

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMÜN ARACI  
GENEL SAĞLIK SİGORTASI**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Ünal ER**

**Şubat - 2011**

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMÜN ARACI  
GENEL SAĞLIK SİGORTASI**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Ünal ER**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. A. Gürhan FİŞEK**

**Şubat - 2011**

# GİRİŞ

## BİRİNCİ BÖLÜM SAĞLIK HAKKININ TANIMI ve KAPSAMI

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1.1) KAVRAMLARIN TANIMI.....</b>                        | <b>10</b> |
| <b>1.1.1)SAĞLIK ve HAK KAVRAMLARININ TANIMI.....</b>       | <b>10</b> |
| <b>1.1.2) SAĞLIK HAKKININ TANIMI... ..</b>                 | <b>10</b> |
| <b>1.2) SAĞLIK HAKKININ KAPSAMI... ..</b>                  | <b>17</b> |
| <b>1.2.1) SAĞLIK HİZMETLERİ .....</b>                      | <b>18</b> |
| 1.2.1.1) Koruyucu Hizmetler .....                          | 19        |
| 1.2.1.2) Tedavi Edici Hizmetler.....                       | 20        |
| 1.2.1.3) Rehabilitasyon Hizmetleri .....                   | 24        |
| <b>1.2.2) SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM .....</b>             | <b>25</b> |
| <b>1.2.3) İLAÇ ve TEDAVİ ARAÇLARI .....</b>                | <b>26</b> |
| <b>1.2.4) ÖTENAZİ .....</b>                                | <b>27</b> |
| <b>1.3) SAĞLIK HAKKININ NİTELİĞİ... ..</b>                 | <b>32</b> |
| <b>1.3.1) İNSAN HAKLARI.....</b>                           | <b>32</b> |
| <b>1.3.2) ANAYASAL HAK .....</b>                           | <b>36</b> |
| <b>1.3.3) KAMUSAL-YARI KAMUSAL HAK.....</b>                | <b>39</b> |
| <b>1.3.4) ÖZEL HAK .....</b>                               | <b>46</b> |
| <b>1.4) SAĞLIK HAKKININ TARİHSEL EVRİMİ.....</b>           | <b>48</b> |
| <b>1.4.1) SAĞLIK HAKKININ DÜNYADAKİ EVRİMİ.....</b>        | <b>48</b> |
| <b>1.4.2) SAĞLIK HAKKININ ÜLKEMİZDEKİ GELİŞİMİ .....</b>   | <b>52</b> |
| <b>1.5) SAĞLIK HAKKINDAN YARARLANILMASINI</b>              |           |
| <b>SAĞLAYAN SİSTEMLER... ..</b>                            | <b>67</b> |
| <b>1.5.1) BİREYÇİ-GRUPCU SİSTEMLER .....</b>               | <b>67</b> |
| <b>1.5.2) SAĞLIK HAKKINDAN YARARLANILMASINI</b>            |           |
| <b>SAĞLAYAN SOSYAL SİSTEMLER.....</b>                      | <b>68</b> |
| 1.5.2.1) Prime Dayanan Sistemler.....                      | 69        |
| 1.5.2.2) Vergiye Dayanan Sistemler .....                   | 71        |
| 1.5.2.3) Karma Sistemler .....                             | 72        |
| 1.5.2.4) Şili Modeli .....                                 | 74        |
| <b>1.6) SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN MODELLERİ... ..</b> | <b>75</b> |
| <b>1.6.1) BEVERIDGE MODELİ.....</b>                        | <b>76</b> |
| <b>1.6.2) BİSMARK MODELİ.....</b>                          | <b>78</b> |
| <b>1.6.3) ULUSAL SAĞLIK SİGORTASI MODELİ.....</b>          | <b>78</b> |
| <b>1.6.4) CEPTEN ÖDEME MODELİ .....</b>                    | <b>79</b> |
| <b>1.6.5) İŞVERENE DAYALI SİGORTA SİSTEMİ .....</b>        | <b>82</b> |
| <b>1.6.6) ÖZEL SİGORTA SİSTEMİ .....</b>                   | <b>82</b> |

**İKİNCİ BÖLÜM**  
**SAĞLIK HAKKININ KAPSAMININ BELİRLENMESİ:**  
**SAĞLIK POLİTİKASI**

|   |            |
|---|------------|
| <b>2.1) SAĞLIK POLİTİKASININ TANIMI ve OLUŞTURULMASI.....</b>                 | <b>83</b>  |
| <b>2.2) TÜRKİYE’NİN SAĞLIK POLİTİKALARINDA TARİHSEL SÜREÇ</b>                 |            |
| <b>2.2.1) 1920 – 1945 DÖNEMİ.....</b>   | <b>86</b>  |
| <b>2.2.2) 1945 – 1960 DÖNEMİ .....</b>  | <b>94</b>  |
| <b>2.2.3) 1960 – 1980 DÖNEMİ.....</b>   | <b>98</b>  |
| 2.2.3.1) Yeni Anayasa, Yeni Yaklaşım .....                                    | 98         |
| 2.2.3.2) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun.....          | 98         |
| 2.2.3.3) I-IV.Beş Yıllık Kalkınma Plan. ve Hükümet Programları.....           | 113        |
| 2.2.3.4) Sosyal Sigortalar Kanunu .....                                       | 122        |
| 2.2.3.5) Bağ-Kur Kanunu.....  | 123        |
| 2.2.3.6) Tam Gün Yasası .....   | 123        |
| <b>2.2.4) 1980 – 1989 DÖNEMİ .....</b>  | <b>124</b> |
| 2.2.4.1) Milli Güvenlik Konseyi ve Ulusu Hükümeti<br>Dönemi (1980- 1983)..... | 125        |
| 2.2.4.2) Anavatan Partisi ve Turgut Özal Dönemi (1983-1989).....              | 126        |
| A) Anavatan Partisi Hükümet ve Parti Programları.....                         | 126        |
| B) Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı .....                                    | 128        |
| C) Bazı Yasal Düzenlemeler .....  | 130        |
| 2.2.4.3) Diğer Siyasi Partilerin Programları .....                            | 132        |
| <b>2.2.5) 1989 – 2002 DÖNEMİ .....</b>  | <b>137</b> |
| 2.2.5.1) Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı.....                               | 137        |
| 2.2.5.2) Ulusal Sağlık Politikası Çalışmaları .....                           | 139        |
| 2.2.5.3) Birinci Ulusal Sağlık Kongresi.....                                  | 143        |
| 2.2.5.4) İkinci Ulusal Sağlık kongresi.....                                   | 146        |
| 2.2.5.5) Yeşil Kart Sistemi.....  | 149        |
| 2.2.5.6) Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı .....                              | 153        |
| 2.2.5.7) Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı .....                            | 158        |
| <b>2.2.6) 2002 SONRASI DÖNEM .....</b>  | <b>164</b> |
| 2.2.6.1) Adalet ve Kalkınma Partisi Programı .....                            | 164        |
| 2.2.6.2) 58. Hükümet Programı .....   | 167        |
| 2.2.6.3) Acil Eylem Planı .....   | 168        |
| 2.2.6.4) 59. Hükümet Programı.....  | 169        |
| 2.2.6.5) Sağlıkta Dönüşüm Programı.....                                       | 170        |
| 2.2.6.6) 60. Hükümet Programı ve Acil Eylem Planı .....                       | 170        |
| 2.2.6.7) Dokuzuncu Kalkınma Planı.....  | 172        |

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM

|   |            |
|---|------------|
| <b>3.1) SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM POLİTİKASI'NIN DOĞUŞUNDA YURTIÇİ ETKENLER .....</b>                    | <b>180</b> |
| <b>3.1.1) SAĞLIK SİSTEMİMİZDEKİ GENEL DURUM.....</b>  | <b>180</b> |
| 3.1.1.1) Dünya Bankasınca Yapılan Saptamalar.....   | 180        |
| 3.1.1.2) Devlet Planlama Teşkilatı, TÜİK (DİE) ve Diğer Bulgular....                            | 184        |
| <b>3.1.2) EKONOMİDEKİ GENEL YAPI .....</b>  | <b>195</b> |
| 3.1.2.1) Ekonomik Gelişmedeki Yetersizlik ve İstikrarsızlık..                                   | 195        |
| 3.1.2.2) Gelir Dağılımındaki Bozukluk .....   | 199        |
| 3.1.2.3) Düşük İstihdam Düzeyi .....  | 203        |
| 3.1.2.4) Kayıtdışı Ekonomik Yapı .....  | 205        |
| 3.1.2.5) Sağlık Sistemindekilerin Aşırı Kazanç Hırsı .....                                      | 207        |
| <b>3.1.3) SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NDAN ÖNCEKİ DÖNEMDE SAĞLIK HAKLARI ve YASAL DAYANAKLARI</b> |            |
| 3.1.3.1) ÇALIŞMAKTA OLAN KESİMİN SAĞLIK HAKLARI.. ....  | 207        |
| A) Kamu Görevlilerinin Sağlık Hakları.....  | 208        |
| B) SSK Kapsamında Çalışanların Sağlık Hakları.....  | 213        |
| C) Bağ-Kur Kapsamındakilerin Sağlık Hakları .....   | 217        |
| D) İşsizlik Sigortası Kapsamındakilerin Sağlık Hakları .....                                    | 220        |
| 3.1.3.2) EMEKLİLERİN SAĞLIK HAKLARI.....  | 221        |
| A) T. C. Emekli Sandığı ile İlişkili Kişiler .....  | 222        |
| B) Sosyal Sigortalar Kurumu ile İlişkili Olan Kişiler.....                                      | 225        |
| C) Bağ-Kur ile İlişkili Olan Kişiler.....   | 227        |
| 3.1.3.3) SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNİN KAPSAMI DIŞINDA KALANLARIN SAĞLIK HAKLARI .....             | 227        |
| <b>3.2) SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM'E YOL AÇAN DIŞ ETKENLER.....</b>                                       | <b>229</b> |
| <b>3.2.1) KÜRESELLEŞME AKIMI ve ULUSLARARASI ÖRGÜTLERİN YÖNLENDİRMELERİ.....</b>                | <b>229</b> |
| <b>3.2.2) KAPİTALİZMİN DÖNEMSEL KRİZLERİ .....</b>  | <b>244</b> |
| <b>3.3) SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ve DEĞERLENDİRİLMESİ ....</b>                                 | <b>246</b> |
| <b>3.3.1) AMAÇ ve HEDEFLER .....</b>  | <b>246</b> |
| <b>3.3.2) TEMEL İLKELER ve BİLEŞENLER .....</b>   | <b>246</b> |
| <b>3.3.3) PROGRAMIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....</b>  | <b>249</b> |
| 3.3.3.1) GENEL OLARAK .....   | 249        |
| 3.3.3.2) SAĞLIK BAKANLIĞININ YAPISI ve GÖREVLERİ ....   | 278        |
| 3.3.3.3) YAYGIN ve ERİŞİMİ KOLAY SAĞLIK SİSTEMİ.....  | 282        |
| A) AİLE HEKİMLİĞİ ve GÜÇLENDİRİLMİŞ TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ .....                               | 283        |
| B) KADEMELİ SEVK ZİNCİRİ .....  | 289        |
| C) ÖZERK SAĞLIK İŞLETMELERİ .....   | 292        |
| 3.3.3.4) BİLGİ, BECERİ ve YÜKSEK MOTİVASYONLA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİ .....                    | 296        |
| 3.3.3.5) EĞİTİM ve BİLGİ KURUMLARI .....  | 299        |
| 3.3.3.6) KALİTE ve AKREDİTASYON .....   | 300        |
| 3.3.3.7) İLAÇ ve MALZEME YÖNETİMİ .....   | 301        |
| A) Ulusal İlaç Kurumu.....  | 301        |

|   |            |
|---|------------|
| B) Tıbbi Cihaz Kurumu .....   | 311        |
| 3.3.3.8) SAĞLIK BİLGİ SİSTEMİ .....   | 312        |
| 3.3.3.9) GENEL SAĞLIK SİGORTASI.....  | 315        |
| <b>3.4) SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ<br/>YAŞAMA GEÇİRİLME YÖNTEMİ.....</b>                | <b>315</b> |
| <b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM<br/>SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM DÜŞÜNCESİNİN UYGULAMASI</b>                        |            |
| <b>4.1) SOSYAL SİGORTA SİSTEMİ .....</b>  | <b>316</b> |
| <b>4.1.1) KISA VADELİ SİGORTALAR .....</b>  | <b>316</b> |
| 4.1.1.1) İŞ KAZASI .....  | 317        |
| 4.1.1.2) MESLEK HASTALIĞI SİGORTASI .....   | 317        |
| 4.1.1.3) HASTALIK SİGORTASI.....  | 319        |
| 4.1.1.4) ANALIK SİGORTASI .....   | 320        |
| <b>4.1.2) UZUN VADELİ SİGORTALAR.....</b>   | <b>320</b> |
| 4.1.2.1) MALÛLLÜK SİGORTASI.....  | 320        |
| 4.1.2.2) YAŞLILIK SİGORTASI.....  | 322        |
| 4.1.2.3) ÖLÜM SİGORTASI.....  | 323        |
| <b>4.2) GENEL SAĞLIK SİGORTASININ AMACI ve KAPSAMI .....</b>                              | <b>324</b> |
| <b>4.2.1) GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN TEMEL<br/>    ÖZELLİKLERİ .....</b>           | <b>324</b> |
| <b>4.2.2) GENEL SAĞLIK SİGORTALISI SAYILANLAR .....</b>                                   | <b>326</b> |
| <b>4.2.3) GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ BAKMAKLA<br/>    YÜKÜMLÜ OLDUĞU KİŞİLER .....</b>   | <b>330</b> |
| <b>4.2.4) GENEL SAĞLIK SİGORTALISI SAYILMAYANLAR .....</b>                                | <b>331</b> |
| <b>4.2.5) GENEL SAĞLIK SİGORTALILIĞININ BAŞLANGICI,<br/>    BİLDİRİMİ ve TESCİLİ.....</b> | <b>334</b> |
| <b>4.2.6) GENEL SAĞLIK SİGORTASINDAN YARARLANMA.....</b>                                  | <b>336</b> |
| <b>4.2.7) GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDAKİ SAĞLIK ...<br/>    HİZMETLERİ .....</b>     | <b>339</b> |
| 4.2.7.1) KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ .....   | 339        |
| 4.2.7.2) HASTALIK HALİNDE SAĞLIK YARDIMI .....  | 339        |
| 4.2.7.3) ANALIK HALİNDE SAĞLIK YARDIMLARI.....  | 340        |
| 4.2.7.4) AĞIZ VE DİŞ TEDAVİSİ.....  | 340        |
| 4.2.7.5) DİĞER SAĞLIK YARDIMLARI.....   | 341        |
| <b>4.2.8) SAĞLIK YARDIMLARINI BELİRLEME YÖNTEMİ.....</b>                                  | <b>342</b> |
| <b>4.2.9) GENEL SAĞLIK SİGORTASINDAN YARARLANMA<br/>    ŞARTLARI .....</b>                | <b>343</b> |
| 4.2.9.1) GENEL SAĞLIK SİGORTALISI veya<br>BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLUNAN KİŞİ OLMA.....          | 344        |
| 4.2.9.2) PRİM BORCU OLMAMA KOŞULU .....   | 344        |
| A) Genel Sağlık Sigortası Primi ve Devlet Katkısı.....                                    | 344        |
| B) Prim Borcu .....   | 347        |
| 4.2.9.3) KİMLİK BİLDİRİM KOŞULU .....   | 347        |

|  |            |
|--|------------|
| 4.2.9.4) KATILIM PAYI ÖDENMESİ KOŞULU .....                      | 347        |
| A) Katılım Payı Alınacak Durumlar .....                          | 347        |
| B) Katılım Payı Alınmayacak Durumlar.....                        | 358        |
| C) Kamu Görevlileri İçin Katılım Payı.....                       | 358        |
| D) Katılım Payı Tutarları .....                                  | 349        |
| 4.2.9.5) SEVK ZİNCİRİNE UYULMASI KOŞULU.....                     | 350        |
| <b>4.2.10) SAĞLIK HİZMET BEDELLERİ .....</b>                     | <b>352</b> |
| <b>4.2.11) SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU ve EK ÜCRET .....</b>     | <b>352</b> |
| <b>4.2.12) YURTDIŞINDA TEDAVİ .....</b>                          | <b>353</b> |
| <b>4.2.13) SAĞLIKLA İLGİLİ DİĞER YARDIMLAR.....</b>              | <b>354</b> |
| A) Yol Gideri ve Gündelik.....                                   | 354        |
| B) Refakatçi Gideri .....  | 354        |
| C) Yol, yatak, yemek ve gündelik giderlerin saptanması .....     | 354        |
| <b>4.2.14) GENEL SAĞLIK SİGORTASINDA SORUMLULUK.....</b>         | <b>354</b> |
| A) İşverenin Sorumluluğu.....                                    | 355        |
| B) Sigortalı Kişinin Sorumluluğu .....                           | 355        |
| C) Üçüncü Kişilerin Sorumluluğu .....                            | 356        |
| <b>4.3) GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ'NİN DEĞERLENDİRİLMESİ</b> |            |
| <b>4.3.1) GENEL OLARAK .....</b>                                 | <b>356</b> |
| <b>4.3.2) KAPSAM BAKIMINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ.....</b>           | <b>364</b> |
| <b>4.3.3) FİNANSMAN BAKIMINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ.....</b>        | <b>383</b> |
| <b>4.3.4) DEVLET HASTANELERİ ve ÖZERKLEŞTİRME .....</b>          | <b>395</b> |
| <b>4.3.5) TEMEL HİZMETLER PAKETİ .....</b>                       | <b>397</b> |
| <b>4.3.6) SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİN</b>                       |            |
| <b>KOLAYLAŞTIRILMASI .....</b>                                   | <b>400</b> |
| <b>SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>                                    | <b>401</b> |
| <b>ÖZET – ABSRACT .....</b>                                      | <b>414</b> |
| <b>KAYNAKÇA .....</b>  | <b>415</b> |

## KISALTMALAR

|         |  |
|---------|--|
| AB      | Avrupa Birliği   |
| ABD     | Amerika Birleşik Devletleri  |
| AKP     | Adalet ve Kalkınma Partisi   |
| AYM     | Anayasa Mahkemesi  |
| Bağ-Kur | Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu                             |
| Bkz     | Bakınız  |
| DB      | Dünya Bankası  |
| DİE     | Devlet İstatistik Enstitüsü  |
| DPT     | Devlet Planlama Teşkilatı  |
| DSÖ     | Dünya Sağlık Örgütü  |
| E       | Esas   |
| GSMH    | Gayri Safi Milli Hasıla  |
| GSSİY   | Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği   |
| G-7     | ABD, Japonya, Almanya, İngiltere, Fransa, İtalya ve Kanada'nın oluşturduğu gelişmiş ülkeler topluluğu. |
| ILO     | International Labour Office  |
| IMF     | International Monetary Fond  |
| İŞKUR   | Türkiye İş Kurumu  |
| K       | Karar  |
| SDP     | Sağlıkta Dönüşüm Programı  |
| SHSHK   | Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun   |
| SHFK    | Sağlık Hizmetlerini Fiyatlandırma Komisyonu  |
| SSGSSK  | Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu   |
| SSİY    | Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği   |
| SSSİT   | Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğu   |
| SUT     | Sağlık Uygulama Tebliği  |
| UÇÖ     | Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)  |
| TÜFE    | Tüketici Fiyat Endeksi   |
| TÜİK    | Türkiye İstatistik Kurumu  |
| WB      | World Bank (Dünya Bankası)   |
| WHO     | World Health Organization  |



## TABLOLAR

| Tablo | Konusu   | Sayfa |
|-------|--|-------|
| 1     | SSYB Kadrosu ve Hizmet Alanlarındaki Nüfus (1923)  | 88    |
| 2     | Sağlık Personeli Sayısı (1923-1950)  | 90    |
| 3     | Sağlık Ocakları Personel Durumu  | 109   |
| 4     | Genel Bütçe İçinde Kişi Başına Düşen Cari ve Reel Sağlık Harcaması                         | 111   |
| 5     | Toplam Sağlık Yatırımları (1979 – 1983)  | 121   |
| 6     | Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinin Sayısal Gelişimi                                       | 127   |
| 7     | Genel Sağlık Göstergeleri (1985-90)  | 131   |
| 8     | Sağlık Göstergelerinde Mevcut Durum ve Hedefler (1989-1990)                                | 137   |
| 9     | Sağlık Personelinin Sayısal Gelişimi (1989-1994)   | 147   |
| 10    | Yedinci Plan Döneminde Beklenen Sayısal Gelişmeler (1994-2000)                             | 148   |
| 11    | Yeşil Kart Kullanan Kişi Sayısı (1992-2001)  | 151   |
| 12    | Yeşil Kartlı Kişi Sayısı (2003-2009)   | 152   |
| 13    | Kuruluşlara Göre Hastane ve Yatak Sayıları (2000)  | 159   |
| 14    | Sağlık Göstergelerinde Gelişmeler (1995-2000-2005)   | 160   |
| 15    | Sosyal Sigorta Programlarının Kapsadığı Nüfus (1989-1999)                                  | 162   |
| 16    | Bazı Sağlık Göstergeleri (2000-2005)   | 174   |
| 17    | Sosyal Sigorta Programlarının Kapsadığı Nüfus (2000-2005)                                  | 175   |
| 18    | Temel Sağlık Göstergeleri ( 1965-2000)   | 185   |
| 19    | Yörelere Göre Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus  | 186   |
| 20    | Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Harcamaları (1991-2000)   | 188   |
| 21    | Ülkelere Göre Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Yeri                              | 189   |
| 22    | Yıllara Göre Sağlık Harcamaları ve Bazı Göstergeler (1981-1998)                            | 190   |
| 23    | Konsolide Bütçeden Sağlık Bakanlığına Ayrılan Pay (1994-2002)                              | 190   |
| 24    | Sağlık Harcamalarının Yıllar İçinde Gelişimi (1980-1998)                                   | 191   |
| 25    | Sağlık Harcamaları (1980-2000)   | 192   |
| 26    | ES, SSK ve Bağ-Kur'da Yıllara Göre Kişi Başına Sağlık Harcamaları (1997-1999)              | 193   |
| 27    | Dönemler İçinde Büyüme Hızları (1923-2007)   | 195   |
| 28    | Türkiye'de GSMH'nin Değişimi (2000-2009)   | 197   |
| 29    | Türkiye'nin Dış Borçlarının GSMH'ya Oranı (1990-1997)                                      | 198   |
| 30    | Hane Halkı Gelir Yüzdesine Göre Gelir Dağılımı   | 199   |
| 31    | Seçilmiş Gelir Dağılımı ve Yoksulluk Göstergeleri  | 200   |
| 32    | Türkiye'de Gini Katsayısı  | 200   |
| 33    | Çeşitli Ülkelerde Gini Katsayısı ve Zengin-Fakir Oranları                                  | 201   |
| 34    | Yeşil Kart Kullananların Bölgelere Göre Dağılımı (2002-2003)                               | 202   |
| 35    | Türkiye'de İşgücü Piyasası (1991-2006)   | 203   |
| 36    | Sağlık Göstergeleri (2000)   | 265   |
| 37    | Türkiye ve Dünyadaki Temel Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması (2004)                 | 266   |
| 38    | Konsolide Bütçeden Sağlık Bakanlığına Ayrılan Pay (1993-2002)                              | 268   |
| 39    | Toplam Sağlık Harcamalarının Finansal Kaynakları (%)                                       | 269   |
| 40    | SB ve Temel Sağlık H.G. M. Bütçesi ve Yatırımların Oranı (2001-2005)                       | 270   |
| 41    | Çalışma Yaşamı, Sağlık, Sosyal Güvenlik ve Emeklilik Hakları'na İlişkin Yasal Düzenlemeler | 276   |
| 42    | İlaç Üretiminde Girdiler   | 305   |
| 43    | SGK'nın İlaç ve Tedavi Harcamaları (2002-2009)   | 309   |

|    |  |     |
|----|--|-----|
| 44 | Özel Hastane-Yatak sayısı (2002-2007)                                      | 310 |
| 45 | Sosyal Güv. Kuruluşları Gelir-Gider Dengesi ve Açıkları (2008-2011         | 363 |
| 46 | İşgücü, İstihdam ve İşsizlik (2000-2009)                                   | 367 |
| 47 | Yıllar İtibariyle Genç İşsizler (2000-2009)                                | 368 |
| 48 | Yatırımlar ve GSYİH'deki Payı (2002-2009)                                  | 370 |
| 49 | İşgücü Piyasasında Gelişmeler (2005-2009)                                  | 371 |
| 50 | Türkiye'de İstihdam ve Ekonomik Büyüme (2002-2009)                         | 372 |
| 51 | İstihdamın Sektörel Dağılımı (1965-2006)                                   | 373 |
| 52 | İstihdam Göstergeleri (2006-2013)  | 376 |
| 53 | Türkiye'nin Dış Borçları (1990-2008)                                       | 377 |
| 54 | Konsolide Bütçeden Yapılan Faiz Öde. ve Yatırım Har. (2002-2009)           | 388 |
| 55 | 2010 Ocak-Kasım Dönemi Bütçe Harcamaları                                   | 389 |
| 56 | Toplam Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı (1999-2007) | 393 |
| 57 | Toplam Sağlık Harcamaları (1996-2006)                                      | 392 |
| 58 | Hasta Yatağı Sayısı ve Doluluk Oranları (2005-2009)                        | 396 |

## GİRİŞ

İnsanların yaşamları süresince çeşitli fizyolojik, ekonomik ve sosyal risklerle karşılaştıkları, bu sorunları insanlık tarihi boyunca değişik yöntem ve araçlarla çözmeye çalıştıkları ve bunların tarihin akışı içinde değişim ve gelişim gösterdiği bilinen bir gerçektir. Geçmişten günümüze ülkeler, halklarının bugünü ve geleceğini güvence altına almak amacıyla sosyal güvenlik sistemleri kurmuşlardır.

Ülkeler, siyasal felsefelerine, toplumsal yapılarına ve ekonomik durumlarına göre sosyal güvenlik sistemlerini “Bismark Modeli, Beveridge Modeli, Karma Model” kapsamında oluşturarak vatandaşlarını söz konusu risklere karşı güvence altına almaya çalışmışlardır. Bu uygulamalar sırasında sosyal güvenlik sistemiyle sadece riskleri tazmin etmekle yetinmemişler, buna ek olarak risklere karşı koruyucu bir yaklaşımı da benimsemişlerdir<sup>1</sup>. Böylece, sosyal güvenlik sistemleriyle, bireylerin ve ailelerinin karşı karşıya kaldıkları risklerin toplumsallaştırılması sağlanmış ve bu anlayış, hem ülkelerin hukuksal düzenlemeleri içinde, hem de uluslararası belgelerde yerini bulmuştur.

Görelî olarak en ileri düzeyde ve en geniş kapsamda uygulanma olanağını geliştirmiş batı ekonomilerinde bulan sosyal güvenlik sistemi, İkinci Dünya Savaşı yıllarından sonraki dönemde giderek genişlemiş, 1970’li yılların başında zirve noktasına ulaşmış ve kapitalizmin Altın Çağı ile uyumluluk göstermişti. Ancak 1973 yılındaki petrol krizi ile girilen dönemle birlikte gelişmiş batı ülkelerinde başlayan ekonomik daralma, sosyal devlet anlayışının getirdiği refah düzenini sağlamada

---

<sup>1</sup> Şenay Gökbayrak; **Refah Devletinin Dönüşümü ve Özel Emeklilik Programları**; Ankara; Siyasal Kitabevi; 2010; sf: 25.

darboğaz yaratmaya ve sistemde bazı kısıtlayıcı değişikliklere gidilmesi yolunda taleplerin gündeme gelmesine neden olmuştur. Gelişmiş ülkelerde, nüfusun yaşlanması, aile yapısında yaşanan değişimler, istihdamda küresel bir daralmanın ortaya çıkışı ve yarattığı sosyal sorunlar, gelişen tıbbi bakım teknolojilerinin getirdiğı maliyetler; refah devletinin gelişiminde belirleyici rolü olan sendikaların güç kaybetmesi; küresel piyasalar ile bütünleşmede refah devleti uygulamalarının engel olarak görülmesi, refah devleti ve uygulamada en önemli aracı olan sosyal güvenlik sistemlerinin sorgulanmasına yol açmıştır<sup>2</sup>. On yıllardır neoliberal anlayışın fikir öncülüğünde; sosyal güvenlik sistemlerinin yeniden yapılandırılması, hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması, piyasa mekanizmalarının daha çok kullanılmaya başlanması ve yerinden yönetime dayalı bir sistem kurulması küresel bir reform paketi olarak sunulmaktadır<sup>3</sup>. Bu görüş ve uygulamalar, kurumsal olarak Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fonu (IMF), Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi kuruluşlarca da yönlendirilmektedir.

Bu Tez çalışmasının “Sağlık Politikası” başlıklı İkinci Bölümünde ayrıntılı biçimde belirtildiğı üzere, Türkiye’de 2000’li yılların başında Sosyal Sigortalar Kurumu, T.C. Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve 506 sayılı Yasanın geçici 20. maddesi uyarınca faaliyette bulunan banka, borsa vb. mensuplarının özel sandıklarından

---

<sup>2</sup> Şenay Gökbayrak; **Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü**; Çalışma ve Toplum; 2010/2; sf: 143.

<sup>3</sup> Tuba Ağartan; **Sağlıkta Reform Salgını**; “Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları” (Der: Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar) içinde; İstanbul; İletişim Yayınları; 2007; sf: 47.

oluşan bir kurumsal yapılaşma söz konusuydu. Bu kurumsal yapı; genel hatları itibariyle, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile işçi statüsünde çalışmakta olanlara, 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu ile kamu görevlilerine ve 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ile Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile de kendi adına bağımsız çalışan kişilere hizmet götürmekteydi. Daha sonra 1983 yılında, 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu ile tarım kesiminde bağımlı çalışanlar; 2926 sayılı Tarım Kesiminde Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu ile de tarım kesiminde kendi hesabına çalışanlar kapsam içine alınmıştı. Ancak, tarım kesimine yönelik sigorta örgütlenmesi, ayrı bir kurumda değil, bağımlı çalışanlar için SSK, bağımsız çalışanlar için ise Bağ-Kur kapsamında sağlanmıştı.

Öte yandan, sosyal güvenlik sistemimizin primsiz kısmına ilişkin olarak da çeşitli düzenlemeler yapılmıştır: Sağlık hizmetlerinden sosyal adalete uygun biçimde yararlanılmasını sağlamak amacıyla 1961 yılında 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”; 65 yaş üzerindeki yoksullara aylık verilmesi konusunda 1976’da 2022 sayılı “65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması hakkında Kanun”; vakıflar aracılığıyla fakirlere ayni ve nakdi yardım yapılması için 1986 yılında 3294 sayılı “Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu”; muhtaç çocuk, yaşlı ve sakatlara yönelik hizmet sunumu için 1983’de 2828 sayılı “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu”; yoksul kişilere sağlık yardımı sağlamak üzere de 1992 yılında 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” yürürlüğe konulmuştu. Günümüzde bu yasaların hepsi de uygulanmaktadır.

Primli ve primsiz rejim olarak Sosyal Güvenlik Sistemimiz, ana hatları itibariyle yukarıda sözü edilen yasalarla oluşturulmuş düzene dayanmaktaydı. Bu yasalarla, çeşitli risklere karşı olduğu gibi, sağlık alanındaki riskler için de bir yapılanma oluşturulmuştu. Mevcut sisteme kuş bakışı göz atıldığında, ülke vatandaşları açısından hiyerarşik bir yapının kurulmuş olduğu görülmüyordu. Eski sağlık sistemi; Emekli Sandıklılar, SSK'lılar, Bağ-Kur'lular, Yeşil Kartlılar ve hiçbir sosyal güvencesi bulunmayanlar arasında, sağlık hizmetine erişebilirlik ve hizmet kaliteleri açısından hiyerarşik bir düzen kurmuş, bu oluşum içinde en fazla yatırımı öncelikle devlet memuruna, sonra da sigortalı işçiye yapmıştı<sup>4</sup>. Sağlık konusunda izlenen politikalar sonucunda ortaya çıkan bu olumsuz yapı, sistemde yüksek maliyetli, verimlilik ve etkinlikten uzak bir hizmet üretimine ve üstelik toplumun büyük kesiminde de hoşnutsuzluğa yol açmaktaydı.

Öte yandan, sağlık sistemine ilişkin temel göstergeler oldukları genel kabul gören “bebek ölüm oranı, doğuştan yaşam beklentisi, sağlık personeli ve yatak sayısı” gibi objektif kriterler açısından bakıldığında da, 2000’li yılların başında ülkemizdeki durumun örnek aldığımız AB ve OECD ülkelerinden bir hayli geride olduğumuz, dolayısıyla önemli hamleler yapılması gereken bir eşikte bulunduğumuz açık bir biçimde gözlemleniyordu.

---

<sup>4</sup> Nazan Üstündağ; Çağrı Yoltar; **Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Bir Devlet Etnografisi**; “Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları” (Der: Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar) içinde; İstanbul; İletişim Yayınları; 2007; sf: 57.

Sözü edilen içsel faktörlerin yanı sıra, diğer ülkelerde yaşanan ekonomik krizler, gelişen sosyal talepler, bunlara paralel olarak değişen sosyal devlet algısı ve neoliberal fikir ve uygulamalardan kaynaklanan dışsal faktörler de mevcuttu. Bu ortam ve koşullar, ülkenin neredeyse bütün kesimlerini arayışlara yöneltmiş, genelde sosyal güvenlik sistemini ve özelde de sağlık sistemimizi geliştirmek üzere, gerek Devlet içinde, gerekse özel kurum ve kuruluşlar ile bilim çevrelerinde birçok çalışma ve araştırmaya kaynaklık etmiştir.

2002 Kasım ayında yapılan Genel Seçimler sonucunda iktidara gelen yeni yönetim anlayışı, toplumumuzda oluşan yenileşme talebine, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile cevap vermiştir. Bu program, hükümeti kuran Adalet ve Kalkınma Partisi tarafından yaşama geçirilmek istenen Sosyal Güvenlik Reformunun dört temel amacından biridir. Bunun en belirgin kanıtlarından biri, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSSK)'nın Genel Gereğesindeki "... tek bir **emeklilik sistemi**, tek bir **sağlık sistemi**, tek bir **sosyal yardım sistemi** ve bu yapıyı yürütmek üzere tek bir **kurumsal yapıyı** içeren dört temel unsurdan oluşan kapsamlı bir sosyal güvenlik reformu planlanmıştır. Bu Kanunla emeklilik ve sağlık sistemlerinde norm birliği gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır" şeklindeki ifadedir. İşte, Sosyal Güvenlik Reformu içinde gerçekleştirilmek istenen "**tek bir sağlık sistemi**", Sağlıkta Dönüşüm Programı içinde yer alan "**Genel Sağlık Sigortası Sistemi**" ile hayata geçirilecektir. Bu bakımdan, Genel Sağlık Sigortası Sistemi (GSSS), Sağlıkta Dönüşüm Programını oluşturan sekiz bileşen içinde en önemli olanıdır.

Genel Sağlık Sigortası Sistemi ile, mevcut sağlık sistemimiz tarafından yaşama geçirilmeye çalışılan sağlık hak ve hizmetlerinin, daha değişik içerik ve

boyutta karşılanması öngörülmektedir. Kurulması amaçlanan yeni sistemin, toplumun tamamı göz önüne alındığında, eski yapılanmaya kıyasla nasıl bir düzenleme getirmiş olduğunun ve sorunların çözümüne ne derecede katkıda bulunacağına incelenmesi ve araştırılması gerekmektedir.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile yurdumuzda yeni bir yapılanma oluşturulmuş, gerek bütün kesimlerdeki çalışanlar ve emekliler ile bunların eş ve çocuklarıyla bakmakla yükümlü oldukları kişilerin, gerekse çalışma olanağı bulamamış ve sosyal güvenlik şemsiyesinin kapsamı dışında kalmış bireylerin durumları farklı bir boyuta taşınmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilmeye çalışılan Genel Sağlık Sigortası Sistemi'nin, gerek dünyada gerekse yurdumuzda hangi amaçlarla oluşturulmak istendiği, bu konuda yaşanan gelişmelerin evreleri ve sonunda yaratılan söz konusu sistemin özelliklerinin irdelenip değerlendirilmesi, tezin konusunu oluşturmaktadır.

Bu tez; on yıllardır Dünyaya egemen olmaya başlayan neoliberal akımlar ve sosyal devlet anlayış ve uygulamalarındaki gerilemenin sonucu olarak; liberal serbest piyasacı politikaların önerdiği Sosyal Güvenlik Reformları kapsamında yer alan Sağlıkta Dönüşüm'ün yaşama geçirilmeye çalışıldığı bir ortamda;

1) Sağlık hakkı kavramını; tanımını, kapsamını, niteliği, geçirdiği evrim açısından ele almak, bu haktan yararlanılmasını sağlayan sistemleri ve bu amaçla kullanılan finansman modellerini ortaya koymak,

2) Sağlık hakkının belirlenmesinde ve yaşama geçirilmesinde sağlık politikasının yerini ve Türkiye'de bugüne kadar izlenen sağlık politikalarının oluşum ve uygulanma sürecini tarihsel dönemleri itibarıyla irdelemek,



3) Sağlıkta Dönüşüm politikasının en önemli araçlarından biri olan Genel Sağlık Sigortası Sisteminin ve bu sistemin toplumumuzun sorunlarına çözüm getirip getirmeyeceğini değerlendirmek,

4) Uygulama ve yasal düzenlemeler konusunda önerilerde bulunmak,  
amacı ile hazırlanmıştır.

Anayasal temel bir hak olarak kabul edilen sağlık hakkının, toplumun bütün kesimleri bakımından kullanılabilir ve erişilebilir bir konuma ulaştırılması Kamu Yönetiminin temel amaçlarından biridir. Ayrıca sağlık hakkının yaşama geçirilebilmesi, yine Anayasamızda açıkça ifadesini bulan “sosyal devlet” olmanın gerekleri arasında yer alır. Bu bakımdan, gerçekleştirilmesi amaçlanan Genel Sağlık Sigortası Sistemi’nin, ülkemizin içinde bulunduğu ekonomik, toplumsal ve siyasal ortamla ne derecede bağdaşacağı ve dolayısıyla sağlık hizmetleri bağlamında istenilen istikrar ve huzura katkısının olup olmayacağı incelenmesi, önem taşımaktadır.

Türkiye’de özellikle 1961 Anayasası ile başlayan özgürlük ortamı ve bunun getirdiği düşünsel ve siyasal açılımlar, Anayasamızdaki temel ilkelerden biri olan “sosyal devlet” anlayışının da etkisiyle, diğer bazı alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da etkisini göstermiş, çeşitli toplumsal kesimlerin de desteğiyle sağlıkta “sosyalleştirme” yöntemi benimsenmişti. Bu amaçla 1961’de yürürlüğe konulan 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile bu alanda çok önemli bir adım atılmıştı. Bu düzenleme; Cumhuriyetin ilk yıllarındaki halka dönük politikalar gereği yürürlüğe konulan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu ve salgın hastalıklarla mücadele için benimsenen çeşitli yasalardan sonra girilen

duraklama döneminin aşılmasına yardımcı olmuş, toplumun tamamına hizmet götürmeyi amaçlayan bu yaklaşım, toplumun değişik kesimlerinin desteğine yol açmıştı. Ancak daha sonra yaşadığımız siyasal ve toplumsal gelişmeler ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile yaratılan iki başlılık ve özellikle izlenen sağlık politikaları, bu açılımın başarıya ulaşmasını engellemişti.

20. yüzyılın ikinci yarısında başlayan ve 1980’li yıllardan itibaren iyice ağırlığını artırarak çevre ülkeleri ve bu arada Türkiye’yi de etkilemeye başlayan küreselleşme, günümüzde önemli sıkıntılarla karşı karşıyadır. Serbest piyasa ekonomisinin dönemsel olarak girdiği krizler, yaşamakta olduğumuz son ekonomik krizin de gösterdiği gibi, en liberal ekonomik politika yanlısı ülkelerde dahi, devletin olaylara seyirci kalmasını değil, değişik boyutlarda ve farklı araçlarla da olsa, ekonomik ve sosyal hayata düzenleyici olarak müdahalelerde bulunmasını zorunlu hale getirmiştir. İşte bu zorunluluk, küreselleşme akımının etkisiyle Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşların yönlendirmesiyle Türkiye’de gerçekleştirilmeye çalışılan Sağlıkta Dönüşümün bir aracı konumundaki “Genel Sağlık Sigortası” sisteminin, bütün boyutlarıyla irdelenmesini gerekli kılmaktadır.

Konu, beş bölüm olarak ele alınmış, Birinci Bölümde sağlık hakkının tanımı yapıldıktan sonra, sağlık hakkının kapsamı, niteliği, tarihsel evrimi, sağlık hakkından yararlanmada kullanılan sistemler ile finansman modelleri tartışılmıştır.

İkinci Bölümde, sağlık hakkının kapsamını ve içeriğini belirleyen sağlık politikası, bu politikaların oluşturulması ve ülkemizde uygulanan sağlık politikalarının izlediği tarihsel süreç ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir.

Üçüncü Bölümde de Sağlıkta Dönüşüm Programının genel çerçevesi ve temel unsurları ile bu Programa yol açan yurtiçi ve yurtdışı etkenler ele alınmış, bu etmenlerin SDP'nin oluşumunda ve içeriğinde ne derecede etkili olduğu irdelenmiştir.

“Sağlıkta Dönüşüm Düşüncesinin Uygulaması” başlığını taşıyan Dördüncü Bölümde, önce SSGSSK ile getirilen “Sosyal Sigorta Sistemi” özet olarak açıklanmış, ikinci olarak da kurulmak istenen “Genel Sağlık Sigortası”nın amacı ve kapsamı ayrıntılı bir biçimde ele alınmıştır.

Sonuç Bölümünde ise, bu tez çalışmasıyla, Türkçe ve yabancı dilde yukarıda değinilen konularla ilgili yazılmış kaynaklar ile bu alanda yürürlüğe konulmuş mevzuatın incelenip değerlendirilmesi suretiyle elde edilen sentez, sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HAKKININ TANIMI, KAPSAMI ve NİTELİĞİ

#### 1.1) KAVRAMLARIN TANIMI

##### 1.1.1) SAĞLIK ve HAK KAVRAMLARININ TANIMI

Günlük yaşamda **sağlık** denildiğinde, bedensel ve ruhsal yapıda herhangi bir aksaklığın, işlev bozukluğunun olmaması; hastalıkta ise bu konularda olumsuz bir durumun, bir arızanın bulunduğu belirtilmek istenir. Ancak günümüzde sağlık ve hasta tanımları yeni boyutlar kazanmış durumdadır.

“Sağlık” sözcüğü, Türkçe Sözlük’te “*vücutun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik, sıhhat*” olarak tanımlanmıştır. Sözlükte yer alan bir başka açıklama da “*vücutun iyi ya da kötü olması durumu*” şeklindedir. Burada öncelikle belirtilmesi gereken nokta, sağlık konusunun, yalnız insan bedeni ile ilgili olmadığı, insanın fiziksel ve biyolojik yapısı ile birlikte psikolojik (ruhsal, tinsel) yanı ile de ilgisinin bulunduğu, başka bir deyişle, insanların bedensel ve ruhsal bütün sorun ve durumlarını da kapsamakta olduğudur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası’ndaki tanıma göre sağlık “**yalnızca hasta ya da sakat olmamak değil, bedensel, ruhsal ve toplumsal bakımdan iyi olma hali**”dir<sup>5</sup>. Bu tanım, sağlık konusuna “toplumsal” koşulları da eklemiş olması nedeniyle, yukarıda sözü edilen tanımdan daha geniş kapsamlıdır.

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’da yer alan “... *yalnız hastalık ve malûliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal*

---

<sup>5</sup> Health is a state of complete physical, mental and social well-being, not merely the absence of disease or infirmity.

*bakımdan tam bir iyilik hali”* şeklindeki tanımın, DSÖ Anayasası’ndaki tanımdan yararlanılarak yapıldığı görülmektedir.

Konuya “bütüncül” açıdan bakanlar sağlığı, “Kişinin fiziki, ruhi ve sosyal açıdan çevre ile uyumu olarak” tanımlar<sup>6</sup>. Bu görüşü savunanlara göre sağlık kavramını oluşturan dört faktör vardır: Çevre, davranış (yaşam biçimi), kalıtım (insan biyolojisi) ve sağlık bakım hizmetleri (sağlık hizmetleri sistemi).

Sağlık kavramını üç ayrı durumda ele alarak, üç farklı sağlık kavramının varlığından söz edenler de bulunmaktadır<sup>7</sup>. Bu düşüncede olanlara göre sağlık kavramı nötral sağlık, pozitif sağlık ve negatif sağlık olarak üç değişik açıdan irdelenebilir: Nötral sağlık; herhangi bir hastalık ya da rahatsızlık durumunun olmadığı, dengeli bir sağlık halini belirtmektedir. Pozitif sağlık; kişinin bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik içinde bulunması, sağlığın üç boyutunun dengeli bir biçimde en üst düzeyde gerçekleşmesidir. Negatif sağlık; hastalık, rahatsızlık, yaralanma, sakatlık ya da engellilik gibi durumların yalnız başına veya değişik kombinasyonlarla, kısa ya da uzun dönemlerle yaşanmasıdır.

Özet olarak verilen bu açıklamalar sonucunda “sağlık” kavramını şu şekilde tanımlayabiliriz: Sağlık, bireyin fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal açıdan çevresiyle uyum içinde işlev görebilme yeteneğidir<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Bilâl Ak; **Kavramlar ve Sağlık Sistemi**; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı I; 2001; Ankara; sf: 299.

<sup>7</sup> Ruhi Selçuk Tabak; **Sağlık Eğitimi**; Somgür Yayıncılık; Ankara; 2000; s. 2.

<sup>8</sup> AnaBritannica **Genel Kültür Ansiklopedisi**; 1987; Cilt 18; s. 595; İstanbul.

Konumuzun ikinci sözcüğü olan “hak”, bilindiği gibi, toplumun bireylere verdiği bir yetki ve güçtür, sağladığı bir olanaktır. İssız bir adada, başka bir kimse ile ilişki kurmaksızın Robenson Crouse gibi kendi başına yaşayan biri için, herhangi bir “hak” söz konusu olamaz; böyle bir yetkiye, güce ve olanağa gerek yoktur; her şey ona aittir, dilediği gibi davranabilir. Yaşadığı adada, gücünü ve yetkisini kullanarak sağlayacağı bir olanaktan ya da başkasına yükleyebileceği bir sorumluluktan, diğer insanların davranışlarını engelleyebileceği bir ortamdan söz edilemez. Her şey kendisine aittir ve her şeyin sorumlusu da yine kendisidir. Bu çözümlemeyi esas aldığımızda, hakkın, toplumsal bir kavram olduğu, bir başka deyişle, “hak” kavramının ancak, toplu halde yaşanılması durumunda söz konusu olabileceği ortaya çıkar. Dolayısıyla hakkı, toplum halinde yaşamının doğal bir sonucu olarak görmek gerekir.

Bilim insanlarımıza göre hak, “hukuk düzeninin kişilere tanıdığı yetkidir”<sup>9</sup>. Bunu, benzer biçimde tanımlayan başka bilim insanları da vardır<sup>10</sup>. Ayrıca hak için, “hukuk düzenince korunan menfaat” açıklamasını getirenler de bulunmaktadır<sup>11</sup>. Bunlara göre hukukça korunan menfaatlerin konusu, hukuki varlıklar, yani hukuki değerlerdir. Bunlar da kişilik (şahıs) değerleri ile malvarlığıdır. Yaşam (hayat) hakkı,

---

<sup>9</sup> Ahmet Mumcu; **İnsan Hakları ve Kamu Özgürlükleri**; Savaş Yayınları; Ankara, 1992; kaynağı belirten: Erdem Aydın; **Tıp Etiğine Giriş**; Ankara; Pegem A Yayınları; 2001; s. 115.

<sup>10</sup> Aydın Aybay, Rona Aybay; **Hukuka Giriş**; İstanbul Bilgi Üniversitesi; 2. Baskı, İstanbul, 2005; s. 175.

<sup>11</sup> Fikret Eren; **Borçlar Hukuku**, Genel hükümler; Beta Yayınları; 6. Baskı; İstanbul, 1998; s. 43.

vücut bütünlüğü, şeref, isim ve benzeri manevi varlıklar üzerindeki haklar, kişilik değerleridir. Mülkiyet hakkı, alacak hakkı vb. de malvarlığı (mamelek) değerleridir. Bir diğer tanıma göre ise “hak, hukukça korunan ve sahibine isterse bu korunmadan yararlanma yetkisi veren bir menfaattir”. Başka bir tanıma göre hak, “sahibine, bu ilişkiye katılan kişi veya kişiler karşısında tanınan bir ayrıcalık veya imtiyazlı durum”dur. Hak kavramı “kişinin hukuken korunmasını isteme yetkisine sahip olduğu menfaat” veya “hukuken korunan ve sahibine bu korumadan yararlanma yetkisi tanınan çıkar” olarak da tanımlanabilir. Hak için “özgürlük” ile bağlantı kurularak getirilen tanım da vardır: “Haklar, yazılı hukuk belgeleriyle, kanunlarla, hürriyetleri sağlamak için, kişiye tanınan yetkilere, pozitif hukuk belgeleri ile korunan menfaatlerdir”<sup>12</sup>.

Bu açıklamalar sonucunda “hak” kavramını, kısaca, “hukuk tarafından sağlanan ve korunan yetki ve çıkar” olarak tanımlayabiliriz.

### **1.1.2) Sağlık Hakkının Tanımı**

Uzun yıllardan bu yana uluslararası belgelerde de yer almakta olan sağlık konusu, günümüzde anayasalarda temel haklar bağlamında değerlendirilmeye başlanmış, ülkelerin ekonomik, sosyal ve kültürel gelişmişlik düzeylerine, siyasi rejimlerine, devletin yönetim sistemine ve örgütlenme şekline bağlı olarak, değişik biçim ve kapsamda düzenlenmiştir.

---

<sup>12</sup> Tarık Zafer Tunaya; **Siyasi Müesseseler ve Anayasa Hukuku**; 2. Baskı, İstanbul, 1969; s. 361; kaynağı belirten: Köksal Bayraktar; **Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu**; İstanbul Ü, Hukuk Fakültesi Yayını; İstanbul, 1972; sf: 12.

Sağlık hakkından söz edebilmek için öncelikle, yaşam hakkının tanınmış olması gereklidir; yaşam hakkının var olmadığı bir ortamda, doğal olarak, sağlık hakkının bir anlam taşıdığı söylenemez. Yaşam hakkının tanınması ve kabulü, insanlık tarihinde yaşanan çileli, zorlu, çok kanlı ve uzun bir evrimin sonucunda gerçekleşmiştir. Günümüzde de tanık olunan insanlık adına utanç verici olaylar ve çifte standarda dayalı ulusal ve uluslararası politikalar karşısında, bu konuda umulan gelişmenin henüz sağlanamadığı ve insanlığın aşması gereken büyük engellerin ve kat etmesi gereken çok uzun bir yolun bulunduğu ileri sürülebilir.

Yaşam hakkı konusunda ayrıntılı bilgi için kuşkusuz başka kaynaklardan da yararlanılması daha uygun olur<sup>13</sup>. Burada konu daha dar açıdan ele alınacak, bu alandaki gelişme ve ilerlemeler, bunlara ilişkin bildirge ve sözleşmeler, bu bağlamda irdelenecektir.

Yaşam hakkına ilişkin birçok tanım yapılabilir. Ancak aşağıdaki tanım, yaşam hakkının kapsamı konusunda oldukça iyi fikir verebilecek boyuttadır <sup>14</sup>:  
Yaşam hakkı;

---

<sup>13</sup> 1) Tekin Akıllıoğlu; **İnsan Haklarının Korunması Alanında Uluslararası Temel Belgeler**; 3. Baskı; Ankara; Bilgi Yayınları; 1995; 2) C. Can Aktan, İ. Yaşar Vural; **Özgürlük Bildirgeleri**; Konya; Çizgi Kitabevi; 2003; 3) Füsün Sayek; **Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler**; Ankara; Türk Tabipleri Birliği; 1998; 4) Erdal Sargutan; **Sosyal Politika Bilimi**; Ankara; Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2006.

<sup>14</sup> Bahri Savcı; **Yaşam Hakkı ve Boyutları**; Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları; 1980; sf: 14.



a) Önce, insanın, fizik-biyolojik-psikolojik varlığını, arızasız olarak sürdürebilmek için gerekli olan bir sağlık ve bütünlük içinde dünyaya gelebilmesini;

b) Sonra, insanın, fizik-biyolojik varlığını, doğumu olayı ile birlikte hemen eklenecek olan moral-entelektüel gelişim olanaklarına sahip olarak, sürdürebilmesini;

c) Daha sonra, fizik-biyolojik-psikolojik-moral-entelektüel bütünlüğünü kazanmış insan varlığının –hukuksal kişilik yönü ile beraber- toplumun yararı adına da olsa, doğa yasasından gelenden başka, hiçbir yeryüzü bağ, önlem, yaptırım ile sınırlanmamasını, etkilenmemesini, noksana uğratılmamasını, yok edilmemesini; ifade eder.

Salt yaşam hakkının tanınmış olması, hiç kuşku yok ki, bu hakkın eksiksiz olarak kullanılabileceği ve tüm boyutlarıyla hayata geçirilebileceği anlamına gelmez. Başka bir deyişle, yaşam hakkının bir anlam taşıyabilmesi, bir gerçeklik ifade edebilmesi için, insan yaşamının bazı tehditlere karşı korunması gerekir<sup>15</sup>:

- a) Kişinin, kendisine karşı korunması,
- b) Kişinin, “üçüncü” kişilere karşı korunması,
- c) Kişinin, topluma-devlete karşı korunması.

Toplumlar ve devletler, insana yönelen bu tehditleri önleyebildikleri ölçüde, yurttaşlarının yaşamlarını ve bu kapsamda yer alan sağlık haklarını güvence altına alabilirler. Aksi halde yaşam hakkı, ulaşılmaya çalışılan bir amaç olmaktan çıkar.

---

<sup>15</sup> B. Savcı; **Yaşam Hakkı ve Boyutları**; sf: 16-29.

Yaşam hakkı için bir başka tanım daha verilebilir: “Yaşama hakkı, kişinin fizik ve ruhsal bütünlüğünü koruyabilmesi, devam ettirebilmesi; varlığının çeşitli etkilerle bozulmasına engel olabilmesi demektir”<sup>16</sup>.

Yaşam hakkı, “dinler” tarafından getirilen din ve ahlâk kuralları ve yasaklarla da güvence altına alınmak istenmiştir. Musevilerin peygamberi Musa’ya bildirilen “on emir” den birisi “Öldürmeyeceksin” şeklindedir. Kur’an’da “Allah’ın saygın kıldığı canı haksız yere öldürme” anlamında ayetler bulunmaktadır. Ancak bu gibi dini kurallara karşın, bireysel ve kitlesel cinayetler, bir başkasının canını alma eylemleri sona ermemiştir.

Yaşam hakkı ile doğrudan bağlantılı olan sağlık hakkı, “Kişinin, toplumdan, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı imkânlardan faydalanabilmesidir” biçiminde tanımlanabilir<sup>17</sup>. Sağlık hakkına, “İyi işleyen bir organizmanın devamı ve hastalanan kişinin tedavisinin sağlanmasını isteme hakkı” gibi bir tanım<sup>18</sup> da getirilebilir. Sağlık hakkı terimi ile amaçlanan aslında “sağlıklı bakım hakkı”dır. Bu kavram “toplumdaki her kişiye belli bir yeterlilik ölçüsünde tıbbi bakım ve tedaviye ulaşabilme olanağının sağlanması” anlamında kullanılmaktadır. Sağlık hakkına, bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilme fırsatı da denilebilir<sup>19</sup>.

---

<sup>16</sup> K. Bayraktar; **Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu**; sf: 13.

<sup>17</sup> K. Bayraktar; **Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezaî Sorumluluğu**; sf: 16.

<sup>18</sup> Gürkan Sert; **Hasta Hakları** (Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği); İstanbul; Babil Yayınları; 2004; sf: 56.

<sup>19</sup> E. Aydın; **Tıp Etiğine Giriş**; sf: 116.

Bu tanımlardan da anlaşılacağı üzere, sağlık hakkı, devlete bazı görevler yükler. Bu tür haklara “**pozitif statü hakları**” denir; çünkü bu haklar bireylere, toplumdan bazı şeyleri isteme hakkı verir<sup>20</sup>. Aslında yaşama hakkının bir anlam ifade edebilmesi için, sağlık hakkının verilmiş olması yeterli değildir; ayrıca bu haktan yararlanma olanağını sağlayacak düzenin de kurulmuş olması gereklidir.

## 1.2) SAĞLIK HAKKININ KAPSAMI

Sağlık hakkı kavramının kapsamını değişik boyutlarda ele almak mümkündür. Örneğin, Dünya Bankasının yaklaşımına göre sağlık açısından risk kaynakları beş grupta toplanabilir<sup>21</sup>: a) Hastalık, b) Yaralanma, c) Malûliyet, d) Yaşlılık ve e) Ölüm. Gerçekten de söz konusu risklerin her birinin sağlık açısından

---

<sup>20</sup> Haklar konusunda bugün hemen herkes tarafından benimsenen bir sınıflama söz konusudur: **A) Negatif Statü Hakları:** klasik hak ve özgürlükleri içeren bu haklar, kişinin devlet tarafından aşılamayacak ve dokunulamayacak, özel sahasının sınırlarını çizen düşünce özgürlüğü, kişi güvenliği, kişi dokunulmazlığı gibi özgürlüklerdir. Bunlar devlete negatif bir tutum, sadece karışmama ödevi yüklerler. **B) Pozitif Statü Hakları:** Bunlar vatandaşa, devletten olumlu bir davranış, bir hizmet olanağı ( sağlık hakkı, öğrenim hakkı, sosyal güvenlik hakkı vb.) sağlar ve devlete sosyal alanda bazı ekonomik-toplumsal görevler yükler. **C) Aktif Statü Hakları:** Bu haklar ise, referandum, seçme ve seçilme yollarıyla vatandaşa, toplumun yönetiminde söz sahibi olma ve kararlara katılma yetkisi verir. Kaynak: Münici Kapani; **Kamu Hürriyetleri**; 2. baskı; Ankara, 1993; sf: 6.

<sup>21</sup> World Bank; **World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty**; Oxford University Press; 2001; New York; sf: 136 (Tablo 8.1).

yeni bir durum yarattığı ortadadır. Bu yaklaşım, sağlık hakkı kavramının çok geniş bir yorumunu ifade eder.

Öte yandan, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün "Sosyal Güvenliğin Asgari Normları"na İlişkin 102 sayılı Sözleşmesinde söz edilen riskler de geniş kapsamlı bir sağlık hakkı anlayışına dayanır. Sözleşmeye göre imzacı devletler, sözleşmedeki hakların en azından belirli bir kısmını vatandaşlarına bir hak olarak taahhüt etmiş olduklarından, sadece hastalık riskine karşı değil, aynı zamanda buna ek olarak diğer bazı risklere karşı da güvence getirmiş olmaktadır.

Türkiye'de de yakın zamana kadar geçerli olan temel yasalarımızda (Emekli Sandığı Kanunu, Sosyal Sigortalar Kanunu, Bağ-Kur Yasası vb.) ve 2008 yılında yürürlüğe girmiş olan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasasında da geniş kapsamlı sağlık hakkının varlığından söz edilebilir. Bunun tartışmasına girmeden burada yalnızca sağlık hakkının teknik boyutu açısından konuya yaklaşılacak, sağlık hakkının diğer yönleri üzerinde ilerideki bölümlerde durulacaktır.

### **1.2.1) SAĞLIK HİZMETLERİ**

Toplumun ve kişilerin sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşemeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmalara, sağlık hizmetleri denir<sup>22</sup>. "Sağlık hizmetleri (health services) İngilizcede kamu sağlık örgütlerinin çalışmasını kapsar. Dilimizde bu genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar anlamında

---

<sup>22</sup> Zafer Öztekin; **Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri**; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı-I; 2001; Ankara; sf: 295.

kullanılır”<sup>23</sup>. Günümüzdeki anlayışa göre sağlık hizmetleri, sağlıklı insanların sağlıklarının devam ettirilmesi ve korunması yanında, hastalanmaları durumunda tanı ve iyileştirme amaçlı çalışmalar ile eski işlerini yapabilir hale getirme ya da yeni bir iş becerisine kavuşturmaya ilişkin bütün hizmetleri kapsar.

Sağlık hakkının gerçekleştirilmesine yönelik bu hizmetler kendi içinde başlıca üç ana gruba ayrılır. Bunlar, koruyucu sağlık hizmetleri, iyileştirici (tedavi edici) sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon (uyumlandırma) hizmetleridir.

### 1.2.1.1) Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri içinde daha öncelikli ve önemli olan hizmetler, koruyucu sağlık hizmetleridir. “Sağlık koruma, tümüyle topluma ortak olan ve kişilerin birbirine rakip olmadan paylaştıkları bir fayda sunar: hastalık olasılığını azaltır. Bu hizmet insanlar, hayvanlar ve bitkiler ile cansız çevre üzerinde yürütülür”<sup>24</sup>. Bu tanım, DSÖ’nün “sağlık” tanımı ile büyük ölçüde örtüşmektedir. Çünkü, DSÖ’ne göre sağlık, sadece hastalığın olmaması değil, bireylerin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halindedir. Bu tanımdaki “sosyal” kavramı, geniş anlamda yorumlandığında, “hayvanlar, bitkiler ve cansız çevre” olarak nitelenebilecek bütün unsurları kapsar durumdadır.

“Koruyucu sağlık hizmetleri geçmişte çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıklarla savaş hizmeti olarak başlamıştır... Bu zamanın gerisinde kalmış bir düşünce biçimidir. Bugün koruyucu hekimliğin, bu iki hizmet yanında ve onlardan daha önemli konuları halkın sağlık eğitimi, beslenme bozukluklarının düzeltilmesi,

---

<sup>23</sup> Nusret H. Fişek; **Halk Sağlığı’na Giriş** (1983); Hacettepe Üniversitesi – DSÖ

Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No: 2; Ankara; sf: 4.

<sup>24</sup> Kenan Bulutoğlu; **Kamu Ekonomisine Giriş**; YKY; İstanbul; 2003; sf: 274.

bağışıklama, ilaçla koruma, hastalıkların(örneğin tüberküloz, kanser, diyabet, hipertansiyon vb.) erken teşhis ve tedavisi ve aşırı doğurganlığın kontrolüdür”<sup>25</sup>. Günümüzde koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki grupta ele alınır. Çevreye ilişkin hizmetler; çevremizde sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirirler. Bunlar genellikle çeşitli mühendislik dalları ile ilgili ve hekimlerin doğrudan görev almadıkları hizmetlerdir; bu tür hizmetlerde hekimler danışmanlık ya da denetim gibi destek hizmetleri ile görevlendirilebilirler. Ancak, kişiye yönelik olan koruyucu hizmetlerin tamamı başta hekimler olmak üzere sağlık personeli tarafından yapılması gereken hizmetlerdir. Bunların başlıcaları şunlardır: a) Bağışıklama, b) İlaçla koruma, c) Hastalıkların erken tanı ve tedavisi, d) İyi beslenme, e) Aile planlaması, f) Sağlık eğitimi.

Bir çalışmaya göre, GSMH içinde % 2,6-3,5 ve devlet bütçesi içinde % 3-4 gibi bir yer tutan sağlık harcamalarının % 2’si sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetler, % 60’ı birinci basamak hizmetleri ve % 38’i ise yataklı tedavi hizmetleri için yapılmaktadır<sup>26</sup>.

### **1.2.1.2) Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Tedavi hizmetleri hastaların iyileşmesine yönelik tüm hizmetleri kapsar ve ülkedeki örgütlenme biçimine göre değişir. Az gelişmiş ülkelerde tedavi hizmetlerinde örgütlenme yetersiz olduğu kadar, sağlık hizmeti veren personel ile kurum ve kuruluşların dağılımları da dengesizdir. Ayrıca, ilk basamak hasta

---

<sup>25</sup> Türk Tabipleri Birliği; **Nusret Fişek ve Hekimlik**; 1991; Ankara.

<sup>26</sup> Mehmet Kaya; **Türk Tıbbi Dünya Tıbbının Neresinde**; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı-I; 2001; Ankara; sf: 41.

bakımının yeterli olmaması sonucu, zaten iyi düzenlenmemiş olan hastanelerin gereksiz yere artan iş yoğunluğu da hizmet kalitesini düşürür<sup>27</sup>.

İyileştirme amaçlı sağlık hizmetleri genellikle üç gruba ayrılmakla birlikte, iki veya dört gruba ayıranlar da vardır<sup>28</sup>. İki gruba ayıranlara göre ilk basamaktaki hasta bakım hizmeti, tek hekim tarafından, sağlık merkezi ve hastane polikliniklerinde verilir; ikinci basamak hasta bakım kurumları hastanelerdir. Sağlık hizmetlerini üç grup halinde sınıflandıranlara göre ise basamaklar şöyle oluşur:

**A) Birinci Basamak:** Buralar kişilerin ilk başvurdukları ve genellikle hasta yatağı bulunmayan sağlık kuruluşlarıdır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hastaların tedavileri, hekim veya diğer sağlık personeli tarafından evde ve ayakta yapılır. Bu kuruluşlarda koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleri birlikte verilir. Yataklı tedavi kuruluşlarının önünde bir baraj görevi görürler. Yapılan birçok araştırma, birinci basamağa başvuran hastaların yaklaşık %90'ının buralarda yeterli bakım ve tedavi gördüğünü, %10 kadarının ise bir üst basamak olan hastanelere sevklerinin gerekebileceğini göstermiştir. Sağlık Bakanlığının saptaması da bu yöndedir<sup>29</sup>.

İngiltere'de yapılan bir çalışmada da hekime başvuran hastaların sorunlarının üçte ikisinin ayakta tedavi ile çözülebilir sorunlar olduğu gözlenmiştir .... 1978

---

<sup>27</sup> Rahmi Dirican (Derleyen); **Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları, Sağlık Yönetimi**; Ankara; Türk Tabipleri Birliği; 1997; sf: 35-44.

<sup>28</sup> 1) Zafer Öztekin; **Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri**; sf: 297; 2) N. H. Fişek; **Halk Sağlığı'na Giriş**; sf: 6.

<sup>29</sup> Tavbiy Tunga Tüzer; Süleyman Görpelioğlu; **Aile Hekimliği**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı-I; 2001; sf: 846.

yılında Alma-Ata'da "2000 Yılında Herkese Sağlık Projesi" kapsamında gerçekleştirilen Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı sonucunda, dünyadaki herkesin sağlığını korumak ve yükseltmek için, sağlık ve kalkınmada görevli tüm elemanların ve dünya toplumunun ivedilikle harekete geçmesi gerektiği ilkesini benimseyen Alma-ata bildirgesi yayınlanmıştır. Bu konferansta alınan bir kararla, DSÖ ve UNICEF'in birlikteliğinde, gelişmekte olan ülkelerde acilen birinci basamak sağlık hizmeti birimlerinin kurulması önerilmişti. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile başlamıştır<sup>30</sup>.

Türkiye'de birinci basamakta yer alan hizmet birimlerinin başlıcaları şunlardır; Sağlık evi, sağlık ocağı, dispanser, ana-çocuk sağlığı ve aile planlama merkezi, hudut-sahil ve hava limanı denetleme merkezi, kurum tabipliği, işyeri tabipliği, üniversite mediko-sosyal hekimliği, özel muayenehane.

**B) İkinci Basamak:** Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastanelerdir. Devlet hastaneleri, özel hastaneler, sağlık merkezleri gibi yataklı sağlık kuruluşları ikinci basamağı oluştururlar.

Hastanelerin temel işlevi yataklı tedavi kuruluşları olmalarıdır. Poliklinik hizmetleri hastanelerin esas hizmetlerinden değildir. Birinci basamak hizmetlerinin verimli bir biçimde işletilebildiği yerlerde hastanelerde poliklinik hizmetlerinin verilmesi gerekmez. Almanya gibi bazı ülkelerdeki bazı hastanelerde polikliniklerde Türkiye'de olduğu gibi doğrudan hastanelere başvuran hastaları kabul

---

<sup>30</sup> Hikmet Pekcan; Özgür Uğurluoğlu; **Kentlerde Birinci Basamak Sağlık**

**Hizmetleri ve Aile Hekimliği;** Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı-I; 2001; Ankara; sf: 817- 821.



etmezler; amaç, sevk zincirine işlerlik kazandırıp, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yığılmaların önlenmesidir.

**C) Üçüncü Basamak:** Bunlar özel dal hastaneleridir. Üçüncü basamakta yer alan hastaneler, en ileri hekimlik teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir. Bu hastaneler genellikle ya belirli bir hastalığın ya da belirli bir yaş grubundaki hastaların tedavisi ile ilgilenirler. Yurdumuzdaki belli başlı örnekleri şunlardır: Doğum ve çocuk bakımevi, çocuk hastanesi, göğüs hastalıkları hastanesi, ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi, onkoloji hastanesi, kemik hastalıkları hastanesi, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi, deri ve tenasül hastalıkları hastanesi, diş hastanesi. Üniversite hastanelerini de üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında kabul etmek gerekir; ancak bu hastaneler yurdumuzda, aynı zamanda ikinci basamak tedavi hizmetlerini de vermektedirler.<sup>31</sup>

Tedavi hizmetlerini dört grup olarak kabul edenler ise yukarıda sözü edilen basamaklara “kendi kendine bakım” evresini eklemektedirler. Bu görüşü savunanlara göre“İdeal bir sağlık sistemi; kendi kendine bakım, birinci basamak sağlık hizmetleri (genel tıp yaklaşımı), ikinci basamak sağlık hizmetleri (konsültan uzman yaklaşımı) ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden (ayrılmış sistem ve organ uzmanlarının, yan dal uzmanlarının sunduğu bakım) oluşur”<sup>32</sup>.

Tedavi hizmetlerinde benimsenen bu sisteme, tanı ve tedavi ilkelerindeki tarihsel bir evrimin sonucunda ulaşılmıştır: “Hekimlikte tedavi hastalık semptomlarının tedavisi, özellikle ağrıların dindirilmesi ile başlamıştır. Çağlar boyu

---

<sup>31</sup> Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği; Resmi Gazete: 25.05.2010/ 27532 (Mükerrer).

<sup>32</sup> Tavbiy Tunga Tüzer; Süleyman Görpelioğlu; **Aile Hekimliği**; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı-I; sf: 845.

hekimler hastalarda gördükleri semptomları tedavi ile yetinmişlerdir. Bu uygulama bir ölçüde, zamanımızda da sürmektedir.

Hipokrattan bu yana semptomların bir hastalığın görüntüsü olduğu ve tedavinin semptomlara değil hastaya yönelik olması gerektiği anlaşılmıştır. Hipokrat sıtmayı, Galen tüberkülozu, Razi çiçek ve kızamığı tanımlamasına rağmen bu alanda gelişme hekimlik bilimlerinin ve teknolojinin gelişmesi ile mümkün olmuştur. Bu aşamada hekimlikte ‘hastalık’ kavramı öne geçmiştir. Anatomo-patolojik dönem denen bu aşamada hekimler hastanın tedavisi kavramından uzaklaşmışlar, hastalıkların tedavisi temel düşünceleri olmuştur. Bu dönemde hastalık nedenlerinin bulunmaya başlaması ile de tedavide semptomdan nedene yönelinmiştir. Tedavi hekimliğinde üçüncü aşama psikosomatik hekimliktir. Bu dönem ‘Hastalık yok, hasta vardır’ özsözü ile tanımlanabilir. Hekimler bir ölçüde geriye dönerek ilk çağların hasta tedavisi ile anatomo-patolojik görüşün sentezini yapmışlardır.

Tedavi hekimliğinde dördüncü aşama insanın fizik ve sosyal çevresi ile bir bütün olduğunun kavranması ile başlar. Hastalıkların tanı ve tedavisinde –özellikle ruh hastalıklarında- insanı çevresi ile ele alarak daha doğru tanı daha başarılı ve sürekli tedavi olanağı sağlanmaktadır<sup>33</sup>. DSÖ’nün benimsediği sağlık tanımını da bu anlayışın bir yansımasıdır.

### **1.2.1.3) Rehabilitasyon Hizmetleri**

Rehabilitasyon hizmetleri, bedence veya ruhça sakat kalmış ya da çalışma gücünü kaybetmiş kişileri, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini

---

<sup>33</sup> Nusret H. Fişek; **Halk Sağlığı’na Giriş**; sf: 25.

sağlayabilmek için yapılan bütün çalışmaları kapsar. Rehabilitasyon hizmetleri iki türdür:

a) Tıbbi rehabilitasyon: Bedensel sakatlıkların mümkün olduğu kadar düzeltilmesidir. Bu amaçla çeşitli protezler, cihazlar vb. de kullanılır.

b) Sosyal (mesleki) rehabilitasyon: Sakatlıkları nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte çalışamayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yönelik her türlü hizmeti içerir.

“Koruyucu-tedavi edici-rehabilite edici” sağlık hizmetlerini bir bütün olarak ele alan çağdaş yöntem “tümelci (holistik) yaklaşım” olarak nitelenmektedir<sup>34</sup>. Ülkelerdeki yapılanmaya göre, bu yöntemi benimseyenlerin yanı sıra, söz konusu hizmetleri farklı kurumlar aracılığı ile yerine getirme yolunu seçmiş ülkeler de bulunmaktadır.

### **1.2.2) SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM**

Sağlık hakkının yaşama geçirilebilmesi, bu kapsamda sağlanan hizmet ve olanaklara ulaşabilme, bu hakların getirdiği olanaklardan yararlanabilme hakkını da içerir. Aksi durumda, sağlık hakkından ve bu hakkın kullanılmasından söz etmek bir anlam taşımaz. Bir başka deyişle insanların, bu hak kapsamında sağlanmakta olan hizmetlere ulaşabilmeleri, bunun için gerekli ortamın ve düzenin kurulup işler duruma getirilmiş olması gerekir.

---

<sup>34</sup> A. Gürhan Fişek; Şerife Türcan Özsuca; Mehmet Ali Şuğle; **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi:1946-1996**; Ankara; Sosyal Sigortalar Kurumu-Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı; 1997; sf: 66.

Genel kabul gören yaklaşıma göre sağlık hakkının gerçek kullanımı ancak, söz konusu dört basamaklı yapının oluşturulması ve aksaksız işleyen bir sevk sisteminin kurulup uygulanması halinde olanaklıdır.

### **1.2.3) İLAÇ ve TEDAVİ ARAÇLARI**

Sağlık hakkının önemli unsurlarından biri de ilaçtır. Özellikle koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin sunulduğu aşamalarda gerekli olan ilaçlara erişebilme, tıbbın kullanımını zorunlu gördüğü ilaçlardan yararlanabilme, kuşkusuz büyük önem taşır. Bu nedenle, ilaç konusunu ele almayan bir sağlık hizmeti, eksik bir düzenleme olacaktır.

Burada tartışma yaratacak olan husus, hasta için gerekli olan ilaç bedelinin, ne kadarının kamu tarafından, ne kadarının hasta tarafından ödeneceğidir. Tarafların katkı paylarının boyutu en başta, ülkenin sağlık politikasıyla bağlantılıdır; bunun da temel belirleyici unsuru, o toplumda geçerli olan siyasi rejim ve o ülkenin ekonomik gücüdür.

Sağlık sisteminin sosyalize edildiği ülkelerde ilacın tamamı ya da büyük kısmı kamuca karşılanırken, klasik liberal sistemin geçerli olduğu toplumlarda ilaç giderinin tamamı hastalar tarafından ödenir. Bu iki uç arasında kalan rejimlerde ise değişik uygulamalar görülür. Koruyucu sağlık hizmetleri genelde toplumsal bir hizmet olarak algılandığı için, bu aşamada kullanılması gereken ilaçlar da genelde toplum tarafından finanse edilir. İyileştirme ve rehabilitasyon aşamalarında hekimlerce tıbbi açıdan gerekli görülen ilaçlardaki katkı oranlarının ne olacağını, ülkenin sağlık politikası belirlenir.

Özellikle iyileştirme ve rehabilitasyon devrelerinde kullanılması gerekli hale gelen protez ve ortez gibi tedavi araçlarının bedelleri için de ilaç konusundakine

benzer bir yaklaşımdan söz etmek gerekir. Genellikle bunların bedellerinin daha da yüksek olması konunun hem bireysel, hem de toplumsal yönünün bulunduğunu, dolayısıyla bu hususun da çözülmesi gerekli bir sorun olduğunu gösterir.

#### 1.2.4) ÖTENAZİ

Günümüz hukukunda yaşama hakkı, üzerinde tasarrufa olanak tanınmayan, vazgeçilmez bir değer olarak nitelendirilmekte, Anayasa (Anayasa, m. 12, 17, 56) ve diğer yasalarla koruma altına alınmaktadır<sup>35</sup>. Anayasamız, yaşama hakkını güvence altına almış ve kişiye “kendini öldürme” hakkını dahi tanımamıştır. Buna karşın, kişinin ölme hakkına sahip bulunup bulunmadığı, bunu bizzat veya bir başkası aracılığı ile gerçekleştirme hakkının olup olmadığı konusu hâlâ tartışılmaktadır.

Sözcük anlamı “acısız-tatlı ölüm”, “kolay ve rahat ölüm” olan ötenazinin hukuki açıdan birçok tanımı yapılmış ise de, bunlar içinde, “Günümüz tıp biliminin verilerine göre iyileşme olanağı bulunmayan ve ölümü kaçınılmaz olan bir kişinin, çekmekte olduğu şiddetli acı, ağrı ve ıstıraplardan kurtarılması amacıyla, kendi bilinçli ve özgür iradesiyle verilmiş isteği ya da rızası üzerine, tıbbi yollarla öldürülmesi veya tıbbi yardımın kesilerek ölüme terk edilmesidir”<sup>36</sup> şeklindeki tanım, daha kapsamlı ve açıklayıcı niteliktedir.

---

<sup>35</sup> Ünal Er; **Sağlık Hukuku**; Ankara; Savaş Yayınevi; 2008; sf: 133-139.

<sup>36</sup> Özlem Y. Çakmut; **Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi**; İstanbul; Legal Yayıncılık; 2003; sf: 138, 141.

Ötenazi başlıca üç şekilde uygulanır:

*1- Aktif Ötenazi:*

Hastanın çektiği acı ve ıstıraba son vermek için hayata son verecek ya da kısaltacak maddelerin bilerek kullanılmasına “aktif ötenazi” denir. Bu işlem hastanın isteği üzerine gerçekleştirildiğinde “gönüllü aktif ötenazi” adını alır.

*2- Dolaylı Ötenazi:*

Bu terimle kastedilen, hekimin hastasının acısını azaltmak üzere kullanılan ve kullanılması tıp bilimi tarafından uygun görülen bir ilacın kaçınılmaz bir yan etkisi olarak hastanın yaşamının kısaltılmasıdır. Dolaylı aktif ötenazi de denen bu yöntem, kişinin acılarının dindirilmesi eyleminin, ölüm amacına yönelik olmasa dahi, yaşamı kısaltma rizikosunu içermesine rağmen yapılmasıdır. Dolaylı ötenazi bakımından; başlıca amacın acının hafifletilmiş olması, hastanın aydınlatılarak bu uygulamaya rıza göstermiş bulunması, “ölümün kaçınılmaz ve yakın olması ve tedavi ile sonuçları arasında uygun bir dengenin varlığı” unsurları aranmaktadır<sup>37</sup>.

*3- Pasif Ötenazi:*

Bu yöntem, hastanın yaşamının devam edebilmesi için zorunlu olan tedavilerin durdurulmasıdır. Hasta aktif olarak öldürülmez; deyim yerindeyse sanki ölüme terk edilir. Bu uygulama, kişinin isteğine bağlı olarak yapılır; dolayısıyla “kişi özerkliği”nin, yani “kişinin kendi geleceğini tayin hakkı”nın bir uzantısıdır. ABD,

---

<sup>37</sup> Hakan Hakeri; **Tıp Hukuku**; Ankara; Seçkin Yayıncılık; 2007; sf: 305.

İngiltere, Almanya, İsviçre, Danimarka gibi bazı ülkeler “istemli pasif ötenazi”ye izin vermektedir<sup>38</sup>.

Ötenazi, öğretilerde birçok açıdan eleştirilmiş ve bunun kasten adam öldürme suçundan farklı olmadığı ileri sürülmüştür<sup>39</sup>. Günümüzde ötenaziyi suç olarak kabul edenler yanında, çeşitli gerekçelerle ötenazinin suç sayılmamasını ve dolayısıyla failin cezalandırılmaması gerektiğini savunanlar da bulunmaktadır<sup>40</sup>.

Dünya Tabipler Birliği'ne göre ötenazi etik değildir. DTB, bu yaklaşımını Ekim/1987'de Madrid'de kabul ettiği “Ötenazi Bildirgesi”nde şöyle ortaya koymuştur: “Bir hastanın yaşamını, kendi ya da çok yakınlarının izni ile de olsa sonlandırmak olan ötenazi etik değildir”.

Günümüzde batı hukuk sistemindeki yeni yaklaşım, “kişi özerkliği ve kendi geleceğini kendisinin tayin hakkı”dır. Bu yaklaşım, “yaşamın kutsallığı” tezi ile, “yaşamın dokunulmazlığı” anlayışı ile çatışma halindedir<sup>41</sup>. Bu nedenle de özellikle bazı Batı ülkelerinde ötenazi konusundaki anlayış ve yaklaşımlar değişim göstermektedir.

---

<sup>38</sup> Sibel İnceoğlu; **Ötenazi: Dünyadaki Gelişmeler ve Türk Anayasa Hukukundaki Yeri**; Hukuk ve Adalet Dergisi; Legal Yayıncılık; Yıl 4, Sayı 9, Kış 2007, İstanbul; sf: 171.

<sup>39</sup> K. Bayraktar; **Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu**; sf: 154.

<sup>40</sup> Ö.Y. Çakmut; **Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi**; sf: 144.

<sup>41</sup> S. İnceoğlu; **Ötenazi: Dünyadaki Gelişmeler ve Türk Anayasa Hukukundaki Yeri**; sf: 171.

Birçok ülkede ciddi bir suç olarak kabul edilen ötenaziyi benimseyen ve acılar içindeki kişiyi öldürenin cezasını hafifleten ilk hukuk kaynağına, 18. yüzyılın sonlarında Prusya’da rastlanmıştır<sup>42</sup>. Bugün Hollanda, Belçika, Uruguay, Kolombiya gibi bazı ülkelerde, belirli koşulların varlığı halinde ötenazi mümkün hale gelmiştir<sup>43</sup>.

Günümüz hukukundaki eğilimlerden biri de, “aklen sağlıklı ve bilinci yerinde bir hasta, herhangi bir tedaviyi reddedebileceği gibi, yaşamı sürdürücü tedaviyi de kabul etmeyebilir” şeklindedir<sup>44</sup>. Burada sorun, ehil olmayan hastalar ile küçüklerin durumunda ortaya çıkmaktadır. Öğretide bazı yazarlar, böyle durumlarda rızanın, hukuken ehliyetsiz hasta adına, hukuken yetkili kılınan kişiden alınması görüşünü savunmaktadır. Ancak, yetkili kılınan kişinin, hangi husus ve standartlara göre karar vereceği de tartışmalıdır.

Anayasamızda ötenaziyle ilgili özel bir hüküm yoktur. Bu nedenle Anayasanın bu konuda bir engel oluşturmadığı ileri sürülmektedir<sup>45</sup>. Yazarlarımızdan bazıları da, şartları açık ve net bir şekilde kanunlarda belirlenmek ve kötüye

---

<sup>42</sup> K. Bayraktar; **Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu**; sf: 152.

<sup>43</sup> S. İnceoğlu; **Ötenazi: Dünyadaki Gelişmeler ve Türk Anayasa Hukukundaki Yeri**; sf: 154.

<sup>44</sup> S. İnceoğlu; **Ötenazi: Dünyadaki Gelişmeler ve Türk Anayasa Hukukundaki Yeri**; sf: 161.

<sup>45</sup> S. İnceoğlu; **Ötenazi: Dünyadaki Gelişmeler ve Türk Anayasa Hukukundaki Yeri**; s. 172.



kullanmaları önlemek suretiyle son çare olarak ötenazinin uygulanabileceği görüşündedir<sup>46</sup>.

5237 sayılı Türk Ceza Kanununda da ötenaziyle doğrudan ilişkili bir hükme yer verilmemiştir. Yürürlükteki TCK'da aktif ötenazi ile ilgili olabilecek “kasten adam öldürme” fiili, 81 ve 82. maddelerle düzenlenmiştir. Bu maddelere göre, “Bir insanı kasten öldüren kişi, müebbet hapis cezası ile cezalandırılır (m. 81)”. 82/1/a'ya göre de “Kasten öldürme suçunun, tasarlayarak... işlenmesi halinde, kişi ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası ile cezalandırılır”. Pasif ötenaziye benzeyen “intihara yardım ve teşvik” fiili de, “intihara yönlendirme” başlığı altında düzenlenmiş, “Başkasını intihara azmettiren, teşvik eden, başkasının intihar kararını kuvvetlendiren ya da başkasının intiharına herhangi bir şekilde yardım eden kişi” için, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası öngörülmüş ve “İntiharın gerçekleşmesi durumunda” da kişiye dört yıldan on yıla kadar hapis cezası getirilmiştir (m. 84/1, 2).

Tıbbi Deontoloji Tüzüğünde, ötenazi yasağına ilişkin açık bir ifade kullanılmamış, ancak pasif ötenazi bile yasaklanmıştır: “Tabip ve diş tabibi; **teşhis, tedavi ve korunmak gayesi olmaksızın**, hastasının arzusuna uyararak veya diğer sebeplerle, akli veya bedeni mukavemetini azaltacak **herhangi bir şey yapamaz**“(m. 13/III).

Hasta Hakları Yönetmeliğinde ise kesin bir biçimde ötenazi yasağı konmuştur (m. 13): “**Ötenazi yasaktır**/Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya başkasının talebi olsa dahi, kimsenin hayatına son verilemez”.

---

<sup>46</sup> Ö.Y. Çakmut; Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi; s. 153.

Sonuç olarak, ötenazinin hukukumuzda kesinlikle yasaklanmış olduğu, pozitif hukukumuzda bir hak olarak tanınmadığı ve bir sağlık hakkı olarak kabul edilmediği söylenebilir.

### **1.3) SAĞLIK HAKKININ NİTELİĞİ**

#### **1.3.1) İNSAN HAKLARI**

Sağlık hakkının tanınması ve hukuksal bir içeriğe kavuşması, insan hakları kavramının gelişimi ile mümkün olabilmıştır. Günümüzde insanın doğuştan sahip olduğu kabul edilen haklar, çağlar boyunca değişik anlam ve içerikte olmuştur. Kölelik ve serflik kurumlarının bulunduğu, birinci-ikinci sınıf yurttaş ayrımının yapıldığı, efendi-köle düzeninin hüküm sürdüğü toplumlarda insan hakları kavramı, kuşku yok ki, bugünkünden çok farklı anlam taşıyordu. Felsefi temelleri, eski Yunan ve Roma dönemlerine dayanan insan hakları kavramı J.Locke, Bacon, T.Hobbes, Montesquieu, Voltaire, J.J.Rousseau gibi birçok düşünürün katkıları ile daha ileri boyutlara ulaşmış ve daha kapsamlı bir hal almıştır<sup>47</sup>.

Bu konudaki gelişmeler kuşkusuz, toplumların yapısına ve sosyal-ekonomik-kültürel gelişmişlik düzeylerine göre farklılıklar gösterir. Örneğin, Osmanlı İmparatorluğunun reformcu padişahlarından III. Selim, 1789 yılında tahta çıktıktan sonra, “dışarıda esen rüzgârlar” hakkında kendisini aydınlatması için Dışişleri Bakanı Âtîf Efendiden bir rapor ister. Büyük Fransız Devriminin üzerinden sadece birkaç yıl geçmiştir. Atîf Efendi hazırladığı raporda özetle şunları belirtir:

“Burada Voltaire, Rousseau adlı zındıklar ve onlardan beter ukalâlar, peygamberlere sövmek, büyükleri zem etmek, bütün dinleri kaldırmak, Cumhuriyet

---

<sup>47</sup> Ana Britannica **Genel Kültür Ansiklopedisi**; Cilt 11, sf: 578.

ve eşitliği ima etmekten ibaret bir takım kışkırtıcı düşünceler yaymışlardır. Aslında fitne ve fesattan başka bir şey olmayan bu düşünceler –Frengi hastalığı gibi- halkın beyinlerine işlemiştir. İşin garip yanı, halk da rağbet etmektedir bu tür düşüncelere. İşte, bunların etkisinde kalanlar, birkaç yıl önce, bir fitne ve fesat ateşi tutuşturup çevreye yaymışlar, Allah korkusunu kaldırıp ar ve namusu mahvetmişler, Fransa halkını vahşi hayvan kıyafetine sokmaya çalışmışlar, bununla da yetinmeyip –her yerde kafadarlar sağlayarak- İnsan Hakları dedikleri isyan bildirimlerini yabancı dillere de çevirtip, milletleri hükümdarları aleyhine kışkırtmışlardır.

Burada olup bitenler budur aslında”<sup>48</sup>.

Bu raporda yer alan yorum da insan hakları kavramına ilişkin gelişmeler ile buna ilişkin bireysel ve toplumsal algılamının ne kadar farklı boyutlar taşıyabildiğini gösteriyor.

Toplumsal bir varlık olan insanın “üç yetenek alanı vardır: (a) Biyolojik varlığını geliştirme alanı ve yeteneği, (b) varlığının moral yönünü geliştirme alanı ve yeteneği, (c) varlığının entelektüel yönünü geliştirme alanı ve yeteneği. Kendi yeteneklerini kullanarak, kendini bu üç yönde geliştirme durumundan, Hukuk kişisi olan insana bir dizi hak doğar. Bunlara, insan hakları oldukları ve bireye bağlı buldukları için ‘**Bireysel İnsan Hakları**’ denir; birey, Hukukça, kişiye dönüştüğü için (bu haklara) **bireysel kişilik hakları** denir”. Öte yandan, insan, aynı zamanda “toplum içinde de çok yönlü, çok karmaşık sosyo-politik ve ekonomik ilişkiler içindedir. (...) Toplumda, (insanların) fiziksel (...) varlığının somut üç yönünü

---

<sup>48</sup> Sadi Irmak, Behçet Kemal Çağlar; **Cevdet Paşa Tarihinden Seçmeler**; Cilt I, İstanbul 1973, s. 464-466, kaynağı belirten: Server Tanilli; **Uygarlık Tarihi**; Say Yayınları; 7. baskı; İstanbul; 1992; sf: 9.

geliştirmeye yönelik bulunan bireysel kişilik hakları yanında, toplumsal ilişkiler içinde bulunmaktan doğan, varlığının sosyal ve ekonomik yönünü geliştirmeye yönelik bulunan **ekonomik ve sosyal hakları** da vardır ”<sup>49</sup>.

Ekonomik-sosyal hakların ortaya çıkıp gelişmesi, 1929 yılında dünyanın büyük bölümünde yıkıma neden olan “Büyük Kriz”in ardından görülmeye başlanır. İkinci Dünya Savaşından sonra yaygınlaşmaya başlayan “**Sosyal Devlet**” anlayışı, sosyal sınıfların varlığını kabule dayanır. “Sosyal devlet, anayasa yoluyla, sosyal sınıflar arasında dengeyi sağlayacak olan, sosyal adaletle ilgili hukuk ilkeleri koyarak siyasi iktidara yol gösterir. Sosyal devlette artık, liberal devlette olduğu gibi, özgürlük yalnız sınırlamaların olmaması demek değil. Sosyal devlet anlayışına göre özgürlük ancak, özgürlüğün gerçekleşebilmesi için gerekli maddi olanakların kişilere sağlanması halinde bir anlam kazanır”<sup>50</sup>.

Dünyamızda 1980’li yıllardan itibaren yaşanan gelişmeler, toplumların giderek sosyal devlet anlayışından uzaklaşmasına, elde edilen kazanımların kısıtlanmasına ve yer yer yitirilmesine yol açmıştır. Bu dönüşümün doğal bir sonucu olarak sağlık hakkı kapsamında da geri gidişler görülmeye başlanmıştır. Globalleşme (küreselleşme) olarak nitelenen bu yeni uluslararası ilişkiler ortamında, özellikle az gelişmiş konumdaki ülkeler ile vatandaşları, olumsuz yönde daha çok etkilenmişlerdir.

---

<sup>49</sup> B. Savcı; **Yaşam Hakkı ve Boyutları**; sf: 79.

<sup>50</sup> Murat Sarıca; **100 Soruda Siyasi Düşünce Tarihi**; Gerçek Yayınevi; 3. baskı, İstanbul, 1980; sf: 208.

Özetle belirtmek gerekirse<sup>51</sup> insan hakları başlangıçta, eşitlik, özgürlük, kişisel güvenlik, düşünce özgürlüğü ve mülkiyet gibi daha çok bireysel nitelikteki klasik haklardan oluşuyordu. Bunlara “**birinci kuşak insan hakları**” denir. Bu haklar bakımından devletin rolü, “karışmama” ve “seyirci kalma” biçimindedir. Bu haklar daha çok kapitalizmin gelişimine denk düşen ve o dönemin yükselen sınıfı burjuvazinin taleplerini oluşturur. O dönemin egemen ideolojisi olan liberalizm, insan haklarını kabul etmekle birlikte, ekonomik ve sosyal alanda devletin rolünün en düşük düzeyde olmasını, devletin pasif davranmasını savunur.

Sanayi devrimi ve bunun yarattığı ekonomik, sosyal ve düşünsel gelişmeler, insan haklarına sosyal boyut eklenmesine ve devletin rolünün yeniden tanımlanmasına yol açtı. Böylece sosyal haklar ve sosyal devlet kavramları ortaya çıktı. 20. yüzyılda yasalarda, anayasalarda ve uluslararası belgelerde daha da çok yer almaya başlayan bu “**ikinci kuşak insan hakları**” ekonomik, sosyal ve kültürel niteliklidir. Bunlar; çalışma, adil ücret, sosyal güvenlik, sendika ve toplu sözleşme, grev, sağlık ve eğitim hakkı gibi haklardır. Bu haklar bağlamında devletin artık etkin bir rol oynaması beklenmekte, kapitalizmin getirdiği sosyal eşitsizlikleri giderici müdahalelerde bulunmasının, çalışan sınıfların ekonomik, sosyal ve kültürel yönden desteklenmesinin de onun ödevleri arasına girmesi istenmektedir.

“Sosyal ve ekonomik hakların Anayasalara girişi yolunda Birinci Dünya Savaşından sonra başlamış olan akım, İkinci Dünya Savaşından sonra daha da genişlemiş ve hızlanmıştır. İkinci Dünya Savaşı, daha başlangıcından itibaren, demokrasi ve insan hakları kavramlarını temelden reddeden sağcı totaliter rejimlere karşı girişilmiş bir hürriyet savaşı mahiyetini kazanmıştı. Bu rejimler tarafından hor

---

<sup>51</sup> Ana Britannica **Genel Kültür Ansiklopedisi**; Cilt 11, sf: 578.

görülen ve açıktan açığa çığnenen insan haklarına yeniden itibar sağlamak ve onları gelecekte etkili olarak korumak için daha savaş sona ermeden önce çalışmalar başlamıştır. Bu devre içinde hazırlanan ve harpten sonra kurulacak yeni düzenin hukukî, siyasî ve iktisadî temellerini atmak hedefini güden çeşitli program ve projelerin hemen hepsinde ortak nitelik olarak, sosyal hakların çok önemli bir yer işgal ettiği görülür”<sup>52</sup>.

20. yüzyılın ikinci yarısından sonra da “**üçüncü kuşak insan hakları**” olarak adlandırılan ve “**dayanışma hakları**” da denilen haklar ortaya çıkmıştır. Sosyal gelişme ve kalkınma hakkı, doğal kaynaklardan yararlanabilme hakkı, barış hakkı, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı gibi haklar, bu kategori haklar içinde yer alırlar. Sonuç olarak, “Bu dönemde ayrıca sağlık, eğitim, çocuk, kadın hakları geliştirilmiş ve yaptırıma bağlanmaya başlanmıştır. Diğer bir anlatımla bu haklar, mutlaklıktan kurtarılarak, doğrudan uygulanabilen ve dava edilebilen haklar niteliğine kavuşmaya başlamıştır. ... sağlık hakları ve kavramları, insan haklarının gelişim sürecinin ikinci aşamasında devreye girmiş, üçüncü aşamasında ise geliştirilip ayrıntılandırılmış olan haklardandır”<sup>53</sup> denilebilir.

### 1.3.2) ANAYASAL HAK

Sağlık hakkının tanınması ve hukuksal bir içeriğe kavuşması, insan hakları kavramının gelişimi ile mümkün olabilmıştır. Günümüzde insanın doğuştan sahip

---

<sup>52</sup> Münici Kapani; **Kamu Hürriyetleri**; 2. Baskı; 1993; Ankara; sf: 54.

<sup>53</sup> Recep Akdur; **Çağımızda Hasta-Sağlık Çalışanları İlişkileri ve Hasta Hakları**; Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik; Sayı: 5; 1997, sf: 48; Kaynağı belirten: Sibel Canbolant; **Hasta Hakları ve Etik**; (Yayınlanmamış uzmanlık tezi); 2002; İstanbul; sf: 8.

olduğu kabul edilen haklar, zaman içinde hem sayısal hem de içerik olarak artış göstermiş ve artık anayasalarda düzenlenmeye başlamışlardır. İkinci Kuşak İnsan Hakları kapsamında yer alan sağlık hakkı, özellikle İkinci Dünya Savaşının ülkelere getirdiği sosyal yıkımın etkisiyle daha önemle ele alınan konular kapsamına girmiş, anayasal güvenceye kavuşma olanağı bulmuştur. Bugün gelişmiş batı ülkesi olarak kabul edilen ülkelerin bu yaklaşımı sağlık hakkını, “anayasal hak” düzeyine yükseltmiş, bu statüsü dolayısıyla da bireyler açısından daha güvenceli bir konuma getirmiştir.

Türkiye'nin anayasal tarihine bakıldığında da, daha önceki anayasal düzenlemelerden farklı olarak, 1961 Anayasası ile birlikte sağlık hakkının anayasal bir statüye kavuştuğu, bu haliyle de bireyler açısından daha sağlam güvencelere bağlanmış olduğu görülür.

Yürürlükte olan 1982 tarihli Anayasamızın 12. maddesine göre herkes, “dokunulmaz, devredilmez ve vazgeçilmez” temel haklara sahiptir. 13. madde gereğince de temel haklar, sadece Anayasada belirtilen hallerde ve sadece kanunla sınırlanabilir, ancak getirilecek kısıtlamalarla, temel hakların özüne dokunulamaz.

Temel haklar içinde en öncelikli olanın “yaşam hakkı” olduğu, yaşam hakkının bulunmaması durumunda, diğer hakların fiilen hiçbir anlam taşımayacağı açıktır. Bunu göz önünde bulunduran Anayasa, 17/1. maddedeki “Herkes yaşama ... hakkına sahiptir” şeklindeki hükmü ile, tüm vatandaşlar için yaşam hakkını açık bir biçimde güvence altına almış, ayrıca bu maddede bireyin “maddi ve manevi varlığını koruma hakkı”nı da önemle vurgulamıştır.

Öte yandan Anayasamız “Savaş, seferberlik, sıkıyönetim veya olağanüstü hallerde de, savaş hukukuna uygun fiiller sonucu meydana gelen ölümler (...)

dışında, kişinin yaşama hakkına, maddi ve manevi varlığının bütünlüğüne dokunulamaz” şeklindeki 15. maddesiyle, savaş ve sıkıyönetim gibi durumlarda bile -savaş hukukuna uygun durumlar dışında- yaşam hakkına dokunulamayacağı hükmünü getirmiştir. Yine 15. maddede, insanın maddi ve manevi varlığının bütünlüğüne aykırı hiçbir işlem yapılamayacağı açık bir biçimde vurgulanmış, bunun tek istisnasının da “tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller” olduğu 17. maddede belirtilmiştir.

Anayasada “dokunulmaz, devredilmez ve vazgeçilmez” olarak kabul edilen ve hiçbir koşul ve durumda özüne dokunulması yasaklanan yaşam hakkının temel unsuru, sağlık hakkıdır. Bir başka deyişle, yaşam hakkının anayasal güvenceye bağlanmış olması, açıkça belirtilmiş olmasa dahi, sağlık hakkının da tanınmış olduğu anlamını taşır. Bunun aksini düşünmek, yani sağlık hakkının tanınmaması, yaşam hakkının uygulanmasını fiilen olanaksız hale getirir; böyle bir durumda, sağlık hakkı sağlanmadan verilecek yaşam hakkının içi boşaltılmış olur.

Bu durumu engellemek amacıyla Anayasamızın, “Temel Haklar ve Ödevler” ile ilgili kısmının “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler” bölümünde yer alan 56/III. maddesi “herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama” görevini devlete vermiştir. Devlet bu görevini, kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarından yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getirecektir (m.56/IV).

Kısaca özetlenen 1982 Anayasası hükümleri karşısında sağlık hakkının, açıkça olmasa da üstü kapalı bir biçimde devlet tarafından tanınmış anayasal bir hak olduğunu kabul etmek gerekir.



### 1.3.3) KAMUSAL-YARI KAMUSAL HAK

Sağlık hakkı konusundaki yaklaşımlardan biri, sağlık hizmetlerini ve dolayısıyla sağlık hakkını, “kamusal mal” kavramı açısından yorumlayan görüştür. Bu görüşü irdeleyebilmek için, kamusal mal kavramına ilişkin teorik tartışmaları, kısaca da olsa, ortaya koymak gerekir.

Bilindiği gibi devlet, topladığı vergi ve vergi benzeri kaynaklarla, toplumun sosyal gereksinimlerini gideren çeşitli mal ve hizmet üretmekte, bunları kamu hizmeti biçiminde tüketicilere sunmaktadır. Devletin sosyal gereksinimleri gidermek amacıyla bütçe ile sunduğu hizmetlere genel anlamda kamusal mal denir<sup>54</sup>. Literatürde “sosyal mal” diye de adlandırılan kamusal malları, “bir toplumdaki tüm tüketicilerin, birlikte, eşit ve tamamını tükettikleri; fiyatlandırılmayan, bölünemeyen ve pazarlanamayan mallar” şeklinde tanımlamak da mümkündür<sup>55</sup>. Kamusal mallar konusu, bazı yazarlara göre ortaçağa kadar uzansa da buna ilişkin teorik temel Paul Samuelson tarafından atılmıştır<sup>56</sup>. Samuelson malları, özel tüketim malları ve kolektif tüketim malları olarak iki gruba ayırmış ve kolektif tüketim mallarını, “kişilerce ortak olarak yararlanılan, bu bağlamda belirli bir kişinin tüketiminin diğer

---

<sup>54</sup> Orhan Şener; **Kamu Ekonomisi**; Beta Yayınları; Tıpkı 10. Baskı; 2008; İstanbul; sf: 49.

<sup>55</sup> TİSK; **Türkiye’de Piyasa Ekonomisine Geçiş ve Ekonomik Kriz** (“VI. Türkiye’de Kamu Hizmetlerinin veya Devletin Yeniden Örgütlenmesi” bölümü; erişim: 22.01.210).

<sup>56</sup> Mustafa Durmuş; **Kamu Ekonomisi**; Gazi Kitabevi; 2008; Ankara; sf: 127.

bir kişinin tüketiminde bir azalmaya neden olmayan mallar” şeklinde tanımlamıştır<sup>57</sup>. Avrupa Birliği’nin, Samuelson’un bu ünlü tanımından yararlanarak kabul ettiği tanıma göre sosyal mallar/kamu hizmetleri; tüketimleri her yurttaş için birlikte, eşit ve tamamı tüketilmekte olan mal ve hizmetlerdir<sup>58</sup>.

Bu tanımlar, kamusal (sosyal) mal teriminin, maddi nitelik taşıyan deniz, göl, akarsu, baraj, karayolu gibi maddî varlıklar yanında, vatandaşa sunulan zorunlu eğitim, ulusal savunma, yargı, diplomasi gibi hizmetleri de kapsadığını ortaya koymaktadır.

Tam kamusal malların iki temel özelliği vardır. Bunlardan birincisi, hiçbir kişinin bu mal veya hizmetten yararlanmasının engellenememesi, yani kullanım bakımından dışlanamaması, bedava tüketmesinin önlenememesidir. İkinci özelliği ise, bir bireyin tüketiminin, diğer kişilerin elde edebileceği miktarı azaltmaması, bir başka anlatımla o kamusal mal/hizmet kullanımında rekabetin olmamasıdır. Bu konuda verilebilecek en klasik örnekler milli savunma ve diplomasi hizmetleri ile deniz feneridir. Bunların sağladığı yarar toplumsaldır ve kimsenin kullanımı engellenemez, tüketiminden yoksun bırakılamaz. Ayrıca bunlardan yararlanan kişi sayısının artması, diğer kişilere sağlanan mal ve hizmet miktarında herhangi bir azalmaya neden olmaz.

Kamusal mallar önemli ölçüde “dışsal ekonomi” yaratırlar. Salgın başlamadan önce yapılan bir aşı, örneğin tifo, kızamık vb. sadece hastaya değil, olası

---

<sup>57</sup> Dilek Dileyici; Tarık Vural; **Kamusal Mallar Teorisinde Yeni Gelişmeler**; (Ed: Coşkun Can Aktan; Dilek Dileyici; İstiklal Y. Vural): “Kamu Ekonomisi ve Kamu Politikası” içinde; sf: 37.

<sup>58</sup> TİSK; **Türkiye’de Piyasa Ekonomisine Geçiş ve Ekonomik Kriz**.

bir salgını önleyerek diğer kişilere ve dolayısıyla bütün topluma dışsal ekonomi (fayda) sağlar. Yurttaşlara verilen temel eğitim için de aynı durum söz konusudur. Verilen bu eğitim, doğrudan eğitim alan kişilere olduğu kadar, onların bilgi, beceri ve yeterlik düzeylerini yükselterek, hizmet kaliteleri ile verimlerinin artmasına yol açarak, toplumun bütününe de dışsal ekonomi sağlar.

“Sosyal malların ekonomik niteliklerine bakıldığında, tüketim özellikleri dolayısıyla kişisel mallardan ayrıldıkları görülür (...) Milli savunma, iç güvenlik, yargı gibi sosyal malları; ekmek, kalem, silgi, şeker gibi kişisel malların tüketim özelliklerinden farklı kılan, sosyal malların iki ekonomik niteliğidir. Bu nitelikler ‘sosyallik derecesi’ ve ‘dışsal ekonomi yaratma’ hususlarıdır. Bu unsurlar bir malda ne kadar mevcut ise o mal, sosyal mal olma özelliği taşır. Eğer bu nitelikler giderek azalırsa karma mallar ve erdemli mallar gibi ara kategoriler oluşur. Bu özelliklerin olmadığı mallar ise kişisel mallardır (...).

Sosyal mallar, dışsal ekonomilerin özel bir halidir; bir başka deyişle, bütçeden finanse edilen dışsal ekonomilerdir. Dışsal ekonomiler, ‘olumlu’ veya ‘olumsuz’ olabilir. Elektrik üretimi için yapılan barajların taşkın ve selleri önlemesi olumlu, Ankara'nın kirli havası olumsuz dışsal ekonomilere örnektir.

Sosyallik derecesini belirleyen ise, bir malın tüketiminin ‘birlikte’ (joint) ve ‘eşit’ (equal) olmasıdır. İşte bu dışsal ekonomi yaratma ve sosyallik derecesi nitelikleri sosyal malların tüketimlerini kişisel mallardan farklılaştırarak, bu malların ekonomik mallar içerisinde ayrı bir kategori oluşturmalarını sağlar<sup>59</sup>.

---

<sup>59</sup> Güneri Akalın; **Kamu Ekonomisi**; Ankara Ü. SBF Yayınları, No: 554; 2. Baskı; 1986; Ankara; sf: 68.

Kamusal mallarda bir malın ne ölçüde kamusal olduğu son derece önemlidir. Kamusal malların derecesi, bireylerin söz konusu maldan fayda sağlamasının ne kadar önlenebildiğine bağlıdır. Dolayısıyla bireylerin bir maldan fayda sağlaması ne ölçüde önlenbiliyorsa, o mal kamusal maldan özel mala doğru yaklaşır<sup>60</sup>. Özel tüketim malları ise, bireysel olarak tüketilen, fiyatlandırılması nedeniyle kişilerce farklı miktarlarda tüketilebilen ve dolayısıyla tüketimden dışlanmanın mümkün bulunduğu, bu bölünebilirlik özelliği nedeniyle tüketiminde rekabetin olduğu mallardır.

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<sup>61</sup>.

Geleneksel tanımda kamusal mallar, devlet tarafından üretilir. 1945-1975 döneminde devletin ekonomi içindeki belirleyici rolü, Keynesyen makro iktisadi düşüncenin egemenliği, merkezi planlama ile kaynak tahsisi, sosyal devlet anlayışı gibi faktörler, kamusal malların devletçe üretilip sunulması ve vergilerle finanse edilmesi gerektiği fikrini egemen kılmıştır. Ancak yeni akımlar kamusal alanı yeniden tanımlayarak devletin yanı sıra, diğer aktör ve piyasaların da bu sunumu yapabileceğini, finansman biçimininse sadece vergileme olmaması gerektiğini savunmaktadırlar<sup>62</sup>. Günümüzde iktisatçılar artık, Samuelson tarafından getirilen tam

---

<sup>60</sup> D. Dileyici; T. Vural; **Kamusal Mallar Teorisinde Yeni Gelişmeler**; sf: 39.

<sup>61</sup> Orhan Şener; **Kamu Ekonomisi**; sf: 52.

<sup>62</sup> Mustafa Durmuş; **Kamu Ekonomisi**; sf: 129.

kamusal mallar ile özel mallar ayrımı dışında, yarı kamusal mallar, erdemli mallar, kulüp malları, yerel mallar, uluslararası mallar gibi değişik adlar altında tanımlanan malların da bulunduğunu kabul etmekte, böylece daha gerçekçi bir açıklamaya ulaşıldığı kanısını paylaşmaktadırlar.

Yarı kamusal mallar, tüketimleri sonucu topluma yoğun dışsal fayda sağlarken, kişilere de ayrıca özel fayda sağlayan mal ve hizmetlerdir. Özel ve kamusal malların özelliklerini birlikte göstermeleri nedeniyle bu tür mal ve hizmetlere, karma mallar da denilmektedir. Karma mal ve hizmetler, bölünebilir ya da pazarlanabilir özellikleri nedeniyle özel mallara benzerken, birlikte tüketim olanağı vermesi ve yoğun dışsal ekonomiler yaratması dolayısıyla tam kamusal mal niteliği de taşırlar. Devlet hastaneleri, üniversiteler, Devlet Su İşleri ile Orman Genel Müdürlüğü'nün hizmetleri, bunlara örnek olarak gösterilebilir<sup>63</sup>.

