



T.C

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK HUKUKU YAKLAŞIMIYLA OECD ÜLKELERİNİN TÜRKİYE
İLE SAĞLIK SİSTEMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

ALİCAN ŞEN

SAĞLIK HUKUKU YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Haydar SUR

İSTANBUL- 2019

KABUL ve ONAY SAYFASI

Enstitümüz Sağlık Hukuku Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Alican ŞEN tarafından hazırlanan “Sağlık Hukuku Yaklaşımıyla OECD Ülkelerinin Türkiye ile Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması” isimli tez savunma sınavı 11.07.2019 tarihinde İstanbul Medipol Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsünde yapılmış olup aşağıda belirtilen jüri tarafından değerlendirilerek, **OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU** ile yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Haydar SUR
Üsküdar Üniversitesi
Tez Danışmanı


Prof. Dr. Fulya İlçin GÖNENÇ
İstanbul Medipol Üniversitesi
Sınav Jüri Üyesi


Doç. Dr. Gülsün Ayhan AYGÖRMEZ UĞURLUBAY
Üsküdar Üniversitesi
Sınav Jüri Üyesi


İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 16. /07/ 2019 tarih ve 2019/26 - 02 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Doç. Dr. Müjgan TUNÇ YÜCEL
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü




BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı olabilecek bir davranışımın olmadığını, bu tezdeki tüm bilgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilemeyen tüm bilgi ve kaynaklara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışmasında ve yazım sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranış içerisinde bulunmadığımı beyan ederim.

Aliya SEN


ÖNSÖZ

Bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin belirlenmesindeki en temel göstergelerden biri vatandaşlarının sağlık hakkından ne düzeyde yararlandığıdır. Zira sağlık hakkı, en temel insan hakkı olan yaşam hakkıyla doğrudan bağlantılı olduğundan birincil insan hakları kategorisinde yer almaktadır.

Sağlık hakkından faydalanılmasındaki verimliliğin tespitinde ise uygulanan sağlık sisteminin özelliklerinin niteliği önemlidir. Bir ülkede uygulanan sağlık sisteminin verimliliğinin yüksek olmasının ön şart ise sağlık sisteminin o ülkenin kendine özgü sosyal ve kültürel yapısıyla olan uyumudur.

Bu nedenle çalışmada, öncelikle sağlık hakkı tüm yönleriyle incelenmeye çalışılmıştır. Çalışmanın devam eden bölümlerinde ise, OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri ve buna ilişkin mevzuatları açıklanarak, mukayese edilmiştir.

Ülkemizin her alanda hedefi Mustafa Kemal Atatürk'ün işaret ettiği şekilde muasır medeniyetlerin seviyesine çıkmak olmalıdır. Ülkemizde sunulan sağlık hizmeti de, toplum ve bireyin mutluluk ve refahındaki önemli yeri gereği yüksek kalite ve standarda sahip olmalıdır.

Öncelikle çalışmam esnasında öneri ve yönlendirmeleriyle tezimin tamamlanmasında önemli katkıları olan danışmanım Prof. Haydar Sur'a şükranlarımı sunarım.

Diğer yandan tezimin planlama ve yazım sürecinde her türlü teknik, fikri ve manevi desteğini sunan eşim Taliha Deniz Şen'e ve eğitim hayatıma olan tüm katkıları nedeniyle Annem, Babam ve Kardeşime teşekkürlerimle.

Alican ŞEN / 2019

ÖZET

Bu çalışmada, sağlık sistemlerinin dayandığı kaynağın daha iyi anlaşılabilmesi için öncelikle sağlık hakkı incelenmiştir. Çalışmanın devamında, sağlık sistemlerini sınıflandırılması üzerinden OECD'nin seçili ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri irdelenmiştir. İncelenen ülkelerin seçiminde, sağlık sistemlerinin sınıflandırıldığı temel modeller üzerinden bir tercih yapılmıştır. Türkiye sağlık sistemi ise kanuni düzenlemeler çerçevesinde detaylarıyla açıklanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık sistemi, Sağlık hakkı, OECD, Sağlık sistemi modelleri, Türkiye

ABSTRACT

This study first and foremost investigates the right to health to understand the basis on health care systems. As part of the study, health care systems of selected countries from the OECD and Turkey were examined through the classification of healthcare systems. These countries were selected based on basic models by which health care systems are classified. Additionally, the Turkish health care system is explained in detail in setting of legal regulations.

Keywords: Healthcare system, Right to health, OECD, Health care models, Turkey

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	xi
TABLolar	xii
ŞEKİLLER	xiii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM SAĞLIK HAKKI

1. SAĞLIK HAKKININ NİTELİĞİ

1.1. Sağlık Hakkının Tanımı.....	3
1.2. Sağlık Hakkının Konusu.....	4
1.3. Sağlık Hakkının Kapsamı.....	4
1.4. Sağlık Hakkının Haklar Arasındaki Yeri.....	4
1.5. Sağlık Hakkının Anayasal Yönü.....	5
1.6. Anayasa Mahkemesi İçtihatlarında Sağlık Hakkı.....	5
1.7. Devletin Sağlık Hakkı ile Alakalı Ödevleri.....	7
1.8. Sağlık Hakkının Kamusal- Yarı Kamusal Hak Niteliği.....	14
1.9. Sağlık Hakkının Özneleri ve Sınırları.....	15
1.10. OECD Ülkeleri ve Uluslararası Normlarda Sağlık Hakkı.....	16
1.11. Sonuç Olarak.....	17

2. SAĞLIK HAKKINDAN YARARLANILMASINI SAĞLAYAN SİSTEMLER

2.1. Tanım.....	18
2.2. Vergiye Dayanan Sistemler.....	18
2.3. Prime Dayanan Sistemler.....	18
2.4. Karma Sistemler.....	18
2.5. Şili Modeli.....	19

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİSTEMİ

1. SAĞLIK SİSTEMİ BİLEŞENLERİ

1.1. Sağlık Sistemi Tanımı.....	19
1.2. Sağlık Sisteminin Amaçları.....	20
1.3. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları.....	21
1.3.1. Yönetim ve Düzenleme.....	22
1.3.2. Finansman.....	22
1.3.3. Hizmet Sağlama.....	22
1.3.4. Kaynak Üretimi ve Örgütlenme.....	22
1.4. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması.....	23
1.4.1. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına Yönelik Literatür.....	23
1.4.2. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri.....	23
1.4.3. Kapsayıcı Tip (Beveridge).....	24
1.4.4. Refah Yönelimli Tip (Bismarck).....	24
1.4.5. Sosyalist Tip.....	25
1.4.6. Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi.....	25
1.4.7. ABD Sağlık Sistemi.....	26

2. SAĞLIK SİSTEMLERİNİN ETKİNLİK GÖSTERGELERİ AÇISINDAN MUKAYESİ

2.1. Etkinlik Göstergelerinin Kategorize Edilmesi.....	27
2.2. Demografik Göstergeler Açısından Ülkelerin Değerlendirilmesi.....	27
2.2.1. Ülkelerin Nüfus Göstergeleri.....	29
2.2.2. Yaş Dağılımlarına Göre Ülke Nüfusları.....	33
2.2.3. Ülkelerin Yaşam Göstergeleri.....	34
2.3.4. Ekonomik Göstergeler Çerçevesinde.....	37
2.3.5. Sağlık Personeli ve Hastaneler Açısından.....	38

3. OECD ÜYE ÜLKELERİNDE SAĞLIK SİSTEMLERİ

3.1. OECD ve Amacı.....	38
3.2. Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması.....	39
3.2.1. Kişi Başı Sağlık Harcamaları.....	40

3.2.2. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı.....	41
3.2.3. Toplam Sağlık Harcamalarının Beşer Yıllık Değişimi.....	43
3.2.4. Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu Harcamalarının Payı.....	44
3.2.5. Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı.....	46
3.2.6. Sağlık Sistemlerinin Sağlık Harcamaları ve İndikatörleriyle.....	48
Kıyaslanması	

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

OECD ÜLKELERİ

1. ALMANYA SAĞLIK SİSTEMİ

1.1. Tarihi.....	49
1.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	50
1.3. Ayakta Sağlık Hizmetleri.....	50
1.4. Yataklı Tedavi Hizmetleri.....	50
1.5. Sağlık Sosyal Hizmetleri.....	51
1.6. Eczacılık Hizmetleri.....	51
1.7. Sağlık Bakanlığı.....	51
1.8. Sosyal Güvenlik ve Finansman.....	52
1.9. Emekli Sigortası.....	52
1.10. Genel Sağlık Sigortası Modeli.....	52
1.11. Resmi Hastalık Kasalarının İşlevi.....	53
1.12. Hastaneler.....	53

2. ABD SAĞLIK SİSTEMİ

2.1. Tanımı ve Tarihi.....	54
2.2. Tıp Eğitimi.....	54
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	55
2.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	55
2.5. Hastaneler.....	56
2.5.1. Devlet Hastaneleri.....	56
2.5.2. Özel Hastaneler.....	57
2.6. Finansman.....	57
2.6.1. Kar Amaçlı Sigorta Şirketleri.....	58
2.6.2. Mavi Haç ve Mavi Kalkan.....	58

2.6.3. Bağımsız Sigorta Planları.....	59
2.6.4. Kamu Sigortaları.....	59
3. İNGİLTERE SAĞLIK SİSTEMİ	
3.1. Tanımı ve Tarihi.....	61
3.2. Ulusal Sağlık Hizmeti.....	62
3.3. Ekonomik Kaynakları.....	63
4. FRANSA SAĞLIK SİSTEMİ	
4.1. Tanımı ve Tarihi.....	63
4.2. Sağlık Sisteminin Yapısı.....	64
4.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	64
4.4. Sağlık Sigortasının Gelişimi.....	64
4.5. Sağlık Personeli.....	64
4.6. Hastaneler.....	65
5. NORVEÇ SAĞLIK SİSTEMİ.....	65
6. BELÇİKA SAĞLIK SİSTEMİ.....	65
7.İTALYA SAĞLIK SİSTEMİ.....	66
8. FİNLANDİYA SAĞLIK SİSTEMİ.....	67
9. YENİ ZELANDA SAĞLIK SİSTEMİ.....	68
10. HOLLANDA SAĞLIK SİSTEMİ.....	69
11. MEKSİKA SAĞLIK SİSTEMİ.....	70

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ

1. SELÇUKLU DÖNEMİ SAĞLIK SİSTEMİ

1.1. Genel Olarak.....	71
1.2. Kervansaray Darüşşifalar.....	72
1.3. Saray Darüşşifaları.....	72
1.4. Seyyar Darüşşifalar.....	72

2. OSMANLI DÖNEMİ SAĞLIK SİSTEMİ

2.1. Genel Olarak.....	72
2.2. Tababeti Belediye İcrasına Dair Nizamname.....	73
2.3. İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi.....	76
2.4. İdare-i Sıhhiye Hakkında Rumeli Şarkıyeye Mahsus Kanun.....	77

2.5. Vilayeti İdari Sıhhiye Nizamnamesi.....	78
--	----

3. CUMHURİYET DÖNEMİ

3.1. Giriş.....	81
3.2. 1920- 1938 Dönemi.....	81
3.2.1. Umumi Hıfzıssıha Kanunu.....	82
3.3. 1938- 1960 Dönemi.....	84
3.4. 1961- 1980 Dönemi.....	84
3.5. 1980- 2000 Dönemi.....	85
3.6. 2000 Sonrası Dönem.....	86

4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

4.1. Giriş.....	86
4.2. SDP'nin Temel İlkeleri.....	87
4.2.1. İnsan Merkezlilik.....	87
4.2.2. Sürdürülebilirlik.....	88
4.2.3. Sürekli Kalite Gelişimi.....	88
4.2.4. Katılımcılık.....	88
4.2.5. Uzlaşmacılık.....	88
4.2.6. Gönüllülük.....	88
4.2.7. Güçler Ayrılığı.....	89
4.2.8. Desantralizasyon.....	89
4.2.9. Hizmette Rekabet.....	89
4.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Bileşenleri.....	89
4.3.1. Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı.....	89
4.3.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan GSS.....	90
4.3.3. Yaygın, Erişim Kolay Sağlık Hizmet Sistemi.....	90
4.3.4. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği.....	91
4.3.5. Etkili ve Kademeli Sevk Zinciri.....	91
4.3.6. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri.....	91
4.3.7. Donanımlı ve Yüksek Motivasyonla Çalışan İnsan Gücü.....	92
4.3.8. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları.....	92
4.3.9 Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon.....	92
4.3.10. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma.....	92

4.4. SDP'nin Genel Olarak Değerlendirilmesi.....	93
5. GENEL SAĞLIK SİGORTASI	
5.1. Tanımı ve Gelişimi.....	93
5.2. Sağlık Yardımlarının Kişi ve Nitelik Açısından Kapsamı.....	96
5.3. Sağlık Yardımlarını Belirleme Yönetimi.....	97
5.4. Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları.....	97
5.4.1. Prim ve Devlet Katkısı.....	97
5.4.2. Prim Borcu.....	97
5.4.3. Katılım Payı Ödenmesi.....	98
5.4.4. Sevk Zincirine Uyulması Koşulu.....	98
5.5. Genel Sağlık Sigortasında Sorumluluk.....	99
5.6. GSS'nin Değerlendirilmesi.....	100
6. ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI	
6.1. Tanımı.....	103
6.2. Özel Sağlık Sigortası Mevzuatı.....	104
6.3 Türkiye'de Özel Sağlık Sigortacılığının Gelişimi.....	106
6.4. Türkiye'de Özel Sağlık Sigortacılığındaki Sorunlar.....	107
6.5. Değerlendirilmesi.....	107
6.6. Avrupa Ülkelerinde Özel Sağlık Sigortacılığı.....	108
6.7. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası.....	109
BEŞİNCİ BÖLÜM	
SONUÇ VE ÖNERİLER	
1. SONUÇ VE ÖNERİLER	110
KAYNAKÇA.....	115
ÖZGEÇMİŞ.....	118

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BHK	: Bölge Hastane Kurulları
AYM	: Anayasa Mahkemesi
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESKHS	: Ekonomik Sosyal Kültürel Haklar Sözleşmesi
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
İMF	: Uluslararası Para Fonu
NHS	: Ulusal Sağlık Hizmeti
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SBGM	: Sağlık Bakanlığı Genel Müdürlüğü
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSGSSK	: Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TİSK	: Türkiye İşveren Sendikası
TOBB	: Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği
TÜSİAD	: Türkiye İş Adamaları Derneği
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLAR

Tablo 1. Sağlık Sisteminin Amaçları

Tablo 2. Nüfuslar

Tablo 3. Nüfus Değişimleri (%)

Tablo 4. Yaş Dağılımları

Tablo 5. Ülkelerin Yaşam Göstergeleri 2000-2011

Tablo 6. Doğurganlık Oranları ve Beklenen Yaşam Süreleri

Tablo 7. Kişi Başına Düşen Gelir ve Büyüme Oranları

Tablo 8. Sağlık Personelleri

Tablo 9. Kişi Başı Sağlık Harcamaları (ABD doları baz alınarak)

Tablo 10. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı

Tablo 11. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payının Beşer Yıllık Değişimi

Tablo 12. Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu Harcamalarının Payı

Tablo 13. Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı

Tablo 14. Sağlık Sistemlerinin Sağlık Harcamaları ve İndikatörleriyle Kıyaslaması

ŞEKİLLER

Şekil 1. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları

Şekil 2. ABD Hastanelerinin Dağılımı

Şekil 3. ABD Sağlık Finansmanı

Şekil 4. ABD Sağlık Gelirleri

Şekil 5. ABD Sağlık Giderleri



GİRİŞ

Bireylerin ve toplumlarının sağlık halinin korunması ve geliştirilmesi modern toplum anlayışının olmazsa olmaz öğelerinden biridir. Birey ve toplumun iyi sağlığa sahip olmasının başlangıcı ise sağlık hakkına sahip olmalarından geçmektedir. Sağlık hakkı temel insan haklarından. Bu nedenle de bireylerin sağlık hakkından yararlandırılmasında devletlerin önemli sorumluluğu ve görevi bulunmaktadır. Devletlerin bu görevi layıkıyla yerine getirmesi için sağlık hakkına ilişkin yasal düzenlemelerin, başta Anayasaları olmak üzere mevzuatlarının ilgili her noktasında yer alması elzemdir.

Diğer taraftan ÷lkelerin sağlık hakkının sağlanmasıdaki performanslarının değerlendirilmesinde, o ÷lkede uygulanan sağlık sisteminin ÷lkenin sosyal, ekonomik ve kültürel yapısıyla uyumunun payı önemlidir.

Günümüzde uluslararası olarak kabul gören Kapsayıcı Tip, Refah Yönelimli Tip, Serbest Piyasa Tipi ve Sosyalist Tip sağlık sistemleri bulunmaktadır. Ancak belirtilmelidir ki, bir ÷lkenin sağlık sisteminin başarısı salt uyguladığı sistemle ilişkili olmayıp, ÷lkelerin sahip olduğu kendilerine has birçok farklı değişkene bağlıdır. Bu nedenle anılan sistemleri iyiden kötüye olacak şekilde bir sıralamaya tabi tutmak da yerinde olmayacaktır.

Dünyanın ekonomik yapısının çok büyük çoğunluğunu OECD ÷lkeleri oluşturmaktadır. Bu nedenle her alanda olduğu gibi sağlık alanında da OECD ÷lkelerinin yatırımlarının ve organizasyonlarının irdelenmesi, meselenin aydınlatılmasında önemlidir.

Türkiye’de ise sağlık hizmetinin sisteme oturtulmasına Osmanlı Devleti’nin son döneminde başlanmıştır. Bu kapsamda Osmanlı Devleti 1871 yılında İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi adında bir yönetmelik yayımlayarak, modern anlamda hizmet sunacak sağlık teşkilatlanmasının ön adımlarını atmıştır. Cumhuriyetin kurulmasıyla beraber devletin restorasyon süreci hız kazanmıştır. Sağlık hizmeti de bu çerçevede modernize edilmiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarında özellikle de Dr. Refik Saydam’ın başkanlığında Türk Sağlık Sisteminin bugüne uzanan kurumsallaşma altyapısı kurulmuş ve 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıha Kanunu” çıkarılmıştır. Kanuni düzenleme ile sağlık hizmetlerindeki alt politikaların da esasları belirlenmiştir.

2000’li yılların başında ise yıllar içerisinde uygulanan sağlık ve sosyal güvenlik sistemindeki eksiklik ve yanlışların giderilerek, sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin reformize edilmesi için Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sürdürülebilirlik,

sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet ilkelerinin gerçekleştirilmesi yolunda adımlar atılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sisteminde yaşanan sorun ve aksaklıkların giderilmesi için planlanıp uygulamaya koyulmuştur. Diğer OECD ülkelerine kıyasla zayıf sağlık organizasyonu, sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitsizlikler, sağlık finansmanı ve sunumunu zor ve işlevsiz hale getiren parçalı yapı, hizmet standardındaki düşüklük, bu sorunların başlıcalarıdır. SDP işlevsellik, verimlilik ve memnuniyet açısından sağlık sistemini geliştirmeyi amaçlamaktadır. 1961 ve 1982 Anayasalarında yer alması nedeniyle 60'lı yıllardan itibaren tartışılan ama uygulamaya geçirilemeyen Genel Sağlık Sigortası ise SDP kapsamında hayata geçirilmiştir. GSS sistemin özellikle finansmanı ve sunumunun düzenlenmesi açısından Türk sağlık tarihi için önemli bir düzenlemedir.

Bu çalışmada Sağlık hakkının tüm yönleriyle izah edilmesi ve OECD ülkeleriyle Türkiye'nin sağlık sistemlerini sağlık hukuku gözüyle mukayese ederek, Türkiye'nin sağlık sisteminin ve sağlığa ilişkin mevzuatının başarısının artırılması yolunda bir katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HAKKI

1. SAĞLIK HAKKININ NİTELİĞİ

Sağlık hakkının niteliğinin anlaşılmasında, tanımının, konusunun, haklar içerisindeki yerinin ve sağlık hakkına ilişkin mevzuatın açıklanmasında fayda bulunmaktadır.

1.1. Sağlık Hakkının Tanımı

Genel manada vücudun ve ruhun esenlik içinde bulunmasına sağlık denilmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık kavramı, yalnızca hasta veya sakat olmamak değil bedeni, ruhi ve toplumsal yönden de iyi olma halidir. Sağlığa 1986 Ottawa Sözleşmesi ile yeni bir tanım daha getirilmiştir. Buna göre sağlık “Bir birey ya da grubun bir yandan arzularını tanımlayıp gerçekleştirmeye ve gereksinimlerini karşılamaya, diğer yandan çevresini değiştirmeye ve onunla baş etmeye muktedir olabilmesi” olarak tanımlanmıştır. DSÖ’nün tanımına eleştirel yönden bakanlar, sağlığı bireyin ruhi, fiziki ve sosyal yönlerden çevresi ile olan uyumu olarak tanımlamaktadır. Sağlığı bu şekilde tanımlayanlara göre sağlık kavramını oluşturan dört ana etken vardır; insan biyolojisi, sağlık hizmetleri sistemi, çevre ve yaşam biçimi. Diğer açıdan salt hak kavramı da hukuk tarafından korunmakta olan ve sahiplerine de bundan faydalanma imkanı tanıyan menfaatler bütünü şeklinde ifade edilebilir.

Sağlık hakkının bir hak kategorisi olarak ortaya çıkışı daha önceye dayansa da, ulusal hukuk düzenlerinde üstün normlarla korunan bir hak olarak yaygınlaşması geçtiğimiz yüzyılın başlarına dayanır(Aldıkaçtı, 1997:80). Sağlık hakkı uluslararası hukukta ise ikinci dünya savaşının akabinde kategorize edilmiştir. Sağlık hakkının bu kapsamda kategorize edilmesini sağlayan husus ise ikinci dünya savaşının insanlık açısından yarattığı tahribatın onarımı için insan hakları kavramındaki gelişmelerdir. Günümüzde sağlık hakkı, yaşam hakkının doğal bir alt kümesi olarak vücut bulmuştur. Evrensel hukuk ilkelerini temel alan tüm ulusal ve uluslararası kaynaklarda sağlık hakkı da haklar listesinin içerisinde bulunmaktadır. Bunun yanında sağlık hakkı, ekonomik, sosyal ve kültürel haklar içerisinde yer almaktadır. 1961 ve 1982 Anayasalarında sağlık hakkı temel haklar arasında yer alarak, Türkiye açısından da Anayasal güvenceye sahip olan bir norm halini almıştır.

1982 Anayasasının 56. Maddesi şu şekilde düzenlenmiştir:

Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içerisinde sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayarak hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir ve sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.

Maddeyi değerlendirecek olursak, sağlık hakkı, konusu yönünden sosyal haklar içerisinde sayılmaktadır ve sağlık hakkının uygulanabilmesi için devlete sorumluluk ve ödev yüklemektedir. Anayasadaki tanım çerçevesinde sağlık yönünden devlete, pozitif statü hakları yüklendiği görülmektedir. Zira bireylere sağlık halinin ve hakkının korunması ve geliştirilmesi noktasında devlete karşı talepkâr olma hakkı sağlamaktadır.

1.2. Sağlık Hakkının Konusu

Ulusal ve uluslararası hukuk kaynaklarında sağlık hususu sadece hasta olmama halini değil, kişilerin ve toplumun bedeni, zihni ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde olmasını ifade etmektedir. 1978 tarihli Alma Ata Bildirgesi de sağlığı bu şekilde tanımlamıştır.

1.3. Sağlık Hakkının Kapsamı

Sağlık hakkı, Dünya Bankası'nın risk kaynakları analizine göre sağlık halinin ilgilendiği beş ana durum bulunmaktadır. Bunlar; hastalık, yararlanma, maluliyet, yaşlılık, ölümdür. Sözü geçen haller sağlıkla alakalı sonuçları olan vakialardır.

1.4. Sağlık Hakkının Haklar Arasındaki Yeri

Sağlık hakkı, konusu açısından “sosyal haklar” içerisinde sayılır (Aldıkaçtı, 1997:80). Sağlık hakkının sosyal haklar içerisinde yer alması hususunda öğretici mutabıktır. Tarihsel gelişimi açısından ise “ikinci kuşak haklar” içerisinde yer almaktadır (Uygun, 2000: 30). Sağlık hakkı sosyal haklar kümesi içerisinde yer alması nedeniyle, aynı zamanda bir yararlanma hakkıdır.

Temel hak sınıflandırmaları belirli bir açıklayıcılık içermekle birlikte dayandıkları ayrımların mutlak kabul edilmesi hatalı olacaktır (Uygun, 2000: 30). Sağlık hakkını da bu görüş çerçevesinde tek bir kalıp içerisinde değerlendirmek uygun değildir. Bu çerçevede sağlık hakkı, genel yapısı itibarıyla pozitif statü haklarından olmakla birlikte korunması gereken bir varlık olması nedeniyle bünyesinde negatif statü haklarından da nüveler taşımaktadır. Bu hususa örnek olarak kişinin sağlığını bozacak uygulamaların yapılmaması konusunda devlete

sorumluluk yüklemesi gösterilebilir. ESKHS komitesi de bu minvalde olmak üzere sağlık hakkını iki yönden açıklamaktadır. Bunlardan ilki kişinin kendi sağlığı ve vücudu üzerinde kontrol hakkına sahip olmasıdır. Diğeri ise herkesin uygun sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanabileceği bir sağlık sistemine sahip olma hakkıdır. Bu tanımlamalar çerçevesinde sağlık hakkının birinci kuşak haklarından olan yaşama hakkıyla iç içe geçmiş bir yapısının olduğu anlaşılmaktadır. Bu görüşe göre başka bazı insan haklarının gerçekleştirilmesi için gerekli olan bazı haklar temel hak niteliğindedir. Sağlık hakkı da bu kapsamdadır (Hessler ve Buchanan,2010: 205). Yukarıdaki açıklamalar ışığında sağlık hakkının bünyesinde negatif ve pozitif statü hakkı emareleri taşıdığı anlaşılmaktadır.

1.5. Sağlık Hakkının Anayasal Yönü

Sağlık hakkı Türk Anayasal sistemi içerisindeki yerini 1961 Anayasası ile beraber almıştır. 1961 Anayasası ile beraber anayasal bir güvenceye sahip olan sağlık hakkı, 1982 Anayasasında da bu özelliğini korumaya devam etmiştir.

Sağlık hakkının yaşam hakkı ile doğrudan bağlantılı olduğu daha evvel ki bölümde açıklanmıştır. Yaşam hakkının ise varlığı ile diğer tüm hakların var olmasını sağlayan temel hak olduğunda şüphe bulunmamaktadır. Anayasanın 17. Maddesi, “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.” Şeklinde. Bu çerçevede anayasa kişilerin yaşam hakkını dolayısıyla da sağlık hakkını güvence altına almıştır. Zira sağlık hakkı, yaşama hakkının temel unsurlarından biridir. Sağlık hali ve hakkının gelişmediği bir ortamda yaşama hakkının gerçekleştiğini söylemek mümkün olmayacaktır.

Anayasanın 56. Maddesi, “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.” Şeklinde. Bu haliyle anayasa sağlık hakkını lafzi olarak da içermektedir.

1.6. Anayasa Mahkemesi İçtihatlarında Sağlık Hakkı

Anayasa Mahkemesi genel olarak sağlık hakkını, yaşama hakkıyla paralel olarak değerlendirmektedir. 1972 tarihli Anayasa Mahkemesi kararında yaşama hakkıyla, sağlık hakkı arasında beraberlik kurulduğu görülmektedir. Karar aşağıdaki şekildedir;

“İşin özüne bakılırsa, hukukça korunması gerekli en büyük değer, insan canı, insan sağlığı olduğu konusunda görüş birliği vardır. Anayasanın az önce anılan 14, 10 ve 49 uncu maddelerindeki kurallara destek olan temel ilke dahi, bu düşünceye dayanır. Hukuk kurallarının

gerek konuluşlarında, gerekse yorumlarında insan canı ve sağlığının en yüksek ve en önemli değer olduğu yolundaki bu temel ilkenin göz önünde tutulması zorunludur.” (E. 1972/2, K. 1972/28, K.T. 23/5/1972, RG, 21.11.1972, 14368).”

AYM bir diğer kararında sağlık hizmetleri dolayısıyla da sağlık hakkının doğrudan yaşam hakkıyla bağlantılı olmasından hareketle diğer kamu hizmetlerinden ayrı nitelikte olduğunu belirtmektedir. Buradan hareketle sağlık hizmeti uygulayıcıları olan hekimlerin de sağlık hakkı ve hizmetinin niteliği nedeniyle diğer kamu personellerinden farklı bir statüde olması gerektiği açıklanmaktadır. 2010 tarihli karar aşağıdaki şekildedir;

“ Kişinin sahip olduğu hak ve hürriyetler önem dereceleri göz önünde bulundurularak Anayasa'da yer almıştır. Bu bağlamda hekimlik, Anayasanın 17. maddesinde yer alan ve bireyin en önemli hakkı olan yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı ile doğrudan ilgili bir meslektir. Kişilerin maddi ve manevi varlıklarını geliştirebilmelerinin mutlu ve huzurlu olabilmelerinin başlıca şartı, ihtiyaç duydukları anda sağlık hizmetlerine ulaşip bu hizmetlerden yararlanabilmeleridir. Devlet için bir görev ve kişiler için de bir hak olan bu amacın gerçekleştirilmesine, bu haktan yararlanmayı zorlaştırıcı ya da zayıflatıcı düzenlemeler Anayasa'ya aykırı düşer. Sağlık hizmetleri, doğrudan yaşam hakkı ile ilgili olması nedeniyle diğer kamu hizmetlerinden farklıdır. Sağlık hizmetinin temel hedefi olan insan sağlığı, mahiyeti itibarıyla ertelenemez ve ikame edilemez bir özelliğe sahiptir. İnsanın en temel hakkı olan sağlıklı yaşam hakkı ile bu yaşamın sürdürülmesindeki yeri tartışmasız olan hekimin statüsünün de bu çerçevede değerlendirilerek diğer kamu görevlileri ile bu yönden farklılığının gözetilmesi gerekir. Anayasa'da güvence altına alınan yaşama hakkı ile herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesi ilkesi(...) (E. 2010 / 29, K. 2010 / 90, K.T. 16/07/2010, RG, 04.12.2010, 27775).”

AYM içtihatlarında sağlık hakkının, yaşama hakkıyla beraber sosyal güvenlik hakkı ile de beraber değerlendirildiği görülmektedir. Bu çerçevede nitelikli sosyal güvenlik uygulamaları ile sağlık hakkının gerçekleştirilmesinin kolaylaşacağı belirtilmektedir. Diğer taraftan AYM içtihatlarında sağlık hakkına ilişkin devletin görevlerinin, yalnızca idarenin faaliyetleri içerisinde sınırlı olmadığı, özel sektör açısından da nitelikli bir sağlık hizmeti yaratılmasının devletin görevlerinden olduğu belirtilmektedir.

1.7. Devletin Sağlık Hakkı ile Alakalı Ödevleri (ESKHS Komitesi 14. Yorum Çerçevesinde)

Devletin sağlık hakları ile alakalı ödevleri konusunda Anayasa'nın 2. Maddesindeki tanım öncelikli olarak irdelenmesi gereken husustur. Buna göre madde devleti insan haklarına saygılı, sosyal, hukuk devleti olarak tanımlamaktadır. Sosyal devlet olma ilkesi ışığında devlet, toplum içerisindeki eşitsizlikleri ortadan kaldırarak insan olma onuruna uygun bir yaşam formu yaratmayı görev edinmiştir. İnsan haklarına saygılı devlet ise insan haklarını korumayı üstlenmektedir. Sosyal haklar söz konusu olduğunda ise bu ödev "saygı, koruma ve gereğini yerine getirme" olarak anlaşılmalıdır(Algan, 2007:85).

Saygı, koruma ve gereğini yerine getirme ödevlerinin, sağlık hakkı da dahil olmak üzere, sosyal haklara ilişkin devletlerin yükümlülükleri konusunda uluslararası insan hakları hukukunda giderek yerleşmekte olan bir standart olduğu görülmektedir. Daha genel olarak bunun, devletlerin insan haklarına, ilişkin ödevleri konusunda, öncelikle Birleşmiş Milletler (BM) sisteminde gelişen ve giderek yaygınlaşan bir kabul gördüğü söylenebilir. Bu kabul, ekonomik, sosyal ve kültürel haklar için, öğretide, savunuculuk pratiğinde ve içtihatla mevcutken; medeni ve siyasi haklar için henüz yalnızca öğretide ve aktivistlerin ya da profesyonellerin pratiğindedir (Algan,2007:86). Devletin sağlık hakkına yönelik üçlü görevi ilk olarak Henry Shue tarafından literatüre kazandırılmıştır. Daha sonra Birleşmiş Milletler tarafından da benimsenmiştir. Sağlık hakkı ile alakalı devletlerin ödevlerini içeren Ekonomik Sosyal Haklar Sözleşmesi'nin 12. Maddesi aşağıdaki şekildedir;

ESKHS 12. Madde

Sağlık Standardı Hakkı

1. Bu Sözleşmeye Taraf Devletler, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanır.
2. Bu Sözleşmeye Taraf Devletlerin bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek amacıyla alacakları tedbirler, aşağıdakiler için de alınması gerekli tedbirleri içerir:
 - a) Varolan doğum oranının ve bebek ölümlerinin düşürülmesi ile çocukların sağlıklı gelişmelerinin sağlanması;
 - b) Çevre sağlığını ve sanayi temizliğini her yönüyle ileriye götürme;

c) Salgın hastalıkların, yöresel hastalıkların, mesleki hastalıkların ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü;

d) Hastalık halinde her türlü sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için gerekli şartların yaratılması.

Sağlık hakkını uluslararası hukuk normları içerisinde ESKHS'nin 12. Maddesi çerçevesinde değerlendirmek yerinde olacaktır. Bu çerçevede ESKHS komitesinin 12. Madde üzerine yapmış olduğu 14. Genel yorumu ile birlikte maddenin irdelenmesinde fayda bulunmaktadır.

Yorumun ilk maddesinde, sağlık hakkı diğer tüm insan haklarının da varlığının mevcut olması için gerekli bir unsur olarak tanımlanmıştır.

Yorumun ikinci maddesinde, sağlık hakkının tanımlandığı diğer uluslararası normlara değinmiştir. Buna göre İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 25. Maddesinin 1. Paragrafındaki “herkesin gerek kendisi, gerek ailesi için yiyecek, giyecek, konut, sağlık bakımı ve gerekli toplumsal hizmetler de içinde olmak üzere sağlığına ve esenliğine uygun bir yaşam düzeyine sahip olma hakkı” ifadesine yer vermiştir. Bununla beraber maddede ESKHS'nin 12. Maddesinde yer alan taraf devletlerin “herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını” tanıdığını ifadelerine yer verilmiş ve aynı maddenin 2. paragrafında düzenlenen “Devletlerin bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek amacıyla alacakları tedbirleri” açık bir biçimde sıraladığına dair ifadeye de yer verilmiştir. Bunlar haricinde sağlık hakkının, Her Türlü Irk Ayrımcılığının Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşmede, Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşmede, Çocuk Hakları Sözleşmesinde, Amerikan İnsan Hakları Sözleşmesinde ve Viyana Bildirgesinde yer almakta olduğu ifade edilmiştir.

Yorumun üçüncü maddesinde, sağlık hakkının gerçekleşmesinin Uluslararası Haklar Bildirgesinde yer alan diğer hakların da gerçekleşmesiyle bağlantılı olduğu ifade edilmiştir.

Yorumun beşinci maddesinde, dünya nüfusunun önemli bir kesiminin sağlık hakkına sahip olmadan yaşamak zorunda olduğuna değinilmiştir. Bu kapsamda birçok taraf devlette yoksulluk halinin ve birtakım yapısal sorunların birçok insanın sağlık hakkına erişmesine neden olduğu açıklanmıştır.

Yorumun altıncı maddesinde yorumun amacı izah edilmiştir. Buna göre ESKHS'nin 12. Maddesinin normatif unsurlarının, devletlerin yükümlülüklerinin, ihlallerin ve uygulamalarının açıklanmasının konu edildiği ifade edilmiştir.

Yorumun yedinci maddesinde, 12. maddenin 1. Paragrafında sağlık hakkının tanımının yapıldığı, ikinci paragrafında ise devletlerin yükümlülüğüne değinildiği belirtilmiştir.

Yorumun sekizinci maddesinde, sağlık hakkının sağlıklı olma hakkı olarak değeriendirilmemesi gerektiği belirtilmiştir.

Yorumun dokuzuncu maddesinde, mümkün olan en yüksek seviyedeki sağlık standardına sahip olma hakkının bireylerin ve devletlerin sahip olduğu koşullarla da mecburi olarak ilişkili olduğuna değinilmiştir.

Yorumun onuncu maddesinde, 1966 tarihli ikiz sözleşmelerin kabulünden günümüze, dünya çapındaki sağlık durumunda ciddi değışiklikler olduğu belirtilmiştir. Bu çerçevede sağlık mefhumunun kapsamının genişlediği açıklanmiştir.

Yorumun on birinci maddesinde, sağlık hakkının yalnızca zamanlı ve uygun bir bakım olmadığı, aynı zamanda, güvenli su kaynaklarına erişimin, güvenli yiyecek arzının, çevresel şartların iyiliğinin de sağlık hakkı kavramı içerisinde yer aldığına değinilmiştir.

Yorumunu on ikinci maddesinde, sağlık hakkının unsurlarına yer verilmiştir. Buna göre mevcudiyet, erişebilirlik, kabul edilebilirlik ve kalitenin sağlık hakkının unsurları olduğu belirtilmiştir.

Yorumun on üçüncü maddesinde ESKHS'nin 12. Maddesinin 2. fıkrasında yer alan sağlık hakkıyla alakalı devletlerin vazifelerinin açıklamalarının devam eden maddelerde yapılacağını belirtmektedir.

Yorumun on dördüncü maddesi 12. Maddenin ikinci fıkrasının a bendinde yer alan, "Varolan doğum oranının ve bebek ölümlerinin düşürülmesi ile çocukların sağlıklı gelişmelerinin sağlanması." İfadesinden hareketle bu unsurun sağlanması için, çocuk, anne sağlığı ve aile planlamasının taraf devletlerin gerekli tedbirleri alması gerektiğini ifade etmektedir.

Yorumun on beşinci maddesi 12. Maddenin ikinci fıkrasının b bendinde yer alan, "Çevre sağlığını ve sanayi temizliğini her yönüyle ileriye götürme." İfadesinden hareketle bu unsurun sağlanması için, iş kazaları ve meslek hastalıklarının engellenmesi için gerekli tedbirlerin alınmasının taraf devletlerin görevi olduğunu, bunun yanı sıra taraf devletlerin sağlığa zararlı çevresel koşullara karşı da önleme yükümlülüğü bulunduğunu belirtmektedir.

