

# AVRUPA BİRLİĞİ-TÜRKİYE İLİŞKİLERİNDE SAĞLIĞIN KORUNMASI: İLERLEME RAPORLARINA BAKIŞ

## Health Protection in European Union-Turkey Relations: Overview of Progress Reports

Muzaffer AKDOĞAN\*

### Özet

**Anahtar Kelimeler:**  
Türkiye İlerleme Raporları, AB Türkiye İlişkileri, Sağlığın Korunması

**JEL Kodları:**  
D18, F02, H75, I18, N34, N44

Avrupa Birliği genişleme stratejisi kapsamında Avrupa Komisyonu tarafından hazırlanan raporlar aracılığıyla adaylık süreci devam eden devletlerin Avrupa Birliği müktesebatına uyumunu izlemekte ve ilerleme durumunu her yıl düzenli olarak raporlamaktadır. Bu strateji hem Avrupa Birliği tarafından raporlanan devletin gelişimini görmek hem de ilgili devletin adaylık sürecinde izleyeceği yol haritasını bilmek adına önemlidir. Türkiye 1998 yılından günümüze düzenli olarak ilerleme kayıtları tutulan bir devlettir. Günümüzde 33 müzakere başlığı üzerinden Türkiye'nin ilerlemesi Avrupa Birliği nezdinde düzenli takip edilmektedir. Bu çerçevede tüketici ve sağlığın korunması 28 sayılı müzakere başlığı olup, sağlık alanındaki ilerlemeler bu başlık altında değerlendirilmektedir. Bu çalışmada, sağlık alanında 1998'den bugüne önemli bir gelişim gösteren Türkiye'nin sağlığın korunmasına ilişkin ortaya koyduğu ilerleme ve Avrupa Birliği müktesebatına uyum performansı Avrupa Komisyonu ilerleme raporları referans alınarak incelenmektedir. Çalışmanın amacı, Türkiye'nin sağlık dönüşümünde Avrupa Birliği'nin etkisini görmek ve Avrupa Komisyonu ilerleme raporları üzerinden bu dönüşümü izlemektir. Çalışmada Türkiye'nin sağlık sistemini Avrupa Birliği müktesebatına uyumlaştırma konusunda önemli bir başarı sağladığı görülmüştür. Sağlığın korunması konusunda Avrupa Birliği Türkiye ilerleme raporlarının incelendiği bu çalışmada Türkiye tarafından ortaya konan istikrar, 1998 yılından günümüze Türkiye'nin üye olma iradesini yansıtmaktadır. Ayrıca bu irade, Avrupa Birliği ile Türkiye arasındaki yapısal ilişkiyi görmek adına da önemli bir göstergedir.

### Abstract

**Keywords:**  
Progress Report on Turkey, EU-Turkey Relations, Health Protection

**JEL Codes:**  
D18, F02, H75, I18, N34, N44

The European Union monitors the harmonization of the candidate states with the *acquis* through the reports prepared by the European Commission within the scope of its enlargement strategy, and regularly reports on their progress every year. This strategy is important not only to see the development of the state reported by the European Union, but also to know the course of action to be pursued by the relevant state during the candidacy process. Turkey is a state whose progress records have been kept regularly from 1998 to the present day. Today, Turkey's progress is monitored regularly by the European Union in 33 negotiation chapters. Within this framework, consumer and health protection is the negotiation chapter 28 and the progress in the field of health is evaluated under this heading. In this study, progress on health protection of Turkey, which has made significant progress since 1988 in the health field, and performance of alignment with the *acquis* are examined with reference to European Commission progress reports. The purpose of the study is to see the effect of European Union on Turkey's health transformation and monitor this transformation through the European Commission's progress reports. In the study, it was found that Turkey's health system had significant success in aligning with the EU *acquis*. In this study, which examined Turkey's progress reports on health protection, it can be seen that stability of Turkey shows its will to become a member of the EU since 1998. Furthermore, this will is an important indicator to see the structural relationship between the European Union and Turkey.

\* Dr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, muzaffer.akdogan@sbu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-9999-0969

## 1. Giriş

Avrupa Birliği (AB), başarılı bir ekonomik entegrasyon olarak kabul edilmektedir. Bu başarıyı salt ekonomiye indirgemek AB’yi çok dar bir çerçevede değerlendirmek anlamına gelecektir. Zira Birlik, ekonomi dışında kalan sağlık, güvenlik ve çevre gibi konularda da önemli gelişmeler göstermektedir. Birlik, üye devletlerin gelişimini desteklemek, eylemlerini takviye etmek ve tamamlamak gibi birtakım görevleri yanında adaylık süreci devam eden devletlere de her alanda yol gösterici olma misyonunu sürdürmektedir. Bu bağlamda, Avrupa Komisyonu tarafından adaylık süreci devam eden devletlerdeki ilerlemenin izlendiği, Birlik müktesebatına uyumun değerlendirildiği düzenli raporlar her yıl hazırlanıp sunulmaktadır.

Türkiye 1998 yılından günümüze Avrupa Komisyonu ilerleme raporları ile düzenli olarak takip edilen bir aday devlettir. Türkiye’nin üyeliğe hazırlanması amacıyla ulusal mevzuatını AB müktesebatına yakınlaştırmayı hedefleyen ve bir strateji zemininde yürütülen ilerleme raporları, günümüzde 33 müzakere başlığı üzerinden değerlendirmelerde bulunmaktadır. Çalışmanın konusunu oluşturan sağlığın korunması, 28 sayılı müzakere başlığı altında takip edilmektedir. İlk ilerleme raporlarında sağlığın korunması düzensiz bir şekilde izlenirken zamanla bu konunun önem kazandığı görülmektedir.

Çalışmada, Avrupa Komisyonu tarafından hazırlanan Türkiye ilerleme raporlarının oluşumu ana hatları ile açıklanacak, AB’nin sağlık hakkı ve sağlığın korunması konularındaki hukuk düzenine genel olarak yer verilecek ve ayrıca, tüketici ve sağlık arasındaki ilişkiye AB mevzuatı temelinde kısaca değinilecektir. AB sağlık alanında, halk sağlığı üzerinden yetki ve sorumluluklara sahiptir. Dolayısıyla çalışma, bu çerçevede sağlığın korunması konusunu ele alarak, 1998-2019 yılları da dahil olmak üzere bu yıllarda açıklanan toplam 22 Türkiye ilerleme raporu ekseninde konuyu irdelemektedir. 1998-1999 raporları sağlık konusunu müstakil bir başlıkta ele almadığı için 2000-2004 yılları ve 2005-2019 yılları çalışmada ayrı dönemler olarak incelenecektir. Bu sayede çalışmanın, AB-Türkiye ilişkilerinin literatürde eksik kalan sağlık alanına bir katkı sunması hedeflenmektedir.

## 2. Avrupa Birliği Türkiye İlerleme Raporları

13-14 Aralık 1997 tarihli Lüksemburg Zirvesi’nde AB’nin genişlemesine ilişkin olarak Türkiye, diğer adaylardan farklı bir konumda değerlendirilerek öngörülen katılma sürecine dahil edilmemiştir. Ancak Avrupa Komisyonu, Türkiye’nin tam üyeliğe hazırlanması ve AB müktesebatıyla uyumun sağlanması amacıyla bir Strateji hazırlamak ve bunu hayata geçirmek ile yetkilendirilmiştir. Avrupa Komisyonu bu konuda çalışma yürütmüş ve Türkiye’yi AB’ye üyeliğe hazır hale getirmek şeklinde ifade ettiği Strateji’nin unsurlarını 4 Mart 1998 tarihinde beyan etmiştir. Avrupa Komisyonu, Strateji belgesini Konsey’in onayına sunmuş ve incelemeler yapıldıktan ve prosedürler tamamlandıktan sonra belgede bir değişikliğe gidilmeksizin Cardiff Zirvesi’nde kabul edilmiştir (T.C. Dışişleri Bakanlığı, 2020).

Cardiff Zirvesi’nin sonuç bildirgesinde Avrupa Konseyi, Avrupa Komisyonu’nun Türkiye’yi üyeliğe hazırlama stratejisini ileri sürmek üzere 4 Mart 1998’deki yaklaşımını memnuniyetle karşılamıştır. Strateji’nin AB ve Türkiye arasındaki ilişkiyi geliştirmek için bir platform özelliği gösterdiği kabul edilmektedir. Sonuç bildirgesinde Avrupa Konseyi, etkili bir şekilde uygulanması için gerekli olan önerilerin sıralamasını içeren bu Strateji’yi ilerletmeye Avrupa Komisyonu’nu davet etmektedir. Ayrıca Türkiye’nin kendi fikirleri dikkate alınarak,

Strateji zamanla zenginleřtirilebilir notunu da dūřmektedir (Cardiff European Council, Madde 68, s. 24).

Haziran 1998’de yapılan Cardiff Zirvesi’nde Avrupa Konseyi, Avrupa Komisyonu’nun 1998 yılı sonunda tūm aday devletler için hazırlayacađı ve ūyelik yolunda kaydettiđi ilerlemeyi dūzenli bir Őekilde hazırlanacak raporların ilki olacađı yūnūndeki açıklamasını olumlu deđerlendirmiřtir. Avrupa Konseyi, Tūrkiye Raporunun Ankara (Ortaklık) Anlařması’nın 28. maddesine ve Avrupa Konseyi’nin Lūksenburg Zirvesi sonuç bildirgesine dayanacađını belirtmiřtir (Cardiff European Council, Madde 64, s. 22). Dolayısıyla Avrupa Komisyonu’nun Tūrkiye’ye iliřkin 1998 yılı ilk raporu, Lūksenburg Avrupa Konseyi sonuçlarına ve Ankara Anlařması’nın 28. maddesine dayandırılarak, Kopenhag Zirvesi’nde tespit edilen kriterler zemininde hazırlanmıřtır. Raporla Tūrkiye’yi ūyeliđe hazırlamak adına Avrupa Komisyonu’ndan istenen Avrupa Stratejisi de dikkate alınmıřtır. Rapor ūzetle, Cardiff Zirvesi’ndeki Avrupa Konseyi’nin talebine Avrupa Komisyonu tarafından verilen bir yanıttır. Raporla: Tūrkiye ve AB arasında ortaklık iliřkisi anlatılmakta; siyasi kriterler (demokrasi, insan hakları, hukukun ūstūnlūđū, azınlıkların korunması) analiz edilmekte; ekonomik kriterler (AB’deki rekabetle bařa çıkma kapasitesi, piyasa ekonomisi) deđerlendirilmekte; Tūrkiye’nin ūyelik yūkūmlūlūklerini ve AB mūktesebatını uyum yeteneđi incelenmekte; ve 4 Mart 1998 tarihli Avrupa Komisyonu tarafından oluřturulan Avrupa Stratejisi’ne gūndermede bulunarak Tūrkiye’nin katılım yolundaki durumuna iliřkin genel bir deđerlendirme sunulmaktadır (AB Bařkanlıđı, 1998, s. 4).

Her yıl Avrupa Komisyonu, AB geniřleme politikasını açıklayan ve bir dizi belgeden oluřan geniřleme paketi (enlargement package) kabul etmektedir. En ūnemlisi bu pakette, ileriye giden yolu belirleyen geniřleme hakkında bir bildirim ve aday devletlerdeki ve potansiyel adaylardaki mevcut durum yer almaktadır. Ek olarak pakette, Avrupa Komisyonu’nun bir hizmeti olarak her aday devlet ve potansiyel aday devletteki faaliyet durumunun detaylı deđerlendirmesinin sunulduđu, bir ūnceki yılda neyin bařarıldıđı ve reform ūncelikleriyle ilgili hangi kılavuz ilkelerin bulunduđu hususlarına raporlarda yer verilmektedir (European Commission, 2019b). 1998 yılından 2016 yılına kadar bu raporlar ‘İlerleme Raporu’ olarak adlandırılırken, 2016 yılından sonra ‘Ūlke Raporu’ Őeklinde adlandırılmıřtır. Ūlke raporları, yalnızca Avrupa Komisyonu’nun deđerlendirmesini ve gūrūřūnū yansıtan tek taraflı belgelerdir. Buna yanıt olarak, Tūrkiye gūrūřlerini basın açıklamaları ile ve Avrupa Komisyonu’na geri bildirimler vererek paylařmaktadır (AB Bařkanlıđı, 2020).

### **3. Avrupa Birliği’nde Sağlık Hakkı ve Sağlığın Korunması**

Sađlık kavramı altında yer alan sađlık hakkı, çok katmanlı bir hak olup bu hakkı tek bařına bir hak olarak ele almak yanılıttır. Bu nedenle sađlık hakkının; sađlıđın korunması ve sađlık hizmeti hakkı olarak yorumlanması daha pratiktir. Bu hem popūlasyona dayalı hizmetleri (ařılama ve tarama programları) hem de bireysel tıbbi bakımı (hastalık tedavisi) yansıttır (Exter, 2017, s. 110). Sađlık hizmeti hakkı, yasal olarak devletin yūkūmlūlūđūnū sađlarken, bireysel haklar insan olarak bireye ūzgūdūr (Leenen, 1994, s. 6). Hastanın en ūnemli sosyal hakkı sađlık hizmeti hakkıdır. Bu hak kapsamında, sađlıđın korunması ve geliřtirilmesi hakkı ile sađlık hizmetlerine eriřim hakkı arasında bir ayırım yapılmaktadır (Nys, 2001, s. 317). Sađlık kavramı daraltılarak sađlık hizmeti hakkına indirildiđinde; beslenme hakkı, sađlıklı bir evre, barınma, eđitim gibi diđer ayrı haklar arasındaki iliřkiye vurgu yapmak ūnemlidir. Būylece bu haklar

pragmatik bir bakış açısıyla her ne kadar birbirleriyle bağlantılı kalsalar da ulaşılabilir en yüksek sağlık seviyesini gerçekleştirebilmeleri için sağlık hizmeti hakkı ile ilgilerinin farklı düzeylerde olduğunun kabulü gerekir (Exter, 2017, s. 110).

İkinci Dünya Savaşı’ndan bu yana uluslararası insan hakları hukukunun bir özelliği haline gelen sağlık hakkı (sağlığın korunması hakkı veya sağlık bakımı hakkı), evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmiştir. Sağlık hakkı, uluslararası sözleşmelere getirilen ek belgelerle ve bunların uygulanmasıyla desteklenerek açıklığa kavuşturulmuş ve önemli sayıda uluslararası insan hakları belgeleriyle sıkı sıkıya bağlı ve uyumlu hale getirilmiştir. Aslında, ulusal düzeyde sağlık hakkının pratik önemi ve yasal uygulanabilirliği sayesinde sağlığın korunmasının nasıl sağlanabileceği ve sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği, erişilebilirliği ve bakımı büyük ölçüde ulusal sağlık sisteminde örgütlenmiş ve ulusal hukukta detaylandırılmıştır (Gevers, 2004, s. 29).

