

SAĞLIK HAKKININ SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNDEKİ YERİ VE ÖNEMİ İLE GELİŞİM SÜRECİNDEKİ EĞİLİMLER

THE STATUS AND SIGNIFICANCE OF HEALTH RIGHT IN SOCIAL
SECURITY SYSTEM AND THE TRENDS IN ITS DEVELOPMENT
PROCESS

M. Refik KORKUSUZ*

Bahar BURTAN DOĞAN**

Öz

Günümüz itibarıyla, çağdaş devletlerin öncelikli görev addettikleri hususların başında, her ne saikle olursa olsun kendi sınırları içerisinde bulunan bireylere sosyal güvenlik hakkı sağlanması ve sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınan kitlelerin genişletilmesi gelmektedir. Sosyal güvenlik sistemlerinin en kritik ilgi alanlarından birini de, hiç kuşkusuz sağlık hakkı ve hizmetleri teşkil etmektedir. Sağlık hakkının dünya genelindeki durumu, ülkemiz mevzuatındaki yeri ve gelişim süreçleri, çalışmamızın ana başlıklarını oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: sağlık hakkı, sosyal güvenlik, sosyal sigorta, sağlık politikaları.

Abstract

Outsourcing social security right to the individuals who are present inside their borders under any circumstances and extension of the population that are taken under the umbrella of social security comes among the primary provisions which the modern states deem as a task by today. Doubtlessly, the right and services of health constitute one of the most critical areas of interest of social security systems. The status of health right worldwide, its position in the legislation of our country and the development processes makes up the major titles of our study.

Key Words: health right, social security, social insurance, health politics.

* Doç. Dr., Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi. rkorkusuz@hotmail.com

** Yrd. Doç. Dr., Dicle Üniversitesi İİBF Öğretim Üyesi. bahar@dicle.edu.tr

GİRİŞ

Gerek bireylerin ve gerekse de toplumların yaşantıları, dünya üzerinde var oluşlarından bu yana daima bir takım risklerin tehdidi altında olmuştur. Bireyler ve toplumlar da bu risklerden korunabilmek için her zaman bir arayış içerisinde olmuş ve bu arayışlar doğrultusunda da bazı çözümler üretmişlerdir. Başlangıçta aile ve akraba, eş-dost çevresi gibi lokal bir ölçek ve düzensiz, kişilerin merhamet/acıma duygularına bağımlı, hayır amaçlı yardımlarla yürütülen risklere karşı korunma çabaları, sanayi devrimi sürecinde yetersizliklerinin had safhaya ulaşması ile misyonunu tamamlamıştır. Bu aşamaya kadar ağırlıklı olarak bireysel bazda yürütülen sosyal güvenlik sağlanması görevinin kişisel çabalarla kalıcı bir çözüme ulaştırılamayacağı realitesinin kabul görmesiyle birlikte devletin sorumluluğuna geçmiş ve süreç içerisinde en üst düzey toplumsal mutabakat metinleri olan anayasalar ile uluslararası bildirgelerde yerlerini alarak hem ulusal hem de evrensel düzeyde kabul gören bir geçerliliğe kavuşmuştur.

Sanayi devrimi ile eş zamanlı olarak çözülmeye başlayan feodal yapı ve emek gelirinden başka geçim kaynağı olmayan işçi sınıfının yeni toplumsal ilişkiler sistemindeki konumunun, ağır çalışma ve kötü yaşam koşullarından kaynaklanan bireysel ve toplumsal ölçekteki sağlık sorunlarının sosyal barışı ve düzeni kökten sarsacak boyutlara ulaşması ile birlikte sağlıkla ilgili problemlerin çözümünü öncelikli kılmıştır. Önceleri sağlık riskleri ile karşı karşıya kalanlardan alınan meblağlarla sadece bu kesimlere yönelik sağlanan ve primli rejim olarak adlandırılan bir sistem dahilinde çözülmeye çalışılan sorunlar, süreç içerisinde toplumun tüm bireylerini kapsayacak şekilde genişleyen bir içeriğe sahip olma eğilimine girmiştir.

Ayrıca; XIX. yüzyılın ilk yarısında yaşanan iki dünya savaşı ve bir ekonomik buhranın insanlık tarihinde bıraktığı derin izler ile dünyanın bir daha böylesi trajedilere sürüklenmemesi yönünde oluşan güçlü irade doğrultusunda şekillenen politikaların ürünü olan refah devleti kavramı ve uygulamaları, gerek halk sağlığı gerekse de sosyal güvenlik bakımından hayal edilemeyecek seviyelere ulaşılmasını beraberinde getirmiştir.

Çalışmamızın ilk bölümünde, devletin sağlık sektöründeki yeri ve işlevleri ile üstlendiği görevler ele alınacaktır. İkinci olarak dünyada genel olarak sağlık yardımlarının sunum şekilleri irdelenecektir. Son olarak da Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve bu hizmetlerle ilgili yasal mevzuata atıfta bulunmak suretiyle sağlık hizmetlerinin gelişim süreçleri gözler önüne serilmeye çalışılacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK SEKTÖRÜ