Sosyal mallar dışsal ekonomilerin özel bir hali olmakla birlikte, her dışsal ekonomi bir sosyal mal değildir. Zira hangi dışsal ekonomilerin sosyal mal sayılacağı, bu konuda toplumsal tercihin, yani bir yasama kararının oluşmasına bağlıdır. İşte bu nedenle biçimsel olarak düşünüldüğünde “sosyal mal, sağlanması veya sübvansiyonu, devlet bütçesi tarafından finanse edilen herhangi bir mal” olarak tanımlanabilir. Burada sosyal sözcüğünün tanım içerisinde ifade ettiği anlam, toplumsal tercihin varlığını ortaya koyan, bir yasama kararının bulunmasıdır. Biçimsel bir koşul olmakla birlikte bu husus çok önemlidir; çünkü bir mal ne kadar dışsal ekonomi yaratırsa yaratsın, ne kadar sosyal mal özellikleri taşırsa taşırsın;

---

<sup>63</sup> Orhan Şener; **Kamu Ekonomisi**; sf: 59.

yasama organlarının bu malın sağlanması veya sübvansiyonunun bütçeden finanse edilmesi yönünden bir kararı bulunmadıkça, sosyal mal sayılmaz<sup>64</sup>.

Başka bir deyişle, bir mal veya hizmetin, kamusal veya karma mal olması, dışsal ekonomi yaratmasından çok, ekonomik gerekçeler dışında, aslında ülkenin yasama organının (yasa koyucusunun) kararına bağlıdır. Kamusal mal ve hizmetlere olan toplum talebi seçimlerde verilen oylarla açıklanır<sup>65</sup>. Toplumun bu bağlamdaki kararı da doğaldır ki, ülkenin siyasal rejimine, iktidarının tercihin ve son çözümlemede de toplumun talebine göre biçimlenir. Küba gibi sosyalist ülkelerde sağlığın kamusal mal olarak kabulü ve sosyal refah devlet düzeninin hüküm sürdüğü İsveç gibi ülkelerdeki anlayış ve uygulama, bu görüşü doğrulamaktadır.

Gerçekten de özel sektörümüzün önemli kurumlarından biri olan TİSK'in, "Karma mallar ise kamu hizmetleri ile kişisel malların karışımı olan mal ve hizmetlerdir. Bunlar sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi hizmetlerdir. Burada devletin sübvansiyonu, karma malın kamu hizmeti kısmı ile sınırlı kalmalıdır. Bir başka deyişle bu mallar; doğrudukları dışsallık ölçüsünde, sübvansiyon edilmelidir. Ancak ilke olarak; karma malların tamamının devletçe finanse edilmesi, israfa yol açar. Nitekim zorunlu eğitimin, koruyucu hekimliğin ve acizlere ve işsiz kalanlara sosyal yardımların, kamu hizmeti sayılması kesindir. Ancak yüksek öğretimin, genel sağlık hizmetlerinin ve sigortaların tamamının devletçe vergilerle finanse edilmesi, israfa neden olur. Piyasa ekonomisi ile tutarlı olan; karma malın kişisel kısmının, fırsat eşitliği bozulmadan fiyatlandırılması ve bu karma malların fiyatlarının gelir

---

<sup>64</sup> Güneri Akalın; **Kamu Ekonomisi**; sf: 67.

<sup>65</sup> Orhan Şener; **Kamu Ekonomisi**; sf: 65.

vergesi matrahından düşülmesine izin verilmesidir” şeklindeki yaklaşımı<sup>66</sup>, bu duruma güzel bir örnek oluşturmaktadır. Bu durumda, günümüzde iktisatçıların çoğunluğu<sup>67</sup> gibi özel sektörün de, sağlığın karma mal (yarı kamusal mal) niteliği taşıdığı görüşünü paylaştığı söylenebilir.

Genel yaklaşım böyle olmakla birlikte, “karma mal” kavramının kapsamı da büyük önem taşımaktadır. Başka bir deyişle, karma mal kapsamına, bütün sağlık hizmetlerinin alınmasını savunan sosyalist dünya görüşüne karşılık, kapsamın minimum düzeyde tutulmasını ileri süren serbest piyasa ekonomisi yandaşları da söz konusudur. Dolayısıyla, ana hatlarıyla “koruma-tedavi-rehabilitasyon” şeklinde gruplandırılan sağlık hizmetlerinden hangilerinin ve ne boyutta karma mal kapsamında kabul edileceği, ülkedeki siyasal yaklaşıma göre daralıp genişler. Bir başka deyişle uygulamanın boyutları, devlete egemen olan felsefenin, “sosyal devlet” anlayış ve politikasına uzak veya yakın olmasıyla doğrudan bağlantılıdır.

Sağlığı koruyucu hizmetlerde asıl amaç, bir bütün olarak toplumun yararlanmasıdır; kişinin doğrudan yararlanması beklentisi ikinci sıradadır<sup>68</sup>. Çünkü, sağlık hizmetlerinin en önemli kısmını oluşturan koruyucu hizmetler, kamusal mal niteliğindedir. Başka bir deyişle, doğrudan hastalarla ilgili olmayan “önleyici ve

---

<sup>66</sup> TİSK; **Türkiye’de Piyasa Ekonomisine Geçiş ve Ekonomik Kriz.**

<sup>67</sup> 1) Mustafa Durmuş; **Kamu Ekonomisi**; sf: 175; 2) Dilek Dileyici; Tarık Vural; **Kamusal Mallar Teorisinde Yeni Gelişmeler**; sf: 53; 3) Güneri Akalın; **Kamu Ekonomisi**; sf: 273.

<sup>68</sup> Kenan Bulutoğlu; **Kamu Ekonomisine Giriş**; sf: 263.

koruyucu” sağlık hizmetleri, tam kamusal mallar içinde yer alır<sup>69</sup>. Bir başka yoruma göre de “temel sağlık ve koruyucu sağlık hizmetleri” tam kamusal, “tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri” yarı kamusal mal olup, bunların üretilmesi devletin geleneksel görevidir<sup>70</sup>. Sonuç olarak, bu konuda bir oydaşmadan söz edilebilirse de, tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri için aynı şeyi söyleme olanağı yoktur.

Öte yandan literatürde, Dünya Sağlık Örgütünün bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda dünya çapında yaptığı çalışmalar da, devletler bakımından ekonomik dışşallıklar sağlaması nedeniyle,“Uluslararası Kamusal Mal” olarak nitelenmektedir<sup>71</sup>. Benzer yaklaşım sonucu, ozon tabakasının onarılmasına yönelik çalışmalar<sup>72</sup> için de uluslararası kamusal mal yorumu getirilmektedir.

Yapıldığı dönemin ötesinde gelir akımı sağlayan harcamalar için kullanılan “yatırım” kavramı, uzun süre fiziksel sermaye mallarının satın alımı için kullanılmış, ancak 1950’lerin sonlarında Theodore Schultz, J. Mincer, Gary Becker gibi bir grup ekonomist eğitim, sağlık vb. alanlardaki harcamaların yatırım sayılması gerektiğini ileri sürmüşlerdir. Bu ekonomistlere göre, gerçekleştirildiği dönemlerde maliyet yüklemelerine karşın, sonraki dönemlerde getiri sağladıklarından, bu alanlardaki

---

<sup>69</sup> Ayşegül Mutlu; A. Kadir Işık; **Sağlık Ekonomisine Giriş**; 2. Baskı; Bursa; Ekin Kitabevi Yayınları; 2005; sf: 21.

<sup>70</sup> Coşkun Can Aktan; A. Kadir Işık; **Sağlık Hizmetlerinde Devletin Rolü**; Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi” (Editörler: Coşkun Can Aktan – Ulvi Saran) içinde; İstanbul; Aura Kitapları; 2007; sf: 2.

<sup>71</sup> Orhan Şener; **Kamu Ekonomisi**; sf: 58.

<sup>72</sup> Dilek Dileyici; Tarık Vural; **Kamusal Mallar Teorisinde Yeni Gelişmeler**; sf: 54.



harcamaların da yatırım olarak kabul edilmeleri gerekir. “Beşeri Sermaye Teorisi” olarak adlandırılan bu görüşün temel varsayımı, gerek okullarda gerçekleşen resmi eğitimin gerekse işyerlerindeki eğitimin, kişinin verimliliğini ve gelecekteki kazançlarını artırdığıdır<sup>73</sup>.Sağlık için yapılan koruma, tedavi ve rehabilitasyon amaçlı harcamaların da, gerek kişilerin gerekse başta çalışan kesim olmak üzere bütün toplumun sağlığını ve dolayısıyla üretim ve çalışma gücünü doğrudan etkilemekte olduğu açıktır.

#### 1.3.4) ÖZEL HAK

Liberal ekonomi görüşünün klasik yorumunu benimseyenler, ekonomik hayata piyasanın aktörleri dışında bir başka unsur tarafından müdahalede bulunulmamasını, piyasanın, Adam Smith’in sihirli “görünmez el”i sayesinde kendiliğinden dengeye ulaşacağını, piyasaya müdahale edilmesinin beklenen dengeyi engelleyeceğini savunurlar.

Oysa günümüz ekonomistleri, piyasanın kendi başına bırakıldığı ve devlet müdahalesinin hiç olmadığı zamanlarda ekonominin kendiliğinden dengeye ulaşmasının, genel değil, tam tersine küçük olasılıkla gerçekleşebilen istisnai ve tesadüfî bir durum olduğunu kabul ederler. Bu konuya ilişkin en iyi açıklamalardan biri şöyle yapılmıştır: “... yatırım harcamalarının tam-istihdamı temin (veya idame) edecek bir miktarda olmasını garanti edecek bir mekanizma yoktur. Bu sebepten, iktisadi faaliyet hacminin tam-istihdam seviyesine ulaşması ve bu seviyenin idamesi ancak mesut bir tesadüf eseri olabilir. İşte bu sebepten dolayı, tam-istihdam seviyesinin temin ve idamesi için, devletin iktisadi hayata müdahalesi bir

---

<sup>73</sup> M. Kemal BİÇERLİ; **Çalışma Ekonomisi**; Beta Yayınları, 2. Baskı, 2003; İstanbul; sf: 231-252.

zarurettir”<sup>74</sup>. Gerçekten dünya ekonomi tarihi de piyasanın tamamen kendi başına bırakılmaması gerektiğini savunanları haklı çıkaran örneklerle doludur. Nitekim, 2008 Ekiminde başlayarak özellikle batı ülkelerini de içine alıp yaygınlaşan ekonomik kriz, çeşitli kapsam ve boyutta devlet müdahalelerini gerektirmiş, banka ve finans kurumlarının devletleştirilmesi dahil ülkelerin bir çok ekonomik önlem almasını zorunlu kılmıştır. Nitekim 2010 yılı ortalarına kadar son kriz döneminde sadece ABD’de 130 dolayında banka batmış ve bunların çoğuna devlet tarafından el konulmuştur.

Liberal teorinin bu katı yorumuyla konuyu yaklaşanlara göre kişiler; akıl, beceri, yetenek, fiziksel yapı, sağlık vb. yönünden doğuştan gelen bireysel farklı özellikler ve farklı niteliklere sahiptirler. Yine benzer şekilde insanlar farklı ülkelerde, farklı sosyal sınıf ve zümrelerde, farklı ekonomik güce sahip ailelerde vb. dünyaya gelirler. Kişilerin elinde olmayan bu olgu, kişiler açısından avantaj veya dezavantaj yaratabilir; ancak bu, doğanın ve toplumsal yapının yarattığı bir durumdur, dolayısıyla herkesin bu doğal olguyu kabullenmesi gerekir.

Bir başka deyişle insanlar, elerinde olmayan nedenlerle farklı olanaklarla doğarlar. Bir insanın zayıf bünyeli, hasta veya sakat doğması, kaderin bir cilvesidir, o kişinin kaderidir; bunun getireceği sonuçlarla sadece kendisinin uğraşması gerekir, bu konuda başkalarından ve dolayısıyla toplumdan da bir yardım ve destek beklememelidir.

Bu görüş yandaşlarına göre sağlık konusu da tamamen bireyseldir ve kişinin sağlık durumu, bir başka kişiyi ilgilendirmez; insanlar sağlık sorunlarını kendileri

---

<sup>74</sup> Sadun Aren; **İstihdam, Para ve İktisadi Politika**; 5. Baskı; Ankara; Bilgi

Yayınevi; 1975; sf: 70.

çözümlemelidirler. Bu anlayışa göre sağlık hakkı, sosyal değil, tamamen özel bir hak niteliği taşır.

#### **1.4) SAĞLIK HAKKININ TARİHSEL EVRİMİ**

##### **1.4.1) SAĞLIK HAKKININ DÜNYADAKİ EVRİMİ**

Yaşam hakkı yüzyıllardır yasal düzenlemelerin de konusu olmuştur. Anayasa hukukçuları ve siyaset bilimcilerine göre yaşam hakkıyla ilgili ilk yasal düzenleme 1215 tarihli Magna Carta ile İngiltere’de yapılmıştır. “Büyük Özgürlük Fermanı” adındaki bu anlaşma “İngiliz özgürlüğünün temeli” olarak nitelendirilir<sup>75</sup>. Genel hukuk ilkelerine ve insan haklarına ilişkin hükümler içeren bu anlaşmanın 39. maddesinde şu düzenleme yer alır: “Hiçbir özgür kişi, kendi denkleminin hukuken geçerli bir hükmü ya da ülke yasalarının gerektirdiği durumlar dışında tutuklanamaz, hapse atılamaz, mallarından ve yasal haklarından yoksun bırakılamaz, sürgüne gönderilemez ya da hiçbir biçimde zarara uğratılamaz”<sup>76</sup>.

Görüldüğü gibi, çok açık bir biçimde yaşama hakkı dile getirilmemiş olsa da, satır arasındaki anlamından, yaşama hakkının güvence altına alınmak istendiği söylenebilir. Biraz da bu net olmayan, üstü kapalı ifade biçiminden olsa gerek, “Bu anlaşmanın asıl önemi çok daha sonraları fark edilerek, İngiliz hukuk geleneği içinde, ‘Kralın gücünün sınırlanması’ şeklinde bir anayasa ilkesi olarak yorumlanmıştır. Bu bağlamda Magna Carta’nın uygarlık tarihi açısından önemi şu iki noktada özetlenebilir: (a) Kanun, kralın üzerindedir ve onu da bağlar, (b) Kral gerektiğinde kanunlara ve ülke hukukuna uymaya zorlanabilir. Bu iki düşünce ileride

---

<sup>75</sup> Gaetano Mosca; **Siyasi Öğretiler Tarihi**; Varlık; 1963; İstanbul; sf: 132.

<sup>76</sup> Ana Britannica **Genel Kültür Ansiklopedisi**; Cilt 15; sf: 153.

daha da geliştirilecek ve ‘hukukun üstünlüğü’ diye bildiğimiz demokrasi ilkesinin gelişimine yol açacaktır”<sup>77</sup>. Bu belge, “yaşam hakkı”nı, salt bir hak olarak ele alıp düzenlemiş değildir. Fakat bugün yaşam hakkı ile ilgili gördüğümüz bazı hususları, açık bir biçimde ortaya koymuştur; “yaşam garantisi”ne ilişkin hüküm getirmiştir<sup>78</sup>. Bir başka deyişle Magna Carta, halka hürriyet tanıyan bir belge olmaktan çok, kralın otoritesini bir ölçüde sınırlandıran ve ona karşılık baronların bazı haklarını belirten bir belgedir<sup>79</sup>. Bu niteliği dolayısıyla, gerek siyasal doktrinler ve insan hakları, gerekse Anayasa Hukuku açısından büyük önem taşır.

İnsanlık tarihinde Magna Carta ile başlayan bu gelişim, birçok ülkede değişik tarihsel oluşumlar sonucu gündeme başka düzenlemeleri getirmiştir. Bunları ayrıntısına girmeden başlıklar halinde belirtmek gerekirse şu şekilde bir sıralama yapılabilir<sup>80</sup>: 1) İngiliz Yurttaşlık Hakları Bildirisi, 2) Virginia İnsan Hakları Bildirisi, 3) Amerikan Bağımsızlık Bildirisi, 4) İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgeleri, 5) İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 6) Birleşmiş Milletler Kişisel ve Siyasi Haklar Uluslararası Sözleşmesi, 7) Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi, 8) Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (İnsan Haklarının ve Temel Özgürlüklerin Korumasına İlişkin Sözleşme), 9) İşkencenin ve Gayri İnsani veya Küçültücü Ceza veya Muamelenin Önlenmesine Dair Avrupa Sözleşmesi, 10) İşkence ve Diğer Zalimane, Gayri İnsani veya Küçültücü Muamele veya Cezaya

---

<sup>77</sup> Akın Ergüden; **Uygarlık Tarihi**; Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi; 2002; Eskişehir; sf: 64.

<sup>78</sup> B. Savcı; **Yaşam Hakkı ve Boyutları**; sf: 157.

<sup>79</sup> M. Kapani; **Kamu Hürriyetleri**; sf: 40.

<sup>80</sup> Ünal Er; **Sağlık Hukuku**; Savaş Yayınevi, Ankara; 2008; sf: 14-31.

Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi, 11) Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin 102 sayılı Sözleşme, 12) Avrupa Topluluğu (Birliği) Antlaşması, 13) Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirisi, 14) Avrupa Sosyal Şartı,15) Vatandaşlarla Vatandaş Olmayan Kimselere Sosyal Güvenlik Konusunda Eşit İşlem Yapılması Hakkında Sözleşme, 16) Avrupa Sosyal Güvenlik Kodu, 17) Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesi, 18) Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Konferansı (AGİK) Sonuç Bildirgesi (Helsinki Sonuç Belgesi), 19) Amerikan İnsan Hakları Sözleşmesi, 20) Yeni Bir Avrupa İçin Paris Yasası, 21) Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirisi (Temel Haklar Nice Ana Sözleşmesi).

Bunlar içinde özel bir önem ve yeri olan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi üzerinde kısaca da olsa biraz durmak gerekir. Çünkü sağlık konusuna yer veren ilk önemli uluslararası belge, 10 Aralık 1948 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'na kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'dir.

Bildirge'nin çeşitli maddelerinde, yaşam ve sağlık hakkı ile ilgili doğrudan ve dolaylı bazı düzenlemelere gidilmiştir.

Bildirgenin “*Herkesin, gerek kendisi gerek ailesi için yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmetler de dahil olmak üzere, sağlık ve refahını sağlayacak uygun bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, yaşlılık veya geçim olanaklarından kendi iradesi dışında yoksun bırakacak başka durumlarda güvenliğe hakkı vardır*” şeklindeki 25. maddesi hükmü ile sağlık hakkı, insanların temel haklarından biri olarak kabul edilmiştir. Bu düzenleme ile, tıbbi bakım yanında buna ek olarak, yiyecek ve hâttâ giyim de sağlık hakkı kapsamına alınmış olmakta, konut ve sosyal hizmetlerin önemi ayrıca vurgulanmaktadır.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 3. maddesinde de “*Yaşamak (...)*herkesin hakkıdır.” denilerek, sağlığın temelini oluşturan yaşam hakkının herkese bir hak olarak tanındığı, kesin bir biçimde vurgulanmaktadır.

Sağlık ile ilgili bir başka madde ise “*Hiç kimseye işkence yapılamaz (...)*” hükmünü içeren 5. maddedir. Bu madde hükmü, insanın bedensel ve ruhsal bütünlüğüne yönelik olumsuz tutum ve davranışları önleme amacını taşıyan çok önemli bir düzenleme getirmiştir.

Kısaca değinilen bu hükümlere dayanılarak sağlık hakkının, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde geniş anlamı ile ele alındığını söylemek mümkündür. Çünkü sözü edilen maddeler, insanların sadece bedensel ve ruhsal durumlarını değil, bu durumu yaratacak ortamı doğrudan veya dolaylı olarak etkileyecek yiyecek, giyecek, barınma gibi unsurları da kapsamaktadır.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, insan haklarını ve temel özgürlükleri kapsamayı amaçlamıştır. Temel hak ve özgürlüklerin tanımlandığı bu bildirge, aykırı uygulamalara karşı bir denetim sistemi oluşturmadığından hukuken bağlayıcı değildir. Bağlayıcılığı olmamasına rağmen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, insan haklarının belirlenmesinde en önemli belgelerden biri olarak değerlendirilir<sup>81</sup>. Bir başka değerlendirmeye göre de bildirge, insan hakları ve temel özgürlükleri sayıp tanımlamakla birlikte, devletler için bağlayıcılık ve yaptırım gücünden yoksun

---

<sup>81</sup> Münci Kapani; **İnsan Haklarının Uluslararası Boyutları**; 2. baskı; Bilgi Yayınevi; Ankara, 1993; Kaynağı belirten: Gürkan Sert; **Hasta Hakları**; Babil Yayınları; 2004; İstanbul; s. 44.

olduğundan aykırı uygulamalara karşı bir denetim sistemi oluşturmamış ve dünya halkları için ulaşılabilecek ortak ülküyü dile getiren bir belge olarak kalmıştır<sup>82</sup>.

Ancak her tür olumsuz yaklaşıma karşı İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, uluslararası ilişkilerde tüm devletleri manevi açıdan bağlamakta, bir bakıma uluslararası ilişkilere “ahlaki” bir boyut katarak, bu tür ilişkilerde bir “nirengi noktası, çıpa” işlevi görmektedir.

#### 1.4.2) SAĞLIK HAKKININ ÜLKEMİZDEKİ GELİŞİMİ

Sağlık hakkı, “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi”nin 25. maddesine göre, temel insan haklarından biridir. Bildirgede, “Gerek kendisi gerek ailesi için yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmetler de dahil olmak üzere, sağlık ve refahını sağlayacak uygun bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, yaşlılık veya geçim olanaklarından kendi iradesi dışında yoksun bırakacak başka durumlarda” herkesin sahip olması gereken “*güvence hakkı*” içinde yer alan temel unsurlardan biri olarak kabul edilmiştir. Bu yaklaşım dolayısıyla da sağlık hakkı, kişinin yaşadığı ülkede, devlet tarafından tanınan ve güvence altına alınan temel insan haklarından biri olmalıdır.

#### 1876 Anayasası

Anayasa tarihimize kısaca bakıldığında Osmanlı İmparatorluğu döneminde yürürlüğe giren ilk anayasanın 1876 tarihli Kanun-u Esasi olduğu görülür<sup>83</sup>. Kanun-u Esasi’de yani anayasada, yaşam ve/veya sağlık hakkı kavramlarına yer verilmemiş,

---

<sup>82</sup> Muzaffer Sencer; **Belgelerle İnsan Hakları**; Beta; 1988; İstanbul; s. 44.

<sup>83</sup> Suna Kili; A.Şeref Gözübüyük; **Türk Anayasa Metinleri (Sened-i İttifaktan Günümüze)**; 3. Baskı; Ankara; Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları; 2006.

yaşam ve sağlıkla ilgili olarak doğrudan bir dzenlemeye gidilmemiştir. Aslında böyle bir beklenti de yersizdir; çünkü söz konusu kavramlar 20. yüzyılda insanlık gündemine giren ve özellikle insan hakları bağlamında İkinci Dünya Savaşından sonra birçok ülkede gelişme ortamı bulan kavramlardır.

1876 Anayasasında, kişisel özgürlükler ve mesken dokunulmazlığı konularında bazı dzenlemeler yapılmıştır. Anayasanın 9. maddesinde “Osmanlıların tümü kişisel özgürlüğe sahiptir ve bireyler diğer kişilerin özgürlük haklarına tecavüz etmemekle yükümlüdür” ve 10. maddesinde de “kişisel özgürlüklere her türlü saldırı yasaktır” gibi hükümler yer alır. Anayasadaki hükümlere göre “herkes konut dokunulmazlığına sahiptir ve yasanın belirlediği durumlar dışında konuta girilemez” (m: 22). Ayrıca, 24. maddedeki “Zor alım, angarya ve suç yasaktır” anlamındaki “Müsadere ve angarya ve cerime memnudur” hükmünü de vurgulamak gerekir. Bu genel hükümler dışında, insanla doğrudan ilintili olarak sadece 26. madde ile “*İşkence ve sair her nevi eziyet katiyen ve kllyen memnudur*” şeklinde bir dzenleme yapılmıştır.

### **1921 Anayasası**

“Yürütme gücü ve yasama yetkisi, ulusun tek ve gerçek temsilcisi olan Büyük Millet Meclisine aittir” yolundaki hükmü içeren 1921 tarihli Anayasamız, Kurtuluş Savaşı koşullarında hazırlanmıştır. Bu nedenle bütünüyle, devletin kuruluş ve işleyişi ile ilgili hükümlerden oluşan bir yapıda olduğundan, günümüz anayasalarında bulunan temel hak ve özgürlüklerle ilgili dzenlemelere bu Anayasada yer verilmemiştir. Dolayısıyla yaşam hakkı, sağlık hakkı gibi kavramlara 1921 Anayasasında rastlanmaz.



## 1924 Anayasası

Cumhuriyetin kuruluşunu izleyen yılda yürürlüğe giren 1924 tarihli Teşkilâtı Esasiye Kanununun Beşinci Bölümü, bireyin hakları ve özgürlükleri ile ilgili özel bir bölümdür. 68. madde, “her Türk’ün hür doğduğu, hür yaşadığı ve özgürlüğün başkasına zarar vermeyecek her türlü davranışta bulunmak olduğu, doğal haklardan olan bu özgürlüğün sınırının başkalarının özgürlüğünün sınırına kadar uzandığı ve bu sınırın ancak kanunla belirleneceği” hükmü yer alırken, 70. maddede de kişi dokunulmazlığının doğal haklardan olduğundan söz edilmektedir.

Bu Anayasamızda, 1876 tarihli ilk Anayasadakinden farklı olarak *işkence ve eziyet yasağı, zoralık ve angarya yasağı* ile birlikte aynı maddede düzenlenmiş (m: 71), ayrıca “*Cana, mala, ırza, konuta hiçbir türlü dokunulamaz*” hükmü getirilmiştir (m: 73). İşkence ve eziyet dışında, özellikle cana ve ırza yapılacak yasa dışı müdahalelerin insan beden ve ruh sağlığını doğrudan doğruya olumsuz etkileyeceği ve bu nedenle engellenmesinin gerekli olduğu açıktır. Bu bakımdan söz konusu anayasa hükümlerinin, son derece gerekli olmakla birlikte, günümüz algılamalarına göre yeterli olarak kabul edilmesi olanaklı değildir.

1924 Anayasamız sağlıkla ilgili düzenlemeler açısından ele alındığında, ayrıca salgın hastalıklarla ilgili bir hükme de yer verdiği görülür. Anayasadaki bu düzenlemeye göre, salgın hastalıklar dolayısıyla yolculuklara kısıtlama getirilebilir (m: 78). Buna ilişkin madde aynen şöyledir: “Seferberlik ve sıkıyönetim hallerinin veya salgın hastalıklardan dolayı kanun gereğince alınacak tedbirlerin gerektirdiği kısıtların dışında yolculuk hiçbir kayıt altına alınamaz”.

## 1961 Anayasası

1921 ve 1924 Anayasalarında yer alan “egemenliğin millete ait olduğu ve bu egemenliğin sadece Büyük Millet Meclisi tarafından kullanılabilceği” ilkesini, 1961 Anayasası terk etmiş, bunun yerine yumuşak bir güçler ayrılığı ilkesine dayanan “parlamentar rejimi” benimsemişti. Bu yumuşak kuvvetler ayrılığı ilkesine “ılımlı kuvvetler ayrılığı” ya da “kuvvetlerin işbirliği” de denebilir<sup>84</sup>. 1924 Anayasasından farklı olarak 1961 Anayasası, egemenliğin kullanılmasında bir tek organ (Büyük Millet Meclisi) değil, birden çok organı (Yürütme organı, Anayasa Mahkemesi, Yargıtay, Danıştay ve diğer yargı organlarını vs.) yetkili kılmıştı. Ancak, bu organların egemenliği kullanma yetkilerini anayasal esaslar ile sınırlamış, bunu sağlamak üzere de “egemenliğin kullanılmasının hiçbir suretle belli bir kişiye, zümreye veya sınıfa bırakılmayacağı; hiçbir kimse veya organın kaynağını Anayasadan almayan bir devlet yetkisi kullanamayacağı” yolunda hükümlere yer vermişti. Bir başka deyişle, devletin egemenliğine dayanan hukuki faaliyetlerinin tümü (Yasama-Yürütme-Yargılama) Anayasa ile sınırlı birer yetki olarak öngörülüyorlardı<sup>85</sup>. Anayasa, Devletin nitelikleri arasında, diğerlerine ek olarak, “sosyal hukuk devleti” ilkesine de özenle vurgu yapmıştı.

Tarihsel süreç içinde ele alındığında sosyal devlet anlayışı, toplumların belirli bir gelişimi sonunda ortaya çıkan bir aşamadır. Bu görüşe göre<sup>86</sup>, “sanayileşme,

---

<sup>84</sup> 1) Fevzi Demir; **Anayasa Hukukuna Giriş**; İzmir; Dost Yayınevi; 1984; sf: 127;

2) Erdoğan Teziç; **Anayasa Hukuku**; 5. Baskı; İstanbul; Beta; 1998; sf: 399.

<sup>85</sup> E. Teziç; **Anayasa Hukuku**; sf: 121.

<sup>86</sup> Bülent Tanör; Necmi Yüzbaşıoğlu; **Türk Anayasa Hukuku**; 7. Baskı; İstanbul; Beta; 2005; sf: 87.

kentlileşme, proleterleşme süreçleri ile kitle örgütlenmelerinin artışıyla birlikte, 1848 devrimlerinden sonra durum değişmeye başladı. Emekçi sınıfının mücadeleleri, sosyalist hareketin gelişmesi, daha sonra 1917 Bolşevik Devriminin etkileri ya da yarattığı ürküntü nedeniyle, Batılı devlet modeli de toplumcu, aktif, mücadelecı ve koruyucu işlevler kazanmaya başladı. Klasik haklara sosyal haklar eklendi, klasik adalet anlayışı sosyal adalet anlayışına dönüşmeye başladı, yasa önünde klasik eşitlik ilkesinin yetmezliği karşısında, sosyal eşitlik arayışları uç verdi. Bu dönüşümlerin devlet katındaki yansıması, liberal devlet anlayışından sosyal devlet kavramına geçiştir". Bu yaklaşım, İkinci Dünya Savaşında yıkıma uğrayan toplumların yeniden inşa edilmesi arzusuna ve insan hakları alanında görülen gelişmeler sonucu doğan toplumsal taleplere dayanılarak yapılan açıklamalardan farklı bir görüşü dile getirmektedir.

"Sosyal devlet" ilkesi ülkemizde, Anayasa ilkeleri içinde ilk kez 1961 Anayasasında yer almıştır. Bu ilkenin tanımı yapılırken, "sosyal adalet ve sosyal güvenlik" kavramlarına vurgu yapılır<sup>87</sup>. "Sosyal devlet" genellikle, "vatandaşların toplum içindeki durumlarıyla ilgilenen, onlara asgari bir yaşama düzeyi sağlamayı ödev bilen devlet" diye tanımlanır. Ama daha çok gelişmiş Batı toplumlarının ulaştıkları "refah devleti" anlayışını yansıtan bu tanımlama, Türk toplumu gibi gelişmekte olan bir ülke için yeterli sayılmaz. Oysa Türk toplumu gibi bir toplumda sosyal devlet ilkesinin gerçekleşmesi, sosyal adalet içinde hızlı kalkınmanın

---

<sup>87</sup> 1) A. Şeref Gözübüyük; **Anayasa Hukuku**; 13. Baskı; Ankara; Turhan Kitabevi; 2004; sf: 163; 2) Yavuz Sabuncu; **Anayasaya Giriş**; 11. Baskı; Ankara; İmaj Yayınevi; 2005; sf: 151; 3) Zafer Gören; **Anayasa Hukukuna Giriş**; İzmir; Barış Yayınları; 1997; sf: 109.

sağlanmasına ve bu amaçla ekonomik yapıda gerekli temel değişikliklerin yapılmasına bağlıdır. Onun için 1961 Anayasası, temel ekonomik sosyal hakları tanımakla kalmamış, devlete genel bir ödev de yüklemiştir: “Devlet, kişinin temel hak ve hürriyetlerini, fert huzuru, sosyal adalet ve hukuk devleti ilkeleriyle bağdaşamayacak surette sınırlayan siyasi, iktisadi ve sosyal bütün engelleri kaldırır; insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlar” durumunda olmalıydı. Ayrıca bu hukuksal düzenlemelerin “demokratik ve sosyal hukuk ilkeleri”ne uygun olması gerekiyordu<sup>88</sup>. 1961 Anayasası, devlet için getirdiği ilkelerin bütünlüğü çerçevesinde değerlendirilmeli, bu nedenle ilkeler, teker teker değil, birbirleriyle bağlantılı olarak yorumlanmalıdır.

Sosyal hukuk devleti, “vatandaşlarının sosyal ve ekonomik durumlarıyla, sağlık ve eğitim sorunlarıyla, refahlarıyla ilgilenen, onlara en azından asgari bir yaşam düzeyini ve sosyal güvenliği sağlamayı görev olarak kabul eden; bütün bu hizmetleri, hukukun evrensel ilkelerine uygun olarak yürürlüğe koyduğu pozitif hukuk kurallarına göre yerine getiren devlet” olarak tanımlanabilir. Sosyal hukuk devletine ilişkin en yetkin bilimsel açıklamalardan biri de şöyledir<sup>89</sup>: “Hukuk devleti” ve “sosyal devlet” ilkeleri, aslında aynı amaca hizmet eden ikiz kardeşlerdir: Bunlar, çağdaş toplumda, kişi güvenliğinin, üzerinde durduğu bacaklardır. “Hukuk devleti” ilkesi, hukuksal ve siyasal alanda, “sosyal devlet” ilkesi de ekonomik ve sosyal alanda, kişinin güvenlik ve huzur içinde yaşayabilmesinin kaçınılmaz

---

<sup>88</sup> Mümtaz Soysal; **Anayasanın Anlamı**; 6. Baskı; İstanbul; Gerçek Yayınları; 1986; sf: 85-87.

<sup>89</sup> Muammer Aksoy; **Sosyal Devlet İlkesi Boş Bir Söz müdür?** (1988); “**Devlet Hukukla Yaşar**” (2010) içinde; Cumhuriyet Kitapları; İstanbul; sf: 148.

garantilerini oluştururlar. Her iki ilke, “birbirleriyle kaynaşmış” olarak, 1961 Anayasası’nda “sosyal hukuk devleti” deyimini ile ilan edilmişlerdir.

Anayasa Mahkememiz bir kararında sosyal devleti şöyle tanımlamıştır: “Sosyal devlet, güçsüzleri güçlüler karşısında koruyarak gerçek eşitliği, yani sosyal adaleti ve böylece toplumsal dengeyi sağlamakla yükümlü devlet demektir” (E: 1988/19). Diğer bazı kararlarında da “sosyal hukuk devleti” ilkesini yorumlamıştır: “Anayasa’nın 2. ve 5. maddelerinde yer alan sosyal hukuk devleti, insan haklarına dayanan, kişilerin huzur, refah ve mutluluk içinde yaşamalarını güvence altına alan, kişi hak ve özgürlükleriyle kamu yararı arasında adil bir denge kurabilen, çalışma hayatının kararlılık içinde gelişmesi için sosyal, iktisadî ve malî tedbirler olarak çalışanları koruyan ve insanca yaşamalarını sağlayan, işsizliği önleyen, milli gelirin adalete uygun biçimde dağıtılması için gereken önlemleri alan, her alanda adaletli bir hukuk düzeni kurup bunu geliştirerek sürdüren, güçsüzleri güçlüler karşısında koruyarak sosyal adaleti ve toplumsal dengeleri gözetten devlettir. Çağdaş devlet anlayışı sosyal hukuk devletinin tüm kurum ve kurallarıyla Anayasa’nın özüne ve ruhuna uygun biçimde kurularak işletilmesini, bu yolla bireylerin refah, huzur ve mutluluğunun sağlanmasını gerekli kılar. Sosyal hukuk devletinde kişinin korunması, sosyal güvenliğin ve sosyal adaletin sağlanmasıyla olanaklıdır” (E.1999/50; E.2006/95).

1961 Anayasası, sözü edilen görevleri devletin yerine getirebilmesi bakımından, temel hak ve özgürlükler konusunda çok önemli ve anlamlı hükümlere yer vermiştir. “Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir/ Devlet, kişinin temel hak ve hürriyetlerini, fert huzuru, sosyal adalet ve hukuk devleti ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasî,

iktisadî ve sosyal bütün engelleri kaldırır, insanın maddî ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlar” diyen 10. madde, bu hakları güvence altına almayı amaçlar. 11. madde ile de temel hak ve özgürlüklerin nasıl ve hangi kısıtlarla sınırlanabileceğini, ancak hak ve özgürlüklerin özüne dokunamayacağını düzenler: “Temel hak ve hürriyetler, (...) genel sağlığın korunması amacı ile veya Anayasanın diğer maddelerinde gösterilen özel sebeplerle, Anayasanın sözüne ve ruhuna uygun olarak, ancak kanunla sınırlanabilir/Kanun, temel hak ve hürriyetlerin özüne dokunamaz” (m: 11/1,2).

Anayasada ayrıca yaşam hakkını güvenceye bağlayan dokunulmazlıkla ilgili madde de yer alır. Madde 14’de, “Herkes, yaşama, maddî ve manevi varlığını geliştirme haklarına ve kişi hürriyetine sahiptir(...)Kimseye eziyet ve işkence yapılamaz (...)” denilerek yaşam hakkına açıkça vurgu yapılmış ve beden bütünlüğü ve esenliği konusunda kesin bir düzenlemeye gidilmiştir.

1961 Anayasası, sosyal ve ekonomik haklar içinde çok önemli bir konuma sahip bulunan sağlık hakkına ilişkin özel bir madde de düzenlemiştir (m: 49). Bu maddede “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir” denilerek, hem vatandaşlara sağlık hakkı tanınmış, hem de bu hakkın gerçekleştirilmesi görevi devlete verilmiştir. Yine bu maddeye göre “Devlet, yoksul ve dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır”.

Anayasa bu bağlamda, sosyal devlet kavramının unsurları arasında yer alan sosyal güvenlik hakkını da düzenlemiş (m: 48), herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu belirterek, bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurma ve kurdurmayı Devletin ödevlerinden biri saymıştır.

1961 Anayasası bunlara ek olarak ayrıca çalışma hakkı ve ödevi (m: 42), çalışma şartları (m: 43), dinlenme hakkı (m: 44) ve ücrette adaletin sağlanması (m: 45) gibi, yine sosyal devlet anlayışıyla doğrudan ilgili konularda hükümler getirmiştir.

Anayasanın temel yaklaşımına ve konulan bu hükümlere bakarak, sosyal bir hukuk devleti niteliğiyle, vatandaşların hemen hemen bütün gereksinimleriyle ilgilenmeyi ve sonuç olarak herkese “sağlıklı yaşam” sağlamayı amaçladığı söylenebilir.

Ancak Anayasaya, sosyal devlete ilişkin olarak bu düzenlemelerin ardından, devletin iktisadi ve sosyal ödevleri konusunda “Devlet, bu bölümde belirtilen iktisadi ve sosyal amaçlara ulaşma ödevlerini, ancak iktisadi gelişme ile mali kaynaklarının yeterliği ölçüsünde yerine getirir” şeklinde bir madde konulmuştur(m: 53). Anayasadaki bu hüküm, ne yazık ki, sosyal devlet anlayışını paylaşmayan iktidarlarca, Anayasa ile kendilerine verilen görevlerin yerine getirilmemesi açısından bir koz olarak ileri sürülmüş, kötüye kullanılmıştır.

### **1982 Anayasası**

Türkiye Cumhuriyeti, 1982 Anayasasına göre de bir “sosyal devlet”tir<sup>90</sup>. 1961 Anayasası ile Anayasa Hukukumuzda giren “sosyal devlet” ilkesini 1982 Anayasası da, devletin temel ve değiştirilemez ilkelerinden biri olarak kabul etmiştir<sup>91</sup>. Bu ilke gereği devletin; vatandaşlarının sosyal ve ekonomik durumlarıyla, sağlık ve eğitim

---

<sup>90</sup> M. Soysal; **Anayasanın Anlamı**; sf: 229.

<sup>91</sup> 1) A. Ş. Gözübüyük; **Anayasa Hukuku**; sf: 163; 2) Yavuz Sabuncu; **Anayasaya Giriş**; sf: 151; 3) Z. Gören; **Anayasa Hukukuna Giriş**; sf: 109.

sorunlarıyla, refahlarıyla ilgilenmesi, onlara en azından asgari bir yaşam düzeyi sağlamayı görev olarak kabul etmesi ve bu görevlerini hukuk kurallarına uygun bir biçimde yerine getirmesi zorunludur. Bu zorunluluğu yerine getirebilmesi için de, ekonomik ve sosyal hakların kullanımına ilişkin maddelerin bu anlayış doğrultusunda düzenlemesi gerekirdi. Ancak, gerek Milli Güvenlik Kurulu'nun ekonomik, sosyal ve siyasal felsefesi ve dünya görüşü, gerekse zamanın egemen ekonomik ve siyasal güç odaklarının tercihleri ve yönlendirmeleri nedeniyle, aşağıda da açıklanacağı üzere, düzenlemeler gerekli şekilde yapılmamıştır.

1982 tarihli Anayasamızın 17. maddesi “Herkes yaşama ... hakkına sahiptir” şeklindeki hükmü ile, tüm vatandaşlarına, sağlık hakkının da temel şartını oluşturan **yaşam hakkı** güvencesini vermiş, ayrıca bu madde hükmü ile bireyin “maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı”nı da güvence altına almıştır. Buna karşın, 1961 Anayasasında yapılanın aksine, “sağlık hakkını” somut olarak bir hak şeklinde düzenleme yoluna gitmemiştir. 1982 Anayasasının “Temel Haklar ve Ödevler” ile ilgili kısmının “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler” bölümünde yer alan 56/III. maddesi, devleti, “herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak (...) amacıyla **sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler**” diyerek, sağlık hakkının sağlanması ile değil, bu hakkın sağlanması için gerekli düzenlemeyi yapmakla görevlendirmiştir. Anayasaya göre devlet bu görevini, kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarından yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getirecektir (m.56/IV). Buna göre devlet, sağlık alanında doğrudan görev ve sorumluluk almayacak; konunun planlanması, koordinasyonu, denetlenmesi ile meşgul olacak, sadece gerekli düzenlemeyi yapmakla yetinecektir.



Bu düzenlemeler dolayısıyla, devlete artık “sağlık hakkını sağlama” görevinin değil, bu hakkın kullanımını sağlamak açısından sadece “planlama” görevinin verildiği düşüncesi yaygın bir şekilde ileri sürülmektedir. Bu görüşü savunanlara göre 1982 Anayasasıyla, sağlığı temel bir insan hakkı olarak gören ve bu hakkın devlet tarafından güvence altına alınmasını öngören “sosyal devlet” anlayışı, devletin sorumlu değil “düzenleyici” olduğunu ifade eden bir anlayışla değiştirildi<sup>92</sup>. Gerçekten de 1982 Anayasasında yer alan bu düzenleme, 1961 Anayasası hükümlerine oranla çok daha kısıtlayıcı, sosyal devlet anlayışını budayıcı bir niteliktedir. Bu düzenleme sonucunda, sağlık hakkını açıkça tanıyan ve bu hakkın yaşama geçirilmesini sağlamayı devlete görev olarak veren anlayışın yerini, devlete sadece “düzenleme” ve “planlama” görevi veren yaklaşım almıştır. 1982 Anayasasındaki düzenleme dolayısıyla sağlık, “hak” değil, sadece bir “hizmet” olarak tanımlanmaktadır<sup>93</sup>. Salt sağlıkla ilgili hükümlerin yorumunda kolaylıkla bu sonuca ulaşılması ve böyle yorumlayan yönetimlerin de daraltıcı ve kısıtlayıcı uygulamalara girişmeleri, ne yazık ki olasıdır.

---

<sup>92</sup> 1) Ata Soyer; **1980’de Günümüze Sağlık Politikaları**; Ankara; Praksis; Sayı: 9, Kış-Bahar; 2003; sf: 305; 2) Gülbiye Yenimahalleli Yaşar; **Türkiye’de 1980 Sonrası Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler**; Ankara; Mülkiyeliler Birliği; Mülkiye Dergisi; Sayı: 260; 2008; sf: 159; 3) Kayıhan Pala; **Türkiye Sağlık Sistemi Nereye Gidiyor?**; Ankara; Toplum ve Hekim Dergisi; 22/1-2; 2007; sf: 64.

<sup>93</sup> A. Gürhan Fişek; Şerife Türcan Özsuca; Mehmet Ali Şuğle; **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi: 1946-1996**; Ankara; Sosyal Sigortalar Kurumu-Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı; 1997; sf: 88.

1982 Anayasasındaki bu garip durumun, Anayasa koyucunun niyeti kadar, yazımındaki özensizlik ve tutarsızlıklardan da kaynaklandığını kabul etmek gerekir.

Anayasada yine 56. maddede “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir” hükmüne yer verilerek (m. 56/I), çevrenin günümüzde gittikçe artmakta olan önemine “sağlık” ile bağlantı kurularak vurgu yapılmıştır. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek, devlete ve vatandaşlara bir ödev olarak verilmiştir (m. 56/II). Ayrıca Anayasanın 57. maddesiyle konut hakkına ilişkin bir düzenleme de getirilmiştir. Bununla devletin, kentlerin özelliklerini ve çevre koşullarını gözetten bir planlama çerçevesinde, konut ihtiyacını karşılayacak tedbirleri alması öngörülmüştür.

Anayasamızın bu yaklaşımı, sağlık konusu ile çevre sorunları arasında bağlantı kurmak suretiyle, bir bakıma, “sağlık hakkı” kavramını biraz daha genişletmiştir.

Ekonomik koşulları elverişli olan kişilerin sağlık hizmetlerine kolayca ulaşip sorunlarını çözmeleri mümkün olduğu halde, yeterli ekonomik olanaklara sahip bulunmayan toplumun büyük çoğunluğunun ise önemli güçlükler ile karşılaşacağı açıktır. Hele Türkiye gibi kişi başına düşen ortalama yıllık gelirin düşük olduğu, üstelik gelir dağılımındaki bozukluğun dikkat çekici boyutlara ulaştığı ülkelerde, toplumun büyük bir kısmının karşılaşacağı sorunları kestirmek zor olmasa gerektir.

Bu tür uygulamaların bireylerde yaratacağı belirsizlik ve gelecek kaygısının, toplumlarda huzuru bozacağı, birlikte yaşamının en önemli etmenlerinden olan toplumsal dayanışmayı ve kader ortaklığını sarsacağı, üstelik kişilerin verimini olumsuz yönde etkileyeceği açıktır. Ayrıca, sosyal devletin sağladığı olanakların azalması ve giderek ortadan kalkması sonucu doğacak boşluğun, dernek ve vakıf

faaliyetleri ya da basın-yayın kuruluşlarının öncülüğünde yürütülen kampanyalar ile doldurulmaya çalışılması yanlıştır. Bu tür bir yöntemin, talepte bulunan kişileri dilenci konumuna düşürmesi nedeniyle insan onuru üzerindeki olumsuz etkileri kadar, ayrıca örgütsüz, kontrolsüz, keyfi ve tesadüfe bağlı olması, üstelik düzenli ve istikrarlı işleyen bir sistem olmaması dolayısıyla da benimsenmesi çok zordur.

Böyle bir uygulama “kalıcı” bir politikaya dönüşürse devlet, “tek yanlı iyi niyet belirtileriyle, yukarıdan aşağıya lütuf dağıtan tutumlarıyla, bir ‘sosyal devlet’ değil, bir ‘**sadaka devleti**’ olur”<sup>94</sup>. Sonuçta, sosyal devlet nitelik değiştirerek, sadaka toplumuna dönüşür. Bunun, “yardım almaya muhtaç” hale düşen kişi/grupların ruhsal durumları üzerinde ne kadar yıkıcı etki yapacağıının, yönetimler tarafından çok iyi değerlendirilmesi gerektiği ortadadır. Ayrıca bu doğrultuda izlenecek politikaların, Anayasanın 2. maddesinde yer alan “Türkiye Cumhuriyeti (...) insan haklarına saygılı (...) sosyal bir hukuk Devletidir” (m:2) ve “Devletin temel amaç ve görevleri, (...) kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmaya, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmaktır” (m:5) şeklindeki hükümleri ile bağdaştığı da söylenemez. Kaldı ki, yukarıda da belirtildiği üzere Anayasa Mahkememizin yorumu da bu yöndedir. Dolayısıyla, büyük oranda genel ve yerel yönetimlerin bütçelerinden finanse edilen bu yardımların söz konusu yöntemlerinin değiştirilmesi, “primsiz sosyal güvenlik sistemi” olarak adlandırılan ve kamu kurumlarınca yaşama geçirilecek kapsamlı bir “sosyal yardım” sistemine dönüştürülmesi; böylece ülke

---

<sup>94</sup> M. Soysal; **Anayasanın Anlamı**; sf: 232.

apında yaygın, adil ve hızlı işleyen kalıcı ve kurumsal bir yapıya kavuşturulması zorunludur.

Ülkemizde kuşkusuz, anayasal düzenlemeler dışında sağlık hakkını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen birçok düzenlemeye daha gidilmiştir. Gerek Sağlık Bakanlığı, gerekse bağlı ve ilgili kuruluşlar ile meslek mensuplarının birliklerine ilişkin yasalar yanında, sağlık alanının değişik konuları hakkında da yasa, Kanun Hükümünde Kararname, tüzük, yönetmelik gibi birçok düzenleme yürürlüğe konulmuştur. Bunlara örnek olarak; Sihat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu (3017), Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname (181), Tababet ve şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1219), Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1593), Türk Kodeksi Hakkında Kanun (767), Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilatı Yapılmasına Dair Kanun (4459), Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224), Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun (6197), Hususi Hastaneler Kanunu (2219), Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (2827), Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (3359), Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Hakkında Kanun (5510) ; Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Hasta Hakları Yönetmeliği vb. gösterilebilir.

Bu düzenlemelerin hem yaklaşımları, hem günümüz gelişmeleri ve hem de dilleri açısından elden geçirilerek güncel hale getirilmeleri de, vatandaşların daha sağlıklı bir ortama kavuşmaları açısından ayrı bir gerekliliktir.

## 1.5) SAĞLIK HAKKINDAN YARARLANILMASINI SAĞLAYAN SİSTEMLER

### 1.5.1) BİREYCI-GRUPCU SİSTEMLER

Tarih boyunca insanlar karşılaştıkları çeşitli fiziksel, mesleki ve ekonomik/sosyal riskleri ve bunlar arasında sağlıkla ilgili sorunlarını, kendi başlarına veya ailesi üyelerinin ya da yakınlarının yardımlarıyla gidermeye çalışmışlardır. Sosyalleşmenin bugünkü düzeye ulaşmadığı, toplumsal dayanışmanın gerekliliği konusunda günümüzdeki algılamamızın söz konusu olmadığı, kısaca belirtmek gerekirse, sanayi devrimi ile doğmaya başlayan işçi sınıfının tarih sahnesinde yerini almaya başladığı dönemlere kadar, insanların tek başlarına ve/veya akrabalarının ya da yakın çevresi ile meslektaşlarının destekleriyle aşmaya çalıştıkları riskler, bugün “bireyci sistem” olarak nitelenen yöntemlerle ortadan kaldırılabiliyordu. Bu bağlamda kullanılan araçlar<sup>95</sup>, bireysel para biriktirme (tasarruf) ile yardım ve hukuksal sorumluluk gibi başka kişilerin katılımını gerektiren teknikler, yardım sandıkları gibi toplu tekniklerdir.

Bunun dışında Hıristiyan toplumlarda kiliseler, Osmanlı İmparatorluğu’nda ahilik kurumu, loncalar<sup>96</sup> içinde oluşturulan dayanışma sandıkları başta olmak üzere

---

<sup>95</sup> Ali Güzel; Ali Rıza Okur; Nurşen Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; İstanbul; Beta; 12. Baskı; 2009; sf: 9.

<sup>96</sup> 1) Meryem Koray; **Sosyal Politika**; 3. Baskı; Ankara; İmge Kitabevi; 2008; sf: 326, 473; 2) A. Gürhan Fişek; Şerife Türcan Özsuca; Mehmet Ali Şuğle; **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi:1946-1996**; sf: 9.

meslek kuruluşları; Darülaceze, Darüleytamlar<sup>97</sup> ve Kızılay gibi yardım ve hayır kurumları ile imaret ve vakıflar<sup>98</sup>, karşı karşıya kaldıkları sorunların çözümünde insanlara yardımcı olmaktaydı. Bunlara“grupçu sistem” denebilir. Burada grup terimi ile kastedilen, kişinin mensubu olduğu din, kabile, aşiret, meslek dalı gibi ilişkilerin oluşturduğu çeşitli sosyolojik oluşum ve kurumlardır.

### **1.5.2) SAĞLIK HAKKINDAN YARARLANILMASINI SAĞLAYAN SOSYAL SİSTEMLER**

Sağlık hizmetlerini ve bunlara erişimi olanaklı kılan en iyi sistem hiç kuşku yok ki sosyal güvenlik sistemleridir. Diğer sigorta hizmetlerine ek olarak ayrıca sağlık hakkından da yararlanmayı olanaklı kılan sosyal güvenlik sistemleri, ülkelerin ekonomik, sosyal, siyasal düzen ve yapılarına bağlı olarak değişiklikler gösterirler. Günümüzde 200 kadar devlet hüküm sürmekle birlikte, dünyamızda bu sayıda değişik sistemin var olduğu söylenemez. Uygulanan sistemlerin incelenmesi halinde bunların dört ana grupta kümelendikleri görülür. Literatürde bu sistemler genel

---

<sup>97</sup> M. Fer; **Türkiye’de Sosyal Hizmetlerin Tarihçesi**; 1963; Ankara; sf: 15; kaynağı belirten: Sait Dilik; **Türkiye’de Sosyal Sigortalar**; 2. Baskı; Ankara; Banka ve Ticaret Hukuku Araştırma Enstitüsü Yayını; 1972; sf: 26.

<sup>98</sup> Vakıfların hepsi hayır ve yardım amaçlı değildir. Kurucusu ile ailesine gelir sağlamayı hedefleyen vakıfların oranı da bir hayli yüksektir. Nadir Özbek; **Cumhuriyet Türkiye’sinde Sosyal Güvenlik ve Sosyal Politikalar**; 2006; İstanbul; Tarih Vakfı; sf: 64.

olarak “sosyal güvenlik sistemleri”, “sosyal güvenlik anlayışını etkileyen modeller” ve “sosyal güvenliğin finansmanı”<sup>99</sup> gibi değişik başlıklar altında ele alınmaktadır:

### **1.5.2.1) Prime Dayanan Sistemler**

Dünyada en yaygın olarak kullanılan sistem, prime dayalı sosyal güvenlik sistemidir. İşçi ücretleri üzerinden hesaplanarak işçi ve işverenlerden “prim” adı altında sağlanan gelirler, bu sistemin ana finansman kaynağını oluşturur. Bu yöntemin dayanak noktası, sosyal güvenliğin sağladığı olanaklardan yararlanan herkesin, sistemin finansmanına belli ölçüde katılması gerektiği düşüncesidir. Bu düşüncenin temelinde işçi ve işveren açısından ileri sürülen birçok haklı gerekçe vardır<sup>100</sup>.

İşçiler açısından durum şöyle açıklanabilir: Sosyal güvenlik sistemi bulunmasaydı işçiler kendileri ile ailelerinin sosyal risklere karşı güvencelerini kişisel tasarrufları ile sağlamaya çalışacaklardı; sosyal güvenlik bu işlevi üstlendiğine göre, tasarruflarının bir bölümünü zorunlu olarak sosyal sigortalara devretmeleri doğal kabul edilmelidir. Ayrıca yapılan iş dışında fizyolojik ve sosyo-ekonomik riskler de söz konusudur. Bu nedenlerle prim kesilmesini işçiler de olumlu karşılarlar.

---

<sup>99</sup> 1) A. Güzel; A. R. Okur; N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; sf: 69-73; 2) M. Refik Korkusuz; Suat Uğur; **Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş**; Adana; Karahan Kitabevi; 2009; sf: 68-81, 3) Fatih Uşan; **Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları**; Ankara; Seçkin Yayıncılık; 2009; sf:32-36.

<sup>100</sup> A. Güzel; A. R. Okur; N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; sf: 70.

İşveren bakımından da prim ödemenin makul nedenleri vardır: İşverenler işçinin emeği sayesinde üretim yaparak gelir ve kâr elde ederler. Sosyal güvenlik, işçinin düzenli çalışmasına ve emeğin verimliliğine doğrudan olumlu katkıda bulunarak işverenin yararına bir sonuç yaratmaktadır. O nedenle, işverenin elde edeceği bu yararları karşılık olarak, sosyal güvenlik sistemine prim ödemesi gerekir. Ayrıca işçilerin iş kazası ve meslek hastalığı riski de söz konusudur. Bu risklere karşı sosyal sigortalar bir güvence sağlamış olduğuna göre, işverenlerin bu sistemin yaratacağı giderlerin bir kısmını üstlenmesi doğal bir beklentidir. Bu konuda firmalarında önlem alan işverenler, bu açıdan duyarsız olanlara karşı ek bir maliyet üstlendiklerinden, rekabet açısından dezavantajlı duruma düşerler; sosyal güvenlik sisteminin kurulması bu nedenle ortaya çıkacak rekabet eşitsizliğini önler.

Devlet ve hâttâ toplum açısından da bu sistemi haklı ve yerinde kılan gerekçeler ileri sürülebilir: Bu yöntemle kurulup işletilecek olan sistem, toplum sağlığının yanı sıra, çalışanların çalışma potansiyelinde devamlılık ve istikrar sağlayarak, mal ve hizmet üretimindeki kayıpları, eğitimde olası aksamaları en alt düzeye indirir. Ayrıca, sosyal güvencenin bireylere sağlayacakları olanaklar, ülkenin tüm vatandaşları arasında huzurlu bir ortam yaratır, toplumsal barışa katkıda bulunur.

Ülkelerdeki düzenlemelere göre, kapsam içinde yer alan sigorta kollarının tamamı için, toptan veya sigorta koluna göre değişik oranda primler kesilir. Bazı sigorta dallarında (iş kazası-meslek hastalığı, analık gibi) sadece işverenden prim alınır. Sosyal güvenlik sisteminin bütün giderleri bu primler ve bunlarla oluşturulan fonlardan karşılanır.



### 1.5.2.2) Vergiye Dayanan Sistemler

Ülkede kurulu sosyal güvenlik sisteminin finansmanı bazı ülkelerde vergiye dayanır. Bu sistemi benimseyen devletlerin anlayışına göre sosyal güvenlik, toplumun temel sorunudur ve devlet vatandaşlarının sosyal güvenliğini sağlamakla yükümlüdür. Bireyin bu hakkı, ülkenin vatandaşı olmasından kaynaklanır. Sosyal güvenlik sisteminin doğurduğu bütün giderler bütçeden karşılanır; bir başka deyişle sosyal güvenliğin finansmanı, devlet bütçesinden, vergi gelirleri ile sağlanır.

Bu uygulama düşünsel temellerini, Lord W. Beveridge'den alır. Beveridge'e göre, "Kapitalist yapı içinde insan yalnızdır. Soyut bir hürriyet anlayışı, beş canavarla karşı karşıyadır: Yoksulluk, hastalık, bilgisizlik, pislik ve işsizlik. İnsan tek başına bu canavarlarla savaşılamaz; oy hakkına, siyasal haklara sahip olsa da, bunlar karşısında acizdir ve yenilmeye mahkûmdur"<sup>101</sup>. İngiltere'de W. Beveridge başkanlığındaki komisyonca 1942 yılında hazırlanan Beveridge Raporunda öngörülen sistemin temel ilkeleri şunlardır:

- a) Sosyal güvenliğin bütün nüfusu kapsamı, ücretliler ile kendi işinde çalışanları ve bunlara bağımlı olanları da içermesi,
- b) Sosyal güvenlik sistemine katılımın zorunlu olması,
- c) Gelir kaybına yol açan bütün temel riskleri kapsamı,
- d) Sosyal güvenlik sisteminin katılanların ödediği primlerle finanse edilmesi, katkılardan ve prim ödemesinden yararlanmanın otomatik olmasının sağlanması,

---

<sup>101</sup> Tarık Zafer Tunaya; **Siyasal Kurumlar ve Anayasa Hukuku**; 5. Baskı; İstanbul; Araştırma, Eğitim, Ekin Yayınları; 1982; sf: 447.

- e) Sosyal güvenliğin sınırlı bir asgari geçim düzeyi sağlaması<sup>102</sup>,
- f) Her sigorta kolu için ayrı prim yerine, tek bir primin ödenmesi ve sisteme devletin de katkıda bulunması<sup>103</sup>. Beveridge kural olarak kişisel sorumluluk ilkesini benimser, bu yüzden bireylerin de sosyal güvenliğin finansmanına katkıda bulunması gerekir.

Beveridge'e göre sosyal güvenlik sisteminin başarıya ulaşabilmesi için ayrıca "tam istihdam" ve "ulusal sağlık" politikalarıyla da desteklenmesi kaçınılmazdır.

Sosyal güvenlik sisteminin tamamını vergi ile finanse eden ülkelerin başında Yeni Zelanda gelir. Ayrıca Danimarka, Hollanda ve Norveç gibi ülkelerde de sistemin temelini, ülkenin yapısına göre değişik yaklaşımlar içermekle birlikte, vergi yoluyla finansman oluşturur.

### **1.5.2.3) Karma Sistemler**

Devlet sosyal güvenliğin finansmanına çeşitli nedenlerle katılır: Sosyal güvenliğin sağlanması devletin görevidir şeklindeki anlayış, bunun en önde gelen nedenidir. Toplum sağlığının korunması, hasta ve muhtaçlara yardım yapılması modern bir devletin görevleri arasında yer alır görüşü de bunda etkindir. Ayrıca devletin katkıda bulunması, sistemin işlemesi için işçi ve işverenden alınacak

---

<sup>102</sup> Tülay Arın (1994); **Türkiye'de Sosyal Güvenlik Fonlarının Açıkları: Liberal Sosyal Güvenlik Rejiminin Çelişkileri ve İflası**; "X. Türkiye Maliye Sempozyumu: Kamu Kesimi Finansman Açıkları; 6-8 Mayıs 1993; Çukurova Ü. İİBF Maliye Bölümü Yayını" içinde; Adana; kaynak: Fatma Şenden Zırlı; **Sosyal Güvenlik ve Kadın**; İstanbul; Minerva Yayınları; 2000; sf: 50.

<sup>103</sup> A. Güzel; A. R. Okur; N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; sf: 25.

primlerin daha düşük düzeyde tutulmasını sağlar. Kaldı ki bu yöntem, toplumdaki dayanışmanın da bir gereğidir.

Türkiye’de sosyal politikanın gelişiminde büyük katkısı olan Cahit Talas, devletin sosyal güvenliğe katılmasının nedenlerini şöyle açıklıyor<sup>104</sup>: “Sosyal güvenlik sistemlerinin amaçlarının gerçekleşmesine işçi ve işveren ile birlikte devletin de katılması doğal sayılmaktadır. Devlet sosyal güvenlik sistemi kurulmadan önce de sosyal yardım masraflarını üstlenmiş olmakla, halkın bir kısmının sağlığını korumak, hastalandığı zaman tedavi ettirmek, yaşlılara ve çocuklara yardım etmek suretiyle bazı masrafları zaten ödemekte idi. O halde şimdi, sosyal güvenlik sistemlerinin yüklemiş olduğu bu masraflara devletin katılması, dün başka şekilde yapılan masrafların bugün başka bir ad altında ve şüphesiz çok daha geniş ölçüde devamından başka bir şey değildir. Devletin finansmana katılımı sınıflar arasındaki dayanışmanın da bir sonucu sayılmalıdır. Sosyal güvenlik sistemi olmasaydı devlet harcamaların bir kısmını yapmak zorunda kalacaktı.

Bu ve benzer gerekçelerle devlet, sosyal güvenliğin finansmanında, işveren sıfatıyla ödediklerinin dışında, ayrıca bunlara ek olarak da bütçeden katkıda bulunur. Sosyal güvenliğin maliyetinin giderek artması, sağlık harcamalarının maliyetlerinin gittikçe yükselmesi, devletin yapmak durumunda olduğu katkıların tutarını da her geçen yıl büyütmektedir.

---

<sup>104</sup> Cahit Talas; **Sosyal Ekonomi**; 2. Kitap; 4. Baskı; Ankara; SBF Yayınları; 1976; sf: 573.

#### 1.5.2.4) Şili Modeli

Sosyal güvenlik sistemleri içinde gündeme en son giren, özellikle 1980'li yıllardan itibaren etkisini gittikçe artıran küreselleşmenin dayattığı yeni bir anlayışın yaşama geçirilmesi ile doğan ve ilk kez<sup>105</sup> Şili'de uygulandığı için o adı taşıyan sistemdir.

Şili'de fon birikim yöntemine dayanan eski sistem tıkanınca, dönemin diktatörü Pinochet'nin askeri yönetimi monetarist doktrinin gereklerine uygun biçimde, 1983'ten itibaren sosyal sigorta kapsamında olan malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları yerine, özel sigorta şirketlerini ikame etmeye başlamıştır. Sigortalılara, eski sistemde kalma veya yeni sisteme geçme konusunda seçim hakkı tanınmış, sigortalıların %85'inin tercih ettiği zorunlu özel sigorta sistemi yürürlüğe konmuştur<sup>106</sup>.

İşverenin ve devletin prim ödemediği bu sisteme, 1983 başından itibaren çalışmaya başlayanlar, seçim hakkı tanınmadan dahil edilmişlerdir. Polisler ve askerler özel zorunlu güvenlik sistemi kapsamına alınmamış, eski devlet sosyal güvenlik sisteminde bırakılmışlardır. Yeni modele geçişi özendirmek için bazı teşvikler getirilmiş, bunların maliyeti KİT ve kamu varlıklarının satışı ile karşılanmış, bir kısım maliyet için de devlet tahvili çıkarılarak maliyetler gelecek kuşaklara yüklenmiştir. Bu modelde sadece çalışanlardan %10 (isteyenden %20'ye kadar artan oranda)prim kesilir; işveren ile devlet hiçbir ödeme yapmaz. Sigortalılara, özel sigorta şirketleri veya bankaların kurduğu "Özel Fon Yönetim

---

<sup>105</sup> F. Uşan; **Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları**; sf:36.

<sup>106</sup> M. R. Korkusuz; S. Uğur; **Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş**; sf: 76.

Şirketleri”nde ödedikleri primler ve bunların getirisiyle orantılı olarak emekli aylığı bağlanır<sup>107</sup>.

### 1.6) SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN MODELLERİ

Yeryüzünde mevcut 200 dolayındaki ülkenin her biri, diğer ülkelerden, sağlık hizmeti sistemlerinin (healthcare system) üç temel hedefi olan “halkın sağlığının korunması, hastalığın tedavisi ve sağlık faturalarından kaynaklanan mali yıkımlara karşı ailelerin korunması” konusunda getirdikleri düzenlemeler bakımından ayrılır. Yerel uygulamalar göz önünde bulundurularak ülkelerde uygulanan sağlık hizmeti sistemleri ele alındığında, dört ana sistemin bulunduğu görülür<sup>108</sup>. Literatürde, sağlık sistemlerini; Ulusal Sağlık Sistemi, Hastalık Sigortası Sistemi ve Liberal Sağlık Sistemi adı altında üç ana grupta toplayan yazarlar da mevcuttur<sup>109</sup>. Bunun dışında başka bir sınıflama daha yapılmıştır<sup>110</sup>. Bu sınıflamaya göre finansman sistemleri; a) vergiye dayalı sistem, b) sosyal-zorunlu-kamu sağlık sigortası, c) cepten ödemeler, d) özel sigorta, e) patrona dayalı sigorta ve f) çok kaynaklı fonlar olmak üzere, altı gruba ayrılır.

---

<sup>107</sup> Müjdat Şakar; **Sosyal Sigortalar Uygulaması**; İstanbul; Der Yay.; 2006; kaynağı belirten: M.R. Korkusuz; S.Uğur; **Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş**; sf: 76.

<sup>108</sup> Don McCanne; **Health Care Systems-Four Basic Models**; Physicians For A National Health Program (PNHP); 06.04.2010 tarihli Basın Bülteni; Chicago.

<sup>109</sup> A. Güzel; A. R. Okur; N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; sf: 699.

<sup>110</sup> İlker Belek; **Sağlığın Politik Ekonomisi, Sosyal Devletin Çöküşü**; 3. Baskı; İstanbul; Yazılama Yayınevi; 2009; sf: 113-129.

Oluşturulan bu gruplar, sağlık sistemleri arasında kesin ayrımlar anlamına gelmemekte, her bir grup içinde genel anlamda benzerlikler olsa da, aralarında yine de ayrımlar bulunmaktadır. Ülkelerin bu sistemlerden hangisini benimseyeceği ya da bunlardan hangisine benzer bir sağlık hizmeti sistemi oluşturacağı, doğal olarak, o ülkenin kendine özgü ekonomik, sosyal, siyasal, kültürel koşullarına bağlıdır.

Sözü edilen finansman sistemleri ana hatları itibariyle kısaca şöyle açıklanabilir:

### **1.6.1) BEVERIDGE MODELİ**

İngiltere'deki "Ulusal Sağlık Hizmeti" adını W. Beveridge'den alır<sup>111</sup>. Bu sistemde sağlık hizmeti, tıpkı polis gücü ve halk kütüphaneleri gibi, vergilerle finanse edilir ve hükümetçe sağlanır. Modele ismini veren Beveridge Raporu, "Birey iyi olmakla yükümlü olduğunu kabul etmek zorundadır" ve "hastanın sağlığına kavuşturulması devletin ve hastanın görevidir" görüşünü esas alır. Yine rapora göre devlet, ulusal sigortanın garanti ettiği kadar fazla koruma ve bakım istediğinde kişileri özgür bırakmakla da yükümlüdür. Dolayısıyla sistem, herkesi tek bir sisteme mahkûm etme gibi bir yaklaşım içinde değildir. Rapordaki temel fikre göre, aile yardımları ve sağlık konularındaki finansman, ulusal dayanışmanın gereği olarak vergilerle karşılanmalıdır<sup>112</sup>. Vergilerle finanse edilen ve herkese ücretsiz sağlık hizmeti sağlayan İngiltere'deki Ulusal Sağlık Sistemi, 1946 yılında kurulmuştur.

---

<sup>111</sup> Don McCanne; **Health Care Systems-Four Basic Models.**

<sup>112</sup> Philip Musgrove; **Health Insurance: The Influence of The Beveridge Report;** Cenevre; Bulletin of the WHO; Vol: 78, No: 6; 2000.

Hastane ve kliniklerin hepsinin olmasa da çoğunun sahibi devlettir; doktorların bazıları kamu görevlisidir, ama özel çalışan doktorlar da vardır ve bunlar vizite ücretlerini devletten alırlar. İngiltere’de asla bir doktor faturası söz konusu değildir. Bu sistem, kişi başına maliyetleri düşürme eğilimlidir, çünkü devlet “tek ödeyici” olarak, doktorların ne yapabileceklerini ve neleri masraf gösterebileceklerini kontrol eder.

Beveridge planını veya değiştirilmiş şeklini uygulayan ülkeler, modelin doğum yeri olan Büyük Britanya, İspanya, İskandinavya ülkelerinin çoğu ve Yeni Zelanda’dır. Çin 1997’de eski İngiliz kolonisi Hong Kong’u devraldığında, halkın mevcut sistemden ayrılmayı reddetmesi nedeniyle hâlâ Beveridge tarzı kendi sağlık sistemini sürdürmektedir. Küba, Beveridge yaklaşımının en aşırı uygulamasını temsil eder; Küba örneği, muhtemelen, bütüncül hükümet kontrolü konusundaki en katıksız örneği oluşturur.

Beveridge Modelinin kurucusu olan İngiltere’de, neoliberal politikaların da etkisiyle 1980’li yıllardan sonra sağlık politikası değiştirilmeye başlanmış<sup>113</sup>, söz konusu sistemden uzaklaşarak, özel kesimin de sisteme bir biçimde eklemlendiği yeni bir düzen oluşturulmuştur. Ortaya çıkan bu yeni sistemi artık “Ulusal Sağlık Sigortası Modeli” içinde değerlendirmek daha doğru olacaktır.

---

<sup>113</sup> Colin Leys; **Piyasa İle Politika Arasında Sağlık Hizmetlerinin Konumu**; “Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları” (Ed: Çağlar KEYDER, Nazan ÜSTÜNDAĞ, Tuba AĞARTAN, Çağrı YOLTAR) içinde; sf: 95-110; İstanbul; İletişim Yayınları; 2007; sf: 95.

### **1.6.2) BİSMARK MODELİ**

Bu model ismini, 19 yüzyılda Alman Birliğinin bir parçası olarak refah devletini icat eden Prusya Başbakanı Bismark'tan alır. Avrupai mirasa rağmen bu sağlık hizmet sistemi, Amerikan sistemlerine benzer. Sigortalıların “hastalık sandığı” dediği bir sigorta sistemini kullanan bu model, ücret bordrosu üzerinden yapılan kesinti ile işçilerden ve işverenden alınan primlerle finanse edilir.

Bismark Modeli sağlık sigortası planları herkesi kapsar ise de kâr etmezler. Bu sistemi uygulayan ülkelerde doktorlar ve hastaneler özel olma eğilimindedir; Japonya'da ABD'den daha fazla sayıda özel hastane vardır. Bu çok-ödeyicili (Almanya'da 240 kadar farklı fon bulunuyor) bir sistem ise de, konulan katı kurallar hükümete, tek-ödeyicili Beveridge modelinden daha fazla maliyet kontrolü olanağı sağlar.

Bu model Almanya ile Fransa, Belçika, Hollanda, Japonya, İsviçre ve bir dereceye kadar Latin Amerika ülkelerinde uygulanır.

### **1.6.3) ULUSAL SAĞLIK SİGORTASI MODELİ**

Beveridge ve Bismark sisteminde bulunan unsurların yer aldığı bu model, sadece kamu kesiminin değil, özel kesimin sağladığı hizmetlerden de yararlanır. Hizmetlerin bedeli, her bir vatandaşın ödeme yaptığı ve kamu tarafından yönetilen sigorta programı tarafından ödenir. Pazarlama, mali teşvik ve kâr gibi beklentiler olmadığından, bu sigorta sistemleri, Amerikan tarzı kâr odaklılardan daha kolay yönetilebilir ve daha ucuz olma eğilimindedir.

Tek ödeyicili sistem, daha düşük fiyatlar için yapılacak görüşmelerde önemli bir pazar gücü sağlar. Örneğin Kanada'nın sistemi, ilaç firmalarıyla öyle düşük fiyatlar için görüşmeler yaptı ki, Amerikalılar, sınırın kuzeyinden ilaç almak için,



kendi eczanelerinden satın almayı şiddetle reddettiler. Ulusal Sağlık Sigortası sistemleri, ödeme yapacakları tıbbi hizmetleri sınırlamak ya da hastaları tedavi için bekletmek suretiyle de maliyetleri kontrol edebilirler.

Klasik Ulusal Sağlık Sigortası sistemi Kanada’da kurulmuştur; Tayvan ve Güney Kore gibi bazı yeni sanayileşmiş ülkeler de bu modeli benimsemiştir.

#### **1.6.4) CEPTEN ÖDEME MODELİ**

Liberal Sağlık Modeli veya “The Out- of- Pocket Model” olarak da adlandırılan bu sistem, teorik olarak, hizmetin kullanımı sırasında, kullanıcının doğrudan cepten yaptığı ödemelere dayanır<sup>114</sup>. Bu ödemeler, a) sosyal güvenlik sistemine dahil olup, vergi ve/veya prim ödeyenlerin, hizmet kullanırken ödedikleri katkı payları, b) Sosyal güvencesi olmayanların hizmet kullanırken yaptıkları cepten ödemeler, biçiminde olur.

Dünyadaki 200 ülkenin belki gelişmiş, sanayileşmiş 40 tanesinde sağlık hizmeti sistemi kurulmuştur. Yeryüzündeki ülkelerin büyük kısmı, herhangi bir çeşit kitlesel sağlık sistemi oluşturma konusunda çok örgütsüz ve fevkalade yoksuldur. Bu tür ülkelerde temel kural şöyledir: “Zengin, tıbbi bakımdan yararlanır; yoksul, hasta kalır ya da ölür”. Afrika, Hindistan, Çin ve Güney Amerika’nın kırsal bölgelerinde yüz milyonlarca insan hayatları boyunca hiç doktor görmeden yaşarlar. Bunlar, ev yapımı ilaçlar kullanan bir köy üfürükçüsüne gidebilirlerse de bunun hastalığa karşı etkili olup olmayacağı belli değildir.

Yoksullar dünyasında hastalar, doktor faturasını ödemek için bazen büyük zorluklarla yeteri kadar para biriktirirler; aksi takdirde patates, süt, çocuk bakımı

---

<sup>114</sup> İ. Belek; **Sağlığın Politik Ekonomisi, Sosyal Devletin Çöküşü**; sf: 124.

veya verebilecekleri herhangi bir şeyle ödeme yaparlar. Hiç bir şeyleri yoksa o zaman sağlık hizmeti almazlar.

Yazar şöyle devam ediyor<sup>115</sup>: “Amerikalılar için bu dört modeli anlamak aslında kolaydır; çünkü ABD’deki parçalı ulusal sağlık hizmet düzenimizde bunların her birinin unsurları mevcuttur. Gazi bakımevleri konusunda İngiltere ve Küba’yız. 65 yaş üzeri Amerikalılar açısından tıbbi bakımda Kanada’yız. Çalışmaları nedeniyle sigortalı olan Amerikalılar için de Almanya’yız. Tedavi sırasında faturayı cepten ödeyebildiğiniz veya kamu hastanesinin acil servisine alınabilecek derecede hasta olduğunuz kabul edildiği takdirde doktora ulaşabilme olanağıyla ABD, sağlık sigortası bulunmayan %15 oranındaki nüfus için, Kamboçya, Burkina Faso veya Hindistan’ın kırsal bölgeleridir. ABD, farklı sosyal kesimler için farklı sistemler getirmesi nedeniyle diğer ülkelerin her birinden farklıdır. Diğer ülkeler herkes için bir tek model oluşturdu. Bu, ABD’dekinden daha basittir; ayrıca hem de daha adil ve daha ucuzdur”<sup>116</sup>.

Bu açıklamalar sonucunda “Cepten Ödeme Sistemi”nin tamamen piyasa kurallarına göre çalıştığı, bir başka deyişle, sağlık konusunun piyasa koşullarına tabi

---

<sup>115</sup> Don McCanne; Health Care Systems-Four Basic Models.

<sup>116</sup> Başkanlık seçimleri kampanya döneminde sağlık sisteminde reform sözü veren ABD Başkanı Obama, karşılaştığı önemli toplumsal muhalefete karşın 2010 yılında Kongreden geçirilmesi sağlanan “The Patient Protection and Affordable Care Act” adlı yasa ile, tüm ABD vatandaşlarını kapsayan Genel Sağlık Sigorta Sistemi kurulması olanağını elde etti. Bu yasa ile, 310 milyon nüfuslu ülkede sağlık sistemi kapsamı dışında kalan % 15’lik kesime (yaklaşık 45-50 milyon kişiye) de sağlık güvencesi sağlanması amaçlanmaktadır.

kılındığı, sağlık hizmetlerine sadece bu hizmetin bedelini ödeyebilenlerin ulaşabildiği, böylece sağlık hizmetlerinin piyasada alınıp satılan bir “meta” haline dönüştüğü söylenebilir. Bu haliyle çalışan bir sistem, artık, her türlü sosyal kaygılardan ve hâttâ ahlaki değerlerden soyutlanmış ve bütünüyle “piyasa güdümlü” bir yapıya dönüşmüştür.

Şili Modeline ilişkin bir çalışmanın sonuçları da bu görüşü doğrular niteliktedir<sup>117</sup>. Sözü edilen çalışmada ulaşılan sonuçlar kısaca şöyle özetlenebilir:

a) Şili Sağlık sistemi, kamu-özel sağlık sigortası ve kamu-özel sağlık hizmeti sunucusu şeklinde ikili sistem yaratan 1980’lerdeki katı neoliberal reformla yola çıkmıştır.

b) Bu reform daha sonra, Kolombiya gibi ülkelerdeki reformlar için Dünya Bankasına esin kaynağı olmuştur.

c) Şili Sağlık Sisteminin, özel sigorta şirketlerini ve özel hizmet sunucularını içeren özel kesimi, fevkalade verimsizdir; ayrıca zengin-fakir, hasta-sağlıklı ve genç-yaşlı arasındaki dayanışmayı azaltmıştır.

d) Pinochet döneminde ciddi finansman yetersizliklerine rağmen kamu kesimi, sistemin belkemiği idi ve Şili halkına iyi bir sağlık ortamı sağlamaktan sorumluydu.

e) Şili Sağlık Reformu, başta Latin Amerika olmak üzere diğer ülkeler için dersler ile doludur: Sağlık Sigortası hizmetlerini özelleştirilmesi, neoliberal doktrin

---

<sup>117</sup> Jean-Pierre Unger; Pierre De Paepe; Giorgio Solimano Cantuaris; Oscar Arteaga

Herrera; **Chile’s Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique;**

Journal PLoS Medicine; Yayın tarihi: 1 Nisan 2008.

açısından beklenen sonuçları yaratmayıp, aksine, finansmandaki adaletsizliği ve nitelikli bakıma erişimde eşitsizliği artırabilir.

#### **1.6.5) İŞVERENE DAYALI SİGORTA MODELİ**

Bu sistemde işveren, personeli için sağlık hizmeti satın alacağı sağlık veya sigorta kurumlarıyla kendisi anlaşır; gerekli primin tamamını veya belirli bir kısmını öder. Bu sistemde vergi indirimleri yöntemleriyle işveren ve personel için özendirici teşvikler sağlanır.

#### **1.6.6) ÖZEL SİGORTA SİSTEMİ**

Kişinin özel sigorta şirketleriyle yaptığı sözleşme ile sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlayan bir düzenlemedir. Kişiler, kendileri için o an gerekli olan sağlık hizmetinden değil, sadece imzaladıkları sigorta poliçesi kapsamında bulunan sağlık hizmetlerinden yararlanırlar. Bu haktan yararlanabilmek için de sözleşmeyle kararlaştırılan primi ödemek durumundadırlar. Bu sistemde kişiler sağlık hizmetine ancak ödediği prim oranında ulaşabildiğinden, prim ödeme gücüne sahip olmayanlar sağlık hizmetinden yararlanamamakta, bir başka deyişle sağlık hizmeti, bu sistemde de pazarda alınıp satılabilen bir metaya dönüşmektedir.

“Patrona Dayalı Sigorta Sistemi” ile “Özel Sigorta Sistemi”ni, liberal sistem içinde yer alan, farklı bir alt uygulama modeli olarak sınıflamak da mümkündür.

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HAKKININ KAPSAMININ BELİRLENMESİ: SAĞLIK POLİTİKASI

#### 2.1) SAĞLIK POLİTİKASININ TANIMI ve OLUŞTURULMASI

Sosyal bilimlerin birçok kavramında olduğu gibi, “politika” ve “sağlık politikası” kavramının da herkesçe kabul edilen ortak bir tanımı yoktur<sup>118</sup>. Diğer bazı dillerdeki gibi Türkçede de politika ve siyaset, aynı anlamda kullanılır. Aristo politikayı, “toplumun, halka dair yaptığı tüm etkinliklerdir” biçiminde tanımlar. Siyaset için de çeşitli tanımlara gidilebilir: Siyaset, “belli bir toplumda çatışma halinde olan çıkarların uzlaştırılması faaliyeti” ya da “devlet işlerini düzenleme ve yürütme sanatıyla ilgili özel görüş veya anlayış” biçiminde de açıklanabilir. Ayrıca siyaset, en genel anlamıyla, gücü paylaşmaya ya da güç dağılımını etkilemeye çalışmak olarak da tanımlanabilir<sup>119</sup>. Gerçekte politika belirleme, uygulama ve izleme süreci, politik bir süreçtir ve bu nedenle “siyasetin” politikadan ayrı düşünülmesi mümkün değildir.

---

<sup>118</sup> Mehtap Tatar; **Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teori ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış**; “Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi” (Ed: Coşkun Can Aktan – Ulvi Saran) içinde; sf: 398; İstanbul; Aura Kitapları; 2007.

<sup>119</sup> World Health Organization (Western Pasific Region) ; **Health Service Planning and Policy-Making: A Toolkit for Nurses and Midwives**; sf: 6; kaynağı belirten: Mehtap Tatar; **Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teori ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış**; sf: 398.

Bunlara benzer biçimde sağlık politikası için de çeşitli tanımlar yapılmıştır. Yapılan en kapsamlı tanıma göre sağlık politikası; sağlık sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen faaliyetleri içerir. Sağlık hizmetleri sisteminin ötesinde sağlık üzerinde etkisi olan kamu, özel sektör ve gönüllü örgütlerin faaliyetlerinin tümü sağlık politikasının kapsamındadır. Bu tanım çerçevesinde sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin yanı sıra, sağlık üzerinde etkisi bulunan çevre ve sosyo-ekonomik faktörler ile de ilgilidir. Bu tanım, sağlık kavramını en geniş kapsamı ile ele alarak, sağlık politikasını, diğer başka tanımlarda olduğu gibi, sadece bakım sistemi ile sınırlamayıp, tanımı sağlık üzerinde etkisi bulunan diğer sektörleri de içerecek şekilde genişletmiştir<sup>120</sup>. Nitekim sağlık politikaları, politikalar mozaiği olarak da nitelenmiştir. Bu yaklaşıma göre sağlık sorunu, diğer öğelerden bağımsız olarak ele alınarak çözülemez. Sağlık sorununun çözülebilmesi için ayrıca nüfusbilim çalışmaları, yerel yönetim çalışmaları, insan gücü politikaları, risk gruplarına yönelik çalışma, kentleşme, gayri sıhhi müesseseler ve çevre üzerine çalışmalar, ilaç politikaları, toplum kalkınması, sağlık ekonomisi ve finansmanı gibi alanlarda da çalışmalar yapılması gerekir<sup>121</sup>.

---

<sup>120</sup> Gill Walt; **Health Policy: An Introduction to Process and Power**; London; Zed Books Ltd; 1994; sf: 41; kaynağı belirten: Mehtap Tatar; **Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teori ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış**; sf: 399.

<sup>121</sup> A. Gürhan Fişek; **Sosyal Barışıklığın Tutkalı: Sağlık**; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı-I; 2001; Ankara; sf: 315.

Politikanın belirlenme sürecine ilişkin değişik görüş ve teoriler geliştirilmiştir. Bunlara göre, herhangi bir alandaki politikanın saptanmasında toplumun bazı güç odakları, belirli sosyal kesimler ve hâttâ kimi elit gruplar söz sahibidir. Örneğın Elit Güç Teorisine göre, sağlık alanındaki baskın elit güç hekimlerdir ve bir ülkede üretilen sağlık politikaları, hekimler tarafından kendi çıkarlarını gözetmek amacıyla yapılır. En azından toplumun genelinin yararına, ancak hekimlerin zararına olacak herhangi bir sağlık politikasının belirlenmesi ve uygulamaya konması mümkün değildir. Bu duruma literatürde en sık verilen örnekler, birçok ülkede genel söylemin aksine, kaynakların koruyucu hekimlik yerine tedavi edici hekimlik hizmetlerine yönelmesi, sağlık kaynaklarının dağılımında kırsal kesim ve sosyo-ekonomik statü açısından dezavantajlı bölgeler yerine, kentlerin üst sosyo-ekonomik grupların çıkarlarının gözetilmesi, toplumun büyük bölümünü ilgilendiren ve ileri teknoloji gerektirmeyen müdahalelerin yerine, sadece sınırlı bir bölümü ilgilendiren ve ileri teknoloji gerektiren müdahalelere öncelik verilmesidir<sup>122</sup>. Türkiye’de sağlık sorunlarının çözümü bağlamında bir devrim yaratmak amacıyla hazırlanan 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa”nın gerek yasalaştırılması, gerekse uygulanması sırasında yaşananlar da bir bakıma bu teorik yaklaşım için iyi bir örnek olarak gösterilebilir.

Marksist görüşe göre toplumun üst yapı kurumları, altyapı tarafından, altyapı da üretim araçlarını ve sermayeyi elinde bulunduran güçler tarafından belirlenir. Bu nedenle, bir üst yapı kurumu olan sağlık politikası da büyük ölçüde, alt yapıya egemen olan toplumsal kesimlerin istek ve çıkarları doğrultusunda oluşur. Bir başka

---

<sup>122</sup> M. Tatar; **Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teori ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış**; sf: 407.

deyişle, üretim araçları ile sermayeye toplumun sahip olduğu ülkelerde sağlık politikası, halkın yararına düzenlemeleri amaçlar. Günümüzde bu konuda verilebilecek en iyi örnek Küba'dır.

## 2.2) TÜRKİYE'NİN SAĞLIK POLİTİKALARINDA TARİHSEL SÜRECİ

Ülkemiz sağlık politikalarında yaşanan süreç, değişik açılardan dönemlere ayrılarak incelenebilir. Dünyada görülen yaklaşıma paralel olarak İkinci Dünya Savaşı Öncesi Dönem, İkinci Dünya Savaşı-1990 Arası Dönem ve 1990 Sonrası Dönem şeklinde üçlü bir dönemsel ayrıma gidilebilir. Literatürümüzde en yaygın olanı, ülkemiz tarihine dayalı dönemsel yaklaşımdır. Kuşkusuz bu yaklaşımda da yazarlar arasında net bir görüş birliğinden söz edilemez; bakış açılarına dayalı olarak aralarında bazı ayrımlar görülür<sup>123</sup>.

### 2.2.1) 1920 – 1945 DÖNEMİ

Kurtuluş Savaşı yıllarını da kapsayan bu dönem, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Büyük Millet Meclisi'nin açılışından sadece on gün sonra çıkarılan 2 Mayıs 1920 tarihli, 3 sayılı, "Büyük Millet Meclisi İcra Vekilleri Heyetinin

---

<sup>123</sup> 1) N.H. Fişek; **Halk Sağlığına Giriş**, 2) M.Tatar ; **Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teori ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış**; sf: 415-432; 3) Yusuf Ekrem Özdemir; "Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları - Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980'li Yıllara Sağlık Politikaları" ve "Sağlık Reformları – 1980 ve 90'lı Yılların Sağlık Politikaları"; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı - I; sf: (257-275), (276-293); 2001. 4) K. Kaya; **Türkiye Sağlık Sistemi Nereye Gidiyor?**; sf: 62.



İntihabına Dair Kanun” ile kurulmasına karar verilmesi ile başlar; bazı yazarlara göre Mustafa Kemal Atatürk’ün vefat ettiği 1938 yılında, bazılarına göre de sağlık politikasında önemli bir değişikliğin yaşandığı 1946’da sona erer.

Kuruluş Yasasına göre Sağlık Bakanlığının ana görevleri; ülkenin sağlık koşullarını iyileştirmek, kişi ve toplum sağlığına zararlı unsurlarla mücadele etmek ve sosyal yardım sağlamaktır. Bu görevleri gerçekleştirmek amacıyla Sağlık Bakanlığınca 1925 yılında yayınlanan ilk programda öncelikle yapılacaklar şöyle belirlenmiştir<sup>124</sup>: Devletin sağlık örgütünü kurmak, sağlık hizmeti veren örgütleri geliştirmek; doktor sayısını artırmak; numune hastaneleri açmak; sıtma, verem kuduz, frengi gibi hastalıklarla mücadele etmek; sağlık hizmetlerini en ücra köylere kadar götürmek; gerekli yasaları çıkarmak ve Hıfzıssıhha Enstitüsü ile Hıfzıssıhha Okulunu kurmak.

Bu döneme damgasını vuran kişi<sup>125</sup>, kısa bir dönem dışında 25.10.1937’ye kadar 14 yıl Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yapan Dr. Refik Saydam’dır. “Tabip, hastalıkların bertaraf edilmesinde oynadığı rolden ziyade, sıhhatte olanların bu hallerini muhafaza etmesi için sarf edecektir” görüşünde olan Dr. Saydam uygulamada da, koruyucu hekimlik hizmetlerine her zaman büyük önem vermiştir. Hasta tedavi hizmetlerini hükümet görevi olarak ele almamış, bu konuda yerel

---

<sup>124</sup> Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı; **Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl**; Ankara; 1973; sf: 38.

<sup>125</sup> N. Eren; **Refik Saydam’ın Sağlık Politikası ve Temel Sağlık Hizmetleri**; “Dr. Refik Saydam (1881-1942) Ölümünün 40. Yıl Anısına” içinde; Ankara; SSYB; 1982; kaynağı belirten: Y.E. Özdemir; **Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları - Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları**; sf: 259.

yönetimlere yol gösterici olmayı yeğlemiştir. Bu amaçla bakanlığa bağlı numune hastaneleri kurmakla yetinmiş, belediye ve özel idareleri hastane açmak için teşvik etmiştir. Ayrıca, köylerde hasta tedavi hizmetlerini örgütlemek için belirli bir çaba harcamamasına karşın, sıtma, trahom, frengi ve bulaşıcı hastalıklarla savaşı en uzak köylere kadar götürmek için tüm olanakları kullanmıştır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde “Hükümet Tabipliği – Sağlık Müdürlüğü” yapılanmasını temel birim olarak benimsemiş, ayrıca buna ek olarak sıtma, frengi, trahom gibi önemli sağlık sorunlarının kısa zamanda çözümlenmesi için, ülkenin içinde bulunduğu koşullar dolayısıyla, sağlık müdürüne bağlı olmayan ve kısmen genel idare dışında (sıtma savaş teşkilatı gibi) kurumlar oluşturmuştur. Bilindiği üzere Hükümet Tabipliği çok çeşitli görevi olan bir hizmetti. Bunların başında bulaşıcı hastalıklarla savaş, adli tabiplik, fakir hastaların parasız muayenesi gelir<sup>126</sup>. Yine aynı dönemde ülkenin değişik yerlerinde 5-25 yataklı sağlık merkezleri kurulmuştur<sup>127</sup>.

**Tablo-1: SSYB Kadrosu ve Hizmet Alanlarındaki Nüfus (1923)**

| Sağlık Personeli     | Sayısı      | Sağlık Personeline Düşen Nüfus |
|----------------------|-------------|--------------------------------|
| <b>Hekim</b>         | 554         | 21.660                         |
| <b>Eczacı</b>        | 4           | 3.000.000                      |
| <b>Sağlık Memuru</b> | 560         | 21.428                         |
| <b>Ebe</b>           | 136         | 88.235                         |
| <b>Hemşire</b>       | 69          | 173.913                        |
| <b>İdare memuru</b>  | 332         | 36.144                         |
| <b>TOPLAM</b>        | <b>1655</b> |                                |

<sup>126</sup> N.H.Fişek; **Halk Sağlığına Giriş**; sf: 159-161.

<sup>127</sup> Y.E. Özdemir; **Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları - Cumhuriyetin**

**Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları**; sf: 259-261.

Tablo-1’de de görüldüğü gibi,1923 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde 554 hekim, 4 eczacı, 560 sağlık memuru, 136 ebe, 69 hemşire ve 332 idari memur bulunuyordu. Tabloda da görüldüğü gibi, Sağlık Bakanlığının kadrosunda yer alan toplam 1655 sağlık personeli, yaklaşık 12 milyonluk ülke nüfusuna hizmet vermek durumundaydı.

Bakanlık,137,3 milyon liralık devlet bütçesinden % 2,21 oranında pay alıyordu. Yaklaşık 3 milyonluk bu bütçeden kişi başına düşen harcama tutarı sadece 0,25 lira dolayında idi<sup>128</sup>.

Refik Saydam, öncelikli olarak hızla hekim sayısını artırıcı önlemler almış ve sağlık memurlarının yetiştirilmesini önemsemiş, hemşire ve ebe yetiştirilmesine ise gereken ağırlığı vermemiştir. Koruyucu hekimlik ile tedavi hekimliği arasında insan gücü dengesini sağlamak amacıyla, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışanlara çok daha özendirici ücret ödenmesini sağlamıştı. Ancak bu ücret politikası, hastane uzmanlarının baskıları sonucu değişip tersine dönmeye başlayınca, R. Saydam’dan sonra koruyucu hizmetler ve sağlık idaresi gelişmemiş, duraklamış ve gerilemiştir<sup>129</sup>.

Tablo 2’de yer alan verilerin ana hatlarıyla değerlendirilmesinde bile bazı yalın gerçekler ortaya çıkmaktadır<sup>130</sup>. Hekim sayısında 1923 verilerine kıyasla, 1945 yılında yaklaşık 11,3 kat artış olduğu halde, hemşire, ebe ve sağlık teknisyeninden

---

<sup>128</sup> Orhan H. Özkan; **Kendinize İyi Bakın**; Ankara; Yeni Türkiye, Sağlık Özel Sayısı I; 2001; sf: 49.

<sup>129</sup> N.H.Fişek; **Halk Sağlığına Giriş**; sf: 160.

<sup>130</sup> Gencay Gürsoy; **Sağlık**; “Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi” içinde; İstanbul; İletişim Yayınları; 1983; sf: 1722.

oluşan yardımcı sağlık personelinin toplamında gerçekleşen artış sadece 4,1 kattır. Söz konusu artışlar, 1950 yılında ise sırasıyla 22,7 artışa karşılık, 8,7 kat artıştır. Bir başka deyişle, 1923 yılında bir hekime düşen yardımcı personel sayısı ortalaması yaklaşık olarak 2,02 iken, bu oran 1945’de 0,73’dür. Bu veriler, sözü edilen dönemde, yardımcı sağlık personeli yetiştirilmesi konusunun ikinci planda bırakılmış olduğunu ve gereken oranda artışın gerçekleştirilemediğini gösterir.

**Tablo-2:Sağlık Personeli Sayısı (1923-1950)**

|                                 | 1923  | 1930  | 1935 | 1940 | 1945 | 1950 |
|---------------------------------|-------|-------|------|------|------|------|
| <b>Hekim</b>                    | 344   | 1182  | 1625 | 2378 | 3886 | 6895 |
| <b>Diş Hekimi</b>               | -     | -     | -    | -    | -    | 910  |
| <b>Eczacı</b>                   | 60    | 127   | 135  | 340  | 725  | 980  |
| <b>Hemşire</b>                  | -     | 202   | 325  | 405  | 409  | 737  |
| <b>Ebe</b>                      | 136   | 400   | 451  | 616  | 806  | 1285 |
| <b>Sağlık Teknis.</b>           | 560   | 1268  | 1365 | 1493 | 1632 | 4018 |
| <b>Hekim Başına Düşen Nüfus</b> | 19860 | 12220 | 9270 | 7420 | 4870 | 3020 |

Sağlık personeli ile tesislerinin olağanüstü yetersiz olduğu bu dönemde, bulaşıcı ve salgın hastalıklarla savaş bağlamında trahom, verem, sıtma gibi en çok rastlanan, en çok insan öldüren hastalıklarla mücadele için kurumlar oluşturulmuş, koruyucu sağlık hizmetleri ön plana alınarak gerekli yasal düzenlemelere gidilmiştir. 1920-1938 arasındaki Atatürk döneminde bu amaçla 49 yasa, 2 kanun hükmünde kararname, 12 tüzük ve 21 yönetmelik yürürlüğe konmuştur. 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1593), sağlık hizmetleri açısından, bugünün gereksinimlerini dahi karşılayabilir niteliktedir<sup>131</sup>.

“Genel Sağlığın Korunması” adlı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun amacı; ülkenin sağlık koşullarını düzenlemek, halkın sağlığına zarar veren bütün hastalıklar ve diğer zararlı etmenlerle mücadele etmek, gelecek kuşakların sağlıklı yetişmesini sağlamak, halkı tıbbi ve sosyal yardıma kavuşturmaktır. Yasaya göre bunlar, devletin genel hizmetleri niteliğindedir. Genel sağlık hizmetlerine ilişkin devlet görevleri SSYB tarafından yerine getirilir. Bakanlık bu konuda, Milli Savunma Bakanlığı hariç, il özel idareleriyle belediyelere ve diğer yerel idarelere bırakılan hizmetlerin yerine getirilmesini denetlemekle de görevlidir. Yasaya göre SSYB’nin doğrudan doğruya yapması gereken görevler şunlardır: Doğumu kolaylaştıracak ve çocuk ölümünü azaltacak önlemler almak; anaların doğum öncesi ve sonrası sağlıklarını korumak; ülkeye bulaşıcı ve salgın hastalıkların girmesini önlemek; içte her türlü mikrobik, bulaşıcı ve salgın hastalıklarla ve çok sayıda ölüme neden olan diğer zararlı etmenler ile savaşmak; hekimlik ve ilgili mesleklerin uygulamasını gözetmek; gıdalar ile ilaçları ve bütün zehirli müessir ve uyuşturucu maddeler –hayvanlar için serumlar ve aşılar hariç- her çeşit serum ve aşıları denetlemek; çocukların ve

---

<sup>131</sup> O. H. Özkan; **Kendinize İyi Bakın**; sf: 49.

gençlerin sağlığının korunmasına ilişkin işlerle, çocuk sağlığı ve çocuk bünyesinin korunma ve gelişimine ait tesisatı denetlemek; okul sağlığı, işçi ve işyeri sağlık işleri, maden suları ile iyi edici etkisi olan suları denetlemek, sağlığı koruma müesseseleri ve bakteriyoloji laboratuvarları ve biyolojik muayene ve tahlil kuruluşlarını açmak ve yönetmek; mesleki eğitim kurumları açmak; ruh hastalıklarına özgü tedavi yerleri veya malul ya da doğuştan herhangi bir noksanı olanları kabul edecek kurumlar kurmak ve yönetmek; göçmenlerin sağlık işlerini, tıbbi istatistikleri düzenlemek; sağlık yayınları ve propagandası yapmak; taşıtları sağlık yönünden kontrol etmek.

Genel Sağlığın Korunması Yasası ile belediyelere de çok önemli görevler verilmiştir: sağlıklı içme ve kullanma suyunun sağlanması; kanalizasyon sisteminin kurulması; mezbaha inşaatı; mezarlık, ölü nakli ve defin işleri; her türlü atıkların toplanıp imha edilmesi; sağlıklı konut yapımı; sıcak ve soğuk hamamlar yapılması; genel mahallerde halkın sağlığına zarar veren etkenlerin ortadan kaldırılması; bulaşıcı hastalıklarla mücadele çalışmalarına yardım edilmesi; özel eczane bulunmayan yerlerde eczane açılıp işletilmesi; acil yardım teşkilatı kurulması; hastane, dispanser, süt çocuğu, muayene ve tedavi evi, yaşlı ve düşkünler bakım yurtları, doğumevleri kurulması ve işletilmesi.

Genel Sağlığın Korunması Yasası dışında, örgütlenme ve personele ilişkin olarak Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu (3017) ile ayrıca Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1219), Tababeti Adliye Kanunu (38), Türk Kodeksi Hakkında Kanun (767), Ecza Ticarethaneleriyle Sanat ve Ziraat İşlerinde Kullanılan Zehirli Müessir Kimyevi Maddelerin Satıldığı Dükkânlara Mahsus Kanun (984), İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Hakkında Kanun (1262), Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun (2313),

Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun (3153), Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilatı Yapılmasına Dair Kanun (4459) gibi yasaların büyük kısmı da yine bu dönemde yürürlüğe konulmuş<sup>132</sup> ve sağlık sistemimizin hukuksal yapısının temeli oluşturulmuştur.

Bu dönemin sonlarında yaşanan İkinci Dünya Savaşı, savaşa katılmamış olsa da Türkiye’yi de çok büyük oranda olumsuz yönde etkilemiş; sıtma, epidemik tifüs ve çiçek hastalıklarında büyük salgınlar meydana gelmiştir. 1945 yılında sıtma ile savaş için Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu çıkarılması zorunluluğu doğmuştur. Salgınların dışında beslenme koşullarının bozulması da ölüm oranlarını artırmıştır<sup>133</sup>. Öte yandan, anılan dönemde savaş nedeniyle yaşanan ekonomik sıkıntılar, diğer alanlarda olduğu gibi, sağlık sektöründe de hem bina ve teknik donanım, hem de insan gücü açısından önemli adımlar atılmasını engellemiştir.

Söz konusu dönemdeki en önemli gelişmelerden birisi de 1936 yılında kabul edilen 3008 sayılı ilk İş Kanunumuz ile yapılan düzenlemedir. Bu Yasa ile Türkiye’de ilk kez sosyal sigortaların kurulması kararlaştırılmış ve sosyal güvenliğin bugün de geçerli bazı temel ilkeleri belirlenmiştir. Hâttâ ülkemizde, sosyal sigortaların kuruluş ve gelişimi, İş Kanununda yer alan ilkelere göre yönlendirilebilir. 3008 sayılı İş Kanununda “Sosyal Yardımlar” başlığı ile düzenlenen, fakat aslında “sosyal sigorta” konusunu düzenleyen maddelerde (m. 100-107), koruma sağlanacak risklerin “iş kazaları-meslek hastalıkları, analık, yaşlılık, işten çıkma, hastalık ve ölüm” olması hükme bağlanmıştır. Ancak, araya İkinci Dünya

---

<sup>132</sup> Yasaların getirdiği düzenlemeler için bkz: Ü. Er; **Sağlık Hukuku**; sf: 243.

<sup>133</sup> N.H.Fişek; **Halk Sağlığına Giriş**; sf: 161.

Savaşın girmesi bu alanda yapılabilecek çalışmaları engellemiş ve bir duraklama dönemine yol açmıştı.

### 2.2.2) 1945 – 1960 DÖNEMİ

3008 sayılı İş Kanununda, sigorta kollarının kademeli olarak kurulması yöntemi benimsendiğinden uygulama da bu doğrultuda gerçekleşti. 1945’de İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu ile başlanarak zaman içinde diğer konulara ilişkin yasalar da yürürlüğe kondu<sup>134</sup>. Ayrıca yine 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu’nun kurulması ve Kuruma, sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve personel atama yetkisi tanınması da, eski dönemin sona erdiğinin önemli bir işaretiydi<sup>135</sup>. 1952’de uygulanmaya başlanan bu hüküm; Refik Saydam döneminde geçerli olan “Kamu sektöründeki hekim ve yardımcı sağlık personelinin tayin hakkının, Sağlık Bakanlığına ait olması” ilkesinin ortadan kalkması, ikili bir yapının kurulması anlamına gelmektedir. Öte yandan bu düzenlemeyle, o dönemin “sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığınca yürütülür” yolundaki diğer temel ilkesi de göz ardı edilmiş oluyordu. İşçi Sigortaları Kurumunun oluşturacağı sağlık tesisleriyle sigortalılara ve yakınlarına sağlık hizmeti verilmesi, bu kesim için belki önemli bir atılım olarak nitelenebilirse de, sağlık konusunun tek elden planlanıp uygulanması açısından sakıncalar yaratacak bir düzenlemeydi. Nitekim bu yaklaşım zamanla, PTT, TCDD, TKİ, TEK gibi diğer bazı kamu kurumlarının da kendi personelinin sağlık sorunlarının çözümü amacıyla kurumsal çözüm yolunu seçmelerinde özendirici olmuş, sonuçta çok başlı bir sağlık sisteminin oluşumuna ve kişilere farklı

---

<sup>134</sup> A. Güzel; A. R. Okur; N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; sf: 31.

<sup>135</sup> N.H.Fişek; **Halk Sağlığına Giriş**; sf: 161.



nitelikte sağlık hizmeti sunulmasına neden olarak, izlenen temel sağlık politikasında çok önemli bir kırılmaya yol açmıştır.

Bu dönem içinde 1946-48 ve 1954-55 yılları arasında iki kez bakanlık görevini yürüten Dr. Behçet Uz zamanında Milli Sağlık Politikası konusunda çalışmalar yapılmıştır. Hazırlanan “*Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı*”nın bazı hedefleri şunlardı: a) Koruyucu hekimlik örgütü kurmak, b) Köylerde sağlık örgütü oluşturmak, c) İhtiyaca uygun sağlık personeli yetiştirmek, d) Hastane ve sağlık kuruluşlarını çağdaş hale getirmek, e) Tüm ülkede yeni sağlık tesisleri kurmak, f) Sağlık harcamalarının finansmanı için milli sağlık bankası ve sağlık sandıkları kurmak. Refik saydam’ın belirlediği ilkelerle örtüşen yönleri bulunan bu plan, yedi bölgeye ayrılacak olan Türkiye’de 10 yıl içinde yaşama geçirilecekti. Her 40 köy (yaklaşık 20.000 bin nüfus) için bir sağlık merkezi kurulacak, her sağlık merkezinde acil vakalar için 10 hasta yatağı, iki hekim ve tedavi hizmeti ile koruyucu hizmetleri bir arada yürütmek üzere tesiste 11 sağlık personeli bulunacaktı. Hizmetin her yere ulaşması için sağlık merkezleri toplam 2400 taşıt aracına sahip olacaktı.

Bakanın görevden ayrılması sonucunda çeşitli gerekçeler gösterilerek anılan plan yaşama geçirilemedi. Dr. Behçet Uz’un ikinci bakanlık döneminde de, bu defa daha dar kapsamlı olmak üzere “*Milli Sağlık Politikası*” adıyla yeni bir plan daha hazırlanmış, fakat plana gerekli destek verilmediğinden bu planın da uygulanması mümkün olamamıştır. Her iki plan için de gerçekçi olmayan yanlarının bulunduğu yolunda eleştiriler getirilmekteydi. Planın ele alacağı konular arasında ilaç sanayinin denetlenmesi, özellikle koruyucu hekimlik ilaçlarının, bakanlık olanaklarıyla üretilmesi, süt ve mama gibi çocuk beslenmesiyle ilişkili tesislerin kurulması ve işletilmesi gibi hususların yer almasının, planların yasalaşmasını engelleyen nedenler

arasında bulunduğu ileri sürülmüştür. Çünkü bunlar sermayedarların çıkarlarını zedeleyecek nitelikteydi. Daha sonra Bakan olan Dr. Ekrem Hayri Üstündağ'ın, sözü edilen planı ele alıp, daha genişleterek Bakanlar Kuruluna sunmak üzere iken kabine dışı bırakılması da dikkat çekici bir durumdur<sup>136</sup>.