Avrupa’da sağlık hakkının uygulanması, giderek bir AB meselesi halini almaktadır. Geleneksel olarak Birlik, özellikle iç pazarın işleyişi ile ilgili alanlarda (çalışma koşulları, çevre, tüketim ürünleri, ilaçlar ve tıbbi cihazlar vb.) sağlığın korunmasına odaklanmıştır. Bununla birlikte Birlik, halk sağlığı alanında, sağlık hizmetleri ve sağlık bakımı konularında üye devletlerin hem organizasyon hem de sunumuna ilişkin sorumluluklarına tam olarak saygı göstermek durumundadır. Bir başka anlatımla, sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve finansmanında üye devletlerin Birlik hukukuna uygun olarak sorumluluklarını yerine getirmeleri gerekse de bu alanda yetki ve otorite üye devletlerin elindedir (Gevers, 2004, s. 32). Sağlık harcamalarındaki artışın kontrolü, tüm AB üye devletlerinin siyasi gündeminde öncelikli bir konu olmakla birlikte AB politikaları ve mevzuatı şu ya da bu şekilde AB üye devletlerinin sağlık sistemlerinin finansal olarak karşılanabilirliği üzerinde oldukça önemli bir etkiye sahiptir. Ancak sağlık hizmetlerini finanse etme ve sunma mekanizmaları ulusal bir konudur (Abbing, 2010, s. 220). Bu itibarla AB üye devletleri bazı temel değerleri ve fikirleri paylaşırsa da, sağlık sektörlerinin organizasyonu ve temel hasta haklarına yönelik tutumlar söz konusu olduğunda, büyük farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla Avrupa düzeyinde sağlık hukuku, bir yandan temel haklara ve evrensel değerlere saygı ile öte yandan ulusal çeşitliliğin kabulü arasında denge kurmak zorundadır (Hartlev, 2010, s. 37).

AB’nin Birlik genelinde sağlığın korunması ve sağlık hizmetleri üzerindeki artan etkisi, herhangi bir kontrol biçiminin ötesinde değildir. AB ve üye devletler arasındaki yetki dengesinin korunması tartışması, yetki ikamesi (subsidiarity) ilkesi üzerinden AB’nin muhtemel katkısını talep eden bir duruma dönüşse de (Gevers, 2008, s. 269), AB sağlık hukuku çerçevesinde, sağlık sektöründe AB’ye bağımsız bir yeniden dağıtma işlevini meşru bir şekilde kurma ve kullanma hakkının tanınmaması belirgin bir noktadır (Neergaard, 2011, s. 56). Ancak AB’nin sağlık ve sağlık hizmetlerindeki resmi sorumluluğu kapsam olarak sınırlı olmasına karşılık, bunlar üzerinde önemli bir dolaylı etkiye sahiptir. AB’nin etkisinin araştırma fonu ve halk sağlığı programları gibi sağlık meslek uzmanları tarafından en çok görülen faaliyetlerin çok ötesine geçtiği, sağlık ve sağlık hizmetlerinin neredeyse her yönünü etkileyen geniş bir yasal düzen içerdiği görülmektedir. Tüm AB politika ve faaliyetlerinde “yüksek düzeyde insan sağlığının korunması”nı üye devletlerin sağlaması gerekmektedir, ancak AB de “sağlık hizmetleri ve tıbbi hizmetlerin tanımlanmasında üye devletlerin sorumluluklarına saygı göstermelidir.” Bununla birlikte, sağlığı etkileyen veya sağlık hizmeti sunmak için ihtiyaç duyulan birçok şey AB’nin serbest dolaşım politikalarına tabidir (Greer, Hervey, Mackenbach ve McKee 2013, s. 1135).

Bazı üye devletler, sağlık hizmetlerinin insanların ve hizmetlerin serbest dolaşımı ile ilgili olmasından dolayı, AB i pazarına ve rekabet hukukuna dayanan ulusal sağlık sistemlerinin özelliklerini değiştirmek durumunda kalmıştır. Hastaneler, pratisyenler, eczaneler, klinik laboratuvarlar, diş hekimliği uygulamaları ve kan ve kan ürünlerini işleyen kuruluşlar için kısıtlayıcı yasal düzenlemeler, mahkemelerde ve ulusal rekabet otoriteleri tarafından AB i pazarına ve rekabet kurallarına uygunlukları açısından test edilmiştir. Bunlar arasında sağlık meslek uzmanlarının birden fazla üye devlette kayıtlı olmasını veya pratik yapmasını yasaklayan tek uygulama kuralları; bir coğrafi alanda veya bir bütün olarak sistemde çalışan sağlık meslek mensuplarının sayısını kısıtlayan bölgesel veya kapasite planlama kuralları; klinik laboratuvarların ortaklarının ve yöneticilerinin mesleki kapasiteleri hakkında kurallar; uzun süreli bakım tedarikçilerinin kâr etmesini yasaklayan kurallar ve buna benzer kısıtlayıcı kuralların olduğu söylenebilir. Ancak üye devletler, bu sınırlayıcı politikanın nedenini (örneğin hastaların güvenliği, bakıma zamanında erişim, mesleki etik, sistemin finansal istikrarı) ve piyasanın işleyişine ilişkin herhangi bir kısıtlamanın haklı bir nedene dayandığını göstermelidir (Greer, vd., 2013, s. 1138).

1958’de yürürlüğe giren Avrupa Ekonomik Toluluğu/Roma Antlaşması (AET) yalnızca 36, 48/3 ve 56/1 maddelerinde<sup>1</sup> sağlığın korunmasına veya halk sağlığına atıfta bulunmuştur. Antlaşma sağlık konusunda özel bir hüküm içermemesine karşılık halk sağlığı konularına yapılan atıflar ile serbest dolaşım ilkesi çerçevesinde üye devletler için istisnalar getirmiştir. Bu itibarla Birlik’in ilk kurucu metinlerinde sağlık, yalnızca serbest dolaşım ilkelerinde açıkça ifade edilen istisnalarla sınırlandırılmıştır. Bununla birlikte sağlık yararına ulusal ölçüt, orantılılık ilkesinin yerine getirilmesi şartıyla öncelikli olabilir. Zira Avrupa Birliği Adalet Divanı, her bir üye devletin iklimi, nüfusun normal beslenmesi gibi çeşitli faktörleri göz önünde bulundurarak, vatandaşları için istenen sağlığı koruma ve sağlık durumu seviyesini belirleme hakkına sahip olduğuna karar vermiştir (Neergaard, 2011, s. 21-22).

2000’li yıllarda AB sağlık hukuku bağlamında ana fikir, insan sağlığını korumayı veya geliştirmeyi amaçlayan ulusal yasaların veya politikaların, piyasadaki serbestleşmeye veya rekabete engel teşkil etmediği sürece haklı gösterilmesi gerektiği anlamına gelmektedir. Dolayısıyla hareket ve rekabet özgürlüğu genel kuralken; sağlığın korunması veya sağlığın teşviki istisnadır. Aynı zamanda AB’nin insan sağlığını koruyan veya geliştiren kendi yasalarını veya politikalarını benimseme yetkisi de oldukça kısıtlıdır. Bu dönem, i piyasa hukuku ve sağlık hukuku arasındaki ilişkinin, AB sağlık hukuku tutarlılığını artıracak şekilde önemli ölçüde (tamamen olmasa da) açıklığa kavuşmaya başlaması bakımından dikkate değerdir. 2000’li yılların başına doğru kimilerine göre AB’nin iç pazar hukukunun AB sağlık hukuku karşısında hegemonik ve nihayetinde yıkıcı bir konuma sahip olduğu düşüncesi hâkim görüş olsa da kimilerine göre de AB sağlık hukukunun ‘anayasal asimetri’ pozisyonunun iç piyasa hukuku ile bir ilişkiye sahip olduğu ve dolayısıyla, bu dönemde AB sağlık hukuku için daha fazla tutarlılık gösterdiği düşünölmektedir. Serbest ticaret kurallarına ilişkin bir dizi ilgisiz istisna yerine, özellikle ‘iyi yönetişim’ veya ‘akıllı düzenleme’ bağlamında AB sağlık hukukunun temel prensipleri ortaya çıkmaya başlamıştır. Her iki durumda da ortaya çıkan AB sağlık hukuku, ulusal sağlık sistemlerinin ulusal yeterliliklerine sayđı gösterilmesine, tüm AB sağlık sistemlerinde ortak olduğu belirtilen değerlere ve insan haklarının korunmasına dayanmaktadır. Aynı zamanda, sağlığın sadece bir hak veya sosyal refah meselesi değil, aynı

<sup>1</sup> ABİİA’nın 36, 45/3 ve 52/1 maddelerine karşılık gelmektedir.

zamanda üretken bir ekonomide bir faktör olduğu giderek daha fazla kabul görmektedir (Hervey ve McHale, 2015, s. 44-47).

#### 4. Avrupa Birliği’nde Tüketicinin Korunması

AB’nin üye devletlerde sağlık sistemleri, sağlık finansmanı ve sağlık hizmeti sunumu konularında her ne kadar resmi bir yetkisi olmadığı kabul edilse de, dar anlamda tüketicinin sağlığının korunması dışında, sınır ötesi ölçekleri nedeniyle Birlik Antlaşması’nın diğer ilkelerine değinen ve sağlık hizmetlerinde eşitlik ve adaletle ilgili konular vardır (Abbing, 1994, s. 125).

AB’nin İşleyişine İlişkin Antlaşma (ABİİA, Treaty on the Functioning of the European Union)’nın 3-6 maddelerinde AB kurumları ile AB üye devletleri arasındaki yetki dağılımı yapılmıştır. Bu dağılıma göre kimi yetkiler münhasır olarak AB’ye, kimi yetkiler üye devletlere verilirken iki tarafın da kullanımına bırakılan ortak yetkiler söz konusudur. AB ve üye devletler arasındaki yetki dağılımı incelendiğinde ‘tüketicinin korunması’ konusunun ortak yetki alanında kaldığı görülecektir. ABİİA’nın 6. maddesi hükmünce Birlik, üye devletlerin faaliyetlerini desteklemek, koordine etmek ve tamamlamak adına birtakım eylemlerde bulunma yetkisine sahip olup tüketicinin korunması alanında üye devletler ile birlikte yetki kullanabilmektedir. ‘İnsan sağlığı’ ve ‘halk sağlığı’ gibi alanlar da ‘tüketicinin korunması’ gibi ortak yetki alanında yer almıştır. Buna karşılık ‘sağlık hizmetleri’ üye devletlerin münhasır yetki alanındadır. Dolayısıyla ABİİA’nın 168/7 maddesine göre, sağlık hizmetleri ve tıbbi bakımın yönetimi ve kaynakların tahsisi konusunda yetkili olan AB değil üye devletlerdir. Bununla birlikte, sağlığın yaygınlaştırılmasının izlerini 1980’lerin ortalarında ortaya çıkan Antlaşma’da bulmak mümkündür. İlk olarak Tek Avrupa Senedi (European Single Act) ile Antlaşma’ya eklenen ABİİA’nın 114/3 maddesine (Eski madde 95/AET) göre<sup>2</sup>, iç pazar mevzuatı sağlık, güvenlik, çevre koruma ve tüketicinin korunması ile ilgili konularda yüksek düzeyde koruma sağlamalıdır.

Tüketicinin korunması, ABİİA’nın 169. maddesi (Eski madde 153/AET) ile insan hakları kapsamında ele alınabilecek ve özellikle de sağlık yönüyle önem arz eden bir konu olarak hükme bağlanmıştır. Bu hüküm kapsamında, tüketici çıkarlarını arttırmak ve tüketicinin korunmasını yüksek düzeyde sağlamak için Birlik, tüketicilerin sağlık, güvenlik ve ekonomik çıkarlarının korunmasına, ayrıca bilgi edinme, eğitim çıkarlarını korumak için kendileri ve örgütlenme haklarının arttırılmasına katkıda bulunacaktır (169/1).

1960’lı yılların sağlık mevzuatı, insan tüketimine yönelik gıdaların güvenliği ile ilgili görülmüş ve gıda önemli bir hastalık vektörü olarak ele alınmıştır. Bugün de AB, gıda güvenliğini düzenleyerek insan sağlığını korumaya devam etmektedir. Bununla birlikte, bugünün AB tarım düzenlemeleri, sağlık üzerinde dolaylı ama daha anlamlı bir etkiye sahiptir. 1950’li ve 60’lı yıllarda, gıda ile ilgili sağlık endişelerinin odak noktası yetersiz beslenmeyken, 2010’larda ise aşırı tüketim ve sağlıksız gıdaların tüketimi endişe kaynağı olmuştur. İç pazar mevzuatı açısından da, 1960 yılından bu yana yasal düzenlemeleri iyileştiren ve geliştiren AB,

---

<sup>2</sup> İlgili madde hükmü: “Komisyon, sağlık, güvenlik, çevre koruma ve tüketicinin korunmasına ilişkin 1. paragrafta öngörülen tekliflerinde, özellikle bilimsel temelli gerçeklere dayalı yeni gelişmeleri gözeterek, yüksek düzeyde koruma sağlayacaktır. Kendi yetkileri dahilinde, Avrupa Parlamentosu ve Konsey de bu amacı gerçekleştirmeye çalışacaktır.”

iç pazarda serbestçe dolaşan eczacılık ürünlerinin tüketicilerini korumaya yönelik ihtiyacı gidermeye çalışmaktadır (Hervey ve McHale, 2015, s. 31-32).

Tüketici ve sağlığın korunmasına ilişkin olarak AB çerçevesini sunan 28 sayılı müzakere başlığının, 2015 yılı Raporunda ilk defa kapsamı ifade edilmiştir: “AB kuralları; ürün güvenliği bakımından sakıncalı taklitlere ve ayıplı ürünlere karşı tüketicileri korumaktadır. Ayrıca AB; tütün kontrolü, kan, hücre, organ ve doku nakli, hasta hakları ve bulaşıcı hastalıklar gibi konularda yüksek düzeyde ortak standartlar sağlamaktadır” (AB Başkanlığı, 2015, s. 83). 2016 Raporunda ise bu kapsam revize edilerek genişletilmiştir: “AB kuralları; tüketicilerin ürün güvenliğini, haksız ticari uygulamalar karşısındaki haklarını ve tüketicilerin ekonomik çıkarlarını korumaktadır. Bununla birlikte AB; tütün kontrolü, daha güvenli kan, hücre, organ ve doku, tıbbi ürünler, sınır aşan sağlık hizmetleri ve sağlığı tehdit eden tehlikelere karşı vatandaşların sağlığını koruma konusunda çalışmaktadır” (AB Başkanlığı, 2016, s. 98). 2018 Raporunda ise kapsam daha da genişletilmiştir: “AB kuralları; ürün güvenliği bakımından ayıplı ürün ve olduklarından farklı görünen mallara ilişkin olarak tüketicileri korumaktadır. Bununla birlikte AB; tütün kontrolü, kan, hücre, doku ve organlar ile beşerî ve hayvansal tıbbi ürün konularında yüksek düzeyde ortak standartlar sağlamaktadır. Ayrıca AB, sınır aşan sağlık hizmetlerinde hasta haklarının korunmasına ve bulaşıcı hastalıklar da dâhil sınır ötesi ciddi sağlık tehditleri ile mücadele edilmesine dair yüksek seviyede ortak standartlar sunmaktadır.” (AB Başkanlığı, 2018, s. 93).

