



**T.C.**

**İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SİYASET BİLİMİ VE ULUSLARARASI İLİŞKİLER ANABİLİM DALI**

**TÜRKİYE’NİN AVRUPA BİRLİĞİ UYUM SÜRECİNDE UYGULADIĞI SAĞLIK  
POLİTİKALARI**

**TÜLAY AKBULAK**

**125130280**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. İ.Yaşar HACISALİHOĞLU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İSTANBUL,2015**

## ÖZET

Sağlık sektöründe son zamanlarda topluma yönelik önemli gelişmeler olmasa bile, aile hekimliği sistemi çalışmaları, sağlıkta tek çatı sistemi gibi yasal ve yönetsel düzenlemeler güncelliğini ve önemini sürdürmektedir. Ayrıca Avrupa Birliğine giriş süreci sağlık sektöründe de gelişme ve iyileştirmelerin sürekliliğini gerektirmektedir.

Bu çalışma Türkiye'nin, Avrupa Birliğine uyum sürecinde sağlık sektöründe yapılan reform çalışmalarının yeterlilik düzeyini, yapılan uyumlaştırma çalışmalarına sağlık personelinin bakış açısını vurgulamak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın bulgularında, sağlık kuruluşlarının ve personel sayısının artırılması, sağlıkta tek çatı uygulaması, bilgisayarlı sisteme geçilmesi, aile hekimliği ve personele döner sermaye verilmesi gibi uygulamaların olumlu karşılandığı belirlenmiştir. Çalışmanın sonunda, Sağlık Sektörünün finansman yetersizliğinin çözülmesi, kaynak istihdamının etkin kullanılması, sağlık personelinin dengeli dağılımı, kurumlar arası koordinasyon ve işbirliğinin sağlanması ile başarılı bir uyumlaştırma sağlanacağı önerilmektedir.

**Anahtar Kelime:** Sağlık Politikası, AB, Türkiye, Sağlık Sistemi, Mevzuat Uyum

## **ABSTRACT**

Recently, continued actuality and importance of legality and administrative reorganizations in the health sector. Otherwise, process of admission with European Union require continuity of development and amendments also in the health sector.

This study was conducted to evaluate the adequacy of the reform efforts carried out in the health sector within the process of harmonization with European Union, and to emphasize the view of health personnel to the harmonization actions.

In the findings of the study, it was determined that implementations such as increase in health institutions and number of personnel, one frame structure in health, transition to computerized systems, family practice and allocation of share from circulating capital to staff were seen as affirmative. Despite Turkey has taken important steps in the process of full membership to EU, a national health policy could not be formed yet. At the end of the study it was concluded that by solving the financial insufficiency of the health sector, efficient utilization of resource allocations, and provision of coordination and collaboration between institutions, a successful harmonization will be achieved.

**Keywords:** Health Politics, EU

## ÖNSÖZ

Sağlık konusu birey, toplum ve ülke açısından her konunun veya çalışma ve uğraşın temelini oluşturmaktadır. İnsan sağlığının her şeyden daha önemlidir ne yazık ki değerinin hastalanınca anlaşıldığı bilinmektedir. Bu yönüyle Sağlık kurumları ve sağlık ile ilgili meslekler, insan sağlığını ilgilendirmesi düşünüldüğünde diğer kurumlardan ve mesleklerden ayrı bir öneme sahip olduğu kabul edilmektedir.

Her ülkenin sağlık sektörü ile ilgili amaç ve hedefleri arasında sağlıklı yaşamı geliştirme, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma, hastalıklara karşı tedbir alma, tedavi hizmet ve olanaklarını geliştirme ve iyileştirme, sağlıkta eşitsizlikleri en aza indirme ve sağlığı belirleyen faktörler ile ilgilenerak hastalık yükünü azaltma gibi konuların olması gerektiği açıktır. Avrupa Birliği bu amaç ve hedeflere, üye ülkeleri arasındaki dayanışma ve işbirliğini de ekleyerek ayrı bir boyut kazandırmaktadır.

Günümüzde Türkiye'nin Atatürk'ün belirlediği çağdaş muasır medeniyetler düzeyine erişebilmesinde, Atatürk ilkelerinin özüne öncelikle bağlı kalarak gelişmiş toplumların gelişme gösterdiği alanları kendisine örnek alabilmesi, gerekli görülmektedir. Türkiye Avrupa Birliği'ne üye olsun veya olmasın Sağlık sektöründe de kendisinden ileri Avrupa Birliği ve diğer gelişmiş ülkeleri örnek alarak gelişme ve ilerleme sağlamalıdır.

Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne giriş sürecinde Avrupa Birliği ülkelerinin gelişme gösterdiği sağlık sektörü ve diğer alanlarda kendisini geliştirme yönlü hazırlıklar içerisinde olması -Atatürk ilke ve devrimlerine, kendi kültürel ve milli değerleri ile bağımsızlığına bağlı kalması koşuluyla - gereklidir.

Çalışmamda, desteğini benden esirgemeyen Prof.Dr.İ.Yaşar Hacısalıhoğlu (İstanbul Yeniüzyıl Üniversitesi ) ve Yrd.Doç.Dr. Tülay Yıldırım'a (İstanbul Yeniüzyıl Üniversitesi) teşekkür ederim.

Çalışmamın kaynaklarını bulmama ivme kazandıran, beni yüreklendiren, Yrd.Doç.Dr. Bahattin Taylan'a (İstanbul Yeniüzyıl Üniversitesi) ayrıca teşekkür ederim.

Nisan 2015 Tülay Akbulak

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar.....	viii
KISALTMALAR.....	ix
GİRİŞ.....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

<b>1.AVRUPA BİRLİĞİNİN SAĞLIK POLİTİKALARI.....</b>	<b>3</b>
1.1. Avrupa Birliği'nin Sağlığa Bakışı.....	3
1.1.1. Avrupa Birliği Antlaşmaları ve Sağlık Politikaları.....	4
1.1.1.1. Maastricht Antlaşması.....	4
1.1.1.2. Amsterdam Antlaşması.....	6
1.1.1.3. Nice Antlaşması.....	8
1.1.1.4. Avrupa Birliği Anayasa Taslağı.....	9
1.1.1.5. Lizbon Antlaşması.....	11
1.2. Avrupa Halk Sağlığı Programları.....	12
1.3. Sağlık Politikaları Alanında Avrupa Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü İlişkileri.....	13
1.4. Avrupa Birliği'nde Sağlık Politikalarını Etkileyen Kuruluşlar ve Ajanslar.....	15
1.5. Sağlık Politikalarının Geliştirilmesinde Avrupa Birliği Komisyonunu Destekleyen Genel Müdürlükler ve Komisyonlar.....	15
1.6. Avrupa Birliğine Katılım Müzakereleri ve Sağlık.....	16
1.6.1. Malların Serbest Dolaşımı.....	16
1.6.2. Kişilerin Serbest Dolaşımı.....	17
1.6.3. Sosyal Politika ve İstihdam.....	17
1.6.4. Tüketici Sağlığının Korunması.....	18

## İKİNCİ BÖLÜM

<b>2.TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARI.....</b>	<b>19</b>
2.1 Türkiye’de Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi.....	19
2.1.1 Cumhuriyetin Kuruluş Dönemi.....	19
2.1.2. 1950 – 1960 Dönemi.....	21
2.1.3. 1960 – 1980 Dönemi.....	22
2.1.4. 1980 – 1990 Dönemi.....	27
2.4.1.1. Milli Güvenlik Konseyi Dönemi.....	31
2.4.1.1.1. Tam Gün Kanunu.....	32
2.4.1.1.2. Mecburi Hizmet Kanunu.....	34
2.1.5. ANAP Dönemi.....	36
2.1.6. 1990 - 2000 Dönemi.....	39
2.1.6.1. Yeşil Kart Uygulamaları.....	41
2.1.6.2. Ulusal Sağlık Politikası ve Sağlık Reform Projeleri.....	43
2.1.6.3. Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Çalışmaları.....	48
2.6.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Çalışmaları.....	51
2.1.7. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Dönemi.....	56
2.1.7.1. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı.....	57
2.1.7.2. Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı.....	59
2.2.7.3. 58. Ve 59. Hükümet Programları.....	60
2.1.7.4. 5227 Sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun.....	64
2.1.7.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	67
2.1.7.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amacı.....	67
2.1.7.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının İlkeleri.....	68
2.1.7.5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri.....	69

2.1.7.5.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Dünya Bankası.....	74
2.1.7.5.5. Sağlık Reformu ve Avrupa Birliği'ne Üyelik Süreci.....	77
2.2. Türk Sağlık Sisteminin Değişim İhtiyaçlarının Nedenleri.....	79
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumundan Kaynaklanan Problemler.....	79
2.2.2. Sosyal ve Demografik Yapıdaki Değişimler.....	84
2.2.3. Sağlık Harcamaları ve Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Krizler.....	88
2.2.4. Avrupa Birliğine Uyum Süreci.....	94
2.2.5. Eşitlik ve Nüfusun Tamamını Sağlık Hizmetleri Kapsamına Almaya Yönelik Baskın Görüşler.....	95

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

<b>3.TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN AVRUPA BİRLİĞİ UYUM SÜRECİNDE UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....</b>	<b>101</b>
3.1. Sağlıkta Dönüşüm Projesi.....	101
3.1.1. Yönetimsel ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Yönelik Reformlar.....	101
3.1.2. Genel Sağlık Sigortası.....	101
3.1.2.1. Genel Sağlık Sigortası Yasal Mevzuatı.....	105
3.1.2.2. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları.....	107
3.1.2.3. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar ve Sayılmayanlar.....	109
3.1.2.4. Genel Sağlık Sigortası Finansmanı Sağlanacak Sağlanmayacak Sağlık Hizmetleri..	113
3.1.2.5. Genel Sağlık Sigortası Katkı Payları.....	115
3.1.2.6. Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları.....	116
3.1.2.7. Genel Sağlık Sigortalılığının Sona Ermesi.....	117
3.1.2.8. Genel Sağlık Sigortasının Uygulanmasında Sorumluluklar.....	118
3.1.3. Yönetimsel Reformlar.....	119
3.1.4. Aile Hekimliği Uygulaması.....	120
3.1.5. Sağlık Merkezlerinin İyileştirilmesine Yönelik Politikalar.....	123
3.1.5.1. Finansal Reformlar.....	124
3.1.5.1.1. Geri Ödeme Sistemlerinin Düzenlenmesi.....	124

3.1.5.1.2. Sosyal Güvenlik Kurumları Arasındaki Farklılıklarının Kaldırılması.....	126
3.1.5.1.3. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi.....	127
3.1.6. Sağlık Hizmetlerinde Adaleti Sağlamaya Yönelik Politikalar.....	130
3.1.7. Özel Sağlık Hizmeti Satın Almaya Yönelik Politikalar.....	132
3.2. AB Katılım Müzakereleri ve Türkiye'nin Sağlık Fasıla Çalışmaları.....	134
3.2.1. AB Sağlık Politikası ve Sağlık Alanında AB'ne Uyum Çalışmaları.....	136
3.2.2. AB Müktesebatı Çerçevesinde Sağlık Bakanlığı Tarafından Yürütülen Uyum Çalışmaları .....	138
3.2.3. Tüketicinin ve Sağlığın Korunması .....	138
3.2.4. Malların Serbest Dolaşımı.....	139
3.2.5. İş Kurma (Yerleşme) Hakkı ve Hizmet Sunum Serbestisi.....	139
3.2.6. Çevre.....	140
3.2.7. Türkiye Adaylık Statüsünün Müzakere Sürecindeki Sağlık Fasılların Durumu.....	140
<b>4. SONUÇ VE DEĞERLENDİRMELER.....</b>	<b>145</b>
<b>5. KAYNAKÇA.....</b>	<b>149</b>



## TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Demografik Göstergeler (Türkiye).....	85
Tablo 2: Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri (1999-2006).....	90
Tablo 3: Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kurumlarına Göre Dağılımı.....	93
Tablo 4: Sağlık Personeli (1995-2007).....	97
Tablo 5: Personel Başına Düşen Nüfus Açısından En İyi Ve En Kötü Durumdaki İller Arasındaki Fark.....	97
Tablo 6: Bölgelere Göre Doktoru Olmayan Sağlık Ocağı Ve Ebesi Olmayan Köy Sağlık Evi Sayıları Ve Oranları (2002).....	98
Tablo 7: Sosyal Güvenlik Kurumlarının Üye Sayıları (2001).....	99
Tablo 8: 2004 Yılından İtibaren Yapılan Sağlık Personeli Atamaları.....	132
Tablo 9: Diğer Kurumların Uyum Çalışmalarına Katkı Verdiği Müzakere Fasılları.....	143
Şekil 1 : Genel Sağlık Sigortası Öncesi Mali Akış (2007).....	104
Şekil 2: Genel Sağlık Sigortası Kabulünden Sonra Mali Akış (2008).....	105

## KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
WHO-DSÔ	: Dünya Sağlık Örgütü-World Health Organization
Bağ-Kur	: Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
ABD	: Amerika Birleşmiş Devletleri
CHP	: Cumhuriyet Halk Partisi
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
BYKP	: Beş Yıllık Kalkınma Planı
TKY	: Toplam Kalite Yönetim
TTB	: Türk Tabipler Birliği
ANAP	: Anavatan Partisi
MHP	: Milliyetçi Hareket Partisi
DYP	: Doğruyol Partisi
SHP	: Sosyal Halkçı Parti
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurumu
IMF	: Uluslararası Para Fonu
PDEÖ	: Performansa Dayalı Ek Ödeme

TSE : Türk Standartları Enstitüsü

ISO : Uluslararası Standartlar Organizasyonu

## GİRİŞ

Avrupa'nın bütünleşmesi ekonomik, siyasal ve hukuksal boyutun ötesinde sosyal ve kültürel boyutlar da kazanarak daha geniş bir anlam içermektedir. Sosyal içerikli alanlarda ilk akla gelen eğitim, çevre gibi konularla birlikte sağlık sektörü olmaktadır.

Sağlık sektöründe belirli uluslararası standartların yerleşiklik kazanması yanında her ülke kendine özgü araştırma ve yenilikler ortaya koymaktadır ve sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesini artırma yönlü yasal ve yönetsel düzenlemelerde ileri ülkelerin örnek alınması yararlı görülmektedir. Toplumsal barış, insan sağlığı ve huzuru felsefesi içerisinde bu felsefeyle yakından ilgili ülkelerin sağlık alanında ortaya koyduğu yenilik, buluş ve icatlarda birbirleriyle etkileşim içerisinde olmaları sadece ithalat-ihracat veya patent gibi ülkelerin ekonomik faaliyetlerinde değil sosyal boyutlu faaliyetlerinde de merkezi önemdedir. Avrupa Birliği üye ülkeleri kendi aralarında bu sosyal içeriğe yakın görünmektedir. Türkiye'nin Avrupa Birliği üyeliğine uyumu sürecinde sosyal boyut içerisinde değerlendirebileceğimiz sağlık alanında ki birlik standartlarının edinimi ve içselleştirilmesi hem uyum süreci hem de sağlıklı bir iç yapılanmanın kurumsallaştırılması açısından yaşamsal önemdedir.

### **Çalışmanın Amacı**

AB ülkeleri sağlık alanında reformlarını gerçekleştirip sonuçlarını değerlendirirken Türkiye henüz reform çalışmalarını uygulama aşamasına getirememiştir. Türk sağlık sistemi yeni yeni sağlık kuruluşları ve çalışan personeli ile merkezi bir yapılanma içerisine girmiştir.

Türkiye'de yaşanan devlet yönetimindeki siyasi istikrarsızlıklar düzenli bir sağlık politikasının oluşmasına engel olmaktadır. Sağlık kurumlarının en önemli sorunlarının sağlık sektörüne bütçeden ayrılan payın düşük olması, finansman yetersizliği ve koordinasyon zayıflığı olduğu bilinmektedir. Ayrıca sağlık personelinin istihdamında yaşanan dengesiz dağılım sağlık çalışmalarının ülkenin dört bir yanına yeterince verilememesine ve eşit bir şekilde sağlık hizmetinin yürütülememesine neden olmaktadır.

Avrupa Birliği'nin Türkiye'nin sağlık alanında istediği kriterler, sağlık sektörünün yeniden yapılanarak, sağlıklı yaşam koşullarının sağlanıp yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Türkiye bu kriterleri yerine getirmek adına sağlık sektöründe yeni girişimlerde bulunmuştur.

Bu çalışmamda Türkiye sağlık sektörünün genel durumunun değerlendirilmesi, Avrupa Birliği'ne uyum sürecinde sağlık sektöründe yerine getirilen ve getirilmesi gereken düzenlemelerin belirlenmesi ve AB'ye uyum sürecinde getirilen reformları ne kadar yeterli bulduklarını belirleyebilmek amaçlanmaktadır.

Bu amaçla tezin Birinci Bölümünde Avrupa Birliği'ne ilişkin kısa bilgiler verilecektir. İkinci Bölümünde Türkiye'de Sağlık Politikaları üzerinde durulacaktır. Üçüncü Bölümünde Türkiye'de Sağlık Sisteminin Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Uygulanan Sağlık Politikalarının Değerlendirilmesine yer verilecektir. Son bölümde ise sonuç ve öneriler üzerinde durulacaktır.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### 1.AVRUPA BİRLİĞİ' NDE SAĞLIK POLİTİKALARI

Sağlık birçok ülkenin uzun yıllardan beri ekonomik, siyasi ve sosyal hayatında önemli bir yer tutan öncelikli konuların başında gelmektedir. Hemen hemen birçok ülke benzer sağlık sorunları ile mücadele etmektedir. Bu nedenle ülkelerin uyguladığı sağlık politikalarının birbirleriyle benzer yönleri oldukça fazladır. Türkiye'nin uyguladığı ve uygulamakta olduğu sağlık politikalarının, aday olduğu Avrupa Birliği'ndeki diğer ülkelerde uygulanan sağlık politikalarıyla benzer özellikler taşımaktadır. Bu nedenle kuruluşundan günümüze Avrupa Birliği'nin sağlığa bakışı ve uygulanan sağlık politikaları bu başlık altında incelenmesi yararlı olacaktır.

#### 1.1. Avrupa Birliği'nin Sağlığa Bakışı

Avrupa Birliği (AB) başlangıçta Avrupa ülkelerinde ekonomik işbirliğinin sağlanmasına yönelik olarak kurulmuş, bu nedenle sağlık AB'nin öncelikleri arasında yer almamıştır. Ancak ilerleyen yıllarda AB, ekonomik bir topluluk olmaktan çıkarak sosyo-politik bir birliğe dönüşmesiyle sağlık konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. İlk olarak AB mevzuatının yürütmeye yönelik olarak hazırladığı Beyaz Kitap ile halk sağlığı konusunda önemli girişimler yaşanmıştır. Bunların yanı sıra AB'nin başlıca halk sağlığı sorunları olan kanser, kardiyovasküler hastalıklar, AIDS, uyuşturucular gibi konularda üye ülkeler açısından bağlayıcılığı olan ya da olmayan mevzuat çalışmaları<sup>1</sup>yapılarak birlik vatandaşlarının sağlığını korumaya yönelik önemli adımlar atılmıştır.

AB sağlık alanında rol alırken ağırlıklı olarak “ yerindelik ilkesi “ çerçevesinde hareket etmekte ve sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve finansman yetkisini üye ülkelere bırakmıştır.<sup>2</sup> Üye ülkeler kendi ihtiyaçları doğrultusunda belirledikleri sağlık politikalarını uygulayabilmektedir.

Üye devletler sağlık sistemlerini nasıl yönetecekleri, sağlık ve sağlık bakımına ayrılacak bütçenin büyüklüğü, geri ödenecek ilaçlar ve kullanılacak teknoloji konularında karar alırlar. AB'nin görevleri; vatandaşları korumak, destekleyici ortaklıklarla sinerjiler kurmak, sağlık konusunun tüm AB poliçelerinde yer almasını sağlamak ve vatandaşlar ile sağlık personelinin bilgilendirilerek iyi bir

<sup>1</sup> TANRITANIR, N. Türkiye ve Avrupa Birliği'ndeki sağlık politikaları ve göstergelerinin karşılaştırılması, Devlet Planlama Teşkilatı. Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, Ankara,1997, s.4

<sup>2</sup> YILDIRIM, H.H. ve YILDIRIM, T. Avrupa Birliği Yolunda Türkiye'nin Sağlığı: Avrupa Birliği'ne Uyum Süreci ve Sağlık Reformları, [www.absaglik.com/HHYildirim\\_TYildirim\\_ABSaglik.pdf](http://www.absaglik.com/HHYildirim_TYildirim_ABSaglik.pdf), (25.03.2009)

sağlığa kavuşulması yolunda yapılan politikalarda katalizör görevi görmektedir.<sup>3</sup> Avrupa Birliği'nde sağlık politikaları, 1999 yılından bu yana Komisyon'un yeniden yapılanması çabaları doğrultusunda Sağlık ve Tüketicinin Korunması Genel Müdürlüğü tarafından organize edilmektedir. AB'nin sağlığa bakışını ve sağlık politikalarını daha iyi anlamak için AB antlaşmalarında sağlık ve sağlık politikalarına yönelik düzenlemeleri incelemek daha yararlı olacaktır.

### **1.1.1. Avrupa Birliği Antlaşmaları ve Sağlık Politikaları**

Avrupa Birliği'nin birincil hukukunu oluşturan; Avrupa Kömür Çelik Topluluğu (1951), Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu (1957) ve Avrupa Ekonomik Topluluğu (Roma Antlaşması 1957) antlaşmalarında doğrudan sağlık politikası ile ilgili bir düzenleme yer almamaktadır. Ancak, Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu'nda sağlığın korunması, özellikle iyonlaşan radyasyona karşı korunmaya ilişkin politikalara özel bir yer verilmiştir. 1957 Roma Antlaşması'nda ise, "yaşam kalitesinin yükseltilmesi", "mesleki kaza ve hastalıkların önlenmesi", "sağlık çalışanları ve hastalar da dahil olmak üzere, tüm insanlara serbest dolaşım hakkı verilmesi" gibi sağlıkla ilgili olan bazı maddeler var olmakla birlikte sağlık konusunun birincil hukuka girişi 1987 Avrupa Tek Senedi ile olmuştur.<sup>4</sup>

Başlangıçta yalnızca "mal ve hizmetlerin serbest dolaşımı" ile sınırlı olan birliğin sağlık politikası zamanla "Tüketici Sağlığının ve Güvenliğinin Korunması"ni amaçlayan daha geniş bir kapsama kavuşmuştur.<sup>5</sup> Sağlık konusunda yaşanan değişmelere bağlı olarak sağlık AB politikalarının bir parçası haline gelmiş, AB'de bir sağlık departmanı kurulmuştur. Kurucu Antlaşmalarda ise sağlık şu şekilde ele alınmıştır:

#### **1.1.1.1. Maastricht Antlaşması**

Maastricht Antlaşması öncesinde Avrupa Ekonomik Topluluğu'nu kuran Roma Antlaşması'nda, ortak bir sağlık politikası öngörülmemiştir.

Ancak 1987 yılında yürürlüğe giren Avrupa Tek Senedi ile Roma Antlaşması'nın 100a, 118a maddelerinde değişiklik yapılması sağlığın korunması ve mesleki ortamda asgari koşulların uyumunu hedefleyen bir birlik işbirliğini getirmiştir. Böylece sağlıkla ilgili yapılan düzenlemeler, birlik politikalarında bütününün bir parçası olmuştur. Yine Antlaşmanın 130 R maddesi ile çevre ve

<sup>3</sup> GİRAY, A.Ü. Avrupa Birliği'nde sağlık yönetimi, Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, [www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab\\_saglik\\_yonetimi.doc](http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab_saglik_yonetimi.doc), (25.03.2009)

<sup>4</sup> AKDUR, R. "Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu, Ankara, 2006, s.85

<sup>5</sup> AKDUR, a.g.k s 85

tüketicilerin sağlığı konusu halk sağlığı politikaları kapsamında ele alınmaya başlamış ve halk sağlığını genel olarak yükseltmek için bilgilendirme eğitim çalışmaları yoğunlaştırılmıştır.<sup>6</sup>

1993 yılında yürürlüğe giren Maastricht Antlaşması ile AB'ye; sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili olarak, somut yasal yetkiler verilmiştir. İlk defa Maastricht Antlaşması ile düzenlen bu iki yeni maddeden birincisi olan madde 5 ile birlik, vatandaşlarının “yüksek düzeyde bir sağlık koruması elde etmelerine katkı sağlaması” için yetkilendirilmiştir. Bunlardan ikincisi olan, madde 129'da ise; 5. maddesin de verilen amaç bir kez daha yinelendikten sonra “sağlığın korunması gerekleri, birliğin diğer politikalarının bütününu oluşturan parçalardan birini oluşturur” denilerek, bu amaca ulaşmak için özel yetki alanları getirilmiştir.<sup>7</sup>

Maastricht Antlaşması'na 129. maddenin (halk sağlığı maddesi) eklenmesi ile komisyon ilk kez, halk sağlığının iyileştirilmesi ve korunması konusunda özel bir görev üstlenmiştir.<sup>8</sup>

Maasticht antlaşması 129. Madde:<sup>9</sup>

- Birlik (Topluluk), üye Devletler arasında işbirliğini teşvik ederek ve gerekirse, faaliyetlerine destek vererek, insan sağlığının yüksek düzeyde korunmasının sağlanmasına yardım edecektir. Topluluk faaliyeti, hastalıkların, özellikle de uyururucu bağımlılığının, başlıca sağlık felaketlerinin, sağlık bilgisi ve eğitimin yanı sıra bunların nedenlerinin ve bulaşma yollarının araştırılması yoluyla önlenmesine yönelik olacaktır. Sağlık koruma şartları, topluluğun diğer politikalarında bir unsur teşkil edecektir.

- Üye devletler kendi aralarında, komisyonla irtibat halinde olarak, 1. paragrafta belirtilen alanlarda politika ve programlarını koordine edeceklerdir. Komisyon, üye devletlerle sıkı kontak halinde olarak bu koordinasyonu artırmak için gerekli her türlü faydalı teşviki sağlayabilir.

- Topluluk ve üye devletler, halk sağlığı alanında üçüncü ülkelerle ve yetkili uluslar arası kuruluşlarla işbirliğini teşvik edecektir.

- Bu maddede belirtilen amacın yerine getirilmesine yardımcı olmak için, Konsey: madde 189b'de belirtilen prosedüre uygun hareket ederek, Ekonomik ve Sosyal Komite ile Bölgeler Komitesi'ne danıştıktan sonra, üye devletlerin kanunlarının ve tüzüklerinin uyumlaştırılması hariç, teşvik edici önlemleri kabul edecektir.

- Komisyondan gelen bir önerge üzerine, şartlı çoğunlukla hareket ederek, tavsiyeleri kabul edecektir.

<sup>6</sup> L'Europe de A a Z Guide de j'Integration Europeenne, Werner Weidenfeld-Wolfgang Wessels, Institut Europäische Politic, (çeviren: IşIK, N.A), Belgium, 1997. s.208-209.

<sup>7</sup> AKDUR, a.g.k s.85

<sup>8</sup> IşIK, N.A. “Türkiye-Avrupa Birliği İlişkileri ve Sağlık”, T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2001, s.50-51

<sup>9</sup> Treaty on European Union Official Journal C191, 1992, <http://eur-lex.europa.eu/en/treaties/dat/11992M/htm711992M.html>, (2.04.2009)



Maastricht Antlaşmasının 129. maddesi, birlik çapında sağlık politikası için güvenli bir yasal ortam sağlamış ve uyuşturucu karşıtı, AIDS ve kansere karşı programlarda birliğin görevini güçlendirerek komisyonun görevlerini artırmıştır.<sup>10</sup>

### 1.1.1.2. Amsterdam Antlaşması

1999'da yürürlüğe giren Amsterdam Antlaşması, Avrupa Birliği'nin kurucu antlaşmalarından biridir. Bu antlaşmada kamu sağlığı ve tüketicinin korunması ile ilgili XIII. ve XIV. başlıklar altında yer alan 152 ve 153. maddeler, bu alanda yeni düzenlemeler getirmiştir. Daha sonra yeniden gözden geçirilen bu maddeler, sağlığın çalışmalarındaki her alana uyumunun sağlanması amacıyla, komisyonun tüm çabalarının idare edilmesi için tasarlanmıştır.<sup>11</sup>

152. madde ile birlikte, AB'den insan sağlığını hem koruması, hem de geliştirilmesi için gerekli faaliyetlerin yürütülmesi istenmiştir.

Amsterdam Antlaşması 152. Madde:<sup>12</sup>

• Bütün Birlik politika ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında, yüksek seviyeli bir insan sağlığı koruması temin edilir. Ulusal politikaları tamamlayacak olan topluluk eylemi, kamu sağlığına, insan hastalıklarının önlenmesine ve insan sağlığı için tehlike yaratan kaynakları ortadan kaldırmaya yöneliktir. Bu eylemler, sağlık konusunda bilgilendirme ve yanı sıra sebepleri, bulaşma yolları ve önlenmelerine ilişkin araştırmaların geliştirilmesi yoluyla, önemli sağlık sorunlarına karşı mücadeleyi kapsar.

• Birlik bu maddede belirtilen alanlarda, üye devletler arasındaki işbirliğini, gerektiği takdirde faaliyetlerine destek vererek teşvik eder. Üye devletler, komisyon ile irtibat halinde, 1. paragrafta belirtilen alanlardaki politika ve programlarının eşgüdümünü sağlarlar. Komisyon, üye devletler ile yakın temas kurarak, bu eşgüdümü geliştirmek için faydalı her girişimde bulunabilir.

• Topluluk ve üye devletler, üçüncü ülkelerle ve yetkili uluslararası kuruluşlarla kamu sağlığı konusunda işbirliğini artırır.

• Konsey 251. maddede belirtilen usul uyarınca hareket ederek ve Ekonomik ve Sosyal Komite ile Bölgeler Komitesi'ne danıştıktan sonra:

1) Hiçbir üye devletin daha katı ve koruyucu önlemleri muhafaza etmesini veya yürürlüğe koymasını engellememesi kaydıyla, insana ait organ ve maddelere, kan ve kan türevlerine yüksek kalite ve güvenlik standartlarını belirleyen önlemleri,

<sup>10</sup> İŞİK, a.g.k, s.56

<sup>11</sup> İŞİK, a.g.k. s.55

<sup>12</sup> Official Journal of the European Communities, Consolidated versions of the Treaty on European Union and of the Treaty establishing the European Community, C 325, Vol 45, 2002, s.100-101

2) Madde 37' ye istisna olarak, veterinerlik ve bitki sağlığı alanlarında amacı doğrudan kamu sağlığını koruma önlemleri,

3) Üye devletlerin her türlü yasa ve düzenlemelerinin uyumlaştırması hariç olmak üzere, insan sağlığını korumak ve geliştirmek için tasarlamış teşvik önlemlerini alarak, bu madde belirtilen amaçlara ulaşmaya katkıda bulunur. Konsey, komisyonunu önerisi üzerine, oy birliğiyle hareket ederek, bu madde belirtilen amaçlara ulaşmak için tavsiyelerde bulunabilir.

• Kamu sağlığı alanında bir birlik eylemi, üye devletlerin sağlık hizmetlerinin verilmesine ve tıbbi bakımın düzenlenmesine dair sorumluluklarına tamamen riayet eder. Özellikle 4(a) paragrafında belirtilen önlemler, organ ve kan bağışına veya bunların tıbbi kullanımına dair ulusal hükümleri etkilemez.

Amsterdam Antlaşması, Tüketici Koruması hakkında, XIV başlığı altında diğer bir geniş çaplı maddeyi kapsar. Madde 153, komisyonun içinde ve dışında, tüketici güvenliği ile ilgili işleri, diğer topluluk politika ve faaliyetlerinin sağlık yönlerine dikkat çekerek birleştirmek isteyenler için güçlü bir araçtır.<sup>13</sup> 153. madde şu şekildedir.

Amsterdam Antlaşması 153. Madde:

• Tüketicilerin çıkarlarını desteklemek ve yüksek seviyeli bir tüketici koruması temin etmek amacıyla birlik, tüketicilerin bilgilendirme, eğitim ve çıkarlarını korumaları için örgütlenme haklarının desteklenmesinin yanı sıra, tüketicilerin sağlık, güvenlik, ekonomik çıkarlarının korunmasına katkıda bulunur.

• Diğer birlik politikaları ve faaliyetleri tanımlanırken ve uygulanırken tüketicilerin korunma gereksinimleri dikkate alınır.

• Birlik 1. paragrafta belirtilen amaçlara ulaşmasında:

1) İç pazarın tamamlanması çerçevesinde, 95. madde uyarınca, kabul edilen önlemleri,

2) Üye devletler tarafından sürdürülen politikaları destekleyen, tamamlayan, izleyen önlemleri kabul etmek amacıyla katkıda bulunur.

• Konsey 251. maddede belirtilen usul uyarınca hareket ederek ve Ekonomik ve Sosyal Komite'ye danıştıktan sonra, bu maddenin 3(b) paragrafında belirtilen önlemleri kabul eder.

• 4. paragraf uyarınca kabul edilen önlemler, hiçbir üye devletin daha katı koruyucu önlemleri sürdürmesini veya yürürlüğe koymasını engellemez. Bu önlemlerin bu antlaşma ile uyumlu olması gerekir. Bu önlemler komisyona bildirilir.

<sup>13</sup> Official Journal of the European Communities, a.g.k, s.101

### 1.1.1.3. Nice Antlaşması

2001 yılında imzalanan Nice antlaşmasında sağlık konularına yer verilmemiştir. Ancak, Nice zirvesinde kabul edilen Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'nda sağlık konularına değinilmiştir. Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı; Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Avrupa Sosyal Şartı, Çalışanların Temel Sosyal Hakları Topluluk Şartı, Adalet Divanı İçtihatları, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinin İçtihatları, birincil ve ikincil Topluluk mevzuatı, ortak anayasal gelenekler ve diğer çeşitli uluslararası sözleşmelerde yer alan mevcut hakların bir araya getirilmesi ile oluşmuştur.<sup>14</sup> Medeni ve siyasi haklar ile yurttaş haklarının yanı sıra temel ekonomik ve sosyal haklarında yer aldığı Şart'ta ayrıca kişisel verinin korunması, biyoetik ilkeleri ve iyi yönetim hakkı gibi yeni haklara da yer verilmiştir.

Tasarı Şart'ta sıralanan hakların çoğu herkesin yararlanacağı haklar olmasına karşın özel gruplara yönelik bazı haklar da yer almaktadır. Çocuklar ve çalışanlar için sosyal haklar, Birlik yurttaşları için çalışma, iş arama, herhangi bir ülkede yerleşme ve hizmet sunma özgürlükleri, sosyal güvenlik sistemlerine eşit erişim, Avrupa Parlamentosu ya da belediye seçimlerine katılma hakkı gibi haklar yer almaktadır.<sup>15</sup>

Avrupa Temel Haklar Şartı'nda dayanışma adlı bölümde ele alınana sağlık konusu şu şekilde yer almıştır.

Madde 34: Sosyal Güvenlik ve sosyal yardım<sup>16</sup>

• Birlik; Topluluk hukuku, ulusal yasalar ve uygulamalarda belirtilen usullere göre doğum, hastalık, iş kazaları, bakıma muhtaç olma veya yaşlılık gibi durumlarda ve işten çıkarılma durumunda koruma sağlayan sosyal güvenlik yardımları ve sosyal hizmetlerden yararlanma hakkını tanımakta ve saygı göstermektedir.

• AB'de yasal olarak ikamet eden ve dolaşan herkes, Topluluk hukuku ve ulusal yasalar ve uygulamalara göre sosyal güvenlik yardımları ve sosyal avantajlardan yararlanma hakkına sahiptir.

• Birlik, Topluluk hukuku, ulusal yasalar ve uygulamalarda belirtilen usullere göre sosyal dışlanma ve yoksullukla mücadele için yeterli olanaklara sahip olmayan herkes için uygun bir yaşam sağlamak amacıyla sosyal ve konut yardımından yararlanma hakkını kabul etmekte ve saygı göstermektedir.

Madde 35: Sağlık Hizmetleri

<sup>14</sup> ÇİÇEKLİ, B. Avrupa Sosyal Şartı Temel Rehberi, Ankara, 2001, s. 161-165

<sup>15</sup> ÇİÇEKLİ, a.g.k, s. 161-165

<sup>16</sup> Avrupa Temel Haklar Şartı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/ab/>, (25.03.2009)

• Herkes, ulusal yasalarda ve uygulamalarda belirtilen şartlar çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir. Bütün birlik politikaları ve faaliyetlerinin tanınmasında, uygulanmasında yüksek düzeyde insan sağlığı koruması sağlanmalıdır.

Madde 37: Çevresel koruma

• Yüksek düzeyde bir çevresel koruma ve çevrenin kalitesinin iyileştirilmesi, birliğin politikalarına katılmalı ve sürdürülebilir kalkınma ilkesine uygun olarak sağlanmalıdır.

Madde 38: Tüketici Koruması

• Birlik politikaları, yüksek düzeyde tüketici koruması sağlanmalıdır.

#### 1.1.1.4. Avrupa Birliği Anayasa Taslağı

AB'nin sağlık alanındaki politikaları en sade şekli ile Anayasa taslağında yer almaktadır. Anayasa taslağı henüz bütün birlik üyelerince kabul edilmemiş olmakla birlikte, üzerinde tartışılan konular, genişleme süreci ve benzeri siyasi konulardır.<sup>17</sup> Taslakta, sağlık, çevre, tüketicinin korunması ve benzeri alanları ilgilendiren teknik bölümleri aynı şekilde kalacağı belirtilmektedir.

Anayasa taslağında sağlık, AB Temel Haklar Şartı kapsamında ve paylaşılan yetkiler içerisinde halk sağlığı şeklinde yer alırken, AB'nin amaçlarının düzenlendiği 3.madde de yer almamıştır.<sup>18</sup> Özellikle başta Avrupa'daki sivil toplum kuruluşları olmak üzere birçok kesim sağlığın AB'nin amaçlarının sıralandığı 3. maddede açık bir biçimde yer alması için girişimde bulunmuş olmalarına rağmen bu gerçekleştirilememiştir. Anayasa'nın 3.maddesinde sağlık yer almamasına rağmen, taslak Anayasa'da belirtilen diğer amaçlar, sağlığı etkileyecek şekilde yer almıştır. İyilik halinin geliştirilmesi, sosyal adalet ve koruma, fakirliğin ortadan kaldırılması ve insan haklarının korunması gibi taslakta belirtilen bazı amaçlar sağlığı da yakından ilgilendiren konulardır.<sup>19</sup>

Taslak Anayasa'da sağlık konusu şu şekilde işlenmiştir.

Anayasa taslağında sağlık:<sup>20</sup>

13. maddede; kamu sağlığı, çevre ve tüketicinin korunması konuları birliğin ortak yetki alanları içerisinde,

16.maddede ise; insan sağlığının korunması ve geliştirilmesi olarak, birliğin destekleyici, düzenleyici ve tamamlayıcı faaliyetleri kapsamında ele alınmıştır.

<sup>17</sup> AKDUR , a.g.k. s.87

<sup>18</sup> STEIN, Hans. Dreams Versus Reality;The EU Constitution and Health, Eurohealth, Vol:9, No:3, 2003. s.13-15

<sup>19</sup> BELCHER, P. " Is health in the European Convention?", Eurohealth, Vol. 9, No. 2, 2003, s.1-4

<sup>20</sup> Official Journal of the European Union, Treaty establishing a Constitution for Europe, C 310, Vol 47, 2004 s.16-17

Bu maddelerin dışında halk sağlığı politikası, Anayasa'nın III. Bölümünde 278. maddesinde şu şekilde düzenlenmiştir:<sup>21</sup>

- Birliğin tüm politikalarının ve faaliyetlerinin tanımlanması ve uygulanmasında, yüksek düzeyde insan sağlığı koruması sağlanacaktır. Birlik tarafından ulusal politikaları tamamlayan faaliyetler, halk sağlığının iyileştirilmesi, insan rahatsızlıklarının ve hastalıklarının önlenmesi ile fiziksel ve zihinsel sağlığa yönelik tehlikelerin önüne geçilmesi yönündedir. Söz konusu faaliyetler şunlardır:

- 1) Nedenleri, yayılmaları ve önlenmeleri üzerine araştırmaların yanı sıra, sağlık bilgileri ve eğitimin teşvik edilmesi yoluyla, tüm temel sağlık felaketlerine karşı savaşın verilmesi,

- 2) Ciddi boyutlu sınırları aşan sağlık tehditlerinin izlenmesi, erken uyarı ve bunlarla mücadele etmesidir.

Birlik, bilgilendirme ve önleme faaliyetlerini, üye devletlerin uyuruurucuyla ilgili sağlık bozulmalarını azaltma yönündeki faaliyetlerini tamamlar.

- Birlik, bu maddede anılan alanlarda üye devletler arasındaki işbirliğini teşvik eder ve faaliyetlerine destek verir. Sınırları aşan alanlarda tamamlayıcı sağlık hizmetlerini geliştirmek için üye devletler arasında, özellikle işbirliğini teşvik eder.

Üye devletler, komisyon ile bağlantılı olarak, 1. paragrafta belirtilen alanlardaki politikalarını ve programlarını kendi aralarında koordine ederler. Komisyon, üye devletlerle yakın temas halinde, söz konusu koordinasyonun teşvik edilmesi için özellikle de ana hatlar ve göstergelerin belirlenmesini, en iyi uygulama alışverişinin düzenlenmesini ve düzenli izleme ve değerlendirme için gerekli öğelerin hazırlanmasını amaçlayan girişimler olmak üzere tüm faydalı girişimlerde bulunur. Avrupa Parlamentosu sürekli olarak bilgilendirilir.

- Birlik ve üye devletler, üçüncü ülkelerle ve halk sağlığı alanında yetkili uluslararası örgütlerle işbirliğinde bulunur<sup>21</sup>

- Madde I-12(5) ve madde I-17(a)'ya istisna olmak kaydı ve madde I-14(2)(k) mucibince, Avrupa yasaları veya çerçeve yasaları, ortak güvenlik konularının yerine getirilmesi için aşağdaki tedbirleri oluşturarak, bu maddede belirtilen hedeflere ulaşılmasına katkıda bulunur:

- 1) İnsan kökenli organlar ve maddelerin, kan ve kan türevlerinin kalitesi ve güvenliği konularında yüksek standartlar getiren tedbirler; söz konusu tedbirler herhangi bir üye devletin daha sıkı koruyucu tedbirleri sürdürmesini ya da bu tedbirleri uygulamasını engellemez;

- 2) Doğrudan hedefleri halk sağlığının korunması olan veterinerlik ve bitki sağlığı alanındaki tedbirler;

---

<sup>21</sup> AB Anayasa Taslağı, <http://www.abgm.adalet.gov.tr/e-kutuph.htm>, s. 75-76, (25.03.2009)

3) Tıbbi kullanıma yönelik tıp ürünleri ve aygıtları için yüksek güvenlik ve kalite standartları oluşturan tedbirler;

4) Ciddi boyutlu sınırları aşan sağlık tehditlerinin izlenmesi, erken uyarı ve bunlarla mücadele, hususlarında alınacak tedbirler;

5) Bu tür Avrupa yasaları veya çerçeve yasaları, Bölgeler Komitesi ile Ekonomik ve Sosyal Komite'ye danışıldıktan sonra kabul edilir.

• Avrupa yasaları veya çerçeve yasaları aynı zamanda, üye devletlerin yasalarının ve tüzüğünün herhangi bir şekilde uyumlulaştırılması dışında, insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi ile sınırlar ötesi büyük sağlık felaketleri için tasarlanan teşvik edici tedbirleri alır. Söz konusu yasa veya çerçeve yasası, Bölgeler Komitesi ile Ekonomik ve Sosyal Komite'ye danışıldıktan sonra kabul edilir. Konsey, bu maddede belirtilen amaçlar açısından, komisyonun bir teklifi üzerine, tavsiyeler de kabul edebilir.

• Halk sağlığı alanındaki birlik faaliyetleri, üye devletlerin sağlık hizmetlerinin ve tıbbi bakımın organize edilmesi ve ulaştırılması konularındaki sorumluluklarına saygı gösterir. Üye devletlerin sorumlulukları, sağlık hizmetleri ve tıbbi tedavilerin yönetimi ve kendilerine havale edilen kaynakların tahsisini içerir. 4(a) alt paragrafında belirtilen tedbirler, organların ve kanın bağıışı ve tıbbi kullanımı hakkındaki ulusal hükümleri etkilemez.

Anayasa Taslağı maddelerinden de görüldüğü üzere, sağlıkla doğrudan ilgili alanlar AB için üye ülkelerle yetki paylaşılan politika alanlarıdır. Bu nedenle de, bu alanlarda AB tarafından üye ülkeleri bağlayıcı düzenlemeler yapılmamıştır. Birlik düzeyinde, gerek sosyal politikalar gerekse sağlık politikaları açısından henüz ortak bir politika oluşturulamamıştır.<sup>22</sup> AB “yerindelik ilkesi” gereği üye ülkelerdeki, sağlık sektörünün örgütlenme biçimi, finansman yöntemi ve insan gücü uygulamaları konusunda üye ülkelerin kendi sağlık politikalarını belirlemesi öngörmüştür.

#### **1.1.1.5. Lizbon Antlaşması**

Lizbon Antlaşması'nın sağlık süreci açısından değerlendirmesine gelince, Antlaşma'nın bu alanda önemli bir değişiklik getirmediği görülmektedir. 49. maddede, üyelik kriterleri açıkça yer almasa da madde bu değerlere atıfta bulunmaktadır. Antlaşmanın 1a maddesinde atıfta bulunan AB değerleri ise insan onuru, özgürlük, demokrasi, eşitlik, hukukun üstünlüğü ve azınlıkların hakları da dahil insan haklarına saygıya dayanmaktadır. Bu madde aynı zamanda AB üye devlet toplumlarının niteliklerinin “çoğulculuk, ayrımcılık karşıtlığı, hoşgörü, adalet, dayanışma ve kadın-erkek eşitliği”

---

<sup>22</sup> AKDUR, a.g.k, s.89

tarafından belirlenmesi gereğinin de altını çizmektedir. Görüldüğü gibi Lizbon Antlaşması genişlemeye ilişkin dolaylı olarak da olsa üyelik kriterlerine atıfta bulunarak bunların yasal temelini güçlendirmesi ve AB üyelik başvuruları konusunda, karar alma sürecinde söz hakkı olmasa da ulusal parlamentolarının üyelik başvuruları konusunda bilgilendirilmesi koşulunu getirmesidir.

## **1.2. Avrupa Birliği Halk Sağlığı Programları**

Avrupa Birliği Antlaşması'nda kamu sağlığına ilişkin yapılan değişiklikler ve bu alanda kaydedilen ilerlemeler, yeni bir kamu sağlığı stratejisinin oluşturulmasını gerektirmiştir. Bu doğrultuda AB komisyonu, COM(2000)285 sayılı ve 15 Haziran 2000 tarihli Avrupa Parlamentosu ve Konsey karar teklifi ile Topluluğun sağlığa ilişkin programlarının tek çatı altında toplanmasını ve yeni çerçeve programın 1 Ocak 2001-31 Aralık 2006 tarihleri arasında uygulamaya konulmasını öngörmüştür.

25 Temmuz 2000 tarih ve 448 sayılı Avrupa Komisyonu'nun teklifinde, birleştirilmesi düşünülen sağlığa ilişkin programlardan Sağlığın Teşviki, Kansere Savaş, AIDS'le Mücadele, Bulaşıcı Hastalıklar, Uyuşturucu ve Sigara Bağımlılığı Programları ile Hava Kirliliğine Bağlı Hastalıklar ve Sağlığın İzlenmesi Programlarının 2002 yılı sonuna kadar uzatılması önerilmiştir. Yaraların Önlenmesi ve Ender Rastlanan Hastalıklar Programları, 2003 yılında tamamlanacak olmaları nedeniyle uzatma kararı kapsamına alınmamıştır.<sup>23</sup>

Kamu sağlığına ilişkin çerçeve programın kapsamında yer alacak programları şu şekildedir,<sup>24</sup>

### **• Kansere Mücadele:**

29 Mart 1996 tarihli Avrupa Parlamentosu ve Konseyi kararı ile 1 Ocak 1996- 31 Aralık 2000 tarihleri arasında yürütülen program, Avrupa Birliği düzeyinde kansere yol açan etkenleri ortaya koymak ve mücadele yöntemlerini araştırmak amacıyla oluşturulmuştur. Programın toplam bütçesi 64 milyon Euro olarak belirlenmiştir.

### **• AIDS ve Bulaşıcı Hastalıkların Önlenmesi:**

29 Mart 1996 tarihli Avrupa Parlamentosu ve Konseyi kararı ile 1 Ocak 1996- 31 Aralık 2000 tarihleri arasında yürütülen program, AIDS hastalığının yayılmasını engellemeyi ve bulaşıcı hastalıkların neden olduğu ölüm oranının azaltılmasını amaçlanmıştır. Yürütülen bu programın toplam bütçesi, 49,6 milyon Euro'dur.

---

<sup>23</sup> IŞIK, a.g.k, s.57

<sup>24</sup> IŞIK, a.g.k, 58-59

• **Uyusturucu Bagımlılığı ile Mucadele:**

Avrupa Birliği'nin uyusturucu madde bagımlılığına karşı mucadele politikasının olusturulması amacıyla 16 Aralık 1996 tarihli Avrupa Parlamentosu ve Konseyi kararı ile 1 Ocak 1996-31 Aralık 2000 tarihleri arasında, üye ülkeler arasında her türlü uyusturucu kullanımına karşı mucadelede işbirliği sağlanması ve konu ile ilgili araştırmalar, bilgilendirme faaliyetlerinin gercekleştirilmesi, sağlık eğitiminin iyileştirilmesi, edinilen bilgilerin ve başarılı uygulamaların sonuçlarının yaygınlaştırılması hedeflerine yönelik olarak yurütölen program bu programın bütęesi toplam 27 milyon Euro'dur.

• **Kirliliğe Bağlı Hastalıklara İlişkin Program:**

Kirliliğe bağlı hastalıklara ilişkin program 1 Ocak 1999-31 Aralık 2001 tarihleri arasında uygulanmak üzere Avrupa Parlamentosu ve Konsey'in 29 Nisan 1999 tarihli ortak kararı ile yurürlüğe konulmuştur. Çevre kirliliğinin yol ağtığı hastalıklarla mucadele çerçevesinde bu hastalıkların etkilerinin azaltılmasını, bu konuda edinilen bilgilerin ve başarılı uygulamaların yaygınlaştırılmasını ve çevre kirliliğine neden olan maddelerin belirlenmesini amaçlayan programın bütęesi, 3,9 milyon Euro olarak belirlenmiştir.

• **Yaralanmaların Önlenmesi:**

Özellikle ev kazaları ve bunların ağtığı yaralanmaların önlenmesini amaçlayan program, AB seviyesinde sık kullanılan ürünler ve tüketim maddelerinin güvenlik kontrolüne ilişkin EHLASS (Avrupa Ev Kazalarını İzleme Merkezi)'in güçlendirilmesi ve yaygınlaştırılmasının yanı sıra en etkin yöntemlerin bulunması konusunda 59 karşılıklı bilgi değişimini öngörmektedir. 1 Ocak 1999-31 Aralık 2003 tarihleri arasında yurütölmek üzere, 8 şubat 1999 tarihli Avrupa Parlamentosu ve Konsey kararı ile uygulamaya konulan programın bütęesi 14 milyon Euro'dur.

• **Sağlığın İzlenmesi:**

1997-2001 tarihleri arasında uygulanmak üzere Avrupa Parlamentosu ve Konsey'in 30 Haziran 1997 tarihli kararı ile yurürlüğe giren sağlığın izlenmesi programı, temel olarak Topluluk seviyesinde genel sağlık durumunun takibi konusunda ortak bir sistem olusturulması amacıyla sağlık alanında yapılan çalışmaların gelişiminin izlenmesi, alınan sonuğların ve elde edilen bilgilerin yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Programa birlik bütęesinden toplam 13,8 milyon Euro ayrılmıştır.

**1.3. Sağlık Politikaları Alanında Avrupa Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) İlişkileri**

Sağlık Politikası alanında DSÖ/Avrupa Bölge Ofisi; hastalıkların önlenmesi, sağlığın iyileştirmesi politikalarında, tütün, farmasötikler, kan güvenliği, gıda ve beslenme gibi alanlardaki politika belgelerini desteklemede aktif olmuştur. Bununla birlikte, Avrupa kurumlarını kapsayan



diğer uluslararası aktörler, sağlık politika mesajlarını iletmede ve yönergelerin ana hatlarını çizmede daha aktif olurken, DSÖ' nün karar alma düzeylerinde siyasi gündemi etkilemede yeterince güçlü olmadığı vurgulanmıştır.<sup>25</sup>

Bu bağlamda, Halk Sağlığı Programı, hem veri toplama ve analiz etme alanında hem de sektörler arası sağlığı iyileştirmede maliyet etkinliği sağlamak, faaliyetlerin ve programların üst üste gelmesini önlemek, sinerji ve etkileşimi desteklemek için sağlık alanında DSÖ, Avrupa Konseyi ve OECD uluslararası kuruluşlar arasındaki işbirliğinin önemini yinelemektedir. DSÖ ve komisyon arasındaki işbirliği çalışmalarının düzenlemelerine özel önem verilmiştir.<sup>26</sup>

AB komisyonu ve DSÖ arasındaki işbirliği alanları aşağıdaki unsurları içermektedir<sup>27</sup>:

- Sağlığın ve sağlık determinantlarının izlenmesi için etkili politikaların ve önlemlerin tasarlanması yönünde uygulanan faaliyetlerin yürütülmesi, değerlendirilmesi ve düzeltici eylemlere zamanında başvurulması için; verilerin korunması gereklerine saygı gösterirken ulusal yönetimlere, profesyonellere ve sağlık alanında çıkarı olan diğer taraflara, resmi bilgi ve veri üretme, toplama, işleme ve yaymak,<sup>27</sup>

- Sağlığın izlenmesi ve hastalık sürveyansı için yöntemler ve araçlar geliştirmek, eyleme özel sağlık ve sağlıkla ilgili sorunları analiz etmek ve hedeflemek, sağlık müdahalelerini değerlendirmek, öncelendirmek ve sağlık sisteminin gelişmesine yardım etmek,

- Bulaşıcı hastalık sürveyansını güçlendirmek ve müdahaleleri iyileştirmek,

- Sağlık risklerini azaltma politikalarını güçlendirmek ve sürdürmek amacıyla, çevrede ajanların sağlık etkilerini değerlendirmede sağlık ve sağlıkla ilgili ölçütlerin konulmasında, sağlığın yüksek seviyede korunmasını amaçlayan rehberlerin bilimsel ve teknik yönden gözden geçirilmesinde bilgi alışverişinde bulunmak,

- Sağlıkla ilgili araştırmaları ve teknolojik gelişmeleri desteklemek, sonuçlarının hesabını tutmak, sağlık ve sağlıkla ilgili alanlarda uygulamalar üzerinde danışmanlık geliştirmek,

- Uygun durumlarda, bu alanda tanınmış aktörlerle işbirliği içerisinde sağlık müdahaleleri için kaynakları harekete geçirme, koordine etme ve acil durumlarda işbirliği yapmak,

- Karşılıklı bilgilendirme ve uzmanlık sağlanması amacıyla personeli desteklemek.

---

<sup>25</sup> PURROY, C. A. ve KEENOY, E. M. Avrupa Bölgesinde Hızlı Geçiş Ülkeleri ile Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölge Ofisinin İşbirliği, 2003, s. 21

<sup>26</sup> PURROY ve KEENOY, a.g.k. s. 21

<sup>27</sup> Halk Sağlığı Alanında Topluluk Eylemi ve Çalışma Planı (2003-2008), <http://www.t-hasak.org/20032008.htm>, (10.04.2009)

#### **1.4. Avrupa Birliği'nde Sağlık Politikalarını Etkileyen Kuruluşlar ve Ajanslar**

AB'nin Avrupa Birliği Konseyi, Avrupa Parlamentosu, Avrupa Komisyonu, Avrupa Adalet Divanı ve Avrupa Sayıştay'ı gibi ana organları sağlık politikalarına yön veren birincil kuruluşlarıdır. Bunun yanında Avrupa Ekonomik ve Sosyal Komitesi, Bölgeler Komitesi, Sayıştay, Avrupa Yatırım Bankası, Avrupa Merkez Bankası, Avrupa Ombudsmanı ve Avrupa Veri Koruma Gözetimcisi gibi ikincil kuruluşları, AB sağlık politikalarını çeşitli boyutları ile etkilemektedir.<sup>28</sup> Bu kuruluş, mevzuat geliştirilmesi, mevzuatın üye ülkelerde uygulanması, sağlığın finansmanı, sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi, kötü uygulamaların ortadan kaldırılmasına yönelik sağlık politikaların oluşturulmasına yön vermektedir.

Avrupa Birliği'nde sağlığı ve sağlık yönetimini direkt veya dolaylı olarak etkileyen ajanslar ise; Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi, Avrupa İlaç Ajansı, Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Kontrol Merkezi, Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı, Avrupa Eğitim Vakfı, Avrupa Çevre Ajansı sayılabilir.<sup>29</sup>

#### **1.5. Sağlık Politikalarının Geliştirilmesinde Avrupa Birliği Komisyonu'nu Destekleyen Genel Müdürlükler ve Komisyonlar**

Sağlık politikalarının geliştirilmesinde Avrupa Birliği Komisyonu'nu Sağlık ve Tüketici Güvenliği Genel Müdürlüğü ile İş Edindirme ve Sosyal İşler Genel Müdürlüğü desteklemektedir. Sağlık politikalarının geliştirilmesinde Avrupa Birliği Komisyonu'nu destekleyen komisyonlar ise; Üst Düzey Sağlık Komisyonu, Halk Sağlığı Komisyonu, Halk Sağlığı Kıdemli Yöneticileri Komisyonu, Sosyal Güvenlik Komisyonu, Ekonomik Politika Komisyonu ve Göçmen İşçiler Sosyal Güvenliği İdare Komisyonu gibi üst düzey komisyonlar yer almaktadır. Bunun yanında Uzmanlık kuruluşları networku, Avrupa Birliği Diyet, Fiziki Aktivite ve Sağlık Platformu, HIV/AIDS Çalışma Grubu ve Avrupa Birliği Sağlık Politikası Forumu<sup>30</sup> gibi komisyonlarda sağlık politikalarının geliştirilmesinde Avrupa Birliği Komisyonu'na destek vermektedir.

<sup>28</sup> GİRAY, A.Ü. Avrupa Birliği'nde sağlık yönetimi, Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, [www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab\\_saglik\\_yonetimi.doc](http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab_saglik_yonetimi.doc), (25.03.2009)

<sup>29</sup> GİRAY, A.Ü. Avrupa Birliği'nde sağlık yönetimi, Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, [www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab\\_saglik\\_yonetimi.doc](http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab_saglik_yonetimi.doc), (25.03.2009)

<sup>30</sup> GİRAY, A.Ü. Avrupa Birliği'nde sağlık yönetimi, Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, [www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab\\_saglik\\_yonetimi.doc](http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab_saglik_yonetimi.doc), (25.03.2009)

## 1.6. Avrupa Birliği'ne Katılım Müzakereleri ve Sağlık

Sağlık konusu, Avrupa düzeyinde açık bir şekilde ele alınmamaktadır. Ancak pek çok politika ve mevzuatın üye devletlerin sağlık sistemlerinde etkisi bulunmaktadır. AB'ye katılım müzakereleri özellikle malların, hizmetlerin, kişilerin ve sermayenin serbest dolaşım ilkelerini ele almak için tasarlanan politikalar üzerindedir.<sup>31</sup> Müzakerelerde sağlık hizmetleri ile ilgili konu başlıkları, malların serbest dolaşımı, istihdam ve sosyal politika, kişilerin serbest dolaşımı, medikal ve diğer sağlık hizmetlerini kapsayan hizmetlerin serbest dolaşımı önemli başlıklardır. Bu başlıklar haricinde ulaşım güvenliği, gıda güvenliği, tütün, farmasötikler, tıbbi cihazlar, kimyasallar ve diğer tehlikeli maddeler, gıdayı kapsayan ortak ticaret politikası ve farmasötikler konusundaki ticaret politikası, işçilerin sosyal güvenliği ve sosyal korunması, üye devletler arasındaki işbirliği ve sosyal korunma konusundaki eylem koordinasyonu, halk sağlığı, ekonomik ve sosyal uyum, araştırma ve teknolojik gelişme kapsamında müzakere edilmektedir.<sup>32</sup> Müzakere sürecinde sağlıkla ilgili konular görüldüğü gibi bölümler arasında dağınık bir şekilde ele alınmaktadır. Bu durumun birçok nedeni olmakla beraber sağlığın doğası gereği diğer sektörlerle sıkı bir bağının olması ve sağlığın AB düzeyinde ele alınış biçimi en önemli iki neden olarak belirtilebilir.<sup>33</sup> Bu müzakere başlıklarından malların serbest dolaşımı, kişilerin serbest dolaşımı, sosyal politika ve istihdam ve tüketici sağlığının korunması sağlıkla yakından ilişkili konu başlıklarıdır. Bu başlık Üçüncü Bölüm içerisinde daha detaylı olarak ele alınacaktır.