1950-1960 yılları arasında Demokrat Partinin iktidarda olduğu dönemde, hasta tedavisinin bir devlet hizmeti olarak kabul edilmesi ve bu anlayış doğrultusunda özel idare hastanelerinin devletleştirilmesi, Refik Saydam döneminin ilkelerinde önemli bir değişikliğe yol açmıştır. Bu, hasta tedavi hizmet standardının yükseltilmesine, her il halkına eşit olarak sağlanmasına, tedavi ve koruyucu hizmetlerin bir arada yürütülmesine imkân sağlamak açısından, ilerici ve yerinde bir karardır. 1950-60 yıllarında hastaneciliğin gelişmesine büyük önem verilmiş, koruyucu hizmetler gerilemese bile ikinci planda kalmıştır. Hastaneciliğin geliştirilmesine paralel olarak yeter sayıda hemşire, ebe, laboratuvar teknisyeni gibi sağlık personelinin yetiştirilmesi için gerekli çalışmalar yapılmadığından hasta bakım hizmeti ise gelişmemiştir<sup>137</sup>.

Sonraki yıllarda sağlık merkezlerinin sayısı artmış, 1960 yılında sayıları 283'e ulaşmıştı. Bu arada taşradaki sağlık hizmetlerinde beliren çok başlılığı ortadan kaldırmak amacıyla 1954 yılında "kaza sağlık idareleri" uygulamasına geçilmiş, bu uygulama ile sağlık merkezlerinin koruyucu sağlık hizmetlerindeki sorumluluk alanı, il ve ilçe merkezi yanında köyleri de içine alacak şekilde genişletilmişti. Kaza sağlık idarelerinin başkanlığını hükümet tabipleri yürütüyordu. Kaza sağlık idareleri ile

---

<sup>136</sup> Y.E. Özdemir; **Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları - Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980'li Yıllara Sağlık Politikaları**; sf: 262.

<sup>137</sup> N.H.Fişek; **Halk Sağlığına Giriş**; sf: 162.

sağlık merkezlerinin ilk baştaki yapısı değişime uğramış; hükümet tabipliği ile verem, sıtma, lepra ve trahom savaş gibi dikey örgütlenme birimleri ve sağlık merkezleri arasında işbirliği sağlanmıştır<sup>138</sup>.

Bu dönem içinde Türk Tabipleri Birliği (6023) ile Eczaneler ve Eczacılık Hakkında Kanun (6197) yürürlüğe konulmuştur. Yine bu dönemde ayrıca, 3008 sayılı İş Kanunu gereği işçilere risklere karşı güvence sağlamak üzere 1950 yılında Hastalık ve Analık Sigortaları Kanunu (5502) kabul edilmiş, Basın İş Kanunu (5953) ve Deniz İş Kanunu (6379) ile basın ve deniz iş kolunda çalışanlar sosyal sigorta kapsamına alınmışlardır. T.C. Emekli Sandığı Kanunu (5434) ile de memurlara sosyal güvence sağlayan bütün yasa ve sandıklar birleştirilmiştir<sup>139</sup>.

Bu yasal düzenlemelerle, sosyal güvenlik sistemimizin temel kuruluşları oluşturulmuş ve 2000’li yılların başlarına kadar geçerli olacak yasal düzenin ana iskeleti yaşama geçirilmiş oluyordu. Uygulamada görülen aksaklıklar zaman içinde yapılan yasal ve kurumsal yeniliklerle giderilmeye çalışılmış ise de, belirli bir dünya görüşü doğrultusunda gerçekleştirilemeyen, bir başka deyişle ülkemizde egemen düzenin koyduğu sınırlar içinde yapılan “palyatif” düzenlemeler, yaşanan sıkıntılara köklü bir çözüm getirmemiştir.

---

<sup>138</sup> Erdem Aydın; **Türkiye’de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi**; Ankara; Toplum ve Hekim; 1997; 12 (80); sf: 36; kaynağı belirten: Y.E. Özdemir; **Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları -Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları**; sf: 263.

<sup>139</sup> A. Güzel; A. R. Okur; N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; sf: 33.

### **2.2.3) 1960 – 1980 DÖNEMİ**

Bu dönemi, bir önceki dönemden ayıran unsur, 1961 Anayasası ve bunun getirdiği yeni sosyal, siyasal, ekonomik ve kurumsal anlayış ve düzendir.

#### **2.2.3.1) Yeni Anayasa, Yeni Yaklaşım**

“1924 anayasası kişi hak ve özgürlüklerini güvence altına almak bakımından ne kadar zayıf idiye, 1961 anayasası tam aksine o kadar güçlüdür. Denilebilir ki, siyasi iktidarın yetki taşımalarını önlemek ve özgürlükleri korumak için anayasa tekniğinde şimdiye dek bilinen ve tanınan belli başlı ne kadar kurum ve ilke varsa hemen hepsi 1961 Anayasasına alınmıştır. Anayasa mahkemesi, İkinci meclis, Yüksek Hakimler Kurulu, idarenin her türlü işleminin yargı denetimine bağlanması ve özellikle Anayasa Mahkemesi, özgürlüklerin bekçisi ve ‘Anayasanın Üstünlüğü’ ilkesinin koruyucusu olarak düşünülmüştür”<sup>140</sup>. Bu anayasal anlayışın doğal sonucu olarak, birçok alanda (DPT, Anayasa Mahkemesi gibi) yeni kurumlar oluşturulmuş ve (Sendikalar Kanunu, Toplu İş Sözleşmesi Grev ve Lokavt Kanunu, Bağ-Kur vb.) önemli yasalar yürürlüğe konulmuştur. 1961 Anayasasının temel özellikleri üzerinde daha önce durulmuş olduğundan burada yeniden ele alınmamış, konumuzla ilgili diğer yasal çalışmalara değinmekle yetinilmiştir.

#### **2.2.3.2) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**

27 Mayıs 1960’da Türk Silahlı Kuvvetleri adına yönetime el koyan Milli Birlik Komitesi, “Sağlık alanında örgütlenmenin yeniden yapılanması, milli ilaç sanayii, tıp araç ve gereçleri sanayiinin kurulması, yeterli sağlık personelinin yetiştirilmesi” gibi amaçları gerçekleştirmek istemekteydi. Bu amaçla yapılan

---

<sup>140</sup> F. Demir; **Anayasa Hukukuna Giriş**; sf: 131.

hazırlık döneminde üç plan <sup>141</sup>ortaya konmuştu: Plan A'da ülkenin tümünün sosyalleştirme kapsamı içine alınması, Plan B'de köylerdeki sağlık hizmetleriyle bütün yurttaki halk sağlığı çalışmalarına önem veren bir program hazırlanması ve Plan C'de ise her ilçede en az bir doktor ve diğer sağlık personelinin oluşması ve bu bağlamda sağlık ekibinin kurulması. Bunlardan birinci plan benimsenmiş ve bu bağlamda yapılan çalışmalar sonucunda hazırlanan tasarıda şu hususlar benimsenmişti<sup>142</sup>:

1) Sosyalleştirilen bölgelerde, kamu sektöründe çalışan sağlık personeli, ücret karşılığında serbest meslek yapamayacak, 2) Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar hariç, kamu sektöründeki kurumlar ile işçi sigortalarına ait sağlık hizmetleri SSYB tarafından yürütülecek, 3) Sağlık evi- sağlık ocağı-sağlık merkezleri ve hastaneler-il sağlık ve sosyal yardım müdürlükleri şeklinde bir örgüt yapısı oluşturulacak, 4) Sağlık birimleri arasında kademeli sevk zinciri kurulacak, 5) Sosyalleştirme bölgelerinde hasta muayene ve tedavisi parasız olacak, 6) Hastaların gereksinimi olan ilaç ve tedavi araçları serbest eczane bulunmayan yerlerde sağlık teşkilatı tarafından işletilen eczanelerden sağlanacak; parasız olarak verilebilecek ilaç, tedavi ve rehabilitasyon cihazları SSYB tarafından belirlenecek, 7) Bir bölgede sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için gerekli tesisler ve araçlar temin edilmeden, o bölgede sosyalleştirme uygulamasına geçilmeyecek, 8) Sosyalleştirme önce SSYB tarafından saptanacak pilot illerde uygulanacak, 9) Sosyalleştirme 15 yıl içinde

---

<sup>141</sup> Ragıp Üner; Nusret Fişek; **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar**; Ankara; SSYB Yayını; No: 256; 1961; sf: 36-52 .

<sup>142</sup> Y.E. Özdemir; **Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları - Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980'li Yıllara Sağlık Politikaları**; sf: 264, 270.

kademeli olarak bütün ülkeye yayılacak, 10) Sosyalleştirme işlerini planlamak ve yürütmek üzere SSYB’de bir özel daire kurulacak; ayrıca SSYB nezdinde faaliyetleri değerlendirmek ve önerilerde bulunmak üzere Bakanlıkça belirlenecek uzmanlar ile bazı bakanlıklar, üniversiteler, Türk Tabipleri Birliği ve Türk Eczacılar Birliği temsilcileri ve il sağlık komitesi temsilcilerinin katılımı ile bir Genel Kurul oluşturulacak, 11) Sağlık örgütü ile halk arasındaki ilişkileri sağlamak üzere sağlık ocaklarında, sağlık merkezlerinde ve illerde “sağlık komiteleri” kurulacak, bu komitelerde halk ve meslek gruplarını temsil eden üyeler yer alacak, 12) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde kamu kurumlarının sağlık kuruluşlarına ait her türlü bina, malzeme, eşya ve ilaçlar SSYB’ye devredilecek; serbest meslek icra edenlerin kullandıkları malzemelerden işe yarar olanlar -istedikleri takdirde- SSYB’ce satın alınacak, 13) Sağlık hizmetlerine yönelik tesislerin inşasına Bayındırlık Bakanlığınca öncelik verilecek, 14) Sosyalleştirilen bölgelerde hükümet tabiplikleri ve belediye sağlık teşkilatları kaldırılacak.

Tasarıda ayrıca mali hükümlere ilişkin bir maddeye yer verilmişti. Bu madde hükmüne göre; sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerdeki her türlü giderler için gerekli ödenek, her yıl SSYB bütçesinde açılacak özel bir bölüme konulacaktı. Bu ödenek; bölgedeki halktan alınacak sağlık sigortası priminden, bazı gelirler üzerinden alınacak sağlık vergilerinden, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden toplanan ücretlerden, sosyalleştirme bölgelerindeki özel idare ve belediye bütçelerinden alınacak hisselerden ve sağlık hizmetleri için genel bütçeye konulan paydan oluşacaktı.

MBK, görevini sivil hükümete devredeceği son gün yaptığı oturumda<sup>143</sup> çok ciddi tartışmalar sonucunda söz konusu tasarımı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” (224) adıyla yasalaştırdı<sup>144</sup>.

Bu yasa, sağlık alanında ülkemiz açısından devrim niteliğindedir<sup>145</sup>. Kimi yazarlara göre de modern bir sağlık hizmeti anlayışının gereklerini içermektedir<sup>146</sup>.

---

<sup>143</sup> 1) T.C. **Milli Birlik Komitesinin Genel Kurul Toplantısı Tutanakları**; 5 Ocak 1961, Perşembe; 71. Birleşim; 2. Oturum; Cilt: 5; sayfa: 15-41. MBK üyelerinden Sami Küçük başkanlığında yapılan toplantının yazmanları, yine MBK üyeleri olan Suphi Gürsoytrak ve Kâmil Karavelioğlu’dur. 2) Zafer Öztekin; **Nusret Fişek İle Söyleşi**; Ankara; Türk Tabipleri Birliği; 1992; sf: 26.

<sup>144</sup> Sözü edilen oturumda yazmanlık görevini yürüten ve yasa tasarısı ile ilgili ön çalışmalar yapan **Suphi Gürsoytrak**, 10 Temmuz 2009 tarihinde evinde kendisi ile bizzat yaptığım görüşmede; yasanın kabul ettirilmesinde önemli güçlükler yaşandığını, özellikle “14’ler” olarak adlandırılan MBK üyelerinin bu yasaya taraftar olmadıklarını, Maliye Bakanlığı temsilcilerinin konuya sıcak yaklaşmadıklarını, tasarının yasalaşmasında zamanın Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Nusret H. Fişek’in çok büyük çabası olduğunu belirtmiştir.

<sup>145</sup> “Dünya Sağlık Örgütünün 1978 yılında toplanan Alma-Ata Konferansında kabul edilen ve ‘2000 Yılında Herkese Sağlık’ için izlenmesi gereken yol olarak çizilen ilkeler, 1961’de kabul edilen ‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası’ ile o tarihte TC Hükümetleri için uyulması zorunlu yasa hükümleri olarak benimsenmişti”: A.G. Fişek; Ş.T. Özsuca; M.A. Şuğle; **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi: 1946-1996**; sf: 66.

Yıllar sonra, 2003 yılında benimsenip yürürlüğe konulacak olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda da 224 sayılı Yasa ile oluşturulan sağlık ocağı ve sağlık evi modelinin zamanının en gelişmiş ve en modern sistemlerinden biri olduğu vurgulanmıştır<sup>147</sup>.

Yasanın amacını belirleyen birinci maddesine göre sosyalleştirme üç ana ilkeye dayanmaktadır: a) Sağlık hakkı, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile tanınan bir haktır, b) Sağlık hizmetlerinden yararlanma, sosyal adalete uygun bir biçimde gerçekleştirilecektir, c) Tababet ve tababetle ilgili hizmetler, bu yasaya dayalı bir programa göre sosyalleştirilecektir. İngiltere'den esinlenerek ve kırsal bölge göz önüne alınarak hazırlanan tasarıda ilaç konusunda da Avusturya'dan etkilenilmiştir<sup>148</sup>. Yasanın kavramlar ile ilgili 2. maddesinde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, “ vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile âmme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmaları” olarak tanımlanmıştı.

Sosyalleştirme yasasında yer alan temel ilke ve düzenlemeler şunlardır<sup>149</sup>:

---

<sup>146</sup> Coşkun Bakar; Seval Akgün; **Türkiye’de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye**; Ankara; Toplum ve Hekim Dergisi; 20/5; 2008; sf: 349.

<sup>147</sup> Sağlık Bakanlığı; **Sağlıkta Dönüşüm**; Ankara; 2003; sf: 29.

<sup>148</sup> Z. Öztekin; **Nusret Fişek İle Söyleşi**; sf: 26, 27.

<sup>149</sup> 1) N.H.Fişek; **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Üzerinde Çalışmalar**; 1963; sf: 109; 2) **Türkiye’de Sağlık Politikası**; 1984; sf: 63; “Rahmi Dirican; **Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları: Sağlık Yönetimi**” içinde; Ankara; Türk Tabipleri Birliği;1997; 3) N.H.Fişek; **Halk Sağlığına Giriş**; sf: 170.



- 1) Sağlık hizmetleri bir programa bağlanacak (m: 1, 17, 21).
- 2) Herkes her çeşit sağlık hizmetinden ücretsiz veya kendisine yapılan hizmetin bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde yararlanacak (m: 2).
- 3) Sağlık örgütü illerde idari taksimata uymayacak, böylece sağlık personelinin çalıştırılması yönetsel amirlerden sağlık amirlerine aktarılmış olacak (m.2, 25).
- 4) Sağlık örgütünün temeli sağlık ocakları olacak (m. 2, 10, 33), ilk basamak tedavi hekimliği örgütlenecek (m. 10).
- 5) Kamu sektöründe çalışan hekimler serbest meslek icra edemeyecek, yani hekimler tam gün çalışacak ve sözleşme ile istihdam edilecek (m. 3, 19, 26).
- 6) Hekim, kamu sektöründe görev alma zorunda olmayacak, isterse serbest çalışabilecek; kişiler ücretini ödemek koşuluyla istediği hekime başvurabilecek (m. 4, 5).
- 7) Kamu sektöründe tüm sağlık hizmetleri –Silahlı Kuvvetler hariç- tek elde ve SSYB’de toplanacak ve Bakanlığa başka kurumların sağlık personelini denetleme yetkisi tanınacak (m. 7, 8).
- 8) Sağlık örgütünde birkaç ilden oluşan bölgeler kurulacak (m. 9),
- 9) Sağlık ocağı düzeyinde koruyucu hekimlik ile ilk basamak tedavi hekimliği entegre edilerek, bir ekip hizmeti olarak örgütlenecek (m. 10).
- 10) Tedavi ve koruyucu hekimlik kurumları, birbirlerini tamamlayan kurumlar olacak (m. 11, 12).

11) Kanunun verdiği haklardan yararlanmak isteyen hastalar -acil durum hariç- önce sağlık ocağına başvuracak, sağlık ocağı hekimi gerekli görürse hastayı hastaneye gönderecek (m. 13).

12) Hastalara ilaç ve tedavi araçları, bütçenin elverdiği oranda parasız verilecek. Hangi ilaç ve araçların parasız verileceği her yıl SSBYB tarafından saptanacak (m. 16).

13) Bir bölgede sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzeme, araçlar ve personel temin edilmeden o bölgede sosyalleştirme planı uygulanmayacak (m. 17).

15) Hastaların sağlık kuruluşlarına başvuru şekilleri ve ücretsiz hizmetten yararlanma olanakları bir düzene bağlanacak (m. 13, 14, 27).

16) Hastane uzmanları sağlık ocağı personelinin sürekli eğitimini sağlayacak (m. 12).

17) Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti rgt ile halk arasındaki ilişkiyi sağlamak amacıyla işbirliği kurulları oluşturulacak (m. 23).

18) Yönetime, ülkenin bir bölümünde bir pilot bölge kurarak deneme hizmeti verecek; Kanun her yıl Başbakanlıkça belirlenecek bazı illerde uygulanmak suretiyle kademeli olarak 15 yılda hayata geçirilecek (m.18, 20).

Sağlık işlerinin sosyalleştirilmesi konusunda bir rapor hazırlayan İngiltere Sağlık Bakanlığı eski Müsteşarı; “sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti cazip bir fikirdir; kademeli olarak tedrici surette tabiki çok yerinde bir tedbirdir” değerlendirmesini yaptıktan sonra, SHSHK’nın uygulanmasını hızlandırmak amacıyla gerekli gördüğü

hususları belirtmiştir<sup>150</sup>. Buna göre; bazı yeni birimlerin kurulması; sağlık personelinin ülkedeki dağılımının daha iyi bir biçimde gerçekleştirilmesi; sağlık hizmeti veren personeline bazı özel konularda eğitim verilmesi; köy sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi; uzun vadeli hastane hizmetinin planlanması, sağlık merkezleri ile sağlık evlerinde yatak sayılarının artırılması, “sosyalleştirilmiş bir sağlık hizmeti için stratejik esaslar” olarak benimsenebilir. Rapordaki bu öneriler, aslında SHSHK’nın oluşum felsefesindeki yaklaşımın ana hatlarıyla örtüşür niteliktedir.

SHSHK’nın uygulanmasına 1963 yılında başlanmış, uygulamanın 15 yılda tamamlanması öngörülmesine karşın, bunun mümkün olmayacağı anlaşılınca süre uzatılmış ve ülkenin tümü ancak 1983 yılında yasa kapsamına alınabilmiştir. Yasanın fikir babası ve mimarı olan zamanın Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Nusret Fişek<sup>151</sup>, başlangıçta, yani 1963-1965 yıllarında başarıyla uygulanan sosyalleştirmenin, 1966 yılından itibaren bazı temel nedenlerden dolayı, başarısız bir uygulamaya dönüştüğünü şöyle açıklamıştır<sup>152</sup>:

---

<sup>150</sup> John A. Charles; **Türkiye’de Sağlık Hizmetinin Sosyalleştirilmesine Ait Müşahade ve Tavsiyeler**; “R. Üner; N. Fişek; **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar**” içinde; sf: 119-134.

<sup>151</sup> Kâmil Karavelioğlu; **Bir Devrim İki Darbe: 27 Mayıs, 12 Mart, 12 Eylül**; İstanbul; Güner Yayınları; 2007; sf:80.

<sup>152</sup> 1) N.H.Fişek; **Halk Sağlığına Giriş**; sf: 166; 2) Z. Öztekin; **Nusret Fişek İle Söyleşi**; sf: 33-39; 3) N.H.Fişek; **Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları**; 1991; sf: 60; “R. Dirican; **Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları: Sağlık Yönetimi**” içinde; sf: 60.

1) Bazı Sağlık Bakanları ve bunlara bağımlı olarak yüksek kademe yöneticileri kanunun uygulanmasına gerektiği kadar inanmamışlar ve personelin güvenini sarsmışlardır.

2) Finansman sorunu çözülememiştir. Alışılmış bir usul olmadığı halde, cari bütçenin Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planına konulması sağlanmış, fakat Maliye Bakanlığı konuya olumlu yaklaşmayıp, engeller çıkartmış, kısıtlamalar getirmiştir. Milli Birlik Komitesi'ne sunulan tasarının Maliye Bakanınca imzalanmamış olması, maliyenin sosyalizasyona karşı olan bu tutumunun bir göstergesidir.

3) Hastane ve sağlık ocaklarına yeter sayıda hekim atanmamıştır. 1965'den sonra hükümetler sağlık hizmetinde birinci basamağın önemini anlamamışlar ve sağlık ocakları, hastane sağlık merkezlerinin yanında niteliksiz hizmet veren kurumlar olarak kalmışlardır. Uzun yıllar sağlık ocaklarının çoğuna hekim atanmamıştır. Devlet hizmet yükümlülüğü yasası bu açığı kapatmak üzere kabul edilmiştir. Ocaklarda hekim açığı kapatılmış, ancak yasa gereği ilaç, araç, gereç, lojman, bina gibi gereksinimler ile ocak-hastane işbirliği sağlanamadığından beklenen sonuç alınamamıştır.

4) Hizmet için verilmesi kanun gereği olan ödenekler hiçbir zaman yeter düzeyde verilmemiştir. Araç, gereç ve ilaç sıkıntısı daima büyük sorun olmuştur.

5) Başlangıçta sözleşme ile yüksek ücret ödemek suretiyle hekim çalıştırılması mümkün kılınmışken, daha sonra bu yöntemden vazgeçilmiştir. 1965 yılında kabul edilen 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile hekimler ile diğer sağlık personelinin sözleşme ile çalıştırılması ilkesi ortadan kaldırılmıştır. Böylelikle sosyalleştirme bölgelerindeki ücret avantajı kalmamış ve bu bölgeler ücret açısından çekiciliğini yitirmiştir.

6) Muayenehanelerini kapatmak istemeyen hekimlerin baskılarının ve olumsuz yaklaşımlarının da etkisiyle, 1981 yılında kabul edilen 2368 sayılı yasayla, kamu sektöründe ve sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti bölgelerinde çalışan hekimlere, serbest çalışma izni verilmiş ve sosyalleştirmenin temel ilkelerinden biri ortadan kaldırılmıştır. Bunun sonucu olarak da tam süre çalışma ilkesi uygulanamamıştır.

7) Rotasyonun sağlıklı biçimde işletilememesi de sosyalizasyon bölgelerinde görev almanın çekiciliğini azaltmıştır.

8) Sağlık teşkilatının il içinde bir bütün olarak yönetileceği ilkesine önem verilmemiş, genel yönetimin içinde görülmüştür. Sonunda, ilçede mülki amir olan kaymakam, sağlık personelinin sicil amiri haline getirilmiş ve sağlık personeli kaymakamın emrine verilmiştir. Bu nedenle sağlık personeli politik baskıdan korunamamıştır. Ayrıca, il düzeyinde sağlık yönetimi yetersizdi. Sağlık ocaklarını denetleyecek grup başkanlıkları kurulmamıştı. Yerel örgütler, çoğunlukla şefi olmayan bir orkestra ve komutansız bir orduya benzemektedir.

9) Yasadaki açık hükme karşın, alt yapısı tamamlanmayan illerde sosyalleştirmeye gidilmesi de uygulamayı olumsuz yönde etkilemiştir.

10) “Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti örgütü ile halk arasındaki ilişkiyi sağlamak amacıyla işbirliği kurulları oluşturulacaktır” şeklindeki yasa hükmüne karşın, bu konuda da başarılı bir uygulama gerçekleştirilememiştir.

11) Hekim ve diğer sağlık personeli fakülte ve okullarda hizmetin gerektirdiği şekilde yetiştirilmemişlerdir.

12) Yeterli nitelik ve nicelikte sağlık yöneticisinin yetiştirilmemiş olması da sonucu olumsuz etkilemiştir. Güçlü bir sağlık yönetici kadrosu kurulamamıştır.

Fakültelerden yeni mezun olmuş hekimler, sağlık müdürü veya vekili olarak atanmışlardır.

Literatürdeki bir başka değerlendirmeye göre ise<sup>153</sup> SHSHK'nın başarıyla işlememesinin diğer bazı nedenleri şunlardır: 1) Yasalaşma süreci, ilgili tarafların görüşlerinin alındığı ve geniş çaplı katılımının sağlandığı bir süreç olmamış<sup>154</sup>, bu nedenle uzlaşma sürecinin ürünü olmayıp, yukarıdan aşağıya, emir komuta zinciri içinde gelişmiştir. Bu durum özellikle askeri dönemin bitmesi ve sivil hükümetlere geçtikten sonra, kanunun bu zorlama ve baskı süreci ile özdeşleşmesine ve benimsenmemesine neden olmuştur. 2) Sosyalleştirme politikasının ilk uygulanacağı pilot bölge olarak, altyapısı gelişmemiş bir il olan Muş'un seçilmesi de olumsuz etki yapmıştır. Sosyalleştirme modeli, sadece sağlık hizmetlerinin değil, sağlığın sektörler arası olma özelliği çerçevesinde eğitim, ulaşım, içme suyu, sağlıklı çevre gibi birçok diğer sektörün de başarısını gerektirmektedir. Modelin bu açılardan eksik bir yörede başlaması, ilk uygulamadan istenilen sonucun elde edilememesine, dolayısıyla iyi bir örnek oluşturamamasına yol açmıştır. 3) Kısa bir iki dönem dışında genellikle sağ eğilimli güçler iktidara gelmiş, bu görüşteki iktidarlar politikanın uygulanması için gerekli finansal kaynak ve insan gücünü sağlamamış ve yasanın uygulanmasını engellemiştir. 4) Sosyalizasyon politikasının gerektirdiği finansal yükün sadece devlet bütçesinden karşılanamayacağının kabul edilmesine karşın, bu politikanın

---

<sup>153</sup> M. Tatar; **Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teori ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış**; sf: 422-426.

<sup>154</sup> Coşkun Bakar; Seval Akgün; **Türkiye'de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye**; sf: 350.

finansal gereklerinin nasıl karşılanacağı konusunun kesin bir biçimde çözüme bağlanmamış olması da başarısızlığın temel nedenlerinden biri olmuştur.

**Tablo-3: Sağlık Ocaklarının Personel Durumu**

|      |           | Hekim        | Hekim      | Hemşire      | Hemşire    |
|------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|
| Yıl  | İl Sayısı | Asgari Kadro | Dolu Kadro | Asgari Kadro | Dolu Kadro |
| 1963 | 1         | 20           | 18         | 20           | 13         |
| 1964 | 6         | 179          | 143        | 173          | 50         |
| 1965 | 12        | 486          | 276        | 459          | 142        |
| 1966 | 12        | 486          | 284        | 459          | 129        |
| 1967 | 17        | 635          | 315        | 599          | 179        |
| 1968 | 22        | 832          | 324        | 787          | 185        |
| 1969 | 24        | 902          | 342        | 857          | 235        |
| 1970 | 25        | 946          | 331        | 892          | 194        |
| 1971 | 25        | 946          | 309        | 892          | 239        |
| 1972 | 25        | 946          | 283        | 892          | 256        |

SHSHK'nın başlangıçtaki on yıllık uygulama dönemine ilişkin Tablo-3'deki verilerin incelenmesinde<sup>155</sup>, ilk üç yılda, sosyalleştirme kapsamına alınan il sayısının 1'den 12'ye çıktığı, hekim ve hemşire sayılarında da gerek norm kadro, gerekse kadro doluluğu bakımından anlamlı artışların meydana geldiği görülmektedir. Sözü edilen dönemin son yedi yılında alınan mesafenin ise beklentileri karşılamaktan oldukça uzak olduğu ortadadır. Bu durumun, SHSHK'nın mimarı N.Fişek'in,

<sup>155</sup> G. Gürsoy; **Sağlık**; sf:1726.

“1966’dan itibaren yavaşlama başladı” yolundaki söylemini doğrulamaktadır. Bunda, 1965 yılında seçimi kazanarak güçlü bir meclis grubu ile iktidara tek başına gelen Süleyman Demirel başkanlığındaki Adalet Partisi hükümetinin büyük oranda pay sahibi olduğunu ileri sürmek, yanlış bir değerlendirme olmasa gerektir. Söz konusu partinin; liberal ekonomik görüşü içtenlikle benimsediği, 1961 Anayasası ile getirilen planlı kalkınma yöntemine “plan değil, pilav isteriz” anlayışı ile yaklaşım gösterdiği, dolayısıyla sosyalleştirme gibi bir politikaya “felsefe” olarak karşı olduğu tarihsel bir gerçektir.

Yukarıdaki açıklamalar sonucunda, sağlık alanındaki sosyalleştirme politikasının arzulanan başarıya ulaşılamamasının temelinde, dönemin siyasal iktidarlarının, esas olarak bu konuya inanmamış olmaları ve özellikle finansal kaynak ve insan gücü açılarından izledikleri kuşatma ve engelleme yöntemlerinin yatmakta olduğu söylenebilir. SHSHK Tasarısının mali hükümlere ilişkin 32. maddesinde, zorunlu “sağlık sigortası primi”nin yanında, “sağlık vergisi” ve diğer gelir kaynaklarına da yer verildiği halde, tasarının yasalaştırılması sırasında metinden çıkarılmıştır<sup>156</sup>. Bunda, tasarının yeterince tartışılmadan hazırlanması kadar, Milli Birlik Komitesi’nin görevini sivil hükümete devretmeden önce, görevlerini devredecekleri son gün aceleyle kabul etmeye çalışması da etkili olmuştur.

---

<sup>156</sup> Kanunun 32. madde gerekçesinde de, sosyalleştirilen bölgenin halkından kişi başına yılda 25 lira alınması, ayrıca tuz, mektup, posta kartı vb. harcamalardan, radyo sahiplerinden sağlık vergisi alınması gibi çeşitli finansman kaynakları öngörülmüştü. Bkz: R. Üner; N. Fişek; **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar**; sf: 53-62 (Kanun Tasarısı); 70-97 (Kanun Gerekçesi).



Sağlık hizmetlerinin finansmanı için halktan prim toplanması uygulamasına yasada yer verilmediğinden, hizmetler genel bütçeden ayrılan ödeneklerle karşılanmış; fakat bu ödenekler de hiçbir zaman istenilen düzeyde olmamış, üstelik giderek azalmıştır. Sosyalleştirmenin hazırlık aşamasında, belirlenen hedeflerin gerçekleştirilmesi için sağlık bütçesinin milli bütçe içindeki payının %12,2 ve en kötü olasılıkla %7,5 olması öngörülürken; bu oran 1960'da %5,27; 1965'de %4,1; 1970'de %3,08; 1975'de %3,54; 1980'de %4,21; 1985'de %2,54; 1990'da %4,12; 1995'de %3,7; 1997'de %3,22 ve 1998'de %2,65 olmuştur<sup>157</sup>. Öngörülen ödenekler oranı ile bütçedeki fiili durum arasındaki büyük fark, uygulamadaki başarının neden düşük olduğunu ortaya koymaktadır.

**Tablo-4: Genel Bütçe İçinde Kişi Başına Düşen Cari ve Reel Sağlık Harcaması**

| Yıllar | Kişi Başına Cari Harcama (TL) | Kişi Başına Reel Harcama (TL) |
|--------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1965   | 18,96                         | 17,33                         |
| 1970   | 25,10                         | 17,23                         |
| 1975   | 93,60                         | 27,27                         |
| 1980   | 704,00                        | 27,60                         |
| 1981   | 1220,26                       | 31,65                         |
| 1982   | 1082,31                       | 22,00                         |
| 1983   | 1591,60                       | 24,62                         |

<sup>157</sup> Y.E. Özdemir; Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları - Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980'li Yıllara Sağlık Politikaları; sf: 271.

Bir başka yorumcuya<sup>158</sup> göre de, geniş kapsamlı bu programın planlandığı biçimde uygulanabilmesinin birinci koşulu, devlet bütçesinden yeterli kaynağın ayrılmasıydı. Oysa, sağlık hizmetlerinin en büyük bölümünü elinde tutan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bütçesine genel bütçeden ayrılan pay, sosyalizasyon uygulamasına geçildikten sonra yükseleceğine, aksine, sürekli olarak düştü. Bakanlık bütçesinden kişi başına düşen harcama ise pek az bir artış gösterdi.

Yasada yer alan önemli ilkelerden biri olan “Kamu sektöründe tüm sağlık hizmetleri –Silahlı Kuvvetler hariç- tek elde ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nda toplanacaktır” ilkesi yaklaşık 40 yıl sonra, ancak 2005 yılında gerçekleşebilmiştir.

Sosyalleştirme programının mimarı N.H.Fişek’in yıllar sonra yaptığı değerlendirmede şu görüş belirtilmiştir<sup>159</sup>: “... sağlık politikası konusu tartışılırken daha özel bir yaklaşım içinde olmak zorunluluğu vardır. Tartışılacak konular ‘yukarıda sayılan ilkelere ve önlemlere eklenecek başka ilkeler de var mı?’ ‘Değiştirilmesi gereken ilke ve önlemler var mı?’ gibi hususlardır. Son 25 yılda

yapılan tartışmalara bakarak verilecek yanıt, bugünkü koşullarda kabul edilen politika ve ilkelerin en uygun politika ve ilkeler olduğudur”.

---

<sup>158</sup> G. Gürsoy; **Sağlık**; sf: 1725, 1726.

<sup>159</sup> N.H.Fişek; **Türkiye’de Sağlık Politikası**; “R. Dirican; **Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları: Sağlık Yönetimi**” içinde; sf: 63.

DPT'nin Altıncı BYKP Özel İhtisas Komisyonu da değerlendirmesinde benzer doğrultuda bir sonuca ulaşmıştır<sup>160</sup>: “1963 yılında Muş'ta başlatılan uygulama, ilk yıllar içinde beklentilere uygun bir biçimde verimli olmuştur. Ne var ki yıllar ilerleyip uygulama alanı genişledikçe, bir yönden geleneksel yapının mukavemeti ve toplum sağlığının korunmasının tüm toplumun katılmasıyla gelişecek bir ‘sosyal aktivite’ olduğu gerçeğinin benimsenmemesi ve diğer yönden sosyo-ekonomik ve politik faktörler ve nihayet en önemlisi mali kaynak ve insan gücü yetersizliği beklenen gelişmeleri uzunca bir zaman askıda bırakmıştır”. Komisyon ayrıca “Cumhuriyet Hükümetlerinin 70 yıla ulaşan arayıştan sonra yaptığı gerçekçi tercihi vurgulamak ve bundan sonra atılacak her adımın, alınacak her tedbirin Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi projesini destekleyici, yönlendirici ve eksikliklerini tamamlayıcı yönde olması” gerektiğini önemle vurgulamıştır.

Sözü edilen bütün engellemelere ve uygulamada görülen aksaklıklara karşın, yasanın getirdiği sistem, eksik de olsa hâlâ varlığını sürdürmektedir. Dolayısıyla, yaşanan durum ve uygulamanın tersine, kurulmak istenen sistem eğer iktidarlar tarafından samimiyetle desteklenip sahiplenilseydi, program başarıya ulaşmış ve sağlık sistemimiz çok daha gelişmiş bir durumda olabilirdi.

### **2.2.3.3) Birinci - Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planları ve Hükümet Programları**

1960-1980 yılları arasındaki dönemde beşer yıllık süreleri kapsamak üzere dört kez BYKP hazırlanıp yürürlüğe konulmuştur. Bunlarla planlanan hususları ana hatlarıyla da olsa gözden geçirmek gerekir.

---

<sup>160</sup> DPT; Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, Özel İhtisas Komisyonu Raporu: **Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu**; Ankara; 1991; sf: 162.

**Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**'nda (1963-1967), gelecekteki 15 yıllık dönem için “Sağlık hizmetlerinde, Türkiye'de sağlık seviyesini yükseltmek amacı ile çevre sağlık şartlarının iyileştirilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, beslenme şartlarının düzeltilmesi, aile plânlaması ve bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması gibi hedefler gerçekleştirilecektir. Sağlık programları, tedavi hekimliğinin plânlamasında çok pahalı ve tesirsiz olan hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi mümkün kılacak olan bir sisteme doğru yönelecektir. Hastanecilik bu sistemin tamamlayıcı bir unsuru olarak ele alınacaktır” ve “15 yıl içinde yüksek seviyede sağlık personeli sayısı bugünkünün 2,5 katına, yardımcı sağlık personeli sayısı ise bugünkünün 6 katına çıkarılacak/ Sağlık programlarının gerçekleştirilmesi için adam başına sağlık harcamaları 15 yılda 2 katına çıkmış olacak” şeklinde hedeflere yer verilmiştir<sup>161</sup>.

Yine Birinci BYKP'de, “sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili kanunun uygulanması için her çeşit tedbirin alınması” ve “Sağlık sigortasının kurulabilmesi için gerekli çalışmalara öncelikle başlanması” öngörülmüştür<sup>162</sup>.

1968-1972 yılları arasındaki dönemi kapsayan **İkinci BYKP** (1968-72)<sup>163</sup>; “Toplumun ruh ve beden sağlığı içinde yaşaması kalkınmanın amacıdır; öte yandan sağlık hizmeti yukarı seviyede bir iktisadi ve sosyal gelişmeye ulaşabilmek için de bir araçtır. İnsan gücü, ruh ve beden sağlığı iyi olduğu oranda kalkınma çabasında verimli olabilir. İkinci BYKP döneminde halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi amacıyla sağlık standartları belirli bir seviyeye ulaştırılacak, sağlık personelinin ve

---

<sup>161</sup> DPT; **Birinci BYKP**; sf: 39.

<sup>162</sup> DPT; **Birinci BYKP**; sf: 413, 414.

<sup>163</sup> DPT; **İkinci BYKP**; sf: 215.

hizmetlerinin yurt üzerinde halkın bu hizmetlerden eşit şekilde yararlanmasını gerçekleştirecek dengeli dağılımı sağlanacaktır” şeklinde temel bir ilke ortaya koymuştu. Bu ilkenin gerçekleştirilmesi için de, “Toplumun ruh ve beden sağlığının korunması, halkın sağlık hizmetlerinden yararlanma seviyesinin yükseltilmesi ve hasta olanlara eşit tıbbi bakım imkânları sağlanması geniş halk kitlelerine yönelmiş ve özellikle koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık veren sosyalleştirme programlarıyla gerçekleştirilecektir. Sağlık hizmetlerinde sınırlı sayıda nüfusun yararlanabileceği tedavi edici hekimlik hizmetleri, koruyucu hekimlik hizmetlerini tamamlayıcı bir unsur olarak ele alınacak, evde ve ayakta tedavi usulü geliştirilecektir” biçiminde bir yöntem benimsemişti. Bu amaçla ayrıca, çevre sağlığı şartlarının düzeltilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme şartlarının geliştirilmesi, ana-çocuk sağlığı, okul sağlığı, gençlerin sağlığı, işçi sağlığı gibi konularda koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilecekti.

Yine İkinci BYKP’de belirlenen politikaya göre; sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde doğu illerinden başlayan uygulama devam edecek, sağlık hizmetleri seviyesi düşük olan iller bu öncelikle ele alınacak ve bu programda çalışan hekimlere bir rotasyon imkânı sağlamak için yapılan ocakların her yıl % 15’i batı bölgelerine yapılarak program bu yörelere de uzatılacaktı. Öte yandan, sağlık ocakları çeşitli sağlık programlarının ayakta ve evde tedavi hizmetleri şeklinde uygulandığı birimler olduğundan, ocaklarla yataklı tedavi kurumları ve dispanserler arasında işbirliği yapılması sağlanacaktı<sup>164</sup>.

---

<sup>164</sup> DPT; **İkinci BYKP**; sf: 223.

Aynı dönem içinde kabul edilip uygulamaya konmuş bulunan **Üçüncü BYKP** (1973-77), sağlık koşullarının iyileştirilmesi bağlamında benimsenen ilkeye göre, yaşama şartlarının iyileştirilmesi ve yaşama düzeyinin yükseltilmesinde kamuca sağlanan en önemli katkılardan biri, tüme yaygınlaştırılmış bir sağlık hizmetinin gerçekleştirilmesi olduğundan, bu hedefin 1982 yılında kamu eliyle gerçekleştirilmesine çalışılacaktı. Bu amaçla sağlık hizmetlerini sosyalleştirme programlarının tüm yurt düzeyinde yaygınlaştırılarak, 1982’de 10 bin kişiye bir sağlık ocağı, 3 bin kişiye bir sağlık evi ve 10 bin kişiye 33 hasta yatağı standardına ulaşılması öngörülmekteydi. Hattâ, 1982-1995 yılları arasında standartlarda iyileştirmeye gidilerek 1995’de 7500 kişiye bir sağlık ocağı, 2500 kişiye bir sağlık evi ve 10 bin kişiye 50 yatak hedefi gerçekleştirilebilecekti<sup>165</sup>.

Üçüncü BYKP’da geçmiş yıllardaki uygulamalara ilişkin olarak çok önemli şu saptamalar yapılmıştı<sup>166</sup>: “Planlı dönemde sağlık ocak ve evlerinin yapımında Plan hedefleri, program hedefleri ve gerçekleştirmeler arasında büyük farklar görülmektedir. Gerçekleştirmelerdeki bu geri kalmalar yatırım olanaksızlıklarından değil, yapımı tamamlanan birimlere personel temininde karşılaşılan güçlüklerin giderilmemesi nedeniyle, programın, gereken niteliğe kavuşmadan yaygınlaştırılmasının doğuracağı sakıncalar göz önünde tutularak yavaşlatılmasından ileri gelmektedir (...) sosyalleştirme programının personel, araç, gereç, yönetim ve işbirliği gibi asgari şartlarının yerine getirildiği, kuruluş ve örgütlenmesinin tamamlandığı eğitim bölgelerinde, özellikle Ankara Etimesgut Eğitim Bölgesinde halk sağlığı üzerinde etkilerinin olumlu olduğu, halkın sağlık seviyesinin yükseldiği, aşı ile korunabilen

---

<sup>165</sup> DPT; **III. BYKP**; sf: 150.

<sup>166</sup> DPT; **Üçüncü BYKP**; sf: 810.

salgın hastalıkların asgari seviyeye indiği, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin büyük ölçüde geliştiği, bebek ölüm oranı ve beş yaşından aşağıdakilerde ölüm oranlarının azaldığı ve doğuşta beklenen yaşama sürelerinin arttığı görülmektedir”.

Üçüncü BYKP döneminde, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programının 1977 yılında ülke nüfusunun 2/3'sini kapsayacak şekilde (28 milyon 400 bin nüfusa) yaygınlaştırılması, bu yaygınlaştırma sırasında, halen sosyalleştirme kapsamına alınmış 9 milyon 500 bin kişiye götürülen birimlerin tamamlanması ve yeniden kapsama alınacak 18 milyon 900 bin nüfusun gerektirdiği yeni birimlerin yapımının sağlanması hedeflenmişti. Ayrıca buna ek olarak, kademeli bir şekilde uygulanmak üzere bir genel sağlık sigortası için gerekli mevzuat hazırlanacaktı. Mevzuatın hazırlanmasında, sigortanın sağlık hizmetinin geliştiği illerde yataklı tedavi kurumlarına talebi artırmaması göz önünde tutulacak ve sigortanın yaratacağı ek talebin gerektireceği finansmanın yalnız sigorta primlerinden karşılanması esas olacaktı<sup>167</sup>.

**Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı** (1979-1983), Bakanlar Kurulunca saptanmış ve 31.8.1978 gün, 16393 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmış bulunan Plan Hedefleri ve Stratejisinin esasları çerçevesinde hazırlanmıştır. Bu belgeye göre planın Sağlık konusundaki hedefleri şöyledir<sup>168</sup>:

Sağlık hizmetlerini, herkesin eşitçe yararlanabileceği biçimde tüm yurda yaymak ve etkinleştirmek üzere şu hususlar gerçekleştirilecektir:

---

<sup>167</sup> DPT; **Üçüncü BYKP**; sf: 820, 825.

<sup>168</sup> DPT; **Dördüncü BYKP**; sf: 669.

- Tam süre çalışma yasasına bütün yurttaki hızla etkinlik kazandırılacaktır. Böylece hekimlerin ve tüm sağlık personeliyle yardımcı sağlık personelinin yurda dengeli olarak dağılımı, bütün yurttaki sağlık kuruluşlarının yeterli hizmet görür duruma gelmesi sağlanacaktır.

- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile sağlık sigortaları arasında bağlantı ve uyum sağlanacak; sağlık sigortaları kapsamı dışında kalan dar gelirlilerin sağlık gereksinimleri Devletçe karşılanacaktır.

- Koruyucu hekimlik ve salgın hastalıklarla savaşım çalışmaları bütün yurttaki yaygınlaştırılıp etkinleştirilecektir.

- Yerli ilaç sanayi ve özellikle ilaç hammaddesi sanayii geliştirilecektir. Bu alanda toplumsal sigorta kurumlarının etkinliği artırılacaktır. Dıştan alınan ilaç hammaddelerinde kamu denetiminin etkinliği artırılacak; bu konuda ülkemiz sınırlı kaynaklara bağımlılıktan kurtarılacaktır.

Dördüncü BYKP'deki saptamalara göre<sup>169</sup>, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi konusunda her üç planda da yer alan ilke, koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık verilmesi olmuştur. 1963 yılında uygulanmasına başlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programında, halkın giderek artan sağlık hizmeti talebini karşılayabilmek için getirilen koruyucu ve iyileştirici aşamalı hizmet birimlerinin, sağlık hizmetlerinin birbirini tamamlayan iki ögesi olarak ele alınması ve bu hizmetlerin bir bütün olarak küçük yerleşme birimlerinde tek bir ekip tarafından yürütülmesi öngörülmüştür. Ancak uygulama, üç plan dönemi aşılmasına karşın özellikle sağlık personelinin gelişmiş illerde yoğunlaşması sonucu, küçük yerleşme

---

<sup>169</sup> DPT; **Dördüncü BYKP**; sf: 143.



birimlerine personel sağlamada karşılaşılan güçlükler nedeniyle istenen biçimde gelişmemiştir.

Dördüncü BYKP'de daha başka önemli tespitler de yapılmıştır: Yatak sayılarındaki önemli gelişmelere karşılık, yatakların iller arasındaki dağılımındaki dengesizliğin devam etmesi, önemli bir husustur. Yatak sayılarındaki artışlar farklı olmuş, yerel amaçlı yataklar Plan hedefinin üstünde gerçekleşirken, tıp hizmetlerinin uzmanlaşma bölümlerinde öngörülen artış sağlanamamıştır. Çeşitli kuruluşlar tarafından dağınık biçimde yürütülmekte olan bu hizmetlerin birleştirilmesi yolundaki çabaların sonuca ulaştırılamaması, yaratılan yatak kapasitesinden tam olarak yararlanılamamasına, yurt çapında bir personel ve yatak dağılımı politikasının başarılı bir biçimde uygulanamamasına neden olmaktadır. Bunun yanı sıra, ülkedeki sağlık personelinin sayıca yetersiz olması ve yurt düzeyine dengesiz dağılımı da, hizmetten beklenen gelişmeyi engellemektedir. Toplam hekim sayısının illere göre dağılımında, gelişmiş iller lehine olan dengesizlik sürmektedir.

Dördüncü Planda sağlık kuruluşlarında mevcut yataklar konusundaki tespitler de şöyledir: 1977 sonunda toplam yatak sayısı 105.053'tür. Bunların yaklaşık %95'i kamu, %5'i de özel kuruluşlara aittir. Buna göre on bin kişiye 25 yatak düşmektedir. Yatakların iller arasındaki dağılımı, mevcut dengesizliğin devam etmekte olduğunu göstermektedir. Bu gelişme, yatırım ve insan gücü kaynaklarının yurt düzeyine dağılışı açısından koruyucu hizmetlerin aleyhine olmaktadır. Yatak sayılarındaki önemli gelişmelere karşılık, tedavi edici (iyileştirici) sağlık hizmetleri, yine çok sayıda kurum tarafından eskisi gibi dağınık bir şekilde yürütülmekte ve bu kuruluşlara bağlı tedavi kurumlarında birbirinden farklı yapı, personel, malzeme standartları ve ücret politikaları uygulanmaktadır. Üç BYKP genel olarak, (MSB ve

Üniversiteler dışındaki) yataklı tedavi kurumlarının tek elde toplanmasını ve tek bir sistem içinde yürütülmesini öngörmüş, ancak uygulama bu yönde olmamıştır. Bu nedenle yaratılan yatak kapasitesinden tam olarak yararlanılamamakta ve kamu kuruluşlarındaki ortalama yatak kullanımı düşük olmaktadır<sup>170</sup>.

Dördüncü Plan döneminde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programının, bütün yurtda uygulamaya konulacak şekilde ele alınması öngörülmüştür<sup>171</sup>. Planlı dönemde sağlık ocak ve evlerinin yapımında hedefler ile gerçekleştirmeler arasında önemli farklar görülmektedir<sup>172</sup>. Gerçekleştirmelerdeki bu farklılık, yatırım olanaksızlıklarından değil, yapımı tamamlanan birimlere ilaç, sağlık malzemesi ve araç - gerecin verilmesindeki aksamalar, arsa sağlanması, altyapı, projelendirme, inşaat gibi programlama aşamalarının zamanlamasında ortaya çıkan darboğazlar dışında, özellikle personel sağlanmasında karşılaşılan güçlüklerin giderilememesi nedeniyle, programın gereken niteliğe kavuşmadan yaygınlaştırılmasının doğurabileceği sakıncalar gözetilerek yavaşlatılmasından ileri gelmiştir. Bu gelişmeler nedeniyle, 1978 yılı başlarında uygulamanın götürüldüğü 37 il ve 5 eğitim bölgesinde mevcut 1.365 sağlık ocağı ve 5.268 sağlık evinde hizmet gören pratisyen hekim kadrolarının yalnızca yüzde 36'sı, hemşire kadrolarının yüzde 45'i, sağlık memuru kadrolarının da yüzde 58'i dolu bulunmaktadır. Bu oranlar sağlık ocaklarında çalışan ebeler için yüzde 103, sağlık evlerinde hizmet gören ebeler için ise yüzde 72'dir.

---

<sup>170</sup> DPT; **Dördüncü BYKP**; sf: 461.

<sup>171</sup> DPT; **Dördüncü BYKP**; sf: 253.

<sup>172</sup> DPT; **Dördüncü BYKP**; sf: 460.

Planın sosyal güvenlik politikasındaki temel hedefi, kalkınmanın yükleri ile nimetlerinin topluma hakça ve dengeli biçimde yansımaları, toplumsal gelişme ve değişimin, Anayasada öngörülen sosyal devlet ve sosyal adalet ilkesine uygun olarak gerçekleştirilmesidir. Toplumsal gelişme ile ekonomik büyümenin birlikte ve dengeli olarak yürütülmesi, Dördüncü BYKP’de benimsenen temel ilkedir<sup>173</sup>.

Dördüncü Plan döneminde, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programının, bütün yurtda uygulamaya konulacak şekilde ele alınması amaçlanmıştır<sup>174</sup>. Planda, sosyalleştirmenin bütün yurdu kapsamı gerçekleştirildikten sonra standartların yükseltilmesi hedeflenmişti. Bu nedenle, dar bölgede çok amaçlı hizmet verecek olan bu birimlerin kapsadığı nüfusun azaltılmasına ve çalışan personelin nitelik ve nicelik yönünden yeterli düzeye çıkarılmasına ağırlık verilmesi öngörülmekteydi. Bu amaçla yapılacak yatırımlar için gereksinim şöyle hesaplanmıştır:

**Tablo-5: Toplam Sağlık Yatırımları (1979–1983; 1978 Fiyatlarıyla; Milyon TL.)**

| Konular                | Dördüncü BYKP Hedefi |
|------------------------|----------------------|
| Koruyucu Hizmetler     | 9 985                |
| İyileştirici Hizmetler | 9 900                |
| Sosyal Hizmetler       | 1 615                |
| Genel Toplam           | 21 500               |

DPT; Dördüncü BYKP; Tablo 267; sf: 468.

<sup>173</sup> DPT; Dördüncü BYKP; sf: 284.

<sup>174</sup> DPT; Dördüncü BYKP; sf: 465.

Temel amacı, “toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek” olan Dördüncü BYKP’de öngörülen ilke ve politikalar kısaca şöyle özetlenebilir: a)Sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir biçimde her kişiye ve yere ulaştırmak, böylece toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek temel ilkedir, b) Bu nedenle, sağlık alanındaki uygulamaların ayrı sistemler olduğu yargısından vazgeçilerek, tek yönetim uygulamasına geçilmesi sağlanacaktır, c) Sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için gerekli finansmanı sağlamak amacıyla gerekli yasal düzenleme yapılacak, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesiyle sağlık sigortaları kapsamı dışında kalan kişilerin sağlık gereksinimleri Devlet tarafından karşılanacaktır.

Dördüncü BYKP’de ilaç konusunda yapılan saptamalar da şöyle özetlenebilir: Türkiye’de ilaç ruhsat sayısı 20 binin üzerinde olduğu halde, üretilen ve piyasada sürüm olanağı bulan ilaç sayısı ise 4.200 dolayındadır. Üçüncü BYKP döneminde yurt içi talep, tümüne yakın bölümüyle yerli üretimle karşılanmıştır. Ancak tüketimi az olan bazı yeni ilaç türlerinde dışalım süregelmiştir. İlaç denetimi konusunda başta gelen sorunlardan biri halen nitelikli «müstahzar» yapımının denetim altına alınamayışı ve «müstahzar» denetiminin yeterli nitelik ve nicelikte yapılamayıdır. Bu hizmetin yeterli bir biçimde yürütülememesinin nedeni, etken bir örgüt ve nitelikli teknik insan gücü yetersizliğidir<sup>175</sup>.

1979-1983 yılları arasındaki süre için hazırlanan Dördüncü BYKP, o dönemde yaşanan siyasal, toplumsal ve ekonomik olaylar nedeniyle, uygulanma olanağını ikinci yılında büyük ölçüde yitirmişti. Nitekim 12 Eylül 1980 hükümet darbesinin ardından Türkiye için yeni bir felsefe ve buna paralel bir uygulama gündeme gelmişti.

---

<sup>175</sup> DPT; **Dördüncü BYKP**; sf: 463.

#### **2.2.3.4) Sosyal Sigortalar Kanunu**

1960-1980 döneminde yürürlüğe giren konumuza ilişkin yasaların en önemlilerinden birisi de 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'dur. 1965 yılı Mart ayı başında yürürlüğe giren bu Yasa; iş kazası, meslek hastalığı, hastalık gibi risklere karşı koruma sağlayan çeşitli sigorta kollarını, kapsamlarını genişleterek bünyesinde toplamıştır. Böylece Sosyal Sigortalar Kanunu, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin 102 sayılı Sözleşme'de belirtilen işsizlik ve aile yardımları dışındaki bütün sigorta kollarını kapsayan bir yasa niteliğine ulaşmıştır.

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, Sosyal Sigortalar Kurumuna, sağlık tesisi kurma (m: 123) ve koruyucu hekimlik tedbirleri alabilme (m.124) yetkisi vermiştir; ancak Kurum koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgilenmemiştir<sup>176</sup>.

#### **2.2.3.5) Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Kurumu Kanunu (Bağ-Kur)**

1971 yılında esnaf ve sanatkârlar ile tarımsal işler dışında faaliyet gösteren diğer bağımsız çalışanların sosyal güvenliğe kavuşturulması, Bağ-Kur yasası ile sağlanmıştır. Bu kapsamda olanlar mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarına alınmamış, bunlar için yeni bir Kurum oluşturulmuştur<sup>177</sup>. Bu Yasa ile Bağ-Kur mensuplarına başlangıçta sadece malullük, yaşlılık ve ölüm risklerine karşı sosyal güvence sağlanmış, fakat daha sonra 1986 yılında yapılan yasal düzenleme ile "hastalık sigortası" olanağı da getirilmiştir.

---

<sup>176</sup> N.H.Fişek; **Halk Sağlığına Giriş**; sf: 171.

<sup>177</sup> A. Güzel; A. R. Okur; N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; sf: 35.

### **2.3.5.6) Tam Gün Yasası**

Sağlık hizmetlerinin gelişmesinde, özellikle geri kalmış yörelere personel sağlanmasında karşılaşılan güçlükler, önemli bir sorun olma niteliğini korumaktaydı. Toplam sağlık personeli sayısında gelişmeler olmasına karşılık, belirli illerde yoğunlaşmalar artarak devam etmekteydi. Bu olumsuz durumu ortadan kaldırmak amacıyla, “Sağlık personelinin çalışmalarının tümünü, ayrı bir gelir kaynağına gereksinme duymadan kamu hizmetinde kullanmaları ve hizmeti her kişiye ve yere, en iyi biçimde götürmeleri” amacını güden ve kamu kesiminde çalışan hekimlerin “çalışma koşullarını ve sorumluluklarını” belirleyen “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun”(kamuoyunda “Tam Gün Yasası” olarak adlandırılan yasa) yürürlüğe konulmuştur. 1978 yılında yürürlüğe giren bu Yasanın etkin bir şekilde uygulanmasının, özellikle yataklı tedavi kurumlarında, hekim eksikliğinden doğan düşük kapasite kullanımına çözüm getirebileceği umulmaktaydı<sup>178</sup>.

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983), söz konusu dönemin sonlarına doğru 1978 yılında hazırlanıp kabul edilmiş olduğundan, doğal olarak dönemin siyasal iktidarının (Ecevit Döneminin) algı ve yaklaşımlarının izlerini de taşımaktadır. 12 Eylül darbesi ile kesintiye uğrayan bu dönemde yaşanan siyasal, sosyal ve ekonomik olaylar, Planın uygulanmasını da olumsuz etkilemiştir.

### **2.2.4) 1980 – 1989 DÖNEMİ**

Bu dönemin en önemli hukuksal unsuru anayasadır. Daha önce de belirtildiği üzere, 1982 Anayasasında sağlık, hak olmaktan ve devletin yerine getirmekle

---

<sup>178</sup> DPT; **Dördüncü BYKP**; sf: 144, 462.

yükümlü bulunduğu bir görev olmaktan çıkarılmış, devlet sadece, sağlık hizmetlerinin planlanıp denetlenmesi hizmeti ile yükümlü kılınmıştır<sup>179</sup>.

1980-1988 dönemi içinde, 1980-83 arasındaki “askeri rejim altında liberal ekonomi” diye nitelenebilecek “Milli Güvenlik Konseyi Dönemi” ile sonrasındaki “Anavatan Partisi Yılları (1984-1988)” diye adlandırılabilen iki alt dönem<sup>180</sup> söz konusudur.

#### **2.2.4.1) Milli Güvenlik Konseyi ve 44. Hükümet Dönemi (1980-1983)**

12 Eylül 1980 tarihinde yönetime el koyan Milli Güvenlik Konseyi, 21.09.1980 tarihinde Bülent Ulusu Başkanlığında 44. Hükümeti kurmuştu. 13.12.1983 tarihine kadar yönetimde kalan bu Hükümetin programında, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde sosyal adalet ve sosyal kalkınmanın ön planda tutulacağı; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon sağlayıcı hizmetlerin topluma yararlı duruma getirilmesinin ilke olarak benimsendiği ve sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanmanın ana hedef olduğu belirtiliyordu. Programa göre; sağlık personelinin tam gün çalışmasına ilişkin yasa düzenlenecek, halkın gereksinim duyacağı her tür ilacın piyasada bulunması için gereken önlemler alınacak ve etkin bir nüfus planlamasının uygulamaya konulması ve sağlık sigortası sistemine geçilmesi için gerekli çalışmalar yapılacak; ayrıca gerekli önlemler alınmak suretiyle, çevre sorunlarının yaratacağı doğal ve kültürel tahribat önlenecekti.

---

<sup>179</sup> Bkz: “Sağlık Hakkının Ülkemizdeki Gelişimi” (1.4.2. no.lu kısım).

<sup>180</sup> Korkut Boratav; **Türkiye İktisat Tarihi**; 12. Baskı; Ankara; İmge Yayınevi; 2008; sf: 150.

Milli Güvenlik Konseyi dönemi olarak da kabul edilebilecek olan Bülent Ulusu Hükümeti zamanında sağlık politikasına ilişkin olarak alınan bazı kararlar şunlardır<sup>181</sup>: Sağlık yatırımlarının teşvik kapsamına alınarak sağlık sektöründeki kamusal kaynakların özel sektöre aktarılması uygulamasının başlatılması; hekimlere dört yıllık zorunlu hizmetin getirilmesi, meslek örgütlerinin yetkilerinin daraltılması; kamu sektöründe ve sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere özel muayenehane açma izni verilmesi; SSK çalışan ve emeklileri için (%20 ve %10 oranındaki) ilaç katkı payının getirilmesi.

#### **2.2.4.2) Anavatan Partisi ve Turgut Özal Dönemi (1983-1989)**

##### **A) Anavatan Partisi Hükümet ve Parti Programları**

1980 sonrasında 20 Mayıs 1983'de kurulan Anavatan Partisi'nin Parti Programının sağlıkla ilgili bölümünde<sup>182</sup>, "Vatandaşlarımızın bedeni ve ruhi sağlığının korunması için gerekli tedbirleri almak veya alınmasını temin etmek devletin asli görevleri arasındadır./Sağlık hizmetleri, sosyal güvenliğin başlıca unsurlarından biridir./Sağlık hizmetleri, vasıflı, güvenilir, kolay erişilebilir, formaliteden uzak ve yurda dengeli bir şekilde yayılı olmalıdır./Sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak ele alınması zorunludur. Toplum sağlığını tehdit eden hastalıklarla mücadele edilmesi, gıda maddelerinde kalite kontrolüne ve çevre şartlarının iyileştirilmesine önem verilmesi gerekmektedir./Hastane ve sağlık ocaklarının sayısı artırılmalı, modern alet, makine ve araçlar ile teçhiz edilmeleri sağlanmalı, ilaç

---

<sup>181</sup> 1) A.Soyer; **1980'de Günümüze Sağlık Politikaları**; sf: 303-306; 2) G. Yenimahalleli Yaşar; **Türkiye'de 1980 Sonrası Gözlenen ...**; sf: 159; 3) A.G.Fişek, Ş.T.Özsucu, M.A.Şuğle; **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi: 1946-1996**; sf: 24.

<sup>182</sup> <http://www.belgenet.com/parti/program/anap-1.html> (erişim: 06.07.2010).



sanayinin geliştirilmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır” gibi genel yaklaşımların ardından, “Devletin yapacağı hizmet ve faaliyetlere ilaveten, özel sağlık müesseselerinin kurulmasını teşvik için tedbirler alınmasını faydalı görürüz” ifadesiyle de geleceğe yönelik düşünce ve niyetler ortaya konmuştur.

Birinci Anavatan Hükümetinin Programı’nda; “Ekonominin tabii kanunları içinde gelişmesini sağlamak üzere, ülke menfaatleri doğrultusunda müdahale ve tehditlerin asgariye indirilerek, rekabet şartlarının hakim kılındığı serbest pazar ekonomisinin uygulanması, ekonomik sistem tercihimizdir” denilmiş, iktisadi kalkınmada devletin esas fonksiyonunun bireylerin ve kuruluşların ekonomik ilişkilerini düzenleyici olduğu belirtilmişti. Programa göre, iktisadi kalkınmada devletin doğrudan yürüteceği faaliyetler genel olarak, bütün millete hizmet veren, esas itibariyle alt yapı mahiyetindeki işlerin yapılmasıdır. Ayrıca program, sanayide yapı değişikliğine gidilerek, ithal ikameci anlayışın terk edilip, ihracata dönük ve dünya sanayi ve ticaretine entegre olabilecek bir sanayileşme politikasına geçilmesini zorunlu görüyor, çeşitli sosyal güvenlik kuruluşları arasındaki farklılıkların, nimet ve külfet dengeleri dikkate alınarak giderileceğini, alınan primler ile yapılan yardımlar arasında uyum sağlanacağını vaat ediyordu.

Hükümet programında sağlık konusu ile doğrudan ilgili olarak da; vatandaşların bedeni ve ruhi sağlığının korunması için gerekli tedbirlerin alınmasının veya alınmasını sağlamanın devletin asli görevleri arasında bulunduğu, bütün vatandaşların sağlık sigortasına kavuşturulmasını ve herkesin istediği hastaneden yararlanmasını sağlayacak bir sistemin geliştirilmesini hedefledikleri ve özel sağlık müesseselerinin kurulmasının teşvik edileceği ifade ediliyordu.

## B) Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı

Turgut Özal başkanlığındaki Anavatan Partisi Hükümetinin (45. Hükümetin) görev başında bulunduğu dönemde, TBMM tarafından 13.07.1984 tarihinde onaylanan **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**'nın (1985-1989) Sağlıkta Hedefler bölümünde<sup>183</sup>; “1984 yılı itibariyle bütün illeri kapsamına alan sosyalleştirme

**Tablo-6: Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinin Sayısal Gelişimi (Adet)**

| Yıllar | Sağlık Ocağı | Sağlık Evi |
|--------|--------------|------------|
| 1989   | 3.304        | 10.731     |
| 1990   | 3.454        | 11.075     |
| 1991   | 3.672        | 11.262     |
| 1992   | 3.901        | 11.490     |
| 1993   | 4.226        | 11.630     |
| 1994   | 4.575        | 11.878     |

Kaynak: DPT; Yedinci BYKP, sf: 44

uygulamasında verimlilik artırılacak ve buna ait mevzuat günün şartlarına göre yeniden düzenlenecek” denilmiş, 1984 yılı mart ayı itibariyle sosyalleştirme kapsamında olan 67 ilde 2754 sağlık ocağının, 7452 sağlık evinin faaliyetini sürdürdüğü ve sosyalleştirme gereğince 1989 yılına kadar bunlara ek olarak 720 sağlık ocağı ile 4215 sağlık evinin yapımının planlandığı ifade edilmişti. Tablo-6’da yer alan veriler, 1989 yılı için belirlenen hedefe sağlık ocağı konusunda 1991 yılında,

<sup>183</sup> DPT; **Beşinci BYKP**; sf: 150-152.

sağlık evi sayısında ise ancak plan döneminin sonunda, 1994 yılında ulaşılabildiğini göstermektedir.

Beşinci BYKP’de hedeflere ulaşmada izlenecek politika olarak sağlık hizmetlerinin; etkili, güvenilir, kolay erişilebilir, formaliteden uzak bir niteliğe kavuşturularak ülke sathında dengeli bir şekilde yaygınlaştırılacağı; hizmetin sunulmasında tedavi edici sağlık hizmetinden tedricen koruyucu sağlık hizmetlerine yönelineceği; hizmetlerin koruyucu hizmet anlayışı ile kademelendirileceği ve hizmetlerin büyük şehirlerde birikmesinin önleneceği; yataklı tedavi kurumlarında mevcut kapasitenin daha rasyonel, etkili ve verimli kullanımının sağlanacağı, buna göre, onbin kişiye 26 yatak kapasitesi sağlanması plan hedefi olmakla birlikte, mevcut boş yatak kapasitesi kullanılmayan illerde yeni yatak ilavesine gidilmeyeceği ve bütün bunlara ek olarak, sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliğinin artırılması için işletmecilik yönünden ele alınacağı; özel sağlık kuruluşları ve hastanelerin teşvik edileceği, bu hastanelerin sunacakları hizmetin karşılığı olan ücretlerin serbest bırakılacağı; serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak sağlık hizmeti sunulma yoluna gidileceği; kamu ve sigorta kurumlarının kendilerinin sağlık hizmeti vermek üzere teşkilatlanmalarından kaçınılacağı ve sağlık sigortasına geçileceği öngörülmekteydi.

1963 yılından itibaren uygulamaya konan Beş Yıllık Kalkınma Planlarının ilk beşindeki yaklaşım da, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un uygulanmasıdır.<sup>184</sup> Ancak Beşinci BYKP, daha önceki dört planda olduğu

---

<sup>184</sup> 1) N.H.Fişek; **Halk Sağlığına Giriş**; sf: 145; 2) Y.E.Özdemir; **Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları - Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları**; sf: 273.

gibi sosyalizasyon hizmetlerine değinmekle birlikte, ilk dört plana oranla, sosyal vurgusu azalan bir yapı sergilemekte, özel çözümlere yönelik bir politika istek ve beklentisini ortaya koymaktadır. Bu da aslında devletin sağlık hizmetlerine yaklaşımındaki en önemli dönemeç noktalarından birini oluşturmaktadır. Ayrıca, Kalkınma Planlarının hepsinde de “genel sağlık sigortası” kurulması öngörülmesine karşın, bu konuda hazırlanan kanun tasarıları değişik aşamalarda takılıp kalmış, o dönemlerde yasalaştırılamamıştır.

### C) Bazı Yasal Düzenlemeler

Beşinci BYKP ile önemli oranda örtüşen Birinci ve İkinci Anavatan Hükümeti Programları da dönemin neoliberal anlayışını açıkça ortaya koymaktaydı<sup>185</sup>. O yılların mantığını ve yaklaşımını en iyi açıklayan belge, 1987 yılında yürürlüğe giren 3359 sayılı **Sağlık Hizmetleri Temel Yasası**'dır. Bu yasayla; kamu ve özel sağlık kuruluşları aynı yaklaşımla ele alınmış, devletin her iki kesimin sağlık kuruluşuna aynı mesafede yaklaşması anlayışı egemen kılınmış, kamu sağlık kuruluşlarının statü olarak işletme haline getirilmesi, gerek özel gerekse kamu sağlık kuruluşlarının hizmetlerinin fiyatlandırılması, sosyal güvenceye sahip herkesin kamu ya da özel sağlık kuruluşundan yararlanabilmesi olanaklı kılınmak istenmişti. Bu yasa ile sağlık politikalarına getirilen en önemli değişiklik “sağlık işletmeleri kavramı” olmuştur. Anılan Yasa ayrıca, yabancı sağlık personeli çalıştırılmasına yetkisi verilmesi ve bütün sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi ilkelerini benimsiyordu. Ancak bu yasanın bazı maddeleri Anayasa mahkemesince iptal edilince uygulama olanağı büyük ölçüde ortadan kalkmıştı.

---

<sup>185</sup> G. Yenimahalleli Yaşar; **Türkiye’de 1980 Sonrası Gözlenen ...**; sf: 160.

Yine bu dönemde yürürlüğe konulan **Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Yasası** ile bir fon oluşturulmuş, il ve ilçelerde kurulan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları ile fakir ve muhtaç kişilere yardım edilmesi amaçlanmıştır. Orta Çağın yoksullara yardım yöntemini çağrıştıran ve halk arasında “Fak-Fuk-Fon” olarak adlandırılan bu modelle, bozulan gelir dağılımının yarattığı toplumsal tepkiler ve olumsuzluklar azaltılmak istenmiştir.

**Tablo- 7: Genel Sağlık Göstergeleri (1985-90)<sup>186</sup>**

|                   | Doktor/Bin Kişi | Yatak/Bin Kişi | Sağlık Harcaması/GS YİH | Sağlık Harcaması/GS YİH | 1990       |
|-------------------|-----------------|----------------|-------------------------|-------------------------|------------|
|                   | 1988-1992       | 1985-1990      | Kamu (%)                | Özel (%)                | Toplam (%) |
| Gelişmiş Ülkeler  | 2,52            | 8,3            | 5,6                     | 3,5                     | 9,2        |
| Latin Amerika     | 1,25            | 2,7            | 2,4                     | 1,6                     | 4,0        |
| Sosyalist Ülkeler | 4,07            | 11,4           | 2,5                     | 1,0                     | 3,5        |
| Romanya           | 1,79            | 8,9            | 2,4                     | 1,5                     | 3,9        |
| Tunus             | 0,53            | 2,0            | 3,3                     | 1,6                     | 4,9        |
| Türkiye           | 0,74            | 2,1            | 1,5                     | 2,5                     | 4,0        |

Kaynak: World Bank; World Development Report 1993, sf: 208-211.

Diğer yandan ANAP hükümetleri döneminde dikkat çeken bir başka önemli husus da, yeni yeni oluşturulmaya çalışılan “birinci basamak sağlık hizmeti ve sağlık ocağı” anlayışının çökertilmesidir. 1985’de sürekli ve düzenli birinci basamak

<sup>186</sup> Birgün Ayman Güler; **Yeni Sağ ve Devletin Değişimi, Yapısal Uyarılama Politikaları, 1980-1995**; 2. Baskı; Ankara; İmge Kitabevi; 2005; sf: 195.

faaliyetinin özverili yaklaşımından vazgeçilerek, kalıcı olmayan ve birinci basamak sağlık hizmeti fikrini ortadan kaldıran kampanyalar (şov ağırlıklı aşı kampanyaları ve taramalar) dönemi başlatılmıştır. Bu yolla, “sağlık ocağı ve toplum hekimliği” anlayışına karşı “aile hekimliği” fikri gündeme getiriliyordu. Özet olarak belirtmek gerekirse, sağlık hizmetleriyle ilgili sorunların kaynağında hizmetin “kamu” tarafından verilmesinin bulunduğu ileri süren ANAP, çözüm olarak da özelleştirmeyi gösteriyordu<sup>187</sup>.

Tablo-7, 1990 yılı itibariyle Türkiye'nin Genel Sağlık Göstergeleri bakımından bazı sağlık verileri açısından diğer ülkelerle kıyaslamakta, durumumuzun Latin Amerika ülkeleri ortalamasından bile geride kaldığını ortaya koymaktadır.

#### **2.2.4.3) Diğer Siyasi Partilerin Programları**

O dönemde veya daha ilerideki yıllarda önemli roller üstlenecek olan Anavatan Partisi dışında, diğer siyasi partilerin programlarının incelenmesi de, politikacıların konuya ilişkin yaklaşımları ile öngördükleri sağlık politikasının anlaşılması açısından yararlı olacaktır.

Bu partilerinden birisi olan **Doğru Yol Partisi (DYP)**, 23 Haziran 1983'de kurulmuştur<sup>188</sup>. Amacı, “1960 ve 1980 müdahaleleriyle kapanan Demokrat Parti (DP) ve Adalet Partisi (AP) ile 12 Eylül yönetimince kapatılan Büyük Türkiye Partisi'nin temsil ettiği misyonu sürdürmekti<sup>189</sup>. Parti Programına göre; halk sağlığını

---

<sup>187</sup> A. Soyer; **1980'de Günümüze Sağlık Politikaları**; sf: 307-309.

<sup>188</sup> <http://www.belgenet.com/parti/program/dyp1983-2.html> (erişim: 06.07.2010)

<sup>189</sup> N. İlder Ertuğrul; **1923 – 2008 Cumhuriyet Tarihi El Kitabı**; Ankara; ODTÜ Yayıncılık; 2008; sf: 157.

korumak başta gelen kamu hizmetlerinden biridir; Devlet bu görevini öncelikle koruyucu şekilde yapmalıdır; koruyucu hekimlik uygulamasının programlanması Devletin öncelikli görevlerinden biridir. Bu amaçla Devlet, tıbbi ve cerrahi bakım ve tedavi kurumlarını halkın ayağına götürmek, yoksul veya az gelirli vatandaşların her türlü bakım ve tedavi masraflarını genel sağlık sigortası fonlarına yapacağı desteklerle karşılamak durumundadır. Bütün vatandaşların genel ve mecburi sağlık sigortası kapsamına alınması, yoksulların sigorta primlerinin Devlet tarafından karşılanması, kamu ve özel bütün sağlık kuruluşlarında sigortalı hastanın bakımının mümkün olması, hastaya hekimini seçmek imkânının sağlanması gereklidir.

**Sosyal Demokrasi Partisi (SODEP)**, 12 Eylül Darbesi'nden sonra 1983'te siyasi faaliyetler serbest bırakılınca, kapatılan CHP tabanını sahiplenmek için kurulmuştu. Türk siyasi hayatında kısa bir süre varlık göstermiş olan SODEP, sosyal demokrat politikaları benimsemiş, kapatılan CHP'nin tarih ve misyonuna sahip çıkan bir siyasal örgütlenme olduğunu açıklamış olan bir parti idi. Ekonomide devletçi anlayışı temsil ediyordu; sosyal devlete ve laikliğe sıkı sıkıya bağlıydı.

1985'te SODEP ve Halkçı Parti birleşti ve partinin adı Sosyal Demokrat Halkçı Parti (SHP) olarak değiştirildi. Kasım ayında da SODEP feshedilerek partinin SHP'ye katılması kararlaştırıldı. Böylece SODEP'in hukukî varlığı sona ermiş oldu.

SHP, Sosyal Demokrasi'nin, dolayısıyla solun temsilcisiydi. Ekonomide katı devletçi anlayış yerine, *Karma Ekonomi*'den yana oldu. Piyasa ekonomisini destekledi ancak, bu SHP'nin devletçiliği tamamen reddettiği anlamına gelmemekteydi. SHP özelleştirmeye karşı mesafeli durmuş, siyasal hayatta bulunduğu sürece Türkiye'deki sosyal demokrat kesimin sözcüsü olmuştur.

Sosyaldemokrat Halkçı Parti, 1995'te CHP ile birleştikten hukuki varlığı son bulmuştur.

Siyasal yaşamımızda ağırlıklı bir yere sahip olan **Cumhuriyet Halk Partisi** (CHP), Mustafa Kemal Atatürk ve arkadaşları tarafından 1923'de kurulmuş, 12 Eylül döneminde "Partilerin Feshine" ilişkin yasa ile kapatılmış, "12 Eylül Döneminde Kapatılan Siyasi Partilerin Yeniden Açılmasına İlişkin Kanunun" ardından, 1992'de tekrar açılmıştır. Parti programı, 1994 yılında yürürlüğe girmiştir<sup>190</sup>.

Parti Programının "Sağlık Reformu" başlıklı bölümünde temel ilke şu şekilde belirlenmiştir: "Ülkenin her yöresinde, tüm yurttaşlara, 'ana rahminden ölüme kadar' yaşam boyu kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması Sosyal Devlet anlayışının temel ilkesidir. CHP, uygulamaya koyacağı 'Sağlık Reformu' ile 'sağlık hizmetlerinin kapsamlı ve yeterli, dengeli ve eşitlikçi, sürekli ve kaliteli bir şekilde yurttaşlarımıza sunulmasını sağlayacaktır".

CHP, ilke olarak, her türlü sağlık hizmetinin, talep eden tüm yurttaşlara bedelsiz sunulmasını öngörmekte, ancak, kamusal kaynak ve hizmet alanındaki mevcut yetersizlikler dikkate alınarak; mevcut sigorta programlarının tüm nüfusa yaygınlaştırılması; sağlık hizmetlerinin, bir "reform" niteliğinde yeniden düzenlenmiş ve "döner sermaye" uygulaması ile güçlendirilmiş "sosyalleştirme" anlayışıyla halka sunulması; ilaç bedellerinin karşılanması, hedeflenmektedir. Uygulanacak sağlık politikası özetle, şu şekilde açıklanmaktadır:

---

<sup>190</sup> <http://www.belgenet.com/parti/program/chp1994-3.html> (erişim: 09.07.2010).



- Özel girişimcilerin sağlık sektörüne yapacağı yatırımlar gerekli ölçüde özendirilecek; özel sağlık hizmetlerinin kalite ve fiyatı Sağlık Bakanlığınca etkin olarak denetlenecek.
- CHP, uygulamaya koyacağı Sağlık Reformu ile, koruyucu, tedavi ve rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetlerinin, birbirleri ile ilişkili üç ana kademe verilmesini öngörmektedir. Bugüne kadar en çok ihmal edilen, özellikle kırsal kesim ve kentlerin gecekodu bölgelerinde çok yetersiz olan "İlk Kademe Sağlık Hizmetleri"ne büyük önem verilecek.
- CHP, "İlk Kademe Sağlık Hizmetleri"ni, sağlık evleri, sağlık ocakları ve yerel yönetimlerce oluşturulacak "Gezici Sağlık Ekipleri" ile eksiksiz sağlayacaktır. Bu süreçteki geçici eksiklikler özel doktor hizmetleri ile kapatılacak. İlk kademe "koruyucu sağlık hizmetleri" eşliğinde doğumla ilgili hizmetler, ana ve çocuk sağlığı, ayakta ve evde tedavi hizmetleri sağlanarak, diğer kademelerde tıkanmanın da önüne geçilecek.
- CHP iktidarında, "İkinci Kademe Sağlık Hizmetleri", Bölge ve Merkez hastaneleriyle, "Üçüncü Kademe Sağlık Hizmetleri" ise, Eğitim ve Üniversite hastaneleri kanalıyla sağlanacak. Özel hastaneler de, bu sürece kendi ölçülerinde katkı sağlayacaktır. Bu anlayışla; ayakta, evde, hastanede ve tıp merkezlerindeki hasta bakım hizmetlerini, birbirini destekleyecek biçimde yeniden düzenleyecektir.
- CHP, "Sağlık Reformu" ile, "İkinci" ve "Üçüncü Kademe Sağlık Hizmeti" veren kuruluşları; "demokratikleştirme", "özerkleştirme" ve "yerelleştirme" süreçleri ile yapılandıracak. Kamu kesimi sağlık sistemi ve kuruluşları mevcut merkeziyetçi yapıdan arındırılacak, büyük ölçüde yerelleştirilmeleri sağlanacak.

Öncelikle, sağlık ocakları ile bölge hastanelerinin, belirli bir zamanlama ve yapılanma süreci sonucu yerel yönetimlerle ilişkilendirilmeleri hedef alınacak.

- Sosyal Sigortalar Kurumunun "sosyal güvenlik" ve "sağlık" hizmetleri birbirinden ayrılacak; birbirinden bağımsız etkin yapılara kavuşmaları, sağlık primlerinin amacı doğrultusunda kullanımı sağlanacak.

- Dünya sıralamasında çok gerilerinde yer aldığımız ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, öncelikle, "ana- çocuk" sağlığının en yetersiz olduğu kırsal kesimde etkinleştirilecek.

- Sağlık taramalarına süreklilik kazandırılacak; tüm çocuklara yönelik "ücretsiz" periyodik aşılama kampanyası sürdürülecek; çocukların hastalıklarına karşı bağışıklık kazanmaları sağlanacak.

- Ülkemizde sağlık sektörü insan gücü sayısı yetersiz, dağılımı dengesizdir. Toplum gereksinimini karşılayacak sayıda ve nitelikte hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, sağlık görevlisi ve ebe yetiştirilecek; tam kuruluşlu hastanelerde yardımcı sağlık görevlilerinin eğitimi gerçekleştirilecek.

- Kamu kesimi sağlık personeline, yurttaşların asgarî sağlık hizmeti ihtiyacını aksatmamak kaydıyla, "sendikalaşma ve grevli toplu sözleşme" hakkı tanınacak. Sağlık sektörü insan gücünün, gönüllü olarak, yurda dengeli dağılımını, tıkanmış olan mecburi hizmet uygulamasına gerek kalmadan, özendirici maddi koşullar geliştirilerek uygulanması sağlanacak.

**Demokratik Sol Parti (DSP)**, 1985'te kuruldu. 2003 yılında güncellenen programına göre izlenecek sağlık politikası şöyledir<sup>191</sup>: a) Sağlık hizmeti sunumu, birinci ve daha ileri basamak sağlık hizmetleri olarak iki temel yapıda ele alınacak,

---

<sup>191</sup> <http://www.dsp.org.tr/> (erişim: 08.07.2010).

b) Koruyucu sağlık ve birincil tedavi hizmetlerini içeren birinci basamak sağlık hizmetleri geliştirilecek, c) İleri basamak sağlık hizmetleri kuruluşları olan hastaneler ise hizmet bölgeleri dikkate alınarak ilçe, il ve bölge hastaneleri olarak yapılandırılacak, d) Sağlık kuruluşları arasındaki güvence farklılıkları asgari düzeye indirilecek, e) Kırsal alanlarda da köy-kentler aracılığıyla sağlık hizmetlerinin en st düzeye ulaştırılması sağlanacak.

## 2.2.5) 1989 – 2002 DÖNEMİ

### 2.2.5.1) Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı

1989 yılı Haziran ayında 1990-1994 dönemini kapsayan **Altıncı BYKP**, TBMM’de onaylandı. Bu Planın sağlık alanındaki temel hedefi<sup>192</sup>; Plan dönemi sonunda; doğuşta hayatta kalma ümidinin 68 yıla yükseltilmesi, bebek ölüm oranının binde 50’nin altına düşürülmesi, sağlık hizmeti talebi için başvuruların çoğunluğunun ilk basamak sağlık ünitelerince karşılanması ve 1011 kişiye bir hekim, 4845 kişiye bir diş hekim, 3655 kişiye bir eczacı, 736 kişiye bir hemşire ve ebe, 2838 kişiye bir sağlık memuru ve teknisyeni düşmesi olarak belirlenmişti (Tablo-8).

**Tablo- 8: Sağlık Göstergelerinde Mevcut Durum ve Hedefler (1989-1990)**

|                                 | 1989 Gerçekleşme<br>Tahmini | 1994 Hedefi |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------|
| <b>Bağışıklama Sayısı (%)</b>   | 75                          | 90          |
| <b>Yatak Sayısı</b>             | 134.000                     | 153.000     |
| <b>Yatak Başına Düşen Nüfus</b> | 409                         | 401         |
| <b>Yatak Kullanım Oranı (%)</b> | 57                          | 65          |
| <b>Hekim Sayısı</b>             | 45.200                      | 60.604      |
| <b>Bir Hekime Düşen Nüfus</b>   | 1.213                       | 1.011       |
| <b>Diş hekim Sayısı</b>         | 9.750                       | 11.800      |

<sup>192</sup> DPT; **Altıncı BYKP**; sf: 289.

|                                      |        |        |
|--------------------------------------|--------|--------|
| <b>Eczacı Sayısı</b>                 | 14.631 | 16.000 |
| <b>Sağ. Memuru ve Teknis. Sayısı</b> | 18.589 | 21.200 |
| <b>Hemşire ve Ebe Sayısı</b>         | 63.640 | 83.276 |

Kaynak: D.P.T; Sağlık Bakanlığı; (1) 1989 yıl ortası tahmini nüfus 54859000; (2) 1994 yıl ortası tahmini nüfus 61394000.

Altıncı BYKP'de<sup>193</sup>, sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmak, temel ilke olarak benimsenmişti. Bu amaçla sağlık ana planı hazırlanacak, sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında etkin bir işbirliği ve koordinasyon sağlanarak, yatak kullanımı dahil sağlık hizmetlerinde rasyonellik artırılacak, hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesine, etkin iletişim ve bilgi-kayıt sistemleri kurulmasına imkân veren düzenlemeler yapılacaktır. Bunların yanı sıra, birinci basamak sağlık hizmet birimleri güçlendirilecek, bu kademedен başlayarak üniversite hastanelerine kadar uzanan etkili bir hasta sevk sistemi kurularak ihtiyaçlar yerinde karşılanacak ve hastanelerdeki gereksiz yığılmalar önlenecek, evde bakım hizmetleri geliştirilecektir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi esas alınacak ve hizmet talebinin karşılanmasında özel kesimden de yararlanmak üzere gerekli teşviklerin sağlanmasına devam edilecektir.

Sosyal güvenlik alanında da sosyal güvenliğin kitleye yaygınlaştırılması ilke olarak kabul edilmiş, Plan dönemi sonuna kadar kamu tarafından organize edilmiş sosyal sigorta programları ile kapsanan nüfusun, toplam nüfusun % 75'ine

---

<sup>193</sup> DPT; **Dördüncü BYKP**; sf: 290.

ulaştırılması hedeflenmişti<sup>194</sup>. Bu amaçla, sigortasız işçi çalıştırmayı engelleyici tedbirler alınacak, sosyal sigorta kuruluşlarınca uygulanan değişik norm ve standartlarda birlik ve bütünlük sağlamak üzere rasyonel bir yapılaşmayı gerçekleştirmek için gerekli çalışmalar tamamlanacaktı.

#### **2.2.5.2) Ulusal Sağlık Politikası Çalışmaları**

Bu dönemde Dr. Behçet Uz döneminden sonra ilk defa bir ulusal sağlık politikası oluşturma çabaları başlamış ve bu çalışmanın ilk ürünü olarak “2000 Yılında Herkese Sağlık Hedefleri” ile uyumlu “Türk Milli Sağlık Politikası” dokümanı yayımlanmıştır<sup>195</sup>. Bu dokümanın hazırlanma nedeninin “Türkiye’de değişen hükümet ve sağlık bakanları ile birlikte değişmeyecek bir sağlık politikası oluşturmak ve Türkiye’nin 2000 Yılında Herkese Sağlık amacına bağlı olduğu” belirtilmiştir. Dokümanda; sağlıkta eşitsizliğin azaltılması, toplum katılımı ve sağlık eğitiminin yaygınlaşması, sektörler arası işbirliğinin sağlanması ve Alma Ata’da belirlenen Temel Sağlık Hizmetleri ilkeleri ile uyumlu bir sağlık hizmetleri sisteminin geliştirilmesi, sağlık politikaları açısından önce atılacak adımlar olarak belirlenmiştir. Bu doküman, Türk sağlık politikasının gelişimi içerisinde uygulamaya konmayan bir doküman olmasına karşın, ulusal sağlık politikası oluşturma yönündeki çabaların önemli bir adımını oluşturması ve özellikle 2000 Yılında Herkese Sağlık amacının ilk kez açık ve net olarak gündeme getirilmesi nedeniyle son derecede önemlidir.

1992 yılında Sağlık Bakanlığınca “Türkiye Sağlık Reformu – Sağlıkta Mega Proje” adı altında sağlık reformu çalışmaları gündeme getirilmiştir. Bu çalışmaların

---

<sup>194</sup> DPT; **Dördüncü BYKP**; sf: 304.

<sup>195</sup> M. Tatar; **Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci ...**; sf: 427.

temeli; 1987 yılında yürürlüğe konulan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun yanı sıra, 1988 yılında Dünya Bankası uzmanları ile birlikte sağlık sektörünün yapısının incelenmesine ve 1989-90 yıllarında Devlet Planlama Teşkilatınca yaptırılan "Türkiye Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü"ne dayandırılabilir<sup>196</sup>.

Etüdün amacı şöyle özetlenebilir: a) Sağlık Hizmetleri Temel Kanununu göz önünde bulundurarak, sektörün gelişmesiyle ilgili hükümetin tercihlerini belirlemek, b) Temel sağlık hizmetlerini etkili, yaygın, eşit, ulaşılabilir şekilde sağlayan ve mali yönden yaşayabilen bir sağlık sistemi oluşturmak, c) Sektörün mevcut finansman ve yönetim kapasitesini dikkate alarak kısa ve orta vadedeki faaliyetlerin önceliklerini belirlemek.

Etüt çalışması üç aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada, sağlık sektörümüzün mevcut durumu en ince ayrıntısına kadar incelenmiş; ikinci aşamada reform için (1: Mevcut statü seçeneği; 2: Ulusal sağlık hizmetleri seçeneği; 3: Serbest Pazar seçeneği; 4: Uzlaştırma seçeneği, olmak üzere) dört seçenek geliştirilmiş ve son aşamada da devletin tercihi belli olduktan sonra, belirlenen seçeneğin uygulanması konusunda ayrıntılı önerilerde bulunulmuştu. Yetkili makamların tercihi dördüncü seçenek olmuştu<sup>197</sup>. Bu seçenek, ana hatları itibariyle şöyledir: "Sağlık hizmetlerinde, finansman ve hizmet sunumu birbirinden ayrılacaktır. Bu strateji, başında bir genel müdürün bulunduğu il seviyesinde bir yerel sağlık idaresi geliştirilmesi esasına dayanır. Bu idare kısa vadede, bağımsız sağlık

---

<sup>196</sup> Bu Etüt, Devlet Planlama Teşkilatı ve Price-Waterhouse Danışmanlık Hizmetleri (Londra) ve Ankon Danışmanlık Hizmetleri A.Ş. tarafından hazırlanmıştır.

<sup>197</sup> 1) M. Tatar; **Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci ...** ; sf: 427; 2) Y. E. Özdemir; "**Sağlık Reformları – 1980 ve 90'lı Yılların Sağlık Politikaları**"; sf: 284.

teşebbüsleri haline gelinceye kadar Sağlık Bakanlığı tesislerini işletecek, uzun vadede ise artık birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini sunmayacak, sadece hizmetlerin temini ve finansmanı konularından sorumlu olacaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri yine bu idareler tarafından sunulacaktır. Bu seçenekte Sağlık Bakanlığının rolü, sağlık sistemini bütünü ile planlayıp yönlendirmek olacaktır. Sağlık Bakanlığı doğrudan hizmet sunumundan sorumlu olmayacaktır”.

1990’lı yıllarda sağlık reformu çalışmaları, Dünya Bankası ile yapılan kredi anlaşmalarıyla sağlık projeleri kapsamında yürütülmeye başlandı. Birinci Sağlık Projesi için 1990’da Dünya Bankası ile Sağlık Projesi İkraz Anlaşması imzalandı<sup>198</sup>. Sağlık Bakanlığı bürokrasisi devre dışı bırakılarak Dünya Bankası projelerini yürütmek ve yaşama geçirmek üzere “Sağlık Reformu Proje Koordinatörlüğü” kuruldu. Anlaşma krediyi, Dünya Bankası’nın temel yaklaşımı doğrultusunda, yani sağlık sektöründe özelleştirme politikalarını desteklemek üzere kullanıyor, devletin rolünü “koruyucu sağlık hizmetleri” ile sınırlandırıyor ve “tedavi edici hizmetler”in ise özel sektör tarafından yerine getirilmesini öngörüyordu.

---

<sup>198</sup> Dünya Bankası ile 16 ağustos 1990’da imzalanan Sağlık Projesi Kredi anlaşması, 7 Ekim 1990 tarihli Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Projenin bütçesi 147, 47 milyon ABD doları idi. Anlaşma ile bunun 75 milyon ABD dolarlık kısmı Dünya Bankası tarafından karşılanacaktı.

Anlaşmaya göre bu yapı için üç araç kullanılacaktı<sup>199</sup>: a) *Yerelleştirme*: Hastanelere daha geniş yetki verilmesi ve kaynakların bölgelere dağıtılması; böylece hizmetlerde etkinlik ve hizmetten yararlananların denetimi sağlanacaktı. b) *Fiyatlandırma*: Bu çalışma, kamu kuruluşlarınca verilen sağlık hizmetlerinin ücret tarifeleri güncelleştirilerek başlatılmakta, finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi ve sonuçta finansman reformu ile kurumsallaştırılmaktadır. Bu reformun iki karakteristik özelliği bulunmaktadır. Birincisi prim ödemenin tümüyle çalışana yüklenerek işgücünün ucuzlatılması, ikincisi ise özelleşen sigorta sisteminin mali piyasalara fon yaratmasıdır. c) *Özelleştirme*: Hastane temizliği gibi iç işlerin özel sektöre devredilmesinden başlayarak, özel oda, ücretli özel muayene, tahlillerin özel laboratuvarlarda yaptırılması ve giderek devlet hastanelerinin satışına kadar uzanan geniş bir yelpazedeki teknikler ile gerçekleştirilmektedir.

Dünya Bankası ile 1994’de imzalanan bir başka ikraz anlaşmasıyla İkinci Sağlık Projesi başlatılmıştır. Projeni amaçlarından biri, proje illerinde temel sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve geliştirmek, ikincisi de sağlık hizmetlerinin yönetiminde iyileşme gerçekleştirmek. Bu projenin amaçları, birinci projeyle aynıydı. Üçüncü bir anlaşma<sup>200</sup> ile de “Temel Sağlık Hizmetleri Projesi” hayata geçirilmiştir.

---

<sup>199</sup> 1) Birgün Ayman Güler; **Yeni Sağ ve Devletin Değişimi, Yapısal Uyarlama Politikaları, 1980-1995**; sf: 193; 2) G. Yenimahalleli Yaşar; **Türkiye’de 1980 Sonrası ...** sf: 161.

<sup>200</sup> İkinci ikraz anlaşması 22 Aralık 1994, üçüncü ikraz anlaşması da 17 Aralık 1997 tarihli Resmi Gazetelerde yayımlandı. İkinci Projenin 200 milyon ABD dolar olan bütçesinin 150 milyonluk kısmının Dünya Bankası Kredisi ile karşılanması



Gerçekten de 1990'lı yılların en önemli özelliği, Dünya Bankasının, sağlık politikası üzerinde çok etkili olmasıdır. Dünyanın birçok ülkesinde yaşanan gelişmelere paralel olarak Türkiye'de de Dünya Bankasının “yapısal uyum” politikası çerçevesinde önerdiği politikalar benimsenmiş ve bu politikaları desteklemeye yönelik birçok doküman hazırlanarak çalışma yapılmıştır<sup>201</sup>.

Bu dönemde yaşanan önemli gelişmelerden biri de Ulusal Sağlık Politikası belirlenmesi amacıyla sağlık kongrelerinin yapılmasıdır.

### **2.2.5.3) Birinci Ulusal Sağlık Kongresi**

Hükümetlerin ve bakanların değişmesi ile esas yönünü kaybetmeyecek bir devlet politikası niteliğinde “Ulusal Sağlık Politikası” oluşturmak amacıyla, Sağlık Bakanı Dr. Yıldırım Aktuna zamanında, Mart/1992'de “Ulusal Sağlık Kongresi” toplanmasına karar verildi. Kongrede tartışılmak üzere katılımcılara, “Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı”, “Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum” ve “Çalışma Grupları Tartışma Soruları” başlığı taşıyan üç doküman gönderildi<sup>202</sup>. Gerçekleştirilmek istenen reform paketinin ana esasları, Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı'nda şöyle belirlenmişti: 1) Sağlık mevzuatının çağdaşlaştırılması, 2) Hizmet sunumunda reform, 3) Sağlık hizmetinin finansmanında reform, 4) Yönetim yapısında reform, 5) Sağlık insan gücünde reform, 6) Ulusal Sağlık Akademisinin kurulması ve 7) Sağlık Enformasyon Sisteminin kurulması.

---

öngörülüyordu. Üçüncü Projenin bütçesi 18,5 milyon ABD doları idi; Dünya Bankası bunun için 14, 5 milyon dolar kredi verecekti.

<sup>201</sup> M. Tatar; **Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci ...** ; sf: 428.

<sup>202</sup> A. Soyer; **AKP'nin Sağlık Raporu**; sf: 22.

Taslağın incelenmesi yaratılmak istenen sağlık sisteminin ana iskeletini olanca açıklığı ile ortaya koyuyordu:

“Sağlık Mevzuatının Çağdaştırılması” bölümünde; yürürlüğe konulacak Kamu Sağlığı Kanunu, Sağlık Hizmetleri Kanunu, Sağlık Bakanlığı’nın Kuruluş Kanunu ve Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Kanunu (Genel Sağlık Sigortası Kanunu) ile, sağlık hizmetleri ve Bakanlığın yapısının yeniden düzenlenmesi öngörülmüştü.

“Hizmet Sunumunda Reform” kısmında, reformla oluşturulacak sistemin iki ana özelliğinin olduğu belirtilmektedir<sup>203</sup>. Bu özelliklerden biri, birinci basamak hizmetlerinin aile hekimliğine dayandırılması, ikincisi de kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi ve zaman içinde özelleştirilmesidir. Taslağa göre, Sağlık Bakanlığı; genel sağlığı koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşacak, doğrudan hizmet üreten bir kuruluş olma vasfını zaman içerisinde kaybedecekti.

Taslağın yine bu bölümünde yer alan şemada, sağlık hizmetleri ile bu hizmetleri verecek kurumlar belirlenmişti. Buna göre, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, “rekabet” içinde çalışan hastaneler tarafından sunulacaktı. İkinci basamak ayakta tedavi hizmetleri muayenehane ve hastanelerce yapılacaktı. Birinci basamak tedavi hizmetlerinin ise tamamen “aile hekimleri” tarafından verilmesi öngörülmekteydi. Aile hekimlerinin lojistik desteği, ilçe merkezlerinde kurulacak kamu sağlık merkezlerince karşılanacaktı.

“Hizmetin Finansmanında Reform” başlıklı bölümde, sistemin ana felsefesinin hizmet sunumu ile finansmanını birbirinden ayırmak olduğu vurgulanıyor ve sunulan hizmetlerin finansmanında kullanılacak finans tekniğinin

---

<sup>203</sup> Sağlık Bakanlığı; **Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı**; Ankara; 1992; sf: 10.

“Genel Sağlık Sigortası” olacağı belirtiliyordu<sup>204</sup>. Bu modelde kullanılacak yöntemler de şöyle sıralanıyordu: 1) Verimliliğin ve etkinliğin artırılması, 2) Hane halkı harcamalarının sigorta fonlarına yönlendirilmesi, 3) Sağlık sigortası primlerinin amacı doğrultusunda kullanılması, 4) Sağlık primi alınması, 5) Kullanıcı katkıları.

Taslağın “Hizmet Sunumunda Reform” ile “Finansmanda Reform” başlıklı bölümlerine ilişkin bu kısa açıklamalar bile, yapılmak istenen reformun ana hatlarını olanca açıklığı ile ortaya koyuyordu.

Söz konusu Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı’nı esas alan Birinci Ulusal Sağlık Kongresi; sağlık ile ilgili bütün demokratik kitle örgütleri, kamu kurum ve kuruluşları, siyasi partiler, üniversiteler, yabancı uzmanlar, meslek kuruluşları, sendikalar, dernekler ve gönüllü kuruluşların temsilcileri ile basın mensuplarından oluşan beş yüze yakın uzman ve bilim adamının katılımı ile 23-27 Mart 1992 tarihlerinde gerçekleştirildi. Sağlıkla ilgili konular; “Sağlığın Gelişmesine Destek; Çevre Sağlığı; Yaşam Biçimi; Sağlık Hizmetlerinin Sunumu; Öncelikli Sağlık Hizmetleri” başlıklı beş ana grup halinde toplanarak, 34 çalışma grubunda tartışıldı ve raporlar düzenlendi<sup>205</sup>. Kongre sonucunda bu raporlar ile bunlara dayanılarak hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı, bir kitap haline getirilerek kamuoyuna sunuldu. Ayrıca görüş almak üzere ilgili kişi ve kuruluşlara gönderildi. Bu görüşler de dikkate alınarak doküman gözden geçirildi ve Ulusal Sağlık Politikası Belgesi geliştirildi.

---

<sup>204</sup> Sağlık Bakanlığı; **Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı**; sf: 14.

<sup>205</sup> Sağlık Bakanlığı; **1. Ulusal Sağlık Kongresi (23-27 Mart 1992) Çalışma Grupları Raporları**; Ankara; 1992.

#### 2.2.5.4) İkinci Ulusal Sağlık kongresi

Birinci Ulusal Sağlık Kongresi ve sonrası yapılan çalışmalar sonucunda hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası Belgesi, 12-16 Nisan 1993 tarihinde Ankara'da toplanan İkinci Ulusal Sağlık Kongresi'nde ele alınmış, hazırlanan raporlar kamuoyuna kitap halinde duyurulmuştur<sup>206</sup>.

Bu geniş katılımlı kongreler sonucunda Ulusal Sağlık Politikası başlıklı belge hazırlandı<sup>207</sup>. Belge; beş ana bölüm halinde derlenen sağlıkla ilgili otuz iki konuda hedefleri, genel ilkeleri ve stratejileri belirliyordu. Bu dokümanda ve daha sonra geliştirilen politikalarda genel sağlık politikaları açısından şu hususlar benimsenmişti<sup>208</sup>:

a) Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması; bu bağlamda hizmet sunucuları açısından rekabeti teşvik edecek bir iç piyasanın oluşturulması,

b) Aile hekimliği ile güçlendirilmiş bir birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesi,c) Nüfusun tamamını güvence altına alacak bir Genel Sağlık Sigortası Sisteminin kurulması, d) Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülerek kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen kurumlar haline dönüştürülmesi.

Bu belgenin önemli bir özelliği, sağlıkla ilgi tarafların büyük bir çoğunluğunu temsil eden bir katılımın sağlanması ve yapılan Ulusal Sağlık Kongreleri ile ilgili

---

<sup>206</sup> Sağlık Bakanlığı; **2. Ulusal Sağlık Kongresi (12-16 Nisan 1993) Çalışma Grupları Raporları**; Ankara; 1994.

<sup>207</sup> Sağlık Bakanlığı (Sağlık Projesi Genel Müdürlüğü); **Ulusal Sağlık Politikası**; Ankara; 1993.

<sup>208</sup> M. Tatar; **Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci ...** ; sf: 428.

olarak herkesin görüşlerini açıklayabileceği bir platformun oluşturulmasıdır. Buna karşın Ulusal Sağlık Politikası Belgesi, uygulamaya ilişkin ayrıntılı bir faaliyet planı içermiyordu.

Ulusal Sağlık Politikası Belgesi'nin sonuç bölümünde, her iki yılda bir Ulusal Sağlık Kongresi toplanması öngörülmüştü. Kongrelerde her bir hedef ayrı ayrı ele alınarak durum saptaması yapılacak ve neler yapılması gerektiği konusunda hükümete görüş bildirilecekti. Ancak, bu dilek yaşama geçirilememiş, kongrenin bir daha toplanması da sağlanamamıştır.

**Tablo- 9: Sağlık Personelinin Sayısal Gelişimi (1989-1994)**

| <b>Sağlık Personeli</b>                          | <b>1989</b> | <b>1994</b> |
|--|-------------|-------------|
| <b>Hekim Sayısı</b>                              | 46.708      | 64.000      |
| Bir Hekime Düşen Nüfus                           | 1.190       | 954         |
| <b>Diş Hekimi Sayısı</b>                         | 10.132      | 13.200      |
| Bir Diş Hekimine Düşen Nüfus                     | 5.484       | 4.630       |
| <b>Eczacı Sayısı</b>                             | 15.201      | 17.500      |
| Bir Eczacıya Düşen Nüfus                         | 3.655       | 3.492       |
| <b>Hemşire Sayısı</b>                            | 43.374      | 61.500      |
| Bir Hemşireye Düşen Nüfus                        | 1.281       | 994         |
| <b>Ebe Sayısı</b>                                | 27.805      | 39.700      |
| Bir Ebeye Düşen Nüfus                            | 1.988       | 1.540       |
| <b>Sağlık Memuru ve Sağlık Teknisyeni Sayısı</b> | 18.869      | 38.200      |
| Bir Sağ. Memuru ve Sağ. Teknisyenine Düşen Nüfus | 2.945       | 1.600       |
| <b>Türkiye Nüfusu (yaklaşık olarak)</b>          | 55.570.000  | 61.150.000  |

Kaynak: DPT, Yedinci BYKP; sf: 45.

Ulusal Sağlık Politikası Belgesi'nde politikaların benimsenmesinden sonra uygulamaya geçmek amacıyla kanun taslakları hazırlanmış, ancak 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının açıklanmasına kadar geçen dönemde yaşanan siyasal ve ekonomik istikrarsızlık, bunların yasa haline getirilmesini ve yaşama geçirilmesini engellemiştir. Aynı dönem içinde toplam hastane sayısı 854'den 1024'e, toplam yatak sayısı da 131.961'den 150.565'e yükselmiştir (Yedinci BYKP; sf. 44).

**Tablo-10: Yedinci Plan Döneminde Beklenen Sayısal Gelişmeler (1994-2000)**

|                              | <b>1994</b> | <b>2000</b> |
|------------------------------|-------------|-------------|
| Hasta Yatağı Sayısı          | 150 565     | 180 000     |
| Kamu                         | 142 640     | 168 000     |
| Özel                         | 7 925       | 12 000      |
| Yatak Başına Düşen Nüfus     | 406         | 374         |
| Yatak İşgal Oranı (%)        | 58          | 65          |
| Sağlık Ocağı Sayısı          | 4 575       | 5 100       |
| Hekim Sayısı                 | 64 000      | 83 500      |
| Bir Hekime Düşen Nüfus       | 954         | 806         |
| Diş Hekimi Sayısı            | 13 200      | 16 800      |
| Bir Diş hekimine Düşen Nüfus | 4 630       | 4 008       |
| Eczacı Sayısı                | 17 500      | 21 000      |
| Bir Eczacıya Düşen Nüfus     | 3 492       | 3 206       |
| Hemşire Sayısı               | 61 500      | 104 000     |
| Bir Hemşireye Düşen Nüfus    | 994         | 647         |

Kaynak: DPT; Yedinci BYKP; sf: 47.

### 2.2.5.5) Yeşil Kart Sistemi

Bu dönem içinde sağlıkla ilgili olarak atılan en somut adım, “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” ile atılmıştır. 1992 Temmuz ayında yürürlüğe giren 3816 sayılı bu Yasanın amacı, “hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin, Devlet tarafından karşılanması”dır.

Kamuoyunda “Yeşil Kart” olarak adlandırılan bu Yasanın kapsamına; a) Sosyal güvenlik kurumlarından herhangi birine bağlı olmayan, b) Aylık geliri veya aile içindeki gelir payı, 4857 sayılı İş Kanununa göre belirlenen asgari ücretin, vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3’ünden az olan (Bakanlar kurulu, söz konusu miktarı üç katına kadar artırmaya yetkilidir: m: 2/son), c) Türkiye’de ikamet eden Türk vatandaşları girer. Ancak, herhangi bir sağlık güvencesi altında olanlara bağımlı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanması gerekenler, silah altında bulunanlar ve sağlık güvencesi olan yüksek öğrenim öğrencileri, bu Yasanın kapsamı dışındadır.

Geliri, yukarıda belirtilen payı aşanların, bu Yasa ile öngörülen hakları sona erer ve Yeşil Kartları geri alınır (m: 3/b). Yasa, yukarıda sözü edilen kişilerin;

a) Türkiye’deki yataklı tedavi kurumlarında yatarak görecekları tedavi hizmetlerini ve her türlü masraflarını,

b) Türkiye’deki sağlık kurumlarında ayakta tedavi kapsamında görecekları muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi ile protez ve gözlük hizmetlerini ve ilaç bedellerini,

c) 90 günün aşılması kaydıyla, Yeşil Kart hamili anne ve/veya babanın yeni doğan bebeğinin Yeşil Kartı çıkarılıncaya kadar, acil tıbbi müdahale ve tedavi gerektiren ve annenin doğum yaptığı hastanedeki tedavi giderleri ile sevk edildikleri sağlık kurumlarında uygulanan yatarak ve ayakta tedavileri ve bunların giderlerini,

d) 90 günün aşılması kaydıyla, acil tıbbi müdahale ve tedavi gerektirdiği için hastaneye yatırılan hastaların Yeşil Kartları çıkarılıncaya kadar hastanede yapılan tüm masraflarını,

e) Tedavi hizmetlerini verecek kurum ve kuruluşları, kapsar.

Söz konusu Yasa, Yeşil Kart sahibi olanlara, çeşitli sağlık yardımları sağlar. Bunlara örnek olarak; Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarında yatarak görecekları tedavi hizmetlerini ve her türlü masraflarını, ayakta tedavi kapsamında görecekları muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi, diş protezi, gözlük hizmetlerini ve ilaç bedellerini sayabiliriz.

