

Economics and Administration, Tourism and Tourism Management, History, Culture, Religion, Psychology, Sociology, Fine Arts, Engineering, Architecture, Language, Literature, Educational Sciences, Pedagogy & Other Disciplines in Social Sciences

Vol:3, Issue:12
sssjournal.com

pp.2347-2356
ISSN:2587-1587

2017
sssjournal.info@gmail.com

Article Arrival Date (Makale Geliş Tarihi) 30/11/2017 | The Published Rel. Date (Makale Yayın Kabul Tarihi) 30/12/2017
Published Date (Makale Yayın Tarihi) 31.12.2017

**GENEL SAĞLIK SİGORTASI ÖNCESİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN GÜVENCE
KAPSAMINDAKİ FARKLILIKLAR**

*DIFFERENCES IN SCOPE OF HEALTH CARE ASSURANCE BEFORE GENERAL
HEALTH INSURANCE*

Yunus KULOĞLU

Beykent Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Mezunu,
yunus.kuloglu@klu.edu.tr, Kırklareli/Türkiye

Öğr. Gör. Neşe ULUKOCA

Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, neseulukoca@gmail.com, Kırklareli/Türkiye

Öğr. Gör. Deniz BAŞ

Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, denizbas4@gmail.com, Kırklareli/Türkiye

ÖZ

Geçmişten günümüze insan hayatındaki önemini sürekli artırmaya devam eden sağlık kavramı zaman içerisinde profesyonel bir sisteme geçmeyi zorunlu kılmıştır. Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programıyla başlayarak farklı ve etkin bir boyut kazanan sağlık hizmetlerinin yıllar içindeki değişimini anlamak geçmiş dönemleri incelemekle mümkündür. Bu çalışmada, ülkemizde Genel Sağlık Sigortası öncesi sağlık hizmeti veren sosyal güvenlik kurumlarının yapıları, kapsadığı nüfusun yıllara göre değişimi, mevzuat ve hizmet anlayışındaki farklılıklar incelenmiştir. Sosyal güvenlik kurumlarının zamanla sağlık gibi hayati öneme sahip bir hizmeti vermekte yaşadığı zorluklar ve bu kurumların Sosyal Güvenlik Kurumu adı altında toplanıp Sağlık Bakanlığı'na devretmesinin sebebi irdelenmiştir. Sonuç olarak, son yıllarda sağlık sistemimizdeki değişimlerin ne boyutta olduğunun anlaşılabilmesi için geçmişte var olan sağlık sistemi ve bu sistemi oluşturan unsurların üzerinde durulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Genel Sağlık Sigortası, Sosyal Güvenlik, Sağlıkta Dönüşüm Programı

ABSTRACT

The concept of health which is constantly increasing its importance in daily life, has been obliged to pass to a professional system over time. The health system in Turkey started with the Health Transformation Program and has gained a different and effective dimension over time. In this study, the structure of the social security institutions providing health services, changes in the population covered by years, differences in legislation and service understanding were examined. Over time, the difficulties of the social security institutions providing a vital service such as health care and the reason of consolidation of these institutions under the name of Social Security Institution and the assign to the Ministry of Health were scrutinized. As a result, the past health system and its components have been emphasized in order to understand the extent of the changes in our health system in recent years.

Keywords: General Health Insurance, Social Security, Health Transformation Program

1. GİRİŞ

Geçmişten günümüze sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı olarak tanımlanmaktaydı. Günümüzde ise Dünya Sağlık Örgütü sağlık kavramını; yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak ifade etmektedir. Sağlıkta ‘‘iyilik’’ halinin açıklamanın zor olmasının yanı sıra ‘‘tam’’ ifadesinin nasıl ölçüleceği de zor bir sorudur (Tengilimoğlu, Akbolat, & Işık, 2009, s. 35). Sağlık hizmetleri tüm teknolojik gelişmelere rağmen insan emeğinin yoğun olduğu, ikamesi olmayan, ertelenemez ve stoklanamaz bir hizmettir. Etkin odak ve derin uzmanlaşmanın önemli olmasının yanında bu

hizmeti talep edenle sunan kişiler arasındaki bilgi eşitsizliği bu hizmete farklı bir perspektif kazandırmıştır. (Ateş, 2013, s. 3).

Sağlık hizmeti sunucularının hayati ve sürekli devam eden bir sorumluluğu vardır. Toplumun, ailelerin ve bireylerin sağlık ile ilgili göstergeleri o ülkenin gelişmişlik seviyesini yansıtmaktadır. Sağlık hizmetleri ve sistemlerinin iyileştirilmesiyle ilgili Birleşmiş Milletler 2000 yılındaki Milenyum Zirvesi'nde "Birleşmiş Milletler Milenyum Gelişim Hedefleri" başlığı altında sağlıkta gerçek gelişimin, öncelikle sağlık hizmetlerinin baz alınarak daha güçlü sağlık sistemleri oluşturmaya bağlı olduğunu vurgulanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, her ulusal sağlık sistemi üç hedefe ulaşmaya yönlendirilmelidir. Bu hedefler; iyi sağlık, nüfusun beklentilerine yanıt verme ve mali katkıların eşit dağılımıdır. Bu hedefler ile ilgili ilerlemeler sağlık sistemlerinin dört hayati fonksiyonu nasıl gerçekleştirdiğine bağlıdır. Bunlar; hizmet sağlama, kaynak üretme, finansman ve yönetimdir. Bu fonksiyonların gerçekleşme biçiminin karşılaştırılması ülkelerin sağlık hizmetleri anlayışındaki farklılıkların anlaşılmasına olanak sağlamaktadır. Her sağlık sisteminin eşit şekilde yapması gereken minimum gereksinimler vardır. Bunlar; akut ve kronik sağlık ihtiyaçları için kaliteli hizmet sağlama, sağlığın tanıtımı, hastalıklardan korunma hizmetleri ve yeni tehditlerin (Ortaya yeni çıkan bulaşıcı hastalıklar, popülasyonun yaşlanması, bulaşıcı olmayan hastalıklar, sakatlıklar ve sağlığı olumsuz etkileyen çevresel değişimler) sağlık hizmetlerinde maliyetleri artırmasına mani olmak için erken teşhis ve tam cevap verebilme gücüdür. (Donev, Kovacic, & Laaser, 2013)

Sağlığın her şeyin başında gelmesi insanın sağlığı olmadan tüm faaliyetlerden yoksun kalma olasılığı, sağlık hizmetlerini tamamen rekabetin yoğun olduğu küresel pazarın ellerine bırakamayacağımızın kanıtıdır. Sağlığın kutsallığının korunması için her zaman yetkili otorite tarafından denetim ve kontrol altında olması gerekmektedir. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu öncesi sağlık hizmetlerinin sunumunda statü farkı gözetilen ve belirli bir kesime hizmet veren sağlık hizmeti anlayışı mevcuttu. Hastaya doğrudan yansıtılan ve yüksek olan maliyetler, sevk ve idare işlemlerindeki çeşitlilik ve güvence kapsamındaki karışıklıklar bu hizmetlerin kalitesini ve etkinliğini olumsuz etkilemekteydi. 01.01.2008 yılında Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası (GSS) kademeli bir şekilde uygulanmaya başlanmış 2012 yılında yeşil kartlılarında sisteme dâhil olmasıyla bu reform amacına ulaşmış ve tüm nüfus güvence kapsamına alınmıştır.

