

## Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi

### *Evaluation of Healthcare Reforms in Turkey in Terms of Health Right*

**Emre KOL**

Yrd. Doç. Dr., Anadolu Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü

Ocak 2015, Cilt 5, Sayı 1, Sayfa 135-164  
January 2015, Volume 5, Number 1, Page 135-164

P-ISSN: 2146 - 4839

E-ISSN: 2148-483X

2015/1

[www.sgd.sgk.gov.tr](http://www.sgd.sgk.gov.tr)

e-posta: [sgd@sgk.gov.tr](mailto:sgd@sgk.gov.tr)

Yazılar yayınlanmak üzere kabul edildiği takdirde, SGD elektronik ortamda tam metin olarak yayımlamak da dahil olmak üzere, tüm yayın haklarına sahip olacaktır. Yayımlanan yazılardaki görüşlerin sorumluluğu yazarlarına aittir. Yazı ve tablolardan kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

If the manuscripts are accepted to be published, the SGD has the possession of right of publication and the copyright of the manuscripts, included publishing the whole text in the digital area.

Articles published in the journal represent solely the views of the authors.

Some parts of the articles and the tables can be cited by showing the source.

Cilt : 5 - Sayı : 1 - Yıl : 2015 / Volume : 5 - Number : 1 - Year : 2015

**Sahibi / Owner of the Journal**

Sosyal Güvenlik Kurumu Adına / On behalf of the Social Security Institution

Cevdet CEYLAN (Kurum Başkan Yardımcısı / Deputy President of the Institution)

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Responsible Publication Manager**

Mehtap ALTINOK

**Yayın Kurulu / Editorial Board**

Cevdet CEYLAN

Harun HASBİ

Erdoğan ÜVEDİ

Mürsel BAKİ

Ahmet Yalçın YALÇINKAYA

**Editörler / Editors**

Doç. Dr. Erdem CAM

Selda DEMİR

Asuman KAÇAR

Onur ÖZTÜRK

**Yayın Türü:** Uluslararası Süreli Yayın / *Type of Publication: Periodical*

**Yayın Aralığı:** 6 aylık / *Frequency of Publication: Twice a Year*

**Dili:** Türkçe ve İngilizce / *Language: Turkish and English*

**Basım Tarihi / Press Date:** 23.03.2015

*Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD),*

*TUBİTAK ULAKBİM - TR*

*ASOS INDEX - TR*

*DOAJ - SE*

*EBSCO HOST - US*

*INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL - PL tarafından indekslenmektedir.*

*Journal of Social Security (SGD), has been indexed by*

*TUBİTAK ULAKBİM - TR*

*ASOS INDEX - TR*

*DOAJ - SE*

*EBSCO HOST - US*

*INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL - PL*

**SGD Sosyal Güvenlik Dergisi**

Tüm hakları saklıdır. Bu Dergi'nin tamamı ya da Dergi'de yer alan bilimsel çalışmaların bir kısmı ya da tamamı 5846 sayılı Yasa'nın hükümlerine göre Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığının yazılı izni olmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayımlanamaz.

**Tasarım / Design:** Aren Reklam ve Tanıtım / Ankara 0.312 430 70 81 • www.arentanitim.com.tr

**Basım Yeri / Printed by:** EPA-MAT Matbaacılık / Ankara

**İletişim Bilgileri / Contact Information**

Ziyabey Caddesi No: 6 Balgat / Ankara / TURKEY

Tel / Phone: +90 312 207 88 91 – 207 87 70 • Faks / Fax: +90 207 78 19

Erişim: www.sgd.sgk.gov.tr • e-posta: sgd@sgk.gov.tr

---

## ULUSLARARASI DANIŐMA KURULU / INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

---

**Professor Yener ALTUNBAŐ**  
Bangor University – UK

**Professor Jacqueline S. ISMAEL**  
University of Calgary – CA

**Professor Ŗzay MEHMET**  
University of Carleton – CA

**Professor Allan MOSCOVITCH**  
University of Carleton – CA

**Professor Mark THOMPSON**  
University of British Columbia – CA

**Asst. Prof. Sara HSU**  
State University of New York – USA

**Asst. Prof. C. Rada Von ARNIM**  
University of Utah – USA

---

## ULUSAL DANIŐMA KURULU / NATIONAL ADVISORY BOARD

---

**Prof. Dr. Ahmet Cevat ACAR**  
Türkiye Bilimler Akademisi

**Prof. Dr. Mustafa ACAR**  
Aksaray Üniversitesi

**Prof. Dr. Ŗrsan AKBULUT**  
TODAİE

**Prof. Dr. Levent AKIN**  
Ankara Üniversitesi  
Hukuk Fakóltesi

**Prof. Dr. Yusuf ALPER**  
Uludağ Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Prof. Dr. Faruk ANDAÇ**  
Çağ Üniversitesi  
Hukuk Fakóltesi

**Prof. Dr. Kadir ARICI**  
Gazi Üniversitesi  
Hukuk Fakóltesi

**Prof. Dr. Onur Ender ASLAN**  
TODAİE

**Prof. Dr. Berrin Ceylan ATAMAN**  
Ankara Üniversitesi  
Siyasal Bilgiler Fakóltesi

**Prof. Dr. Hayriye ATİK**  
Erciyes Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Prof. Dr. Zakir AVŐAR**  
Gazi Üniversitesi  
İletifim Fakóltesi

**Prof. Dr. Selda AYDIN**  
Gazi Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Prof. Dr. Ufuk AYDIN**  
Anadolu Üniversitesi  
Hukuk Fakóltesi

**Prof. Dr. Remzi AYGÜN**  
Gazi Üniversitesi  
Tıp Fakóltesi

**Prof. Dr. Abdurrahman AYHAN**  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Prof. Dr. Mehmet BARCA**  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
İfletme Fakóltesi

**Prof. Dr. Vedat BİLGIN**  
Gazi Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Prof. Dr. Nurően CANIKLİOĐLU**  
Marmara Üniversitesi  
Hukuk Fakóltesi

**Prof. Dr. Fevzi DEMİR**  
Yaşar Üniversitesi  
Hukuk Fakóltesi

**Prof. Dr. A. Murat DEMİRCİOĞLU**  
Yıldız Teknik Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Prof. Dr. Üstün DİKEÇ**  
Emekli Öğretim Üyesi

**Prof. Dr. Ömer EKMEKÇİ**  
İstanbul Üniversitesi  
Hukuk Fakóltesi

**Prof. Dr. Sükran ERTÜRK**  
Dokuz Eylül Üniversitesi  
Hukuk Fakóltesi

**Prof. Dr. Mehmet Vedat GÜRBÜZ**  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
İnsan ve Toplum Bilimleri Fakóltesi

**Prof. Dr. Ali GÜZEL**  
Kadir Has Üniversitesi  
Hukuk Fakóltesi

**Prof. Dr. Alpay HEKİMLER**  
Namık Kemal Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Prof. Dr. Oğuz KARADENİZ**  
Pamukkale Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Prof. Dr. Türksel KAYA BENGŐHIR**  
TODAİE

**Prof. Dr. AŐkın KESER**  
Uludağ Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Prof. Dr. Cem KILIÇ**  
Gazi Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Prof. Dr. Ali Rıza OKUR**  
Yeditepe Üniversitesi  
Hukuk Fakóltesi

**Prof. Dr. Serdar SAYAN**  
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üni.  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Prof. Dr. Ali SEYYAR**  
Sakarya Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Prof. Dr. Ali Nazım SÖZER**  
Yaşar Üniversitesi  
Hukuk Fakóltesi

**Prof. Dr. Sarper SÜZEK**  
Atılım Üniversitesi  
Hukuk Fakóltesi

**Prof. Dr. Müjdat ŖAKAR**  
Marmara Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Prof. Dr. Erol ŖENER**  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
Tıp Fakóltesi

**Prof. Dr. Zarife ŖENOCAK**  
Ankara Üniversitesi  
Hukuk Fakóltesi

**Prof. Dr. Savaş TAŐKENT**  
İstanbul Teknik Üniversitesi  
İfletme Fakóltesi

**Prof. Dr. Mehtap TATAR**  
Hacettepe Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Prof. Dr. Sabri TEKİR**  
İzmir Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Prof. Dr. Aziz Can TUNCA Y**  
BahçeŐehir Üniversitesi  
Hukuk Fakóltesi

**Prof. Dr. M. Fatih UŐAN**  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
Hukuk Fakóltesi

**Prof. Dr. Özlem Özdemir YILMAZ**  
Ortaođu Teknik Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Doç. Dr. Tamer AKSOY**  
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üni.  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Doç. Dr. Süleyman BAŐTERZİ**  
Ankara Üniversitesi  
Hukuk Fakóltesi

**Doç. Dr. Hediye ERGIN**  
Marmara Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Doç. Dr. Orhan FİLİZ**  
Polis Akademisi

**Doç. Dr. Engin KÜÇÜKKAYA**  
Ortaođu Teknik Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

**Doç. Dr. Adil ORAN**  
Ortaođu Teknik Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

# *Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi*

## *Evaluation of Healthcare Reforms in Turkey in Terms of Health Right*

Emre KOL\*

### ÖZ

Toplumlarının sağlık sorunlarını çözmeyi amaçlayan tüm ülkeler, yeterli düzeyde sağlık hizmetini sağlamak ve bunu herkese eşit şekilde sunabilmek için çeşitli önlemler almak zorundadırlar. Emeklilik ve sağlık hizmetlerinin düzeyini belirleyen temel unsurlar ise, ülkenin gelişmişlik düzeyi ve devletin kaynakları olduğu kadar, sosyal politika kurumlarının toplumsal ve siyasi tarih içinde nasıl bir gelişim gösterdiği. Sosyal devlet anlayışının gelişmesi ile birlikte sağlık hakkı temel ve evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Sağlık hakkı, kişinin devletten, sağlığının korunmasını, ihtiyaç duyduğunda tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesini ve toplumun sunduğu imkânlardan yararlanabilmesini ifade etmektedir. Herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşama hakkı bulunmaktadır. Devlet de tüm vatandaşlarının beden ve ruh sağlığı içinde ve insan onuruna yakışır bir şekilde yaşamalarını sağlamakla görevli bulunmaktadır. Türkiye’deki sağlık reformlarının sağlık hakkı açısından değerlendirilmesini amaçlayan bu makale de ilk olarak sağlık hakkının tanımı ve unsurlarına yer verilerek 1961 Anayasası ve 1982 Anayasası’ndaki sağlık hakkı ile ilgili düzenlemeler incelenecektir. Son bölümde ise 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamaların sağlık hakkı açısından değerlendirilmesi yapılacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık hakkı, sağlık reformları, genel sağlık sigortası, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı

### ABSTRACT

All the states around the world which is aiming to solve the healthcare issues of the society has to offer adequate and equal healthcare services to all its citizens. Fundamental components which determines the level of retirement and healthcare services are not only the state’s development level and resources but also the historical developmental pattern of its social and political institutions. With rise of social state, health right is universally accepted to be among fundamental human rights. Health right entitles citizens to demand health protection and treatment when the need arises. Every citizen has right to live in a mentally and physically healthy conditions. State has given responsibility for making its citizens live in a physically and mentally healthy conditions in accordance with the human honour. This article aims to analyse the health reforms in Turkey from the perspective of the right to live as a healthy person. First of all, the study will define the right of health and its elements. Then, the survey will examine the regulations regarding the right of health in Constitutions of 1961 and 1982. As a conclusion, the study will carry out an analysis of the practices applied after the Program of Transformation in Health, which was introduced in 2003.