Yeşil Kart, gerekli inceleme ve araştırmalar yapıldıktan sonra, il ve ilçe idare kurullarının kararı üzerine, valilik veya kaymakamlıkça hak sahiplerine verilir (m. 6, 8). Yasanın 4. maddesinde, aylık gelir veya gelir paylarının nasıl hesaplanacağı gösterilmiştir.

Yasa kapsamına girecek durumda olmadığı halde Yeşil Kart olarak ücretsiz tedaviden yararlananlarla, kartının iptali gerektiği halde karttan yararlanmaya devam edenlerden, yapılan harcamalar iki kat olarak geri alınır ve bu belgeleri kullanan ve düzenleyenler hakkında, genel hükümlere göre ceza kovuşturması yapılır. Yeşil Kart dolayısıyla fatura ve benzeri belgelerin gerçeğe aykırı düzenlenmesi halinde de bu meblağ belgeyi düzenleyenlerden iki misli olarak geri alınır ve bunlar hakkında da



ceza kovuşturması yapılır. Konunun ayrıntıları ve uygulama ile ilgili hususları düzenlemek amacıyla bir yönetmelik de yürürlüğe konulmuştur<sup>209</sup>.

**Tablo- 11: Yeşil Kart Kullanan Kişi Sayısı (1992-2001)**

| Yıllar | Toplam Nüfus | Yeşil Kart Kullanan Kişi | Yeşil Kartlı Kişi Oranı (%) |
|--------|--------------|--------------------------|-----------------------------|
| 1992   | 58.179.932   | 365.509                  | 0,6                         |
| 1993   | 59.052.631   | 2.211.341                | 3,7                         |
| 1994   | 59.938.421   | 3.671.452                | 6,1                         |
| 1995   | 60.837.497   | 4.996.728                | 8,2                         |
| 1996   | 61.564.398   | 5.713.066                | 9,3                         |
| 1997   | 62.865.574   | 6.666.978                | 10,6                        |
| 1998   | 64.166.750   | 7.760.443                | 12,1                        |
| 1999   | 65.505.088   | 8.721.629                | 13,3                        |
| 2000   | 67.844.903   | 10.125.706               | 14,9                        |
| 2001   | 69.272.291   | 11.346.250               | 16,4                        |

Kaynak: World Bank; Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Raporu; Cilt I: Ana Rapor; Rapor No: 24538-TU; 2003; sf: 29.

<sup>209</sup> Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelik (RG: 13.08.1992 – 21314).

Aktif işlem gören yeşil kartlı kişilerin sayısı, 2009 yılı sonu itibariyle 9,6 milyondur<sup>210</sup>.

**Tablo- 12: Yeşil Kartlı Kişi Sayısı (2003-2009)**

|            | 2003 | 2004  | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  |
|------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Kişi (Bin) | -    | 6.852 | 7.256 | 8.279 | 9.355 | 9.338 | 9.647 |

Kaynak: SGK; **Aylık İstatistik Bülteni**; Şubat- 2010; sf:14.

Özellikle ekonomik kriz dönemlerinde artış gösteren yeşil kart, nüfusun önemli bir kısmına sağlık hizmeti sağlamada bugün dahi büyük bir işlevi yerine getirmektedir.

Sözü edilen 1989-2002 dönemi içinde, 1992 yılında, emeklilikte yaş sınırı kaldırılmış, kadınlarda 20, erkeklerde 25 hizmet yılını tamamladıktan sonra istekleri halinde emekli olmalarına imkân sağlanmıştır. Yaşlılık riskiyle karşılaşılmadan sigortalılara emekli aylığının bağlanması, sistemin sürdürülebilirliğini ortadan kaldırmaktadır. Son yıllarda açık vermeye başlayan sosyal güvenlik kurumlarının finansman açıklarının GSMH'ya oranı, 1991 yılında yüzde 0,2 iken, 1994 yılında yüzde 0,9'a yükselmiştir<sup>211</sup>.

DYP-SHP Hükümetinin aldığı 5 Nisan 1994 kararlarıyla; kamu sağlık kurumlarına devlet katkısı yalnızca personel giderlerini karşılayacak düzeye indirilmiş, sağlık ocakları da verdikleri hizmetlerin karşılığında hastalardan ücret almak zorunda bırakılmışlardır. Bu uygulama, kamu sağlık hizmetleri ve kurumları üzerinde yıkıcı ve çok olumsuz etkide bulunmuştur. Yine bu dönemde özelleştirme

<sup>210</sup> Sosyal Güvenlik Kurumu; **Aylık İstatistik Bülteni**, Şubat 2010; Ankara; sf: 73.

<sup>211</sup> DPT; **Yedinci BYKP**; sf: 111.

yolunda ilk adımlar atılmış, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu uyarınca hazırlanan 11.01.1995 tarihli yönetmeliğe dayanılarak, döner sermayesi çok kârlı olan Yüksek İhtisas Hastanesi ile Koşuyolu Hastaneleri işletme haline getirilmiştir<sup>212</sup>.

#### **2.2.5.6) Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**

1995 yılı Temmuzunda onaylanan ve (1996-2000) yıllarında uygulanacak olan **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**'ndaki saptamalara göre<sup>213</sup>; büyük kısmı önlenebilir nedenlerden kaynaklanan bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması, çocukların sağlıklı gelişimlerini ve temel eğitimlerini engelleyen sorunların giderilmesi ve korunmalarını amaçlayan kurumsal yapının etkinliğinin artırılması ihtiyacı devam etmektedir. Bebek ölümleri, 5 yaş altı çocuk ölümleri, anne ölümleri, bağışıklama oranı gibi temel sağlık düzeyi göstergelerinde yeterli iyileşme sağlanamamıştır. Bu yetersizlik sadece sağlık sektörüyle ilgili sorunlardan değil çevre, beslenme, eğitim, konut, gelir dağılımı, temiz kullanma ve içme suyu temini gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmeti veren çok sayıdaki kamu kuruluşu arasında etkili koordinasyon ve işbölümü sağlanamaması, hizmet birimlerinin belirli nüfus gruplarına yönelik olarak ayrı ayrı örgütlenmesi, fiziki, mali ve beşeri kaynakların kullanılmasında verimsizliğe ve atıl kapasiteye yol açmaktadır.

Yedinci Planda ayrıca şu saptamalara da yer verilmiştir: Çağdaş işletmecilik esasına göre yönetilmemesi, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan idari ve mali özerkliğe sahip kuruluşlara dönüştürülememiş olması ve rekabete açık olmaması nedeniyle hastanelerden beklenen fayda elde edilememektedir. Etkili bir hasta sevk

---

<sup>212</sup> 1) M. Tatar; **Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci ...** ; sf: 426; 2) A.

Soyer; **1980'de Günümüze Sağlık Politikaları**; sf: 313.

<sup>213</sup> DPT; **Yedinci BYKP**; sf: 13.

sisteminin kurulamamış olması hastanelere gereksiz hasta yığılmalarına yol açmaktadır. Sağlık sektöründe beşeri kaynaklar etkili kullanılamamış, çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tam olarak belirlenmemiş, sağlık insan gücünün mesleki, fonksiyonel ve coğrafi açıdan dengeli dağılımı sağlanamamıştır.

Yapılan saptamalar içinde belki de en stratejik ve önemli olanı, “Sağlık sigortası bütün nüfusu kapsayacak şekilde genişletilememiş ve mevcut sigorta uygulamaları arasında norm ve standart birliği sağlanamamış olması” idi.

Planda öngörülen temel hedefler açıkça belirtilmiştir<sup>214</sup>: 1) Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde makroekonomik ve yapısal uyum politikaları uygun bir zamanlama ve bütünlük içinde uygulanarak istikrarlı ve sürdürülebilir büyüme ortamı yaratılacaktır. 2) Yedinci BYKP yeni bir stratejik yaklaşımla ele alınmaktadır. Yeni Plan, ülkemizin kalkınma hedefleri yanında, demokratikleşme sürecine de yön veren temel bir belge olacaktır. 3) Yedinci Plan; orta ve uzun vadeli ekonomik, sosyal ve kültürel politika uygulamalarının genel ilkelerini ve önceliklerini belirleyecek, ekonominin piyasa mekanizması çerçevesinde öngörülen muhtemel gelişme istikametlerini tahmin edecek ve ekonomik birimlerin karar alma süreçlerine yardımcı olacak genel bir çerçeveyi sağlayacaktır. 4) Değişen koşullar karşısında Planların başlangıçta öngördükleri gelişme çerçevesi Yıllık Programlarla gözden geçirilerek, Planların piyasalardaki gelişmelere karşı esnekliği sağlanacaktır.

Altıncı Plan döneminde görülen olumsuzlukları ortaya koyan Yedinci BYKP’da, “sağlık reformu” bağlamında yapılan tespitler dolayısıyla izlenecek politikalar şöyle sıralanmıştır:

---

<sup>214</sup> DPT; **Yedinci BYKP**; sf: 20; 41-48.

a) Sağlık sistemi; finansman, yönetim ve organizasyon, insan gücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutları itibariyle yeniden yapılandırılacak.

b) Sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşlarının hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacak.

c) Sağlık Bakanlığının halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulacak, doğrudan yataklı tedavi hizmeti sunumundaki rolü giderek azaltılacak.

d) Hizmetin sunulmasında yerel yönetimlerin rolü artırılacak.

e) Sağlık hizmetlerinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımı sağlanacak.

f) Kamusal kaynaklar öncelikle maliyet etkililiği yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilecek.

g) Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması, bulaşıcı ve salgın hastalıklar ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri kamu hizmeti olarak bedelsiz verilmeye devam edilecek, tedavi hizmetlerinin bedeli ise kullanıcılar tarafından ödenecek.

h) Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu, personel politikaları, yönetim yapısı, toplum sağlığının korunması konularını kapsayan yeni yasal düzenlemeler yapılacak ve mevcut mevzuat güncelleştirilecek.

Bu politikaları gerçekleştirebilmek için Temel Sağlık Kanunu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Hakkında Kanun, Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu, Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyişi Kanunu çıkarılacak, ayrıca gerek Sağlık Bakanlığı'nın kuruluş yasasında, gerekse sağlıkla ilgili diğer yasalarda gerekli değişikliklerin yapılması sağlanacaktır.

Belirlenen bu politikalar, 1980'li yıllardan sonra dile getirilmeye başlanan ve bazı partilerin programlarıyla, bu dönemlerde kurulan hükümetlerin programlarındaki saptama ve izlenecek politikalarla, büyük oranda paralellik göstermektedir.

Yedinci BYKP'da sosyal güvenlik reformu bağlamında da önemli tespitlere yer verilmiştir. Mevcut darboğazların giderilmesi açısından öngörülen politikalar da başlıklar itibariyle şöyle açıklanmıştır:

a) Sosyal güvenlik sisteminin nüfusun tümüne yaygınlaştırılması sağlanacaktır.

b) Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması Yedinci BYKP'nin temel hedeflerinden biri olacaktır.

c) Sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmetlerin temel esaslarını belirleyecek Sosyal Güvenlik Temel Yasası çıkarılacaktır.

d) Kurumların aktif/pasif sigortalı oranlarının yükseltilebilmesi için emekliliğe yönelik asgari prim ödeme süresi artırılabilecek, emekli aylığı ödemelerinin başlayacağı asgari yaş sınırı getirilecektir.

e) Sigortalı işçi istihdamını güçleştiren ve işverenlere büyük külfetler yükleyen 3320 sayılı Memurlar ve İşçiler ile Bunların Emeklilerine Konut Edindirme Yardımı Yapılması Hakkında Kanun ile 3417 sayılı Çalışanların Tasarrufa Teşvik Edilmesi ve Bu Tasarrufların Değerlendirilmesine Dair Kanun hükümleri gözden geçirilecektir.

f) İşsizlik sigortası oluşturulacaktır.

g) Sosyal güvenlik kurumlarında fiili ve itibari hizmet zammı günün şartları ve teknolojik değişiklikler çerçevesinde yeniden belirlenecektir.

h) Sosyal güvenlik kurumlarınca sağlanan sağlık hizmetleri satın alma yoluyla temin edilecek, hastaneler verimlilik ve karlılık anlayışıyla çalışabilecek bir yapıya kavuşturulacaktır. Böylece sigortalılar hastane ve hekim seçebilme özgürlüğüne kavuşacaklardır.

Bu amaçları gerçekleştirebilmek için şu hukuki ve kurumsal düzenlemelere gidilecektir:

1) Sosyal Güvenlik Temel Yasası çıkarılacak.

2) Temel Yasada, insan haysiyetine yaraşır ve ülke gerçekleriyle uyumlu bir Asgari Ulusal Emekli Aylığı tanımı yapılacak.

3) SSK'nın içinde bulunduğu finansman darboğazından kurtarılması ve Kurumun çağdaş anlamda yeniden yapılandırılması ile daha özerk bir hale gelmesi için hazırlanan Yasa Tasarısıyla; emeklilik yaşının ve prim ödeme gün sayısının kademeli olarak artırılması ve isteğe bağlı sigorta, topluluk sigortası, sosyal güvenlik destek primi ile ağır ve yıpratıcı işlerde çalışanların malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası prim oranlarının yükseltilmesi, farklı tarihlerde emekli olanlar arasındaki gelir dengesizliğini gidermek ve emekli aylıklarında iyileşme sağlamak üzere Bakanlar Kurulu'nun tespit edeceği tarihte kademeli olarak emekli aylıklarının hesaplanmasında tek gösterge sistemine geçilmesi için düzenlemeler yapılacak.

4) Genel Sağlık Sigortası, İşsizlik Sigortası, Aile Yardımları Sigortası Kanunları ve hizmeti verecek kurumlarla ilgili yasal düzenlemeler yapılacak. Sosyal güvenlik kurumlarının sağlık hizmetlerini Genel Sağlık Sigortası Kurumuna

devredinceye kadar geçecek sürede sağlık hizmetlerini satın almalarına ilişkin yasal düzenlemeler yapılacaktır.

Söz konusu dönemde, 1981 tarihinde yürürlüğe konulan 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun'da değişiklik yapılarak pratisyen hekimler için zorunlu hizmet uygulaması 1995 yılı Mart ayında kaldırılmıştır. Ayrıca, 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamalarının Düzenlenmesine ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'la yataklı tedavi kurumlarının işletilmesi haklarının özelleştirilmesi imkânı getirilmiştir<sup>215</sup>.

#### **2.2.5.7) Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)**

2002 öncesi dönemde, 57. Ecevit Hükümetince hazırlanıp TBMM tarafından 27.06.2000 tarihinde onaylanan **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı** da uygulanmaya başlanmıştır. 2001-2005 yılları arasında uygulanacak **Sekizinci BYKP**'de yer alan durum tespitinde<sup>216</sup>; "Sağlık insan gücünün ve altyapısının yurt düzeyine dengesiz dağılımının, kuruluşlar ve hizmet basamakları arasındaki koordinasyon ve işbirliği eksikliğinin devam ettiği; koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli önceliğin verilemediği ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleriyle birlikte yaygın, sürekli ve etkili sunulmasının sağlanamadığı; hizmet kademeleri arasında etkin bir hasta sevk sisteminin kurulamadığı, sigorta kapsamındaki kişilere hekim ve hastane seçme hakkının sağlanamadığı; hastanelerin idari ve mali özerkliğe ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan bir yapıya kavuşturulamadığı, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetilmelerinin sağlanamadığı" belirtilmektedir. Ayrıca, 1999 yılı sonu

<sup>215</sup> DPT; **Yedinci BYKP**, sf: 45.

<sup>216</sup> DPT; **Sekizinci BYKP**; sf: 85-89.



itibariyle toplam yatak sayısı içinde özel sektörün payının yüzde 6,8 olduğu, özel sektörün daha çok poliklinik, laboratuvar ve teşhis merkezi ağırlıklı hizmet verdiği ifade edilmiştir.

**Tablo- 13: Kuruluşlara Göre Hastane ve Yatak Sayıları (2000)**

| <b>Kuruluşlar</b>       | <b>Hastane Sayısı (1)</b> | <b>Yatak Sayısı (1)</b> |
|-------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Sağlık Bakanlığı        | 742                       | 84.200                  |
| Milli Savunma Bakanlığı | 42                        | 15.900                  |
| SSK Genel Müdürlüğü     | 116                       | 27.300                  |
| KİT'ler                 | 10                        | 2.217                   |
| Diğer Bakanlıklar       | 2                         | 680                     |
| Tıp Fakülteleri         | 43                        | 24.200                  |
| Belediyeler             | 8                         | 1.313                   |
| Yabancılar              | 4                         | 320                     |
| Azınlıklar              | 5                         | 934                     |
| Dernekler               | 18                        | 1.436                   |
| Özel                    | 230                       | 11.500                  |
| <b>Toplam</b>           | <b>1.220</b>              | <b>170.000</b>          |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, DPT: Sekizinci BYKP; sf: 86; (1) Tahmin.

Yukarıda sözü edilen saptamalar dolayısıyla **Sekizinci BYKP**'de belirlenen ilke ve politikalar şunlardır: 1) Sağlık hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılacak, 2) Herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetinden yararlanma hakkı sağlanacak, 3) Sağlık hizmeti basamakları arasında etkin işleyen bir hasta sevk sistemi geliştirilecek, 4) Kentsel kesim birinci basamak sağlık hizmet kapasitesi geliştirilecek, semt polikliniği uygulaması yeniden yapılandırılacak, piyasa

şartlarında hizmet üreten özel sağlık kuruluşlarının imkânlarından yararlanılacak, 5) Aile hekimliği uygulamasına geçilecek, 6) Kırsal kesimde, yerleşik nüfusa hizmet veren sağlık ocakları yeniden yapılandırılarak altyapı ve insan gücü imkanları geliştirilecek ve mobil sağlık hizmeti uygulaması etkinleştirilecek, 7) Gıda sağlığı ve güvenilirliği hizmetleri geliştirilecek ve etkin bir denetim sağlanacak, 8) Özel sektörün sağlık yatırımları ve gönüllü sağlık kuruluşlarının hizmetleri teşvik edilecektir.

**Tablo-14:Sağlık Göstergelerinde Gelişmeler (1995-2000-2005)**

|  | <b>1995</b> | <b>2000 (1)</b> | <b>2005 (2)</b> |
|--|-------------|-----------------|-----------------|
| <b>Yatak Sayısı</b>                          | 150.565     | 170.000         | 200.000         |
| <b>Yatak Başına Düşen Nüfus</b>              | 402         | 384             | 351             |
| <b>Yatak Kullanım Oranı<br/>(Yüzde)</b>      | 58          | 60              | 75              |
| <b>Sağlık Ocağı Sayısı</b>                   | 4.927       | 5.700           | 6.300           |
| <b>Hekim Sayısı</b>                          | 69.349      | 80.900          | 89.000          |
| <b>Hekim Başına Düşen Nüfus</b>              | 872         | 807             | 789             |
| <b>Diş Hekimi Sayısı</b>                     | 11.717      | 14.200          | 16.000          |
| <b>Diş Hekimi Başına Düşen<br/>Nüfus</b>     | 5.163       | 4.599           | 4.389           |
| <b>Hemşire Sayısı</b>                        | 64.243      | 71.000          | 77.100          |
| <b>Hemşire Başına Düşen Nüfus</b>            | 942         | 919             | 910             |
| <b>Doğuşta Hayatta Kalma<br/>Ümidi (Yıl)</b> | 68,0        | 69,1            | 70,3            |
| <b>Bebek Ölüm Hızı (Binde)</b>               | 43,1        | 35,3            | 28,8            |

Kaynak: Sekizinci BYKP; sf: 88; (1) Tahmin; (2) Hedef.

Söz konusu ilke ve politikaları gerçekleştirebilmek için de hastanelerin rekabet edebilir ve özerk işletmeler haline dönüştürülmesi; kamu kesimine ait sağlık tesislerinde sağlık personelinin tam gün çalışmasının özendirilmesi; sağlık hizmet sunumu ile finansmanının ayrılması; gıda sağlığı ve güvenilirliği alanında denetimin artırılması bakımından gerekli mevzuat değişiklikleri yapılacaktır.

Sekizinci BYKP'deki sosyal sigorta sistemlerine ilişkin saptamalara göre<sup>217</sup>,1999 yılında sosyal sigorta programları tarafından kapsanan nüfusun oranı %91 ve sağlık hizmetleri bakımından sosyal sigorta kapsamındaki nüfus oranı, %86,4'dür. Toplam sivil istihdamın yaklaşık yarısı aktif sigortalı olarak sosyal sigorta programları kapsamında bulunmaktadır.

Sosyal sigorta sistemini aktüeryal dengeleri dikkate alarak sürdürülebilir bir yapıya kavuşturmak ve mevcut sorunları çözümlmek amacıyla, 1999 yılı Eylül ayında 4447 sayılı Yasa yürürlüğe girmiştir. Yasa ile, belirli bir geçiş süresi çerçevesinde, halihazırda sisteme dahil olanlar için emeklilik yaşı, kadınlarda 52'ye, erkeklerde 56'ya, sisteme yeni girenler için ise, kadınlarda 58'e, erkeklerde 60'a yükseltilmiştir. Emekliliğe hak kazanabilmek için gerekli asgari prim ödeme süresi artırılmış, ortalama emekli aylığı bağlama oranı aşağı çekilmiş, emekli aylığının hesaplanmasındaki referans dönemi tüm çalışma hayatı olarak belirlenmiş, SSK ve Bağ-Kur'da emekli maaşı artışları TÜFE'ye bağlanmış ve prime esas kazancın tavanı yükseltilmiştir.

---

<sup>217</sup> DPT; **Sekizinci BYKP**; sf: 111-117.

**Tablo-15: Sosyal Sigorta Programlarının Kapsamı Nüfus (1989-1999;  
Bin Kişi)**

| <b>Kuruluşlar</b>                             | <b>1989</b> | <b>1995</b> | <b>1999</b> |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Emekli sandığı (Toplam)                       | 8.259       | 7.185       | 8.434       |
| Sosyal Sigortalar Kurumu (Toplam)             | 17.916      | 28.726      | 36.367      |
| Bağ-Kur (Toplam)                              | 12.936      | 11.833      | 13.876      |
| Özel Sandıklar (Toplam)                       | 393         | 291         | 333         |
| Genel Toplam                                  | 39.504      | 48.035      | 59.010      |
| Sağlık Hizm. Bak. Sosyal Sigortalar Kapsamı   | 28.989      | 41.668      | 56.017      |
| Genel Nüfus (Toplam) (1)                      | 55.510      | 61.075      | 64.851      |
| Sigortalı Nüfus Oranı (%)                     | 71,2        | 78,8        | 91,0        |
| Sağlık Sigortası Kapsamındaki Nüfus Oranı (%) | 52,2        | 68,3        | 86,4        |

Kaynak: Yedinci BYKP, sf: 113; Sekizinci BYKP; sf: 108; (1) 1989 nüfusu tarafımızdan yaklaşık olarak hesaplanmıştır. 1995 ve 1999 nüfus rakamları, 1997 yılında yapılan nüfus tespiti sonuçlarına dayalı geçici nüfus tahminleridir.

4447 sayılı Yasa ile, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun 2. maddesinde belirtilen sigortalılar ile aynı Kanunun geçici 20. maddesine tâbi sigortalılar ve müteakibliyet esasına dayalı olarak yapılan anlaşmalara göre çalışan yabancı işçilere, işsiz kalmaları halinde, işsizlik ödeneği verilmesi, hastalık ve analık sigortası primlerinin ödenmesi, yeni bir iş bulunması ile meslek geliştirme, edindirme ve yetiştirme eğitimi hizmetlerinin verilmesi amacı ile işçi, işveren ve devletin ödedikleri primler ile finanse edilen işsizlik sigortası programı ihdas edilmiştir. 4447

sayılı Yasa ile önemli düzenlemeler getirilmiş olmakla birlikte, sosyal sigorta kuruluşlarının çağdaş sigortacılık ilkelerine göre yeniden yapılandırılması süreci tamamlanamamıştır. Sosyal sigorta kuruluşları arasında sigorta programları açısından önemli farklılıklar devam etmektedir.

Yapılan tespitler doğrultusunda sosyal güvenliğe ilişkin olarak belirlenen amaç, ilke ve politikalar, özet olarak şunlardır:

1) Sosyal sigorta risklerini asgari düzeyde karşılayan kamu sigorta programlarının bütün nüfusu kapsayacak şekilde genişletilmesi temel amaçtır.

2) Sosyal sigorta sistemi kapsamındaki aktif sigortalı nüfus artırılacak ve kayıt dışı istihdam önlenecektir. Bu çerçevede istihdam kapsamındaki aktif sigortalı nüfusun sivil istihdama oranı yüzde 65'e ulaşacaktır.

3) Sağlık sigortası programı ile sağlık hizmeti sunumu birbirinden ayrılacaktır.

4) Ekonomik ve teknolojik gelişmelere uygun olarak fiili ve itibari hizmet süreleri yeniden düzenlenecektir.

Bu amaçlara ulaşabilmek için şu konularda çalışmalar yapılacaktır:

1) Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur'un idari ve mali yapıları yeniden düzenlenecek,

2) Norm ve standart birliği sağlanması amacıyla gerekli hukuki ve kurumsal düzenlemeler yapılacak,

3) Geniş kapsamlı bir sosyal güvenlik politikası çerçevesinde, sosyal sigorta sistemini destekleyecek tamamlayıcı bireysel emeklilik sigorta programlarına ilişkin mevzuat çalışmaları gerçekleştirilecek.

Yapılacak çalışmalar bağlamında sözü edilen konuların bir kısmında önemli bir ilerleme kaydedilememiş olmakla birlikte “Bireysel Emeklilik Sistemi”nde, 2001 yılında kabul edilen ve yürürlüğe konulan 4632 sayılı “Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu” ile hukuksal bir düzenlemeye gidilmiştir. Halen bireysel emeklilik sistemi kapsamındaki 13 şirkette katılımcı sayısı 2,2 milyonu aşmış olup, emeklilik aylığı bağlanmasına da başlanmıştır<sup>218</sup>.

## **2.2.6) 2002 SONRASI DÖNEM**

### **2.2.6.1) Adalet ve Kalkınma Partisi Programı**

14.08.2001 tarihinde kurulan Adalet ve Kalkınma Partisi sağlığa ilişkin temel görüşünü, parti programının “Sağlık” bölümünde<sup>219</sup>; “Partimiz, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesini sosyal devlet anlayışının vazgeçilmez unsurları arasında görür. Sosyal güvenlik şemsiyesi tüm halkı kapsayacak şekilde düzenlenecektir. Devlet herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorundadır. Etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi, nitelikli bir toplum için vazgeçilmezdir” şeklindeki açıklama ile ortaya koymuştur.

Bu görüş doğrultusunda izlenecek sağlık politikası bağlamında şu hususların gerçekleştirilmesi gerekli görülmektedir:

---

<sup>218</sup> 01.10.2010 tarihi itibariyle; katılımcı sayısı 2.214.711 kişi, maaş bağlanan kişi sayısı 2.605’tir. Bu sistemde aynı tarih itibariyle yatırıma yönlendirilen tutar 8,6 milyar TL’nin üzerindedir.

<sup>219</sup> AK Parti; Adalet ve Kalkınma Partisi Programı; 2001.

1) Koruyucu hekimliğin yaygınlaşması teşvik edilecek, halk ve çevre sağlığı ile ilgili gerekli tedbirler alınacaktır.

2) Koruyucu ve tedavi edici hizmetler başta olmak üzere, sağlık hizmetleri alanı, gönüllü kuruluşlara ve özel sektöre açıktır.

3) Aile hekimliği sistemi uygulamaya konulacaktır. Aile hekiminin muayenehanesi, fizik koşulları ve uygulama standartları Sağlık Bakanlığı'nca belirlenecektir. Bu muayenehanelerin kurulması için devlet ucuz krediler verecektir. Böylece birinci basamak sağlık hizmetleri güvenli ve kaliteli olarak halka sunulacaktır.

4) Sevk zinciri sağlıklı hale getirilecek, ihtisas hastanelerindeki anlamsız yığılmalar önlenecektir.

5) Sağlık sektörü Sağlık Bakanlığı tarafından tek merkezden koordine edilecektir. Bakanlık sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, denetleyici, takip edici, politika üretici bir rol üstlenecektir.

6) Sağlık Bakanlığı'nca yeni sağlık sisteminin uygulamaya konulmasıyla tüm yerel yönetimler de buna entegre olacaktır.

7) Sağlık hizmetlerinde rekabetin kuralları belirlenecek ve bunlarla ilgili yasal düzenlemeler yapılacaktır.

8) Sağlık sektöründe, bilgi işlem merkezli tek kontrol sistemine geçiş sağlanacaktır.

9) İlaç ve tıbbi ekipman sanayii desteklenecek, sağlık yatırımlarına yapılan teşvikler yeniden düzenlenecektir.

10) Tüm vatandaşlarımızı kapsayacak etkin bir genel sağlık sigortası sistemine geçilecektir.

Sağlığın anayasal bir hak olup olmadığı konusunun irdelenmediği AK Parti Programında, bakanlığın hizmet sunumu yerine planlama, koordinasyon ve denetimle görevli olacağı, sağlık hizmetleri alanının özel kesime ve rekabete açık olacağı, aile hekimliği sistemine geçileceği, genel sağlık sigortası sistemi kurulacağı belirtilerek, sağlık politikasında köklü bir dönüşümün planlandığı konusunda önemli işaretler verilmiştir.

AK Parti Programında sosyal güvenlikle ilgili parti görüşü ve bu doğrultuda yapılması gereken hususlar da açık bir biçimde ifade edilmiştir.

Sosyal güvenliği anayasal bir hak sayan ve her bireyin bu haktan yararlanmasını sağlamayı devletin bir görevi olarak kabul eden AK Parti Programında; anayasanın belirlediği kapsamda, sosyal devlet anlayışına yaraşır bir sosyal güvenlik politikasının oluşturulacağı; sosyal politika uygulamalarının en önemli ve en etkili aracının sosyal güvenlik sistemi olduğu gerçeğinden hareketle sosyal güvenliğin sosyal sigorta, sosyal hizmet ve sosyal yardım üçlü zinciri içinde önemle ele alınacağı, norm ve standart olarak ciddi ve bilimsel bir değerlendirmeye tabi tutulacağı; sosyal güvenlik hizmetlerinin tek bir bakanlığın çatısı altında toplanacağı; Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Bağ-Kur'un aktüeryal yapısının ve mali durumunun iyileştirilmesi için tedbirler alınacağı, norm ve standart birliğinin sağlanacağı; sigortasız işçi çalıştırılmasının mutlaka önüne geçileceği sözü verilmiştir.



### 2.2.6.2) 58. Hükümet Programı (Abdullah Gül Hükümeti)

2002 Kasım ayında yapılan genel seçimleri AK Parti kazanınca, önce Abdullah Gül başkanlığında 58.Hükümet (19.11.2002-12.03.2003) ve sonra da Recep Tayyip Erdoğan başkanlığında 59. Hükümet (14.03.2003-29.08.2007) kuruldu. Parti programındaki anlayış doğrultusunda hazırlanan her iki hükümet programı da birbirine benzer sağlık politikası öngörmüşlerdi ve yaptıkları saptamalar şöyleydi<sup>220</sup>:

- a) Sağlık sistemindeki mevcut yapı gereksinimleri karşılamıyor,
- b) Nüfusun % 19'unun sağlık güvencesi yok,
- c) Sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık işleri ile uğraşmaları, asıl işlerini aksatıyor,
- d) Hükümet; etkin, ulaşılabilir, kaliteli bir sağlık sistemi oluşturmakta kararlıdır,
- e) Devlet, herkesin temel sağlık ihtiyacını, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak karşılamak zorundadır.

58. Hükümetin programında öngörülen sağlık politikasının hedefleri olarak şu konular belirlenmişti:

- 1) Devlet-sigorta-kurum hastanesi ayrımı kaldırılarak, hastaneler idari ve mali açıdan özerkliğe kavuşturulacak,
- 2) Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılacak,
- 3) Sağlık sektörüne rekabet getirilecek,
- 4) Sağlık hizmeti sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacak,

---

<sup>220</sup> G. Yenimahalleli Yaşar; **Türkiye'de 1980 Sonrası Gözlenen ...**; sf: 162-164.

- 5) Sağlık sigortası, uzun vadeli sigorta kollarından ayrılacak,
- 6) Genel Sağlık Sigortası sistemi kurulacak,
- 7) Aile hekimliği uygulamasına geçilecek,
- 8) Sağlam bir hasta sevk sistemi oluşturulacak,
- 9) Sağlık bilgi sistemi kurulacak,
- 10) Hasta haklarının korunması konusundaki hukuksal eksiklik giderilecek.

### **2.2.6.3) Acil Eylem Planı**

3 Kasım 2002 seçimlerinin ardından kurulan hükümet tarafından 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan<sup>221</sup> Acil Eylem Planı'nın önsözünde, AEP'nin; hükümet programında yer alan politikaların somut iş programlarına dönüştürülmesi ve zenginleştirilmesiyle oluşturulduğu; bu planda ortaya konan hedeflerin çoğunluğunun uzun yıllar tartışılarak ulusal mutabakatın sağlandığı, ancak kararlı ve güçlü bir siyasi irade olmadığı için hayata geçirilemeyen hususların bulunduğu; ayrıca bu planın, özünü ve ruhunu kaybetmeden uygulama sürecinde ortaya çıkan ihtiyaçlara göre güncellenebilecek dinamik bir metin niteliği taşıdığı belirtilmiştir.

AEP'de "Sağlıklı Toplum" başlığı altında gerçekleştirilmesi öngörülen faaliyetler, şöyle sıralanmıştır<sup>222</sup>: 1) Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılacak, 2) Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı kaldırılarak tüm hastaneler tek bir çatı altında toplanacak, 3) Hastaneler idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulacak, 4) Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı ayrılacak, 5) Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Kurumu kurulacak, 6) Aile hekimliği

---

<sup>221</sup> Recep Akdağ; Nereden Nereye-**Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**: Kasım 2002-Haziran 2007; Sağlık Bakanlığı; 2007; sf: 17.

<sup>222</sup> 58. Hükümet; **Acil Eylem Planı**; 2003; sf: 99-101.

uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri kurulacak, 7) Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilecek, 8) Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak, 9) Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecek.

#### **2.2.6.4) 59. Hükümet Programı (Birinci Recep Tayyip Erdoğan Hükümeti)**

14.03.2003 tarihinde göreve başlayan R.T. Erdoğan başkanlığındaki 59. Hükümet Programında sağlık konusu aynen şöyle ele alınmıştır<sup>223</sup>: “Mevcut sağlık sistemi bütün yönleriyle çağdaş gelişmelerin gerisinde kalmış; maliyetler, sistem kaçakları nedeniyle çok artmış, sağlık hizmetleri ulaşılamaz hale gelmiş, standart birliği kalmamıştır. Sağlıklı bir nesil yetiştirebilmek için, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ulaşabileceği bir yapıya kavuşturulabilmesi kaçınılmaz hale gelmiştir.

Sosyal güvenlik kuruluşlarının asıl yapması gereken işlerini engelleyen sağlık işleriyle uğraşması, bu kuruluşları da verimsiz hale getirmiştir. Mevcut sağlık sistemimiz, kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı itibariyle ihtiyaca cevap veremeyecek hale gelmiştir. Hükümetimiz, köklü değişiklikler yaparak herkesin ulaşabileceği nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemini oluşturmakta kararlıdır.

Devlet, herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirecektir. Etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi, nitelikli bir toplum için vazgeçilmezdir. Hükümetimiz, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesini sosyal devlet anlayışının vazgeçilmez unsurları arasında görmektedir. Sağlık hizmetleri bütünsel bir anlayışla ele alınacak, yeni bir yapılanma ve işbirliğine gidilecektir”.

---

<sup>223</sup> 59. Hükümet Programı; 2003; sf: 17.

Bu açıklamalardan da anlaşıldığı gibi, AK Parti'nin Programı ile, 58. Hükümet Programı ve Acil Eylem Planı, gerek felsefesi, gerekse uygulanmak istenen politikalar açısından tam bir uyum içindedir; başka bir deyişle duruma ilişkin saptamalar ile çözüm yolları konusunda kesin bir örtüşme söz konusudur. Bu durum, daha genel ifadelerle de olsa, 2003 Martında göreve başlayan Recep Tayyip Erdoğan başkanlığındaki 59. Hükümet Programında da açık bir biçimde görülmektedir.

#### **2.2.6.5) Sağlıkta Dönüşüm**

Oldukça uzun bir süredir ülke gündeminde yer alan ve zaman zaman kamuoyuna sağlıkta reform olarak sunulan değişik çalışmalar, çeşitli siyasal, ekonomik ve toplumsal etmenler nedeniyle gerçekleştirilememiş, hep bir beklenti olarak kalmıştı. 2002 yılı sonunda iktidara gelen AK Parti hükümetleri (58 ve 59. hükümetler), bu kez reform adı altında değil, “dönüşüm” terimini yeğleyerek “Sağlıkta Dönüşüm” adıyla bir sağlık programı hazırladılar. Sağlıkta Dönüşüm Programı, AK Parti'nin çok iddialı bir projesi olarak 2003 yılı Haziran ayında<sup>224</sup> kamuoyuna açıklandı.

SDP, ayrıntılı olarak daha sonraki bölümlerde ele alınacak ve değerlendirilecektir. Burada sadece tarihsel akış içindeki yerini saptamak bakımından belirtilmiştir.

#### **2.2.6.6) 60. Hükümet Programı (İkinci R.T. E. Hükümeti) ve Üç Aylık Eylem Planı**

Genel seçimlerde tek başına çoğunluğu tekrar elde eden AK Parti tarafından kurulan ve 29.08.2007 tarihinde göreve başlayan 60. Hükümetin programında,

---

<sup>224</sup> Onur Hamzaoğlu; **Yeni Liberal Politikalar ve Türkiye’de Sağlıkta Reform-Dönüşüm**; Ankara; Toplum ve Hekim Dergisi; 22/6; 2007;sf: 428.

özetle; Hükümetin sağlık hizmetlerini "temel bir insan hakkı" olarak kabul ettiği; hiç kimsenin bu haktan mahrum bırakılmayacağı; sosyal hukuk devletinin görevinin, bu hakkın bütün vatandaşlar için tam anlamıyla hayata geçirilmesi bakımından gerekli tüm tedbirlerin alınması olduğu; vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşmasını zorlaştıran birçok engelin cesaretle ve kararlılıkla kaldırıldığı, sağlıktaki çarpık, hakkaniyetten uzak sistemi iyileştirmek üzere, kapsamlı bir "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın başarıyla yürütüldüğü; SSK hastaneleri başta olmak üzere diğer kamu kurumları hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredildiği; artık her vatandaşın, üniversite hastaneleri ve özel hastaneler dahil, istediği her hastaneye gidebildiği, ilaçlarını anlaşmalı serbest eczanelerden alabildiği, böylece sağlık hizmetlerinden faydalanmada vatandaşların Emekli Sandığı mensubu, SSK'lı, Bağ-Kur'lu gibi ayrımlara tabi tutulmasının sona erdirildiği; ilaçtaki KDV oranı düşürülerek ve ilaç fiyatlandırma sistemi değiştirilerek, ilaç fiyatlarında önemli oranda indirim sağlandı; sağlık hizmetlerinden alınan KDV oranının yüzde 18'den yüzde 8'e düşürüldüğü; "Aile Hekimliği" uygulamasının başlatıldığı ve uygulamanın ülke genelinde yaygınlaştırılacağı; "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın kararlılıkla sürdürüleceği "Genel Sağlık Sigortası" sisteminin 2008 yılında uygulamaya konulacağı yolunda saptama ve hedeflere yer verilmiştir.

Sosyal Güvenlik konusuna ilişkin olarak da programda; sosyal güvenlik gibi temel bir alanda hayati önemde reformlar yapılarak, dağınık yapıdaki üç sosyal sigorta kuruluşunun tek çatı altında toplanmasının gerçekleştirildiği; ayrıca, emeklilik, sağlık ve primsiz ödemeler ve sosyal yardımlar alanında da çok önemli adımlar atıldığı ve Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun çıkarıldığı; Anayasa Mahkemesi'nin bazı maddelerini iptali sebebiyle uygulama tarihi ertelenen bu reform

tamamlandığında, uzun yıllardır cesaret edilemeyen köklü değişikliklerin gerçekleşmiş olacağı; 2008 yılında yürürlüğe girmesini sağlayacak ve genel sağlık sigortasını getirecek olan sosyal güvenlik reformu ile "yeşil kart" gibi uygulamaların tarihe karışacağı belirtilmiştir.

#### **2.2.6.7) Dokuzuncu Kalkınma Planı**

Daha önceki planların hepsinin beşer yıllık dönemleri kapsamına karşın, Dokuzuncu Kalkınma Planı, yedi yıllık bir süre için hazırlanmıştır. Bu değişikliğin nedeninin, (Kalkınma Planı'nın) AB'ye üyelik sürecine katkı sağlayacak temel strateji dokümanı olarak tasarlanması olduğu ve bu yüzden Plan döneminin, AB mali takvimi dikkate alınarak, 2007-2013 yıllarını kapsayacak şekilde 7 yıllık olarak belirlendiği ifade edilmiş, hazırlanacak yeni Planın Türkiye Büyük Millet Meclisine sunulması bir yıl ertelenmiş ve Dokuzuncu Kalkınma Planınının 2007 yılında başlaması kararlaştırılmıştır<sup>225</sup>.

Dokuzuncu KP'deki sağlık konularıyla ilgili saptamalar özetle şu şekildedir:

Sekizinci Plan döneminde sağlık alanında; sağlık personeli sayısı, yatak sayısı ve kullanım oranları, bebek ölüm hızı, aşılama gibi göstergelerde iyileşmeler kaydedilmiştir. Bununla beraber, henüz istenen düzeye ulaşamamıştır.

1) Hekim başına düşen nüfus sayısı, 2000 yılında 792 iken 2005 yılında 715'e düşmüş olmakla birlikte halen, AB ortalaması olan 288'in oldukça gerisinde kalmıştır.

2) Sağlık hizmetleri sunumunun bölgesel ve kent-kır düzeyindeki dengesizliği devam etmektedir.

---

<sup>225</sup> DPT; **Dokuzuncu Kalkınma Planı**; sf: 2.

3) Birinci basamaktaki altyapı, personel ve kalite yetersizlikleri ile sevk zincirinin etkin çalıştırılmaması, hastaların hizmet maliyetleri daha yüksek olan ikinci ve üçüncü basamağa yönelmesine sebep olmakta ve oluşan yığılmalar hastanelerin hizmet kalitesini düşürmektedir. 2000-2004 döneminde sağlık ocağı imkânlarının geliştirilmesi ve mobil sağlık hizmeti uygulaması ile bu alanda önemli iyileşmeler sağlanmasına rağmen, yataklı tedavi kurumlarında verilen poliklinik hizmetlerinin yüzde 95'i ayakta tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır.

4) Sekizinci Plan döneminde sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığının planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması, genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır. Bu kapsamda sevk zincirinin etkinliğinin artırılması amacıyla aile hekimliği pilot uygulamaları sürdürülmektedir. Ayrıca, sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması amacıyla kamuya ait tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmış ve sağlık hizmetlerine erişimde önemli iyileşmeler sağlanmıştır. Performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile personel motivasyonu ve verimlilikte iyileşmeler sağlanmış, kamuda çalışan tam zamanlı uzman hekimlerin oranı beş kat artırılmıştır. Hizmetlerin standardizasyonu ve bilgi sistemlerinin etkin kullanımına yönelik çalışmalar başlatılmış olmakla birlikte, hastanelerin mali ve idari özerkliğe kavuşturulması ihtiyacı devam etmektedir.

5) Toplam sağlık harcaması 2000 yılında GSYİH'nın yüzde 6,6'sından 2005 yılında yüzde 7,6'sına ulaşmıştır. 2000 yılında yüzde 39 olan ilaç ödemelerinin sağlık harcamalarına oranı 2005 yılında yüzde 34 olarak gerçekleşmiştir. AB

ülkelerinde ise ilaç harcamaları sağlık harcamaları toplamının yaklaşık yüzde 16'sını oluşturmaktadır.

**Tablo- 16: Bazı Sağlık Göstergeleri (2000-2005)**

|  | <b>2000</b> | <b>2005</b> |
|--|-------------|-------------|
| <b>Bebek Ölüm Hızı (Binde)</b>           | 28,9        | 23,6        |
| <b>Toplam Doğurganlık oranı</b>          | 2,27        | 2,19        |
| <b>Doğuşta Hayatta Kalma Ümidi (Yıl)</b> | 70,4        | 71,3        |
| <b>Yatak Başına Düşen Kişi Sayısı</b>    | 391         | 374         |
| <b>Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı</b>    | 792         | 715         |

DPT; Dokuzuncu KP; sf: 49.

Dokuzuncu KP'deki verilere göre, 2005 yılında sosyal sigorta programları tarafından kapsanan nüfus oranı % 91,4'e, sağlık hizmetleri bakımından sosyal sigorta kapsamındaki nüfus oranı da % 91'e yükselmiştir. Bu oranlar 2000 yılında sırasıyla% 82,2 ve 80,9'du. Sosyal sigorta kuruluşlarının en önemli sorunu, gelirlerinin, giderlerini karşılayamamasıdır. Ayrıca, sosyal güvenlik sisteminde; tüm nüfusun kapsanamaması, kuruluşlarca sağlanan hakların ve yükümlülüklerin farklı olması gibi temel sorunlar bulunmaktadır. Sosyal güvenlik sistemindeki bu sorunların giderilmesine yönelik olarak; sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ve genel sağlık sigortasının kurulması amacıyla hazırlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, TBMM tarafından kabul edilmiştir.



**Tablo- 17: Sosyal Sigorta Programlarının Kapsadığı Nüfus (2000-2005)**

| <b>Kuruluşlar</b>  | <b>2000</b> | <b>2005</b> |
|--|-------------|-------------|
| <b>Emekli Sandığı (Bin Kişi)</b>   | 8.230       | 9.271       |
| <b>Sosyal Sigortalar Toplamı (Bin Kişi)</b>                                  | 32.192      | 40.719      |
| <b>Bağ-Kur Toplamı (Bin Kişi)</b>  | 15.036      | 15.990      |
| <b>Özel Sandıklar Toplamı (Bin Kişi)</b>                                     | 324         | 306         |
| <b>Genel Toplam (Bin Kişi)</b>   | 55.782      | 66.286      |
| <b>Sağlık Hizmetleri Bakımından Sosyal Sigortalar Kapsamı (Bin Kişi) (1)</b> | 54.939      | 66.018      |
| <b>Genel Nüfus Toplamı (Bin Kişi) (2)</b>                                    | 67.893      | 72.520      |
| <b>Sigortalı Nüfus Oranı (%)</b>   | 82,2        | 91,4        |
| <b>Sağlık Kapsamındaki Nüfus Oranı (%)</b>                                   | 80,9        | 91,0        |

Kaynak: Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, DPT,(Dokuzuncu KP; sf: 51); (1) SSK'da isteğe bağlı sigortalılar sağlık sigortası kapsamı dışındadır; (2) TÜİK, 2000 Genel Nüfus Sayımı ve HÜNEE, 2003 Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına dayalı 2005 yılında yapılan yıl sonu nüfus tahminleri esas alınmıştır.

“Gelir Dağılımının İyileştirilmesi ve Yoksullukla Mücadele” konusunda Dokuzuncu Kalkınma Planında yer alan bazı tespitlere göre; 2001 yılı sonrasında ulaşılan yüksek büyüme oranlarıyla kişi başına milli gelir artmış, gelir dağılımındaki eşitsizlik ve yoksulluk göstergelerinde iyileşmeler görülmüştür. Kriz sonrasında sıkı maliye politikası uygulanmasına rağmen sosyal harcamaların GSYİH içindeki payı artırılmıştır. Özellikle, emekli, özürlü, dul-yetim ve öğrenciler ile yoksul ve kırsal

kesimdeki ailelere yönelik gelir artışı sağlayacak transferler yapılmıştır. Ayrıca, bu dönemde asgari ücret reel olarak artmıştır. Kadınlar, çocuklar, yaşlılar, özürllüer ve kente göç edenler başta olmak üzere, yoksulluk riskiyle karşı karşıya olanlara yönelik eğitim, kültür ve sağlık gibi hizmetlerin artırılması ihtiyacı devam etmektedir.

Sağlık sisteminin etkinleştirilmesi bağlamında Dokuzuncu KP'de yapılması öngörülen çalışmalar şöyle özetlenebilir<sup>226</sup>:

- 1) Sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacı karşılanacak ve ülke genelindeki dağılımları dengelenecek,
- 2) Erişimi kolaylaştıracak genel sağlık sigortası sistemi hayata geçirilecek,
- 3) Tıptaki kötü uygulamaları önlemeye yönelik hukuki düzenlemeler yapılacak,
- 4) 2008 yılı sonu itibarıyla aile hekimliği hizmet modeli tüm illere yaygınlaştırılacak, hastaneler idari ve mali açıdan kademeli olarak özerkleştirilecek,
- 5) Özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımlar teşvik edilecek,
- 6) Kaynakların tahsisinde, başta bulaşıcı hastalıklar ve anne-çocuk sağlığı olmak üzere önlenebilir hastalıklar, gıda, tüketici ve çevre sağlığı alanlarına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilecek,
- 7) İlacın akılcı kullanımının sağlanması için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi sağlanacak,
- 8) İlaç ve tıbbi cihazların kalitesini, kullanımını ve bunlara yönelik harcamaların etkinliğini kontrol edecek mekanizmalar oluşturulacak.

---

<sup>226</sup> DPT; **Dokuzuncu KP**; sf: 88-90.

Sosyal Güvenlik Sisteminin etkinliğinin artırılması bakımından öngörülenler de özetle şöyledir:

- 1) Sosyal güvenlik sistemi; nüfusun tümünü kapsayan, toplumun değişen ihtiyaçlarını karşılayabilen, mali sürdürülebilirliği olan ve kaliteli hizmet sunan bir yapıya kavuşturulacak,
- 2) Sosyal sigorta sistemi, çalışan nüfusun tümünü kapsayacak şekilde yaygınlaştırılacak ve kayıt dışı istihdam önlenecek,
- 3) Sosyal güvenlik sisteminin mali sürdürülebilirliği aktüeryal dengeler gözetilerek sağlanacak; sosyal hizmet ve yardımlar sisteminde eşitlik, sosyal adalet, etkinlik ve etkililik ilkeleri esas olacak; sistemden yararlanacak kişilerin belirlenmesi amacıyla ortak bir veri tabanı oluşturularak, nesnel ölçütlerle işleyen bir tespit mekanizması kurulacak,
- 4) Sosyal hizmet ve yardımlar alanında nitelikli personel eksikliği giderilecek ve mevcut personelin niteliği artırılacak,
- 5) Yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarının sosyal hizmet ve yardımlar alanındaki faaliyetleri desteklenecek.

60. Hükümet, 8 Ekim 2007 tarihinde açıkladığı “2007 Yılı Üç Aylık Eylem Planı”nda; Sağlık Sisteminin Etkinleştirilmesi bağlamında “Kamuda Çalışan Hekimler İçin Tamgün Çalışma Yasası”nın hazırlanacağını, Sosyal Güvenlik Sisteminin etkinliğinin artırılması bakımından da, “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”nun yeniden düzenleneceğini vaat etmiştir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM

Önceki bölümlerde kalkınma planları, hükümet ve siyasal partilerin programları, başta anayasa olmak üzere yasalar bağlamında ayrıntılı olarak dile getirilen ekonomik, sosyal ve politik koşullar, ülkemizde yeni bir yapılanmaya doğru düşünsel çalışmaların yoğunlaşmaya başladığını, çeşitli çevrelerin bir arayış içinde olduğunu ortaya koyuyordu. Yaşanan ekonomik krizler ve bunu izleyen siyasal bunalımlar sonucu doğan ortamda, 2002 yılı Kasım ayında, Adalet ve Kalkınma Partisi iktidara geldi.

Adalet ve Kalkınma Partisi'nce tek başına kurulan hükümet; IMF, DTÖ ve Dünya Bankası tarafından önerilen ve çeşitli platformlarda fikri temelleri daha önceki yıllarda oluşturulan yaklaşımları, 2003 yılı Haziran ayında, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı altında yeni bir toplumsal proje olarak gündeme getirdi<sup>227</sup> ve geçmişteki başarısızlık yüklü anlamını hatırlatmamak düşüncesi ile de, “reform” yerine “dönüşüm” sözcüğünü kullandı<sup>228</sup>.

SDP, sağlık alanını bütün yönleri ile kavramak üzere şekillendirilmiş toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır:

- 1) Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı.
- 2) Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası.

---

<sup>227</sup> Sağlık Bakanlığı; **Sağlıkta Dönüşüm**; Ankara; 2003.

<sup>228</sup> Ayşen Bulut; **Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi**; “Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları” (Der: Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar) içinde; İstanbul; İletişim Yayınları; 2007; sf: 119.

- 3) Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi
  - a- Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
  - b- Etkili, kademeli sevk zinciri,
  - c- İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri.
- 4) Bilgi ve beceri ile donanmış yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü.
- 5) Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları.
- 6) Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon.
- 7) Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma: Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumları.
- 8) Sağlık Bilgi Sistemi.

Yönetimce 2003 yılı Haziran ayında kamuoyuna sunulan ve belirli aşamalar halinde uygulamaya konulmaya çalışılan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hazırlanmasına yol açan ve ülke içinden ve dışından kaynaklanan neden ve etkenler Üçüncü Bölümde ele alınacak, daha sonra SDP ve bileşenleri irdelenecek, Dördüncü Bölümde ise Sağlıkta Dönüşüm düşüncesinin uygulaması bağlamında Genel Sağlık Sigortası değerlendirilecektir.

SDP'nin içeriğini açıklamadan önce, böyle bir dönüşüm programının hazırlanmasına yol açan nedenleri ortaya koymak gerekir. Bu programın doğuşuna yol açan nedenler, yurtiçi ve yurtdışı etkenler olarak başlıca iki ana gruba ayrılarak incelenebilir.

### **3.1) SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM POLİTİKASI'NIN DOĞUŞUNDA YURTİÇİ ETKENLER**

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hazırlanmasına yol açan yurtiçi nedenleri belirleyebilmek için öncelikle, sağlık sistemimizdeki genel durum nesnel bir biçimde ortaya konulmalıdır. Bu saptamalar ne kadar nesnel ve sağlıklı yapılırsa, konulacak tanının ve yapılması gereken hususların ne olduğunun kararlaştırılmasında gösterilecek başarının da o oranda yüksek olacağı açıktır. Bu bakımdan öncelikle sağlık sistemimizdeki genel durumun ele alınması, ardından da ekonomimizdeki genel yapı ve görünümün irdelenmesi gerekir.

#### **3.1.1) SAĞLIK SİSTEMİMİZDEKİ GENEL DURUM**

##### **3.1.1.1) Dünya Bankasınca Yapılan Saptamalar**

Sağlık sistemimizdeki genel durumun saptanması konusunda önce Dünya Bankası tarafından hazırlanan rapordan, sonra da özellikle Kalkınma Planlarımızda yapılan tespitler ile diğer resmi ve özel çalışmalardan yararlanılmıştır.

Dünya Bankası Raporunda<sup>229</sup> yer alan saptamalar şöyle özetlenebilir: “Türkiye halen insanların sağlık durumu bakımından orta gelirli ülkelerin çoğunun gerisindedir. Yaşam beklentisi OECD ortalamasının yaklaşık on yıl altındadır, buna karşılık bebek ve anne ölüm oranları orta gelirliler arasında en yükseklerden

---

<sup>229</sup> Dünya Bankası; **Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu**; Cilt I. Ana Rapor; Cilt II: **Çalışma Raporları**; Rapor No: 24358-TU; Beşeri Kalkınma Sektörü Birimi, Avrupa ve Orta Asya Bölgesi (Hazırlayan: Çalışma Grubu Lideri, Mukesh Chawla); 2003; sf: i-vi.

biridir.... Sağlık harcamaları, Türkiye'nin bulunduğu ekonomik gelişme düzeyindeki bir ülke için düşüktür, sağlık hizmeti toplumun yoksul kesimlerine ulaşmamaktadır ve nüfusun sağlık durumu benzer gelire sahip ülkelerin çok altındadır”.

Raporun amacı, Türk sağlık sektöründeki mevcut durumdan yola çıkarak sağlık sisteminin çeşitli bileşenleri ile ilgili önemli sorunları belirlemek, bir sağlık sektörü stratejisinin geliştirilmesi için ortam hazırlamak ve sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmaya, eşit kullanım imkânı sağlamaya, maliyet etkinliğini artırmaya, sağlık hizmetinin kalitesini yükseltmeye ve genel olarak sağlık sonuçlarını iyileştirmeye yönelik öncelikli bir eylem planı oluşturmaktır. Bu amaçla sağlık sisteminin üretim, finansman, sunum ve organizasyon yapısına ilişkin ayrıntılı çalışmalar yapılmış şu temel bulgular elde edilmiştir:

1) Türk nüfusunun sağlık durumu, hem mutlak sağlık hizmetlerinde, hem de aynı gelir düzeyine sahip başka ülkelerle karşılaştırıldığında kötüdür; özellikle ana ve çocuk ölüm ve hastalık oranları çok yüksektir.

2) Hemen hemen tüm göstergelerde sağlık sonuçları bakımından yere ve bölgeye bağlı çok büyük farklılıklar vardır.

3) Hastalanan herkes gereken tedaviyi görememektedir; özellikle yoksul insanların tedavi olamama ihtimali, yoksul olmayanlara göre daha yüksektir.

4) Sağlık koşulları ve tedaviler hakkında bilgi sahibi olunmasının tedavi yoluna gitmede önemli etkisi vardır ve sağlık koşulları ve tedaviler hakkında daha bilinçli olanlar, tedavi imkânlarına daha sık başvurumaktadırlar.

5) Temel sağlık sistemi yeterli maddi imkâna sahip olmayıp etkili değildir; özellikle çoğu insan kamu temel sağlık tesislerini atlamakta ve doğrudan

hastanelerde ayakta tedavi olmakta ya da olanakları varsa özel sektöre başvurmaktadır.

6) Sağlık merkezlerinin büyük bölümünde yeterli personel ve birçoğunda ise tek bir doktor bile yoktur; kırsal kesimde ve ülkenin Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde durum daha da ümitsizdir.

7) Türkiye'deki genel hastanelerin çoğu verimsiz işletilmekte ve kaynakların israf edilmesine yol açmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı çok sayıda küçük hastane olması da hastane sisteminin işletilmesindeki verimsizliği artırmaktadır; bu hastanelerde özellikle işgücü yetersizliği ve eskimiş ya da düzgün çalışmayan ekipman nedeniyle sıkıntı çekilmektedir. Sonuçta insanlar, daha uzakta olsa bile büyük tesisleri tercih ettiğinden, küçük hastanelerdeki doluluk oranı çok düşük kalmaktadır.

8) Sağlık personelinin şehirlere ve bölgelere dağılımında da büyük dengesizlikler vardır; büyük şehirlerde doktorlar yoğun olarak bulunurken, kasaba ve köylerde önemli ölçüde personel eksikliği mevcuttur.

9) Türkiye'de pratisyen hekimlik ile uzman doktorluk alanlarındaki doktorlar arasında büyük dengesizlik vardır ve sağlık alanındaki doktorların yarıya yakını uzman doktordur.

10) Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin finansman ve tedarikinin büyük bölümünden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı ile Çalışma Bakanlığı arasında pek koordinasyon yoktur; özellikle de birçok hizmet alanında faaliyetleri çakışmakta ve her ikisinin de aynı il ve ilçelerde tesisleri olmakla beraber, aralarında çok az görüşme ve diyalog vardır ve hemen hemen hiç planlama ve işbirliği yapılmaz.



11) Koruyucu hizmetler ve ana ve çocuk sağlığı alanlarına çok az yatırım yapılır; koruyucu hizmetlere tahsis edilen miktar son beş yılda önemli oranda düşmüştür.

12) Nüfusun büyük bölümünün yeterli sağlık sigortası ya da benzeri maddi koruması yoktur; 50'den fazla ilde nüfusun en az % 10'u hiçbir sigortaya ya da Yeşil Kart programına tabi değildir.

13) Kamu harcamalarında sağlığa eşit pay ayrılmamaktadır; zengin bölgelerde sağlık alanında kişi başına yapılan harcama yoksul bölgelere göre daha fazladır.

14) Gelir dengesizliği ve sağlık durumundaki ve olanakların kullanılmasındaki eşitsizlik sağlıkla ilgili Milenyum Kalkınma Hedeflerine ulaşma yolunda güç bir engel teşkil etmektedir.

Rapor, bu bulgular karşısında; insanların sağlık durumunu iyileştirme şeklindeki nihai hedefe ulaşılabilmesi için Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında, sunulmasında, düzenlenmesinde ve yönetiminde temel ve sistemli değişiklikler yapılmasını; parça parça yapılan değişikliklerin sistemi iyileştiremeyeceğini, bu nedenle sağlık sisteminde geniş çaplı bir yeniden yapılanmaya ve düzenlemeye gidilmesini önermiştir. Dünya Bankası tarafından önerilen sağlık reformu stratejisinin temel unsurları şöyle sıralanmıştır:

1) Zorunlu genel sosyal sağlık sigortası ve isteğe bağlı tamamlayıcı özel sigorta.

2) Temel hizmetler paketi hazırlama ve kamu harcamalarını hedef alma.

3) Devlet hastanelerinin yeniden düzenlenmesi ve daha fazla özerklik tanınması.

- 5) Kurumsal sorumlulukların birleştirilmesi ve yeniden tanımlanması.
- 6) Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi.

### **3.1.1.2) Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye İstatistik Kurumu (Devlet İstatistik Enstitüsü) ve Diğer Bulgular**

“Türkiye’nin Sağlık Politikalarında Tarihsel Süreç”<sup>230</sup> başlıklı bölümde, kalkınma planlarımızda sağlık sistemimizle ilgili politikalar yanında, yapılan tespitlere de ayrıntılı olarak yer verildiğinden burada sadece, “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın gündeme geldiği 2002 yılında uygulanmakta olan Sekizinci BYKP (2001-2005) ile AK Parti Hükümetlerince hazırlanan Dokuzuncu Kalkınma Planındaki (2006-2013) tespitlere değinmekle yetinilecektir. Çünkü Sekizinci BYKP, 2001 ve öncesi duruma ilişkin en son saptamaları içeren plan durumundadır. Daha önceki sekiz kalkınma planından farklı olarak yedi yıllık bir süre için hazırlanan Dokuzuncu Kalkınma Planı ise, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı gündeme getiren siyasal görüşün tespitlerini ve bunlara dayalı politikalarını ortaya koymaktadır. Burada ayrıca, TÜİK verileri ve diğer çalışmalarla yapılan saptamalar da ele alınacaktır.

---

<sup>230</sup> Bkz: 2.2) Türkiye’nin Sağlık Politikalarında Tarihsel Süreç.

**Tablo- 18: Temel Sağlık Göstergeleri ( 1965-2000)<sup>231</sup>**

|                      | Nüfus Artışı (%) | Kentleşme Oranı (%) | Kaba Doğum Oranı (Binde) | Kaba Ölüm Oranı (Binde) | Bebek Ölüm Oranı (Binde) | Toplam Doğurganlık Oranı | Doğumda Yaşam Beklentisi (Yıl) |
|----------------------|------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <b>1965-1970</b>     | 2,52             | 6,03                | 30,0                     | 3,5                     | 158,00                   | 5,31                     | 54,91                          |
| <b>1970-1975</b>     | 2,50             | 5,62                | 34,5                     | 11,6                    | 140,40                   | 4,46                     | 57,88                          |
| <b>1975-1980</b>     | 2,06             | 4,40                | 32,2                     | 10,0                    | 110,79                   | 4,33                     | 61,20                          |
| <b>1980-1985</b>     | 2,49             | 4,91                | 30,8                     | 9,0                     | 82,96                    | 4,05                     | 63,00                          |
| <b>1985-1990</b>     | 2,17             | 4,99                | 29,9                     | 7,8                     | 65,22                    | 3,76                     | 65,58                          |
| <b>1990-1995 (1)</b> | 1,85             | 4,40                | 23,5                     | 6,7                     | 50,56                    | 2,80                     | 67,28                          |
| <b>1995-2000 (2)</b> | 1,62             | 4,67                | 21,4                     | 6,5                     | 39,02                    | 2,45                     | 68,55                          |

(1) Tahmin (SIS ve DPT); (2) Yıl sonu tahminleri.

Temel Sağlık Göstergelerine ilişkin Tablo-18’de, 2000 yılından önceki son 35 yıl içinde ülkemizde bazı temel sağlık göstergelerinin ne yönde değişim gösterdiği görülmektedir. Bu verilere göre ülkemizde nüfus artış hızının azalmaya başladığı, kentleşme hızının düşmesine karşın kırsal kesimden kentlere her yıl önemli oranda göçün yaşandığı, kaba ölüm oranının düşmekte olduğu, bebek ölüm oranlarında anlamlı bir azalma sağlandığı, doğumdaki yaşam beklentisinin de yükseldiği görülmektedir.

2000’li yılların başı itibariyle gelinen nokta 1923 koşulları ile karşılaştırıldığında ülkemizde önemli bir aşama kaydedildiğini gösterir. Tablo-18’de yer alan veriler Tablo 14 ve 16 ile birlikte değerlendirildiğinde, örneğin 554 olan

<sup>231</sup> B. Serdar Savaş; Ömer Karahan; R. Ömer Saka; **Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süreci; Türkiye-2002**; (Der: Sarah Thomson; Elias Mossialis); Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi; TC Sağlık Bakanlığı, Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi; 2002; sf: 10.

hekim sayısı, 2000 yılında 81 bin dolayındadır. 1923 yılında hekim başına düşen kişi sayısı 21.660 iken, 2000’de bu rakam 792 kişidir. 1923 yılında sadece 69 olan hemşire sayısı 2000 yılında, 71 bin dolayına yükselmiştir. Diğer sağlık personeli için de benzer gelişmelerin olduğu rahatça söylenebilir. O dönemde bugünün büyük bir hastanesinin personeli kadar olan toplam sağlık personeli sayısının, günümüzdeki rakamlara ulaşmış olmasının, kendi içinde bir gelişmeyi gösterdiğinde kuşku yoktur.

Bu verilerin ortaya koyduğu olumlu gelişmelerin yeterli olup olmadığı ancak, diğer ülkelerle karşılaştırma yapılarak anlaşılabilir. Daha önce de belirtildiği gibi, Dokuzuncu Kalkınma Planına göre; hekim başına düşen nüfus sayısı, 2000 yılında 792 iken 2005 yılında 715’e düşmüş olmakla birlikte halen, AB ortalaması olan 288’in çok gerisindedir.

Yine Dokuzuncu Planda belirtildiği üzere, “Sekizinci Plan döneminde sağlık alanında; sağlık personeli sayısı, yatak sayısı ve kullanım oranları, bebek ölüm hızı, aşılama gibi göstergelerde iyileşmeler kaydedilmiştir. Bununla beraber, henüz istenen düzeye ulaşamamıştır”.

**Tablo- 19:Yörelere Göre Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus<sup>232</sup>**

|                      | <b>Doktor</b> | <b>Diş Hekimi</b> | <b>Eczacı</b> | <b>Hemşire</b> | <b>Sağlık Memuru</b> | <b>Ebe</b> |
|----------------------|---------------|-------------------|---------------|----------------|----------------------|------------|
| <b>Şehir Merkezi</b> | 879           | 4.966             | 2.843         | 968            | 1.858                | 1.634      |
| <b>Gelişmiş</b>      | 1.294         | 9.473             | 4.188         | 1.204          | 2.010                | 1.438      |
| <b>Az gelişmiş</b>   | 2.299         | 18.798            | 14.002        | 2.120          | 2.988                | 2.79       |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı.

<sup>232</sup> B. Serdar Savaş; Ömer Karahan; R. Ömer Saka; **Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süreci; Türkiye-2002**; (Der: Sarah Thomson; Elias Mossialis); sf: 74-79.

Söz konusu temel göstergeler dışında sağlık insan gücü dağılımının hem bölgesel, hem de kentsel bağlamda çok dengesiz olduğu da gözden uzak tutulmamalıdır. Özellikle doğu ve güneydoğu bölgeleri sağlık personeli açısından dezavantajlı bir durumdadır. Dokuzuncu KP'deki saptamalara göre de, sağlık hizmetleri sunumunun bölgesel ve kent-kır düzeyindeki dengesizliği devam etmektedir. 2000'li yıllara ilişkin Tablo-19, dağılımdaki dengesizliği gözler önüne sermektedir

Bu konuda anlamlı bir sonuca ulaşabilmek için ayrıca, bu süre içinde diğer ülkelerin nasıl bir gelişim gösterdikleri dikkate alınmalı ve ne konumda buldukları da ortaya konmalıdır. DSÖ Avrupa Ofisi'nin "Herkes İçin Sağlık" veri tabanındaki bilgilere göre, 2000 yılı itibariyle Avrupa Birliği ülkelerinde ortalama olarak hekim başına 256 kişi düşmektedir. Bin kişi başına düşen hemşire sayısı bakımından da durum çok kötüdür. Türkiye için binde 2,4 olan bu rakam bazı Avrupa ülkelerinde 20'yi bile aşmaktadır; ülkemiz bu gösterge itibariyle sonuncu durumdadır ve hâttâ 1990 yılı Arnavutluk koşullarından bile geri bir düzeydedir. 2005 İnsani Gelişme Göstergelerine göre 100 bin kişiye 124 doktor düşmekte, yani 806 kişiye bir doktor isabet etmektedir. Öte yandan, doğum kontrol yöntemi kullananların oranı % 64, yetkili kişilere doğum yaptırma oranı % 81'dir. Bir yaş altı çocuklardaki bağışıklama oranı veremde % 89 ve kızamıkta ise %75 düzeyindedir<sup>233</sup>.

Bu veriler karşısında, sözü edilen gelişmelerin ülkemizde 2000'li yıllar itibariyle sağlık insan gücündeki yetersizliği giderdiğini ileri sürmek olanaklı değildir.

---

<sup>233</sup> **Human Development Indicators**; 2005; sf: 237.

**Tablo- 20: Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Harcamaları (1991-2000)<sup>234</sup>**

| Yıl  | GSMH/Sağlık Bakanlığı Bütçesi (%) | Devlet Bütçesi /Sağlık Bakanlığı Bütçesi (%) |
|------|-----------------------------------|--|
| 1990 | 0,66                              | 4,12   |
| 1991 | 0,70                              | 4,21   |
| 1992 | 0,89                              | 4,71   |
| 1993 | 0,94                              | 4,56   |
| 1994 | 0,79                              | 3,72   |
| 1995 | 0,62                              | 3,70   |
| 1996 | 0,65                              | 2,76   |
| 1997 | 0,70                              | 3,22   |
| 1998 | 0,80                              | 2,65   |
| 1999 | 0,80                              | 2,81   |
| 2000 | 0,89                              | 2,56   |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı.

Söz konusu dönemde ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanında da büyük sorunlar yaşanmaktaydı. Devlet bütçesinden ayrılan pay, OECD ülkelerine kıyasla yetersiz bir düzeydeydi. Tablo- 20, bu konuda yeterli fikir vermektedir. Tabloda da görüldüğü üzere, Sağlık Bakanlığı bütçesi GSMH'nin hep %1'inin altında kalmıştır. Öte yandan, SB bütçesi Devlet Bütçesi içinde de gittikçe küçülen bir oranda yer almış, 1990'da %4,12 olan pay, 2000 yılında %2,56 düzeyine inmiştir.

En önemli sağlık göstergelerinden biri olan “toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı” bakımından görülen manzara da olumlu değildir. Bu oran gelişmiş ülkelerin %7-9 dolayındaki payına karşılık, ülkemizde genellikle %3-4 dolayında idi. Gelişmiş bazı Avrupa ülkeleri ile Türkiye'nin durumunu gösteren

<sup>234</sup> H.T. Aktan; **Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Türkiye ve Dünyadaki Uygulamaları**; Ankara; Yeni Türkiye-II; Sayı: 40; 2001; sf: 1566.

Tablo-21, bu konuda fazla bir açıklama yapmayı gereksiz kılmaktadır. Ülkemizde 1980’de %3,3 olan oran, 1998’de%3,6’dır. 1990-1998 arasındaki dokuz yıllık dönemde ise bu oran ortalama %3,7 dolaylarında gerçekleşmiştir. 18 yıllık sürede söz konusu orandaki artış sadece %12 civarındadır (Tablo 21, 22)<sup>235</sup>.

**Tablo-21: Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Yeri**

|                 | 1980 | 1985 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Belçika</b>  | 6,4  | 7,2  | 7,4  | 7,8  | 7,9  | 8,1  | 7,9  | 8,2  | 8,6  | 8,6  | 8,8  |
| <b>Fransa</b>   | 7,4  | 8,3  | 8,8  | 9,0  | 9,2  | 9,7  | 9,6  | 9,8  | 9,7  | 9,6  | 9,6  |
| <b>Hollanda</b> | 8,3  | 8,1  | 8,8  | 9,0  | 9,2  | 9,4  | 9,2  | 8,9  | 8,8  | 8,6  | 8,6  |
| <b>Türkiye</b>  | 3,3  | 2,2  | 3,6  | 3,8  | 3,8  | 3,7  | 3,6  | 3,3  | 3,8  | 4,0  | 3,6  |

Kaynak: OECD; Health Data, 2000; World Development Report; 1993.

Sağlık harcamaları konusunda yapılan bir başka çalışmada farklı verilere ulaşılmıştır (Tablo-22); bulgular değişik olmakla birlikte, yine de gelişmeler konusunda bir fikir vermekte ve genel durumdaki yetersizlikleri sergilemektedir.

<sup>235</sup> H.T. Aktan; **Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Türkiye ve Dünyadaki**

**Uygulamaları**; Ankara; Yeni Türkiye-II; Sayı: 40; 2001; sf: 1567.

**Tablo-22: Yıllara Göre Sağlık Harcamaları ve Bazı Göstergeler (1981-1998)**

| Yıllar | GSMH<br>(Yeni Seri) | Kamu<br>Sağlık<br>Harcaması | Özel<br>Sağlık<br>Harcaması | Toplam<br>Sağlık<br>Harcaması | Toplam<br>Sağ. Harc/<br>GSMH(%) | Top.<br>Harc.<br>İçinde<br>Kamunun<br>Payı (%) | Kişi<br>Başına<br>Sağlık<br>Harc.<br>(Bin TL) | Kişi<br>Başına<br>Sağlık<br>Harc.<br>(Dolar) |
|--------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--|---|--|
| 1981   | 8.022,7             | 116,3                       | 135,3                       | 251,6                         | 3,10                            | 46,2   | 5,5   | 50,1   |
| 1985   | 35.350,3            | 461,2                       | 572,7                       | 1.033,9                       | 2,90                            | 4,6  | 20,5  | 39,2   |
| 1990   | 397.177,5           | 8.621,6                     | 5.298,0                     | 13.919,6                      | 3,50                            | 61,9   | 247,7   | 95,0   |
| 1995   | 7.854.887,2         | 193.000,0                   | 107.000,0                   | 300.000,0                     | 3,90                            | 64,3   | 4.866,7                                       | 106,5  |
| 1998   | 49.078.785,0        | 1.225.224,0                 | 719.576,0                   | 1.944.800,0                   | 4,00                            | 63,0   | 33.378,3                                      | 139,9  |

Kaynak: DPT; Ekonomik ve Sosyal Göstergeler, 1950-1998.

Konsolide bütçe içinde Sağlık Bakanlığına ayrılan pay da umut verici olmaktan uzaktır. Nitekim bu alandaki ortalama da sadece % 3,03 dolayındadır:

**Tablo-23: Konsolide Bütçeden Sağlık Bakanlığına Ayrılan Pay (1994-2002)<sup>236</sup>**

| Yıllar                | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Bütçedeki<br>Payı (%) | 3,72 | 3,70 | 2,76 | 4,00 | 3,00 | 2,81 | 2,26 | 2,66 | 2,40 |

Kaynak: 1996, 1997, 1998 Tokat Raporları; Sağlık Bakanlığı 2002.

1980-1998 yılları arasındaki dönemde, gerek toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payının, gerekse kişi başına yapılan harcamaların artmış olduğu görülmekle birlikte (Tablo-24), bunların da yeterli bir düzeyde olduğu söylenemez. Nitekim 2000 yılındaki Avrupa Birliği ülkeleri ortalaması %8,7 olup ülkemizdeki oranın iki katıdır.

<sup>236</sup> B.S.Savaş; Ö.Karahan; R.Ö.Saka; **Sağlık Sistemlerinde ...**; sf: 36, 52, 53.



**Tablo-24: Sağlık Harcamalarının Yıllar İçinde Gelişimi (1980-1998)**

|  | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 1998 |
|--|------|------|------|------|------|
| Kişi Başına Düşen Harcama<br>(ABD Doları, Satın alma Gücü<br>Paritesi) | 75   | 74   | 171  | 190  | 316  |
| Toplam Sağlık Harcamalarının<br>GSMH'ya Oranı (%)                      | 3,3  | 2,2  | 3,6  | 3,4  | 4,8  |
| Kamu Harcamalarının Toplam<br>Harcamalara Oranı (%)                    | 27,3 | 50,2 | 61,0 | 70,3 | 71,9 |

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi "Herkes İçin Sağlık" veritabanı.

**Tablo-25: Sağlık Harcamaları (1980-2000; ABD Doları)<sup>237</sup>**

|  | 1980 | 1985  | 1990  | 1995  | 2000  |
|--|------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Toplam Sağlık Harcaması<br/>(GSMH %)</b>  | 3,5  | 2,9   | 3,5   | 3,8   | 4,3   |
| <b>Kişi Başına Düşen Sağlık<br/>Harcaması (ABD Doları)</b>                               | 55,5 | 39,2  | 95,0  | 105,6 | 135,3 |
| <b>Kişi Başına Düşen Sağlık<br/>Harcaması (ABD Doları,<br/>Satın Alma Gücü Paritesi)</b> | 86,5 | 102,0 | 173,8 | 234,2 | 250,0 |

Kaynak: DPT, 2001.

Sağlık harcamalarını ABD doları cinsinden gösteren bir araştırma da, verdiği farklı rakamlara rağmen, bu hususta anlamlı bir artışın gerçekleşmediğini ortaya koymaktadır. Ayrıca 2005 İnsani Gelişme İndeksi kapsamında açıklanan verilere göre, 2003 yılı itibariyle Türkiye'de kişi başı sağlık harcaması, satın alma gücü

<sup>237</sup> B.S.Savaş; Ö.Karahan; R.Ö.Saka; **Sağlık Sistemlerinde ...** ; Tablo: 19; sf: 51.

bakımından 420 dolardır<sup>238</sup>. Bu tutarla Bulgaristan, Romanya, Lübnan, İran, Kolombiya, Grenada gibi ülkelerden daha geride bir sıralamada yer almaktayız.

Tablo-17'deki verilere göre, Türkiye'de sosyal güvenlik kurumlarının kapsamına girenler, 2000 yılı itibariyle nüfusun % 82,2'sini oluştururken, sağlık sigortası kapsamında yer alanların oranı ise % 80,9 mertebesindedir. Bu verilerin de gösterdiği gibi, 2000 yılında nüfusun yaklaşık % 20 kadarı, yani her beş kişiden birisi, hem sosyal güvenlik sisteminin, hem de sağlık sisteminin kapsamı dışındadır. Tablo dip notunda da belirtildiği üzere isteğe bağlı sigortalılar, o dönemde geçerli mevzuat uyarınca sağlık sigortası hakkından yoksundurlar; bu nedenle sigortalı kişi sayısı ile sağlık sigortası kapsamındaki kişi sayısı eşit değildir, sigortalı kişi sayısı daha fazladır.

Nüfusun yaklaşık beşte birinin kapsam dışında kalmasının yanı sıra vurgulanması gereken bir önemli konu da, ülkemizde sosyal güvenlik kurumlarının mensuplarına sağladığı olanakların da oldukça farklı olmasıdır. Bu farklılığın yarattığı uçurum, Tablo-26'da açıkça görülüyor. Emekli Sandığı mensupları için yapılan kişi başına harcama, SSK ve Bağ-Kur mensuplarına nazaran yaklaşık 9-10 kat daha fazladır. Bu eğilim, fark oranı zaman zaman değişmekle birlikte, hep Emekli Sandığı mensupları lehine varlığını sürdürmüştür. Bu olgu, Birinci BYKP'den beri dile getirilen "nimet-külfet dengesi" hedefinin, 2000'li yıllara gelinceye kadar gerçekleştirilemediğini ve çözümü zorunlu sosyal sorunlardan biri olmaya devam ettiğini ortaya koyuyordu.

---

<sup>238</sup> **Human Development Indicators**; 2005; sf: 237.

**Tablo- 26 : ES, SSK ve Bağ-Kur'da Yıllara Göre Kişi Başına Sağlık Harcamaları (1997-1999; ABD Doları)<sup>239</sup>**

| <b>Sosyal Güvenlik Kurumu</b> | <b>1997</b> | <b>1998</b> | <b>1999</b> |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Emekli Sandığı                | 579         | 697         | 769         |
| Sosyal Sigortalar Kurumu      | 65          | 72          | 78          |
| Bağ-Kur                       | 39          | 74          | 71          |

İlaç tüketimi bakımından da ülkemizin bulunduğu düzey yeterli olmaktan uzaktır. İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikasının verilerine göre 1999 yılı itibariyle kişi başına ilaç tüketimi Türkiye'de 32 ABD Doları iken, bu rakam Fransa, Almanya, İngiltere, Portekiz ve Yunanistan için sırasıyla 287, 227, 213, 212 ve 144 Dolardır.

2000 yılında yüzde 39 olan ilaç ödemelerinin sağlık harcamalarına oranı 2005 yılında yüzde 34 olarak gerçekleşmiştir. AB lkelerinde ise ilaç harcamaları, sağlık harcamaları toplamının yaklaşık yüzde 16'sını oluşturmaktadır.

Hastaların büyük çoğunluğu, birinci basamak sağlık kuruluşuna (sağlık ocağı, ana-ocuk sağlığı) başvurmadan, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurmakta, bu alışkanlık ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlarında yığılmaya ve verilen tedavi hizmetinde nitelik düşmesine neden olmaktadır<sup>240</sup>. Dokuzuncu KP'deki tespit de bu doğrultudadır: "Birinci basamaktaki altyapı, personel ve kalite yetersizlikleri ile sevk zincirinin etkin çalıştırılmaması, hastaların hizmet maliyetleri daha yüksek olan ikinci ve üçüncü basamağa yönelmesine sebep olmakta ve oluşan yığılmalar hastanelerin hizmet kalitesini düşmektedir. 2000-

<sup>239</sup> H.T.Aktan; **Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Türkiye ...**; sf: 1566-1567.

<sup>240</sup> Ömer R. nder; **Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Sorunlarına Bir Bakış ve Sağlık Yönetimi**; Ankara; Yeni Türkiye-II; Sayı: 40; 2001; sf: 1273.

2004 döneminde sağlık ocağı imkânlarının geliştirilmesi ve mobil sağlık hizmeti uygulaması ile bu alanda önemli iyileşmeler sağlanmasına rağmen, yataklı tedavi kurumlarında verilen poliklinik hizmetlerinin yüzde 95'i ayakta tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır". Kaldı ki yapılan bilimsel çalışmalar da, sağlık sorunlarının çok büyük bir kısmının birinci basamak sağlık kurumlarında çözüldüğünü ortaya koymuştur. Sağlık Bakanlığı verilerine dayanılarak yapılan bir çalışmada 2003 yılı itibariyle sağlık ocaklarındaki kadro doluluk oranları, hekimler için %41, ebeler için %29, hemşireler için %25 ve sağlık memuru içinse %17 olarak hesaplanmıştır<sup>241</sup>.

Ülkemizin 2003 yılı BM İnsani Gelişme Göstergeleri içindeki yerine bakıldığı zaman da iç açıcı bir durumun söz konusu olmadığı görülmektedir<sup>242</sup>. Nitekim insani gelişme indeksindeki sıramız 177 ülke içinde 94'dür. Doğuşta yaşam umidi 68,7 yıldır; Dominik, Arnavutluk, Belize, Fiji gibi ülkeler bile bizden iyi durumdadır. Düşük doğum ağırlıklı çocuk oranımız %16 olduğu halde, bu oran örneğin "İşgal Altındaki Filistin Toprakları"nda %9, Cezayir ve İran'da %7, Türkmenistan'da ise %6'dır. Ayrıca, Türkiye'de bebek ölüm oranı binde 33, beş yaş altındaki çocuk ölüm oranı binde 39 düzeyinde iken, AB ve OECD ülkelerinde %7-8 dolayındadır.

Bütün bu açıklamalar 2000'li yılların başında ülkemizde sağlık konusunun arzulanmış düzeyde olmadığını, toplumun sağlık düzeyinin ve bu konudaki kişi memnuniyetinin artırılması için köklü değişikliklerin yapılması gerektiğini, bu

---

<sup>241</sup> Kayıhan Pala; C.I.Yavuz; **Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Üzerine Bir Değerlendirme: Düzcce Örneği**; Ank.; TTB; Toplum ve Hekim; 20/3; 2005; sf: 166.

<sup>242</sup> Human Development Report; 2005; sf: 219-275.

alandanda gerçekleştirilecek reformların konularının da büyük oranda belli olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak bunların nasıl bir siyasal ve sosyal yaklaşımla ele alınacağı konusu da kuşkusuz son derecede önemlidir; çünkü sağlık, sadece sağlık hizmetlerine bağlı olmayıp ekonomik, siyasal ve sosyal müdahalelerle belirlenir<sup>243</sup>.

### 3.1.2) EKONOMİDEKİ GENEL YAPI

2000’li yılların başlarında ülke ekonomisini bazı alt başlıklar itibariyle ele almak, durumun daha somut olarak ortaya konması bakımından gereklidir.

#### 3.1.2.1) Ekonomik Gelişmedeki Yetersizlik ve İstikrarsızlık

**Tablo- 27: Dönemler İçinde Büyüme Hızları (1923-2007; yüzde olarak)**

|  | <b>Kapsanan Yıllar</b> | <b>Ortalama Büyüme(%)</b> |
|--|------------------------|---------------------------|
| <b>Cumhuriyetin 82 yılı</b>                            | <b>1924-2005</b>       | <b>4,9</b>                |
| <b>1) İlk 25 yıl</b>                                   | <b>1924-1948</b>       | <b>3,8</b>                |
| 1.a) Aık ekonomi koşullarında yeniden inşa            | 1924-1929              | 8,6                       |
| 1.b) Korumacı-devletçi sanayileşme                     | 1930-1939              | 5,8                       |
| 1.c) Savaş yılları ve sonrası                          | 1940-1948              | 0,0                       |
| <b>2) Demokrat Parti Dnemi (ncesi ve sonrasıyla)</b> | <b>1949-1961</b>       | <b>5,9</b>                |
| <b>3) Karma, mdahaleci ekonomi</b>                    | <b>1962-1979</b>       | <b>6,5</b>                |
| <b>4) Neoliberalizmin aşamaları</b>                    | <b>1980-2005</b>       | <b>4,0</b>                |
| 4.a) Sermayenin karşı saldırısı                        | 1980-1988              | 4,9                       |
| 4.b) Serbest sermaye hareketleri                       | 1989-1997              | 4,3                       |
| 4.c) Kesintisiz IMF gündemi                            | 1998-2007              | 3,6                       |

<sup>243</sup> Vicente Navarro; **Dünya Sağlık rgtnde neler Oluyor? Yaklaşan DSÖ Genel Sekreteri Seçimleri**; ev: Necati Dedeoğlu; Ankara; TTB; Toplum ve Hekim; 22/4; 2007; sf: 271.

Genel olarak kabul edildiği üzere ekonomik performansın en iyi göstergeleri milli gelirdeki artış ve istihdam/işsizlik ile ilgili verilerdir. Öte yandan ünlü iktisatçımız Korkut Boratav da milli gelir serilerini, ekonomik gelişmenin en bütüncül ve sentetik göstergesi olarak kabul eder. 1923-2007 yılları arasındaki milli gelirin sabit fiyatlarla gelişimi Tablo-27’de görülmektedir<sup>244</sup>.

“Türkiye ekonomisinin 1923 (1950) ile 2000 yılları arasındaki büyüme hızı, seçilmiş ülkeler ve coğrafi bölgelerle karşılaştırıldığında ‘ortalarda’ bir konumda yer almakta; Mısır, Hindistan, Afrika ve Latin Amerika’yı aşmakta; Japonya, Kore ve Çin ile Güney Avrupa’nın (İtalya, Portekiz, Yunanistan ve İspanya’nın) gerisine düşmekte; yüzyılın başında dünya ekonomisinin metropollerini oluşturan ABD ve Batı Avrupa arasındaki fark ise kapanmamaktadır. Karşılaştırmayı büyük zaman aralıkları içeren dönemlere aktardığımızda, Türkiye ekonomisinin görece konumunun zaman içinde (özellikle 1973 sonrasında) bozulduğu ortaya çıkmaktadır. 1950-1973 döneminde Türkiye’nin büyüme hızı, Hindistan, Çin ve Mısır’ı aşmakta iken, neo-liberal politikaların damgasını taşıyan 20. Yüzyılın son çeyreğinde bu ülkelerin gerisine düşmektedir”.

Kısaca belirtmek gerekirse, ekonomik gelişme bakımından Cumhuriyetin ilk yıllarındaki performans giderek düşmüş, özellikle 1980 sonrasındaki ortalama %4’e kadar inmiştir. 1924-1939 yılları döneminde milli gelir artışı ortalama %6,85 dolayında gerçekleşmiştir.

---

<sup>244</sup> K. Boratav; **Türkiye İktisat Tarihi**; sf: 208-210.

**Tablo-28: Türkiye’de GSYH’da Büyüme (2000-2009)**

| 2000 | 2001  | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 6,8  | - 5,7 | 6,2  | 5,3  | 9,4  | 8,4  | 6,9  | 4,5  | 0,7  | -4,7 |

Kaynak: TÜİK

İktisatçılarımızdan Mustafa Sönmez’e göre<sup>245</sup>, Türkiye’nin 2001 krizinden sonra uyguladığı ekonomik politikalara “düşük kur – yüksek faiz” damgasını vurdu. Dünyada 2002 yılından itibaren başlayan likidite bolluğunun da etkisiyle önemli ölçüde sıcak para çeken Türkiye, 2002-2006 yılları arasında “yüksek bir büyüme dönemi” yaşadı. Sürdürülebilir olmayan ve istihdam yaratmayan bu büyüme dönemi 2007 yılının ikinci çeyreğinden itibaren yavaşlamaya başladı. Türkiye’de GSMH’nin Değişimi hakkındaki Tablo-28’de de görüldüğü gibi Türkiye, 2003-2009 (AK Parti) döneminde ise ortalama %4,5 oranında büyümüştür.

Gerçekleştirilen bu milli gelir artış hızlarının Türkiye’nin ekonomik, sosyal sorunlarını çözmeye ve hedef olarak alınan OECD ve AB ülkeleri düzeyine ulaşmayı sağlamaya yeterli olacağı söylenemez. Ekonomik gelişme hızı artırılmadığı takdirde aradaki farkın kapanması için kuşaklar boyu beklemek gerekecektir.

2000 yılına doğru gidilirken, dış borçların GSMH’ya oranı da olumsuz bir seyir izlemekteydi. Nitekim Tablo-29’ da görüldüğü üzere, 1997 yılındaki oran, 1990 yılının yaklaşık %50 fazlasıdır. Bilindiği gibi ülkemizdeki ekonomik krizler genellikle, toplam dış borcun GSMH’ya oranının %50’leri aştığı yıllarda yaşanmıştır. 1994 kriz yılındaki borç oranı da %50 idi. 2001 krizinin yaşandığı sırada Kamu

<sup>245</sup> Mustafa Sönmez; ‘Teğet’in Yıkımı; İstanbul; Yordam Kitap; 2010; sf: 38.

Borcu/GSYH oranı %51,31 ve iktidar değişiminin yaşandığı 2002 yılında da bu oran % 56, 1 seviyesindeydi<sup>246</sup>.

**Tablo- 29: Türkiye'nin Dış Borçlarının GSMH'ya Oranı (1990-1997)<sup>247</sup>**

|                        | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Toplam Borç / GSMH (%) | 32,5 | 33,5 | 35,2 | 37,7 | 50,5 | 43,5 | 44,5 | 47,1 |

World Bank; Global Development Finance, Country Tables; 1999; sf: 552

Tablo-29'daki veriler, 1997 yılındaki dış borcumuzun 1990'a oranla %45 kadar artmış olduğunu göstermektedir. İç tasarruflardaki yetersizlikten kaynaklandığı ileri sürülen dış borçların, aynı oranda bir üretim kapasitesi artışını sağlamamış ise, borçların üretim dışı alanlarda kullanıldığını, örneğin tüketime veya daha önceden alınan dış borçların ödenmesinde kullanıldığı, dolayısıyla kaynak israfı yaşandığını söylemek mümkündür. Zaten 2001/Şubat krizi de, iddia edildiği gibi "Cumhurbaşkanının Başbakanı anayasayı fırlatması"nın değil, ekonomideki başarısız performansın bir sonucu olarak yaşanmıştı. Nitekim daha sonra yapılan yayınlardan, ekonomik krizin, anayasa olayından değil, tamamen ekonomik nedenlerden kaynaklandığının genel olarak kabul görmüş olduğu anlaşılmaktadır.

### 3.1.2.2) Gelir Dağılımındaki Bozukluk

Gelir dağılımı bakımından Türkiye'yi iyi durumdaki ülkelerden biri olarak nitelemek, ne yazık ki mümkün görünmemektedir. TÜSİAD tarafında yaptırılan bir

<sup>246</sup> Mahfi Eğilmez; **Küresel Finansal Kriz**; 5. baskı; İstanbul; Remzi Kitabevi; 2009; sf: 79, 138.

<sup>247</sup> Mehmet Karagül; **Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu**; Afyon; Afyon Kocatepe Ü. Yayını; No: 37; 2002; sf: 115.



araştırmaya göre Türkiye’deki gelir dağılımı 1963-1994 arasındaki dönemde önemli bir düzelme göstermemiş, en düşük %20’lik grubun payı %5’i geçememiş, buna karşılık en yüksek gelire sahip %20’lik grubun payı genelde hep %50’nin üzerinde olmuştur.

**Tablo- 30: Hane Halkı Gelir Yüzdesine Göre Gelir Dağılımı (%)**

|  | 1963 | 1968 | 1973 | 1986 | 1987 | 1994 |
|--|------|------|------|------|------|------|
| <b>Birinci (En Düşük) %20’lik Gelir Grubu</b>  | 4,5  | 3,0  | 3,5  | 3,9  | 5,2  | 4,9  |
| <b>İkinci %20’lik Gelir Grubu</b>              | 8,5  | 7,0  | 8,0  | 8,4  | 9,6  | 8,6  |
| <b>Üçüncü %20’lik Gelir Grubu</b>              | 11,5 | 10,0 | 12,5 | 12,6 | 14,1 | 12,6 |
| <b>Dördüncü %20’lik Gelir Grubu</b>            | 18,5 | 20,0 | 19,5 | 19,2 | 21,2 | 19,0 |
| <b>Beşinci (En Yüksek) %20’lik Gelir Grubu</b> | 57,0 | 60,0 | 56,5 | 55,9 | 49,9 | 54,9 |

Kaynak: TÜSİAD, 2002.

Türkiye’de 2002 yılında en zengin %20’lik grubun yıllık kullanılabilir gelirden aldığı pay, en yoksul %20’lik grubun aldığı payın yaklaşık 9,5 katı iken, 2003 yılında bu oran 8,1 ve 2004 yılında 7,7 seviyesine düşmüştür<sup>248</sup>. AB-25 ortalamasında ise aynı oran 2003 yılında yaklaşık 4,6’dır.

<sup>248</sup> DPT; Dokuzuncu KP; sf: 42.

**Tablo- 31: Seçilmiş Gelir Dağılımı ve Yoksulluk Göstergeleri (%)**

|  | 2002  | 2003  | 2004  |
|--|-------|-------|-------|
| <b>Yüzde 20'lik Dilimler</b>             |       |       |       |
| Birinci Yüzde 20                         | 5,3   | 6,0   | 6,0   |
| İkinci Yüzde 20                          | 9,8   | 10,3  | 10,7  |
| Üçüncü Yüzde 20                          | 14,0  | 14,5  | 15,2  |
| Dördüncü Yüzde 20                        | 20,8  | 20,9  | 21,9  |
| Beşinci Yüzde 20                         | 50,1  | 48,3  | 46,2  |
| <b>Gini Katsayısı</b>                    | 0,44  | 0,42  | 0,40  |
| <b>Gıda Yoksulluk Oranı (Açlık)</b>      | 1,35  | 1,29  | 1,29  |
| <b>Gıda ve Gıda-Dışı Yoksulluk Oranı</b> | 29,96 | 28,12 | 25,60 |

DPT; Dokuzuncu KP; sf: 42.

Gıda harcamalarını içeren yoksulluk (açlık) sınırı altındaki nüfusun toplam nüfusa oranı; 2002 yılında yüzde 1,35 iken, 2004 yılında yüzde 1,29 seviyesine gerilemiştir. Yoksulluk oranı olarak da tanımlanan gıda ve gıda-dışı yoksulluk oranı 2002 yılında yüzde 26,96 iken, 2004 yılında yüzde 25,6'ya inmiştir.

Gelir dağılımı konusunda kullanılan araçlardan biri olan Gini Katsayısına göre ülkemizin durumu tabloda görülmektedir:

**Tablo-32: Türkiye'de Gini Katsayısı<sup>249</sup>**

|                       | 1994 | 1995-2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|-----------------------|------|-----------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Gini Katsayısı</b> | 0,49 | -         | 0,44 | 0,42 | 0,40 | 0,38 | -    | 0,43 | 0,41 |

Kaynak: TÜİK

<sup>249</sup> Mahfi Eğilmez'in 20.10.2009 tarihli Radikal Gazetesindeki yazısı.

2007 yılı verileri ile yapılan karşılaştırmada görünen durum şöyledir: İsveç, Norveç ve Güney Kıbrıs'ta Gini Katsayısı, sırasıyla 23, 28 ve 29'dır. ABD'nin 45 olan Gini Katsayısı, Türkiye (44) ile Nijerya'ninkine (44) yakındır<sup>250</sup>.

Gerek %20'lik gruplar açısından, gerekse Gini Katsayısı bakımından gelir dağılımına bakıldığında, ülkemizdeki durumun savunulabilir yanı yoktur. Bu adaletsiz dağılıma, kişi başına düşen gelir dağılımındaki yetersizlik de eklenince, toplumun büyük çoğunluğunun çok zor koşullarda yaşamını sürdürmeye çalıştığını ve sağlık da dahil olmak üzere birçok sorununu gerektiği gibi çözme olanağına sahip bulunmadığını kabul etmek gerekmektedir.

Gini katsayısı ve zengin-fakir oranlarına ilişkin Tablo 33'de yer alan veriler de ülkemizin gelir dağılımı konusundaki durumunun onaylanabilir bir görünümde olmadığını göstermektedir.

**Tablo- 33: Çeşitli Ülkelerde Gini Katsayısı ve Zengin-Fakir Oranları**

| Ülke    | Gini Katsayısı | En Zengin %10, En Fakir %10 Oranı |
|---------|----------------|-----------------------------------|
| İsveç   | 23             | 6,2                               |
| Norveç  | 28             | 6,0                               |
| Amerika | 45             | 15,0                              |
| Türkiye | 44             | 17,1                              |
| Nijerya | 44             | 17,5                              |

Kaynak: CIA, The World Factbook (2008)

Son yıllardaki durum da çok farklı bir görüntü vermemektedir. Dünya dolar milyarderlerinin açıklandığı Forbes Listesinde 2008 yılında 13 Türk yer almakta

<sup>250</sup> Ömer Gökçekuş; **Sağlık Hizmetleri Reformu ve Gelir Dağılımı**; KKTC;

Havadis Gazetesi; 27.03.2010; sf: 15.

iken, bir yıl sonra 2009’da bu sayı 28’e yükselmiştir<sup>251</sup>. Kriz döneminde toplumca çok büyük sıkıntılar yaşanmakta iken, Türkiye’deki dolar milyarder sayısının 2,15 kat artmasının nedeni, sadece doların TL karşısında değer kaybetmesiyle açıklanamaz; bu sonucun doğmasında, müterakki vergi sisteminin yumuşatılıp dolaylı vergilerin toplam vergiler içindeki payının %70’lere dayanmasına yol açan vergi politikamızdan da kaynaklanan gelir dağılımındaki adaletsizliğin, en önde gelen etken olduğunu kabul etmek gerekir.

Bankacılık Düzenleme ve Denetleme Kurulu’nun 2010/Nisan ayı verilerine göre, “Milyoner sayısı geçen yıla göre 6 bin kişi artarak 23 binden 29 bine yükseldi ve yurtdışındaki bin kişi ile birlikte milyoner sayısı 30 bine ulaştı. Milyonerlerin toplam mevduatlarının 223,4 milyar TL’yi bulduğu, Türkiye’deki 503 milyar 13 milyon TL tutarındaki toplam mevduatın %44’ünün milyonerlere ait olduğu belirlendi. Bu durumda, milyoner kişi başına ortalama 7,4 milyon TL mevduat düşüyor; geride kalan 72,5 milyon kişinin mevduatı ise ortalama 4 bin TL dolayındadır”<sup>252</sup>. Tablo-34’deki yoksulların kullandığı Yeşil Karta ilişkin 2003

**Tablo-34: Yeşil Kart Kullananların Bölgelere Göre Dağılımı (2002-2003; %)**<sup>253</sup>

| Batı  | Güney | Orta  | Kuzey | Doğu  | Toplam |
|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 11,00 | 9,32  | 14,97 | 8,53  | 56,13 | 100,00 |

Kaynak: UHHA, 2003, Temel Bulgular; Tablo 3.11

<sup>251</sup> Milliyet; **FORBES Listesi**; 11.03.2010.

<sup>252</sup> Cumhuriyet Gazetesi: Milyoner sayısı 6 bin kişi arttı; 14.06.2010.

<sup>253</sup> Sağlık Bakanlığı (Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü); **Ulusal Hane Halkı**

**Araştırması, 2003, Temel Bulgular**; Ankara; 2006; sf: 25.

yılına ait veriler de yoksulluğun coğrafi bölgeler itibariyle durumu hakkında fikir vermektedir.

### 3.1.2.3) Düşük İstihdam Düzeyi - İşsizlik Sorunu

Ülkemizde istihdama ilişkin önemli bir özellik veya yetersizlik, işgücüne katılım oranının düşük olmasıdır. Türkiye’de sermaye artışı ve yatırımlar, nüfus artışı ile birlikte büyüyen işgücü arzını karşılamaya yetmemektedir. Öte yandan istikrarsız büyüme, yanlış ekonomi ve yatırım politikaları da işgücü arzını karşılayacak işgücü talebinin yaratılmasını olumsuz yönde etkilemektedir. Örneğin Türkiye ekonomisi 1994 ve 1999 da %6 dolayında, 2001’de %9,4 oranında daralmıştır. Bunun sonucunda yeni istihdam olanakları yaratmak bir yana, faaliyette bulunan işyerleri kapanmış ve çok sayıda insan işten çıkarılmıştır. Örneğin 2001 yılındaki kriz sonrası her 100 işçiden 12’si işini kaybetmiş, ücretler %20 oranında düşmüştür. Ayrıca, Türkiye’de geçen yıllar boyunca işgücüne katılım artacağına sürekli olarak düşmektedir. 1960’lı yıllarda işgücüne katılım oranı %80 dolayında iken, 1980’lerde bu oran %55’lere düşmüş, 2000’li yıllara gelindiğinde de %50’nin altına inmiştir<sup>254</sup>.

Türkiye’nin kronik sorunlarından biri de bilindiği gibi işsizlik sorunudur. İstihdam artırıcı yatırım politikalarının izlenmemesi ve işsizliğin temel ekonomik ve sosyal sorunlardan biri olarak kabul edilerek öncelikle çözümlenmesi gerektiği konusunda kesin bir irade sergilenmemesi, bu sorunun sürüp gitmesine ve biraz da kanıksanarak olağan bir durum olarak görülmesine yol açmıştır. Tablo-35’de, 1991 ile 2006 yılları arasında kalan dönemde seçili bazı yıllardaki istihdam ve işsizlik verilerine yer verilmiştir.

---

<sup>254</sup> M. Koray; **Sosyal Politika**; sf: 396-398.

**Tablo- 35: Türkiye’de İşgücü Piyasası (1991-2006)**

|                                   | 1991   | 1995   | 2000   | 2001   | 2005   | 2006   |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <b>İşgücü (Bin)</b>               | 21.438 | 22.673 | 22.029 | 22.269 | 24.565 | 24.776 |
| <b>İşgücüne Katılım Oranı (%)</b> | 53,0   | 50,6   | 49,9   | 49,8   | 48,3   | 48,0   |
| <b>İstihdam (Bin)</b>             | 1.736  | 21.106 | 20.578 | 20.367 | 22.046 | 22.330 |
| <b>İşsiz (Bin)</b>                | 1.703  | 1.568  | 1.451  | 1.902  | 2.520  | 2.446  |
| <b>İşsizlik Oranı (%)</b>         | 7,9    | 6,9    | 6,6    | 8,5    | 10,3   | 9,9    |

Kaynak: Türkiye Ekonomisi: İstatistik ve Yorumlar; DİE, İstatistiksel Göstergeler, 1923-2006.

2000 ve 2001 yılında sırasıyla %6,6 ve 8,5 olan işsizlik oranı, 2003 yılında %10,5’e yükselmiş, 2008 yılında da %10 olarak gerçekleşmiştir<sup>255</sup>. 2009 yılında ise işsizlik oranı, Türkiye İstatistik Kurumu açıklamasına göre 3 puan artarak %14’e ulaşmıştır<sup>256</sup>. Türkiye’de tarım dışı işsizlik oranı ise bir önceki yıla göre 3,8 puanlık artışla %17,4 seviyesinde gerçekleşirken, kentsel yerlerde işsizlik oranı 3,8 puanlık artışla %16,6, kırsal yerlerde ise 1,7 puanlık artışla %8,9 olmuştur.

Ekonomideki en temel göstergelerden biri işsizliktir. Türkiye’de bu konunun çözümlenmek bir yana, giderek kronik bir hal alması ve 2000 yılında %6,6 olan işsizlik oranının, 2010 yılında %10’u aşması, ekonomik açıdan büyük bir başarısızlıktır. Ayrıca bu oranların, sadece rakamlardan ibaret olmayıp milyonlarca insan anlamına geldiği de düşünülecek olursa, bu durumun önemli toplumsal ve siyasal sorunlara yol açacağını göz ardı etmemek gerekir.

<sup>255</sup> M. Eğilmez; **Küresel Finans Krizi**; sf: 140.

<sup>256</sup> Vatan; İşsizlik Oranları Açıklandı; 02.03.2010.

### 3.1.2.4) Kayıtdışı Ekonomik Yapı

Türkiye'nin yapısal sorunlarından birisi de kayıtdışı ekonomide görülen yaygınlık ve derinliktir. Bununla kastedilen, ekonominin hemen hemen bütün sektörlerinde resmi kayıtlarda yer almayan birçok işyeri ve kişinin bulunmasıdır. Kayıt dışılık bazı sektörlerde oran olarak daha da yüksektir. Bilim çevreleri ve resmi makamlar tarafından bugün ülke genelinde kayıtdışı işyerlerinin oranının %25-50 arasında olduğu belirtilmektedir.

İstihdam edilenler açısından yapılan bir çalışmaya göre<sup>257</sup>, 2003 yılı itibariyle %51,7 olan "kayıtdışı istihdam oranı", 2006 için %48,5 ve 2007 yılı için de %46,9 olarak gerçekleşmiştir. Bir başka çalışmada da işyerlerinde çalışanların % 40'ının, yani yaklaşık 3,5 milyonunun kayıtdışı (kaçak) olarak çalıştırıldığı; bu durum nedeniyle sosyal güvenlik primi, gelir ve damga vergisi ile işsizlik sigorta primlerindeki kayıplar nedeniyle yılda 14 milyar TL tutarında vergi ve prim gelirinden devletin mahrum kaldığı ve bunun iktidar tarafından bilinçli olarak tercih edilen bir "politika" olduğu ileri sürülmektedir<sup>258</sup>.

Türkiye genelinde Haziran/2010 dönemi itibariyle istihdam edilen 23 milyon 488 bin kişiden, 10 milyon 519 binin sosyal güvencesi bulunmamaktadır; dolayısıyla kayıtdışı istihdam %44,8'dir<sup>259</sup>. Cinsiyet açısından ele alındığında; söz konusu tarihte erkek istihdamında kayıtdışılık oranının %38,2 (16 milyon 605 bin erkek çalışanın 6 milyon 344 bini kayıtdışı), kadın çalışanlar içinde ise kayıtdışılık oranının %60,7

<sup>257</sup> M. Koray; **Sosyal Politika**; sf: 404.

<sup>258</sup> Mustafa Sönmez; **3.5 Milyon Kaçak İşçi, 14 Milyar TL Vergi Bağı**; **Cumhuriyet**; 14.07.2010.

<sup>259</sup> Milliyet Gazetesi; **Milyonlarca Kişinin Sigortası Yok**; 17.09.2010.

olarak (6 milyon 883 bin kişilik kadın istihdamından 4 milyon 175 bininin kayıtdışı) gerçekleştiği görülmektedir. Aynı dönemde kendi adına çalışanlarda kayıtdışılık ise %68,2 olarak hesaplanmıştır.

2011 Yılı Programında yer alan “Ülkemizde ekonomik hayatın önemli bir yapısal sorunu olan kayıtdışılığın (...) Kayıtdışı ekonomiye yönelik çalışmalar, ülkemizde kayıtdışı ekonominin boyutunun gelişmiş ekonomilere kıyasla oldukça yüksek olduğunu ortaya koymaktadır” açıklaması, sorunun halen çözülmediğinin bir kanıtıdır<sup>260</sup>.

Kayıtdışı yapı, çalışan kesimin yasalarla sağlanan birçok temel haktan (sağlık, emeklilik gibi sosyal güvenlik haklarından, sendikal ve toplu sözleşme haklarından vb.) yoksun kalmasına yol açmakta, bu açıdan hem kayıt dışı çalışan hem de bakmakla yükümlü olduğu kişiler hak kaybına uğramaktadır. Ayrıca bu durum, vergi ve sigorta primi kaybı dolayısıyla makro ekonomik açıdan olumsuz etki yaratmanın dışında, firmalar arasında haksız rekabete de neden olmaktadır. 2011 Yılı Programında da<sup>261</sup> kayıtdışı ekonomi için “...ilk aşamada kayıtdışı çalışan işletmelere rekabet avantajı sağlıyor gibi algılansa da, bu tür şirketlerin kurumsallaşmasını ve ölçek ekonomisinin getirilerinden yararlanmalarını engellemekte, vergilendirilemeyen kayıtdışı ekonomik faaliyetler nedeniyle girdiler üzerinde artan vergi yükü, bir bütün olarak ekonomi açısından uluslararası alanda rekabet edebilirlik açısından dezavantaj oluşturmaktadır” şeklinde bir yorum getirilmiştir.

