/bakım ve bulaşıcı hastalıklar nedeniyle çocuk ölümleri de oldukça yüksektir.

İşçi sağlığı programı: Tarım sektörü dışında çalışanlar içim yürürlükteki kanunlardan faydalanılarak koruyucu sağlık hizmetleri basamağında hizmet sağlanmasını içermektedir. Tarım sektöründe çalışanlar programa dahil edilememiştir.

Ruh sağlığı programı: Program için yeter sayıda personel ve merkez bulunmamaktadır.

Beslenme ve besin kontrolü programı: Eksik ve yanlış beslenmenin yaygındır. Besin kontrolü için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile Gümrük ve Tekel, Ticaret Bakanlıkları görevli olup söz konusu kurumlarda da hizmeti yürütecek olan personel sayısı oldukça azdır.

İlaç kontrolü ve sağlık malzemesi bakımı programı: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda ilaç kontrolünü yapacak herhangi bir denetim organı bulunmamaktadır. Fiyat ve nitelik bakımından yapılan kontrollerin daha elverişli bir şekilde yürütülebilmesi için personel sayısındaki eksikliğin giderilmesi, sağlık malzemesi standartlarının belirlenmesi, stoklarının geliştirilmesi gerekmektedir.

Sağlık yapıları programı: Sağlık yapıları için belirli bir standart uygulanamadığı için sağlık yapı inşaatlarının maliyetlerinde kurumsal ve bölgesel farklılıklar olmaktadır.

3.2.3. Bütçe ve Mali Konular

1967-1972 yıllarını kapsayan ikinci beş yıllık kalkınma planı, ekonominin bu yıllar arasındaki gelişme hızını %7 olarak öngörmüştür. Bu öngörü ile birlikte planda, değişim ve

dönüşümün sağlanabilmesi için köklü bir değişikliğe ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir. Kişi başı tüketimin 2580 liradan 3200 liraya yükseltilmesi, nüfus başına tüketimin ise 1755 liradan 1980 liraya yükselmesi hedefler arasında yer almaktadır.

Sağlık sektörünün diğer sektörlere göre dağılımı Tablo 3.10.'da yer almaktadır:

Tablo 3.10. Yatırımların sektörlere göre dağılımı (milyon TL).

Sektör Türü	1963-1967				1968-1972	
	Kamu	Özel	Toplam	%	Toplam	%
Tarım	6.548	3.466	10.014	15,4	16.900	15,2
Madencilik	2.131	745	2.876	4,4	4.100	3,7
İmalat Sanayi	4.948	7.773	12.721	19,6	25.000	22,4
Enerji	4.445	263	4.708	7,3	8.900	8,0
Ulaştırma	7.391	2.238	9.629	14,8	18.000	16,1
Konut	1.042	12.342	13.384	20,6	20.000	17,9
Eğitim	4.210	64	4.274	6,6	7.500	6,7
Sağlık	1.129	57	1.186	1,8	2.000	1,8
Turizm	617	631	1.248	1,9	2.600	2,3
Diğer hizm.	3.851	1.102	4.953	7,6	6.100	5,5
Kalkınma Fonu	--	--	--	--	400	0,4
Toplam	**36.312**	**28.681**	**64.993**	**100,0**	**111.500**	**100,0**

Tabloda görüldüğü üzere; Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde Sağlık sektörü için ayrılan pay 1.129 kamu sektörü, 57 özel sektör olmak üzere toplamda 1.186 milyon TL'dir. Toplam sektörler içinde sağlık sektörüne ayrılan pay 1,8'dir. 1968-1972 yılları arasında da sağlık sektörünün yatırım miktarının arttığı ancak toplam yatırımlar içindeki payının aynı kaldığı görülmektedir (58).

Sağlık programlarının uygulanabilirliğinin sağlanması için sağlık yatırımları için ayrılan miktarlar Tablo 3.11.'de gösterilmiştir:

Tablo 3.11. 1968-1972 sağlık yatırımları (milyon TL).

	1968	1969	1970	1971	1972	TOPLAM
Sağlık Ocakları	66	66	66	66	66	330
Sağlık Evleri	64,7	64,7	64,7	64,7	64,7	323,5
Yataklı Tedavi Kurumları	333,4	236,4	265,2	154,6	153,8	1083,4
Halk Sağlığı Programları	58,8	50,8	51,3	51,3	50,9	263,1
TOPLAM	522,9	417,9	387,2	336,6	335,4	2.000,0

3.2.4. Sağlık Personeli Durumu

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı dönemine de yetersiz ve dengesiz dağılım göstermiş sağlık personeli tablosu ile başlanmaktadır. Sosyalleştirme bölgelerinde denge sağlanmak istense de hekimlerin il merkezlerinde toplanmalarının önüne geçilememiştir. Hekimlerdeki bir diğer durum da uzman hekim sayısının pratisyen hekim sayısından fazla olmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin lokomotifi olan pratisyen hekimlerin sayıca azlığı hizmetin yürütülmesinde aksaklıklara sebep olmaktadır.

Sağlık personeli sayısının yetersizliğinde de herhangi bir değişiklik olmamış bir hekime 0,44 hemşire düştüğü, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda 50 yatağa bir hemşire düştüğü araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur. Hekimlerin sosyalleştirme bölgelerine dair dağılımı Tablo 3.12.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.12. Hekimlerin sağlık bölgelerine göre dağılımı (1966).

Sağlık Bölgeleri	Bölge Nüfusunun Toplam Nüfusa Oranı (%)	Hekim Sayısı	Bir Hekime Düşen Nüfus	İller
I. Bölge	10,1	4651	701	Kırklareli, Edirne, İstanbul, Tekirdağ
II. Bölge	5,7	365	4981	Kocaeli, Zonguldak, Bolu, Sakarya
III. Bölge	5,8	352	5229	Bursa, Çanakkale, Balıkesir
IV. Bölge	10,5	1326	2552	Manisa, İzmir, Aydın, Denizli, Muğla
V. Bölge	5,2	258	6477	Bilecik, Eskişehir, Kütahya, Uşak, Afyon
VI. Bölge	3,0	185	5253	Isparta, Burdur, Antalya
VII.Bölge	10,1	1658	1964	Kastamonu, Çankırı, Ankara, Kırşehir, Yozgat, Nevşehir
VIII.Bölge	4,7	181	8414	Konya, Niğde
IX.Bölge	7,4	240	9957	Samsun, Sinop, Çorum,Amasya, Ordu
X.Bölge	5,5	203	8713	Tokat,Sivas,Kayseri
XI.Bölge	9,2	593	4989	Maraş,Adana,İçel,Gaziantep, Hatay
XII. Bölge	5,6	159	11415	Giresun,Trabzon,Rize,Artvin,Gümüşhane
XIII. Bölge	4,4	146	9484	Bingöl,Tunceli,Elazığ,Malatya,Adıyama
XIV.Bölge	5,0	254	5429	Diyarbakır,Siirt,Mardin,Urfa
XV.Bölge	5,5	386	4601	Kars,Ağrı,Erzurum,Erzincan
XVI. Bölge	2,3	125	5855	Muş,Bitlis,Van, Hakkari

3.2.5. Teşkilatlanma

İkinci Kalkınma Planı döneminde de, teşkilatlanma 1936 yılında yayımlanan kanun çerçevesinde devam etmektedir (55). Sağlığın sosyalleştirilmesi ile birlikte sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi gündeme gelmiş ancak tam anlamıyla faaliyete geçirilememiştir (58).

3.2.6. Sağlık Yatırımları

Sağlık tesisi yapımında belirli maliyet standartları getirilerek aynı tarzda sağlık tesisleri kurulması ve maliyetlerinin de belirlenen ölçütlerde olması hedeflenmiştir. Gönüllülük esasıyla sağlık evlerinin halk tarafından yapılması ve imkanı az olan yerlerde de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının destek vermesi planlanmıştır. Sosyalleştirme programı

kapsamında her yıl 300 ocak yapılması da yine planda yer almaktadır. Plan dönemine ait sağlık tesisleri maliyetlerine ilişkin veriler Tablo 3.13.'te sunulmuştur.

Tablo 3.13. Sağlık tesisleri maliyetleri.

	Azami Alan (m2)	Azami Toplam Maliyet T.L
Sağlık Ocakları		
Şehir Tipi (Azami Büyüklük)	300	130.000
Şehir Tipi (Asgari Büyüklük)	240	100.000
Köy Tipi	130	60.000
Lojmanlar		
Azami Büyüklük	160	70.000
Asgari Büyüklük	100	40.000
Sağlık Evleri	80	25.000
Hastaneler (Yatak Başına)	50	25.000

3.2.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler

1965 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre (geçici sayım verileri) ülke nüfusu 31 milyon civarındadır (58).

"Korunmaya Muhtaç Çocuklar Kanunu" çerçevesinde 0-6 yaş çocukların bakımı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 7-18 yaş çocukların bakımı ise Milli Eğitim Bakanlığı'nca yürütülmektedir. 1966 yılı verilerine göre hizmetten yararlanan çocuk sayısı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda 2020, Milli Eğitim Bakanlığı'nda 10104'tür. Ayrıca çocuk bakımı için kurulan bakımevi sayısı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda 26, Milli Eğitim Bakanlığı'nda 79'dur (58).

Yaşlı bakımı hizmetleri, Belediyeler ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca yürütülmektedir. 1960 yılı verilerine göre 65 yaş üzerinde olup bakıma muhtaç kişi sayısı 928.723'tür (58).

3.2.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler

- 1972 yılı itibariyle Verem Savaş Dispanseri sayısı hedeflenen sayının (190) üzerine çıkmış ve toplamda 221 verem savaş dispanseri kurulmuştur (59).
- İkinci plan döneminde işçi sağlığı ve güvenliği konusunda standartların oluşturulmasını sağlayacak İşçi Sağlığı ve İşçi Güvenliği Merkezi, Çalışma Bakanlığı bünyesinde kurulmuştur (59).

- Halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi için kalkınma planında bazı programlar açıklanmış ve programlara uygun çalışmalar gerçekleştirilmiştir.
- İkinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri Ek-2'de sunulmuştur.

3.3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977 Yılları)

3.3.1. Plan Hakkında

Ülkemizin 1973 ve 1977 yılları arasındaki kalkınma hedeflerini kapsayan Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nı "*Yeni strateji, Atatürkçü bir görüşle hazırlanan ve en kısa zamanda çağdaş uygarlık düzeyine ulaşmayı hedef alan bir atılım stratejisidir*." olarak tanıtılmıştır.

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde Dr. Kemal DEMİR 15.04.1973 yılına kadar Sağlık bakanı olarak görev yapmıştır. Ardından;

Dr. Vefa TANIR, 15.04.1973-26.01.1974 tarihleri arasında;

Dr. Selahattin CİZRELİOĞLU 26.01.1974-17.11.1974 tarihleri arasında,

Dr. Kemal DEMİR 17.11.1974-18.04.1977 tarihleri arasında,

Dr. Vefa TANIR 18.04.1977-21.06.1977 tarihleri arasında,

Prof. Dr. Celal ERTUĞ 21.06.1977-21.07.1977 tarihleri arasında ve

Cengiz GÖKÇEK 21.07.1977-05.01.1978 tarihleri arasında üçüncü beş yıllık kalkınma planı döneminde sağlık bakanlığı görevini yürütmüştür.

3.3.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi

Planın sağlık sektörü ile ilgili amacı, tüme yayılmış bir sağlık hizmeti sunumu, yaşama şartlarının iyileştirilmesidir. Bunun gerçekleştirilebilmesi için öncelikli hedef, sosyalleştirmenin yaygınlaştırılmasıdır. Çünkü söz konusu dönemde sağlık hizmetleri sunumu yaygın değildir. Sosyalleştirme uygulanmakta ancak sağlık personelinin gelişmiş illerde toplanmasının önüne geçilememiştir. Küçük yerleşim yerlerine sağlık personelinin yerleştirilememesi nedeniyle de koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması sağlanamamış, tedavi edici sağlık hizmetlerine olan talep azaltılamamıştır.

Bununla birlikte hastane işletmeciliği gelişmemiş, çeşitli kuruluşlar farklı farklı hastaneler açmış, iller arasında yatak dağılımı dengesizliği yaşanmaktadır. Bu dengesizlik

İstanbul, Ankara ve İzmir illerinin toplam yatak kapasitesinin % 44.6'sına sahip olmasından anlaşılmaktadır.

Birinci ve ikinci beş yıllık kalkınma planı döneminde çevre sağlığı şartlarının iyileştirilmesi istenmiş, bununla ilgili belediyeler görevlendirilmiştir. Belediyelerin olmadığı yerlerde ise köy halkı tarafından yapılmak istense de başarıya ulaşamamıştır. Çevre Sağlık Teknisyenlerinin olmadığı yerlerde sağlık memurları, hekimlerce çevre sağlığı çalışmaları yapılsa da istenen sonuca ulaşılamamıştır.

Birinci ve ikinci plan döneminde verem ile savaş Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Verem Savaş Dernekleri ve üniversitelerin işbirliği ile yürütülmektedir. Bu süreçte fiziki şartların sağlanması ile ilgili hedefler aşılmıştır. 1972 yılında plan hedefi 190 verem savaş dispanseri iken, 178'i Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na, 43'ü Verem Savaş Derneklerine ait olmak üzere 221 verem savaş dispanseri bulunmaktadır.

Ruh Sağlığı hizmetleri 5800 yatak ve 8 dispanser ile yürütülmeye çalışılmaktadır. Birinci ve ikinci beş yıllık kalkınma planı dönemlerinde geçmiş yıllara oranla ruh sağlığı hizmetlerine ihtiyaç artmış olmasına rağmen hastaneler bu ihtiyaca cevap vermekte yetersiz kalmaktadır.

3.3.3. Bütçe ve Mali Konular

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde bütçe çalışmaları için aşamalı planlama metodu uygulanmıştır. Gayrisafi yurtiçi hasıla için hedef yılda ortalama % 8 artış olarak belirlenmiştir. 1972'de 196,3 milyar TL olan gayrisafi yurtiçi hasılanın 1977'de 273,7 milyar TL olması hedeflenmektedir. Böylelikle gayrisafi yurtiçi hasılanın plan döneminde 87,5 milyar TL artış sağlamış olacaktır.

Gayrisafi milli hasıladaki artış sonrasında kişi başına gelir 1972'de 5094 TL iken 1977'de 6640 TL'ye yükselecektir.

3.3.4. Sağlık Personeli Durumu

1962 yılında 9.000 olan doktor sayısı, 1971 yılında 15.800'e yükselerek %75 oranında artış göstermiştir. Aynı şekilde sağlık personeli sayısı da 1962 yılında 8700 iken, 1971'de 30.000'e yükselerek yüzde 240 oranında artış göstermiştir. Personel durumuna ilişkin bazı veriler Tablo 3.14, Tablo 3.15, Tablo 3.16'da sunulmuştur.

Tablo 3.14. Sağlık alanındaki insan gücünün sayısal gelişimi.

Ünvan	1962	1967	1971
Doktor	9.0	11.9	15.8
Diş Doktoru	1.6	2.2	3.2
Eczacı	1.5	2.2	3.0
Hemşire+Hemşire Yrd.	1.6	6.2	8.8
Sağlık Memuru	3.4	5.9	9.9
Ebe	3.7	5.6	11.3

Tablo 3.15. Doktor başına sağlık personeli durumu.

Ünvan	1962	1967	1971
Hemşire	0,17	0,52	0,55
Ebe	0,41	0,47	0,71
Sağlık Memuru	0,37	0,49	0,63

Tablo 3.16. Sosyalleştirme bölgelerinde sağlık personeli başına nüfus durumu.

	Sosyalleştirme Programından Önce (1962)	Program Dönemi (1971)
Hekim	17,8	9,5
Sağlık Memuru	12,0	6,2
Hemşire	51,6	16,0
Hemşire Yardımcısı	24,0	15,3
Ebe	10,0	3,7

1971 yılı sonunda hekim kadrolarının %65'i, hemşire kadrolarının %71'i, sağlık memuru kadrolarının %26'ı boştur. Hekimlerin ve sağlık personellerinin büyük illerde toplanması, sosyalleştirme programının uygulandığı illerde kadroların dolması ile ilgili önemli değişiklikler olmuştur.

Sosyalleştirme programı ile birlikte koruyucu hekimlik ön plana çıkmış olmasına karşın birinci ve ikinci beş yıllık planda bu doğrultuda önlemlerin hızlıca alınamamış olması dolayısıyla uzman hekimliğe yönelimin önüne geçememiştir. Tablo 3.17'de de görüldüğü üzere 1962 yılı itibariyle uzman hekim oranı %53, 1971'de de % 68,8 olarak kayıtlara geçmiştir.

Tablo 3.17. Pratisyen ve uzman hekim oranları (yüzde).

Hekim	**1962**	**1967**	**1971**
Pratisyen	47,0	35,3	31,2
Uzman	53,0	64,7	68,8
TOPLAM	100,0	100,0	100,0

3.3.5. Teşkilatlanma

Merkezi ve vilayetler teşkilatlanması devam etmekte, sağlığın sosyalleştirilmesi ile birlikte sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi gündeme gelmiş ancak üçüncü beş yıllık kalkınma döneminde de tam anlamıyla faaliyete geçirilememiştir (55, 59).

3.3.6. Sağlık Yatırımları

Verem ile Mücadele kapsamında 1982 yılına kadar 100 dispansere daha ihtiyaç olduğu tespit edilmiş olup üçüncü plan döneminde yarısının ihtiyaçlar doğrultusunda gerekli illere yapılması belirtilmiştir.

Birinci plan döneminde kamu sağlığı dispanseri, verem savaş dispanseri, halk sağlığı laboratuvarları, bölge kamu sağlığı enstitüleri, bölge tamirhanesi, eğitim merkezleri başta olmak üzere sağlık yatırımları 1.658.000 TL olarak gerçekleşmiştir. İkinci plan döneminde de çocuk bakım ve yetiştirme yurtları, ilk kabul merkezleri, kreş ve gündüz bakım evleri, rehabilitasyon merkezleri, yaşlılar huzur ve dinlenme yurtları, geri zekalılar bakım kurumları, kör ve sağır okulları olmak üzere sağlık yatırımları 1.940,700 TL olarak gerçekleşmiştir. Sağlık yatırımları için üçüncü plan döneminde gerçekleşme tutarı ise 4.000.000 TL olarak öngörülerek 30 halk sağlığı laboratuvarı, 8 bölge kamu sağlığı enstitüsü, 8 bölge tımarhanesi ve 8 eğitim merkezi yapılması planlanmıştır.

3.3.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler

1965-1970 yılları arasında nüfus artış hızı %25,6 olarak tespit edilmiştir. 1970 yılı nüfus sayımı geçici sonuçlarına göre ülke nüfusu 35.7 milyona ulaşmıştır. 1950 yılından itibaren hızlı nüfus artışının sonucu olarak 0-14 yaş grubunun nüfus içindeki payı %41,1'e yükselmiştir. 15-64 yaş grubunun nüfus içindeki payı %54,5'e düşmüştür.

Sosyal yardım ve refah hizmetleri tek elde toplanamamıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı korunmaya muhtaç çocuklar ile ilgili hizmetleri yürütmektedir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Milli Eğitim Bakanlığı ile birlikte toplam sosyal hizmet harcaması 1967 yılında 36,5 milyon TL, 1971 yılında da 82,6 milyon TL'dir.

3.3.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler

- 1962 yılına oranla sağlık personeli ve hekim sayısında artış gözlenmiştir.
- 1975 yılı itibariyle DSÖ'nün öneri ve kriterlerine uygun olarak sağlık istatistikleri kayıt altına alınmaya başlamıştır (60).
- Üçüncü Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri Ek-3'de sunulmuştur.

3.4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983 Yılları)

3.4.1. Plan Hakkında

1979-1983 yıllarını kapsayan Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında; kamu yönetimi ve kamu harcamalarında demokrasiyi güçlendirici kurallar yapılması, halk girişimciliğinin ve kooperatifçiliğin desteklenip yaygınlaştırılması ve etkinleştirilmesi, nüfus hareketlerinin sağlıklı bir eğime kavuşması, işsizliğin yeni önlem ve projelerle azaltılmasının sağlanması, toplumsal güvenliğin köylüyü de kapsayacak şekilde yaygınlaştırılması, kredi düzeninin üretimi ve toplumsal adaleti sağlayacak şekilde işlemesi, iç pazarlama düzeninin üretici ve tüketiciyi koruyacak şekilde düzenlenmesi, sağlıklı beslenme, sağlıklı tüketme ve sağlıklı kentleşmenin birlikte gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır (61).

Üçüncü beş yıllık kalkınma planı dönemi 1973-1977 yıllarını kapsamakla birlikte 1978 yılı ara yıl olarak değerlendirilmiştir.

Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Mete Han (05.01.1978-12.11.1979) olup daha sonra sırasıyla,

Dr. Münif İSLAMOĞLU (12.11.1979-12.09.1980),

Prof. Dr. Necmi AYANOĞLU (22.09.1980-23.12.1981),

Prof. Dr. Kaya KILIÇTURGAY (23.12.1981-13.12.1983) ve

Mehmet AYDIN (13.12.1983-17.10.1986) görev yapmıştır (54).

3.4.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi

Sağlık sektöründeki temel gaye, sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir şekilde her bireye ve her bölgeye ulaştırarak genel sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmaktır.

Bu bağlamda; sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek amacıyla gerekli yasal düzenlemelerin yapılması, koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak değerlendirilmesinin sağlanması, örgütsel düzenlemelerin yapılması, yeterli sağlık personelinin yetiştirilmesi, halk eğitimlerine ağırlık verilmesi, devletin ilaçlar üzerindeki denetim etkisini artırarak ithal edilen hammaddelerin miktar, fiyat ve kalite kontrolünü etkin bir şekilde gerçekleştirmesi, ilaç kullanımı hususunda savurganlığın önüne geçilmesi için çalışmalar yapılması, kan alma ve kan tüketme işlemlerinde ihtiyaç sahiplerine ulaşımı sağlayacak bir sistem oluşturulması, işçi sağlığı ve işyeri güvenliği hizmetlerinin yaygınlaştırılması, teşhis ve tedavide kullanılan araç ve gereçlerin sağlık sistemi içerisinde kullanımı konusunda benzer kurumlarla işbirliği içerisinde çalışmanın sağlanması, beslenme programına önem verilmesi, tam süre çalışma yasası için gerekli önlemlerin alınması, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı hizmetleri kapsamının sosyalleştirme programına dahil edilmesi ve köy ebeliği kavramının geliştirilmesi, sağlık personeli yetiştirilmesi konusunda öncelikle toplum sağlığı konularına ağırlık verilmesi planın hedefleri arasındadır (61).

3.4.3. Sağlık Personeli Durumu

Sağlık personellerinin bazı yerlerde yoğun bir şekilde görevlendirilmiş olmalarının önüne geçilememiş olmasına rağmen, 1978 yılında yayımlanarak kamuda görevli hekimlerin çalışma koşullarını ve sorumluluklarını belirleyen “Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışma Yasası” ile birlikte sağlık hizmeti sunulan bölgelerde, yataklı tedavi kurumlarındaki dağılımının olumlu yönde değişeceği düşünülmektedir (61).

Çevre sağlığı ve toplum sağlığı konularında çalışmak üzere personel yetiştirilmesi, hekim ihtiyacı olan sağlık kuruluşlarının belirlenerek ihtiyaca binaen hekim sayılarının dikkate alınması, bu kapsamda bir heyetin görevlendirilmesi plan dönemi hazırlıklarındandır (61).

1979 yılında Bakanlıkta çalışan hekim sayısı 5500 olup bunlardan 2500'ü tam gün yasası kapsamında görev yapmaktadır. Aynı zamanda 60.000 personel de bu kapsamda görev almış olup doğu illeri sürgün yeri değil tercih yeri olarak görülmektedir (54).

1981 yılında 2627 uzman hekim görev yaparken 1983 yılında bu sayı 3202 uzman hekime ulaşmıştır. Pratisyen hekimlerde olarak görev yapanların sayısı 1981 yılında 2294 iken, 1983'te bu sayı 3557'dir. Böylelikle sosyalleştirme bölgelerinde pratisyen hekim oranı %95'tir (61).

İlgili dönemde Sağlık Bakanlığı, 70 sağlık meslek lisesinde yardımcı sağlık personeli eğitimi sağlamaktadır. 1982-1983 eğitim yılında bu okullardan mezun olan toplam 3.859 meslek mensubundan 2.565'i hemşire, 1.002'si ebe ve 292'si ise diğer alanlardandır (61).

3.4.4. Bütçe ve Mali Konular

1978 yılı bütçe konuşmalarında yer aldığı haliyle Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçedeki payı %2,87'dir. Mevcut şartlarda koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğini sağlayabilmek için sağlık bakanlığı konsolide bütçesinin %10 civarında olması beklenmektedir. 1979 yılında ise 17 milyar 62 bin liralık bütçe ile sağlık bakanlığı bütçesinin genel bütçe içerisindeki oranı %6,5 olduğu görülmektedir.

3.4.5. Teşkilatlanma

1939 yılında yayımlanan **"***Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu*" yerini, 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı "*Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*"ye bırakmıştır. KHK'ya göre Sağlık Bakanlığı teşkilatı, merkez teşkilatı ile taşra teşkilatı ve bağlı sağlık kuruluşlarından meydana gelmektedir.

Bakanlık; Bakan, müsteşar ve 3 müsteşar yardımcısı yönetiminde hizmet vermektedir. Bakanlık ana hizmet birimleri; Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı, Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, (Değişik : 14/4/1989 - KHK - 367/11 md.) Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, (Ek: 14/4/1989 - KHK - 367/11 md.; Ek: 14/3/1991-3703/21 md.) Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı'ndan meydana gelmektedir.

Ana hizmet birimlerinin yanında Danışma ve Denetim Birimleri kurulmuştur. Bu birimlerin dağılımı da şu şekildedir: Teftiş Kurulu Başkanlığı, Araştırma, Planlama ve

Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Hukuk Müşavirliği, Bakanlık Müşavirleri, Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirleri.

Yardımcı Birimler ise, Personel Genel Müdürlüğü, İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı, Savunma Sekreterliği, Komptrolörlük Dairesi Başkanlığı (Mülga: 8/6/1984 - KHK - 210/11 md.) Özel Kalem Müdürlüğü'dür (57).