**Keywords:** Health right, health reforms, general health insurance, Health Transformation Program, Ministry of Health

---

\* *Yrd. Doç. Dr., Anadolu Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, ekol@anadolu.edu.tr*

(Makale gönderim tarihi: 25.03.2014 / Kabul tarihi: 23.03.2015)

## GİRİŞ

İnsanı hedef alan ve insanın sağlıklı ve mutlu bir hayat sürmesini amaçlayan sosyal politikalar içerisinde, sağlık politikasının doğrudan insan yaşamı ile ilgili oluşu, sağlık hizmetlerinin önemini ortaya koymaktadır. Toplumlarının sağlık sorunlarını çözmeyi amaçlayan tüm ülkeler, yeterli düzeyde sağlık hizmetini sağlamak ve bunu herkese eşit şekilde sunabilmek için çeşitli önlemler almak zorundadırlar. Emeklilik ve sağlık hizmetlerinin düzeyini belirleyen temel unsurlar ise, ülkenin gelişmişlik düzeyi ve devletin kaynakları olduğu kadar, sosyal politika kurumlarının toplumsal ve siyasi tarih içinde nasıl bir gelişim gösterdiği. Sağlık alanındaki gelişmelerin önemi bireyi olabildiğince uzun ve sağlıklı yaşatmaktan daha önemli bir konunun bulunmadığı düşüncesinden kaynaklanmaktadır.

Sosyal devlet anlayışının gelişmesi ile birlikte sağlık hakkı temel ve evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Sağlık hakkı, kişinin devletten, sağlığının korunmasını, ihtiyaç duyduğunda tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesini ve toplumun sunduğu imkânlardan yararlanabilmesini ifade etmektedir. Herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşama hakkı bulunmaktadır. Devlet de tüm vatandaşlarının beden ve ruh sağlığı içinde ve insan onuruna yakışır bir şekilde yaşamalarını sağlamakla görevlidir.

Türkiye'deki sağlık reformlarının sağlık hakkı açısından değerlendirilmesini amaçlayan bu makalede ilk olarak sağlık hakkının tanımı ve unsurlarına yer verilerek 1961 Anayasası ve 1982 Anayasası'ndaki sağlık hakkı ile ilgili düzenlemeler incelenecektir. Son bölümde ise 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile getirilen uygulamalar sağlık hakkı açısından değerlendirilecektir.

## I- SAĞLIK HAKKININ TANIMI VE UNSURLARI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası (WHO, 1946), sağlığı bedensel, ruhsal ve toplumsal tam bir iyilik hali olarak tanımlamakta, sağlığın her insanın temel bir hakkı olduğunu vurgulamakta ve hükümetleri insanların sağlığından sorumlu tutmaktadır. DSÖ Anayasası sağlığa bir

sosyal hak, sağlık hizmetlerine kamusal bir hizmet olarak bakmakta, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerini vurgulamaktadır (Dedeoğlu, 2009:195). DSÖ Anayasası’na göre en yüksek düzeyde ulaşılabilir olan sağlık standardından yararlanmak, her insanın temel bir hakkıdır ve sağlık hakkından yararlanmada, “ırk, din, siyasal düşünce, ekonomik ve sosyal durum” bakımlarından, kişiler arasında bir ayrımcılık yapılamaz. Sağlık hakkı, bu en yüksek sağlık standardından insanların eşit şekilde faydalanmasına olanak tanıyan bir sağlık sistemine sahip olma hakkını gerektirmektedir (Aksoy, 2013:838).

DSÖ ve 1978 tarihli Alma-Ata Bildirgesi, sağlığı “yalnızca hasta ya da engelli olmama değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal anlamda tam bir iyi olma hali” olarak tanımlamaktadır. Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklara ilişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi’nin (ESKHS) yetkili yorum organı olan Komite’nin, sağlık hakkı yorumunda da, DSÖ’nün sağlık tanımlarını temel aldığı görülmektedir. (Temiz, 2014:167). DSÖ Anayasası’nın başlangıç bölümünün ilk iki paragrafına göre; “Sağlık bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal esenlik durumudur ve yalnızca hastalık ve maluliyet yokluğu değildir. Ulaşılabilir en yüksek sağlık standartlarından yararlanma, ırk, din, siyasi görüş, ekonomik ya da sosyal durum farkı gözetilmeksizin her insanın temel haklarından biridir” (WHO, 1946).

Sağlık hakkına yönelik uluslararası insan hakları belgelerinde, hakkın öznesi “herkes” olarak ifade edilmektedir. ESKHS’nin sağlık hakkını düzenleyen 12. maddesinde “dil, din ve diğer herhangi bir statü” temelinde ayrımcılık yapılamayacağı hükmü getirilmiştir. Buradan hareket ederek, herkesin herhangi bir statüsü nedeniyle dışlanmaksızın sağlık hakkının öznesi olduğu ileri sürülebilir. Çünkü sözleşmenin yetkili yorum organı olan Komite’nin açıklamasından, “taraf devletin yetkisi altında bulunan herkesin” sağlık hakkının öznesi olduğu anlaşılmaktadır (Temiz, 2014:172). Ayrıca çalışanların sağlık hakkı söz konusu olduğunda burada hakkın öznesi çalışanlardır. Belli bir grup çalışanın sağlık hakkı söz konusu olduğunda söz konusu grup çalışanları sağlık hakkının öznesi olacaklardır (kadın çalışanların doğum izni gibi). Yaşlı ve engelliler, çocuklar gibi özel olarak korunması gereken grupların sağlık hakkı açısından özne olduğu belirtilebilir. Hakkın öznesi tartışmalarının

önem kazandığı durumlardan biri de acil tıbbi durum karşısında kişinin kimliği ve vatandaşlığının önem taşımasıdır. Amerikan İnsan Hakları ve Ödevleri Bildirisinde “her kişi”, Avrupa Sosyal Şartı’nda “yeterli kaynağı olmayan kişi”, Afrika İnsan ve Halkların Hakları Şartında “halk”, Amerikan İnsan Hakları Sözleşmesi Ek Protokolünde “tüm bireyler”, yine aynı protokolde “aileler” “devletin yargı yetkisine sahip tüm bireyler”, “yüksek risk grupları” ve “çocuk” sağlık hakkının özneleri olarak belirtilmektedir (Tahmazoğlu Üzeltürk, 2012:30).

Ulusal ve uluslararası belgelerde sağlık hakkının en sık vurgulanan öznesi “herkes”, “her kişi”, “tüm kişiler” veya “tüm bireylerdir”. Bu özne İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde karşımıza, “her şahıs” ifadesi ile çıkmaktadır. Birleşmiş Milletler (BM) ESKHS ise, bu hakkın özneleri olarak herkesi göstermektedir. Aynı ifade, Avrupa Birliği Temel Haklar Şartında da bulunmaktadır. Aynı anlayışı 1982 Anayasası da, “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir” (md. 56/1) diyerek benimsemiştir. İnsan hakları belgelerinde, sağlık hakkının ikinci sıradaki öznesi, yeterli kaynaklardan yoksun olanlardır. Avrupa Sosyal Şartı “Sosyal ve Tıbbi Yardım Hakkı” başlıklı 13. maddesinde, taraf devletleri, “yeterli olanağı bulunmayan ve kendi çabasıyla veya başka kaynaklardan, özellikle bir sosyal güvenlik sisteminden yararlanarak böyle bir olanak sağlayamayan herkese yeterli yardımı sağlamayı ve hastalık halinde bunun gerektirdiği bakımı sunmakla” yükümlü tutmaktadır. İnsan hakları belgelerinde, sağlık hakkının bir başka öznesi ise çocuktur. BM ESKHS “var olan doğum oranının ve bebek ölümlerinin düşürülmesi ile çocukların sağlıklı gelişmelerinin sağlanmasını” devlete görev olarak yüklemektedir (Bulut, 2009:209).

Sağlık hakkı, sağlık hizmetlerinde *mevcudiyet*, *erişilebilirlik*, *kabul edilebilirlik* ve *kalite* olmak üzere dört temel standardın yerine getirilmesini ifade etmektedir. Mevcudiyet; sağlık kuruluşları ile sağlık mal ve hizmetlerinin nicel olarak yeterli olmasını ifade etmektedir. Erişilebilirlik; ayrımcılık yapmamayı, fiziksel ve ekonomik ulaşılabilirliği ve bilgiye erişimi gerektirmektedir. Ayrımcılığın olmadığı sağlık hizmetleri, sağlık kurumları ile sağlık mal ve hizmetlerinin başta en korunmasızlar olmak üzere herkes için erişilebilir olmasını ifade etmektedir. Erişilebilir bir sağlık

hizmeti, toplumun tüm kesimleri için fiziksel olarak güvenle ulaşılabilir düzeyde ve yaygınlıkta olmayı gerektirir. Ayrıca ekonomik anlamda erişilebilir sağlık hizmetleri ile ilgili konularda herkesin bilgi arama, alma ve açıklama hakkı bulunmaktadır. Kabul edilebilirlik standardı ise, tüm sağlık mal ve hizmetlerinin toplumsal cinsiyete ve yaşam döngüsü ihtiyaçlarına bağlı olduğu kadar; etik ve kültürel değerlere uygunluğa da duyarlı olmasıdır. Kalite standardı, sağlık hizmetlerinin bilimsel ve tıbbi olarak uygun ve en yüksek kalitede olması gerekliliğini ifade etmektedir (Tahmazoğlu Üzeltürk, 2012:18-21; Aksoy, 2013:839).