Ülkemizde de son yıllarda sağlık alanındaki gelişmeler, insana verilen değer göstergesi olan sağlığın daha kaliteli ve daha nitelikli hizmet anlayışıyla, hakkaniyet ilkesine bağlı kalınarak, toplumda ki tüm bireylerin sağlık hizmetinden eşit bir şekilde faydalanılmasını sağlamak amacıyla bu alandaki çalışmalar aralıksız devam etmektedir.

2.TÜRKİYE'DE CUMHURİYETİN İLK YILLARINDA SAĞLIK HİZMETLERİ

TBMM'nin kuruluşundan bir gün sonra Sıhhat ve İçtimai Muvenet Vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulur. Hacı bayram' da bakan Dr. Adnan ADIVAR ve bir sağlık memurundan oluşan iki kişilik kadro ile işe başlanır. Sağlık hizmeti olarak savaş sağlık hizmeti, bulaşıcı hastalıklara karşı mücadele, göçler ve nüfus yerleşimiyle ilgili sağlık hizmetleri verilmeye başlanır. Yunanistan' la yapılan nüfus değişimi sonucunda dışarıdan ülkemizde gelen nüfus iki hafta süreyle karantinaya alınıp, bedenleri ve yanında getirdikleri eşyaları dezenfekte edilip aşılmasıyla koruyucu sağlık hizmetlerinin temeli atılmış olur. O dönemde çağın yaygın ve ölümcül hastalığı olan verem, sıtma ve özellikle askerler arasında görülen tifo, tifüs, dizanteri gibi hastalıklar toplumda büyük ölümlere neden olmuştur. Bu bulaşıcı hastalıklarla mücadele edip ortadan kaldırmanın tek yolu sağlık örgütlenmesi olarak görülmüştür. Bulaşıcı ve salgın hastalıklara karşı oluşturulan dikey örgütlenmenin yanında bugünkü sağlık sisteminde de kullanılan yatay örgütlenmenin temelleri o günlerde atılmıştır (Aksakoğlu, 2008, s. 11).

10 Mart 1921 de Dr. Adnan Bey'den boşalan Sıhhiye ve Muavenet-i içtimaiye Vekilliğine Dr. Refik Bey seçilmiş ve Refik SAYDAM Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı olmuştur. Hıfzıssıhha Enstitüsü ile Hıfzıssıhha Okulunun kurulmasını sağlamıştır. Sağlık hizmetlerinin kuruluşu ve gelişiminde büyük katkılarda bulunmuştur (Tinal, 2009, s. 619). Saydam, koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermiştir. Tedavi hizmetlerinden önce koruyucu sağlık hizmetlerinin üstünde durmuştur. Tedavi edici hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından verilmesi gerektiğini söylemiştir. Belediyelere hastane yönetimi konusunda örnek teşkil etmesi için "Numune" hastaneleri açılmıştır (Doğan, 2000, s. 96). Saydam ve çalışma arkadaşlarının toplumun sağlık hizmetleri talebini karşılamak için yöneldiği ilk alanlardan biri sağlık kurumlarıydı. 1923 yılında 86 sağlık kurumu ve 6.437 yatakla sağlık hizmeti verilirken 1930 yılında bu sayılar 182 kurum ve 11.398 yatağa çıkmıştır. (Çiftçi & ark., 2014). 1923 yılındaki 86 sağlık kuruluşunun 45' i

(%52.3) özel idare hastanesi, 32'si (%37.2) özel, yabancı ve azınlık hastanesi, 6'sı (%6.97) belediye hastanesi ve 3'ü (%3.48) devlet hastanesiydi (Sağlık Bakanlığı, 2004, s. 6).

Saydam döneminde sağlık personeli sayısında da büyük bir artış olmuştur. 1923 yılında 344 hekim, 69 eczacı, 560 sağlık memuru, 136 ebe ve 4 hemşire ile hizmet verilmekteyken, 1935 yılına gelindiğinde bu sayılar 1.625 hekim, 135 eczacı, 325 hemşire, 451 ebe ve 1.365 sağlık teknisyenine ulaşmıştır (Çiftçi & ark., 2014, s. 5). 1930 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile sağlık hizmetleri açık olarak devlet hizmeti olarak belirlenmiş ve bu hizmeti sunmakla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı görevlendirilmiştir. Bu yıllarda dünyada sağlığı bir devlet görevi olarak gören ülkeler Sovyetler Birliği ve Türkiye'dir. Sovyetler Birliği'nde sağlık hizmetleri emekçi sınıfına hizmet vermek için örgütlenirken, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yapılması sermayenin dönemsel gereksinimlerine göre şekillenmiştir (Sayek, 2012, s. 23). Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam 21 yıl süren bakanlık görevinden 25.10.1937 tarihinde ayrılmıştır. 25.10.1937 tarihinde bakanlığa Dr. Hulusi ALATAŞ atanmıştır. 1938 tarihli 3542 sayılı kanunla 1926 tarihli Paris Milletlerarası Sağlık Sözleşmesi'ne katılmış ve 1939 yılından itibaren tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında Doğum ve Çocuk Bakımevleri açılmaya başlamıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1940 yılında 15 devlet hastanesinde 4130 yatakla, 1 sağlık merkezinde 10 yatakla, 10 doğumevinde 265 yatakla, 1 göğüs hastanesinde 250 yatakla, 3 ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde 2100 yatakla, 3 trahom hastanesinde 180 yatakla ve 5 kuduz hastanesinde 200 yatakla toplam 7135 yatak ve 48 kurumda hizmet vermiştir (Ak, 2002, s. 735-738).