---

<sup>260</sup> DPT; 2011 Yıllık Programı; sf: 88.

<sup>261</sup> DPT; 2011 Yılı Programı; sf: 88.



### **3.1.2.5) Sağlık Sistemindeki Bazı Kesimlerin Aşırı Kazanç Hırsı**

Bir yandan muayenehane sahibi hekimlerin kayıt dışı gelir elde etme arzusunun, diğer yandan da ilaç sektöründe üretici ve ithalatçı sıfatıyla çalışan firmaların yüksek kâr oranları ile çalışma isteğinin, sağlık sistemindeki iyileştirme çabalarına engel olduğu belirtilmektedir. Söz konusu kesimlerin sağlık politikalarını kendi çıkarları doğrultusunda yönlendirmeye çalıştıkları da dile getirilen hususlardan biridir.

### **3.1.3) ÖNCEKİ DÖNEMDEKİ SAĞLIK HAKLARI ve YASAL DAYANAKLARI**

#### **3.1.3.1) ÇALIŞMAKTA OLAN KESİMİN SAĞLIK HAKLARI**

SSGSSK'dan önceki dönem ana hatlarıyla ele alındığında, sağlık sisteminin finansmanında çalışanlar bakımından yedi çeşit kaynağın devrede olduğu görülür. Bu kaynaklar şu şekilde özetlenebilir:

- 1) Emekli statüsündeki kamu görevlileri için Emekli Sandığı,
- 2) İş sözleşmeleri uyarınca çalışan işçiler için Sosyal Sigortalar Kurumu,
- 3) Bağımsız olarak kendi nam ve hesabına çalışanlar için Bağ-Kur,
- 4) Çeşitli yasalar uyarınca çalışmakta olan kamu görevlileri için Genel Bütçe (Maliye Bakanlığı)<sup>262</sup>,
- 5) Banka, borsa ve ticaret odalarının özel sandıkları (506/ geçici 20. Madde), OYAK ve Amele Birliği,

---

<sup>262</sup> Sağlık Bakanlığı; **Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığı'nın Değişen**

**Rolü**; Ankara; 2007; sf: 63.

6) İlgili yasa gereğince Yeşil Kart alanlar için Genel Bütçeye konan ödenekler,

7) Hiçbir sosyal ve sağlık güvencesi olmadığı için sağlık giderlerini bizzat ödeme, özel sağlık sigortası sisteminden yararlanma, hayır kurumlarından ve/veya hayırsever kişilerden yardım alma.

O dönemde var olan düzeni algılayabilmek için, bu yapılanmayı genel çerçevesi itibariyle ele almak gerekir.

### **A) KAMU GÖREVLİLERİNİN SAĞLIK HAKLARI**

Bu kapsama girenler, Devlet Memurları Kanunu (657), Yüksek Öğretim Personel Kanunu (2914), Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanunu (926), Hâkimler ve Savcılar Kanunu (2802) gibi çeşitli yasalar uyarınca çalışmakta olan kamu görevlileridir.

Devlet Memurları Kanununun VI. Kısmını oluşturan 187 ile 213. maddeleri arasındaki hükümler, “Sosyal Haklar ve Yardımlar” ile ilgilidir. Bu hükümler içinde emeklilik, konut, sosyal tesis gibi çeşitli konuların yanında, devlet memurlarının sağlıkları ile doğrudan veya dolaylı olarak ilişkisi bulunan düzenlemelere de yer verilmiştir. Bunlardan “hastalık ve analık sigortası; tedavi yardımı” sağlık konusu ile doğrudan ilgili hükümlerdir. Sağlıkla dolaylı biçimde ilgili diye nitelenebilecek olanlar ise “doğum yardımı ödeneği, ölüm yardımı ödeneği ve aile yardımı ödeneği”ne ilişkin maddelerdir.

Devlet Memurları Kanununun “**Hastalık ve Analık Sigortası**”na ilişkin hükümleri şöyledir:

- Devlet memurlarının hastalık, analık ve görevden doğan kaza ile mesleki hastalık,

- Devlet memurlarının eşleri ve bakmakla yükümlü oldukları ana, baba ve çocuklarının hastalık ve analık,
- Bir kanuna dayanılarak emekli veya malûllük aylığı alanların (Sosyal Sigortalar Kurumunca uygulanan iş kazaları ile meslek hastalıkları, malûllük ve yaşlılık sigortalarından gelir ve aylık bağlananlar hariç) hastalık ve analık,
- Yukarıdaki şıkta belirtilen emekli veya malûllük aylığı alanların aile bireylerinin hastalık ve analık,
- Bir kanuna dayanılarak dul veya yetim aylığı alanların (SSK'dan gelir veya aylık alanlar hariç) hastalık ve analık, hallerinde, gerekli sosyal sigorta yardımları sağlanır.

“Tedavi Yardımı” konusu ise Devlet Memurları Kanununda (m. 209) şu şekilde düzenlenmiştir:

Devlet memurları ile (herhangi bir sağlık yardımından yararlanmayan) eşlerinin veya bakmakla yükümlü oldukları ana, baba ve çocuklarının hastalanmaları halinde, evlerinde veya özel sağlık kurumlarında ayakta veya yatarak tedavileri kurumlarınca sağlanır.

Sağlık Bakanlığı (Milli Savunma Bakanlığında görevli personel için bu Bakanlık) tarafından yetkili kılınan tam teşekküllü hastanelerin sağlık kurullarınca düzenlenen ve Sağlık Bakanlığınca onaylanan raporlara göre yurt içinde tedavilerinin mümkün olmadığı anlaşılan devlet memurları ile bunların eşleri, bakmakla yükümlü oldukları ana, baba ve aile yardımına müstahak çocukları tedavi için yurt dışına gönderilirler. Bunların harcırahları ve tedavi giderleri kurumlarınca ödenir. Yurt dışında tedavi süresi iki yılı geçemez. Bu süre içinde acil haller hariç olmak üzere raporda gösterilen hastalıktan başka yapılan tedavi giderleri ödenmez ve bu tedavi

için süre uzatılamaz. Tedavi süresi altı ayı geçtiği takdirde ilgili yabancı sağlık kurumundan alınan ve tedavinin devam zorunluluğunu gösteren rapor, sağlık ataşeliği veya misyon şefliğince, hastanın kurumu ile Sağlık Bakanlığına gönderilir ve bu işlem her altı ayda bir tekrarlanır.

Yurt dışında; a) Sürekli görevde bulunan memurlarla eşlerinin, bakmakla yükümlü oldukları ana, baba ve aile yardımına müstahak çocuklarının, b) Geçici görev, bilgi ve görgülerini artırmak veya staj yapmak üzere yurt dışına gönderilen memurların hastalanmaları ve mahalli usule göre tedavilerine gerek gösterilmeleri halinde, tedavi giderleri kurumlarınca karşılanır.

Ayakta veya meskende tedavi halinde kullanılacak ilaç bedellerinin % 20'si memur tarafından ödenir. Ancak, resmi sağlık kurulu raporu ile belirlenen ve tüberküloz, kanser, kronik böbrek, akıl hastalıkları, organ nakli ve benzeri uzun süreli tedaviye ihtiyaç gösteren hastalıkların ayakta veya meskende tedavileri sırasında kullanılmasına lüzum gösterilen ilaçlardan, hayati önem taşıdıkları Sağlık Bakanlığınca tespit edilecek olanların bedellerinin tamamı kurumlarınca ödenir.

Bu madde gereğince sağlanacak yardımlardan, topluma uyumu kolaylaştıracak her türlü ortopedik ve diğer yardımcı araç ve gereçlerin standartlara uygunluğu sağlanır.

Tedavi kurumlarında yapılan tedavilere (diş tedavileri dahil) ilişkin ücretlerle sağlık kurumlarınca verilen raporlar üzerine kullanılması gerekli görülen ortez, protez ve diğer iyileştirme araç bedellerinin kurumlarınca ödenecek kısmı ve buna ilişkin esas ve usuller, Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Maliye Bakanlığınca tespit edilir.

Konuya ilişkin ayrıntılı düzenleme “Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği”<sup>263</sup> ile getirilmiştir. Bütçe Uygulama Talimatı da uygulamaya ilişkin önemli kurallar koymaktadır.

Yönetmeliğe göre sağlık yardımlarından şu kişiler yararlanır:

- a) 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 1. maddesi kapsamına giren memurlar (Genel ve Katma Bütçeli Kurumlar, İl Özel İdareleri, Belediyeler, bunların kurdukları birlikler ve bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşlar, kanunla kurulan fonlar, kefalet sandıkları, beden terbiyesi bölge müdürlükleri çalışanları),
- b) Devlet Demiryolları ve Limanları İşletme Umum Müdürlüğünde çalışanlar,
- c) Devlet Sanatçıları ve Sanatkârlar (Geçici Md. 16),
- d) Yüksek Öğretim Personel Kanunu (2914) kapsamına girenler,
- e) Hakimler ve Savcılar Kanunu (2802) kapsamına girenler,
- f) Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanunu (926) kapsamına girenler,
- g) T.C. Emekli Sandığı Kanunu (5434) uyarınca aylık almakta olanlar.

Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği kapsamında yer alan yardımlar ve düzenlemeler, başlıkları itibariyle şöyledir: 1) Hasta sevk işlemleri, 2) Yol masrafı ve yevmiyeler, hastaya eşlik etme, 3) Acil vakalarda tedavi, 4) Yurt dışında tedavi (Bu konuda ayrıca” Kamu Personeli ve Bunların Emeklilerinin Yurt Dışında Tedavilerine İlişkin Yönetmelik” hükümleri de uygulanır), 5) Diş tedavileri, 6) Göz tedavileri, 7) İçmece ve kaplıca tedavileri, 8) Taş kırma tedavileri, 9) Derin prostotik mikrodalga (hipertemi) tedavisi, 10) Organ nakli ve diyaliz tedavileri, 11) Doğum giderleri, 12) Enjeksiyon, röntgen ve tahlil

---

<sup>263</sup> RG: 11.08.1973 - 14622

bedelleri, 13) Mikro cerrahi, açık kalp ameliyatları, 14) Organ nakilleri ve koroner anjiyografi tetkikleri, 15) İşitme cihazları, 16) Çeşitli protez ve ortezler, tedavi cihaz ve malzemeleri ile sarf malzemelerinin sağlanması, 17) Şeker ölçüm çubukları, 18)Yurt dışındaki tedavi amacıyla sağlık raporu vermeye yetkili sağlık kurumları, 19) Raporları teyit edecek hastane.

Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği kapsamına giren kamu personeli ile bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin, teşhis ve tedavi amacıyla özel sağlık kurum ve kuruluşlarına hasta sevkine ilişkin usûl ve esaslar hakkında ayrıca, Maliye ve Sağlık Bakanlıklarınca birlikte hazırlanan bir tebliğ ile genelgeler de mevcuttur.

Yüksek Öğretim Personel Kanunu (2914), öğretim elemanlarının, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun (187–213) maddeleri ile düzenlenen “Sosyal Hak ve Yardımlar”dan yararlanmalarını hükme bağladığından, devlet memurları ile ilgili olarak yukarıda açıklanan hususlar, yüksek öğretim personeli için de aynen geçerlidir.

Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanunu (926) devlet memurlarınkine benzer, fakat ayrı bir düzenleme getirmiştir. Bu düzenlemede doğum yardımı ödeneği (m.176) ve ölüm yardımı ödeneği (m.177) hükme bağlanmıştır. Tedavi ve cenaze masraflarına ilişkin hususlar (m.178) ise, 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanunu ve Yönetmeliğinde gösterilen şekilde (Sağlık İşleri; m. 57-70) çözüme kavuşturulmuştur.

## **B) SOSYAL SİGORTALAR KANUNU KAPSAMINDA**

### **ÇALIŞANLARIN SAĞLIK HAKLARI:**

İş Kanunu, Basın-İş Kanunu, Deniz-İş Kanunu veya Borçlar Kanunu uyarınca bir iş sözleşmesine (hizmet akdine) dayanarak çalışmakta olan işçiler, ilke olarak, 506 sayılı “Sosyal Sigortalar Kanunu” (SSK) kapsamına girdiklerinden, bu Yasanın getirdiği sigorta yardım ve hizmetlerinden yararlanma hakkına da sahipti.

Sosyal Sigortalar Kanunu; sağlık ile ilgili olarak, hastalık dışında, iş kazası - meslek hastalığı, analık ve malûllük hallerinde, yasada belirtilen koşullarla, sigorta yardımları sağlamaktaydı (m.1).

#### **a) Hastalık Sigortası:**

Sosyal Sigortalar Kanununda düzenlenen sigorta kollarından biri olan “Hastalık Sigortası” ile sigortalıya, “İş Kazalarıyla Meslek Hastalıkları Sigortası” kapsamı dışında kalan hastalıklarda, şu yardımlar sağlanıyordu (m. 32):

- Sağlık yardımı yapılması,
- Protez araç ve gereç yardımı,
- Geçici iş göremezlik süresince günlük ödenek verilmesi,
- Gerekli hallerde muayene ve tedavi için yurt içinde başka bir yere gönderilmesi,
- Belirli koşulların bulunması halinde, yurt dışına tedaviye yollanması.

Sigortalıya yapılacak sağlık yardımlarının içeriğini de şunlar oluşturmaktaydı (m. 33): a) Hekime muayene ettirilmesi, hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin yaptırılması ve tedavisinin

sağlanması, b) Teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık müessesesine yatırılması, c) Tedavisi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması.

Sağlık yardımlarının süresi 34. madde ile belirlenmişti:

a) Hastalık hallerinde yapılacak sağlık yardımları, sigortalının iyileşmesine kadar sürer.

b) Ancak bu yardımlar, sigortalının Kurum tarafından tedavi altına alındığı tarihten başlayarak altı ayı geçemez.

c) Fakat, tedaviye devam edilirse malûllük halinin önlenilebileceği veya önemli oranda azaltılabileceği Kurum sağlık tesisleri sağlık kurulu raporu ile anlaşılırsa, bu süre uzatılır.

d) Kurum, sigortalının iyileşmesine yarayacak, yahut iş göremezliğini az çok gidermesi için gerekli görülecek protez araç ve gereçlerini, yukarıda yazılı sağlık yardımları süreleri ile bağlı olmaksızın sağlamak, onarmak ve tespit edilen süre ve şartlarla yenilemekle yükümlüydü.

### **b) İş Kazalarıyla Meslek Hastalıkları Sigortası:**

**ba)** Aşağıdaki hal ve durumlardan birinde meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedence veya ruha arızaya uğratan olay, iş kazası olarak nitelendiriliyordu (m.11):

- 1) Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada,
- 2) İşveren tarafından yürütülmekte olan iş dolayısıyla,
- 3) Sigortalının işveren tarafından görev ile başka bir yere gönderilmesi yüzünden asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,
- 4) Emzikli kadın sigortalının çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,



5) Sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere toplu olarak götürülüp getirilmeleri sırasında.

**bb)** Sigortalının çalıştırıldığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm koşulları nedeniyle uğradığı geçici veya sürekli hastalık, sakatlık veya ruhi arıza halleri, meslek hastalığı olarak kabul ediliyordu.

İş kazaları ile meslek hastalıkları halinde sağlanan yardımlar da şunlardı:

- 1) Sağlık yardımı yapılması,
- 2) Geçici iş göremezlik süresince günlük ödenek verilmesi,
- 3) Sürekli iş göremezlik hallerinde gelir verilmesi,
- 4) Protez araç ve gereçlerinin sağlanması, takılması, onarılması ve yenilenmesi,
- 5) Sağlık yardımı ve protez için sigortalının başka yere gönderilmesi,
- 6) Belirli koşulların bulunması halinde, yurt dışına tedaviye yollanması.
- 7) Cenaze masrafı karşılığı verilmesi,
- 8) Sigortalının ölümü halinde hak sahiplerine gelir bağlanması.

SSK'da, sağlık yardımlarının içeriği, süresi, işverenin yükümlülüğü, iş göremezlik ödeneği ile geliri, eş ve çocuklar ile ana-babaya gelir bağlanması gibi birçok konuda ayrıntılı hükümlere yer verilmişti.

**c) Analık Sigortası:**

Sigortalı kadının veya sigortalı erkeğin sigortalı olmayan karısının analığı halinde, aşağıdaki yardımlar sağlanıyordu (m.43):

- 1) Gebelik muayenesinin yaptırılması ve gerekli sağlık yardımlarının sağlanması,

- 2) Doğumda gerekli sağlık yardımlarının sağlanması,
- 3) Emzirme yardım parası verilmesi,
- 4) Sigortalı kadının doğumdan önce (sekiz hafta) ve sonra (sekiz hafta) işinden kaldığı günler için ödenek verilmesi,
- 5) Analık hali nedeniyle gerekirse yurt içinde başka bir yere gönderilmesi.

506 sayılı Yasada gebelik halinde muayene ve tedavi, doğum yardımı, emzirme yardımı, geçici iş göremezlik ödeneği gibi konularda da düzenlemelere gidilmişti.

**d) Malûllük Sigortası:**

Kimlerin malûl sayılacağı SSK m.53'de belirtilmişti. Buna göre;

- 1) Çalışma gücünün en az 2/3'ünü yitirdiği,
- 2) Hastalık sigortası kapsamında yapılan tedavi sonucunda çalışma gücünün en az 2/3'ünü yitirdiği,
- 3) İş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60'ını yitirdiği,

Sosyal Sigortalar Kurumunca tespit edilen sigortalı, malûllük sigortası bakımından, malûl sayılmaktaydı.

Sosyal Sigortalar Kanununda ayrıca, bu tespitlerin nasıl yapılacağı, malûllük aylığının hesaplanması, aylığın ödenmesi ve kesilmesi gibi hususlar da düzenlenmişti. Bu sigorta kolundan sağlanan yardım, sadece malûllük aylığının bağlanmasıydı.

Tarım Kesiminde Süreksiz Çalışanların Durumu:

2925 sayılı “Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu”, sosyal güvenlik kapsamı dışında kalıp, süreksiz<sup>264</sup> tarım işlerinde hizmet sözleşmesi ile çalışanlar için, isteğe bağlı sigortalılık esasını getirmişti. Kanun tarım işlerinde süreksiz çalışanlara; iş kazaları ve meslek hastalıkları, hastalık, malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortalarından yararlanma hakkını vermiş, fakat analık sigortası olanağı sağlamamıştı.

Hem zorunlu olmaması, hem de sigorta kollarının hepsini kapsamaması nedeniyle bu Yasa, tarım işlerinde süreksiz çalışanların sosyal güvenliğini tam olarak karşılamaktan uzaktı.

### **C) BAĞ-KUR KAPSAMINDA ÇALIŞANLARIN SAĞLIK HAKLARI**

Bu kesim; esnaf, sanatkâr ve mimar, mühendis, doktor, müzisyen, ressam gibi bağımsız çalışanlar olarak nitelenen, kendi nam ve hesabına çalışan diğer kişilerden oluşuyordu. Bağımsız çalışanların sağlık sorunları, kendilerine özgü bir Yasa (1479) ve bununla oluşturulan “Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu” adlı sosyal güvenlik kuruluşu (Bağ-Kur) vasıtasıyla çözüme kavuşturulmuştu.

#### **a) Sağlık Sigortası:**

Yürürlüğe girdiği tarihte Bağ-Kur yasasında yer verilmeyen “Sağlık Sigortası”, sonradan yapılan değişiklikle eklenmiş ve bu önemli eksiklik giderilmişti. Bu konuya ilişkin düzenlemeler, 1479 sayılı Bağ-Kur Yasasına 3935 sayılı Yasa ile

---

<sup>264</sup> Nitelikleri bakımından en çok otuz iş günü süren işlere süreksiz iş, daha fazla gün devam eden işlere sürekli iş denir (İş Kanunu, m. 10/1).

eklenen maddeler ve 25.8.1986 tarihinde yayınlanan “Bağ-Kur Sağlık Sigortası Yardımlarına İlişkin Yönetmelik” hükümleri ile yapılmıştı.

Bu düzenlemelerle, yaşlılık veya malûllük aylığı almakta olanlara, eşlerine, bakmakla yükümlü buldukları çocukları ile ana-babalarına ve ölüm aylığı alanlara, sağlık sigortası yardımlarından yararlanma olanağı sağlanmıştı (Ek Madde: 11). Yasa, eş yönünden bakmakla yükümlülük koşulu aramamakta, fakat çocuklar ile ana-babalar için bakım yükümlülüğü koşulunu öngörmekteydi.

Bağ-Kur’da sağlık sigortasından yararlanmak için aşağıdaki koşulların gerçekleşmiş olması gerekiyordu (Ek Madde 12):

- Bağ-Kur sigortalısı olmak,
- En az sekiz ay (yeniden sigortalı olanlar için, en az dört ay) eksiksiz sağlık sigortası primi ödemiş olmak,
- Sağlık ve sigorta prim borcu bulunmamak.

Bağ-Kur Sağlık Sigortasında, sadece sağlık yardımı söz konusuydu; 506 sayılı SSK’da olduğu gibi parasal yardım yoktu.

Bağ-Kur’da sağlık yardımları (Ek Madde 13) kapsamına, hastanın;

- Hekime muayene ettirilmesi,
- Hekimin gerekli görmesi durumunda teşhis için gereken klinik ve laboratuvar tetkiklerinin yaptırılması ve tedavisinin sağlanması,
- Teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık tesislerine yatırılması, girmektedir.

Ayakta yapılan tedavilerde poliklinik muayene ücretinin ve verilen ilaç bedellerinin %20’si sigortalı ve hak sahipleri tarafından karşılanıyordu. İlke olarak,

iş kazası ve meslek hastalığı sonucu verilecek olanlar hariç; protez, araç ve gereç bedellerinde de aynı oranlar dahilinde ilgili kişilerce katkı yapılması gerekiyordu.

Sağlık yardımlarının süresi, duruma göre değişiklik gösteriyordu (Ek Madde 14). Hastalık hallerinde yapılacak sağlık yardımları, hasta iyileşinceye kadar sürdürülmekteydi. Hastalık sigortası yardımları, sigortalının sigortalılık niteliğini yitirdiği tarihten itibaren 90 gün içinde meydana gelecek hastalık hallerinde de devam ediyordu.

İş kazasından dolayı muayene ve tedaviye, sigortalının tedaviye alındığı tarihte başlanıyor ve sağlık durumunun gerektirdiği sürece devam ediliyordu.

Sağlık yardımları konusunda çocuk kavramına evlat edinilmiş, tanınmış, nesebi düzeltilmiş, babasına hükümlerle bağlanmış ve sigortalının ölümünden sonra doğan çocukları da dahildi (Yönetmelik, m. 5). Ancak, çocuklara öğrenim çağlarına göre belirli yaş sınırı getirilmiş, kızlara ise evlilik ve geçimlerini sağlama durumları açısından koşullar öngörülüyordu.

Ayakta yapılan tedavilerde poliklinik muayene ücretinin ve verilen ilaç bedellerinin %10'u aylık alanlar (yani, emekli ve malûller) ile hak sahipleri tarafından karşılanıyor ve protez, araç ve gereç bedellerinin %10'u da ilgili kişilerce ödeniyordu.

Sağlık yardımlarının süresi, duruma göre değişiklik gösteriyor (Ek Madde 14), hastalık hallerinde yapılacak sağlık yardımları, hasta iyileşinceye kadar sürdürülüyordu.

#### **B- Malûllük Sigortası:**

Bağ-Kur sigortalılarına sağlanan bir başka olanak da "Malûllük Sigortası" idi. Yasaya göre, çalışma gücünün en az üçte ikisini yitirdiği tespit edilen sigortalı malûl

sayılıyordu. Bu sigorta kolundan sağlanan yardım, malûllük aylığının bağlanması şeklindeydi (m. 27, 28).

Tarım kesiminde kendi adına çalışanlar ile ilgili hizmetler, 2926 sayılı “Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu” uyarınca, Bağ-Kur tarafından yerine getirilmekteydi.

#### **D) İŞSİZLİK SİGORTASI KAPSAMINA GİRENLERİN SAĞLIK HAKLARI**

İşsizlik sigortasına ilişkin 4447 sayılı Kanun, sigortalı kavramını, kapsama giren bir işyerinde bir hizmet sözleşmesine dayalı olarak çalışan ve çalıştığı süre içerisinde işsizlik sigortası primi ödeyen kimse biçiminde tanımlamıştır (m.47). “İşsizlik sigortası” ibaresinin yaptığı çağrışımın aksine, bu sigortadan yararlanacak olanlar, hiç işe girmemiş, yani daha önce sigortalı olarak çalışmamış kişiler değil, sigortalı çalışmakta iken işsiz kalanlardır.

İşsizlik sigortası emredici bir düzenleme niteliğinde olduğundan, işsizlik sigortası zorunludur. Kişiler, işe giriş bildirgesi ile birlikte kendiliğinden sigortalı olurlar ve “işsizlik sigortası” hakkından yararlanırlar.

Yasadaki düzenlemeye göre, “İşsizlik Sigortası” kapsamına girebilmek ve ödeneğe hak kazanabilmek için;

1) İşçinin, belirli bir süreden beri sigortalı olarak çalışmış ve belirli bir süre prim ödemiş olması,

2) İş sözleşmesinin yasada belirtilen biçimde sona ermiş bulunması,

3) İş sözleşmesinin askıya alınmamış olması,

zorunludur.

Gerekli koşulları taşıyan işsizlere işsizlik ödeneği verilir. Bu ödeneğin tutarı; kişinin son dört aylık SSK primine esas kazançları dikkate alınarak hesaplanan “günlük ortalama net kazancının % 50’siydi ve 16 yaşından büyük işçilere ödenen asgari ücretin net tutarını geçemez” şeklindeydi. Bu oranlar, 2008 yılında 5763 sayılı Yasa ile sırasıyla, “aylık brüt asgari ücretin %40’ı ve %80’i” olarak değiştirilmiştir. İşsizlik ödeneği, kişinin işsizlik sigortası primi ödediği süreyle orantılı olarak 180, 240 ve 300 gün süreyle ödenir.

İşsizlik sigortası kapsamında işsizlik ödeneği alanların hastalık ve analık sigortasına ilişkin primleri, “İşsizlik Sigortası Fonu” tarafından, işsizlik ödeneğinin ödendiği süre boyunca Sosyal Sigortalar Kurumuna aktarılırdı (m. 50). Böylece sigortalı işsizlere, işsizlik ödeneği aldığı süre içinde, yani belirli bir dönem için de olsa, hastalık ve analık sigortasının yardımlarından yararlanma olanağı sağlanmıştı. Günümüzde işsizlik ödeneği alanlar, kısa süreli çalışma ödeneği alanlar gibi, 5510 sayılı SSGSSK ile “Genel Sağlık Sigortası” kapsamı içine alınmışlardır (m: 60/I-e).

### **3.1.3.2) EMEKLİLERİN SAĞLIK HAKLARI**

Çalışanların emekli olmaları halinde sağlık hakları, kendilerine emekli aylığı bağlanan sosyal güvenlik kuruluşu tarafından sağlanıyordu. Söz konusu sosyal güvenlik kuruluşları şunlardı: 1) T.C. Emekli Sandığı, 2) Sosyal Sigortalar Kurumu, 3) Bağ-Kur, 4)Özel Sandıklar (Bankalar, sigorta ve reasürans şirketleri, ticaret odaları, sanayi odaları, borsalar veya bunların oluşturdukları birliklerin personeli için malûllük, yaşlılık ve ölüm hallerinde yardım yapmak üzere kurulan bu sandıklar, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun Geçici 20. maddesi uyarınca faaliyet gösterirler).

Sağlık yardımı veya bu tür hizmetleri sağlamak amacıyla kurulmuş vakıflar (Türk Kalp Vakfı, Lösemili Çocuklara Yardım Vakfı vb), dernekler (Veremle Savaş

Derneği, Kızılay Derneği vb) ile Bireysel Emeklilik Şirketleri (kişilere emeklilik aylığı bakımından ek destek sağlamak üzere kurulan ve kâr amacıyla çalışan şirketler), sosyal güvenlik kuruluşu niteliğinde değildirler. Bunlar, sosyal nitelikte olmayan, ancak toplumun belirli bir kesimine hizmet vermeye yönelik, mensubu olma konusunda herhangi bir yasal zorunluluk bulunmayan, dolayısıyla tamamen kişisel tercihle üye olunan kuruluşlar olup, bu özellikleri nedeniyle, sosyal güvenlik kuruluşu olarak nitelendirilemezler. Öğretideki genel yaklaşım da bu doğrultudadır.

#### **A) T. C. Emekli Sandığı ile İlişkili Kişiler**

Emekli Sandığı, aylık bağlandıktan sonra iştirakçileri ile hak sahiplerine sağlık yardımı yapmaktaydı. Bu yardımların kapsamı, T.C. Emekli Sandığı Kanunu'nun (5434) geçici 139. maddesi ve her yıl yenilenen Bütçe Uygulama Talimatı hükümleri ile belirleniyordu. Emekli Sandığı Kanunu uyarınca emekli ve malûllük aylığı bağlanmış olanlar ile bunların bakmakla yükümlü oldukları yakınlarına sağlanacak sağlık yardımlarına ilişkin hususlar, “Emekli ve Malûllük Aylığı Bağlanmış Olanlarla Bunların Kanunen Bakmakla Yükümlü Buldukları Aile Fertleri, Dul ve Yetim Aylığı Alanların Muayene İle Tedavileri Hakkında Yönetmelik” ile düzenlenmişti<sup>265</sup>. Yönetmeliğe göre muayene ve tedavi hakkından yararlanacak kişiler şunlardı:

- 1) Emekli, malûllük aylığı alanlar,
- 2) Dul ve yetim aylığı alanlar,

---

<sup>265</sup> Emekli ve Malûllük Aylığı Bağlanmış Olanlarla Bunların Kanunen Bakmakla Yükümlü Buldukları Aile Fertleri, Dul ve Yetim Aylığı Alanların Muayene İle Tedavileri Hakkında Yönetmelik (RG: 06.09.2003 – 25221).



3) Emekli, malûllük aylığı alanların,

- Eşleri,
- Belirli bir yaşı aşmamış ve öğrenim görmekte olan çocukları ve evli olmayan kız ve erkek çocukları,
- Evli olmayan ve yardım edilmediği takdirde muhtaç duruma düşecek olan kız çocukları ile malûl ve muhtaç erkek çocukları,
- Kanunen bakmakla yükümlü oldukları ve yardım etmedikleri takdirde muhtaç duruma düşecek öz anne ve babaları.

4) Vatani Hizmet Tertibinden (3292) aylık bağlanmış olanların yalnız kendileri, ölümleri halinde aylık bağlanan dul ve yetimleri,

5) Yasama organı üyelerinin ve dışarıdan atandığı Bakanlık görevi sona erenlerin ölümleri halinde Sandıkça aylık bağlanan ana-babaları.

Yönetmelikte, muayene ve tedavi hakkından yararlanamayacak olanlar da şöyle belirlenmişti:

1) Sandıktan emekli, malûllük aylığı alanların diğer Sosyal Güvenlik Kurumlarına tabi görevlerde çalışan veya bu kuruluşlardan aylık alan eşleri,

2) Sandıktan dul ve yetim aylığı alanlardan diğer Sosyal Güvenlik Kurumlarına tabi görevde çalışan veya bu kuruluşlardan yaşlılık ve malûllük aylığı alanlar,

3) Yasama organı üyeleri ile dışarıdan atandığı Bakanlık görevi sona erenlerin kendileri, bakmakla yükümlü buldukları aile bireyleri, ölümleri halinde aylık bağlanan eş ve çocukları,

4) 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun (2022) uyarınca aylık alanlar.

Yönetmelikte belirlenen muayene ve tedavinin yapılacağı sağlık kurum ve kuruluşları şunlardır:

a) Resmi Sağlık Kurum ve Kuruluşları:

• Birinci Basamak Resmi Sağlık Kurum ve Kuruluşları: Resmi kurum tabiplikleri, belediyelere ait tabiplik ve poliklinikler, sağlık ocakları, sağlık merkezleri, verem savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, SSK sağlık istasyonları ve dispanserleri.

• İkinci Basamak Resmi Sağlık Kurum ve Kuruluşları: Yataklı veya yataksız, eğitim vermeyen genel ve özel dal hastaneleri.

• Üçüncü Basamak Resmi Sağlık Kurum ve Kuruluşları: Eğitim, öğretim ve araştırma yapılan ve ileri dal uzmanları yetiştiren genel ve özel dal yataklı tedavi kurumları ile rehabilitasyon merkezleri ve tüm üniversite tıp ve diş hekimliği fakültesi hastaneleri.

b) Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları:

• Birinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşu: Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel poliklinikler. Hekimlerin özel muayenehaneleri kapsam dışıdır.

• İkinci Basamak Özel Sağlık Kurumları: Özel Hastaneler Yönetmeliğine göre ruhsat almış özel hastaneler ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'te tanımlanan ve Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılan tıp merkezleri ile özel dal merkezleri.

Yönetmelik ayrıca; muayene ve tedavilerin usul, şekil ve koşulları ile fiyatlarının belirlenmesi, bu hususta ilgili kurum ve kuruluşlara ve Emekli Sandığının ödeme ve tahsilat işlemlerini yapan bankalara verilecek görevleri ve bunlarla ilgili esasları düzenlemekteydi.

### **B) Sosyal Sigortalar Kurumu ile İlişkili Olan Kişiler**

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu (SSK), SSK kapsamında sigortalı olarak çalışanlara olduğu gibi, Sosyal Sigortalar Kurumundan gelir ve aylık almakta olanlar ile bunların aile bireylerine de sağlık yardımı yapılmasını öngörmüştü (m: 36/A).

a) Gelir ve Aylık Alanlar: Sürekli iş göremezlik, malûllük ve yaşlılık nedenleriyle işlerinden ayrılmış ve sigortalılık niteliğini yitirmiş olanlara, hastalık sigortasının sağlık yardımlarından yararlanma olanağı verilmişti. Ancak bunlar, hastalık sigortasından sağlanan sağlık yardımlarının tümünden değil, sadece sağlık yardımları ile protez, araç ve gereç yardımından yararlanırlardı.

Tedavileri ayakta yapılıyorsa, verilecek ilaç bedellerinin % 10'u kendileri tarafından karşılanıyordu (m: 36/B). Fakat tüberküloz, kanser, kronik böbrek yetmezliği gibi hastalıklarda hayati önemi olan ilaçlardan katılım payı alınmazdı. Buna karşılık, protez, araç ve gereç bedellerinin %10'unun kendileri tarafından ödenmesi gerekiyordu; ancak bu katkı payı 16 yaşından büyük işçiler için uygulanan aylık asgari ücret tutarını geçemiyordu. 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu da, sürekli iş göremezlik geliri, malûllük ve yaşlılık aylığı almakta olanlara, sağlık yardımları ile protez, araç ve gereçlerinin sağlanması, onarılması ve yenilenmesi olanağını vermişti ( TİSSK, m: 14, 17).

b) Gelir ve Aylık Alanların Aile Bireyleri: Yasa, bir yandan gelir ve aylık almakta olanların geçindirmekle yükümlü oldukları eş, çocuk, ana ve babalarına;

diğer yandan, gelir veya aylık almakta olan eş, çocuk ve ana-babalarına sağlık yardımlarından yararlanma hakkı getirmişti (m. 36/A/b). Bunlar, SSK tarafından kendilerine gelir veya ölüm aylığı bağlanan kişilerdi. Kurumdan gelir ve aylık almakta olanların eş, çocuk, anne ve babalarının sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri, geçimlerinin anılan kişiler tarafından sağlanmış olması (m. 106) koşuluna bağlıydı.

Gelir veya aylık almakta olanların geçindirmekle yükümlü oldukları kişiler (eş, çocuk, ana ve baba) ile bizzat gelir ve aylık almakta olanlar, sağlık yardımlarından herhangi bir süre ile sınırlı olmaksızın yararlanıyorlardı (SSK, m. 33). Bu yardımların kapsamına şunlar giriyordu:

- 1) Hekime muayene ettirme,
- 2) Hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerini yaptırma,
- 3) Teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık kurumuna yatırma,
- 4) Tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme araçlarının sağlanması.

Ek 3. madde uyarınca bunlar da muayene ücreti ödüyorlardı. Ayrıca ayakta yapılan tedavilerde, verilen ilaç bedellerinin %10'u kendilerince ödeniyordu. Bundan başka, gelir veya aylık almakta olanların geçindirmekle yükümlü oldukları çocuklarına, SSK'dan hak sahibi olarak gelir veya aylık alan çocuklara, protez, araç ve gereçlerinin Kurumca sağlanması olanağı da (Ek m. 32) getirilmişti.

c) Sosyal Sigortalar Kurumuna Devredilmiş Sandıklardan <sup>266</sup>Aylık Alanlar ve Aile Bireyleri:

Bu sandıkların mevzuatına göre malûllük, vazife malûllüğü veya emekli aylığı almakta olanlar ile bunların geçindirmekle yükümlü oldukları eş, çocuk, ana ve babalarına, SSK m. 36 doğrultusunda sağlık yardımları yapıyordu. Bunun gibi, anılan sandıkların mevzuatına göre aylık almakta olan eş, çocuk, ana ve babalarına da sağlık yardımlarından yararlanma hakkı tanınmıştı. Sosyal Sigortalar Kurumundan gelir ve aylık almakta olanlar ile aile bireyelerine yapılan sağlık yardımları, bu grupta yer alanlar için de aynen geçerliydi.

#### **C) Bağ-Kur ile İlişkili Olan Kişiler**

Yukarıda Bağ-Kur mensupları için açıklanan düzenlemeler, emekliler için de aynen geçerlidir.

#### **3.1.3.4) SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNİN KAPSAMI DIŞINDA KALANLARIN SAĞLIK HAKLARI**

Herhangi bir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu tür giderlerinin, genel sağlık sigortası yürürlüğe girinceye kadar Devlet tarafından karşılanması amacıyla 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun” yürürlüğe konulmuştur.

---

<sup>266</sup> Bu sandıklar, 991 sayılı Yasa ile SSK’ya devredilen “Devlet Demiryolları ve Limanlar İşletme Genel Müdürlüğü İşçileri Emekli Sandığı” ile “Askeri Fabrikalar Tekaüt ve Muavenet Sandığı”dır.

Dünya Bankası için yapılan bir çalışmaya göre Yeşil Kart kullanan kişilerin sayısı ve oranları, daha önce de belirtildiği üzere (Tablo-11), önemli bir artış göstermiştir. “Kim ne derse desin ‘Yeşil Kart’ uygulaması, ‘serbest piyasa’ tapınması ile geçen son 20 yılda devletin belki de ‘sosyal’ yanının en çok görüldüğü uygulama özelliği taşıyor” değerlendirmesi, tüm yanlış ve haksız uygulamalara karşın “Yeşil Kart Sistemi”nin ülkede önemli bir hizmeti yerine getirdiğini kabul etmek gerekiyor. Büyük bir ekonomik krizin yaşandığı 2001 yılında Yeşil Kart’tan yararlanan kişi sayısının yılda 11 milyon kişiyi (nüfusun %16’sını) aşması da bu yorumu doğruluyor<sup>267</sup>.

Kısaca tekrar vurgulamak gerekirse, sosyal güvenlik kurumlarının (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur ve Özel Sandıklar) kapsamı dışında kalanlar, üstelik “Yeşil Kart” alma olanağı da bulunmayanlar, yani ailede kişi başına düşen geliri, Yasada belirlendiği üzere, asgari ücretin 1/3’ünden fazla olanlar ile isteğe bağlı sigortalılar ise, tamamen korunmasız kalmaktaydılar. Bu durumdaki kişiler sağlık hizmet taleplerini olabildiğince ertelemekte, sadece zorunlu kalmaları halinde akrabaları ile yakın çevrelerinden ve dernek-vakıf gibi gönüllü kişi ve kuruluşlardan destek bulabilmekteydiler.

Tablo-12’de de görüldüğü gibi Yeşil Kart kullanımı günümüzde de önemini hâlâ korumaktadır. Bugün Yeşil Kart kullanan kişi sayısı 9,5 milyonun üzerinde olup, Sağlıkta Dönüşüm Politikası’nın yaşama geçirildiği dönemde de aktif Yeşil Kart’lı kişi sayısında, örneğin 2004 yılına oranla 2009 sonu itibariyle % 40 artış

---

<sup>267</sup> Şükrü Hatun; **Hekim Kendisini de Tedavinin Bir Parçası Olarak Sunar;**

İstanbul; İletişim Yay.; 2002; sf: 16.

meydana gelmiştir. Yeşil kart kullanan kişilerin oranı, ülke nüfusunun yaklaşık %8’idir.

### **3.2) SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM’E YOL AÇAN DIŞ ETKENLER**

#### **3.2.1) KÜRESELLEŞME AKIMI ve ULUSLARARASI ÖRGÜTLERİN YÖNLENDİRMELERİ**

Küreselleşmenin, ekonomik, siyasal, kültürel, bilimsel, teknolojik gibi çeşitli biçimlerinden söz etmek mümkündür. Ancak konumuz açısından önemli olanın ekonomik küreselleşme olduğunu söyleyebiliriz. Birçok sosyal ve ekonomik kavram gibi küreselleşmenin de değişik tanımları yapılabilir. “Lenin, emperyalizmi kapitalizmin en yüksek aşaması olarak tanımlamıştı. Eğer küreselleşmeyi finansal emperyalizm olarak değerlendirirsek, bu öngörü, sermaye hareketlerinin serbestleşmesiyle gerçekleşen küreselleşmeyle doğrulanmış oluyor”<sup>268</sup>. Az gelişmiş ülkeler açısından yapılan tanımlamaya göre ise “küreselleşme, mal ve hizmet piyasalarının metropol ülkelere açılmasıdır”<sup>269</sup>.

Değişik biçimlerde tanımlanmakta olan küreselleşme fikri, politik iradeden, ideolojik mücadeleden bağımsız; zorunlu, geri dönülemez, direnilemez, tarihsel olarak kaçınılmaz bir süreç olarak insanlığa empoze edilmek isteniyor. Uluslararası

---

<sup>268</sup> M. Eğilmez; **Küresel Finansal Kriz**; sf: 44.

<sup>269</sup> Selim Somçağ; **Küreselleşmenin Ekonomik Anlamı**; 2. Baskı; Ankara; Doğu Batı Düşünce Dergisi; Kasım, Aralık, Ocak, 2001-02; Sayı: 17; 2006; sf: 159.

sermaye, üretimi dünya ölçeğinde tasarlayarak, her koşulda belirleyici olmak, koyduğu kurallara uymayanları cezalandırmak, dışlamak stratejisi izliyor”<sup>270</sup>.

Küreselleşmenin nedenleri hakkında çeşitli görüşler ileri sürülmüştür. Bir görüşe göre “küreselleşme, kapitalist dünya sisteminin merkezlerinin dünya ekonomisini kendi ihtiyaçlarına göre şekillendirme çabasının devamıdır... Kapitalizm çağında, beş yüz yıldır ülkeler arası mal ve sermaye hareketleri artışı sürükleyen, kâr güdüsüdür. Bu güdü ile hareket eden şirketler teknolojinin verdiği yeni imkânlardan yararlanarak ticaret ve yatırım faaliyetlerini genişletmeye ve yaymaya çalışmaktadır. Şirketlerin ticaret ve yatırımı azami serbesti içinde yapabilmesi için, ülkeler arasında sermaye ve mal hareketlerinin önündeki eskiden kalma engellerin (kalkınmacı ve sosyal politikaların, iktisadi milliyetçilik eğilimlerinin) ortadan kalkması gerekir. Küreselleşme kavramının ve söyleminin işlevi, imalarla, çağrışımlarla, vaatlerle mal ve sermaye hareketleri önündeki engellerin kalkmasını sağlamaktır”<sup>271</sup>.

Bir başka yaklaşım da şöyledir: “20. yüzyılın son çeyreği içinde dünya ekonomisinin bütününde ve ulusal ekonomiler arasındaki ilişkilerde çok önemli dönüşümlerin meydana geldiği ve bunların ülke ekonomilerinin içsel dinamiklerine

---

<sup>270</sup> Hayri Kozanoğlu; **Küreselleşme ve Uluslarüstü Sermaye Sınıfı**; 3. Baskı; Ankara; Doğu Batı Düşünce Dergisi; Şubat, Mart, Nisan 2002; Sayı: 18; 2006; sf: 165.

<sup>271</sup> Cem Somel; **Az Gelişmişlik Perspektifinden Küreselleşme**; 3. Baskı; Ankara; Doğu Batı Düşünce Dergisi; Şubat, Mart, Nisan 2002; Sayı: 18; sf; 204, 196.



de yansıdığı görüşü yaygındır. Son yıllarda bu dönüşüm ve yenilikleri ‘küreselleşme’ deyimiyile betimleme ve açıklama çabaları yaygınlaştı<sup>272</sup>.

Yine bir başka yoruma göre de, 1945’ten 1975’e kadar süren çağdaş Kapitalizmin Altın Çağı’nın sona ermesiyle düşük büyüme ve yüksek enflasyonun birlikte baş gösterdiği stagflasyon olgusu karşısında sermaye, aşırı üretime karşı üç kaçış yoluna sarılmıştır: Neo-liberal yeniden yapılanma, küreselleşme ve finansallaşma. Neo-liberalizmde devlet, sermayenin önünde ayak bağı olmaktan çıkacak, gelirin yoksul ve orta sınıflardan zenginlere doğru aktarılmasıyla, zenginler yatırım yapmak ve ekonomik büyümeyi yeniden ateşlemek için motivasyon kazanacaktı. Küreselleşme ise, yarı-kapitalist, kapitalist olmayan ve kapitalizm-öncesi aşamasındaki bölgelerin küresel piyasa ekonomisine hızla entegrasyonuydu. Bu entegrasyon, ticaretin liberalizasyonu, küresel sermayenin akışkanlığı ve yabancı yatırımların önündeki engellerin kaldırılmasıyla başarılacaktı<sup>273</sup>.

Ünlü iktisatçılardan Samir Amin’e göre merkez ve çevre arasında kutuplaşma, kapitalizmin evrensel yayılmasının doğal sonucudur. Kapitalizmin 1492’den günümüze beş yüzyıllık tarihi boyunca kutuplaşma hep var oldu ve dünya kapitalist prensiplere göre örgütlendikçe de var olmaya devam edecektir<sup>274</sup>. Amin’e

---

<sup>272</sup> Korkut Boratav; **1980-2000 Türkiye Ekonomisi Üzerine Gözlemler: Bölüşüm, Devlet ve Dış Dünya**; “Türkiye’de Kitle İletişimi, Dün-Bugün-Yarın” (Der: Korkmaz Alemdar) içinde; Ankara; Gazeteciler Cemiyeti Yayınları; sf: 258.

<sup>273</sup> Hayri Kozanoğlu; **Küresel Krizin Anatomisi**; İstanbul; Agora Kitaplığı; 2009; sf: 19.

<sup>274</sup> S. Amin; **Entelektüel Yolculuğum**; Ankara; Ütopya Yayınevi; 2000; sf: 75-88.

göre, içinde önemli dört dönüm noktası bulunan kapitalizmin evrimindeki safhalar şöyledir:

- 1500: Kapitalizmin ve Avrupa'nın yerküreyi fethetmesinin sonucu olan modern kutuplaşmanın eşzamanlı doğumu.
- 1800: Merkantilist geçiş döneminin sonu, sanayileşme, kapitalist üretim tarzının tam palazlanmış şekliyle billurlaşması, Fransız Devrimi.
- 1880: Kapitalizmin tekelci kapitalizme dönüşmesi.
- 1990: Savaş sonrası dönemin sonu. Sovyetizm'in bitişi ve yeni bir küreselleşme safhasının şafağı.

Bu dönüm noktalarına ilişkin tarihler, kapitalizmin tarihinde üç ana safha oluşturur:

- 1500-1800: merkantilist geçiş dönemi.
- 1800-1880: Rekabetçi kapitalizm.
- 1880-1990: Orijinal tekelci kapitalizm.

S. Amin'e göre bu safhaların hiçbiri, yalnızca iktisadi yaklaşımla izah edilemez. Bu dönüm noktaları kuşkusuz, tarihteki yegâne önemli tarihler değildir. Tarihe farklı yaklaşımlar farklı dönemlendirmeler yapabilirler. Göz önünde tutulması gereken şeyler, yoğun teknolojik yenilik dönemleri, politik ve toplumsal devrimler (1917 Rus Devrimi, Çin Halk Cumhuriyeti'nin 1949'daki doğuşu) ve çevredeki başkaldırıların gelgitleridir (Amerika kıtasının sömürgeleştirilmesi: 1500-1800; emperyalizm çağı sömürgeleştirmeleri: 1800-1950; sömürgeleştirmelerden kurtulma: 1950-1970; çevre ülkelere komprador bir rol biçilmesi: 1980'den sonrası).

Sanayi Devrimi, 1800'le 1950 arasında dramatik bir kutuplaşmayı dünya sahnesine çıkardı. Merkez ve çevre terimleri, sanayileşmiş ve sanayileşmemiş bölge terimleriyle birebir örtüşür hale geldi. Sanayi Devriminden sonra çevre ülkeler, tarım ve maden ürünlerinin tedarik edildiği yerler olarak şekillendiler; yani çevre ülkeler

uluslararası işbölümüne, tarım ve maden ürünleri ihracatçısı olarak entegre oldular. Aynı zamanda Sanayi Devrimi, sanayileşmiş ülkelere dünyayı çok kolay biçimde fethetmelerini sağlayan karşı konulmaz bir askeri güç sağladı. Ayrıca, “ ... Son yıllarda globalleşmede bir ilerleme gözlemlendi; merkez ülkeler dördüncü dünyayı iyice dışlayarak, yeni sanayileşen ülkeleri dünya sermaye ve meta piyasasına dahil ettiler. Globalleşmeye paralel bir dünya emek pazarı kurulamazsa, yeni sanayileşen ülkeler, yarının çevre ülkeleri olacaktır. Dördüncü dünya ekonomik yönden bir bakıma kıyıda kalmış olabilir, ama bu durum geçicidir. Bütün bu sebeplerden dolayı 1990’ın kapitalizm tarihinde bir dönüm noktası olacağını” iddia ediyor ve emperyalizm döneminde “metalar ve sermaye” ulusal çerçeveyi aşarak uluslararası hareketliliğe kavuşurken, “emek gücü” ulusal çerçevenin sınırlarını aşmadığını ileri sürüyordu.

S. Amin tarafından ortaya konan küreselleşme tarihinin evreleri, bir başka bilim insanına göre ise şöyledir<sup>275</sup>:

- 1) Oluşum Evresi: 1400-1750
- 2) Başlangıç Evresi: 1750-1875
- 3) Yükseliş Evresi: 1875-1925
- 4) Hegemonya için Mücadele Evresi: 1925-1969
- 5) Belirsizlik Evresi: 1960- ?...

---

<sup>275</sup> Roland Robertson; **Küreselleşme, Toplum Kuramı ve Küresel Kültür**; Ankara; Bilim ve Sanat Yayınları; 1999; sf: 99; Kaynak: Ferzan Durul; **Küreselleşme ve İnsan Hakları**; İstanbul; Toroslu Kitaplığı; 2008; sf: 36.

Bu tür tarihsel dönemlere ayırma çalışmalarına ilişkin teorik örnekler artırılabilir. Fakat bu kuramsal yaklaşımların gerçek hayata nasıl yansıdığına kulak vermek ve bu hususta uygulamanın ne gibi sonuçlar doğurduğuna da bakmak gerekir:“Dünya nüfusunun en zengin ülkelerde yaşayan beşte birinin gelirinin en fakir ülkelerdeki beşte birinin gelirine oranı, 1960’da 30’da 1’den 1995’de 74’de 1’e çıkmıştı. Ve hâlâ, Dünya Bankası, ABD Uluslararası Kalkınma Ajansı (USAID), IMF, bankalar, şirketler ve hükümetler gibi uluslararası ‘yardım’ faaliyetleri içinde olanlar, bize işlerini yapmakta olduklarını ve ilerleme kaydettiklerini söylemeye devam ediyorlar” diyerek, uygulanan politikalara – sistemin içinden- bir ışık tutmaktadır<sup>276</sup>.

Benzer bir değerlendirme de şöyledir: Birleşmiş Milletler Ticaret ve Kalkınma Konferansı UNCTAD’ın 1979 raporuna göre Afrika kıtasında satın alma gücü ile hesaplanan kişi başına düşen milli gelir, 1965’te gelişmiş ülkelerin kişi başına gelirinin %14’ü iken, 1995’te %7’si oldu.Latin Amerika’da kişi başına milli gelir, 1965’te gelişmiş ülkelerin kişi başına gelirinin %36’sı iken, 1995’te %25’i oldu. Doğu Asya’daki yeni sanayileşen ülkelerde ise bu oran aynı yıllar arasında %18’den %66’ya yükseldi. Aynı rapora göre, dünya nüfusunun en yüksek gelirli %20’sinin dünya gelirinden aldığı pay, 1965’den 1990’a %14 artarak %83’e ulaştı. 1965 yılında, dünya nüfusunun en yüksek gelirli yüzde yirmisinin ortalama kişi başına gelirinin, dünyanın en fakir yüzde yirmisinin ortalama kişi başına gelirinin otuz bir katı idi. 1990’da bu rakam altmış katına ulaştı<sup>277</sup>.Samir Amin’in de

---

<sup>276</sup> John Perkins; **Bir Ekonomik Tetikçinin İtirafı**; Çev: Murat Kayı; 11.Baskı; Ankara; APRIL Yayıncılık; 2009; sf: 278.

<sup>277</sup> C. Somel; **Az Gelişmişlik Perspektifinden Küreselleşme**; sf: 197.

vurguladığı üzere<sup>278</sup>, (dünyada) kişi başına gelirin giderek daha keskin biçimde kutuplaştığı, inkâr edilemez bir gerçektir.

Bazı yazarlar, küreselleşmenin (globalleşmenin) pek şık bir terim olmadığını, ancak yadsınmasının da mümkün bulunmadığını ileri sürerler<sup>279</sup>: Bunlara göre, özellikle 1980'lerin sonlarına kadar akademik yayınların dışında kullanılmayan bu kavram, bugün güncel yaşamın bir parçası gibi olmuş ve neredeyse ekonomik alanda tam üstünlük sağlamış bir süreçtir; siyasal, teknolojik ve kültürel boyutları da kapsayan bu süreçte, yoksul ülkeler pazar konumunda olup daha da yoksullaşırken, Batılı ülkeler hem ekonomik hem de kültürel bağlamda güçlenmektedir. Bu nedenle, kazananlar ve kaybedenler diye iki grup oluşturan globalleşmede, kaybedenler çoğunlukta iken, kazananlar bir avuç kişi olmakta, dünyayı “global bir köyden çok, global bir yağma yeri”ne dönüştürmektedir.

Değerli iktisatçılarımızdan Gülten Kazgan'ın bu konudaki yorumu şöyledir<sup>280</sup>: “1980'li yılların başından itibaren ABD'den kaynaklanan yeni bir ekonomik düzen anlayışı adım adım dünyaya yayıldı... Bu sürecin ateşleyicisi ‘Washington Mutabakatı’ diye bilinen ABD Hazinesi, çok uluslu şirketler ve Wall

---

<sup>278</sup> S. Amin; **Entelektüel Yolculuğum**; sf: 72.

<sup>279</sup> A. Giddens; **Elimizden Kaçıp Giden Dünya**; Çev: O. Akınhay; İstanbul, Alfa Yayınları; 2000; Kaynak: Nurgün Oktik; **Globalleşme ve Yüksek Öğrenim**; 3. Baskı; Ankara; Doğu Batı Düşünce Dergisi; Şubat, Mart, Nisan 2002; Sayı: 18; 2006; sf; 103-114.

<sup>280</sup> Gülten Kazgan; **Küreselleşme ve Ulus-Devlet**; 5. Baskı; İstanbul; İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2009; sf: 17-21.

Street üçlüsünün temsil ettiği ABD kaynaklı ‘finans kapital’di<sup>281</sup>...Amaç büyük sermayenin hiçbir dirençle karşılaşmadan dünya pazarında kârını ençoklaştırmayı sağlamaktır”. G. Kazgan’ın değerlendirmesi şöyle devam ediyor: “Küresel boyuttaki yeniden yapılanmada amaç çok açık: Mal, hizmet her biçimiyle sermaye için dünya pazarı serbestleşme/özelleşme yoluyla kurulurken, yerel yönetimler doğrudan küresel pazarla ilişki kuracak; ulusal pazar, ulusal sermaye ve emeğe ilişkin ekonomi düzlemindeki işlevleri, yetkileri ve sorumlulukları açısından ulus-devlet, erki en aza indirilmiş bir örgüte dönüşecek. Geçmişte ulus-devletin ulusal pazarı ve emeği koruma, yerel girişimciye öncelik verme, ekonomiyi yerel ihtiyaçları karşılama yolunda güçlendirme gibi işlevleri sona erecek. Uluslar arası sermaye, ulus-devletten kaynaklanan hiçbir dirençle karşılaşmadan, küresel bir pazara ulaşacak ve istediği gibi at oynatabilecek ... Demokrasiyi benimseyen ülkelerde ulus-devletin, 1990’lı yıllara kadar toplum sınıfları arasında dengeyi sağlamaya yönelik uygulamaları, üstlendiği sosyal devlet işlevleri tarihte ‘hoş bir seda’ olarak yerini almak üzere baskı altındadır günümüzde... Devletin kaynak dağılımına rehberlik eden ‘sosyal fayda/sosyal maliyet’ hesaplarının askıya alınması; özel girişimin ‘kârlılık’ ilkesinin kaynak dağılımı ve gelir bölüşümünün asal mekanizması olarak devreye girmesidir.

---

<sup>281</sup> 1) Hayri Kozanoğlu’nun “uluslarüstü sermaye sınıfı”ndan ve “uluslarüstü devlet”ten söz ettiği makalesi de bu konuda incelemeye değer bir çalışmadır: **Küreselleşme ve Uluslarüstü Sermaye Sınıfı**; sf: 165-174. 2) Giovanni Arrighi; “Dünya Hükümeti” konusuna değinirken, küresel burjuvazinin icra komitesi olarak G-7’yi, maliye bakanlığı olarak IMF ve Dünya Bankasını ve savunma bakanlığı olarak da Güvenlik Konseyini gördüğünü belirtmektedir: **Sermayenin Dolambaçlı Yolları, David Harvey’le Söyleşi**; İstanbul; Agora Kitaplığı; 2009.

Daha önceki dünyada konjonktürel iniş çıkışlara ve işsizliğe çözüm üretmeye, doğal tekellerin tekel rantlarını topluma mal etmek için kamu girişimlerine ya da ekonomik büyümeye ivme verme ya da bunu biçimlendirmeye ilişkin rolleri üstlenen ulus-devletin, böylece, bu alanda bir işlevi olmayacaktır artık. Ekonomide ‘yeni sağ’ diye bilinen ve geçmişte sosyal devletteki gelişmeye koşut biçimde buna eleştirilerini yoğunlaştıran akımın temel amacı, işte bu işlevleri devleti üstlenmesinin ne denli hatalı olduğunu göstermektir... ve piyasa ekonomisinin tek egemen olmasını savunur”.

Bu konuda önemli bir başka yorumcu da IMF, Dünya Bankası, OECD, Dünya Ticaret Örgütü ve G7’lerden oluşan ittifakı “Küreselleşmenin Prezidyumu” olarak isimlendiriyor ve ekliyor<sup>282</sup>: Bunların sayıları çok ve güçlüler; ve sahip oldukları her türlü olanakla, her şeyi yalnızca uluslararası sermayenin acımasız çıkarlarına hizmet eden evrensel bir ortak mülk olarak özümseme yolundalar”.

Yeni-sağ denen neoliberal politikaların önde gelen ideologlarından F. Fukuyama, “Tarihin Sonu” başlıklı makalesinde, “liberal demokrasi/kapitalizmin kaçınılmaz ve alternatifsiz bir sistem olduğunu, ideolojilerin sona erdiğini” ve bu nedenle ulus-devletinin ortadan kalkması gerektiğini savunmuş, bu görüşü gelişmiş batı ülkelerinde ve küreselleşme yanlıları arasında büyük yankı yaratmıştı<sup>283</sup>. Ancak daha sonra, uluslarüstü kuruluşlarca alınan kararların uygulanması için bir örgütün

---

<sup>282</sup> Le Monde Diplomatique Gazetesinin Genel Yayın Direktörü Bernard Cassen; Kaynak: Alpaslan Işıklı; **Kumarhane Kapitalizmi**; 3. Baskı; Ankara; İmge Kitabevi; 2010; sf: 150.

<sup>283</sup> Francis Fukuyama; **Tarihin Sonu ve Son İnsan**; Çev; Zülfü Dicleli; 2. Baskı; İstanbul; Gün Yayıncılık; 1999.

var olması gerektiği kanısına vardığından, bu defa ulus-devletin var olması gerektiğini ileri sürmüş ve “Devlet İnşası” adlı yeni bir kitap yayınlamıştır. Bu son kitabında artık ulus-devletin ortadan kalkması gerektiği görüşünden vazgeçip, ulus-devlet sahasının küçültülmesi gerektiğini savunmaya başlamış ve bu eğilimin halen dünyanın büyük bölümünde devam ettiğini ileri sürmüştür. Fukuyama’nın ulaştığı sonuç, kendi açıklamasıyla şöyledir: “Tek tek toplumlar ve küresel topluluk için, devletin güçten düşmesi bir ütopyanın değil bir felaketin başlangıcıdır. Fakir ülkelerin karşı karşıya oldukları ve ekonomik kalkınma olanaklarının önünü tıkayan hayati bir sorun da, kurumsal gelişmelerin yetersiz düzeyidir. Bu ülkelerin kapsamlı devletlere ihtiyacı yok, ama elzem devlet faaliyetlerini sınırlı bir saha içerisinde gerçekleştiren güçlü ve verimli devletlere ihtiyaç var (...) Büyük güçlerin çatıştığı bir dünyaya geri dönmek istemememize karşın, güç ihtiyacının farkında olmamız gerekir. Devletlerin ama sadece devletlerin yapabileceği bir şey vardır ki, o da, meşru gücü anlamlı bir şekilde toplamak ve bir araya getirmektir. Bu güç, yurtiçinde bir hukuk düzenini yürürlüğe koymak ve aynı şekilde dünya düzenini uluslararası düzeyde korumak için şarttır. ‘Egemenliğin günbatımı’ını öne sürenler –ister sağ kanatta, serbest piyasa savunucuları; ister sol kanatta, çok taraflılık yandaşları olsunlar- günümüz dünyasında ulus-devlet egemenliğinin yerini neyin alacağını açıklamak zorundadırlar. Bu boşluğu fiilen doldurmuş bulunanlar, çokuluslu şirketler, sivil toplum örgütleri, uluslararası örgütler, suç kartelleri, terörist gruplar ve benzerleri gibi, belli oranda güce ya da meşruiyete sahip olan fakat aynı anda ikisini birden nadiren bünyesinde barındıran kuruluşlardan oluşan renkli bir koleksiyondur. Net bir cevabın yokluğunda, ulus-devlet egemenliğine geri dönmekten ve bir kez daha devletin nasıl daha güçlü ve verimli kılınabileceğimizi anlamaya çalışmaktan



başka çaremiz yok”<sup>284</sup>. Dolayısıyla gereksiz ve yanlış olan, ulus-devlet yapılanması değil, bu yapının optimum büyüklükte ve işlevsel olması, verimli çalışacak şekilde kurgulanması ve böyle bir sistemin oluşturulmasıdır.

Literatürdeki çalışmalar topluca göz önüne alındığında, küreselleşmenin evrensel kurallarını şu şekilde özetlemek mümkündür<sup>285</sup>:

- 1) Özel sektörü ekonomik büyümenin temel motoru haline getirmek,
- 2) Enflasyon oranını düşük tutmak ve fiyat istikrarını sağlamak,
- 3) Devleti küçültmek ve yeniden yapılandırmak,
- 4) Devlete ait sanayi ve ticaret kuruluşlarını özelleştirmek,
- 5) Rekabeti artırmak üzere ekonomideki kamusal düzenlemeleri azaltmak,
- 6) Sermaye piyasalarını serbestleştirmek,
- 7) Kotalardan ve yerel tekellerden kurtulmak,
- 8) Bankacılık ve telekomünikasyon kuruluşlarını özel mülkiyete ve rekabete açmak,
- 9) Para birimini konvertibil hale getirmek.

Serbest piyasaya dayalı bir ekonomik düzenin kurulmasını amaçlayan bu ilkeler, 1980’li yılların başında Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü gibi kuruluşlarca “koro halinde” evrensel bir model olarak önerilmiş ve “yapısal uyum” politikaları ile adım adım gerçekleştirilmeye çalışılmıştır.

Ödemeler dengesini sağlama ve sürdürme, mali açıklara son verme, ekonomik verimliliği artırma, özel sektör yatırımları ile ihracat yönlü üretimi teşvik

---

<sup>284</sup> F. Fukuyama; **Devlet İnşası**; 4. Basım; İstanbul; Remzi Kitabevi; 2008; sf: 140.

<sup>285</sup> Haluk TÖZÜM; **Küreselleşme: Gerçek mi, Seçenek mi?**; 3. Baskı; Ankara; Doğu Batı Düşünce Dergisi; Şubat, Mart, Nisan 2002; Sayı: 18; 2006; sf; 148.

gerekçeleri ile Dünya Bankası ve IMF tarafından önerilen “Yapısal Uyum Programları” kapsamında kullanılacak politika araçları şu şekilde özetlenebilir<sup>286</sup>:

- Kamusal harcamaların kısılması,
- Devletin küçülmesi (özelleştirme)
- Kamu hizmetleri için kullanıcı katkıları
- Ticaretin liberalleştirilmesi

Söz konusu politika araçlarının ne gibi sonuçlar doğuracağı ileride ele alınacağından, burada sadece vurgulamakla yetinilmiştir. Ancak burada belirtilmesi gereken, bu tür programların yaşama geçirilebilmesi için DB ve IMF tarafından kredi olanaklarının da sağlanmakta olduğudur. Verilen kredilerle, gereksinimi olan ülkelerin, Yapısal Uyum Programları yoluyla bir yandan uluslararası ekonomik yapı ile bütünleşmeleri, diğer yandan da verilen kredilerin büyük bölümü uzman ve danışman ücreti olarak, ya da gerekli yatırımları gerçekleştiren firmalarına çok kârlı iş olanakları yaratarak, yine kendilerine geri dönmesi sağlanmaktadır. Bu noktada “ekonomik tetikçi” J. Perkins’in açıklamalarına göz atmakta yarar vardır: Şirketler, bankalar ve hükümetlerin oluşturduğu şirketokrasi (corporatocracy), finansal ve politik güçlerini, okulların, işletmelerin ve medyanın hem küresel imparatorluk kavramını, hem de bunun sonuçlarının desteklenmesini garanti etmek için kullanıyor....Şirketokrasinin üyeleri kimi ortak değerleri ve hedefleri destekliyorlar. Şirketokrasinin en önemli işlevlerinden biri, sistemi sürdürmek ve devamlı olarak

---

<sup>286</sup> H. Hüseyin Yıldırım; **Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler**; Ankara; Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Sayı: 1; 2000; sf: 73.

genişleyip güçlenmesini sağlamaktır. ‘Köşeyi dönenler’in yaşam tarzları ve donanımları (yatlar, katlar ve özel jetler) hepimizi tüketmek, tüketmek ve daha fazla tüketmeye özendiren birer model olarak sunuluyor. Bir şeyler satın almanın hepimizce toplumsal görev kabul edilmesine, dünyayı yağmalamanın ekonomi için iyi olduğuna ve dolayısıyla yüksek çıkarlarımıza hizmet ettiğine bizleri ikna etmek için hiçbir fırsat kaçırılmıyor. Sistemin çıkarları için benim gibi insanlara inanılmaz maaşlar ödeniyor. Eğer bizler tökezlersek, daha hain bir tetikçi türü olan çakallar ortaya çıkıyor. Ve çakallar da başarısız olursa, iş askerlere düşüyor<sup>287</sup>.

Ekonomik tetikçiye yapacağı işler şöyle anlatılıyor: “İşin, dünya liderlerini, A.B.D.’nin ticari çıkarlarını gözetken büyük bir ağına parçası olmaya teşvik etmek. Sonunda bu liderler, sadakatlerini garanti edecek şekilde bir borç batağına saplanır. Sonra da onları politik, ekonomik ya da askeri ihtiyaçlarımız için ne zaman istersek kullanabiliriz. Karşılığında halklarına sanayi siteleri, elektrik santralleri ve havaalanları sağlayarak politik durumlarını güçlendirirler. Bu arada, Amerikan mühendislik ve inşaat firmaları da inanılmaz derecede zenginleşir”(sf: 8).

“ Son tahlilde küresel imparatorluk, büyük ölçüde, doların dünyada standart para olarak kullanıldığı ve ABD darphanesinin de bu dolarları basmaya yetkili olduğu gerçeğine dayanır”.

---

<sup>287</sup> John Perkins; **Bir Ekonomik Tetikçinin İtirafı**; Çev: Murat Kayı; 11.Baskı; Ankara; APRIL Yay.; 2009; sf: 10, 8, 287.

S. Amin de 1980’li yıllarda IMF ile Dünya Bankası’nın, neoliberal karşı-devrimin araçları haline geldiklerini ve buna bağlı olarak, gelir dağılımının daha da eşitsiz bir seviyeye düşmesini körüklemiş olduklarını ileri sürmüştür<sup>288</sup>.

J. Perkins’in “Son çözümde, küresel imparatorluk büyük ölçüde, doların dünyada standart para birimi olarak kullanıldığı ve Birleşik Devletler darphanesinin de bu dolarları basmaya yetkili olduğu gerçeğine dayanır” şeklindeki yorumu da<sup>289</sup>, ABD’nin küresel imparatorluk hayali ile, dünya finans sistemini yönlendiren finans-kapitalin amaçlarındaki uyumu ve hâttâ örtüşmeyi ortaya koymaktadır.

Bu konuda son olarak bir başka yoruma daha göz atmakta yarar vardır<sup>290</sup>: “Küresel kapitalizm ve emperyalizm 1980 sonrasında yepyeni ivmeler kazandı. Günümüzün emperyalist metropolleri, ulus-ötesi şirketler ve uluslararası finans kapitalin, *bir kolektif güç olarak*, az gelişmiş dünyanın ekonomilerini tahakküm altına alma savaşımı içine girdiği gözlemlendi. “*Kolektif emperyalizm*” şeklinde niteleyebileceğimiz bu sürecin yürütücülüğünü ise öncelikle *Uluslararası Para Fonu (IMF)*, *Dünya Ticaret Örgütü* ve *Dünya Bankası* üstlendi/Bu dönemde az gelişmiş ülkeler, bir yandan dış ticaretlerinin ve sermaye hareketlerinin serbestleştirilmeye zorlanması sonucunda birer ithalat ve ucuz işgücü deposu haline dönüştürülürken, bir yandan da “*özelleştirme*” ve “*doğrudan yabancı yatırım*” fetişleri altında kamusal varlıklarına yok pahasına el konuldu. Söz konusu ülkelerin zaten çok genç ve zayıf olan demokratik kurumları “*istikrar önündeki bürokratik engeller*” olarak

---

<sup>288</sup> G. Arrighi; **Sermayenin Dolambaçlı Yolları, David Harvey’le Söyleşi**; sf: 52.

<sup>289</sup> J. Perkins; **Bir Ekonomik Tetikçinin İtirafları**; sf: 287.

<sup>290</sup> Erinç Yeldan; **Bandung 1955’ten, İstanbul 2011’e...**; Cumhuriyet; 19.01.2011.

gösterilirken, “*bağımsız üst kurullara dayalı denetim ve yönetim*” gibi makyajlanmış politikalar altında ulus-ötesi şirketlerin ve uluslararası finans sermayesinin *doğrudan* denetimi altına sokuldular/ Bu süreçte “*kalkınmakta olan ülkeler*” de bir grup olarak “*yükselen piyasalar*” diye adlandırılır oldu. Bu ülkeler birbiri ardına küresel kapitalizmin yeni işbölümü içerisinde kendilerine verilen görevleri yerine getirmekle koşullandırıldılar”.

Özetle belirtmek gerekirse, küreselleşme adı altında yürütülmeye çalışılan ekonomik politikanın temel kurgusu, şöyledir: Gelişmiş (merkez, metropol) ülkeler, çevre (üçüncü dünya) ülkelerinin rekabet edebileceği piyasa ve sektörlerle girişini zorlaştırmak için çeşitli kısıtlama ve kurallar getirirken, kendilerinin rekabet edebilecekleri çevre ülkelerin pazarlarında ise ticaretin serbestleştirilmesi konusunda her türlü yönlendirmeyi yapmaktadırlar.

Küreselleşme konusunda son olarak, bu bağlamda görülen kavramsal bir kargaşaya da değinmek gerekir: Küreselleşme terimi, aslında merkez (gelişmiş) ülkelerin, çevre ülkeleri yönlendirmek üzere geliştirdikleri özel bir kavram gibi görünmektedir. Bununla amaçlanan eğer uluslararası ilişkilerin kurulup geliştirilmesi, sınırlar ötesi bir dayanışma ruhunu içermiş olsaydı, büyük olasılıkla “küreselleşme (globalizasyon)” kavramı yerine, “uluslararası (international-enternasyonal) ilişkiler” terimi yeğlenirdi; çünkü, küreselleşme kavramı, “bütünleşme, aynı nitelikteki yapı içinde tek bir varlığa dönüşme” anlamına gelmekte, “birliktelik, dayanışma, belirli bir düzeyde bütünleşme” gibi bir içerik taşımaktadır. Merkez ülkelerin amacı; ileri sürdükleri gibi eş düzeyde toplumlara dönüşerek işbirliğine gitmek, yani diğer ülkeleri de merkez ülkeler düzeyine ulaştırıp, bu nitelikteki bir yapıda bütünleşmek değildir. Merkez ülkelerin temel

amacı; çevre ülkelerin gelişmesi ve kalkınması değil, oluşturdukları finans ve üretim düzenine, çevre ülkelerin uyumunu gerçekleştirmek, yani onların ucuz işgücü ve doğal kaynak pazarı olmaya devam etmelerini sağlamaktır. Merkez ülkeler bu amaçlarını gerçekleştirmeye çalışırken, çevre ülkelerde bir bilinçlenme ve tedirginliğe yol açmamak için de kullandıkları kavramların anlam ve içeriğini farklılaştırmakta, içlerini boşaltmakta, bu terimlere kendi çıkarlarına uygun yeni anlamlar yüklemektedirler.

### 3.2.2) KAPİTALİZMİN DÖNEMSEL KRİZLERİ

İktisat literatüründe kapitalist sistemin dönemsel krizler yaratmaya gebe bir sistem olduğu, krizlerin bu sistemin doğasından kaynaklandığı, K. Marx'tan bu yana geniş çapta benimsenen bir görüştür. Nitekim 1873 ve 1929 Büyük Bunalımları, 1973 Petrol Krizi, 1997 Doğu Asya krizi ve son olarak da 2007 sonbaharında ABD'de konut piyasasında başlayıp, yatırım bankası Lehman Brothers'ın batışıyla tüm dünyaya yayılan 2008 krizi de bunun bir kanıtı olarak kabul edilmektedir<sup>291</sup>.

---

<sup>291</sup> 1) 2008 krizi, "Evrenin Efendileri" sıfatının G-7'den G-20'ye intikal etmesine de vesile oldu. Aslında G-7 de, dünya ekonomisinin ciddi durgunluktan geçtiği bir dönemde, ABD'nin gerileyen hegemonyasının kolektif karar alma zorunluluğunu hissettirmesiyle doğmuştu; Hayri Kozanoğlu; **Küresel Krizin Anatomisi**; İstanbul; Agora Kitaplığı; 2009; sf: xlii, 74; 2) M. Eğilmez; **Küresel Finansal Kriz**; sf: 57-70; 3) Gülten Kazgan; **Küreselleşme ve Ulus-Devlet**; 5. Baskı; İstanbul; İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2009; sf: 23.

Hattâ, 1914-1918 ve 1939-1945 yılları arasında yaşanan I. ve II. Dünya Savaşı yıllarını da büyük kriz olarak niteleyenler de vardır<sup>292</sup>.

Genel nitelikteki bu krizler dışında ülke veya bölge bazında Meksika, Rusya, Arjantin, Brezilya krizleri gibi ekonomik krizlere de tanık olunmuştur<sup>293</sup>. Benzer biçimde ülkemizde de ekonomik kriz dönemleri yaşanmış, üstelik bunlardan bazıları (1960, 1971 ve 1980 askeri müdahaleleri gibi) siyasal rejimde değişikliğe bile yolaçmıştır. Ülkemizde bunlar dışında sadece hükümet değişiklikleri yaratan krizler (örneğin 1994, Kasım/2000 ve Şubat/2001 krizleri) yanında, siyasal sonuç yaratmayan 2008-2009 krizi gibi ekonomik bunalımlar da meydana gelmiştir.

Ekonomik krizler, üretimin ve milli gelirin azalması gibi doğrudan olumsuz etkiler yaratmakla birlikte, ayrıca istihdamın daralması nedeniyle işsizlik, gelir dağılımının bozulması, sosyal güvenlik sisteminde prim kayıpları gibi nedenlerle toplumsal yapıda da istenilmeyen sonuçlara yol açmaktadır. Ayrıca uzun yıllar yaşanan enflasyonist ortamın, sosyal güvenlik sisteminde sağlanan birikimlerin ekonomik değerlerinde kayba neden olması da bu bağlamda vurgulanması gereken olumsuz sonuçlardan biridir.

Ekonomik krizler, ekonomik açıdan güçsüz durumdaki toplumsal kesimler için daha olumsuz bir ortam yarattığından, ekonomik ve sosyal hayata devlet müdahalesi zorunlu hale gelmektedir.

---

<sup>292</sup> Hayriye Erbaş; **Küresel kriz ve Marjinalleşme Sürecinde Göç ve Göçmenler**; 3. Baskı; Ankara; Doğu Batı Düşünce Dergisi; Şubat, Mart, Nisan 2002; Sayı: 18; 2006; sf; 178.

<sup>293</sup> M. Eğilmez; **Küresel Finansal Kriz**; sf: 52.

### 3.3) SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ve DEĞERLENDİRİLMESİ

#### 3.3.1) AMAÇ ve HEDEFLER

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacı, program metninde belirtildiği üzere<sup>294</sup>, sağlık hizmetlerinde etkililik, verimlilik ve hakkaniyet sağlanmasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hedefleri de, sağlık hizmetlerinin belirtilen amaçlar doğrultusunda organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Amaç olarak benimsenen kavramlar şu anlamda kullanılmıştır:

Etkililik, uygulanacak politikaların halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesidir.

Verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyetleri düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir.

Hakkaniyet, insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır.

Bunlar, bir reform programında, özellikle sağlık gibi insanı doğrudan ilgilendiren reform programında benimsenmesi gereken “evrensel kabul görmüş” temel amaçlardır. Başka bir deyişle, amaç olarak benimsenen etkililik, verimlilik ve hakkaniyet (adalet) kavramlarının yer almadığı bir programın aslında reform niteliği taşıması ve dolayısıyla kamuoyu desteğini alması olası değildir.

#### 3.3.2) TEMEL İLKELER ve BİLEŞENLERİ

Sağlıkta Dönüşüm Programı, dokuz temel ilkeye dayanmaktadır:

- *İnsan Merkezlilik:* Sistemin planlanmasında ve sunumunda, hizmetten yararlanacak bireyi, bireyin gereksinim, talep ve beklentilerinin esas alınması.

---

<sup>294</sup> SB; Sağlıkta Dönüşüm; sf: 24.



- *Sürdürülebilirlik*: Sistemin ülkemizin koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyecek bir süreklilik göstermesi.
- *Sürekli Kalite Gelişimi*: Sunulan hizmetlerde ve alınan sonuçlarda ulaşılan düzeyin yeterli görülmemekle hep daha iyinin aranması; ayrıca, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarını öğrenmesini sağlayacak bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulması.
- *Katılımcılık*: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, konuyla ilgili bütün tarafların görüş ve önerilerinin alınması ve yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulması; ayrıca, sağlık sisteminin bütün bileşenlerini sistemin kapsamına alarak kaynak birliğinin sağlanması.
- *Uzlaşmacılık*: Sektörün farklı kesimleri arasında karşılıklı çıkarların gözetilerek ortak noktalarda buluşmaya çalışılması.
- *Gönüllülük*: Hizmeti sunan veya talep eden, birey veya kurum ayrımları yapılmaksızın, sistem içinde yer alan bütün birimlerin, belirlenen amaçlar için, zoraki değil gönüllü katılımlarının sağlanması.
- *Güçler Ayrılığı*: Sağlık hizmetinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimini üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirlerinden ayrılması(finansmanı yapan ile hizmeti sunanın ayrılması)
- *Desantralizasyon*: Hızlı karar mekanizmalarının oluşturulması, kaynakların daha verimli kullanılması ve kurumların, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtulması için yerinden yönetimin gerçekleştirilmesi.
- *Hizmette Rekabet*: Sağlık hizmet sunumunun, merkezi yönetimin tekelinden çıkartılarak, uygun nitelikteki farklı hizmet sunucuları arasında özendirici

yarışma koşullarında sağlanması, böylece sürekli kalite artışına ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamının gerçekleştirilmesi.

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel unsurları, sağlık sisteminde dönüşüm sağlamak amacıyla kullanılan ve SDP’de “bileşen” olarak adlandırılan 8 ana öğeden oluşmaktadır:

- 1) Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı.
- 2) Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası.
- 3) Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi
  - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
  - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
  - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri.
- 4) Bilgi ve beceri ile donanmış yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü.
- 5) Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları.
- 6) Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon.
- 7) Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma: Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumları.
- 8) Sağlık Bilgi Sistemi.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kamuoyuna 2003 yılı Haziran ayında duyurulmuş ve bileşenler, Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılı Aralık ayında yayınlanan “Sağlıkta Dönüşüm” adlı belgede açıklanmıştır<sup>295</sup>.

---

<sup>295</sup> SB; **Sağlıkta Dönüşüm**; sf: 24-37.

### 3.3.3) SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN DEĞERLENDİRİLMESİ

#### 3.3.3.1) GENEL OLARAK

Önceki bölümlerde açıklandığı üzere kapitalizmin altın çağı, 1970'li yılların başında girilen petrol krizi ile son bulmuştur. Bir yazarımıza göre “Savaş sonrasında Keynesyen refah devleti Türkiye’yi de içine alan bir siyasi coğrafyada geniş bir toplumsal uzlaşmanın ifadesi olmuştur. Son iki yüzyıllık süreç bir bütün olarak değerlendirildiğinde Keynesyen refah devletinin modern devletin Soğuk Savaş ve kapitalizmin altın çağına özgü bir yönetim tarzı olduğu açıklık kazanır. Son çeyrek asırda bu toplumsal uzlaşmanın temelleri tamamen yok edilmiş ve Keynesyen refah devleti tasfiye edilmeye girişilmiştir. Aynı süreçte modern devletin sosyal kontrol ve yönetim işlevleri tarzı berraklık kazanmaya başlamıştır. İçinde bulunduğumuz sancılı süreç, küresel kapitalizmin yeni yönetim tarzları geliştirme arayışına tanıklık etmektedir. Bir bakıma iki yüzyıllık süreçte oluşan sosyal devlet mefhumu 21. yüzyıla girerken önemli bir dönüşümle yüz yüzedir”<sup>296</sup>. Gerçekten de geçen yüzyılın son çeyreğinde piyasa ekonomisine dayalı ülkelerde sistem, kendisine çıkış yolu bulmak amacıyla neoliberallerin fikir öncülüğünde Dünya Bankası, IMF, Dünya Ticaret Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü gibi kuruluşlar aracılığıyla, bazı ülkelere Yapısal Uyum Programları adı altında reform önerilerinde bulunmaktadır<sup>297</sup>.

---

<sup>296</sup> Nadir Özbek; **Osmanlıdan Günümüze Türkiye’de Sosyal Devlet**; İstanbul;

Toplum ve Bilim; No: 92; 2002; sf: 30.

<sup>297</sup> Yapısal uyum; ekonomik büyüme üzerindeki negatif şokların (enflasyon, bütçe açıkları, dış ödemeler açığı vb.) etkilerini hafifletmek veya elimine etmek için ulusal ekonominin değiştirilmesi süreci. Kaynak: H.Hüseyin Yıldırım; **Yapısal Uyum**

Dünya Bankası'na göre gerek gelişmiş, gerekse az gelişmiş ülkelerde ekonomik büyümenin yavaşlamasının nedenlerinden biri Keynesyen Refah Devleti'dir. Bir başka deyişle krizin nedeni olarak Keynesyen Refah Devleti'nin yaptığı üretken olmayan sosyal harcamalar gösterilmektedir. Büyüme için devletin küçülmesinin yanı sıra sosyal güvenlik harcamalarını kesmesi gerektiği savunulmaktadır<sup>298</sup>. Piyasa ekonomisi yandaşı ve monetarist olarak nitelenen iktisatçılar genelde bu görüşü paylaşmaktadır. Bunlara göre, piyasaları düzenleyen “görünmez el”in çalışmasını engelleyen müdahaleler, ekonominin doğal işleyişini bozmaktadır; piyasalar hiçbir müdahale olmaksızın kendi kuralları içinde çalışmalıdır; böyle davranıldığında hem birey, hem de toplum için en iyi sonuç alınacaktır.

Adalet ve Kalkınma Partisi tarafından 2003 yılı Haziran ayında gündeme getirilen ve sekiz bileşenden oluşan Sağlıkta Dönüşüm Programı da, Dünya Bankası görüş ve önerileri ile biçimlendirilmiş bir proje görünümündedir. Gerek sağlık sistemi ve sorunlarına, gerekse bunların çözümüne ilişkin öneriler Dünya Bankasının iki ciltlik “Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu” (2003) isimli yayını ile neredeyse birebir örtüşmektedir<sup>299</sup>. Bu görüş; Dünya Bankası'nın son yıllarda Türkiye için yürüttüğü sağlık politikasının, Banka tarafından Haziran

---

**Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler;** Ankara; Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi; Sayı: 1; 2000; sf:72.

<sup>298</sup> Oğuz Topak; **Sosyal Güvenlik ve sağlıkta Reform mu, Dönüşüm mü? Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sisteminin Ekonomi Politikası;** Ankara; Toplum ve Hekim; 24/1; Ocak-Şubat 2009; sf: 66. (61-70).

<sup>299</sup> G. Yenimahalleli Yaşar; **Türkiye’de 1980 Sonrası ...** sf: 164.

2002’de yayınlanan “Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” adlı raporda ayrıntılarıyla yer aldığı belirtilerek, literatürde birçok yazar tarafından da paylaşılmaktadır.

Örneğin bu konudaki en yetkin bilim insanlarımızdan Ali Güzel’in yorumu çok nettir<sup>300</sup>: Sosyal güvenliğin ortaya çıkmasını ve gelişmesini sağlayan ideoloji zayıflamıştır. Sosyal güvenlik, sosyal devlet anlayışının bir ürünüdür. Sosyal koruma, devletin asli görevidir. Ancak, sosyal devlet krizi, doğal olarak, sosyal güvenlik krizini de beraberinde getirmiştir. Günümüzde, sosyal devleti dışlayan neo-liberal politikalara üstünlük tanınmakta; bu politikaların sözcülüğünü ve temsilciliğini yapan uluslar arası finans kuruluşları (Dünya Bankası- İMF), sosyal devletin ve bu arada kamu sosyal güvenlik rejimlerinin *tasfiye edilmesi*, yani özelleştirilmesini talep etmektedirler. İşte, “*sosyal güvenlik sistemlerinde yeniden yapılanma*” bu ideolojinin damgasını taşımaktadır.

M. Tatar’dan yapılan şu alıntı da durumu olanca çıplaklığı ile sergilemektedir<sup>301</sup>: “Devletin sosyal ve ekonomik hayattaki rolünün küçülmesi, özelleşme, verimlilik gibi kavramlar sadece üretim sektörlerini değil, sağlık ve eğitim gibi sosyal sektörleri de kapsamıştır. Bu durum, gelişmiş ülkelerde gönüllü olarak ve bir ihtiyaca cevap olarak ortaya çıkmış, gelişmekte olan ülkelere ise Dünya Bankası, IMF gibi uluslar arası kuruluşlar itici güç rolünü oynamıştır. Bu kuruluşlarca benimsenen ve finansal güçlük içindeki ülkelere sağlanan kredilerin önemli bir şartı olan ‘Yapısal Uyum Programları’, temel olarak her alanda kamunun

---

<sup>300</sup> Ali Güzel; **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform**; Ankara; Çalışma ve Toplum; 2005/4; sf; 67.

<sup>301</sup> M. Tatar; **Sağlık Politikası ve ...**; sf: 416.

rolünün azaltılması, özel sektörün teşvik edilmesi ilkesini benimsemiştir. Dünya Bankası ilk kez bu dönemden sonra sağlık sektörüne doğrudan müdahale etmeye başlamış ve bu müdahale, sektöre sağladığı kredilerle ‘sağlık reformu’ sürecinin Türkiye’nin de aralarında bulunduğu birçok gelişmekte olan ülke tarafından benimsenmesi ile sonuçlanmıştır.

Dünya Bankası tarafından önerilen reformlar temel olarak; devlet, hizmet sunucuları, hizmeti kullananlar ve sağlıkla ilgili diğer kurumlar arasındaki ilişkileri yeniden düzenlemeyi, Sağlık Bakanlıklarının çalışma şekli ve fonksiyonlarını iyileştirmeyi, kamu ve özel sektör arasındaki dengenin sağlanmasını hedeflemiştir. Hizmetlerin kalitesinin artırılması açısından düşük maliyetli seçilmiş hizmetlerden oluşan bir temel teminat paketini sağlayan ‘Temel Sağlık Hizmetleri’ yaklaşımının benimsenmesi önerilmiştir. Bunların yanı sıra, sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu, özel sektör ile yapılan hizmet anlaşmaları aracılığı ile hizmetlerin özel sektörden satın alınması gibi konular bu dönemde gündeme gelmişti.

1990’lı yılların ortalarından sonlarına geçen dönemde, uluslararası finansman açısından önemli değişiklikler gözlenmiştir. Bu açıdan en önemli değişiklik, uluslararası örgütlerin, projeye dayalı finansman modelinden sektörel finansman modeline geçmeleri ve tek tek belirli projeleri finanse etmek yerine sektörü belli bir bütünlük içinde finanse etmeleri olmuştur. Bu dönemde sağlık sektörü açısından en sık görülen iki reform alanı desantralizasyon ve özel sektörün rolünün artması olmuştur”.

Bu konuda bir başka yazar ise daha kesin ifadeler kullanmayı yeğlemiştir<sup>302</sup>:  
“Ortaya çıkan reform önerisi Dünya bankasının bu dönemde çeşitli ülkelere önerdiği

---

<sup>302</sup> Çağlar Keyder; **Giriş**; sf: 23.

projelere çok benziyordu. O ülkelerdeki gibi Harvard ve Johns Hopkins Halk Sağlığı okullarından çeşitli akademisyenlere raporlar yazdırıldı ve GSS reform projesi, DB uzmanlarıyla istişarede bulunularak, T.C. Sağlık Bakanlığı'nda kurulan departmanda şekillendi”.

Kısaca belirtmek gerekirse bu konudaki yaygın kanı, diğer bazı ülkelerde yaşandığı gibi ülkemizde de Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Sistemine ilişkin reform çalışmalarının ardında, Dünya Bankası'ndan başlayarak IMF, Dünya Ticaret Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü gibi kuruluşların yönlendirmelerinin bulunduğu yolundadır<sup>303</sup>. Aslında, sosyal güvenlik alanında yaşanan dönüşümün kaynağının dışarıda olması gizli değil, Türkiye Cumhuriyeti ile IMF arasında çeşitli tarihlerde imzalanan stand-by anlaşmaları ile söz konusu anlaşmalara ilişkin gözden geçirme metinlerinde açık bir şekilde ortaya konulmaktadır<sup>304</sup>. Bu metinler

---

<sup>303</sup> 1) Ali Güzel; **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform**; Çalışma ve Toplum; 2005/4; sf: 67; 2) Ata Soyer; **1980'den Günümüze Sağlık Politikaları**; Ankara; Praksis, Kış-Bahar; sf: 301-319; 2003; 3) Onur Hamzaoğlu; Cavit Işık Yavuz; **Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine**; “AKP Kitabı: Bir Dönüşümün Bilançosu” (Der: İlhan Uzgel; Bülent Duru) içinde; Ankara; Phoenix Yayınevi; sf: 633-659; 2009; 4) S. Erdoğan; **Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu**; sf: 660-686; 2009. 5) T. Ağartan; **Sağlıkta Reform Salgını**; sf: 41; 6) Nazan Üstündağ; Çağrı Yoltar; **Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Bir Devlet Etnografisi**; sf: 90; 7) Kayıhan Pala; **Dünya Bankasının Türkiye İçin Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası**; Ankara; Toplum ve Hekim Dergisi; 18/2; 2003; sf: 115-119.

<sup>304</sup> Ş. Gökbayrak; **Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü**; sf: 151.

çerçevesinde sosyal güvenlik açıkları, bütçe dengesini bozan ve reforma tabi olması gereken bir alan olarak tanımlanmaktadır.

Bir başka yazarın yaklaşımı da şöyledir: “GSS’yi gündeme getiren ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ Mayıs 2003’te yayımlanan ‘Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu’ başlıklı Dünya Bankası raporuna dayanıyor (Rapor No: 24358-TU). Dünya Bankası, IMF ile birlikte çalışan bir örgüt. IMF ve Dünya Bankası ‘orta ve düşük gelirli’ ülkelerin borçlanmalarını, borçlanmış olanların da borçlarını ve faizleri geri ödemelerini düzenlemek üzere yapılanmıştır. Dünya Bankasına üye olan 184 ülkeden ‘yüksek gelirli’ olanlar ‘orta ve düşük gelirli’ olanlara kredi sağlıyor. Örgüt yalnızca borç ve kredi sağlamakla kalmıyor, sağlık dahil olmak üzere çeşitli alanlarda görüş ve politika da üretiyor. Borç geri ödemesini sağlamak amacıyla IMF ve Dünya Bankası’nın hükümetlerden temel talebi, kamu harcamalarının ve yatırımlarının sınırlandırılması, kamu harcamalarında denetimin artırılması politikasıdır. Ayrıca, Dünya Bankası bu süreçte, artan yoksulluğun çatışma yaratmamasını ve yoksulluğun ‘idare edilebilir’ hale getirilmesini de hedeflemektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve GSS Dünya Bankası’nın öncülük ettiği sağlık alanında tanımlansa da, IMF’nin gündeminde de yer alan konulardandır”<sup>305</sup>. Bu yorum, “Bağımsız Sosyal Bilimciler” olarak tanımlanan grubun görüşleriyle büyük paralellik taşımaktadır. Nitekim, Bağımsız sosyal Bilimciler tarafından hazırlanan “IMF Gözetiminde On Uzun Yıl, 1998-2008: Farklı Hükümetler, Tek Siyaset” başlıklı rapora dayanılarak yapılan değerlendirmede de

---

<sup>305</sup> Ayşegül Sabuktay; **Yönetimsellik ve Biyosiyaset Kavramları Açısından ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ ve Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu**; Ankara; TODAİE; Amme İdaresi Dergisi, 41/2; 2008; sf: 88.



benzer görüŖe ayrıntılı olarak yer verilmiŖtir<sup>306</sup>: “1998 yılı Türkiye iktisadi ve sosyal tarihinde önemli dönüm noktalarından birisidir. Söz konusu tarihte Türkiye, IMF ile *Yakın İzleme Anlaşması* imzalamış ve IMF bundan böyle, Türkiye ekonomisi ve sosyal yaşamının her alanını *yakından izleme* altına almıştır. IMF’nin *yakın izlemesi* sadece iktisadi verilerin *teknik* düzeyde izlenmesiyle sınırlı kalmayıp, Türkiye’nin genel anlamıyla kalkınma, sanayileşme ve sosyal politikaları ile birlikte, sosyal güvenlik, kamu dengesi ve *yönetişim* adıyla anılan tüm sosyal ve siyasi politikalarını da kapsamaktadır.

IMF’nin iktisadi tarihimizde oldukça uzun geçmişe dayalı bir yeri olmasına karşın, iktisat politikası içindeki konumu özellikle 1998 Yakın İzleme Anlaşması’ndan bu yana daha da belirginleşmiştir. IMF, 1997 Asya Krizi’nden çıkardığı derslere de dayanarak, Türkiye ekonomisi üzerindeki denetimini bu tarihten sonra daha da derinleştirmek ve bunu daha kurumsal bir niteliğe kavuşturma ihtiyacı duymuştur. Benzer şekilde yerli burjuvazi de 1989 sonrasında, Türkiye’nin içinde bulunduğu dışa açık makroekonomik yapının rastgele (yaygın medyatik söylemi ile ‘popülist’) politikalar içinde biçimlendirilmesinden rahatsızlık duymuş ve uluslararası yeni işbölümünde Türkiye’nin ‘yeni yükselen piyasalar’ arasında yer almasını garantiye alacak dönüşümlerin bir an önce sonuçlandırılmasını açıkça (ve acilen) arzular hale gelmiştir. Burjuvazinin bu özlemi, Türkiye’nin kaderine kesin ve sınırsız bir egemenlik kurma girişimine dönüşmüştür. Bu girişim, emekçi sınıfların, bir bölümü Cumhuriyet tarihi kadar eski olan tüm geçmiş birikimlerini adım adım tasfiye etme programı olarak da nitelendirilebilir. Bu programın hayata geçirilmesi uluslararası sermaye ile (ve onun üst-örgütleriyle) tam işbirliğiyle mümkün

---

<sup>306</sup> Erinç Yeldan; **Ekonomi Politik: 1998**; Cumhuriyet; 17.03.2010.

olabilmiştir. Bu işbirliği, Türkiye burjuvazisinin etkili ve egemen öğelerinin ‘ulusal’ ve görelî olarak ‘bağımsız’ özellikler taşıyabilen birikim biçimlerini dönüşü olmayan bir biçimde terk etmiş oldukları anlamına da gelmektedir.

Dolayısıyla 1998 yılı, aynen 24 Ocak 1980 ya da Türkiye’nin sermaye hareketlerine tam serbestlik tanıdığı Ağustos 1989 tarihleri gibi, yakın iktisadî tarihimizde önemli bir dönemeçtir. 1998 yılında Türkiye artık IMF, Dünya Bankası (DB), Dünya Ticaret Örgütü ve uluslararası finans ve derecelendirme kuruluşlarının denetim ve gözetiminde ekonomik ve siyasal kurumlarını neoliberal koşullandırmaların biçimlendirmesini kabullenmiş ve uluslararası işbölümünde kendisine biçilen yeni rolü üstlenmiştir. Bu rolün ana özellikleri şu şekilde özetlenebilir: a) Uluslararası ve yerli finans sermayesine sermaye hareketleri üzerine sınırsız serbestlik güvencesi sağlayarak, yüksek finansal getiri sunmak; b) İşgücü piyasalarını kurlsızlaştırma ve esnekleştirme yöntemiyle ucuz işgücü deposu haline dönüştürerek katma değeri düşük teknolojilerde uzmanlaşmak ve sanayiini uluslararası şirketlerin taşeronu olarak geliştirmek; c) Üretimde ithal girdi kullanma ve ithal mal tüketme eğiliminin kuvvetlenmesine izin vererek, finansmanı esas itibarıyla spekülâtif sermaye tarafından sağlanan bir ucuz ithalat cennetine dönüşmek; d) Kamu hizmetlerini ticarileştirerek vatandaşları ‘müşteriye’, kamu hizmeti üreten kurumları ‘ticarî işletmeye’ dönüştürmek; kamu iktisadî kuruluşlarını yerli ve uluslararası özel sermaye şirketlerine doğrudan yabancı sermaye cezbetmek uğruna yok pahasına satmak; e) Etkin ve demokratik yönetim, ‘iyi yönetim’ söylemleriyle, aslında tüm toplumu ilgilendiren stratejik, ekonomik ve siyasî kararların alınmasını ve uygulanmasını demokratik denetim mekanizmalarının dışına

çıkartırken, devletin neoliberal anlayışa uygun bir biçimde yeniden yapılandırılmasında toplumun desteğini sağlamaya çalışmak”.

Benzer bir yorum da A. Güzel tarafından yapılmıştır<sup>307</sup>: Günümüzde, sosyal devleti dışlayan neo-liberal politikalara üstünlük tanınmakta; bu politikaların sözcülüğünü ve temsilciliğini yapan uluslar arası finans kuruluşları (Dünya Bankası-IMF), sosyal devletin ve bu arada kamu sosyal güvenlik rejimlerinin *tasfiye edilmesini* talep etmektedirler. İşte, “*sosyal güvenlik sistemlerinde yeniden yapılanma*” bu ideolojinin damgasını taşımaktadır. Özellikle anılan finans kuruluşlarının kıskacındaki ülkelerde, bu yeni ideoloji ile uyumlu reformlar yaşama geçirilmektedir.

Söz konusu politikaya en sert eleştirilerden biri de V. Navarro’dan gelmiştir<sup>308</sup>: “Sağlık sektöründeki neoliberal ‘devrim’, kamu ve sosyal harcamaların azalması, emek ve maliye (bankacılık ve sigorta) piyasalarının kuralsızlaştırılması, özelleştirilmiş sağlık hizmetleri, kamu tarafından sunulan ve finanse edilen sağlık hizmetlerinin tasfiyesi ve sağlık sigortacılığının canlandırılması demektir; insanların sağlık gereksinimlerine yanıt olarak bu araçlar sunulmaktaydı. Hastalar ‘müşteri’ oldu; kamunun sunduğu hizmetlerin yerini özel rekabet ve piyasa aldı. Neoliberal devrim, halk sağlığı yaklaşımının terk edilmesine de yol açmış, kişinin davranışları üzerine odaklanan halk sağlığı önlemleriyle yetinmiştir. Bu neoliberal uygulamalar, ABD ve İngiltere hükümetleri (ki Washington Anlaşması’nı imzalamışlardır)

---

<sup>307</sup> Ali Güzel; **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform**; sf; 68.

<sup>308</sup> V. Navarro; **Dünya Sağlık örgütünde neler Oluyor? Yaklaşan DSÖ Genel Sekreteri Seçimleri**; Çev: Necati Dedeoğlu; Ankara; TTB; Toplum ve Hekim; 22/4; 2007; sf: 269.

tarafından ve bu hükümetlerin üzerlerinde büyük etkileri bulunan IMF, Dünya Bankası, Dünya Ticaret Örgütü ve - evet -Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası örgütler tarafından etkin olarak pazarlanmışlardır”. Navarro ayrıca, “Sağlık Sistemleri: Performans Geliştirme” başlıklı DSÖ raporunun, neoliberal söylemin resmi DSÖ politikası olarak yerleşmesine yol açtığını, bu raporun DSÖ’de yer alan ideolojik değişimin en önemli kanıtı olduğunu ileri sürmektedir. Sağlık Politikaları konusunda dünya çapında üne sahip olan V. Navarro’nun bu yorumları çok öğretici ve dikkat çekici niteliktedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının sözü edilen uluslararası kuruluşların önerilerine benzemeleri ve/veya o kuruluşlarca yönlendirilmesi, tek başına eleştiri konusu olarak görülmeyebilir. Hiç kuşku yok ki, arada salt görüş benzerliği olması nedeniyle böyle bir eleştiride bulunulması haklı da olamaz. Getirilen yeni sistemin, kurum ve kurallarıyla oluşturulup işler hale geldiğinde, toplum için daha yararlı olup olmayacağı bilimsel açıdan irdelenmeli ve son yargıya ancak o aşamada varılmalıdır. Bu bakımdan konu, önce genel planda ele alınıp incelenecek, ardından da Sağlıkta Dönüşüm Programının sekiz bileşeninden her biri hakkında tek tek değerlendirmeye gidilecektir.

Dünya finansal sisteminde 1970’li yıllarda petrol fiyat artışları ile başlayan ve etkilerini giderek daha çok hissettirmeye başlayan ekonomik daralma, Türkiye’de de etkili olmuş ve sonunda 24 Ocak 1980 neoliberal politikalarını gündeme getirmiştir. 24 Ocak kararları denen bu önlemler paketinin felsefesini ve temelini, Uluslararası Para Fonu’nun ekonomik sıkıntıya giren ülkelere dayattığı ekonomik istikrar politikası ve Dünya Bankası kaynaklı yapısal uyum politikası oluşturuyordu. Bu kararlar “devalüasyon, KİT zamları ve fiyat denetimlerinin kaldırılması” şeklindeki

önlemlerle, yalnız istikrar politikasını amaçlamakla kalmıyor, ayrıca, uluslararası sermayenin Dünya Bankası aracılığıyla pazarladığı “piyasa serbestisi” ve “sermayenin emeğe karşı güçlendirilmesi” gibi iki stratejik hedefi bulunan “yapısal uyum” perspektifi taşıyordu<sup>309</sup>. İktisat politikası ağırlıklı “24 Ocak Kararları”, sağlık politikası da dahil olmak üzere diğer sosyal politika alanlarına da yayılmış, özelleştirme ve ticarileştirmeye odaklanan politikalarla kamu sağlık hizmetlerini önemli oranda aşındırmıştır. Bu aşınma sonucunda sağlık durumunda beklenen iyileşmeler gözlenememiş, birtakım hastalıkların görülme sıklığı ile sağlıkta eşitsizlikler ve adaletsizlikler artmıştır<sup>310</sup>.

24 Ocak Kararlarının uygulanması için gerekli siyasal ortam 1982 Anayasası ile oluşturulmuştur<sup>311</sup>: Örgütlenme hakkına, toplu iş sözleşmesi hakkına getirilen engeller; yüksek hakem kurulunun devreye sokulması; grev hakkının kullanımına konulan kısıtlamalar; lokavtın anayasal hak haline getirilmesi vb. Böylece söz konusu kararların uygulanması için gerekli hukuksal altyapı hazırlanarak, düşük ücret politikasının yaşama geçirilmesi, sosyal harcamaların azaltılması, tarımsal desteklerin kısılması, düşük değerli TL, düşük ücretlerle ihracatın teşvik edilmesi, sermayenin vergi yükünün azaltılması, güçlendirilen özel kesimin “ticaret” yoluyla dünya ekonomisi ile bütünleştirilmesi<sup>312</sup> sağlanmak isteniyordu.

---

<sup>309</sup> Korkut Boratav; **Türkiye İktisat Tarihi, 1908-2007**; 12. Baskı; Ankara; İmge Kitabevi; 2008; sf: 147-148.

<sup>310</sup> G. Yenimahalleli Yaşar; **Türkiye’de 1980 Sonrası Gözlenen ...**; sf: 157.

<sup>311</sup> M. Soysal; **Anayasanın Anlamı**; sf: 240-242.

<sup>312</sup> A. Soyer; **1980’den Günümüze Sağlık Politikaları**; sf: 303.

1980-1988 dönemi içinde, 1980-83 arasındaki “askeri rejim altında liberal ekonomi” diye nitelenebilecek Milli Güvenlik Konseyi dönemi ile sonrasındaki Anavatan Partisi (ANAP) yılları diye adlandırılabilir iki alt dönem söz konusudur. “Askeri rejim, 24 Ocak Kararları ile başlayan politika yönelişini, 1977-79 krizine ekonomik sermayenin talepleri doğrultusunda yanıt getirecek biçimde sürdürmüştür. Bu yanıt, esas olarak, işgücü piyasasının ekonomi-dışı, yani askeri ve yasal yöntemlerle disiplin altına alınmasıdır. Sendikal faaliyetlerin askıya alınması, DİSK yöneticilerinin yargılanması, grev yasağı, ücret belirlenmesinin toplu sözleşme düzeninden Yüksek Hakem Kuruluna kaydırılması (ve böylece reel ücretlerin aşındırılmasının güvence altına alınması) sözü geçen askeri yöntemlere örneklerdir (...) Bu yıllardaki emek aleyhindeki politikalar sadece örgütlü işçi sınıfına dönük değildir: Memur maaşlarında, emekli ikramiyeleri ve kıdem tazminatlarında, tarıma dönük destekleme politikalarında da büyük boyutlu reel ve görece gerilemeler gerçekleşmiştir (...) ‘ANAP Yılları’ olarak nitelendirdiğimiz 1984-1988 kesiti ise, Özal iktidarının parlak dönemi diyebileceğimiz bir zaman dilimini (1984-1987) ve 1980’de benimsenen modelin tıkanışını ortaya koyan 1988 yılını içeriyor”<sup>313</sup>.

Türkiye’de 1980 sonrasında, kamu yönetiminde ve idari reform çalışmalarında ortaya çıkan değişimin temelinde, yeni biçimlenen Yeni Dünya Düzeninin gereksinimi olan “yeni ilişkiler biçimi” yatar. 1945’lerden 1980’lere kadar egemen olan “kalkınma” teması, 1980’lerden sonra yerini “demokratikleşme”ye bırakır. Yeni Dünya Düzeni, demokrasinin gerçekleşme ortamıdır. Demokratikleşme ise “küreselleşme, özelleştirme ve yerelleşme” ile gerçekleşir. 1980’lerde tüm dünyada yükselen bu yeni değerler ve anlayışlar, ülkemizde de etkisini göstermekte

---

<sup>313</sup> K. Boratav; **Türkiye İktisat Tarihi, 1908-2007**; sf: 150-152.

gecikmez<sup>314</sup>. Turgut Özal'ın Cumhurbaşkanı olduğu dönemde 1992 yılında gerçekleştirilen Üçüncü İzmir İktisat Kongresinde yaptığı konuşma, ülkemizde o dönemde uygulanmak istenen politikaların ana hatlarını açık bir biçimde ortaya koyar. Özal'a göre Türkiye'nin birinci sınıf ülkeler arasına girmesinin koşulları, ana hedef ve yöntemleri şunlardır: 1) Bu hedefe ulaşmanın temelinde demokrasiyle el ele gelişen serbest pazar ekonomisi yatar. Bu amaçla devletin ekonomiye müdahalesini asgariye indirmek gerekir; 2) Sosyal sigorta, vergi vb. yollarla devletin topladığı kaynaklar, milli gelirin %30'unu geçmemeli, sosyal güvenlik sistemi hızla özelleştirilmelidir; 3) Devleti; güvenlik, adalet ve insanlara eşit davranmak gibi asli görevlerini layıkıyla yerine getirecek yapıya kavuşturmak için gerekli çalışmalar hızlandırılmalıdır; 4) Eğitim, sağlık ve ileri teknoloji alanlarına özel önem verilmelidir; 5) Sağlık sorununun çözülememiş olmasının nedeni, mevcut sağlık sisteminin bürokratik mekanizmasının verimsiz çalışmasıdır; sağlık hizmetleri sistemi, halka mal edilerek çözülmelidir.