Yorumun on altıncı maddesi 12. Maddenin ikinci fıkrasının c bendinde yer alan, " Salgın hastalıkların, yöresel hastalıkların, mesleki hastalıkların ve diğer hastalıkların önlenmesi,

tedavisi ve kontrolü.” İfadesinden hareketle bu unsurun sağlanması için, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı, gerekli önleyici faaliyetlerin yapılmasının taraf devletlerin görevi olduğunu belirtmektedir.

Yorumun on yedinci maddesi 12. Maddenin ikinci fıkrasının d bendinde yer alan, “Hastalık halinde her türlü sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için gerekli şartların yaratılması.” İfadesinden hareketle bu unsurun sağlanması için, bireylerin sağlık hizmetlerine eşit ve zamanında ulaşımının sağlanmasının devletlerin görevi olduğunu belirtmektedir.

Yorumun on dokuzuncu maddesinde, devletlerin sağlık hizmetlerine erişim hususunda eşitsizlik ve ayrımcılık yaratılmasını engelleme görevi olduğu belirtilmektedir. Bu kapsamda sağlık hizmetinin finansmanında daha büyük kaynakların, toplumun büyük kesimini ilgilendiren birinci basamak ve koruyucu hizmetlere ayrılması gerektiği belirtilmektedir.

Yorumun yirminci maddesinde, toplumun sağlık halinin iyileştirilmesi için, devletlerin kadın ve erkeklerin kendilerine has biyolojik ve sosyoekonomik farklılıklarına karşı duyarlı olması gerektiği belirtilmektedir. Bu kapsamda sağlık verilerinin kadın ve erkek özelinde ayrıştırılmasının, sağlık alanındaki eşitsizliklerin belirlenerek, çare üretilmesinde faydalı olacağı açıklanmıştır.

Yorumun yirmi birinci maddesinde, kadınlara yönelik ayrımcılığın engellenmesi için devletlerin ulusal bazda politika ve stratejiler geliştirmesi gerektiği belirtilmiştir.

Yorumun yirmi ikinci maddesinde, çocuk sağlığını olumsuz yönde etkileyen bazı geleneksel uygulamaların engellenmesinin devletlerin sorumluluğunda olduğu belirtilmiştir.

Yorumun yirmi üçüncü maddesinde, devletlerin ergenler için, güvenli ve destekleyici bir ortam sağlaması gerektiği belirtilmektedir.

Yorumun yirmi beşinci maddesinde, yaşlıların, işlevselliklerinin ve özerkliklerinin sürdürülmesi için gerekli önlemlerin devletler tarafından alınması gerektiği belirtilmektedir.

Yorumun yirmi altıncı maddesinde, kamu sağlığı sektörünün yanında özel sektörde de engellilere yönelik ayrımcılık yapılmasının engellenmesinin devletlerin sorumluluğunda olduğu belirtilmektedir.

Yorumun yirmi sekizinci maddesinde, bazı temel hakların devletlerce sınırlandırılmasında, kamu sağlığının gerekçe gösterildiği belirtilmektedir. Bu kapsamda hakların sınırlandırılma şartlarını içeren sözleşmenin dördüncü maddesinin düzenlenme amacının haklarının

sınırlandırılmasına izin vermek değil, bireylerin haklarını korumak olduğu belirtilmiştir. Bu kapsamda herhangi bir hak kısıtlanırken, 4. Maddede belirlenen unsurların her biriyle ilgili olarak bu ciddi tedbirlerin gerekçelerinin ortaya konulması gerektiği ve bu kısıtlamaların, uluslararası insan hakları standartlarına uygun olması şart tutulmuştur.

Yorumun yirmi dokuzuncu maddesinde, uygulama imkanı bulunan birden fazla tedbir varsa, bunlardan insan haklarını en az kısıtlayan tedbirin uygulanması gerektiği ve getirilen sınırlamaların süreli olması ve yeniden değerlendirmeye tabi olması gerektiği belirtilmiştir.

Yorumun otuz birinci maddesinde, sağlık hakkının tam manasıyla gerçekleşmesi için, devletlerin çabuk ve etkin şekilde hareket etmesi gerektiği belirtilmektedir.

“Tüm insan hakları gibi sağlık hakkı da taraf devletlere üç türde ya da düzeyde yükümlülük yüklemektedir: saygı duyma, koruma ve yerine getirme (gerçekleştirme) yükümlülükleri. Yerine getirme yükümlülüğü kolaylaştırma, sağlama ve geliştirme yükümlülüklerini içermektedir. Saygı duyma yükümlülüğü, kişilerin sağlık hakkını kullanmasına Devletlerin doğrudan ya da dolaylı olarak müdahale etmekten imtina etmelerini gerekli kılar. Koruma yükümlülüğü ise, 12. Maddenin güvence altına aldıklarının üçüncü kişilerce müdahale edilmesine önleyecek şekilde Devletlerin tedbirler almasını gerektirmektedir. Son olarak yerine getirme yükümlülüğü, Devletlerin sağlık hakkının tam anlamıyla gerçekleştirilmesi için uygun yasal, idari, bütçesel, yargısal, geliştirici ve diğer tedbirleri almalarını gerekli kılar.” (ESKHS Komitesi 14 Sayılı Genel Yorum, 33)

Yorumun otuz sekizinci maddesinde, sağlık hakkını gerçekleştirilmesi için devletlerin ortak hareketinin yani uluslararası işbirliğinin zaruri olduğu belirtilmiştir.

Yorumun otuz dokuzuncu maddesinde, taraf devletlerin sağlık hakkını engelleyen üçüncü şahıs faaliyetlerini meşru yollar çerçevesinde engellemeye gayret etmesi gerektiği belirtilmiştir.

Yorumun kırkıncı maddesinde, taraf devletlerin, mültecilere yönelik meseleler, afet halleri ve insani yardımlar hususlarında, işbirliğiyle hareket etmesi gerektiğini belirtmektedir.

Yorumu kırk birinci maddesinde, taraf devletlerin, başka bir devletin ilaç ve tıbbi ekipman tedarikini kısıtlayıcı veya engelleyici girişimlerde bulunmaması gerektiği belirtilmektedir.

Yorumun kırk ikinci maddesinde, sözleşmeye yalnızca devletlerin taraf olduğu, ancak sağlık hakkının gerçekleşmesinden toplumları oluşturan özel ve tüzel tüm kişilerin sorumlu olduğu belirtilmiştir.

Yorumun kırk üçüncü maddesinde, devletlerin on ikinci maddesi çerçevesindeki ana yükümlülükleri açıklanmaktadır. Bu çerçevede, herkesin temel gıda, barınma, temel ilaç ihtiyacının karşılanması devletlerin ana yükümlülükleri arasında sayılmıştır.

Yorumun kırk dördüncü maddesinde, devletlerin diğer haklara göre daha fazla ihtimam göstermesi gereken yükümlülükleri sayılmıştır. Üreme, anne ve çocuk sağlığına ilişkin hizmetler bu kapsamda sayılmıştır.

Yorumun kırk altıncı maddesinde, devam eden maddelerde 12. Maddenin ihlal edildiği durumların yer aldığı belirtilmiştir.

Yorumun kırk yedinci maddesinde, sağlık hakkını ihlal eden eylem ve ihmallerin tespitinde, devletlerin yükümlülükleri yerine getirmek konusundaki isteksizlikleri ile yetersizliklerinin ayrı ayrı değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu çerçevede sağlık hakkının gerçekleştirilmesi için mevcut imkânlarını yeterli şekilde kullanmayan devletlerin 12. Madde kapsamındaki yükümlülüklerini ihlal ettiği belirtilmektedir. Diğer taraftan, sağlık hakkının gerçekleştirilmesi için olanak problemi olan devletlerin ellerindeki imkanları azami ölçüde kullanması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca devletlerin sağlık hakkına ilişkin ana yükümlülüklerini her koşulda yerine getirmesi gerektiği açıklanmaktadır.

Yorumun kırk sekizinci maddesinde, sağlık hakkının gerilemesine neden olacak mevzuat değişikliklerinin sağlık hakkı ihlali niteliğinde olduğu belirtilmektedir.

Yorumun kırk dokuzuncu maddesinde, sağlık hakkının ihmalinin ihmali davranışlarla işlendiği durumlar açıklanmaktadır. Bu kapsamda, iş güvenliğine ilişkin yetersizliklerin, sağlık hakkının ihmal edilme suretiyle ihlal edilmesi haline örnek olarak gösterilmiştir.

Yorumun ellinci maddesinde, saygı duyma yükümlülüğüne ilişkin ihlaller örneklendirilmiştir. Sağlığın korunması ve tedavi edilmesine ilişkin bilgilerin kasten saklı tutulması bu kapsamda sayılmıştır.

Yorumun elli ikinci maddesinde, yerine getirme yükümlülüğüne ilişkin ihlaller örneklendirilmiştir. Bireylerin sağlık hakkını elde edebilmesine uygun organize edilen sağlık düzeninin olmaması, kamusal kaynakların dağıtımındaki adaletsizlik, sağlık hakkının gerçekleştirilmesine yönelik bir verileme sisteminin bulunmaması, cinsiyet farklılıklarına yönelik politikalar geliştirilmemesi bu kapsamda örnekler olarak belirtilmiştir.

Yorumun elli üçüncü maddesinde, sağlık hakkının gerçekleştirilmesinde, en uygun tedbirlerin ne olduğunun ülkeden ülkeye değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir.

Yorumun elli dördüncü maddesinde, ulusal sağlık stratejileri ve eylem planlarının belirlenmesinde, halkın katılımı prensibinin de önemi olduğu belirtilmiştir. Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinin etkin bir biçimde temin edilebilmesi için halkın katılımının devletlerce güvence altına alınmasının gerekli olduğuna dikkat çekilmiştir.

Yorumun elli beşinci maddesinde, sağlık hakkının gerçekleşmesinde yönetim unsurunun önemli olduğu belirtilmiştir. Bu kapsamda sağlık politikalarının, şeffaflık ve yargının bağımsızlığı prensiplerine paralel olarak oluşturulması gerektiği açıklanmıştır.

Yorumun elli altıncı maddesinde, sağlık politikalarının işlevsellik kazanması için çerçeve yasanın gerekli olduğu belirtilmiştir. Sağlık politikalarının denetimi için bir mekanizma kurulması gerektiği açıklanmıştır.

Yorumun elli yedinci ve sekizinci maddelerinde, sağlık politikalarının karşılaştırmalı veriler çerçevesinde analizinin bu husustaki başarıyı arttıracığı belirtilmiştir. Ayrıca yapılan tedrici raporlamalarla başarı endekslerinin çıkarılması tavsiye edilmiştir.

Yorumun elli dokuzuncu maddesinde, sağlık ihlallerine maruz kalan kişi veya grupların, bu ihlallere karşı uluslararası bazda hukuki başvuru yollarına sahip olması gerektiği belirtilmiştir. Bu çerçevede sağlık hakkı mağdurlarının tazminat hakkı bulunması gerektiği de açıklanmıştır.

Yorumun altmışıncı maddesinde, tazmin ve telafi edici mahiyetteki uygulamaların etkinliğinin artırılması için sağlık hakkı ile alakalı uluslararası mevzuatın iç hukuka entegre edilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Yorumun altmış birinci maddesinde, yargıç ve hukukçuların sağlık hakkı ihlallerine ilişkin farkındalıklarının artırılmasına yönelik uygulamalar yapılması gerektiği belirtilmiştir.

Yorumun altmış ikinci maddesinde, insan hakları savunucusu kişi ve kuruluşların çalışmalarının korunması ve teşvik edilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Yorumun altmış üçüncü maddesinde, sağlık hakkının gerçekleşmesi hususunda devletlerin Dünya Sağlık Örgütü'yle ortaklaşa çalışmaları ve DSÖ'nün danışmanlığından yararlanmaları tavsiye edilmiştir.

Yorumun altmış dördüncü maddesinde, sağlık hakkının azami düzeyde gerçekleştirilmesi için, Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Çalışma Örgütü, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, UNICEF, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Dünya Bankası, bölgesel kalkınma bankaları, Uluslararası Para Fonu, Dünya Ticaret Örgütü ve Birleşmiş Milletler Sistemi altındaki diğer

ilgili yapıların ortaklaşa hareket etmesi gerektiği ve bu kuruluşların kendi alanlarında sürece azami katkıda bulunmasının sağlık hakkı standardını arttıracığı açıklanmıştır.

Yorumun altmış altıncı maddesinde, olağanüstü hallerde, sağlık hizmetlerin sağlanmasında Sivil Toplum Kuruluşları faaliyetlerinin önemli olduğu belirtilmiştir. Bu kapsamda devletlerin bu kuruluşlara faaliyetleri yürütebilmeleri için uygun ortamı sağlamaları gerektiği açıklanmıştır.

Yukarıda madde madde incelenerek yorumlanan, Komitenin, sağlık hakkının gerçekleştirilmesine yönelik olarak taraf devletlerin yükümlüklerini detaylı olarak açıkladığı altmış altı maddeden ibaret yorum, sağlık hakkının mahiyeti özelinde de ciddi fikirler vermesi açısından önemli niteliktedir.

1.8. Sağlık Hakkının Kamusal- Yarı Kamusal Hak Niteliği

Sağlık hakkı kamusal yönü açısından da irdelenmelidir. Tam kamusal metaların iki ana özelliği bulunmaktadır. Bunlar, kişilerin herhangi bir metayı karşılıksız (bedelsiz) olarak tüketebilmesi ve bir metanın tüketilmesinin mücadele veya rekabete bağlı olmamasıdır.

Kamusal malların birlikte tüketilme özelliği, üretimlerinin de birlikte finansmanını gerektirir. Kamusal hizmetlerden toplumdaki kişilerin hepsinin eşit olarak yararlanabilmesi nedeniyle, ödeme gücü yeterli olan kişiler tarafından karşılanması gerekir. Ancak, ödeme gücüne sahip olanların kamusal hizmetlerin finansmanına gönüllü katılımı beklenmediğinden, bu durumda, zorunlu katılımı öngören vergilemeye başvurmak zorunluluğu doğar (Şener,2007: 52). Bir metanın kamusal nitelik kazanmasının ilk şartı, o malın devlet tarafından imal edilmesidir. Yarı kamusal mallar ise bu kamusal malların devlet kaynaklı olma özelliğinin biraz gevşetilmesi neticesinde ortaya çıkmıştır. Yarı kamusal mallar, topluma fayda sağlamakla beraber bireylere de ayrı ayrı yarar sağlayan mallar bütünüdür. Bu haliyle yarı kamusal mallar içerisinde kamusal mallar ile özel mallardan nüveler taşıyan karma metaldür. Yarı kamusal mallar satılabilir özellikleri ile özel mallardan nüveler taşıırken, ortak tüketim imkânı vermeleri ile kamusal malların özelliklerini göstermektedir.

Sağlık hakkının kamusal niteliği ile alakalı farklı görüşler bulunmaktadır. Daha çok ülkelerin kendilerine has politik durumlarına göre sağlık hakkının kamusal niteliği değişkenlik göstermektedir. Örneğin sosyalist sistemleri uygulayan ülkelerde kamusal bir hak olarak kabul edilen sağlık hakkı, serbest piyasa hükümlerinin geçerli olduğu birçok ülkede ise yarı kamusal hak olarak kabul edilmektedir. Bu çerçevede koruma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri olarak

çeşitlenen sağlık hizmetleri, günümüzde çoğunlukla yarı kamusal hak niteliğinde kabul edilmekle birlikte, kimi sosyalist görüşe sahip kişilerce salt kamusal hak olarak kabul edilmekteyken, serbest piyasa şartlarını tamamen hakim gören kimi azınlık görüşlere göre ise özel hak olarak kabul edilmektedir. Sağlık hakkının niteliğini, tedavi hizmetleri, koruyucu hizmetler ve rehabilitasyon hizmetleri çerçevesinde de kamusal niteliği noktasında ayrıma tabi tutan görüşler mevcuttur. Buna göre öğretilerde kimileri, koruyucu sağlık hizmetlerini tam kamusal haklar içerisinde kabul ederken, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini ise yarı kamusal hak olarak kabul etmektedir.

1.9. Sağlık Hakkının Özneleri ve Sınırları

İnsan haklarına düzenlemeleri, sağlık hakkının öznesi olarak “herkes” kavramını kabul etmektedir. Bu çerçevede ESKHS’nin sağlık hakkı ile alakalı 12. Maddesi dil, din ve diğer herhangi bir statü çerçevesinde kişiler arasında ayırım yapılamayacağını düzenlemektedir. Bu nedenle herhangi bir kişisel fark gözetilmeksizin tüm insanların sağlık hakkının öznesi olduğu kabul edilmektedir. Sözleşme metni çerçevesinde sözleşmeye taraf devletlerin yetkisi içerisinde yer alan kimse, ırksal, hukuki de dahil hiçbir sosyal statüsü nedeniyle sağlık hakkının öznesi olmaktan alıkonulamaz. Ancak devletlerin, kendilerine has özellikleri nedeniyle sağlık hakkının öznelerine yönelik olan görevlerinin farklılık gösterebileceği de söylenmelidir. Bu görevlerin yerine getirilmesindeki farklılıkların her halde ayrımcılık içeren uygulamaları içermeyecek şekilde düzenlenmesi gerektiği de açıktır. Avrupa Sosyal Şartı’nın 11. Maddesi ise “Herkes ulaşılabilecek maksimum sağlık seviyesinden faydalanmasını mümkün hale getiren her çeşit önlemden faydalanma hakkına sahiptir.” diyerek ayrımcılık konusunda bireyleri koruma altına almıştır. Avrupa Sosyal Şartı’nın “Sağlığın Korunması Hakkı” başlıklı maddesi ise taraf devletlerin bu husustaki görevlerini açıklamaktadır.

Sağlığın korunması hakkı

Akit Taraflar, sağlığın korunması hakkının etkili bir biçimde kullanılmasını sağlamak amacıyla, ya doğrudan ya da kamusal veya özel örgütlerle işbirliği içinde, diğer önlemlerin yanı sıra,

1 - Sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmak;

2 - Sağlıklı olmayı teşvik etmek ve sağlık konularında kişisel sorumluluk duygusunu geliştirmek üzere eğitim ve danışma hizmetleri sağlamak;

3 - Kazalar açısından olduğu gibi, salgın, yöresel ve diğer hastalıkları olabildiğince önlemek üzere tasarlanmış uygun önlemler almayı taahhüt ederler.

Bu düzenleme sağlık hakkından değil; “sağlığın korunması” hakkından söz etmektedir. Ancak 1. Bölümde yer verilen “en yüksek sağlık düzeyinden yararlanılmasını mümkün kılan her türlü önlemden faydalanma hakkı” kişilere taraf devlet yetkisi altında, en yüksek sağlık düzeyinden yararlanma hakkını getirmiştir. Bir başka ifade ile devlet tarafından veya devletin denetimi altında verilen en yüksek sağlık standardından yararlanma kabul edilmektedir(Algan, 2007:224).

Türkiye Anayasası da sağlık hakkını ifade ederken “herkes” lafzını kullanmaktadır. Bu ifade eşitlik ilkesi ve ayrımcılık yapılmaması çerçevesinde değerlendirilmelidir. Ancak bu kapsamda devletin görevleri uygulamasında eşitlik ilkesine hanel getirilmeyecek şekilde uygulama farklılıkları olabilecektir. Bu çerçevede negatif statü görevleri açısından herkesin ortak hak öznesinde olduğu açıkken, pozitif statü görevleri bakımından ihtiyaç temelinde farklı uygulamalar yapılmasına imkân bulunmaktadır. Örneklerle açıklamak gerekirse, gazilik, yaşlılık, engellilik ve hamilelik gibi özel durumlar çerçevesinde verilen haklar ve bu çerçevede doğacak görevler pozitif statü ödevleri içerisinde olup farklı uygulamalara rastlanması hukuki bir meşruiyet içerisindedir.

1.10. OECD Ülkeleri ve Uluslararası Normlarda Sağlık Hakkı

Bir ülkenin sağlık hakkının sağlanması noktasındaki performansının değerlendirilmesinde, DSÖ tarafından geliştirilen bazı kriterlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu kriterlerin başlıcaları, sağlık hizmetlerinin erişebilirliği, mali açıdan makul olması ve niteliğidir. Buradan hareketle, sağlık sunumunda ayrımcılık olmaması, sosyo- kültürel olarak güçsüz kesimlerin korunması, sunulan hizmetin insan onuruna yakışması ve maddi olarak kişilerin gelir düzeylerine uygun şekilde sunulması, bir ülkede sağlık hakkının sağlıklı olup olmadığını gösteren temel faktörler olarak değerlendirilebilir.

Ülkelerin sağlık hakkı hususuna atfettikleri değeri gösteren temel öğelerden biri de mevzuatlarıdır. Yapılan düzenlemelerin kağıt üstünde kalmaması gerektiği şerhini düşmekle beraber, mevzuatlarında sağlık hakkına yer veren ülkelerin sağlık hakkının sağlanması yolunda bir adım önde oldukları söylenebilir. Fransa Anayasası’nda sağlık hakkına başlangıç kısmında yer verilmiştir. İlgili kısım, “Devlet, herkesin ve bilhassa çocuğun, annenin ve yaşlı işçilerin sağlığını korumayı temin eder. Yaşı, beden veya akıl hali, ekonomik durumu sebebiyle çalışamayacak halde bulunan her insan, topluluktan münasip yaşama imkânları elde etmek

hakkına sahiptir.” Şeklinde düzenlenmiştir. Alman Anayasası da ikinci maddesinde yaşam hakkını düzenleyerek dolaylı yolda olsa da sağlık hakkını güvence altına almıştır. İlgili madde " Herkes, yaşam ve beden bütünlüğünün korunma hakkına sahiptir. Kişi özgürlüğüne dokunulamaz. Bu haklar, ancak bir yasaya dayanarak sınırlandırılabilir.” Alman Anayasası'nın konuyla ilgili ifadesinin ülkemiz anayasasıyla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Ülkelerin sağlık hakkına yönelik yaklaşımlarının ölçülmesinde temel kıstaslardan biri de DSÖ ve Avrupa Birliği Komisyonu tarafından yayınlanan değerlendirme raporlarıdır. Bu kuruluşlar düzenli olarak yaptıkları raporlamalarla ülkelerin sağlık hakkına yönelik uygulamalarındaki başarı ve başarısızlıklarını yorumlamaktadırlar. 2017 yılında Avrupa Birliği Sağlık Komisyonu tarafından yararlanılan rapora göre, Alman sağlık sistemi 2000 yılından bu yana, iyi yönde gelişmiş ancak sistemin kalite ve verimlilik konusundaki bazı yapısal sorunları giderilememiştir. Fransa sağlık yapısında da yaşam beklentisinin düzenli şekilde arttığı, ancak mali durumu kötü vatandaşların da kaliteli sağlık hizmetinden yararlanabilmesi için, sistemin revize edilmesi gerektiği raporlanmıştır. İspanya içinse kaynakların kullanımının yeniden organize edilmesi gerektiği özellikle de hastanecilik dışındaki hizmetlere de daha fazla önem verilmesi gerektiği raporlanmıştır. İtalya açısından ise bölgeler arasında eşitsizliklerin bulunduğu dikkat çekilerek, hayata geçirilen yeni sağlık sisteminin bölgeler arasındaki eşitsizliğin giderilmesi hususunda geliştirilmesi gerektiği raporlanmıştır.

AİHM de denetleyicilik rolünü üstlenerek ülkelerin sağlık hakkına yönelik yaklaşımlarını takip altında tutmaktadır. AİHM bu çerçevede, ülkelerde sağlık hizmetinin yetersizliği nedeniyle gerçekleşen zararları, sağlık hizmetinin görülmesinde kötü muamele bulunmasını, sağlık hizmetinin sunumunda ayrımcılık yapıp yapılmadığını ve sağlık hizmetinin sunumu esnasında özel hayatın gizliğinin ihlal edilip edilmediğini denetlemektedir.

1.11. Sonuç Olarak

Sağlık hakkı özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasında uluslararası hukuk müktesebatında yerini sağlamlaştırmıştır. Günümüzde birçok uluslararası mevzuat hükümlerinde sağlık hakkıyla alakalı kaidelere yer verilmektedir. Tüm metinlerde devletlere saygı duyma, yerine getirme ve koruma yükümlülükleri getirilmektedir. Türk hukuk sistemi açısından, Anayasa kapsamında sağlık hakkının güvence altına alınmış olduğu açıktır. Bununla beraber sağlık hakkının Anayasa'da lafzi olarak doğrudan yer almamasının da eksiklik olduğu görülmektedir. Zira sağlık hakkı uluslararası hukuk mevzuatında, yaşam hakkıyla doğrudan bağlantılı olması

nedeniyle bir üst hak olarak kabul edilmektedir. Bu çerçevede Türk hukukunda da mevcut dağınık ve dolaylı yollardan anlaşılabilir hali yerine doğrudan doğruya yasa yoluyla düzenlenmesinde yarar bulunmaktadır.

2. SAĞLIK HAKKINDAN YARARLANILMASINI SAĞLAYAN SİSTEMLER

Sağlık hakkından yararlanılması için geliştirilen başlıca sistemler bu bölüm içerisinde açıklanacaktır.

2.1. Tanım

Bireylerin sağlık hakkından yararlanabilmesi için sosyal güvenlik sistemleri geliştirilmiştir. Günümüzde bu kapsamda dört ana sistemin geçerliliği kabul görmektedir. Ülkeler kendilerine has sosyo-kültürel ve ekonomik yapıları çerçevesinde, vergiye dayanan, prime dayanan, karma veya şili modeli adını verilen sosyal güvenlik sistemlerinden birini uygulamaktadırlar.

2.2. Vergiye Dayanan Sistemler

İleride detaylı bir şekilde incelenecek olan Beveridge modelini kullanan ülkeler vergiye dayanan sosyal güvenlik sistemleri olarak adlandırılır. Genel anlamda sosyal güvenliğin ulusal bir mesele olarak kabul edildiği bu sistemde, sağlık hakkının gerçekleştirilmesi için gereken tüm maliyet devlet bütçesinden temin edilmektedir. Dolayısıyla bu sistemde toplanan vergiler sosyal güvenlik sisteminin finansmanını sağlamaktadır.

2.3. Prime Dayanan Sistemler

Prime dayanan sosyal güvenlik sistemi de devletler tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır. Sistemin temel mantığı, çalışanların ve işverenlerin prim yoluyla yaptıkları katkı ile sosyal güvenlik sisteminin finanse edilmesidir.

2.4. Karma Sistemler

Prime dayanan sistemlerde, sosyal güvenlik sisteminin finansmanı, işçi ve işverenlerin primleri ile sağlanmaktayken, vergiye dayanan sistemlerde ise finansman bütçeden karşılanmaktadır. Karma model ise iki finansman modelinin özelliklerinin birbirine entegre edilmesi ile

oluşturulmuştur. Bu çerçevede karma sistemlerde, işçi ve işverenlerin ödedikleri primlere, devlet de sübvans ederek veya doğrudan bütçeden yapacağı destek ile katkıda bulunmaktadır.

2.5. Şili Modeli

Şili modeli, diğer sistemlere göre daha yeni uygulama alanı bulmaya başlamıştır. İlk kez Şili’de uygulanmaya başlamış olması nedeniyle adı Şili Modeli olarak belirlenmiştir. Serbest piyasa kuruluşlarının hâkimiyeti üzerine kurulu sistem, kapitalist anlayışı ön planda tutmaktadır. İşverenler ve devletin hiç katkısının olmadığı sistemde çalışanlardan %10 oranında prim kesilmektedir. Sistemin ana finansmanı ise bireylerle, özel sigorta firmaları arasında yapılan akitler çerçevesinde sağlanmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİSTEMİ

1. SAĞLIK SİSTEMİ BİLEŞENLERİ

Sağlık sistemlerini meydana getiren bileşenler, ülkelerin sağlık alanındaki verimliliğinin tespitinde önemli yer tutmaktadır. Bu bölümde sağlık sistemlerinin bileşenleri incelenecektir.

1.1. Sağlık Sistemi Tanımı

Yaşamın devamının sağlanıp, kalitesinin yükseltilmesinde sağlık çok önemli bir yer tutmaktadır. Bu noktada sağlık olgusunun doğru bir şekilde açıklanmasında sağlık sistemlerinin de kavramsal bir çerçevede ortaya konulması elzemdir.

Sağlık sistemlerinin tasnife tabi tutulması, ülkelerin uyguladıkları sağlık sistemlerini mukayese edilebilir hale getirilmesini sağladığından, sağlık halinin artırılması hususunda yararlıdır. Toplumun tamamının sağlık hizmetinden yararlanabilmesini sağlayacak organizasyonun, finansmanın ve yönetimin birleşimi sağlık sistemini oluşturan bileşenlerdir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2000 yılında yayınlanan rapora göre sağlık sistemi; öncelikli amacı sağlığı, iyileştirmek, savunmak ve ilerletmek olan her tür faaliyeti kapsayan sistem olarak tanımlanmıştır.

Kavramsal olarak çeşitli açılardan tanımlanan sağlık sisteminin uygulamada iyi bir sistem olmasını sağlayacak özellikleri aşağıdaki biçimde sıralanır(Roomer,1982: 428-429).

- Bireylerin demografik, ekonomik ve diğer özelliklerini dikkate alarak tüm toplumu kapsamalıdır.
- Sunulan sağlık hizmetleri geniş kapsamlı olmalıdır ve tüm teknolojik desteği içermelidir.
- Sağlık hizmetlerinin dağıtımında odak noktası önleyici hizmetler olmalıdır.
- Sağlık personeli yeterli sayıda olmalıdır.
- Tıp bilimiyle ilişkili eğitim veren birimler ve diğer kurumlar sağlık hizmeti ağıyla eşgüdüm içinde çalışmalıdır.
- Sağlık personelinin aldığı ücretler yaptıkları işe göre değişmelidir.
- Sağlık sistemi yeterli düzeyde finansal desteğe sahip olmalıdır.

Bu çerçevede bir sağlık sisteminden beklenen hususlar, insan hayatının korunması ve sağlık durumu ile yaşam kalitesinin yükseltilmesidir.

1.2. Sağlık Sisteminin Amaçları

Ülkelerin uyguladıkları sağlık sisteminin içeriği, hedeflerinden ve değerlerinden ekseriyetle etkilenir. Sağlık sistemi hedeflerini temel ve yardımcı hedefler olarak iki ana başlıkta değerlendirmek mümkündür.

Tablo 1. Sağlık Sisteminin Amaçları

TEMEL AMAÇLAR	YARDIMCI AMAÇLAR
<p>A) Sağlık Geliştirilmesi</p> <p>Bir toplumda uygulanmakta olan sağlık sisteminden öncelikli olarak beklenmekte olan husus, o toplumda yaşayan kişilerin sağlık hallerinin korunması ve iyileştirilmesidir.</p> <p>B) Cevap Verebilirlik</p> <p>Kişilerin sağlık alanındaki beklentilerine karşılık bulabilmelerini ifade etmektedir. İnsana saygılı ve insan merkezli hizmet</p>	<p>A) Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik</p> <p>Modern sağlık yapısından olan beklenti, kişilerin sağlık hizmetine erişiminin kolaylaştırılmasıdır.</p> <p>B) Toplum Katılımı</p> <p>Birinci basamak sağlık hizmetlerine toplumun entegre edilmesini sağlayacak düzenlemelerin yapılmasıdır.</p> <p>C) Sürdürülebilirlik</p>

<p>anlayışı bu amacın gerçekleşmesinin öğeleridir.</p> <p>C) Adil Finansman</p> <p>Sağlığın finansmanı yapılırken kişilerin maddi güçlüğü düşmemesidir. Bu çerçevede kişilerin sağlığa yaratacakları mali kaynağı gelir düzeylerine göre yapmaları amaçlanmaktadır.</p>	<p>Sağlık hizmetinin düzenli ve devamlı olarak sürdürülmesidir.</p> <p>D) Yenilik</p> <p>Bilim ve teknolojiye gerçekleşen yenilik ve ilerlemelerin sağlık hizmetine eş değerde entegre edilmesidir.</p>
---	---

Kaynak: Murray ve Frank, 2000:719-722

Bir ülkenin sağlık sisteminin başarısının ölçümünde değerlendirilmesi gereken öncelikli hususlar temel amaçlarken bu ölçümlenimin sağlıklı yapılabilmesini sağlayan hususlar da yardımcı amaçlardır.

1.3. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları

Şekil 1



Kaynak: Murray ve Frenk,2000: 724

Herhangi bir ülkenin uygulamış olduğu sağlık sisteminden öncelikle beklenen husus, o sistemin hedeflerini tüm yönleriyle gerçekleştirebilmesidir. Bu çerçevede sağlık sisteminin hedefleriyle

etkileşim kuran ve sağlık sisteminin başarısını gösterecek özellikler, Şekil 1’de belirtildiği şekilde oluşturulabilir.

WHO sağlık sistemi fonksiyonlarını dört ana başlıkta sınıflandırmıştır;

- Yönetim ve Düzenleme,
- Finansman,
- Hizmet Sağlama,
- Kaynak Üretimi ve Örgütlenme.

1.3.1. Yönetim ve Düzenleme

Bu kavramdan anlaşılması gereken, ülkenin sağlık sektörünün bütünsel anlamda yönetsel ve düzenleyici fonksiyonlarının koordine edilmesidir. Bu görev kamu otoriteleri tarafından ifa edilmektedir. Yönetim ve düzenleme faaliyeti diğer tüm fonksiyonların kontrolünün gerçekleştirilerek toplumun nitelikli bir sağlık hizmeti almasını sağlama faaliyetidir.

1.3.2. Finansman

Ülke çapında ifa edilen sağlık hizmetinin sağlanması için gerekli maddi kaynağın elde edilmesi için farklı finansman modelleri uygulanabilmektedir. Bir ülkede uygulanan finansman modelinin başarısıyla o ülkenin sağlık sisteminin niteliği ve kalitesi arasında doğrudan paralellik mevcuttur. Zira sağlık hizmetlerinin başarılı şekilde sağlanması ancak ekonomik yapının da kuvvetli olması ile gerçekleşebilecektir. Şekilde görüldüğü üzere sağlık finansmanı gelir toplama, fonların havuzda toplanması ve satın alma yollarıyla sağlanabilmektedir.

1.3.3. Hizmet Sağlama

Sağlık hizmet sunucuları tarafından toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için sürdürülen her türlü faaliyet, hizmet sağlama fonksiyonun ögelerini oluşturmaktadır.

1.3.4 Kaynak Üretimi ve Örgütlenme

Sağlık personeli, sağlık hizmetlerinin sağlandığı mekânlar ve sağlık ürünlerinin oluşturduğu küme, sağlık kaynaklarını ifade etmektedir. Sağlık kaynaklarının niteliği de bir ülkenin sağlık sisteminin başarısını doğrudan etkilemektedir. Diğer yandan sağlık kaynaklarının varlığı başarılı bir sağlık sistemi uygulaması için tek başına yeterli değildir. Kamu otoritesi yönetim fonksiyonu gereği sağlık kaynaklarını oluşturan ögeleri toplum gerekliliklerine göre örgütlemelidir.

1.4 Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Sağlık sistemlerinin öncelikli amacı toplum ve birey sağlığının korunması ve geliştirilmesidir. Ülkeler tarihsel gelişimleri, kültürel yapıları, politik eğilimleri ve ekonomik faktörleri çerçevesinde farklı sağlık sistemi modellerini uygulayabilirler.

Ülkelerin yerel dinamikleri yıllar içerisinde bir takım değişimler göstermiştir. Bu nedenle sağlık sistemleri de dönemsel bazda değişime uğrayabilmektedir. Günümüzde ülke sağlık sistemlerinin her sistemden içerisinde nüveler taşıyan karma modellere doğru bir yönelim gösterdiği görülmektedir.

1.4.1. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına Yönelik Literatür

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik birçok farklı kategorizasyon yapılmıştır. Milton 1. Roemer'in yapmış olduğu sınıflandırma günümüzde en yaygın şekilde kabul görmüş olan sınıflandırmadır. Roemer 1956, 1960, 1984, 1991 ve 1993 yıllarında yapmış olduğu çalışmalarla sağlık sistemlerini kategorize etmiştir. Bu çalışmalardan 1993 yılında yapılanı 165 ülkeyi kapsamakta ve genel olarak kabul edilmektedir. Kamu ağırlığı en azdan en çoğa olacak şekilde sıralanan sistemler şunlardır,

- Serbest Piyasa Tipi
- Refah Yönelimli Tip (Bismarck)
- Kapsayıcı Tip (Beveridge)
- Sosyalist Tip

Diğer taraftan Roemer'in tanımı haricindeki ABD Sağlık Sistemi ve Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi kendilerine has özellikleriyle literatür açısından incelenmeye değerdir.

1.4.2. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri

Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi, liberal bir bakış açısıyla, özel sektör üstünlüğünün yanında regülasyon politikaları aracılığıyla rekabetçi bir ortam yaratan sistemdir. Sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu piyasa koşullarına bırakılmıştır. Girişimci Sağlık Sistemi olarak ifade edilen sistem, kişisel doğrudan ödeme ya da isteğe bağlı sigorta ağırlıklı olarak tasarlanmış finansman yöntemine sahiptir. Ayrıca, kamu tarafından yapılan harcamalar vergiler aracılığıyla finanse edilmektedir (Odier, 2010: 283).

Sistemin temel mantığı yukarıda da değinildiği üzere cepten ödeme ve isteğe bağı sigortacılık üzerine planlanmıştır. Bu çerçevede sistemin başarısı özel sektör inisiyatifine bırakılmaktadır. Bu noktada sistem varlıklı kişilerin yani ödeme gücü olanların sağlık hizmetinden yararlanabilmesini sağlarken, yoksul kesimlerin ise sağlık hizmetinden yararlanamadığı ve hastalık veya sakatlıklarıyla yüz yüze yaşamak zorunda kaldığı bir duruma neden olmaktadır. Sağlık ve sağlıktan yararlanma hususu piyasa güdümüne bırakılamayacak ögelerdir. Birey ve toplum sağlığı açısından cepten ödeme metodunun işlevli ve de hakkaniyetli olduğu söylenemez.

1.4.3. Kapsayıcı Tip (Beveridge)

İngiliz “ulusal sağlık hizmeti” adını W. Beveridge’den almaktadır. Bu sistem vergilerin tamamen ana kaynak olduğu sistemdir. Basit bir anlatımla sağlık hizmeti tamamıyla devlet eliyle halktan toplanan vergiler çerçevesinde sağlanmaktadır. Modele ismini veren Beveridge raporu “ hastanın sağlığına kavuşturulması, hastanın ve devletin görevidir.” Görüşünü benimser (Er,2011: 40). Bu sistemde, sistemin görevi ulusal sigortanın garanti ettiği tutarla sınırlıdır. Bu sınırı aşan noktalarda sistem bireyi özgür bırakır. Yani sistem kalın çerçeveli değildir ve bireyin fazla sağlık hizmeti talebine finansmanı bireyin üzerinde bırakmak suretiyle izin verir. Vergilerle finanse edilen ve herkese ücretsiz sağlık hizmeti sağlamayı planlayan Ulusal Sağlık Modeli 1946 yılında kurulmuştur.