Tüketicinin korunması, 1998 yılı İlerleme Raporu’nda üyelik için gereken yükümlülükleri karşılama kapasitesine ilişkin Topluluk müktesebatının Avrupa Stratejisi kapsamında belirtilen unsurların sıralandığı liste içinde yer almaktadır. Aslında 1998 ve 1999 yılı ilerleme raporlarında tüketicinin korunması (consumer protection) tek başına yer almış ve ‘sağlık’ buraya dâhil edilmediği gibi başka bir başlık olarak da raporlarda yer almamıştır. 2000 yılı Raporu’ndan itibaren bu başlığın tüketici ve sağlığın korunması (consumer and health protection) şeklinde revize edildiği görülmektedir. 2019 Raporunda tüketici ve sağlığın başlıkta yeri değiştirilmiştir (Sağlık ve tüketicinin korunması/Health and consumer protection). Bu durum sağlığın AB’de ne kadar önem kazandığının bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

1998 ve 1999 raporlarında tüketicinin korunması ön planda tutulmuş olmasına rağmen sınırlı da olsa sağlık konusunda açıklamalar bulunmaktadır. 1998 Raporunda ‘istihdam ve sosyal işler’ başlığı altında sağlık konusunda bazı eleştirilere rastlanmaktadır: “... sağlığa ilişkin göstergeler çoğunlukla tatmin etmekten uzaktır ve bu itibarla sağlık hizmeti önemli ölçüde iyileştirilmelidir. ... Halihazır veriler işığında, Türkiye’nin sağlık, sosyal güvenlik, ... mevzuatının Topluluk müktesebatına uyum derecesini tespit etmek ise zordur.” (AB Başkanlığı, 1998, s. 38). Türkiye’nin ekonomik yapısının değerlendirildiği 1998 Raporunda, sağlık ve eğitim alanında kamu harcamalarının, 1996 yılında Gayri Safi Millî Hasıla (GSMH)’nin sadece % 6’sına karşılık geldiği ve bunun da hayli düşük bir oran olduğu ifade edilmektedir (AB Başkanlığı, 1998, s. 19).

1999 Raporunda da sağlık konusunda ‘istihdam ve sosyal işler’ başlığı altında önemli eleştiriler yapılmıştır. Bu eleştirilerden biri sağlık, sosyal güvenlik gibi alanlarda Türk mevzuatının Topluluk müktesebatı ile uyum derecesinin sınırlı olduğudur. Bebek ve anne ölüm oranları ile yaşam beklentisi gibi temel sağlık göstergelerinde AB üye devletlerine kıyasla Türkiye’nin durumu, henüz çok geride olduğu bir diğer eleştiredir (AB Başkanlığı, 1999, s. 39).

## 5. Türkiye İlerleme Raporlarında Sağlıkın Korunması

Yukarıda da bahsedildiği üzere 1998-1999 yılı raporlarında ‘sağlığın korunması’ bir başlık olarak bulunmazken, ‘istihdam ve sosyal işler’ başlığı altında sağlık konusunda bazı değerlendirmeler yapılmıştır. 2000 yılı öncesi raporlarda müzakere başlıkları dağınık bir düzende olup tek bir başlıkta belirtilmemişken, 2000 Raporu ile birlikte ‘üyelik vecibelerini üstlenme yeteneği’ üst başlığı altında ‘müzakere başlıkları’ olarak tek tek sıralanmıştır. 2000-2004 yıllarındaki raporlar incelendiğinde 29 müzakere başlığının bulunduğu ve 23 sayılı müzakere başlığının ‘tüketicinin ve sağlığın korunması’ olduğu görülecektir. Ancak bu başlıkta her ne kadar ‘sağlığın korunması’ lafzı geçmiş olsa da sağlığa ilişkin değerlendirmeler daha çok sosyal politika ve istihdam başlığında yer almıştır. Türkiye’nin müzakere takvimi aldığı 2005 yılı itibarıyla bu karmaşa giderilmiş, müzakere başlıkları yeniden düzenlenerek 33’e çıkarılmış ve ‘tüketici ve sağlığın korunması’ başlığı 28 sayılı müzakere başlığı haline getirilerek sağlığın korunmasına ilişkin değerlendirmeler bu başlık altında yapılmıştır.

### 5.1. Türkiye İlerleme Raporlarında Halk Sağlığı

1980’lerde ve 90’larda sağlıkla ilgili araştırmaların yapılması ve desteklenmesi konusunda AB’de önemli gelişmeler olmuştur. Bu süreç, 1986’da ‘Kansere Karşı Avrupa’ ve 1991’de ‘AIDS’e Karşı Avrupa’ ile gayri resmi olarak başlamıştır. 1993’te AB, halk sağlığını desteklemek ve geliştirmek için resmen yetkilendirilmiş<sup>3</sup> ve 1996’dan itibaren belirli alanlarda halk sağlığı programlarını kabul etmiştir.

AB’nin halk sağlığı konusunda yetkinlik sağlayan Antlaşma hükümleri evrilerek günümüz Birlik hukukuna taşınmıştır. Lizbon Antlaşması olarak da bilinen ABİİA’nın I. Bölümündeki yetki hükümleri, halk sağlığının AB ile üye devletleri arasında ortak bir yetki alanı olduğunu (ABİİA madde 4/2-k) ve AB’nin insan sağlığının korunmasında ve iyileştirilmesinde ulusal politikaları destekleme, koordine etme veya tamamlama gücüne sahip olduğunu (ABİİA madde 6-a) onaylamaktadır. ABİİA’nın 168. maddesinin kayda değer hükümleri, güçlendirilerek AB’nin tüm politika ve faaliyetlerinde insan sağlığının korunması hususunun göz önünde bulundurulması gerektiğini onaylayan ABİİA’nın I. Bölümünde de yer almıştır.

Lizbon Antlaşması’nda, ilaç ve tıbbi cihazların kalitesi ve güvenliği ile ilgili AB mevzuatını kabul etme gücü; küresel hastalık gözetimini üstlenmek; sınır ötesi bölgelerde sağlık hizmetlerinin birbirini tamamlamasını teşvik etmek; ve şu anda ABİİA’nın 168. maddesi altındaki AB’nin açık sağlık yetkileri içinde halk sağlığı perspektifinden tütün ve alkolle ilgili tedbirlerin açıkça onaylanması, AB sağlık yetkisinin Amsterdam Antlaşması öncesi hükümlerinden çok daha tutarlı ve mantıklı bir biçimde toplanması ve yeni sağlık yetkilerinin eklenmesi, kurumsal gelişmelerin önünü açmıştır. Temel kurumsal değişiklik, sağlık ve tüketicinin korunmasından sorumlu Avrupa Komisyonu Sağlık ve Tüketiciyi Koruma Genel

<sup>3</sup> 1993’de yürürlüğü giren Maastricht Antlaşması’nın (Treaty on European Union [1992] OJ C19 I/01) 152. maddesi ile bu konuda AB’ye ulusal politikaları destekleme ve tamamlama yetkisi verilmiştir: “I. Bütün Topluluk politikaları ve faaliyetleri tanımlanırken ve uygulanırken yüksek düzeyde insan sağlığının korunması sağlanacaktır. Ulusal politikaları tamamlayan Topluluk eylemi, halk sağlığının iyileştirilmesine, beşerî hastalıkları ve insan sağlığına engel riskleri önlemeye yöneliktir. Bu tür eylemler, sağlık bilgisi ve eğitimi ile birlikte nedenleri hakkındaki araştırmaları, aktarılmalarını ve korunmalarını teşvik ederek, temel sağlık sorunlarına karşı mücadeleyi kapsayacaktır.”



Direktörlüğü (Directorate General for Health and Consumer Protection of the European Commission/DG SANCO)'ne daha fazla sağlık hukuku ve politika operasyonunun tanınması olmuştur. DG SANCO 2000'li yılların başından beri sağlık politikası topluluklarıyla bağlantılar kurarak meşruiyetini geliştirmek için çok çalışmıştır. 2010 yılında DG SANCO'ya, ilaç düzenlemelerinin gözetimi konusunda sorumluluk verilmiştir (Hervey ve McHale, 2015, s. 42-43).

Halk sağlığı alanındaki AB yetkisi geliştikçe, genel uyumluluk hükümleriyle (ABİİA madde 114) birlikte, Avrupa İlaç Ajansı, Avrupa Hastalık Önleme Merkezi ve Avrupa İlaç ve Madde Bağımlılığı İzleme ve Kontrol Merkezi gibi yeni kurulan kuruluşlar sırasıyla tıbbi ürünlerin değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve bilinçli ilaç yasaları ve stratejilerinin oluşturulmasına yönelik bilgilerin sağlanması yoluyla insan sağlığının korunmasından sorumlu olmuştur. Bunlar ve diğer kurumlar, AB'nin vatandaşlarının sağlığını koruması ve büyük sağlık endüstrisini desteklemesi üzerinde bir etkiye sahiptir (Exter ve Hervey, 2012, s.11). Bu düzenleyici kurumlardan farklı olarak, Tüketiciler ve Sağlık için Yürütme Ajansı (Executive Agency for Health and Consumers) AB'nin çok yıllık halk sağlığı programlarını yönetmektedir.

Günümüzde, AB ve sağlık ayrılmaz bir şekilde ilişkilidir. Mevcut anlaşma (ABİİA) uyarınca AB ve üye devletler, halk sağlığı ve ortak güvenlik kaygıları konularında yetkileri paylaşmıştır. AB'nin sağlık korumasını tüm politikalarında dikkate alması gerekmektedir. Ancak en açık sağlık taahhüdü halk sağlığı hükmünde yapılmıştır ve 168/1 madde hükmü gereğince tüm Birlik politika ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında insan sağlığının yüksek düzeyde korunması sağlanacaktır. Bu açık hükmün ardından gelen diğer hükümlerde bu alanda daha spesifik AB yetkileri söz konusudur (Exter ve Hervey, 2012, s. 11).

## 5.2. 2000-2004 Yılları Türkiye İlerleme Raporları

AB müktesebatı ile uyumlaştırılması hedeflenen 29 müzakere başlığının yer aldığı 2000 Raporunda, 23 sayılı 'tüketicilerin ve sağlığın korunması' başlığı altında sağlığa ilişkin bir değerlendirme bulunmamaktadır. Buna karşılıklı 13 sayılı 'sosyal politika ve istihdam' başlığı altında AB mevzuatının aktarımında sağlık ve güvenlik alanında ilerleme olmadığı kaydedilmiş ve halk sağlığı hizmeti sisteminin iki önemli sorun ile karşı karşıya olduğu belirtilmiştir: Sağlık hizmetleri alanında kamu harcamasının yetersizliği (bütçedeki oranı 1992 yılında % 4,7'den 1998 yılında % 2,6'ya gerilemiştir) ve sağlık hizmetinin genel itibariyle yetersiz dağılımı. Halk sağlığı hizmeti konusunda sistemde acilen reformun gerekli olduğuna dikkat çekilmiştir (AB Başkanlığı, 2000, s. 37). Ayrıca bebek ve anne ölüm oranları ile yaşam beklentisi gibi temel sağlık göstergelerinde, Türkiye'nin durumunun AB üye devletlerle kıyaslandığında önemli ölçüde olumsuz olmayı sürdürdüğu ve nüfusun tamamına yetecek düzeyde sağlık hizmetine ilişkin temel standartların sağlanması gerektiği eleştiriler arasındadır (AB Başkanlığı, 2000, s. 38).

Türkiye'nin AB'ye katılım sürecine ilişkin ilerlemesinin değerlendirildiği 2001 Raporunda 23 sayılı müzakere başlığında sağlıkla ilgisi kurulabilecek tek değerlendirme, "... gıda maddelerindeki (denetimle birlikte) idari sorumluluk, Sağlık Bakanlığı ve Tarım ve Köyişleri Bakanlığı arasında paylaştırılmıştır" ifadesidir. Raporda sağlık konularında bazı önemli eleştiriler müzakere başlığı dışında yapılmıştır: "Sağlık sistemi, ülkedeki iş gücüne

yeterli desteği verememektedir. Yetersiz kaynakların yanında, sağlık hizmetinin karşılanması açısından bölgeler arasında önemli farklılıklar vardır.” Sosyal politika ve istihdam başlığı altında Rapordaki şu değerlendirmeler önemlidir: “Halk sağlığı bakımındaki reform süreci sürdürülmelidir. Türkiye, bu alana ilişkin kamu harcamalarının ihtiyaçları karşılayacak ölçüde olmasını ve hizmet sunumunda iyileştirme yapılmasını sağlamalıdır. Tütün konusundaki müktesebata da Türkiye uyum göstermelidir. Ayrıca, sağlığın izlenmesi, verilerin toplanması, salgınların kontrolü ve sürveyansına ilişkin sistemde iyileştirmeler yapılmalıdır” (AB Başkanlığı, 2001, s. 67).

2002 Raporunda da ‘tüketicinin ve sağlığın korunması’ başlığında ‘tüketici’ merkezinde bir değerlendirme yapılmış, sağlığın korunmasına ilişkin bir açıklamaya yer verilmemiştir. Raporda sağlıkla ilgili müzakere başlığı dışında kalan değerlendirmeler ise şöyledir: “Sağlık alanında gerçekleşen bütçe harcamaları, gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH)’nın % 3’ünden % 4 civarına çıkmıştır (AB Başkanlığı, 2002, s. 48). Sağlık Bakanlığı’nın devletin genel bütçesinden aldığı pay, % 2,66’dan (2001) % 2,4’e (2002) düşmüştür” (AB Başkanlığı, 2002, s. 80). Aynı Raporun sosyal politika ve istihdam başlığında yer alan halk sağlığına dair değerlendirmeleri ise şöyledir: “Tütün ürünlerine ilişkin olarak halk sağlığı alanında, müktesebata uyumda ilerleme sınırlı düzeyde gerçekleşmiştir. Tütün Kanunu (Ocak 2002’de kabul edilmiştir) müktesebat ile uyumlu değildir” (AB Başkanlığı, 2002, s. 80). “Halk sağlığıyla ilişkili kurumların idari kapasitesinde, Sağlık Bakanlığı’nın görev ve organizasyon yapısına dair düzenleme çalışmaları sürmektedir” (AB Başkanlığı, 2002, s. 81). “Bulaşıcı hastalıkların kontrolünde ilerleme kaydedilmiştir. 1989 yılından bu yana Türkiye’de yürütülen çocuk felcini önleme stratejilerinin sonucu olarak, son üç yılda çocuk felci vakasına rastlanmamıştır. Sağlık Bakanlığı, HIV/AIDS ile mücadelede Dünya Sağlık Örgütü’nün (World Health Organization/WHO) kontrol stratejileri takip edilmektedir. 40 AIDS ve 144 pozitif HIV vakası 2001 yılı içinde bildirilmiştir. Önceki yıllara göre daha yüksek görülen bu rakamlar, bildirim sistemindeki gelişmeye işaret etmektedir. Kanser tarama çalışmalarında da benzer gelişmeler gözlenmiştir. AB ortalamasının çok altındaki halkın sağlığını ve güvenliğini iyileştirmede daha fazla ilerleme sağlanması ve sağlığa ayrılan kaynakların artırılması gerekmektedir. Çaba sarf edilmesine rağmen, salgınların sürveyansı ve bulaşıcı hastalıkların kontrolünde bir ağ kurulmasına, bir erken uyarı ve hızlı çözüm sistemi oluşturulmasına ilişkin müktesebata uyumun sağlanması hızlandırılmalıdır” (AB Başkanlığı, 2002, s. 81).