1989 başlarında sendikaların öncülüğünde çalışanların gerçekleştirdiği bahar eylemleri ve iktidar partisi ANAP'ın yerel seçimlerdeki mağlubiyeti<sup>315</sup> halkın, ücretlerin düşük tutulmasına dayalı ekonomik programa itirazını ortaya koyuyordu.1989 yılında başlayan dönemde hükümetlerin çalışanların reel ücretlerinde yaptıkları yüksek orandaki artışlar<sup>316</sup>, toplumun geniş kesimlerinin

---

<sup>314</sup> 1) Ata Soyer; **AKP'nin Sağlık Raporu**; İstanbul; Evrensel Basın Yayın; 2007; sf: 20; 2) Yusuf Ekrem Özdemir; “**Sağlık Reformları – 1980 ve 90'lı Yılların Sağlık Politikaları**”; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı - I; 2001; sf: 280.

<sup>315</sup> N. İlter Ertuğrul; **1923 – 2008 Cumhuriyet Tarihi El Kitabı**; sf: 157.

<sup>316</sup> K. Boratav; **Türkiye İktisat Tarihi, 1908-2007**; sf: 177.

yaşam koşullarında ve kamu sağlık harcamalarında görece bir iyileşme sağlamıştı. 1989 sonundan itibaren uygulanmaya başlanan sermaye hareketlerinin serbestleştirilmesi ve düşük döviz kuru politikası “sıcak para” girişini kolaylaştırdı. Bu uygulamada gelişmiş kapitalist ülkelerde büyüme oranlarının ve faiz hadlerinin düşmesi nedeni ile kendine yeni yatırım alanları arayan spekülasyon sermayesinin çekilmesinin de etkisi oldu. “Sermaye-emek arasında bozulan bölüşüm ilişkilerinin, sermayeye daha fazla vergi yüklemek yerine, dışarıdan akan sermayenin iç borçlanmada kullanılması yoluyla düzeltilmesi sağlandı. Bu süreç aynı zamanda, büyük sermayeyi, giderek devlet borçlanmasından rantlar elde etmeye yöneltti. Bu yönelim, 1994 krizi ve 5 Nisan Kararlarına kadar sürmüştür”. 1980’li yılların neoliberal politikalarına uygun sosyal içerikli vaatlerle iktidara gelen DYP-SHP koalisyon hükümeti uygulamada, vaatlerinin aksine serbest piyasa eğilimli bir politikaya yöneldi. 1991 Hükümet Programı’nda Sosyalleştirme Yasası ile “Yeşil Kart” uygulamalarından söz edilirken; Ocak/1992 Ekonomik Paket’inde başka bir politika dile getiriliyordu: “Devletin sağlığa ayıracağı çok parası yok; bütçe ve kamu yatırımı boşluğu, özel sağlık sektörüne verilecek teşviklerle kapatılacak; yeşil kart uygulaması ile sosyal sigorta sistemi yaygınlaştırılacak; sağlık sektörü yabancı sermayeye açılacak...”<sup>317</sup>.

Bu dönem içinde kabul edilen Yedinci BYKP Stratejisi’ndeki hedefler de serbest piyasacı yaklaşımı olanca açıklığı ile ortaya seriyor: “Ana-çocuk sağlığı, bulaşıcı ve salgın hastalıklar ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri ile muhtaç ve güçsüzlerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin dışında sunulan hizmetlerin bedelinin yararlananlar tarafından ödenmesi esas olacaktır”. Bu suretle, devletin

---

<sup>317</sup> A. Soyer; **1980’de Günümüze Sağlık Politikaları**; sf: 310-314.



sağlık alanındaki görevini “koruyucu sağlık hizmetleri” ve “muhtaç kişilere destek” ile sınırlayan bir felsefe ortaya konmuş, bunlar dışındaki hizmetlerin piyasa mekanizması aracılığıyla sağlanması anlayışı benimsenmişti<sup>318</sup>.

Daha önce de değinildiği üzere, Türkiye ile ilgili Dünya Bankası Raporunda yer alan saptamalar şöyle özetlenebilir: “...Türkiye hala insanların sağlık durumu bakımından orta gelirli ülkelerin çoğunun gerisindedir. Yaşam beklentisi OECD ortalamasının yaklaşık on yıl altındadır; buna karşılık bebek ve anne ölüm oranları orta gelirliiler arasında en yükseklerden biridir... Sağlık harcamaları, Türkiye’nin bulunduğu ekonomik gelişme düzeyindeki bir ülke için düşüktür, sağlık hizmeti toplumun yoksul kesimlerine ulaşmamaktadır ve nüfusun sağlık durumu benzer gelire sahip ülkelerin çok altındadır”<sup>319</sup>.

DB Raporu, bu bulgular karşısında; insanların sağlık durumunu iyileştirme şeklindeki nihai hedefe ulaşılabilmesi için Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında, sunulmasında, düzenlenmesinde ve yönetiminde temel ve sistemli değişiklikler yapılmasını; parça parça yapılan değişikliklerin sistemi iyileştiremeyeceğini, bu nedenle sağlık sisteminde geniş çaplı bir yeniden yapılanmaya ve düzenlemeye gidilmesini önermiştir. Dünya Bankası tarafından önerilen sağlık reformu stratejisinin temel unsurları şöyle sıralanmıştır:

---

<sup>318</sup> A. Soyer; **1980’de Günümüze Sağlık Politikaları**; sf: 313.

<sup>319</sup> DÜNYA BANKASI; **Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu**; Cilt I. **Ana Rapor**; Cilt II: **Çalışma Raporları**; Rapor No: 24358-TU; Beşeri Kalkınma Sektörü Birimi, Avrupa ve Orta Asya Bölgesi (Hazırlayan: Çalışma Grubu Lideri, Mukesh Chawla); 2003; sf: i-vi.

- 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.

**Tablo-10: Sağlık Alanında Beklenen Sayısal Gelişmeler (1994 - 2000)**

|                                 | <b>1994</b> | <b>2000</b> |
|---------------------------------|-------------|-------------|
| <b>Hasta Yatağı Sayısı</b>      | 150.565     | 180.000     |
| <b>Yatak Başına Düşen Nüfus</b> | 406         | 374         |
| <b>Yatak İşgal Oranı (%)</b>    | 58          | 65          |
| <b>Sağlık Ocağı Sayısı</b>      | 4.575       | 5.100       |
| <b>Hekim Sayısı</b>             | 64.000      | 83.500      |
| <b>Bir Hekime Düşen Nüfus</b>   | 954         | 806         |
| <b>Diş Hekimi Sayısı</b>        | 13.200      | 16.800      |
| <b>Eczacı Sayısı</b>            | 17.500      | 21.000      |
| <b>Hemşire Sayısı</b>           | 61.500      | 104.000     |

Kaynak: DPT; Yedinci BYKP; sf: 47.

Yetkili devlet kuruluşlarınca yapılan çalışmalara dayanan Yedinci BYKP'deki tespitler (Tablo-10), bazı sağlık göstergeleri bakımından 1994 yılında ne durumda olduğumuzu ve 2000 yılında ülkemizin ulaşması umulan düzeyi gösteriyordu.

**Tablo-36: Sağlık Göstergeleri (2000)**

|                                   | <b>2000</b> |
|-----------------------------------|-------------|
| Bebek Ölüm Hızı (Binde)           | 28,90       |
| Toplam Doğurganlık oranı          | 2,27        |
| Doğuşta Hayatta Kalma Ümidi (Yıl) | 70,40       |
| Yatak Başına Düşen Kişi Sayısı    | 391,00      |
| Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı    | 792,00      |

DPT; Dokuzuncu KP; sf: 49.

Sağlık göstergeleri, Dokuzuncu Kalkınma Planındaki verilere göre 2000 yılı itibariyle öncesine oranla daha iyi bir noktaya ulaşmış, Tablo-36'nın incelenmesinde de görüleceği gibi, bazı sağlık göstergeleri bakımından Türkiye, geçmiş yıllara kıyasla gelişme göstermiştir.

Ancak bu gelişimin daha anlamlı biçimde değerlendirilebilmesi ve gelinen sağlık düzeyinin gerçekçi bir biçimde algılanabilmesi için, diğer ülkelerle de kıyaslanması gerekir. Gelişmiş ülkeler olan AB ve OECD ülkeleri ile kıyaslama yaptığımızda, bu konuda Türkiye olarak daha pek çok mesafe almamız gerektiği görülmektedir.

**Tablo-37: Temel Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması (2004)<sup>320</sup>**

| Ülkeler        | İnsani Gelişmişlik İndeksi Sırası (a) | Doğum Hızı (%) (b) | 60 ve üzeri yaştaki Nüfus(%) (c) | Bebek Ölüm Hızı (%0) | Çocuk Ölüm Hızı (%0) | Doğumda Yaşam Beklentisi (c) | DBT Polio 3      |
|----------------|---------------------------------------|--------------------|----------------------------------|----------------------|----------------------|------------------------------|------------------|
| Norveç         | 1                                     | 1,8                | 19,8                             | 3                    | 4                    | 79,0                         | 90-90            |
| İsveç          | 2                                     | 1,6                | 23,2                             | 3                    | 3                    | 81,0                         | 98-99            |
| Kanada         | 4                                     | 1,5                | 17,4                             | 5                    | 6                    | 80,0                         | 91-88            |
| Hollanda       | 5                                     | 1,7                | 18,7                             | 5                    | 5                    | 79,0                         | 98-98            |
| ABD            | 8                                     | 2,1                | 16,3                             | 7                    | 8                    | 77,0                         | 96-91            |
| İngiltere      | 12                                    | 1,6                | 20,8                             | 5                    | 6                    | 79,0                         | 91-91            |
| Fransa         | 16                                    | 1,7                | 20,5                             | 4                    | 5                    | 80,0                         | 97-97            |
| Almanya        | 19                                    | 1,4                | 24,4                             | 4                    | 5                    | 79,0                         | 89-94            |
| Yunanistan     | 24                                    | 1,3                | 24,0                             | 4                    | 5                    | 79,0                         | 88-87            |
| <b>Türkiye</b> | <b>88</b>                             | <b>2,2</b>         | <b>8,2</b>                       | <b>29</b>            | <b>28</b>            | <b>69,8</b>                  | <b>64,4-69,1</b> |

(a) Human Development Reports, 2004.(b) The State of the World's Children, Statistical Tables. (c) The World Health Report, 2005 Statistical Annex.

Tablo-37'deki veriler, 2000'li yılların başları itibariyle ülkemizin “insani gelişmişlik indeksi sırası” bakımından olduğu kadar, literatürde en önemli temel sağlık göstergeleri olarak nitelenen bebek ve çocuk ölüm oranları yanında, bağışıklama çalışmaları açısından da iyi durumda olmadığını, gelişme gösterilmesi zorunlu bir aşamada bulunduğuna işaret etmekteydi. Bu tabloda ülkemiz lehindeki

<sup>320</sup> Coşkun Bakar; Seval Akgün; **Türkiye’de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen**

**Hikaye**; sf: 350.

tek veri, nüfustaki yaşlılık oranının düşük olması, başka bir deyişle tabloda yer alan ülkelere oranla daha genç bir nüfusa sahip bulunmamızdı. Kuşku yok ki, nüfusun sadece genç olması büyük bir anlam taşımaz; ayrıca o nüfusun sağlıklı, eğitilmiş ve donanımlı olması da gereklidir. Aksi bir durum ülke için olumsuzluk kaynağı olacaktır.

Türkiye'nin genel durumu yanında sağlık alanındaki düzeyi, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından hazırlanan 2010 "İnsani Gelişme Raporu"nda<sup>321</sup> yer alan bulgulara göre ne yazık ki günümüzde bile arzulanan düzeyde değildir. 2010 İnsani Gelişme Raporuna göre 2007 yılında her bin canlı doğumda ölen bebek oranı 20, beş yaş altı çocuklarda ölüm oranı 22 dolayındadır. 10 bin kişiye düşen doktor 15, yatak sayısı 28'dir; yani 667 kişiye bir doktor, 357 kişiye bir hasta yatağı düşmektedir.

Sosyal sigorta programlarının kapsadığı nüfusa ilişkin Tablo-17'nin verileri de 2000'li yılların başlarıyla ilgili durumumuzu ortaya koymaktadır. Tablodaki veriler 2000 yılında nüfusun %82,2 oranındaki kısmının sosyal sigorta kapsamına girdiğini, dolayısıyla %17,8 oranındaki nüfusun kapsam dışında kaldığını göstermektedir. Toplumun sağlık kapsamına giren oranı ise daha az olup, %80,9 dolayındadır. Bunun anlamı, nüfusun %19,1'i, yani yaklaşık 13 milyon kişi (çalışan, emekli, dul, yetim vs. statüsünde olmadığından), sosyal sigorta programlarının kapsamı dışında kalmış ve bu yoldan sağlanan sağlık hizmetlerine ulaşma olanağı elde edememiştir. Böyle bir durumun toplum için başarılı bir düzey olduğunu ileri sürmek olası değildir.

---

<sup>321</sup> BM (UNDP); **Human Development Report 2010**; ( [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org); erişim: 07.11.2010)

**Tablo-38: Konsolide Bütçeden Sağlık Bakanlığına Ayrılan Pay (1993-2002)<sup>322</sup>**

| Yıllar             | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Bütçedeki Payı (%) | 3,72 | 3,70 | 2,76 | 4,00 | 3,00 | 2,81 | 2,26 | 2,66 | 2,40 |

Kaynak: 1996, 1997,1998 Tokat Raporları; Sağlık Bakanlığı 2002.

Ülkemizdeki sağlık harcamalarının kaynaklarına bakıldığında da insanların neden hoşnutsuz olduğunu, sağlık hizmetlerinden niçin memnun kalmadığı anlaşılabilir.

Sağlık harcamalarının kaynağını gösteren Tablo-39 incelendiğinde, bu dönem içinde vergilerin kaynak olarak biraz daha az kullanıldığı, sigorta primlerinde artış görülürken, cepten yapılan harcamaların %30 dolayında seyrettiği ortaya çıkmaktadır. Başka bir deyişle, sağlık harcamalarının %30 gibi büyük bir oranını cepten karşılaması nedeniyle, insanların sağlık hizmetlerini yetersiz bulup hâlâ şikâyetçi olması doğal bir sonuçtur.

<sup>322</sup> B. Serdar Savaş; Ömer Karahan; R. Ömer Saka; **Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süreci; Türkiye-2002**; (Der: Sarah Thomson; Elias Mossialis); Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi; TC Sağlık Bakanlığı, Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi; 2002; sf: 36.

**Tablo-39: Toplam Sağlık Harcamalarının Finansal Kaynakları (%)**<sup>323</sup>

| <b>Kaynak</b>        | <b>1992</b>  | <b>1993</b>  | <b>1994</b>  | <b>1995</b>  | <b>1996</b>  | <b>1997</b>  | <b>1998</b>  |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Vergiler             | 46,1         | 56,7         | 46,0         | 43,1         | 43,1         | 43,4         | 40,4         |
| Sigorta Primleri     | 22,6         | 21,9         | 24,1         | 27,1         | 25,2         | 27,8         | 31,5         |
| Cepten<br>Harcamalar | 31,3         | 31,5         | 30,0         | 29,8         | 31,6         | 28,9         | 28,1         |
| <b>Toplam</b>        | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> |

Kaynak: 1996, 1997 ve 1998 Tokat Raporları.

Türkiye de cepten yapılan sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %30'u dolayındadır. Kişi başına yapılan formel ve informel ödemelerin birbirine çok yakın olduğu saptanmıştır. Bu oranlar, yapılan çalışmada, Çek Cumhuriyeti ile Polonya'dan yüksek, Bulgaristan'a yakın, fakat Romanya'dan düşük bulunmuştur. Bu durum, sağlık harcamalarının, resmi verilerdeki tutarlardan daha yüksek olduğunu gösteriyor. Çalışmada informel ödemelerin nakit olarak yapıldığı ve bundan ödeme yapan kişilerin hoşnut olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca, hastaların bu ödemeleri, memnuniyetlerinden veya kültürel sebeplerle yapmadığı, aksine

<sup>323</sup> B.S. Savaş; Ö. Karahan; R.Ö. Saka; R. Ömer Saka; **Sağlık Sistemlerinde**

**Dönüşüm Süreci; Türkiye-2002;** (Der: S. Thomson; E. Mossialis); sf: 46.

hastanın temel haklarından olan iyi hizmet almayı garantilemek için yaptıkları saptanmıştır<sup>324</sup>.

SDP'nin gündeme geldiği ilk yıllar ile ondan önceki ekonomik krizler döneminde Sağlık Bakanlığının Bütçesi, Genel Bütçe içinde yine küçük bir paya sahip olmakla birlikte, SDP döneminde artış göstermiştir. Fakat, Temel sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesindeki yatırım payının sürekli olarak düşüş göstermesi, personel ve idari masraflardaki artış dolayısıyla SB bütçesinin kısmen de olsa büyümüş olmasına karşın, sağlık altyapısında yatırıma yeterli kaynak ayrılmadığını, aksine yatırım oranında göreceli olarak gerileme olduğunu ve bunun sürekli bir hal aldığını ortaya koymaktadır. Böyle olunca da temel sağlık göstergelerinde anlamlı iyileşme beklemek mümkün değildir.

**Tablo-40: SB ve Temel Sağlık Hizmetleri G. M. Bütçesi ve Yatırımların Oranı (2001-2005)**

| Yıl  | SB Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı (%) | Yatırım Tutarının Temel Sağlık Hiz. Bütçesine Oranı (%) |
|------|---------------------------------------|---|
| 2001 | 2,66                                  | 3,9   |
| 2002 | 2,41                                  | 3,2   |
| 2003 | 2,43                                  | 2,4   |
| 2004 | 3,19                                  | 2,8   |
| 2005 | 3,19                                  | 2,2   |

Kaynak: SB; TSH Çalışma Yıllığı 2005; Ankara; 2006; sf:30.

<sup>324</sup> Mehtap Tatar; Hacer Özgen; Bayram Şahin; Paolo Belli; Peter Berman; **Informal Payments in the Health Sector: A Case Study From Turkey**; Health Affairs; 26/4; 2007; sf: 1030, 1034.



Yukarıda sözü edilen ve tablolarda da açıkça görülen bu yetersiz ve olumsuz durumun temel nedeni, ülkede izlenen sosyal politika ve buna bağlı olarak da uygulanan sağlık politikası ve siyasal tercihlerdir. Devletin (yönetimin) bu bağlamda tercih ettiği ve izlediği politikanın bir göstergesi olan konsolide bütçe içinde Sağlık Bakanlığının payındaki yetersizlik, bunun en önemli kanıtıdır. Buna, SSK ve diğer kamu kurumlarındaki sağlık ödenekleri de eklense, oranın yeterli düzeye yükseldiği söylenemez. Örnek aldığımız AB ve OECD ülkelerinde ise, bizdeki uygulamanın aksine, bütçelerin önemli bir kısmının bu hizmetlere tahsis edildiği bilinen bir gerçektir.

5510 sayılı SSGSSK'nın Genel Gerekçesinde, mevcut durum için şu değerlendirmeye yer verilmiştir: "Gelişmiş ülkelerde, geçirilen uzun deneyimler sonucu, hemen tüm vatandaşları kapsamına almış olan kamu sağlık sistemleri mevcutken, ülkemizde halen bazı kesimler sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık giderlerinin karşılanması yönünden sosyal güvenceden yoksundur. Öte yandan, ülkemizde sağlık güvencesi konusunda, sağlanan hizmet ve yardımlar yönünden eşit ve rasyonel bir sistemden söz etmek mümkün değildir. Mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarınca üyelerine çeşitli miktar ve nitelikte sağlık sigortası yardımları yapılmakta ve bu yardımlar arasında norm birliği bulunmamaktadır. Bu husus ise, değişik vatandaş grupları arasında eşitsizlik yarattığı gibi, hak ve adalet kurallarına da uygun düşmemektedir".

Ayrıca, reform gerektiren hususlardan birisi de, yeşil kart kullananların, sağlık sigortasından yararlanıyor gibi görünseler dahi, o dönemde bu kartlarla ancak çok kısıtlı sağlık hizmetlerinden yararlanıyor olmalarıdır. Bu yolla elde edilen sağlık

hizmetlerinin, o dönem itibariyle yeterli bir düzeyde olduğunu söylemek olası değildir.

Kısaca belirtmek gerekirse, gerek Dünya Bankası tarafından yapılan tespitler, gerekse ilgili kamu kurumlarımızın yaptığı çalışmalarda elde edilen veriler, 2000’li yılların başında sağlık sistemimizin yeterli bir düzeyde olmadığını, sağlık sistemi açısından çağdaş bir toplum olunabilmesi için önemli ve kapsamlı çalışmaların ve düzenlemelerin yapılması gerektiğini ortaya koymaktaydı.

Yetersiz ve aksamakta olan bir sistemin var olduğu dönemde iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi; toplumdaki değişim ihtiyacını doğru algılayarak ve içsel-dışsal etkenlerin de yönlendirmesiyle, sağlık alanında köklü bir değişimin gerçekleştirilmesi düşüncesiyle Sağlıkta Dönüşüm Programını gündeme getirmiştir. Ayrıca Ak Parti; Andre Gorz’un “Elveda Proleterya” adlı çalışmasında “örgütlü işçi sınıfının sosyal güvenlik sistemi aracılığıyla kapitalist düzene içerilerek devrimci özne olma özelliğini kaybettiği ve bu misyonun sistemin dışında kalan kent yoksullarına geçtiği” yolundaki tezini<sup>325</sup>, ilgili birçok sosyal ve siyasal kesimden önce fark etmiş ve bu anlayışı sosyal yardımlar konusunda kendi açısından çok başarılı bir biçimde kullanmış, genel seçimleri kazanmasındaki temel etkenlerden biri olmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı sekiz bileşenden oluşmakla birlikte, özünde dört ayağı bulunan bir oluşumdur. Bunlardan ilki, Sosyal Güvenlik Sisteminin tek çatı

---

<sup>325</sup> Metin Özügürlü; **Sosyal Politikanın Dönüşümü ya da Sıfatın Suretten Kopuşu**; Mülkiye; XXVII; 239; 2003; sf: 64.

altında toplanmasıdır. Bu amaçla ES, SSK, Bağ-Kur ve Yeşil Kart olarak adlandırılan sosyal yardım sistemi Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) içinde birleştirilecektir. İkincisi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin “aile hekimliği” olarak yeniden düzenlenmesidir. SDP’nin üçüncü ayağı, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini yürüten kuruluşların “sağlık işletmesi”ne dönüştürülmesidir. Dördüncü ayağı da Sağlık Bakanlığının görev ve yetkilerinin yeniden saptanması ve işlevlerinin “düzenleyici ve denetleyici” işlemlerle sınırlandırılmasıdır<sup>326</sup>.

Sağlıkta Dönüşüm Programı adlı bu projenin ülke gerçekleriyle ne derecede uyumlu olduğu, başka bir deyişle SDP’nin ülke gereksinimlerine ne oranda çözüm getireceğinin ortaya konulması gereklidir. Bundan sonraki kısımda bu konu ele alınacaktır.

Literatürde yer alan çalışmalarda da, sağlık reformlarının kaynağında bazı etkenlerin bulunduğu gözlemlendiği dile getirilmektedir<sup>327</sup>. Bu etkenler şöyle özetlenebilir:

1) Bireylerin yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun artması, tıbbi teknolojideki gelişmeler, kronik hastalıkların artması vs. sağlık hizmeti üretim

---

<sup>326</sup> 1) F. Ataay; **Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları**; 170; 2) Onur Hamzaoğlu; Cavit Işık Yavuz; **Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine**; “AKP Kitabı: Bir Dönüşümün Bilançosu” (Der: İlhan Uzgel; Bülent Duru) içinde; Ankara; Phoenix Yayınevi; 2009; sf: 635.

<sup>327</sup> Adnan Kısa; **Sağlık Reformları, Sağlıkta Öncelik Belirleme ve Kaynak Tahsisinde Temel Sağlık Hizmet Paketi Yaklaşımı**; “Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi” (Editörler: Coşkun Can Aktan–Ulvi Saran) içinde; İstanbul; Aura Kitapları; 2007; sf: 65.

maliyetini yükseltmektedir. Maliyetlerde yaşanan bu artış, hükümetleri sağlık politikalarını gözden geçirmeye zorlamıştır.

2) Sağlık hizmet bedellerini ödeme bakımından yaşamaya başladıkları ödeme güçlükleri, hükümetleri, yeni yöntem arayışlarına itmiştir. Bu bağlamda maliyet etkili sağlık hizmeti üretimi, kaynakların tahsisinde verimlilik politikası izlenmesi (tedavi edici hekimlik yerine, koruyucu hekimliğe ağırlık verilmesi gibi), yönetsel sistemin kaynak ve zaman israfının azaltılması, sağlık hizmetlerinde reformu gerekli kılan olgulardır.

3) Sosyal, ekonomik, politik alandaki gelişmeler insanları daha iyi ve daha yeni sağlık hizmeti talebine yöneltmiş olması da reform nedenlerinden birini oluşturur.

Dolayısıyla, 2000’li yılların başında sağlık sisteminde köklü değişiklikler yapılması konusunda teorik gerekçeler de mevcut bulunuyordu.

Birinci BYKP’den beri gündemde olan Genel Sağlık Sigortası, Özel İhtisas Komisyonu Raporundaki tanımıyla, “kişilerin ekonomik gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın, gelecekte ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan bir sosyal güvenlik aracıdır”<sup>328</sup>. Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1967 yılında oluşturulan özel komisyonla başlayan çalışmalar çeşitli nedenlerle sonuçlandırılmamış, ancak konu değişik boyutlarda hep gündemde kalmıştır. Yine

---

<sup>328</sup> DPT; Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı; **Özel İhtisas Komisyonu Raporu: Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu**; Ankara; 1991; sf: 166.

Raporda belirtildiği üzere, toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı yıllar itibariyle %3-4,3 arasında gerçekleşmiştir. Gelişmiş ülkelerde ise bu oran %6-10 arasında değişmektedir. Dolayısıyla Türkiye’de sağlık hizmetleri için ayrılan payın yeterli olduğu söylemek güçtür.

Ülkelerin ekonomik kalkınmalarının önemli ölçütlerinden olan sağlık harcamaları, ortalama yaş sınırı, bebek ölüm oranları gibi göstergeler, aynı zamanda ülkenin ekonomik gelişmesine olumlu katkı sağlayan faktörlerdir<sup>329</sup>. Sağlıklı bir nüfus ülkelerin beşeri sermaye birikimi için vazgeçilmez bir ön koşuldur. Bilindiği gibi, gelişmiş ülkelere baktığımızda bunların eğitim düzeylerinin ileri ve ortalama insan ömrünün daha uzun olduğunu görülür. Bunlar beşeri sermayenin oluşumu ve birikimi ile ilgili unsurlardır. Bu bağlamda herhangi bir ülkenin beşeri sermayesinin artırılabilmesi için öncelikle eğitilebilecek, genç, fizyolojik ve psikolojik açıdan sağlıklı yeterli nüfusa da ihtiyaç vardır.

SDP’nin gündeme geldiği 2002 yılı sonlarında Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı yedi kaynaktan karşılanıyordu: 1) SSK, 2) Bağ-Kur, 3) Emekli Sandığı, 4) Genel Bütçe (Kamu görevlileri için), 5) Özel Sandıklar, OYAK, Amele Birliği, 6) Yeşil Kart, 7) Bireysel harcamalar, özel sağlık sigortaları, bizzat ödeme, hayır kurumlarından ve/veya hayırsever kişilerden yardım alma. Bu farklı yapılanma ise makro açıdan neden olduğu ekonomik kaynak israfı yanında, sağlık sisteminde adaletsizlik ve hoşnutsuzluk yaratmaktaydı.

Yukarıda sözü edilen bütün bu etmenlerin itici etkisiyle hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında sonuç olarak şu söylenebilir: SDP; Dünya Bankası ve

---

<sup>329</sup> Mehmet Karagül; **Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu**; Afyon; Afyon Kocatepe Ü. Yayını; No: 37; 2002; sf: 32, 65.

IMF tarafından önerilen, 1992 ve 1993'te toplanan I. ve II. Ulusal Sağlık Kongrelerinde dile getirilen bir modelin, uyarlanmış halidir. Hattâ, Bülent Ulusu zamanından başlayıp, ANAP döneminde gündeme getirilen bir anlayışın ve politikanın ürünüdür. IMF, DB, DTÖ, OECD gibi kuruluşların fikri öncülüğünde geliştirilen, içerde TÜSİAD, MÜSİAD, TOBB, TİSK gibi işveren kuruluşlarınca içtenlikle desteklenen bir görüşün, yaşama geçirilme çabalarının bir sonucudur. Dolayısıyla iddia edildiği gibi SDP, 2002 yılı Kasım ayında iktidara gelen AK Partinin özgün bir programı değildir; daha önceki hükümetler tarafından gündeme getirilen, hükümette görev almış diğer bütün siyasi partilerden izler taşıyan, kısacası değişik oranlarda başka siyasi görüşlerin de katkısı bulunan bir programdır. Ak Partinin buradaki rolü, yıllar içinde oluşturulan böyle bir programı benimsemek ve uygulama konusunda ısrarcı olmaktır. Bu kararlılık doğrultusunda yapılan yasal düzenlemelerin ana hatlarıyla dökümü Tablo41'de verilmiştir.

**Tablo-41:Çalışma Yaşamı, Sağlık, Sosyal Güvenlik ve Emeklilik Hakları'na İlişkin Yasal Düzenlemeler**<sup>330</sup>

| Kanunun Adı   | Kanunun Sayısı       | Kabul Tarihi                           | Açıklama   |
|---|----------------------|--|--|
| - İş Kanunu<br>- İş K'da Ek ve Değişiklikler          | 4857<br>4884<br>5378 | 22.05.2003<br>11.06.2003<br>01.07.2005 | İş Kanunu'nun kimi maddeleri Anayasa Mahkemesi'nce iptal edilmiş, ancak iptal kararı henüz Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmemiştir. |
| - Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli | 4924                 | 10.07.2003                             |  |

<sup>330</sup> Bağımsız Sosyal Bilimciler; IMF Gözetiminde On Uzun Yıl, 1998-2008: Farklı

Hükümetler, Tek Siyaset; sf: 91.

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Sağlık Personeli Çalıştırılması Hakkında Kanun</b>   |  |  |  |
| <b>- 4924 ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda Değ. Hk. Kanun</b>                            | 5413<br>5614   | 20.10.2005<br>28.03.2007               |  |
| <b>- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda Değ. Hk. Kanunlar</b>   | 5220<br>5371<br>5396   | 14.07.2004<br>21.06.2005<br>03.07.2005 |  |
| <b>- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun</b>   | 5258   | 24.11.2004                             |  |
| <b>- Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesi Hk. K.</b> | 5283   | 06.01.2005                             |  |
| <b>- Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu</b>  | 5502   | 31.05.2006                             | Yasanın, Genel Sağlık Sigortası Gn. Müdürlüğünün görevlerine ilişkin 14. Maddesi, Cumhurbaşkanlığı'nca Anayasa Mah.'ne gönderilmiştir. |
| <b>- Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu'nda değişiklik yapan kanunlar</b>                                      | 5538, 5597,<br>5673, 5754,<br>5797   | 2006-2008                              | Bu yasal düzenlemeler ile SGK'de bazı değişiklikler yapılmış, ek ve geçici maddeler eklenmiştir.                                       |
| <b>- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu</b>   | 5510   | 16.05.2006                             | Yasanın bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiş, bu maddelerden bazılarını da kapsayan düzenlemeler yapılmıştır.     |
| <b>- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda değişiklik yapan kanunlar</b>                 | 5655, 5754,<br>5763,<br>5797, 5838,<br>5917,<br>5921,<br>5947,5951,<br>5997,6009 | 2007-2010                              | Bu yasalarla bazı maddelerde değişiklikler yapılmış, ek ve geçici maddeler eklenmiştir.  |

### 3.3.3.2) SAĞLIK BAKANLIĞININ YAPISI ve GÖREVLERİ

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda öncelikle Sağlık Bakanlığı'nın, geleneksel görev anlayışı ve örgütlenmesinden uzaklaştırılarak, SDP vizyonu doğrultusunda politikalar geliştiren, standartlar koyan, denetleyen, kamu ve özel kuruluşlarca sağlığa ayrılan kaynakları etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir biçimde kullanmak üzere yönlendirmeler yapan bir yapılanmaya kavuşturulması öngörülmektedir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlar, “yerinden yönetim” ilkeleri doğrultusunda yapılandırılacak, bu suretle Sağlık Bakanlığı, Anayasada da belirtildiği üzere, sağlık sistemini tek elden planlayabilecektir.

Bu amaçları gerçekleştirebilmesi için Sağlık Bakanlığı'nın;

1) Stratejik planlama, insan kaynakları politikası, personel yönetimi, kaynak dağılımı, malzeme yönetimi konularında yeni misyonunu, amaçlarını ve görevlerini tanımlaması için yapısını gözden geçirmesi,

2) Sağlık sektöründe daha aktif liderlik görevi üstlenmesi sırasında idari ve mali kontrol ve denetimi taşra örgütüne aktarmasına yardımcı olacak şekilde yeniden yapılanması,

3) Misyonunu, sektör politikalarını, örgütsel yapısını ve merkez ve taşra düzeyinde fonksiyonlarını yeniden tanımlaması, diğer yandan sağlık sistemini ve hizmetlerini modernleştirmesi ve iyileştirmesi,

4) Yönetim organları, rolleri, politikaları ve usulleri ile merkez ve taşra yetkililerinin sağlık hizmet ağının yönetim ve işletiminde daha büyük sorumluluklar almalarını sağlayacak bir yönetim modeli geliştirmesi,

5) Mezuniyet öncesi ve sonrası sağlık eğitiminin planlanmasında aktif rol alabilecek, sağlık işletme sisteminin değişik düzeylerdeki personeli eğitmek



amacıyla eğitim programları hazırlaması, bunların uygulama ve denetimini yapabilecek şekilde yeniden yapılanması,

6) Bu hedefe ulaşabilmesi için, dikey yapılanmayı ortadan kaldıran ve entegre sağlık hizmetini ön plana çıkaran bir yapılanmaya gitmesi, öngörülmektedir.

Sağlık Bakanlığının başlıca görevi ve sorumluluğu, sağlık politikasını hazırlamak ve düzeni denetlemek olacaktır. Bundan böyle Bakanlık; sağlık sektörü için önceliklerin belirlenmesi, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesi, kurumların akreditasyonu ve uzmanlara lisans verilmesi, halk sağlığı işlevlerinin yönetimi ve salgın hastalıkların gözetimi üzerinde odaklanacaktır. Sağlık Bakanlığı, yeniden yapılanmasını gerçekleştirirken, hem sağlık hizmetlerinin planlaması ve sunumu sırasında sosyal devlet anlayışı çerçevesinde koruyucu hizmetlere öncelik verecek, hem de birinci basamak hizmetlerini güçlendirecektir.

Bu anlayışı da yansıtmak üzere hazırlanan “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden yapılandırılması Hakkında Yasa Tasarısı” ile, Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılarak küçük, düzenleyici ve denetleyici bir yapıya kavuşturulması öngörülmüştür. Bu tasarıya göre<sup>331</sup>;

1) Sağlık Bakanlığının taşra örgütü kaldırılarak, sağlık hizmetleri il özel idarelerine devredilecek,

2) Bakanlığa bağlı kuruluşların (Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi, Hudut ve sahiller Gn. Mdl.) taşra örgütü olabilecek,

3) Eğitim hastaneleri Sağlık Bakanlığı tarafından işletilmeye devam edecek,

4) Bazı devlet hastaneleri özerk statüye geçecek, diğerleri il özel idarelerine devredilecek,

---

<sup>331</sup> G. Yenimahalleli Yaşar; **Türkiye’de 1980 Sonrası ...** sf: 166.

5) Verem, sıtma, bağışıklama, aile planlaması gibi bazı ulusal programlar Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülecek,

6) İl özel idareleri sağlık kuruluşlarını belediyelere, üniversitelere, meslek kuruluşlarına ve özel sektöre devredebilecek,

7) Bakanlık içinde strateji belirleme ve performans değerlendirme birimi kurulacak, yıllık planlar hazırlanacak.

Böylece Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkarılacak, sadece politika belirleyen, koordinasyon sağlayan ve “sağlık piyasası”nı düzenleyen ve denetleyen bir kuruma dönüştürülmüş olacaktır.

Oluşturulacak bu yeni yapısı ve üstleneceği işlevlerle Bakanlığın; adem-i merkeziyetçi; esnek, yassı ve az kademeli örgüt yapısına dayalı; katılımcı; inisiyatif kullanımını gözeten; şeffaf; hesap verebilir; performans ve ödüllendirme araçlarıyla hizmet sunucularının daha üretken olması doğrultusunda rekabeti artırıcı bir yapıya kavuşması beklenmektedir<sup>332</sup>. Nitekim Dünya Bankası’na göre de bu yapılanma ve işlevleri dolayısıyla Bakanlığın sağlık sistemi içindeki yeri “kılavuzluk” olarak tanımlanmıştır<sup>333</sup>.

Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenlerinden biri olan bu konunun, ilk ele alınan ve düzenlenmek istenen bir husus olması dikkati çekmektedir. Bu husus,

---

<sup>332</sup> Ulvi Saran; **Türk Sağlık Sisteminde Değişim, Yeniden Yapılanma Gereği ve Sağlıkta Dönüşüm Programı**; “Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi” (Der: Coşkun Can Aktan; Ulvi Saran) içinde; İstanbul; Aura Kitapları; 2007; sf: 670.

<sup>333</sup> World Bank, **Project Appraisal Document on a Propose Loan to the Republic of Turkey for Health Transition Project**, Report No: 27717-TU, Nisan 2004, sf: 1; Kaynak: U. Saran: Türk Sağlık Sisteminde Değişim,... sf: 670.

getirilmek istenen sisteme ilişkin planlamaya devletin sağlık alanındaki en tepe noktasından başlanmak istendiğini, bu alandaki politikaları belirleyen ve yönlendiren ana karar merkezinin, oluşturulmak istenen sisteme uygun bir yapıya kavuşturulmasının amaçlandığı görölmektedir.

SDP’de öngörölen Sağlık Bakanlığı, program metninde vurgulandığı üzere; doğrudan hizmet üretmek yerine, planlayan, kural koyup denetleyen, alacağı geri bildirimlerden de yararlanarak kurallarda yeni düzenlemelere giden, küçük, fakat etkin çalışmalar gerçekleştirebilen bir yapıya kavuşturulacak; hizmet sunumunda bulunmayacaktır. Bu konuda ulaşılmak istenen hedef budur.

Bu durumda SB, sahibi olduğu bütün sağlık kuruluşlarını elinden çıkaracak, bu amaçla elindeki sağlık kuruluşlarını önce özerk bir yapıya kavuşturacak, daha sonra özelleştirerek ve/veya yerel yönetimlere devrederek sağlık hizmeti sunumundan çok büyük oranda çekilecek; sadece toplumsal koruyucu hekimlik, ana-çocuk sağlığı gibi temel konularda hizmet üretecektir.

Ancak sağlık kuruluşlarının özerkleştirilmesi ve daha sonra elden çıkarılması konusunda gerekli hukuksal düzenleme henüz gerçekleştirilememiş, bu konulara ilişkin yasalar yürürlüğe konulamamıştır. Bu nedenle, bu amaca ne zaman, hangi biçimde ve hangi kapsamda ulaşılaçağı belirgin bir hale gelmemiştir.

Oysa bu kadar yaşamsal ve kapsamlı bir konunun, ilk aşamasından başlanarak çok geniş bir katılımı (üniversiteler, TTB, TDHB, TEB, meslek mensupları ile hasta ve hasta yakınlarının temsilcileri vs)ve uygun bir süre içinde bütün yönleriyle tartışılması, böyle bir girişimin ne gibi sonuçlar yaratacağının ayrıntılı bir biçimde ortaya konulması ve yasa tasarılarının bu çalışmalarda varılacak uzlaşmalar göz önüne alınarak hazırlanması gerekirdi.

Bilindiği gibi, toplumun tümünü ilgilendiren bu tür konularda başarıya ulaşılabilmesi için güçlü bir siyasal irade, bunun için de toplumun desteği yaşamsal önem taşır. Toplum desteği için de konunun halka anlatılması, tartışılması ve ilgili bütün kesimlerden önerilerin alınması gerekir<sup>334</sup>. Fakat böyle bir yaklaşım benimsenmiş değildir. Bunun bu tür çalışmalarda başarı şansını çok azalttığı bir gerçektir. Örneğin, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un arzulanan düzeyde başarılı uygulanamamasındaki temel nedenlerden birinin de, bilinçli direnç ve engelleme dışında, geniş katımlı çalışmaya ve toplumsal oydaşmaya gerekli önemin verilmemesi olduğu, literatürde yaygın olarak paylaşılan bir görüştür.

### **3.3.3.3) YAYGIN ve ERİŞİMİ KOLAY SAĞLIK SİSTEMİ**

Sağlıkta Dönüşüm Programı'na göre; doğu-batı, kır-kent ayrımı yapmadan herkesi kapsayan bir sağlık sistemi oluşturulması temel hedeftir. Ancak, ülkemizin sosyo-ekonomik ve coğrafi yapısı, homojen-tek düze bir sistemin bütün ülkede uygulanmasını engellemektedir. Ülkemizde, birkaç evlik mezralardan metropol kentlere kadar uzanan ve her biri kendine özgü çözümler bekleyen heterojen bir yapı mevcuttur. 1961 yılında "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun" ile oluşturulan, zamanın en gelişmiş ve en modern sistemlerinden biri olan, "sağlık ocağı ve sağlık evi" modeli yeterince uygulanamamıştır. Ayrıca, köyden kente sürekli göç ve gelir dağılımında korkunç bir uçurum söz konusudur. Bu durumda geçmişini aynen kabul etmek yerine, 1960'ların sosyo-ekonomik, demografik ve epidemiyolojik yapısına uygun olan bu sistemin mantık yapısını, 21. Yüzyıl

---

<sup>334</sup> Coşkun Bakar; Seval Akgün; **Türkiye'de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye**; sf: 349-350.

Türkiye'sinin değişmiş olan koşullarına uyarlamak gerekir. Sosyalizasyon politikasının bu ülkeye armağan ettiği sağlık ocağı ağı güçlendirilirken, vakıf ve dernekler başta olmak üzere özel sektörün de hizmet ağında yer alması öngörülmüştür. Bu yaklaşım, ülke kaynaklarının verimli kullanımına yol açarken, ayrıca herkesin kolayca erişebileceğı bir hizmet sunumuna da fırsat tanıyacaktır.

SDP ile amaçlanan “Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Sistemi”nin başlıca üç yöntemle gerçekleştirilmesi öngörülmüştür: A) Aile Hekimliği ve Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri, B) Etkili, Kademeli Sevk Zinciri ve C) Özerk Sağlık İşletmeleri.

### **A) AİLE HEKİMLİĞİ ve GÜÇLENDİRİLMİŞ TEMEL SAğLIK HİZMETLERİ**

Temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumu, SDP ile, diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturulacaktır. Kırsal bölgelerde sağlık ocaklarının üstlendiğı topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesi yanında, kentlerde yetersiz kalan bu hizmetler, kamu sağlığı merkezlerince yaygın, örgütlü ve disiplinli bir biçimde yürütülecektir.

Bu düzenlemenin ilk ve önemli adımı, kişilere yönelik koruyucu hizmetlerle birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçeceğı doktorlar tarafından yürütüleceğı “aile hekimliği sistemi”nin kurulmasıdır<sup>335</sup>. Bu sayede doktor ve aile üyeleri arasında daha yakın ve kişisel ilişkiler kurulacak ve bu iyi ilişkiler sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde

---

<sup>335</sup> U. Saran; **Türk Sağlık Sisteminde Değişim ...**; sf: 672.

önemli rol oynayacaktır. Koruyucu diş hekimliği birinci basamakta yerini alacaktır. Bireylerin sağlık kayıtlarının birinci basamak hekimlerince tutulması hem kontrol ve takip, hem de risk analizlerinin yapılabilmesinde önemli ilerlemeler sağlayacaktır.

Aile hekimleri ülkemizde halen yetersiz sayıda olduklarından, uygulamaya pratisyen hekimlerin kısa süreli bir eğitimden geçirilmesiyle başlanacak ve sistem sürekli eğitim ile desteklenecektir.

Kırsal bölgelerde yaygın olan sağlık ocağı alt yapısı bu tür uygulamalara zemin oluşturacak, alt yapının yetersiz olduğu kentlerde serbest hekimlik uygulamaları ve özel sağlık merkezleri sistemde yer alabilecektir.

Sağlık sisteminin birinci basamağını oluşturacak “Aile Hekimliği”ne hazırlık olmak üzere, Aralık 2004’te 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun yürürlüğe konulmuştur. Kanunun amacı; Bakanlığın pilot olarak belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, bireylerin gereksinimleri doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanmasıdır. Yasa ayrıca, görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve mali hakları ile hizmetin esaslarını düzenleme amacını taşımaktadır.

Yasada aile hekimi şöyle tanımlanmıştır: “Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimi uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir”.

Yasaya göre, birinci basamak sağlık kuruluşlarının sorumlu oldukları “koruyucu hekimlik hizmetleri” topluma ve kişiye yönelik olmak üzere ikiye ayrılmakta, topluma yönelik sağlık hizmetleri, sağlık ocaklarının yerine kurulan “toplum sağlığı merkezleri”nin sorumluluğuna verilmekte, kişiye yönelik sağlık hizmetleri ise aile hekimlerinin sorumluluk alanında bırakılmaktadır. Yasa buna ek olarak, aile hekimlerini, birinci basamak tedavi edici hekimlik hizmetlerinden de sorumlu kılmaktadır<sup>336</sup>.

5258 sayılı Yasa; aile hekimliği uzmanlığı almış hekim veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya hiçbir eğitim almamış pratisyen tabibi de Aile Hekimi olarak kabul etmiştir. Sağlık hizmetleri gibi yaşamsal bir konuda böyle bir yaklaşım kabul edilebilir nitelikte değildir<sup>337</sup>.

Aile Hekimliği sistemine literatürde pek çok eleştiri getirilmiş, meslek kuruluşlarınca yoğun tepkiler sergilenmiştir<sup>338</sup>. Bunlar da göz önünde bulundurularak eleştiri ve endişeler ana hatlarıyla şöyle ortaya konabilir:

1) Yasaya göre aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir. SSGSSK ise her türlü sağlık hizmetinde değişik oranlarda katkı payı alınmasını öngörmektedir (m. 68, 69).

<sup>336</sup> Faruk Ataay; **Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları**; Ankara; TODAİE; Amme İdaresi Dergisi; 41/3; 2008; 175.

<sup>337</sup> A. Güzel, A. R. Okur, N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; 2010; sf: 737.

<sup>338</sup> 1) K.Pala; C.I.Yavuz; **Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Üzerine Bir Değerlendirme: Düzce Örneği**; 2) Bülent Kılıç; AKP, Aile Doktorluğu ve sağlıkta “Dönüş”üm Programı; Ankara; TTB; Toplum ve Hekim; 18/2; 2003; 3) G. Y. Yaşar; **Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler**; 4) A. Soyer; **AKP’nin Sağlık Raporu**.

İki yasa arasında çelişki dolayısıyla, yönetimlerce maliyet artışı, ekonomik kriz ve bütçe açığı gibi gerekçeler gösterilerek katkı paylarının artırılması her an için mümkündür. Ayrıca benzer gerekçelerle Aile Hekimlerine kişi başına yapılan ödemeler sembolik bir düzeye indirilip, arada oluşacak farkın, hizmetten yararlananlara ödettilmesi yoluna da gidilebilir. Böyle bir uygulama ise aile hekimliğinin ücretsiz olduğuna ilişkin hükmü geçersiz hale getirecektir.

2) Aile Hekimlerinin, birbirinden bağımsız ve rekabetçi bir ortamda çalışması öngörölmüş olduğundan ve dolayısıyla birlikte kullanım ve yardımlaşma olamayacağından, tıbbi cihaz ve araç-gereç bakımından bireysel donanım sağlamaları gerekecek, bu da bu tür cihazları üreten firmalara ek pazar yaratacaktır. Günümüzde bu cihazlar büyük çoğunlukla yabancı firmalar tarafından üretildiğinden ve orta vadede de durum fazla değışmeyeceğinden, daha çok yurt dışı firmalar için yeni bir pazar ve ek istihdam olanakları yaratılmış olacaktır. Oysa işsizliğin büyük boyutlara ulaştığı ölkemizde, konunun bu yönü üzerinde önemle durulması gerekir.

3) Temel yaklaşımlardan biri de hastanın hekimi serbestçe seçebilmesi olduğuna göre, aile üyeleri ve reşit olmuş çocuklar farklı Aile Hekimi seçtiği takdirde, sistemin adı ve niteliği değışecek, bireysel hekimlik sistemine dönüşecek, Aile Hekimliği konsepti işlevini yitirecektir.

4) Hasta gibi hekimin de seçim hakkı bulunduğundan, bazı hastalar (bulaşıcı hastalığı olanlar, ruhsal sorunlar yaşayanlar, kronik hastalar vb.) Aile Hekimi tarafından reddedildiğinde, bu durumdaki hastaların kendilerini kabul edecek doktor bulmaları gerekecek, bu ise tedavi şanslarını azaltacak, sorunlar yaşamalarına neden olacaktır.



5) Bireysel koruyucu hekimliğin Aile Hekimleri ve toplumsal koruyucu hekimliğin ise sağlık ocakları vasıtasıyla gerçekleştirilmesi ilkesi benimsenmiş olduğundan, bu iki organizasyon arasında zaman zaman “olumlu veya olumsuz görev uyumsuzluğu” doğacak ve sonuçta koruyucu hekimlik gibi temel ve yaşamsal bir sağlık hizmetinde aksamalar yaşanacaktır. Böyle bir durum ise, “temel sağlık hizmetinin güçlendirilmesi” hedefine tamamen ters bir sonuç yaratacaktır.

6) Aile Hekimliğinin statüsünün kesin olarak yasa ile belirlenmesi, görevleri kadar yetki ve sorumluluklarının da açık bir biçimde ortaya konması gerekir. Eğer sözleşmeli çalışacaksa, kamu görevlisi gibi mi işleme tabi tutulacağı; yoksa, özel hukuk hükümlerine tabi olacaksa, hukuksal sorumluluğun Borçlar Kanunumuzdaki “vekâlet sözleşmesi” hükümlerine göre mi çözümleneceği ya da henüz hukukumuzda bulunmayan “Hekimlik/Tedavi ve Bakım Sözleşmesi” adı altında Borçlar Kanununda oluşturulacak yeni bir düzenleme ile mi bir statüye kavuşturulacağı kesin olarak belirlenmeli ve hukuki durumu belirgin hale getirilmelidir.

7) Aile Hekimlerinin tutacağı kayıtların düzgünlüğü, sürekliliği ve istenilen süreler içinde gerekli bilgilerin Sağlık Bakanlığının ilgili ve yetkili birimlerine iletilmesi konusu da kuşku yaratıcı niteliktedir. Aile Hekimi yanında çalıştırılacak düşük ücretli ve eğitimi belirsiz kişilerce yerine getirilmesi gereken bu hizmetlerde kalitenin nasıl sağlanacağı belirsiz bir durumdadır.

8) Aile Hekimliğinin, nüfusun dağınık ve seyrek olduğu Doğu Karadeniz, Doğu ve Güneydoğu Anadolu gibi bölgelerimizde ne derecede başarıyla uygulanabileceği de kuşkuludur. Buralarda örneğin evlerde yapılacak kontrol ve bakım çalışmaları sırasında ulaşım için gerekli araç ve sürücü hangi olanaklarla sağlanacak, bunun yaratacağı masraflar nasıl karşılanabilecek, belli değildir.

9) Bu hususta değinilebilecek bir başka önemli konu da şudur: Bazı çalışma alanları, zaman zaman danışma ve fikir alış verişini, hâttâ tartışmayı ve birlikte değerlendirme yapmayı, konsültasyonu gerekli kılar. Oysa, sağlık gibi yaşamsal önemdeki bir alanda hizmet üretecek olan Aile Hekimi, ilke olarak, bireysel ve rekabetçi bir ortamda tek başına çalıştığından, fikir danışma vb. bir olanaktan yoksundur; çünkü sistem böyle kurgulanmıştır. Bu ise, sağlık hizmetinin yerine getirilmesini olumsuz etkileyecek ve sonuç olarak reformdan beklenen gelişmenin sağlanmasını engelleyecektir.

Buna benzer eleştirileri artırmak mümkündür. Ancak bu konuda şu vurguyu yapmak kaçınılmaz bir görevdir: Sosyalleşme sisteminin uygulanması sırasında elde edilen 40 yıllık toplumsal ve kurumsal deneyimin, bir kalemde çöpe atılarak heba edilmesi yerine, bu deneyimlere dayanılarak güncellenmesi ve başka ülkelerde bile örnek alınan bize özgü bu sistemin yaşatılması, hem daha sağlıklı ve mantıklı, hem de verilen emeklere daha saygılı bir davranış olurdu.

Bu hususta belirtilmesi gereken önemli bir olgu da şudur: 1978 yılında 134 ülkenin katılımıyla gerçekleştirilen Alma-Ata Konferansı sonunda “Alma-Ata Bildirisi” yayınlanmıştır. Bu bildiri; temel sağlık hizmetinin, ekonomik ve sosyal kalkınmanın kaçınılmaz bir gereği olduğu ve bu hizmetlere adil ve hakkaniyetli biçimde erişimin kişiler için vazgeçilmez bir hak olarak değerlendirilmesi gerektiği, görüş birliğine varılan konular olarak ortaya konulmuştur<sup>339</sup>. Türkiye’de SDP ile oluşturulan “Aile Hekimliği” sistemi, “birinci basamak/aile hekimliği” konusunda özel eğitilmiş hekimlerine dayandırılmadığından, Alma Ata Konferansında “özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve kuralları içerdiği, bu

---

<sup>339</sup> U. Saran; **Türk Sağlık Sisteminde ....** sf: 652.

nedenle de uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiği” yolunda yapılan vurguya aykırı bir düzenleme niteliği taşımaktadır. Başka bir deyişle, Türkiye’de oluşturulan “Aile Hekimliği” sistemi, bu haliyle, yaklaşık otuz yıl önceki anlayışın bile gerisindedir.

## **B) KADEMELİ SEVK ZİNCİRİ**

SDP’ye göre, kurulması öngörülen sistem; etkili ve kademeli bir sağlık sisteminin oluşturulamamasından kaynaklanan birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları arasındaki uyumsuzluk ve yığılmaları önleyerek, kişilerin sağlık hizmetlerine daha kısa süre içinde, daha etkili ve tatmin edici düzeyde erişimlerini kolaylaştıracaktır.

Etkili ve kademeli sevk zinciri, birinci basamakta birçok hastanın tutulmasını sağlamak suretiyle hastanelerde gereksiz yığılmaları önleyecek, tedavi hizmetlerinde kalite artışını sağlayacak ve sağlık harcamalarındaki israfı önleyerek, kaynak kullanımında etkililiği ve verimliliği artıracaktır.

Sevk sistemi, tek yönlü bir yol değildir. Tanı ve/veya tedavi için ikinci veya üçüncü basamak kuruluşlara sevk edilen hastaların çoğu, tedavinin devamı, izlenme ve bakım için daha alt seviyedeki kurumlara geri gönderilmelidir. Hastanın kayıtlarını tutmakla yükümlü olan hekimin sevk ettiği hastasına ikinci basamakta verilen konsültasyon hizmetinin geri bildirimini, tıbbi kayıt sistemini güçlendirecektir. Böylece, bireylerin aile hekimlerince sürekli izlenmesi mümkün olabilecek, ayrıca kaliteden ödün vermeksizin daha kısa sürede ve düşük maliyetli sağlık hizmetinin sunumu mümkün olabilecektir.

Sevk zincirine girmek istemeyen hastaları kimse zorlayamaz. Ancak sevk zincirine uymayan hasta ek bir maliyete katlanmak durumunda kalacaktır; bu ek

maliyetin, kişinin kendi tercihinden kaynaklanması nedeniyle, sosyal devlet anlayışına ve hasta haklarına aykırı bir nitelik taşıdığı ileri sürülemez.

Sağlık hizmeti talebinde bulunan hasta kişi ve/veya yakınlarının, bu konulardaki istemlerini sağlık sistemi yönetimince daha önceden belirlenmiş “hasta sevk sistemi”ne uygun olarak dile getirmeleri ve ilgili sağlık kuruluşuna başvurmaları özlenen ve beklenen ideal bir durumdur. Örgütlü ve planlı çalışan toplumlar ile kurum ve kuruluşlarda, bu konular, iş akışına göre önceden planlanıp kurallara bağlanır. Genelde her kurum için söz konusu olan bu yöntem, sağlık kurum ve kuruluşları için de geçerlidir. Sağlık kuruluşlarında bu hususlarda konulan ve ilgililerce uyulması beklenen kurallar bütününe “ hasta sevk sistemi” denilmekte ve kısaca “sevk sistemi” olarak kullanılmaktadır.

Bu yaklaşım, sağlık sistemlerinin felsefesine, hukuksal yapısına, toplumsal düzene bakılmaksızın, yerleştirilmek ve uygulanmak istenen bir düzenlemedir. Bu bakımdan herhangi bir sağlık reformu ile bağlantı kurulmasına gerek bulunmayan bir çalışmadır.

Açıklanan nedenlerle, Sağlıkta Dönüşüm Programı içinde bu sisteme yer verilmiş olması son derece doğal olup, çok önemsenecek ve yeni bir buluşmuş gibi büyütülecek bir yöntem değildir; sadece, sağlıklı işleyecek bir düzenin kurulmasını gerektiren mantıklı bir seçimdir. Kuralların akılcı ve fonksiyonel olarak belirlenip uygulanması halinde, hem hastalar hem de kurum ve kuruluşlar açısından işlerlik ve düzen sağlanması dolayısıyla yararlı bir yöntemdir. Ayrıca sağlık hizmetini hızlandırması ve sonuçta maliyetleri düşürmesi nedeniyle toplumsal açıdan da yararlıdır. Yapılan çalışmalarda, sevk sistemine uyularak yapılan başvurularda, sağlık sorunlarının büyük kısmının (yaklaşık %85-90 kadarının), birinci basamak

sağlık kuruluşlarında çözümlendiği ve dolayısıyla ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına gidilmesine gerek kalmadığı saptanmıştır. Böyle bir sonucun sağlık hizmeti talebinde bulunan hasta ve yakınlarına büyük bir kolaylık sağlayacağı ortadadır. Öte yandan bu uygulamanın, gereksiz yığılmaları önlemesi, sağlık hizmetlerini hızlandırması ve maliyetleri düşürerek kaynak israfını önlemesi nedeniyle hem sağlık kurum ve kuruluşları, hem de toplum bakımından avantajlı olacağı açıktır.

Daha önce Dokuzuncu Kalkınma Planı açıklanırken de belirtildiği üzere, Aile Hekimliği modelinin 2008 yılı sonunda bütün illere yaygınlaştırılması” planlanmasına karşın, 2010 yılı sonunda dahi bu hedefe ulaşılamamıştır. Bugün itibariyle kapsama alınan il sayısı 60 dolayındadır. 2011 sonuna kadar bütün Türkiye’nin kapsam içine alınacağı yolunda ilgililerce açıklamalar yapılmaktadır.

### **C) ÖZERK SAĞLIK İŞLETMELERİ**

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda “Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Sistemi” başlığını taşıyan bileşenin önemli araçlarından biri de “İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri”dir. Getirilecek sistemde ülkemizdeki bütün hastaneler, aralarında hiçbir ayırım olmaksızın, Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme yapmak ve sevk sistemine uymak kaydıyla, herkese hizmet verebileceklerdir. Hastanelerimiz bu hizmeti verirken hizmet kalitesi ve sözleşme esaslarına uygun fiyat uygulamaları hususunda denetim altında tutulacaklardır.

Tüm kamu hastanelerine, hem idari ve mali açıdan, hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin temini bakımından özerklik tanınacak, bütün kamu sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığının denetiminde özerk kurumlar haline getirilecektir.

Sağlık kuruluşları, öncelikli olarak kâr amacı gütmeyen, her türlü yatırım ve planlamada gereklilik ve verimliliği ön planda tutan kuruluşlar olacaktır. Karar mekanizmasında yerel dinamiklerin rol oynadığı müşteri odaklı organizasyon yapısına geçilecektir.

Özürülere yönelik hizmetler ve tedavi sonrası rehabilitasyon çalışmalarının, tedavi edici hizmetlerden bağımsız fakat bağlantılı şekilde ihtisaslaşmış sağlık merkezlerinde yapılması gereklidir. Bu amaçla kurulacak rehabilitasyon merkezleri teşvik edilecektir.

SDP’de “Tüm kamu hastanelerine, hem idari ve mali açıdan, hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin temini bakımından özerklik tanınacak, bütün kamu sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığının denetiminde özerk kurumlar haline getirilecektir” açıklamasına yer verilmiştir.

Bu açıklamanın Dünyada dayatılmakta olan gelişime paralel olduğu görülmektedir. Literatürde bu doğrultuda saptamalar mevcuttur: “Türkiye’de 1990’lardan itibaren kamu hastane sektöründe yapılmaya çalışılan reform girişimlerinin dünya genelinde yapılmakta olan reformlar ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Neo-liberalizmin küreselleşmesi sağlık sektörüne devletin müdahalesini azaltmış ve artık hükümetler sağlık sektöründeki birincil ve asli sorumluluklarını azaltma davranışları sergilemeye başlamışlardır. Bu süreç kamu hastaneciliğine de yansımaktadır. Türkiye dahil gelişmekte olan ülkelerde hastane reformlarında öncelikle kamu hastanelerinin merkezi hükümetin birer bütçe birimi

olmasından çıkartılıp, kendi gelir ve giderlerinden sorumlu daha otonom, özerk veya özelleştirilmiş hastane özelliğine kavuşturulması amaçlanmaktadır”<sup>340</sup>.

Hastanelerde etkinlik ve verimliliğin artırılması amacıyla ve önceden ayrıntılı olarak hukuksal ilkeleri saptanmış bir özerkleştirme uygulamasının, işletmecilik biliminin ilkelerine uygun ve kamu yararı da gözetilerek gerçekleştirilmesi halinde, yararlı olması mümkündür. Ancak bu yolla işletilecek kamu sermayesinin denetiminin de çok sağlıklı ve hızlı bir biçimde gerçekleştirilmesi ayrı bir zorunluluktur.

Bu uygulamaya geçildiğinde sağlanacak özerkliğin, bağımsızlık boyutunda algılanıp uygulanmaması ve kuruluşlar arasında anlamlı bir işbirliğinin sağlanması, yaşamsal önemdeki hususlardan biridir. Örneğin, ilaç alımında olduğu gibi her bir sağlık kuruluşunun her konuda bağımsız hareket etmesi maliyetlerin artmasına yol açacak, dolayısıyla bu da beklenenin tam tersi sonuç verecektir. Bu nedenle bazı temel satın alma ve tedarik işlerinde, kesin olarak işbirliğinin gerçekleştirilmesi, merkezi bir birimin deneyim ve bilgi birikiminin yanı sıra, toplu alımların sağlayacağı fiyat indirim avantajından yararlanılmasını mümkün kılacak (kısmi özerklik veya vesayet denetimi gibi) bir sistemin oluşturulması gereklidir.

Sağlık kuruluşları, kamusal, özel ya da sivil nitelikli olsun; dar anlamda kâr gözetilen sıradan ticari işletmeler gibi ele alınıp değerlendirilemeyecekleri gibi, mutlak kâr güdüsüyle hareket etmek durumunda da değildir. Ticari işletmelerin varlık nedenleri, hareketlerinin temel güdüsü kâr elde etmek olsa da; sağlık hizmeti söz konusu olduğunda, “sosyal sorumluluk”, “kamu sorumluluğu”, “sosyal fayda”

---

<sup>340</sup> Mehmet Top; Ömer Gider; **Kamu Hastanelerinde Özerkleştirme ve Özelleştirme**; İstanbul; TÜSİAD: Görüş; 2004; sf: 73.

gibi değer ve ilkeleri en azından belli ölçüde dikkate almaları ve gözetmeleri söz konusudur. Bu, sadece kamu hastaneleri için değil, özel sektör kuruluşları için de gözetilmesi gereken bir değerdir<sup>341</sup>.

Söz konusu uygulama, kamu sağlık kuruluşlarının önce yerel yönetimlere ve ardından da yerli ve/veya yabancı sermayeye intikalini amaçlıyorsa, bunun onaylanabilir yanı olamaz. Bu bir anlamda kamu sermayesinin özel kesime aktarılması anlamını taşır. Diğer yandan, sağlık hizmetinin piyasada alınıp-satılabilinen bir meta haline getirilmesi, yani ticarileştirilmesi, sağlık hizmetinin özü ile bağdaşır nitelikte değildir; bu yola gidilmesi, bireyin gerektiği kadar değil, ekonomik gücü oranında sağlık hizmetlerinden yararlanması sonucunu doğurur; bunun ise, artık uluslararası belgelerde ve ileri toplumlarda, temel hak kabul edilen sağlık hakkına ulaşımı engelleyeceği açıktır. Dolayısıyla böyle bir uygulamada, sağlık hizmetlerinden, gereksinimi olan herkes değil, sadece parası olanlar yararlanabilecek demektir. Bunun ise Anayasamızın değiştirilemeyen hükümleri arasında yer alan “sosyal devlet” ilkesinin çiğnenmesi anlamına geleceği ortadadır.

Anayasa Mahkemesinin, “Sosyal hukuk devleti, insan hak ve özgürlüklerine saygı gösteren, kişilerin huzur, refah ve mutluluk içinde yaşamlarını güvence altına alan, kişi ve toplum arasında denge kuran, güçsüzleri güçlüler karşısında koruyarak sosyal adaleti gerçekleştiren, bu bağlamda sağlık hizmetlerinden bireyin yeteri kadar yararlanmasını sağlayan devlettir” şeklindeki “sosyal hukuk devleti” tanımına, eklenecek fazla bir hususun bulunmadığı söylenebilir<sup>342</sup>.

---

<sup>341</sup> U. Saran; **Türk Sağlık Sisteminde** sf: 652.

<sup>342</sup> AYM; 22.11.2007 tarihli, E. 2004/114, K. 2007/85(RG: 24.12.2007/26727).



Bu konuda son olarak Anayasamızdaki hükmün yorumlanmasına ilişkin görüşlere de değinmek gerekir. Anayasanın sağlık hakkına ilişkin 56. maddesinde devlete, sağlık hakkının düzenlenmesi görevinin verildiği, sağlık konusunda bireylere açık bir biçimde hak sağlanmadığı ve dolayısıyla 1961 Anayasasına oranla daha dar kapsamlı bir düzenleme yapıldığı, literatürde çok sık dile getirilen bir görüştür. Ancak bu görüşün dar bir yorumdan kaynaklandığı ortadadır. Anayasamızda Cumhuriyetin niteliklerini belirten 2. maddede, “sosyal devlet” kavramına da yer verilmiştir. Bilindiği gibi, bu madde “değiştirilemez ve değiştirilmesi teklif edilemez” hükümlerden biridir (Anayasa, m. 4). Bu düzenleme karşısında, sağlık hakkı kavramını dar yorumlamak ve bu anlayışa göre uygulama yapmak, değiştirilmesi mümkün olmayan bir anayasa hükmünü ortadan kaldırmak anlamına geleceğinden, anayasayı ihlal niteliği taşıyacaktır.

Ayrıca, bu noktada “özel madde - genel madde” tartışması yapmak ve özel madde ile düzenlenen bir konuda genel madde uygulanamaz kuralından hareket ederek sosyal devlet uygulamalarını engellemeye çalışmak da geçerli bir yorum olamaz. Çünkü böyle bir yorumun benimsenmesi, yine yukarıda değinildiği üzere, değiştirilmesi mümkün olmayan bir anayasa hükmünü ortadan kaldırmak anlamına gelecektir. Dolayısıyla Anayasanın bugünkü düzenleniş biçimi dahi, kapsamlı bir sosyal politika uygulamak isteyen yönetimlere büyük olanaklar sağlar durumdadır.

Dokuzuncu Kalkınma Planında “2008 yılı sonu itibariyle hastaneler idari ve mali açıdan kademeli olarak özerkleştirilecek” şeklinde bir hedefe yer verilmişti. Ancak 2010 sonunda dahi henüz bir özerkleştirme yapılmamıştır. Dolayısıyla, SDP’nin önemseydiği amaçlarından biri daha henüz hayata geçirilememiş durumdadır.

### **3.3.3.4) BİLGİ, BECERİ ve YÜKSEK MOTİVASYONLA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİ**

SDP'ye göre, dönüşüm çalışmalarının başarıya ulaşması, uygun nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının varlığına bağlıdır. SDP çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanacaktır.

Eğitimlerin ülke gereksinimlerine uygun bir biçimde verilebilmesini sağlamak üzere, üniversitelerle işbirliğine gidilerek, aile hekimliği için yeni bir müfredat programı oluşturulacaktır.

Toplumumuzun ağız ve diş sağlığı açısından bilinçlendirilmesi, eğitiminin verilmesi ve koruyucu hekimlik çalışmalarıyla tedaviye yönelik yapılanmaların gerçekleştirilmesi sağlanacaktır. Birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde tüm diş hekimlerimizden yararlanılacak, uzman diş hekimleri ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde yer alacaklardır.

Hemşirelik eğitimi üniversiteye temellendirilecek, hemşirelik hizmetleri bilimsel bir disiplin haline getirilecektir. Sağlıkta Dönüşüm Programının özünü oluşturan “aile sağlığı” kavramının güçlü bir biçimde yaşama geçirilebilmesi için “aile sağlığı hemşireliği” geliştirilecek ve bu hizmetin birinci basamak içinde güçlü bir biçimde yer alması sağlanacaktır.

SDP'nin amacına ulaşması etkili bir yönetici kadrosuna sahip olmakla mümkündür. Hekimlerin işletme yöneticiliğinde istihdam edilmesi, hem hekime yapılan yatırımın amacı dışında kullanılmasına, hem de deneyimsiz yöneticilerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Sağlık sistemi yöneticiliğinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak güçlenmesi için gereken planlama, araştırma ve eğitim faaliyetlerine öncelik verilecektir. SDP, sağlık çalışanlarının ülke düzeyinde dengeli

dağılımını teşvik edici gönüllü politikaları da getirecek, bu yaklaşımın sonucu olarak zorunlu hizmet kaldırılacaktır.

SDP’de “Dönüşüm çalışmalarının başarıya ulaşması, uygun nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının varlığına bağlıdır” şeklinde bir düşünce dile getirilmiştir. Ancak dönüşüm ve reform gibi köklü değişikliklerin yapılacağı işlerde zaten bu nitelikleri taşımayan personelle başarı kazanılması hayalden öteye gidemez. Kaldı ki, etkin ve verimli çalışmalar için bu tür niteliklere sahip personelin görev alması en temel koşullardan biridir; dolayısıyla bu tür bir yaklaşıma karşı çıkılması düşünülemez.

Ayrıca göz ardı edilmemesi gereken bir husus da yönetici kadronun büyük önem taşıdığıdır. Yöneticilerin kendi alanlarında bilgi ve deneyim sahibi olması kadar, konuya inanan ve yönetici niteliği taşıyan kişiler olmaları da çok önemlidir.

Beceri ve motivasyon genellik arz eden özelliklerdir. Burada asıl önemli olan konu, verilecek bilginin içeriği ve boyutlarıdır. Önceliğin kurulacak sistemin temel felsefesinde, ilke ve amaçlarında olacağı açıktır.

Sağlık Personeli için getirilmeye çalışılan ve kamuoyunda “Tam Gün” olarak adlandırılan sistemin, ilke olarak halkın yararına olduğunu söylemek mümkündür. Böylelikle sağlık kuruluşlarında daha uzun süreli ve kapsamlı sağlık hizmeti verilmesi olanağı doğacak, bu da hekime erişimi kolaylaştırarak halkın yararına bir sonuç yaratacaktır.

Ancak bu sisteme geçilirken izlenen yöntemin katılımı özendirici olması gerekirken, zorlayıcı tarzda gerçekleştirilmeye çalışılması, tepkilere ve hizmette verim düşüklüğüne yol açmaktadır. Sağlık personelinin uzun dönemde kamu statüsüne tabi olmaktan çıkarılıp, sözleşmeli personel statüsüne geçirilmek istenmesi,

haklı olarak iş güvencesi açısından kaygı yaratmaktadır. İş sözleşmesi gibi güvence bakımından daha dezavantajlı bir statüye tabi kılınma isteği, sağlık personelinde haklı olarak iş güvencesi açısından kuşku ve endişelere yol açmaktadır. Bu konuyu, sözleşmeli çalışmak isteyenlere bazı teşvikler uygulamak suretiyle isteğe göre çözümlenmek, daha olumlu sonuç alınmasını sağlayabilir.

İş verimini artırmayı amaçladığı ileri sürülen bu politikanın, ayrıca performansa dayalı ücret sistemi ile birlikte gündeme gelmesi, kaygıları bir de ücret konusuna yöneltmektedir. Daha çok endüstriyel üretim alanlarında standart işlerin yapıldığı, kitlesel üretimin gerçekleştirildiği işyerlerinde kullanılan bütünüyle performansa dayalı ücret sisteminin, hizmet ağırlıklı sağlık alanında ne derecede başarıyla uygulanacağı kuşkuludur. Örneğin bir psikiyatr ile cerrahın çalışmasının nasıl değerlendirileceği ve bunun ne derecede adil, başarılı ve tatmin edici olacağı belli değildir. Ayrıca, performans kriterlerini tutturmak amacıyla çalışmanın, sağlık gibi yaşamsal bir hizmetin kalitesinde ne gibi olumsuzluklara yol açacağı da büyük bir soru işaretidir. Bunun ötesinde, bu uygulama dolayısıyla gelen hastanın birebir “gelir kaynağı” olarak görülmeye başlanmasının, sağlık hizmetinin ruhuyla ve tıp etiği ilkeleriyle ne derecede bağdaştığı da tartışmaya açık bir konudur. Performans sisteminin, özellikle üniversitelerde ve eğitim araştırma hastanelerinde eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti sunumuna olumsuz etkileri olduğunu ve “Ne kadar çok hasta, o kadar çok para alma” anlayışına dayanan bu sistemin, hasta güvenliğini tehdit eden, sağlık hizmeti kalitesini düşüren, hasta-hekim ilişkisini zora sokan, gereksiz tetkik ve ilaç kullanımına yol açarak sağlık harcamalarının artmasına yol açan sistem özelliği taşıdığını düşünenler de mevcuttur<sup>343</sup>.

---

<sup>343</sup> Prof Dr. Okan Akhan’ın basın toplantısındaki değerlendirmesi.

### 3.3.3.5) EĞİTİM ve BİLGİ KURUMLARI

“Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurulları” SDP’nin bileşenlerinden bir diğeridir. SDP’de, “Sağlıkta dönüşümü gerçekleştirmek ve başarıyı sürekli kılabilmek için, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, özellikle sağlık politikası, sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen insanlar gereklidir.

Halk sağlığı, toplum hekimliğini de içine alan, bundan çok daha geniş, farklı disiplinleri bir araya getiren bir bilim dalıdır. SDP’nin öncelikli hedefleri arasında ülkemize böyle bir kurum kazandırmak da vardır. Cumhuriyetimizin ilk yıllarında var olan, fakat zamanla sadece yasalarda varlığını sürdüren Hıfzısıhha Okulu, çağdaş bir anlayışla yeniden işlerliğe kavuşturulacaktır. Bu görüşe katılmamak mümkün değildir.

Ancak tıp eğitiminin içeriğinin “tıpta uzmanlık sınavına hazırlık eğitimi olmaktan çıkarılarak, hekimleri SDP doğrultusunda hizmet vermeye yönlendirecek bilgi ve birikimle donatmayı amaçlamalıdır” biçimindeki bir anlayışın kabul edilmesi olanaklı değildir. Tıpta uzmanlık eğitimi yeniden düzenlenecek ve bu amaçla yeni bir kurumsal yapılanmaya gidilecek ise, eğitimde önceliğin “tedavi edici hekimliğe” değil, “koruyucu hekimliğe” verilmesi gerekir. Ayrıca bu eğitimin önceliği aynı zamanda, “En çok görülen, en çok sakatlayan ve en çok öldürene öncelik verilmesi” olarak tanımlanan “Sosyal Hekimlik Politikaları”nı yaşama geçirmek olmalıdır<sup>344</sup>. Bu yaklaşım, hem aklın, hem sosyal adaletin ve hem de ekonominin gereğidir.

---

<sup>344</sup> A. Gürhan Fişek; **Sosyal Barışıklığın Tutkallı: Sağlık**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı I; 2001; sf: 318.

### **3.1.3.6) KALİTE ve AKREDİTASYON**

SDP uyarınca, ülkemizde bugüne dek yeterince önem verilmemiş olan bir ihtiyaca öncelik verilerek, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu” oluşturulacak, kavram kargaşası içindeki ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konuları düzenlenecektir. Bu kurum özerk bir yapıda oluşturulacak, sektördeki taraflar yönetimde söz sahibi olacaktır. Kurum, sağlık sonuçlarını ölçmek için sistemler geliştirecek ve bu sonuç ölçümlerini sağlık hizmet sunucularına performans göstergeleri oluşturmak amacıyla kullanacaktır. Bu suretle hizmet sunucularının performanslarını içeren veri tabanları oluşturulacak ve iyi uygulamaların tanımlanması ile uygulanabilir performans göstergelerinin belirlenmesi sağlanacaktır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda etik değerlerin korunması esas olduğundan, güçlü yaptırım yetkisi olan bir Etik Kurul’un oluşturulması gereklidir. Kurul, sektör temsilcilerinden oluşmalı ve geniş yetkilerle donatılmalıdır.

Sağlık alanındaki hizmetlerde ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularının önemi yadsınamaz. Ancak bu işlemlerin özerk bir kurula verilmek istenmesi Dünya Bankası’nın fikir önderliğinde gerçekleştirilmek istenen “yönetişim” anlayışının bir sonucu olsa gerektir; bu tür yaklaşımlar, dozu çok dikkatli ayarlanmazsa, devletin küçültülmesine değil, daha güçsüz hale gelmesine yol açabilir.

### **3.1.3.7) İLAÇ ve MALZEME YÖNETİMİ**

SDP’ye göre, ilaç ve malzeme yönetiminde, akılcı bir sistem kurulabilmesi için, uluslararası normları yakalayacak kurumsal oluşumların gerçekleştirilmesi gerekir. Bu kurumların siyasal etki ve yönlendirmelerden etkilenmemesi için özerk

kurumlar halinde örgütlenmesi sağlanacaktır. İlaç ve tıbbi cihaz konularında uzman olacak bu kurumların, ayrı ayrı oluşturulması veya tek çatı altında toplanması mümkündür.

### **A) Ulusal İlaç Kurumu**

Sosyal güvenlik kuruluşlarının izlediği yanlış politikalar dolayısıyla ülkemizde ilaçlara ve farmosatik ürünlere yapılan harcamalar olağan düzeyinin çok üstündedir. İlaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma-geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak üzere “Ulusal İlaç Kurumu” oluşturulacaktır. Bu kurum, her türlü etkiden uzak bağımsız bir biçimde ulusal politikalar doğrultusunda çalışmalarını yürütecektir.

İlacın ruhsatlandırılmasıyla ilgili sürecin daha etkili, daha şeffaf ve daha süratli hale getirilmesi sağlanacak, ilaçların fiyatlandırılması konusunda tüm tarafların mutabakat sağlayacağı bir yöntem geliştirilecektir. Ülkemizde üretilen ilaçların dış pazarlara açılması, ilaç sanayimizin yurt dışında yatırım yapması da SDP içinde ele alınacaktır. İlaçta fikri mülkiyet haklarının korunmasını ulusal çıkarlarımız, uluslararası hukuk ve taahhütlerimiz açısından ele alarak taraflarla uzlaşmak temel amaçtır. Ayrıca kamunun ilaç alımları, farmakoepidemioloji ve farmakoekonomi biliminin ışığında yönlendirilecek ve kurallara bağlanacaktır.

Sağlık alanında en önemli konulardan biri de ilaç konusudur. Refik Saydam'ın Bakanlık yaptığı dönemde 1928 yılında çıkarılan 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarat Kanunu, ilaç ve ilaç endüstrisinin anayasası niteliğindedir. Bu Yasa, ilacın ruhsatlandırılmasını, üretilmesini, ithalini, kalite ve fiyat kontrolünü düzenlemek amacıyla çıkarılmıştı. Ancak ilaç konusunda umulan gelişme

sağlanamamış, bugüne kadar Türkiye’de, ilaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma-geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi konularında “tutarlı, akılcı ve bağımsız” bir politika oluşturulamamıştır.

İlaç sanayii, ülke ekonomilerine çok önemli katkı sağlayan sektörlerden biridir. Dünyada silah ve bilişim sektörleri ile birlikte en stratejik ve aynı zamanda yüksek katma değer yaratan bir sektör olarak kabul edilir.

İlaç, talep esnekliği olmayan bir ürün oluşu nedeniyle, diğer çoğu ürünlerden ayrılan bir özelliğe sahiptir. Ayrıca ilacın kendinden beklenen fiziksel, kimyasal ve biyolojik kalite normlarına sahip olması gerekir; ikinci bir kaliten bahsetmek söz konusu değildir. İlaç, tüketicisinin (hastanın) en az bilgi sahibi olduğu ürünlerin başında gelir ve kullanılan ilaç hasta adına başkaları tarafından seçilir. Bunlar, ilacı diğer endüstriyel ürünlerden farklı kılan ve ona sosyal bir içerik kazandıran özelliklerdir<sup>345</sup>.

1998 yılı verilerine göre kişi başına düşen ilaç tüketimi, ABD, Japonya, Fransa, Almanya ve Yunanistan’da sırasıyla 431, 354, 285, 225 ve 134 ABD doları iken, bu miktar Türkiye’de 38 dolardır. Ancak kişi başına düşen milli gelire oranı itibariyle ele alındığında da yüzde olarak İsviçre’de 0,71; Almanya’da 0,86; Hollanda’da 0,58; İngiltere’de 0,88; Yunanistan’da 1,17 ve Türkiye’de 1,10’dur. İlaç giderleri gelişmiş ülkelere oranla küçük olmakla birlikte, sağlık harcamaları içindeki pay az gelişmiş ülkelerde daha yüksektir. Gelişmiş ülkelerde ilacın sağlık harcamaları içindeki payı % 15 civarında iken, Türkiye’de %35 dolayındadır. Bu oran

---

<sup>345</sup> Okan Atay; **Sağlıkta İlacın Yeri ve Sorunları**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı - II; 2001; sf: 1047.



bazı sosyal güvenlik kuruluşlarında %50'yi bulmaktadır<sup>346</sup>. 1999 yılında ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı Bağ-Kur'da %56, Emekli Sandığında %55 ve SSK'da %47 idi<sup>347</sup>. Bu oranlardaki yüksekliğin nedeni, kişi başına milli gelirin düşük ve ilaç fiyatlarının yüksek olması yanında, koruyucu hekimliğin yerini tedavi edici hekimlik sisteminin almaya başlamasıdır. Oysa, hastalıkları ortaya çıkmadan önleme, hem daha gelişmiş ve mantıklı bir yaklaşım, hem de daha ekonomiktir. Hastalıkların nedenlerinin tespiti ve önlenmesi konusunda şirketler pek istekli olmazlar, ilaç ve tedaviye yönelik teknolojileri geliştirme konusunda ise daha atak davranırlar... Koruyucu hekimliğin geliştirilmesi, şirketlerin kendiliğinden dönüşüm yapabilecekleri bir alan değildir. Toplumsal uzlaşma ve kararlı devlet politikalarıyla hayata geçirilebilecek bir süreçtir<sup>348</sup>.

Farmakolojik gruplara göre ilaç kullanımına bakıldığında Türkiye'de, ilk üç sırayı ve toplamda %44'lük payı antibiyotikler, ağrı kesiciler ve romatizma ilaçları almaktadır. Bu sıralama az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki sıralama ile uyum

---

<sup>346</sup> 1) O. Atay; **Sağlıkta İlacın Yeri ve Sorunları**; sf: 1049; 2) Tandoğan Tokgöz; **Türk İlaç Endüstrisi'nin Ulaştığı Düzey**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı - II; 2001; sf: 1042; 3) Necla Bal; **İlaç ve Eczacılık**; "Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi" içinde; İstanbul; İletişim Yayınları; 1983; Tablo: 11; sf: 1743.

<sup>347</sup> Kaya Turgut; **21. Yüzyılda Türkiye İlaç Sanayii**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı - II; 2001; sf: 1027.

<sup>348</sup> Coşkun Tecimer; **İlaç Şirketlerinin Sağlık Ekonomisindeki Rolü**; Cumhuriyet; 19.07.2009.

göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde en çok kullanılan ilaçlar ise kalp-damar hastalıkları ilaçları, psikosomatik ilaçlar, tansiyon ve kanser ilaçlarıdır<sup>349</sup>.

İlaç sektörü genelde çok iyi eğitilmiş ve nitelikli kişilerin istihdam edildiği bir üretim alanıdır<sup>350</sup>. İlaç araştırmaları uzun yıllar ciddi Ar-Ge çalışması yapılmasını gerekli kılan bir sektördür. Yapılan araştırmalara göre bir ilacın bulunup, gerekli testlerinin yapıp onayının alınması ve piyasaya sürülebilir hale gelmesi, kimi araştırmalara göre 8-10 yıllık bir süre istemekte ve maliyeti yaklaşık 500 milyon dolara ulaşmaktadır<sup>351</sup>, kimi araştırmalara göreyse çalışmalar için 12-15 yıllık süre ayırmak ve 200-400 milyon ABD doları harcama yapmak gerekmektedir. Ayrıca yüksek nitelikli personel ile yürütülen ve büyük harcamalara yol açan Ar-Ge çalışmalarının her zaman olumlu sonuç vermemesi, ilaç maliyetlerinin artmasına ve fiyatlarının yüksek olmasına yol açmaktadır. Bu özellikleri ilacı stratejik ürünlerden biri haline getirmekte, çoğu zaman tekelleşmelere dahi neden olmaktadır.

2000'li yılların başında durum özetle şöyledir: İlaç sektörünün cirosu, satış fiyatları üzerinden 3,2 milyar ABD Dolarıdır. Türkiye ilaç gereksiniminin %95'ini yurtiçi üretimle karşılamaktadır. 134 firmanın 20 tanesi yabancı sermayeli kuruluşlardır. İlaç üretici firmanın çok sayıda olmasına karşın ilk 20 firma piyasanın %75-80'ine hakim durumdadır. Yabancı sermayeli firmaların büyük bir kısmı ilk 20

---

<sup>349</sup> O. Atay; **Sağlıkta İlacın Yeri ve Sorunları**; sf: 1051.

<sup>350</sup> 1) Dilek Erol; **Avrupa Birliği ve İlaç Sanayii**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı - II; 2001; sf: 1067; 2) Bülent Eczacıbaşı; **Yeni Krizlerden Korunmak İçin Politik Mücadele Son Bulmalı**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı - II; 2001; sf: 1013.

<sup>351</sup> T. Tokgöz; **Türk İlaç Endüstrisi'nin Ulaştığı Düzey**; sf: 1042.

firma içinde yer almakta ve toplam ilaç satışının %50'sini kontrol etmektedir. Bu değerlendirme ilaç pazarının yabancı sermayeli kuruluşlar ile lisans anlaşmalarıyla ilaç üretimi yapan firmaların kontrolünde olduğunu, rekabetin ise bu sektörde oluşmadığını göstermektedir<sup>352</sup>.

İlaç üretiminde kullanılan hammaddenin yaklaşık %75'i ithal edilmektedir. Dünya ilaç hammadde üretimi gelişmiş ülkelerin tekelindedir. ABD ve Japonya bu üretimin %35'ini, ilk on ülke ise tüm üretimin %75'ini gerçekleştirmektedir. İlaç üretiminde girdilerin payı incelendiğinde hammadde ile yardımcı maddelerin daha ağırlıklı bir yerinin bulunduğu görülür.

**Tablo-42: İlaç Üretiminde Girdiler<sup>353</sup>**

| Üretim Girdileri  | Girdilerin Payı (%) |
|-------------------|---------------------|
| Hammadde          | 60                  |
| Yardımcı maddeler | 8                   |
| İşçilik           | 17                  |
| Enerji            | 4                   |
| Ambalaj           | 11                  |
| TOPLAM            | 100                 |

**Kaynak: DPT, IV. BYKP; Tıbbi İlaç Sanayii Özel İhtisas Alt Komisyon**

**Raporu.**

<sup>352</sup> O. Atay; **Sağlıkta İlacın Yeri ve Sorunları**; sf: 1049.

<sup>353</sup> N. Bal; **İlaç ve Eczacılık**; sf: 1741.

İlaç üretiminde maliyeti %68 oranında etkileyen hammadde ve yardımcı maddelerin pahalı fiyatlarla ithal edildiği ve bu nedenle ilaç fiyatlarının gereğinden çok fazla olduğu yolundaki iddia ve tartışmalar hep sürmüştür. Yabancı üretici firmalar en az %25 oranında yerli hammadde kullanmakla yükümlü kılınmış oldukları halde, bu zorunluluğu yerine getirmeleri sağlanamamıştır.

Türkiye’de ilaç üretimi MSB’nin Ordu İlaç Fabrikası ve SSK İlaç Fabrikası dışında tamamen özel firmaların elindedir.

SSK’nın ilaç giderlerinin, tüm sağlık giderleri içinde önemli yer tutması ve ilaç giderlerini düşürmeye yönelik birçok önlemin de beklenen sonucu vermemesi nedeniyle, SSK Genel Kurullarında ve kamuoyunda İlaç Fabrikası kurulması fikri gündeme gelmeye başlamıştı. Ayrıca, Kalkınma Planında ve 1978 İcra Planında (78 no.lu önlem olarak) SSK’nın bir fabrika kurması ya da satın alması öngörülmüştü<sup>354</sup>. Üretilecek ilaçların seçiminde çok kullanılan, dolayısıyla en çok mali yük getiren ilaç gruplarına, teknik olarak da en geniş spektrumlu ve yaşamsal önemi olan ilaçlara öncelik verilmesi ilkesi benimsenmişti. Üretim sayesinde bir yandan piyasaya düzen getirilmesi sağlanacak, diğer yandan da sömürülmeye çok açık durumlarda hastadan yana alternatifler ortaya konabilecekti. Fabrikanın kurulumu Ecevit Hükümeti döneminde 1979 yılında gerçekleşti. Bu arada Milli Savunma Bakanlığınca “Kamu Sektörü İlaç, Üretim, Dağıtım, Tüketim Eşgüdüm Protokolü” hazırlandı. MSB, SSK ve Tarım Bakanlıkları arasında imzalanacak protokolle MSB Ordu İlaç Fabrikası, Aşı ve Serum Müessesesi, SSK İlaç Fabrikası ve Bolvadin Alkoloit Fabrikası

---

<sup>354</sup> Ferzan Bayramoğlu Yıldırım; **SSK İlaç Fabrikası**; (Ek: 4.2; “A.G. Fişek; Ş.T. Özsuca; M.A. Şuğle; **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi: 1946-1996**” içinde; 1997; sf: 346-355.

arasında güç birliği oluşturulacaktı. Güç birliğinin esasları şöyleydi: İlaç fabrikalarında tam kapasite ile maksimum üretimi sağlamak, düzenli bir dağıtım ve kullanımı gerçekleştirmek, ilaç sektöründe kalite, yeterlilik, kapasite ve fiyat kontrolü için işbirliği yapmak, ilaç üretiminde Dünya Sağlık Örgütü'nün saptadığı 200 kalem ilacın aşamalar halinde yerli üretimini gerçekleştirmek, yerli hammadde üretmek, üretim maliyetini düşürücü her türlü önlemi almak ve bu amaçlara ulaşmak için ortak üretim planı yapmak. Protokolün en önemli maddelerinden biri de hammaddenin tek elden ve Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmasıydı. Protokolün SSK Yönetim Kurulunda onaylanmasına karşın, bazı yönetim kurulu üyelerinin itirazı üzerine uygulanması gecikti; hükümetin değişmesinden sonra da söz konusu protokol uygulamaya konulmadı. SSK İlaç Fabrikası 17 ilaç için ruhsat alıp, ilk yıl içinde 4 tanesinin üretimine başladı. 2000'li yıllara gelindiğinde 22 çeşit üretim gerçekleştirmekteydi.

İlaç sektöründe örgütlü Petrol- İş Sendikasının 2005 yılı sonunda yaptığı araştırmada ulaşılan bulgular şöyledir<sup>355</sup>: “SSK'nın ilaç ihtiyacının yaklaşık yüzde 10'unu karşılayan SSK İlaç Fabrikası'nda, ağrı kesici, antibiyotik, vitamin ve öksürük şurubu gruplarından toplam 22 kalem ilaç üretiliyor; daha düşük teknoloji ve daha emek yoğun bir üretim yapmasına karşın, ilaçlar piyasa ortalamasından yüzde 159 daha ucuz. Yerli ve yabancı firmaların ürettiği ilaçların, SSK İlaç Fabrikası'nda üretilen eşdeğer ilaçlara göre pahalılık oranı yüzde 20 ile yüzde 646 oranında değişiyor.... 2003 yılından itibaren hastane başhekimlerine ilaç alma yetkisi tanındı ve SSK'nın toplu alımlarına son verildi. İhaleler çok elden yapıldığı için SSK'nın toplu ilaç alımındaki avantajı kayboldu, çokuluslu ilaç firmaları karşısında güçsüz

---

<sup>355</sup> Petrol-İş Sendikası; **SSK İlaç Fabrikasının Son Durumu**; 22.12.2005.

düşürüldü. Hatta piyasa fiyatlarının kat kat üzerinde ilaç alımları ortaya çıktı. Roche ilaç firması ile SSK yetkilileri arasındaki uyum neticesinde, piyasaya 80 milyona satılan ilacın, 240 milyon liradan SSK'ya satıldığı ortaya çıktı". Yine raporda verilen bilgiye göre, İlaç Fabrikası'nı şimdiye dek geliştirmeyen ve önümüzdeki günlerde de kapatmayı amaçlayan yönetim, sigortalıların tedavisi için gerekli ilaçları bilinçli bir tercihle özel sektöre bırakacaktır. Bu şekilde ilaca ayrılan kaynakların tümü özel sektöre yönlendirilecektir... Fabrikanın geliştirilmesi, ilaç işverenleri karşısında kamu yararına rekabet unsuru olacağı için özellikle engellenmektedir... Üretim artışı ve araştırma geliştirme faaliyetlerine yatırım yapılmadığı için, bölümlerinden bir kısmı (serum bölümü) kapatılmıştır. Oysa kamu yararını ön planda tutan politikalar doğrultusunda işletilmesi, tam kapasite ile çalıştırılması, teknolojisinin yenilenmesi ve yeni fabrika yaptırılması halinde en fazla tükettiği ilaçların tümünü kendisi üretebilir, hatta diğer kamu kuruluşlarının ve piyasa ihtiyaçlarının da bir kısmını karşılayabilir. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devrinden sonra İlaç fabrikası yeni hammadde alımına gitmemiştir. Mevcut hammadde ile üretime devam edilmiş ve hammadde stokları 05/12/2005 tarihi itibariyle tükendiği için üretim durmuş ve 2006 yılı itibariyle fabrika çalışanları uygun olan başka birimlere aktarılmaya başlanmıştır.

SDP'de "İlaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma-geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak üzere "**Ulusal İlaç Kurumu**" oluşturulacaktır. Bu kurum, her türlü etkiden uzak bağımsız bir biçimde ulusal politikalar doğrultusunda çalışmalarını yürütecektir" denilmektedir. Ulusal İlaç Kurumu'nun, yukarıda özetlenen gerçekleri dikkate alarak çalışmalarını

yürütmesi halinde gerçekten “ulusal” sıfatına uygun davranmış olacaktır; aksi takdirde, çokuluslu şirketlerin küresel çıkarlarına hizmet eder duruma düşecektir.

Türkiye İlaç Kurumu, Sekizinci BYKP’de ve ulusal sağlık kongrelerinde de dile getirilmiş, ancak henüz oluşturulamamıştır.

**Tablo-43: SGK’nun İlaç ve Tedavi Harcamaları (2002-2009)<sup>356</sup>**

|                            | 2002          | 2003          | 2004          | 2005          | 2006          | 2007          | 2008          | 2009          |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>İlaç (1)</b>            | 4.300         | 5.615         | 6.399         | 7.001         | 8.372         | 8.858         | 10.717        | 13.161        |
| <b>Tedavi (1)</b>          | 2.831         | 4.362         | 5.906         | 5.626         | 8.489         | 10.267        | 13.953        | 15.129        |
| <b>Diğer(1, 2))</b>        | 498           | 685           | 845           | 980           | 805           | 859           | 676           | 521           |
| <b>TOPLAM<br/>(1)</b>      | <b>7.629</b>  | <b>10.662</b> | <b>13.150</b> | <b>13.608</b> | <b>17.667</b> | <b>19.984</b> | <b>25.346</b> | <b>28.811</b> |
| <b>SGK<br/>Kapsamı (3)</b> | <b>48,900</b> | <b>50.730</b> | <b>52.840</b> | <b>55.123</b> | <b>57.332</b> | <b>58.486</b> | <b>59.815</b> | <b>58.348</b> |

(1) Milyon TL; (2) Diğer: Tıbbi cihaz, malzeme vb. ; (3) Bin kişi

Tablo-43’deki veriler, SGK kapsamındaki kişiler ile bunların bakmakla yükümlü bulunduğu kişileri kapsamaktadır. SGK kapsamı açısından incelendiğinde, ilaç giderlerinin, SDP öncesine oranla % 206 yükseldiği görülmektedir. Bu durumun, sadece kapsamdaki kişi sayısında görülen % 19,3 oranındaki artıştan ileri gelmediği; ilaç giderlerindeki artışın, sağlık hizmetlerine ve ilaca erişimin çok daha kolaylaşmış olması kadar, ilaç satın alımındaki toplu alım yönteminden vazgeçilmiş olmasından da kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca burada tedavi giderlerindeki artış için de benzer yorum getirilebilir. Aynı kaynaktan sağlanan verilerden, tedavi giderlerinde

<sup>356</sup> SGK; **Aylık İstatistik Bülteni**; Şubat-2010; sf: 14, 54.

de özel hastaneler açısından büyük bir artışın yaşandığına tanık olunmaktadır: 2002’de 396 milyon TL olan özel hastanelerdeki tedavi giderleri, 2009 yılında 4.682 milyon TL’ye yükselmiştir. Bu, %1182 (11,82 kat) artış anlamına gelmektedir. Oysa SGK’da tüm sağlık giderlerindeki artış, aynı dönem itibariyle %364 olarak gerçekleşmiştir.

Bu veriler ışığında; SDP’nin, özel ilaç sanayiine büyük gelir artışı sağladığını ortaya koyduğunu ve bu sistemin özel sağlık sektörüne kaynak aktarımına yol açtığını ileri sürenleri haklı çıkardığını söylemek mümkündür.

Bu noktada özel hastane ve yatak sayılarındaki gelişimi ele almak da, izlenen sağlık politikası konusunda somut veriler sağlayacaktır:

**Tablo-44: Özel Hastane-Yatak sayısı (2002-2007)<sup>357</sup>**

| Yıl  | Özel Hastane | Yatak sayısı |
|------|--------------|--------------|
| 2002 | 241          | 11.870       |
| 2003 | 246          | 11.824       |
| 2004 | 253          | 11.774       |
| 2005 | 268          | 12.339       |
| 2006 | 305          | 13.707       |
| 2007 | 331          | 15.340       |

Kaynak: SB; Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı

<sup>357</sup> Onur Hamzaoğlu; **Kapitalizmin Krizi ve Sağlık: Türkiye Örneği**; Ankara;

Toplum ve Hekim; 24/1; Ocak-Şubat 2009; sf: 34.



Tablo-44 incelendiğinde, SDP döneminde 2003-2007 yılları arasında, özel hastanelerde yatak sayısının 3.470 adet arttığı, artış oranının da %29,2 olduğu görülmektedir. Aynı dönemdeki hastane artış oranı ise %37,3'dür. Söz konusu dönemde hastane başına düşen yatak ortalaması 49,25'den 46,35'e düşmüştür. Yapılan bilimsel çalışmalara göre ise hastanelerde optimum yatak sayısı 200'dür. Bu veri, özel sektör hastane yatırımlarının çok verimli ölçekte olmadığını bir işarettir. İnsanımıza sağlık hizmetinin ulaşması bakımından olumlu olarak yorumlanması gereken bu durumun, makro açıdan da ülke ekonomisine daha yararlı olmasını sağlamak için, özel kesime verilecek teşviklerde, yatak sayısı açısından optimum ölçekte hastane yapımının özendirilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır. Aksi durumda, ekonomide kaynak israfı yaratan bir politikanın sürdürülmesine göz yumulmuş olunacaktır.

#### **B) Tıbbi Cihaz Kurumu**

SDP'de yer alan değerlendirmeye göre; tıbbi cihaz ve sarf malzemesinde bugüne kadar daha çok ithalata dayalı bir uygulamaya gidilmekte ve denetim, kalite belgesi ve kalibrasyon gibi konularda daha çok yurt dışı referanslar dikkate alınmakta idi. Uluslararası referanslara ek olarak ulusal standartların belirlenmesi ve kalite belgesi düzenlenmesi, yerli üretime kolaylık sağlayacaktır.

Tıbbi cihaz ve sarf malzemesi konusunda da standardizasyon ve denetim çok önemlidir. Bu nedenle, hastanelerde klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici yetkilere sahip olarak tasarlanmış bir Tıbbi Cihaz Kurumu kurulacaktır. Bu kurum, bilgi veri tabanları oluşturacak, tıbbi cihaz planlaması ve satın alımı, cihazların karşılaştırmalı değerlendirmesi,

güvenlik programları, klinik mühendislik uygulamaları, yasalar ve düzenlemelere ilişkin bilgi sağlayarak uygulama yapacaktır.

Hizmetlerde kullanılan tıbbi cihaz ve sarf malzemelerinin uluslararası normlara uygun olarak standardize edilmesi hizmet verimini artıracak, zaman ve malzeme israfını önleyecek, kaliteyi yükseltecek, uluslararası hizmet yolunu açarak ekonomiye katkı sağlayacak, ayrıca insanımıza uluslararası standartlara uygun bir sağlık hizmeti sunulmasını güvence altına alacaktır.

Tıbbi cihaz ve sarf malzemesi konusunda standardizasyon ve denetim de kuşkusuz çok önemli konulardır. Kurulması tasarlanan Tıbbi Cihaz Kurumu, bilgi veri tabanları oluşturacak, tıbbi cihaz planlaması ve satın alımı, cihazların karşılaştırmalı değerlendirmesi, güvenlik programları, klinik mühendislik uygulamaları, yasalar ve düzenlemelere ilişkin bilgi sağlayarak uygulama yapacaktır. Bu hizmetler için ayrı bir kurum oluşturulmaması ve kurulacak İlaç Kurumu aracılığıyla gerçekleştirilmesi, böylece bürokratik işlem ve giderlerin azaltılması konusu değerlendirilmelidir.

Tıbbi Cihaz Kurumu da henüz kurulup faaliyete geçirilmemiş durumdadır.

Söz konusu Kurumların oluşturulamamış olması, SDP'nin temel bileşenlerinden birinin daha henüz gerçekleştirilemediğini göstermektedir.

### **3.3.3.8) SAĞLIK BİLGİ SİSTEMİ**

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi ve karar sürecinde etkili bir biçimde bilgiye erişim için, entegre bir sağlık sistemi gereklidir. Sağlık hizmetlerinde eşgüdümün sağlanması, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları arasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması

amacıyla sağlık Bilgi Sistemi kurulacaktır. Sağlık kayıtlarının güvenilir ve sürekli bir Şekilde tutulmasını sağlamak, hizmetlerin verimliliğini artırmak, kaynakların nerede ve nasıl kullanıldığını izlemek de ancak etkili bir bilgi sisteminin kurulması ve işletilmesi ile mümkündür.

Sağlıkta Bilgi Sistemi, sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde, sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin saptanmasında, gerekli önlemlerin alınmasında, sektör kaynakları ile çalışma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmak üzere yeterli veri toplayacak ve işleyecek bir fonksiyon üstlenecektir.

Kurulacak bu sistem, diğer konular dışında Şu konularda da hizmet vermelidir:

- 1) Karar mekanizmasında rol alacak yeterli ve gerekli bilgiye merkezden ulaŐılabilmeli,
- 2) Hastalık yüküne ve sağlık harcamalarına yönelik epidemiyolojik ve demografik analizler yapılması sağlanmalı,
- 3) lke düzeyinde sağlıkla ilgili verilerin toplanması, bu verilerin kurumsal bir yapıda değerlendirilmesi ve aksayan noktalarda sorun gidermeye yönelik geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını desteklemeli,
- 4) İlaç provizyon sistemleri ile ilaç denetimine olanak tanınmalı,
- 5) Sağlık hizmeti sunumunda dağılımı ve doluluğu denetleme olanağı vermeli,
- 6) Aile hekimlerini kendi hastaları ile iliŐkilendirmeli ve sistemde yetkilendirmeli,
- 7) Elektronik randevu gibi hizmet sunumuna olanak sağlamalı.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bütün bileşenleri arasında en çok benimsenecek ve en az eleŐtirilecek olanı belki de Sağlık Bilgi Sistemidir. Nitekim, "Sağlık hizmetlerinde eşgüdümün sağlanması, sağlık envanterinin oluşturulması,

bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları arasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurulacaktır. Sağlık kayıtlarının güvenilir ve sürekli bir şekilde tutulmasını sağlamak, hizmetlerin verimliliğini artırmak, kaynakların nerede ve nasıl kullanıldığını izlemek de ancak etkili bir bilgi sisteminin kurulması ve işletilmesi ile mümkündür” şeklindeki anlayışın, genel bir kabulü yansıttığı söylenebilir. Çünkü, böyle bir sistem; sağlık politikalarının belirlenmesinde, sağlık alanındaki sorunların ve önceliklerin saptanmasında, gerekli önlemlerin alınmasında, çalışma ve yatırımların planlanmasında, sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmak üzere yeterli veri toplayacak ve işleyecek son derecede önemli bir işlevi yerine getirecektir.

Kurulacak bu sistem, diğer konular dışında ayrıca şu konularda da hizmet vermelidir: a) Hastalık yüküne ve sağlık harcamalarına yönelik epidemiyolojik ve demografik analizler yapılmasını sağlamalı, b) Ülke düzeyinde sağlıkla ilgili verilerin toplanması, bu verilerin kurumsal bir yapıda değerlendirilmesi ve aksayan noktalarda sorun gidermeye yönelik geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını desteklemeli, c) İlaç provizyon sistemleri ile ilaç denetimine olanak tanınmalı.

İçinde bulunduğumuz bilgi çağı ve e-Devlet çalışmaları, zaten bu tür hizmetlerin sürekli yaygınlaştırılmasını ve etkinleştirilmesini öngörmekte olduğundan, hangi sistem uygulanırsa uygulansın, Sağlık Bilgi Sisteminin de ivedilikle kurulması ve aksatılmadan çalıştırılması zorunludur.

### **3.3.3.9) GENEL SAĞLIK SİGORTASI**

Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli bileşeni olan Genel Sağlık Sigortası Sistemi, tezimizin temel konusunu oluşturması nedeniyle, Dördüncü

Bölümde ayrıntılı olarak incelenip değerlendirilecektir. Burada yalnızca SDP'nin temel ögesi olduğu vurgulanmakla yetinilmiştir.

### **3.3.4) SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ YAŞAMA GEÇİRİLME YÖNTEMİ**

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın "Kavramsallaşma; Yasalaşma; Kontrollü Yerel Uygulamalar; Türkiye Geneline Yaygınlaştırma" olarak belirtilen dört aşamalı bir uygulama planı çerçevesinde yaşama geçirilmesi öngörülmüştür.

Program metninde açıkça belirtildiği üzere SDP, kesin olarak belirlenmiş bir yapıda olmayıp, hükümetin hedefleri ve geçmişteki birikimler dikkate alınarak hazırlanan "ön taslak çalışması" niteliğinde bir belgedir. Bu konuda benimsenen yönetime göre, "dokümanda yer alan her bileşenle ilgili amaçlar, ilkeler, geliştirme-uygulama süreci, kavramsal olarak ortaya konacak, konunun ulusal ve uluslararası uzmanları ile tartışılarak netleştirilecek ve geliştirilecektir".

Yasalaşma aşamasında, kavramsal netliğe ulaşmış ve mevzuat gereksinimi duyulan alanlarda yasa, yönetmelik, bakanlar kurulu kararı gibi gerekli düzenlemeler yapılacaktır.

Programın paket olarak yaşama geçirilmesinin gerçekçi olmaması dolayısıyla, program kapsamında oluşturulan bazı yenilikler, ülke geneline yayılmadan önce, bazı yörelerde sınırlı ve kontrollü bir biçimde uygulanacaktır. Böylece sistemin işleyen ve işlemeyen yanlarını görmek, hatalardan ders olarak düzeltmeler yapmak mümkün olacaktır.

Dördüncü aşama ülke genelinde uygulamaya geçilmesidir. Her bileşen için bu dört aşamadan geçilmesi gerekmebilir. Ayrıca her bileşenin bütün aşamalarının, aynı zaman dilimi içinde gerçekleşmesi de gerekli değildir.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM DÜŞÜNCESİNİN UYGULAMASI

#### 4.1) SOSYAL SİGORTA SİSTEMİ

##### 4.1.1) KISA VADELİ SİGORTALAR

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun (SSGSSK) temel amacı, "Genel Sağlık Sigortası" sisteminin kurulmasının yanı sıra, çok dağınık durumdaki sosyal güvenlik rejimini "tek yasa" içinde toplamak, kurumlarda arasında "norm ve standart birliği" sağlamak ve vatandaşlar arasında bu bağlamda bir denge oluşturmaktır. Yasa,2007 yılı başında yürürlüğe girmek üzere 2006 yılında TBMM tarafından kabul edilmiştir. Açılan dava üzerine Anayasa Mahkemesi 15.12.2006 tarihli kararıyla<sup>358</sup>; memur, işçi ve esnaf ile serbest çalışanların aynı kurumda aynı yasal koşullarda emekli olamayacaklarına, aynı sağlık ve sosyal güvenlik haklarına sahip olamayacaklarına ve dolayısıyla memurların "ayrı" bir yasaya tabi olmaları gerektiğine karar vererek birçok önemli maddeyi iptal etti. Bunun üzerine hazırlanan 5754 sayılı Yasayla, hem Yasanın birçok maddesi ve yürürlük tarihi değiştirildi, hem de bazı yeni düzenlemelere gidildi.