Beveridge sistemi günümüzde uygulandığı ülkelerde bazı değişikliklere uğramakla beraber kabul gören bir sistem olarak varlığını sürdürmeye devam etmektedir. Büyük Britanya, İspanya, İskandinavya ülkeleri ve Yeni Zelanda sistemin bazı değişikliklere maruz bırakılarak devam ettirildiği ülkelerdendir.

Sistemin kurulduğu İngiltere’de 1980’li yıllarla beraber neo liberalizm akımı hüküm sürmeye başlamıştır. Bu çerçevede özel sağlık kuruluşları da sisteme entegre edilmiş ve klasik Beveridge sistemi terk edilmiştir. Ancak günümüzde de İngiltere’de sağlık kuruluşlarının büyük çoğunluğu kamuya aittir. Özel sağlık kuruluşlarında hizmet veren doktorlar da ücretlerini devletten almaktadır.

1.4.4. Refah Yönelimli Tip (Bismarck)

Bu model ismini 19. Yüzyılda Prusya Devleti’nin Başbakanı olan Otto von Bismarck’tan gelmektedir. Otto von Bismarck yaşadığı dönemde merkezietten uzak vaziyette yaşamlarını

sürdüren Alman devletçiklerini bir araya getirerek bugünkü Almanya'nın temellerini atmış ve kurduğu etkili ve sistematik kamu yönetimi için de yeni bir sağlık sistemi de getirmiştir. Bu model en genel kapsamdaki tarifıyla işçi ve işverenden birlikte kesinti yaparak sağlık finansmanını sağlamaktadır. Bu modelde sağlık kuruluşları özel olma eğilimindedir. Bu yönüyle sistemin Amerikan sistemiyle paralellik gösterdiği söylenebilmekle beraber Bismarck modelini Amerikan Sisteminden ayıran temel unsur karlılık amacı gütmemesi ve vatandaşın tamamını kapsama hedefidir (Barnighousen, Saeurborn, 2002:1560). Sistemin temel taşlarından biri de sigortadır. Sistem hastalılara karşı bireye sigorta yapmaktadır ve sigorta ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerini kapsamaktadır. Bismarck sistemi birçok gelişmiş ülkede uygulanmaktadır. Bu ülkelerin başında Almanya, Fransa, Belçika, Hollanda, Japonya gibi ülkeler gelmektedir (Tatar, 2011: 70).

1.4.5. Sosyalist Tip

Kamu müdahalesi ve etkinliğinin en yoğun olduğu sistemdir. Sistem Sovyet Sosyalist Sistemi şeklinde de anılır. Sovyetlerin ilk Sağlık Bakanı Semashko tarafından 1918 yılında tasarlanan sistem geçmişte birçok Doğu Bloku ülkesinde uygulanmıştır.

Tüm sağlık kaynaklarının devletin kontrolüne olması ve tüm sağlık hizmetinin devlet yordamıyla yürütülmesi Sosyalist Tip sağlık sistemi olmanın ön koşuludur. Sistemin finansmanı büyük oranda vergisel yükümlülüklerle karşılanmaktadır.

1.4.6. Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi

Ulusal Sağlık Sigortası Modeli bazı kaynaklarda karma sistem olarak yer almaktadır. Böyle adlandırılmasının nedeni ise bünyesinde Beveridge ve Bismarck Sistemlerinden özellikler taşımasıdır. Bu sistemde kamu sağlık kuruluşları kadar özel sağlık kuruluşları da önemlidir ve etkili şekilde sistemin içerisinde yer almaktadırlar. Bu sistemde vatandaşın sağlık harcamalarını karşılayan sigortalar bulunmaktadır. Sağlık sigortaları vatandaş vergileriyle finanse edilir ancak kontrolü devletin gözetimindedir. Bu kapsamda vatandaşlar kamu sağlık kuruluşlarından yararlanabildiği gibi özel sağlık kuruluşlarından da yararlanabilmektedir. Tek ödeyici olduğu, pazarlama ihtiyacı ya da kar amacı olmadığı için diğer sistemlere oranla daha kolay yönetilip organize edilebilen ucuz bir sistem olabilmektedir. Ayrıca bu sistem maliyetleri kontrol edebilme maksadıyla karşılanabilecek sağlık hizmetlerini sınırlayabilmekte ya da hastaların hizmet alması için bekleme listesi oluşturabilmektedir. Bu sistemi kabul eden en klasik örnek

Kanada'dır. Fakat yeni sanayileşmiş Güney Kore gibi ülkelerde bu sistem görülebilmektedir(İlker Daştan, Volkan Çetinkaya,2012: 7).

1.4.7. ABD Sağlık Sistemi

Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık sisteminin yukarıda incelenen dört sağlık sisteminden de öğeler taşıdığı görülmektedir. Bu nedenle model için parçalı sağlık sistemi de denmektedir. Çocuklar ve gazilerin bakımı açısından Beveridge modeliyle paralellik gösteren sistem, 65 yaş üstü kimseler için Ulusal Sağlık Sistemiyle paralellik gösterir. Sigortadan yararlanan için ise Bismarck Modelinin takip edildiği söylenebilirken, ABD'de nüfusun önemli bir kısmını oluşturan sigortasızlar için ise Cepten Ödeme Sisteminin söz konusu olduğu görülmektedir. Bu husus zaman içinde ülke çapında büyük tartışmalara neden olmuş ve düzenleme yoluna gidilmeye çalışılmıştır. 2008 yılı ile beraber göreve başlayan başkan Barack Obama sigortası bulunmayanların sağlık hizmetinden yararlanmasını kolaylaştıracak bir reform paketini hayata geçirmiştir. Ancak söz konusu reform paketi de beklenen sonucu vermemiş ve 30 Milyonu bulan sigortasız vatandaşların ancak yüzde 10'u reform paketinden yararlanabilmiştir. Bu sistemin temelini özel sigortalar oluşturmaktadır ve temel ilke herkesin doktorunu ve hastasını seçebilme hakkına sahip olabilmesidir. Hekimlerin çoğu özel muayenelerinde çalışmayı tercih etmekte ve ödemeler ya sigorta tarafında ya da doğrudan hekime yapılmaktadır. Ülkenin sağlık uygulamalarında tam bir birlikten söz etmek mümkün değildir ve eyaletlerde farklı uygulamalar görülebilmektedir. Özel sağlık sigortasına odaklı gelişen sistemde, 1960'lı yıllarda düşük gelir seviyeli kişilerin problemleri için kamunun devreye girmesiyle özel sağlık sigortası yaptıramayanlar için Medicaid ve yaşlılar için Medicare isimli kamu kuruluşları oluşturulmuştur. Benzer uygulamalar gaziler ve çocuklar için de geliştirilmiştir (Oral, 2002:90). Amerika Birleşik Devletleri, kişi başı sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülkedir. Bunun yanında sağlık yatırımlarının ve teknolojinin de en yüksek seviyedeki ülke olmasına rağmen, en sağlıklı toplum olmadığı görülmektedir.

2. SAĞLIK SİSTEMLERİNİN ETKİNLİK GÖSTERGELERİ AÇISINDAN MUKAYESESİ

Sağlık sistemlerinin ülkeler bazındaki performanslarının değerlendirilmesi için demografik, kişisel gibi bazı göstergeler açısından incelenmesi gerekmektedir.

2.1. Etkinlik Göstergelerinin Kategorize Edilmesi

Ülkelerin kendilerine özgü, kültürel, finansal, sosyal ve politik yapıları sağlık sistemlerinin de birbirlerine kıyasla farklılıklar göstermesine neden olmaktadır. Ancak diğer taraftan ülkeleri, belli kıstaslar çerçevesinde yukarıda ayrıntıları açıklanan sistemler içerisinde kategorize etmek mümkün olabilmektedir. Ülkeleri uyguladıkları sağlık sistemleri açısından sınıflandırmanın nedenleri aşağıdaki şekilde maddeleştirilebilir.

- Sağlık sisteminin meydana getirdiği sonuçlar,
- Nitelikli, eşitlikçi ve hakkaniyetli bir sağlık hizmetinin organize edilmesi,
- Mukayese edilerek ülkelerinin sağlık sektörlerinin performansının ölçülmesi.

Ülkelerin sağlık sistemleri sahip oldukları politik, kültürel ve ekonomik formasyonlardan etkilendiğinden ülkelerin sağlık sistemleri arasında ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Bu çerçevede farklılıkların sağlık sistemleri çerçevesinde ortak bir zeminde mukayesesinin sağlanması, ülkelerin birbirlerinin iyi yönlerinden etkilenmeleri dolayısıyla da ülkelerin sağlık sektörlerinin olumlu anlamda gelişimini sağlamaktadır.

2.2. Demografik Göstergeler Açısından Ülkelerin Değerlendirilmesi

Bir ülkenin sağlık sektörünün objektif kriterler çerçevesinde değerlendirilmesinde o ülkenin demografik faktörlerinin önemi büyüktür. Herhangi bir ülke açısından gelir ile birlikte nüfus, ekonomik yaşamda mal ve hizmetlere yönelik talebin birleşimini ve miktarını belirlemesi ile üretim sisteminin ihtiyaç duyduğu temel girdiyi oluşturması bakımından önemli bir unsurdur (Kalkınma Bakanlığı, 2001: 3).

Tablo 2 Nüfuslar

Ülkeler (1.000.000 kişi)	1995	2000	2005	2011	Sağlık Sistemi
ABD	266,2	282,1	295,7	311,5	Serbest Piyasa Tipi
Brezilya	161,8	174,4	185,9	196,6	Serbest Piyasa Tipi
Endonezya	199,4	213,3	227,3	242,3	Serbest Piyasa Tipi
Almanya	81,6	82,2	82,4	81,7	Refah Yönelimli Tip
Arjantin	34,8	36,9	38,6	40,7	Refah Yönelimli Tip
Fransa	59,4	60,7	63	65,4	Refah Yönelimli Tip
G. Kore	45	47	48,1	49,7	Refah Yönelimli Tip
Portekiz	10	10,2	10,5	10,6	Refah Yönelimli Tip
Meksika	92,2	99,9	106,4	114,7	Refah Yönelimli Tip
Türkiye	58,8	63,6	68,1	73,6	Refah Yönelimli Tip

Yunanistan	10,6	10,9	11,1	11,3	Refah Yönelimli Tip
Danimarka	5,2	5,3	5,4	5,5	Kapsayıcı Tip
Finlandiya	5,1	5,1	5,2	5,3	Kapsayıcı Tip
İngiltere	58	58,8	60,2	62,6	Kapsayıcı Tip
İspanya	39,3	40,2	43,3	46,2	Kapsayıcı Tip
İtalya	56,8	56,9	58,6	60,7	Kapsayıcı Tip
Norveç	4,3	4,4	4,6	4,9	Kapsayıcı Tip
Ukrayna	51,5	49,1	47,1	45,7	Kapsayıcı Tip
Y. Zelanda	3,6	3,8	4,1	4,4	Kapsayıcı Tip
Küba	10,9	11,1	11,2	11,2	Sosyalist Tip

Kaynak: WB,2011:392-393

2.2.1. Ülkelerin Nüfus Göstergeleri 1995-2011

Tablo 2’de seçilen ülkelerdeki nüfus sayıları Tablo 3’te ise ülkelerin 1995-2011 yılları arasındaki nüfus değişimleri gösterilmiştir. Tablolar incelendiğinde Almanya ve Ukrayna haricindeki ülkelerin nüfuslarının yukarı yönlü hareket ederek arttığı görülmektedir. Ülkelerin nüfuslarının artması beraberinde ülkedeki sağlık ihtiyacının artmasını getirmektedir. İhtiyacın artması da sağlık altyapısının geliştirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Altyapı da ancak doğru finansman modelleriyle geliştirilebilir. Buradan hareketle ülkelerin demografik yapısının sağlık politikalarıyla doğrudan ilgili olduğu açık bir şekilde ortadadır.

Tablo 3 Nüfus Değişimleri (%)

Ülkeler	1995	2000	2005	2011	Sağlık Sistemi
ABD	1,2	1,1	0,9	0,7	Serbest Piyasa Tipi
Brezilya	1,5	1,4	1,1	0,9	Serbest Piyasa Tipi
Endonezya	1,5	1,3	1,2	1	Serbest Piyasa Tipi
Almanya	0,2	0,1	-0,1	-0,1	Refah Yönelimli Tip
Arjantin	1,3	1,1	0,9	0,9	Refah Yönelimli Tip
Fransa	0,4	0,7	0,7	0,6	Refah Yönelimli Tip
G. Kore	1,4	0,8	0,2	0,7	Refah Yönelimli Tip
Portekiz	0,3	0,5	0,5	0	Refah Yönelimli Tip
Meksika	1,7	1,5	1,2	1,2	Refah Yönelimli Tip
Türkiye	1,6	1,5	1,3	1,2	Refah Yönelimli Tip

Yunanistan	0,8	0,3	0,4	-0,1	Refah Yönelimli Tip
Danimarka	0,4	0,3	0,3	0,5	Kapsayıcı Tip
Finlandiya	0,4	0,2	0,3	0,4	Kapsayıcı Tip
İngiltere	0,3	0,4	0,6	0,7	Kapsayıcı Tip
İspanya	0,2	0,8	1,7	0,4	Kapsayıcı Tip
İtalya	0	0	0,7	0,5	Kapsayıcı Tip
Norveç	0,5	0,7	0,7	1,3	Kapsayıcı Tip
Ukrayna	-0,8	-1	-0,7	-0,4	Kapsayıcı Tip
Y. Zelanda	1,5	0,6	1,1	0,9	Kapsayıcı Tip
Küba	0,5	0,3	0,2	0	Sosyalist Tip

Kaynak: WB,2011:392-393

Tablo 4 Yaş Dağılımları

Ülkeler	1995 %			2000 %			2005%			2011%		
	0-15 Yaş Ara sı	15- 65 Yaş Ara sı	65 ve Üst ü Yaş Ara sı	0-15 Yaş Ara sı	15- 65 Yaş Ara sı	65 ve Üst ü Yaş Ara sı	0-15 Yaş Ara sı	15- 65 Yaş Ara sı	65 ve Üst ü Yaş Ara sı	0-15 Yaş Ara sı	15- 65 Yaş Ara sı	65 ve Üst ü Yaş Ara sı
ABD	21	66	14	22	68	13	20	68	13	21	68	14
Brezilya	33	64	6	31	65	7	29	67	7	24	69	6
Endonez ya	35	63	5	32	63	6	28	67	6	28	68	7
Almanya	17	68	16	17	69	17	15	68	18	14	68	21
Arjantin	28	63	8	29	63	11	27	65	11	26	65	10
Fransa	21	64	14	18	66	15	17	67	15	19	64	18
G. Kore	24	72	7	22	73	8	18	73	8	17	74	12
Portekiz	19	68	14	15	69	15	17	68	18	16	68	19
Meksika	37	58	6	34	63	6	32	64	7	28	64	7
Türkiye	35	63	5	32	69	4	29	65	5	25	69	5
Yunanist an	18	67	14	16	67	18	15	67	19	14	67	18
Danimar ka	18	69	14	18	67	14	18	67	14	17	67	17
Finlandi ya	18	68	15	19	68	14	18	68	17	18	67	18
İngiltere	18	66	15	18	66	15	19	67	17	18	67	16
İspanya	18	67	16	14	69	18	15	68	19	16	67	19
İtalya	14	67	19	15	69	16	13	65	22	13	65	22
Norveç	18	64	18	21	66	13	21	66	13	18	65	17
Ukrayna	21	67	15	19	67	15	18	68	14	16	70	14

Y. Zelanda	24	66	10	24	66	13	23	67	11	21	68	14
Küba	24	69	8	21	69	11	18	71	12	18	72	13
Ortalama	23,6	64,6	12,7	20,4	67,2	13,3	21,1	67,8	14,1	18	68,2	12,8
a						5						

Kaynak: WB, DATA: HEALTH

2.2.2. Yaş Dağılımlarına Göre Ülke Nüfusları 1995-2011

Tablo 4’te ülkelerin nüfusları, yaş dağılımları çerçevesinde gösterilmiştir. Bu tablodaki veriler de ülkelerin sağlık politikaları açısından önem arz etmektedir. Zira toplumların yaş ortalaması arttıkça, sağlık talebi ve maliyetinde artış olmaktadır. OECD tarafından yapılan araştırmaya göre 1960-2011 yılları arasındaki yaklaşık kırk senede, ortalama yaşam süresi 68’den 80 yükselmiştir. Bu veriler çerçevesinde dünya nüfusunun hızlı bir şekilde yaşlandığı sonucu ortaya çıkmaktadır. Dünya nüfusunun yaşlanmasının iki temel gerekçesi vardır. Bunlardan ilki doğum oranlarının azalması diğeri ise ortalama yaşam beklentisinin artmasıdır.

Tablo incelendiğinde özellikle Almanya, Fransa, İngiltere gibi Batı Avrupa ülkelerinde yaşlı nüfusun sayısının hızla arttığı görülmektedir. Dolayısıyla yaşlanan nüfusla beraber sağlık hizmeti talebinin ve harcamalarının da bununla paralel olarak artması kaçınılmazdır. Bu husus da sağlık altyapısının sağlanmasında problemlere yol açabilecektir. Buradan hareketle ülkelerin sağlık sistemlerinin başarı oranlarında düşüşler yaşanması muhtemeldir.

Tablo 5 Ülkelerin Yaşam Göstergeleri 2000-2011

Ülkeler	Bebek Ölüm Hızı *			Anne Ölüm Hızı **		
	2000	2005	2011	2000	2005	2011
ABD	7	7	6	14	18	21
Brezilya	31	23	14	81	67	56
Endonezya	38	32	25	340	270	220
Almanya	4	4	3	7	7	7
Arjantin	18	15	13	63	69	77
Fransa	4	4	3	10	8	8
G. Kore	5	5	4	19	17	16
Portekiz	6	4	3	19	17	16

Meksika	24	19	13	82	54	50
Türkiye	34	22	12	39	28	20
Yunanistan	7	5	4	5	3	3
Danimarka	5	4	3	8	7	12
Finlandiya	4	3	2	5	6	5
İngiltere	6	5	4	12	13	12
İspanya	5	5	4	5	6	6
İtalya	5	4	3	4	5	4
Norveç	4	3	3	8	9	7
Ukrayna	15	13	9	35	25	32
Y. Zelanda	6	5	5	12	15	15
Küba	7	5	5	63	67	73
Ortalama	11,7	9,3	7	41	35	33
Dünya	52	46	37	320	260	210

WHO 2012: 52-61 * Bin doğumda, bir sene olmadan ölen bebek ** Hamilelikte yüz bin annede ölen sayısı.

2.2.3. Ülkelerin Yaşam Göstergeleri 2000-2011

Yaşam göstergeleri; doğurganlık oranları, bebek ve anne ölüm hızları ve doğum itibarıyla ortalama yaşam müddeti şeklinde belirlenmiştir. Bebek ölüm hızı oranları, ülkelerin sağladığı sağlık hizmetleri, gebelik dönemi bakımları, anne sağlığına ilişkin hizmetlerin niteliği ve ailelerin ekonomik kuvvetleri gibi hususlardan etkilenmektedir. Doğum öncesi ve sonrasındaki anne sağlığına yönelik çalışmaların niteliği de anne ölüm hızı göstergelerini etkileyen hususlardır. Aşırı doğurganlık, anne, bebek ve çocuk ölümlerini arttırıcı bir etken olarak değerlendirilmektedir. Bunun yanında, aşırı doğurganlığın çocukların yaşam koşullarını da olumsuz şekilde etkilediği ve bunun da çeşitli sağlık sorunlarına neden olduğu savunulmaktadır. Doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi göstergesi, yeni doğmuş bir bireyin hayat boyunca belirli dönemdeki yaşına özel ölüm hızlarına maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısını ifade etmektedir. Ölümlülük ve yaşam kalitesi açısından ülkeler arası karşılaştırmalarda yararlanılan ilgili gösterge, aynı zamanda, beşeri kalkınma endeksinin ölçülmesinde kullanılmaktadır (Altay, 2005:29).

Tablo incelendiğinde bebek ölüm hızının düştüğü gözlenmektedir. Anne ve bebek ölümü oranlarında serbest piyasa sistemini kullanan ülkelerin diğer sistemleri kullanan ülkelere göre kötü sonuçlar vermektedir.

Tablo 6 Doğurganlık Oranları ve Beklenen Yaşam Süreleri

Ülkeler	Doğurganlık Oranı*			Doğumdan İtibaren Beklenen Yaşam Süresi		
	2000	2005	2011	2000	2005	2011
ABD	2,1	2,1	2,1	77	77	77
Brezilya	2,4	2,1	1,8	70	72	73
Endonezya	2,5	2,3	2,1	66	67	69
Almanya	1,4	1,3	1,3	78	79	80
Arjantin	2,5	2,3	2,2	74	75	76
Fransa	1,9	1,9	2	79	80	81
G. Kore	1,5	1,1	1,2	76	78	81
Portekiz	1,6	1,4	1,3	76	78	79
Meksika	2,6	2,5	2,3	74	75	77
Türkiye	2,4	2,2	2,1	69	72	74
Yunanistan	1,3	1,3	1,4	78	79	80
Danimarka	1,8	1,8	1,9	77	78	79
Finlandiya	1,7	1,8	1,9	77	79	80
İngiltere	1,6	1,8	1,9	78	79	80
İspanya	1,2	1,4	1,4	79	80	82
İtalya	1,3	1,3	1,4	79	81	82
Norveç	1,9	1,8	2	79	80	81
Ukrayna	1,1	1,2	1,4	68	68	70
Y. Zelanda	2	2	2,1	79	80	81
Küba	1,6	1,6	1,5	76	78	79
Ortalama	1,82	1,76	2	75,4	76,7	78
Dünya	2,6	3	2,5	67	68	70

WHO 2012:52-61 * Kadın başına bebek sayısı

Tablo 7 Kişi Başına Düşen Gelir ve Büyüme Oranları

Ülkeler	Kişi Başına GSYİH Payı			Büyüme Hızı GSYİH		
	ABD \$ Bazında			ABD \$ Bazında		
	2000	2005	2011	2000	2005	2011
ABD	35.081	42.534	48.112	4,2	3,1	1,7
Brezilya	3.696	4.743	12.594	4,3	3,2	2,7
Endonezya	1.258	3.494	8,4	4,9	5,7	6,5
Almanya	22.946	33.543	40.163	3,1	0,7	3
Arjantin	7.696	4.736	10.942	-0,8	9,2	8,9
Fransa	21.828	33.913	42.377	3,7	1,8	1,7
G. Kore	11.347	17.551	22.424	8,5	4	3,6
Portekiz	11.443	18.122	21.358	3,9	0,8	-1,7
Meksika	5.817	7.973	10.047	6,6	3,2	3,9
Türkiye	4.189	7.088	10.524	6,8	8,4	8,5
Yunanistan	11.396	21.621	25.621	4,5	2,3	-7,1
Danimarka	29.993	47.577	59.852	3,5	2,4	1,1
Finlandiya	23.530	37.319	48.823	5,3	2,9	2,7
İngiltere	25.089	37.860	39.038	4,5	2,1	0,8
İspanya	14.422	26.042	31.942	5	3,6	0,4
İtalya	19.269	30.332	36.102	3,7	0,9	0,4
Norveç	37.472	65.324	98.102	3,3	2,6	1,4
Ukrayna	636	1.829	3.615	5,9	2,7	5,2
Y. Zelanda	13.375	26.846	32.407	2,6	3,3	0,2
Küba	2.753	3.789	5.397	5,9	11,2	2,1
Ortalama	15.138	23.500	30.147	4	4	2
Dünya	5.303	7.070	10.035	4	4	2,7

Kaynak WB DATA: Health

2.3.4. Ekonomik Göstergeler Çerçevesinde

Toplum ve bireylerin sağlık hallerinin korunması ve gelişmesinde ekonomik etkenlerin önemi büyüktür. Bu çerçevede ülkelerin GSYİH'leri ve GSYİH artış hızlarını gösteren tablonun irdelenmesi yol gösterici olacaktır. Tablo incelendiğinde ABD'nin yanında Kuzey ve Batı Avrupa ülkelerinin ekonomik anlamda kuvvetli olduğu görülmektedir. Türkiye de dönem içerisinde yaşadığı dalgalanmalara rağmen, ortalamasını dünya ortalamasının üstüne çıkarmayı başarmıştır.

Tablo 8 Sağlık Personelleri

Ülkeler	Toplam Sağlık Çalışanı Sayısı		On Bin Kişiye Düşen Çalışanı Sayısı		On Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı		On Bin Kişiye Düşen Hastane Yatak Sayısı	
ABD	4.114.708	4.434.954	148	151	27	28	33	34
Brezilya	1.089.039	1.897.771	65	98	13	18	27	25
Endonezya	225.132	577.345	12	26	2	4	--	7
Almanya	1.058.064	1.301.519	129	158	35	36	84	83
Arjantin	183.001	197.411	51	52	31	33	42	28
Fransa	805.089	878.482	133	145	35	36	74	72
G. Kore	234.761	433.691	48	91	17	21	87	124
Portekiz	102.587	111.829	98	105	35	39	38	35
Meksika	367.046	948.566	39	92	21	28	11	17
Türkiye	383.238	298.453	52	38	17	16	28	25
Yunanistan	118.972	134.094	107	121	52	61	48	49
Danimarka	82.455	106.261	153	194	37	35	37	35
Finlandiya	75.607	107.081	143	202	34	28	71	66
İngiltere	963.828	858.933	167	143	24	28	38	35
İspanya	528.392	462.398	124	106	34	38	35	33
İtalya	716.524	715.194	124	122	38	43	41	38
Norveç	101.022	97.048	217	206	39	42	42	36
Ukrayna	574.599	552.342	126	124	32	30	88	88
Y. Zelanda	98.965	108.013	261	271	22	25	61	63
Küba	161.309	198.422	143	175	58	65	48	58

Ortalama	597.967	721.188	117	131	28	33	47	48
----------	---------	---------	-----	-----	----	----	----	----

Kaynak: WHO 2012: 122-132

2.3.5. Sağlık Personeli ve Hastaneler Açısından

Bir ülkenin nitelikli bir sağlık hizmeti sağlamasının temel koşullarından biri de o ülkedeki sağlık personelinin ve sağlık hizmet noktalarının nitelikli ve yeterli sayıda olmasıdır. Tablo 8’de ülkelerin sağlık personel ve hastane sayıları mukayese edilmiştir. Türkiye’nin bu göstergeler çerçevesinde geride olduğu görülmektedir. Kendine has bir sağlık sistemi olan ABD ise sağlık personeli ve merkezi açısından güçlü konumdadır. Sosyalist sistemi kullanan Küba’nın da kişi başına düşen doktor sayısındaki başarısı da dikkate değer bir göstergedir.

3. OECD ÜYE ÜLKELERİNDE SAĞLIK SİSTEMLERİ

OECD ülkeleri ekonomik ve kültürel gelişmişlik düzeyindeki üstünlükleri nedeniyle sağlık sistemlerinin nitelik ve niceliğinin tespitinde, öncelikle incelenmesi gereken ülkelerdir.

3.1. OECD ve Amacı

Organisation for Economic Co-operation and Development Türkçe çevirisi ise Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü’dür. OECD üye ülkelerin politik performanslarını karşılaştırarak, üye ülkelerin çeşitli konulardaki performanslarını arttırmak amacıyla koordine sağlaması için oluşturulmuş bir teşkilattır.

1960 yılında akdedilen Paris Sözleşmesi kapsamında 1961 yılında kurulmuştur. Üyelerinin büyük çoğunluğunun AB ülkeleri olduğu görülmektedir. AB ülkelerinin yanında ABD, Japonya, Avustralya gibi kalkınmış diğer kıta ülkeleri de örgüte üyedir. Bu nedenle genel olarak sosyo-ekonomik seviyesi yüksek ülkelerin oluşturduğu örgüttür. Merkezi Paris’te bulunan örgütün günümüzde 36 tane üyesi bulunmaktadır. Örgütün resmi dili olarak İngilizce kabul edilmiş olup, kural ve kaideleri tüzük yordamıyla belirlenmiştir.

Örgütün genel amacının üye ülkelerin ekonomik, sosyal ve yönetsel problemlerini çözmektir. Bu nedenle üyeler sorunların çözümü noktasında müşterek hareket etmektedir. Örgütün temel amaçları tüzüğünden hareketle dört ana başlıkla özetlenebilir;

- Herkes için iş imkanı yaratılması ve sosyal eşitlik ile etkin ve sağlıklı bir yönetim gerçekleştirilmesi,
- Sosyo-ekonomik gelişme ile çevre duyarlılığı arasında denge sağlamak,

- Kalkınma yolunda işbirliği geliştirilerek, yoksullukla mücadele alanında devletlere yardımcı olmak,
- Mevcut sorunların çözümleri konusunda tavsiyelerde bulunmak.

ABD, Almanya, Avustralya, Avusturya, Belçika, Çekya, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsrail, İsveç, İsviçre, İtalya, İzlanda, Japonya, Kanada, Kore, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Meksika, Norveç, Polonya, Portekiz, Slovakya, Slovenya, Şili, Türkiye, Yeni Zelanda ve Yunanistan üye ülkelerdir.

OECD ülkeleri sağlık hizmetlerindeki kalitenin artması için sağlık sektörüne ciddi yatırımlar yapmaktadır. Ekonomik kalkınmanın temel göstergelerinden biri de toplumun sağlık yönünden refahıdır. Bu nedenle ülkeler yıllık bütçelerinin önemli bir kısmını sağlık harcamalarına ayırmaktadır. Aynı şekilde toplumun sağlık düzeyinin artmasıyla ekonomik kalkınma arasında da pozitif korelasyon vardır. OECD ülkelerinin son on yılda genel anlamda büyüme oranları ortalaması %2 civarındayken sağlık alanında yapılan harcamalardaki artış oranı ise %5 civarındadır. Bu göstergeler kıyaslandığında ülkelerin sağlık alanındaki harcamalara yönelik hassasiyetinin olumlu anlamda geliştiği tespit edilecektir.

3.2. Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

OECD ülkeleri toplam dünya nüfusunun %20'sini oluştururken, 2010 yılında 6,5 trilyon dolara kadar yakın sağlık harcamalarıyla tüm dünya sağlık harcamalarının %84'üne sahiptir (OECD, 2013:1). Bu durumun çeşitli nedenleri olmakla beraber, yukarıda açıklandığı üzere gelişmişlikle arasındaki pozitif korelasyon bu durumun somut nedenlerinin başında gelmektedir. Bunun haricinde, ülke nüfuslarının yaşlanması, sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve kronikleşme eğilimi gösteren hastalıklar gibi nedenler de ülkelerin sağlık alanındaki harcama ve yatırımlarının artmasına neden olmaktadır.

3.2.1. Kişi Başı Sağlık Harcamaları

Tablo 9. Kişi Başı Sağlık Harcamaları (ABD doları baz alınarak)

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	974	1414	1792	2271	2678	3364	4348	4812
Avustralya	638	922	1208	1618	2258	2981	3801	4501
Avusturya	775	926	1628	2251	2899	3504	4458	4897
Belçika	638	964	1352	1707	2246	3205	3964	4418
Çekya	-	-	546	894	982	1475	1885	2078
Danimarka	891	1246	1538	1865	2508	3244	4494	4699
Estonya	-	-	-	394	523	832	1275	1448
Finlandiya	564	916	1358	1474	1854	2588	3238	3558
Fransa	664	1027	1441	2094	2543	3255	4017	4289
Hollanda	732	959	1411	1792	2341	3821	5027	5098
İngiltere	468	687	959	1345	1828	2763	3423	3288
İrlanda	509	651	786	1086	1760	2939	3781	3891
İspanya	363	492	869	1189	1539	2271	3017	2997
İsrail	611	785	1029	1436	1764	1828	2082	2305
İsveç	941	1266	1584	1739	2285	2964	3718	4107
İsviçre	1028	1464	2024	2559	3220	4014	5298	6081
İtalya	-	-	1353	1496	2029	2474	3017	3210
İzlanda	751	1177	1669	1903	2741	3305	3298	3546
Japonya	541	857	1113	1558	1969	2492	3214	3648
Kanada	778	1258	1736	2055	2518	3452	4446	4603
G. Kore	87	156	313	478	744	1283	2087	2292
Lüksemburg	-	-	-	1904	3268	4153	4404	4577
Macaristan	-	-	-	658	853	1435	1657	1804
Meksika	-	-	296	386	509	731	977	1049
Norveç	665	938	1365	1856	3044	4302	5414	6141
Polonya	-	-	289	408	584	857	1396	1541
Portekiz	277	395	627	1013	1655	2213	2768	2458

Slovakya	-	-	-	504	604	1138	2095	2106
Slovenya	-	-	-	971	1451	1962	2395	2678
Şili	-	-	-	397	614	843	1369	1578
Yeni Zelanda	489	612	981	1247	1611	2125	3043	3183
Yunanistan	489	-	844	1259	1452	2353	2625	2408
ABD	1103	1835	2852	3789	4792	6736	8248	8746
Türkiye	68	68	158	179	454	621	1038	985
Ortalama	627	914	1183	1457	1895	2583	3341	3501

Kaynak: OECD Health Data 2014

Tablo 9’da OECD ülkelerinde yıllar içinde değişim gösteren kişi başına düşen sağlık harcamaları gösterilmiştir. Tabloya göre verilerin toplanmaya başladığı yıl olan 1980 itibariyle, en düşük harcamanın Türkiye’de en yüksek harcamanın ise ABD’de yapıldığı görülmektedir. 2012 itibariyle ABD’nin hala en yüksek Türkiye’nin ise en düşük harcamaların yapıldığı ülke olmaya devam ettiği görülmektedir. Türkiye’nin bu tablodaki yerinin en temel nedenlerinden birinin kur farkı olduğu da söylenmelidir. Veriler çerçevesinde ABD’nin yanında Batı Avrupa ülkelerinin de yüksek sağlık harcamaları yaptığı anlaşılmaktadır. Diğer taraftan Bismarck ve Ulusal Sağlık Sigortası sistemini benimseyen ülkelerdeki kişi başına düşen harcamalarının Beveridge sistemini kullanan ülkelere kıyasla fazla olduğu da tespit edilebilir. Türkiye açısından bakıldığında hala OECD ortalamasının epey altında harcama yapıldığı görülmekle beraber, oransal artış anlamında karşılaştırma yapıldığında bu konuda yıllar içerisinde ciddi bir aşama kaydedildiği de açıktır. Fakat bu değişikliklerle paralel olarak Türkiye Sağlık Sistemi daha liberal bir hal almış, fiyatlardaki yükselmeler ve kar amaçlı yatırımlar sağlık harcamalarının artmasında önemli faktörler olmuştur (Erol ve Özdemir, 2014:13-14).

3.2.2. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH’deki Payı

Tablo 10 Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH’deki Payı

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	8,5	8,9	8,4	10,2	10,3	10,9	11,6	11,4
Avustralya	6,2	6,4	6,9	7,4	8,2	8,6	8,8	9,1
Avusturya	7,6	6,5	8,4	9,7	10,1	10,5	11,1	11,2

Belçika	6,4	7,1	7,3	7,5	8,2	10,1	10,6	10,8
Çekya	-	-	4,5	6,8	6,4	6,8	7,5	7,6
Danimarka	8,8	8,6	8,4	8,2	8,9	9,9	12,1	12,1
Estonya	-	-	-	6,4	5,4	5,1	6,4	5,8
Finlandiya	6,4	7,2	7,8	7,9	7,3	8,5	9,1	9,2
Fransa	7,1	8,1	8,5	10,5	10,2	11,1	11,8	11,7
Hollanda	7,5	7,4	8,1	8,4	8,1	10,8	12,2	11,9
İngiltere	5,7	5,9	5,7	6,7	7,1	8,4	9,7	9,4
İrlanda	8,2	7,5	6,1	6,5	6,2	7,5	9,4	8,8
İspanya	5,4	5,5	6,6	7,5	7,3	8,4	9,7	9,4
İsrail	7,6	7,3	7,2	7,5	7,6	7,8	7,6	7,4
İsveç	8,8	8,6	8,3	8,1	8,3	9,2	9,4	9,5
İsviçre	7,1	7,5	8,1	9,2	9,8	10,8	10,8	11,5
İtalya	-	-	7,6	7,2	7,8	8,8	9,5	9,2
İzlanda	6,2	7,3	7,9	8,3	9,6	9,5	9,4	9,1
Japonya	6,5	6,6	5,9	6,7	7,6	8,3	9,5	10,4
Kanada	7,1	8,2	8,8	9,1	8,9	9,7	11,5	10,8
G. Kore	3,7	3,6	3,8	3,8	4,4	5,7	7,4	7,7
Lüksemburg	5,3	5,3	5,3	5,7	7,6	7,8	7,3	7,2
Macaristan	-	-	7,1	7,4	7,3	8,5	8,1	8,1
Meksika	-	-	4,5	5,2	5,2	5,8	6,3	6,3
Norveç	7,1	6,7	7,5	7,8	8,5	9,1	9,5	9,4
Polonya	-	-	4,9	5,6	5,6	6,3	7,1	6,9
Portekiz	5,2	5,7	5,8	7,6	9,4	10,3	10,9	9,6
Slovakya	-	-	-	6,1	5,6	7,1	9,1	8,2
Slovenya	-	-	-	7,6	8,4	8,5	8,8	9,5
Şili	-	-	-	5,3	6,5	6,7	7,5	7,4
Yeni Zelanda	5,9	5,1	6,9	7,2	7,5	8,5	10,3	10,4
Yunanistan	5,8	-	6,8	8,6	8,1	9,6	9,4	9,4
ABD	9,1	10,5	12,2	13,8	13,8	15,9	17,8	16,8
Türkiye	2,5	1,7	2,6	2,6	4,8	5,5	6,8	5,3
Ortalama	6,7	6,8	6,8	7,6	7,7	8,8	9,6	9,4

Kaynak: OECD Health Data 2014

Tablo incelendiğinden 1980 yılı itibariyle en yüksek oran ABD'ye aitken en düşük oran ise Türkiye'ye aittir. 2012 yılı baz alınarak tutulan son istatistikte de bu durumun devam ettiği gözlemlenmektedir. Tablo kapsamında, 1980 senesi başlangıcında Danimarka, İsveç gibi Beveridge ülkelerinde sağlık harcamalarının payı yüksekken, ilerleyen yıllarda Fransa, Almanya gibi Bismarck ülkelerinin ayırdığı payı arttırdıkları görülmektedir. Tabloya genel bir yorum yapıldığında, sosyo-ekonomik açıdan kalkınmış ülkeler, bütçelerinden oransal olarak da fazla pay ayırmaktadır. Bu kapsamda bu veriler ışığında da gelişmişlik düzeyi ile sağlık harcamaları arasında paralellik olduğu açıktır. Dünya Sağlık Örgütü, bir ülkenin sağlık harcama payının GSYİH'si içinde minimum yüzde 5 olması gerektiğini belirtmektedir. Türkiye bu kapsamda yıllar içinde bu şartı yerine getirecek yatırımları yapmıştır. Türkiye pay açısından hala diğer ülkelerin epey gerisinde olsa da, Tablo çerçevesinde 1980-2012 yılları arasında artış oranının yüzde 100'den fazla olan ülkeler yalnızca Güney Kore ve Türkiye'dir. Bu çerçevede Türkiye gelişmekte olan ülke kavramına uygun hareket etmektedir.