2003 Raporunda ilgili müzakere başlığında sağlığa ilişkin bir değerlendirme bulunmamaktadır. Raporun sosyal politika ve istihdam başlığında halk sağlığına ilişkin değerlendirmeleri ise şöyledir: “Tütün ürünlerine ilişkin olarak halk sağlığı alanında, müktesebatın iç hukuka aktarımında ilerleme sınırlı kalmıştır. Sağlık Bakanlığı bu alandaki sorumluluğunu, Kasım 2002 itibarıyla yeni kurulan Tütün, Tütün Mamülleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu’na devretmiştir.<sup>4</sup> Sağlık Bakanlığı 2003 yılında da % 2,42 ile genel bütçeden düşük bir pay almıştır. Bulaşıcı hastalıkların kontrolünde Bakanlık, çocuk felcinin ardından kızamığın da sona erdirilmesine yönelik bir program başlatmıştır. HIV/AIDS’le mücadele amacıyla, il düzeyinde HIV/AIDS’li kişilere danışma hizmeti verecek merkezler kurulmaktadır” (AB Başkanlığı, 2003, s. 83). “Halk sağlığı alanında yeni kaynakların harekete

<sup>4</sup> 2003 ve 2005 Raporunda bu Kurul üzerinden değerlendirme yapılmışken 2008 Raporunda Tütün ve Alkol Piyasası Denetleme Kurumu’na atıfla değerlendirme yapılmıştır. Günümüzde bu Kurul/Kurum T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı, Tütün ve Alkol Dairesi Başkanlığı bünyesindeki daire başkanlıkları üzerinden faaliyet yürütmektedir.

geçirilmesine ilave olarak, toplumun sağlık seviyesini iyileştirmek amacıyla, temel sağlık göstergelerinde bölgesel, kentsel, kırsal ve sosyo-ekonomik durumlardan ortaya çıkan farklılıkları giderecek biçimde mevcut kaynakların etkili ve verimli biçimde tahsisi gerekmektedir. Epidemiyolojik sürveyans ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü için bir ağ kurulmasına ilişkin müktesebata uyumun sağlanması ve gerekli kapasitenin oluşturulması hızlandırılmalıdır. Tütün konusunda müktesebatla uyumlu daha fazla ilerleme sağlanmalıdır” (AB Başkanlığı, 2003, s. 85).

2004 Raporunda ilgili müzakere başlığında, Sağlık Bakanlığı’nın tıbbi cihazlar, oyuncaklar ve deterjanlar için piyasa gözetimi stratejisini hazırladığı ifade edilmiştir (AB Başkanlığı, 2004, s. 118). Sağlık Bakanlığı’nın vücut dışında kullanılan tıbbi tanı ürünleri ve vücuda yerleştirilebilen aktif tıbbi cihazlara dair uygunluğu değerlendirecek kuruluşların tayin edilmesine ilişkin yönlendirici ilkeleri yayınladığı Raporda tıbbi cihazlar, ‘malların serbest dolaşımı’ başlığında yer almıştır (AB Başkanlığı, 2004, s. 64). Raporun ‘sosyal politika ve istihdam’ başlığının sonuç kısmında AB ortalamasının altında kalan halkın sağlık durumunun iyileştirilmesi ve sağlığa ayrılan bütçenin artırılması gerektiği ifade edilmiştir (AB Başkanlığı, 2004, s. 97).

2004 Raporunda ‘sosyal politika ve istihdam’ başlığında bulunan halk sağlığına dair notlar ise şöyledir: “Türkiye, halk sağlığı alanında Tütün Kontrolüne İlişkin Çerçeve Sözleşme’yi imzalamıştır. Bulaşıcı hastalıkların bildirimine dair bir yönetmelik 2004 şubat ayında yayımlanmıştır ve Ocak 2005’te yürürlüğe girecektir. AB üye devletleri tarafından kurulan, hastalık bildirimi ve bilgilendirme sağlayan Euvacnet, Dipnet ve Hepnet ağlarına Türkiye üye olmuştur. HIV/AIDS ile mücadelede ise Türkiye, hastalığın yaygınlığının düşük olduğu bir ülke olmayı sürdürmektedir ve bu hastalığın yayılmasını önlemeye dair ulusal stratejiler geliştirmektedir. Sağlık Bakanlığı’na 2004 yılında devlet bütçesinden % 3.2’lik bir ödenek (2003 yılında % 2.42) ayrılarak sağlık sektöründeki finansal kaynak artırılmıştır” (AB Başkanlığı, 2004, s. 94). “Halk sağlığında bulaşıcı hastalıkların sürveyansı ve kontrolünde ulusal bir plan geliştirilmelidir. Bulaşıcı hastalıkların sürveyansı ve kontrolüne dair ilgili mevzuatın, bu konudaki Topluluk prensip ve yöntemleriyle uyumlu hale gelmesi için gözden geçirilmelidir. AB’nin bulaşıcı hastalıkların sürveyansı ve kontrolü sistemine dahil olmak için kapasite oluşturma çabalarına önemli ölçüde ihtiyaç vardır. Tütün, kan, hücre ve doku konusundaki AB mevzuatı iç hukuka aktarılmalıdır. AB ortalamasının çok altında kalan halkın sağlık durumunu iyileştirmek için gerekli önlemler alınmalıdır. Halkın sağlık durumundaki farklılıklar, sağlık hizmetine erişimdeki eşitsizlikler, kaynakların etkin ve verimli kullanılmaması ve hizmetlerin iyi yönetilmemesi başlıca sorunlardandır. Sağlığa ilişkin finansal kaynaklar artmakla birlikte, bu konuda çabalar devam etmelidir” (AB Başkanlığı, 2004, s. 96).

### **5.3. 2005-2019 Yılları Türkiye İlerleme Raporları**

2005 yılından önceki raporlar açıkça AB’nin ekonomik bir entegrasyon olma özelliğini öne çıkaran ve tüketim ilişkisini önceleyen bir karakter göstermektedir. Bu sebeple sağlığın korunması (halk sağlığı) sosyal politika ve istihdam başlığı altında takip edilmiştir. 2005 yılından itibaren, Türkiye’nin müzakere takvimi alması ile birlikte, tüketim ve sağlık ilişkisinin daha anlamlı bir zemin üzerinden raporlarda izlenmesi sağlanmış ve sağlık konusundaki ilerleme ‘tüketici ve sağlığın korunması’ başlığının dışına çikılmadan verilmeye çalışılmıştır.

Türkiye'nin üyelik yükümlülüklerini yerine getirme kabiliyetinin müzakere başlıkları üzerinden değerlendirildiği 2005 ve sonrası raporlarda, 28 sayılı müzakere başlığı (tüketici ve sağlığın korunması) kapsamında sağlık konuları daha geniş ele alınmış olup halk sağlığı alanında rapor edilmesi gereken bazı ilerlemelerin mevcut olduğu yeknesak bir biçimde belirtilmiştir. 2005 yılından bugüne açıklanan raporlarda ‘tüketici ve sağlığın korunması’ müzakere başlığında halk sağlığı üst başlığı altında takip edilen sağlık alanları/konuları daha belirginleşmiş olup her yıl bu kategoriler üzerinden ilerlemeler izlenmeye çalışılmıştır.

Çalışmanın bu bölümünde 2005-2019 yılları raporlarına yıl yıl bakmak yerine halk sağlığı kapsamında takip edilen sağlık alanları üzerinden konunun incelenmesi daha uygun görülmüştür. Bu nedenle, Türkiye'deki sağlığın korunmasına ilişkin ilerleme ve AB müktesebat uyumu şu konular çerçevesinde irdelenecektir: Tütün, bulaşıcı hastalıklar, kan, doku ve hücreler, ruh sağlığı, kanser, sosyo-ekonomik belirleyici sağlık etkenleri ve idari kapasitenin geliştirilmesi.

### 5.3.1. Tütün

2005 Raporunda tütünün denetimine dair müktesebat ile uyumda kaydadeğer bir gelişmenin sağlandığı belirtilmiştir. Rapora göre tütün mamullerinin üretimi, sunumu ve satışı konusundaki AB Direktifi Ocak 2005'te iç hukuka aktarılmıştır. 2003/33/EC sayılı Direktif hükümlerini tamamlayan WHO Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi 2004 yılında kabul edilmiştir. Sözleşme, tütün kullanmaktan ve tütün dumanına maruz kalmaktan kaynaklanan sağlık, çevre ve sosyo-ekonomik düzeydeki sonuçlarından halkı korumak üzere bir çerçeve sunmaktadır. Sözleşmeye de uygun olarak kapsamlı ve çok sektörlü ulusal tütün kontrol planının hazırlanmakta olduğu bilgisi Raporda paylaşılmıştır (AB Başkanlığı, 2005, s. 143). 2005 Raporu tütün denetimi konusunda, müktesebatın büyük ölçüde üstlenildiğini ve tütün kontrolüne uyumun süratli biçimde ilerlediğini söylemektedir. Ancak tütün mevzuatının uygulanmasında idari kapasitenin eşgüdümüne ve Sağlık Bakanlığı ile Tütün, Tütün Mamülleri ve Alkollü İçkiler Piyasa Düzenleme Kurulu'nun rol ve sorumluluklarının açıkça belirlenerek teyit edilmesine gereksinim duyulmuştur (AB Başkanlığı, 2005, s. 144). 2006 Raporunda da iki kurum arasındaki sorumlulukların dağılımının belirli olmamasının, idari kapasiteyi etkilediği not edilmiştir. 2006 Raporu, tütün ürünlerinde yasal kontrole ilişkin mevzuatın oluşturulduğu ancak sigarada bulunması gereken maksimum katran miktarının da uyumlu olması gerektiğini belirtmiştir (AB Başkanlığı, 2006, s. 68). 2007 Raporu, tütün konusunda ileri düzeyde bir mevzuat uyumunun olduğunu açıklamıştır. Raporda, Ulusal Tütün Kontrol Programı'nın yürütüldüğü ve ulusal bir Tütün Kontrol Komitesi'nin kurulduğu bilgisine yer verilirken, yüksek katranlı tütün ürünleri ile çiğnemeye yönelik tütün reklamı konularında ilgili mevzuatın uyumunda ilerleme kaydedilmediği belirtilmiştir (AB Başkanlığı, 2007, s. 71).

2008 Raporu, Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesine İlişkin Kanun'da önemli bir değişikliğin ocak ayında yapıldığına ve bu değişiklik ile tütün reklamı Direktifi'nin mevzuata uyarlanmasının amaçlandığına ve internetten tütün satışını ve filmlerde sigara içme sahnelerinin ekranlarda gösterilmesinin yasaklandığına dikkat çekmiştir. Ayrıca Kanun, 2009 Temmuz ayından itibaren geçerli olacak şekilde sigara içme yasağını kamuya açık tüm kapalı mekanlar ile bazı açık mekanlara genişletmektedir. Rapora göre Sağlık Bakanlığı ile Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu arasındaki sorumluluklara ilişkin ayırım sorununun açıklığa kavuşturulmasıyla idari kapasite artırılmış, sigara içme yasağının tatbikinin artırılması amacıyla

iller düzeyinde tütün kontrol birimleri kurulmuştur. Ancak yüksek katranlı ve çiğnemeye yönelik tütün ürünleri konularında, Birlik müktesebatıyla uyumlaştırma halen gerçekleştirilmemiştir (AB Başkanlığı, 2008, s. 80).

2009 Raporuna göre tütün ürünlerinin kontrolünde iyi düzeyde ilerleme kaydedilmiştir. Katran oranları ve iğnenabilir tütün başta olmak üzere tütün ürünleri konusundaki AB müktesebatı ile uyum sağlanmıştır. Tütün konusundaki AB müktesebatının tatbiki ileri düzeydedir ve idari kapasitenin oluşturulması devam etmektedir. 29 Mayıs 2009 tarihinde Türkiye, AB’de kullanılan resimli uyarıların Türkiye’de de kullanılmasına dair lisans anlaşmasını imzalamıştır. Dumansız ortamların oluşturulmasına yönelik Türkiye’nin abaları, 19 Temmuz 2009 tarihi itibarıyla bar, klüp, pub, kafe, otel ve restoranlarda geniş kapsamlı bir sigara yasağının uygulanmasıyla sonuçlanmıştır (AB Başkanlığı, 2009, s. 82-83).

2010 Raporu, tütünde Türkiye’nin AB müktesebatı yükümlölüklerini büyük ölçüde karşıladığını beyan etmektedir. Bununla birlikte, üçüncü ölkelere tütün ürünlerinin ihracatına ilişkin uyumun gerçekleştirilmediği ve uygulamada tedbirlerin alınmadığı da hatırlatılmaktadır. Tüm tütün ürünlerinde kullanılması zorunlu 14 resimli uyarının belirlendiği; sigaraya karşı yürütölen mücadelede farkındalığı artırmak için çaba sarf edildiği; 2009 yılından beri kamuya açık yerlerde tatbik edilen sigara yasağının nispeten başarılı bir sonucu olarak Türkiye’nin, 2010 yılının ilk çeyreğinde son beş yılın en düşük sigara tüketim seviyesini yakaladığı Raporda açıklanan hususlardır. Sigara yasağına, kişisel özgürlüklerin ihlali gereğesiyle ve işletme çıkarlarının zarar görmesine atfen itiraz edilmiş olması ve ayrıca Anayasa Mahkemesi’ne bir başvurunun gerçekleşmesi de Raporda not edilmiştir (AB Başkanlığı, 2010, s. 92).

