



lykeion.com.tr
/lykeionyayinlari

/lykeionyayin



EDİTÖRLER:
PROF. DR. ALİ NAZIM SÖZER
PROF. DR. MAHMUT KABAKCI
DR. ÖĞR. ÜYESİ GÖKHAN TÜRE
DR. ARZU HACIOĞLU ÇALIŞKAN

AKADEMİK SOSYAL GÜVENLİK PLATFORMU

SOSYAL SİGORTALAR HUKUKU İNCELEMELERİ IV

TÜRK GENEL SAĞLIK SİGORTASI:
UYGULAMA, SORUNLAR VE ÇÖZÜM
ÖNERİLERİ

SOSYAL SİGORTALAR HUKUKU İNCELEMELERİ IV



LYKEION



9 786258 238235

AKADEMİK SOSYAL GÜVENLİK PLATFORMU

SOSYAL SİGORTALAR

HUKUKU İNCELEMELERİ - IV

TÜRK GENEL SAĞLIK SİGORTASI:
UYGULAMA, SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

SOSYAL SİĞORTALAR HUKUKU İNCELEMELERİ - IV -

Prof. Dr. Ali Nazım Sözer / Prof. Dr. Mahmut Kabakcı /
Dr. Öğr. Üyesi Gökhan Türe / Dr. Arzu Hacıoğlu Çalışkan (Editörler)

1. Baskı

Aralık 2025

ISBN:

978-625-8238-23-5

DİZGİ:

LYKEION Yayıncılık

KAPAK TASARIM:

LYKEION Yayıncılık

KAPAK UYGULAMA:

LYKEION Yayıncılık

BASKI:

Sonçağ Yayıncılık Matbaacılık
İstanbul Cad. İstanbul Çarşısı No: 48/48 İskitler/ANKARA
Sertifika No: 315891

LYKEION YAYINCILIK

Kavaklıdere Mah. Bardacık Sok. 37/A Küçükesat,
Çankaya/ANKARA
www.lykeion.com.tr / lykeionyayinlari@gmail.com

EDİTÖRLER

PROF. DR.
ALİ NAZIM SÖZER
YAŞAR ÜNİVERSİTESİ
HUKUK FAKÜLTESİ

PROF. DR.
MAHMUT KABAKCI
İTÜ İŞLETME FAKÜLTESİ

DR. ÖĞR. ÜYESİ
GÖKHAN TÜRE
HBV ÜNİVERSİTESİ
HUKUK FAKÜLTESİ

DR. ARZU HACIOĞLU
ÇALIŞKAN
İTÜ İŞLETME FAKÜLTESİ

AKADEMİK SOSYAL GÜVENLİK PLATFORMU

SOSYAL SİGORTALAR HUKUKU İNCELEMELERİ - IV

TÜRK GENEL SAĞLIK SİGORTASI:
UYGULAMA, SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

ANKARA 2025



ÖNSÖZ

Akademik Sosyal Güvenlik Platformu tarafından Sosyal Güvenlik Müfettişleri Derneği ve Türkiye Emekliler Derneğinin işbirliği ile 10-11 Ocak 2025'te gerçekleştirilen “Türk Genel Sağlık Sigortası: Uygulama, Sorunlar ve Çözüm Önerileri” başlıklı Çalıştay, kitabın temelini oluşturmaktadır.

Yazarlar, Çalıştayda sundukları tebliğleri genişletmişler, geliştirmişlerdir. Kitabın içeriğinde konuların sıralamasında yazarların unvanları ile adları değil, konu bütünlüğü dikkate alınmıştır.

Genel sağlık sigortasının sağlık, yaşam hakkıyla doğrudan ilişkisine rağmen, ülkemizde bu konuda çalışmalar görece azdır. Kitap, olan ve olması gereken perspektifinden genel sağlık sigortasının tüm yönlerine temas etmekte olup temennimiz konuyla ilgili yeni çalışmalar yapılmasına vesile olmasıdır.

Akademik Sosyal Güvenlik Platformunun yayınladığı eserlere <https://asgp.org.tr/yayinlar/> web adresinden ulaşmak mümkündür.

Kitabın yararlı olması dileğiyle.

Editörler Kurulu

İÇİNDEKİLER

AİHM Kararlarında Sağlık Hakkı: Türk Genel Sağlık Sigortası Kapsamında	1
<i>Dr. Öğr. Üyesi Pelin TUAÇ YILMAZ</i>	
Dünyada Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları: Seçilmiş Ülke Örnekleri	25
<i>Dr. Arzu HACIOĞLU ÇALIŞKAN</i>	
Sosyal Güvenlik Hakkı Çerçevesinde Genel Sağlık Sigortası	47
<i>Prof. Dr. Kadir ARICI</i>	
Sağlık Hizmetlerin Erişimde Sorunlar	69
<i>Namık TAN / Av. Cafer Tufan YAZICIOĞLU</i>	
Sağlıkta Dönüşüm Programı: Uyarılan Talep ve Artan Sağlık Harcamaları.....	75
<i>Prof. Dr. Şerife TÜRCAN ÖZŞUCA</i>	
Dünya'da Genel Sağlık Sigortası Finansman Modelleri ve Reform Sonrası Dönemde Sosyal Güvenlik Kurumunun GSS Harcamaları	85
<i>Dr. Duygu AÇIK / Prof. Dr. Yusuf ALPER</i>	
Sağlıkta Hizmet Sunumundan Hizmet Alımına Geçişin Finansal Etkileri.....	119
<i>Okan YILDIRIM</i>	
Genel Sağlık Sigortasında İlaç Geri Ödeme Sisteminden Kaynaklanan Hukuki Sorunlar	135
<i>Prof. Dr. Ufuk AYDIN / Doç. Dr. Orhan Ersun CİVAN /</i>	
<i>Dr. Öğr. Üyesi Senem Değer</i>	
Sağlık Uygulama Tebliği Kapsamında Yardımcı Üreme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi.....	167
<i>Doç. Dr. Asiye ŞAHİN EMİR</i>	
Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği.....	197
<i>Prof. Dr. M. Fatih UŞAN</i>	

AİHM KARARLARINDA SAĞLIK HAKKI: TÜRK GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA

Dr. Öğr. Üyesi Pelin TUAÇ YILMAZ

Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku

GİRİŞ

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinde sadece kişisel ve siyasal haklar güvence altına alınmış olup, sosyal ve ekonomik haklar güvence altına alınmamıştır. Dolayısıyla sağlık hakkı da güvence altına alınan haklar arasında yer almamaktadır. Ancak Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM-Mahkeme), insan haklarının bölünmezliği ilkesi ve pozitif yükümlülük doktrinine dayanarak, Sözleşmede güvence altına alınan hakların dolaylı olarak sağlık hakkını da koruduğuna karar vermiştir. Sözleşmede güvence altına alınan kişisel ve siyasal haklardan bir ya da birden fazlasına ilişkin yargısal denetim sağlık hakkına etki eden sonuçlar yaratabilir. Bunun nedeni, AİHM'nin insan haklarına ilişkin yükümlülükleri sadece negatif yükümlülük ile sınırlı tutmayıp devletin her bakımdan pozitif yükümlülüğü olduğunu da kabul etmesidir. Mahkemenin pozitif yükümlülük teorisi, Sözleşmede güvence altına alınan hakların etkili bir şekilde uygulanması amacını taşımaktadır. Sağlık hakkı açısından, pozitif yükümlülükler, devletin bu alanda yeterli mevzuatı oluşturması ve etkili adli bir sistemi ivedi şekilde yerine getirmesidir.

AİHM içtihat hukukunda sağlık hakkının esas itibarıyla Sözleşmenin yaşama hakkına ilişkin 2. maddesi, işkence ve her türlü muamele ve cezayı yasaklayan 3. maddesi, adil yargılanma hakkına ilişkin 6. maddesi, özel ve aile yaşamının korunmasına ilişkin 8. maddesi ve ayrımcılık yasağına ilişkin 14. madde ve 12. Ek Protokolün 1. maddesi kapsamında ele alındığı kararları mevcuttur. Ancak çalışmamız kapsamında sağlık hakkının ihlali görünümlerinden “sağlık çalışanlarının sorumluluğu”, “organizasyon yetersizliği”, “acil tedavi hizmetlerine erişim”, “ilaca erişim” ve “tıbbi malzemeye erişim” konuları incelenecektir. Bu nedenle, sadece yaşam hakkına ilişkin 2. madde, adil yargılanma hakkına ilişkin 6. madde, özel ve aile yaşamının

korunmasına ilişkin 8. madde ihlalleri kapsamında AİHM kararları ele alınacaktır.

I. SAĞLIK HAKKI

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nın giriş bölümünde sağlık, *“yalnızca hasta-lık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve toplumsal anlamda tam bir iyilik hali”* olarak tanımlanmıştır¹. Şu hâlde, sağlık kavramı organizmanın iyi işlemesini ve ruhsal, zihinsel ve toplumsal uyumluluk işlevlerini, bunun yanında insanın fiziki güçlüklerle karşı koyabilme yeteneğini de içeren bir kavram olarak tanımlanabilir².

Sağlık hakkı, insanın insan olması nedeniyle sahip olduğu temel haklardan sosyal, kültürel, ekonomik, siyasal ve medeni hakların başında gelen yaşam hakkının yanında yer almaktadır. Çünkü kişinin, temel hak ve özgürlüklerini kullanabilmesi sağlık hakkının varlığına bağlıdır. Kişi makul ölçüde sağlıklı ve etkin bir yaşam için gerekli olan yaşam hakkı ve buna bağlı olarak sağlık hakkından yoksunsa, hukuken korunan diğer haklardan da yararlanamaz³.

Sağlık hakkı yaşam hakkı gibi diğer hak ve özgürlüklerden tamamen ayrı olarak tanınabilen ve korunabilen bir hak değildir. Sağlık hakkının tam olarak gerçekleştirilmesi, beslenme, dinlenme, barınma ihtiyaçlarının düzenlenmesine, yaşlılıkta, doğumda güvence sağlanmasına, sosyal sigortaların ve sosyal yardımların sağlanmasına ve bunların yanında eğitim ve kültürel faaliyetlerden yararlanmasına bağlıdır⁴.

Sosyal devletin bir gereği olarak, devletin en önemli ödevlerinden biri bireylerin sağlık hakkının güvence altına alınmasını sağlamaktır. Özellikle, hastalıkların başlamadan önce önlenmesi ve bireylerin sağlığının hastalıklara yakalanmadan önce korunması sosyal devletin görevleri arasında yer almaktadır⁵. Buradan hareketle, sağlık hakkı bakımından amaçlananın “sağlıklı bakım hakkı” olduğu ifade edilebilir. Sağlıklı bakım hakkı kavramı, *“toplumdaki her kişiye hasta olmadan önceki süreçte de sağlığının korunması ve belli bir*

¹ Constitution of the World Health Organization http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

² Ali Rıza Okur, Sağlık Hakkı ve Sağlık Sigortaları (Yayımlanmamış Profesörlük Takdim Tezi), İstanbul 1992; Pelin Tuac, “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Aile Hekimliği: Hukukî Bir Değerlendirme”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir 2009, s. 7.

³ Okur, s. 1-11; Tuac, s. 8.

⁴ Köksal Bayraktar, Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezaî Sorumluluğu, İstanbul 1972 s. 18.

⁵ Ali Nazım Sözer, Türkiye’de Sosyal Hukuk, 2. bası, İzmir 1998, s. 19, 20.

yeterlilik ölçüsünde tıbbi bakım ve tedaviye ulaşabilme olanağının sağlanması” anlamında kullanılmaktadır⁶.

Sonuç olarak sağlık hakkı; “kişinin toplumdan, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi, toplumun sağladığı imkânlardan faydalanabilmesi” olarak tanımlanabilir⁷.

Sağlık hakkı geleneksel olarak sosyal haklar arasında düzenlenmekte ve onlar için getirilen korumadan yararlanmaktadır. Sağlık hakkının insan hakları sınıflandırması içinde ekonomik ve sosyal haklar kategorisinde yer almasının sebebi, sağlık hakkının kişilere isteme hakkı veren, buna karşılık devlete pozitif yükümlülükler yükleyen ve devletin mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirilebilecek olan haklardan olmasıdır. Fakat bunun yanında, sağlık hakkının insan hakları sınıflandırması içinde sadece belirli bir gruba ait olduğunu söylemek mümkün değildir. Şöyle ki, sağlık hakkı birinci kuşak haklardan olan ve klasik hakların başında gelen yaşam hakkının bir sonucudur⁸. Aynı şekilde kişinin vücut bütünlüğüne dokunulmaması hakkı, sağlık hakkının bir gereğidir. Ancak, sağlık hakkının gerçekleştirilmesi için devletin kişiye müdahale etmeyeceği, özel bir alan yaratma yükümlülüğü yani negatif yükümlülüğü bulunmamaktadır. Aksine sağlık hakkını gerçekleştirmekte devletin görevi kişiye müdahâle etmek ve hizmet götürmektir.

II. ULUSLARARASI BELGELERDE SAĞLIK HAKKI

10 Aralık 1948 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin giriş bölümünde sadece insan olmanın, onurlu bir yaşam hakkına sahip olmak için yeterli olduğu ifade edilmektedir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde sağlık hizmetlerinin birey için hak ve devlet için de ödev şeklinde ifade bulunduğu söylenebilir.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25. maddesinde sağlık hakkına ilişkin olarak; “Her insanın yiyecek, giyecek, konut, tıbbi bakım ve gerekli toplumsal hizmetler de dâhil olmak üzere, kendisinin ve ailesinin sağlığını ve refahını sağlayacak uzun bir yaşam düzeyine hakkı olduğu; işsizlik, hastalık, sakatlık ya da geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun kaldığı diğer hallerde güvenlik hakkına sahip olduğu” ifadesi yer almıştır⁹. Böylece sağlık hakkı da temel insan hakları

⁶ Tuuç, s. 8.

⁷ Bayraktar, s. 16; Okur, s. 1.

⁸ Merdan Hekimoğlu, “İnsan Hakları Boyutuyla Sağlık Hakkı”, İzmir Barosu tarafından 10 Nisan 2014 tarihinde düzenlenen Sağlık Hukuku Seminerinde sunulan Tebliğ, **İzmir Barosu Dergisi**, Yıl. 79, Mayıs 2014, Sayı 2, İzmir, s. 218.

⁹ Bayraktar, s. 21; Doğru Osman, İnsan Hakları Uluslararası Mevzuatı, İstanbul 1998, s. 1 vd.; Tuuç, s. 11.

arasında sayılarak, kişinin yaşam bütünlüğünün önemli bir ögesi ilk defa uluslararası bir metin ile garanti altına alınmıştır.

Toplum ve birey açısından diğer tüm haklardan önce gelen sağlık hakkı, birey açısından bir hak olarak, devlet açısından da bir ödev olarak pek çok uluslararası belgede düzenlenmiştir. Sağlık hakkı, ülkemizin de taraf olduğu çeşitli sözleşmelerde benzer kavramlarla açıklanmıştır. Birleşmiş Milletler Genel Kurul’unda kabul edilen ve 23 Mart 1976 tarihinde yürürlüğe giren, “Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme”nin¹⁰ 12. maddesinde sağlık hakkı “herkesin, ulaşılabilir en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkı” olarak tanımlanmış bulunmaktadır. Buna göre sağlık hakkı her şeyden önce, **kişilere** “ulaşılabilir en yüksek sağlık standardının gerçekleşmesi için gerekli olan birçok faaliyet, mal, hizmet ve şartlardan yararlanma yetkisi”ni tanımakta; **Devlete** ise “kişilere, ulaşılabilir en yüksek sağlık standardının gerçekleşmesi için gerekli olan birçok faaliyet, mal, hizmet ve şartları temin etme ödevi”ni yüklemektedir. Sözleşme’nin 12. maddesinin ikinci paragrafında, taraf devletlerin bu hakkın tam olarak kullanılmasını sağlamak için alacakları tedbirlerin yöneleceği amaçlar belirtilmiştir. Maddeye göre bu amaçlar: a) Ölü doğum ve çocuk ölümleri oranlarının düşürülmesini ve çocuğun sağlıklı bir şekilde gelişmesini sağlamak, b) Çevresel ve sınavi sağlık şartlarının her yönüyle iyileştirilmesi, c) Salgın, yöresel, mesleki ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü ile, d) Hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve tıbbi bakım sağlayacak koşulların yaratılmasıdır¹¹.

Maddede taraf devletlerin alacağı tedbirlerin yöneleceği amaçlar sayılırken, dolaylı olarak sağlık hakkının yaşama geçirilebilmesi için taraf devletlerin alması gereken somut önlemler de öngörülmüş olmaktadır. Bu bağlamda Sözleşmeye taraf olan Devletler, “ölü doğum ve çocuk ölümleri oranlarını düşürmekle, çocukların sağlıklı bir şekilde gelişmesini sağlamakla, sağlık koşullarının iyileştirilmesini temin etmekle, hastalıkları önlemekle, hastalık halinde bunların tedavisi ve kontrolü ile ayrıca hastalık halinde herkese tıbbi hizmet ve tıbbi bakım sağlayacak koşulları oluşturmak”la yükümlüdür. Kanımızca maddede öngörülen bu tedbirler sınırlayıcı değil, örnek olarak belirtilmiştir. Gelişen ve değişen koşullar çerçevesinde, Sözleşmenin ruhuna uygun olarak bu tedbirlerin arttırılması her zaman mümkündür¹².

¹⁰ Bakanlar Kurulu’nun 10.07.2003 T., 2003/5923 S.lı Kararnamesi ile onanmıştır (11.08.2003 tarihli ve 25196 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır).

¹¹ Seda Uçar Akbulut/Emre Akbulut, “BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi’nin 12. Maddesi Çerçevesinde Sağlık Hakkı ve İdarenin Sorumluluğu”, **İdare Hukuku ve İlimleri Dergisi**, İstanbul Üniversitesi, Cilt: 15, Sayı: 1, 2012, s. 266.

¹² Akbulut/Akbulut, s. 267; Pelin Tuac, “Uluslararası Belgeler Işığında Sosyal Güvenlik Hakkı: Türk Hukuku Bakımından Bir Değerlendirme”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal

III. AVRUPA İNSAN HAKLARI MAHKEMESİ'NİN SAĞLIK HAKKINA İLİŞKİN KARARLARINDA ORTAYA KOYDUĞU KRİTERLER

Asıl adı “İnsan Haklarının ve Temel Özgürlüklerinin Korunmasına İlişkin Sözleşme” olan Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, 5 Mayıs 1949’da kurulan Avrupa Konseyi tarafından hazırlanmıştır¹³. 4 Ekim 1950 tarihinde Roma’da imzalanarak 3 Eylül 1953 tarihinde yürürlüğe giren¹⁴ Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Türkiye tarafından da 18 Mayıs 1954 tarihinde onaylanmıştır¹⁵. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nden farkı, çok taraflı uluslararası bir sözleşme olarak birçok temel hak ve özgürlükleri düzenlemesi ve üye devletlerin yükümlülüklerinin üzerinde denetim sistemi oluşturmaktır¹⁶. Ancak söz konusu özelliğine rağmen, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi sosyal hakları içermemektedir. Sosyal hakların düzenlenmemesinin nedeni olarak, ekonomik ve sosyal hakların hukukî olmaktan çok ahlakî ve siyasi anlayışa bağlı olarak, ülkeden ülkeye değişen ve gerçekleştirilmesinin devletlerin pozitif eylemlerine bağlı haklar olmaları gösterilmiştir¹⁷. Anılan nedenle de sosyal hakların, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ile düzenlenen zorlayıcı bir uluslararası denetim sistemine bağlı olmaları doğru bulunmamış ve söz konusu koruma sisteminin sosyal ve ekonomik haklara uygun olmadığı savunulmuştur¹⁸.

AİHS organları, konu yönünden (*rationae materiae*) sadece AİHS ve Ek Protokollerinde yer alan hak ve özgürlüklerle sınırlı kalmaktadır¹⁹. Dolayısıyla, AİHS organları sosyal ve ekonomik haklarla ilgili verdikleri ilk kararlarda, Sözleşme ve Ek Protokollerde yalnızca kişisel ve siyasal hakların gü-

Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 2016, s. 51.

¹³ Melda Sur, İş Hukukunun Uluslararası Kaynakları – Avrupa Konseyi Çerçevesinde Kabul Edilen Belgeler, İzmir 1995, s. 7.

¹⁴ Sur, Uluslararası Kaynaklar, s. 7.

¹⁵ 19.03.1954 tarih ve 8662 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

¹⁶ Durmuş Tezcan/Mustafa Ruhan Erdem/Oğuz Sancakdar. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ve Uygulaması, T.C Adalet Bakanlığı Eğitim Dairesi Başkanlığı Yayınları, Ankara, 2004 s. 44.

¹⁷ İzzet Mert Ertan, Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı, Legal Yayıncılık, İstanbul, 2012, s. 128; İzzet Mert Ertan, Sosyal Hakların Uluslararası Korunması ve Avrupa Sosyal Şartı Sistemi, Beta, İstanbul, 2015, s. 11-12. Ellie Palmer, “Protecting Socio-Economic Rights through the European Convention on Human Rights: Trends and Developments in the European Court of Human Rights”, **Erasmus Law Review**, Y. 2009, C. 2, S. 4, s. 400; Sur, Uluslararası Kaynaklar, s. 8.

¹⁸ Christina Binder/ Thomas Schobesberger, “The European Court of Human Rights and Social Rights – Emerging Trends in Jurisprudence”, **Hungarian Yearbook of International Law and European Law**, 2015, s. 51; Palmer, s. 400; Sur, Uluslararası Kaynaklar, s. 8.

¹⁹ İlyas Doğan, İnsan Hakları Hukuku Ders Kitabı, 1. Baskı, Astana, Ankara, 2012, s. 312.

venceye alındığını, bu nedenle sosyal ve ekonomik hakların konu yönünden Sözleşmenin güvencesi kapsamına girmediğini kabul etmiştir²⁰.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ile güvence altına alınmayan sosyal ve ekonomik haklar Avrupa Sosyal Şartı²¹ ile güvence kapsamına alınmıştır.

Bununla birlikte AİHM, amaçsal ve dinamik yorum yöntemini kullanarak, kişisel hakların sosyal ve ekonomik yönünü de göz önünde bulundurarak, aynı zamanda klâsik kişisel ve siyasal haklar ile ekonomik ve sosyal hakların birbirinden kesin biçimde ayrılmasının mümkün olmadığını kararlarında vurgulamaktadır²². AİHM *Airey/İrlanda* davasında, AİHS’te güvence altına alınan kişisel ve siyasal hakların, sosyal ve ekonomik nitelikte etkileri olabileceğini, dolayısıyla iki hak kategorisi arasında kesin bir ayrım yapılamayacağını belirtmiştir²³.

AİHM’nin *Airey/İrlanda* davası ile insan haklarının bölünmezliği teorisini geliştirmesi, sosyal ve ekonomik hakların AİHS kapsamında yargılanabilir olmasını mümkün hale getirmektedir. Bununla beraber, etkili adli bir sistem ve pozitif yükümlülük teorisinin tanınması ve AİHS’nin “yaşayan bir belge”²⁴ olarak tanımlanması, Sözleşme kapsamında güvence altına alınmasa da sosyal ve ekonomik haklara önem verilmesine imkân tanımaktadır²⁵. Diğer yandan, AİHM *Belçika Dil Davası (Belgian Linguistic Case)*²⁶ kararıyla, taraf devletlerin Sözleşme ve Ek Protokollerle güvence altına alınan hakların korunması ve gerçekleştirilmesi için yerine getirilmesini öngördüğü yükümlülüklerden hareketle, pozitif yükümlülük teorisini geliştirmiştir. Mahkeme pozitif yükümlülük teorisinin amacının yalnızca Sözleşmede düzenlenen hak ve özgürlüklere taraf devletlerin saygı göstermeleri, dokunmamaları ve bunların kullanımını engellememeleri olmadığını vurgulamaktadır. Bunlara ek olarak, taraf devletler hak ve özgürlüklerin etkili ve somut biçimde korunması için her türlü önlemi almak ve bu doğrultuda pozitif edimlerde bulunmakla yükümlüdür. Mahkeme bu teoriyi *Airey* ka-

²⁰ Bkz. Avrupa İnsan Hakları Komisyonu’nun 10.12.1975 tarihli X / Danimarka (6907/75) ve 04.02.1982 tarihli Godfrey / Birleşik Krallık (8542/79) kararları.

²¹ Resmî Gazete, 14.10.1989, 20315.

²² Ingrid Leitjen, *Core Socio-Economic Rights and the European Court of Human Rights*, Cambridge University Press, Cambridge, 2018, s. 1.

²³ *Airey/İrlanda*, 6289/73, 9 Ekim 1979, para. 2.

²⁴ Tyrer/Birleşik Krallık, Başvuru No: 5856/72, 25 Nisan 1978, para. 31.

²⁵ Maija Dahlberg, “Should Social Rights be Included in Interpretations of the Convention by the European Court of Human Rights? **European Journal of Social Security**, Y. 2014, C. 16, S. 3, s. 252.

²⁶ Relating to Certain Aspects of the Laws on the Use of Languages in Education in Belgium/Belçika (1474/62;1677/62; 1691/62; 1769/63; 1994/63; 2126/64), 23 Temmuz 1968.

rarında “Sözleşme’nin amacı hakları teoride ve görünüşte değil, uygulamada ve etkili korumaktır” şeklinde açıklamıştır²⁷.

Sonuç olarak, Mahkemenin ortaya koyduğu insan haklarının bölünmezliği ilkesi sayesinde Sözleşme’nin içeriği zenginleşmiş; pozitif yükümlülük teorisi sayesinde de taraf devletlere yeni yükümlülükler yüklenmiş ve insan haklarının somut ve etkili korunması yönünde önemli bir adım atılmıştır.

Mahkeme taraf devletler için geliştirdiği pozitif yükümlülük teorisini genellikle, Sözleşme’nin 1. maddesinde yer alan, taraf devletlerin “...kendi yetki alanları içinde bulunan herkesin, bu Sözleşme’nin birinci bölümünde açıklanan hak ve özgürlüklerden yararlanmalarını...” sağlama ödevine ya da Sözleşme’de güvence altına alınan hakların “teoride ve görünüşte değil, uygulamada ve etkin biçimde korunması” gereğine dayandırmaktadır²⁸. Mahkeme her ne kadar gelişen içtihatlarıyla dinamik yorum yöntemini kullanmaya başlasa da Mahkemenin sağlık hakkına ilişkin verdiği kararlarda açık bir teorik temele dayandığından söz etmek zordur. Mahkeme daha ziyade başvuruya konu olaylar özelinde değerlendirme yapmayı tercih etmektedir²⁹.

AİHM sağlık hakkıyla ilgili önüne gelen davalarda sağlık hakkına ilişkin sorunları, Sözleşme ve Ek Protokollerde güvence altına alınan bazı haklar kapsamında değerlendirmektedir. Bu haklar:

Yaşam hakkı (Madde 2/I): “Herkesin yaşama hakkı hukuken korunmalıdır. Hiç kimse kanunda cezası belirlenmiş bir suçu işlemesi nedeniyle mahkemeye verilen kararın infazı amacıyla dahi olsa yaşama hakkından bilinçli olarak mahrum bırakılamaz”. Yaşam hakkı, sağlık hizmetlerinin sağlanmasında devletlerin sorumluluklarını belirlemektedir. Madde ile devletlere sağlık konusunda tedbir almayı da içeren bir yükümlülük getirilmiştir. Söz konusu hükme göre, devletin sağlık kuruluşlarının hastaların yaşamlarının korunması için uygun tedbirleri alması konusunda uyması gereken kuralları düzenlemesi gerektiği anlamını çıkarmak da mümkündür³⁰.

İşkence Yasağı (Madde 3): “Hiç kimse işkenceye veya insanlık dışı ya da aşağılayıcı muamele veya cezaya tabi tutulamaz.” İşkence yasağı, sağlık hakkı ile bağlantılı olarak, bireylerin zorla tedaviye tabi tutulmalarını veya sağlık hizmetlerine erişimlerinin engellenmesini yasaklamaktadır. AİHM, sağlık bakımının kötüye kullanılması durumunda, işkence yasağının ihlal edilip edilmediğini de incelemektedir.

²⁷ Airey/İrlanda, (6289/73), 9 Ekim 1979, para. 24.

²⁸ Selman Karakul, “Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi Kararlarında Sağlık Hakkı-I”, **İstanbul Medipol Üniversitesi, Hukuk Fakültesi Dergisi**, C. 3, S. 2, Güz 2016, s.

²⁹ Palmer, s. 402; John Tobin, *The Right to Health in International Law*, Second Edition, Oxford University Press, Oxford ve New York, 2012, s. 93.

³⁰ Dahlberg, s. 252. Tezcan/Erdem/Sancakdar, s. 205.

Özel Hayata Saygı (Madde 8/I): “Herkes özel ve aile hayatına, konutuna ve yazışmasına saygı gösterilmesi hakkına sahiptir”. AİHM, sağlık hakkını, bireylerin özel hayatı ile ilişkilendirerek, bireylerin tedaviye ilişkin seçim hakları ve bu seçime saygı gösterilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

IV. AVRUPA İNSAN HAKLARI MAHKEMESİ KARARLARI

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi’nin sağlık hakkı konusunda verdiği kararların çok geniş kapsamlı olması nedeniyle, çalışmamızda sadece Genel Sağlık Sigortası sistemimizi ilgilendirecek ve etkileyecek ölçüde olan kararlara yer vermeyi uygun bulduk. Bu anlamda, hastanelerin organizasyon ve işleyişi, acil tedavi hizmeti sunulmaması, organizasyon ve işleyiş nedeniyle sağlık hizmetine erişememe ve sağlık giderlerinin karşılanmasına ilişkin kararları başlıklar halinde incelenecektir.

A. Hastanelerin Organizasyon ve İşleyişine İlişkin Kararlar

Sözleşme organları sağlık çalışanlarının sorumluluğu, hastanelerin işleyişi ve acil tedavi hizmetlerine erişimi genellikle tıbbî ihmal çerçevesinde incelemektedir. Mahkeme yaşam hakkı ihlallerini incelerken, devletin pozitif yükümlülükleri kapsamında özel ve kamu hastanelerinin, hastaların vücut bütünlüğünü korumak için uygun tedbirleri almaya zorlayan bir mevzuatı uygulamaya koyma yükümlülüğünü temel prensip olarak kararlarında vurgulamaktadır³¹. Söz konusu kararlardan biri olan *Mehmet Işıltan/Türkiye*³² davasında, beyin tümörü olan kızının ameliyattan 6 ay sonra ölmesi sonucu başvuru, yaşam hakkı ve adil yargılanma hakkı ihlali iddiasında bulunmuştur. Komisyon cerrahların kötü huylu bir beyin tümörünü tedavi etmek için bir ameliyat gerçekleştirmiş olmasının ve başvuranın kızının daha sonra ölmüş olmasının kendi başına ve davanın özel olguları temelinde, Sözleşmenin 2. maddesi anlamında yaşamı koruma yükümlülüğünün ihlal edildiği sonucuna varmak için yeterli olmadığı kanaatine varmıştır. *Mehmet Işıltan/Türkiye* davasında kabul edilemezlik kararı verilmesine rağmen Mahkeme, devletin pozitif yükümlülüklerine ilişkin temel prensibini; hastanede meydana gelen **ölüm olaylarının nedenlerini ve bu ölüm olayla-**

³¹ Skraskowski/Polonya, 36420/97, 06 Nisan 2000; Powell/Birleşik Krallık, 45305/99, 04 Mayıs 2000; Calvelli ve Ciglio/İtalya, 32967/96, 17 Ocak 2002; Vo/Fransa, 53924/00, 08 Temmuz 2004; Byrzykowski/Polonya, 11562/05, 27 Haziran 2006; Sevim Güngör/Türkiye, 75173/01, 14 Nisan 2009; Oyal/Türkiye, 4864/05, 23 Mart 2010; Z./Polonya, 46132/08, 13 Kasım 2012; Altuğ ve Diğerleri/Türkiye, 32086/07, 30 Haziran 2015; Zafer Öztürk/Türkiye, 25774/09, 21 Temmuz 2015; Balcı/Türkiye 58194/10, 20 Ekim 2015; Sayan/Türkiye, 81277/12, 11 Kasım 2016; Gard ve Diğerleri/Birleşik Krallık, 39793/17, 27 Haziran 2017; Lopes de Sousa Fernandes/Portekiz, 56080/13, 19 Aralık 2017; Eryiğit/Türkiye, 18356/11, 10 Nisan 2018; Ulusoy vd./Türkiye, 54969/09, 25 Haziran 2019.

³² Mehmet Işıltan/Türkiye, 20948/92, 22 Mayıs 1995, para. 41.

rında ilgili sağlık çalışanlarının herhangi bir sorumluluğu bulunup bulunmadığını ortaya çıkarmak için **etkili bir adli sistem** oluşturmak olarak belirlermiştir³³.

Mahkemenin Devletlerin yükümlülükleri konusunda verdiği *Sevim Güngör/Türkiye*³⁴ kararında, kalp rahatsızlığı ve hipertansiyon hikâyesi bulunan başvuranın 80 yaşındaki annesi ağır beslenme yetersizliği ve yatak yaraları ile hastaneye yatırılmış, birkaç gün sonra bronkopnömoni sonucunda oluşan solunum ve dolaşım yetmezliği nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Başvurucu doktorların annesini düzgün bir şekilde tedavi etmek için gerekli önlemleri almayarak ölümüne neden olduklarını iddia etmiştir. Mahkemenin bu kararda, ortaya koyduğu prensip, devletlerin **kamu ya da özel olsun sağlık hizmetlerini**, hastaların hayatlarının korunması amacıyla **uygun tedbirleri sağlayacak şekilde** düzenlemek zorunda olduğudur³⁵. Ne var ki AİHM, sağlık hizmetlerinin sunulması ve hastaların korunmasında **yüksek profesyonel standartların elde edilmesi için yeterli imkânların sağlandığı durumlarda bir sağlık görevlisinin yanlış bir kararının (tespit edilmiş olsa dahi) veya belli bir hastanın tedavisinde yaşanan koordinasyon ihmalinin**, devletin AİHS'nin 2. maddesi (yaşam hakkı) uyarınca sorumluluğunu ortaya çıkarmayacağını ifade etmiştir.

Mahkemenin yaşam hakkının usûl bakımından ihlalini denetleyen kararlarında ortaya koyduğu ilkeler *Calvelli ve Ciglio/İtalya*³⁶ kararında yer almaktadır. Mahkeme yaşam hakkının kasıtsız olarak ihlâl edildiği hâllerde tıbbî ihmalin özel alanında, etkili bir yargı sistemi oluşturmak için 2. maddede yer alan pozitif yükümlülüğün, her davada, **ceza hukuku yolunun sağlanmasını zorunlu kılmadığını vurgulamıştır**³⁷. Örnek olarak, hukuk sistemi, mağdurların ilgili personelin sorumluluğunu kanıtlanabilecekleri ve uygun bir **tazminat elde edebilecekleri bir hukuk yolu sağlanırsa, yükümlülüğün yerine getirilmiş olacağını vurgulamıştır**³⁸. Söz konusu ilkeler, ağır bedensel sakatlıklar için de geçerli olmaktadır³⁹.

Mahkeme, tıbbî ihmâl nedeniyle meydana gelen olaylarda yargılama süreçlerinin uzun sürmesini yaşam hakkının usûl yönünden ihlali olarak kabul etmektedir. Tıbbî bakım sırasında meydana gelen olayların nedenlerinin

³³ Mehmet Işıltan/Türkiye, 20948/92, 22 Mayıs 1995, para. 40.

³⁴ Sevim Güngör/Türkiye, 75173/01, 14 Nisan 2009.

³⁵ Sevim Güngör/Türkiye, 75173/01, 14 Nisan 2009, para. 23.

³⁶ Calvelli ve Ciglio/İtalya, 32967/96, 17 Haziran 2006.

³⁷ Calvelli ve Ciglio/İtalya, 32967/96, 17 Haziran 2006, para. 51.

³⁸ Calvelli ve Ciglio/İtalya, 32967/96, 17 Haziran 2006, para. 51; Zafer Öztürk/Türkiye, 25774/09, 21 Temmuz 2015, para. 2; Codarcea/Romanya, 31675/04, 2 Haziran 2009; G.N. vd./İtalya, 43134/05, 1 Aralık 2009.

³⁹ Spyra ve Kranczkowski/Polonya, 19764/07, 25 Eylül 2012., para. 82.

bilinmesi ve sağlık hizmeti uzmanlarının sorumluluğunun hızlı bir şekilde incelenip sonuçlanması gerektiği vurgulanmaktadır⁴⁰. Çünkü gerçeklerin ve hataların bilinmesi, ilgili kurumların ve sağlık hizmeti uzmanlarının eksikliklerini giderebilmesi ve daha sonra olabilecek benzer hataların önlenmesi için önemlidir⁴¹. *Byrzykowski/Polonya* davasında, başvuranın eşi doğum başlamadan önce rahatsızlanmış ve sezaryen ameliyatı yapılmasına karar verilmiş ise de, ameliyat sırasında komaya girerek yoğun bakımda ölmüş, yeni doğan bebek ise ağır derecede sakat kalmıştır. Başvurucu etkili bir soruşturma yürütülmediğinden şikayetçi olmuştur. Mahkeme başta ceza soruşturması başlatıldığı halde daha sonra bu sürecin üç kez kesintiye uğradığını, disiplin soruşturmasının da ceza soruşturmasını beklemesi nedeniyle yavaşladığını, somut olay karmaşık olsa bile bu durumun soruşturmaların yedi yılı aşkın süredir devam etmesinin mazereti olamayacağını belirterek, 2. maddenin usûl yönünden ihlal edildiğine karar vermiştir⁴².

Gerçekten iç hukuktaki koruma mekanizmalarının teoride olmasının yeterli olmadığı, pratikte de işletilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Etkili adli bir sistem oluşturmak için “ivedilik”, “titizlik” ve “makul süre” koşullarının sağlanması önem taşımaktadır⁴³. AİHM’nin tıbbî ihmâl konusunda incelediği bir başka kararı olan *Šilih/Slovenya*⁴⁴ kararında, başvuranların mide bulantısı ve kaşıntı için tıbbî yardım arayan 20 yaşındaki oğlu, alerjisi olduğu ilaçlar enjekte edildikten sonra hastanede ölmüştür. Başvuranlar, oğullarının tıbbî ihmalkârlık nedeniyle öldüğünü ve ölümüne ilişkin etkili bir soruşturma yapılmadığını ileri sürmüştür. Mahkeme bu kararda, iç hukukta işletilen soruşturmanın, Sözleşmenin 2. maddesinde yer alan yaşam hakkını korumanın gerektirdiği titizlik düzeyinde yürütülmesi gerektiğini belirtmiştir. Benzer nitelikteki *Zafer Öztürk/Türkiye* davasında, başvuranın eşi jinekolojik bir operasyondan sonra sağlık durumu kötüleşerek hayatını kaybetmiştir. Başvuran, tıbbî ihmâl iddialarının iç hukukta hızlı ve etkin bir şekilde incelenmediğini ileri sürmüştür. Mahkeme *Šilih/Slovenya* davasına atıf yaparak, Devletin 2. madde kapsamındaki yükümlülüğünün, iç hukukun sunduğu korumanın sadece teoride mevcut olmasının yükümlülüğün yerine getirildiği anlamına gelmeyeceğini: söz konusu korumanın

⁴⁰ Nurten Yaylacı, “Tıbbî İhmâl: Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi ve Anayasa Mahkemesi Kararları Çerçevesinde Bir İnceleme”, *Terazi*, Sayı 186, Şubat 2022, s. 120.

⁴¹ *Byrzykowski/Polonya*, 11562/05, 27 Eylül 2006; *Zafer Öztürk/Türkiye*, 25774/09, 21 Temmuz 2015, para. 2; *Codarcea/Romanya*, 31675/04, 2 Haziran 2009; G.N. vd./İtalya, 43134/05, 1 Aralık 2009

⁴² *Byrzykowski/Polonya*, 11562/05, 27 Eylül 2006, para. 114, 117 ve 118.

⁴³ *Eryiğit/Türkiye*, 18356/11, 10 Nisan 2018, para 51; *Zafer Öztürk/Türkiye*, 25774/09, 21 Temmuz 2015, para. 50; *Codarcea/Romanya*, 31675/04, 2 Haziran 2009; G.N. vd./İtalya, 43134/05, 1 Aralık 2009.

⁴⁴ *Šilih/Slovenya*, 71463/01, 9 Nisan 2009

pratikte etkin bir şekilde mevcut olmasının gerektiğini, bu da davanın gereksiz gecikmeler yaşanmaksızın çabuk bir şekilde incelenmesinin önemini vurgulamaktadır⁴⁵. Dolayısıyla bu davaların ivedilikle incelenmesi sağlık hizmetlerinden faydalanan tüm kişilerin güvenliği için önem taşımaktadır⁴⁶. *Zafer Öztürk/Türkiye* kararında Mahkemenin dikkat çektiği husus, doktor hakkında verilen meslekten men kararına rağmen doktorun çalışmaya devam etmesi ve disiplin yaptırımının caydırıcılığının ortadan kalkmasıdır. İkinci olarak üzerinde durulan husus, yedi yıl süren hukuk yargılamalarının uzunluğunun makul olmamasının Sözleşmenin 2. maddesinin usul yönünden ihlaline yol açtığıdır⁴⁷.

AIHM kararına konu olan *Codarcea/Romanya*⁴⁸ olayında, başvuru yüz felci ve göz kapağının düşmesiyle sonuçlanan bir dizi ameliyat geçirmiştir. Ameliyatların olumsuz sonuçları nedeniyle bir doktora karşı başlatıldığı ceza yargılamasının uzunluğundan şikâyetçi olmuştur. Ayrıca, bir ameliyat gerçekleştiren doktorun ve ayrıca doktoru istihdam eden hastanenin sorumluluğunu tespit etmeye çalışan yargılamanın etkisiz olduğunu ileri sürmüştür. Mahkeme, karşı karşıya kaldığı tıbbi sorunların karmaşıklığını kabul ederek, tazminat talebi için açtığı davanın nihai kararı için geçen sürenin aşırı uzun olduğuna (9 yıl, 6 ay, 23 gün) ve 6. maddenin (makul sürede adil yargılanma hakkı) ihlaline neden olduğuna karar vermiştir.

⁴⁵ Zafer Öztürk/Türkiye, 25774/09, 21 Temmuz 2015, para. 56; Šilih/Slovenya, 71463/01, 9 Nisan 2009, para. 195.

⁴⁶ Zafer Öztürk/Türkiye, 25774/09, 21 Temmuz 2015, para. 58; Šilih/Slovenya, 71463/01, 9 Nisan 2009, para. 196.

⁴⁷ Davada Yargıç Sajó ve Spano'nun karara katılmayan müsterek karşıt görüşleri şöyledir. "Biz bu görüşe katılmıyoruz. Bize göre, Türk hukukunda başvurana doktor aleyhine ceza davası açma, disiplin işlemlerini başlatma ve ayrıca haksız fiil davası açma imkânının sunulması belirleyici değildir. Dolayısıyla, başvuranın eşinin ölüm nedeninin incelenmesi ve sorumlu doktorun hesap verebilirliğinin belirlenmesi için çeşitli forumlardan oluşan yeterli bir düzenleyici çerçevenin davalı Hükümet tarafından başvurana sunulduğu açıktır. Genel Tıp Konseyi tarafından doktorun meslekten men edilmesi kararında sunulan gerekçenin (Bk. kararın 27. paragrafı) başvuranın eşinin ölüm nedeninin ve doktorun hesap verebilirliğinin incelendiği bir soruşturmanın disiplin işlemleri sırasında yürütüldüğüne işaret ettiğinin altını çizerek. Ayrıca, hukuk yargılamaları sırasında olaylara ilişkin bir inceleme yapılmış, bir ilk derece mahkemesi esasa ilişkin karar vermiş ve olaya ilişkin tıbbi bilirkişi raporunun alınmasının ardından temyiz üzerine diğer bir mahkeme kararı verilmiştir. Hukuk mahkemesinin başvuranın doktorun haksız fiil işlediği yönündeki iddiasını reddetmiş olması, tıbbi ihmal vakalarında Sözleşme'nin 2. maddesinin müspet kısmı kapsamında yapılan düzenleyici analiz açısından herhangi bir maddi geçerliliğe sahip değildir. Üstelik bu tür vakalarda, hatalı bir mesleki karar verilip verilmediği ve sorumluluğun mevcut olup olmadığı konusunda bir tutum takınmak Mahkeme'nin rolü değildir".

⁴⁸ Codarcea/Romanya, 31675/04, 2 Haziran 2009.

Benzer bir başka karar olan *G.N. vd./İtalya*⁴⁹ kararında, Talasemi hastası olan başvuranlara 1980'li yıllarda devlete ait sağlık kuruluşlarında yapılan kan nakli yoluyla HIV ve Hepatit C virüsü bulaşmıştır. Başvuranların Sağlık Bakanlığı'na karşı açtıkları tazminat davalarının reddedilmesi üzerine başvuruçular yaşam hakkının ihlalini ileri sürmüştür. 1988 yılında yapılan düzenlemeden önce İtalyan makamların *söz konusu virüslerin kan nakli yoluyla bulaşma riskini bildiği ya da bilmesi gerektiği tespit edilemediği* gibi, bu kapsamda iç hukukta açılan davalarda mahkemelerin Bakanlığın sorumluluğu hakkında yaptıkları değerlendirmenin keyfi olmadığına karar vermiştir. Bu nedenle yaşam hakkının esas yönünden ihlal edilmediği sonucuna varmıştır. Buna karşılık başvuranların iç hukukta açtıkları davaların bir ölçüde karmaşık olmasına rağmen, **makul bir sürede sonuçlandırılmaması** ve başvuranların yargılamadaki **gecikmeye karşı iç hukukta başvuruabilecekleri hukuki bir yolun bulunmaması** nedeniyle, AİHM başvuranların yaşam hakkının usul yönünden ihlal edildiğine karar vermiştir. Diğer yandan AİHM, söz konusu olaylardan sonra çıkarılan bir Bakanlık kararnamesiyle benzer durumda olan "hemofili" hastalarıyla uzlaşma imkanı getirilirken, başvuranlar gibi "talasemi" hastalarının uzlaşma kapsamına dahil edilmemelerini yaşam hakkıyla bağlantılı ayrımcılık yasağı ihlali olarak kabul etmiştir.

Mahkemenin dinamik yorum yöntemini kullanarak verdiği önemli kararlardan biri de *Oyal/Türkiye*⁵⁰ kararıdır. Somut olayda, prematüre doğum sonrasında bebekte ortaya çıkan sağlık sorunları nedeniyle gerçekleştirilen tedavi sürecinde, Kızılay'dan temin edilen kanın nakli yoluyla bebeğe HIV virüsü bulaşmıştır. Bunun üzerine başvuruçular, özellikle ulusal makamların, kan naklinde yer alan tıbbi personeli yeterince eğitmedikleri, denetlemedikleri ve teftiş etmedikleri için, başvuruçunun yaşamını tehdit eden durumundan sorumlu olduklarını ileri sürmüşlerdir. Kızılay ve Sağlık Bakanlığı aleyhine tazminat davaları açılmış ve ayrıca suç duyurusunda bulunulmuştur. Ancak ilgililer aleyhine herhangi bir ceza davası açılmamıştır. Kızılay aleyhine açılan davada hukuk mahkemesi bir miktar manevî tazminata hükmetmiştir. Sağlık Bakanlığı açılan davada da idare mahkemesi bir miktar manevî tazminata hükmetmiştir. Ancak Mahkeme, Kızılay ve Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunu tespit ederken yargı organlarının benimsedikleri olumlu yaklaşımı kabul etmekle birlikte, dava koşullarında en uygun giderimin **çocuğun ilaç ve tedavi giderlerinin hayatı boyunca ödenmesi olduğunu**, dolayısıyla hükmedilen tazminat miktarlarının AİHS'nin 2. maddesi kapsamında devletin pozitif yükümlülüklerini karşıla-

⁴⁹ G.N. vd./İtalya, 43134/05, 1 Aralık 2009.

⁵⁰ Oyal/Türkiye, 4864/05, 23 Mart 2010.

maktan uzak olduğunu tespit etmiştir⁵¹. Mahkemeye göre, iç hukukta verilen tazminat kararlarına rağmen başvuranların yaşam hakkının ihlalden kaynaklanan mağduriyetleri devam etmiştir. Mahkeme ayrıca açılan idari davanın makul bir sürede sonuçlandırılmaması ve yargılamayı hızlandırmak için başvurulabilecek etkin bir iç hukuk yolu bulunmaması nedeniyle AİHS'nin 6/I (adil yargılanma hakkı) ve 13. maddelerinin (etkili başvuru hakkı) de ihlal edildiğine karar vermiştir. AİHM *Oyal/Türkiye* kararında, *daha önce emsali görülmemiş* biçimde, başvuranlar lehine 300.000,- Euro maddi tazminat, 78.000,- Euro manevi tazminat ve 3.000,- Euro yargılama giderinin yanı sıra, maddi tazminat kapsamında davalı devlet tarafından *çocuğa hayatı boyunca ücretsiz ve tam tıbbî bakım sağlanmasına* hükmetmiştir⁵². *Oyal/Türkiye* davasında Mahkeme, somut olayın olumsuz sonuçlarını göz önünde tutarak, devletin malî yeterliliği ya da bütçe kısıtlamaları gibi devletlerin takdir marjında olan hususlara bakmaksızın, tazminat miktarını yeniden belirlemiş ve sürekli bakım giderlerine hükmetmiştir.

B. Acil Tedavi Hizmeti Sunulmaması- Organizasyon ve İşleyiş Nedeniyle Sağlık Hizmetine Erişememe

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi kararlarında, acil tedavi hizmetinin sunulmamasını, devletlerin hastane işleyişini ve sağlık sistemini düzgün ve yeterli bir şekilde organize etmemesi ve işleyişle yeterince ilgilenmemesi sebebine bağlamıştır.

*Mehmet Şentürk ve Bekir Şentürk/Türkiye*⁵³ davasında mağdurun acil tedaviye erişim hakkından yoksun bırakıldığını ve iç hukukta etkili soruşturma yapılmadığını belirterek yaşam hakkının esas ve usûl yönünden ihlaline karar vermiştir. Somut olayda, gebe bir kadın ağrı şikayetiyle üç ayrı devlet hastanesine gitmiş ve doğumla ilgili sorun olmadığından bahisle evine gönderilmiştir. Başvurucu eşini akşam saatlerinde tekrar rahatsızlanması üzerine üniversite hastanesinin acil servisine götürmüş. Burada bebeğin anne karnında öldüğü ve ameliyatla alınması için tedavi ücretinin yatırılması gerektiği belirtilmiş. Ödeme yapılamaması üzerine, içinde sağlık personeli bulunmayan ambulans ile devlet hastanesine sevk edilirken yolda eşi vefat etmiştir⁵⁴. Mahkeme, hastanın hastaneye durumu ağır bir şekilde geldiği ve acilen ameliyata alınmazsa telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğacağı konusunda bir uyuşmazlık bulunmadığını belirtmiştir. Mahkeme, farklı hastanelerdeki tıbbî personelin bir dizi yanlış kararının ardından ve duru-

⁵¹ *Oyal/Türkiye*, 4864/05, 23 Mart 2010, para. 70-72.

⁵² *Oyal/Türkiye*, 4864/05, 23 Mart 2010, para. 102.

⁵³ Mehmet Şentürk ve Bekir Şentürk/Türkiye, 13423/09, 9 Nisan 2013.

⁵⁴ Mehmet Şentürk ve Bekir Şentürk/Türkiye, 13423/09, 9 Nisan 2013, para. 96-97, 105-106.

munun kritik olduğunun bilinmesine rağmen, sağlık personeli bulunmayan ambulansla nakledildiği sırada hayatını kaybetmesini Sözleşmenin 2. maddesinde yer alan yaşam hakkının ihlali olarak tespit etmiştir. Mahkeme, hastanın hayatta kalması için **her türlü acil önlemleri alma yükümlülüğünü yerine getirmeyen sağlık personelinin sorumluluğunun basit bir tıbbî ihmalin ötesinde** olduğunu belirtmiştir. Ayrıca başvuranın eşinin ilgili hastane bölümünün açıkça işlememesi (malfunctioning) nedeniyle öldüğü sonucuna varmıştır. Sonuç olarak, **uygun acil tedaviye erişim olanağının sağlanmaması nedeniyle** 2. maddenin esas yönünden ihlal edildiğine karar vermiştir. Ceza yargılamasındaki eksikliklerle ilgili bulguları da göz önünde bulunduran Mahkeme ayrıca 2. maddenin usûl yönünün de ihlal edildiğini tespit etmiştir.

AİHM dinamik yorum yöntemini uyguladığı kararlarından Türkiye'ye karşı açılan ve sağlık sisteminin işleyişine yönelik verdiği kararlar önem taşımaktadır. *Asiye Genç/Türkiye*⁵⁵ davasında başvurucunun prematüre doğan bebeği, yeni doğan bakım ünitesi olmadığı için kabul edilmediği hastaneler arasında sevk edilirken ambulansla hayatını kaybetmiştir. Başvurucu, prematüre doğan bebeğinin tedavi için kabul edilmemesi sonucunda, doğumdan birkaç saat sonra ölmesi nedeniyle Sözleşmenin 2. maddesinde düzenlenen yaşam hakkının ihlalini ileri sürmüştür⁵⁶. Bu davada Mahkeme, ilk olarak, Türk Devleti'nin devlet hastanesi **hizmet işleyişini** ve **sağlık sistemini** düzgün ve yeterli bir şekilde **organize etmediği** (dysfunction) **ve işleyişle yeterince ilgilenmediği** değerlendirmesinde bulunmuştur. Bebek hayatını herhangi bir tedavide bulunulmaması nedeniyle kaybetmiştir. Mahkeme, bu bebeğin sağlık hizmeti sırasında ihmal veya değerlendirme hatası sonucu değil fakat verilmesi gereken zorunlu **acil müdahalenin verilmemesi** nedeniyle öldüğü sonucuna varmıştır. İkinci olarak, Mahkeme yaşanan trajedi karşısında Türk yargı sisteminin olayın açıklığa kavuşturulmasına yönelik **etkili bir soruşturma yürütmediğine** dikkat çekmiştir. Mahkeme, bu nedenle, doğumundan kısa bir süre sonra hayatını kaybeden bebek hususunda, Türkiye'nin hastanın yaşamını telafisi mümkün olmayan şekilde tehlikeye sokma sonucunu doğuran bir tedaviyi vermemesi nedeniyle Sözleşme'nin 2. maddesi kapsamında (yaşam hakkı) yükümlülüklerini yerine getirmediğini tespit etmiştir⁵⁷.

*Aydoğdu/Türkiye*⁵⁸ davasında ise prematüre doğan ve akut solunum sıkıntısı sendromu teşhisi konulan bebekte, acil olarak kuvöz ve mekanik ventilas-

⁵⁵ Asiye Genç/Türkiye, 24109/07, 27 Ocak 2015.

⁵⁶ Asiye Genç/Türkiye, 24109/07, 27 Ocak 2015, para. 77-80.

⁵⁷ Asiye Genç/Türkiye, 24109/07, 27 Ocak 2015, para. 80-87.

⁵⁸ Aydoğdu/Türkiye, 40448/06, 30 Ağustos 2016.

yon tedavisi gerekmiştir. Fakat doğduğu hastanede teknik alt yapının olmaması sebebiyle bebek başka hastaneye sevk edilmiş ve fakat burada da boş yer olmadığından bebek yeni doğan servisinde tutulmuş ve tedavisine geçici tedbirlerle devam edilmiş, kuvözde yer boşalınca oraya alınan bebek bir süre sonra ölmüştür⁵⁹. AİHM kararında, yaşamı tehlikeye atabilecek nitelikte tıbbi tedavinin uygulanılmamasıyla birlikte uygun acil tedavi alamamasının sonucu olan ihmalkârlık ve yapısal eksiklikler nedeniyle, başvuranların kızının yaşam hakkının ihlal edildiğine karar vermiştir⁶⁰. Sağlık görevlisinin *ihmal* *kavramının dışında, bebeğin ölümü ile yukarıda belirtilen yapısal sorunlar arasında nedensellik bağı bulunduğunu* kaydeden Mahkeme, bebeğin **ihmalin ve yapısal kusurların mağduru** olduğuna karar vermiştir. Bu durum, kendisinin uygun acil tedavi almasını etkili bir şekilde engellemiş ve hastanın yaşamını tehlikeye sokmakla sonuçlanan *tıbbî tedavi vermeme* anlamına gelmiştir.

Mahkeme özellikle acil hizmet verilmediğine ilişkin ispatlanabilir bulunduğu bu iddiaların bulunduğu bu davaları sadece tıbbî ihmal iddialarıyla ilgili davalardan açıkça ayırdığını göstermektedir⁶¹. Dolayısıyla Mahkemenin bu davalarda benimsediği görüş, sadece tıbbî ihmal iddialarının bulunduğu davalara genişletilemez.

Mahkeme özellikle *Aydoğdu/Türkiye* davasında, devletin pozitif yükümlüğünü yerine getirip getirmediğini incelerken şu testi uygulamayı tercih etmiştir: Hastane hizmetlerindeki sistemsel veya yapısal bir işlev bozukluğunun, bir hastanın hayat kurtaran acil tedaviye erişimden mahrum kalmasına neden olabileceğini yetkililerin bildikleri veya bilmeleri gerektiği hâlde, hastaların yaşamlarının tehlikeye girmesini engellemek için gerekli önlemleri alıp almadığının incelenmesi⁶². Mahkeme *Aydoğdu/Türkiye* dava-

⁵⁹ Aydoğdu/Türkiye, 40448/06, 30 Ağustos 2016, para. 85.

⁶⁰ Aydoğdu/Türkiye, 40448/06, 30 Ağustos 2016, para. 88.

⁶¹ Mehmet Şentürk ve Bekir Şentürk/Türkiye, 13423/09, 9 Nisan 2013, para. 105; Asiye Genç/Türkiye, 24109/07, 27 Ocak 2015, para. 82; Aydoğdu/Türkiye, 40448/06, 30 Ağustos 2016, para. 80.

⁶² Yargıçlar Lemmens, Spano ve Kjlbro'nun müşterek mutabakat şerhi; Mahkemenin önceki içtihatlarında benimsediği "Taraf devletin sağlık görevlileri arasında yüksek meslekî standartları güvence altına almak ve hastaların yaşamlarını korumak için yeterli düzenlemesi mevcut ise, takdir hatası, tıbbî hata ve ihmal gibi konuları kabul etmez" ilkesi uyarınca bu davada takdir hakkının incelenmemesi gerektiğini; somut olayın, aksaklıklar yaşanan bir sistem olarak kendisini gösteren Türk sağlık sistemindeki yapısal bir sorunla ilgili olmadığını, başvuranların çocuğuna uygulanan tedavideki eylem ve ihmaller sonucunda meydana gelen trajik bir olayla ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, bu yaklaşımın tehlikeli olduğunu çünkü bu durumun Sözleşmenin 2. Maddesinin amaçları doğrultusunda belli bir sağlık hizmeti düzeyi sağlama görevinin taraf devletlere ihtiyatlı bir şekilde empoze etmek anlamına geldiğini; bu anlayışın da Sözleşme ve ek protokoller tarafından belirlenen görevleriyle tutarsızlık oluşturacağını ifade etmişlerdir. (Asiye

sına konu olayda acil tedavi hizmeti vermemenin, o bölgede hastane hizmetlerinin kötü işleyişinin bir sonucu olduğu; yetkililerin bildikleri veya bilmeleri gereken fakat hastaların yaşamlarının tehlikeye girmesini önlemek için gerekli tedbirleri almadıkları bir olay olduğu sonucuna varmıştır. Mahkeme, *Aydoğdu* ve *Genç* davalarında mağduriyetlere esas olarak mevzuat eksikliği ile bağlantılı yapısal bir sorun olduğuna karar vermiştir⁶³.

Mahkemeye göre söz konusu davalar, sağlık hizmeti sağlayıcılarına atfedilen kusurun bir hata veya tıbbî ihmalin ötesine geçtiği istisnâ davalarıdır⁶⁴. Bu davalar, sağlık görevlisinin yüksek meslekî standartlara sahip olmasına rağmen, tedavi edilmediği takdirde yaşamının risk altına gireceğini bildiği bir kimseye acil tedavi hizmetini sağlamadığı olaydır⁶⁵.

C. Sağlık Giderlerinin Geri Ödenmesi

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 2. maddesi kapsamında sağlık hizmetlerine ilişkin olarak sağlık giderlerinin, özellikle de ilaç giderlerinin karşılanması gibi konular da gündeme gelmektedir. *Nitecki/Polonya*⁶⁶ davasında, ender görülen ve ölümcül bir hastalığı bulunan başvuran, tedavisi için gereken ilaç giderlerinin %70'inin Sağlık Sigortası Fonundan karşılandığını, kalan %30'unu ise tıbbî tedavisi için ödeme imkânı olmadığını ileri sürmüştür. Başvuran tedavi giderlerinin kendisinin ödemesi gereken kısmını karşılayamadığı için ilaç tedavisi uygulanmayacağından vakitsiz ölümünün kaçınılmaz olacağı iddiasıyla yaşam hakkını güvenceye alan 2. maddesinin ihlal edildiğini ileri sürmüştür. Mahkeme, başvuranın ödediği sosyal sigorta primleri karşılığında diğer bireyler gibi Polonya'daki **kamusal sağlık hizmetlerine erişebildiğini** belirtmiştir. Başvuranın uzun yıllar boyunca devletin kamu sağlık hizmeti tarafından karşılanan **tıbbî tedavi ve ilaçlardan yararlandığı** anlaşılmaktadır. Dolayısıyla Mahkeme Devletin, ilaç giderlerinin **büyük kısmını karşıladığı**, (genel sağlık sigortası kapsamında bu tedavi masraflarının %70'inin ödenmesi öngörülmekteydi) %30'luk kısmını karşılamamasının Sözleşme'nin 2. maddesi (yaşam hakkı) kapsamında yükümlülüklerini yerine getirmediği anlamına gelmediğini belirtmiştir. AIHM, başvurunun Sözleşmenin 2. maddesi (yaşam hakkı)

Genç/Türkiye, 24109/07, 27 Ocak 2015, Muhalefet Şerhi, para. 2); Thomas Howard, "A Review of Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal (56080/13) (GC) Strasbourg's Approach to the Right to Life in Medical Negligence Cases", **The Oxford University Undergraduate Law Journal**, Issue IX (2020); 140-144.

⁶³ Aydoğdu/Türkiye, 40448/06, 30 Ağustos 2016, para. 87.

⁶⁴ Osman Doğru, Yaşama Hakkı Anayasa Mahkemesine Bireysel Başvuru El Kitapları Serisi-5, Ankara 2018, s. 285.

⁶⁵ Doğru, s. 286.

⁶⁶ Nitecki/Polonya, 65653/01, 2 Mart 2002.

kapsamında bir sorun teşkil etmesi için Tarafların **yetkili mercilerinin toplumun geneline sunmakla yükümlü oldukları sağlık hizmetlerini kişiden esirgemek suretiyle yaşamını tehlikeye attıklarının net biçimde ortaya konmasının** gerekli olduğunu kaydetmiştir. *Nitecki* davasında bu durum söz konusu olmadığı için başvuruyu kabul edilemez bulmuştur⁶⁷.

AİHM *Panaiteescu/Romanya*⁶⁸ kanser hastası olan başvurana iç hukuk kuraları uyarınca ücretsiz tedavinin ve ilacın sağlanması gerekirken, tedavisi için gerekli olan iki özel ilacın kendisine ücretsiz olarak sağlanmamıştır. Ayrıca Hamburg’da iki ayda bir uygulanacak deneysel ilaç tedavisi giderlerinin karşılanmaması üzerine yerel mahkemede iki dava açmıştır. Bu davalar sonucunda yerel mahkeme, sağlık giderlerinin kamu kurumları tarafından karşılanması ve bu amaçla yaptığı harcamaların tazmin edilmesi yönünde kararlar vermiştir. Fakat AİHM kararların yetkili makamlar tarafından yerine getirilmemesini yaşam hakkının usûl bakımından korunması yükümlülüğüne aykırı bulmuştur⁶⁹. AİHM özellikle insanların yaşam hakkının korunması zorunluluğu söz konusu olduğunda, mahkemelerin kişilerin lehine vermiş oldukları kararlarının yerine getirilmemesi konusunda taraf devletlerin mali kaynakların yetersizliğini mazeret olarak ileri süremeyeceğini ifade etmiştir⁷⁰.

*Ali Akdeniz/Türkiye*⁷¹ davası ise kanser ilacı bedelinin yetkili kurum tarafından karşılanmaması sebebiyle AİHM’ne açılan tedbir talepli bir davadır. Ali Akdeniz isimli başvuran hakkında 25 Ocak 2019 tarihinde akciğer kanseri tanısı konmuştur. Başvuranın hekimi Pembrolizumab etken maddeli Keytruda isimli ilacı önermiş ve endikasyon dışı bu ilaca erişim için Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumundan izin istemiştir. Kurum onay vermiştir. Fakat ilgili ilacın bedelinin ödenmesi için Sosyal Güvenlik Kurumu’na başvurulduğunda Kurum ilacın bedelini karşılamayacağını bildirmiştir. İzmir İş Mahkemesi 2019 yılının Nisan ayında ihtiyati tedbir kararı vererek Sosyal Güvenlik Kurumu’nun bedeli karşılamasına hükmetmiştir. Bunun üzerine ilacı kullanmaya başlayan başvuru 10 kür kullandıktan sonra ilaca yanıt vermeye başlamıştır. Bu arada, ihtiyati tedbir kararına itiraz eden Sosyal Güvenlik Kurumunun talebini ilk derece mahkemesi reddetmiştir. Bunun üzerine, Bölge Adliye Mahkemesi itiraz eden Sosyal Güvenlik Kurumunun talebini kabul eden Bölge Adliye Mahkemesi tedbir kararını 11 Eylül 2019 tarihinde kaldırmıştır. Aldığı karar sonucunda Anayasa Mahkemesine

⁶⁷ Karakul, s. 176.

⁶⁸ *Panaiteescu/Romanya*, 30909/06, 10 Nisan 2012.

⁶⁹ *Panaiteescu/Romanya*, 30909/06, 10 Nisan 2012, para. 27-37.

⁷⁰ *Panaiteescu/Romanya*, 30909/06, 10 Nisan 2012, para. 35. Karakul, s. 177.

⁷¹ *Ali Akdeniz/Türkiye*, 50624/19, 29 Kasım 2019.

başvuran Ali Akdeniz, Anayasa Mahkemesinden 18 gün boyunca bir yanıt alamayınca Avrupa İnsan Hakları Mahkemesine, yaşamını riske atan iç hukuk mahkeme kararları nedeniyle yaşam hakkının ihlâl edildiği gerekçeyle başvuruda bulunmuştur. Yaşam riski olan başvurusunun başvurusu hakkında 2.10.2019 tarihinde AİHM tedbir kararı vermiştir. AİHM, **ilacın maliyetinin oldukça yüksek olması nedeniyle başvurusunun tedarik edemeyeceği ve önerilen tedaviye erişememesi nedeniyle telafisi imkânsız zararlara uğrayabileceğini** ve ilacın tedavisinden faydalandırılması gerektiğini Hükümete bildirmiştir. Hükümetin tedbir kararı sonrası gerekli tedaviyi sağlamasından sonra tedbir kararı kaldırılmıştır.

Güncel bir gelişme olarak, iç hukukta AİHM'nin Ali Akdeniz kararına karşı oy gerekçesinde atıf yapılan, Yargıtay 10. Hukuk Dairesi tarafından verilen kararda, ihtiyati tedbir kararının verilmesi bazı koşullara bağlanmıştır⁷². Artık, *“davaya konu ilaçla yapılacak tedavinin bilinen mevcut tedavi yöntemlerine göre özellikle sürekli olarak daha etkin ve daha yararlı olduğunun ve kullanılmasının tıbben zorunlu bulunduğu, ilacın kullanılmaması halinde bu durumun davacının sağlığında ciddi, hızlı ve geri dönüşü olmayan bir bozulmaya ya da ölüme ya da yaşam beklentisinde ciddi azalmaya veya yoğun acıya sebep olacağı konusunda kabul görmüş ve tedbir kararı için dayanak alınacak yeterlilikte bir tıbbi otorite raporunun”* varlığı aranmaktadır.

Deneyisel kanser ilacına erişim konusunda verilen, *Hristozov ve diğerleri/Bulgaristan*⁷³ davasının somut olayında, kanser hastalığı bakımından bazı geleneksel tedavileri tükettikten sonra, başvurularda özel bir klinik tarafından Kanada'da geliştirilen, ücretsiz verilmesi önerilen, deneyisel bir ilaç tavsiye edilmiştir. Kanser hastası 10 başvuru ruhsatsız deneyisel bu ilaca erişme talebinde bulunmuştur. Bulgar makamları, söz konusu ilacın ancak **başka bir ülkede ruhsatlandırılmış olması halinde bu iznin verileceğini** belirtmiştir. Bazı ülkelerde ilacı ağır hastaların kullanmasına izin verilmesine karşın, *hiçbir yerde resmen ruhsatlandırılmamış* olması nedeniyle izin reddedilmiştir. Başvurucular, Bulgar makamları tarafından deneyisel kanser ilacına erişimlerinin reddedilmesini Sözleşmenin, 2. (yaşam hakkı), 3. (işkence yasağı) ve 8. (özel hayata saygı) maddeleri kapsamında koruma altına alınan haklarının ihlali olduğunu ileri sürmüştür. Mahkeme, başvuranların ruhsatsız deneyisel ilaçlara erişimlerine izin verilmemesinin iç hukukta yer alan açık düzenlemelere dayandığını ve **sağlık hizmetleri politikasının genel olarak Taraf Devletlerin takdir marjına girdiğini** belirtmiştir. Ek olarak, Taraf Devletler arasındaki açık eğilimin ruhsatsız tedavi edici ürünlerin kullanımına izin verme yönünde olmasına karşın,

⁷² Yargıtay 10. HD, 2024/6734 Esas 2024/12498 Karar,

⁷³ Hristozov ve diğerleri/Bulgaristan, 47039/11, 13 Kasım 2012.

bunun düzenleneceği kesin bir yöntem ve de konu ile ilgili yerleşik bir hukuk ilkesi olmadığına dikkat çekmiştir.

Hristozov ve diğerleri/Bulgaristan davasında AİHM devletin etkinliği ve güvenilirliği ispatlanmamış tedavilere onay vermemesinin, başvuranların AİHS'nin 2. maddesinde düzenlenen yaşam hakkını ihlal değil, tam tersi devletin yaşam hakkını koruma yükümlülüğü kapsamında olduğunu belirtmiştir. Diğer yandan Mahkeme, deneysel ilaçlara erişim talebinin reddedilmesinin AİHS'nin 3. maddesinde düzenlenen insanlık dışı muamele olarak nitelendirilmesi için asgari eşiğin aşılmadığını belirterek, şikâyet konusu madde kapsamında da ihlal olmadığına karar vermiştir. Mahkeme konuyu esas olarak AİHS'nin özel hayata saygı hakkını düzenlediği 8. maddesi kapsamında ele almıştır. Mahkemeye göre, başvuruçuların menfaati, *“yaşamalarını kurtarmak için son çare bir tedbir olarak, riskler taşıyan, fakat başvuruçular ve doktorlarının kendi durumlarına uygun olduğunu düşündükleri test edilmemiş bir tedaviyi seçme özgürlüğü”* olarak belirtilmiştir. Mahkeme tarafından, ölümcül hastalığı olan başvuranlar gibi deneysel ilaçlara erişmek isteyenlerin taleplerinin sınırlandırılmasında elde edilecek kamusal menfaatin üç yönü olduğu vurgulanmıştır: ilki, henüz güvenilirliği kanıtlanmamış deneysel tedavilerin muhtemel risklerinden hastaların korunması; ikincisi ruhsatsız ilaçlarla ilgili yasaklanan süreçlerin (üretimi, ticareti, reklamı ve kullanılması gibi) ruhsatsız ilaca izin verilmesi ile etkisiz hale gelmesi veya aşılmasının önlenmesi; üçüncüsü ise tedavi edici yeni tıbbî ürünlerin gelişiminin, örneğin klinik deneylere hasta katılımının azalmasına yol açarak riske atılmamasının güvence altına alınmasıdır. AİHM, somut olayda Bulgar makamlarının kamusal menfaatle başvuruçuların bireysel menfaatinin dengelenmesi konusunda tercih ettikleri çözüm, ruhsatsız deneysel ilaca erişime izin verebilmesi için söz konusu ilaca başka bir ülkede ruhsat verilmiş olması koşulunun aranmasıdır⁷⁴. Söz konusu yöntem AİHM tarafından AİHS'nin 8. maddesinin ihlaline yol açacak nitelikte bulunmamıştır.

AİHM'nin son zamanlarda sağlık hakkı konusunda verdiği kararlarında takdir marjı⁷⁵ kavramı öne çıkmaktadır. Nitekim Mahkeme sosyal ve eko-

⁷⁴ Karakul, II, s. 40.

⁷⁵ AİHM içtihatlarında kendisine yer bulan *margin of appreciation/marge d'appréciation* kavramı, Türkçe öğretide “takdir alanı”, “takdir marjı”, “takdir payı”, “takdir yetkisi”, “takdir hakkı” gibi kelimelerle ifade edilmektedir. Bu kullanımlardan “takdir yetkisi” ile “takdir hakkı”, terminolojik ve teknik açıdan sorunlar taşımaktadır. Takdir hakkı kelimesinin sorunlu olmasının nedeni, takdiri kullanacak olan devlet veya kamu gücünün hakkın süjesi olmaması, yetki sahibi olmasıdır. Ayrıca İngilizce “right of appreciation” kelimesine karşılık gelmektedir. Dolayısıyla AİHM'nin kullandığı “margin of appreciation” teriminden farklıdır. Takdir yetkisi kavramı ise takdiri kullanacak makama ilişkin dar bir mesele olarak tanımlanmaktadır. Takdir yetkisi kullanımın da İngilizce’de “power of appreciation” kelimesine karşılık gelmesinden dolayı, “doktrini” anlatmak isteyen

nomik hakları incelerken çoğunlukla devletlere geniş bir takdir marjı tanımaktadır⁷⁶. Sosyal ve ekonomik hakları gerçekleştirmek büyük ölçüde kamunun mali kaynaklarına bağlıdır. AİHM ise uluslar üstü bir statüye sahip olması sebebiyle, ulusal kaynakların tahsisi konusuna müdahale edebilmesinin bir sınırının bulunması gerekmektedir⁷⁷. Nitekim gelişmekte olan ülkelerle sanayileşmiş ülkeler arasında bir kamu hizmeti söz konusu olduğunda farklılıklar ortaya çıkacak ve öncelikler değişebilecektir⁷⁸. Sosyal ve ekonomik hakların sağlanması için kaynak ayrılırken başka bir hizmetten vazgeçilmektedir. Bu sebeple, devlet pozitif yükümlülüğünü yerine getirmek için ayırdığı kaynağını orantılı şekilde kullanmalıdır. Dolayısıyla bireylerin Sözleşme kapsamında taleplerinin devletler açısından aşırı bir yük getirmemesi beklenmektedir⁷⁹.

AİHM'nin devletin tıbbi malzeme sağlama yükümlülüğünü takdir marjına bağladığı *Sentges/Hollanda*⁸⁰ davasının somut olayında, başvuru sahibi fiziksel engeli nedeniyle kendisine robotik bir kol sağlanmasını istemiş, ancak başvurusu Hollanda hükümeti tarafından reddedilmiştir. Taraf Devlet tarafından kendisine, **uyarlanmış bir kumanda koluna sahip elektrikli bir tekerlekli sandalye** sağlanmıştır. Mahkeme, engelli başvuranların hareketliliğini ve yaşam kalitesini kolaylaştırmayı amaçlaması gereken kamu maliyesine ilişkin şikâyetleri Sözleşme'nin 8. maddesinde düzenlenen özel hayata saygı kapsamında incelemektedir⁸¹. Dolayısıyla, başvuranların talepleri ile özel hayatları arasındaki bağlantıyı kabul etmektedir. Bununla birlikte, Mahkeme devletin sınırlı mali kaynaklarının kullanımı bağlamında başvurucunun talebini, devletin geniş takdir marjı içinde kalması sebebiyle reddetmiştir⁸². Ayrıca, başvurana halihazırda uyarlanmış bir kumanda koluna sahip elektrikli bir tekerlekli sandalye verilerek kamu yardımından yararlanması sağlandığı için de Mahkeme başvuranın şikâyetini kabul edilemez bulmuştur. Mahkeme, şikâyet konusu ile özel hayatının ihtiyaçları arasında özel bir bağın gerçekten var olduğu varsayılabilirse bile bire-

“margin of appreciation” teriminden farklıdır (Tolga Şirin, “Takdir Marjı Doktrini ve Türkiye Anayasa Mahkemesi Açısından Anlamı”, **Anayasa Hukuku Dergisi**, Cilt: 2, Sayı:4, Yıl:2013, s. 361-362 ve dn. 18’de yer alan yazarlar.).

⁷⁶ *Damjanac v. Hırvatistan*, Başvuru No: 52943/10, 24 Ekim 2013, para. 102; *Grudic v. Sırbistan*, Başvuru No: 31925/08, 17 Nisan 2012, para. 8.

⁷⁷ Leijten, *Defining the Scope of Economic and Social Guarantees*, s. 112-113

⁷⁸ Bayra, s. 80.

⁷⁹ Beijer, s. 68.

⁸⁰ *Sentges/Hollanda*, 27677/02, 8 Temmuz 2003.

⁸¹ *Sentges/Hollanda*, 27677/02, 8 Temmuz 2003, s. 5. Ersin Bayra, “Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi Yoluyla Sosyal ve Ekonomik Hakların Dolaylı Olarak Korunması Üzerine Değerlendirmeler”, **İMHD**, C. 8, S. 1, 2023, s. 81.

⁸² Bayra, s. 81.

yin ve toplumun bir bütün olarak çatışan çıkarları arasında adil bir denge kurulması gerektiğini ifade etmiştir⁸³. Devletlerin bu konuda Sözleşme'ye uyumu sağlamak için atılacak adımları belirlemede sahip olduğu geniş takdir yetkisi dikkate alınmalıdır⁸⁴.

*Pentiacova ve Diğerleri/Moldova*⁸⁵ başvurusunda kronik böbrek yetmezliği rahatsızlığı bulunan başvuruçular, devletin hemodiyaliz için gerekli tüm ilaçları kamu harcamasıyla sağlanmadığını, Spitalul Clinic Republican adı verilen hastanenin hemodiyaliz bölümünün devlet tarafından bütçesinin azaltıldığını ve yetersiz finansman nedeniyle bazı başvuruçuların haftada üç yerine iki hemodiyaliz seansına zorlandığını iddia etmişlerdir. AİHM, devletin ücretsiz tıbbi sağlık hizmeti sağlama yükümlülüğünü yerine getirmemesini Sözleşme'nin 8. maddesinde düzenlenen özel hayata saygı kapsamında incelemiştir. Bununla birlikte, Mahkeme her ne kadar tüm bireylerin her türlü tıbbi tedaviye ulaşmasını arzu etse de devletin sınırlı kamu kaynaklarını kullanma konusunu içeren bu gibi davalarda devletin geniş takdir marjı bulunduğunu kabul etmektedir⁸⁶. Bu doğrultuda AİHM, Moldova devletin başvuruçular ve toplumun çatışan çıkarları arasında adil bir dengeyi koruduğunu tespit ederek, başvurunun kabul edilemez olduğuna karar vermiştir. AİHM'e göre, devletin geniş takdir marjı kapsamında kamu kaynaklarının tahsisini belirlerken buna en iyi kararı yerel makamlar verebilir⁸⁷.

SONUÇ

Kanaatimizce, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi davaları değerlendirirken, sadece tıbbi ihmal iddialarına ilişkin olaylarda, devletin üzerine düşen pozitif yükümlülüğü sadece uygun bir düzenleyici çerçeve oluşturmakla sınırlı olduğunu kabul ederek, bu alanı devletlerin takdir yetkisine ve yargısal koruma sınırlarına bırakmıştır.

Acil sağlık bakımının açıkça ihmal edildiği olaylarda ise devletin pozitif yükümlülüğünü yerine getirmediği sonucuna varmıştır. Bu anlamda Mahkeme, şikayetçi olunan devletleri tazminata mahkûm etmiştir.

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinin sağlık hizmetlerinin kullanımında kamusal kaynakların tahsisi bakımından verdiği kararlarda, taraf devletlerin yetkili makamlarının geniş takdir marjı olduğuna hükmetmiştir. Nitekim Mahkeme sosyal ve ekonomik hakları incelerken çoğunlukla dev-

⁸³ Sentges/Hollanda, 27677/02, 8 Temmuz 2003, s. 7.

⁸⁴ Sentges/Hollanda, 27677/02, 8 Temmuz 2003, s. 7.

⁸⁵ Pentiacova ve Diğerleri/ Moldova, 14462/03, 4 Ocak 2005.

⁸⁶ Pentiacova ve Diğerleri/ Moldova, 14462/03, 4 Ocak 2005, s. 13.

⁸⁷ Binder/Schobesberger, s. 56.

letlere geniş bir takdir marjı tanımaktadır. Sosyal ve ekonomik hakları gerçekleştirmek büyük ölçüde kamunun mali kaynaklarına bağlıdır. AİHM ise uluslar üstü bir statüye sahip olması sebebiyle, ulusal kaynakların tahsisi konusuna müdahale edebilmesinin bir sınırının bulunması gerektiğini ifade etmektedir. Nitekim gelişmekte olan ülkelerle sanayileşmiş ülkeler arasında bir kamu hizmeti söz konusu olduğunda farklılıklar ortaya çıkacak ve öncelikler değişebilecektir. Sosyal ve ekonomik hakların sağlanması için kaynak ayrılırken başka bir hizmetten vazgeçilmektedir. Bu sebeple, devlet pozitif yükümlülüğünü yerine getirmek için ayırdığı kaynağını orantılı şekilde kullanmalıdır. Dolayısıyla bireylerin Sözleşme kapsamında taleplerinin devletler açısından aşırı bir yük getirmemesi beklenmektedir.