3.4.6. Sağlık Yatırımları

1973-1977 döneminde kamu sağlık yatırımları 6,4 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Planda, 1978 yılı ek yatırım listesinde yer aldığı gibi, genel ve katma bütçeli kuruluşlar ile kamu iktisadi kuruluşlarına ait yatırım projelerinin toplam 9.9 milyar TL'ye mal olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte ikinci ve üçüncü kalkınma planı döneminden kalan projelerin tamamlanması için 4,9 milyar TL kaynak ayrılması gerekmektedir.

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde; koruyucu sağlık hizmetleri sağlık yatırımı hedefi 9.985.000 TL, tedavi edici sağlık hizmetleri sağlık yatırımı hedefi 9.900.000 TL, sosyal hizmetler sağlık yatırımı hedefi 1.615.000 TL olup toplam hedef 21.500.000 TL'dir (61).

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı ile birlikte tedavi edici kurumların hizmet binası dağılımları düzenlenmeye çalışılmıştır. Ancak bazı sağlık kuruluşlarında çok farklı özellikler bulunmakla birlikte yapı işlerinde standardın sağlanması önem arz etmektedir.

1981 yılına kadar tüm illerin sosyalleştirmeye dahil olması beklense de, durum bu şekilde gerçekleşmemiştir. 1978 yılında halen sosyalleşen il sayısı 47'dir. 1981 yılında bu illerin durumu ile ilgili bir düzenleme yapılmamıştır. 1983 yılında ise sosyalleştirmeye dahil olmayan 20 il için sosyalleştirme kararı alınarak tüm yurda yayılmıştır(57).

3.4.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler

2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, özellikle korunmaya muhtaç çocuklar, engelliler, yaşlılar ve diğer muhtaç bireyler ile ailelere yönelik sosyal hizmetlerin yeterli, etkili ve kapsamlı bir şekilde tek bir merkezden yönetilmesi amacıyla 27 Mayıs 1983 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Dönemde çocuk yuvası sayısı 38'dir. 4789 0-6 yaş grubu çocuklara hizmet verilmekte ayrıca 335 korunmaya muhtaç çocuk, koruyucu aile kapsamında koruma altına alınmıştır. 12 huzurevi, 1590 yaşlı vatandaşa hizmet vermektedir. Nüfus artışı ise %2.1 oranında seyretmektedir (61).

3.4.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler

- Tam gün yasası ile birlikte doğu illerinde görev yapmak istemeyen personelin teşvik edici sebeplerle bu bölgelerde görev yapmada istekli olmaları sağlanmıştır.
- Sosyalleştirme bölgelerindeki pratisyen hekim oranı artmıştır.
- 1936 yılından beridir süregelen **"***Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu*" yerini, 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı "*Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*"ye bırakarak teşkilat yapısında yeni düzenlemeler sağlanmıştır.
- Dördüncü Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri Ek-4'de sunulmuştur.

3.5. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989 Yılları)

3.5.1. Plan Hakkında

1985 – 1989 yıllarını kapsayan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 16 Ekim 1962 tarihli ve 77 sayılı Kanun gereğince, Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 13.7.1984 tarihli ve 90'ıncı oturumunda onaylanmıştır. Kalkınma planının genel amacı, Türk milletinin refah seviyesinin yükseltilmesidir. Bunun için her alanda bazı politikalar geliştirilmiştir. Sağlık alanında ise, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara ulaşabilmesini sağlayacak altyapının oluşturulması, vatandaşların fayda sağlayabilmesi temeliyle, Genel Sağlık Sigortası Sisteminin oluşturulması planda öncelik olarak belirlenmiştir (57).

Plan döneminde, Mehmet AYDIN (13.12.1983-17.10.1986),

Doç. Dr. Mustafa KALEMLİ (17.10.1986-21.12.1987),

Bülent AKARCALI (21.12.1987-26.06.1988),

Cemil ÇİÇEK (26.06.1988-26.07.1988),

Nihat KİTAPÇI (26.07.1988-31.03.1989),

Halil ŞIVGIN (31.03.1989-23.06.1991) sağlık bakanı olarak görev yapmıştır.

3.5.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi

Vatandaşların sağlık seviyesinin yükseltilmesi, sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli ve etkili bir şekilde herkese ulaşmasının sağlanması planın sağlık sektörü amacıdır. Bu konuda, gerekli

mevzuat değişikliklerinin yapılması, çevre sağlığı şartlarının iyileştirilmesi, halkın sağlıklı ve kaliteli ürünlerle beslenmesinin sağlanması, aile planlaması hizmetinin sunulması, çocuk ölümlerinin azaltılması, iş sağlığı konusunda işçilerin çalışma ortamlarında korunması, mevcut tedavi kurumları arasında koordinasyonun sağlanarak tıbbi bakım hizmetlerinin verimli hale getirilmesi, sağlık hizmet sunumunda görev alacak personellerin yetiştirilmesi, halkın sağlık eğitiminin sağlanması, sağlık müracaat zincirinin sağlık ocaklarından itibaren başlatılması, özellikli ilaçların bulundurulması, ilaç israfının önüne geçilmesi, sağlık yapılarına ilişkin inşaat ve maliyet standartlarının geliştirilmesi hedefler arasındadır (62).

3.5.3. Sağlık Personeli Durumu

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık personelleri için mevcut durum, ihtiyaç ve plan bitiminde ulaşılması istenen hedef sayı belirtilmiş olup Tablo 3.18.'de gösterilmiştir (62).

Tablo 3.18. Personele ilişkin mevcut durum, ihtiyaç ve hedef göstergeleri.

Ünvan	Mevcut Durum (1984)	İhtiyaç (1984)	1989 Hedefi
Hekim	33.6	37.8	56.2
Diş Hekimi	7.8	8.7	12.9
Sağlık Teknisyeni	15.0	15.9	26.6
Ebe, Hemşire	62.0	75.5	112.0

Hekimlerin %60'a yakını yine üç büyük ilde görev yapmaktadır. Bu süreçte Mecburi Hizmet Yasası ile birlikte bu sorunun çözüleceği düşünülmektedir.

Batı ülkelerinde gelişen aile hekimliği uzmanlığının ülkemizde de koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmek amacıyla uygulanmasının uygunluğu tartışılmaktadır.

Yetiştirilen hekim sayısının yeterli olup olmadığı konusunda üniversiteler ile işbirliği yapılması planlanmıştır. Ayrıca bu dönem içerisinde Bakanlıkta diş hekimleri ile ilgili olarak ilk defa Daire Başkanlığı kurulmuş ve Meslek Odaları Kanunu çıkarılmıştır (54).

3.5.4. Bütçe ve Mali Konular

Sağlık Bakanlığının 1989 mali yılı bütçesi 898 milyar 995 milyon Türk lirası tutarında olup bunun % 64'ü personel giderlerine, %20'si cari giderlere, %13'ü yatırım harcamalarına, %4'ü ise transfer harcamalarına ayrılmıştır.

3.5.5. Teşkilatlanma

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin ülke genelinde yayılımı şu şekildedir: 522 hastane, 3142 sağlık ocağı, 10493 sağlık evi, 249 verem savaş dispanseri, 208 ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, 59 il ve 12 ilçede halk sağlığı laboratuvarları, 7 havalimanı sağlık denetleme merkezi, 12 hudut kapısı sağlık denetleme merkezi, 43 sahil sağlık denetleme merkez bu hizmetleri yerine getirmektedir (62).

3.5.6. Sağlık Yatırımları

Sağlık Bakanı Nihat KİTAPÇI, 1989 Mali Yıl Bütçesi Meclis konuşmasında; "*1989 yılında toplam 640 kapasiteli 4 çocuk yuvası, 790 kapasiteli 6 yetiştirme yurdu, 730 kapasiteli 7 huzurevi*" açılacağını belirtmiştir. 1983 yılında, 268 ilçede yataklı tedavi kurumu varken 1988'de bu sayı 372'ye çıkmıştır. Yine 1983'te 2525 olan sağlık ocağı sayısı, 3142 ye; 7055 olan sağlık evi sayısı ise 10493'e ulaşmıştır (54, 63).

3.5.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler

Tablo 3.19. Plan döneminde sosyal hizmet kapsamında hizmet veren kuruluş ve yararlanan kişi sayısı.

KURULUŞ TÜRÜ	YARARLANAN KİŞİ SAYISI
146 Kuruluş	18921 Çocuk
23 Huzurevi	3150 Yaşlı
26 Kreş ve Gündüz Bakım Evi	3533 Çocuk
3 Rehabilitasyon Merkezi	200 Vatandaş

98 çocuk koruyucu aileye teslim edilmiş, 73 çocuğun ise evlat edinilmesi sağlanmıştır. Çocuk ölümleri binde 75, ana ölüm hızı ise yüz binde 208 olarak gerçekleşmiştir (54, 62).

3.5.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler

- Çevre sağlığı şartlarının düzeltilebilmesi için yönetmelik çıkarılarak düzenleme yapılmıştır.
- İlçe hastane sayıları artış göstermiştir.
- İlaç endüstrisinde devletin söz sahibi olması için yönetmelik çıkarılarak düzenleme yapılmıştır.
- Beşinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri Ek-5'de sunulmuştur.

3.6. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994 Yılları)

3.6.1. Plan Hakkında

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 30.10.1984 tarih ve 3067 sayılı Kanun gereği Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 22.06.1989 tarihli 107. Birleşiminde onaylanmıştır. Plan Türk Milletinin refah seviyesini yükseltmeyi amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda; gelir dağılımını iyileştirmek, işsizliği azaltmak, bölgesel ve yöresel kalkınma farklılıklarını en aza indirmek, sağlık hizmetlerinin ülkede yaygınlaştırılarak kolay erişilebilir olmasını sağlamak, koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermek, sosyal güvenlik kapsamını genişletmek önemli hedeflerdendir (64).

Plan döneminde; Halil ŞIVGIN (31.03.1989-23.06.1991),

Doç. Dr. Yaşar ERYILMAZ (23.06.1991-20.11.1991),

Dr. Yıldırım AKTUNA (20.11.1991-25.06.1993),

Rıfat SERDAROĞLU (25.06.1993-28.11.1993),

Ecz. Kazım DİNÇ (28.11.1993-15.08.1994),

Dr. Doğan BARAN (15.08.1994-06.03.1996) sağlık bakanı olarak görev almıştır.

3.6.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi

Plan, sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırılması gayesiyle doğuşta hayatta kalma ümidini 68 yıla yükseltmek, bebek ölüm oranını

% 50'nin altına düşürmek, sağlık hizmetleri talebi için başvuruların ilk basamak sağlık hizmetlerince karşılanması hedeflerini ön planda tutmaktadır (64).

Sağlık hizmetlerinden etkin, sürekli ve yaygın bir şekilde faydalanılmasını sağlayabilmek için koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması, çevre sağlığı şartlarının iyileştirilmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, modern kanalizasyon altyapısının sağlanması, temiz içme suyuna erişim sağlanması, halkın tedavi kurumlarına başvuru sayısını azaltabilmek için gerekli önlemlerin alınması, gıda kontrol hizmetleri ile ilaç, kan ürünü, aşı, serum üretimi, kontrolü, dağıtımı, saklanması ve kullanımı ile ilgili mevzuat düzenlemelerinin yapılması, eğitim faaliyetlerine ağırlık verilmesi, sağlık hizmeti sunumunda bulunan kuruluşlar arasında koordinasyon sağlanması, hasta sevk sisteminin işlerliğinin sağlanması, rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi, sağlık personellerinin yurt genelinde dengeli dağılımının sağlanması, özel sektörün teşvik edilmesi, sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi, bilimsel araştırma faaliyetleri ile gelişme gösteren yeni tıp dalları ve modern tıp teknolojilerin izlenmesi için destek sağlanması, bakım onarım hizmetlerinin geliştirilmesi için biyomedikal mühendislik hizmetlerinin etkinleştirilmesi, sağlık mevzuatının günün şartlarına uygun olarak düzenlenmesi yine diğer kalkınma planlarında yer alan ortak hedefler arasında bulunmaktadır (64).

3.6.3. Sağlık Personeli Durumu

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, diğer kalkınma planlarında olduğu gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını hedeflediğinden tıp hekimi müfredatında ve istihdamında pratisyen hekimliği özendirici düzenlemeler yapılmasını ve uzman açığı olan tıp dallarında teşvik sağlanmasını öngörmektedir. Sağlık personelinin yurt genelinde dengeli dağılımı için gerekli tedbirlerin alınması yine diğer planlarda olduğu gibi bu plandaki hedefler arasında yer almaktadır (64).

Sağlık Bakanı Halil ŞIVGIN, bütçe konuşmasında; 1990 yılı itibariyle temel sağlık hizmetleri alanında 6494 hekim, 17505 ebe, 4521 hemşire, 4705 sağlık memuru, 9305 sağlık personeli ve 14328 idari ve teknik personelin (toplamda 56858 personel) bakanlıkta görev yaptığını ifade etmiştir (54).

Tablo 3.20.'de personel durumunun 1983 yılı ile 1990 yılı arasındaki kıyaslamasına yer verilmiştir.

Tablo 3.20. Yıllara göre personel sayıları ve artış oranları (yüzde).

Unvan	Yıllar	Sayı	Oran
Hekim	**1983**	**3479**	**%87**
	1990	**6494**	
Hemşire	**1983**	**2189**	**%107**
	1990	**4521**	
Ebe	**1983**	**8976**	**%95**
	1990	**17505**	

Sağlık personelinin istihdamı ve özlük haklarına ilişkin düzenleme yapılması planının yürürlükte olduğu sürece görüşülmüş ve bazı düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık Bakanı Ecz. Kazım DİNÇ, bu konu hakkında 1994 Mali Yıl Bütçesi konuşmasında;

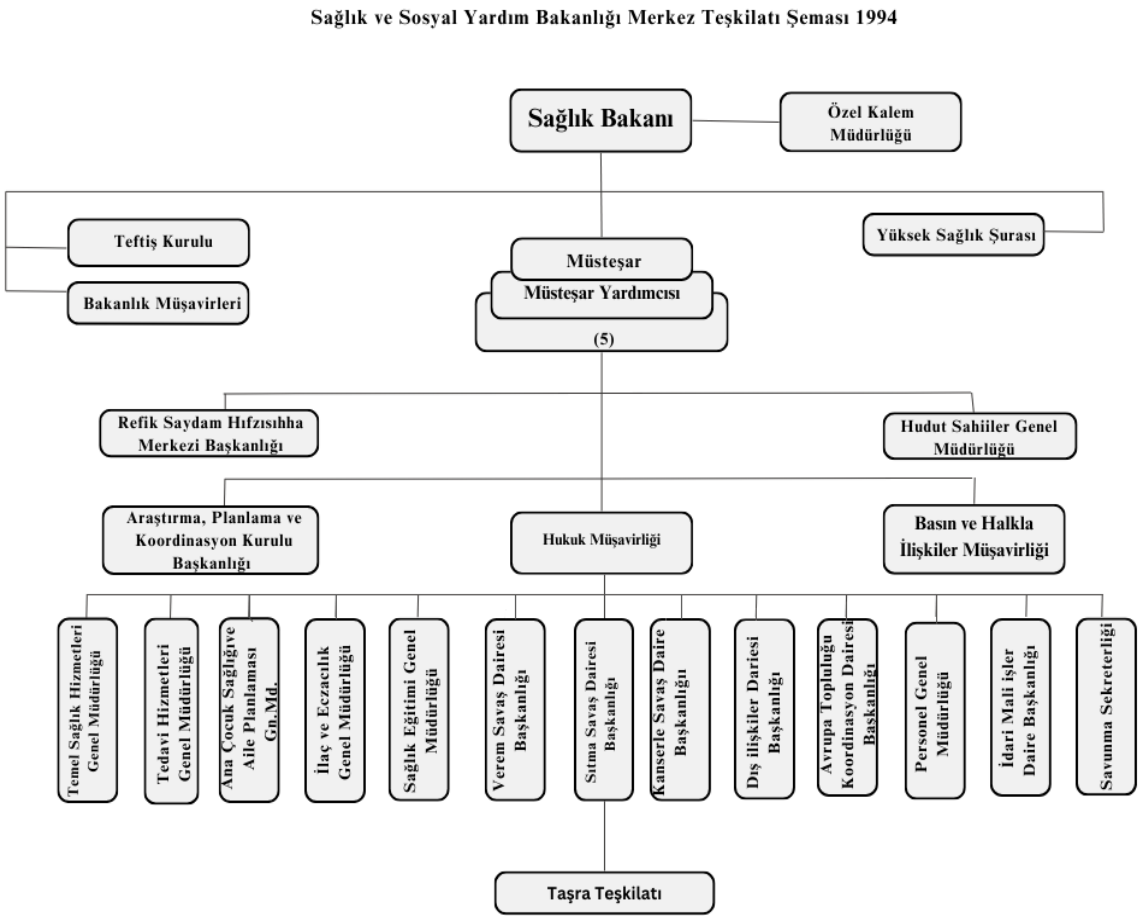
"*2514 Sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun ile sadece hekimlere uygulanan devlet hizmeti yükümlülüğünün kaldırılarak yerine çalışma yer ve şartlarına göre sağlık personelinin mali ve özlük haklarında iyileştirme yapılması için, Bakanlık ve taşrada çalışan tüm personele sağlık hizmeti tazminatı ödenmek üzere 657 sayılı Devlet Memurları Kanununda değişiklik yapılması, sağlık müdürlerine ikinci görev aylığı bağlanması, döner sermayeden yapılan ek ödemelerin arttırılması, normal mesai dışında, tam gün çalışanlarca gerçekleştirilecek özel tarifeli sağlık hizmeti dışında döner sermayeden pay ödenmesi*" gerekliliğini ifade etmiştir (54).

3.6.4. Bütçe ve Mali Konular

Sağlık Bakanlığına 1990 Mali Yılında ayrılan bütçe 2 Trilyon 633 Milyar 217 Milyon TL'dir. Genel bütçeden sağlık bakanlığı için ayrılan bütçenin en yüksek olduğu yıl 1992 olarak ifade edilmektedir. Ancak bu hususta sayısal veriye ulaşılamamıştır. 1994 yılında ise Sağlık Bakanlığına ayrılan bütçenin genel bütçe içindeki payı %3.95'tir. 1994 yılı bütçesi 30 trilyon 463 milyar 327 milyon olarak düzenlenmiş; bu bütçenin %79'u (24 trilyon 500 milyar) personel giderleri, % 7,7'si (2 trilyon 362 milyar) cari giderler, % 8,4'ü yatırım (2 trilyon 558 milyar) harcamaları ve % 4,9'u (1 trilyon 483 milyar 377 milyon) transfer)harcamaları için ayrılmıştır. 1995 yılına bakıldığında genel bütçe içerisindeki payın %3,79 olduğu ve 3814 sayılı yasa kaynaklı 1 trilyon 850 milyar liralık ek gelir ile 50 trilyon 591 milyar 551 milyon TL'nin sağlık bakanlığına ayrıldığı görülmektedir (54).

3.6.5. Teşkilatlanma

1994 yılı Merkez teşkilat yapısı Şekil 4.3.'te gösterilmiştir. Taşra teşkilatına ait veri bulunmamaktadır (63).



Şekil 3.3. Sağlık ve sosyal yardım bakanlığı merkez teşkilat yapısı (1994)

3.6.6. Sağlık Yatırımları

Plan döneminin en önemli konularından birisi de genel sağlık sigortasına geçiş çalışmalarının devamlılığının sağlanmasıdır. 1990 yılı itibariyle 57 milyonluk nüfusun 2 milyonunu sigortası olmayan vatandaşlar oluşturmaktadır. 05.08.1992 yılında yeşil kart uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama ile sağlık sigortası kapsamında olmayan vatandaşların sağlık hizmetinden faydalanması amaçlanmıştır. 15.11.1993 tarihine kadar 2.812.824 vatandaş yeşil kart uygulamasına katılmak için müracaatta bulunmuş ve bunlardan 2.041.585 kişinin yeşil kart alması uygun görülmüştür (54).

3.6.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler

1990-1995 döneminde, yıllık nufüs artış hızı binde 21.6, kaba doğum oranı binde 28,5, kaba ölüm oranı ise binde 6,9 olacağı tahmin edilmektedir. Planda, bebek ölümlerinin alınacak tedbirlerle azalacağı tahmin edilirken plan döneminde doğacak 1,7 milyon bebeğin 87.000'inin 1 yaşını doldurmadan öleceği ifade edilmektedir. Toplam nüfusun ise 1994 yılı itibariyle 61,8 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (64).

3.6.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler

- 1992 yılında yeşil kart uygulamasına geçilmesi ile birlikte sosyal güvenlik kapsamına dahil olmayan vatandaşların sağlık hizmeti sunumundan faydalanmaları sağlanmıştır.
- Altıncı Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri Ek-6'da sunulmuştur.

3.7. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1995-2000 Yılları)

3.7.1. Plan Hakkında

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 30.10.1984 tarih ve 3067 sayılı Kanun gereği Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 18.07.1995 tarihli 142. Birleşiminde 374 karar numarası ile onaylanmıştır.

21. yüzyıla girmenin arifesinde olan Türkiye'de çağdaş, üreten, gelirini adil bir şekilde paylaşan, insan haklarına saygılı, özgür bir ülke yaratılması temel amaçtır. Bu amaç doğrultusunda; özgür ve demokratik ortamın yaratılmasına, toplumun yaşam seviyesinin yükseltilmesine, gelir dağılımının iyileştirilmesine, eğitim düzeyinin yükseltilmesine, sağlık hizmetlerinden herkesin faydalanabilmesine, sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılmasına çalışılacaktır (65).

Plan döneminde;

Dr. Doğan BARAN (15.08.1994 – 06.03.1996),

Dr. Yıldırım AKTUNA (06.03.1996-26.04.1997),

Nafiz KURT (30.04.1997-13.05.1997),

Doç. Dr. İsmail KARAKUYU (13.05.1997-30.06.1997),

Dr. Halil İbrahim ÖZSOY (30.06.1997-11.01.1999),

Dr. Mustafa Güven KARAHAN (11.01.1999-28.05.1999),

Doç. Dr. Osman DURMUŞ (28.05.1999-19.11.2002) sağlık bakanlığı görevini yerine getirmiştir (65).

3.7.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi

Sağlıkta kaynakların etkin kullanılması, yaygın hizmet sunumu, sürdürülebilirlik ve kalite anlayışı ile memnuniyetin arttırılması sağlık sektöründeki temel amaçtır. Bu doğrultuda; sağlık politikalarına süreklilik kazandırılması, yasaların kararlılıkla uygulanmasının sağlanması, kırsalda sağlık ocağı, sağlık evi modeli devam ederken aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, sağlık grup başkanlıkları yerine ilçe sağlık müdürlükleri kurulması, sağlık enformasyon sistemi geliştirilmesi, etkili insan gücü planlaması yapılması diğer hedefler arasındadır (65).

3.7.3. Sağlık Personeli Durumu

Sağlık personellerinin ülke genelinde dengeli dağılımının sağlanması maksadıyla etkili insan gücü planlaması ihtiyacı vardır. Bu hususta; meslek gruplarının görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi ve ücretlendirme sisteminin dengeli bir şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.

Ülkenin ihtiyacı olan sağlık personelinin yetiştirilmesi için, eğitim programlarının yeniden gözden geçirilmesi, mezuniyet sonrası eğitimlerin devamlılık kazanması sağlanacaktır.

1989 yılı itibariyle 46.708 hekim, 10.132 diş hekim, 15.201 eczacı, 43.374 hemşire, 27.805 ebe, 18.869 sağlık memuru ve sağlık teknisyeni görev yapmaktadır. 1994 yılında ise bu sayının 64.000 hekim, 13.200 diş hekimi, 17.500 eczacı, 61.500 hemşire, 39.700 ebe ve 38.200 sağlık memuru ve sağlık teknisyenine yükselmesi beklenmektedir (65).

3.7.4. Bütçe ve Mali Konular

1995 yılı mali bütçesi, 50 Trilyon 591 milyar 551 milyon TL'dir. Bu tutarın genel bütçe içerisindeki oranı %3.79'dur. 1999 yılı mali bütçesi 1 Katrilyon 59 Trilyon 825 milyar TL olup gene bütçe içerisindeki oranı %2.26'dır. Bu döneme kadar en düşük oran bu yıla aittir. 2000 yılı mali bütçesi 1 Katrilyon 280 Trilyon TL olup genel bütçe içindeki payı %2,66'dır (54).

3.7.5. Teşkilatlanma

Bu dönemde bahsi geçtiği üzere, sağlık grup başkanlıklarının kapatılarak yerine ilçe sağlık müdürlüklerinin kurulması, sağlık ocağı, sağlık evi modeli devam ederken aile hekimliği uygulamasına geçilmesi planlanmaktadır.

Merkez teşkilatta ise; Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı kurulmuştur (63).

3.7.6. Sağlık Yatırımları

1998 yılı itibariyle 41 ilde 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu kurulmuş, 99 yılında ise 63 ile 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu kurularak acil müdahale gerektiren durumlara hızlı bir şekilde ulaşım sağlanmaya çalışılmıştır. 2000 yılı itibariyle de 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarının tüm illerde olması hedeflenmiş olsa da 71 ilde, 358 istasyon ve 541 ambulans ile hizmet verilmiş, kalan 10 ilin de katılması için çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (54).

Kanser Erken Teşhis Merkezi sayısı 1998 yılı itibariyle 12 iken, 1999'da 22'ye yükselmiş; 2000 yılında da 5 merkez daha kurulması planlanmaktadır. 17 Ağustos 1999 yılında yaşanan deprem sonrasında 11 hastane, 30 sağlık ocağı, 13 sağlık meslek lisesi hasar görmüş, 28 sağlık ocağı da yıkılmıştır.

3.7.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler

Devlet İstatistik Enstitisü ve DPT verilerine göre, 1995 yıl ortası nufüsu 62.171.000 kişi, yıllık nüfus artışı 1,71, kaba doğum hızı binde 22,4, bebek ölüm hızı binde 44,4, yıllık doğum sayısı 1.381.000 kişi, doğuşta hayatta kalma ümidi kadında 70,3, erkeklerde ise 65,7'dir.

Çocuk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması, çocukların sağlıklı beslenmesinin sağlanarak ana çocuk sağlığı hizmetlerine ağırlık verilmesi, anne ölümlerinin azaltılması, suça yöneltilen çocukların korunması için koruyucu ve önleyici hizmetlerin geliştirilmesi, koruyucu aile ve evlat edindirme uygulamalarına ağırlık verilerek kurum bakımının iyileştirilmesinin sağlanması bu süreçte gerçekleştirilmesi hedeflenen hizmetlerdir.