Sağlık hakkı diğer haklarda olduğu gibi devletlere üç düzeyde yükümlülük getirmektedir. Bunlar saygı duyma, koruma ve yerine getirme yükümlülükleridir. Saygı duyma yükümlülüğü devletin sağlık hakkını ihlal etmemesi anlamına gelmektedir. Devlet sağlık hakkından yararlananları engellememeli ya da sınırlamamalıdır. Koruma yükümlülüğüne göre devlet sağlık hakkının başkaları tarafından ihlal edilmesini önler. Devlet bunun için önlemler alırken üçüncü şahısların tıbbi malzeme ve ilaçları pazarlamalarını denetleyecek sistemleri de uygulamalıdır. Yerine getirme yükümlülüğü devletin sağlık hakkından yararlanmayı sağlamak adına pozitif adımlar atmasını gerektirmektedir. Bu yükümlülükler göz önünde bulundurulduğunda devletlerin, sağlık hakkının yerine getirilmesi bakımından serbest bırakılması, bu hakkın içeriğinin boşaltılması anlamına gelebilecek uygulamalara neden olacaktır. Başka bir ifade ile devletin sağlık hakkı konusundaki yükümlülüklerini yerine getirmesi, hakkın kullanılabilir kılınması açısından hayati bir öneme sahiptir (Aksoy, 2013:839-840).

Saygı, koruma ve yerine getirme yükümlülüklerinin, sağlık hakkı da dâhil olmak üzere, sosyal haklara ilişkin devletlerin yükümlülükleri konusunda uluslararası insan hakları hukukunda giderek yerleşmekte olan bir standart olduğu görülmektedir. Bu durumun, devletlerin insan haklarına ilişkin ödevleri konusunda, öncelikle BM sisteminde gelişen ve giderek yaygınlaşan bir kabul gördüğü belirtilebilir (Temiz, 2014:176).

Sağlık hakkının güvence altına alınması ve çerçevesinin belirlenebilmesi açısından bazı ulusal ve uluslararası düzenlemelere değinmek gerekmektedir. Bunlardan ilki olan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’ne



göre herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir. Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları bulunmaktadır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi bir yaptırım gücüne sahip olmasa da, sağlık hakkının gerek ulusal, gerekse uluslararası alanda hukuksal anlamda tanınması yolunda atılmış çok önemli bir adımdır (Aksoy, 2013:840).

Türkiye’de sağlık hakkı ile ilgili düzenlemelere ise ilk olarak 1961 Anayasası’nda yer verilmiştir. Bu nedenle izleyen bölümde 1961 Anayasası ve 1982 Anayasası’ndaki sağlık hakkı ile ilgili düzenlemelere yer verilmektedir.

## II- 1961 ANAYASASI VE SAĞLIK HAKKI

Sağlık reformlarının amaçları; sağlık düzeyini, sağlık hizmetini kullananların memnuniyetini geliştirmek ve hizmetin kalitesini artırmak; sağlıktaki eşitsizlikleri dezavantajlı grupların lehine azaltmak; sağlık harcamalarını maliyet etkin bir şekilde gerçekleştirmektir. Başka bir deyişle sağlık reformlarının amacı, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek ve sürekliliğini sağlamaktır (Bakar ve Akgün, 2005:340).

Sağlık reformları açısından 1960’lı yıllara gelindiğinde Türkiye, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’ni imzalamış ve DSÖ Anayasası ekseninde, ‘sağlıklı doğup sağlıklı yaşamanın insan hakkı olduğu’, bunu sağlamanın bir kamu görevi olduğu düşüncesiyle, sağlığa Anayasal bir boyut kazandırılmıştır. Sağlık hakkı, 1961 Anayasası’nın 49. maddesinde şu şekilde vurgulanmıştır: “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirlili ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır”. Böylece sağlığın temel bir insan hakkı olduğu Anayasa ile güvence altına alınmıştır. Dar alanda geniş kapsamlı hizmet ilkesi ile 1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, bu ihtiyacı gidermiştir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin yaygın, sürekli, entegre, kademeli ve halkın ihtiyaçlarına yönelik olarak sunulması hedeflenmiştir. Ulusal sağlık

hizmetlerinin sunumunda kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı kabul edilmiş ve sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. Kanun (224 sayılı) sağlık hizmetlerinden yararlanmada sevk sistemini de getirmiştir. Getirdiği bir başka uygulama ise, sosyalleştirmenin uygulandığı bölgelerde, ilaç ve tedavi hizmetleri için hizmeti kullananlardan hiçbir ücret alınmamasıdır (Akdur, 2006:29; Aksoy, 2007:47-48). Bu uygulamalarla sağlık hizmetlerine erişim hakkının kullanılmasına yönelik adımların atılmaya çalışıldığı görülmektedir.

Sosyalleştirme uygulamasına 1963 yılında Muş ilinde başlanmıştır. Muş ilini Bitlis, Hakkâri ve Van illeri izlemiş, eğitim ve öğretim konusunda da yararlanılmak üzere Ankara ilinden bağımsız olarak Etimesgut bölgesi de sosyalleştirme kapsamına alınmıştır. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin 1977 yılında tüm Türkiye’ye yayılması hedeflenmiştir. Her 5000 kişiye bir sağlık ocağı kurulması çalışmalarının 1982 yılında tamamlanması öngörülmüştür. Sosyalleştirme programı tüm Türkiye’de uygulanmaya başlandığında, belirli bir sistemden yoksun olarak ve farklı kuruluşlar tarafından yürütülen hizmetlerin doğurduğu sorunların çözülmesi ve var olan kaynakların en etkili şekilde kullanılması amaçlanmıştır (Akdur, 1999:15; Akdur, 2006:29-30; Ulutaş, 2011:158).

Sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi gerektiği anlayışını yazılı olarak ifade eden bir kanun olması bakımından 224 sayılı Kanun, ayrı bir önem taşımaktadır. Bu Kanun ile amaçlanan sağlık hizmetlerinin bütünleştirilmesi ve tüm Türkiye’ye tek elden sunulmasıdır. Ancak izleyen yıllarda iktidara gelen hükümetlerin uyguladıkları politikalarla, bu Kanun’un benimsediği sağlık politikası çelişmiştir. Bunun bir sonucu olarak, sosyalleştirme programı başarılı bir şekilde uygulanamamıştır (Akdur, 2006:30; Erol ve Özdemir, 2014:11).

Nüfus Planlaması Hakkında 554 sayılı Kanun 1965 yılında çıkarılmıştır. Böylece; nüfusu artırıcı politikadan, nüfus artış hızını sınırlayıcı bir politikaya geçilmiştir (Akdağ, 2011a:23). Ancak 2008 yılının Ekim ayında yürürlüğe konulabilen Genel Sağlık Sigortası (GSS) ilk kez bu dönemde gündeme gelmiştir. GSS hakkında bir Kanun Taslağı 1967 yılında hazırlanmış, ancak Bakanlar Kuruluna gönderilememiştir. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda

1969 yılında GSS'nin kurulması tekrar öngörülmüştür. GSS Kanun Taslağı 1971 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisine (TBMM) gönderilmiş fakat kabul edilmemiştir. Meclis'e 1974 yılında tekrar sunulan taslak görüşülememiştir (Aksoy, 2007:49; Akdağ, 2011a:23).

Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair 2162 sayılı Kanun 1978 yılında çıkarılmıştır. Bu Kanun ile kamu personeli olan doktorların özel muayenehane açması yasaklanmıştır. Kısa bir süre sonra 1980 yılında, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair 2368 sayılı Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılarak tekrar muayenehane açma serbestliği getirilmiştir. Türkiye'de sağlık hizmetleri 1980 öncesi dönemde, birçok ülkede olduğu gibi, daha çok bir kamu hizmeti niteliğinde sunulmaktaydı. Sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı (SB) bütçesine konulan ödenekler ile Sosyal Sigortalar Kurumunun (SSK) prim gelirleri ve Hazine transferlerinden oluşan kaynaklar ile devlet hastaneleri, SSK hastaneleri ve az sayıdaki üniversite hastaneleri ile verilmekteydi. Özel hastaneler, sadece İstanbul ve Ankara'da sınırlı sayı ve yatak kapasitesine sahip bulunmaktaydı. İlaç endüstrisi üzerinde sıkı bir denetim uygulanmakta, SSK, ilaç üretimi ve ithalatının da içinde yer almaktaydı (Aksoy, 2007:49; Ataay, 2008:171; Akdağ, 2011a:23).

### III- 1982 ANAYASASI VE SAĞLIK HAKKI

Sağlık hakkı açısından 1982 Anayasası incelendiğinde 1961 Anayasası'nda yer alan insan haklarına dayalı devlet tanımının 1982 Anayasası ile değiştirilerek insan haklarına saygılı devlet şekline getirildiği göze çarpmaktadır. Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren maddeler kaldırılarak yerine, bu hizmetleri devletin gözeteyeceğini, düzenleyeceğini ifade eden maddeler getirilmiştir. Anayasa'nın 60. maddesi; "Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli önlemleri alır ve teşkilatı kurar" demektedir. Anayasa'nın 56. maddesinde ise "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir" ifadeleri

yer almaktadır. Böylece devletin sağlık hizmetlerinin sunumundaki sorumluluğu zayıflatılmıştır.

Sosyal hukuk devleti olan Türkiye’de sağlık hakkı konusunda 1982 Anayasası’na bakıldığında; “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” hükmünün yer aldığı görülmektedir (m.56/III-V).

Bu hükme göre, devlet sağlık hizmetlerini yürütürken herkesin bu hizmetlerden yararlanması amacıyla eşgüdüm sağlayacak ve genel esasları belirleyecektir. Maddede yer alan devletin bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak onları denetleyerek yerine getireceğine yönelik kural da bu düşüncüyü doğrulamakta, tüm sağlık hizmetlerinin sadece devlet tarafından değil, ancak onun gözetim ve denetimi altında aynı alanda faaliyet gösteren kurum ve kuruluşlarca da yerine getirilebileceğini ifade etmektedir (Kaboğlu, 2010:49-50). Anayasa’daki bu değişiklik, esas olarak sosyal devlet anlayışının değiştirilmesi anlamına gelmektedir (Soyer, 2003:305).

Anayasanın 56. maddesinin üçüncü fıkrası, kişilerin sağlık hakkına sahip olduğunu açıkça ifade eden bir düzenleme şeklini benimsemek yerine, devletin, kişilerin sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak görevlerinden söz eder şekilde ifade edilmiştir. Aynı eğilim, 1961 Anayasası’nda da bulunmaktadır. Ancak 1961 Anayasası’nda devlet, açıkça, herkesin sağlıklı yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla yükümlü kılınmışken; 1982 Anayasası devletin daha çok sağlık hizmetlerinin planlanıp düzenlenmesindeki görevine vurgu yapmaktadır (Bulut, 2009:212). Bu açıdan bakıldığında devletin sağlık hakkının gerçekleştirilmesine yönelik yükümlülükleri 1982 Anayasası ile zayıflatılmıştır.