KAYNAKÇA

Akbulut, Seda Uçar ve Akbulut, Emre: “BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi’nin 12. Maddesi Çerçevesinde Sağlık Hakkı ve İdarenin Sorumluluğu”, **İdare Hukuku ve İlimleri Dergisi**, İstanbul Üniversitesi, Cilt: 15, Sayı: 1, 2012, ss. 261-279.

Bayra, Ersin: “Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi Yoluyla Sosyal ve Ekonomik Hakların Dolaylı Olarak Korunması Üzerine Değerlendirmeler”, **İMHD**, C. 8, S. 1, 2023, 63-113.

Bayraktar, Köksal: Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezaî Sorumluluğu, İstanbul 1972.

Beijer, Malu, *The Limits of Fundamental Rights Protection by the EU- the Scope for the Development of Positive Obligations*, Intersentia, Cambridge, 2017.

Binder, Christina, Schobesberger, Thomas: “The European Court of Human Rights and Social Rights – Emerging Trends in Jurisprudence”, **Hungarian Yearbook of International Law and European Law**, 2015, ss. 51-70.

Constitution of the World Health Organization http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Dahlberg, Maija: “Should Social Rights be Included in Interpretations of the Convention by the European Court of Human Rights? **European Journal of Social Security**, Y. 2014, C. 16, S. 3, ss. 252-276.

Doğan, İlyas, İnsan Hakları Hukuku Ders Kitabı, 1. Baskı, Ankara, 2012.

Doğru, Osman: İnsan Hakları Uluslararası Mevzuatı, İstanbul 1998.

Doğru, Osman: Yaşama Hakkı Anayasa Mahkemesine Bireysel Başvuru El Kitapları Serisi-5, Ankara 2018.

Ertan, İzzet Mert: Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı, Legal Yayıncılık, İstanbul, 2012.

Ertan, İzzet Mert: Sosyal Hakların Uluslararası Korunması ve Avrupa Sosyal Şartı Sistemi, Beta, İstanbul, 2015.

Hekimoğlu, Merdan: “İnsan Hakları Boyutuyla Sağlık Hakkı”, İzmir Barosu tarafından 10 Nisan 2014 tarihinde düzenlenen Sağlık Hukuku Seminerinde sunulan Tebliğ, **İzmir Barosu Dergisi**, Yıl: 79, Mayıs 2014, Sayı 2, İzmir, ss. 216-226.

Howard, Thomas: “A Review of Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal (56080/13) (GC) Strasbourg’s Approach to the Right to Life in Medical Negligence Cases”, **The Oxford University Undergraduate Law Journal**, Issue IX (2020); ss. 131-152.

Karakul, Selman: “Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi Kararlarında Sağlık Hakkı-I”, **İstanbul Medipol Üniversitesi, Hukuk Fakültesi Dergisi**, C. 3, S. 2, Güz 2016, ss. 169-206.

Karakul, Selman: “Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi Kararlarında Sağlık Hakkı-II”, **İstanbul Medipol Üniversitesi, Hukuk Fakültesi Dergisi**, C. 4, S. 1, Güz 2017, ss. 17-58.

Korkusuz, Refik, Doğan Burtan, Bahar: “Sağlık Hakkının Sosyal Güvenlik Sistemindeki Yeri ve Önemi ile Gelişim Sürecindeki Eğilimler”, **Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Yıl.1 C.1 S.1, 2011, ss. 65-83.

Okur, Ali Rıza: Sağlık Hakkı ve Sağlık Sigortaları (Yayımlanmamış Profesörlük Takdim Tezi), İstanbul 1992.

Palmer, Ellie: “Protecting Socio-Economic Rights through the European Convention on Human Rights: Trends and Developments in the European Court of Human Rights”, **Erasmus Law Review**, Y. 2009, C. 2, S. 4, ss. 397-426.

Sözer, Ali Nazım: Türkiye’de Sosyal Hukuk, 2. bası, İzmir 1998.

Sur, Melda: İş Hukukunun Uluslararası Kaynakları – Avrupa Konseyi Çerçevesinde Kabul Edilen Belgeler, İzmir 1995.

Şirin, Tolga: “Takdir Marjı Doktrini ve Türkiye Anayasa Mahkemesi Açısından Anlamı”, **Anayasa Hukuku Dergisi**, C. 2, S. 4, Yıl. 2013, ss. 359-399.

Tezcan, Durmuş, Erdem, Mustafa Ruhan, Sancakdar Oğuz: Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ve Uygulaması, T.C Adalet Bakanlığı Eğitim Dairesi Başkanlığı Yayınları, Ankara, 2004.

Tobin, John: The Right to Health in International Law, Second Edition, Oxford University Press, Oxford ve New York, 2012.

Tuaç Pelin: “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Aile Hekimliği: Hukukî Bir Değerlendirme”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir 2009.

Tuaç, Pelin: “Uluslararası Belgeler Işığında Sosyal Güvenlik Hakkı: Türk Hukuku Bakımından Bir Değerlendirme”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 2016.

Thomas Howard, “A Review of Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal (56080/13) (GC) Strasbourg’s Approach to the Right to Life in Medical Negligence Cases”, The Oxford University Undergraduate Law Journal, Issue IX (2020).

Yaylacı, Nurten: “Tıbbî İhmal: Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi ve Anayasa Mahkemesi Kararları Çerçevesinde Bir İnceleme”, **Terazi**, S. 186, Şubat 2022, ss. 110-129.

DÜNYADA GENEL SAĞLIK SİĞORTASI UYGULAMALARI: SEÇİLMİŞ ÜLKE ÖRNEKLERİ

Dr. Arzu HACIOĞLU ÇALIŞKAN

Arş. Gör. Dr., İTÜ İşletme Fakültesi İşletme Mühendisliği Bölümü

GİRİŞ

Hastalık tipik bir yaşam riski olup bireylerin ekonomik gücünü hızla aşabilen harcamalara ve/veya gelir kayıplarına neden olmaktadır¹. Bu yönüyle sağlık, sosyal korumanın en çok hissedildiği alanların başında gelmektedir. Hastalık riskiyle ilgili düzenlemelere 1800'lü yıllardan bu yana rastlanılması da bu durumun bir tesadüf olmadığını göstermektedir.

Sağlık teknolojisindeki ilerlemeler, yaşlanan nüfus, salgın hastalıklar, göç, ekonomik ve teknolojik dönüşümlerin çalışma yaşamına etkisi gibi faktörler, sağlık konusundaki tartışmaları sürekli gündemde tutmakta ve sağlığı pek çok ülkenin esaslı politika alanlarından biri haline getirmektedir. Ülkemiz özelinde de 12. Kalkınma Planının² ana eksenlerinden birini oluşturan bu konu; bütüncül, etkin ve sürdürülebilir sağlık hedefi olarak Anayasal sağlık hakkı ve sosyal devlet ilkesinin hayata geçirilmesi bağlamında ele alınmış durumdadır.

Kapsayıcı ve kaliteli sağlık hizmetinin sunulduğu ve mali açıdan sürdürülebilir bir sistem hedefine ulaşmada katkı sağlayabileceğini düşündüğümüz için dünyada genel sağlık sigortası uygulamalarını konu alan bir çalışma hazırlamayı uygun gördük. Bu çalışmada, karşılaştırmalı bir bakış açısı sunmak amacıyla seçilmiş belli başlı ülke örneklerine yer verilecek olup çalışmanın kapsamı zorunlu genel sağlık sigortası uygulamaları ile sınırlandırılmış, tamamlayıcı sigorta uygulamaları kapsam dışı bırakılmıştır.

¹ Kokemoor, 86; Von Koppenfels-Spies, 62.

² Bkz. 31.10.2023 tarih ve 1396 sayılı TBMM Kararı ile onaylanan On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028), RG. 01.11.2023, 32356 (Mükerrer).

I. DÜNYADA GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARINA GENEL BAKIŞ

Genel sağlık sigortası, bireylerin temel sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak üzere oluşturulmuş bir sağlık finansman modelidir³. Sağlık hizmetlerinin geniş bir kesime ve eşit bir şekilde sunulmasını hedefleyen bu modelde, ilgili hizmetlerin devlet tarafından (ya da en azından devlet gözetiminde) sağlanması esastır. Sosyal güvenlik reformu kapsamında kabul edilen 5502 ve 5510 sayılı Kanunlar ile ülkemizde de genel sağlık sigortası modeline geçiş yapılmış durumdadır⁴.

Dünya geneline bakıldığında, sağlık hizmetlerinin sağlanmasında farklı modellerle karşılaşmaktadır⁵. Örneğin, İngiltere ve İsveç gibi ülkeler, vergilerle finanse edilen “ulusal sağlık sistemi”ni benimsemişken; Almanya, Fransa ve İsviçre “hastalık sigortası sistemi”ni kabul etmiştir. Kanada ve Güney Kore’de ise bu iki sistemin karması olarak nitelendirilebilecek “ulusal sağlık sigortası sistemi” geçerlidir. Bunlar dışında, Amerika Birleşik Devletleri’nde olduğu gibi “liberal sağlık sistemleri” ile Küba’daki gibi “sosyalist sağlık sistemleri”nden de söz etmek mümkündür. Liberal ve sosyalist sistemleri, diğerlerinden ayıran yön, ilkinde sağlık hizmetinin esas olarak özel sağlık sigortaları tarafından sağlanması, devletin çok sınırlı programlar çerçevesinde (*Medicare, Medicaid, CHIP*)⁶ sağlık yardımlarını finanse etmesi iken ikincisinde sağlık yardımlarının tamamen devlet tarafından herhangi bir prim, katılım payı vb. söz konusu olmaksızın ücretsiz olarak sağlanmasıdır.

Verilen örneklerden de anlaşılabileceği gibi, genel sağlık sigortası, adının çağrıştırdığının aksine, her zaman “*genel*” ya da “*sağlık sigortası*” görünümünde olmak zorunda değildir⁷. Genel sağlık sigortası uygulamaları, kapsam, yöntem ve konu bakımından ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Bunda her bir ülkenin nüfusu, gayrisafi milli hasılası, çalışan nüfusun çalışmayan nüfusa oranı, tarihi, sosyo-politik tercihleri vb. faktörler etkili olmaktadır⁸. Eldeki çalışmada, bu farklılıkların belirginleştiği bazı ülke uygulamalarına yer verilecek olup bu uygulamaların ülkemizde geçerli genel

³ Tanım için bkz. Oral, 40.

⁴ Güzel/Okur/Caniklioğlu, 824-825; Tuncay/Ekmekçi/Gülver, 565. Sosyal güvenlik reformu ve genel sağlık sigortası hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. Okur, 1286 vd.

⁵ Bu konuda yapılan sınıflandırmalar için bkz. Oral, 34 vd.; Tuaç, 63 vd.; Kuruca, 42 vd.; Yıldız, 52 vd.; Daştan/Çetinkaya, 106 vd.; Kızılova, 26 vd.; Orlu/Köse, 305; Güzel/Okur/Caniklioğlu, 820-821; Tuncay/Ekmekçi/Gülver, 564-565.

⁶ Bu programlar için bkz. <https://www.usa.gov/health-insurance>.

⁷ Genel sağlık sigortasının içeriğinin kesin olmadığı, konu ve yöntem bakımından açıklanmaya muhtaç olduğu yönünde bkz. Sözer, 2-3; Bostancı, 2008, 153-154.

⁸ Güzel/Okur/Caniklioğlu, 820; Kuruca, 42; Bostancı, 2008, 146.

sağlık sigortası uygulaması ile olan benzerlik ve farklılıklarına dikkat çekilmeye çalışılacaktır.

II. SEÇİLMİŞ ÜLKE ÖRNEKLERİ

A) BİRLEŞİK KRALLIK: BEVERIDGE MODELİ

1. Teşkilat

İncelememizin ilk adımını Birleşik Krallık'ta geçerli genel sağlık uygulaması oluşturacaktır. 1946 yılında kabul edilip 1948 yılında yürürlüğe giren "Ulusal Sağlık Hizmeti Kanunu" (*National Health Service Act*) ile İngiltere ve Galler'de "Ulusal Sağlık Servisi" (*National Health Service*) kurulmuş ve sağlık hizmetlerinin genel olarak devlet eliyle sağlanmasına yönelik ilk adım atılmıştır⁹. Sağlık hizmetlerinin kapsamlı olması ve erişimin ödeme gücüne değil, tıbbi gerekliliğe dayanması bu sistemin temel ilkelerini oluşturmaktadır¹⁰.

Ulusal Sağlık Servisi İngiltere'de "NHS England", İskoçya'da "NHS Scotland", Galler'de "NHS Wales" adıyla örgütlenmiş olup Kuzey İrlanda'da "Health and Social Care" kısaca "HSC" (Sağlık ve Sosyal Bakım) şeklinde ayrı bir teşkilatlanma söz konusudur¹¹.

2. Kapsama Alınan Kişiler

NHS kanalıyla ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanabilecek kişilerin başında Birleşik Krallıkta ikamet eden Birleşik Krallık vatandaşları ile Birleşik Krallık'ta daimî oturma izniyle ikamet eden yabancılar gelmektedir¹². Bu kişiler dışında Brexit öncesi dönemde İngiltere'de yasal olarak ikamet eden AB ve Avrupa Ekonomik Alanı vatandaşları (*EU settlement scheme* kap-

⁹ Tarihçe için bkz. Anderson/Pitchforth/Edwards/Alderwick/McGuire/Mossialos, 17 vd. Ayrıca bkz. Bostancı, 69; Kuruca, 90; Eke/Kişi, 2691-2692.

¹⁰ Anderson/Pitchforth/Edwards/Alderwick/McGuire/Mossialos, 15.

¹¹ Teşkilat şeması için bkz. Anderson/Pitchforth/Edwards/Alderwick/McGuire/Mossialos, 19. Teşkilat hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-7206/CBP-7206.pdf>.

¹² Anderson/Pitchforth/Edwards/Alderwick/McGuire/Mossialos, 62-63. Ayrıca bkz. <https://www.nhs.uk/nhs-services/visiting-or-moving-to-england/moving-to-england-from-eu-countries-or-norway-iceland-lichtenstein-or-switzerland/>.

samında olmak kaydıyla¹³) ile iltica talebinde bulunanlar ve mülteciler¹⁴ de ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir¹⁵.

Brexit sonrası dönem için Birleşik Krallık'ta bulunan AB ve Avrupa Ekonomik Alanı vatandaşları ile İsviçre vatandaşları, altı aydan kısa süren ziyaretleri sırasında tıbben gerekli sağlık hizmetlerine "Avrupa Sağlık Sigortası Kartı" (*European Health Insurance Card*)¹⁶ taşımaları kaydıyla ulaşabilmektedir¹⁷. Altı aydan uzun ziyaretler içinse, "göçmen sağlık payı" (*immigration health surcharge*)¹⁸ ödemek suretiyle¹⁹ NHS'ten faydalanmaları mümkündür. Bu kural, öğrenci ya da çalışma vizesi ile altı aydan uzun süreyle Birleşik Krallık'ta bulunacak diğer ülke vatandaşları için de aynen geçerlidir. Söz konusu katkı payını ödeyerek NHS'ten faydalanma, yardımcı üreme tedavisi hariç Birleşik Krallık'ta yerleşik kişilerin NHS'ten faydalanmaları ile aynıdır²⁰. Yukarıda sayılanlar dışında kalan kişilerin acil durumlar ve bu- laşıcı hastalıkların tedavisi vb. haller hariç ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanması mümkün değildir²¹.

Eklemek gerekir ki Birleşik Krallık'ta kişilerin iradi olarak NHS kapsamı dışında kalma imkânı bulunmamaktadır. Hastalar, bağımsız sektörden hizmet almak istediklerinde bunu ya ceplerinden ödeme yapmak ya da tamamlayıcı özel sağlık sigortası yoluyla gerçekleştirebilmektedirler²².

¹³ İrlanda vatandaşları bu uygulamadan muaf tutulmuştur, bkz. <https://www.nhs.uk/nhs-services/visiting-or-moving-to-england/moving-to-england-from-eu-countries-or-norway-iceland-lichtenstein-or-switzerland>.

¹⁴ Bkz. <https://www.nhs.uk/nhs-services/visiting-or-moving-to-england/visitors-who-do-not-need-to-pay-for-nhs-treatment>.

¹⁵ <https://www.nhs.uk/nhs-services/visiting-or-moving-to-england/moving-to-england-from-eu-countries-or-norway-iceland-lichtenstein-or-switzerland>.

¹⁶ Söz konusu kart sahiplerine ilişkin veriler için bkz. Eke/Kişi, 2700.

¹⁷ Bkz. <https://www.nhs.uk/nhs-services/visiting-or-moving-to-england/visitors-from-eu-countries-norway-iceland-lichtenstein-or-switzerland/>. Ayrıca bkz. <https://www.gov.uk/guidance/nhs-entitlements-migrant-health-guide#summary-of-changes-after-the-brex-it-transition-period>.

¹⁸ Söz konusu katkı payı bedeli için bkz. <https://www.gov.uk/healthcare-immigration-application/how-much-pay>.

¹⁹ İrlanda vatandaşları bu ödemeden muaf tutulmuş; diğer AB vatandaşları ile İsviçre vatandaşları da bazı hallerde ödedikleri bedelin kısmen/tamamen iadesini sağlama hakkına kavuşturulmuştur, bkz. <https://www.nhs.uk/nhs-services/visiting-or-moving-to-england/moving-to-england-from-eu-countries-or-norway-iceland-lichtenstein-or-switzerland>.

²⁰ Bkz. <https://www.nhs.uk/nhs-services/visiting-or-moving-to-england/moving-to-england-from-eu-countries-or-norway-iceland-lichtenstein-or-switzerland>.

²¹ Bkz. <https://www.nhs.uk/nhs-services/visiting-or-moving-to-england/how-to-access-nhs-services-in-england-if-you-are-visiting-from-abroad>.

²² Anderson/Pitchforth/Edwards/Alderwick/McGuire/Mossialos, 46.

3. Finansman

Birleşik Krallık'ta yerleşik kişilere ücretsiz sağlık hizmeti sunmayı hedefleyen bu sistemde, ülkemizden farklı olarak finansman kaynağı vergilerdir²³. Beveridge modeline uygun olarak²⁴, halktan alınan vergilerin bir kısmı genel bütçeden NHS'e aktarılmakta ve sağlık harcamaları ulusal gelir yeniden dağıtılmak suretiyle karşılanmaktadır²⁵.

Finansman için ayrılan kamu kaynaklarının başında gelir vergisi ve katma değer vergisi gelmektedir. Bunun dışında ulusal sigorta priminin bir kısmı da sağlık harcamalarının finansmanına aktarılmaktadır²⁶.

4. Finanse Edilen Sağlık Hizmetleri

NHS tarafından sağlanan sağlık hizmetleri oldukça kapsamlıdır²⁷: Aile hekimliğinden hemşirelik hizmetlerine, gebelik kontrollerinden analık ve yenidoğan bakımına, koruyucu sağlık hizmetlerinden kanser tedavisine, mental sağlık hizmetlerinden diyabet gibi kronik hastalıkların tedavisine kadar geniş bir yelpazede sunulan bu hizmetler -diş tedavisi ve optik bakım hariç- ücretsiz olarak sağlanmaktadır²⁸.

NHS tarafından finanse edilecek sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü'nün (*National Institute for Health and Care Excellence*) hazırladığı kılavuzlardan yararlanılmaktadır²⁹. Bu kılavuzlar ülkemizdeki Sağlık Uygulama Tebliğine (SUT) benzer bir işlev görmektedir. Ancak SUT'tan farklı olarak finanse edilecek sağlık hizmetleri bağımsız bir idari otorite³⁰ (NICE) tarafından belirlenmekte³¹, liste şeklin-

²³ Oral, 104; Kuruca, 90; Yıldız, 141; Kızılova, 33; Eke/Kişi, 2692.

²⁴ Kızılova, 33.

²⁵ Kaynakların havuzlanması ve tahsis edilmesi konusunda ayrıntılı bilgi için bkz. Anderson/Pitchforth/Edwards/Alderwick/McGuire/Mossialos, 67 vd.

²⁶ Ayrıntılı bilgi için bkz. Anderson/Pitchforth/Edwards/Alderwick/McGuire/Mossialos, 62, 66.

²⁷ Sunulan hizmetlerin listesi için bkz. <https://www.nhs.uk/service-search/other-health-services>. Krş. Anderson/Pitchforth/Edwards/Alderwick/McGuire/Mossialos, 38-39.

²⁸ Ücretli sağlık hizmetleri için bkz. <https://www.nhs.uk/nhs-services/help-with-health-costs/when-you-need-to-pay-towards-nhs-care>.

²⁹ Bkz. 63 vd. Ayrıca bkz. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-7206/CBP-7206.pdf>.

³⁰ Bkz. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-7206/CBP-7206.pdf>.

³¹ Mevcut SUT sisteminin değiştirilmesine yönelik öneriler kapsamında ülkemizde de bu türden bağımsız bir idari otoritenin kurulması gerektiği yönünde bkz. Kabakçı, 1789-1790.

de sayım yerine daha esnek ve sürekli güncellenen bir kılavuz sunulmaktadır³².

Yukarıda da belirtildiği gibi NHS tarafından sunulan sağlık hizmetleri genel olarak ücretsizdir³³. Ancak diş ve göz sağlığına ilişkin bazı hizmetler, istisna edilmiş kişi ve gruplar dışında, ücretli olarak sunulmaktadır³⁴. Ayrıca İngiltere’de³⁵ hastalardan reçete ücreti alınmaktadır³⁶. Reçete ücreti sabit bir tutar olarak belirlenmiş olup 2025 yılı için ilaç başına 9,90 £’dur³⁷. Belirtmek gerekir ki bazı kişi ve gruplar yaş, kronik hastalık vb. nedenlerle bu ücretten muaftır³⁸.

Birleşik Krallık’ta sağlık hizmetleri üç basamakta sunulmaktadır: birincil, ikincil ve uzmanlaşmış bakım. Her bir basamak arasında sıkı bir sevk zinciri bulunmaktadır³⁹. Sevk zincirine uyulmaması, duruma göre hizmet sunumunun reddine ya da sunulan hizmetlerin NHS tarafından karşılanmamasına yol açmaktadır.

NHS genel olarak Birleşik Krallık’ta sağlık hizmeti sunar, Birleşik Krallık dışındaki sağlık hizmetleri NHS tarafından -kural olarak- karşılanmaz. Ancak bazı istisnai hallerde, örneğin, AB ve Avrupa Ekonomik Alanı sınırları içindeki tıbben gerekli tedavi masraflarının tamamının ya da bir kısmının NHS tarafından üstlenilmesi söz konusu olabilir⁴⁰. Bunun dışındaki masrafların karşılanması tedavinin gerçekleştirildiği ülke ile yapılan ikili sosyal güvenlik sözleşmesinin varlığına ve koşullarına bağlıdır⁴¹.

³² İlgili Enstitünün karar alma süreçleri hakkında bkz. <https://indepth.nice.org.uk/how-nice-makes-its-decisions/index.html>.

³³ Anderson/Pitchforth/Edwards/Alderwick/McGuire/Mossialos, 72.

³⁴ Diş sağlığı için bkz. Anderson/Pitchforth/Edwards/Alderwick/McGuire/Mossialos, 72-73. Göz sağlığı için bkz. Anderson/Pitchforth/Edwards/Alderwick/McGuire/Mossialos, 74.

³⁵ İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda’da reçete ücreti alınmamaktadır, bkz. Anderson/Pitchforth/Edwards/Alderwick/McGuire/Mossialos, 74.

³⁶ Anderson/Pitchforth/Edwards/Alderwick/McGuire/Mossialos, 120.

³⁷ Reçete ücreti için bkz. <https://www.nhs.uk/nhs-services/prescriptions/nhs-prescription-charges/>.

³⁸ Bkz. <https://www.nhsbsa.nhs.uk/help-nhs-prescription-costs/free-nhs-prescriptions>.

³⁹ Oral, 101; Bostancı, 71; Kuruca, 92; Yıldız, 145; Kızılova, 34; Eke/Kişi, 2692.

⁴⁰ Bkz. <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/healthcare-abroad/apply-for-a-free-uk-global-health-insurance-card-ghic/>.

⁴¹ Sözleşme imzalanan ülkelerin listesi için bkz. <https://www.gov.uk/guidance/uk-reciprocal-healthcare-agreements-with-non-eu-countries>.

B) ALMANYA: BISMARCK MODELİ

1. Teşkilat

Dünyadaki genel sağlık sigortası uygulamalarına ilişkin tanıtıcı çalışmamızda yer vereceğimiz ikinci ülke Almanya olacaktır. Birleşik Krallık'tan farklı olarak sağlık hizmetlerinin sigortacılık tekniğine uygun olarak primlerle finanse edildiği bir sisteme sahip⁴² olan Almanya, ülkemizdeki genel sağlık sigortası uygulamasına en yakın modeli sunmaktadır. Ancak bu yakınlığa rağmen Almanya ile Türkiye arasındaki uygulamada önemli farklılıklar söz konusudur.

Her şeyden önce Almanya'da sağlık hizmetleri hastalık sigortasından (*Krankenversicherung*) sağlanmaktadır. Bu sigorta kapsamında hem sağlık yardımı yapılmakta hem de hastalığa bağlı iş göremezliklerde para yardımında bulunmaktadır⁴³.

Temelleri 1883 yılında atılan⁴⁴ Alman hastalık sigortası, tıpkı ülkemizdeki genel sağlık sigortası gibi zorunlu bir sigortadır⁴⁵. Ancak ülkemizden farklı olarak hastalık sigortası, kanunla kurulmuş hastalık sandıkları (*Krankenkasse*) tarafından işletilmekte⁴⁶; federal devlet yalnızca toplanan sigorta primlerini Sağlık Fonuna (*Gesundheitsfonds*) aktırıp⁴⁷ sandıklara dağıtmak ve sandıklar üzerinde gözetimde bulunmakla sınırlı bir görev icra etmektedir. Bugün için yüze yakın sandık bulunmakta olup sigortalılar bu sandıklar arasında seçim hakkına sahiptir⁴⁸.

Birleşik Krallık'ın aksine, Almanya'da sağlık hizmetleri doğrudan devlet eliyle sağlanmamaktadır. Devlet yalnızca genel çerçeveyi belirler, sandıklar özerklik ilkesi çerçevesinde kamu tüzel kişileri olarak kendi kendilerini

⁴² Oral, 82; Bostancı, 97; Kuruca, 77; Kızılova, 38.

⁴³ Kokemoor, 95; Yıldız, 100.

⁴⁴ Tarihçe için bkz. Blümel/Spranger/Achstetter/Maresso/Busse, 14 vd.; Von Koppenfels-Spies, 62-63; Oral, 82 vd. Ayrıca bkz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte.html>.

⁴⁵ Sigortanın zorunluluğu hakkında bkz. Kokemoor, 87; Blümel/Spranger/Achstetter/Maresso/Busse, 19, 69. Ayrıca bkz. Bostancı, 97; Kuruca, 77; Yıldız, 53.

⁴⁶ Waltermann/Schmidt/Chandna-Hoppe, 73; Von Koppenfels-Spies, 105; Kuruca, 37; Yıldız, 93.

⁴⁷ Primlerin toplandığı sağlık fonu hakkında bilgi için bkz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitsfonds.html>. Ayrıca bkz. Blümel/Spranger/Achstetter/Maresso/Busse, 86 vd.

⁴⁸ Bu sandıkların listesi için bkz. <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenlistenliste.pdf>. Serbest seçim hakkı için bkz. Kokemoor, 109 vd.; Eichenhofer, 203; Waltermann/Schmidt/Chandna-Hoppe, 74; Von Koppenfels-Spies, 106.

organize eder. Hizmet sağlayıcıları ile sözleşmeleri sandıklar yapar⁴⁹; sağlık hizmetlerini satın alma yoluyla iştirakçilerine sandıklar sunar⁵⁰.

2. Kapsama Alınan Kişiler

Almanya’da sistemi şekillendiren üç önemli ilke bulunmaktadır⁵¹: (1) zorunluluk (2) dayanışma (3) özerklik⁵². Zorunluluk ilkesi, Almanya’da yerleşik olup hastalık durumunda başkaca bir güvenceye sahip olmayan bireyleri sigorta yükümlülüğü altına sokmaktadır. Sigorta yükümlülüğü bulunan kişiler, SGB V §5’te, 5510 sayılı Kanun m. 60’taki sayıma benzer şekilde listelenmiştir (ücret karşılığı çalışanlar, emekliler gibi)⁵³.

Yıllık kazancı belirli bir miktarın üzerinde olanlar ile hastalık riskine karşı farklı şekillerde korunan memur, hâkim ve askerler bakımından sigorta zorunluluğu bulunmamaktadır⁵⁴. Bu kişiler dilerse sandık iştirakçiliğini sona erdirebilir. Böyle bir bildirimde bulunmaz iseler isteğe bağlı sigortalı olarak hastalık sigortasına dahil edilirler⁵⁵, ⁵⁶.

Almanya’da ayrıca sigortalının eşi/partneri ve çocukları için aile sigortası (*Familienversicherung*) kapsamında prim ödemedi sağlık yardımlarından yararlanma imkânı bulunmaktadır⁵⁷. 5510 sayılı Kanun kapsamında “bakmakla yükümlü olunan kişi”lere benzer şekilde, bu kişiler belirli koşullar altında (ikamet, yaş, çalışmama gibi) bu imkândan yararlanabilmektedir.

3. Finansman

Bismarckyen modele dayanan Alman genel sağlık sigortası uygulamasında dayanışma ilkesi geçerlidir. Bu ilke, genel olarak sağlıklı olanla-olmayan, çalışanla-çalışmayan, çalışanla-çalıştıran, zenginle fakir, gençle yaşlı, evliyle bekar arasındaki ilişkide kendini gösterir⁵⁸. Bu doğrultuda hastalık sigortası, iştirakçilerden gelirleri oranında alınan primlerle finanse edilir.

⁴⁹ Ayrıntılı bilgi için bkz. Blümel/Spranger/Achstetter/Maresso/Busse, 88 vd.

⁵⁰ Sandık, hizmet sağlayıcısı ve sigortalı arasındaki üçlü ilişki için bkz. Kokemoor, 104. Ayrıca bkz. Blümel/Spranger/Achstetter/Maresso/Busse, 40.

⁵¹ Bu ilkeler için bkz. Kızılova, 37. Ayrıca bkz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv.html>.

⁵² Bismarckçı modelden gelen bu ilkeler için bkz. Blümel/Spranger/Achstetter/Maresso/Busse, 14.

⁵³ Bu kişiler için bkz. Eichenhofer, 202.

⁵⁴ Ayrıca bkz. Eichenhofer, 202; Waltermann/Schmidt/Chandna-Hoppe, 79 vd.; Yıldız, 92.

⁵⁵ Bkz. Blümel/Spranger/Achstetter/Maresso/Busse, 79.

⁵⁶ Sözü edilenler dışında da bazı kişilerin isteğe bağlı sigortalı olarak hastalık sigortasından yararlanmaları mümkündür, bkz. Blümel/Spranger/Achstetter/Maresso/Busse, 79.

⁵⁷ Kokemoor, 89-90; Von Koppenfels-Spies, 75.

⁵⁸ Bkz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv.html>.

Hastalık sigortası prim oranı %14,6'dır⁵⁹. İşveren yanında çalışan sigortalılar için primin yarısı çalışan yarısı işveren tarafından, çalışanın prime esas kazancı üzerinden (prim tavanına kadar) kaynakta kesinti yapılmak suretiyle tahsil edilir⁶⁰. Sağlık fonundan (*Gesundheitsfonds*) sandıklara aktarılan para, sandıkların giderlerini karşılamazsa sandıklar, ek prim talebinde bulunabilmektedir⁶¹.

4. Finanse Edilen Sağlık Hizmetleri

Hastalık sigortası kapsamında finanse edilen hizmetler, koruyucu hekimlikten psikoterapi dahil her tür hekim tedavisine, hastanede tedaviden ilaç, pansuman ve diğer tıbbi cihaz ve gereçlerin teminine, tıbbi rehabilitasyon hizmetlerinden evde hasta bakımı ve hatta ev işlerinde yardıma kadar geniş kapsamlıdır⁶². Ortodontik tedavi (on sekiz yaşından büyükler için) çok istisnai durumlar dışında hastalık sigortasından finanse edilmemektedir⁶³.

Finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesi konusunda özerk bir kurum olan Federal Ortak Komite (*Gemeinsamer Bundesausschuss*) yetkili kılınmıştır⁶⁴. Söz konusu Komite, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerini belirlerken yalnızca ekonomik olma kriterinden hareket etmeyip finansmanı sağlanacak sağlık hizmetinin ekonomik olmasının yanı sıra etkililiği ve amaca uygunluğunu da gözetmektedir⁶⁵.

İlaç, pansuman, tıbbi cihaz ve gereç temini, ambulans hizmeti ile yatarak tedavilerde sigortalılardan katılım payı alınır. Genel olarak yapılan masrafın %10'u tutarında olan bu pay en az 5 en çok 10 €dur (yapılan masrafı geçmemek kaydıyla)⁶⁶. Ayrıca hastanede geçirilen her gün için 10 €katılım payı ödenmesi gerekir⁶⁷. Bu bedelin sigortalı tarafından sağlık hizmet sunucusuna ödenmesi gerekmektedir^{68, 69}.

⁵⁹ Waltermann/Schmidt/Chandna-Hoppe, 76.

⁶⁰ İşverenin primlere katılımı hakkında bkz. Kokemoor, 111; Eichenhofer, 201; Kızılova, 41.

⁶¹ Eichenhofer, 201; Blümel/Spranger/Achstetter/Maresso/Busse, 84.

⁶² Bu hizmetler hakkında ayrıntılı açıklamalar için bkz. Kokemoor, 95 vd.; Eichenhofer, 208 vd.; Blümel/Spranger/Achstetter/Maresso/Busse, 80-82.

⁶³ Blümel/Spranger/Achstetter/Maresso/Busse, 92.

⁶⁴ Kokemoor, 108. Ayrıca bkz. Blümel/Spranger/Achstetter/Maresso/Busse, 39-40, 45.

⁶⁵ Kabakçı, 1790. Ayrıca bkz. Blümel/Spranger/Achstetter/Maresso/Busse, 39, 48.

⁶⁶ İlaç katılım payları için bkz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/zuzahlung-und-erstattung-arzneimittel.html>.

⁶⁷ Bkz. Blümel/Spranger/Achstetter/Maresso/Busse, 83.

⁶⁸ Bu bedeller için bkz. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Zuzahlungsregelungen_GKV.pdf

⁶⁹ Bu ödemeden istisna edilen kişi ve gruplar için bkz. Blümel/Spranger/Achstetter/Maresso/Busse, 83.

C) İSVİÇRE: LIBERAL-KORPORATİST MODEL

1. Teşkilat

Çalışmamızın bu bölümünde İsviçre genel sağlık sigortası tanıtılacaktır. İsviçre de Almanya gibi sağlık yardımlarını hastalık sigortasından (*Krankenversicherung*) sağlamakta⁷⁰; ancak Almanya'dan önemli ölçüde farklılaşmaktadır. Bu bağlamda İsviçre, Almanya'ya kıyasla daha liberal ve korporatist bir model teşkil etmektedir.

İsviçre'de hastalık sigortası, zorunlu sağlık sigortası (*obligatorische Krankenpflegeversicherung*) ve isteğe bağlı günlük ödenek sigortasından (*freiwillige Taggeldversicherung*) oluşmaktadır⁷¹. Zorunlu sağlık sigortası, hastalık, kaza ve analık hallerinde⁷² ortaya çıkan sağlık harcamalarının finansmanını konu alırken, isteğe bağlı sigorta bu hallerde yaşanabilecek iş göremezliğe bağlı gelir kayıplarının telafisine odaklanmaktadır.

İsviçre'de zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki sağlık hizmetleri Almanya'dakine benzer şekilde devlet eliyle değil devlet gözetiminde yürütülür. Sağlık hizmetleri, İsviçre Federal Sağlık Dairesi (*Bundesamt für Gesundheit*) tarafından yetkilendirilmiş sigorta şirketlerinin kurduğu hastalık sandıkları (*Krankenkasse*) tarafından finanse edilir⁷³. Bugün için yaklaşık kırk kadar sandık bulunmakta⁷⁴ olup zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer alan sigortalılar bu sandıklar arasında seçim yapmakta serbesttir. Buna karşılık sigorta şirketleri kendilerine başvuran kişilerle sözleşme yapıp yapmama serbestisine sahip değildir⁷⁵. Sigortalıların sigorta yaptıрма yükümlülüğüne uyup uymadığının denetimini kantonlar gerçekleştirmektedir^{76, 77}.

Sandıkların kurulması, şeffaf bir şekilde işletilmesi, sigorta primlerinin belirlenmesi vb. konularda sigortalıların menfaatinin korunmasını sağlamak üzere Sosyal Hastalık Sigortalarının Denetlenmesi Hakkında Federal

⁷⁰ Tarihçe için bkz. De Pietro/Camenzind/Sturny/Crivelli/Edwards-Garavoglia/Spranger/Wittenbecher/Quentin, 22 vd.

⁷¹ Kieser/Lendfers, 51.

⁷² Sigortalanan riskler için bkz. Kieser/Lendfer, 55.

⁷³ Orlu/Köse, 306. Bu kuruluşların Federal Sağlık Dairesi tarafından akredite edilmesi, denetlenmesi ve kâr amacı güdememesi bağlamında bkz. De Pietro/Camenzind/Sturny/Crivelli/Edwards-Garavoglia/Spranger/Wittenbecher/Quentin, 51-52.

⁷⁴ Bu sandıklar için bkz. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/05/08/31789268-7565-4e0d-8070-c360765593b5.pdf>

⁷⁵ De Pietro/Camenzind/Sturny/Crivelli/Edwards-Garavoglia/Spranger/Wittenbecher/Quentin, 21, 31.

⁷⁶ Bkz. De Pietro/Camenzind/Sturny/Crivelli/Edwards-Garavoglia/Spranger/Wittenbecher/Quentin, 93.

⁷⁷ İsviçre'deki teşkilat şeması için bkz. De Pietro/Camenzind/Sturny/Crivelli/Edwards-Garavoglia/Spranger/Wittenbecher/Quentin, 20.

Kanun (*Bundesgesetz über die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung-KVAG*) kabul edilmiş olup bu kanun ile devlet sigortacılar üzerinde yoğun bir denetim gerçekleştirmektedir⁷⁸.

2. Kapsama Alınan Kişiler

Zorunlu sağlık sigortası (*obligatorische Krankenpflegeversicherung*), uyruğundan bağımsız olarak, İsviçre’de yerleşik herkese -çocuklar da dahil⁷⁹- sigorta yaptırmaya yükümlülüğü yükler⁸⁰. Ancak bu kuralın bazı istisnaları vardır⁸¹. Yerleşim yeri İsviçre’de olsa bile sigorta kapsamına dahil edilmeyenler olduğu gibi yerleşim yeri İsviçre dışında olsa bile sigorta kapsamına alınmış kişiler de söz konusudur⁸². Örneğin, geldikleri ülkede sigortalı olduklarını belgelemeleri kaydıyla İsviçre’de kısa süreli çalışmak için bulunanlar; İsviçre, AB, Avrupa Ekonomik Alanı ve Birleşik Krallık vatandaşlarından İsviçre’de çalışıp AB, Avrupa Ekonomik Alanı ya da Birleşik Krallık’ta ikamet edenler gibi.

3. Finansman

İsviçre’de zorunlu sağlık sigortasının finansmanında katılımcı bir sistem benimsenmiştir. Finansman en başta sigortalılardan alınan primlerle sağlanır⁸³. Bazı hallerde devlet de finansmana katılır: Düşük gelirli vatandaşların sigorta primlerinin sübvansede edilmesi, yatarak tedavilerde masrafların bir kısmının kantonlar tarafından üstlenilmesi gibi⁸⁴. Ayrıca belirli bir miktar masrafa sigortalının kendisinin katlanması söz konusudur (*Franchise* ve *Selbstbehalt* uygulaması).

Zorunlu sağlık sigortası primi, Almanya ve Türkiye’den farklı olarak kişilerin sosyal durumları (gelir vb.) dikkate alınmaksızın her bir sigortalı için aynı tahsil edilir (*Kopfprämie*)⁸⁵. Primler kantonal ya da bölgesel olarak ka-

⁷⁸ Kieser/Lendfers, 52.

⁷⁹ Almanya’da olduğu gibi aile sigortası (*Familienversicherung*) söz konusu değildir.

⁸⁰ De Pietro/Camenzind/Sturny/Crivelli/Edwards-Garavoglia/Spranger/Wittenbecher/Quentin, 93; Orlu, 18; Orlu/Köse, 306. Ayrıca bkz. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/05/08/31789268-7565-4e0d-8070-c360765593b5.pdf>.

⁸¹ Kieser/Lendfers, 51-52.

⁸² Bu kişiler için bkz. Kieser/Lendfers, 51-52; Orlu, 18-19. Ayrıca bkz. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/05/08/31789268-7565-4e0d-8070-c360765593b5.pdf>

⁸³ Kieser/Lendfers, 53.

⁸⁴ Orlu, 67. Ayrıca bkz. De Pietro/Camenzind/Sturny/Crivelli/Edwards-Garavoglia/Spranger/Wittenbecher/Quentin, 92; 96.

⁸⁵ Bkz. Kieser/Lendfers, 53; De Pietro/Camenzind/Sturny/Crivelli/Edwards-Garavoglia/Spranger/Wittenbecher/Quentin, 21, 96. Ayrıca bkz. <https://backend.bag.admin.ch/>

demelendirilebilir, çocuk ve gençler için daha düşük belirlenebilir⁸⁶. Sigorta şirketleri hizmet sağlayıcıların seçiminde bazı sınırlamalar (doktor, kay-ropraktör gibi) getirmek suretiyle masrafları azaltarak sigortalılara daha düşük prim ödeme imkânı sunabilir.

Sigortalılar prim ödemek dışında, sağlık harcamalarının bir kısmına da katılmak durumundadır⁸⁷. Sigortalıların masraflara katılımı, bir yandan yıllık sabit bir miktara (*Franchise*) kadar yapılan masraflara katlanmak diğer yandan belirli bir katkı payı (*Selbstbehalt*) ödemek şeklinde gerçekleşir⁸⁸. Sigortalıların katlanmak durumunda olduğu ve *Franchise* olarak adlandırılan bu tutar, yıllık en az 300 CHF kadardır (on sekiz yaşından küçükler bundan muaftır)⁸⁹. Katkı payı (*Selbstbehalt*) ise, *Franchise*'i aşan masrafların %10'u kadar olup yıllık 700 CHF'ı (on sekiz yaşından küçükler için 350 CHF) geçmez. Bir örnekle açıklamak gerekirse, yetişkin bir sigortalı için ilgili yılda 1000 CHF bir sağlık masrafı yapıldığında, 300 CHF + *Franchise*'i aşan 700 CHF'ın %10'u olan 70 CHF'lık toplam (yani 370 CHF) sigortalı üzerinde bırakılır⁹⁰, 630 CHF sandık tarafından karşılanır. Yapılan masraf 10.000 CHF olsaydı, sigortalı 300 + 700 (*Franchise*'i aşan 9.700'ün %10'u 700 CHF'ı aştığından 700 CHF tavan)'den 1000 CHF'lık masrafa kendisi katlanacak, kalan 9000 CHF sandıkça karşılanacaktı⁹¹.

Eklemek gerekir ki sigortalılar *Franchise* tutarını arttırarak daha az prim ödeme şansına da sahiptir. Bu, daha ziyade, çok sık hastalanmayanların tercih ettiği bir yöntem olarak belirmektedir.

Franchise'daki bu ayrık durum dışında %10'luk katkı payının bazı durumlarda %40'a çıkması da söz konusudur. Şayet reçete edilen ilaç, muadilinden önemli ölçüde pahalı ise, ilaçtan alınacak katkı payı oranı %10 değil %40'tır.

[fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/05/08/31789268-7565-4e0d-8070-c360765593b5.pdf](https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/05/08/31789268-7565-4e0d-8070-c360765593b5.pdf).

⁸⁶ Kieser/Lendfer, 53; De Pietro/Camenzind/Sturny/Crivelli/Edwards-Garavoglia/Spranger/Wittenbecher/Quentin, 97. Bkz. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/05/08/31789268-7565-4e0d-8070-c360765593b5.pdf>

⁸⁷ Kieser/Lendfer, 53. Masraf paylaşım ilkesi için bkz. Orlu/Köse, 307. Ayrıca bkz. De Pietro/Camenzind/Sturny/Crivelli/Edwards-Garavoglia/Spranger/Wittenbecher/Quentin, 106 vd.; <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/05/08/31789268-7565-4e0d-8070-c360765593b5.pdf>.

⁸⁸ Kieser/Lendfer, 53.

⁸⁹ Bkz. De Pietro/Camenzind/Sturny/Crivelli/Edwards-Garavoglia/Spranger/Wittenbecher/Quentin, 107.

⁹⁰ Örnek için bkz. Kieser/Lendfer, 53-54.

⁹¹ Benzer örnekler için bkz. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/05/08/31789268-7565-4e0d-8070-c360765593b5.pdf>

Ayrıca analığa bağlı hizmetler, katılımcılık ilkesinden istisna edilmiştir. Buna ek olarak hamileliğin 13. haftasından doğumdan sonraki 8. haftaya kadar olan sürede kadınlar, genel sağlık hizmetleri için (gebelikle ilgili olmayan hastalıklar dahil) yapılan harcamalara katlanmak ya da katılmak zorunda değillerdir⁹².

Daha önce işaret ettiğimiz gibi kantonlar da bazen sağlık harcamalarına katılmak zorundadır. Yatarak tedavilerde yapılan masrafın en az %55'inin kantonlarca karşılanması gerekir⁹³. Diğer bir deyişle, yatarak tedavilerde sandıklar masrafların en fazla %45'ini karşılamaktadır. Buna karşılık ayakta tedaviler tümüyle sandık tarafından karşılanır. Yatarak tedavilere kantonların katkısının sebebi, sigorta şirketlerinin zarar etmesinin önüne geçip sistemi sürdürülebilir kılmaktır⁹⁴.

4. Finanse Edilen Sağlık Hizmetleri

Zorunlu sağlık sigortası, genel olarak hekimler tarafından uygulanan her tür tedaviyi kapsamına alır⁹⁵. Buna hekim tarafından sevk edilmiş olmak kaydıyla diğer sağlık profesyonellerinin sunduğu hizmetler de dahildir (fizyoterapi, beslenme tavsiyesi, evde hemşirelik hizmeti, konuşma terapisi gibi)⁹⁶. Laboratuvar tetkikleri, film vb. tahlil ve görüntüleme hizmetleri de bu kapsamda kabul edilmektedir⁹⁷. Akupunktur gibi tamamlayıcı tedaviler de belli koşullar altında sigorta tarafından karşılanmaktadır⁹⁸.

Zorunlu sağlık sigortası, yalnızca yetkilendirilmiş sağlık hizmet sunucuları tarafından sunulan hizmetleri karşılar⁹⁹. Kantonlar yetkili hizmet sunucularına ilişkin listeler hazırlar, bu listelere özel hastaneleri de planlamaya uygun şekilde dahil ederler¹⁰⁰. Hastane listelerinde yetkili hastaneler (gere-

⁹² Bkz. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/05/08/31789268-7565-4e0d-8070-c360765593b5.pdf>

⁹³ Kieser/Lendfers, 53, 54.

⁹⁴ Orlu/Köse, 308.

⁹⁵ Orlu, 20. Ayrıca bkz. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/05/08/31789268-7565-4e0d-8070-c360765593b5.pdf>.

⁹⁶ Orlu, 24.

⁹⁷ De Pietro/Camenzind/Sturny/Crivelli/Edwards-Garavoglia/Spranger/Wittenbecher/Quentin, 94.

⁹⁸ De Pietro/Camenzind/Sturny/Crivelli/Edwards-Garavoglia/Spranger/Wittenbecher/Quentin, 95; Orlu, 25. Diğer tamamlayıcı tedavi örnekleri için bkz. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/05/08/31789268-7565-4e0d-8070-c360765593b5.pdf>

⁹⁹ Kieser/Lendfer, 56. Bu konuda bkz. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/05/08/31789268-7565-4e0d-8070-c360765593b5.pdf>

¹⁰⁰ Kieser/Lendfer, 56.

kirse kanton dışında bulunanlar da) sıralanırken her bir hastanenin hangi hizmet için (doğum, göz muayenesi gibi) yetkilendirildiği de belirtilir. Bu listelere federal idare mahkemesinde itiraz etmek mümkündür¹⁰¹.

Hekim tarafından reçete edilen ilaçlar, İlaç Listesinde (*Spezialitätenliste*) yer almaları kaydıyla sigortaca karşılanmaktadır¹⁰². Bu liste üç bine yakın ilacı içermekte olup sürekli güncellenmektedir. Tıbbi cihaz ve gereçler de aynı şekilde, buna yönelik hazırlanmış listede yer alan miktarlara kadar sigorta kapsamında karşılanmaktadır. Benzer şekilde, ambulans gibi taşıma hizmetlerine ilişkin tutarların yarısı -yıllık 500 CHF'a kadar- sandık tarafından karşılanmaktadır¹⁰³.

Yurt dışındaki sağlık hizmetlerinin karşılanması bakımından ikili bir ayrım söz konusudur: AB, Avrupa Ekonomik Alanı ve Birleşik Krallıkta gerçekleştirilen zorunlu tedavi masrafları sigortaca karşılanırken, bunlar dışındaki ülkelerde gerçekleştirilen tedavilerden yalnızca acil olanları (İsviçre'de aynı tedavi için ödenecek tutarın iki katına kadar, yatarak tedavilerde %90'ına kadar) karşılanmaktadır¹⁰⁴.

Finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin -tıpkı Almanya'da olduğu gibi- etkili, amaca uygun ve ekonomik olması gerekir¹⁰⁵. Bu bağlamda, bir hastalığın tedavisi, hastalığın sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini giderme hedefine ulaşmaya uygun olduğu durumlarda, etkili kabul edilir. Bu etkinliğin bilimsel yöntemlerle de kanıtlanmış olması gerekir. Amaca uygunluk, tedavinin istenen etkiyi sağlayabilmesinde görülür, bu anlamda yan etkilerin dikkate alınıp değerlendirilmesini gerektirir. Ekonomiklik koşulu, makul bir maliyet-fayda dengesinin mevcut olmasını ifade eder. Bu, bir yandan mevcut alternatifler arasında en uygun maliyetli hizmetin tercih edilmesini, diğer yandan gerekli olmayan bir hizmet sunumundan imtina edilmesini gerektirir¹⁰⁶.

Yetkili sağlık hizmet sunucularının verdiği hizmetlerin etkili, amaca uygun ve ekonomik olduğu karinesinden hareket edilir. Hizmet sunumunda, SUT benzeri Sağlık Hizmetleri Tüzüğü'ne (*Krankenpflege-Leistungsverordnung*)

¹⁰¹ Bu konuda bkz. De Pietro/Camenzind/Sturny/Crivelli/Edwards-Garavoglia/Spranger/Wittenbecher/Quentin, 41-42.

¹⁰² Bkz. Orlu, 21. Ayrıca bkz. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/05/08/31789268-7565-4e0d-8070-c360765593b5.pdf>.

¹⁰³ Orlu, 25. Bkz. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/05/08/31789268-7565-4e0d-8070-c360765593b5.pdf>.

¹⁰⁴ Orlu, 26. Bkz. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/05/08/31789268-7565-4e0d-8070-c360765593b5.pdf>

¹⁰⁵ Kieser/Lendfer, 56; De Pietro/Camenzind/Sturny/Crivelli/Edwards-Garavoglia/Spranger/Wittenbecher/Quentin, 94.

¹⁰⁶ Bu konudaki açıklamalar için bkz. Kieser/Lendfer, 56.

ekli listeler göz önünde bulundurulur. Bu listelerde finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri müspet ya da menfi şekilde sıralanmış durumdadır (fizyoterapi, ergoterapi gibi). Bunlar dışında bir hizmetin (örneğin obezite tedavisi) karşılanıp karşılanmayacağı ya da hangi şartlar altında karşılanabileceğine ilişkin ayrı bir belirleme söz konusudur. Bunun dışında ilaç ve tıbbi cihaz ve gereçler hakkında ayrı listeler bulunmaktadır¹⁰⁷.

Sigorta şirketleri, sunulan sağlık hizmetlerinin ekonomik olup olmadığını sonradan denetleme yetkisine de sahiptir¹⁰⁸. Bu denetimler tekil bir vaka üzerinde gerçekleştirilebileceği gibi ortalama maliyet karşılaştırması yöntemiyle de yapılabilir. Bu denetimler neticesinde ekonomik olmayan bir hizmet sunumu tespit edilirse, yapılan ödeme geri istenir. Ancak geri ödeme talebi hizmetten faydalanan sigortalıya değil hizmeti sunan ilgili sağlık hizmet sunucusuna yöneltilir¹⁰⁹.

D) GÜNEY KORE: KARMA MODEL

1. Teşkilat

Bu bölümde, son olarak, Güney Kore'deki genel sağlık sigortası sistemi tanıtılacaktır. Güney Kore, Beveridge ve Bismarck modelinin karması olarak nitelenen bir sağlık modeline sahiptir¹¹⁰. Ülke nüfusunun önemli bir kısmı primlerle finanse edilen "ulusal sağlık sigortası" (*National Health Insurance-NHI*) kapsamına alınmışken¹¹¹; bu kapsamda yer almayan dar gelirli vatandaşlar, vergilerle finanse edilen "Sağlık Yardımı Programı"na (*Medical Aid Program*) dahil edilmiştir¹¹².

Ulusal Sağlık Sigortası (NHI), 1977 yılında tanıtılmış; 1989 itibarıyla tam olarak hayata geçirilmiş, 2000 yılında önemli ölçüde reforme edilmiştir¹¹³. Sağlık ve Refah Bakanlığı, ulusal sağlık sigortasının (NHI) yürütümünü yarı-kamusal (*quasi-public*) iki kuruma devretmiştir: Ulusal Sağlık Sigortası Servisi (NHIS) ve Sağlık Sigortası İnceleme ve Değerlendirme Servisi (HIRA)¹¹⁴. Bunlardan NHIS, primlerin toplanması ile sağlık hizmet sunucularına yapılacak ödemelerden sorumlu iken, HIRA düzenleyici bir otorite

¹⁰⁷ Söz konusu listeler hakkında ayrıntılı açıklamalar için bkz. Kieser/Lendfer, 56.

¹⁰⁸ Korporatist yaklaşım bağlamında bkz. De Pietro/Camenzind/Sturny/Crivelli/EdwardsGaravoglia/Spranger/Wittenbecher/Quentin, 21.

¹⁰⁹ Bu konuda bkz. Kieser/Lendfer, 58-59.

¹¹⁰ Daştan/Çetinkaya, 107.

¹¹¹ Nüfusun %97'sinin NHI kapsamında yer aldığı tespiti için bkz. Kwon/Lee/Kim, 14. Ayrıca bkz. <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa02400m01.do>

¹¹² Kwon/Lee/Kim, 14.

¹¹³ Tarihçe için bkz. Jones, 5; Na/Kwon, 10 vd.; Kwon/Lee/Kim, 15; OECD, 45. Ayrıca bkz. Oral, 56-57.

¹¹⁴ Kwon/Lee/Kim, 16; OECD, 44.

olarak sağlık hizmetlerine ilişkin sigorta taleplerini incelemek ve bu hizmetleri değerlendirmekle görevlidir¹¹⁵.

2. Kapsama Alınan Kişiler

Ulusal sağlık sigortası sisteminde genel olarak Güney Kore’de yerleşik ve/veya çalışanlar (işçiler, memurlar, bağımsız çalışanlar, çiftçiler, balıkçılar) kapsama alınmaktadır¹¹⁶. Sigortalı ile birlikte yaşayan ve belirli bir gelir seviyesine sahip olmayan eşler, çocuklar, torunlar ve kardeşler de sigortalıya bağımlı olarak sağlık yardımlarından yararlanabilmektedir¹¹⁷. Bu kişiler dışında kalan dar gelirli vatandaşlar, Sağlık Yardımı Programı (*Medical Aid Program*) çerçevesinde sağlık hizmetlerine ulaşmaktadır.

3. Finansman

Güney Kore’de sağlık hizmetlerinin finansmanı özellik arz etmektedir. Şöyle ki hem prime hem vergiye dayalı bir finansman modeli söz konusudur. Başta gelir vergisi olmak üzere çeşitli vergilerden sisteme kaynak aktarmakta; bunun dışında, esas olarak, zorunlu ulusal sağlık sigortası (NHI) kapsamında alınan primler finansmana kaynaklık etmektedir¹¹⁸. Ayrıca sigortalılar aldıkları hizmetin masrafına da bir ölçüde katılmakla mükelleftir¹¹⁹.

Bağımlı çalışanlar için ödenecek prim, aylık ortalama kazancın %7.09’sı¹²⁰ kadar olup ödenecek tutar işverenle eşit olarak paylaşılır¹²¹. Bağımsız çalışanların kazanç bilgilerine ilişkin güvenilirliğin sınırlı olması nedeniyle, bu gruba ait primler, gelir ve malvarlığı değeri (konut, araç) esas alınarak farklı bir hesaplama ile belirlenir¹²².

4. Finanse Edilen Sağlık Hizmetleri

Ulusal sağlık sigortası kapsamında finanse edilen sağlık hizmetleri, hastanelerde akut tedavi ve ayakta bakım, gebelik ve doğum, hekim ve uzman doktor hizmetleri, göz muayeneleri, bazı dış tedavileri ve reçeteli ilaçlar

¹¹⁵ Kwon/Lee/Kim, 16-17. Şema için bkz. Kwon/Lee/Kim, 18.

¹¹⁶ Bu kişiler için bkz. <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa02400m01.do>.

¹¹⁷ Kwon/Lee/Kim, 37; T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 38. Ayrıca bkz. <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa02400m01.do>.

¹¹⁸ Finansmanda vergilerin payının düşük olduğu yönünde bkz. Kwon/Lee/Kim, 33.

¹¹⁹ Bu konuda bkz. Kwon/Lee/Kim, 41 vd.

¹²⁰ Prim oranı yıllar içinde değişmiş; 2024 itibarıyla %7,09 olarak belirlenmiştir, bkz. <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa02500m01.do>.

¹²¹ Kwon/Lee/Kim, 38.

¹²² Kwon/Lee/Kim, 38. Hesaplama için bkz. <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa02500m01.do>.

şeklinde¹²³. Ulusal Sağlık Sigortası, esas olarak tedavi edici bakıma odaklansa da sağlık taramaları (*check-up*) ve kanser taramaları şeklinde bazı koruyucu sağlık hizmetlerini de finanse etmektedir¹²⁴.

Daha önce ele aldığımız İngiltere, Almanya ve İsviçre örneklerinden farklı olarak Güney Kore’de sigorta kapsamındaki sağlık hizmetleri daha dar kapsamlı¹²⁵ olup sigortalıların masraflara katılımı daha yüksektir¹²⁶. Katılım payları, %20 ile %60 arasında değişmektedir¹²⁷.

Güney Kore’de sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektör hizmet sunucularının hakimiyeti söz konusudur¹²⁸. Sağlık hizmet sunucusu olarak Devlet’in rolü çok sınırlıdır. Sigortalılar sağlık hizmeti sunucularının seçiminde serbesttir, katı bir sevk zinciri söz konusu değildir, sigortalıların doğrudan uzman doktora görünmeleri mümkündür¹²⁹.

SONUÇ

Dünyada genel sağlık sigortası uygulamalarını tanıtmaya çalıştığımız bu incelemede vardığımız en temel sonuç, sağlık gibi tüm insanları ilgilendiren evrensel bir konuda dünya genelinde yeknesak bir uygulamadan bahsedilemeyeceğidir. Her devlet, ülke nüfusu, sağlık göstergeleri, gayrisafi milli hasıla, yönetim şekli, politik tercihleri doğrultusunda kendi sağlık sistemini şekillendirme yoluna gitmiştir. Bu farklılığa çarpıcı bir örnek oluşturması bakımından ABD ve Küba sağlık sistemlerine bakılabilir. Coğrafi olarak komşu sayılabilecek bu iki ülkeden ABD’de sağlık hizmetleri esas olarak özel sağlık sigortaları tarafından sağlanmakta, çok sınırlı programlar (*Medicare, Medicaid, CHIP*) dışında devlet sağlık yardımlarının finansmanına katılmazken; Küba’da sağlık yardımları tamamen devlet tarafından herhangi bir prim, katılım payı vb. söz konusu olmaksızın ücretsiz olarak sağlanmaktadır.

Liberal ve sosyalist sağlık sistemleri bir kenara bırakıldığında, sosyal devlet uygulamaları arasında da ciddi farklar olduğu söylenebilir. Çalışmada seçilen ülke örnekleri özelinde, bilhassa sağlık hizmetlerinin finansmanı noktasında belirgin farklar göze çarpmaktadır. Kapsama alınan kişiler ve finanse edilen sağlık hizmetlerinde bu denli farklılık bulunmamaktadır. Yöntem farklılığı dışında, kişi bakımından kapsamın “ülkede yerleşik olma”, hizmet

¹²³ Bu hizmetler için bkz. <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa02600m01.do>.

¹²⁴ OECD, 45. Ayrıca bkz. <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa02600m01.do>.

¹²⁵ Sigortalıların cebinden yaptığı harcamaların yüksek olduğu ve bunun ciddi bir sorun oluşturduğu yönünde bkz. Kwon/Lee/Kim, 41.

¹²⁶ Yüksek masraf katılımı konusunda bkz. Kwon/Lee/Kim, 35.

¹²⁷ Katılım payları için bkz. <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa02600m01.do>.

¹²⁸ Kwon/Lee/Kim, 14. Ayrıca bkz. Oral, 58.

¹²⁹ Kwon/Lee/Kim, 29.

bakımından kapsamınsa “koruyucu ve tedavi edici olma” ölçütü üzerinden belirlenmiş olduğu söylenebilir. Bu yönüyle, ülkemizdeki genel sağlık sigortası uygulaması ile paralellikler söz konusudur.

Çalışmada seçilen ülke örnekleri arasındaki yöntem farklılığı, temelde, sağlık hizmetlerinin sigortacılık tekniği ile finanse edilip edilmemesinde kendini gösterir. Bir diğer deyişle, temel finansman kaynağının vergi/prim olup olmadığı noktasında bir ayrışma söz konusudur. Birleşik Krallık’ta vergilerle (Beveridge modeli), Almanya ve İsviçre’de primlerle (Bismarck modeli) finanse edilen bir sistem bulunmaktadır. Alman ve İsviçre modelinde sağlık hizmetleri hastalık sigortası kapsamında finanse edilmekle birlikte prim uygulamaları arasında ciddi farklar söz konusudur. Almanya’da gelire dayalı bir primlendirme söz konusu iken İsviçre’de kantonal düzeyde herkes için (bakmakla yükümlü olunan çocuklar dahil) eşit primlendirme uygulanmakta; Almanya’da dayanışma ilkesi ağır basarken İsviçre’de eşitlik ilkesi baskın gelmekte, bununla birlikte bazı kişi ve grupların primleri Devlet tarafından sübvans edilerek sosyal devlet ilkesine bağlı kalınmaktadır. Birleşik Krallık, Almanya ve İsviçre örneklerinden farklı olarak Güney Kore’de hem vergiler hem primlerle (karma model) finanse edilen bir sistem bulunmaktadır. Ulusal sağlık sigortası sistemi olarak adlandırılan Güney Kore uygulamasında esas finansman kaynağı, ülkede yerleşik olan ve çalışanlardan gelirlerine göre alınan primler olup dar gelirli vatandaşların sağlık hizmetleri vergilerle finanse edilmektedir.

Ülkemizde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin tamamı finanse edilmemektedir. Belli hizmetler kapsam dışı bırakıldığı (örneğin, bazı ülkelerde ortodontik tedavi) gibi finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için katılım payı alınabilmektedir. Hizmet sunumunda alınan katılım payları bakımından da ülkeler arasında farklar bulunmaktadır. Örneğin İngiltere’de hastalardan reçete ücreti alınırken İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda’da alınmaktadır. Yine, reçete ücreti İngiltere’de sabit bir tutar iken (2025 yılı için 9,90 £), Almanya’da %10 oranında en az 5 € en çok 10 € şeklindedir (yapılan masrafı geçmemek kaydıyla). İsviçre ve Güney Kore’deki katılım payları ise bunlardan çok daha fazladır.

İncelenen ülke örnekleri ile ülkemiz arasında önemli bir fark da teşkilat noktasındadır. Özerklik ilkesinin hayata geçirilmesi bağlamında yaklaşım farklılıkları göze çarpmaktadır. Finanse edilecek sağlık hizmetlerinin idari açıdan özerk kurumlarca (İngiltere’de NICE, Almanya’da *Gemeinsamer Bundesausschuss*) bilimsel kriterlere göre belirlendiği, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin ekonomik olmasının yanı sıra etkililiği ve amaca uygunluğunun da gözetildiği sistemlerle karşılaşmakta; bu sistemler sağlık hakkının hayata geçirilmesi bakımından dikkate değer örnekler oluşturmaktadır.

KAYNAKÇA

ANDERSON, Michael/PITCHFORTH, Emma/EDWARDS, Nigel/ALDERWICK, Hugh/McGUIRE, Alistair/MOSSIALOS, Elias: "United Kingdom: Health System Review", Health Systems in Transition, Cilt 24, Sayı 1, 2022, 1-92.

BLÜMEL, Miriam/SPRANGER, Anne/ACHSTETTER, Katharina/MARESSO, Anna/BUSSE, Reinhard: "Germany: Health System Review", Health Systems in Transition, Cilt 22, Sayı 6, 2020, 1-273.

BOSTANCI, Yalçın: "Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası", Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya 2007.

BOSTANCI, Yalçın: "Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası", Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt 16, Sayı 1, 2008, 145-173 (2008).

DAŞTAN, İlker/ÇETİNKAYA, Volkan: "OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması", Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt 5, Sayı 1, 2015, 104-134.

DE PIETRO, Carlo/CAMENZIND, Paul/STURNY, Isabelle/CRIVELLI, Luca/EDWARDS-GARAVOGLIA, Suzanne/SPRANGER, Anne/WITTENBECHER, Friedrich/QUENTIN, Wilm: "Switzerland: Health System Review", Health Systems in Transition, Cilt 14, Sayı 4, 2015, 1-288.

EICHENHOFER, Eberhard: Sozialrecht, 13. neubearbeitete Auflage, Tübingen 2024.

EKE, Erdal/KİŞİ, Merve: "Geçmişten Günümüze İngiltere Sağlık Politikaları: Ulusal Sağlık Sistemi Odaklı Güncel Bir Perspektif", Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, Cilt 11, Sayı 18, 2019, 2687-2707.

GÜZEL, Ali/OKUR, Ali Rıza/CANİKLİOĞLU, Nurşen: Sosyal Güvenlik Hukuku, Yenilenmiş 20. Bası, İstanbul 2024.

JONES, Randall S.: "Health-Care Reform in Korea", OECD Economics Department Working Papers No. 797, 2010, 5-34.

KABAKCI, Mahmut: "Sağlık Uygulama Tebliğinde Sağlık Hakkı", Çalışma ve Toplum, Cilt 3, Sayı 74, 2022, 1769-1796.

KIZILOVA, Arif Türker: "Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası: Gelişimi, Uygulanması ve Sorunları", Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa 2015.

KIESER, Ueli/LENDERS, Miriam: Sozialversicherungsrecht in a Nutshell, 5. Auflage, Zurich/St. Gallen 2021.

KOKEMOOR, Axel: Sozialrecht, 10. Neu bearbeitete und verbesserte Auflage, München 2022.

KURUCA, Mustafa: “Genel Sağlık Sigortası”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2012.

KWOON, Soonman/LEE, Tae-jin/KIM, Chang-yup: “Republic of Korea: Health System Review”, Health Systems in Transition, Cilt 5, Sayı 4, 2015, 1-102.

NA, Sanggon/KWON, Soonman: “Building System For Universal Health Coverage in South Korea”, Health, Nutrition and Population Global Practice, 2015, 9-29.

OECD: OECD Reviews of Public Health: Korea: A Healthier Tomorrow, Paris 2020.

OKUR, Ali Rıza: “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi, Cilt 3, Sayı 12, 2006, 1285-1308.

ORAL, A. İlhan: “Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları”, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir 2001.

ORLU, Candoğan: “İsviçre Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Türkiye İle Karşılaştırılarak Yeni Bir Model Önerisi”, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul 2018.

ORLU, Candoğan/Köse, Ali: “Türkiye ve İsviçre Genel Sağlık Sigortası Sistemlerinin Kıyaslanması ve Türkiye İçin Yeni Bir Model Önerisi”, Finansal Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi, Cilt 10, Sayı 19, 2018, 303-329.

SÖZER, Ali Nazım: Türk Genel Sağlık Sigortası, Güncellenmiş 4. Baskı, İstanbul 2024.

T.C. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI: On Ülke On Sosyal Güvenlik Uygulaması, Yayın No: 122, Ankara 2013.

TUAÇ, Pelin: “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Aile Hekimliği: Hukuki Bir Değerlendirme”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir 2009.

TUNCAY, A. Can/EKMEKÇİ, Ömer/GÜLVER, Ender: Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, Yenilenmiş 22. Bası, İstanbul 2023.

VON KOPPENFELS-SPIES, Katharina: Sozialrecht, Tübingen 2018.

WALTERMANN, Raimund/SCHMIDT, Benjamin/CHANDNA-HOPPE, Katja: Sozialrecht, 15. Auflage, Heidelberg, 2022.

YILDIZ, Ramazan: “Avrupa Birliği Çerçevesinde Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Uygulaması”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2013.

<https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/05/08/31789268-7565-4e0d-8070-c360765593b5.pdf>.

<https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-7206/CBP-7206.pdf>.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de>.

<https://www.gov.uk>.

<https://www.nhis.or.kr>.

www.nhs.uk.

<https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenkassenliste.pdf>.

<https://www.usa.gov/health-insurance>.

SOSYAL GÜVENLİK HAKKI ÇERÇEVESİNDE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Prof. Dr. Kadir Arıcı

Ankara Bilim Üniversitesi Hukuk Fakültesi
İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Öğretim Üyesi

Özet

Genel sağlık sigortası ülkemizde sosyal güvenlik reformu ile uygulamaya konulan bir sigorta dalıdır. Ülkede yaşayan vatandaş ya da yabancı herkesi kapsamına alan genel sağlık sigortası hastalık sigortası ile koruyucu tıbbi hizmetleri de kapsamına alan bir sigorta dalıdır.

Bu çalışmada genel sağlık sigortası ile ilgili temel hükümlere kısaca temas edilerek bu sistemin Anayasa’da bir anayasal sosyal ve ekonomik hak kapsamında düzenlenen sosyal güvenlik hakkı bakımından bir değerlendirilmesi yapılmıştır.

Bütün vatandaşları kapsayan ve hiç kimseyi sosyal güvenlik şemsiyesi dışında bırakmayan bir sistem olarak topluma sunulan genel sağlık sigortası sistemi ; Anayasada devletin temel niteliklerinden birisi olarak sayılan sosyal devlet ilkesi ise bağdaşmayan bir şekilde , neo-liberal sağlık ve sosyal güvenlik politikaları çerçevesinde düzenlenip uygulamaya konulduğunu değerlendirmekteyiz. Genel sağlık sigortası bütün övgülere rağmen getirdiği sosyal güvenlik bakımından sistemi paralı hale getiren özelliği ile sosyal güvenlik hakkı bakımından eksiklikleri olan bir sistemdir.

Genel sağlık sigortasının bütün vatandaşlara eşit ve adil bir sistem sunacağı ileri sürülmesine rağmen milletvekillerinin, yüksek mahkeme üyeleri ve bir kısım yüksek askeri personelin (ordu komutanları, orgeneral ve oramirallerin) kapsam dışına çıkarılmasının gerekçesini anlamak, kabul etmek, izah etmek mümkün değildir. İşsiz aile gençlerinin GSS sistemi kapsamında prim ödemeye zorlandığı bir sistemde uygulamanın adaleti elbette sorgulanmak durumundadır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal güvenlik, Sosyal güvenlik hakkı, hastalık sigortası, sağlık sigortası, genel sağlık sigortası.

WITHIN THE FRAMEWORK OF THE RIGHT TO SOCIAL SECURITY GENERAL HEALTH INSURANCE

General health insurance is a branch of insurance that has been put into practice with the social security reform in our country. General health insurance, which covers everyone living in the country, whether to be citizens or foreigners, is a branch of insurance that covers health insurance and preventive medical services. In this study, the basic provisions related to general health insurance were briefly touched upon and an evaluation of this system has been made in terms of the right to social security in the Constitution. It is understood that this system, which is presented to the society as a system that covers all citizens and does not exclude anyone from the social security umbrella is incompatible with the principle of the social state which is one of the basic characteristics of the Turkish state and has been regulated and put into practice within the framework of liberal health and social security policies. Despite all the praise, general health insurance is a system that has deficiencies in terms of the right to social security with its feature that makes the system four star costly in terms of social security. Although it is claimed that universal health insurance system will provide an equal and fair social security to all citizens, it is not possible to understand, accept and explain the justification for the exclusion of deputies, Members of the Supreme Court and some high military personnel (army commanders, generals and admirals). Of course, the fairness of the practice in a system where young people from unemployed families are forced to pay premiums under the GSS system has to be questioned.

Keywords: Social security, social security right, health insurance, health insurance, general health insurance.

GİRİŞ

Sosyal güvenlik hakkı, Türk hukukunda ekonomik ve sosyal hak niteliğinde anayasal bir insan hakkı olarak kabul edilmiş ve düzenlenmiştir (A.Y. m.60). Bu hakkın hayata geçirilmesi kapsamında bir dizi mevzuat düzenlenmesi yapılmış ve bir sosyal güvenlik sistemi kurulmuştur.

Türk sosyal güvenlik sistemine reform yapılması sürecinde düzenlenen 5510 sayılı Kanun kapsamında hastalık riskine karşı sosyal güvenlik sağlamak maksadı ile “ Genel Sağlık Sigortası “ adı altında yeni bir sistem uygulamaya konulmuştur. Genel Sağlık Sigortası sistemi ülkemizde , bütün hükümleri ile 2012 yılında yürürlüğe girdiğini kabul ettiğimizde, 13 yıldan bu yana uygulanmaktadır.

Genel sağlık sigortası, sosyal güvenlik sistemimizde bir paradigma değişikliği yapmıştır. Bu değişiklik çerçevesinde sağlanan sosyal güvenlik, sosyal

güvenlik hakkı bakımından yeterli ve tatmin edici bir nitelik taşımakta mıdır? 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu döneminde bu alanda mevcut şikayetler ve adaletsizlikler giderilmiş midir? Kurulan Genel Sağlık Sigortası sistemi, sosyal devlete uygun bir sistem olarak nitelendirilebilir mi? Sosyal güvenlik hakkı ile uygulanan yeni GSS sistemi uyumlu mudur?

Genel sağlık sigortasının 13 yıllık uygulamasını sosyal güvenlik hakkı çerçevesinde değerlendirmek bu çalışmanın temel amacıdır¹.

I. SOSYAL GÜVENLİK HAKKI, NİTELİĞİ VE MUHTEVASI

1. Anlamı ve niteliği

Sosyal güvenlik, insanın karşılaşması muhtemel ve/ veya mutlak risklerin sonuçlarına karşı; riskler gerçekleşmeden önce kişiye gelir garantisi sağlanmasının dolayısı ile muhtaçlığa düşme tehlikesine karşı tedbir alınmasının adıdır.

Sosyal güvenliğin temel fonksiyonu, kişileri niteliği itibarı ile mutlak veya / ve muhtemel olan ancak ne zaman gerçekleşeceği bilinmeyen; gerçekleştiği zaman kişide gider artışı, gelir azalması veya gelir kesilmesine yol açacak tehlikelerin ortaya çıkaracağı muhtaçlık riskine karşı gelir emniyeti sağlamaktır.

Sosyal güvenliğin sağladığı emniyet, riskleri önlemek anlamında bir emniyet değildir. Sosyal güvenliğin sağladığı emniyet, risklerin sonuçlarına karşı sağlanan gelir emniyetidir. Gelir-gider dengesizliği sonucu ortaya çıkan muhtaçlık riski, kişilerde bir güvensizlik yaratır. Dolayısı ile sosyal güvenlik, muhtaçlığa düşme tehlikesine karşı sağlanan gelir güvenliği ile sağlanan güvenlik demektir.

Hukuki anlamda her hak, kişiye bu hakkın korunmasını talep etme hakkını da verir. Bu talep hakkı, bu hakkın hayata geçirilmesinin önündeki engelleri kaldırma, hakkın kullanılmasının önleyen engelleri kaldırmayı talep etme yetkisini verir.

Sosyal güvenlik hakkı da sosyal güvenliğin konusu olan risklerin sonuçlarına karşı gelir garantisi sağlanmasını talep etme hakkıdır². Sosyal güvenlik hakkı, muhtaçlığa düşme riskine karşı korunma sağlayan bir haktır. Sosyal güvenlik hakkı, muhtaçlığa düşme riskine karşı korunma hakkıdır. Bu hak kişiye devletçe sosyal güvenliğin sağlanmasını talep etme yetkisi verir.

¹ Benzer bir değerlendirme için bkz.: "AÇIK, Duygu: Türk Genel Sağlık Sigortasındaki Dönüşümün Sosyal Güvenliğin Evrensel Dönüşümüne Uygunluğu Açısından Değerlendirilmesi, Ankara 2024, s.123 vd.

Sosyal güvenlik hakkı devlete, risklerin sonuçlarına karşı bir sistem kurmayı ve kişileri gelir garantisi vermek suretiyle muhtaçlığa düşmekten koruma sağlama görevi verir. Kişilere de bu çerçevede bir talep hakkı verir.

Sosyal güvenlik hakkı, bir insan hakkıdır. Sosyal güvenlik hakkı, niteliği itibarı ile insan hakları sistematüğinde ikinci kuşak insan hakları arasında yer alan bir haktır. İkinci kuşak haklar, devletten bu hakları hayata geçirmek için gereken tedbirleri alma yükümlülüğünü yükleyen haklardır. İkinci kuşak haklar, anayasa bakımından yapılan sınıflandırmada “pozitif statü hakları” olarak nitelendirilir. Pozitif statü hakları, devlete olumlu bir adım atma vazifesi yükler. Devlet, bu hakkı hayata geçirmek için gerekli tedbirleri almak ve teşkilatı kurmakla yükümlüdür³.

2- Sosyal Güvenlik Hakkının Muhtevası

Sosyal güvenlik hakkının muhtevasını, ülkenin iktisadi, sosyal ve siyasi şartları belirler.

Sosyal güvenlik hakkının muhtevası, izlenen sosyal güvenlik politikaları ve benimsenen sistem, bu hakkın akıbetini de belirler.

Sosyal güvenlik hakkını hukuk düzeni belirliyor mu? Mevcut sosyal güvenlik sistemi ülkenin imkanları ile uyumlu mu? Sağlanan haklar ve sağlanan sosyal güvenlik düzeyi ülke ekonomisinin kaldırabileceği bir seviyede midir? Bütün bu soruların cevabı; ülkenin imkanları, siyasi hukuki, sosyal ve ekonomik düzeyine göre belirlenir.

Bir ülkenin belirlediği devlet anlayış ve sistemi de (Sosyal devlet, liberal devlet v.b.) sosyal güvenlik seviyesini belirler. Sistemin kurulması sürecinde benimsenen devlet anlayışları, sosyal güvenlik sağlamada kullanılacak sosyal güvenlik teknikleri tercihini de belirlemektedir.

Sosyal güvenlik hakkının muhtevasına ilişkin Uluslararası Çalışma Teşkilatı'nın 1952 tarih ve 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Standartlarına Dair Milletlerarası Sözleşme belirler. Bu sözleşmede çağdaş bir sosyal güvenlik sistemi dokuz sosyal güvenlik riskine karşı sosyal güvenlik sağlanmasını öngörür. Bu riskler ;

- İş kazası
- Meslek hastalığı
- Hastalık
- Analık
- Yaşlılık

³ BULUT, Nihat: Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar , İstanbul 2009., s. 60 v.d.

- Malullük
- Ölüm
- İşsizlik
- Aile ödenekleri

Bu sözleşmeyi onaylayan ülkeler bu riskleri karşılayan bir sosyal güvenlik sistemini kurmakla yükümlüdür. Sözleşmeyi onaylamayan ülkeler için böyle bir zorunluluk yoktur.

Türk hukukunda sosyal güvenliğin muhtevasına ilişkin bağlayıcı anayasal ve yasal düzenlemeler mevcuttur. Anayasa m.60 düzenlemesi uluslararası standartlarda ikinci kuşak insan hakkı olarak sosyal güvenliği “herkes için” bir hak olarak kabul etmiş; devleti bu hakkı hayata geçirmek için gerekli tedbiri almak ve teşkilatı kurmakla yükümlü kılmıştır. Anayasa , sosyal güvenlik bakımından öncelikle korunması gerekenleri de belirlemiş ve pozitif ayrımcılık yapılacaklarla ilgili kanun koyucuyu yükümlü kılmıştır⁴.

Anayasa devlete yurt dışında çalışan ve yaşayan Türk vatandaşlarının sosyal güvenliğini sağlama yükümlülüğünü de yüklemiştir (A.Y.m.62).