2011 Raporu, tütünde Türkiye’nin AB müktesebatından doğanan yükümlölükleri büyük ölçüde karşıladığını vurgulamıştır. 2010 Raporunda da geçen kamuya açık alanlarda sigara yasağının iptaline ilişkin Anayasa Mahkemesi’ne yapılan talep oy çokluğuyla reddedilmiştir. Sigara bıraktırma merkezlerinin sayısı 234’e çıkmış ve sigara bırakma için ücretsiz danışma hattı uygulaması başlatılmıştır. Ocak 2011’de tütün ürünlerinin ve alkolün tanıtımına, pazarlanmasına, satışına ve kullanımına yeni kısıtlamalar getiren yeni bir yönetmelik yayımlanmıştır. 2011 Haziran ayında söz konusu yönetmelikte yapılan değişiklikle tütün ürünlerinin internet yoluyla satışı da yasaklanmıştır (AB Başkanlığı, 2011, s. 102).

Tütün konusunda AB’nin tüm beklentilerini karşılayan Türkiye, 2011 Raporunda hiç eleştiri almadığı gibi raporların genelinde görölen ve dile getirilen olumlu ilerleme 2012 Raporunda da devam etmiştir. Rapora göre Türkiye tütün kontrolünde, AB müktesebatından kaynaklı yükümlölüklerini karşılamakta ve Konsey’in ilgili tavsiye kararlarını tümüyle dikkate almaktadır. Ayrıca Türkiye, WHO Tütün Kontrolü ereve Sözleşmesi’ne aktif taraftır (AB Başkanlığı, 2012, s. 84). 2013 Raporuna göre uyumu gerçekleşen tütün kontrolü mevzuatının tatbiki yönünde çabalar sürmektedir. Sağlık Bakanlığı, tütün kontrolü eylem planını uygulayarak 7/24 hizmet veren ve günde 1500 ağrı alan ulusal bir yardım hattı aracılığıyla sigara bırakma hizmetini ücretsiz sunmaktadır. Tütün ürünleri kullanan yetişkin oranı (2008’de % 31,4) 2012 yılında % 27,1’e gerilemiştir (AB Başkanlığı, 2013, s. 73).

2014 Raporu, tütün konusunda Türkiye’nin geldiği noktayı WHO istatistikleri ile değerlendirmiş ve şu açıklamaya Raporda yer vermiştir: WHO’nun 2013 Küresel Tütün Kontrol Raporuna göre, Türkiye en yüksek uygulama notlarına sahip ölke olmayı sürdürmektedir (AB Başkanlığı, 2014, s. 70). 2015 Raporu, tütün kontrolünde 2015-2018 dönemine yönelik bir eylem planının yürürlüğe girmiş olduğunu beyanla yetinmiştir (AB Başkanlığı, 2015, s. 84).

2016 Raporunda da bir eleştireye rastlanmamaktadır. Genel bir açıklama yapılmıştır: Tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve dengesiz beslenmenin risklerine ilişkin farkındalık oluşturma faaliyetleri yoğun olarak devam etmiştir (AB Başkanlığı, 2016, s. 99). 2018 Raporuna göre Türkiye'nin tütün kontrolüne dair mevzuatı, AB müktesebatıyla tam uyumludur, fakat Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin Yasadışı Ticarete Dair Protokolü henüz imzalanmamıştır. Sigara kullanımı verilerine göre, nüfusun % 26,5'i sigara kullanmaktadır (AB Başkanlığı, 2018, s. 93).

2019 Raporuna göre tütün kontrolünde, Türkiye son yirmi yılda önemli yasal ilerlemeler kaydetmiştir. Tütün kullanımı önemli ölçüde azaltılmış ve iç hava kalitesi iyileştirilmiştir. Ancak, sigara içme prevalansı yüksektir (% 31,5) ve iç mekan sigara yasağı ihlalleri sürmektedir. Sigaraya başlama yaşı ortalama 18,1'dir (erkekler için 17,2 ve kadınlar için 20,2). Güncel bir strateji belgesi ve tütün kontrolü ile ilgili eylem planı (2018-2023) mevcuttur. Türkiye, 2018 Nisan ayında Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin Yasadışı Ticarete Dair Protokolü'nü imzalamıştır (European Commission, 2019a, s. 95-96).

### 5.3.2. Bulaşıcı Hastalıklar

2005 Raporuna göre Sağlık Bakanlığı, WHO'nun kızamığın ortadan kaldırılmasına yönelik stratejilerini yakından izlemektedir. Bu çerçevede aşılardan okul çocuklarına (6 yaş altı) ilave olarak (9 milyon çocuğa) kızamık aşısı yapılmıştır. HIV/AIDS'le mücadelede Türkiye vaka sayısının düşük görüldüğü bir devlet olmayı sürdürmektedir. 1985 yılından beri rapor edilen HIV pozitif kişi sayısı 1371 iken AIDS'li kişi sayısı 551'dir. Türkiye, salgın hastalıkların gözetimi ve bulaşıcı hastalıkların denetimini sağlayacak bir ağ kurmak amacıyla mevcut gözetim sistemindeki hastalıklar listesini, 2003/534/EC sayılı Avrupa Komisyonu Kararında<sup>5</sup> yer alan hastalıklar listesiyle uyumlulaştırmıştır. Hastalıkların tanımı gözden geçirilerek tamamlanmıştır. Bulaşıcı hastalıklar hakkında bilgi verme sistemine ilişkin bir yönerge 2004 Kasım ayında Resmî Gazete'de yayımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı bilgi toplama amacına yönelik bir Salgın Kontrolü ve Gözetim Ünitesi kurulmuştur (AB Başkanlığı, 2005, s. 143-144).

2006 Raporu bir önceki rapora göre daha dar olup Raporda şu açıklamalara yer verilmiştir: Sağlık Bakanlığı, aşı yoluyla önlenebilen hastalıklara dair WHO'nun stratejilerini yakından izlemektedir. HIV/AIDS ile mücadelede, Türkiye hastalığın düşük seviyede kaldığı bir devlet olmayı sürdürmektedir. Türkiye, özellikle epidemiyolojik gözlem ağının kurulmasında ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü alanında ilerleme göstermiştir (AB Başkanlığı, 2006, s. 69). Türkiye bulaşıcı hastalıkları izleme sistemini, Birlik listeleriyle kısmen uyumlulaştırmıştır. Bununla birlikte Türkiye, grip hastalığına hazırlık ulusal planını ilgili AB kurum ve ajanslarıyla işbirliği içerisinde güncelleştirilmiştir (AB Başkanlığı, 2006, s. 68). 2007 Raporuna göre Türkiye kurumsal yapısını, idari kapasitesini ve yasal mevzuatını güçlendirmeyi sürdürmüştür. Ancak, test laboratuvarlarına yatırım ve mevcut laboratuvarların teşhis kapasitesi gerekli seviyenin altındadır (AB Başkanlığı, 2007, s. 71).

---

<sup>5</sup> 17 Temmuz 2003 tarihli ve 2003/534/EC sayılı Avrupa Komisyonu Kararı: Avrupa Parlamentosu ve Konseyin 2119/98/EC sayılı Kararı ve bu kararlarda listelenen bulaşıcı hastalıklar ile ilgili 2000/96/EC sayılı Kararı ve bulaşıcı hastalıklar için vaka tanımlarına ilişkin (C (2003) 2301 no'lu belge altında bildirilmiştir) 2002/253/EC sayılı Kararı değiştirmiştir.

2008 Raporuna göre Türkiye önemli lde ilerleme kaydederek stratejik bir plan (2008-2012) doğrultusunda uygulama ve kurumsal çerçevede gerekli değişiklikleri tamamlama ve uyumlaştırma konularında açık hedefler belirlemiştir. Muhtemel salgınların araştırılması ve yönetimi konusunda Sağlık Bakanlığı kurumsal kapasitesini geliştirmiştir. Ancak kayıtlı HIV vakalarında artış görülmesine rağmen, HIV'in önlenmesi henüz öncelikli bir politikaya dönüştürülmemiştir. HIV/AIDS hakkında da bilgiye erişme hala sınırlıdır (AB Başkanlığı, 2008, s. 80-81).

2009 Raporuna göre mevzuatın uygulanmasına yönelik spesifik hastalıkların erken teşhis edilmesi ve kontrol önlemlerinin alınması amacıyla eğitimler düzenlenmiştir. Bu konuda verilen teknik eğitimlerde ve klinik mikrobiyoloji laboratuvarlarının oluşturulması ve elektronik ağların kurulması konularında ilerleme temin edilmiştir. Bağırsak hastalıklarında erken uyarı ve yanıt sistemi (early warning and response system/EWRS) lkenin geri kalanına genişletilmek üzere deneme amaçlı geliştirilmiştir. İdari yapılar da bulaşıcı hastalıkların takibinin ve kontrolünün gclendirilmesi için esas ve usullerin düzenlendiği 2009-2013 Bulaşıcı Hastalıklar Ulusal Stratejik Planı'nda değişiklikler yapılarak bazı ilerlemeler kaydedilmiştir. Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü'nün kurulmasına dair henüz ilerleme olmamış ve kanun taslağı yasalaşmamıştır (AB Başkanlığı, 2009, s. 83).

2010 Raporu, Türkiye'nin AB müktesebatı ile uyumunu nispeten ileri seviyede bulmuş ve AB düzeyinde uyumluluğun ve karşılaştırılabilirliğin sağlanması için bazı hastalıklarda ve vaka tanımlarında birtakım tıbbi verilerin bildirilmesi konusunda uyumlaştırmanın devam ettiğini belirtmiştir. Mevcut mevzuatın uygulanması yeterli görülmemekle birlikte, yine de sürveyans ve kontrol önlemlerinin sistematik izlenmesi ve uygulanması yönünde idari yapının gclendirilmesi ve Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü'nün kurulması konularında ilerlemenin kaydedildiği not edilmiştir. Deneme amaçlı kurulan EWRS 10 ile bağırsak hastalıklarının izlenmesi lke çapında daha da genişletilmiştir (AB Başkanlığı, 2010, s. 92).

2011 Raporuna göre bildirilmesi zorunlu hastalıklara ve vaka tanımlarına dair mevzuatın uyumlaştırılmasının tamamlanması için Nisan 2011'de Bulaşıcı Hastalıklar Srveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği'nde değişikliğe gidilmiştir. Ulusal halk sağlığı enstitüsü henüz kurulmuş değildir (AB Başkanlığı, 2011, s. 102). 2012 Raporuna göre EWRS ve Saha Epidemiyolojisi eğitim biriminin Ulusal Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde kurulması sağlanmıştır. EWRS faaliyetlerini koordine ve kontrol etmek, yerel/il düzeyinde faaliyet gösteren birimlere destek sağlamak ve ilgili uluslararası kuruluşlarla bilgi alişverişini kolaylaştırmak konularında Birime birtakım roller tanımlanmıştır. AB müktesebatı ve uluslararası sağlık düzenlemeleri doğrultusunda oluşturulan sürveyans ve kontrol sisteminin tutarlılığının sağlanmasına yönelik çabalar srdrlmetedir. Bununla birlikte HIV/AIDS politikasında grlen eksiklik nedeniyle hastalığın görülme sıklığı artmakta olup hastalık hakkında kamuoyu farkındalığının sağlanması gereği 2011 Raporunda olduğu gibi bu Raporda da yinelenmiştir (AB Başkanlığı, 2012, s. 83-84).

2013 Raporuna göre AB kaynaklarıyla kurulan ulusal EWRS, sağlık güvenliği stratejisinin kilit unsurlarından biri olmuştur. EWRS'in yönetim merkezi Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde oluşturulmuştur. Merkeze gelen 420 uyarıdan 12'si salgınla sonuçlanmıştır. Sağlığı tehdit eden durumların tespiti, analizi, doğrulanması, iletişimi ve bunların yanıtlanmasına ilişkin merkezi standart işletim usulleri ileri düzeyde oluşturulmuş, illerdeki hazırlıklar sürmektedir. EWRS'e ait alt birimler 81 ilin tamamında kurulmaktadır.

Laboratuvar eğitim programları ve saha epidemiyolojisi aracılığıyla Türkiye, insan kaynakları kapasitesinin geliştirilmesine ilişkin çalışmalarını sürdürmektedir. Her iki programın da sürdürülebilir olması gerekmektedir. Sağlık sisteminin yeniden yapılanmasıyla birlikte, tüm laboratuvarlardan gelen laboratuvar verilerinin düzenli olarak raporlanmasına yönelik süreçler ve yapısal işleyiş yeniden tanımlanmalı ve güçlendirilmelidir. HIV/AIDS Stratejik Eylem Planı (2013-2017) hazırlıkları devam etmektedir (AB Başkanlığı, 2013, s. 74).

2014 Raporuna göre Türkiye, halk sağlığına ilişkin acil durum tespiti ve müdahale kapasitesini, tüm illerde (81 il) en az bir tane oluşturulan ulusal EWRS ile geliştirmiş olmasına karşılık sistem, AB’de rapor edilen tüm hastalıkları içermemektedir. Hastalıkların kontrolünde ulusal saha epidemiyolojisi ve laboratuvar konularında sürekli eğitim programları oluşturulmuştur. Bununla birlikte sağlık güvenliğinde sektörler arası işbirliği süreci de başlatılmıştır. HIV/AIDS eylem planı halı hazır değildir. Bu konuda farkındalık oluşturma faaliyetlerine daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır (AB Başkanlığı, 2014, s. 70).

2015 Raporuna göre 2015 Haziran ayında Avrupa Komisyonu ve Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi, bulaşıcı hastalıklarda sağlık yönetişimi, gözetimi, hazırlık durumu ve yanıt verme kapasitesi konularında bir çalışmayı birlikte gerçekleştirmiş olup, bu çalışmadan çıkan tavsiyeler, bulaşıcı hastalıklara ilişkin müktesebatın uyumlaştırılmasına, uygulanmasına ve ilgili idari kapasitenin geliştirilmesine daha fazla katkı sağlayacaktır (AB Başkanlığı, 2015, s. 84). 2016 Raporuna göre bulaşıcı hastalıkların saptanması, raporlanması ve kontrolüne dair sistem ve eğitim sorunları yerelde sürmektedir. Ulusal sağlık bilgi sisteminde yer alan verilerin güvenliği ve gizliliği sağlanmalıdır. Türkiye’deki ölüm nedenlerinin % 86’sını (Nüfusun 70 yaş altında, her 5 kişiden 1’i) bulaşıcı olmayan hastalıklar oluşturmaktadır (AB Başkanlığı, 2016, s. 99).

2018 Raporuna göre sınır aşan sağlık hizmetlerinde hasta haklarına ilişkin ve sınır aşan ciddi sağlık tehditlerine karşı mevzuatta ilerleme görülmemiştir (AB Başkanlığı, 2018, s. 93-94). 2019 Raporuna göre bulaşıcı hastalıklar ve sınır aşan sağlığa yönelik ciddi tehditlerde EWRS ve epidemiyolojik sürveyans sistemlerinin, Türkiye’nin ağustos ayında karşılaştığı şarbon olaylarında etkin bir şekilde çalışmıştır. Sağlık sektörünün diğer sektörlerle koordinasyonunda standart işletme prosedürlerinin büyük ölçekte başarıyla test edilmiştir. Laboratuvar hizmetlerinin de sürveyans sistemini verimli bir şekilde desteklediği kanıtlanmıştır (European Commission, 2019a, s. 96).