### 1.6.1. Malların Serbest Dolaşım

Malların serbest dolaşımı ilkesi, Birliğin bütününde ürün ticaretinin serbestçe yapılabilmesi anlamına gelmektedir. Bu genel ilke, bir dizi sektörde, ürünlerin uymak zorunda olduğu genel koşulları ifade etmektedir. Bu bağlamda; gıdalar, tıbbi ürünler (ilaçlar), kimyasallar (uyuşturucu ve psikotropalar), kozmetikler, oyuncaklar ve tıbbi cihazlar gibi malların serbest dolaşımı konusunda doğrudan sağlık sektörü ile ilgili olan bu malların AB standartlarında üretilmesinin sağlanması gerekmektedir. Ayrıca bu malların kontrol/ muayene ve belgelendirme işlemlerini yürütecek olan

---

<sup>31</sup> PURROY ve KEENOY, a.g.k. s.14

<sup>32</sup> PURROY ve KEENOY, a.g.k. s.15

<sup>33</sup> YILDIRIM, H.H, AB Katılım Müzakereleri Süreci ve Sağlık Hizmetleri: Bazı Saptamalar, [http://www.absaglik.com/muzakere\\_saglik.pdf](http://www.absaglik.com/muzakere_saglik.pdf), (01.06.2009)

laboratuvarların ve kuruluşların yaptıkları işlemlerin ve verdikleri belgelerin de AB standartlarına uygun ve uluslararası kabul görececek nitelikte olması gerekir.<sup>34</sup>

### **1.6.2. Kişilerin Serbest Dolaşımı**

Kişilerin serbest dolaşımı işçilerin serbest dolaşımını ile hizmetlerin ve serbest meslek mensuplarının serbest dolaşımını kapsamaktadır. İşçilerin serbest dolaşımı AB'nin Roma Antlaşması'nın 48-51. maddeleri ile düzenlenmiştir. Bu maddeler işçilerin üye ülkeler arasında serbestçe dolaşmasını ve bu dolaşımın daha önce kazanılmış olan sosyal güvenlik haklarından herhangi bir kayba neden olmamasını hedeflemektedir. Hizmetlerin ve serbest meslek mensuplarının serbest dolaşımını ise, Roma Antlaşması'nın 59-66. maddeleri ile düzenlemiştir. Bu düzenlemelere göre, sanat ve serbest meslek sahipleri, meslek icra edecekleri üye ülkenin kanunlarına uymak koşulu ile AB'ye üye olan tüm ülkelerde serbestçe yerleşme ve meslek icra etme hakkına sahiptir. Hizmetlerin ve serbest meslek mensuplarının serbest dolaşımı, sağlık mesleklerinden öncelikle tıp doktorları, diş tabipleri, eczacılar, hemşireler ve ebeler için söz konusudur. Aday ülkelerin bu meslek gruplarının eğitimleri ve serbest dolaşımlarıyla ilgili bazı düzenlemeler yapması gerekmektedir. Öncelikle;<sup>35</sup>

- Karşılıklı olarak hizmet üretimini ve yerleşmeyi engelleyen yasal düzenlemelerin ortadan kaldırılması,
- Diğer AB ülkelerine yerleşerek hizmet üretecek olan aday ülke vatandaşlarının AB standartlarında hizmet üretebilecek eğitim-beceri ve davranış kalıpları içinde olmalarının sağlanması gerekmektedir.

### **1.6.3. Sosyal Politika ve İstihdam**

Roma Antlaşması sosyal politika konusunda oldukça sınırlı sayıda hüküm içermektedir. Antlaşma' da düzenlenen işçilerin serbest dolaşımı, göçmen işçilerin sosyal güvenliği gibi konuları içeren hükümler ekonomik bütünleşme sürecini ve özellikle ortak pazarın işleyişinin kolaylaştırılmasına önemli katkıları olmuştur. Aynı zamanda kadın erkek arasında eşit işe eşit ücret konusuna da özel önem verilmiş ve Avrupa Sosyal Fonu'nun oluşturulması düzenlenmiştir. 1986 yılında kabul edilen Tek Senet ile birlikte, sosyal diyalogun oluşturulmasına yönelik temeller atılmış ve sosyal tarafların rolü güçlendirilmiş, bunun yanında ekonomik ve sosyal bütünleşmenin geliştirilmesi kavramı yerleştirilmiştir. Tek Senedi takiben 1989 yılında kabul edilen Sosyal şart ile

<sup>34</sup> AKDUR, a.g.k. s.90

<sup>35</sup> AKDUR, a.g.k. s.93

işçi sağlığı ve iş güvenliği alanlarında önemli bir adım atılmıştır. 1992 yılında kabul edilen Maastricht Antlaşması ile AB düzeyindeki sosyal politika uygulamaları daha da derinleştirilmiş, Antlaşma ekinde yer alan protokol 1997 yılında Amsterdam Antlaşması bünyesine alınmıştır.<sup>36</sup>

Sosyal Politika ve İstihdam başlığı altında işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında AB standartlarına uyum sağlanması, sosyal sigorta yasalarında ve uygulamalarında AB normlarına uygunluğun sağlanması önemli alanlardan birini oluşturur. Diğer önemli bir alan ise tüketicinin ve kamu sağlığının korunmasında AB normlarına uyumun sağlanmasıdır. Ayrıca tüm çalışanların sendikalaşmasının önündeki engellerin kaldırılarak, sendika yasalarının AB normlarına uygunluğunun sağlanması gerekmektedir.<sup>37</sup>

#### 1.6.4. Tüketici Sağlığının Korunması

Avrupa Ekonomik Topluluğu'nun (AET) kurucu antlaşması olan Roma Antlaşması içerisinde yer verilmemiş olan "tüketici" kavramı, tüketici politikasına ilişkin ilk faaliyet programının kabul edildiği 1972 Paris Zirvesi'nde gündeme gelmiştir. Bu zirvede belirlenen hedefler doğrultusunda, 1975 yılında "Tüketicinin Korunması ve Bilgilendirilmesi Politikası Hakkında Birinci Program" yürürlüğe girmiştir. Bu program, tüketicinin topluluk mevzuatının esasını oluşturacak beş temel hakkının kabul edilmiş olması açısından önem arz etmektedir. Bu haklar, tüketicinin:

- Sağlık ve güvenliğinin korunması,
- Ekonomik çıkarların korunması,
- Tazmin edilmesi,
- Bilgilendirilmesi ve eğitimi,
- Temsil edilmesidir.<sup>38</sup>

AB'de tüketiciyi koruma politikasının, ilk kez AB temel hukukuna girişi 1986 yılında imzalanan Avrupa Tek Senedi iledir. Daha sonra 1992 tarihli Maastricht Antlaşması'nda 129a maddesi ile de tüketiciyi koruma politikasına yer verilmiştir.

Tüketicinin ve tüketicinin sağlığının korunması, Birliğin, vatandaşlarının yaşam kalitesini artırmak için kullandığı en etkili araçlardan birisidir. AB, tüketici politikasını tüm tüketicilerin sağlığının ve ekonomik çıkarlarının korunması ve güvenliğinin sağlanması esaslarına dayandırmaktadır.<sup>39</sup>

<sup>36</sup> AB'nin Sosyal Politikası, <http://www.ikv.org.tr/pdfs/96b12507.pdf>, (07.04.2009)

<sup>37</sup> AKDUR, a.g.k. s.103

<sup>38</sup> YÜCESOY, D. "Avrupa Birliği Rekabet Politikası İçerisinde Tüketicinin Yeri" Bütçe Dünyası Dergisi, cilt:3, Sayı:27, 2007, s.44

<sup>39</sup> Tüketici ve Tüketici Sağlığının Korunması, <http://www.ikv.org.tr/pdfs/tuketici.pdf> (07.04.2009)

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2.TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI

#### 2.1.Türkiye'de Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi

##### 2.1.1. Cumhuriyet'in Kuruluş Dönemi

Cumhuriyet döneminde her alanda olduğu gibi sağlık alanında da önemli adımlar atılmıştır. Cumhuriyet'in kurulduğu ilk yıllarda sağlık alanında en büyük sorun savaşın neden olduğu salgın hastalıkların önlenemesiydi. TBMM'nin kurulmasından hemen sonra 3 Mayıs 1920'de 3 sayılı kanunla *Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti* (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuş ve Dr. Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanı olarak görevlendirilmiştir. Dr. Adnan Adıvar, Ankara Vilayet Konağı'nda göreve başladığında, elde mevcut kayıt ve bilgi bulunmadığından, görev yapmakta olan hekimlerin isimleri telgrafla istenerek, İstanbul Hükümeti'nin kanun ve nizamnameleri temin edilmiş, ayrıca Bakanlık usul ve kadroları tertip edilmiştir. 10 Mart 1921'de Dr. Adnan Adıvar'ın ayrılması ile Sağlık Bakanlığı görevine, daha sonra bu görevi aralıklı olarak toplam 15 yıl yapacak olan Dr. Refik Saydam atanmıştır.

1937 yılına kadar süren bakanlığı süresince, sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılar sağlayan Dr. Refik Saydam'ın döneminde, bugünkü Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatının temelini oluşturan, 1593 sayılı *Umumi Hıfzıssıhha Kanunu* (1930) ve 3017 sayılı *Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu* (1936), 1219 sayılı *Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun* (1928) gibi halen yürürlükte olan kanunlar çıkarılmıştır.<sup>40</sup>

Sağlık Bakanı Dr. Saydam, sağlık hizmetlerinin plan ve programla yönetiminin tek elden yürütülmesinin ve koruyucu hekimliğin devlet görevi, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin hizmeti olması gerektiğini savunmuştur. Hükümet koruyucu hekimlik hizmetlerini, özellikle sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele için kurduğu örgütleri genel bütçeden finanse etmiştir. Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere hükümet, tıp öğrencilerinin yeme, içme, giyinme ve barınma gereksinimlerini sağlamak amacıyla tıp öğrenci yurtları kurmuştur. Bu yurtlarda para ödemedi kalan öğrenciler, mezun olduktan sonra dört yıl Sağlık Bakanlığı'nda

---

<sup>40</sup> Haluk Özseri (Aralık 1998). Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları, Erişim:10.01.2006, <http://www.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9812/3.htm>

zorunlu hizmette bulunacaklardı.<sup>41</sup> 1923 yılında 554 olan hekim sayısı 1930’da 1.182’ye, 1940’da da 2.387’ye çıkmıştır.<sup>42</sup>

Hastane hizmetlerinin yürütülmesi, yani tedavi edici hizmetler yerel yönetimlere bırakılmış, her ilçede hükümet tabipliği kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı belediyelere ve özel idarelere yol gösterici olması amacıyla Ankara, İstanbul, Sivas, Diyarbakır ve Erzurum’da birer Numune hastanesi açmış, böylece yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiştir.

1926 yılında çıkarılan bir kanunla, özel idare ve belediyelerde çalışan tüm sağlık personelinin atama ve yükseltmelerinin Sağlık Bakanlığı’na yapılması ve bütçelerinin sağlık harcamalarıyla ilgili bölümünün yine bu bakanlıkça hazırlanan bir yönetmeliğe göre düzenlenmesi kabul edilmiştir. Böylece kamu kesiminde çalışan sağlık personelinin yönetimini tek elde toplayan bir merkezi yönetim dönemi başlamıştır<sup>43</sup>. Sağlık Bakanlığı, koruyucu hekimlik hizmetlerini hekimler için çekici duruma getirmek amacıyla devlet memurlarına verdiği maaştan çok yüksek bir ücret sistemi kabul etmiştir. Ayrıca hekimlerin serbest çalışması yasaklanmıştır.

Bir ülkenin sağlık düzeyini saptayan birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenememiştir. Bu nedenle Saydam döneminde sağlık adına çok şey yapılmakla birlikte herkes için sağlıklı yaşam amacına ulaşamamıştır.<sup>44</sup>

1946 yılında Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet Uz, yaptığı “Milli Sağlık Politikası” çalışmaları çerçevesinde kırsal bölgede 20 köye birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık merkezlerinin kurulmasını planlamıştır. Nüfusa düşen yatak sayısının artırılması gereği üzerine oturduğu politikasında, yaklaşık 40.000 nüfusa 10 yataklı sağlık merkezleri kurarak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada verilmesini sağlamıştır. Bu anlayış, İkinci Dünya Savaşı sonrası dünyada, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin entegre verilmesi genel anlayışına paralellik göstermiştir.<sup>45</sup>

Behçet Uz tarafından hazırlanan ve koruyucu hekimlik örgütünü kurmak, köylere sağlık örgütünü kurmak, ihtiyaca uygun sağlık personeli yetiştirmek, hastane ve sağlık kuruluşlarını çağdaş hale getirmek, tüm ülkede her şeyiyle tamamen yeni sağlık tesisleri kurmak hedeflerini içeren Bir “On

<sup>41</sup> Nusret Fişek, “Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları”, Toplum ve Hekim, Aralık 1991, ss. 2-4, s. 2-3.

<sup>42</sup> Kerman, a.g.e., s. 17

<sup>43</sup> Rahmi Dirican ve Nazan Bilgel, Halk Sağlığı: Toplum Hekimliği, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2. Baskı, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayın No: 70, 1993, s. 544-546.

<sup>44</sup> Fişek, “Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde...”, a.g.m., s. 3.

<sup>45</sup> Özsan, a.g.m., <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/savuar/9812/3.htm>

Yıllık Milli Sağlık Planı'nın<sup>46</sup> uygulanması, ancak ilçe merkezlerine sağlık merkezi adıyla 10-25 yataklı tedavi kurumlarının kurulmasıyla sürdürülmüştür.

1954'te yeniden Sağlık Bakanı olan Behçet Uz, önceki döneminde emek harcadığı planını hayata geçirmek için gerekli çabayı bu kez harcamamıştır; çünkü planın kapsamında, bazı kesimlerin çıkarlarını zedeleyecek türden olan ilaç sanayiini denetlemek, çocuk beslenmesi için gerekli tesisleri kurup işletmek gibi konular bulunmaktaydı.<sup>47</sup>

Bu dönemde, Refik Saydam döneminden farklı olarak hastanecilik hizmetleri, sağlık hizmetlerinin özelliğinden ve sağlık personelinin hizmet sunumundaki öneminden dolayı yerel yönetimlerden alınarak Sağlık Bakanlığı'na verilmiş ve ilk kez sağlık sigortasına geçilmesi önerilmiştir.<sup>48</sup>

### **2.1.2. 1950-1960 Dönemi**

Demokrat Parti'nin iktidarda olduğu 1950-1960 arası dönemde liberal ekonomik politikalara rağmen sağlık alanının ana eksenini korumakla beraber Refik Saydam'ın koyduğu prensiplerde önemli değişiklikler olmuştur. Yerel yönetimlere bağlı olan hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş ve hastanelerin genel bütçeden finanse edilmesi ilkesi kabul edilmiştir. Hastaneciliğin gelişmesine büyük önem verilmiş, koruyucu sağlık hizmetleri gerilemese bile ikinci planda kalmıştır. Hastaneciliğin geliştirilmesine koşut olarak yeterli sağlık personeli yetiştirilmediği için hasta bakım hizmeti gelişmemiştir.<sup>49</sup>

Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulması için çalışmalar başlatılmıştır. Ancak uzun çalışmalar sonucunda bunun ülke düzeyinde uygulanmasının mümkün olmayacağına, ücret karşılığı çalışan işçiler için bir sağlık sigortası geliştirilebileceğine karar verilmiştir. Bu amaçla 1945'de kurulan İşçi Sigortaları Kurumu'na, 1952 yılında işçilere sağlık sigortası hizmeti verilmesi görevi verilmiştir. 1953 yılında 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu; 1954 yılında 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu; 1960 yılında 12578 sayılı Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi yürürlüğe girmiştir.

1950-1960 arası dönem uluslararası kuruluşlarla ve özellikle WHO ve UNICEF ile işbirliğine, onlardan yardım alınmasına önem verilen bir dönem olmuştur. Ana ve çocuk sağlığı, tüberküloz savaşı gibi koruyucu hekimlik hizmetlerinin geliştirilmesi için büyük destek alınmıştır.

---

<sup>46</sup> Ali Gürsel, "Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları", (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Enstitüsü, Ankara, 1998, s. 37.

<sup>47</sup> Dirican ve Bilgel, a.g.e., s. 547.

<sup>48</sup> Kerman, a.g.e., s. 20.

<sup>49</sup> Metin, a.g.m., <http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm>



Sağlık personelindeki eksikliklerin kapatılmak istendiği bu dönemde hekim sayısı 9826'ya hemşire ve yardımcı hemşire sayısı 2420'ye, ebe ve köy ebesi sayısı 3126'ya yükseltilebilmiştir. Sağlık Bakanlığı'na sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi yönünde önerilerde bulunması için yabancı uzmanlar çağırılmış ve bunlar tarafından hazırlanan raporlarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine önem verilmesine ilişkin öneriler bulunmasına rağmen gereken önem verilmemiştir.<sup>50</sup>

### 2.1.3. 1960-1980 Dönemi

27 Mayıs 1960 tarihinden sonra Türkiye Planlı Kalkınma Dönemi'ne geçmiş ve 1963 yılından itibaren sağlık politikaları Beş Yıllık Kalkınma Planları ile belirlenmiştir. Kalkınma dönemi ile birlikte sağlık sektöründe iki önemli düzenleme getirilmiştir. Bunlar; 224 sayılı *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun* ile 554 sayılı *Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun*'lardır.<sup>51</sup> 224 sayılı kanun Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış ve ülke yönetimini elinde bulunduran Milli Birlik Komitesi tarafından 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmiştir. Söz konusu kanun, "Alma-Ata Bildirgesi"ne gönderme yapılarak sağlık hizmetlerinde çok önemli ve dünya çapında ileri örnek bir kanun olarak nitelendirilmektedir. Zira, 1978'te yayınlanan Alma-Ata Bildirgesi'yle aynı ruhu taşıdığı ve Türkiye'nin bu kanunla daha 1961 yılında, yani adı geçen deklarasyondan yıllar önce, sağlıkta eşitliği ilke olarak kabul ettiği belirtilmektedir. Türkiye'de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu, birinci basamak tedavi hizmetini köylere kadar yayarak herkesin sağlık hizmetinden yararlandırılmasını, sağlık ocaklarında koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerinin bir arada yürütülmesini, kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin bir elden yönetimini, halk ile bütünleşmeyi ve kamu sektöründe hekimlerin tam süre çalışma ilkesini öngörmüştür.<sup>52</sup>

Sağlık hizmetlerinde reformu öngören 224 sayılı kanunun 2. maddesinde sosyalleştirme şu şekilde tanımlanmıştır.

*" Vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır".*<sup>53</sup>

<sup>50</sup> Fişek, "Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde.", a.g.m., s. 3.

<sup>51</sup> Kerman, a.g.e., s. 21.

<sup>52</sup> Metin, a.g.m., <http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm>

<sup>53</sup> *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961 tarih ve 224 sayılı)*, Erişim: 12.01.2006, <http://www.istabip.org.tr/yasa/sosyalk.html>

Sosyalleştirmeye ilgili temel ilkeler aşağıdaki gibi sıralanabilir.<sup>54</sup>

a) Sağlık hizmetlerinden herkes eşit şekilde yararlanacaktır.

b) Hastalar devlet bütçesinden ayrılan ödenek karşılığı sağlık hizmetinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafların bir kısmına iştirak etmek suretiyle yararlanacaktır.

c) Hastalar, ücretini ödemek koşuluyla, tedavi için istedikleri hekimi veya sağlık kurumunu seçmekte özgürdürler.

d) Hekimler kamu veya serbest olarak mesleklerini uygulamada özgürdürler. Ancak kamuda görev alan bir hekim, özel olarak hekimlik yapamaz.

e) Hekimler ve diğer sağlık personeli kamu kesiminde sözleşmeli olarak çalışacaktır. Sözleşme süresi üç yıldır. Bu sürede hekim atandığı görevde çalışır; sözleşmeli personelin emeklilik, kıdem ve terfi hakları saklıdır.

f) Sözleşme ile çalışan sağlık personeline ödenecek ücret, bu meslek mensuplarından serbest çalışanların kazançları düzeyinde olacaktır.

g) Kamu sektöründe çalışan sağlık personeline yansız ve adaletli bir atama, yer değiştirme ve yükseltme yöntemi uygulanacaktır.

h) Köy ve kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları kurulacak ve bu ocaklar hastanelerle işbirliği yaparak hasta tedavi hizmetlerini yürütecektir. Hizmetin temel birimleri olan sağlık ocakları, kırsal alanda 5-10 bin nüfusa, kentsel alanlarda ise her 50 bin nüfusa hizmet vermek üzere kurulacaktır. Ocaklarda, sorumlu olunan nüfusa ve sağlık insangücü sayısına bağlı olarak değişen sayıda sağlık personeli (hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe, tıbbi sekreter, şoför, hizmetli ve duruma göre dış hekimi, eczacı, çevre sağlık teknisyeni, laboratuvar teknisyeni vb.) görevlendirilir.

Ayrıca sağlık ocaklarına bağlı olarak her 2500-3000 nüfus için bir sağlık evi kurulacak ve sağlık evlerinde sadece bir ebe hizmet sunacaktır.

i) Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı olanlar dışında, sağlık hizmetleri tek elde toplanacaktır.

j) Sağlık teşkilatı il içinde bir bütündür. Nüfusu ortalama 50-100 bin olan bölgelerde, genellikle her ilçenin idari sınırları içinde kalan 5-10 sağlık ocağının bağlı olduğu bir "Sağlık Grup Başkanlığı" ve

<sup>54</sup> Fişek, "Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde.", a.g.m., s. 3-4; Dirican ve Bilgel, a.g.e.,s.548-552.

nüfusu ortalama 200-500 bin olan bölgelerde, genellikle her ilin idari sınırları içinde kalan 20-50 sağlık ocağının bağlı bulunduğu “İl Sağlık Müdürlükleri” oluşturulacaktır. Sağlık müdürü valiye karşı sorumlu olarak Sağlık Bakanlığı’nın saptadığı kanunlara göre hizmet yürüten amir statüsündedir.

k) Bir bölgede sağlık hizmetinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gerekli tesisler, lojmanlar, malzeme, araç ve personel temin edilmeden o bölgede sosyalleştirme planı uygulanamaz.

l) Personel ve finansman sıkıntısı nedeniyle Kanun’un tüm ülkede uygulanması, aşamalı olarak 15 yılda (1976’ya kadar) tamamlanacaktır.

m) Sağlık örgütü ile halk arasındaki ilişkilerin geliştirilmesi için örgütün her kademesinde, halkın da katılacağı kurullar kurulacaktır.

n) Yabancı uyruklular sağlık hizmetlerinden ücret ödeyerek yararlanacaklardır.

o) Hekimler için de olmak koşuluyla tüm personelin hizmet içi sürekli eğitimi planlanmıştır.

p) Herkesin sağlık durumunu sürekli izleyebilmek için, kişilerin sağlık fişleri tutulacaktır.

r) Özel sağlık hizmeti gerektiren yerler (işyerleri, maden ocakları vb. gibi) için ayrı sağlık birimleri kurulmuştur.

s) Sağlık personelinin hizmetinin gereksiz yere kullanılmaması ve ilaç tüketiminin gereksiz yere artmaması için önlemler alınacak ve tedavi hizmetine disiplin getirilecektir.

t) Bu kanunun tıp fakültelerinde uygulanması, fakülteler yönetimlerinin kararına bırakılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin ilkelerini temelden değiştiren 224 sayılı kanunla nüfusa dayalı, yaygın, sürekli, entegre, katımlı, kademeli (sağlık evleri-sağlık ocakları-il ve ilçe hastaneleri), sosyal adalet ve eşitlik ilkelerine dayalı bir anlayışla köydeki vatandaşın ayağına kadar sağlık hizmeti götüren bir yapılanmaya gidilmiştir.<sup>55</sup>

1962 yılında kabul edilen, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (I. BYKP/1963-1967) sağlık alanında, “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”un ilkeleri esas kabul edilmiştir. I. BYKP’ye göre; koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilecek, kamu sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesine çalışılacak, toplum hekimliği eğitimine önem verilecek, sağlık personelinin ülke düzeyinde dengeli dağılımı sağlanacaktır. Ayrıca özel sektör hastane kurmaya teşvik edilecek, yerli ilaç

---

<sup>55</sup> Ali Doğu Keskin, “Yurdumuzda Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi (1960-1971), (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Türkiyat Araştırmalar Enstitüsü, İstanbul, 2002, s. 8-9.

sanayi teşvik edilecek, hastanelerin döner sermayeli kuruluşlar haline gelmesinin araştırılması sağlanacak ve sağlık sigortasının kurulması için gerekli adımların atılmasına çalışılacaktır.<sup>56</sup>

Pilot il olarak seçilen Muş'ta 1 Ağustos 1963 tarihinden itibaren 19 sağlık ocağı ve 35 sağlık evi kurularak Kanun'un uygulanmasına başlanmıştır. Bu uygulamanın, BYKP'ler çerçevesinde 1984 yılına kadar tüm illeri kapsaması hedeflenmiştir. Ancak 1969 yılında çıkarılan 1175 sayılı kanunla hedeflenen 15 yıllık süre 7 yıl daha uzatılarak 22 yıla çıkarılmıştır. Sosyalleştirmenin en yoğun olarak uygulandığı 1963-1971 yılları arasında 67 ilden 25'i sosyalleştirilmiştir. Sosyalleştirme kapsamındaki il sayısı 1964'te 6 (Muş'a ek Ağrı, Bitlis, Hakkari, Kars, Van), 1965 ve 1966'da 12 (ilk 6 ile ek Diyarbakır, Erzincan, Erzurum, Mardin, Siirt, Urfa), 1967'de 17 (daha önceki 12 ile ek Adıyaman, Bingöl, Elazığ, Malatya, Tunceli)'dir. Böylece 1967 sonuna kadar doğu illerinin sosyalleştirilmesi tamamlanmıştır. Sosyalleştirilmiş il sayısının 1968'de 22, 1969'da 24 ve 1970 yılında da 25 olduğu görülmektedir.<sup>57</sup> 1960 öncesi sağlık hizmeti uygulamalarıyla kıyaslandığında sosyalleştirmenin uygulandığı ilk yıllarda (1963-1966) çeşitli güçlüklerle rağmen başarılı olduğu yorumu yapılabilir de, daha sonraki yıllar için aynı yorum yapılamamaktadır.

Aşağıda sıralanan nedenler sosyalleştirmede bir takım güçlüklerin yaşanmasına ve istenen başarının elde edilememesine gerekçe gösterilmektedir.<sup>58</sup>

- İlk yıllardakinin aksine daha sonraki yıllarda sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin gereğine inanmayan bazı sağlık bakanları ve üst düzey yöneticilerle birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini anlamayan hükümetlerin görev yapması (Örn: Sağlık ocakları, hastane ve sağlık merkezleri yanında niteliksiz hizmet veren kurumlar olarak kalmışlar, uzun yıllar ocakların çoğuna hekim atanmamıştır),
- Sağlık ocakları ile hastaneler arasında gerekli işbirliği kurulamamış olması,
- Sosyalleştirmeye uygun sağlık personelinin yetişmesinde, atanmasında ve çalıştırılmasındaki yetersizlikler (Örn: hastane ve sağlık ocaklarına yeteri kadar hekim atanmamıştır),
- Hekim ve diğer sağlık personelinin fakülte ve okullarda hizmetin gerektirdiği şekilde yetiştirilmemiş olması,
- Hizmet için verilmesi kanun gereği olan ödeneklerin hiçbir zaman yeteri düzeyde verilmemiş olması dolayısıyla daima araç, gereç ve ilaç sıkıntısı çekilmesi,

<sup>56</sup> Kerman, a.g.e., s. 22-23.

<sup>57</sup> TTB, "On Soruda 224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun", Toplum ve Hekim, Cilt: 16, Sayı: 1, Ocak-Şubat 2001, ss. 28-33, s. 28.

<sup>58</sup> Kerman, a.g.e., s. 82-83; Fişek, "Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde..." a.g.m., s. 4.

- Sağlık yönetimi ve denetleme ilkesinin yerleşmemesi (Örn: Bakanlık ve il düzeyinde yönetim yetersiz kalmış, sağlık ocaklarını denetleyecek sağlık grup başkanlıkları çoğu yerde kurulamamış, kurulsada etkili olamamıştır),

- 1965 yılında kabul edilen Devlet Personel Kanunu ile hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sözleşmeyle çalıştırılması ilkesinin yürürlükten kaldırılmasıyla tam süre çalışma ilkesinin uygulanamamış olması,

- Sağlık teşkilatının il içinde bir bütün olarak yönetileceği ilkesine önem verilmemiş, genel yönetim içinde görülmüş olması ve sonunda da ilçelerde sağlık personelinin kaymakam emrine verilmiş olması.

Kanun gereği kırsal bölgelerde hizmete ağırlık verildiği için, kentsel bölgelerdeki hizmet sunumunda aksaklıklar yaşanması ve Kanun'un 17. maddesinin ruhuna aykırı hareket edilerek, bir ilde alt yapı, ekipman ve personel eksiklikleri tamamlanmadan sosyalleştirilme yapılmaya çalışılması ve o ilde işlemin yarım bırakılarak başka ilin sosyalleştirilmesine geçilmesi, eleştirilen noktalar olmuştur.<sup>59</sup>224 sayılı kanunun daha önce belirtildiği gibi hem 1978 yılında yayınlanan ve temel sağlık hizmetleri anlayışının formüle edildiği Alma-Ata Bildirgesi ile hem de uluslararası düzeyde halk sağlığı politikalarını belirleyen diğer iki belgeyle uyumlu olduğu belirtilmektedir. Bunlar, 1984 yılında Avrupa Bölgesi için belirlenen 2000 Yılı Herkes İçin Sağlık Hedefleri ve 1998 yılında oluşturulan Sağlık 21 Hedefleri'dir. Alma-Ata Bildirgesi'nin 4. önerisine göre sağlıkla uzak yakın ilgisi olan sektörlerin katkıları tam olarak sağlanmalı; 5. önerisine göre ülkenin sağlık hizmetleri, en çok görülen sağlık sorunlarına yönelik örgütlenmeli; 6. önerisine göre sağlık hizmetleri yerel düzeyde, geniş kapsamlı ve entegre biçimde örgütlenmeli; 9. önerisine göre devletin etkin bir temel sağlık hizmeti kurup işletmesi için çeşitli meslek gruplarını içeren bir ekip kurulmalı; 10. önerisine göre hükümetler, özellikle hekim ve hemşirelerin topluma hizmet edecek şekilde, toplumsal ve teknik yönden eğitilmesini sağlama ve çalışmalarını denetleme görevini yerine getirmeli; 11. önerisine göre hizmeti sunanların görevleri özendirici kılınmalı ve hizmete bağlılığı sağlanmalı; 13. önerisine göre temel sağlık hizmetlerinden başarı elde edebilmek için sağlık hizmetinin tüm kademelerinde her an yeterli malzeme ve gereç bulundurulmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Herkes İçin Sağlık Hedefleri'nin 26.sına göre ülkeler, temel sağlık hizmetlerine dayalı olan, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerle desteklenen basamaklı bir sağlık sistemi kurmalıdır. 29. hedefe göre, temel sağlık hizmetleri sistemleri ekip çalışmasına dayanmalı, sağlık hizmetleri toplumsal katılımı ve işbirliğini sağlayacak şekilde formüle edilmeli; 36. hedefe göre personelin planlama, eğitim ve kullanımı temel sağlık bakımına yönelik olmalıdır.

---

<sup>59</sup> Keskin, a.g.e., s. 115.

Sağlık 21 Hedefleri'nin 14.süne göre 2020 yılına kadar bütün sektörler sağlıkla ilgili sorumluluklarını belirleyip üstlenmeli, bunun için de sektörler arasında işbirliği sağlanmalı; 15. hedefe göre 2010 yılına kadar üye ülkeler ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleriyle bütünleşen kapsamlı bir temel sağlık hizmetleri sistemi kurmuş olmalıdır. Temel sağlık hizmetleri sistemi çeşitli sektörlerden gelen değişik meslek sahiplerinden oluşan bir ekibe dayanmalıdır. 17. hedefe göre üye ülkeler eşitlik, dayanışma, etkinlik ilkelerine dayalı sürdürülebilir evrensel düzeyde kapsayıcı ve dayanışmacı bir finansman mekanizması kurmalıdır. 18. hedefe göre, üye ülkeler 2010 yılına kadar sağlık personeline sağlığı koruyup, geliştirecek bilgi ve becerileri kazandırmalı ve eğitim sistemleri buna göre düzenlenmelidir.<sup>60</sup>

#### **2.1.4. 1980-1990 Dönemi**

1980 yılından itibaren hızla uygulamaya sokulan neo-liberal politikaların etkisiyle devletin sosyal nitelikli hizmetlere ilişkin işlevlerinde önemli değişiklikler olmuştur. Kuşkusuz sağlık alanı da bu değişikliğin şiddetli bir şekilde kendini gösterdiği ve hala göstermeye devam ettiği alandır.

Neo-liberalizme göre, kamusal sağlık hizmetlerinde verimsizlik, etkinsizlik, yüksek maliyet gibi sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunların nedeni, devlet müdahalesidir ve çözüm de aşamalı bir özelleştirme süreci sonunda hizmetin serbest piyasaya mantığıyla üretilmesinde yatmaktadır. Türkiye'de 1980'den bu yana sağlık alanında yaşanan gelişmeler, devletin sağlık hizmetlerini aşamalı olarak özel sektöre aktarmasından çok, devletin bizzat özel kesimin desteklenmesinde aktif rol alması biçiminde olmuştur.<sup>61</sup>

24 Ocak Kararları ile başlayan dönemde ithal ikameci model terk edilmiş, ihracata yönelik kalkınma modeli benimsenmiştir. İhracata yönelik stratejinin temelini oluşturan ticaretin serbestleşmesi hedefinin gerçekleşmesi için ulusal kaynak tahsisinin, ithal ikamesi yaklaşımında olduğu gibi salt iç talep tarafından değil, uluslararası talep tarafından belirlenmesine izin verilmesinin zorunlu olduğu savunulmuştur. Bu bağlamda, ihracata yönelik strateji, devletin küçültülmesi ve bütün ekonominin serbestleştirilmesi politikası çerçevesinde dile getirilmiş ve kapitalizmin dünya ölçeğinde yaşadığı bunalıma çözüm olarak önerilmiştir. Sonuç olarak ithal ikamesinin terk edildiği dönem, ekonomik ve siyasal ilişkilerin yeniden tanımlandığı ve gelişmekte olan ülkelerdeki sosyal devletin de tasfiye edildiği bir sürece denk gelmiştir.<sup>62</sup> İdeolojisi neo-liberalizm olan “yeni dünya düzeni”nde artık sermaye, sosyal devlet olarak şekillenen yapıya karşı

<sup>60</sup> TTB, “On Soruda 224.”, a.g.m., s. 31-32.

<sup>61</sup> Soyer, a.g.m., s. 302.

<sup>62</sup> İlker Belek ve Onur Hamzaoğlu, “Son Yirmi Yılda Sağlıktaki Değişim: 12 Eylül Rejiminin Yarattığı Olumsuzluklar”, Toplum ve Hekim, Cilt: 15, Sayı: 4, Temmuz-Ağustos 2000, ss. 265-277, s. 265-266.

yerine getirdiği sorumluluklarını reddeder ve sağlık hizmetlerine de yansıyan vergi ya da prim yollu katkılarını sürdürmek istemez olmuştur.<sup>63</sup> 12 Eylül Darbesi'nin getirdiği siyasal ortamın başarısı olarak değerlendirilebilecek ihracata yönelik strateji döneminde emek ile sermaye arasındaki bölüşüm ilişkisi emek aleyhine bozulmuştur. Çünkü ihracatın teşvik edilmesi, Türk parasının değerinin düşürülmesi, pazarın daraltılması ve üretim girdilerinin ucuzlatılması gibi ihracatı arttırılabilmeyen önemli araçları, ücretlerin düşürülmesi, tarım ürünü fiyatlarının ve sanayi üretiminde kullanılan hammadde ve ara ürün fiyatlarının ucuzlatılması sonuçlarını doğurmuştur. Nitekim, yıllık gerçek net ücretler 1981'de % 8.6, 1982'de % 10.3, 1983'te % 5.3 olmak üzere düzenli biçimde azaltılmıştır.<sup>64</sup>

1980 sonrasında benimsenen neo-liberal politikalar sağlıkta sosyalleşirmenin gerektirdiği makroekonomik ortamı tamamen bozmuş, bölgeler ve kırsal kent arasındaki gelir dağılımı eşitsizlikleri, yoksulluk sınırı altında yaşayanların oranı, işsizlik oranı artmış, sosyalleştirme yerine özelleştirme politikası benimsenmiştir. 224 sayılı kanunda kendi sağlık ocaklarına başvuranların yararlanacakları hizmetlerin parasız olduğu belirtilmiş olmasına rağmen, birinci basamak sağlık kurumlarının hizmetlerinin paralı olarak sunulmaya başlanması da, özellikle birinci basamak hizmetlerine daha çok gereksinimi olan dar gelirli grupların hizmet kullanımını engelleyici ve eşitsizlikleri arttırıcı etki yaratmıştır.<sup>65</sup>

Günümüzde yürürlükte olan 224 sayılı kanun, hiçbir zaman tam olarak uygulanamamış olsa da 1980'lerin ortalarına kadar Türkiye'de sağlık sektörünün örgütsel boyutunu belirlemede önemli işlev görmüştür.<sup>66</sup>

Ancak sağlıkla ilgili hemen her kanunda yaşanan tartışmalar bu kanun için de geçerliliğini korumaktadır. Sağlıkta özelleştirmeyi savunan kurum ve kişiler sosyalleştirme kanununa karşı çıkan çevreyi oluşturmaktadır. Kanun'un eskiliği, kırsal nüfusu çoğunlukta olan 45 yıl öncesinin Türkiye'sine ait olması bu karşı çıkışa gerekçe gösterilmekte, bugünkü kentleşmiş toplumumuz için yeni düzenlemelerin gerektiği ileri sürülmektedir.

224 sayılı kanunun yanında olanlara göre ise sosyalleştirme savunulmalıdır; çünkü sosyalleştirme sağlık ocaklarında parasız hizmet, entegre hizmet, ekip hizmeti nüfusa orantılı hizmet, koruyucu sağlık

<sup>63</sup> Ata Soyer (2002), *Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sağlıkta Değişim*, Erişim: 03.01.2006, [http://www.ato.org.tr/dergi/2002\\_kis\\_ilkbahar/12.html](http://www.ato.org.tr/dergi/2002_kis_ilkbahar/12.html)

<sup>64</sup> Belek ve Hamzaoğlu, a.g.m., s. 266.

<sup>65</sup> TTB, "On Soruda 224.", a.g.m., s. 32.

<sup>66</sup> Ata Soyer ve İlker Belek, "Türkiye'de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme", *Kapitalizm, Sosyalizm ve Sağlık*, (Der. Ata Soyer), Öteki Yayınevi, Ankara, 1998, s. 254.

hizmetine öncelik ve önem, gezici hizmet, personelin sürekli eğitimi, toplum katılımı, sevk sistemi, tam gün prensiplerini kapsamaktadır; sosyalleştirmenin örgütlenme ilkeleri uluslararası düzeyde halen geçerlidir ve bu ilkeler sağlık hizmetlerinin giderek devlet denetiminden ve kamusalıktan çıkarıldığı dönemde herkesin sağlık hakkını eşit şekilde gerçekleştirmek açısından -eksik olsa da- vazgeçilmez koşullardır.<sup>67</sup>

1980'lere gelinceye kadar Türkiye sağlık sektörünün temel paradigması devletçilik/kamuculuk olarak biçimlenmiş ve sağlık 1961 Anayasası'nda devletin sorumluluğunda bir alan olarak tespit edilmişken, 1980'den itibaren 12 Eylül Rejimi'nin ekonomik tercihleriyle uyum sağlayacak şekilde devletçi paradigma değişikliğe uğramış, özel sağlık sektörünün kamu fonlarının özel sektöre aktarılması yoluyla desteklenerek geliştirilmesi politikası benimsenmiş, özelleştirmeye "Beş Yıllık Kalkınma Planlarında" temel strateji olarak yer verilmeye başlamış ve 1990'ların başında da Sağlık Bakanlığı'nın üzerinde çalışmaya başladığı bir proje durumunu almıştır.

1982 Anayasası ile sağlığı bir hak olarak görüp devlet güvencesi altına alan anlayış bırakılmış, devletin düzenleyici ve denetleyici konumu tanımlanmıştır. 1980 sonrasında sağlık hizmetlerinde özel sektörün etkisinin arttığı rakamlarla da ifade edilmektedir. Buna göre 1980'de 91.2 milyar TL. olan özel sağlık harcamaları 1996'da 198 trilyon TL.'ye ulaşmıştır. Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 1980'de % 48.6' dan 1981'de % 53.8'e, 1984'te % 56.1'e çıkmış, 1988'den sonra ise gerilemiştir. 1993'te % 31.8 olmuş, 1996'da da % 36'ya yükselmiştir.<sup>68</sup>

Özel kesimin sağlık alanındaki faaliyetlerinin 1980'lerle birlikte artması, dünyadaki dalgalanmaların Türkiye'ye de bir yansımasıdır. Siyasi ve ekonomik dalgalanmalara yön veren uluslararası kuruluşların da önemli aktörler olarak bu yıllarda ve özellikle de 1990'larda geliştirdikleri düzenlemelerle gelişmekte olan ülkelerin kalkınmalarında rol oynadıkları bilinmektedir. İşte Dünya Bankası da, adeta uluslararası alanda sağlık konusunda yetkili bir kuruluş olan Dünya Sağlık Örgütü'nü etkisizleştirecek kadar, sağlığa ilişkin teknik politikalar üretir ve bunları gelişmekte olan ülkelere "yapılması gerekenler listesi" halinde sunar duruma gelmiştir. Nitekim Banka, 1987 yılında yayınladığı "Financing Health Services In Developing Countries" (Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı) adlı raporunda; Türkiye benzeri ülkelerde sağlık hizmetlerinin özel teşebbüs eliyle yürütülmesinin gerektiğini savunarak, bu yolda teşvik edici bir program teklif etmiştir.<sup>69</sup> Söz konusu

<sup>67</sup> TTB, "On Soruda 224.", a.g.m., s. 32-33.

<sup>68</sup> Soyer ve Belek, a.g.m., s. 255.

<sup>69</sup> Erdal Sargutan, Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi, Sağlık-İş Yayınları, Ankara, 1993, s. 29



raporda sağlık hizmetlerinin finansmanı için birbiriyle yakından ilişkili dört politika bir paket halinde önerilmiştir. Bu reform nerileri<sup>70</sup>

i) Kullanıcıların özellikle ilaç ve tedavi bakım hizmeti karşılığında ücret ödemesi (yani kullanııcıdan katkı payı alınması),

ii) Sigorta sağlanması,

iii) Hükümet dışı kaynakların (kâr amacı gütmeyen gruplar, özel hekim, eczacı ve pratisyen hekim gibi) etkin kullanılması,

iv) Sağlık hizmetlerinin desantralize edilmesi biçiminde ifade edilmiştir. Ayrıca devletin sağlık sektörünü daha etkin yapmak konusunda sözü olmadıkça, finans politikalarında reforma gitmenin pek etkili olmayacağı da belirtilmiştir.

Sağlıkta zelleştirme kavramı, kamu mülkiyetindeki kurumların, mülkiyet olarak özel sektöre devredilmesinden öte daha geniş kapsamlı değişimleri ifade etmektedir. Dünya Sağlık rgt de özelleştirmeyi, özel sektör hizmet sunumunu ve finansmanını yaygınlaştıran, kolaylaştıran ve uyaran hükümet politikaları olarak tanımlamıştır. Sağlık harcamalarının azaltılmasını hedefleyen sağlıkta zelleştirme faaliyetleri çeşitli biçimlerde gerçekleştirilmektedir. Kurumsal varlıkların satılarak parça parça ya da toptan özelleştirilmesi, kullanıcı katkısı alınması, kamu sektörü tarafından sunulan hizmetin özel sektöre ihale edilmesi (rneğin hastanelerde yardımcı, yönetsel ve klinik hizmetlerin ihale edilmesi), özel sektörün çeşitli mali yöntemlerle (vergi indirimi, gümrük muafiyeti vb.) desteklenmesi yaygın zelleştirme türleridir.<sup>71</sup>

Kullanıcı katkıları, bazı grupların sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğini olumsuz yönde etkileyebilecektir. Bu durumda sadece gereksiz kullanımlar değil, gerekli kullanımlar da engellenmiş, eşitsizlikler derinleştirilmiş olacaktır. Ayrıca kullanıcı katkılarıyla elde edilen kaynakların tekrar sağlık bakımı için kullanılmama olasılığı da vardır.<sup>72</sup> Katkı payı uygulamasına ek olarak; özel sektörde kr için gereksiz ve pahalı olan klinik müdahalelerin tercih edilmesi ve bunun da tıbbi maliyet enflasyonuna sebep olması; özel sektörün koruyucu hizmetlerde olduğu gibi yaşlılara, zrllere, akıl hastalarına yönelik bakımevleri vb. kr getirici özelliği bulunmayan alanlardan çekilip estetik cerrahi, güzellik merkezi gibi cazibesi olan alanlara yönelmesi;

<sup>70</sup> WB, A World Bank Policy Study, Financing Health Services In Developing Countries: An Agenda for Reform, The World Bank, Washington D.C., U.S.A., Nisan 1987, s. 2-9.

<sup>71</sup> Soyer ve Belek, a.g.m., s. 251-253; Fahrettin Tatar, "zelleştirme ve Sağlık Hizmetleri: Teori ve Uygulama", Amme İdaresi Dergisi, Cilt: 30, Sayı: 2, Haziran 1997, ss. 73-89, s. 76, 83.

<sup>72</sup> Tatar, "zelleştirme ve Sağlık...", a.g.m., s. 85-86.

yatırımların, tıbbi cihazların ve sağlık personelinin büyük şehirlerde yoğunlaşmasının bölgelerarası eşitsizlikleri arttırması; özel sektörün kamu kaynaklarını çekmesi; eğitim ve araştırma alanından çekilmesi; özel sağlık kuruluşlarının çeşitli branşlarda uzmanlaşma yoluna giderek (el cerrahi, radyoloji, fizik tedavi gibi) kendi alanlarında ve ilaç, tıbbi cihaz alanında tekel haline gelmesi, özelleştirmenin diğer olası olumsuz etkileri olarak sayılmaktadır.<sup>73</sup>

Sargutan, özelleşmenin tek tek tüm bireylerin ve sonuçta toplumun değil, sadece bazı özel grupların beklentilerine uygun olduğunu, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü yayınları da dahil olmak üzere, konuya ilişkin birçok yayında özelleştirme uygulamalarının yapıldığı Filipinler, Güney Kore, Malezya, Nepal, Şili, Arjantin, Meksika gibi ülkelerde sağlık hizmetlerinin bozulduğunun ve finansmanın tıkanığının anlatıldığını ifade etmiştir.<sup>74</sup>

#### **2.4.1.1. Milli Güvenlik Konseyi Dönemi**

12 Eylül'ün ilk politik ve ekonomik karar ile uygulamaları arasında 1978 yılında çıkarılan ve kamuda çalışan sağlık personelinin özlük haklarını düzenleyen *Tam Gün Kanunu* 'nun kaldırılması ve 2514 sayılı *Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun* (1981), daha sık bilinen adıyla "*Mecburi Hizmet Kanunu*" ile, hekimlere dört yıllık zorunlu hizmet getirilmesi bulunmaktadır.

1980 yılı sonunda alınan bir Bakanlar Kurulu kararıyla, sağlık yatırımları teşvik kapsamına alınmış, sağlıkta kamu fonlarının özel sektöre akıtılması dönemi başlatılmıştır. 1983 yılında da, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda döner sermaye uygulamaları yasalaşmıştır. Bu adımlar, kamu sağlık kuruluşlarının ticari bir anlayışla işletilmesi sürecini başlatmıştır. Finansmanı halktan alınan ek primlerle sağlanacak "Genel Sağlık Sigortası" ile ilgili yoğun çalışmalar da bu dönemde başlatılmış, ancak tamamlanamamıştır.

Bu dönemde, Türk Tabipleri Birliği (TTB), Tüs-Der, Has-İş, Devrimci Sağlık İş vb. sağlıkla ilgili demokratik örgütler kapatılmış, TTB Başkanı Erdal Atabek 3 yıl cezaevinde kalmış, TTB yöneticilerine "gizli örgüt" üyesi olmaktan dava açılmıştır. Sınırlı yetkiler içeren

---

<sup>73</sup> Ayşe Yiğit Şakar, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları", (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1999, s. 112-114.

<sup>74</sup> Sargutan, a.g.e, s. 50, 63.

TTB Kanunu ve diğer meslek örgütleri kanunları, 1982 Anayasası'nda yapılan değişikliklere paralel olarak değiştirilmiş, yetkiler daraltılmış, üzerlerine devlet vesayeti getirilmiştir.<sup>75</sup>

Hekim sayısını acilen arttırmak için YÖK aracılığıyla gecekondtu tıp fakülteleri kurulmuş, mevcut fakülteler kapasitelerinin çok üzerinde öğrenci almaya zorlanmıştır. Yetersiz, niteliksiz hekimlerle öğretim üyeleri ve hekim işsizliği de bu yanlış uygulamanın katlanılmak zorunda kalınan bedelleri olmuştur ve olmaya da devam etmektedir. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanunu, Organ Nakli Kanunu, Adli Tıp Kurumu Kanunu, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, Kan ve Kan Ürünleri Kanunu bu dönemde çıkarılan kanunlardır.<sup>76</sup>

#### **2.4.1.1.1. Tam Gün Kanunu**

Tam Gün Kanunu'nun ücret ve mali düzenlemeler ile ilgili hükümleri yürürlükten kaldırılırken, çalışma süresi ile ilgili (diğer memurlara kıyasla günde 1 saat fazla çalışma) hükümler aynen korunmuştur. Tam gün çalışmanın gereksinim olduğu gerçeği ilk kez 1963 yılında, yani sosyalleştirme döneminde anlaşılmıştır. Çünkü sosyalleştirmenin tüm ülkeyi kapsamaması halinde hekimlerin tüm mesailerini bir hizmet için harcamaları, kamu hizmetleri dışında bir başka uğraştan uzak durmaları gerekmektedir. Özellikle kamu hizmetlerinin yanı sıra mesleklerini serbest olarak icra etme isteklerinin kesin olarak yasaklanması zorunluydu. 224 sayılı kanuna göre ortalama 7.000 nüfusa bir sağlık ocağı düşüyordu, bu sağlık ocağında bir ya da iki hekimle, bir diş hekimi görev yapacaktı. Bu hekimler, ocağa bağlı olan 7.000 kişinin sağlık hizmetlerinden sorumlu olacaktı. Dolayısıyla az olan hekim sayısının ülke geneline dengeli dağılımını sağlayarak herkese sağlık hizmeti ulaştırabilmek için hekimlerin kamuda tam gün hizmet vermeleri gerekli görülmüştür. Bu hekimlere ayrıcalıklı olarak verilen aylıklar, hizmetlerinin karşılığı olarak kararlaştırılmıştı.

1965 yılında iki tam gün kanunu yürürlüğe girmiştir. Bunlardan ilki, Sağlık Bakanlığı eğitim hastaneleri uzmanları için kabul edilen 641 sayılı kanundu. Bu kanun ile hekimlerin sözde serbest meslek icra etmesi yasaklanıyor ve bu uzmanlara o zamanki aylıklarının üç katını bulan ek ödenekler veriliyordu. Bu düzenleme sosyalleştirme kanununun 3. maddesinde kamuda çalışan hekimler için öngördüğü serbest meslek icra etme yasağından çok farklı olmamıştır. Farklı olan, bunun yanı sıra

---

<sup>75</sup> Ata Soyer, "1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?", Toplum ve Hekim, Cilt: 15, Sayı: 4, Temmuz- Ağustos 2000, ss. 259-264, s. 259-260.

<sup>76</sup> Özgür Sevinç, *12 Eylül ve Sonrasında Sağlık*, Erişim: 26.01.2006, [http://vmm.net/ozgurce/dosva/vavin/12\\_eylul.pdf](http://vmm.net/ozgurce/dosva/vavin/12_eylul.pdf)

kanunun öngördüğü uygulamaydı. Eğitim hastanelerinin şefleri ve şef muavinleri, tam gün uygulamasının öngördüğü mesainin bitimi olan saat 16'dan sonra, bağlı buldukları kurumları adına özel muayene yapabilecekler ve bu özel muayene için hastaların yapacakları ödemenin % 70'i de ilgili şef veya muavine ödenecekti. Bu mesai dışı muayene, daha sonraları mesai dışı ameliyatlara da dönüşmüştür.

Tam süre çalışma ilkesini halkın gözünde güvenilmez duruma getiren bu yozlaşma, daha sonra tıp fakültelerince de benimsenmiş ve döner sermaye ismi ile mesai saatleri içinde vatandaştan ayrıca para talep eden sistem, üniversiteler kanununa eklenmiştir. Sosyal Sigortalar Kurumu'nun (SSK) hekim işgücünden daha fazla yararlanmak için desteklediği, SSK hekimleri için yürürlüğe sokulan 1965 tarihli 672 sayılı kanun da ikinci bir tam gün kanunuydu. Ülkenin o yıllarda içine düştüğü enflasyon sorunu bu kanunu yürürlükten kaldırmaya da fiilen yok etmiştir.<sup>77</sup>

1978 yılında tekrar çıkarılan tam gün kanununun akıbeti de kendisinden öncekilerden farklı olmamıştır.

Milli Güvenlik Konseyi hükümeti döneminde kaldırılan kanunun olumlu sonuçlar doğurduğundan bahsedilmektedir. Kanunun yürürlüğe girmesiyle uzman hekimler kamu hizmetini terk etmemiş, hatta sayılarında kanundan önceki döneme göre artış saptanmıştır. Bu bağlamda, ana sağlık personelinin mesaisi haftada 10 saat artmış, verimsiz mesailer verimli hale gelmiş; hekim yokluğundan yıkılma durumuna gelen sağlık ocaklarında hekim doluluk oranı % 30'dan % 90'a yükselmiş; nöbet hizmetleri ve acil vaka çağrıları angarya hizmetler olmaktan kurtulmuş ve gece hizmetlerine düzen gelmiş; mesai dışı ödemelerin sağlanması sayesinde başta hekimler olmak üzere birçok sağlık personeli hizmetinde vardiya uygulaması son bulmuş; çok sayıda personel tasarrufu sağlanmış; pratisyen hekimlik hizmetleri, istenmeyen hizmetler olmaktan kurtulmuş; üç büyük il dışındaki üniversite tıp fakültelerinde temel bilim öğretim üyesi bulma sıkıntısı azalmış; ülkenin yoksul kesimlerinde çalışanlara hizmetleri karşılığında ek ödemeler olanağı doğmasıyla, bu hizmetlere eleman bulma sıkıntısı giderilmiştir. Aynı ünite içinde, personelin aynı işte farklı değerlendirilmesinden doğan karışıklık da son bulmuştur.

Bazı akademisyenler tarafından sağlık hizmetlerinin kamu sağlık hizmet birimlerinde ve ülke genelinde verilmesini amaçlayan bir anlayışta tam gün uygulamasının bir zorunluluk olduğu,

---

<sup>77</sup> Tonguç Görker (Nisan-Mayıs-Haziran 1999), *Tam Gün Yasası Zorunlu*, Erişim: 25.01.2006, [http://www.ato.org.tr/dergi/1999\\_2/dosya3.html](http://www.ato.org.tr/dergi/1999_2/dosya3.html)

özelleştirmenin benimsenmiş olduğu bir anlayışta ise böyle bir kanuna gerek bile olmadığı; çünkü özel sektörün zaten tam gün çalıştırma eğiliminde olduğu dile getirilmiştir.<sup>78</sup>

Bazı akademisyenler de Tam Gün Kanunu'nun aksaklıkları giderilerek uygulanması gerektiği yönünde görüş bildirmişlerdir. Örneğin; hekim sayısı artık az değil, hatta ihtiyacın üstündedir. Bu nedenle tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısının arttırılmasından vazgeçilmeli ve nitelikli hekim yetiştirilmesi önemsenmelidir. Ücretlerin enflasyonun karşısında erimesi engellenmelidir. Bu tür önlemler alındığı ve siyasal kararlılık gösterildiği takdirde Tam Gün Kanunu'nun faydalı olacağı savunulmaktadır.<sup>79</sup>

#### **2.4.1.1.2. Mecburi Hizmet Kanunu**

1981 yılında kabul edilerek yasalaşan ve yürürlüğe konulan 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun (Mecburi Hizmet Kanunu) 1986 yılına kadar uygulanmış, ortaya çıkan aksaklıklar nedeniyle 1986 yılında Kanun'un bazı maddeleri değiştirilmiştir. Kanun yeni şekliyle 8 yıl yürürlükte kalmış, zamanla zorunlu hizmet uygulamasının ülkenin sağlık sorunlarına hiçbir yarar sağlamadığı; tersine genç hekimlerin insan haklarını kısıtladığı, onları bedensel, rahatsızlıklara ve ruhsal bunalımlara sürüklediği, yıllarının yitimine yol açtığı görülmüş ve mecburi hizmet uygulaması 1994 yılında kaldırılmıştır. Ancak Kanun yürürlükten kaldırılmamış, mevcut aksaklıklar ve eşitsizlikler nedeniyle 27.03.2002 tarihine kadar askıya alınmıştır.

Tabip Odalarına göre, 12 Eylül Rejimi'nin yarattığı ortamla uyumlu, antidemokratik ve insan haklarına aykırı olan Mecburi Hizmet Kanunu; tıp öğrencilerinin parasız yatılı okutulması diye bir olanak söz konusu olmamasına karşın, fakülteyi bitiren her hekim iki yıl ve uzman olan her hekim ek iki yıl devlet hizmetine zorlanmaktadır. Bu süre içinde hekim ne yurt dışına gidebilmekte, ne diplomasını alabilmekte, ne de herhangi bir biçimde zorunlu hizmetini kaldırabilmektedir.<sup>80</sup>

Mecburi hizmet uygulamasının durdurulmasından 7 yıl sonra, 27 Mart 2002 tarihinden itibaren yeniden uygulanacağı haberi, Kanun'a yönelik eleştirileri yeniden gündeme getirmiştir. Sağlık Bakanlığı, hekimlerin dağılımının eşit olmaması, bazı bölgelere hekimlerin gitmemesi nedeniyle o bölgelerdeki insanların mağduriyetinin giderilmesi gerekçesiyle Kanun'un yeniden uygulanacağını belirtmiştir.<sup>81</sup> Kanun'un uygulandığı yıllar boyunca ülkenin sağlık sorunlarını çözmeye yönelik ciddi

<sup>78</sup> Görker, a.g.m., [http://www.ato.org.tr/dergi/1999\\_2/dosya3.html](http://www.ato.org.tr/dergi/1999_2/dosya3.html)

<sup>79</sup> Özlem Kurt ve İlknur Uçar (1999), *Prof. Dr. Nevzat Eren 'le Söyleşi*, Erişim:

<sup>80</sup> *Hekimlere Mecburi Hizmet Uygulaması* (7 Mart 2002),

Erişim: 25.01.2006, <http://www.ttb.org.tr/TD87/9.php.3>

<sup>81</sup> Yıldırım Gülhan, Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Üzerine, Erişim: 29.01.2006,

bir adım atılmadığı ve devlet bütçesine ağır personel yükü bindiği ifade edilmiştir. Sorumluluğun tümünden hekimlik mesleğine yüklendiği ve hekimlerin temel hakları kısıtlanmış ucuz işçi durumuna sokulduğu, sadece belirli bir grup sağlık personeline uygulanmasının eşitlik ve adalet ilkelerine aykırı olduğu, görevlendirme yöntemi olan kuranın güvensizlik, kuşku ve huzursuzluk yaratacağı, tıp fakültelerine müracaat edenlerin kalitesinde belirgin bir düşme oluşacağı getirilen eleştiriler arasındadır.<sup>82</sup>

TBMM'nin 10 Temmuz 2003 tarihli toplantısında kabul edilen ve 24 Temmuz 2003 tarihli 25178 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile, tepkiler alan ve geri çekilmesi istenen Mecburi Hizmet Kanunu yürürlükten kaldırılmıştır. Ancak 4924 sayılı kanunla birlikte gündemde, sağlık personeline yüksek maaşlı; fakat güvencesiz bir iş ortamı yaratıldığı haberleri yer almaya başlamıştır.<sup>83</sup> 2005 yılında tekrar geri getirmek isteyen hükümet, sağlık politikalarını hazırlıksız ve temelsiz ortaya sürmekle, sağlığı kamusal bir hizmet olarak görmemekle eleştirilmiş ve hükümetin, hekimlerin istihdam modelini değiştirmeye çalışarak hekimleri önce iş güvencesiz, sözleşmeli çalışmaya mahkum etmek, sonra da ucuz işgücüne çevirmek istediği tezleri ileri sürülmüştür.<sup>84</sup>

21 Haziran 2005 tarihinde kabul edilen 5371 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet Ve Şuabatı San 'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'la<sup>85</sup> 15.5.1987 tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na eklemeler yapılmış ve mecburi devlet hizmeti yükümlülüğü getirilmiştir. Kanunla devlet hizmeti süresi, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (DPT) tarafından hazırlanan ilçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasına göre 300 ila 600 gün arasında kademelendirilmiştir.

Bu kademelendirmeye göre örneğin; İstanbul, Ankara ve İzmir gibi birinci gruptaki ilçe merkezlerinde 600 gün olan devlet hizmeti süresi, en son basamak olan altıncı grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerlerinde 300 gün olacaktır. Böylece hekimler daha zorlu bölgelerde daha kısa süre

<sup>82</sup> *Tepki...Üniversiteler...Dernekler...* (7 Mart 2002),

Erişim: 25.01.2006, <http://www.ttb.org.tr/TD87/9.php.3>

<sup>83</sup> *Sözleşmeli Sağlık Personeli Yasası*, Erişim: 25. 01. 2006, <http://www.istabip.org.tr/gunce2/sozlesmedosya.asp>

<sup>84</sup> *Askeri Darbe Yasası Tekrar Geliyor!* (16.06.2005), Erişim: 25.01.2006, <http://www.ato.org.tr/basin/aciklamalari/20050616.php3>

<sup>85</sup> *Askeri Darbe Yasası Tekrar Geliyor!* (16.06.2005), Erişim: 25.01.2006, <http://www.ato.org.tr/basin/aciklamalari/20050616.php3>

görev yapabilecektir. Yeni düzenlemeyle, mecburi hizmeti kaldıran uygulamadan tamamen geri dönülmemiş, hekimlere daha yüksek ücretle sözleşmeli personel olarak veya Devlet Memurları Kanunu'na tabi olarak çalışabilme hakkı getirmiştir.<sup>86</sup>

Kanun'un karşıtı olanlar Mecburi Hizmet Kanunu'nun Anayasa'ya aykırı olduğunu, sağlık çalışanlarına “mecburi” kavramını getirmesinin yarar sağlamayacağını, çünkü insan sağlığının sadece sağlık personeli ile korunamayacağını, bölgesel eşitsizlikler düzeltilmeden sağlıkta eşitlik sağlanamayacağını ileri sürmüşlerdir. Onlara göre öncelikle hükümet kalkınmada öncelikli olan yörelerdeki sağlık merkezlerine yatırım yapmalı, hastane altyapısı ve donanımı dahil bütün ihtiyaçları tamamlamalı, çalışma koşullarını düzeltmeli ve iş güvenceli olmak kaydı ile özlük haklarını geliştirmelidir. Sağlık alanındaki düzenlemeler tarafların görüşü alınarak ve kamu yararı gözetilerek yapılmalıdır.<sup>87</sup>

Türk Tabipleri Birliği tarafından Kanun'un iptali için açılan davada Danıştay yürütmeyi durdurma kararı almış, Anayasa'ya aykırılık gerekçesi ile dosyanın Anayasa Mahkemesi'ne sevkine karar vermiş ve Anayasa Mahkemesi bazı maddeleri iptali ettikten sonra kanun tekrar uygulamaya konmuştur.