1939-1945 yılları arasında Türkiye savaşa girmemesine rağmen ikinci dünya savaşının küresel etkisini hissetmiştir. Beslenme bozuklukların dolayı sıtma, çiçek hastalığı halk arasında lekeli humma olarak adlandırılan epidemik tifüs yaygınlaşmıştır. 30.12.1940 tarihinde 3959 sayılı kanunla Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi, Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Mektebi olarak iki farklı kuruma dönüştürülmüştür. Hıfzıssıhha mektebi, sağlık hizmetlerinin her alanında nitelikli sağlık personeli yetiştirmeyi hedeflemiştir. 1982 yılında yürürlüğe giren YÖK Kanunu ile bu kuruluş bu özelliğini kaybetmiştir. (Yıldırım Kaptanoğlu, 2011, s. 72)

3. SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARI ve GÜVENCE KAPSAMLARI

Devletçilik politikasının etkisiyle 1945 yılında özel idare ve belediyelere ait hastaneler devletleştirilmiş ve tedavi hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından üstlenilmiştir. Devlet tarafından belediyelere ayrılan bütçelerdeki farklılıklar ve imkânların aynı ölçüde olmamasından sağlık hizmetlerinden yararlanma olanakları adil değildi. Belediyeye ve özel idareye ait hastanelerin devletleştirilmesiyle bu hastanelere merkezden kontrol edilebilir, belirlenmiş standartlara uygun, kolektif bir yapı kazandırmak amaçlanmıştır. Böylece sağlık hizmetlerinde kalite ve niteliğin artacağı öngörülmüştür (Öztürk, 1999, s. 38-39).

4772 sayılı "iş kazalarıyla meslek hastalıkları ve analık sigortaları" kanununu 27.06.1945 tarihinde resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kanun 3008 sayılı iş kanununun uygulandığı işyerlerinde sigortalı olarak çalışanları kapsamı altına almıştır. İşçilerin günlük iş süresi içinde geçici, kısmi, daimi hastalık durumlarda ve sakatlık hallerinde, İşçi Sigortaları İdaresi'ne prim ödemeleri işveren tarafından yapılarak, sağlık hizmeti alması sağlanmıştır. Geçici, kısmi ve daimi iş göremezlik hallerinde sigortalıya verilecek ödenekler, ortopedi tedavisi ile protez araç ve gereçlerinin karşılanması, gerektiği durumda sigortalının başka bir yere sevk edilmesi ve cenaze masraflarının karşılanması güvence altına alınmıştır. Sigortalının hak sahibi kimselerine bağlanacak ödenekler, analık halinde sigortalı kadına ve eşinin analığı halinde sigortalı olan aile sahibine yapılacak ödenekler, sigortalıya iş kazası sonrası ilk yardım yapılması, bir hekime baktırılması, ilaç ve iyileştirme araçlarının sağlanması ve gerekiyorsa bir sağlık yurdunda yatırılması bu kanunda yerini almıştır (Resmi Gazete, 1945). 4772 sayılı kanunla işçi statüsünde çalışanlar için büyük bir adım atılmış ve kısa bir süre sonra Çalışma Bakanlığı'na bağlı İşçi Sigortaları Kurumu vücuda getirilmiştir.

Çok partili hayata geçişle beraber 1946 yılında dönemin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Dr. Behçet Uz önderliğinde "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" hazırlamıştır. Dr. Behçet Uz, halkın sağlık hizmetlerinden memnun olmadığını, hastanelerin bakımsız olduğunu ve devletin Sağlık Bakanlığına yeterli bütçe ayıramadığını ifade etmiştir. Bu dönemde farklı kuruluşların kendilerine özel sağlık kuruluşları inşa ettiğini ve nitelikli sağlık personellerinin de bu sağlık kuruluşlarında çalışmayı tercih ettiğinden dolayı halkın büyük bir bölümü sağlık hizmetlerinden mahrum kalmıştır. Bu kuruluşlar çeşitli bölgelerde olması gerekirken, sadece bir kaç yerde bulunuyordu. Bu durum karşısında Dr. Behçet Uz bütün memlekette sağlık merkezleri ve memleketin muhtelif yerlerinde olmak üzere 7 tıp fakültesi olan bir plan hazırladı. Bu plan koruyucu hekimlik hizmetini köy yerleşimlerine kadar indirgeyecek bir plandı (Özterk, 1994, s. 15). Bu planla, çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden biri olan, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada olması ve genel idareden ayrılarak nüfus oranına göre bölgelere yayılması amaçlanmıştır. Böylece, koruyucu ve tedavi

edici sağlık hizmetleri ayrı ayrı ele alan, yataklı tedavi hizmetlerini yerel idarelere bırakan anlayıştan vazgeçilmiştir. Sağlık hizmetlerin tümü merkezi hükümet tarafından tek bir elde toplanmıştır. Yataklı tedavi hizmetlerinden kentlerin yanı sıra kırsal bölgelerde yaşayanlarında yararlanabilmesi planlanmıştır (Akdur, 2008, s. 45).

3.1. Sosyal Sigortalar Kurumu

4772 sayılı ‘‘iş kazalarıyla meslek hastalıkları ve analık sigortaları’’ kanunundan kısa bir süre sonra 4792 sayılı ‘‘İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu’’ çıkarılmıştır. Bu kurumun amacı iş kazaları ve meslek hastalığı primi toplayarak bu alanda sosyal güvenlik ihtiyacına cevap vermektir. Ancak bu yıllarda, devlet hastanelerinde meslek hastalıkları ile ilgili bilginin yetersiz olması İşçi Sigortaları Kurumu güvencesindeki sigortalıların yeterli sağlık hizmeti alamamasına neden olmaktadır. Bu sebepten İşçi Sigortaları Kurumu 1949 yılında ilk hastanesi olan İstanbul Nişantaşı Meslek Hastalıkları Hastanesi’ni kurmuştur (Berk, Önal, & Güven, 2011, s. 14). İşçi Sigortaları Kurumu öncesi hizmet içeriği farklı birçok sigorta hizmeti veren sandık mevcuttu. İşverenler anlaştıkları sandıklardan yapılan hizmet akdinin içeriğine göre işçilerine sağlık hizmeti sağlıyordu. İşçi Sigortaları Kurumu’nun kurulmasıyla sağlık hizmeti veren birçok sandığında birleşimi sağlanmıştır (Kocabaş, 2013, s. 8-9). Böylece işçi sınıfının yararlandığı sigortacılık hizmetinin yanında sağlık hizmeti de sunan, 1965 yılında adı Sosyal Sigortalar Kurumu olarak değiştirilecek bir yapı sağlık hizmetleri alanına dâhil olmuştur.