3.2.3. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payının Beşer Yıllık Değişimi

Tablo 11 Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payının Beşer Yıllık Değişimi

Ülke	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2012
Almanya	4,9	-5,8	21,8	3,1	3,9	6,6	-2,4
Avustralya	6,7	4,7	7,5	11,1	4,8	4,8	1,2
Avusturya	-14,8	29,6	15,8	4,3	4,1	5,9	-0,4
Belçika	11,2	2,8	5,5	6,7	23,6	5,1	3,1
Çekya	-	-	52,4	-6,1	9,6	7,3	1,5
Danimarka	-4,6	-2,3	-2,5	7,5	12,7	13,4	-0,8
Estonya	-	-	-	-15,8	-5,8	26,1	-6,7
Finlandiya	12,8	8,6	1,4	-7,8	16,8	7,2	1,2
Fransa	14,4	5,1	23,9	-2,8	8,8	6,3	0,4
Hollanda	-1,5	9,5	3,9	-3,7	36,4	11,1	5,2

İngiltere	3,7	0	17,3	2,8	18,7	15,8	-1,2
İrlanda	-8,5	-18,8	10,1	-7,5	24,7	22,5	-3,5
İspanya	1,8	20,3	13,9	-2,7	15,4	15,8	-3,2
İsrail	-6,4	-1,5	7,1	-1,2	5,4	-2,6	1,2
İsveç	-4,6	-3,6	-2,3	2,4	11,1	4,3	1,3
İsviçre	5,7	5,4	16,4	6,4	10,2	0	4,8
İtalya	-	-	-7,9	11,4	10,2	8,1	-2,4
İzlanda	14,2	8,4	5,2	15,8	-1,3	-1,2	-2,8
Japonya	1,7	-10,9	17,3	11,9	7,8	17,2	7,3
Kanada	15,8	9,8	1,2	-2,3	11,3	16,4	-1,6
G. Kore	-2,9	11,5	-5,2	16,3	30,1	30,5	4,2
Lüksemburg	0	3,9	3,8	34,9	5,4	-8,8	-6,8
Macaristan	-	-	4,2	-1,5	16,8	-4,9	-1,3
Meksika	-	-	15,8	0	15,8	5,2	-1,7
Norveç	-5,6	15,3	3,8	6,4	7,2	4,3	-1,6
Polonya	-	-	14,7	0	12,8	12,8	-3,8
Portekiz	9,7	1,9	31,7	24,1	11,9	3,9	-6,7
Slovakya	-	-	-	-8,4	27,4	28,7	-4,4
Slovenya	-	-	-	10,8	1,3	6,1	3,4
Şili	-	-	-	23,2	3,2	12,2	2,6
Yeni Zelanda	-13,9	36,1	4,5	7,1	10,6	21,5	-2,2
Yunanistan	-	-	29,8	-8,1	21,4	-2,2	-2,4
ABD	15,7	19,3	10,4	0	15,4	12,1	-0,8
Türkiye	-32,3	69,8	-7,5	95,0	10,3	3,1	-4,1
Ortalama	1,6	3,1	8,6	4,1	12,5	9,3	-0,8

OECD Health Data 2014

Tablo 11’de 1980-2012 yılları arasında beşer yıllık periyotlardaki sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payını göstermektedir. Genel anlamda bir yorum yapılırsa ülkelerin harcamalarında artış olduğu görülmektedir. 2005 yılından sonra bazı AB ülkelerinde yaşanan ekonomik kriz ile beraber daralmalar da olmuştur.

3.2.4. Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu Harcamalarının Payı

Tablo 12 Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu Harcamalarının Payı

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	79,7	78,4	75,2	82,4	78,4	75,6	76,7	77,7
Avustralya	63,8	71,6	65,2	64,8	65,8	65,9	66,8	68,8
Avusturya	69,8	75,1	73,9	74,5	76,6	76,3	76,8	76,9
Belçika	-	-	-	77,8	75,6	77,1	76,1	76,2
Çekya	95,8	91,2	96,4	91,8	91,3	82,7	82,8	83,0
Danimarka	88,8	84,6	81,7	83,5	84,9	85,5	86,1	86,8
Estonya	-	-	-	88,8	78,2	75,7	79,9	79,7
Finlandiya	78,0	79,6	81,9	72,6	72,3	74,8	76,4	76,0
Fransa	81,1	79,5	77,6	78,7	78,4	78,7	77,9	78,4
Hollanda	72,2	74,3	72,2	76,4	67,4	68,7	85,1	84,8
İngiltere	88,4	86,8	84,6	82,9	78,1	81,9	84,5	83,0
İrlanda	83,0	76,8	72,7	73,7	74,1	75,0	68,6	68,6
İspanya	78,9	82,1	79,7	73,2	72,6	71,9	75,2	74,0
İsrail	-	-	-	68,4	63,6	58,3	61,9	58,8
İsveç	93,5	91,4	88,9	85,6	85,9	82,2	82,5	82,3
İsviçre	-	51,3	53,4	54,6	54,4	58,5	64,2	66,8
İtalya	-	-	78,5	71,8	75,2	78,9	79,5	78,3
İzlanda	87,2	86,0	85,0	84,9	82,1	80,4	81,4	81,5
Japonya	72,3	71,4	78,6	83,3	81,8	82,6	83,1	81,1
Kanada	74,6	76,5	75,5	72,2	71,4	71,2	71,8	71,1
G. Kore	23,1	33,5	38,5	39,6	51,4	54,3	57,5	53,5
Lüksemburg	93,8	88,2	92,1	93,4	86,1	85,9	85,3	84,5
Macaristan	-	-	-	85,0	71,7	71,0	65,8	63,6
Meksika	-	-	41,4	43,1	47,6	46,0	48,3	51,6
Norveç	86,1	84,6	83,8	85,2	83,5	82,5	85,7	86,0
Polonya	-	-	92,7	73,9	71,0	68,3	72,2	97,2
Portekiz	65,3	53,6	64,5	63,6	67,6	69,0	64,9	64,0
Slovakya	-	-	-	89,5	88,4	73,4	63,5	68,7

Slovenya	-	-	-	78,7	75,0	73,7	75,0	73,5
Şili	-	-	-	49,2	53,1	42,0	48,2	47,9
Yeni Zelanda	87,0	86,0	83,4	78,2	79,0	78,7	84,2	83,7
Yunanistan	54,6	-	54,7	53,0	61,0	62,1	67,8	68,1
ABD	42,0	38,6	37,4	46,1	44,0	43,2	48,6	48,6
Türkiye	28,4	57,6	62,0	71,3	63,9	68,8	75,7	77,8
Ortalama	74,2	74,4	73,9	72,6	72,5	72,1	72,9	73,3

On ikinci tabloda 1980 yılına ilişkin istatistikte sağlık harcamalarında kamu payının en yüksek olduğu ülke Çekya'dır. Kamu harcamalarında en alt kalemde olan ülke ise Güney Kore'dir. Çekya'nın (O zamanki adıyla Çek Cumhuriyeti) dönem itibariyle en tepede yer almasının nedeni o dönem için Sovyetler etkisindeki bir Doğu Bloku ülkesi olmasıdır. 2012 yılına gelindiğinde kamu harcamalarının en yüksek olduğu ülkeler Hollanda, Danimarka, Norveç ve Çekya'dır. Bu noktada Kuzey Avrupa ülkelerinin genel anlamda kamu harcamalarını ön planda tuttuğu görülmektedir. Kamu harcamalarının en az olduğu ülkeler ise Şili, ABD ve Meksika gibi Amerika kıtası ülkeleridir. Tablonun Türkiye açısından da önemli veriler sunmaktadır. 1980 yılında 29,4 oranıyla Güney Kore'den sonra en düşük paya sahip olan Türkiye, 2012 yılı itibariyle kamu sağlık payını 76,8'e çıkararak OECD ortalamasının üzerine çıkmıştır.

3.2.5. Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı

Tablo 13 Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	11,3	12,2	12,1	11,0	12,4	14,5	14,1	14,0
Avustralya	14,3	14,8	17,1	17,2	18,8	17,6	18,3	18,8
Avusturya	-	-	-	16,1	16,2	18,8	18,0	17,7
Belçika	-	-	-	18,5	20,2	19,8	21,7	21,4
Çekya	-	-	3,6	8,1	8,7	9,7	15,9	16,0
Danimarka	12,4	14,6	17,0	17,3	15,7	13,0	14,2	13,4
Estonya	-	-	-	11,2	18,9	21,4	19,6	19,2

Finlandiya	19,4	19,3	14,5	23,7	23,3	22,1	19,6	19,7
Fransa	13,8	15,4	12,4	7,6	7,2	7,1	7,5	7,6
Hollanda	-	-	-	9,5	8,8	8,2	5,8	6,1
İngiltere	8,7	-	10,7	10,8	11,2	9,7	9,1	9,1
İrlanda	-	15,5	17,5	16,3	17,0	17,1	19,2	17,9
İspanya	-	-	-	24,5	24,6	23,1	18,8	21,7
İsrail	-	-	-	26,7	29,3	28,2	27,0	26,9
İsveç	-	-	-	13,4	13,8	16,8	17,3	17,5
İsviçre	-	37,7	35,8	32,1	34,0	31,6	26,1	27,0
İtalya	-	-	18,1	25,7	24,1	18,0	18,5	19,8
İzlanda	-	12,0	13,5	17,1	19,9	18,2	19,2	19,1
Japonya	-	-	-	15,0	16,4	16,4	15,4	17,3
Kanada	-	-	15,4	17,0	16,9	15,6	15,4	16,0
G. Kore	74,4	62,7	56,7	52,8	38,4	36,5	35,2	36,9
Lüksemburg	7,3	9,3	5,6	6,3	11,9	11,7	11,5	11,2
Macaristan	-	-	-	16,1	26,4	25,1	26,4	28,4
Meksika	-	-	58,4	56,2	50,9	51,7	49,0	45,2
Norveç	-	-	14,7	15,3	16,8	15,7	13,7	13,6
Polonya	-	-	8,4	27,2	30,1	26,2	22,2	22,8
Portekiz	-	-	-	23,8	24,4	23,8	25,9	28,3
Slovakya	-	-	-	12,4	11,6	23,6	24,9	23,6
Slovenya	-	-	-	12,2	12,4	13,6	13,2	12,9
Şili	-	-	-	39,7	37,5	38,0	37,5	32,9
Yeni Zelanda	11,4	11,8	15,5	17,2	16,4	15,1	11,5	11,9
Yunanistan	-	-	-	46,9	38,7	38,9	29,8	29,4
ABD	24,3	23,0	18,5	15,5	15,9	14,2	12,7	13,0
Türkiye	-	-	-	28,7	28,6	23,7	15,2	16,4
Ortalama	18,1	21,0	19,8	21,2	21,7	20,9	20,7	20,0

Kaynak OECD Health Data 2014

Tablo 13'te kişilerin cepten yaptıkları sağlık harcamalarının totaldeki sağlık harcamaları içerisindeki payı gösterilmektedir. Bu tabloda 1980 yılına ilişkin birçok ülkenin durumu

belirlenememiştir. OECD ülkelerinin bu konudaki ortalaması 1980-2012 yılları arasında %20 civarında sabit kalmıştır. Bismarck ülkelerinde Beveridge ülkelerine kıyasla daha az cepten ödeme yapılmaktadır. Hollanda ve Fransa %6 oranıyla en az cepten ödeme yapılan ve Bismarck modelini benimsemiş ülkelerdir. Türkiye açısından ise 1995 yılı sonrası dönemde cepten ödeme payının %30'dan %15'e düştüğü görülmektedir.

3.2.6. Sağlık Sistemlerinin Sağlık Harcamaları ve İndikatörleriyle Kıyaslaması

Tablo 14 Sağlık Sistemlerinin Sağlık Harcamaları ve İndikatörleriyle Kıyaslaması

Ülke	Kişi Başı Sağlık Harcaması (\$)	Sağlık Harcaması (GSYİH %)	Ortalama Ömür Süresi	Bebek Ölüm Oranı	Aynı Gün Randevu Alamama %	Maliyetten Dolayı Hizmet Alamama %
Beveridge Ülkeleri	3402	9,6	79,8	3,3	48,6	9,6
Bismarck Ülkeleri	3245	8,1	81,7	4,4	43,0	16,5
Ulusal Sağlık Sigortası Ülkeleri	3927	11,1	81,1	5,7	78,0	26,0
ABD	8605	18,7	79,6	7,0	71,0	34,0
Türkiye	994	6,4	75,6	8,4	-	-

Kaynak OECD Health Data 2014

Sağlık sistemlerinin başarılarını ölçmede kullanılan başlıca veriler on dördüncü tabloda analiz edilmiştir. Bismarck modelini benimseyen ülkelerde sağlık hizmetlerine ulaşabilme oranı daha yüksektir. Beveridge modelini benimseyen ülkelerde ise aynı gün randevu alınabilme oranı diğer sistem ülkelerine göre fazladır. Genel bir yorumlama yapılacak olursa ülkelerin kullandığı

sağlık sistemlerinin sağlık alanındaki başarılarını tek başına gösteren veriler olmadığı görülmektedir. Ülkelerinin sağlık alanındaki verimliliklerinin tespitinde sağlık sistemlerinin özellikleri ile beraber toplumsal dinamiklerinin de göz önüne alınması elzemdir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

OECD ÜLKELERİ

1. ALMANYA SAĞLIK SİSTEMİ

Almanya, Bismarck modelinin doğduğu ülke olması ve günümüzdeki gelişmiş sağlık teşkilatı nedeniyle detaylıca incelenmesi gereken bir ülkedir.

1.1. Tarihi

Almanya sağlık sisteminin temel amacı toplumun tamamını sağlık sisteminin içerisine dahil etmektir. Bismarck sistemi Almanya’da programlanmıştır. Sağlık hizmetinin yürütülmesi neredeyse tamamen kamu tarafından gerçekleştirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı sosyal sigortalar vasıtasıyla sağlanmaktadır. 1850’li yıllarda oluşturulmaya başlanan sistem zamanla başka ülkeleri de etkisi altına almıştır. Günümüzde 90 civarında ülkenin Almanya sağlık sistemini merkez alarak sağlık sistemlerini organize ettiği görülmektedir.

1850’li yıllarda ciddi bir sanayileşme akımına giren Almanya’da işçilerin yaşadığı sağlık sorunlarında artış görülmüş buna bağlı olarak işçiler kendi aralarında yardım sandıkları kurarak örgütlenme yoluna gitmişlerdir. İşçilerin örgütlenmesinin toplumda sosyalist bir eğilim yaratmaya başlaması Muhafazakar Parti lideri Bismarck’ın konuya eğilim göstermesine neden olmuştur. Bunu sonucunda Bismarck toplumsal talebi karşılamak adına işverenler tarafından temin edilen genel sigortanın kurulmasını sağlayan kanunu çıkarmıştır. Bu kapsamda az gelirli işçilerin zorunlu sigorta kapsamına girmesi sağlanmış ve sosyal sigortacılık meydana çıkmıştır.

Almanya’da kişiler gelirleriyle orantılı şekilde prim öderler. Alman Anayasası’nın 74. Maddesi sağlık hizmetlerindeki yetki paylaşımını düzenlemektedir. Almanya siyasi sisteminde mevcut eyaletler sağlık sisteminde de merkezi devlete göre önceliklidir. Merkezi devlet sağlık sistemiyle alakalı kuralları yasalarla belirlemiş ancak bu yasaların uygulamasını ise büyük oranda eyaletlere bırakmıştır.

Hekimler Yasası,

Kamu Sağlık Sigortası Yasası,

Diş Hekimleri Yasası,

İlaç Hizmetleri Yasası,

Merkezi devlet tarafından yasalaştırıldıktan sonra uygulaması eyaletlere bırakılan başlıca yasalardır.

1.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Alman sağlık sisteminde koruyucu sağlık hizmetleri uzun süredir uygulanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, enfeksiyonlara ve çevresel faktörlere karşı olmak üzere iki ayrı başlık altında yürütölmektedir. İşyeri hekimliği ve aile hekimliği kurumları koruyucu hekimlik uygulamasını sağlayan temel yapılardır.

1.3. Ayakta Sağlık Hizmeti

Alman sağlık sisteminde ayakta sağlık hizmeti büyük oranda sözleşme ile çalışan hekimler tarafından sağlanmaktadır. Sistemde şahsi muayenehanelerinde verdikleri sağlık hizmetlerini sigorta kapsamında yürütürler. Almanya nüfusunun büyük oranda sağlık sigortası kapsamında olduğundan sağlık hizmetinin bu şekilde uygulanması sistemin temel taşı olmuştur. Aile hekimliği müessesesi pratisyen hekimler tarafından işletilmektedir. Pratisyen hekimler aile hekimi olmadan önce aile doktorluğu ile alakalı formasyon almaktadırlar.

1.4. Yataklı Tedavi Hizmetleri

Yataklı tedavi hizmetleri hastanelerde sağlanmaktadır. Yataklı tedavi hizmetlerini, yataklı bakım ve tedavi işlemleri, operasyon öncesi ve sonrası hizmetler ve ayakta cerrahi işlemleri olarak üç temel alanda uygulanmaktadırlar. Bireylerin hastanede yataklı tedavi alması, sevk zincirine tabi olması koşuluyla gerçekleşebilmektedir. Sistemin bir parçası olan kasa hekimlerinin onayıyla yataklı tedavi alınabilmektedir. Yataklı tedavi hizmetlerinin niteliğinin artırılması için merkezi devlet, bölgelere kaynak sağlamaktadır.

1.5. Sağlık Sosyal Hizmetleri

Almanya yaşlı nüfusun yoğun olduğu bir ülkedir. Bu nedenle evde bakım hizmetleri sağlık sisteminin önemli bir parçasıdır. Bunun haricinde okul sağlığı, sağlık eğitimi, gıda ürünlerinin denetimi, sağlık kurumlarının denetimi, çevre denetimi ve bulaşıcı rahatsızlıklara karşı denetimler sağlık sosyal hizmetleri kapsamında sağlanmaktadır.

1.6. Eczacılık Hizmetleri

Alman sağlık sisteminde eczacılık hizmetlerine ilişkin denetim ve düzenleme faaliyeti, ilaç enstitüsü tarafından gerçekleştirilir. İlaç satışları dört farklı kurala göre gerçekleştirilmektedir.

- Eczanede satışı mecburi olan ilaçlar,
- Yalnızca hekim reçetesi ile satılan ilaçlar,
- Serbest şekilde satılan ilaçlar,
- Sınırlandırılarak satışı gerçekleştirilen özel nitelikli ilaçlar.

İlaç bedellerini sigorta karşılarken, belli oranda da hastanın cepten ödeme yoluyla finansmana katılması öngörülmüştür. Bazı ilaçlar ise sigorta kapsamına girmemektedir. Alman sisteminde ilaç işlemleri ile ilgili bir düzenleme olan İlaç Yasası mevcuttur.

1.7. Sağlık Bakanlığı

Önceki dönemlerde İçişleri Bakanlığı bünyesinde faaliyet gösteren bir birim olan sağlık hizmetleri 1962 yılında yapılan düzenleme ile İçişleri Bakanlığından ayrılarak Sağlık Bakanlığı ismiyle faaliyet göstermeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığının yürüttüğü başlıca hizmetler;

- Sağlığın korunması,
- Gıda ve ilaç tüketicilerinin korunması,
- Çevrenin korunmasıdır.

Sağlık hizmetlerinde, Sağlık Bakanlığına bilimsel ölçüde destek vermesi için kurulmuş Federal Sağlık Konseyi Alman sağlık sisteminin bir parçasıdır. Yukarıda da izah edildiği üzere Almanya'da merkezi devletin yanında eyaletlerde kendi bünyelerinde hükümetlere sahiptir. Bu kapsamda eyaletlerin de kendilerine ait ayrı Sağlık Bakanlıkları mevcuttur. Eyalet Sağlık Bakanlıkları, Merkezi Sağlık Bakanlığı ile koordineli şekilde çalışmaktadırlar. Alman Sağlık

Bakanlığına bağı dört ana enstitü bulunmaktadır. Bunlar Federal Sağık Enstitüsü, Federal Sağık Eğıtimi Merkezi, Paul Ehrlich Serum ve Aşı Enstitüsü, Alman Tıbbi Dokümantasyon ve Enformasyon Enstitüsüdür.

1.8. Sosyal Güvenlik ve Finansman

Alman sosyal güvenlik sistemi yıllar boyunca gelişerek bugünkü halini almıştır. Ancak toplumun tamamını kapsayan sosyal sigorta sistemi 19. Yüzyılın sonunda kurulmuş olup, sistemin kurulmasını sisteme adını da veren Bakan Bismarck sağlamıştır. Günümüzde Almanya haricinde de birçok ülkede Bismarck sağık sistemi bir model olarak uygulanmaktadır.

1.9. Emekli Sigortası

Alman sosyal güvenlik sisteminde bütün işçi ve hizmetliler, emeklilik dönemlerinde sağık hizmetlerinden yararlanabilmek için zorunlu olarak emeklilik sigortasına tabidirler. Farklı meslek grubuna dâhil olarak serbest çalışanlar ise ihtiyari şekilde sigorta yükümlülüğüne katılabilirler.

1.10. Genel Sağık Sigortası Modeli

Bismarck tarafından sunulan tasarı çerçevesinde 15 Haziran 1883 yılında hastalık sigortası kanunu düzenlenerek Alman genel sağık sigortası modeli oluşturulmuştur. Almanya nüfusunun %99'u genel sigorta kapsamındadır. Sistemin finansmanı "Kranken Kassen" denilen hastalık sigorta kasaları(fonları) tarafından sağlanmaktadır. Hastalık fonları çoğunlukla gelir ve giderlerini kendileri oluşturmaktadır. Bu noktada merkezi hazinenin fonlara katkısı minimal düzeyde olmaktadır. Çalışanların primlerinin belli bir kısmı işverence belli bir kısmı ise çalışanlarca fona aktarılmaktadır. Alman sağık sisteminde kasalarla sözleşme yaparak sevk zincirini yöneten kasa hekimleri bulunmaktadır. Finansman ve tedavi ile alakalı hususlar kasa hekimince hesaplanır ve onun onayıyla tedavi edici sağık hizmetlerine yönlendirilir.

1.11. Resmi Hastalık Kasalarının İşlevi

Alman sağlık sisteminde 1300 civarında hastalık kasası bulunmaktadır. Kasalar bölge esnaf işletme ve ayrı kasalar olarak sınıflandırmaya tabi tutulmuştur. Her meslek grubu kendine ait olan kasadan sigortalanarak primlerini ödemekte ve sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Bu kasaların başlıca işlevleri;

- Evde bakım hizmetleri,
- Bakıma muhtaç kişilere yönelik hizmetler,
- Hastane ve poliklinik hizmetleri,
- Sağlık ürünleri temini,
- Koruyucu hekimlik hizmetleri,
- Ana-çocuk sağlığı hizmetleridir.

1.12. Hastaneler

Alman sağlık sisteminde hastaneler, devlete ait olanlar, kar amaçsız çalışanlar ve özel hastaneler olarak üç gruba ayrılmaktadırlar.

Devlete ait hastaneler; yerel yönetimler, eyalet hükümetleri ve federal hükümet tarafından oluşturularak finanse edilen hastanelere devlet hastaneleri denilmektedir.

Kar amaçsız çalışan hastaneler; yardımlaşma fonları ve kiliseler tarafından kurulmuş olan hastaneler bu grupta yer almaktadırlar. Hastanelerin idaresi kilise veya vakıfların oluşturduğu mütevelli heyetleri tarafından gerçekleştirilmektedir.

Özel hastaneler; Alman sağlık sisteminde özel sermaye girişimlerinin de serbest piyasa şartlarında sağlık hizmeti sağlaması mümkündür. Özel hastaneler de bu kapsamda Alman sağlık sistemi içerisinde yer almaktadır. Özel hastaneler de Sağlık Bakanlığı'nın denetimi altındadır.

2. ABD SAĞLIK SİSTEMİ

ABD kendine özgü sağlık sistemi yapısı nedeniyle, detaylıca incelenmesi gereken bir sağlık sistemine sahiptir.

2.1. Tanımı ve Tarihi

Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık sistemi kendine özgü bir model olup, diğer sağlık sistemi modellerinden içerisinde nüveler de barındıran bir modeldir. Bu çerçevede ABD sağlık sistemi çocuklar ve savaş gazilerininin sağlık hizmetine erişimi açısından Beveridge modeline, emeklilere sağlanan sağlık hizmeti açısından ulusal sağlık sigortası sistemine, çalışan bireylere sağlanan sağlık hizmeti yönünden ise Bismarck sistemine paraleldir. Bunların haricinde nüfusun önemli bir kısmının sigortasız olmasından ötürü ise cepten ödeme sisteminin nüvelerini taşımaktadır.

Kar amaçlı olarak işletilen sağlık kuruluşları ABD sağlık sisteminin önemli bir parçasıdır. Bu çerçevede yoğun bir şekilde özel sağlık sigortalarından faydalanmaktadırlar. Özel sağlık sigortası edinmek için yeterli gelir seviyesine sahip olmayan kişiler nedeniyle, ABD sağlık sistemi kendi içinde çok problem yaşamaktadır. Bu kapsamda 2010 senesinde başkan Obama tarafından "Hasta Koruma ve Ekonomik Bakım Yasası" denilen yeni bir sağlık modeli geliştirilmiştir. Bu yasa ile gelir seviyesi düşük kimselerin sağlık sigortasına sahip olması için çeşitli yöntemler geliştirilmiştir ancak Obama Care kısaltması ile anılan bu yasa ile hedeflenen sonuçlara ulaşılamamıştır.

Liberal ve kapitalist bakış açısının en yüksek perdeden uygulandığı sistem ABD sağlık sistemidir. ABD sağlık sisteminin temel ilkesi hastanın hekimi, hekimin de hastayı seçme özgürlüğüdür. Sağlık alanındaki kapitalist yaklaşımın yarattığı en büyük sorun, gelir seviyesi düşük insanların sağlık hizmetinden mahrum kalması ve çok yüksek boyutlarda gerçekleşen sağlık harcamalarıdır. ABD'de diğer ülkelere nazaran çok daha fazla sağlık harcamaları yapılmaktadır.

2.2. Tıp Eğitimi

ABD'nin tıp eğitimi kendine özgü özellik taşımakta olup, üç evreden oluşmaktadır.

- Tıp Fakültesi öncesi eğitimi; İki yıl süren ve biyoloji ağırlıklı derslerin alındığı bu dönemde öğrenciler Tıp Fakültesine giriş için çalışmakta bulunmaktadır. Bu fakültelerdeki başarı yüzdelere göre tıp fakültelerine kabul edilmektedirler.

- Tıp Fakültesi eğitimi; Tıp Fakültesine girmeye hak kazanan öğrenciler tıp eğitimi almaları akabinde Tıp Doktoru ünvanını alırlar. ABD sağlık sisteminde Tıp Fakültesini bitirmek doktorluk yapabilmek için yeterli değildir. Bu aşamada tıp eğitimi tamamlayanlar, eyaletlerin düzenlediği sınavları geçmesi sonrasında asistanlık görevi ile hekimlik faaliyeti icra etmeye başlarlar.
- Tıp Fakültesi sonrası eğitim; eyalet sınavını geçen doktorlar dalına göre değişmekle beraber minimum 3 yıl süren asistanlık eğitimini de tamamlamaları akabinde uzman oldukları dalda doktorluk faaliyetini icra etmeye başlarlar.

ABD sağlık sisteminin eğitime ilişkin bir diğer özelliği ise sürekli eğitim metodudur. Buna göre hekimler belli periyotlarda ulusal çapta yapılan sınavlara girerek ve birtakım sertifika programlarına katılarak, alanlarındaki yeterliliklerini ispat etmek zorundadırlar. Ayrıca hekimler çalışmak istedikleri eyaletlerin de şartlarına uygun lisansları elde etmekle yükümlüdürler.

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

ABD’de beş farklı sağlık sunumu mecrası bulunmaktadır.

- Devlet tarafından karşılanan sağlık hizmetleri; sağlık eğitimi giderleri merkezi devlet tarafından karşılanmaktadır.
- Devletle anlaşmalı olarak sağlık hizmeti veren kuruluşlar; daha sonraki kısımlarda ayrıntılı bilgisi verilecek olan medicare ve medicaid devletle anlaşmalı olarak sağlık hizmeti veren özel kuruluşlardır. ,
- Gönüllü sağlık hizmeti veren kuruluşlar,
- Salt özel sermayeli sağlık kuruluşları,
- Birinci basamak(aile hekimliği) sağlık hizmetleri.

2.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

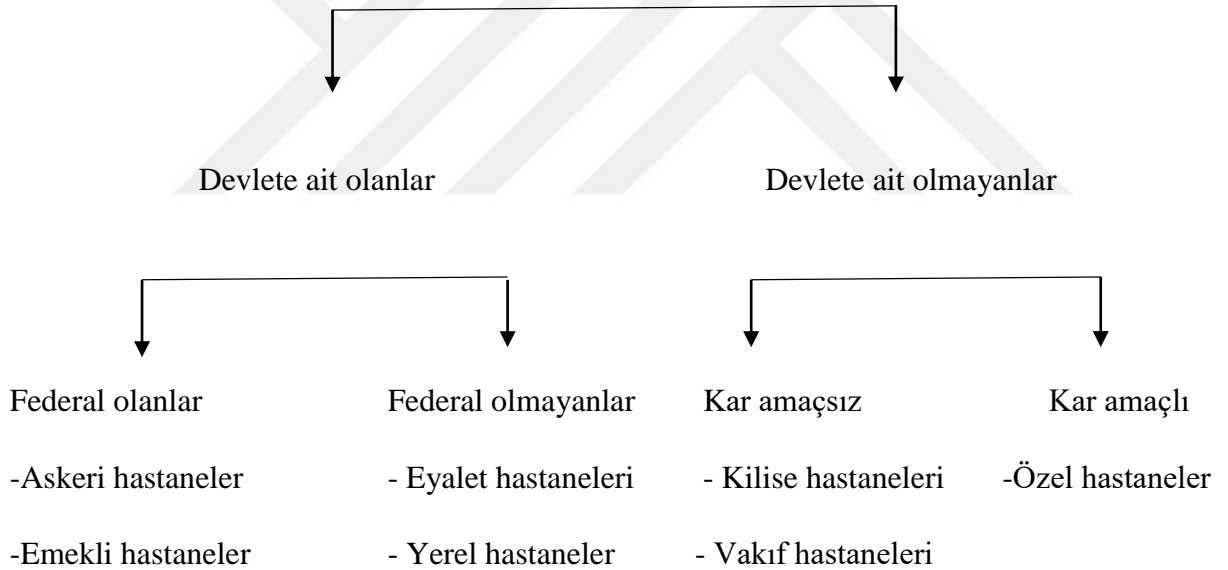
ABD sağlık sistemindeki birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, ABD’nin kendine özgü sağlık sistemi nedeniyle diğer sağlık sistemlerindeki birinci basamak sağlık hizmetlerinden farklılık göstermektedir. Zira ABD sağlık sistemi hastaya mümkün mertebede seçim özgürlüğü tanımakta ve düzenli bir sevk zincirini içermemektedir. Bu nedenle ABD özelinde birinci

basamak sağlık hizmetinden çoğunlukla anlaşılacak hizmet noktası özel hekim muayenehaneleridir. ABD'deki hekim nüfusunun takribi %40'ı birinci basamak hizmeti sağlamaktadırlar. Birinci basamak hekimleri ve hastalarının talebi doğrultusunda üst basamağa sevk gerçekleşebilmektedir. Ancak belirtilmelidir ki, bu sevk işlemi hastanın sigorta poliçesinin kapsamına bağlıdır.

2.5. Hastaneler

ABD hastaneleri, mülkiyet esasına göre ikili bir ayrıma tabidir. Bunlardan ilki devlete ait olanlar diğeri ise özel hastanelerdir.

Şekil 2 ABD Hastanelerinin Dağılımı



2.5.1. Devlet Hastaneleri

ABD sağlık sisteminde, hastanede hizmet veren doktorların büyük kısmının serbest nitelikte faaliyet gösterdikleri görülmektedir. Üç tipte devlet hastanesi bulunmaktadır. Bunlardan ilki tıp fakülteleri tarafından işletilen hastaneler, ikincisi devletin ceza sistemine intibak etmesi için kurulmuş hastaneler, üçüncüsü ise sosyokültürel olarak zayıf bölgelerde yer alan halk hastaneleridir.

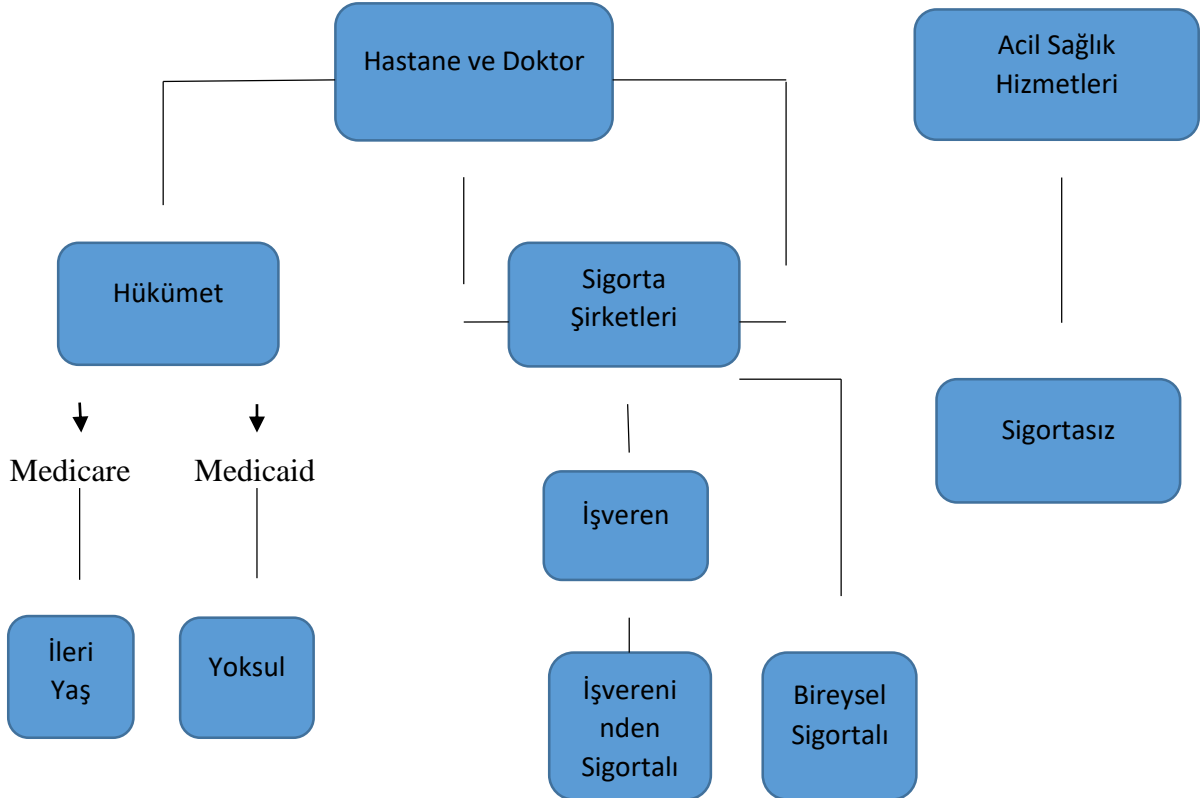
2.5.2. Özel Hastaneler

ABD sağlık sisteminde şahıslar, devlet, üniversiteler veya belli gruplar özel hastane açarak serbest piyasa şartlarında sağlık hizmeti sağlayabilmektedirler. Özellikle belli alanda ihtisaslaşmış birçok özel sağlık girişiminin ABD sağlık sisteminde yer aldığı gözlemlenmektedir.

2.6. Finansman

ABD sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülkedir. Ülke gelirin yaklaşık %17'si sağlık harcamalarına ayrılmıştır. Aşağıdaki şekillerde ABD'nin sağlık sektöründeki gelir ve giderleri belirtilmiştir. ABD'nin sağlık gelirlerinin büyük kısmı medicare ve medicaid denilen özel sigorta programlarından karşılanmaktadır. Diğer taraftan cepten yapılan sağlık harcamalarının da ciddi bir payı bulunmaktadır. ABD sağlık giderlerinin büyük bir kısmının ise hastane hizmetlerine harcadığı görülmektedir. Bunun yanında hekim masrafları da giderle içerisinde önemli bir kalemdir.

Şekil 3 ABD Sağlık Finansmanı



ABD’de sağlık hizmetleri dört temel kurum ile finanse edilmektedir. Bunlar;

- Kar amaçlı sigorta Şirketleri,
- Mavi Haç ve Mavi Kalkan,
- Bağımsız sigorta planları,
- Medicare – Medicaid isimli kamu sigortaları.

Yukarıda sayılan sigortalar, toplumun yaklaşık %85’ini kapsamaktadır. ABD toplumunun %15’i ise herhangi bir sigortadan yararlanamamaktadır. Kar amaçlı sigorta Şirketleri sektörün %50’sini oluşturmaktadır.

2.6.1. Kar Amaçlı Sigorta Şirketleri

ABD sağlık sisteminde, kar amacı güderek faaliyet gösteren sigorta Şirketleri, zel sigorta Şirketlerinin yaklaşık %65’ini oluŐtururlar. Genellikle, iş yerlerinde grup sigortaları yaparak faaliyet gösterirler. Bunun maliyetini de işverenler karŐılar ve sigorta Őirketini seçim hakkı iŐverenlerdedir. Özel sigorta Şirketlerinin alıŐma prensibi, genellikle kesinti uygulanması Őeklinindedir. Buna göre hastaya yıllık bazda bir cepten ödeme zorunluluğu getirilir ve bu sınır aŐıldıktan sonra sigorta kapsamında ödeme gerçekleştirilir.