1-SOSYAL GÜVENLİK VE DEVLETİN SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ YERİ VE HİZMETLERİ

1.1.Sosyal güvenlik sisteminin sağlık açısından önemi

Bireyler yaşamları boyunca gelir kayıplarına uğramalarına yol açabilecek sosyal tehlikelerle çoğu zaman karşılaşabilmekte, hatta bazı durumlarda vücut ve ruh sağlığı için çok büyük bir harcama yapma durumuyla karşı karşıya kalabilmektedirler (Kurt, 2004,1). Bu anlamda, sosyal güvenlik toplumsal bir sigorta olarak devreye girmektedir. Bir dizi kamu önlemi ile hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi nedenlerden dolayı ortaya çıkabilecek her türlü ekonomik ve sosyal rahatsızlıklara karşı toplumun kendini korumasıdır. Bireyin karşılaştığı bu sorunlar, bireyin gelirinin azalması veya giderlerinde artışa yol açabilir. Çalışma gücünü olumsuz yönde etkileyen hastalık, yaşlılık ve sakatlık gibi fizyolojik riskler bu tür risklere girmektedir. Bu noktadan hareketle, sosyal güvenlik politikalarının temelini ekonomik, sosyal ve fizyolojik risklerin bireyler üzerindeki etkilerini giderme çabaları meydana getirmektedir (Güvercin, 2004, 89-95). Sosyal güvenliğin sağlanmasında esas olarak sigortalar, sosyal yardımlar ve sosyal hizmetlerden yararlanılmaktadır. Sigortalar, prime dayalı olarak sosyal güvenlik hizmeti sağlarken, sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler ise prime dayalı olmadan sosyal güvenlik hizmeti vermektedir (Şakar, 2006, 317).

Sanayi devriminin toplumsal hayatın istisnasız her alanında yarattığı köklü dönüşüm, sefalet sınırında yaşayan ve emeğinin gelirinden başka bir geçim aracı olmayan geniş kitleler için ağır çalışma ve yaşam koşullarından kaynaklanan hastalıkların tedavisi ile nekahet dönemindeki gelir kayıplarının telafisi zaruriyetleri, kritik önemi haiz bir konuma yükselmiştir. Bu nedenle de sağlık sigortasının sosyal güvenliğin ilk uygulama alanını teşkil ettiği ve başlangıçta gelir üzerinden prim alınması suretiyle sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınarak kapsamının giderek genişletildiğine tanık olunmaktadır. Bir başka deyişle sosyal güvenlik, ilk çağlardan beri insan için bir ihtiyaç olmuştur. Toplumsal yaşamın değişik ekonomik ve sosyal koşullarına göre bu ihtiyaç giderilmeye çalışılmıştır. Bugünkü sosyal güvenlik sistemlerinin ve bunların içinde sağlık sigortasının gelişiminin koşulları XVIII. yüzyılın ortalarından itibaren kapitalist üretim biçimleri ve ilişkilerinin gelişmesiyle Avrupa'da yaşanan büyük ekonomik ve sosyal değişimlerle biçimlenmiştir. Düşük gelirle çok ağır koşullarda ve uzun çalışma saatlerinde çalışan, içlerinde kadın ve çocukların da bulunduğu ve sayıları milyonları bulan işçiler, çalışmadıkları zamanlar için bir güvence olmak üzere fabrikalarda sandıklar kurmuşlardır. Öncelikle hastalık ve iş kazası nedeniyle yaralanma ve hastalanma hallerinde işçilere kısıtlı da olsa bir güvence sağlayan bu sandıklar, bugünkü sosyal sigorta

uygulamalarının ilk biçimini oluşturmuştur (Dilik, 1989, 28-29). Takip eden süreçte de, insanın en temel ihtiyacı ve toplumsal korumaya konu olan en eski sosyal güvenlik haklarından olan sağlık hakkının kamu otoritesi tarafından güvence altına alınması ve sağlığını yitiren kişilere kamusal yardım yapılması konusunda, devlete giderek artan bir şekilde ödevlerin yüklendiği sosyal güvenlik sistemleri hayata geçirilmiştir (Fişek, 1997, 4).

1.2. Sağlık hakkının önemi

Çağdaş toplumlarda, sağlık hakkı, yaşam hakkından sonra gelen en temel bir haktır. Sağlıklı bir toplumun oluşması için, öncelikle sağlıklı bireylere ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetleri, bireylerin kendi başlarına altından kalkabilecekleri bir konu değildir. Mutlaka, toplumsal bir organizasyonla gerçekleşmesi gerekmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri, bireyler için bir hak, devlet için bir görev olarak kabul edilmektedir (Polatcan, 1989, 189). Günümüzde gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak devlet ve özel kesimin yer aldığı karma bir sistem içinde sunulurken, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet daha ağırlıklı bir konumdadır. Gelişmekte olan ülkelerin dünya coğrafyası içinde daha çok yer aldığı göz önüne alınarak devletin sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünde sunum anlamında doğrudan ve dolaylı olarak önemli bir rol aldığı görülebilir (<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>).

Sağlık hizmetlerinin ihtiyaç temelli olarak evrensel ve eşit bir şekilde sağlanmış olması için kamu desteği ve müdahalesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde devletin müdahalesi olmadığı takdirde, piyasalar ve bireylerin gelirleri belirleyici olacaktır. Sağlık hizmetlerinin kalitesi gelire bağlı olarak değişecek ve toplum nüfusunun önemli bir kısmı bu gerekli hizmetleri almaktan mahrum veya hariç tutulmuş olacaktır (Koçak ve Sayım, 2009, 3). Bu hizmetler, her ülkede aynı ölçüde verilememekte, gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerde, sağlık hizmetleri, sosyal güvenlik sisteminin diğer risklerine göre, daha gerilerde kalabilmektedir.

2. GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE BAŞLICA SAĞLIK PROBLEMLERİ

En temel sosyal güvenlik hakkı olan “sağlık hakkı” gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerde büyük bir sorun olarak kendini göstermektedir. Henüz yeterli sağlık organizasyonuna da sahip olmayan bu ülkelerin sağlık alanında karşılaştığı problemleri dört ana başlık altında toplamak mümkündür. Kaynak dağılımındaki yetersizlikler, eşitsizlik, etkinsizlik ve artan maliyetler. (Doğaner Gönel, 2010, 143).