Devlet ILO’nun 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Şartlarına Dair Milletlerarası Sözleşme’sini de onaylamıştır. Anayasa m.90/son hükmü de devletin bu sözleşmenin gereğini yapma yükümlülüğünü güçlendiren bir düzenleme getirmiştir. Sonuçta devlet, çağdaş seviyede bir sosyal güvenlik sistemi kurma yükümlülüğü altına girmiştir.

Sosyal güvenlik hakkı, ülkede yaşayan herkesi muhtaçlığa karşı koruma şemsiyesi altına alma yükümlülüğü yükler. Devlet bütün vatandaşları ve ülkede yaşayan bütün yabancılara sosyal güvenlik sağlamakla yükümlüdür. Sosyal güvenlik hakkı, kişilerin ihtiyaçlarına uygun sosyal güvenlik teknikleri ile sosyal güvenlik sağlanmasını öngörür.

Hali hazırda muhtaç, kimsesiz, korunmaya muhtaç, çalışamaz durumda engelli ve çalışma gücünü kaybetmiş olanlar ile işsizlere sosyal güvenlik sosyal yardım ve sosyal hizmet tekniği ile devletçe finanse edilen bir sistem içinde götürülmektedir. Bu sisteme primsiz sistem de denilir.

Çalışma gücü olan, çalışan ve gelir elde edenler için ise sosyal güvenlik, sosyal sigorta tekniği ile sağlanır. Dolayısı ile devlet, bu kişilere primli sistem içinde sosyal güvenlik sağlayan sosyal sigorta tekniği ile sosyal güvenlik sağlayacaktır. Sosyal sigortanın garantörü de devlet olacaktır.

⁴ KARABULUT, Alpaslan:” Sosyal Güvenlik Hakkı ve 1982 Anayasasına Yansımaları “ İş ve Hayat Dergisi , C.2., Sa.3., 2016., s. 187- 208 .

II. GENEL SAĞLIK SİGORTASINA GELİŞİN KISA HİKAYESİ:

Genel sağlık sigortası sistemini daha iyi değerlendirebilmek için ülkemizde sosyal güvenlik sisteminde hastalık riskine karşı sağlanan sosyal güvenlik alanında genel durumu hatırlamak lazımdır. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu yürürlüğe girmeden önce ülkemizde hastalık riskine karşı sosyal güvenlik sağlanmasında hak sahipliği bakımından durum, özetle, aşağıdakilerden ibarettir.

1. Hastalık Riskine Karşı Sosyal Güvenliğe Sahip Olan Sigortalıların Durumu:

2006 öncesinde halk sosyal güvenliğe; memur ve diğer kamu görevlileri, işçiler, esnaf ve sanatkârlar ve diğer bağımsız çalışanlar, çiftçiler, tarım işçileri olmak üzere çalışma statülerine dayalı olarak ayrı ayrı ve bir süreç içinde sosyal sigorta sistemi içinde kavuşturulmuşlardı. Bu dönemde ülkemizde Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ- Kur olmak üzere üç sosyal sigorta kurumu çatısı altında ve her kurumun kendi mevzuatı ile teşkilatlandırılmış bir sosyal sigorta sistemi içinde sosyal güvenlik sağlanmaktaydı⁵.

Hastalık riskine karşı sağlanan sosyal güvenlik de aynı çeşitlilik içinde gelişme sürecine sahip olmuştur.

A) Emekli Sandığı Kapsamında Sigortalı Olanlar:

2008 öncesi dönemde 1949 tarih ve 5434 sayılı Kanun kapsamında sigortalı (iştirakçi olanlar) hastalık riskine karşı kanunla sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmamışlardı. Bu dönemde bu kapsamda sigortalıların (emekli sandığı iştirakçilerinin) bütün sağlık giderleri çalıştıkları kurum bütçesine konulan ödenekten karşılanmaktaydı. Dolayısı ile bu kitle sosyal sigorta kapsamı dışında devletin finanse ettiği bir sistem içinde hastalık riskine karşı sosyal güvenlik şemsiyesi altındaydılar.

5434 sayılı Kanun kapsamında yaşlılık, malullük ve ölüm aylığı almakta olanlar yine hastalık riskine karşı sosyal güvenlik şemsiyesi altında idiler. Bu kitlenin sağlık giderleri Emekli Sandığı tarafından karşılanmakta ve Emekli Sandığı da bu giderleri Hazine'den alabilmekteydi.

Sonuç olarak 5434 sayılı kapsamında sigortalı ve hak sahiplerinin hastalık riskine karşı sosyal güvenlikleri tamdı. Bu kitle hastalık riskine karşı prim ödemeksizin yani primsiz sistem içinde sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmışlardı.

⁵ Bkz.: Arıcı, Kadir: a. g. e. s. 464 - 467 .

B) Sosyal Sigortalıların (SSK) Durumu:

İş sözleşmesi ile çalışanlar 1945 tarih ve 4772 tarihli İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Sigortası Kanunu ile iş kazaları ve meslek hastalıkları riskine karşı ; 1950 tarih ve 5502 sayılı Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu kapsamında hastalık ve analık riskine karşı sosyal güvenlik altına alınmışlardır.

İş Kanunu, Deniz İş Kanunu ve Basın İş Kanunu kapsamında sigortalı olarak çalışanlar 1964 tarih ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu kapsamında hastalık riskine karşı sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmışlardır.

Bu kanunlar kapsamı dışında kalan ve iş sözleşmesi ile çalışanlar sağlık sigortası kapsamı dışında kalmışlardır.

506 sayılı kanun kapsamında bulunan sigortalılar hastalık halinde teşhis, tedavi, rehabilitasyon gibi bütün sağlık yardımları ve hastalık süresince de geçici iş göremezlik geliri alma hakkına sahiptiler.

506 sayılı Kanun kapsamında sigortalının bakmakla yükümlü olduğu eşleri, çocukları varsa ana- babaları da sigortalının bağımlısı olarak belli şartlarla sağlık yardımlarından faydalanma hakkına sahiptiler.

506 sayılı kanun kapsamında yaşlılık, malullük, ölüm aylığı almakta olanlar ve onların bağımlıları da hastalık riskine karşı sosyal güvenlik şemsiyesi altında idiler.

Bu dönemde SSK, sağlık hizmeti üreterek sağlık hizmeti verme esasını kabul etmişti. SSK'nın kendi ilaç fabrikası ile de ihtiyaç duyulan ilaçları kendisi üretmekte, ihtiyaç olması durumunda da satın almak suretiyle ilaç ihtiyacını karşılamaktaydı.

C) BAĞ-KUR 'luların Durumu:

1971 tarih ve 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Kendi adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu (Bağ- Kur) kapsamında sigortalılar için **hastalık riskine** karşı sosyal güvenlik; 1986 yılında 3235 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar Ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanununa Bazı Maddeler Eklenmesine Dair Kanun çerçevesinde 1479 sayılı Kanuna eklenen m.11- 18. İle götürülmüştür.

Bu kanuni düzenleme ile 1479 sayılı Bağ- Kur Kanunu kapsamında sigortalı olanlar, eşleri, çocuklarına ve ana-babaları, yaşlılık malullük aylığı almakta olanlar ile eşleri, bakmakla yükümlü oldukları çocukları ana-babaları ve ölüm aylığı almakta olanlara sağlık sigortası kapsamında sosyal güvenlik sağlanmıştır.

1986 yılına kadar bu kapsamda sigortalı olanlar ile hak sahibi durumunda bulunanların hastalık riskine karşı sosyal güvenlikleri söz konusu değildi.

Sağlık sigortası sisteminde sağlık hizmetlerinin sağlanmasında hizmet satın alma sistemi benimsenmişti. Bu kanundan faydalanabilmek için sigortalıların en az 8 ay eksiksiz sağlık sigortası primi ödemiş olması ve sağlık ve sosyal sigorta borcu bulunmamış olması şartı koşulmuştu. Sağlık sigortasından faydalanabilmenin ön şartı, kuruma borçlu olmamak olarak benimsenmişti.

Kurumdan aylık almakta olanlar için ise on yıl süre ile sağlık sigortası için bakanlar kurulunca miktarı kesin olarak belirlenmek üzere % 5- 10 prim alınması öngörülmüştü.

Kanunla eklenen ek m.2 ile sağlık sigortasının 3 yıl içinde kademeli olarak bütün ülkeyi kapsayacak şekilde uygulanması öngörülmüştü. Dolayısı ile bu kanun bütün Bağ-Kur'luları kapsayacak biçimde sağlık sigortası ancak 1989 yılında uygulama imkânı bulabilmiştir.

D) Tarım Bağ-Kur' luların ve Tarım İşçilerinin Durumu:

1983 tarih ve 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu kapsamında çalışanlar hastalık riskine karşı sosyal güvenliğe ancak 1989 yılında kavuşturulmuşlardır.

1983 tarih ve 2925 sayılı Tarım İşçileri sosyal Sigortalar Kanunu kapsamında sigortalı olmak isteğe bağlı tutulmuştur. Bu kapsamda sigortalı olanlar da diğer işçiler gibi hastalık riskine karşı sosyal güvenliğe kavuşmuşlardır.

2. Sosyal Yardım ve Sosyal Hizmetler Kapsamında Bulunanların Durumu

1976 tarih ve 2022 sayılı Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun kapsamında aylık bağlanan yaşlı ve engelli Türk vatandaşları hastalık riskine karşı da sosyal güvenlik altına alınmışlardır.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kapsamında koruma altına alınmış olan ve bakımı sağlanan kişiler de hastalık riskine karşı sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmışlardır.

Temel koruyucu sağlık hizmetlerin verilmesine dair 224 sayılı ve 5.1. 1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ile sosyal yardım ve sosyal hizmetler kapsamında bulunanlar da dahil bütün vatandaşlara temel sağlık hizmetinin sağlık ocakları kapsamında verilmesine başlanmıştır.

Muhtaç Türk vatandaşlarına 3 Temmuz 1992 tarih ve 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılansın Hakkında Kanun kapsamında yeşil kart verilmek suretiyle hastalıklarının teşhis ve tedavi giderleri devlet tarafından

karşılanmaktaydı. Dolayısı ile bu vatandaşların da hastalık riskine karşı sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmışlardır⁶.

Sağlık hizmetlerinde politika değişikliğinin ilk adımı sağlık ocakları sisteminden vaz geçilmesi; bunun yerine Aile Hekimliği sistemine geçilmesi olmuştur. 24.11.2004 tarih ve 5258 sayılı Aile hekimliği Yasası ile genel sağlık sigortasında birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları olarak “ aile hekimliği sistemi “ düzenlenmiştir.

Aile hekimliği sistemi temel sağlık hizmetlerinde birinci basamak sağlık hizmeti adı altında devletin finanse ettiği ancak bir kamu hizmeti olarak hizmet satın alma esasına benimseyen bir yeni sisteme geçilmiştir. Aile hekimleri bir kamu hizmeti yapan ancak kamu görevlisi ya da memur niteliği taşımayan serbest hekimleri olarak düşünülmüştür. Kısaca aile hekimleri dört yıl sonra uygulamaya girecek 5510 sayılı Sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası kanunu ile kurulan sistemin ruhunu ve politikasını benimseyen bir sistem olarak düzenlenmiştir. Daha önce memur ve kamu görevlisi nitelikte tıbbi personel ve doktorlar ile yürütülen bu hizmette aile hekimlerinin niteliği tartışmalar hala sürmektedir. Bu tartışmaların kökeninde ülkemizde uygulamaya giren yeni bir sağlık ve sosyal güvenlik anlayışı ve onun yansımaları yer alır.⁷

3. Hastalık Riskine Karşı Sosyal Güvenlik Şemsiyesi Altında Bulunmayanlar

Bu dönemde muhtaç durumda olmayan büyük bir vatandaş kesimi hastalık riskine karşı sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmamıştı. Bu dönemde hastalık riskine karşı sosyal güvenliği bulunmayanlar kesiminde;

- (i) Bağ- Kur kapsamında bulunup da sağlık sigortasından faydalanma şartlarını sağlamamış sigortalılar ve bağımlıları,
- (ii) Tarım Bağ- Kur sigortası kapsamında hastalık sigortasından faydalanma şartlarını sağlayamayanlar,
- (iii) İş sözleşmesi ile kayıt dışı çalışan işçiler,
- (iv) SSK kapsamında bulunup da son bir yıl içinde asgari olarak 90 gün prim ödememiş bulunanlar,
- (v) SSK kapsamında bulunmayan ve iş sözleşmesi ile çalışanlar
- (vi) Yaşlılık yaşına gelmiş olup da yaşlılık, malullük aylığı bağlanmamış olanlar

⁶ Sosyal yardım ve sosyal hizmet alanlara sağlanan yardımlar için bkz: SÖZER, Ali Nazım – KAPLAN, Onur : Türk Sosyal Hukuku , İstanbul 2023 .

⁷ EMİROĞLU, Celal:” Yeni sağlık ve Sosyal Güvenlik Anlayışının Yansımaları “, Mesleki Sağlık ve Sosyal Güvenlik Dergisi , Temmuz-Eylül 1996., s.1-15 .

olmak üzere çok geniş bir kitle kapsam dışında bulunmaktaydılar.

Hastalık veya sağlık sigortasından faydalanma imkânı bulamayan kesimler; bu dönemde hastalık riskine karşı sosyal hizmetten faydalanabilmek için bazı kanun ve ahlak dışı yollarla hastalık halinde, mevcut sigortalılar üzerinden ya da sanal sigortalı olmak yolu ile sağlık yardım alma yoluna gitmekteydiler. Mesela sigortalılar kendileri adına tanıdıklarını muayene ettirmek, ya da kendi adına ilaç yazdırarak sigortası olmayanlara vermek gibi yollara yönelebilmekteydiler.

Özellikle Bağ- Kur kapsamında sigortalı olan bazı kimseler basit rahatsızlıklarda ve pahalı tedaviyi gerektirmeyen hastalıklarda kendileri tedavi masraflarını üstlenirken; çok ciddi ve pahalı tedavi gerektiren durumlarda, kendilerini bir tanıdık işyerinde sigortalı işçi olarak göstermek, yani sanal iş sözleşmeleri ile çalışıyor duruma girmek suretiyle SSK 'nın sağlık yardımlarından faydalanmak yoluna gitmekteydiler. Bu dönemde herkesin malumdur ki ağır ve pahalı tedaviyi gerektiren kalp, karaciğer ve beyin ameliyatları gibi büyük ameliyatların büyük çoğunluğunun SSK üzerinden yapılması gerçeği bu durumu ispat etmekteydi. Özetle söylemek gerekirse bu dönemde sosyal sigortalılar bakımından SSK, Bağ- Kur ve Emekli Sandığı iştirakçileri arasında son derece adaletsiz bir sistem mevcuttu. Geniş bir halk kesimi hastalık riskine karşı sosyal güvenlik şemsiyesi dışında kalmaktaydı.

Hastalık riskine karşı sosyal güvenlik şemsiyesi altında olan sigortalılar ise; vicdan rahatsızlığına dayalı kapsam dışında kalanlara destek vermekte ve bu suretle bu kesimler hastalık riskine karşı bir şekilde sosyal güvenlik altına alınmış olmaktadır. Özetle bu dönemde kendi içinde adaleti olmayan bir sistemin hâkim olduğu söylenebilir.

III. GENEL SAĞLIK SİGORTASI VE MUHTEVASI

2006 yılında gerçekleştirilen sosyal güvenlik reformu kapsamında hastalık sigortası bakımından adaletsiz sisteme de bir çözüm bulma arayışı içinde Genel Sağlık Sigortası sistemi kurulmuştur. Genel sağlık sigortası sistemi yalnızca sosyal güvenlik hakkı ile ilgili bir konu değildir. Genel sağlık sigortası sistemi sağlık hakkını da birebir ilgilendiren bir sistemdir⁸

1. Anlamı

Genel sağlık sigortası, Türk sosyal güvenlik sistemine 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile girmiştir⁹. Türk hukukunda

⁸ ŞAHBAZ, İ.: "Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı ", TBB Dergisi, Sa.86.,2009., s. 405-423.

⁹ Geniş bilgi için bkz.: SÖZER, Ali Nazım: Türk Genel Sağlık Sigortası , İstanbul 2014.; ARICI, Kadir : a. g. e. s. 460-510. ; GÜZEL, Ali-OKUR, Ali Rıza – CANİKLİOĞLU, Nurşen :

daha önce 506 sayılı SSK kapsamında hastalık riskini düzenleyen “Hastalık Sigortası” ve 1479 sayılı Kanun kapsamında “Sağlık Sigortası” adı altında kanuni düzenlemeler vardı.

Hastalık sigortası, hastalık riskine bağlı olarak ortaya çıkan gider artışları ve gelir kesilmesine karşılık bir gelir garantisi sağlayan sigorta dalıydı. Sağlık sigortası ise ülkemizde kendi adına ve hesabına çalışanlar yani m.4/b sigortalıları için düzenlenmiş olan “hastalık sigortası” olmaktan farklı bir düzenleme değildi.

Genel sağlık sigortası ise hastalık riskine dair sosyal güvenlik hakkı ve sağlık hakkını birleştiren bir muhteva içinde düzenlenmiş bir sigorta sistemi getirmiştir. Daha anlaşılır bir ifade ile hastalık sigortası ile sağlık hakkı kapsamında devletin hastalıkların önlenmesi için mücadele yükümlülüğünü birleştiren bir sigorta dalı olarak düzenlenmiştir.

Devlet, genel sağlık sigortası düzenlemesi ile geçmişte hastalık sigortası/sağlık sigortası uygulamasına koruyucu tıbbi hizmetleri de dahil etmiştir. Bir başka ifade ile devlet kendi yükümlülüğü olan koruyucu sağlık hizmetlerini finanse etme ve sağlama yükümlülüğünü, genel sağlık sigortası sigorta sistemine dahil etmiştir. Açıkça devlet, koruyucu tıbbi hizmetlere ilişkin yükümlülüğünü sigortalıların sırtına yüklemiştir.

2. Şahıs Bakımından Kapsamı

A) Genel Olarak

Genel sağlık sigortasının şahıs bakımından kapsamı belirlenirken “herkes” olarak belirlenmiştir. Herkes kapsamına Türk vatandaşları ile kendi ülkelerinde sigortalı olduklarını belirlediklerinde ve/veya kısa bir süre için Türkiye’de kalanlar hariç Türkiye’de ikamet eden bütün yabancılar kapsama alınmışlardır.

5510 sayılı kanunda şahıs bakımından kapsam ile ilgili olarak iki kapsam maddesi bulunmaktadır. Bunlardan birisi genel sağlık sigortası kapsamında bulunanlar (m.60) diğeri ise iş kazaları ve meslek hastalıkları, yaşlılık, malullük ve ölüm sigortası vb. genel sağlık sigortası dışındakiler bakımından kapsam (m.4) maddesidir.

Genel sağlık sigortası kapsamını düzenleyen m.60 hükmü incelendiğinde şahıs bakımından kapsamın aşağıdaki şekilde belirlendiği görülür:

- Sosyal sigortalılar (m.4/a-b-c kapsamında sigortalılar)
- İsteğe bağlı sigortalılar,
- 18 yaşını doldurmamış çocuklar,

- Muhtaç sayılanlar (geliri ailede kişi başına 1/3 asgari ücret miktarını geçmeyenler)
 - Uluslararası koruma başvurusu veya statüsü sahibi ve vatansız olarak tanınan kişiler,
 - 3) 1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
 - 4) 24/2/1968 tarihli ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler,
 - 5) 28/5/1986 tarihli ve 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
 - 6) 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
 - 7) 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler ile ana ve babası olmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar,
 - 8) Harp malullüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,
 - 9) 18/3/1924 tarihli ve 442 sayılı Köy Kanununun (...) ek 16 ncı maddesine göre aylık alan kişiler, ⁽¹⁾
 - 10) 11/10/1983 tarihli ve 2913 sayılı Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu Kazanmış Sporculara ve Bunların Ailelerine Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
 - d) Mütakabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,
 - e) 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği, Esnaf Ahilik Sandığı ödeneğinin ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler,
 - f) Bu Kanun veya bu Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alan kişiler,
 - g) Yukarıdaki bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar,
- genel sağlık sigortalısı sayılır.”

B) Şahıs Bakımından Kapsam Dışında Kalanlar:

GSS sistemi kurulurken bütün vatandaşlar ile ikamet izni bulunan ve kendi ülkesinde sağlık sigortası bulunmayan bütün yabancıları kapsama alınmış iken 2011 yılında yayınlanan bir kararname ile milletvekilleri ve Anayasa Mahkemesi üyeleri GSS kapsamı dışına çıkarılmışlardır. Daha sonra bu KHK hükümleri 26.10. 02011 tarih ve 3671 sayılı TBMM üyelerinin Ödenek Yolluk ve Emekliliklerine Dair Kanun da değişiklik yapılarak kanunlaştırılmıştır. Paralel bir düzenleme de Anayasa Mahkemesi üyeleri ile ilgili olarak 30.03.2011 tarih ve 6216 sayılı Kanunla gerçekleştirilmiş ve Anayasa Mahkemesi üyeleri de kapsam dışında bırakılmıştır. Ayrıca;

- (i) 696 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (RG 24 Aralık 2017 tarih ve 30280 Sayı) ile 6/1/1982 tarihli ve 2575 sayılı Danıştay Kanununun 64 üncü maddesine aşağıdaki fıkra eklenerek “Danıştay Başkanı, Danıştay Başsavcısı, Başkanvekilleri, daire başkanları ve üyeleri ile bunların emeklileri ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin sağlık giderleri, Türkiye Büyük Millet Meclisi üyelerinin tabi oldukları hükümler ve esaslar çerçevesinde Danıştay bütçesinden ödenir.”(m.32) düzenlemesi ile Danıştay üyeleri ,
- (ii) 4/2/1983 tarihli ve 2797 sayılı Yargıtay Kanununun 64 üncü maddesine aşağıdaki fıkra eklenerek “Yargıtay Birinci Başkanı, başkanvekilleri, daire başkanları ve üyeleri ile Yargıtay Cumhuriyet Başsavcısı ve Yargıtay Cumhuriyet Başsavcı vekili ile bunların emeklileri ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin sağlık giderleri, Türkiye Büyük Millet Meclisi üyelerinin tabi oldukları hükümler ve esaslar çerçevesinde Yargıtay bütçesinden ödenir.”(m.42) düzenlemesi ile Yargıtay üyeleri ,
- (iii) Silahlı kuvvetler ile ilgili mevzuatta yapılan düzenleme ile orgeneral, oramiral. ve ordu komutanları ,

Genel sağlık sigortası kapsamından çıkarılmışlardır.

2006 sosyal güvenlik reformunun amaçları ile çelişen bu düzenlemelerin gerekçeleri ve Anayasaya aykırı olduğu gerçeği kamuoyunda yeterince değerlendirilmedi.

Bütün memurlar 2008 öncesinde sağlık harcamaları devlet tarafından finanse edilmekteydi. Sosyal güvenlik reformu ile bütün vatandaşları kapsayan, eşit ve adil bir sistem kurduklarını ileri süren ve reklamını yapanlar niçin ve hangi gerekçe ile bazı Türk vatandaşlarını GSS kapsamı dışına çıkarmışlardır?

Sosyal güvenlik hakkı, vatandaşlara eşit ve adil hizmet sunulmasını gerektiren bir hak iken bir kısım vatandaşlar hangi gerekçe ile diğer vatandaşlardan daha da eşit hale getirilmektedir?¹⁰.

Bu sorulara cevap verilmeden sosyal güvenlik hakkı ile adil bir genel sağlık sigortası sisteminin kurulup kurulmadığı ve kapsam dışına çıkarmanın hukukla bağdaşıp bağdaşmayacağı sorusunun cevabı verilemeyecektir.

3. Konu Bakımından Kapsam:

Genel sağlık sigortasının sağladığı sosyal güvenlik bakımından kapsamına gelince bu noktada dar anlamda hastalık sigortası ile karşılanan sosyal güvenlik yanında koruyucu sağlık hizmetler de kapsama alınmış bulunmaktadır. Sağlanan hizmetler özelde “Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri” dir.(m.64/a)

GSS sinin konu bakımından kapsamı dışında kalan sağlık hizmetleri kanunla belirlenmiştir. Buna göre;

- Estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri.
- Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamaları ve Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri
- Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri.
- Yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları

kapsam dışında bırakılmıştır(m.64) .

Bilindiği gibi sunulan hizmetler koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile geçici iş göremezlik geliri ödemelerinden ibarettir. Estetik nitelikli hizmetler kapsam dışında bulunmaktadır.

Kanun koyucu bazı durumlarda tedavi masraflarının tamamının SGK tarafından ödenmesi ve hizmet sunucularının katkı payı alamayacaklarını öngörmektedir. Bu anlamda ;

- İş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri.

¹⁰ ARICI, Kadir: “Sosyal Güvenlikte Eşitlik “, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C. 23., Sa.1, 2019, s. 3-23.

- 75 inci maddede yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri.
- Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.
- Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz 68 inci maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sağlık hizmetleri ile organ, doku ve kök hücre; nakli.
- 94 üncü maddede tanımlanan kontrol muayeneleri,
- 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (4) numaralı alt bendinde belirtilen kişiler ile bunların eşleri, (6) ve (8) numaralı alt bentlerinde sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler, (5) ve (7) numaralı alt bentlerinde sayılanlar, vazife malulleri ile 4 üncü maddenin dördüncü fıkrasının (d), (e) ve (f) bentlerinde sayılanlar.^[116]
- 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar sağlanacak sağlık hizmetleri.
- 60 ıncı maddenin onikinci, onüçüncü ve ondördüncü fıkraları kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar.
- Bu madde gereğince katılım payı alınmayacak sağlık hizmetlerini tek tek veya gruplandırarak tespiti Kurum yetkilidir (m. 69).”

Özetle şahıs ve muhteva bakımından kapsam kanunla ayrıntılı bir şekilde belirlenmiş bulunmaktadır.

C) SOSYAL GÜVENLİK HAKKI İLE GSS SİSTEMİNİN UYUMLULUĞU MESELESİ

Sosyal güvenlik hakkı bakımından GSS sisteminin uyumluluğu meselesi tartışılırken Anayasada yalnızca sosyal güvenlik hakkı ile sınırlı bir değerlendirme isabetli olmaz. Bu değerlendirme yapılırken anayasada yer alan sağlık hakkı, çalışma hakkı ve devletin sosyal devlet olma niteliği birlikte değerlendirilmek gerekir. Genel sağlık sigortası sisteminin şahıs ve muhteva bakımından kapsamı dikkate alındığında bu tespitimizin isabeti anlaşılabacaktır.

1. Sosyal Devlet Anlayışı ile Bağdaşır Olup Olmaması:

Sosyal güvenlik hakkı, hastalık riskinin sonuçlarına karşı da sosyal güvenlik sağlanmasını öngörür. Kurulan sistemin sosyal devlet anlayışı ile uyumlu olup olmadığı sorusu üzerinde durulması gereken bir husustur.

Genel sağlık sigortası ile bütün vatandaşların kapsama alınmış olması önemlidir. Yine koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sağlanmış olması da bir artı olarak değerlendirilebilir. 5510 sayılı düzenleme devletin sağlık hakkı kapsamından ki görevlerinden birisi olan koruyucu tıbbi hizmetleri de GSS kapsamına almıştır. Bu yönü itibarı ile sosyal güvenlik hakkı bakımından GSS nin sosyal devlet anlayışına uygun olduğu söylenebilir.

Düzenleme incelendiği zaman GSS sisteminin;

- (i) Sağlık hizmeti üretmek yerine hizmet satın almanın tercih edilmesi ,
- (ii) Sağlık hizmeti sunucularına sunduğu hizmetlerin karşılığı olarak SGK nın belirlediği fiyatların çok üzerinde (% 200 fazlasını) alabilme hakkının tanınmış olması,
- (iii) Sosyal yardım ve sosyal hizmet alan vatandaşların GSS kapsamında olmasının korunması,

sosyal devlet ile uyumluluğu bakımından sorgulanması gereken hususlardır.

Refah devleti haline gelmemiş bir toplumda; refah devleti sürecini tamamlamış; refah devleti sonrası konumuna gelmiş devletlerin hazırlayarak uygulamaya koyduğu neo-liberal sosyal güvenlik politikalarının ülkemizde uygulamaya konulması ne kadar doğrudur? Henüz sosyal devlet niteliğine ulaşamamış bir ülkede, bu değişiklik üzerinde durulmalıdır. Genel sağlık sigortası ile uygulamaya konulan sistem ve politika, sosyal devlet ve refah devleti süreçlerini tamamlamış toplumlar için hazırlanmış politikadır.

Sonuç olarak bu politika, sosyal devlet niteliğine aykırı olan bir politikadır. Bu politika çerçevesinde uygulanacak Genel Sağlık Sigortası sağlık sektörünü bir ticari kazanç alanı haline getirecek, sağlık hizmeti paralı hale gelecektir. Sosyal devlet anlayışını benimsemiş bir anayasa düzeninde GSS sisteminin neoliberal sosyal güvenlik politikalarını uygulamak bir çelişkidir. Bu sistem sosyal güvenlik sistemini de kısa bir zamanda finansal bakımdan da sürdürülemez hale getirecektir.

Kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşması bakımından da birtakım riskler doğuracaktır. Gelir durumu zayıf olan vatandaşlar, sağlık hizmetlerine ulaşmakta mali engellerle karşı karşıya kalacaklardır. Bu durumda sosyal devlet olmaktan doğan yükümlülükler ifa edilmemiş olacaktır.

2. GSS de Bir Grup Vatandaşın Kapsam Dışına Çıkarılması

Genel Sağlık Sigortası kamuoyuna sunulurken; sistemin bütün vatandaşları kapsayacağı, hiç kimseye imtiyaz sağlamayan eşitlikçi ve adil bir sistemin kurulacağı kamuoyuna sunulmuştu. Daha önce memur ve kamu görevlileri hastalık riskine karşı primsiz sistem içinde yani devletçe finanse edilirken

işçiler, bağımsız çalışanlar, çiftçiler gibi diğer vatandaşları da kapsayan adil bir sistemin kurulacağı vaat edilmişti.

GSS ile bu tarih itibarı ile bütün vatandaşların kapsama alan bir sistem uygulamaya girecekti. GSS bütün vatandaşları kapsamına alacak şekilde 2012 yılında uygulamaya girdi.

Ancak ne olduğunu kimsenin anlamadığı bir gelişme 2011 yılında yani GSS nin uygulamaya girmesinden bir yıl önce bir KHK ile milletvekilleri ve Anayasa Mahkemesi üyeleri GSS kapsamı dışına çıkarıldı. KHK çerçevesinde her iki kitlenin kanunlarında da gerekli kanunlaştırma yapıldı.

Diğer yüksek mahkeme üyelerinin “Niye bize de yok ? “ serzenişleri kanun koyucuyu etkilemiş olmalı ki 2017 yılında diğer yüksek mahkeme üyeleri (Yargıtay, Sayıştay ,Danıştay, Hakimler Savcılar Kurulu üyeleri) de kapsam dışına çıkaran bir kanuni düzenlemeler gerçekleştirildi. “Biz niçin kapsam dışında bırakılıyoruz “ demesinler diye silahlı kuvvetlerde üst düzey komutanlar (orgeneral, oramiral ve ordu komutanları) da kapsam dışına çıkarıldı.

Bu düzenlemeler ile kanun koyucu kendi iddialarını kendisi yıkmış oldu. GSS sistemi kapsayıcı adil ve eşit bir sistem olmaktan çıkarıldı. Bu düzenlemeyi kanun koyucu hiçbir zaman niçin yaptığını da açıklama gereğini duymadı. Biz de bazı vatandaşların kapsam dışına çıkarılmasının gerekçesini elbette merak etmekteyiz. Anayasa m.10 çerçevesinde bu kapsam dışına çıkarılma nasıl izah edilecektir? Anayasa yargısına milletvekillerini götürme imkânı elbette yoktur. Anayasa değişikliği ile bu yol kapatılmıştır. Diğerleri için bu düzenlemeyi Anayasaya aykırılık iddiasını kim yapacak ve bu iddiayı Anayasa Mahkemesi kendi bindiği dalı kesmek anlamında nasıl yargılayacaktır?

Güya bütün vatandaşlar ve ülkede yaşayan herkes GSS kapsamında sosyal güvenliğe kavuşturulacaktı. Hani herkese A.Y. 10 kapsamında eşit hizmet sunulacaktı. Daha iyi hizmet almak isteyenler ise bunun bedelini ödeyeceklerdi. Bu kapsam dışına çıkarılma uygulaması ile iddia ve vaatler, verilen sözler, bir masal olmuştur.

GSS ile ilgili hafızalarda bitmeyen bir soru ortada durmakta: ana-babası ile yaşamak durumunda kalan işsiz gençler dahi kapsam içinde iken devletten en yüksek aylık alan milletvekilleri, yüksek mahkeme üyeleri, en üst düzey komutanlar niçin kapsam dışına çıkarıldı ? .Bu düzenleme Anayasa m.10 a bütünüyle aykırı bir düzenlemedir. Bu kitlelere pozitif ayrımcılık yapılmasını haklı kılan hiçbir gerekçe , insan haklarına dayalı demokratik sosyal bir hukuk devleti sisteminde gösterilemez.

3-Katılım Payı Alınması Meselesi: Standart Fiyatlandırmada Artışların Sebepleri:

Genel sağlık sigortası sisteminin tartışmayı hak eden en önemli özelliği hizmet satın alma ve bu süreçte hizmet verenlere hizmet alanlardan katılım payı alma hakkının tanınmış olmasıdır.

Hemen ifade edelim ki bu katılım payı alma sağlığı bir meta, bir ticari alan haline getirmeye götüren bir anlayışın ürünü olmuştur. Genel sağlık sigortasında hizmet satın alma esasının benimsenmesi bu alanı iktisadi kazanç bakımından büyük bir ekonomi haline getirmiştir.

Hastalık riskine karşı sosyal güvenlik şemsiyesi altına giren kimseler niçin ayrıca öğretim üyesi ya da hizmet niteliği temelinde bir fark ödemek zorunda bırakılmaktadır? Katılım payı uygulaması elbette bu alandaki tartışmaların temel konusu olmuştur.¹¹

Hizmet satın alma sisteminin kabul edildiği bir sistemde SGK tedavide hizmet satın alma fiyatlarını belirlemekte ve sağlık hizmeti sunucuları ile bu çerçevede hizmet sunum anlaşması yapmaktadır.

Kanun koyucu başlangıçta hizmet sunucuları için otelcilik v.s. ekstra lüks masraflar için alabilecekleri katkı payı olarak SGK nun belirlediği fiyatın azami %70 fazlası olarak belirlenmişti. Ancak bu miktar önce %90 a daha sonra da % 200 e yükseltilmiştir.

Sorgulanması ve cevabının yetkililerce verilmesi gereken soru şudur? Ne oldu da bu artış yapıldı? Yapılan artışta sağlık hizmet sunucuları lobisinin etkisi var mı; bu artışta sağlık hizmet sunucuları lobisinin payı nedir? Bu artışlarla sağlık hizmeti paralı hale geldiği söylenebilir mi? Bu gelişme sosyal devlete yakışıyor mu? Sosyal devlet anlayışı ile ne ölçüde bağdaşmaktadır?

Ekonomik ve sosyal hak olarak sağlık ve sosyal güvenlik haklarını kabul etmiş sosyal devlet olma nitelikli bir devlet idaresinde genel sağlık sistemi ile uygulamaya giren bir sistemin elbette anayasal haklar temelinde sorgulanması şarttır¹². Süslenerek uygulamaya giren bu hakkın ne sosyal devlet anlayışı ile ne de sosyal güvenlik ve sağlık hakkı ile uyushuğunu iddia etmek mümkün değildir.

¹¹ OCAK, Saim: Genel sağlık sigortasında Sağlık hizmetlerinden Katılım Payı Uygulaması “, Sicil Dergisi, Aralık 2009, s. 181- 201 .

¹² ATAAY,İ. :” Sağlık Reformu ve Yurttaşlık hakları “,Amme İdaresi Dergisi ,C. 41., Sa.3., s. 169- 184 .

3. İşsiz Aile Fertlerinden Prim Alınması:

Neo-liberal sosyal güvenlik anlayışı devletin sosyal güvenlikte yeni yük almaması; mevcut yüklerle, yeniden gelecek yüklerin mahalli idarelere ve aileye yüklenmesini öngörür.

GSS sistemi ile muhtaçlık kontrolü sistemi de kuruldu. Bu sistemde muhtaçlık ölçüsü aile bütünlüğü içinde yaşayan her bir fert olarak belirlendi. Aile içinde yaşayan kişi başına düşen gelir miktarı kişilerin muhtaçlık kriteri olarak alındı. Bu çerçevede kişi başına düşen gelir asgari ücretin 1/3'ünden az ise o kişiler ve o aile muhtaç kabul edildi. Aksi takdirde o aile muhtaç sayılmadı. Aile içinde liseyi bitirmiş ya da üniversiteyi bitirmiş olup da iki yıl içinde – sigortalı olarak olmayan yani iş bulup çalışmaya başlayamayan kişiye GSS primi tahakkuk edilmektedir.

Gelir kontrolüne girmeyen, girip de ailede kişi bakımından gelir miktarı muhtaçlık kriterini sağlamayan aile fertleri GSS kapsamında GSS primi ödemek zorunda olacaklardı. Bu kitle kendi isteği ile başvurduğunda asgari ücretin % 3 ü oranında GSS primi ödeyecek; hiç adım atmayan kimseler içinse resen bu miktar prim tahakkuk ettirilecektir.

Soru şu: Evde işsiz yatan ve ev halkının biyolojik çocuğu olmaktan öte hiçbir bağı olmayan bu gençlerin primini kim ödeyecektir? Evin diğer mensupları bu primi niçin ve hangi gerekçe ile ödemek durumunda bırakılmaktadır?

Bu husus sosyal güvenlik hakkı ile anayasa da yer alan çalışma hakkı ve sağlık hakkı ile nasıl ilişkilendirilir? Yoksa burada uygulamaya konular politika neo-liberal sosyal güvenlik politikaları mıdır? Yük aileye mi yüklenmiş olmakta değil midir? İşsiz yetişkin gençlerin yükü niçin aileye yüklenmektedir? İşsizlik yardım hakkını hayata geçirmeyen devlet bu düzenleme ile işsiz gençlerin GSS yükünü aileye yüklemiş olmakta ve bu anlamda adaletsizliğin tipik bir örneğini vermiş olmaktadır.

Bu soruların cevabını sosyal devlet içinde iktidar olanlardan beklemek elbette hakkımızdır.

4. Teşkilatlanmanın Yeterliliği :

Genel sağlık sigortası teşkilatlanması SGK altında bir genel müdürlük olarak gerçekleştirilmiştir. Bir genel müdürlüğün bu sorumluluğun altından kalkması nasıl beklenecektir?

Bir genel müdürlüğün bütün ülkeyi ve ülkede yaşayan herkesi kapsamına alan, binlerce sağlık hizmet sunucusu ile hizmet satın alma sözleşmesi ile hizmet alan bir sistemi yönetme, denetleme, aksamadan hizmet sunması mümkün müdür? Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü teşkilatlanmasının bu yükün altından kalkması bizce mümkün değildir.

Genel Sağlık Sigortası mutlaka başkanlık statüsünde yeniden teşkilatlanmalıdır. Aksi takdirde mevcut teşkilatlanma sistemi ile hizmet sunucularının uygulamalarını sağlıklı olarak denetlemek mümkün değildir. Bu alanda haksız kazanç sağlayanlar ile hizmet alanların haksız ödemelerle karşılaşması engellenemez. Teşkilatlanma ve denetim güçlendirilmez ise hizmet sunucuları hem devlet hem de vatandaş için haksız ödemelerle büyük faturalar ödetme durumuna gelebilecektir.

5. SGK'nın İdari ve Mali Özerkliğinin Sınırlandırılması:

Genel sağlık sigortası sisteminin sağlıklı işleyebilmesi için üzerinde durulması gereken bir başka husus ise SGK'nın idari ve mali özerkliğinin sağlanmasıdır. SGK idari ve mali bağımsızlık sağlanmadığı sürece genel sağlık sigortasında da sağlıklı uygulamanın olamayacağı bilinmelidir.

Genel sağlık sigortası hem kişi bakımından hem de muhteva bakımından kapsamı dikkate alındığında bu büyüklükte bir teşkilatın bir genel müdürlük çatısı altında yönetilmesi mümkün değildir. Genel sağlık sigortasının yönetimini zorlaştıran mesele sağlık hizmeti satın alma tercihinin yapılmış olmasıdır. Sağlık hizmeti satın alma uygulamasının sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için çok ciddi bir denetim mekanizmasının kurulması ve bu mekanizmanın siyasi müdahalelere karşı korunması şarttır.

Özellikle ülkemizde özel hastane işletmeciliğinin en karlı yatırım alanı haline geldiği düşünüldüğünde; büyük finansal güç sahipleri ile ilişkilerin sağlıklı bir şekilde kurulması ve yürütülmesi bakımından güçlü bir GSS teşkilat yapısına ve idari ve mali bakımdan özerk bir sisteme haiz olması önemlidir.

Genel sağlık sigortası teşkilatının idare ve mali bakımdan özerk ve mümkünse Başkanlık düzeyinde bir teşkilat şemsiyesi altında işlemesi sağlanmalıdır. Gerçek anlamda bir idari ve mali özerklik teşkilatın kararlarına siyasi müdahaleleri önleyecektir.

6. Tek (Monopol) Alıcı Olmanın Sakıncaları:

Genel sağlık sigortası sistemi ile uygulamaya konulan hastane işletmeciliği, hizmet alım sistemi birlikte değerlendirildiğinde SGK sağlık hizmeti alımı bakımından en büyük alıcı, hatta tek alıcı durumundadır.

Tek alıcı durumundaki SGK'nun karşısına hizmet sunucu olarak yüzlerce sağlık hizmet sunucusu (bilinen adı altında özel sağlık kuruluşları) vardır. Bunda ne sakınca vardır denilebilir.

O halde aşağıdaki soruların cevabını da ilgililerin vermesi şarttır:

- Sağlık hizmet sunucuları SGK karşısında oligapol bir piyasa oluşturmalarının önünde hangi engel vardır?

- İlaç üreticileri aynı şekilde bir oligapol teşkil ederlerse bunu kim önleyebilir?
- Şehir hastaneleri ve özel hastaneler yabancı şirketlerin eline geçerse ülke ekonomisi ne ile karşı karşıya kalır?

Genel sağlık sigortası uygulaması elbette sağlıkta hizmet üretiminin bütünüyle özel sektöre devredilmesinin artıları ve eksilerinin sağlıklı değerlendirilmesini de gerekli kılmaktadır. Son 15 yıllık uygulama bu noktada sağlıklı olarak incelemek, değerlendirmek ve bu konudaki politika tercihini yeni baştan sorgulamak şarttır.

Genel sağlık sigortasında sistemin sürdürülebilir olması için mutlaka sistemin adaleti, finansal sürdürülebilirliği ve sigortalıların özel sağlık hizmet sunucuları tarafından istismar edilmesini önleyici tedbirler alınmalıdır.

SONUÇ

Genel sağlık sigortası sistemi ülkemizde 2012 yılından itibaren bütün vatandaşları kapsayacak biçimde uygulamaya konulmuştur. Bu sistemin bazı özellikleri vardır. Sistem; bütün vatandaşları kapsamı, gençlerin ve muhtaçların prim şartı aranmaksızın kapsama alması, acil durumlarda ve bazı hastalıklarda sağlık hizmetlerinden karşılık alınmaması bakımından artılar getiren bir sistemdir.

Sistem hizmet üretme yerine hizmet satın alma tercihinde bulunması, koruyucu sağlık hizmetleri hizmetlerini genel sağlık sigortası kapsamına alması, sağlık hizmetini ciddi anlamda paralı hale getirmiş olması yönleri ile eksileri bulunan bir sistem niteliğindedir.

GSS ile ülkemize neo-liberal sosyal güvenlik politikaları taşınmış olmaktadır. Sağlık hakkı bakımından da hastane işletmeciliğine teşvik ve destek verilmesi ve hizmet alınması sistemi birlikte değerlendirildiğinde aynı tespiti yapmak mümkündür.

Sonuçta sosyal devlete liberal devlet için üretilmiş sosyal güvenlik ve sağlık politikalarının uygulanmasının muhtemel sonuçları üzerinde yeterince durulmadığını düşünüyoruz.

GSS de mevcut teşkilatlanma, özerkliği tartışmalı hale getirilen SGK sistemi içinde sağlıklı bir uygulamanın nasıl başarılacağı da sorgulanması gereken bir husustur. Genel sağlık sigortası ayrı bir başkanlık şemsiyesi altında özerk bir kurum olarak yeniden teşkilatlandırılmalıdır.

Son bir husus ise sistem bütün vatandaşları kapsar hale getirildikten sonra bazı vatandaşların sistem dışına taşınması, kapsam dışına çıkarılması, hiçbir akılla izah edilemeyecek bir yanıltır. Bir taraftan evde işsiz bekleyen gençlerin GSS primlerini ailelerine ödeten bir sistem diğer taraftan en üst

düzeyden aylık alan vatandaşları kapsam dışına çıkarması. Bu bir akıl tutulması hadisesidir.

Sonuç olarak genel sağlık sigortası sistemimiz düzenleme, uygulama ve uygulamaya yapılan adalet duygularını sarsan kanuni düzenlemeleri ile sosyal güvenlik hakkı ile uyumlu değildir. Bu sistem sosyal devlet ilkesi ile de bağdaşmamaktadır.

FAYDALANILAN KAYNAKLAR:

AÇIK, Duygu: Türk Genel Sağlık sigortasındaki Dönüşümün Sosyal Güvenliğin Evrensel Dönüşümüne Uygunluğu Açısından Değerlendirilmesi, Ankara 2024.

AKAD, Mehmet: Teori ve Uygulamada Sosyal Güvenlik Hakkı, İstanbul 1992.

ARICI, Kadir: “Sosyal Güvenlikte Eşitlik “, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C. 23., Sa.1, 2019 s, 3-23.

ARICI, Kadir: Türk Sosyal Güvenlik Hukuku, Ankara 2022.

ATAAY, İ.:” Sağlık Reformu ve Yurttaşlık hakları “, Amme İdaresi Dergisi ,C. 41., Sa.3., s. 169- 184 .

BULUT, Nihat: Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar , İstanbul 2009.

ÇETİN, Emrah: Ulusal ve Uluslararası Hukuk Boyutuyla Sosyal Güvenlik Hakkı ve Etkinleştirilmesi, Ankara 2020

EMİROĞLU, Celal:” Yeni sağlık ve Sosyal Güvenlik Anlayışının Yansımaları “, Mesleki Sağlık ve Sosyal Güvenlik Dergisi, Temmuz-Eylül 1996., s.1-15.

GÜZEL, Ali-OKUR, Ali Rıza – CANIKLIOĞLU, Nurşen: Sosyal Güvenlik Hukuku, İstanbul 2021.

KARABULUT, Alpaslan:” Sosyal Güvenlik Hakkı ve 1982 Anayasasına Yansımaları “İş ve Hayat Dergisi, C.2., Sa.3., 2016., s. 187- 208 .

OCAK, Saim: Genel sağlık sigortasında Sağlık hizmetlerinden Katılım Payı Uygulaması “, Sicil Dergisi, Aralık 2009, s. 181- 201.

SÖZER, Ali Nazım: Türk Genel Sağlık Sigortası, İstanbul 2014.

SÖZER, Ali Nazım – KAPLAN, Onur: Türk Sosyal Hukuku, İstanbul 2023

ŞAHBAZ, İ.: “Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı “, TBB Dergisi , Sa.86.,2009., s. 405-423.

SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMDE SORUNLAR

Namık Tan

Av. Cafer Tufan Yazıcıoğlu

Türkiye Emekliler Derneği

I. Durum Tespiti (Yazıcıoğlu)

Sağlık Hizmetlerinin temel amacı kişi ve toplum sağlığını geliştirmek ve devamlılığını sağlamaktır. Sosyal kültürel ya da ekonomik nedenlerden dolayı ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişemeyenler gittikçe artmaktadır. Dezavantajlı grupların temel sağlık ihtiyaçlarını karşılama da önemli bir engel olan ekonomik ve finansman problemleri devam etmektedir. Yaşlılar için bir bakım modeli geliştirilememiştir. Karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyi azaltılmalıdır.

Genel sağlık sigortası uygulaması sağlık hizmetlerine erişim bakımından kişilerin ekonomik durumları arasındaki farklılıkları tam olarak ortadan kaldıramamıştır. Gelir düzeyi azaldıkça karşılanmayan sağlık ihtiyacı düzeyi artmaktadır. Uygulama yaşlı sağlığı ve bakımı ile ilgili ihtiyaçlara cevap vermemektedir. Kişiselleştirilmiş destek yoktur.

Sağlık hizmetlerine erişimde şu sorunlar tespit edilmiştir.:

1-Sağlıkta İş Gücü Eksiklikleri;

Bir hekimin baktığı günlük hasta sayısı, randevuların geç verilmesi istenilen tetkikler için uzun süre verilmesi sağlıkta iş gücü eksikliklerindendir. Asgari personel eşiklerine ulaşamamaktadır.

2- Yaşlanan Nüfusun Sağlığı:

Yaşam beklentisinin artmaya devam etmesi ve 65 yaş üstü nüfusun payının istikrarlı bir şekilde artması ile sağlık ve uzun süreli bakım sistemleri yetersiz kalmıştır. Sağlıkta uzun ömür teşvik etmek için yapılan bir şey yoktur. Aktif yaşlanma politikaları geliştirilmeli ve geriatri bölümleri çoğaltılmalıdır.

3-Dijital Okur-Yazarlığın Olmaması:

Randevu alma, e-devletten sonuçları takip için dijital okur yazarlık şarttır.

4-Koruyucu Sağlık Alanında Yapılanlar Yetersizdir:

Aşılama, her yaşta ruh sağlığını destekleme ve bireyleri kendi sağlıklarını yönetmeleri için güçlendirme gibi yollarla hastalık önlemeye öncelik verilmemektedir. Artan maliyeti önlemenin yolu koruyucu sağlıkta halk sağlığı için ortaya çıkan tehditlerle mücadeledir. Aile hekimliği yetersiz kalmıştır.

5-Sağlıkta Alınan Katkı Payları:

Muayene, ilaç katkı payları emekliyi zorlamaktadır. Özel hastanelerin alabilecekleri ilave ödemelerin %200'e çıkarılması ve bunun da kontrolden uzak olması şikayet için hızlı işleyen bir mekanizmanın oluşturulamaması özel hastanelere gitmeyi önlemektedir. Sağlık çok pahalı hale gelmiştir. Hastaneler işletmeye dönmüştür. Aile hekimliği bile işletmedir. Tedavi giderlerinde yük bireye bırakılmaktadır. Yetersiz emekli maaşları ile bu yük kaldırılamaz hale gelmiştir.

6-SGK Sağlık Uygulama Tebliğleri bilimsellikten uzak sadece parasal bakış açısı yetersiz bilgiyle sağlığa erişimi sınırlamaktadır. Sağlık hakkı önünde engeldir. İlaça ve tedaviye ulaşım engellenmektedir.

7-Sağlık Hastanelerine Bedelleri Ödenmeden El Konulmuştur:

SSK Hastaneleri ve gayrimenkulleri için Bakanlar Kurulu'nun 2012/3616 sayılı kararı ile yasaya aykırı uygulama yapılmış, bedeller bütçe transferleri ile kapatılmıştır. Oysa bunların bedelleri SSK'ya ödenecekti. Bu şekilde gelirden yoksun kalan SGK emekliye yeterli ödemeyi yapmamakta aylıklarını gittikçe düşüren sistem işlemektedir.

II. Çözüm Önerileri (Tan)

Anayasa'nın 56. maddesinde, herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu belirtildikten sonra; "Devlet, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarrufu ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir." hükmü yer almaktadır.

Sosyal güvenlik, kişileri her türlü riske karşı koruyan bir sistemdir. Genel sağlık sigortası, ekonomik gücüne bakılmaksızın tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin şekilde yararlanmasını güvence altına alan bir yapıdır.

Toplum sağlığının korunması, sosyal devletin en önemli görev alanlarından biridir. Sağlık hizmetleri bir kamu hizmeti olduğundan, sosyal güvencesi

olan ve olmayanlar arasında ayırım yapılmamıştır. Geçmişte “yeşil kart” uygulaması ile sağlık hakları güvence altına alınmış, her vatandaşın eşit şekilde sağlık sisteminden yararlanması amaçlanmıştır.

Yaklaşık otuz yıl boyunca genel sağlık sigortasının kurulması tartışılmış, çeşitli çalışmalar yapılmış ve nihayet 5510 sayılı Kanun ile sağlık hizmetlerinin yürütümünde sistem değişikliğine gidilmiştir.

01.10.2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı Kanun ile sağlık hizmetlerinde önemli düzenlemeler yapılmıştır. Genel sağlık sigortasına ilişkin hükümler, Kanun’un üçüncü kısmında 60. maddeden 78. maddeye kadar olan 19 maddede düzenlenmiştir. Bu kapsamda:

Birinci bölüm: Kapsamdaki kişiler ve tescil işlemleri

İkinci bölüm: Sağlanan sağlık hizmetleri ve diğer haklar

Üçüncü bölüm: Sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları ve katılım payları

Dördüncü bölüm: Mali ve çeşitli hükümler

1 Ocak 2012 itibarıyla genel sağlık sigortası zorunlu hale getirilmiş ve Türkiye’de ikamet eden herkes kapsama alınmıştır. Böylece, ekonomik güç veya kişisel tercih gözetilmeksizin, hastalık risklerine karşı toplumun korunması ve sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanması hedeflenmiştir. Sosyal güvencesi bulunmayan kişiler, 5510 sayılı Kanun’un 60. maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında tescil edilmiş; SGK tarafından yapılan tebligat ile ikamet adreslerinin bağlı bulunduğu Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına başvurarak gelir testi yaptırmaları istenmiştir. Hane içinde kişi başına düşen aylık geliri net asgari ücretin üçte birinden (2025 yılı için 7.368,22 TL) az olan ailelerin genel sağlık sigortası primi (2025 yılı için) 780,17 TL) devlet tarafından karşılanmıştır. Sosyal güvencesi olmamasına rağmen ödeme gücü olanların genel sağlık sigortası primleri ise, kendilerince ödenmiştir.

Sağlık Hizmetlerine Erişimde Randevu Sorunu

Vatandaşların dilediği sağlık kuruluşuna sevsiz gidebilmesiyle hastane seçimi önündeki engeller kaldırılmıştır. Devlet ve üniversite hastanelerinden doğrudan sağlık hizmeti alınması, yer ve zaman farkı olmaksızın erişimi kolaylaştırmıştır. Ancak kamu hastanelerinde uzun süreli randevu verilmesi, sağlığa erişimi engelleyen ciddi bir soruna dönüşmüştür.

Kamu üniversite hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında muayene randevu hizmeti sunan Merkezi Hekim Randevu Sistemi’nde uzun zamandır bazı branşlarda muayene ve ameliyat randevusu alınamamakta veya çok ileri tarihlere gün verilmektedir.

Bu durum, özellikle kronik hastalık takibi ve erken teşhis süreçlerinde risk yaratmakta; randevu alamayan hastaların acil servislere yönelmesi sağlık hizmetlerinde aşırı yük oluşturmakta ve verimliliği düşürmektedir.

Şehir hastaneleri ve üniversite hastanelerindeki yoğunluk ile randevu zorlukları, sağlığa erişimde önemli bir engel hâline gelmiştir. Kökleşmiş devlet hastanelerinin kapatılarak şehir hastanelerinde toplanması, ulaşım ve erişim açısından sorunlar doğurmuştur. Ayrıca şehir hastanelerine yapılan kira ödemeleri, bütçe üzerinde önemli bir yük oluşturmıştır. Kamu-Özel İşbirliği modeliyle yapılan bu hastaneler, kent mekânı, sağlık çalışanları ve hastalar açısından yoğunluk ve çeşitli sorunlara yol açmaktadır.

Koruyucu Sağlık Hizmetlerine Önem Verilmelidir

Ekonomik ve sosyal hayatta sağlıklı bir toplum, sağlık politikasının temel amacıdır. Bu hedefe ulaşmak için koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine öncelik verilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, diğer basamakların yükünü azaltmanın yanı sıra toplum sağlığı için vazgeçilmezdir. 5510 sayılı Kanun'un 3. maddesinin 23. fıkrasında, kişilerin hastalıktan korunması veya sağlıklı olma hâlinin sürdürülmesi amacıyla koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır.

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmekte, ancak bu hizmetler yeterince etkin kullanılmadığı için hastanelere başvuru sayısı artmakta ve muayene süreleri kısalmaktadır. Önleyici sağlık hizmetlerine ve halk sağlığı programlarına yatırım yapılmalı, aile sağlık merkezleri paralı sisteme dönüştürülmemeli ve performansa dayalı sistemden vazgeçilmelidir. Sağlık hizmetleri piyasa koşullarına göre değil, devletin temel yükümlülüğü olarak sunulmalıdır.

Katkı Paylarının Alınması

Genel sağlık sigortası kapsamında katkı payı alınmaktadır. 5510 sayılı Kanun'un gerekçesinde, bu uygulamanın amacı; sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını önlemek, suistimallerin önüne geçmek, kullanıcıların sistemin bir parçası olduklarını hissetmelerini sağlamak ve sistemi sahiplenme düzeyini artırmak olarak belirtilmiştir.

Kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde çeşitli adlar altında **katkı payları** ve **ilave ücretler** talep edilmektedir. Muayene, reçete, tetkik ve ilaç farkı olarak alınan katkı payları, özellikle düşük gelirli kesimler için ciddi bir ekonomik yük oluşturmaktadır.

Kamu hastanelerinde SUT ile belirlenen kriterlere göre katkı payı alınmakta; birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan hekim ve diş hekimi mua-

yenelerinden katkı payı alınmamaktadır. Diğer sağlık hizmeti sunucularında muayene için 20 TL, özel sağlık kuruluşlarında ise 50 TL alınmaktadır.

Katılım payı alınmasına, GSS sisteminin az da olsa bir finans kaynağı olarak bakılmaktadır. Ekonomik gücü zayıf olanlar ve çalıştığı yıllarda genel sağlık primi ödemiş olan emeklilerden alınan katkı payları, sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştıran bir ödeme olarak eleştirilmektedir.

Emekli aylıklarının yetersiz kaldığı bir dönemde emeklilerden katkı paylarının alınmamasını savunan Türkiye Emekliler Derneği, bu tür ödemelerin sağlığa erişimini engelleyen ciddi bir sorun olarak değerlendirmektedir.

Son yıllarda ilaçta alınan fark ücretleri özellikle emeklileri ve ekonomik yönden zayıf olan kesimlerini çok fazla etkilemiştir. İlaç ve reçete katılım payı ile eşdeğer ilaç farkı ücreti birlikte değerlendirildiğinde, özellikle ilaç için yapılan fark ödemeleri, emekli aylıklarında küçülttüğü gibi, sağlık hakkını riske eden bir uygulama olarak değerlendirilmektedir.

Sosyal devlet olmanın birinci koşulu, sağlık hakkına erişimin önündeki engellerin kaldırılması ve kamu eliyle sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulmasıdır.

Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduklarından %10, diğer kişilerden %20 oranında katkı payı alınır. Reçete başına 3 kutuya kadar ilaç için 3 TL, ilave her kutu için 1 TL katılım payı uygulanır.

Vücut dışı protez ve ortezlerden, Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınır. Bu tutar, protez veya ortezin alındığı tarihteki brüt asgari ücretin %75'ini geçemez.

Başlangıçta özel hastaneler için yüzde 30 olarak belirlenen ilave ücretin 2013 yılı sonunda %200'e kadar yükseltilmesi, sağlık sistemine erişimi zorlaştırmış ve paralı bir sisteme dönüşmüştür. Özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alınmasında %200'e kadar varan ilave ücret adı altında çok yüksek bedellerin talep edilmesi, kamu ve özel kesim sağlık hizmetleri arasında olması gereken dengeyi bozmuştur.

SUT'ta belirlenen tutarların çok üzerinde yüklü tutarda ödemeler talep edildiğinden, özel sağlık kuruluşları, ekonomik gücü olanların hizmet aldığı bir sisteme dönüşmüştür. Sosyal devlet ve sosyal güvenlik, sağlık hizmetlerini güvence altına aldığından, kamu hastaneleri ağırlıklı bir sistem kurulmalıdır.

Sağlıkta İnsan Kaynağının Yetersizliği

Tıp fakültelerinin sayısı fazla olmasına rağmen Türkiye’de doktor sayısının nüfusa oranı AB ve OECD ortalamalarının altındadır. Benzer durum sağlık çalışanları için de geçerlidir. Sağlık çalışanlarının aşırı yük altında çalışması hem verimliliği hem de tanı-tedavi süreçlerini olumsuz etkilemektedir.

Bölgesel Eşitsizlikler

Sağlık hizmetlerinin bölgelere göre dağılımında dengesizlik bulunmaktadır. Batı illerinde ileri teknolojiye sahip hastaneler ve uzman hekimlere erişim daha kolayken, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde imkânlar sınırlıdır. Sağlık Bakanlığı, bu eşitsizlikleri giderecek planlamalar yapmalıdır.

Sağlık Hizmetinin Alınmasında Kız Çocukları Arasındaki Ayrım Kaldırılmalı

5510 sayılı Kanun’un geçici 12. maddesi ile 1 Ekim 2008 öncesinde anne veya babası üzerinden sağlık yardımı alan kız çocuklarının durumu korunmuş, çalışmayan ve evli olmayanların bu haktan yararlanmaya devam etmesi sağlanmıştır.

Ancak 1 Ekim 2008 sonrası düzenlemelerde kız çocukları, erkek çocuklarla aynı statüye alınmış; eğitim görmüyorsa 18 yaşını doldurduğunda bu hak sona ermiştir. Lise eğitimi için 20, yükseköğretim için 25 yaşına kadar bu hak devam etmektedir.

Mevcut uygulama eşitsizlik yarattığından, yaş sınırına bakılmaksızın evli olmayan ve çalışmayan kız çocuklarının anne veya babası üzerinden sağlık yardımını eşit şekilde alması sağlanmalıdır.

Yararlanılan Kaynaklar

Sağlık Bakanlığı

Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü -SUT

SGK Aylık İstatistikleri Bülteni

Bütçe Gerekçeleri

Türk Tabipler Birliği

Eczacılar Odası

TÜED Genel Kurul Çalışma Raporları

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI: UYARILAN TALEP VE ARTAN SAĞLIK HARCAMALARI

Prof. Dr. Şerife Türcan Özsuca

Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi (emekli)

Giriş

2000 öncesi Türkiye sağlık sistemi birçok yapısal ve işleyişsel sorunla karşı karşıya bulunmaktaydı. Sistemin kuruluş biçiminden, kurumsal organizasyonuna ve finansman modeline kadar pek çok temel alanda karşılaşılan yapısal sorunlar sistemin işleyişsel sorunlarını da tetiklemekteydi. Sağlık hizmetlerinin parçalı ve dağınık yapısı nedeniyle hizmetlerin birçok farklı kurum tarafından sunuluyor olması, eşitsizlik, verimsizlik ve koordinasyon eksikliğine yol açıyordu. Sağlık hizmetlerine erişim gelir düzeyine, sosyal güvenceye ve coğrafi konuma göre farklılık gösteriyor; uzman doktor ve donanımlı hastaneler büyük şehirlerde yoğunlaşırken, özellikle kırsal bölgelerde sağlık altyapısında fiziksel ve teknolojik yetersizlikler bulunuyordu. Kamu hastanelerinin yetersiz bütçeleri, ilaç ve tıbbi malzeme temininde zorluklar yaratıyor, sağlık harcamalarının küçümsenmeyecek bölümü cipten ödemeler ile karşılanıyordu Yapısal eksikliklerden doğan günlük uygulama problemleri ve vatandaşların sağlık hizmetlerine erişirken karşılaştığı sıkıntılardan oluşan sağlık sisteminin işleyişsel sorunları; randevu alma zorluğu, karmaşık sevk sistemi, kurumsal ayrımcılık, tetkik ve ilaç teminindeki gecikmeler, düşük hizmet kalitesi ve sistemin bütüncül işlememesi gibi alanlarda yoğunlaşmıştı (ayrıntılı bilgi için bakınız OECD ve Dünya Bankası 2008). .

Yapısal sorunlara çözüm üretmek amacıyla, 2003 yılında sağlık sisteminin köklü şekilde yeniden yapılandırılmasını hedefleyen bir reform programı başlatılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı, erişilebilirlik ve hizmet kalitesi bakımından sağlık sisteminde önemli iyileştirmeler sağlamıştır. Sağlık Bakanlığı tek çatı altında SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı hastanelerini bünyesinde toplayarak sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamıştır. Herkesin temel sağlık hizmetlerine erişimini sağlayan ve farklı sigorta sistemlerini tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası sistemi kurulmuştur. Aile hekimliği, sağlık kurumlarında performansla dayalı ödeme; E-reçete,

merkezi randevu sistemi (MHRS), E- nabız gibi dijitalleşme adımları atılarak sağıkta bilgi sistemleri geliştirilmiştir. Reçete kontrolü, ilaç fiyatlandırması ve geri ödeme sistemleri düzenlenmiş ve ilaçların eczanelerden doğrudan temini sağlanmıştır. Altyapı ve hizmet kalitesini artırmak amacıyla kamu özel iş birliği modeliyle 2010 yılından itibaren şehir hastaneleri kurulmaya başlanmıştır. Altyapısı özel sektör tarafından finanse edilen şehir hastanelerinin hizmet sunumu ve denetimi büyük ölçüde kamu eliyle sürdürülmektedir. Özel sektörün mülkiyet hakkına sahip olduğu bu hastanelerde uzun vadeli sözleşmeler yapan kamu, kiracı sıfatıyla kira ve bazı hizmetler için ödemelerde(döviz/türevli) bulunmaktadır. Bu hastanelerde çalışan sağlık hizmetleri sunucuları ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı ve kamu personeli statüsü taşımaktadır.

Sağıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerine erişim büyük ölçüde kolaylaşmış, bekleme süreleri kısalmış, hastane alt yapısı yenilenmiş, bilgi sistemleri izlenebilirlik ve planlama imkanlarını artırmıştır Sağlık sisteminde erişim ve altyapı açısından ilerlemeler kaydedilmiş olsa da sistemde ciddi sorunlar bulunmaktadır. Sağlık giderlerindeki hızlı artış sistemin finansal sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. Harcamalar kamu maliyesini olumsuz etkilemekte, bütçe açıklarını artırarak dış borçlanmayı tetiklemektedir. Dövizle endeksli kira sözleşmeleri kamu için yüksek ve belirsiz yükler uzun vadeli maliyet riski doğurmaktadır. Bu program ayaktan tedavi yerine daha maliyetli olan hastanecilik modelini önceliklemiş, tedavi hizmetlerine odaklanan koruyucu hekimliği ihmal eden politikalar benimsenmiştir. Performans bazlı ödeme sistemi beklentilerin tersine hizmet kalitesinde artış sağlamamış, doktorların riskli işlemlerden kaçınması, genel cerrahi vb. temel branşların tercih edilmemesi sonucu nitelikli personel eksikliği ortaya çıkmıştır.

Tüm toplumun sağlık güvence sistemi kapsamına alındığı, kamu ve özel sağlık kuruluşlarının sayısının artırıldığı, hizmet kalitesinin geliştirildiği ve sevk zincirinin kaldırılarak istenilen her yerden hizmet almanın mümkün olduğu bu program, kısa bir süre içinde hizmet kullanımı ve sağlık harcamalarında hızlı bir artışa yol açmış; OECD ortalamalarının altında seyrederen göstergeler ortalamanın çok üzerine çıkmıştır. Bu eğilimin sürmesi durumunda sistemin ekonomik olarak sürdürülmesinin mümkün olmadığı görülmektedir. Sağıkta Dönüşüm Programı bu hali ile kamu hizmetlerinin niteliği ve devletin sorumluluğu bağlamında sorunlu bir alan yaratmıştır. Sorunların kaynağında, kamu hizmetlerinin özel sektör mantığıyla yönetildiği bir "yarı özelleştirme" modelinin uygulamaya sokulması ve sağıkta piyasalaşma sürecinin devreye girmesi bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin doğası ve toplumun ihtiyaçları bu programla büyük ölçüde uyuşmamaktadır. Düzenlenmemiş ve ideal bir piyasada, rekabet kaliteyi ve tüketici mem-

nuniyetini sağlar. Sağlık hizmetleri alanında ise, piyasa işlemlerinin ekonomik prensipleri tipik bir rekabetçi piyasanın optimum tahsis verimliliğini etkileyen faktörlerin varlığı nedeniyle, uygulanma konusunda sınırlamalara sahiptir. Sağlık hizmetleri piyasasında ideal bir ekonomik piyasa için gerekli ve yeterli tüm koşullar karşılanmamakta ve rekabet prensibi uygulanamamaktadır. Kısaca piyasa başarısızlığı olarak tanımlanan bu durum, sağlık hizmetlerinin etkin, adil ve erişilebilir bir şekilde sunulmasında çoğu kez yetersiz kalınmasına yol açmaktadır. Mevcut sistemin hizmetlere erişimi kolaylaştırması, kullanımına gerek olmayan bazı hizmetlerin kullanımını mı artırdı sorusuna yanıt gerektirmektedir. Sağlık sistemi hizmetlere erişebilirlik kadar sürekliliği ve sürdürülebilirliği de güvence altına almalıdır. Sağlık hizmetleri talebini ve kullanımını uyaran, harcamaları kontrol edemeyen bir sistemin sürdürülebilirliği mümkün değildir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı aşırı hizmet kullanımı ve hasta güvenliği sorunları yaratmakta, sağlık harcamalarında sürdürülmesi zor artışlara neden olmaktadır. İzleyen bölümde, sağlık hizmetlerinin neden piyasaya bırakılmaması gerektiği irdelenecektir. Sağlık sektöründe piyasa mekanizmasının sınırlılıkları, sağlık hizmetleri piyasasının tanımlayıcı özellikleri ve piyasa başarısızlıklarının nedenleri açıklanacaktır.

İdeal Piyasa ve Sağlık Hizmetleri Piyasasının Tanımlayıcı Özellikleri

İdeal piyasa koşulları tam rekabet piyasasını tanımlamak için kullanılan varsayımsal koşullardır Bu koşullar piyasanın etkin çalışmasını kolaylaştırarak kaynakların etkin bir şekilde tahsis edilmesini sağlamaktadır. İdeal piyasa koşullarında; fiyatları tek başına etkileyecek güce sahip olmayan çok sayıda alıcı ve satıcının bulunduğu, tüm ürünlerin homojen olduğu, alıcı ve satıcıların fiyat ve kalite konusunda tam bilgiye sahip olduğu (bilgi simetrisi), piyasaya giriş ve çıkışların serbest olduğu, fiyatların marjinal maliyeti yansıttığı, tüketim ve üretimin üçüncü tarafları etkileyebilecek dışsalıklar yaratmadığı, alıcılar ve satıcıların piyasaya kolaylıkla erişebildiği, tüm firmaların kar maksimizasyonu güdüsüyle hareket ettiği varsayılır. Tam rekabet piyasasında talep düzenli ve öngörülebilirdir (Arrow, K.J.;1963). İdeal piyasada tüketiciler rasyoneldir. Tüketim kararlarını verirken yeterli bilgiyle seçimler yapmakta ve tercihlerinde tutarlı davranmaktadır. Kendi refahını (faydasını) maksimize edecek şekilde davranmaktadır. Başka bir ifadeyle, tüketiciler tüketim kararlarının sonuçlarını doğru bir şekilde tahmin edebilmekte ve kendi refahlarının karar vericisi olmaktadırlar. Arz ve talebin bağımsız olarak önceden belirlendiği piyasada dışsalıklar, firmaların tekel gücü, ölçeğe göre artan getiri yoktur (Rice T. and Unruh L., 2009). İdeal piyasa koşulları sağlık hizmetleri için teorik bir kıyas noktası sunmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin özel doğası—hayati önem taşıması, bilgi

asimetrisi, hizmetin karmaşıklığı ve dışsallıklar—bu koşulların uygulanmasını imkânsız kılmaktadır Sağlık sektörüne giriş yüksek eğitim, lisans ve sermaye gerektirmektedir. Piyasada önemli bir hizmet farklılaşması ve bazı hizmet sunucularının yüksek pazar gücü bulunmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetleri etik, kamu yararı, görev sorumluluğu gibi başka motivasyonlar barındırmaktadır.

Sağlık sektöründe ideal koşulların çoğu karşılanamadığı için piyasa başarısızlığı yaşanmaktadır. Bu koşullar sağlık hizmetlerinin neden farklı şekilde yönetilmesi, kamu müdahalesi ve düzenlemeleri gerektirdiğini anlamak açısından önemlidir. Aşağıda sağlık sektörü bağlamında bu koşulların neden genellikle sağlanamadığı açıklanacaktır.

Sunucu Tarafından Uyarılan Talep ve Bilgi Asimetrisi

Sağlık hizmetleri piyasasında hem arz hem de talep yönünde belirsizlikler vardır. Tüketicinin sağlık hizmetleri talebi çoğu kez düzensiz ve tesadüfidir. Bu durum sağlık sektöründeki firmaların karşı karşıya olduğu talebi de düzensiz kılmakta; düzensiz talep firmaların ekonomik fizibilitesini güçleştirmekte ve yatırım risklerini artırmaktadır. Sağlık hizmeti piyasasındaki arz-talep ilişkisinin diğer piyasalardan farklı olması nedeniyle, bazı durumlarda arz fazlalığı talep artışını uyarmakta, bazen de arz edenlerin manipüle etmeleri sonucu ihtiyaçtan kaynaklanmayan talepler oluşturulabilmektedir. Sağlık sektöründe “arz kendi talebini yaratır” ifadesi, sağlık hizmetlerinin doğasındaki bu arz tabanlı dinamiklerin önemine işaret etmektedir. Sağlık hizmetleri piyasasında tüketici-tedarikçi (hasta-doktor) ilişkisi farklı dinamiklere sahiptir. Bu dinamik, sağlık hizmetlerinin verimliliği ve adaleti üzerinde derin etkiler yaratabilmektedir. “Sunucu tarafından uyarılan talep” sağlık hizmeti sunucuları ile hizmeti alanlar arasındaki asimetric bilgilenme nedeniyle, sunucuların ihtiyaç olmayan bazı hizmetleri talebe dönüştürebilmesini ifade etmektedir. (Bickerdyke I, Dolamore R, Monday I, ve Preston R.; 2002). “Bilgi asimetrisi” sağlık sistemlerinde hizmet sağlayıcılar ve hizmet alıcılar arasındaki bilgi dengesizliğini ifade eden bir kavramdır. Sağlık hizmetleri piyasasında “arz tarafından uyarılan talep” ise bazı hizmetlerin yaygınlaştırılması ya da zaten var olan hizmetlere erişimin kolaylaştırılması sonucu ortaya çıkan talepleri ifade etmektedir (Wennberg, J. E.; 2007)

Sunucu tarafından uyarılan talep sağlık ekonomisinde, hizmet sunucularının (doktorlar, hastaneler, klinikler vb.) kendi ekonomik veya diğer çıkarlarını maksimize etmek için hastaların talebini artırdığı bir durum için kullanılmaktadır. Sunucu tarafından uyarılan talep, hasta güvenliği ve sağlık harcamaları yönünden sakıncalı olabilirken iken, arz tarafından uyarılan talebin hizmete ihtiyacı olanlar açısından yararı söz konusu olabilmektedir.

Sağlık hizmeti sunucularına ödemelerin hizmet başına yapılıyor olması uyarılan talepte önemli bir artışa neden olabilmektedir. Bu ödeme biçimi doktorun vereceği hizmetin miktarı ile orantılı olarak para almasına imkân verdiği için, gerekli olmayan bazı hizmetlerin verilmesine de yol açabilmekte ve “ahlaki tehlike” sorunu ortaya çıkabilmektedir. Ahlaki tehlike bir tarafın başka bir tarafın zararına olabilecek bir biçimde kendi çıkarlarını artırıcı davranışlarda bulunmasıdır.

Milton Roemer tarafından “arza duyarlı hizmet” konusunda geliştirilen Roemer yasası, hasta yatağı sayısı ne kadar artırılsa yatan hasta miktarının da o kadar artacağına işaret etmektedir (Abel, E. K, Fee E., and Brown T.M., 2008) Araştırmalar hekime başvuru sayısı, hastanede yatış süresi ve yatış oranlarının yüksekliği gibi göstergelerin hastane yatak sayısı, uzman hekim sayısı, yoğun bakım birimi sayısı gibi sunulan arza duyarlı hizmetlerin fazlalığı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Fisher, E. S ve diğerleri, 2003). Uzman tarafından uyarılmış talep, sağlık sisteminde hem ekonomik hem de etik boyutlarıyla önemli bir sorun oluşturmaktadır. Bir tarafın diğerine göre daha fazla bilgiye sahip olmasının yarattığı dengesizlik, hizmetlerin verimli sunulmasını ve tüketilmesini zorlaştıran önemli bir piyasa başarısızlığıdır. Gereksiz hizmetlerin sunulması, kaynak israfı ve hasta sağlığında olumsuz etkiler gibi birçok problemi beraberinde getirmektedir. Sağlık sisteminde sürdürülebilirlik ve adaletin sağlanması uyarılmış talebin kontrol altında tutulacak mekanizmaların geliştirilmesine, sınırlandırılmasına bağlıdır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisinin iyi yönetilmesi daha verimli ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi için kritik bir önem taşımaktadır.

Asimetrik Risk ve Belirsizlik

Sağlık harcamalarının öngörülemez ve genellikle yüksek maliyetli riskleri sigorta piyasaları aracılığıyla yönetilmektedir. Yüksek riskli bireyler sigorta yaptırmaya daha eğilimliyken, sağlıklı bireyler sigorta yaptırmaktan kaçınabilmektedir. “Ters seçim” olarak tanımlanan bu durum, genellikle bilgi asimetrisinden ve sigorta sağlayıcısının risk gruplarını doğru bir şekilde ayırt edememesinden kaynaklanmaktadır. Bu durum, sağlıklı bireylerin sistemden çekilmesine ve yalnızca yüksek riskli bireylerin sistemde kalmasına yol açabilmektedir. Ters seçim sağlık sigortası ve sağlık sistemlerinde piyasa başarısızlıklarına yol açan, sağlık sistemlerinin etkin ve sürdürülebilir şekilde çalışmasını engelleyen kritik bir sorundur. Sigorta şirketlerinin müşterilerinin sağlık risklerini doğru değerlendirememesi durumunda risk havuzu bozulmakta, primlerin artması veya hizmetlerin sınırlandırılması gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunun çözülmesi, sağlıklı bireylerin sistemde kalmasını teşvik eden mekanizmaların geliştirilmesi ile mümkün-

dür. Zorunlu sigorta, toplumsal risk havuzları ve devlet desteği gibi politikalar ters seçimin etkilerini azaltmada önemli rol oynamaktadır.

Sağlık sisteminin verimliliğini ve sürdürülebilirliğini tehdit eden kritik bir başka sorun da daha önce değinilen ahlaki tehlikedir. Ahlaki tehlike sağlık sistemlerinde sigorta ve ödeme mekanizmalarının bireylerin davranışlarını nasıl etkilediğiyle ilgili önemli bir sorundur. Sigortalı bireylerin sağlık hizmetlerinin maliyetini doğrudan kendilerinin karşılamadığı durumlarda gereğinden fazla hizmet talep edebilmekte veya sağlıklarını koruma konusunda daha az dikkatli davranmaktadırlar. Benzer şekilde sağlık hizmeti sunucuları da hastaların sigortasının ödemeyi yapacağı düşüncesiyle gereksiz hizmetler, pahalı tedaviler sunabilmektedir. Ahlaki tehlike sağlık hizmetlerinin aşırı ve gereksiz kullanımına yol açmakta, kaynak israfı ve sağlık harcamalarında kontrolsüz artışa neden olmaktadır.

Zorunluluk ve İkame Güçlüğü

Sağlık hizmetleri genellikle temel bir ihtiyaç olup zorunlu olarak tüketilmekte, hizmetleri erteleme ya da azaltma olanağı bulunmamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetleri tüketicisi çoğu kez doktorun önerdiği hizmetin yerine başka bir hizmeti ikame edememektedir. Bu zorunluluk talebin fiyat esnekliğini düşürerek (inelastik yalep) hastayı fiyat değişmelerine karşı az duyarlı yapmaktadır. Sağlık hizmetlerinde talebin fiyat esnekliğinin katı olması, sağlık piyasasında bir arz talep dengesizliğinin ortaya çıkması durumunda fiyatların önemli ölçüde dalgalanmasına neden olmakta ve herhangi bir arz yetersizliği sağlık hizmeti fiyatlarını önemli ölçüde yükseltmektedir. Yüksek fiyatlar özellikle ödeme gücü düşük bireylerin sağlık erişimini zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmetlerini kullanma zorunluluğu kamu müdahalesi ihtiyacını doğurmakta ve devletin fiyatları düzenlemesi veya sübvansesi gerekmektedir.

Dışsallıklar ve Kamu Malı Niteliği

Sağlık hizmetleri bireyin sağlık durumunun toplum üzerinde etkisinin olduğu bir alandır. Bireyin kendi yararı için yaptığı ya da yapmadığı sağlık harcamaları olumlu veya olumsuz dışsallıklar yaratabilmektedir. Dışsallık, bir bireyin ya da kurumun faaliyetlerinin, üçüncü taraflar üzerinde doğrudan bir piyasa karşılığı olmadan (fiyat yoluyla telafi edilmeden) olumlu ya da olumsuz etkiler yaratmasıdır. Bireylerin kendi yararı için yaptığı aşı vb sağlık yatırımları toplum sağlığını da koruyarak yaygın fayda sağlarken, tersi durumda olumsuz dışsallıklar çıkarak kamu sağlığına zarar vermektedir.