### **2.1.5. ANAP Dönemi**

Gerek 1983 Hükümet Programı, gerekse V. BYKP (1985-1989) ANAP'ın sağlığa yaklaşımını yansıtmaları bakımından önemli belgelerdir. Hükümet programında, bütün vatandaşların sağlık sigortasına kavuşturulması, herkesin istediği hastaneden faydalanmasını sağlayacak bir sistemin geliştirilmesi hedef alınmış, ilaç sektörünün ve özel sağlık müesseselerinin teşvik edileceği dile getirilmiştir. V.BYKP'de temel ilke, sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların en iyi şekilde, eşit, sürekli ve etkili bir şekilde faydalanmasının sağlanması olarak belirlenmiştir. Bu amaçla; sağlık sigortasına geçişi, sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliğinin artırılması için işletmecilik yönünden ele alınması, özel hastanelerin teşvik edilmesi, sundukları hizmetin karşılığı olan ücretlerin serbest bırakılması, serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak sağlık hizmeti sunma yoluna gidilmesi öngörülmüştür.<sup>88</sup>

---

<sup>86</sup> Doktorlara “Mecburi Hizmet” Geri Geliyor (29.01.2006), Erişim: 29.01.2006, <http://www.medimagazin.com.tr/haber/33294.html>

<sup>87</sup> Mecburi Hizmet, Erişim: 25.02.2006, <http://www.tus.com.tr/haber/oku.asp?ID=49>;  
Askeri Darbe Yasası Tekrar Geliyor! (16.06.2005), Erişim: 25.01.2006, <http://www.ato.org.tr/basin/aciklamalari/20050616.php3>

<sup>88</sup> Mecburi Hizmet, Erişim: 25.02.2006, <http://www.tus.com.tr/haber/oku.asp?ID=49>;  
Askeri Darbe Yasası Tekrar Geliyor! (16.06.2005), Erişim: 25.01.2006, <http://www.ato.org.tr/basin/aciklamalari/20050616.php3>

Soyer, hükümet programındaki, kalkınma planındaki ve önemli ölçüde Dünya Bankası ve IMF uzmanlarının hazırladığı çalışmaların kötü bir çevirisi niteliğinde olduğunu belirttiği bu dönem metinlerindeki ibareleri, kamu sağlık hizmetlerine bütçeden ayrılan payın azaltılması ve sağlığın sermayenin kâr alanı haline getirilmesi yönündeki ANAP sağlık politikasının örnekleri olarak değerlendirmektedir.<sup>89</sup>

ANAP döneminde DPT Müsteşarlığı'nın başlattığı çalışmaların belirleyicisi, Dünya Bankası'nın Türkiye'deki sağlık durumunu değerlendirmesini öngören 1987 tarihli bir anlaşma olmuştur. Avrupa herkese sağlık politikası ve hedeflerinin ilk kez kabul edildiği 1984 yılından bu yana üye ülkelerin pek çoğu ve bölgenin tamamı ulusal sağlık politikaları geliştirmek ve uygulamak konusunda değerli deneyimler edinmiş; Türkiye ise bu ülkelerin arasına göreceli olarak geç katılmıştır. 1980'lerin başında birkaç girişimde bulunul duysa da ancak 1980'lerin sonunda ilk adım atılmıştır.

Türkiye ulusal sağlık politikasıyla ilgili, herkese sağlık hedeflerini belirleyen ilk "Türkiye Ulusal Sağlık Politikası" taslak belgesi 1990 yılında hazırlanmış ve Dünya Sağlık Örgütü'ne sunulmuştur. Türk temsilcilerin de katıldığı uluslararası bir toplantıda, Dünya Bankası'nın, ülkelerde sağlık sistemlerini geliştirmek için yapacakları girişimleri destekleme niyeti açıklanmış ve toplantıya katılan görevliler Türkiye'ye döndükten sonra Sağlık Bakanlığı ve Müsteşarlık arasında, Dünya Bankası'nca Türkiye'deki sağlık durumunun değerlendirilmesini öngören bir anlaşma yapılmıştır. 1987 yılında yapılan değerlendirme, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirmeye yönelik bir başka anlaşmanın da yolunu açmıştır. Böylece, 1988'de ilk Dünya Bankası projesinin taslağı hazırlanmış, bir yıl sonra da anlaşma imzalanmıştır.<sup>90</sup>

ANAP döneminin en temel belgesi 7.5.1987 tarihinde kabul edilen 3359 sayılı *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*'dur. Bu kanun, yürürlükten kaldırılmamakla birlikte, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine ilişkin kanuna en büyük darbeyi vurmuştur. Bu kanunla, Sağlık Bakanlığı'na kamu ve özel sağlık kurumlarının düzenlenmesi görevi verilmiş, özel hekim ve sağlık kuruluşlarından yararlanma olanağı getirilmiş ve kamu sağlık fonlarının özel sağlık sektörüne akmasının önündeki engeller kaldırılmıştır. Kanunla Sağlık Bakanlığı'na sağlık personelinin meslekten men etmeye kadar varan yetkiler tanınmıştır. Devlete sağlık personelinin özel ya da kamu sağlık kuruluşlarında zorunlu hizmet yaptırma, yabancı sağlık personeli çalıştırılmasına izin verme,

<sup>89</sup> Soyer, "1980 Sonrası Sağlıkta ...", a.g.m., s. 260.

<sup>90</sup> Gül Ergör ve Zafer Öztekin (1996), *Türkiye 'de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi*, Erişim: 30.01.2006, [http://www.un.org.tr/doc/pdf/saglik\\_pol.pdf](http://www.un.org.tr/doc/pdf/saglik_pol.pdf), ss. 1-15, s. 1, 5.



sosyal güvenlik fonlarına el koyup yönlendirme yetkisi verilmiştir. Tüm kamu sağlık kurumları işletme haline getirilmiş; gerek özel gerekse kamu sağlık kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmış; sosyal güvencesi olan herkesin kamu ya da özel istediği sağlık kuruluşundan yararlanabilmesi olanaklı kılınmış ve çalışanların sözleşmeli olacağı belirtilmiştir.

Bu içeriğiyle Kanun kendisinden sonraki, kamu sağlık hizmetlerinin ticarileştirilerek piyasaya açılması ve devletin sağlık hizmetleri alanındaki sorumluluğunu terk etmesine yönelik tüm düzenleme girişimlerinin öncüsü olmuştur. Genel Sağlık Sigortası'na geçişe yönelik bir anlayışla hazırlanan ve toplumda açık bir tartışmaya sokulmaksızın, yukarıdan bir dayatma ile çıkarılan bu kanunda bir fon kurulması ve bu fonun başkanlığını Sağlık Bakanı'nın yapmasına da yer verilmiştir. Sağlık çalışanları örgütlerinin ve siyasi partilerin (özel olarak SHP'nin) tepkisi üzerine Anayasa Mahkemesi, Kanun'un bazı maddelerini sosyal devlet ilkesi ve personel rejimiyle bağdaşmadığı gerekçesiyle iptal etmiş, ANAP da bu kanunu uygulama olanağını önemli ölçüde yitirmiştir.

ANAP döneminin bir başka belgesi de “Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Kanunu”dur. Bu kanun ile bir Fon oluşturulmuş, her il ve ilçede Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları kurulmuş, bu vakıflar “fakir ve muhtaç” kişilere yardım etmeyi amaçlamıştır. Kanun'un arka plandaki amacıninsa, 1980 sonrası dönemde bozulan bölüşüm ilişkileri ve düşen sosyal harcamalar nedeniyle toplumda oluşan tepkileri azaltmak olduğu şeklinde değerlendirmeler yapılmıştır. Daha sonraları bu Fon uygulaması, “Fak-Fuk-Fon” gibi hafifseme içerikli bir ifade ile anılmaya başlanmıştır.<sup>91</sup>

Başka bir çaba da 1989'da Türkiye'de bir ulusal sağlık politikası geliştirilmesi çabasıdır. DPT'nin, 1988 yılında sağlık sektöründeki sorunları ve alternatif çözümleri belirlemek amacıyla yapmaya karar verdiği Master Planı, Price Waterhouse Şirketi'ne hazırlanmıştır. 1990 yılında tamamlanan çalışma, sektörün varolan durumunu kapsamlı olarak açıklamış ve sağlık hizmetlerinin *mevcut uygulamayı iyileştirmek, serbest pazar stratejisi, ulusal sağlık hizmeti stratejisi, bir ara strateji* gibi acil gereksinimlerini ortaya koymuştur. DPT, son seçenekte karar kılmıştır.<sup>92</sup>

Sonuç olarak ANAP dönemi, 2000'li yıllarda yaşama geçirilmeye çalışılan değişikliklerin temellerinin atıldığı dönem olmuştur. Öyle ki; 2000 yılında gazetelere manşet olan “SSK'nın sağlık hizmeti üreten değil, satın alan bir müessese olması” anlayışının, daha 21 yıl önce, SSK 40. Genel Kurulu'nda şu şekilde ifade edildiği görülmektedir:

<sup>91</sup> Soyer, “1980 Sonrası Sağlıkta..”, a.g.m., s. 260-261; Soyer ve Belek, a.g.m., s. 265-266.

<sup>92</sup> Ergör ve Öztekin, a.g.m., s. 5-6.

“Kamu hastaneleri özel hastane statüsünde çalışacak; hastane yönetimleri verimini arttıracak şekilde personel istihdam edecek; sağlık tesislerindeki tüm personel sözleşmeli olacak; başarısız ve verimsiz hekim ve diğer personel hastane yönetimince uzaklaştırılacak.”<sup>93</sup>

### 2.1.6. 1990-2000 Dönemi

ABD’de G. Bush, İngiltere’de M. Thatcher tarafından seslendirilen Yeni Dünya Düzeni ve onun argümanları olan serbest piyasa koşullarının ekonomik ve sosyal hayatın her aşamasına hakim kılınması, özelleştirme, özel mülkiyetin teşvik edilmesi, devletin sosyal alanlardan çekilmesi olarak sunulmuştur. Bu döneme neoliberal stratejinin ana boyutları olarak piyasa ekonomisi, özelleştirme ve küreselleşme damgasını vurmuş; insan hakları, demokratikleşme, yerelleşme ve bölgeselleşme yeni düzeninin yükselen değerleri olmuştur.<sup>94</sup>

a) 1990’lar aynı zamanda IMF ve Dünya Bankası ile “merkez” ülkelerin “çevre” ülkeler üzerindeki yönlendirmelerinin ağırlığını arttırdığı yıllar olmuştur. Özellikle bu iki kuruluşun yapısal uyum politikalarının çevre ülkelerdeki yoksullukta ve eşitsizlikte belirleyici öneme sahip olduğu konusunda yaygın bir görüş birliği bulunmaktadır. Yapısal uyum kavramı, IMF ve Dünya Bankası’nın 1974-1979 yılları arasında petrol fiyatlarında, 1975’te de mal fiyatlarında meydana gelen artışlar sonucu gelişmekte olan ülkelere önerdikleri programlar için kullanılmak üzere ortaya atılmış bir kavramdır ve ekonomik büyüme üzerindeki enflasyon, bütçe açıkları, dış ödemeler açığı, gibi negatif şokların etkilerini hafifletmek için ulusal ekonominin değiştirilmesi süreci olarak tanımlanabilir.<sup>95</sup> Kamusal harcamalarının kısılması, devalüasyon, özelleştirme, kamu hizmetleri için kullanıcı katkıları konulması gibi araçları bulunan yapısal uyum politikalarının sağlık sektörü üzerindeki etkilerine değinmek gerekirse şunlar söylenebilir.<sup>96</sup> Tarım ürünlerini destekleyen politikalardan, uluslararası piyasalarda talep edilen ihraç ürünlerini destekleyen politikalara yönelme beslenme durumunu olumsuz etkilemektedir;

b) Kendisine aktarılan kaynakların azalması sağlık sektörünü bozmaktadır;

c) Sağlık çalışanlarının ücretleri düşmektedir. Ücret düşüklüğü nedeniyle motivasyonu kırılan çalışanın bu sefer sunduğu hizmetin kalitesi düşmektedir.

<sup>93</sup> Soyer, “1980’den Günümüze.”, a.g.m., s. 309.

<sup>94</sup> H. Hüseyin Yıldırım, *Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler*, Erişim: 15.12.2005, <http://www.absaglik.com/hhy YUP.pdf>, ss. 1-25, s. 6.

<sup>95</sup> Yıldırım, a.g.m., <http://www.absaglik.com/hhy YUP.pdf>, s. 9.

<sup>96</sup> İlker Belek, Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik, Sorun Yayınları, İstanbul, 1998, s. 65.

1980'ler boyunca dünya ekonomisinde temel bazı değişimler meydana gelmiş ve küreselleşme akımları göze çarpmıştır. 1990'lara gelindiğinde değişimler hem hızlarını hem de etki ve derinliklerini arttırarak seyretmeye başlamıştır. Devletlerin ve vatandaşların rolleri de sorgulanır olmuştur. 12 Eylül Rejimi, 1982 Anayasası, 24 Ocak Kararları, özelleştirmeler, 5 Nisan Kararları da bu değişim rüzgârının Türkiye üzerindeki etkisinin birer sonucu olmuştur. Tabiki her sektör gibi sağlık sektörü de “yeni bir paylaşım öncesinin kaosu”<sup>97</sup> diye de değerlendirilen Yeni Dünya Düzeni'nin argümanlarından nasibini almıştır.

1989'dan 1994'e kadar olan dönemde ekonomik gelişmenin etkisiyle kamu sağlık harcamalarında ve sağlık çalışanlarının yaşam koşullarında görelî bir iyileşme yaşanmıştır. Ancak 1994 sonrasında yaşam koşullarında, gelir dağılımı dengesinde, kamu hizmetlerinde ve sosyal harcamalarda kamu maliyesindeki krize bağlı olarak gerileme yaşanmış, aynı yıl “5 Nisan Kararları” alınmıştır. 5 Nisan Kararları'yla; kamu sağlık hizmetleri ve kurumlarının çökertilmesi süreci son noktaya taşınmıştır. Bu bağlamda kamu sağlık kurumlarına devlet katkısı sadece maaş ödemek düzeyine indirilmiş, özellikle devlet hastaneleri en basit harcamalarını bile kendi başlarına çözmekle baş başa bırakılmıştır. Sağlık Ocakları da, vatandaşlardan para alarak, hizmet vermek zorunda kalmışlardır. Döner sermayesi en kârlı devlet hastaneleri arasında olan Yüksek İhtisas ve Koşuyolu Hastaneleri, 1987 tarihli 3359 sayılı kanuna dayanarak ve 11.1.1995 tarihli *Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerini Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik* ile işletme haline getirilmiş; böylece ilk fiili hastane özelleştirmeleri gerçekleşmiştir.<sup>98</sup>

Hastanelerin kamu tüzel kişiliğini korumakla birlikte; kendi yönetim yapılarını oluşturabilen, kendi personelini atayabilen, personel ücretlerini belirleyebilen kendi kaynaklarını oluşturabilen kurumlar olması, yani özerkleşmesi, sonraki süreçte özelleştirilmesi ve yerelleşmesi kapsamında değerlendirilmektedir. Dünya Bankası, yerelleşmeyi doğrudan doğruya ve kısa sürede özelleştirilemeyen birimlerin/sektörlerin çeşitli piyasa mekanizmalarının etkilerine açık bir ortama sokulmaları şeklinde belirlemiş, onu özelleştirmenin bir ara aşaması olarak görmüştür.<sup>99</sup> Belek'e göre, hükümet tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin, devlet hiyerarşisinin azaltılması, merkezi yönetimin zayıflaması, kapitalizm koşullarında sermaye akışkanlığının arttırılması ve sermayenin gücünün uç noktalara taşınması noktalarında işlevleri bulunmaktadır.<sup>100</sup>

<sup>97</sup> İlker Belek, Eriş Bilaloğlu ve diğerleri, *Sosyalizm “Yeni Dünya Düzeni” Türkiye*, Sorun Yayınları, İstanbul, 1992, s. 70.

<sup>98</sup> Soyer, “1980 Sonrası Sağlıkta...”, a.g.m., s. 261-263.

<sup>99</sup> Hülya Belek ve İlker Belek, “Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon”, *Toplum ve Hekim*, Cilt: 12, Sayı: 78, Mart-Nisan 1997, ss. 44-53., s. 50-52.

<sup>100</sup> İlker Belek, “Sağlık Reformları Kriz ve Sağlık Paradigmasında Liberal Yeniden Yapılanma”, *Toplum ve Hekim*, Cilt: 16, Sayı: 6, Kasım-Aralık 2001, ss. 430-437, s. 435-436.

Türkiye’de 1990’lardan beri gerek Sağlık Bakanlığı örgütlenmesi, gerek sağlık hizmeti sunumu açısından yerleşme çerçevesinde hedefler belirlenmiştir ve belirlenmektedir.

1994 ortalarına kadar sağlık alanındaki özelleştirme tartışmaları sadece yataklı tedavi alanına yönelik sürdürülmüştür. Birinci basamaktaki özelleştirme uygulamaları ise; 1994’ün sonlarına doğru dikkat çekmeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığı’nın birinci basamak kamusal sağlık örgütleri sağlık ocaklarının maddi kaynaklarını kesmeye başlaması ve ocaklarda hastanelerdeki “vakıf” uygulamasına benzer şekilde, vatandaşlardan sunulan hizmetlere karşılık “bağış” adı altında ücret alınımının yaygınlaşması, birinci basamaktaki özelleştirme faaliyetlerine işaret etmiştir. Vakıf, döner sermaye, özel sektörün teşviki, SSK’da “surtime” çalışma, yardımcı hizmetlerin (temizlik, yemek, çamaşır vb.) taşeronlaştırılması gibi faaliyetlerle özelleştirme uygulamaları çeşitlenmiştir.<sup>101</sup>

### 2.1.6.1. Yeşil Kart Uygulaması

Genel seçimlerinden sonra Turgut Özal’ın liderliğindeki ANAP dönemi kapanmış ve DYP-SHP koalisyonuyla yeni hükümet kurulmuştur. Bu hükümetin önemli icraatlarından birisi, kendisini de iktidara taşıdığı söylenebilecek “yeşil kart” uygulamasını başlatmak olmuştur. Yeşil kart uygulaması, 3.7.1992 tarih ve 3816 sayılı *Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun*’a dayanılarak, 5 Ağustos 1992 tarihinde bütün Türkiye’de uygulanmaya başlamıştır. Yeşil kart uygulamasıyla, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan vatandaşların bu giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasına geçilinceye kadar devlet tarafından karşılanması amaçlanmıştır. Kanun’a göre yeşil kart kapsamında olanlar, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan ve asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3’ünden az olan vatandaşlardır.<sup>102</sup>

2002 yılında gerçek ihtiyaç sahipleri dışındaki kesimlerce de temin edilip kullanılarak istismar edildiği gerekçesiyle yeşil kart uygulamasının kaldırılması gündeme getirilmiştir. Asıl gerekçenin ise kriz sonrası IMF tarafından hükümete verilen raporda ve hükümetin IMF’ye gönderdiği niyet mektubunda yer alan, IMF’nin sağlık ve sosyal güvenlik harcamalarının kısılmasını, devletin sağlık hizmeti sunmaktan çekilmesini doğrultusundaki talepleri bulunmaktadır. Yeşil kartın liberal politikaların benimsendiği son 25 yılda devletin sosyal yanının belki de en çok görüldüğü uygulama olduğu ve kaldırılması halinde sosyal patlama olacağı sesleri yükselmiş; kaldırılması yerine

---

<sup>101</sup> Akif Akalın, “Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Hızlanıyor”, Toplum ve Hekim, Cilt: 13, Sayı: 3, Mayıs-Haziran 1998, ss. 162-166, s. 164.

<sup>102</sup> *Yeşil Kart* (Nisan 1994), Erişim: 10.01.2006, <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9404/6.htm#Y>

verilmesinin iyi saptanmış belli kriterlere bağlanması ve torpilin önlenmesi; böylece gerçek ihtiyaç sahiplerinin mağduriyetlerinin engellenmesi gerektiği dile getirilmiştir.<sup>103</sup>

Yeşil kart uygulamasının, 2005 itibarıyla bir milyonu aşkın vatandaş tarafından istismar edildiği tespit edilmiştir. Uygulandığı ilk yıl, 2.211.341 kişi yeşil kart alırken, bu rakamın 2004 yılında 13.400.000 bin kişiye ulaştığı saptanmıştır. Kartların 2003 yılında yenilenmesiyle, kart yolsuzlukları ortaya çıkmış; kartı mükerrer olan, sosyal güvencesi bulunan, ev, işyeri, otomobili olduğu halde yeşil kart kullanan 1.25.731 kişinin yeşil kartı iptal edilmiştir.<sup>104</sup> Kimileri yeşil kart kullanımındaki artışı, istismarcıların sayısındaki artmanın değil, ülkenin giderek yoksullaşmasının bir göstergesi olarak değerlendirmiştir.<sup>105</sup>

Günümüzde devam etmekte olan yeşil kart uygulamasında başlarda vatandaşların sadece teşhise yönelik tüm tetkik ve tahlil giderleri ile yataklı tedavi kurumlarında yatarak gördükleri her türlü tedavi, ameliyat, ilaç ve tetkik giderlerinin devlet tarafından karşılanması söz konusuysen ve üniversitelere sevk mümkün değilken; 2004 yılında yapılan değişiklikle ayakta tedavi kapsamında görecekları muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi, diş protez ve gözlük hizmetleri ile ilaç bedellerinin de devlet tarafından karşılanması ve tıbbi gereklilikte tedavilerinin devam ettiği ikinci veya üçüncü basamak sağlık tesisinden en yakın üniversite hastaneleri ile diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık tesislerine sevk edilmeleri kabul edilmiştir.<sup>106</sup>

2005 yılında, yeşil kartlı vatandaşlardan israfı önlemek gerekçesiyle ilaç parasının % 20'sini tahsil edecek kanun çıkarılmıştır. Hükümet tarafından gereksiz ilaç tüketimine karşı bir önlem olarak görülen bu uygulama, kimilerince de sağlık hizmetlerinin piyasa hizmeti haline getirilmesinin tipik bir örneği olarak değerlendirilmiştir. Uygulamaya, 1.5 dolarla yaşayan insanların bulunduğu ülkede ilaç parasının % 20'sinin tahsilinin, yoksul vatandaşa "öl" demek anlamına geldiği şeklinde eleştiriler getirilmiştir.<sup>107</sup>

---

<sup>103</sup> Şükrü Hatun (2002), *Yeşil Karta Dokunmayın*, Erişim: 03.01.2006, [http://www.ato.org.tr/dergi/2002\\_kis\\_ilkbahar/20.html](http://www.ato.org.tr/dergi/2002_kis_ilkbahar/20.html)

<sup>104</sup> *1 Milyon 25 bin 731 Kişinin Yeşil Kartı İptal Edildi*, Erişim: 31.01.2006, [http://www.bvegm.gov.tr/YaYinlarimiz/anadoluYahaberler-Yeni/2005/subat/ah\\_16\\_02-05.htm](http://www.bvegm.gov.tr/YaYinlarimiz/anadoluYahaberler-Yeni/2005/subat/ah_16_02-05.htm)

<sup>105</sup> Hatun, a.g.m., [http://www.ato.org.tr/dergi/2002\\_kis\\_ilkbahar/20.html](http://www.ato.org.tr/dergi/2002_kis_ilkbahar/20.html)

<sup>106</sup> *Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşlanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına İlişkin Yönetmelik (2004 tarih, No: 25678)*, Erişim: 26.12.2004, [http://www.istabip.org.tr/vasa/Yesil\\_yon.html](http://www.istabip.org.tr/vasa/Yesil_yon.html)

<sup>107</sup> Gencay Gürsoy (01.08.2005), *Paran Yoksa, Öl*, Erişim: 31.01.2006, <http://www.milligazete.com.tr/index.php.action=show&type=report&topicid=46>

### 2.1.6.2. Ulusal Sağlık Politikası ve Sağlık Reformu Projeleri

1992 yılında Dr. Yıldırım Aktuna'nın bakanlığı döneminde, Sağlık Bakanlığı bir reform hazırlığı içerisinde girmiştir. Bu reform hazırlığının temel amacı, Ulusal Sağlık Politikası'nın oluşturulması olmuştur. Reform projesi, sağlık hizmetleri sunumu, finansman, sağlık insan gücü, sağlık yönetimi, mevzuat, sağlık enformasyon sistemi ve "Ulusal Sağlık Akademisi"nin kurulması ile ilgili konuları içermektedir.<sup>108</sup>

İçeriği ve mevzuatta yapılacak değişiklikler göz önünde bulundurulduğunda, sosyalleştirme kanununu önemli ölçüde etkileyeceği açık olan reform projesi çerçevesinde, sağlıkta öncelikle hukuki reforma gidilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, 1993 yılında Sağlık Reformu Kanun Tasarısı Taslakları olarak; Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı, Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarı Taslağı, Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı hazırlanmıştır. Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı'nda merkezi hükümet üzerindeki yükün yerel yönetimlere devredilmesi ve sektör planlamasının yerinden yapılması planlanmıştır. Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı da tüm nüfusa standart bir şekilde hakkaniyetli ve etkili bir sağlık güvencesi vermeyi hedeflemiştir.<sup>109</sup> Ancak bu kanun çalışmaları taslak olarak kalmaktan öteye gidememiştir.

Sağlık reformu çalışmaları kapsamında, sağlık hizmetlerinin sunumunda da yöntem değişikliğine gidilmek istenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliğine dayandırılması, devlet hastanelerinin önce özerkleştirilmesi ve süreç içerisinde özelleştirilmesi planlanmıştır. Bu noktada sosyalleştirme kanununun getirdiğinden farklı bir yapılanma söz konusudur. Planlanan hizmet sunumu modelinde sosyalleştirme kanununun kırsal alan için öngördüğü sistem hemen hemen tümüyle korunacak; kentsel alanda ise ilçelerde "Kamu Sağlığı Merkezleri" kurulacaktır. Böylece, kentlerde sağlık ocağı, ana-çocuk sağlığı merkezi, verem savaş dispanseri gibi sağlık kuruluşları birer örnek haline getirilecekti. Kamu sağlığı merkezlerinde halk sağlığı uzmanı ya da bu konuda eğitim görmüş bir başhekim ve yeterli sayıda personel görev yapacaktı. Bu merkezler, genel anlamda koruyucu hizmetlerden sorumlu olacaktı. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilecekti. Aile hekimi, kendi muayenehanesinde serbest olarak çalışacak ve kendisine bağlı nüfustan kişi başına ücret alacaktı. Hizmet sunumundaki bu düzenlemeler, koruyucu hizmetlerle tedavi hizmetlerini birbirinden ayıracak, özel hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinde birincil hale getirecek ve sosyalleştirme kanunuyla getirilen entegre sağlık

<sup>108</sup> Sevinç, a.g.m., [http://vmm.net/ozgurce/dosva/vavin/02\\_eylul.pdf](http://vmm.net/ozgurce/dosva/vavin/02_eylul.pdf)

<sup>109</sup> Oğuz Engiz, "Türkiye'de Sağlık Finansman Sorunu ve Çözüm Arayışları", Toplum ve Hekim, Cilt: 11, Sayı: 72, ss. 22-31, s. 29.

hizmeti anlayışını ortadan kaldıracak nitelikteydi. Ayrıca kentlerde var olan sağlık ocaklarının kentsel gereksinimlere göre yeniden yapılandırılması yerine bir de kamu sağlığı merkezleri kurulması daha karmaşık bir örgüt yapısı ortaya çıkaracaktır.<sup>110</sup>

ANAP döneminde uygulamaya geçirilemeyen sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi hükmünün uygulamaya konması, sağlık reformu tartışmalarında ele alınan diğer konular olmuştur. Sağlık finansmanının reformu çerçevesinde de Genel Sağlık Sigortası'na geçiş planlanmıştır. Bu uygulama sonucunda hizmet sunumu ile hizmetin finansmanı birbirinden ayrılacaktı. Bu model, daha sonra da değinileceği gibi eşitlik, verimlilik ve kalite açısından değerlendirildiğinde GSS, sağlık finansmanında yeni sorunlar yaratabilecek bir finansman modelidir. DYP-SHP döneminde hedeflenen gerçekleştirilemediğinden, bu defa da RP-DYP koalisyon hükümeti döneminde Kasım 1996 tarihinde Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu ile Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslakları hazırlanmıştır<sup>111</sup> ve TBMM'ye gönderilmiştir. 1997 genel seçimleri nedeniyle bu taslaklar geçersiz olmuştur. Yine benzer bir nedenle, 18 Nisan 1999 milletvekili seçimleri nedeniyle, geçersiz olan bir diğer taslak da Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı'dır.<sup>112</sup>

Sağlık reformuna yönelik en güçlü eleştiri, planlanan Genel Sağlık Sigortası Sistemi'nin fazladan prim toplanmasını öngördüğünü ileri süren Türk Tabipleri Birliği'nden gelmiştir. Tartışma sürecinde kurumlardan ve Sağlık Bakanlığı'ndan gelen grupların toplanıp görüş alışverişinde bulunması sonucunda Ulusal Sağlık Politikası taslak belgesi yeniden düzenlemiş ve değerlendirilmek üzere WHO Avrupa Bölgesi Direktörlüğü'ne gönderilmiştir. Bölge Direktörlüğü belgenin biçimi, hedefler, ilkeler ve stratejilerle ilgili görüşlerini bildirdikten sonra Türkiye Ulusal Sağlık Politikası son haline getirilmiş ve 1993 Nisan ayında yayınlanmıştır. Ulusal Sağlık Politikası'nın amacı sağlıklı bireylerden oluşmuş sağlıklı bir nüfusa ulaşmaktır. Ancak bu amaca ulaşmak için sadece sağlık hizmetlerinin sağlanmasının yeterli olmadığı; sektörlerarası politikaların da gerekli olduğu vurgulanmıştır. Belge toplam 30 hedef içermekteydi. Bu belge bütün meclis üyelerine sunulmuş; fakat Avrupa bölgesindeki diğer ülkelerde izlenen prosedürün tersine mecliste tartışılmamış ve kanuna da dönüştürülmemiştir.<sup>113</sup>

---

<sup>110</sup> Sevinç, a.g.m., [http://vmm.net/ozgurce/dosva/vavin/12\\_eylul.pdf](http://vmm.net/ozgurce/dosva/vavin/12_eylul.pdf)

<sup>111</sup> *Halkın Sağlığına ve Sağlık Çalışanına Karşı Sermaye Adına Düzenleme*, Erişim: 20.12.2005, <http://www.ses.org.tr/bilgi/gss/7.htm>

<sup>112</sup> İlker Belek, "Türkiye Sağlık Reformları", *Toplum ve Hekim*, Cilt: 16, Sayı: 6, Kasım-Aralık 2001, ss. 438-447, s. 442.

<sup>113</sup> Ergör ve Öztekin, a.g.m., s. 7.

DYP-SHP döneminin sağlık reformu çalışmaları, temel görevleri Dünya Bankası projeleri, sağlık reformu çalışmaları ve ulusal sağlık politikası hazırlama olarak belirlenen ve Dünya Bankası politikaları doğrultusunda kurulan “Sağlık Proje Koordinatörlüğü”(1991) aracılığıyla yaşama geçirilmiştir. Böylece, Bakanlık bürokrasisi devre dışı bırakılmış ve sağlık alanındaki girişimler Dünya Bankası politikaları doğrultusunda yapılmıştır. Adı geçen birim sayesinde, giderek Dünya Sağlık Örgütü'nün yerini alan Dünya Bankası'nın Türkiye'de sağlığın yönetimini devraldığı ve Bakanlığa da sadece siyasi kadrolaşma ve ihale işlerinin bırakıldığı bir sürece girilmesi mümkün olmuştur.<sup>114</sup>

23-27 Mart 1992 tarihleri arasında sağlık sektörü ve diğer sektörlerden beş yüzden fazla kişinin katılımıyla Ankara'da I. Ulusal Sağlık Kongresi, 12-16 Nisan 1993 tarihleri arasında da II. Ulusal Sağlık Kongresi düzenlenmiştir. Bu kongrelerde sağlıkla ilgili mevzuatın gözden geçirilmesi, sağlık insan gücü reformları, sağlık hizmeti sunumunun ve yönetim yapısının yeniden yapılandırılması üzerinde çalışmalar yapılmıştır. I. Ulusal Sağlık Kongresi'nde “Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı” adıyla yayınlanan belgede birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimleri tarafından sunumu öngörülmüştür.<sup>115</sup>

Ulusal Sağlık Kongresi Temel Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu, kendisine sunulan aile hekimliği önerisini reddederek sosyalleştirme kanununun belirlediği modeli benimsediğini açık şekilde belirtmiş olmasına rağmen Sağlık Bakanlığı, kongreden bir kaç ay sonra yayınladığı taslak raporunda aynı önerileri kongrenin onayını almış gibi sunmuştur. Sağlık Bakanlığı, 1993 yılındaki II. Ulusal Sağlık Kongresi'nde de aynı temel görüşleri yinelemiştir. Bu tarihten sonra ise bakanlık, o zaman dek kamuoyu önünde izlediği açık tutumunu terk ederek, çalışmalarını gizlilik içinde yürütmüştür.<sup>116</sup>

Hazırlık çalışmaları 1987-1990 yılları arasında tamamlanan, İkraz Anlaşması, Dünya Bankası ile 16 Ağustos 1990 tarihinde imzalanarak 7 Ekim 1990 tarihli ve 20658 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan ve 1991 yılından itibaren uygulanmaya başlanan *Birinci Sağlık Projesi*, 1998 yılının sonunda tamamlanmıştır. 30 Nisan 1999'da da kapanışı yapılan bu projenin toplam bütçesi 147.47 milyon dolar olup, %51'i (75 milyon dolar) Dünya Bankası, % 49'u (72.47 milyon dolar) Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından finanse edilmiştir. Proje Ankara, Diyarbakır, Mardin, Muğla, Sivas, Tokat, Yozgat ve İstanbul (Pendik, Ümraniye, Eyüp ve Bakırköy ilçelerinde) olmak üzere 8 ilde yürütülmüştür. Seçilen bu sekiz ilde, il sağlık hizmetlerinin, özellikle de temel sağlık

<sup>114</sup> Soyer, “1980 Sonrası Sağlıkta.”, a.g.m., s. 261

<sup>115</sup> Ertekin, a.g.e., s.62, 107.

<sup>116</sup> Sevinç, a.g.m., [http://vmm.net/ozgurce/dosva/vavin/12\\_evlul.pdf](http://vmm.net/ozgurce/dosva/vavin/12_evlul.pdf)



hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve güçlendirilmesi yoluyla halkın sağlık düzeyini yükseltmek; Sağlık Bakanlığı'nın yönetim kapasitesini geliştirmek; sağlık sektöründe finansman ve hizmet sunumunda yeni modellerin geliştirilmesini amaçlayan reform çalışmalarını desteklemek Birinci Sağlık Projesi'nin amaçları olarak ortaya konmuştur.<sup>117</sup>

1990 yılında imzalan kredi anlaşmasında, Dünya Bankası'nın yönlendirmesiyle devletin rolü koruyucu sağlık hizmetleriyle sınırlanmış, tedavi edici sağlık hizmetlerinin de özel sektör tarafından yerine getirilmesi öngörülmüştür. Anlaşmaya göre sağlığın özelleştirilmesi için ilk olarak hastanelere daha geniş işletme özerkliği verilip yerleşme sağlanacaktı. Böylece, hizmetlerin etkinliğinin ve hizmetten yararlananların denetiminin sağlanması mümkün olacaktı. Kamu kuruluşlarınca verilen sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasının da istendiği anlaşmada, sağlık hizmetlerinin doğrudan özelleştirilmesinin Sağlık Reformu Proje Genel Koordinatörlüğü tarafından yönlendirileceği belirtilmiştir.<sup>118</sup>

Hazırlıkları 1992-1993 yıllarında Sağlık Bakanlığı uzmanları ve proje illeri yetkilileri ile birlikte yapılmış olan *İkinci Sağlık Projesi İkraz Anlaşması* Türkiye ile Dünya Bankası arasında, 28 Eylül 1994 tarihinde imzalanmış, 22 Aralık 1994 tarih ve 22149 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu projenin, kalkınmada 1. ve 2. derecede öncelikli iller olan Adıyaman, Ağrı, Ardahan, Artvin, Batman, Bayburt, Bingöl, Bitlis, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gümüşhane, Hakkari, Iğdır, Kars, Malatya, K.Maraş, Muş, Siirt, Tunceli, Ş.Urfa, Şırnak ve Van illerinde 1995-2001 yılları arasında uygulanması öngörülmüştür. 17 Ağustos 1999 tarihli Marmara Depremi'nden sonra başta hedeflenen 23 ile ek olarak İstanbul, Adapazarı, Yalova, Bolu ve Kocaeli illeri de proje kapsamına alınmıştır. Proje, % 75'i ( 150 milyon dolar) Dünya Bankası tarafından finanse edilen 200 milyon dolarlık bütçeye sahiptir.<sup>119</sup>

Proje illerinde halkın sağlık düzeyini yükseltmek; önlenebilir nedenlerden kaynaklanan hastalık ve ölümleri azaltmak ve temel sağlık hizmetlerinin kalitesini, kullanımını ve erişilebilirliğini arttırmak; sağlık hizmet sunumunda etkililik ve verimliliği arttırmak; Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatında yönetim kapasitesini geliştirmek ve sağlık reformları hazırlık çalışmalarını desteklemek İkinci Sağlık Projesi'nin amaçları olarak ortaya konmuştur.<sup>120</sup>

<sup>117</sup> "Türkiye Cumhuriyeti ile Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında Akdedilen Sağlık Projesi İkraz Anlaşması", Resmi Gazete, Sayı: 20658, 7 Ekim 1990, s. 14-15,21; *Birinci Sağlık Projesi*, Erişim: 02.01.2006, <http://www.spgk.saglik.gov.tr/tr/1proje.html>

<sup>118</sup> Soyer, "1980'den Günümüze.", a.g.m., s. 312-313.

<sup>119</sup> "Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (İkinci Sağlık Projesi), Resmi Gazete, Sayı: 22149, 22 Aralık 1994, s. 2-3.

<sup>120</sup> *İkinci Sağlık Projesi*, Erişim: 02.01.2006, <http://www.spgk.saglik.gov.tr/tr/2proje.html>

Proje kapsamında temel sağlık hizmetleri hizmet içi eğitimi, sağlık programları, temel sağlık hizmetlerini izleme, değerlendirme, denetim, sağlık sistemleri, hastane yönetimlerinin yeniden yapılandırılması, sağlık ekonomisi ve analizleri, sürdürülebilir finansman eğitimi başlıklarında pek çok çalışma gerçekleştirilmiş; hastane yönetimi ile ilgili olarak da Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu ve bağlı yönetmeliklerin taslakları hazırlanmıştır.<sup>121</sup>

Hazırlık çalışmalarına 1996 yılının Kasım-Aralık aylarında başlanan *Temel Sağlık Hizmetleri Projesi İkras Anlaşması* Türkiye ile Dünya Bankası arasında 22 Eylül 1997’de imzalanmıştır. Projenin 3 temel amacı vardır.<sup>122</sup>

i) Yeterli altyapı ile desteklenen ‘‘Aile Hekimliği’’ ve etkili bir ‘‘Sevk Sistemi’’ne dayanan pilot bir ‘‘Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sistemi’’ geliştirmek,

ii) lke çapında bir uygulamaya geçmek için geliştirilen sistemi değerlendirmek,

iii) Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık ekonomisi kapasitesini geliştirmek. Yetkililer, projeyle yeterli altyapı ile desteklenen ve etkili bir sevk sistemine dayanan birinci basamak sağlık hizmetleri sistemini geliştirmeyi amaçladıklarını kaydetmişlerdir.

Bilecik ve Eskişehir illerini kapsayan projenin 18.63 milyon dolar olan toplam bütçesinin % 78’inin (14.5 milyon dolar) Dünya Bankası, % 22’sinin (4 milyon dolar) de Türkiye tarafından finanse edileceği belirtilmiştir. Proje çerçevesinde halkın bilgilendirilmesi amacıyla kampanya düzenlenmesi, Bilecik ve Eskişehir’deki sağlık personelinin hizmet içi eğitime tabi tutulması, 350 aile hekiminin eğitilmesi, 33 sağlık evi, 21 Şehir tipi sağlık ocağı ile 35 köy tipi sağlık ocağının onarılarak aile hekimliği ofislerine dönüştürülmesi ve Bilecik Devlet Hastanesi’nin tıbbi donanımının sağlanması tasarlanmıştır.<sup>123</sup>

Bu gelişmelere koşut olarak; Türkiye’nin Yeni Dünya Düzeni’nin kurallarına uymasının bir zorunluluk olduğunun tespitiyle başlayan, 1996-2000 dönemini kapsayan VII. BYKP’de Şu ifadelere yer verilerek projelerdeki piyasacı sağlık yaklaşımının korunduğuna dikkat çekilmiştir:

‘‘Ana ocuk sağlığı ve aile planlaması, bulaşıcı ve salgın hastalıklar ve koruyucu sağlık hizmetleri kamu hizmeti olarak bedelsiz verilmeye devam edilecek, tedavi hizmetlerinin bedeli ise

<sup>121</sup> Belek, ‘‘Türkiye Sağlık.’’, a.g.m., s. 441.

<sup>122</sup> ‘‘Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkras Anlaşması (Temel Sağlık Hizmetleri Projesi)’’, Resmi Gazete, Sayı: 23203, 17 Aralık 1997, s. 2-3, 9.

<sup>123</sup> Temel Sağlık Hizmetleri Projesi, Erişim: 10.01.2006, <http://www.spgk.saglik.gov.te/ss/sayilar/9709/s7.html>; nc Sağlık Projesi İmzalandı, Erişim: 02.01.2006, <http://www.byegm.gov.tr/yayinlarimiz/TURKHABER/94/T5 9.htm>

kullanıcılar tarafından ödenecektir. Daha kaliteli ve etkili sağlık hizmeti sunulabilmesi için hastaneler idari ve mali özerkliğe kavuşturularak, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetim yapıları güçlendirilecek.<sup>124</sup>

Birgül A. Güler, Dünya Bankası'nın yapılan kredi anlaşmalarıyla Türkiye gibi kendisinden borç alan gelişmekte olan ülkelerde temel ekonomik ve toplumsal politikalarla devlet örgütlenmesi üzerinde çok yönlü değişiklikler yaratmayı amaçlamasının, anlaşmalarda yer alan koşulların birer "dayatma" olarak algılanmasına yol açtığını ileri sürmektedir. Anlaşmaların "yönetimi geliştirme kılavuzu" niteliği taşıdıklarını ortaya koymak için de Sağlık Projesi İkraz Anlaşmalarını örnek vermektedir.<sup>125</sup>

Bu bağlamda, BYKP'deki ve sağlık politikalarındaki değişim de temel toplumsal politikadaki değişimin en tipik örnekleridir.

1980 sonrası süreçte sağlık politikaları ve bu alandaki çalışmalar, Dünya Bankası projeleri ve politikaları doğrultusunda; özelleştirme, Genel Sağlık Sigortası oluşturulması, temel sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, sevk zincirinin oluşturulması, aile hekimliği modeli geliştirilmesi üzerinde yoğunlaşmıştır. 1990'lı yılların başında başlayan sağlıkta reform çalışmalarının on yıllık geçmişine dönüp bakıldığında; reformların istenilen seviyeye getirilemediği, projelerin finansmanı için Dünya Bankası'ndan alınan kredilerin maliyetlerinin çok yüksek olması nedeniyle zaten ağır olan borç yükünü daha da ağırlaştırdığı sonucuna varılmaktadır<sup>126</sup>.

### **2.1.6.3. Sosyal Güvenlik Sistemi'nde Reform Çalışmaları**

1990'lı yıllara ilişkin olarak değinilmesi gereken konulardan biri de sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması tartışmalarının yoğunlaşmasıdır. 1994 yılından itibaren Sosyal güvenlik sistemi açık vermeye başlamıştır. 1994 yılında GSMH'nin % 1'ini bulan açık düzeyi 1999 yılında % 3.7' ye ulaşmıştır<sup>127</sup>. İki aşamalı bir sosyal güvenlik reform süreci tasarlanmıştır. İlk aşamayı 8 Eylül 1999 tarihinde yürürlüğe giren ve Sosyal Güvenlik Reformu adı altında sunulan 4447 sayılı kanun oluşturmuştur. DSP-MHP-ANAP koalisyon hükümeti tarafından Marmara Depremi sonrasında çıkarılan bu kanunla emeklilikte en az yaş sınırı kadınlar için 58, erkekler için 60 olarak belirlenerek emeklilik yaşı uzatılmıştır. Aynı kanunla işsizlik sigortası kurulmuştur. Ayrıca, Sosyal Sigortalar

<sup>124</sup> TTB, "7. Beş Yıllık Planın Hekimlerle İlgili Bölümleri", Toplum ve Hekim, Cilt: 11, Sayı: 71, Ocak-Şubat 1996, ss. 76-77, s. 76-77.

<sup>125</sup> Birgül A. Güler, "Kamu Yönetimi ve Dünya Bankası", Amme İdaresi Dergisi, Sayı: 3, Eylül 1995, ss. 19-29, s. 24, 27.

<sup>126</sup> Yıldırım, a.g.m. s. 21.

<sup>127</sup> Şerife Özsuca, "Küreselleşme ve Sosyal Güvenlik Krizi", Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Sayı: 58[2], Nisan-Haziran 2003, ss. 133-152., s. 144.

Kanunu, Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu, Emekli Sandığı Kanunu, Esnaf ve Sanâtkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu, Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu, İş Kanunu'nda değişiklikler yapılmıştır.

4447 sayılı Kanun'da prime esas gün sayılarının arttırılması, prime esas kazanç taban ve tavan düzeylerinin yükseltilmesi, prim oranlarının yükseltilmesi, yeni primlerin getirilmesi, bazı sigorta kollarının yardımlarından yararlanmak için sigortalı ve bağımlıların katkıda bulunmasına yönelik düzenlemelere yer verilerek gelirlerin arttırılmasına yönelik düzenlemeler getirilmiştir. Emeklilik yaşının kademeli bir biçimde yükseltilmesi, emeklilik ödemelerini hak kazanma koşullarının zorlaştırılması, aylıkların hesabında esas alınan kazanç dönemlerinin değiştirilmesi, emekli aylıklarının bağlanma oranlarının düşürülmesine yönelik düzenlemelerle de giderlerin kısılması amaçlanmıştır. 4447 sayılı kanun ayrıca kayıt dışı istihdamın önlenmesine yönelik tedbirler getirmiş, işsizlik sigortası sistemi uygulamaya geçirilmiştir. Yeni iş bulma ve meslek geliştirme, edindirme ve yetiştirme eğitiminin verilmesi uygulaması da bu dönemde başlamıştır.

Sosyal güvenlik reformunun ikinci aşamasını ise orta ve uzun vadeli tedbirleri içeren düzenlemeler oluşturmuştur. Sosyal sigorta kuruluşlarının etkinlik ve verimliliklerini arttırmaya yönelik teknolojik ve kurumsal yeniden yapılanmalar; bireysel emeklilik sisteminin kurulması; kapsamlı bir sosyal yardım sisteminin kurulması ve sağlık hizmetlerinde kaynakların daha verimli kullanılmasına yönelik yeniden yapılanma hedeflenmiştir<sup>128</sup>.

Hükümet sosyal güvenlik reformu konusunda hükümet çalışanları yerine daha çok Dünya Bankası ve IMF uzmanlarıyla çalışmayı tercih etmiştir. 10 Mart 2000 tarihinde Hazine Müsteşarlığı tarafından Dünya Bankası'na verilen "Türkiye Ekonomik Kalkınma Reform Kredisi Kalkınma Politikası Mektubu" başlıklı mektup da hükümetin bu tercihinin bir göstergesidir. Mektupta, mali açıdan sağlıklı ve adil bir sosyal güvenlik sisteminin sağlanması konusunda hükümetin girdiği üç aşamalı taahhüt yer almıştır. Birinci aşamanın, sosyal güvenlik sisteminin mali güvenilirliğini sağlamak için politika reformları, ikinci aşamanın üç sosyal güvenlik kuruluşu olan SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı'nın birbiriyle uyumlu hale getirilmesini sağlayacak örgütsel reformlar, üçüncü aşamanın da isteğe bağlı özel emeklilik sistemini desteklemek için düzenleyici yasal çerçevenin oluşturulmasıyla gerçekleştirileceği taahhütleri dile getirilmiştir. Bu taahhütlerden birinin sonucu olarak da 28.02.2002 tarihinde 4632 sayılı *Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu* yürürlüğe girmiştir. Kanunla bireylere bireysel emeklilik hesaplarına dayalı fonlu bir sistem

---

<sup>128</sup> Özsuca, a.g.m., s. 144, 146.

oluşturmak ve fonların mali sektörde değerlendirilmesini sağlamak amaçlanmıştır. Başka çevrelerce de amacın varolan sosyal güvenlik sistemine alternatif olmadığı ve bireylere ek gelir sağlamak olduğu söylene de, bu tarz uygulamaların dünyada kamu sosyal güvenlik sistemini zayıflatan sonuçlar yarattığı ve sonradan uygulanacak sosyal güvenlikte özelleştirme uygulamalarının ilk adımını oluşturduğu belirtilmiştir<sup>129</sup>.

1993 yılında çıkarılan 3917 sayılı kanuna dayanılarak SSK'nın çeşitli illerdeki 216 taşınmazının satılması için Emlak Bankası'na devredilmesiyle başlayan ve SSK'nın tasfiyesi olarak nitelendirilen süreç, 1996 yılının sonlarında SSK hastanelerinin şirketlere dönüştürülerek özelleştirilmesi girişimiyle seyretmiştir. 1998 yılında SSK hastanelerinin, daha etkin ve süratli bir çalışma için, "yerinden yönetim modeli" benimsenerek özerkleşeceği açıklanmıştır. Ancak konuya ilişkin kanun tasarısı, CHP'nin karşı çıkması üzerine geri çekilmiştir. 1995 yılında başlattığı uygulamayla, bazı ameliyat ve tetkikler için hastalarını özel hastanelere sevk edebilen SSK, ilerleyen süreçte sigortalıların ayakta tedavi ve poliklinik hizmetlerinin de özel hastanelerden satın alınması uygulamasını başlatmıştır. Böylece, SSK'nın ayakta tedavi hizmetlerini, sözleşmeye uyan ve en uygun fiyatı veren özel sağlık işletmelerine devretmesi ve poliklinik hizmetlerinin özelleştirilmesi öngörülmüştür.<sup>130</sup>

SSK sağlık tesislerinin özelleştirilmesi yönündeki önemli bir girişim de, SSK bünyesinde Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı altında sigorta ve sağlık işlerinin birbirinden ayrılıp, "sigorta işleri genel müdürlüğü" ve "sağlık işleri genel müdürlüğü" şeklinde iki ayrı genel müdürlüğün oluşturulmasıdır. İki ayrı genel müdürlük şeklindeki oluşum, 2003 yılında kabul edilen 4958 sayılı *Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu* 'nda yer almıştır. Aynı Kanun, yabancı uzman çalıştırma olanağını da getirmiştir.<sup>131</sup>

Tabip odaları, sendikalar ve meslek örgütleri bu olayı; SSK'nın sağlık ve sigorta işleri olarak ikiye ayrılmasının, hastanelerin işletmeye dönüştürülmesinin yolunu açtığı, bunun kârlılığı ön plana çıkarıp hastanın müşteri olarak görülmesine sebep olacağı gerekçesiyle eleştirmişlerdir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerini özelleştirerek tasfiye etmenin, sigorta hizmetinin tasfiyesini de kolaylaştırarak piyasaya açılımı gerçekleştireceğini savunmuşlardır. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin pahalılaşacağını, "bağış ve yardımlar"da artış olacağını; sağlık işletmelerinin kanser,

<sup>129</sup> Murat Özveri, "Yoksulluğun Yönetilmesi ve Sosyal Güvenlik Hakkı", *Praksis*, Sayı: 9, Kış-Bahar 2003, ss. 321-336., s. 330, 332

<sup>130</sup> Birsen Ersel, "Sosyal Sigortalar Kurumunun Özelleştirilmesi Üzerine Tartışmalar", *Mülkiye Dergisi*, Cilt: XXV, Sayı: 227, Mart-Nisan 2001, ss. 171-188, s. 173, 178-180.

<sup>131</sup> Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu (2003 tarih ve 4958 sayılı), Erişim: 21.02.2006, <http://www.ssk.gov.tr/wps/portal/>

kronik böbrek hastalıkları, yaşlılıktan kaynaklanan hastalıklar gibi verimlilik ve kârlılık oranı düşük hizmetlerden çekilerek ve kâr getirecek sağlık hizmeti paketlerini üretmeye yönelmelerinin şaşırtıcı olmayacağını vurgulamışlardır.

31 Ekim 2000 günü Resmi Gazete’de yayınlanan SSK Sağlık İşletmeleri Yönetmeliği’ne dayanılarak 1 Kasım 2000’de SSK Paşabahçe, Denizli ve Mersin Hastaneleri Sağlık İşletmesine dönüştürülmüş ve İşletme Müdürü tayin edilmiş, böylece SSK’nın ilk sağlık işletmesi kurulmuştur<sup>132</sup>. Kısacası bu gelişmenin asıl hedefi, SSK’nın sağlık hizmet üreten durumundan çıkarılıp sadece finansman sağlayıcı bir örgüt olması yönünde adım atmak olmuştur. Aynı amaç için önemli bir adımın da SSK’nın sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı’na devriyle atıldığına ilerleyen bölümde değinilecektir.

#### **2.6.4. Sağlık Hizmetlerinde “Kalite” Çalışmaları**

Sağlık hizmetlerinde kaynakların daha verimli kullanılmasına yönelik yeniden yapılanma çerçevesinde kalite çalışmalarına da 1990’larda yer vermeye başlandığı görülmektedir. Gerek genelde kamu yönetimi reformu gerek özelde sosyal güvenlik reformu kapsamında Toplam Kalite Yönetimi’nin bir felsefe olarak özel sektörün yanı sıra kamu sektöründe de benimsenmesinin verimliliğin artırılması açısından gerekli olduğu hep vurgulanmıştır. Kalite çalışmalarının sağlık hizmetlerini de kapsamı noktasında savunulan, bu hizmetlerden faydalanan “müşteriler”in istek ve ihtiyaçlarını en iyi şekilde anlamak olduğudur. Donabedian sağlık hizmeti kalitesini şu şekilde tanımlamıştır:

“Sağlık hizmeti sunumu sürecinde kurumu oluşturan birimlerin ortaya koyduğu yarar ve zarar dengelerinin yargısı sonucunda varılan maksimum bir iyileşme beklentisi”.<sup>133</sup> Bir başka tanım da “uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması” şeklindedir.<sup>134</sup> Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının boyutları klinik kalite, toplumun sağlık düzeyi

<sup>132</sup> Basın Açıklaması: Sağlık İşletmeleri Kurulmaya Başlandı (14.11.2000),

Erişim: 10.02.2006, [http://www.ttb.org.tr/BASIN/kasim00/14\\_0.html](http://www.ttb.org.tr/BASIN/kasim00/14_0.html)

<sup>133</sup> A. Donabedian, Explorations in Quality Assessment and Monitoring The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Ann Arbor, Mick: Health Administration Press, 1980’den aktaran Mithat Çoruh, “I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu (24-25 Kasım 1995-Ankara), (Der. Mithat Çoruh), Haberal Eğitim Vakfı, 1996, ss. 23-28, s. 25.

<sup>134</sup> Serpil Küçükaya, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2001, s. 51.

ve sisteminin bütünlüğüne olan güveni, sağlık hizmetlerine kolay ulaşılabilirlik ve devamlılık, harcamaların karşılanmasında finans güvenliği, hizmeti seçebilme serbestisi olarak özetlenmiştir.<sup>135</sup>

Kalitenin arttırılmasının ve sürdürülmesinin temel nedeninin, rekabette avantaj sağlayarak pazar payının arttırılması olduğu; birinci basamak sağlık hizmetlerinde pazar payının arttırılmasının da bu hizmeti veren kurumlara ilk başvurunun arttırılması ve sağlık sorunlarının yaklaşık % 95'inin bu basamakta çözülebilmesi anlamına geldiği belirtilmiştir. Bu durum aynı zamanda işlemeyen sevk zincirinin önünün açılması anlamında da yorumlanmıştır.<sup>136</sup>

Çoruh, “müşteri” sözcüğünün özellikle öğretim ve sağlık hizmetleri profesyonellerince yadırgandığını; “hasta” ve “öğrenci” sözcükleri ile adlandırma geleneklerinin yerini “müşteri”nin almasının kabul edilmediğini; oysa “müşteri” deyiminin, para karşılığı bir ürün veya hizmeti alan kimseyi değil, bir ihtiyacının karşılanması beklentisi içinde olanları (birey, toplum, kurum/kuruluş vb.) tanımladığını ileri sürmüştür.<sup>137</sup> Bununla birlikte, piyasada hizmetlerin para karşılığında verildiği ve bu hizmeti talep eden kişilere müşteri dendiği bir gerçektir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde iç ve dış müşteri ayrımı yapıldığında sağlık çalışanları iç müşteri kapsamında; hasta, hastanın ailesi ve çevresi, refakatçi, sigorta şirketi, anlaşmalı kuruluşlar, tıbbi malzeme ve ilaç firmaları, eczaneler, dernekler dış müşteri kapsamında sayılmaktadır<sup>138</sup>.

Rekabetin artması ve “müşteri” taleplerinde kalite garantisi aranması nedenleriyle bazı özel sağlık kuruluşlarının 1990'larda yoğun bir standart belgesi alma arayışına girdikleri görülmektedir. Bu amaçla, Kalite Güvence ve Yönetim Sistemleri Standartları anlamına gelen ISO 9000 serileri uygulamaya konulmaya başlamıştır. Bu standartlar, 1947'de kurulan ISO (International Standardization Organization) tarafından 1987 yılında yayınlanmış ve bu örgüte 1955 yılında üye olan Türk Standartları Enstitüsü de söz konusu standartları birebir çevirerek TS-ISO 9000 olarak yayınlamıştır. Sağlık kuruluşlarının Kalite Güvencesi belgeleri müşteri tarafından, o kuruluşların sağlık standartlarının iyi olduğunun bir garantisi olarak algılanmaktadır.

Kalite Güvencesi Sistemi (ISO 9000 standartları) ve Toplam Kalite Yönetimi birbirine karıştırılmamalıdır. Ancak Sağlıkta Toplam Kalite'ye yönelik çalışmaların, ISO 9000 çerçevesinde

---

<sup>135</sup> Mithat Çoruh, (Ekim-Kasım-Aralık 1999), Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımı, Erişim: 03.01.2006, [http://www.ato.org.tr/dergi/1999\\_3/konul.html](http://www.ato.org.tr/dergi/1999_3/konul.html)

<sup>136</sup> Sönmez Işık (Mart 1998), I. Basamak Sağlık Hizmetleri Kalitesi ve Toplam Kalite Yönetimi Felsefesi, Erişim: 10.01.2006, <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9803/6.htm>

<sup>137</sup> Çoruh, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite., a.g.m., [http://www.ato.org.tr/dergi/1999\\_3/konul.html](http://www.ato.org.tr/dergi/1999_3/konul.html)

<sup>138</sup> Şebnem Aslan, Tahir Akgemci ve Adnan Çelik, “Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti Araştırması: Dr. Faruk Sukan Doğum ve Çocuk Hastanesi Örneği”, T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 1, 2004, ss. 25-32, s. 26.

standardizasyon ve akreditasyon<sup>139</sup> çalışmalarıyla bir bütün olarak düşünülmesi gerektiği de unutulmamalıdır. Kalite Güvencesi Sistemi, önceden belirlenen standartları elde etmek ve korumak amacını güderken; Toplam Kalite Yönetimi, devamlı iyileştirme faaliyetlerini gerektirir ve hatasız hizmet sunumunu amaçlar.<sup>140</sup> Hasta mutluluğunun Toplam Kalite Yönetimi'nin sağlık sektöründeki karşılığı olduğu ve doğru teşhis, tedavi, beklemeksizin ve güler yüzlü hizmet, temiz hastane, kokmayan bir ortam, uygun fiyat vb. hastanın mutluluğuna dönük bütün faaliyetlerin Sağlıkta Toplam Kalite'nin birer unsuru olduğu kabul edilmektedir.<sup>141</sup>

Yeğinboy'a göre, sağlıkta TKY'nin uygulanması ve finansal etkinliğin artırılması için, yerinden yönetim ilkesi benimsenmeli, örgüt içerisinde yatay iletişim sağlanmalı, hasta odaklı hizmet sunulmalı, toplam katılım sağlanmalı, Genel Sağlık Sigortası Sistemi uygulanmalı, finansman sağlayan kurumlarla hizmet sunan kurumlar birbirinden ayrılmalı, hastalara hekim seçme hakkı tanıyan aile hekimliğine işlerlik kazandırılmalıdır. Yine Yeğinboy'a göre, TKY hizmetleri ile hastaların katılımcılığını sağlayan bir yönetim sürecinde en üst düzeyde kalite, verimlilik, etkinlik, esneklik ve hasta tatmini amaçlanmaktadır. TKY ile bireye yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin, yaygın, eşit, erişilebilir ve etkili bir biçimde sunulmasına olanak sağlanacaktır.<sup>142</sup>

Özel hastanelerden sonra devlet hastanelerinde de kaliteye yönelik olarak ilk adımda ISO 9000 Kalite Güvence Standartları ile temeli oluşturmak, ikinci adımda ise, Toplam Kalite Yönetimi anlayışını olgunlaştırmak anlayışı yerleşmeye başlamıştır.<sup>143</sup>

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde TKY'nin uygulanabilmesi için Aile Hekimliği Sistemi'ni kurma çalışmaları başlatılmıştır. Bazı çevrelerce desteklenen bu sistem, bazılarınca da birinci basamağın özelleştirilmeye açılmasına imkan vereceği için şiddetle yerilmektedir.<sup>144</sup>

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde TKY'nin uygulanması için de ağırlıklı olarak yataklı tedavi kurumları olan hastaneler bazında kalitenin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalar genellikle sağlık çalışanlarının katılımını sağlayarak motivasyonlarını artırma, sağlık hizmetini vatandaş memnuniyetini sağlayacak şekilde sürekli

---

<sup>139</sup> Yetkili bir kuruluş tarafından, bir sağlık kuruluşunun sağlık hizmetleriyle ilgili standartları yerine getirebilecek yetenekte olduğunun resmi olarak tanınmasına ilişkin işlemlerdir.