Geçmiş dönemlerde, sadece hasta veya engelli olmamak açısından değerlendirilen sağlık hakkı, bugün herkesin en yüksek seviyede

fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkı şeklinde ele alınmaktadır. Bu bakımdan sağlık hakkı, tehlikeli su ve besinler gibi dış tehditlerden korunma, sağlıklı çalışma koşullarına sahip olma, sağlıklı bir çevrede yaşama ve sağlık eğitimi alabilme imkânlarının sağlanmasını da kapsayan bir hak olarak görülmektedir. Sağlık hakkı, öncelikli olarak, hastalık halinde gerekli olan sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için gereken koşulların oluşturulmasını gerektirmektedir. Bu açıdan, hastalığa yakalanmış kişilerin tedavi edilmeleri, sağlık hakkı kapsamında ele alınabilecek en önemli konulardan biridir. Böyle bir bakımın sağlanabilmesi için, sağlık tesislerinin, başka bir ifade ile hastane ve benzeri kurumların varlığı gerekli bulunmaktadır. Bu bağlamda devletin sunduğu sağlık hizmetlerini de sosyal hak çerçevesinde değerlendirmek mümkündür (Bulut, 2009:207-208).

Devletin sosyal politika anlayışındaki değişim ve bu değişimin Anayasa ile onaylanması, sağlık hizmeti sunumunun sosyal devlet anlayışından piyasa koşullarına bırakılmasına yönelik bir dönüşüm olarak görülebilir. Anayasada sağlık hakkı sosyal haklar arasında bulunmakla birlikte, 65. maddede devletin sosyal hakları ekonomik gelişmeye bağlı olarak “mali kaynakların yeterliliği ölçüsünde” yerine getireceği kabul edilmiştir (Şahbaz, 2009:412; Aksoy, 2013:840-841). Sağlık hizmetlerinin sunulmasını devlete görev olarak yükleyen 1982 Anayasası, diğer sosyal haklarda olduğu gibi, sağlık hakkına da bir sınır getirmektedir. Anayasanın 65. maddesinde ifadesini bulan bu sınır kapsamında devlet, sağlık hakkıyla ilgili görevlerini, mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirecektir. Bu nedenle devletin sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak sunmak gibi bir yükümlülüğü bulunmamaktadır (Bulut, 2009:212-213). Anayasa Mahkemesi de ekonomik ve sosyal haklara ilişkin olarak verdiği kararlarında idareye geniş takdir yetkisi bırakan bir anlayış izlemektedir. Örneğin Anayasa Mahkemesi Genel Sağlık Sigortası kararında şu saptamayı yapmaktadır: “Anayasa’nın 65. maddesindeki: “Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir” hükmü değerlendirildiğinde, genel sağlık sigortalısı kişinin bazı giderlerinin karşılanmasında belirli hastalıklara ödeme yapılmaması ya da bazılarında belli oranda ödeme yapılması devletin mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yasa koyucunun takdirindedir” (Tahmazoğlu Üzeltürk, 2012:86).

Anayasa Mahkemesinin dayanak aldığı mali kaynakların yeterliliği konusu açık bir Anayasa hükmüdür. Bu durumu devleti dava yükü altında bırakmamak sebebiyle olumlu karşılayan yaklaşımlar olduğu gibi, devletin sosyal hakları gerçekleştirmekten kaçınması için bir sığınak olarak kabul edenler de bulunmaktadır. İkinci yaklaşımı paylaşılanların önerilerinden biri de Anayasa’nın devlete yüklediği ödevlerde mali kaynakların belli önceliklere göre kullanılması yükümlülüğünün sosyal ve iktisadi haklar bölümünde bu tür önceliklerin dava edilebilir nitelikte asgari hak alanları olarak somutlaştırılmasının kabulü şeklinde ifade edilmektedir. Başka bir yaklaşım ise, kaynakların yeterliliği ölçütüne göndermede bulunmaksızın kaynakların sosyal ve ekonomik hakların gerçekleştirilmesi amacıyla sosyal adalet ilkesine göre kullanılmasının anayasada yer alması ve gerekçede de ekonomik ve mali kaynakların durumu ne olursa olsun, devletin olumlu edimde bulunma ve bunun düzenli ve sürekli biçimde “somut sonuçlar alma” ve “ilerlemeler gerçekleştirme” yükümlülüğü anlamına geldiğinin vurgulanmasıdır. Gülmez ayrıca, ekonomik ve mali kaynakların durumu ne olursa olsun, devletin olumlu edimde bulunma ve bunun, düzenli ve sürekli bir biçimde “somut sonuçlar alma” ve “ilerlemeler gerçekleştirme” yükümlülüğü anlamına geldiğinin belirtilmesi gereğine işaret etmektedir (Tahmazoğlu Üzeltürk, 2012:102-103).

Sağlık hakkı açısından bakıldığında 1980’li yılların sonlarına gelindiğinde dünyanın her yerinde egemen olan liberal ekonomik uygulamalar Türkiye’de de görülmeye başlanmıştır. Bu uygulamalardan sağlık sistemi de etkilenmiştir. Böyle bir ortamda 1987 yılında kabul edilen 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (SHTK), kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kurumlarının sağlık işletmesine dönüştürülebileceğini ifade etmektedir. Ayrıca kamu kurumlarında çalışan doktorların mesai saatleri dışında kurumda özel teşhis ve tedavi yapabilmelerini öngörmekte, sağlık işletmesi uygulamasına geçen kuruluşa sözleşmeli sağlık personeli çalıştırma yetkisi vermektedir. Ancak önemli maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen Kanunun uygulama olanağı büyük oranda yitirilmiştir. Ulusal bir sağlık politikasının oluşturulmasına yönelik olarak 1989 yılında yapılan ön çalışmalar ve 1990 yılında sağlık sektörünün genel planının yapılmasını izleyen yıllarda Sağlık Bakanlığı bünyesinde Dünya Bankası (DB) kredilerinin desteğiyle

reformlar hazırlanması amacıyla bazı faaliyetler gerçekleştirilmiştir (Aksoy, 2007:51-52; Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ve DB, 2008:33; Bulut, 2011:118; Akdağ, 2011a:23). Bu faaliyetlerle hedeflenenlerin ise sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin azaltılması ve özel sektörün sağlık hizmetlerinin sunumundaki etkinliğinin artırılarak sağlık hizmetleri alanında özelleştirmeye doğru bir eğilimin yerleştirilmesi olduğu ileri sürülmektedir.

Kamu sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve piyasaya açılması, devletin bu alandaki sorumluluğuna son verilmesi, sağlık personeli üzerinde piyasa mantığı ile oluşturulan baskının meşrulaştırılması ile SHTK, kendisinden sonraki tüm kanun girişimlerinin ve tartışmalarının dayanağı olmuştur. Bu kanun ile kamu ve özel sağlık kuruluşları aynı yaklaşımla ele alınmış, devletin her iki sağlık kuruluşuna aynı mesafede yaklaşması anlayışı baskın kılınmış, kamu sağlık kuruluşları statü olarak işletme haline getirilmiş, hem özel hem de kamu sağlık kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmış, sosyal güvenceye sahip olan herkesin kamu ya da özel istediği sağlık kuruluşundan yararlanabilmesi mümkün hale gelmiştir (Soyer, 2003:307).

Sağlık reformları açısından 1980'li ve 1990'lı yıllarda liberalleşme konusunda önemli gelişmeler sağlanmıştır. Sağlık reformları; hizmetin finansmanının vergiler yerine, ödeme gücü bulunanların primleri ve katkı payı ile karşılanmasını, sağlık hizmetinin sunumu ile finansmanının ayrılmasını, sağlık kurumlarının özelleştirilmesini, yerinden yönetime dayalı ve rekabeti hedefleyen bir sistemin oluşmasını, sağlık çalışanlarının istihdamında esnekleşmenin ve performansa dayalı ödemenin yaygınlaşmasını hedeflemektedir (Erol ve Özdemir, 2014:11-13).

1992 ve 1993 yılları arasında Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformu çalışmalarına hız kazandırılmıştır. Ayrıca 1992 yılında 3816 sayılı Kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır. Böylelikle sağlık hizmetlerine erişim bakımından yeterli ekonomik düzeyden yoksun bulunan bireylerin, sınırlı bir şekilde de olsa, sağlık sigortası sisteminin kapsamına alınmaları sağlanmıştır (Bulut, 2011:118; Akdağ, 2011a:24).



Son olarak 1990’lı yılların başından itibaren yoğunlaşan GSS tartışmaları, iktidara gelen tüm hükümetler tarafından benimsenmiş, bu tarihten sonraki bütün kalkınma planlarında yer almış, sadece hazırlanan tasarı ve taslaklar farklı iktidarlar döneminde farklı adlar almıştır. Tasarı ve taslak adları farklı olsa da 1990’lı yıllardaki sağlık reformu programı sağlık finansman reformu, hastaneler ve sağlık işletmeleri reformu, aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetleri reformu, teşkilat ve yönetim reformu, insan kaynakları reformu ve sağlık enformasyon sistemleri alanlarını kapsamaktadır. GSS, Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı adı ile 1998 yılında Bakanlar Kurulu tarafından TBMM’ye sunulmuş, ancak kanunlaştırılmamıştır. GSS ile ilgili olarak 2000 yılında, Sağlık Sandığı adı altında bir kanun tasarı taslağı bakanlıkların görüşüne sunulmuş ancak bu girişim de sonuçlandırılmamıştır (Bakar ve Akgün, 2005:345; Akdağ, 2011a:24).

Doksanlı yıllarda gerçekleştirilen Sağlık Reformu çalışmalarının temel hedefleri SB tarafından aşağıdaki gibi özetlenmektedir:

- i- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak genel sağlık sigortasının kurulması,
- ii- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği bünyesinde geliştirilmesi,
- iii- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- iv- SB’nin koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir şekilde yeniden yapılandırılması.

Yine SB’na göre bu dönem önemli teorik çalışmalar yapıldığı ancak bu çalışmaların yeterince uygulama alanı bulamadığı bir dönem olmuştur. Bu durumun nedenleri ise; toplumsal uzlaşmanın sağlanamaması, koalisyon hükümetlerinin iktidarda bulunması ve siyasi istikrarsızlıklar olarak açıklanmaktadır (Ataay, 2008:170; Akdağ, 2011a:24). Ancak 2003 yılında uygulanmaya başlayan SDP ile sağlık hizmetlerinin sunumunda tümüyle farklı bir anlayış benimsenerek hızlı bir şekilde uygulamaya konulmuştur. Bu nedenle izleyen kısımda SDP ile getirilen uygulamalar incelenecektir.