2.1. Kaynak dağılımındaki yetersizlikler: Az gelişmiş ülkelerde (AGÜ) uygulanan sağlık politikası çerçevesinde yapılan kamu müdahalelerinin çoğu düşük maliyetli hastalıklara yapılmaktadır. Buna karşın tüberküloz ya da cinsel yollarla bulaşan hastalıkların tedavisi finanse edilememektedir. Bazı gelişmekte olan

ülkelerde, tek bir eğitim hastanesi, ülkenin toplam sağlık bütçesinin yüzde 20'sinden fazlasını elinde tutarken, genel olarak sağlık ile ilgili toplam maliyetleri düşürecek gerekli tıbbi müdahale konularına hiç el atılmamaktadır.

2.2. Eşitsizlik: AGÜ ve pek çok gelişmekte olan ülkede, toplumun en düşük gelir seviyesine sahip yoksul kesimi, en temel sağlık hizmetlerinden bile yararlanamamakta veya düşük kalitede bir sağlık hizmeti ile karşı karşıya kalmaktadır. Buna karşın, daha yüksek gelir seviyelerinde bu tür problemlerle karşılaşılmamaktadır.

2.3. Etkinsizlik: AGÜ ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık için harcanan fonların çoğu, atıl hale gelebilmektedir; içeriğinde aynı aktif madde bulunan ilaçlar arasından markalı olanların tercih edilmesi, tedavi süresini aşan ilaç miktarının reçetelenmesi, hastane personelinin bu anlamda gerekli şekilde kontrol edilememesi, hastane yataklarının etkin dağıtılmamış olması ve yatak bulamayan hasta ile hastası olmayan yatakların bulunması bu konuda verilecek örneklerdir.

2.4. Artan maliyetler: Kimi orta gelir grubu gelişmekte olan ülkelerde, koruyucu sağlık harcamaları, gelirden daha hızlı bir şekilde artmaktadır. Pratisyen ve mütehassıs doktor sayısının hızla artması, yeni tıp teknolojisinin gelişmesi, sağlık sigortasının yaygınlaşması ve bunların ücretsiz ek sağlık sigortası sunması, yüksek maliyetli sağlık tetkiklerinin/testlerinin ve kontrollerinin yapıyor olması, sağlık sektöründeki maliyetlerin hızla artmasına neden olmuştur .

3. DÜNYADA GENEL OLARAK SAĞLIK YARDIMLARININ SUNUM ŞEKİLLERİ

Sağlık hizmetleri temel sosyal hizmetlerden olup, genel olarak, sosyal sigorta kapsamında verilmektedir. Dünyada sağlık hizmetleri, küçük ayrıntılar dışında, üç ana sistemde gerçekleştirilmektedir (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2009, 807).

3.1. Halkın vergi, sigorta primi gibi ödemelerle katkıda bulunduğu ve dünya nüfusunun %18' ini kapsayan sistemdir. Batı Avrupa, Kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika ülkeleriyle, Avustralya, Yeni Zelanda ve İsrail gibi ülkelerde uygulanan "sağlık sigortası" adı verilen uygulamayla özel sağlık hizmetlerine ağırlık vermektedir (Okur ve Ergin, 2007, 606). Toplanan primler bir havuzda toplanır ve sigortalının sağlık harcamaları bu havuzdan karşılanır. Prim ödeyemeyenlerin, katkısı devlet tarafından yapılır. Teşhis ve tedavi yöntemleri çok pahalıdır.

3.2. Halkın, genellikle devletin kurduğu sağlık örgütlerine ulaşabildiği oranda yararlanır. Hastalık sigortası sistemi dediğimiz bu sistemde bireyler ve işverenler sigorta sistemine prim ödeyerek Devletin kurduğu sağlık hizmeti sunucularına başvurabilirler. Dileyenler fark ödeyerek özel sağlık hizmeti sunucularına da başvurabilirler. Burada halk, devletin kurduğu sağlık kuruluşlarından ücretsiz veya belli bir bedel karşılığı yararlanır. Bazı grupların kendi

hastanelerini de kurduğu bu sistem dünya nüfusunun % 49'unun tabii olduğu sistemdir. İyi örnekleri; Almanya, Fransa, Avusturya, İtalya, Hollanda ve diğer Baltık ülkeleridir.

3.3. Dünya nüfusunun %33'ünü kapsayan ve ulusal sağlık hizmeti denilen, daha çok eski sosyalist ülkelerde uygulanan sistemdir. Bu modelde sağlık hizmetleri tümüyle Devlet tarafından finanse edilir, hizmetler ya çok az ücret verilerek ya da verilmeyerek, devlet tarafında karşılanır. Sağlık hizmeti, bu ülkede yaşayan herkesi kapsar (Tuncay ve Ekmekçi, 2005, 532).

Türkiye, yakın zamana kadar 2. sistemde iken, 5510 sayılı yasa ile geçtiği genel sağlık sigortası sistemi ile ilk modele intisap etmiştir (Korkusuz ve Uğur, 123).

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRK SAĞLIK POLİTİKALARI

1. DÜNDEN BUGÜNE SAĞLIK POLİTİKALARIMIZ

Selçuklu–Osmanlı tıp geleneğinde süreklilik yanında, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda da bir kültür birliğinin varlığı söz konusudur. Cumhuriyetimizin kuruluşu ile birlikte bu yapı geliştirilirken, bütün kurumları ile devlet örgütlenmesi ve hizmet politikalarının oluşturulmasında daha çok batıya dönük bir yol izlenmiştir. Sağlık politikaları bu süreçte, dünyadaki eğilimlerden bağımsız kalamayarak, temel tercih değişiklikleri göstermiştir.

1.1. 1920–1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılışını takiben 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanun ile kurulmuştur. İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Bu dönem sağlıkla ilgili düzenli bir kayıt fırsatı olmamış, daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır.

1.2. 1923–1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyetin ilanı sonrası Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam 1937 yılına kadar süren bakanlığı süresince, ülkemizin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılar sağlamıştır. 1923 yılında, Türkiye'de sağlık hizmetleri hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile veriliyordu.