Türkiye’nin bulaşıcı hastalıklar konusunda halk sağlığının korunmasında, sağlık sisteminde ve idari kapasitesinde görülen ve yukarıda izlenen başarılı sürecin sonucu, WHO tarafından 11 Mart 2020 tarihinde küresel bir salgın (pandemi) olarak deklare/ilan edilen yeni koronavirüs (Covid-19) ile gerçekleştirilen mücadelede de görülmüştür. Türkiye’nin sağlık yönetiminin salgın karşısında izlediği strateji ve aldığı önlemler başarılı sonuçlar vermiş ve dünya devletleri arasında Türkiye’yi farkedilir bir şekilde öne çıkarmıştır. Bu itibarla, Türkiye 2020 Raporu henüz yayımlanmadığından AB’nin bu konudaki değerlendirmesine burada yer verilemeye de muhtemelen olumlu görüşlerin raporda yer alacağı sonucuna varmak mümkün görünmektedir.



### 5.3.3. Kan, Kan Ürünleri, Doku ve Hücreler

Türkiye'nin kan, doku, hücre ve organ gibi beşerî maddelere ilişkin mevzuatını uyumlu hale getirmemiş olduğu 2006 Raporunda özellikle ifade edilmiştir (AB Başkanlığı, 2006, s. 69). 2007 Raporuna göre insan kanı ve kan bileşenlerinin toplanması, test edilmesi, işlenmesi, saklanması ve dağıtılması gibi güvenlik ve nitelik bakımından standartlar getiren mevzuat kabul edilerek ilerleme temin edilmiştir. Bununla birlikte kan, kan bileşenleri, doku ve hücre alanında faaliyet gösteren tesislerin teknik kapasitesinin AB standartlarını karşılayacak ölçüde iyileştirilmesi ve yeniden yapılandırılması gerçekleşmemiştir (AB Başkanlığı, 2007, s. 71). 2008 Raporuna göre kan nakli sisteminde gözden geçirme başlamış olup, doku ve hücre alanında yasal uyumlaştırma eksik kalmıştır. Bu alanda idari kapasitede yeterli gelişme görülmemekle birlikte, Ulusal Hücre Eşgüdüm Merkezi'nin 2008 Temmuz ayında kurulması eksikliği gidermede yerinde bir adımdır. Raporun sonuç kısmında da kan ve kan bileşenleri ile doku ve hücrede yasal uyumlaştırma hazırlıklarının devam ettiği not edilmiştir (AB Başkanlığı, 2008, s. 81).

2009 Raporuna göre kan toplama, depolama ve transfüzyon merkezlerine ilişkin kalite standartları ve spesifikasyonları kabul edilen bir yönetmelikle düzenlenmiştir. Mevzuat uyumunda ilerleme kaydedilmiş olup, uygulamaya ilişkin idari kapasite yetersizdir. Doku ve hücre alanında da ilerleme görülmemiştir. Türkiye, Kök Hücre Koordinasyon Merkezi'nin operasyonel hale getirilmesine ilişkin çalışmalarını sürdürmektedir (AB Başkanlığı, 2009, s. 83).

2010 Raporuna göre mevzuat uyumunda ilerleme iyi düzeydedir. Tanım ve standartlara dair uyum çabaları sürmektedir. Doku ve hücre konusunda bir yönetmelik yayımlanmıştır, ancak bu yasal düzenlemenin AB müktesebatı ile tam olarak uyumlu olup olmadığı teyide muhtaçtır. TÜRKÖK faaliyete henüz geçmemiş olup, gözetim faaliyetlerine yönelik idari kapasite bu alanda güçlendirilmelidir. Her tür doku ve hücre için (iskelet, kas, kornea, kardiyovasküler, yardımcı üreme, vb.) AB müktesebatıyla uyum hazırlıkları devam etmektedir (AB Başkanlığı, 2010, s. 92).

2011 Raporuna göre ulusal kan ve kan bileşenleri rehberi, AB'nin rehberi esas alınarak güncellenmiştir. 2010 Ekim ayında, İnsan Doku ve Hücreleri ile Bunlarla İlgili Merkezlerin Kalite ve Güvenliği Hakkında Yönetmelik yayımlanmıştır. Yönetmelik; insan doku ve hücrelerinin bağışlanması, tedarik edilmesi, test edilmesi, işlenmesi, işlevlerinin korunacak şekilde depolanmak üzere hazırlanması, depolanması ve dağıtılmasına dair kalite ve güvenlik standartları getirmektedir. Ayrıca 2011 Mart ayında kompozit doku nakli yapılabilen merkezlerde uygulanmak üzere standartlar oluşturan bir yönerge de kabul edilmiştir. Bu itibarla mevzuat uyumu genel olarak ileri düzeydedir, fakat yine de Türkiye bu alanda henüz etkin izleme, denetim, gözetim ve raporlama yapılmasında yeterli düzeyde değildir (AB Başkanlığı, 2011, s. 102).

2012 Raporuna göre mevzuat uyumunda bazı ilerlemeler sağlanmıştır. 2011 Kasım ayında Kompozit Doku Nakli Endikasyon Listesi ve Kompozit Doku Nakli Donör İçerme ve Dışlama Listesi ve Doku Tipleme Laboratuvarları Yönergesi yayımlanmıştır. Aynı zamanda organ ve doku nakli merkezlerinin yönetimini de içeren Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği kabul edilmiştir. Doku ve hücreler ile organ nakil hizmetleri, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde tek bir birimde toplanmış, kan hizmetleri ise ayrı bir birim olmaya devam etmiştir (AB Başkanlığı, 2012, s. 84).

2013 Raporuna göre AB müktesebatı ile kayda değer bir uyumun gerçekleştiği söylenebilir. Organ bağışını teşvik etmek ve kolaylaştırmak amacıyla Türkiye Organ ve Doku Bağışısı Bilgi Sistemi kurulmuştur. Müktesebatın uygulanması için gereken idari kapasite, yetkili birimlerin kurulması ve izlenebilirlik sistemleri merkezi ve yerel düzeyde daha fazla iyileştirilmelidir (AB Başkanlığı, 2013, s. 74). 2014 Raporuna göre kan ve kan bileşenlerinin hazırlanmasına, kullanılmasına ve kalite güvencesinin sağlanmasına ilişkin rehber revize edilmiştir. Kanla ilgili mevzuatı AB müktesebatı ile uyumlaştırmak amacıyla, bir politika ve strateji belgesi geliştirilerek bütün kan merkezlerinin durum analizine dayalı kan sisteminin tedarikçi ve kullanıcı tarafları belirlenmiştir. Türkiye; kan, doku, hücre ve organlar konusundaki mevzuatını, ilgili AB Direktifleriyle ve uluslararası uygulamalarla uyumlulaştırmıştır (AB Başkanlığı, 2014, s. 70-71).

2015 Raporuna göre kan, hücre, organ ve doku alanında farkındalık oluşturma ve kapasite artırımı sürmüştür. Beyin ölümü teşhisinde, kadavradan organ bağışısı alınma oranında ve bağışlanan kan miktarında artışlar gözlenmiştir. Mevcut mevzuat etraflıca analiz edilmiş ve yasal boşluklar saptanmıştır. Organ Kaçakçılığına Karşı Avrupa Konseyi Sözleşmesi’ni ilk imzalayan devletlerden biri Türkiye olmuştur (AB Başkanlığı, 2015, s. 84).

2016 Raporuna göre kan konusunda ulusal mevzuat AB müktesebatı ile nispeten uyumludur. Bununla birlikte, Birlik’in güvenlik ve kalite standartları tümüyle uygulanmamış olup, kan tedarik sisteminin iyileştirilmesi ve kanın güvenli temin edilmesi için ilave bütçe gerekmektedir. İnsan doku ve hücrelerinin tedarikinde idari kapasite artırılmış ve kadavra bağışında deontolojik standartlar geliştirilmiştir. Organ bağışısı oranları artmış olup, oranın 2016 sonuna kadar beklenen öngörü her bir milyon kişiden 6’sı şeklindedir (AB Başkanlığı, 2016, s. 99). 2018 Raporuna göre kan, doku, hücre ve organlara ilişkin mevzuat, AB müktesebatı ile uyumlulaştırılmalıdır. Türkiye’de yılda iki kez denetlenen 43 kan merkezi vardır. Hemovijilans (hemovigilance) sistemi tümüyle işler hale getirilmelidir. Farkındalık oluşturma ve kapasite artırma çalışmalarıyla 2016 yılının sonunda, organ bağış oranları bir milyon kişide 7,1 olarak gerçekleşmiştir (AB Başkanlığı, 2018, s. 93).

2019 Raporuna göre kan bankası sisteminin kapasite artırımı devam etmektedir. Şu anda Sağlık Bakanlığı tarafından geçici kan bankası sayısında düşüş gösteren 18 bölgesel kan bankası mevcuttur. Türkiye’de kan alan mevcut işletme sayısı 37 olup doku, hücre ve organlara ilişkin mevzuatın uyumlaştırılmasında ve hemovijilans sisteminin işleyişinde ilerleme gerçekleşmemiştir (European Commission, 2019a, s.96).

#### **5.3.4. Ruh Sağlığı**

2007 Raporunda konu edilen ruh/zihin (mental) sağlığının iyileştirilmesi için kaynaklar (bütçe, personel, kapasite vs.) ihtiyaçlara oranla sınırlı kalmıştır. Toplum odaklı hizmetler kurumsal olanlara alternatif teşkil edecek yeterlilikte geliştirilmemiştir (AB Başkanlığı, 2007, s. 72). 2008 Raporunda hiçbir ilerlemenin kaydedilmediği belirtilmiş olup bir önceki yılın raporundaki eleştiriler aynıyla korunmuştur. Zihinsel özürülüler için rehabilitasyon merkezlerinde ve akıl hastanelerinde genel tıp tedavisi ve bakımı yetersiz olup sorun devam etmektedir (AB Başkanlığı, 2008, s. 81). 2009 Raporuna göre ilerleme çok sınırlıdır. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu birlikte ortak bir çalışma grubu oluşturmuştur. Türkiye’nin ruh sağlığı konusundaki kaynakları yetersizdir. Kurumsallaşmanın

dışında toplum temelli alternatif hizmetlerin oluşturulması oldukça önemlidir. Çocukların ve gençlerin ruh sağlıklarının korunmasına ilişkin özel çabalar gösterilmelidir. Ruh Sağlığı Eylem Planı hala eksiktir (AB Başkanlığı, 2009, s. 83). 2010 Raporunda da genel olarak hazırlıkların başlangıç seviyesinde olduğu, ruh sağlığı eylem planının nihai hale getirildiği ancak henüz kabul edilmediği belirtilmiştir (AB Başkanlığı, 2010, s. 92).

2011 Raporuna göre S2011 şubat ayında toplum ruh sağlığı merkezlerine dair bir yönerge hazırlanmış olmasına rağmen ulusal eylem planında henüz bir gelişme yoktur. Ruh sağlığı sorunlarına sahip bireylerin toplumdan kopmaması ve bunların haklarının korunması dıynnde daha fazla çaba gerekmektedir (AB Başkanlığı, 2011, s. 102-103). 2012 Raporuna göre ilerleme düzeyi iyidir. 2011'deki Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nın ardından, 50 yeni toplum ruh sağlığı merkezi 42 ilde kurulmuştur. Ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin toplumla bütünleşmesini teşvik eden önlemler grlmştir. Bu popülasyonun desteklenmesi ve insan hakları yönüyle korunması için daha fazla çaba gösterilmesi önerilmektedir (AB Başkanlığı, 2012, s. 84).

2013 Raporuna göre toplum temelli sosyal bakım hizmetleri modeli geliştirildiğinden bahisle, eğitim ve bakım modellerinin nihai duruma getirildiği not edilmiştir. 67 toplum ruh sağlığı merkezi 54 ilde açılmış olup, bu merkezlerde görevli personele verilen eğitimler sürmektedir (AB Başkanlığı, 2013, s. 74). 2014 Raporunda şu açıklamalar yer almaktadır: Toplum ruh sağlığı merkezleri ve toplum temelli sosyal bakım hizmetleri için kılavuz ilkeler yayınlanmıştır. 59 ilde toplam 81 ruh sağlığı merkezi mevcuttur. Evde bakım için 52 adet umut evi açılmıştır. 2014 şubat ayında çıkarılan torba kanun ile zihinsel engellilerin evde bakımına dair hükümler AB müktesebatı ile uyumlulaştırılmıştır. Bununla birlikte ruh sağlığı merkezlerinin takibinden ve denetiminden sorumlu bağımsız bir birim hala yoktur (AB Başkanlığı, 2014, s. 71). 2015 Raporuna göre toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanması dair eğitimler devam etmektedir (AB Başkanlığı, 2015, s. 84). 2016 Raporu 2015 Raporunu adeta tekrarlamıştır (AB Başkanlığı, 2016, s. 99).

2018 Raporuna göre toplum temelli ruh sağlığı merkezlerinde ilerleme yavaştır. Toplum temelli ruh sağlığı merkezinin toplam sayısı 163'e ulaşmış ve ruh sağlığı gereksinimi konusunda 350 aile hekimine eğitim verilmiştir (AB Başkanlığı, 2018, s. 94). 2019 Raporuna göre toplum temelli ruh sağlığı merkezlerinin sayısı 167'ye yükselmiştir. Türkiye'de intihar oranı birçok Avrupa ülkesine göre daha düşük olsa da son kırk yılda ülkedeki intihar edenlerin sayısı % 50'lik bir artışla önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmeye başlamıştır (European Commission, 2019a, s. 96).

### **5.3.5. Sosyo-Ekonomik Belirleyici Sağlık Etkenleri**

2008 Raporunda, sağlığın sosyo-ekonomik belirleyici etkenlerine ilişkin olarak 2008'de halkın yarısının aile hekimi ve birinci derecede sağlık hizmetinden yararlanacağı açıklamasına yer verilmiştir (AB Başkanlığı, 2008, s. 81). 2009 Raporunda, bir önceki yılın Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması n sonuçları verilmiş ve bu sonuçlara göre 1978'de 4,33 olan doğum oranının 2008'de 2,15'e dşmştir. Sağlık hizmetine erişimde ise annelerin % 92'si gebeliklerinin son evresinde doğum öncesi bakımdan faydalanmış ve doğumların % 90'ı ya bir hastane ya da bir sağlık merkezinde gerçekleşmiştir (AB Başkanlığı, 2009, s. 83).