İş Kanununda bazı kısıtlamalar İşçi Sigortaları Kurumu kapsamına giren çalışanların sayısına engel teşkil etmekteydi. Bu sınırlamalardan biri İş Kanunu’na tabi bir işyerinin işçi sayısının 10 ve üzerinde olması zorunluluğuydu. Bu engellerin bertaraf edilmesi için 1950-1960 yılları arasında çeşitli düzenlemeler yapılmış, yeni meslek grupları sigorta kapsamına alınmıştır. Böylece İşçi Sigortaları Kurumu kapsamında sigortalı olanların sayısında artış sağlanmıştır. Bu dönemdeki sanayileşme İş Kanunu kapsamında çalışan İşçi Sigortaları Kurumu’na bağlı işçi sayısını etkileyen diğer bir faktördür. 1950 yılından 1960 yılına kadar İşçi Sigortaları Kurumu kapsamında çalışan işçilerin sayısında %112 oranında kayda değer artış olmuştur. Sosyal güvenlik alanındaki bu gelişmeler daha önce sosyal güvenlik hizmetlerinden yararlanamayan toplumun işçi kesimi için bir sosyal güvence oluşturmuştur. Dünya çapında sanayi alanındaki gelişmeler, işçi sınıfına duyulan ihtiyacı artırmıştır. İşçi sınıfındaki global ölçekli bu artış ülkemizde de aynı doğrultuda gerçekleşmiştir. Bu durum üretimi doğrudan etkileyen işçi ve bu işçinin sağlık ve sosyal durumunu önemli bir sosyal alan haline getirmiştir. Bu alandaki sosyo-ekonomik gelişmeler İş Kanununun ve İşçi Sigortaları Kurumunun kapsamına giren işçi sayılarındaki artışların diğer nedenlerdir (Makal, 2002, s. 911-913).

1960’lı yıllarda sağlık hizmetlerinde büyük ilerleme kaydedilmiştir. 1961 yılında ‘‘Temel Sağlık Yasası’’ diğer adıyla ‘‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’’ ile sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hedeflenmiştir. Bu yasa ile sağlık hizmetleri devlet katkıları, kamu kesiminden alınacak ücret ve sigorta primleriyle, ücretsiz veya kısmen ücretli olarak sunulması gereken bir devlet hizmeti olarak tanımlanmıştır (WHO, 1996, s. 3). 1961 Anayasasındaki sosyal güvenlik anlayışı çalışma hayatına ve sosyal politikalara yaklaşımda önemli bir değişiklik yapmıştır. Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yapılan kalkınma planları çerçevesinde işçilerin sosyal haklarının korunmasıyla ilgili çeşitli sigorta kolları 1964 Sosyal Sigortalar Yasası ile modern ilkelerle uyumlu bir sosyal güvenlik yapısına kavuşmuştur (ILO, 2016, s. 54). 17.07.1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu 01.03.1965 tarihinde yürürlüğe girmiş ve İşçi Sigortaları Kurumunun ismi ‘‘Sosyal Sigortalar Kurumu’’ olarak değiştirilmiştir (SGK, 2017).

İlk olarak 1945 tarihli 4772 Sayılı Kanun ile iş kazalarına ve meslek hastalıklarına yönelik sağlık hizmeti verilmeye başlanmıştır. 1946 tarihinde İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu ile işçi sigortalarına kurumsal bir kimlik kazandırılmıştır. 1949’da 5147 sayılı kanun ile ihtiyar ve emeklilik, 1950’de 5502 sayılı kanunla hastalık ve analık ve 1957 yılında 6900 sayılı kanun ile de maluliyet, ihtiyarlık ve ölüm konularının sigorta kapsama alınmasıyla sigorta yelpazesi genişletilmiştir. Tüm bu sigortalılar 1964 yılında 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK) çatısı altında birleştirilmiştir (Gökbayrak, 2010, s. 145).

1965 yılından sonra SSK kapsamında olan kişi sayılarının yıllara göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir. Tablo 1’i incelediğimizde 1965 yılında SSK kapsamında aktif sigortalı sayısı 895.802 kişi iken, aylık alanlar(emekli, malul, dul ve yetim) ve aile fertleri (birinci derece) birlikte sigorta kapsamına giren kişi sayısı 3.835.055 olduğunu görüyoruz. Bu fertlerin toplam nüfus içerisindeki oranıysa %12,2’dir. Yıllar içinde artan sigortalı sayısının nüfus içindeki oranının sürekli arttığını görmekteyiz. 06.01.2005 tarihli resmi gazetede yayınlanan 5283 sayılı ‘‘Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair’’ Kanun ile SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. SSK’nın 2005 yılındaki son verilerini incelediğimizde SSK kapsamında aktif sigortalı sayısı 6.965.937 kişi iken, isteğe bağlı sigortalı, tarımdaki

aktif sigortalılar, aylık alanlar(emekli, malul, dul ve yetim) ve aile fertleriyle (birinci derece) birlikte sigorta kapsamına giren kişi sayısının 41.166.730 olduğunu görmekteyiz. 2005 yılında toplam nüfusun 72.065.000 olduğu Türkiye’de SSK kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalananların toplam nüfus içindeki oranı %57,1’dir. Tablo 1’i incelediğimizde SSK’lı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının sürekli arttığını ve nicelik olarak yaygın bir güvence kapsamı oluşturduğunu görmekteyiz.

Tablo 1: Sosyal Sigortalar Kurumunun Yıllara Göre Sigorta Kapsamındaki Kişi Sayısı

Yıl	Sosyal Sigortalar Kurumu							
	Aktif Sigortalı	İsteğe Bağlı Sigortalı	Tarımda ki Sigortalı	Aylık Alanlar	Aile Fertleri	Toplam Sigortalı	Toplam Nüfus	SGK’lı/Toplam Nüfusa Oran
1965	895 802	-	-	54 590	2 884 663	3 835 055	31 391 421	% 12,2
1970	1 313 500	-	-	145 446	4 324 908	5 783 854	35 605 176	% 16,2
1980	2 204 807	-	-	635 815	7 883 550	10 674 172	44 736 957	% 23,9
1990	3 286 989	300 000	74 407	1 596 634	14 230 000	19 487 970	56 473 035	% 34,6
2000	5 283 234	843 957	184 675	3 339 327	22 541 181	32 192 374	67 803 927	% 47,4
2005	6 965 937	266 558	178 178	4 308 186	29 447 871	41 166 730	72 065 000	% 57,1

Kaynak: TÜİK, İstatistik Göstergeler 1923-2006, s.118’den yararlanılmıştır.

SSK hastaneleri kendi bütçesi, hastanelere bağlı çeşitli vakıf ve dernek gelirleri ve diğer finansman kurumlarından sağlanan kaynaklar ile harcamalarını gerçekleştirmekteydi. 1999-2000 yıllarında yapılan araştırmaya göre, SSK özel sektörde ve kamuda işçi statüsünde çalışanlara 5 uzmanlık eğitimi veren ve 86 genel hastane ile sağlık hizmeti vermekteydi. 2003 yılından sonra SSK kapsamında sağlık hizmeti alan hastalar yapılan kurumlararası protokoller sayesinde Sağlık Bakanlığı kurumlarını doğrudan üniversite ve özel sektör hastanelerini de sevk yoluyla kullanmaya başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, RSHMB, 2004, s. 8).