Genel sağlık hizmetlerinin tamamı klasik anlamda kamu malı olmamakla birlikte bazı sağlık hizmetleri kamu malı özellikleri taşımaktadır. Piyasalar

kamu mallarının özellikleri nedeniyle bu malları sağlamakta yetersiz kalmaktadır. Kamu malları bir kişi kullandığında başkalarının kullanımının azalmadığı, tüketimleri rekabet dışı olan ve kullanımlarından hiçbir kişiyi dışlamanın mümkün olmadığı mallardır.

Salgın hastalıkların izlenmesi ve kontrolü, kanser taramaları, hijyen eğitimi gibi halk sağlığı kampanyaları aşılama programları, çevresel sağlık hizmetleri vb. koruyucu sağlık hizmetleri kamu malı özelliği gösteren hizmetlerdir. Bu hizmetlerden bireyleri dışlamak ya çok maliyetli ya da teknik olarak mümkün olmayıp bu faydaların maliyetini bireyler paylaşmak/üstlenmek istemeyebilmektedir. Piyasa mekanizmasının dışsallıkları fiyatlandıramaması bu hizmetlerin yetersiz olması sonucunu doğuracaktır. Bu nedenle devlet müdahalesi olumlu dışsallıkların düzeyini artırmak için gerekli olup, bu hizmetlerin toplu olarak sunulması, sadece bireylerin değil toplumun tamamının refahını da artırmaktadır. Devletin sağlık alanında müdahalesi, etkinlik ve eşitlik açısından gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin dışsallıklar ve kamu malı niteliği piyasa koşullarının işlemesine imkân vermemektedir.

Ölçeğe Göre Getiri ve Tekelleşme

Sağlık piyasasında bazı sağlık hizmetlerinin üretiminde ölçeğe göre artan getiri ve doğal tekel eğilimleri bulunmaktadır. Ölçeğe göre getiri, bir firmanın üretim hacmi arttıkça birim maliyetlerin azalması durumudur. Sağlık sektöründe hastaneler, ilaç şirketleri veya sigorta şirketleri büyük ölçeklere sahip olmaları durumunda önemli maliyet avantajları elde edebilmektedir. Sağlık piyasasında ölçeğe göre getiri maliyet avantajı ve yenilik potansiyeli sunarken tekelleşmeye yol açarak piyasa başarısızlıklarını artırabilmektedir. Bu durum küçük firmaları piyasadan çıkmaya ya da yeni firma girişini engelleyerek, piyasada yoğunlaşmaya, rekabetin azalmasına ve seçeneklerin daralmasına neden olabilmektedir. Büyük firmalar fiyatları düşürmek yerine kar marjlarını artıran yüksek fiyat, düşük kalite ve erişim eşitsizlikleri gibi sorunlar yaratabilmektedir. Özellikle ilaç sektöründe patent koruması ve lisanslar şirketlerin ilaç fiyatlarını yükseltmesini kolaylaştırmaktadır.

Sağlık hizmetinin piyasa koşullarına uygun olmadığı, verilecek hizmetin niteliğinin büyük ölçek gerektirdiği, kuruluş ve işletme maliyetlerinin yüksek ve karlılığın düşük olduğu sağlık hizmeti alanı doğal monopollerine gerektirilmektedir. Doğal monopol, üretimin tek bir firma tarafından yapılmasının, birden fazla firma olmasına kıyasla daha düşük maliyetli olduğu piyasalardır. Doğal monopol yüksek sabit ve düşük marjinal maliyet koşullarında ortaya çıkmaktadır (E- sağlık sistemleri gibi).

Sağlık hizmetlerinin üretiminde ölçeğe göre getiri ve doğal tekel yapıları piyasa başarısızlıklarına neden olarak toplumun genel refahını tehdit etmektedir. Sağlık sektörünün kâr güdüsüyle yönlendirilmesi verimlilik ve erişilebilirlik açısından sürdürülebilir değildir. Tekelleşmeye karşı fiyat denetimi (tarifeler, geri ödeme düzenlemeleri), hizmet sunumunun düzenlenmesi (kalite standartları, lisanslama), kamu sağlayıcılarının devreye girmesi (özellikle kırsal ve düşük kârlı alanlarda), teknolojiye dayalı ortak altyapı kullanımı (merkezi randevu sistemleri, e-nabız gibi), anti-tekel yasaları, zorunlu sağlık sigortası sistemleri gibi kamu düzenlemeleri ve müdahaleleri gerekmektedir.

Sonuç

2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve sonrasında geliştirilen şehir hastaneleri modeli, sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir ve etkin sunulması amacıyla hayata geçirilmiştir. Ancak bu reformlar, uygulamada bazı piyasa başarısızlıklarını da beraberinde getirmiştir. Bu model aşırı hizmet kullanımı, hasta güvenliği ve sağlık sisteminde sürdürülmesi zor artışlar ortaya çıkarmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmış ve talep yönlü bir genişleme yaşanmıştır. Aile hekimliği ve katkı paylarının düşük olması, hizmet kullanımını artırmış ve bu durum ahlaki tehlike yaratmıştır. Hastalar hizmetin maliyetini hissetmedikleri için gereksiz yere hizmet talep edebilir hale gelmiştir. Ayrıca hastaların sunulan hizmetlerin kalitesi, maliyet etkinliği ve gerekliliği hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması; hasta ve doktor arasında bilgi asimetrisi bulunması nedeniyle talep uyarılmış ve hizmet kullanımı artmıştır. Hizmet sunuculara yapılan ödemelerin hizmet başına yapılıyor olması, performansla dayalı ödemelerde, performans ölçümlerinin kaliteye odaklı değil de hizmet miktarına göre düzenlenmiş olması, sunucular tarafından uyarılan talebi artırmıştır.

Şehir hastaneleri belirli bölgelerde sağlık hizmetlerinin tek veya baskın sunucusu haline gelmiştir. Bölgedeki diğer kamu hastaneleri kapatılmış veya kapasiteleri azaltılarak şehir hastanelerinin pazar güçleri artırılmıştır. Şehir hastaneleri bazı bölgelerde, başka alternatiflerin olmadığı büyük ölçekli ve tek merkezli sağlık kuruluşlarına dönüşerek doğal tekel özelliği kazanmıştır. Bu durum hizmet kalitesi ve fiyat üzerinde rekabet baskısını azaltabilmektedir.

Şehir hastanelerinin kamu-özel ortaklığı modeliyle sağlanan finansmanı önemli sorunlara kaynaklık etmektedir. Bu modelde kamu, özel sektörle kamuyu zarara uğratan asimetrik sözleşmeler gerçekleştirmiştir. Kamunun uzun vadeli kira ve hizmet alım taahhütleri, kamunun uzun vadeli bütçe yükünü artırmakta, maliyet şeffaflığını azaltmakta ve kamu kaynaklarının

verimsiz dağılımına yol açmaktadır. Bu hastanelere hasta sayısı ve hizmet kullanım garantisi verilmiş olması, gereksiz tıbbi işlemlere yol açmaktadır. Hastaneler, sağlık hizmetlerinin birey yönünden zorunlu ve hizmet talebinin inelastik olmasından yararlanabilmektedir. Şehir hastanelerinin kar odaklı yaklaşımı, maliyetleri yükseltmekte, kaynakların verimsiz kullanımına ve hasta güvenliği sorununa neden olmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hastane odaklı tedavi edici hizmetlere büyük yatırım yapılmış ve koruyucu sağlık hizmetleri/toplum sağlığı yeterince desteklenmemiştir. Dışsalılık yaratan sağlık alanlarının ihmal edilmiş olması uzun vadede toplum sağlığını tehdit eden sonuçlar yaratabilecektir.

Sağlıkta Dönüşüm programı sağlığı metalaştırmış, şehir hastaneleri ile sağlık hizmetinin piyasa araçlarıyla sunumu artmıştır. Hasta müşteri-devlet hizmet alıcıya dönüşmüş, sürekli ödeme yapmak durumunda olan kamunun denetleyici rolü zayıflamıştır. Kamu, sağlık altyapısını özel mülkiyete bırakarak, sağlık sisteminin bağımsızlığını zora sokmuş ve sağlık sisteminde uzun vadede önemli sorunlara yol açacak kamu yararına olmayan bir model tercih edilmiştir. Gelecek kuşaklara büyük bir yük bindiren, birçok açıdan piyasa başarısızlığına yol açan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve şehir hastanelerinin yarattığı sorunların çözümü etkin düzenlemeler, şeffaflık ve kamusal denetimi gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinin insana yaraşır ve sürdürülebilir olması, bireyin sağlık hizmetlerinin nesnesi değil, öznesi olduğunun unutulmaması gerekmektedir.

Kaynakça

- Abel, E. K, Fee E.,and Brown T.M. (2008) "Milton I. Roemer Advocate of Social Medicine, International Health, and National Health Insurance". *American Journal of Public Health*, 98 (9):1595-97.
- Arrow, K.J. (1963) "Uncertainty and the welfare economics of medical care". *American Economic Review* , 53:941-73.
- Bickerdyke I, Dolamore R, Monday I., and Preston R. (2002) *Supply Induced Demand for Medical Services*. Staff Working Paper, Productivity Commission, Melbourne, Australia.
- Fisher, E. S., Wennberg, D. E., Stukel, T.A., Gottlieb, D. J., Lucas, F. L. and Pinder, E. L. (2003) "The Implications of Regional Variations in Medicare Spending: Part 1. Utilization of services and the quality of care". *Annals of Internal Medicine* 2003, 138, 273-287.
- OECD ve Dünya Bankası (2008) *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye*, ISBN 978-975-590-282-1 – © OECD VE IBRD/Dünya Bankası.
- Rice T., and Unruh L. (2009). *The Economics of Health Reconsidered*. 3rd ed. Chicago: Health Administration Press,

Wennberg, J. E. (2007) Supply-Sensitive Care A Dartmouth Atlas Project Topic Brief

The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice.

DÜNYA'DA GENEL SAĞLIK SİGORTASI FİNANSMAN MODELLERİ VE REFORM SONRASI DÖNEMDE SOSYAL GÜVENLİK KURUMUNUN GSS HARCAMALARI

Dr. Duygu AÇIK

Öğr. Gör. Dr., Yozgat Bozok Üniversitesi, Yerköy Meslek Yüksekokulu,

Sosyal Güvenlik Programı

Prof. Dr. Yusuf ALPER

Bursa Uludağı Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomi-
si ve Endüstri İlişkileri Bölümü

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO), sağlık finansmanının amacını, “tüm bireylerin etkili halk sağlığı ve kişisel sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için finansman sağlamak ve sağlık hizmeti sağlayıcıları için doğru mali teşvikleri belirlemek” (WHO, 2024) olarak belirlemiştir. Yine DSÖ, sağlık finansmanı ile ilgili ilkeleri ise; “*sağlık sistemi içinde yer alan herkese, yeterli, adil düzeyde ve kolay erişilebilir ölçekte finansal kaynak sağlamak*” olarak belirlemiştir (WHO, 2024). Sağlık finansmanı ile ilgili amaç ve ilkelerin hedefi, finansman bakımından sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturarak herkesi kapsama alan evrensel bir sağlık sigortası sistemi oluşturmaktır.

Türkiye’de sağlık harcamalarının finansmanı ile ilgili gelişmeler, Dünya ülkelerinde yaşanan gelişmelere benzer ve paralel gelişmeler gösterdiği gibi, kendine has özellikleri dolayısıyla farklılıklar da göstermektedir. Bu farklılık özellikle sağlık hizmet sunucularına erişim ve hasta sevk zinciri ile ilgili Türkiye’ye has uygulamalardan kaynaklanmaktadır.

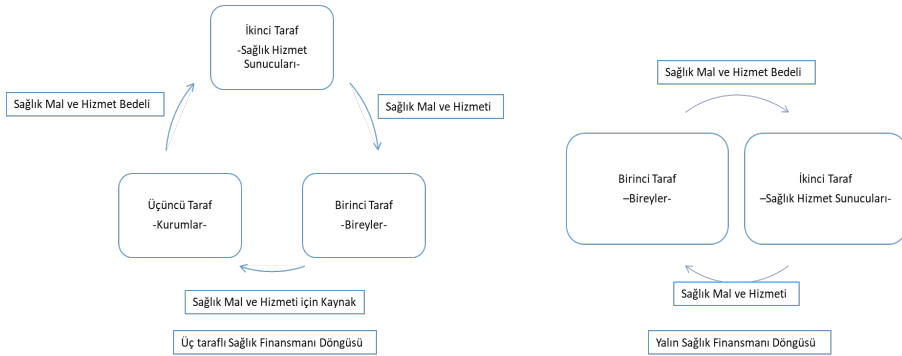
Ülkelerin gelişme seviyeleri ile sağlık hizmet harcamaları arasında yakın bir ilişki vardır. Milli gelir arttıkça hem kişi başına sağlık harcamaları hem de GSYİH içindeki payı oran olarak artmaktadır. Ancak Türkiye için bu doğrusal ilişki her dönem geçerli olmamış, sağlık harcamalarındaki artış GSYİH artışının gerisinde kalmıştır. Nitekim 2000 yılında toplam sağlık harcamaları GSYİH’nın %4,6’sı iken, 2002 yılında %5’in üzerine çıkmış, hatta 2009 yılında %5,8 ile en yüksek seviyesine ulaşmıştır. Ancak takip eden yıllarda

bu oranı koruyamamış, 2022 yılında %4'e, 2023 yılında ise ancak %4,7'ye yükselerek 2000'li yıllar seviyesinde gerçekleşmiştir.

A. SAĞLIK FİNANSMANI ve SAĞLIK HARCAMALARI

Sağlık hizmetlerinin finansmanı en genel haliyle, sağlık alanında finansal kaynakların aktive edilmesi ve kullanılmasını anlatan geniş kapsamlı bir kavramdır (Lee ve Goodman, 2002: 98). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan sağlık finansmanı tanımına göre; kavram, etkili hizmet kapsamını ve finansal korumayı geliştirerek evrensel sağlık kapsamına doğru ilerlemeyi sağlayabilen sağlık sistemlerinin temel bir işlevidir. (WHO, 2015). Bir diğer tanımda, *sağlık finansmanı; hizmetten yararlananlar ile hizmeti sunanlar arasında oluşan kaynakların değişimi ya da transferi* (Tatar, 2011: 105) olarak ifade edilmektedir. Diğer bir ifadeyle, sağlık finansmanı, sağlık harcamalarının tarafları arasındaki transfer ilişkisinin iki temel aracından (sağlık mal ve hizmetleri ve bunların bedeli) biri olan sağlık mal ve hizmetlerinin bedelinin sürece dahil edilmesi olarak tanımlanabilir. Bu süreçte, sağlık mal ve hizmetleri sunucularından, yararlanıcılara mal ve hizmet sunumu gerçekleşirken, sisteminin önceden belirlemiş olduğu esaslara göre, finansal kaynak doğrudan yararlanıcılar veya finansal kaynağı biriktiren kurumlar tarafından, sağlık mal ve hizmetleri sunucularına aktarılır. Bu ilişkiye sağlık finansmanı döngüsü denilebilir.

Şekil 1: Sağlık Finansmanı Döngüsü



Kaynak: Mossialos, E. Ve Dixon, A., (2002a): 2'den yararlanılarak geliştirilmiştir.

Sağlık harcamaları, sağlık hizmetleri kapsamında sunulan mal ve hizmetler ile bu mal ve hizmetlerin sağlanabilmesi için kaynakların transferi ilişkisine dayanır. Bu transfer ilişkisi çok taraflıdır. *Birinci taraf*; sağlık mal ve hizmetlerinden yararlanan bireyler, *ikinci taraf*; bireylere sağlık mal ve hizmet-

lerini sağlayan sağlık hizmet sunucularıdır. Birinci ve ikinci taraf arasında gerçekleşen transfer sağlık harcamalarının en yalın halidir. Yararlanıcı yani bireyler ödeme yaparak şartları sağlar ve ardından sağlık sunucularından mal ve hizmetleri talep edebilirler. Ancak bu ilişkiye bazı durumlarda üçüncü bir taraf dahil olabilir. *Üçüncü taraf*; sağlık sunucuları ile bireyler arasındaki ilişkiyi düzenleyen, denetleyen, mal ve hizmetleri satın alan ya da katkı sağlayan kurum ve kuruluşlardır. Diğer bir ifadeyle, üçüncü taraf olan kurumlar, sağlık mal ve hizmetlerinin bedelini doğrudan bireylerden ya da bireyler adına ödeme yapanlardan toplayarak bu bedeli sağlık hizmet sunucularına aktarırlar. Bu kurum ve kuruluşlar kamu veya özel, kâr amacıyla çalışan veya kâr amacı olmayan, yerel, ulusal veya uluslararası örgütlerdir. Birinci ve ikinci taraf arasında yalın nitelikte gerçekleşen transfer ilişkine üçüncü bir tarafın dahil edilmesinin temel nedeni; sağlık sorunlarının ne zaman ortaya çıkacağına ilişkin belirsizliktir. Bu belirsizliğin sebep olacağı mali yük ve mali yük karşısında bireyin ekonomik ve sosyal olarak korunması ihtiyacı, üçüncü taraf kurumların oluşmasını sağlamıştır.

Taraflar arasında kaynak transferi esasına dayanan sağlık harcamaları, kişi başına düşen milli gelir, okur-yazarlık düzeyi ve doğumdan itibaren ortalama yaşam gibi ülkelerin gelişmişlik düzeyini ortaya koyan göstergelerden biridir. Sağlık harcamaları ve sağlık finansmanı; yatırım ve tasarruflardan, teknolojik gelişmelerden, toplumun eğitim düzeyinden, kentleşme ve diğer demografik değişkenlerden doğrudan etkilenmesinin yanında, bu alanlara yönelik her türlü müdahaleyi doğrudan ya da dolaylı olarak etkiler. Sağlık harcamaları ve sağlık finansmanının bu çok yönlü özelliği, bireyler ve toplum için, yeterli düzeyde finansal kaynağı sunmayı, hastalık sonucu oluşacak mali riskten korumayı ve etkileri yıkıcı olabilecek düzeydeki sağlık müdahalelerine karşı hizmetlere eşit erişim sağlamayı (Gottret ve Schieber, 2006:1) gerektirir. Bu nedenle, sağlık harcamaları ve finansmanı, bireylerin sağlık mal ve hizmetlerine erişim engellerini ve sağlık mal ve hizmetlerinin bedelinden doğan yoksullaşma ihtimalini ortadan kaldıracak ve bireyler arasında eşitliği sağlayacak nitelikte olmalıdır. Tüm bu niteliklerin hayata geçirilebilmesi için ise sağlık finansmanının sağlanması sürecine tüm toplumu dahil edecek güçlü bir mali ve idari yapı gerekmektedir.

Ülkelerin ekonomik, sosyal, kültürel ve demografik yönden farklılıkları sağlık politikalarını ve sağlık harcamalarını etkilemektedir. Sağlık harcamalarına ilişkin veriler, ülkelerin sağlığa verdiği önemi göstermesinin yanında bu alanda gelecekteki politikaların şekillendirilmesine olanak tanımaktadır. Bu bakımdan sağlık harcamalarının düzeyine yönelik ilk değerlendirme sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH) içindeki payı üzerinden yapılmaktadır.

Tablo 1: GSYİH'nin Yüzdesi Olarak Sağlık Harcamaları, 2022

Ülkeler	GSYİH'nin payı olarak sağlık harcamaları	Ülkeler	GSYİH'nin payı olarak sağlık harcamaları
Amerika Birleşik Devletleri	16,6	Letonya	8,8
Almanya	12,7	Yunanistan	8,6
Fransa	12,1	İzlanda	8,6
Japonya	11,5	Bulgaristan	8,6
Avusturya	11,4	Güney Afrika	8,5
Birleşik Krallık	11,3	Hırvatistan	8,1
İsviçre	11,3	Kolombiya	8,1
Yeni Zelanda	11,2	Norveç	7,9
Kanada	11,2	Slovak Cumhuriyeti	7,8
Belçika	10,9	Litvanya	7,5
İsveç	10,7	İsrail	7,4
Portekiz	10,6	Kosta Rika	7,2
İspanya	10,4	Estonya	6,9
Hollanda	10,2	Macaristan	6,7
Finlandiya	10,0	Polonya	6,7
Arjantin	10,0	Romanya	6,5
Brezilya	9,8	Peru	6,3
Güney Kore	9,7	İrlanda	6,1
Avustralya	9,6	Çin	5,7
Danimarka	9,5	Meksika	5,5
Çek Cumhuriyeti	9,1	Lüksemburg	5,5
İtalya	9,0	Türkiye	4,3
Şili	9,0	Endonezya	3,4
Slovenya	8,8	Hindistan	2,9
OECD38		9,2	

Kaynak: OECD, Health at a Glance 2023. (OECD ülkesi olmayan ülkeler altı çizili olarak verilmiştir.)

Tablo 1'de 38'i OECD ülkesi olmak üzere toplam 48 ülkeye ait GSYİH'nin payı olarak sağlık harcamalarına yer verilmiştir. Tabloda yer verilen 38 OECD ülkesinin GSYİH'nin yüzdesi olarak sağlık harcamalarının oranı %9,2'dir. 38 OECD ülkesinden 20'si bu ortalamanın altında kalmaktadır. Tabloya göre, 2022 yılı için, Amerika Birleşik Devletleri %16,6 oranla GSYİH içinde toplam sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülke olmuştur.

tur. ABD'yi sırasıyla, %12,7 ile Almanya, %12,1 ile Fransa takip etmektedir. Bu durum ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile sağlık harcamaları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. GSYİH'nin payı olarak sağlık harcamalarının en düşük olduğu ülkeler ise sırasıyla, Türkiye, Endonezya ve Hindistan'dır. OECD ülkesi olmayan Endonezya ve Hindistan hariç tutulduğunda ise Türkiye %4,3, Lüksemburg ve Meksika %5,5 ile en düşük sağlık harcamaları yapan ülkelerdir. Tablo verilerini değerlendirirken ABD ile ilgili olarak özellikle belirtilmesi gereken husus, toplam sağlık harcamalarını artıran öncelikli unsurun, sağlık hizmetleri finansmanında özel sağlık harcamalarının yüksekliğidir.

Benzer bir değerlendirme kişi başına düşen sağlık harcamaları bakımından da yapılabilir. Kişi başına düşen sağlık harcamaları düzeyi ve bu düzeyin zaman içindeki seyri çeşitli demografik, sosyal ve ekonomik faktörlerin yanı sıra ülkenin sağlık sisteminin finansmanına ve kapsamına göre değişecektir.

Tablo 2: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması, 2022

Ülkeler	ABD Doları	Ülkeler	ABD Doları
Amerika Birleşik Devletler	12555	Slovenya	4114
İsviçre	8049	Litvanya	3587
Almanya	8011	Letonya	3445
Norveç	7771	İsrail	3444
Avusturya	7275	Estonya	3103
Hollanda	6729	Yunanistan	3015
Fransa	6630	Polonya	2973
Belçika	6600	Macaristan	2840
İsveç	6438	Slovak Cumhuriyeti	2756
Lüksemburg	6436	Şili	2699
Avustralya	6372	Arjantin	2170
Kanada	6319	Hırvatistan	2159
Danimarka	6280	Bulgaristan	2123
Yeni Zelanda	6061	Romanya	2052
İrlanda	6047	Türkiye	1827
Finlandiya	5599	Kosta Rika	1658
Birleşik Krallık	5493	Kolombiya	1640
İzlanda	5314	Brezilya	1573
Japonya	5251	Güney Afrika	1184
Güney Kore	4570	Meksika	1181
Çek Cumhuriyeti	4512	Çin	979

İspanya	4432	Peru	759
İtalya	4291	Endonezya	405
Portekiz	4162	Hindistan	212
OECD38		4986	

Kaynak: OECD, Health at a Glance 2023. (OECD ülkesi olmayan ülkeler altı çizili olarak verilmiştir.)

OECD tarafından sunulan verilerle hazırlanan Tablo 2'ye göre, 2022 yılında, OECD ülkelerinde kişi başına düşen ortalama sağlık harcamalarının 4986 ABD dolarına ulaştığı tahmin edilmektedir. OECD ülkelerinin yarısı bu ortalamanın altındadır. GSYİH'nin yüzdesi olarak sağlık harcamalarının oransal dağılımında olduğu gibi ABD kişi başına sağlık harcamalarının en fazla olduğu ülkedir. ABD'yi İsviçre ve Almanya takip etmektedir. Kişi başına düşen sağlık harcamalarının en düşük olduğu ülkeler Peru, Endonezya ve Hindistan iken, kişi başına düşen sağlık harcamalarının en düşük olduğu OECD ülkeleri sırasıyla Meksika, Kolombiya ve Kosta Rika'dır. OECD ülkeleri içerisinde kişi başına düşen sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ABD ile en düşük olduğu Meksika arasındaki fark 10 kattan daha fazladır.

B. SAĞLIK FİNANSMANININ AMACI

Sağlık finansmanının öncelikli ilkeleri, sağlık sistemi içerisinde yer alan herkese; yeterli, adil düzeyde ve kolay erişilebilir finansal kaynak sağlamaktır. Ancak ekonomik, sosyal ve demografik yapıda yaşanan değişim ve dönüşüm sağlık mal ve hizmetlerinin finansmanında da değişikliklere sebep olmuştur. Bu süreç sağlık finansmanının öncelikli ilkelerine, sağlık sisteminin ve finansmanının sürdürülebilirliğini de dahil etmeyi gerektirmiştir. Bir bakıma, ortaya çıkan sorunların sonucu olan *sürdürülebilirlik ilkesi*, kaynakların verimli kullanılmasını gündeme getirmiştir. Tüm bu esasları kapsayacak şekilde, Dünya Sağlık Örgütü, sağlık finansmanının amacını, “tüm bireylerin etkili halk sağlığı ve kişisel sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için finansman sağlamak ve sağlayıcılar için doğru mali teşvikleri belirlemek” (WHO, 2004b: 18) olarak ifade etmiştir.

Witter (2001: 4), sağlık finansmanının amaçlarını dört unsurda değerlendirmiştir. Bu unsurlar (I) Riskin Yayılması, (II) Risk Havuzlanması, (III) Hastalık ve Yoksulluk Arasındaki Bağlantı ve (IV) Sağlığın Temel Önemidir. Witter'e göre; (2001: 4) bu dört unsur bir bütün olarak değerlendirildiğinde sağlık finansmanının bütüncül amacına ulaşılabilecektir. Buna göre, öncelikle “*Riskin Yayılması*” gerekir. *Riskin Yayılması* tıbbi tasarruf planları oluşturulmasını temel alır. Tıbbi tasarruf hesapları aracılığıyla, bireyler gelecekte meydana gelebilecek sağlık risklerine karşı önceden birikim yapacaklar ve sağlık harcamalarını planlayabileceklerdir. Bu sayede, beklenmedik sağlık

harcamaları oluştuğunda risk, uzun bir döneme yayılmış olacaktır. Ancak bireylerin yapmış olduğu tasarrufların yetersizliğine karşı, ikinci unsur devreye girecektir. “*Risk Havuzlaması*” olarak adlandırılan ikinci unsur, finansman sistemlerinin devreye girmesi ile riskin etkilerinin toplumun farklı özelliklere sahip üyeleri arasında dağıtılmasını ifade etmektedir. Bu unsorda temel amaç, çapraz sübvansiyonlarla riski gruplar arasında dağıtmaktır. Yaşlıların, sağlık mal ve hizmetlerine olan ihtiyacının gençler aracılığıyla sübvansiyon edilmesi risk havuzlaması için en belirgin örnektir. Risk havuzlaması ile doğrudan bağlantısı olan “*Hastalık ve Yoksulluk Arasındaki Bağlantı*” unsuru ise bireylerin yoksulluk nedeniyle sağlık mal ve hizmetlerine erişemediği ya da sağlık harcamalarının karşılanamaz mali yükü nedeniyle yoksullaştığı durumu ifade etmektedir. Bu durumlar riskin etkilerinin toplumun bütününe eşit ve adil düzeyde yayılmadığı hallerde ortaya çıkacaktır. Son unsur olan “*Sağlığın Temel Önemi*” unsurunda Witter, sağlığın bireyler için en temel ihtiyaç olduğunu ifade ederek, toplumun tüm üyelerinin uygun sağlık hizmetlerine mümkün olan en yüksek düzeyde erişimin sağlanmasının sağlık finansmanı için temel bir amaç olduğunu belirtmiştir. Yukarıda verilen bilgilerden hareketle, sağlık finansmanının amacının bireyleri hastalığın yol açtığı finansal yükten ve finansal yükün sebep olacağı ekonomik ve sosyal sonuçlardan korumak olduğu ifade edilebilir. Ancak sağlık finansmanından beklenen bu yararların sağlanabilmesi, sağlık finansmanının işlevlerinin doğru belirlenmesini gerektirmektedir.

C. SAĞLIK FİNANSMANININ İŞLEVLERİ

Sağlık finansmanının amacı, tüm bireylerin etkili halk sağlığı ve kişisel sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için finansman sağlamak ve hizmet sağlayıcılar için doğru mali teşvikleri belirlemektir. Bu, bir bireyin söz konusu bakım için ödeme yapamaması veya bunu yapmaya çalışması sonucunda yoksullaşması olasılığını azaltmak veya ortadan kaldırmak anlamına gelir. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için sağlık sistemi finansmanının birbiriyle ilişkili üç işlevi bulunmaktadır. Bunlar; *Fonların Toplanması*, *Fonların Havuzlanması* ve *Satın Almadır* (WHO, 2000: 95).

Bu üç işlev bir bütün olarak işler ve genellikle tek bir organizasyonda bütünleştirilir. Ancak dünyada sağlık finansmanını sağlayan kurumlar ile sağlık hizmet sunucusu olan kurumların farklı kurumlar olması yönünde artan bir eğilim vardır. Bu işlevlerin hayata geçirilebilmesi için öncelikle gerekli teknik, örgütsel ve kurumsal düzenlemeleri yapmak, ardından hizmet sağlayıcıları sağlığı artırmaya ve sistemin duyarlılığını geliştirmeye motive edecek teşvikleri belirlemek gerekmektedir. (WHO, 2000: 95).

Gottret ve Schieber, sağlık finansmanında bu üç işlevin yerine getirilmesinin;

- Mevcut fonlar ve bu fonlara bağlı olarak sunulan temel hizmetler ve bunların koruma seviyeleri,
- Sistemi finanse etmek için gelir toplama mekanizmalarının adaleti,
- Ekonomik kayıp yaratmamak için gelir toplamanın ekonomik verimliliğinin sağlanması,
- Risk havuzlamanın eşitlik sübvansiyonu,
- Satın alınan ve tüketilen hizmetlerin sayıları, türleri ve bunların sağlık çıktıları ve maliyetleri,
- Hizmet üretiminin teknik verimliliği ve
- Hizmetlere finansal ve fiziksel erişim

üzerine önemli etkileri olduğunu ifade etmişlerdir (2006: 4). Sağlık finansmanı işlevlerinin temel özellikleri aşağıda sıralanmıştır.

Gelir Toplama; kaynak oluşturmak için gelir toplama sürecidir. Fonlar, sağlık finansmanı için bireyler, şirketler veya bağışçılardan elde edilir. Sağlık sistemleri; genel vergilendirme, zorunlu sosyal sağlık sigortası katkı payları, gönüllü özel sağlık sigortası katkı payları, cepten ödeme ve bağışlar gibi çeşitli gelir toplama yöntemlerine sahiptir. Gelir toplamak için kullanılan bu yöntemler “finansman yöntemleri” olarak adlandırılır. Benimsenen finansman yöntemine göre toplanan fon; kimin, ne düzeyde ödeme yapacağına ve ödemelerin kimlere finansal kaynak sağlayacağına, hangi mal ve hizmetleri kapsayacağına ve ödemeleri toplayacak kurumlara göre de farklılaşmaktadır. Yöntem ve esaslar ne olursa olsun, “sağlık mal ve hizmetlerinin sunumu öncesinde toplanan gelirlerin düzeyi, finansal riski topluma yayma derecesi ve bireylerin hangi oranda sübvansiyon edildiği sağlık finansmanının gelir toplama başarısı ve finansal adalet” (WHO, 2000: 97) için önemlidir.

Bu yöntemler arasından, yüksek gelirli ülkelerin çoğu ya genel vergilendirmeye ya da zorunlu sosyal sağlık sigortası katkılarına kullanmaktadır. Buna karşılık düşük gelirli ülkeler cepten finansmana çok daha fazla bağımlıdır. Ayrıca sosyal sigorta ve gönüllü özel sigorta programlarının çoğunda gelir toplama ve havuzlama tek bir organizasyon ve tek bir satın alma sürecine entegre edilmiştir. Sağlık bakanlıkları gibi temel olarak genel vergilendirmeye dayanan kuruluşlarda tahsilat maliye bakanlığı tarafından yapılmakta ve sağlık bakanlığına tahsisat hükümet bütçe süreci yoluyla gerçekleştirilmektedir (WHO, 2000: 96).

Fonların Havuzlanması İşlevi; riski paylaşma yöntemi olarak ifade edilebilir. “Sigorta İşlevi” (WHO; 2000: 96) olarak da adlandırılan bu işleve göre bireyin sağlık riskleri karşısında kaynaklarının yetersiz kaldığı durumda,

maddi riski tek başına üstlenmemesi için, riskin mali sonuçlarının sistemin gelir topladığı herkese dağıtılmasını ifade etmektedir (WHO, 2000: 95). Diğer bir ifadeyle fon havuzlama, zamanı önceden bilinmeyen sağlık ihtiyacı için gerekli olan sağlık mal ve hizmetlerinin sunumunun ardından ortaya çıkan mali yükün getirmiş olduğu riski paylaşmaktır. Bu yönüyle, bireylerin kendi ceplerinden veya tasarruflarından kendi risklerini üstlenmeye devam etmelerine izin verebilen tahsilattan farklıdır. Kişiler tamamen cepten ödeme yaptıklarında havuzlama gerçekleşmez. Sağlık finansmanı başlığında değinilen “Risk Havuzlaması” unsurunda olduğu gibi, fon havuzlama işleminde karşılıklı çapraz yardımlaşmalar aracılığıyla sağlık mal ve hizmetlerinin kullanımından doğan finansal risk yayılmaktadır. Bu sayede oluşan büyük fonların ölçek ekonomisi etkisinden yararlanarak düşük katkılarla sağlık mal ve hizmetlerinin mali yükü azaltılmış olmaktadır.

Gelir toplama işlevine benzer olarak, fon havuzlama işlevi, farklı yöntem ve kurumlar aracılığıyla gerçekleştirilebilir. Ancak WHO’ya göre; toplanan gelir için fon havuzlayan birçok farklı kurumun olması, riskin ve gelirin tüm üyelere yeniden paylaştırılmasından beklenen en üst düzeydeki faydanın elde edilememesine sebep olacaktır (WHO, 2000: 93). Diğer bir ifadeyle WHO, farklı yöntemlerle elde edilen gelirin tek bir fon havuzunda toplanmasını yararlı görmektedir. Toplanan gelirin, çok fazla havuza aktarıldığı durumda, ülkede risk ve gelire göre, nesil içi ve/veya nesiller arası dayanışma daha düşük düzeyde gerçekleşecektir.

Satın Alma: belirli veya belirli olmayan bir dizi sağlık müdahalesinin sunulması için havuzlanmış fonların sağlayıcılara ödendiği süreçtir. Satın alma pasif veya stratejik olarak gerçekleştirilebilir. Pasif satın alma, önceden belirlenmiş bir bütçenin takip edilmesi veya faturaların sunulduğunda ödenmesi anlamına gelir. Stratejik satın alma ise hangi müdahalelerin, nasıl ve kimden satın alınacağına karar vererek sağlık sistemi performansını en üst düzeye çıkarmanın en iyi yollarının sürekli olarak araştırılmasını içerir. Bu, seçmeli sözleşme ve teşvik planları yoluyla hem bireyler hem de bir bütün olarak nüfus için en iyi performansı elde etmek amacıyla müdahalelerin aktif olarak seçilmesi anlamına gelir (WHO, 2000: 97).

Dünya Sağlık Örgütü, bu yöntemleri başlangıçta pasif veya stratejik ödeme (WHO, 2000: 97) olarak tanımlamış ilerleyen yıllarda bu yöntemleri hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve ücret (WHO, 2004b: 37-40) olarak çeşitlendirmiştir (Tablo 3).

Sağlık finansmanının diğer işlevlerinde olduğu gibi *ödeme yapma işlevinde de* fon havuzlama işlevini yapan kuruluşlar ile ödeme yapan kuruluşlar farklı olabilir. Ancak genellikle sağlık hizmetini satın alan kuruluş aynı zamanda risk havuzlamasını yapan kuruluştur (Kutzin, 2001: 180-181).

D. SAĞLIK FİNANSMANININ YÖNTEMLERİ

Sağlık mal ve hizmetlerinin sunumunun gerçekleştirilebilmesi için finansman kaynağı farklı yöntemlerle elde edilebilir. Bu yöntemler çalışmada, özel ve kamusal nitelikli finansman yöntemleri olarak sıralanmıştır. Özel nitelikli finansman yöntemleri; *Cepten Ödemeler, Özel Sağlık Sigortacılığı ve Tıbbi Tasarruf Hesapları* olarak, kamusal nitelikli finansman yöntemleri ise *Sosyal Sağlık Sigortacılığı ve Vergilerle Finansman* olarak sınıflandırılmıştır. Bu yöntemlere ek olarak, sanayileşmiş ülkelerde ortaya çıkan ekonomik durgunluk nedeniyle artan işsizlik, yaşlı nüfusun artması, göç politikaları ve para politikalarındaki belirsizlikler sonucu sosyal güvenlik sistemlerinde yapılan reformlar nedeniyle, kamusal ve özel nitelikli finansman yöntemlerinin birleşimi niteliğinde olan karma finansman yöntemleri oluşturulmuştur (Orhaner, 2017: 399).

ILO finansman yöntemlerini/mekanizmalarını üçe ayırmıştır. Tablo 3’de de gösterildiği gibi, ILO’ya göre bu yöntemler; **vergilerle finansman, primlerle finansman** ve bu iki yöntemin birleşiminden oluşan **karma finansmandır**. Vergilerle finansman Ulusal Sağlık Sistemleri için kullanılmaktadır. Ulusal sağlık sisteminde uygulanan vergilerle finansmanda kaynak tek bir havuzda toplanır ve bu durum maliyet kontrolünü kolaylaştırır. Ayrıca bu durum kapsanan nüfus arasındaki gelir dağılımına da olumlu katkı sağlar. Ancak yöntem, etkin denetim mekanizmalarının olmadığı durumda verimsizdir ve vergi politikalarından doğrudan etkilenmeye açıktır.

Sağlık harcamalarının primlerle finanse edildiği yöntemler ise daha çok uygulama seçeneğinde kullanılmaktadır. Bunlar; Sosyal ve Ulusal Sağlık Sigortaları, Toplum Temelli Sağlık Sigortaları ve Özel Sağlık Sigortalarıdır. Primlerle finansmanda ulusal sağlık sigortalarının tercih edildiği durumda istikrarlı gelirler yaratma imkânı varken kayıt dışı çalışmanın yaygın olduğu ve bu gruptakiler için sübvansiyonların olmadığı durumlarda harcamaların yapıldığı grup sınırlı kalacaktır. Toplum Temelli Sağlık Sigortaları ise kayıtlı çalışma esasına bağlı olmaması nedeniyle daha geniş grupların kapsama alınmasına imkân sağlayacaktır ancak harcama için ana kaynağın primler olması finansmanın sürdürülebilirliği endişesiyle harcamalarda sınırlamalara gidilmesine sebep olabilecektir. Son uygulama olan özel sağlık sigortaları ise hizmet satın alanlar için daha kaliteli hizmet sağlasa da cepten ödemelere dayanması sağlık harcamalarının dayanışma ilkesine uygun değildir. Diğer bir ifadeyle fon havuzlama olmayacağından risk paylaşımı da olmayacaktır.

Yukarıda temel özellikleri sunulan finansman yöntemlerinden herhangi birinin diğer yöntemlere göre üstünlüğü yoktur. Her bir yöntemin kendine özgü avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Her ülkenin ekonomik,

sosyal ve kültürel yapısındaki farklılıklar ve sağlık harcamalarına ilişkin uyguladıkları politikalar farklı bir finansman yöntemi benimsemelerine sebep olmaktadır.

Tablo 3: Çeşitli Sağlık Kapsamı ve Finansman Mekanizmalarıyla İlişkili Performansın Temel Yönleri

Teminat/ Finansman Mekanizması	Performansın Temel Yönleri	Avantajlar	Dezavantajlar
Ağırlıklı olarak vergi finansmanı	Ulusal Sağlık Sistemleri	- Mali açıdan ademi merkezileşmiş ortamlarda riskler tüm nüfus için ulusal veya bazen ulus-altı düzeyde bir havuzda toplanır - İdari verimlilik ve maliyet kontrolü için iyi bir potansiyel - Kapsanan nüfustaki yüksek ve düşük riskli ve yüksek ve düşük gelirli gruplar arasında yeniden dağılım	- Kamu harcamaları üzerindeki rekabetçi talepler nedeniyle istikrarsız fonlama ve yetersiz fonlama riskleri - Teşvik ve etkin denetim yoksa verimsizdir - Genellikle algılanan düşük hizmet kalitesi
Temel olarak işverenlerin/ çalışanların sağlık sigortası programlarına katkıları (bordro vergileri) ve primleri	Sosyal ve Ulusal Sağlık Sigortası	-İstikrarlı gelirler yaratır -Algılanan yüksek hizmet kalitesi nedeniyle halktan genellikle güçlü destek -Genellikle vergi sübvansiyonlarını içerir- özellikle ulusal sağlık sigortası programlarında- yoksulları ve/veya diğer hassas grupları kapsamak için -Sosyal ortakların katılımı ve sesli temsil -Kapsanan nüfustaki yüksek ve düşük riskli ve yüksek ve düşük gelirli gruplar arasında yeniden dağılım	-Kayıt dışı sektör çalışanları ve nüfusun diğer kesimleri için herhangi bir sübvansiyon sağlanmadığı takdirde kayıtlı sektör çalışanları ve aileleri ile sınırlıdır -Bordro katkı payları rekabet gücünü azaltabilir ve daha yüksek işsizliğe yol açabilir -Yönetimi karmaşıktır; yönetim ve hesap verebilirlik sorunlu olabilir -Etkin sözleşme mekanizmaları mevcut değilse maliyet artışına yol açabilir
	Toplum Temelli Sağlık Sigortası	-Kayıt dışı ekonomide çalışanlara ve nüfusun daha yoksul kesimlerine ulaşabilir	-Kapsam genellikle nüfusun sadece küçük bir yüzdesini kapsar -Sübvansiyon edilmediği sürece yoksullar dışlanabilir -Ulusal sübvansiyonlar tarafından desteklenmediği takdirde mali açıdan kırılabilir olabilir -Ters seçim için güçlü teşvik -Yönetim ve idarede profesyonellik eksikliği ile ilişkilendirilebilir
	Özel Ticari Sağlık Sigortası	-Cepten harcamaya tercih edilir -Ödeme gücü olanlar için finansal korumayı ve sağlık hizmetlerine erişimi artırır -Daha iyi kalite ve maliyet verimliliğini teşvik eder	-Yüksek idari maliyetler -Kamu sağlık sistemleri üzerindeki maliyet baskılarını azaltmada etkisiz -Sübvansiyonlu primler veya düzenlenmiş sigorta içeriği ve fiyatı olmadan adaletsiz -İdari ve mali altyapı ve kapasite gerektirir

Nüfusun çeşitli grupları için sosyal ve mikro sağlık sigortası programlarına vergiler, katkı payları ve primlerin bir karışımının kullanılması	Karma Mekanizmalar	-Tüm nüfusu kapsama potansiyeli -Tek bir sağlık finansman mekanizmasından daha fazla yerel fon yaratır	-İyi tasarlanmadığı ve koordine edilmediği takdirde parçalanma riski
--	--------------------	---	--

Kaynak: ILO, World Social Protection Report 2014/15 Building Economic Recovery, Inclusive Development and Social Justice, 2014: 10

Ülkelerin tercih ettiği finansman yöntemlerini ortaya koyan ve OECD tarafından sunulan verilerle hazırlanan Tablo 4’de görülebileceği gibi, verilere erişilen 47 ülke içinde Brezilya ve Hindistan dışındaki diğer tüm ülkelerde en fazla uygulama alanı bulan temel finansman yöntemleri kamusal nitelikli finansman yöntemleridir.

Tablo 4: Toplam Sağlık Harcamalarının Kamusal ve Özel Nitelikli Finansman Yöntemleri Bakımından Oransal Dağılımı, 2021

Ülkeler	Kamusal Nitelikli Finansman Yöntemleri		Özel Nitelikli Finansman Yöntemleri		Diğer
	Devlet Programları	Zorunlu Sağlık Sigortası	Gönüllü Sağlık Sigortası	Cepten Ödemeler	
Norveç	86	0	0	14	0
İzlanda	84	0	0	15	2
İsveç	86	0	1	13	0
Danimarka	85	0	2	13	0
Birleşik Krallık	83	0	2	13	2
Letonya	69	0	4	27	0
Güney Afrika	51	0	42	5	2
İtalya	75	0	2	22	1
Brezilya	44	1	29	22	4
İrlanda	77	1	10	11	1
Avustralya	71	1	11	15	2
Kanada	72	1	11	14	2
Portekiz	61	2	7	29	1
İspanya	68	4	7	21	0
Hindistan	30	7	7	51	5
Yeni Zelanda	70	10	5	13	3
Finlandiya	67	13	2	16	3
Endonezya	37	18	3	31	11
Meksika	24	27	7	41	2

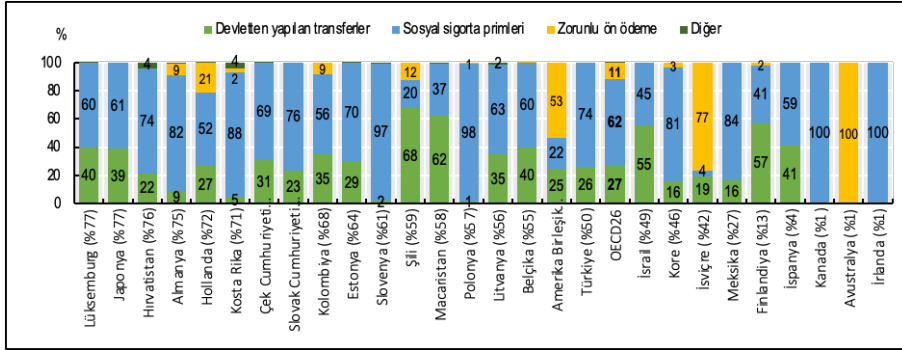
Peru	42	27	7	23	1
Yunanistan	30	32	4	33	0
Çin	19	35	7	35	3
OECD38	38	38	4	18	1
Avusturya	38	41	4	16	2
İsviçre	26	42	7	22	3
Güney Kore	17	46	8	29	1
İsrail	19	49	10	20	2
Bulgaristan	15	49	1	34	1
Türkiye	29	50	2	16	3
Amerika Birleşik Devletleri	30	53	1	11	5
Belçika	23	55	5	18	0
Litvanya	12	56	1	30	0
Polonya	15	57	6	20	2
Macaristan	15	58	2	25	1
Şili	4	59	7	30	0
Romanya	18	60	0	21	0
Slovenya	13	61	12	13	1
Estonya	13	64	0	22	1
Kolombiya	10	68	8	14	0
Slovak Cumhuriyeti	9	70	0	19	1
Çek Cumhuriyeti	15	71	0	13	1
Kosta Rika	3	71	4	21	1
Hollanda	13	72	4	9	1
Almanya	11	75	1	12	1
Hırvatistan	9	76	5	9	0
Japonya	8	77	2	12	1
Lüksemburg	9	77	3	9	2
Fransa	4	81	6	9	1

Kaynak: OECD, Health at a Glance 2023.

Kamusal nitelikli finansman yöntemleri içerisinde ise en yaygın kullanılan yöntem, kaynağı işverenler ve çalışanlar tarafından ödenen sosyal sigorta primleri olan, zorunlu sağlık sigortasıdır (Bakınız Grafik 1). Zorunlu sağlık sigortası, tabloda yer alan 47 ülkenin 25'inde ağırlıklı yöntem olarak kullanılmaktadır. Özel nitelikli finansman yöntemleri içerisinde ise cepten ödemeler en yaygın kullanılan özel nitelikli finansman yöntemidir. Ancak

Brezilya ve Güney Afrika’da en yaygın kullanılan özel nitelikli gönüllü sağlık sigortasıdır.

Grafik 1: Seçilmiş OECD Ülkelerinde Zorunlu Sağlık Sigortasının Finansman Kaynakları, 2021



Kaynak: OECD, Health at a Glance 2023.

1. KAMUSAL NİTELİKLİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Kamusal Nitelikli Finansman Yöntemleri, özel nitelikli finansman yöntemleriyle kıyaslandığında daha geç oluşturulmuştur. 19. yüzyılın son çeyreğinde sosyal sigortacılık yöntemiyle başlayan süreci, 20. yüzyılın başlarında sağlık sigortasının finansmanında vergilerin kullanılması izlemiştir.

Sosyal Sağlık Sigortacılığı

Bismarck Modeli olarak da adlandırılan sosyal sağlık sigortacılığı, 1883 yılında Otto Van Bismarck tarafından Almanya’da başlatılmış kamu sağlık finansmanı yöntemidir. Sosyal sağlık sigortacılığı, sağlık sigortacılığının kamu iradesiyle yürütüldüğü ve zorunlu katılım esasına dayanan bir yöntemdir. Yöntem; çalışanlar, işverenler ve devletin sağlık sigortasına fon oluşturmak için prim ve/veya katkı yatırması esasına dayanır. Oluşturulduğu ilk dönemlerde, yalnızca belirli endüstrilerde ve belirli bir ücret düzeyinin altında çalışanları hastalığın muhtemel sonuçlarından korumak için oluşturulmuş olan yöntem, “tarafaların taleplerine karşılık vermesi ve devletin sağlık alanındaki sosyal kaygılarını somut bir şekilde ifade etmesi nedeniyle” (Yenimahalleli, 2007: 33) geniş kabul görmüştür. Ancak istihdama dayalı olması ve toplanan gelirlerin değerlendirilmesine ilişkin idari bir yapıya olan ihtiyaç, ülkelerin bu yöntemi ve yöntemin idaresini gerektiren sosyal güvenlik sistemini hemen oluşturmasına engel olmuştur.

OECD verileriyle hazırlanan Tablo 5’de verileri sunulan 25 ülkeden 15’inde toplam sağlık harcamalarının payı olarak kamu kaynaklı sağlık harcamaları için sosyal sağlık sigortacılığı tercih edilmiştir. Sosyal sağlık sigortacılığı

yöntemini benimseyen ülkeler bakımından oransal dağılım %63 ve %36 arasında yaklaşık iki kat büyüklükte farklılık göstermektedir.

Tablo 5: Toplam Kamusal Nitelikli Sağlık Harcamalarının Payı Olarak Kamu Kaynaklı Sağlık Harcamaları Oransal Dağılımı, 2021

Ülkeleİ	Sosyal Sigorta Primleri	Devlet Transferleri
Kosta Rika	63	7
Slovenya	59	14
Polonya	56	16
Almanya	62	17
Hollanda	44	22
Güney Kore	37	24
Arjantin	37	25
Slovak Cumhuriyeti	54	26
Meksika	22	28
Hırvatistan	56	28
Çin	25	29
Estonya	45	31
Litvanya	36	31
Kolombiya	38	34
Hindistan	2	34
İsviçre	2	35
Çek Cumhuriyeti	51	36
Japonya	47	38
Lüksemburg	46	40
Türkiye	37	42
Peru	26	42
Amerika Birleşik Devletleri	12	44
Şili	12	44
Brezilya	1	44
Belçika	33	45
Endonezya	9	46
İsrail	22	46
Macaristan	22	51
Güney Afrika	0	62
Letonya	0	69
İspanya	2	70
Kanada	1	72

Avustralya	0	74
Finlandiya	5	77
İrlanda	1	77
İzlanda	0	84
Birleşik Krallık	0	84
Danimarka	0	85
Norveç	0	86
İsveç	0	86

Kaynak: OECD, Health at a Glance 2023.

Bu finansman yönteminin, zaman içerisinde kapsamı ve uygulama yöntemleri çeşitlenmiştir. Örneğin yöntemin en belirgin özelliği olan “katılımın zorunlu olması” esnetilmiştir. Başlangıçta yalnızca çalışan ve işverenden toplanan primlerle finanse edilen sisteme, devlet de üçüncü taraf olarak finansman sağlamıştır. Tarafların ödeyeceği primlerde dikkate alınacak gelir başlangıçta çalışanın ücreti olarak belirlenmesine rağmen bazı ülke uygulamalarında prim tavanı ve ücrete bağlı olmayan ek ödemeleri de kapsayacak düzenlemeler getirilmiştir. Tek bir oranda uygulanan prim uygulamalarının yanı sıra bölge ve/veya yapılan işin riskine göre değişkenlik gösteren sistemler tasarlanmıştır.

Vergilendirme

İlk kez Birleşik Krallık’ta, 1942 yılından itibaren uygulanmaya başlayan vergilendirme modeli; sağlık mal ve hizmetlerinin vergilerle finanse edilmesi esasına dayanır. **Beveridge Modeli** olarak da adlandırılan yöntemde, sağlık sigortası tüm nüfusu kapsar ve sağlık hizmetleri, kanunla önceden belirlenmiş kullanıcı katkı payları dışında ücretsiz sunulur.

Sağlık sigortasının gelirleri toplanan vergilerden sağlandığı için bireylerin gelir seviyesi, istihdamda olup olmamaları, bulundukları bölge veya yaptıkları işin riski önemli değildir. Bu nedenle bu yöntem ILO’nun 202 sayılı **Sosyal Koruma Tabanları Tavsiye Kararı’nda** vurguladığı evrensel nitelikli sağlık hakkı kavramına, sosyal sağlık sigortacılığı finansman yöntemi ile kıyaslandığında daha uygundur. Ancak sosyal sağlık sigortacılığı ile kıyaslandığında OECD ülkelerinde vergilendirme metodu ile finansman kaynağı yaratmanın daha kısıtlı kaldığı ifade edilebilir (Tablo 5).

Sağlık hizmetlerinde vergilerin kullanılması risk havuzlamasını kolaylaştırır. Çünkü geniş bir kesimden sağlanan katkı, ortaya çıkan riskin olumsuz sonuçlarının paylaşılmasına olanak sağlar. Ancak vergilendirme sisteminin adil olmadığı durumlarda beklenen bu etki gerçekleşmeyecektir. Ayrıca vergilerle finanse edilen sağlık hizmetlerinin genellikle tedavi edici hizmetlere ve sağlık mallarının ise tıbbi malzeme sağlamaya yönelik olduğu görülmek-

tedir (Savedoff, 2004: 7). Kaynakların tedavi edici mal ve hizmetlere daha yoğun aktarıldığı durum, koruyucu ve önleyici uygulamaların ikinci plana atılmasına ve dolayısıyla bu hizmetlerin karşılanmasında bireylerin üzerindeki maliyet baskısının artmasına sebep olabilecektir. Bu durum sağlık hizmetlerine erişim sorunlarının ortaya çıkmasına sebep olabilecektir.

2. ÖZEL NİTELİKLİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Sağlık hizmetlerinin sunumunun ağırlıklı olarak serbest piyasaya bırakıldığı yöntemlerin bütünü olan özel nitelikli finansman yöntemleri; sağlığın mali yüküne karşı önceden veya risk anında bireyin korunması ihtiyacıyla doğmuştur.

Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler, sağlık hizmetlerinden yararlananlar tarafından sağlık mal ve hizmetleri için gerçekleştirilen ödemelerdir. Cepten ödemeler üçüncü bir tarafın varlığına gerek duyulmadan, sağlık mal ve hizmet bedelinin, hizmet alandan, hizmet sunucusuna doğrudan transfer edilmesidir. Cepten ödemelerde, sağlık hizmetinden yararlananlar, sunulan mal ve hizmet için doğrudan ödeme yaptıklarından sağlık hizmetinin bedeli olarak, prim, katkı veya tasarruf benzeri bir ön ödeme alınmaz ve dolayısıyla sağlığın finansal yüküne karşı koruma sağlanmaz. Cepten ödemenin yapılmasının ardından bedelin bir kısmının ya da tamamının iadesi söz konusu olamaz veya oluşan maliyet bir başkasına devredilemez (Çelikay ve Gümüş, 2010: 188).

Cepten ödemeler; doğrudan ödemeler, kullanıcı katkı payları ve enformel ödemeler olarak sınıflandırılır. *Doğrudan Ödemeler*; hukuki veya teknik herhangi bir nedenle hastalık korumasının kapsamı dışında kalan tüm mal ve hizmetlerin bedeli için yapılan ödemeleri kapsar. Kapsama alınan nüfusun dar, sunulan sağlık mal ve hizmet arzının sınırlı, bireylerin coğrafi, teknik, idari veya hukuki nedenlerle sağlık mal ve hizmetlerine erişiminin güç olduğu durumlarda, doğrudan ödemeler devreye girecektir. Bu ödemeler; özel hastane muayenelerinde ve özel laboratuvarlarda sunulan sağlık hizmetleri ile eczanelerde sunulan sağlık malları için alınmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002a: 22). *Kullanıcı Katkıları Payları*; bir sağlık güvencesi programı kapsamında olan bireylerin, aldıkları sağlık hizmeti bedelinin belirli bir miktarı için yaptıkları ödemelerdir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 147). Kullanıcı katkıları, sağlık harcamalarının düşük ya da düşme eğiliminde olduğu ülkelerde kaynakları arttırmak, sağlık harcamalarının yüksek ya da yükselme eğiliminde olduğu ülkelerde artan maliyetleri azaltmak amacıyla gerçekleştirilir. Her iki durumda da kullanıcı katkıları ile toplanan fonlar aracılığıyla, sağlık hizmetlerine erişemeyenler için kaynak yaratılması ve bu bireyler için sağlık finansmanının mali yükünün daha adil hale getirilmesi hedeflenmektedir. Ancak kullanıcı katkılarının toplam sağlık harcamaları

içerisindeki payının artması ters bir sonucun oluşmasına da sebep olabilecektir. Artan kullanıcı katkıları nedeniyle, sağlık mal ve hizmetlerine en fazla ihtiyaç duyan bireyler için sağlık mal ve hizmetlerinin maliyeti artacak ve dolayısıyla erişim zorlaşacaktır. *Enformel ödemeler* ise “bıçak parası” veya “teşekkür hediyeleri” gibi (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 90-91) nakdi ya da aynı nitelikteki gayri resmi ödemelerdir. Kamu sağlık finansmanındaki yetersizlikler, özel sağlık hizmetlerine ilişkin yetersizlik ve kültürel altyapı (Mossialos ve Dixon, 2002a: 24) enformel ödemelerin gündeme gelmesine sebep olmaktadır.

Tablo 6: Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları- Cepten Ödemeler, 2022

Ülkeler	Cepten Ödeme Oranları	Ülkeler	Cepten Ödeme Oranları	Ülkeler	Cepten Ödeme Oranları
Güney Afrika	5	Kanada	14	İsviçre	22
Lüksemburg	9	Norveç	14	Brezilya	22
Fransa	9	İzlanda	15	Peru	23
Hollanda	9	Avustralya	15	Macaristan	25
Hırvatistan	9	Avusturya	16	Letonya	27
İrlanda	11	Finlandiya	16	Portekiz	29
Amerika Birleşik Devletleri	11	Türkiye	16	Güney Kore	29
Japonya	12	Belçika	18	Litvanya	30
Almanya	12	Slovak Cumhuriyeti	19	Şili	30
Danimarka	13	İsrail	20	Endonezya	31
Birleşik Krallık	13	Polonya	20	Yunanistan	33
Çek Cumhuriyeti	13	Kosta Rika	21	Bulgaristan	34
Slovenya	13	Romanya	21	Çin	35
Yeni Zelanda	13	İspanya	21	Meksika	41
İsveç	13	İtalya	22	Hindistan	51
Kolombiya	14	Estonya	22	OECD38	18

Kaynak: OECD, Health at a Glance 2023.

OECD tarafından 2023 yılı verileri esas alınarak hazırlanmış olan Tablo 6’da da görülebileceği gibi, cepten ödemeler OECD ülkelerindeki tüm sağlık harcamalarının beşte birinden daha azını (%18) finanse etmektedir. Cepten ödemelerin payı, ülkelerin milli geliri arttıkça genel olarak azalmaktadır. OECD ülkeleri içerisinde, Meksika, Yunanistan, Şili ve Litvanya’da hanehalkı tüm sağlık harcamalarının %30 veya daha fazlasını karşılarken Fransa, Hollanda ve Lüksemburg’da cepten yapılan harcamalar %10’un altında kalmıştır. OECD ülkesi olmayan ülkelerde ise Güney Afrika (%5) en düşük

cepten sağlık harcaması yapılan ülke olurken Hindistan’da toplam sağlık harcamalarının yarısından fazlası hanehalkları tarafından karşılanmaktadır (Ayrıca Bakınız Tablo 4).

Özel Sağlık Sigortacılığı

Kamu sağlık sigortasının bir alternatifi olan özel sağlık sigortacılığı, sağlık hizmetinden yararlanan birinci taraf ile sağlık hizmetini sunan ikinci taraf arasında aracılık görevi görmektedir. Bu aracılık görevinde, özel sağlık sigortası kuruluşu, sağlık mal ve hizmeti alanlardan gelir toplayarak gereken durumlarda mal ve hizmet bedelini hizmet sunucusuna transfer etmektedir.

Bu finansman yönteminde üyeler, özel sağlık sigortası aracılığıyla kurulan fonlara düzenli katkıda bulunur. Özel sigortalar yöntem, işlev, katkılar ve sağlanan mal ve hizmetlere göre farklı roller üstlenebilir. WHO rolleri bakımından özel sigortaları beş gruba ayırmıştır. Bunlar; baskın, zorunlu, ikame edici, tamamlayıcı, ilave edicidir. *Baskın Özel Sağlık Sigortaları*; Amerika Birleşik Devletleri’nde, çalışan nüfus için gönüllülük esasına dayalı olarak, çoğunlukla işverenler aracılığıyla satın alınan sigortalardır. *Zorunlu Özel Sigortalar*; İsviçre’de 1996 yılından bu yana tüm vatandaşlar için zorunlu olarak uygulanmaktadır. Zorunlu özel sağlık sigortası, ters seçim ve risk seçiminden kaynaklanan sorunları ele almak amacıyla zorunlu hale getirilmiştir. Bu sigortalar; açık kayıt, toplum tarafından belirlenen primler, standartlaştırılmış bir asgari yardım paketi ve bir risk ayarlama mekanizmasını içeren sıkı bir düzenleyici rejime tabidir. Bir diğer özel sağlık sigortası yöntemi olan *İkame Edici Özel Sigortalar* ise devlet tarafından kapsama alınan mal ve hizmetlerden kısmen veya tamamen yararlanamayanlar ile kamu sağlık sigortasının kapsamından çıkmak isteyenler için oluşturulmuştur. Örneğin Hollanda ve Almanya’da yıllık geliri belirli bir düzeyin üzerinde olanlar ile Belçika’da serbest meslek sahiplerine kamu sigortalarından çıkarak ikame edici özel sigortalardan yararlanma hakkı tanınmıştır. *Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortaları*, yasal sağlık sigortası tarafından kapsam dışı bırakılan veya tam olarak karşılanmayan hizmetler için teminat sağlar. Tamamlayıcı özel sağlık sigortası tarafından sağlanan faydalar, yasal sağlık sigortası tarafından kapsanan faydaların niteliğinden açıkça etkilenir ve bu nedenle ülkeden ülkeye farklılık gösterebilir. Örneğin bu özel sigorta, Batı Avrupa sağlık sisteminde diş bakımını, Kanada’da ayakta tedavi ilaçlarını kapsarken Danimarka, Fransa, İtalya ve Slovenya’da kullanıcı katkılarını kapsar. Son olarak *İlave Edici Özel Sigortalar* ise genellikle yasal sağlık sigortası ile aynı hizmet yelpazesini kapsar, bu nedenle genellikle “çifte teminat” olarak adlandırılır. Temel amacı, sunucu seçeneklerini (örneğin özel sağlayıcılar veya kamu kurumlarındaki özel tesisler) ve yatılı hasta odası olanaklarının düzeyini (örneğin tek kişilik oda) artırmaktır. Bu sigorta sayesinde sunucu

seçenekleri arttırılarak sağlık hizmetlerine daha hızlı erişim sağlayabilmektedir. Bu tür özel sağlık sigortası tüm Batı Avrupa ülkelerinde bulunmaktadır. Genellikle tamamlayıcı ve/veya ikame edici özel sağlık sigortası ile birlikte satılmaktadır (WHO, 2004a: 8-9).

Özel sağlık sigortacılığında ödenecek olan katkılar, özel sigorta kurumunun sistemine dahil olan birey, grup veya toplumun sağlık riskine göre belirlenebilir. Hastalık riskinin yüksek olduğu durumlarda belirlenecek olan katkı miktarı da yüksek belirlenebilecektir. Ancak yüksek katkı oranları “özel sağlık sigortacılığının temel ilkelerinden olan dayanışma, üyelerin sandıkların yönetimine katılması ve yardımların üyelerin değişen ihtiyaçlarına göre ayarlanması” (Yenimahalleli, 2007: 20) ilkelerinin de zedelenmesine sebep olabilecektir. Riskin bireysel olarak belirlendiği durumlarda bireylerin hastalıklarını gizleyebilmeleri, kurumların yüksek hastalık riski olan grupları sigortalamaktan kaçınması, bireylerin sağlık sunucularına gereğinden fazla başvurması ya da kurumların tekelleşme eğilimleri özel sağlık sigortacılığı finansman yöntemi için diğer dezavantajlardır. Bu finansman yönteminin en önemli avantajı ise gelir düzeyi yüksek olan grupların özel sağlık sigortasından yararlanmasıyla, mevcut kamu kaynaklarından düşük gelir gruplarının daha fazla yararlanmasına olanak tanınmasıdır. Ayrıca özel sağlık sigortası sağlık yatırımları için ek kaynak yaratması, sistemi yararlanıcılar bakımından cazip hale getirmek için sağlık sunumlarına ilişkin yeni uygulamaları kapsamı, sağlık mal ve hizmetlerinde yararlanıcıların tercihlerini önceliklendirmesi bakımından kamu sağlık sistemleri için itici bir güç de oluşturabilecektir.

Tablo 7: Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları- Özel Sağlık Sigortası, 2022

Ülkeler	Özel Sağlık Sigortası	Ülkeler	Özel Sağlık Sigortası
Norveç	0	Hollanda	4
İzlanda	0	Belçika	5
Slovak Cumhuriyeti	0	Hırvatistan	5
Çek Cumhuriyeti	0	Yeni Zelanda	5
Estonya	0	Fransa	6
Romanya	0	Polonya	6
İsveç	1	İsviçre	7
Bulgaristan	1	Meksika	7
Amerika Birleşik Devletleri	1	Şili	7
Litvanya	1	Portekiz	7
Almanya	1	Hindistan	7
Macaristan	2	İspanya	7

Finlandiya	2	Peru	7
İtalya	2	Çin	7
Danimarka	2	Güney Kore	8
Japonya	2	Kolombiya	8
Türkiye	2	İsrail	10
Birleşik Krallık	2	İrlanda	10
Lüksemburg	3	Avustralya	11
Endonezya	3	Kanada	11
Letonya	4	Slovenya	12
Yunanistan	4	Brezilya	29
Avusturya	4	Güney Afrika	42
Kosta Rika	4	OECD38	4

Kaynak: OECD, Health at a Glance 2023.

OECD verileriyle hazırlanmış olan Tablo 7'ye göre, sağlık harcamaları içinde özel sağlık sigortasının payı oldukça kısıtlıdır. Veriler, Tablo 6'da sunulan cepten ödemelerle birlikte değerlendirildiğinde, verileri sunulan ülkeler için, özel nitelikli finansman yöntemlerinin, genel olarak sağlık harcamalarının finansmanında ikincil bir yöntem olarak tercih edildiği ifade edilebilir. OECD ülkesi olmayan ancak tabloda verilerine yer verilen Hindistan (%58) ve Brezilya (%51) için sağlık harcamalarında ağırlıklı finansman yöntemi özel nitelikli finansman yöntemleridir. Benzer şekilde Güney Afrika (%47), Çin (%42) ve OECD ülkesi olan Meksika'da (%48) özel nitelikli finansman yöntemlerine olan eğilimin fazla olduğu ülkelerdir.

Tıbbi Tasarruf Hesapları

Bireylerin sağlık güvencesi kapsamına alındıktan sonra sağlıklarını riske atan davranışlar göstermeleri veya sağlık sunucularına gereksiz başvuruda bulunmaları sağlık hizmetlerinin finansmanı için ahlaki bir tehlike olarak değerlendirilmektedir (Maynard ve Dixon, 2002b: 120). Bu ahlaki tehlikenin varlığı sağlık mal ve hizmetlerine olan talebin dengelenmesini veya sınırlandırmasını gerektirmiştir. Bu nedenle talep odaklı bir sağlık finansmanı yöntemi olan tıbbi tasarruf hesapları oluşturulmuştur. Tıbbi tasarruf hesapları, kaliteyi arttırmayı buna karşın sağlık hizmetleri kullanımını sınırlandırarak kamu harcamalarını azaltmayı hedeflemektedir. Bu hedefine ulaşmak için ise bireylerin sağlık harcamaları için tasarruf etmelerini sağlar. Diğer bir ifadeyle, bireylerin gelecekte karşılaşabileceği sağlık risklerine karşı kendi hesaplarına para yatırıp bu parayı da yalnızca oluşabilecek sağlık harcamaları için kullanmaları temeline dayanır (Tengilimoğlu, 2017: 309). Tıbbi tasarruf hesaplarıyla, muhtemel hastalıklar için bireylerin, hanehalklarının veya firmaların, gönüllü veya zorunlu olarak tasarruf etmeleri sağ-

lanır. Ancak sağlanan bu tasarruf çok fazla yararlanıcının katkı sağladığı büyük fon havuzları olmadığı için bu finansman yönteminin riski yayma ve finansal koruma gücü sınırlıdır. Bu nedenle bu finansman yöntemi çoğunlukla kamusal ve/veya özel nitelikteki diğer finansman yöntemleriyle desteklenmektedir.

1984 yılında ilk kez Singapur'da uygulanmaya başlanan tıbbi tasarruf hesapları yöntemi, Medisave, Medishield ve Medifund olarak sisteme ayrılmıştır. Medisave; önceden belirlemiş prosedürlere göre ayakta tedavi hizmetleri için bireylerin gelirinin %6 ya da %8 arası bir oranını yatırmasının zorunlu olduğu bir sistemdir. Medishield, 1990 yılında oluşturulan katastrofik hastalık sigortasıdır. Sistemin primleri tıbbi tasarruf hesaplarından kesilir. Medifund ise, 1993 yılında oluşturulan bir yardım fonudur. Sistemde biriktirilen faizler, gelir testlerine dayalı olarak yoksul insanların bakımını finanse etmek için kullanılır. Bu sistemden yararlananlar için bakım hizmetleri sadece açık servislerde verilmektedir ve 1993'te hastaların sadece yüzde 3'ü bundan yararlanmıştır (Maynard ve Dixon, 2002b: 121-122).

E. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI

Sağlık harcama düzeyini etkileyen faktörler her ülkenin ekonomik, sosyal ve kültürel yapısına, sosyal harcamalarına ilişkin politikalarına ve sosyal koruma ağının gücüne göre farklılaşmakla birlikte sağlık harcamalarının hangi düzeyde olması gerektiği konusunda fikir birliği bulunmamaktadır. Ancak gelişmiş ülkelerin sağlık harcamaları için daha fazla kaynak ayırdığı çalışmanın önceki başlıklarında ortaya koyulmuştur. Bu bölümde ise benzer değerlendirmeler Türkiye için yapılacaktır. Bu kapsamda öncelikle sağlık finansman yöntemine ardından farklı değişkenler bakımından sağlık harcama düzeyine değinilecektir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na göre öncelikle, halihazırda çalışan ve çalışma gelirleri üzerinden prim ödeyenler veya adlarına prim ödenenler ile çalışma geliri üzerinden prim ödemiş olanlar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler ve çalışmaya bağlı geliri olmayan ancak prim ödeyenler sağlık hizmetlerinin kapsamına alınmıştır (Md. 60). Bu yönüyle Türkiye'de, kamusal nitelikli finansman yöntemi olarak, zorunlu sağlık sigortası uygulamasının esas alındığı ifade edilebilir. Ancak ilgili maddenin devamında, yukarıda sıralanan kapsam tanımına uymayanların diğer bir ifadeyle ödeme gücü olmayanların primlerinin devlet tarafından karşılanarak sağlık hizmetlerinden yararlanacakları ifade edilmiştir. Devlet ödeme gücü olmayanların primlerini genel bütçeden karşılamaktadır. Bunun yanında Devlet, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun tahsil ettiği genel sağlık sigortası prim miktarının ¼'ü kadar prim katkısında bulunmaktadır (5510 s. Kanun, Md. 81/f).

Ayrıca bireyler, genel sağlık sigortası kapsamında olan veya olmayan tüm sağlık mal ve hizmetlerinden, doğrudan ya da özel sigorta kuruluşları aracılığıyla bedelini ödeyerek yararlanabilmektedir. Tüm bu düzenleme ve uygulamalardan hareketle, Türkiye’de sağlık mal ve hizmetleri için sağlanan finansmanın kamusal ve özel nitelikli finansman yöntemlerini birlikte içeren karma bir model özelliği gösterdiği ifade edilebilir. Ancak her iki finansman yönteminin harcama düzeyleri farklılık göstermektedir. Bu farklılık Tablo 8v Grafik 2 aracılığıyla ortaya koyulmaya çalışılmıştır.

Tablo 8: 2000-2023 Yılları Arasında Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları (Milyon TL) ve Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)

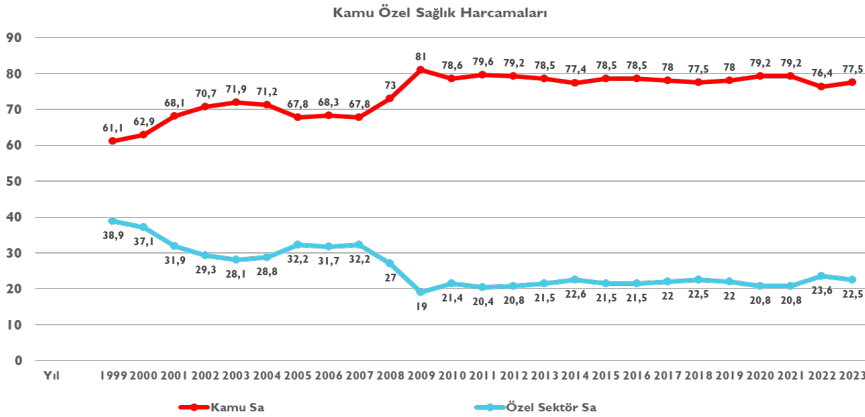
Yıllar	Kamu Toplam Sağlık Harcamaları	Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	Özel Toplam Sağlık Harcamaları	Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	Toplam Sağlık Harcamaları	(%)
2000	5.190	62,9	3.058	37,1	8.248	100
2001	8.438	68,1	3.958	31,9	12.396	100
2002	13.270	70,7	5.504	29,3	18.774	100
2003	17.461	71,9	6.817	28,1	24.278	100
2004	21.390	71,2	8.631	28,8	30.021	100
2005	23.987	67,8	11.372	32,2	35.359	100
2006	30.116	68,3	13.953	31,7	44.069	100
2007	34.530	67,8	16.374	32,2	50.904	100
2008	42.159	73	15.581	27	57.740	100
2009	46.890	80,1	11.021	19,9	57.911	100
2010	48.481	78,6	13.196	21,4	61.677	100
2011	54.580	79,5	14.028	20,5	68.608	100
2012	58.785	79,2	15.404	20,8	74.189	100
2013	66.228	78,5	18.162	21,5	84.390	100
2014	73.382	77,5	21.368	22,5	94.750	100
2015	82.121	78,5	22.446	21,5	104.567	100
2016	94.012	78,5	25.744	21,5	119.756	100
2017	109.744	78	30.904	22	140.648	100
2018	128.021	77,5	37.213	22,5	165.234	100
2019	156.819	78	44.212	22	201.031	100
2020	198.063	79,2	51.869	20,8	249.932	100
2021	280.220	79,18	73.722	20,82	353.942	100
2022	463.516	76,38	143.319	23,62	606.835	100

2023	964.355	77,5	279.882	22,5	1.244.237	100
------	---------	------	---------	------	-----------	-----

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

Tablo 8 verileri esas alınarak oluşturulan Grafik 2, özellikle 2009 krizinden ve genel sağlık sigortası uygulamasına geçişten sonra toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının oran olarak yükseldiğini göstermektedir. Kabaca, Türkiye’de sağlık harcamaları finansmanının $\frac{3}{4}$ ’ü kamu, $\frac{1}{4}$ ’ü özel harcamalardan karşılanmaktadır

Grafik 2. Türkiye’de Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Gelişimi (1999-2023)



Dünya’da sağlık harcamaları giderek artan bir eğilim göstermektedir. Bu artış eğilimi Türkiye’deki sağlık harcamaları için de geçerlidir. Tablo 8’e göre, Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının $\frac{3}{4}$ ’ü kamu sağlık harcamalarıyla karşılanmaktadır. Kamu sağlık harcamaları 2000 yılından itibaren dönemsel dalgalanmalara rağmen genel olarak artış göstermiştir. Kamu harcamalarının en yüksek düzeyde olduğu dönem 2009 yılıdır. Bu yılda kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %80,1’e ulaşmıştır. Bu ani artışın temel nedeni 2008 yılında yaşanan ekonomik krizdir. Ekonomik krizin etkilerini azaltmak için sosyal koruma harcamalarına ağırlık verilmiştir. Özel sağlık harcamaları ise aynı dönem için azalma eğilimi göstermiştir. Özel sağlık harcamaların en düşük olduğu dönem, kamu sağlık harcamalarının zirve yaptığı 2009 yılıdır. Kamu ve özel sağlık harcamalarına ilişkin olarak tabloda dikkat çeken bir diğer yıl, her iki sektörde de %3’lük ani artışın gözlemlendiği 2022 yılıdır. Bu yılda meydana gelen artışın temel nedenini ise COVID-19 salgını sonrasında sağlık kurumlarına müracaat engellerinin kaldırılmış olmasıdır. Engellerinin kaldırılmış olması doğrudan harcama düzeylerini etkilemiştir.

Tablo 9’da, Tablo 8’de sunulan harcama düzeyleri, harcama yapanlara göre ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 9: 2000-2023 Yılları Arasında Sağlık Harcaması Yapanlara Göre Türkiye’de Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

Yıllar	Kamu Kesimi			Özel Kesim	
	Merkezi Yönetim	Mahalli Yönetim	SGK	Hanehalkları	Diğer
2000	1.846	458	2.886	2.280	778
2001	3.612	231	4.595	2.832	1.126
2002	5.283	356	7.631	3.725	1.779
2003	6.317	482	10.662	4.482	2.335
2004	7.659	500	13.231	5.775	2.856
2005	9.520	467	14.000	8.049	3.323
2006	11.766	683	17.667	9.684	4.269
2007	13.966	867	19.697	11.105	5.269
2008	15.948	865	25.346	10.036	5.545
2009	17.946	667	28.277	8.142	2.879
2010	17.209	577	30.695	10.062	3.134
2011	19.086	557	34.937	10.590	3.438
2012	16.493	662	41.630	11.750	3.654
2013	18.425	810	46.993	14.156	4.006
2014	21.282	744	51.356	16.819	4.549
2015	25.286	927	55.908	17.315	5.131
2016	28.731	1.118	64.163	19.562	6.182
2017	35.316	1.303	73.125	24.004	6.900
2018	40.461	1.439	86.121	28.655	8.558
2019	51.492	1.373	103.954	33.626	10.586
2020	68.927	1.632	127.504	40.105	11.764
2021	111.180	1.975	167.065	56.342	17.380
2022	191.862	3.668	267.986	112.019	31.300
2023	432.550	7.589	524.216	220.914	58.968

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

Tablo 9’da yer verilen, kamu kesimi için sağlık harcaması yapanlar merkezi yönetim için; genel ve özel bütçeli kurumlar ile düzenleyici ve denetleyici kurumlardan, mahalli yönetim için; il özel idareleri, belediyeler ve köylerden ve son olarak Sosyal Güvenlik Kurumu’ndan oluşmaktadır. Özel kesim için sağlık harcaması yapanlar ise; hanehalkının yaptığı sağlık mal ve hizmetleri

için doğrudan yapmış oldukları cepten harcamaları ve diğerleri olarak sınıflandırılan özel banka sandıklarını, kamu iktisadi teşebbüslerini ve vakıf üniversitelerini ifade etmektedir. Tabloya göre kamu kesimi içerisinde en fazla harcama yapan kuruluş Sosyal Güvenlik Kurumudur. **2000 yılından 2023 yılına kadar Sosyal Güvenlik Kurumu’nun harcamaları yaklaşık olarak 182 kat artmıştır.** Özel kesim içerisinde ise en fazla harcama hane halkı tarafından sağlık mal ve hizmetleri için yapılan cepten ödemelerdir. Bu harcama kalemi **24 yıllık süreçte yaklaşık olarak 97 kat** artmıştır.