2011 Raporunda Türkiye’deki artan obezite sorununa bir Başbakanlık Genelgesi ile dikkat çekildiğine yer verilmiştir. 2014 yılına kadar obezitenin görülmesinde % 5 oranında bir azalmayı amaçlayan Genelge, obezite ile mücadele ve kontrol programının uygulanmasında ülkedeki önemli aktörler (kamu, özel sektör ve üniversiteler ile sivil toplum kuruluşları) ile yakın işbirliği yapılması çağrısında bulunmuştur. Ayrıca sağlıklı bir yaşamı destekleyen ve insanları buldukları çevrede fiziksel aktivitelere teşvik eden bir eylem planı kabul edilmiştir (AB Başkanlığı, 2011, s. 103).

2013 Raporuna göre bütün vatandaşların sağlık hizmetlerine eşit erişimden faydalanabilmesini sosyal sigorta sistemi sağlamalıdır. Yaşlı ve engellilere yönelik evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında ilerleme görülmüştür. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı’nın (2010-2014) yenilenmesine dair hazırlıklar sürmektedir. Obezite danışma merkezleri, temel sağlık hizmetleri seviyesinde kurulmuştur. Alkollü içeceklerin 22.00 ve 06.00 saatleri arasında satışını yasaklayan yeni alkol düzenlemesi yürürlüğe girmiştir (AB Başkanlığı, 2013, s. 74).

2014 Raporuna göre kayıtlı her bir vatandaşın yerel bir aile hekimi aracılığıyla sağlık hizmetine erişimi sağlanmalı; yaşlı ve engelliler dahil olmak üzere kayıtlı olmayan vatandaşlara da sağlık hizmetine erişim sağlanmalı ve hizmet kalitesi geliştirilmelidir. Türkiye beslenme konusunda, WHO ile işbirliği yapmış ve ilk defa Avrupa’daki çocuk obezitesinin araştırılması çalışmasına katılmıştır. Alkolden kaynaklı zararın azaltılmasında, alkollü içeceklerin üzerine uyarı mesajının konulması ile ilgili yasal düzenleme 2014 Haziran ayında yürürlüğe girmiştir (AB Başkanlığı, 2014, s. 71). 2018 Raporuna göre engelliler, uyuşturucu kullanan çocuk ve yetişkinler ile HIV taşıyan kişilerin sağlık hizmetine erişimleri iyileştirilmelidir. Raporda Suriyeli sığınmacılara da dikkat çekilmiş ve Suriyeli sığınmacılardan oluşan oldukça büyük bir nüfusa ev sahipliği yapılmasının, ulusal sağlık hizmeti sistemine mali açıdan ilave bir külfet oluşturmayı sürdürdüğü belirtilmiştir (AB Başkanlığı, 2018, s. 94).

### **5.3.6. Kanser**

2008 Raporu ile beraber kanser konusunda değerlendirmeler yapılmaya başlanmıştır. 2008 Raporuna göre kanser alanında kontrol programları yönüyle ilerleme görülmüştür. Ancak kanser taramasına ilişkin olarak göğüs, rahim ve kolorektal kanserin nüfus temelli düzenli taranmasını tavsiye eden Konsey kararı henüz yürürlükte değildir (AB Başkanlığı, 2008, s. 81). 2009 Raporunda kanser kontrollerinde ilerlemenin kaydedildiği belirtilmekle birlikte şu açıklamalara yer verilmiştir: 2009-2015 dönemi ulusal kanser kontrol programında, meme ve rahim ağzı kanseri ile mücadelede net aşamalar belirlenmiştir. Buna göre 2012 yılına kadar halkın % 70’inin taranması amaçlanmıştır. Ulusal tarama standartlarında öngörülen rahim ağzı kanseri taramasına başlanma yaşı, kanser taraması konusundaki Konsey tavsiyesinde belirtilen yaş aralığı ile uyumsuzdur. Meme ve rahim ağzı kanserinde tarama standartlarının yanında, kolorektal kanser taraması konusunda da ulusal standartlar yayınlanmış ve taramalar başlamıştır. Ancak Ulusal Kanseri Enstitüsü henüz kurulmamıştır (AB Başkanlığı, 2009, s. 83). 2010 Raporuna göre tarama programlarının halk üzerinde yürütülmesi için gerekli altyapı bulunmaktadır. 2015 yılında %70’lik bir tarama hedefi konulmuştur. 2010 yılında meme ve rahim ağzı kanseri taramasına ilişkin olarak hedef gruplarda sırasıyla %12 ve %18 oranlarına ulaşılmıştır (AB Başkanlığı, 2010, s. 92).

2011 Raporuna göre kadınlarda grlen kansere yönelik kamuoyunun farkındalığının artırılması için Sağlık Bakanlığı bir kampanya başlatmıştır. Kampanyada, meme, rahim ağzı, yumurtalık kanseri ve endometrial kanser gibi kadınlarda en ciddi ve yaygın olan üreme sistemi kanserleri üzerine odaklanılmıştır. Hedef grupların taranmasına devam edilmekte olup, izleme ve raporlamada sorunlar vardır (AB Başkanlığı, 2011, s. 103). Kanser tarama merkezleri oluşturularak İzmir, Edirne, Antalya ve Trabzon'daki merkezler Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi (International Agency for Research on Cancer/IARC) tarafından akredite edilmiştir (AB Başkanlığı, 2013, s. 74). 2016 Raporuna göre kanserle mücadelede geliştirilen altyapı sayesinde ilerleme iyi düzeydedir. Göğüs kanserinde tarama %35'e ulaşırken, rahim ağzı kanserinde %80 grlmştir. Kanser kontrol programı, temel sağlık hizmetlerine entegre edilmiş ve aktif kanser kayıt merkezleri bütün illere genişletilmiştir (AB Başkanlığı, 2016, s. 99). 2018 Raporuna göre 81 ilde bulunan kanser kayıt merkezlerinin 13 tanesi ulusal otorite, 8 tanesi de IARC tarafından akredite edilmiştir. Taramalarda ise göğüs kanserinde %35,6, rahim ağzı kanserinde %81,3 seviyelerine ulaşılmıştır. Kanser kontrol programı, temel sağlık hizmetlerine dahil edildikten sonra aktif bir Şekilde kanserin gözetimi ve izlenmesi bütün illeri kapsayacak Şekilde yaygınlaştırılmıştır. 2017 Aralık ayında Ulusal Kanser Enstitüsü ile ilgili yönetmelik kabul edilmiş ve ardından da Enstitü faaliyetine geçmiştir (AB Başkanlığı, 2018, s. 94).

2019 Raporu, akciğer kanserinin önlenmesinde sigara ile mücadeleyi ilk adım olarak değerlendirmektedir. Akciğer Kanseri Raporuna göre, akciğer kanserinin ekonomik yükünün yaklaşık 8,8 milyar TL olduğu tahmin edilmekte ve her yıl 175.000'den fazla yeni kanser vakası görülmektedir. Kanser kayıt merkezleri her ilde kurulmuştur. Bununla birlikte Türkiye, Avrupa Kanser Kayıtları Ağı'nın henüz parçası değildir (European Commission, 2019a, s.96).

### **5.3.7. İdari Kapasitenin Geliştirilmesi**

2005 Raporu, Sağlık Bakanlığı'nın halk sağlığı alanında halkın sağlık ve güvenliğini korumak ve iyileştirmekle ilgili görevlerini yerine getirmede kurumsal ve idari kapasitesinin güçlendirilmeye ihtiyaı olduğunu not etmiştir. Ayrıca Türkiye, ocuk felcinde olduğu gibi, sağlık yönüyle potansiyel risk taşıyan durumlarda bilgi alışverişi için EWRS tesis etmelidir (AB Başkanlığı, 2005, s. 144) 2006 Raporunda aile hekimleri tarafından bilgi toplanılmak suretiyle muhtemel salgınlara karşı erken uyarıların Sağlık Bakanlığı'ndaki elektronik veri tabanına zamanında yüklenmesi konusunda ilerlemenin sağlandığı belirtilmiştir. Raporda bilginin dağılmasını önleyecek bir uygulamanın temin edilmesi gerektiği ifade edilmiştir (AB Başkanlığı, 2006, s. 69).

2010 Raporunda Sağlık Bakanlığı'nın ilk stratejik planına ilişkin değerlendirmeler bulunmaktadır: Sağlık Bakanlığı, 2010-2014 yıllarını kapsayan ilk stratejik planını yayınlamıştır. Planda, sağlığa yönelik tehditlerle savaşmaya, sağlık hizmetlerinin güvenliğini ve kalitesini artırmaya, insan merkezli hizmet anlayışıyla hakkaniyet ve erişebilirlik temelinde sağlık ihtiyaçlarına cevap vermeye, toplumun refahını geliştirmeye ve güçlendirmeye yönelik hedefler açıklanmaktadır (AB Başkanlığı, 2010, s. 91-92). 2011 Raporunda, 2004'de getirilen aile hekimliğinin 2010 yılı sonu itibariyle ülke geneline yayıldığı ve 2011'de ulusal bütçenin % 5,6'sı oranında sağlık harcamaları gerçekleşmiş olup, bunun 2010'daki düzeyin üzerinde olduğu not edilmiştir (AB Başkanlığı, 2011, s. 102). 2012 Raporuna göre sağlık sistemine ilişkin sürdürülen kurumsal reform Sağlık Bakanlığı'nın idari kapasitesinde gelişmelere olanak

tanımıştır. Ayrıca reform; temel sağlık hizmetleri, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, laboratuvarlar, tüketici ve işçilerin güvenliği gibi konularda uygulamadan sorumlu bir Ulusal Halk Sağlığı Kurumu'nun kurulmasını da kapsamaktadır (AB Başkanlığı, 2012, s. 84).

2013 Raporuna göre, halk sağlığına dair sağlık sistemi merkezi düzeyde kurumsal reformunu tamamlanmıştır. Yönetime ilişkin çalışma esaslarının hazırlığı yerel seviyede sürmektedir. Kişisel verilerin gizliliği ve güvenliğine dair çözüm bulmayı hedefleyen ulusal sağlık bilgi sistemi kurulma aşamasındadır (AB Başkanlığı, 2013, s. 73). 2014 Raporuna göre yerel düzeyde kurumsal reform, sorumlu birçok kuruluşun oluşmasına yol açtığından, izleme ve değerlendirme konularında yönetimi daha etkin kılmak için koordinasyon mekanizması gerekmektedir. Ulusal sağlık bilgi sistemindeki kişisel verilerin gizliliği ve güvenliği konularında çözüm beklenmektedir (AB Başkanlığı, 2014, s. 70).

2015 Raporuna göre Türkiye'nin sağlık tehditlerine dair görevlerini yerine getirmede idari kapasitesini geliştirmelidir. Bir sonraki yıl Türkiye, bulaşıcı hastalıklara ilişkin AB müktesebatı ile uyum sağlamak adına bazı düzenlemeler yapmalı ve salgınların fark edilmesi, bildirilmesi ve kontrolünde idari kapasitesini iyileştirmeli; ulusal sağlık bilgi sistemindeki verilerin gizliliğini ve güvenliğini sağlamalıdır. Yine aynı Raporda Türkiye'de halk sağlığının genel olarak gelişme gösterdiği not edilmiş ve şu açıklamalara yer verilmiştir: Kişi başına düşen hekim sayısı ile birlikte sağlık hizmetlerinin nicel kapasitesi artmıştır. Yaşam süresi on yıl içinde 72,4'den 76,9 yaşa yükselmiştir. Rapor döneminde, sağlık harcamaları toplamı GSYİH'nin % 5,4'ü seviyesinde gerçekleşmiştir. Ayrıca, Türkiye'nin kişi başına düşen toplam sağlık harcaması AB ortalamasının üçte biri seviyesindedir (AB Başkanlığı, 2015, s. 83-84).

2016, 2018 ve 2019 raporlarına göre Türkiye, ulusal sağlık bilgi sisteminde kayıtlı verilerin gizliliğini ve güvenliğini sağlamalı; sağlığa yönelik tehdit unsurlarının ve halk sağlığına ilişkin sorunların merkezi ve yerel düzeyde ele alınması için idari/kurumsal kapasiteni, sektörler arası iş birliğini, mali kaynaklarını ve yeterli teşhis imkanlarını artırmalıdır (AB Başkanlığı, 2016, s. 98), (AB Başkanlığı, 2018, s. 93), (European Commisison, 2019a, s. 95).

2018 Raporuna göre e-sağlık hizmetlerine ilişkin konulardan Sağlık Bakanlığı sorumludur. Kişisel Verileri Koruma Kurulu oluşturulmuştur ve bu Kurul, ulusal sağlık bilgi sisteminde kayıtlı verilerin gizliliğini ve güvenliğini sağlamayı amaçlamaktadır. Nadir hastalıklara dair ulusal kayıtlar henüz bulunmamakla birlikte Türkiye Orphanet'e üyedir (AB Başkanlığı, 2018, s. 93). Ayrıca beslenme, fiziksel aktivite, alkole bağlı zararların azaltılması ve önlenmesi konularında farkındalığı artırmaya odaklanan ulusal eylem planları mevcuttur. Uyuşturucunun hem talebinin hem de arzının azaltılmasını temel alan güncel bir Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Eylem Planı (2016-2018) yürürlüktedir. Uyuşturucu ile mücadeleye dair ulusal koordinasyon mekanizmaları oluşturulmuş olmasına rağmen İçişleri Bakanlığı'nın bildirdiğine göre Türkiye'de uyuşturucuya bağlı ölümler 520'den (2016) 1.020'ye (2017) katlanarak yükselmiştir. Uyuşturucu arzının ve talebinin kontrol edilmesine yönelik kayda değer çalışmalar yapılmalıdır (AB Başkanlığı, 2018, s. 94). 2019 Raporunda İçişleri Bakanlığı'na göre, uyuşturucu kaynaklı ölümlerin sayısında keskin bir düşüş sağlanmıştır (2017 yılında 1020 olan sayı 2018'in ilk 9 ayında 228'dir). Bu düşüş, uyuşturucu kullanımının önlenmesinde arz ve talebin kontrol edilmesi ve ulusal koordinasyon birimlerinin etkili işlemesi ile ilintilidir. Uyuşturucu bağımlılarına bilinçlendirme kampanyaları ile daha iyi rehabilitasyon ve bilgi sunulmaktadır. Ek olarak, yasadışı ticaret ile mücadelenin yanında dağıtım ve tüketim yerlerinin kaldırılması da uyuşturucuya erişimde azalmayı sağlamaktadır (European Commission, 2019a,

s. 96). 2019 Raporuna göre Sağlık Bakanlığı yeniden örgütlenmeye, halk sağlığı sorunlarını merkezi ve il düzeyinde ele almak için idari yapılar oluşturmaya devam etmektedir (European Commisison, 2019a, s. 95). Sağlıkta erişim eşişsizlikleri ile ilgili olarak engelliler, HIV ile yaşayanlar ve uyulşturucu kullanan çocuklar ve yetişkinler için sağlık hizmetleri düzeyinde veri bulunmamaktadır (European Commission, 2019a, s. 96).