<sup>140</sup> Çoruh, "I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde.", a.g.m., s. 27.

<sup>141</sup> Çoruh, "I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde.", a.g.m., s. 27; Morgil ve Küçükçirkin, a.g.m., s.33-34.

<sup>142</sup> Yasemin Yeğinboy, "Bireye Yönelik Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Finansal Etkinliğin Artırılmasında Toplam Kalite Yönetiminin Etkileri", I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu (24-25 Kasım- Ankara), (Der. Mithat Çoruh), Haberal Eğitim Vakfı, 1996, ss. 155-160, s. 158-159.

<sup>143</sup> Ceyhan Gökmen, Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Erişim: 10.02.2006, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/sunumlar/saglikhizmetlerindekalite.pdf>

<sup>144</sup> Işık, I. Basamak Sağlık Hizmetleri..., a.g.m., <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/savilar/9803/6.htm>



biçimde iyileştirme, maliyetleri kontrol altına alarak verimliliği ve etkinliği arttırma, zaman kaybına yol açmadan, işlemlerin etkili ve verimli bir şekilde uygulanabilmesini mümkün hale getirmek için birimler arası koordinasyonu sağlama ve elbette bunlara dayanak olacak düzenlemeleri yapma şeklinde gerçekleştirilmektedir.<sup>145</sup>Yakın geçmişte SSK hastanelerinde belirli bir zamana yayılmış biçimde yürütülmüş olan Toplam Kalite Yönetimi çalışmaları sonucunda bu kurumlarda belirli gelişme ve iyileşmeler meydana geldiği ileri sürülmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Yataklı Tedavi Kurumları için de hizmetlerin değerlendirilmesi, verimlilik, etkililik ölçütleri içinde hizmetin Toplam Kalite Yönetimi Sistemi felsefesi doğrultusunda sunulabilmesi amacıyla, 2001 yılında “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” hazırlanarak Ocak 2002 tarihi itibarıyla valiliklere gönderilmiştir. Yönergenin kurumlara gönderilmesi ile yataklı tedavi kurumlarında TKY'nin sistematik olarak resmen uygulanması faaliyetlerine başlanmış, TKY faaliyetlerinin kurumsallaşması sağlanmıştır. Laboratuvar tetkik sürelerinin kısalması, radyoloji tekrarlarının azalması, ameliyathane kullanım sürelerinin verimli hale gelmesi, hastane enfeksiyon oranının düşmesi, hatalı ilaç verme oranında azalma, tıbbi konularda ilk göze çarpan gelişmeler olarak gösterilmektedir.<sup>146</sup>

2002 yılı içinde hastane yönetimlerinin TKY uygulamaları konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi amacıyla “Hastane Yönetimi ve Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları” konulu toplantılar düzenlenmiş, ayrıca “Sağlık Hizmet Politikaları”nın belirlenmesi konusunda toplantılar yapılmıştır. 2004 yılında kurulan Kalite Koordinatörlüğü ile Sağlık Bakanlığı'nın kalite alanındaki tüm çalışmaları bu koordinatörlük çatısı altında toplanmıştır. Ayrıca akreditasyon çalışmalarıyla kalite yönetimi konusunda çeşitli düzeylerde bilgilendirme ve eğitim çalışmaları devam etmektedir.<sup>147</sup>

Kalite Koordinatörlüğü'nün hedeflerini kurumsal verimliliğin ve hizmet kalitesinin arttırılması, maliyetlerin kontrol altına alınması, vatandaş ve çalışan memnuniyetinin sağlanması, sağlık sektörü açısından örnek ve başarılı bir yönetim modeli oluşturulması olarak sıralayan Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Necdet Ünüvar, şu görüşleri kaydetmiştir:

“Günümüzde bireylerin satın alma gücünün artması, sağlık bilinci düzeyinin yükselmesi, sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması, tedavi kurumları arasında rekabetin başlaması, kalite-maliyet çelişmesine çözüm getirilme gereksinimi, sağlık sektöründe toplam

---

<sup>145</sup> Tuncer Asunakutlu, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Erişim: 02.01.2006, <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>

<sup>146</sup> Gökmen, a.g.m., <http://www.kalite.saglik.gov.tr/sunumlar/saglikhizmetlerindekalite.pdf>

<sup>147</sup> Asunakutlu, a.g.m., <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>

kalite yönetimi ihtiyacının doğmasında rol oynamış belli başlı nedenler arasındadır. Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli bir şekilde sunumunu sağlayabilmenin ön koşulu, bu alanda hizmet veren kurumların çağdaş yönetim anlayışı ve teknikleriyle yönetilmesidir. Bugün en çok kabul gören çağdaş yönetim tekniklerinden birisi, tüm dünyada yaygın ve başarılı uygulamalarına tanık olunan ‘toplam kalite yönetimi’dir<sup>148</sup>. Daha önce de bahsedildiği gibi 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu<sup>149</sup> Kanunu110 ile ilgili Bakanlığın teklifi ve Sağlık Bakanlığı’nın uygun görmesi halinde Bakanlar Kurulu kararı ile kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğini haiz sağlık işletmesine dönüştürülmesi olanaklı kılınmıştı (madde 5). Bu kanunda ve bu kanuna dayanılarak 1995 yılında çıkarılan Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik te<sup>150</sup> kaliteli ve verimli hizmet arzını sağlayacak şekilde politika tespit edilmesi üzerinde durulmuştur. Takip eden düzenlemelerde de “kalite” vurgusu yapılmaya devam edilmiştir. 2001 yılında çıkarılan Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Sağlık İşleri Yönetmeliği’nde<sup>151</sup> işletmede TKY’nin uygulanmasının sağlanması ile ulusal ve uluslararası sağlık hizmeti standartlarının işletmede uygulanması ve sürekli kılınması görevleri bulunan danışma birimi Kalite Konseyi’ne yer verilmiştir.

Son zamanların en göze çarpan düzenlemelerinden birisi de 06.01.2005 tarihinde kabul edilen 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun’ dur. Gerekçe olarak da sağlık hizmetleri sunumunda etkinliği arttırmak, toplum ve bireyler için daha kaliteli sağlık bakım hizmeti sunmak gösterilmiştir.<sup>152</sup>Bazı devlet hastanelerinde hastaların şikayetlerini iletmeleri için kurulan “hasta hakları” birimleri de kalite çalışmaları kapsamında değerlendirilebilir.

Türk Standartları Enstitüsü’nün, sağlık sektöründe toplam kalite yönetiminin uygulanabilirliği üzerine yaptığı bir araştırmada, sektörün bu konuda yeterli olmadığı ortaya konmuştur. Aksaray’ın pilot bölge olarak seçildiği araştırmada sağlık kurumlarının; kurum içi iletişim, güven, ekip çalışması, stratejik planlama, sürekli iyileştirme, eğitim ve katılımı

---

<sup>148</sup> Veysi Pamukoğlu (15.10.2004), Sağlık Bakanlığı ’nda Yine Bir İlk, Erişim: 30.01.2006, <http://www.saglik.gov.tr/default.asp?savfa=detav&id=1185>

<sup>149</sup> Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987 tarih ve 3359 sayılı), Erişim: 13.01.2006, <http://www.hukukcu.com/bilimsel/genelkanunlar/3359.html>

<sup>150</sup> Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (1995 tarih, No: 22168), Erişim: 08.10.2004, <http://www.istabip.org.tr/vasa/isletme/html>

<sup>151</sup> Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Sağlık İşleri Yönetmeliği, (2001 tarih, No: 24578), Erişim: 08.10.2004, <http://www.istabip.org.tr/vasa/ssk von.html>

<sup>152</sup> SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına Devri Genel Gerekçe, Erişim: 13.02.2004, [http://www.sabah.com.tr/ozel/ssk802/dosya\\_804,2.html](http://www.sabah.com.tr/ozel/ssk802/dosya_804,2.html)

destekleyici organizasyon yapısı konularında yetersiz oldukları belirlenmiştir.<sup>153</sup>Çeşitli disiplinlerden gelen sağlık çalışanlarının bu konuda aynı bilgi, görüş ve anlayışa sahip olmamaları, TKY felsefesinin kurumun her kademesi ve çalışanı tarafından bilinmemesi, günümüzde sağlık hizmetlerinde TKY’de istenilen başarıya ulaşılamamasında gösterilen bazı nedenlerdir.

Toplam Kalite Yönetimi’nin kamu kuruluşlarında da uygulanması verimliliği, tasarrufu, şeffaflığı ve katılımı gerçekleştirmenin, kaynakları en iyi şekilde kullanmanın ve en iyi hizmeti sunmanın yolu gibi görülmektedir. Ancak personelin sürekli eğitimi ve sağlık hizmetlerine toplumun katılımı gibi zaten uzun süredir gündemde olan yaklaşımlarla ilişkisi düşünüldüğünde kavrama abartılı anlamlar yükleyip tüm sorunları çözecek bir sihirli değnek gözüyle bakmanın büyük yanılgı olduğunu düşünenler de bulunmaktadır.<sup>154</sup>Ayrıca TKY faaliyetlerinin hasta-hekim- ilaç ilişkilerinde kısmi özelleşmeye yol açarak bir sonraki aşamada kapsamlı özelleştirme için zemin oluşturduğunu dile getirip karşı görüş sunanlar da bulunmaktadır.<sup>155</sup>

### **2.1.7. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Dönemi**

Sağlık sektörü reformu, sağlık sektörünün performansını ve işlevselliğini, nihai anlamda da toplumun sağlık düzeyini geliştirmek üzere planlanmış ve hükümetçe rehberlik edilen, politika ve kurumsal düzenlemelerdeki uzun süreli ve sürdürülebilir yapısal değişim sürecidir. Bu süreçte sağlık sisteminin finansmanı, organizasyonu ve hizmet üretiminde geçerli olan yapılar değiştirilir. Sağlık sistemlerindeki reform arayışları özellikle finansman boyutunda ortaya çıkmıştır. Temel amaçlar harcamaların sınırlanması, kamu sağlık harcamalarının azaltılması, kamu dışında yeni kaynak kanallarının yaratılması, var olan kaynakların daha verimli kullanılmasıdır. Finansman boyutundaki çalışmalar doğal olarak sağlık sistemlerinin organizasyon ve yönetim boyutlarındaki çalışmaları tetiklemiştir. Sağlık reformlarının hizmet kalitesinin artırılması, toplumsal sağlık düzeyinin yükseltilmesi gibi genelde öncelikli amaç olarak gösterilen; fakat finansmanla ilgili kaygıların önüne geçemeyen başka amaçları da bulunmaktadır. Belek’e göre bunun nedeni ise, kapitalizmin içine girdiği kriz ortamında ilk çarelerden biri olarak sağlık sektörü için ayrılan kaynakların kısıtlanmasına başvurulmasıdır.<sup>156</sup>

---

<sup>153</sup> Sağlık, Kalite Yönetiminde Sınıfta Kaldı (04.11.2002), Erişim: 10.02.2006, <http://www.medimagazin.com.tr/haber/31392.html>

<sup>154</sup> Işık, I. Basamak Sağlık Hizmetleri..., a.g.m., <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9803/6.htm>

<sup>155</sup> Soyer, "1980'den Günümüze.", s. 314.

<sup>156</sup> Belek, "Sağlık Reformları Kriz ve Sağlık Paradigmasında...", a.g.m., s. 431-434.

Türkiye’de sağlık reformu çalışmaları 1990’lı yılların başında, dünyadaki genel süreçle bağlantılı ve paralel biçimde, Sağlık Projesi çerçevesinde, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü’nün finansal, ideolojik, teknik katkıları ve belirleyiciliğinde başlatılmıştır. Sağlık reformlarının en önemli bileşenlerinin finansman için Genel Sağlık Sigortası, birinci basamak sağlık hizmetleri için aile hekimliği, ikinci ve üçüncü basamaklar için de hastanelerin özleştirilmesi/özleştirilmesi olduğu görülmektedir.<sup>157</sup>

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

Sağlık sektörü ile ilgili olarak VIII. BYKP içerisinde ulaşılmak istenen amaçlardan bazılarını aşağıda yer verilmiştir.<sup>158</sup>

- Sağlık sektörü finansal yapılanması hakkaniyet, eşitlik ve adalet ilkelerine bağlı olarak gerçekleştirilmelidir. Bu, Dünya Sağlık Örgütü’nün ortaya koyduğu üç önemli temel değerden eşitlik ile paralel bir amaçtır. Diğer iki değer ise, dayanışma ve verimlilik.<sup>159</sup>
- Sağlık sektörüne ilişkin finansal göstergeler gelişmiş ülkeler düzeyine yükseltilmelidir.
- İlaç harcamaları nedeniyle oluşan maliyetlerin azaltılabilmesi için yerli ilaç sektörü teşvik edilmeli ve ilaç kullanımı ile ilgili maliyetlerin rasyonalize edilebilmesi için aynı içerikteki ilaçlardan maliyeti düşük olanın reçetelenmesi ve kullanımı için ilgili kuruluşlar arasında işbirliğine gidilmelidir. İlaç tüketimlerinin rasyonalize edilebilmesi için gereksiz ilaç yazımı ve tüketimi engellenmelidir.
- Rehabilitasyon gibi kâr amacı gütmeyen, zahmetli, uzun süreli ve yüksek maliyetli hizmet sunan işletmeler teşvik edilmeli, kamu sahipliğindeki ise desteklenmelidir. Tıbbi teşhis ve tedavide kullanılan her nevi cihaz, araç gereç ve malzemelere ilişkin ülke şartlarına uygun standartlar geliştirilmeli, bu tür malzemelerin yurt içinde üretimi teşvik edilmeli, bu tür girdilerin sağlık hizmeti maliyetleri üzerindeki etkilerinin azaltılabilmesine ilişkin standartlar geliştirilmeli ve kullanımları sağlık sigortası teminat

<sup>157</sup> Belek, “Türkiye Sağlık.”, a.g.m., s. 445.

<sup>158</sup> Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, DPT: 2561, ÖİK: 577, Ankara, 2001, s. 132-141.

<sup>159</sup> Belek, “Sağlık Reformları Kriz ve.”, a.g.m., s. 431.

paketleri ile denetim altına alınmalıdır.

- Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu ayrılmalıdır.
- Sağlık sisteminin finansmanında sosyal sigortacılık temeline dayalı Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmelidir. Sağlık sigortası veren tüm kuruluşlar (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, Özel Sağlık Sigortaları vb.) sağlık sigortası teminatları açısından bu amaçla kurulacak olan özerk tek bir kuruluşa bağlanmalıdır,
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda desantralizasyona geçilmelidir.
- Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sektörü içindeki rolü yeniden belirlenmelidir. Sağlık Bakanlığı asli olarak ülke çapındaki sağlık politikalarının belirlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin en verimli şekilde uygulanması, birinci basamak sağlık hizmetleri veya aile hekimliği uygulamalarının yürütülmesi, yataklı tedavi hizmetlerinin koordinasyonu, izlenmesi ve denetimi faaliyetlerini yürütmelidir.
- Devlet, özel sektörün sağlık yatırımlarını ve özel sektördeki sağlık sigortacılığı uygulamalarını teşvik etmelidir.
- Kamuya ait ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları özerkleştirilmelidir.
- Sağlık sigortası sevk zinciri içinde hizmet alımı finanse edilmeli, sevk zinciri dışındaki hizmet alımları sağlık sigortası teminatları dışında bırakılmalıdır.
- Uzun vadede tüm sağlık göstergeleri Avrupa Birliği'nin normlarına ulaştırılmalıdır.

Planın kapsama süresi olan 2001-2005 döneminde hedeflenen düzeylere gelinememiştir. İlerleyen kısımlarda da görüleceği gibi sıralanan bu amaçlar hali hazırda varılmak istenen hedeflerle neredeyse tamamen aynıdır.

#### **2.1.7.2. Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı**

Türkiye'nin Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı'nın hedefleri, politikaları ve uygulamaları dönemin Devlet Bakanı Kemal Derviş tarafından 15 Mayıs 2001 tarihinde açıklanmıştır. Program'da mali sektörün yeniden yapılandırılması, devlette şeffaflığın artırılması, kamu finansmanının güçlendirilmesi, ekonomide rekabetin ve etkinliğin artırılması ve sosyal dayanışmanın güçlendirilmesi amacıyla yasal düzenlemelerin uygulamaya konulması

öngörülmüştür. Sosyal güvenlik kuruluşlarının harcamalarının disiplin altına alınarak, açıklarının dengeli bir bütçe politikası çerçevesinde bütçeden aktarılacak transferlerle karşılanması; sağlık primleri ve katkı paylarının sosyal güvenlik reformunun bir parçası olarak arttırılması hedeflenmiştir.<sup>160</sup>

Program çerçevesinde kamuoyuna “Derviş Yasaları” olarak sunulan 15 yasal düzenleme yapılmıştır. Önceden başlayan ve halen sürmekte olan sosyal güvenlik reformu alanında 1999 Ağustosunda çıkarılan kanun ile temel emeklilik ve işsizlik sigortası konularını kapsayan birinci aşama tamamlanma noktasına gelmişti. Program’la da sosyal sigorta kuruluşlarının yeniden yapılandırılması, bireysel emeklilik sisteminin uygulamaya konulması, sosyal yardım ve sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ana başlıklarını kapsayan ikinci aşamaya geçilmiştir.

Yapısal reformlar da, kamu maliyesi ve para programları ile birlikte Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı’nın 3 temel unsurundan biridir. Küreselleşen dünya ekonomisinde gelişmiş ve çağdaş ekonomilerin izlediği yola paralellik gösteren yapısal reformların temel amacının, mal ve hizmetlerin üretim miktarları ile fiyatlarının piyasa kuralları kapsamında belirlenmesini ve böylece kıt kaynakların en etkin biçimde halkın önceliklerine göre kullanımını sağlamak olduğu belirtilmiştir.

Program, adı farklı olmasına karşın içerdiği taahhüt niteliğindeki hedefler dolayısıyla bir çeşit Niyet Mektubu özelliği taşımaktadır. Nitekim Program’da yer alan hususlar, IMF ile varılan anlaşmaya da konu olmuş ve IMF’ye verilen Niyet Mektubu ile uluslararası kamuoyuna açıklanmıştır.<sup>161</sup> Stand-by anlaşmaları aracılığıyla kredi teminini sağlayan taahhütlerin belgelendiği Niyet Mektupları’nda kamu reformlarının yapılacağı vurgulanmış ve yasal düzenlemelerin çıkarılmaları takvime bağlanmıştır. Örneğin; dördüncü gözden geçirmeye dair 05.04.2003 tarihli Niyet Mektubu’nda, üç sosyal güvenlik kuruluşunun tek bir çatı altında toplanması amacıyla hazırlanacak çerçeve kanununun 2003 yılı sonuna kadar yürürlüğe alınması hedeflenmiştir.<sup>162</sup> 26.04.2005 tarihli Niyet Mektubu’nda da, sağlık ve eğitim hizmetlerinin verimliliğinin arttırılacağı; sosyal güvenlik harcamalarının, ilaç ve diğer tıbbi malzeme

---

<sup>160</sup> Türkiye’nin Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı’nın Hedefleri, Politikaları ve Uygulamaları Açıklandı, Erişim: 24.11.2005, [http://www.tisk.org.tr/isveren/sayfa.asp?yazi\\_id=302&id=18](http://www.tisk.org.tr/isveren/sayfa.asp?yazi_id=302&id=18)

<sup>161</sup> Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı’nda Temel Yapısal Reform Konuları, Erişim: 01.02.2006, <http://www.hazine.gov.tr/genel/degerlendirme.htm>

<sup>162</sup> 4. Gözden Geçirmeye İlişkin Niyet Mektubu (05.04.2003), Erişim: 19.03.2006,

giderlerindeki hızlı artışın önünün kesilmesi suretiyle kontrol altına alınacağı taahhütleri yer almıştır. Emeklilik reformuna ilişkin kanun ile sosyal güvenlik reformuna ilişkin idari yapılanma kanununun, 2005 yılı Haziran ayı sonuna kadar TBMM'den geçmesi taahhüt edilmiştir. 2006 yılından itibaren Genel Sağlık Sigortası uygulamasına başlanmasının tasarlandığı, sağlık sektöründeki reformların getirebileceği olası ilave maliyet için, ihtiyaç duyulduğu takdirde telafi edici mali tedbirler alınacağı diğer belirtilen hususlardır.<sup>163</sup>

### 2.2.7.3. 58. ve 59. Hükümet Programları

3 Kasım 2002 genel seçimleri sonrasında Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) tarafından kurulan 58. Hükümet'in Programı, 23 Kasım 2002'de TBMM Genel Kurulu'nda dönemin başbakanı Abdullah Gül tarafından okunmuştur. Hükümet Program'da, "yönetişim" anlayışı içinde etkili bir kamuoyu denetimini kaçınılmaz gördüğünü; devlet-piyasa-toplum üçlüsünün birbirinin alternatifi değil, tamamlayıcıları olduğunu, sürdürülebilir hızlı bir kalkınmanın da ancak bunların oluşturacağı sinerji ile sağlanabileceğini; katılımcılığın, kamu kesimi ile toplum arasında diyalogu ve işbirliğini besleyecek, etkin bir mekanizma olarak destekleneceğini; yönetim ve karar alma sürecinin her aşamasında toplam kalite anlayışının benimsenip, belirsizlikleri azaltacak, "öngörülebilir" bir yönetim sağlanacağını ifade etmiştir. Kamuda yöneticiler ile çalışanlar arasında yapılacak sözleşmelerle performans yönetiminin geliştirilmesi, uzun vadede performansa dayalı ücret sistemine geçilmesi; eğitim, sağlık, çevre gibi sosyal boyutu olan hizmetlerde, işbirliğine dayanan modeller geliştirilmesi hükümetin hedefleri arasında yer almıştır.<sup>164</sup>

Hedeflerin, önceliklerine göre 1 ay, 3 ay, 6 ay, 12 ay, orta vadeli, uzun vadeli, sürekli gibi periyodlara göre ayrılmış olduğu Acil Eylem Planı (AEP), Recep Tayyip Erdoğan tarafından 16 Kasım 2002 tarihinde bir basın toplantısıyla açıklanmış ve daha sonra geniş kapsamlı olarak tekrar sunulmuştur. İlk sunumda ikincisinden farklı olarak, ilk üç aylık süre içinde Kamu Yönetiminde Toplam Kalite ve Yönetişim İlkelerinin Hayata Geçirilmesi Çerçeve Yasası çıkarılacağı, yolsuzluğun önlenmesinde en önemli araç olarak, kamu hizmetlerinin

<sup>163</sup> 26.04.2005 Tarihli IMF Niyet Mektubu, Erişim: 19.03.2006, <http://www.tcmb.gov.tr/yeni/duyuru/2005/niyet260405/IMFniyetTRnisan05.pdf>

<sup>164</sup> 58. Hükümet Programı (23 Kasım 2002), Erişim: 24.11.2005,

sunumunda toplam kalite yönetimi anlayışı getirileceği dile getirilmiştir.<sup>165</sup>

AEP kapsamında 205 faaliyet bulunmaktadır. Bu faaliyetler, Kamu Yönetimi Reformu, Ekonomik Dönüşüm Programı, Demokratikleşme ve Hukuk Reformu ile Sosyal Politikalar olmak üzere 4 ana politika başlığı altında toplanmıştır. Kamu Yönetimi Reformu kapsamında 45 faaliyet (Merkezi İdare, Yerel Yönetimler, Devlet Personel Rejimi Reformları ile Yolsuzluklarla Mücadele alt başlıklarında); Ekonomik Dönüşüm Programını oluşturan 91 faaliyet (Genel, Vergi Politikaları, Harcama Politikaları, Mali Piyasalar, Özelleştirme ile Reel Sektör ve Doğrudan Yabancı Yatırımlar alt başlıklarında); Demokratikleşme ve Hukuk Reformu çerçevesinde 24 faaliyet; Sosyal Politikalar kapsamında ise 45 faaliyet (Gelir Dağılımında Adaletin Sağlanması, İşsizliğin Önlenmesi, Nitelikli Eğitim, Sağlıklı Toplum, Herkese Sosyal Güvenlik ile Kentleşme ve Yerleşme alt başlıklarında) bulunmaktadır.

AEP’de sağlık ve sosyal güvenlikle ilgili olarak da şu önemli hedefler tespit edilmiştir.<sup>166</sup>

*Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılacak: (6-12 ay),*

*Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı kaldırılarak tüm hastaneler tek bir çatı altında toplanacak: Ölçek ekonomilerinden yararlanılabilmesi ve kuruluşlar arasındaki yükün daha dengeli dağıtılarak toplumun tüm kesimlerine daha hızlı ve kaliteli sağlık hizmeti sunulabilmesi ve Genel Sağlık Sigortası Sistemi’nin hayata geçirilebilmesi için hastanelerin yönetimi birleştirilecek (12 ay),*

*Hastaneler idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulacak: Yeni kurulacak sağlık sistemi ve Genel Sağlık Sigortası Sistemi’nin etkin bir şekilde uygulanabilmesi, hizmette kalitenin artırılması ve maliyetlerin düşürülebilmesi için hastanelerden uygun olanlar idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulacak, sağlık sektörüne rekabet getirilecek (12 ay ve uzun vadeli),*

*Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı ayrılacak: Oluşturulacak Genel Sağlık Sigortası Sistemi çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacak, maliyetler düşürülecek, hizmette kalite ve standart birliği sağlanacaktır (12 ay),*

*Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Kurumu kurulacak: (12 ay),*

<sup>165</sup> Acil Eylem Planı (16 Kasım 2002), Erişim: 24.11.2005, <http://www.belgenet.com/eko/acileYlem161102.html>

<sup>166</sup> T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı (3 Ocak 2003), Erişim: 30.01.2006, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/>



*Aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri kurulacak:* Genel Sağlık Sigortası Sistemi içerisinde birinci basamak sağlık hizmetleri gulendirilerek hastanelerin basit işlerle meşgul edilmesi nlenecek, vatandaşlar acil durumlar dışında ilk olarak aile hekimlerine müracaat edecek, ancak aile hekiminin yönlendirmesi ile hastanelere gidebileceklerdir (12 ay ve sürekli),

*Anne ve ocuk sağlığına özel önem verilecek:* (sürekli),

*Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak:* Koruma/nleme tazminden önce gelir ilkesi çerçevesinde koruyucu hekimlik ne çıkacağından, Sağlık Bakanlığı bu alana yönelecek (sürekli),

*Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecek:* (sürekli),

*Sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliği sağlanacak:* Tüm sosyal güvenlik sistemini kapsayan standart ve norm birliği sağlanacak (12 ay), *Bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurulacak:* Sosyal güvenlik sistemindeki dağınıklığın giderilmesi, herkese sosyal güvenlik hizmetlerinin götürülebilmesi, sistemin etkin ve verimli çalışabilmesi için, primli sisteme ilave olarak primsiz sistemle de desteklenmiş, bütünleştirilmiş bir yapı içinde koordine edilen güçlü bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulacak (12 ay),

*Uzun vadeli ve kısa vadeli sigorta programları birbirinden ayrılacak:* Uzun vadeli sigorta programları olan malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile kısa vadeli sigorta programları olan iş kazası, meslek hastalığı, hastalık, analık ve işsizlik programları birbirinden ayrılacak (12 ay),

*Prim karşılığı olmayan demeler kaldırılacak:* Sosyal güvenlik sisteminde prim karşılığı olmayan demeler bu kuruluşların aktüeryal dengesini bozmakta ve sosyal güvenliğinin temeli ile bağdaşmamaktadır. Bu nedenle, zaten sabitlenmiş olan ve halen SSK'da ortalama emekli aylığının % 1,9'u, Bağ-Kur'da ise % 3,3' düzeyinde olan prim karşılığı olmayan demeler hak kaybına yol amayacak şekilde kaldırılacaktır (12 ay),

*Bütünleştirilmiş bir sosyal hizmet ve yardım ağı ve kurumsal yapısı oluşturulacak:* Sosyal hizmet ve yardım veren kuruluşlar arasında ortak kriter ve hizmet standardı oluşturulamamıştır. Sosyal hizmet ve yardımlar, muhtaç kitlelere daha etkin bir hizmet sunmak amacıyla yeni bir sisteme kavuşturulacaktır (12 ay).

18 Mart 2003 tarihinde Başbakan Recep Tayyip Erdoğan tarafından TBMM'ye sunulan 59. Hükümet Programı'nda da sağlık ve sosyal güvenlik ile ilgili hedeflerin tekrarlandığı görülmektedir. Nitekim, "58. Hükümet ile 59. Hükümet arasında organik bir devamlılık ve hükümet etme mantığı açısından bir süreklilik" olduğu 59. Hükümet Programı'nda da dile getirilmiştir. Program'da, mevcut sağlık sistemi bütün yönleriyle ağdaş gelişmelerin gerisinde kaldığı; kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı itibariyle ihtiyaa cevap

veremeyecek hale geldiği; maliyetlerin, sistem kaçakları nedeniyle çok arttığı; sağlık hizmetlerinin ulaşılamaz hale geldiği; standart birliğin kalmadığı; sağlıklı bir nesil yetiştirebilmek için, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ulaşabileceği bir yapıya kavuşturulmasının kaçınılmaz hale geldiği yönünde saptamalar yapılmıştır.

Program'a göre devlet, herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirecektir ve sağlık hizmetleri bütünsel bir anlayışla ele alınacak, yeni bir yapılanma ve işbirliğine gidilecektir. Hükümet, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesini sosyal devlet anlayışının vazgeçilmez unsurları arasında gördüğünü ve etkin ve kaliteli bir sağlık sisteminin, nitelikli bir toplum için vazgeçilmez olduğunu da Program'a eklemiştir.

Program'daki sosyal güvenlik sistemiyle ilgili saptama da, sosyal güvenlik kuruluşlarının asıl yapması gereken işlerini engelleyen sağlık işleri ile uğraşmasının, bu kuruluşları verimsiz hale getirdiği biçimindedir. Sosyal güvenlik kuruluşlarında, norm ve standart birliğin sağlanması, uluslararası sözleşmeler ve sosyal güvenliğin temel ilkeleri çerçevesinde çağdaş, bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağının kurulması hedeflenmiştir.<sup>167</sup>

Programdaki, sağlık hizmetlerinin gerekirse özel sektörle işbirliği yapılarak yerine getirileceğine ilişkin ifadenin sağlık hizmetlerinin etkinlik ve kalite söylemiyle özel sektöre devredilmesini öngördüğü eleştirileri yapılmıştır. AEP'deki yoksullara yardım götürülmesi hedefi de, IMF ve WB programlarının yarattığı sosyal risklerin giderilmesinde kullanılacak bir sübap sistemi olarak yorumlanmıştır.<sup>168</sup>

Ata Soyer de AEP'nin hedeflerini hastanelerin işletmeleştirilmesi, finansmanda "sigorta" tercihinin kurumsallaştırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği adı altında özelleştirilmesi şeklinde özetlemektedir.<sup>169</sup>

---

<sup>167</sup> 59. Hükümet Programı (18 Mart 2003), **Erişim: 23.03.2006**, <http://www.akparti.org.tr/>

<sup>168</sup> Bağımsız Sosyal Bilimciler-İktisat Grubu, 2003 Başında Türkiye Ekonomisi ve AKP'nin Acil Eylem Planı ve Hükümet Programları Üzerine Değerlendirmeler, TTB, Mayıs 2003, s. 25

<sup>169</sup> Ata Soyer, Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Darbeden AK Partiye, Sorun Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 2004, s. 228.

#### 2.7.7.4. 5227 Sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun

Kanun'un<sup>170</sup> 29 Aralık 2003 tarihinde kamuoyuna sunulan genel gerekçesine göre; ekonomi ve yönetim teorisinde değişim, özel sektörün rekabetçi yapısı ve kaydettiği ilerlemeler, toplumsal eleştiri ve değişim talebi ile sivil toplumun gelişimi doğrultusunda kamu yönetiminin toplumsal rolü ve işlevleri ile bunları yerine getirirken uygulayacağı yöntemler ve oluşturacağı kurumsal yapılar tartışma konusu haline gelmiştir. Toplumun taleplerine karşı daha duyarlı, katılımcılığa önem veren, hedef ve önceliklerini netleştirmiş, hesap veren, şeffaf, daha küçük ancak daha etkin bir kamu talebi dile getirilmiştir. Kamu kurum ve kuruluşlarının üretimden çekilmesi, düzenleyici işlevinin güçlendirilmesi, özel sektör ve toplum ile paydaşlık ilişkisi geliştirmesi öngörülmüş ve kapsamlı bir çerçeve ve uzun vadeli bir perspektif içinde, merkezi idare ve mahalli idarelerde “iyi yönetim” ilkelerinin hayata geçirilmesi hedeflenmiştir.<sup>171</sup> Genel gerekçede yer alan bu ifadelerden, “yeni kamu işletmeciliği” yaklaşımının ruhunu taşıdığı anlaşılmaktadır. İncelendiğinde, genel gerekçe gibi Kanun'un maddelerinin de benzer bir ruh taşıdığı rahatlıkla görülmektedir.

Kanun'da da kamu hizmeti ve kamu yönetim modeli parçalanmakta, belli parçalar dışarı alınıp belli parçalar eklenmektedir. Dışarıya alınan parça sosyal devlet ve emeğin kazanımları iken; yerine konulan parça yönetim modeliyle toplam kalite ve esnek üretimdir. Kaan, Kanun'daki “görev, yetki ve sorumlulukların, hizmetten yararlananlara en uygun ve en yakın birimlere verileceğine” ilişkin hükmün, yani Avrupa Yerel Yönetimler Özerklik Şartı'ndaki ifadesiyle “subsidiarite”nin, bütünsel bir sağlık hizmeti ve sağlık planlaması yerine, parçalı sağlık hizmeti anlamına geldiği yorumunu yapmıştır.<sup>172</sup>

Kanun, başta hazırlanış şekli olmak üzere, birbiriyle çelişen maddeler içermesinin neden olduğu tutarsızlık, vatandaşların müşteriye dönüştürülmesi, sosyal devletin tasfiye edilmesi, idarenin bütünlüğünün bozulması, ulusal kalkınma planlılığının sona ermesi, idarenin ticarileştirilmesi, kamu gücünün özel sektörle sermaye tabanlı kuruluşlara devredilmesi, sendikal hakların zayıflatılması noktalarında oldukça eleştiri almıştır. Kanun'la “yeni kamu

<sup>170</sup> Kanununun, çalışmada yer verilen maddeleri ve tam metni için bkz. *Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun (kabul tarihi: 2004, 5227 sayılı)*, Erişim: 25.12.2004, <http://www.belgenet.com/yasa/k5227.html>

<sup>171</sup> *Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı-Genel Gerekçe (29 Aralık 2003)*, Erişim: 25.12.2004, <http://www.belgenet.com/yasa/kamu-02.html>

<sup>172</sup> Tufan Kaan, “Kamu Yönetimi Temel Kanunu ve Sağlık Hizmetleri”, *Kamu Yönetimi Temel Kanunu Sempozyumu (20 Kasım 2003-İTÜ Evi-Ankara)*, TMMOB, Ankara, 2004, ss. 137-143, s. 141.

işletmeciliği”nin öngördüğü müşteri/vatandaş odaklılık anlayışının Türk kamu yönetimi sistemine yerleştirilmek istendiği yorumları yapılmıştır. Yeni anlayışın taraftarları, müşteri/vatandaş odaklılığa olumlu anlam yükleyerek, özel sektörde müşterinin öneminin artmasına paralel olarak kamuda da vatandaşın öneminin artmasını istemektedirler.<sup>173</sup>

Kanunun 5. maddesi, görev, yetki ve sorumlulukların hizmetten yararlananlara en uygun ve en yakın birime devredilmesini hükmediyordu. Kanun, kamu hizmetlerinin daha etkili ve verimli olarak yerine getirilebilmesi amacıyla, merkezi idare ile mahalli idarelerin, kendilerine ait hizmetlerden kanunlarda öngörülenleri, ilgileri itibariyle üniversitelere, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarına, hizmet birliklerine, özel sektöre ve alanında uzmanlaşmış sivil toplum örgütlerine gördürebileceğini (md.11) hükme bağlıyordu. Bu maddeler, “idarenin bütünlüğü” ilkesini bozduğu gerekçesiyle en çok eleştirilen hükümlerdir. Bu maddelerden 11. madde, Cumhurbaşkanının veto ettiği maddelerden biridir. Veto gerekçesi ise, merkezi ve yerel yönetimlerin “genel idare esasları”na göre yürüttükleri asli ve sürekli kamu hizmetleri de dahil tüm kamu hizmetlerini özel sektöre gördürebilmesine olanak tanınmasının Anayasa’nın 128. maddesiyle bağdaşmamasıdır<sup>174</sup>. Kanun cumhurbaşkanı tarafından veto edildikten sonra yeniden TBMM gündemine alınmamış ve Cumhurbaşkanına ikinci kez gönderilmemiştir.

Gerekçesinde kamuda çalışan sayısının fazla olduğu belirtilen 46. maddeyle, “insan kaynakları yönetimi” kavramının Türk kamu yönetimine getirildiği görülmektedir. Bu maddeyle, kamu hizmetlerinin memurlar, tam zamanlı veya kısmi zamanlı çalışan diğer kamu görevlileri ve işçileri eliyle yürütülmesi öngörülmüştür. Ayrıca madde kapsamında, diğer kamu görevlileri ile işçilerden tam zamanlı veya kısmi zamanlı olarak ve kadro şartına bağlı olmaksızın sözleşmeli statüde istihdam edileceklerin sözleşmelerinde, ilgili personelin görevleri, hak ve yükümlülükleri ile performans ölçütlerinin yer alacağı; memurlar ve diğer kamu görevlilerinin, performans ölçütlerine göre değerlendirileceği ibareleri yer almaktadır. Tam zamanlı ve kısmi zamanlı çalışma biçimleri esnek istihdam biçimlerine işaret etmektedir. Kamu personeli sayısının fazla olduğu gerekçesi ve esneklik birlikte düşünüldüğünde, yapılmak istenenlerin ilk aşamada zorunlu ya da özendirilmiş emeklilik ve işten çıkarma olduğu akla

---

<sup>173</sup> Hamza Al, “Türk Kamu Yönetiminde Liberal ve Postmodern Esintiler: Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasansı”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt: 37, Sayı: 4, Aralık 2004, ss. 1-10, s. 4, 7-8.

<sup>174</sup> *Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması Yasasına Veto (3 Ağustos 2004)*, Erişim: 25.12.2004, [http://www.belgenet.com/2004/k5227\\_veto.html](http://www.belgenet.com/2004/k5227_veto.html)

gelebilir.<sup>175</sup>

Kanun'un en çok tartışılan hükümlerinden biri de bazı bakanlıkların taşra teşkilatlarının kaldırılmasıdır. Kanun'la, on beş bakanlıktan dokuzunun taşra teşkilatı kaldırılmaktadır. Taşra teşkilatı kaldırılan bakanlıklardan biri de Sağlık Bakanlığı'dır. Kanun'un geçici birinci maddesine göre; Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının görev ve yetkileri, eğitim hastaneleri hariç, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser ile hastaneler ve donatım müdürlükleri araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli il özel idarelerine devredilecektir. İl özel idarelerine devredilen sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi ve dispanser gibi koruyucu sağlık hizmeti veren tesislerin; il özel idarelerince Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen esas ve usullere göre bina, araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte belediyelere devredilebileceği ifade edilmiştir.<sup>176</sup> Buna göre, sağlık hizmetlerinin üretimi, yerel birimlere aktarılmakta, merkezi yönetimin doğrudan sağlık hizmeti üretmek üzere hastane kurup işletmesi ilke olarak ortadan kalkmaktadır. Ancak eğitim hastaneleri, Bakanlığın sorumluluğunda tutulmaya devam edilmektedir. Böylece, sağlık hizmeti üretimi, eğitim hastaneleri üzerinden Sağlık Bakanlığı'na bağlı taşra birimleri ile il özel idareleri ve belediyeler arasında bölünmektedir. Bu durumun, yetki karmaşasına ve eşgüdüm sorunlarına yol açarak kaynak israfı doğuracağı eleştirisi getirilmiştir. Sağlık alanında uzman kuruluş Sağlık Bakanlığı'nın taşra görevlerini insangücünün ve uzmanlığın yetersiz olduğu yerel yönetimlere bırakacak olması endişeyle karşılanmaktadır.<sup>177</sup>

Kamu hizmetlerinin özel sektöre ve alanında uzmanlaşmış sivil toplum örgütlerine gördürülebilecek olması, yani yerel yönetimlerden özel sektöre devredilerek özelleştirilmesi, sağlık hizmetleri açısından, yıllardır birçok hastanede görülen yemek, çamaşır, temizlik, güvenlik, bilgisayar vb. hizmetlerin taşeronlaştırılmasının genişletilmesi ve daha büyük yabancı ortaklı şirketlere devredilmesi olarak yorumlanmıştır. 1988 yılında 657 sayılı kanuna, yardımcı sağlık hizmetleri sınıfında çalışanlarca yapılan işlerin özel sektöre hizmet alımı yoluyla gördürülebileceğine ilişkin eklenen bir fıkra ile başlayan uygulamanın genişletilmesine imkan tanınmıştır. Artık sadece destek hizmetler değil; klinik, laboratuvar ve tetkik hizmetlerinin

---

<sup>175</sup> Erdoğan, "Kamu Personel Rejiminde.", a.g.m., s. 75.

<sup>176</sup> Al, a.g.m., s. 5.

<sup>177</sup> Feyzi Uluğ, "Yönetimde Yeniden Yapılanma ve Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı Üzerine Eleştirel Bir Bakış", Amme İdaresi Dergisi, Cilt: 37, Sayı: 1, Mart 2004, ss. 1-28., s. 17-18.

önemli bölümünün özel şahıs ya da şirketlere devredilmesi mümkün olacaktır.<sup>178</sup>

Kanun'da sözleşmeli personel statüsünün yaygınlaştırılarak ana istihdam türü hale getirilmesinin amaçlandığı dikkati çekmektedir. Kanun'un kamudaki personel istihdamına ilişkin maddeleriyle, kamu personel sayısının azaltılmasını, sözleşme rejimine geçişi ve esnekleşmeyi temel alan yeni kamu personel rejimini getirmek isteyen Kamu Personeli Kanun Tasarısı Taslağı birbiriyle örtüşmektedir. 4924 sayılı *Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun*<sup>1</sup> da yer verilen "döner sermaye geliri ile sözleşmeli personel istihdam etme" hükmü, kamu personel reformuna ilişkin ilk adımlardan biridir.<sup>179</sup>

1 Ocak 2004 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm yataklı tedavi kurumlarında uygulanmaya başlanan performansa dayalı ek ödeme sistemi de, 5227 sayılı kanunda öngörülen kamu görevlilerinin performans ölçütlerine göre değerlendirilmesi hedefinin ilk örneklerinden olmuştur.

#### **2.1.7.5.. Sağlıkta Dönüşüm Programı**

##### **2.1.7.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amacı**

"Sağlıkta Dönüşüm Programı"<sup>180</sup> sağlık alanındaki son reform çalışmalarının çerçevesinde gerçekleştirildiği programın genel adıdır. AKP'nin daha önce uygulama alanı bulamamış benzer çalışmaları artık hedefe götürme niyetinde olduğunu açıkladığı Program'ın amaçları, sağlık hizmetlerinin *etkili, verimli ve hakkaniyete uygun* bir şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. *Etkililik*, uygulanacak politikaların halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, hastaları tedavi etmek yerine insanların hastalanmasının önlenmesi amacıyla ilgili bir ölçüt olarak görülmüştür. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin arttırılması gibi epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemeler, bu ölçüte ne kadar ulaşıldığının en somut kanıtı olacaktır. *Verimlilik*, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesi olarak tanımlanmış, insan

<sup>178</sup> Işık Kansu, *Sağlık Özelleşiyor*, Işık Kansu'nun Cumhuriyet 3-7 Kasım 2003 Tarihleri Arasındaki Yazı Dizisi, (Der. Serdar Şenkaya), Erişim: 10.04.2003,

[http://www.yol.is.org.tr/resimler/ekler/24\\_ek.pdf](http://www.yol.is.org.tr/resimler/ekler/24_ek.pdf); Birgül Ayman Güler, "Kamu Reformunun Dış Dinamikleri", Kamu Yönetimi Temel Kanunu Sempozyumu (20 Kasım 20003-İTÜ Evi-Ankara), TMMOB, Ankara, 2004, ss. 39-52, s. 42.

<sup>179</sup> Kansu, a.g.m., [http://www.yol.is.org.tr/resimler/ekler/24\\_ek.pdf](http://www.yol.is.org.tr/resimler/ekler/24_ek.pdf); Erdoğan, "Kamu Personel Rejiminde.", a.g.m., s. 82.

<sup>180</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, Aralık 2003, s. 24-36.

kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu esas çerçevesinde değerlendirilmiştir. *Hakkaniyet* de, bütün insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanması olarak belirtilmiştir. Gerek farklı sosyal gruplar, gerek kıır-kent, gerekse doğu-batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması amacıyla, hakkaniyet kapsamında yer verilmiştir.

#### **2.1.7.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının İlkeleri**

Program'ın temel ilkelerine özetle aşağıda yer verilmiştir:

İnsan merkezlilik- sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanan bireyin, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerinin esas alınması, Sürdürülebilirlik- geliştirilecek olan sistemin ülke koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi, Sürekli kalite gelişimi- ulaşılan nokta yeterli görülmeyle, hep daha iyinin aranması, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulması, Katılımcılık- sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulması, Uzlaşmacılık- demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşulması, Gönüllülük- sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almalarının sağlanması, Güçler Ayrılığı- sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması; böylece çıkar çatışmasının engellenmesi, Desantralizasyon- merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtulmak, hızlı karar mekanizmalarına sahip, kaynakları daha verimli kullanabilecek idari ve mali yönden özerk işletmeler kurulabilmesi için gereklidir,

Hizmette rekabet- sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması; böylece sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşturulması ilkesidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda, yukarıda belirtilen ilkeler çerçevesinde amaçlara ulaşırken, Dünya Sağlık Örgütü'nün "21. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikası, AB tarafından açıklanan "Katılım Ortaklığı Belgesi" ve Türkiye tarafından hazırlanan "Ulusal Program" doğrultusunda Türk sağlık mevzuatının, AB sağlık mevzuatıyla uyumlu hale getirilmesinin de dikkate alınacağı vurgulanmıştır.

#### **2.1.7.5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri**

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda, sektörü bütün boyutlarıyla kavramak üzere şekillendirilmiş, birbiriyle ilişkilendirilmiş, programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek

çözümleri içeren toplam 8 bileşene yer verilmiştir. Bu bileşenler aşağıda kısaca açıklanmıştır:

• *Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı:* Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılmasının sağlanacağı ve Bakanlığın, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacağı belirtilmiştir. Böylece Sağlık Bakanlığı, Anayasa'da tanımlandığı şekli gibi devletin sağlık sektörünü "tek elden planlama" görevini yerine getirecektir. Sağlık Bakanlığı, dikey yapılanmayı ortadan kaldıran ve entegre sağlık hizmetini ön plana çıkaran bir yapılanma modeliyle yeniden yapılanmasını gerçekleştirirken, sağlık hizmetlerini planlama ve sunumu sırasında sosyal devlet anlayışı içerisinde koruyucu hizmetlere öncelik verecek, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecektir. Sağlık Bakanlığı'nın başlıca görevi ve sorumluluğu, politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olacaktır.

• *Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası:* Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hakkaniyet amacı doğrultusunda, vatandaşların ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanacakları bir sigorta modeli oluşturulması hedeflenmiştir. Günümüzde toplumun önemli bir bölümü SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart uygulaması ile bir sağlık sigortası içine alınmış olmasına rağmen, sigortalı olmayan önemli bir kesim bulunduğu tespit edilmiştir. Sosyal güvenlik kurumları arasında standart birliğini sağlamak, farklı düzey ve yollarla hizmet üretimini veya satın almasını ortadan kaldırmak; hizmet kalitesini arttırmak; her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak; fiyat kontrolü ve sağlık hizmetlerinin finansmanını tek elden karşılamak ve hasta ile hekim arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun bütünü kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine *ihtiyaç olduğu* vurgulanmıştır. Toplumun tamamını sağlık açısından güvence altına alacak bir Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması için Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan ve hala yapılmakta olan şu çalışmalar mevcuttur.

-Ödeme gücü olmayanları tespit etmek üzere bir fakirlik sınırı belirlenmesi çalışması,

-Ödeme gücü olmayanların primlerini kısmen veya tamamen kamu kaynakları ile karşılamak üzere kaynak oluşturulması çalışması,

-Sosyal güvencesi bulunmayanların primlerini toplamaya yönelik bir sistem kurulması çalışması,

-Sağlık primleri havuzu sosyal güvenliğin diğer dallarından ayrılarak, kendi iç dengelerinin kurulması çalışması,



- Sağlık hizmetlerinde temel teminat paketi belirlenmesi çalışması,
- İl ve gerektiğinde ilçe düzeyinde, sağlık hizmet ihtiyacını belirlemeye yönelik demografik ve epidemiyolojik özelliklere dayalı olarak ihtiyaç tespiti yapacak bir yapı oluşturulması çalışması,
- Belirlenmiş ihtiyaçlar doğrultusunda, birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerden hizmet satın almak için sözleşmeler yapmak üzere mekanizmalar oluşturulması çalışması,
- Alınan hizmetlerin tanımlanan niteliklere uygun olup olmadığını, “yerindelik ve uygunluk” denetimleri yaparak belirleyecek bir yapı oluşturulması ile sağlık finansmanı ile ilgili bilgi eksikliğini gidermeye yönelik olarak, sağlık sektöründe kaynakların nereye ve ne kadar harcandığı yıllık bazda takip edilebilecek bir “Ulusal Sağlık Hesabı” sistemi kurulması çalışması,
- Mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarındaki emeklilik sigortası ve sağlık sigortasının birbirinden ayrılması, sağlık sigortası işlemlerinin tek çatı altında toplanması çalışmaları.

Her Türk vatandaşının sigorta kapsamına alınacak ve tek numara sistemi (MERNİS-Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi numarası) benimsenecek olması; primi yatırma veya sigortasız olma sorununu sağlık kuruluşlarının değil, sigorta kurumunun takip edecek olması; hizmet üretenlere geri ödemenin tek elden, düzenli ve zamanında yapılması Genel Sağlık Sigortası konusunda önemli noktalar olarak saptanmıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde bu çalışmaların başlatılmış olduğu bilgisi de eklenmiştir.

Program'da, Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması yanında özel sağlık sigortacılığının da teşvik edileceği ve gelişiminin destekleneceği, özel sigortaların tamamlayıcı bir rol ile sistemde bulunmalarının sağlanacağı ifade edilmiştir. Böylece, zorunlu Genel Sağlık Sigortası'nın kapsadığı temel teminat paketine ilave olarak hizmet almak isteyenler özel sigorta yaptırabilecekler ve hizmetlerini bu özel sigortalar aracılığıyla alabileceklerdir.

■ Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi: Program'da, sağlık hizmeti vermeye talip bütün dinamikleri sistem içine alan bir anlayış içinde hizmette rekabet ortamının yaratılması gerektiği düşünülmüştür. Bu bağlamda, bir yandan sosyalizasyon politikasının bir armağanı olan Sağlık Ocağı ağı güçlendirilirken, bir yandan da vakıf ve dernekler başta olmak üzere özel teşebbüsün de hizmet alanında yer alması öngörülmüştür. Programda, iktidarın kır-kent, doğu-batı eşitsizliğini azaltmak için, her bölgede eşit oranda kamu sağlığı olanaklarının kısılması ve özel sektöre devredilmesi gibi bir anlayış içinde değil; aksine ihtiyaç olan yerlerde kamu olanaklarının geliştirilmesi, niteliğinin artırılması ve özel

sektör imkanları ile hizmet yarışına girilmesi hedefinde olduğunu özellikle belirtmesi dikkati çekmektedir.

-Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği: Temel sağlık hizmetleri alanında, iyi tasarlanmış ve performansa yönelik bir sağlık sistemi anlayışının oluşturulabilmesi için; genelde toplumu oluşturan bireylerin, özelde ise hastaların ve sağlık çalışanlarının göreceli durumlarının iyileştirilmesi ve kırsal bölgelerde sağlık ocaklarının üstlendiği topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesi yanında, kentlerde yetersiz kalan bu hizmetlerin kamu sağlığı merkezlerince yaygın, örgütlü ve disiplinli bir şekilde yürütülmesi amaçlanmıştır. Bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği hekimler tarafından yürütülmesi de hedefler arasında yer almıştır.

Program'da, aile hekimlerinin sayıca yetersiz olduğu; uygulamaya mevcut pratisyen hekimlerin kısa süreli bir eğitimden geçirilerek başlanmasının en pratik çözüm olacağı; böyle bir başlangıcın, kimlik ve prestij kaybına uğramış pratisyen hekimliğin yeniden itibar kazanmasını sağlayacağı ileri sürülerek, farklı kesimlerce sürdürülen "aile hekimi" veya "genel pratisyenlik" tartışmaları yersiz bulunmuştur. Kırsal bölgelerde yaygın olan sağlık ocağı alt yapısının bu tür uygulamalara zemin oluşturacağı; yetersiz alt yapının olduğu kentlerde de, serbest hekimlik uygulamaları ve özel sağlık merkezlerinin sistemde yer alabileceği belirtilmiştir. Koruyucu dış hekimliği uygulamalarının birinci basamakta yer alması planlanmıştır.

-Etkili, Kademeli Sevk Zinciri: Hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti alması amacıyla hasta memnuniyetini esas alan bir "aile hekimliği uygulaması", etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı olarak görülmüştür. Sevk sisteminin tek yönlü olmayıp, sadece yukarı değil, aşağıya doğru da işleyen bir mekanizması olduğu eklenmiştir. Böylece, tanı veya tedavi için ikinci veya üçüncü basamak kuruluşlara sevk edilen hastaların çoğu tedavinin devamı, izleme ve bakım için daha alt seviyedeki kurumlara geri gönderilecektir. Hastanın kayıtlarını tutmakla sorumlu olan hekimin sevk ettiği hastasına ikinci basamakta verilen konsültasyon hizmetinin geri bildirimini tıbbi kayıt sistemini güçlendireceği belirtilmiştir. Kaliteli, daha kısa sürede ve düşük maliyette sağlık hizmeti sunmayı mümkün kılan sevk zincirine girmek istemeyen ve doğrudan hastaneye baş vurmaya tercih eden hastaların ek maliyete katlanacağı ve bunun sosyal devlet anlayışına ve hasta haklarına aykırı bir durum oluşturmayacağına da yer verilmiştir.

-İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri: Program'da, hastanelerin tümünün, sigorta kurumu ile sözleşme yapmak ve sevk sistemi esaslarına uymak kaydıyla bütün

vatandaşlara hizmet verebilmesi, hastanelerin hizmet kalitesi ve fiyat uygulamaları açısından denetim altında tutulması hedeflenmiştir. Sağlık finansmanında kurumların değil, bireylerin destekleneceği sistemde, hizmeti sunan kurumlar ürettikleri hizmet oranında pay alacaklardır. Kamu hastanelerinin bu değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmesi için merkeze bağımlı yapısından kurtulması gerekli görülmüştür.

Hastanelerin verimliliğini iyileştirmek için, tüm Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerine hem idari ve mali açıdan, hem de sağlık hizmetlerini üretilip yönetmek için gereken girdilerin temini açısından özerklik tanınacağı belirtilmiştir. Sağlık Bakanlığı denetiminde özerk kurumlar haline gelecek tüm kamu sağlık kuruluşlarında öncelikle hizmet sunumu birliği sağlanacak, ikinci aşamada da her tesise ayrı ayrı özerklik tanınacaktır. Sağlık kuruluşlarının devlete direkt bağlı olmak zorunda olmadığı belirtilen Program'da, belediyeler, özel şirketler, vakıflar, il idareleri ve üniversitelerin sağlık kuruluşu kurmasına imkan tanınmıştır. Yerel dinamiklerin karar mekanizmasında rol aldığı müşteri odaklı organizasyon yapılmasına ve performansa bağlı ödeme sistemlerine geçilmesi öngörülmüştür.

■ Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü: Program çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin AB'ye uyum süreci de dikkate alınarak görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanması hedeflenmiştir. Hekimlerin mezuniyet öncesi eğitimlerinin ülke ihtiyaçları doğrultusunda verilmesi amacıyla üniversitelerle iş birliğinin geliştirilmesi ve aile hekimliği için yeni bir müfredat programının oluşturulması öngörülmüştür. Programının özünü oluşturan "aile sağlığı" kavramının güçlenerek yaşama geçmesi için "aile sağlığı hemşireliği"nin geliştirilmesi ve bu hizmetin birinci basamak içerisinde güçlü bir şekilde yer alması hedefine yer verilmiştir. Sağlık sistemi yöneticiliğinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak güçlenmesine önem verileceği ve sağlık yönetimlerinin insan kaynakları planlamasına aktif katılımlarının sağlanacağı ifade edilmiştir. Yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri ve meslek derneklerinin sistemde aktif olarak yer almasının gereğine değinilmiştir. Sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımının teşvik edici gönüllü politikalarla sağlanması, böylece zorunlu hizmetin kaldırılması üzerinde durulmuştur.

■ Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları: Program'da, sektörel analizler yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümetlere danışmanlık yapacak, sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek, halk sağlığı bilimini gelişmiş teknikler kullanarak, multidisipliner bir yaklaşımla uygulayacak ekipler yetiştirecek bir kuruma ciddi anlamda ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır. Bu anlamda, Cumhuriyet'in bir kuruluşu olan Hıfzısıhha Okulu'nun günün ihtiyaçlarına cevap verecek tarzda yeniden canlandırılması

niyetine yer verilmiştir. Tıp eğitimini, tıpta uzmanlık sınavına hazırlık eğitimi olmaktan çıkaracak, tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapı oluşturulması öngörülmüştür.

■ Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon: Program, kalite, ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularını olması gerektiği gibi düzenleyecek, özerk yapıda, sektörün taraflarının yönetiminde söz sahibi olduğu, “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu”nun kurularak, gelişmiş ülkelerdeki örneklere benzer şekilde faaliyete geçmesini amaçlamıştır. Kurum sağlık sonuçlarını ölçmek için sistemler geliştirecek ve bu ölçümleri sağlık hizmet sunucularına performans göstergeleri oluşturmak amacıyla kullanacaktır. Böylece hizmet sunucuların performanslarını içeren veri tabanları oluşturulacak ve iyi uygulamaların tanımlanması ile uygulanabilir performans göstergelerinin belirlenmesi sağlanacaktır.

■ Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma: İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normlarda, siyasal kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk kurumlar kurulması planlanmıştır.

-Ulusal İlaç Kurumu: Program’da, sağlık hizmetlerinin en önemli girdilerinden ilaçla ilgili uzun yıllardır yaşanan sorunların bilimsel esaslar çerçevesinde, tarafların karşılıklı diyalogu ve uzlaşmacı yaklaşımları ile çözülmesine yönelik bir platform oluşturulması; ilaçla politikalarının belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak üzere, her türlü etkiden uzak olarak ulusal politikalar doğrultusunda uygulamalarda bulunacak “Ulusal İlaç Kurumu”nun oluşturulması hedeflenmiştir. İlaçların ruhsatlandırmasıyla ilgili sürecin daha etkili, daha şeffaf ve daha süratli hale getirileceği belirtilmiştir.

-Tıbbi Cihaz Kurumu: Tıbbi cihaz ve malzemedeki ithale dayalı bir akışın mevcut olduğu; denetim, kalite belgesi ve kalibrasyon gibi konularda daha çok yurt dışı referansların dikkate alındığı dile getirilmiş ve uluslararası referansların yanında ulusal standartların belirlenmesi ve kalite belgesinin tanziminin yerli üretime kolaylık sağlayacağı, tanı ve tedavi güvenilirliğini, hizmet verimini, kaliteyi arttıracacağı, zaman ve malzeme israfını önleyeceği tespiti yapılmıştır. Tıbbi malzeme ve cihaz konusunda da standardizasyon ve denetimin önemi vurgulanarak, hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici yetkilere sahip olarak tasarlanmış, bilgi veri tabanları oluşturulması amaçlanmıştır. Tıbbi cihaz planlaması ve satın alımı, tıbbi cihazların karşılaştırmalı değerlendirilmesi, güvenlik

programları, klinik mühendislik uygulamaları, kanunlar ve düzenlemelere dair bilgi sağlayarak uygulama yapacak, bir “Tıbbi Cihaz Kurumu”nun kurulması planlanmıştır.

■ Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi: Sağlık hizmetlerinde eşgüdüm sağlanması, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferinin sağlanması ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması için “Sağlık Bilgi Sistemi” kurulması amaçlanmıştır. Böyle bir sistemin, sağlık kayıtlarının güvenilir ve sürekli bir şekilde tutulmasını, sevk zincirinin daha etkin, hızlı ve güvenilir bir hale gelmesini, hizmetlerin verimliliğini geliştirmeyi, kaynakların nerelerde ve nasıl kullanıldığını takip etmeyi mümkün kılacağı belirtilmiştir. Sağlık Bilgi Sistemi; sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde, sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin belirlenmesinde, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının, çalışma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmak üzere yeterli veri toplayacak ve işleyecek bir fonksiyon da üstlenecektir. MERNİS numarası gibi özgün bir referans numarasının benimsenmesiyle, sigorta sistemindeki verilerle sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin verileri eşleştirmenin kolaylaşacağı, tedavi için başvuran hastaların sigortalı olup olmadıklarının hızlı olarak teyit edileceği ve birden fazla sigorta sisteminin imkanlarından yararlanan kişilerin tespit edilebileceği ortaya konmuştur.