Ülkemizde sağlık alanındaki farklı sağlık güvence formlarını tek bir elde toplamak için 16.05.2006 tarihinde 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu çıkarılmıştır. Ardından 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması, eşitsizliklerin giderilmesi ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin kolaylaştırılması hedeflenmiştir. Bu reformların sonucu olarak SSK, Bağ-kur ve Emekli Sandığı gibi sağlık hizmeti veren farklı sigorta güvenceleri birleştirilmiş sağlık hizmetleri kamusal bir yapıya kavuşturulmuştur (Akdağ, 2008, s. 54).

3.2. Emekli Sandığı

Emekli Sandığı, 08.06.1949 tarihli 5434 sayılı “T.C. Emekli Sandığı Kanunu’nun 17.06.1949 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanmasıyla emeklilik işlerini yürütmek amacıyla Maliye Bakanlığı’na bağlı olarak Ankara’da kurulmuştur (Resmi Gazete, 1949). Emekli Sandığı’nın çalışmaları 01.01.1950 tarihinden sonra başlamıştır. Emekli sandığının amacı devlet memurlarının emeklilikle ilgi haklarını düzenlemektir. Emekli sandığı mensuplarına emekli aylığı, görev malullüğü aylığı, dul ve yetim aylığı, emekli ikramiyesi, ölüm yardımı, evlenme ikramiyesi, toptan ödeme gibi haklar sağlamıştır (Devlet İstatistik Enstitüsü, s. 132). Emekli Sandığı öncelikle emekli memurlar için bir emeklilik fonu olarak kurulmuştur. Daha sonra sigorta kapsamının genişlemesiyle kamu kesimi için sağlık hizmeti sağlayan sosyal bir güvence olmuştur. Sandığın finansmanı kamuda çalışanlardan(%11), kamu işverenlerinden(%18) yapılan kesintilerden, genel bütçeden sağlanan sübvansiyonlardan, mevduat ve diğer yatırım gelirlerinin bir havuzda toplanmasıyla finanse edilmiştir. Emekli sandığına katılımcı kişiler çalıştıkları kurum ve kuruluşların özel hastanelerinden sağlık hizmeti almaktaydı. Bu tür hastane sayılarının yetersiz olmasından dolayı devlet hastaneleri ve üniversite hastanelerinden de hizmet alınabilmekteydi (Savaş, Karahan, & Saka, 2002, s. 47).

5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu'nun sağlık hizmetleri kapsamı 08.07.1971 tarihli 1425 sayılı "5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununa ek ve geçici maddeler eklenmesine ve bu kanun ile diğer kanunların bazı hükümlerinin değiştirilmesine ve kaldırılmasına dair" Kanun ile genişletilmiştir. Emekli sandığı iştirakçilerinin bakmakla mükellef buldukları aile fertlerini, dul ve yetim aylığı alanları, genel sağlık sigortasının kanunla düzenleneceği tarihe kadar hastalanmaları durumunda resmi sağlık kurumlarında muayene ve tedavi ettirebilecekti. Hekim muayenesi, klinik ve laboratuvar muayeneleri, yataklı tedavi ve tedavi boyunca ilaç ve bakım masrafları Emekli Sandığı tarafından karşılanacaktı (Resmi Gazete, 1971).

Emekli Sandığı ile ilgili çeşitli düzenlemelere rağmen kurum ve kuruluşların dağınık yapısı, muhtaçlık ve yoksulluğun sınırlıklarının net olmaması, kurumlar arasında bilgi eksikliği, sandık iştirakçilerinin yeterli ve düzenli bir şekilde takip edilememesi Emekli Sandığı katılımcılarının kapsamlı ve yeterli sağlık hizmeti

almasına engel teşkil etmekteydi (M.E.B, 2011, s. 13).Emekli Sandığı iştirakçilerinin bakmakla mükellef olduğu aile fertleri, emekliler, dul ve yetim aylığı alanlar ve malullük aylığı bağlanmış olanların sağlık hizmeti alımındaki prosedürler, kapsamlar ve sınırlar 16.17.1973 tarihli remi gazetede yayınlanan tüzükle belirtilmiştir. Hastalara nasıl davranılacağı, tedavilerinin nerelerde yapılacağı, acil hastaların nasıl sağlık hizmeti alacağı, hastaneye yatırılması gereken hastalara karşı uygulanacak usul ve esaslar, ilaç, protez, gözlük camı gibi sağlık ihtiyaçlarının nasıl temin edileceği bu tüzükteki hükümlerle karara bağlanmıştır (Özcan & Genç, 1998, s. 107).

1965 yılından sonra Emekli Sandığı kapsamındaki kişi sayılarının yıllara göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. Tablo 2’yi incelediğimizde 1965 yılında Emekli Sandığı kapsamında aktif sigortalı sayısı 548 383 kişi iken, aylık alanlar(emekli, malul, dul ve yetim) ve aile fertleriyle (birinci derece) birlikte sandık kapsamına giren kişi sayısının 2.353.291 olduğunu görüyoruz. 1965 yılında Emekli Sandığından faydalananların toplam nüfus içindeki oranı %7,49’dur. Yıllar içinde artan emekli Sandığı iştirakçi sayısının nüfus içindeki oranının SSK kapsamındaki kişilerin oranından daha yavaş artış gösterdiğini ve bu artışın sürekli olmadığını görmekteyiz. Emekli Sandığı, 2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı Sosyal Güvenlik Kurumu’na devretmiştir. Emekli Sandığı’nın 2005 yılındaki verilerini incelediğimizde, Emekli Sandığı kapsamında aktif sigortalı sayısı 2.402.409 kişi iken, aylık alanlar(emekli, malul, dul ve yetim) ve aile fertleriyle (birinci derece) birlikte sandık kapsamına giren kişi sayısının 9.270.521 olduğunu görmekteyiz. 2005 yılında toplam nüfusun 72.065.000 olduğu Türkiye’de Emekli Sandığı kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanabileceklerin toplam nüfus içindeki oranı % 12,86’dır. Tablo 2’deki verilere göre, Emekli Sandığı kapsamındaki kişilerin toplam nüfus içindeki oranı nüfus artış hızına yakın bir seyir izlemiştir. Emekli sandığının toplam nüfusa oranı 1965 yılında %7,49 iken, bu oran 2005 yılında % 12,86’dır. 40 yılda % 5,37’lik artış olmuştur.