### 5.3.8. Diğer Sağlık Konuları

Yukarıda kategorize edilen sağlık alanlarının dışında raporlarda geçen bazı konular bulunmaktadır. Örneğin 2015 Raporu ile ilk kez ifade edilen tıbbi ilaçlar konusunda ilerleme kaydedilmediği belirtilmiştir (AB Başkanlığı, 2015, s. 84). 2018 Raporuna göre ulusal antimikrobiyal direnç nleme stratejik eylem planı (2017-2022) yayınlamış olup, antimikrobiyal dirençle mücadelenin desteklenmesi amacıyla, antibiyotiklerin reetelendirilmesi sıkı bir şekilde kontrol edilmelidir (AB Başkanlığı, 2018, s. 93-94). Ekonomik Kalkınma ve işbirliği rgt (Organisation for Economic Co-operation and Development/OECD) lkeleri arasında en yüksek antibiyotik direnci oranına sahip Türkiye'nin ortalama direnç oranı % 35 civarındadır. Bu oran, Avrupa içinde en düşük orana sahip devletlerden bile yedi kat fazladır. Antibiyotik kullanımını kontrol etmek ve izlemek için elektronik reçete sistemi oluşturulmuştur (European Commission, 2019a, s.96).

2019 Raporuna göre beslenme, fiziksel aktivite ve alkole bağlı zararların önlenmesi ve azaltılması konularında yoğun bir şekilde bilinçlendirme kampanyaları yapılmasına rağmen, Türkiye'de meyve ve sebze tüketimi düşüktür. Erkek ve kadınların neredeyse % 88'i günde beş porsiyondan az meyve ve sebze tüketmektedir. Bu tüketim oranı, bulaşıcı olmayan hastalıklar riskini arttırmaktadır. Bununla birlikte, % 81,3' (erkeklerde % 70,1; kadınlarda % 92,2) herhangi bir etkin fiziksel aktiviteye dahil değildir ve halkın % 64,4'nden fazlası kiloludur. Bulaşıcı olmayan hastalıklar için yüksek risk faktörü taşıyan bu durum, Türkiye'deki bütün ölümlerin % 87'sinden (yetişkin ölümlerinde ise % 18'inden) sorumlu olduğu için acil eylem gerektirmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin olarak çok sektörlü bir eylem planı (2017-2025) uygulanmaktadır (European Commission, 2019a, s. 96).

## 6. Sonuç

AB tarafından hazırlanan Türkiye ilerleme raporlarının incelendiği bu çalışmada görülmüştür ki, sağlığın korunması konusunda Türkiye, 1998 yılından günümüze tedrici ama istikrarlı bir ilerleme ve irade göstermiştir.

1998 ve 1999 raporlarında sağlık, hususi bir başlığa bağlanmamışken, 2000 yılından sonra 'tüketici ve sağlığın korunması' başlığı altında kendine yer bulmuştur. Ancak 2000-2004 raporlarında sağlık, 'tüketici ve sağlığın korunması' başlığı altında değil de 'sosyal politika ve istihdam' başlığı altında izlenmiştir. Lüksemburg'da yapılan 3 Ekim 2005 tarihli Hkmetlerarası Konferans'ta alınan karar uyarınca Türkiye'nin AB katılım müzakerelerine ilişkin takvim alması ilerleme raporlarında bir düzenin oluşmasını sağlamış ve 2005 yılından itibaren 28 sayılı müzakere başlığı üzerinden sağlığın korunmasına ilişkin değerlendirmeler yapılmaya başlanmıştır.

Halk sağlığı yönüyle ele alınan Türkiye’deki sağlığın korunmasına ilişkin ilerleme ve AB müktesebat uyumu, raporlarda genellikle şu konular üzerinden izlenmektedir: Tütün, bulaşıcı hastalıklar, kan, doku ve hücreler, ruh sağlığı, kanser, sosyo-ekonomik belirleyici sağlık etkenleri ve idari kapasitenin geliştirilmesi. Bu sağlık alanlarındaki ilerlemeler neredeyse her yıl düzenli olarak takip edilmektedir.

Çalışmada özellikle 2000’lerin ortasından sonra ilerleme ve mevzuat uyumunda önemli gelişmeler sağlandığı görülmüştür. Türkiye, sağlığın korunmasına ilişkin Avrupa Komisyonu tarafından raporlarda eksikliği belirtilen hemen hemen her konuda aksiyon almış kimi eksikliği ertesi yıl kimisini gecikmeli de olsa sonraki yıllarda mutlaka gidermiştir. Bir başka ifadeyle Türkiye, raporlarda ortaya konan eleştirilere yanıt verme konusunda yeterli gayreti göstermektedir. Bu itibarla, Türkiye’nin raporlara yansıyan eksiklikleri giderme konusundaki kapasitesi oldukça tatminkâr düzeydedir. Örneğin tütün konusunda Türkiye, AB’nin tüm beklentilerini karşılamış/tamamlamış ve bu konudaki ilerleme ve mevzuat uyumu genellikle olumlu bir gelişim göstermiştir. Genel itibarıyla sağlığın korunmasına ilişkin diğer konularda da bu olumlu hava görülmektedir. Bu yönüyle, sağlığın korunmasında Türkiye’nin 28 sayılı müzakere başlığına dair ilerlemesinin, diğer müzakere başlıklarıyla kıyaslandığında, AB nezdinde oldukça başarılı görüldüğünü söylemek mümkündür.

Türkiye’nin COVID-19 pandemisinde gösterdiği etkin süreç yönetiminin, çalışmada da görüldüğü üzere, AB ilerleme raporlarında takip edilen bulaşıcı hastalıklarda idari kapasitenin geliştirilmesi, izleme ve kontrol faaliyetleri konularında ilerleme ve başarı kaydedilmesi ile yakından ilişkilidir. Her ne kadar AB ve üye devletler pandemi sürecinde ciddi zorluklar yaşamış olsa da, konuyla ilişkili AB müktesebatının yüklenilmesinin Türkiye için önemi büyüktür. Bu itibarla Türkiye’nin AB ile gelecek dönem ilişkilerinde bu husus dikkate alınmalı ve sağlık konusu her zamankinden daha öncelikli bir mesele olmayı sürdürmelidir.



### Kaynakça

- AB Başkanlığı. (1998). *İlerleme Raporları, Türkiye dzenli ilerleme raporu 1998*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (1999). *İlerleme Raporları, Türkiye dzenli ilerleme raporu 1999*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2000). *İlerleme Raporları, Türkiye dzenli ilerleme raporu 2000*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2001). *İlerleme Raporları, Türkiye dzenli ilerleme raporu 2001*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2002). *İlerleme Raporları, Türkiye dzenli ilerleme raporu 2002*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2003). *İlerleme Raporları, Türkiye dzenli ilerleme raporu 2003*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2004). *İlerleme Raporları, Türkiye dzenli ilerleme raporu 2004*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2005). *İlerleme Raporları, Türkiye 2005 yılı ilerleme raporu*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2006). *İlerleme Raporları, Türkiye 2006 yılı ilerleme raporu*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2007). *İlerleme Raporları, Türkiye 2007 yılı ilerleme raporu*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2008). *İlerleme Raporları, Türkiye 2008 yılı ilerleme raporu*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2009). *İlerleme Raporları, Türkiye 2009 yılı ilerleme raporu*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2010). *İlerleme Raporları, Türkiye 2010 yılı ilerleme raporu*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2011). *İlerleme Raporları, Türkiye 2011 yılı ilerleme raporu*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2012). *İlerleme Raporları, Türkiye 2012 yılı ilerleme raporu*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2013). *İlerleme Raporları, Türkiye 2013 yılı ilerleme raporu*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2014). *İlerleme Raporları, Türkiye 2014 yılı ilerleme raporu*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2015). *İlerleme Raporları, Türkiye 2015 raporu*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2016). *İlerleme Raporları, Türkiye 2016 raporu*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2018). *İlerleme Raporları, Türkiye 2018 raporu*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- AB Başkanlığı. (2020). *Avrupa Komisyonu tarafından hazırlanan Türkiye raporları*. Erişim adresi: <https://www.ab.gov.tr/46224.html>
- Abbing, H. R. (1994). Law and the European Union. *European Journal of Health Law*, 1(2), 123-126. <https://doi.org/10.1163/157180994X00222>

- Abbing, H. R. (2010). Social justice and healthcare systems in Europe. *European Journal of Health Law*, 17(3), 217-222. <https://doi.org/10.1163/157180910X507213>
- Cardiff European Council. (1998). *Presidency conclusions* (15-16 Haziran 1998, SN 150/1/98 REV 1). Retrieved from <https://www.consilium.europa.eu>
- European Commission. (2019a). *Turkey 2019 report*. Retrieved from [https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/countries/detailed-country-information/turkey\\_en](https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/countries/detailed-country-information/turkey_en)
- European Commission. (2019b). *European neighbourhood policy and enlargement negotiations, strategy and reports, annual enlargement package*. Retrieved from [https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/countries/detailed-country-information/turkey\\_en](https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/countries/detailed-country-information/turkey_en)
- Exter, A. (2017). The right to health care. In A. Exter (Ed.), *European Health Law* (pp. 107-131). Antwerpen-Apeldoorn: Maklu.
- Exter, A. and Hervey, T. (2012). *European Union Health Law, Treaties and Legislation*. Antwerpen-Apeldoorn: Maklu.
- Gevers, J. K. M. (2008). Medical research involving children. *European Journal of Health Law*, 15(2), 103-108. <https://doi.org/10.1163/157180908X322923>
- Gevers, S. (2004). The right to health care. *European Journal of Health Law*, 11(1), 29-34. <https://doi.org/10.1163/157180904323042317>
- Greer, S. L., Hervey, T. K., Mackenbach, J. P. and McKee, M. (2013). Health law and policy in the European Union. *Lancet*, 381(9872), 1135-1144. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62083-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62083-2)
- Hartlev, M. (2010). Diversity and harmonisation. Trends and challenges in european health law. *European Journal of Health Law*, 17(1), 37-50. <https://doi.org/10.1163/157180909X12604572349647>
- Hervey, T. K. and McHale, J. V. (2015). *European Union Health Law*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Leenen, H. J. J. (1994). The rights of patients in Europe. *European Journal of Health Law*, 1(1), 5-13. <https://doi.org/10.1163/157180994X00367>
- Neergaard, U. (2011). EU health care law in a constitutional light: Distribution of competences, notions of ‘solidarity’, and ‘social Europe’. In J. W. Gronden, J. W. Szysczak, E. Neergaard and U. Krajewski (Eds.), *Health Care and EU Law* (pp. 19-58). The Netherlands: T.M.C. Asser Press. [https://doi.org/10.1007/978-90-6704-728-9\\_2](https://doi.org/10.1007/978-90-6704-728-9_2)
- Nys, H. (2001). Comparative health law and the harmonization of patients’ rights in Europe. *European Journal of Health Law*, 8(4), 317-331. <https://doi.org/10.1163/15718090120523628>
- T.C. Dışişleri Bakanlığı. (2020). *Türkiye için Avrupa stratejisi*. Erişim adresi: <http://www.mfa.gov.tr/turkiye-icin-avrupa-stratejisi.tr.mfa>

## **HEALTH PROTECTION IN EUROPEAN UNION-TURKEY RELATIONS: OVERVIEW OF PROGRESS REPORTS**

### **EXTENDED SUMMARY**

#### **Research Problem**

Although the European Union (EU)'s official responsibility in health and healthcare services is limited in scope, it has a significant indirect effect on them. In all EU policies and activities, "high level of human health protection" is a responsibility that member states must provide. However, the EU "should respect the responsibilities of the member states in the defining health services and medical services".

The EU monitors the alignments of the candidate states with the EU *acquis* through the reports prepared by the European Commission within the scope of its enlargement strategy and reports their progress regularly every year. This strategy is important not only to see the development of the state reported by the EU, but also to know the course of action to be pursued by the relevant state during the candidacy process. Turkey is a state whose progress records have been kept regularly from 1998 to present. Today, Turkey's progress is monitored regularly by the EU in 33 negotiating chapters. Within this framework, consumer and health protection is the subject of negotiating chapter 28 and the progress in the field of health is evaluated under this chapter.

"Progress on the protection of health in Turkey" and "alignment with EU *acquis*" which are handled in terms of public health are generally monitored in the reports of the following topics: tobacco, infectious diseases, blood, tissues and cells, mental health, cancer, socio-economic determinants of health factors, and developing administrative capacity. Progress in these areas of health protection is regularly monitored almost annually. In this study, it is intended to see the relationship between "the development and progress of Turkey's capacity to protect the health" and "the EU's demands and expectations".

#### **Methodology**

In this study, the formation of the Turkey's progress report prepared by the EU is explained in outline. The legal order of the EU on the right to health and health protection is given in general. Also, the relationship between consumer and health is briefly mentioned based on the EU legislation. The method followed in this study is to compare the data obtained from the period of 22 years (1998-2019) by scanning this period and Turkey's progress reports in this period.

The EU has competence and responsibilities over public health. The study addresses the issue of health protection in this context. The issue is handled over public health on the axis of a total of 22 progress reports released between 1998 and 2019. On the grounds that the 1998-1999 reports do not address the issue of health under a separate heading, the years 2000-2004 and 2005-2019 are examined as separate periods in the study.

### **Results and Conclusion**

In this study, progress on health protection of Turkey, which has made significant progress in the health field since 1998, and performance of alignment with the *acquis* are examined based upon European Commission progress reports. The purpose of the study is to see the effect of the EU on Turkey's health transformation and monitor this transformation through the European Commission's progress reports. In the study, it was found that Turkey's health system had significant success in aligning with the EU *acquis*. In this study, which examined Turkey's progress reports on health protection, the stability of Turkey shows its will to become a member of the EU since 1998. Furthermore, this will is an important indicator to see the structural relationship between the EU and Turkey.

In this study, which examines Turkey's progress reports prepared by the EU regarding the protection of health, it was seen that Turkey has shown gradual but steady progress and will since 1998. In the study, it was determined that significant improvements have been made in progress and legislative alignment, especially after the mid-2000s. Turkey took actions on almost every subject specified in the European Commission reports regarding the protection of health and it made up deficiencies next years or later. In other words, Turkey shows a maximum effort in responding to criticisms specified in the European Commission reports. In this regard, Turkey's capacity to make up the deficiencies specified in the reports is quite satisfactory. For example, Turkey met the expectation of the EU about tobacco. In this regard, progress and legislative alignment generally improved positively. In general, this positive atmosphere is observed in other issues related to health protection. In this respect, it is possible to state that Turkey's progress in the negotiating chapter 28 on health protection is seen very successful in the presence of the EU.