Sağlık Bakanı Dr. Doğan Baran döneminde (1995), yeşil kart uygulaması için 4418 başvuru olmuş ve başvuruda bulunanların 3616'sı yeşil kart sahibi olmuştur. 2000 yılı sonunda yeşil kartlı vatandaş sayısı 9.656.737'ye ulaşmıştır.

3.7.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler

- Bu dönemde önemli projeler geliştirilmiştir. Bunlar; Sağlık Sandığı Kurumu kanun tasarısı taslağı, acil sağlık hizmetleri reorganizasyonu, sağlık standartlarının geliştirilmesi projesi, özel sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması, sağlık bakanlığı merkez ve taşra teşkilatının yeniden yapılanması, akılcı ilaç kullanımı projesi, hizmetlerin otomasyona geçirilmesi, sağlık turizmi projesi, rehabilitasyon merkezlerinin geliştirilmesi, kan ve kan ürünleri projesi, sağlık mevzuatının güncelleştirilmesi projesi .
- Bu dönem içerisinde bakan değişimi çok fazla olduğundan hedeflere odaklanılamadığı kayıtlardan anlaşılmaktadır.
- Yedinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri Ek-7'de sunulmuştur.

3.8. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005 Yılları)

3.8.1. Plan Hakkında

Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005, 30.10.1984 tarihli ve 3067 sayılı Kanun gereğince, Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 27.06.2000 tarihli 119. Birleşiminde 697 sayılı Karar numarası ile onaylanmıştır.

Toplumun kaliteli yaşan seviyesinin arttığı, sürekli büyüme sürecine girilen, AB üyeliğine uygun olarak gerekli hazırlıkların yapıldığı, değişim sürecinin gerçekleştiği, Dünya ile entegrasyonun sağlandığı bir ülke oluşturmak planın genel amaçları arasındadır. Sağlık alanında amaç ise; halkın talep ve beklentilerine uygun bir şekilde, eşitlik ve hakkaniyete riayet eden bir sağlık hizmetleri sunumu sağlamaktır (66).

Plan döneminde; Doç. Dr. Osman DURMUŞ (28.05.1999-19.11.2002) ve Prof. Dr. Recep AKDAĞ (19.11.2002-24.01.2013) sağlık bakanı olarak görev yapmıştır.

3.8.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi

Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi, fertlerin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halinde olmalarının sağlanarak sağlıklı bir topluma ulaşmak planının amacını oluşturmaktadır.

Bu hususta, sağlık hizmetlerinin eşit ve dengeli bir şekilde sunumunun sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi, sektörler arası işbirliği yapılarak toplumun sağlık durumunun korunması ve iyileştirilmesi, hasta sevk sisteminin geliştirilmesi, aile

hekimliği uygulamasına geçilmesi, mobil sağlık hizmetleri uygulamasının hayata geçirilmesi, halk eğitimi çalışmalarının yapılması (ana-çocuk sağlığı, ağız ve diş sağlığı, beslenme, yaşlı sağlığı, afet vb.), evde hasta bakımına yönelik bir sistem geliştirilmesi, hastanelerin idari ve mali açıdan kendi kendilerine yeten bir duruma gelmelerinin sağlanması, ihtiyaçların tespit edilerek hastane yataklarının planlanması, acil sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, personelin tam gün çalışmaya özendirilmesi, sağlık sunumunda teknoloji, altyapı ve personel eksikliklerinin tamamlanması, sağlık bilgi sistemi kurulması, özel sektörün teşvik edilmesi başlıca hedeflerdendir (66).

Hedeflere ulaşabilmek amacıyla bazı düzenlemeler yapılması gerekli görülmüş ve planda hukuki ve kuramsal düzenlemeler başlığı altında ifade edilmiştir. Bunlar; Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısının güncellenmesi, AB uyumu için gerekli düzenlemelerin yapılması, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunumunun sağlanabilmesi için gerekli mevzuat düzenlemelerinin yapılması, aile hekimliği uygulaması için gerekli düzenlemelerin yapılması, hastanelerin idari ve mali açıdan özgür, rekabetçi kurumlara dönüşebilmeleri için mevzuat düzenlemesi yapılması, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi'nin referans kurum haline getirilebilmesi için gerekli mevzuat düzenlemesinin yapılması, sağlık meslekleri, hemşire ve ebeler ile ilgili mevzuat düzenlemesi yapılması, sağlık hizmet sunumu ve finansmanının ayrılmasına ilişkin düzenleme yapılması, Yüksek Sağlık Şurası için mevcut yapının gözden geçirilerek revize edilmesidir (66).

3.8.3. Sağlık Personeli Durumu

1995 yılı itibariyle hekim sayısı 63.349 olup 2000 yılı itibariyle hekim sayısının 80.900 olacağı tahmin edilmektedir. Plan sonu hedefi ise 89.000 hekim sayısına ulaşmaktır (66).

1995 yılı itibariyle diş hekimi sayısı 11.717 olup 2000 yılı itibariyle diş hekimi sayısının 14.200 olacağı tahmin edilmektedir. Plan sonu hedefi ise 16.000 diş hekimi sayısına ulaşmaktır (66).

1995 yılı itibariyle hemşire sayısı 64.243 olup 2000 yılı itibariyle hemşire sayısının 71.000 olacağı tahmin edilmektedir. Plan sonu hedefi ise 77.100 hemşire sayısına ulaşmaktır (66) .

3.8.4. Bütçe ve Mali Konular

2000 yılı bütçesi 1 Katrilyon 59 trilyon 825 milyar TL olarak belirlenmiş ve genel bütçe içerisindeki oranı 2,26'dır.

2001 Mali yılı bütçesi 1 Katrilyon 280 trilyon olup genel bütçe içerisindeki oranı bir önceki yıla göre artış göstererek %2,66 olarak kayıtlara geçmiştir.

2001 yılı içerisinde inşaat süreci devam eden sağlık tesislerinde kullanılmak üzere ilgili kuruluşlara genel bütçeden 66 trilyon TL ile 3418 sayılı Kanunla ek kaynaktan 77 trilyon TL aktarılmıştır.

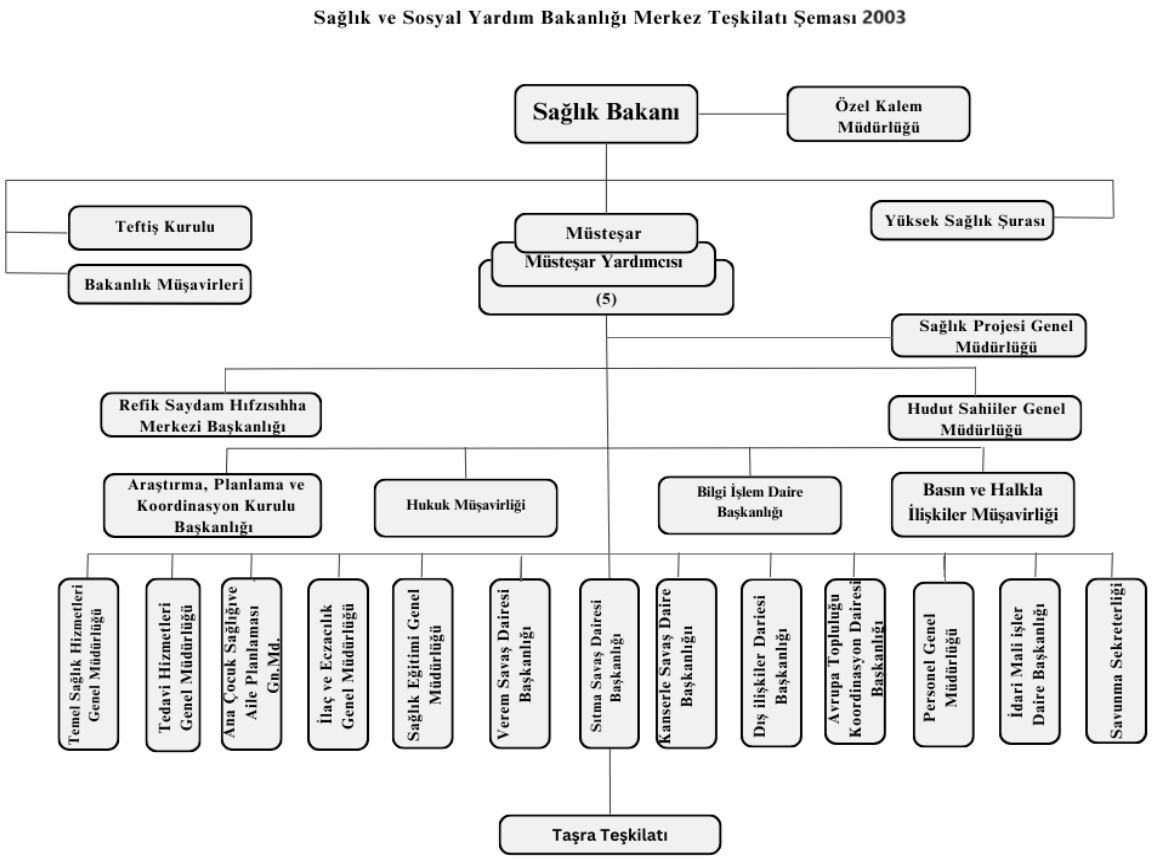
2003 Mali yılı bütçesi 3 katrilyon 570 trilyon 54 milyar olarak belirlenmiştir. Genel bütçe içerisindeki payı %2,45 olup önceki yıllara göre düşmüştür. Ancak Gayrisafi milli hasıla içerisindeki sağlık bütçesine ayırılan payın bu yılda en yüksek olduğu Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ tarafından ifade edilmiştir. 2002 yılında gayrisafi milli hasıla içerisindeki sağlık bütçesine ayrılan pay 2,2 iken, 2003'te 2,4'e yükselmiş 2004 yılı için ise 3,2'ye yükseleceği tahmin edilmektedir.

2004 Mali yılı bütçesi 4 katrilyon 747 trilyon 451 milyar TL olup bu bütçeden 780 trilyon TL'lik ödenek yeşil kart uygulaması için ayrılmıştır.

2005 Mali yılı bütçesi 5 milyar 462 milyon 974 bin 750 YTL ayrılmıştır. 2004 yılında genel bütçe de sağlık için ayrılan pay 3,17 iken 2005 yılında 3,55'e yükselerek en yüksek orana ulaşmıştır (66).

3.8.5. Teşkilatlanma

2003 yılı Sağlık Bakanlığı Merkez teşkilatlanması aşağıda sunulmuştur (67):



Şekil 3.4. Sağlık ve sosyal yardım bakanlığı merkez teşkilat yapısı (65)

3.8.6. Sağlık Yatırımları

2001 yılı yatırım programında 1494 sağlık tesisi projesi yapılacağı ifade edilmiş ve 700 adet sağlık tesisi inşaatına başlanmıştır. 2001 yılı içerisinde 31 hastane, 63 sağlık ocağı, 55 sağlık evi, 4 sağlık meslek lisesi, 4 ana-çocuk sağlığı merkezi, 1 verem savaş dispanseri, 2 sağlık müdürlüğü inşası tamamlanmıştır.

Acil sağlık hizmetleri kapsamında 81 il faal duruma geçmiş; 415 istasyon, 562 ambulans ve 10.000 personel ile hizmet sunumuna devam edilmiştir. 2001 yılı ilk on ayda toplam 117.973 hasta ve yaralıya acil sağlık hizmetleri kapsamında hizmet götürülmüştür (66).

3.8.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler

DSÖ'nün 2001 yılını Dünya Ruh Sağlığı Yılı ilan etmesi üzerine koruyucu ruh sağlığı çalışmaları projelerle desteklenmiştir.

Organize sanayi bölgelerinde işyeri sağlık birimleri kurularak işçi sağlığının korunması ön plana çıkmıştır.

2000 yılında bebek ölüm hızı binde 35,3 iken, 2001 yılında bebek ölüm hızı binde 34, anne ölüm hızı ise binde 49'dur. 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte ilk 6 ayda anne sütü teşviki programı başlatılmış, çocuklarda kansızlığı önleyecek demir ilaçlarının kullanımının sağlanması ayrım gözetilmeksizin uygulanmaya başlanmıştır. Çocukluktan başlayarak ağız ve diş sağlığı değerlendirmesi planlaması yapılmıştır.

Rutin aşılama çalışmaları devam etmekle birlikte 2003 yılı sonbahar döneminde 9 ay ile 15 yaş aralığındaki 20.000 çocuğun kızamık aşılama işlemlerinin yapılması planlanmıştır.

2004 yılı Eylül istatistiklerine göre 570.000 bebeğe demir ilacı verilmiş 2005 yılında da D Vitamini verilmesi uygulamasına geçileceği sağlık bakanı tarafından ifade edilmiştir.

1998'de bir annenin ilk altı ayda bebeğini anne sütü ile besleme oranı % 1,3 iken, uygulanan program ve verilen eğitimlerle bu oran 2004 yılında % 21'e ulaşmıştır (66).

3.8.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler

- 1995 yılında yatak sayısı 150.565 iken, 2000 yılında 170.000 olacağı plan sonunda ise 200.000'e ulaşacağı tahmin edilmektedir. Ancak 2007 yılı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı verilerine bakıldığında (Hasta yatağı sayısı: 170.291) bu hedefin gerçekleşmediği görülmektedir (66, 68).
- Hekim sayısı için yine planda 1995 yılı verilerine yer verilmiştir. 1995 yılı hekim sayısı 69.349 olup 2000 yılı için tahmini hekim sayısı 80.900, 2005 yılı hedefi ise 89.000 hekimdir. 2005 yılında hekim sayısı 106.698'e ulaşmış, bir hekime düşen nüfus sayısı ise 675'e düşmüştür (66, 68).
- Sekizinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri Ek-8'de sunulmuştur.

3.9. Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013 Yılları)

3.9.1. Plan Hakkında

Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013) 26215 sayılı ve 1 Temmuz 2006 tarihli resmi gazete ile yürürlüğe girmiştir.

Dokuzuncu Kalkınma Planı, "*İstikrar içerisinde büyüyen, gelirini daha adil paylaşan, küresel ölçekte rekabet gücüne sahip, bilgi toplumuna dönüşen, AB'ye üyelik için uyum*

sürecini tamamlamış bir TÜRKİYE" vizyonu ile Uzun Vadeli Strateji (2001-2023) kapsamında hazırlanmıştır.

Plan döneminde Prof. Dr. Recep AKDAĞ ve Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU sağlık bakanlığı görevini yürütmüştür (69).

3.9.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi

Dokuzuncu Kalkınma Planında sağlık sisteminin etkinleştirilmesi başlığı altında "personel dağılımının dengelenmesi, genel sağlık sigortası sisteminin aktifleştirilmesi, sağlık eğitim kalitesinin arttırılması, hizmet içi eğitimlerin arttırılması, hasta odaklı sağlık sistemi oluşturulması, tıptaki kötü uygulamaları önlemeye yönelik hukuki düzenlemeler yapılması, hasta hakları konusunda vatandaş ve sağlık personellerinin bilinçlendirilmesi, hasta hakları birimlerinin kurulması, aile hekimliği uygulamasının 2008 yıl sonu itibariyle tüm yurda yayılmasının sağlanması, hastanelerin idari ve mali açıdan bağımsızlaştırılması, hizmet sunumu ve personele ilişkin ulusal standartların belirlenmesi, sağlık birimlerinin yetkilendirilmesi için gerekli sistemin oluşturulması, özel sektörün teşvik edilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, sevk sisteminin etkin hale getirilmesi, bilgi sistemlerinin yaygınlaştırılması, akılcı ilaç kullanımı konusunda sağlık personeli ve vatandaşın bilgilendirilmesi, uluslararası sağlık veri tabanı oluşturulması, Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı, düzenleyici, denetleyici rolünün güçlendirilmesi" sağlık hedefleri olarak belirlenmiştir (69).

3.9.3. Sağlık Personeli Durumu

Sekizinci kalkınma planı döneminde sağlık personeli sayısında olumlu iyileşmeler yaşanmış ve Dokuzuncu Kalkınma Planı ile devam etmiştir.

2008 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı uzman hekim sayısı 25.886, pratisyen hekim sayısı 29.899, asistan hekim sayısı 7.751 olup toplam hekim sayısı 63.536'dır. Üniversite, özel hastane ve diğer kamu kurumları ve yerel idarelere bağlı çalışan hekimler dahil edildiğinde 2008 yılına ait toplam hekim sayısı 113.151'dir. Hekim sayısı 2006 yılında toplam 104.475'tir.

Sağlık Bakanlığına bağlı Hemşire sayısı 70.022, Ebe sayısı 43.600, diş hekimi sayısı 5.425, eczacı sayısı 1.192, sağlık memuru sayısı ise 59.846'dır. Toplam hemşire sayısı 99.910, toplam ebe sayısı 47.673, toplam diş hekimi sayısı 19.999, toplam eczacı sayısı 24.778 ve toplam sağlık memuru sayısı 83.993'tür.

Kalkınma Planı dönemi sonu itibariyle uzman hekim sayısı 73.886'e, pratisyen hekim sayısı 38.572'e, asistan hekim sayısı 21.3172'e, diş hekimi sayısı 22.295'e, eczacı sayısı 27.012'e, hemşire sayısı 139.544'e, ebe sayısı 53.427'e, diğer sağlık personeli sayısı 134.488'e ve diğer personel ve hizmet alımı ile çalışan personel sayısı 224.618'e ulaşmıştır (69).

3.9.4. Bütçe ve Mali Konular

Toplam sağlık harcamasının yurtiçi gayri safi milli hasılaya oranı 2008 yılında 6,1 iken 2013 yılında bu oran 5,4'e düşmüştür.

2012 yılı bütçesine göre bütçe harcamalarının 5.753.483.261,99 TL olması öngörüldüğü 2012 yılı Sayıştay Raporunda ifade edilmiştir. Bütçe giderleri toplamı 4.789.362.998,14 TL, bütçe gelirleri alacak tutarının ise 268.194.689,36 TL olduğu görülmüştür. Bütçe giderleri de personel, sosyal güvencesi olmayanların tedavi ve ilaç giderleri, mal alımları, aile hekimliği giderleri, diğer hizmet alımları şeklinde dağılım göstermiştir (70).

Sağlık Bakanlığı'na 2013 yılı için 2.490.208.650 TL ödenek tahsis edilmiştir. 2013 yılı Sayıştay Raporuna göre Sağlık Bakanlığı bütçe giderleri Tablo 3.22.'de gösterilmiştir (71) :

Tablo 3.22. Plan dönemi bütçe giderleri.

GİDER TÜRÜ	2012 YILI TUTARI	2013 YILI TUTARI
Personel Giderleri	₺3.100.287.255,67	₺898.424.914,48
SGB Tedavi ve İlaç Giderleri	₺228.342.509,00	₺193.479.853,96
Aile Hekimliği Giderleri	₺831.757.974,57	-
Mal ve Hizmet Alımları Giderleri	₺85.680.472,38	₺170.303.544,28
Diğer Hizmet Alımları Giderleri	₺34.438.117,57	-
Cari Transferler	-	₺32.686.154,42
Sermaye Giderleri	-	₺2.952.762.294,35
Sermaye Transferleri	-	₺884.388,89

3.9.5. Sağlık Yatırımları

Planda, özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımların teşvik edileceği ifade edilmiştir. Ayrıca sağlık yatırımlarının gerçekleştirilebilmesi için kamu özel ortaklığı ile ilgili mevzuat düzenlemesi yapılmış ve plan dönemi sonunda çalışmalara başlanmıştır.(69).

3.9.6. Teşkilatlanma

Dokuzuncu plan dönemi içerisinde yayımlanmış olan 02.11.2011 tarihinde KHK/663 sayılı "*Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*" kapsamında; Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlar yeniden yapılandırılmıştır.

Sağlık Bakanlığı, bağlı kuruluşlar ve ana hizmet birimleri olmak üzere iki ayrı gruba ayrılmıştır. 663 sayılı KHK'nın Üçüncü Bölüm Hizmet Birimleri başlıklı 7. Maddesinde; hizmet birimlerinin, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, Hukuk Müşavirliği, Denetim Hizmetleri Başkanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Özel Kalem Müdürlüğü'nden oluştuğu belirtilmiştir.

Bakanlığa bağlı kuruluşlar ise Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'ndan meydana gelmiştir (72).

Taşra teşkilatı illerde İl Sağlık Müdürlüğü, ilçelerde ilçe sağlık müdürlüğü ve gerekli görülen yerlerde sağlık grup başkanlığı şeklinde oluşturulmuştur. Ayrıca illerde kamu hastanelerinin iş ve işlemlerinin yürütülmesinden sorumlu Kamu Hastaneleri Birliklerinin kurulması kararlaştırılmıştır. Birliklerde Genel Sekreterlik idari, mali ve tıbbi hizmet başkanlıklarından oluşturulmuş; hastanelerde ise hastane yöneticiliği kavramı ortaya çıkmıştır. Hastane yöneticiliği organizasyonu Başhekimlik, İdari ve Mali İşler Müdürlüğü, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü olarak meydana gelmiştir (72).

3.9.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler

2005 yılında nüfus 72 milyona ulaşmıştır. 2005 yılı itibariyle bebek ölüm hızı binde 23,6'dır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı % 65,7'ye yükselmiştir (69).

3.9.8. Plan Sonu Gerçekleşen Hedefler

- Aile hekimliği, ana çocuk sağlığı, hastane ve yatak sayıları, sağlık personeli, koruyucu sağlık hizmetleri, hasta hakları, bulaşıcı hastalıklarla mücadele kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte önemli gelişmeler kaydedilmiştir.
- Kamu – Özel İş Ortaklığı kapsamında sağlık yatırımlarının gerçekleştirilmesi için mevzuat düzenlemesi yapılmış ve çalışmalar başlamıştır.
- Sağlıklı hayatın teşviki ile ilgili program hazırlanmış ve uygulamaya başlanmıştır.
- Dokuzuncu Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri Ek-9'da sunulmuştur.

3.10. Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018 Yılları)

3.10.1. Plan Hakkında

Onuncu Kalkınma Planı, 02.07.2013 tarihli ve 1041 karar numarası ile 30.10.1984 tarihli ve 3067 sayılı Kanun gereği TBMM Genel Kurulunda 01.07.2013 tarihli 127. Birleşiminde onaylanmıştır.

Plan döneminde;

Prof. Dr. Recep AKDAĞ (01.01.2013-24.01.2013),

Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU (24.01.2013-24.05.2016),

Prof. Dr. Recep AKDAĞ (24.05.2016-19.07.2017,

Dr. Ahmet DEMİRCAN (19.07.2017-10.07.2018) sağlık bakanlığı görevini yürütmüştür.

10.07.2018 tarihinden itibaren ise Uzm. Dr. Fahrettin KOCA sağlık bakanlığı görevini yürütmeye devam etmektedir.

Plan öncesi dönemde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte pek çok iyileştirmeler ve yeni düzenlemeler yapılmıştır. Aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılması, tüm vatandaşlara sağlık hizmeti sunan genel sağlık sigortası sisteminin kurulması, nüfusun büyük çoğunluğunun sağlık sigortası kapsamına alınması, sağlık personeli ve hastane sayısında artış sağlanması, bebek ve anne ölüm oranlarının azaltılması, doğumda beklenen yaşam süresinin artması, sağlık bakanlığı taşra ve merkez teşkilatlarının yeniden yapılandırılması bunlardan bazılarıdır.

3.10.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi

Vatandaşların yaşam kalitesinin artması ve yaşam sürelerinin yükselmesinin sağlanması planın sağlık sektöründeki amacıdır. Bir diğer amaç ise vatandaşların ekonomik, sosyal ve kültürel hayata bilinçli, sağlıklı ve aktif bir şekilde katılımlarının sağlanmasıdır.

Hedefi ise, erişilebilir, nitelikli, kanıta dayalı politikalarla desteklenen, maliyet etkin ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunumudur (73).

3.10.3. Sağlık Personeli Durumu

2014 yılında toplam hekim sayısı (asistan, pratisyen ve uzman) 135.616 iken 2018 yılında 153.128'e; 2014 yılı hemşire sayısı 142.432 iken, 2018 yılında 190.499'a yükselmiştir. Hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe, sağlık personeli ve diğer personel ve hizmet alımı personelleri birlikte değerlendirildiğinde 1.016.401 personelin tüm sektörlerde görev aldığı görülmektedir.1.016.401 personelin 642.184'ü Sağlık Bakanlığı personelidir (74).

3.10.4. Bütçe ve Mali Konular

2014 yılı için Sağlık Bakanlığına genel bütçeden 2.529.593.00 TL ödenek tahsis edilmiş olup genel bütçeye oranı % 0,58'dir.

2015 yılı için Sağlık Bakanlığına genel bütçeden 2.762.657.00 TL ödenek tahsis edilmiş olup genel bütçeye oranı %0.53'tür. Yıl içerisinde bu tutara 2.337.671.565 TL ekleme yapılmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı döner sermaye kaynaklarından 1.835.429.645,48 TL'dir.

2016 yılı için Sağlık Bakanlığına 4.212.521.000 TL ödenek ayrılmıştır. Bu tutar Merkezi Yönetim Bütçesinin % 0,75'ine denk gelmektedir.

2017 yılı için ise, 5.831.124.000 TL ödenek ayrılmış, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun kaldırılması nedeniyle 13.057.529.00 TL'lik ödenek artışı olmuştur. Bu tutar Merkezi Yönetim Bütçesinin %1.81'ine denk gelmektedir.

Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri sunumu için bütçe 2014 Mali yılı için 8,3 milyar Türk Lirası olarak belirlenmiştir. 2018 yılında bu miktar 14 milyar Türk Lirasına yükselmiştir (54).

Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı 2002 yılında %20 iken 2012 yılında %15,4'e gerilemiştir (54).

3.10.5. Sağlık Yatırımları

Şehir hastaneleri kavramından ilk defa bahsedilen plan olmakla birlikte plan dönemi sonunda Adana, Isparta, Mersin, Yozgat, Kayseri, Elazığ, Eskişehir ve Manisa illerinde şehir hastanelerinin hizmete başladığı anlaşılmaktadır. Şehir hastaneleri Kamu-Özel Ortaklığı ile finanse edilmektedir.