2.6.2. Mavi Haç ve Mavi Kalkan

Mavi Haç ve Mavi Kalkan grupları, özel sigorta hviyetindedirler ancak kar amaçlı değillerdir ve birbirleri ile rekabet etmezler. Bu kapsamda Mavi Haç kuruluşları hastane masraflarını, Mavi Kalkan kuruluşları ise doktor ücretlerini finanse etmektedir. Bu kuruluşlar ABD’nin tüm eyaletlerinde hizmet vermektedirler. Grup poliçesi yaptıkları gibi, bireysel sigortalama da yapmaktadırlar. Mavi Haç ve Mavi Kalkan sigorta kuruluşlarını özel hastane sahipleri veya doktor grupları kurmuŐlardır. Bu kapsamda Mavi Haç ve Mavi Kalkan sigortalıları tedavilerini bu kuruluşlara ait sağlık merkezlerinde almaktadırlar. Bu kapsamda maliyetler azaldığından, sağlık finansmanını daha düşük tutarlara sağlayabilmektedirler.

2.6.3. Bağımsız Sigorta Planları

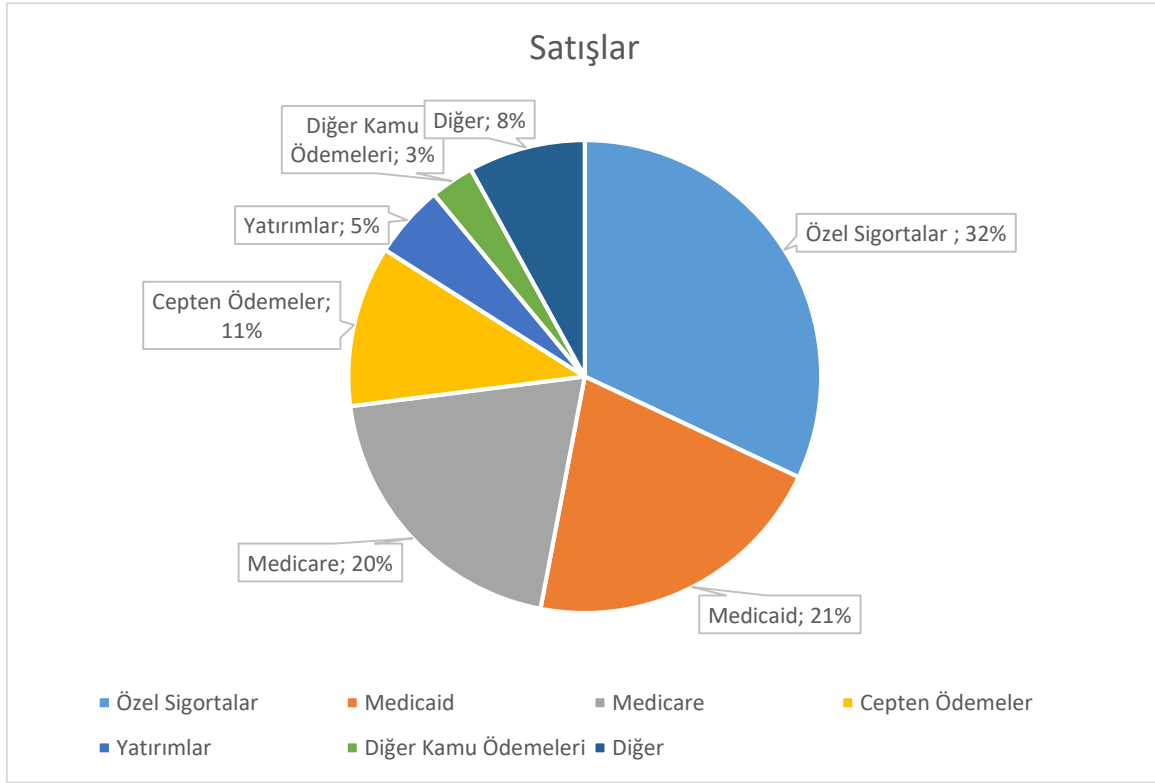
Sağlık destek organizasyonlarının işlettiği sigorta planlarıdır. ABD sağlık sistemi içerisindeki payları giderek artmaktadır. Bu sigortalar da kar amacı ile hareket etmeyen özel sağlık sigortalarıdır. Şehirsiz bazda örgütlendikleri görülmektedir.

2.6.4. Kamu Sigortaları

a) Medicare; ulusal çapta düzenlenmiş bir emeklilik programıdır. Yönetimi ve Finansmanı federal hükümet tarafından sağlanmaktadır. Temel olarak sosyal güvenlik sistemine ödemede bulunan herkes medicare kapsamındadır. 65 yaşın üstündekiler ise doğrudan Medicare'in kapsamına alınmaktadır. A ve B adında iki ayrı ödeme sistemine sahiptir. A sistemi çerçevesinde hastane masrafları ödenirken B sistemi içerisinde doktor ve yardımcı sağlık personelinin yapmış olduğu hizmetin ücretleri karşılanır. Medicare sistemi de özel sigortalar gibi kesinti mantığını içermektedir. Buna göre hastane ve hekim masraflarının her yıl için başlangıçtaki bir bölümü sigortalı tarafından ödenmektedir. Ayrıca bazı özel sağlık harcamaları da medicare tarafından karşılanmaz. Bu nedenle medicare sigortalıların tamamlayıcı sağlık sigortalarına da yönlendiği görülmektedir.

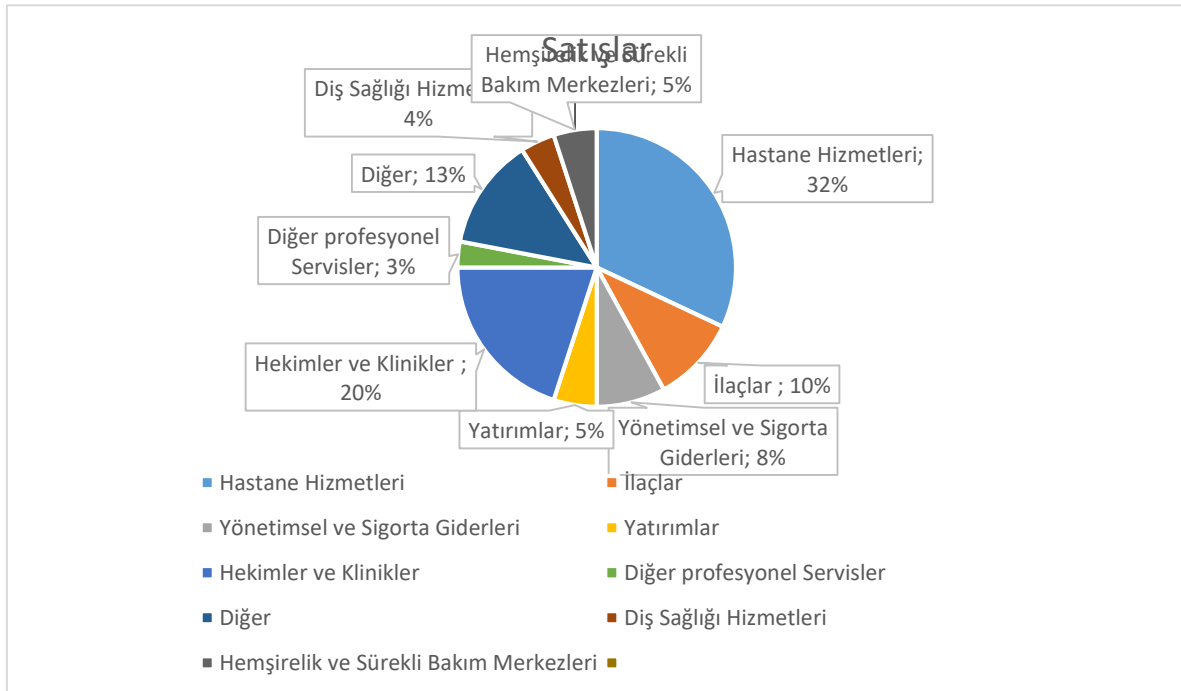
b) Medicaid; merkezi devlet ve eyaletlerin müştereken yürüttüğü bir programdır. Temel amacı sosyokültürel olarak düşük seviyeli insanların bakım yardımı almasıdır. Medicaid'in finansmanı toplanan vergilerdir.

Şekil 4 ABD Sağlık Gelirleri (3,2 Trilyon) 2015



Kaynak : Centers For Medicare & Medicaid Services (cms.gov)

Şekil 5 ABD Sağlık Giderleri (3,2 Trilyon) 2015



2.7. Sağlık Personeli

ABD sağlık sistemi içerisinde doktorların rolü ve önemi büyüktür. Zira sağlık organizasyonu kapsamında hekimlerin birçok görevi ve sorumluluğu bulunmaktadır. Doktorlar, hastalığın teşhis ve tedavisi hizmetinin yanında kaynak kullanımına da karar vererek bu sürecin yürütülmesini sağlayan kişilerdir. ABD hekimleri çoğunlukla serbest çalışan pozisyonundadır ve birinci basamak sağlık hizmeti vermektedirler. Bunun yanında ABD sağlık sisteminde 22 farklı uzmanlık alanı mevcuttur.

3. İNGİLTERE SAĞLIK SİSTEMİ

Beveridge modelinin oluşturulduğu ülke olan İngiltere, sağlık hizmetinin kamusal niteliği açısından öncelikle incelenmesi gereken bir sağlık sistemine sahiptir.

3.1. Tanımı ve Tarihi

İngiltere sağlık sistemi tarihi gelişimi ile birçok farklı ülkeyi de model olarak etkilemiş, köklü bir sağlık sistemidir. İngiltere sağlık sistemi sunumu ve finansmanı açısından kamusal nitelikli olup, halkın tümünü bünyesine katan bir sistemdir. İngiltere sağlık sistemindeki bireyler çalışsın veya çalışmasın Ulusal Sağlık Hizmeti isimli resmi yapılanma kapsamında sosyal sağlık sisteminin içerisinde yer almaktadır. Sistemin finansmanı büyük oranda kamu kaynakları çerçevesinde sağlanmaktadır. İngiltere genel anlamda tek tip sağlık sistemini sağlayan örnek ülkedir. İngiltere sağlık sistemi model olarak birçok ülkenin benimsediği bir sağlık sistemi olmuştur. Bunu da Beveridge isimli model ile sağlamıştır. Beveridge modelinin temeli, ikinci dünya savaşı esnasında, William Henry Beveridge'in başkanlığında kurulmuş bir komitenin yayınladığı raporla beraber atılmıştır. Raporla göre yoksulluğun sebepleri ve bunların çözüm yolları şu şekilde sıralanmıştır.

- İlk neden işsizlik olarak belirtilmiştir. Bu çerçevede herkese iş temin etmek hedeflenmiştir.
- İkinci neden çalışanların ücretlerinin makul seviyelere çekilerek karşılaşılan hastalıklara karşı kişilerin ekonomik kuvvetinin olması hedeflenmiştir.

- Yaşlılık ve malullük hallerinde kişilerin sağlık hizmetini almaya devam edebilmesi adına sosyal güvenlik sisteminin oluşturulması hedeflenmiştir.
- Doğum oranlarının azalması ve yaşlı nüfusun artması ile üretimin düşmesi karşısında aile planlamasının yapılarak üretken bir toplum yaratılması hedeflenmiştir.
- Kötü çalışma koşulları karşısında toplum sağlığının bozulması bir başka neden olup, buna yönelik olarak da işyeri sağlık güvenliği sisteminin oluşturulması hedeflenmiştir.

3.2. Ulusal Sağlık Hizmeti(NHS)

Beveridge raporunun tavsiyeleri üzerine 1948 senesinde Ulusal Sağlık Hizmeti(NHS) kurulmuştur. NHS sistemi hiyerarşik bir yapı şeklinde yürütülen bir temelde kurulmuştur. Sistemin en tepesinde sağlık bakanlığı devamında bölge sağlık otoriteleri, onu takip eden de yerel sağlık otoriteleri bulunmaktadır. NHS'nin finansmanı büyük oranda vergilerle karşılanmaktadır. NHS kapsamında yapılan harcamalar hükümet tarafından planlanmakta ve kontrol edilmektedir. Bu durum İngiltere sağlık sisteminin merkeziyetçi bir yapıda olmasını sağlamaktadır. NHS İngiltere sağlık sisteminde beş temel ayak üzerinde örgütlenmiştir.

- Genel pratisyenler,
- Bölge hastaneleri ve uzman hizmetler,
- Eğitim hastaneleri,
- Yerel sağlık yönetimleri,
- NHS Trust hastaneleri.

Genel pratisyenler; diğer birçok ülkenin aksine İngiltere'de pratisyenlik de bir uzmanlık alanıdır. İngiltere'de pratisyen doktorlar bir uzmanlık eğitime tabidirler. Buna göre bir yıl internlük, devamında iki yıl süren hastane eğitimi ve akabinde bir yıl süren eğitici bir genel pratisyenin muayenehanesinde geçirilen bir yıldan sonra doktorlar genel pratisyen statüsünde çalışmaya başlamaktadırlar.

Bölge Hastaneleri ve Uzman Hekimler; NHS yapılanmasının diğer bir unsuru da Bölge Hastane Kurulları ağıdır. Ülke bu kapsamda bölgelere ayrılmıştır ve ortalama üç milyon kişiye düşecek şekilde Bölge Hastane Kurulları oluşturulmuştur. İngiltere'deki uzman doktorların çok büyük bir bölümü bölge hastanelerinde çalışmaktadırlar. Bölge Hastanelerinde çalışan uzman hekimlerin yaklaşık %60'ı tam zamanlı %40'ı ise yarı zamanlı olarak görev yapmaktadırlar.

Eğitim Hastaneleri; sağlık hizmetinin yanında tedavi edici sağlık eğitimi ile de ilgilenen eğitim hastaneleri NHS'nin diğer önemli parçasıdır. Sistemin kurulduğu 1948'de BHK organizasyon

şemasına dahil olmayan eğitim hastaneleri, sonradan yapılan düzenlemeler ile BHK şemasına dahil edilmiştir.

Yerel Sağlık Yönetimleri; İngiltere NHS sisteminin dördüncü ayağıdır. Yerel sağlık yönetimleri, ülke çapındaki koruyucu toplum sağlığı hizmetlerini yürütmektedirler. Bunların haricinde yaşlı bakım hizmetleri, ambulans hizmetleri, hemşirelik hizmetleri de yerel sağlık yönetimlerinin sağlık hizmeti verdiği hususlardır. Ayrıca ana-çocuk sağlığına ilişkin yapılan kamusal hizmetler de yerel sağlık yönetimleri tarafından icra edilmektedir.

NHS Trust Hastaneleri; NHS sistemi içerisinde bir çeşit özerkliğe sahip olarak sağlık hizmeti sağlayan ve doğrudan Sağlık Bakanı'na bağlı olarak çalışan işletme özelliğine sahip hastaneler grubudur. NHS Trust hastaneleri kendi hizmet çeşitlerini oluşturmakta, ticari faaliyetlerde bulunmakta ve kendi işletme planlarına göre hareket etmektedirler.

3.3. İngiltere Sağlık Sistemlerinin Ekonomik Kaynakları

NHS'nin temel amacı sağlık hizmetini serbest piyasa şartlarından çıkarıp, kamusal nitelikli ve kamusal yarara hizmet eden ve finansmanı da bu doğrultuda kamusal kaynaklarla sağlanan bir sosyal hak haline getirmektir. Bu haliyle İngiltere sağlık sistemi finansman açısından da başarılı bir model olarak faaliyetini sürdürmeyi gerçekleştirebilmektedir. İngiltere sağlık sisteminde faaliyet gösteren sağlık personelinin büyük çoğunluğunun maaş karşılığında çalıştığı görülmektedir. Özellikle hastane personelleri büyük oranda maaş karşılığında çalışmaktadır. Genel pratisyenler ise bu noktada ayrı bir özellik göstermektedir. Bunlar maaş yanında hizmet karşılığı ücret alma şeklinde de çalışmaktadırlar. İngiltere sağlık sisteminde sağlık personellerinin ücretleri Ulusal Ücret Değerlendirme Kurumu tarafından hükümetin ve çalışanların görüşünün alınması akabinde piyasa rayicine göre belirlenmektedir.

4. FRANSA SAĞLIK SİSTEMİ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık sistemi olarak örnek gösterilen Fransa'da sağlık sisteminin verimlilik oranı yüksektir. Bu açıdan detaylıca incelenmesi gerekmektedir.

4.1. Tanımı ve Tarihi

Fransa sağlık sistemi, refah yönelimli sağlık sistemleri kümesinde yer almaktadır. 1996 yılında bu alanda yaptığı reformlarla sağlık sistemini sigorta yapılanmasından kamusal nitelikli bir yapılmaya dönüştürmüştür. Bu çerçevede harcamaların düzenlenmesi sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılması ve yönetsel faaliyetlerin geliştirilmesi alanlarında önemli

reformlar yapılmıştır. 2000 senesinde Dünya Sağlık Örgütü Fransız sağlık sistemini, dünya çapında birinci seçmiş ve diğer ülkelere örnek sistem olarak tavsiye etmiştir.

4.2. Sağlık Sisteminin Yapısı

Fransız sağlık sisteminin en üst organı Sağlık Bakanlığıdır. Sağlık Bakanlığı ise çeşitli konularda görev yapan çeşitli birimlere ayrılarak görevini ifa etmektedir. Sağlık politikalarından sorumlu olan birim Genel Sağlık Yöneticiliğı, kaynakların kullanımından sorumlu birim Hastane ve Sağlık Hizmetleri Yöneticiliğı, finansal konularla alakalı birim Sosyal Sigorta Yöneticiliğı, sosyal hizmetlere ilişkin olarak da Sosyal Politika Yöneticiliğı ilgili birimler olarak görev yapmaktadırlar.

4.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Fransa'nın sağlık sigortası sistemi, Hastalık Sigortası Fonlarının ve ek sigorta sisteminin karışımından oluşmaktadır(Sargutan, 2006:1014). Fransız sağlık sistemi finansmanındaki ana rol genel vergilere aittir.

4.4. Sağlık Sigortasının Gelişimi

Fransa'da kamu sağlık sigortası 1945'te kurulan sosyal sigorta sisteminin bir parçasıdır. Bu sistem bir gelir ölçme programı olan "Assurances Sociales" tarafından oluşturulan bir sigorta sistemi üzerine kurulmuştur. Bu gelir ölçme programı belli seviyenin altında geliri olan, maaşlı işçilerin katılımını gerektiren Bismarck modeline dayandırılmıştır(Sargutan, 2006:1015). Fransa hastaların ve hekimlerinin özgürlük alanlarının geniş olduğu bir sisteme sahiptir. Fransa sağlık sisteminde tüm sağlık harcamalarının Sosyal Güvenlik Yönetimi ve Ulusal Sağlık Sigortası programınca karşılanması esas alınmıştır. Temel olarak sigortalılar ve işverenlerce zaruri olarak ödenen primler ile sistem kaynağını oluşturmaktadır. Zorunlu prim uygulamasında sigortalı, seçeceği kapsam çerçevesinde prim öder ve bu bazda hizmet alır.

4.5. Sağlık Personeli

Fransa'da sağlık personellerinin profesyonellik ilkesi çerçevesinde görevini ifa ettiği görülmektedir. Fransa'da üç tür sağlık personeli mevcuttur. Bunlar, devlet hastanelerinde çalışanlar, özel hizmet sağlayan cerrahlar ve kar amacı olmayan hastanelerde yarı zamanlı olarak görev ifa edenlerdir.

4.6. Hastaneler

Fransa'da hastanelerin üçte ikisi devlete aitken kalanları ise özel hastanelerden oluşmaktadır (Sargutan, 2006: 1008). Devlet hastanelerinin büyük bir kısmını ise üniversite hastanelerinden oluşmaktadır. Psikiyatri, pediatri, romatoloji gibi konularda ihtisaslaşmış devlet hastaneleri Fransa Sağlık Sistemi'nin parçalarını oluşturmaktadır.

Fransa'da özel hastanelere her yıl 6.5 milyon kişi başvurmakta ve ülkede yapılan cerrahi girişimlerin %60'ı özel hastanelerde yapılmaktadır. Fransa'da özel hastanecilik sektörünü yöneten üç federasyon bulunmaktadır. Bunlar ise Özel Hastaneler Federasyonu, Özel Klinikler ve Hastaneler Derneği ve Özel hastaneler ve Sağlık Hizmetleri Federasyonudur.

5. NORVEÇ SAĞLIK SİSTEMİ

Norveç kapsayıcı, bütüncül tipte sağlık hizmeti yürütmektedir. Genel manada dünyadaki çeşitli ülkelere sağlık sistemi açısından örnek oluşturacak niteliktedir. Norveç'te yaşlılık, hastalık, malullük ve işsizlik durumlarında da kişiler sağlık hizmetlerinden yararlanmaya devam etmektedirler.

Norveç'in yıllık bütçesinin %40'ı sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerine ayrılmaktadır. Sistemin finansmanı büyük oranda ulusal sigortalardan karşılanmaktadır. Sosyal sigorta yapılanması tüm vatandaşları kapsamaktadır. Norveç'te çalışanların tamamı kazançlarının belli kısmını ulusal sigorta vergisine aktararak sistemin sürdürülebilir olmasını sağlamaktadır. Norveç'te kişi başına sağlık harcaması 2000 ABD dolarıdır.

Norveç'te sağlık hizmeti yerel yönetimler tarafından yürütülmektedir. Merkezi yönetim ise sağlıkla alakalı yöntem ve politikaları belirleyerek yönlendirici olmakta ve denetimlerini yapmaktadır. Sistem bu haliyle başarılı olarak bu hususta başarı için merkeziyetçiliğin şart olmadığını göstermiştir.

6. BELÇİKA SAĞLIK SİSTEMİ

Belçika sağlık sisteminin karakteristik özellikleri tıp alanında liberal düşünceler, zorunlu sağlık sigortası uygulaması ve hastaların hizmet sunucularını seçme konularındaki serbestlikleridir (Sargutan, 2006: 430).

Belçika eyalet sisteminin kullanıldığı bir ülke olduğundan, sağlık sistemleri de bu esas çerçevesinde belirlenmiştir. Sağlık hizmetleri basamağında en üstte Sosyal İşler, Kamu Sağlığı ve Çevre Bakanlığı bulunmaktadır. Kamu sağlığı ile alakalı kararların alınması ve sağlık

hizmetinin finansman kaynaklarının yönetimi bakanlık tarafından icra edilmektedir. Yerel idareler ise koruyucu sağlık hizmetlerini icra etmektedirler.

Sağlık hizmetlerinin kaynaklarının %40'ı kamusal niteliklidir. Belçika'da 1'i kamu 5'i de kar amaçsız özel olmak üzere toplam 6 tane sağlık sigortası bulunmaktadır. Nüfusun tamamına yakını zorunlu olarak sigorta kapsamında olup sigortaların finansmanı prim esasıyla sağlanmaktadır. Primler devlet, işveren ve çalışanlar tarafından eşit oranda ödenmektedir. Sigorta kapsamında olmayan dar gelirli ufak gruba da belediyeler tarafından kurulan merkezlerce sağlık hizmetlerinde bulunmaktadır.

Ülke her biri 200.000 kişiyi kapsayan 48 hastane bölgesine ayrılmıştır ve hastanelerin idaresi yerel yönetimlerce gerçekleştirilmektedir. Belçika'da diğer birçok OECD ülkesinin aksine özel hastanelerin sayısı daha fazladır. Ancak özel hastanelerin yapısına bakıldığında çoğunlukla kar amacı gütmeyen hastaneler olduğu görülmektedir.

Doktorlar sözleşmeli çalışır, muayenehane açabilir, dağılımı dengelidir. Sağlık hizmeti sunumunda çalışan sağlık personelinin işlevleri ve rolleri tam olarak tanımlanmamıştır. Genel pratisyenlerin ve uzman hekimlerin rollerinin ayrımı konusunda bir boşluk vardır. Bağımsız sağlık hizmeti sunucuları hizmet başına ücret ile çalışırlar ve hastanın doktor seçme özgürlüğü bulunmaktadır (Sargutan, 431: 2006).

Belçika sağlık sisteminde eczaneler tamamen özel sermayedir. Devlet ilaç fiyatlarını belirleyerek piyasayı kontrol altında tutmaktadır. Sağlık hizmetleri için resmi ücret tarifesi uygulanmaktadır. Belçika Bismarck sağlık modelini uygulamaktadır.

7. İTALYA SAĞLIK SİSTEMİ

1978 yılından önce dağınık şekilde faaliyet gösteren primli sosyal sağlık sigortası fonları mevcuttu. 1978 yılında Ulusal Sağlık Hizmeti'ni kurarak desantralizasyon uygulamasını başlatan ve kapsayıcı, bütüncü, tekçil hizmet tipi sağlık sistemine geçen İtalya, kamu kaynağı esaslı bu sosyal sağlık güvenliği sisteminde sağlık hizmetlerini, tüm vatandaşlarına ücretsiz olarak sunmaktadır (Sorgutan, 2006: 1420).

İtalya'da sağlık hizmetleri ulusal, bölgesel ve yerel seviyede örgütlenmiştir. Sağlık hizmetlerinde yüksek seviyede desantralizasyon sağlanmıştır. Yerel sağlık birimleri sağlık hizmetlerinin sunumundan doğrudan sorumludur (Sorgutan,2006: 1420).

Sağlık Bakanlığı ülke çapındaki sağlık politikalarını planlayan, yöneten ve denetleyen kurumdur. Sağlık Bakanlığı yıllık bazda hazırladığı ulusal planlarını parlamentoya onaylatmak zorundadır. Bölge idareleri ise Sağlık Bakanlığı tarafından parlamentoya onaylatılan planlar çerçevesinde sağlık hizmetlerini yürütmektedir.

İtalya sağlık sisteminin idari ve finansal kaynakları büyük oranda kamusal niteliklidir. Özel sermayeli sağlık sunucuları ise gerekli yükümlülükleri yerine getirdikten sonra bakanlık ile yapacağı sözleşme çerçevesinde sağlık hizmetinde bulunabilmektedir.

İtalya'da halk sağlığına ilişkin uygulamalar yerel yönetimlerin sorumluluğundadır. Kamusal sözleşmeli uzman doktorlar ve genel pratisyenler birinci basamak sağlık hizmetini sunmaktadırlar. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise hastanelerde verilmektedir.

Ulusal Sağlık Hizmeti'nin gelirleri doğrudan ve dolaylı olarak toplanan vergiler ve ek ödemeler çerçevesinde karşılanmaktadır. Bu çerçevede İtalya'da sağlık hizmetinin finansal kaynağının kamusal olduğu görülmektedir.

İtalya sağlık sisteminde doktorlar da çoğunlukla kamuya bağlı olarak çalışmaktadırlar. Doktorlar içerisinde daha küçük bir kısım ise özel hastaneler gibi bakanlık ile sözleşme yaparak serbest faaliyet yürütebilmektedirler.

8. FİNLANDIYA SAĞLIK SİSTEMİ

Gelişmiş bir ülke olan Finlandiya'da sağlık sistemi tek elden yönetilen Kapsayıcı, Bütüncü, Tekçi hizmet tipi sağlık sistemine sahiptir. Ülkenin sağlık politikasının uzun dönemli hedefleri topluma mümkün olan en iyi sağlık hizmetinin sunulması ve farklı sosyal gruplar arasındaki eşitsizliğin giderilmesi olarak belirlenmiştir. Herkesin ödeme gücüne, sağlık statüsüne ve yaşadığı yere bakılmaksızın sağlık sisteminden ücretsiz yararlanma hakkı vardır (Sargutan, 2006: 950).

Finlandiya sağlık sisteminde organizasyon ulusal ve yerel düzeyde olmak üzere iki koldan sürdürülmektedir. Sağlık hizmetinin finansmanı ve teşkilatlanması merkezden yönetilirken, yerel idareler ise sağlık hizmetinin sunumunu gerçekleştirmektedir.

Merkezdeki sorumluluk bakanlığa aittir. Bakanlık sağlık hizmetlerine yönelik genel politikaları oluşturmak ve denetimini sağlamakla sorumludur. Finlandiya'da sağlık alanındaki asıl sorumluluğu ise belediyeler üstlenmektedir. Ülke çapında 450 civarında belediye idaresi bulunmaktadır ve sağlık hizmetlerinin teşkilatlanması belediyeler tarafından yürütülmektedir.

Finlandiya sağlık sistemi sevk zinciri açısından örnek teşkil edecek düzeyde geliŐmiŐtir. Buradan hareketle de Finlandiya’da birinci basamak sağlık hizmetlerine büyük önem verilmektedir ve bu hizmetler ücretsizdir. ReŐit olmayan kişiler tüm sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri yerel yönetimler tarafından gerçekleştirilmektedir.

Ülkenin nüfus artış oranı yavaŐtır. Bu nedenle yaşlı sayısı hızla artmaktadır. Bu kapsamda yaŐlılara yönelik sunulan hizmetlerin önemi artmaktadır. AB lkeleri içerisinde sağlık sektörü açısından memnuniyet ekseninin en yüksek olduğu AB lkesidir.

Ulusal hastalık sigortası kurumu, ülke çapında yaklaşık 400 birim aracılığıyla sosyal sigortalar tarafından yönetilir. Bu kurum parlamentonun denetimi altındadır. Kurum, yazılan ilaçların bedelinin bir bölümünün ödenmesi, bazı durumlarda ulaşım masraflarının karşılanması, tıbbi hizmet, mesleki sağlık hizmeti, ğrenci sağlığı ve rehabilitasyon gibi çeşitli hizmetleri sunar, hastalık, hamilelik ve doğum esnasındaki gelir kaybı ile hasta çocuğun tedavisi ve rehabilitasyonu sırasında ailenin maruz kaldığı gelir kayıplarını da telafi eder.(Sargutan, 2006:951)

Finlandiya sağlık sistemi iŐverenlere çalıŐanlarına yönelik sağlık hizmetleri sağlamak noktasında sorumluluk yüklemektedir. Bu çerçevede koruyucu sağlık hizmetleri işverenler tarafından çalıŐanlarına sunulmaktadır. Buna ilişkin doğan giderlerin bir kısmı ise sigorta tarafından karşılanmaktadır. Finlandiya sağlık sisteminde sağlık finansmanının birincil kaynağı kamu kuruluŐlarıdır. Yerel yönetimler(belediyeler) sağlık hizmetlerini finanse eden ana kurumlardır.

9. YENİ ZELANDA SAĞLIK SİSTEMİ

Yeni Zelanda sağlık sistemi, kamusal nitelikli ve ücretsiz olma temelinde ŐekillenmiŐ, gelişmiş bir yapıya sahiptir. Geçtiğimiz yirmi yılda, toplum sağlığına ilişkin uygulamalarını iki ana reform ile yenilemiŐtir. Yeni Zelanda sağlık sisteminin teşkilatlanması, tepede Sağlık Bakanlığı, onun altında hizmet veren yirmi bir tane bölge sağlık kurulundan müteŐekkildir. Bakanlığın asli görevi ülke çapındaki sağlık politikalarını oluŐturarak geliştirmek, bunlara ilişkin kararlar vermek ile sağlık hizmetlerinin denetimini sağlamaktır. Bölge sağlık kurulları ise yerel bazda ayrılan nüfus gruplarına sağlık hizmeti sağlamakla sorumludurlar. Yeni Zelanda’nın coğrafi yapısının zorluğu, sağlık hizmetinin yerelleŐmesine neden olmuştur. Yeni Zelanda birinci basamak sağlık hizmetlerinin ön planda olduğu ülkelerden biridir. lke

çapındaki hastanelerin yüzde sekseni devlete aittir. Hastanelerin ekonomik kaynakları merkezden sağlanırken, idari işleri ise bölgesel sağlık kurullarınca yapılır.

Yeni Zelanda 1938'de çıkarılan sosyal güvenlik yasası ile dünyada sosyal güvenlik uygulamasına geçen ilk ülkelerden biridir. Sosyal güvenlik hakları, kişisel ve özel sosyal güvenlik katkıları ile değil genel vergiler ile finanse edilmektedir. Kapsamlı sosyal refah sistemi, emekli dul ve yetim aylığının yanı sıra, annelik, hastalık, yaşlılık, işsizlik ve iş göremezlik yardımı gibi hizmetleri sunar.(Sargutan, 2006:2796)

Yeni Zelanda sağlık sistemindeki temel amaç, sağlık hizmetine yönelik kişilerin aldığı tüm giderlerin devlet tarafından karşılanmasıdır. Kamuya ait kuruluşlarda ilaç ve tedaviler ücretsiz olarak sağlanmaktadır. Yeni Zelanda sağlık sisteminde gönüllülük esası ile çalışan kişi ve kurumların da sağlık hizmetine önemli ölçüde katkı sağladıkları görülmektedir. Ülke çapında sayısı iki yüzü geçen gönüllü sağlık hizmeti örgütü kar amacı gütmeksizin sağlık alanında çalışmaktadırlar.

Ülkede sağlık hizmet sunucularının büyük çoğunluğu kamusal nitelikte olmasına karşın son yıllarda özel sektörün de gelişim kaydettiği görülmektedir.

10. HOLLANDA SAĞLIK SİSTEMİ

Hollanda nüfusunun büyük bir çoğunluğu iyi sağlık seviyesinde yaşamaktadır. Hollanda sağlık seviyesinin yükselmesi, ikinci dünya savaşından sonraki yüksek düzeydeki ekonomik kalkınma ve bu süreçteki sağlık sisteminin de çok büyük aşamalar kaydetmesine bağlanabilir(Sargutan, 2006:1184). Ülkedeki tüm vatandaşların, kamu sağlık sigortası kapsamında sigortalı oldukları görülmektedir. Hollanda sağlık sisteminin önemli bir diğer özelliği ise sağlık politikalarının sivil toplum kuruluşları ile hükümet arasında oluşturulan komisyonlarca müzakere edilerek belirlenmesidir.

Ülkede sağlık politikalarının yöneticisi, Sağlık Refah ve Spor Bakanlığıdır. Bu bakanlık nezdinde kurulmuş olan ulusal toplum sağlığı ve çevre enstitüsü de ülke çapındaki koruyucu sağlık hizmetlerini düzenleyen kurumdur. Hollanda sağlık sisteminde gelişmiş bir sevk zinciri bulunmaktadır. Bu nedenle birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyonun sağlanmasına önem verilmektedir. Ülkedeki her bireyin bir aile doktoru bulunmaktadır. Aile hekimliği hizmeti tamamen ücretsiz olarak sağlanmaktadır. Ülkede birinci basamakta görev yapan genel pratisyenler, sistem açısından önemli bir görev ifa etmektedirler. Zira nitelikli bir şekilde verilen birinci basamak sağlık

hizmeti sayesinde hastanelerin iş yükü önemli oranda azaltılmıştır. İkinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastanelerin neredeyse tamamı kar amaçsız çalışan kurumlara ve özel hastanelere aittir. Hollanda sağlık sistemindeki üçüncü basamakta bulunan sağlık kuruluşlarından yalnızca üniversite hastaneleri kamusal niteliktedir.

Hollanda sağlık sistemi büyük oranda ulusal ve özel sigorta planları aracılığıyla finanse edilmektedir. Sağlık hizmeti fonlarının sadece %12'si sigorta planları dışındaki kaynaklar tarafından finanse edilmektedir. Vergiler, kişisel ödemeler ve isteğe bağlı tamamlayıcı sağlık sigortası sağlık sisteminin diğer finans kaynaklarını oluşturmaktadır (Sargutan, 2006:1185).

11. MEKSİKA SAĞLIK SİSTEMİ

Meksika'da sağlık şemasının tepesinde Sağlık Sekreterliği bulunmaktadır. Sağlık Sekreterliği, ülke çapındaki sağlık hizmetlerini yönetmek, sağlığa ilişkin politikaları belirlemek ve uygulamakla sorumludur. Koruyucu sağlık hizmetleri ile halk sağlığına ilişkin uygulamalar sekreterlik tarafından belirlenerek gerçekleştirilmektedir.

Meksika sağlık sistemi, kamu ve özel sektörün karışımından oluşur. Meksika'da sağlık sistemi desantralize olmuş bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetleri sunumu eyaletler ve sosyal güvence kurumları tarafından yerine getirilmektedir. Ulusal sağlık hizmeti ve sosyal güvenlik hizmeti sağlayan kuruluşlar Sağlık Sekreterliği, Meksika Sosyal Güvence Kurumu, Kamu Çalışanları Sosyal Hizmetler ve Güvence Kurumu, Petrol İşçileri İçin Sosyal Güvence Kurumu, Deniz Kuvvetleri İçin Sosyal Güvence Kurumu'dur. Bunların neredeyse tamamı primli sosyal sigorta olarak çalışır (Sargutan, 2006: 1932).

Meksika'da kamu çalışanları mecburi olarak sosyal güvenlik sistemine kaydolurlar. Özel sektörde ise işverenlerin şahsi durumlarına göre farklı parametreler belirlenmiştir. Ülke, sağlık sisteminin finansmanı vergiler ve kişisel ödemelerle sağlanmakla beraber finansman konusunda problemlili bir yapıya sahiptir. Meksika'da sosyal güvenlik kurumları tek çatıda toplanabilmiş değildir. Bu nedenle her kurum kendine özgü finansmana sahiptir. Bu durum da genel anlamda finansman açıkları yarattığı gibi, nitelikli ve eşit bir sağlık hizmeti uygulamasını da zorlaştırmaktadır. Bu sorunların üstesinden gelinmesi için Genel Sağlık Kanunu çıkarılarak sağlık alanında reform yapılmasına çalışılmaktadır.

Meksika'da kamu fonlarının büyük kısmı tedavi edici sağlık hizmetlerine harcanmaktadır. Kamu sağlık harcamaları kurumlar ve bölgeler arasında eşit olarak dağıtılmamaktadır. Fakir eyaletlerde kişi başına sağlık harcaması diğerlerine kıyasla düşüktür (Sargutan, 2006: 1933).

Meksika’da büyük şehirlerdeki sağlık hizmetleri OECD standartlarına uygunken, taşra mecralarda ise sağlık hizmetlerine ulaşımda zorluklar yaşanmaktadır.

Meksika sağlık sisteminde özel sektörun ciddi bir ağırlığı bulunmaktadır. Bununla beraber kamu alanındaki standart sorunu özel sektörde de gözlemlenmektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ

1. SELÇUKLU DÖNEMİ SAĞLIK SİSTEMİ

Türkiye Cumhuriyeti’nin Osmanlı ve Selçuklu Devlerinin halef devleti olduğu kabulüyle birlikte, Türkiye Sağlık Sistemi’ni Cumhuriyet öncesi ve sonrası dönemler olarak temel iki başlıkta değerlendirmek mümkündür.