#### **2.1.7.5.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Dünya Bankası**

Dünya Bankası 2002 Türkiye Sağlık Raporu’nda, Türkiye’nin kendi düzeyindeki ülkelere kıyasla sağlık durumunun daha kötü olmasının nedenlerini; “kaynakların verimli ve eşit şekilde tahsis edilememesi, yöneticiler ve sağlık personeli için yeterli teşvik olmaması, sağlık hizmetleri sunumunun parçalı yapıda olması, özel sektörün potansiyelinin tam olarak anlaşılammış olması, su kullanma, eğitim gibi sağlığın güçlü belirleyicilerinin herkese eşit olarak sunulmaması” olarak göstermiştir.<sup>181</sup>

Bu tespitlerden sonra Dünya Bankası, Mart 2003 tarihli “Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” adlı raporunda

---

<sup>181</sup> Ata Soyer, “Türkiye’de Sağlık Sektörünün Temel Sorunları”, Özgür Üniversite Forumu, Sayı: 2627, Nisan-Eylül 2004, ss. 46-62., s. 60.

Türkiye sağlık sistemi için aşağıdaki önerilerde bulunmuştur.<sup>182</sup>

*Zorunlu evrensel sosyal sağlık sigortası ile isteğe bağlı ek özel sigorta:*

SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı aracılığıyla sunulan farklı sağlık sigortaları, memurlara sağlanan sigorta ve yeşil kart programı tek bir zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemi ya da Sağlık Fonu içinde birleştirilmelidir. Sağlık Fonu, tercihen Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı altında özerk yapıda ve sosyal güvenlik reformunun bir parçası olmalıdır. SSK ve Bağ-Kur sosyal güvenlik kurumları olarak çalışmaya devam eder; fakat bütün sağlık sigortası primlerini Sağlık Fonu'na aktarılır. Benzer şekilde, bütün aktif memurlar ve onların sağlık sigorta primleri doğrudan ödenen aileleri Fon'un üyesi olmalıdır. Emekli Sandığı da bütün sağlık sigorta primlerini Fon'a aktarmalı, yeşil kart programı ve ödeyecek durumda olmayanlar adına devletin yatırdığı primler de Fon'a katılmalıdır.

*Temel hizmetler paketi geliştirme ve kamu sağlık harcamalarını hedef alma:*

Anne-çocuk ölümlerini ve hastalıklarını azaltmak için sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmetleri paketinin bir parçası olarak sunulmalıdır. Sağlık personelinin yoksulların yaşadığı yerlerde çalışması için ekstra ücret, daha kısa süreli görev, kıtlık bölgesinde hizmet verdikten sonra görev yerini seçme, uzmanlık programlarına girme gibi özendirici stratejiler tasarlanmalıdır.

*Kamu hastanelerinin yeniden düzenlenmesi ve daha geniş özerklik sağlanması:*

Özellikle Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinin verimliliğini geliştirmek için idari ve mali özerklikle, sağlık hizmetlerinin üretimi ve yönetimi için gerekli girdilerin temininde özerklik önerilir. İlk aşamada, bütün Sağlık Bakanlığı hastaneleri, Bakanlık altındaki yarı kamulaşmış yasal ve özerk bir kurum altında birleştirilmelidir. Benzer şekilde, SSK sağlık hizmetleri de SSK'nın diğer faaliyetlerinden ayrılmalı ve yarı kamulaşmış yasal bir kurum altında birleştirilmeli ve bu kurum da Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'ndan özerk olmalıdır. İlk aşamada iki bakanlığın da personeli memurluk statülerini koruyacaktır. İkinci aşamada, her tesise ayrı ayrı özerklik verilmelidir. Bu aşamada çalışanlar sözleşmeli olacaktır.

---

<sup>182</sup> WB, "Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency" Document of the World Bank", Report No: 24358-Tu, March 2003, Erişim: 25.10.2004, <http://www.wds.worldbank.org.tr/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2003/05/03/00009494603042404004721/Rendered/PDF/multi0page.pdf>, Executive Summary

*Birleştirme ve kurumsal sorumlulukları yeniden tanımlama:*

Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasındaki ilişkiler elden geçirilmelidir. Sağlık Bakanlığı'nın birincil rol ve sorumluluğu politika formüle etmek ve düzenin gözetimi olmalıdır. Bakanlık, sağlık sektörünün önceliklerinin belirlenmesine, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesine, kurumların akreditasyonuna, uzmanlara lisans verilmesine, sigorta düzenleme ve gözetimine, halk sağlığı işlevlerine odaklanmalıdır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın sağlık sektöründeki öncelikli rolü de, evrensel sağlık sigortası sisteminin işleyişi ve yönetiminde yol göstericilik ve gözetim olmalıdır.

*Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirme:*

Aile hekimliği kavramı ve uygulaması benimsenmelidir. Hastalara tanı, laboratuvar, konsültasyon hizmetleri “tek pencere” sistemiyle tek sunucu tarafından sağlanmalıdır. Aile hekimliği hekimlerin ve üyelerin yakınlaşmasını, daha kişisel iletişimi getirir ve hekim sağlık eğitimi ile hastalıkların önlenmesinde önemli rol oynar.

Raporda, sistemin kendini hazırlaması için iki aşama önerilmiştir. 3-5 yıllık bu aşamalardan birincisi, bütün yasal ve kurumsal gereksinimlerin sonuçlandırılmasına imkan veren hazırlık aşamasıdır. İkinci aşama ise, reform kriterlerinin uygulanmasının tamamlanması aşamasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda yer alan hedeflerle onun öncesinde hazırlanmış rapordaki önerilerin aynı olduğu rahatlıkla anlaşılmaktadır. Sözü edilen rapor ve Program arasındaki ilişkinin, Banka'nın “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” için de geçerli olduğu aşağıda görülecektir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başarıya ulaşması için Dünya Bankası ile yürütülen “Ülke Destek Stratejisi” (Country Assistance Strategy-CAS) çerçevesinde Program kredilendirilmiştir.<sup>183</sup>

21 Nisan 2004 tarihinde, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın birinci aşaması için 60,61 milyon Amerikan doları kredi biçilmiştir. 20 Mayıs 2004'te onaylanan ve 2004-2007 dönemini kapsayan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin hedefi yönetişi, verimliliği, kullanıcı ve sunucu memnuniyetini ve sağlık sisteminin uzun vadeli mali sürdürülebilirliğini geliştirmek şeklinde

<sup>183</sup> Güler, “Kamu Reformunun Dış...”, a.g.m., s. 41.

belirtmiştir. Proje altı bileşenden oluşmaktadır.<sup>184</sup>

Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sağlayıcısından politika üreticisi ve düzenleyici konuma doğru olan kurumsal dönüşümünün desteklenmesi: Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun kurulması, sağlık hizmetlerinin kalite ve akreditasyonu, Sağlıkta Dönüşüm Programı İzleme ve Değerlendirme Birimi'nin kurulması bu bileşenin alt bileşenlerini oluşturmaktadır.

i) Mevcut sağlık sigortalarını birleştiren tek bir sağlık sigortası fonunun kurulması ve bunun sigorta kapsamında olmayan 22 milyon kişiye de ulaştırılması,

ii) Aile hekimliğinin ayakta tedavi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütsel modeli olarak tanıtılması; Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinin daha geniş bir özerklik için uyumu; anne ve çocuk sağlığı, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve önlenmesini içeren sağlık programlarının güçlendirilmesi gibi alt bileşenlerden oluşmaktadır.

iii) Sağlık ve sosyal güvenlik insan kaynakları politikası ve planlaması; Halk Sağlığı Okulu'nun güçlendirilmesi gibi iki alt bileşeni kapsamaktadır.

iv) Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın kurumsal rol ve sorumluluklarıyla aynı çizgide ulusal standartların geliştirilmesi,

v) İki bakanlık arasındaki proje koordinasyonunu destekleyecek faaliyetlerdir.

#### **2.1.7.5.5. Sağlık Reformu ve Avrupa Birliği'ne Üyelik Süreci**

24 Mart 2001'de yayınlanan "Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Ulusal Program" ile, Türkiye'nin Birlik müktesebatına uyum sağlanması için mevzuatında yapması gerektiği değişiklikler, oluşturulması gereken yeni kurumlar ve yeni düzenlemelerin gerektireceği finansman ihtiyacı belirlenmiştir.<sup>185</sup>

AB ile uyumlu hale getirilmesi gereken mevzuatlardan biri de sağlık mevzuatıdır. Sağlık Bakanlığı'nın Ulusal Program dahilinde çalışma alanına giren konu başlıkları ve alt başlıkları şunlardır.<sup>186</sup>

i) Malların serbest dolaşımı (gıda, deterjan, psiko trop maddeler, tıbbi ürünler, kozmetikler, oyuncaklar, tıbbi cihazlar), ii) Kişilerin serbest dolaşımı iii) İstatistik, iv) Sosyal politikalar ve istihdam (çalışanların sağlık ve güvenliği, halk sağlığı), v) Çevre, vi) Tüketicinin korunması ve

<sup>184</sup> World Bank, *Health Transition Project*, Erişim: 25.10.2004, <http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSIBankServlet?pcont=details&eid=00009034120040503130553>

<sup>185</sup> *Nejla Can*, "Avrupa Birliği ile Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu", *Erişim*: 22.12.2005, <http://www.un.org.tr/who/EU/bul6avbirsaglik.HTM>

<sup>186</sup> T. C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye-Avrupa Birliği İlişkileri ve Sağlık*, (Der. Nilüfer Avcı Işık), T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Dairesi Başkanlığı, 1. Baskı, Ankara, 2001, s. 64-75.



sağlık, vii) Uluslararası gümrük işbirliği viii) Siyasi kriterler.

Sağlık Bakanlığı resmi gıda kontrol laboratuvarlarında ISO 17025 çerçevesinde akreditasyon çalışmalarının hızlandırılması, tıbbi cihazlara ilişkin olarak yeni bir kurumsal yapılanmaya gidilmesi (Tıbbi Cihaz Kurumu kurulması), tıbbi cihazlar konusunda görev yapan personele eğitim, tıbbi cihazlar için piyasa gözetimi konusunda kullanılacak Refik Saydam Hıfzısıhha Başkanlığı Laboratuvarlarının alt yapısının güçlendirilmesi. Akreditasyonu ve laboratuvar çalışanlarının eğitimi, tüm tıbbi cihaz yönetmelikleri için Sağlık Bakanlığı'nın merkez teşkilatında denetlenebilir ve kolay ulaşılabilir bir kayıt sisteminin oluşturulması, Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün yeniden yapılandırılması (İlaç Kurumu kurulması), AB mevzuatına uyum çerçevesinde Malların Serbest Dolaşımı alanında Sağlık Bakanlığı'nca yapılması gerekenlerden bazılarıdır. İstatistik alanında, halk sağlığı istatistiklerine uyum sağlanması amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde gerekli altyapının oluşturulması, danışmanlık hizmeti alınması, personel istihdamı ve eğitimi, sosyal politika ve istihdam alanında da, AB Yeni Halk Sağlığı Eylem Programına katılım sağlanması öngörülmüştür.<sup>187</sup>

AB'ye uyum çerçevesinde birçok mevzuat değişikliği yapılmış ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde yeni birimler oluşturulmuştur. Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu adındaki yeni birimin kanun çalışmalarının tamamlanmak üzere olduğu belirtilmiştir. Hazırlanan taslağa göre, Ulusal İlaç ve Eczacılık Kurumu Sağlık Bakanlığı'na bağlı çalışacak, mali ve idari özerkliğe sahip olacak, piyasa gözetimi ve denetimi yaparak kalite konusunda uygulanacak standartları belirleyecek ve bunların uygulanmasını sağlayarak tüketici ile sektör arasında önemli bir köprü vazifesi üstlenecek, ilaçlar ve cihazlar için standart belirleyecektir.

Yeni kurum açıldığında, İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün kaldırılma ihtimalinin bulunması, ilaç politikasından tamamen koparılacaklarını düşünen eczacıların tepkisine yol açmıştır<sup>188</sup>. İlaç fiyatlandırılması ve ruhsatlandırılması süreçlerinin şeffaflaşmasını sağlayacağı söylenen Kurum'un, özerk yapı altında ulus devleti devre dışı bırakarak yabancı sermaye adına denetim yapması yönündeki güçlü olasılık çeşitli kaygılara neden olmaktadır.

---

<sup>187</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Sağlık Programı, Ankara, Eylül 2003, s. 104-114.

<sup>188</sup> *İlaç Kurumu'na 3 Milyon Dolar Bütçe (17.10.2005)*, Erişim: 24.03.2006, <http://www.medimagazin.com.tr/haber/34445.html>; *Ulusal İlaç Kurumu Yolda (21.09.2005)*, Erişim: 24.03.2006, <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=164669>

## 2.2. Türk Sağlık Sisteminin Değişim İhtiyaçlarının Nedenleri

### 2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumundan Kaynaklanan Problemler

Türkiye'nin sağlık hizmetinin karşılanmasına yönelik olarak en önemli özelliği, formel ve enformel yöntemlerin birlikte kullanıldığı, düalist yapıda olmasıdır. Türkiye, bazı ülkelerin aksine, enformel yöntemlerin (aile ve toplum yardımlarının) kurala bağlandığı bir özellik taşımamaktadır. Aynı zamanda, sosyal sigorta sistemi belirli işçileri ve kamu çalışanlarını kapsamına almakla birlikte, her vatandaşı kapsamamaktadır. Ayrıca formel iş alanlarında çalışanların bazıları da sisteme tam dahil edilmemiştir. Bundan farklı olarak, Türkiye'de işçi ve memurların belirli bir prim veya katkı payı ödemesi sosyal sigorta sistemi özelliği gösterirken, yeşil kart uygulaması ulusal sağlık sistemi özelliği göstermektedir.<sup>189</sup>

Sağlık hizmetlerinin sunumuna bakıldığında çok başlılığın olduğu görülür. Başlıca üç kurum tarafından sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bunlar Sağlık Bakanlığı, Üniversite hastaneleri ve SSK'dır. Sağlık Bakanlığı, koruyucu sağlık hizmetleri sunan tek kurumdur. 2002 yılında Bakanlığın yönetiminde, 5840 sağlık ocağı, 277 verem savaş dispenseri, 297 ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi ile 480 acil yardım istasyonu vardır.<sup>190</sup>

Sağlık Bakanlığının sistem üzerindeki etkisi tartışılmazken, politik istikrarsızlıklar bakanlığın rasyonel kararlar almasını sekteye uğratmaktadır. Doktor, hemşire, ebe gibi sağlık personeli planlamaları uzun vadede yapılamamakta, yönetici tercihleri siyasi baskılarla şekillenmekte, enformasyon sisteminin yetersizliği nedeniyle tıbbi araç ve gereçlerde standardizasyon sağlanamamakta ve personel özlük haklarındaki farklılıklar ve yetersizlikler mesleki motivasyonu azaltmaktadır.<sup>191</sup>

Ayrıca kurumlar arası kopukluklar vardır. Sistem istenilen şekilde işlememektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunmakla görevli sağlık ocakları, kaynak yetersizliği, çok parçalı olma ve dikey hastalık kontrol programları ile üst basamak sağlık kuruluşları arasında koordinasyon eksikliği, sağlık personelinin düşük maaşları ve çalışma koşullarından memnuniyetsizliği gibi pek çok nedenden dolayı sorunlar yaşanmaktadır. Bu durum hizmetlerin maliyetini arttırırken,

<sup>189</sup> Ağartan, Turkish Health System in Transition: Historical Background and Reform Experience, s. 34.

<sup>190</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yay No: SB- HM 2010-23, Ankara, 2010, s.54

<sup>191</sup> Oya Özdemir, Esin Ocaktan, Recep Akdur, "Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi", Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt 56, Sayı 4, 2003, s.209

kalitesinin de düşmesine neden olmaktadır.<sup>192</sup>

Aynı zamanda, birinci basamak personelinin kaynak tahsisi ve diğer idari konularda söz sahibi olmaması, verimlilik ve etkinlik açısından sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. Bu sorunlar nedeniyle sevk sistemi sağlıklı işlememekte, bireyler doğrudan hastanelere başvurumaktadırlar. Sağlık ocaklarına yıllık ortalama kişi başına % 0,8 başvuru yapılırken, hastanelerde bu oran % 1,6 dır.<sup>193</sup>

Sevk zincirinin uygun şekilde işletilememesi nedeniyle, hasta başvurularında yoğunluk yaşamaktadır. Yalnızca 1996-2001 yılları arasında, hastane müracat oranlarında % 40 civarında bir artış yaşanmıştır. Tedavilerin % 90-95'inin birinci basamak sağlık kurumlarında yapılarak, % 5-10'unun hastanelere sevk edilmesi gerekirken, bireyler çok basit tıbbi müdahaleler için bile tam teşekküllü hastanelere başvurur olmuştur.<sup>194</sup>

Doktorlar günde 50'ye varan hastayı muayene etmek zorunda kalmakta, bu da sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve hasta memnuniyetinin düşmesine neden olmaktadır.<sup>195</sup>

Hastaneler de beklenen sağlık hizmetlerini sunmaktan çok uzaktır. Hastane personellerinin devlet memuru olması, performans düşüklüğünde bile işten çıkarılmasını engellemektedir. Hastane yönetiminin mali ve idari konularda sınırlı özerkliğe sahip olması nedeniyle, merkezden alınan kararlar, çoğu zaman çözüm üretmekten uzaktır. Bölgeler arası hastane ve hasta yatağında adaletsizlikler mevcuttur. 2002 yılında 1000 kişiye 2,3 yatak düşmekteydi. Fakat bu oran Eskişehir'de 3,7 Şırnak'ta ise 0,6'dır. İstanbul, Ankara ve İzmir toplam yatak sayısının yaklaşık olarak % 36'sına sahiptir. Hastanelerin yatak kapasiteleri arasında da çok büyük fark bulunmakta, 10 ila 1800 yatak arasında değişmektedir. Hastanelerin doluluk oranı yaklaşık olarak % 60'tır. Fakat hastaneler arasındaki doluluk oranları da çok büyük fark göstermektedir. Bazı hastanelerde doluluk oranı % 20' iken, bazılarında bu oran % 82'ye kadar çıkmaktadır. Genellikle ilçe hastanelerinin doluluk oranı, personel ve tıbbi cihaz eksikliği nedeniyle düşüktür.<sup>196</sup>

---

<sup>192</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm s.15-16.

<sup>193</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s. 24.

<sup>194</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlık Reformu, Sağlıkta Mega Proje, Ankara, 2001, s.12.

<sup>195</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s. 27.

<sup>196</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s. 24.

Aslında bireylerin sağlık ocaklarına ve hastanelere müracat oranları da çok düşüktür.<sup>197</sup>

Orhaner'e göre Türkiye'de sağlık hizmetlerine olan talebin düşük olmasının nedenleri; Sağlık merkezlerinde verilen hizmetlerin etkin ve verimli olmaktan uzak olmasının, hizmet talebinin ertelenmesine neden olması, hizmetlere erişimi kolaylaştırıcı etkin bir sevk zincirinin olmayışı, sağlık sigortasından yoksun bireylerin öncelikli olarak kendi kendilerine tedavi olmaya çalışmaları beceremezlerse doktora müracat etmeleri ve sigorta kapsamında olanların hizmetlerden memnun kalmadıkları için mecbur kalmadıkça sağlık merkezlerine başvurmamalarıdır.<sup>198</sup>

Kırsal bölgelerde sağlık evlerinin pek çoğunda ebe, sağlık ocaklarında da doktor bulunmamasına rağmen birçok kenteki sağlık ocaklarında gereğinden fazla doktor bulunmaktadır. Sağlık yönetim organizasyonundaki bozukluk, siyasal ce çıkar gruplarının baskılar nedeniyle de bu dengesizlik giderilememektedir.<sup>199</sup>

Türkiye'de hastanelerin kapasitesi de oldukça düşüktür. Hastaneler, 10 yatak kapasitesi ile 1800 yatak kapasitesi arasında değişmektedir. Çok büyük oranda az yatak kapasiteli küçük hastaneler vardır. 2000 yılında hastanelerin yaklaşık % 50'sinden fazlası 50 ya da daha az yatak kapasitesine sahiptir. 124 hastane 10 ve daha az yatak kapasiteli, yaklaşık 300 hastane 10 ila 30 yatak kapasitesinde, 30 hastane, 600 ila 1000 yatak kapasitesinde ve 10 hastane 1000 yataktan fazla kapasiteye sahiptir.<sup>200</sup>

Hastanelerin verimsizliğinin nedenlerinden biri de profesyonel olmayan hastane yönetimleridir. Hastanelerde hekim olarak görev yapan personel tarafından, aynı zamanda hastanenin yönetim fonksiyonlarının da yerine getirilmesine çalışılmaktadır. İlk kez 1991 yılındaki Birinci Sağlık Projesinde, hastane yöneticilerinin eğitimi konusu reform çalışmaları kapsamına alınmıştır. Üniversiteler ve çeşitli kamu kuruluşları ile yapılan protokollerle sağlık

---

<sup>197</sup> Bireylerin hastanelere veya sağlık ocaklarına müracatlarını etkileyen faktörler konusunda literatürde çok fazla araştırma olmamakla birlikte bu konuda yapılan araştırmalar, bu durumu etkileyen en önemli hususların bireylerin yaşadığı yerlerin sağlık ocağına olan uzaklığı, ailenin gelir durumu, kadınların eğitim durumu, ailenin sağlık güvencesi olup olmadığı ve ailenin gelir durumu olduğudur. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Öner Kurt, Ülkemizde Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunlu Mudur? AH Bu Sorunu Çözebilir mi? Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model midir? Muzafer Eskiocak (ed.), Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara Ekim 2007, s.73; Zafer Öztekin, Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Sorunları ve Çözümler, [http://www.iiyhekimlik.org/lyiHekimlikImages/feimg/PDF/aile\\_hek\\_rapor.pdf](http://www.iiyhekimlik.org/lyiHekimlikImages/feimg/PDF/aile_hek_rapor.pdf) (Erişim:25.09.2010), s.14

<sup>198</sup> Emine Orhaner, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası", Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı: 1, Yıl: 2006, s.6

<sup>199</sup> Öztekin, s.11.

<sup>200</sup> World Bank, Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency, Volume 1: Main Report, Report No.24358-TU, Washington DC, 2003, s.14.

idarecisi yetiştirilmesine çalışılmış, fakat istenilen düzeye ulaşılamamıştır.<sup>201</sup>

Sağlık Bakanlığı yaptığı bir araştırmada, hastanelerin verimsizliğini üç faktöre dayandığını belirtmektedir. Bunlar; aşırı merkeziyetçi yapı, hastane yöneticiliğinde profesyonelliğin geliştirilememesi ve hastaneler arası rekabetin olmayışıdır.<sup>202</sup>

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında da hastanelerin mali ve idari konularda özerkliğe kavuşturulmasının amaçlandığı belirtilmekle birlikte, bundan önceki dönemlerde bu konularda bir başarının sağlanamadığı, bu nedenle de hastanelerin çağdaş işletmecilik anlayışından uzak bir yapı sergilediği vurgulanmaktadır.<sup>203</sup> Hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerini değerlendiren çalışmalar, üniversite hastanelerinin, memnuniyet sıralamasında birinci olduğu ve SSK'nın onu izlediği yönündedir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin memnuniyet sıralamasında en sonda yer almasının en önemli nedeni, personel ücretlerindeki düşüklük nedeniyle doktorların, vakitlerinin çoğunu kamu hastaneleri yerine özel sağlık kurumlarında geçirmek istemeleridir. 573 hastaneyi kapsayan bir verimlilik araştırmasında, tam teşekküllü hastanelerin ancak % 10'undan azının, benzerleri ile karşılaştırıldığında, verimli bir şekilde işletildiği tespit edilmiştir. Verimli hastanelerle verimsiz hastaneler karşılaştırıldığında, Verimsiz hastanelerin % 32 daha fazla uzman, % 47 daha fazla birinci basamak hekimi ve % 119 daha fazla personelle çalıştığı tespit edilmiştir. Bu hastaneler aynı zamanda, % 16 daha az yatan hasta kabul etmekte ve % 57 daha az cerrahi müdahale gerçekleştirmektedir.<sup>204</sup>

Sağlık hizmetlerinin sunumunda geçmiş dönemlerde yapılmaya çalışılan reformlara rağmen, Türkiye'nin hala benzer seviyedeki gelişmişlik düzeyine sahip ülkelere göre daha kötü durumda olduğu, istatistikî verilerle açıkça ortaya konmaktadır. Hamilelerin üçte ikisinden azı, doğum öncesinde bakım hizmeti alabilmekte, ancak üçte biri tetanoz aşısı olmakta, doktor nezaretinde doğum yapanlar % 40'ı geçmemekte ve üst gelir grubuna ait doğumların % 72,3'ü kontrollü doğum iken, en yoksul kesimde bu oran % 11,6 olarak gerçekleşmektedir. Orta gelirli ülkelerde bu oran % 90'ı bulmaktadır. Bu durum Türkiye'nin ekonomik gelişmişlik düzeyi ile sağlık düzeyi arasında bir uçurum oluşturmuştur.<sup>205</sup> Dünyanın en büyük 17'inci ekonomisi durumundayken, sağlığın, en önemli parametresi olduğu insani kalkınmışlık sıralamasında

<sup>201</sup> TÜSİAD, Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri, s.72-

<sup>202</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlık Reformu, Sağlıkta Mega Proje, s.1-8.

<sup>203</sup> DPT, Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), s. 86.

<sup>204</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s.27.

<sup>205</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, s.13-14.

79'uncudur.<sup>206</sup>

Ülkelerin sağlık hizmetleri kalitesinin en önemli göstergesi bebek ölüm hızıdır. Türkiye 2002 yılındaki binde 39,4 bebek ölüm hızı ile OECD ülkeleri içinde en yüksek orana sahiptir. Yine düşük kalkınma düzeyine bağlı olan pek çok hastalıklarla beraber kanser, kalp, diyabet, tansiyon gibi hastalıkların görülme sıklığı, sağlık sisteminin yetersizliğini ortaya koymaktadır.<sup>207</sup>

Sağlık sisteminde yaşanan sorunlardan biri de ilaç harcamalarıdır. OECD ülkelerine oranla çok fazla olmadığı görülmekle birlikte, toplam sağlık harcamaları içinde ilaca ayrılan pay % 40'a yaklaşmaktadır. Diğer ülkelerle kıyaslandığında bu oranın çok yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır.<sup>208</sup> Örneğin 2005 yılında Avrupa Birliği ülkelerinde ilaç harcamalarının, toplam sağlık harcamaları içindeki payı % 16'dır.<sup>208</sup>

Sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan bir başka sorun, halkın sağlık hizmetlerinden uygun şekilde yararlanabilmesi için sağlık sigortası sahibi olmalarının yetmemesidir. 2002 yılında yapılan bir araştırma, cepten yapılan ödemelerin yaklaşık olarak % 25'inin enformal yapıldığını ortaya koymaktadır. Bunun en büyük nedeni bireylerin, sağlık sigortası kapsamında da olsa, sağlık hizmetini almak için öncelikle doktorun özel muayenehanesine gitmesi gerektiği düşüncesidir. Aynı araştırmaya göre yoksullar, zenginlere göre, yaşlılar da gençlere göre daha fazla ödeme yapmaktaydı. Bu durumda temel hakkaniyet duygularını zedelemektedir. Kayıt dışı yapılan ödemeler iki muhtemel nedene bağlanmaktadır. Bunlardan ilki, kamuda çalışan doktorların özel sektörde de çalışmasına izin verilmesi ve bu doktorların bir kısmının etik olmayan bir şekilde, hastalarını kendi özel muayenehanelerine yönlendirmeleridir. İkincisi, sağlık hizmeti veren kurumların kaynak sıkıntısı çekmeleri ve bireylerin ihtiyaçlarının tamamını kapsamayan teminat paketleridir.<sup>209</sup>

Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların harcanmasında da rasyonel olmayan uygulamalar mevcuttur. GSMH'dan sağlığa ayrılan payın ancak % 1,8'i koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılmakta, geri kalan ise ikinci basamak ve hastanelere ayrılmaktadır. Gerçekte, ülkenin epidemiyolojik durumu incelendiğinde ölümlerin en çok 5 yaş altında olduğu ve bunun da çok

---

<sup>206</sup> UNDP, Human Development Report 2009, Overcoming Barriers: Human Mobility and Development, Palgrave Macmillan, First Published, New York, 2009, s.172.

<sup>207</sup> Berman, Tatar, s.2.

<sup>208</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, s.20.

<sup>209</sup> DPT. Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013), Resmi Gazete Sayı 26215, 2006, s.31.

daha ucuz olan, koruyucu sağlık hizmetleri ile 6nlenebileceği g6r6lmektedir.<sup>210</sup>

Kısıtlı koruyucu sağlık hizmetleri b6t6esinin de etkili bir Şekilde kullanıldığı s6ylenemez. B6t6enin % 90'ına yakını personel giderlerine harcanmaktadır. Tıbbi operasyonlar ve ekipman i6in ayrılan pay da 6ok yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle bir6ok sağlık ocağı, tıbbi malzeme ve ila6 yetersizliği yaşamaktadır. Bu nedenle pek 6ok hasta, sağlık ocakları yerine direkt hastanelere baŐvurmakta, bu da hastanelerin hizmet kalitesini d6Ő6rmekte, bekleme kuyruklarını ve maliyetleri arttırmaktadır.<sup>211</sup>

6zetle T6rk sağlık sisteminin problemleri; Sağlık hizmetlerinin finansmanında ve sunumunda, sigorta kurumları, Sağlık Bakanlığı ve yeşil kart uygulaması gibi 6ok başlılığın yarattığı adaletsizlikler, sağlık sigortası kapsamında olmayan n6fus oranının fazlalığı, sigorta kapsamında olunmasına rağmen 6eŐitli nedenlerle cepten yapılan 6demelerin fazlalığı, b6lgesel ve kırsal kent arasındaki eşitsizlikler, sağlık personeli dağılımındaki dengesizlikler, kısıtlı kaynakların daha ucuz ve etkili olan koruyucu hizmetler yerine, yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetlerine ayrılması, birinci basamak sağlık kuruluşlarının personel ve donanım yetersizliği nedeniyle, hastanelere baŐvurulardaki yoğunluğun hastanelerin hizmet kalitesini d6Ő6rmesi, kamuda 6alıŐan doktorların etik olmayan bir Şekilde hastaları 6zel muayenehanelerine y6nlendirmeleri ve hasta kabul oranı d6Ő6k atıl bir 6ok k666k hastanelerin bulunması sayılabilir.<sup>212</sup>

### **2.1.2. Sosyal ve Demografik Yapıdaki Değişimler**

T6rkiye'nin n6fus yapısında, 1990'lı yılların başından beri b6y6k değişimler yaşanmaktadır. N6fusun yaŐlanma s6recine girmesini ifade eden bu değişimin başlıca nedenleri, doğurganlık oranındaki d6Ő6Ő ve ortalama yaşam s6resindeki artıŐtır. Demografik ge6iş s6reci olarak adlandırılan bu d6nem, n6fus yapısı i6erisinde yaşlı oranın artışı ile sonu6lanacaktır. Gelişmiş 6lkelerin ortalama 100 yılda tamamladıkları bu s6reci, T6rkiye'nin 20-30 yıl i6erisinde tamamlayacağı tahmin edilmektedir.<sup>213</sup>

---

<sup>210</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlık Reformu, Sağlıkta Mega Proje, s.1-15.

<sup>211</sup> World Bank, Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency, s.12

<sup>212</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri T6rkiye, s. 29-30.

<sup>213</sup> Ali Rıza G6kbunar, 6zg6r Emre Ko6, "Demografik Değişimlerin Sosyal G6venlik Kurumlarına Etkisi ve T6rkiye'de Sosyal G6venlik Kurumlarının Mali Yapısının Analizi", Celal Bayar 6niversitesi, Sosyal Bilimler Enstit6s6 Dergisi, Cilt 7, Sayı 1, 2009, s.26.

**Tablo 1: Demografik Göstergeler (Türkiye)**

	1999	2000	2007	2008
Toplam Nüfus (1000)	56,473	67,804	70,586	71,517
Kırsal Nüfus Oranı (%)	41,0	35,1	29,5	25,0
Kentsel Nüfus Oranı (%)	59,0	64,9	70,5	75,0
0-14 Yaş Nüfus Oranı (%)	34,9	29,8	26,4	26,3
65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%)	4,3	5,7	7,1	6,8
Yıllık Nüfus Artış Hızı (% 0)	17,0	13,8	11,8	11,5
Kaba Doğum Hızı (% 0)	24,1	20,3	18,1	17,9
Kaba Ölüm Hızı (% 0)	7,1	6,6	6,4	6,4
Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına)	2,9	2,4	2,1	2,1

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yay No: SB-HM 2010-23, Ankara, 2010, s. 4.

Yaşlı nüfusun artmasının en önemli etkisi sosyal güvenlik kurumlarına olmaktadır. Yaşlanan nüfusa bağlı olarak bağımlı nüfus artmakta, aktif/pasif oranında dengesizlikler olmaktadır. Bu durum da sosyal güvenlik kurumlarının özellikle sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.<sup>214</sup>

OECD tarafından yapılan bir araştırma, 1981-2002 yılları arasında OECD ülkelerinde kamunun yaptığı sağlık harcamalarının ortalama % 3,6 oranında artış gösterdiği tespit edilmiştir. Bu artışın % 2,3'ü GSMH'da yaşanan artış, % 0,3'ü Bu durum da sosyal güvenlik kurumlarının özellikle sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.<sup>215</sup>

OECD tarafından yapılan bir araştırma, 1981-2002 yılları arasında OECD ülkelerinde

---

<sup>214</sup>Binhan Elif Yılmaz, Murat Şekertürk, Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Sorunlar ve Bir Alan Araştırması, Türkiye Sigorta ve Milli Reasürans Şirketleri Birliği, [http://www.tsrbsb.org.tr/NR/rdonlyres/03EE6DB6-4920-461A-88EC-94F5A9BAD73C/2131/057\\_070.pdf](http://www.tsrbsb.org.tr/NR/rdonlyres/03EE6DB6-4920-461A-88EC-94F5A9BAD73C/2131/057_070.pdf) (Erişim:14.7.2010)

<sup>215</sup> OECD, Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What are the Main Drivers? OECD Economics Department Working Paper No. 477, OECD, Paris, 2006, s. 12-32.



kamunun yaptığı sağlık harcamalarının ortalama % 3,6 oranında artış gösterdiği tespit edilmiştir. Bu artışın % 2,3'ü GSMH'da yaşanan artış, % 0,3'ü demografik etki ile ilişkilendirilirken, diğer kısmı sağlık hizmetlerindeki fiyatların, enflasyon oranından fazla artma eğiliminde olmasına bağlanmıştır Bu görece fiyat ve değişen tıbbi teknolojinin bir sonucudur. Demografik değişimin sağlık harcamalarının artışına etkisi ise, % 10 olarak ifade edilmektedir.<sup>216</sup>

Türkiye'nin de önümüzdeki yıllarda benzer sağlık harcamaları artışı ile karşı karşıya kalacağı değerlendirilmektedir.

Uzun vadeli projeksiyonlar Türkiye'nin çalışma yaşındaki (15-65 yaş) nüfus oranının, 2005 yılındaki % 66'lık seviyesinden, 2030 yılında % 69'a çıkacağını göstermektedir. Nüfusun bu dilimi, yaşlı ve çocuklara oranla daha az sağlık hizmeti talep eden, buna karşılık sosyal güvenlik sistemine daha çok katkı yapan gruptur. Ancak, bu nüfus artış hızının avantaj olabilmesi için, istihdam edilebilirliği yüksek, üretken bir toplumun yaratılması şarttır.<sup>217</sup>

Türkiye'nin nüfus yapısı incelendiğinde, Yaşlı nüfus oranının 2005 yılında OECD ortalaması olan % 14'ten düşük olduğu görülür. Türkiye nüfusunun yaklaşık olarak % 7'si 65 yaş ve üstündedir.<sup>218</sup> Fakat gelecekte bu oranın % 11'e ulaşarak sağlık hizmetleri üzerinde büyük bir baskı yaratması beklenmektedir. Aynı zamanda bu yükseliş, uzun süreli bakım giderlerini de arttıracaktır. Yaşlı nüfus oranındaki bu artış, üç nedene dayandırılmaktadır. Bunlar, kaba ölüm hızının % 0,6'dan % 0,7'ye yükselmesi, sağlık hizmetleri talebini belirleyicilerinden olan doğurganlık hızının, genç nüfusun azalmasına neden olacak şekilde düşmesi ve tüm yaş gruplarında yaşam beklentisinin artmasıdır.<sup>219</sup>

Son yıllarda sağlık sistemlerinde yaşanan göreceli başarılarla bağlı olarak, bebek ve çocuk ölüm oranlarında meydana gelen önemli düşüş, ülkede yaşam süresinin uzamasına neden olmuştur.<sup>220</sup>

Türkiye'deki nüfus yapısındaki bu değişkenlik sağlık sisteminin üzerinde bir baskı

---

<sup>216</sup>OECD, Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What are the Main Drivers? OECD Economics Department Working Paper No. 477, OECD, Paris, 2006, s. 12-32.

<sup>217</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s. 97.

<sup>218</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, s.4.

<sup>219</sup> Refik Saydam Hıfızısıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, s.15; OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s. 97.

<sup>220</sup> Berman, Tatar, s.xii

yaratacağı değerlendirilmektedir. Nüfus yapısının yarattığı hastalık yükü, DSÖ'nün tahmin ettiği gibi 2020 yılı Avrupa ve Orta Asya değerlerine yaklaşacağı değerlendirilmektedir. Hastalık yükü Türkiye'de 2002 yılında yaralanmalar % 11, bulaşıcı hastalıklar % 23, bulaşıcı olmayan hastalıklar % 66'iken Bu oranların 2020 yılında yaralanmalarda % 17, bulaşıcı hastalıklarda % 3, bulaşıcı olmayan hastalıklarda da % 80 olması beklenmektedir.<sup>221</sup>

Demografik yapıda değişiklikler sağlık harcamalarının da değişmesine neden olmaktadır. 2000 yılı yaş gruplarına göre sağlık harcamaları incelendiğinde, sağlık harcamasının % 23,41'ini 0-14 yaş grubu, % 36.36'sını 15-44 yaş grubu, % 20,37'si ise 60 ve üstü yaş grubunun gerçekleştirildiği görülmektedir.<sup>222</sup>

Türkiye'nin hastalık yapısında beklenen değişimler, sağlık sisteminin idari ve mali yönden daha etkin yönetimini mümkün kılacak politikalar üretilmesini zorunlu kılmaktadır. Aynı zamanda beslenme alışkanlıklarındaki değişime bağlı olarak, artan obezlik, Türkiye'nin bazı bölgelerinde görülen, yetersiz beslenmeden kaynaklanan sorunlardan daha fazla, soruna neden olacaktır.<sup>223</sup>

Türkiye'de 1970'li yılların başından beri sağlık durumunda bir iyileşmenin olduğu görülmektedir. Her ne kadar OECD ortalamalarının altında bir sağlık görüntüsü çıksa da, 1970 yılında 55 olan yaşam beklentisi, bugün 70 yaşına kadar yükselmiştir. Bu dönem içerisinde bebek ölüm hızı % 80 azalırken, anne ölüm oranı % 75 azalmıştır. Aynı zamanda Türkiye epidemiyolojik geçiş sürecine girmiştir. Bu süreçte, bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümler azalırken, bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümler artmıştır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin sunumunda, temel sağlık hizmetleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda daha etkili, fakat karmaşık bir organizasyon yapısının sağlanmasını gerekli kılmıştır. Bir yandan bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi diğer yandan da yaşlanan nüfusun yaşam şekillerini değiştirerek, sağlıklı bir ömür geçirmelerini sağlamak gerekmektedir.<sup>224</sup>

---

<sup>221</sup>OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s. 97

<sup>222</sup> Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, İl Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 711, Yücel Ofset Matbaacılık, Ankara, 2007, s.154.

<sup>223</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s. 97.

<sup>224</sup> Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 720, Yücel Ofset Matbaacılık, Ankara, 2007, s.3.

### 2.2.3. Sağlık Harcamaları ve Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Krizler

Sağlık harcamaları bireylerin, dolayısıyla tüm toplumun, sağlık hakkına tesir eden, sağlık hizmetleri piyasasının hacmini belirleyen ve aynı zamanda ülkelerin sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli bir rol oynayan göstergelerdir.<sup>225</sup> Genel olarak sağlık harcamalarının finansman düzeyi, makro ve mikro boyutta değerlendirilmekle birlikte<sup>226</sup> Türkiye’de sağlık harcamalarının temel finansörü olarak, sosyal güvenlik kurumları, genel bütçe ve hizmet alım esnasında bireylerin cepten yaptıkları ödemeler gösterilebilir. Cepten yapılan harcamalar katkı payı, doğrudan ödeme ve informal ödemeleri kapsar.<sup>227</sup>

Merkezi hükümetçe finansmana katkı yapılmakla birlikte, sağlık harcamaları konusunda sağlıklı bir bilgi akışı yoktur. Bu amaçla gelişmiş ülkelerce kullanılan Ulusal Sağlık Hesaplamaları Türkiye’de 1999-2000 dönemini kapsayacak şekilde ilk kez 2001-2003 yılları arasında yapılmıştır. Bu çalışmada ortaya konan en önemli bulgu, Türkiye’nin sağlık harcamalarının geçmiş dönemlerde bildirilenden yaklaşık % 30 daha fazla olduğudur.<sup>228</sup>

Yapılan Ulusal Sağlık Hesaplamaları araştırmasına göre Türk sağlık sisteminde yaşanan ekonomik sıkıntılar şunlardır.<sup>229</sup>

• Türkiye’nin sağlık harcamaları, diğer OECD ve AB ülkelerinin altındadır. 2000 yılındaki GSYİH’nın % 6,9 oranındaki harcama ile Meksika, Kore, Lüksemburg ve Polonya’dan sonra

<sup>225</sup> Güler Günsoy, “İnsani Gelişme Kavramı ve Sağlıklı Yaşam Hakkı”, ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 1, Sayı 2, 2005, s.45.

<sup>226</sup> Makro boyutta finansman, sağlık sektöründe sunulan bütün hizmetlerin finansmanının, kamu ya da özel nasıl karşılanacağına, sağlık yatırımlarının düzeyi, miktarı ve zamanı konusunda ilke prensipleri içerir. Mikro boyut ise, sağlık hizmeti üretimi ve pazarlanması için gerekli olan kaynakların elde edilmesi, bu kaynakların yatırımlara yönlendirilmesi ile elde edilecek gelirin dağıtımı ile ilgili karar ve işlemleri içerir. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Meliha Ener, Esra Demircan, “Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, C.13, S.1 2008, s.68.

<sup>227</sup> Berrak Bora Başara, İsmet Şahin, “Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler”, H.U. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 26, Sayı 2, 2008, s.321; 2003 yılında yapılan bir araştırmada kamu sektöründe yapılan harcamaların yaklaşık % 38’nin informal olduğu tespit edilmiştir. İnfomal ödemelerde ilk üç sırasıyla ilaç, doktorların cerrahi hizmetleri karşılığı yapılan ödemeler ve hastane-derneklere yapılan bağışlardır. Aynı araştırmadan elde edilen bulgulara göre informal ödemeler genellikle nakit olmakta fakat bazı durumlarda hediye şeklinde olmakta, kamuda çalışan doktorların büyük bir kısmının özel muayenehanesi bulunmakta ve daha iyi bir tedavi için öncelikle bu muayenehanelere gitme yönünde hastalarda bir kanı oluşmakta, bazı cerrahlar “bıçak parası”adı altında ameliyatlar için ilave para almaktadır. İnfomal ödemeler incelendiğinde yoksulların varlıklara, yaşlıların gençlere, işsizlerin çalışanlara, nazaran daha fazla informal ödeme yaptığı, hatta yeşil kartlıların dahi informal ödeme yaptığı tespit edilmiştir. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Yuanli Liu, Yusuf Çelik, Bayram Şahin, Türkiye’de Sağlık/İlaç Harcamaları ve İlaç Geri Ödeme Politikası, Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları, Sağlıkta Umut Vakfı, 2005, s.73-74.

<sup>228</sup> Berman, Tatar, s.XIII-IV

<sup>229</sup> Berman, Tatar, s.XIV-XVII

altıncı sıradadır.<sup>230</sup>

- Hane halkının cepten yaptığı sağlık harcamaları çok yüksektir. (2000 yılında kişi başına 54 dolar)

- Kamu sağlık harcamalarında yoksul ve sosyal güvenlikten yoksun nüfus yeterince dikkate alınmamıştır. 2000 yılında toplam kamu sağlık harcamalarının yalnızca % 6,9'u yeşil kart vasıtasıyla yoksullara yapılmıştır. Harcamaların % 21,3 devlet memurlarının sağlık hizmetlerine, % 22,1'i sosyal güvenlik kurumlarını sübvansiyonu için yapılmıştır.

- Sağlık Bakanlığı hastaneleri toplam gelirlerinin % 34,7'sini, üniversite hastaneleri de % 14,3'ünü bütçeden almaktadır.

- Ayakta sağlık hizmetleri daha çok hastanelerde verilmekte bu da sisteme büyük mali yük getirmektedir.<sup>231</sup>

- Fayda-insidans analizine göre, yoksullar zenginlerden daha az sağlık hizmeti almaktadırlar. Yoksullar aynı zamanda ücretsiz bakım olanağı olmadığından dolayı gelirlerinin önemli bir kısmını sağlık hizmetlerine harcamaktadırlar. Bu durum devlet hizmetlerinin yoksul olmayanlar lehine olduğunu göstermektedir.

- Sağlık harcamalarında bölgesel dengesizlik vardır. Doğu bölgeleri nüfusa oranla daha az pay almaktadırlar.

- 60 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı % 9,9 olmasına rağmen, toplam sağlık harcamalarının % 20,4'ünü almaktadır ve bu durum artma eğilimindedir.

---

<sup>230</sup> Mevcut verilerden elde edilen istatistiklere göre sağlık harcamaları her ne kadar artış eğiliminde olsa da özellikle AB ülkeleri ile kıyasladığımızda oldukça düşüktür. Örneğin artış eğilimine girdiği 1980 yılında Türkiye'nin kişi başına sağlık harcaması AB 15 ülkeleri ortalamasının ancak % 9'u kadardır. Bu dönemden sonra hızla artış gösteren sağlık harcamaları artış hızı özellikle 1985 sonrasında AB 15 ortalamasının üstünde olmuştur. 1995-2000 yılları arasında zirve yapan artış hızı, 2000-2003 yılları arasında yavaşlamış, müteakiben artışına devam etmiştir. Fakat bu haliyle 2007 yılına gelindiğinde Türkiye'nin kişi başına sağlık harcamaları AB 15 ortalamasının % 26'sı kadar olmuştur. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Selin Arslanhan, Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor? Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, TEPAV Değerlendirme Notu Temmuz 2010, s.2.

<sup>231</sup> Sağlık harcamalarının artış hızını belirleyen temel unsurlar, ayakta tedavi hizmetleri, yatarak tedavi hizmetleri ve ilaç ve tıbbi malzeme hizmetleridir. Türkiye'de özellikle 1995 sonrası ilaç harcamaları büyük bir artış göstermiştir. Fakat sağlık harcamalarını etkileyen ana bileşen yatarak tedavi hizmetleridir. Aslında gelişmiş pek çok ülkede yatarak tedavi yerine atakta tedavi hizmetleri harcamaları yükseltmektedir. Türkiye'de ise bu durum tersine gelişmekte yataklı tedavi hizmeti veren hastanelere başvurular artmaktadır. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Arslanhan, s.3.

• Toplam sağlık harcamalarının % 28,2'si kamu, % 35'i sosyal güvenlik kurumları yaparken, özel sağlık harcamaları % 36,8'dir.

• Diğer OECD ülkelerinden farklı olarak harcamaların önemli bir kısmı ayakta hizmet sunucularına ya da ilaç harcamalarına yapılmaktadır. Hastanelere toplam sağlık harcamasının % 38,42'si yapılırken ayakta tedavi kurumları ve perakende ilaç sektörüne % 49,7 oranında harcama yapılmaktadır.

Türkiye'de sosyal güvenlik kurumları, prim esasına dayalı gelirlere sahiptirler. Yalnızca yeşil kartlılar ve çalışan memurların sağlık harcamaları, bütçe gelirleri ile finanse edilir. Fakat sosyal güvenlik kurumları son yıllarda açık vermekte ve bu açıklar bütçe transferleri ile kapatılmaya çalışılmaktadır. 2000 yılında sosyal güvenlik kurumlarına bütçeden yapılan transferlerin, bütçe harcamaları içindeki oranı % 6,9'ken bu oran 2006 yılında yaklaşık olarak iki kat artarak % 12,9'a yükselmiştir. Aynı dönemler içerisinde GSMH'ya oranları ise sırasıyla % 2,6'dan % 4'e yükselmiştir (Tablo 2)<sup>232</sup>

**Tablo 2: Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri (1999-2006)**

YIL	SSK	BAĞ KUR	EMEKLİ SANDIĞI	TOPLAM	BÜTÇE İÇİNDE Kİ	GSMH İÇİNDEKİ ORANI(%)
1999	1.111.000	796.145	1.035.000	2.942.145	10,5	3,8
2000	400.000	1.051.460	1.775.000	3.226.460	6,9	2,6
2001	1.108.000	1.740.000	2.675.000	5.523.000	6,9	3,1
2002	2.386.000	2.622.000	4.676.000	9.684.000	8,4	3,5
2003	4.808.617	4.930.000	6.145.000	15.883.617	11,3	4,5
2004	5.757.000	5.273.000	7.800.000	18.830.000	12,4	4,4
2005	7.507.267	6.926.000	8.889.300	23.322.567	14,7	4,8
2006	8.257.000	4.330.000	10.035.000	22.622.000	12,9	4,0

**Kaynak:** Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi 2007, Bölük Ofset, Ankara, 2007, s179. Müdürlüğü, Türkiye'de Sağlığa B Bölük Ofset, Ankara, 2007, s179.

Sosyal güvenlik kurumlarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı, 1999 yılında % 32,4'ken bu oran 2006 yılına gelindiğinde % 41'e yükselmiştir. Aynı dönem içerisinde kamu sağlık

<sup>232</sup> Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, s.178-179.

harcamalarının GSYİH'ya oranı ise % 3,9'dan, % 5,4'e çıkararak büyük bir artış göstermiştir.<sup>233</sup>

Sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları 1996–2001 yılları arasında iki katından fazla artarak, GSMH içindeki oranı, % 0,96' dan % 2,2'ye yükselmiştir.<sup>234</sup> Sağlık Bakanlığı'nın harcama yapısında ise sağlık hizmetleri aleyhine bir değişim yaşanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın, kamu sağlık harcamaları içindeki payı 1996'da % 50'den 2002 yılında % 33'e düşmüştür. Aynı dönem içerisinde kamu hastanelerinin döner sermaye gelirlerinin sağlık harcamaları içindeki oranı ise önemli oranda bir artış göstererek % 4,5'ten, % 7,7'ye yükselmiştir. Bu dönem içerisinde (1996–1999) dikkati çeken başka bir konu da, doğu bölgelerinde kamu sağlık harcamalarının % 90'dan fazla artmasıdır.<sup>235</sup>

Devlet, bilyandan sağlık hizmeti sunarken, diğer yandan sağlık hizmetlerinin finansmanını kontrol etmeye çalışmaktadır. Sistemin finansmanındaki ağırlığı ve karmaşık yapısı nedeniyle, sürekli olarak sağlık hizmetlerine fon aktarmaktadır. Fakat bilgi akışındaki aksaklıklar nedeniyle de kamu sağlık harcamaları hakkında sağlıklı bilgi elde edilememektedir.<sup>236</sup>

TÜİK'in 2004-2007 dönemlerini kapsayan sağlık istatistikleri araştırmasına göre toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı 1999 yılında % 4,8'ken, 2007 yılında % 6'ya yükselmiştir. 1999 yılında kişi başına sağlık harcaması 186 ABD\$ iken, 2007 yılında çok büyük bir artışla 553 ABD\$ yükselmiştir.<sup>237</sup>

1999 yılında toplam sağlık harcamalarının % 61,1'i Kamu tarafından, yapılırken % 38,9'u özel sektör tarafından gerçekleştirilmiş, bu oranlar 2007 yılında sırasıyla, % 67,8 ve % 32,2 olmuştur.<sup>238</sup>Türkiye'nin sağlık harcamaları diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında oldukça düşük seviyede kaldığı görülmektedir. Ulusal Sağlık Hesaplamalarına göre, 1999 yılında kişi başına sağlık harcaması 187 dolar, 2000 yılında 202 dolar olmuştur.<sup>239</sup>

Dünya Bankasının 2001 yılında yayınladığı bir raporda ise, kişi başına sağlık harcaması 102 dolar olarak belirtilmiştir. 1996-2001 yılları arasında kamu sağlık harcamaları ortalama %

<sup>233</sup> Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, s.189-195

<sup>234</sup> World Bank, Turkey: Reforming the Health Sector for improved Access and Efficiency, s.26.

<sup>235</sup> TÜSiAD, Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri, s.55.

<sup>236</sup>Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, s.17

<sup>237</sup> Türkiye'de kişi başına sağlık harcamalarının bu kadar artmasının, özelleştirme çalışmaları sonrasında sağlık hizmetlerinin fiyatlarının artmasıyla ilişkilendirilmekte ve büyük bir bölümü Bağ-kur, SSK ve Em- San. tarafından karşılanan bu artışın karşılanmasının zorlaşacağı ve kamu açıklarını arttıracacağı iddia edilmektedir. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Öztekin, s.12.

<sup>238</sup> TÜİK, "Sağlık Harcama İstatistikleri 2004-2007 Yılı Sonuçları", Haber Bülteni, Sayı 9, 2010.

<sup>239</sup> TÜSiAD, Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri, s. 53

11,1 oranında artmıştır. Bu dönem içerisinde ortalama nüfus artış hızı ise % 1,6 olmuştur. Kişi başına sağlık harcaması da % 9,1 oranında artmıştır.<sup>240</sup>

Raporlar arasında farklılıklar dikkati çekmekle birlikte, sağlık sistemindeki yetersiz finansman yapısı açıkça ortaya konmaktadır. Yetersiz finansmanın yanı sıra, sağlık için ayrılan kaynakların kullanım şekli, hizmetlerin sunum kalitesini arttırmaktan çok uzaktır. Sağlık Bakanlığı'nın genel bütçeye oranı, 2000 yılında % 2,2, 2002 yılında da % 2,4 olmuştur. Döner sermaye gelirleri de dahil edildiğinde, Sağlık Bakanlığı'nın toplam sağlık harcamaları içindeki payı, 2001 yılında % 28'i geçmemektedir. Fakat bu kaynakların da büyük bir bölümü, ilaç harcamalarına ve personel giderlerine ayrılmaktadır.<sup>241</sup> Yine zaten yetersiz seviyede olan koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan pay, 1996 yılında % 12,1'ken 2001 yılında % 6,3'e düşmüştür.<sup>242</sup>

---

<sup>240</sup> World Bank, Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency, s.24.

<sup>241</sup> TÜSiAD, Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri, s. 54-55.

<sup>242</sup> World Bank, Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency, s.25.

**Tablo 3: Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman kurumlarına Göre Dağılımı**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
GSYİH (Milyon YTL)	77.41	124.58	178.41	277.57	359.76	430.5	487.2	576.322
GSYİH İçinde Cari Sağlık Harcaması (%)	6.2	6.3	7.2	7.0	7.3	7.4	7.2	7.1
GSYİH İçinde Toplam Sağlık Harcaması (%)	6.4	6.6	7.5	7.4	7.6	7.7	7.6	7.5
Toplam Sağlık Harcaması İçinde Özel Sektör Payı (%)	38.9	37.1	31.8	29.6	28.4	27.7	28.6	27.6
Toplam Sağlık Harcaması İçinde Hanehalkı Cepten Sağlık Harcaması (%)	29.1	27.7	23.4	21.0	19.9	19.2	19.9	19.3
Toplam Sağlık Harcaması İçinde "Diğer" Payı (%)	9.8	9.4	8.4	8.7	8.6	8.6	8.7	8.2
Toplam Sağlık Harcaması İçinde Kamu Harcaması (%)	61.1	62.9	68.2	70.4	71.6	72.3	71.4	72.4
Toplam Sağlık Harcaması İçinde Sosyal Güvenlik Harcaması (%)	32.4	34.9	34.5	37.2	39.1	39.6	37.7	41.0
Toplam Sağlık Harcaması İçinde Yatırım Payı (%)	4.0	4.4	3.9	4.9	4.4	4.0	5.5	4.9
Kişi Başına Düşen Cari Harcama (YTL)	75.5	122.3	194.6	294.8	385.5	463.0	513.6	592.0
Kişi Başına Düşen Cari Harcama (ABD \$)	171	185	155	185	247	310	381	391
Kişi Başına Düşen Toplam Harcama (ABD \$)	178	194	161	194	259	323	381	411

**Kaynak:** Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Bölük Ofset, Ankara, 2007, s189.



#### 2.2.4. Avrupa Birliğine Uyum Süreci

Avrupa Birliği'nin kabul edilmiş bir ortak sağlık politikası yoktur. Üye ülkeler, belirledikleri finans ve hizmet sunum politikalarını uygulamaktadırlar.<sup>243</sup> Uygulanan politikalar ülkelere hastır ve ulusal düzeyde organize edilmektedir. Bu nedenle ülkelerin sağlık hizmetleri finansmanı, sunumu, insan kaynakları ve yasal çerçevelerinde farklılıklar görülür. Bu farklılıkların kaldırılması yönünde bir yaptırım uygulanmamakla birlikte, kamu sağlığını tehdit eden bir durum olduğunda eylem planları ile müdahale edilmektedir.<sup>244</sup>

Her ne kadar Avrupa Birliği'nin ortak bir sağlık politikası olmasa da, Birlik vatandaşlarının sağlık koşullarının iyileştirilmesi için çaba sarfettirmektedir.1999 yılından beri Sağlık ve Tüketicinin Korunması Genel Direktörlüğü (Health and Consumer Protection General Directorate) vasıtasıyla sağlık alanında düzenlemeler yapmaktadır.

Genel olarak üye ülkelerin tamamında, temel sağlık hizmetleri kamu marifetiyle sunulmaktadır. Sağlık alanında bütün ülkelerin belirli bir standardı yakalaması Birliğin başlıca hedeflerindedir. Bu, çeşitli fonlar vasıtasıyla desteklenmektedir. Üye ülkelerden herhangi birinin sağlık alanında koyacağı standartlara diğer ülkelerin uyma zorunluluğu olamamakla birlikte, serbest dolaşımdan kaynaklanan bazı kısıtlamalar nedeniyle, ülkelerin asgari standartları yerine getirmesi zorunlu olmaktadır. Ayrıca sağlık alanında ülkeler arasında dayanışma amaçlı pek çok proje yürütölmektedir ve ülkelerin bu çalışmalara katılımı beklenmektedir.<sup>245</sup> Türkiye 1959 yılından itibaren Avrupa Birliği'ne üye olmak istemekle birlikte, 1987 yılında tam üyelik için başvuruda bulunmuştur. 1989 yılında Türkiye'nin adaylığı kabul edilmiş, 1999 yılındaki Helsinki Zirvesinde de adaylığı teyit edilmiştir.<sup>246</sup>

17 Aralık 2004 tarihli zirvede, Avrupa Birliği Devlet ve Hükümet Başkanlarının aldığı karar doğrultusunda, 3 Ekim 2005 yılında yapılan katılım konferansı ile Türkiye resmen AB

---

<sup>243</sup> Carl-Ardy Dubois, Martin McKee, "Health and Health Care in the Candidate Countries to the European Union: Common Challenges Different Circumstances Diverse Policies", Health Policy and European Union Enlargement, Martin McKee, Laura Maclehorse, Ellen Nolte(ed.), European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, Berkshire, 2004, s.44.

<sup>244</sup> Sağlık Bakanlığı, Avrupa Birliği ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları, Avrupa Birliği Koordinasyon Daire Başkanlığı, Bakanlık Yayın No.780, Ankara, 2010, s.18.

<sup>245</sup> Recep Akdur, Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu, (Güncellenmiş ve Genişletilmiş İkinci Baskı), Ankara, 2006, s.51-53.

<sup>246</sup> Ömür Şakir Babaoğlu, Türkiye-AB ilişkilerinde Kritik Bir Aşama: Tam Üyelik Müzakereleri ve Türkiye'nin AB'ye Tam Üyeliği, Güvenlik stratejileri Dergisi, Cilt:1 Sayı:1, Harp Akademileri Basımevi, İstanbul, 2005, s.69.

katılım müzakerelerine başlamıştır. Ayrıca bu konferansta müzakere sürecinin usul ve esasları ile takvimi içeren Müzakere Çerçeve Belgesi de açıklanmıştır.<sup>247</sup> Müzakereler 35 başlık altında toplanmaktadır. Bu başlıklar içerisinde sağlık politikaları olmamakla birlikte, 35 başlığın içerisine dağıtılmış durumdadır. Özellikle "malların serbest dolaşımı", "iş kurma hakkı ve hizmetlerin serbest dolaşımı", "sosyal politika ve istihdam", "çevre", "tüketicinin ve sağlığın korunması", "fikri mülkiyet hukuku" gibi başlıklarda dolaylı olarak sağlığı ilgilendiren hususlar yer almaktadır.<sup>248</sup>

Türkiye "Avrupa Birliği Müktesabatının Üstlenilmesine ilişkin Ulusal Program" ile ülkenin hedeflerine ulaşması için en önemli projenin Avrupa Birliği'ne tam üyelik olduğunu belirtmiştir. Ulusal Program ile adaletten sağlığa kadar uzanan geniş bir yelpazede toplumsal dönüşümün gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir.<sup>249</sup>

Yine Ulusal Programda, bireylerin ekonomik ve sosyal hayata katılımlarının sağlanması ve yaşam kalitelerinin artırılması, sağlık politikalarının temel amacı olarak belirtilmiştir. Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi için aile hekimliği sistemine geçilmesi, hizmetlere erişimlerde yaşanan engellerin kaldırılması ve adaletin sağlanması hedeflenmiştir. Bütün bunların gerçekleştirilmesi için de sürdürülmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Projesinin devam edeceği vurgulanmaktadır.<sup>250</sup>

AB Müktesabatının Türkiye için hazırladığı ilerleme raporlarını incelersek görülecektir ki, 1998 den 2005'e kadar geçen süreç içerisinde Sağlık Politikaları ile ilgili raporlarda yer alan detay daha çok serbest mal dolaşımı ile ilgili kararlara aittir. Bu süreçte Ecza ürünleri, kozmetikler ve kimyasallar ile ilgili fiyatlama, sınıflama, etiketleme işlemleri ile ilgili yönetmeliklerden söz edilmiş, bu konuda da 2004 yılına kadar uyum sürecinde hiçbir ilerleme kaydedilmemiştir. En detaylı çalışma Sağlık Politikaları ile 2005 yılında yeni yaklaşım direktifi çerçevesinde Sağlık Bakanlığında istenmiştir. İstenen Halk Sağlığı alanında salgın hastalıkların gözetim ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü için bir ağ kurulmasıdır. Tütün konusunda 2003/33/EC direktifleri hükümlerini tamamlayan DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve

<sup>247</sup> Başbakanlık AB Genel Sekreterliği, Avrupa Birliği ve Müzakere Süreci, Damat Ofset, Ankara 2007,S.1

<sup>248</sup> Başbakanlık AB Genel Sekreterliği, Avrupa Birliği ve Müzakere Süreci, s.20

<sup>249</sup> Başbakanlık AB Genel Sekreterliği Avrupa Birliği Müktesabatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı, Ağustos 2008<http://ikmep.yok.gov.tr/files/b3ec29d9319026441e152dbd20810c9b.pdf> (Erişim:25.10.2010), s.1.