Bu dönemde,

– 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928),

– 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930),

gibi halen yürürlükte olan sağlık ile ilgili temel kanunlar çıkarılmıştır.

Refik Saydam döneminde yürütülen sağlık politikalarında şu dört ilke söz konusudur:

a. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,

b. Koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması,

c. Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, tıp fakültesi, mezunlarına mecburi hizmet uygulanması,

d. Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması.

Bu ilkeler ışığında;

– Sağlık hizmetleri, “geniş bölgede tek amaçlı hizmet”/ “dikey örgütlenme” modeli ile yürütülmüştür,

– Yasal düzenlemelerle, koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiş, her ilçede hükümet tabibi olması hedeflenmiştir,

– Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924’te 150 ve 1936’da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin maaşları artırılmış ancak serbest çalışmaları yasaklanmıştır,

– İllere rehber olmak üzere ilk olarak 1924’te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune Hastaneleri ve 1936’da Haydarpaşa Numune Hastanesi açılmıştır. Daha sonraki yıllarda tamamlanan Trabzon ve Adana Numune Hastaneleri ile Numune Hastanesi sayısı 7’ye çıkmıştır.

1.3. 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyet dönemi ilk yazılı sağlık planı olarak da adlandıracağımız “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” 1946 tarihindeki Yüksek Sağlık Şurası’na onaylanmıştır. Bu plan Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946’da açıklanmıştır. Ancak yoğun bir çalışmayla hazırlanan bu plan kanunlaşmadan, Dr. Behçet Uz, Sağlık Bakanlığından ayrılmak durumunda kalmıştır.

Yaklaşık bir buçuk yılda kanun tasarısı haline gelen Milli Sağlık Planı, Dr. Behçet Uz, Hasan Saka hükümetinde de (10.8.1947/10.6.1948) Sağlık Bakanı olunca Bakanlar Kurulunda ve TBMM'nin dört komisyonunda görüşülüp kabul edildiği halde, hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşmamıştır.

Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı yasal metin haline getirilerek tümüyle uygulanamamış olsa da, içerdiği düşüncelerden büyük kısmı ülkemizin sağlık yapılanmasını derinden etkilemiştir. Temel yapı olarak, o güne kadar yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır.

Milli Sağlık Planı'nda köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak ilkesi çerçevesinde, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Bu merkezlere iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire ile onar köylük gruplarda çalışacak köy ebesi ve köy sağlık memurları atanmaya çalışılmıştır. 1945 yılında 8 adet olan Sağlık Merkezi sayısı, 1950 yılında 22'ye, 1955'de 181'e, 1960 yılında 283'e yükseltilmiştir.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1952 yılında Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) gibi milletlerarası teşekküllerden yardım temin edilerek, Ankara'da 1953'te bir Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi tesis olunmuştur.

Bu dönemde çocuk ölümleri ve enfeksiyonlara bağlı ölümlerin çok yoğun olması sebebiyle, nüfus artırıcı politikalar uygulanmıştır. Bu çerçevede sağlık merkezleri, doğumevleri ve enfeksiyon hastalıklarına yönelik sağlık tesisleri artırılmış ve sağlık insan kaynakları gelişimi konusunda önemli mesafeler alınmıştır.

Doğumda beklenen yaşam süresi ortalama olarak, 1950–1955 yıllarında 43.6 yıl, 1960–1965 yıllarında 52.1 yıl, 1970–1975 yıllarında 57.9 yıl olarak gerçekleşmiştir. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde olan ve 8 Aralık 1954 tarihinde Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” ülkemizin sağlık planlamasının ve organizasyonun temel yapı taşlarından olmuştur.

Milli Sağlık Planında ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılıyor, her bölgeye bir tıp fakültesi kurularak hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması planlanıyordu. (Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun, Seyhan). Milli Sağlık Programında ise 16 sağlık bölgesi yapılanması öngörülmüştür. (Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Konya, Sakarya, Samsun, Seyhan, Sivas, Trabzon, Van).

İnsan kaynakları altyapısı oluşturulması amacıyla İstanbul ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 1955 yılında

öğrenci alımına başlamıştır. 1950 yılıyla 1960 yılı karşılaştırıldığında hekim sayısı 3.020'den 8.214'e, hemşire sayısı 721'den 1658'e, ebe sayısı da 1.285'ten 3.219'a yükseltilmiştir. Her 3 meslek grubunda da 10 yıl içinde % 100'den fazla artış sağlanmıştır.

Hastane ve sağlık merkezlerinin sayısı artırılmış ve yatak sayılarında önemli artışlar sağlanmıştır. Özellikle hizmet alanlarından çocuk hastaneleri, doğumevleri ve verem hastaneleri sayısında artış olmuştur.

1950 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı 118 kurumda 14.581 yatak sayısı var iken, 1960 yılına gelindiğinde 442 kurumda 32.398 yatak sayısına ulaşmıştır. 1950 yılında yüz bin kişiye 9 yatak düşerken, 1960 yılına gelindiğinde bu oran 16,6'ya çıkmıştır.

Sağlık kurumları ve yatak sayılarımızda bu olumlu gelişmeler olurken, sağlık göstergelerimizde de yüz güldürücü iyileşmeler meydana gelmiştir.

Verem hastalığından ölümler bu dönemde ciddi ölçüde azaltılmıştır. Türkiye'de il ve ilçe merkezlerinde tüberküloza bağlı ölüm hızı 1946 yılında yüz binde 150 iken, 1960 yılında yüz binde 52'ye inmiştir.

Bebek ölüm hızında da önemli düşüşler olmuştur. Bebek ölüm hızı 1950 yılında binde 233 iken, 1960 yılında binde 176'ya düşürülmüştür.