Selçuklu döneminde kurumsallık fikrinin bulunduğu bir sağlık sisteminin mevcut olduğunu söylemek mümkün olmamakla beraber, devlet imkanları doğrultusunda sağlık hizmeti sağlamıştır

1.1. Genel Olarak

Selçuklu devletinin temel idare biçiminde ahilik kavramı önemli yer tuttuğundan, sağlık hizmetleri de vakıflar aracılığıyla sağlanmışır. Bu dönemde bir devlet şemasıyla oluşturulmuş bilinçli bir sağlık sisteminin varlığından söz etmek için henüz erken olsa da ülkenin birçok noktasında kurulmuş sağlık merkezleri vasıtasıyla sağlık hizmeti sağlanmışır.

Selçuklu döneminde sağlık kurumları için çeşitli ifadeler kullanılmışır. Darüşşifa’dan haricinde şifahane, maristan, bimaristan, darüssiha, darülafiye gibi tıbbi kurumları belirten birçok isim mevcuttur (Kadioğlu- Kadioğlu 2011, 1-7, Cantay 1992 1-8, Bayat, 2003 174 Yetkin 1963 23-31 Ünver 1940: 47-83).

Selçuklular tarafından inşa edilen ilk hastane, Selçuklu Sultanı Alparslan’ın veziriazamı olan Nizamülmülk tarafından Nişamur’de inşa edilmişır. Günümüzde Selçuklular döneminde yapılmış hastanelerden vakfiyesi günümüze devreden tek yer Sivas İzzettin Keykavus Darüşşifası’dır(Yüksel 2006 309-328).

Selçuklu Devletinde üç tipte darüşşifa bulunmaktadır. Bunlardan ilki, Kervansaray Darüşşifaları, diğeri Saray Darüşşifaları sonuncusu ise Seyyar Darüşşifalardır.

1.2. Kervansaray Darüşşifalar

Selçuklu Devleti'nin her bölgesinde özellikle Anadolu'da kurulmuş olan kervansaraylarda, hastalanan yolcular ve tacirler için birer darüşşifa bulunduğu bilinmektedir. Kayseri yakınlarındaki Karatay Hanı'nın vakfiyesinde yer alan hasta yolcuların tedavisi için ilaç ve meşrubat tayini hakkındaki bilgilerde kervansaraylarda darüşşifalarda olduğu bilgisi doğrulanmaktadır (Aydın 1997: 165, 168; Yoska, 2005: 146).

1.3. Saray Darüşşifaları

Kirman Selçuklularından 1. Turan Şah'ın başkenti Berdeşir'in dışında bir saray ile onun güneyinde bir cami ve hepsi birbirine bitişik olmak üzere darüşşifa, medrese, hankah ve ribattan oluşan bir külliye MS 1085 yılında inşa ettiği bilinmektedir. 1. Turan Şah'ın sarayındaki bu darüşşifa, saray mensupları ve muhafızların sağlık sorunlarını gidermek için kurulmuştur (Terzioğlu, 1992:168).

1.4. Seyyar Darüşşifalar

Melikşah'ın ordusunda hastalar ve hekimlerin develerle taşındığı seyyar bir hastane bulunmaktaydı. Bu yapı savaş zamanlarında sağlık hizmetinin daha hızlı ve etkili şekilde temin edilmesini sağlamaktaydı.

Sonuç olarak Selçuklu Devleti'nde darüşşifalar bilgi ve beceriye sahip hekim ve sağlık kadrosuna sahiptiler. Halk hastalık durumlarında rahatça hekimlere başvurabilmekteydi. İlaçlar da buralarda yapılır ve ücretsiz olarak hastalara dağıtılırdı. Selçuklu Devleti'nin tebaasından olan herkes bu sağlık kurumlarından yararlanabilmekteydi (Aydın, 1997: 165).

2. OSMANLI DÖNEMİ SAĞLIK SİSTEMİ

Osmanlı devleti özellikle 19. Yüzyıl ile beraber yaptığı düzenlemelerle sağlık teşkilatını kurumsallaştırmaya başlayarak bir sistem organize etmeye çalışmıştır.

2.1. Genel Olarak

Dünyada ve Osmanlı'da sistematığe dökülmüş sağlık hizmetlerinin 19. Yüzyıl ile beraber başladığı görülmektedir. Ancak Anadolu coğrafyasında diğer bölgelere kıyasla 19. Yüzyıl

öncesinde kurulmuş olan sağlık merkezleri vasıtasıyla daha kapsamlı bir sağlık hizmeti verildiğini söylemek mümkündür.

19. Yüzyıl ile beraber batı coğrafyasıyla beraber Osmanlı da sağlık hizmetlerinin bilinçli ve bir sistem çerçevesinde yürütülmesinin gerekliliğinin farkına varmıştır. Osmanlı bu dönemde merkezden taşraya doğru bir sağlık teşkilatı kurma girişimindedir. Ancak bunu yerine getirmek için başta hekim olmak üzere sağlık personeli sayısı oldukça yetersizdir. İlk tıp okulunun açılışı, bilindiği gibi ülkemizdeki hekim yetiştirme konusunda çok önemli bir adımdır. 1827 yılındaki girişimden sonra 1839'da gerçek anlamda bir tıp okuluna dönüşen Askeri Tıp Okulu'nun kurulmasındaki asıl amaç ordu için hekim yetiştirmektir(Aydın, 1997: 198).

Takip eden yıllarda Osmanlı sivil hizmet için de sağlık teşkilatlanmasını kurmaya başlamıştır. Bu noktada doğrudan halka hizmet edecek hekimlerin yetiştirilmesi için 1866'da Sivil Tıp Okulu kurulur.

Teşkilatlanma yolunda ilk olarak 1861'de hekimlerin sayıları ve nitelikleri kayıt altına alınmaya başlanmıştır. Daha sonra 1871 yılında taşraya hekim gönderilmeye başlanmıştır. Bu hekimler hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetlerini yerine getirmekle görevlidirler. İl merkezlerinde ilin tüm sağlık hizmetlerinden sorumlu sağlık müdürlükleri kurulur (Aydın, 1997: 200).

Osmanlı döneminde de Selçuklu döneminde açılmış olan sağlık merkezlerinin varlığını sürdürdüğü görülmektedir. Darüşşifalar'ın sayısı Osmanlı döneminde arttırılmıştır. Osmanlı döneminde sistemli sağlık teşkilatlanmasının mihenk taşlarından biri de Karantina Örgütü'dür. Karantina Örgütü 1840 yılında Osmanlı Devleti genelinde oluşmuş ve oluşması muhtemel salgın hastalıkların önlenmesi amacıyla kurulmuştur. Osmanlı'nın sağlık sorunlarına yönelik eğilimi Tanzimat sonrasında hız kazanmıştır. Bu dönemle birlikte ülkedeki sağlık personelinin kayıtları tutulmaya başlanmıştır. Bu şekilde kayıtsız ve niteliksiz bir biçimde sağlık hizmeti sunulmasının önüne geçilmesi hedeflenmiştir.

Söz konusu bu amaç ve istek 1861 yılında " Tababeti Belediye İcrasına Dair Nizamname" ile yasal bir dayanağa bağlanır (Aydın, 1997: 204).

2.2. Tababeti Belediye İcrasını Dair Nizamname

Türk tarihinde sağlık alanındaki ilk hukuki düzenleme olması açısından da önemli olmakla beraber aşağıda maddeleri incelemeye tabi tutulmuştur.

Nizamnamenin ilk maddesinde, ÷lke dahilinde doktorluk yapabilmek için Askeri Tıp Okulundan bir yabancı ÷lke diploma bulunması şartı getirilmiştir.

Nizamnamenin ikinci maddesinde, yine kişilerin doktor unvanı alması için tıp okullarından mezun olma şartı getirilmiştir.

Nizamnamenin üçüncü maddesinde, yabancı ÷lkelerden gelerek ÷lke dahilinde doktorluk hizmeti yapacak kişilerle alakalı düzenleme getirilmiştir. Buna göre Osmanlı dahilinde doktorluk yapacak yabancıların diplomalarını Mektebi Tıbbiyei Şahane’de kayıt altına almaları şartı öngör÷lmüştür.

Nizamnamenin dördüncü maddesinde, bu yönetmelikten önce doktorluk faaliyeti yürütenlerin de izin belgelerini Mektebi Tıbbiyei Şahane’ye götürüp kayıt altına aldırması gerekeceği hüküm altına alınmıştır.

Nizamnamenin beşinci maddesinde, taşrada faaliyet gösteren doktorların da valilikler aracılığı ile izinlerini Mektebi Tıbbiyei Şahane’ye gönderecekleri hüküm altına alınmıştır.

Nizamnamenin altıncı maddesinde, cerrahi branşlardaki doktorların eczaneler aracılığı ile ilaç verebilecekleri hüküm altına alınmıştır.

Nizamnamenin yedinci maddesinde, yabancı ÷lkelerde eğitim almış ebelerin de doktorların tabi olduğu usullere uyarak hizmet verebilecekleri hüküm altına alınmıştır.

Nizamnamenin sekizinci maddesinde, ebelerin doğuma tıbbi gereçlerle müdahale etmesi yasaklanmıştır.

Nizamnamenin dokuzuncu maddesinde, Officier Sante denilen tıp personelleri bir başhekimden ruhsat almış olanlar veya tıbbiye nazırından ruhsat alan kişilerin de ruhsatlarını kaydetmeleri akabinde mesleklerini icra edebilecekleri hüküm altına alınmıştır.

Nizamnamenin onuncu maddesinde ise yukarıdaki maddede sayılanların büyük ameliyat yapamayacakları hüküm altına alınmıştır.

Nizamnamenin on birinci maddesinde, küçük operasyonlar yapma izni olan cerrahlara bu kapsamda ruhsatname düzenlenerek bu kişilerin küçük cerrahlık faaliyeti yapmalarına izin verileceği hüküm altına alınmıştır.

Nizamnamenin on ikinci, on üçüncü ve on dördüncü maddelerinde yönetmeliğe aykırı davrananlara yönelik uygulanacak para ve hapis cezaları hüküm altına alınmıştır.

Nizamnamenin on beşinci maddesinde, nezaretin yönetmeliğın yayın ve ilan tarihinden sonra İstanbul’da üç ay taşrada ise bir senelik sürede yönetmeliğın uygulanmasını sağlayacağı hüküm altına alınmıştır.

Nizamnamenin on altıncı maddesinde, İstanbul’da görev yapan doktorların isimlerinin listelenerek gazetede yayınlanacağı ve örneklerinin eczanelere gönderileceğı hüküm altına alınmıştır.

Nizamnamenin on yedinci yani son maddesinde ise her yıl doktor listesinin güncellenerek eczanelere iletileceğı hüküm altına alınacaktır.

Nizamnamenin temel amacının sağlık çalışanlarını denetim altına alarak sağlık hizmetinin yürütülmesinde bir standart yakalamaktır. Nizamname kurullara uymayanlar açısından yaptırım getirmesi yönüyle de önemlidir. Ayrıca dönemin sağlık bakanlığı olarak nitelendirilebilecek Nezaret’e de ülke genelinde hekim görevlendirme yükümlülüğü getirmektedir.

Osmanlı Devleti bu dönemde ülkedeki sağlık sistemini organize etme uğraşında olmuştur. Bu kapsamda taşradaki yerleşim yerlerine devlet tarafından organize edilmiş sağlık hizmeti sağlanmaya başlanmıştır. Türk tarihinde sağlık hizmetinin sisteme oturtulması yolundan bu düzenlemeler önemlidir. Ancak sağlık sisteminin bu dönemde kurumsallaşmaktan uzak olduğu da belirtilmelidir. Devlet henüz taşrada bir hizmet noktası yaratma düşüncesinde değildir. Taşraya götürülecek sağlık hizmeti doktor atanmasından ibarettir.

Osmanlı’da hekim yetiştirme kavramının öncelikle ordu içindir. Bu noktada devlet doğrudan halk için hekim gereksiniminin farkına vararak, Mektebi Tıbbiye Mülkiye’yi yani Sivil Tıp Okulu’nu kurmuştur. Zira memleket dahilinde görev yapan hekimlerin birçoğı ordu bünyesinde görev yapmaktaydı. Kalanlar ise çoğunlukla yabancılardan oluşmakta ve serbest faaliyet yürütmeleri nedeniyle taşrada hizmet vermemekteydiler.

Mektebi Tıbbiye Mülkiye 1867 yılında eğitim faaliyetine başlamış ve 1874 yılında okulun ilk öğrencileri mezun olmuştur. Okulun yetiştirdiğı öğrencilerin görev tanımı “memleket tabibi” olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda yurt çapında görevlendirilecek doktorlarla ulusal bazda sağlık organizasyonun temelleri atılmıştır.

Osmanlı Devleti 1871 yılında İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi adında bir yönetmelik yayınlarak memleket tabipliğinin esaslarını belirlemiştir. Memleket tabipliğı esasen Türk tıp tarihi açısından mihenk taşlarından biridir. Zira o döneme kadar salt tedavi hizmeti gören hekimlik uygulamasının yanına koruyucu hekimlik faaliyeti de eklenmiştir.

2.3. İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi

Yönetmeliğin ilk maddesinde her ilde bir memleket tabibinin bulunacağı belirtilmiştir.

İkinci maddede hekimlerin maaşlarının bulunduğu il belediyeleri tarafından karşılanacağı belirtilmiştir.

Üçüncü maddede ilaç temini için kamu tarafından eczane hizmetinin verileceği belirtilmiştir.

Dördüncü fıkrada hekimlerin atanma eczanelerin ise açılma usullerinin çıkarılacak ayrı yönetmeliklerle belirleneceği belirtilmiştir.

Beşinci fıkrada hekimlerin haftanın iki günü ücretsiz hizmet vermesi kurala bağlanmış ve verilecek hizmetin kamusal niteliğinin altı çizilmiştir.

Altıncı maddede ücretsiz muayene günlerinde doktorun veya yardımcısının ücret almaksızın aşı yapacağı hüküm altına alınmıştır.

Yedinci maddede gelir durumu gözetilmeksizin yatalak durumdaki hastalara evde sağlık hizmeti verileceği belirtilmiştir.

Sekizinci maddede ihtiyari şekilde evde sağlık hizmeti alan kişilerin doktora ücret ödeyeceği belirtilmiştir.

Dokuzuncu maddede doktorun yasalara uymaması halinde yaptırımla karşılaşarak görevden uzaklaştırılacağı belirtilmiştir.

Onuncu maddede salgın hastalık hallerinde doktorun hareket planına dair ayrıntılar belirtilmiştir.

On birinci maddede, salgın hastalıktan mustarip olan bölgeye giden doktora görevinin içeriğine göre belediye tarafından ödeme yapılacağı hüküm altına alınmıştır.

On ikinci maddenin doktorun görev ve sorumluluğunu oldukça genişletici nitelikte bir düzenleme olduğu görülmektedir. Buna göre salgınların sebepleri ile alakalı bölgesel bazda araştırma yükümlülüğü getirilmiştir.

On üçüncü maddede, tüm bölgelerden gelecek raporlarla ülkenin sağlık haritasının çıkarılarak, yapılacak genel tespit ve istatistiklere göre sağlık sorunlarına yönelik çözümler geliştirilmeye çalışılacağı düşünülebilir.

On dördüncü maddede, doktora merkezden gelen emirlere itiraz hakkı tanınmış olsa da emirlerin yürürlüğünün itiraz ile durmayacağı belirtilmiştir.

On beşinci maddede doktora görev yaptığı bölge içerisinde alınacak tıbbi tedbirler hususunda yerel yetkilileri uyarma hakkı tanınmıştır.

On altıncı maddede doktorun adli vakalarda da görev alabileceği belirtilmiştir.

On yedinci maddede belediye eczanelerinin diplomalı bir eczacının yönetiminde olacağı ve doktorların da bu eczaneleri denetime tabi tutacağı hüküm altına alınmıştır.

On sekizinci maddede eczanenin bilançosunun idare tarafından denetim altında tutulacağı belirtilmiştir.

On dokuzuncu maddede, düşük gelirlilere verilecek reçetelerin doktorlar tarafından onaylanması gerektiği ve bu çerçevede reçete kapsamındaki ilaçların eczaneler tarafından ücretsiz olarak düşük gelirli vatandaşlara verileceği hüküm altına alınmıştır.

Yirminci maddede ise gelir durumu normal olan kişilere ilaçların ücret karşılığında verileceği hüküm altına alınmıştır.

Nizamnamenin genel olarak değerlendirilmesi yapıldığında, o tarihe kadar yalnızca tedavi edici hizmetlerde değerlendirilen hekimlik mesleğinin koruyucu hekim uygulamaları açısından da devreye alındığı görülmektedir. Diğer taraftan hekimlik müessesesi bir memuriyet kolu olma özelliğini de nizamnamenin yürürlüğe alınmasının akabinde kazanmıştır. Nizamname devletin toplumsal sağlık problemlerini dikkate almaya başlaması ve çözümlerine yönelik uygulamalar geliştirmesi açısından da önemlidir. Ancak nizamnamenin organizasyon açısından bazı önemli eksikliklerle oluşturulduğu da görülmektedir.

2.4. İdare-i Sıhhiye Hakkında Rumeli Şarkıyeye Mahsus Kanun

İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi'nin sağlık sisteminin organizasyonunun kurulması açısından eksikleri ortaya çıkmıştır. Bu nedenle oluşan gereksinimler neticesinde, 1882 yılında İdare-i Sıhhiye Hakkında Rumeli Şarkıyeye Mahsus Kanun adında yeni bir düzenleme ihdas edilmiştir. Düzenlemenin “ Kaza Tabib ve Cerrahlarına Dair” başlığını taşıyan bir bölümü de mevcuttur. Söz konusu bölümde taşrada mevcut hekimlerin idari anlamda organizasyonu teşkil edilmeye çalışılmıştır. Bu kapsamda;

Bölümün birinci maddesinde, her ilçede bir doktor olması gerektiği hüküm altına alınmıştır.

İkinci maddesinde, gereken durumlarda dahiliye müdürünün tıp meclisi ile beraber sancaklarda bulunan ilçelerin tıbbi gereksinimlerini tespit edebileceği hüküm altına alınmıştır.

Üçüncü maddesinde, ilçelerde görev yapacak doktorların tıp meclisinin de katılımı ile dahiliye müdürlüğüne atanacağı hüküm altına alınmıştır.

Dördüncü maddesinde, ilçe cerrahlarının da aynı usulle atanacağı hüküm altına alınmıştır.

Beşinci maddesinde, cerrahların ilçe doktorlarının gözetiminde çalışacakları hüküm altına alınmıştır.

Altıncı maddesinde, ilçe doktorlarının tıp meclisinden aldıkları direktifleri, üç aylık periyotlarla ilçe müdürlüğe sunacakları hüküm altına alınmıştır.

Yedinci maddesinde, ilçe doktorunun yerel yönetime ilçe çevresindeki sağlık denetimi faaliyetlerinde yardımcı olacağı hüküm altına alınmıştır.

Sekizinci maddesinde, ilçe doktorunun gelir durumu düşük kimselere yönelik ücretsiz sağlık hizmetinde bulunma sorumluluğu olduğu hüküm altına alınmıştır.

Dokuzuncu maddesinde, ilçe doktorunun görev yaptığı ilçedeki köy sayılarına göre belli periyotlarda genel sağlık muayenesi ve denetimi için ilçesine ait köyleri ziyaret edeceği hüküm altına alınmıştır.

Onuncu maddesinde, ilçe doktorunun idari amirlerin daveti üzerine görev yaptığı ilçedeki muayene ve denetim işlemlerini yapacağı hüküm altına alınmıştır.

On birinci maddesinde, ilçe cerrahlarının ilçede yapılacak aşılama faaliyetinden sorumlu olduğu ve ilçe doktorunun direktifleri ile görev yapacağı hüküm altına alınmıştır.

2.5. Vilayeti İdari Sıhhiye Nizamnamesi

Devam eden süreçte devletin ülke çapında yürüttüğü teşkilatlanma girişimleri artarak devam etmiştir. Bu kapsamda mevzuatın geliştirilmesi de sürdürülmüştür. Bunun neticesinde Vilayeti İdari Sıhhiye Nizamnamesi yayınlanmıştır. Nizamname ile getirilen en önemli değişiklikler özel olarak sağlık konusunda yetkili sağlık müdürlüklerinin devreye alınması ve memleket tabipliği ifadesinden vazgeçilerek hükümet tabipliği ifadesine geçilmesidir. Nizamnamenin maddeleri aşağıda irdelenmiştir:

Birinci maddesinde, her kentte sağlık müdürü, sağlık meclisi ve hükümet doktorları olacağı düzenlenmiştir.

İkinci maddesinde, kentlerin sağlık işlerinden sağlık müdürlerinin sorumlu olduğu ve sağlık müdürlerinin sağlık genel müdürlüğüne bağlı olduğu düzenlenmiştir.

Üçüncü maddesinde, sancak ve ilçelerdeki sağlık personellerinin kentte bulunan sağlık müdürüne bağlı olarak çalışacağı düzenlenmiştir.

Dördüncü maddesinde, hükümet doktoru olmayan yerlerde belediye doktorunun hükümet doktorunun görevlerini yapmakla yükümlü olduğu düzenlenmiştir.

Beşinci maddesinde, sağlık müdürü yılda iki kez olmak üzere görev yaptığı kenti sağlık yönünden denetleyeceği ve kentin sağlık konusundaki durumunu genel müdürlüğe bildireceği düzenlenmiştir.

Altıncı maddesinde, sağlık müdürünün görevleri sıralanmıştır. Çiçek aşısının yapılması, salgın hastalıklarla mücadele, doğum kontrol uygulamaları, gıda ve sağlık alanındaki merkezlerin kanun ve usullere uygun olduğunun denetimi sağlık müdürünün görevleri olarak düzenlenmiştir.

Yedinci maddesinde, işçi sağlığı ve güvenliği uygulamalarının sağlık müdürlerinin görevlerinden olduğu düzenlenmiştir.

Sekizinci maddesinde, gıda temin eden yerlerde tespit edilen usulsüzlüklerin yerel hükümet yetkililerine bildirilmesinin sağlık müdürünün görevi olduğu düzenlenmiştir.

Dokuzuncu maddesinde, sağlık müdürünün görev yaptığı ildeki doktorluk ve doktorluğun yan dalları ile alakalı faaliyetleri kontrol etmekle yükümlü olduğu düzenlenmiştir.

Onuncu maddesinde, hükümet doktorlarının bulunduğu ile bağlı sancak ve ilçelerdeki sağlık durumundan sorumlu olduğu düzenlenmiştir.

On birinci maddesinde, hükümet doktorlarının görevleri sıralanmıştır. Buna göre yapılması gereken aşuların yapılıp yapılmadığı, halkın ve işçilerin çalışma ve sağlık şartlarının uygunluğunun denetimi, doktorlukla alakalı faaliyetlerinin yasalara uygun şekilde yürütölüp yürütölmediği bu görevlerin içerisinde sayılarak düzenlenmiştir.

On ikinci maddesinde, hükümet doktorunun görev yaptıkları bölgedeki doğan ve ölen kişileri raporlayarak sağlık müdürlüğüne göndermekle yükümlü olduğu düzenlenmiştir.

On üçüncü maddesinde, hükümet doktorunun görev yaptığı bölgede eczaneleri denetleyeceği ve diploma olmadan çalışan doktor, eczacı ve diğer sağlık personellerinin cezai müeyyideye tabi tutulması için sağlık müdürlüğünü ve mahalli idareyi bilgilendireceğini düzenlemektedir.

On dördüncü maddesinde, hükümet doktorunun görev yaptığı bölgede oluşan salgın hastalıklarla alakalı çalışmaları yürütmekle sorumlu olduğu, ayrıca askeri doktorun bulunmadığı bölgelerde askeri muayeneleri de yapmakla sorumlu olduğu düzenlenmiştir.

On beşinci maddesinde, il sağlık meclisine kimlerin katılacağı düzenlenmiştir.

On altıncı maddesinde, sağlık sancak meclisine kimlerin katılacağı düzenlenmiştir.

On yedinci maddesinde, ilçe sağlık meclisinin kimlerin katılımı ile toplanacağı düzenlenmiştir.

On sekizinci maddesinde, sağlık meclislerinin illerde vali veya sağlık müdürü, sancaklarda mutasarrıf, ilçelerde ise kaymakamların başkanlığında düzenli olarak haftada bir kez toplanacağı düzenlenmiştir.

Yirminci maddesinde, sağlık meclisinin görevleri sıralanmıştır. Bunlar, bölgenin sağlık halini değerlendirmek, halkın sağlık halinin denetimi ve kötü sağlık şartlarının giderilmesi için yapılacak faaliyetlerin tespiti, bulaşıcı ve salgın hastalıkların giderilmesi için gerekli uygulamaların belirlenmesidir.

Yirmi birinci maddesinde, belediyelere uygun şartları taşıyan illerde bayındırlık faaliyetlerindeki kanuna uygunluğun da sağlık müdürünün ve hükümet doktorlarının görevlerinden olduğu düzenlenmiştir.

Yirmi ikinci maddesinde, bir ile getirilen su kaynaklarının tahlillerinin ve sağlığa uygunluğunun hükümet doktorlarınca yapılacağı düzenlenmiştir.

Düzenlemede daha evvel sağlık teşkilatlanmasına dair daha evvel yapılan düzenlemelerin genel yapısına sadık kalınarak geliştirildiği görülmektedir. Sıhhiye meclisleri ise düzenleme ile beraber sağlık teşkilatının yapısına kazandırılmıştır. Sıhhiye meclislerinin oluşumuna bakıldığında Osmanlı idaresinin ülke çapında düzenli bir sağlık sistemi kurma çabasında olduğu anlaşılmaktadır.

Sonuç olarak genel bir değerlendirme yapılacak olursa, Osmanlı Devleti'nin ülke çapındaki sağlık meselelerinin çözümünde hekim temelli bir anlayış yürüttüğü görülmektedir. Taşrada görevlendirilen hekimlerin görev, yetki ve sorumlulukları oldukça geniş kapsamlıdır. Önceki dönemlerde yalnızca tedavi edici hizmetlerde bulunan hekimler gelişen mevzuat kapsamında

koruyucu hekimlik faaliyetlerine de başlayarak toplum sağlığı açısından da hizmet vermeye başlamışlardır. Bunun yanında kademe kademe geliştirilen mevzuatla beraber sağlık organizasyon şeması oluşturularak sağlık hizmetinin sistematik olarak sağlanması yönelik adımlar atılmıştır.

3. CUMHURİYET DÖNEMİ

TBMM'nin açılmasıyla beraber, sağlık alanındaki yenilenme faaliyeti Cumhuriyetin kurulmasıyla beraber hız kazanmıştır.

3.1. Giriş

Meclisin faaliyete geçmesiyle beraber sağlık hizmetlerinin sistemli bir şekilde yürütülmesi ön planda tutulmaya başlanmıştır. Bu kapsamda 3 Mayıs 1920'de kabul edilen yasa ile Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti kurulmuştur. Günümüzdeki adıyla Sağlık Bakanlığı'nın özerk yapısıyla beraber kurulmasıyla birlikte ülke çapındaki sağlık hizmetinin bir devlet görevi mahiyeti kazanması netlik kazanmıştır.

3.2. 1920-1938 Dönemi

Yeni mecliste ilk sağlık bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar görevlendirilmiştir. Yeni bakan henüz savaş halinde olan ülkede sağlık sisteminin oluşturulması adına yapılması gereken çalışmalara başlamıştır. Ancak bu yöndeki önemli atılımların 1921-1937 yılları arasında görevde kalan Dr. Refik Saydam döneminde gerçekleştirildiği görülmektedir.

Dr. Refik Saydam Dönemi: 1921 yılında bakanlığa atanan Saydam, kısa süreli aralıklar dışında 1937 yılına kadar bu görevi sürdürmüştür. Dr. Saydam, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük bir başarı göstermiş ve hizmetlerin yapılanmasına damgasını vurarak, sağlık hizmetleri tarihimizde onurlu bir yer edinmiştir. Bu nedenle, Refik Saydam Dönemi diyebileceğimiz bu dönem, bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen etkisini sürdürdüğü yıllar olmuştur(Akdur, 2003: 25). Bu dönemde sağlık sisteminin zeminin sağlamlaştırılması için önemli atılımlar yapılmıştır. Sağlık teşkilatının organize edilmesi, doktor ve diğer sağlık personellerinin sayısının arttırılması hususunda önemli atılımlar yapılmıştır.

1928 yılında 1219 sayılı “ Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disiplin altına alınmıştır. 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 sayılı “Umumi

Hıfzıssıha Kanunu” çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir. 1936 yılında ise 3017 sayılı “ Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu” çıkarılmış ve böylece bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Günümüzdeki sağlık hizmetlerinin, hala o zaman hazırlanmış olan yasalar ile yürütülmesi ve bu yasaların, bazı eksiklikler dışında, günümüz gereksinimlerine yanıt vermeye devam etmesi, bu yasaları hazırlayanların ileri görüşlülüğünü göstermektedir (Akdur, 2006: 29).

Bu dönemde tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet yükümlülüğü uygulanmaya başlanarak gelişmişlik düzeyi düşük yerlerin de sağlık hizmeti alması sağlanmıştır. Bunu yanında tüm sağlık personelinin özlük işleri sağlık bakanlığının yetkisi altına alınarak sağlık yönetimi tek elde toplanmıştır.

3.2.1. Umumi Hıfzıssıha Kanunu

Umumi Hıfzıssıha Kanunu Cumhuriyet dönemi sağlık sisteminin anlaşılması açısından önem arz ettiğinden, aşağıda maddeleri üzerinden irdelenmiştir.

Kanunun ilk maddesinde kanunun genel bir açıklaması yapılmıştır. Buna göre sağlıkla alakalı tüm düzenlemelerin yapılması, oluşacak risklerin bertaraf edilmesi ve sağlık hizmetinin temini devletin sorumluluğu ve görevi altında sayılmıştır.

İkinci maddede Milli Müdafaa teşkilatına ait işler haricindeki sağlık işlerinin tamamının bakanlık tarafından icra edileceği belirtilmiştir.

Üçüncü maddede bakanlığın görev ve yetkilerinin sınırları ve kapsamı detaylı şekilde belirtilmiştir. Bunların başlıcaları, salgın hastalıklarla mücadele, sağlık hizmeti yapanların denetimi, sağlık hizmeti yapılacak yerlerin kurulması ve denetimi, tıbbi kayıtların tutulması ve halkın sağlık konularıyla alakalı bilgilendirilmesi olarak görülmektedir.

Dördüncü maddede taşra mahallerde yürütülecek sağlık hizmetleri için belediyelere görev verilmiştir. Bu konuda belediyelerin örnek alması için seçilecek bazı noktalarda bakanlığın pilot çalışmalar yapacağı belirtilmiştir.

Yirminci maddede belediyelerin görev alanına giren işlere yer verilmiştir. Halka içme suyu sağlamak, kanalizasyon işleri, mezbaha inşaatı, mezarlıkların düzenlenmesi, salgınlarla mücadele işlerinde bakanlığa yardım bunlardan başlıcalarıdır.

Kanunun elli yedinci maddesiyle beraber ikinci faslı başlamaktadır. Maddede ülke dahilinde görülmesi muhtemel salgın hastalıklar sayılmış ve bu hastalık ve salgınların görülmesi halinde görevli olacak kişiler ve görevleri devam eden maddelerde sayılmıştır.

Kanunun yüz üçüncü maddesinde görülmesi muhtemel başlıca cinsel yolla bulaşan hastalıklar sayıldıktan sonra, bu hastalıklara yakalananların diplomaya haiz bir tabip tarafından tedavi görmesi zorunluluğu bulunduğu düzenlenmiştir.

Kanunun yüz dördüncü maddesi ile başlayan beşinci faslında zührevi hastalıklarla mücadele usulleri belirtilmiştir. Zührevi hastalığa kapılan kişilerin ülke dahilinde görev yapan bir hekime tedavi olması zorunlu kılınmıştır.

Kanunun yüz on dördüncü maddesi ile başlayan altıncı faslında verem hastalığına karşı yapılacak eylem ve önlemlerin şekil ve şartları belirtilmiştir.

Kanunun yüz otuz üçüncü maddesinde ülkeye muhacir olarak gelenlerin sınırlarda gerekli sağlık kontrollerinin yapılacağı hüküm altına alınmıştır. Böylelikle ülkeye dış kaynaklı salgın ve hastalıkların girişinin önüne geçilmesi hedeflenmiştir.

Kanunun yüz elli birinci maddesiyle başlayan altıncı babında çocuk sağlığı ile alakalı düzenlemeler yapılmıştır. Bu şekilde çocuk ölümlerinin önüne geçilerek sağlıklı bir toplum yapısının oluşturulması hedeflenmiştir.

Kanunun yüz yetmiş üçüncü maddesiyle başlayan yedinci babında iş ve işçi sağlığı hakkında düzenlemeler yapılmıştır. Madde ile beraber işçi istihdamı ve çalıştırılmasının insan haklarına riayet edecek şekilde gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir. Özellikle çocuk işçi çalıştırılmasına dair getirilen kısıtlamalar modern hukuk mantığı çerçevesinde önemlidir.

Kanunun yüz seksen birinci maddesiyle başlayan sekizinci maddesinde ticari olarak satılan yiyecek ve içeceklerin denetimine ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. Bu doğrultuda halkın sağlık ve hijyen kurallarına aykırı gıdalara maruz kalması engellenerek toplum sağlığının koruma altına alınması hedeflenmiştir.

Kanunun iki yüz seksen ikinci maddesiyle başlayan on dördüncü babında kanuna aykırı davrananlara uygulanacak cezai müeyyidelere yer verilmiştir.

3.3. 1938- 1960 Dönemi

Bu dönemde yapılan en büyük değişim, koruyucu ve tedavi edici hekimlik alanındaki ikili ayırımın ortadan kaldırılarak sağlık hizmetinin tek elde toplanmasıdır. Daha evvel detaylı şekilde açıklandığı üzere merkezi yönetim koruyucu hekimlik uygulamasını yürütürken, yataklı tedavi hizmeti belediyeler yordamıyla yürütölmekteydi. Bu dönemde yerel yönetimlerin bu alandaki faaliyetine son verilerek, her alandaki sağlık hizmeti tamamıyla merkezi yönetimin yetki ver sorumluluğuna bırakılmıştır. Bu dönemin bir diğer önemli gelişmesi ise Sosyal Sigortalar Kurumu'nun temelini olan İş Güvenliği Kanunu'dur.

3.4. 1961-1980 Dönemi

Bu dönemde farklı sağlık politikaları tartışılmaya başlanmış fakat sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılması benimsenmiştir. Sosyalleştirme dönemi de diyebileceğimiz bu dönemde; 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun çıkarılmıştır. 224 sayılı yasa, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getiren yasa olmuştur. Bu yasa ile sağlık hizmetlerinin her anlamda bütünleştirilmesi ve tek elden yurda yayılması öngörölmüş ve amaçlanmıştır (Yavuz, 2011: 24).

1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir kanun taslağı hazırlanmışsa da Bakanlar Kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortasının kurulması tekrar öngörölmüştür. 1971'de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı, TBMM'ye gönderilmiş fakat kanunlaşmamıştır. 1978'de Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmış ve kamu personeli olan doktorların muayenehane açmaları yasaklanmıştır. 1980 yılında Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılmış ve tekrar muayenehane serbestliği getirilmiştir (Akdağ, 2008: 20).

3.5. 1980-2000 Dönemi

Bu dönemde Sağlık Bakanlığı örgütlenmesi ve sorumlulukları hakkında çok sayıda çıkarılan KHK ile değişiklikler yapılmıştır. Bunlardan belki de en önemlisi daha evvel Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı adıyla görev yapan bakanlığın yalnızca sağlık alanına odaklanması amacıyla adı Sağlık Bakanlığı olarak değiştirilmiştir.

1961 Anayasası ile 1982 Anayasasının sağlık hizmetinin mahiyeti konusunda birbirine yakın düzenlemeler içerdiği görülmektedir. 1982 Anayasası, Herkesin sağlıklı bir çevrede yaşama hakkını ve sosyal güvenlik hakkını düzenlemiştir. Bunun yanında Genel Sağlık Sigortası'nın oluşturulabileceği de 1982 Anayasasında ifade edilmiştir. 1961 yılıyla birlikte başlayan toplumsallaşmaya yönelik politikalar 1982 Anayasasının akabindeki süreçte de devam etmiştir. Bu süreçte sağlık finansmanının geliştirilmesine yönelik de adımlar atılmış ve Genel Sağlık Sigortası kurulmasına yönelik başarıya ulaşmayan çalışmalar yapılmıştır. Diğer taraftan 1987 yılında Ana Sağlık Hizmetleri Kanunu ilga edilmiş olsa da bu kanun da tam manasıyla uygulamaya konulamamıştır. Maddi geliri olmayan kimselerin sağlık hizmetinden yararlanmasını sağlayan Yeşil Kart uygulaması bu dönemde oluşturulmuştur. DPT sağlık hizmetinin restorasyonu amacıyla bir planlama yapmıştır. Ulusal Sağlık Kongreleri düzenlenerek, sağlık hizmeti üzerine stratejiler geliştirilmiştir.

Bu dönemde ülkeyi etkisi altına alan liberalleşme akımı sağlık alanında da etkisini göstermiştir. Anılan dönemde oluşturulan altıncı kalkınma planı ile beraber sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi açıkça hedeflenmiştir. Bu dönemde ülke politikalarına nüfuz eden uluslararası kuruluşların yönlendirmeleriyle sağlık hizmetinin devletin sorumluluğundan alınarak özelleştirilmesi fikri ciddiye kazanmıştır. Bu doğrultuda 1994 yılında Ankara Yüksek İhtisas ve İstanbul Koşuyolu Hastaneleri işletme haline getirilmiş ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi yolunda somut adımlar atılmıştır.

Ulusal Sağlık Dokümanı adıyla yayınlanan taslak ile sisteme dahil edilen aile hekimliği uygulaması da 2000 sonrası dönemde sistem içerisine dahil edilmiştir.

3.6. 2000 Sonrası Dönem

Bu dönemle alakalı öncelikle değinilmesi gereken hususlar Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Genel Sağlık Sigortası'dır Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sisteminde yaşanan sorun ve aksaklıkların giderilmesi için planlanıp uygulamaya koyulmuştur. Diğer OECD ülkelerine kıyasla zayıf sağlık organizasyonu, sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitsizlikler, sağlık finansmanı ve sunumunu zor ve işlevsiz hale getiren parçalı yapı, hizmet standardındaki düşüklük, bu sorunların başlıcalarıdır. SDP işlevsellik, verimlilik ve memnuniyet açısından sağlık sistemini geliştirmeyi amaçlamaktadır. Genel Sağlık Sigortası ise SDP kapsamında sistemin özellikle finansmanı ve sunumunu düzenlemesi açısından Türk sağlık tarihi için önemli bir düzenlemedir. SDP ve Genel Sağlık Sigortası aşağıda kendi başlıklarında detaylıca incelenecektir.