Sağlık harcamalarının düzeyi ve harcama yapanlara göre dağılımı kadar önemli bir diğer unsur, sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranıdır. Burada beklenen GSYİH’da yaşanan büyümenin sağlık harcamalarında da büyümeyi sağlamasıdır. Tablo 10, yıllara göre Türkiye’de GSYİH, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı ve değişkenlerin bir önceki yıla göre artış/azalış oranlarını göstermektedir.

Tablo 10: 2000-2023 Yılları Arasında Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Değişimi

Yıllar	GSYH	Bir Önceki Yıla Göre GSYİH Değişim Oranı	Toplam Sağlık Harcamaları	Bir Önceki Yıla Göre Toplam Sağlık Harcamalarının Değişim Oranı	Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH’ye Oranı
2000	170.666.715	-	8,248	-	4,83
2001	245.428.760	43,8%	12,396	50,3%	5,05
2002	359.358.871	46,4%	18,774	51,5%	5,22
2003	468.015.146	30,2%	24,279	29,3%	5,19
2004	577.023.497	23,3%	30,021	23,7%	5,20
2005	673.702.943	16,8%	35,359	17,8%	5,25
2006	789.227.555	17,1%	44,069	24,6%	5,58
2007	880.460.879	11,6%	50,904	15,5%	5,78
2008	994.782.858	13,0%	57,739	13,4%	5,80
2009	999.191.848	0,4%	57,911	0,3%	5,80
2010	1.160.013.978	16,1%	61,678	6,5%	5,32
2011	1.394.477.166	20,2%	68,607	11,2%	4,92
2012	1.569.672.115	12,6%	74,189	8,1%	4,73
2013	1.809.713.087	15,3%	84,39	13,8%	4,66
2014	2.044.465.876	13,0%	94,75	12,3%	4,63
2015	2.338.647.494	14,4%	104,568	10,4%	4,47
2016	2.608.525.749	11,5%	119,756	14,5%	4,59

2017	3.104.906.706	19,0%	140,647	17,4%	4,53
2018	3.758.315.621	21,0%	165,234	17,5%	4,40
2019	4.320.191.227	15,0%	201,031	21,7%	4,65
2020	5.047.909.499	16,8%	249,931	24,3%	4,95
2021	7.256.142.000	43,7%	353,942	41,6%	4,88
2022	15.011.776.000	106,9%	606,835	71,5%	4,04
2023	26.276.307.000	75,0%	1244,237	105,0%	4,74

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

Tablo 10'a göre, Türkiye'de GSYİH, istikrarlı olmamakla birlikte, sürekli artış göstermektedir. Benzer durum toplam sağlık harcamaları için de geçerlidir. Tablo 10'da verileri sunulan 24 yıl içinde, GSYİH ve toplam sağlık harcamalarının artışı/azalışı arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmaktadır. Ancak 2007-2008 ve 2014-2015 yılları arasında GSYİH oransal olarak artarken toplam sağlık harcamaları oransal olarak azalmıştır. Ters durum ise 2017-2018, 2018-2019 ve 2022-2023 yıllarında gözlemlenebilmektedir. Bu yıllarda GSYİH oransal olarak azalmasına rağmen toplam sağlık harcamaları oransal olarak artış göstermiştir. Ayrıca, GSYİH artışının, toplam sağlık harcamalarının artışına yansımalarının 2008 Krizi öncesi ve sonrası olarak belirgin bir farklılık gösterdiği söylenebilir. Öyle ki 2008 yılı ve öncesinde toplam sağlık harcamalarında meydana gelen artış oranının, GSYİH'da meydana gelen artış oranından daha büyük olduğu (7 farklı yıl), 2008 yılı sonrasında ise toplam sağlık harcamalarının artış oranı 2016, 2019, 2020 ve 2023 yılları dışında GSYİH'nin artış oranından daha küçüktür. 2019 ve 2020 yıllarında meydana gelen artış, salgın tedbirleri kapsamında arttırılan kaynaklarla ilişkilidir.

Sağlık harcamaları ve finansmanı ile ilgili bir diğer önemli unsur kişi başına düşen sağlık harcamalarının düzeyidir. Tablo 11, 2000-2023 yılları arasında kişi başına sağlık harcaması miktarını göstermektedir. Tablo 11'e göre 2009 yılı dışındaki tüm yıllarda kişi başına sağlık harcaması bir önceki yıla göre artış göstermiştir. Ancak artış oranları arasında yıllara göre önemli farklılıklar bulunmaktadır. Kişi başına sağlık harcaması miktarı olarak artış gösterdiği yıllar dikkate alındığında, artış oranının en fazla olduğu yıl 2023, en az olduğu yıl ise 2010 yılıdır.

Kişi başına sağlık harcamalarının da kriz dönemlerinden etkilendiği ifade edilebilir. Örneğin 2008 Krizi, kişi başına sağlık harcamaları üzerinde hemen bir sonraki yılda etkili olmuş ve oransal büyüme eksi değerlere düşmüştür. Benzer durum 2001 Krizi sonrasında gözlemlenmiştir. Ancak Krizin etkisi 2003 yılından itibaren kendini göstermiştir.

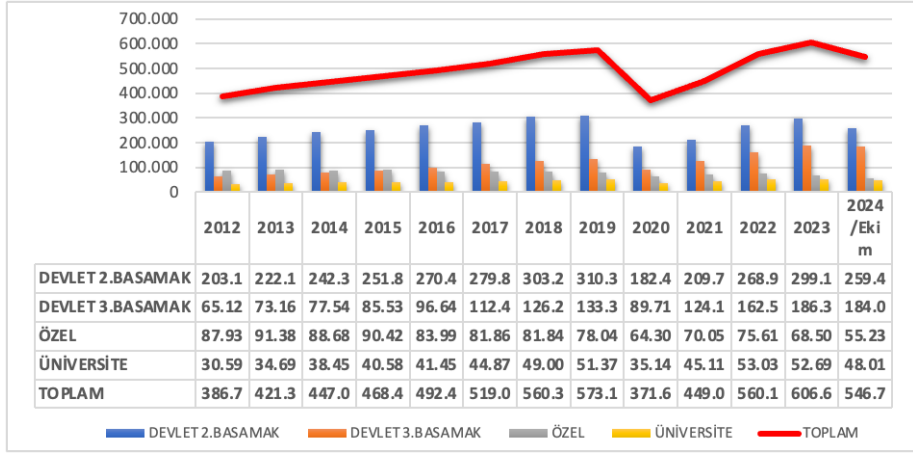
Tablo 11: Kişi Başına Sağlık Harcaması (TL) ve Değişim Oranı

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Kişi Başına Sağlık Harcaması (TL)	Bir Önceki Yıla Göre Kişi Başına Sağlık Harcamalarının Değişim Oranı
2000	8 248	128	-
2001	12 396	190	48,4
2002	18 774	284	49,5
2003	24 279	363	27,8
2004	30 021	444	22,3
2005	35 359	517	16,4
2006	44 069	636	23,0
2007	50 904	726	14,2
2008	57 740	813	12,0
2009	57 911	804	-1,1
2010	61 678	843	4,9
2011	68 607	924	9,6
2012	74 189	987	6,8
2013	84 390	1 108	12,3
2014	94 750	1 228	10,8
2015	104 568	1 337	8,9
2016	119 756	1 511	13,0
2017	140 647	1 751	15,9
2018	165 234	2 030	15,9
2019	201 031	2 434	19,9
2020	249 932	2 997	23,1
2021	353 941	4 206	40,3
2022	606 835	7 141	69,8
2023	1 244 237	14 582	104,2

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

Kişi başına sağlık harcamaları ile benzer nitelikli artış gösteren diğer unsurlar sağlık hizmet sunucularına ait müracaat sayıları ve fatura tutarlarıdır.

Grafik 3: Sağlık Hizmet Sunucularına Ait Müracaat Sayıları



Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık Bülteni Sağlık İstatistikleri Ekim, 2024'den derlenerek oluşturulmuştur.

Grafik 3'e göre Genel Sağlık Sigortası uygulamasının hayata geçirildiği 2012 yılından 2019 yılı sonuna kadar sağlık hizmet sunucularına *toplam müracaat sayısı sürekli artış göstermiştir*. 2020 yılı Covid-19 salgını nedeniyle sağlık kurumlarına müracaatın kısıtlandığı ve haliyle toplam müracaat sayılarının en düşük olduğu yıldır. Uygulanan kısıtlama önlemlerinin kaldırılmasının ardından müracaat sayıları yeniden artış göstermiştir. Sağlık hizmet sunucuları içerisinde en yoğun müracaat 2. Basamak Sağlık Kurumlarına, en düşük müracaat sayısı ise özel sağlık sunucularına olmuştur. 2. Basamak Sağlık Kurumlarının ardından en fazla başvuru sırasıyla 3. Basamak Sağlık Kurumları, Özel Sağlık Kurumları ve Üniversite Hastanelerine yapılmıştır. 2012 yılından 2023 yılına kadar olan süreçte başvuru sayıları bakımından oransal olarak en fazla %186,07'lik artış ile 3. Basamak Sağlık Kurumlarına olmuştur. En yoğun müracaat edilen 2. Basamak Sağlık Kurumlarının artış oranı %47,28'dir. Özel sağlık kurumları müracaat sayıları negatif yönlü bir eğilim göstererek %22,10 oranında azalmıştır.

Genel olarak toplam müracaat sayılarının artmış olması sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştığının göstergesi niteliğindedir. Ancak sağlık hizmetlerine erişimin sürdürülebilir nitelikte olması gerekmektedir. Aksi halde artan maliyetleri dengelemek için sağlık hizmet sunucularına erişim sınırı ve/veya sağlık mal ve hizmetlerinin bedellerinin artması gibi sorunlar ortaya çıkabilecektir.

Ülkemizde sağlık hizmet sunucularının fatura tutarları ve ortalama maliyetleri sürekli artış göstermektedir. Bu durumu ortaya koyabilmek için Tab-

lo 12 ve Tablo 13 oluşturulmuştur. Tablo 12’de sağlık hizmet sunucularına ait fatura tutarları, Tablo 13’de sağlık hizmet sunucularına ait ortalama maliyetler sunulmuştur.

Tablo 12: Sağlık Hizmet Sunucularına Ait Fatura Tutarları

YIL	FATURA TUTARI (Bin TL)				
	DEVLET 2.BASAMAK	DEVLET 3.BASAMAK	ÖZEL	ÜNİVERSİTE	TOPLAM
2012	10.051.990	5.945.100	6.771.108	5.506.848	28.275.046
2013	11.049.401	6.598.896	7.294.698	6.129.775	31.072.770
2014	12.340.270	7.218.596	7.671.542	6.944.105	34.174.513
2015	12.598.117	8.107.009	8.153.544	7.459.415	36.318.085
2016	13.894.172	9.542.520	8.409.883	8.205.334	40.051.909
2017	14.724.847	11.408.747	9.055.398	9.354.777	44.543.769
2018	15.846.098	13.201.645	9.426.962	10.792.632	49.267.338
2019	16.095.716	14.276.804	9.831.592	12.134.601	52.338.713
2020	13.100.719	15.018.786	11.666.067	12.601.561	52.387.132
2021	16.654.225	24.014.761	14.195.803	17.462.851	72.327.640
2022	27.969.293	38.317.398	20.258.298	26.916.192	113.461.181
2023	55.018.983	70.666.233	35.086.777	46.395.260	207.167.253
2024/ Ekim	83.182.434	118.748.814	50.046.639	72.593.802	324.571.689
2012-2023 Dönemi Değişim Oranı	447%	1088%	418%	742%	632%

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık Bülteni Sağlık İstatistikleri Ekim, 2024’den derlenerek oluşturulmuştur.

Tablo 12’e göre, Covid-19 salgın sürecinin yaşandığı 2020 yılı dışındaki diğer tüm yıllarda, tüm sağlık hizmet sunucularına ait fatura tutarları sürekli artış göstermiştir. 2012-2023 yılları arasında en fazla değişim gösteren sağlık hizmet sunucusu 3. Basamak Sağlık Kurumları olmuştur. Bu kurumlara yönelik hasta müracaat sayısının 2. Basamak Sağlık Kurumlarına kıyasla daha az olmasına rağmen (Grafik 3) fatura tutarlarının daha fazla artış göstermesi, bu basamakta artan sağlık hizmeti katkı payıyla ilişkilendirilebilir. Ayrıca 3. Basamak Sağlık Kurumları araştırma hastanesi niteliğinde olmaları nedeniyle hastalığın teşhis ve tedavisi için daha fazla tetkik gerektirebilecektir. Bu durum da fatura tutarlarının artmasına sebep olabilecektir. Tablo 13, bu durumu destekler niteliktedir.

Tablo 13: Sağlık Hizmet Sunucularına Ait Ortalama Maliyet

YIL	ORTALAMA MALİYET (TL)				
	DEVLET 2.BASAMAK	DEVLET 3.BASAMAK	ÖZEL	ÜNİVERSİTE	TOPLAM
2012	49,48	91,29	77,00	180,01	73,10
2013	49,74	90,19	79,82	176,66	73,74
2014	50,92	93,09	86,50	180,58	76,45
2015	50,02	94,78	90,17	183,78	77,53
2016	51,38	98,74	100,12	197,95	81,33
2017	52,62	101,44	110,61	208,45	85,82
2018	52,26	104,55	115,18	220,22	87,93
2019	51,86	107,06	125,98	236,19	91,32
2020	71,79	167,41	181,42	358,54	140,95
2021	79,41	193,39	202,63	387,09	161,06
2022	104,00	235,71	267,91	507,52	202,56
2023	183,90	379,31	512,19	880,42	341,47
2024/ Ekim	320,59	645,20	906,15	1.511,80	593,62
2012-2023 Dönemi Değişim Oranı	272%	315%	565%	389%	367%

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık Bülteni Sağlık İstatistikleri Ekim, 2024'den derlenerek oluşturulmuştur.

Tablo 13'e göre; 3. Basamak Sağlık Kurumlarında müracaat başına ortalama maliyet, 2. Basamak Sağlık Kurumları ile kıyaslandığında yıllara göre en az 2 katına ulaşmıştır. Benzer durum üniversite hastaneleri ile 3. Basamak Sağlık Kurumları arasında da gözlemlenebilir. Bu farkların kabul edilebilir nitelikte olduğu söylenebilir. Çünkü her bir üst basamak sağlık kurumu daha kapsamlı teşhis ve tedaviyi gerektirebilecektir. Dolayısıyla ortalama maliyet artacaktır. Tablo 13'de en fazla dikkat çeken değişken özel sağlık kurumlarının artan ortalama maliyetleridir. En az müracaat sayısına sahip bu kurumlarda ortalama maliyet 12 yıllık süreçte %565 kat artarak ilk sıraya yükselmiştir. Diğer bir ifadeyle bu kurumlarda sağlık hizmetleri pahalı sunulmaktadır. Ayrıca özel sağlık kurumları ve Sosyal Güvenlik Kurumu arasında uygulanan protokoller kapsamında sağlık hizmetlerinin bedellerinin belirli bir tutarının Kurum tarafından karşılanmaktadır. Bu kapsamda karşılanan bedeller Sosyal Güvenlik Kurumu için finansman yükünü artırmaktadır.

SONUÇ

1999-2023 yılları arasında Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları belirgin bir gelişme eğilimi göstermemiştir. 2002 yılında GSYH'nin %4,6'sı seviyesinde olan toplam sağlık harcamaları 2002-2010 yılları arasında %5'in üzerine çıkmış, ancak bu seviyeyi koruyamamıştır. 2023 yılı itibarıyla %4,7 olan sağlık harcamaları, diğer ülkelerde görülen iktisadi gelişme arttıkça, toplam sağlık harcamaları artar ilişkisini güçlü bir şekilde ortaya koymamıştır (SGK, Mali İstatistikleri 2002-2023).

Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının seviyesi ile ilgili tartışmalarla birlikte bu harcamaların sağlık hizmetlerine erişim etkinliği ile ilgili tartışmaları da yapmak gerekir. Sağlık hizmetlerine erişim etkinliği bakımından, Pandemi dönemi dışında, kişi (hasta) başına sağlık hizmet sunucularına başvuru sayısı artmıştır. Ancak bu artış, sağlık hizmet kalitesinin artması anlamına gelmemektedir. 2003 yılında 8 ana unsuru ile hayata geçirilmek istenen "Sağlıkta Dönüşüm Programı" özellikle kademeli hasta sevk sistemi bakımından beklenen sonuçları vermemiş görünmektedir. Nitekim hasta sevk sisteminin "*birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimlerine ve sağlık ocaklarına yönelik başvuru sayısında beklenen artışı sağlamaması*", muayene ücretleri ve katılım paylarının artışı ile ilgili düzenleme yapılmasını (25 Ocak 2025) zorunlu kılmıştır.

Sağlık hizmetlerine erişimin maliyetlerinin yükselmesi, sağlık hizmet sunucularına başvuru sayısını etkilemiş, GSS sonrası dönemde (2012-2023), özel sağlık hizmet sunucularına olan başvuru hasta başvuru sayısı %22 azalmıştır (SGK, Sağlık İstatistikleri). Buna karşılık devlet 3. Basamak (%185) ve Üniversite hastanelerine (%72) olan hasta müracaat sayısı Türkiye ortalamalarının (%57) daha yüksek oranda gerçekleşmiştir. Özel sağlık hizmet sunucularının toplam müracaat sayısı bakımından 2012 yılında %22,73 olan payı, 2023 yılında %11,29'a düşmüştür. Bu veriler, yakın gelecekte Türkiye'de özel hastane zincirleri ile ilgili problemler yaşanacağını göstermektedir.

KAYNAKÇA

- Gottret, P. and Schieber, G., (2006), Health financing revisited: a practitioner's guide, The World Bank.
- Gottret, P., & Schieber, G., (2006), Health financing revisited a practitioner's guide. The World Bank.
- Gümüş, F. Ç. V. E., Çelikay, F., & Gümüş, E. (2010). Türkiye'de sağlık hizmetleri ve finansmanı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(1), ss. 177-216.

ILO (2015), **World Social Protection Report 2014/15 Building Economic Recovery, Inclusive Development and Social Justice**, <https://www.ilo.org/publications/world-social-protection-report-2014-15-building-economic-recovery-inclusive> (Erişim Tarihi: 8 Ocak 2025).

İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), ss. 86-99.

Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56(3), ss. 171-204.

Lee, K., & Goodman, H., (2002), *Global policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s*, Lee, K., Buse, K., Fustukian, S., (Eds.), *Health policy in a globalising world* (ss.97-119). Cambridge University Press.

Mossialos, E. & Dixon, A., (2002a). *Funding health care: options for europe*. Mossialos, E. Et al (Edt.), *Funding health care: an introduction* (ss. 1-30). Open University Press.

Mossialos, E. & Dixon, A., (2002b). *Funding health care: options for europe*. Mossialos, E. Et al (Edt.), *Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience* (ss. 80-109). Open University Press.

OECD (2023), **Health at a Glance 2023**, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html (Erişim Tarihi: 8 Ocak 2025).

Orhaner, E. (2017). Sağlık harcamalarının finansmanında özel sağlık sigortalarının rolü. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(3), ss. 398-412.

Savedoff W. (2004). Tax-Based financing for health systems: options and experiences, discussion paper number 4. World Health Organization.

SGK (2023). **İstatistik Yıllığı-2023**, , <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/> (Erişim tarihi, 15 Mart 2025).

SGK (2023). **Sağlık ve Mali İstatistikler**, <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Aylik/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6> (Erişim tarihi: 15 Mart 2024).

T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi (2006), **5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu** <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5510&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 8 Ocak 2025).

T.C. Sağlık Bakanlığı (2003). **Sağlıkta Dönüşüm**, T.C. Sağlık Bakanlığı, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>, (erişim tarihi 15 Mart 2025).

Tatar, P. D. M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi, 1(1), ss. 103-133.

Tengilimoğlu, D. (2017). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Kitabevi.

Uğurluoğlu, E. (2008). Hacer ÖZGEN, Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(2), ss. 1999-2026.

WHO (2004a), **What are The Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe? WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network (HEN) Report.** <https://iris.who.int/handle/10665/363830> (Erişim Tarihi: 8 Ocak 2025).

WHO, (2000). The world health report 2000. health systems: improving performance.

WHO, (2004b). Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period.

Witter, S. (2001). Health financing in developing and transitional countries. The University York.

World Health Organization (2015), **Health Financing**, https://www.who.int/health-topics/health-financing#tab=tab_1 (Erişim Tarihi: 8 Ocak 2025).

Yenimahalleli, G. (2007). Sağlıkın finansmanı ve Türkiye için sağlık finansman modeli önerisi [Doktora tezi, Ankara Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.

SAĞLIKTA HİZMET SUNUMUNDAN HİZMET ALIMINA GEÇİŞİN FİNANSAL ETKİLERİ ¹

Okan YILDIRIM

Sosyal Güvenlik Başmüfettişi

GİRİŞ

Sağlığın tanımını yapmak güç ve tartışmaya açıktır. Dar ve geniş açılardan birbirinden oldukça farklı tanımlar yapılabilmektedir. Tanımların bir tarafı, tıbbi uzman tarafından gözlemlenebilen ya da medikal cihaz ile ölçülebilen vücut fonksiyonunu gösteren medikoteknik kavramının tarifini yaparken; diğer bir tanım ise Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün meşhur sağlık tanımına dayanmakta olup, sağlığı fiziksel, ruhsal ve esenlik bakımından bütünüyle iyi olma hali olarak tanımlamaktadır. Bu tanımın süreklilikten ziyade zaman içinde bir noktadaki sağlık durumunu işaret ettiğini akılda bulundurmamak gerekmektedir (Olsen, 2017: 1).

Sağlık sektörü, ekonominin diğer alanlarında mevcut olan birçok özgün özelliğe sahip olsa da sağlık hizmetleri piyasalarında görülen sıra dışı ekonomik niteliklerin bir araya gelmesiyle sağlık ekonomisi ekonominin diğer alanlarına kıyasla görece daha büyük bir hale gelmektedir. Söz konusu sıra dışılıklar şu şekildedir; (1) hükümet müdahalesinin boyutu, (2) bireylerin hastalıklarının rastlantısallığından tıbbi tedavilerin ne kadar iyi olduğuna ve kim için işe yaradığına dair anlayışa kadar sağlık hizmetlerinin tüm seviyelerinde belirsizliğin baskın varlığı, (3) doktorlar (ve diğer sağlık çalışanları) ile hastaları, yani sağlık hizmetlerinin tüketicileri arasındaki büyük bilgi farklılığı, ve (4) dışsallıklar - bireylerin başkaları için maliyet yükleyen veya fayda yaratan davranışları. Bunların her biri ekonominin diğer alanlarında da mevcuttur, ancak sağlık hizmetlerine kıyasla nadirdirler ve hiçbir zaman böylesine geniş bir kombinasyon halinde olmazlar (Phelps, 2018: 2).

Sağlık ekonomisi alanındaki ilk yazılı belgeler Hammurabi Kanunları'na kadar gitmektedir. Söz konusu belgeler incelendiğinde; bu dönemde hekimlere yapılacak ödemeler ve hekimlerden alınacak tazminat miktarını içeren

¹ Bu çalışma, 10-11 Ocak 2025 tarihinde, Türkiye Emekliler Derneği'nin ev sahipliğinde Sosyal Güvenlik Müfettişleri Derneği'nin iş birliği ile düzenlenen Akademik Sosyal Güvenlik Platformu'nun 10 - 11 Ocak 2025 Türk Genel Sağlık Sigortası; Uygulama, Sorunlar ve Çözüm Önerileri Çalıştayı'nda yapılan sunum esas alınarak hazırlanmıştır.

hususların ele alındığı anlaşılmaktadır. Böylece; Babil’de sağlık kavramının ekonomik açıdan değerlendirildiği görülmektedir. Modern anlamda ilk çalışmalar, 1931 yılında Amerikan Tıp Birliği tarafından kurulan Tıbbi Ekonomi Bürosu tarafından başlatılmıştır. Söz konusu çalışmaların günümüze uygun gelişmesi ise Mushkin’in sağlık ekonomisi alanını tanımladığı makale ile mümkün olmuştur. Mushkin’in sağlık ekonomisinin temel kavramlarını ve önemini açıklaması sayesinde bu alana olan ilgi artırmıştır. 1963 yılına gelindiğinde ise; Arrow, sağlık sektörünün en önemli özelliklerinden biri olan belirsizlik konusunu incelemiş ve serbest piyasa ekonomisinin kurallarının sağlık sektöründe neden işlemediğini tartışmıştır. 1980’li yıllar sonrasında ise sağlığın ölçümüne ilişkin sağlanan gelişmelerle sağlık ekonomisinin hemen her alanı ile ilgili araştırmalar yapılmaya başlanmıştır (Çelik vd., 2016: 368).

1- SAĞLIK EKONOMİSİNİN TÜRKİYE’DE GELİŞİMİ

Dünyada 1960’lı yıllarda başlayan ve 1980’lere gelindiğinde hem teorik olarak hem de uygulama yönünden önemli bir yol kat etmiş olan sağlık ekonomisi, ülkemizde ancak 1989 yılında PricewaterhouseCoopers (PwC) tarafından Devlet Planlama Teşkilatı için hazırlanan Master Plan Etüdü ile gündeme gelmiştir. Bu plan dahilinde sağlık hizmetlerinde verimlilik, kalite, hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması ve dahili piyasa gibi kavramlar ilk kez tartışmaya açılmıştır. 1992 yılında, Master Planda öngörüldüğü üzere Ulusal Sağlık Kongresi toplanmış ve Dünya Bankası rehberliğinde sağlık reform taslakları hazırlanmaya başlanmıştır. 1993 yılında ülkemizin en kapsamlı ilk sağlık politikası dökümanı yayınlanmıştır. Böylece; hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrıldığı, bütün nüfusun genel sağlık sigortası ile güvence altına alındığı, hastanelerin dahili bir piyasada birbirleri ile rekabet edecek özerkliğe sahip olduğu, birinci basamakta aile hekimliğine dayanan bir reform çalışması yapılmış bulunmaktadır. 1996 yılında ilk kapsamlı sağlık harcamaları araştırması yapılmış ve 1998 yılına kadar sağlık hizmetlerinin verilebilmesi için gereken kaynakların büyüklüğü ve söz konusu kaynakların fonksiyonlarına göre dağılımı ortaya konulmuştur. 2003 yılında OECD Sağlık Hesapları Sistemi ile uyumlu Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması ve Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması ile uluslararası karşılaştırılabilirliği olan iki önemli çalışma yapılmıştır. Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, ülkemizin sağlık sektörüne yönelik ayırdığı kaynakların gelişmişlik düzeyi ile karşılaştırıldığında tahmin edilenden daha yüksek düzeylerde olduğunu ve bu sebeple mevcut kaynakların daha etkili ve verimli kullanımının önemini ortaya koymuştur (Tatar, 2009: 3, Erol ve Özdemir, 2018: 125).

1990'lı yıllarda sağlık reformları adı altında yapılan düzenlemeler sonrasında 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) hayata geçirilmeye başlanmıştır. SDP'nin hedeflerinden birisi, Sağlık Bakanlığı'nın sadece planlayıcı ve denetleyici bir işleve sahip olması ve hizmet sunumundan çekilmesidir (Erol ve Özdemir, 2018: 125). Önceki reform çalışmaları ile benzer konular gündeme gelmiş olsa da bu dönemde uygulamaya yönelik somut adımlar atılmaya başlanmıştır. Sağlık ekonomisine yönelik en yoğun tartışılan konu ilaç harcamaları olmuş ve ilacın fiyatlandırılması ve geri ödeme ilkelerini içeren ilaç politikalarında önemli değişiklikler yapılmıştır (Tatar, 2009: 4). 2005 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilerek sağlık hizmet sunumu ile ilaç üretim ve dağıtımının bütünleştirildiği sağlık giderlerini azaltmayı hedefleyen politikaya geçilmiştir. 2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adı altında tek çatı altında birleştirilmiştir. 1 Ekim 2008 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile de sağlığın finansmanı ile sağlık hizmet sunumu kesin olarak birbirinden ayrılmış, sağlık hizmetlerinin finansmanı sigorta yoluyla sağlanırken SGK'nın özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti satın almasının kapsamı genişletilmiştir. Bu sayede; sağlığın finansmanı tek elde toplanarak özel sektör de dahil olmak üzere sağlık hizmet sunucularının SGK'dan hizmet almalarına imkan sağlanmıştır (Erol ve Özdemir, 2018: 125).

2- REFORM ÖNCESİ SAĞLIK SİSTEMİ

Sağlık reformu öncesi dönemde ülkemizde sağlık hizmetleri için ayrılan toplam finansmanın yaklaşık %60-70'i kamu kaynaklarından, kalan bölümü ise özel kaynaklardan elde edilmekteydi. Sağlık hizmetlerine ilişkin kamu harcamaları Sağlık Bakanlığı, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, diğer bakanlıklar ve kurumlar, yerel yönetimler, devlet teşebbüsleri, devlet memurları ve sosyal güvenlik kurumlarınca üstlenilen harcamalardan oluşmaktaydı. Özel harcamalar ise cepten yapılan ödemeleri, şirketler ve bireyler tarafından finanse edilen politikalara yönelik özel sağlık sigortası ödemelerini içermekteydi. Şekil-1'de; reform öncesi dönemde Türk sağlık sektöründeki fon akışı düzenlemeleri yer almaktadır (OECD, 2008: 20).

Emekli Sandığı, sağlık sigortası sistemleri arasında en kapsamlı teminat paketine sahip olanıydı ve hem medikal hem de medikal olmayan hizmetler ile her türlü özel kuruluşa ve kamu kuruluşlarına erişim sahibiydi. Ödeme mekanizmalarına bakıldığında ise; SSK, kendi bütçesinden finanse ederek hastanelerini yönetirken, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'un hizmet sunuculara yaptıkları ödemeler hizmet başı ödeme temeline dayanmaktaydı. Ancak, ufak istisnalar dışında, katkı payı ödemesi oranları, farklı sağlık sigorta sistemleri arasında büyük ölçüde benzerlik göstermekteydi (OECD, 2008: 20-21).

Reform öncesi dönemde sağlık kapsamına bakıldığında; Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) verileri uyarınca nüfusun yaklaşık %85'i sağlık sigortası kapsamındaydı. Geriye kalan %15'lik kesim ise herhangi bir sağlık sigortasına erişim sağlayamıyordu ve katkı payı ödemesi yapmıyorlardı. Korumacı hizmetler, birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil tıbbi bakımları dolaylı olarak Sağlık Bakanlığı aracılığıyla karşılanmaktaydı. Nüfusun %46,3'lük kesimini kapsayan SSK en büyük sigortacı iken, nüfusun %22,3'ünü kapsayan Bağ-Kur ikinci sıradaydı ve nüfusun %15,4'ünü kapsayan Emekli Sandığı ise onun hemen ardından geliyordu. Türkiye'de özel sigortaların kapsamı ilgili dönemde oldukça azdı. Sağlık sigorta kapsam türüne göre sigortalı oranları tablo-1'de yer almaktadır (OECD, 2008: 22).

Tablo-1: Sağlık Sigorta Kapsamı Türüne Göre Sigortalı Birey Sayısı, 2002-2003

	Devlet Planlama Teşkilatı 2002	Hanehalkı Sağlık Harcamaları Araştırması
	Toplam Nüfus İçindeki %	Toplam Nüfus İçindeki %
Memurlar	15.4 ¹	
Çalışan	—	7.4
Emekli	—	5.1
SSK	46.3	33.5
Bağ-Kur	22.3	11.7
Özel Fonlar	0.5	0.4
Yeşil Kart	—	8.6
Diğerleri	—	0.5
Toplam sigortalı	84.5	67.2

1. Bu şekil hem çalışan hem de emekli memurları kapsamaktadır. Kaynak: Devlet Planlama Teşkilatı, www.dpt.gov.tr, Ekonomik ve Sosyal Göstergeler ve Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları Araştırması 2002-2003.

Kaynak: Dünya Bankası (2006).

Ancak; sağlık sigortası kapsamına dair bu veriler, fiili kayıtlı çalışan sayısından ziyade tahminlere dayanmaktaydı. Bu döneme ait sağlık sigortası kapsamı rakamlarıyla ilgili üç önemli sorun vardı; i) Bireylerin bir kısmı birden fazla sosyal güvenlik kurumunca sigortalanmıştı, bu sebeple bu kişiler birçok kayıta yer almaktaydılar, ii) Çalışan nüfus sayısı, düzenli katkıda bulunarak mevcut görünenleri değil programa kayıt yaptırmış tüm bireyleri (özellikle Bağ-Kur'a tabi olanlar) gösteriyordu, iii) Sigortalıların bakmakla

yükümlü oldukları kişilerin sayısı tahminiydi ve kesin olarak bilinmiyordu. DPT'nin yukarıda yer alan çalışmasının yanı sıra; Sağlık Bakanlığınca aynı dönemlerde yapılan hane halkı çalışmasında ise nüfusun %67'sinin sağlık sigortasına sahip olduğunun bildirildiği tespit edilmişti. Türk nüfusunu istatistiki olarak temsil eden bir örneklem üzerinde yapılan her iki çalışmada yer alan resmi rakamlar arasındaki büyük fark da bize bildirim ve tahmin yanlılığı sorunları olduğunu göstermektedir. 2003 yılında iş gücünün yaklaşık %46'sının kayıt dışı sektörde çalıştığı tahmin edilmekte olup, sağlık sigortası kapsamının %85 civarında olduğu tahmin edildiği için, kayıt dışı çalışanların büyük bir kısmının Yeşil Kart kapsamında olması, SSK, Bağ-Kur veya Emekli Sandığı bünyesinde sağlık sigortasına sahip bireylerin bakmakla yükümlü olduğu kişiler arasında olması mümkündür (OECD, 2008: 22).

3- SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Sağlıkta Dönüşüm Programı, iki aşamalı olarak hayata geçirilmiştir. Bunlardan ilki, 2003-2009 yılları arasında Sağlıkta Dönüşüm Projesi başlığı altında hedeflenen uygulamalardır. İkinci aşama ise, 2009-2014 yılları arasında Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi başlığı altında hedeflenen uygulamaları içermektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmetlerinin sunumu, örgütlenmesi ve finansmanı alanında önemli adımlar atılmıştır. Yönetim ve örgütlenme alanında; Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatının yeniden yapılandırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması, özel hastanelerin hizmet sunumu ile ilaç ve eczacılık başta olmak üzere geniş kapsamlı bir dönüşüm sürecinden geçirilmesi yönünde çalışmalar yapılmıştır. Hizmet sunumu alanında; özellikle hasta hakları, hastane hizmetlerinde yeniden yapılanma, merkezi hastane randevu sistemi, sağlık bilgi sistemi, evde sağlık bakımı hizmetleri, performans sistemi, kalite ve akreditasyon, acil sağlık hizmetleri ve servisleri ile kan hizmetleri başta olmak üzere birçok alanda yoğunlaşmıştır. Finansman alanında; sosyal güvenlik sisteminde yaşanan kurumsal dönüşüm ve bu doğrultuda genel sağlık sigortasının oluşturulması başta olmak üzere yapısal ve işlevsel değişiklikler gerçekleştirilmiştir (Bostan ve Çiftçi, 2016: 2). Yukarıdaki açıklamalardan da anlaşılacağı üzere; sağlıkta dönüşüm programının bir boyutu sağlık alanı, diğer boyutu ise sosyal güvenlik alanından oluşmaktadır. 28 Temmuz 2004 tarihinde yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Projesi; Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılmasını, sosyal güvenlik kurumlarının kapasitesinin geliştirilmesini, sağlık hizmeti sunumunun yeniden düzenlenmesini ve halk sağlığı ve insan kaynakları kapasitesinin güçlendirilmesini öngörmekte iken; 29 Eylül 2009 tarihinde yürürlüğe gi-

ren ve bir önceki projenin devamı niteliğinde olan Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi ise, öncelikli olarak Sağlık Bakanlığı'nın stratejik planına destek mahiyetindedir. Ek olarak; koruyucu sağlık hizmetleri için çıktı-bazlı finansman çalışmasının yapılması ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kapasitesinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Görüleceği üzere; SDP, yalnızca sağlık hizmetlerinin sunumunu değil, aynı zamanda bunların finansmanını ve organizasyonunu da yeniden yapılandırmaktadır. Ayrıca; daha kaliteli hizmet sunumunun sağlanması ve çıkar çatışmasının önlenmesi amacıyla, sağlık hizmetleri finansmanını, planlamasını, denetimini ve üretimini yapan güçlerin, birbirinden ayrılması gerektiği savunulmaktadır. Yerinden yönetim ilkesine dayanarak, idari ve mali açıdan özerk işletmeler oluşturulması ve böylece karar alma mekanizmalarının hızlandırılması benimsenmektedir. Bunları tamamlayacak şekilde de sağlık hizmet sunumun tekel olma niteliğine son verilerek, belli standartlara sahip farklı hizmet sunucularının sağlanmasını ve bu sunucular arasında rekabet ortamının oluşturulması hedeflenmektedir (Memişoğlu ve Kalkan, 2016: 655-656).

4- SDP'NİN SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİLERİ

Türkiye'de sağlık reformları ve SDP sonrası dönemde sağlık harcamalarında önemli artışlar olmuştur. Ülkemizde sigorta temelli kurgulanan sosyal güvenlik sistemi, artan sağlık harcamaları nedeniyle 1990'lı yılların ortalarından itibaren emeklilik sigortasında ortaya çıktığı gibi sağlık sigortasında da gelirleri giderleri karşılayamaz hale gelmeye başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sigortaya dayalı finansman yöntemi tercih edilmiştir. Sosyal güvenlik sistemi ile sağlık hizmetlerinin sunumu kademeli olarak gelişmiştir. İlk başta; nüfusun belli bölümleri sosyal güvenlik kapsamına alınmış, daha sonrasında ise bu nüfusa sağlık hizmetleri de verilmeye başlanmıştır. Günümüzde; SGK, sağlık hizmetlerinin finansmanında en güçlü kurum haline gelmiştir (Erol ve Özdemir, 2018: 125).

Tablo-2'de; 1999-2023 dönemine ilişkin toplam sağlık harcamaları, kamu ve özel sağlık harcamaları tutarları ve oranları yer almaktadır. Söz konusu tabloda da görüleceği üzere; toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2000 yılında %4,8 düzeyindeyken, 2008 ve 2009 yıllarında %5,8 düzeyine ulaşmış, günümüzde ise %4,7'ye düşmüştür. Söz konusu tabloda dikkat çeken bir başka nokta ise; reform sonrası dönemde genel devlet sağlık harcamasının özel sektör sağlık harcamasına kıyasla oransal olarak artış göstermesidir. 2000'li yılların başlarında %60 seviyelerinde seyreden genel devlet sağlık harcamaları, 2009 yılında %81,0'e çıkmış ve günümüzde ise %77,5 seviyesinde seyretmektedir. Bunun tersi olarak da genel devlet sağlık

harcamaları artış gösterdiği oranda özel sektör sağlık harcamalarında azalma görülmektedir.

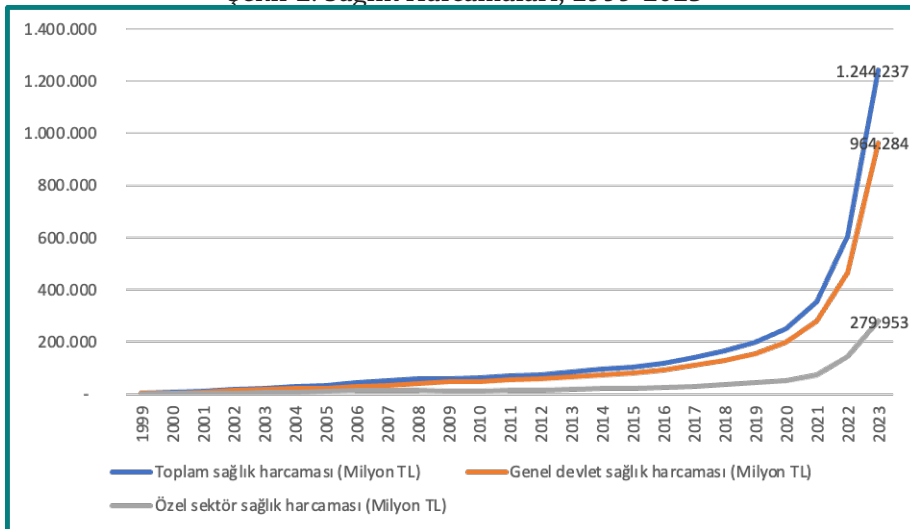
Tablo-2: Sağlık Harcamaları İle İlgili Göstergeler, 1999-2023

Yıl	Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	Kişi başına sağlık harcaması (TL)	Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%)	Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	Özel sektör sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)
1999	4 985	79	4,6	61,1	36,9
2000	8 248	128	4,8	62,9	37,1
2001	12 396	190	5,0	68,1	31,9
2002	18 774	284	5,2	70,7	29,3
2003	24 279	363	5,1	71,9	28,1
2004	30 021	444	5,2	71,2	28,8
2005	35 359	517	5,2	67,8	32,2
2006	44 069	636	5,5	68,3	31,7
2007	50 904	726	5,7	67,8	32,2
2008	57 740	813	5,8	73,0	27,0
2009	57 911	804	5,8	81,0	19,0
2010	61 678	843	5,3	78,6	21,4
2011	68 607	924	4,9	79,6	20,4
2012	74 189	987	4,7	79,2	20,8
2013	84 390	1 108	4,6	78,5	21,5
2014	94 750	1 228	4,6	77,4	22,6
2015	104 568	1 337	4,4	78,5	21,5
2016	119 756	1 511	4,6	78,5	21,5
2017	140 647	1 751	4,5	78,0	22,0
2018	165 234	2 030	4,4	77,5	22,5
2019	201 031	2 434	4,7	78,0	22,0
2020	249 932	2 997	5,0	79,2	20,8
2021	353 941	4 206	4,9	79,2	20,8
2022	606 835	7 141	4,0	76,4	23,6
2023	1 244 237	14 582	4,7	77,5	22,5

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2023

Şekil-2’de ise; aynı döneme ilişkin toplam sağlık harcamaları, genel devlet sağlık harcamaları ve özel sektör sağlık harcamaları tutarlarının yıllar içerisindeki grafiksel gösterimi yer almaktadır. Bu şekilde de görüleceği üzere; genel devlet sağlık harcamaları ve özel sektör sağlık harcamaları arasındaki fark genel devlet sağlık harcamaları lehine giderek artmaktadır.

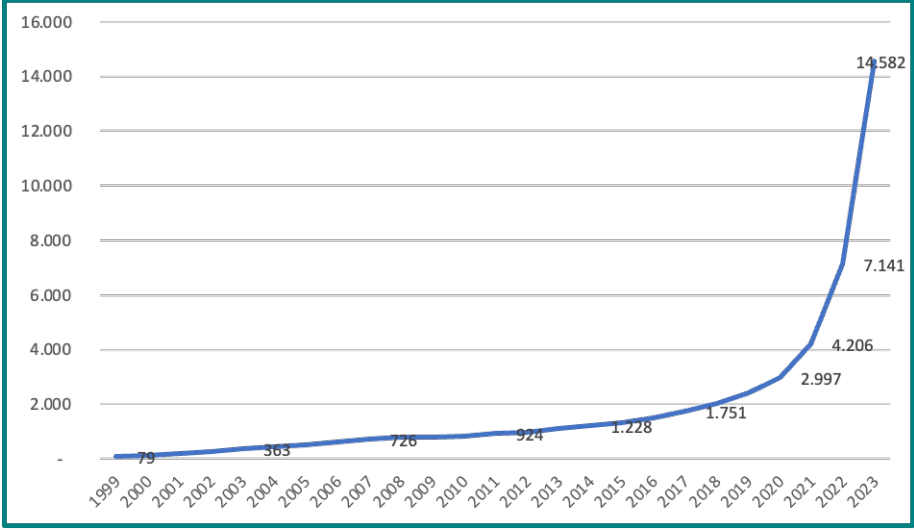
Şekil-2: Sağlık Harcamaları, 1999-2023



Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2023

Şekil-3'te; kişi başına sağlık harcamasına yer verilmiştir. Şekilde de görüldüğü gibi; kişi başına sağlık harcaması, özellikle reform sonrası dönemde olmak üzere kademeli olarak artış göstermektedir. Söz konusu artış oranı özellikle 2019 yılı sonrasında daha da artmış ve yıllık artış oranı her dönem yaklaşık iki kat oranında olmuştur.

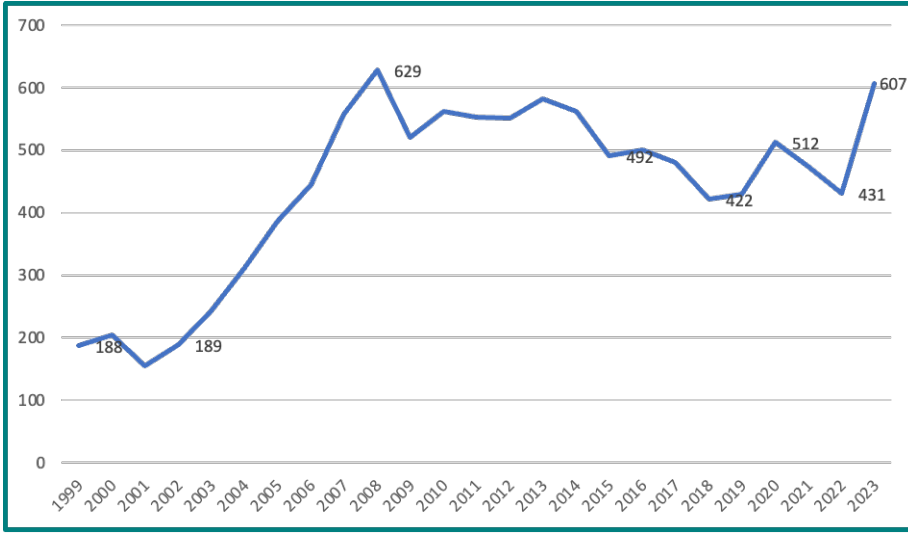
Şekil-3: Kişi Başına Sağlık Harcaması, 1999-2023



Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2023

Ancak; ülkemizde yaşanan son dönemdeki enflasyonist etkilerin bir nebze olsun giderilmesi açısından nominal sağlık harcamalarını bu sefer de ABD doları bazında incelemekte fayda vardır. Şekil-4'te görüldüğü üzere; kişi başına sağlık harcamalarının dolar bazında hesaplanması sonucunda da reform sonrası dönemde sağlık harcamalarında hızlı bir artış olduğu görülmektedir.

Şekil-4: Kişi Başına Sağlık Harcaması (\$), 1999-2023

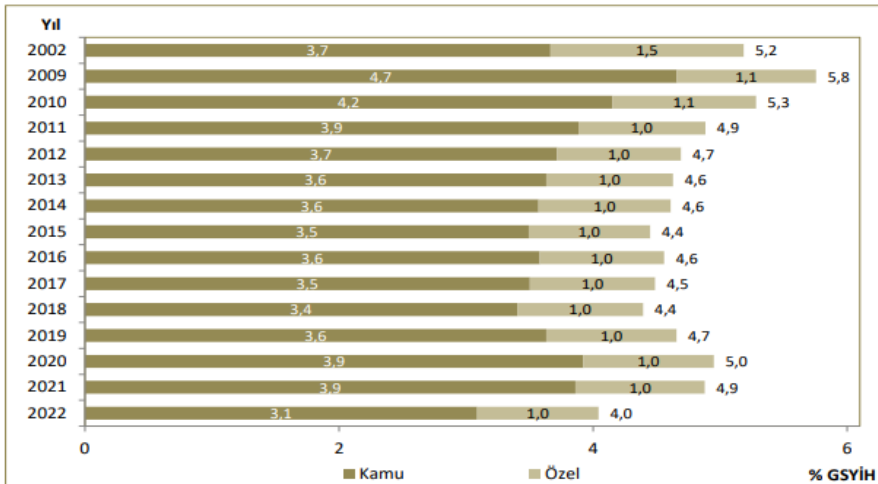


Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2023

Şekil-5'te; Türkiye'de yıllara göre kamu ve özel sağlık harcamasının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) içindeki payları verilmektedir. Şekilde de görüleceği üzere; reform öncesi dönemde 4 seviyelerinin altında gezinen kamu sağlık harcamaları reform sonrasında toplam sağlık harcamaları artışına oranla daha yüksek oranda artış göstermiştir. Reform öncesi dönemde %1,5 seviyesinde olan özel sağlık harcaması reform sonrası dönemde ortalama olarak %1 seviyelerinde seyretmiştir. Reform sonrası dönemde sağlık harcamalarının %75'i kamu, %25'i özel sağlık harcamalarıdır.

Şekil-5: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı

Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%)



Kaynak: TÜİK; Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022

Kamu ve özel sektör sağlık harcamalarının bileşenlerini tam olarak anlamak üzere tablo-3'e göz atabiliriz. Kamu sağlık harcamalarının yarısından fazlasını SGK finanse ederken, özel sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu ise hane halkları tarafından finanse edilmektedir. Reform öncesi döneme bakarsak; 1999 yılında sağlık harcamalarının %32,42'si sosyal güvenlik kurumlarınca finanse edilirken, bu oran 2008'de %43,9'a çıkmıştır.

Tablo-3: Genel Devlet ve Özel Sektöre Göre Toplam Sağlık Harcaması, 2022, 2023

Genel devlet ve özel sektöre göre toplam sağlık harcaması, 2022, 2023

(Milyon TL)				
	2022	Pay (%)	2023	Pay (%)
Toplam sağlık harcaması	606 835	100,0	1 244 237	100,0
Genel devlet	463 516	76,4	964 355	77,5
Merkezi devlet	191 862	31,6	432 550	34,8
Mahalli idareler	3 668	0,6	7 589	0,6
Sosyal Güvenlik Kurumu	267 986	44,2	524 216	42,1
Özel sektör	143 319	23,6	279 883	22,5
Hanehalkları	112 018	18,5	220 914	17,8
Sigorta şirketleri	16 562	2,7	31 398	2,5
Diğer ⁽¹⁾	14 738	2,4	27 570	2,2

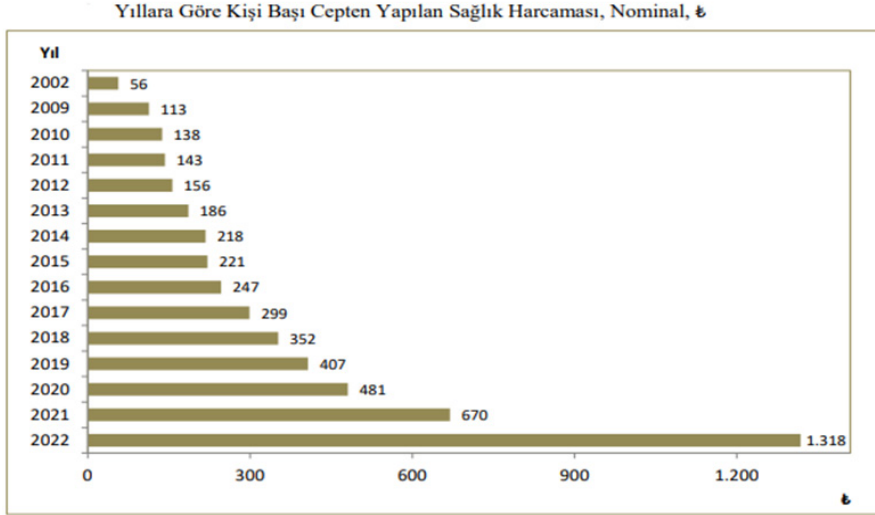
(1) "Diğer" sağlık harcamaları, hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2023

NOT: 1999 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu payı % 32,42 iken 2008 yılında % 43,90 olmuştur.

Toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu ve özel sektörün payını bilmenin yanı sıra, özel sağlık harcamaları içerisinde cepten yapılan harcamaların oranını bilmekte de fayda vardır. Böylece; sosyal devlet anlayışı içinde devletin sorumluluklarını ne kadar yerine getirmekte olduğunu ortaya koymada önemli olmakla birlikte, önümüzdeki dönemlerde sağlık sektörünün kamuya olacak yükünü tahmin etmekte de son derece önemlidir. Şekil-6'da da görüleceği üzere; cepten yapılan sağlık harcamalarının nominal tutarı her geçen sene artmaktadır. Özellikle 2021-2022 yılları arasında artış oranı iki katı olmuştur.

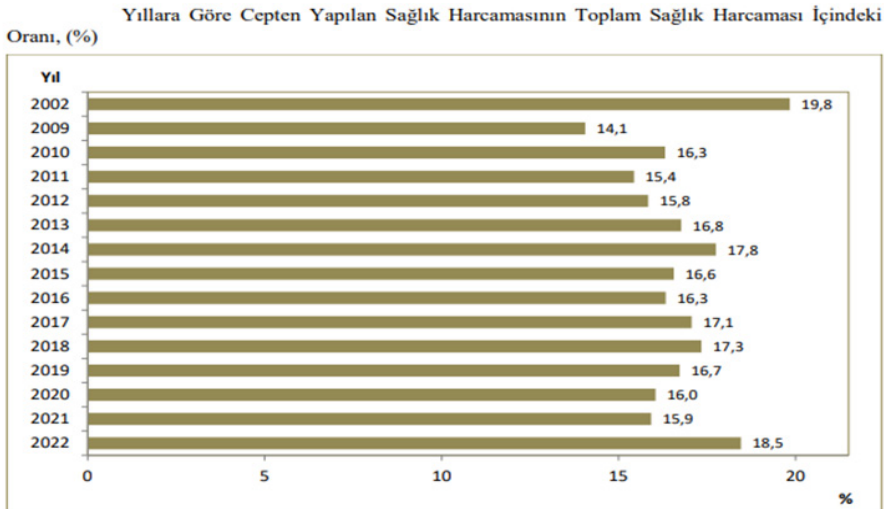
Şekil-6: Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, Nominal, TL



Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2023

Yine enflasyonist etkiyi azaltmak için bu sefer de cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payına bakmakta fayda görmekteyiz. Şekil-7’de görüldüğü üzere; reform sonrası dönemde cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı büyük bir oranda düşmüş, günümüzde ise yeniden reform öncesi oranlara gelmeye başlamıştır.

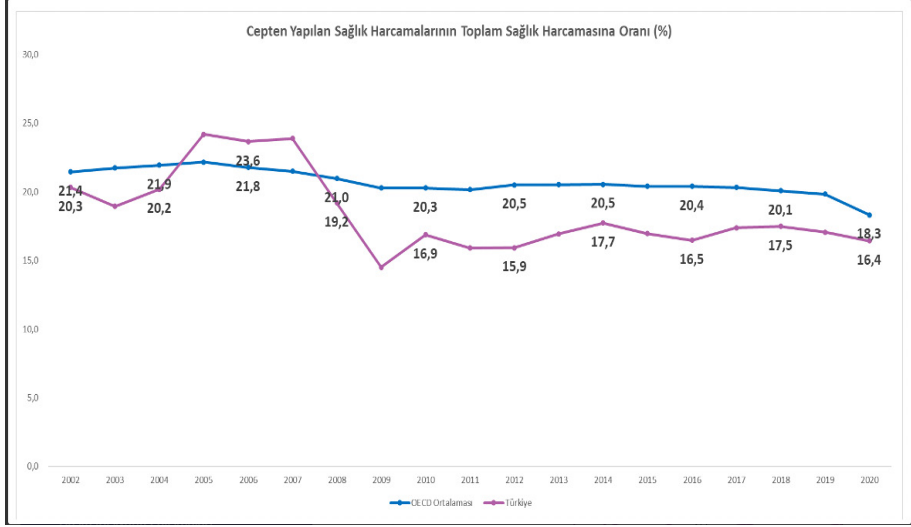
Şekil-7: Yıllara Göre Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Oranı, (%)



Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2023

Bu kez de cepten yapılan sağlık harcamalarının oranının uluslararası düzeyde karşılaştırmasına bakmaktayız. Bunun için de en iyi kıyaslama, OECD ülkelerinin ortalamasını almak olacaktır. Şekil-8’de görüldüğü gibi; OECD ortalaması yıllar itibarıyla yakın seviyelerde seyrederken, ülkemizde için çıkışlı bir grafik görülmektedir. Reform sonrası dönemde ülkemizde hızlı bir azalış olmakta iken, OECD ülke ortalamasında pek bir değişiklik görülmemektedir.

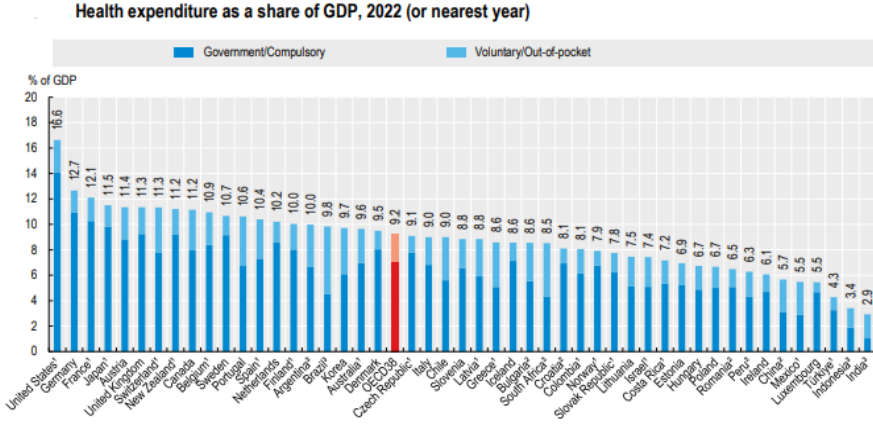
Şekil-8: Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)



Kaynak: AİFD, Çalışma Raporu, 2022

Şekil-9’da ise Türkiye’nin sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının uluslararası karşılaştırılması görülmektedir. Şekle göre; OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı % 9,2 iken, Türkiye’de bu oran % 4,3’tür. Türkiye OECD ülkeleri içerisinde sondan 3’üncü sırada yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sağlık harcamalarının artmasının en önemli nedenlerinden birisi yaşlı nüfustur.

Şekil-9: Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, 2022



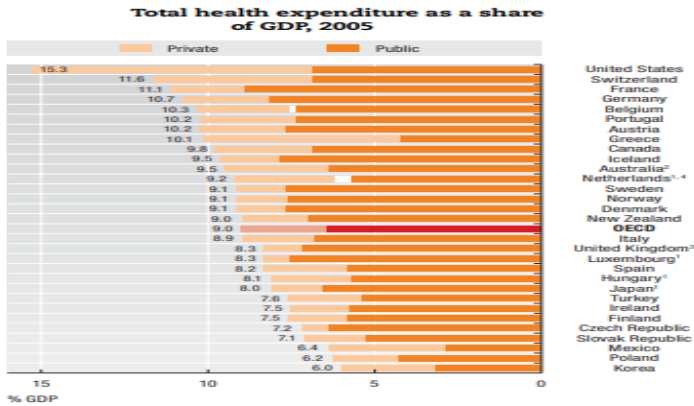
1. OECD estimate for 2022. 2. 2021 data. 3. 2020 data.

Kaynak: OECD Health Data 2023

Not: Türkiye verisi 2022 yılına, ülke verileri ise 2021 yılına aittir.

Günümüzdeki uluslararası kıyaslamayı gördükten sonra, reform döneminde ülkemizin diğer dünya ülkeleri arasındaki durumuna bakmakta da fayda bulunmaktadır. Bu amaçla 2005 yılında yapılan uluslararası kıyaslama incelenmiştir. Şekil-10'dan da anlaşılacağı üzere; Türkiye, 20 sene önceki dönemde günümüze kıyasla OECD ortalamasına daha yakın bir konumdaydı ve sıralamada Finlandiya, Kore gibi ülkelerin üzerinde yer almaktaydı.

Şekil-10: Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, 2005



Kaynak: OECD Health Data 2007

SONUÇ

Sağlık ekonomisi alanındaki tartışmalar, dünyada 1960'lı yıllarda başlamış ve 1970'li yıllarda bu konuda somut adımlar atılmış olmasına rağmen, ülkemizde sağlık alanında reform çalışmaları yaklaşık 30-40 sene gecikmeli başlamıştır.

Ülkemizde 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla başlayan sağlık reformu sonucunda ortaya çıkan sonuçlar maddeler halinde aşağıda yer almaktadır;

- Toplam sağlık harcamaları reform sonrası artmış, günümüzde ise reform öncesi seviyeye gerilemiştir.
- Genel devlet sağlık harcamaları reform sonrası artmış, özel sektör sağlık harcaması azalmıştır.
- Kişi başına sağlık harcaması reform sonrası ABD doları bazında artmış, günümüzde de aynı seviyelerdedir.
- Sosyal Güvenlik Kurumu'nun payı reform sonrası artmıştır.
- Cepten yapılan sağlık harcaması reform sonrası azalmış, günümüzde ise reform öncesi seviyeye yükselmiştir.
- Toplam sağlık harcamalarında OECD ülkelerinin gerisinde kalmıştır.

KAYNAKÇA

Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği. (2022). AİFD Çalışma Raporu.

Bostan, S. ve Çiftçi, F. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Hastane Hizmetleri Üzerindeki Değişim Etkisi: Sağlık Çalışanlarının Görüşleri, SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Cilt 7 / Sayı 2 / 2016.

Çelik, M. M. Ö vd. (2016). Sağlık Ekonomisi, Halk Sağlığı: Bugün ve Her Zaman, İstanbul Üniversitesi Yayınevi, Cumhuriyet'in 100. Yılı Kitaplığı.

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü. (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, OECD ve Dünya Bankası, 2008.

Erol, H. ve Özdemir, A. (2018). Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Dönüşüm ve Sağlık Harcamalarına Etkileri.

Memişoğlu, D. ve Kalkan, B. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Yönetişim, İnovasyon ve Türkiye, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Y.2016, C.21, S.2, s.645-665.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2007). Health at a Glance, OECD Indicators.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023). Health at a Glance, OECD Indicators.

Olsen, J. A. (2017). Principles in Health Economics and Policy, [Oxford University Press](#), Second Edition.

Phelps, C. E. (2018). Health Economics, Routledge, Taylor & Francis, 6th Edition.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.

Tatar, M. (2009). Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'ye İlişkin Genel Bir Değerlendirme.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2023, TÜİK Haber Bülteni.

GENEL SAĞLIK SİGORTASINDA İLAÇ GERİ ÖDEME SİSTEMİNDEN KAYNAKLANAN HUKUKİ SORUNLAR

Ufuk AYDIN

Prof. Dr., İstanbul Aydın Üniversitesi Hukuk Fakültesi,
İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Orhan Ersun CİVAN

Doç. Dr., TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi Hukuk Fakültesi,
İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Senem DEĞER

Dr. Öğr. Üyesi, Pamukkale Üniversitesi Hukuk Fakültesi,
İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

1. GİRİŞ

Tedaviye ihtiyaç duyan bireylerin, ilaçlara makul fiyatla ve yeterli miktarda erişimi gerek bireylerin maddi ve manevi bütünlüğünün, gerek toplumsal yapının korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu durum, bir yandan ilaç fiyatlarının kontrolünün sağlanmasını, bir yandan da geri ödeme sistemlerinin oluşturulmasını gerektirmektedir. Ancak bu sistemler ne kadar geliştirilirse geliştirilsin, teknolojik ilerlemeler sonucu hastalıkların tedavisinde yeni seçenekler ortaya çıkmakta, ekonomik ve tıbbi gerekçelerle söz konusu ilaçların bedeli geri ödeme sistemlerince karşılanmamakta veya karşılanamamaktadır. Bu durum beraberinde yaşam hakkı içerisinde yer alan sağlık hakkıyla bağlantılı hukuki uyumsuzlukların, özellikle ilaç bedelinin iadesi davalarının ortaya çıkmasına sebebiyet vermektedir.

Yapılan açıklamalar kapsamında bu çalışmanın amacı, yargı kararlarından hareketle ilaç bedelinin iadesi davalarını değerlendirerek, herkes için adil ve objektif sonuçlara ulaşmaya yönelik ölçütleri tespit etmektir. Ancak çalışma ile hedeflenen değerlendirmelerin yapılabilmesi için öncelikle ilaç kavramının ne olduğu, akabinde ilaç fiyatlandırma politikaları ile geri ödeme sistemlerinin tanım ve özellikleri üzerinde durmak gerekmektedir. Bu sayede bir yandan ilaç bedelinin iadesi davasıyla nasıl bir sisteme müdahale

edildiği görülebilecek, bir yandan müdahale edilen sistemden hareketle de değerlendirme ölçütleri oluşturulabilmektedir.

2. İLAÇ KAVRAMI VE TÜRLERİ

İlaç kavramıyla ilgili farklı tanım ve açıklamalarla karşılaşilmektedir¹. Ancak konumuz açısından İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği'ndeki tanımı aktarmak yerinde olacaktır. İlgili tanım uyarınca, “*insanlardaki hastalığı tedavi edici veya önleyici özelliklere sahip olarak sunulan veya farmakolojik, immünolojik veya metabolik etki göstererek fizyolojik fonksiyonları düzeltmek, iyileştirmek, değiştirmek veya tıbbi teşhis amacıyla insanlarda kullanılan veya insana uygulanan madde veya maddeler kombinasyonu(na)*” **ilaç** denmektedir (md.3/1-j). Görüldüğü üzere ilacın tek amacı kişilerin fizyolojik fonksiyonlarını iyileştirmek değildir. Aynı zamanda fizyolojik fonksiyonların düzeltilmesi, değiştirilmesi ya da sadece teşhisi amacıyla da kullanılan madde veya maddeler kombinasyonu ilaç olarak nitelendirilmektedir. Dolayısıyla ileri üzerinde durulacağı üzere² Yargıtay kararlarında geçen “iyileşme” kriteri bu açıdan eksik olup, isabetli değildir. Diğer bir deyişle sadece iyileşme kriterini aradığımız takdirde, ilacı tanımlayan diğer ölçütlerin neden dikkate alınmadığı sorusu akla gelmektedir.

Yukarıdaki biçimde tanımlanan ilaç kavramı, bünyesinde farklı ayrımları barındırmaktadır. Bu kapsamda örneğin orijinal ilaç-jenerik ilaç, reçeteli ilaç-reçetesiz ilaç gibi ayrımlarla karşılaşilmektedir³. Söz konusu ayrımların genişletilmesi ve çeşitlendirilmesi olanaklıdır. İlaç bedelinin iadesi davaları açısından özellikle endikasyon kapsamında kullanılan ilaç-endikasyon kapsamı dışında kullanılan ilaç ayrımı ile yetim ilaç kavramı ön plana çıkmaktadır.

Endikasyon, hastanın tedavisinde kullanılacak ilacın hekim tarafından o ilacın ruhsatlandırıldığı alanda kullanmasını ifade eder. Dolayısıyla endikasyon dışı ilaç kullanımı, söz konusu ilacın ruhsatlandırıldığı alan, dozaj, yaş grubu, uygulanma süresi ve/veya şekli dışında, başka hastalıkların tedavisinde kullanılmasını ifade eder. Örneğin böbrek kanserinin tedavisi

¹ Bu yöndeki açıklamalar için bkz.; **Kumru-Top**, 180. **Özcan Büyüktanır**, 77.

² Bkz.; 5, B, dd, aaa.

³ Klinik araştırmalar sonrasında belirli bir hastalık üzerinde olumlu etki yaptığı kanıtlanmış, temeli patentli bir moleküle dayanan ve daha önceden benzeri olmayan yeni ilaca orijinal ilaç, orijinal ilaç ile aynı aktif maddeyi, aynı miktarda bulunduran ve aynı tedavi edici niteliğe sahip olduğu kabul edilen farklı ticari isim altındaki ürünlere ise jenerik (eşdeğer) ilaç denmektedir. Kullanımı doktor tarafından yazılacak reçeteye bağlanan ilaçlar ise reçeteli ilaç olarak adlandırılmaktayken, bir sağlık profesyonelinin talimatı dışında, eczaneden rahatça elde edilebilen ilaçlar ise reçetesiz ilaç olarak nitelendirilmektedir (Bu yöndeki açıklamalar için bkz.; **Güven-Memer Üzümlü**, 49. **Bozgeyik-Er**, 84-85. **Tabak**, 90-92. **Kartal-Arisoy**, 315).

amacıyla geri ödeme kapsamına alınan ilacın, akciğer kanserinin tedavisinde kullanılması halinde endikasyon dışı ilaç kullanımından söz edilebilecektir⁴. Bu gibi durumlarda ilaç her ne kadar geri ödeme listesinde yer alsada, bedelinin karşılanmaması ihtimali ortaya çıkmaktadır. Başka bir deyişle ilaç bedelinin iadesi davası, endikasyon dışı kullanılan ilaç nedeniyle de açılabilir.

Yetim ilaç ise nadir görülen bozuklukların tedavisinde kullanılan ilaçları tanımlamak için kullanılan bir kavramdır. Söz konusu ilaçlarla tedavi edilebilecek hasta sayısı o kadar azdır ki, araştırma geliştirmeye, pazarlamaya yatırım yapmak ya da bu ilaçları satmak kârlı olmayabilmektedir⁵. Avrupa Birliği'nde 10.000 kişide görülme oranı 5 ve daha az olan bir hastalığın teşhisi, önlenmesi ve tedavisi amacıyla, Amerika Birleşik Devletleri'nde ise 200.000'den az insanda görülen hastalıkların tedavisi için tasarlanan ilaçlar, yetim ilaç olarak nitelendirilmektedir⁶.

Yetim ilaçların bu özelliği, maliyetlerini doğrudan etkileyebilmekte, aynı zamanda ilaç şirketlerinin ilgili alanda tekel oluşturma ihtimalini de barındırmaktadır⁷. Bu çalışmanın yapıldığı tarih itibarıyla dünyadaki en pahalı yetim ilaç SMA hastalarının⁸ tedavisi için kullanılan Zolgensma ilacıdır. Söz konusu ilacın güncel değeri 2,1 milyon dolar düzeyindedir⁹. Yapılan bir araştırmaya göre de yetim ilaçların yıllık ortalama maliyeti, geleneksel ilaçlardan yirmibeş kat daha fazladır¹⁰. Sonuç olarak özellikle yetim ilaçların fiyatlarının yüksek olması, henüz sonuçlarının net olmaması gibi nedenler yetim ilaçların geri ödeme sistemine dahil edilmesini güçleştirmekte veya geciktirmektedir. Diğer bir ifadeyle yetim ilaçların da ilaç bedelinin iadesi davalarına konu olma ihtimali oldukça yüksek görünmektedir.

⁴ **Özcan Büyüktanır-Oktay Karaosmanoğlu**, 158. *Tabak*, 92-98.

⁵ **Doğuş**, 199.

⁶ **Ürek-Karaman**, 868-869. Avrupa Birliği açısından yetim ilaç sınıflandırmasında esas alınan kriter için ayrıca bkz.; **Vogler-Zimmermann-Habimana**, 33.

⁷ Yetim ilaçların tekel oluşturmak amacıyla kullanılabilceği endişesini içeren ve yetim ilaçların yaklaşık fiyat yelpazesini gösteren haber için bkz.; <https://www.thetransmitter.org/spectrum/drugmakers-manipulate-orphan-drug-rules-create-monopolies/>, 16.01.2025.

⁸ "SMA hastalığı bireyin merkezi sinir sistemini, periferik sinir sistemini ve iskelet kas sisteminin kontrollü kas hareketlerini etkileyen, nadir görülen genetik bir hastalıktır" (**Arslan Ertürk**, 814).

⁹ <https://www.drugs.com/medical-answers/zolgensma-expensive-3552644/>, 16.01.2025.

¹⁰ <https://www.businesswire.com/news/home/20190910005899/en/Prices-for-Drugs-to-Treat-Rare-Diseases-Skyrocket-While-Big-Pharma-Makes-Record-Profits>, 16.01.2025.

3. İLAÇ FİYATLANDIRMA POLİTİKALARI

İlaç teknolojilerinin gelişmesi, yetim ilaçlarda olduğu gibi yüksek fiyatların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Ancak ilaç fiyatlarının yüksekliği, ilaca erişimi doğrudan etkilediğinden, toplum sağlığı ile de yakından ilişkili bir konudur. Bu itibarla ülkeler, ilaç fiyatlarını kontrol edebilmek ve herkesin eşit bir biçimde ilaçlara erişimini teminat altına alabilmek amacıyla ilaç fiyatlandırma politikalarından yararlanmaktadır. İlaç fiyatlandırma politikalarında kullanılan temel yöntemler; referans fiyat sistemlerinin kullanımı, katkı payı alınması, reçete izleme, jenerik isimle reçete yazma ve jenerik ikame olarak karşımıza çıkmaktadır. Söz konusu yöntemlere diğer bazı yöntemlerin eklenmesi de olanaklıdır¹¹. Konunun kapsamını çok genişleteceğinden ötürü bu çalışmada tüm yöntemlerin üzerinde durmak mümkün değildir. Bununla birlikte ülkemizde de uygulanmakta olan referans fiyat sisteminin üzerinde durulması, ilaç fiyatlarının kontrolünde kullanılan yöntemler konusunda fikir vermek açısından isabetli görünmektedir.

Referans fiyat sisteminde, belirli bir etken maddeye veya dahil olduğu tedavi edici kategoriye tabi olarak ilaçlar için üçüncü taraf ödeyicinin geri ödeyeceği maksimum tutar, farklı ülke fiyatları da dikkate alınarak belirlenmektedir¹². Ülkemizde önceleri maliyet esaslı fiyatlandırma sistemi uygulanmaktayken, 2004 yılında referans fiyat sistemine geçilmiştir. Bu kapsamda Fransa, İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan'daki aynı ürün için uygulanan fiyatlar esas alınmaktadır. Bununla birlikte ilacın üretici fiyatının en düşük olduğu yer imal edildiği ülke ise o ülkedeki üretici fiyatı referans olarak alınmaktadır. İlaç referans olarak belirlenen ülkelerde yer almıyorsa, en düşük üretici fiyatının yer aldığı Avrupa Birliği'ne üye diğer ülkelerden birisinin belirlemiş olduğu fiyat referans fiyat olarak kabul edilmektedir. İlaç, Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde yer almıyorsa, ilacın imal edildiği ülkedeki üretici fiyatı referans olarak benimsenmektedir. Bu

¹¹ İlgili yöntemlerden, katkı payı alınması aslında hastalara yönelik ilave bir önlemdir. Bireylerin gerekmediği halde sağlık kuruluşlarına başvuru yapmasının engellenmesi ve ilaç talebinin azaltılması hedeflenmektedir. Reçete izleme yönteminde ise hekimlerin reçete yazma uygulamaları değerlendirilmekte/gözlemlenmektedir. Bunun sonucunda reçete yazanlara geri bildirim sağlanmakta, bazı durumlarda ise yaptırım uygulanabilmektedir. Jenerik isimle reçete yazma veya jenerik ikame benzer özelliklere sahiptir. Özetle her iki yöntemde de aynı etkin maddeye ve tedavi edici güce sahip birden fazla ilacın varlığı halinde, başka bir ticari isme sahip ilaç önerilmiş olsa dahi eş değer ilacın da temini öngörülmekte ve teşvik edilmektedir. Bu itibarla özellikle jenerik ilaçlar (eş değer ilaçlar), ödeyicilerin halka daha az maliyetli ancak aynı derecede etkili ilaçlar sunmasına olanak tanıyan önemli bir politika seçeneği olarak karşımıza çıkmaktadır. Söz konusu yöntemler hakkında daha fazla bilgi için bkz.; **Vogler-Zimmermann-Habimana**, 31-33. *World Health Organization, Pharmaceutical Pricing Policies*, 3 vd. *Organisation for Economic Co-operation and Development*, 97-113.

¹² *World Health Organization*, 16. **Vogler-Zimmermann-Habimana**, 32.

çerçevede üzerinde durulması gereken diğer bir ihtimal de ilacın yalnızca ülkemizde üretilmesidir. Bu durumda fiyat, üretici firma ve Sağlık Bakanlığı arasında yapılacak olan anlaşma ile tespit edilir. Bu şekilde belirlenen referans ilaç fiyatları Euro cinsindendir. Dolayısıyla ilgili ilaçlar için Türk Lirası üzerinden ödenecek bedel için de ayrı bir Euro kuru öngörülmüştür. Bu konuda Fiyat Değerlendirme Komisyonu devreye girmekte ve bir yıllık dönem içerisindeki Euro kurunun ortalaması belirlendikten sonra, söz konusu döviz kurunun %70'i alınarak, ilaçlar için ödenecek Türk Lirası bedeline ulaşılmaktadır¹³. Bu çalışmanın yapıldığı dönem itibarıyla ülkemizde uygulanan Euro değeri 21,67-TL olarak ilan edilmiştir¹⁴.

Yukarıdaki açıklamalara ek olarak belirtilmelidir ki, ülkemizde depo ve eczanelerin kar oranları da kontrol edilmektedir. İlacın genel sağlık sigortası kapsamında geri ödenmesi durumunda ise zorunlu kamu indirimleri, firmalar tarafından yapılan özel indirimler, hasta katılım payı, fark ücreti, Sosyal Güvenlik Kurumu ile Türk Eczacıları Birliği arasında yapılan anlaşma gibi nedenlerle yeni fiyat düzeyleri ortaya çıkmaktadır¹⁵.

4. İLAÇ GERİ ÖDEME SİSTEMLERİ

Geri ödeme sistemleri, sosyal sağlık sigortası veya ulusal sağlık hizmeti¹⁶ olarak organize edilmiş üçüncü taraf konumundaki ödeyici kurum/kuruluş tarafından ilaç maliyetlerinin karşılanmasıdır¹⁷. Bu bağlamda geri ödeme sistemleri, bedeli karşılanacak ilaçların belirlenmesi ve ne oranda maliyetin karşılanacağını tespitini içermekte olup, örneğin değer temelli fiyatlandırma veya iç fiyat karşılaştırması gibi fiyatlandırma politikaları özellikle

¹³ Sönmez-İlgün, 106-107. Kumru-Top, 182. Özdemir, 110-112.

¹⁴ Bkz. 24.10.2024 tarih ve 32702 sayılı Resmi Gazete.

¹⁵ Kumru-Top, 182.

¹⁶ Sosyal sağlık sigortası sistemlerinde finansman, işverenler ile çalışanların ödediği primlere dayanmakta olup, devlet tarafından da sübvansiyon yapılabilmektedir. Ulusal sağlık hizmeti sistemlerinde ise finansman, (merkezi veya bölgesel) genel vergilendirme yoluyla sağlanır, sunulan hizmetlerin kapsamı kapsam dâhilindeki herkes için aynıdır ve hizmetler genellikle kamu kurumları tarafından sunulur. Sosyal sağlık sigortası veya ulusal sağlık hizmetleri hakkında daha fazla bilgi için bkz.; *World Health Organization*, 14.

¹⁷ Geri ödeme sistemleri ile ilgili verilen tanım oldukça geniştir. Geri ödeme sistemleri, geriye dönük ve ileriye dönük farklı yöntemleri içerebilir (Geri ödeme yöntemleri hakkında daha fazla bilgi için bkz.; Akyürek, 128-136). Örneğin ülkemizde uygulanan global bütçe uygulaması, ileriye dönük bir geri ödeme yöntemidir. Genellikle bir mutabakat sözleşmesine dayanan global bütçe uygulamasında, sağlık hizmet sunucularının tüm işlem maliyetlerini kapsayan, üzerinde taraflarca anlaşılmış toplam bir tutar belirlenmektedir. Global bütçe uygulaması, ülkemizde özellikle kamu sağlık hizmet sunucuları nezdinde uygulanmaktadır (Arık-İleri, 87-89. Akyürek, 136-150). Bu nedenle bu çalışmada ilaç bedelinin iadesi davasıyla da ilişkili olan, geriye dönük geri ödeme yöntemi üzerinde durulacaktır.

geri ödeme sistemleriyle ilişkilendirilmektedir. Görüldüğü üzere ilaç fiyatlandırma politikaları ile geri ödeme sistemleri arasında güçlü bir bağ bulunmaktadır, aynı anlama gelmemektedir¹⁸.

Yapılan açıklamalar çerçevesinde dünyadaki örneklerden de hareket edildiğinde geri ödeme sistemlerinin taşıdığı ortak noktalar tespit edilebilmektedir. Bunlar; * herhangi bir ilacı geri ödeme listesine dahil etmek isteyen kişi/kurum/kuruluş tarafından, uygulamada görüldüğü üzere genellikle ilacın ruhsat sahibi veya yetkilisi tarafından yetkili makama/ödeyici konumundaki kamu kurumuna başvuru yapılması, * bu başvuruyu değerlendirmek üzere bağlayıcı karar alabilen ya da danışma görevini yerine getiren komisyon veya komisyonların kurulmasıdır¹⁹. Bu bağlamda ülkemizdeki sistem, yurt dışındaki örneklerle kıyaslanarak ayrı bir başlık altında değerlendirilmiştir.

A. Genel Hatlarıyla Ülkemizde Geri Ödeme Sistemi

Ülkemizde hangi ilaçların geri ödemeye dahil edileceği ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanacağına dair çerçeve, 5510 sayılı kanun md.63/2’de tanınan yetkinin bir sonucu olarak çıkarılan Sosyal Güvenlik Kurumu İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği ve Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Alternatif Geri Ödeme Yönetmeliği ile çizilmiştir²⁰. İlgili yönetmelik hükümlerinden anlaşıldığı üzere geri ödeme listesine dahil olmak için başvuru esasen yukarıda değinildiği üzere ilaç ruhsat sahibi veya yetkili temsilcisi tarafından yapılacaktır. Bununla birlikte gerek İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği md.7/1-b, gerek Alternatif Geri Ödeme Yönetmeliği md.9 uyarınca başvurunun kamu kesimi de dahil olmak üzere kurum ve kuruluşlar ile şahıslar tarafından da yapılabileceği anlaşılmaktadır.