<sup>250</sup> Başbakanlık AB Genel Sekreterliği Avrupa Birliği Müktesabatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı, s.20.

Sözleşmesi bu dönemde Türkiye tarafından imzalanmıştır. Halk Sağlığı alanında Sağlık Bakanlığı idari reforma geçmiş kan, doku, hücre ve organ gibi hayat kurucu nitelikli konular AB mevzuatına uyumlu hale getirilememiştir. Eczacılık konusunda yeterli ilerleme söz konusu değildir.

2007 ve 2008 yıllarındaki rapora göre; Kamu sağlığı alanında gelişmeler beklenen düzeyde değildir. Bulaşıcı hastalıklar alanında ilgili mevzuat yürürlüğe girmiştir. Akıl sağlığı konusunda ve kan ve türevleri alanında ilerlemeler tebliğ boyutundadır.

2009 – 2011 yıllarında hazırlanan raporlar, yine yalnızca ya taslak ya da yönetmeliklerin yayınlanmasından ibarettir. Rahim ağzı ve meme kanseri konusunda %70’lik hedef bir kitlenin taranması istenmiş, sonuç başarılı olmamıştır.

2012 -2013 yıllarında hazırlanan rapora göre; Halk sağlığı konusunda gerçek anlamda bir yapılanma AB mevzuatına uygun olarak işletilememektedir.

2014 yılına gelindiğinde hazırlanan raporda ise; Halk sağlığına ilişkin kurumsal reformlar gerçekleştirilmiş, ama koordinasyon mekanizması sağlıklı işletilememiştir. Ulusal sağlık sisteminde kişisel veri gizliliği hala çözüm beklemektedir. Kan, doku, hücre ve organ alanında AB direktifleri ile uyum en üst düzeydedir. Ruh Sağlığı alanında zihinsel engellilerin evde bakımına ait hükümler AB müktesebat ile uyumlu hale gelmiştir. Uygulama henüz yoktur. Alkollü içecek konusunda mevzuata uygun tüm koşullar yerine getirilmiştir. Diğer alanlarda ilerleme oldukça yavaş gerçekleşmektedir.<sup>251</sup>

### **2.2.5. Eşitlik ve Nüfusun Tamamını Sağlık Hizmetleri Kapsamına Almaya Yönelik Baskın Görüşler**

Türkiye’de hem sağlık hizmetleri çalışanları hem de toplumun geneli, sağlık sistemini yeterli bulmamaktadır. Nüfusun önemli bir kısmı sağlık sigortasından yoksundur. Sigorta fonları farklı imkân ve fırsatlar sunmakla birlikte, sigortalılar kendileri için uygun olan sağlık

---

<sup>251</sup> AB Türkiye raporları 1998-2014 aralığı altında incelemeye alınmış ,bu bölümde Sağlık ile ilgili olan fasılalar incelenmiştir. Tezin 3.bölümünde ayrıntılı olarak yeniden incelenmiştir. Ayrıntılı bilgi için bkz. AB Bakanlığı, Türkiye’nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 1998 Düzenli Raporu,Ankara , 1998/2014.

hizmetlerine ulaşmada da güçlük çekmektedirler.<sup>252</sup> Sağlık hizmetlerine erişim hem, farklılıklar göstermekte hem de çoğu zaman yetersiz kalmaktadır. Hastaneler ve özellikle hekimler büyük şehirlerde toplanmakta, hekimler için uygulanan zorunlu hizmet bile bu dengesizliğin giderilmesi için yeterli olmamaktadır.<sup>253</sup>

OECD raporlarına göre Türkiye, benzer kalkınmışlık düzeyine sahip ülkelerden daha kötü bir sağlık çıktısına sahiptir. Ayrıca, sağlık ve refah hizmetlerinin sunulmasında, zengin ve fakir arasında, şehir merkezleri ile kırsal alanlar arasında eşitsizlikler mevcuttur.<sup>254</sup> Bölgeler arası eşitsizlik, sağlık hizmetlerinin eşitlikçi ve verimli sunulmasını engelleyen en önemli konulardan biridir. Bunu düzeltmek için geçmiş dönemlerde bir çok düzenleme yapılmasına rağmen, istenilen başarı elde edilememiştir.<sup>255</sup> Türkiye’de 2000 yılında toplam hekim sayısı 36854’ü uzman, 45134’ü pratisyen olmak üzere toplam 81988’dir (Tablo 29). 785 kişiye bir hekim düşmektedir. 1990-1999 yılları arasında hekim sayısı % 62 oranında artmıştır. Uzman hekim sayısı % 48 artarken, pratisyen hekim sayısı % 75 artmıştır. Fakat bölgeler arasında kişi başına düşen hekim oranlarında farklılıklar vardır. En fakir 10 ilde hekim başına düşen ortalama nüfus 1823 kişidir. Bu illerde hemşire ve ebe başına düşen nüfus sırasıyla 1471 ve 2138 kişidir. Buna karşın en zengin 10 ilde, ortalama 413 kişiye 1 doktor düşmektedir ki bu en fakir illerden 4 kat daha azdır. Ankara doktor başına 266 nüfus ile birinci, İzmir 361 kişi ile üçüncü, İstanbul 430 kişiyle üçüncü sıradadır.<sup>256</sup> (Tablo 30).

---

<sup>252</sup> Bireylerin sahip olduğu farklı teminat paketleri pratikte bütün sağlık harcamalarını karşılıyor görünmesine rağmen, uygulamada böyle olmamaktadır. Örneğin 2005 yılında ilaç masrafları hastanelece karşılanması gereken yatan hastaların yaklaşık % 30’u ilaçlarını dışarıdan kendileri almak zorunda kalmışlardır. Ayrıca eşitsizlik bu konuda da ortaya çıkmaktadır. Sigortalıların ortalama % 27, 4’ü ilaçlarını cepten karşılarken, sigortasızların % 38, 9’u cepten karşılamakta, kentlerde % 29, 3’ken, kırsal kesimde % 36, 7 ve Yüksek gelirli olanların % 22, 5’i ilaçlarını cepten karşılarken düşük gelirli olanların % 39, 4’ü cepten karşılamaktadır. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Liu, Çelik, Şahin, s.71

<sup>253</sup> Mehtap Tatar, Panos Kanavos, “Health Care Reform in Turkey”, Eurohealth, Vol 12 No 1, 2006, s. 20.

<sup>254</sup> Berman, Tatar, s.xii

<sup>255</sup> Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi, s.9

<sup>256</sup> En fakir 10 il, Mus, Ağrı, Şirnak, Bitlis, Ardahan, Bingöl, Van, Hakkâri, Kars ve Mardin. En zengin 10 il, Kocaeli, Bolu, Yalova, İstanbul, Kırklareli, İzmir, Muğla, Ankara, Zonguldak ve Edirne’dir. Bakınız; World Bank, Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency, s.18-19.

**Tablo 4: Sağlık Personeli (1995-2007)**

	<b>Hekim</b>	<b>Uzman Hekim</b>	<b>Pratis. Hekim</b>	<b>Diş Hekimi</b>	<b>Eczacı</b>	<b>Sağlık Memuru</b>	<b>Hemşire</b>	<b>Ebe</b>
<b>1995</b>	69349	29846	39503	11717	19090	39342	64243	39551
<b>1996</b>	70947	31126	39821	12406	19861	39075	64526	38945
<b>1997</b>	73609	32511	41148	12737	20557	39658	67265	40230
<b>1998</b>	77344	34189	43155	13421	21441	41461	69146	41059
<b>1999</b>	81988	36854	45134	14226	22065	43032	70270	41271
<b>2000</b>	85117	38064	47053	16002	23266	46528	71612	41590
<b>2001</b>	90757	41907	48850	15866	22922	45560	75879	41158
<b>2002</b>	95190	43660	51530	17108	22322	49324	79059	41513
<b>2003</b>	97763	46563	51200	18073	23632	50432	82246	41273
<b>2004</b>	104226	53344	50882	18363	24615	57723	82616	42649
<b>2005</b>	107347	56645	50702	18834	21409	59313	83926	43438
<b>2006</b>	97796	50063	47733	4069	1133	43721	80068	42205
<b>2007</b>	98634	50422	48212	4070	1117	44221	81106	43065

**Kaynak:** Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Bölük Ofset, Ankara, 2007, s 213.

**Tablo 5: Personel Başına Düşen Nüfus Açısından En İyi ve En Kötü Durumdaki İller Arasındaki Fark**

	<b>2002</b>	<b>2006</b>
<b>Uzman Hekim</b>	13.9 kat	4.8 kat
<b>Pratisyen Hekim</b>	8.7 kat	2.6 kat
<b>Hemşire- Ebe</b>	7.9 kat	4.5 kat

**Kaynak:** Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Bölük Ofset, Ankara, 2007, s 217.

2000 yılı bölgeler arası sağlık harcamaları incelendiğinde, sağlık harcamalarının %

32,77'sinin Batı Bölgelerde, % 13,18'nin de Doğu Bölgelerinde yapıldığı görülür. Kamu sağlık harcamaları en yüksek oranla % 72,44 Batı Bölgelerine yapılırken, en düşük oranla % 56,19 ile Güney Bölgelerine yapılmaktadır. Özel sağlık harcamalarının ise % 43,81 ile en yüksek olduğu yer Güney Bölgesinde iken en düşük olduğu yer % 27,56 ile batı bölgeleridir.<sup>257</sup>

1999 yılında hastane yataklarının % 40'ı nüfusun % 25,6'sının yaşadığı üç büyük şehirde bulunmaktaydı. Yatak kullanım oranı ülke çapında % 59'iken, küçük ilçe hastanelerde bu oran % 25 civarındadır. Plansız ve popülist politikaların sonucu yaratılan bu durum, büyük şehirlerdeki hastanelere akını engelleyememiştir.<sup>258</sup>

Kırsal bölgelere sağlık hizmeti götürmek amacıyla kurulan sağlık ocaklarında doktor ve ebe sıkıntısı yaşanmaktadır. 2002 yılında Akdeniz Bölgesinde doktoru olmaya sağlık ocağı oranı % 9'ken bu oran Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde % 20'ye çıkmaktadır (Tablo 31).

---

<sup>257</sup>Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek, s.154.

<sup>258</sup> DTP. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), s.44.

**Tablo 6: Bölgelere Göre Doktoru Olmayan Sağlık Ocağı ve Ebesi Olmayan Köy Sağlık Evi Sayıları ve Oranları (2002)**

Bölgeler	Doktoru Olmayan Sağlık Ocağı Sayısı	Doktoru Olmayan Sağlık Ocağı Oranı (%)	Ebesi Olmayan Köy Sağlık Evi Sayısı	Ebesi Olmayan Köy Sağlık Evi Oranı (%)
Marmara	97	11	891	62
Ege	129	13	814	55
Akdeniz	78	9	808	70
İç Anadolu	151	14	1353	80
Karadeniz	130	13	2326	77
Doğu Anadolu	116	20	1660	90
Güneydoğu Anadolu	84	20	884	90
<b>Türkiye</b>	<b>785</b>	<b>13</b>	<b>8836</b>	<b>75</b>

**Kaynak:** Peter Berman, Mehtap Tatar, Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, Türkiye Ulusal Sağlık Hesaplarının Geliştirilmesi ve Uygulanması Projesi Kapsamında T.C. Sağlık Bakanlığına Sunulan Nihai Rapor, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara, 2004, s. 8.

Türkiye OECD ülkeleri içinde, hemşirelerin hekimlere oranının en düşük olduğu ülkelerden biridir. 2006 yılında hemşire/hekim oranı 1/4'ken, OECD ortalaması 3/1'dir. Hemşire mezuniyet oranı da Türkiye'de OECD ortalamasının çok altındadır. 2005 yılında Türkiye'de 1000 hemşireye 30,7 hemşire mezun olurken, OECD ortalaması 1000 hemşireye 45,7'dir.<sup>259</sup>

2003 yılında sağlık sigortası kapsamında olan nüfus, yeşil kart uygulamasına rağmen, % 85'dir. Nüfusun hala % 15'lik kısmı sağlık sigortası güvencesinden yoksundur. DPT'ye göre nüfusun % 46,3'ü SSK, % 22,3'ü Bağ-Kur, % 15,4'ü Emekli Sandığı vasıtasıyla sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır.<sup>260</sup>

Özel sigorta kapsamında olan nüfus ise ancak % 0,5 dir. Fakat bu döneme ait verilerin çok

<sup>259</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s.111

<sup>260</sup> 780DPT, <http://www.dpt.gov.tr/DYS/DokumanAra.aspx?Enc=9311D34D022EB51FF21B846A9A5DD144A6655601B88F78E3F0977ACCB1DEAD29742F65C323EB2EF0>(Erişim:14.04.2010)

sağlıklı olmadığı değerlendirilmektedir. Çünkü çalışanların büyük bir bölümü birden fazla sosyal güvenlik kurumuna kayıtlıdır, rakamlar sisteme düzenli katkı yapanları değil, kayıtlı herkesi kapsamaktadır ve çalışanların bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı tahminidir kesin olarak bilinmemektedir.<sup>261</sup> (Tablo 7).

**Tablo 7: Sosyal Güvenlik Kurumlarının Üye Sayıları (2001)**

Sosyal Güvenlik Kurumları	Sigortalı Sayısı	Emekli	Bağımlılar	Toplam	Nüfus içindeki
SSK	5.945.000	3.561.000	23.635.000	33.140.000	47,9
Emekli Sandığı	2.236.000	1.356.000	6.546.000	10.137.000	14,6
Bağ-Kur	3.336.000	1.344.000	10.601.000	15.282.000	22,1
Özel Sigorta	73.000	75.000	174.000	323.000	0,5
TOPLAM	11.590.000	6.336.000	40.956.000	58.882.000	85,1

**Kaynak:** Peter Berman, Mehtap Tatar, Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000,

Türkiye Ulusal Sağlık Hesaplarının Geliştirilmesi ve Uygulanması Projesi” Kapsamında T.C. Sağlık Bakanlığına Sunulan Nihai Rapor, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara, 2004, s. 14

Türkiye’de resmi istatistikler de birbirini tutmamaktadır. DPT’nin verdiği resmi rakamlara rağmen, Sağlık Bakanlığı ve TÜİK’in verdiği rakamlar birbirinden farklıdır. Sağlık Bakanlığı’nın 2000 yılında yaptığı Ulusal Sağlık Hesaplarına göre, nüfusun % 67’sinin sağlık sigortası kapsamında olduğunu tespit ederken<sup>262</sup> TÜİK tarafından üç ayda bir yapılan hane halkı bütçe araştırmasına göre 2003 yılında sağlık sigortası kapsamında olan nüfus oranı % 64’dür<sup>263</sup>.

<sup>261</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s.22

<sup>262</sup> Berman, Tatar, s. 117.

<sup>263</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s.22.



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3.TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN AVRUPA BİRLİĞİ’NE UYUM SÜRECİNDE UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

#### 3.1. Sağlıkta Dönüşüm Projesi

##### 3.1.1. Yönetimsel ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Yönelik Reformlar

##### 3.1.2. Genel Sağlık Sigortası

Genel Sağlık Sigortası, evrensel kapsayıcılık ilkesi içerisinde toplumun tamamına sağlanacak sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi maksadıyla teşkil edilmiş ve bireylerden gelecekte oluşabilecek hastalık risklerine karşı prim toplama esasına dayalı "sosyal bir sigorta" olarak tanımlanmaktadır.<sup>264</sup>

Bu sistemde finansmanın önemli bir kısmı, sağlık hizmetlerinden yararlananlarca doğrudan veya dolaylı olarak sağlanır. Genel sağlık sigortası ile tüm nüfusun sigortalanarak prim ödemesi, prim ödeme gücü olmayanların primlerinin ise kamu tarafından ödenmesi öngörülmektedir. Bu hali ile önemli ve sağlık örgütlenmeleri içinde en pahalı modellerden biridir.<sup>265</sup>

Türkiye çeşitli dönemlerde genel sağlık sigortası sistemine geçmeyi denemiş, fakat gerçekleştirilememiştir. İlk kez 1967 yılında Sağlık Sosyal ve Yardım Bakanlığı’nca oluşturulan komisyonca bir tasarı hazırlanmış, fakat hükümet gündemine alınmamıştır. 1969 yılında tekrar ele alınmış ve TBMM’ye gönderilmiş, fakat bu kez de komisyonda görüşülmemiştir.<sup>266</sup>

Genel sağlık sigortası Türkiye’nin gündeminde 1940’lı yıllardan itibaren olmuştur. 1946 tarihli Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı’nda, sağlık bankası ve sendikaları vasıtasıyla, sağlık hizmetlerinin finansmanından bahsedilmektedir. Daha sonra planlı kalkınma döneminde hazırlanan bütün kalkınma planlarında da genel sağlık sigortasından bahsedilmiştir. Fakat hiçbir hükümet bunu uygulanabilir bulmamıştır. Nihayet 1982 yılında Milli Güvenlik Konseyi’nce hiçbir şekilde uygulanamayacağı değerlendirilerek, ülke gündeminden çıkarılmıştır.<sup>267</sup>

<sup>264</sup> Seyhan Hıdıroğlu, M. Fatih Önsüz, Serdar Sülün ve diğerleri, “Ümraniye İlçesinde Birinci Basamakta Görevli Sağlık Çalışanlarının Genel Sağlık Sigortası Hakkındaki Bilgi Düzeyi”, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2009: 8(3), s.245-246.

<sup>265</sup> Orhaner, s.12.

<sup>266</sup> Orhaner, s. 13

<sup>267</sup> Alper, Esenler, Nalçacı, Belek, Hamzaoğlu, Özkan, s.224.

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında da genel sağlık sigortası kurulmasına yönelik öngörüler bulunmasına rağmen, 1971 ve 1974 yıllarında TBMM'ye sunulan tasarılar yasalasamamıştır. 1982 Anayasası da genel sağlık sigortası sisteminin kurulması yönünde hükümler içermektedir.<sup>268</sup>

1974 yılındaki tasarı ile nüfusun üç gruba ayrılarak genel sağlık sigortası kapsamına alınması amaçlanıyordu. SSK ve Türk Silahlı Kuvvetleri mensuplarının ayrı tutulduğu bu sınıflandırmada, ilk grubu memurlar ve hizmetliler, ikinci grubu kendi hesabına çalışanlar ve üçüncü grubu da çalışma hayatı dışında kalanlar oluşturuyordu.<sup>269</sup>

Genel sağlık sigortası konusunda yapılan en önemli çalışmanın 1990 yılında Sağlık Sigortası Kurumu adı altında duyurulan kanun tasarısı olduğu görülmektedir. Bu tasarı ile bütün nüfusun sağlık güvencesi kapsamına alınması ve mevcut sosyal güvenlik kurumlarının oluşturulacak yeni kuruma devredilmesi öngörülmektedir. İşçi ve işveren primleri ile finanse edilecek sistemde prim oranlarının alt ve üst sınırları her yıl bakanlar kurulunca belirlenecekti. Mevcut sosyal güvenlik kurumları üyelerinden tahsil ettikleri sağlık sigortası primlerini genel sağlık sigortasına aktarması, ödeme gücü olmayanların primlerinin ise genel sağlık sigortası tarafından karşılanması öngörülmüyordu.<sup>270</sup>

Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında, 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile mevcut SSK, Bağ- Kur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart ve devlet memurlarının sağlık harcamalarından oluşan çok başlı finans sistemi yerine herkesi kapsayan, standart birliği yaratan ve "stratejik satın alma" anlayışı ile verimlilik artışı sağlayan bir geri ödeme mekanizması kurulmak istenmiştir.<sup>271</sup>

Genel sağlık sigortasına geçilmeden önceki ve sonraki sağlık sistemi mali akış sistemi Şekil 5 ve Şekil 6' da gösterilmektedir.

Kurulmak istenen yeni sağlık sisteminden beklenenleri alabilmek için, öncelikle etkili bir finans ve geri ödeme sistemine ihtiyaç vardır. Bu nedenle Genel Sağlık Sigortası, Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin en önemli ayaklarından biridir. Başarılı bir geri ödeme sistemi ile sağlık hizmeti sunanların desteklenmesi, verimliliklerinin artırılması ve gerektiğinde zorlanabilmesi mümkündür.

---

<sup>268</sup> TÜSİAD Sağlıklı bir Gelecek Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri, s.14

<sup>269</sup> Yalçın Bostancı, Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası, (Yayınlanmamış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007), s.127.

<sup>270</sup> Bostancı, s.127.

<sup>271</sup> Teksöz, s.62

Genel Sağlık Sigortası ile bu işlevlerin yerine getirilmesi amaçlanmakta, bunun da Sağlıkta Dönüşüm Projesinin başarıya ulaşmasında anahtar rol oynayacağı değerlendirilmektedir.<sup>272</sup>

Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile hayata geçirilen genel sağlık sigortası sistemi, yalnızca formel sektör çalışanlarını değil, bütün nüfusun kapsanması hedeflemekteydi. Aynı zamanda farklı geri ödeme mekanizmaları da tek bir çatı altında toplanarak tek bir ödeyicinin olduğu bir sosyal güvenlik sistemi kurulmak isteniyordu.<sup>273</sup> Uygulamaya konulmak istenen sistem ile birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yapısında önemli değişiklikler hedeflenmekteydi. Bu hedefler arasında ön plana çıkan en önemli uygulama aile hekimliği sistemine geçilerek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak tüm halka sunulmasıdır. Uygulanacak katkı payı farklılıkları ile acil vakalar dışında tüm başvuruların öncelikle aile hekimlerine yapılması hedeflenmiştir. Diğer yandan, ikinci basamak sağlık hizmeti sunan hastanelerin idari ve mali yönden özerklik kazanmaları sağlanarak, gelir ve giderleri dengeli bir finans modeli hedeflenmektedir. Ayrıca genel sağlık sistemi ile bazı hedefler belirlenmekteydi. Bunlar<sup>274</sup>,

- Nüfusun tamamına aynı kalitede sağlık sigortası sunulması,
- Zorunlu katılım ilkesi içerisinde, gelire doğru orantılı prim sistemi ve gerçek ihtiyaçlar doğrultusunda sunulacak bir sağlık sistemi,
- Yoksulların primlerinin kamu fonlarınca karşılanması,
- Koruyucu hekimlik uygulamasının sağlık politikalarının temelini oluşturması,
- Kaynakların etkin kullanımını sağlamak için kontrol ve izleme sistemlerinin kurulması,
- Yoksul vatandaşların sağlık hizmetleri kullanımının finansmanında kurumlara ve çalışanlara kaynak aktarılması yerine, sosyal güvencenin yemin edilmesi,
- Maliyet kontrolünün sağlanması amacıyla sağlık hizmetlerinin sözleşmelerle satın alınması,
- Modern bir geri ödeme sisteminin teşkil edilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin ve primlerinin tanımlanması için modern ölçme ve izleme süreçlerinin oluşturulması,

---

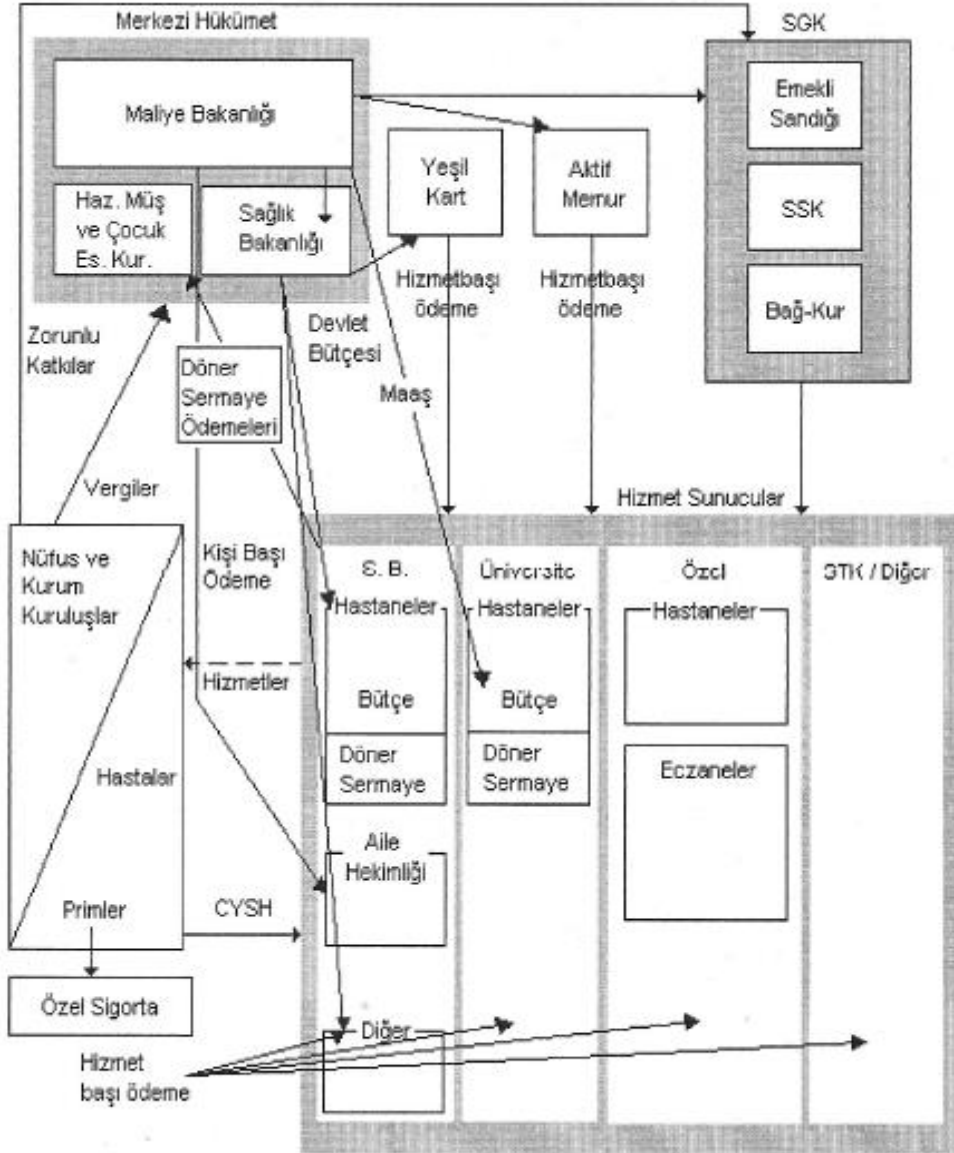
<sup>272</sup> Teksöz, s.63

<sup>273</sup> Nebibe Varol, Health Care and Pharmaceutical Policies in Turkey After 2003, Eurohealth, Volume 14, Number 4, 2008, s.29.

<sup>274</sup> Hüseyin Özbay, Halil Erkan Erişti, Hasan G. Öncül, ve diğerleri, "Sağlık Hizmetleri Sistemi", Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, Bölük Ofset, Ankara, 2006s.114-115

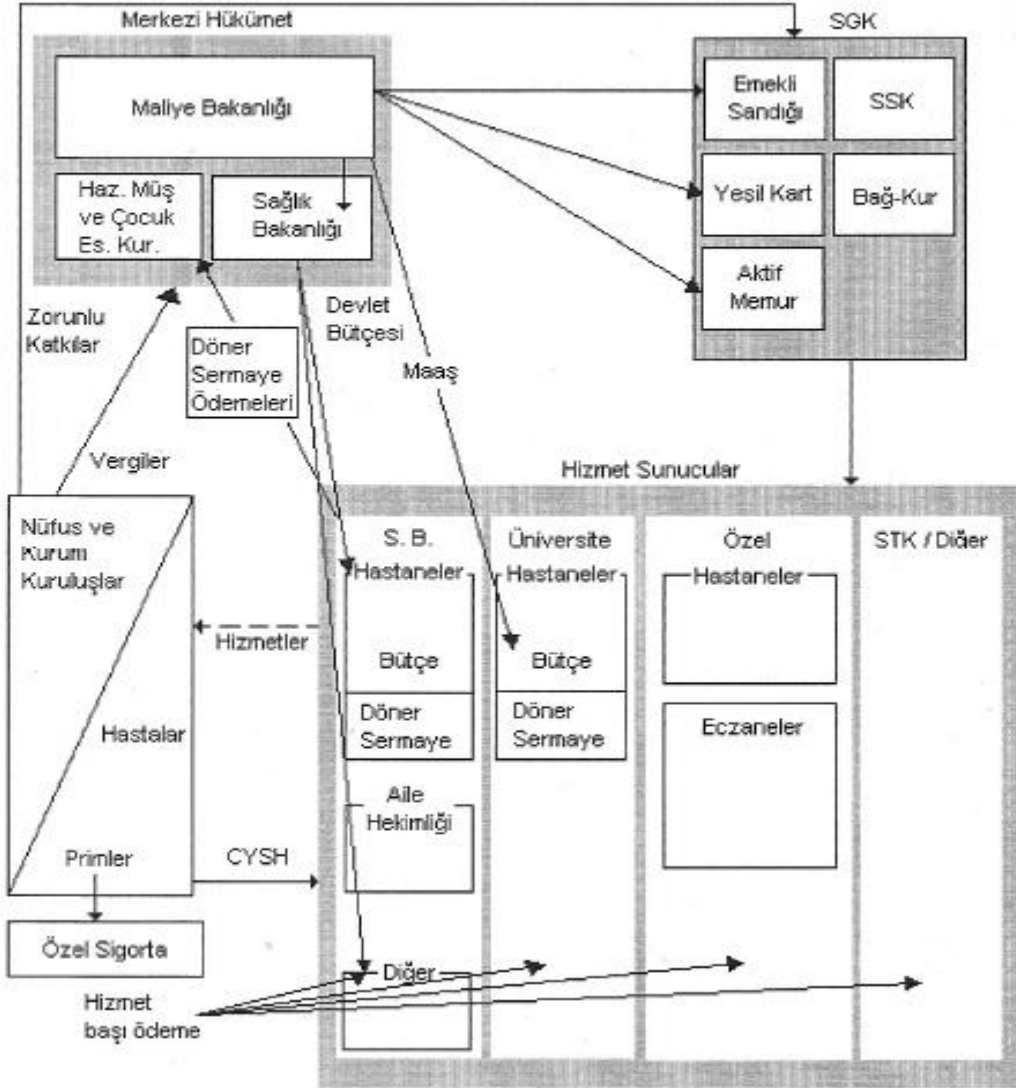
- Maliyetlerin kontrol altına alınması için bilimsel tıbbi teşhis ve tedavi kriterlerinin belirlenmesi ve gerekli durumlarda evde bakım ve özel tedavi prosedürlerinin uygulanması.

**Şekil 1 : Genel Sağlık Sigortası Öncesi Mali Akış (2007)**



**Kaynak:** OECD, Dünya Bankası, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, OECD Publishing, Yayın No:756, Paris, 2008, s. 39.

Şekil 2: Genel Sağlık Sigortası Kabulünden Sonra Mali Akış (2008)



**Kaynak:** OECD, Dünya Bankası, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, OECD Publishing, Yayın No:756, Paris, 2008, s. 39.

### 3.1.2.1. Genel Sağlık Sigortası Yasal Mevzuatı

Genel sağlık sigortası sistemine geçilmede atılan en önemli adımlardan biri, 20 Mayıs 2006 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunudur.<sup>275</sup> Bu Kanuna dayanarak 24 Kasım 2006 tarihinde yapılan olağan üstü genel kurulla SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı lağv edilerek Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında

<sup>275</sup> Resmi Gazete, Tarih: 20.5.2006 Sayı: 26173 Yayımlandığı Düstur: Tertip: 5 Cilt: 45, <http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/f0a578804e2b8409b69fbeb00c7ce123/5502.pdf?MOD=AJPER ES>

birleştirilmişlerdir. Devirle, ilgili kurumların mal varlığı, personeli ve bütçesi de devredilmiştir. Oluşturulan SGK ile illerde il müdürlükleri ve sosyal güvenlik merkezleri vasıtasıyla bürokratik engellerin azaltılması ve daha etkili bir hizmet sunumu amaçlanmıştır.<sup>276</sup>

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun organları Genel Kurul, Yönetim Kurulu ve Başkanlık olarak belirlenmiştir. Başkanlık merkez ve taşra teşkilatından oluşmakta, merkez teşkilatının bünyesinde başkan ve yardımcıları ile ana hizmet birimleri olan Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü, Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü, Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı ile Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığı bulunmaktadır. Taşra teşkilatı ise bütün illerde Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri ve bağlısı Sosyal Güvenlik Merkezlerinden oluşmaktadır.

Genel Sağlık Sigortası sistemine geçilmesi yolunda atılan en önemli adım 31.05.2006 tarihinde çıkarılan, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunudur.<sup>277</sup>

01.10.2010 tarihinden itibaren tam olarak yürürlüğe girmiş olan Kanunun, 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (3), (4), (5), (6), (7), (8)ve (10) numaralı alt bentleri ve aynı fıkranın (f) bendi ile bu bentlere ilişkin geçici 12. madde hükümleri 01.07.2008 tarihinde yürürlüğe girmiş, diğer bentleri de 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir.<sup>278</sup>

Ayrıca Kanunun uygulanabilirliği için önceden bir dizi kanun değişiklikleri de yapılmıştır. Bunlar; 14.7.2004 Tarih ve 5520 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na bir ek madde getirilmiş bu madde ile Maliye Bakanlığı'na Sağlık Bakanlığı'na ait taşınmazları satma yetkisi verilmiştir.<sup>279</sup> 24.11.2004 Tarih ve 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile GSS'nin en önemli hedefi olan aile hekimliği sisteminin ilk adımı atılmıştır.<sup>280</sup> 6.1.2005 Tarih ve 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun<sup>281</sup> ile SSK. ve diğer bazı kamu kurumlarının sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. 2007 yılında da SUT'a dayanılarak MEDULA adı verilen bir birleşik talep sistemi kurulmuştur. Bu uygulama ile ödeme sistemlerindeki çok başlılığın engellenerek tek bir ödeyicinin olduğu bir sağlık

<sup>276</sup> Birol Aydemir, "Sosyal Güvenlik Reformu", Makro Bakış, Sayı 5, Yıl 2007, s.3-4

<sup>277</sup> Resmi Gazete, Tarih: 16.6.2006 Sayı: 26200, Yayımlandığı Düstur: Tertip: 5 Cilt: 45, <http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/c71ae3004e2b80d1b683beb00c7ce123/5510.pdf?MOD=AJPER ES>

<sup>278</sup> Müjdat Şakar, Sosyal Sigortalar Uygulaması, Yenilenmiş 9.Basım, İstanbul, Beta, 2009, s.364.

<sup>279</sup> [http://www.alomaliye.com/saglik\\_hizm\\_temel\\_kanun\\_degis.htm](http://www.alomaliye.com/saglik_hizm_temel_kanun_degis.htm)

<sup>280</sup> Resmi Gazete, Sayı: 25665 Yayın Tarihi: 09.12.2004 <http://www.ahuzem.gov.tr/medya/AHPilotKanunu.pdf> (Erişim: 04.02.2011)

<sup>281</sup> Resmi Gazete, sayı: 25705 Mükerrer, Tarihi: 19.01.2005, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1442.html> (Erişim: 04.02.2011)

hizmetleri piyasasının oluşturulması amaçlanmıştır.<sup>282</sup> Bu sistem ile gelecek dönemler için sağlık harcama tahminlerinin yapılabilmesi, risk analizlerinin yapılabilmesi, harcamalarda oluşabilecek değişikliklerin gözlem altına alınması, kapsamlı ve sağlıklı istatistik bilgi akışının sağlanması ile hızlı ve etkili bir geri ödeme mekanizmasının kurulması amaçlanmıştır.<sup>283</sup> Genel Sağlık Sigortası'nın başarısı için de bazı alt projelerin hayata geçirilmesi planlanmıştır. Bu projeler; İlaç finansman uygulamalarının tekleştirilmesi, izleme ve değerlendirme denetim sisteminin geliştirilmesi projesi, tıbbi malzeme finansmanı uygulamalarının tekleştirilmesi, izleme değerlendirme ve denetim sisteminin geliştirilmesi projesi, sağlık bakım hizmetleri (ayaktan ve yatarak) finansmanı uygulamalarının tekleştirilmesi, izleme değerlendirme ve denetim sisteminin geliştirilmesi projesi, fatura kontrol ve ödeme sisteminin geliştirilmesi projesi ve finansal yönetim sisteminin geliştirilmesi projesi ve finansal yönetim sisteminin geliştirilmesi projesidir.<sup>284</sup>

### 3.1.2.2. Sağlık Hizmetlerinden Yaralanma Şartları

Genel sağlık sigortası sisteminden yararlanmak için geçmiş dönemlerde uygulanan, hizmet akdi ile çalışanların 120 gün, bağımsız çalışanların 4ve8 ay beklemesi zorunluluğu uygulanmamakta, bunun yerine sağlık hizmetlerinden yaralanmak istenilen tarihten önceki son bir yıl içinde 30 gün genel sağlık sigortası primi ödenmesi şartı aranmaktadır. Fakat 5510 sayılı Kanunun 60. maddesi birinci fıkrasının (c) ve (f) bendinde genel sağlık sigortalısı olarak sayılanlar, 30 günlük bekleme süresinden hariç tutulmuşlardır. Yine bu Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılanlardan, ilgili kanunları gereğince kullandıkları aylıksız izin sürelerinin bitiminden sonra göreve başlayanlar ile göreve başlaması için tanınan süreler ile bir yıl ve daha az süreyle aylıksız izne ayrılanların aylıksız izin sürelerinde bu Kanunun 67. Maddesinde aranan 30 günlük prim ödeme şartı aranmamaktadır.<sup>285</sup>

Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin (2) numaralı alt bendi ile (g) bendine tabi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmak için müracaat ettiği tarihte 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun

<sup>282</sup> MEDULA, GSS ile sağlık tesisleri arasında, sağlık tesislerinin iç süreçlerine müdahale etmeksizin fatura bilgisini elektronik olarak toplamak ve hizmetlerin ödemesini gerçekleştirmek amacıyla oluşturulmuş bütünleşik bir sistemdir. Sistem ana ve yan olmak üzere iki süreçten oluşmaktadır. Ana süreç, hak sahipliği ve sözleşme doğrulama, (provizyon alma), sevk, reçete ve tetkik bildirim, ödeme sorgulama ödeme durum kontrol ve fatura bilgisi kayıt süreçlerini içermektedir. Yan süreç ise, rapor bilgisi kayıttan oluşmaktadır. Ayrıntılı bilgi için bakınız; [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/!ut/p/c1/04\\_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os\\_gAS-PAAE8TIwP3UEtzAyMviwBDMwtfYwNXU6B8JJK8hZsHUN7YMNT11cXYOMDdilBuP4\\_83FT9gtylcgAV7971/dl2/d1/L2dJQSEvUUt3QS9ZQnB3LzZfUDkzUVBJNDiwT0IV0DAYsktCQ0RHUzEwSTY!/](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/!ut/p/c1/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os_gAS-PAAE8TIwP3UEtzAyMviwBDMwtfYwNXU6B8JJK8hZsHUN7YMNT11cXYOMDdilBuP4_83FT9gtylcgAV7971/dl2/d1/L2dJQSEvUUt3QS9ZQnB3LzZfUDkzUVBJNDiwT0IV0DAYsktCQ0RHUzEwSTY!/) (Erişim:15.06.2010)

<sup>283</sup> Aydemir, s.4

<sup>284</sup> Teksöz, s.64-65.

<sup>285</sup> Özkan Bilgili, Sosyal Güvenlik Uygulaması, 5502 ve 5510 Sayılı Kanunlara Göre Açıklamalı, Örnekli, Karşılaştırmalı, SMMM ODASI Yayın No: 60, Ankara, 2007, s.439

bulunmaması. (b) ve (d) bentlerine tabi olanlar ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ise yukarıdaki şartlarla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması,

Kanununun 60. maddesindeki genel sağlık sigortalısı sayılanların;

- Herhangi bir sebeple silah altına alınan sigortalının askerlikte geçen hizmet süresi,
- Hükümlülükle sonuçlanmayan tutuklulukta geçen süre,
- İş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortalarından geçici iş göremezlik ödeneği alan sigortalının iş göremediği süre,
- Sigortalının greve iştirak etmesi veya işverenin lokavt yapması hallerinde geçen süre, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası primi ödeme gün sayısı hesabında dikkate alınmaz.

5510 sayılı Kanununun 60. maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar, zorunlu sigortalılıklarının sona erdiği tarihten itibaren on gün süreyle genel sağlık sigortasından yararlanırlar. Bu kişilerin sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten geriye doğru bir yıl içinde 90 günlük zorunlu sigortalılıkları varsa, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren 90 gün süreyle zorunlu sigortalılıklarından sonraki genel sağlık sigortalılıklarından dolayı prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın bakmakla yükümlü olduğu kişiler dahil sağlık hizmetlerinden yararlandırılırlar.

Genel sağlık sigortalılarının Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için, sağlık hizmet sunucusuna başvururken, acil hallerin dışında, kimlik belgesi gösterme zorunluluğu getirilmiştir. Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmeleri için sağlık hizmet sunucularına başvurduklarında acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra) nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya Kurum tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin gösterilmesi zorunludur.<sup>286</sup>

Kişilerin sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmeleri için bazı durumlarda bekleme süresi ve prim borcunun bulunmaması şartları aranmayacaktır. Bu durumlar Kanunda tahdidi olarak sayılmıştır. 5510 sayılı Kanununun 67. maddesi birinci fıkrasında sayılan durumlar ise şunlardır:

- 18 yaşını doldurmamış olan kişiler,
- Tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler,
- Acil haller,
- İş kazası ile meslek hastalığı halleri,
- Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar,

<sup>286</sup> Ali Pekten, "Genel Sağlık Sigortası ve Getirdiği Yenilikler", Sayıştay Dergisi, Sayı 61, <http://www.sayistay.gov.tr/dergi/icerik/der61m7.pdf>



- Kanununun 63. maddesi birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri gereğince, yani hastalık halinde
- Kanununun 75. maddesinde sayılan afet ve savaş hali,
- Grev ve lokavt hali ve analık halinde ayakta ve yatarak sağlanan sağlık hizmetleri.

### 3.1.2.3. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar Ve Sayılmayanlar

Genel sağlık sigortalısı sayılmak için öncelikli şart, bireyin Türkiye sınırları içinde ikamet etmesidir. 5510 sayılı Kanunu 60. maddesinde kimlerin genel sağlık sigortalısı oldukları belirtilmiştir. Buna göre genel sağlık sigortalısı sayılanlar şunlardır.<sup>287</sup>

- 5510 sayılı Kanununun 4. maddesinin birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentlerine tabi olanlar,
- İsteğe bağlı sigortalılar,
- Aile içindeki gelirin kişi başına asgari ücretin üçte birinden az olanlar,
- Sığınmacı ve vatansız olarak kabul edilenler,
- 65 yaşını doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler,
- Vatani Hizmet Tertibinden Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar,
- Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar,
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre koruma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlananlar,
- Harp malulü aylığı alan kişiler ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,
- 442 sayılı Köy Kanununun 74. maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler ile aynı kanununun 16. maddesine göre aylık alan kişiler,
- Başarılı Sporculara Aylık Bağlanması ile Devlet Sporcusu Unvanı Verilmesi Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar,

---

<sup>287</sup> 5510 Sayılı Kanun Gereğince Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar, Sayılmayanlar, Sigortalılığın Başlangıcı, Kuruma Bildirilmesi, Hakkında Tebliğ,  
[http://www.yontemymm.com.tr/ticker/ticker\\_uploaded/YONTEM%20YEMINLI%20MALI%20MUSAVIRLIK%20A.S/MALI%20ACIKLAMALAR/2008%20YILI%20MALI%20ACIKLAMALARI/2008-123\\_Genel\\_Saglik\\_Sigortalisi\\_Sayilanlar\\_Sayilmayanlar\\_Sigortaliligin\\_Baslangici\\_Kuruma\\_Bildirilmesi\\_Hakkinda\\_Tebliğ.pdf](http://www.yontemymm.com.tr/ticker/ticker_uploaded/YONTEM%20YEMINLI%20MALI%20MUSAVIRLIK%20A.S/MALI%20ACIKLAMALAR/2008%20YILI%20MALI%20ACIKLAMALARI/2008-123_Genel_Saglik_Sigortalisi_Sayilanlar_Sayilmayanlar_Sigortaliligin_Baslangici_Kuruma_Bildirilmesi_Hakkinda_Tebliğ.pdf) (Erişim:06.02.2010)

- Mütakabiliyet esası da dikkat alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayanlar,
- İşsizlik ödeneği ve kısa süreli çalışma ödeneğinden yararlananlar,
- 5510 sayılı Kanun veya bu kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alanlar,
- Yukarıda sayılanlar dışında kalan ve başka ülkede genel sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayanlar,
- Kamu idaresine ait işyerlerinde çalışırken iş sözleşmeleri askıda kalanlar, iş sözleşmesi askıda kaldığı süre içinde,
- 5510 sayılı Kanunun geçici 13. maddesine göre 24.11.1994 tarihli ve 4046 sayılı Kanunun 21. maddesi kapsamında iş kaybı tazminatı alanlar, 5510 sayılı Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrası (a) bendi kapsamında,
- 5510 sayılı Kanunun 5. maddesinin (g) bendi gereği Türkiye ile sosyal güvenlik sözleşmesi olmayan ülkelerde iş üstlenen işverenlerce yurt dışındaki işyerlerinde çalıştırılmak için götürülen Türk işçileri 5510 sayılı Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrası (a) bendi kapsamında,
- 5510 sayılı Kanunun 37. maddesi gereğince evlenme ödeneği alan kız çocuklarından; eşleri tarafından bakmakla yükümlü olunmayanlar ile iki yıllık süre içinde eşlerinden boşanan kız çocukları aylıklarının kesildiği tarihten itibaren iki yıllık sürenin sonuna kadar 5510 sayılı Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrası (f) bendi kapsamında,
- 5510 sayılı Kanun 4, maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılanlardan ilgili kanunlar gereğince aylıksız izin sürelerini bir yıla kadar kullananlar, bu süre boyunca,
- Genel sağlık sigortası olmamakla beraber ülkemizin taraf olduğu sosyal güvenlik sözleşmeleri gereği, sözleşme yapılan ülkelere sağlık yardımı hakkı kazanmış sigortalı ile gelir ve aylık sahipleri ile bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireyleri, Türkiye’de geçici veya daimi olarak buldukları sırada, sağlık yardımlarından yararlanma hakkına sahiptirler.

5510 sayılı Kanunda 18 yaşından küçüklerin durumu özel olarak ele alınmış ve genel sağlık sigortalısı sayılma halleri şu şekilde belirlenmiştir.<sup>288</sup>

---

<sup>288</sup> Bilgili, s.413-414

• Kanun 60. maddesinin birinci fıkrasının genel sağlık sigortalısı sayılanların çocukları, anne ya da babanın tescil edilmiş olmasına bakılmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek olmaksızın 18 yaşını doldurduğu tarihe kadar genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden yararlanır.

• 18 yaşından küçük çocuğun ana ve babası da yok ise 18 yaşını dolduruncaya kadar 60.maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (7) numaralı alt bendi kapsamında primi devlet tarafından ödenmek üzere genel sağlık sigortalısı sayılır.

• 18 yaşını doldurmamış çocukların genel sağlık sigortalısı sayılmaları hususu Genel Sağlık Sigortası işlemleri Yönetmeliği'nin 6. maddesi onuncu fıkrasında detaylı bir biçimde açıklanmıştır. Buna göre, Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) ve (2) numaralı alt bentlerinde belirtilenler ile Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrası gereği zorunlu sigortalı olanlar hariç, 18 yaşını doldurmamış çocuklardan;

- Genel sağlık sigortalısı olan ana ve babaların 18 yaşını dolduruncaya kadar ayrıca bir işleme gerek olmaksızın çocukları bakmakla yükümlü olunan kişi olarak,

- Genel sağlık sigortalısı olması gerektiği hâlde tescili yapılmamış olan ana ve babaların çocukları sağlık hizmeti sunucularına başvurduğu tarih itibarıyla ana ve babalar genel sağlık sigortalısı sayılmak suretiyle 18 yaşını dolduruncaya kadar bakmakla yükümlü olunan kişi olarak,

- Bakmakla yükümlü olunan kişi olmaları nedeniyle genel sağlık sigortası kapsamındaki ana ve babaların çocukları Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında,

- Ana ve babası tarafından bakmakla yükümlü olunan kişi dahi olsa genel sağlık sigortasına ilişkin primlerinin ödenmemesi hâlinde 18 yaşını dolduruncaya kadar 61. maddenin ikinci fıkrası kapsamında,

- 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ana ve babasının bulunup bulunmadığına bakılmaksızın ücretsiz faydalananlar ile ana ve babası olmadığı hâlde bu hizmetlerden faydalanmayan çocuklar, Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (7) numaralı alt bendi kapsamında,

- Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (b) ve (c) bentleri gereği sigortalı sayılıp bir meslek veya sanat okulunu bitirenlerden 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu hükümlerine göre mahkemece

ergin kılınmak suretiyle, öğrenimleriyle ilgili görevlerde çalışanlar hariç, 18 yaşını doldurmamış olanlar genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olunan kişi olarak, genel sağlık sigortalısı sayılırlar.

Kanunun aynı maddesinde kimlerin genel sağlık sigortası kapsamında olmadığı da açıkça belirtilmiştir. Buna göre genel sağlık sigortası kapsamında olmayanlar.<sup>289</sup>

- Kanun 6. maddesi birinci fıkrasının (b) bendinin (1) ve (3) numaralı alt bentleri kapsamında sigortalılıkları devam edenler hariç, askerlik hizmetlerini er ve erbaş olarak yapmakta olanlar ile yedek subay okulu öğrencileri,

- Kanun 6. maddesinin (e) bendi gereğince, yabancı bir ülkede kurulu herhangi bir kuruluş tarafından ve o kuruluş adına ve hesabına, Türkiye'ye bir iş için gönderilen ve yabancı ülkede sosyal sigortaya tabi olduğunu belgeleyen kişiler ile Türkiye'de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan, yurt dışında ikamet eden ve o ülke sosyal güvenlik mevzuatına tabi olanlar,

- Kanun 6. maddesinin (l) bendi gereğince kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya bu devletin vatandaşlığını da haiz bulunan Türk uyruklu sözleşmeli personelden, bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin ilgili mevzuatının zorunlu kıldığı hâllerde, işverenleri tarafından bulunulan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılanlar,

- Ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular,

- Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (d) bendi kapsamındaki müttekabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan ve Kanunun 4. maddesi kapsamında sigortalı sayılmayan kişilerden, Türkiye'de bir yıldan kısa süreyle yerleşik olanlar,

- Sosyal güvenlik sözleşmesi hükümleri saklı kalmak kaydıyla, Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (f) bendi kapsamında olup mülga 2147 sayılı ve 3201 sayılı kanunlara göre borçlanarak aylık bağlanan kişilerden Türkiye'de ikamet etmeyenler,

- İsteğe bağlı sigortalı olan yabancı ülke vatandaşlarından Türkiye'de yerleşik olma hâli bir yılı oldurmamış olanlar genel sağlık sigortalısı sayılmazlar.

---

<sup>289</sup> Bilgili, s.414-415.

### 3.1.2.4. Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Finansmanı Sağlanacak Ve Sağlanmayacak Sağlık Hizmetleri

Genel sağlık sigortası ile üyelere sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamı ve süreleri 5510 sayılı Kanun 63. maddesinde belirtilmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu verilecek sağlık hizmetlerinin niteliği ve süresi hakkında Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'ndan görüş almak suretiyle belirlenmektedir. Bu amaçla kurumca komisyonlar kurulabilmekte, ulusal ve uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapılabilmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin süresi bireyin genel sağlık sigortalı sayılma halinin sona ermesinden bağımsızdır. Yani devam etmesi gereken tedaviler iyileşme sürecinin sonuna kadar devam eder.<sup>290</sup>

5510 sayılı Kanunda finansmanı sağlanacak hizmetlerin amacı olarak, genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını, iş kazası meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş görmezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılması gösterilmektedir. Kurum tarafından sağlanacak sağlık hizmetleri şunlardır.<sup>291</sup>

- Koruyucu sağlık hizmetleri

- Bireylerin hastalanması halinde ayakta veya yatarak yapılacak muayene, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, tıbbi müdahale ve tedaviler, rehabilitasyon hizmetleri, organ ve kök hücre nakilleri, acil sağlık hizmetleri ve sağlık meslek mensubu sayılanların hekim kararı ile yapacakları tıbbi bakım ve tedaviler,

- Analık sebebiyle ayakta veya yatarak, hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbi sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbi bakım ve tedaviler,

- Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde yaşa bağlı sınırlamalar olmakla birlikte, Kanunda ayrıca düzenlenmiştir. Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, diş protez

---

<sup>290</sup> Bilgili, s.426-427

<sup>291</sup> Şakar, s.381-382

uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodonti diş tedavilerinin 72. maddeye göre belirlenen tutarı ,

- Yapılan tıbbi tedavileri sonrasında normal tıbbi yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin, Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi, 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olunması, son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından belgelenmesi, uygulamanın yapıldığı tıbbi merkezin Kurum ile sözleşme yapmış olması, En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde, en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavileri ile bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması ve Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi halinde üremeye yardımcı tedavi yöntemleri,

- Kurumca sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbi sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetlerinin finansmanı Kurumca sağlanacaktır.

Kurum tarafından finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri ise şunlardı.<sup>292</sup>

- Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak estetik amaçlı sağlık hizmetleri hariç olmak üzere, estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodonti diş tedavileri.

- Sağlık Bakanlığı'na izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığı'na tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetlerinin finansmanını,

- Yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıklarının Kurumca finansmanı sağlanmayacaktır.

---

<sup>292</sup> Bilgili, s.431-432.

### 3.1.2.5. Genel Sağlık Sigortası Katkı Payları

Genel sağlık sigortası kapsamında katkı payı alınacak sağlık hizmetleri ve miktarları şöyledir<sup>293</sup>.

- Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için katılım payı, 2 TL'dir. Ancak, katılım payı tutarı, 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranı kadar her yıl artırılarak uygulanacaktır. Ayrıca, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için belirlenen katılım payını; birinci basamak hizmet sunucularında yapılan muayenelerinde almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde ise önceki basamaklardan sevklı olarak başvurulup başvurulmadığı dikkate alınmak suretiyle yarısına kadar indirmeye veya beş katına kadar artırmaya, gerektiğinde bu tutarları kanuni tutarlarına getirmeye veya indirmeye Kurum yetkilidir. Dahası, aile hekimleri tarafından başlatılan sevk zincirine uygun olarak alınan sağlık hizmetlerinde söz konusu katılım payı, üç yıl süreyle % 50 oranında azaltılarak uygulanabilir.

- Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ile ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı, % 10 ilâ % 20 oranları arasındadır. Kurum katılım payı oranlarını % 10 ilâ % 20 sınırları arasında kalmak kaydı ile belirlerken, geniş bir serbestiye de sahip değildir. Bunu yaparken belli ölçüleri de dikkate almak durumundadır. Kurum, söz konusu sağlık hizmetleri için gereksiz kullanımı azaltma, sağlık hizmetlerinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kişilerin prime esas kazançlarının, gelir ve aylıklarının tutarı ve benzeri ölçütleri dikkate alarak katılım payı oranlarını tespit edebilir. Bu kapsamda da aile hekimleri tarafından başlatılan sevk zincirine uygun olarak alınan sağlık hizmetlerinde söz konusu katılım payı, üç yıl süreyle % 50 oranında azaltılarak uygulanabilecektir. Öte yandan, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin "ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri" için ödeyecekleri katılım payının tutarı, sağlık hizmetinin alındığı tarihteki asgarî ücretin % 75'ini geçemeyecektir.

- 5510 sayılı Kanununun 63. maddesi birinci fıkrasının (e) bendi gereğince sağlanan ve bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi dışındaki, yardımcı üreme yöntemi tedavisinde katılım payı ilk denemede % 30, ikinci denemede % 25 oranında uygulanır. Ancak katılım payında yukarıdaki üst limit dikkate alınmaz. Yani, katılım payının sağlık hizmetinin alındığı tarihteki asgarî ücretin % 75'ini geçemeyeceği hükmü dikkate alınmaz, üst limit aşılsa bile katkı payı tutarı alınabilecektir.

---

<sup>293</sup> Bilgili, s.444

Yukarıda sayılan katkı paylarının alınmayacağı durumlar kanununun 69. maddesinde sayılmaktadır. Katkı payı alınmayacak haller şunlardır.<sup>294</sup>

- İş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askeri tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri.
- Kanununun 75.maddesinde yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri.
- Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.
- Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz Kanununun 68. maddesi birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sağlık hizmetleri, yani ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ile organ nakli.
- Kanununun 94. maddesinde tanımlanan kontrol muayeneleri,
- Kanununun 60. maddesi birinci fıkrasının (c) bendinin (4), (5), (6), (7) ve (8) numaralı alt bentleri kapsamında sayılanlar, vazife malûlleri ile Kanununun 4. maddesi üçüncü fıkrasının (d) ve (e) bentlerinde sayılanlar. Ayrıca, 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış malûller ile aynı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle vazife malûllüğü aylığı alan er ve erbaşların sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç/gereçler herhangi bir katılım payı veya fark alınmaksızın ve kısıtlama getirilmeksizin karşılanır.

### **3.1.2.6. Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları**

Genel sağlık sigortası özü itibariyle prime ödeme esasına dayalı sağlık hizmeti sunan bir yapıdadır. Genel olarak sigortalı ve işverenler arasında paylaşılan primler 5510 sayılı Kanunda şu şekilde açıklanmaktadır.<sup>295</sup>

- Genel sağlık sigortasında uygulanacak prim oranı, 5510 sayılı kanununun 4. maddesinin birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentleri ile 5. maddesinin (g) bendi kapsamındakiler için Kanununun 82. maddesinin birinci fıkrasına göre hesaplanan prime esas aylık kazancın % 12,5'idir. Kanununun 4. maddesinin birinci fıkrasının (a)ve (c) bentleri ile Kanununun 5. maddesinin (g) bendine tabi olanlar için bu primin % 5'i sigortalı % 7,5'i ise işveren payıdır.
- İsteğe bağlı sigorta kapsamında genel sağlık sigortalısı olanların primlerine esas kazançlarının % 12'si genel sağlık sigortası primidir.

<sup>294</sup> Şakar:s.386.

<sup>295</sup> Şakar, s.376-377.



- 5510 sayılı Kanun 5. maddesin (g) bendi uyarınca Türkiye ile sosyal güvenlik anlaşması olmayan ülkelerde iş yapan işverenlerce yurt dışındaki işyerlerinde çalıştırılmak üzere götürülen Türk İşçilerden isteğe bağlı sigortaya devam edenlerden ayrıca genel sağlık sigortası primi alınmaz.

- 5510 sayılı Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasında (a) ve (b) bentleri dışında kalanlar ile 4046 sayılı Kanunun 21. maddesi kapsamında iş kaybı tazminatı alanların genel sağlık sigortası prim oranı prime esas kazançlarının % 12'sidir.

- Kamu idaresine ait işyerlerinde çalıştırılan sigortalıların iş sözleşmesinin askıda kaldığı aylara ait genel sağlık sigortası primi, 5510 sayılı Kanunun 82. maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazancın alt sınırının 30 günlük tutarıdır.