Hem Milli Sağlık Planı ve hem de Milli Sağlık Programında, halkı bir ücret karşılığında sigortalamak, sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin masraflarını özel idare bütçesinden sağlamak, bir sağlık bankası kurarak sağlık harcamalarının finansmanını buradan sağlamak, ilaç, serum ve aşı gibi tıbbi malzemelerin üretimini denetim altına almak, süt ve mama gibi çocuk besinlerini sağlayacak sanayi kuruluşlarını oluşturmak gibi hedefler bulunmaktaydı.

Bu çerçevede 1947 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş ve bir aşı istasyonu hizmete açılmıştır. Bu yıldan itibaren deri içi yolu ile uygulanan BCG aşısı üretimine geçilmiştir. Boğmaca aşısı ise, Türkiye'de ilk olarak 1948 yılında üretilmeye başlanmıştır.

Yine bu çerçevede İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) 1946 yılında kurulmuştur. 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlanmıştır.

Bu dönemde sivil toplum örgütlerinin ve bazı tıp mesleklerinin hukuki altyapılarını bugünüme taşıyan mevzuat da oluşturulmuştur:

- Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953/6023),
- Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953/6197),
- Hemşirelik Kanunu (1954/6283),
- Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956/6643),

1.4. 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. Sağlıkta sosyalizasyon fiilen 1963 yılında başlamış, 1983'te ülkenin tümüne yayılmıştır. Yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir.

1965'te 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkarılmış ve "pro-natalist" (nüfusu artırıcı) politikadan "anti-natalist" (nüfus artış hızını sınırlayıcı) politikaya geçilmiştir.

"Geniş bölgede tek yönlü hizmet" ilkesinin alternatifi olan "dar bölgede çok yönlü hizmet" anlayışına geçilmiştir.

1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir kanun taslağı hazırlanmışsa da, Bakanlar Kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortasının kurulması tekrar öngörülmüştür. 1971'de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne gönderilmiş fakat kanunlaşmamıştır. 1974 yılında tekrar Meclis'e sunulan taslak görüşülmemiştir.

1978'de Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmış ve kamu personeli olan doktorların muayenehane açması yasaklanmıştır. 1980 yılında Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılmış ve tekrar muayenehane serbestliği getirilmiştir.

1.5. 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1982 Anayasası vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra, bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik hükümler içermektedir. Anayasanın 60. maddesine göre herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar demektedir.

Anayasamızda, Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler bölüm başlıklı üçüncü bölümde, Ailenin Korunması başlığı altında, 41. madde olarak; "Aile, Türk toplumunun temelidir. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlaması öğretimi ile uygulamasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar" hükmü yer almaktadır.

1983 yılında çıkartılarak uygulamaya konulan 2827 sayılı aile planlaması hizmetlerine ilişkin ikinci kanun Anayasamızın söz konusu maddesine de uygun olarak, aile planlaması hizmetlerinin kapsam ve sınırlarını genişletmiştir. 2827 sayılı kanunda aile planlaması (kanunun adı gereği nüfus planlaması adı altında), "fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları" olarak tanımlanmıştır.

Kanunun üçüncü maddesinde özetle, "...Bu maksatla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, özel teşkilat kurmaya, gebeliği önleyici ilaç ve araçları temin

veya imal etmeye veya ettirmeye, muhtaç olanlara bu ilaç ve araçları parasız veya maliyetinden ucuz fiyatla vermeye veya verdirmeye veya sattırmak için tedbir almaya yetkilidir” denilmektedir. Ayrıca kanunun 4. ve 5. maddelerinde kadında ve erkekte gönüllü cerrahi sterilizasyon ve isteğe bağlı 10 haftaya kadar gebeliklerin sonlandırılması uygulamalarına da izin verilmiştir.

1987 yılında “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” çıkarılmıştır. Ancak bu kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılamadığı ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, bütünüyle uygulama imkânı bulunamamıştır.

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından, sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlanmış, Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen bu “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturmuştur.

1992 ve 1993’de Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformunun teorik çalışmalarına hız verilmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda ekonomik gücü zayıf insanların, sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır.

1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Ulusal Sağlık Politikası”; destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıklı Türkiye hedefleri olmak üzere başlıca beş ana bölümü içermektedir. 1998 yılında Genel Sağlık Sigortası, “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı” adı altında, Bakanlar Kurulu’na TBMM’ye sunulmuş, ancak kanunlaşmamıştır. 2000 yılında, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak, “Sağlık Sandığı” adı altında tanımlanan bir kanun tasarısı taslağı bakanlıkların görüşüne gönderilmiş ancak bu da sonuçlanmamıştır.

1990’lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri şunlardır:

- a. Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,
- b. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
- c. Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- d. Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

Görüldüğü gibi bu dönem, önemli teorik çalışmaların yapıldığı ancak bunların yeterince uygulama alanının bulunmadığı bir dönem olmuştur.

1.6. 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

3 Kasım 2002 seçimlerinin hemen ardından 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58. Hükümetin Acil Eylem Planında “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir.

- Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Acil Eylem Planı'nın belirlenmesinden hemen sonra, 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı 8 tema etrafında dönüşmeyi hedeflemiştir:

- i Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- ii Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- iii Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- iv Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- v Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- vi Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,

- vii Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- viii Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi.

2003-2008 yılları sağlıkta önemli değişikliklerin olduğu bir dönem olmuştur. 2003 yılı başında hazırlanarak kamuoyuna duyurulan program, sosyalizasyon başta olmak üzere geçmiş birikimler ve tecrübelerden, son dönemlerde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden faydalanılarak hazırlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde önceki dönemde yakınma konusu olan konular değişmiş, artık kuyruklardan çok hasta memnuniyeti, sağlık hizmetine erişimden çok hasta güvenliği tartışılır duruma geldiği gibi, parasızlıktan rehin kalan hastalar yerine, sosyal güvenliğin kapsamı ve Genel Sağlık Sigortası ana konular olmuştur. Acil hasta nakli sorunu yerine, yeterli sayı ve nitelikte yoğun bakım yatağı talepleri dile getirilir hale gelmiştir.