3.10.6. Teşkilatlanma

2011 yılında yayımlanan 663 sayılı KHK ile yapılan teşkilat değişikliği sonrasında 27.08.2017 tarihinde yayımlanan 694 sayılı KHK ile yeniden değişime gidilmiştir. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü olarak değişmiştir. Ayrıca Kararname ile Bakanlığın il ve ihtiyaca göre kurulacak ilçe yönetim birimi olarak il ve ilçe sağlık müdürlükleri olduğu ifade edilmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı, İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri Başkanlığı, Sağlık ve Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı, Personel ve Destek Hizmetleri Başkanlıklarının kurulabileceğine yer verilmiştir.

Başhekim hastanelerin yönetiminden sorumlu kişi olarak tanımlanmış; Başhekime bağlı olarak idari ve mali işleri ile sağlık bakım hizmetleri müdürlüklerinin kurulabileceği belirtilmiştir.

Ülke ihtiyaçları kapsamında Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı 2014 yılında kurulmuş ve 2015 yılında hizmete başlamıştır. Başkanlığın kapsamında olan enstitüler şunlardır: Türkiye Kanser Enstitüsü, Türkiye Biyoteknoloji Enstitüsü, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü, Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü, Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü. TÜSEB, bilim ve teknolojiye dayalı, tarafsız, şeffaf ve etik ilkeler gözetilerek bilimsel araştırmaların yapılmasını ve enstitülerin işbirliği konusunda desteklenmesini sağlayacaktır (75) .

3.10.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler

Plan döneminde aşılama hizmetlerine ve bebeklere ücretsiz demir ve D vitamini dağıtımına devam edilmiştir. Aşılama oranı 2002 yılında %77 iken 2012 yılında %97'ye ulaşmıştır. Temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler gözlenmiş; anne ve bebek ölüm oranlarının düştüğü görülmüştür**.**

Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklı ölüm oranlarının düşürülmesi kapsamında onuncu kalkınma planında sağlıklı yaşam ve hareketlilik programı geliştirilmiştir. Bu programın hedef kitlesinde yer alan 5 yaş altı çocuklarda bodurluk oranının %7.5'e düşürülmesi, 15 yaş ve üstü nüfusta yeterli fiziksel aktivite yapanların oranının %62'ye çıkarılması, 19 yaş ve üstü obez nüfus oranının %24'e indirilmesi hedeflenmiştir.

Bebek dostu hastane sayısı 2002 yılında 141 iken 2012 yılında 962'ye ulaşmıştır. Ayrıca yenidoğan tarama programları ülke genelinde yaygınlaştırılmıştır. Doğum öncesi bakım hizmeti 2002 yılında %70 iken, 2012 yılında %97'ye ulaşmıştır. Hastanede doğum oranı da aynı şekilde artış göstererek 2012 yılında %97'ye ulaşmıştır.

2018 yılı itibariyle hastane doğumlarının tamamının bebek dostu hastanelerde yapıldığı, bebek başına izlem sayısının gelişmiş ülkeler seviyesinde olduğu, bebek taramaları ile hastalıkların önlenmesi konusunda Sağlık Bakanlığı başarı oranının %99 olduğu, uygulanan genişletilmiş bağışıklama programı ile 12 ayrı hastalığa karşı bağışıklama sağlandığı, normal doğumu teşvik etmek amacıyla endikasyon dışı sezeryanı doğumu önlemek için "Doğum Eylem Planı" uygulamasına geçildiği, sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programına devam edildiği, okul gıdası logosuyla satışı yapılabilecek gıdaların belirlendiği 16.12.2018 tarihli meclis konuşmasında Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin KOCA tarafından ifade edilmiştir.

Yine plan döneminde; "Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programı" ve "Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı" geliştirilmiştir.

Tütünle mücadele kapsamında; sigara paketlerinin tek tip olarak satılması kararlaştırılmıştır. Sağlık, spor ve eğitim hizmeti verilen yerlerde sigara satışı yasaklanmış; sinema, tiyatro ve internet ortamında sigara reklamı yapılmaması kararı alınmıştır (54).

3.10.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler

- Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve kalitenin arttırılmasına ilişkin gelişmeler yaşanmıştır.
- 2013 yılı verilerine göre on bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı 26,4 iken 2018'de 27,9'a yükselmiştir. Yüzbinkişiye düşen hekim sayısı 2013 yılında 174 iken, 2018'de 186'ya çıkmıştır. Bin canlı doğumda bebek ölüm hızı 10,1'den 9,1'i yüzbin canlı doğumda anne ölüm oranı 15,9'dan 14,6'ya düşmüştür.
- Onuncu Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri Ek-10'da sunulmuştur.

3.11. On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023 Yılları)

3.11.1. Plan Hakkında

On Birinci Kalkınma Planı 18.07.2019 karar tarih ve 1225 karar numarası ile TBMM'nin 105. Birleşiminde onaylanmıştır. Plan döneminde Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin KOCA'dır.

On Birinci Kalkınma Planı, Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminin ilk planıdır. Plan, sürekli olarak tüm sektörlerde verimliliği artırarak, milli teknoloji hamlesinin de desteği ile uluslararası arenada rekabet gücü kazanmayı sağlayan bir ekonomik ve sosyal kalkınma süreci öngörmektedir (73).

On Birinci Kalkınma Planının vizyonu ise; "*daha fazla değer üreten, daha adil paylaşan, daha güçlü ve müreffeh bir Türkiye*" olarak belirlenmiştir. Bu süreçte, kamu kuruluşları planın amaç ve hedeflerine uygun olarak kendi görev alanlarında politika ve tedbirlerin geliştirilmesinden sorumlu olacaklardır. Kamu hizmeti sürecinde vatandaş odaklı, etkili bir hizmet sunumu sağlanabilmesi için Cumhurbaşkanlığı merkez teşkilatı; politika ve stratejilerin geliştirilmesini, izleme ve değerlendirme yolu ile takip edecek; Bakanlıklar ise, daha etkin ve işlevsel bir yapıda hizmet sunumu sağlayacaklardır (76).

3.11.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi

Onuncu Kalkınma Planı döneminde yürütülen politikalarla sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve kaliteli hizmet sunumunun arttırılmasına yönelik önemli atılımlar gerçekleştirilmiştir. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin etkinliği güçlendirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde insan gücü ve fiziki mekanlarda altyapı iyileştirmeleri sağlanmıştır.

Temel amaç, kanıta dayalı politikalarla bireylerin yaşam kalitesini arttırmak, ekonomik ve sosyal hayata aktif ve sağlıklı katılımlarını sağlamaktır. Bu, kaliteli, güvenilir, etkili, mali açıdan sürdürülebilir sağlık hizmetlerinin sağlanması, bölgesel dağılımın iyileştirilmesi, fiziki altyapı ve insan kaynaklarının kalitesinin artırılmasıyla gerçekleştirilecektir.

Bulaşıcı olmayan hastalık risklerine karşı sağlıklı hayat tarzının benimsenmesinin sağlanması, koruyucu ve tedavi edici hizmet kapasitesinin geliştirilmesi, çevre sağlığı, gıda güvenilirliği, sağlık okuryazarlığı, iş sağlığı ve güvenliği alanlarında diğer sektörler ile etkileşim içerisinde olunması mevcut kalkınma planının hedeflerini oluşturmaktadır (76).

3.11.3. Sağlık Personeli Durumu

2013 yılında yüz bin kişiye düşen hekim sayısı 174'ten 2019 yılında 186'ya çıkmıştır. 2023 yılı hedefi ise 230 olarak belirlenmiştir. 2018 yılında yüz bin kişiye düşen hemşire sayısı 206 iken, 2023 yılı hedefi 280 olarak belirlenmiştir. Aile hekimliği birimi başına düşen hasta sayısı 2018 yılında 3207 iken, 2023 yılında bu sayının 2700 hastaya düşmesi hedeflenmektedir (76).

2019 yılında Devlet Hizmeti Yükümlülüğü kapsamında 14.193 hekim, mecburi hizmet dışı atama kuraları ile de 3685 sağlık personeli göreve başlamıştır. Sağlık personelinin mali anlamda desteklenebilmesi için sağlık personeline fiili hizmet zammı verilmiştir. Ayrıca emekli maaşlarında (hekim ve diş hekimleri için) iyileştirmeler sağlanmıştır (54).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli bölümü olan aile hekimliği uygulamasında 24.000'den fazla hekim görev yapmakta ve bu sayıya yakın aile sağlığı personeli hizmet vermektedir (54).

3.11.4. Bütçe ve Mali Konular

Sağlık Bakanlığı genel bütçe ve döner sermaye bütçesi olmak üzere ikili bir finansman yapısına sahiptir. Her iki bütçe de kendi kaynaklarını oluşturma, bu kaynakların sağlık hizmetlerinde kullanılmasını sağlamaktadır. Plan döneminde hazırlanan 2019-2023 Stratejik Plan'da belirtildiği üzere; "*2019 yılı için Merkezi Yönetim bütçe kanunu ile 48.891.6333.222 TL'lik ödenek tahsis edilmiştir. Döner sermaye bütçesi 48.064.000.000 TL'dir. Plan döneminde ise toplamda 618.105.085.000 TL'lik kaynak sağlanacağı tahmin edilmektedir (77).*"

3.11.5. Sağlık Yatırımları

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 2003 yılında başladığı dönemde ülkemizdeki hastanelerin yaş ortalamalarının 48 olduğu, birçoğunun deprem güvenliği ve fonksiyonel açıdan kötü olduğu, yatakların koğuş sisteminde olduğu, nitelikli yatak sayısının az olduğu Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin KOCA tarafından mecliste ifade edilmiştir (54).

2019 yılına kadar inşa edilen hastaneler ile birlikte yaş ortalaması 13'e düşürülmüştür. Genel bütçe kaynakları kullanılarak son beş yılda 351 sağlık tesisi inşa edilmiş ve 31.096 yatak hizmete girmiştir (54).

En önemli yatırımlarından birisi de şehir hastaneleri olup bu süreçte 10 şehir hastanesi tamamlanarak 18.567 yatak hizmete girmiştir (54). Bu hastaneler;

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi,

Bursa Şehir Hastanesi,

Prof. Dr. Cemil TAŞÇIOĞLU Şehir Hastanesi,

Başakşehir Çam ve Sakura Hastanesi,

Kartal Dr. Lütfi KIRDAR Şehir Hastanesi,

Konya Şehir Hastanesi,

Göztepe Prof. Dr. Süleyman YALÇIN Şehir Hastanesi,

Tekirdağ İsmail Fehmi CUMALIOĞLU Şehir Hastanesi,

Erzurum Şehir Hastanesi,

Ankara Etlik Şehir Hastanesi'dir.

Söz konusu yatırımların bir bölümü genel bütçe kaynakları kullanılarak klasik ihale yöntemi ile planlanmış, bir bölümü de kamu-özel işbirliği modeli ile tamamlanmaktadır.

Depremler nedeniyle yaşamış olduğumuz acılar ve yıkımlar da göz önünde bulundurularak hastanelerde deprem izolatörleri kullanılmaya başlanmıştır (54).

Şehir hastaneleri modeli ile sağlık hizmet sunumunu güçlendirmek Sağlık Bakanlığı'nın bu plan dönemi hedeflerindendir. Stratejik planda (77), 2023 yılı itibariyle açılmış olan şehir hastanelerinde yatak sayısının 49.065 olacağı tahmin edilmektedir. Tablo 3.23'de açılışı yapılmış olan şehir hastanelerine ait veriler yer almaktadır. Bu veriler doğrultusunda hedeflenen yatak sayısına 2023 yılı itibariyle ulaşılamadığını görmekteyiz.

2019-2023 yıllarını kapsayan on birinci kalkınma planı döneminde sağlık için ayrılan yatırım payı %4,3'tür (32,229.000 TL) (76).

Tablo 3.23. Açılışı yapılmış şehir hastanelerine ait veriler (78).

Bulunduğu il	Adı	Yatak Kapasitesi	Poliklinik Sayısı	Ameliyathane Sayısı	Yoğun Bakım Yatak Sayısı	Açılış Tarihi
Kahramanmaraş	Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi	1040				14.03.2012
Yozgat	Yozgat Şehir Hastanesi	475	148	18	77	16.01.2017
Mersin	Mersin Şehir Hastanesi	1330	276	51	263	3.02.2017
Isparta	Isparta Şehir Hastanesi	845	167	20	188	24.03.2017
Balıkesir	Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi	1100	232	35	149	3.04.2017
Adana	Adana Şehir Hastanesi	1595	330	60	259	18.09.2017
Kayseri	Kayseri Şehir Hastanesi	1607	404	43	320	5.05.2018
Elazığ	Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi	1038	227	35	189	1.08.2018
Manisa	Manisa Şehir Hastanesi	558	145	19	205	27.10.2018
Eskişehir	Eskişehir Şehir Hastanesi	1235	256	37	198	30.10.2018
Ankara	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	4050	904	131	997	14.03.2019
Bursa	Bursa Şehir Hastanesi	1355	403	49	294	16.07.2019
İstanbul	Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi	1000	240	27	166	30.03.2020
İstanbul	Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi	2682	710	90	423	20.04.2020
İstanbul	Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi	1205	224	45	224	4.07.2020
Konya	Konya Şehir Hastanesi	1250	384	49	289	5.08.2020
İstanbul	Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi	800	220	27	208	5.09.2020
Tekirdağ	Tekirdağ İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi	605	128	18	119	13.11.2020
Erzurum	Erzurum Şehir Hastanesi	1570	353	36	226	17.07.2021
Ankara	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	4050	1031	125	666	28.09.2022
Kocaeli	Kocaeli Şehir Hastanesi	1218	218	63	188	3.04.2023
İzmir	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2060	337	54	374	1.10.2023
TOPLAM		32.668	7.337	1.032	6.022	

3.11.6. Teşkilatlanma

04.02.2019 tarihinde Türkiye sağlık hizmet sunumunun tanıtımını yapmak, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarını sağlık turizmi konusunda desteklemek üzere 663 sayılı KHK'ya bağlı olarak Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi (USHAŞ) kurulmuştur (75).

3.11.7. Nüfus Hareketleri, Çocuklar, Yaşlılar ve Sosyal Hizmetler

Nüfusun yaşlanması dolayısıyla kronik hastalıkların artması sağlık hizmet sunumunun değişmesine neden olmakta ve finansal yükü arttırmaktadır (76). Bu hususta sağlıklı yaşlanmasının gerçekleşebilmesi için koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilerek Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı uygulanmaktadır (54).

Anne Çocuk sağlığı kapsamında doğum öncesi en az bir defa sağlık kontrolü yapılan anne oranı %99'a ulaşmıştır. Genetik hastalıkların önlenmesi için yapılan bebek taramalarında ise başarı oranı yine %99 olarak görülmüştür. Anne ve bebek ölüm hızının düştüğü görülmektedir. Aynı zamanda ücretsiz D Vitamini ve demir ilacı dağıtımı devam etmektedir (54).

Genişletilmiş Bağışıklama Programı bebeklerin, çocukların ve yetişkinlerin aşı ile önlenebilir hastalıklara karşı korunmasını hedef alan bir aşılama programıdır. Söz konusu programda Boğmaca, Difteri, Tetanoz, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit B ve Hemofilus İnfluenza Tip B'ye bağlı hastalıkların hastalık ve ölüm oranlarını azaltmak, bu hastalıkları kontrol altına almak ve hatta tamamen ortadan kaldırmak planlanmaktadır. Bu doğrultusunda, 2021 yılı Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) verilerine göre ülkemizde kızamık için aşılanan çocuk oranı %96.1, Difteri, Tetanoz, Boğmaca için aşılanan çocuk oranı %95.5 olarak izlenmiştir (79).

3.11.8. Plan Sonunda Gerçekleşen Hedefler

- 2023 yılı hedefleri ile ilgili 2022 yılı Sağlık İstatistikleri incelendiğinde; bebek ölümlerinin %8,5'a düşmesi beklenmiş, 2022 yılı gerçekleşmesi %9.1; yüz bin canlı doğumda anne ölüm oranı hedefi 13 olarak belirtilmiş ve 2022 yılı verilerine göre bu oran 12,6'ya gerilemiştir. Nitelikle hasta yataklarının toplam yataklar içindeki oranı hedefi 84 olup, 2022 yılı verilerine göre 79,6 olarak gerçekleşmiştir.

100.000 kişiye düşen hekim sayısı hedefi 230 olup 2022 yılında bu sayı 228 olarak gerçekleşmiş; 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı hedefi 280 olup, 2022 yılında bu sayı 356 olarak gerçekleşmiştir. 2022 yılı içerisinde 2023 yılı hedeflerine yaklaşıldığı hatta bazılarında bu hedeflerin ötesine geçildiği görülmektedir.

- On Birinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri Ek-11'de sunulmuştur.

3.12. On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028 Yılları)

3.12.1. Plan Hakkında

30.10.2023 tarih ve 3067 sayılı Kanun gereğince, 1396 karar numaralı On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028) Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin 31.10.2023 tarihli ve 15. Birleşiminde onaylanmıştır.

Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin KOCA'dır.

"*Türkiye Yüzyılında çevreye duyarlı, afetlere dayanıklı, ileri teknolojiye dayalı yüksek katma değer üreten, geliri adil paylaşan, istikrarlı, güçlü ve müreffeh bir Türkiye*" vizyonu ile uzun vadeli gelişme stratejisinin ilk beş yılı olan plan, ülkemizin uluslararası düzeyde yükseltilmesini, vatandaşların refahının arttırılmasını ve milli değerlerimizle ekonomik ve sosyal açıdan kalkınmayı amaçlamaktadır (80).

3.12.2. Planın Sağlık Sektöründeki Amacı ve Hedefi

Vatandaşların ruhen, bedenen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda; kaliteli, güvenilir, etkin, veriye dayalı, mali açıdan sürdürülebilir sağlık hizmeti sunumu sağlanması esastır. Uygulanacak politika ve tedbirler aşağıda sıralanmıştır (80):

- Sağlıklı yaşam tarzı teşvik edilerek bulaşıcı olmayan hastalık risklerine karşı koruyucu sağlık hizmetleri geliştirilecektir.
- Özel gereksinimi ve nadir hastalığı olan bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin kapasitesi güçlendirilecektir.
- Bulaşıcı hastalıklara, ani sağlık şoklarına, afet ve acil durumlara hazırlık ve müdahale kapasitesi güçlendirilecektir.

- Birinci basamak sağlık tesislerinin sağlığın korunması ve geliştirilmesindeki rolü güçlendirilecek, hizmet basamakları içerisinde öncelikli kullanımı sağlanacak, basamaklar arası etkileşim gerçekleştirilecektir.
- Bağımlılıkla mücadeleye yönelik sunulan hizmetlerin kapasitesi ile kalitesi iyileştirilecek, erişilebilirlik arttırılacak ve hizmetlerin tamamlayıcı bir şekilde sunulması sağlanacaktır.
- Sağlıkta insan kaynağı ile fiziki altyapı nicelik ve nitelik olarak iyileştirilecek ve bölgeler arası dağılımda denge sağlanacaktır.
- Aktif yaşlanmaya yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin kapasitesi iyileştirilecek ve arttırılacaktır.
- Sağlık turizmi hizmet kapasitesi nitelik ve nicelik olarak iyileştirilecek, uluslararası alanda ülkemizin tercih edilirliği arttırılacaktır.
- Sağlık hizmet sunum kalitesinin ve klinik kalitenin ölçülmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi sağlanacak, sağlık hizmetlerinde akreditasyon sistemi geliştirilecek ve hasta güvenliği temin edilecektir.
- Dijital sağlık çözümlerinin sağlık sistemi içerisinde etkin ve verimli kullanımı sağlanacak, dijital sağlık teknolojilerinin kullanımı yaygınlaştırılacaktır.
- Veri ve kanıta dayalı politika oluşturmada girdi olarak kullanılabilecek, bilimsel araştırma ve analizlerde kullanılmaya elverişli, uluslararası karşılaştırmlara olanak sağlayan kalite ve ayrıntıda veri üretimi sağlanacaktır.
- Sağlık sisteminde mali sürdürülebilirlik sağlanacaktır.
- İlaç ve tıbbi cihaza erişimin kolaylaştırılması sağlanacaktır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, 1963 yılından itibaren gerçekleştirilen kalkınma planları kapsamında sağlık sektörüne yönelik belirlenen hedefler, izlenen politikalar ve elde edilen sonuçlar detaylı bir biçimde ele alınmaktadır. İnceleme kapsamında sunulan Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3, Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10 ve Tablo 4.11, okuyucunun ilgisini çekmek ve konuya odaklanmasını sağlamak amacıyla hazırlanmıştır.

Tablo 4.1. Birinci Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (53, 60, 81).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
1. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1963-1967)	Plan dönemi hedefi, halkın sağlık seviyesinin yükselmesi, çevre şartlarının iyileştirilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, sağlık politikaları ile evde ve ayakta tedaviyi mümkün hale getirmektir. Ayrıca 15 yıl içerisinde sağlık personeli sayısının 2.5 katına ulaşması sağlık işgücü hedeflerindendir. Hedeflere ulaşmak için bazı programlar geliştirilmiştir. Bunlar; personel yetiştirme program, sağlık hizmetlerinin görülmesi programı, bulaşışı hastalıklarla savaş programı, depo-bakım onarım işleri programı, yataklı tedavi kurumları programı.	Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi	224 Sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" doğrultusunda sosyalleştirme kapsamında dar alanda geniş hizmet ilkesi ile sağlık hizmetini sunumu ücretsiz bir şekilde tüm halka ulaştırılmaya çalışılmıştır. Sağlık hizmetinin sürdürülebilmesi için köyden şehir merkezine kadar birçok birim kurulmuştur. Sağlık ocakları ve sağlık evlerinde personel görevlendirilmiş. Muş pilot il seçilmiş. Plan sonunda 23 il sosyalleştirmeye geçmiştir.
		Yataklı Tedavi Kurumlarının geliştirilmesi ve yatak kapasitelerinin arttırılması, geliştirilmesi	Söz konusu dönemde Yataklı tedavi kurumları sadece Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda bulunmamakta; diğer bakanlık ve resmi kurumlar, Sosyal Sigortalar Kurumu, Belediyeler, Üniversiteler, özel kişilere ait, yabancı ve azınlıklara ait olmak üzere dağılım göstermiştir. Türkiye' deki bütün tedavi kurumlarının sayısı 1964 yılında 638 iken, 1967'de 664'e yükselmiştir. İlgili yıllara ait yatak sayıları ise 55.126' dan 59.173' e yükselmiştir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na ait hastane sayısının ise 1964 yılında 494'ten 1967 yılında 510'a yükseldiğini, hasta yatağı sayısının da 39.043'ten 41.272'ye yükseldiğini söyleyebiliriz.

Tablo 4.1. (Devam) Birinci Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (53, 60, 81) .

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
1. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1963-1967)	Plan dönemi hedefi, halkın sağlık seviyesinin yükselmesi, çevre şartlarının iyileştirilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, sağlık politikaları ile evde ve ayakta tedaviyi mümkün hale getirmektir. Ayrıca 15 yıl içerisinde sağlık personeli sayısının 2.5 katına ulaşması sağlık işgücü hedeflerindendir. Hedeflere ulaşmak için bazı programlar geliştirilmiştir. Bunlar; personel yetiştirme program, sağlık hizmetlerinin görülmesi programı, bulaşışı hastalıklarla savaş programı, depo-bakım onarım işleri programı, yataklı tedavi kurumları programı.	Sağlık Personelinin yurt genelinde dengeli dağılımının sağlanması	Personel yetiştirme programı ile 229 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı' na Bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Asistan ve Başasistan Doktorlara Tazminat Verilmesi Hakkındaki Kanun", 472 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatında Çalışan Hususiyet Arz Eden Yer ve Hizmetlerde Görevlendirilen Sağlık Personeline Ödenek Verilmesine Dair Kanun", "440 Sayılı Kanuna Tabi Kuruluşlardan Sağlık Teşkilatı Olanlarda Çalışan Tabip, Diş Tabibi ve Eczacıların 224 ve 472 Sayılı Kanunlardan İstifade Ettirilmesine Dair Kanun", Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının 17/08/1962 Gün ve 6/8211 Sayılı Kararnamesi ile Yürürlüğe Giren Tababet Uzmanlık Tüzüğünün 2. Maddesini Değiştiren, 04/08/1964 Gün ve 6/3381 Sayılı Kararla Yürürlüğü Giren Tüzüğün 2. Maddesinin Öngördüğü "Toplum Sağlığı Uzmanlığı Yönetmeliği" çıkarılmıştır. Plan dönemi sonunda hekim sayısı 11875, diş hekimi sayısı 2246, eczacı sayısı ise 2203'tür. Hekimlerin %61.2'si uzman, %35.3'ü pratisyen ve %3.5'i de asistan hekimdir. Sosyalleştirme ile birlikte pratisyen hekime olan ihtiyaç ortaya çıkmıştır ancak hekimlerin büyük çoğunluğu uzman olarak görev yapmaktadır. Hekimler sosyalleştirme bölgelerinde büyük illerin olduğu yerlerde yığılma göstermektedir. 1967 yıl sonu itibariyle 5897 sağlık memuru, 6161 hemşire/hemşire yardımcısı, 5621 ebe/köy ebesi görev yapmaktadır. 1961 yılı itibariyle hekim sayısı 6.900, hemşire/hemşire yardımcısı sayısı 2.050, sağlık memuru 3.040, ebe 3.140 kişidir (kalkınma planı). 1976 yılı sağlık istatistiklerine bakıldığında hekim 23338, hemşire/hemşire yardımcısı 10.566, sağlık memuru 13.873, ebe sayısı 11.517 olarak yer almıştır. Bu haliyle plan, sağlık personeli sayısı açısından 15 yıllık hedefine ulaşmıştır.