Yapılan başvuruların, adı geçen geri ödeme yönetmelikleriyle yapısı ve işleyişi şekillendirilmiş olan “SGK İlaç Geri Ödeme Komisyonu”, “SGK GSS Alternatif Geri Ödeme Komisyonu” ve “Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonu” tarafından değerlendirileceği öngörülmüştür. Sistemimize göre SGK İlaç Geri Ödeme Komisyonu²¹ ile SGK GSS Alternatif Geri Ödeme

¹⁸ **Vogler-Zimmermann-Habimana**, 31. *World Health Organization*, 16.

¹⁹ *World Health Organization*, 28.

²⁰ Söz konusu yönetmeliklerin metinlerine ulaşmak için bkz.; 10.02.2016 tarih ve 29620 sayılı Resmi Gazete.

²¹ İlgili komisyon; Kurum Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü başkanlığında, biri İlaç Daire Başkanı olmak üzere 3 daire başkanı, Hazine ve Maliye Bakanlığı’nın görevlendireceği en az daire başkanı düzeyinde 3 temsilci, Sağlık Bakanlığı’nın görevlendireceği en az daire başkanı düzeyinde 2 temsilci ile Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı’nın görevlendireceği en az daire başkanı düzeyinde 1 temsilcinin katılımıyla 10 asıl üyeden oluşur (İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği md.4/1-a).

Komisyonu²² sadece kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapan kişilerden oluşturulmuştur. Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonu'nda ise kamu kurum ve kuruluşları tarafından belirlenen üyelerin²³ dışında İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası, Türkiye İlaç Sanayi Derneği, Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği ve Gelişimci İlaç Firmaları Derneğini temsilen ilgili kuruluşlar tarafından belirlenmiş birer üyenin yer alacağı düzenlenmiştir (İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği md.8/1-a). Ancak Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonunda görev alacağı belirtilen sendika ve dernek temsilcisi olan üyelerin gözlemci olacağı vurgulanmıştır. Diğer bir deyişle bu üyelerin oy hakları bulunmamaktadır.

İlaç geri ödeme başvurularını değerlendirecek komisyonların oluşumu devletlerin takdirinde olup, ülkemizde olduğu gibi kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapan kişilerden oluşturulması ya da kamu kurum ve kuruluşlarındaki yetkililerce üyelerinin belirlenmesi olanaklıdır. Bununla birlikte çeşitli ülke uygulamalarında sosyal tarafların katılımının da gözetildiği anlaşılmaktadır. Örneğin Almanya'da geri ödeme sistemine dahil olma başvuruları Ortak Federal Komite tarafından değerlendirilmekte olup, söz konusu komite Ulusal Yasal Sağlık Sigortası Hekimleri ve Dış Hekimleri Dernekleri, Alman Hastaneler Federasyonu ve Merkezi Federal Sağlık Sigortası Fonları Birliği'nin temsilcilerinden meydana gelmektedir. Hasta temsilcileri de oturmaya katılır ama oy hakları bulunmamaktadır²⁴. Avusturya'da ise ilaç geri ödeme komitesi/kurulu; akademisyen, sağlık sigortaları temsilcileri, doktorlar, eczacılar ve tüketicilerden oluşmaktadır. İsveç ve Fransa'da ise komisyonların oluşumunda akademik ve bilimsel uzmanlara ağırlık verilmektedir²⁵. Yapılan açıklamalar çerçevesinde öğretide haklı olarak belirtildiği üzere ülkemizdeki komisyonların da sağlık sektörünün farklı paydaşlarını kapsaması yerinde olacaktır. Diğer bir deyişle, bu komisyon-

²² Söz konusu komisyon; Kurum Başkanı başkanlığında, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü ile Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı'nı, Sağlık Bakanlığı'nı temsilen en az daire başkanı düzeyinde birer üye, Hazine ve Maliye Bakanlığı'nı temsilen en az daire başkanı düzeyinde iki üye olmak üzere altı asıl üyeden oluşur (Alternatif Geri Ödeme Yönetmeliği md.4/1-a).

²³ İlgili komisyonda, İlaç Geri Ödeme Komisyonu Başkanı tarafından görevlendirilecek 6 üyenin, Sağlık Bakanlığı'nı temsilen ilgili kurum tarafından belirlenmiş 2 üyenin, Hazine ve Maliye Bakanlığı'nı temsilen en az şube müdürü veya uzman düzeyinde ilgili kurum tarafından belirlenmiş 2 üyenin, Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı'nı temsilen ilgili kurum tarafından belirlenmiş en az şube müdürü veya uzman düzeyinde 1 üyenin, İlaç Geri Ödeme Komisyonu Başkanınca belirlenecek biri tabip, diğeri halk sağlığı veya farmakoloji veya sağlık ekonomisi alanında görev yapan bir akademisyen olmak üzere 2 üyenin görev yapacağı öngörülmüştür (İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği md.8/1-a).

²⁴ Ortak Federal Komite'nin üyeleri ve yapısı hakkında daha fazla bilgi için bkz.; <https://www.g-ba.de/english/structure/>, 24.01.2025.

²⁵ *World Health Organization*, 30.

lar sadece kamu kurum ve kuruluşlarının etkisini ve ağırlığını içermemeli, ilaç firmalarına, hastalara, doktorlara, eczacılara ve akademisyenlere katkı sunma ve oylamaya katılma imkanı tanımalıdır. Bu sayede finansmanı sağlanacak olan sağlık hizmetlerinin objektif bir şekilde belirlenmesi hususunda kamuoyu nezdinde doğabilecek şüpheler bertaraf edilebilecektir²⁶.

B. Komisyonların Değerlendirme Süreci

İlaç geri ödeme kararları, İlaç Geri Ödeme Komisyonu ve Alternatif Geri Ödeme Komisyonu tarafından yürütülen süreçler sonucunda alınmaktadır. Öncelikle İlaç Geri Ödeme Komisyonu değerlendirilecek olursa, bu komisyonun karmaşık bir iş akış şemasına sahip olduğu anlaşılmaktadır. Bu konuya ilişkin temel esaslar İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği md.7, md.11 ile md.12'de yer almaktadır. Özetleyecek olursak; başvuru üzerine öncelikle sekreteryaya devreye girmekte, akabinde konu Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonuna iletilmekte, söz konusu komisyonun görüşleri İlaç Geri Ödeme Komisyonuna aktarılmakta, bunun üzerine Geri Ödeme Komisyonu kabul ya da ret kararı verebilmektedir. Ret kararı üzerine itiraz olursa tekrar inceleme yapılmaktadır. Çok kısa bir şekilde özetlediğimiz süreç içerisinde aslında burada değinemediğimiz çok daha fazla aşama mevcuttur. İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği md.5 ile md.9'dan çıkarılan değerlendirme ölçütleri;

- *bir ilacın tedavi edici niteliği ve/veya göreceli olarak tedavi edici faydası,*
- *tıbbi gereklilik/öncelik,*
- *güvenlik,*
- *maliyet etkinliği*
- *bütçe etkisi* olarak sıralanabilir. Söz konusu kriterlerin diğer ülkelerde de yaygın olarak kabul edilen ölçütlerle²⁷ uyduğu ve geri ödeme sistemlerinin amaçlarıyla bağdaştığı anlaşılmaktadır.

Alternatif Geri Ödeme Komisyonu iş akış şeması ise İlaç Geri Ödeme Komisyonunun işleyişine kıyasla daha sadedir. Burada da İlaç Daire Başkanlığı ve çeşitli komisyonların görüşleri doğrultusunda, Alternatif Geri Ödeme Komisyonu tarafından karar verildiği belirlenmektedir (Alternatif Geri Ödeme Yönetmeliği md.8, md.9). Alternatif Geri Ödeme Komisyonunun daha az aşamayla sonuca ulaşması, bu komisyonun amacıyla yakından ilgilidir. Alternatif Geri Ödeme Yönetmeliği md.1'de de belirtildiği üzere amaç, Sosyal Güvenlik Kurumunca finansmanı sağlanan/sağlanacak olan sağlık hizmetlerinin ihtiyaç duyulan alanlarda halk sağlığının korunması için mevcut ödeme usul, esas ve kuralları dışında mali veya tıbbi olarak ge-

²⁶ **Kabakcı**, 1789-1790.

²⁷ *World Health Organization*, 32-34.

tireceği faydaya göre ödeme kapsamına alınmasının sağlanmasıdır. Diğer bir deyişle alternatif geri ödeme yöntemleri, aslında yeni teknolojiye sahip ve maliyeti yüksek ilaçlar, yetim ilaçlar gibi hakkında henüz çok fazla veri olmayan ilaçların geri ödeme sistemine dahil edilmesini ve halkın bu nitelikteki ilaçlardan da yararlandırılmasını hedeflemektedir. Bu kapsamda özellikle kontrollü giriş anlaşmaları (risk paylaşım düzenlemeleri) ve değer temelli fiyatlandırma yöntemleri karşımıza çıkmaktadır. Kontrollü giriş anlaşmaları, değerlendirmeye konu olan sağlık teknolojisinin geri ödeme kararının belirli şartlara (örn: erişimli kanıt getirme, koşullu geri ödeme, koşullu tedavi süresinin uzatılması, kanıt geliştirme şartına bağlı geri ödeme, sonuç garantisi, hasta erişim planı) bağlandığı üretici ile geri ödeyici arasındaki anlaşmalar olarak tanımlanabilir²⁸. Değer temelli fiyatlandırma ise yeni ilaçların fiyatlarının belirlenmesi ve/veya geri ödeme kararlarının, ilacın sunduğu tedavi edici değer temelinde alınması şeklinde ifade edilebilir²⁹.

Yapılan açıklamalar özetlenecek olursa, gerek İlaç Geri Ödeme Komisyonu gerek Alternatif Geri Ödeme Komisyonunun, farklı ölçütleri bir arada değerlendirerek, karmaşık iş akış süreçlerinden sonra karar aldıkları belirlenmektedir. Bu yöndeki tespit kanaatimizce önemli olup, ilaç bedelinin iadesi davalarında gözden kaçırılmamalıdır. Zira ilaç bedelinin iadesi davalarında, somut uyuşmazlık özelinde aslında açıklanan değerlendirme süreçleri atlanmaktadır. Bu itibarla ileride daha ayrıntılı olarak üzerinde durulacak olmakla birlikte ilaç bedelinin iadesi davalarında, İlaç Geri Ödeme Komisyonun ret kararı varsa gerekçesinin değerlendirilmesi, bedeli karşılanacak ilaçla ilgili komisyon kararı yoksa da, komisyonların değerlendirme kriterlerinden yararlanılması bir ölçüt olarak göz önüne alınabilir.

Yeri gelmişken belirtilmelidir ki, komisyonların iş akış süreciyle bağlantılı olarak üzerinde durulması gereken bir konu da başvuruların değerlendirilme süresiyle ilişkilidir. İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği md.7/1-a. bendi uyarınca İlaç Geri Ödeme Komisyonuna yapılacak başvuru tarihleri duyurulmaktadır³⁰. Ancak başvurunun ne kadar sürede sonuçlandırılacağı açıkça düzenlenmemiştir. İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği md.7/1-f. bendi gereğince, başvurulardan İlaç Geri Ödeme Komisyonunca kabul edilen ve Kurum Başkanınca onaylanan kararlara ait düzenlemeler Kurum tarafından yürürlük

²⁸ **Yıldız-Bayazıt Uzun**, 169. **Vogler-Zimmermann-Habimana**, 33. Yabancı ülke örnekleri ve kontrollü giriş anlaşmalarında değerlendirme süreç ve kriterleriyle ilgili daha fazla bilgi için bkz.; **Yıldız-Bayazıt Uzun**, 169 vd.

²⁹ **Vogler-Zimmermann-Habimana**, 33-34.

³⁰ Bu yöndeki duyuru örneği için bkz.; <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/Ilaç-Geri-Ödeme-Komisyonu-2022-Yılı-Calisma-Takvimi-Hakkinda-Duyuru-2022-05-13-11-39-02>, 24.01.2025.

tarihi belirtilerek yayımlanacak olup, kabul edilmeyen veya değerlendirme süreci devam eden başvurular Kurum Başkanının onay tarihinden itibaren 10 iş günü içerisinde gerekçesi ile birlikte başvuru sahibine yazılı olarak bildirilecektir. Ülkemizde yürürlükte olan geri ödeme ile ilgili yönetmelikler incelendiğinde komisyonların geri ödeme başvurularını değerlendirme süresinin açıkça sınırlandırılmadığı anlaşılmaktadır. Bu yöndeki bir tespite göre, ilaç geri ödeme başvuruları ülkemizde 10-12 ay civarında sonuçlandırılmaktadır³¹. Bu süre genel sağlık sigortasının tıbbi ve sosyal fonksiyonu ile diğer ülke uygulamaları dikkate alındığında oldukça uzundur.

Avrupa Birliği üyesi olan ülkelerde ise ilaç fiyatlarında şeffaflığın sağlanmasına yönelik direktifin³² bir gereği olarak geri ödeme komisyonlarınca başvuruların 90 gün ile 180 gün içerisinde sonuçlandırılacağı öngörülmektedir³³. Bu itibarla kanaatimizce, ülkemizde de geri ödeme komisyonlarının karar alma süresinin Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde olduğu gibi belirli bir süreyle sınırlandırılması başvuru sahipleri açısından öngörülebilirlik sağlayacağı gibi, başvurunun sürüncemede kalmasını engelleyebilecek, dolaylı olarak başvuru sahiplerinin yargıya başvurma dahil itiraz yollarını işletme hakkı güvence altına alınabilecektir.

C. Geri Ödeme Kararı Alınmasının Etkileri

aa. Geri Ödeme Listesine Dahil Etme

İlaç Geri Ödeme Komisyonu veya Alternatif Geri Ödeme Komisyonu başvuru ile ilgili olumlu bir karar verdiği takdirde, ilgili ilaç Sağlık Uygulama Tebliği'nin EK-4/A no.lu listesine dahil edilmekte ve söz konusu ilacın bedeli karşılanmaya başlanmaktadır. Bu yöndeki uygulama pozitif liste uygulaması olarak adlandırılmaktadır. Diğer bir deyişle listede yer alan ilaçlar geri ödeme kapsamındadır. Yabancı ülkeler incelendiğinde genellikle pozitif liste uygulamasının tercih edildiği görülmektedir. Bununla birlikte negatif liste uygulamasıyla da karşılaşmaktadır. Negatif liste uygulamasında, listede yer almayan ilaçlar geri ödeme kapsamında kabul edilmektedir. Daha nadir olan negatif liste uygulaması, tespit edebildiğimiz kadarıyla Almanya'da uygulanmaktadır. İngiltere ve İspanya'da ise hem pozitif liste

³¹ Bu konuda bkz.; <https://www.aifd.org.tr/faaliyet-raporu-2022/geri-odeme-politikalari.php>, 24.01.2025.

³² İlgili direktifin tam adı şu şekildedir; "Council Directive 89/105/EEC of 21 December 1988 relating to the transparency of measures regulating the prices of medicinal products for human use and their inclusion in the scope of national health insurance systems". Söz konusu direktifin tam metni için bkz.; <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/1989/105/oj/eng>, 24.01.2025.

³³ *World Health Organization*, 30.

hem de negatif liste uygulaması bir arada yürütülmektedir³⁴. Yapılan bir araştırmaya göre kullanılan liste türünün geri ödemeye dahil ilaç sepetinin genişliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır³⁵. Bu itibarla ülke-mizdeki pozitif liste uygulamasının, uluslararası alanda da kabul gören ve hatta daha çok tercih edilen bir seçenek olduğu ifade edilmelidir. Yapılan bir başka değerlendirmeye göre pozitif liste uygulaması, ilaçların geri ödeme için önceliklendirilmesinde önemli bir araç niteliğini taşımaktadır³⁶.

Genel olarak ifade etmek gerekirse, geri ödeme listesinde olan ilaçlarla ilgili ilaç bedelinin iadesi davası açılma ihtiyacı doğmayacağı düşüncesine ulaşılabilir. Ancak geri ödeme listesinde yer alan kodlarla, ilgili ilacın hangi hastalık ya da hastalıklarda kullanılabileceği de düzenlenmektedir. Bu itibarla bir ilaç geri ödeme listesinde olmakla birlikte, endikasyon dışında (ilacın ruhsatlandırıldığı alan haricinde) kullanılmak istenirse, bu durumda da ilacın bedeli karşılanmayabileceğinden dava açılması söz konusu olabilecektir³⁷. Şu halde ilaç bedelinin iadesi davaları, geri ödeme listesinde yer almayan ilaçların yanı sıra listede bulunmakla birlikte endikasyon dışında kullanılacak ilaçlar³⁸ için de açılabilir.

Geri ödeme listelerinin oluşturulması konusunda Avusturya geri ödeme sistemi kanaatimizce örnek alınabilir. Avusturya sistemine, trafik ışığı sistemi de denmektedir. Zira ilaçlar, trafik ışığının renkleriyle ilişkilendirilerek kırmızı kutu, sarı kutu veya yeşil kutu listelerinden birine dahil edilebilmektedir. Söz konusu sistemde, bir ilaç için geri ödeme listesine dahil olma başvurusu yapıldığında, başvuru dosyasında bir eksiklik bulunmamaktaysa en fazla 180 günlük süreyle ilaç 'kırmızı kutu' listesine dahil edilmektedir. Bu esnada ilacın geri ödeme listesine sürekli olarak dahil edilip edilmeyeceği araştırılmaya devam etmektedir. Araştırma ve değerlendirmeler sonucu ilacın, 'yeşil kutu' ya da 'sarı kutu' listesine dahil edilmesi yönünde karar verilebilir. 'Yeşil kutu' listesi, tıbbi ve sağlık açısından uygun kabul edilen, aynı zamanda ekonomik görülen ilaçlardan oluşmakta olup, bu ilaçlar sözleşmeli hekimler tarafından serbestçe reçete edilebilir. 'Sarı kutu' listesi, önemli bir katma tedavi değeri olan ve geri ödemesi belirli koşullarla sınırlandırılmış ilaçları içermektedir. Sarı kutu listesindeki ilaçların reçete edilebilmesi için başhekim onayının da alınması gerekmektedir. Yapılan açıklamalar özetlenecek olursa, doktorların öncelikle 'yeşil kutu' listesinde yer alan ilaçlarla tedaviyi gerçekleştirmeleri beklenmektedir. Tedavi için yeşil kutu listesinde

³⁴ World Health Organization, 33-34.

³⁵ **Nguyen Kim-Or-Paris-Sermet**, <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:12769064>, 25.01.2025.

³⁶ World Health Organization, 34.

³⁷ **Tabak**, 97-98.

³⁸ Endikasyon dışı ilaç kavramı için bkz.; 2.

uygun bir ilaç bulunmamaktaysa, başhekim onayıyla ‘sarı kutu’ listesindeki ilaçlar reçete edilebilir. Son olarak, ‘kırmızı kutu’ listesindeki ilaçlar yine başhekim onayıyla yazılabilir, ancak bu ilaçların sadece özel durumlarda kullanılması beklenmektedir. Diğer bir deyişle ‘yeşil kutu’ ve ‘sarı kutu’ listelerindeki ilaçlarla tedavinin olanaklı görülmediği hallerde, ‘kırmızı kutu’ listesindeki bir ilaç reçete edilebilecektir³⁹. Avusturya sistemi, ‘sarı kutu’ ve ‘kırmızı kutu’ listelerindeki ilaçların reçete edilmesi açısından başhekim onayını gerektirdiğinden, bünyesinde denetim mekanizması da içermektedir. Bu durum yüksek maliyetli ilaçların kullanımını azaltabileceği gibi, söz konusu ilaçların reçete edilmesi halinde kullanımının gerekli olup olmadığı sorularını da ortadan kaldırıcı bir nitelik kazanmaktadır. Bu sebeplerle, trafik ışığı sisteminin ülkemizde de benimsenmesi faydalı olabilecektir.

bb. Geri Ödeme Oranı (İlaçlar için Katılım Payı)

Bir ilacın geri ödeme listesinde dahil edilmesi, söz konusu ilacın bedelinin tamamının karşılanacağı anlamına gelmemektedir. Bu noktada devletler, gereksiz ilaç tüketimini ve ilaç talebini azaltmak, ilaç israfını önlemek⁴⁰ için ilaç bedelinin tamamını karşılamayabilmektedir. İlaç bedelinin ne kadarının ödeneceği belirlenirken ise ilaç türü, hastalık, nüfus ve/veya tüketim bir ölçüt olarak alınabilir. İlaç türü kıstasında ilaç bazında geri ödeme oranı belirlenmektedir. Hastalık ölçütünde, geri ödeme oranı kişinin yakalandığı hastalığa göre belirlenmektedir. Aynı ilaç, tedavisinde kullanıldığı hastalığa bağlı olarak farklı oranlarda geri ödemeye dahil edilebilmektedir. Nüfus ölçütünde ise nüfus gruplarına göre farklı geri ödeme oranları belirlenir. Örneğin engelliler, hamileler, çocuklar, yaşlılar, emekliler, savaş gazileri, düşük gelirli kişiler ve işsizler için geri ödeme farklı oranlarda tespit edilebilmektedir. Tüketim kıstasında ise geri ödeme oranı, sigortalının belirli bir süre (genellikle bir yıl) içinde artan ilaç tüketimi sonucu yükselmektedir⁴¹.

Ülkemizde, ilaç bedellerinin ne kadarının karşılanacağı ve katılım payları konusunda nüfus ölçütünün esas alındığı görülmektedir⁴². İlaç katılım paylarıyla ilgili farklı oranlarla karşılaşılmaktaysa⁴³ da, temel olarak belir-

³⁹ Avusturya geri ödeme sistemi hakkında daha fazla bilgi için bkz.; **Le Polain-Frank-Koopmanschap-Cleemput**, 69-79.

⁴⁰ Bu yönde bkz.; **Arıcı**, 496.

⁴¹ Bu konuda daha fazla bilgi için bkz.; *World Health Organization*, 19-22. *Organisation for Economic Co-operation and Development*, 96.

⁴² *World Health Organization*, 39.

⁴³ Katılım payı alınan sağlık hizmetleri ve oranları ile katılım payı alınmayan durumlar hakkında detaylı bilgi için bkz.; **Güzel-Okur-Caniklioğlu**, 882-885. **Tuncay-Ekmekçi-Gülver**, 614-617. **Arıcı**, 496-501.

tilmelidir ki; Sosyal Güvenlik Kurumundan gelir ve aylık almakta olanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için toplam reçete tutarının %90'ı geri ödenirken, diğer kişiler açısından %80 oranında geri ödeme söz konusudur. Sağlık raporu ile belgelendirilen kronik hastalığı olan kişilerin ise ilaçları %100 oranında geri ödenmektedir (Sağlık Uygulama Tebliği md.1.8.2).

Dünya'daki örnekler incelendiğinde, tüketime bağlı katılım payı yönteminin Danimarka'da uygulandığı görülmektedir. Danimarka sisteminde geri ödeme oranı belirlenirken nüfus, 18 yaşından büyükler ve küçükler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bu niteliği itibarıyla ilgili ülke sistemi de nüfusa göre geri ödeme oranını belirleme özelliği göstermektedir. Nüfus bu şekilde ikiye ayrıldıktan sonra 18 yaşından büyüklerde bir yıllık süre içerisinde ilaç harcaması belirli bir eşik değeri aşmadıkça hasta kişi tüm ilaç bedelini kendisi karşılamaktadır. 2025 yılı için bu eşik değer 148,8 Euro'dur. Öngörülen farklı düzeydeki eşik değerler bir yıllık süre içerisinde aşıldıkça sırasıyla %50, %75, %85 oranında ilaç bedeli karşılanmakta, nihayetinde bireyin yıllık ilaç harcaması 2.957,35 Euro'yu aştığı takdirde ilaç bedelinin tamamı sistem tarafından karşılanmaktadır. 18 yaşından küçüklerde ise ilk eşik değerden itibaren geri ödeme başlamakta ve eşik değerlerin aşılmasına bağlı olarak %60 ile başlayan geri ödeme oranı %75 ve %85 oranlarının ardından %100'e çıkabilmektedir. Ancak 18 yaşından küçüklerde %100 oranında geri ödemeye ulaşılabilmesi için bir yıllık ilaç harcamasının 3.620,16-Euro'yu aşması gerekmektedir⁴⁴. Danimarka sistemindeki eşik değerler, katılım payı alınmasının temel amaçlarıyla daha uyumlu görünmektedir. Bu sayede hastaların gereksiz ve fazla ilaç tüketme talebinin önüne geçilebilecek olup, dolaylı olarak ilaç fiyatları da kontrol edilebilecektir. Bu itibarla Danimarka'daki eşik değerler düzeyinde olmasa da, ülkemizin kendi özelliklerine uygun olarak nüfus ölçütünün yanında tüketim ölçütünün de getirilmesi isabetli olabilecektir.

5. GERİ ÖDEME SİSTEMİNDEN KAYNAKLANAN TEMEL HUKUKİ SORUN: İLAÇ BEDELİNİN İADESİ DAVALARI

İlaç bedelinin iadesi davalarında davacı konumunda bulunabilecek olan kişiler; genel sağlık sigortalısı, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişiler veya mirasçılardır. Söz konusu kişiler, bu dava türünde geri ödeme listesinde yer almayan veya endikasyon dışında kullanımını öngörülmediğinden karşılanmayan ilaç bedellerinin ödenmesini Sosyal Güvenlik Kurumundan talep etmektedirler. Bu davalarda davacı konumundaki kişiler ya da mirasçıları, kendi olanaklarıyla ödemiş oldukları ilaçlar için bedel iadesi talebin-

⁴⁴ Danimarka sisteminde geri ödeme oranları hakkında daha fazla bilgi için bkz.; <https://laegemiddelstyrelsen.dk/en/reimbursement/calculate-reimbursement/reimbursement-thresholds/>, 25.01.2025.

de bulunabilecekleri gibi, ayrıca ilaç bedelinin Sosyal Güvenlik Kurumunca tedavi süresi içerisinde kesintisiz bir şekilde karşılanması için ihtiyati tedbir⁴⁵ talebinde de bulunabilirler. Hatta ihtiyati tedbir talebi için ilaç bedelinin mutlaka ödenmesine gerek bulunmamaktadır. Doğrudan ihtiyati tedbir talebinde bulunulabilir. Bu nedenle bu davaların ilaç bedelinin karşılanması davaları olarak adlandırılması daha isabetli olacaksa da, yaygın kullanıma sahip olduğundan ötürü bu çalışmada ilaç bedelinin iadesi davaları olarak adlandırılmaya devam edilecektir. Yapılan açıklamalar kapsamında öncelikle ilaç bedelinin iadesi davalarında ihtiyati tedbir talebi değerlendirilecek, akabinde esas açısından bu davalarda hangi değerlendirme kriterlerinin benimsenmesi gerektiği, sağlık hakkı ve ulusal/uluslararası belgeler ile yüksek mahkeme kararları ışığında ele alınacaktır.

A. İlaç Bedelinin İadesi Davalarında İhtiyati Tedbir

İhtiyati tedbir kavramı Hukuk Muhakemeleri Kanunu (HMK)'nda tanımlanmamışsa da, HMK md.389/1'de ihtiyati tedbirin şartlarına yer verilmiştir. İlgili hüküm uyarınca, "Mevcut durumda meydana gelebilecek bir değişme nedeniyle hakkın elde edilmesinin önemli ölçüde zorlaşacağından ya da tamamen imkânsız hâle geleceğinden veya gecikme sebebiyle bir sakıncanın yahut ciddi bir zararın doğacağından endişe edilmesi hâllerinde, uyuşmazlık konusu hakkında ihtiyati tedbir kararı verilebilir". Söz konusu hüküm her ne kadar şartları taşımaktaysa da, tanım için de yol gösterici niteliktedir. Bu itibarla ihtiyati tedbir, yargılama başlamadan önce veya yargılama sırasında, uyuşmazlık konusu hakkın korunması veya ortaya çıkabilecek zararın önlenmesi amacıyla mahkeme tarafından konulan, geçici hukuki koruma türlerinden biri olarak tanımlanabilir⁴⁶. İlgili tanımdan hareketle yaşam hakkıyla yakından ilişkili olduğu ve zamanla yarışıldığından ötürü ilaç bedelinin iadesi davalarında ihtiyati tedbirin geniş ölçüde uygulama alanı kazanabileceği düşünülebilir.

İnceleme konumuz açısından konuyu önemli kılan husus, Yargıtay'ın oldukça yeni bir tarihte vermiş olduğu ihtiyati tedbirin verilmesiyle ilgili Bölge Adliye Mahkemesi Kararları arasındaki görüş aykırılıklarının giderilmesi-

⁴⁵ İlaç bedelinin iadesi davalarında ihtiyati tedbir konusu dışında da usul hukuku ve maddi hukuka ilişkin pek çok soru ve sorun bulunmaktadır. Bu bağlamda dava açmadan önce Sosyal Güvenlik Kurumu'na başvurunun dava şartı olup olmadığı, davanın belirsiz alacak davası olarak mı, yoksa kısmi dava olarak mı açılabileceği, ilaç bedelinin iadesi davasında görevli mahkemenin neresi olduğu, davada ilaç bedelinin iadesinin yanı sıra manevi tazminat da talep edilip edilemeyeceği ele alınabilecek önemli konular arasında yer almaktadır. Ancak söz konusu konuların tartışılması, çalışmanın konusunu fazlasıyla genişleteceğinden, bu soru ve sorunlar üzerinde durulamayacaktır. Söz konusu konularla ilgili bilgi için bkz.; **Tabak**, 104 vd.

⁴⁶ **Seven**, 442. **Korkmaz**, 808-809. **Göksu**, 1256. **Berberoğlu Yenipınar**, 43.

ne dair ilamıdır. İlgili Yargıtay kararı uyarınca, “Uyuşmazlık konusu davalarda mevcut bozma kararımız doğrultusunda talebe konu ilacın, hastalığının tedavisinde hayati önemi haiz ve kullanılmasının zorunlu olup olmadığı, davaya konu ilaçla yapılacak tedavinin bilinen mevcut tedavi yöntemlerine göre özellikle sürekli olarak daha etkin ve daha yararlı olduğunun ve kullanılmasının tıbben zorunlu bulunduğu, ilacın kullanılmaması halinde bu durumun davacının sağlığında ciddi, hızlı ve geri dönüşü olmayan bir bozulmaya ya da ölüme ya da yaşam beklentisinde ciddi azalmaya veya yoğun acıya sebep olacağı konusunda kabul görmüş ve tedbir kararı için dayanak alınacak yeterlilikte bir tıbbi otorite raporunun dosyada bulunmadığı anlaşılmakta olup bu aşamada talebin sonucu itibarıyla ihtiyati tedbirin mahiyetini aşacak ve davayı esastan çözecek nitelikte tedbir kararı verilmemesi ve bu bağlamda Uyuşmazlığın Ankara Bölge Adliye Mahkemesi kararı doğrultusunda giderilmesi gerektiği kanaatine varılmıştır”⁴⁷.

Yargıtay’ın değinilen kararı uyarınca ihtiyati tedbir kararı verilebilmesi için ilgili ilacın kullanılmasının bilinen tedavi yöntemlerine göre etkin ve yararlı olduğunu, kullanılmasının tıbben zorunlu olduğunu, kullanılmaması halinde davacının ölümüne veya yaşam beklentisinde ciddi bir azalmaya yol açacağı yönünde bir tıbbi otorite raporu (bilirkişi raporu) aranmıştır. Şu halde, ilaç bedelinin iadesi davalarında ihtiyati tedbir kararı verilmesinin oldukça zorlaştırıldığı açıkça görülmektedir.

Yargıtay’ın ilgili kararı oybirliğiyle verilmemiştir. Bu noktada isabetli olduğunu düşündüğümüz karşı oy görüşüne göre, “... Mali gücü doğrultusunda alım gücü olmayan sigortalı için tedbir kararı verilmemesi halinde, ilacın uygulanması da söz konusu olmayacak ve bu durumda ciddi hak kaybına neden olacaktır. Çoğunluğun yaklaşık ispatla, tam ispat kurallarını araması, kanun gerekçesinde yer almayan ve çıkarılan esastan çözecek ve hüküm etkisi doğuracak şekilde tedbir kararı verilemeyeceği gerekçesi, hukuka aykırı olduğu gibi eda amaçlı ihtiyati tedbir türünü tamamen ortadan kaldırmaktadır”. Muhalefet şerhinde ifade edildiği üzere, ihtiyati tedbir kararı verilmesinin bu ölçüde zorlaştırılmış olması, kişilerin ilaca erişimini zorlaştıracığından ya da çok yüksek bedelli ilaçlarda olduğu gibi pek çok kişi açısından imkansız hale getireceğinden ciddi hak kayıplarına yol açabilecek niteliktedir. Bu çekince ihtiyati tedbirinin amacı ve tanımıyla uyumludur. Zira ihtiyati tedbir kurumuyla hedeflenen, ortaya çıkabilecek telafisi imkansız zararların önlenmesidir. Mevcut durumda ihtiyati tedbir kararı alınmasını zorlaştırmak, yaşam hakkının korunmasıyla çelişebileceğinden, ilaç bedelinin iadesi davalarında ihtiyati tedbir kurumunu zorlaştırmaktansa, işlerlik kazandırılması tercih edilmelidir.

⁴⁷ Y10HD, 06.12.2024, 6734/12498, <https://karararama.yargitay.gov.tr/>, 26.01.2025.

Ayrıca karşı oy görüşünde de belirtildiği gibi ihtiyati tedbir kararının verilmesi, ileride detaylı olarak ele alınacağı üzere⁴⁸ Yargıtay'ın iyileşme kriteriyle yakından ilişkilendirilmiştir. Diğer bir deyişle Yargıtay oyçokluğuyla verdiği kararında oldukça kapsamlı bilirkişi raporu aramıştır. Halbuki 6100 sayılı HMK md.390/3 gereğince ihtiyati tedbir kararı verilebilmesi için davanın davanın esası yönünden haklılığını yaklaşık olarak ispat etmesi yeterlidir. Yaklaşık ispatta, ispat edilmek istenen olayın muhtemel olabileceğine dair hâkimde kanaat oluşturulması gerekmektedir. Diğer bir ifadeyle, iddia edilen olayın doğru olma ihtimali, doğru olmama ihtimaline göre ağır basmalıdır. Bununla birlikte iddia edilen olayın yanlış olma ihtimali de, göz ardı edilmemelidir⁴⁹. Dolayısıyla Yargıtay'ın oyçokluğuyla verdiği kararında işaret edilen nitelikteki bilirkişi raporu, yaklaşık ispatın ötesinde, uyuşmazlık konusunda hüküm kurmaya olanak verebilecek kadar detaylı açıklamaları içerecek olup, HMK md.390/3 ile de çelişki oluşturmaktadır.

Yargıtay kararıyla ilgili olarak üzerinde durulması gereken bir konu da, karar metninde davayı esastan çözecek nitelikte tedbir kararı verilemeyeceği hususuna işaret edilmesiyle ilişkilidir. Öğretide belirtildiği üzere uyuşmazlığın esasını çözen ya da asıl kararı öne çeken nitelikte ihtiyatî tedbir kararı verilememesi yasağının yasal bir dayanağı mevcut değildir. Bu esas daha ziyade geçici bir hukuki koruma tedbiri olan ihtiyati tedbirin amacıyla ilişkilendirilebilir. Bu itibarla öncelikle uyuşmazlığın esasını çözecek nitelikte ihtiyati tedbir kararı verilemeyeceği hususu kabul edilse dahi, ilaç bedelinin iadesi davalarının içerdiği zaruret halinde bu ilkenin uygulamasına istisna getirilmelidir. Ayrıca ilaç bedelinin iadesi davalarında verilecek ihtiyati tedbir kararı, asıl kararın yerine geçmediği gibi, hâkimi esas karar bakımından bağlamaz. Hâkim, tedbir kararı vermiş olmasına rağmen davayı esastan reddedebilir. Bu hususların yanı sıra ihtiyati tedbirde yaklaşık ispatı aşan nitelikte bilirkişi raporu arandıktan sonra uyuşmazlığın esasını çözer niteliği gereğince ihtiyati tedbir taleplerini reddetmek, ispat ölçüsü yönüyle de, hakkın yerine getirilmemesi sonucunu beraberinde getirebilecektir⁵⁰.

Yapılan açıklamalar çerçevesinde Yargıtay'ın değinilen güncel kararı, ihtiyati tedbir kurumuyla bağdaşmamaktadır. Mevcut haliyle ihtiyati tedbirin verilmesini fazlasıyla güçleştirmekte, telafisi olmayan zararların ortaya çıkmasını engelleme amacını taşıyan ihtiyati tedbir kurumunun varlık nedeniyle tezatlık oluşturmaktadır. Kuşkusuz, ilaç bedelinin iadesi davaları gibi tıp bilgisini gerektiren uyuşmazlıklarda hâkimlerin ihtiyati tedbir kararı vermeden önce bilirkişi raporuna ihtiyaç duyması makul görülebilir.

⁴⁸ Bkz.; 5, B, dd, aaa.

⁴⁹ **Başözen**, 656.

⁵⁰ **Peksöz**, 1762-1765, 1771, 1775, 1780.

Bununla birlikte söz konusu raporda aranan kriterler, davayı esastan çözmeye hizmet edecek kadar ağır nitelik taşımamalıdır. Bu noktada kanaatimizce benimsenmesi gereken ölçüt, bedeli karşılanması istenen ilacın hastalığın tedavisinde kullanılmasının beklenebilir nitelik taşıyıp taşımadığıyla sınırlı olmalıdır. Değinilen Yargıtay kararı mevcut haliyle hak ihlali iddialarını beraberinde getirebilecek niteliktedir.

Yargıtay'ın yanı sıra Anayasa Mahkemesi'nin ihtiyati tedbir konusundaki yaklaşımını da ele almak isabetli olacaktır. Bireysel başvuru sonucu verdiği pek çok karardan⁵¹ Anayasa Mahkemesi'nin, ilaç bedelinin iadesi istemine dayanan uyuşmazlıklarda ihtiyati tedbir talebini kabul ettiği görülmektedir. Anayasa Mahkemesi'nin ihtiyati tedbir talebiyle ilgili yararlandığı hukuki dayanaklar, 6216 sayılı Anayasa Mahkemesi'nin Kuruluşu ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun md.49/5 ile Anayasa Mahkemesi İçtüzüğü md.73'de yer almaktadır. Söz konusu düzenlemelerde başvurusunun temel haklarının korunması için zorunlu görülen tedbirlere re'sen veya başvurusunun talebi üzerine karar verilebileceği düzenlenmiştir. Bireysel başvuru kararlarından Anayasa Mahkemesi'nin ihtiyati tedbir kararı verme açısından, Yargıtay gibi uyuşmazlığı neredeyse esastan çözecek nitelikte bilirkişi raporunun varlığını aramadığı, başvuru-ucuların maddi bütünlüğüne yönelik ciddi tehlikeyi yeterli saydığı anlaşılmaktadır. Anayasa Mahkemesi'nin bu doğrultudaki yaklaşımı ihtiyati tedbir kurumunun varlık nedeniyle örtüşmekte ve ciddi hak kayıplarının ortaya çıkmasının engellenmesi amacıyla bağdaşmaktadır. Diğer bir deyişle Anayasa Mahkemesi'nin yaklaşımı, Yargıtay'ın benimsediği ölçütlere göre kanımızca daha isabetlidir. Bu vesileyle belirtilmelidir ki, Yargıtay'ın ihtiyati tedbir istemini engelleyici nitelikteki kararları, ilaç bedelinin iadesi davalarıyla ilişkili olarak gerek ihtiyati tedbir istemleri gerek hak ihlali iddiaları bakımından Anayasa Mahkemesi'nin iş yükünü artırabilecektir.

B. İlaç Bedelinin İadesi Davalarının Yaşam Hakkı/Sağlık Hakkı ile İlişkisi

Anayasa'da güvence altına alınmış sağlık hakkının yaşama geçirilmesi ancak sağlık hizmetlerinin amacına uygun biçimde yerine getirilmesi ile mümkündür. Sağlık hizmetleri ise hekim, hasta ve sağlık kuruluşu arasındaki ilişki ile ortaya çıkmaktadır. Sağlık hakkının gerçekleştirilmesi bu

⁵¹ Bu yöndeki kararlar için bkz.; AYM, 30.10.2024, Başvuru No: 2020/29845, Başvurucu: Egemen Mutlu, AYM, 17.09.2024, Başvuru No: 2020/32284, Başvurucu: Abdullah Yılmazel, AYM, 23.02.2022, Başvuru No: 2021/50688, Başvurucu: İlyas Polat ve diğerleri, AYM, 23.02.2022, Başvuru No: 2021/2260, Başvurucu: Hüsnü Esen, AYM, 22.02.2022, Başvuru No: 2020/22945, Başvurucu: Kaan Antoni Gerece, <https://kararlarbilgibankasi.anayasa.gov.tr/>, 26.01.2025.

üçlü arasındaki ilişkinin düzenlenmesi ile mümkündür. Bu düzenlemeler ise 5510 sayılı Kanunu'nun "Genel Sağlık Sigortası Hükümleri" başlıklı 3. kısmında ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile yapılmıştır.

aa. Anayasal Çerçeve ve Sağlık Hakkı

Sağlık hakkı, Anayasa'da düzenlenen sosyal güvenlik hakkı (m. 60) ve yaşam hakkı gibi birden fazla hakla ilişkilidir⁵². Ancak sağlık hakkı, özellikle 1982 Anayasası'nın Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler bölümünde "Sağlık, Çevre ve Konut" başlığı altında 56. maddeyle ilişkilendirilebilir. Buna göre, "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir". Anayasa'nın 65. maddesindeki "Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek malî kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir" hükmü gereği devletin bu ödevinin sınırını "mali kaynakların yeterliliği ölçüsü" oluşturacaktır.

Anayasa'daki bu düzenlemelerde "sağlık hakkı" tanımlanmamıştır. Türk Dil Kurumu, "sağlık" kavramını, "Bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği; keyif, sıhhat" olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ise Anayasasında "Sağlık, sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir" şeklinde bir tanım yapmıştır. Doktrinde de kabul gören tanıma göre sağlık, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyi olma halidir⁵³.

Anayasa Mahkemesi de sağlık hakkını bir kararında şu şekilde vurgulamıştır⁵⁴: "... Sağlık hakkı, insanların sağlıklarının korunması, hastalandıklarında iyileşmeleri, tıbbi bakım görebilmeleri ve tedavi edilebilmeleri için

⁵² 1961 Anayasası ve 1982 Anayasasında yaşam hakkı ve sağlık hakkı ile ilgili bkz.; **Güzel-Okur-Caniklioglu**, 813-815. Sağlık hakkına ilişkin daha fazla bilgi için ayrıca bkz.; **Kol, Emre**: "Türkiye'de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi", Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt:5, Sayı:1, Ocak 2015, 136 vd.

⁵³ **Güzel-Okur-Caniklioglu**, 813. **Sözer**, 1. **Petek**, 4. **Saraç**, 38-43. **Özkan**, 5. **Demirbilek**, 6-7.

⁵⁴ AYM, 03.07.2014, E.2013/89, K.2014/116, Resmi Gazete tarih ve sayısı: 04.07.2015-29406.

Devletin sağladığı her türlü imkândan yararlanma hakkıdır. Sağlık hakkı, insanların doğuştan kazandıkları vazgeçilemez ve devredilemez haklarının başında gelmektedir. Yine Devlet, Anayasa'nın 17. maddesine göre, kişilere tanınmış olan yaşam hakkını güvence altına almakla yükümlüdür. Aynı maddede "Herkes, yaşama, maddi ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir." denilmektedir. Kişinin yaşam hakkı ile maddi ve manevi varlığını koruma hakkı, birbirleriyle sıkı bağlantıları olan, devredilmez ve vazgeçilmez haklardan olup Anayasa'nın diğer maddelerinde öngörülen nedenlerle sınırlanamaz".

Tüm bu açıklamalarda sonra sağlık hakkı, basit ve yalın tanımlama ile "fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halidir". Anayasa'daki düzenleme incelendiğinde, sağlık hakkının öznesi "herkestir". Bu madde devlete yükümlülükler yüklemektedir. Devlet,

- herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlayarak;
- insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak,
- işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelidir.

1982 Anayasası 56. maddede sadece devlete yükümlülükler yüklememekte, devletin bu görevini aynı zamanda kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getireceğini de öngörmektedir. Yani özel sağlık hizmet sunucularından hizmet alınabileceğini belirtmektedir. Bu hükme dayanarak da sağlık hakkının temini konusunda mal veya hizmet üreten kamu ya da özel hizmet sunucuları alternatifsiz bir mal veya hizmet üretmektedir. Sağlık hakkının gerçekleştirilmesinde üretilen mal veya hizmetlerin bazı özellikleri vardır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

1. Bu hizmetler, ertelenemez hizmetlerdir.
2. Bu hizmetlerde bilinmezlik unsuru söz konusudur.
3. Bu hizmetlerin hem kalitesinde hem de hizmetin sunulmasında eşitlik olmalıdır⁵⁵. Yani yoksulların süründüğü, varsılların sağlık hizmetlerinden rahatça yararlanabildiği bir sistem olmamalıdır. Bu durum, ileride çok ciddi toplumsal kırılmalara sebep olabilir.

Bu özellikler, sağlık hakkının gerçekleştirilmesinde geçerli olan genel ilkelere aittir. Anayasa'daki bu düzenlemeler dışında yasal çerçevede sağlık hakkını düzenleyen 5510 sayılı Kanun söz konusudur. Bu Kanunla Genel Sağlık Sigortası kabul edilmiştir.

⁵⁵ Bu yönde bkz.; *Gülşen-Yıldırım*, 160, 163. *Saraçoğlu-Öztürk*, 286-302.

bb. Genel Sağlık Sigortası Bakımından Sağlık Hakkı

Sağlık hakkının gerçekleşmesini sağlayacak sistem, 5510 sayılı Kanun'un 3. kısmında 60 ila 78. maddelerinde "Genel Sağlık Sigortası" başlığı altında düzenlenmiştir. Bu sigorta kapsamında sağlanan edimlerden yararlananlar, genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır (5510 sy. K. md. 60). 5510 sayılı Kanun'un 67. maddesinin a bendine göre, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası prim ödeme gün sayısının bulunması gerekmektedir. Aynı Kanun'un 60/1. maddesine göre "...aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar ile gelir tespiti yapılmaksızın genel sağlık sigortalılığı ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar" ve "60. maddenin g bendine göre, Kanun'un 60. maddesinde sayılan hiçbir bent kapsamına girmeyen ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar" genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır. Genel Sağlık Sigortası Yönetmeliği'nin 11. maddesi uyarınca, bu kişiler, gelir tespiti sonrasında, genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilmektedir. Yine aynı Yönetmeliğin 16. maddesindeki "Bunların genel sağlık sigortası primleri, 5510 sayılı Kanunun 87 nci maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi ve 88 inci maddesinin beşinci fıkrasına göre SGK tarafından ilgili kamu idarelerinden tahsil edilir" hükmüne göre bu kişilerin primleri devlet tarafından karşılanmaktadır.

Bu düzenlemelerden sonra denilebilir ki; 5510 sayılı Kanun'un 60. maddesindeki düzenlemeye ve Genel Sağlık Sigortası Yönetmeliği'ne göre; her sigortalı, genel sağlık sigortalısı kabul edilmiştir⁵⁶. Ancak her genel sağlık sigortalısı, sigortalı değildir. Çünkü sosyal sigorta sistemi "primli sistemdir" ve genel sağlık sigortalıları prim ödemeden de genel bütçeden yapılacak aktarmalar ile örneğin gelir testine tabi tutularak genel sağlık sigortasının kapsamına alınmaktadır. Elbette genel sağlık sigortası da primli sistem esasına dayanmaktadır. Ancak bu kişilerin primleri SGK tarafından genel bütçeden tahsil edilmektedir.

Genel sağlık sigortasının işleyişi kısaca şöyle özetlenebilir: Sigortalı, primlerini ödediğinde sosyal güvenlik sisteminin sağladığı haklardan yararlanabilmek için üzerine düşen yükümlülüğü yerine getirmiş olmaktadır. Bu aşamadan sonra; Sosyal Güvenlik Kurumu'nun, hizmet sağlayıcılar aracılığıyla sigortalıya sunduğu edimleri yerine getirmesi gerekmektedir. Anayasa'da güvence altına alınmış olan sağlık hakkı, genel sağlık sigortasının bu işleyişi ile gerçekleşmiş olmaktadır.

⁵⁶ **Kabakçı**, 1773-1774.

5510 sayılı Kanunda sigortalının hem sosyal sigortaların hem genel sağlık sigortasının kapsamında yer alması halinde sunulan edimler kural olarak iki kısma ayrılmaktadır:

1. Parasal edimler. Yani sigortalının sağlığının bozulması nedeniyle iş göremediği durumlarda Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından geçici iş görmezlik ödeneği ödenmesidir. Bu ödenek miktarı, 5510 sayılı Kanun'un 18. maddesine göre, yatarak tedavilerde günlük kazancının yarısı, ayaktan tedavilerde ise üçte ikisidir.

2. Sağlık Hizmetleri. Bu hizmetler, 5510 sayılı Kanun'un 63. maddesinde sayılmıştır. Buna göre; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, üreme hizmetleri olarak sınıflandırılabilir. 5510 sayılı Kanun'un 63. maddesine göre, koruyucu sağlık hizmetleri; "Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir". Bu hükme göre, genel sağlık sigortası bakımından finansmanı sağlanacak hizmetlerden ilki sigortalının hastalanmaması için politikalar geliştirilmesidir. Tedavi Hizmetleri; "Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedavilerdir". Tedavi hizmetleri, sigortalının yakalandığı hastalığı sona erdirmeye yönelik hizmetlerdir.

5510 sayılı Kanun, genel sağlık sigortası kapsamında sağlık edimleri olarak sunduğu bu edimleri;

*Finansmanı Yapılacak Sağlık Hizmetleri (md. 63)

*Finansmanı Yapılmayacak Sağlık Hizmetleri (md. 64) olarak 2'ye ayırmıştır.

Finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri, 5510 sayılı Kanun'un 63. maddesinde sayıldıktan sonra aynı maddenin son fıkrasında bu hizmetlerin uygulanmasına ilişkin usul ve esasların, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenleneceği belirtilmiştir. Bunun üzerine, 28 Ağustos 2008 tarihli 26981 sayılı Resmi Gazete'de Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği yayınlanmıştır. Bu Yönetmeliğin amacı, 5510 sayılı Kanununun genel sağlık sigortası uygulamalarına ilişkin usul ve esaslarını düzenlemektir. Bu yönetmelik, Yasanın ve Anayasa'nın da üstünde belirleyici bir rol oynar hale gelmiştir.

5510 sayılı Kanun'un 64. maddesine göre, finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri başlıca şu şekilde sıralanmıştır;

- Estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri,
- Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamaları,
- Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri,
- Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri

Kanun'da bu sayılan sağlık hizmetleri dışında tüm sağlık hizmetlerinin Genel Sağlık Sigortası kapsamında olması gerekmektedir.

cc. Genel Sağlık Sigortası ve Kanser Tedavileri

Sosyal güvenlik hakkının bir kısmını oluşturan genel sağlık sigortası 5510 sayılı Kanun'un düzenlediği şekli ile finansmanı sağlanacak ve finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri olarak ikili bir ayrıma tabi tutulmuş, finansmanı sağlanamayacak olan sağlık hizmetlerinin dışındaki hizmetlerin ise Kurum tarafından sağlık hizmeti olarak sunulacağı düzenlenmiştir. Ancak kanser tedavileri ile ilgili olarak Kurum farklı sonuçlara varmaktadır. Kurum, kanser tedavilerinde kullanılan bazı ilaçların deneme aşamasında olması, iyileştirici etkisinin kanıtlanamamış olması ya da kullanılan tedavinin hastayı gerçekten iyileştirip iyileştiremeyeceğinin araştırılmasının şart olması gibi gerekçelerle sağlık ediminin bir parçası olan ilaç ödemelerini yapmayı reddetmektedir. Bunun sonucunda da Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği hangi ilaçların karşılanacağını hangilerinin Kurumca karşılanmayacağını belirtmektedir. Yönetmeliğin 10. maddesinin 1. fıkrası, özellikle sağlık hizmeti sunucusunca temin zorunluluğu olmayan istisnai durumlara ilişkin usul ve esaslar ile temini zorunlu ilaçların sağlık hizmeti sunucularınca temin edilmeyerek hastaya aldırılması halinde yürütülecek işlemlere ilişkin usul ve esasları belirleme yetkisini Kuruma vermektedir. Bu nedenle de Kurum ile sigortalı arasında sürekli uyuşmazlıklar söz konusu olmaktadır. Son yıllarda bu uyuşmazlıkların birçoğu yaygın olarak görülen kanser hastalığı ve tedavisinde kullanılan ilaçlar ile ilgili olmaktadır.

dd. Kanser Tedavileri Özelinde İlaç Bedelinin İadesi Davalarına İlişkin Esasa İlişkin Yargının Yaklaşımı

aaa. Adli Yargı Kararları ve Değerlendirmemiz

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 63. maddesinde Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri sayılmış, aynı Kanunun 72. maddesinde Kurumca ödenecek bedelleri belirlemeye Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun yetkili olduğu, bu yetkinin sınır-

larının da sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda, ruhsat başvurusu kabul edilen ilaçların ödeme kapsamına alınması için ilacın üretici firması, ilacı kullanan hasta vs. kişiler tarafından yapılan başvurular, Kurum tarafından belirlenmek suretiyle SUT kapsamına (Sağlık Uygulama Tebliği) alınmaktadır.

SUT kapsamında Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için ödenecek bedelin belirlenmesinde Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yetkilidir. Yargıtay verdiği bir kararında⁵⁷, "... komisyonu tanıyan fiyat belirleme yetkisinin, hastanın sağlık hizmetine erişim hakkını engelleyecek veya hastanın dolayısıyla genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödeyemeyeceği ağır bir maddi yük altında bırakacak şekilde kullanılması sağlıklı yaşam hakkına ve sosyal devlet ilkesine aykırılık teşkil etmektedir..." sonucuna ulaşmıştır. Bu itibarla ilk etapta adli yargı kararlarının ilaç bedelinin iadesi davalarında oldukça geniş bir yorum yapma eğiliminde olduğu düşünülebilir. Ancak son dönem kararlar aksi yöndedir. Zira dava konusu yapılan kanser ilaçlarının geri ödenmesi ile ilgili yargılama kapsamında önce bunun tıbben gerekli olup olmadığının araştırılması ve bu araştırma olumlu cevaplanırsa ödenecek bedelin belirlenmesi uygulamasına gidilmektedir.

Ankara Bölge Adliye Mahkemesi verdiği bir kararında⁵⁸ **"...Davaya konu ilacın anılan hastalığın iyileşmesi için tedavisinde kullanılmasının hayati öneme haiz ve zorunlu olup olmadığının belirlenmesi** bakımından 3 farklı sağlık kurulundan rapor alındığını, 3'ünün de çeliştiğini, mahkemece son olarak İç Hastalıkları ve Tıbbi Onkoloji Uzmanı, Eczacı ve Hesap Bilirkişisinden oluşan bilirkişi heyetinden rapor alındığı, söz konusu bilirkişi heyeti raporunda yer alan hususlar kapsamında davanın reddine karar verildiği, ancak hükme esas alınan bu raporun Yargıtay kararlarında belirtilen nitelikte olmadığını belirterek, ilacın anılan hastalığın iyileşmesi için tedavisinde kullanılmasının hayati önemi haiz ve zorunlu olduğu sonucuna varıldığı takdirde ise ilaç bedelinin uygunluğu yönünden ve katkı payını da irdeleyecek biçimde denetime elverişli hesap raporu alınarak karar verilmesi gerektiğini" ifade ederek yerel mahkeme kararını geri göndermiştir.

Denizli Bölge Adliye Mahkemesi de bu yöndeki bir kararında⁵⁹ **"...dava-ya konu ilacın, mevcut tedavi yöntemleriyle karşılaştırıldığında genel sağ kalımı önemli ölçüde artırdığı, hastanın sağlığına kavuşması ve hasta-**

⁵⁷ YHGK, 18.06.2019, 3898/693, www.kazanci.com.tr, 24.06.2025.

⁵⁸ Ankara BAM 11HD, 14.02.2023, 1007/3175, kişisel arşiv.

⁵⁹ Denizli BAM 5HD, 19.09.2024, 58/34, kişisel arşiv.

lığın iyileşmesi için kullanılmasının hayati önemi haiz ve zorunlu olduğu anlaşılmıştır. Yaşam ve sosyal güvenlik haklarının Anayasa ile güvence altına alındığı, Kurumun yaşam hakkı üzerinde amacına aykırı bir sınırlandırmaya sebep olamayacağı ve sağlık kurulu raporunda yer alan tespitler dikkate alındığında, davaya konu ilaç bedelinin Kurumca karşılanması talebinin reddine dair Kurum işleminin hukuka aykırı olduğu açıktır...” sonucuna varmıştır.

Yargıtay 10. HD oyçokluğu ile verdiği kararında⁶⁰, “davaya konu ilacın;

* söz konusu kanser hastalığının tedavisinde hayati önemi haiz ve kullanılmasının zorunlu olup olmadığı,

* dolayısıyla kullanılmasının tıbben ve fennen sigortalının iyileşmesine katkıda bulunup bulunmayacağı,

* ilacın hangi tür kanser hastalarında hangi evrede ve hangi dozda kullanılacağı ve bu hususların nasıl belirleneceğinin,

*davaya konu ilaçla yapılacak tedavinin bilinen mevcut tedavi yöntemlerine göre daha etkin ve daha yararlı olup olmadığına üniversitelerin tıbbi onkoloji bilim dalından alınacak sağlık kurulu raporu ile saptanmalı,

*bu saptama yapılırken dosya içinde mevcut görüş, karar ve raporlarda irde lenip varsa çelişkiler giderilmeli,

*ayrıca bu belirleme yapılırken iyileştirme kavramından anlaşılması gerekenin sigortalı hastanın sağlığına kavuşması ve hastalığın iyileşmesi hususu olduğu göz önünde tutulmalıdır” gerekçeleri ile yerel mahkeme kararını bozmuştur.

YHGK kararlarının da Yargıtay 10. HD ile aynı doğrultuda olduğu görülmektedir. Bu yöndeki bir kararın gerekçesinde; “... ilaç bedelinin Kurumca karşılanması yönünden öngörülen “hastanın sağlığına kavuşması ve hastalığın iyileşmesi” koşulunun hastalığın mahiyeti dikkate alındığında katı bir yaklaşım olduğu, bu nedenle davaya konu ilacın davacının hastalığının ilerlemesine engel olup olmadığı veya gerilemesini sağlayıp sağlamadığı, yaşam kalitesini artırıp artırmadığı, yaşam süresinin uzamasına katkıda bulunup bulunmadığı konusunda sağlık kurulu raporu alınarak sonucuna göre karar verilmesi gerektiğinden direnme kararının açıklanan bu değişik gerekçe ile bozulması görüşü ileri sürülmüşse de bu görüş Kurul çoğunluğu tarafından benimsenmemiştir” açıklamasına yer verilmiştir⁶¹.

⁶⁰ Y10HD, 05.02.2024, 12048/676, www.lexpera.com.tr, 24.06.2025. Aynı yöndeki diğer kararlar için bkz.; Y10HD, 06.12.2024, 13046/12496, Y10HD, 19.02.2024, 10019/1444, Y10HD, 13.11.2023, 10707/11137, www.lexpera.com.tr, 24.06.2025.

⁶¹ YHGK, 29.11.2023, 968/1147, www.lexpera.com.tr, 24.05.2025. Benzer yöndeki kararlar için bkz.; YHGK, 29.11.2023, 373/1144, YHGK, 22.11.2023, 813/1115, www.lexpera.com.tr, 24.06.2025.

Yapılan açıklamalar kapsamında adli yargı açısından ilaç bedelinin karşılanması için iyileşme şartının arandığı görülmektedir. İyileşme kavramıyla, “sigortalı hastanın sağlığına kavuşması ve hastalığın iyileşmesi” hususunun kastedildiği belirtilmiştir. Ancak iyileşme kavramı, tıp başta olmak üzere hemşirelik, psikoloji, halk sağlığı, din ve maneviyat dâhil olmak üzere çeşitli disiplinlerde kullanılan ve her disiplinin de kendine özgü tanımladığı bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık alanı açısından baktığımızda iyileşme kavramının, özellikle sağlık durumunun ve fonksiyonlarının hastalığın başlamasından önceki haline geri dönmesi/yeniden kazanılması şeklinde tanımlandığı belirlenmektedir⁶². Bu tanımla Yargıtay’ın yaptığı tanım benzeşmekte olup, bu anlamdan hareketle kişinin mevcut durumunu koruyan ya da acılarını azaltarak hayat kalitesini iyileştiren tedaviler iyileşme kavramına dahil edilmeyebilecektir. Halbuki bu nitelikteki tıbbi müdahalelerin de sosyal güvenlik anlayışı içerisinde ele alınabilmesi hiç kuşkusuz ki beklenebilecek olup, bundan dolayı sadece iyileşme kavramına başvurulması kanaatimizce isabetli değildir⁶³. Nitekim YHGK kararından da iyileşme kavramını eleştiren yargıçların haklı olarak var olduğu anlaşılmaktadır. İyileşme kavramının sübjektif olması, aynı ilacın bedelinin karşılanması amacıyla açılan davalarda farklı yönde sonuçların ortaya çıkmasına dahi yol açma tehlikesini barındırmaktadır. Örneğin aynı ilacın bir hastada eski fonksiyonlarını kazanmasına yardımcı olması halinde açtığı dava sonucu ilaç bedeli karşılanabilecekse de, başka bir hastada beklenen sonucu vermemesi halinde davası reddedilebilecektir. Bu itibarla kişilerin sağlığı ve dolayısıyla yaşamıyla yakından ilişkili olan böyle önemli bir dava türünde sübjektif nitelik taşıyan “iyileşme” kavramına başvurulması kabul edilemez.

bbb. İdari Yargı Kararları ve Değerlendirmemiz

İdari yargı kararlarının ilaç bedelinin karşılanması davalarıyla ilgili içtihatları adli yargı kararlarına kıyasla sayıca azalma göstermektedir. Zira 5510 sayılı Kanunun yürürlüğünden sonra kamu görevlisi olanlar açısından da ilgili kanun uygulama alanı kazanmış olup, ilgili çalışan grubunun, hak sahiplerinin ya da bakmakla yükümlü olduğu kişilerin açacakları davalarda da görevli mahkeme, iş mahkemeleri olarak düzenlenmiştir (5510 sayılı Kanun md.101). Bununla birlikte 5510 sayılı kanunun yürürlüğe girmesinden önce 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu’na tabi olan veya 5510 sayılı kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce 5434 sayılı Kanun hükümlerine tabi olarak çalışmış olup kamu görevlisi olarak yeniden çalışmaya başlayanlar ile bunların dul ve yetimleri hakkında 5434 sayılı Kanunun uygulanmaya

⁶² *Doğan-Mercan-Yüksel*, 92.

⁶³ Aynı yöndeki görüş için bkz.; *Civan*, 680.

devam edeceği öngörülmüştür (5510 sayılı Kanun geçici md.4/4). Dolayısıyla halen ilaç bedelinin karşılanması talebini içeren bazı davalar, idari yargıda açılabilir.

Bu bağlamda Danıştay'ın görüşü önem kazanmakta olup, ilaç bedelinin karşılanması istemiyle açılan davada önem taşıdığını düşündüğümüz bir karar⁶⁴ uyarınca, "5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun "Kurumca finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri" başlıklı 64. maddesi uyarınca tıbben sağlık hizmeti olmadığı yönünde Sağlık Bakanlığınca yapılmış bir tespitin bulunmadığı, hastanın muayenesini ve tetkiklerini yapmak suretiyle hastalığı teşhis eden doktor tarafından, hastalığın tedavisinde kullanılması uygun görülen ve kullanılması hastanın tercihinin bırakılmayan (aksi yöndeki uygulama tıbbi gerekliliklere ve etik kurallarına aykırıdır.) ve hasta tarafından bedeli mukabilinde piyasadan temin edilen tıbbi malzemenin (stentin) bedelinin ödenmeyerek hastanın sağlık hizmetine erişim hakkının engellenmesi veya ağır bir maddi yük altında bırakılmasının sağlıklı yaşam hakkı ve sosyal devlet ilkesi ile bağdaşmadığı, tedavi giderlerinin tamamının (stent bedelinin) hasta ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler üzerinde bırakılmasının hukuka aykırı olduğu gerekçesiyle ilaçlı stent bedelinin ödenmemesine ilişkin işlemin yürütülmesinin durdurulmasına 20.5.2010 tarihinde karar verilmiştir. Davanın durumu ve uyuşmazlığın hukuki niteliğine göre, 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu'nun 27. maddesinde öngörülen koşulların bu aşamada gerçekleştiği anlaşıldığından" yürütmenin durdurulmasına karar verilmiştir.

Görüldüğü üzere Danıştay ve bu bağlamda idari yargı tarafından benimsenen ölçüt, önerilen ilacın kullanılması konusunda hastanın tercihinin bulunmadığı, bu nedenle ilaç bedelinin karşılanmaması halinde sağlık hakkının ve sosyal devlet ilkesinin ihlal edileceğiyle ilişkilidir. Kanaatimizce Danıştay tarafından benimsenen bu ölçüt, adli yargının hali hazırda kullandığı "iyileşme" kriterine göre çok daha objektiftir. İlgili ölçüt kapsamında benzer davalarda aynı yönde sonuca ulaşılması, bu itibarla hukuki güvenlik ve öngörülebilirliğin sağlanması olanaklıdır. Ancak Danıştay'ın benimsediği ölçüt uyarınca ise hangi ilacın bedelinin karşılanacağı konusunda takdir hastalığı teşhis eden ve tedavi eden hekim ya da hekimlere bırakılmış olacaktır. Bu durum ise daha önce üzerinde durduğumuz ilaç fiyatının belirlenmesine dair politikaların ve geri ödeme sistemlerinin içeriğinin boşaltılması ve ilgili sistemlerden beklenen faydaya ulaşamaması tehlikesini içermektedir. Dolayısıyla hekimler tarafından önerilen her ilacın hiçbir sınır

⁶⁴ D10D, 16.06.2010, E.2010/6009, K.Y. Durdurma, www.kazanci.com.tr, 30.06.2025. Aynı yöndeki diğer kararlar için bkz.: D15D, 29.05.2015, 2621/3517, Gaziantep BİM 4 İDD, 18.05.2017, 2307/949, www.lexpera.com.tr, 30.06.2025.

olmaksızın bedelinin karşılanması ihtimalini içerecek söz konusu kriter, neredeyse hiçbir sınırlama içermemesi itibarıyla isabetli görünmemektedir.

ccc. İlaç Bedelinin Karşılanması Davalarında Objektif Kriter Önerisi

Yukarıda, hukukumuz açısından gerek adli yargıda gerek idari yargıdaki farklı bakış açıları ele alınmıştır. Ancak şu an için kullanılan ölçütlerin farklı sakıncalar içerdiği görülmektedir. Bununla birlikte ilaç bedelinin karşılanması davalarının yabancı hukuk sistemlerinde de tartışmalı olduğu görülmektedir. Nitekim Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM)'nin çeşitli kararları⁶⁵ incelendiğinde, ilaç bedelinin karşılanması taleplerini yaşam hakkı kapsamında değerlendirmekle birlikte Mahkemenin zaman zaman hak ihlali sonucuna ulaşmama eğiliminde olduğu tespit edilmektedir. AİHM'in genel tutumu şu şekilde özetlenebilir; kamu kaynaklarının sağlık hizmetlerine ayrılması gibi konular mahkemenin belirli bir tutum alabileceği konular arasında değildir. Sınırlı kaynakların nasıl tahsis edileceğini düşünme ve karar verme devletlerin yetkili makamlarının görevidir. Zira kıt kaynakları dikkate alarak değerlendirmede bulunma ve önemli ihtiyaçlar arasında yapılması gereken zor tercihlerde sorumluluk alma konusunda takdir ulusal makamlara aittir⁶⁶. Ancak AİHM'in genel yaklaşımı, ilaç bedelinin karşılanması davalarında objektif kriter oluşturulmasına yardımcı olmamaktadır.

Kanaatimizce, bu tür uyumsuzlıklarda benimsenmesi gereken temel ölçüt; ilaç şirketlerinin piyasayı yönlendirme gücünü sınırlamaya, hastaların sağlık hakkına ilişkin meşru taleplerinin salt maliyet kaygılarıyla reddedilmesini engellemeye ve devletin sağlık hizmeti sunma yükümlülüğünü öncelemeye yönelik olmalıdır.

⁶⁵ Üye devlet tarafından tedavide kullanılan ilaç bedelinin %70'inin karşılandığı ve başvurunun geriye kalan %30'u karşılayacak ekonomik durumu bulunmadığını iddia ettiği bir olayda, kişinin standart tıbbi yardımdan yararlandığına işaret edilerek başvurunun dayanaktan yoksun olduğuna hükmedilmiştir (AİHM, Nitecki vs. Poland, 21.03.2002, Appl. No. 65653/01, <https://hudoc.echr.coe.int/>, 30.06.2025). Kronik böbrek yetmezliğinden mustarip olan başvuruçuların, hastanede sunulan tedavi bedelinin tamamı karşılanmadığından kendilerinin de harcama yapmak zorunda kaldığını, maddi durumlarının yetersizliği nedeniyle tedaviyi yürütemeyen bazı hastaların hayatını kaybettiğini iddia ettiği uyumsuzlukta da, aynı hastalıktan mustarip olan kişilerin hayatını kaybetmesinin tek başına sağlık sistemindeki kesintilerin ve yaşam hakkının ihlali niteliğini oluşturmayaacağı ifade edilerek başvurunun dayanaktan yoksun olduğu sonucuna varılmıştır (AİHM, Penticova and others vs. Moldova, 04.01.2005, Appl. No. 14462/03, <https://hudoc.echr.coe.int/>, 30.06.2025). Kronik uyku bozukluğu rahatsızlığı bulunan başvuruçunun, fayda gördüğü tespit edilen ilaçlarının karşılanmadığı diğer bir uyumsuzlukta da Mahkeme şimdiye kadar değinilen gerekçeler ve üye devletin geniş takdir hakkına işaret ederek başvurunun dayanaktan yoksun olduğunu kabul etmiştir (AİHM, Waiter vs. Poland, 15.05.2012, Appl. No. 42290/08, <https://hudoc.echr.coe.int/>, 30.06.2025).

⁶⁶ **Doğru**, 283.

Bu çerçevede, ilaç bedelinin karşılanması davalarında yapılacak yargısal değerlendirmede öncelikle geri ödeme komisyonlarının ilgili ilaç hakkında olumsuz bir karar verip vermediği araştırılmalıdır. Geri ödeme komisyonlarınca ret kararı verilmişse, bu kararın gerekçeleri, karar sürecinin şeffaflığı ve ret kararının objektif bilimsel dayanaklara dayanıp dayanmadığı incelenmelidir. Komisyon kararında keyfilik izlenimi doğuran en ufak bir durum söz konusuysa veya kararın isabetine yönelik kuşklar mevcutsa, yargı mercileri, bireyin sağlık hakkını esas alarak ilaç bedelinin karşılanmasına karar vermelidir. Öte yandan, bazı davalarda geri ödeme komisyonu tarafından henüz bir değerlendirmenin yapılmadığı veya ilaç şirketinin başvurusunu geri çekmesi gibi nedenlerle komisyon kararının mevcut bulunmadığı hallerle de karşılaşılabilir. Bu gibi durumlarda, mahkemenin adeta komisyonun yerine geçerek, somut olayda geri ödeme sisteminin mantığı çerçevesinde nasıl bir karar verilmesi gerektiğini değerlendirmesi yerinde olacaktır. Bu kapsamda da mahkemelerce, ilgili ilacın etkileri, tedavi edici niteliği hakkında ulusal ve uluslararası veriler, karşılaştırmalı uygulamalar ve bilimsel raporlar göz önüne alınmalı, gerektiğinde uzman görüşlerinden de yararlanılmalıdır. Böylece hem hukuki öngörülebilirlik sağlanabilecek hem de benzer durumlarda eşitlik ilkesi gereği tutarlı kararlar verilmesi mümkün olacaktır.

SONUÇ

İlaç geri ödeme sisteminden kaynaklanan hukuki sorunların, özellikle de ilaç bedelinin karşılanması davalarının, sosyal güvenlik hukuku ile sağlık hakkı arasında kritik kesişim noktasında yer aldığı açıktır. Teknolojik gelişmelerin sağlık sektörüne etkisi, ilaçların çeşitliliği ve maliyetlerindeki artış, geri ödeme sistemlerinin daha karmaşık hale gelmesine yol açmakta, bu durum hem bireylerin sağlığa erişiminde eşitsizlik riski yaratmakta hem de sosyal güvenlik kurumlarının mali sürdürülebilirliğini tehdit edecek boyutlara ulaşmaktadır. Bu çerçevede, ilaç bedelinin karşılanmaması üzerine açılan davalar, sadece bireysel mağduriyetin giderilmesi amacı taşımamakta, aynı zamanda kamu sağlığı politikalarının ve sosyal devlet ilkesinin sınındığı davalar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu bağlamda belirtilmelidir ki, ülkemizdeki geri ödeme sistemleri karmaşık bir yapıya sahip olup, oldukça gelişmiş bir nitelik taşımaktadır. Bununla birlikte karar süreçlerin şeffaflığı ve sürelerle dair düzenlemelerin yetersizliği dikkat çekmektedir. Avrupa Birliği'ne üye ülke örneklerinde görüldüğü gibi, başvuruların belirli süreler içinde sonuçlandırılması yönünde yasal çerçevenin çizilmesi, hem başvuru sahiplerinin hukuki güvenliğini artıracak hem de idarenin keyfi karar verme ihtimaline ilave bir sınır getirecektir. Ayrıca komisyon yapılarında sadece kamu temsilcilerine değil; hekimler, ec-

zacılar, hasta dernekleri ve akademisyenlere de karar alma süreçlerinde oy hakkı tanınması, kararların meşruiyetini ve toplumsal kabulünü güçlendirecektir.

İlaç bedelinin karşılanması davalarında öncelikle usul hukukuyla ilgili önemli bir konu olan ihtiyati tedbir uygulaması üzerinde durulmalıdır. Yargıtay'ın bu konuda verdiği ve detaylı olarak üzerinde durduğumuz son kararı, ihtiyati tedbir mekanizmasının işlevsizleşmesine sebebiyet verecek boyuttadır. Zira Yargıtay'ın yaklaşık ispatı aşan katı koşullar arayarak tedbir müessesesini neredeyse uygulanamaz hale getirdiği gözlemlenmektedir. Bu bağlamda, ihtiyati tedbirin amacıyla bağdaşmayan bu yaklaşımdan vazgeçilmesi ve tedbir kararının temelinde “muhtemel telafisi güç zarar” esası dikkate alınarak, ilgili ilacın hastanın tedavisinde kullanılmasının beklenebilir olup olmadığının incelenmesi çok daha yerinde olacaktır.

İlaç bedelinin karşılanması davalarının esas bakımından değerlendirilmesi yönünden adli ve idari yargı kararları incelendiğinde, ilaç bedelinin iadesi davalarında yargının zaman zaman sübjektif ve hukuki güvenlikten uzak değerlendirmelere yer verdiği görülmektedir. Özellikle “iyileşme” kriterine dayalı değerlendirmelerin, objektif bir standarda bağlanmasının güçlüğü ve aynı ilaç için farklı kararlar verilmesine yol açma tehlikesini barındığı ifade edilmelidir. Oysa yaşam hakkı ile doğrudan bağlantılı olan sağlık hakkının tesisi için aranan kriterlerin öngörülebilir, denetlenebilir ve objektif olması zorunludur. Dolayısıyla ilaç bedelinin karşılanması davalarında, yargının daha öngörülebilir ve hakkaniyete uygun kriterler benimsemesi, gerekse ihtiyati koruma tedbirlerinin etkinleştirilmesi, yalnızca bireylerin değil, toplumsal adaletin ve sosyal devletin korunması bakımından da zorunlu görünmektedir. Tarafımızca ilaç bedelinin iadesi davalarında mahkemelelerin, geri ödeme komisyonlarını denetlemesi ya da geri ödeme komisyonun yerine geçerek karar vermesi yönündeki önerilerimiz kabul görmeyecek olsa dahi, adli yargı ve idari yargı da kullanılan ölçütlerin yerine objektif kriter arayışının devam ettirilmesi ve gündemde tutulması, sağlık hakkının gerçekleştirilmesi ve hak kayıplarının önlenmesi açısından hayati önem taşımaktadır. Aksi taktirde yıllarca sosyal güvenlik sistemine prim ödeyen bir sigortalının hayati ihtiyaç duyduğu bir anda korumasız kalması gibi adil olmayan, sosyal güvenlik ve sağlık hakkı ile çelişen ve sosyal devlet ilkesine aykırı durumların yaşanması kaçınılmaz olacaktır.

KAYNAKÇA⁶⁷

AKYÜREK, Çağdaş Erkan: “Sağlıkta bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye”, Sosyal Güvenlik Dergisi, (2) 2012, 124-153.

ARICI, Kadir: Türk Sosyal Güvenlik Hukuku, 2. Baskı, Ankara 2022.

ARIK, Özer – İLERİ, Yusuf Yalçın: “Sağlıkta Geri Ödeme Sitemleri ve Global Bütçe”, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5 (4) 2016, 78-92.

ARSLAN ERTÜRK, Arzu: “Türkiye’de SMA’lı Çocukların Tedavisi ve Yabancı Ülke Örnekleri”, Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi, 30 (2) 2024, 813-838.

BAŞÖZEN, Ahmet: “Güncel Yargıtay Kararları Işığında İhtiyati Tedbirlerde ‘Yaklaşık İspat’ ve ‘İhtimal’ Kavramı”, Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Prof. Dr. Hakan Pekcanıtez’e Armağan Özel Sayısı, Cilt:16 Yıl:2014, 653-694.

BERBEROĞLU YENİPİNAR, Filiz: Delil Tespiti ve Diğer Geçici Hukuki Korumalar (İhtiyati Tedbir – İhtiyati Haciz), Ankara 2020.

BOZGEYİK, Hayri – ER, Sefa: “Yargıtay Kararları Işığında İlaç Markalarında Karıştırılma İhtimali”, Ticaret ve Fikri Mülkiyet Hukuku Dergisi, 10 (1) 2024, 79-99.

CİVAN, Orhan Ersun: “Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri ve Türleri”, Yargıtay ve Bölge Adliye Mahkemeleri’nin İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Kararlarının Değerlendirilmesi 2021, İstanbul 2023, 507-720.

DOĞAN, Reyhan – MERCAN, Neşe – YÜKSEL, Çiğdem: “Ruhsal Hastalıklarda İyileşme: Kavram Analizi”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, Cilt:12, Sayı:1, Yıl:2020, 91-99.

DOĞUÇ, Ece: “Yetim İlaçların (Orphan Drugs-Nadir Hastalıklarda Kullanılan İlaçlar) Türkiye’de ve Dünyadaki Durumu”, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 4 (3) 2017, 196-201.

DOĞRU, Osman: Yaşama Hakkı, Anayasa Mahkemesine Bireysel Başvuru, El Kitapları Serisi-5, Ankara 2018.

GÖKSU, Mustafa: “Hukuk Muhakemeleri Kanununa Göre İhtiyati Tedbirin Uygulanmasını Talep Etme Zorunluluğu”, Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Prof. Dr. Hakan Pekcanıtez’e Armağan Özel Sayısı, Cilt:16 Yıl:2014, 1253-1273.

GÜLŞEN, Mustafa Alpin – YILDIRAN, Mustafa: “Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrasında Uygulanan Sağlık Regülasyonlarının Üniversite Hastanele-

⁶⁷ Birden fazla yayınına gönderme yapılan yazarlarda parantez içindeki kısaltmalar kullanılmış, bu yazarların atıf yapılan ilk yayını için kısaltma yapılmadan sadece yazarın adı verilmiştir.

rinin Mali Yapılarına Etkisi”, Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 10 (4) 2017, 159-172.

GÜVEN, Faruk – MERMER ÜZÜMLÜ, Aytağ: “Jenerik İlaç Pazarlaması ve Türkiye Örneği”, Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 7 (1) 2023, 41-58.

GÜZEL, Ali – OKUR, Ali Rıza – CANİKLİOĞLU, Nurşen: Sosyal Güvenlik Hukuku, 20. Bası, İstanbul 2024.

KABAKCI, Mahmut: “Sağlık Uygulama Tebliğinde Sağlık Hakkı”, Çalışma ve Toplum, 2022/3, 1769-1795.

KARTAL, Nazan – ARISOY, Sema: “OTC Grubundaki İlaçların Avantaj ve Dezavantajlarının İncelenmesi”, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 4 (4) 2017, 314-321.

KOL, Emre: “Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt:5, Sayı:1, Ocak 2015, 135-164.

KORKMAZ, Ramazan: “Haksız İhtiyatî Tedbirden Kaynaklanan Tazminat Davasının Normatif Zarar Teorisi Bağlamında Değerlendirilmesi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 21 (2) 2019, 805-841.

KUMRU, Seda – TOP, Mehmet: “İlaç Fiyatlandırma ve Geri Ödeme Politikalarının Orijinal İlaç ve Jenerik İlaç Açısından Değerlendirilmesi: Hipertansiyon İlaçları Örneği”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 20 (2) 2017, 179-201.

LE POLAIN, Maïté – FRANKEN, Margreet – KOOPMANSCHAP, Marc – CLEEMPUT, Irina: Drug Reimbursement Systems: International Comparison and Policy Recommendations, Brussels 2010.

NGUYEN KİM, Luc – OR, Zeynep – PARİS, Valérie – SERMET, Catherine: “The Politics of Drug Reimbursement in England, France and Germany”, <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:12769064>, 25.01.2025.

Organisation for Economic Co-operation and Development: Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market, Health Policy Studies, 2008.