Aşılama oranlarındaki düşüklükler yerine aşı takvimine yeni aşılardan eklenmesi tartışılmış ve hayata geçirilmiştir.

2007 yılında 60. Cumhuriyet Hükümeti'nin kurulmasını müteakip Sağlıkta Dönüşüm Programına, 3 yeni başlık ilave edilmiştir:

- Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,
- Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası iş birliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,
- Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri (Akdağ, 2008, 14-23).

Ayrıca, sağlık hizmetleri aile hekimliği uygulamalarıyla bütünleştirilecektir. Aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmetlerini sunacaklardır ve aile hekimlerinin sevki olmaksızın diğer hastanelere başvuran hastalar ilave ücret ödemek zorunda kalacaklardır. Yani birinci basamaktan tedavi hizmetlerine hasta sevki, aile hekimlerinin kontrolünde olacaktır (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009, 108)

2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE BU HİZMETLERLE İLGİLİ YASAL MEVZUAT

Türkiye'de sağlık hakkı, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. Maddesi ile anayasal teminata kavuşturulmuştur. Anayasamızın 56. Maddesi, herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğunu, çevreyi geliştirmenin, çevre sağlığını korumanın ve çevre kirlenmesini önlemenin devletin ve vatandaşların ödevi olduğunu, devletin herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamayı; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak

işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenleyeceğini, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getireceğini, sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabileceğini hükme bağlamıştır (Korkusuz, Uğur, s.136).

Türkiye’de mevcut sağlık mevzuatımızın temellerini aşağıdaki yasalar oluşturmaktadır.

- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu - 1930

- 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun-1961

- Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında K.H.K. – 1983

- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu - 1987

- 09.12.2004 tarih ve 5258 sayılı R.G. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı R.G. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik ile birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunu düzenleyen başta U.H.K., 224 sayılı kanun, Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında K.H.K., Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve bu kanunlara bağlı mevzuata dayalı olarak yürütülen hizmetlerinin dayanağı ve bu hizmetlerin mevcut uygulamalara radikal değişiklik getirecektir (http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kentlerde_saglik_hizmetleri2.pdf#page=84, E.T. 09.11.2010).

Türkiye’de, sağlık hizmeti ülkenin bir bölümünde sosyalleştirilmiş, bunun yanında bazı merkezlerde ücretsiz, diğerlerinde ise, belli bir ücret karşılığı, devlet ve üniversite hastaneleri ve özel hastaneler tarafından yürütülmektedir. Ancak, sağlık hizmetleri, dengesiz bir şekilde sunulduğu için, bu farklılaşmanın azami ölçüde giderilmesi için çok sayıda kanun kabul edilmiş ve yürürlüğe sokulmuştur.

2.1. 224 Sayılı Yasa

Türkiye’de, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın sosyal adalete uygun bir biçimde gerçekleştirilmesini sağlamak amacıyla 05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun çıkarılmış bulunmaktadır. Bu kanuna göre; sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen vatandaşlar acil vakalar dışında- Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık evine veya ocağına başvurmak zorundadır. Aynı konuda olmak üzere 24.11.2004 tarih ve 5258 sayılı yasa ile sağlık sistemimize getirilen aile hekimliği uygulaması ile Sağlık bakanlığının pilot olarak belirleyeceği illerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel kayıtların tutulması, hizmete eşit erişimin sağlanması hedef alınmış ve tam gün esasına dayalı olarak çalışacak aile hekimlerinin kişilere hem koruyucu, hem tedavi edici sağlık hizmetlerini ayırım yapmaksızın ve kural olarak belli bir yere bağlı olarak hizmet vermeleri öngörülmüştür.

Birinci basamak sağlık hizmeti sevk zinciri, tanı ve ön tanı hizmetlerini kapsar. Sevk zinciri esas olup iş kazası, meslek hastalığı ve acil haller dışında, aile hekiminden sevk alınmadan sağlık tesislerine başvuru yapılırsa sağlık giderlerinin %30'unu, genel sağlık sigortalısının kendisi ödemek zorunda kalacaktır. Buralarda, tedavisi mümkün olmayan hastalar, özelliğine göre daha donanımlı sağlık merkezlerine yönlendirilirler (224 s.y. m.13).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hasta muayene ve tedavi kural olarak parasız yapılır. Sağlık ocakları tarafından sevk edilmemiş, sosyalleştirilmiş bölgedeki ikamet süreleri 90 günden az olan veya mesai saatleri dışında muayene ve tedavi olmak isteyenlere yapılacak sağlık hizmetleri ise paralı olur (224 s.y. m.14).

2.2. 3816 Sayılı Yasa

Genel sağlık sigortasını aşamalı olarak gerçekleştirme ve yaygınlaştırma amacıyla, ilk adım olarak, 1992 yılında Yeşil kart uygulaması adı verilen bir uygulama başlatılmıştır.

18.06.1992 tarih ve 3816 sayılı ile getirilen ve hiçbir sosyal güvenlik garantisine sahip olmayan düşük gelirlili vatandaşların sağlık giderlerinin genel sağlık sigortası uygulamasına geçilinceye kadar devlet tarafından karşılanması öngörülmüştür. Yeşil karttan, hiçbir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmayan, aylık geliri veya aile içindeki gelir payı yürürlükteki asgari ücretin net miktarın 1/3'ünden az olan ve Türkiye'de oturan Türk vatandaşları yararlanır (m.2). Bu kişiler devlet hastanelerinden ücretsiz sağlık hizmeti alırlar. Bu uygulamaya muhtaçlık durumunun daha yaygın olduğu Doğu ve Güneydoğu bölgelerinden başlanmış olup, 2001 itibarıyla 11 milyon kişiye yeşil kart verilmiştir. Ancak yeşil kart uygulamasında usulsüzlüklerin ortaya çıkması nedeniyle, Ekim 2008 itibarıyla yeşil kartlı sayısı 9.396.000 kişiye düşürülmüştür (Vatan Gazetesi, 06.10.2008). 5510 sayılı yasa ile genel sağlık sigortasına geçilince yeşil kart uygulaması kaldırılmış ancak bu uygulamanın iki yıl daha (01.10.2010) yürürlükte kalması kararlaştırılmıştır(5510 m.106/son).