#### IV- 2003 YILI SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI: TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Sağlık hizmetlerinde köklü değişikliklere gidilmesi amacı ile 2003 yılında yeni hükümetin iktidara gelmesiyle sağlık sistemi gündeme taşınmış ve Ocak ayında Acil Eylem Planı ve Kamusal Yönetim Reformu başlığı ile bir dizi faaliyet gerçekleştirme hedefi belirlenmiştir. Bu hedefler arasında, “Herkesin Sağlık” başlığı ile SDP da bulunmaktadır. Reform kelimesinin geçmişteki başarısızlıkları hatırlatması nedeniyle bu başlık seçilmiştir. SDP’nin amaçları; sağlık hizmetlerini etkin ve üretken bir biçimde, eşitlik içinde düzenlemek, finanse etmek ve sunmaktır. Program’ın temel ilkeleri insan merkezli olma; sürdürülebilir, sürekli kalite gelişimi içinde paylaşımcı, gönüllülüğe dayanan, güçlerin dağılımını sağlayan bir işleyiş oluşturma; yerinden yönetim ve hizmette rekabet unsurlarına yer verme olarak belirtilmektedir (Akdağ, 2008a:20; Akdağ, 2011b:11).

“Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler yer almıştır. Bu hedefler şu şekilde ifade edilebilir: (Akdağ, 2008a:20).

- i- SB’nin idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- ii- Tüm vatandaşların GSS kapsamı altına alınması,
- iii- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- iv- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- v- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- vi- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- vii- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- viii- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- ix- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- x- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,

xi- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

SDP sekiz tema etrafında dönüşümü hedeflemektedir. Bu temalar; (Akdağ, 2007:17; Akdağ, 2008a:20; Ulutaş, 2011:176).

i- Planlayıcı ve denetleyici SB,

ii- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,

iii- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi,

a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,

b) Etkili, kademeli sevk zinciri,

c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,

iv- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyon ile çalışan sağlık insan gücü,

v- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,

vi- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,

vii- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,

viii- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi.

Sağlık hizmetleri alanında 2003 ve 2008 yılları arasındaki dönem, köklü değişimlerin olduğu bir dönem olmuştur. Bu alanda 2003 yılı başında uygulamaya konulan program, başta sosyalizasyon olmak üzere geçmiş birikim ve deneyimlerden, son dönemlerde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden esinlenilerek oluşturulmuştur (Akdağ, 2008b:21-22; Akdağ, 2011a:25).

SDP ile SB’nın planlama ile birlikte denetim yapması GSS’nın ise herkesi kapsamı öngörülmüştür (Sülkü, 2011:6). Belirlenen hedeflere göre, bireyler sağlık hizmetlerine, yüksek motivasyon ve yeterliliğe sahip sağlık çalışanlarına ülkenin her yerinde ulaşabileceklerdir (Bulut, 2011:119).

Bununla birlikte, SDP’nın özgün bir program olmadığı, DB’nın görüş ve önerileri ile biçimlendirilmiş bir proje olduğu yönünde değerlendirmeler

de bulunmaktadır (Bakar ve Akgün, 2005:346; Yaşar, 2008:164-165; Elbek ve Adaş, 2009:33; Sönmez, 2011:33-38).

SDP'nin temelini, GSS ve Temel Teminat Paketi; birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine geçilmesi; SSK'nın tasfiye edilerek SSK sağlık kuruluşlarının SB'na devri ve özelleştirilmeleri için alt yapının hazırlanması; tüm sağlık çalışanlarının sözleşmeli personel olarak istihdam edilmesi oluşturmaktadır. SDP'nin en çok eleştirilen yönü, sağlık hizmetlerinde kamunun ağırlığının azalması, özel sektöre ve bireysel sorumluluğa artan bir şekilde önem verilmesi ve sağlık hizmetlerine rekabet ve sözleşme gibi piyasa araçlarının uygulanmasını içeren yeni liberal eğilimlerdir (Hamzaoğlu, 2007:424-425; Ulutaş, 2011:177; Erol ve Özdemir, 2014:12). Bu yaklaşımla ödeme gücü bulunmayan kişilerin sağlık hizmetlerine erişimi güçleşmektedir.

Sağlık alanında, hükümet yetkilileri tarafından özel sektörün hizmet sunumunda kamudan daha etkin bir şekilde çalışacağına inanılmaktaydı. Özel hastanelere ve ekonomik çıkarları doğrultusunda faaliyet gösteren doktorlara sonuna kadar güven duyulmaktaydı. Bu noktada iki temel sorun ortaya çıkmaktadır. Bunlardan biri ekonomiktir ve normal bir piyasa malı olmayan sağlık hizmetlerinin sunumu piyasaya bırakıldığında, hem hizmet kalitesinin düştüğü hem de harcamaların arttığı farklı ülke örneklerinde görülmektedir. İkinci sorun, doktorla hastayı ticari bir ilişki içinde karşı karşıya getiren bir sistemin hasta haklarını korumakta başarısız olacağını görememekten kaynaklanmaktaydı. Tabipler Birliği ve çeşitli meslek örgütleri bu sorunları güçlü bir şekilde ifade ettiler. Ancak eleştiriler, eski sistemin sorunlarına ve bu sistemin dışında kalanların durumuna değinmediği, reformun gerekliliğini ve bazı olumlu yanlarını kabul etmekten kaçındığı için yeterince etkili olamamıştır (Buğra, 2010:235-236).

SDP ile getirilen uygulamaların en önemlileri SB'nın Yeniden Yapılandırılması, GSS Sistemi, Aile Hekimliği Sistemi ve İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleridir. Aşağıda bu dört uygulama ayrı başlıklar altında incelenmektedir.

### **A- Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması**

SDP ile SB'nın yeniden yapılandırılarak sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkarılması, politika belirleyen, koordinasyon sağlayan ve

sağlık piyasasını denetleyen ve düzenleyen bir kuruma dönüştürülmesi amaçlanmaktadır. SDP öncesinde SB’nın sorumlulukları arasında şu unsurlar bulunmaktaydı:

- i- Sağlık hizmeti sunumunun planlanması ve programlanması,
- ii- Sermaye yatırımlarının onaylanması,
- iii- Bulaşıcı hastalıklar ve bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik programlar geliştirilmesi,
- iv- İlaçların üretimi, reçete yazılması ve dağıtımının düzenlenmesi,
- v- Sağlık kuruluşları inşa etme ve işletme.

SB, hizmet sunumu da dâhil olmak üzere birçok görev ve sorumluluğu nedeni ile taşıyabileceğinden çok daha fazla yük altında bulunmaktaydı. Bu durum SB’nın idari fonksiyonunu etkili bir biçimde kullanma yeteneğini azaltmaktaydı. SDP ile SB’nın hizmet sunumu görevini terk ederek, hastalık kontrolü, sağlık düzenlemesi, planlama ve yönetim kapasitesi, izleme ve değerlendirme, sağlığın teşviki, sağlık alanında sosyal katılım, hakkaniyetli erişimin artırılması, kalite güvencesi, insan kaynakları eğitimi, halk sağlığı, kontrol ve afet önleme araştırmaları gibi işlevlerini güçlendirmesi hedeflenmiştir. SB’nın görevlerinin yeniden tanımlanması bağlamında bazı sorumlulukların yerel yönetimlere aktarılması gibi birçok politikadan yararlanılmaktadır. Başka bir ifade ile devlet, hizmet sunumundan geri çekilmekte, yerini özel sektöre ya da sözleşmeli doktorlara bırakmakta ve bu alandaki sorumluluklarını düzenleme ve denetleme yapmakla sınırlandırmaktadır (Ataay, 2008:180-181).

SB’nın sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, denetleyici, politika üretici rollerini üstlenmesinin, SB’nın sağlık hizmeti sunma görevini terk etmesi anlamına geldiği yönünde görüşler de bulunmaktadır. Bu görüşe göre; SB’nın sağlık hizmeti sunmayan bu rolü ile kamusal hizmet sunumu yerine özel sektörden hizmet satın alınması yoluna gidilecektir. Bu yeni sistemde yerel yönetimlere de kendi sınır ve sorumluluklarında bulunan alanların sağlık göstergelerini de dikkate alarak kısa, orta ve uzun vadeli yatırım programlarını belirleme sorumluluğu verilmektedir. Böylece sağlık hizmeti merkezi planlamanın dışına çıkartılarak, âdemi

merkezileştirilecek, yerel yönetimler aracılığıyla sağlık hizmeti sunumu daha kolay özelleştirilebilecektir (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006:276). SB'nin yeniden yapılandırılmasının amaçlarının sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine yönelik alt yapının oluşturulması olduğu görülmektedir.

## **B- Genel Sağlık Sigortası Sistemi**

Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminde reform gerekliliği uzun süredir ifade edilmektedir. Son dönemde reform önerileri, asıl olarak DB'nden gelmektedir. DB uzmanları ile Türk uzmanların ortak çalışmasına dayanan son raporda, sağlık sistemindeki reformun ilk ayağı olarak zorunlu GSS modeline geçilmesi önerilmiştir. Bu rapora göre, SSK, Emekli Sandığı (ES), Bağ-Kur çatısı altında yürütülen sağlık sigortaları ile Yeşil Kart kapsamında yürütülen hizmetler tek çatı altına alınarak bir GSS kurulmalıdır. Bu amaçla, tüm vatandaşlar zorunlu olarak GSS kapsamına alınmalı, prim ödeme gücü bulunmayanların primleri de devlet tarafından ödenmelidir (Ataay, 2008:170-171).

SDP, hakkaniyet ilkesi doğrultusunda, kişilerin ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve sağlık hizmetlerini ihtiyaçları oranında alacakları bir sosyal sigorta modeli geliştirmeyi hedeflemektedir. Bu bağlamda, devlet hastaneleri ile SSK hastaneleri arasındaki ayrımcılığın ortadan kaldırılması ile kamu hastane işletim modelleri arasında birlik sağlanmıştır. Bütün sosyal güvenlik kuruluşları tarafından ortak bir ilaç veri tabanının kullanılması ile aynı standartlara dayalı, tek elden ilaç takibi ve kontrolünün yapılmasına olanak sağlayan alt yapı oluşturulmuştur (Akdağ, 2010: 37).