ÖZCAN BÜYÜKTANIR, Burcu G.: “Türk Hukukunda İlaç Patentine Genel Bakış”, Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi, 2 (2) 2012, 76-88.

ÖZCAN BÜYÜKTANIR, Burcu G. – OKTAY KARAOSMANOĞLU, Dilâ: “Endikasyon Dışı (Off-Label) İlaç Kullanımından Doğan Zararlardan İlaç Üreticisinin ve Hekimin Hukuki Sorumluluğu”, İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 8 (1) 2017, 153-198.

ÖZDEMİR, Yusuf: “Türkiye’de Uygulanan İlaç Geri Ödeme Sisteminin İlaç Fiyatları Üzerindeki Etkisi ve Alternatif Geri Ödeme Yönteminin Uygulanması”, Sosyal Güvenlik Dünyası, Sayı:103, Temmuz-Ağustos 2021, 108-121.

PEKSÖZ, Vildan: “Kanser İlaçlarının Karşılansması Konulu İhtiyatî Tedbirler (Uyuşmazlığın Esasını Çözer Nitelikte İhtiyatî Tedbir Örneği)”, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 72 (4) 2023, 1759-1784.

SARAÇOĞLU, Sıtkıcan – ÖZTÜRK, Fahriye: “Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama”, İş ve Hayat, 2 (4) 2016, 293-342.

SEVEN, Elif: “İhtiyatî Tedbire İlişkin Güncel Yargı Kararları Işığında Bir Değerlendirme”, İzmir Barosu Dergisi, 87 (2) 2022, 441-468.

SÖNMEZ, Seda – İLGÜN, Gülnur: “Türkiye’de İlaç Fiyatlandırma ve Geri Ödeme Politikalarının AB Ülkeleri ile Karşılaştırılması”, Sayıştay Dergisi, (108) 2018, 99-121.

TABAK, Mehmet Alp: Medeni Usul Hukuku Bakımından Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından Karşılanmayan İlaç Bedellerine İlişkin Davalar, yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara 2024.

TUNCAY, A. Can – EKMEKÇİ, Ömer – GÜLVER, Ender: Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, 22. Bası, İstanbul 2023.

ÜREK, Duygu – KARAMAN, Sevilay: “Önemli Bir Halk Sağlığı Sorunu Olarak Nadir Hastalıklar ve Yetim İlaçlar”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22 (4) 2019, 863-878.

VOGLER, Sabine – ZIMMERMANN, Nina – HABIMANA, Katharina: Study of the Policy Mix for the Reimbursement of Medicinal Products, Vienna 2014.

World Health Organization: Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies, Second Edition, Geneva 2020. (Pharmaceutical Pricing Policies)

World Health Organization: Medicines Reimbursement Policies In Europe, Regional Office for Europe 2018.

YILDIZ, Tuğba – BAYAZIT UZUN, Aygen: “Alternatif Bir Geri Ödeme Modeli Olarak Kontrollü Giriş Anlaşmaları”, Sosyal Güvence Dergisi, 8 (16) 2019, 165-194.

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ KAPSAMINDA YARDIMCI ÜREME YÖNTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Doç. Dr. Asiye ŞAHİN EMİR

İzmir Bakırçay Üniversitesi Hukuk Fakültesi
İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Anabilim Dalı

GİRİŞ

Genel sağlık sigortası kapsamında klasik analık haline ilişkin sağlık hizmetleri dışında, çocuk sahibi olmakta zorluk çeken ailelere yardımcı üreme tedavisi uygulanmaktadır. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun (SSGSSK) ¹ ilk düzenlemesinde yer almayan, ancak komisyon çalışmalarıyla Kanuna dahil edilen bir hükümlerle doğal yollarla çocuk sahibi olamayan kişilere belirli şartların gerçekleşmesi durumunda yardımcı üreme teknikleriyle çocuk sahibi olabilmelerini sağlamak amacıyla yapılan tedavi masrafları genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır (SSGSSK md. 63/1-e). Bununla birlikte, çocuk sahibi olamayan evli çiftlerden tıbben uygun görülenlerin, üremeye yardımcı tedavi yöntemleriyle çocuk sahibi olmaları için yapılacak uygulamanın esaslarını; uygulamayı yapacak merkezlerin açılması, çalışması ve denetlenmesine ilişkin usul ve esasları düzenleyen Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik² yürürlüğe girmiştir. Ayrıca, konuya ilişkin açıklamalara Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nin (SUT)³ "Yardımcı Üreme Yöntemi Tedavileri" başlıklı 2.4.4.1 maddesinde yer verilmiştir.

Mevzuatımızda yer alan düzenlemelerin amacının, doğal yollardan hiç çocuk sahibi olamayan ailelerin içinde bulundukları psikolojik ve sosyal olumsuzlukların ortadan kaldırılması ve aile bütünlüğünün korunması olduğu söylenebilir. Aynı zamanda, sosyal devlet olmanın bir gereği olarak, anayasal açıdan koruma altına alınmış ve toplumun temeli olarak kabul edilen ailenin huzur ve refahının ayrılmaz bir parçası olan çocuğa, her ailenin sahip

¹ RG.: 16.06.2006, S.: 26200

² RG.: 30.09.2014, S.: 29135.

³ RG.: 24.03.2013, S.: 28597.

olabilme imkânı sağlanmalıdır⁴. Bununla birlikte, ekonomik yönden zayıf durumda olanların böylesi önemli bir konuda devlet tarafından desteklenmesi ve kanun tarafından korunması, sosyal devlet olmanın bir gereğinin yerine getirilmesini sağlar.

Konuya ilişkin 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nda⁵ düzenleme bulunmamasına rağmen, Yargıtay 10. Hukuk Dairesi, bu kanun döneminde gerçekleştirilen zorunlu tüp bebek uygulamasına ilişkin olarak yapılan giderlerin, insan sağlığının kutsallığı ilkesi çerçevesinde ve 5510 sayılı Kanun hükümlerini de göz önünde bulundurarak, dava eski Kanun döneminde açılmış olsa bile, yapılan tedavi masraflarının Kurum tarafından ödenmesine karar vermiştir. Karara konu olayda, davacı, MDS (Miyelodisplastik Sendrom)⁶ hastası olan oğlunun hastalığının lösemiye dönüşmemesi için son çare olarak uygun kök hücre vericisi olması amacıyla kardeşinin tüp bebek tedavisine başlamış ve bu amaçla yaptığı giderlerin Kurum tarafından karşılanmasını talep etmiştir. Yargıtay tarafından, "...5510 sayılı Kanun hükümleri ile davanın açıldığı tarihte yürürlükte bulunan 506 sayılı Kanunda aksine hüküm bulunmaması ve insan sağlığının kutsallığı dikkate..." alınarak davacının tüp bebek denemesi için yaptığı giderlerin Kurum tarafından karşılanması gerektiğine karar verilmiştir. Davacı, gördüğü tedavi sonucu bebek sahibi olamadığı için yapacağı yeni tüp bebek giderlerini de talep etmiş, ancak mahkeme, davanın açılmasından sonra yapılan giderlerin istenemeyeceğine hükmetmiştir⁷. İnsan sağlığına ve sağlıklı yaşam hakkına

⁴ **Eser**, Dilek: Sosyal Sigortalar Hukukunda Kadın: 506 ve 5510 Sayılı Kanunlar Bakımından Değerlendirme, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir 2009, s. 111.

⁵ RG.: 29, 30, 31/7/1964-1/8/1964 S: 11766-11779.

⁶ "Miyelodisplastik sendrom (MDS); ileri yaşta görülen, kemik iliği yetmezliği ile karakterize bir hematopoetik kök hücre hastalığıdır. Hastalığın seyri ve tedavisi hastalarda farklılık göstermekle birlikte yeni tedavilere rağmen hala allojeneik kök hücre nakli dışında küratif tedavisi olmayan bir hastalıktır." Konuya ilişkin geniş bilgi için bkz., **Can**, Ferda/**Dilek**, İmdat: "Miyelodisplastik Sendrom Tanılı Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi", Turkish Journal of Clinics and Laboratory, Sayı: 3, 2023, s. 508-513.

⁷ "Davacının (sigortalı) oğlu Kaya, MDS (Mylodisplastik Sendrom) hastası olup, ilaç tedavisi ve kan transfüzyonu uygulandığı halde, tedavisinin yapılamadığı; Hacettepe Üniversite Hastanesinin 28.07.2004 tarihli raporunda belirtildiği üzere, hastalığının lösemiye dönüşmemesi için en kısa sürede, kesin tedavi yöntemi olan kök hücre naklinin yapılması gerektiği, yapılan taramada uygun döner bulunmadığı, bunun için, tüp bebek yöntemi ile, pre-implantasyon genetik tanı yapılarak, HLA doku tipinin uygun olacağı kardeş doğmasının planlandığı ve buna yönelik denemelerin yapıldığı anlaşılmaktadır. 506 sayılı Yasanın 33 ve 35. maddelerinde; sağlık yardımlarının, hastalık halinde, sigortalının geçindirmekle yükümlü bulunduğu hastanın, hekime muayene ettirilmesi, teşhis için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin yaptırılması ve tedavisinin sağlanması, teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık müessesesine yatırılması, tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması hallerini kapsadığı belirtilmiştir. Yine; 5510 sayılı Yasanın Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresini düzenleyen

verdiği önem dikkate alındığında, kararın son derece yerinde olduğu söylenmelidir⁸.

I. YARDIMCI ÜREME YÖNTEMİ TEDAVİLERİ

A. Genel Olarak

Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmeliği'n 4. maddesinin 1. fıkrasının (ğ) bendinde, üremeye yardımcı tedavi yöntemlerinin, anne adayının yumurtası ile kocanın sperminin çeşitli yöntemlerle döllenmeye daha elverişli hale getirilerek, gerektiğinde vücut dışında döllenmesini sağlamak ve gametlerin veya embriyonun anne adayına transferini kapsayan, modern tıpta bir tıbbi tedavi yöntemi olarak kabul edilen uygulamalar olduğu belirtilmiştir. Bu tedaviler, yumurtalama tedavisi (ovulasyon indüksiyonu (OI))⁹, aşılama tedavisi (intrauterin inseminasyonu (IUI))¹⁰ ve tüp bebek tedavisinden (invitro

63. maddesinin, "b" bendinde, kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak, hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbi bakım ve tedavilerin, genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını temin etmek amacıyla Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri içinde olduğu; anılan Yasanın 69. maddesinin "d" bendinde de, "Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz 68. maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sağlık hizmetleri ile organ, doku ve kök hücre nakli" yapılması durumunda katılım payı alınmayacağı belirtilmiştir.....Ahmet Kaya'nın oğlu Kaya Kaya'nın MDS olan hastalığının lösemeye dönüşmemesi için en son çare olarak tüp bebek yolu ile HLA (Human leukocyte Antigen) doku tiplmesi yapılması tedavinin zorunlu bir parçası olması nedeni ile, davacının tüp bebek yöntemi denemesi için masrafların Kurumca karşılanması gerektiğinin tespiti..." Yarg. 10. HD. 27.10.2009, 2009/5150 E., 2009/16257 K., Legal İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi, Cilt: 7; Sayı: 26, 2010, s. 822-824.

⁸ **Tuncay, A. Can/Elmekçi, Ömer/Gülver, Ender:** Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, Yenilenmiş 22. Baskı, Beta Yayınevi, İstanbul 2023, s. 596.

⁹ Yumurtalama Tedavisi (Ovülasyon İndüksiyonu=OI), verilen ilaçlar ile normal olarak iş görmeyen yumurtlamanın uyarılmasını, yumurtlama sayısının artırılmasını ve bu şekilde gebe kalma olasılığını yükseltmeyi amaçlayan yöntemlerdir. Konuya ilişkin detaylı bilgi hakkında bkz., <https://fertilite.com.tr/yumurtlama-takibi-ovulasyon-induksiyonu/> (ET.: 20.03.2025).

¹⁰ Aşılama Tedavisi (İntrauterin İnseminasyon=IUI), hazırlanmış yüksek konsantrasyonlu spermlerin yumurtanın yakınına getirilerek (püskürtülerek) döllenmenin oluşmasını desteklemektedir. Detaylı bilgi için bkz., <https://yedigitepehastaneleri.com/saglik-rehberi/hastaliklar-tedaviler/asilama-iui>, (ET.: 20.03.2025).

fertilizasyon işlemleri (IVF))¹¹ oluşmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nde, 5510 sayılı Kanun'un 63. maddesinde tanımlanan "yardımcı üreme yöntemi"nin, tüp bebek tedavisi olarak kabul edileceği belirtilmiştir (GSSUY md. 13/1; SUT md. 2.4.4.İ). Yumurtalama ve aşılama tedavileri ise, 5510 sayılı Kanun kapsamında tedavi giderleri karşılanan yardımcı üreme tedavisi olarak değerlendirilmemiştir.

Kanımızca, Kanunda herhangi bir ayırım yapılmaksızın, normal tıbbi yöntemlerle çocuk sahibi olunamaması ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olunabileceğinin sağlık kurulları tarafından tespit edilmesi durumunda, söz konusu haktan yararlanılabileceği belirtilmiştir. Bu nedenle, tüm yardımcı yöntemlerinin ilgili hüküm kapsamında olduğu kabul edilmelidir. Nitekim, yumurtlama tedavisi ve aşılama tedavisi de birer yardımcı üreme yöntemidir. Konuya ilişkin Kanunda herhangi bir sınırlamaya yer verilmemişken, ilgili Yönetmelikte ve Tebliğde, söz konusu haktan yararlanmanın sadece tüp bebek tedavisine özgülenmiş olması isabetli bir yaklaşım değildir¹².

Tüp bebek tedavisine ilişkin sağlık hizmetleri, ilk kez devlet memurları için Kurum tarafından karşılanmaya başlamıştır. Maliye Bakanlığı'nca hazırlanan 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatında,¹³ "tüp bebek" başlığı altında; devlet memurlarının tüp bebek uygulaması amacıyla ilgili merkezlere sevk yapılabilmesi ve tedavi giderlerinin ilgilinin Kurumu tarafından karşılanabilmesi için gerekli sevk esasları ve tedaviye başlama kriterleri belirlenmiş ve bu düzenleme, memurlar için uygulanmaya başlanmıştır.

2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı'nın 10.3.1 maddesine göre, evli olan memurun kendisinin ve/veya kanunen bakmakla yükümlü olduğu eşinin, kısırlığa bağlı olarak tüp bebek uygulaması amacıyla ilgili merkezlere sevk edilebilmesi ve tedavi giderlerinin ilgilinin Kurumu tarafından karşılanabilmesi için belirli şartların gerçekleşmiş olması gerekirdi. Bu şartlar;

1. Tüp bebek tedavisinin gerekli olduğunun, eğitim ve üniversite hastanelerinden en az iki kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile bir üroloji uzmanından oluşan resmi sağlık kurulunca düzenlenecek resmi sağlık raporu ile belgelendirilmesi,
2. Kadın hastanın kırk yaşından küçük olması,

¹¹ Tüp Bebek Tedavisi (İnvitro fertilizasyon (IVF)), Laboratuvar ortamında tüp içinde döllenmedir. Bkz., <https://www.goptupbebek.com.tr/tr/tup-bebek/tup-bebek-tedavisi-invitro-fertilizasyon-ivf/tup-bebek-tedavisi-invitro-fertilizasyon-ivf>, (ET.: 20.03.2021).

¹² **Şahin Emir**, Asiye: İş ve Sosyal Güvenlik Hukukunda Analık, Adalet Yayınevi, Ankara 2019, s. 486.

¹³ RG.: 09.2.2005 S.: 25722 mükerrer.

3. İntrauterin inseminasyon (IUI) (suni dölleme) işleminin, resmi sağlık kurumlarında, bir uygulama (siklus) başına en fazla toplam bin beş yüz ünite dozu geçmemek kaydıyla gonadotropin kullanılarak, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından gerçekleştirilmesi,
4. Tüp bebek uygulamasına geçilmesi için, sağlık kurulu raporu ile belirlenmiş açıklanamayan infertilite vakalarında, en az üç kez intrauterin inseminasyon (IUI) (suni dölleme) işlemi yapılmış olmasıdır.

Talimata göre, ancak kadın hastanın yaşının otuz sekiz ve üzerinde olması durumunda; sağlık kurulu raporuyla Talimatta belirtilen endikasyonların belgelendirilmesi kaydıyla, herhangi bir bekleme süresi aranmaksızın doğrudan tüp bebek tedavisine başlanabilmektedir.

B. Tüp Bebek Tedavisi (İnvitro Fertilizasyon (IVF))

Mevzuatımızda yardımcı üreme yöntemi olan tüp bebek tedavilerinin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanması mümkün kılınmıştır. Kanundaki düzenlemeye göre, evli olmakla birlikte, önceki evliliklerinden çocuk sahibi olup olmadığına bakılmaksızın (evlat edinilmiş çocukları hariç) mevcut evliliğinde çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısına, en fazla üç deneme (siklus) ile sınırlı olmak üzere uygulanan yardımcı üreme yöntemine ilişkin giderler, Kanunda aranan şartların birlikte gerçekleşmesi halinde Kurumca karşılanacaktır (SSGSSK md. 63/1-e, SUT md. 2.4.4.I-1).

Kanunda, yalnızca doğal yollarla çocuk sahibi olamayan çiftlerin değil; kalıtsal bir hastalığı bulunan veya bu hastalık için taşıyıcı olduğu bilinen evli çiftlerin, ayrıca tedavi amaçlı çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerin de genel sağlık sigortası kapsamında yardımcı üreme yönteminden yararlanabileceği düzenlenmiştir (SSGSSK md. 63/1-e). Ancak, yardımcı üreme yöntemiyle çocuk sahibi olmaya yönelik masrafların Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanması çok sıkı koşullara bağlanmıştır¹⁴.

Kanunda, bu haktan yararlanacak olan her bir grup bakımından farklı şartlar öngörülmüş olmakla birlikte, her iki grup için ortak iki temel koşul bulunmaktadır. Bunlardan ilki, evlilik birliğinin kurulmuş olmasıdır¹⁵. Diğeri ise, tedavinin uygulanacağı kişinin genel sağlık sigortalı kadın ya da

¹⁴ **Okur**, Ali Rıza: “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, Legal İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi, Cilt: 3, Sayı: 12, 2006, (Sosyal Güvenlik Reformu), s. 1294.

¹⁵ **Güzel**, Ali/**Okur**, A. Rıza/**Caniklioğlu**, Nurşen: Sosyal Güvenlik Hukuku, Yenilenmiş 20. Bası, Beta Yayınevi, İstanbul 2024, s. 857; **Ocak**, Saim: “Genel Sağlık Sigortasında Prim Koşulu”, Prof. Dr. Ali Güzel’e Armağan, Cilt 2, Beta Yayınevi, İstanbul 2010, (Prim Koşulu), s. 1089; **Zencir**, İlker: “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Yapılan Yardımlar ve Kapsam Dışı Sağlık Hizmetleri”, Fatih Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 2, s. 46; **Elma**, Ramazan: Örnekler ve Uygulamalarla Sosyal Güvenlik Hukuku, Genişletilmiş ve Güncellenmiş 7. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2024, s. 601; **Ergüneş Emrağ**, Seda:

genel sağlık sigortalı erkeğin eşi olmasıdır¹⁶. Evli olmayan ve genel sağlık sigortalısı olmayan kişiler düzenlemeden yararlanamazlar. Bu bağlamda, söz konusu haktan 5510 sayılı Kanun hükümlerine göre 4/a, 4/b ve 4/c sigortalıların hepsi Kanunda aranan şartları sağlamaları halinde yararlanabilmektedir. Zira, Kanunun 60. maddesinin 1. fıkrasında, Kanunun 4. maddesinin 1. fıkrasının (a), (b) ve (c) bendi kapsamında sigortalı olan kişilerin genel sağlık sigortalısı sayılacağı açıkça hüküm altına alınmıştır¹⁷.

1. Evli Çiftlerin Çocuğu Olmaması Durumunda Tüp Bebek Tedavisi

5510 sayılı Kanun'un 63. maddesinin 1. fıkrasının (e) bendinde belirtilen şartların gerçekleşmesi halinde, çocuk sahibi olmayan evli çiftlerin, çocuk sahibi olmak amacıyla başvurdukları tüp bebek tedavilerine ilişkin giderler Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanacaktır.

Hükme göre, *“Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısının;*

- 1) Yapılan tıbbi tedavileri sonrasında normal tıbbi yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi,
- 2) Kadının 23 yaşından büyük, 40 yaşından küçük olması,
- 3) *Kadının primer ovaryan yetmezliği ve erkeğin azospermisi olması hâlleri hariç olmak üzere son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,*
- 4) *Uygulamanın yapıldığı tıbbi merkezin Kurum ile sözleşme yapmış olması,*
- 5) *Eşlerden birinin en az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması, şartlarının birlikte gerçekleşmesi hâlinde”* yardımcı üreme yöntemine dair tedavi giderleri Kurum tarafından karşılanacaktır.

a. Çiftin Evli ve Çocuğunun Olmaması

5510 sayılı Kanun'un 63. maddesinde, 7151 sayılı Sağlıkla İlgili Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun¹⁸ ile yapılan değişiklikten önce, yalnızca kadının infertilitesinde

“Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri ve Süresi”, Sosyal Sigortalar Hukuku Şerhi, Cilt: 2, Lykeion Yayıncılık Ankara 2024, s. 1544.

¹⁶ **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 857; **Zencir**, s. 46.

¹⁷ **Şahin Emir**, Asiye: “Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar”, Sosyal Sigortalar Hukuku Şerhi Cilt: 2, Lykeion Yayıncılık, s. 1418 vd.

¹⁸ RG.: 05.12.2018, S.: 30616.

(kısırlılığında) yardımcı üreme yöntemlerine ilişkin tedaviden yararlanılabilmektedir. Erkeğin infertilitesinin (kısırlılığının) olduğu durumlarda bu haktan yararlanılamamaktaydı. Yapılan değişiklikle isabetli bir şekilde, evli olmakla birlikte, çocuk sahibi olamayan genel sağlık sigortalı kadın ise kendisi, erkek ise eşi bu haktan yararlanabilecek hale gelmiştir (SSGSSK md. 63/1-e)¹⁹. Özetle, mevcut düzenlemeler uyarınca, asli sigortalı kadınlar ile asli sigortalı erkeklerin bağlı eşleri, belirli koşulları sağlamaları kaydıyla çocuk sahibi olabilmek amacıyla başvurdukları yardımcı üreme yöntemlerine ilişkin giderler yönünden genel sağlık sigortası kapsamında sunulan imkânlardan yararlanabilecektir.

Kanunda belirli durumlarda mevcut evliliklerinden bir çocuğa sahip olmayan çiftlerin yardımcı üreme yöntemine ilişkin giderlerin finansmanının Kurum tarafından karşılanması mümkün kılınmıştır. Kanunda, Türk Medeni Kanunu²⁰ hükümlerine göre eşlerin veya eşlerden birinin evlat edinilmiş çocuğunun olması ya da daha önceki evliliğinden soybağı kurulmuş bir çocuğunun olması ya da ölmüş çocuğunun bulunması hâlinde yardımcı üreme tedavisine ilişkin Kanundaki hükümlerden yararlanabileceğine dair açık bir düzenleme bulunmamaktadır. 5510 sayılı Kanun'da, 7151 sayılı Kanun ile yapılan değişiklikten önce, *"yapılan tıbbi tedavilere rağmen normal yöntemlerle çocuk sahibi olamamak"* ifadesine yer verilmekteydi. Ayrıca, 2008 tarihli yürürlükten kaldırılan Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği'nin 26. maddesinde, *"....Evli olmakla birlikte eşlerden herhangi birinin evlat edinilmiş çocukları hariç soybağı kurulmuş sağ çocuğunun olmaması koşuluyla genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise bakmakla yükümlü olduğu karısının..."* belirtilen hizmetten yararlanabileceği düzenlenmişti. Yönetmelik hükmünden, eşlerden birisinin soybağı kurulmuş sağ çocuğunun olması durumunda bu hizmetten yararlanmasının söz konusu olmayacağına, ancak evlat edinilmiş çocuğun olması hâlinde yararlanılabileceği sonucuna ulaşılmaktaydı. Kanunda yer almayan ve haktan yararlanmayı sınırlandıran bu hükmün yönetmelikle getirilmesi, haklı eleştirilere neden olmuştur²¹. Yürürlükte olan Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği'nde (GSSUY)²², *"....evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının yapılan tıbbi tedaviler sonrasında normal tıbbi yöntemlerle çocuk sahibi olmadığının ve ancak IVF (tüp bebek) işlemi ile çocuk sahibi olabileceğine dair Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucularınca*

¹⁹ Sağlıkla İlgili Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunu Teklifi madde gerekçesi md. 32, <https://www2.tbmm.gov.tr>, (ET. 10.12.2024).

²⁰ RG.: 08.12.2001, S.: 24607.

²¹ **Ocak**, Prim Koşulu, s. 1090.

²² RG.:18.04.2014, S.: 28976.

sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması....” şartı yer almaktadır (GSSUY md. 13/2-a). Bu hükümde, evlat edinilmiş bir çocuğun olması durumuna ilişkin herhangi bir açıklamaya yer verilmediğinden, konuya ilişkin sorun net bir şekilde çözülmemiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’nde yer alan mülga düzenlemede Kanunda yer alan koşullara ek olarak, *“Evli olmakla birlikte eşlerden herhangi birinin evlat edinilmiş çocukları hariç soybağı kurulmuş sağ çocuğunun olmaması koşulu (SUT md. 2.4.4.İ-1).”* şartı getirilmişti. Bu nedenle eşlerin önceki eşlerinden çocukları varsa, yardımcı üreme tekniğinden yararlanma hakkının bulunmadığı sonucuna varılmaktaydı²³. Ancak bu hüküm, 18.02.2015 tarihinde yapılan değişiklikle, *“Evli olmakla birlikte daha önceki evliliklerinden çocuk sahibi olup olmadıklarına bakılmaksızın evlat edinilmiş çocukları hariç mevcut evliliğinden çocuk sahibi olmayan”* şeklinde düzenlenmiştir (SUT md. 2.4.4.İ-1). Böylelikle, yardımcı üreme yöntemi tedavisinden yararlanmak için önceki eşten çocuk sahibi olmanın artık bir engel teşkil etmediği söylenebilmekteydi²⁴. Ancak, 15.11.2018 tarihi ve 7151 sayılı Kanunla yapılan değişiklikle, 5510 sayılı Kanun’un 63. maddesinin 1. fıkrasının e bendinde yalnızca *“evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan”* ve *“sağlam çocuk sahibi çiftler hariç”* ifadelerine yer verilmiştir (SSGSSK md. 63/1-e). Öğretide bu düzenlemeyle Sağlık Uygulama Tebliği’n eşlerin daha yararına olan 18.02.2015 tarihli düzenlemesinin bir hükmü kalmadığı ileri sürülmüştür²⁵. Kanaatimizce, Kanunda yer alan hükmün daha açık ve anlaşılır bir şekilde kaleme alınmış olması gerekirdi. Zira evli bireylerin, önceki evliliklerinden çocuk sahibi olup olmamalarının, haktan yararlanma açısından belirleyici olmaması gerektiği görüşündeyiz²⁶. Esas olan, evli çiftin mevcut evliliklerinden doğal yollarla çocuk sahibi olamamasıdır²⁷.

Çiftin evlat edinilmiş çocuklarının olması da, söz konusu düzenlemeden yararlanma açısından engel teşkil etmemelidir. Öğretide de isabetli biçimde ifade edildiği üzere, kanun koyucunun amacının, evli eşlerin evlat edinilmiş çocukları olması durumunda bu haktan yararlanmalarını engellemek olduğu yönündeki yorum, adil bir yaklaşım değildir²⁸. Sonuç olarak, ka-

²³ **Sözer**, Ali Nazım: Türk Genel Sağlık Sigortası, Güncellenmiş 2. Bası, Beta Yayınevi, İstanbul 2018, (Genel Sağlık Sigortası), s. 231, dn. 134.

²⁴ **Tuncay/Ekmekçi/Gülver**, s. 595.

²⁵ **Tuncay/Ekmekçi/Gülver**, s. 595.

²⁶ **Tuncay/Ekmekçi/Gülver**’e göre, genel sağlık sigortası kapsamında yardım üreme yöntemine ilişkin sunulan haktan sadece karı kocadan herhangi birinin çocuğu ya da sağlam çocuğu olmayan evli çiftlere tanınmıştır. Bkz., **Tuncay/Ekmekçi/Gülver**, s. 595.

²⁷ **Şahin Emir**, s. 479. Ayrıca bkz., **Ocak**, Prim Koşulu, s. 1090.

²⁸ **Tuncay/Ekmekçi/Gülver**, s. 595; **Sözer**, Ali Nazım: Türk Genel Sağlık Sigortası, Güncellenmiş 4. Bası, Beta Yayınevi, İstanbul 2024, s. 275.

naatimizce, evli bireylerin daha önceki evliliklerinden çocuk sahibi olup olmamaları, çiftin çocuğunun doğum sırasında veya sonrasında vefat etmiş olması ya da evlat edinilmiş çocuklarının bulunması, bu haktan yararlanma açısından belirleyici değildir. Esas olan, evli çiftin mevcut evliliklerinden biyolojik bir çocuğunun bulunmamasıdır²⁹.

Söz konusu hususlar dikkate alınarak, Sağlık Uygulama Tebliği'nin 2.4.4.İ-1 maddesinde 2021 yılında değişiklik yapılmıştır. Mevcut düzenlemeye göre, evli olmakla birlikte daha önceki evliliklerinden çocuk sahibi olup olmadığına bakılmaksızın, evlat edinilmiş çocukları hariç mevcut evliliğinden çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısına, en fazla üç deneme (siklus) ile sınırlı olmak üzere uygulanan tüp bebek tedavilerine ilişkin giderler Kurumca karşılanmaktadır. Kanaatimizce söz konusu değişiklik Tebliğ'de değil, Kanunda yapılmalıydı.

b. Sağlık Kurulu Raporu

5510 sayılı Kanun'un 63. maddesine göre, yapılan tıbbi tedaviler sonrasında normal yöntemlerle çocuk sahibi olunamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemiyle çocuk sahibi olunabileceğinin, Kurum tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi gerekir. Bu şartla, Kanun kapsamında yardımcı üreme yöntemi olarak kabul edilen tüp bebek tedavisi dışında diğer tıbbi tedaviler yapılmadan ya da bu tedavi yolları denenmeden Kanundaki imkândan yararlanılması engellenmek istenmiştir³⁰. Bunun yanı sıra, kanun koyucu sağlık kurumları tarafından yardımcı üreme yöntemleri kullanılsa bile çocuk sahibi olmanın mümkün olmadığının tespit edilmesi durumunda, boş yere tüp bebek tedavisi denemelerinin yapılmasını engelleyerek gereksiz masrafların önüne geçmeyi amaçlamıştır. Bu yönüyle, düzenlemenin yerinde olduğu kanısındayız³¹.

Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre, tüp bebek tedavisine hem kadın hem de erkekten kaynaklanan nedenlerle başvurulabileceği gibi, yalnızca çiftlerden birinden kaynaklanan nedenlerle de başvuru yapılabilir. Sağlık kurulu raporunda ise aşağıda belirtilen durumlar araştırılması sonucunda elde edilen bulgular yer almalıdır.

Erkeklerde üro-androlojik tedaviye rağmen, en az on beş gün aralarla yapılan üç ayrı spermiyogramın tamamında total progresif motil sperm sayısının beş milyonun altında olduğu oligoastenospermi olguları ile azosper-

²⁹ Şahin Emir, s. 479; Elma, s. 602; Ergüneş Emrağ, s. 1544.

³⁰ Bostancı, Yalçın: "Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası", Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Doktora Tezi) 2007, s. 229.

³¹ Aynı yönde görüş için bkz., Bostancı, s. 229.

mi olgularının varlığı halinde tüp bebek tedavisine başvurulabilir. Ancak, erkeğin normal yoldan ejakülat- sperm elde edilemeyen bir hastalığı olduğunun ilgili uzman hekim raporuyla belgelenmesi halinde, spermiyogram sonucu aranmaksızın tüp bebek tedavisine başvurulması mümkündür.

Kadından kaynaklı sebeplerle tüp bebek tedavisine başvurulacak haller birden çok sebebe dayanmaktadır. Bunlar üç ana başlıkta toplanabilir.

- Tubal faktör³² olarak kabul edilen durumlar: Primer silier diskinezi- Kartegener Sendromu varlığı, laparoskopi ile onaylanmış bilateral tam tubal tıkanıklık saptanan (ağır distal tubal hastalık, bilateral organik proksimal tubal tıkanıklık, bilateral tubal tıkanıklık veya tüp yokluğu olan) olgular, ağır pelvik yapışıklık belirlenen veya tubal cerrahi (laparoskopi veya açık cerrahi ile) sonrasında gebe kalamayan olguların varlığı halinde tüp bebek tedavisine başvurulabilir.
- Endometriozis³³: Endometriozis tanısı konulan ve bu duruma bağlı olarak doğal yolla gebelik elde edilemeyen olgularda da tüp bebek tedavisi uygulanabilir.
- Hormonal/Ovulatuar³⁴ Bozukluklar: Dünya Sağlık Örgütü Grup I-II hastalarda³⁵ anovulasyonda³⁶ standart tedaviye yanıtı olmayan olguların söz konusu olması halinde tüp bebek tedavisine başvurulabilir.

Erkek ve kadın faktörleriyle açıklanamayan infertilitenin varlığında da tüp bebek tedavisine başvurulmasına mümkündür. Hem erkek hem de kadının tetkiklerinin normal olmasına ve gonadotropinlerle³⁷ en az iki kez

³² Genel olarak tüplerin tıkalı veya hasarlı olması sonucunda normal fonksiyon gösterememesine ve buna bağlı kısırlığa "tubal faktör" adı verilir. Bkz., <https://www.jinekolognet.com/tup-faktoru.asp>, (ET.: 18.01.2025).

³³ Çikolata kisti olarak da bilinen endometriozis, rahmi kaplayan doku tabakası olan endometrium dokusunun rahim dışında, özellikle yumurtalıklar ve diğer pelvik organlarda büyüdüğü, kist oluşumu ile karakterize bir hastalıktır. Bkz., <https://www.memorial.com.tr/hastaliklar/endometriozis-nedir>, (ET.: 18.01.2025).

³⁴ Kadınlarda ovulatuar faktör, yumurtlama problemine bağlı kısırlığa verilen isimdir. Bkz., <https://www.jinekolognet.com/yumurtlama-faktoru.asp>, (ET.: 18.01.2025).

³⁵ Grup 1: Pulmoner Hipertansiyonu olan ancak fiziksel aktivitelerinde herhangi bir kısıtlama olmayan hastalar.

³⁶ Grup II: Pulmoner Hipertansiyonu olan ve fiziksel aktivitede hafif kısıtlamaya neden olan hastalar. Bkz., <https://www.phauk.org/financial-support-benefits/the-who-functional-class/>, (ET.: 11.05.2025).

³⁷ Anovülasyon, yumurtalıkların adet döngüsü sırasında bir oosit salmaması durumunu tanımlayan terim. Bu nedenle, yumurtlama gerçekleşmez. Ancak bu durum her adet döngüsünde yumurtlamayan bir kadının mutlaka menopoza girdiği anlamına gelmemektedir. Kronik anovülasyon kısırlığın yaygın bir nedenidir. Bkz., <https://tr.wikipedia.org/>, (ET.: 18.01.2025).

³⁷ Gonadotropinler (LH, FSH), hipofizin ön lobundan salgılanan, kadınlarda yumurtalıkların, erkeklerde testislerin fonksiyonlarını düzenleyen hormonlardır. Bkz., <https://tr.wikipedia.org/>.

aşılama ve yumurtalama tedavisi (OI+IUI) uygulanmasına rağmen evlilik tarihinden itibaren üç yıl veya daha uzun süreli gebelik elde edilememesi durumu, açıklanamayan infertilite olarak kabul edilmektedir. Ayrıca kötü ovaryan yanıtı veya düşük ovaryan rezervli olguların varlığı söz konusu olduğu hallerde de tüp bebek tedavisine başvurulabilir. Bu durum dikkate alındığında, tüp bebek tedavisine başlamadan önce aşılama gibi yardımcı üreme yöntemlerinin uygulanmış ve sonuç alınamamış olması gerekliliği ortaya çıkmaktadır³⁸. Sağlık kurulu raporunda bu hususların tespit edilmiş olması gerekir. Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre, kadında primer ovaryan yetmezlik veya erkekte azoospermi bulunması durumlarında, tanıya temel oluşturan klinik ve laboratuvar bulgularının sağlık kurulu raporunda belirtilmiş olması koşuluyla, tüp bebek tedavisinde aşılama ve yumurtlama tedavisi şartı aranmaz (SUT md. 2.4.4.İ-1-2. (4)).

Sağlık Uygulama Tebliği'nde yapılan değişiklik sonucu 21.03.2023 tarihinden itibaren tüp bebek tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporu; bünyesinde kadın hastalıkları ve doğum kliniği ile üroloji kliniği (bünyesinde üroloji kliniği bulunmayan ancak üroloji uzman hekiminin konsültan olarak görev yaptığı, eğitim verilen kadın-doğum hastaneleri dâhil) bulunan üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında, iki kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi ve bir üroloji uzman hekiminin katılımı ile oluşturulan sağlık kurulları tarafından düzenlenecektir. Sağlık raporunda hastanın yaşı, kimlik bilgileri, tanı, endikasyon, uygulanacak tedavi belirtilmelidir. Bunun yanı sıra raporda kullanılacak ilaçların günlük ve maksimum dozları da Sağlık Uygulama Tebliği'nin 4.2.42.B maddesi hükümleri dikkate alınarak raporda yer almalıdır.

Sağlık kurulu raporunda aşağıda belirtilen koşulların açık bir şekilde yer alması gerekmektedir:

- a) Erkek faktörüne bağlı infertilite durumlarında: Erkeğin oligoastenozoospermisinde, total progresif motil sperm sayısının beş milyondan fazla olduğu olgularda, iki kez gonadotropin verilerek uygulanan aşılama ve yumurtalama tedavisinin (OI+IUI) tedavisine rağmen gebelik sağlanamamış olmalıdır. Azoospermi vakalarında bu koşul aranmaz.
- b) İleri evre (evre 3-4) endometriozis olgularında: Endometriozis cerrahisi sonrasında bir yıl içinde gebelik sağlanamamış ya da cerrahi tedavi sonrası, iki kez gonadotropin destekli aşılama ve yumurtalama tedavisi (OI+IUI) uygulanmasına rağmen gebelik elde edilememiş olması gerekmektedir.

[org/](#), (ET.: 18.01.2025).

³⁸ Eser, s. 113.

c) Hafif ve orta derece endometriyozis olgularında: En az iki deneme gona-dotropinlerle aşılama ve yumurtalama tedavisi (OI+IUI) sonrasında gebelik elde edilememiş olmalıdır.

ç) Açıklanamayan infertilite olgularında: En az iki deneme gonadotropinlerle aşılama ve yumurtalama tedavisi (OI+IUI) uygulanmış olmasına rağmen gebelik sağlanamamış olmalıdır.

Sağlık Uygulama Tebliği'nde yer alan düzenlemeye göre, tüp bebek tedavi bedellerinin Kurum tarafından ödenebilmesi için, tedavinin uygulanacağı kadının gebeliği sürdürmesine engel olabilecek sistemik hastalığın bulunmadığı tüp bebek tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gerekir (SUT md. 2.4.4.İ-1).

Rapor düzenlendiği tarihten itibaren altı ay içinde tüp bebek uygulamasının yapılmaması durumunda, yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi zorunludur. Ancak bu süre içerisinde ilaçların temin edilmiş olması halinde, söz konusu ilaçlar maksimum doz hesabında dikkate alınır. Ayrıca, her bir tüp bebek tedavisi için ayrı sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerektiği belirtilmelidir (SUT md. 2.4.4.İ-1-2. (5)).

c. Kadının Yirmi Üç Yaşından Büyük, Kırk Yaşından Küçük Olması

Yardımcı üreme yöntemine ilişkin tedavi giderlerinin Kurum tarafından karşılanmasına ilişkin Kanunda aranan bir diğer şart, kadının yirmi üç yaşını doldurmuş ve kırk yaşını geçmemiş olmasıdır³⁹. Kanunda sadece kadınlar için bir yaş şartı getirilmiştir. Genel sağlık sigortalısı erkeğin, bağlı sigortalı karısı için bu tedaviye başvurulduğunda da yalnızca kadının yaşına bakılacaktır⁴⁰.

Öğretide, haktan yararlanabilmek için yaş şartı aranması haklı olarak eleştirilmiştir⁴¹. *Güzel, Okur ve Caniklioğlu'na* göre, Türk Medeni Kanunu'nda evlenme yaşının on yedi olduğu, hatta hâkim kararıyla yaş koşulunun on altıya indirilebildiği dikkate alındığında (TMK md. 124/1-2⁴²), yardımcı

³⁹ Bu konuda bkz., **Ergin**, Hediye: “Genel Sağlık Sigortasında Geline Son Durum”, *Sicil İş Hukuku Dergisi*, Sayı: 11, 2008, s. 118.

⁴⁰ **Caniklioğlu**, Nurşen: Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamalarına SGK Yaklaşımı, Güncel Sağlık Hukuku ve Etiği Sorunları Sempozyumu-1, 5 Mayıs 2010, İstanbul 2011, s. 25-26

⁴¹ **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 858; **Bostancı**, s. 229; **Elma**, s. 602.

⁴² **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 858; **Arslan Ertürk**, Arzu: “6552 Sayılı Kanunun 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar Genel Sağlık Sigortası Kanununa Getirdiği Bazı Önemli Değişikliklerin Değerlendirilmesi”, MÜHF - HAD, Cilt: 20, Sayı: 3, s. 262; **Tek**, Çağlayan; Genel Sağlık Sigortasına Eleştirel Bakış, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul 2018, s. 18.

⁴³ TMK md. 124, “Erkek veya kadın onyedi yaşını doldurmadıkça evlenemez. Ancak, hâkim olağanüstü durumlarda ve pek önemli bir sebeple onaltı yaşını doldurmuş olan erkek veya

üreme yönteminin denenmesi için yirmi üç yaşına kadar beklenmesinin nedenini anlamak zordur. Yukarıda da belirtildiği üzere, söz konusu haktan yararlanmaya ilişkin kanunda aranan koşullardan biri de “*tedaviye rağmen normal tıbbi yöntemlerle çocuk sahibi olunamayacağı*” anlaşılmasıdır. Bu durumu dikkate alan yazarlar, eğer tıbbi açıdan durum yirmi üç yaşından önce saptanmışsa, yardımcı üreme tekniklerinin bir an önce uygulanarak çiftin çocuk sahibi olmasının mümkün olduğunu; buna rağmen çiftin yıllarca bekletilmesinin pek uygun olmadığını savunmaktadır⁴³. Ancak, aşağıda da yer verildiği üzere, kanundaki düzenlemeden yararlanabilmek için beş yıllık sigortalılık süresinin arandığını dikkate alan yazarlar yaş şartının bu nedenle ortaya çıktığının düşünülebileceğini ileri sürmektedir⁴⁴. Ne var ki, beş yıllık sigortalı olma süresinin yirmi üç yaş şartı için gerekçe olması sadece genel sağlık sigortalısı kadın için düşünülebilir. Genel sağlık sigortalısı erkeğin karısı bu imkândan yararlanmak istemesi durumunda ise, söz konusu gerekçenin geçerliliğini yitirdiği söylenebilir⁴⁵. *Bostancı*’ya göre de, hükümde yer alan yaş sınırlamasının gerekçesini anlamak zordur. Tıbbi açıdan herhangi bir sakıncası bulunmadığı sürece, kişilerin yaş şartı aranmaksızın kanundaki düzenlemeden yararlanabilmeleri gerekir. Söz konusu haktan yararlanmaya ilişkin mutlaka bir yaş sınırı getirmek isteniyorsa, herhangi bir alt sınır belirlemeksizin sadece üst sınır öngörülmesi daha yerinde olur. Zira Kanunda “*tedaviye rağmen normal tıbbi yöntemlerle çocuk sahibi olamamak*” şartı aranırken, buna ek olarak yaşla ilgili bir alt sınır getirilmesi anlamsızdır⁴⁶.

Haktan yararlanmak için yaş şartına ilişkin üst sınırının kırk olarak belirlenmesine yönelik 7151 sayılı Kanun’la yapılan değişiklikten önce, Kanunda sigortalı kadının otuz dokuz yaşından büyük olmaması şartı aranmaktaydı. Yaş şartına ilişkin üst sınırının arttırılması, daha fazla kadının söz konusu haktan yararlanabilmesini kolaylaştırmıştır⁴⁷. Bu kapsamda kadının tedaviye başlamadan önce kırk yaşından küçük olması yeterlidir. Ancak, tüp bebek tedavisine başlanan kadının tüp bebek tedavisinin uygulanma tarihinde (embriyo transferinin yapıldığı tarihte) kırk yaşından büyük olması durumunda, tedaviye ilişkin giderler Kurum tarafından kar-

kadının evlenmesine izin verebilir. Olanak bulundukça karardan önce ana ve baba veya vasi dinlenir.”

⁴³ **Güzel/Okur/Caniklioglu**, s. 858; **Okur**, Ali Rıza: Türk Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası, Sosyal Güvenliğin Yeniden 325 Yapılandırılması Semineri 7-8 Aralık 2006, TİSK Yayın No:284, Ankara 2007 (Genel Sağlık Sigortası), s. 177.

⁴⁴ **Okur**, Genel Sağlık Sigortası, s. 177.

⁴⁵ **Bostancı**, s. 229.

⁴⁶ **Bostancı**, s. 229.

⁴⁷ **Şahin Emir**, s. 480.

şılanmaz. Bununla birlikte, kadının kırk yaşından küçük olduğu tarihte düzenlenmiş geçerli bir sağlık raporunun bulunması ve rapor tarihinden itibaren otuz gün içinde embriyo transferinin gerçekleştirilmiş olması durumunda, tüp bebek tedavisine ilişkin sağlık hizmetleri Kurumca karşılanır (SUT md. 2.4.4.İ.1. (2)).

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun yürürlüğe girmesinden önceki dönemde de, kanun koyucu tarafından tüp bebek tedavisinin finansmanı sınırlanmaktaydı. Mevcut hükümlerle paralel düzenlemeler içeren 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun⁴⁸ mülga 209. maddesi ile Maliye Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 10. maddesine dayanılarak, kırk yaşını geçmiş ve üçüncü denemesi için tüp bebek masraflarının karşılanmasını talep eden devlet memuru kadının başvurusunun reddine ilişkin işlem hakkında yapılan itirazda, Danıştay, işlemin hukuka aykırı olmadığına karar vermiştir. Kararda yer alan şu ifadeler dikkat çekicidir: *"Uyuşmazlığın çözümü için öncelikle Tüp bebek uygulaması ile ilgili olarak kadınlar bakımından 40 yaş koşulu- nun getirilmesinin tıbbi dayanaklarının ortaya konulabilmesi gerekmektedir. ... Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı; Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi ile Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Tüp Bebek ve Yardımcı Üreme Teknikleri Kliniğince verilen görüş yazılarının incelenmesi neticesinde; uluslararası pek çok bilimsel çalışmada da yer aldığı şekilde; IVF (Tüp Bebek) tedavisi sonrası canlı doğum şansının kadın yaşı artışıyla olumsuz olarak etkilendiği ve IVF tedavisi için optimal zaman aralığının 23-39 yaşları arası olduğu, örneğin National Institute for Clinical Excellence (NICE)'in en yeni çalışmasında, tedavi siklusu başına canlı doğum yapma olasılıklarının kadın yaşı açısından; 23-35 yaş arası %20'den fazla, 36-38 yaş arası %15,39 yaşında %10, 40 yaş ve üstünde ise %6 oranında olduğunun, dolayısıyla birçok dünya ülkesinde de IVF (Tüp Bebek) tedavisinin benzer gerekçe ve yaş aralığında ödendiğinin belirtildiği görülmektedir. Bu durumda, Tüp Bebek uygulaması ve kullanılan ilaçların maliyetinin yüksekliği karşısında, bu uygulamanın ancak olumlu sonuç alınma ihtimali yüksek kişiler bakımından bedelinin ödenmesi, bilimsel olarak bu ihtimalin son derece düşük olduğu belirlenen 40 yaş ve üstü kişiler bakımından ise kamu kaynaklarının riske edilmemesi, böylelikle kişisel menfaat ile kamusal menfaat arasında gözetilmesi gereken adil dengenin bozulmaması, kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasının sağlanması amacıyla, gerek sağlık raporlarını düzenleyecek kurulun oluşumu, gerekse yaş sınırı getirilmesine ilişkin dava konusu Talimat hükümlerinde ve bu hükümler doğ-*

⁴⁸ RG.: 23.07.1965, S.: 12056.

rultusunda ilaç bedellerinin ödenmesine ilişkin istemin reddi yolunda tesis edilen bireysel işlemlerde hukuka ve mevzuata aykırılık olmadığı sonucuna varılmıştır⁴⁹.”

d. Son Üç Yıl İçinde Diğer Tedavi Yöntemlerinden Sonuç Alınmamış Olmalı

Kanunda, kadının primer ovaryan yetmezliği ve erkeğin azoospermisi olması hâlleri hariç olmak üzere, son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden⁵⁰ sonuç alınmadığının, Kurum tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurulları tarafından belgelendirilmesi şartı aranmıştır. Bu düzenleme, öğretide haklı olarak eleştirilmektedir⁵¹. Çiftin normal yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve yalnızca yardımcı üreme yöntemiyle çocuk sahibi olabileceğinin Kurum tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi şartı yeterli iken, buna ek olarak üç yıllık başarısız tedavi şartının aranması gereksizdir. Zira tedavi birkaç yıl sürebileceği gibi, yapılan ilk tıbbi değerlendirme de çiftin doğal yoldan çocuk sahibi olamayacağını gösterebilir. Bu gibi özel durumlarda, ilgililerin üç yıl⁵² bekletilmesi gereksiz ve hakkaniyete aykırıdır⁵³.

6552 sayılı Kanun'un 45. maddesi ile 5510 sayılı Kanun'un 63. maddesine eklenen 4. fıkra da söz konusu şarta bir istisna getirilmiştir. İlgili hükme göre, harp malullüğü kapsamında aylık almakta olan harp malullerinin kendileri ve eşleri, 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hak-

⁴⁹ D. 2. HD. 26.09.2008, E. 2007/4397, K. 2008/3749, <http://www.legalbank.net>, (ET.: 09.01.2025).

⁵⁰ Yarg. 10. HD., 18.09.2008, 2008/10738 E., 2008/11033 K., <http://www.kazanci.com>, (ET. 10.01.2025), “*Dava, Bağ-Kur sigortalısı davacının, 09.02.2005 tarihli Bütçe Uygulama Talimatı da gözetilerek, 1997 yılından beri evli oldukları eşi için kısırlık tanısı konulduktan sonra uygulanan tüp bebek tedavisi için özel sağlık kurumuna yapılan harcamaların tahsili istemine dair olup; mahkemece, davacının eşi için IVF uygulanmasının zorunlu olmayıp, öncesinde çocuk sahibi olabilmek için uygulanması gerekli yöntemler bulunduğu gerekçesiyle davanın reddine karar verilmiş ise de; yapılan araştırma ve inceleme hüküm kurmaya elverişli değildir. Mahkemece yapılacak iş, normal yol ve tedavi yöntemleriyle çocuk sahibi olamayan bir kadının, tüp bebek yoluyla çocuk sahibi olabilmesi için uygulanan tedavinin, başka bir anlatımla, kadının istemesine ve korunmamasına rağmen gebe kalamamasının, 1479 sayılı Yasanın Ek-13 ve 14. maddeleri kapsamında hastalık olarak kabul edilmesinin mümkün olup olmadığının, tıbbi manada bir hastalık sayılıp sayılamayacağını, davacı kadına uygulanan kısırlık tedavisinin, sağlık sigortası kapsamında olup olmadığının Adli Tıp Kurumundan sorularak sonucuna göre karar verilmesi gerekirken, davanın reddine karar verilmesi isabetsizdir.*”

⁵¹ **Ocak**, Saim: Sağlık Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması, Sicil Dergisi, S. 16, Aralık 2009, (Katılım Payı), s. 188; **Ocak**, Prim Koşulu, s. 1088; **Sözer**, 275, dn. 124.

⁵² Üç yıl yerine dokuz ay, on iki ay gibi kısa süreler öngörülebileceğine ilişkin görüş için bkz., **Tek**, s. 18.

⁵³ **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 858; **Okur**, Genel Sağlık Sigortası, s. 177; **Bostancı**, 230; **Şahin Emir**, s. 480-481.

kında Kanuna veya bu Kanun hükümleri uygulanarak aylık bağlanmasını gerektiren diğer kanunlara göre malullük aylığı almakta olan vazife malullerinin kendileri ile eşleri, bu Kanunun 47. maddesi ile 5434 sayılı Kanunun 56. maddesi ve mülga 45 inci maddesi kapsamında vazife malulü olarak aylık almakta olan vazife malullerinden ise başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olanların kendileri ile eşleri bakımından bu şart aranmamaktadır.

e. Uygulamanın Yapıldığı Tıbbi Merkezin, Kurum ile Sözleşme Yapmış Olması

Kanun koyucu tüp bebek uygulamasının yapıldığı tıbbi merkezin Kurum ile sözleşme yapılmış olması durumunda, tüp bebek tedavilerinin genel sağlık sigortası kapsamında karşılanacağını hüküm altına almıştır. Kanundaki bu düzenlemeden, diğer tüm şartları sağlamış olsa dahi, Kurum ile sözleşmesi bulunmayan bir tıbbi merkezde yardımcı üreme teknikleriyle çocuk sahibi olan çiftlerin bu kapsamda değerlendirilmemesi gerektiği sonucu ortaya çıkmaktadır⁵⁴.

Öğretideki bir görüşe göre, hükümde yer alan “*uygulamanın yapıldığı tıbbi merkezin Kurum ile sözleşme yapmış olması*” şartı esasa ilişkin değildir. Bu nedenle, Kurumla sözleşmesi bulunmayan bir sağlık kuruluşuna başvurarak bu tedavi yöntemlerinden yararlanmak isteyen kişilerin, yalnızca sözleşme bulunmayan bir hizmet sunucusuna başvurdıkları gerekçesiyle talepleri reddedilmemelidir. Bu gibi durumlarda, başvuran kişilerin Kurum ile sözleşmesi bulunan bir sağlık kuruluşuna yönlendirilmesi daha uygun olacaktır. Aksi taktirde esas usule tercih edilmiş olacaktır⁵⁵. Kanımızca, söz konusu haktan yararlanma şartlarını sağlayan ancak tedavisini Kurumla sözleşmesi olmayan bir tıbbi merkezde gerçekleştiren kişilerin, bu tedavi giderlerinin Kurum tarafından karşılanabilmesi için daha yüksek katılım payı ödemesi yolu tercih edilebilir. Zira sigortalı çeşitli sebeplerden dolayı tedavi için Kurumla sözleşmesi olmayan tıbbi merkeze başvurmak zorunda kalabilir.

Maddede “*uygulamanın yapıldığı*” tıbbi merkezden söz edilmiştir. Ancak öğretilde tüp bebek tedavisinin uygulanmasına ilişkin koşulların gerçekleşmesi durumunda bu tedavinin gerçekleştirileceği dikkate alındığında, hükümde “*uygulamanın yapılacağı*” tıbbi merkez ifadesinin yer alması gerektiği ileri sürülmüştür⁵⁶.

⁵⁴ Bostancı, 230.

⁵⁵ Zencir, s. 47, dn. 35.

⁵⁶ Güzel/Okur/Caniklioglu, s. 857, dn. 99.

f. Eşlerden Birinin En Az Beş Yıldır Genel Sağlık Sigortalısı veya Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Olup, Dokuz Yüz Gün Genel Sağlık Sigortası Prim Gün Sayısının Olması

Kanun'un 63. maddesinde aranan bir diğer şart, eşlerden birinin en az beş yıldır⁵⁷ genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olması ve bu süre içinde dokuz yüz gün genel sağlık sigortası prim gün sayısına sahip olmalıdır. Kanun'da, söz konusu haktan yararlanabilmek için yalnızca beş yıllık sigortalılık süresi ya da yalnızca dokuz yüz günlük prim gün sayısının yeterli olmadığı açıkça düzenlenmiştir. Başka bir ifadeyle, kişinin dokuz yüz günden daha fazla genel sağlık sigortası prim gün sayısı bulunsa bile beş yıllık sigortalılık süresi mevcut değilse kanunun bu düzenlemesinden yararlanması mümkün değildir. Kanunun sağladığı bu imkândan faydalanabilmek için her iki şartın birlikte gerçekleşmesi gerekir. Bununla birlikte, prim gün sayılarının Kuruma fiilen ödenmiş olması aranmayıp, yalnızca dokuz yüz gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının varlığı yeterli kabul edilmektedir. Öğretide kısmi süreli iş sözleşmesi ile çalışan sigortalıların yardımcı üreme yönteminden yararlanmak için dokuz yüz gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının gerçekleşmiş olma şartını sağlamalarının güç olduğu ifade edilmektedir⁵⁸.

7151 sayılı Kanun'la yapılan değişiklikten önce, asli sigortalı olan kadın, prim gün sayısı ile en az beş yıl genel sağlık sigortalısı olma şartını sağlamıyorsa, bu koşulları eşi sağlasa dahi kanundaki haktan yararlanamamaktaydı. Aynı şekilde, değişiklikten önce söz konusu şartların kim tarafından yerine getirilmesi gerektiğine ilişkin kanunda açık bir düzenleme bulunmamaktaydı⁵⁹. Bu dönemde ileri sürülen bir görüşe göre, sigortalı erkeğin, sigortalı olmayan eşinin yardımcı üreme yöntemine ilişkin tedavi görmesi durumunda, tedavi giderlerinin genel sağlık sigortası kapsamında karşılanabilmesi için kanunda aranan en az beş yıl genel sağlık sigortalısı olma ve dokuz yüz gün prim gün sayısı şartı, erkek sigortalı tarafından sağlanmalıdır. Zira bu durumda erkek, eşine bakmakla yükümlü olduğundan, kadının bu şartları bizzat yerine getirmesi mümkün değildir. Ancak diğer şartlar, sigortalı erkeğin bakmakla yükümlü olduğu eşi tarafından sağlanmalıdır.

Öğretideki eleştiriler dikkate alınarak hüküm, "*Eşlerden birinin en az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması...*" şeklinde değiştirilmiştir. Bu düzenleme ile eşlerden birinin belirtilen şartları sağlaması haktan yarar-

⁵⁷ Bekleme süresinin uzunluğunun eleştirisi için bkz. **Ocak**, Prim Koşulu, s. 1088.

⁵⁸ **Demirtaş/Keser**, s. 75.

⁵⁹ **Sözer**, Genel Sağlık Sigortası, s. 231; **Ocak**'a göre, kadınlarda aranan koşullar erkekler için aranmayacaktır. Bkz., **Ocak**, Prim Koşulu, s. 1092.

lanmak için yeterli kabul edilmiştir. Eğer şartları sağlayan kişi asli sigortalı kadın ise, erkeğin bu koşulları taşıması aranmayacaktır⁶⁰. Benzer şekilde, bağlı sigortalı olan kadın için en az beş yıl genel sağlık sigortalı olma ve dokuz yüz gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması koşulu aranmayacaktır. Böyle bir durumda bu şartlar, asli sigortalı olan erkek açısından geçerli olacaktır⁶¹. Asli sigortalı olan kadın tarafından şartların sağlanması durumunda, erkeğin ayrıca bu şartları yerine getirmesi gerek-meyecektir⁶². Buna karşılık, şartlar asli sigortalı kadın tarafından sağlanmadığında, erkek sigortalı tarafından sağlanıyorsa söz konusu haktan yararlanılabilecektir⁶³.

Öğretide, bu şartın Anayasa'nın 10. maddesinde düzenlenen eşitlik ilkesine aykırı olduğunun ileri sürülebileceği belirtilmiştir⁶⁴. Zira söz konusu olan hak, oldukça önemli bir sağlık hizmetine ilişkin olması ve aile bütünlüğünün korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, Anayasa'nın 41. maddesinde belirtilen; *"Aile, Türk toplumunun temelidir ve eşler arasında eşitliğe dayanır. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilâtı kurar"*⁶⁵ hükmü dikkate alındığında, mevcut düzenleme bu ilkeye de aykırılık teşkil etmektedir. Zira söz konusu şartların temeline ekonomik sebepler yatmaktadır. Bu nedenle bu denli önemli bir sağlık hizmetinden yararlanma şartları hafifletilmeli ve ekonomik sebeplerle çocuk sahibi olamamanın önüne geçilmelidir⁶⁶.

Kanunda, harp malullüğü kapsamında aylık almakta olan harp malullerinin kendileri ve bunların eşleri, 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanuna veya 2330 sayılı Kanun hükümleri uygulanarak aylık bağlanmasını gerektiren kanunlara göre malullük aylığı almakta olan vazife malullerinin kendileri ile bunların eşleri, bu kanunun 47. maddesi ile 5434 sayılı Kanunun 56. maddesi ve mülga 45 inci maddesi kapsamında vazife malulü olarak aylık almakta olan vazife malullerinden ise başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olanların kendileri ile bunların eşleri, bakımından söz konusu şartın aranmayacağı düzenlenmiştir (SSGSSK md. 63/4).

⁶⁰ **Sözer**, s. 275; **Ergüneş Emrağ**, s. 1545.

⁶¹ **Sözer**, s. 275; **Ergüneş Emrağ**, s. 1545.

⁶² **Sözer**, Genel Sağlık Sigortası, s. 231.

⁶³ **Elma**, s. 602.

⁶⁴ **Üzeltürk**, a.g.e., Anayasa, m.10; **Tek**, s. 18.

⁶⁵ **Üzeltürk**, a.g.e., Anayasa, m.41; **Tek**, s. 18.

⁶⁶ **Tek**, s. 18.

g. Tedavi Sayısı

2014 yılında, 6552 sayılı Kanunla yapılan değişiklikten önce 5510 sayılı Kanun'da, yardımcı üreme yöntemlerine ilişkin tedavi giderlerinin genel sağlık sigortası tarafından karşılanması, iki tedavi ile sınırlandırılmıştır⁶⁷. Yapılan değişiklikle birlikte deneme sayısı üçe çıkarılmıştır. Ayrıca Kuruma devredilen sosyal güvenlik kurumlarınca daha önce ödenen tüp bebek tedavileri, işlem adetlerinin hesaplanmalarında dikkate alınacaktır (SUT md. 2.4.4.İ-1).

Tüp bebek uygulamasının gerçekleştirilememesi durumunda, söz konusu işlemler deneme sayısına dâhil edilmeyecektir. Ancak tüp bebek tedavisinin, embriyonun dondurulması (freezing) sonrasında transfer edilmesi suretiyle yapılması hâlinde, bu işlem deneme sayısına dâhil edilecektir (SUT md. 2.4.4.İ-1-3).

Öğretide, *Güzel, Okur, Caniklioglu* tarafından isabetli bir şekilde, belirli bir deneme süresi (veya sayısı) öngörmek yerine, konunun sağlık kurulu takirine bırakılmasının daha uygun olacağı vurgulanmıştır. Yardımcı üreme tedavisinde deneme sayısının belirlenmesinin, tıbbi açıdan sonraki denemelerde başarı ihtimali dikkate alınarak sağlık kurulu tarafından değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmiştir⁶⁸.

II. KALITSAL BİR HASTALIĞI OLAN VEYA BU HASTALIK İÇİN TAŞIYICI OLDUĞU BİLİNER EVLİ ÇİFTİN SAĞLAM ÇOCUK SAHİBİ OLMASINA VE BİR HASTALIĞIN TEDAVİSİNE YÖNELİK TÜP BEBEK TEDAVİSİ

7151 sayılı Kanun'un 29. maddesiyle birlikte, yardımcı üreme yöntemi tedavilerinden genel sağlık sigortası kapsamında yararlanabilecek kişilerin kapsamı genişletilmiştir. Yeni düzenlemeyle evli olmakla birlikte çocuk sahibi olamayan çiftlerin yanı sıra, sağlam çocuk⁶⁹ sahibi olan çiftler hariç olmak üzere, Kurum tarafından belirlenen kalıtsal bir hastalığa⁷⁰ sahip olduğu ya da bu hastalığın taşıyıcısı olduğu bilinen evli çiftler de bu kapsamda değerlendirilmiştir. Bu çiftlerin, 5510 sayılı Kanun'un 63. maddesinin birin-

⁶⁷ Değişiklikten önceki dönemde de öğretide deneme sayısının en az üç olması gerektiği ileri sürülmüştür. Bkz., **Caniklioglu**, s.36; **Arslan Ertürk**, s. 261.

⁶⁸ **Güzel/Okur/Caniklioglu**, s. 858, dn. 103.

⁶⁹ Kanunda yer alan "sağlam çocuk" ifadesini doğru bulmamaktayız. Bunun yerine, "sağlıklı çocuk" ifadesinin kullanılması daha isabetli olacaktır. Bkz., **Şahin Emir**, s. 479.

⁷⁰ Bu kalıtsal hastalıklar SUT EK-2/K'da yer almaktadır. Bu hastalıkların listesi, hastalığın morbidite ve mortalite oranları dikkate alınarak görülme sıklığı ve maliyet analizleri yönünden yapılan değerlendirmeler neticesinde hazırlanmıştır. Bkz., <https://www.sgk.gov.tr/Content/Post/7de3f62d-ea0e-406f-871a-8644f02a7e3c/Tup-Bebek-Tedavisi-2022-08-23-03-05-24>, (ET.: 10.02.2025).

ci fıkrasının (e) bendinin (2), (4) ve (5) numaralı alt bentlerinde belirtilen şartları birlikte sağlamaları hâlinde, yardımcı üreme yöntemi tedavileri genel sağlık sigortası kapsamında karşılanacaktır.

Benzer şekilde, bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması, Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi ve uygulamanın yapıldığı tıbbi merkezin Kurum ile sözleşme yapmış olması hâlinde de yardımcı üreme yöntemi tedavilerine ilişkin masraflar Kurum tarafından karşılanacaktır (SSGSSK md. 63/e/5)

Kanundaki düzenleme dikkate alındığında, kanun koyucunun iki ayrı grup için yardımcı üreme yöntemi tedavisi için genel sağlık sigortası kapsamında sunulan imkanlardan yararlanmayı kolaylaştırdığı söylenebilir⁷¹. Bu durum, Sağlık Uygulama Tebliği'nde de açıkça yer almaktadır. İlk grup, sağlam çocuk doğmasına yönelik preimplantasyon genetik tanı (PGT) ve tüp bebek tedavisi alacak kişileri, ikinci grup ise kök hücre vericisi olacak bir kardeşin doğmasına yönelik tüp bebek tedavisi almak isteyen kişileri kapsamaktadır.

A. Sağlam Çocuk Doğmasına Yönelik Preimplantasyon Genetik Tanı (Pgt) ve Tüp Bebek Tedavisi (İvf Tedavisi)

Sağlık Uygulama Tebliği'nde, sağlam çocuk doğmasına yönelik Preimplantasyon Genetik Tanı (PGT)⁷² ve tüp bebek tedavisi uygulanacak kişiler için bazı şartlar öngörülmüştür. Tebliğin 2.4.4.İ.1 maddesi uyarınca, kadının yirmi üç yaşından büyük ve kırk yaşından küçük olması, uygulamanın yapıldığı merkezin Kurum ile sözleşmeli olması, ayrıca eşlerden birinin en az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olması ve dokuz yüz gün genel sağlık sigortası prim gün sayısına sahip bulunması şartlarının birlikte sağlanması halinde, söz konusu tedavi en fazla üç deneme (siklus) ile sınırlı olmak üzere Kurum tarafından karşılanacaktır.

Sağlam çocuk sahibi olan çiftler hariç olmak üzere, Kurumun belirlediği kalıtsal bir hastalığı bulunan veya bu hastalık için taşıyıcı olduğu bilinen evli çiftlerin, sağlam çocuk sahibi olmaya yönelik tüp bebek tedavilerinin Kurum tarafından karşılanabilmesi için, Kanunun 63. maddesinin 1. fıkrasının (e) bendinin (3) numaralı alt bendinde yer alan, kadının primer overan yetmezliği ve erkeğin azoospermisi olması hâlleri hariç olmak üzere,

⁷¹ Elma, s. 602.

⁷² Preimplantasyon Genetik Tanı (PGT) yöntemi ile zigot oluşmadan önce yumurta hücrelerini veya zigot oluştuktan sonra embriyoda tüp bebek öncesi genetik anomalileri saptamak amacıyla başvuru bir yöntemdir. Bu yöntemle embriyo oluşmadan veya oluşumundan birkaç gün sonra çeşitli biyopsi yöntemleri ile tek hücre veya birkaç hücresi genetik açıdan incelenmektedir. Bkz., **Ekici**, Cemal: "Preimplantasyon Genetik Tanı", İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt: 3, Sayı:2, 2014, s. 49.

son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumca yetkilendirilmiş sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurulları tarafından belgelendirilmesi şartı aranmamaktadır.

Sağlık Uygulama Tebliği'nin 2.4.4.İ.3 başlıklı maddesinde mevcut evliliğinde sağlam çocuk sahibi olan çiftler hariç olmak üzere; SUT eki "*Preimplantasyon Genetik Tanı (PGT) ile Tüp Bebek Tedavisi (IVF) Yapılacak Kalıtsal Hastalıklar Listesi (EK-2/K)*" nde⁷³ yer alan kalıtsal bir hastalığı olan veya bu hastalık için taşıyıcı olduğu belgelenen evli çiftin PGT yapılarak sağlam çocuk sahibi olmalarına yönelik sözleşmeli üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak yapılan tüp bebek tedavilerine ilişkin giderler SUT'un 2.4.4.İ-1 maddesinin birinci fıkrasının (b), (c) ve (ç) bentlerinde belirtilen şartların birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla üç deneme (siklus) ile sınırlı olmak üzere Kurumca karşılanacağı düzenlenmiştir. Hükümden de anlaşılacağı üzere söz konusu imkândan sadece belirli kalıtsal hastalıklara tanınmıştır.

PGT ile birlikte uygulanacak tüp bebek tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporu; sözleşmeli üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında SUT eki EK-2/K listesinde belirtilen branş hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenecektir. Sağlık kurulu, sağlık hizmeti sunucusunda görevli hekimlerden oluşur.

Sağlam çocuk doğmasına yönelik preimplantasyon genetik tanı ile tüp bebek tedavi bedelleri, SUT eki EK-2/K listesinde yer alan tanılarda Kurum tarafından karşılanır. Bu tanılara ait evli çiftin tıbbi genetik uzman imzalı genetik danışmanlık notu ile klinik yorumun yapıldığı genetik tanı raporu bulunmalıdır.

Kurumla sözleşmeli üremeye yardımcı tedavi merkezi (tüp bebek merkezi) tarafından elde edilen tüp bebek tedavisine uygun embriyoların en fazla

⁷³ SUT EK 2/K'ya göre hastalıkları iki gruba ayırabiliriz. Zira bazı hastalıklar için Anne ve babanın taşıyıcı olduğunun veya hasta çocuğun olduğunun belgelenmesi gerekir: Bu hastalıklar, Beta Talasemi (HBB geni), Adenozin (ADA) Eksikliği (ADA, geni), Dalli-Zincirli Amino Asit Metabolizması Ve Yağ Asidi Metabolizması Bozuklukları (ACAT1, BCKDHA, BCKDHB, DBT, GCDH, HMGCL, IVD, MCCC1, MCCC2, MCEE, MMAA, MMAB, MMACHC, MMADHC, MMUT, PCCA, PCCB, PRDX1, geni), Üre Siklus Metabolizması Bozuklukları (ARG1, ASL, ASS1, CPS1, NAGS, OTR, geni), Mukopolisakkaridoz, Tip I (IDUA, geni), Mukopolisakkaridozlar, Diğer (GLB1, HYAL1, ARSB, GUSB, HGSNAT, GALNS, NAGLU, SGSH, geni), Mukopolisakkaridoz, Tanımlanmamış (GLB1, HYAL1, ARSB, GUSB, HGSNAT, GALNS, NAGLU, SGSH, geni), Kistik Fibrozis (CFTR, geni), Spinal Musküler Atrofi Ve İlgili Sendromlardır (SMN1, geni). Diğer hastalıklar için annenin taşıyıcı olduğu belgelenmelidir. Bunlar, Kalıtsal Faktör VIII Eksikliği (F8, geni), Kalıtsal Faktör IX Eksikliği (F9, geni), Sfingolipid Metabolizması Bozuklukları ve Diğer Lipid Depo Bozuklukları (GLA, geni), Mukopolisakkaridoz, Tip II (IDS, geni), Musküler Distrofidir (DMD, geni).

sekiz adet olmak üzere numaralandırılmalıdır. Bu şekilde oluşturulan raporlar ile embriyoların genetik tanı raporunda belirtilen hastalık açısından “sağlıklı”, “taşıyıcı”, “hasta” olarak belirtildiği analiz sonuçlarını içeren raporların Kuruma incelemeye esas belge olarak gönderilmesi gereklidir.

Yapılacak olan tüp bebek tedavisinde sadece genetik tanı raporunda belirtilen hastalık açısından “sağlıklı” olduğu belirlenen embriyo transfer edilmelidir.

Kalıtsal bir hastalığı olan veya bu hastalık için taşıyıcı olduğu bilinen evli çiftin sağlam çocuk sahibi olmasına yönelik tüp bebek işlemi, PGT ile belirlenen sağlıklı embriyo transferi ile yapıldığından üç deneme sayısı PGT için de geçerlidir. Üç deneme tüp bebek yapılması durumunda PGT hakkı da sona erer.

PGT ile elde edilen ve transfer edilmeyen sağlıklı embriyo veya embriyoların freezing işlemi (embriyo dondurulması), IVF deneme hakkının bulunması durumunda Kurumca karşılanır. IVF tedavisinin freezing işlemi uygulanan embriyonun transferi ile yapılması durumunda işlemler, SUT eki EK-2/C listesinde yer alan “Freezing işlemi uygulanan embriyonun transferi” işlemi üzerinden faturalandırılacaktır. Bu durumda söz konusu işlem deneme sayısına dâhil edilecektir (SUT md. 2.4.4.İ.3. (10)-(11)).

B. Kök Hücre Vericisi Kardeş Doğmasına Yönelik Tüp Bebek Tedavisi (IVF)

Sağlık Uygulama Tebliği’nde yer alan düzenlemeye göre, hasta bir çocuğun tedavisinin başka bir tıbbî yöntemle mümkün olmaması ve tüp bebek uygulamasının tıbbî olarak zorunlu görülmesi hâlinde, söz konusu çocuğun tedavisi amacıyla Preimplantasyon Genetik Tanı (PGT) yapılarak uygun kök hücre vericisi bir kardeşin doğmasına yönelik olarak gerçekleştirilecek tüp bebek tedavisine ilişkin giderler, Kurum tarafından karşılanmaktadır. Bu kapsamda, söz konusu tedavi ancak bünyesinde kemik iliği transplantasyon merkezi bulunan Sağlık Bakanlığı’na bağlı üçüncü basamak hastaneleri, Tıp Fakülteleri Bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri, Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri sağlık kurulları tarafından hasta çocuk adına düzenlenen bu durumların belirtildiği, genetik uzmanının da yer aldığı bir sağlık kurulu raporuyla uygun görülmesi hâlinde gerçekleştirilebilir. Tedaviye başvurmak isteyen aileler, söz konusu sağlık kurulu raporuna dayanarak, Kurum ile sözleşmeli tüp bebek merkezlerinden birine başvuruda bulunabilirler.

Öğretide bir görüşe göre, “... şartların birlikte gerçekleşmesi hâlinde, en fazla üç deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavileri ile bir hastalığın

tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi halinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri” hükmünde yer alan “ile” bağlacı nedeniyle, bağlaçtan sonraki kısım için bağlacın öncesinde bulunan şartlar aranmayacaktır. Diğer bir ifadeyle, “ile” bağlacından önce yer alan koşullar, hiç çocuk sahibi olmayan ailelerin çocuk sahibi olmasına ilişkin koşulları düzenlemekte olup, bağlaç sonrasındaki kişiler bakımından bu koşulların aranması gerekmemektedir⁷⁴. Söz konusu yöntemle özellikle sağlık sorunu bulunan ve yalnızca doğacak kardeşlerinden kök hücre nakli ile tedavi olabilecek çocuklar için başvurulmaktadır. Bu nedenle, söz konusu tedavi için aynı koşulların aranmaması gerekir⁷⁵. Kanunda yer alan en az beş yıl genel sağlık sigortalı olma ve dokuz yüz gün genel sağlık sigortası priminin ödenmiş olması ve sağ çocuk olmaması şartlarının aranması beklenen tedavinin ertelenmesine ve hastanın hayati tehlike yaşanmasına sebep olacaktır. Böylece hastanın sağlık ve yaşam hakkı tehlikeye girebilecektir. Bu nedenlerden dolayı, tedavi amaçlı çocuk sahibi olmak için genel sağlık sigortası kapsamında diğer sağlık edimlerinden yararlanma için gerekli olan önceki bir yılda otuz gün genel sağlık sigortası primi gün sayısının olması koşulunun aranması yeterli olmalıdır (SSGSSK md. 67/1-a)⁷⁶.

Öğretide belirtilen bu husus, Sağlık Uygulama Tebliği’nin de yer almaktadır. Tebliğ’de yer alan hükümde, tebliğin tüp bebek tedavisinin Kurum tarafından karşılanması için gerekli olan şartların yer aldığı 2.4.4.İ-1⁷⁷

⁷⁴ **Sözer**, s. 276; **Ocak**, Prim Koşulu, s. 1093.

⁷⁵ **Sözer**, 276.

⁷⁶ **Sözer**, s. 276; **Ocak**, Prim Koşulu, s. 1093.

⁷⁷ SUT md. 2.4.4.İ-1 “(1) Evli olmakla birlikte daha önceki evliliklerinden çocuk sahibi olup olmadığına bakılmaksızın evlat edinilmiş çocukları hariç mevcut evliliğinde çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısına en fazla üç deneme (siklus) ile sınırlı olmak üzere uygulanan IVF tedavilerine ilişkin giderler, aşağıda belirtilen şartların birlikte gerçekleşmesi halinde Kurumca karşılanır. a) Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğine dair sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması, b) Kadının 23 yaşından büyük, 40 yaşından küçük olması, c) Uygulamanın yapıldığı merkezin Kurum ile sözleşmeli (Mülga ibare:RG-25/8/2022-31934 Mükerrer) (94) olması, ç) Eşlerden birinin en az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması, d) Kadının primer ovaryan yetmezliği ve erkeğin azoospermisi olması hâlleri hariç olmak üzere son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumla sözleşmeli(Mülga ibare:RG-25/8/2022-31934 Mükerrer) (94) sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulları tarafından belgelenmesi. (2) (Değişik: RG-11/8/2021-31565 Mükerrer) IVF tedavisine başlanan kadının IVF uygulama tarihinde (embriyo transferinin yapıldığı tarih) 40 yaşından büyük olması durumunda, IVF tedavisine ait bedeller Kurumca karşılanmaz. Ancak kadının 40 yaşından küçük olduğu tarihte düzenlenmiş geçerli sağlık raporunun bulunması ve rapor tarihinden itibaren 30 gün içinde embriyo transferinin

maddesi uygulanmaksızın kök hücre vericisi kardeş doğumuna yönelik olarak yapılan tüp bebek tedavisine ilişkin masrafların Kurumca karşılanacağı belirtilmiştir. Ancak bu durum ve Sağlık Uygulama Tebliği'nin "*Sağlam çocuk doğmasına yönelik Preimplantasyon Genetik Tanı (PGT) ve IVF tedavisi*" başlıklı 2.4.4.İ-3 maddesinde belirtilen haller dışında preimplantasyon genetik tanı ve bu işlemle birlikte yapılan tüp bebek bedelleri Kurumca karşılanmamaktadır (SUT 2.4.4.İ-2).

Öğretide Sözer tarafından tedavi amacıyla çocuk sahibi olunmak istenmesi durumunda üç deneme sınırı koşulunun uygulanmayacağı belirtilmiştir⁷⁸. Kanımızca da hükmün lafzı ile yaşam ve sağlık hakkı dikkate alındığında söz konusu koşulun uygulanmaması gerekir.

III. TÜP BEBEK TEDAVİSİNE İLİŞKİN HİZMETLERİN KARŞILANMASI

Kanunda aranan şartların sağlanması hâlinde gerçekleştirilecek olan tüp bebek tedavileri ile bu tedavilere ilişkin olarak gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç ve gereçler, kişisel kullanıma mahsus tıbbi cihazlar, tıbbi sarf malzemeleri ile iyileştirici nitelikteki tıbbi sarf malzemelerinin temini, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarımı ve yenilenmesi hizmetlerinin finansmanı, genel sağlık sigortası kapsamında Kurum tarafından karşılanmaktadır (SSGSSK md. 63/1-f).