### **3.1.2.7. Genel Sağlık Sigortalılığının Sona Ermesi**

Genel sağlık sigortalılığı halinin sona ermesi 5510 sayılı Kanun 60. maddesinde sayılmaktadır. Buna göre 60. maddenin birinci fıkrası kapsamında olup yerleşim yerini Türkiye sınırları dışına taşıyanlar, taşınma tarihinden itibaren ve genel sağlık sigortalısının ölümü halinde ölüm tarihinden itibaren, Kanun 4. maddesinin birinci fıkrası (a) bendi kapsamında sigortalı olanların sigortalılık niteliğini kayb ettikleri tarihi takip eden 10. günden, (b) ve (c) bendi kapsamında sigortalı olanların ise sigortalılık niteliklerini yitirdikleri tarihten itibaren, 4046 sayılı Kanun 21. maddesi kapsamında iş kaybı tazminatı alanların ödemenin bittiği tarihten itibaren genel sağlık sigortalılıkları sona erer. Ayrıca 5510 sayılı Kanunun 60. maddenin birinci fıkrasının;

- (c) bendinin (1) numaralı alt bendine tabi sigortalının aile içindeki gelirinin asgari ücretin üçte birinden fazla olduğu tarihten itibaren,

- (c) bendinin (2) numaralı alt bendine tabi olanların sığınmacı veya vatansız statüsünü kayb ettikleri tarihten itibaren,

- (c) bendinin (3) numaralı alt bendinin (3), (4), (5), (6), (8), (9) ve (10) numaralı alt bentlerinde sayılanların aylık alma haklarını kayb ettikleri tarihten itibaren,

- (c) bendinin (7) numaralı alt bendine göre koruma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlanma hakkının kaybedildiği veya anasız babasız çocukların 18 yaşını doldurdukları tarihten itibaren,

- (c) bendinin (9) numaralı alt bendinde sayılan köy koruculuğu ve geçici köy koruculuğu görevinin sona erdiği tarihten itibaren,

- (d) bendinde sayılanların oturma izinlerinin sona erdiği veya yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olduğu tarihten itibaren,
- (e) bendinde sayılanların işsizlik ödeneği ve kısa çalışma ödeneğinin kesildiği tarihten itibaren,
- (f) bendinde belirtilen gelir ve aylık alanların gelir ve aylık alma haklarını kaybettikleri tarihten itibaren,
- (g) bendinde sayılanların aynı fıkranın diğer bentleri kapsamına girdikleri tarihten itibaren genel sağlık sigortalılıkları sona erer.<sup>296</sup>

### **3.1.2.8. Genel Sağlık Sigortasının Uygulanmasında Sorumluluklar**

Genel sağlık sigortasının uygulanmasında işveren, sigortalı ve üçüncü kişilerin sorumlulukları Kanunda şu şekilde belirtilmektedir;

• 5510 sayılı Kanununun 76. maddesi birinci fıkrasına gereğince; işveren, iş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan genel sağlık sigortalısına sağlık durumunun gerektirdiği sağlık hizmetlerini derhal sağlamakla yükümlüdür. Bu amaçla işveren tarafından yapılan ve belgelere dayanan sağlık hizmeti giderleri ve Kanununun 65. maddesi hükümlerine göre yapılacak olan yol giderleri, gündelik ve refakatçi giderleri Kurum tarafından karşılanacaktır.

• Ayrıca yukarıda belirtilen yükümlülüklerin yerine getirilmesindeki ihmalden veya gecikmesinden dolayı, genel sağlık sigortalısının tedavi süresinin uzamasına veya malûl kalmasına veya malûllük derecesinin artmasına sebep olan işveren, Kurumun bu nedenle yaptığı her türlü sağlık hizmeti giderini ödemekle yükümlüdür.

• İlgili kanunları gereğince sağlık raporu alınması gerektiği halde sağlık raporuna dayanmaksızın veya alınan raporlarda söz konusu işte çalışması tıbbi yönden elverişli olmadığı belirtildiği halde genel sağlık sigortalısını çalıştıran işverenlere, bu nedenle Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri tazmin ettirilir. Sağlık kurulu raporu ile belli bir işte çalışamayacağı belgelenen 4.maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki kişiler bu işte çalıştırılmaz. Bu kişileri çalıştıran işverenler, genel sağlık sigortalısının aynı hastalık sebebiyle Kurumca yapılan masraflarını ödemekle yükümlüdür. Tedavinin sona erdiğine ve çalışılabilir durumda olduğuna dair Kurumca yetkilendirilen hekim veya sağlık kurullarından belge almaksızın başka işte çalışan genel sağlık sigortalısının aynı hastalığı sebebiyle yapılan tedavi masrafları ise kendisinden alınır.

---

<sup>296</sup> Şakar, s.372-373.

• 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 tazmin ettirilir.

• İşverenin, iş sağlığını koruma ve iş güvenliği ile ilgili kanun hükümlerine aykırı davranışları nedeniyle iş kazası ile meslek hastalığına sebep olmuşsa sorumlu sayılacak ve Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri işverene tazmin ettirilir. İşverenin kastı veya iş sağlığını koruma ve iş güvenliği ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı hareketi olup olmadığı Kurumca tespit edilir.

### 3.1.3. Yönetimsel Reformlar

Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile amaçlanan önemli reformlardan biri Sağlık Bakanlığı'nın kamu ve özel sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlayacak bir şekilde yapılandırılmasıdır. Yerinden yönetimin güçlendirilmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın planlama yapan ve strateji geliştiren bir yapıya kavuşturulması amacı güden reform çalışmalarına bağlı olarak, 2005 yılında 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun" yürürlüğe konmuştur. Bu kanun ile Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetleme görevleri arttırılmıştır.<sup>297</sup>

Bir sağlık sisteminin başlıca dört fonksiyonu vardır. Bunlar; kaynak yaratma, hizmet sunumu, finansman ve kahyalık (stewardship)'tir. Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunma görevini bırakarak, kâhyalık görevini yerine getiren bir yapıya kavuşturulmak istenmektedir. Bu hali ile Bakanlık, politika üreten, standartlar belirleyen ve bu standartları kontrol ederek, adeta "dümeni kontrol eden" bir mekanizma haline getirilmek istenmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumunun ve finansmanın ayrılması hedeflenmektedir. Genel Sağlık Sigortası Kurumu vasıtası ile finansman ve geri ödeme sistemlerinin yerine getirilmesi amaçlanırken, yerel yönetimler, özel sağlık kuruluşları ve özerk hale getirilmiş kamu hastanelerinden sağlık hizmetinin sağlanması amaçlanmaktadır.<sup>298</sup>

<sup>297</sup> Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek, s. 171.

<sup>298</sup> Sabahattin Aydın, "Sağlık Bakanlığını Etkili Stewardship İçin Yeniden Yapılandırma: Planlarımız ve Uygulamadaki Zorluklar", Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Serisi-6, BMS Matbacılık, Ankara, 2007, s.25-30.

Bu çerçevede yapılan reform çalışmalarında Sağlık Bakanlığı'nın misyonu olarak; sağlık düzeyinin yükseltilmesi sonucunu doğuracak, planlama ve uygulamalar, vizyonu olarak; sağlık hizmetlerinin sunumunda adaletin sağlanması, hizmetlere erişim önündeki engellerin kaldırılması, kaliteli bir sağlık hizmeti sonucunda, sağlıklı doğum, yaşam ve sağlıklı nesiller oluşturması ve Bakanlığın kurumsal değerleri olarak da, hakkaniyet, bilimsellik, iş ahlakı, çevre dostu, ekip çalışması ve insan odaklılık gösterilmektedir.<sup>299</sup>

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin amaçlarından biri olan, hizmet sunumu ve satın almanın çok başlı yapıdan kurtarılarak, sağlık hizmeti arz ve talep edenler arasında kontrol edilebilir, sağlıklı bir ilişki kurulması ilkesine dayanılarak, 2005 yılında SSK'nın sağlık hizmeti sunum fonksiyonu Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Benzer şekilde Yeşil Kart hizmetlerinin sunum yükümlülüğü SGK'ya devredilmek istenmiş fakat bu Anayasa Mahkemesince iptal edilerek, Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğuna bırakılmıştır.<sup>300</sup>

Projenin unsurlarından olan yerinden yönetim ilkesi gereği, Sağlık Bakanlığı yetkisinde olan, 24 saat hizmet veren sağlık ocaklarının tespiti ve çalışma yetkisi, eczanelerin ruhsatlandırma ve açılıp kapatılma yetkisi, kontrole tabi müstahzarların satış sarf hareketlerinin takibi ve personel özlük işlemleri gibi bazı uygulamalarda yetki taşra teşkilatlarına devredilmiştir.<sup>301</sup> Ayrıca, sağlık hizmetlerinin sunumunda ihtiyaç duyulan tıbbi cihaz ve teçhizat ile demirbaş alımlarında, bürokratik engelleri azaltarak, hizmet kalitesini arttırmak için yetki, belli limitler dahilinde ita amirlerine bırakılmıştır.<sup>302</sup>

### 3.1.4. Aile Hekimliği Uygulaması

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gerçekleştirilen önemli reformlardan biri de 2004 yılında TBMM'de kabul edilen aile hekimliği<sup>303</sup> uygulamasıdır.<sup>304</sup> İlk olarak Düzce'de pilot uygulaması

<sup>299</sup> Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, İl Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek, s. 172.

<sup>300</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s.40

<sup>301</sup> Yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerinde daha etkin olması amacıyla 2005 yılında yürürlüğe giren 5302 sayılı Kanun ile yerel ve ortak nitelikte olmak koşuluyla sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin hizmetler il sınırları içinde il özel idaresinin görev alanında yer alır "denmektedir. Yine aynı kanunu 16.maddesi il meclisleri tarafında kurulması zorunlu komisyonlar arasında çevre ve sağlık komisyonu da sayılmış, halkın gönüllü katılımının mümkün olduğu hizmetlerden biri de sağlık hizmetleri gösterilmiştir. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Arif Erençin, Vesim Yolcu, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi", Memleket Siyaset Yönetim, Cilt: 3, Sayı: 6, 2008/6, s.131.

<sup>302</sup> Recep Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Kasım 2002-2008, Sağlık Bakanlığı Yayın No 770, Ankara, 2008, s.52.

<sup>303</sup> Aile hekimliği ilk kez 1974 yılında Hollanda'da Aile Hekimliği Toplantısında tanımlanmıştır. Bu tanıma göre aile hekimi "birinci basamak hekimliğinin, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı"dır Ayrıntılı bilgi için bakınız; Mustafa Fevzi Dikici, Mehtap Kartal, Serap Alptekin, Mahcub Çubukçu, Akın Serhat Ayanoglu, Füsün Yarı, "Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihi", Türkiye Klinikleri J. Med. Sci., 2007-2, 412-418, s.412.

yapılmış, bugün tüm illerde uygulanmaktadır. Aile hekimliği uygulaması ile entegre bir sağlık hizmeti sunulmak üzere, illerde toplum sağlığı merkezleri kurulmuştur. Bu merkezler teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunmaktan sorumludur. Bu sistemin başarılı olabilmesi için yeterli sayıda pratisyen hekimin bulunması şarttır. Türkiye’de yeterli sayıda pratisyen hekim olmaması, aile hekimliği sisteminin ve buna bağlı olarak, sağlıklı bir sevk zincirinin kurulması önünde en büyük engel olarak görülmektedir.<sup>305</sup>

Aile hekimi henüz doğmamış bebekten, ailenin en yaşlı üyesine kadar tüm bireylerinin, koruyucu sağlık hizmetleri, evde bakım hizmetleri ve ayaktan tedavi hizmetlerini sunmakla sorumlu hekimdir. Ayrıca kendi sorumluluğu dışında veya uzmanlık gerektiren tedaviler için, üst sağlık kuruluşlarına sevk işlemlerini ve ailenin sağlık danışmanlığını da aile hekimi üstlenir.<sup>306</sup> Aile hekimliği sistemi ile aynı zamanda temel sağlık hizmetlerinin de bir çatı altında toplanması amaçlanmıştır. Aile hekimi olarak görev alacak pratisyenler görevlerini yaparken, eğitimlerine de devam edebileceklerdir.<sup>307</sup> Aile hekimleri için ön görülen görevler şöyle özetlenebilir<sup>308</sup>.

- Birlikte çalışacağı ekibin hizmet içi eğitimi ve denetlemesi sağlamak suretiyle aile sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak,
- İlçe sağlık idaresi ile koordineli çalışarak, sağlık planlaması yapılmasında işbirliği yapmak,

---

<sup>304</sup> Aile hekimliğinin uygulanması yönünde ilk yasal düzenleme 24.11.2004 tarihinde yayınlanarak yürürlüğe giren “5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun”dur. Bu kanuna istinaden 06.07.2005 tarihinde çıkarılan 25867 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı’nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler Ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik” ile 15.09.2005 tarihinde Düzce İlinde aile hekimliği pilot uygulamasına geçilmiştir. 25.05.2010 yılında çıkarılan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” ile 2005 yılında yürürlüğe konan pilot uygulama yönetmeliği yürürlükten kaldırılmıştır. [http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213](http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213) (Erişim:23.10.2010)

<sup>305</sup> Türkiye’de aile hekimliği sisteminin tam anlamıyla uygulanabilmesi için yaklaşık olarak 20 000 hekime ihtiyaç duyulduğu tahmin edilmektedir. Mevcut pratisyen hekimlerin gerekli eğitimlerden geçirilerek aile hekimi olmalarının sağlanması, aile hekimi ihtiyacının kısa vadede çözümü için kaçınılmaz olmaktadır. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Kürşat Algın, İsmet Şahin, Mehmet Top, “Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:3 2004, s.272; OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s. 41.

<sup>306</sup> Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, s.123.

<sup>307</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlık 2004, Sağlıkta Dönüşüm Sürüyor, Ankara, 2005, s.21; Aile hekimliği kavramı 1970’lerin başından itibaren dünyada yaygın bir şekilde uygulanmaya başlanırken, Türkiye’de aile hekimliği yeni bir kavram olmaktan çok, sağlık ocaklarında görev yapan doktorlarla özdeşleştirilmiştir. Ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesi ancak 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğüne alınması ile olmuştur. Aile hekimliğinin eğitim süresi pratisyen hekimler için üç yıl, çocuk sağlığı uzmanları ile iç hastalıkları uzmanları için on altı ay olarak belirlenmiştir. Gazi Üniversitesi’nde 1984 yılında ilk aile hekimliği ana bilim dalı kurulmuştur. 1985 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı ve SSK eğitim hastanelerinde de eğitime başlanmıştır. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Algın, Şahin, Top, s.251.

<sup>308</sup> Aydın, Aile Hekimliği Türkiye Modeli, s.57; Ayrıca UEMO (European Union of General Practitioners) tarafından yapılan aile hekimlerinin görev tanımında ise, altı temel öge bulunmaktadır. Bunlar; hasta merkezli bakım hizmetleri, hastaların ilk temas merkezi, problem çözümü, kapsamlı yaklaşım, sağlık bakım hizmetinden yararlanım ve akademik profesyonelliktir. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Özdemir, Ocaktan, Akdur, s.213.

• Toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren hususlarla karşılaştığında bunu ilçe sağlık kurullarına bildirmek,

• Bireysel sağlık rehberliği ve sağlığı korumaya y6nelik hizmetler vermek. Anne ocuk sağlığı, aile planlaması, meme ve rahim kanseri gibi periyodik muayene hizmeti ile, yaşlı sağlığı ve ruh sağlığı hizmeti vermek,

• İlk kayıтта ev sağlığı durumunu tespit etmek ve daha sonra 6n g6r6len sıklıkta ev ziyareti yapmak,

• Birinci basamak olarak tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunmak,

• Tedavi edilemeyen hastaların 6st kademelere sevkini sağlamak, 6st basamakta d6zenlenen tedavileri değerlendirmek, ikinci ve 66nc6 basamak tedaviler ile rehabilitasyon hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak,

• Temel labarotuvlar hizmetlerini vermek ya da verilmesini sağlamak,

• Aile hekimliği kayıt ve bildirimlerini yapmak,

• İlk yardım ve acil m6dahale hizmetleri vermek ya da verilmesini temin etmek,

• İlaç temininde zorluk çekilen yerlerde ecza dolabı bulundurmak ve ilaçları temin etmektir.

Esas olarak aile hekimliği, bireyin ikamet ettiği yere yakın ve her t6rl6 sağlık ihtiyacında ilk başvuru yapacağı bir sağlık 6rg6tlenmesi biçimidir. Aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmetleri ile beraber, koruyucu sağlık hizmetlerini de verirler. Aile hekimleri tıp fak6ltesi mezunu doktorlardır. Bazı 6lkelerde genel tıp uygulamalarında uzmanlık eğitimi almış, bazı 6lkelerde de herhangi bir dalda uzman hekimler aile hekimi olabilmektedir. Tıp fak6ltesi eğitimi almış tıp doktorlarına hekim denirken, bazı 6lkelerde, aile sağlığı eğitimi almış hekimlere genel pratisyen ya da aile hekimi denmektedir.<sup>309</sup>

Kentlerde bireyler istedikleri aile hekimini seçmekte 6zg6rd6r. Kırsal alanlarda ise aile hekimi azlığı nedeniyle, b6lgelerindeki aile hekimine kayıt olmak zorundadır. Aile hekimleri, Sağlık Bakanlığı'na ait binalarda hizmet verebilmekte, buna karşılıklı da kira bedeli 6demektedirler. Aile hekimi olarak g6revlendirilenler, kendilerine kayıtlı kişi başına aylık 6cret alırlar. Belirli bir sayıya kadar, 6rneğin D6zce'de 1000 kişiye kadar sabit bir maaş alırken bu sayı arttıķa 6deme de maksimum d6zeye çıkmaktadır. Fakat maksimum d6zeyde 6deme alabilmek için, belirlenen

<sup>309</sup> Aydın, Aile Hekimliği T6rkiye Modeli, s.15-16.

performans kriterlerinin karşılanması gerekir. Bu kriterler belirlenirken aşılama, gebelik ve bebek takibi, doğum öncesi muayeneler ve sevk gibi parametreler göz önüne alınmaktadır.<sup>310</sup>

Aile hekimliği uygulaması ile ilgili yapılan geri bildirimlere göre, aile hekimliği uygulanan illerde hasta memnuniyeti artmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuruda % 27'lik artış olurken, aile hekimliği uygulanmayan illerde bu oran % 23'te kalmıştır. Hastanelere başvuruda diğer illerde % 16'lık bir artış olurken, aile hekimliği uygulanan illerde % 1'lik bir azalma kaydedilmiştir. Hastane başvuruları da % 58'den % 41'e gerilemiştir. Aile hekimliği uygulanan illerde sağlık sorunu olan her 100 kişiden 51'i birinci basamağa, 49'u ikinci basamağa başvurmuştur.<sup>311</sup>

### 3.1.5. Sağlık Merkezlerinin İyileştirilmesine Yönelik Politikalar

Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin en önemli hedeflerinden biri de kamu sağlık kurumlarını, üniversite hastaneleri ve Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı hastaneler hariç, Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplamaktır. 2005 yılında yapılan değişiklikle bu entegrasyon sağlanmıştır. Özellikle SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlanmasından sonra, hizmet sunumundan kurtularak, asıl önceliği olan finansman konusuna yoğunlaşması sağlanmıştır<sup>312</sup>. Hastanelerin tek bir yönetimde toplanması, kaynakların kullanımının etkinliğini arttıracak ve Sağlıkta Dönüşüm Projesinin ruhuna uygun olarak, hastanelerin özerkleşmesi yolunda kolaylıklar sağlayacağı düşünülmektedir.<sup>313</sup>

Bu uygulamanın temel amacı, devlet hastanelerinde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini arttırmaktır. Bu kapsamda hastanelerin özerkliği konusunda yapılan düzenlemeleri ise şöyle sıralayabiliriz.<sup>314</sup>

- Hastane yöneticilerine döner sermaye, satın alma ve yatırım kararı vermede daha fazla esneklik ve özerklik tanımak,
- Performansa dayalı ödeme sisteminin kurulması,
- Hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin, özel sağlık kurumlarından alınabilmesine olanak vermek,
- Sağlık enformasyon sisteminin daha iyi bir hale getirilmesi,

<sup>310</sup> Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi, s. 34.

<sup>311</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s.100.

<sup>312</sup> İsmet Şahin, Yaşar A. Özcan, Hacer Özgen, "Assessment of Hospital Efficiency Under Health Transformation Program in Turkey", Central European Journal of Operation Research, DOI: 10, 1007/s.10100-009-0121-3 Springer, Verlag, 2009, s.3.

<sup>313</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s. 43-44.

<sup>314</sup> Şahin, Özcan, Özgen, s.4.

- Hastanelerin kalite ve verimlilik denetimlerinin yapılması.

Hastanelerin özerkleştirilmesi çalışmaları ile devlet hastanelerinin, yönetimi için "Yerel Yönetim Kurumları"nın kurulması amaçlanmaktadır. Bu kurullar personelin işe alınması, çıkarılması, hizmet satın alınması, taşınır ve taşınmazların satılmasında yetkili olacaktır. Mevcut durumda hastaneler, yemek ve temizlik gibi faaliyetlerde hizmet satın alma özerkliğine sahiptir. Hastanelerin özerkliğe sahip olabilmesi ise bunu "kazanma"sı prensibine dayandırılmaktadır. Özerkliğin kamu hastanelerini, özel hastanelerle rekabet edebilme kabiliyetine kavuşturması beklenirken aynı zamanda, sağlık hizmetlerini sunan ile finanse edeni ayırarak, verimlilik artışına neden olması beklenmektedir.<sup>315</sup> Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaya başlandıktan sonra, tam zamanlı çalışan hekim sayısında büyük bir artış görülmüştür. 2003 yılında tam zamanlı çalışan hekim oranı% 11'ken bu oran 2008 yılında % 73'e çıkmıştır.<sup>316</sup> Hasta başvuru oranlarında da artışlar yaşanmış, 2002-2003 döneminde hasta başvuru oranının % 2' ile % 4 arasında artarken, 2004-2005 döneminde yaklaşık olarak % 32 oranında artış sağlanmıştır. Bu durum, Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında sağlık merkezlerinin kullanımını rasyonelleştirmek amacıyla, 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinin müşterek kullanımı, 2005 yılında sağlık kurumlarının tek çatı altında toplanması, SSK üyelerinin sebest eczanelerden ilaç almaları, yeşil kartlıların ayaktan tedavi ve reçete giderlerinin ödenmesinin sağlanması, başvurulacak sağlık kurumlarını seçme hakkı ve bürokratik işlemlerin azaltılması gibi uygulamalara bağlanmaktadır.<sup>317</sup>

### **3.1.5.1. Finansal Reformlar**

#### **3.1.5.1.1. Geri Ödeme Sistemlerinin Düzenlenmesi**

Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile etkili bir geri ödeme sisteminin<sup>318</sup> oluşturulması amaçlanmıştır. Aslında bu, reformların başarı ile gerçekleştirilmesinde anahtar rol oynayan bir kavramdır. Geri ödeme sistemlerinin düzenlenerek tek bir ödeyicinin olduğu bir sağlık sistemi yapılması, aynı

<sup>315</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s. 111.

<sup>316</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s. 100.

<sup>317</sup> Sabahattin Aydın, Mehmet Demir, Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Serisi-2, Onur Matbaacılık, Ankara, 2006, s.53, s. 65.

<sup>318</sup> Kanavos ve arkadaşları etkili bir geri dönüşüm mekanizması için ön görülen şartları şöyle sıralamıştır; Geri ödeme kriterlerinin herkes tarafından bilindiği, herkese açık olduğu ve başvurular için gerekli nitelikleri açıklayıcı notlarla birlikte duyurulan şeffaflıkta olması, geri ödeme yetkililerinin yalnızca inceleme sürecindeki başvuruların değil, yeni tıbbi ve ekonomik kanıtları görüşmek üzere adaylara hizmet sunma ve karar verme sürecinde bu kanıtlara yer verecek esneklikte olması, geri ödeme yetkililerinin sunulan bilimsel kanıtların tümünü dikkate alması ve bu bilimsel kanıtların, kapsamlı ve sağlam olduğunu kontrol etmesi, ilaç geri ödemesinde kanıta dayalı karar vermenin bir istisna değil, genel kural olmasıdır. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Panos Kanavos, İsmail Üstel, Joan Costa-Font, Türkiye'de İlaç Geri Ödeme Politikası, SUVAK, Eylül 2005http://www.suvak.org/kitap-2turkce.pdf (Erişim:24.10.2010), s.99.



zamanda Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile amaçlanan hizmet sunum sorumluluğu ile finansman sorumluluğunu ayırma prensibi ile de örtüşmektedir.

2004 yılında uygulamaya konulan İlaç Fiyat Kararnamesi ile sosyal güvenlik kurumlarının uyguladığı farklı geri ödeme mekanizmaları ortadan kaldırılarak, ortak bir geri ödeme modeli oluşturulmuştur.<sup>319</sup> Bu sistemi yürütmekle sorumlu kurul, SSK, Bağ- Kur, Emekli Sandığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, DPT ve Hazine görevlilerinden oluşturulmuştur. Ayrıca üniversite hastaneleri ile devlet hastaneleri arasında yaşanan hizmet sunum biçimi ve fiyatlandırılması farklılıklarını ortadan kaldırmak için, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile sosyal güvenlik kuruluşlarından temsilcilerinden oluşan kurulca, hizmet sunumu ve fiyatlandırılmasında standart sağlayacak bir düzenleme yapılmıştır. Uluslararası kod sisteminden de yararlanılarak oluşturulan alt yapı sayesinde, faturaların standart bir yapıya kavuşturulmasının yolu açılmıştır.<sup>320</sup>

GSS sigortası ile sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi beraberinde çok büyük bir mali yük getirmektedir. DB tarafından 5-9 milyar dolar arasında olacağı tahmin edilen bu mali yükün, sosyal güvenlik prim tabanının arttırılamaması ve sistemde yapısal iyileştirmelerin gerçekleştirilememesi durumunda, sistemi içinden çıkamayacağı bir darboğaza sokacağı iddia edilmektedir.<sup>321</sup>

Aslında yapılan bütün bu düzenlemeler, özel sağlık hizmeti üreten kuruluşların, çok büyük bir ekonomik gücü olan kamuyu (SSK, Bağ-Kur, Em. San. ve ya SGK) yeni bir pazar olarak algılamasına neden olmuştur. Devlet özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın alırken her ne kadar sosyal fayda anlayışı içerisinde yaklaşılsa da bu, hizmet sağlayan özel kurumlar için klasik piyasa mantığı ile karakterize bir ticarettir.<sup>322</sup>

---

<sup>319</sup> 14.02.2004 tarihinde yayınlanarak yürürlüğe giren "Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar"ın 7. maddesinde, geri ödeme koşullarını belirlemek maksadıyla Maliye Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine Müsteşarlıkları, Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur temsilcilerinin katılımıyla 6 ayda bir toplanarak, sektör sivil toplum kuruluşlarının görüşlerini de alarak ilgili bakanlıklara öneride bulunmak üzere "Geri Ödeme Komisyonu" nun oluşturulmasına karar verilmiştir. Komisyonun sekreteryaya hizmetleri de Maliye Bakanlığına verilmiştir. Ayrıntılı bilgi için bakınız;

<http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2004/02/20040214.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2004/02/20040214.htm> (Erişim: 15.06.2010)

<sup>320</sup> Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Kasım 2002-2008, s.53.

<sup>321</sup> Şakar, s.353.

<sup>322</sup> Atay, s.71.

### 3.1.5.1.2. Sosyal Güvenlik Kurumları Arasındaki Farklılıklarının Kaldırılması

Bu reformun gündeme getirilmesinin en önemli nedeni, geçmiş dönemlerde uygulanmaya konulan sosyal güvenlik sistemlerinin yarattığı farklı uygulamaların neden olduğu sorunlardı. Sağlık hizmetleri üç farklı kurum tarafından karşılanmaktaydı. Bunlardan SSK, kamu ve özel sektörde çalışan işçileri, Bağ-Kur, esnaf sanatkâr ile bağımsız çalışanları ve Emekli Sandığı, kamuda çalışan memur emeklilerinin sağlık hizmetlerini karşılamaktaydı. Ayrıca 1992 yılında uygulamaya koyulan yeşil kart ile sağlık hizmetlerini karşılayamayacak kadar fakir olanlara, devletçe finanse edilen sağlık hizmeti verilmekteydi.

Bu kurumlardan Emekli Sandığı, diğerlerine oranla daha fazla teminat paketine sahipti. Bu kurumun üyeleri, kamu ve özel hizmet sağlayıcılardan yararlanabilmekteydi. Aynı zamanda Emekli Sandığı ve Bağ-Kur hizmet satın alma suretiyle üyelerine sağlık hizmeti sağlarken, SSK, üyelerinden topladığı primlerle oluşturduğu ve içinde hastanelerin de olduğu bir sağlık organizasyonunu yönetmekteydi.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile mevcut sosyal güvenlik kurumları arasında uygulamadan kaynaklanan farkların ortadan kaldırılması ve aynı zamanda yeşil kartlılara sağlanan hizmetlerin diğer sosyal güvenlik kurumları ile aynı olması amaçlanmıştır. Bu kapsamda, 2005 yılında yapılan düzenleme ile SSK mensuplarına devlet hastanelerinden ve serbest eczanelerden istifade etme hakkı tanınmıştır. 2007 yılında uygulamaya konulan "Sağlık Uygulama Tebliği"<sup>323</sup> (SUT) ile sosyal güvenlik kurumlarının sağladığı farklı sağlık hizmetlerinin uyum düzeyi arttırılmıştır. SUT ile SSK ve Bağ-Kur mensuplarına, üniversite hastanelerine de Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde olduğu gibi, sevksiz müraacat etmeleri sağlanmıştır. Bu uygulama ile bütün sosyal güvenlik kurumlarının Emekli Sandığı düzeyine çıkarılması amaçlanmıştır<sup>324</sup>. 21.07.2004 yılında yapılan değişiklikle yeşil kart sahiplerinin ayaktan tetkik tedavi ve ilaç giderleri de karşılanmaya başlamıştır.<sup>325</sup> 2005 tarihinden itibaren yeşil kartlı anne ve babadan doğan çocukların sağlık hizmetleri yeşil karttan sağlanması uygulamasına geçilmiştir. Ayrıca gözlük diş çekimi ve protez giderleri ile 90 günü aşmayan, acil olarak yapılan tedavi giderleri karşılanmaya başlanmıştır.<sup>326</sup> 2007 yılından itibaren de

<sup>323</sup> Resmi Gazete, Sayı 2653, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, [http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/05/20070525\\_m1.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/05/20070525m1.htm](http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/05/20070525_m1.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/05/20070525m1.htm) Erişim:22.10.2010

<sup>324</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s. 39, 39

<sup>325</sup> Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.

<http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2004/07/20040721.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2004/07/20040721.htm> Kanun no.5222. Erişim:22.10.2010

<sup>326</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlık 2004, Sağlıkta Dönüşüm Sürüyor, s.63

tüm halkın, sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın, birinci basamak sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanması sağlanmıştır. 2008 yılından itibaren de yeşil kartlıların GSS'na entegre olmaları sağlanmıştır. Yeşil kartlılar da diğer SGK üyeleri gibi bütün teminat paketinden yararlanmaya başlamışlardır.<sup>327</sup> Ayrıca, Sosyal Güvenlik Kurumu mensuplarına, özel sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağı verilmiş, böylece kamu ve özel sektörün birlikte hizmet verdiği yeni bir sağlık modeli geliştirilmiştir.<sup>328</sup>

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, sosyal güvenlik kurumları arasında uygulanmakta olan farklılıkları ortadan kaldırmak ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı daha eşitlikçi bir hale getirmek için hayata geçirilen en önemli uygulama, 19 Ocak 2005 tarihinde çıkarılan 528S Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun ile SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmesidir. Bu uygulama ile hizmet sunumunda yaşanan çift başlılığın ortadan kaldırılması hedeflenmiştir.<sup>329</sup>

TSK, Sayıştay, Yargıtay ve üniversite hastaneleri kapsam dışı bırakılmak suretiyle yapılan bu devir işlemi sonucunda, Sağlık Bakanlığı'na 147 hastane, 179 sağlık istasyonu, 223 dispanser, 11 ağız ve diş sağlığı merkezi ve 55 000 personel devredilmiştir.<sup>330</sup>

### **3.1.5.1.3. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi**

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hayata geçirilen yeni uygulamalardan biri de Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemidir. (PDEÖ) 2003 tarihinde 1863 sayılı Ek Ödeme Yönergesi ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında performansa dayalı döner sermaye uygulaması başlatılmıştır. 2004 yılından itibaren de ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini kapsayacak şekilde genişletilmiştir.<sup>331</sup> Sağlık Bakanlığınca "iç pazar" mantığı içerisinde, SGK ile sağlık hizmeti sunan hastaneler arasındaki ilişkiyi, klasik piyasa kuralları boyutunda ele almak amacı taşıyan Performansa Dayalı Ödeme Sistemi, ilk olarak Düzce'de 15 Eylül 2005 tarihinde uygulanmaya başlanmıştır.<sup>332</sup> 10 hastanede başlayan uygulama, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastaneleri kapsayacak şekilde genişletilmiştir. PDEÖ sistemine geçilmesindeki en önemli neden olarak, SDP'nin başarı ile uygulanması için öncelikle, sağlık personelinden kaynaklanan ve programın başarıya ulaşmasını engelleyeceği düşünülen, insan kaynakları krizine çözüm bulmaktır. Böylelikle, benzer ülkelerden

<sup>327</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s. 36

<sup>328</sup> Recep Akdağ, Nereden Nereye, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Kasım 2002 Haziran 2007, Sağlık Bakanlığı Yayın no.713, İkinci Baskı, Ankara, 2007, s.23

<sup>329</sup> Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, s.214

<sup>330</sup> Sabahattin Aydın, Sağlık 2005, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2005, s.49

<sup>331</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlık 2004, s.104

<sup>332</sup> Aydın, Sağlık 2005, s.16

daha düşük hasta/doktor oranına, da uzun bekleme kuyruklarına ve daha fazla hizmet memnuniyetsizliğine sahip sistemin, hasta memnuniyeti ve verimliliği yüksek bir hale getirilmesi amaçlanmaktadır.<sup>333</sup>

Bu sistem ile sağlık personeline, sisteme katkısı ile doğru orantılı olarak artan bir ödeme mekanizması uygulanmaktadır. Bu uygulamanın personelin verimliliğini arttırmasının yanı sıra, hizmet kalitesini de arttıracığı beklenmektedir.<sup>334</sup>

Performansa Dayalı Ek Ödeme sistemi, sağlık hizmetlerinde çalışan personelin ünvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmadığı, kurumlarda yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ile özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi parametreleri gözönüne alarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimini arttırmak amacıyla uygulanan bir tür finansal teşvik uygulamasıdır. Sistemde yalnızca bireysel değil, kurumsal verimlilik ve tutumluluk kriterleri de değerlendirilmektedir. 2004 yılında yalnız bireysel performans ölçütleri kullanılırken, 2005 yılında kurumsal, 2006 yılında da yönetici performansı ve klinik göstergeler ilave edilmiştir.<sup>335</sup>

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, sağlık personelinin taban maaşlarına ilave olarak aldığı ücreti ifade eder. Bu ücretin ne kadar olacağını ise belirli kriterler belirlerler. Bunlardan ilki; sağlık kurumunun gelirinin, toplam ödemeler için, % 40'ını geçmemesidir. Ayrıca yapılacak ödeme, personelin maaşının belli bir oranını geçemez. Aynı zamanda hastaneler, gelirlerinin % 15'ini Maliye Bakanlığı'na, % 4'ünü Sağlık Bakanlığı'na, % 1'ini de Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na aktarmak zorundadır.<sup>336</sup>

Bu kısıtlamalar dahilinde hastane yönetimi, PDEÖ için tahsis edilecek ödeneği serbestçe belirleyebilir. İkincisi, hastane yönetiminin belirlediği toplam ödeme oranı, Sağlık Bakanlığı'na belirlenen, kurumsal performans katsayısı ile çarpılır. Bu katsayı 0-1 arasındadır. Kurumun performans katsayısı 0,7 ise personele yapılabilecek ek ödeme oranı % 28'dir. Sağlık Bakanlığı'nın kurumsal performansı belirlemede kullandığı kriterler ise muayeneye erişim, hastane altyapısı ve süreç, hasta ve personel memnuniyeti, yatak doluluk oranı ve yatış süresi, tam zamanlı çalışan doktor oranı ve cerrahi müdahale oranları gibi kurumsal hizmet hedefleridir. Üçüncüsü; toplam ödeme miktarının, personel arasında nasıl dağıtılacağını gösteren bireysel performans puanlamasıdır.

<sup>333</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s.40.

<sup>334</sup> Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Kasım 2002-2008, s.149

<sup>335</sup> Aydın, Demir, Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, s.53.

<sup>336</sup> Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, s.116.

Bireysel performansı belirlemek için Sağlık Bakanlığı'nın her klinik işlem için belirlediği puanlar kullanılır. Personelin yıl içinde çalıştığı gün sayısı ve tam zamanlı çalışıp çalışmadığı da bireysel performans katsayısını belirler. Tam zamanlı çalışmayan doktorların katsayısı 0,4'ken tam zamanlı çalışanların 1'dir.<sup>337</sup>

Yapılan araştırmalar, PDEÖ sistemi uygulamasının hizmet kalitesini ve buna bağlı olarak da hasta memnuniyetini arttırdığını göstermektedir. Bu sistemin uygulanması ile hasta sayısında bir artış yaşanırken, hastanede yatış süresinin azaldığı ve hasta memnuniyetinin % 10 arttığı tespit edilmiştir.<sup>338</sup>

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde uygulanan, performans sisteminin sonuçları incelendiğinde, ortaya çıkan durum şöyledir.<sup>339</sup>

- Personel verimliliği sağlamak suretiyle artan sağlık hizmetleri talebinin karşılanmasına olanak vermiştir,

- Hastane kapasitelerinin daha verimli kullanılmasını sağlamıştır. Bir önceki yıllara karşılaştırıldığında, 2003 yılında % 3 artan yatan hasta sayısı, 2004 yılında % 22 olmuştur. Bununla beraber hasta yatağı sayısı % 3,8 artarken, yatan hasta sayısı bunun 6 katı artmıştır,

- Tam zamanlı çalışmak isteyen hekimlerin sayısında artış olmuştur,

- Üst sağlık kurumlarına ve başka bölgelere sevk oranları düşmüştür,

- Poliklinik yatak sayısında artış olmuştur. 2003 yılında 6700 poliklinik oda sayısı varken bu % 95 artışla, 2006 yılında yaklaşık olarak 13000'e ulaşmıştır,

- Aşılama oranları ile bebek ve hamile izleme oranı artmıştır. Önceki yıllara göre,

2004 yılında aşılama % 25, hamile izleme oranı % 22, bebek izleme oranı ise % 28 oranında artmıştır.

Türk Tabipleri Birliği'nin doktorlar arasında yaptığı bir araştırma, yukarıda bahsedilenlerin aksine, performans sisteminin pek çok probleme de neden olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmaya katılan doktorlar bu sistem ile hasta başına düşen muayene süresinin azaldığını, tetkik sayısının

---

<sup>337</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s. 41.

<sup>338</sup> Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi, s. 34.

<sup>339</sup> Aydın, Demir, Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, s. 68-74.

arttığını, yatan hasta sayısının ve endikasyonsuz müdahalelerin arttığını, verilen sağlık hizmetlerinin niteliğinin düştüğünü ve etik olmayan uygulamaların arttığı yönünde görüş bildirmişlerdir.<sup>340</sup>

Aynı araştırmada doktorlar, performans sisteminin uygulandığı eğitim hastanelerinde beceri kazandırma eğitimine ayrılan sürenin azaldığı, çeşitli kurul ve komisyonlarda görev almanın arttığı, hasta başı eğitim süresinin azaldığı, asistanların teorik eğitime ayrılan sürenin azaldığı, sürekli tıp eğitime katılma sıklığının düştüğü, literatür okumaya ayrılan sürenin azaldığı, çalışanlar ve klinikler arasında rekabetin arttığı, doktorların mesleki geleceği görmelerinin azaldığı, çalışma stresinin arttığı, izin ve dinlenme sürelerinin azaldığı yönünde görüş beyan etmişlerdir.<sup>341</sup>

### 3.1.6. Sağlık Hizmetlerinde Adaleti Sağlamaya Yönelik Politikalar

Sağlık hizmetlerinde adaleti sağlamak, yani hizmetlere erişimde kabul edilebilir bir eşitliğin sağlanması, yalnızca Türkiye'nin değil pek çok ülkenin sorunudur. Bu "eşit ihtiyaç için eşit tedavi" kavramı ile özetlenmektedir.<sup>342</sup> Birçok ülke, sağlık hizmetlerine erişim eğiliminin, sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçla ters orantılı olmasını ifade eden "ters hizmet kuralı" ile yüz yüzedir. Çünkü fakirlerin genellikle daha kötü bir sağlık durumuna sahip olduğu değerlendirilir. Bu nedenle sağlık reformlarının, fakirler lehine ve hizmet kalitesini üst seviyeye çıkaracak şekilde yapılması arzulanır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda adaletin sağlanmasına yönelik ilk somut adımın, 1992 yılında uygulanmaya başlanan yeşil kart olduğu söylenebilir. Daha sonra 2005 yılında yapılan düzenleme ile SSK mensuplarına, diğer sosyal güvenlik kurumları mensuplarına sağlanan faydaların tanınması ve yeşil kartta yapılan iyileştirmeler, sağlık hizmetlerinde adalet sağlamaya yönelik politikalar olarak değerlendirilebilir. 2008 yılından itibaren GSS uygulamasına geçilmesi, Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin adalet eksenli politikalarının en etkilisidir. Zira 2003 yılında en düşük gelirli % 20'lik grubun % 24' ü yeşil kart sahibi iken bu oran 2006 yılında % 68'e çıkmıştır.<sup>343</sup>

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde karşılaşılan en belirgin adaletsizlik, bölgeler arasında yaşanmaktadır. Kırsal bölgelerde yaşayanlar, şehirlerde yaşayanlardan daha az sağlık hizmetinden yararlanmaktadır. Bu durum, sağlık altyapısı yetersizliği, sağlık hizmetlerini kullanım alışkanlığı

<sup>340</sup> Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara, 2009, s.3536.

<sup>341</sup> Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme, s.41.

<sup>342</sup> Sağlık hizmetlerinde eşitlik kavramı, herkes için aynı düzeyde ve kalitede sağlık düzeyine ulaştırmaktan ziyade, haksız nedenler dolayısıyla oluşan adaletsizlikleri önlemeyi ifade eder. Kısaca, eşit ihtiyaçlar için eşit erişim, eşit ihtiyaçlar için eşit kullanım ve eşit kalitede hizmet olarak da özetlenebilir. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Elif Dikmetaş, "Sağlıkta Eşitlik/Eşitsizlik", Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:1, Sayı:2, 2006, s.4-5.

<sup>343</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s.66.

yetersizliği, finansal sorunlar ve en önemlisi personel yetersizliği ile açıklanmaktadır<sup>344</sup>.Sağlık durum göstergeleri, doğu bölgelerinde batıya oranla daha kötüdür. Örneğin bebek ölüm hızının üç kattan fazla olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu bölgelerdeki hekim sayılarında da eşitsizlikler vardır ve "ters hizmet kuralı"nın coğrafi boyutta etkinliğinden bahsetmek yanlış değildir.<sup>345</sup> Sağlık personelinin bölgeler arası dağılımından kaynaklanan eşitsizlikleri gidermek ve bu bölgelerde çalışmayı cazip hale getirmek için 10 Temmuz 2003 tarihinde 4924 sayılı Kanun çıkarılmıştır<sup>346</sup>. Bölgeler arası eşitsizliği düzeltmek ve bu bölgelerde çalışmayı cazip kılma amacını taşıyan bu Kanunla, 150 bin sağlık personeli kadrosu ihdas edilmiş ve 2004 yılında göreve başlamışlardır.<sup>347</sup> Bu kanun ile doktorlara mecburi hizmet uygulaması getirilmiştir. Ayrıca ihtiyaç duyulan bölgelerde çalışmaya istekli, sözleşmeli sağlık personeli alınmıştır.<sup>348</sup> 2004 yılında iller gelişmişlik düzeyine göre bölgelere ve bölgeler de sağlık personeli durumuna göre gruplara ayrılmıştır. Atamalarda bölgelerin gelişmişlik düzeyi ve sağlık personeli ihtiyacı ön plana çıkarılmıştır. 2006 yılında da vekil ebe ve hemşire uygulaması başlatılmıştır.<sup>349</sup>

Bu uygulamalar ile bölgeler arası eşitsizliklerin önlenmesi hedeflenmiştir

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile bölgeler arası sağlık personeli eşitsizliğinin azaltılması çalışmaları kapsamında, 2003 ila 2007 yılları arasında 16000 yeni sağlık personeli, bölgeler arası dengeyi sağlamak adına, riskli bölgelere gönderilmiştir.<sup>350</sup>(Tablo 8).

---

<sup>344</sup> Sağlık Bakanlığı, Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri (Sağlık 21), s. 44.

<sup>345</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s.67.

<sup>346</sup> 10 Temmuz 2003 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren "4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" ile sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesi için özellikle eleman temininde güçlük çekilen yerler ve hizmet dallarında sözleşmeli olarak sağlık personeli istihdam edilmesi hedeflenmiştir. Ayrıntılı bilgi için bakınız; <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-0717/h7elemanteminindeguclukcekilenyerlerdesozlesmelisaglikper-.pdf> (Erişim:23.10.2010)

<sup>347</sup> Aydın, Aile Hekimliği Türkiye Modeli, s.38.

<sup>348</sup> Sabahattin Aydın, Hüseyin Demirel, Sinan Korukluoğlu, Sağlık 2003, Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Ankara, 2004, s.39.

<sup>349</sup> Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, s.213.

<sup>350</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s.66-67.

**Tablo 8: 2004 Yılından İtibaren Yapılan Sağlık Personeli Atamaları**

Unvan	2004	2005	2006	2007
Uzman Hekim	1556	1950	2828	866
Pratisyen Hekim	4185	2263	4267	1083
Asistan	716	2265	1177	8
Hemşire	3552	1490	6918	2174
Ebe	4599	1622	3185	8
Sağlık Memuru	5468	2311	3036	47
Diğer Personel	2618	1214	2944	321
<b>TOPLAM</b>	<b>22694</b>	<b>13115</b>	<b>24355</b>	<b>4507</b>

**Kaynak:** Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Bölük Ofset, Ankara, 2007, s. 213.

Yapılan çalışmalar neticesinde, bölgeler arası sağlık personeli dağılımından kaynaklanan eşitsizliğin giderilmesinde olumlu sonuçlar alınmıştır. Sağlık personeli durumunun en iyi olduğu bölge ile en kötü olduğu bölge arasında, hekim başına düşen nüfus oranı kıyaslandığında, 2002 yılında 13,9 kat olan farkın, 2006 yılında 4,8’e düştüğü görülmüştür.<sup>351</sup>

### 3.1.7. Özel Sağlık Hizmeti Satın Almaya Yönelik Politikalar

Sağlık politikalarındaki gelişim süreci incelendiğinde, İkinci Dünya Savaşı sonlarında başlayan kamu destekli sağlık hizmetlerinden, yalnızca kamu eli ile sunulan sağlık hizmetlerinin anlaşıldığını görüyoruz. Fakat artan sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında kamunun yeterli olamayacağı, bu nedenle de hizmet sunumunda yeni politikalar geliştirilmesi gerektiğinin anlaşılması uzun zaman almamıştır. Özellikle gelişmiş ülkelerde son yıllarda ortaya çıkan yaklaşım, kamu ve özel sağlık kurumlarının birlikte hizmet üretmesidir.<sup>352</sup>

Türkiye’de özel hastanelerin sağlık sistemi içerisinde etkinliğini arttırması çok eski tarihlere dayanmaz. Özel sağlık hizmetleri 1960 ve 1970’li yıllarda, kamu hastanelerini tamamlayan muayenehane, basit laboratuvar ve röntgen hizmetlerinden oluşmaktaydı.<sup>353</sup>

1980 öncesinde çoğunluğu İstanbul’da olmak üzere, azınlık ve yabancılara ait birkaç hastane ve Türk girişimcilere ait küçük klinikler ile 50’den az yatak kapasiteli az sayıda hastanede, özel muayenehane hizmetleri veriliyordu. 1980’lerden itibaren etkisini hissettiren neo-liberal politikalar,

<sup>351</sup> Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye’de Sağlığa Bakış İGG7, s.217.

<sup>352</sup> Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, s.123.

<sup>353</sup> Türkan Temel, Özel Hastaneler Sektör Raporu, İTO, 2003 <http://www.ito.org.tr/Dokuman/Sektor/1-71.pdf> (Erişim:22.10.2010), s.4.



1990'ların sonlarına gelindiğinde, hukuki düzenlemeler ve teşviklerle ülkede, 100'ün üzerinde özel hastane açılmasına yol açmıştır. 1981'de 83 olan özel hastane sayısı 2001'de 257 olmuştur.<sup>354</sup>

Özel sağlık sigortasının etkinliği de çok fazla değildir. 1990'lı yılların başından itibaren yaygınlaşmaya başlayan özel sigortalar, 2003 yılında nüfusunun ancak % 1'ini kapsayabilmiştir. 2003 yılında 36 özel sağlık şirketi, 704, 545 kişiyi kapsamına almıştır. Bu rakam, 1991 yılında yalnızca 25000 kişi idi. Özel sigortalı olanların % 60'ı işverenlerce yapılan sigorta, % 40'ı bireysel sigorta kapsamındadır.<sup>355</sup>

Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde, özel sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması için bir dizi uygulama hayata geçirilmiştir. 2003 yılından itibaren devlet memurları ve Emekli Sandığı mensuplarının özel sağlık sunucularından yararlanmasını sağlayan değişiklik, bu konuda yapılan ilk somut uygulamadır. Bu uygulama özel sektör yatırımlarının artmasını sağlamıştır. Bunu hızlandırmak için özel hastane açma prosedürleri kolaylaştırılmış, maksimum 30 gün içerisinde ruhsat işlemlerinin tamamlanmasını sağlayacak hale getirilmiştir. Bu uygulamalar özel hastanelerin hızla artmasına neden olmuştur. 2003 yılında 14 olan yeni hastane yatırımı 2004 yılında iki kata yakın artarak 24 olmuştur. Yine aynı dönem içerisinde hastane açmak için alınan ön izin sayısı 7'den 31'e çıkarak büyük bir artış sağlanmıştır.<sup>356</sup>

Sosyal Güvenlik Kurumu, sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinliği sağlamak amacıyla, ayakta ve yatarak hasta tedavilerinde özel sağlık kurumlarından, sözleşme yapmak suretiyle hizmet satın alınabilmektedir. SGK ile sözleşme yapan hastane sayısı, 2007 yılında 2000'e ulaşmıştır.<sup>357</sup>

Özel sağlık kuruluşlarının, SGK ile sözleşme yapmasını teşvik etmek amacıyla, ekstra faturalandırma da dahil olmak üzere pek çok teşvik unsuru kullanılmaktadır. 2008 yılında yapılan bir düzenleme ile Sağlık Bakanlığı'nca özel sağlık kuruluşlarına "ihtiyaç ruhsatı" koşulu getirilerek, kamu ve özel sektör imkânlarının daha etkin kullanımı amaçlanmıştır.<sup>358</sup>

Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile birlikte özel sektörün, sağlık hizmetleri içerisinde daha fazla yer aldığı görülmektedir. SGK, özel sağlık kurumlarından hizmet alımına müsade etmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyeti ve ülkenin top yekün sağlık hizmetleri potansiyelini kullanma hedefindeki bu hizmet satın alma ilişkisi sonucunda son beş yılda özel sağlık sektörünün önemli

<sup>354</sup> B. Serdar Savas, Ömer Karahan, R. Ömer Saka, Health Care Systems in Transition, Turkey, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2002, s.33-34.

<sup>355</sup> TÜSİAD, Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri, s.59

<sup>356</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlık 2004, Sağlıkta Dönüşüm Sürüyor, s.68-69.

<sup>357</sup> SGK, 2009 yılı Faaliyet Raporu, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No.14, Yıldız Ofset Baskı, Ankara, 2010, s.43

<sup>358</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s.44-45

ölçüde büyüdüğü görülmektedir.<sup>359</sup> Özel sağlık kurumlarından sağlık hizmeti satın alınması, bir yandan sağlık sisteminin etkinliğini artırırken öbür yandan, Sağlık Bakanlığının elindeki az sayıdaki alt dal uzmanlarının özel sektöre geçmelerine de neden olmuştur. Çünkü bu hekimler özel sektörde çok daha fazla maaş alabilmektedir.<sup>360</sup>

OECD'ye göre Türkiye'de özel sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamalarının % 28'ini oluşturmaktadır. Özel sağlık sigortasının gelişmesi, SGK'nın sunduğu teminat paketine ve anlaşma yaptığı özel sağlık kurumu sayısına bağlıdır. Eğer bireyler, daha fazla korumaya sahip olmak ve SGK'nın anlaşma yapmadığı uzmanlaşmış özel sağlık kurumlarından hizmet almak isterlerse, özel sağlık sigortası talep edeceklerdir. Eğer Türkiye sosyal güvenlik şemsiyesini genişletir ve kapsamlı bir teminat paketi sunabilirse, özel sağlık harcamaları yükselme eğilimi göstermeyecektir.<sup>361</sup>

### **3.2.AB Katılım Müzakereleri ve Türkiye'nin Sağlık Fasıla Çalışmaları**

AB Katılım Müzakereleri AB'ye tam üyelik hedefi doğrultusunda yürütülen müzakereler, aday ülkenin hangi koşullar altında AB üyesi olabileceğini ortaya koymaktadır.

AB ile katılım müzakereleri klasik anlamda bir müzakere değildir. Aday ülke AB müktesebatının tümünü benimsemek ve uygulamak zorundadır. Müzakere edilen tek husus, uygulama takvimidir. Üyelik müzakereleri aday ülkenin AB müktesebatını ne şekilde uygulayacağını, hangi takvim çerçevesinde kabul edeceğini ve uygulama için gereken idari yapıları belirleyen bir süreçtir.

AB, 2004 yılındaki Brüksel Zirvesi'nde aday ülkelerin her biriyle yürütülecek katılım müzakerelerinin, bir müzakere çerçevesine dayalı olacağını kararlaştırmıştır. Her bir çerçeve, aday ülkenin nitelikleri ve koşullarının yanı sıra son genişleme sürecinin deneyimleri ve gelişmekte olan müktesebat göz önünde bulundurularak oluşturulmuş ve müzakerelerin içeriği, müktesebatın geniş kapsamı ve sürekli gelişmesi sebebiyle bir dizi fasıla bölünmüştür.

AB daha önce 31 başlık altında yürüttüğü müzakereleri 2005 yılından itibaren 35 başlık altında yürütmeyi kararlaştırmıştır. Türkiye için de geçerli olan bu düzenlemeye göre başlıklar şunlardır:

1. Malların Serbest Dolaşımı
2. İşçilerin Serbest Dolaşımı
3. İş Kurma Hakkı ve Hizmet Sunum Serbestisi
4. Sermayenin Serbest Dolaşımı

<sup>359</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s. 112.

<sup>360</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s. 112.

<sup>361</sup> OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, s.106-107.

5. Kamu Alımları
6. Şirketler Hukuku
7. Fikri Mülkiyet Hukuku
8. Rekabet Politikası
9. Mali Hizmetler
10. Bilgi Toplumu ve Medya
11. Tarım ve Kırsal Kalkınma
12. Gıda Güvenliği, Veterinerlik ve Bitki Sağlığı
13. Balıkçılık
14. Ulaştırma Politikası
15. Enerji
16. Vergilendirme
17. Ekonomik ve Parasal Politika
18. İstatistik
19. Sosyal Politika ve İstihdam
20. İşletme ve Sanayi Politikası
21. Trans-Avrupa Ağları
22. Bölgesel Politika
23. Adli Konular ve Temel Haklar
24. Adalet, Özgürlük ve Güvenlik
25. Bilim ve Araştırma
26. Eğitim ve Kültür
27. Çevre
28. Tüketicinin ve Sağlığın Korunması
29. Gümrük Birliği
30. Dış İlişkiler
31. Dışişleri, Güvenlik ve Savunma  
Politikası
32. Mali Kontrol
33. Mali ve Bütçesel Hükümler
34. Kurumlar
35. Diğer konular

Müzakere süreci iki aşamalıdır. İlk aşama AB müktesebatı ile aday ülkenin ulusal mevzuatının karşılaştırıldığı tarama süreci olup fiili müzakerelere ikinci aşamada geçilmektedir.

Tarama süreci de tanıtıcı tarama ve ayrıntılı tarama olmak üzere iki aşamalıdır.

Tanıtıcı tarama toplantılarında, AB Komisyonu yetkilileri aday ülkenin uyum sağlamakla yükümlü olduğu müktesebat başlığındaki mevzuat hakkında bilgi vermektedir. Ayrıntılı tarama aşamasında ise aday ülke AB müktesebatına ne ölçüde uyduğu ve uyuma yönelik yasal ve idari hazırlıklarının neler olduğu hakkında AB tarafına bir ülke sunuşu yapmaktadır. Tarama sürecinin sonunda farklılıklar tespit edilerek her müktesebat başlığı için bir rapor hazırlanmaktadır. Raporun son bölümünde fasıl için açılış kriterleri de belirtilmektedir.

Fiili müzakereler, AB üye ülkelerinin Brüksel'deki daimi temsilcileri ve aday ülkenin Baş Müzakerecisi başkanlığındaki Müzakere Heyeti arasında gerçekleşmektedir.

Müzakerelerin başlatılması için taramanın tüm başlıklarda tamamlanması gerekli değildir. Tarama süreci ve fiili müzakereler paralel yürütülür.

### **3.2.1.AB Sağlık Politikası ve Sağlık Alanında AB 'ne Uyum Çalışmaları**

Avrupa Birliği'nde "sağlık" konusu sosyal politikalar altında yer almakta ve konuya daha çok yaşam standartlarının geliştirilmesi kapsamında yaklaşılmaktadır.

Subsidiarite ilkesi<sup>362</sup> (subsidiarity principle) uyarınca sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sunumu üye ülkelerin sorumluluğuna bırakılmıştır.<sup>363</sup> Birlik üyesi ülkeler, sosyal politikalarını değiştirme, tek tip veya ülkeler üstü bir sosyal politika uygulama yönünde bir düzenlemeye gitmemiştir. Başka bir deyişle, Birliğin, üye ülkelere tek tip bir sağlık politikası uygulatma veya uygulamaları birbirine benzetme yönünde bir zorlaması yoktur. Tam tersine üye ülkelerin kendi sağlık politikalarına sahip olmaları ilkesi benimsenmiştir.<sup>364</sup>

---

<sup>362</sup> Alınacak kararlar ve izlenecek politikaların vatandaşa en yakın olan,yani en küçük idari birim bazında alınmasını ifade eder.Diğer bir ifadeyle,kararların en etkili idari birim tarafından uygulanmasını,gerekli olmadığı durumlar dışında Topluluk müdahalelerinin sınırlandırılması ve bu alanda yetki ve sorumlulukların üye ülkeye bırakılmasını ifade eder. Konu ile ilgili daha ayrıntılı bilgi için bkz. Ruşen Keleş, "Hizmette Halka Yakınlık (Subsidiarite) İlkesi ve Yerel Yönetimler", Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi, Vol.4, No:1, 1995, s.3-14.

<sup>363</sup> Carl-Ardy Dubois and Martin McKee, "Health and health care in the candidate countries to the European Union: Common challenges, different circumstances, diverse policies", Health Policy and European Union Enlargement, Martin McKee, Laura Macle hose and Ellen Nolte (eds.), European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Pres, Berkshire, 2004, s.44

<sup>364</sup> Recep Akdur, Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumuna, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi No:17, Ankara, 2003, s.51.

AB üyesi ülkelerdeki sağlık politikaları tamamen ülkelere özgü olup sağlık hizmetleri ulusal düzeyde organize edilmektedir. Bu nedenle, ülkeler arasında sağlığın finansmanı, hizmet sunumu, insan gücü uygulamaları ve sağlık mevzuatı konularında derin farklılıklar bulunmaktadır.

Birlik yaşam kalitesini yükseltmeyi hedef olarak benimsemesine rağmen bu hedefe ulaşmada en önemli unsur olan kamu sağlığına yönelik politika oluşturmayı ve hizmetlerin iyileştirilmesine yönelik doğrudan düzenlemeleri 1990 yılına kadar gerçekleştirilmemiştir.<sup>365</sup>

Avrupa Birliği, son yıllarda artan bir şekilde, halk sağlığı alanında faaliyetlerini yoğunlaştırarak vatandaşlarının sağlığını koruma yönündeki çabalarını artırmaktadır.<sup>366</sup>

Avrupa Birliği'nde sağlık politikaları, 1999 yılından bu yana Komisyon'un yeniden yapılanması çabaları doğrultusunda Sağlık ve Tüketicinin Korunması Genel Müdürlüğü (Health and Consumer Protection General Directorate) tarafından organize edilmektedir. Birliğin ortak bir sağlık politikası olmamasına karşın, sağlık konusuna bakışı kuruluşundan bu yana çok ağır olarak değişime uğramıştır.

Üye ülkelerdeki sağlık politikaları tamamen ülkelere özgü olup sağlık hizmetleri ulusal düzeyde organize edilmektedir. Bu nedenle, ülkeler arasında sağlığın finansmanı, hizmet sunumu, insan gücü uygulamaları ve sağlık mevzuatı konularında derin farklılıklar bulunmaktadır.

Örneğin; Portekiz, İngiltere ve Finlandiya gibi bazı ülkelerde sağlık hizmetleri genel bütçeden finanse edilirken, Almanya, Avusturya ve Hollanda gibi ülkelerde sağlık sigortalarından faydalanılmaktadır. Sağlık sektöründe özel sektörün ağırlıklı olduğu ülke ise Hollanda'dır.

İtalya, İngiltere ve İrlanda gibi bazı ülkelerde ise sağlık hizmetleri tamamen devletin sorumluluğunda iken, Belçika, Fransa ve Almanya'da sağlık hizmetlerinde devlet ve özel sektör olmak üzere karma sistem uygulanmaktadır. Sağlık sistemlerindeki bu farklılıklara rağmen, AB'nin bu farklılıkların ortadan kaldırılması konusunda herhangi bir çabası da bulunmamaktadır. Ancak İç Pazar'ın tamamlanmasında engel teşkil eden ve kamu sağlığı'nı tehdit eden bir durum söz konusu olduğunda "eylem planları" geliştirerek müdahalede bulunmaktadır.

Günümüze bir genişleme ve derinleşme süreci sonucunda ulaşan Avrupa Birliği, 1950'lerde temellerinin atılmasından bu yana yetkilerinin kapsamını, sağlık ve sağlık politikaları dahil sosyal politika alanlarını da kapsayacak biçimde gittikçe artan bir ivmeyle genişletmeye devam etmektedir. Özünde ekonomik entegrasyon merkezli bir bütünleşme süreci yaşayan AB, özellikle "yayıma etkisi" ile sosyal sektörleri de etkiler duruma gelmiştir. Üye ve aday ülkelerin; sağlık ve sağlık politikalarını, AB'nin dinamiklerinden ayrı tutması mümkün değildir.

<sup>365</sup> Alain Lefebvre, "The Future of European Health Policy", Eurohealth, Volume 4, Number 5, Winter: 1-2, 1998, s.67

<sup>366</sup> European Commission, The Health Status of The European Union - Narrowing The Health Gap, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2003, s.3.

Sağlık sektörü, ülkelerin adaylık, müzakere ve katılım süreci ile birlikte, doğrudan ve veya dolaylı olarak etkilendiği ve uyum sağlaması gereken alanlardan biridir.