4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

SDP sağlık alanındaki köklü değişim planını içeren yapısı nedeniyle, Türk Sağlık Sistemi açısından dikkatle değerlendirilmesi gereken bir düzenlemedir.

4.1. Giriş

Sağlık Bakanlığı 1 Temmuz 2003 tarihinde başlattığı programı aynı yılın Aralık ayında yayınladığı kitapçıkla resmi olarak duyurmuştur. Aşağıda SDP detaylı şekilde değerlendirilecek olmakla birlikte programın temel ilkeleri şunlardır.

- a) Sürdürülebilirlik,
- b) Sürekli kalite gelişimi,
- c) Katılımcılık,
- d) Uzlaşmacılık,
- e) Gönüllülük,
- f) Güçler Ayrılığı,
- g) Desantralizasyon,
- h) Hizmette rekabet (Akdağ, 2007: 88).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın içeriği, 2003 öncesi Türkiye'de var olan bir sağlık sistemi için "kitabı" reformlar seti gibidir, sistemi; zayıf yönlerini hedefe koyup güçlü yanları üzerinde inşa etmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı geçmişteki reform ve proje çalışmalarını değerlendirerek gelecekte geçilmesi düşünülen sağlık sistemini tasarlayacak ve bu sisteme geçişi kolaylaştıracak gerekli değişiklikleri yapmayı planlamıştır. SDP, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasını hedeflemektedir (SB, 2007: 268).

SDP'nin temel unsurları, sağlık sisteminde dönüşüm sağlamak amacıyla kullanılan ve SDP'de "bileşen" olarak adlandırılan 8 ana öğeden oluşmaktadır.

- a) Sağlık Bakanlığı,
- b) Genel Sağlık Sigortası,
- c) Aile Hekimliği,
- d) Sevk Zinciri,
- e) İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşlemleri,
- f) Donanımlı İnsan Gücü,
- g) Eğitim Kurumları,
- h) Kalite ve Akreditasyon,
- i) Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumları,
- i) Sağlık Bilgi Sistemi.

4.2. SDP'nin Temel İlkeleri

SDP'nin temel ilkelerini Sağlık Bakanlığı'nın konuyla alakalı perspektifinden hareketle aşağıdaki şekilde açıklayarak tanımlamakta fayda bulunmaktadır.

4.2.1. İnsan Merkezlilik

İnsan merkezlilik ilkesinden anlaşılması gereken, sağlık hizmetinin sunumunda sağlık hizmetinden yararlananların hak ve gereksinimlerini ön planda tutma anlayışıdır. Bu çerçevede sağlıklı olma halinin aile içerisinde başladığı kabulüyle aile sağlığına yönelik politikalar geliştirilmesi hedeflenmiştir.

4.2.2. Sürdürülebilirlik

Sürdürülebilirlik ilkesinden anlaşılması gereken, sunulacak yeni sağlık sisteminin Türkiye'nin kendine has özellikleriyle uyumlu olması ve kendi içerisinde yaratacağı hasetlerle sisteme ek yük getirmeden devamlılığının sağlanabilmesidir.

4.2.3. Sürekli Kalite Gelişimi

Sürekli kalite gelişimi ilkesinden anlaşılması gereken, ülke dahilinde sunulan sağlık hizmetindeki niteliğin durmaksızın artırılmasıdır. Bu çerçevede sistemdeki kusurları tespit etme maksadıyla bir geri bildirim prosedürü uygulamasının kurulması hedeflenmiştir.

4.2.4. Katılımcılık

Katılımcılık ilkesinden anlaşılması gereken, sistemin yürütülmesi esnasında sistemden yararlanan ve sistemi sunan tüm yapıların sistemle alakalı beklenti, şikâyet ve görüşlerinin alınacağı bir mekanizmanın sağlanmasıdır. Bu yanında katılımcılık ilkesi ile sağlık sektöründe faaliyet gösteren tüm unsurların sistem içerisine dahil edilmesi amaçlanmıştır.

4.2.5. Uzlaşmacılık

Uzlaşmacılık ilkesinden anlaşılması gereken, sistemin tüm unsurlarının kendi aralarındaki ortak yararlarını bir arada toplamayı amaçlayan bir anlayışı ifade etmektedir.

4.2.6. Gönüllülük

Gönüllülük ilkesinden anlaşılması gereken, sektör içerisinde yer alan tüm kesimlerin teşvik edici yöntemlerle sistemin yararına çalışmasını sağlamaktır.

4.2.7. Güçler ayrılığı

Güçler ayrılığı ilkesinden anlaşılması gereken, sağlık hizmetinin niteliğinin ve veriminin artırılması için sistem içerisinde yer alan tüm unsurların yönetim ve idari yapısının birbirinden ayrılmasıdır.

4.2.8. Desantralizasyon

Desantralizasyon ilkesinden anlaşılması gereken, sektör içerisindeki tüm kurumların tek merkezli yönetim anlayışından kurtarılarak özerk yapılara büründürülmesidir. Bu şekilde tek merkezli yapının yarattığı hantallıktan sıyrılarak kurumların mali ve idari bağımsızlıkları ile beraber hızlı hareket etmeleri ve nitelikli bir sağlık hizmeti sunmaları amaçlanmaktadır.

4.2.9. Hizmette Rekabet

Hizmette rekabet ilkesinden anlaşılması gereken, sağlık sektörü uygulamasının tekel özelliğinden kurtarılarak yeterli donanım ve standarda haiz farklı uygulayıcıların rekabet etmesi ile sağlık hizmetinin kalitesi ve verimliliğinin artırılmasını ifade etmektedir.

4.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Bileşenleri

SDP'nin bileşenleri Sağlık Bakanlığı'nın konuyla alakalı perspektifinden hareketle aşağıda izah edilecektir.

4.3.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

Anayasa sağlığın planlanması konusunda devlete ödev yüklemektedir. Bu çerçevede Anayasa'da sağlığın devlet tarafından tek elden planlanacağı hususu düzenlenmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı ile beraber sağlık bakanlığının yapısı bu ilke doğrultusunda yeniden organize edilmiştir. Buna göre ülkedeki sağlık hizmetinin kalite verimliliğinin artırılması için Sağlık Bakanlığı politikalar geliştirecek, standardizasyon yapacak ve sektörü denetleyecektir. Sağlık hizmetlerinin organize edilmesi ve uygulaması esnasında sosyal devlet ilkesinin bir

tezahürü olarak önleyici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişiminin artırılması, Sağlık Bakanlığının önceliği olacaktır.

4.3.2 Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

Anayasa'nın 56. Maddesi vatandaşların yaşamlarını sağlık içerisinde sürdürebilmeleri için devlete ödev yüklemektedir. Bu çerçevede Anayasa Maddesi vatandaşların sağlıklı bir yaşam sürdürmesi için devletin sağlık hizmetini tek elden planlamasını içermekte ve sağlık hizmetlerinin yaygın olarak sunulabilmesi için genel sağlık sigortası kurulabileceğini ifade etmektedir. Bu kapsamda Anayasa'nın yaptığı atıfla sağlıkta dönüşüm programı ile beraber herkesi tek çatı altında toplayan bir genel sağlık sigortası sisteminin kurulması amaçlanmıştır. Eski sistemde kurumların emekli sandığı, bağkur ve SSK olarak üç farklı hizmet birimi ile yürütülmesi sistemin verimlilik ve maliyet açısından ciddi problemler yaşamasına neden olmuştur. Bunun yanında toplumun önemli bir kesimi de sigorta güvencesinin dışında kalmıştır. Bu çerçevede sistem tek çatı altında toplanarak kaynak israfının önüne geçilmesi ve sağlık sisteminin niteliğinin artırılması hedeflenmiştir.

4.3.3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi

Nitelikli bir sağlık hizmet sistemi oluşturulmasında ülkenin kendine has kaynak ve özelliklerinin nazara alınmasının önemi büyüktür. Bu nedenle bir ülkede sunulan bir hizmet programını doğrudan Türkiye'ye entegre etmeye çalışmak verimli sonuçlar vermeyecektir. Bunun yanında ülke dahilindeki farklı bölgelerin de ekonomik ve coğrafi farklılıkları bulunduğundan ülke içerisinde de sağlık hizmetinin tekdüze yürütülmesi yerinde değildir. Bu kapsamda milyonlarca kişinin yaşadığı bir kentin sağlık hizmet ihtiyacı ile birkaç kişiden oluşan bir köyün sağlık hizmet beklentileri aynı olmadığından her coğrafi ve sosyokültürel yapıya uygun sağlık hizmetinin ayrı ayrı yaygınlaştırılması Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hedeflenmiştir. Sağlık hizmetinin yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü bir hale büründürülmesi kamu hizmetinin yanında özel hizmetlerin de belli standartlar dahilinde sisteme entegre edilmesi ve hizmet sunucuları arasında, devlet kontrolünde oluşturulacak rekabet ortamı ile mümkün olabilecektir. Bu çerçevede ülkenin mali gücünün etkili kullanımının sağlanabileceği ve yaygın, erişimi kolay bir sağlık sisteminin oluşturulabileceği düşünülmüştür.

4.3.4. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde sorumluluk esası ile yapılacak bölüşüm, temel sağlık hizmetlerindeki başarının artırılması hususunda önemli bir şart olarak görülmüştür. Bu kapsamda, bireylerin kendilerince seçeceği aile hekimlerinden temel sağlık hizmetini almaları hedeflenmiştir. Bu çerçevede aile hekimi ile bireyler arasında kurulacak modern sağlık ilişkisi ile hastalıkların önlenmesi ve toplum sağlığının düzenlenmesinin mümkün olacağı düşünülmüştür.

4.3.5. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri

Kişilerin kendilerinin tercih ettiği doktordan birinci basamak sağlık hizmeti alması doğru bir sevk zincirinin oluşturulabilmesinin öncelikli koşulu olduğu düşünülmüştür. Bu çerçevede aile doktorunun hastasına nitelikli bir sağlık hizmeti sunmasının perspektifinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda aile hekimliği uygulaması yeni sağlık sisteminin merkezinde konumlandırılmıştır. Birçok hastalık ve hasta talebi ilk basamakta çözümlenebilecekken, sevk sisteminin doğru işletilmemesi nedeniyle hastanelerde yaşanan yığılma sağlık sisteminin verimliliğini düşürdüğü gibi kamu kaynaklarının da mali açıdan zarara uğramasına neden olmaktadır. Bu nedenle birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamaktaki sağlık hizmet sunucularının arasındaki korelasyonun doğru ve nitelikli bir şekilde kurulması amaçlanmıştır.

4.3.6. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hastanelere idari ve mali özerklik kazandırılması amaçlanmıştır. Bu kapsamda kamu hastanelerinin yeni sistemde nitelikli ve verimli işletmeler haline gelmesi için merkeze bağlı yapılarından uzaklaştırılması öngörülmüştür. Yapı işlet devret modeliyle çalışacak şehir hastaneleri kurulmuştur. Ayrıca belediyeler, vakıflar ve il idarelerinin de hastane işletmesinin önü açılarak, sağlık hizmet noktalarının çeşitlendirilmesi ön görülmüştür. Bunun yanında tüm özel sağlık kuruluşlarının sigorta kurumu ile yapacakları sözleşme çerçevesinde, vatandaşların makul fiyatlarla özel sağlık hizmeti almalarının sağlanması amaçlanmıştır.

4.3.7. Donanımlı ve Yüksek Motivasyonla Çalışan İnsan Gücü

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başarıya ulaşması için, sağlık sektörü personellerinin bu dönüşüme uygun niteliklere haiz olmaları gerektiği düşünülmüştür. Buradan hareketle sağlık sektörünün veriminin artırılması için nitelikli bir yönetim kadrosunun oluşturulması hedeflenmiştir. Zira doktorların yönetim işlerini de üstlenmesi, doktorların esas işleri olan hekimlik faaliyetlerinde aksamaya neden olmaktadır. Bunun yerine yönetim mekanizmalarının bu konuda profesyonelleşmiş yönetici kadrosu tarafından yürütülmesinin idari verimliliği de arttıracığı düşünülmüştür.

4.3.8. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

Sağlıkta dönüşümün başarılı olabilmesi için tıp eğitiminin de modern standartlara uygun hale getirilmesinin önemli olduğu düşünülmüştür. Bu çerçevede tıp eğitimin, tıpta uzmanlık sınavına hazırlık mahiyetinden kurtarılarak, tıp öğrencilerinin SDP'nin öngördüğü ilkelere riayet edecek beceri ve özelliklerle yetiştirilmesinin gerekliliği öngörülmüştür.

4.3.9. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon

SDP ile sağlık hizmetinin nitelikli bir hale büründürülmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda, sağlık hizmet sunucularındaki niteliğin sağlık hizmetinde kullanılan araçların kalitesi kadar önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çerçevede, Türk sağlık sisteminin modern bir yapıya kavuşturularak Avrupa Birliği süreci ile de beraber akredite edilmesi hedeflenmiştir. Sağlık sisteminin sunduğu hizmetin ortaya çıkardığı sonuçları ölçümleyebilmek için oluşturulacak etkinlik göstergeleri çerçevesinde performans değerlendirme usulleri oluşturulacaktır. Bu şekilde oluşturulacak network ile sistemin düzenli olarak iyi yönde ilerletilmesi mümkün hale gelebilecektir.

4.3.10. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

İlaç ve tıbbi malzemelerde bir standart oluşturulması, bu kaynakların verimli bir şekilde kullanılmasını sağlayacaktır. Türkiye'de ilaç kullanımının denk sistemlere oranla oldukça fazla

olduğu gözlemlenmektedir. Sağlıkta dönüşüm programı ile bu kapsamda Ulusal İlaç Kurumu oluşturularak ilaç kullanımının ve fiyatlarının düzenlenerek verimli hale getirilmesi temel alınmıştır. Bu çerçevede devletin ilacın üretimi, ruhsata tabi olması, pazarlanması ve geliştirilmesi hususlarında denetleyici, yönlendirici ve katkı sunan bir mahiyette bulunması hedeflenmiştir. Bu kapsamda SDP ile sağlık bilgi sistemlerinin de kurulması amaçlanmıştır. Daha sonra kişisel verileri koruma kanunu çerçevesinde de tartışılan ve prosedüre edilen sağlık bilgi sistemi hususu sağlık sistemin verimli hale getirilmesi noktasında önemli görülmüştür. Sağlık sistemlerindeki sorunların ve beklentilerin tespit edilmesinde nitelikli bir sağlık bilgi sisteminin kurulması önemli görülmüştür.

4.4. SDP'nin Genel Olarak Değerlendirilmesi

SDP ile Türk sağlık sektöründe o güne kadar görülmemiş boyutlarda değişiklikler meydana gelmiştir. Bu değişimler kurumların gerek işlevinde gerekse de yapılarında yaşanmıştır. SDP ile yaşanan değişimin liberal bir bakış açısıyla gerçekleştiği görülmektedir. Buradan hareketle SDP'nin temel amaçlarından birinin de özel sektörün sisteme yoğun bir şekilde entegrasyonu olduğu açıktır. Devlet SDP'nin temel sonuçlarından biri olan GSS ile sağlık hizmetini bedel karşılığında vermeye başlamış olmakla sağlık sunucusu olma hüviyetinden ayrılma eğilimine girerek, kendini de hizmet satın alan konumunda tanımlama yoluna girmiştir. Bu gelişmelerin sonucunda sağlık hakkı anlayışı da değişime uğramıştır. Sağlık güvence sisteminin kuvvetli olması Türkiye'nin sağlık yapılanmasındaki gelişim ve dönüşümün nitelikli şekilde gerçekleşmesinin anahtarıdır.

5. GENEL SAĞLIK SİGORTASI (GSS)

Genel Sağlık Sigortası, Türkiye sağlık sisteminde yarattığı önemli değişiklikler nedeniyle incelenmeye değer bir düzenlemedir.

5.1. Tanımı ve Gelişimi

Genel Sağlık Sigortası Sistemi, 5510 sayılı “ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” içerisinde yapılan düzenlemelerle ihdas edilmiştir

GSS, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bırakılmaksızın, mecburi olarak tüm vatandaşların yararlandırılması yaklaşımını benimsemektedir. Bu kısa tanımdan sonra GSS sigortasının tarihi gelişiminden bahsetmekte yarar bulunmaktadır.

59. Hükümet tarafından sosyal güvenlik reformu çerçevesinde öncelikle dört kanun taslağı hazırlanmıştır. Bunlar 70 madde ve 6 geçici maddeden oluşan Sosyal Güvenlik Kanun Tasarısı Taslağı, 120 madde ve 29 geçici maddeden oluşan Emeklilik Sigortası Kanununun Tasarısı Taslağı, 28 madde ve 3 geçici maddeden oluşan Primsiz Ödemeler Kanunu Tasarısı Taslağı ve 46 madde ve 8 geçici maddeden oluşan Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı Taslağıdır. Yapılan çalışmalar neticesinde 16.05.2006 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Resmi Gazete' de yayımlanarak resmîyet kazanmıştır.

Genel Sağlık Sigortası fikrini doğuran temel etken, kişinin ekonomik durumu ve tercihlerine bakılmaksızın toplumun tamamının merkezi bir sağlık güvencesinden yararlandırılması ve bu vesileyle sağlık hizmetlerinin tek bir elde toplanmasıdır. Zira öncesi sistemde sağlık bilgilerinin tek bir merkezde toplanmaması ve harcama finansmanının tek bir elden yürütülmemesi, harcamalarda aşırılığa, bürokratik işleme ve sağlık politikalarının belirlenmesinde ise yanlışlara neden olduğu düşünülmüştür. Dolayısıyla halkın tamamını kapsayan bir Genel Sağlık Sigortasının oluşturulması planlanmıştır (Orhaner, 2000: 77).

Anayasanın 56. Maddesi devlete, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarının tek elden planlayıp hizmet vermesi görevini yüklemiştir ve bu görevini yerine getirirken kamu ve özel kesimlerdeki sağlık kurumları ve sosyal kurumlardan yararlanacak ve onları denetleyecektir. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı'nın yönetsel ve işlevsel yapılanması, sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, birinci basamak sağlık hizmetleri, aile doktorluğu ve koruyucu sağlık hizmetlerinin organize olarak işletilmesi gibi birçok düzenleme ve değişiklik yapılmıştır. 1 Ekim 2008 tarihinde edimsel olarak yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık hizmetlerinin finansmanı, hizmetin sunumundan giderek ayrılmaya başlamıştır. Söz konusu kanun ile Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kanunu ve BAĞ-KUR mensubu olan kişiler genel sağlık sigortası çatısı altında sağlık güvencesine alınmışlardır. Yine yeşil kart sahibi vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınmasına ilişkin çalışmalar gerçekleştirilmiştir (Serin, 2010: 204)

Kanunun genel gerekçesinde yapılan genel sağlık sigortası tanımını irdelemekte fayda bulunmaktadır. Buna göre kanun koyucu Genel Sağlık Sigortasını, bireylerin mali durumu ve

istekleri dikkate alınmaksızın doğabilecek hastalıklara karşı toplumun tamamının sağlık hizmetinden verimli şekilde yararlanmasını sağlayan sigorta olarak tanımlamıştır. Genel Sağlık Sigortası SSGSSK'da ise, bireylerin sağlık halinin korunmasını, hastalık hallerinde ise yapılan harcamaların mali kaynağını oluşturan sigorta olarak tanıma tabi tutulmuştur. Yapılan tanımlamaların birbirini bütünleyici mahiyette olduğu görülmektedir. Yapılan tanımlamalarda sigortanın kapsayıcı ve zorunlu nitelikte organize edildiği anlaşılmaktadır. Kanun koyucu gerekçenin devamında, gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinde ülkenin tamamını içine alan kamusal sağlık sistemlerinin görüldüğü, ancak ülkemizde sağlıktan yararlanılması hakkının tabana tamamen yayılmadığı ve bazı kişilerin sosyal güvenceden mahrum olduğu belirtilmiştir. Kanun koyucu diğer taraftan, sağlık hizmeti konusunda akılcı ve hakkaniyetli bir dağılım olmadığını ve mevcut sistemde sosyal güvenlik kurumlarının tek elde olmamasının sağlık yardımı konusunda standart yakalanamamasına neden olduğunu belirtmiştir. Kanun koyucunun tanımları çerçevesinde sağlık hizmetinde standart olmaması nedeniyle vatandaşın eşit hizmet alması engellenmekte ve adalet ilkesine aykırı bir durum yaratılmaktadır.

SSGSK ile emeklilik şartları, maaş ödemeleri gibi başlıklarda olduğu gibi, sağlık hakkı hususunda da önemli düzenlemeler ilga edilmiştir. Kanunun uygulamaya konulmasıyla, Bağkur, SSK ve Emekli Sandığı üyeleri olarak kategorize edilen vatandaşlar Genel Sağlık Sigortalısı olarak ortak kümede toplanmıştır.

Genel hatlarıyla belirtmek gerekirse, yasanın temel amaçları şöyle sıralanabilir;

- 1) Tüm ülke vatandaşlarını kapsamaması,
- 2) Sağlık sigortasının, zorunlu olması, kişinin tercihinin bırakılmaması,
- 3) Sağlık hizmetlerinin eşit, adil ve ulaşılabilir olması,
- 4) Sisteme üye olanların belirli oranda prim ödemesinin zorunlu olması,
- 5) Hastaların, prime ek olarak ayrıca katkı payı ödemesi,
- 6) GSS kapsamındaki primlerin, belirlenmiş sağlık hizmetini kapsamaması, bunun dışında kalan talepler için ayrıca bedel ödenmesi,
- 7) Düzgün bir sevk sisteminin kurulması ve işletilmesi (Er, 2011: 208)

5.2. Sağlık Yardımlarının Kişi ve Nitelik Açısından Kapsamı

Kanunun 60. Maddesinde GSS'nin kişi bakımından kapsadığı küme açıklanmıştır. Bu çerçevede, Türkiye'de yerleşik olmak şartıyla sosyal sigortalı ve isteğe bağlı sigortalı olan kişiler GSS kapsamına alınmıştır. İsteğe bağlı sigortalının tanımı kanunun 50. Maddesinde yapılmıştır.

5510 sayılı kanunun düzenlenmesinde sağlık yardımlarının kapsamı riskler dikkate alınarak belirlenmiştir (Sözer, 2009: 1181). Kanunun 63. Maddesi, koruyucu sağlık hizmetlerini, hastalık halini, analık halini, iş kazası ve meslek hastalıklarını, ağız ve diş muayenesini, yardımcı üreme yöntemi tedavilerini ve bunların teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünlerini, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi cihaz sağlanması, takılması, garanti süresi sonunda bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetlerini GSS kapsamına almıştır.

Sosyal Güvenlik Kurumunca sağlanacak sağlık hizmetleri kanunun 63. Maddesinde sayılmıştır. 64. Madde ise kurum tarafından karşılanmayacak hizmetlere yer vermiştir. 63. Maddenin b bendinde sıralanmış hastalık halinde kapsama alınmış olan sağlık yardımları, kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; hekim tarafından muayene, klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbi bakım ve tedavileridir. Yardımcı üreme yöntemi tedavileri de kanun tasarında yer almamasına karşın gelen eleştiriler üzerine kanun maddesine belirli şartların sağlanması halinde olmak üzere eklenmiştir. Madde ağız ve diş sağlığına ilişkin uygulamaları da ayrıca düzenlemiştir. Buna göre yaşa göre bir ayırım yapılmış 18 yaşına kadar olan kimselerin ortodontik tedavileri kurum tarafından karşılanırken 18 ile 45 yaş arasındaki kişiler ise bu noktada kapsam dışında tutulmuştur. Tramvaya bağlı ve onkolojik tedavilerde ise yaş sınırına bakılmaksızın kişiler kapsama alınmıştır.

Kanunla beraber kişilerin yurt dışında da sağlık hizmetinden sigorta kapsamında yararlanması belli hallerde mümkün kılınmıştır. Esas itibarıyla kanunun ana fikrinin yurt içi tedavileri içerdiği de bu noktada belirtilmelidir. Buna göre yurt içinde tedavi imkanı bulunmayalar ile yurt dışına geçici görev ile gidenlerin tedavileri kurum tarafından karşılanabilecektir. Ancak yapılacak ödeme yurt içi ikamesiyle sınırlı tutulmuştur. 506 sayılı kanunda yurt dışında tedavi olmanın şartı olarak 300 gün hastalık sigortası primi ödeme şartı mevcutken 5510 sayılı kanunla beraber işbu koşul ortadan kaldırılmıştır.

5.3. Sağlık Yardımlarını Belirleme Yöntemi

SGK, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile f bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini Sağlık Bakanlığı'nın görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir (Er, 2011: 217).

62. maddenin son fıkrasında maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esasların yönetmelikle belirleneceği belirtilmiştir. Bu noktada usul ve esasların kanun yerine yönetmelik ile belirlenmesi eleştirilebilir. Zira sağlık hakkı gibi insan haklarının temellerinden birini oluşturan hakkın kullanılmasına ilişkin esasların yasa koyucu tarafından belirlenmesinde yarar bulunduğu da gerçektir. Konunun yönetmelikle belirlenebilir olması hız ve pratiklik anlamında idarenin elini güçlendirmiş olmakla beraber insan haklarına ilişkin tereddütlere de yol açabilecektir.

5.4. Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları

5510 sayılı yasa ile oluşturulan haklardan yararlanmanın öncelikli şartı, kişinin genel sağlık sigortalısı ya da sigortalı kişinin bakmakla sorumlu olduğu kişi olmasıdır.

5.4.1. Prim ve Devlet Katkısı

Kısa ve uzun vadeli sigorta kapsamında olanlar, yani bağımlı çalışanlar için prim oranı, esas kazancın %12,5'udur. Bu primin %5'i sigortalı kalanı ise işveren tarafından ödenmektedir. Bağımsız çalışanlar için genel sağlık sigortası prim oranı da %12,5 olarak belirlenmiştir.

Yasa yeni düzenlemesinde ilk kez devlet katkısına da yer vermiştir. Buna göre GSS kapsamından elde edilen gelirin ¼'üne tekabül eden tutar hazine tarafından kuruma kaynak olarak aktarılır.

5.4.2. Prim Borcu

Prim ödeme koşulu yasa tarafından dört ayrı başlıkta değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

a) Prim Koşulu Aranmayanlar:

Bu küme içerisinde yer alanlar için prim ödeme koşulu aranmaksızın sağlık hizmeti sağlanmaktadır.

18 yaşını doldurmamışlar,

Bakıma muhtaçlar,

Acil durumlar,

İş kazası ve meslek hastalığı,
Bildirimi şart bulaşıcı hastalık halleri,
Koruyucu sağlık hizmetleri,
Annelikle alakalı sağlık hizmetleri,
Genel afet ile seferberlik ve savaş hallerinde,
Grev ve Lokavt hallerinde.

b) 30 Günlük Prim Arananlar

Sağlık hizmetinden yararlanabilmek için bazı kişilerden, sağlık hizmeti için başvurduğu tarihten geriye bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası primi ödemiş olması şartı aranmaktadır. Bu kişiler iş sözleşmesine bağlı çalışanlar ve kamu görevlileridir.

c) 60 Günden Fazla Borcu Olmaması Gerekenler

60. maddede sözü geçen genel sağlık sigortalıları için son bir yıl içerisinde 30 gün prim ödeme şartının yanında 60 günden fazla prim ve prime ilişkin borçlarının bulunmaması şartı hüküm altına alınmıştır

d) Prim Borcu Olmaması Gerekenler

İsteğe bağlı sigortalıların sağlık hizmetinden yararlanabilmesi için prim borçlarının bulunmaması gerekmektedir.

5.4.3. Katılım Payı Ödenmesi

Yasa belli sağlık hizmetlerine göre katılım payı ödenip ödenmeyeceğini ikili ayrıma tabi tutmuştur. Buna göre, ayakta tedavide hekim muayene hizmetinde, vücut dışı ortez ve protezler, ayakta tedavi esnasında sağlanan ilaçlar, kurumca belirlenecek yatarak tedavi hizmetlerinde katılım payı alınmaktayken, iş kazası ile meslek hastalıklarında, savaş ve afet hallerinde, aile hekimi muayenelerinde, organ ve doku nakillerinde, hayati önemdeki ortez ve protezlerde, 94. Madde gereği yapılan kontrol muayenelerinde katılım payı alınmamaktadır.

5.4.4. Sevk Zincirine Uyulması Koşulu

Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularını birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak kategorize etmiştir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlar: Toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, 112 acil sağlık hizmet birimi.

İkinci basamak sağlık kuruluşları: Devlet hastaneleri, sağlık bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri.

Üçüncü basamak sağlık kuruluşları: Üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, diş hekimliği fakülteleri.

Bu üçlü ayırımın haricinde özel ve resmi sağlık kuruluşları olarak da sağlık hizmet sağlayıcıları iki ana başlıkta birbirinden ayrılmaktadır.

5.5. Genel Sağlık Sigortasında Sorumluluk

Genel Sağlık Sigortası hususunda işveren, sigortalının ve 3. Kişilerin sorumluluğu doğabilmektedir. Hangi koşullarda hangi grubun sorumluluğunun doğacağı aşağıda açıklanacaktır.

a) İşveren Açısından

İş kazası ve meslek hastalığına maruz kalan sigortalının sağlık hizmeti gereksinimi işveren tarafından yerine getirilmelidir. İşveren tarafından yapılan harcamalar bilahare SGK tarafından karşılanmaktadır. İşverenin bu husustaki yükümlölüklerine uymaması halinde SGK'nın rücu hakkı saklıdır. Bu çerçevede, işverenin yükümlölüklerine aykırı davrandığını gösterir haller şunlardır,

Belirli işlerde çalışabilmenin koşulu o işte kişinin çalışabileceğine dair düzenlenecek hekim raporudur. Bu kapsamda hekim raporu olmaksızın işçi çalıştıran işverenin sorumluluğuna gidilebilecektir.

Diğer taraftan iş kazası ve meslek hastalığına maruz kalan işçi, işverenin kastı veya işyerinde iş sağlığı ve güvenliği mevzuatına uyulmaması nedeniyle etkilendiyse, SGK işverene rücu yoluna gidecektir.

b) Sigortalı Açısından

Hekim raporuna aykırı olarak, çalışma içerisine giren sigortalı bundan ötürü doğan sağlık masraflarına katlanmak durumunda kalacaktır.

c) Üçüncü Kişilerin Sorumluluğu

Genel sağlık sigortalısına karşı yaptığı eylem mahkemece suç veya haksız fiil olarak tespit edilen kişi bu eylem nedeniyle kurumun yaptığı sağlık harcamalarını karşılamakla yükümlüdür.

5.6. GSS'nin Değerlendirilmesi

SSGSK'nın genel gerekçesinde GSS'nin uygulama amacıyla alakalı olarak, bu kurumun sosyal adaleti gerçekteştirme hedefinde olduğu ifade edilmektedir. Bu kapsamda Genel Sağlık Sigortası'nın birçok ülke sisteminde kullanıldığı görülmektedir. Kanun gerekçesinde devamla, GSS ile ülke sağlık sisteminin modern bir yapıya bürünerek, uluslararası düzeye geleceği ve bireylerin en öncelikli vatandaşlık haklarından olan sağlık güvencesine sahip olacakları belirtilmiştir. Bu çerçevede Türk vatandaşlarının modern ve dünya standardına uygun sosyal güvenlik ve sağlık sunumuna kavuşacağı beyan edilmiştir. Ayrıca sistemin tek çatıda toplanmasının, sistemi mali yönden verimli hale getireceği, idari etkinliğin artacağı ve denetim mekanizmasının da işlevli hale geleceği ifade edilmiştir.

Sağlıkta Değişim Programı başlığında da incelediği üzere GSS sistemi SDP'nin ana bileşenlerinden biridir. SDP'nin başarılı bir uygulama alanı bulabilmesi için GSS sisteminin hayata geçirilmesi ön koşul olarak görülmüştür. GSS uygulamasında devletin kararlılığının yanında ulusal ve uluslararası düzeyde etkinliği olan sivil toplum kuruluşlarının da tavsiye ve yönlendirmeleri de sistemin hayata geçirilmesindeki payı büyüktür. GSS sisteminin hayata geçirilmesi sürecine yerel düzeyde TÜSİAD, TİSK, TOBB uluslararası düzeyde ise Dünya Bankası, DSÖ ve İMF kuruluşların katkısı olmuştur. Bu nedenle, Genel Sağlık Sigortası sisteminin genel değerlendirmesinin yapılabilmesi için, Dünya Bankası tarafından önerilen sağlık reformu stratejisinin temel unsurlarını hatırlamak gerekir.

Dünya Bankası tarafından Türkiye için önerilen reformun ana unsurları şu ögelerden oluşmaktadır.

- a) Zorunlu genel sosyal sağlık sigortası ve isteğe bağlı tamamlayıcı özel sigorta,
- b) Temel hizmetler paketi hazırlama ve kamu harcamalarını hedef alma,
- c) Devlet hastanelerinin yeniden düzenlenmesi ve daha fazla özerklik tanınması,
- d) Kurumsal sorumlulukların birleştirilmesi ve yeniden tanımlanması,
- e) Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi (Er, 2011: 229)

2000'li yılların başına kadar sağlık hizmeti 3 farklı koldan yürütülmüş ve bu nedenle standart sağlanamadığından toplumda memnuniyetsizlik yaratmıştır. Bunun yanında sistemin dışında

kalan kişilere Yeşil Kart vasıtasıyla sağlık hizmeti sunulmaya çalışılsa da sistem verimli şekilde yürütülemedi. Bu nedenle sağlıkta dönüşüm programına ihtiyaca binaen organize edilmiştir. Bu çerçevede hizmet kalitesinin artırılarak, her hastaya eşit düzeyde sağlık hizmeti sunulması amaçlanmıştır. Bu tarzda organize edilen sağlık hizmetinin maliyetleri aşağı çekeceği gibi koruyucu hekimlik uygulamalarını da teşvik edici olacağı düşünülmüştür.

Bu çerçevede Genel Sağlık Sigortası sisteminin temel amaçları, tüm vatandaşların sağlık sigortası sistemine alınması, sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması, finansmanın tek elden yapılması, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması, koruyucu hekimliğin geliştirilerek hastanelerin iş yükünün azaltılması şeklinde özetlenebilir.

Bu noktada her vatandaşın sistem içerisinde zorunlu olarak bulunmasının her ne kadar prim ödeme esaslı bulursa dahi Anayasa kapsamında altı çizilen sosyal devlet anlayışının uygun bir tezahürü olduğu da söylenebilir.

Diğer taraftan yeni model tasarlanırken sosyal güvenliğin finansmanını sorununun kayıt dışı istihdam sorunu ile bağlantılı olarak değerlendirilemediği ifade edilmektedir. Temelde sosyal güvenlik açıklarının azaltılması hedefine odaklanmış görünen yeni model, Türkiye'nin AB ülkeleri içinde sosyal güvenliğe prim yoluyla devlet katkısı yapmayan tek ülke olduğu gerçeğini göz ardı eder görünmektedir. Yaklaşım böyle olunca, devlet tarafından dönem sonunda sosyal güvenlik kuruluşlarına yapılan transferler de kolaylıkla açık veya kara delik olarak adlandırılabilir (Aktulay, 2004 : 99).

Önceki sistemdeki yanlış ve aksaklıklardan bazıları aşağıdakilerdir,

- a) Yönetimsel eksiklikler,
- b) Standardizasyon eksiklikleri,
- c) Demografik yapıyla uyumsuz sistem,
- d) Kayıt dışılığın fazlalığı,
- e) Toplumsal eleştiriler,

Yukarıda sayılan yanlış ve eksiklikler yeni bir sistemin oluşturulması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu noktada özetlemek gerekirse, toplumun tamamını kapsayan bir sigorta anlayışıyla kayıt dışılığın önüne geçilmesi hedeflenmiş buradan hareketle de toplanan prim miktarı artırılarak finansmanın da geliştirilmesi amaçlanmış, eski sistemde 3 farklı koldan yürütülmesi nedeniyle yönetimsel ve finansal problemler yaratan sistem tek çatı altına alınarak

sağlık hizmetinde standart yakalanması için yeni bir modelleme yapılmıştır. Ancak diğer taraftan bir bakış açısıyla da yeni sistemi değerlendirmeye tabi tutmak mümkündür. Zira eski sisteme oranla olumlu bir noktada bulunsa da mevcut sistem de sosyal devlet anlayışıyla tam manasıyla bağdaşmamaktadır. İşsizliğin özellikle de genç işsizliğin yoğun olduğu ülkemizde prim yerine vergilendirme esasına dayalı oluşturulacak bir sistemin daha kapsayıcı ve nitelikli olacağı söylenebilir. Bu kapsamda 01.04.2017 tarihinde sistemde bazı iyileştirmeler yapıldığını da belirtmek gerekmektedir. Buna göre,

a) Bu tarihten önce gelir seviyesi dört gruba ayrılmaktayken, yapılan değişiklikle ikiye indirilmiştir. Ailenin toplam gelirinin asgari ücretin üçte birinden aşağıda olduğunu varsayan bireylerin gelir testi yaptırmaları mümkün olabilecektir.

b) Düzenleme ile gelir testi zorunlu olmaktan çıkmıştır. Buna göre hane geliri toplamda asgari ücretin 1/3'ünden fazla olanlar asgari ücretin yüzde üçüne tekabül eden bedeli ödeyeceklerdir.

c) Prim ödeyemeyenlerin, tescil edildikleri tarih itibariyle yapacakları gelir testiyle, hane halkı gelirlerinin asgari ücretin üçte biri düzeyinde olduğu tespit edilmesi halinde, GSS primleri devletçe karşılanarak sağlık hizmetinde faydalanmaları sağlanacaktır.

d) Lise ve denk okullardan mezun olanlar yirmi, üniversite mezunları ise yirmi beş yaşını geçmemek koşuluyla mezuniyetlerini takip eden iki sene müddetinde prim ödemeksizin GSS kapsamında kabul edilerek, sağlık hizmetini ücretsiz alabileceklerdir.

e) Düzenleme tarihinden önce tahakkuk eden gecikme zammı ve ferilerinin tahsilinden vazgeçilmiştir. Ayrıca, 1 Nisan 2017 tarihinden önce GSS'li olarak tescil edilmiş ve gelir testine hiç başvurmamış veya tahakkuk eden prim borcunu ödememiş olanların on iki ay süresinde gelir testi yaptırmaları durumunda, evvelki borçları,

- 53,33 TL'ye eşit veya 53,33TL'den fazla olması halinde 53,33TL'den,

- 53,33TL'den az olması halinde ise tahakkuk eden borç tutarı üzerinden, yeniden yapılandırılabilir.