AYM'nin bu kararı doğrultusunda memurların kapsam dışı bırakılması için, Yasanın ilk kabul edildiğinde "Kısa Vadeli Sigortalar" olan bölümün başlığı "Hizmet Akdiyle veya Kendi Adına ve Hesabına Bağımsız Çalışan Sigortalıların Tabi Olduğu Kısa Vadeli Sigorta Hükümleri" olarak değiştirildi. Yasanın 13-24. maddeleri, "kısa vadeli sigorta " olarak iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortalarını düzenlemektedir.

---

<sup>358</sup> 30.12.2006 tarihli, 26392 sayılı 5. mükerrer Resmi Gazete.

#### **4.1.1.1) İŞ KAZASI**

Yasada iş kazası 13. maddede tanımlanmıştır: İş kazası;

- Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada,
- İşveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle sigortalı kendi adına ve hesabına çalışıyorsa, yürütmekte olduğu iş nedeniyle,
- Bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,
- Yasa kapsamındaki emziren kadın sigortalının, iş mevzuatı gereğince çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,
- Sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işyerlerine gidiş gelişleri sırasında,

meydana gelen ve sigortalı kişiyi hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen özre uğratan olaydır.

Bu tanıma göre olayın iş kazası olarak tanımlanabilmesi için bazı unsurların varlığı gereklidir. Bunları başlıklar halinde şöyle belirtmek mümkündür: a) Kazaya uğrayan kişinin 5510 sayılı yasaya göre sigortalı sayılması, b) Sigortalının kazaya uğraması, c) Bu kaza sonucu sigortalının bedensel veya ruhsal zarara uğraması ve d) Kaza ile zarar arasında nedensellik bağının bulunması.

İş kazası meydana geldiğinde, kazaya uğrayan sigortalının veya ölümü halinde de hak sahiplerinin sosyal sigorta yardımlarından yararlanabilmeleri için, kazanın SGK'ya bildirilmiş ve Kurumun da olayı iş kazası olarak kabul etmiş olması gereklidir.

#### **4.1.1.2) MESLEK HASTALIĞI SİGORTASI**

Meslek hastalığı Yasada, “Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir nedenle veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici

veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özürlülük hali” diye tanımlanmıştır. Bu durumda meslek hastalığının unsurları şu şekilde belirlenebilir: a) Sigortalının bedensel veya ruhsal özürlülük durumuna düşmesi, b) Geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özürlülük halinin sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin sonucu olması.

Bir hastalığın meslek hastalığı sayılabilmesi için, ilke olarak, ilgili Yönetmeliğe ekli meslek hastalıkları listesinde yer almış ve Yönetmelikte belirtilen süre içinde ortaya çıkmış olması gerekir. Sigortalı işinden ayrıldıktan sonra da meslek hastalığı ortaya çıkmış olabilir; Yönetmelikle belirlenen süre (3-10 yıl) içinde meslek hastalığı ortaya çıkmışsa, kişi 5510 ile sağlanan haklardan yararlanabilir. Listede yer almayan meslek hastalığı söz konusu ise, bu hususta çıkacak uyuşmazlığı Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu karara bağlar.

Bu bağlamda bir başka koşul da sigortalının hastalığının ilgili sağlık hizmeti sunucusu tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ve dayanağını oluşturan tıbbi belgelerle saptanmış olmasıdır. Ayrıca SGK Sağlık Kurulunun da rapor ve ekli belgeleri inceleyerek karar vermesi gereklidir.

SSGSSK iş kazası ve meslek hastalığı kapsamında sigortalıya ve ölümü halinde hak sahiplerine sadece parasal yardımların yapılmasını hükme bağlamış, bu risklerle karşılaşan sigortalılara yapılacak yardımlara ilişkin sağlık yardımlarını ise, aynı Yasadaki “Genel Sağlık Sigortası” içinde düzenlemiştir. Nitekim 16. maddede sağlık yardımlarına değil, sadece “geçici iş göremezlik ödeneği ve sürekli iş göremezlik geliri ile evlenme, emzirme ve cenaze ödeneği” konularına yer vermiştir. Tarım kesiminde 2925 sayılı Yasa kapsamında çalışan sigortalılara, iş kazası ve



meslek hastalığı halinde, geçici iş göremezlik ödeneği dışında yapılacak diğer yardımlar sözü edilen Yasada (m.7) gösterilmiştir<sup>359</sup>.

İş kazası ve meslek hastalığı ile hastalık ve analık hallerinde yapılacak sağlık yardımları (m. 63), “Genel Sağlık Sigortası” ile ilgili bölümde açıklanacağından, tekrarı önlemek bakımından burada ele alınmamıştır.

#### **4.1.1.3) HASTALIK SİGORTASI**

Yasanın tanımına (m. 15) göre hastalık, iş sözleşmesine dayanarak çalışanlarla bağımsız çalışan sigortalıların, iş kazası ve meslek hastalığı dışında kalan ve iş göremezliğine neden olan rahatsızlıklardır.

Hastalık sigortası yardımları parasal ve sağlık yardımları olmak üzere iki kısımdır. Parasal yardım geçici iş göremezlik ödeneği şeklinde yapılır ve bu yardımdan sadece hastalanan sigortalı yararlanır. Bu ödeneğin ilk koşulu hastanın sigortalılığının devam ediyor olması, ikinci koşulu da hastalığı sonucu uğradığı iş göremezlik durumunun iki günden fazla sürmesidir. Eğer hastalık süresi iki gün veya daha az ise, hastalık sigortasından kendisine geçici iş göremezlik ödeneği verilmez. Üçüncü koşul da iş göremezliğin başladığı tarihten önceki bir yıl içinde, sigortalı adına en az 90 gün kısa vadeli sigorta primi bildirilmiş olması gereklidir (m. 18/I/b). 506 sayılı eski SSK’da ise prim ödeme gün sayısı 120 gündü.

Sigortalının hastalığı nedeniyle işveren, sigortalıyı bünyeye elverişli olmadığı işte çalıştırmışsa veya sigortalı işe giriş bildirgesini süresi içinde Kuruma bildirmemişse, işveren bakımından sorumluluk doğar. Benzer şekilde, sigortalı ile

---

<sup>359</sup> A. Güzel, A. R. Okur, N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; 13. Baskı; 2010; sf: 351.

hak sahiplerinin üçüncü bir kişinin davranışı dolayısıyla (örneğin, trafik kazası) sağlık yardımı almak durumunda kalması halinde Kurum, bu yüzden yaptığı masrafları zarara neden olan kişiden isteme hakkına sahiptir. Buna kurumun rücu hakkı denir. Yasa gereği açılacak tazminat ve rücu davalarında zamanaşımı süresi 10 yıldır.

Hastalık halinde sağlanan sağlık yardımları yukarda da belirtildiği gibi, Genel Sağlık Sigortası bölümünde ele alınmıştır.

#### **4.1.1.4) ANALIK SİGORTASI**

Yasanın 4/I/ a ve b bentleri uyarınca sigortalı kadının veya sigortalı erkeğin sigortalı olmayan eşinin, kendi çalışmalarından dolayı gelir veya aylık alan kadının ya da gelir ya da aylık alan erkeğin sigortalı olmayan eşinin, gebeliğinin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süreye kadar olan gebelik ve analık haliyle ilgili rahatsızlık ve özürüllük halleri, analık hali kabul edilir (m. 15/II).

Analık halinde geçici iş göremezlik ödeneği (m. 18) ve emzirme ödeneği (m. 16) söz konusudur. Analık hali nedeniyle yapılacak sağlık yardımları ise Genel Sağlık Sigortası içinde hükme bağlanmıştır.

#### **4.1.2) UZUN VADELİ SİGORTALAR**

Yasada uzun vadeli sigorta kolları olarak malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları düzenlenmiştir.

##### **4.1.2.1) MALULLÜK SİGORTASI**

Yasa malullük aylığının bağlanması için bazı koşullar aramıştır;

a) Malul olma: Malullük konusunda, işçiler ve bağımsız çalışanlar ile memurlar için farklı koşullar öngörülmüştür.

Malul sayılmak için, işçiler ve bağımsız çalışanların çalışma gücünü en az % 60 yitirmiş olması gerekir. İş kazası ve meslek hastalığı halinde ise, hem sakatlığın iş kazası veya meslek hastalığından kaynaklanması ve hem de bu nedenle meslekte kazanma gücünü en az % 60 oranında kaybetmiş olması gereklidir. Devlet memurları da çalışma gücünü en az % 60 yitirdikleri zaman malul sayılırlar. Ayrıca, görevlerini yapamayacak derecede meslekte kazanma gücü kaybına uğralarsa da malul kabul edilirler. Hastalığı nedeniyle görevini yapamayacak duruma düşenler ise, hastalıklarının yasada belirtilen süreden uzun süre devam etmesi koşuluyla, hastalıklarının mahiyetine ve doğuş nedenine göre malul veya vazife malulü sayılırlar<sup>360</sup>.

b) Malullüğün çalışmaya başladıktan sonra ortaya çıkması,

c) Kurumun malullük durumunu raporla saptaması: Sigortalının çalışma gücünü veya iş kazası ya da meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünü en az % 60 oranında kaybettiği, Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucularının sağlık kurullarınca düzenlenen raporlar ile eki belgelerin incelenmesi sonucunda Kurum Sağlık Kurulu tarafından saptanmış olmalıdır.

d) Kişinin hem en az on yıldan beri sigortalı olması ve hem de adına 1800 gün prim bildirilmiş bulunması: İşçi ve memur statüsünde çalışanların primlerinin

---

<sup>360</sup> A. Güzel, A. R. Okur, N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; 13. Baskı; 2010; sf: 424.

bildirilmiş olması yeterli iken, bağımsız çalışanların prim ve prime ilişkin hiçbir borcunun bulunmaması gereklidir (m. 26/II).

e) İşten ayrılma ve SGK'ya başvurma.

Devlet memurları ile diğer kamu görevlileri açısından vazife malullüğü ve harp malullüğü şeklinde iki değişik malullük hali daha düzenlenmiştir (m. 47).

Malullük sigortası kapsamında malullük aylığı alanlara, bunlar dışında başka yardımlar da sağlamaktadır: a) Ssağlık yardımı, b) İşe alıştırma, c) Sosyal yardım zammı, d) Yol parası ve zorunlu giderler.

#### **4.1.2.2) YAŞLILIK SİGORTASI**

Bu sigorta, aktif çalışma yaşamından çekilen sigortalıya gelir sağlanması amacını taşır ve sigorta kurumlarının en önemli gider kaynağıdır. Yaşlılık sigortasından yapılan en önemli yardım, yaşlılık aylığıdır. Aktüeryal dengeler önemsenmeden koşulları en çok değiştirilen sigorta kolu, yaşlılık sigortasıdır. Popülist politikaların etkisine en açık alanların başında yaşlılık sigortası gelir; yakın tarihimizde de siyasal amaçlarla bu sigorta dalında birçok kez değişiklik yapılmıştır. Biraz da bu nedenden dolayı sigorta sistemimizin en karmaşık ve en adaletsiz düzenlemelerini içeren bölümüdür denebilir.

Yaşlılık aylığının hak edilebilmesi için Yasada öngörülen koşulları yerine getirmek gerekir:

a) Belirli bir yaşın doldurulması ve prim ödeme gün sayısının tamamlanması,

b) Sigortalının işine ve sağlık durumuna bağlı olarak yaş ve prim ödemeye ilişkin özel koşulların yerine getirilmesi,

c) İşten ayrılma,

d) Sigortalının SGK'na başvurusu.

Yaşlılık Sigortası'na göre aylık bağlanması konusu Genel Sağlık Sigortası ile doğrudan ilgili görülmediğinden, ayrıntıya girilmemiştir.

Yaşlılık sigortasının aylık dışında sağladığı diğer yardımlar şunlardır:

a) Sağlık Yardımı: Yasaya göre (m. 60/I/f), yaşlılık aylığı alanlar hiçbir prim ödeme yükümlülüğü bulunmaksızın ve tescile de gerek olmaksızın genel sağlık sigortalısı sayılırlar. Bu nedenle yasanın sağladığı hakların tamamından yararlanırlar.

b) Sosyal Yardım Zammı: Bu ödeme, 5510 sayılı Yasanın yürürlüğe girmesinden sonra sigortalı olanlara yapılmamaktadır. SSK mensuplarına 4,69 TL ve Bağ-Kur üyelerine ise 4,5 ve 5,85 TL olarak yapılan bu ödeme sadece eski sigortalılara ödenmekte olup, bu zam tutarları artık sabit hale getirilmiştir.

c) Kamu Görevlilerine Emekli İkramiyesi Ödenmesi.

#### **4.1.2.3) ÖLÜM SİGORTASI**

Ölüm sigortası yardımından yararlanacak olanlar, ölen sigortalının eşi, çocukları ve ana-babasıdır. Ölüm sigortasında ölüm aylığı dışında toptan ödeme, evlenme ödeneği, cenaze ödeneği, sosyal yardım zammı, kamu görevlisinin ölümü halinde emekli ikramiyesi de söz konusudur.

Konumuz bakımından en önemli yardım sağlık yardımıdır. Kurumdan ölüm aylığı almakta olanlar, herhangi bir prim ödeme yükümlülüğü olmaksızın genel sağlık sigortalısı sayılırlar ve yasanın sağladığı hizmetlerden yararlanırlar.

## 4.2) GENEL SAĞLIK SİGORTASININ AMACI ve KAPSAMI

### 4.2.1) GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Genel Sağlık Sigortası Sistemi, 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” (SSGSSK) ile oluşturulmuştur.

Genel Sağlık Sigortası Sistemi (GSSS), Sağlıkta Dönüşüm Programının sekiz bileşeni içinde en önemlisidir. Öte yandan, SSGSSK’nın genel gerekçesinde de belirtildiği üzere GSS sistemini kurmayı amaçlayan bu Yasa da, Sosyal Güvenlik Sisteminde yapılmak istenen “**Sosyal Güvenlik Reformu**”nun çok önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Yasanın Genel Gereğesinde yer alan “...**tek bir emeklilik sistemi**, tek bir **sağlık sistemi**, tek bir **sosyal yardım sistemi** ve bu yapıyı yürütmek üzere tek bir **kurumsal yapıyı** içeren dört temel unsurdan oluşan kapsamlı bir sosyal güvenlik reformu planlanmıştır. Bu Kanunla emeklilik ve sağlık sistemlerinde norm birliği gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır” şeklindeki açıklama, bu durumu açık bir biçimde sergilemektedir. Yine gerekçedeki anlatımla, sosyal güvenlik sistemindeki reformun temel amacı “orta ve uzun dönemde adil, kolay erişilebilir, yoksulluğa karşı daha etkin bir koruma sağlayan, malî açıdan sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemine ulaşabilmektir”.

GSS, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bırakılmaksızın, zorunlu olarak uygulanacak bir sistem olduğu ve herkesi kapsamı içine alacağı yaklaşımına dayanır. Ayrıca, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün bireylerinin sağlık hizmetlerinden “eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlama” yolundaki beklenti, getirilmek istenen GSS için de söz konusudur.

Yasanın Genel Gerekçesinde genel sağlık sigortası şöyle tanımlamıştır: “Genel sağlık sigortası, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan sağlık sigortasıdır.” SSGSSK ise, genel sağlık sigortası kavramına, “kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta” şeklinde bir tanım getirmiştir (m. 3/1/8). Bu tanımlar arasındaki fark, birbiriyle çeliştiklerini değil, fakat daha çok bir diğerini tamamlayıcı özellik taşıdıklarını gösterir; çünkü bu tanımlardaki unsurlar, çelişen değil, bir diğerini bütünüleyici niteliktedir.

Genel Gerekçede, mevcut durum için şu değerlendirmeye yer verilmiştir: “Gelişmiş ülkelerde, geçirilen uzun deneyimler sonucu, hemen tüm vatandaşları kapsamına almış olan kamu sağlık sistemleri mevcutken, ülkemizde halen bazı kesimler sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık giderlerinin karşılanması yönünden sosyal güvenceden yoksundur. Öte yandan, ülkemizde sağlık güvencesi konusunda, sağlanan hizmet ve yardımlar yönünden eşit ve rasyonel bir sistemden söz etmek mümkün değildir. Mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarınca üyelerine çeşitli miktar ve nitelikte sağlık sigortası yardımları yapılmakta ve bu yardımlar arasında norm birliği bulunmamaktadır. Bu husus ise, değişik vatandaş grupları arasında eşitsizlik yarattığı gibi, hak ve adalet kurallarına da uygun düşmemektedir.”

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, emeklilik koşulları, aylık bağlanması, itibari hizmet vb. hususlarda olduğu gibi, sağlık hakları konusunda da önemli değişiklikler getirmiştir. SSGSSK ile “Genel Sağlık Sigortası Sistemi” oluşturulmak istendiğinden, Emekli Sandığı iştirakçisi, Sosyal Sigortalar Kurumu

sigortalısı ve Bağ-Kur üyesi (mensubu) terimleri ortadan kaldırılarak, “Genel Sağlık Sigortalısı” kavramı benimsenmiştir.

Genel hatlarıyla belirtmek gerekirse, Yasanın temel amaçları şöyle özetlenebilir:

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

Ancak Yasadaki bu genel kabul, sağlanacak hizmetlerin “teminat paketi” kapsamındaki ile kısıtlanması karşısında yeni bir boyut kazanmaktadır; çünkü, teminat paketi kapsamı hükümetler tarafından daraltıldıkça, yasanın “herkese sağlık hizmetinin sağlanması” şeklinde özetlenebilecek temel anlayışından uzaklaşılacaktır. Öte yandan, teminat paketinin kapsamı, siyasal iktidarlara kendi görüşlerini uygulama olanağı verdiği için, siyasal iktidarın sosyal devletten yana politika izlemek istemesi halinde ise kendisine büyük bir olanak sağlayacaktır.

#### 4.2.2) GENEL SAĞLIK SİGORTALISI SAYILANLAR

SSGSSK, Genel Sağlık Sigortası kapsamına girenleri “genel sağlık sigortalısı” olarak tanımlamış ve 60. maddede göstermiştir. Yasa, sigortalı sayılabilmek için kişinin yerleşim yerinin Türkiye olmasını zorunlu kılmıştır. Bu maddeye göre, genel sağlık sigortalısı sayılanlar şunlardır<sup>361</sup>:

---

<sup>361</sup> 1) A. Güzel, A. R. Okur, N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; sf: 723-727; 2) F. Uşan; **Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları**; sf: 267-274; 3) M.



**A) İşçiler:** İş Kanunu, Basın İş Kanunu, Deniz İş Kanunu veya Borçlar Kanunu kapsamında yapılan bir hizmet akdi (iş sözleşmesi) ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar.

**B) Kamu idarelerinde kadrolu çalışanlar, sözleşmeli çalışanlar, açıktan vekil olarak atananlar:** Yasadaki tanıma göre kamu idareleri; 5018 sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanununun 3. maddesinin 1. fıkrasının (a) bendinde belirtilen idare ve kurumlar ile bunların ödenmiş sermayesinin % 50'sinden fazlasına sahip oldukları ortaklıkları veya özel kanunlarına göre personel çalıştıran diğer kamu kurumlarıdır. Kamu idarelerinde çalışanlardan sigortalı sayılanlar özet olarak şunlardır:

a- İşçi niteliğinde olmayanlardan, kadro ve pozisyonlarda sürekli olarak çalışıp, ilgili kanunlarında işçi gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar,

b-İşçi ve kendi nam ve hesabına çalışmayan kişilerden, sözleşmeli olarak çalışıp ilgili kanunlarında işçiler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar ile açıktan vekil olarak atananlar.

**C) Kendi nam ve hesabına bağımsız çalışanlar:**

a- Ticari kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usûlde gelir vergisi mükellefi olanlar,

---

R. Korkusuz; S. Uğur; **Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş**; sf: 321-332; 4) Ali Tezel; Resul Kurt; **Sosyal Güvenlik Reformu**; Yaklaşım Yayıncılık; Ankara; 2008; sf: 182-189; 5) 5510 Sayılı Kanun Gereğince Sigortalı Sayılanlar, Sayılmayanlar, Sigortalılığın Başlangıcı, Kuruma Bildirilmesi ve Sona Ermesi Hakkında Tebliğ (RG: 28.09.2008, 27011) .

b-Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr sicili ile birlikte kanunla kurulan meslek odalarına usûlüne uygun olarak kayıtlı olanlar,

c- Anonim şirketlerin kurucu ortakları ve/veya yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları,

d- Tarımsal faaliyette bulunanlar: Yasanın tanımlara ilişkin 3.maddesinde tarımsal faaliyetler, “Kendi mülkünde, ortaklık veya kiralamak suretiyle başkalarının mülkünde veya kamuya mahsus mahallerde; ekim, dikim, bakım, üretme, yetiştirme ve ıslah yoluyla veya doğrudan doğruya doğadan yararlanmak suretiyle bitki, orman, hayvan ve su ürünleri elde edilmesi ve/veya bu ürünlerin yetiştiricileri tarafından muhafaza edilmesi, taşınması veya pazarlanması ile ilgili faaliyetler” olarak tanımlanmıştır.

**D) Köy ve mahalle muhtarları**

**E) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler:**

**F) Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından, yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayanlar,**

**G) İşsizlik Sigortası Kanunu (4447) gereğince işsizlik ödeneğinden yararlandırılanlar,**

**H) Bu Yasa veya bu Yasadan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık bağlanmış olan kişiler<sup>362</sup>,**

**I) Yukarıdaki bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan kişiler.**

---

<sup>362</sup> SSGSSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Sosyal Sigortalar Kanununa göre emekli, malul, dul/yetim vb. aylığı alanlar.

Yasa koyucu, yukarıda sayılanlar dışında başka grupları da genel sağlık sigortalısı saymıştır (SSGSSK, m. 60/1/c):

- Yeşil kart verilen kişiler (Aile içindeki geliri asgari ücretin üçte birinden az olan kişiler),
- Vatansızlar ve sığınmacılar,
- 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler (2022 sayılı K.),
- İstiklal savaşı dolayısıyla şeref aylığı alan kişiler (1005 sayılı K.),
- Vatani hizmet tertibinden aylık alanlar (3292 sayılı K.),
- Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler (2330 sayılı K.),
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlananlar (2828 sayılı K.),
- Harp malûllüğü veya terör mağduru aylığı alanlar,
- Geçici köy korucuları (442 sayılı Köy Kanununun 74/II. fıkrasına göre görevlendirilen kişiler).
- 5774 sayılı Kanun gereğince aylık bağlanan veya devlet sporcusu sayılanlar ile bunların aileleri.

Kısaca belirtmek gerekirse; Yasada genel sağlık sigortasından yararlanacak olanlar ana gruplar halinde sıralanmış; işçi, memur, bağımsız çalışanlar, gelir ve aylık almakta olanlar, isteğe bağlı sigortalılar, daha sonra da bu gruplarda yer almamalarına rağmen özel durumları nedeniyle (yoksulluk, muhtaçlık, vatana

hizmet, başarı...) sağlık yardımları almaları gerekli görülenler tek tek sayılmış, son olarak da bütün bu bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayanların da genel sağlık sigortalısı sayılarak sağlık yardımlarından yararlanacağı belirtilmiştir (m.60/I/g).

Böylece herkes kapsama alındığına göre kapsamdakilerin tek tek sayılmasına gerek yoktur; sadece kapsam dışında kalanlar belirtilebilir ve “bunlar dışında kalan kişiler genel sağlık sigortalısı sayılır” denebilirdi<sup>363</sup>. Aslında SSGSSK, gerek dili, gerek yazım tekniği, gerekse birbiriyle bire bir bağlantısı olmayan sosyal sigorta ile sağlık sigortası konusunu tek bir yasa içinde çözümlenmeye kalkması dolayısıyla çok karmaşık ve anlaşılması, izlenmesi ve hâttâ uygulanması güçlüklerle dolu, başarısız bir yasal düzenleme örneğidir.

#### **4.2.3) GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU KİŞİLER**

Yasa gereği, genel sağlık sigortalısının bazı yakınları, “genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi” sayılır (GSSİY, m. 4/e;7) ve bunlar da sağlık hizmetleri ve diğer haklardan yararlanırlar. Buna göre, genel sağlık sigortalısının, sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı sayılmayan, kendi sigortalılığı nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış olan;

a) Eşi,

b) 18 yaşını, lise ve dengi öğrenim görmesi halinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi halinde 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayan çocukları ile yaşına bakılmaksızın çalışma gücünü en az % 60 oranında yitirdiği kurum sağlık kurulu tarafından tespit edilen evli olmayan çocukları,

---

<sup>363</sup> A. Güzel, A. R. Okur, N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; sf: 725.

c) Her türlü kazanç ve irattan elde ettiği gelirinin asgari ücretin net tutarından daha az olan ve diğer çocuklarından sağlık yardımı almayan ana ve babası, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak kabul edilir.

#### **4.2.4) GENEL SAĞLIK SİGORTALISI SAYILMAYANLAR**

Genel sağlık sigortası kapsamı dışında kalanlar, SSGSSK'nın 60. maddesinin III. fıkrasında belirtilmiş veya 6. maddenin bazı fıkralarına gönderme yapılarak düzenlenmiştir. Bu konudaki düzenlemeye göre;

a) Askerlik hizmetlerini er ve erbaş olarak yapmakta olanlar, yedek subay öğrencileri,

b) Yabancı ülkelerdeki kuruluş adına ve hesabına Türkiye'ye gönderilen ve yabancı ülkede sigortalı olduğunu belgeleyen kişiler,

c) Türkiye'de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan, yurt dışında ikamet eden ve o ülke sosyal güvenlik mevzuatına tabi olanlar,

d) Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilip de bulunduğu ülkede sosyal sigorta güvenlik mevzuatına tabi olan kişiler,

e) Ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular,

f) Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan ve Türkiye'de bir yıldan daha kısa bir süre için yerleşik durumda olanlar, yani turistler,

g) Yurt dışı borçlanması (2147 ve 3201) ile emekli olanlardan Türkiye'de ikamet etmeyenler,

genel sağlık sigortalısı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden sayılmazlar (GSSİY, m. 8).

Yukarıda genel sağlık sigortası kapsamına girenlerin açıklandığı kısımdaki (F) ve (I) bentlerinin uygulanmasında evli olanlar için, eşlerden hangisinin bu maddeye göre genel sağlık sigortalısı, hangisinin bakmakla yükümlü olunan kişi olacağının tespiti kendi tercihlerine bırakılır. Diğer bentler gereği eşlerin her ikisinin de genel sağlık sigortalılık şartlarının oluşması halinde, her ikisi de ayrı ayrı genel sağlık sigortalısı sayılır (m. 60/IV).

Yasal düzenleme sonucu, genel sağlık sigortasından yararlanmak için prim ödenmesi gerektiği halde, bazı kişiler prim ödemeksizin bu haktan yararlanacaklardır<sup>364</sup>. “Genel sağlık sigortası” primi ödeyerek ”genel sağlık sigortalı” olacak kişiler, özet olarak şöyle ifade edilebilir:

- a) İş sözleşmesi uyarınca çalışan eski adıyla SSK’lı, Tarım SSK’lı olan kişiler,
- b) Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan, memur, subay, astsubay, uzman erbaş, öğretim üye ve görevlileri, yani eski adıyla T.C. Emekli Sandığı iştirakçileri,
- c) Eski adıyla Bağ-Kur’lu veya Tarım Bağ-Kur’lusu denen bağımsız çalışanlar,
- d) İsteğe bağlı sigortalı olanlar,
- e) Harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki kişi başına düşen geliri asgari ücretin üçte birinden çok olan vatandaşlar.

Prim ödemeksizin sağlık yardımından yararlanacak olanlar ise şunlardır:

- a) Sosyal güvenlik kurumlarından gelir veya aylık alanlar,
- b) Ülkemizde ikamet eden vatansızlar ve sığınmacılar,

---

<sup>364</sup> A. Tezel; R. Kurt; **Sosyal Güvenlik Reformu**; sf: 186.

- c) 65 yaş aylığı ile özürlü aylığı alan kişiler,
- d) İstiklal madalyası verilmiş bulunanlar,
- e) Vatani hizmet tertibinden şeref aylığı bağlananlar,
- f) Vatani hizmet tertibi aylığı alanlar,
- g) Nakdi tazminat ve aylık bağlanan kişiler,
- h) Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'ndan korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlanan kişiler,
  - ı) Harp malulü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,
  - i) Köy korucuları ile koruculuktan emekli olanlar,
  - j) Dünya, olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu nedeniyle aylık alanlar,
  - k) Karşılıklılık esasına göre, ülkemizde oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,
  - l) İş Kur'dan işsizlik veya kısa çalışma ödeneği alan kişiler,
  - m) Yukarıda sayılmayan kişilerden, başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan Türk vatandaşları.

Yapılan bu özet açıklamalar Yasanın, önceki dönemde farklı yasalarla düzenlenen, kapsam, içerik ve olanak açısından yurttaşlar arasında büyük ayrımlara yol açan yapılanmaya son vermeyi amaçladığını göstermektedir. Kısaca belirtmek gerekirse, daha önceki dönemde ana hatları 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ve 1479 sayılı Bağ-Kur Yasası ile oluşturulan sağlık sistemine ilişkin düzen, SSGSSK ile köklü bir biçimde değiştirilmek istenmiştir. Söz konusu yasaların kapsamına girenlerin tamamı, adeta tek bir potada eritilerek

aralarındaki ayrımlar kaldırılmış, hepsi “genel sağlık sigortalısı” olarak kabul edilmiştir.

Ayrıca, sosyal güvenlik ve bu bağlamda sağlık haklarına ilişkin olarak yürürlüğe konulan birçok yasaya karşın, sağlık hakları alanında gerçek anlamda bir düzen gerçekleştirilememiş, toplumsal kesimler arasında makul ve adil bir denge sağlanamamıştı. Çeşitli politik ve popülist etkenlerle getirilen sınırsız ve günü kurtarmaya yönelik düzenlemeler, umulan sosyal dengeyi getirememişti. Kurallar ve kurumlar arasında hemen her fırsatta ortaya çıkan çelişki ve haksızlıklar, pek çok sayıda yasanın ve bunlarda yapılan değişikliklerin doğurduğu karmaşık yapı içinde gözden kaçmaktaydı. Yasanın amaçlarından biri de bu durumu engellemektir.

Kamuoyunda, sendikalarda ve çeşitli sivil toplum kuruluşları ile siyasi partilerde yoğun eleştiri ve tepkilere yol açmış, sonuçta birçok maddesinin iptali amacıyla Anayasa Mahkemesine götürülmüş olan SSGSSK'nın bazı maddeleri, Mahkemenin 15.12.2006 tarihli kararı<sup>365</sup> ile iptal edilmiştir. Bunun üzerine yürürlüğe konulan 5754 sayılı yasayla değiştirilen bazı hükümlerin iptali gerekçesiyle ikinci kez Anayasa Mahkemesine başvurulmuştur. Bu yeni başvuru ile ilgili olarak Anayasa Mahkemesince henüz bir karar verilmemiş olması, bu hususta belirsizlik yaratmaya devam etmektedir.

#### **4.2.5) GENEL SAĞLIK SİGORTALILIĞININ BAŞLANGICI, BİLDİRİMİ ve TESCİLİ**

Genel sağlık sigortalılığı başlangıcının tespiti (belirlenmesi) ve tescili (sistemde kayda alınması) ile ilgili işlemler SSGSSK/61. madde hükümlerine göre

---

<sup>365</sup> Anayasa Mahkemesinin 15.12.2006 tarihli, E: 2006/111, K: 2006/112 sayılı kararı.



yürütülür. Bu düzenlemeye göre veya kişiler, ilke olarak, “4/a, 4/b, 4/c sigortalıları veya isteğe bağlı sigortalı” olarak tescil edildikleri tarihten itibaren “genel sağlık sigortalısı” sayılırlar; bunların ayrıca bir bildirimde bulunmalarına gerek yoktur.

Diğer yandan, sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık bağlanmış kişilerin de bildirimde bulunmaları gerekmez; bu durumdakiler gelir veya aylıktan yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı olarak kabul edilirler.

Genel sağlık sigortalısı sayılanların çocukları, ana ya da babanın tescil edilmiş olmasına bakılmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek olmaksızın 18 yaşına kadar, sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlandırılır. 18 yaşından küçük çocuğun ana babası da yok ise, 18 yaşına kadar 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu gereği genel sağlık sigortalısı sayılır ve primi Devlet tarafından ödenir.

Bir kısım kişilerin genel sağlık sigortalısı olabilmeleri için belli statüye girdikleri tarihten itibaren bir ay içinde bildirimde bulunulması zorunludur. Buna göre; aylık gelirleri asgari ücretin üçte birinden az olanlar; vatansız ve sığınmacılar; istiklal madalyası veya vatani hizmet tertibinden vs. kendilerine aylık bağlananlar; işsizlik veya kısa çalışma ödeneğinden yararlananlar; 4/a, 4/b, 4/c zorunlu sigortalıları sona erenler, bizzat genel sağlık sigortası giriş bildirgesi vererek bildirimde bulunmak zorundadırlar.

Genel sağlık sigortası giriş bildirgesini bir aylık süre içinde vermeyenlere, her bir sigortalı için “aylık asgari ücret” tutarında ceza uygulanır (m. 102/I/a).

Yasada, Genel sağlık sigortalılığının hangi hallerde sona ereceği ise, kişinin yerleşim yerinin Türkiye dışına nakledildiği durumlarda ve genel sağlık sigortası

kapsamı dışına çıkıldığı haller şeklinde belirlenmiştir. Genel sağlık sigortalılığının sona ereceği tarih de, söz konusu olayların gerçekleştiği tarihtir.

#### **4.2.6) GENEL SAĞLIK SİGORTASINDAN YARARLANMA**

SSGSSK, genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetleri ile diğer haklardan yararlanmanın, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir “hak”, Sosyal Güvenlik Kurumu için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür (SSGSSK; m. 62).

Sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan, sadece sözü edilen kişilerin yararlanacağına vurgulanmış olması, olumsuz gibi görünse de, Yasanın ilke olarak tüm yurttaşları kapsama alma amacını taşıması ve kapsam dışı kalınma hallerini dar tutmaya çalışması nedeniyle, büyük bir eksiklik olarak yorumlanmayabilir. Teorik olarak doğru sayılabilecek bu yaklaşımın, ilerideki kısımlarda açıklanacağı üzere, özellikle gelir dağılımındaki büyük eşitsizlik ve yüksek orandaki işsizlik dolayısıyla Türkiye pratiğinde çok da geçerli olmayacağı açıktır.

Madalyonun diğer yüzünü oluşturan “finansman” konusu ise Sosyal Güvenlik Kurumuna, başka bir deyişle Devlete bir “yükümlülük” olarak getirilmiş, mali sorunların çözümü ile Kurum görevlendirilmiş, dolayısıyla finansman sorununun çözümü Devlete görev olarak verilmiştir.

Yasanın 62. Maddesinin son fıkrasında gerek sosyal güvenlik sistemleri, gerekse genel sağlık sigortaları bakımından çok önemli olan bir konu, açık bir biçimde hükme bağlanarak, gereksiz tartışma ve yorumların önü kesilmiştir. Anılan fıkra hükmüne göre, “Bu Kanun kapsamındaki kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamaz”. Bu düzenlemeyle, sistem oluşturulur ve uygulanır iken, yararlanılacak sağlık hakları ile

hizmetlerin, kişilerin ödedikleri primle sınırlanmaması, hastalık ve tedavinin gereklerine göre davranılmasının sağlanması amaçlanmıştır. Böylece yasa koyucu, sağlık hakkına ve bununla ilgili hizmetlerden yararlanmada, örneğin yaşlılık aylığının bağlanmasıdaki gibi ödenen primlerle doğru orantılı bir ilişki kurmamış, dolayısıyla sağlık durumunun gerektirdiği boyutta ve sürede bu haktan yararlanmanın hukuksal dayanağını oluşturmuştur.

Yukarıda da belirtildiği gibi, sağlık hizmetlerinden yararlanacak olan kişiler, sağlık sigortalısı ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler, yani hak sahipleri diye nitelenen kişilerdir. Yasanın 60/II. maddesine göre; 6/I. maddenin a,b,c,f,g,h,ı, ve k bentlerinde sayılanların önce “genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olup olmadığına” bakılır.

Yasanın 6/I. maddesi uyarınca, öncelikle sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olup olmadığına bakılacak olanlar şunlardır<sup>366</sup>:

a) İşverenin ücretsiz çalışan eşi,

b) Aynı konutta birlikte yaşayan ve üçüncü derece dahil bu dereceye kadar hısımlar arasında ve aralarına dışarıdan biri başka kimse katılmaksızın, yaşadıkları konut içinde yapılan işlerde çalışanlar,

c) Ev hizmetlerinde çalışanlar (ücretle ve sürekli çalışanlar hariç),

d) Resmi meslek ve sanat okulları ile yetkili resmi makamların izniyle kurulan meslek veya sanat okullarında ve yüksek okullarda fiilen normal eğitim

---

<sup>366</sup> 1) A. Güzel, A. R. Okur, N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; sf: 729; 2)

A. Tezel; R. Kurt; **Sosyal Güvenlik Reformu**; sf: 187.

sürelere içinde yapılan, tatbiki mahiyetteki yapım ve üretim işlerinde çalışan öğrenciler,

e) Sağlık hizmet sunucuları tarafından işe alıştırmakta olan veya rehabilite edilen hasta veya malûller,

f) Devlet memuru veya vergi mükellefi-şirket ortağı olduğu halde 18 yaşını doldurmamış olanlar,

g) Kamu idareleri hariç olmak üzere, tarım veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz işlerde çalışanlar ile tarımda kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan; tarımsal faaliyette bulunan ve yıllık tarımsal faaliyet gelirlerinden, bu faaliyete ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarın aylık ortalamasının, bu Yasada tanımlanan prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler,

h) Kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlardan, aylık faaliyet gelirlerinden bu faaliyetine ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarı, prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler.

Genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi ise, “genel sağlık sigortalısı” olarak tescili yapılmaz ve bu kişiler GSS primi ödemediği sağlık sigortasından yararlanırlar. Eğer, “bakmakla yükümlü olunan kişi” durumunda değillerse, durumları m. 60/I’de sayılan bentlerden hangisine uyuyorsa ona göre genel sağlık sigortalısı kapsamına alınır ve sağlık sigortasından yararlanırlar. Ancak, bir genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişilerden değillerse, gelir durumlarına göre, aylık geliri asgari ücretin üçte birinden çok ise GSS primi

ödeyerek, az ise prim ödemedi genel sağlık sigortalısı sayılırlar ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını elde ederler.

#### **4.2.7) GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDAKİ SAĞLIK HİZMETLERİ**

Sağlık hizmetlerinin amacı, Yasa kapsamına girenlerin sağlıklarının korunmasını, hastalanmaları halinde sağlıklarını tekrar kazanmalarını, hastalık ve analık hallerinde gerekli sağlık yardımlarının verilmesini ve yeniden sağlıklı duruma gelmelerini sağlamaktır. Yasanın bu bağlamda öngördüğü ve finansmanı Kurumca sağlanacak olan sağlık hizmetleri şunlardır (m. 63):

##### **4.2.7.1) KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ**

Hastalanmayı engelleyen bütün sağlık hizmetlerini kapsayan koruyucu sağlık hizmetleri, bu tür hizmetler içinde en önemlileridir. Bunlar kişilerin hastalanmasını önlemek ve hastalıkları teşhis amacıyla yürütölen kişiye ve çevreye yönelik bütün önlemleri içerir.

##### **4.2.7.2) HASTALIK HALİNDE SAĞLIK YARDIMI**

Koruyucu sağlık hizmetlerine rağmen kişi hastalanmış ise, tedavi amacıyla sağlanan yardımlar şöyle sıralanmıştır: Hekim tarafından yapılacak her türlü klinik muayene; hekimin gerekli görmesi halinde teşhis için laboratuvar tetkik ve tahlilleri; röntgen, tomografi gibi diğer teşhis işlemleri; teşhise bağlı olarak gerekli diğer tıbbi müdahale ve tedaviler; tedavi süresince izlenme, gerekiyorsa rehabilitasyon hizmetleri; organ, doku ve hücre nakil işlemleri; hücre tedavisi; acil sağlık hizmetleri; hekim kararıyla fizik tedavi ve masaj gibi sağlık meslek mensuplarınca yapılacak tıbbi bakım ve tedaviler.

Bu tedaviler ayakta yapılabileceği gibi, yataklı tedavi kurumlarında yatırılarak da gerçekleştirilebilir.

#### **4.2.7.3) ANALIK HALİNDE SAĞLIK YARDIMLARI**

Analık halinde sağlanacak yardımlar da şu şekilde belirtilmiştir: Hekim tarafından yapılacak klinik muayene; hekimin gerekli görmesi halinde teşhis için laboratuvar tetkik ve tahlilleri; röntgen, tomografi gibi diğer teşhis işlemleri; teşhise bağlı olarak gerekli diğer tıbbi müdahale ve tedaviler; tedavi süresince izlenmesi; doğumun sağlanması; gerekirse rahmin tahliyesi ve tıbbi sterilizasyon; acil sağlık hizmetleri; hekim kararıyla fizik tedavi ve masaj gibi sağlık meslek mensuplarınca yapılacak tıbbi bakım ve tedaviler. Bu tedaviler de ayakta yapılabileceği gibi, yataklı tedavi kurumlarında yatırılarak da gerçekleştirilebilir. Yasayla, analık sağlık yardımları arasında normal yollardan çocuk sahibi olamayanlara, bazı koşullarla yardımcı üreme teknikleri ile çocuk sahibi olma olanağı da sağlanmıştır.

#### **4.2.7.4) AĞIZ VE DİŞ TEDAVİSİ**

Yasada, ağız ve diş tedavisine ilişkin olarak, ayakta veya yatarak yararlanılabilecek sağlık yardımlarına da olanak sağlanmıştır: ağız ve diş muayenesi; diş hekiminin gerekli görmesi halinde teşhis için gerekli klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri; Teşhise bağlı olarak gerekli diğer tıbbi müdahale ve tedaviler; Diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi; Hasta takibi; Diş protez uygulamaları; Acil sağlık hizmetleri; 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin belirlenen tutarı. Ortodontik tedavi konusunda getirilen kısıtlamaların sağlık hakkı ile bağdaştırıı söylenemez.

#### 4.2.7.5) DİĞER SAĞLIK YARDIMLARI

Söz konusu yardımlar dışında sağlık yardımlarına destek niteliği taşıyan bazı başka yardımlara da Yasayla olanak sağlanmıştır. Bu olanaklar; teşhis ve tedavi için gerekebilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf malzemeleri, bunların takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleridir.

Özetle belirtmek gerekirse, yukarıda belirtilen tüm sağlık hizmetleri, GSS tarafından karşılanacaktır.

Buna karşılık, SGK tarafından hiçbir şekilde karşılanmayan sağlık hizmetleri de mevcuttur (m. 64):

a) Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında, estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri,

b) Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri,

c) Yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar, Kurumca yayınlanacak yönetmelikle düzenlenecektir. Bu konuda Sağlık Bakanlığının uygun görüşü alınacaktır. Kurumca sağlanacak sağlık hizmetlerine ilişkin yönetmelikle ilgili olarak aşağıda belirtilen endişelerimiz, bu yönetmelik konusunda da aynen geçerlidir.

#### **4.2.8) SAĞLIK YARDIMLARINI BELİRLEME YÖNTEMİ**

SGK, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir. Bu, Sağlık Bakanlığından görüş alınmasının zorunlu olması, fakat son kararın Kurum tarafından verilebilmesinin mümkün bulunması anlamına gelmektedir. Ayrıca Kurum bu amaçla, bilimsel komisyonlar kurabilir, ulusal ve uluslararası tüzel kişilerle işbirliği yapabilir (m. 62/II).

Maddenin son fıkrasında, bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esasların yönetmelikle düzenleneceği hükme bağlanmıştır. Yönetmeliğin, Sağlık Bakanlığının görüşü üzerine Kurum tarafından hazırlanacak olması, hukuki ve teknik açıdan sorunların ortaya çıkmasının önlenmesinde ve doğan sorunların çözümünde kolaylık ve sürat sağlayacaktır. Ancak sağlık gibi çok önemli bir anayasal hakkın içeriğini belirleyecek düzenlemenin, yönetmelik ile yapılmasının sakıncalı olduğunu da belirtmek gerekir. Başka bir deyişle, bu kadar önemli bir konunun, yasama organı yerine, idare tarafından yönetmelik gibi çok kolay değiştirebilecek yöntemle bağlanması, siyasal iktidar ve yönetimlere büyük bir hareket alanı bırakmıştır. Böyle bir durumun, sağlık hakkı gibi insan yaşamında birinci derecede önemli temel bir anayasal hakkın kullanımını düzenleme görev ve yetkisinin, yürütme organına devredilmesine yol açacağı ortadadır.

Diğer yandan, getirilen düzenlemeye göre; hangi koruyucu sağlık hizmetlerinin, hangi hastalıkların ve risklerin, hangi tetkik, tahlil ve inceleme yöntemlerinin, hangi tür tıbbi müdahalelerin Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınacağı ve dolayısıyla bunların Kurumca karşılanacağı belli değildir. Üstelik



bunların ileriki yıllarda maliyet-fayda gibi çeşitli ölçütlere dayanılarak azaltılması da olasıdır<sup>367</sup>. Bu şekilde hekimin inisiyatifine müdahale edilirse, SGK, sağlık hizmetlerinde, hizmet sunumu ve ilaç kullanımı açısından sınırlayıcı ve kısıtlayıcı yönlendirmeler yapabilir. Anayasanın temel niteliklerinden biri olan “sosyal devlet” anlayışına aykırı sonuçlar yaratabilecek olan bu düzenleme ve yaklaşım, sonuçta toplumsal barış ve uzlaşma yanında, siyasi istikrarı da olumsuz etkileyebilir.

Ayrıca, yönetmeliğin hazırlanması aşamasında, sağlık sektöründeki diğer kesimlerin (Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, Türk Dişhekimleri Birliği, Üniversiteler, Yüksek Sağlık Şûrası vs.) devre dışı bırakılması da bir başka olumsuz unsur olarak görünmektedir.

Buna karşılık, Yasada “genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri, kişinin iyileşmesine kadar sürer” şeklinde çok yerinde bir hükme yer verilmiştir. Böylelikle önemli bir konu, yasa koyucu tarafından hiçbir kuşku ve yorumu gerektirmeyecek biçimde temelden çözüme kavuşturulmuştur (m. 63/III).

#### **4.2.9) GENEL SAĞLIK SİGORTASINDAN YARARLANMA ŞARTLARI**

Genel sağlık sigortası yardımlarından yararlanabilmek için bazı koşulların yerine gelmiş olması gereklidir<sup>368</sup>:

---

<sup>367</sup> Mülkiyeliler Birliği Dergisi, Ocak 2006, Sayı: 251-9’un eki “**Sosyal Güvenlik Yasa Tasarısı**” Hakkında Rapor, Ankara, Ocak 2006, sf: 22.

<sup>368</sup> 1) F. Uşan; **Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları**; sf: 281-291; 2) A. Güzel; A. R. Okur; N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; sf: 740-743, 3) A. Tezel; R. Kurt; **Sosyal Güvenlik Reformu**; sf: 182-214.

#### **4.2.9.1) GENEL SAĞLIK SİGORTALISI veya BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLUNAN KİŞİ OLMAK**

5510 sayılı Yasa ile oluşturulan genel sağlık sigortasının sağladığı haklardan yararlanabilmesi için kişinin, genel sağlık sigortalısı veya bunların bakmakla yükümlü bulunduğu kişi durumunda olması gereklidir.

#### **4.2.9.2) PRİM ÖDEME ve PRİM BORCU OLMAMA KOŞULU**

##### **A) Genel Sağlık Sigortası Primi ve Devlet Katkısı**

Genel Sağlık Sigortası prim oranı, sadece genel sağlık sigortasına tabi olanlar, işsizlik ödeneği alanlar, kısa çalışma yapanlar, 4046 sayılı Yasa uyarınca özelleştirilen kuruluşlardan ayrılıp ta iş kaybı tazminatı alanlar (SSGSSK, geçici m. 13) ile isteğe bağlı sigortalılar için, prime esas kazancın %12'sidir (m. 81).

Kısa ve uzun vadeli sigorta kapsamında olanlar, yani bağımlı çalışanlar (m.4/I/a, c) için prim oranı, 80. maddeye göre hesaplanan prime esas kazancın %12,5'udur. Bu primin %5'i sigortalı, geriye kalan %7,5'luk kısmı ise işveren tarafından ödenir. Bağımsız çalışanlar ( 4/b) için, genel sağlık sigortası prim oranı ise, %12,5'dir.

Yasaya konulan bir hükümlerle, daha önceleri işsizlik sigortası dışında sistemimizde mevcut olmayan "Devlet Katkısı" getirilmiştir. Bu yeni düzenlemeye göre Devlet, SGK'nın ilgili ay itibariyle tahsil ettiği genel sağlık sigortası priminin dörtte biri oranında Kuruma katkıda bulunur. Devlet ayrıca malûllük, yaşlılık ve ölüm sigorta tahsilatları konusunda da aynı oranda katkı yapar. Ancak, katkı matrahı olarak, aylık tahakkuk yerine tahsilatın esas alınması nedeniyle, Devlet katkısı, daha düşük tutarda gerçekleşecektir.

SSGSSK gereğince alınacak prim ve verilecek ödeneklerin hesabına esas tutulan günlük kazancın alt sınırı, asgari ücretin otuzda biri, üst sınırı ise bunun 6,5 katıdır. Günlük kazançları, söz konusu alt sınırdan az olan sigortalılar ile ücretsiz çalışan sigortalıların günlük kazançları alt sınır üzerinden, fazla olanların ise üst sınır üzerinden hesaplanır. Sigortalının kazancı alt sınırın altında ise, bu kazanç ile alt sınır arasındaki farka ait sigorta primleri ile ücretsiz çalışan sigortalılara ait primlerin tümü işveren tarafından ödenir (m. 82).

### **B) Prim Borcu**

Yasa sağlık hizmetlerinden yararlanmada prim konusu bakımından dörtlü bir ayrıma gitmiştir:

#### a) Prim koşulu aranmayanlar

Aşağıda belirtilen kişi ve haller için, Yasada öngörülen prim ödeme koşulu aranmaz; Kurum tarafından bunlara gerekli sağlık hizmetleri ve yardımları sağlanır (m. 67):

- 18 yaşını doldurmamış olanlar,
- Tıbben başkasının bakımına muhtaç olanlar,
- Acil haller,
- İş kazası ile meslek hastalığı hallerinde,
- Bildirimi yasal olarak zorunlu kılınan bulaşıcı hastalık hallerinde,
- Koruyucu sağlık hizmetlerinde,
- Analıkla ilgili sağlık hizmetlerinde,
- Genel afet ile seferberlik ve savaş hallerinde,
- Grev ve lokavt hallerinde.

#### b) 30 günlük prim arananlar

Sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için bazı kişilerden, sağlık hizmeti için başvurduğu tarihten önceki bir yıl içinde toplam olarak 30 gün genel sağlık sigortası primi ödemiş olma koşulu aranır. Bunlar Yasanın m.60/I ve m.4/I a ve c bendi hükümleri uyarınca çalışanlardır; yani iş sözleşmesi ile çalışanlar ile kamu görevlileridir.

Bir yıllık sürenin hesabında silâh altında, tutuklulukta, iş göremezlikte, grev ve lokavtta geçen süreler dikkate alınmaz; başka bir deyişle, bir yıllık süre, sözü edilen durumların süresi kadar uzatılır, yıllık sürenin başlangıcı o kadar süre geriye gider.

c) 60 günden fazla borcu olmaması gerekenler

Bunlar, m. 60/I, a (2) ve (g) bendinde sözü edilen genel sağlık sigortalısı ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilerdir. Bunların, bir yıl içinde 30 gün prim ödemiş olma koşulu dışında ayrıca, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanuna göre tecil ve taksitlendirilerek tecil ve taksitlendirmeleri devam edenler hariç 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması da şarttır.

d) Hiç prim borcu olmaması gerekenler

Bunlar ise m. 60/I'nin (b) ve (d) bendi kapsamına giren genel sağlık sigortalıları ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerdir. Yani, isteğe bağlı sigortalılar ile oturma izni almış ve bir yıldan beri Türkiye'de bulunan yabancıların, genel sağlık sigortası sisteminden yararlanabilmeleri için, hiç prim borçlarının olmaması gerekmektedir.

#### **4.2.9.3) KİMLİK BİLDİRİM KOŞULU**

Genel sağlık sigortalısı veya bunların bakmakla yükümlü oldukları kişi, sağlık hizmet sunucusuna başvurdukları zaman, acil durumlar dışında, kimliklerini göstermek zorundadırlar. Bu amaçla kullanılacak belgeler nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya Kurum tarafından verilen resimli sağlık kartıdır. Acil hallerde kimlik ibrazı, acil halin sona erdirilmesinden sonra yapılacaktır.

Genel sağlık sigortalısı veya bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin kendi adlarına başkasının sağlık hizmeti almasını veya menfaat teminini sağlaması Türk ceza kanunu açısından suç oluşturur; ayrıca uğranılan zarar iki katı oranında, faizi ile birlikte ilgililere ödettilir.

#### **4.2.9.4) KATILIM PAYI ÖDENMESİ KOŞULU**

GSSİY'ne göre katılım payı, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler tarafından ödenecek tutardır.

##### **A) Katılım Payı Alınacak Durumlar:**

Yasada katılım payı alınacak durumlar belirtilmiştir (m. 68);

a) Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayene hizmetleri için,

b) Vücut dışı protez ve ortezler,

c) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar,

d) Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan tedavi hizmetleri (Bu bent, 5917 sayılı yasa ile eklendi).

Katılım payları Yasada belirlenen kriterler uyarınca belirlenir<sup>369</sup> ve her yıl yeniden değerlendirme oranı kadar artırılır.

**B) Katılım Payı Alınmayacak Durumlar:**

Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler şunlardır:

- a) İş kazası ile meslek hastalığı halleri, askeri tatbikatlar,
- b) Afet ve savaş hali,
- c) Aile hekimi muayeneleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- d) Organ, doku ve kök hücre nakli,
- e) Hayati önemdeki ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri,
- f) Kronik hastalıklar (Kurumca belirlenen ve rapora bağlanan)
- g) 94. madde gereği yapılan kontrol muayeneleri,

h) Şeref aylığı alalar ile eşleri, harp malullüğü aylığı alanlar, vatani hizmet tertibinden maaş alanlar, nakdi tazminat ve aylık alanlar, terörle mücadele nedeniyle maaş alanlar.

1)Türk Silahlı Kuvvetleri ve Emniyet Genel Müdürlüğü adına okumakta olan öğrenciler,

- i) Korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlananlar.

69. madde gereğince katılım payı alınmayacak sağlık hizmetlerini saptama yetkisi, SGK'ya verilmiştir.

**C) Kamu Görevlileri İçin Katılım Payı:**

Yasanın geçici 12. maddesinde, kamu görevlileri için genel sağlık sigortası uygulamasının, devir tarihine kadar eski mevzuat uyarınca yapılmasına devam

---

<sup>369</sup> Katılım payı bedelleri, Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği (GSSİY) ve SGK Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile belirlenmektedir.

edilmesi ve devir işleminin de üç yıl içinde tamamlanması öngörülmüştür. Ayrıca bütçe kanununa konulan hükümlerle, kamu görevlilerinin de katılım payı ödemeleri gerekli kılınmıştır.

#### **D) Katılım Payı Tutarları:**

##### **a) Muayene Katılım Payı**

Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için 2 TL katılım payı alınır. Bu miktar her yıl yeniden değerlendirilerek artırılır. Kuruma katılım payını değiştirme yetkisi tanınmıştır. SGK, GSSY ve SUT ile bu değişiklikleri yapmaya yetkilidir.

Birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarında yapılan muayene ile aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmaz. Katılım payı ikinci basamak resmi sağlık kurumlarında 3, eğitim ve araştırma hastanelerinde 4, üniversite hastanelerinde 6 ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında 10 TL olarak uygulanır.

##### **b) Ortez, Protez, İyileştirme Araç ve Gereçleri Katılım Payı:**

Bunlarda katılım payı, emekli genel sağlık sigortalıları ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, kapsamdaki diğer genel sağlık sigortalıları ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler içinse %20 olarak uygulanır. Katılım payının tutarı, asgari ücretin %75'ini geçemez.

##### **c) İlaç Katılım Payı:**

Ayakta tedavilerde emekliler ile bağımlıları için %10, diğerleri ve bağımlıları için ise %20 olarak belirlenmiştir. Yatarak tedavi sonrasında taburcu edilenlerden tedavinin devamı için reçete düzenlenenlerde katılım payı, ayakta tedavi olanlara uygulanan miktardır.

d) Yardımcı Üreme Yöntemi Tedavilerinde Katılım Payı:

Yardımcı üreme yöntemleri tedavisinde kullanılan ilaçlarda katılım payı, ilaç katılım payı gibi %10 ve 20'dir. Yardımcı üreme yöntemleri işlem ücretleri ise ilk denemede %30, ikinci denemede %25 olarak uygulanır. İşlem ücretlerinde %75 asgari ücret gibi üst sınır uygulaması yoktur.

e) Tıbbi Malzeme Katılım Payı:

Gözlük cam ve çerçevesi, ağız protezleri, vücut dışı kullanılan protez ve ortezler gibi tıbbi malzemelerde katılım payı, ayakta tedavilerde emekliler ile bağımlıları için %10, diğerleri ve bağımlıları için ise %20 olarak belirlenmiştir. Bu katılım payı, asgari ücretin %75'ini geçemez.

#### **4.2.9.5) SEVK ZİNCİRİNE UYULMASI KOŞULU**

SSGSSK, m. 70'de genel sağlık sigortasının uygulanması açısından bazı temel ilkelere işaret edilmiş, örgütlenme ve ayrıntılar Sağlık Bakanlığı ile SGK'ya bırakılmıştır<sup>370</sup>.

Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularını birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sınıflandırmıştır. SGK, bu basamaklar ve sağlık hizmeti sunucuları arasında sevk zincirini; tanı, ön tanı, hekimlerin uzmanlıkları dikkate alınmak suretiyle Sağlık Bakanlığının da görüşünü alarak belirler. Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları arasında yer alırlar.

Kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır. Aile hekimliği uygulaması başlamış olan bölgelerde sevk zincirine

---

<sup>370</sup> A. Güzel, A. R. Okur, N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; sf: 751.



uyulması zorunlu olmakla birlikte, henüz kapsam dışında kalan yörelerde henüz sevk zinciri yürürlüğe girmemiştir.

Sevk zincirinin zorunlu olduğu yerlerde, iş kazası ile meslek hastalığı, afet ve savaş hali ile acil haller dışında Kurumca belirlenen sevk zincirine uyulması zorunludur. Sevk zincirine uyulmaması halinde sağlık hizmetlerinin bedelleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri Kurum tarafından karşılanmaz.

SUT, sağlık hizmet kuruluşlarını resmi, özel ve basamaklandırılmayanlar şeklinde üçe ayırmıştır:

a) Resmi Sağlık Kuruluşları:

- Birinci basamak resmi sağlık kuruluşları: Kamu idareleri bünyesindeki Kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi, toplum sağlığı merkezi, aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmet birimi, üniversitelerin mediko-sosyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleridir.

- İkinci basamak resmi sağlık kurumları: Devlet hastaneleri, dal hastaneleri, bunlara bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, sağlık bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, üniversitelerin uygulama ve araştırma merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin hastaneleri, belediye hastaneleri, kamu kurumlarının tıp ve dal merkezleridir.

- Üçüncü basamak resmi sağlık kurumları, eğitim ve araştırma hastaneleri: Özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri, üniversitelerin semt poliklinikleri, üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetleri ile vakıflara ait eğitim ve araştırma hastaneleridir.

b) Özel Sağlık Kuruluşları:

- Birinci basamak özel sağlık kuruluşları: Özel poliklinikler, ağız ve diş sağlığı klinikleridir.

- İkinci basamak özel sağlık kuruluşları: Özel hastaneler, tıp ve dal merkezleridir.

c) Basamaklandırılmayan Sağlık Kuruluşları: Diyaliz merkezleri, özel tedavi merkezleri, Refik Saydam Hıfzıssıhha Laboratuvarları, görüntüleme merkezleri, özel laboratuvarlar, muayenehaneler, işyeri hekimleri, eczaneler, optisyenlik merkezleri, tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri, kaplıcalardır.

#### **4.2.10) SAĞLIK HİZMET BEDELLERİ**

SSGSSK, sağlık hizmetleri için ödenecek bedellerin saptanmasını hizmet sunan kurumlara bırakmamış, bunun yerine merkezi bir sistem benimsemiştir. Buna göre bedeller Sağlık Hizmetlerini Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenecektir. Komisyon, SGK ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Maliye ve Sağlık bakanlıkları ile Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine Müsteşarlıklarını temsil eden yedi üyeden oluşur. 63. maddede sözü edilen bütün koruyucu, tedavi edici, analıkla ilgili ve ağız ve diş tedavisine ilişkin sağlık hizmetlerinin bedelleri SHFK tarafından saptanır. Ayrıca m. 65’de yer alan gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerini de aynı komisyon belirler.

#### **4.2.11) SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU ve EK ÜCRET**

Kişiler için gerekli sağlık hizmetleri, Kurum ile yurt içindeki ve yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılacak sözleşmeler yoluyla sağlanır (m. 73). Söz konusu madde gereği sözleşmesiz hizmet sunucularından sadece acil hallerde sağlık hizmeti alınabilir.

Yasa, sağlık hizmeti sunucularına göre hizmet bedellerinde farklı uygulamaları kabul etmiştir.

Özel sağlık hizmeti sunucuları için SHFK tarafından belirlenen bedellere ek olarak, Bakanlar Kurulunca bir katına kadar bir tavan getirilebilir. Bu tavan dahilinde alınacak ek ücretler SGK tarafından saptanır.

Kamu sağlık hizmet sunucularına ise ek ücret alma yetkisi tanınmamıştır. Sadece otelcilik hizmeti veya ğretim üyesi fark ücretine olanak sağlanmışır.

Acil haller dışında, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan sağlık hizmet bedelleri SGK tarafından ödenmeyecektir. Acil hallerde fatura karşılığında ödeme yapılacaktır.

SGK, kamu idarelerinde verilecek sağlık hizmetlerini “götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesi” ile de sağlayabilecektir.

Sağlık hizmet sunucularının, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaya haklarının olup olmadığını SGK'nın elektronik veya diğer ortamlarda sağlayacağı yöntemlere uygun olarak kontrol etmek ve belgelemek zorundadır (m. 73/IX). Bu uygulama sağlık hizmet bedellerini de kapsayacak biçimde genişletilebilirse, sağlık hizmet bedelleri konusunda etkin bir mekanizma oluşturulması mümkün olabilir<sup>371</sup>.

#### **4.2.12) YURTDIŞINDA TEDAVİ**

Yasadaki düzenlemeye göre bugün yurtdışına tedavi için gönderilebilecek olanlar üç grupta toplanabilir (m. 66):

a) Yurtdışına (m. 60/I/a uyarınca) geçici görevle gönderilen işçiler ve kamu görevlilerinin acil hallerde yurtdışında tedavi olmaları mümkündür.

---

<sup>371</sup> A. Güzel, A. R. Okur, N. Canikliğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; sf: 747, 753.

b) Yurtdışına ( m. 60/I/a/1 uyarınca) sürekli görevle gönderilenler ile bunların yurtdışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü oldukları kişilere de yurtdışında tedavi olanağı sağlanmıştır.

c) Yurtiçinde tedavi edilemeyen kişiler (m. 66/I/c uyarınca) Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine yurtdışında tedavi görebilirler.

#### **4.2.13) SAĞLIKLA İLGİLİ DİĞER YARDIMLAR**

Sağlık yardımı sayılmayan fakat bunlara yardımcı olacak diğer yardımlar Yasanın 66. ve Genel Sağlık İşlemleri Yönetmeliğinin 31 ve 32. maddelerinde belirtilmiştir. Bu düzenlemelere göre sağlıkla ilgili olarak yapılan yardımlar şunlardır:

**A) Yol Gideri ve Gündelik:** Hasta ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için, yol gideri ve gündelik ödenir.

**B) Refakatçi Gideri:** Başka yere sevk edilen hastaya refakatçi de tayin edilmişse yol gideri ve gündelik ödenir. Yatarak tedavide refakatçi tıbbi açıdan gerekli görülmüşse, yatak ve yemek giderleri SGK tarafından karşılanır.

**C) Yol, yemek, yatak ve gündelik giderlerinin saptanması:** Sağlık giderleri gibi, başka bir yere sevk nedeniyle ödenecek yol, yemek, yatak ve gündelik giderleri Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenir.

#### **4.2.14) GENEL SAĞLIK SİGORTASINDA SORUMLULUK**

Genel Sağlık Sigortası bağlamında ortaya çıkabilecek sorumluluk konusu, üç açıdan ele alınabilir. Başka bir deyişle Genel Sağlık Sigortası dolayısıyla sorumlu olmaları olasılığı bulunanlar işverenler, genel sağlık sigortalısı ve üçüncü kişilerdir. Bunlar açısından hangi durumlarda sorumluluğun doğacağı kısaca şöyle özetlenebilir::

## **A) İşverenin Sorumluluğu**

Üç durumda işverenler için sorumluluk söz konusudur:

- İş kazası ve meslek hastalığı halinde: İş kazasına veya meslek hastalığına tutulan genel sağlık sigortalısına işveren, durumun gerektirdiği sağlık hizmetlerini derhal sağlamakla yükümlüdür. İşverence bu amaçla yapılan ve belgelenen sağlık, yol, refakatçi giderleri ve gündelikler SGK tarafından karşılanır.

İşverenin bu yükümlülükleri savsaklaması veya geç yerine getirmesi nedeniyle genel sağlık sigortalısının tedavi süresi uzar veya malullük durumu ortaya çıkar ya da malullük derecesi artarsa işveren, Kurumun bu nedenle yaptığı her türlü sağlık hizmeti giderini ödemekle yükümlüdür.

- Sağlık raporuna aykırılık: Belirli işlerde sağlık raporu alınması gereklidir. Genel sağlık sigortalısını, bu tür işlerde sağlık raporuna dayanmaksızın veya raporda tıbbi yönden elverişli olmadığı anlaşıldığı halde çalıştıran işverene, bu nedenle Kurumca yapılan harcamalar ödettirilebilir.

- İş kazası ile meslek hastalığı, işverenin kastı veya genel sağlık sigortalısının iş sağlığını koruma ve iş güvenliği ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı hareketinden kaynaklanmışsa, SGK tarafından yapılan sağlık hizmeti masrafları işverene tazmin ettirilir. İşverenin sorumluluğunun saptanmasında kaçınılmazlık ilkesi dikkate alınır.

## **B) Sigortalı Kişinin Sorumluluğu**

Genel sağlık sigortalısı da bünyesine uymayan işlerde, çalışmasına veya çalışmamasına ilişkin rapora aykırı işlerde çalışmamak zorundadır. Tedaviden sonra yetkili hekim veya sağlık kurullarından çalışabilir raporu almadan çalışmaya başlayan sigortalı, bu nedenle yapılan tedavi masraflarını ödemek zorundadır.

### **C) Üçüncü Kişinin Sorumluluğu**

Genel sağlık sigortalısına ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere kastı veya suç sayılır bir hareketi veya ilgili kanunlarla verilmiş bir görevi yapmaması ya da ihmali nedeniyle Kurumun sağlık hizmeti sağlamasına veya bu kişilerin tedavi süresinin uzamasına sebep olduğu mahkeme kararıyla tespit edilen üçüncü kişilere, Kurumun yaptığı sağlık hizmeti giderleri ödettilir.

### **4.3) GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ'NİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

#### **4.3.1) GENEL OLARAK**

Genel Sağlık Sigortası Sistemi, Türkiye’de gerçekleştirilmek istenen Sosyal Güvenlik Reformu’nun temel dayanaklarından birini oluşturan Sağlıkta Dönüşüm Programının en yaşamsal ve önemli bileşenidir. Daha önce ayrıntılı olarak açıklandığı üzere, bu sistemin temelinde de Dünya Bankası, IMF, Dünya Ticaret Örgütü, DSÖ gibi “Küreselleşmenin Prezidyumu” olarak nitelendirilen uluslararası kuruluşlar yanında TÜSİAD, TİSK, TOBB gibi yerel kuruluşlar yer almış olup, sistemin biçimlendirilmesinde genel olarak bunların yönlendirmeleri başat rol oynamıştır. Bu nedenle, Genel Sağlık Sigortası Sisteminin genel değerlendirilmesinin yapılabilmesi için önce, Dünya Bankası tarafından önerilen sağlık reformu stratejisinin temel unsurlarını hatırlamak gerekir. Daha önce de değinildiği gibi, Dünya Bankası tarafından Türkiye için önerilen reformun ana unsurları şu öğelerden oluşmaktadır<sup>372</sup>:

---

<sup>372</sup> Dünya Bankası; **Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü**

**Reformu; Cilt I. Ana Rapor; Cilt II: Çalışma Raporları; Rapor No: 24358-TU.**

- 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.

Genel Sağlık Sigortası, Sağlıkta Dönüşüm Programının sekizinci bileşenidir. Bunun, SDP'nin diğer bileşenleri de dikkate alındığında, birey ve toplum yaşamı bakımından en etkili ve belirleyici bileşen olduğu, aslında diğer bileşenlerin Genel Sağlık Sigortası denen bu sistemin tamamlayıcı parçaları ve hâttâ bu düzeni oluşturabilmek için gerçekleştirilmesi gereken yapısal düzenlemeler olduğu söylenebilir. Başka bir deyişle, Sağlıkta Dönüşüm Programı bağlamında diğer yedi bileşen, gerçekleştirilmek istenen Genel Sağlık Sigortası Sistemine ulaşılması için geçilmesi gereken kilometre taşları olarak nitelenebilir.

2000'li yılların başına kadar T.C. Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur gibi kuruluşlarda standart birliği sağlanamamış, farklı düzey ve yollarla hizmet üretilmiş ve sonuçta büyük çoğunluğun memnun olmadığı bir yapı oluşmuştu. Ayrıca, vatandaşların önemli bir kısmının kapsam dışında kalmış olması da, bunlardan bir kısmının Yeşil Kart uygulaması ile kısmi bir sağlık sigortası içine alınmasına rağmen, sağlık alanında büyük yakınmalara neden olmuştur<sup>373</sup>. Bu olumsuz yapı ve uygulamalara son verilmesi amacıyla, SDP metninde yer alan anlatımla “Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hakkaniyet amacı doğrultusunda, vatandaşlarımızın ödeme

---

<sup>373</sup> SB; **Sağlıkta Dönüşüm**; sf: 27-29.

gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanabilecekleri bir sigorta modeli” oluşturulması yoluna gidilmiştir.

Yine Programda “Hizmet kalitesini artırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmeti sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine ihtiyaç vardır” şeklinde bir yargıya varılmıştır. Böyle bir sigortacılık sisteminin; sağlık harcamaları maliyetini düşüreceği, koruyucu hekimlik uygulamalarının da teşvikçisi ve zorlayıcısı olacağı, Sosyal Güvenlik Kurumunun denetim ve yaptırımlarının ilaç ve tıbbi malzeme israfını azaltacağı ifade edilerek, fiyat kontrolü ile sağlık hizmetleri finansmanının tek elden yapılması gerektiği belirtilmiştir.

Bu açıklamalardan da görüldüğü üzere, Genel Sağlık Sigortası Sistemi’nin temel amaçları şu şekilde ortaya çıkmaktadır:

- a) Herkesin zorunlu sağlık sigortası kapsamına alınması,
- b) Sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması,
- c) Sağlık hizmetinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması,
- d) Finansmanın tek elden yapılması,
- e) Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması.

Bu iki yaklaşım bir arada ele alındığında GSS Sistemi şu alt başlıklar altında değerlendirilebilir: 1) Kapsam, 2) Sağlık hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması, kamunun hizmet sunumundan çekilmesi ve finansmanın tek elden yapılması, 3) Devlet hastanelerinin yeniden düzenlenmesi ve daha fazla özerklik tanınması, 4) Temel hizmetler paketi, 5) Sağlık hizmetine erişimin kolaylaştırılması.



Genel Sağlık Sigortası oluşturmak amacıyla yürürlüğe konulan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, “genel sağlık sigortası” ve “sosyal sigorta” gibi toplum ve birey açısından son derece yaşamsal önem taşıyan, birbirinden ayrı ve çok kapsamlı iki konuyu tek bir yasa ile çözüme kavuşturmaya çalışmakla, kanun koyucu yanlış bir yöntem seçmiştir. Benimsenen bu yöntem sonucunda, çok karışık ve dili bakımından da özensiz ve düzensiz bir yasa ortaya çıkmıştır. Yazımda kullanılan uzun ve karmaşık cümleler ve aynı konuda farklı terimler kullanılması gibi nedenlerle algılanması çok zor bir yasa gündeme gelmiştir. Ayrıca, maddelerde yer verilen fıkra, bent, alt bent şeklindeki yazım, maddeler arasında çok sık yapılan atıflar da Yasayı karmaşık hale sokmuştur; oysa Yeni Ceza Kanunumuzun yazımında yapıldığı gibi, madde içindeki fıkralar yasama çalışmalarında baştan numaralandırılırdı, hem açıklamalar hem de atıflar daha kolay anlaşılabilirdi.

Öte yandan, bazı maddelerin gereksiz yere uzatılmış olması da yasanın anlaşılır olmasını engelleyen bir başka etmendir. Örneğin Yasada, herkesin genel sağlık sigortası kapsamına alınması amaçlandığına ve bu husus açıkça belirtildiğine göre (m. 60/I/g), kapsama alınanların uzun uzun sayılmasına gerek yoktu. Literatürde de vurgulandığı üzere, sadece kapsam dışı kalanlar belirtilebilir ve bunlar dışında kalanlar genel sağlık sigortalısıdır demekle yetinilebilirdi.

Yasanın ülkede yaşayan herkesi kapsamı içine almayı hedeflemesi, Türkiye gibi “sosyal hukuk devleti” olma iddiasını taşıyan ve bunu Anayasasında “değiştirilemez” bir ilke olarak vurgulayan bir devlet için çok yerinde bir politikadır. Ancak bunun SSGSSK ile ne derecede başarılabileceği ayrı bir konudur. Bilindiği gibi, yasaların başarıyla uygulanması, yasaların toplumun gereksinimlerine ve

ekonomik, sosyal ve kültürel koşullarına uygun düzenlenip düzenlenmemesine olduğu kadar, iktidarlarca iyi niyetle ve inançla uygulanıp uygulanmamasına da bağlı bir husustur. Yasanın toplumsal koşullarımıza ne derecede uygun olduğu, bundan sonraki kısımlarda değerlendirilecektir.

Bu konudaki genel durum şu şekilde özetlenebilir<sup>374</sup>:

Bu reform kapsamında, kurumsal yapıda tek çatı esasını öngören 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu yürürlüğe konulmuş ve bu Yasa ile SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın tüzel kişiliklerine son verilmiş, bunların hepsi "Sosyal Güvenlik Kurumu" adı altında bir arada aynı kurumsal yapıda içinde toplanmışlardır. Kapatılan kurumların mal varlıkları da SGK'ya devredilmiştir.

Sosyal güvenlik hakları açısından da primli rejim kapsamında 5510 sayılı SSGSSK kabul edilmiştir. Yapılan düzenlemeyle devlet memurları, ücretliler, tarım işlerinde ücretle çalışanlar, kendi hesabına çalışanlar ve tarımda kendi hesabına çalışanları kapsayan beş farklı sosyal sigorta sistemi, tek bir kurumsal ve yasal çerçevede toplanmak istenmiştir. Düzenleme sonucunda; 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu, 1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu ve 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu ile 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu, "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" adı altında tek yasada toplanmıştır. Ancak bu Yasanın bazı önemli maddeleri Anayasa Mahkemesince 15.12.2006 tarihinde iptal edilmiş ve birçok hükmünün yürürlüğü durdurulmuştur. Bunun üzerine Yasanın

---

<sup>374</sup> 1) A. Güzel, A. R. Okur, N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; 13. Baskı; 2010; Önsöz; 2) S. Erdoğan; **Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu**; sf: 661 .

yürürlük tarihi defalarca ertelenmiş, AYM Kararı doğrultusunda çeşitli değişiklikler öngören yasalar kabul edilmiş (5655, 5754, 5763, 5797, 5838) ve Yasa ancak 1 Ekim 2008 tarihinde tüm hükümleri itibarıyla yürürlüğe girmiştir. Ancak 5510 sayılı Yasa ile de amaca ulaşmada başarılı olunamamış, söz konusu Yasada bugüne kadar 12 değişik Yasayla (5655, 5754, 5763, 5774, 5797, 5838, 5917, 5921, 5947, 5951, 5997 ve 6009 sayılı yasalar) birçok değişiklik yapılmış veya maddeler eklenmiştir.

5510 sayılı Yasanın 5754 sayılı Yasayla değiştirilen bazı hükümlerinin iptali istemiyle ikinci kez AYM'ye yapılan başvurunun bugüne kadar sonuçlanmamış olması da, yeni bir belirsizlik kaynağı oluşturmaktadır.

SSGSSK tümüyle yürürlüğe girmiş olmakla birlikte, Sosyal Güvenlik Reformu ile amaçlanan “sosyal güvenlik haklarında tek yasa” amacına ulaşamamıştır. Çünkü SSGSSK, öngördüğü çok sayıdaki geçiş hükmü yanında, 506, 2925, 1479 ve 5434 sayılı yasaların birçok hükmünü yürürlükte bırakmıştır. Özellikle devlet memurları ve diğer kamu görevlilerininin 5510 ve 5434 sayılı yasalara tabi olmaları açısından çok önemli bir ayırım yapmıştır. Buna göre, 5510 sayılı Yasa yürürlüğe girmeden önce devlet memuru veya diğer kamu görevlisi olanlar hakkında, eskiden olduğu gibi 5434 sayılı Yasa hükümlerinin uygulanmaya devam edilmesi esasını benimsemiştir. Böylece, bazı hükümleri dışında yürürlükten kaldırılmış olan 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu'nun, bu kategoride yer alan devlet memurları hakkında aynen ve uzun yıllar boyunca uygulanmaya devam edilmesi söz konusu olacaktır. Böylece, devlet memurları arasında farklı yasalara tabi olma yönünden, Anayasa hükümlerine ve AYM kararlarına açıkça aykırı düşen çok ciddi bir eşitsizlik ve ayırım yaratılmıştır.

Tüm bu yasal düzenlemeler dikkate alındığında, sosyal güvenlik hakları bakımından 5510 sayılı Yasa dışında, anılan diğer yasaların çok sayıdaki hükmü ile bu Yasanın yürürlüğe girmesinden önce devlet memuru olanlar açısından 5434 sayılı Yasanın yürürlükten kaldırılmış tüm hükümlerinin uygulanması söz konusu olacaktır. Bu olgu, mevzuat dağınıklığını ortadan kaldırarak, tek yasa ile sigortalılar arasındaki norm ve standart birliğini sağlama amacıyla gerçekleştirilmek istenen reformun ne denli başarısız olduğunu ve yeni bir mevzuat karmaşıklığını ortaya çıkardığını çok açık olarak gözler önüne sermektedir.

Ayrıca, sosyal güvenlik sisteminde reform yapılarak, “kara delik” olarak nitelendirilen sosyal güvenlik kurumlarının bütçe açıklarını giderme hedefine de ne yazık ki ulaşamamıştır. 2009 Yılı DPT Programına göre gelir gider farkının, yani açığın 21,4 milyar TL olması öngörülmüş, GSMH’ya oran olarak gelirlerin %7,32 ve giderlerin %9,21 olması hedeflenmişti. Bu durumda açık hedefi de %1,92 olarak benimsenmişti. 2010 yılı Programında ise gelir-gider farkının 31,8 milyar TL olması ve GSMH’ya oran olarak, gelirlerin %8,13; giderlerin %11,2 ve açığın da %3,09 olması öngörülmüştü. Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının gelir-gider dengesi ve açıklarının gerçekleşme ve plan durumu da, 2011 Yılı Programına göre, Tablo-45’de görüldüğü şekilde olacaktır.

**Tablo-45: Sosyal Güvenlik Kuruluşları Gelir-Gider Dengesi ve Açıkları (2008-2011)<sup>375</sup>**

|                                    | 2008    | 2009    | 2010 (1) | 2011 (2) |
|------------------------------------|---------|---------|----------|----------|
| Gelir-Gider Farkı                  | -25.902 | -28.498 | -28.183  | -30.605  |
| Bütçe Tansferleri                  | 25.850  | 29.249  | 28.183   | 30.605   |
| Bütçe Tansferleri (3)              |         |         |          |          |
| Gelir-Gider Farkının GSMH'ya Oranı | -2,73   | -2,99   | -2,56    | -2,52    |
| Bütçe Tansferlerinin GSMH'ya Oranı | 2,72    | 3,07    | 2,56     | 2,52     |

(1) Gerçekleşme tahmini; (2) Program; (3) Faturalı ödemeler, ek karşılıklar, emeklilere yapılan ek ödeme dahildir. 2009 yılından itibaren ise hizmet akdiyle çalışanlar için 5 puan prim indirimi ve özürlü primi indiriminden kaynaklanan transferler tutarlara dahildir.

Diğer yandan, 2011 Yılı Programındaki şu açıklamayı da göz ardı etmemek gerekir<sup>376</sup>: “2009 yılının son çeyreğinden itibaren küresel krizin etkilerinin azalmasıyla birlikte, prim gelirlerinin artması sebebiyle, 2010 yılında sosyal güvenlik kuruluşlarına yönelik bütçe transferlerinin GSYH içindeki payının bir önceki yıla göre 0,42 puan azalarak yüzde 5,11 seviyesinde gerçekleşmesi beklenmektedir.

<sup>375</sup> DPT; 2011 Yılı Programı; sf: 64.

<sup>376</sup> DPT; 2011 Yılı Programı; sf: 63.

2010 yılında bütçeden sosyal güvenlik kuruluşlarına ek ödeme, devlet katkısı, hizmet akdiyle çalışanlar için 5 puan prim indirimi, özürlü primi indirimi, faturalı ödemeler ve ek karşılıklar dahil 56,2 milyar TL transfer yapılacağı tahmin edilmektedir. 2008’de 35.133, 2009’da 52.685 olarak gerçekleşen bütçe transferlerinin 2011’de 62.434 milyar TL olması öngörülmüştür”.

Bütçe transferlerinin 2008’de %3,70 olan payının, 2011 yılında %5,14 olmasının, yani artmasının hedeflenmesi, Türkiye’de söz konusu durumun sadece kısa vadede değil, en azından orta vadede de devam edeceğini göstermektedir.

#### **4.3.2) KAPSAM BAKIMINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hem Dünya Bankası raporunda, hem de Sağlıkta Dönüşüm Programında; bütün vatandaşları kapsama alan “Genel Sağlık Sigortası Sistemi” kurulması öngörülmüştür. Bu görüş doğrultusunda hazırlanıp yürürlüğe konulan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun GSS ile ilgili kısmı da bu amaca yöneliktir. İlgili bölümde belirtildiği gibi, Yasa kapsamına girenler ve girmeyenler uzun uzun sayılarak açıklanmış, GSS’nin herkesi kapsadığı belirtilmiştir. Oysa, bu konu daha sade bir biçimde hükme bağlanabilir, sadece kapsam dışı kalanların belirtilmesi ile yetinilerek yasadaki karmaşık hüküm yerine, daha anlaşılır bir düzenleme getirilebilirdi.

GSS’ye girmek yasal olarak zorunludur. Bu zorunluluk, Yasanın 92. maddesinde “Kısa ve uzun vadeli sigorta kapsamındaki kişilerin sigortalı ve genel sağlık sigortalısı olması, genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin ise genel sağlık sigortalısı olması zorunludur” şeklinde hükme bağlanmıştır. Yine aynı madde hükmüne göre, Yasada yer alan sigorta hak ve yükümlülüklerini ortadan kaldırmak,

azaltmak, vazgeçmek veya başkasına devretmek için sözleşmelere konulan hükümler geçersizdir.

Yasa temelde üç ayrı Kanunu (SSK; Bağ-Kur, ES) ve üç ayrı çalışan grubunu (işçi, memur, bağımsız) tek kanunda topladığı için, bunlarla ilgili düzenlemelerde de bu grupları ayrı ayrı ele alma gereksinimi duymuştur. Kapsam konusunda da aynı gereksiz titizlik görülmektedir. Gerçekte bu üç grup tek çatı altında ve tek yasada toplanmak istendiğine göre, bu farklılıkları vurgulamaya gerek yoktu; hepsini “sigortalı” terimiyle belirtmek yeterli olabilirdi<sup>377</sup>.

Türkiye’de uzun yıllar süren çalışmaların ardından kurulan GSS’nin temel yaklaşımı; değişik statüde de olsa tüm çalışanların, emeklilerin ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile kendi isteğiyle sigortalı olacak bireylerin kapsama alınması ve GSS primlerinin SGK tarafından toplanmasıdır. Ödeme gücü olmayan ve belirli bir gelir düzeyinin altında gelir elde edenlerin primleri ise genel bütçeden karşılanacaktır.

Bu yaklaşım, her bir vatandaşın iş bulabildiği, belirli süre çalıştıktan sonra emekliye ayrılabilirdiği, böylece çalışanlar ile emeklilerin ve bunların bakmakla yükümlü buldukları kişilerin GSS güvencesi kapsamında yer alacağı varsayımına dayanmaktadır. Bu yaklaşımda vatandaşlık bağı yerine, çalışma-emeklilik sistemi esas alındığı için, herkesin çalışıyor olması veya yaşlılık aylığını hak ederek emeklilik hakkını kazanmış bulunması gerekmektedir. Herhangi bir nedenle çalışmayan, çalışmaktayken işini kaybeden veya hiç iş bulamamış bireylerin mevcut olması halinde, yani bunlar adına GSS primi yatırılmadığı takdirde, sistemin

---

<sup>377</sup> A. Güzel; ; A. R. Okur; N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; 13. Baskı; 2010; sf: 739.

aksaması söz konusu olacaktır. Ancak, belirli bir gelir düzeyinin altında gelir elde edenler için primler bütçeden ödenecek olmakla birlikte, bu yoksulluk düzeyinin üzerinde geliri olan, fakat sigorta primi ödeyecek kadar da ekonomik gücü olmayanlar için sistem kaçınılmaz olarak tıkanacak, bir başka deyişle bu durumdakiler GSS'den dışlanmış olacaktır. Dolayısıyla “çalışma-emeklilik” koşuluna bağlı böyle bir sistemin başarısı, ekonominin tam istihdam düzeyinde bulunmasına bağlı olacak, fakat ekonomi tam istihdamdan uzaklaştıkça sistemin işlerliği azalacaktır. Oysa ekonomik pratiğin kanıtladığı gerçek, serbest piyasaya dayanan ekonomilerin tam istihdam düzeyinde bulunmaları istisnai bir durumdur; büyük bir çoğunlukla ekonomiler eksik istihdam düzeyinde bulunurlar. Bunun anlamı ise işsizlik ve işsiz ile birlikte bunların bakmakla yükümlü bulunduğu kişilerin de sistem dışına itilmesi ve sonuç olarak sağlık hizmetinden yoksun kalmalarıdır.

Uzun yıllar karma ekonomik sistemde planlı kalkınma politikası uygulayan Türkiye, özellikle 1980'li yıllardan sonra iç ve dış çeşitli etmenler dolayısıyla politika değişikliğine yönelmiş ve özel sektöre ağırlık veren, kamu kesimini ekonomik hayatın giderek dışında bırakmayı amaçlayan bir ekonomik model benimsemeye başlamış, bu tercih dolayısıyla da yapısal reformlara ve değişikliklere başvurmuştur.

Söz konusu değişim ve dönüşüme karşın Türkiye, iddia edilenin aksine, yaşamakta olduğu kronik işsizliği yok etmede başarılı olamamıştır. Bütün kamu kurum ve kuruluşları ile bilim dünyasının genel olarak kabul ettiği üzere Türkiye'de işsizlik önemli bir boyuttadır; işsizlik kronik bir yapıya bürünmüş, zaman zaman işsizlik oranlarında dalgalanmalar görülse de son yıllardaki %10'luk işsizlik oranının



altına inilememiştir. Tablo-46, 2000-2009 yılları arasındaki durumu açık bir biçimde sergilemektedir.

**Tablo-46: İşgücü, İstihdam ve İşsizlik (2000-2009; Bin kişi)**

|                           | 2000   | 2001   | 2002   | 2003   | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   | 2008   | 2009   |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <b>İşgücü</b>             | 23.078 | 23.491 | 23.818 | 23.640 | 22.016 | 22.455 | 22.751 | 23.114 | 23.805 | 24.748 |
| <b>İstihdam</b>           | 21.581 | 21.524 | 21.354 | 21.147 | 19.632 | 20.067 | 20.423 | 20.738 | 21.194 | 21.277 |
| <b>İşsizler</b>           | 1.97   | 1.967  | 2.464  | 2.493  | 2.385  | 2.388  | 2.328  | 2.376  | 2.611  | 3.471  |
| <b>İşsizlik Oranı (%)</b> | 6,5    | 8,4    | 10,3   | 10,5   | 10,8   | 10,6   | 10,2   | 10,3   | 11,0   | 14,0   |

Kaynak: TÜİK

Türkiye'deki işsizliğin seyrine yıllar itibariyle bakıldığında, işsizlik oranının 2000 ve 2001 krizlerinde yükselmeye başladığı ve 2002 itibariyle %10,3'ü bulduğu, ancak kriz sonrasındaki yıllarda hiçbir zaman eski seviyesine inmediği, üstelik 2008 sonunda başlayan ve 2009 yılında derinleşen krizde de %14 gibi çok yüksek kabul edilebilecek bir orana ulaştığı görülmektedir. Üstelik 2009 yılı istihdam seviyesi, 2000 yılı istihdam seviyesinin altında kalmaktadır. Sözü edilen dönemde işgücündeki artış 1,67 milyon olduğu halde, işsiz sayısı 1,97 milyon artışla 3,47 milyon kişiye yükselmiştir.

Son dokuz yılda işsizlik, %6'dan önce %10'lara, 2009 krizinde de %14'e sıçramıştır. Bu kadar kısa süre içinde bu ölçüde sıçramanın nedenleri satır başlarıyla şöyle sıralanabilir: a) Tarım ve hayvancılığın sahipsiz kalması, b) Sanayide istihdamsız büyümenin meydana gelmesi, c) Özelleştirmeler dolayısıyla istihdamın azalması, d) Küresel kriz (AB pazarına çok bağlı olan ihracatın azalması üretimin

düşmesine, bu da işçi çıkarılmasına neden oldu)<sup>378</sup>.Öte yandan, İşsizlik Sigortası ile ilgili bir çalışmada<sup>379</sup>, işsizliğin gençler (15-25 yaş grubu) arasında daha yaygın olduğu görülmektedir. Ekonomik sorunların yanı sıra toplumsal sonuçlar da yaratacak nitelikte olan bu durumun, ülkemizin çözüm bekleyen en önemli sorunlarından biri olduğunda kuşku yoktur.

Tablo-47, ülkemizde 2002-2009 yıllarını kapsayan dönemde istihdam alanında umut verici gelişmeler yaşanmadığı, yılda %1,5 oranındaki nüfus artışı ve yaklaşık her yıl bir milyon dolayında kişinin işgücü piyasasına katılmakta olduğu dikkate alındığında, doğal olarak işsizliğin de artacağı ortaya çıkmaktadır. Nitekim resmi veriler de bu durumu doğrulamaktadır:

**Tablo-47: Yıllar İtibariyle Genç İşsizler (2000-2009)**

| 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 13,1 | 16,2 | 19,2 | 20,5 | 19,7 | 19,3 | 18,7 | 20,0 | 20,5 | 25,3 |

Kaynak: TÜİK Hanehalkı İş Gücü Anketleri

TÜİK'in 2010 Haziran (Mayıs-Haziran-Temmuz) Dönemi Hanehalkı İşgücü Araştırması sonuçlarına göre resmi işsiz sayısı 2.751.000 kişi, işsizlik oranı %10,5'dir. Aynı dönem itibariyle, iş aramayan, fakat çalışmaya hazır kişi sayısı ise 1.857.000 kişidir. Aslında işsiz olan bu kişiler de eklendiğinde işsizlik oranı % 16,4

<sup>378</sup> M. Sönmez; **İşsizlik Nasıl Patladı, Nasıl Azaltılır?**; Cumhuriyet; 26.05.2010.

<sup>379</sup> Hatice Erol; Abdullah Özdemir; Elif Meryem Yurdakul; **Türkiye'de İşsizliğin Yol Açtığı Olumsuz Sonuçların Giderilmesinde 4447 Sayılı İşsizlik Sigortası Kanununun İşlevi**; Ankara; TİSK Akademi II; 2010; sf: 11.

düzeyine yükselmektedir. 2009 yılında %24 olan genç işsizlerin oranı, TÜİK verilerine göre, Ekim/2010 itibariyle %21,1 dolayındadır<sup>380</sup>.

Türkiye’de yıllardır kronik bir işsizliğin yaşandığı bilinmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre<sup>381</sup> bu sorunun temelinde; kamu açıkları, yüksek reel faizler, istihdam yaratmayan büyüme, eğitim sistemindeki çarpıklık, yüksek istihdam maliyetleri,

---

<sup>380</sup> TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu)’nun “istihdam” tanımına, ücretli-maaşlı, yevmiyeli çalışanların yanı sıra “kendi hesabına çalışanlar”, “işverenler” ve “ücretsiz aile işçileri” kategorileri dahil edilmektedir. Üretici kooperatifi üyeleri, çıraklar ve stajyer öğrenciler de “istihdam” halinde olanlar kapsamına alınmaktadır. TÜİK’in “işgücü” olarak değerlendirmeye aldığı kesim ise, “istihdam edilenler” ile “işsizlerin” oluşturduğu nüfusu kapsamaktadır.

TÜİK’in işsizlik tanımına göre; bir kişinin işsiz olarak tanımlanabilmesi için, üç koşulu birden yerine getirmesi gereklidir: Çalışma çağındaki nüfusa dahil olan kişilerden; 1) Referans döneminde bir işi olmayan, ücretli, kendi hesabına veya işveren olarak bir saat bile bir işte çalışmayan, 2) Referans haftası ile biten son üç ay içinde iş aramak üzere, ücretli, kendi hesabına veya işveren olarak çalışmak üzere iş arayan, 3) Referans dönemini takip eden iki hafta içinde işbaşı yapabilecek durumda olanlar “işsiz” sayılmaktadır. Bu işsiz sayısını çok daraltıcı bir tanım biçimidir. Ayrıca, işsizler grubuna “iş bulma umudu olmadığı için iş aramayan, fakat çalışmaya hazır durumda bulunan” kesimin eklememesi de işsiz sayısının düşük görünmesine yol açmaktadır.

<sup>381</sup> Abdülkadir Keskin; Hüseyin Şen; **Beveridge Eğrisi: Teori ve Türkiye Uygulaması**; Ankara; TİSK Akademi II; 2010; sf: 216.

politik ve ekonomik istikrarsızlıklar, kırsal kesimden kentlere hızlı göç gibi çok farklı nedenler yatmaktadır.

**Tablo-48: Yatırımlar ve GSYİH'deki Payı (2002-2009; 1998 Fiyatlarıyla, Milyon TL, %)<sup>382</sup>**

|                                 | 2002   | 2003   | 2004   | 2005   | 2006   | 2007    | 2008    | 2009   |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|--------|
| <b>Toplam Yatımlar</b>          | 12.685 | 14.482 | 18.589 | 21.822 | 24.714 | 25.481  | 23.912  | 19.332 |
| <b>Kamu Sektörü</b>             | 3.103  | 2.634  | 2.460  | 3.074  | 3.155  | 3.353   | 3.780   | 3.695  |
| <b>Özel Sektör</b>              | 9.581  | 11.848 | 16.129 | 18.748 | 21.560 | 22.128  | 20.132  | 15.637 |
| <b>GSYİH</b>                    | 72.520 | 76.338 | 83.486 | 90.500 | 96.738 | 101.255 | 101.922 | 97.088 |
| <b>Yatırımlar/<br/>GSYİH, %</b> | 17,5   | 19,0   | 22,3   | 24,1   | 25,5   | 25,2    | 23,5    | 19,9   |
| <b>Kamu/ GSYİH<br/>(%)</b>      | 4,3    | 3,5    | 2,9    | 3,4    | 3,3    | 3,3     | 3,7     | 3,8    |
| <b>Özel/GSYİH(%)</b>            | 13,2   | 15,5   | 19,3   | 20,7   | 22,3   | 21,9    | 19,8    | 16,1   |

Bazı iktisatçılara göre<sup>383</sup>, işsizliği hiç olmazsa birkaç puan indirebilmek için, her şeyden önce, 2000 yılından bu yana izlenen istihdamsız büyüme modelinden vazgeçilmesi gerekir. Bunun için de: a) Tarım ve hayvancılığa destek verilip, kırsal kesimde yaşayan % 25 nüfusun göçü azaltılmalı, hatta toprağa dönüş sağlanmalı, b) Girdi ithalatını cazip kılan, yerli üretim ve istihdamı olumsuz etkileyen özelliği nedeniyle kurda daha gerçekçi bir çizgi izlenmeli, c) Özellikle eğitimli işsizlere kamuda istihdam olanakları yaratılmalı; geri kalmış yörelerde KİT yatırımları ile

<sup>382</sup> Mustafa Sönmez; 'Teğet'in Yıkımı; İstanbul; Yordam Kitap; 2010; sf: 44.

<sup>383</sup> M. Sönmez; 'İşsizlik Nasıl Patladı, Nasıl Azaltılır?; Cumhuriyet; 26.05.2010

belediyelerin istihdam artırmalarına dönük sınırlamalar kaldırılmalı, d) İstihdam yaratma yeteneği hizmetler sektöründe daha fazla (yılda % 2,4) olduğundan, bu sektördeki istihdamı artırıcı politikalar izlenmelidir. Yani, işsizlik bir kader değildir; önemli olan sağlıklı yol haritalarına dönülmesidir.

Kuşkusuz bunlar dışında yapılabilecek başka hususlar da mevcuttur. Yatırımların kamu-özel sektör yönüyle incelenmesinde (Tablo-48), devletin toplam yatırım içindeki payının giderek düştüğü, sabit fiyatlarla değerlendirildiğinde, yapılan yatırımlarda da toplam tutar olarak yıllar itibariyle kayda değer bir artışın gerçekleşmediği görüldüğünden, özel sektörün yatırım yapmadığı sektör ve yörelerde eskiden olduğu gibi, kamu yatırımlarının yapılması yoluna gidilebilir. Ayrıca, örneğin ilaç ve tıbbi cihaz üretimi gibi yüksek katma değer yaratan sektörlerle teşvikler verilerek, hem milli gelirden anlamlı artışlar sağlanabilir, hem de nitelikli işgücü için istihdam olanakları yaratılabilir.

**Tablo-49: İşgücü Piyasasında Gelişmeler (2005-2009)**

|                                 | 2005   | 2006   | 2007   | 2008   | 2009   |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Çalışma Çağındaki Nüfus (Bin)   | 48.359 | 49.174 | 49.994 | 50.772 | 51.686 |
| İşgücü (Bin)                    | 22.455 | 22.751 | 23.114 | 23.805 | 24.748 |
| İstihdam (Bin)                  | 20.067 | 20.423 | 20.738 | 21.194 | 21.277 |
| İşgücüne Katılma Oranı (%)      | 46,4   | 46,3   | 46,2   | 46,9   | 47,9   |
| İşsizlik Oranı (%)              | 10,6   | 10,2   | 10,3   | 11,0   | 14,0   |
| Tarım Dışı İşsizlik Oranı (%)   | 13,5   | 12,7   | 12,6   | 13,6   | 17,4   |
| Genç Nüfusta İşsizlik Oranı (%) | 19,9   | 19,1   | 20,0   | 20,5   | 25,3   |

Kaynak: DPT; 2011 Yılı Programı; sf: 16.

Türkiye’de işsizlik sorunu dışında çok önemli bir başka konu da işgücüne katılım (istihdam) oranının düzeyidir. 1991’de %53 ve 2000’de %49,9 olan istihdam oranı (Tablo-35), 2009 yılında ancak %47,9’a yükselbilmiştir (Tablo-49). Buradaki esas sorun, 15 yaşın üstündeki nüfustan işgücüne katılanların oranının yüzde 48-49’da seyretmesi, yani 15 yaşın üstündeki nüfusun yarısından fazlasının işgücüne dahil olmamasıdır. “Avrupa Birliği-25” genelinde %71 olan işgücüne katılan nüfus oranı bizde hâlâ yüzde 50’yi bulamamaktadır. AB’de çalışabilir nüfusun yüzde 71’i işgücü piyasasında olduğu halde işsizlik oranı yüzde 10; Türkiye’de ise çalışabilir nüfusun sadece yüzde 49’u işgücü piyasasında ama işsizlik oranı yüzde 11-12... Nüfus, işgücü piyasasında olmadığı için işsiz sayısı da işsizlik oranı da düşük görünmektedir. Bu farkı da hiçbir analizde gözden kaçırmamak gerekir<sup>384</sup>. Ayrıca bu veriler, Türkiye’de başkasına bağımlı yaşayan kişi sayısının anılan ülkelere oranla daha yüksek olduğu ve bu nedenle işsizliğin de daha fazla kişiyi olumsuz etkilediği gerçeğini, gözler önüne sermektedir.

**Tablo-50:Türkiye’de İstihdam ve Ekonomik Büyüme (2002-2009)<sup>385</sup>**

| Yıllar | İstihdam (Bin kişi) | İstihdamda Değişme (%) | Ekonomik Büyüme (%) |
|--------|---------------------|------------------------|---------------------|
| 2002   | 21.354              | - 0,8                  | 6,2                 |
| 2003   | 21.147              | - 1,0                  | 5,3                 |
| 2004   | 19.631              | - 7,2                  | 9,4                 |
| 2005   | 20.066              | 2,2                    | 8,4                 |
| 2006   | 20.423              | 1,8                    | 6,9                 |
| 2007   | 20.738              | 1,5                    | 4,7                 |
| 2008   | 21.194              | 2,2                    | 0,7                 |
| 2009   | 21.277              | 0,4                    | - 4,7               |

<sup>384</sup> Mustafa Sönmez; **Umutsuz İşsizde Artış, İşsizliği Kamufle Ediyor...**;

Cumhuriyet; 19.01.2011.

<sup>385</sup> M. Sönmez; **‘Teğet’in Yıkımı**; İstanbul; Yordam Kitap; 2010; sf: 81.

Tablo-27’de yer alan verilere Tablo-50’deki veriler de eklendiğinde, 1924 yılından bu yana milli gelirdeki artışın dalgalanmalar gösterdiği, ancak son tahlilde, istihdamın bu artışa paralel gelişmediği ortaya çıkmaktadır. Bunun temelinde büyük çapta, son yıllarda izlenen düşük kur politikası nedeniyle firmaların, işgücünü artırmak yerine, ithalata ve otomasyona ağırlık vermeleri gerçeği yatmaktadır. Bu politikalar da doğal olarak, literatürde “istihdamsız büyüme” olarak dile getirilen, ithalatı ve otomasyonu teşvik eden ve dolayısıyla işsizlik sorununun çözümünde anlamlı bir katkıda bulunmayan bir sonuç doğurmaktadır. Oysa Türkiye gibi Anayasasında “sosyal devlet” olduğu açık bir biçimde hükme bağlanmış bir ülkede, en temel ekonomik amaçlardan birinin milli gelirin artırılması ise, diğerinin de bireylere iş olanağı sağlayacak ve dolayısıyla işsizliği azaltacak ortamı yaratmak olması gerekir.

**Tablo-51: İstihdamın Sektörel Dağılımı (1965-2006; %)**

| Yıllar | Tarım | Endüstri | Hizmetler |
|--------|-------|----------|-----------|
| 1965   | 71,9  | 7,9      | 20,2      |
| 1975   | 65,9  | 1,5      | 23,4      |
| 1985   | 58,8  | 12,9     | 28,3      |
| 1990   | 49,3  | 15,5     | 35,2      |
| 1995   | 46,7  | 21,5     | 31,8      |
| 2000   | 34,9  | 18,2     | 46,9      |
| 2006   | 28,0  | 19,6     | 52,4      |

Kaynak: DPT, TÜİK, İstatistik Göstergeler, 2007; Dokuzuncu KP; sf: 62.

Tablo-51’de de görüldüğü gibi Türkiye, giderek tarım sektörü ağırlıklı yapıdan hizmet ve sanayi ağırlıklı bir ekonomik ve toplumsal yapıya dönüşmekte, böylelikle klasik az gelişmiş ülke görünümünden sıyrılarak, bugün gelişmekte olan ülkeler (yükselen piyasalar) kategorisine geçmiş durumdadır. Türkiye 1960’lı yıllarda istihdamın dörtte üç kadarının tarım sektöründe yer aldığı bir ülke idi. Son yıllarda ise bu oran dörtte bir dolaylarındadır. Bu gelişim sonucu bugün kentsel kesimde yaşayan nüfusun oranı % 75’ler civarındadır. Hayvancılığın ve tarımın gerilemesi, terör gibi nedenlerle nüfusun kırsal kesimden kentlere göçmesi sonucu ortaya çıkan bu olgu, kentsel kesimdeki üretim olanaklarıyla kent varoşlarında yaşayan bu insanları istihdam edecek iş kapasitesinin yaratılmamış olması nedeniyle, işsizliğin daha da artmasına yol açmıştır.

İşsizlik ve tarım dışı işsizlik ile ilgili Tablo-50’deki veriler, tarım dışı işsizliğin (kentlerdeki işsizliğin) genel işsizlik oranından daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durumun gençlere daha çok yansıdığını da yine aynı tablodaki genç işsizlik oranından anlamaktayız. Nitekim giderek artan genç işsizlerin oranı krizin de etkisi ile 2009 yılında %25,3’e kadar yükselmiş olup, 2010 sonu itibariyle %20’ler dolayındadır.

Bu gerçeği birçok bilim insanı da önemle vurgulamaktadır. Örneğin bir değerlendirme şöyledir: Nisan 2009 Hane Halkı İşgücü Anketi Araştırması’nın sonuçlarına göre, Türkiye’de 2009 yılı Nisan ayında, bir önceki yıla göre işsizlik oranı, Türkiye genelinde %14,9; kentlerde %17,5 ve kırsal alanda %9,5 oranı ile önemli bir artış kaydetmiştir. Genç nüfusta ise bu oranlar sırasıyla, %26,5; %29,4 ve



%19,8'dir (TÜİK, 2009). Bu oranlar, Türkiye'de genç nüfustaki işsizliğin de ne derece önemli bir sorun olduğunu açıkça ortaya koymaktadır<sup>386</sup>.

Bir başka bilim insanımızın yorumu da benzer doğrultudadır: Tablo-52'deki verilerin de gösterdiği gibi, ülkemizde tarım sektöründeki istihdam giderek daralmakta, sanayi ve özellikle hizmetler sektöründe ise istihdam artmaktadır. Ancak tarımdaki daralma, tarım dışı sektörlerde yeterli istihdam olanaklarının yaratılmasıyla paralel olmadığından, kentlere yönelen göçle birlikte kentlerde işsizliğin ve çalışan yoksulların artması gibi sonuçlara yol açmaktadır. Kısacası tarım daralırken, kentlerde aşırı ve çarpık büyüme, gecekondulaşma gibi sorunların yanı sıra, gizli ve açık işsizlikle birlikte yoksullaşma da artış göstermektedir<sup>387</sup>.

DPT tarafından 2011 Yılı Programında açıklanan<sup>388</sup>, TÜİK'in en son yayımlanan 2008 yılı yoksulluk araştırması sonuçlarına göre, 2008 yılında Türkiye nüfusunun yaklaşık %0,54'ü sadece gıda harcamalarını içeren açlık sınırının, %17,11'i ise gıda ve gıda dışı harcamaları içeren yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. Buna göre, yaklaşık 360 bin kişi açlık sınırının altında, 12,2 milyon kişi de yoksulluk sınırının altında yaşamını sürdürmeye çalışmaktadır.

Dokuzuncu KP'de yer alan Tablo-52'de, 2013 yılında işgücüne katılım oranının ancak %50,7'ye ulaşacağı, 2006'da %10,4 olan işsizlik oranının da ancak %7,7'ye ineceği öngörülmektedir. Devletin öngördüğü bu rakamlara, iş bulma umudu olmadığı için iş aramaktan vazgeçenler de eklendiğinde, işsiz sayısına paralel olarak, gerçek işsizlik oranının daha da artacağı ortadadır.

---

<sup>386</sup> Ş. Gökbayrak; **Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü**; sf: 152.

<sup>387</sup> M. Koray; **Sosyal Politika**; sf: 400, 401.

<sup>388</sup> DPT; **2011 Yılı Programı**; sf: 219.

Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda yer alan İstihdam Göstergelerine ait tablodaki veriler, işgücümüzün tarım kesiminde azalmaya devam ederken, tarım dışı sektörlerde artış olacağına öngörüldüğüne işaret etmektedir. Bu durumda izlenecek sosyal politikaların da doğal olarak değişimi göz önüne alması gerekmektedir. Tablo-52'deki hesaplamalara göre Türkiye'de tarımdaki istihdam düşmeye devam ederken, tarım dışı istihdam artış gösterecek, 2013 yılında tarım dışı istihdam ülke genelinde %81,1'e ve 2006-2013 ortalaması %77,3'e yükselecek, işsizlik oranı ise söz konusu dönemde ortalama 9,6 olacaktır. Bu dönem sonunda, her yıl ortalama %1,5 dolayında gerçekleşmesi öngörülen nüfus artışı nedeniyle, işgücü içinde %9,6 işsizlik oranına karşın, daha fazla sayıda kişi işsiz durumda olacak, yani işsiz sayısı kişi bazında artacaktır.

**Tablo-52: İstihdam Göstergeleri (2006-2013;%)**

|                                     | 2006        | 2013       | 2006-2013 Ortalaması |
|-------------------------------------|-------------|------------|----------------------|
| İşgücüne Katılma Oranı              | 48,6        | 50,7       | 49,8                 |
| İstihdam Artış Oranı                | 2,3         | 3,3        | 2,7                  |
| Tarım                               | -2,9        | -2,9       | -2,9                 |
| Tarım Dışı                          | 4,4         | 4,9        | 4,5                  |
| <b>İstihdamın Sektörel Dağılımı</b> |             |            |                      |
| Tarım                               | 28,0        | 18,9       | 22,7                 |
| Tarım Dışı                          | 72,0        | 81,1       | 77,3                 |
| Sanayi                              | 19,6        | 19,4       | 19,8                 |
| Hizmetler                           | 52,4        | 61,7       | 57,5                 |
| <b>İşsizlik Oranı</b>               | <b>10,4</b> | <b>7,7</b> | <b>9,6</b>           |

Kaynak: DPT; Dokuzuncu KP; sf: 62.