GSS sistemi ile sağlık hizmetlerinin kapsamı tüm vatandaşlar için ES sigortalılarına sunulan seviyeye yükseltilmiştir. Bu sayede, SSK ve Bağ-Kur sigortalılarına sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamı artmıştır. Bununla birlikte GSS, sistem olarak ES uygulamalarından önemli derecede farklılıkları da beraberinde getirmektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, sosyal sigorta yardımları ile sağlık hizmeti sunumunu birbirinden ayırmıştır. Sosyal sigorta bölümünde sigortalıya yapılacak parasal yardımlar, GSS bölümünde de sağlık hizmeti sunumu, kapsamı ve yararlanma koşulları düzenlenmiştir. GSS'nin

amacı; tüm vatandaşların eşit kapsam ve kalitedeki sağlık hizmetlerine erişimini, risk paylaşımı ilkesine ve hakkaniyete dayalı olarak üst düzeye çıkarmak; çağdaş kontrol ve takip sistemlerine dayalı, ülke kaynaklarının kötüye kullanılmasını engelleyen etkin bir yapının kurulması ile sağlık alanında finansal koruma sistemini gerçekleştirmek olarak belirtilmiştir (Akdağ, 2008b:37-38; Sülkü, 2011:28-29; Bulut, 2011:119).

GSS’nın temel amaçlarından biri her türlü koruyucu sağlık hizmetinin uygulanmasını ve yaygınlaştırılmasını sağlamaktır. Hastalıklar ne kadar erken teşhis edilirse, tedavileri de o kadar kolay, başarılı ve ekonomik olmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, kaynakların gereksiz kullanımını engelleyeceği gibi, hastanelerdeki hasta yoğunluğunu da azaltmış olacaktır. Böylece kişiler sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşarak, daha etkin bir sağlık hizmeti alabileceklerdir. GSS kapsamında verilen sağlık hizmetleri ile ödenen prim miktarı arasında bir ilişki bulunmamaktadır. Gelire göre prim alınmasına karşılık, ihtiyaca göre hizmet verilmektedir. Bunun dışında GSS, tedavi hizmetlerinde özel-kamu ayrımını ortadan kaldırmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile protokol imzalayan özel hastanelerde yapılan her türlü tedavinin ödemesi devlet tarafından karşılanacaktır. GSS ile sağlık hizmetlerinin satın alınması tek bir kurum tarafından (SGK) yapılacağından, bu durum fiyatların belirlenmesi sürecine olumlu olarak yansımaktadır (Gümüş, 2010:19-20; Sülkü, 2011:29).

GSS tüm Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarını, Türkiye’de bir yıldan fazla ikamet eden yabancıları, sığınmacı ve vatansızları kapsamına almaktadır. 18 yaş altı çocuklar koşulsuz olarak GSS’nın kapsamına alınmışlardır. Sadece er ve erbaşlar, tutuklu ve hükümlüler ile yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olanlar kapsam dışında bırakılmaktadır. Kapsama giren kişilerin GSS’na katılımı zorunludur.

GSS, sağlık hizmeti alacak kişilerden prim toplanması esasına dayalı bir finansman sistemidir. Herkesten ödeme gücüne göre prim alınarak, herkese ihtiyacına göre hizmet verilmesi ilkesine dayanmaktadır. Ancak GSS şu anki uygulaması ile yoksulları korumada yeterli olmayan bir uygulamadır. Aylık geliri asgari ücretin üçte birinin üzerinde olan tüm

vatandaşlar her ay prim ödemek zorundadır. GSS kapsamında asgari ücretin üçte birinden daha az gelire sahip olduğunu belgeleyen kişilerin primleri devlet tarafından ödenmekte ve sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaları sağlanmaktadır. Ancak burada önemli bir sorun yoksulluk sınırının asgari ücretin üçte biri gibi düşük düzeyde belirlenmesinde ortaya çıkmaktadır (Erol ve Özdemir, 2014:13). Belirlenen yoksulluk sınırının üzerinde geliri bulunan kişiler prim ödemedikleri sürece sağlık hizmetlerinden yararlanamayacaklardır. Bu durum GSS'nın sağlık hakkı kavramı ile çelişen boyutunu göstermektedir.

GSS ile ilgili olarak basına yansıyan haberlere göre; 1 Ocak 2012 tarihinde uygulamaya geçirilen GSS nedeniyle milyonlarca kişi sağlık hizmetlerinden yoksun kalırken, prim borçları da her geçen gün katlanarak artmaktadır. GSS kapsamında çalışmayan ve gelir testi yaptırmayan yaklaşık 4,5 milyon kişi, adlarına en yüksek miktarda prim borcu çıkarılması nedeniyle, en temel insan hakkı olan sağlık hakkından yararlanamamaktadır. Bu kişilerin borcu gecikme faiziyle birlikte katlanarak artmaktadır. Bir yanda sağlık hizmetlerinden yoksun kalan, diğer yandan da faizleriyle birlikte prim borçları 3-4 bin liraya ulaşan vatandaşlar ne yapacağını bilememektedir. Büyük iddialar ve umutlarla hayata geçirilen, ancak vatandaşın sağlık hizmeti almasını neredeyse engelleyen GSS beklentileri karşılayamamıştır. Ödeme gücü bulunmayanların sağlık hizmetlerinden yararlanamayacağı açıkça görülmüştür. Uygulamanın yarattığı sorunların artması nedeniyle prim ve gecikme faizinden oluşan borç veya gecikme faizlerinin silineceği kamuoyuna yansımıştır. Ancak bu konuda hala bir adım atılmamıştır. Prim borçları ve katlanarak artan gecikme faizleri silinmeli, bu vatandaşlara yeniden sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağı sağlanmalıdır. Beklenen sonucu vermeyen, iki yıllık uygulamanın yarattığı sorunlar da dikkate alınarak GSS'nda yeniden bir düzenleme yapılması kaçınılmaz hale gelmiştir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak en temel haktır. Bu hakkı engellemek hiçbir gerekçe ile savunulamaz (Bayer, 2014).

GSS ile SGK'nın sağlık harcamaları artmış, tüm gider azaltıcı önlemlere rağmen mali yapısında beklenen iyileşme gerçekleşmemiştir. SGK'nın gelir gider dengesini sağlamak ve gereksiz sağlık hizmeti talebini ortadan

kaldırmak için katkı payları artırılmıştır. Katkı paylarının arttırılması ve sağlık kuruluşlarının alabileceği farkların yükseltilmesi, zamanla sağlık hakkının özünü zedeleyebilecek sağlık hizmeti talebinden vazgeçme veya sağlık hizmeti talebini geciktirme, erteleme sonucunu doğurabilecektir (Alper, 2012:57). GSS sisteminin ortaya çıkardığı en önemli sorun sağlık hizmetlerinden yararlanmak için getirilen katkı payı koşuludur.

Herkesi zorunlu olarak kapsamına alan, primle finanse edilen bir GSS oluşturmak yanlış bir tercih değildir. Gelir testi uygulaması, ekonominin kayıt altına alınmasına katkıda bulunduğu gibi, hizmetten yararlananın bedel ödemesini sağladığı için sosyal adalet duygusunun güçlenmesine de katkıda bulunabilir. Ancak GSS’nın uygulanması bakımından gelir testi uygulaması hayati bir önem taşımakla birlikte, bütün dikkatlerin bu noktaya yoğunlaştırılması bazı sorun alanlarının gözden kaçırılmasına ve GSS’nın amaçlarına aykırı bir uygulamanın ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu gelişmelerden biri de katılım payları ile ilgili uygulamadır. Sağlık hizmetlerinden yararlananlardan, başvurdukları sağlık kuruluşlarının basamağı dikkate alınarak alınan katılım payları artırılmıştır. Buna ilaç israfını önlemek amacıyla reçete katkı payı da ilave edilmiştir. Başlangıçta çok düşük olarak belirlenen bu miktarların zamanla artırılması, gelecekte daha da artırılabilceğini göstermektedir. Diğer taraftan, özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alanların ödeyecekleri ilave ücret payı da oran olarak yükseltilmiştir. SGK’nın sağlık hizmeti sunucuları arasında kamu-özel ayrımı yaparak farklı katkı payları belirlemesi GSS’nın hizmet satın almada eşit davranma ilkesine aykırı bulunmaktadır (Alper, 2012:59-60).

GSS sistemi içerisinde özel sağlık sigortalarının da tamamlayıcı bir rol üstlenerek desteklenmesi amaçlanmaktadır. Zorunlu GSS’nın kapsadığı temel teminat paketine ilave olarak hizmet almak isteyen kişiler özel sigorta yaptırabilecekler ve bu özel sigortalar aracılığıyla hizmet alabileceklerdir. Bu sistemle özel sigortacılığın teşvik edileceği yönünde görüşler de bulunmaktadır. Bu ifade; kişilerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmının temel teminat paketi ile karşılanamayacağı ve bu paket dışındaki hizmetler için ya hizmetin alımı esnasında cepten ödeme yapmak ya da zorunlu sigorta dışında ayrıca prim ödeyerek tamamlayıcı



özel sağlık sigortalarını tercih etmek zorunda kalmaları anlamına gelmektedir (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006:279-280; Ataay, 2008:172-173). Temel teminat paketi dışında kalan sağlık hizmetlerinin iyi işleyen, güvenilir bir özel sağlık sigortası sistemleri kanalıyla sunulması, özel sektörün de sistem içinde yer almasının sağlanmasına ve hizmet tanımının ve sınırlarının güvence altına alınmasına ihtiyaç duyulacaktır (Elbek ve Adaş, 2009:37-38).

GSS sisteminin en temel özelliği, primlerini ödeyen bütün vatandaşların kamusal sağlık sigortası ve kamu sağlık kuruluşlarından oluşan bir sistem içinde bütün sağlık hizmetlerini alabildiği ve bütün giderlerinin sigorta sistemi tarafından ödendiği bir modelin yerine, vatandaşların kamusal sağlık sigortası ve kamu sağlık kuruluşlarının yanı sıra özel sağlık kuruluşlarına ve özel sağlık sigortacılığına da başvurabildiği ancak bunun için ek ödeme yapmak zorunda kaldığı yarı kamusal, yarı özel bir sistemi öngörmesidir (Ataay, 2008:172-173).