Tablo 2: Emekli Sandığı’nın Yıllara Göre Sigorta Kapsamındaki Kişi Sayısı

Emekli Sandığı						ES T./T. Nüfusa
Yıl	Aktif	Aylık alanlar	Aile Fertleri	Toplam	Toplam Nüfus	Oran
1965	548 383	96 286	1 708 622	2 353 291	31 391 421	% 7,49
1970	823 829	180 895	2 573 784	3 578 508	35 605 176	% 10,06
1980	1 325 000	495 669	3 605 604	5 426 273	44 736 957	% 12,13
1990	1 560 000	843 443	4 179 698	6 583 141	56 473 035	% 11,66
2000	2 163 698	1 296 935	4 850 417	8 230 201	67 803 927	% 12,14
2005	2 402 409	1 595 973	5 272 130	9 270 512	72 065 000	% 12,86

Kaynak: TÜİK, İstatistik Göstergeler 1923-2006, s.117’den yararlanılmıştır.

Emekli Sandığı ve SSK bir sosyal güvenlik kurumu olarak işçi haklarını koruma, iş kazaları ve meslek hastalıklarının tedavi etme ve masraflarını karşılama, emeklilik ve malullük gibi durumları düzenleme amacıyla kurulsa da, zamanla Türkiye’de sağlık hizmeti veren kendi örgütlenmesini oluşturmuş kendi sağlık hizmetini üreten bir yapı kazanmışlardır. Emekli Sandığı’nın kamuda çalışanlara yönelik özel uygulamaları, SSK ve Bağ-Kur da yaşanan prim sorunları, norm ve standartlardaki farklılıklar, mevzuatlarındaki karışıklıklar sağlık hizmetlerinin sunumundaki kaliteyi düşürürken devletin bu kurumlara yaptığı finansman desteği de devlete ağır bir yük getirmekteydi. Bunun sonucunda 7. Beş Yıllık Kalkınma Plan’ında (1996-2000) bu çok başlılığın ortadan kaldırılması ve sağlık hizmetinin finansmanı, yönetim ve idaresi, insan gücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyonun da düzenlenmesi ve iyileştirilmesi gerektiği “Sağlık Reformu” ve “Sosyal Güvenlik Reformu” başlıkları anlatılmıştır. Sağlıkta reform kelimesinin ortaya atıldığı bu planda mevcut sosyal güvenlik kurumlarının eksik ve zayıf yönleri çarpıcı bir şekilde açıklanmıştır. Özellikle sağlık hizmetlerinin finansmanının ve sunumunun mutlaka ayrılması gerektiğinin altı çizilmiştir. 1994 yılı itibarıyla sosyal güvenlik kurumlarının açıklarını kapatmak için Emekli Sandığı’na faturalı ödemeler karşılığı olarak 20 trilyon TL, SSK’ya bütçe ikrazlarıyla birlikte toplam 26 trilyon TL ve Bağ-Kur’ a 3 trilyon TL aktarılmıştır. 1994 yılında bu üç sosyal güvenlik kurumunun finansman açığı 35,3 trilyona ulaşmıştır. Bu planda bu kurumların tek çatı altında toplanma zorunluluğu, norm ve standartlarda birlik sağlanması, farklılıkların ortadan kaldırılıp sosyal devlet anlayışıyla tüm vatandaşları kapsayan eşit ve adil bir sistemin kurulması gerektiği ifade edilmiştir (DPT, 1995, s. 111-114).

Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde ilk adım birbirinden farklı yönetim ve mevzuata sahip sosyal güvenlik kuruluşlarının bir çatı altında toplanmasıydı. Bu amaçla SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Güvenlik Kurumu adı altında birleştirilmiştir. Günümüzde Emekli

Sandığı sadece kamu kesimine ait bir sosyal güvencedir. Sandığın iştirakçileri sağlık hizmetlerini Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlardan almaktadırlar.

3.3. Bağ-Kur

Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) 1479 sayılı kanununun 14.09.1971 tarihinde Resmi Gazete' de yayınlanmasıyla kurulmuştur. Bağ-Kur'un Kuruluş amacı toplumda Sosyal Sigortalar Kapsamına girmeyen esnaf, sanatkâr ve kendi adına çalışanların sosyal güvence kapsamına alınmasıdır. Bu kişilere malullük, yaşlılık ve ölüm durumunda sosyal sigorta yardımı yapılması amaçlanmıştır. Primlerin ise sigortalıların beyan edeceği aylık gelire ve seçeceği gelir basamağına göre toplanılması kararlaştırılmıştır (Resmi Gazete, 1971). 01.10.1972 tarihi itibarıyla sigortalık haklarıyla ilgili hükümlerini uygulamaya başlayan Bağ-Kur da diğer sosyal güvenlik kurumları (SSK, Emekli Sandığı) gibi ilk aşamada sadece sigorta yardım hizmeti vermiştir. Fakat diğer kurumlar gibi zamanla kapsamı genişleyen Bağ-Kur da SSK ve Emekli sandığı gibi iştirakçilerine sağlık güvencesi vermeye başlamıştır.

5.11.1985 tarihinde kabul edilen 3235 sayılı kanunla Bağ-Kur iştirakçilerinin sağlık sigortaları kapsamı ve şartları belirlenmiştir. Bu kanunla sağlık sigortasına tabi olanların en az 8 ay sağlık sigorta primi ödemiş olması, sağlık ve sigorta prim borcu olmaması gerektiği belirtilmiştir. Bağ-Kur iştirakçisi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, SSK, ve üniversite hastaneleri ile kamu iktisadi teşebbüslerine ait sağlık kurum ve kuruluşlarından sağlık hizmeti alabilecekti. Ayakta yapılan tedavilerde verilen ilaçların bedellerinin % 20'si sigortalı tarafından % 10'unun ise aylık alanlar tarafından karşılanacağı belirtilmiştir. Sağlık hizmetinin hastanın iyileşmesine kadar devam edeceğinin belirtilmiş fakat yataklı tedavi kurumlarında tedavi gören hastalara 6 aydan daha fazla sağlık yardımı yapılamayacağı da kanunda yer almıştır. (Resmi Gazete, 1985). Muayene ve tedavileri uzun süren tüberküloz, kanser, kronik böbrek, akıl hatalıkları, organ nakli vb. hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların masrafları da bir resmi sağlık kurumundan rapor almak şartıyla sandık tarafından karşılanmaktaydı. İlaçların anlaşmalı olunmayan eczanelerden alındığı durumlarda, ilaç kupürü, reçete ve faturası sandığa gönderildiği takdirde sandık ilgili kişiye geri ödeme yapmaktaydı (Gerek, 2004, s. 235).