Tablo 4.1. (Devam) Birinci Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (53, 60, 81).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
1. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1963-1967)	Plan dönemi hedefi, halkın sağlık seviyesinin yükselmesi, çevre şartlarının iyileştirilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, sağlık politikaları ile evde ve ayakta tedaviyi mümkün hale getirmektir. Ayrıca 15 yıl içerisinde sağlık personeli sayısının 2.5 katına ulaşması sağlık işgücü hedeflerindendir. Hedeflere ulaşmak için bazı programlar geliştirilmiştir. Bunlar; personel yetiştirme program, sağlık hizmetlerinin görülmesi programı, bulaşışı hastalıklarla savaş programı, depo-bakım onarım işleri programı, yataklı tedavi kurumları programı.	Nüfus Planlaması	1965 yılında Nüfus Planlaması Kanunu ve Nüfus Yönetmeliği yayımlanmıştır. Kanun sonrası 665 sayılı Kanun çıkmış ve Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Genel Müdürlüğe bağlı olarak ilde ise Nüfus Planlama Klinikleri hizmete açılmıştır. 1967 yılı sonunda 308 nüfus planlama kliniğinde 73552 rahim içi araç takılmıştır.
		Beslenme şartlarının iyileştirilmesi	Sağlık ve Sosyal yardım Kurumu ve diğer kurumlar ile işbirliği yaparak halk eğitimleri yapılmıştır.
		Bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması	Verem ile mücadele, Trahom ile mücadele, Sıtma ile mücadele, Frengi ile mücadele, Cüzzam ile mücadele programları uygulanmıştır. 520 sayılı Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun, Frengi tedavi Yönetmeliği çıkarılmıştır. Verem ile mücadele kapsamında 1964 yılında 127 dispanser, 9 tüberküloz laboratuvarı; 1965' te 133 dispanser, 14 tüberküloz laboratuvarı; 1966'da 147 dispanser, 18 tüberküloz laboratuvarı; 1967'de 170 dispanser ve 20 tüberküloz laboratuvarı hizmet vermiştir. Sıtma ile mücadele 1964'te 57 bölgede, 1965, 1966 ve 1967 yıllarında 58 bölgede devam etmiştir. Trahom ile mücadele 22 ilde, 1964 yılında 1 Trahom enstitüsü, 6 hastane, 52 trahom dispanseri ve 304 trahom evi; 1965, 1966 ve 1967 yıllarında 1 Trahom enstitüsü, 5 hastane, 41 trahom dispanseri ve 168 trahom evi ile devam etmiştir. Frengi ile mücadele 1964-1967 yılları arasında 19 dispanser ve 176 tedavi istasyonu ile yürütülmüştür. Cüzzam ile mücadele 1964-1967 yılları arasında 11 dispanser ve 265 yataklı Elazığ Cüzzam Hastanesi hizmeti ile yürütülmüştür.

Tablo 4.1. (Devam) Birinci Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (53, 60, 81).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
1. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1963-1967)	Plan dönemi hedefi, halkın sağlık seviyesinin yükselmesi, çevre şartlarının iyileştirilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, sağlık politikaları ile evde ve ayakta tedaviyi mümkün hale getirmektir. Ayrıca 15 yıl içerisinde sağlık personeli sayısının 2.5 katına ulaşması sağlık işgücü hedeflerindendir. Hedeflere ulaşmak için bazı programlar geliştirilmiştir. Bunlar; personel yetiştirme program, sağlık hizmetlerinin görülmesi programı, bulaşışı hastalıklarla savaş programı, depo-bakım onarım işleri programı, yataklı tedavi kurumları programı.	Çocuk yuvası sayısının arttırılması,	0-6 yaş çocuklardan bakıma muhtaç olanların bakımı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca, 7-18 yaş çocukların bakımı ise Milli Eğitim Bakanlığı'nca karşılanmaktadır. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde 11 olan çocuk yuvası sayısının 22'ye çıkarılması hedef olarak belirlenmiş olsa da plan dönemi sonunda 1967 yılında çocuk yuvası sayısı 17'de kalmıştır.
		Türkiye'nin 16 bölgeye ayrılarak bu bölgelerde bölge hastaneleri, sağlık okulları, bölge laboratuvarları, bölge depo ve tamirhanelerinin kurulması,	Sağlık hizmetlerinin görülmesi ile ilgili program kapsamında 1963 yılında 225 sayılı Kanun ile Bakanlık bünyesinde Donatım Genel Müdürlüğü kurulmuştur. 2 Tamirhane mevcutken 1966 yılı itibariyle 17 küçük çaplı tamirhane eklenmiştir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde 1967 yıl sonu 4 yüksekokul, 23 sağlık koleji, 27 sağlık okulu bulunmaktadır.
		Ana - Çocuk Sağlığı ile ilgili gerekli önlemlerin alınması	Annelerin doğumdan önce ve sonrasında sağlıklarının takip edilmesi, çocuk ve gençlerin gelişimlerinin izlenmesi, aşılanması Ana-Çocuk Sağlığı programın amacıdır. Ebe ve hemşireler ev ziyaretleri yaparak 0-6 yaş çocukların tespitini yapmaktadır. İllerde ana çocuk sağlığı merkezleri, şube ve istasyonları kurulmuş; sosyalleştirilen illerde ise program ana çocuk sağlığı başkanlıkları, sağlık ocakları ve sağlık evleri tarafından yürütülmektedir. 1967 yılı itibariyle 41 ana çocuk sağlığı merkezi, 47 ana çocuk sağlığı şubesi, 571 ana çocuk sağlığı istasyonu hizmet vermiştir.
		Sağlık Ocağı Sayısının arttırılması (her yıl 300 sağlık ocağı yapımı)	1963 yılında Sosyalleştirilen ilk il olan Muş' ta faal sağlık ocağı sayısı 19'dur. 1964 yılında sosyalleştirmeye dahil olan 6 ilin faal sağlık ocağı sayısı 163'tür. Hedef her yıl 300 sağlık ocağı açılması olsa da 1967 yıl sonu itibariyle sosyalleştirmeye dahil olan 17 ilde toplam sağlık ocağı sayısı beklenenin altında 541 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 4.2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (58, 81).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
2. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1968-1972)	Halkın eşit bir şekilde sağlık hizmetinden faydalanmasını, hasta olanların tedavi edici sağlık hizmetine eşit bir şekilde ulaşabilmesini, sağlık hizmeti standartlarının belirli bir seviyeye ulaştırabilmesini, çevre sağlığı ve beslenme şartlarının iyileştirilmesini, halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesini, koruyucu sağlık hizmetlerini ana-çocuk-ergen sağlığı, okul sağlığı, işçi sağlığı vb. konularda geliştirilmesini, özel sektörün desteklenmesini, personel dağılımının eşit bir şekilde yapılması ve sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesini hedeflemektedir.	Sosyalleştirme Programı, 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile Sağlık hizmeti sunumunun en ücra köşeye kadar ulaştırılması, yılda 300 sağlık ocağı planlama yapılması,	1963 yılında Muş ilinde başlayan sosyalleştirme programına, 1964'te Kars, Ardahan, Ağrı, Bitlis, Hakkari ve Ankara (Etimesgut)' ; 1965'te Erzurum, Erzincan, Diyarbakır, Mardin, Urfa, Siirt; 1967'de Adıyaman, Bingöl, Malatya, Elazığ, Tunceli, Ankara (Abidinpaşa); 1968'de Artvin, Giresun, Gümüşhane, Rize, Trabzon, Edirne, Kahramanmaraş, İzmir (Torbalı), 1970'te de Nevşehir ilinin katılmasıyla 25 ile yayılmıştır. (Abidinpaşa, Torbalı ve Etimesgut 25 ile dahil değildir.) Sağlık kuruluşları doğrudan Vali'nin yönetimindeydi. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın ilde İl Sağlık Müdürü temsil etmekle birlikte Vali' ye karşı yapılan iş ve işlemlerde sorumludur. İl Sağlık Müdürü haricinde İl Sağlık Müdür Yardımcısı da görev yapmaktadır. Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı kurulmuştur. Söz konusu başkanlık; ana çocuk sağlığı, sıtma eradikasyonu ve çevre sağlığı, frengi ve lepra ile savaş, nüfus planlaması, trahom, verem ile savaş ve sağlık grup başkanlıklarından oluşmaktadır. Bazı illerde ise mesleki okullar, depo ve tamirhaneler, sağlık müzeleri, Hıfzısıhha enstitüsü, Halk sağlığı laboratuvarları bulunmaktadır. Sosyalleştirilen illerde sağlık ocakları bulunmaktadır. Nüfusun 5000-10000 arasında olduğu yerlerde sağlık ocakları kurulmuştur. Sağlık evleri ise 2500-3000 nüfusa sahip hizmet birimleridir. 1972 yılı itibariyle 2800 sağlık ocağı sayısına ulaşmak plan için hedef olsa da 1971 yılında sosyalleştirilen illerde toplam faal sağlık ocağı sayısı 851, faal sağlık evi sayısı ise 2231 olarak kayıtlara geçmiştir.
		Sağlık personeli dağılımının eşit ve dengeli bir şekilde düzenlenmesi,	1972 yılı itibariyle hekimlerin % 34.5'i İstanbul, %19.1'i Ankara, %9.3'ü İzmir' de %37.1'i diğer illerde görev yapmaktadır.

Tablo 4.2. (Devam) İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (58, 81).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
2. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1968-1972)	Halkın eşit bir şekilde sağlık hizmetinden faydalanmasını, hasta olanların tedavi edici sağlık hizmetine eşit bir şekilde ulaşabilmesini, sağlık hizmeti standartlarının belirli bir seviyeye ulaştırabilmesini, çevre sağlığı ve beslenme şartlarının iyileştirilmesini, halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesini, koruyucu sağlık hizmetlerini ana-çocuk-ergen sağlığı, okul sağlığı, işçi sağlığı vb. konularda geliştirilmesini, özel sektörün desteklenmesini, personel dağılımının eşit bir şekilde yapılması ve sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesini hedeflemektedir.	Çevre Sağlığı Hizmetleri Programı ile sağlık eğitimi desteği ve çevre sağlığının iyileştirilmesi	Sosyalleştirme ile birlikte köylere, ilçelere ve illerde yürütülen hizmet kapsamında halkın sağlık eğitimi sağlanmakta böylelikle çevre sağlığı konusunda iyileşmeler beklenmektedir. Hıfzısıhha Okulu ile halk sağlığı konusunda uzun ve kısa süreli olmak üzere eğitimler düzenlenmiştir. Uzun süreli eğitimler hekimlere yönelik olup kısa süreli eğitimlerde de sağlık personelinin eğitilmesi sağlanmıştır. Çevre Sağlığı Teknisyenliği ve Sağlık Mühendisliği meslek gruplarının yetiştirilmesi izlenen politikalardandır.
		Bulaşıcı hastalıkların eradike edilmesi	Bulaşıcı hastalıklarla savaş programı hazırlanmıştır. Bu kapsamda illerde sağlık müdürlükleri ve hükümet tabiplikleri ile sosyalleştirilen illerde sağlık müdürlükleri ve sağlık ocakları çevre sağlığı şartlarının iyileştirilmesi ve aşılar konusunda çalışmalarını sürdürmüştür. Bu dönemde dağlık bölgelerde tarama yapılamadığı için bulaşıcı hastalıkların tam anlamıyla ortadan kalktığı söylenemez.
		Halkın sağlık eğitimi konusunda bilinçlendirilmesi	Sağlık eğitimi program dahilinde anne çocuk sağlığı ile ilgili, nüfus planlaması ile ilgili sosyalleştirilen illerde ev ziyaretleri ile halkın bilinçlendirilmesi sağlanmaya çalışılmıştır.
		Anne, bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması	Anne-Çocuk Sağlığı Programı oluşturulmuştur. Kötü beslenme, kötü bakım nedeniyle anne ve çocuk ölüm sayıları yüksektir. 1972 yılında 1 yaşından küçük çocuk ölüm sayısı 18.713'tür.
		Vatandaşların sadece beden değil ruh sağlığının da korunmasının sağlanması	Ruh Sağlığı Programı ile ruh sağlığı kurumlarını sayı ve nitelik olarak yeterli duruma getirmek istenmektedir. 1972 yılı itibariyle 4 Ruh ve Sinir Hastalıkları hastanesi bulunmakta olup yatak sayısı 5350'dir.
		1972 yılında 10.000 kişiye 25 yatak sayısı olacak şekilde yatak sayısında artış olması	Yataklı Tedavi Kurumları Programı oluşturulmuştur. 1971 yılı sonunda bu hedef 25,1 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 4.2. (Devam) İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (58, 81).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
2. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1968-1972)	Halkın eşit bir şekilde sağlık hizmetinden faydalanmasını, hasta olanların tedavi edici sağlık hizmetine eşit bir şekilde ulaşabilmesini, sağlık hizmeti standartlarının belirli bir seviyeye ulaştırabilmesini, çevre sağlığı ve beslenme şartlarının iyileştirilmesini, halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesini, koruyucu sağlık hizmetlerini ana-çocuk-ergen sağlığı, okul sağlığı, işçi sağlığı vb. konularda geliştirilmesini, özel sektörün desteklenmesini, personel dağılımının eşit bir şekilde yapılması ve sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesini hedeflemektedir	Sağlık yapılarında belirli bir standardın oluşmasının sağlanması,	Sağlık yapılarında belirli bir standardın belirlenmemiş olması her türlü sağlık yapısı için sağlanabilecek tasarruflara engel olmaktadır. Yapının bulunduğu bölge ve kurumların tutumları ile farklılıklar oluşmaktadır. Köy sağlık ocaklarının maliyeti 160.000 TL'den 290.000 TL'ye, yatak maliyetleri de 20.000 TL'den 81.000 TL'ye değişmektedir. Bu dönemde sağlık evlerinin halk tarafından sağlanması esas olarak değerlendirilmiş, halkın gönüllü teşvik sağlaması beklenmiştir. Kaynakları yetersiz olan köylerde ise sağlık evlerinin yapım işleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından sağlanmıştır.
		Eksik ve yanlış beslenmenin önüne geçilmesi	Beslenme ve besin kontrolü programı ile besin maddelerinin kontrolü konusunda diğer bakanlıklar ile işbirliği yapılması sağlanmıştır.
		İşçi sağlığının korunması	İşçi sağlığı program ile birlikte işçilere eğitim verilmesi planlanmıştır.

Tablo 4.3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (59, 60).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
3. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1973-1977)	Planın sağlık ile ilgili hedefi; tüme yayılmış bir sağlık hizmeti sunumu ve yaşama şartlarının iyileştirilmesidir. Bunun gerçekleştirilebilmesi için öncelikli hedef, sosyalleştirmenin yaygınlaştırılmasıdır.	Sağlık hizmetlerinde hedef sağlık seviyesinin yükseltilerek yaygın sağlık hizmeti sunumunun sağlanması olup 1977 yılında ülke nüfusunun 2/3 ünü kapsayacak şekilde sosyalleştirme yapılması,	Plan dönemi sonunda "Ankara, İstanbul, İzmir, Yozgat, Tokat, Niğde, Sinop, Çorum, Kırşehir, Çankırı, Afyon, Kastamonu, Zonguldak, Bolu, Ordu, Uşak, Bilecik, Amasya, Muğla, Konya, Samsım" sosyalleştirmeye dahil olmuştur. Böylelikle sosyalleştirmeye dahil il sayısı 40'a ulaşmıştır. Ayrıca 5 eğitim araştırma merkezi de sosyalleştirmeye dahil olmuştur. Sosyalleştirme bölgelerinde sağlık personeli temini ile ilgili sorunlar çözülemediğinden program yavaşlatılmak zorunda kalmıştır.1971 yılı itibariyle sağlık ocağı sayısı 869 sağlık evi sayısı ise 2271'dir. Planda 1978 yılı hedefi sağlık ocağı için 2300, sağlık evi için 6760 olarak belirlenmiş olsa da sağlık ocağı sayısı 1467, sağlık evi sayısı ise 5776 olarak gerçekleşmiştir.
		3. Plan döneminde yatak artışının sınırlı tutulmasının sağlanması, Plan döneminde Milli Savunma Bakanlığı'nın özellikli birimleri ve üniversitelerin eğitim araştırma amaçları dışında kalan tüm yataklı tedavi kurumlarının tek bir çatı altında toplanması	1972 yılında 10000 kişiye 25 yatak sayısına ulaşılması hedefine 1971 yıl sonu itibariyle ulaşılması olumlu bir gelişme olarak görülse de yatak sayılarının dengesiz dağılımı sergilemiştir. Bunun önüne geçebilmek için yatak artışı yerine yatak doluluk oranlarının arttırılması hedeflenmektedir. Yataklı tedavi kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi ile ilgili hedefin gerçekleşmediğini Türkiye Sağlık İstatistiği Yıllığı 1975-1978'deki 1978 yılına ait hasta yatak dağılımı verilerinden anlamaktayız. Buna göre; yatakların %55,6'sı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, %25,6'sı Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na, %2,5'i Belediyelere, %7,8'i üniversitelere,%2'si diğer kamu kuruluşlarına, 3,6'sı azınlık, yabancı ve özel kişilere ait yataklı tedavi kurumlarında yer almaktadır.

Tablo 4.3. (Devam) Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (59, 60).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
3. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1973-1977)	Planın sağlık ile ilgili hedefi; tüme yayılmış bir sağlık hizmeti sunumu ve yaşama şartlarının iyileştirilmesidir. Bunun gerçekleştirilebilmesi için öncelikli hedef, sosyalleştirmenin yaygınlaştırılmasıdır.	Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Programı kapsamında dispanser (50 dispanser) ihtiyacının karşılanması,	1974 yılında 243 Verem dispanseri, 41 Trahom dispanseri ve 11 Lepra dispanseri olmak üzere toplamda 295 dispanser hizmet sunmaktadır. 1978 yılında baktığımızda 255 verem dispanseri, 39 trahom dispanseri ve 40 lepra dispanseri ile dispanser sayısının 334'e ulaştığı görülmektedir. Plan dönemi boyunca hizmete başlayan dispanser sayısı 39'dur.
		Sağlık personeli dağılımının eşit ve dengeli bir şekilde düzenlenmesi,	1978 yılı itibariyle hekim sayısı 25230, diş hekimi sayısı 6826, eczacı sayısı 11280'dir. Hekimlerin %61,2'si uzman olup mevcut hekimlerin %67,7'si İzmir, İstanbul ve Ankara'da görev yapmaktadır. 11141 sağlık teknisyeni, 20666 hemşire/hemşire yardımcısı ve 16219 ebe bulunmaktadır.
		Plan döneminde genel sağlık sigortası için mevzuat hazırlanması,	1973-1977 yılları resmi gazeteden taranmış ancak bu döneme ait genel sağlık sigortası mevzuat düzenlemesine rastlanılmamıştır.
		Uyuşturucu madde, alkol ve ilaca bağlanma konusunda merkez kurulması,	Uyuşturucu madde, alkol ve ilaca bağlanma konusunda veriye rastlanılmamıştır.
		Diş Sağlığı hizmetleri için diş sağlığı ünitesi açılması ve diş sağlığı üniti örgütlenmesinin sağlık ocaklarında başlaması, köylere gezici ekiplerle hizmet götürülmesi,	Diş Sağlığı hizmetlerine ilişkin veriye rastlanılmamıştır.
		Bakanlık bünyesinde kan sağlama konusunda birim kurulması	Bakanlıkta kan sağlama konusunda birim kurulduğu konusunda herhangi bir veriye rastlanılmamıştır.
		Çevre sağlığı şartlarının iyileştirilmesi,	Sağlık ocaklarında görevli personellerce çevre sağlığı çalışmaları kapsamında meskenlere gidilerek su ve tuvalet kontrolleri yapılmıştır. 1978 yılında 1.348.936 mesken ziyareti yapılmıştır.

Tablo 4.4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (61).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
4. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1979-1983)	Dördüncü Kalkınma Planının hedefi sosyalleştirmenin tüm ülkeye yayılmasıdır. Ayrıca uzun dönemde onbin kişiye 40 yatak hedefine ulaşabilmek için, 15.355 yatağın mevcut ve yapımı devam eden yataklara ek olarak yapılmasının gerçekleşmesi beklenmektedir.	Sağlık hizmetlerinin tüm yurtta uygulamaya koyulması, ardından sağlık hizmet standartlarının yükseltilmesi,	1961 yılında yayımlanan Sosyalleştirme Kanununda sosyalleştirme programının tüm ülkeyi kapsayacağı zamanın 15 yılı bulacağı ifade edilmiş olsa da 15 yılın sonunda 47 il sosyalleştirme programına dahil olabilmiştir. Bunun üzerine bu kanunda yer alan hüküm 5 yıl daha ertelenerek sosyalleştirmenin tamamlanabilmesi için zaman tanınmıştır. Ancak kalan illerin sosyalleştirmeye dahil olabilmesi için bu süre de yetmemiştir. 1981 yılında kanun uzatması yapılmamakla birlikte 1983 yılında kalan 20 il sosyalleştirme programına dahil edilmiştir. 1981 yılı itibariyle hekim sayısı 10744, uzman hekim sayısı ise 17667' dir. Hekimlerin %21.2'si Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda görevli iken, %40.1' i özelde, kalanlar da Sosyal Güvenlik Kurumu, Diğer kamu kuruluşları, üniversiteler ve belediyelerde görev yapmaktadır. Hekimlerin dengesiz dağılımı hala devam etmektedir. Sosyalleştirilen 16 bölgede hekimlerin dağılımı 3 büyük şehrin olduğu (İstanbul, Ankara, İzmir) illerde yüksek seyretmiştir. (I.Bölge (Kırklareli, Edirne, İstanbul, Tekirdağ) %30.5, IV. Bölge (Manisa, İzmir, Aydın, Denizli, Muğla) %12, VII. Bölge (Kastamonu, Çankırı, Ankara, Kırşehir, Yozgat, Nevşehir) %21.7'dir. Hemşire sayısı 21.948, Yardımcı hemşire sayısı 7511, ebe sayısı 13890, sağlık teknisyeni sayısı 12226'dır.
		Yataklı tedavi kurumlarında yatak ile kadro yatağı arasındaki farkın azaltılması, yatak kullanma oranlarının arttırılması,	1981 yılı itibariyle toplam hastane sayısı 831, yatak sayısı 97765'tir. 601 hastane Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı' na aittir. Yatak sayısı 57321'dir. Plan sonu 1983 yılına ait veri bulunamadığından 1987 yılı verilerine göre hastane sayısı 756, yatak sayısı ise 111.135'tir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına ait hastane sayısı 508, yatak sayısı ise 65.448'dir.

Tablo 4.4. (Devam) Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (61).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
4. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI 1979-1983)	Dördüncü Kalkınma Planının hedefi sosyalleştirmenin tüm ülkeye yayılmasıdır. Ayrıca uzun dönemde on bin kişiye 40 yatak hedefine ulaşabilmek için, 15.355 yatağın mevcut ve yapımı devam eden yataklara ek olarak yapılmasının gerçekleşmesi beklenmektedir.	Anne sağlığını tehdit eden uygulamaların sonlandırılması için aile planlaması, anne çocuk sağlığı hizmetleri ile sosyalleştirme programının birlikte yürütülmesinin sağlanması,	Aile Planlaması, Anne Çocuk Sağlığı ve Sosyalleştirme Programı kapsamında; 1981 yılı itibariyle Aile Planlaması klinik sayısı 662, Takılan RİA sayısı 101368'dir. Ana Çocuk Sağlığı merkezleri bu dönemde 1.074.502 kişiye ulaşarak sağlık hizmeti götürmüştür.
		Çevre sağlığı hizmetlerinin etkinliğini arttırmak için merkezi yönetim kendi içinde ve yerel yönetim ile uyumlu çalışma için örgütsel düzenleme yapılması,	Bu bölüm ile ilgili herhangi bir veriye rastlanılmamıştır.
		İlaç üretimi ve tüketimi konusunda devletin faaliyetlerini arttırıcı bir düzenleme yapılması,	Bu bölüm ile ilgili herhangi bir veriye rastlanılmamıştır.
		Zorunlu temel besin maddelerinin üretimini özendirici, yurt düzeyinde dengeli dağıtımının yönlendirici düzenleme yapılması,	Bu bölüm ile ilgili herhangi bir veriye rastlanılmamıştır.

Tablo 4.5. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (62, 63).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
5. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1985-1989)	Sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlayabilmek için sağlık hizmetlerinin herkese eşit, sürekli ve etkili bir şekilde ulaştırılması ile halkın beden ve ruh sağlığını koruyarak tıbbi bakım görmesini sağlayabilmek,	Sosyalleştirme uygulamasında verimliliğin arttırılması ve mevzuat düzenlemesi yapılması	1987 yılında sosyalleştirme uygulamasında verimliliğin arttıracağı düşünülen "Sağlık Hizmetleri Temel Yasası" kabul edilmiştir. Temel esasların yer aldığı üçüncü maddenin a fıkrasında "*Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir*" denmektir. Böylelikle sağlık hizmet sunumunun Sağlık Bakanlığınca eşit ve kaliteli bir şekilde sunulması ve diğer bakanlıklarla koordineli bir şekilde çalışılması gerekliliği üzerinde durulmuştur.
		1984 yılı itibariyle sosyalleştirme kapsamında olan 67 ilde 2754 sağlık ocağı ve 7452 sağlık evi bulunmakla birlikte 1989 yılına kadar 720 sağlık ocağı ve 4215 sağlık evi yapımı planlaması,	1989 yılı verileri değerlendirildiğinde; 1984 yılında 2754 olan sağlık ocağı sayısının 1989' da 3304' e yükseldiği bu süreçte 550 sağlık ocağı yapılabildiği; sağlık evlerinde ise 1984 yılında 7452 olan sağlık evi sayısının 10731'e yükseldiği 3279 sağlık evi yapılabildiği görülmektedir .
		Büyük şehirlere hasta gidişini önlemek amacıyla sağlık hizmetlerine erişimi düzenlemek adına, sağlık ocaklarına başvurunun ilk adım olarak belirlendiği bir sağlık müracaat zinciri uygulamasının hayata geçirilmesi,	Sevk Müracaat Zinciri uygulaması başlatılamamıştır.
		Kamu ve sigorta kurumlarının kendi sağlık sunumlarını gerçekleştirmeleri yerine mevcut sağlık kurumlarından faydalanmasının sağlanması amacıyla gerekli düzenlemelerin yapılması,	Planda ve sonraki planda bu konu hakkında herhangi bir veriye rastlanılmamıştır.

Tablo 4.5. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (62, 63).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
5. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1985-1989)	Sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlayabilmek için sağlık hizmetlerinin herkese eşit, sürekli ve etkili bir şekilde ulaştırılması ile halkın beden ve ruh sağlığını koruyarak tıbbi bakım görmesini sağlayabilmek,	Koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli ve dengeli bir şekilde sunumunun sağlanabilmesi için gereken insan gücünün sağlanması, altyapı şartlarının iyileştirilmesi, araç ve gereçlerin temin edilmesi,	1987 yılında 3084 olan sağlık ocağı sayısı, 1988' de 3170'e, 1989' da ise 3304' e yükselmiştir.1989 yılı itibariyle uzman hekim sayısı 23.750 olmasına rağmen bu hekimlerin sadece 7.177'si Sağlık Bakanlığına bağlı çalışmaktadır. Pratisyen hekim sayısı 22.958 olup, 13.875 hekim Sağlık Bakanlığı'nda görevlidir. 1989 yılı itibariyle diş hekimi sayısı 10.132, eczacı sayısı 15.201, sağlık memuru sayısı 18.869, hemşire sayısı 43.374, ebe sayısı 27.805'tir. Personelin illere göre dağılımında dengesizlikler devam etmektedir.