### **C- Aile Hekimliği Sistemi**

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumuna ilişkin ilke ve kurallar, 1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile düzenlenmiştir (Ataay, 2008:174; Yaşar, 2008: 175). SDP’nın önemli bileşenlerinden biri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş uygulama yöntemi olan aile hekimliğidir. Aile hekimi, anne karındaki bebekten, ailenin en yaşlı bireyine kadar ailenin bütün üyelerinin sağlığından ve her türlü sağlık sorunlarından sorumludur. Sorumluluğunu aldığı kişinin hastalıklardan korunması için gerekli önlemleri almaktadır. Hastalık durumunda ise bilgi ve tecrübesi ölçüsünde tedaviyi sağlamaktadır. Aile hekimi genellikle aile bireylerinin ikametlerine yakın ve kolay ulaşılabilir bir yerde bulunmaktadır. Aile hekimleri, kişilerin ve hizmet sunucuların yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici bir işlevi yerine getirmektedir (Akdağ, 2011a:78-79; Akdağ, 2011b:2).

Aile hekimliği sistemine yönelik yasal düzenlemeler 2004 yılı sonunda yürürlüğe giren 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile başlamıştır. İlk uygulamaya ise 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce

ilinde başlanmıştır. Türkiye genelinde aile hekimliği sistemine 13 Aralık 2010 tarihinde geçilmiştir. Aile hekimliği öncesinde birinci basamak sağlık kurumlarında 17,800 hekim görev yapmakta iken, aile hekimliği sistemine geçiş sonrasında 2012 yılı rakamlarına göre, 6,717 aile sağlığı merkezinde 20,811, 961 toplum sağlığı merkezinde ise 2,167 hekim olmak üzere toplam 22,978 hekim görev yapmaktadır. Yine 2012 yılı sonu rakamlarına göre 3,634 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir. 2023 yılı hedefi ise 1,680 kişiye bir aile hekiminin hizmet sunmasıdır (Aksoy, 2007:60-61; Akdağ, 2011a:79-80).

Türkiye’de uygulanan aile hekimliği modelinde, birinci basamak (örneğin SB sağlık ocakları) ve ikinci basamak (örneğin SB hastanelerinin ayakta tedavi birimlerinde) sağlık hizmetlerinde çalışan maaşlı pratisyen hekimlere kamudaki işlerinden izin alma ve bağımsız, kişi başı ödemeye dayalı bir aile hekimi olarak çalışma seçeneği sunulmaktadır. Bu doktorların kamudaki asıl işlerine istedikleri zaman dönme hakları saklı kalmaktadır. Aile hekimi olmaya hak kazanabilmek için bu hekimlerin aile hekimliği konulu 10 günlük uyum eğitimlerini tamamlamaları gerekmektedir. Bu eğitimlerde aile hekimliği uygulamasının ilkeleri, iletişim, klinik yöntemler ve epidemiyoloji anlatılmaktadır. Uyum eğitimini tamamladıktan sonra aile hekimleri, kendilerine kayıtlı kişilerin sayısına göre (yani kişi sayısı bazında) aylık bir kişi başı ödeme almaktadırlar (OECD ve DB, 2008:42-43; Akdağ, 2010:69-70).

OECD ve DB’nın 2008 yılında Türkiye sağlık sistemini inceledikleri çalışmaya göre; aile hekimliği modeli ile birlikte SDP kapsamında Türkiye’deki birinci basamak sağlık hizmetlerinin de güçlendirilmesine çalışılmaktadır. Bu sayede gelecekte aile hekimleri ve koruyucu sağlık merkezleri daha iyi bir toplum sağlığı düzeyine ulaşmak için uyumlu bir biçimde çalışabilecektir. Toplum sağlığı merkezleri; entegre koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri vermektedir. Bu merkezler ayrıca; aşılama kampanyaları, üreme sağlığı ve çocuk sağlığı hizmetleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerini denetlemekle de görevlidirler. Aile hekimliği sisteminin etkin bir şekilde uygulanmasının önündeki engellerden biri doktor sayısının az olmasıdır. (Saraçoğlu, 2007:463-467; OECD ve DB, 2008:43; Elbek ve Adaş, 2009:35).

Aile hekimliği modeline getirilen eleştirilerin başında sağlık hizmetlerinin sunumunda bir bütün olarak koruyucu hekimlik yaklaşımının terk edildiği görüşü gelmektedir. Bu görüşe göre; sağlık ocaklarının yerini alan aile hekimliği uygulaması ile belirli bir bölgedeki nüfusu temel alarak koruyucu sağlık hizmetleri sunan anlayışın yerine kişiyi merkeze alarak tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik bir sistem getirilmektedir. Ayrıca aile hekimliği sisteminde yer alan doktor seçme ve değiştirme hakkı, kişilerin yaşadıkları çevre ile birlikte değerlendirilmelerini engellemektedir. Sağlık ocağı sisteminde doktor, çevre sağlığı teknisyeni, hemşire, tıbbi sekreter, ebe ve şoförden oluşan bir ekip hizmeti öngörülmekteyken, aile hekimliğinin sadece doktor merkezli bir sistem olduğu görülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren ekibin doktor dışı tüm üyeleri aile sağlığı elemanı olarak adlandırılmakta ve aile hekimleri yanlarında çalışan aile sağlığı elemanlarının işvereni konumunda bulunacaktır (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006:282-283; Gül ve Ergun, 2010:325; Ulutaş, 2011:185-187; Üstündağ ve Voltar, 2011:87).

Sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile 3359 sayılı SHTK sevk zincirine uyulması için bazı mali yaptırımlar getirmiştir. Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulmasını düzenleyen 224 sayılı Kanun'un 14. maddesi sevk zincirine uyulmaması durumunda hizmeti ücretli hale getirmiş, 3359 sayılı Kanun'un 3. maddesi de sevk zincirine uymayanlara fazla ücret ödeme yaptırımı getirmiştir. 5510 sayılı Kanun da sevk zincirine uymayan kişilere tedavi ücretinin %30'unun kendisi tarafından ödenmesi ilkesini getirmiştir. Ancak 5510 sayılı Kanun'da yapılan değişiklik ile bu hüküm yürürlükten kaldırılmıştır. SDP, etkili bir sevk sisteminin hastanelerdeki gereksiz yoğunluğu azaltarak hem tedavi hizmetlerinde kalite artışını sağlayacağı, hem de gereksiz sağlık harcamalarını azaltacağını ifade etmektedir (Yaşar, 2008:176). Aile hekimliği sistemi ile sağlık hizmetlerinin sunumunda doktor muayenehanesine dayalı bir anlayış geliştirilmiştir.

### **D- İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri**

Türkiye'de sağlık işletmesi modeline geçiş ilk olarak 1987 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile denenmiş ancak Anayasa Mahkemesinin

iptal kararı nedeniyle gerçekleştirilememiştir. Gerçekleştirilemeyen bu dönüşüm 2003 tarihli DB Raporu ile yeniden önerilmiştir. Raporda, kamu hastanelerinin verimliliğinin artırılması için hem idari ve mali açıdan hem de sağlık hizmeti üretimi açısından özerkleşmesi gerektiği savunulmaktadır. Rapora göre, özerkleşmeyle hem hastanelerin kendi öz kaynaklarını yaratmaları hem de arz talep ilişkisinin daha sağlıklı bir şekilde kurulması sağlanmış olacaktır (Ataay, 2008:176).

Pilot hastane özerkliği kanunu (Devlet Hastaneleri Birliği’nin Pilot Uygulaması Konulu Kanun Taslağı) 2007 yılında hazırlanarak görüşülmek üzere TBMM’ye sunulmuştur. Kanun, kamu teşebbüsü modeline dayanan hastane yönetimi ilkelerini açıklamaktadır. Örneğin, pilot projeye katılan hastaneler kurullar tarafından yönetilecek, fakat SB’na bağlı kalmaya devam edeceklerdir. Kanun, bölgesel seviyede ortak bir hastane birliği oluşturulması olanağını da tanımaktadır. Bu birlik; program, planlama, bütçelendirme ve uygulamayı birlikte yüklenen bir hastaneler ağından oluşacaktır. Pilot hastane birlikleri, sağlık elemanı işe alımı ve kaynak tahsisi konularında daha fazla özerkliğe ve esnekliğe sahip olacaktır. Hastane çalışanları, artık devlet memuru olmayacak ve sağlık sektöründe ömür boyu istihdam garantisine sahip bulunmayacaklardır. SB, hizmet kalitesinin garantisini vermektен ve hastane birliklerinin SB standartlarına uymalarını sağlamaktan sorumlu olacaktır (OECD ve DB, 2008:44; Akdağ, 2011a:215; Sağlık Bakanlığı, 2012a:45-46).

Tasarı hastane birliklerinin organlarını yönetim kurulu (YK), genel sekreterlik (GS) ve hastane yöneticilikleri olarak belirlemektedir. Karar organı YK, yürütme organı ise GS olacaktır. YK; ikisi İl Genel Meclisi (biri hukuk öğrenimi görmüş, diğeri yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir), biri Vali (işletme, iktisat veya maliye alanında en az dört yıllık yükseköğrenim görmüş), ikisi SB (biri tıp öğrenimi görmüş, diğeri sağlık sektöründe tecrübe sahibi ve alanında en az dört yıllık yükseköğrenim görmüş), biri Sanayi ve Ticaret Odası tarafından (en az dört yıllık yükseköğrenim görmüş) belirlenecek üyeler ile İl Sağlık Müdürü veya yardımcılarında oluşacaktır. Üye olabilmek için 8 yıl kamu veya özel sektörde iş deneyimine sahip bulunmak yeterli görülerek, özel sektör ve kamu arasında fark gözetilmemiştir (Ataay, 2007:5-6; Yaşar, 2008:177; Sülkü, 2011:11-12).

Tasarıya göre hastaneler; hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda SB tarafından belirlenecek usul ve esaslara göre performans değerlendirmesine tabi tutularak bu değerlendirmenin sonuçlarına göre yüz üzerinden puanlanarak beş sınıfa ayrılacaktır. Bu şekilde sınıflara ayrılan hastanelerin kapasite ve kaynakları birleştirilerek aralarında görev paylaşımı yapılacak, böylece daha rasyonel çalışmalarını sağlamak için hastane grupları oluşturulacak ve oluşturulan grubun ağırlıklı ortalaması (C) ve üzeri olanlar Birliğe dönüştürülecek, (D)'in altına düşenlere ise eksikliklerini gidermeleri amacıyla bir yıldan az olmamak üzere süre verilecektir. Sürenin sonunda eksikliklerini gideremeyen (D) sınıfındaki Birlikler ile (E) sınıfına düşenlerin YK üyelerinin ve bazı pozisyonlarda bulunan personelin sözleşmeleri sona erdirilerek, bu görev ve yetkiler Birlik tekrar (C) ve üzeri puan alana kadar SB'nın görevlendireceği personel tarafından yürütülecektir (Ataay, 2007:6-7; Yaşar, 2008: 178; Sülkü, 2011:12)

Kamu hastane birliklerinin kurulmasının amacı, hastanelerin, kendi kaynaklarından sorumlu birlikler haline getirilerek, kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasının yanında, SB tarafından uygulanacak performans değerlendirmesi ile kaliteli sağlık hizmetleri sunumunun sağlanmasıdır (Sülkü, 2011:12; Akdağ, 2011a:215).