Bağ-kur, SSK, Emekli Sandığı'nın sosyal güvenlik kapsamında prim karşılığı verdiği sigortacılık hizmetlerinin yanında sosyal devlet anlayışı gereği devletin vatandaşlara vermesi gereken bazı yardımları sağlama görevi de bu kurumlara yüklenmiştir. Devletin sağlık gibi konuyu bu kurumlar aracılığıyla vermesi bu kurumlara olan talebi artırmıştır. Bunun yanında yıllarca Bağ-Kur esnafa yardım ve kredi sağlama, SSK konut kooperatifçiliği, Emekli Sandığı ise turizm, otelcilik ve huzurevleri gibi hizmetlerden sorumlu tutulmuştur. Asli görevlerinden daha fazla bu tür hizmet ve yardımlarla uğraşan bu kurumlar zamanla mevcut kaynaklarını eritmiş ve bütçe açığı vermeye başlamışlardır (Danışoğlu, 2002, s. 223).

1972 yılında sigortalık haklarıyla ilgili hükümlerini uygulama başlayan Bağ-Kur'dan faydalanan kişi sayılarının yıllara göre dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir. Tablo 3'ü incelediğimizde 1972 yılında Bağ-Kur kapsamında aktif sigortalı sayısı 200.000 kişi iken, aylık alanlar(emekli, malul, dul ve yetim) ve aile fertleriyle (birinci derece) birlikte Bağ-Kur kapsamına giren kişi sayısı 822.012 olmuştur. 1972 yılında Bağ-Kur'dan faydalananların toplam nüfus içindeki oranıysa %2,61'dir. Yıllar içinde artan Bağ-Kur iştirakçi sayısının genel nüfus içindeki oranının 2000'li yıllara kadar arttığı 2000'li yıllardan sonra ise bu artışın yavaşladığı görülmektedir. Bağ-Kur kapsamındaki kişilerin toplam nüfus içindeki sayısı 3235 sayılı kanunla Bağ-Kur'luların sağlık hizmetlerinden yararlanmaya başlamasıyla hızlı bir şekilde artmıştır. 1990'lı yıllarda yeşil kart uygulamasının da devreye girmesiyle Bağ-Kur kapsamına giren kişi sayısı artmasına rağmen bir önceki 1980-1990 dönemine göre az olmuştur. Bağ-Kur, 2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı Sosyal Güvenlik Kurumu'na devretmiştir. Bağ-Kur'un 2005 yılındaki verilerini incelediğimizde, Bağ-Kur kapsamında aktif sigortalı sayısı 2.103.651 kişi iken, aylık alanlar(emekli, malul, dul ve yetim) ve aile fertleriyle (birinci derece) birlikte sandık kapsamına giren kişi sayısının 15.990.253 olduğunu görmekteyiz. 2005 yılında toplam nüfusun 72.065.000 olduğu Türkiye'de Bağ-Kur kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanılabileceklerin toplam nüfus içindeki oranı % 22,18'dir.

Tablo 3:Bağ-Kur'da Yıllara göre Sigorta Kapsamındaki Kişi Sayısı

Yıl	Bağ-Kur							
	Aktif	İsteğe Bağlı Sigortalı	Aylık Alanlar	Tarımdaki Sigortalılar	Aile Fertleri	Toplam	Toplam Nüfus	E.S/T. Nüfusa Oran
1972	200 000	-	12	-	622 000	822 012	31 391 421	% 2,61
1975	816 555	-	4 379	-	2 539 486	3 360 420	35 605 176	% 9,43
1980	1 100 500	-	138 317	-	3 301 500	4 540 317	44 736 957	% 10,14
1990	1 967 379	106 019	595 889	752 075	7 911 324	11 332 686	56 473 035	% 20,06

2000	2 181 586	254 960	1 277 444	876 148	10 446 180	15 036 318	67 803 927	% 22,17
2005	2 103 651	239 388	1 600 294	1 011 333	11 035 587	15 990 253	72 065 000	% 22,18

Kaynak: TÜİK, İstatistik Göstergeler 1923-2006, s.119'dan yararlanılmıştır.

Sosyal güvence kapsamına giren en son kesim esnaf, sanatkârlar ve kendi adına çalışanlar olmuştur. Kazançlarına ve prim basamaklarına göre Bağ-Kur'la sosyal güvence kapsamına alınmışlardır. 01.10.1972 tarihinden itibaren hizmet veren Bağ-Kur, sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması, eşitsizliklerin giderilmesi ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin kolaylaştırılması için 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında hizmet vermeye başlamıştır (Türkiye Esnaf ve Sanatkarları Konfederasyonu, 2008, s. 82).

Bağ-Kur, SSK ve Emekli sandığı gibi sosyal güvenlik kurumlarına sağlık harcamaları ve sağlık personeli giderleri büyük bir mali yük getirmiştir. Sosyal güvenlik hizmeti vermenin yanında sağlık hizmeti gibi önemli bir görevi yürütmeye çalışan bu kurumların zamanla bütçe açıkları artmıştır. Ayrıca mevzuat ve uygulamadaki farklılıklar sağlık hizmetlerindeki verim ve kaliteyi düşürmüştür. Özellikle 90'lı yıllarda artan nüfusunda etkisiyle, sosyal devlet anlayışına uzak, arzında ve talebinde büyük farklılıklar olan bir sağlık sistemi ortaya çıkmıştır. Bu karmaşıklığın giderilmesinin tek yolu bu tür sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların tek çatı altında toplamayı ve sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından toplumun tamamını kapsayacak şekilde verilmesini zorunlu kılmıştır (Yavuziğit, 1996, s. 468-470).

4. SONUÇLAR

Türkiye'de sağlık güvencesi sağlayan kurum, kuruluş ve sandıklar özellikle 1945'li yıllardan itibaren iştirakçilerine hizmet vermeye başlamışlardır. II. Dünya Savaşı sonrasında dünya genelindeki buhran ülkemizi olumsuz etkilemiş, salgın hastalıklarla mücadeleye önem verilmiştir. Daha sonra hizmet akdi ile çalışanlar, kamu çalışanları ve bağımsız çalışan esnaf ve sanatkârlara yönelik sağlık güvencesi sağlanmıştır. Bu kurumların tek bir elden yönetilmemesi, mevzuat farklılıkları ve koordinasyon eksikliği sağlık hizmetlerinde karmaşık bir yapı oluşturmuştur. Artan nüfus sağlık hizmetlerine olan talebi artırmış, sağlık güvencesi veren sosyal güvenlik kurumlarının mali ve idari yükünü artırmıştır. Sağlık hizmetlerinde istenen kalite yakalamamış, girdi ve çıktılar arasında büyük farklılıklar oluşmuştur.