2.3. 3359 Sayılı Yasa

Yukarıda belirtilen yasaların yürürlüğüne rağmen, uygulamada ortaya çıkan sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyetsizlikler önlenememiştir. Bu nedenle, mevcut sağlık kurumlarının etkin ve verimli kullanılması konusunda 2002 yılında somut adım atılmış, Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlığı arasında imzalan bir protokolle 01.09.2002'den başlayarak 36 milyon sigortalının, Devlet hastanelerinden de yararlanmasının yolu açılmıştır (Akşam ve Star Gazetesi, 05.07.2002). Bu protokolden sonra, 3359 sayılı yasa ile sağlık kurumları yurt sathında, Milli Savunma Bakanlığı hariç, tüm kamu kurumları ile özel gerçek ve tüzel kişileri kapsamına alacak şekilde; eşit, kaliteli, verimli hizmet sunacak biçimde, Sağlık Bakanlığının koordinesi ile bütün kamu hastanelerinin tek çatı

altında toplanması cihetine gidilmiş ve ücret ödeyemeyen normal vatandaşa da özel sağlık kurumlarına başvurma imkânı getirilmiştir (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2009, 809).

Bütün bu gelişmelere rağmen, dengesizlik giderilememiştir. Dokuzuncu kalkınma planına göre, 2002–2007 döneminde yatak kapasitesi, ancak, yüzde 13.2 oranında artabilmiştir. Yatak kapasitesinin %67'si Sağlık Bakanlığına ve % 14.9'u üniversitelere, %8'i de özel sektöre aittir. Ancak, yatak kapasitesinin ülke genelindeki dengesiz dağılımı sürmektedir. En gelişmiş bölgelerde yatak başına düşen kişi sayısı 367, en az gelişmiş bölgelerde ise 717'dir. Aynı dengesiz dağılım sağlık personeli açısından da gözlenmektedir. Aynı dönemde, sağlık hizmetlerine talep artmaya devam etmiştir. 2002–2007 döneminde yataklı tedavi kurumlarındaki muayene sayısı %100, sağlık ocaklarındaki muayene sayısı ise %87.6 oranında artmıştır. Bu artışın nedenleri kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması, özel sağlık kurumlarına başvurmanın kolaylaştırılması, birinci basamak sağlık hizmet sunumunun daha da etkinleştirilmesi olarak gösterilmektedir (Güzel, Okur, Caniklioğlu, 524).

Bu açıklamalardan da anlaşıldığı gibi, genel olarak Devletin “sosyal” niteliği gereği, son yıllarda sağlık sektörüne büyük bir katkı sunulmuş ve katkılar artarak devam etmektedir.

2.4. 5258 Sayılı Yasa

09.12.2004 tarih ve 5258 sayılı R.G. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı R.G. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik ile birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunu düzenleyen başta U.H.K., 224 sayılı kanun, Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında K.H.K., Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve bu kanunlara bağlı mevzuata dayalı olarak yürütülen hizmetlerinin dayanağı ve bu hizmetlerin mevcut uygulamalara radikal değişiklik getirecektir (http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kentlerde_saglik_hizmetleri2.pdf#page=84, E.T. 09.11.2010).

3. YENİ SAĞLIK SİSTEMİNE YÖNELİK ELEŞTİRİLER

Öte yandan, sağlık hakkına ulaşmada geline aşamalara rağmen, özellikle meslek birliklerinden gelen bazı eleştirilerin varlığı, her şeye rağmen, uygulamada, yeni uygulanacak sistem ile ilgili bazı tereddütlerin varlığını göstermektedir.

Bu bağlamda; Türk Tabipler Birliği tarafından Genel Sağlık Sigortası'nın yürürlüğe akabinde gündeme taşınan ve aşağıda özetlenen bir takım eleştiriler dile getirilmiştir:

– Türkiye'nin en büyük sorunlarının işsizlik ve geçim sıkıntısı olduğu, bu iki sorunun sağlık konularını doğrudan etkilediği,

– Mevcut uygulamanın ise yeşil kart sistemi ile sadaka düzeni getirdiği ve iktidara bağımlılık doğurduğu, doğuştan kazanılan bir hak olan sağlık hakkının, parası olana satılır, olmayana ise sadaka ile dağıtılır hale getirileceği,

– Herkese sağlık güvencesi getirmek uğruna emeklilik yaşının uzatılarak adeta imkansız hale getirildiği, emekli aylıklarında % 33'e varan azalmaların öngörüldüğü,

– Bir yandan herkese sağlık güvencesi getirildiği iddia edilirken, diğer taraftan da getirilen istisnalarla sistemin sekteye uğratıldığı, prim borcu olanların sistemin dışında kalabileceği,

– İhtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine ulaşmak için prim ödemenin yetmeyeceği ve ilave olarak katılım payı ödenmesi gerektiği, bazı hallerde prim ve katılım payı haricinde fark ücreti de talep edilebileceği,

– Bir yandan sosyal güvenlik sistemi için prim ödenirken, nitelikli sağlık hizmeti alabilmek için özel sigortalara da ödeme yapılmasının icap edeceği,

– Yeni sistemde özel hastanelerin korunarak devlet hastanelerinin ise sistem dışına itildiği ve batmaya zorlandıkları,