Tablo-28'de Türkiye'de son on yıllık dönemde GSYH'de yaşanan büyüme görülmektedir. 2009 krizinin ardından 2010 yılında %7-8 dolayında bir büyüme

yaşanacağı resmi çevrelerce belirtilmektedir; ancak bu büyüme oranına rağmen Türkiye ancak 2007 yılı seviyesine erişebilecektir.

**Tablo-28: Türkiye’de GSYH’da Büyüme (2000-2009)**

| 2000 | 2001  | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009  |
|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 6,8  | - 5,7 | 6,2  | 5,3  | 9,4  | 8,4  | 6,9  | 4,5  | 0,7  | - 4,7 |

Kaynak: TÜİK

Türkiye’de dış borçlar (Tablo-53), 2008 itibariyle 1990 yılına oranla %446 ve 2000 yılına oranla %160 yükselmiştir. Dış borçlardaki bu denli yükselişin üretim kapasitesini ne kadar artırdığı kuşkuludur. Bir de bunlara Cumhuriyet döneminde büyük fedakârlıklarla kurulan Kamu İktisadi Teşebbüslerinin elden çıkarılması ve özelleştirme gelirlerinin, yeni yatırımlara yöneltilmeyip daha ziyade dış ve iç borç ödemelerinde kullanılarak israf edilmesi eklenmiş, bu da yeni istihdam olanaklarının yaratılmasını olumsuz yönde etkilemiştir.

**Tablo-53: Türkiye’nin Dış Borçları (1990-2008; Milyar ABD Doları)<sup>389</sup>**

|                              | 1990 | 1995 | 2000 | 2004  | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  |
|------------------------------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Uzun Dönemli Dış Borç</b> | 39,9 | 57,4 | 83,7 | 106,7 | 116,9 | 153,8 | 200,2 | 218,0 |

Yukarıda sözü edilen bütün veriler, Türkiye’de orta vadede dahi yeni iş alanları yaratılarak işsizliğin önemli bir oranda azaltılmasının devletçe öngörülmediğini, dolayısıyla anlamlı sayıda kişinin ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin azalmasının beklenmemesi gerektiğini göstermektedir. Bu durumda, geliri ve büyük olasılıkla yeterli birikimi bulunmayan bu kişiler, GSS sisteminden

<sup>389</sup> World Bank; **Global Development Finance, External Debt of Developing Countries**; Washington DC; 2010; sf: 277.

dışlanma tehlikesi ile yüz yüze kalacaklardır. Çünkü bu durumdakiler, aile içinde kişi başına düşen aylık gelir asgari ücretin üçte birinden az ise Yeşil Kart sisteminden yararlanabilecekler, fakat geliri bu oranın üzerinde olanlar ise, büyük kısmı itibariyle, prim ödeyemeyecekleri için GSS sistemi dışında kalacaklar ve sağlık hizmetlerinden yoksun kalacaklardır. Çünkü 5510 sayılı yasa ile getirilen sistem sigorta mantığına dayanmakta, yani GSS hizmetlerinden yararlanabilmek için gerekli süre prim ödeme zorunluluğu bulunmaktadır.

Dolayısıyla, işsizliğin yüksek boyutlarda olduğu, özellikle de gençler arasında yaygın olarak görüldüğü günümüz Türkiye'sinde, bu sistemin tüm bireyleri fiilen kapsamaması nedeniyle, işlerliği olamayacaktır. Bu durumda nüfusun belli bir kısmı gözardı edilip dışlanmış olacak, bu ise yoksulluğun daha da katlanmasına yol açacaktır. Yoksulluk sosyal korumaya olan gereksinimi artırarak insanları sorunlarının çözümünde başka yollar aramaya itecektir. Sonuçta bilimsellikten uzak yardım kampanyaları, belediye vb. kurumların hukuksal düzenlemeden yoksun yardım yöntemleri devreye girecek, sistem "sadaka devleti" biçimini alarak her türlü siyasal, etnik, dinsel vs. yönlendirmeye açık hale gelecektir. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Reformu kapsamında dillendirilen ve o reformun önemli bir ayağını oluşturacak olan "Sosyal Yardımlar ve Sosyal Hizmetler" alanı, bugüne kadar üç ayrı tasarı hazırlanmış olmasına rağmen tek yasada toplanamamıştır<sup>390</sup>. Dolayısıyla "Primsiz Rejim" de denen "Sosyal Yardımlar ile Sosyal Hizmetler" eski dağıntık sistem uyarınca sürdürülmekte olup, Sosyal Güvenlik Reformu kapsamında amaçlanan yeniden yapılanma gerçekleştirilememiştir.

---

<sup>390</sup> A. Güzel; ; A. R. Okur; N. Caniklioğlu; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; 13. Baskı; 2010; sf: 806.

Ekonomik krizler ve aile içi dayanışmalardan kaynaklanan ödeme güçlükleri gibi nedenlerin yanı sıra, hemen her seçim döneminde çıkarılan af yasalarının yarattığı beklenti ve/veya alışkanlıklar dolayısıyla prim ödemelerinde büyük aksamalar yaşanmaktadır. Örneğin SSK'nın %40 civarındaki prim alacakları, Bağ-Kur üyelerinin %60'ları bulan prim borçları, primli sistemler için büyük bir risk oluşturmaktadır. Nitekim bugünlerde yasalaştırılmaya çalışılan prim borçlarının yeniden yapılandırılması yasa tasarısı<sup>391</sup>, sorunun günümüz için de geçerli olduğunun bir kanıtıdır. Başka bir deyişle, Yasada öngörülen oranda prim yatırılmamış olması halinde, hukuken GSS içinde olduğu kabul edilen, ancak prim yatıramaması nedeniyle fiilen sistem dışı kalacak olanlar, GSS'den yararlanan sigortalı ve bağımlılarının sayısını düşürecektir. Bu ise Yasanın herkesi kapsama alma iddiasına tamamen ters bir sonuç yaratacaktır. Dolayısıyla prim ödeme güçlüğü bugünkü gibi sürmesi durumunda, prime dayalı GSS sisteminde açmazların yaşanmaya devam edeceği söylenebilir.

Sonuç olarak; tam istihdamın sağlanamadığı, işsizliğin kronik bir yapıya büründüğü ve özellikle genç ve hâttâ eğitilmiş insanların işsiz kaldığı bir ülkede, yatırılan prim karşılığında sağlık hizmetinden yararlanılması mantığına dayalı “sigorta” sistemi değil, finansmanı vergilere ve “vatandaşlık” esasına dayanan bir model daha uygun olabilirdi. Dolayısıyla, Dünya Bankası gibi kuruluşların yönlendirmesiyle benimsenen prime dayalı sosyal sigorta sisteminin yerine; 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile kurulan sistemin kentleşme oranının yükselmesi, bilişim sektöründeki büyük gelişmeler vs. göz önüne alınarak

---

<sup>391</sup> Kanun tasarısı, 13.02.2011 tarihi itibarıyla, TBMM tarafından kabul edilmiş ve Cumhurbaşkanının onayına sunulmuş durumdadır.

güncelleştirilmesi, Küba<sup>392</sup> gibi ülkelerde örnek alınan bu sistemin sağladığı kurum, bilgi birikimi ve deneyimlerin göz ardı edilmemesi daha işlevsel olabilirdi. Bu görüşe katılan başka yorumcular da mevcuttur: Sağlık sektörünün karşı karşıya bulunduğu sorunlar, küresel ölçekte meydana gelen gelişmelerin etkisiyle olduğu kadar; ülkenin iç dinamiklerinin zorlamasıyla da ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle bunların aşılmasında gösterilen çözüm yolları, dünya çapında yaygın kabul gören

---

<sup>392</sup> Sağlık alanında özgün bir yeri olan Küba'daki veriler, siyasal rejimin insana ve sağlığa verdiği değerin kanıtı gibidir: Küba'da devrimden önce her 1051 kişiye bir doktor düşerken, 2007'de her 1000 kişiye 6,5 doktor düşmektedir. OECD/2007 verilerine göre bu rakam Batı Avrupa'da 3,1 ve ABD'de ise 2,4'tür. Başka bir deyişle Küba'da 155 kişiye bir doktor düşerken, bu rakam Batı Avrupa'da 330 kişiye ve ABD' de ise 417 kişiye bir doktor şeklindedir. 11,2 milyon nüfuslu Küba'daki doktor sayısı 72.416'dır. Ayrıca 75 farklı ülkede 18 bin civarında doktor ve 20 bin dolayında da diğer sağlık görevlisi hizmet vermektedir. Kapsamlı tıp konusunda uzman olan aile hekimleri sayısı her 1000 yurttaşta 3 doktor şeklinde iken, ABD'de hastalara benzer hizmet verenlerin sayısı her 1000 kişiye 0,7 kişidir. 2007 yılında bebek ölüm oranı binde 5,3 ve ortalama yaşam süresi 77 yıldır. Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO) da bunlara benzer rakamlar vermektedir. PAHO'ya göre devrimin gerçekleştiği yıllarda ortalama yaşam süresi 50 civarında iken, şimdilerde erkeklerde 78, kadınlarda 79'dur. Tüm Küba halkının %98,3'üne ilk müdahalenin yapılabildiği toplam 14978 dispanser vardır. Ülke geneline yayılmış 444 poliklinik ve 249 hastane mevcuttur. Kaynak: Steve Brouwer; **Kübalı Devrimci Doktor: Dayanışmanın Nihai Silahı**; İstanbul; Kalkedon Yayınevi; Monthly Review Bağımsız Sosyalist Dergi; Sayı: 21; Temmuz, 2009; sf: 182-197.

yaklaşım ve modelleri bire bir örnek almayıp, öncelikle ülkenin tarihsel ve toplumsal birikiminden ve gerçeklerinden yola çıkmak, siyasal ve yönetsel yapısıyla uyumlu olmak durumundadır<sup>393</sup>.

Sosyal güvenlik sisteminin (ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinin) finansman kaynaklarının erozyonunda, artan yoksulluk ve gelir dağılımı eşitsizliğinin de önemli ölçüde etkisi bulunmaktadır. Yoksulluk, korumaya olan gereksinimi artırırken, prim ödeyememe ve sistem dışında kalma riskini de yükseltmektedir<sup>394</sup>. TÜİK'in son olarak yaptığı ve DPT, 2011 Yılı Programında açıklanan yoksulluk araştırmasına göre, yaklaşık 360 bin kişi açlık sınırının altında ve 12,2 milyon kişi de yoksulluk sınırının altında yaşamını sürdürmeye çalışmaktadır. Bu kişilerin prim ödemeleri bir yana, neredeyse “yaşam savaşı” verdikleri, üstelik korunmaya muhtaç durumda oldukları rahatlıkla söylenebilir.

Sağlıkta Dönüşüm'e ilişkin Üçüncü Bölümün “Ekonomideki Genel Yapı” başlıklı (3.1.2.2 no.lu) kısmında ayrıntılı olarak belirtildiği üzere; gelir dağılımı konusunda Türkiye'nin genel durumunun iyi olduğunu iddia etmek çok güçtür. Nitekim, 2007 yılı verileri ile yapılan karşılaştırmada görünen durum şöyledir: İsveç, Norveç ve Güney Kıbrıs'ta Gini Katsayısı, sırasıyla 23, 28 ve 29'dır. ABD'nin 45 olan Gini Katsayısı, Türkiye (44) ile Nijerya'ninkine (44) yakındır. Gerek %20'lik nüfus dilimleri açısından, gerekse Gini Katsayısı bakımından gelir dağılımına bakıldığında, ülkemizdeki durumun savunulabilir yanı yoktur. Bu adaletsiz dağılıma kişi başına düşen gelirdeki yetersizlik de eklenince, toplumun büyük çoğunluğunun çok zor koşullarda yaşamını sürdürmeye çalıştığı, sağlık da dahil olmak üzere birçok

---

<sup>393</sup> U. Saran; **Türk Sağlık Sisteminde Değişim ...**; sf: 678.

<sup>394</sup> Ş. Gökbayrak; **Refah Devletinin Dönüşümü ve Özel Emeklilik ...**; sf: 178.

sorununu gerektiği gibi çözüme olanağı bulamadığı ve bu sorunlarını ertelemek durumunda kaldığı kabul edilmelidir. Gini katsayısı ve zengin-fakir oranlarına ilişkin Tablo-33’de yer alan veriler de ülkemizin gelir dağılımı konusundaki durumunun onaylanabilir bir görünümde olmadığını göstermektedir.

Daha önce de belirtildiği gibi, kayıt dışı istihdam ve firma oranının %25 ile 50 arasında olduğu resmi çevreler de dahil çoğunlukla kabul edilen bir olgudur. Bu durum sonucunda çalışan kesim, yasalarla sağlanan birçok temel haktan (sağlık, emeklilik gibi sosyal güvenlik haklarından, sendikal ve toplu sözleşme haklarından vb.) yoksun kalmakta, bu açıdan hem kayıt dışı çalışan hem de bakmakla yükümlü olduğu kişiler hak kaybına uğramaktadır. Ayrıca bu durum, vergi ve sigorta primi kaybı dolayısıyla makro ekonomik açıdan olumsuz etki yaratmakta, firmalar arasında haksız rekabete neden olmaktadır. 2011 Yılı Programında (sf: 88) kayıtdışılığın, “ülkemizde ekonomik hayatın önemli bir yapısal sorunu olduğu” vurgulanmış ve kayıtdışı ekonomi için “...ilk aşamada kayıtdışı çalışan işletmelere rekabet avantajı sağlıyor gibi algılansa da, bu tür şirketlerin kurumsallaşmasını ve ölçek ekonomisinin getirilerinden yararlanmalarını engellemekte, vergilendirilemeyen kayıtdışı ekonomik faaliyetler nedeniyle girdiler üzerinde artan vergi yükü, bir bütün olarak ekonomi ve uluslararası alanda rekabet edebilirlik açısından dezavantaj oluşturmaktadır” şeklinde bir değerlendirme yapılmıştır. Bu olumsuz yapı, bireylerin çalışıyor olsalar dahi en temel haklardan biri olan sağlık hakkından yoksun kalmalarına ve sonuç olarak sağlık hizmetlerinden yararlanamamalarına yol açmaktadır.

Nüfusu 74 milyona yaklaşan, yıllık nüfus artışı % 1,6 dolayında bulunan, işgücüne katılım oranı %50’nin altında seyreden ve kronik bir yapı kazanmış olan



%12-13 dolaylarındaki işsizlik oranıyla yaşanan Türkiye’de, daha önceki bölümlerde sözü edilen kalkınma hızının ekonomik ve sosyal sorunlarımızı, bu eğilim devam ettiği sürece, çözebileceği çok kuşkuludur; hedef olarak belirlediğimiz OECD ve AB ülkeleri ile aramızdaki farkı kapatmamız, bu koşullar altında mümkün görünmemektedir.

Kapsam sorununu çözümlene bağlamında öne sürülen “vatandaşlığı esas alan ve vergilerle finansmanı sağlanan” bir sistemi oluşturmak için; ekonomik kalkınma yanında, gelir dağılımındaki bozukluğu ve kayıtdışılığı kabul edilebilir düzeylere indirecek bir ekonomik politikanın başarıyla uygulanmasını sağlamak üzere bütün önlemlerin eş zamanlı olarak hayata geçirilmesi gerektiği ortadadır.

#### 4.3.3) FİNANSMAN AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sosyal Güvenlik Kurumlarında “finansman açığı” olarak nitelendirilen durumun başlıca nedenleri, literatürdeki genel yaklaşım göz önüne alınarak şu şekilde özetlenebilir<sup>395</sup>:

1) Sigorta sisteminin işsizlik sigortası için 1999’da başlayan katkı hariç, devletten hiç katkı almamış olması.

2) İşgücü piyasasında yaşanan yapısal dönüşümler sonucu artan işsizlik ve enformelleşme. Türkiye’de işgücüne katılım oranı son yıllarda önemli bir düşüş

---

<sup>395</sup> 1) Ş. Gökbayrak; **Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü**; sf: 155; 2) S. Erdoğan; **Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu**; sf: 668; 3) F. Ataay; **Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları**; sf: 173; 4) A. Güzel; **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform**; sf; 73; 5) Ş. Gökbayrak; **Refah Devletin Dönüşümü ve Özel Emeklilik Programları**; sf: 174-180.

sergileyerek, Mayıs 2009 itibariyle %47,2 olarak gerçekleşmiştir. Kadınların işgücüne katılımı ise çok daha düşük düzeydedir. Mayıs 2009 itibariyle, erkeklerde işgücüne katılım oranı %69,7'iken, kadınlarda bu oran %25,5'dir (TÜİK, 2009).

3) Sistemin finansman krizinde belirleyici olan önemli bir diğer değişken, kayıtdışı istihdamın yaygınlığıdır.

4) Tüm bunların yanı sıra, sosyal güvenlik sistemine popülist yaklaşımlar sonucu ortaya çıkan ve uzun yıllar süren erken emeklilik uygulamaları, borçlanma olanağı tanıyan yasalar, isteğe bağlı sigortalılık, prim afları gibi siyasal uygulamalar, sistemi teknik bir alandan çıkararak siyasal rant alanına dönüştüren ve finansman krizine neden olan uygulamalardır. Sistemin sosyal güvenliğe çağdaş yaklaşımın simgesi olarak, koruyucu hizmetler temelinde örgütlenmemiş olması da, sistemin sürdürülebilirliğini tıkayan unsurların başında gelmektedir.

Sağlık sistemimizdeki finansman sorununu, Türkiye koşullarında, sosyal güvenlikten ayrı ele almak olası değildir. Sosyal güvenlikle ilgili yorum ve veriler aslında sağlık sistemimizin finansman konusunu da içermektedir. Örneğin literatürde yer alan şu yorum<sup>396</sup>, sağlık sisteminin sorunlarıyla da ilgilidir: “Sosyal Güvenlikte Reform önerisinin en belirgin gerekçesi, “*kara delik*” olarak algılanan sosyal güvenlik kuruluşlarının bütçe açıkları olmaktadır. Reform sayesinde, anılan kuruluşlara ulusal bütçeden yapılan kaynak transferinin önleneceği ve giderek bütçe açığının azaltılarak faiz dışı bütçe fazlası hedefine daha kolay ulaşılabileceği ifade edilmektedir. İMF, 8. Niyet Mektubunda da, üç kurumun birleştirilmesi halinde emeklilik sistemine ilişkin açıkların 2007 yılına kadar sürekli azalan bir seyir izler

<sup>396</sup> A. Güzel; **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform**; sf; 73.

hale getirilmesinin ve bu açıkların uzun dönemde GSMH'nın %1'i seviyesine düşürülmesinin amaçlandığı, belirtilmektedir. Bu gerekçe ve projeksiyonlar inandırıcı değildir. Çünkü, mevcut sosyal güvenlik sisteminin finansman darboğazı, asıl olarak, işsizlik ve kayıt dışı istihdamdan kaynaklanmaktadır. Bu sorunlara köklü çözüm getirilmeden, hangi model kabul edilirse edilsin, sosyal güvenliğin finansman sorununun çözümlenmesi de olanaklı görünmemektedir". Aynı yorumcu açıklamalarını "Mevcut sistemin yoksulluğu ortadan kaldırmadığı, eşitsizliklere yol açtığı ifade edilerek reform sayesinde bu sorunun çözüme kavuşturulacağı hedeflenmektedir. Sosyal güvenlik sisteminin gelir kaynaklarından ciddi bir artış sağlanmadan bu hedefe ulaşma olanağı da bulunmamaktadır. Çünkü, kapsamlı ve etkin bir sosyal korumanın sağlandığı Avrupa Birliği ülkelerinde sosyal koruma harcamaları, GSMH'nın %19-30'u düzeyine ulaşmıştır. Reform ile öngörülen hedefe ulaşılabilmesi için sosyal güvenlik harcamalarına aynı düzeyde pay ayrılması gerekmektedir. Mevcut koşullarda, sosyal güvenlik kurumlarının açıklarını kapatmak için genel bütçeden yapılan transferlerin milli gelirin %4,5'ine ulaşmasının, 'ülke geleceği ve toplumsal barış' açısından bir tehdit gibi algılandığı dikkate alındığında, sosyal güvenlik harcamalarının Avrupa ülkelerinde olduğu gibi, GSMH'nın %20-25'ine ulaşması için hangi kaynaklara başvurulacağı hususu da çok daha ciddi bir endişe kaynağı olmaktadır" şeklinde sürdürmektedir.

Bu konuda benzer bir tespit de şöyledir<sup>397</sup>: "Temelde sosyal güvenlik açıklarının azaltılması hedefine odaklanmış görünen yeni model, Türkiye'nin AB ülkeleri içinde sosyal güvenliğe katkısı olmayan tek ülke olduğu gerçeğini göz ardı eder görünmektedir. Yaklaşım böyle olunca, devlet tarafından sosyal güvenlik

---

<sup>397</sup> F. Ataay; **Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları**; sf: 173.

kuruluşlarına yapılan transferler de kolaylıkla ‘açık’ ya da ‘kara delik’ olarak görülebilmektedir (TÜSİAD, MÜSİAD). Devletin sosyal güvenliğe katkı yapma anlayışını dışlayan bu yaklaşım, Türkiye’nin istihdam üzerinden alınan vergilerle AB ülkeleri içinde en yüksek orana sahip olduğu ve istihdamın %46,8’inin kayıt dışı olmasında bunun da çok önemli bir etken olduğu gerçeğini de değerlendirme dışı bırakmaktadır. Dolayısı ile, yeni sistem kurgulanırken, sistemin finansman açıklarını devlet yardımı yanı sıra kayıt dışılığı azaltmak ve bu yolla prim tahsilatını yükseltmek yoluyla çözüme gidilmemiştir... Türkiye ile AB ülkeleri, sosyal sigorta ve sosyal koruma harcamalarının milli gelir içindeki payı açısından karşılaştırıldığında Türkiye’nin %7,1’lik oranına karşılık AB ülkeleri %19,1 oranında harcamaya sahip bulunmakta, sosyal güvenlik primi tahsilatlarının milli gelire oranı açısından da Türkiye %5’te kalırken, AB ülkeleri %11,7’ye ulaşmaktadır. Bu veriler, bir yandan yürürlüğe konan yeni modelin bütün nüfusu sağlık hizmetleri kapsamına alma hedefinden çok, ‘sistemin finansman açıklarını’ azaltmaya odaklanmış olduğunu” göstermektedir.

Bu konuda devletin yapması gereken temel işlerden biri, bugün kimi çevrelerde %40-50 oranına ulaştığı ileri sürülen ve 2011 Yılı Programında da yüksek oranda olduğu resmen kabul edilen kayıtdışı çalışmanın kabul edilebilir bir düzeye, hiç olmazsa %15-20 oranına indirilmesinin sağlanmasıdır. Dokuzuncu Kalkınma Planındaki “Sosyal sigorta sistemi, çalışan nüfusun tümünü kapsayacak şekilde yaygınlaştırılacak ve kayıtdışı istihdam önlenecek” şeklindeki karara ve AK Parti Programındaki “Sigortasız çalıştırılmanın mutlaka önüne geçilecektir” vaadine rağmen sekiz yıllık dönemde bu konuda bir gelişme sağlanamamıştır. Kayıt dışı (sigortasız) çalışma hâlâ önemli bir oranda varlığını sürdürmektedir. Nitekim resmi

yayınlarında da “Ülkemizde kayıtdışı ekonominin boyutunun gelişmiş ekonomilere kıyasla oldukça yüksek olduğu” belirtilmekte ve bu olgu açıkça kabul edilmektedir<sup>398</sup>.

Ülkemizde 1999 yılında İşsizlik Sigortası bağlamında uygulanmasına başlanan devlet katkısının, finansman açığındaki en önemli etkenlerden biri olduğu genellikle bilim dünyamızda da kabul edilen bir olgudur; kaldı ki, resmi veriler de bu gerçeği doğrulamaktadır. 5510 sayılı Yasayla hem sosyal sigorta, hem de GSS için getirilen “Devlet Katkısı” oran olarak zaten düşüktür. Ayrıca belirlenen bu oran, tahakkuk eden prim tutarı yerine, tahsil edilen prim miktarına bağlandığından, devlet katkısı aslında, belirlenen bu oranın daha altında gerçekleşecektir.

Sistemin finansman açığını gidermede hastaların da desteğinin bulunmasını sağlamak amacıyla getirilen katılım payı ile ek ücret uygulamaları ise, ekonomik yönden bireylere ilave yük getirmekte ve hâttâ bazı hastaları sağlık hizmet talebinde bulunmaktan vazgeçirerek, adaletsizliğe neden olmaktadır. Hekimin gerekli gördüğü bütün hizmet, ilaç ve malzeme giderinin SGK tarafından karşılanması, bunlar dışındaki her türlü giderin ise hasta tarafından finanse edilmesi sağlanmalıdır. Gereksinimi olmayan insanların, sağlık hizmet talebinde bulunmaları düşünülemez. Hastalık hastası olan bireylerin sayısı ise, ihmal edilebilecek düzeyde olsa gerektir.

Yapılan bir araştırmaya göre; Yapısal Uyum Programlarının sağlık hizmetlerinde kamusal harcamaların azaltılması, bu harcamaları karşılamak amacıyla kişilerden katkı payı alınması, sağlık hizmeti almak için kişilerin daha fazla cepten ödeme yapmasına neden olmaktadır. Bu da düşük gelirli ve yoksul kişilerin daha az sağlık hizmeti talebinde bulunmasına yol açmaktadır. Örneğin, Mozambik’te yapılan

---

<sup>398</sup> DPT; **2011 Yılı Programı**; sf: 88.

bir çalışmada, katkı paylarındaki artış nedeniyle poliklinik kullanımının %24 oranında azaldığı, kemer sıkma politikalarının, bebek ve çocuk ölümlerinin artmasına neden olduğu saptanmıştır<sup>399</sup>. Dolayısıyla sağlık hizmetlerine yönelik kamusal harcamalar konusunda yapılan çalışmalar sırasında çok dikkatli ve özenli davranılması gereklidir.

**Tablo-54: Konsolide Bütçeden Yapılan Faiz Ödemeleri ve Yatırım Harcamaları (Milyar TL)<sup>400</sup>**

|                  | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Faiz Ö.</b>   | 51,9 | 58,6 | 56,5 | 45,7 | 46,0 | 48,8 | 50,7 | 53,2 |
| <b>YatırımH.</b> | 7,8  | 7,9  | 8,3  | 10,3 | 12,1 | 13,0 | 18,5 | 19,8 |

Konsolide Bütçeden yapılan faiz ödemeleri ile yatırım harcamalarına ilişkin veriler (Tablo-54), ekonominin içine düştüğü borç tuzağını olanca açıklığı ile sergilemektedir. Bunlar arasındaki dağılımı değiştirebilecek bir ekonomi politikası, orta vadeden başlayarak ekonomik ve sosyal alanda birçok köklü dönüşümü sağlayabilecektir. Ancak sıkı sıkıya izlenen IMF ağırlıklı ekonomik politikalar buna olanak vermemiştir. Israrla sürdürülen düşük kur, yüksek faiz, sıcak para ve ithalat ağırlıklı yapı, ekonomik gelişmenin daha sağlıklı ve köklü gelişimini engellemiş, kırılgan bir yapıya neden olmuştur.

<sup>399</sup> R. Loewenson; **Structural Adjustment and Health Policy in Africa**; International Journal of Health Services; 1993; 23 (4): 717-730; Kaynak: H.H. Yıldırım; **Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler**; sf: 77.

<sup>400</sup> Mustafa Sönmez; **'Teğet'in Yıkımı'**; İstanbul; Yordam Kitap; 2010; sf: 126.

**Tablo-55: 2010 Ocak-Kasım Dönemi Bütçe Harcamaları**

| <b>Harcanan Yer</b>                        | <b>Milyon TL</b> | <b>%</b>     |
|--|------------------|--------------|
| <b>Devlet Personel Giderleri</b>           | <b>68.116</b>    | <b>26,6</b>  |
| <b>Mal Hizmet Alımı- Yatırım Giderleri</b> | <b>39.195</b>    | <b>15,3</b>  |
| <b>Faiz Giderleri</b>                      | <b>46.459</b>    | <b>18,2</b>  |
| <b>Cari Transferler</b>                    | <b>92.949</b>    | <b>36,3</b>  |
| -Hane Halkına Transfer                     | 8.952            | 3,5          |
| -(Tarıma Destek)                           | 5.412            | 2,1          |
| -Mahalli İdare Payları                     | 18.803           | 7,4          |
| -KİT Görev Zararları                       | 14.744           | 5,8          |
| -SGK'ye Aktarım                            | 51.952           | 20,3         |
| <b>Sermaye Transferleri</b>                | <b>3.885</b>     | <b>1,5</b>   |
| <b>Borç Verme</b>                          | <b>5.225</b>     | <b>2,0</b>   |
| <b>TOPLAM BÜTÇE HARCAMALARI</b>            | <b>255.770</b>   | <b>100,0</b> |

Kaynak: Maliye Bakanlığı veri tabanı

2010 yılında, 11 ay içinde gerçekleşen bütçe harcamaları incelendiğinde görünen manzara (Tablo-55) şudur: Faiz geliri olarak devlete kredi verenlere bütçenin %18'i oranında (yılda yaklaşık 50 milyar, haftada 1 milyar TL) ödeme yapılırken, hane halkı için yapılan ödemenin oranı sadece %3,5'tir. Hane halkına yapılan ödemelerin üçte ikisinden fazlası tarım için yapıldığından, kentteki halka, eğitim, sağlık, barınma, kültür vb. için aktarılan kaynaklar bütçenin ancak %1,5'u dolayındadır. "Faiz giderleri 46,5 milyardan 43 milyar TL'ye indirilse, şu anda kentteki hanelere harcanan bütçenin yüzde 100 fazlası sağlanacak ...her yoksul anneye, ayda 600 TL, yılda 7.200 TL bütçeden aktarılsa, 1 milyon yoksul anne için

bu 7,2 milyar TL yapıyor. Ya da bütçenin yüzde 3'ünü başka kaynaklardan kesip yoksullara aktarmak anlamına geliyor” şeklindeki açıklama<sup>401</sup>, mevcut bütçe parametreleri içinde dahi alınabilecek önlemlerin bulunduğunu ortaya koyuyor. Bu da kuşkusuz devlet yönetiminde bulunanların siyasal felsefesiyle doğrudan bağlantılı bir tercihtir.

GSS, sağlık hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması ve bu hizmetlerin sunuculardan satın alınması ilkesine dayanmaktadır. Bu yeni sistem, özellikle SSK'da uygulanan sistemden esasta bir ayrılık getirmektedir. Bilindiği gibi 1946'lı yıllardan itibaren SSK, sağlık giderlerini azaltmak amacıyla, kendi sağlık tesislerini kurmuş, zaman içinde eczanelerini ve ilaç fabrikasını hayata geçirmişti. Yeni sistemde ilke olarak, hizmeti sunan ile finanse eden kuruluşların ayrılması ve sistemin “hizmet satın alma” esasına dayanması öngörülmüştür. Ayrıca bu yeni sistemde anlaşma yapılmış olan özel sağlık kuruluşlarına sevk olanağı da getirilmiştir. Bu nedenle ilk temel eleştiri de, bu düzenlemelerin özel kuruluşlara hasta sevkini teşvik etmeyi amaçladığı, bununsa maliyetleri artıracacağı doğrultusunda yapılmıştır. Nitekim, TEPAV'ın yeni milli gelir serisini kullanarak yaptığı çalışmaya göre kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı 1999'daki %2,9'luk oranından, 2002'de %3,8'e ve 2007'de de %4,1'e yükselmiştir. Bu araştırmaya göre, sağlık harcamalarındaki bu artış, koruyucu sağlık hizmetlerinde ve yatırımlarda bir artışa yol açmazken, bütünüyle dışarıdan hizmet satın almalara gitmiştir. Nitekim 2007 yılında sadece özel hastanelere yapılan sevkler nedeniyle ödenen bedel 2,5 milyar dolara ulaşmıştır<sup>402</sup>. Harcamalardaki bu hızlı yükseliş sonucu IMF hükümeti uyarılmış,

---

<sup>401</sup> M. Sönmez; **Kaynak Nerede mi? Alın Size Kaynak...** ; 03.01.2011, Cumhuriyet.

<sup>402</sup> F. Ataay; **Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları**; sf: 172.



ve Maliye Bakanlığı 2006’da yayınladığı tebliğ ile “vaka” başına ek ödemelere sınır getirmiştir<sup>403</sup>.

Tablo-56’daki veriler, GSYİH’da toplam sağlık harcamalarında 2002’ye oranla %11 dolayında artış meydana geldiğini göstermektedir. Ancak bu artışın yeterli olduğunu ileri sürmek olası değildir. Nitekim sağlık göstergeleri çok daha iyi durumda bulunan AB ve OECD ülkelerinin bu konudaki harcamalarının daha yüksek oranda gerçekleştiği görülmektedir (Tablo-57). Bir de bu ülkelerde milli gelirin Türkiye’den misliyle fazla olduğu göz önüne alındığında, bu harcama oranları yeterli kabul edilemez.

**Tablo-56: Toplam Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı (1999-2007)**

| Yıllar  | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Oran(%) | 4,8  | 4,9  | 5,2  | 5,4  | 5,3  | 5,4  | 5,4  | 5,8  | 6,0  |

Kaynak: TÜİK; 22 Şubat 2010 Haber Bülteni; Sayı: 29.

Diğer yandan, SDP ile kamunun hizmet sunumundan vazgeçmesi, sağlık tesislerinde kapasite artışının nasıl sağlanabileceği sorusunu net olarak yanıtlanamamaktadır. Ayrıca özel yatırımların büyük oranda gelişmiş yörelerde yoğunlaşması karşısında, bölgesel dengesizliğin nasıl önlenebileceği de belirsizliğini korumaktadır. Nitekim bu konuda gerçekleştirilen bir incelemeye göre, insanların gelir durumu ve sağlıkları için cepten yapabildikleri harcamalar Marmara Bölgesi dışındaki birkaç il hariç, sağlıkta özel sermayeye şans tanımayacak kadar kötüdür. İkinci basamak boyutunda Türkiye’de 251 hastaneden 245’i (%98’i), 12449 özel

<sup>403</sup> S. Erdoğan; **Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu**; sf: 663.

hasta yatağının 11508'i (%92'si) 18 ilde bulunmaktadır. Söz konusu 18 il, ülke GSYİH'nin %70'ini alırken, özel hasta yatağı (hastanesi) bulunmayan 41 ilin GSYİH'den aldığı pay ise %13,5'dir<sup>404</sup>. Bu ekonomik koşullar bazı yöreleri sağlık yatırımları açısından hiç çekici kılmamaktadır.

**Tablo-57: Toplam Sağlık Harcamaları (1996-2006)**

|                                    | 2000       | 2001       | 2002       | 2003       | 2004       | 2005  | 2006  |
|------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------|-------|
| GSMH (Milyar YTL)                  | 124,6      | 178,4      | 277,6      | 359,8      | 430,5      | 487,2 | 576,3 |
| GSMH/ TSH (%)                      | 6,6        | 7,5        | 7,4        | 7,6        | 7,7        | 7,6   | 7,5   |
| TSH'de Özel Sek. Payı              | 37,1       | 31,8       | 29,6       | 28,4       | 27,7       | 28,6  | 27,6  |
| TSH'de Hanehalkı Cepten Ödeme Payı | 27,7       | 23,4       | 21,0       | 19,9       | 19,2       | 19,9  | 19,3  |
| TSH'de Diğer Öde.                  | 9,4        | 8,4        | 8,7        | 8,6        | 8,6        | 8,7   | 8,2   |
| TSH'de Kamu Har                    | 62,9       | 68,2       | 70,4       | 71,6       | 72,3       | 71,4  | 72,4  |
| TSH/ Sos Güv.Har.                  | 34,9       | 34,5       | 37,2       | 39,1       | 39,6       | 37,7  | 41,0  |
| TSH/ Yatırım Payı                  | 4,4        | 3,9        | 4,9        | 4,4        | 4,0        | 5,5   | 4,9   |
| Kişi Başına TSH (Dolar)            | 194,0      | 161,0      | 194,0      | 259,0      | 323,0      | 381,0 | 410,0 |
| <b>OECD Ortalaması</b>             | <b>8,0</b> | <b>8,3</b> | <b>8,6</b> | <b>8,8</b> | <b>9,0</b> | -     | -     |
| ABD                                | 13,3       | 14,0       | 14,7       | 15,2       | 15,3       | -     | -     |
| İsviçre                            | 10,4       | 10,9       | 11,1       | 11,5       | 11,6       | -     | -     |
| Japonya                            | 7,6        | 7,8        | 7,9        | 8,0        | -          | -     | -     |
| İngiltere                          | 7,3        | 7,5        | 7,7        | 7,8        | 8,1        | -     | -     |
| Yunanistan                         | 9,9        | 10,4       | 10,3       | 10,5       | 10,0       | -     | -     |
| Meksika                            | 5,6        | 6,0        | 6,2        | 6,3        | 6,5        | -     | -     |

Kaynak: The Ministry of Health Of Turkey; Health At A Glance Turkey 2007; Ankara; 2008; sf: 199, 201.

Özel sektörün itibar etmeyeceği yörelerde hizmet sunumunun ne şekilde sağlanabileceği belirsiz bir durumdadır. Özellikle yöre ve dal olarak yatırımın kârlı bulunmayacağı yeni alanlarda, kamu kesiminin hizmet sunmaması durumunda, bu açığın nasıl giderileceği net olarak belli değildir. Ancak özel sektöre zorla yatırım yaptırılması olanaksız olduğuna göre, bu açıkları yine kamu yatırımları ile

<sup>404</sup> O. Hamzaoğlu; C.I. Yavuz; **Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu...**; sf: 649.

kapatmaktan başka çıkar yol bulunmamaktadır. Bu durum ise sistemin bu konudaki temel öngörüsünün çok da sağlıklı olmadığını ortaya koymaktadır.

Sağlık Bakanlığının verilerine göre (Tablo-57), 2002-2004 yılları arasında Türkiye’de yapılan toplam sağlık harcamaları GSMH’ye oran olarak, hem OECD ülkelerinin hem de Yunanistan’ın dahi gerisindedir. Ayrıca ABD ve İsviçre gibi ülkelerle kıyaslandığında aradaki fark iyice ortaya çıkmaktadır. Ancak literatürde de ortaya konduğu üzere, sağlık harcamaları oranının yüksekliği her zaman sağlık hizmetlerini iyi ve adil olduğu anlamına da gelmemektedir. Nitekim oran olarak en önde görünen ABD’nin durumu bunun en iyi kanıtıdır. Çünkü Başkan Obama tarafından yapılan reform öncesinde nüfusun yaklaşık %15’inin (yani 30 milyon kişinin) hiçbir sağlık güvencesi bulunmamaktaydı; dolayısıyla adil ve etkin olmayan bir sistem yürürlükte idi. Bu durumu, Nobel Ekonomi ödül sahibi J. Stiglitz’in de aralarında bulunduğu bir ekip tarafından yapılan bir araştırma da ortaya koymuştur<sup>405</sup>. Söz konusu araştırmaya göre, en iyi sağlık hizmeti sıralamasında birincilik Japonya’dadır. Oysa yukarıdaki tablo verilerine göre, oransal olarak Japonya ABD’nin çok gerisinde, neredeyse harcama oranı yarı yarıyadır. Söz konusu çalışmada ilk on ülke şöyle sıralanmaktadır: Japonya, İsviçre, İsveç, İspanya, İtalya, Avustralya, Singapur, Norveç, Yeni Zelanda ve Hollanda. Çalışmaya dahil edilen 100 ülke içinde Türkiye 42. durumdadır. Japonya kişi başı 3650 dolar sağlık harcaması (ABD’nin yarısı) ile, OECD ülkeleri içinde 18. sıradadır; Türkiye’de bu harcama 586 dolardır. Genel sıralama itibarıyla Türkiye 100 ülke içinde 52. durumdadır.

---

<sup>405</sup> Rana Foroohar; **Dünya’nın En İyi Ülkeleri**; Newsweek Türkiye; 22.08.2010; Sayı: 95; sf: 43-49.

Türkiye'nin genel durumu yanında sağlık alanındaki düzeyi, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından hazırlanan 2010 "İnsani Gelişme Raporu"nda<sup>406</sup> yer alan bulgular bakımından da ne yazık ki arzulanan yerde değildir. "Ulusların Gerçek Zenginliği: İnsani Gelişmenin Yolları" başlığı ile yayınlanan 20. raporda Türkiye, genel değerlendirmede 164 ülke içinde 83. sırada yer almıştır. Türkiye bu haliyle tüm Avrupa Birliği ve OECD ülkelerinden daha geri durumdadır. Sözü edilen listede Libya 53, Sırbistan 60, Arnavutluk 64, Ermenistan 76. sırada yer alarak ülkemizi geride bırakmışlardır. İnsani gelişme endeksi, "a) Uzun ve sağlıklı bir yaşam, b) Eğitim imkânlarına erişim ve c) Kabul edilebilir bir yaşam standardı" başlıklı üç temel ölçüt uzun vadeli bir şekilde izlenerek hesaplanmaktadır. Bu yılki raporda yaşam standardının hesaplanmasında "kişi başına düşen gayrisafi milli gelir" oranı esas alınmıştır. Raporda yer alan listede ülkeler "Çok Yüksek İnsani Gelişme", "Yüksek İnsani Gelişme", "Orta Düzeyde İnsani Gelişme" ve "Düşük Düzeyde İnsani Gelişme" kategorileri üzerinden 4 gruba ayrılmıştır. Türkiye, bu kümeler içinde küresel sıralamada 47 ile 85'inci sıralar arasındaki ülkelerin oluşturduğu "yüksek insani gelişme" grubunda yer almaktadır. Ancak 83'üncülükle, bu grubun neredeyse en alt sınırında bulunmaktadır.

Daha önce de belirtildiği üzere, 2010 İnsani Gelişme Raporuna göre 2007 yılında kişi başı sağlık harcaması, satın alma gücü itibarıyla, 677 ABD Doları düzeyindedir. 10 bin kişiye düşen doktor 15, yatak sayısı 28'dir; yani 667 kişiye bir doktor, 357 kişiye bir hasta yatağı düşmektedir. Her bin canlı doğumda ölen bebek oranı 20, beş yaş altı çocuklarda ölüm oranı 22 dolayındadır.

---

<sup>406</sup> BM (UNDP); **Human Development Report 2010**; Kasım 2010 (www.worldbank.org; erişim: 07.11.2010)

Diğer yandan, Legatum Enstitüsünün 2010 Refah Listesinde de Türkiye 110 ülke içinde 80. Sırada yer almıştır<sup>407</sup>. Bu liste incelendiğinde Costa Rica, Makedonya, Şili, Ukrayna, Tunus, Ürdün, Suriye'nin bile Türkiye'den daha iyi durumda olduğu görülmektedir. Bu kuruluşun araştırmasına göre, ülkemizin çalışma yapılan sekiz kategori itibarıyla sıralamadaki yeri şöyledir: yönetim'de 51, fırsat eşitliği ve girişimcilik'de 53, sağlık'ta 57, ekonomi'de 69, eğitim'de 82, güvenlik'de 83, kişisel özgürlük'te 95, sosyal sermaye'de 108 ve genel sıralamada 80.

2011 Yılı Programındaki (sf: 211) verilere göre, 2003 yılında 29 olan bebek ölüm oranı, yıllar itibarıyla ciddi düşüş göstererek 2009 yılında bin canlı doğumda 13,1'e gerilemiştir. Bebek ölüm oranı, OECD ülkelerinde binde 3,9 AB-27 ülkelerinde ise binde 4,4'tür. Bebek ölüm oranı, gelir seviyesi ve annenin eğitim düzeyiyle orantılı olarak azalmaktadır. Kırsaldaki ölüm oranları kentsele göre, doğu ve güney bölgelerdeki ölüm oranları ise diğer bölgelere göre daha yüksektir.

#### **4.3.4) DEVLET HASTANELERİ VE ÖZERKLEŞTİRME**

GSS bağlamında öngörülen hususlardan bir diğeri de kamu sağlık kuruluşlarının yeniden düzenlenmesidir. Kuşkusuz sağlık hizmetlerinin verimli ve etkin olması, maliyetlerin düşmesi herkesin dileğidir. Kamusal sağlık kuruluşlarının bu amaçla işletme biliminin ilkelerine göre yeniden yapılandırılması ve düzenlenmesi gereklidir. Ayrıca kamu hastanelerinin belli ilkelere sadık kalınarak özerkleştirilmesi de düşünülebilir.

---

<sup>407</sup> Legatum Institute, merkezi Londra'da bulunan, Gallup anketleri ile Birleşmiş Milletler verilerine dayanılarak küresel refah konusunda araştırmalar yapan bağımsız bir düşünce kuruluşudur (www.li.com; erişim: 30.10.2010)

Ancak bu iyileştirme ve geliştirme çabaları, hastanelerdeki hizmetlerin etkinliğini ve verimliliğini artırmak değil de özel kesime devredilmesi amacıyla yapılıyorsa, bunun kabulü olası değildir. Çünkü bu durumda sağlık konusu tamamen ticaret konusu yapılmış ve metalaştırılmış olacak, yani sadece ödeme gücü olanların yararlanmasına yol açacaktır. Ayrıca çoğu kez görüldüğü gibi özelleştirmenin - bilinen birçok nedenden dolayı- gerçek değeri üzerinden yapılmasının sağlanamaması halinde, çeşitli çevrelerce haklı olarak ileri sürüldüğü üzere, kamudan özel sektöre sermaye aktarılmış olacaktır.

**Tablo- 58: Hasta Yatağı Sayısı ve Doluluk Oranları (2005-2009)<sup>408</sup>**

|                           | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  | OECD | AB-27 |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
|                           |       |       |       |       |       | 2007 | 2007  |
| Yatak sayısı (bin)        | 192,6 | 196,6 | 200,8 | 204,1 | 210,2 | -    | -     |
| On bin kişiye düşen yatak | 28,1  | 28,3  | 28,6  | 28,7  | 29    | 38   | 53    |
| Yatak doluluk oranı (%)   | 64,5  | 64,2  | 61,7  | 63    | 62,9  | 75   | 76,9  |

Kaynak: SB, DPT, DSÖ.

Söz konusu yaklaşımların sosyal devlet anlayışıyla, sağlık hizmetlerinin ruhuyla bağdaşır bir yönünün bulunmadığı ortadadır. Kaldı ki bu uygulama, uzun dönemde toplum sağlığının bozulması nedeniyle -başka ülkeler için ilaç, tıbbi cihaz ve malzeme pazarı olmakla birlikte- ülke açısından ekonomik de değildir. Böyle bir politika, beşeri sermayenin temel unsurlarından biri olan sağlığın göz ardı edilmesi, vahşi pazar ekonomisine geçilmesi anlamına gelecektir.

<sup>408</sup> DPT; 2011 Yıllık Programı; sf: 212.

2005 yılında başta SSK olmak üzere hastanelerin çok büyük kısmı sağlık bakanlığına devredilmiş, tek elden planlama ve yönetime olanak sağlanmak istenmişti. Ancak Tablo-59'daki veriler, hastane yatak kullanım oranında henüz beklenen artışın sağlanamadığını, bu oranların, devir işleminden önceki yıllardaki oranlara (1998'de %58, 2000'de %60) yakın seyrettiğini göstermektedir. 2007 yılı itibariyle OECD ve AB ülkelerindeki yatak kullanım oranları ise %75'lerdedir; bu da hastane yataklarının kullanımında da bizden iyi durumda olduklarına bir işarettir.

Özel sektöre ait yatak oranı % 13,9 olup, yaklaşık olarak toplam 29 bin yatak anlamına gelmektedir. Sekizinci BYKP'daki verilere dayanan Tablo -13'e göre, 2000 yılı özel hastane yatak sayısı, toplam 170 bin yatak içinde 11.500 idi; bu toplam yatak sayısının yaklaşık %6,8'i anlamına gelmekteydi. On yıl içinde özel yatak sayısı ve oranındaki artış, bu konuda özel sağlık sektöründe çok önemli gelişme yaşandığını ortaya koymaktadır.

Kamu Yönetimi Reformu kapsamında dile getirilen devlet hastanelerinin yerel yönetimlere devri konusu da Dünya Bankası destekli projenin bir başka yaklaşımıdır. Bu konu, yasa tasarısının eski Cumhurbaşkanı tarafından veto edilmesi nedeniyle henüz yasal bir düzenleme halini alamamıştır. "Yönetişim" anlayışının hayata geçirilmesini amaçladığı ileri sürülen bu tasarının nasıl bir düzenleme getireceği bu aşamada somut olarak kesinleşmemiş durumdadır.

#### **4.3.5) TEMEL HİZMETLER PAKETİ**

Daha önce de belirtildiği üzere bir yorumcuya göre Dünya Bankası tarafından reform bağlamında "Hizmetlerin kalitesinin artırılması açısından düşük maliyetli seçilmiş hizmetlerden oluşan bir temel teminat paketini sağlayan 'Temel Sağlık

Hizmetleri' yaklaşımının benimsenmesi" önerilmişti<sup>409</sup>. Bununla amaçlanan her türlü sağlık hizmetinin değil, kamu otoritelerince belirlenecek ve "temel teminat paketi" içinde yer verilecek sağlık hizmetlerinin GSS tarafından finanse edilmesi, bunların dışındaki sağlık hizmetlerinin finansmanının ise hastaya bırakılmasıdır.

Dünya Bankası önerileri doğrultusunda hazırlanan iddialı Sağlıkta Dönüşüm Programı"yla; sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği ile sağlanması, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında 'sağlık işletmesi' modelinin uygulanması ve Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerinin sorumlusu değil, düzenleyicisi durumuna getirilmesi hedeflenmiştir. GSS uygulamasının, daha önceki parçalı sosyal güvenlik sistemi içinde sağlık hizmetlerinin iş statüsündeki farklılıklara göre değiştiği sistemle karşılaştırıldığında eşitlikçi bir yanı vardır. Çünkü sağlık hizmetlerinden yararlanılması mesleki sınıf konumuna değil, yurttaşlık statüsüne bağlı olacaktır. Fakat uygulamada ikili bir yapı getirilmektedir. Temel tanı ve tedavi hizmetleri "teminat paketi" ile karşılanırken, bu pakete dahil olmayan sağlık hizmetlerinin, yüksek tedavi masrafları gerektiren kronik ve ölümcül hastalıkların giderleri "kişisel ek ödeme" ya da "özel sağlık sigortası" ile karşılanacaktır. Sosyal güvenlik gibi toplumsal sorumluluk fikrine dayanması gereken bir politika alanının fon yönetimi yaklaşımıyla ele alınması, yurttaşı sigorta hizmeti satın alan müşteriye dönüştürmektedir. Bir başka deyişle, "Sağlık politikalarındaki dönüşüm, Türkiye'de sosyal yurttaşlığın düzenleyici ve meşrulaştırıcı ilkelerinin değiştiğini göstermektedir. Ulus inşası döneminde dâhil etme; planlı kalkınma döneminde

---

<sup>409</sup> M. Tatar; **Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teori ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış**; sf: 417.



sosyal adalet ve eşitlik; ulusal kalıncılık döneminin bittiği ve ulusal ekonomilerin uluslararası mali piyasaların dalgalanmalarından giderek daha fazla etkilendiği 1980 sonrası dönemde ise etkinlik, verimlilik gibi ekonomik kavramlar sağlık politikalarını yönlendiren ilkeler olmuştur. Yeni yurttaşlık kavramlaştırmasında vurgu toplumdaki bireye, devletten piyasaya ve toplumsal olandan ekonomik olana kaymıştır”<sup>410</sup>.

Söz konusu yapısı itibariyle GSS'nin, “temel teminat paketi” kapsamına alınan sağlık hizmetlerini finanse etmesi, paket kapsamında olmayan sağlık hizmetlerine ilişkin harcamaların ise “kişisel ek ödeme” veya “özel sağlık sigortası” ile karşılanmasını öngördüğü açıktır. Bu durumda söz konusu paketin siyasal otorite tarafından belirlenecek olan kapsamının dar veya geniş tutulması istisnasız bütün vatandaşları doğrudan etkileyecektir. Paketin dar tutulması halinde, özel olanaklarla karşılanması gereken sağlık hizmetlerinin kapsamı artacak, bu da kişiler açısından daha çok harcama yapılmasını gerektirecektir. Bu sonuç da getirilen bu yöntemin, özel sigortacılığı teşvik amacını taşıdığı yolundaki iddiaları doğrular niteliktedir; çünkü bu durumda bireyler hem GSS primi ödemek, hem de ek harcama yapmak zorunda kalacaklardır.

Sağlık teminat paketi kapsamı, her türlü fantezi ve israftan uzak, ancak Türkiye'nin epidemiyolojik verilerine uygun bir biçimde belirlenmeli, her yıl Bütçe Yasası ile güncellenmelidir.

---

<sup>410</sup> Filiz Kartal; **Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye’de Sağlık Politikalarındaki Dönüşüm**; Ankara; Amme İdaresi Dergisi; 42/2; 2009; sf: 38-40.

#### **4.3.6) SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİN KOLAYLAŞTIRILMASI**

Genel Sağlık Sigortası Sistemi ile gerçekleşen yeni yapılanmada en başarılı uygulama bu alanda olmuştur. Bunları başlıklar halinde şöyle belirtmek mümkündür:

1) Sağlık hizmetlerinde erişimde eşitlik büyük ölçüde sağlanmıştır. ES, SSK, Bağ-Kur mensubu olma ayrımı kaldırılmıştır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinden yararlanma ve özel sağlık kuruluşlarına sevk edilme konusunda vatandaşlar arasında artık herhangi bir ayrım söz konusu değildir.

2) Sisteme, işsizlik sigortası dışında da devlet katkısı eklenmiştir.

3) İlaç ve tedavi araç-gereçleri bakımından da erişim kolaylaşmıştır.

4) Sağlık hizmetlerinde ve ilaçta KDV % 18'den 8'e düşürülerek ucuzlama sağlanmıştır.

5) Yeşil Kart kullananlara sağlanan olanaklar (ayakta tedavi, ilaç verilmesi gibi) artırılmıştır.

6) Ambulans ücretlerinin ödenmesinde SSK, Bağ-Kur ve ES ayrımı kaldırılmıştır.

7) Dış tedavileri konusunda SSK'lılara yönelik dışlayıcı düzenlemeye son verilmiştir. Artık onların dış tedavileri de kapsama alınmıştır.

8) Bilgi işlem sistemi geliştirilmiş, işler hale sokulmuştur.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Sosyal güvenlik sistemlerinin mali açıdan uzun dönemde sürdürülebilir olup olmadığını belirleyen en önemli değişkenlerden biri, nüfusun yaş gruplarına göre dağılımıdır. Türkiye, 2000’li yılların başında genç bir nüfus yapısına sahip olmakla birlikte, geleceğe ilişkin projeksiyonlar, nüfusun hızla yaşlanacağını ortaya koymaktaydı. Bu olgu, sosyal güvenlik sisteminin bir yandan gelirlerinin azalması, diğer yandan da giderlerinin artması sonucunu doğuracağını gösteriyordu.

Diğer yandan, sosyal güvenlik kurumlarının hak ve yükümlülükleri arasında “norm ve standart” birliğinin bulunmaması da önemli bir sıkıntı ve yakınma kaynağı idi. Türkiye’de hizmet akdiyle çalışanlar 506, kendi nam ve hesabına çalışanlar 1479, devlet memuru olarak çalışanlar 5434, tarımda hizmet akdiyle çalışanlar 2925 ve yine tarımda kendi nam ve hesabına çalışanlar ise 2926 sayılı Kanunlara tabi olarak beş ayrı yasa uyarınca çalışmakta idiler. Ayrıca, 506 sayılı Kanunun geçici 20 nci maddesindeki sandıklara tabi olanlar da kendi vakıf senetlerine göre sosyal güvenliklerini sağlamaktaydılar. Bu şekilde farklı sosyal güvenlik kanunlarına tabi olarak çalışanların hak ve yükümlülükleri arasında norm ve standart birliği bulunmamaktaydı.

T.C. Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur, kısmen farklı nedenlerden kaynaklanmakla ve değişik boyutlarda olmakla birlikte büyük finansman sorunları ile karşı karşıyaydılar. Finansman konusunda yaşanan sorunlar, literatürdeki yaygın

görüŖe de paralel olarak, alıŖma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının saptamalarına göre<sup>411</sup> kısaca Ŗunlardı:

1) Erken Emeklilik: Bu konu, finansman dengesini bozan en önemli nedenlerden biridir. SSK, Bağ- Kur ve Emekli Sandığı'na tabi emeklilerin % 62'sinin yaŖı asgari emeklilik yaŖı olan 58-60 yaŖın altındadır. Sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi için 4 sigortalının bir emekliyi finanse etmesi gerekirken, bu oran ülkemizde 1,9'dur. OECD ülkeleri arasındaki karşılaŖtırmalara göre, ülkemiz en uzun süre emekli maaŖı ödeyen ülkeler arasında yer almaktadır.

2) Prime Esas Kazançların Düşük Gösterilmesi: Özellikle SSK kapsamındaki zorunlu sigortalıların yaklaşık % 60'ı asgari ücret ve asgari ücrete yakın prime esas kazanç üzerinden prim ödemektedir. Prime esas kazançların gerçek tutarlarının altında bildirilmesi, Kurumun prim gelirlerinin de gerekenden daha düşük olmasına yol açmaktadır.

3) KayıtdıŖı İstihdamın Yüksekliği: Ülkemizde kayıtdıŖı istihdam oranının yüksek olması, kurum prim gelirlerinin düşük düzeyde gerçekleşmesine ve insanların sosyal güvenlik hakkından yoksun kalmalarına neden olmaktadır. TÜİK verilerine göre ülkemizde en son kayıt dıŖı istihdam oranı % 40-45 dolayındadır.

4) Prim Tahsilat Oranının Düşüklüğü: Türkiye'de tahakkuk ettirilen primlerin tahsil edilme oranı düşük olup, bu durum Kurum prim gelirlerinin de düşük kalmasına neden olmaktadır.

5) Aylık Bağlama Oranının Yüksek Olması: Aylık bağlama oranı; sigortalının hizmet süresine bağlı olarak deđiŖen ve ortalama prime esas kazancının her yıl için ne kadarının bağlanacak aylığa yansılatacağını gösterir orandır. Mevcut durumda,

---

<sup>411</sup> alıŖma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı; **Sosyal Güvenlik Reformu**; Ankara; 2008.

SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nda çalışma süresi arttıka, azalan aylık bağlama oranı sistemi uygulanmaktadır. Bu uygulama vatandaşlarımızı genç yaşta emekliliğe teşvik etmektedir. Çünkü, 25 yıldan fazla çalışmaların emekli aylığına etkisi çok düşük tutulmuştur. Buna rağmen, ülkemizdeki aylık bağlama oranı dünya ortalamasının oldukça üzerindedir. Ülkemizde ortalama yıllık %2,6 civarında olan bu oran, OECD lkeleri içerisinde uygulanan en yüksek oranı oluşturmaktadır.

6) Prim deme Gün Sayısının Düşük Olması: 1999 yılına kadar SSK'lılar için yaşlılık sigortasında aranan asgari 5000 gün olan prim ödeme gün sayısı, 4447 sayılı Yasayla 7000 güne çıkarılmıştır. Eski düzenleme dolayısıyla kadınlar 38 ve erkekler 43 yaşında emekli olabilmekteydiler. Ancak, Dünyadaki örneklere bakıldığında, bu srelerin çok üzerinde prim ödeme gün sayılarının olduğu görülmektedir. Örneğin; İtalya, Avusturya, Portekiz ve Norveç'te 14.400 gün, İşpanya'da 12.600, İngiltere'de ise 14-16 bin gündü.

Öte yandan, SSK fonlarının çok düşük faiz oranları ile bankalara yatırılıp verimli işletilememesi, siyasal amaçlarla çıkarılan orantsız hizmet borçlanma yasaları, hesapsız kullanılan konut kredileri sistemi, prim karşılığı alınmadan sosyal demeler yapılması gibi nedenlerle finansman darboğazı ortaya çıkmaya başlamıştı. Bunlara ek olarak, sosyal güvenlik sistemlerine devletçe hiç katkı yapılması da finansal sıkıntılara yol açmıştı; oysa gelişmiş batı ülkelerinde devletler, sisteme önemli oranda kaynak aktarmaktaydı.

Ayrıca SSK'nın idari ve mali bakımdan özerk olmasına ve özel hukuk hükümlerine tabi bulunmasına karşın, siyasal iktidarların yönlendirmelerine çok açık olması da önemli bir olumsuzluk kaynağı durumundaydı.

Bu koşulların bulunduğu 2000’li yılların başında iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi; 1970’lerde başlayan küreselleşme ve neoliberal akımlar ile bunların fikir önderi Dünya Bankası, IMF, Dünya Ticaret Örgütü gibi uluslararası kuruluşların yönlendirmesi ve TÜSİAD, TİSK, TOBB gibi yerel kurumların etkisiyle Sosyal Güvenlik Reformunu gündeme getirdi.

**Genel Sağlık Sigortası Sistemi** de; “tek bir **emeklilik sistemi**, tek bir **sağlık sistemi**, tek bir **sosyal yardım sistemi** ve bu yapıyı yürütmek üzere tek bir **kurumsal yapı**” olmak üzere dört temel unsurdan oluşan “Sosyal Güvenlik Reformu” kapsamında gündemine getirilen **Sağlıkta Dönüşüm Programı** içinde yer alan en önemli unsurdur.

Sağlıkta Dönüşüm başlıklı Üçüncü Bölümde ayrıntılı olarak açıklandığı üzere Sağlıkta Dönüşüm Programı sekiz bileşenden oluşmaktadır. Bunlar içinde en önemli unsur ise Genel Sağlık Sigortası Sistemidir; diğer yedi bileşen adeta GSS sisteminin kurulup işletilmesini sağlamak üzere kurgulanmış, onun işleyeceği ortamı hazırlamaya yönelik bir yapılanma görünümündedir.

SSGSSK ile “Anayasamızda ifadesini bulan sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, erişimin kolaylaştırılması, herkesin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlandırılması ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi kurulması ve sağlık hizmetlerinde norm ve standart birliğinin sağlanması” amaçlanmıştır. Yasayla, genel sağlık sigortasına ilişkin olarak; 1) Tüm vatandaşların sağlık güvencesi kapsamına alınması, 2) Kapsama alınan kişilerin, aynı sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlandırılması, farklı uygulamalara son verilmesi, 3) Çağdaş sağlık anlayışı benimsenerek, kişilerin hasta olduktan sonraki tedavilerine ait bedellerin ödenmesinin yanında, hasta olmalarını önlemeye yönelik koruyucu sağlık

hizmetlerinin kapsama alınması, 4) İlk defa 18 yaş altı çocukların, anne veya babalarının genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilmesine ve 30 günlük genel sağlık sigortası primi ödenmiş olmasına bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlandırılmaları, 5) Sağlık Bakanlığınca sağlık hizmeti olarak kabul edilmeyen hizmetler ile estetik amaçlı hizmetler dışındaki tüm sağlık hizmetlerinin sağlık teminat paketi içinde yer alması, 6) Sağlık hizmetleri bedellerinin oluşturulacak komisyonca belirlenmesi ve farklı fiyat uygulamalarına son verilmesi öngörülmüştür.

Genel Sağlık Sigortası Sistemi ile ülke sınırları içerisindeki tüm vatandaşların sağlık güvencesine kavuşturulması amaçlanmaktadır. Getirilen düzenleme ile halen sağlık hizmetlerinden yararlananlara ilave olarak; a) İsteğe bağlı sigortalılar, b) 18 yaşına kadar çocuklar, c) Vatansızlar ve sığınmacılar, d) Türkiye’de ikamet eden ve kendi ülkesinde sigortalı olmayan yabancı ülke vatandaşları da kapsama alınmıştır. Böylelikle, 18 yaşından küçük çocuklar, anne ya da babaları tescil edilmese veya prim ödeme ve diğer yükümlülüklerini yerine getirmeseler dahi, sağlık yardımlarından yararlanacaklardır.

Yasa hükmüne göre, “aile içinde kişi başı geliri asgari ücretin üçte birinden az olması” nedeniyle genel sağlık sigortası primini ödeme gücü olmayan vatandaşlarımızın primleri devlet tarafından karşılanacaktır. Eski uygulamada yeşil kart verilmesindeki gelir sınırında net asgari ücret baz alınırken, yeni düzenlemede brüt asgari ücret esas alınmıştır. Aile içindeki kişi başına düşen aylık geliri; a) Brüt asgari ücretin üçte biri ile asgari ücret arasında olanlar, brüt asgari ücretin üçte birinin % 12’sini, b) Brüt asgari ücret ile brüt asgari ücretin iki katı arasında olanlar, brüt asgari ücretin %12’sini, c) Brüt asgari ücretin iki katından fazla olanlar ise, brüt asgari ücretin iki katının %12’si oranındaki primlerini kendileri ödeyeceklerdir.

İşsizlik ödeneği alanlar da genel sağlık sigortası kapsamında olup, sağlık sigortası primleri Türkiye İş Kurumu tarafından ödenecektir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için mevcut uygulamada SSK'da 90 gün, Bağ-Kur'da 240 gün hastalık sigortasından prim ödeme şartı, yeni düzenlemede 30 gün olarak belirlenmiştir.

Yapılan düzenleme ile tüm nüfusu kapsayan sağlık sigortası sisteminin hayata geçirilmesi, sağlıkta temel teminat paketi ile kapsamlı bir sağlık yardımı hizmeti verilmesi öngörülmüştür.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmada tüm vatandaşlar eşit haklara sahip kılınp, ödedikleri primlerin miktarı veya primlerinin devlet tarafından karşılanması ile bunlara sunulan sağlık hizmetlerinin niteliği arasında bağlantı kurulmaması hükme bağlanmıştır. Mevcut uygulamaya paralel olarak; a) Ayaktan tedavilerde hekim ve diş hekimi muayenesi, b) Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri, c) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için, katılım payı ödenmesi koşulu getirilmiştir.

Buna karşılık; a) İş kazası ile meslek hastalığı halleri, b) Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri, c) Afet hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri, d) Aile hekimi muayeneleri, e) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, f) Kronik hastalıklar ile hayati önemi haiz protez ve ortezler, g) Kontrol muayeneleri, h) Organ, doku ve kök hücre naklinde, katılım payı alınmaması hükme bağlanmıştır.

Ayrıca, vazife malullüğü aylığı alanlar, İstiklal Madalyası verilmiş bulunanlar ve şeref aylığı alanlar ile bunların eşleri, vatani hizmet tertibinden aylık alanlar, nakdi tazminat aylığı alanlar, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre koruma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz



faydalanan kişiler ve harp malullüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan da katılım payı alınmayacaktır.

Katılım payı üst sınırları ise; a) 506 sayılı Kanun kapsamındaki aktif sigortalı ile bakmakla yükümlü olduğu eş, çocuk, ana ve babası için asgari ücretin 1,5 katı, emekliler için asgari ücret tutarında, b) Çalışan Bağ-Kurlularda birinci gelir basamağının 1,5 katı, emeklilerde %65 iken, SSGSSK ile bu oran asgari ücretin %75'i olarak belirlenmiştir.

Sağlık hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu ile sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılacak sözleşmeler yoluyla sağlanacaktır. Sigortalılar ilke olarak herhangi bir ücret ödemediği sözleşmeli sağlık kuruluşlarından yararlanabileceklerdir. Ancak; kamu sağlık kuruluşları standart hizmetler dışında kalan otelcilik hizmeti ve öğretim üyesi ücreti için ve sözleşmeli özel sağlık kuruluşları ise belirlenen sınır içinde ek ücret alabileceklerdir. Acil durumlarda sözleşmesiz sağlık kuruluşlarına yapılan başvurularda, tedavi bedelleri Kurumca karşılanacak, bu durumda, sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık kuruluşları ek ücret alamayacaklardır.

15 Haziran 2007 tarihinden önce Bağ-Kur ve SSK'lular özel hastanelerden kısıtlı olarak yararlanmaktaydılar; bu tarihten sonra SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensupları eşit olarak özel hastanelerden yararlanmaya başlamışlardır.

Eski mevzuata göre, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için sigortalıların kendileri için 90, bakmakla yükümlü oldukları kişiler için ise 120 gün prim ödenmesi gerekiyordu. Yeni düzenlemeye göre artık 30 gün prim ödeme günü yeterlidir. Eskiden, Bağ-Kur mensuplarının prim borcunun olması halinde sağlık hizmetinden kendisi de bakmakla yükümlü olduğu kişiler de yararlanamıyordu. Yapılan

düzenleme uyarınca, Bağ-Kur üyesinin 60 günlük borcunun olması sağlık hizmetini almaya engel olmayacaktır. Ayrıca, 18 yaşından küçük çocuklar, borçla bağlantılı olmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlanabileceklerdir.

Yasa ile getirilen düzenlemeyle; a) Türkiye’de tedavisinin yapılamadığı tespit edilen kişilerin ayırım yapılmaksızın yurtdışına tedaviye gönderilmesine ve b) Ülkemizde yapılamayan tetkiklerin yurt dışında yaptırılmasına olanak sağlanmıştır. Sigortalının ikamet yeri dışına sevki halinde; yol parası, zorunlu masraflar ve refakatçi giderleri Kurumca ödenecektir. Bu uygulama, Bağ-Kur ve yeşil kartlılar için yeni bir düzenlemedir.

Yasada yapılan bir değişiklik dolayısıyla, Yeşil kartlılar 01.01.2012 tarihine kadar sağlık hizmetlerinden faydalanacaklar, söz konusu tarihten itibaren ise, primleri devlet tarafından ödenmek suretiyle genel sağlık sigortasından yararlanmaya devam edeceklerdir. Yasadaki yeni düzenleme uyarınca, aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarı brüt asgari ücretin 1/3’ünden az olan vatandaşımız genel sağlık sigortası kapsamında bulunmaktadır. 3816 sayılı Kanunda net asgari ücretin 1/3’ü esas alınırken Kanunda vatandaşlarımızın lehine olarak brüt asgari ücretin 1/3’ünün esas alınması öngörülmüştür.

Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak getirilen yeni yasal düzenleme, ana hatlarıyla böyledir. Uygulamada görülen iyileştirmeler de genel sonuçları itibariyle 4.3.5’de “Sağlık Hizmetlerine Erişimin Kolaylaştırılması” başlıklı kısımda dile getirilmiştir.

Ancak, sağlık hizmetlerinin daha etkin, verimli, ekonomik ve insanları mutlu edecek biçimde gerçekleştirilebilmesi için bazı önerilerde bulunulması da gereklidir:

1) Sağlıkta Dönüşüm Programı bütün unsurlarıyla oluşturulamamış durumdadır. Sosyal Güvenlik Reformu kapsamında öngörülen dördüncü unsur; dağınık bir halde yürütülen sosyal yardımların merkezi olarak izlenebildiği, objektif yararlanma ölçütlerine dayalı bir sosyal yardımlar sisteminin oluşturulması ve halen farklı kurum ve kuruluşlarca yürütülmekte olan primsiz ödemelerin toplulaştırılması idi. Bu amaçla SGK içinde Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü oluşturulmuş, ancak tasarı henüz yasa haline getirilememiştir. Dolayısıyla bu konunun içeriği ve boyutları henüz belirgin değildir ve sistemin bu ayağı yürürlükteki parçalı yapı içinde sürdürülmektedir.

2) 2011 Yılı Programındaki değerlendirme<sup>412</sup> ve “sağlık alanında son yıllarda yürütülen çalışmaların ve Sağlıkta Dönüşüm Programının etkisiyle hizmet sunumu, hizmete erişim, temel sağlık göstergeleri ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyinde olumlu gelişmeler gerçekleşmiştir. Ancak, fiziki altyapı ve sağlık personelinin kent-kır ve bölgeler arası dağılımındaki farklılıklar ile sağlık hizmetlerinin finansmanının sürdürülebilirliğine ilişkin sorunlar önemini korumaktadır” şeklindeki yorum, aslında başarısızlığın resmen itiraf edilmesi niteliğindedir.

3) “Sigorta” yaklaşımından vazgeçilerek; sadece prim koşulunu yerine getiren “sigortalı kişileri” değil, ülkede yaşayan bütün bireyleri kapsayan ve artık insan hakları bağlamında ele alınması gereken sağlık hakkına dayalı bir sistem kurularak, sağlık giderleri genel bütçedeki vergilerle karşılanmalıdır. Türkiye gibi işsizliğin kronik bir yapıya büründüğü, resmi olarak açıklanan işsizlik oranlarının çift rakamlı seviyelere ulaştığı, gençler arasındaki resmi işsizlik oranının %20’leri

---

<sup>412</sup> DPT; 2011 Yıllık Programı; sf: 210.

geçtiği, üstelik işsizlik tanımının iyice daraltılarak resmi işsizlik rakamlarının olduğundan daha düşük çıkarıldığı ve dolayısıyla gerçek işsiz sayısının çok daha fazla olduğu bir ülkede, 4-5 milyon işsiz ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin gözden çıkarılarak sistem dışı kalmalarına göz yumulması olanaklı değildir.

Ayrıca, Türkiye’de resmi verilerin de ortaya koyduğu üzere, enformel ve kayıtdışı çalışma kabul edilebilir boyutların çok üzerinde sürmektedir. İnsanların çalışıyor olmalarına karşın, ancak enformel ve kayıtdışı kalarak iş bulabilmeleri, en büyük toplumsal ayıplardan biridir. Bu nedenle sistem dışında kalanların bu mağduriyetlerinin önlenmesi, çözümlenmesi gerekli en önemli sorunlardan biri durumundadır.

Söz konusu gerçekler, SDP’nin en önemli dayanaklarından biri olan “sürdürülebilir finansman yapısı” argümanını geçersiz kılmaktadır. Dolayısıyla sözü edilen engelleri aşmak bakımından, istihdam artırılıp işsizlik azaltılmaya çalışılırken, bu çabalarla eş zamanlı olarak enformel ve kayıtdışı çalışmanın en düşük düzeye indirilmesini ve ilke olarak herkesin sağlık sigortası kapsamına girmesini sağlamak yaşamsal bir önem taşımaktadır.

Bu amaçla; sigara, alkol, yurtdışı seyahat, ulaşım aracı satın alma, uçak-yat satın alımı, doğrudan doğruya çevre kirliliği yaratacak işyerlerinin (çimento fabrikası, demir-çelik işletmesi, dökümhane vb) kurulması gibi sağlığı doğrudan veya dolaylı olarak ilgilendirecek eylemler ile belirli metrekareden büyük konut alımlarında, pırlanta gibi lüks harcamalarda “sağlık vergisi” getirilebilir; faiz giderleri düşürülüp, alınacak çeşitli etkin önlemlerle vergi gelirleri anlamlı bir oranda artırılabilir ve SSGSSK/m.81 uyarınca yapılan “devlet katkısı”, gelişmiş batı ülkelerinde olduğu gibi, bu sorunları giderecek düzeye yükseltilebilir.

Toplumun %75'inin artık kentlerde yaşadığı göz önüne alınarak 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un günümüz koşullarına uyumlu hale getirilmesi, yıllarca süren uygulamalar sonucu kazanılan kurumsal ve bireysel deneyimlerin sağladığı birikimin değerlendirilmesini olanaklı kılacaktır.

4) Sağlık hizmetinin, doğası gereği, sunuş kaynaklarının kısıtlı oluşu, satın alınmasının ertelenememesi, iptal ya da ikame edilememesi ve kalitesinin ölçümünde yaşanan güçlükler, bu hizmeti erişebilirlik ve tatmin açısından farklı kılan özelliklerdir. Bunların yanı sıra, sağlık hizmetini sunan hekim ile hizmeti alan kişi arasında var olan bilgi asimetrisi, yani hizmeti alan kişinin uygulanan tedavi yöntemi ve araçları konusunda oldukça kısıtlı bilgiye sahip olması dolayısıyla hastanın hekime yüksek orandaki bağımlılığı; diğer mal ve hizmetlere göre bu hizmeti, piyasa şartları açısından esneklikten ve denetlenebilir olmaktan yoksun kılmaktadır<sup>413</sup>. Dolayısıyla, ülkemiz insanların genel eğitim düzeyleri de göz önüne alınarak, sağlık konusuna ticari bir meta gibi yaklaşılmasına son verilmesi ve GSS'den parasal ilişkinin kaldırılması açısından katkı payı ödeme yönteminden vazgeçilmesi daha uygun olacaktır.

5) Kamu hastanelerinin özelleştirilmesi yerine, özerkleştirilmesi yolu benimsenmeli; devlet katkısı olmaksızın sadece SSK primleri ile yapılan yatırımlarla gerçekleştirilen SSK sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığına devri, bunların yerleştirme ve ardından özelleştirme yoluyla özel sektöre devrine, sermayeye peşkeş çekilmesine yol açmamalıdır. Bu, halktan yana bir yaklaşımla önenebilir.

---

<sup>413</sup> Ulvi Saran; **Türk Sağlık Sisteminde Değişim, Yeniden Yapılanma Gereği ve Sağlıkta Dönüşüm Programı**; "Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi" (Editörler: Coşkun Can Aktan – Ulvi Saran) içinde; İstanbul; Aura Kitapları; 2007 sf: 650.

6) Sağlık hizmetlerinin ticari bir konu olmaktan çıkarılması bakımından kamu sağlık kuruluşları ile birlikte hizmet verecek olan özel kuruluşların, “kâr” amacı taşımayan vakıf ve dernek gibi gönüllü kuruluşlar olmasına öncelik verilebilir. Özel sağlık kuruluşlarının uygulayacağı tarifelerin, Türk Tabipleri Birliği gibi meslek kuruluşlarının da katılımıyla belirlenmesi ve titiz bir biçimde denetlenmesi sağlanabilir.

7) Toplumun sağlık göstergelerine göre kullanılması gerekli ilaçlar ile araç-gereç üretimine öncelik tanınarak, bu konu “öncelikli ve stratejik sektör” kabul edilip teşvik kapsamına alınabilir. Böylece, katma değeri en yüksek sektörlerden biri olduğu için hem ekonomik katkı sağlanmış, hem de nitelikli işgücü için istihdam alanı yaratılmış olacaktır. Gerekirse bu alanda kamusal yatırımlar yapılması yoluna da gidilebilir.

8) Aile hekimliği sisteminin, toplum bünyesine uymaması ve özel bir yapılanmaya yol açması nedeniyle; sağlık ocağı sistemi esas alınarak, onun aksayan yönlerinin düzeltilmesi sağlanabilir (Örneğin, hekimlerin kamu görevlisi yapılması, belirli bir aylık gelir garantisi getirildikten sonra, gelirin belli bir oranına kadar ek gelir elde edebilmesi için prim sisteminin getirilmesi, bu ek gelirlerinin emekli aylıklarına yansıtılması gibi çeşitli yöntemlerle verim artışı sağlanabilir); sağlık personelinin iş güvencesini ortadan kaldırılmadan, aksine onların gönülden çalışmalarını sağlayacak yollar bulunabilir.

9) Tedavi edici yerine, koruyucu hekimliğe öncelik verilerek, sağlık hizmetlerinde etkinlik artırılıp, harcamaların azaltılması sağlanabilir

10) Sağlık alanında daha iyi ve adil bir ücret sistemi uygulanabilir, lojman gibi özendirici çeşitli olanaklar sağlanabilir.

11) Tıp eğitiminde de tedavi ediciden çok, koruyucu hekimliğe ağırlık verilerek, eğitim programları bu anlayışa göre yeniden düzenlenebilir.

## **ÖZET**

Genel Sağlık Sigortası Sistemi, 1970’li yıllardan itibaren başta Dünya Bankası olmak üzere uluslararası kuruluşlarca önerilmekte olan Sosyal Güvenlik Reformu kapsamında Adalet ve Kalkınma Partisi tarafından Türkiye’nin gündemine getirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı içinde yer alan en önemli unsurdur. Bu Tezde, Genel Sağlık Sigortası Sistemi, sağlık hakkı ve sağlık politikaları bağlamında ele alınmış, söz konusu sistemin yurtiçi ve yurtdışı hangi etkenler nedeniyle gerçekleştirilmek istendiği, nasıl bir düzenleme yapıldığı, uygulanması için hangi yapısal değişikliklerin öngörüldüğü, anılan sistemin Türkiye’nin sağlık sorunlarının çözümünde ne derecede yarar sağlayacağı incelenmiş ve bu sistemin ülke açısından değerlendirilmesi yapılarak öneriler getirilmiştir.

## **ABSTRACT**

The General Health Insurance System, is the most important instrument of the Health Reform Programme which takes part in scope of Social Security Reform which was made a current issue for the agenda by the Justice and Development Party which had been proposed by the international organizations firstly United Nations since 1970’s. In this Thesis, General Health Insurance System was discussed and made some proposals with the inclusion of the right of health and health policies. Mentioned system was investigated due to internal and external factors which has affected by them, how it was designed, which structural changes were anticipated for applications and how effective it would be in resolving health problems in Turkey.



## KAYNAKÇA

AĞARTAN, Tuba; **Sağlıkta Reform Salgını**; “Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları” (Der: Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yollar) içinde; sf: 37-54; İstanbul; İletişim Yayınları; 2007.

AK PARTİ; Adalet ve Kalkınma Partisi Programı; 2001.

AK, Bilâl; **Kavramlar ve Sağlık Sistemi**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı I; sf: 299-311; 2001.

AKALIN, Güneri; **Kamu Ekonomisi**; 2. Baskı; Ankara; SBF Yayınları; No: 554; 1986.

AKDAĞ, Recep; **Nereden Nereye-Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**: Kasım 2002-Haziran 2007; Sağlık Bakanlığı; 2007.

AKILLIOĞLU, Tekin; **İnsan Haklarının Korunması Alanında Uluslararası Temel Belgeler**; Genişletilmiş 3. Baskı; Ankara; Bilgi Yayınları; 1995.

AKSOY, Muammer; **Sosyal Devlet İlkesi Boş Bir Söz müdür?** (1988); “Devlet Hukukla Yaşar” içinde; Cumhuriyet Kitapları; İstanbul; 2010.

AKTAN, Coşkun Can; IŞIK, A. Kadir; **Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü**; “Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi” (Der: Coşkun Can Aktan; Ulvi Saran) içinde; sf: 1-9; İstanbul; Auta Kitapları; 2007.

AKTAN, Coşkun Can; VURAL, İ. Yaşar; **Özgürlük Bildirgeleri**; Konya; Çizgi Kitabevi; 2003.

AKTAN, Hasan Tansu; **Sağlık Hizmeti Finansmanı ve Türkiye ve Dünyadaki Uygulamaları**; Ankara; Yeni Türkiye-II; Sayı: 40; sf: 1557-1570; 2001.

AMİN, Samir; **Entelektüel Yolculuğum**; Ankara; Ütopya Yayınevi; 2000.

AnaBritannica **Genel Kültür Ansiklopedisi**; İstanbul; 1987.

AREN, Sadun; **İstihdam, Para ve İktisadi Politika**; 5. Baskı; Ankara; Bilgi Yayınevi; 1975.

ARICI, Kadir; **Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun Memurlar ve Diğer Kamu Görevlileri Yönünden Anayasaya Aykırılığı Sorunu**; Ankara; TİSK Akademi; 2/3; sf: 6-25; 2007.

ARRIGHI, Giovanni; **Sermayenin Dolambaçlı Yolları, David Harvey'le Söyleşi**; İstanbul; Agora Kitaplığı; 2009.

ATAAY, Faruk; **Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları**; Ankara; TODAİE; Amme İdaresi Dergisi; 41/3; sf: 169-184; 2008.

ATAY, Okan; **Sağlıkta İlacın Yeri ve Sorunları**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı - II; sf: 1047-1056; 2001.

AYBAY, Aydın; AYBAY, Rona; **Hukuka Giriş**; 2. Baskı; İstanbul; İstanbul Bilgi Üniversitesi; 2005.

AYDIN, Erdem; **Tıp Etiğine Giriş**; Ankara; Pegem A Yayınları; Ankara; 2001.

BAĞIMSIZ SOSYAL BİLİMCİLER; **IMF Gözetiminde On Uzun Yıl, 1998-2008: Farklı Hükümetler, Tek Siyaset**; İstanbul; Yordam Kitap; 2007.

BAKAR, Coşkun; AKGÜN, Seval; **Türkiye'de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye**; Ankara; Toplum ve Hekim Dergisi; 20/5; sf: 339-352; 2008.

BAL, Necla; **İlaç ve Eczacılık**; "Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi" içinde; İstanbul; İletişim Yayınları; sf: 1716-1735; 1983.

BAYRAKTAR, Köksal; **Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu**; İstanbul; İstanbul Ü. Hukuk Fakültesi Yayınları; 1972.

BELEK, İlker; **Sağlığın Politik Ekonomisi, Sosyal Devletin Çöküşü**; 3. Baskı; İstanbul; Yazılama Yayınevi; 2009.

BİÇERLİ, M. Kemal; **Çalışma Ekonomisi**; 2. Bası; İstanbul; Beta Yayınları; 2003.

BORATAV, Korkut; **Türkiye İktisat Tarihi**; 12. Baskı; Ankara; İmge Yayınevi; 2008.

BORATAV, Korkut; **1980-2000 Türkiye Ekonomisi Üzerine Gözlemler: Bölüşüm, Devlet ve Dış Dünya**; "Türkiye'de Kitle İletişimi, Dün-Bugün-Yarın" (Der: Korkmaz Alemdar) içinde; Ankara; Gazeteciler Cemiyeti Yayınları; sf: 258-272; 2009.

BROUWER, Steve; **Kübalı Devrimci Doktor: Dayanışmanın Nihai Silahı**; İstanbul; Kalkedon Yayınevi; Monthly Review Bağımsız Sosyalist Dergi; Sayı: 21; sf: 183-197; Temmuz 2009.

BULUT, Ayşen; **Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi**; “Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları” (Der: Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar) içinde; İstanbul; İletişim Yayınları; sf: 111-124; 2007.

BULUTOĞLU, Kenan; **Kamu Ekonomisine Giriş**; İstanbul; YKY; 2003.

CANBOLANT, Sibel; **Hasta Hakları ve Etik**; (Yayınlanmamış uzmanlık tezi); İstanbul; 2002.

ÇALIŞMA ve SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI; **Sosyal Güvenlik Reformu**; Ankara; 2008.

ÇAKMUT, Özlem Yenerer; **Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi**; İstanbul; Legal Yayıncılık; 2003.

DEMİR, Fevzi; **Anayasa Hukukuna Giriş**; İzmir; Dost Yayınevi; 1984.

DİLEYİCİ, Dilek; VURAL, Tarık; **Kamusal Mallar Teorisinde Yeni Gelişmeler**; (Der: Coşkun Can Aktan; Dilek Dileyici; İstiklal Y. Vural): “Kamu Ekonomisi ve Kamu Politikası” içinde; 2. Baskı; Ankara; Seçkin Yayınları; 2006.

DİLİK, Sait; **Türkiye’de Sosyal Sigortalar**; 2. Baskı; Ankara; Banka ve Ticaret Hukuku Araştırma Enstitüsü Yayını; 1972.

DİRİCAN, Rahmi (Derleyen); **Prof.Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları: Sağlık Yönetimi**; Ankara; Türk Tabipleri Birliği; 1997.

DPT, Price Waterhouse; **Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü: Nihai Rapor**; Ankara; 1990.

DPT; **Yıllık Programlar**; Ankara.

DPT; **Kalkınma Planları**; Ankara.

DPT; VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı, Özel İhtisas Komisyonu Raporu: **Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu**; Ankara; 1991.

DURMUŞ, Mustafa; **Kamu Ekonomisi**; Ankara; Gazi Kitabevi; 2008.

DURUL, Ferzan; **Küreselleşme ve İnsan Hakları**; İstanbul; Toroslu Kitaplığı; 2008.

DÜNYA BANKASI; **Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu**; Cilt I. **Ana Rapor**; Cilt II: **Çalışma Raporları**; Rapor No: 24358-TU; Beşeri Kalkınma Sektörü Birimi, Avrupa ve Orta Asya Bölgesi (Hazırlayan: Çalışma Grubu Lideri, Mukesh Chawla); 2003.

ECZACIBAŞI; Bülent; **Yeni Krizlerden Korunmak İçin Politik Mücadele Son Bulmalı**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı - II; sf: 1011-1020; 2001.

EĞİLMEZ, Mahfi; **Küresel Finans Krizi**; 5. baskı; İstanbul; Remzi Kitabevi; 2009.

ER, Ünal; **Sağlık Hukuku**; Ankara; Savaş Yayınevi; 2008.

ERBAŞ, Hayriye; **Küresel kriz ve Marjinalleşme Sürecinde Göç ve Göçmenler**; 3. Baskı; Ankara; Doğu Batı Düşünce Dergisi; Şubat, Mart, Nisan 2002; Sayı: 18; sf; 175-194; 2006.

ERDOĞDU, Seyhan; **Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu**; “AKP Kitabı: Bir Dönüşümün Bilançosu” (Der: İlhan Uzgel; Bülent Duru) içinde; Ankara; Phoenix Yayınevi; sf: 660-686; 2009.

EREN, Fikret; **Borçlar Hukuku**, Genel Hükümler; 6. Baskı; İstanbul; Beta Yayınları; 1998.

ERGÜDEN, Akın; **Uygarlık Tarihi**; Eskişehir; Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi; 2002.

EROL, Dilek; **Avrupa Birliği ve İlaç Sanayii**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı - II; sf: 1057-1067; 2001.

EROL, Hatice; ÖZDEMİR, Abdullah; YURDAKUL, Elif Meryem; **Türkiye’de İşsizliğin Yol Açtığı Olumsuz Sonuçların Giderilmesinde 4447 Sayılı İşsizlik Sigortası Kanununun İşlevi**; Ankara; TİSK Akademi II; sf: 7-36; 2010 .

ERTUĞRUL, N. İlter; **1923 – 2008 Cumhuriyet Tarihi El Kitabı**; Ankara; ODTÜ Yayıncılık; 2008.

FİŞEK, A. Gürhan; ÖZSUCA, Şerife Türcan; ŞUĞLE, Mehmet Ali; **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi: 1946-1996**; Ankara; Sosyal Sigortalar Kurumu-Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı; 1997.

FİŞEK, A. Gürhan; **Sosyal Barışıklığın Tutkalı: Sağlık**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı I; sf: 315-320; 2001.

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

FİŞEK, Nusret H.; **Türkiye’de Sağlık Politikası**; 1984; sf: 63; “Rahmi Dirican; Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları: Sağlık Yönetimi” içinde; Ankara; Türk Tabipleri Birliği;1997.

FİŞEK, Nusret H.; **Halk Sağlığı’na Giriş**; Ankara; Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No: 2; 1983.

FOROOHAR, Rana; **Dünya’nın En İyi Ülkeleri**; Newsweek Türkiye; 22.08.2010; Sayı: 95.

FUKUYAMA, Francis; **Tarihin Sonu ve Son İnsan**; Çev; Zülfü Dicleli; 2. Baskı; İstanbul; Gün Yayıncılık; 1999.

FUKUYAMA, Francis; **Devlet İnşası**; 4. Basım; İstanbul; Remzi Kitabevi; 2008.

GÖKBAYRAK, Şenay; **Refah Devletinin Dönüşümü ve Özel Emeklilik Programları**; Ankara; Siyasal Kitabevi; 2010.

GÖKBAYRAK, Şenay; **Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü**; Çalışma ve Toplum; Sayı: 2; sf: 141-162; 2010.

GÖKÇEKUŞ, Ömer Gökçekuş; **Sağlık Hizmetleri Reformu ve Gelir Dağılımı**; Lefkoşa; Havadis Gazetesi; 27.03.2010.

GÖREN, Zafer; **Anayasa Hukukuna Giriş**; İzmir; Barış Yayınları; 1997.

GÖZÜBÜYÜK, A.Şeref; **Anayasa Hukuku**; 13. Baskı; Ankara; Turhan Kitabevi; 2004.

GÖZÜBÜYÜK, A.Şeref; KİLİ, Suna; **Türk Anayasa Metinleri (Sened-i İttifaktan Günümüze)**; Ankara; Türkiye İş Bankası Yayınları; 2000.

GÜLER, Birgün Ayman; **Yeni Sağ ve Devletin Değişimi, Yapısal Uyarılama Politikaları, 1980-1995**; 2. Baskı; Ankara; İmge Kitabevi; 2005.

GÜRSOY, Gencay; **Sağlık**; “Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi” içinde; İstanbul; İletişim Yayınları; 1983; sf: 1716-1735.

GÜZEL, Ali; OKUR, Ali Rıza; CANIKLIOĞLU, Nurşen; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; 12. Baskı; İstanbul; Beta; 2009.

GÜZEL, Ali; OKUR, Ali Rıza; CANIKLIOĞLU, Nurşen; **Sosyal Güvenlik Hukuku**; 13. Baskı; İstanbul; Beta; 2010.

GÜZEL, Ali; **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform**; Ankara; Çalışma ve Toplum; Sayı: 4; sf: 61-76; 2005.

HAKERİ, Hakan; **Tıp Hukuku**; Ankara; Seçkin Yayıncılık; 2007.

HAMZAOĞLU, Onur; **Yeni Liberal Politikalar ve Türkiye’de Sağlıkta Reform-Dönüşüm**; Ankara; Toplum ve Hekim Dergisi; 22/6; sf: 418-431; 2007.

HAMZAOĞLU, Onur; **Kapitalizmin Krizi ve Sağlık: Türkiye Örneği**; Ankara; Toplum ve Hekim Dergisi; 24/1; sf: 26-35; 2009.

HAMZAOĞLU, Onur; YAVUZ, Cavit Işık; **Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine**; “AKP Kitabı: Bir Dönüşümün Bilançosu” (Der: İlhan Uzgel; Bülent Duru) içinde; Ankara; Phoenix Yayınevi; sf: 633-659; 2009.

HATUN, Şükrü; **Hekim Kendisini de Tedavinin Bir Parçası Olarak Sunar**; İstanbul; İletişim Yay.; 2002.

İŞIKLI, Alpaslan; **Kumarhane Kapitalizmi**; 3. Baskı; Ankara; İmge Kitabevi; 2010.

İNCEOĞLU, Sibel; **Ötenazi: Dünyadaki Gelişmeler ve Türk Anayasa Hukukundaki Yeri**; Hukuk ve Adalet Dergisi; İstanbul; Legal Yayıncılık; Yıl 4, Sayı 9; Kış 2007.

KAPANİ, Münci; **Kamu Hürriyetleri**; 2. Baskı; Ankara; 1993.

KARAGÜL, Mehmet; **Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu**; Afyon; Afyon Kocatepe Ü. Yayını; No: 37; 2002.

KARAVELİOĞLU, Kâmil; **Bir Devrim İki Darbe: 27 Mayıs, 12 Mart, 12 Eylül**; İstanbul; Gürer Yayınları; 2007.

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

KAYA, Mehmet; **Türk Tıbbı Dünya Tıbbının Neresinde**; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı-I; Ankara; 2001.

KAZGAN, Gülten; **Küreselleşme ve Ulus-Devlet**; 5. Baskı; İstanbul; İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2009.

KESKİN, Abdülkadir; ŞEN, Hüseyin; **Beveridge Eğrisi: Teori ve Türkiye Uygulaması**; Ankara; TİSK Akademi II; sf: 198-219; 2010.

KEYDER, Çağlar; **Giriş**; “Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları” (Der: Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar) içinde; İstanbul; İletişim Yayınları; sf: 15-36; 2007.

KILIÇ, Bülent; **AKP, Aile Doktorluğu ve Sağlıkta “Dönüş”üm Programı (10 Soru, 10 Yanıt)**; Ankara; TTB; Toplum ve Hekim Dergisi; 18/2; sf: 120-122; 2003.

KISA, Adnan; **Sağlık Reformları, Sağlıkta Öncelik Belirleme ve Kaynak Tahsisinde Temel Sağlık Hizmet Paketi Yaklaşımı**; “Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi” (Der: Coşkun Can Aktan; Ulvi Saran) içinde; sf: 62-82; İstanbul; Aura Kitapları; 2007.

KİLİ, Suna; GÖZÜBÜYÜK, A.Şeref; **Türk Anayasa Metinleri (Sened-i İttifaktan Günümüze)**; 3. Baskı; Ankara; Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları; 2006.

KORKUSUZ, M. Refik; UĞUR, Suat; **Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş**; Adana; Karahan Kitabevi; 2009.

KORAY, Meryem; **Sosyal Politika**; 3. Baskı; Ankara; İmge Kitabevi; 2008.

KOZANOĞLU, Hayri; **Küreselleşme ve Uluslararası Sermaye Sınıfı**; 3. Baskı; Ankara; Doğu Batı Düşünce Dergisi; Şubat, Mart, Nisan 2002; Sayı: 18; 2006; sf: 165-174.

KOZANOĞLU, Hayri; **Küresel Krizin Anatomisi**; İstanbul; Agora Kitaplığı; 2009.

LEYS, Colin; **Piyasa İle Politika Arasında Sağlık Hizmetlerinin Konumu**; “Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları” (Der: Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar) içinde; sf: 95-110; İstanbul; İletişim Yayınları; 2007.

McCANE, Don; **Health Care Systems-Four Basic Models**; Physicians For A National Health Program (PNHP); 06.04.2010 tarihli Basın Bülteni; Chicago.

MOSCA, Gaetano; **Siyasi Öğretiler Tarihi**; İstanbul; Varlık Yayınları; 1963.

MUSGROVE, Philp; **Health Insurance: The Influence of the Beveridge Report**; Cenevre; Bulletin of the WHO; Vol: 78, No: 6; Haziran 2000.

MUTLU, Ayşegül; IŞIK, A. Kadir; **Sağlık Ekonomisine Giriş**; 2. Baskı; Bursa; Ekin Kitabevi Yayınları; 2005.

NAVARRO, Vicente; **Dünya Sağlık örgütünde neler Oluyor? Yaklaşan DSÖ Genel Sekreteri Seçimleri**; Çev: Necati Dedeoğlu; Ankara; TTB; Toplum ve Hekim; 22/4; 2007.

OKTİK, Nurgün; **Globalleşme ve Yüksek Öğrenim**; 3. Baskı; Ankara; Doğu Batı Düşünce Dergisi; Şubat, Mart, Nisan 2002; Sayı: 18; 2006.

ÖNDER, Ömer R.; **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sorunlarına Bir Bakış ve Sağlık Yönetimi**; Ankara; Yeni Türkiye-II; Sayı: 40; sf: 1272-1275; 2001.

ÖZBEK, Nadir; **Cumhuriyet Türkiye’sinde Sosyal Güvenlik ve Sosyal Politikalar**; İstanbul; Tarih Vakfı; 2006.

ÖZBEK, Nadir; **Osmanlıdan Günümüze Türkiye’de Sosyal Devlet**; İstanbul; Toplum ve Bilim; No: 92; sf: 7-33; 2002.

ÖZDEMİR, Yusuf Ekrem; **“Sağlık Reformları – 1980 ve 90’lı Yılların Sağlık Politikaları”**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı - I; sf: 276-293; 2001.

ÖZDEMİR, Yusuf Ekrem; **Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları - Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı - I; sf: 257-275; 2001.

ÖZKAN, Orhan H.; **Kendinize İyi Bakın**; Ankara; Yeni Türkiye, Sağlık Özel Sayısı I; sf: 46-59; 2001.

ÖZTEK, Zafer; **Nusret Fişek İle Söyleşi**; Ankara; Türk Tabipleri Birliği; 1992.

ÖZTEK, Zafer; **Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı - I; sf: 294-298; 2001.



ÖZUĞURLU; Metin; **Sosyal Politikanın Dönüşümü ya da Sıfatın Suretten Kopuşu**; Mülkiye; XXVII; 239; sf: 59-74; 2003.

PALA, Kayıhan; **Dünya Bankasının Türkiye İçin Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası**; Ankara; TTB; Toplum ve Hekim Dergisi; 18/2, sf: 115-119; 2003.

PALA, Kayıhan; **Türkiye Sağlık Sistemi Nereye Gidiyor?**; Ankara; Toplum ve Hekim Dergisi; 22/1-2; sf: 62-69; 2007.

PALA, Kayıhan; YAVUZ, Cavit Işık; **Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Üzerine Bir Değerlendirme: Düzce Örneği**; Ankara; Toplum ve Hekim Dergisi; 20/3; sf: 162-171; 2005.

PEKCAN, Hikmet; UĞURLUOĞLU, Özgür; **Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği**; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı-I; Ankara; 2001.

PERKINS, John; **Bir Ekonomik Tetikçinin İtirafları**; Çev: Murat Kayı; 11.Baskı; Ankara; April Yayıncılık; 2009.

PETROL-İŞ Sendikası; **SSK İlaç Fabrikasının Son Durumu**; 2005.

SABUKTAY, Ayşegül; **Yönetimsellik ve Biyosiyaset Kavramları Açısından 'Sağlıkta Dönüşüm Programı' ve Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu**; Ankara; TODAİE; Amme İdaresi Dergisi, 41/2; sf: 81-100; 2008.

SABUNCU, Yavuz; **Anayasaya Giriş**; 11. Baskı; Ankara; İmaj Yayınevi; 2005.

SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI; **Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl**; Ankara; SSYB; Yayın No: 422; 1973.

SAĞLIK BAKANLIĞI; **Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı**; Ankara; 1992.

SAĞLIK BAKANLIĞI; **1. Ulusal Sağlık Kongresi (23-27 Mart 1992) Çalışma Grupları Raporları**; Ankara; 1992.

SAĞLIK BAKANLIĞI (Sağlık Projesi Genel Müdürlüğü); **Ulusal Sağlık Politikası**; Ankara; 1993.

SAĞLIK BAKANLIĞI; **2. Ulusal Sağlık Kongresi (12-16 Nisan 1993) Çalışma Grupları Raporları**; Ankara; 1994.

SAĞLIK BAKANLIĞI; **Sağlıkta Dönüşüm**; Ankara; 2003.

SAĞLIK BAKANLIĞI (Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü); **Ulusal Hane Halkı Araştırması, 2003, Temel Bulgular**; Ankara; 2006

SAĞLIK BAKANLIĞI; **Health At A Glance Turkey 2007**; Ankara; 2007.

SAĞLIK BAKANLIĞI (Sağlık Yönetim Destek Primi); **Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığı'nın Değişen Rolü**; Ankara; 2007.

SARAN, Ulvi; **Türk Sağlık Sisteminde Değişim, Yeniden Yapılanma Gereği ve Sağlıkta Dönüşüm Programı**; "Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi" (Der: Coşkun Can Aktan; Ulvi Saran) içinde; İstanbul; Aura Kitapları; sf: 647-681; 2007.

SARGUTAN, Erdal; **Sosyal Politika Bilimi**; Ankara; Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2006.

SARICA, Murat; **100 Soruda Siyasi Düşünce Tarihi**; 3. Baskı; İstanbul; Gerçek Yayınevi;1980.

SAVAŞ, B.Serdar; KARAHAN, Ömer; SAKA, R.Ömer; **Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süreci: Türkiye, 2002**; (Der: Sarah Thompson; Elias Mossialis); Ankara; Sağlık Bakanlığı, Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi; 2002.

SAVCI, Bahri; **Yaşam Hakkı ve Boyutları**; Ankara Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları; 1980.

SAYEK, Füsün; **Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler**; Ankara; Türk Tabipleri Birliği; 1998.

SENCER, Muzaffer; **Belgelerle İnsan Hakları**; İstanbul; Beta; 1988,

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

SGK yayınları

SOMÇAĞ, Selim; **Küreselleşmenin Ekonomik Anlamı**; 2. Baskı; Ankara; Doğu Batı Düşünce Dergisi; Kasım, Aralık, Ocak, 2001-02; Sayı: 17; sf: 159-163; 2006.

SOMEL, Cem; **Az Gelişmişlik Perspektifinden Küreselleşme**; 3. Baskı; Ankara; Doğu Batı Düşünce Dergisi; Şubat, Mart, Nisan 2002; Sayı: 18; 2006; sf: 195-204.

SOYER, Ata; **1980'den Günümüze Sağlık Politikaları**; Ankara; Praksis, Kış-Bahar; sf: 301-319; 2003.

SOYER, Ata; **AKP'nin Sağlık Raporu**; İstanbul; Evrensel Basım Yayın; 2007.

SOYSAL, Mümtaz Soysal; **Anayasanın Anlamı**; 6. Baskı; İstanbul; Gerçek Yayınları; 1986.

SÖNMEZ, Mustafa; **İşsizlik Nasıl Patladı, Nasıl Azaltılır?**; Cumhuriyet; 26.05.2010.

SÖNMEZ, Mustafa; **'Teğet'in Yıkımı**; İstanbul; Yordam Kitap; 2010.

SÖNMEZ, Mustafa; **3.5 Milyon Kaçak İşçi, 14 Milyar TL Vergi Bağışı**; Cumhuriyet; 14.07.2010.

SÖNMEZ, Mustafa; **Kaynak Nerede mi? Alın Size Kaynak...**; 03.01.2011, Cumhuriyet.

SÖNMEZ, Mustafa ; **Umutsuz İşsizde Artış, İşsizliği Kamufle Ediyor...**; Cumhuriyet; 19.01.2011.

ŞENER, Orhan; **Kamu Ekonomisi**; 10. baskı; İstanbul; Beta; 2008.

TABAK, Ruhi Selçuk (2000); **Sağlık Eğitimi**; Ankara; Somgür Yayıncılık; 2000.

TALAS, Cahit; **Sosyal Ekonomi**; 2. Kitap; 4. Baskı; Ankara; SBF Yayınları; 1976.

TANİLLİ, Server; **Uygarlık Tarihi**; 7. baskı; İstanbul; Say Yayınları; 1992.

TANÖR, Bülent; YÜZBAŞIOĞLU, Necmi; **Türk Anayasa Hukuku**; 7. Baskı; İstanbul; Beta; 2005.

TATAR, Mehtap; **Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teori ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış**; "Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi" (Ed: Coşkun Can Aktan; Ulvi Saran) içinde; sf: 397-434; İstanbul; Aura Kitapları; 2007.

TATAR, Mehtap; ÖZGEN Hacer; ŞAHİN Bayram; BELLİ, Paolo; BERMAN, Peter; **Informal Payments in the Health Sector: A Case Study From Turkey**; Health Affairs; 26/4; 2007.

TECİMER, Coşkun; **İlaç Şirketlerinin Sağlık Ekonomisindeki Rolü**; Cumhuriyet; 19.07.2009.

TEZEL, Ali; KURT, Resul; **Sosyal Güvenlik Reformu**; Yaklaşım Yayıncılık; Ankara; 2008.

TEZEL, Ali; **Sosyal Güvenlik Reformu**; İstanbul; Atlas Yayıncılık; 2009.

TEZİÇ, Erdoğan; **Anayasa Hukuku**; 5. Baskı; İstanbul; Beta; 1998

TİSK; **Türkiye’de Piyasa Ekonomisine Geçiş ve Ekonomik Kriz**.

TOKAT, Mehmet; **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996**; Ankara; Sağlık Bakanlığı.

TOKAT, Mehmet; **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997**; Ankara; Sağlık Bakanlığı; 2001.

TOKAT, Mehmet; **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998**; Ankara; Sağlık Bakanlığı; 2001.

TOKGÖZ, Tandoğan; **Türk İlaç Endüstrisi’nin Ulaştığı Düzey**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı - II; sf: 1042-1046; 2001.

TOP, Mehmet; GİDER, Ömer; **Kamu Hastanelerinde Özerkleştirme ve Özelleştirme**; İstanbul; TÜSİAD: Görüş; s: 68-74; 2004.

TOPAK, Oğuz; **Sosyal Güvenlik ve Sağlıkta Reform mu, Dönüşüm mü? Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sisteminin Ekonomi Politikası**; Ankara; Toplum ve Hekim; 24/1; Ocak-Şubat 2009;

TÖZÜM, Haluk; **Küreselleşme: Gerçek mi, Seçenek mi?**; 3. Baskı; Ankara; Doğu Batı Düşünce Dergisi; Şubat, Mart, Nisan 2002; Sayı: 18; 2006; sf; 143-163.

TUNAYA, Tarık Zafer; **Siyasal Kurumlar ve Anayasa Hukuku**; 5. Baskı; İstanbul; Araştırma, Eğitim, Ekin Yayınları; 1982.

TUNCAY, A. Can; EKMEKÇİ, Ömer; **Sosyal Güvenlik Hukukunun Esasları**; İstanbul; Legal Yayıncılık; 2008.

TURGUT, Kaya; **21. Yüzyılda Türkiye İlaç Sanayii**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı - II; sf: 1021-1041; 2001.

TÜİK (DİE) yayınları

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ; **Nusret Fişek ve Hekimlik**; Ankara; 1991.

TÜSİAD; **Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri**; İstanbul Yayın No: TÜSİAD-T/2004-09/380; 2004.

TÜZER, Tavbiy Tunga; GÖRPELİOĞLU, Süleyman; **Aile Hekimliği**; Ankara; Yeni Türkiye; Sağlık Özel Sayısı-I; 2001.

UN (UNDP); **Human Development Report 2010**.

UNGER; Jean Pierre; PAEPE, Pierre De; CANTUARIS, Giorgio Solimano; HERRERA, Oscar Arteaga; **Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and Critique**; Journal PLoS Medicine; 1 Nisan 2008.

UŞAN, M. Fatih; **Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları**; Ankara; Seçkin Yayıncılık; 2009.

ÜNER, Ragıp; FİŞEK, Nusret; **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar**; Ankara; Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayını; No: 256; 1961.

ÜSTÜNDAĞ, Nazan; YOLTAR, Çağrı; **Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Bir Devlet Etnografisi**; "Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları" (Der: Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar) içinde; sf: 55-94; İstanbul; İletişim Yayınları; 2007.

WORLD BANK; **World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty**; New York; Oxford University Press; 2001. WORLD BANK; Türkiye: **Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Raporu**; Cilt I: Ana Rapor; Rapor No: 24538-TU; 2003.

WORLD BANK; **Global Development Finance, External Debt of Developing Countries**; Washington DC; 2010

YELDAN, Erinc; **Küreselleşme, Kim İçin?**; İstanbul; Yordam Kitap; 2008.

YELDAN, Erinc; **Ekonomi Politik: 1998**; Cumhuriyet; 17.03.2010.

YELDAN, Erinç; **Bandung 1955'ten, İstanbul 2011'e...**; Cumhuriyet; 19.01.2011.

YENİMAHALLELİ YAŞAR, Gülbiye; **Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler**; Ankara; Mülkiyeliler Birliği; Mülkiye Dergisi; Sayı: 260; sf: 157-192; 2008.

YILDIRIM, Ferzan Bayramoğlu; **SSK İlaç Fabrikası**; (Ek: 4.2; "A.G. Fişek; Ş.T. Özsuca; M.A. Şuğle; Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi: 1946-1996" içinde; 1997.

YILDIRIM, H. Hüseyin; **Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler**; Ankara; Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Sayı: 1; sf: 63-87; 2000.

ZIRHLI, Fatma Şenden; **Sosyal Güvenlik ve Kadın**; İstanbul; Minerva Yayınları; 2000.