Tablo 4.6. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (64, 65).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
6. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1990-1994)	Doğuşta hayatta kalma ümidinin yükseltilmesi, bebek ölüm oranının düşürülmesi, sağlık hizmeti almak için başvuruda bulunanların birinci basamak sağlık kuruluşlarında karşılanmasının sağlanması, personel başına düşen nüfus oranının azaltılması, personelin dengeli dağılımının sağlanması,	Sosyal Güvenlik Sistemine dahil olmayana vatandaşların sağlık hizmet sunumundan faydalanmasının sağlanması,	3816 sayılı 18.06.1992 tarihli "*Ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin yeşil kart verilerek devlet tarafından karşılanması hakkında yönetmelik*" ile ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin devlet tarafından karşılanacağı gündeme gelmiş ve 1992 yılında yeşil kart masraflarının karşılanabilmesi için bütçenin transferler bölümünden 370 milyar TL ödenek ayrılmıştır. 05.08.1992'de 2.812.824 kişi yeşil karta müracaat etmiş ve uygun görülen 2.041.585 kişiye yeşil kart verilmiştir.
		Plan dönemi sonunda doğuşta hayatta kalma ümidinin 68 yıla yükselmesi,	1994 yılı doğuşta hayatta kalma ümidi 67,7 olarak gerçekleşmiştir.
		Bebek ölüm oranının binde 50' nin altına düşmesi	Bebek ölüm hızı 1994 yılında %46,8 olarak gerçekleşmiştir.
		Sağlık hizmeti almak için başvuruda bulunan hastaların başvurularının birinci basamak sağlık kuruluşlarınca karşılanması,	Sevk sistemi kurulamamış, hastanelerdeki yığılmanın önüne geçilememiştir.
		Sağlık personelinin eğitimi ve dengeli bir şekilde dağılımının sağlanması, 1011 kişiye 1 hekim, 4845 kişiye 1 diş hekimi, 3655 kişiye 1 eczacı, 736 kişiye 1 hemşire/ebe, 2838 kişiye 1 sağlık memuru/teknisyeni düşmesi,	1994 yılı itibariyle 954 kişiye 1 hekim, 4630 kişiye 1 diş hekimi, 3492 kişiye 1 eczacı, 994 kişiye 1 hemşire/ebe, 1600 kişiye 1 sağlık memuru/teknisyeni düşmektedir.

Tablo 4.7. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (65, 82).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
7. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1995-2000)	Sağlıkta kaynakların etkin kullanılması, sağlık hizmet sunumunda yaygın, sürekli ve kaliteli bir organizasyon yapısı ile tüketici memnuniyetinin arttırılması amacıyla sistemin yeniden yapılandırılması ve sağlık hizmetlerinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımının sağlanması,	Yatak sayısı 50' nin üzerinde olan ve kamu kurum ve kuruluşlarına ait olan hastanelerin kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen idari ve mali açıdan özerk kamu tüzel kişiliğine kavuşturulması,	Hastaneler idari ve mali özerkliğe kavuşturulamamıştır.
		Dönem sonunda hasta yatağı sayısının kamuda 168.000, özelde 12000' e, toplamda 180000' e, yatak işgal oranının %65' e, sağlık ocağı sayısının 5100' e yükselmesi; bir hekime düşen nüfus sayısının 806' ya, bir eczacıya düşen nüfus sayısının 3206' ya, 1 hemşireye düşen nüfus sayısının 647' ye düşmesinin sağlanması,	2000 yılı yatak sayısı 172.449, yatak işgal oranı ise %60,5, sağlık ocağı sayısı ise 5700 olarak gerçekleşmiştir. Bir hekime düşen nüfus sayısı 785, bir eczacıya düşen nüfus sayısı 2916, bir hemşireye düşen nüfus ise 916 olarak değerlendirilmiştir.
		Sağlık güvencesi ve sosyal yardım kapsamında yer almayan kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi, sosyal sağlık sigortalarının genel sağlık sigortası sistemi çatısı altında toplanabilmesi amacıyla; sağlık finansman kurumunun, kuruluşu, idari, mali ve hukuki yapılanmasının sağlanması,	Sosyal güvenlik kapsamında nüfus yüzde 91'e ulaşmış, sağlık sigortası kapsamındaki nüfus ise %86,4'e yükselmiştir. Yeşil kart uygulaması devam etmekte, Emekli Sandığı, Bağkur ve Sosyal Sigortalar Kurumunun idari ve mali yapılarının düzenlenmesi çalışmaları yapılacaktır.
		Doğrudan yataklı tedavi kurumlarında hizmet sunumunun azaltılması,	Sevk Müracaat Zinciri kurulamadığı için yataklı tedavi kurumlarındaki yığılmanın önüne geçilememiştir.

Tablo 4.7. (Devam) Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (65, 82).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
7. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1995-2000)	Sağlıkta kaynakların etkin kullanılması, sağlık hizmet sunumunda yaygın, sürekli ve kaliteli bir organizasyon yapısı ile tüketici memnuniyetinin arttırılması amacıyla sistemin yeniden yapılandırılması ve sağlık hizmetlerinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımının sağlanması,	Tıpta uzman olabilmek için gerekli şartların, eğitimin ve uzmanlık yetkisinin usul ve esaslarının belirlenmesi, ülke ihtiyacına yönelik sağlık insan gücü yetiştirilmesi amacıyla müfredat düzenlemesi yapılması,	Son dönemde tıp fakültelerinin sayıları arttırılmış, orta dereceli okullarda yetiştirilen sağlık memuru, hemşire, ebe unvanları için lisans eğitimi getirilerek niteliklerinin arttırılması amaçlanmıştır.

Tablo 4.8. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (66, 67, 69, 83-85).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
8. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (2001-2005)	Sağlık hizmetlerinin vatandaşların ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak eşit ve hakkaniyete uygun bir biçimde sunulması, bölgeler arası farklılıkların minimize edildiği, çağdaş yaşamın gerekliliklerine uygun ve aynı zamanda hasta haklarına saygılı bir yaklaşımla gerçekleştirilmesi,	2005 yılında yatak sayısının 200.000' e yükselmesi, yatak başına düşen nüfusun 351' e düşmesi, sağlık ocağı sayısının 6300' e yükselmesi hedeflenmektedir. Ayrıca sağlık personeli durumu ile ilgili hedefler de şu şekildedir: Hekim başına düşen nüfusun 789' a, hemşire başına düşen nüfusun 910' a düşmesi.	2004 yılı Sağlık İstatistiklerine göre yatak sayısı 187.788, Yatak başına düşen nüfus sayısı 383, sağlık ocağı sayısı 6066 olarak kayıtlara geçmiştir. Hekim başına düşen nüfusun 2005 yılında 715'e düştüğü 9. Kalkınma Planı'nda yer almakla birlikte plan ve diğer kaynaklar dahil olmak üzere hemşire başına düşen nüfus ile ilgili bu yıla ait veri bulunamamıştır.
		Bebek ölüm hızının binde 28.8' e düşmesi,	2003 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Sonuçlarına göre bebek ölüm hızı binde 28,7 olarak değerlendirilmiştir.
		Sağlık hizmeti sunumunun tüm kademelerinin teknolojik bakımdan geliştirilerek Sağlık Bilgi Sistemi oluşturulması,	2003 yılı Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında yayımlanan Ön raporda; sağlık hizmetlerinde uyum sağlanması, sağlık çizelgelerinin oluşturulması, vatandaşların sağlıklarına ilişkin tıbbi kayıtların saklanması, sağlık hizmet basamakları arasında vatandaşa ait sağlık kayıtlarının aktarılmasının sağlanacağı altyapının oluşturulması ve sağlık verilerin toplanması için sağlık bilgi sisteminin oluşturulmasının gerekliliğinden bahsedilmiş, çalışmalarına başlanmıştır.
		Plan dönemi sonunda doğuşta hayatta kalma ümidinin 70.3' e yükselmesi,	2005 yılında doğuşta hayatta kalma ümidi 71.3 olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.8. (Devam) Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (66, 67, 69, 83-85).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
8. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (2001-2005)	Sağlık hizmetlerinin vatandaşların ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak eşit ve hakkaniyete uygun bir biçimde sunulması, bölgeler arası farklılıkların minimize edildiği, çağdaş yaşamın gerekliliklerine uygun ve aynı zamanda hasta haklarına saygılı bir yaklaşımla gerçekleştirilmesi,	Akılcı İlaç Kullanımı uygulamasının yaygınlaştırılması,	Akılcı ilaç kullanımı hakkında vatandaşların ve sağlık personelinin bilinçlendirilmesi için çalışmaları yürütülecektir. Bununla ilgili 2002-2003 yıllarında Tanı ve Tedavi Rehberi basımı yapılmış, revize edilmiş; DSÖ' nün "Reçete Yazma Rehberi", "Eğiticilere Yönelik Reçete Yazma Rehberi", "Akılcı İlaç Kullanımı Hakkında Halk Eğitimi" konulu çalışmaları dilimize çevrilerek dağıtımı yapılmıştır.
		Aile hekimliği uygulamaları için düzenleme yapılması,	24.11.2004 tarih ve 5658 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ile birlikte aile hekimliği uygulaması başlamıştır. Aile hekimliği uygulamasında temel birim aile sağlığı merkezi olarak belirlenmiş ve bu merkezde bir hekim ve bir hemşire/ebe (aile sağlığı elemanı) görev alacak şekilde düzenleme yapılmıştır. Aile hekimlerinin 1000-4000 kişi olarak değişen nüfusu olacak şekilde düzenleme yapılmıştır. İl merkezlerinde aile hekimliğine kayıtlı olanlar aile hekimlerini seçebilecek, kırsal bölgede seçemeyeceklerdir. Ayrıca kayıtlı kişilerin hekim seçme hakkının olduğu gibi hekimlerin de hasta seçme hakkı bulunacaktır.

Tablo 4.8. (Devam) Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (66, 67, 69, 83-85).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
8. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (2001-2005)		Genel sağlık sigortasının oluşturulması	2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan ön raporda; Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası başlığı altında vatandaşların ödeme gücü ile orantılı olarak katkı sağlayacakları ve hizmet ölçüsünde ihtiyaçları kullanabilecekleri bir sigorta modeli olarak tanımlanmıştır. Ancak söz konusu program ile ilgili düzenlemeler bir sonraki plan dönemine sarkmıştır.
	Sağlık hizmetlerinin vatandaşların ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak eşit ve hakkaniyete uygun bir biçimde sunulması, bölgeler arası farklılıkların minimize edildiği, çağdaş yaşamın gerekliliklerine uygun ve aynı zamanda hasta haklarına saygılı bir yaklaşımla gerçekleştirilmesi,	Personelin tam gün çalışmasının özendirilmesi	Sağlık personelinin yurt genelinde dengeli dağılımının sağlanabilmesi için özendirici çalışmalar yapılması gerekliliği 2003 yılı ön raporda dile getirilmiştir. 2003 yılında 10 ilde pilot uygulama ile sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmetin sağlanması amacıyla Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması' na geçilmiştir. Uygulama ile personel verimliliğinde, kamuda tam gün çalışmada artış izlenmesi üzerine 2004 yılında gerekli düzenlemeler yapılarak uygulama Türkiye geneline yayılmıştır.

Tablo 4.9. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (69, 86).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
9. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (2007-2013)	Personel dağılımının dengelenmesi, genel sağlık sigortası sisteminin aktifleştirilmesi, sağlık eğitim kalitesinin arttırılması, hizmet içi eğitimlerin arttırılması, hasta odaklı sağlık sistemi oluşturulması, tıptaki kötü uygulamaları önlemeye yönelik hukuki düzenlemeler yapılması, hasta hakları konusunda vatandaş ve sağlık personellerinin bilinçlendirilmesi, hasta hakları birimlerinin kurulması, aile hekimliği uygulamasının 2008 yıl sonu itibariyle tüm yurda yayılmasının sağlanması, hastanelerin idari ve mali açıdan bağımsızlaştırılması, hizmet sunumu ve personele ilişkin ulusal standartların belirlenmesi, sağlık birimlerinin yetkilendirilmesi için gerekli sistemin oluşturulması, özel sektörün teşvik edilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, sevk sisteminin etkin hale getirilmesi, bilgi sistemlerinin yaygınlaştırılması, akılcı ilaç kullanımı konusunda sağlık personeli ve vatandaşın bilgilendirilmesi, uluslararası sağlık veri tabanı oluşturulması, Sağlık Bakanlığı' nın planlayıcı, düzenleyici, denetleyici rolünün güçlendirilmesi	Plan döneminde sağlık sektörü kamu yatırım payının arttırılması,	2014 yılı sağlık istatistik yıllığı'na göre 2011 yılı sağlık alanında yatırım harcaması 3.236 milyon TL olmuş, yatırımların GSYİH' ya oranı ise %0.3; 2012 yılı yatırım harcaması 3.901 milyon TL, yatırımların GSYİH' ya oranı ise %0.3, 2013 yılı yatırım harcaması 4.688 milyon TL, yatırımların GSYİH' ya oranı ise %0.3 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca bu plan döneminde yatırımlar hususunda mevzuat düzenlemesi yapılmıştır. 21.02.2013 tarihli 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca "*Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun*" ile kamu özel işbirliğinin usul ve esasları belirlenmiştir.
		2006 yılında 103.150 olan hekim sayısının 2013 yılı itibariyle 120.000 olacağı, 2006 yılı Hekim Başına Düşen nüfus 707 ike 2013' te 658' e düşeceği, 2006' da Tıp fakültesi yeni öğrenci sayısının 4800 iken 2013' te 6000' e yükseleceği, 2006 yılında hasta yatağı sayısı 197.170 iken, 2013 yılında 236.600' e yükseleceği, yatak başına düşen nüfusun ise 372' den 335' e düşmesi,	2013 yılı sağlık istatistik yıllığına göre; 2013'te hekim sayısı 133.775, 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 174, tıp fakültesine yeni kayıt yaptıran öğrenci sayısı 10.158, yatak sayısı 202.031 olup bu yatakların 92.542'si nitelikli hasta yatağı olarak kayıtlara geçmiştir. 10.000 kişiye düşen hasta yatağı sayısı ise 26,4 olarak ifade edilmiştir.
		Sevk zincirinin etkin bir şekilde işletilmesi	2008 yılında pilot bölge uygulaması ile sevk zinciri uygulaması denenmiştir.

Tablo 4.10. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (73).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
10. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (2014-2018)	Vatandaşların ekonomik, sosyal ve kültürel hayata bilinçli, aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarını sağlamak, yaşam kalitesini artırmak temel hedef olarak belirlenmiştir. Bu hedefe ulaşmak amacıyla, veriye ve kanıta dayalı politikaların benimsendiği, erişilebilir, nitelikli, maliyet etkin ve sürdürülebilir bir sağlık hizmet sunumunun güvence altına alınması sağlanmalıdır.	Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, sağlıklı hayat biçiminin desteklenerek ulaşılabilir ve aktif bir sağlık hizmeti sunumu sağlanması,	05.02.2015 tarih ve 29258 sayılı Toplum Sağlığı merkezleri ve Bağlı Birimleri Yönetmeliği ile Sağlıklı Hayat Merkezleri kurularak koruyucu sağlık hizmetlerini destekleyici bir uygulama başlatılmıştır. Sağlıklı Hayat Merkezleri'nde, bireylerin sağlıklı beslenme danışmanlığı, fiziksel aktivite danışmanlığı, kronik hastalıklar ve risk faktörlerinin önlenmesi ve kontrolüne yönelik danışmanlık hizmetleri, sağlık okuryazarlığı hizmeti, KETEM faaliyetlerine ilişkin hizmetler ve psiko-sosyal destek faaliyetlerine yönelik hizmetler sunulmaktadır.
		Sağlık hizmeti sunumunda sağlık personeli ve başvuruda bulunan hastaların güvenliği ve memnuniyetinin göz önünde bulundurulması,	Sağlık Bakanlığı çalışan memnuniyeti hususunda 27.12.2017 tarih ve 59304670 barkod numaralı yazısı ile çalışan motivasyonu konulu genelgeyi yayımlamıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü altında Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Dairesi Başkanlığı kurulmuştur. Taşrada da çalışan sağlığı birimi, hasta hakları il koordinatörlükleri kurulmuştur.
		Akılcı ilaç kullanımı konusunda vatandaş ve sağlık personellerinin bilgilendirilmesi,	Yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı önlemek amacıyla halkın ve personelin bilinçlendirilmesi amaçlanmıştır. Akılcı İlaç Kullanımı kapsamında eğitimler düzenlenmiştir.
		Hasta sevk zinciri uygulaması geliştirilmesi	Hasta sevk zinciri kurulamamıştır.

Tablo 4.10. (Devam) Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (73).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
10. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (2014-2018)	Vatandaşların ekonomik, sosyal ve kültürel hayata bilinçli, aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarını sağlamak, yaşam kalitesini artırmak temel hedef olarak belirlenmiştir. Bu hedefe ulaşmak amacıyla, veriye ve kanıta dayalı politikaların benimsendiği, erişilebilir, nitelikli, maliyet etkin ve sürdürülebilir bir sağlık hizmet sunumunun güvence altına alınması sağlanmalıdır.	Tamamlayıcı tıp kapsamındaki tedaviler için standartların belirlenerek denetim mekanizması oluşturulması ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının tıp eğitimine ve sağlık uygulamalarına eklenmesi,	27.11.2014 tarih ve 29158 sayılı "*Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği*" ile insan sağlığına yönelik geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının usulünün belirlenerek, uygulamayı yapacak olan kişinin eğitim ve belgelendirilmesi ile bu uygulamaların yapılacağı sağlık kuruluşlarının çalışma usul ve esaslarını düzenlenmiştir.
		İlaç ve tıbbi cihazların kalitesi, bakımı ve bunlara yönelik harcamaların kontrol edilmesi,	2010 yılında İlaç Takip ve İzleme Sistemi kurulmuştur. İlaçlar ile ilgili tüm bilgilerin yer aldığı bir sistemdir. Ayrıca hastayı da koruyan bir sistem olarak değerlendirilmektedir. Tıbbi cihaz takibi konusunda ise 02.03.2016 tarihinde Ürün Takip Sistemi kurulmuştur.
		Çocuk ölüm oranlarının azalması, sağlık alanında gelişmenin sağlanması	2013 yılında bin canlı doğumda bebek ölüm hızı 10,1' den 2018 yılında 9,1'e düşmüştür. On bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı 2018 yılında 27,9'a yükselmiş, aynı yıllar için yüz bin kişiye düşen hekim sayısı 174'den 186'ya çıkmıştır.

Tablo 4.11. On Birinci Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (76).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
11. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (2019-2023)	Vatandaşların fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik halinde olmalarının sağlanması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerini destekleyici sağlıklı yaşam uygulamaları ile kaliteli, etkili, sürdürülebilir bir hizmet sunumu sağlanması, bu süreç içerisinde yaşlı nüfusun yaşam kalitesinin yükseltilmesi, sağlık hizmet sunumunda bölgeler arası dengesiz dağılımın iyileştirilmesi hedeflenmektedir.	Plan sonunda sağlık göstergelerinde iyileşmelerin gerçekleşmesi,	2023 yılı hedefleri ile ilgili 2022 yılı Sağlık İstatistikleri incelendiğinde; bebek ölümlerinin %8,5'a düşmesi beklenmiş, 2022 yılı gerçekleşmesi %9.1; yüz bin canlı doğumda anne ölüm oranı hedefi 13 olarak belirtilmiş ve 2022 yılı verilerine göre bu oran 12,6'ya gerilemiştir. Nitelikle hasta yataklarının toplam yataklar içindeki oranı hedefi 84 olup, 2022 yılı verilerine göre 79,6 olarak gerçekleşmiştir. 100.000 kişiye düşen hekim sayısı hedefi 230 olup 2022 yılında bu sayı 228 olarak gerçekleşmiş; 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı hedefi 280 olup, 2022 yılında bu sayı 356 olarak gerçekleşmiştir. 2022 yılı içerisinde 2023 yılı hedeflerine yaklaşıldığı hatta bazılarında bu hedeflerin ötesine geçildiği görülmektedir
		Bağımlılıkla mücadele kapsamında sağlık hizmetlerine erişimin kolay hale getirilmesi,	Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı İle Mücadele Dairesi Başkanlığı bağımlılıkla mücadele kapsamında politikaların yürütülmesini sağlamaktadır. Bu kapsamda ALO 171 (Sigara Bırakma Danışma Hattı), ALO 191 (Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı), ALO 184 Tütün İhbar Hattı, Yeşil Dedektör mobil uygulaması kullanılmaktadır. Ayrıca bağımlılıkla mücadele kapsamında 2022 yılı içerisinde 81 ilde Bağımlılıkla Mücadele İl/İlçe Çalıştayları düzenlenmiştir.

Tablo 4.11. (Devam) On Birinci Kalkınma Planında sağlık sektörüne ilişkin hedef ve politikaların analizi (76).

DÖNEM	HEDEFLER	POLİTİKALAR	SONUÇLAR
11. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (2019-2023)	Vatandaşların fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik halinde olmalarının sağlanması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerini destekleyici sağlıklı yaşam uygulamaları ile kaliteli, etkili, sürdürülebilir bir hizmet sunumu sağlanması, bu süreç içerisinde yaşlı nüfusun yaşam kalitesinin yükseltilmesi, sağlık hizmet sunumunda bölgeler arası dengesiz dağılımın iyileştirilmesi hedeflenmektedir.	Hizmet sunucularına yönelik akreditasyon sistemi kurularak sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi, klinik kalitenin takibi ve denetimi için etkili ve verimli bir süreç oluşturulmasının sağlanması ve klinik rehberlerin kullanımının yaygınlaştırılması,	27.06.2015 tarih ve 29399 sayı ile yayımlanan "*Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik*" 26.05.2023 tarih ve 32202 sayı ile 2023 yılı içerisinde revize edilmiştir.
		Evde sağlık hizmetlerinin, özellikle kırsal bölgelerde yaşayan bireylere odaklanarak genişletilmesi; yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve koruyucu ile tedavi edici hizmetleri güçlendirmek amacıyla çeşitli önlemlerin alınması,	02.06.2023 tarih ve 32209 sayılı Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik düzenlemesi yapılmıştır. Yönetmelikle evde sağlık hizmetlerinin yapılanması, evde sağlık hizmeti sunum esasları, denetim işlemleri düzenlenmiştir.2016 yılında kurulan Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanlığı yaşlılara yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin güçlendirilmesi kapsamında politikalar yürütmek için kurulmuştur.
		Bulaşıcı olmayan hastalıkların risklerinin azaltılabilmesi için sağlıklı hayat tarzının teşvik edilmesi,	Ülke genelinde 246 sağlıklı hayat merkezi ile hizmet sunumu gerçekleştirilmiştir.

5. TARTIŞMA

Kalkınma ile sağlık, karşılıklı etkileşim gözlemlenen bir ilişkiyi ifade eder. Bir toplumda kalkınmanın hedeflendiği durumda, sağlık verilerinin iyileştirilmesi önem arz etmekte; aynı şekilde, sağlık alanında önemli gelişmelerin kaydedildiği bir toplumda ise kalkınmanın beklenebilir veya istenebilir olması kaçınılmazdır. Sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum, kalkınma sürecinin vazgeçilmez bir bileşenidir.

Ülkemizin iktisadi ve sosyal kalkınma çabalarının perspektifinden, kalkınma planları ile sağlık sektörü arasındaki ilişkinin detaylı bir şekilde incelenmesi büyük öneme sahiptir.

Türkiye'nin ekonomik ve sosyal gelişiminde sağlık sektörünün oynadığı rol, bu çalışmanın çıkış noktasını oluşturmaktadır.

Çalışmada 1963 yılından bu yana yürürlüğe girmiş olan kalkınma planlarında sağlık sektörü ile ilgili temel amaç ve hedefler ayrıntılı olarak incelenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda plan hedefleri ile uygulamada yer alan sonuçlar karşılaştırılmış; hedefler ve gerçekleşmeler arasındaki uyum ve uyumsuzluklar incelenmiştir. Böylece sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulanmasında yaşanan sorunların ve başarısızlıkların sebepleri irdelenmiş, öneriler geliştirilmiştir.

Araştırmada öncelikle kalkınma ile sağlık kavramları arasındaki kavramsal ilişki değerlendirilmiştir. Böylelikle sağlığın kalkınma içerisindeki yeri ve önemi ortaya koyulmuş, sağlık hizmetlerinin sadece tıbbi bir konudan ziyade ekonomik ve sosyal bir olgu olduğu vurgulanmıştır. Bu bağlamda 1960'lı yıllarda başlayan planlı kalkınma döneminden günümüze kadar sağlık sektörüne ilişkin temel politika ve hedeflerin nasıl bir seyir izlediği ortaya koyulmuştur.