Yukarıda açıklanan düzenlemelerle sistemde zaman içerisinde ortaya çıkan açıkların belirli bir kısmı giderilmiştir. Ancak nüfusu 82 milyon civarında seyreden işsizlik oranlarının toplamda yüzde 15 gençlerde ise yüzde 25 olduğu bir ülkede Anayasa uyarınca yapılan sosyal devlet ve vatandaşlık bağı ön planda tutan finansmanının doğrudan toplanan vergilerle sağlandığı bir sistemin inşa edilmesi de bu kapsamda idarenin önceliği olmalıdır.

6. ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI

GSS'nin faaliyete geçmesi sonrasında Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının kapsamı genişlemiştir. Bu bölümde özel sağlık sigortası yürürlükteki mevzuat çerçevesinde incelenecektir.

6.1. Tanımı

Ülkemizde özel sağlık sigortacılığının pazarda kapladığı alan da giderek genişlemektedir. Özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alan vatandaşlar yıllık bazda belirli primler ödeyerek özel sağlık sigortasından yararlanabilmektedir.

Özel sağlık sigortası, sağlığı güvence altına alan düzenlemelerden öte hastalık olgusu ile ilgili olarak; hastalık denilen bir durum ortaya çıktığında bunun giderilmesi ve sağlığın yeniden sağlanması için gereken mali yükü üstlenmek amacını taşıyan bir sigorta türü olarak tanımlanmaktadır (Babaoğlu, 1993: 174). Öngörülemeyen sağlık harcamaları ile gelir kaybını önlemeye çalışan özel sağlık sigortaları ülkeden ülkeye değişen özellikler göstermekle birlikte sosyal güvenlik sisteminin dolduramadığı boşlukları tamamlamaya çalışmaktadır. Ek olarak daha özel hizmet almak isteyenlere cevap veren bir sistemdir (Tatar, 1996: 128).

Özel sağlık sigortasının kapsamında iki ana başlığın bulunduğu söylenebilir. Bunlardan ilki tıbbi harcamalar diğeri ise iş göremezlik gelirleridir.

Özel sağlık sigortasının verimliliğini çeşitli etkenlerden etkilenmektedir. Bunlardan en önemli olanı ise özel sağlık sigortacılığının şekil ve şartlarının kanuni olarak ayrıntılı biçimde düzenlemesidir. Bu tip bir kanuni düzenlemenin olmaması veya yetersiz olması sistemin düzgün işlememesine neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak da aşağıdaki istenmeyen durumlar ortaya çıkabilmektedir.

- a) Kişilerin sigortadan yararlanacakları esnada hastalıkları ile alakalı doğru bilgi vermemeleri,
- b) Sigorta firmalarının risk oranı yüksek gruplardan kaçınmaları,
- c) Prim oranlarının usule ve hakkaniyete uygun şekilde belirlenmesinde ortaya çıkan zorluklar,
- d) Bireylerin hizmeti gereğinden fazla kullanmaları,
- e) Şirketlerin tekelleşme eğilimine girmeleri.

Yukarıda sayılan risklerin doğumunu minimize etmek için yasamanın nitelikli kanuni düzenlemelerle sektörü yönlendirmesi ve denetlemesi elzemdir.

6.2. Özel Sağlık Sigortası Mevzuatı

Özel sağlık sigortacılığının kapsam ve teminatları ile alakalı olarak, Türk Ticaret Kanunu'nun 1513. Maddesinde düzenleme mevcuttur. Kanun maddesinin ifadeleri aşağıda yorumlanmıştır.

Maddenin ilk fıkrasının a bendinde ayakta tedavi kapsamında doğacak giderler, b bendinde, yatarak tedavi kapsamında yapılacak giderlerin, c bendinde, sigortalının hastalık müddetinde çalışmaması nedeniyle doğan kazanç kaybının, d bendinde ise sigortalının hastalık nedeniyle bakıma muhtaç hale gelmesi nedeniyle harcanacak bakım giderinin sağlık sigortalarının kapsamında olduğu belirtilmiştir. Bununla beraber maddenin ikinci fıkrasında yukarıdaki kapsamın sözleşme ile daraltılabilesine de izin verilmiştir. Kanun maddeleri çerçevesinde sağlık sigortasının teminat türlerini de maddeler halinde kısaca belirtmekte fayda bulunmaktadır.

a) Ayakta Tedavi Teminatları

- 1) Doktor muayenesinden doğan giderler,
- 2) İlaç kullanımından doğan giderler,
- 3) Hastalık tanısı konulmasına ilişkin yapılan giderler, (MR, Röntgen vs)
- 4) Tahlil giderleri,
- 5) Düzenli kontrol giderleri. (Gebelik esnasında)

b) Yatarak Tedavi Teminatları

- 1) Ameliyattan doğan giderler,
- 2) Hastane odası temininden doğan giderler,
- 3) Refakatçi bulundurulmasından doğan giderler,
- 4) İlaç kullanımından doğan giderler,
- 5) Yoğun bakım hizmetinden doğan giderler,
- 6) Kara ve hava ambulansı giderleri,
- 7) Doğum kaynaklı giderler,
- 8) Hastanede yatarak yapılması gereken tedavilerden doğan giderler,
- 9) Tanı konulmasına ilişkin yapılan giderler,

10) Tedavi sonrası doktor takibine ilişkin yapılan giderler.

Bunun yanında özel sağlık sigortacılığının şart ve şekillerini ayrıntılı şekilde düzenleyen bir yönetmelik de mevcuttur. Yönetmeliğin özel sağlık sigortalarının genel hükümlerini düzenleyen beşinci maddesi hükümleri aşağıda yorumlanmıştır;

Maddenin ilk fıkrası şirketlerin sigortadan yararlanmak isteyenleri sözleşme akdedilmesi öncesinde sözleşmenin mahiyeti ile alakalı ayrıntılı ve iyi niyet prensipleri çerçevesinde bilgilendirme zorunluluğunu içermektedir. Buradaki amaç tüketicinin alacağı hizmetin kapsamı ile alakalı olarak yeterli şekilde bilgi sahibi olmasını sağlamaktır. Gerçekten de ilgili madde hükmüne sigorta firmaları tarafından hakkaniyet çerçevesinde riayet edilmesi çok önemlidir. Zira genel işlem koşulları çerçevesinde değerlendirilebilecek olan sigorta sözleşmeleri tüketici açısından anlaşılabilir olmalıdır. Aksi durum hukuki ihtilaflara yol açabilecektir. İkinci fıkrada ise sigortalının şirkete şahsı hakkında vereceği bilgiler hakkındaki esasları içermektedir. Sigortalı adayının da sözleşmenin kurulumu esnasında şirketi yanıltma saiki gütmemesi elzemdir.

Yönetmeliğin 6. Maddesi sözleşme türlerini düzenlemektedir;

İlk fıkrada sağlık sigortalarının yenileme garantili de yenileme garantisiz de yapılabileceği düzenlenmiştir. Devam eden fıkrasında ise ömür boyu yenileme garantisi ile alakalı prosedürlere değinilmiştir.

Yönetmeliğin 7. Maddesi ömür boyu yenileme garantisi ile alakalı ayrıntıları ihtiva etmektedir.

Maddenin 1. Fıkrasında ömür boyu yenileme garantisinin açık ve kısa bir tanımı yapıldıktan sonra, sözleşmenin akdi esnasından ömür boyu yenileme garantisine ilişkin şartların bulunması gerektiği ve ilerleyen dönemde buna ilişkin sigortalı haklarının sigortalı aleyhine değiştirilemeyeceği belirtilmiştir. İkinci fıkrada ise prim miktarının belirlenme esası belirtilmiştir. Buna göre prim miktarı sigortalının şahsi durumuna göre belirlenecektir. Bu noktada geçmiş dönem ve mevcut hastalık bilgileri çerçevesinde bir değerleme yapılır. 3. Fıkrada ise sözleşmenin yürürlüğü esnasında ortaya çıkan hastalıklar neticesinde poliçenin şartlarından sigortalı aleyhine değişiklik yapılamayacağı belirtilmiştir. 4. Fıkrasında geçmiş dönem değerlendirme şartları ile alakalı sigortalıya her yıl bildirim yapılması zorunlu kılınmıştır.

Yönetmeliğin 10. Maddesi sözleşmenin iptal edilme yöntemini düzenlemektedir;

İlk fıkrada sözleşmenin akdini takip eden otuz gün içerisinde taraflardan birinin sözleşmeyi fesih etmesi halinde, sigortalıya poliçe kapsamında herhangi bir tazminat ödenmediği durumda diğer bir deyişle sigortalının poliçe kapsamında sağlık hizmetinden yararlanmaması halinde, ödenen primlerin iade edileceği belirtilmiştir. Fıkranın devamında ise otuz günü aşan fesihlerde sigortalının şirketin hak etmediği meblağın sözleşme şartları çerçevesinde iade edilebileceği belirtilmiştir. İkinci fıkrada sigorta ettirenin vefatı halinde murislerin sözleşmeyi devam ettirebileceği aksi halde ise şirketin hak etmediği primin sözleşme şartlar uyarınca murislere iade edileceği belirtilmiştir. Üçüncü fıkrada ise sigortalının ölümü halinde şirketin hak etmediği primin murislere iade edileceği belirtilmiştir. Son fıkrada ise ömür boyu yenileme garantisi bulunan sözleşmelerde sigorta ettiren ve sigortalı tarafın yenileme yükümlüsü olmadığı belirtilmiştir.

Yönetmeliğin 16. Maddesi kişisel verilerin korunması ile alakalı olarak düzenlenmiştir;

İlk fıkrada sigortalıya ait bilgilerin sigortalının yazılı onayı ile bireysel şekilde kayıt altında tutulabileceği belirtilmiştir. İkinci fıkrada sigortalıya ait kişisel bilgilerin şirket tarafından resmi ve yetkili kurumlar haricinde paylaşılabilmesi için sigortalının onayını şart tutmuştur. Sigortalı hakkındaki bilgilere sahip tüzel ve gerçek kişilerin bu bilgilerin saklı tutulmasından sorumlu olduğu da son fıkrada hüküm altına alınmıştır.

6.3. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığının Gelişimi

Türkiye’de özel sağlık sigortaları kaza sigorta konusu kapsamında iken, bir süre sonra bu alandan çıkarılarak hastalık sigortası olan başak bir sigorta türü durumuna getirilmiştir. Özel sağlık sigortalarının amacı, bireylerin yaşamları süresince karşılaşılabilecekleri hastalık riskine karşılık, onların ekonomik zararlarını paylaşmak ve belirli oranlarda kar sağlamaktır (Bölükbaşı ve Pamutçu, 2008: 125). Türkiye’de özel sağlık sigortalarında serbest tarife uygulanmakta olup teminatlar ve fiyatlar serbest piyasa koşullarında belirlenmektedir. Uygulamaların genel çerçevesi olan “ hastalık sigortası genel şartları” devlet tarafından çizilmiştir. Özel sigorta şirketleri bu şartlara eklemeler yaparak istedikleri sağlık hizmeti teminatını müşterilerine sunabilmektedirler (Kaya, 2010: 166).

Bu çerçevede sigorta şirketlerinin sağlık kuruluşlarıyla anlaşma yaparak sigortalıları anlaşmalı kurumlara yönlendirme eğiliminde olduğu gözlemlenmektedir. Anlaşmalı kurumlara yönlendirme eğilimi sigorta şirketi açısından maliyeti düşürdüğünden, bunun yansımaları olarak

poliçe tutarları da düşmektedir. Bunun yanı sıra anlaşmalı sağlık kuruluşlarının hizmet standartları poliçenin miktarında değişiklik yaratmaktadır. Bazı özel hastanelerden alınan sağlık hizmetlerini kapsayan poliçelerin maliyeti diğerlerine oranla yüksek olmaktadır.

6.4. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığındaki Sorunlar

Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı sektöründeki temel sorunlar aşağıdaki maddelerde özetlenmiştir.

Kullanım sıklığı: Sigortalının yaptığı ödeme karşılığında sağlık hizmetinden herhangi bir maliyete katlanmadan yararlanması sigortalının gereğinden fazla şekilde sağlık hizmetinden yararlanmasına, dolayısıyla sigorta şirketinin tazminat yükümlüğünün artmasına neden olmaktadır. Bunun neticesinde de sigortalının ödemesi gereken prim tutarı sonraki dönemde artmakta ve sistemde tıkanıklık oluşmaktadır.

İyi niyet faktörü: Bu noktada iki yönden de problemlerle karşılaşılmaktadır. Sigorta şirketleri açısından, poliçe hükümlerinin kötüye kullanılarak ödemeden kaçınılması söz konusu olabilirken, sigortalı açısından da bireysel durumu ile alakalı şirketi yanıltma teşebbüslerine rastlanılmaktadır.

Sağlık faaliyeti: Sağlık kuruluşlarının sigorta kapsamında sağlık hizmeti alanlara karşı farklı fiyat ve hizmet politikası yürütmesi durumu da gözlenebilmektedir.

Sayısal nedenler: Sigortacılığın temel gereksinimlerinden biri de popülasyonun yüksek olmasıdır. Diğer bir deyişle sağlık sigortası hizmetinden yararlanan kişi sayısı yeterli düzeyde olmadığından sistem yüzde yüz verimlilikte çalışmamaktadır. Zira ülkemiz tüketicisinin mevcut durumundaki yapısı sağlık sigortası gibi spesifik ve alternatif durumunda olan sigortalar açısından olgunlaşmış değildir.

6.5. Değerlendirilmesi

Genel bir anlatımla Genel Sağlık Sigortası sisteminin devreye girmesi akabinde gelir düzeyi yüksek vatandaşların özel sağlık hizmetine yönlendirildiği bunun sonucunda özel hastane sayılarının ve verilen hizmetlerin artarak çeşitlendiği gözlemlenmektedir. Bu durum özel sağlık sigortacılığına olan yönelimi de doğal olarak arttırmaktadır. Ancak ülkemizde sigorta bilinci henüz tam manasıyla yerleşmediğinden, sektör yabancı ülkelerle yarışacak düzeyde değildir.

6.6. Avrupa Ülkelerinde Özel Sağlık Sigortacılığı

Avrupa ülkelerinin tamamında kamusal şekilde uygulaması bulunan mecburi sağlık sigortaları ile beraber, özel teşebbüslerinde sigorta faaliyetlerine sıkça rastlanmaktadır. AB ülkelerinde özel sağlık sigortacılığı salt şekilde veya sistemin ana unsuru olarak yer almadığından mecburi sigortalarla beraber değerlendirilebilir mahiyettedir.

AB üye ülkelerinin birçoğunda kamu tarafında finanse edilen zorunlu sağlık sigortalarını destekleyici mahiyette özel sağlık sigorta formülleri geliştirilmiştir. Bu noktada özel sağlık sigortasından yararlanan kişilerin sağlık hizmetlerini alması kolaylaşmaktadır. Bunun yanında özel sağlık sigortalarının daha kapsamlı hizmetleri de olabilmektedir. Özellikle tamamlayıcı sağlık sigortasının bulunduğu ülkelerde kamu tarafından karşılamayan sağlık hizmetlerinin sigorta vasıtasıyla karşılandığı görülmektedir. Bu bilgiler çerçevesinde AB ülkelerinde özel sağlık sigortası piyasasının zorunlu kamu sigortalarını destekleyici mahiyette kullanıldığı görülmektedir.

AB’de özel sağlık sigortalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı küçüktür. Buna çerçevede 2006 senesi itibariyle yalnızca Fransa ve Slovenya’da özel sağlık sigortalarının toplamdaki oranı yüzde onun üzerindedir. 1996 – 2006 seneleri arasında üye ülkelerin 2/3’ünde sağlık harcamalarının arttığı görülmüş olmakla beraber, özel sağlık sigortası sektörünün büyümesi AB ülkelerinin tamamına yakınında yatay bir seyir izlemiştir. AB ülkeleri içerisinde özel sağlık sigortası sektörünün toplam sağlık harcamaları içerisinde en az orana sahip olduğu ülkeler ise Birleşik Krallık ve Hollanda’dır.

Özel sağlık sigortasının teminatındaki nüfusu gösteren paylar da ülkeden ülkeye değişiklikler göstermektedir. Bu kapsamda bu başlıkta en büyük nüfus yoğunluğuna sahip ülkeler aynı zamanda mecburi sigortaların da yoğun olduğu Fransa, Slovenya ve Lüksemburg’dur. Bu oranlar Fransa ve Lüksemburg’da yüzde doksanın üzerinde seyretmektedir. Hem tamamlayıcı hem de destek verici yapısıyla Hollanda bu kapsamda örnek teşkil eden bir uygulamaya sahiptir. Özel sağlık sigortasının kapsadığı nüfusun Danimarka, Fransa ve İrlanda’da hızla arttığı görülmektedir. Bu artışların temel nedeni olarak yeni vergi düzenlemeleri gösterilmektedir. Almanya piyasa hacmi ve prim gelirleri açısından AB içerisindeki en geniş özel sağlık sigortası piyasasına sahiptir. Almanya’yı İngiltere, Fransa ve İspanya gibi ülkeler takip etmektedir.

6.7. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Kamu sağlık sigortası sistemleri genel olarak kişilerin karşılaştığı tüm sağlık risklerini karşılama olanağına sahip değildirler. Diğer bir deyişle, kamu sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetleri ile en uygun şartlar arasında bir fark oluşmaktadır. Bu fark karşılanmayan ya da kişilerin beklentileri karşısında yetersiz kalan alanlarda sağlık hizmetlerini alan kişi tarafından doğrudan cepten harcama yapılması veya gönüllü özel sağlık sigortası kullanılması yoluyla ödenmektedir (Çelik vd, 2003: 7-8).

Kamu tarafından sağlanan zorunlu sağlık sigortasının yanında ek bir seçenek olarak tamamlayıcı sağlık sigortaları da ek bir seçenek olarak sunulmaktadır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası kamu sağlık sigortası sistemi tarafından kapsamına karşın belli bir tutarın üzerinde ödeme yapılmayan ya da sadece bir kısmı kapsanan sağlık hizmetleri ile kamu sağlık sigortası tarafından uygulanan katılım paylarını içeren bir özel sağlık sigortası türüdür.

Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasıyla, sağlık hizmetlerinden faydalanan kişiler, gerek ayakta tedavi kapsamında karşılanan sağlık giderlerinde kendilerinin ödemek zorunda olduğu tutarı gerekse yatarak tedavide sağlanan şartların iyileştirilmesi için vermeleri gereken farkı, tamamlayıcı sağlık sigortası aracılığıyla riski diğer kişilerle paylaşarak ödeme olanağına sahip olmaktadır (Çelik vd, 2003: 38).

Tamamlayıcı sağlık sigortası, genel olarak hastanede yatarak tedavi, ayakta tedavi, reçeteli ilaçların temini, hekim muayenesi, ambulans hizmeti, tedavi sonrası evde bakım, fizik tedavi ve benzeri sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Check-up, analık ve doğum hizmetleri, kronik hastalıkların tedavisi, ağız ve diş sağlığı tedavileri, psikiyatrik tedaviler, yurt dışında yapılan tedaviler, alternatif tıp ve benzeri sağlık hizmetleri de tamamlayıcı sağlık poliçelerinde yer alabilmektedir. Yaşlılıktaki tedaviler, estetik ameliyatlar, AIDS'e bağlı hastalıklar, alkol ve uyuşturucu kullanımına ilişkin tedaviler ile tehlikeli sporlardan kaynaklanan rahatsızlıklar ise kapsam dışında kalmaktadır (Çelik vd, 2003: 39).

Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları kapsamının ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği görülmekle beraber genellikle ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile göz tedavileri, fizik tedavi, özel hastanede tedavi ve uzman hekim seçimi ile hastanede tek kişilik oda ve daha fazla konfor kapsama dahil olan sağlık hizmetleri arasındadır. Fransa, İrlanda, Belçika ve Almanya'da

katılım paylarının geri ödenmesi, Hollanda ve Macaristan'da ise önleyici sağlık hizmetleri ön plana çıkmaktadır (Varoğlu, 2011: 23-24).

Türkiye mevzuatı açısından Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nin 18. Maddesi tamamlayıcı sağlık sigortalarının esaslarını düzenlemektedir.

1) Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası ürünleri, bu Yönetmelik hükümleri kapsamında düzenlenir.

(2) Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları ile aşağıdaki giderler, sözleşmenin teminat kapsamı ve şartları dahilinde, şirketçe karşılanır:

a) Genel sağlık sigortalısının Kanun kapsamında SGK tarafından karşılanan Türkiye'deki giderlerine ilave masraflar,

b) Genel sağlık sigortalısının SGK tarafından karşılanmayan Türkiye'deki giderleri,

(3) Şirket; bakıma muhtaç kalma durumunun ortaya çıkmasına bağlı bakım hizmetlerine ilişkin giderler, yurt dışındaki sağlık hizmetleri ve buna bağlı diğer giderler, tercümanlık giderleri ve tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları ile ilintili diğer konular için ek teminat verebilir.

(4) İkinci fıkranın (a) bendindeki giderler için tenzili muafiyet uygulanmaz.

İkinci maddede tamamlayıcı sigortaların hangi giderleri ne kapsamda karşılayacağını açıklamaktadır. Buna göre GSS kapsamından sigortalı olan kişilerin SGK tarafından karşılanan harcamalarına eklenen masraflar, SGK tarafından karşılanmayan masrafların tamamlayıcı sigortaca karşılanacağı açıklanmaktadır. Son fıkrada ise SGK tarafından karşılanan giderlere ek olarak doğan harcamalara tenzili muafiyet yapılamayacağı belirtilmiştir. Diğer bir deyişle bu harcamaların bir kısmının dahi sigortalıya ödettirilemeyeceği açıklanmaktadır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

1. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık sistemlerin başarılı bir uygulama alanı bulması için, uygulandığı ülkenin sosyo- kültürel ve coğrafi yapısına entegre olması elzemdir. Zira her ülke kendine has şartlara sahiptir. Kaldı ki ülkelerin kendilerine özel koşullarının sağlık sistemlerini etkilediği görülmektedir. Bu nedenle çalışma kapsamında, ülkelerin sağlık harcamaları, nüfusları, gelir düzeyleri, sağlık personel sayıları gibi etkenler analiz edilerek, sağlık sistemlerinin verimliliklerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Ülkelerin sağlık sistemi modeli olarak kabul gören, Beveridge,

Bismarck ve Ulusal Sağlık Sigortası gibi modelleri uyguladıkları görülmekle beraber, ülkelerin sağlık sistemi performanslarında uyguladıkları modelin doğrudan belirleyici olmadığı ve takip edilen sistemlerde zaman zaman değişiklikler de yaşandığı anlaşılmaktadır.

Dünya sağlık harcamaları incelendiğinde OECD ülkelerinin payının oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu kapsamda OECD ülkelerinin dünya nüfusundaki payı yüzde yirmi civarındayken, sağlık harcamalarındaki paylarının yüzde seksenin üzerinde olduğu görülmektedir. OECD ülkeleri özelindeki göstergeler çerçevesinde, ülkelerin yıllar içerisindeki sağlık harcamalarındaki artış oranı, gelirlerindeki artış oranının üzerinde seyretmektedir. Bu durum ülkelerin sağlık hizmetlerine yönelik hassasiyetlerinin arttığını ortaya koymaktadır. Sağlık hakkının yaşam hakkıyla olan doğrudan ilgisi nedeniyle en öncelikli hak niteliğinde olduğu düşünüldüğünde, ülkelerin sağlık sektörüne yönelik yatırımlarındaki artışın hukuki de bir zorunluluğunun sonucu olduğu açıktır.

Sağlık sistemlerinin sağlık hakkı ve sağlık hukuku çerçevesinde karşılaştırılmalı bir analize tabi tutulmasında fayda bulunmaktadır. Öncelikle sağlık hakkının ülke sistemlerinde yasal özellikle de anayasal güvence altında olması, sağlık hizmetlerindeki kalitenin artmasını sağlayacak temel etkenlerdendir. OECD ülkelerinin mevzuatı incelendiğinde, ülke yasaları ve anayasalarında sağlık hakkı ve sağlık kavramının yer bulduğu görülmektedir. Türkiye açısından ise Anayasa'da sağlık hakkına doğrudan bir atıf bulunmamakla beraber bireylerin sağlık hakkından yararlanması sonucunu doğuran çeşitli ifadeler bulunmaktadır. Bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımı ve sağlık hizmetlerinin sunumundaki eşitlik hali de sağlık hakkı açısından analiz edilmesi gereken öğelerdir. Sağlık hizmetlerine ulaşım ve hizmetin eşitlik çerçevesinde sunulması hususlarında ülkelerin uyguladıkları sağlık sistemlerinin doğrudan ilgisinin olduğu söylenemez. Ancak ülkelerin sosyal koşulları ile uyguladıkları sistemlerin arasındaki korelasyon bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi ve eşit hizmet alınması konusundaki verimliliğinin oranını belirlemektedir. Bireylerin sağlık hizmetine ulaşımı hususunda, Beveridge sistemini kullanan ülkelerin daha iyi durumda olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmetinin eşitlik ilkesi çerçevesinde yürütülmesi başlığında da sağlık hizmetinin kamusal altyapısının kuvveti nedeniyle, İngiltere ve İskandinav ülkeleri gibi Beveridge modeli uygulanan ülkelerin başarılı örnekler olduğu anlaşılmaktadır. Diğer taraftan aynı gün randevu alınması başlığında ise sağlık harcamalarının yüksek olduğu Bismarck ülkeleri başarılı performansa sahiptir. Genel anlamda yapılacak bir değerlendirme çerçevesinde, Bismarck sistemini tercih eden ülkelerin sağlık alanındaki toplam harcamalarının, Beveridge modelini tercih eden ülkelere kıyasen yüksek olduğu görülmektedir. Diğer taraftan sağlık

harcamalarındaki kamu payında ise Beveridge ülkelerinin yüzdesi Bismarck ülkelerine göre fazladır. ABD'nin kendine özgü bir sistem uyguladığı kabulüyle beraber, ABD sağlık alanında en yüksek harcamayı yapan ülkedir. Buna rağmen sağlık hizmetinin verimliliğinde ABD, Bismarck ve Beveridge ülkelerinin gerisinde kalmaktadır. Şili ve Meksika gibi ülkelerde, cepten ödeme oranının yüksek olduğu görülmektedir. Ülkelerin sağlık sistemi performanslarının kıyaslanmasında, doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi de önemli bir göstergedir. Bu başlıkta Bismarck ülkeleri iyi konumdadır. Diğer taraftan incelenen tüm OECD ülkelerinde yıllar içerisinde ortalama yaşam süresi artmıştır. Nüfusun yaşlanması ile sağlık harcamalarındaki artış arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Bu nedenle özellikle Bismarck ve Beveridge modeli uygulanan ülkelerde yaşlanan nüfusla beraber, prim ödemek suretiyle sistemi finanse eden grubun yükü artmakta ve sağlık hizmetinin finansmanı konusunda, ülkeler mali problemler yaşamaktadırlar. Bu kapsamda önümüzdeki dönemde ülkelerin finansal açıdan reformist planlamalar içerisine girmeleri muhtemeldir.

Türkiye geliştirmekte olan ülkeler grubunda yer almaktadır. Buradan hareketle, sağlık hizmeti performansında hala OECD ülke ortalamasının altında yer alsa da, son otuz yılda bu başlıkta ciddi bir gelişim kaydedildiği tespit edilmiştir. Türkiye'nin sağlık harcamalarının 1980 yılında OECD ortalamasının onda birine isabet etmekteyken 1980'den günümüze uzayan süreçte, yaklaşık üçte birine ulaşan bir gelişim kaydedilmiştir. Diğer taraftan Türkiye'nin GSYİH'indeki sağlık harcamalarının payı 1980 yılında yaklaşık yüzde yediyken, günümüzde yüzde on civarına yükselmiştir. Bu göstergede oransal bazda Türkiye'nin en fazla gelişim kaydeden OECD ülkesi olduğu görülmektedir. Türkiye belirtilen dönem içerisinde cepten ödemeli sağlık harcamalarında da ciddi bir gelişim kaydetmiştir. Buna göre 1980 yılında yüzde otuz civarında olan cepten ödeme oranı günümüzde yüzde on beşe gerilemiştir. Türkiye'de son dönemde koruyucu hekimlik uygulamalarındaki gelişim dikkate değerdir. Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak, koruyucu sağlık hizmetlerine önemli bir atılım gerçekleştirilmiştir. Ancak SDP'nin temel planlarından olan sevk zinciri uygulaması hayata geçirilememiştir. Bu nedenle ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet noktalarındaki yığılma durumu mevcudiyeti korumaktadır. Sevk zincirinin sağlıklı bir şekilde kurulması sağlık hizmeti sunumunu ve finansmanını pozitif yönde ilerletecek önemli bir atılım olacaktır. Ancak sevk zincirinin hizmet veren ve hizmet alanların mağduriyetine yol açmayacak şekilde kurulmasının anahtarı toplumu, sağlık hizmeti talebinin yerindeliği konusunda ciddi bir eğitime tabi tutmaktadır. Doğru altyapı oluşturulmadan uygulanacak sevk zinciri uygulaması halihazırda sağlık sisteminin ciddi bir problemi olan sağlık personellerine yönelik şiddetin daha da

artmasına neden olabilecektir. Hayata geçirilen Genel Sağlık Sigortası ile toplumun tamamını kapsayan bir sigorta modeli geliştirilmiştir. GSS sisteminde uygulama esnasında tespit edilen bazı eksiklikler zamanla giderilmeye çalışılmıştır. Bu kapsamda işsiz vatandaşların prim yükü yapılan düzenlemeler ile hafifletilmiştir. 2005 senesinde yeniden uygulamaya konulan mecburi hizmet düzenlemesiyle tıp alanındaki bölgesel hizmet standart farkının önüne geçilmesi planlanmıştır. Ülke çapında tıp fakültesinin kontenjanları ve sayısı arttırılmıştır. 2003 yılında 5000 civarında yıllık öğrenci kontenjanına sahip olan tıp fakülteleri, 2018 yılı itibariyle yıllık 15.000 civarında bir hacme ulaşmıştır. Tıp fakültesi ve öğrenci sayılarındaki ciddi artış sonucunda, önümüzdeki on yıllık planda hekim ihtiyacının tamamen giderilmesi ve mecburi hizmet uygulamasının tekrardan kaldırılması planlanmaktadır. Ancak tıp öğrencisi ve fakültelerindeki artışın ne oranda kontrollü şekilde gerçekleştiği de soru işareti yaratmaktadır. Zira tıp eğitimini verecek kadroların bu konuda yeterli liyakat ve donanımına haiz olması elzemdir. Ülkedeki yetişmiş eğitici kadrosunun, artan tıp fakülteleri sayısına paralel olduğunu söylemek mümkün değildir. Bu indikatörlerdeki önemli gelişime rağmen Türkiye'nin hala sağlık hizmetleri hususunda OECD ortalamasının gerisinde olduğu anlaşılmaktadır. Son dönemde Türkiye'nin döviz endeksindeki negatif yönlü hareket, sağlık sisteminin OECD ortalamasının altında kalmaya devam etmesine neden olan temel etkidir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin daha verimli ve nitelikli bir hale getirilmesi için bir takım önerilere de yer verilmesi gerekmektedir;

Halihazırda SDP tüm yönleriyle hayata geçirilebilmiş değildir. Özellikle sevk zinciri uygulamasının sektörün tüm taraflarının lehine olacak şekilde faaliyete geçirilmesinde yarar bulunmaktadır.

Sağlık hakkı yaşama hakkıyla doğrudan bağlantılı mahiyette olduğundan, bu konuda hekim ve hasta haklarını etkili bir biçimde koruyacak yeni yasal düzenlemelere ihtiyaç bulunmaktadır. Özellikle Anayasa'da sağlık hakkını doğrudan içerecek bir düzenleme yapılması gereklidir.

Sağlık hizmetinin ülke çapında yaygınlaştırılması ön plana alınmalıdır. Sağlık hizmetinin verilmesindeki köy-kent farkı giderilmeli, kırsal kesimde yaşayan vatandaşların da nitelikli sağlık hizmetine ulaşması sağlanmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda Anayasa'da ifadesini bulan sosyal devlet ilkesi sistemin temelinde yerleştirilmelidir. İşsizliğin ciddi bir problem teşkil ettiği ülkede, sağlık hizmeti finansmanının prim esaslı değil vergi esaslı olması sosyal devlet ilkesinin şartlarına daha

uyumlu bir yapının oluşturulmasını sağlayacaktır. Bu çerçevede sağlık hizmetinin finansmanında devlet katkısının arttırılması elzemdir.

Özel sağlık hizmeti sunan kurumların etkili bir denetim mekanizmasına tabi tutulması gerekmektedir. Sağlık hakkının kamusal niteliği gereği özel teŖebbüslerin faaliyetlerinin kamu yararını gözetecek Ŗekilde düzenlenmesinde yarar bulunmaktadır. Özel hastane ücretlerine standart getirilmesi yerinde olacaktır.

Son döneme kadar düşük döviz kurunun etkisiyle kabul edilebilir limitlerde tutulan ilaç fiyatları, 2016 sonrasında artış gösteren döviz kuruyla beraber kabul edilebilirlikten uzaklaşmaya başlamıştır. Bu kapsamda halk ilaç tüketimi konusunda bilinçlendirilmeli bununla birlikte ise devletin ilaç katkı payı arttırılmalıdır.

Koruyucu hekimlik uygulamalarına yönelik yatırımlar arttırılmadadır. Hekimlerin ve halkın bu konudaki katılımı teşvik edilmediir.

KAYNAKÇA

Aldıkaçtı, Orhan (1997), “Sosyal Devlet”, Anayasa Yargısı, (14): 79-85.

Akdağ, Recep (2012), Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme

Akdur, Recep (2003), Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve AB’de Durum ve Akdur, Recep (2008), Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık, 12 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 21-25 Ekim, Ankara.

Akdur, Recep. (2006), *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu*, İkinci Baskı, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi Yayını, Yayın No.25, Ankara.

Algan, Bülent (2007), Ekonomik Sosyal ve Kültürel Hakların Korunması (Ankara: Seçkin Yayınları).

Altay, Asuman (2005), *Türkiye’de Beşeri Sermayenin Karşılaştırmalı Analizi*, TUGİAD Ekonomi Ödülleri Kitapları, Yayın No: 5, İstanbul.

Altay, Gül (2005), Nitelikli Yaşam Hakkı İçin Ötanazi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Araştırma ve Uygulama Merkezi, 2003.

Buchanan and Hessler (2009), *Specifying the Content of Human Right to Health Care, Justice and Healthcare*, Oxford University Press, 214, Oxford

Cantay, G. (1992), *Anadolu Selçuklu ve Osmanlı Darüşşifaları*, Atatürk Kültür Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Atatürk Kültür Merkezi Yayını, 61, Ankara

Er, Ünal (2008), *Sağlık Hukuku*; Ankara; Savaş Yayınevi; 2008.

Erol, Hatice ve Abdullah Özdemir (2014), “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1): 9-34

Fişek, Nusret H.(1997), *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Üzerinde Çalışmalar*; 1963; “Rahmi Dirican; Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları: Sağlık Yönetimi” içinde; Ankara; Türk Tabipleri Birliği.

Gözübüyük, A.Şeref (2004), *Anayasa Hukuku*; 13. Baskı; Ankara; Turhan Kitabevi.

Kartal, Filiz (2009), *Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye’de Sağlık Politikalarındaki Dönüşüm*; Ankara; Amme İdaresi Dergisi; 42/2; sf: 23-43.

Keskin, Abdülkadir; Şen, Hüseyin (2010), *Beveridge Eğrisi: Teori ve Türkiye Uygulaması*; Ankara; TİSK Akademi II; sf: 198-219.

Odier, N. (2010), "The US Health-Care System: A Proposal for Reform", Journal of Medical Marketing, 10(4), 279-304.

OECD (2008), "OECD Reviews of Health Systems-Turkey: The Performance of the Turkish Health System and its Determinants", (02.2008), [http://www.oecd.org/document/60/0,3746,en_2649_33929_42235452_1_1_1_1,00.html] (10.01.2018).

OECD (2011), "Better Policies For Better Lives. Health: Spending Continues to Outpace Economic Growth in Most OECD Countries", (06.2011), [http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en_21571361_44315115_48289894_1_1_1_1,00.html] (11.11.2018)

OECD (2013b), "Life Expectancy in the US Rising Slower than Elsewhere, Says OECD", (11.2013), [<http://www.oecd.org/unitedstates/Health-at-a-Glance-2013-Press-Release-USA.pdf>] (08.06.2018)

OECD (2014) OECD, "Health Data 2013", (06.2014), [<http://www.oecd.org/health/health-systems/oecd-healthstatistics-2014-frequently-requesteddata.htm>] (06.07.2018).

Oral, Uğur (1995), "Otanazi", Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik, S.1, ss.8-1

Orhaner, Emine (2000), Türkiye'de Sağlık Sigortası, (İstanbul:Siyasal Kitapevi)

Roemer, Milton. I. (1991, 1993), National Health Systems of The World, Volume 1, 2, Oxford University Press, New York.

Sargutan, Erdal (2006), Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Hacettepe Üniversitesi yayını, Ankara

Sert, Gürkan (2004), Hasta Hakları (Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği); İstanbul; Babil Yayınları.

Tatar, Mehtap (2011), "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt 1, Sayı: 1, 103-13

Türkiye'nin Birliğe Uyumunu, Ankara, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Uygun, Oktay (1992), 1982 Anayasası'nda Temel Hak ve Özgürlüklerin Genel Rejimi (İstanbul: Kazancı Yayınları)

Üzeltürk, Sultan (2012), Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı, İstanbul; Legal Yayınları

WHO (2012), "Spending on Health: A Global Overview", [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en/index.html>] (02.01.2018).

WHO (2012a), "World Health Statistics 2012", Health Expenditure, 133-145. [http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012:Full.pdf] (06.06.2018).

Yavuz, Yasemin (1988), Batılılaşma Döneminde Osmanlı Sağlık Kuruluşları, ODTÜ Mimarlık Fakültesi Dergisi, 8(2): 123.

Yeğınboy, E.Y. ve Yeğınboy, A.E. (1993), *Uluslararası Sağlık Hizmetleri Etkinlik Göstergelerinin Türkiye Açısından İrdelenmesi*, Doğruluk Matbaacılık, İzmir.

Yıldırım, H.H. ve Yıldırım, T. (2011), *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*, 1. Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Yayın No.10, Ankara.



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bigiler

Adı	Alican	Soyadı	Şen
Doğum Yeri	Üsküdar	Doğum Tarihi	02.07.1990
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	13553294574
E-mail	senalican@gmail.com	Tel	05355256263

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	-	
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2019
Lisans	Bahçeşehir Üniversitesi Hukuk Fakültesi	2014
Lise	İzmir Atatürk Lisesi	2008

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Avukat	Şen, Şefizadegah Hukuk Bürosu	2015- ...
2.	Stajyer Avukat	Boğaziçi Hukuk Bürosu	2014-2015
3.	Stajyer Avukat	Kıral Hukuk Bürosu	2014-2015