1990'lı yıllarda sağlık hizmeti veren sosyal güvenlik kurumlarındaki bütçe açıkları, yolsuzluk iddiaları ve denetim eksikliği bu kurumları çalışamaz duruma getirmiştir. Bu durum sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından tek bir elden verilmesini zorunlu hale getirmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Proje ile bu düşünce hayata geçirilmiş, öncelikle sağlık hizmeti veren sosyal güvenlik kurumları Sağlık Bakanlığı'na devretmiş daha sonra aşamalı bir şekilde mevzuattaki farklılıklar giderilmiş ve her vatandaşın her sağlık kurumuna ihtiyacı olduğu an başvurup sağlık hizmeti alabilmesi sağlanmıştır. Acil ve ertelenemez bir hizmet olan sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik kolaylaştırılmış, güvence kapsamı genişletilmiş, sağlık kurumları arasındaki hizmet farklılıkları ortadan kaldırılmıştır.

Ülkemizde özellikle yoğun nüfuslu şehirlerde hastane kuyrukluları, fark ücretleri ve ilaç alımındaki sorunlar toplumun kanayan yarası olmaktan kurtarılmıştır. Ülkemizde online sistemlerle ve teknolojik gelişmelerle güçlenen sağlık hizmetleri her bireyi kapsayan sosyal yapıya yıllar sonra kavuşmuştur.

KAYNAKÇA

- Ak, B. (2002). Türkiye Cumhuriyeti'nde Sağlık Hizmetleri. H. C. Güzel, K. Çiçek, & S. Koca (Dü), Türkler (Cilt 17, s. 735-736). Ankara: Yeni Türkiye Yayınları.
- Akdağ, R. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:770.
- Akdur, R. (2008). Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık. 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (s. 47),Ankara.
- Aksakoğlu, G. (2008). Sağlıkta Sosyalleşmenin Öyküsü. Memleket Siyaset Yönetim Dergisi(8), 11.
- Ateş, M. (2013). Sağlık Sistemleri. İstanbul: Beta Basımevi.
- Berk, M., Önal, B., & Güven, R. (2011). Meslek Hastalıkları Rehberi. (Ç. v. Bakanlığı, Dü.) Ankara: Matsa Basımevi.
- Çiftçi, U., & ark. (Dü). (2014). Cumhuriyetin Kuruluş Döneminde Sağlık Hizmetleri. (64), 5. (Y. Laleli, Derleyici) Ankara: Düzen Laboratuvar Grubu.

- Danişoğlu, E. (2002). Sosyal Güvenlik Sisteminde Yenilenme İhtiyacı. Planlama Dergisi(Özel Sayı), 223.
- Devlet İstatistik Enstitüsü. (tarih yok). Türkiye İstatistik Yıllığı 2004.
- Doğan, M. S. (2000). Sağlık Sosyolojisi Açısından Türkiye’de Sağlık Planlaması. Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi(2), 96. 08 08, 2017 tarihinde <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/sakaefd/article/view/5000003717/5000004231> adresinden alındı
- Donev, D., Kovacic, L., & Laaser, U. (2013). The Role and Organization of Health Systems. J. Verlag, G. Burazeri, & L. Zaletel Kragelj (Dü). içinde Lage, Germany: Jacobs Publishing Company.
- DPT. (1995). Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1966-2000. Ankara.
- Gerek, N. (2004). Sosyal Güvenlik Hukuku. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Gökbayrak, Ş. (2010). Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü. Çalışma ve Toplum, 2(25), 145.
- ILO. (2016). Occupational Safety and Healty Turkey. Ankara: International Labour Organization. 08 15, 2017 tarihinde http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@europe/@ro-geneva/@ilo-ankara/documents/publication/wcms_498829.pdf adresinden alındı.
- Kalemli, M. (1985). Türkiye’nin Sağlık Politikası. İ. İ. Merkezi içinde, Sosyal Siyaset Konferansları (s. 11). İstanbul.
- Kocabaş, F. (2013). İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku. N. Gerek, & F. Kocabaş (Dü). içinde Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- M.E.B. (2011). Sağlık Sigortası. Ankara.
- Makal, A. (2002). Türkiye’de 1920-1963 Döneminde Sosyal Güvenlik Alanındaki Gelişmeler. H. Güzel, K. Çiçek, & S. Koca (Dü) içinde, Türkler (Cilt 17, s. 911-913). Ankara: Yeni Türkiye Yayınları.
- Özal, İ., & ark. (2012). Yönetim Bilimine Giriş. (C. Koparal, Dü.) Eskişehir: Açık Öğretim Fakültesi Yayını No: 2564.
- Özcan, C., & Genç, M. F. (1998). Türk Sağlık Mevzuatı. İzmir: Ankara Tabip Odası Yayınları.
- Özterk, A. Z. (1994, Temmuz). Sağlık Hizmetlerine Damgasını Vuran Behçet Uz İle Son Söyleşi. Actual, 2(7), 14-18.
- Öztürk, M. (1999). Cumhuriyet Dönemi’nde Sağlık Hizmetleri. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 6(1), 38-39.
- Resmi Gazete. (1945, .07 .07). 4772 İş Kazalarıyla Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu.
- Resmi Gazete. (1949, 06 17). "T.C. Emekli Sandığı Emekli Sandığı Kanunu". (7235).
- Resmi Gazete. (1971, 07 11). (13892), 1-2.
- Resmi Gazete. (1971, 09 14). Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu
- Resmi Gazete. (1985, 11 09). 1470 Sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanununa Bazı Maddeler Eklenmesine Dair Kanun. (18923).
- Sağlık Bakanlığı, RSHMB. (2004). Türkiye UlusalSağlık Hesapları 1999-2000. (M. Kartal, & S. Mollahaliloğlu, Dü) Ankara.
- Sağlık Bakanlığı;. (2004). 80. Yılda Tedavi Hizmetleri. Ankara.
- Savaş, S. B., Karahan, Ö., & Saka, Ö. R. (2002). Health Care Systems in Transition. (S. Thomson, & E. Mossialos, Dü)
- Sayek, F. (2012). TTB Birliği Raporları/Kitapları, Türkiye’de sosyalleştirmenin 50 yılı. Ankara: TTB yayınları.
- SGK. (2017, 08 15). <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce> adresinden alındı
- Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., & Işık, O. (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Yayınları.

Tinal, M. (2009). Türkiye Büyük Millet Meclisi Birinci Döneminde Doktor Milletvekilleri. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2(6), 619-620. 08 08, 2017 tarihinde http://www.sosyalarastirmalar.com/cilt2/sayi6pdf/tinal_melih.pdf adresinden alındı

Türkiye Esnaf ve Sanatkarları Konfederasyonu. (2008). Esnaf ve Sanatkar Raporu. Ankara.

WHO. (1996). Health Care Systems in Transition Turkey. Copenhagen.

Yavuzyiğit, M. H. (1996). Sosyal Güvenliğin Neresindeyiz? Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, 51(1-4), 468-470.

Yıldırım Kaptanoğlu, A. (2011). Sağlık Yönetimi. A. Yıldırım Kaptanoğlu (Dü.) içinde, Sağlık Yönetimi (s. 72). Beşir Kitabevi.