1963-1967 yıllarını kapsayan 1. Beş Yıllık Kalkınma Planı dönemi' nde temel amaç halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi olmuştur. Bu dönemde sağlık personeli sayısı oldukça az olmakla birlikte ülkede dengesiz bir sağlık personeli dağılımı söz konusudur. Halkın sağlık hizmetlerine ulaşması oldukça zordur. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmektedir. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı' nın uhdesinde olup tedavi edici hizmetler kapsamında diğer bakanlıklar, İktisadi Devlet Teşekkülleri, İşçi Sigortaları Kurumu, mahalli idareler ve özel sektör katılım göstermektedir. Bu kurumlar arasında işbirliği azdır. 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı

döneminde koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ve sağlık hizmetlerinde bölgeler arasındaki farkın azaltılması hedeflenmiştir. Çeşitli programlar oluşturularak (örn. Sosyalleştirme program, çevre sağlığı programı, ana çocuk sağlığı programı vb.) sağlık sektöründe pozitif iyileştirmeler yapılmak istenmiştir. 3. Beş Yıllık Kalkınma Planı ile birlikte koruyucu yaklaşım ön plana çıkmıştır. Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konularına ağırlık verilmiş, sağlık insan gücü planlamasına yönelik politikalar geliştirilerek sağlık personelinin dengesiz dağılımı engellenmeye çalışılmıştır. 4. Beş Yıllık Kalkınma Planı ile sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli ve dengeli bir şekilde her bireye ve her bölgeye ulaşması hedeflenmiştir. 5. Beş Yıllık Kalkınma Planında da halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi temel amaç olup bunun sağlanması için gerekli mevzuat düzenlemelerinin yapılması gerekliliğinden bahsedilmiştir. Ayrıca genel sağlık sigortası sistemine geçiş hazırlıklarının başladığı dönem olduğu söylenebilir. 6. Beş Yıllık Kalkınma Planı doğuşta hayatta kalma ümidini 68 yıla yükseltmek, bebek ölüm oranını % 50' nin altına düşürülmesi, sağlık hizmetleri talebi için başvuruların ilk basamak sağlık hizmetlerince karşılanması hedefleri ile başlamıştır. 7. Kalkınma Planı ile sağlık sektörü için memnuniyet ve kalite ile vatandaşların sağlık hizmetine katkı sağlaması kavramları ortaya çıkmıştır. Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, sağlık insan gücü planlaması, sağlık bilgi sistemlerinin kurulmasının sağlanması önemli hedeflerdendir. 8. Kalkınma Planı döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmış, birçok değişiklik gerçekleştirilmiştir. Genel sağlık sigortası uygulaması bu değişikliklerden biri olup sağlıkta insan gücü ve fiziki alt yapı düzenlemesine ilişkin politikalara yer verilmiştir. 9. Kalkınma Planı ile sağlık hizmetlerinde kalite ve memnuniyet odaklı politikalar öne çıkmıştır. 10. Kalkınma Planı ile sağlıklı hayat tarzının teşvik edildiği, koruyucu sağlık hizmetlerinin çok sektörlü bir yaklaşımla geliştirilmesi hedeflenmiştir. On Birinci Kalkınma Planı'nda (2019-2023) temel amaç kapsayıcı ve sürdürülebilir büyümenin sağlanması olarak belirlenmiştir. Sağlık sektörü özelinde ise sağlık hizmetlerinde erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, sağlık turizminin geliştirilmesi gibi hedefler öne çıkmıştır. Son olarak, 30.10.2023 tarih ve 3067 sayılı Kanun gereğince, 1396 karar numaralı On İkinci Kalkınma Planı ise önümüzdeki yıllara ait düzenlemelerin yer aldığı plandır. Böylece 1960'lardan günümüze Türkiye'de planlı dönemde sağlık politikalarının genel bir değerlendirmesi yapılmıştır.

Çalışmanın bulgular kısmında hedefler, politikalar ve sonuçlar başlıkları altında kalkınma planlarındaki sağlık sektörü ile ilgili temel amaç, hedefler ve politikalar, ilgili

dönemlerde sağlık alanında gerçekleştirilen uygulamalar karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir.

Örneğin, birinci plan döneminde sosyalleştirme kapsamında yapılması öngörülen sağlık ocaklarının yapımı planda hedeflenen sayının oldukça altında kalmıştır. Bunda sağlık sektörü için ayrılan bütçenin azlığı da büyük rol oynamıştır. Kırsala gidecek sağlık hizmeti akabinde diğer hizmetlerin de bölgeye ulaşmasını sağlayıp kalkınmasına destek olunması beklenirken ulaşamayan hizmetler sebebiyle kalkınmanın da gerçekleşmediğini söylemek mümkündür. Bir başka durum ise plan döneminde sağlık personeli dağılımının üç büyük şehirde (İstanbul, Ankara, İzmir) toplanarak hizmetin tüm yurda yayılmasının sağlanamamasıdır.

İkinci plan döneminde de benzer aksaklıklarla yola devam edilmiştir. Sosyalleştirme programına dahil olan şehir sayısı artmış ancak hedeflenen sağlık ocağı sayısına ulaşılamamıştır. Ocakların yapıldığı bazı yerlerde alt yapı hizmetlerinde sorun yaşanmıştır. Yol, içme suyu, haberleşme gibi hizmetler ulaştırılamamıştır. Hizmet binasının yapılacağı yerin bulunması da başka bir sorun olarak yansımıştır. Birçok bina köy dışına yapılmış, bu da hizmet sunumunu zorlaştırmıştır. Bu dönemde halkın sağlık ocağı/sağlık evi yapımına gönüllü olarak iştirak etmesi de beklenmiştir. Çünkü sağlık ocağı/sağlık evi yapımında belirli standartlar geliştirilememiş, yapının bulunduğu bölge ve kurumların tutumları farklılıkları oluşturmuştur. Bu durum yatırımlarda tasarruflara engel olmuştur. Sağlık personelinin dengesiz dağılımı devam etmekle birlikte büyük şehirlerdeki personel yığılmaları engellenememiştir. Ayrıca koruyucu hekimliğin yürütülmesini sağlayacak pratisyen hekim sayısı da oldukça azdır. Uzmanlaşma oranı yüksek olmakla birlikte hekimlerin bir kısmı da başka ülkelerde görev yapmaktadır. 1972 yılında 10.000 kişiye 25 yatak sayısına ulaşılması hedefine 1971 yılında 10.000 kişiye 25,1 hasta yatağı ile ulaşabilmiş ancak yatak sayılarının yurt genelinde dengesiz dağılımının önüne geçilememiştir. Yatak dağılımının dengesizliği ikinci plandan üçüncü plana aktarılan bir durumdur. Ayrıca yataklı tedavi hizmeti sunumu sadece Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı' nın tek elinde olmayıp diğer bakanlıklar, özel sektör, iktisadi devlet teşekküllerinin de katılımlarıyla gerçekleşmektedir. Bu kuruluşların aynı yörede başka hastaneler kurmaları, hastane işletmeciliğinin gelişmemiş olması gibi sebeplerle hasta yatağı kapasitesinden istenilen verim alınamamıştır. Sağlık personeli sayılarında artış gözlenmiş olsa da sosyalleştirme bölgelerinde halen kadroların çoğunluğu boştur. Bu

sebeple ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması ve halk eğitimleri gibi hizmetlerin yürütülmesinde aksamalar yaşanmaktadır.

Dördüncü plan döneminde yatak dağılımındaki dengesizlik ile sağlık personeli dağılımındaki dengesizlik devam etmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinden beklenen gelişmenin gerçekleşmesinin önünde engel teşkil etmiştir. Sosyalleştirilmiş il sayısı 1978 yılında 46' ya yükselmiştir. Ancak sağlık ocakları yapımında binaların alt yapılarına ait sorunların çözülememesi ile küçük yerleşim bölgelerine personel gönderilememesi hedeflenen sayıların gerçekleşmesini engellemiştir. Plan dönemi sonunda ise 1983 yılına kadar sosyalleştirilemeyen 20 il sosyalleştirmeye dahil olmuştur.

Sağlık müracaat zinciri kavramından ilk defa bahsedilen beşinci plan dönemi ile ilgili hedefler belirlenmiş ancak uygulamada bazı hedefler gerçekleşmemiştir. Bu durumun beş yıllık süre içerisinde altı sağlık bakanının görev almasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Altıncı Kalkınma Planı sosyal güvence kapsamında sigortası olmayan vatandaşlar için yeşil kart uygulamasının başladığı dönemdir. Böylelikle sigortası olmayan vatandaşlar başvurularına müteakip yeşil karta sahip olmuşlar ve sağlık hizmetlerinden ücret ödemeden faydalanmışlardır. Sağlıklı yaşam şartlarının sağlanabilmesi için çevre sağlığına yönelik çalışmalar (modern kanalizasyon, temiz içme suyu vb.) yapılmıştır. Birinci basamaktan itibaren üniversite hastanelerine kadar uzanan bir sevk sistemi kurulmak istenmiştir.

Yedinci Kalkınma Planı döneminde koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi sağlanamamış, tedavi edici sağlık hizmetlerinin öncelik alması engellenememiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilemeyince sağlık ocakları ve evleri için gerekli personel ve donanım ihtiyaçları karşılanamamış, hızlı nüfus artışına bağlı olarak kalabalık hale gelen şehirlerde sağlık hizmet ağı kurulamamıştır. Ayrıca tüm sağlık hizmeti kapasitesini karşılayacak sevk sistemi işlerlik kazanamamıştır. Hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşması hedeflerden biri olsa da bu durum gerçekleşmemiştir. Bu dönemde de hekimlerin neredeyse yarısı üç büyük ilde görevlerini yerine getirmektedir. Hekimler kamuda tam süre çalışmadıkları için hizmet verimliği de düşmektedir. Söz konusu yıllarda trafik kaza sayılarının fazla olması sağlık hizmetlerine erişimin daha hızlı olması gerekliliğini ortaya çıkarmış ve 1998 yılı itibariyle 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları kurulmaya başlanmıştır. 41 ilde acil sağlık hizmetleri istasyonu kurulması ile başlayan süreç 1999 yılında 63 ile, 2000 yılında da 71 ile çıkmıştır. Böylelikle acil müdahale gerektiren durumlara ulaşım sağlanmaya çalışılmıştır.

Sekizinci Kalkınma Planı, vatandaşların ihtiyaç ve beklentilerine uygun, hekim seçme hakkının kullanılabildiği, adil ve hakkaniyete dayalı bir şekilde sağlık hizmeti alabildikleri, bölgelerarası farklılıkların azaltıldığı, çağdaş yaşamın gerekliliklerine ve hasta hakları ilkelerine uygun olarak sağlık hizmet sunumunu sağlamaya yönelik bir çaba içermiştir. Bu dönemde Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya konmuştur.

Dokuzuncu Kalkınma Planı döneminde sağlıkta kalite ve memnuniyet odaklı politikalar ön plana çıkmıştır. "*5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu*" kapsamında 2010-2014 yıllarını kapsayan, 1 nihai amaç, 3 stratejik amaç ve 21 hedeften oluşan Sağlık Bakanlığının ilk stratejik planı oluşturulmuştur. Bu plan döneminde sağlık hizmetlerinin niteliğinde, fiziki alt yapısında ve erişilebilirlikte önemli gelişmeler sağlanmıştır. 2011 yılında yayımlanan KHK ile teşkilat yapısında değişikliğe gidilmiştir. Uygulama birliği sağlanabilmesi amacıyla kamuya ait hastaneler Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmıştır. Aile hekimliği uygulaması yaygınlaştırılmış, sevk zinciri etkinliği arttırılmaya çalışılmışsa da başarılı olamamıştır. Performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile personel teşvik edilmeye çalışılmıştır. 2011 yılı itibariyle Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur.

Onuncu Kalkınma Planı aile hekimliğinin yaygınlaştırıldığı, kamu-özel ortaklığı ile şehir hastanelerinin yapımından bahsedilen, tüm vatandaşları kapsayacak genel sağlık sigortasının kurulduğu, koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlıklı hayat merkezleri ile desteklendiği, ilaç takip sisteminin kurulduğu, sağlık bilgi sistemlerinin etkinliğinin arttırıldığı bir dönemdir. Ayrıca onuncu kalkınma planı diğer planlardan farklı olarak kurumlar arası koordinasyon gerektirecek öncelikli dönüşüm programları geliştirmiştir. Sağlık ile ilgili programlar; Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programı, Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı, Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programı' dır. Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi'nin ilk kalkınma planı olan On Birinci Kalkınma Planı ise, sağlıklı yaşam tarzının benimsendiği, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının mevzuat çerçevesinde yer aldığı, bulaşıcı olmayan hastalık risklerine karşı etkin önlemlerin alındığı bir süreci ifade etmektedir. Aynı zamanda, ilaç ve tıbbi cihaz sektöründe dünya genelindeki ülkelerle rekabet gücünün arttırılması hedeflenmiştir.

Sonuç olarak, 1963 yılından beri uygulanan kalkınma planları ile birlikte sağlık politikalarında önemli mesafeler kat edildiği aşikardır. Özellikle sosyalleştirme uygulaması, söz konusu dönem için yapılabilecek en uygun politika olarak değerlendirilebilir. Ancak politikanın yeterince desteklenmemesi, hizmet sunumunda

yaşanan aksaklıklar, alt yapı yetersizlikleri, personel sayısının azlığı gibi sebepler politikanın başarıya ulaşması önündeki engeller olmuştur.

Sevk sistemi oluşturulması, istenilmiş olmasına rağmen, henüz başarıyla hayata geçirilememiştir. 1 Kasım 2008 tarihinde dört ilde pilot uygulama başlatılmış ancak başarılı olmamıştır. 2017 yılında da dönemin Sağlık Bakanı Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU tarafından sevk sisteminin kurulmak istendiği ifade edilmiş ancak sonuçsuz kalmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çoğu hastalığı çözebilecek kapasitede olduğu göz önüne alındığında, vatandaşların gereksiz yığılmalarına sebep olan ikinci ve üçüncü basamaklara başvurularıyla ilgili sorunlar devam etmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmet sunumunun adil, hakkaniyete dayalı, kaliteli, etkili ve verimli bir şekilde sürdürülmesini amaçlamıştır. Program içerisinde, sistem içinde sürekli iyileşmeye odaklanma, uygulama sürecinde sektör paydaşlarının görüşlerinin dikkate alınması, hizmet alan ve veren bireylerin gönüllü katılımını teşvik etme, güçler ayrılığı prensibine dayalı olarak (yani finansmanı sağlayan, planlama yapan, denetimi üstlenen ve hizmet üretenlerin birbirinden ayrılması) ve merkezi yönetim anlayışının yerine yerinden yönetimin getirilmesi gibi temel ilkeler vurgulanmaktadır. Programda Sağlık Bakanlığı, politika üreten ve denetimleri gerçekleştirecek bir kurum olarak konumlanmıştır.

Yine program dönemi içerisinde, 2008 yılında, tüm vatandaşları hakkaniyete yakışır bir şekilde kucaklayan genel sağlık sigortasına geçilmiştir. 2012 yılında ise yeşil kart uygulaması sona ermiştir.

2005 yılında Düzce' nin pilot il olarak seçilmesi ile aile hekimliği uygulamasına geçiş gerçekleşmiştir. Bu uygulama ile aile hekimlerinin kendi bölgelerinde bulunan hizmet sundukları aile bireyleri ile etkileşim içerisinde olmalarının sağlık eğitimi ve hastalıkların önlenmesinde etkili olacağı düşünülmüştür. 2010 yılında tüm ülkeye aile hekimliği uygulaması yayılmıştır.

İkinci basamak sağlık hizmetleri daha verimli ve rekabetçi kurumlara dönüşebilmesi için merkezi yapıdan uzaklaşarak idari ve mali açıdan özerkliğe kavuşturulması istenmiş olsa da ne yazık ki bu amaç doğrultusunda herhangi bir gelişme yaşanmamıştır.

1983 yılında yayımlanan 181 sayılı "Sağlık Bakanlığı' nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile sağlık bakanlığı teşkilat yapısı 2011 yılına kadar değişmemiştir. 2011 yılında yayımlanan KHK ile, teşkilat yapısı bağlı kuruluşlar ve

ana hizmet birimleri olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü bağlı kuruluşları oluşturmaktadır. Söz konusu kurumların taşra temsilcilikleri ise İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Birliği Sekreterliği olarak üçlü bir yapıdan meydana gelmiştir. Bu durum yönetimde başarısızlıklara ve karmaşaya neden olmuştur. Kamu hastaneleri birlikleri ile ortaya çıkan hastane yöneticiliği kavramının içinin doldurulamaması, stratejik personel olarak değerlendirilen hekimlerin yönetici pozisyonlarında çalışmaları, sağlık kurumların profesyonelce yönetilememesi, taşradaki bağlı birimler arasında yaşanan sorunlar nedeniyle 2017 yılında yayımlanan 694 sayılı KHK ile kamu hastaneleri genel sekreterliği ve halk sağlığı müdürlükleri kapatılarak illerde bakanlığın temsilcisi il sağlık müdürlüğü olmuştur.

Sağlık personelinin ülke genelinde dengeli dağılımının sağlanabilmesi için teşvik edici uygulamalara ihtiyaç olduğu görülmektedir. İstekli ve verimli çalışmaya sebep olacak düzenleme yapılması gerekmektedir.

Bu bağlamda sağlık politikalarının kalkınma planlarındaki diğer sektörlerle bir bütünlük içerisinde ele alınması, uygulamanın yakından izlenmesi ve yeni ihtiyaçlara göre politikaların esnek bir şekilde güncellenmesi büyük önem taşımaktadır. Aksi halde planlarda yer alan politikalar ile sahadaki gerçeklik arasındaki uçurum daha da açılacak, halkın sağlık hizmetlerine güveni azalacaktır. Bu durum hem bireylerin sağlığı hem de ülkenin uzun vadeli kalkınma hedefleri açısından ciddi sorunlara yol açabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Yanmaz M. Küreselleşme sürecinde Türkiye'de son dönem sağlık politikaları [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2010.
2. Akman AM. Kalkınma planlarında 1980 sonrası sağlık politikalarının görünümü [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi; 2017.
3. Alataş S. Ekonomik kalkınmayı belirleyen faktörler: Ampirik bir analiz. [Yüksek lisans tezi.]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2014.
4. Turhan Y. Kalkınma kavramının tarihsel süreci ve etimolojik analizi. Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi. 2020;29:149-64. doi:https://doi.org/10.18092/ulikidince.719140.
5. Türkçe Sözlük. ed. Ankara: Arkadaş Yayınevi; 2004. kalkınma; s.712.
6. Arslan İ, Eren MV, Kaynak S. Sağlık ile kalkınma arasındaki ilişkinin asimetrik nedensellik analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2016;31:287-310. doi:https://doi.org/10.24988/deuiibf.2016312535.
7. Tolunay A, Akyol A. Kalkınma ve kırsal kalkınma: temel kavramlar ve tanımlar. Türkiye Ormancılık Dergidi. 2006;7:116-27. doi:https://doi.org/10.18182/tjf.14685.
8. Han E, Kaya AA. Kalkınma ekonomisi teori ve politika. 10 ed. Ankara: Nobel Yayınevi; 2021.
9. Clark J. Kalkınmanın demokratikleşmesi - gönüllü kuruluşların rolü. ed. Ankara: Türkiye Çevre Vakfı Yayını; 1996. p.244.
10. Özgüven A. İktisadi büyüme ve iktisadi kalkınma. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası. 1987;45.
11. GDP per capita (current US$) [Online Database]. WorldBank. 2021 [Cited Date: 01.02.2023]. Available from: https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locale=tr&name_desc=true.
12. Gülen EA. Ekonomik büyüme, kalkınma ve gelir dağılımı. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2014;6:45-52. doi:https://dergipark.org.tr/tr/pub/hititsosbil/issue/7715/101014.
13. Günsan N, Kanberoğlu Z. Analysis of relationship between sustainable development and health economics in Van city. Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi. 2021;6:61-75. doi:https://dergipark.org.tr/tr/pub/ijar/issue/58669/763295.
14. Tengilimoğlu D. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. 9. ed. Ankara: Nobel Yayınevi; 2012.
15. Uyanık Y, Yüksel A. Türkiye'de sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etkisi: bir meta-sentez çalışması. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2018;5:42-51.
16. Blaxter M. Health. ed.: Polity; 2010.
17. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. 1. ed. Ankara: Anıl Matbaacılık; 2011. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; s.38.
18. Kıvanç MM. Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye' de Sağlık Reformları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2015;2:162-6.
19. Örgütü DS, Bürosu ATOÇ. Alma-Ata Bildirisi. Toplum ve Hekim. 1979;3:27-30.
20. Ertekin İ. Sağlık İletişimi. ed. Ankara: Gece Kitaplığı; 2017. p.83-5.
21. Poyraz T. Sağlık ekonomisi (Sağlık hizmetlerinin kalkınmaya etkisi) [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1990.
22. Kara O, Kurutkan MN. Kalkınma ekonomisinde yeni eğilimler. ed. Ankara: Gazi Kitabevi; 2018. p.111-50.

23. Kızıl BC, Ceylan R. Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye örneği. Yaşar Üniversitesi E-Dergisi. 2018;13:197-209. doi:https://doi.org/10.19168/jyasar.343055.
24. TBMM. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. 1982.
25. Şaşmaz MÜ, Odabaş H, Yayla YE. OECD ülkelerinde sağlık harcamaları ile kalkınma arasındaki ilişki: panel veri analizi. Yönetim ve Ekonomi Dergisi. 2019;26:851-66. doi:https://doi.org/10.18657/yonveek.544425.
26. Özyakışır D. Beşeri sermayenin ekonomik kalkınma sürecindeki rolü: teorik bir değerlendirme. Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi. 2011;6:46-71.
27. Mazgit İ. Bilgi toplumu ve sağlığın artan önemi. I Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi. 2002;405:415.
28. Taban S. Türkiye'de sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisi. Sosyoekonomi. 2006;4. doi:https://doi.org/10.17233/se.63684.
29. Çetin H. Plan kavramı ve iktisadi kalkınmada planlamanın gereği ve önemi. Eskişehir İktisadi Ve Ticari İlimler Akademisi Dergisi. 1975;11:165-75.
30. John W. Asset Management: concepts & practices. The Woodhouse Partnership Ltd. 2003.
31. Aba G. Sağlık Politikası ve Planlaması. 2. ed. Ankara: Nobel Yayınevi; 2020. p.53-138.
32. Çelik Y. Sağlık Ekonomisi. ed. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2016. p.241-70.
33. Mıhçı H. Göreli geri kalmışlıktan kurtulma "hamlesi" ve Türkiye'de planlı kalkınma deneyimi (1963-1983). Mülkiye Dergisi. 2004;25:149-96.
34. Dilbaz Alacahan N. 1980 Sonrası Türkiyede Kalkınma Planlarındaki Ekonomik Hedeflerin Gerçekleşme Düzeyleri. Sosyal Bilimler Dergisi. 2008;0:19-31.
35. Ülke örnekleri ile kalkınma ve sanayileşme modelleri. Türkiye Mühendis ve Mimar Odaları Birliği. 2007. Report No: Available from.
36. Soyak A. Türkiye'de İktisadi Planlama: DPT' ye İhtiyaç Var Mı? Doğuş Üniversitesi Dergisi. 2003;4:167-82.
37. Çataloluk C. Keynezyen Teoriye Çağdaş Keynezyen Yaklaşımlar. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Dergisi. 2016;6:69-84.
38. Karaoğlan U. Kalkınma Kavramının Ortaya Çıkışı ve Gelişim Süreci. Toplum ve Ütopya. 2021.
39. Kaya S. Dünya Bankası ve Türkiye. Sayıştay Dergisi. 2002:3-42.
40. Torun A. Devletin kalkınma politikaları içindeki rolü ve kapsayıcı kalkınma. [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2009.
41. Bakanlığı TCD. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) [Cited Date: Available from: https://www.mfa.gov.tr/birlesmis-milletler-kalkinma-programi-_undp_-.tr.mfa.
42. Akyildiz F. Binyıl kalkınma hedefleri, insan hakları ve demokrasi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2011:39-60.
43. UNDP. Human development report 2013 The rise of the south: human progress in a diverse world [Cited Date: Available from: https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2013encompletepdf.pdf.
44. UNDP. Human development indices and indicators, 2018 statistical update [Cited Date: Available from: https://hdr.undp.org/system/files/documents/2018humandevelopmentstatisticalupdatepdf.pdf?_gl=1*wmxebr*_ga*MjAyNzU1ODE3Ni4xNzAyNDY0OTMx*_ga_3W7LPK0WP1*MTcwMjQ2NzA3Ni4yLjEuMTcwMjQ2NzA5Mi40NC4wLjA.

45. Ekiz C, Somel A. Türkiye'de planlama ve planlama anlayışının değişimi. Mülkiye Dergisi. 2014;31:97-136.
46. Ertuğral SM, Arslan SG. Planlı Kalkınma Döneminde Turizm Plan ve Politikaları ed.: Yalın Yayıncılık; 2022.
47. TBMM. Devlet Planlama Teşkilatı Kurulması Hakkında Kanun. 30.09.1960.
48. TBMM. 1961 Anayasası.
49. Cumhurbaşkanlığı TC. Planlar ve programlar [Cited Date: 25.05.2022]. Available from: https://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/.
50. TBMM. T.B.M.M. Tutanak Dergisi 139. Birleşim. 12.07.1995.
51. Övgün B. Türk kamu yönetiminde yeni bir örgütlenme: Kalkınma bakanlığı Ankara Üniversitesi SBF Dergisi. 2022;66:263-81. doi:https://doi.org/10.1501/SBFder_0000002222.
52. Cumhuriyeti T. Kamu Hizmetlerinin düzenli, etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesini sağlamak üzere kamu kurum ve kuruluşlarının teşkilat, görev ve yetkileri ile kamu görevlilerine ilişkin konularda yetki kanunu. In: Kurulu B, editor. 3.5.2011.
53. DPT. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. 1963-1967.
54. Ünüvar N. Meclis Kürsüsünden Yüzyılın Sağlık Bakanları. ed. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2020.
55. Bakanlığı S. Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu. Ankara1936.
56. Eren N, Tanrıtanır N. Cumhuriyet ve Sağlık [E-Book]. Ankara: Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi; 1998 [Cited Date. p.57. Available from.
57. Kurt AÖ, Şaşmaz T. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi: 1961–2003. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi. 2012;2:21-30. doi:https://dergipark.org.tr/en/pub/mutftd/issue/43159/523452.
58. DPT. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. 1968-1972.
59. DPT. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı. 1973-1977.
60. Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1975-1978 Health Statistics Yearbook Of Turkey.
61. DPT. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı. 1976-1983.
62. DPT. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989.
63. Yalçın M, Bardak M. Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1987-1994. 1997.
64. DPT. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı. 1990-1994.
65. DPT. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. 1996-2000.
66. DPT. Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. 2001-2005.
67. Bakanlığı S. Sağlık İstatistikleri 2003. 2004.
68. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2007. Report No: Available from: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/25825/0/2007pdf.pdf.
69. DPT. Dokuzuncu Kalkınma Planı. 2007-2013:101.
70. Sayıştay. Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı Denetim Raporu. 2012. Report No: Available from: https://www.sayistay.gov.tr/reports/download/r6do389gXx-saglik-bakanligi.
71. Sayıştay. Sağlık Bakanlığı 2013 Yılı Sayıştay Raporu. 2013. Report No: Available from: http://www.sayistay.gov.tr/reports/download/ZxLYGeWgp4-saglik-bakanligi.
72. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname. 02.11.2011.
73. Bakanlığı K. Onuncu Kalkınma Planı. 2014-2018:212.
74. Bakanlığı S. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. 2019.
75. TÜSEB. Hakkımızda [Cited Date: 10.09.2022]. Available from: https://www.tuseb.gov.tr/kurumsal/hakkimizda.
76. Cumhurbaşkanlığı. On Birinci Kalkınma Planı. 2019-2023.