Uzun yıllar “Sosyal Politikalar” içinde yer alan sağlık konusu, Avrupa Birliği’nin günümüzün değişen hedefleri ve sorunları doğrultusunda yeniden şekillenmekte ve bu alanda yeni hedeflere ulaşmak için hazırlanan eylem programları ile ortak bir amaca doğru yönelmektedir. “Sağlık” konusu, günümüzde gitgide önem kazanan bir alan haline gelmiştir. Öyle ki; Birlik, sağlık alanında benzer/ yakın politikaların oluşturulması amacıyla bir takım Topluluk Programları yürütmektedir.

### **3.2.2. AB Müktesebatı Çerçevesinde Sağlık Bakanlığı Tarafından Yürütülen Uyum Çalışmaları**

Avrupa Birliği Müktesebatı’nda, sağlıkla ilgili düzenlemeler ortak bir başlık altında toplanmamış olup birçok müktesebat başlığına serpiştirilmiş durumdadır. Sağlıkla ilgili düzenlemeler ağırlıklı olarak “malların serbest dolaşımı”, “iş kurma hakkı ve hizmetlerin serbest dolaşımı”, “sosyal politika ve istihdam”, “çevre”, “tüketicinin ve sağlığın korunması” ve “fikri mülkiyet hukuku” gibi başlıklarda yer almakta, diğer bazı başlıklarda da dolaylı olarak sağlığı ilgilendiren konulara yer verilmektedir.

Türkiye, Avrupa Birliği müktesebatına uyum amacıyla hazırladığı Ulusal Program doğrultusunda mevzuat uyum çalışmalarını sürdürmektedir. Türkiye’nin 1963 yılından beri ortaklık ilişkisini sürdürdüğü Avrupa Birliği’ne en kısa zamanda tam üye olabilmesi için lusal Programdaki yükümlülüklerini yerine getirmesi gerekmektedir. Bu ödevi yerine getirirken, sadece siyasi alanda yoğunlaşmakla kalmayıp Ulusal Program’da yer alan diğer önceliklerin de bir an önce yerine getirilmesi şarttır. Bu öncelikler arasında yer alan “sağlık” konusu ile ilgili başlıklar ve bu alandaki uyum çalışmaları büyük bir önem arz etmektedir. Bu çalışmalar, halkın sağlık durumunun AB ülkelerindeki seviyeye çıkarılması ve sağlık sektöründe AB standartlarına ulaşılması açısından büyük önem taşımaktadır.<sup>367</sup>

### **3.2.3. Tüketicinin ve Sağlığının Korunması**

Bu alandaki AB müktesebatı genel olarak, tüketicilerin ekonomik çıkarlarının korunması ile halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi konularını kapsamaktadır. Bu başlık altında Sağlık Bakanlığı’nın yürüttüğü mevzuat uyum çalışmaları kapsamında, halk sağlığı alanındaki çalışmalar yer almakta ve halk sağlığının geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Bu kapsamda; bulaşıcı hastalıkların kontrolü ile ilgili yönetmelik yayımlanmış ve

<sup>367</sup> TC Sağlık Bakanlığı AB Koordinatörlüğü Daire Başkanlığı, AB ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları Ankara 2010, s.20.

bu hastalıkların izlenmesi ile ilgili AB projeleri başarı ile devam ettirilmiştir. AB'nin önemle üzerinde durduğu Bulaşıcı Hastalıklar Stratejik Planı (2008–2012), Bakanlığın olası salgınların araştırılması ve yönetimine ilişkin kurumsal kapasitesini güçlendirmesi çalışmaları tamamlanmıştır.<sup>368</sup> Tütün ve alkol konularında TAPDK ile işbirliği başarı ile sürdürülmekte, AIDS, diğer bulaşıcı hastalıklar, kan ve kan ürünleri, kanser, doku ve hücre, ruh sağlığı ve sağlığın geliştirilmesi gibi konularda uyum çalışmaları devam ettirilmekte ve mevcut AB programlarına katılım ve uyum öngörülmektedir.

### **3.2.4. Malların Serbest Dolaşımı**

Malların serbest dolaşımı ilkesi genel olarak, Birliğin bütününde ürün ticaretinin serbestçe yapılabilmesi anlamına gelmektedir. Bu başlık altında Sağlık Bakanlığı, tıbbi ürünler, kozmetikler, deterjanlar, tıbbi cihazlar ve oyuncaklarla ilgili mevzuat uyum çalışmaları yürütmektedir. Bu alana ilişkin mevzuatın benimsenerek AB mevzuatına tam uyumu öngörülmektedir.

### **3.2.5.İş Kurma (Yerleşme) Hakkı ve Hizmet Sunum Serbestisi**

Genel olarak bu başlık altında, AB'nin her yerinde iş kurma hakkı ve hizmet sunum serbestisinin ulusal mevzuat tarafından engellenmemesinin sağlanması amaçlanmaktadır. Bu çerçevede, belli mesleklerin icra edilmesini kolaylaştırmak amacıyla, mesleki niteliklerin ve diplomaların karşılıklı tanınmasına ilişkin özel kurallar getirilmektedir. Belli meslekler bakımından, söz konusu mesleki niteliğin AB üyesi bir devlette otomatikman tanınması için uyumlaştırılmış bir müfredatın izlenmesi gerekmektedir.

Bu başlık altında Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü mevzuat uyum çalışmaları; sağlık mesleklerinden öncelikle beş meslek grubunun eğitimleri ve serbest dolaşımlarıyla ilgili yeni düzenlemelerin oluşturulması kapsamında yürütülen çalışmalardır. Bu mesleklerin başlıcaları; tıp doktorları, diş hekimleri, eczacılar, hemşire ve ebelerdir. Ülkemizde bu mesleklerin eğitim müfredatı ve icrası bakımından AB'ye uyumsuzluk gösteren herhangi bir durum bulunmamaktadır. Hemşirelik mesleğindeki "bayan olma" şartı 25 Nisan 2007 tarihinde yayımlanan Hemşirelik Kanunu ile birlikte ortadan kaldırılmış ve eğitim süresi ile eğitim müfredatı AB'ye uyumlu hale getirilmiştir. Diğer taraftan AB'nin özel mevzuatla düzenlemediği ve üye ülkelerin inisiyatifine bıraktığı sağlık meslekleri ile ilgili çalışmalar da Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü koordinasyonunda sürdürülmektedir.

---

<sup>368</sup> Turkey 2008 Progress Report, Commission of the European Communities, Brussels, 05.11.2008, SEC(2008) 2699 final, s. 79.

### 3.2.6.Çevre

Topluluğun çevre politikasının amacı, mevcut ve gelecekteki nesiller için çevrenin korunması ve bu çerçevede sürdürülebilir kalkınmanın geliştirilmesidir. Bu alandaki AB müktesebatı; su ve hava kirliliği, atık ve kimyasalların yönetimi, bio-teknoloji, doğa koruma, endüstriyel kirlilik ve risk yönetimi, gürültü ve radyasyondan korunma gibi birçok hukuki düzenlemeyi kapsamaktadır.

Bu başlık altında yer alan çalışmalar asıl olarak Çevre Bakanlığı'nın sorumluluğunda olmasına rağmen, bazı konularda Sağlık Bakanlığı'nın da sorumlulukları ve uyumlaştırmak zorunda olduğu düzenlemeler mevcuttur. Hava kalitesi, su kalitesi ve biosidal ürünler ile ilgili mevzuat uyum çalışmaları Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. Bu alandaki AB mevzuatına uyum çalışmaları önemli ölçüde tamamlanmış olup önümüzdeki dönem Çevre ve Orman Bakanlığı ile işbirliği içinde çalışmalar sürdürülecektir.

### 3.2.4. Türkiye Adaylık Statüsünün Müzakere Sürecindeki Sağlık Fasılların Durumu

Ülkemizin AB'ye tam üyeliğinin sağlanabilmesi amacıyla, mevzuat uyumu ve yapısal değişim yükümlülüklerini ne şekilde ve ne kadar sürede karşılayacağını ortaya koyduğu belge olan Ulusal Program kapsamında sağlık alanındaki mevzuatın uyumlaştırılması ile birlikte sağlık sektöründe yeni yapılanmalara gidilecek ve uygulamalara yönelik projeler hazırlanarak sağlık hizmetlerinde daha yüksek standartlara ulaşılabilecektir. Avrupa Birliği uyum süreci sağlık hizmetleri alanındaki sorunların çözümünde bir itici güç olmaktadır. Uyum süreci; sağlık hizmeti, sağlık eğitimi ve sağlık hizmetlerinin finansmanı konularında önemli fırsatlar sunmaktadır. Bakanlığımızın yürütmekte olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı da uyum süreci bakımından önemli bir fırsat sunmaktadır. 2003 yılından bu yana başarıyla uygulanan programla birlikte önümüzdeki dönemde de halkın yaşam kalitesi daha da yükseltilecek, kaynaklar etkili ve verimli bir şekilde kullanılarak sağlık hizmetlerine erişim daha da kolaylaştırılacak ve sağlık hizmetleri ilgili tüm tarafların katılımıyla çağdaş dünya ve Avrupa Birliği normlarına uygun bir şekilde yapılandırılmaya çalışılacaktır. Türkiye ile Avrupa Birliği ilişkilerinde gelinecek noktada, üyelik müzakereleri süresince Türkiye, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da mevzuat uyumunun ve işbirliğinin daha da artırılmasına ve mevzuat uyumu çalışmalarına ivme kazandırılmasına gereken önemi verecektir. Müktesebatın etkili bir şekilde uygulanmasını sağlamak için çeşitli alanlardaki idari kapasitenin güçlendirilmesi, yönetimin her düzeyinde önemli reformlar yapılması, henüz tamamlanamamış olan mevzuat uyumunun tamamlanması, gerekli tüm alt yapı eksikliklerinin giderilmesi, mevzuat uyum çalışmalarından sorumlu olan kamu kurumlarının bünyesinde etkin bir idari yapılanma oluşturulması



için adımlar atılacaktır. Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Ulusal Programı”<sup>369</sup> incelendiğinde, sağlığa ilişkin hedeflerin toplumun genel sağlık düzeyinin ülkede yaşayan herkesi kapsayacak ve memnun edecek biçimde yükseltilmesi, yaşam sürelerinin ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, bölgeler ve gelir grupları arasındaki sağlık düzeyi farklarının mümkün olduğu ölçüde azaltılması ve buna ilişkin gerekli altyapının oluşturulması amaçlanmaktadır.

1999 yılında Türkiye’ye adaylık statüsünün tanınmasıyla birlikte ülkemiz ile AB ilişkileri yeni bir döneme girmiştir. 1963 yılında imzalanan Ankara Antlaşması ile başlayan ve Gümrük Birliğiyle önemli bir aşamaya gelen ortaklık ilişkisi kendi kurumları ve mekanizmaları ile devam etmiş, adaylık statüsünün tanınmasıyla birlikte de katılım ve müzakere sürecinin kendine özgü mekanizmaları devreye girmiştir. 1998 yılından itibaren Türkiye’nin AB üyeliğine yönelik gelişmeleri düzenli ilerleme raporları ile takip edilmeye başlanmıştır. İlerleme Raporu, aday ülkenin AB’ye katılım sürecinde Kopenhag kriterlerine ve AB müktesebatına uyum yönünde kaydettiği gelişmeleri değerlendiren ve Avrupa Komisyonu tarafından yıllık olarak hazırlanan rapordur.

2000 yılından itibaren Avrupa Komisyonu tarafından AB’nin katılım süreciyle ilgili öncelikleri, ilkeleri ve koşullarını sıraladığı ve aday ülke için bir yol haritası niteliğinde olan Katılım Ortaklığı Belgeleri Türkiye için de hazırlanmıştır (2000, 2003, 2005, 2008 yıllarında). Bu Katılım Ortaklığı Belgelerine karşılık olarak 2001, 2003 ve 2008 yıllarında ülkemiz taahhütlerini içeren Ulusal Programlar (Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı) yayımlanmıştır. Ulusal programda, AB müktesebatına uyum sağlamak için aday ülkenin mevzuatında yapacağı düzenlemeler, uyum için gerekli beşeri ve mali kaynaklar, AB müktesebatının üstlenilmesi amacıyla geliştirilmesi gereken idari yapı ve tüm bu hususlara ilişkin kısa ve orta vadeli öncelikler takvimi yer almaktadır.

17 Aralık 2004 tarihinde toplanan Brüksel Zirvesi’nde, Türkiye’nin üyelik için Kopenhag kriterlerini yeterli ölçüde yerine getirdiği kabul edilmiş ve katılım müzakerelerinin 3 Ekim 2005 tarihinde başlatılması kararlaştırılmıştır. Müzakere

Çerçeve Belgesi’nin onaylanmasıyla katılım müzakereleri resmen başlamıştır.

Müzakereler ve üyeliğe ilişkin hazırlıklar sadece tarama süreci ve müzakere pozisyonlarından ibaret olmayıp Katılım Ortaklığı Belgesi, Ulusal Program ve aday ülkenin kaydettiği ilerlemeleri ve mevcut eksiklikleri ortaya koyan ilerleme raporları da bu sürecin ayrılmaz parçalarıdır.

Müzakereler 35 başlıkta yürütülmekte olup AB’nin ortak bir sağlık politikasının olmaması ve AB müktesebatında “sağlık” başlığının bulunmaması nedeniyle sağlığı ilgilendiren konular 35 müktesebat başlığının birçoğuna serpiştirilmiş durumdadır. Bu çerçevede Bakanlığımızın doğrudan

<sup>369</sup> Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı, Avrupa Birliği Genel Sekreterliği Yayınları, Ankara, 2008.

sorumlu olduğu ve ayrıca dolaylı olarak diğer kurumların uyum çalışmalarına katkı verdiği müzakere fasılları aşağıda tablo halinde gösterilmektedir.

**Tablo 9:** Diğer Kurumların Uyum Çalışmalarına Katkı Verdiği Müzakere Fasılları

<b>BAKANLIĞIMIZIN DOĞRUDAN SORUMLU OLDUĞU FASILAR</b>	<b>BAKANLIĞIMIZIN DİĞER KURUMLARA KATKI VERDİĞİ FASILAR</b>
<b>Malların Serbest Dolaşımı</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tıbbi Cihazlar</li><li>- Oyuncaklar</li><li>- Kozmetikler</li><li>- Tıbbi Ürünler</li><li>- Deterjanlar</li><li>- Doğal Mineralli Sular</li><li>- Yatay Mevzuat (Ürün Güvenliği)</li></ul>	<b>İşçilerin Serbest Dolaşımı</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sağlık Sigortası Kartı konusunda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın mevzuat uyum çalışmalarına katkı verilmektedir.</li></ul>
<b>İş Kurma Hakkı ve Hizmet Sunum Serbestisi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tıp Doktorları</li><li>- Diş Hekimleri</li><li>- Eczacılar</li><li>- Hemşireler</li><li>- Ebeler</li></ul>	<b>Sosyal Politikalar ve İstihdam</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- İş Sağlığı ve Güvenliği konusunda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın mevzuat uyum çalışmalarına katkı verilmektedir.</li></ul>
<b>Tüketicinin ve Sağlığının Korunması</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bulaşıcı Hastalıklar</li><li>- Organ-Doku-Hücre</li><li>- Kan ve Kan Bileşenleri</li><li>- Tütün-Alkol</li><li>- Ruh Sağlığı</li><li>- Beslenme ve Fiziksel Aktivite</li><li>- Kanser</li><li>- Elektromanyetik Alanlar (Çevre ve Orman Bakanlığı'na devredilmiş olup Bakanlığımız katkı vermeye devam etmektedir)</li></ul>	<b>Yargı ve Temel Haklar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- İnsan hakları, işkence ve kötü muameleyle mücadele konularında İçişleri Bakanlığı ile Adalet Bakanlığı'nın mevzuat uyum çalışmalarına katkı verilmektedir.</li></ul>
	<b>Adalet, Özgürlük ve Güvenlik</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Uyuşturucu ile mücadele ve iltica-göç konularında İçişleri Bakanlığı'nın mevzuat uyum çalışmalarına katkı verilmektedir.</li></ul>
<b>Çevre</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Biyosidal Ürünler</li><li>- İçme Suları</li><li>- Yüzme Suları</li></ul>	<b>Gıda Güvenliği, Veterinerlik ve Bitki Sağlığı</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Gıda güvenliği konusunda Tarım Bakanlığı'nın mevzuat uyum çalışmalarına katkı verilmektedir.</li></ul>
<b>Enerji</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tıbbi Işınlamalar ve Radyoloji</li></ul>	<b>İstatistik</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sağlık istatistikleri konusunda Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) çalışmalarına katkı verilmektedir.</li></ul>
	<b>Fikri Mülkiyet Hukuku</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tıbbi ürünlerde ek koruma sertifikası konusunda Türk Patent Enstitüsü (TPE) koordinatörlüğündeki çalışmalara katkı verilmektedir.</li></ul>

**Kaynak:** AB ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları

20 Ekim 2005 tarihinde “Bilim ve Araştırma” faslı ile başlayıp 13 Ekim 2006 tarihinde “Adli Konular ve Temel Haklar” faslına ilişkin toplantı ile tamamlanan ve tamamı Brüksel’de düzenlenen tarama toplantılarına Sağlık Bakanlığı şu başlıklarda iştirak etmiştir: malların serbest dolaşımı; işçilerin serbest dolaşımı; iş kurma hakkı ve hizmet sunum serbestisi; şirketler hukuku; fikri mülkiyet hukuku; tarım ve kırsal kalkınma; gıdagüvenliği; veterinerlik ve bitki sağlığı; balıkçılık; istatistik; sosyal politika ve istihdam; yargı ve temel haklar; adalet, özgürlük ve güvenlik; çevre; tüketicinin ve sağlığın korunması; gümrük birliği ve dış ilişkiler fasılları. Müzakere süreci, Aralık 2006’da AB ile Türkiye arasındaki Ek Protokol’ün Türkiye tarafından tüm hükümleriyle uygulanmadığı gerekçesiyle şu 8 başlıkta askıya alınmıştır: malların serbest dolaşımı, iş kurma hakkı ve hizmet sunum serbestisi, mali hizmetler, tarım ve kırsal kalkınma, balıkçılık, taşımacılık, gümrük birliği ve dış ilişkiler.

Sağlık Bakanlığı, askıya alınmamış olan “Tüketicinin ve Sağlığın Korunması” ile “Fikri Mülkiyet Hukuku” fasıllarında müzakere sürecine katkı sağlamaya devam etmektedir.<sup>370</sup>

---

<sup>370</sup> TR Avrupa Komisyonu, Komisyon Tarafından Avrupa Parlamentosu’na ve Konsey’e Sunulan Bildirim. Genişleme Stratejisi ve Başlıca Zorlukları 2011-2012, Brüksel, Com(2011)666, s.51-109. TC Avrupa Birliği Bakanlığı Katılım Sürecinde Müzakere Fasılları n:07 s1-42

## SONUÇ VE DEĞERLENDİRMELER

Sağlık hizmeti tıpkı eğitim gibi kendisini “Sosyal Devlet” olarak tanımlayan bir idarenin olmazsa olmazlarından. Ancak ülkemizde Cumhuriyetten 2000’li yıllara kadar geçen sürede ve özellikle son altı yılda yaşanan gelişmelere bakıldığında sağlık hizmetinin, devlet tarafından eğitime göre daha az eşitlikle sunulduğu gözden kaçmamaktadır.

Türkiye’de son otuz yıldır her hükümet programına giren “Sağlıkta Reform” kavramı Adalet ve Kalkınma Partisi hükümeti tarafından hayata geçirilmiştir. Son dönem sağlık politikasının hükümetin başarıları arasında sayılan bu süreçte Devlet’in, hem herkese ücretsiz sağlık hizmeti götürmeyi hem de bu süreç ve sonrasında daha az maliyetle karşılamayı hedef olarak tayin ettiği gözlenmektedir.

Bundan on yıl öncesine dönüp bakıldığında Emekli Sandığı mensupları yani memur ve emeklileri, devletin önemli bir parçası iken, Bağ-Kur mensuplarının yani özel sektör işverenlerinin sağlık alanında üvey evlat, SSK mensuplarının yani işçi ve emeklilerin ise birer angarya olarak muamele gördüğü gözlenmiştir.

SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devri,<sup>371</sup> Sosyal Güvenlik Kurumlarının tek çatı altında toplanması<sup>372</sup> SSK eczanelerinin kapatılıp bu kurum mensuplarının da serbest eczanelere yönlendirilmesi, hastaların özel hastanelerden de hizmet almasının sağlanması ve 18 yaş altı her vatandaşın hiçbir koşul aranmadan sisteme dâhil edilmesi, son dönem sağlık politikasının en büyük başarıları arasında yerini almıştır.

Ancak, bunun yanında yeni oluşturulmaya çalışılan bu sisteme ağır eleştiriler de gelmektedir. Türkiye’de her dönem görünen, 28 Şubat sürecinden sonra kendini daha da hissettiren neo-liberal rüzgârlardan sağlık sistemi de nasibini almış olup işte tam da bu noktada Genel Sağlık Sigortası çeşitli sivil toplum kuruluşları tarafından eleştirilere hedef olmuştur.

---

<sup>371</sup> 5283 S. Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun (Kabul Tarihi19.01.2005), [http://www.bsm.gov.tr/mevzuat/docs/K\\_19012005\\_1.pdf](http://www.bsm.gov.tr/mevzuat/docs/K_19012005_1.pdf) (11/06/2010)

<sup>372</sup> 5510 S. Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun (Kabul Tarihi16.06.2006), [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&task=view&id=413&Itemid=28](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=413&Itemid=28) (11/06/2010)

Devlet, her ne kadar anayasasında bir zorunluluk olarak kendisini sağlık konusunda yükümlü kılsa da aslında bürokrasi, bunu bir yükümlülük değil sırtından atılması gereken bir yük olarak algılamıştır. Üzerinde bir kambur haline gelmiş sağlık hizmetlerinden kurtulmanın yolunu, bu hizmeti özel sektöre devretmede gören bürokrasi, probleme artık sadece maliyet analizi penceresinden bakmaya başlamıştır.

Sağlık Hizmetlerinin son altı yılına baktığımızda adı Genel Sağlık Sigortası olsa da

- Primini bir ay dahi ödeyemeyen Bağ-Kur'lu,
- İşsiz kalan SSK'lı,
- Okulundan bir sebeple kaydı silinen genç,
- Asgari ücretin 2/3'ü kadar geliri olmayan ancak memleketinde üzerine kayıtlı çorak toprağı olan yoksul,
- İflas etmiş tüccar,
- Eşinin üzerinden sigortalı iken boşanmış bayan,
- Babasından dolayı sigorta kapsamındayken 18 yaşını doldurmuş genç kız hâlâ sigorta kapsamına alınmamaktadır.

Bu kapsamda, dikkatlerin en çok çekilmesi gereken konu ise yukarıda saydığımız son iki maddedir. Öyle ki aile içi şiddete maruz kalmış bir kadın, eşinden dolayı sigorta kapsamında değerlendirilirken aslında o kadından bu şiddete katlanması istenmektedir. Aksi takdirde kocaya itiraz ettiği için devlet tarafından da dışlanmak tehlikesi ile karşı karşıya kalmaktadır.

İkincisi ise 1 Ekim 2008'de yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunundan dolayı yukarıya taşıdığımız son maddenin konusunu oluşturmaktadır. Buna göre artık 18 yaşına gelmiş bir genç kıza, sigortadan yararlanmak istiyorsa kendisine ya iş ya da eş bulma zorunluluğu gibi iki seçenek sunan ancak kendisini "Sosyal Devlet" olarak tanımlayan devlete sahibiz.

Yine Genel Sağlık Sigortasının açmazları içinde yer alan diğer bir konu ise sağlık hizmetlerinin on yıl öncesi ile kıyaslandığında artık ücretsiz olmadığıdır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında 2 TL, ikinci ve üçüncü basamak devlet kurumlarında 8 TL ve özel sağlık kuruluşlarında 15 TL olarak uygulanan muayene ücretleri ile artık Türkiye'de ücretsiz bir sağlık hizmetinden söz etmek mümkün

değildir. Bu durumu özellikle emekli ve yeşil kart sahibi hastalar için değerlendirdiğimizde ortaya sağlık ihtiyacını erteleme bir toplumun çıktığını müşahade etmekteyiz.

Danıştay 10. Dairesinin Nisan 2010'da aile hekimliğinde muayene ücretlerinin kaldırılması yönünde verdiği yürütmeyi durdurma kararı bile sağlığın ücretsiz olması için yeterli değildir.

Devletin sağlığa ayırdığı meblağın büyüklüğünden her zaman şikâyetçi olan politika yapıcılar bu politikaların asıl amacının maliyetlerini düşürmek olduğunu da her an dile getirmektedirler. Bu amaçla düzenlenen işlemlerden biri de tedavi giderlerinde yapılan taban ödemeleridir. Vatandaşın sağlık sigortasının maliyetlerinin karşılanması yanı sıra fark ödemeleri ile de bir finans aracı olarak gören sağlık politikasından hasta ile beraber Türkiye'nin ulusal ilaç ve hastane sektörü de zarar görmektedir.

Tedavi giderlerinde yapılan düşük ödemeler kapitalizmin "Büyük balık küçüğü yutar" felsefesini de ortaya koymaktadır.

Son beş yılın özel hastane ve ilaç sektörüne baktığımızda Türkiye'nin yüzde yüz yerli sermayeli özel hastane ve ilaç firması sayısının da giderek azaldığını görmekteyiz. Küçük ilaç firması ve hastanesini büyük, büyük ilaç firması ve hastanesini ise yabancıların satın aldığı bir ülkede artık sağlığımız da yabancıların/çok uluslu şirketlerin ve kapitalist sistemin insafına kalmış durumdadır.

Öte yandan, yaşadığı ekonomik kriz sebebiyle sosyal patlamalar yaşayan Yunanistan, ilaç fiyatlarında ciddi bir indirimde gidince ülkeye verdiği insülin preparatlarını artık geri ödeme sistemine dahil etmeyeceğini açıklayan yabancı bir ilaç firmasının bu tutumu ülkemizin de nasıl bir tehlike ile karşı karşıya olduğunu göstermektedir.

Sağlık hizmetlerini vatandaşa sunarken içinde bulunduğu yılı geçen yıllarla kıyaslayan ancak bu kıyası; ulaştığı vatandaş sayısı, personel gücü, bina, teçhizat gibi fiziki kapasiteden ziyade sadece maliyet analizleriyle yapan bir devlete sosyal devlet demenin ne kadar doğru olduğu tartışmalıdır.

Bu anlamda Genel Sağlık Sigortası sürecinde dile getirilen önerileri sıralayacak olursak,

- Prime dayalı sağlık sisteminin terk edilerek; TC Kimlik Numarası olan her bireyin hiçbir ön koşul olmadan sağlık sigortası kapsamına alınması gerekmektedir.
- Türkiye'de sağlık sektöründe yeni, milli ve ulusal bir sağlık politikasına ivedilikle ihtiyaç vardır. Bu ise kısa vadeli öngörülerden ziyade uzun soluklu bir politika güdülmesini gerektirir.

- Sağlık Politikası yapım sürecinde işin iktisadi kaygısını bir yana bırakarak Tabipler Birliği, Eczacılar Birliği, Barolar Birliği, akademik camianın da görüşlerine yer verilmelidir.

Sonuç olarak; Türkiye Cumhuriyeti ilk yıllarında koruyucu sağlık hizmetleri alanında başladığı Sağlık Politikası çalışmalarında ciddi mesafeler kaydetmiş; özellikle 2004 sonrası yaşanan gelişmeler sağlık sigortasından yararlananların kapsamını genişletmiştir. Ancak ülkemizde artık ücretsiz sağlık hizmeti kavramından da söz edilemez olmuştur. Türkiye'deki sağlık reformları daha ziyade dünyadaki reform eğilimlerine paralel olarak ve Dünya Bankası'nın finansörlüğünde ve teknik desteğinde gerçekleştirilen reformlar olmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı bunun en bariz örneğini teşkil etmektedir.

AB sağlık sistemlerinin ülkelerin refah sistemlerinin bir parçası olduğu ve sağlığın bir devlet politikası olarak ele alındığını belirtmek olanaklıdır. Dolayısıyla Türkiye sağlık politikalarını oluştururken veya sağlık reformlarını gerçekleştirirken sağlığın bir devlet politikası olmasını gerektiğini hep akılda tutmalı ve politikalarını ona göre formüle edip uygulamalıdır.

Adalet ve Kalkınma Partisi hükümetinin Avrupa Birliği uyum sürecinde mevzuat ve uygulamada değişikliklerle yürüttüğü Sağlık Politikası, aksayan yönleri bulunsa da ; Türkiye'de yeterli aile hekimi yoktur. Dolayısıyla şu ana kadar tüm ülkeye yaygınlaştırılamamıştır. Aile hekimliğinin önemli işlevlerinden birisi olan sevk sistemine uyma zorunluluğu tam işlemediğinden kuyruk problemleri devam etmektedir. Diğer taraftan üye ülkelerin sağlık sistemlerini finanse etme biçimine bakıldığında, ağırlıklı olarak ya vergilerle ya da primlerle finanse edildiği görülmektedir ve bu konuda pek problem bulunmamaktadır. Türkiye kapsamında sağlık finansman problemlerini çözmek için gene Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında 2006 yılında Genel Sağlık Sigortası kanunu çıkarılmıştır. Ancak Anayasa Mahkemesi'nin bazı maddelerinin iptali ve yürürlüğünün durdurulması üzerine ancak 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girebilmiştir. Dolayısıyla Türkiye'nin sağlık finansmanı konusundaki problemlerini çözüme kavuşturabilmesi, adı geçen kanunun sağlıklı bir şekilde uygulanmasına bağlıdır. Tüm bu olumsuzluklara rağmen sağlıkta atılan adımlar bir noktaya kadar başarılı olmuş ve halkı memnun etmiştir. Bu politikanın geliştirilerek adında da olduğu gibi genele şamil olması için maliyet kaygılarından ziyade bir sağlıkçı gözüyle değerlendirilmesi ve atılacak adımların bu şekilde yere daha sağlam basması uzun vadede daha büyük yararlar sağlayacaktır.



Öte yandan Avrupa Birliği'nin Türkiyede gerçekleşen reformlar hakkındaki raporlarına göre:<sup>373</sup>

Halk sağlığına ilişkin konularda, sistemin kurumsal reformu yerel düzeyde birçok sorumlu kuruluşun oluşmasına yol açmıştır, bu durum, özellikle izleme ve değerlendirmeye yönelik olmak üzere, daha iyi bir yönetim için koordinasyon mekanizması gerektirmektedir. Ulusal sağlık bilgi sistemi kapsamındaki kişisel verilerin gizliliği ve güvenliği konuları hâlâ çözüm beklemektedir.

Tütün kontrolü konusunda, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 küresel tütün kontrol raporuna göre, Türkiye en yüksek uygulama notlarına sahip ülke olmaya devam etmektedir.

Bulaşıcı hastalıklar konusunda, Türkiye, halk sağlığı ile ilgili acil durumları tespit etme ve müdahale etme yeteneğini, 81 ilin tümünde en az bir tane odak noktası bulunan ulusal erken uyarı ve yanıt sistemi aracılığıyla geliştirmiştir. Ancak, bu sistem, AB tarafından rapor edilebilen tüm hastalıkları kapsamamaktadır. İllere yönelik standart işletim prosedürleri 22 ilde test edilmiştir. Hastalıkların kontrolünde sürekli eğitimin sağlanması için ulusal bir saha epidemiyolojisi eğitim programı ve laboratuvar eğitim programı oluşturulmuştur. Buna ilaveten, sağlık güvenliği açısından, bir sektörler arası işbirliği süreci başlatılmıştır. Bu genişletilmiş yetkilerin sürdürülebilir bir biçimde tam olarak uygulanması için kurumsal mekanizmaların oluşturulması gerekmektedir. Türkiye, HIV/AIDS konusundaki eylem planını henüz tamamlamamıştır. Daha fazla farkındalık oluşturma faaliyetlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Kan, doku, hücre ve organ alanında, kan ve kan bileşenlerinin hazırlanması, kullanımı ve kalite güvencesine yönelik rehber güncellenmiştir. Kan hizmetleri ile ilgili ulusal standartlar, toplam kalite yönetimi konusunda ulusal kılavuz ve denetim rehberi tüm teknik personele dağıtılmıştır. Kan mevzuatının AB müktesebatı ile uyumunun sağlanması bakış açısıyla, tüm kan merkezlerinin durumsal analizine dayanan, kan sisteminin tedarikçi ve kullanıcı taraflarını belirleyen bir politika ve strateji belgesi geliştirilmiştir. Sonuç olarak, yetkili bir otoritenin kurulması ve etkili ve güvenli bir kan sisteminin sağlanması için kaynak tahsisi, gerekli değişiklikler arasında yer almaktadır. Organ bağıışı ve nakli mevzuatı ile doku ve hücre mevzuatının, AB Direktifleri ve uluslararası en iyi uygulamalar ile olan uyumu artmıştır.

---

<sup>373</sup> AB Türkiye raporları 1998-2014 aralığı altında incelemeye alınmış ,bu bölümde Sağlık ile ilgili olan fasılalar incelenmiştir. Tezin 3.bölümünde ayrıntılı olarak yeniden incelenmiştir. Ayrıntılı bilgi için bkz. AB Bakanlığı, Türkiye'nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 1998 Düzenli Raporu,Ankara , 1998/2014.

Ruh sağlığı alanında, toplum ruh sağlığı merkezleri ve toplum temelli sosyal bakım hizmetleri için kılavuz ilkeler yayımlanmıştır. 59 ilde 81 adet ruh sağlığı merkezi bulunmaktadır. Evde bakımı sağlamak üzere 52 adet 'umut evi' açılmıştır. Bu alanda gerekli insan kaynakları kapasitesini oluşturmaya yönelik çalışmalar devam etmiştir. şubat 2014'te çıkan "torba kanun" ile zihinsel engellilerin evde bakımına yönelik hükümler AB müktesebatı ile uyumlu hale getirilmiştir. Ruh sağlığı kurumlarının izlenmesinden ve denetlenmesinden sorumlu bağımsız bir yapı henüz bulunmamaktadır.

Sağlıkta eşitsizlik konusunda, bir taraftan kayıt altında olan her bir vatandaşın yerel bir aile hekimi vasıtasıyla sağlık hizmetlerine erişimi sağlanırken, diğer taraftan, kayıt altında olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminin, yaşlı kişiler ve engellilere yönelik olanlar dahil olmak üzere, hizmetlerin ulaşılabilirliğinin ve kalitesinin geliştirilmesi gerekmektedir. Beslenme konusunda, Türkiye, Dünya Sağlık rgt ile işbirliği yaparak, ilk defa Avrupa ocuk obezitesi araştırmasına katılmıştır. Alkolün neden olduğu zararın azaltılması konusunda, alkollü içeceklerin üzerine uyarı mesajları taşıyan etiketlerin konulması ile ilgili mevzuat Haziran 2014'te yürürlüğe girmiştir.

Sonuç olarak, tüketicinin ve sağlığın korunması alanında bazı ilerlemeler kaydedilmiştir. Ancak, tüketicinin haklarının uygulamaya konulması tüm düzeylerde iyileştirmeyi gerektirmektedir ve tüketicinin hareketi yetersiz kalmaya devam etmektedir. Halk sağlığı alanında AB'nin teknik gerekliliklerinin karşılanması için, merkezi ve yerel düzeyde personele ve yönetime ilişkin olarak yoğun kapasite artırma çalışmalarının hızla devam etmesi gerekmektedir.

## Kaynakça

- Ağartan, Tuba İnci. Turkish Health System In Transition: Historical Background And Reform Experience, State University Of New York, 2008.
- Akdağ, Recep. Nereden Nereye, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Kasım 2002 Haziran 2007, Sağlık Bakanlığı Yayın No. 713, İkinci Baskı, Ankara, 2007.
- Akdağ, Recep. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Ve Temel Sağlık Hizmetleri, Kasım 2002–2008, Sağlık Bakanlığı Yayın No 770, Ankara, 2008.
- Akdur, R. “ Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye Ve Avrupa Birliği’nde Durum Ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu, Ankara, 2006
- Akdur, R., “Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık”,
- Akdur, R., Ulusal Ekonomi Ve Sağlık Harcamaları, Sağlık Ve Toplum, S.3,
- Akdur, Recep. Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar, Türkiye Ve Avrupa Birliği’nde Durum Ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu (Güncellenmiş Ve Genişletilmiş İkinci Baskı), Ankara, 2006.
- Akın, C. S. , “Sağlık Ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine
- Aktan,C. C. Vd., “Sağlığın Korunması Ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış”,<[Http://Www.Canaktan.Org/Ekonomi/Saglik-Degisim-Caginda/Pdfaktan/](http://Www.Canaktan.Org/Ekonomi/Saglik-Degisim-Caginda/Pdfaktan/)
- Algın, Kürşat, İsmet Şahin Ve Mehmet Top. “Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları Ve Çözüm Önerileri”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:3 2004.
- Alma-Ata Bildirisi, “Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı”,<[http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&task=view&id=521&Itemid=36](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=521&Itemid=36)>. (04.06.2011).
- anadolu’ya haberler (16.02.2005), *1 milyon 25 bin 731 kişinin yeşil kartı iptal edildi*, erişim:31.01.2006,<http://www.byegm.gov.tr/yayinlarimiz/anadoluyahaberler-yeni/2005/subat/ah1602-05.htm>
- Aslan, Şebnem - Akgemci, Tahir - Çelik, Adnan., “Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti Araştırması: Dr. Faruk Sukan Doğum Ve Çocuk Hastanesi Örneği, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 1, 2004
- Asunakutlu, Tuncer., *Sağlık Hizmetlerinde Kalite*, Erişim: 02.01.2006, <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>
- Alain Lefebvre, “The Future Of European Health Policy”, Eurohealth, Volume 4, Number 5, Winter: 1-2,1998, S.67
- Alper, Ayhan, Burcu Esenler, Erhan Nalçacı, İlker Belek, Onur Hamzaoğlu, Özlem Özkan. Sosyalist Türkiye’de Sağlık, Nazım Kültür Evi Kitaplığı: 57, Birinci Basım, İstanbul, 2002.
- Arslanhan, Selin. Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor? Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, Tepav Değerlendirme Notu Temmuz 2010.

Aşara, Berrak Bora Ve İsmet Şahin. "Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık

Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı, Avrupa Birliği Genel Sekreterliği Yayınları, Ankara, 2008.

AB Bakanlığı, Türkiye’nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 1998 Düzenli Raporu,Ankara , 1998

AB Bakanlığı, Türkiye’nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 1999 Düzenli Raporu,Ankara , 1999

AB Bakanlığı, Türkiye’nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 2000 Düzenli Raporu,Ankara , 2000

AB Bakanlığı, Türkiye’nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 2001 Düzenli Raporu,Ankara , 2001

AB Bakanlığı, Türkiye’nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 2002 Düzenli Raporu,Ankara , 2002

AB Bakanlığı, Türkiye’nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 2003 Düzenli Raporu,Ankara , 2003

AB Bakanlığı, Türkiye’nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 2004 Düzenli Raporu,Ankara , 2004

AB Bakanlığı, Türkiye’nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 2005 Düzenli Raporu,Ankara , 2005

AB Bakanlığı, Türkiye’nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 2006 Düzenli Raporu,Ankara , 2006

AB Bakanlığı, Türkiye’nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 2007 Düzenli Raporu,Ankara , 2007

AB Bakanlığı, Türkiye’nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 2008 Düzenli Raporu,Ankara , 2008

AB Bakanlığı, Türkiye’nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 2009 Düzenli Raporu,Ankara , 2009

AB Bakanlığı, Türkiye'nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 2010 Düzenli Raporu, Ankara , 2010

AB Bakanlığı, Türkiye'nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 2011 Düzenli Raporu, Ankara , 2011

AB Bakanlığı, Türkiye'nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 2012 Düzenli Raporu, Ankara , 2012

AB Bakanlığı, Türkiye'nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 2013 Düzenli Raporu, Ankara , 2013

AB Bakanlığı, Türkiye'nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine Komisyonun 2014 Düzenli Raporu, Ankara , 2014

Aydemir, Birol. "Sosyal Güvenlik Reformu", Makro Bakış, Sayı 5, Yıl 2007

Aydın, S. Vd., Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004.

Aydın, Sabahattin. Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Sağlık Bakanlığı, Mavi Ofset, Ankara, 2004.

Aydın, Sabahattin. Sağlık Bakanlığını Etkili Stewardship İçin Yeniden Yapılandırma: Planlarımız Ve Uygulamadaki Zorluklar, Genel Sağlık Sigortası Ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Serisi-6, Bms Matbacılık, Ankara, 2007.

Babaoğlu, Ömür Şakir. "Türkiye-Ab İlişkilerinde Kritik Bir Aşama: Tam Üyelik Müzakereleri Ve Türkiye'nin Ab'ye Tam Üyeliği", Güvenlik Stratejileri Dergisi, Cilt:1 Sayı:1, Harp Akademileri Basımevi, İstanbul, 2005.

Başbakanlık Ab Genel Sekreterliği, Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı, Ağustos 2008.

<http://ikmep.yok.gov.tr/files/b3ec29d9319026441e152dbd20810c9b.pdf> (erişim:25.10.2010)

Başbakanlık Ab Genel Sekreterliği, Avrupa Birliği Ve Müzakere Süreci, Damat Ofset, Ankara, 2007.

Belcher, P. " Is Health In The European Convention?", Eurohealth, Vol. 9, No. 2, 2003  
Belek, İlker., "Yeni Kapitalist Paradigma Ve 'Kalite'li Yönetim", Toplum Ve Hekim, Cilt: 12, Sayı:77, Ocak-Şubat 1997

Belek, Hülya - Belek, İlker., "Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon", Toplum Ve Hekim, Cilt: 12, Sayı: 78, Mart-Nisan 1997

Carl-Ardy Dubois And Martin Mckee, "Health And Health Care İn The Candidate Countries To The Europeanunion: Common Challenges, Different Circumstances, Diverse Policies", Health Policy

And European Union enlargement, Martin Mckee, Laura Maclehorse And Ellen Nolte (Eds.), European Observatory On Health Systems And Policies Series, Open University Pres, Berkshire, 2004, S.44

Çiçekli, B. Avrupa Sosyal Şartı Temel Rehberi, Ankara, 2001

Bilgili, Özkan Sosyal Güvenlik Uygulaması, 5502 Ve 5510 Sayılı Kanunlara Göre Açıklamalı, Örnekli, Karşılaştırmalı, Smm Odası Yayın No: 60, Ankara, 2008.

Binhan, Elif Yılmaz Ve Murat Şekertürk. Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Sorunlar Ve Bir Alan Araştırması, Türkiye Sigorta Ve Milli Reasürans Şirketleri Birliği, [http://www.tsrbsb.org.tr/nr/rdonlyres/03ee6db6-4920-461a-88ec-94f5a9bad73c/2131/057\\_070.pdf](http://www.tsrbsb.org.tr/nr/rdonlyres/03ee6db6-4920-461a-88ec-94f5a9bad73c/2131/057_070.pdf)(erişim:15.06.2009)

Bostancı, Yalçın Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası, (Yayınlanmamış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007)

Countries: An Agenda For Reform, The World Bank, Washington Dc., U.S.A., Nisan 1987 Weisbrod, B. A., “Competition In Health Care:A Cautionary View” Institute For Research On Poverty Discussion Paper, Dp-678-81, Universty Of Wisconsin, S.1, 1991’den Aktaran Kurtulmuş, S., Sağlık Ekonomisi Ve

Çoruh, M., 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1995.

Devrim, F., Kamu Maliyesine Giriş, Anadolu Matbaacılık, İzmir, 1998.

Dikmetaş, Elif. “Sağlıkta Eşitlik/Eşitsizlik”, Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:1, Sayı:2 2006.

Dpt, “Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu”, Dpt: 2561, Öik: 577, Ankara, 2001.

Dsö, Dsö Avrupa Sağlık Sistemleri Bakanlar Konferansı “Sağlık Sistemleri, Sağlık Ve Refah”, Tallinn Şartı: Sağlık Ve Refah İçin Sağlık Sistemleri, Estonya, 25-27 Haziran 2008, S.4. <[Http://Www.Path.Saglik.Gov.Tr/Content/Files/Genel/Talinncharter.Doc](http://Www.Path.Saglik.Gov.Tr/Content/Files/Genel/Talinncharter.Doc)>. ( 20.11.2009)

Dubois, Carl-Ardy Ve Martin Mckee. Health And Health Care In The Candidate Countries To The European Union: Common Challenges Different Circumstances Diverse Policies, Health Policy And European Union Enlargement, Martin Mckee, Laura Maclehorse, Ellen Nolte(Ed.), European Observatory On Health Systems And Policies Series, Open University Pres, Berkshire, 2004.

Erençin, Arif Ve Vesim Yolcu. “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü Ve Yerinden Yönetimi”, Memleket Siyaset Yönetim, Cilt: 3, Sayı: 6, 2008/6.

erişim: 20.12.2005, <http://www.ses.org.tr/bilgi/gss/7.htm>

Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları”, Çukurova

Eurohealth, Vol:9, No:3, 2003

European Commission, The Health Status Of The European Union - Narrowing The Health Gap, Luxembourg, Office For Official Publications Of The European Communities, 2003, S.3.

Fişek, N., “Sağlık Hizmetleri Ve İşçi Ailelerinin Sağlık Sorunları”,

Fişek, Nusret., “Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları”, Toplum Ve Hekim, Aralık, 1991

Giray, A.Ü. Avrupa Birliği’nde Sağlık Yönetimi, Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, [www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab\\_saglik\\_yonetimi.doc](http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab_saglik_yonetimi.doc), (25.03.2009)

Görker, Tonguç., (Nisan-Mayıs-Haziran 1999), *Tam Gün Yasası Zorunlu*, Erişim:

<http://www.ato.org.tr/dergi/19992/dosya3.html>

Ökbunar, Ali Rıza Ve Özgür Emre Koç. "Demografik Değişimlerin Sosyal Güvenlik Kurumlarına Etkisi Ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Mali Yapısının Analizi”, Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 7, Sayı 1, 2009.

Güler, Birgül Ayman., “Kamu Yönetimi Ve Dünya Bankası”, Amme İdaresi Dergisi, Sayı: 3, Eylül, 1995

Güler, Birgül Ayman., “Kamu Reformunun Dış Dinamikleri”, Kamu Yönetimi Temel Kanunu Sempozyumu (20 Kasım 2003-İtü Evi-Ankara), Tmmob, Ankara, 2004

Gürsel, Ali., “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları”, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi Atatürk İlkeleri Ve İnkılap Tarihi Enstitüsü, Ankara, 1998 Kerman, Uysal., “1980 Sonrası Siyasal İktidarların Sağlık Politikaları”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 1999

Gürsoy, Gencay (01.08.2005), *Paran Yoksa, Öl*, Erişim: 31.01.2006, <http://www.milligazete.com.tr/index.php.action=show&type=report&topicid=46>

Günsoy, Güler. "İnsani Gelişme Kavramı Ve Sağlıklı Yaşam Hakkı”, Zkü Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 1, Sayı 2, 2005.

Halkın Sağlığına Ve Sağlık Çalışanına Karşı Sermaye Adına Düzenleme,

Harcamalarını Etkileyen Etmenler”, H.U. İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 26, Sayı 2, 2008.

Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998.

Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998.

Hatun, Şükrü (2002), *Yeşil Karta Dokunmayın*, Erişim: 03.01.2006, [http://www.ato.org.tr/dergi/2002\\_kis\\_ilkbahar/20.html](http://www.ato.org.tr/dergi/2002_kis_ilkbahar/20.html)

Hıdıroğlu, Seyhan, M. Fatih Önsüz, Serdar Sülün Ve Diğerleri, "Ümraniye İlçesinde Birinci Basamakta Görevli Sağlık Çalışanlarının Genel Sağlık Sigortası Hakkındaki Bilgi Düzeyi", *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 2009: 8(3).

Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tarih: 05.06.2003, Sayı: 11392

<http://www.erkankaraarslan.org/bolum/makale/dosya/25.pdf>. (11.11.2009).

[http://www.iyihekimlik.org/iyihekimlikimages/feimg/pdf/aile\\_hek\\_rapor.pdf](http://www.iyihekimlik.org/iyihekimlikimages/feimg/pdf/aile_hek_rapor.pdf)

<http://www.sayistay.gov.tr/dergi/icerik/der61m7.pdf> (erişim:06.02.2010).

<http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm>

Isık, N.A. “ Türkiye-Avrupa Birliği İlişkileri Ve Sağlık”, T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2001  
*Işık, Sönmez. (Mart 1998), I. Basamak Sağlık Hizmetleri Kalitesi Ve Toplam Kalite Yönetimi Felsefesi, Erişim: 10.01.2006, Http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9803/6.htm*

Kanavos, Panos, İsmail Üstel Ve Joan Costa-Font, Türkiye’de İlaç Geri Ödeme Politikası, Suvak, Eylül 2005. <http://www.suvak.org/kitap-2turkce.pdf> (erişim:24.10.2010)

Karaarslan, E., Kamu Harcamaları Ve Kamusal Mal Ve Hizmetler, <

Kaya, Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına Ve

Kerman, Uysal., “1980 Sonrası Siyasal İktidarların Sağlık Politikaları”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 1999

Keskin, Ali Doğu., “Yurdumuzda Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi (1960-1971),

(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Türkiyat Araştırmalar Enstitüsü, İstanbul, 2002

Kılıç, M. Vd., “Hastanelerde Mesai Saatleri Dışında Yürütülen Yönetim Hizmetleri” Hacettepe

Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:9, S. 54, 2006, <<Http://Www.Sid.Hacettepe.Edu.Tr/Makale/4.79.Pdf>> .(04.11.2009).



Kurt, Özlem - Uçar, İlknur (1999), *Prof. Dr. Nevzat Eren'le Söyleşi*, Erişim: [http://www.ato.org.tr/dergi/1999\\_1/tamgun.html](http://www.ato.org.tr/dergi/1999_1/tamgun.html)

Kıyaslanması”, <[http://www.recepakdur.com/getfile.asp?file=ab\\_turkiye\\_kiyaslama.pdf](http://www.recepakdur.com/getfile.asp?file=ab_turkiye_kiyaslama.pdf)>. (05.11.2009).

Kitaplaşmamış Yazıları-1, <[http://www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap\\_1/33.html](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html)>. (Kuruluşlarına Sevki Genelgesi (2003/63), Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Küçükkaya, Serpil., “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2001

L’Europe De A A Z Guide De L’integration Europeenne, Werner Weidenfeld-Wolfgang Wessels, Institut Europaische Politic, (Çevirmen: Isık, N.A), Belgium, 1997

Mecburi Hizmet, Erişim: 25.02.2006, [Http://Www.Tus.Com.Tr/Haber Oku.Asp?Id=49](Http://Www.Tus.Com.Tr/Haber_Oku.Asp?Id=49); Askeri Darbe Yasası Tekrar Geliyor! (16.06.2005), Erişim: 25.01.2006, [http://www.ato.org.tr/basin aciklamalari/20050616.php3](http://www.ato.org.tr/basin_aciklamalari/20050616.php3)

Lisans Tezi, 2007.

Mossialos, E. And Dixon, A., Funding Health Care: An Introduction, Mossialos, E. Et Al (Eds.), Funding Health Care: Options For Europe, S.15- Nadaroğlu, H., Kamu Maliyesi Teorisi, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 1996.

Nebibe Varol, Health Care And Pharmaceutical Policies In Turkey After 2003, Eurohealth, Volume 14, Number 4, 2008.

Oecd, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, Oecd Ve Dünya Bankası, 2008

Oecd. Dünya Bankası, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, Oecd Publishing, Yayın No: 756, Paris, 2008.

Official Journal Of The European Communities, Consolidated Versions Of The Treaty On European Union And Of The Treaty Establishing The European Community, C 325, Vol 45, 2002

Oral, A. İ., Dünyada Ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2002.

Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması Ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına İlişkin Yönetmelik (2004 Tarih, No: 25678), Erişim: 26.12.2004, [http://www.istabip.org.tr/yasa/yesil\\_yon.html](http://www.istabip.org.tr/yasa/yesil_yon.html)

Orhaner, Emine. "Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası”, Ticaret Ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı: 1, Yıl: 2006.

- Özbyay, Hüseyin, Halil Erkan Erişti, Hasan G. Öncül Ve Diğeryleri. "Sağlık Hizmetleri
- Özdemir, Oya, Esin Ocaktan Ve Recep Akdur. "Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye Ve Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi", Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt 56, Sayı 4, 2003.
- Özlyü, T., Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Kılavuzu, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, Haziran 2007.
- Özsarı, Haluk (Aralık 1998), Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları, Erişim: <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9812/3.htm>
- Özsuca, Şerife., "Küreselleşme Ve Sosyal Güvenlik Krizi", Ankara Üniversitesi Sbf Dergisi, Sayı: 58[2], Nisan-Haziran 2003
- Özteky, Zafer. Türkiye' De Sağlık Hizmetleri Sorunlar Ve Çözümler,
- Özveri, Murat., "Yoksulluğun Yönetilmesi Ve Sosyal Güvenlik Hakkı", Praksis, Sayı: 9, Kış-Bahar 2003
- Pamukoğly, Veysi.,(15.10.2004), Sağlık Bakanlığında Yine Bir İlk, Erişim: <Http://Www.Saglik.Gov.Tr/Default.Asp?Sayfa=Detay&İd=1185>
- Purroy, C. A. Ve Keenoy, E. M. Avrupa Bölgesinde Hızlı Geçiş Ülkeleri İle Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisinin İşbirliği, 2003
- Pekten, Ali. "Genel Sağlık Sigortası Ve Getirdiği Yenilikler", Sayıştay Dergisi, Sayı 61,
- R.G., 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, R.G. Tarihi:12.01.1961 Sayı:10705,< <http://www.saglik.gov.tr/>>. (04.11.2009).
- Recep Akdur, Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye Ve Avrupa Birliği'nde Durum Ve Türkiye'nin Birliğe Uyumuy, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma Ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi No:17, Ankara, 2003, S.51
- Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, Boluk Ofset, Ankara, 2007.
- Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. 21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 711, Yücel Ofset Matbaacılık, Ankara, 2007.
- Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 720, Yücel Ofset Matbaacılık, Ankara, 2007.

Resmi Gazete, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, Kanun No.5258, Kabul Tarihi 24.11.2004, Sayı 25665, Yayın Tarihi 9.12.2004.

Resmi Gazete, Sayı: 21273, 3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların

Resmi Gazete, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, Sayı 2653, 2007.Sagligin-Korunmasi.Pdf>. (04.11.2009).

Ruşen Keleş, “Hizmette Halka Yakınlık (Subsidiarite) İlkesi Ve Yerel Yönetimler”, Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi, Vol.4, No:1, 1995, S.3-14.

Sağlık Bakanlığı, 21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek, S.B. Yayın No:711, Ankara, 2007a.

Sağlık Bakanlığı, Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum Ve

Sağlık Bakanlığı, Sağlık 2004, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004

Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yay No: Sb-Hm 2010-23, Ankara, 2010.

Saydam Matbaası, S:18 -21, 1990. Altay, A., “Sağlık Hizmetlerinin

Sayıştay Dergisi, Sayı: 64, Ocak-Mart, S. 33-57., 2007.

Sevim, İ., 1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi, Marmara Üniversitesi, Sos. Bil. Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006. Sgk, 2009 Yılı Faaliyet Raporu, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No.14, Yıldız Ofset Baskı, Ankara, 2010.

Sistemi”, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Bölük Ofset, Ankara, 2007.

Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Yayınlanmamış

Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu (2003 Tarih Ve 4958 Sayılı), Erişim: 21.02.2006, <http://www.ssk.gov.tr/wps/portal/>

Soyer, Ata - Belek, İlker., “Türkiye’de Özel Sağlık Sektörü Ve Sağlıkta Özelleştirme”, (Der. Ata Soyer), Kapitalizm, Sosyalizm Ve Sağlık, Öteki Yayınevi, Ankara, 1998  
Soyer, Ata., “1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?”, Toplum Ve Hekim, Cilt: 15, Sayı:4, Temmuz-Ağustos 2000

Sözleşmeli Sağlık Personeli Yasası, Erişim: 25. 01. 2006, <http://www.istabip.org.tr/gunce2/sozlesmedosya.asp>

Starfield, B. , Primary Care: Balancing Health Needs, Services And

Stein, Hans. Dreams Versus Reality; The Eu Constitution And Health, Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, Sur, H. , “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi Ve Gelişimi”, S.2. <<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>>. (17.10.2009).

Şakar, Ayşe Yiğit., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Harcamaları”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1999

Şenatalar, B., Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25 (4), 2003 Özel Eki, S.22-24, 2003.

Şahin, İsmet, Yaşar A. Özcan Ve Hacer Özgen. “Assessment Of Hospital Efficiency Under Health Transformation Program In Turkey”, Central European Journal Of Operation Research, Doi: 10, 1007/S10100–009–0121–3 Springer, Verlag 2009.

Şakar, Müjdat. Sosyal Sigortalar Uygulaması, Yenilenmiş 9.Basım, İstanbul, Beta, 2009.

Tanrıtanır, N. Türkiye Ve Avrupa Birliği’ndeki Sağlık Politikaları Ve Göstergelerinin Karşılaştırılması, Devlet Planlama Teşkilatı. Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, Ankara,1997

Tatar, M. , “Sağlık Politikası Ve Planlaması”, S.14, <[www.belgeler.com/blg/29qs/saglik-politikasi-ve-planlamasi](http://www.belgeler.com/blg/29qs/saglik-politikasi-ve-planlamasi)>. (24.03.2011).

Tatar, Mehtap Ve Panos Kanavos. "Health Care Reform In Turkey", Eurohealth, Vol 12 No 1, 2006.

TC Avrupa Birliği Bakanlığı Katılım Sürecinde Müzakere Fasılları N:07 S1-42

TC Sağlık Bakanlığı Ab Koordinatörlüğü Daire Başkanlığı, Ab Ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları Ankara 2010, S.20.

Technology. New York: Oxford University Press. 1998’den Aktaran Z. Öcek Vd., Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004

Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun, <http://www.saglik.gov.tr/tr/belge/1-437/eski2yeni.html> (Erişim:15.08.2010)

Temel, Türkan Özel Hastaneler Sektör Raporu, İto, 2003. <http://www.ito.org.tr/dokuman/sector/1-71.pdf> (Erişim:22.10.2010)

Teşhis Ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ, R.G. Tarihi: 30.05.2003, Sayı:25123.

TR Avrupa Komisyonu,Komisyon Tarafından Avrupa Parlamentosu'na Ve Konsey'e Sunulan Bildirim.Genişleme Stratejisi Ve Başlıca Zorlukları 2011-2012 ,Brüksel,Com(2011)666,S.51-109.

Turkey 2008 Progress Report, Commission Of The European Communities, Brussels, 05.11.2008, Sec(2008)

2699 Final, S. 79

Türkiye Cumhuriyeti Ve Uluslararası İmar Ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (İkinci Sağlık Projesi), Resmi Gazete, Sayı: 22149, 22 Aralık 1994

Tük. "Sağlık Harcama İstatistikleri 2004-2007 Yılı Sonuçları", Haber Bülteni, Sayı 9,

Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu. Hekimlerin Değerlendirmesi İle Performansa Dayalı Ödeme, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara, 2009.

Türkiye Cumhuriyeti Ve Uluslararası İmar Ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (Temel Sağlık Hizmetleri Projesi)", Resmi Gazete, Sayı: 23203, 17 Aralık 1997

Türkiye Fotoğrafı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2007.

Ttb "On Soruda 224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun", Toplumve Hekim, Cilt: 16, Sayı: 1, Ocak-Şubat 2001

Ttb, "7. Beş Yıllık Planın Hekimlerle İlgili Bölümleri", Toplum Ve Hekim, Cilt: 11, Sayı: 71, Ocak-Şubat 1996

Ttb "On Soruda 224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun", Toplum Ve Hekim, Cilt: 16, Sayı: 1, Ocak-Şubat 2001

Weisbrod, B. A., "Competition İn Healt Care:A Cautionary View" İnstitute For Research On Poverty Discussion Paper, Dp-678-81, Universty Of Wisconsin, S.1, 1991'den Aktaran Kurtulmuş, S., Sağlık Ekonomisi Ve Tüsiad. Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri, Yayın No.Tüsiad-9/2004-09/380, Lebib Yalkım Yayınları, İstanbul, 2004.

Undp. Human Development Report 2009, Overcoming Barriers: Human Mobility And Development Palgrave Macmillan, First Published, New York, 2009.

Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Abd, Yayınlanmamış Yüksek

World Bank. Turkey: Reforming The Health Sector For Improved Access And Efficiency, Volume 1: Main Report, Report No.24358-Tu, Washington Dc, 2003.

[www.abgm.adalet.gov.tr/e-kutuph.htm](http://www.abgm.adalet.gov.tr/e-kutuph.htm), (25.03.2009)

[www.absaglik.com/hhyildirim\\_tyildirim\\_absaglik.pdf](http://www.absaglik.com/hhyildirim_tyildirim_absaglik.pdf), (23.03.2009)

[www.ikv.org.tr/pdfs/tuketici.pdf](http://www.ikv.org.tr/pdfs/tuketici.pdf),(07.04.2009)

[www.ikv.org.tr/pdfs/96b12507.pdf](http://www.ikv.org.tr/pdfs/96b12507.pdf), (07.04.2009)

[www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab\\_saglik\\_yonetimi.doc](http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab_saglik_yonetimi.doc),(25.03.2009)

Yeğınboy, Yasemin., “Bireye Yönelik Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Finansal Etkinliğin Artırılmasında Toplam Kalite Yönetiminin Etkileri”, I.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu (24-25 Kasım- Ankara),

[www.t-hasak.org/20032008.htm](http://www.t-hasak.org/20032008.htm), (10.04.2009)

Yenimahalleli, G. Sağlıkın Finansmanı Ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Ve End. İliş. Abd. , Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2007.

Yıldırım, H. H. , “Yapısal Uyum Programları Ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler.”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:5, S.1,Kış, S.121- 127, 2000.

Yıldırım, H. H., “Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık Hizmetleri Finansmanı Açısından Bir Sorgulama”, S.1., <[www.saglikyonetimi.org](http://www.saglikyonetimi.org)>. (04.05.2011).

Wb, A World Bank Policy Study, Financing Health Services In Developing Yüksek Lisans Tezi, 2008.