– Sağlık sisteminin tamamen Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nın inisiyatifine bırakıldığı, daha açık bir ifadeyle sağlık hizmetlerinin kapsamını, miktarını ve ne kadar süreyle sunulacağını SGK'nın belirleyeceği, SGK'nın da sağlık hizmetlerinin sunumunda kısıtlamalara gitmesinin sıkıntılar doğuracağı,

– Kamu hastanelerinde yatılı tedavi görenlerden adeta otel ücreti alınacağı, tedaviler için tahsil edilecek fark bedellerinin tahsili ve harcanması ile ilgili gerekli denetim mekanizmalarının kurulmadığı,

– Yeni düzenlemeler ile yaş veya asgari prim ödeme gününü doldurmadığı için emekli olamayanlar, kayıt dışı çalıştırılanlar veya primleri ödenmeyenlerin, emeklilerin, dul eşlerin, yıpranma payları azaltılan çalışanların, işsizler ve yoksulların durumlarında gerilemeler yaşanacağı,

– Yaratılan sevk zincirinin sağlık hakkına erişimde aksaklıklara yol açacağı, yönünde itirazlarda bulunmuş ve konuya ilişkin hazırlanan ayrıntılı rapor Çalışma Bakanlığı Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulu'na sunulmuştur (Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 2008–2010 Çalışma Raporu, 2010, 205 – 208, 709 - 713).

Bütün bu eleştirilerin, mutlaka değerlendirilmesi gerekli ve ciddiyle ele alınması gereken hususlar olduğu kanaatini taşımaktayız. Mamafih, özellikle Türkiye Tabipleri Birliği'nin 2003 yılından başlamak üzere, aile hekimliği sistemine yönelik eleştirilerde bulunduğu da dikkat çekmektedir. Yasa koyucu ve uygulayıcılarının, bu eleştirileri de dikkate almaları çok yerinde olacaktır.

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlıklı bir yaşam sürdürme hakkı, günümüz itibarıyla en kutsal insan hakkı olmak özelliğini sürdürmektedir. Bu çerçevede devletler, vatandaşlarının sağlıklı bir yaşam sürdürme hakkını fiiliyata geçirebilmeyi birincil öncelikli görev addederek toplumsal kaynakların küçümsenemeyecek bir bölümünü bu alana kaydırmıştır. Ülkemizin Avrupa Birliği müktesebatına uyum çalışmaları çerçevesinde hayata geçirilen Genel Sağlık Sigortası, bu alanda önemli gelişmeler göstermiştir.

Geçmişteki uygulamalardan köklü bir kopuşu sembolize eden bir kırılma noktasıdır. Avrupa standartlarının yakalanması bağlamında çok önemli bir adımı teşkil eden bu hamlenin, önümüzdeki dönemde sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesine yönelik atılacak adımlarla tamamlanması gerekmektedir. Bunun için, sağlık örgütlerinin ve muhalefetin konu ile ilgili olarak getirdiği eleştirileri de dikkate almak ve değerlendirmek sistemin geleceği için önemli olacaktır.

KAYNAKÇA

- AKDAĞ, Recep, (2008); “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (Kasım 2002 – 2008)”, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, No: 770.
- AKŞAM ve STAR Gazetesi, 05.07.2002.
- AKTAN, Coşkun Can ve IŞIK, A. Kadir, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler” <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>.
- DİLİK, Sait, (1989); “Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi” Kamu-İş, Cilt:1, Sayı: 8
- FİŞEK, A.Gürhan; TÜRÇAN ÖZŞUCA Şerife ve ŞUĞLE, Mehmet Ali, (1997); “Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946 – 1996” Ankara.
- DOĞANER GÖNEL, Feride, (2010); “Kalkınma Ekonomisi” Efil Yayınevi, 1.Basım, Ankara.
- GÜVERCİN, Cemal Hüseyin, (2004); “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi” Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt: 57,sayı: 2, Ankara.
- GÜZEL Ali, OKUR Ali Rıza ve CANIKLIOĞLU Nurşen, (2009); “Sosyal Güvenlik Hukuku” 12. Bası, Beta Yayınları, İstanbul.
- KOÇAK, Orhan ve SAYIM, Ferhat, (2009); “Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler” Anadolu Uluslararası İktisat Konferansı, Eskişehir.

KORKUSUZ, M. Refik, UĞUR, Suat, Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş, Ekin Yayınevi, 2. Baskı, Bursa-2010.

KURT, Resul, (2004); “İş Hukuku ve Sosyal Sigorta Mevzuatında Usul ve Esaslar, Uygulamalar, Sorunlar, Çözümler, Yargı Kararları” İstanbul Serbest Muhasebeci Mali Müşavirler Odası Yayın No:37, İstanbul.

OKUR, Ali Rıza ve ERGİN, Hediye, (2007); “Türkiye’de Sağlık Reformunun Geçmişi ve Geleceği” Devrim Ulucan’a Armağan, İstanbul.

POLATCAN İsmet, (1989); “Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Gerekçeler, Anayasa Mahkemesi Kararları, Bilimsel Görüşler” 1. Baskı, İstanbul.

ŞAKAR, Müjdat, (2006); “Sosyal Sigortalar Uygulaması” Der Yayınları, No: 379, İstanbul.

TENGİLİMOĞLU, Dilaver; IŞIK, Oğuz ve AKBOLAT, Mahmut, (2009); “Sağlık İşletmeleri Yönetimi” 1. Basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara

TUNCAY, A. Can ve EKMEKÇİ, Ömer, (2005); “Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri” 10. Bası, Beta Yayınları, İstanbul.

VATAN Gazetesi, 06.10.2008.

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 2008–2010 Çalışma Raporu, Ankara, 2010.

http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kentlerde_saglik_hizmetleri2.pdf#page=84, E.T. 09.11.2010.

http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kentlerde_saglik_hizmetleri2.pdf#page=84, E.T. 09.11.2010.