77. 2019-2023 Stratejik Planı.
78. Bakanlığı S. Şehir Hastanelerimiz [Cited Date: 2023]. Available from: https://khgm.saglik.gov.tr/TR-92795/sehir-hastanelerimiz.html?Sayfa=2.
79. Child vaccination rates [Online Database]. Organisation for Economic Co-operation and Development. 2021 [Cited Date: 10.06.2023]. Available from: https://data.oecd.org/healthcare/child-vaccination-rates.htm.
80. Cumhurbaşkanlığı. On İkinci Kalkınma Planı. 2024-2028:265.
81. Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1964-1967. 1971.
82. Sağlık İstatistikleri. 2000:143.
83. Bakanlığı S. Akılcı İlaç Kullanım Rehberi In: TİTCK, editor. 2015.
84. Öztek Z. Sağlıkta dönüşüm ve aile hekimliği. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006;25:1-6.
85. Güler H, Kayral İH, Demir M, Atasever M. Sağlıkta yönetici performansı ölçüm modeli ve uygulama başarısı. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2014;8:1-26.
86. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara2014.

EKLER

Ek 1: Birinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri

Ek 2: İkinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri

Ek 3: Üçüncü Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri

Ek 4: Dördüncü Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri

Ek 5: Beşinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri

Ek 6: Altıncı Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri

Ek 7: Yedinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri

Ek 8: Sekizinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri

Ek 9: Dokuzuncu Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri

Ek 10: Onuncu Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri

Ek 11: On Birinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri

EK 1: Birinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri:

- 229 Sayılı SSYB' na Bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Asistan ve Başasistan Doktorlara Tazminat Verilmesi Hakkındaki Kanun (1963)
- 278 Sayılı Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) Kurulması Hakkındaki Kanun (1963)
- 520 sayılı Sıtmanın İmhası Kanunu'na Bir Fıkra Eklenmesi (1964)
- 472 sayılı SSYB Teşkilatında Çalışan Hususiyet Arz Eden Yer ve Hizmetlerde Görevlendirilen Sağlık Personeline Ödenek Verilmesine Dair Kanun (1964)
- 555 sayılı Sağlık Eğitim Enstitüleri Kuruluş Kanunu (1965)
- 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (1965)
- 565 Sayılı Teşhis ve Tedavi Maksadıyla Sağlık Kurumlarına Ariyeten ve Meccanen Tahsis Edilecek Tıbbi-Cerrahi ve Laboratuvar Malzemesinin Gümrük Resminden Muafen Muvakkat İthaline Dair Andlaşmanın Onaylanmasının Uygun Bulunduğu Hakkında Kanun (1965)
- Milletlerarası Sağlık Tüzüğü'nün Bazı Hükümlerini Değiştiren 23 Mayıs 1963 Tarihli Ek Tüzük'ün Onaylanmasının Uygun Bulunduğu Hakkında Kanun (1965)
- 440 Sayılı Kanuna Tabi Kuruluşlardan Sağlık Teşkilatı Olanlarda Çalışan Tabip, Diş Tabibi ve Eczacıların 224 ve 472 Sayılı Kanunlardan İstifade Ettirilmesine Dair Kanun (1966)
- Uyuşturucu Maddelere Dair 1961 Tek Sözleşmesine Katılmamızın uygun bulunduğu Hakkında Kanun (1967)
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının 17/08/1962 Gün ve 6/8211 Sayılı Kararname ile Yürürlüğe Giren Tababet Uzmanlık Tüzüğünün 2. Maddesini Değiştiren 04/08/1964 Gün ve 6/3381 Sayılı Kararla Yürürlüğü Giren Tüzüğün 2. Maddesinin Öngördüğü Toplum Sağlığı Uzmanlığı Yönetmeliği (1966)
- Sağlık Eğitim Enstitülerini ve Yüksek Hemşire Okullarını Bitirenlerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları ile Kıyafetleri Hakkında Yönetmelik (1965)
- Adli Tıp Müessesesi Yönetmeliği (1965)
- Nüfus Planlaması Yönetmeliği (1965)
- Frengi Tedavi Yönetmeliği (1965)
- Kan Bankası ve Kan Nakil Merkezlerinin Döner Sermaye Muamelatına Ait Yönetmelik (1966)

EK 2: İkinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri:

- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyelerine Döner Sermayeden Ödenek ve Prim Verilmesi Hakkında Kanun
- Sıtma ve Trahom Savaş Teşkilatında Çalışan Hasta İlaçlayıcılarının İntibakları Hakkında Kanun
- Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkındaki Sözleşmenin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (1971)
- Hastaneler Yönetmeliğinin Bazı Maddelerinin Değiştirilmesi ve Bazı Madde Başlıklarının Kaldırılması Hakkında Yönetmelik (1971)
- Türkiye Transplantasyon Derneğinin Kamu Yararına Çalışan Derneklerden Sayılması Hakkında Kararname (1971)
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Tedavi Kurumları Genel Müdürlüğüne Bağlı Eğitim Hastaneleri, Devlet Hastaneleri, Özel Dal Hastaneleri ve Sağlık Merkezleri, Tabip Yardımcı Tıp Personeli, Teknik Personel Hizmetlileri ve Yatak Kadro Tevzii Yönetmeliği (1971)
- Kan Merkezlerinin Açılması ve Çalışmaları Hakkında Yönetmelik (1972)
- İstirahati Gerektiren Hastalık Halinde Raporları Verecek Hekim ve Sağlık Kurumları Yönetmeliğinin Yürürlüğe Konulması Hakkında Karar (1972)
- Umumi Hıfzısıhha Kanunu'na Ek 2 Madde Eklenmesine Dair Kanun (1972)

EK 3: Üçüncü Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri:

- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatında Çalışan Personele Sicil Raporu Vermeye Yetkili Amirleri Gösterir Yönetmelik (1973)
- Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Çıktığında Alınacak Tedbirlere Uyulmaması Halinde Uygulanacak Ceza Yönetmeliği (1973)
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Tedavi Kurumları Genel Müdürlüğüne Bağlı Eğitim Hastaneleri Dışında Kalan Yataklı Tedavi Kurumları Cihaz ve Aletlerinin Standart Kadro Yönetmeliği (1973)
- Kaynak Suları Yönetmeliği (17.06.1974)
- Tababet Uzmanlık Yönetmeliği (22.05.1974)
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Merkez ve İller Kuruluşlarına Atanacaklar İçin Yeterlilik Yarışma Sınavları Yönetmeliği (04.05.1974)

- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Tedavi Kurumları Genel Müdürlüğüne bağlı Eğitim Hastaneleri, Devlet Hastaneleri, Özel Dal Hastaneleri ve Sağlık Merkezleri, Tabip, Yardımcı Tıp Personeli, Teknik Personel, Hizmetliler ve Yatak Kadro Dağılımı Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik (1977)
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Memurları Tayin ve Nakil Yönetmeliğinin Değiştirilmesine Dair Yönetmelik (1977)
- Sağlık Personeline Verilecek Ücret ve Tazminat ile İlgili Yönetmelik (1977)
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmiş Olduğu Bölgelerde Sözleşme ile Çalıştırılacak Sağlık Personeline Verilecek Ücret ve Tazminat ile Bu Personelin Çalışma Şeklini Gösterir Yönetmeliğin Değişik 9. Maddesine Bir Fıkra Eklenmesine Dair Yönetmelik (1977)

EK 4: Dördüncü Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri:

- 2162 Sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun (1978)
- 2238 Sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun (1979)
- Sığır Tüberkülozu Yönetmeliği (1978)
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Huzurevleri İşletme Yönetmeliği (1978)
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kreş ve Gündüz Bakımevleri İşletme Yönetmeliği (1978)
- 2162 Sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun'un Uygulama Yönetmeliği (1978)
- Hudut Sağlık İdareleri Yönetmeliği (1979)
- Kozmetik Yönetmeliği (1979)

EK 5: Beşinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri:

- 3224 sayılı Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu (1985)
- İl Sağlık Müdürlüğü İdari Yapılanması (1986)
- 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu (1986)
- İçme ve Kullanma Suyu Temin Edilen ve Edilecek Olan Yüzeysel Su Kaynaklarının Kirlenmeye Karşı Korunması Hakkında Yönetmelik (1984)

- İthal Edilecek İlaç Ham, Başlangıç Maddeleri; İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Yönetmeliği (1984)
- İspençiyari ve Tıbbî Müstahzar İmalathaneleri Yönetmeliği (1984)
- 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987)
- Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği (1987)
- Tıpta Uzmanlık Eğitimi İçin Öğrenci Seçme Sınavları Hakkında Yönetmelik (1987)
- Kapalı Alanlarda Sigara İçme Yasağı Süreci Başlangıcı (1988)
- Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun (veto), 1988.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Zihinsel Özürlüler Özel Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği (1988)
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Okullarda Okutulacak Ders Kitapları ile
  Eğitim Araçları Yönetmeliği, 1988.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayın Yönetmeliği, 1988.
- Su Kirliliği Kontrolü Yönetmeliği, 1988.
- Uluslararası Gen Mühendisliği ve Biyoteknoloji Merkezi Statüsü Onay Kararı, 1988.
- Türkiye ile Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Maddelerin Kötüye Kullanılmasını Önleme Fonu (UNFDAC) Arasında İmzalanan Anlaşma Onay Kararı, 1988.

EK 6: Altıncı Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri:

- DPT Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması, 1989-1991.
- Bağ-Kur Sistemi Kurulma Hazırlıkları, 1990.
- Milli Sağlık Politikası, 1990.
- Dünya Bankası Kredili Birinci Sağlık Projesi, 1990.
- Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990.
- Hükûmetimizle Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) Arasında İmzalanan "Sağlık Kesiminde Satın Alma İşlemlerine Teknik Destek" Konulu

Proje Belgesi ile UNDP Tarafından Sağlanacak Yönetim ve Destek Hizmetlerine İlişkin Anlaşma Mektubunun Onaylanmasına Dair Karar, 1991.

- Nükleer Tanımlar Yönetmeliği, 1991.
- Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği, 1991.
- 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun, 1992.
- Birinci Ulusal Sağlık Kongresi, 1992.
- Ulusal Sağlık Politikası, 1993.
- Sağlık Reformu Yasa Taslakları, 1993-1994
- Organ Nakli Merkezleri Yönetmeliği, 1993.
- Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği, 1993.
- Diş Hekimliğinde Kullanılan Röntgen Cihazları Lisanslama Yönetmeliği, 1993.
- Zararlı Kimyasal Madde ve Ürünlerinin Kontrolü Yönetmeliği, 1993.
- 3977 sayılı Kozmetik Kanunu, 1994.
- 3954 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un Bir Maddesinin Değiştirilmesi Hakkında Kanun, 1993.
- 3960 sayılı Kalıtsal Hastalıklarla Mücadele Kanunu, 1993.
- Tıpta Tedavi Amacıyla Kullanılan İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynaklarını İçeren Tesislere Lisans Verme Yönetmeliği, 1994.
- Gamma ve Elektron Demeti Işınlama Tesislerinin Güvenliği ve Lisanslanması Yönetmeliği, 1994.
- Farmasötik Müstahzarların Biyoyararlanım ve Biyoeşdeğerliğinin Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik, 1994.
- Kozmetik Yönetmeliği, 1994.
- Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 1994.
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Eğitim Kurumlarını Hizmete Açma, Kapatma ve Bunlara Ad Verme Usûl ve Esaslarına Dair Yönetmelik, 1994.
- Radyofarmasötik Yönetmeliği, 1994.
- Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1995.
- Sağlık Reformu Yasa Tasarıları; TBMM Komisyonu, 1995.
- Dünya Bankası Kredili İkinci Sağlık Projesi, 1995.

- 4136 sayılı Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Kaçakçılığına Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun, 1995.
- Türk Eczacıları Birliği Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 1995.
- Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği, 1996.
- Türk Eczacıları Birliği ve Eczacı Odaları Teşkilat Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik, 1995.
- Gayrî Sıhhi Müesseseler Yönetmeliği, 1995.

EK 7: Yedinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri:

- Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1995.
- Sağlık Reformu Yasa Tasarıları; TBMM Komisyonu, 1995.
- Dünya Bankası Kredili İkinci Sağlık Projesi, 1995.
- 4136 sayılı Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Kaçakçılığına Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun, 1995.
- Türk Eczacıları Birliği Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 1995.
- Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği, 1996.
- Türk Eczacıları Birliği ve Eczacı Odaları Teşkilat Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik, 1995.
- Gayrî Sıhhi Müesseseler Yönetmeliği, 1995.
- Türk Eczacıları Birliği Yardımlaşma Sandığı Yönetmeliği, 1997.
- Özürlüler İdaresi Başkanlığı Teşkilât ve Görevleri Hakkında KHK, 1997.
- Tababet Uzmanlık Yönetmeliğinin Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 1997.
- Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik, 1997.
- Diyaliz Merkezleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 1997.
- Özel Hastaneler Tüzüğünde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tüzük, 1997.
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Eğitim Kuramlarını Hizmete Açma, Kapatma ve Bunlara Ad Verme Usûl ve Esaslarına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik, 1997.

- Sağlık Bakanlığı Personeli Atama ve Nakil Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 1999.
- Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 1998.
- Özürlüler İçin Kimlik Kartı Yönetmeliği, 1998.
- Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 1998.
- Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği, 1998.
- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik,1998.
- Türk Gıda Kodeksi Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik, 1999.
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki 209 Sayılı Kanun Gereğince İşletme, İdare ve Muhasebe İşlerine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 1999.
- Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2000.
- Sağlık Sandığı Yasa Tasarısı, 2000.

EK 8: Sekizinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri:

- Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2000.
- Sağlık Sandığı Yasa Tasarısı, 2000.
- Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına İlişkin Yönetmelik, 2002.
- Kalıtsal Kan Hastalıklarının Hemoglobinopati Kontrol Programı ile Tanı ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği, 2002.
- Türk Gıda Kodeksi Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2002.
- İlk Yardım Yönetmeliği, 2002.
- Kan Ürünlerinin Ruhsatlandırılmasına Dair Yönetmelik, 2002.
- Tıbbî Cihaz Yönetmeliği, 2002.
- Vücut Dışında Kullanılan Tıbbî Tanı Ürünleri Yönetmeliğinde Değişiklik

- Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2002.
- Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbî Cihazlar Yönetmeliği, 2002.
- Sağlıkta Dönüşüm Programı İlanı, 2003.
- 22/06/2004 tarihli ve 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun.
- 02/06/2004 tarihli ve 5181 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarınm Tarzı İcrasına Dair Kanun'da Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (Yeni sağlık meslekleri).
- 14/07/2004 tarihli ve 5222 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun'da Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.
- 25/11/2004 tarihli ve 5261 sayılı Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun.
- 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun
- 06/01/2005 tarihli ve 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun (SSK hastanelerinin devri)
- 24/03/2005 tarihli ve 5324 sayılı Kozmetik Kanunu.
- Sağlık Çalışanları Performans-Ek Ödeme Sistemine Başlangıcı, 2005

EK 9: Dokuzuncu Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri:

- 09.01.2007 tarihli ve 26398 sayılı Tıbbi Cihaz Yönetmeliği
- 09.01.2007 tarihli ve 26398 sayılı Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği
- 28.04.2007 tarihli ve 26506 sayılı Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı Yönetmeliği
- 30.05.2007 tarihli ve 26537 sayılı Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği
- 17.02.2008 tarihli ve 26790 sayılı Havaalanı Sağlık Denetleme Merkezleri Yönetmeliği
- 15.02.2008 tarihli ve 26788 sayılı Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
- 23.12.2008 tarihli ve 27089 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik
- 04.12.2008 tarihli ve 27074 sayılı Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği

- 10.06.2009 tarihli ve 27254 sayılı Sahil Sağlık Denetleme Merkezleri Yönetmeliği
- 31.12.2009 tarihli ve 27449 sayılı Biyosidal Ürünler Yönetmeliği
- 08.03.2010 tarihli ve 27515 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği
- 10.03.2010 tarihli ve 27517 sayılı Terapötik Aferez Merkezleri Hakkında Yönetmelik
- 18.06.2010 tarihli ve 27615 sayılı Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik
- 25.05.2010 tarihli ve 27591 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
- 21.2.2013 tarihli ve 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun
- 21.05.2013 tarihli ve 6486 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmet sunucularında öğretim üyelerinin mesai saatleri dışında sağlık hizmetleri verdiğinde unvanları itibarıyla belirlenen miktarda ilave ücret alması).
- 12.07.2013 tarihli ve 6495 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (663 sayılı KHK'nın Anayasa Mahkemesi'nce iptal edilen bazı hükümlerinin yeniden düzenlenmesi).

EK 10: Onuncu Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri:

- 02.01.2014 tarihli ve 6514 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (5947 sayılı Kanun'un bazı hükümleri ile 650 sayılı KHK'nın Anayasa Mahkemesince iptalinden doğan boşluğun giderilmesi).
- 20.02.2014 tarihli ve 6525 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (Tüm acil çağrıların koordinasyonu sağlamak üzere 112 Acil Çağrı Merkezleri kurulması).
- 06.11.2014 tarihli ve 6566 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. (Eczacılıkta Uzmanlık Eğitimi ve Uzmanlık Kurulu teşkili).

- 19.11.2014 tarihli ve 6569 sayılı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulmasına Dair Kanun.
- 27.03.2015 tarihli ve 6639 sayılı Sağlık Bilimleri Üniversitesinin Kurulması ve Sağlık Personelinin Nöbet Ücretlerin Artırılmasına Dair Kanun.
- 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Hakkında Kanun.
- İlk Şehir Hastaneleri Yüksek Planlama Kurulu onay ve ihaleleri.
- Sağlık Endüstrileri Yönlendirme Komitesi kuruluşu.
- Sağlık Bakanlığı E-Nabız Kişisel Sağlık ve Teletıp Sistemi uygulamalarının başlatılması.
- 28/11/2017 tarihli ve 7061 sayılı Bazı Vergi Kanunları ile Diğer Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (Endüstri bölgelerinde sağlık koruma bandı bırakılması ve Türk Optisyen- Gözlükçüler Birliği teşkili öngörülmekte).
- 29/3/2018 tarihli ve 7104 sayılı Katma Değer Vergisi Kanunu ve Bazı Kanunlar ile 178 sayılı KHK'da Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (Sağlık Bakanlığınca izin verilen gerçek veya tüzel kişilerin, Türkiye'de yerleşmiş olmayan yabancı uyruklu gerçek kişilere, sağlık kurum ve kuruluşlarında hizmet vermelerinin temini).
- 7078 sayılı Kanun ile kanunlaşan 694 sayılı KHK (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun kaldırılması ve yeni yapılandırma).
- 698, 700 ve 703 sayılı KHK'lar ile 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK ve 6569 sayılı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması KHK hükümleri yürürlükten kaldırılmıştır.
- Acil Sağlık Otomasyon ve Beyaz Kod Mobil Sistemi ile E-Reçete uygulamaya başlandı.
- Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA) otomasyon programı kullanılmaya başlandı.

EK 11: On Birinci Kalkınma Planı dönemine ait sağlık düzenlemeleri:

- 17/1/2019 tarihli ve 7161 sayılı Vergi Kanunları ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (Millî Savunma Bakanlığı ve Jandarma Genel Komutanlığında görevli tabipler ile sağlık astsubaylarının Sağlık Bakanlığında ve yine tabip ve diş tabiplerinin üniversitelerde görevlendirilebilmesi).

- 25/6/2019 tarihli ve 7179 sayılı Askeralma Kanunu (Temel askerlik eğitimini takiben Devlet hizmeti yükümlülüğünü yerine getiren tabiplerin askerlik hizmetini yerine getirmiş sayılacağı).
- 27/6/2019 tarihli ve 7180 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (663 sayılı KHK'nin 45/A maddesine göre sözleşmeli çalışan sağlık personelinin 4+2 olan mecburi çalışma süresinin 3+1 olarak değiştirilmesi).
- 4/7/2019 tarihli ve 7181 Sayılı Tapu Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (Düzenleme ortaklık paylarının kullanım alanına Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinin eklenmesi).
- 17/7/2019 tarihli ve 7186 sayılı Gelir Vergisi Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (Sosyal Güvenlik Kurumunun kişisel sağlık verilerini Sağlık Bakanlığı ile paylaşmasına dair düzenleme, Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Kanunu'nda "Sözleşme bedeli" tanımlanması).
- 5/12/2019 tarih ve 7194 sayılı ve 21/12/2019 tarih ve 7201 sayılı Kanunlarla Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı düzenlemeleri.
- 20.11.2021 tarih ve 31665 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 04.06.2021 tarihli ve 31501 sayılı Nöromusküler Hastalıklar Birimi Hakkında Yönetmelik
- 25.05.2021 tarihli ve 31491 sayılı Afetlerde ve Acil Durumlarda Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
- 31.12.2020 tarih ve 31351 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 15.12.2022 tarih ve 32044 sayılı Çok Disiplinli Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönetmelik
- 09.11.2022 tarih ve 32008 sayılı Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 13.09.2022 tarih ve 31952 sayılı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik

- 03.09.2022 tarih ve 31942 sayılı Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği
- 25.08.2022 tarih ve 31934 sayılı Sağlık Bilgi Sistemleri Hakkında Yönetmelik
- 12.08.2022 tarih ve 31921 sayılı Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği
- 30.07.2022 tarih ve 31908 sayılı Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 15.06.2022 tarih ve 31867 sayılı Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbi İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik
- 10.02.2022 tarih ve 31746 sayılı Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik
- 10.02.2022 tarih ve 31746 Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik
- 03.02.2022 tarih ve 31739 sayılı Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Ek Ödeme Yönetmeliği
- 17.11.2023 tarih ve 32372 sayılı Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 17.11.2023 tarih ve 32372 sayılı Özel Sağlık Tesislerinin Denetimi Hakkında Yönetmelik
- Saç Ekimi Birimleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 03.11.2023 tarih ve 32358 sayılı
- 07.10.2023 tarih ve 32332 sayılı Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 09.09.2023 tarih ve 32304 sayılı Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- Optisyenlik Müesseseleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 18.08.2023 tarih ve 32283 sayılı Ismarlama Protez ve Ortez Merkezleri ile İşitme Cihazı Merkezleri hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 29.07.2023 tarih 7432 karar sayılı Aile Hekimliğinde Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik

- 29.07.2023 tarihli ve 32263 sayılı Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik
- 13.07.2023 tarihli ve 32247 sayılı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Açıktan Kura ile Atanacak Sağlık Personelinin Atama Usül ve Esaslarına İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 13.06.2023 tarihli ve 32220 sayılı Sağlık Beyanı Denetimi Hakkında Yönetmelik
- 03.06.2023 tarihli ve 32210 sayılı Yurt Dışından İlaç Temini Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 02.06.2023 tarihli ve 32209 sayılı Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik
- 01.06.2023 tarihli ve 32208 sayılı Beşeri Tıbbi Ürünlerin Piyasa Kontrolü Yönetmeliği
- 01.06.2023 tarihli ve 32208 sayılı Ecza Ticarethaneleri ve Ecza Ticarethanelerinde Bulundurulan Ürünler Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 27.05.2023 tarihli ve 32203 sayılı Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 27.05.2023 tarihli Beşeri Tıbbi Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik
- 27.05.2023 tarihli ve 32203 sayılı İleri Tedavi Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği
- 26.05.2023 tarihli ve 32202 sayılı Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 26.05.2023 tarihli ve 32202 sayılı Sağlık Hizmet Sunumu Kapsamında Kullanılan Tıbbi Cihazların Teknik Servis Hizmetlerine Dair Yönetmelik
- 26.05.2023 tarihli ve 32202 sayılı Tıbbi Cihaz Satış, Reklam ve Tanıtım Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 13.05.2023 tarihli ve 32189 sayılı Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 13.05.2023 tarihli ve 32189 sayılı Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik

- 06.05.2023 tarihli ve 32182 sayılı Obezite Merkezleri ve Obezite Cerrahi Uygulamaları Hakkında Yönetmelik
- 06.05.2023 tarihli ve 32182 sayılı Saç Ekimi Birimleri Hakkında Yönetmelik
- 28.04.2023 tarihli ve 32174 sayılı Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Yönetmeliği
- 25.04.2023 tarihli ve 32171 sayılı Nükleer Tıp Hizmetleri Yönetmeliği
- 25.04.2023 tarihli ve 32171 sayılı Radyasyon Onkolojisi Hizmetleri Yönetmeliği
- 20.04.2023 tarihli ve 32169 sayılı Gıda ve Takviye Edici Gıdalarda Sağlık Beyanı Kullanımı Hakkında Yönetmelik
- 20.04.2023 tarihli ve 32169 sayılı Sağlık Beyanı ile Satışa Sunulan Ürünlerin Sağlık Beyanları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 05.04.2023 tarihli ve 32154 sayılı Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 03.02.2023 tarihli ve 32093 sayılı Geleneksel Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği
- 31.12.2022 tarihli ve 32060 sayılı Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ
- Uzmanlık eğitim takip sistemi ve sağlık turizm portalı ile hastalık yönetim ve entegre kurumsal işlem platformları hizmete sunuldu.

ÖZGEÇMİŞ

Unvanı / Adı Soyadı: Deniz SOLAKOĞLU

Öğrenim Durumu: Lisans

Derece	**Alan**	**Üniversite/Fakülte/Enstitü**	**Yıl**
Doktora			
Yüksek Lisans			
Lisans	Sağlık Yönetimi	İstanbul Üniversitesi/Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi	2018

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre** (Başlangıç – Bitiş Yılı)
Sağlık Teknikeri	Edirne Uzunköprü Devlet Hastanesi	2007-2008
Sağlık Teknikeri	Edirne Selimiye Devlet Hastanesi	2008-2010
Sağlık Teknikeri	Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi	2010-2012
Sağlık Teknikeri	Edirne İl Sağlık Müdürlüğü	2012- Devam

Yabancı Dili	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**Yabancı Dil Puanı (KPDS/ÜDS/…..)**
İngilizce	Orta	Orta	Orta	-

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

BENZERLİK RAPORU

TÜRKİYE KALKINMA PLANLARINDA SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YERİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%12	%11	%2	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
2	khgm.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	%1
4	acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
5	9lib.net İnternet Kaynağı	<%1
6	www.karacadag.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	www.denizturizmi2016.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	dspace.trakya.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
9	www.resmigazete.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1