## SONUÇ

Türkiye'de 1980'lerden beri iktidara gelen tüm hükümetler sağlık sisteminde reform gerçekleştirmeyi hedeflemişlerdir. Adalet ve Kalkınma Partisi hükümetinin 2003 yılında açıkladığı SDP da bu çabaların en son ve sağlık sistemi üzerinde en fazla etkisi olan halkasıdır. SDP, bir yandan tüm nüfusu kapsayarak, farklı sosyal güvenlik kurumları arasındaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmayı diğer taraftan özel sektörün sağlık hizmeti sunumundaki rolünü artırmayı amaçlamaktadır. Özellikle GSS ile birlikte temel sağlık hizmetlerini kapsayan tek bir temel teminat paketinin tüm nüfusa eşit olarak sunulmaya başlanması ve sosyal güvenlik sisteminin kapsamını genişletme çabaları SDP ile sağlanan önemli gelişmelerdir. Türkiye'deki sağlık sisteminde özel sektörün hizmet sunumundaki payı artırmakla birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanı bir kamu kuruluşu olan SGK tarafından sağlanmakta ve hizmet sunumunda devlet halen en

önemli aktör olmayı sürdürmektedir. SDP ile SB’nın planlama ile birlikte denetim yapması; GSS’nın ise herkesi kapsamı öngörülmüştür.

SDP ile getirilen bu uygulamalar sayesinde sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. SSK sağlık kurumları, SB’na devredilerek, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamasına geçilmiş ve SB hastanelerine döner sermaye gelirlerini kullanma, satın alma ve yatırım ile ilgili kararlarda daha fazla özerklik tanınmıştır. Sağlık bilgi sistemleri geliştirilmiştir. SDP ile özel sektörün rolü artmıştır. Kamu hastaneleri, verimliliklerini artırmak, tıbbi hizmetler üzerine yoğunlaşabilmek için altyapı hizmetlerini (bilgi teknolojileri, güvenlik, temizlik, lojistik, yemek gibi), özel sektörden hizmet olarak sağlama yolunu seçmişlerdir. Kamu hastanelerinin, teknolojidaki en son yeniliklerden yararlanmak, kaliteli sağlık hizmeti üretmek ve sunmak için özel sağlık kurumlarından teşhistanı hizmetleri satın alması da yaygınlık kazanmıştır. SGK, ayakta ve yatan hasta hizmetleri sunumu için özel kurumlarla sözleşmeler gerçekleştirmiştir. Bu teşvikler sayesinde özel hastane sayısı büyük artış göstermiş ve sağlık sektörünün dinamikleri değişmiştir.

SDP’nın uygulanmaya başlaması ile 2003 yılında SB’na bağlı 10 hastanede pilot uygulama olarak Performansa Dayalı Ödeme Sistemine geçilmiş ve ES üyelerine, sevsiz olarak özel hastanelere başvuru olanağı getirilmiştir. Sağlık çalışanlarına performans göre ödeme sistemi devlet hastanelerinde 2004 yılında yaygınlaştırılmış ve SB ile SSK Sağlık Tesislerinin ortak kullanımı protokolü yürürlüğe girmiştir. SSK’lılara tüm devlet hastanelerine ve eczanelere erişim olanağı 2005 yılında tanınmıştır. Türkiye genelinde Yeşil Kartlıların ayakta tedavi masrafları kapsam altına alınmıştır. Her Türk vatandaşının sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer alması birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim hakkına sahip olması 2007 yılında alınan yasal önlemler ile resmileştirilmiştir. Aynı yıl yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında; SSK, Bağ-Kur ve ES sağlık sigorta sistemleri içerisinde yer alan haklar daha uyumlu hale getirilmiştir. SUT yayınlanmadan önce SSK ve Bağ-Kur mensuplarının SB hastanelerine gitmeleri için herhangi bir sevk zorunluluğu bulunmamakta iken üniversite hastanelerine

erişim için bir sevk zorunluluğu bulunmaktaydı bu sevk zorunluluğu kaldırılmıştır. Sevk zorunluluğunun kaldırılması olumlu bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Özel sağlık kurumlarına erişim önceki sistemle aynı kalmıştır. Başka bir ifade ile SSK ve Bağ-Kur mensupları sağlık sigorta sistemlerinin sözleşmeli olduğu özel sağlık kuruluşlarından ayakta tedavi ve yatarak tedavi hizmeti almayı sürdürmüşlerdir. Böylece SSK ve Bağ-Kur mensuplarının hakları ES seviyesine gelecek şekilde yeniden düzenlenmiştir.

Türkiye’de uygulanan sağlık reformlarının amaçlarına bakıldığında sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve sağlık hizmetlerinin sunumundaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasının hedeflendiği görülmektedir. Ancak GSS’nin vergi ile finanse edilme ilkesi yerine primlerle finansman sağlanması ve prim ödeyemeyen kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanamaması sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulmasını tüm vatandaşlar için bir hak olarak kabul eden anlayışla bağdaşmamaktadır.

## Kaynakça

Akdağ, Recep (2007) *Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002 – Haziran 2007* (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları).

Akdağ, Recep (2008a) *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749).

Akdağ, Recep (2008b) *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*, (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 770).

Akdağ, Recep (2010) *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. (İlerleme Raporu: Eylül 2010)* (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 807).

Akdağ, Recep (2011a) *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, (Değerlendirme Raporu: 2003-2010)*, (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 839).

Akdağ, Recep (2011b) “Kamu Hastanelerinin Genel Verimliliğinin Değerlendirilmesi”, (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 848).

Akdur, Recep (1999) “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması”, (Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi).

Akdur, Recep (2006) “Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”, 3. Baskı, (Ankara: ATAUM Yayınları).

Aksoy, Beyhan (2007) “Bir Meslek Örgütünün Kurumsal Değişimdeki Yeri: Türkiye Sağlık Alanı Örneği”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi.



- Aksoy, Beyhan (2013) “Sağlık Hakkı Bağlamında Sivil Toplum Örgütlerinin Eylemlerinin Sosyal Politikalara Katkıları”, *14. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Kongresi Bildiriler Kitabı*, (İstanbul: Türk-İş Yayınları), 837-864.
- Alper, Yusuf (2012) “Genel Sağlık Sigortası ve Gelir Testi Uygulaması”, *Türk-İş Dergisi*, 2 (397), 56-60.
- Ataay, Faruk (2007) “Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme”, 1. Baskı, (Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları).
- Ataay, Faruk (2008) “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, *Amme İdaresi Dergisi*, 41 (3), 169-184.
- Bakar, Coşkun ve Seval Akgün (2005) “Türkiye’de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikâye”, *Toplum ve Hekim*, 20 (5), 339-352.
- Bayer, Yalçın (2014) “Genel Sağlık Sigortası Çöküyor”, *Hürriyet*, (05.02.2014).
- Buğra, Ayşe (2010) *Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye’de Sosyal Politika*, 4. Baskı, (İstanbul: İletişim Yayınları).
- Bulut, Ayşen (2011) “Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi”, *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar*, 2. Baskı, (Derleyenler: Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar), (İstanbul: İletişim Yayınları), 111-124.
- Bulut, Nihat (2009) *Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar*, (İstanbul: On İki Levha Yayıncılık).
- Dedeoğlu, Necati (2009) “Dünya Sağlık Örgütü ve Sosyal Haklar”, *Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu Bildiriler Kitabı*, (Ankara: Belediye-İş Sendikası Yayınları), 194-198.
- Elbek, Osman ve Emin Baki Adaş (2009) “Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme”, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12 (1), 33-44.
- Erol, Hatice ve Abdullah Özdemir (2014) “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4 (1), 9-34.
- Ertan, İzzet Mert (2012) *Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı*, (İstanbul: Legal Yayıncılık).
- Gül, Songül Sallan ve Ayşe Dericioğulları Ergun (2010) “Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği: Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar”, *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu II Bildiriler Kitabı*, (İstanbul: Petrol-İş Yayını), 317-337.
- Gümüş, Erdal (2010) “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler”, *Seta Analiz*, (24), 1-24.
- Hamzaoğlu, Onur (2007) “Yeni Liberal Politikalar ve Türkiye’de Sağlıkta Reform-Dönüşüm”, *Toplum ve Hekim*, 22 (6), 418-431.
- Hamzaoğlu, Onur ve Cavit Işık Yavuz (2006) “Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine”, *Mülkiye Dergisi*, 30 (252), 275-296.
- Kaboğlu, İbrahim (2010) “Anayasa’da Sosyal Haklar: Alanı ve Sınırları”, *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu II Bildiriler Kitabı*, (İstanbul: Petrol-İş Yayını), 43-60.
- OECD ve Dünya Bankası (2008) *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye*.
- Saraçoğlu, Gamze Varol (2007) “Edirne’de Toplum Sağlığı Merkezinde Çalışmak”, *Toplum ve Hekim*, 22 (6), 463-469.



Sönmez, Mustafa (2011) *Paran Kadar Sağlık Türkiye’de Sağlıkın Ticarileşmesi*, (İstanbul: Yordam Kitap).

Sülkü, Seher Nur (2011) “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları”, (Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No: 2011/414).

Şahbaz, İbrahim (2009) “Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı”, *TBB Dergisi*, (86), 405-424.

Temiz, Özgür (2014) “Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 69, 1, 165-188.

Ulutaş, Çağla Ünlütürk (2011) *Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, 1. Baskı, (Ankara: NotaBene Yayınları).

Üstündağ, Nazan ve Çağrı Yoltar (2011) “Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Bir Devlet Etnografisi”, *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar*, 2. Baskı, (Derleyenler: Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar), (İstanbul: İletişim Yayınları), 55-94.

Üzeltürk, Sultan Tahmazoğlu (2012) *Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı*, (İstanbul: Legal Yayıncılık).

WHO (1946) “Constitution of the World Health Organization”, Geneva: WHO. [[http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/constitution.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf)] (10.08.2014).

Yaşar, Gülbiye Yenimahalleli (2008) “Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neo-liberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler”, *Mülkiye Dergisi*, 32 (260), 157-192.