Sağlık Uygulama Tebliği'nde, tüp bebek tedavisi kapsamında yapılan ovulasyon takibi, oosit aspirasyonu, sperm-oosit hazırlanması ve inkübasyonu, ICSI (mikro enjeksiyon), invaziv sperm elde etme yöntemleri, işlem öncesi kadın ve erkeğe yapılan tetkik ve tahlil bedelleri, kullanılan her türlü sarf malzemesi ile embriyo transferinin tedavi giderlerine dahil olduğu açıkça belirtilmiştir (SUT md. 2.4.4.İ.1.İ.3/1)

gerçekleştirilmiş olması durumunda, IVF tedavisine ilişkin sağlık hizmetleri Kurumca karşılanır. (3) Kuruma devredilen sosyal güvenlik kurumlarınca daha önce ödenen tüp bebek tedavileri, işlem adetlerinin hesaplanmalarında dikkate alınır. (4) IVF bedellerinin ödenebilmesi için IVF uygulanacak kadında gebeliğin sürdürülmesine engel olabilecek sistemik hastalığın bulunmadığının IVF tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi yeterlidir. (5) (Ek:RG-1/10/2014-29136) Harp malullüğü kapsamında aylık almakta olan harp malullerinin kendileri ve bunların eşleri, 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanuna veya 2330 sayılı Kanun hükümleri uygulanarak aylık bağlanmasını gerektiren kanunlara göre malullük aylığı almakta olan vazife malullerinin kendileri ile bunların eşleri, bu Kanunun 47 nci maddesi ile 5434 sayılı Kanunun 56 ncı maddesi ve mülga 45 inci maddesi kapsamında vazife malulü olarak aylık almakta olan vazife malullerinden ise başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olanların kendileri ile bunların eşleri, birinci fıkranın (ç) ve (d) bendlerinde belirtilen şartlar aranmaz.

⁷⁸ Sözer, s. 276.

Tebliğ’de yaş faktörü, embriyo kalitesi ve benzeri tıbbî zorunluluk hallerinin uygulamayı yapan hekim tarafından gerekçesinin belgelendirildiği durumlarında birden fazla embriyo transfer edilebileceği belirtilmiştir. Bununla birlikte, Tebliğ’de söz konusu durumlar dışında birden fazla embriyo transfer edilmesi nedeniyle birden fazla gerçekleşen doğumlarda, bebeklere ait taburcu edilinceye kadar ortaya çıkacak sağlık hizmeti bedelleri Kurum tarafından karşılanmayacağına yer verilmiştir. Bu bebeklerin tedavilerinin embriyo transfer işlemini gerçekleştiren sağlık hizmeti sunucusu dışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda yapılması halinde söz konusu giderler Kurumca karşılanır ancak ödenen bedeller embriyo transfer işlemini yapan merkezden mahsup edilir (SUT md. 2.4.4.İ.1.3/5)

IV. YARDIMCI ÜREME YÖNTEMİ TEDAVİLERİNDE KATILIM PAYLARI

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 63. maddesinin 1. fıkrasının (e) bendinde, yardımcı üreme yöntemi tedavileri finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri arasında kabul edilmiş ve genel şartlara yer verilmiştir. Yardımcı üreme yöntemi tedavilerine ilişkin katılım payları⁷⁹ ise, aynı Kanunun 68. maddesinin 6. fıkrasında düzenlenmiştir. Kanun koyucu, yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde niteliği gereği her bir yardımcı üreme tedavisi denemesi için katılım payını vatandaş lehine farklı belirlemiştir. Kanundaki düzenlemeye göre, “63 üncü maddenin birinci fıkrasının (e) bendi gereğince sağlanan ve bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi dışındaki, yardımcı üreme yöntemi tedavisinde katılım payı ilk denemede %30, ikinci denemede %25, üçüncü denemede %20 oranında uygulanır. Ancak katılım payında dördüncü fıkra gereği uygulanan üst limit dikkate alınmaz.”

Hükümde ikili bir ayırım yapılmıştır. Bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle gerçekleştirilen yardımcı üreme yöntemi tedavisinden katılım payı alınmayacaktır. Bu durum, Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ’inde⁸⁰ de açıkça belirtilmiştir (md. 14/3). Buna karşılık, söz konusu tedavinin çocuk sahibi olunması amacıyla kullanıldığı durumlarda katılım payı alınacaktır⁸¹. Ayrıca, sigortalının yalnızca tedavi hizmetleri için değil, tedavi sürecinde kullanılan ilaçların bedelleri için de katılım payı ödemesi gerekmektedir. Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği’nin 21. maddesinde, yardımcı üreme

⁷⁹ Katılım payı 5510 sayılı Kanun’un 3.maddesinde “sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar” olarak tanımlanmıştır.

⁸⁰ Sıra No: 12, RG.: 18.09.2009, S.: 27353.

⁸¹ Ocak, Katılım Payı, s. 188.

yöntemi tedavisinde kullanılan ilaçlar için katılım payının; Kurumdan gelir ve aylık alan genel sağlık sigortalısı ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yüzde on, kapsamdaki diğer genel sağlık sigortalısı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler için ise yüzde yirmi olarak uygulanacağı hüküm altına alınmıştır⁸².

Kanunun 68. maddesinin 4. fıkrasında⁸³, bazı sağlık hizmetlerinden alınacak katılım payı tutarlarına ilişkin üst limitler öngörülmüştür. Ancak, çocuk sahibi olmak amacıyla uygulanan yardımcı üreme yöntemi tedavisine ilişkin katılım payı bakımından bu üst limitler uygulanmayacaktır. Zira, Kanun'da çocuk sahibi olmak amacıyla uygulanan yardımcı üreme yöntemi tedavisine ilişkin katılım payı oranları belirlendikten sonra, dördüncü fıkra kapsamında getirilen üst limitin bu durumda dikkate alınmayacağı açıkça hüküm altına alınmıştır (SSGSSK md. 68/V). Bu nedenle, sigortalının aynı takvim yılı içerisinde birden fazla deneme yapması durumunda alınacak katılım payı asgari ücreti aşabilecektir⁸⁴. Ayrıca hükümden, her bir yatarak tedavi için de asgari ücretin dörtte birinden fazla bir katılım payının sigortalıdan talep edilebileceği sonucu ortaya çıkmaktadır⁸⁵.

Katılım payının temel amacı, genel sağlık sigortası kapsamında sağlanan sağlık hizmetlerinin amacı dışında ve gereksiz kullanımının önüne geçmektir. Bu yolla sağlık hizmetlerinde etkin bir kontrol mekanizması oluşturularak, sistemin sürdürülebilirliği ve gerçek amacına hizmet etmesi sağlanmaktadır⁸⁶. Ancak kanımızca mevzuatımızda hak kazanma koşulları oldukça ağır şartlara bağlanmış olan tüp bebek tedavisi ve bu tedavide kullanılan ilaçlar için ayrıca katılım payı alınması yerinde olmayacaktır. Oldukça yüksek maliyetli olan tüp bebek tedavisi için kanunda öngörülen oranlarda katılım payının sigortalılar tarafından karşılanması ciddi bir mali yük oluşturmaktadır⁸⁷. Özellikle, katılım payının tüp bebek denemeleri bakımından farklı oranlarda belirlenmesi ve ilk denemede daha yüksek

⁸² Benzer düzenleme SUT md. 1.8.4'te yer almaktadır.

⁸³ SSGSSK md. 68/4 "Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin birinci fıkranın (b) bendi gereği ödeyecekleri katılım payının tutarı, sağlık hizmetinin alındığı tarihteki asgari ücretin %75'ini, (d) bendi gereği ödeyecekleri katılım payının tutarı ise bir takvim yılında asgari ücret tutarını geçmemek kaydıyla her bir yatarak tedavi için asgari ücretin dörtte birini geçemez."

⁸⁴ **Gürkan**, Seda Elif: "Katılım Payı Alınması", Sosyal Sigortalar Hukuku Şerhi, Cilt: 2, Lykeion Yayıncılık Ankara 2024, s. 1621.

⁸⁵ **Gürkan**, s. 1621.

⁸⁶ **Manav**, A. Eda; "Türk Hukukunda Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları", Başkent Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt: 10, Sayı: 2, 2024, s. 330.

⁸⁷ **Bostancı**, s. 223.

olması, tedaviden faydalanmak isteyen sigortalılar açısından ayrıca dezavantajlı bir durum yaratmaktadır⁸⁸.

Genel sağlık sigortası kapsamında tüp bebek tedavi yönteminden yararlanılabilmesi için, 63. maddede yer alan diğer koşulların yanı sıra, sigortalının en az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olunması ve dokuz yüz gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının bulunması gerekmektedir. Söz konusu tedavi yönteminden yararlanılması için, diğer ağır koşulların yanı sıra, dokuz yüz gün genel sağlık sigortası prim gün sayısı arandıktan sonra, bir de katılım payı talep edilmesi nimet-külfet ilkesine aykırılık oluşturulacağı gerekçesiyle eleştirilmiştir⁸⁹. Sağlık hizmetlerinden yararlanma bakımından çok daha az prim gün sayısının arandığı durumlarda dahi katılım payı alınmasının yerinde olup olmadığı tartışmaya neden olmakta iken, bu kadar yüksek prim gün sayısı karşısında ayrıca katılım payı alınmasının yerinde olmadığı söylenmelidir⁹⁰.

SONUÇ

5510 sayılı Kanun'un ilk hâlinde yer almayan, ancak komisyon görüşmeleri sırasında eklenen, “yardımcı üreme teknikleri ile çocuk sahibi olabilmek” ye ilişkin düzenlenmenin getirilmesi oldukça isabetli bir adım olmuştur. Ülkemizde evli kadınlar, çocuk sahibi olamamaları durumunda, her ne kadar kanunen mümkün olmasa da, evliliklerinin sona erdirilmesi veya eşlerinin imam nikâhı ile başka bir kadından çocuk sahibi olması gibi ciddi sosyal sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu tür durumlar, evli fakat anne olamamış olan kadının yalnızca aile yaşamını değil, sosyal güvenliğini de olumsuz etkilemektedir. Kanundaki bu düzenlemeyle birlikte, anne olmak isteyen kadınlara önemli bir sosyal güvenlik desteği sağlanmış; aynı zamanda aile birliğinin korunmasına da katkıda bulunulmuştur. Bu yönüyle, düzenlemenin sosyal devlet ilkesine hizmet ettiği ve toplumsal yapının güçlendirilmesine katkı sunduğu söylenebilir.

Sosyal devlet ilkesinin bir gereği olarak, aile bütünlüğünün korunmasını hedefleyen ve bir tedavi yöntemi olarak kabul edilen düzenleme, oldukça ağır şartlara tabi kılınmıştır. Sigortalıya bu tedavi imkanının sunulmuş olması isabetli olmakla birlikte, zaman içinde söz konusu hizmetten yararlanma koşullarını hafifletecek yasal düzenlemelerin yapılması gerektiği de ifade edilmelidir. 6552 sayılı Kanunla ve 7151 sayılı Kanun ile haktan yararlanacak olan kişilerin kapsamının genişletilmiş olması ve hizmetten yararlanma koşullarının kısmen de olsa hafifletilmiş olması olumlu bir ge-

⁸⁸ Eser, 114-115.

⁸⁹ Ocak, Katılım Payı, s. 188. Ayrıca bkz. Gürkan, s. 1621.

⁹⁰ Ocak, Katılım Payı, s. 188.

lişmedir. Ancak, öğretilerde belirtildiği gibi, söz konusu haktan yararlanma koşullarının tüm sigortalıları kapsayacak şekilde hafifletilmesine yönelik düzenleme yapılmasının daha isabetli bir yaklaşım olacaktır. Zira, böylesine önemli bir konuda, özellikle ekonomik açıdan dezavantajlı durumda olan bireylerin çocuk sahibi olma hakkının desteklenmesi, devletin sosyal güvenlik yükümlülükleri kapsamında değerlendirilmelidir. Bu nedenle, hizmetin daha hafif ve erişilebilir şartlara bağlanması, sosyal devlet ilkesinin hayata geçirilmesi açısından daha uygun bir düzenleme olacaktır.

KAYNAKÇA

- Arıcı, Kadir: **Türk Sosyal Güvenlik Hukuku**, Gazi Kitabevi, Ankara 2022.
- Aslanköylü, Resul: **En Son Değişikliklerle Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Şerhi, SSK ve Bağkur Kanunu ile Karşılaştırmalı C.2**, 2. bs., Bilge Yayınevi, Ankara 2015.
- Arslan Ertürk, Arzu: “6552 Sayılı Kanunun 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar Genel Sağlık Sigortası Kanununa Getirdiği Bazı Önemli Değişikliklerin Değerlendirilmesi”, **MÜHF-HAD**, C.20, S.3, s.247-272.
- Aslanköylü, Resul: **Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Şerhi**, Ankara 2009.
- Bostancı, Yalçın: “Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası”, **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, (Yayınlanmamış Doktora Tezi) 2007.
- Can, Ferda/Dilek, İmdat: “Miyelodisplastik Sendrom Tanılı Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi”, **Turkish Journal of Clinics and Laboratory**, S.3, 2023, s.508-513.
- Caniklioğlu, Nurşen: Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamalarına SGK Yaklaşımı, **Güncel Sağlık Hukuku ve Etiği Sorunları Sempozyumu-1 (Üreme ve Hukuk)**, 5 Mayıs 2010, İstanbul 2011.
- Centel, Tankut: **Türk Sosyal Güvenlik Hukuku**, On İki Levha Yayıncılık, İstanbul 2021.
- Elma, Ramazan: **Örnekler ve Uygulamalarla Sosyal Güvenlik Hukuku**, 7. bs., Seçkin Yayıncılık, Ankara 2024.
- Ekici, Cemal: “Preimplantasyon Genetik Tanı”, **İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, C.3, S.2, 2014, s.49-53.
- Ergin, Hediye: “Genel Sağlık Sigortasında Geline Son Durum”, **Sicil İş Hukuku Dergisi**, S.11, 2008, s.112- 130
- Ergüneş Emrağ, Seda: “Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri ve Süresi”, **Sosyal Sigortalar Hukuku Şerhi C.2**, Lykeion Yayıncılık Ankara 2024, s.1537-1550.

Eser, Dilek: Sosyal Sigortalar Hukukunda Kadın: 506 ve 5510 Sayılı Kanunlar Bakımından Değerlendirme, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, (Yayınlanmamış Doktora Tezi) İzmir 2009.

Gürkan, Seda Elif: “Katılım Payı Alınması”, **Sosyal Sigortalar Hukuku Şerhi C.2**, Lykeion Yayıncılık Ankara 2024, s.1611-1629.

Güzel, Ali/Okur, A. Rıza/Caniklioglu, Nurşen: **Sosyal Güvenlik Hukuku**, 20. bs., Beta Yayınevi, İstanbul 2024.

Korkusuz, M. Refik/Uğur, Suat: **Sosyal Güvenlik Hukuku**, 6. bs., Ekin Yayınevi, Bursa 2018.

Ocak, Saim: “Genel Sağlık Sigortasında Prim Koşulu”, **Prof. Dr. Ali Güzel’e Armağan C.2**, Beta Yayınevi, İstanbul 2010, s.1053- 1135, (Prim Koşulu).

Ocak, Saim: Sağlık Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması, **Sicil İş Hukuku Dergisi**, S. 16, Aralık 2009, s.181-201, (Katılım Payı).

Oğuz, Özgür/Arsılanpınar, Tuğçe: “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nda Kadın Çalışanlara İlişkin Düzenlemeler”, **Legal İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, C.14, S.54, 2017, s.725-764.

Okur, Ali Rıza: “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, **Legal İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, C.3, S.12, 2006, s.1287-1308, (Sosyal Güvenlik Reformu).

Okur, Ali Rıza: Türk Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası, **Sosyal Güvenliğin Yeniden Yapılandırılması Semineri 7-8 Aralık 2006**, TİSK Yayın No:284, Ankara 2007 (Genel Sağlık Sigortası).

Silkin, Sema: Sosyal Güvenlik Hukukunda Kadın, **TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi**, S. 23, C. 5- 6, Ağustos-Kasım 2011.

Sözer, Ali Nazım: **Türk Genel Sağlık Sigortası**, 2. bs., Beta Yayınevi, İstanbul 2018, (Genel Sağlık Sigortası).

Sözer, Ali Nazım: **Türk Genel Sağlık Sigortası**, 4. bs., Beta Yayınevi, İstanbul 2024.

Şahin Emir, Asiye: **İş ve Sosyal Güvenlik Hukukunda Analık**, Adalet Yayınevi, Ankara 2019.

Şahin Emir, Asiye: “Genel sağlık sigortalısı sayılanlar”, **Sosyal Sigortalar Hukuku Şerhi C.2**, Lykeion Yayıncılık, s.1397-1510

Tek, Çağlayan; Genel Sağlık Sigortasına Eleştirel Bakış, **Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) İstanbul 2018.

Tuncay, A. Can/Ekmekçi, Ömer/Gülver, Ender: **Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**, 22. bs., Beta Yayınevi, İstanbul 2023.

Zencir, İlker: “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Yapılan Yardımlar ve Kapsam Dışı Sağlık Hizmetleri”, **Fatih Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.1, S.2, s.37-73.

Kuruca, Mustafa; Genel Sağlık Sigortası, **Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul 2012.

Kurt, Suheyl Rebi; Türk Hukukunda Genel Sağlık Sigortası, **Çankaya Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, S.1, C.5, Nisan 2020,

Üzeltürk, Hakan; **Anayasa ve İdare Hukuku Temel Mevzuatı**, 6. bs., Legal Yayınları, İstanbul 2015.

Manav, A. Eda; “Türk Hukukunda Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları”, **Başkent Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.10, S.2, 2024, s.309-333.

İnternet Kaynakları

<https://fertijin.com.tr/yumurtlama-takibi-ovulasyon-induksiyonu/>

<https://yeditepehastaneleri.com/saglik-rehberi/hastaliklar-tedaviler/asilama-iui>

<https://tr.wikipedia.org/>

<https://www.goptupbebek.com.tr/tr/tup-bebek/tup-bebek-tedavisi-invito-fertilizasyon-ivf/tup-bebek-tedavisi-invito-fertilizasyon-ivf>

<https://www.jinekolognet.com/tup-faktoru.asp>

<https://www.phauk.org/financial-support-benefits/the-who-functional-class/>

<https://www.sgk.gov.tr/Content/Post/7de3f62d-ea0e-406f-871a-8644f02a7e3c/Tup-Bebek-Tedavisi-2022-08-23-03-05-24>

<http://www.legalbank.net>

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ

Prof. Dr. M. Fatih UŞAN

Ankara Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi
İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

GİRİŞ

Sağlık hakkı Anayasal bir haktır. AY.m.56/3-5'e göre, *"Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.*

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir". 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu m.1'e göre, "Bu Kanunun amacı; Sağlık Bakanlığının (...) belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve mali hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir".

Devlet vatandaşlarının sağlık hakkına erişimi için gerekli tedbirleri almakla yükümlüdür. Bugün için bu hak, birinci basamakta aile hekimliği sistemi içerisinde çözümlenmeye çalışılmaktadır. Tabii aile hekimliği ortaya çıkıncaya kadar sağlık sisteminde bir kısım değişim ve gelişim de söz konusu olmuştur.

Sağlık hizmetleri, sağlayan kurum ve hizmetlerin nitelikleri itibariyle üçlü tasnife tutulmuşlardır. Sağlık Bakanlığının, 5.6.2003 ve 15.8.2003 tarihlerinde yayımlandığı Genelgelerinde sağlık kurumu basamakları tesbit edilmiştir. Buna göre, birinci basamak sağlık kurumu, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi, özel sağlık kuruluşları, poliklinikler veya tıp merkezlerinden oluşur.

Zaman içerisinde sağlık ocaklarının kapanması ile birlikte, aile hekimliği ve toplum sağlığı merkezleri birinci basamağı oluşturmuştur. Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri, özel dal hastaneleri, Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre ruhsat almış özel hastaneler, özel tıp merkezleri ve özel dal merkezleri ikinci basamak sağlık kurumlarıdır. Eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri ise üçüncü basamak sağlık kurumlarını oluşturur.

Ülkemizde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin ana sağlayıcısı Sağlık Bakanlığı'dır. Merkezi düzeyde birinci basamak sağlık hizmetleri ile halk sağlığı hizmetleri 2003 senesinde başlatılan sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde şekillenmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumu kamu ve özel sektör ile vakıf, dernek ve üniversiteler tarafından sağlanmaktadır. Ülkemizde birinci basamak hizmetleri, Aile Hekimlikleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ile toplum sağlığı merkezlerinin ilgili birimleri aracılığıyla sunulmaktadır. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği m.4/n'ye göre toplum sağlığı merkezleri *"Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşları"*dır. Ancak toplum sağlığı merkezlerinin görevlerinin önemli bir bölümü aile hekimleri tarafından yerine getirilir¹.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği m.3/1 f'ye göre, *"Birinci basamak sağlık hizmetleri: Sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumunu"*, ifade eder.

Birinci basamak sağlık hizmeti (BBSH), halkın sağlığının yararına koordine edilmiş hizmetlerin erişiminin ve kullanımının kolaylaştırılmasına özel olarak odaklanan genel sağlık bakım sisteminin bir alt sistemi olarak düşünülebilir. Bu arada genel sağlık sigortasının ilk adımının 5258 sayılı "Aile Hekimliği Kanunu" olduğunu söylemek de mümkündür².

Türkiye Cumhuriyeti'nde birinci basamak sağlık hizmetleri, Aile Sağlığı Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri ve Verem Savaş Dispanserleri (VSD),

¹ YAYIN, Emre/ALPER, Yusuf, Türkiye'de Aile Hekimliği Modeline Geçiş Süreci ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Aile Hekimlerinin Sosyal Sigortalılık Statülerine İlişkin Uygulaması Hakkında Bir Değerlendirme, Çalışma ve Toplum, C.1, S.76, 2023, s.135.

² TAŞDEMİR, Yasemin, Türk Hukukunda Aile Hekimliği Sistemi ve Aile Hekiminin İşveren Sifatına İlişkin Bir İnceleme, MHFD, Y.21, S.2, s.275.

Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) ve Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) aracılığıyla yürütülen ve genel sağlık sigortası kapsamında olan tüm ülke vatandaşlarının hizmet alımı sırasında muayene katılım ücreti ödemediği ücretsiz verilen bir hizmet türüdür³.

Bu çalışmada birinci basamak sağlık sistemi içerisinde yer alan aile hekimliği uygulamasına ilişkin değerlendirmelerde bulunulmuştur.

1. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE AİLE HEKİMLİĞİ

Vatandaşların sağlık hakkına erişimi için 1980'li yıllarda başlayan mevcut süreçte birçok kez reform çabaları gündeme gelmiş, fakat istenilen sonuçlara bir türlü ulaşılamamıştır. Son reform paketi, 2003 yılı itibariyle ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı altında 8 başlık⁴, altında başlamış, 2007 yılında bu programa 3 yeni başlık daha ilave edilmiştir. Ülkemizde bugün için uygulanan program, bu programdır⁵.

Bu dönemde, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) ve T.C. Emekli Sandığı, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirilmiş, genel sağlık sigortası kurularak tüm vatandaşlar kapsama alınmış, sağlık yardımlarından yararlanmaları sağlanmıştır⁶.

Sağlık ocakları temelinde sürdürülen birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği modeli merkeze alınarak dönüşüme uğramıştır. Bölge temelli, sevk zinciri esasına dayalı entegre hizmetlerin sunulduğu sağlık ocakları

³ KARA, Fırat/ÖZTÜRK, İlkay, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi (Benchmarking): Türkiye ve İspanya Örneği, Bakı Karadeniz Tıp Dergisi, 5/1, 2021, s.9.

⁴ Bunlar, (1) Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı, (2) Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası, (3) yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü bir sağlık hizmet sistemi, (4) Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, (5) sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, (6) Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, (7) akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma, (8) Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemidir.

⁵ 2003'de hayata geçirilmeye başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), bütün Cumhuriyet tarihi boyunca sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik çabaların devamı olarak, geçmiş dönem sağlıkta reform ve projelerinin birikimi ile ancak yeni bir anlayışla sağlık politikalarının belirlenmesi ve sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması programı olarak kabul edilmiştir. SDP, Türk Sağlık sisteminin "sil-baştan" yeniden yapılandırılması olmayıp, mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe ulaşmaya yönelik olarak geniş katılımı tüm tarafların sahipleneceği ve aktif rol alacağı bir eylem dizisi ile dönüştürme programıdır. Program; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasına yönelik bütüncül bir esasa dayandırılmıştır. Programın temel ilkeleri; insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olarak belirlenmiştir. Bkz. ALPER/YANGIN, s.129-130.

⁶ Geniş bilgi için bkz. UŞAN, M. Fatih, Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları, 2.B., Ankara 2009, s.1 vd.

yapılanmasından, her ailenin bir bütün olduğu, aile bireylerinin yaş ve hastalık gözetmeksizin birlikte incelenmesine odaklanan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı(ları) olarak örgütlenmiş ekiple hizmet sunulan aile hekimliği modeline geçilmiştir. Bu modelde hekimlere girişimci ve yönetici rolleri yüklenmiştir. Ekip üyelerinin sözleşme esaslı çalıştığı ve performansla dayalı ücretin uygulandığı modelde kişilere hekim seçme hakkı da tanınmıştır⁷.

Sağlıkta dönüşüm programının en önemli ayaklarından biri, aile hekimliği kurumudur. Gerçekten, aile hekimliği bu yeni sağlık hizmet sunumu sisteminin merkezine oturtulmuş, bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireyin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesi amaçlanmış ve doktor ve aile üyeleri arasında kurulacak yakın ilişkinin sağlık eğitiminin güçlendirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın düzeltilmesinde önemli rol oynayacağı ifade edilmiştir. Aile hekimliği uygulamasının sağlık kayıtlarının birinci basamak hekimlerince tutulması kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılmasında önemli ilerlemeler sağlanması, halk sağlığı hizmetlerinin daha etkin yürütülmesine zemin oluşturması hedeflenerek organize edilmiştir⁸.

Bu arada belirtmekte yarar vardır ki, bugün için sevk zinciri zorunluluğu olmamasına karşın, birinci basamak sağlık hizmetlerine olan talep yıllar içerisinde kuşkusuz artmakla birlikte, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine olan yoğun başvuru ciddi bir şekilde artmıştır. Bu hususun aile hekimliği modelinin temel amacı olan hastalıkların birinci basamakta tespit edilmesi ve üst basamaklarda gereksiz yığılmaların önlenmesi hedefini gerçekleştiremediğini söylemek mümkündür⁹.

II. AİLE HEKİMLİĞİ ÖNCESİ DÖNEM

A) GENEL OLARAK

Sağlık hizmeti sunan birim olarak aile hekimliğinin temelleri, Osmanlı İmparatorluğuna kadar uzanan bir geçmişe sahiptir¹⁰. Kuruluş, gelişme ve yükselme döneminde vakıf niteliğindeki darüşşifalarla geniş toplum kesimlerine yönelik ücretsiz sağlık hizmeti verme uygulaması, 19'uncu yüzyıldan itibaren yoksullara yönelik sağlık hizmetleri şeklinde devam ettirilmiştir. Toplum sağlığını bütün olarak tehdit eden kolera, sıtma ve çiçek hastalıkları gibi salgın hastalıklarla mücadelede kullanılan yöntemler, kurulan müesseseler ve kullanılan insan gücü, Osmanlı sağlık sisteminin temelini

⁷ KARA/ÖZTÜRK, s.10.

⁸ KARA/ÖZTÜRK, s.130-131.

⁹ KARA/ÖZTÜRK, s.14

¹⁰ ALPER/YAYIN, s.123.

oluşturmuştur¹¹. Benzer politikalar Cumhuriyet döneminde de devam ettirilmiş, bütün nüfusa yönelik tedavi edici sağlık hizmetleri ile birlikte koruyucu ve önleyici halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmiştir. Hedef geniş toplum kesimlerine yönelik hizmet sunumu olunca sağlık sisteminin taşraya ve kırsal kesime yönelik örgütlenmesi önem kazanmıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarında oluşturulan sağlık merkezleri, sağlık ocakları, sağlık evleri, hükümet tabiplikleri ve buralarda görevlendirilen sağlık memuru, ebe ve seyyar sağlık görevlileri ile bu amaç gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. 5.1.1961 ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’la oluşturulmak istenen sağlık sistemi Türkiye’de devletin sağlık politikalarının temel yaklaşımını oluşturmuştur.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri 1961 yılına kadar dikey sağlık örgütleri ve hükümet tabipliği ile yürütülmüştür. 1961 yılında çıkarılan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile sağlık hizmetlerinin yatay bir örgütlenme modeliyle sosyalleştirilmesi amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile “dar bölgede geniş tabanlı hizmet” modeli ön görülmüş, koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmiştir. Sağlık ocaklarında tam süre çalışan geniş bir ekip tarafından sunulan, toplumcu anlayış ile, eşit, sürekli, parasız, entegre ve basamaklandırılmış sağlık hizmeti Sosyalleştirmenin temel ilkeleri olarak kabul edilmiştir¹².

B) SAĞLIK OCAKLARI YAPILANMASI

Sağlık Ocakları ilk kez, 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun¹³ ile ülkemizdeki sağlık teşkilatı içerisinde yerini almıştır. İlk Sağlık Ocağı, 1963 yılında Muş’ta açılmış, 1976 yılına kadar kademeli olarak bütün yurda yaygınlaştırılması öngörülmüştür. Ancak, 1981 yılı sonunda sadece 45 ilde sağlık ocağı kurulabilmiş olup, 1983 yılında geriye kalan iller de sosyalleştirme kapsamına alınmıştır¹⁴. 224 sayılı Kanun m.2’ye göre, “*Sosyalleştirme: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde*

¹¹ Geniş bilgi için bkz. ALPER/YAYIN, s.124 vd.

¹² SÜMER, Ömer, Aile Hekimlerinin Ve Aile Sağlığı Merkezlerinin Hukuki Statüleri, https://ahf.org.tr/Detay/1551/AILE-HEKIMLERININ-VE-AILE-SAGLIGI-MERKEZLERININ-HUKUKI-STATULERI.aspx#_ftn7 (15.12.2024)

¹³ 12/1/1961 tarih ve 10705 sayılı Resmi Gazete.

¹⁴ Bkz. SÜMER, Ömer, Aile Sağlığı Merkezi Sağlık Ocağı Değildir, <https://www.dromersumer.com/blog/aile-sagligi-merkezi-saglik-ocagi-degidir/> (15.12.2024). Ayrıca bkz. TUAÇ, Pelin Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Aile Hekimliği: Hukuki Bir Değerlendirme, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir 2009, s.146 vd.

faydalanmalarıdır". Yine, 224 sayılı Kanununa göre "Sağlık personeli: Sağlık personeli, sağlık hizmetlerinde maaş, ücret, yevmiye ve mukavele ile istihdam edilen ve bu sahada mesleki eğitim görerek yetişmiş olanlardır".

224 sayılı Kanun m.2/son'a göre, "Sağlık ocağı: Takriben 5000 - 10000 kişinin köyler grubu veya bir kasaba veya şehir ve büyük kasabalardaki mahalle grupları bir sağlık ocağını teşkil eder. Bunların il içinde idari taksimata uyması icabetmez". Buna göre, sağlık ocakları, 5.000 – 10.000 kişilik nüfusa göre kurulmuş, hekim, halk sağlığı hemşiresi, sağlık memuru, tıbbi sekreter, köy ebeleri, şoför, sıtma sürveyans memuru ve hizmetlilerden oluşan ekipler ile bölge tabanlı hizmet sunmakta idiler.

Sağlık Ocaklarında çalışanlar, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4/A maddesine tabi devlet memuru, 4/B maddesine bağlı sözleşmeli personel veya 4924 sayılı Kanuna tabi sözleşmeli personellerden oluşmakta idiler.

Aile hekimliği uygulaması, 24.11.2014 tarih ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu¹⁵ yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bugün için Kanun yanında Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği¹⁶ ve Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği¹⁷ de yürürlükte.

Aile Hekimliği, pilot uygulama olarak 15.09.2005 tarihinde Düzce'de başlamıştır¹⁸. 2006 yılında on, 2007 yılında on üç, toplamda yirmi dört ilde uygulanan model, 2011 yılından itibaren tüm Türkiye'de uygulanagelen bir model olmuştur¹⁹.

2010 yılında, ülke genelinde Aile Hekimliği uygulamasının başlaması ile, **Sağlık Ocakları, kapatılmıştır**. Sağlık ocaklarının topluma ve çevreye yönelik görevleri Toplum Sağlığı Merkezlerine (TSM) verilmiştir. Aile He-

¹⁵ 09.12.2014 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete. 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un adı 663 sayılı KHK'nin 58. maddesi ile "Aile Hekimliği Kanunu" olarak değiştirilmiştir.

¹⁶ 25.01.2013 tarih ve 28539 Sayılı Resmi Gazete. Bu Yönetmelikten önce uygulanan Yönetmelikler: Aile Hekimliği Pilot Uygulama Yönetmeliği, (25.5.2010 tarih ve 27591 Sayılı Resmi Gazete) Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete

¹⁷ 30.06.2021 tarih ve 31527 Sayılı Resmi Gazete. Bu Yönetmelikten önce uygulanan Yönetmelikler: Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik (30.12.2010 t. ve 27801 sayılı Resmi Gazete), Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik (12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete)

¹⁸ Bkz. SÜMER, Ömer, Aile Sağlığı Merkezi Sağlık Ocağı Değildir, <https://www.dromersumer.com/blog/aile-sagligi-merkezi-saglik-ocagi-degildir/> (15.12.2024)

¹⁹ ÇAKIR, Hüseyin Melih, Aile Hekimlerinin Hukuki Statüsü, İstanbul Medipol Hukuk Fakültesi Dergisi, 2/2, Güz 2016, s.114.

kimleri ise, kişiye yönelik sağlık hizmetleri vermektedir²⁰. Bu arada belirtmek gerekir ki, aile sağlığı merkezleri sağlık ocağı değildirler. Aslında sağlık ocaklarının devamı toplum sağlığı merkezleri (TSM) ile ilçe sağlık müdürlükleridir²¹.

Nüfusu 15.000'e kadar olan ilçelerde ve Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan il merkezlerinde bir Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), diğer ilçe ve il merkezlerinde ise İlçe Sağlık Müdürlükleri kurulmuştur. TSM ve İlçe Sağlık Müdürlükleri, kamuya ait taşınmazlarda kurulan, Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı yapılanmasında tüzel kişiliğe sahip resmi kuruluşlardır. Bu kuruluşlarda görev yapan personel, 657 sayılı Kanun veya 4924 sayılı Kanun'a tabi Devlet Memuru ve Sözleşmeli Personellerdir²².

Aile Sağlığı Merkezleri, idare teşkilatı içerisinde yer alan, idare tarafından kurulmuş resmi kuruluşlar değildirler. Çünkü, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)²³, Sağlık Bakanlığı tarafından değil, aile hekimleri tarafından kurulmaktadır.

III. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

A) KAVRAM

Aile hekimliği terminolojisinin Türk sağlık sisteminde yer almasının 50 yıllık bir geçmişi vardır. Aile hekimliği kavramı, Türkiye'de ilk kez tüm dünya²⁴ ile eş zamanlı olarak 1970'li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış ve o dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonların-

²⁰ Aile hekimliği birinci basamakta uygulama yapan bir tıp disiplini ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ile doğrudan ilgili değildir. Dünyada sağlık giderlerinin bütçe gelirlerinden, sağlık güvencesi gelirlerinden, gelirlerinden, sağlık güvencesi primlerinden ya da bireylerin özel harcamalarından karşılandığı birçok farklı sağlık sisteminde ve birçok farklı birinci basamak uygulama ortamında aile hekimleri çalışmakta ve sağlık alanında beklenen gelişmeleri sağlamaktadırlar. Dolayısıyla aile hekimliğinin Türkiye'de bir disiplin olarak gelişmesi Türkiye Sağlık Sistemi'nin birinci basamağını oluşturan sağlık ocağı temelindeki sosyalizasyon örgütlenmesinin alternatifi değildir. Tersine aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinden hekimlik uygulamasının niteliğini artıracak ve sağlık sistemini tıkayan sorunların çözümüne katkıda bulunacak bir yaklaşımdır. Bkz. ALGIN, İsmet/ŞAHİN, İsmet/TOP, Mehmet, Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.7, S.3, 2004, s.254.

²¹ SÜMER, Ömer, Aile Sağlığı Merkezi Sağlık Ocağı Değildir, <https://www.dromersumer.com/blog/aile-sagligi-merkezi-saglik-ocagi-degildir/> (15.12.2024); TAŞDEMİR, s.275, TUAÇ, s.92.

²² SÜMER, Ömer, Aile Sağlığı Merkezi Sağlık Ocağı Değildir, <https://www.dromersumer.com/blog/aile-sagligi-merkezi-saglik-ocagi-degildir/> (15.12.2024)

²³ Aile sağlığı merkezleri konusunda geniş bilgi için bkz. TAŞDEMİR, s.283 vd.

²⁴ Aile hekimi kavramının tarihçesi hakkında bkz. TUAÇ, s.137.

dan biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel bir kabul görmemiştir²⁵.

Aile hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli, klinik faaliyeti olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak sağlık hizmeti yönelimli klinik uzmanlıktır. Aile hekimliği, hasta bakımının yanı sıra sağlıklı insanların düzenli muayenelerinin gerçekleştirildiği, hasta-doktor ilişkisinin ilk basamağını oluşturmaktadır²⁶

Aile Hekimliği Kanunu m.2'ye göre "Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.

Aile sağlığı çalışanı; aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanıdır".

B) AİLE HEKİMLİĞİ EĞİTİMİ

Ülkemizde aile hekimliği, uzmanlık dalı olan aile hekimliği ile hizmet modeli olan aile hekimliği şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Uzmanlık dalı olan aile hekimliği klinik tıp dalıdır ve diğer ülkelerde bu uzmanlık dalı için genel pratisyenlik kavramı da kullanılmaktadır.

Aile hekimi uzmanlığında, Tıpta Uzmanlık Sınavında aile hekimi uzmanlığı kazanıldıktan sonra belirli bir süre eğitim alınır ve bu eğitim bittikten sonra aile hekimi uzmanı olan kişiler, birinci basamak iyileştirici hizmeti sunmak üzere sağlık hizmeti kuruluşlarında görev alırlar. Bu kuruluşlar aile sağlığı merkezi gibi kamu kuruluşu ya da özel bir kuruluş olabilir.

Hizmet modeli olan aile hekimliğinde ise aile sağlığı merkezlerinin hizmet alanında yaşayan aileler, aile hekimlerinden hem koruyucu hem tedavi edici sağlık hizmeti almaları durumu kastedilmektedir. Aile sağlığı merkezinde çalışacak olan doktorlar genel pratisyen olabileceği gibi aile hekimi uzmanı da olabilmektedir.

Bu arada aile hekimliği uzmanlığı dışında Bakanlık tarafından verilen Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

²⁵ Aile hekimi kavramı ilk olarak VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı I. Dilim Tedbirler Bölümü'nde yer almıştır: "Tıp eğitimi müfredat programlarının ülke şartlarına uygunluğunun sağlanması ve hekim istihdam politikalarında pratisyen hekimliği teşvik edici düzenlemelerin yapılmasını öngören bir çalışma başlatılacaktır. AH müessesesi kurulacaktır". ALGIN/ŞAHİN/TOP, s.252.

²⁶ ÇAKIR, s.114,

(SAHU)²⁷ ile aile hekimliği eğitimi alınarak hekimlik de yapılabilmektedir. 663 sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin²⁸ 58. maddesinin 8. fıkrasının (b) bendi ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'a Geçici 9. madde ekleme yapılarak bu imkan sağlanmıştır. Geçici Madde 9'a göre, "1/1/2020 tarihine kadar, 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Kanun hükümlerine göre sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olanlar, tıpta uzmanlık sınavı sonuçlarına göre, merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın, Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi yapabilir. Bu eğitim uzaktan ve/veya kısmi zamanlı eğitim metotları da uygulanmak suretiyle yapılabilir ve en az altı yılda tamamlanır. Eğitim süresince aile hekimliği sözleşmesi devam eder. Uzmanlık eğitimi ile beraber aile hekimliği hizmetlerinin yürütülmesine, ilgililere ve eğitim sorumlularına ödenecek ücretlere ilişkin usûl ve esasları 5258 sayılı Kanunun 8 inci maddesine göre hazırlanan yönetmeliklerle belirlenir.

Bu maddeye göre yapılacak aile hekimliği uzmanlık eğitiminde çekirdek eğitim müfredatının ve rotasyonların uygulanması ve eğitimin şekli ile sair hususlar Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenir." Bu hükmün Anayasaya aykırılığı nedeniyle açılan iptal davasında mahkeme Anayasaya aykırılık görmemiştir²⁹.

²⁷ İlgili düzenlemenin eleştirisi için bkz. <https://www.tahud.org.tr/news/view/sahu-s%C3%BCresi-hakk%C4%B1nda> (10.12.2024).

²⁸ 02.11.2011 tarih ve 28103 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazete'de

²⁹ "...Dava konusu kuralla, 24.11.2004 günlü, 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu hükümlerine göre sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olanların, tıpta uzmanlık sınavı sonuçlarına göre, merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın, Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi yapabilmeleri olanaklı kılınmıştır. Sözleşmeli aile hekimlerine yönelik olarak getirilen bu olanak, 1.1.2020 tarihiyle sınırlandırılmıştır. Bu eğitim, uzaktan ve/veya kısmi zamanlı eğitim metotları da uygulanmak suretiyle yapılabilecek ve en az altı yılda tamamlanacaktır. Uzmanlık eğitimi süresince aile hekimliği sözleşmesi devam edecektir. Uzmanlık eğitimi ile beraber aile hekimliği hizmetlerinin yürütülmesine ve ilgililere ödenecek ücretlere ilişkin usul ve esaslar çıkarılacak yönetmelikle belirlenecektir. Bu çerçevede yapılacak aile hekimliği uzmanlık eğitiminde çekirdek eğitim müfredatı, rotasyonların uygulanması ve eğitimin şekli ile diğer hususlar Tıpta Uzmanlık Kurulunca saptanacaktır. Dava konusu kuralla, sözleşmeli aile hekimleri yönünden olağan aile hekimliği uzmanlık eğitimine nazaran daha farklı bir eğitim yönteminin öngörüldüğü açıktır. Bu noktada en belirgin farklılık, sözü edilen kişilerin bir yandan sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmaya devam ederken, diğer yandan da aile hekimliği uzmanlık eğitimini alabilecek olmalarıdır. Ayrıca, olağan aile hekimliği uzmanlık eğitiminin süresi üç yıl olarak öngörülmüşken, sözleşmeli aile hekimleri, aile hekimliği uzmanlık eğitimini en az altı yılda tamamlayabileceklerdir. Bu süre farklılığı sözleşmeli aile hekimlerinin bir yandan aile hekimi olarak çalışıp diğer yandan da aile hekimliği uzmanlık eğitimi alacak olmalarından kaynaklanmaktadır. Bu eğitim, uzaktan eğitim ve kısmi zamanlı eğitim metotları da uygulanarak gerçekleştirilebileceği için eğitimin daha geniş bir zamana yayılmasına ihtiyaç duyulduğu anlaşılmaktadır. Bununla birlikte, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin içeriği ve aşamalarının sözleşmeli aile hekimleri yönünden değiştirilmesi söz konusu değildir. Diğer bir ifadeyle bir aile

Geçici m.9 ile 1.1.2020 tarihine kadar Bakanlık tarafından verilen eğitimle aile hekimliğinin önü açılmışken, bu şekilde aile hekimi olabilmek için süre, 16.06.2022 t. ve 7411 sayılı Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda Ve 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun³⁰ m.1 ile 1.1.2029 tarihine kadar uzatılmıştır.

Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi (SAHU) müfredatı (amaç, öğrenim hedefleri, rotasyon dal ve süreleri, ölçme değerlendirme yöntemleri, tez süreci) 1219 sayılı Kanununa ekli çizelgede 3 yıllık eğitim süresi olduğu belirtilen aile hekimliği uzmanlık eğitimi ile aynıdır³¹. Eğitim süresi, eğitim kurumuna ilk kayıt tarihinden itibaren 6 yıl olup, bu sürenin 18 aylık kısmını rotasyonlar oluşturmaktadır.

Bu arada belirtelim ki. aile hekimi uzmanı olmayan genel pratisyenler, tıp fakültesinden mezun olduktan sonra Tıpta Uzmanlık Sınavına girmeden “Birinci Aşama Aile Hekimliği Uyum Eğitimi” sertifika programını tamamlayarak aile sağlığı merkezlerinde çalışabilmektedirler^{32 33}

Türkiyede, 1983 yılına gelindiğinde dünyada 10 yıldır var olan aile hekimliği uzmanlığının Türkiye’de de verilmesi zorunlu hale gelmiş ve aynı yıl Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Eğitim süresi pratisyenler için üç yıl, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları uzmanları için bir yıl dört ay olarak belirlenmiştir. 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ilk aile hekimliği anabilim dalı kurulmuştur. 1985 yılında aile hekimliği uzmanlık eğitimine Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu’na bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır-

hekimliği uzmanı hangi aşamalardan geçip de uzman oluyorsa sözleşmeli aile hekimleri de aynı aşamalardan geçeceklerdir. Ayrıca, sözleşmeli aile hekimlerinin alacağı aile hekimliği uzmanlık eğitiminin Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenecek esaslar çerçevesinde yürütüleceği ve eğitim müfredatı ile rotasyonların uygulanması ve eğitimin şekli ile sair hususların Kurul tarafından belirleneceği kuralda açıkça ifade edilmiştir. Bu itibarla, aile hekimi açığının giderilmesi amacıyla ve geçici bir süreyle, olağan aile hekimliği uzmanlığı eğitimi yönteminden farklı olarak daha esnek bir eğitim metodunun uygulanmasının Anayasa’ya aykırı bir yönü bulunmamaktadır. Açıklanan nedenlerle, dava konusu kural Anayasa’nın 2. ve 130. maddelerine aykırı değildir. İptal isteminin reddi gerekir”, AYM., 14.2.2013, 2011/150, 2013/30, 25.06.2013 tr. Ve 28688 sayılı Resmi Gazete.

³⁰ 23.06.2022 t. ve 31875 sayılı Resmi Gazete.

³¹ Bkz. Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi (SAHU) Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Usul ve Esasları, [https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ah-uzmanlik-egitimi/sahu#:~:text=SAHU%20m%C3%BCfredat%C4%B1%20\(ama%C3%A7%20%C3%B6%C4%9Frenim%20hedefleri,hekimli%C4%9Fi%20uzmanli%C4%B1k%20e%C4%9Fitimi%20ile%20ayn%C4%B1d%C4%B1r.](https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ah-uzmanlik-egitimi/sahu#:~:text=SAHU%20m%C3%BCfredat%C4%B1%20(ama%C3%A7%20%C3%B6%C4%9Frenim%20hedefleri,hekimli%C4%9Fi%20uzmanli%C4%B1k%20e%C4%9Fitimi%20ile%20ayn%C4%B1d%C4%B1r.) (16.12.2024).

³² TAŞDEMİR, s.265-266.

³³ Eğitim ile ilgili olarak bkz. Aile Hekimliğine Uyum Birinci Aşama Sertifikalı Eğitim Programı, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/aile-hekimligine-uyum-egitimleri/aile-hekimligine-uyum-birinci-asama-sertifikali-egitim-programi> (14.12.2024).

tır. 1992 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde aile hekimliği anabilim dalı kurulmuştur³⁴.

1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulu tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun bulmuştur. 1995 yılında Avrupa Topluluğu üye ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde (BBSH) çalışacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitim görmelerini zorunlu hale getiren bir karar almıştır. 1996 yılında Avrupa Birliği bu zorunlu eğitim süresini iki yıldan üç yıla çıkarmıştır.

Aile hekimliği, 1990'lı yıllardan itibaren nüfusun geneline yönelik birinci basamak temel tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra koruyucu ve önleyici toplum sağlığı hizmetlerini sunacak birim olarak sağlık politikalarının odağında yer almaya başlamıştır. Bir başka ifadeyle, aile hekimliği, diyabet, obezite, kanser, hipertansiyon gibi bireysel kronik hastalıkların tanı, tedavi ve takibi için en uygun Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunum modeli olarak tüm dünyada kabul görmüş bir modeldir³⁵.

Yine 1990'lı yıllardan itibaren Kalkınma Planları ve hükümet programlarında³⁶ yer verilen aile hekimliğinin hayata geçirilmesi 2003 yılında yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın genel sağlık sigortası ile birlikte en önemli iki ayağından biri olan aile hekimliği, yasal ve kurumsal altyapısı Türkiye'de Aile Hekimliği Modeline Geçiş Süreci tamamlandıkça kademeli olarak hayata geçirilmiş, 2010 yılı sonu itibarıyla bütün Türkiye'de uygulanmaya başlanmıştır³⁷.

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ve buna dayanılarak çıkarılan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, aile hekimlerine; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine uzanan geniş bir sağlık hizmeti sunma görevi, yetki ve sorumluluğu yüklemiştir. Bu geniş görev, yetki ve sorumluluk alanı içinde; birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini sunma, toplum sağlığı

³⁴ ALGIN/ŞAHİN/TOP, s.251.

³⁵ SÜMER, Ömer, Aile Hekimlerinin Ve Aile Sağlığı Merkezlerinin Hukuki Statüleri, https://ahef.org.tr/Detay/1551/AILE-HEKIMLERININ-VE-AILE-SAGLIGI-MERKEZLERININ-HUKUKI-STATULERI.aspx#_ftn7 (15.12.2024)

³⁶ Ülkemizde Aile Hekimliği uygulaması ilk kez 55inci Hükümet tarafından 1999 yılı Hükümet Programında, "Sağlık Reformu çalışmaları kapsamında yer alan "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarısı Taslağı" ile "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu Tasarısı Taslağı"nın bir an önce yasalaşması ihtiyacı devam etmektedir" cümlesi ile yer almıştır. Bkz. SÜMER, Ömer, Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Merkezlerinin Hukuki Statüleri, <https://ahef.org.tr/Detay/1551/AILE-HEKIMLERININ-VE-AILE-SAGLIGI-MERKEZLERININ-HUKUKI-STATULERI.aspx> (15.12.2004).

³⁷ KIZILKAYA, Ezgi, Aile Hekimliğinde Disiplin Hükümleri ve İhtar Puanları, TAAD., Y.7, S.28, Ekim 2016, s.474.

hizmetlerine yardımcı olma, sağlık hizmet sisteminin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik kayıtları tutma ve bildirimlerde bulunma, sağlık sistemi tarafından kişiye yönelik her türlü rapor, sevk evrakı³⁸ ve reçete düzenlenme gibi görevler aile hekimlerine yüklenmiştir. Bu görev, yetki ve sorumluluk alanlarının niteliği aile hekimliği birimleri tarafından sunulan hizmetleri dışsal faydası çok belirgin olan bir kamu hizmetine dönüştürmekte, aile hekimlerini de kamu görevlisi statüsüne getirmektedir³⁹.

C) AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN KURULMASI

Aile sağlığı merkezleri iki şekilde kurulabilmektedir. Aile Hekimleri iki yöntemle aile sağlığı merkezlerini kurabilirler.

Bunlardan ilki, kamuya ait binaların kiralanması yöntemidir⁴⁰. Aile hekimleri, Uygulama Yönetmeliğindeki asgari fiziki şartları haiz, öncelikle Bakanlık, Kurum veya bağlı kuruluşlara ait, sağlık hizmeti vermek amacıyla yapılan veya müdürlükçe bu amaçla kiralanmış binalarda aile sağlık merkezlerini kurarlar.

5258 sayılı Kanunun, “Kamuya ait taşınmazların kullanımı” başlıklı 4. maddesinde yer alan “*Hazine, belediye veya il özel idaresine ait taşınmazlardan **aile sağlığı merkezi** olarak kullanılması uygun görülenler, Maliye Bakanlığı, belediye veya il özel idarelerince bu amaçla kullanılmak üzere doğrudan aile hekimine kiraya verilebilir.*” hükmü ile kamuya tahsisli binalar kira sözleşmeleri ile Aile Hekimlerine kiralanmaktadır. Bu hüküm uyarınca, aile hekimlerine kiraya verilmesi uygun kamu binalarının kiraya verilmesi, 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu’nun 51/g maddesine göre gerçekleştirilmektedir.

Diğer yöntem ise, özel hukuk kişilerine ait taşınmazların kiralanmasıdır. Kamuya ait bina bulunamaması halinde, Yönetmelikteki asgari fiziki şartlara sahip özel hukuk kişilerine ait binalar, aile hekimleri tarafından 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu hükümleri çerçevesinde kiralanmaktadır. Ki-

³⁸ Sevk sistemi ile farklı hizmet sunucuları arasında sağlanan ilişki, hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanması için olanak sağlamaktadır. Sevk sistemlerinde hastaların öncelikle sevkini gerekli olup olmadığının tespiti için ilk başvuruyu birinci basamak hekimine yapmaları sistemin işlerliği açısından önemlidir. Birinci basamak hekimine yapılan ilk başvuru, hem hastalar hem de sağlık sistemleri için daha düşük maliyetle hizmet sunumu sağlayarak uzman hekim hizmetine ihtiyaç duyan hastalara, bu hizmete daha kolay ve zamanında erişebilme, birinci basamak hizmetinden daha fazla yararlanma imkânı doğurup, birinci basamağın da önemini artırmaktadır. Bkz. BULUT, Sinan/UĞURLUOĞLU, Özgür, Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi, Türk Aile Hek Derg., 22/3, 2018, s.120.

³⁹ Aile hekimlerinin kamu görevlisi niteliği ile ilgili değerlendirme için bkz. aşağıda.

⁴⁰ Geniş bilgi için bkz. SÜMER, Ömer, Aile Sağlığı Merkezi Sağlık Ocağı Değildir, <https://www.dromersumer.com/blog/aile-sagligi-merkezi-saglik-ocagi-degidir/> (15.12.2024)

ralama işlemleri sonrası, il sağlık müdürlükleri tarafından değerlendirme yapılmakta, uygun görülmesi halinde Aile Sağlığı Merkezi hizmete açılmaktadır.

Bu arada belirtmek gerekir ki, aile sağlığı merkezi aile hekimleri tarafından kurulduğu için, merkezde bulunan ve kullanılan malzemeler de aile hekimlerine aittir, kamu malı değildirler. Zira bir malın, kamu malı sayılabilmesi için, kamu tüzel kişinin mülkiyetinde olması ve kamu yararına tahsis edilmiş olması gerektir. Oysa, aile sağlık merkezinde kullanılan malzemeler aile hekimlerinin kendilerine aittir⁴¹.

Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği gereğince, Aile Hekimlerine, aile sağlık merkezi kurmak için değil, kurulmuş aile sağlık merkezi giderleri için her ay ödeme yapılması sözkonusudur.

⁴¹ Bu arada aile hekimliği uygulamasının başlaması ile birlikte sağlık ocaklarında kullanılan malzemeler aile hekimlerine mevzuat hükümleri çerçevesinde satılmıştır. Gerçekten, İl Sağlık Müdürlüklerine bağlı Sağlık Ocağı ve Verem Savaş Dispanseri gibi birimler, ülke genelinde Aile Hekimliği uygulamasının başlaması ile kapatılmıştır. Kullanılan tıbbi cihaz, tıbbi sarf malzemesi ile büro araç ve gereçlerinin büyük bir kısmı atıl hale gelmesi üzerinde, bu malların hekimlere satışı için Maliye Bakanlığından görüş istenmiştir. Maliye Bakanlığı'nın, 28/06/2010 tarih ve 08894 sayılı Taşınır Devri ve Satışı konulu yazısı ile, 5 yılını doldurmamış demirbaş malzemelerin, Aile Hekimlerine satılmasına izin verilmiştir. Böylelikle sağlık ocaklarında demirbaş kaydı olan malzemelerin aile hekimleri tarafından bedelleri ödenmek suretiyle aile sağlığı merkezlerinde kullanabilmeleri imkanı sağlanmıştır.

D) AİLE HEKİMLERİNİN İSTİHDAMI

Aile hekimlerinin istihdamı açısından 5258 sayılı Kanun iki şekilde istihdam öngörmüştür⁴². Bunlar sözleşme⁴³ ile yahut görevlendirme suretiyle çalışma şeklindedir⁴⁴.

Kanun m.3/1'e göre, "Sağlık Bakanlığı; Bakanlık veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı çalışanı olarak çalıştırılacak sağlık personelinin, kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın muvafakatı üzerine, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak çalıştırmaya veya bu nitelikteki Bakanlık personelinin aile hekimliği uygulamaları için görevlendirmeye veya aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumlarla sözleşme yapmaya yetkilidir".

Sağlık Bakanlığı aile hekimleri sözleşme imzalamak suretiyle Bakanlık bünyesindeki veya diğer kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapan hekimlerle yahut kamu görevlisi olmayan hekimlerle sözleşme imzalamak suretiyle aile hekimi ihtiyacını karşılayabilir⁴⁵.

⁴² Sağlık hizmetlerinde ikinci basamak olarak tanımlanan yataklı tedavi dışında kalan koruyucu ve ayakta tedavi hizmetleri birinci basamak olarak adlandırılmaktadır. Birinci basamakta çalışan sağlık çalışanları kapsamında bulunan aile hekimlerinin birçoğu, sağlıkta dönüşüm programı uygulanmadan önce kamu sağlık kurumlarında devlet memuru veya özel sağlık kuruluşlarında işçi statüsünde bağımlı çalışmakta idiler. Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ile birinci basamakta görev yapan hekimlerin büyük bir çoğunluğu aile hekimi olmuştur. Bunun dışında kalan toplum sağlığı merkezleri, 112 acil servis, verem savaş dispanserleri gibi birimlerde görev yapan hekimlerin hukuki statüleri ise devlet memuru olarak kalmıştır. Bu hekimler özlük hakları açısından 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na tabi olmaya devam etmektedir. Aile hekimleri ise, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun kapsamında sözleşme ile çalıştırılan sağlık personeli olarak tanımlanmıştır. Anayasa Mahkemesi'nin 21.02.2008 gün ve E.2005/10, K.2008/68 sayılı kararı ile aile hekimlerinin, Anayasanın 128. Maddesinde memurlarla birlikte anılan diğer kamu görevlileri statüsünde olduklarına hükmedilmiştir. Bunun anlamı hukuken özlük hakları kanun ile düzenlenmesi gereken kamu hizmeti görevlisi olarak kabul edilmiş olmalarıdır. Bkz. ŞİŞLİ, Zeynep, Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Dinlenme Hakkı Bağlamında Aile Hekimliği Uygulamasında Nöbet Uygulaması, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 18/3, 2014, s.166.

⁴³ Aile hekimlerinin imzalamış oldukları sözleşmelerin değerlendirilmesi için bkz. ÇAKIR, s. 117 vd.

⁴⁴ ÇAĞLAYAN, Ramazan, Aile Sağlığı Merkezi Personelinin Hukuki Statüsü, Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi, Haziran 2016, s.404 vd.; Geniş bilgi için bkz. TUAÇ, s. 161 vd.; TAŞDEMİR, s.276 vd.

⁴⁵ Belirtmek gerekir ki, kadroya bağlı olarak çalışan bir hekimin, kadroyla ilişkisi devam ederken aynı anda sözleşmeli aile hekimi statüsünde görev yapması ilginç bir durumdur. Bu düzenlemenin amacı, kadrolarının kendilerine sağladığı hukuki güvenceyi muhafaza etme imkanı sağlamak suretiyle aile hekimliğinin cazip hale getirilmesi olarak açıklanabilir. Bkz. ÇAKIR, s.120.

1. Sağlık Bakanlığı Personelinin Görevlendirme İle İstihdamı

Sağlık Bakanlığı, kendi teşkilatı içinde görev yapan sağlık personelinin (uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanı), aile hekimliği merkezlerinde görevlendirebilir. Burada kamu görevlisi (memur ya da sözleşmeli personel) bir idarî işlem olan “görevlendirme” ile aile hekimliği merkezlerinde görevlendirebilmektedir. Bu şekilde görevlendirilen personelin hukuki statüsünde bir değişiklik olmaz, kamu görevlisi olarak devam ederler⁴⁶. Bakanlık bünyesinde “sözleşmeli” olarak çalışan kişiler de, “idarî hizmet sözleşmesi” (657 SK, m.4/C) ile çalışıyorlarsa, onlar da kamu görevlisidirler. Bunların aile hekimliği merkezlerinde görevlendirilmeleri, kamu görevlisi statülerinde bir değişiklik meydana getirmez. 5258 sayılı Kanun m.3/3’e göre, “Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişkileri devam eder. Bu personelin, sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilerek her yıl işlem yapılır ve bunlar talepleri halinde eski görevlerine atanırlar. Sözleşmeli personel statüsünde çalışmakta iken aile hekimi ve aile sağlığı elemanı statüsüne geçenlerden önceki sözleşmeli personel statüsüne dönmek isteyenler, eski kurumlarındaki boş pozisyonlara öncelikle atanırlar ve bu madde kapsamındaki çalışmaları hizmet sürelerinde dikkate alınır”. Yine Kanun m.3/6’ya göre, “Sözleşmeli olarak çalışmaya başlayanların, daha önce bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarıyla ilişkileri aynı şekilde devam ettirilir. Ancak, her türlü prim, kesenek ve kurum karşılıkları bu fıkra da belirtilen ücretlerden kesilerek ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna aktarılır. Bunlar önceki durumları çerçevesinde tedavi yardımlarından yararlanmaya devam ederler”.

Buna göre, kamu görevlisi olan hekimlerin, aile hekimliğinde görevlendirilmeleri, onların statülerinin değişmesine yol açmaz, kamu görevliliği statüsü devam eder⁴⁷.

2. Sözleşmeye Bağlı İstihdam

a) Genel Olarak

Sağlık Bakanlığı kendi bünyesinde bulunan personel veya diğer kamu kurum ve kuruluşlarında bulunan personellerle sözleşme yapmak suretiyle istihdam sağlayabileceği gibi aslında kamuda çalışmayan personelle imzalayacağı sözleşmelerle de aile hekimi istihdam edebilir. Buna göre, sözleşme ile çalıştırılabilecek hekimlerin kaynağı Bakanlık veya diğer kamu görevlileri olabileceği gibi dışarıdan kamu görevlisi olmayan kişilerin istihdamı şeklinde de olabilir.

⁴⁶ ÇAĞLAYAN, s.405.

⁴⁷ ÇAKIR, s. 119.

aa) Sağlık Bakanlığı veya Diğer Kamu Personelinin Sözleşme İle Çalıştırılmaları

Sağlık Bakanlığına bağlı veya diğer kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapan hekimler: kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın muvafakati üzerine, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın aile hekimliği hizmet sözleşmesi imzalanarak çalıştırılabilirler.

Bu halde çalıştırılan hekimlerin kadrolarının bulunduğu yerden izinli sayılmaları ve kadroları ile ilişkilerinin devam ettirilmesi, bir başka ifadeyle kamu görevlisi statülerinin devam etmesi nedeniyle⁴⁸ kamu görevlisi niteliklerinde bir değişiklik olmaz⁴⁹.

bb) Kamu Personeli Olmayan Kişilerin Sözleşme İle Çalıştırılmaları

Sağlık Bakanlığının ihtiyaç duyması halinde kamu görevlisi olmayan hekimler de aile hekimi olarak sözleşme ile istihdam edilebilirler⁵⁰. 5258 sayılı Kanun m.302'ye göre, "... İhtiyaç duyulması halinde, Türkiye'de mesleğini icra etmeye yetkili ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı çalışanları; Sağlık Bakanlığının önerisi, Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine sözleşme yapılarak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları altmış beş yaşına kadar çalıştırılabilir".

Üzerinde durulması gereken husus, Bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşlarında çalışmayan ancak sözleşme ile aile hekimi olarak istihdam edilen kişilerin hukuki statülerinin ne olduğudur? Bir başka ifadeyle dışarıdan aile hekimi hizmet sözleşmesi ile istihdam edilenler de kamu görevlisi sayılırlar mı?

Buradaki hukuki statünün belirlenmesi Bakanlık ile personel arasındaki sözleşmenin hukuki niteliğine bağlıdır. Sözleşme özel hukuk sözleşmesi ise, personel kamu görevlisi statüsünde olmayacak ve özel hukuka tabi olacak-

⁴⁸ ÇAKIR, s.119; ÇAĞLAYAN, s.405

⁴⁹ Mevzuat düzenlemesi de bunu gerektirir. Gerçekten, 5826 sayılı Kanun m.3/3'e göre, "Sözleşmeli personel statüsünde çalışmakta iken aile hekimi ve aile sağlığı elemanı statüsüne geçenlerden önceki sözleşmeli personel statüsüne dönmek isteyenler, eski kurumlarındaki boş pozisyonlara öncelikle atanırlar ve bu madde kapsamındaki çalışmaları hizmet sürelerinde dikkate alınır". Yine Kanun m.3/6'ya göre, "Sözleşmeli olarak çalışmaya başlayanların, daha önce bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarıyla ilişkileri aynı şekilde devam ettirilir. Ancak, her türlü prim, kesenek ve kurum karşılıkları bu fıkra da belirtilen ücretlerden kesilerek ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna aktarılır. Bunlar önceki durumları çerçevesinde tedavi yardımlarından yararlanmaya devam ederler".

⁵⁰ Aile hekimliği hizmetlerinin kamu görevlisi olmayan hekimler tarafından yürütülmesinin mümkünlüğü ile ilgili bkz. ÇAKIR, s.121 vd.

tır. Şayet sözleşme idarî nitelikte bir sözleşme ise (idarî hizmet sözleşmesi), personel de kamu görevlisi statüsünde olacak ve kamu hukuku kurallarına tabi olacak demektir. Bu durumda aile sağlığı merkezinde çalışan personel ile Bakanlık arasındaki sözleşmenin niteliğinin belirlenmesi önem arz etmektedir⁵¹. İdarenin yapmış olduğu bir sözleşmenin “idarî sözleşme” mi, yoksa “özel hukuk sözleşmesi” mi olduğunun tespitinde öncelikle kanuna bakılır (teşrii kıstas). Kanunda bir açıklık yoksa içtihatla geliştirilen kıstasa (içtihadî kıstas) bakılır. Aile sağlığı merkezinde istihdam edilen personelle yapılan sözleşmenin hukuki niteliği konusunda kanuni bir düzenleme bulunmadığına göre, içtihatla geliştirilen kıstaslara göre bir neticeye varılacak demektir. Buna göre, üç kıstas üzerinde durularak tesbit yapılabilir. Bunlardan ilki, sözleşme taraflarından birinin idare olmasıdır ki, burada bu şart sağlanmaktadır. Sonra sözleşmenin kamu hizmetinin yürütülmesi olması gerekir ki, sağlık hizmetlerinin yürütümünün de kamu hizmeti olduğu açıktır. Kamu hizmeti, devlet ya da diğer kamu tüzelkişileri tarafından ya da bunların denetim ve gözetimleri altında, ortak ihtiyaçlarını karşılamak ve kamu yararını sağlamak için topluma sunulmuş bulunan sürekli ve düzenli etkinliklerdir⁵². Yine kamu hizmeti, toplumun ortak, genel ve sürekli bir ihtiyacının, kamu tüzel kişilerin veya onların sıkı denetim ve gözetimi altında özel hukuk kişilerin karşılanması şeklinde tanımlanabilir⁵³. Toplumsal yaşamın zorunlu ihtiyaçlarından olan düzenlilik ve süreklilik isteyen sağlık hizmeti de niteliği gereği kamu hizmeti olarak değerlendirilmektedir. Bir başka ifadeyle, aile sağlığı merkezinde yürütülen faaliyet, kamu hizmetidir⁵⁴.

Anayasa Mahkemesi de 21.02.2008 tarih ve 2005/10, 2008/63⁵⁵ sayılı kararında, aile hekimliğinin bir kamu hizmeti olduğuna vurgu yapmıştır. Gerçekten, “...Kamu hizmeti, geniş tanımıyla, devlet ya da diğer kamu tüzelkişileri tarafından ya da bunların denetim ve gözetimleri altında, ortak gereksinimleri karşılamak ve kamu yararını sağlamak için topluma sunulmuş bulunan sürekli ve düzenli etkinliklerdir. Toplumsal yaşamın zorunlu gereksinimlerinden olan düzenlilik ve süreklilik isteyen sağlık hizmeti de niteliği gereği kamu hizmeti olarak değerlendirilmektedir. 5258 sayılı Yasa’ya göre aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarınca sunulacak hizmetler, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir. Sağlık Bakanlığı’nın, aile hekimliği hizmetlerini, pilot olarak belirleyeceği illerde görevlendireceği ya da sözleşmeli olarak çalıştıracığı personel eliyle yürütmesi, bu hiz-

⁵¹ ÇAĞLAYAN, s.406.

⁵² ÇAKIR, s.122.

⁵³ ÇAĞLAYAN, s.408; ÇAKIR, s.122; TUAÇ, s.187.

⁵⁴ Geniş bilgi için bkz. ÇAĞLAYAN, s.407 vd.; ALPER/YAYGIN, s.140.

⁵⁵ 07.11.2008 t. ve 27047 Sayılı Resmi Gazete.

metlerin niteliği itibarıyla belli bir düzenlilik içinde sunulması gereken, kişilerin ve dolayısıyla aile ve toplumun varlığı ve huzuru yönünden vazgeçilmez, ertelenemez ve ikame edilemez hizmetler olması, aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının bu hizmetleri kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda ve tam gün çalışma esasına göre sunulmaları, aile hekimliği pilot uygulamasına geçilen illerde bu hizmetlerin ücretsiz olarak verilmesi, kişilerin bu sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerinin aile hekimlerine kayıt olmalarına bağlı olması ve bu illerde aile hekimliği kapsamındaki hizmetlerin sadece aile hekimlerince sunulması, birinci basamakta düzenlenmesi öngörülen her türlü reçete, rapor ve sevklerin ve diğer resmi belgelerin, aile hekimleri tarafından düzenlenmesi, birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına sevklerin aile hekimlerince yapılması, sözleşmeli çalışacak aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının idare ile imzalayacakları sözleşmenin idari hizmet sözleşmesi niteliğinde bulunması, sözleşmeli aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının ücretlerinin idareye ödenmesi, aile hekimlerinin düzenledikleri tüm kayıt, evrak ve belgelerin resmi kayıt ve evrak niteliğinde olması, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının mevzuat ve sözleşmeye uygunluk ve diğer konularda, Bakanlık, ilgili mülki idare ve sağlık idaresinin denetimine tabi olmaları, görevleriyle ilgili ya da görevleri başında işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda Devlet memuru gibi kabul edilmeleri gözetildiğinde, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarınca sunulacak olan aile hekimliği hizmetlerinin, Devletin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğu kamu hizmetinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler olduğu açıktır.

Bu durumda, ihtiyaç duyulması halinde, Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili ve 657 sayılı Yasa’nın 48. maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları, Sağlık Bakanlığı’nın önerisi, Maliye Bakanlığı’nın uygun görüşü üzerine idari hizmet sözleşmesi yapılarak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere çalıştırılabileceklerdir. Bu şekilde çalıştırılanlar Anayasa’nın 128. maddesinde yer alan “diğer kamu görevlisi” kapsamında olduğundan, iptali istenen kural Anayasa’ya aykırılık oluşturmamaktadır.”

İdari sözleşme sayılması için bir sözleşmede üçüncü ve son unsur olarak idareye özel hukuku aşan üstün yetkilerin verilmesi aranır ki⁵⁶, burada bu yetkiler de Sağlık Bakanlığına verilmiştir⁵⁷. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığı

⁵⁶ ÇAĞLAYAN, s.410.

⁵⁷ Aile hekimliği hizmetinin esasları 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununun 5. maddesinde düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın, aile hekimliği hizmetlerini, görevlendireceği ya da sözleşmeli olarak çalıştıracığı personel eliyle yürütmesi, bu hizmetlerin niteliği itibarıyla belli bir düzenlilik içinde sunulması, bu hizmetin vazgeçilmez, ertelenemez ve ikame edilemez hizmetler olması, bu hizmetlerin devamlı olarak belli bir mekânda ve tam gün çalışma esasına göre sunulması, bu hizmetlerin olarak verilmesi, kişilerin bu sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerinin aile hekimlerine kayıt olmalarına bağlı olması, birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına sevklerin aile

ile aile hekimleri arasında akdedilen sözleşmelerin niteliği, idari sözleşme olarak kabul edilebilir^{58 59}.

hekimlerince yapılması, sözleşmeli aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının ücretlerinin idarece ödenmesi, bu personelin Bakanlık, ilgili mülki idare ve sağlık idaresinin denetimine tabi olması, görevleriyle ilgili ya da görevleri başında işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda Devlet memuru gibi kabul edilmesi göz önüne alındığında, idareye hayli üstün yetkilerin verildiği de görülmektedir. Bkz. ÇAĞLAYAN, s.410-411b

⁵⁸ ÇAĞLAYAN, s.411; TAŞDEMİR, s.277; TUAÇ, s.192-193. Yargıtaya göre de, “Somut olayda, davacının davalı Bakanlığa ait Aile Sağlığı Merkezi işyerinde, 5258 Sayılı Kanun’un 3. hemşire) ikinci fıkrası uyarınca açıktan atamayla sağlık memuru (hemşire) olarak çalıştığı hususu tartışmasıdır. Davacının sözleşmeli personel olarak görev yaptığı ve işçi sayılamayacağı anlaşılmaktadır. Taraflar arasında akdedilmiş bulunan idari sözleşmeye dayalı uyumsuzluğun çözümünün iş mahkemesinin görev alanına girmediği anlaşılmakla; anlaşmazlığın çözüm yeri idari yargı olduğundan, davanın yargı yolunun caiz olmaması sebebiyle usulden reddi gerekirken, esasa girilerek karar verilmesi hatalı olup bozmayı gerektirmiştir”, Yarg. 9.HD., 12.02.2024, 2023/18129, 2024/1947.

⁵⁹ Yargıtay 3. Hukuk Dairesi, önüne gelen bir olayda aile hekimlerinin sözleşmelerini niteliğinin belirlenmesi gerektiğine karar vermiştir. Gerçekten, “Davacı, Merkezi Nüfus İşletim Sisteminde ölü olduğu halde Aile Hekimliği Bilgi Sisteminden silinmemiş ölü kayıtlar nedeniyle aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına öngörülmediği halde ödeme nedeniyle aile hekimi olan davalıdan fazla yapılan ödemenin tahsilini talep etmiştir. Dava, aile hekimi olan davalıya fazladan yapıldığı ileri sürülen Ödemenin haksız iktisap hükümlerine göre istirdadı istemine ilişkindir. Mahkemece; sebepsiz zenginleşmeden kaynaklanan alacak davalarının bir yıllık zamanaşımı süresi içerisinde açılması gerektiği, bir yıllık sürenin ise davacı kamu idaresinin alacakta haklı olduğunu öğrendiği tazmin raporu ile başladığı, sebepsiz zenginleşmeye dayalı bu davanın ise bir yıllık sürenin geçmesinden sonra açıldığı gerekçesiyle, davanın zamanaşımı nedeni ile reddine karar verilmiştir. Ancak, aile hekimliği ile ilgili yasal düzenlemenin irdelenmesi gerekir. Aile hekimliği uygulamasına geçiş süreci esaslarını belirleyen Aile Hekimliği Kanunu’nda Sağlık Bakanlığı; Bakanlık veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanı olarak çalıştırılacak sağlık personelinin, kendilerinin talebi ve kuramlarının veya Bakanlığın muvafakati üzerine, 657 S.K. ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak çalıştırmaya veya bu nitelikteki Bakanlık personelinin aile hekimliği uygulamaları için görevlendirme veya aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumlarla sözleşme yapma yetkisi verilmiştir. Aile sağlığı elemanları, aile hekimi tarafından belirlenen ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülen, kuramlarınca da muvafakati verilen Bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşları personeli arasından seçilir ve bunlar sözleşmeli olarak çalıştırılır. Bu suretle eleman temin edilememesi halinde, Sağlık Bakanlığı, personelinin bu hizmetler için görevlendirebilecektir. Sağlık Bakanlığı; uzman hekim ve hekimleri, sözleşme yaparak veya görevlendirme yoluyla aile hekimi olarak çalıştırabilme imkanı vardır. Bu durumda, uyumsuzluğun sağlıklı bir şekilde çözüme kavuşturulması için; davalı aile hekiminin, mevcut kadrosunda sözleşmeli olarak mı, yoksa görevlendirme ile çalışmakta olduğunun belirlenmesi gerekmektedir. Mahkemece; bu yönde bir araştırma yapılmadan davanın esası hakkında hüküm tesis edilme yoluna gidilmiştir. Mahkemece; öncelikle davalı aile hekiminin, davaya konu edilen dönemde sözleşmeli olarak mı, yoksa görevlendirme ile hizmet verdiğinin açıklığa kavuşturulması, ondan sonra borcun kaynağının sözleşmeye mi yoksa sebepsiz zenginleşmeye mi dayalı olduğunun ve buna bağlı olarak zamanaşımı süresinin ve başlangıcının belirlenmesi suretiyle ulaşılabilecek sonuca göre bir karar verilmesi gerekir” Yarg.3. HD., 13.05.2013, 5979/7868

Aile hekimlerinin kamu görevlisi sayılmalarının bir kısım sonuçları vardır. Buna göre idari hizmet sözleşmeleri iptal davasına konu olabilir. Disiplin⁶⁰, hukuki ve ceza sorumluluk açısından kamu görevlileri için öngörülen hukuki rejime tabi olunur⁶¹. Nitekim, 7456 sayılı Kanun m.13 ile Aile Hekimliği Kanununa eklenen fıkra ile “Sözleşmeli aile hekimleri ve sözleşmeli dış hekimleri ile aile sağlığı çalışanları hakkında uygulanacak disiplin cezalarında bu Kanun ile ilgili düzenlemeler dışında, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun ilgili maddelerine göre işlem yapılır. Aylıktan kesme cezası, kişinin brüt ücretinin 1/30-1/8 arasında kesinti yapılması şeklinde, bu Kanunun 3 üncü maddesinin ikinci fıkrasının son cümlesi kapsamında çalışanlar için kademe ilerlemesinin durdurulması cezası brüt ücretinin 1/6-1/4 arasında kesinti yapılması şeklinde uygulanır. Devlet memurluğundan çıkarma cezası sözleşmenin feshini gerektirir”, düzenlemesi ile aile hekimlerinin sorumluluklarında Devlet Memurları Kanunu’na yapılan atıf Anayasa Mahkemesince hukuka uygun bulunmuştur. Bir başka ifadeyle, Anayasa Mahkemesi eklenen fıkrayı Anayasaya aykırı bulmamıştır⁶². Ayrıca kamu görevlisi sayılmanın bir sonucu olarak da tabip odalarına kayıt zorunluluğu bulunmamaktadır. Aile hekimlerinin tabip odalarına kaydolmaları ihtiyaridir⁶³.

b) Aile Hekimi Hizmet Sözleşmesi

aa) Genel olarak

Aile hekimleri için Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği ekinde EK-1, tip sözleşme hazırlanmıştır. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmelik m.7 vd. hükümleri çerçevesinde sözleşmeye ilişkin temel esaslar şöyle sıralanabilir:

- Sözleşmeleri, Bakanlık adına imzalamaya ve sona erdirmeye vali yetkilidir. Vali sözleşme yapma yetkisini il sağlık müdürüne devredebilir.
- Sözleşmenin süresi ve dönemi iki mali yıldır.
- Sözleşme dönemi bitmeden başka bir aile hekimliği birimine yerleşen aile hekimi ile yeni sözleşme imzalanmaz. Yeni birimdeki görev, mevcut sözleşme doğrultusunda yürütülür (Yönetmelik m.6).
- Sözleşme düzenlenmesinin gerektirdiği her türlü giderler Bakanlıkça karşılanır.

⁶⁰ Geniş bilgi için bkz. DOĞRU, s.77 vd.

⁶¹ ÇAĞLAYAN, s.412; ÇAKIR, s.125 vd.

⁶² AYM., 25.12.2024, 90/233, 12.03.2025 t. ve 32839 sayılı Resmi Gazete.

⁶³ ÇAĞLAYAN, s.414.

- Sözleşme süresi sonunda görevine devam etmek isteyen aile hekimi ve aile sağlığı çalışanının sözleşmeleri; gebe, lohusa, bebek-çocuk izlemleri, bağışıklama, kronik hastalık tarama ve izlemleri, kanser taramaları gibi koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri kapsamında Bakanlıkça belirlenecek ve her sözleşme dönemi öncesinde ilan edilecek göstergelerden aile hekimliği biriminin aldığı toplam puanın yine Bakanlıkça belirlenecek ve her sözleşme dönemi öncesinde ilan edilecek gösterge hedef puanına eşit olması ya da hedef puanı geçmesi halinde yenilenir.
- Göstergeler ve/veya hedef puanlar, bölgesel olarak belirlenebilir. Bu değerlendirme bir sözleşme döneminde altı ay ve üzeri çalışan sözleşmeli aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı için uygulanır.
- Askeralma Kanununa istinaden bedelli askerlik yapmak üzere pozisyonlarının korunması talebinde bulunanların sözleşmesi sona erdirilir ve terhis tarihini takip eden beş iş günü içerisinde ayrılmadan önce çalıştığı aile hekimliği biriminde sözleşme imzalayarak göreve başlatılır.

bb) Sözleşmenin Sona Ermesi

Aile hekimi hizmet sözleşmesinin sona erme halleri, Aile Hekimliği Sözleşme Ve Ödeme Yönetmeliği'nde ayrıntılı bir biçimde düzenlenmiştir. Öncelikle olarak sözleşmenin kendiliğinden sona ereceği haller ile aile hekimi tarafından sonlandırılması şeklinde bir düzenlemeye yer verilmiştir.

AHSÖY.m.8, sözleşmenin kendiliğinden sona ereceği durumları düzenlemiştir. Buna göre, "(1) Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanının sözleşmesi, aşağıdaki hallerde herhangi bir işleme gerek kalmaksızın kendiliğinden sona erer:

a) Ölüm halinde.

b) Tabi olduğu mevzuata göre zorunlu olarak emekli olma yaşını doldurması halinde.

c) 657 sayılı Kanunun 48 inci maddesinin birinci fıkrasının (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerinde yer alan şartlar ile bu Yönetmelikte belirtilen şartları taşınmadığının veya bu şartların sonradan kaybedilmiş olduğunun tespit edilmesi.

Ç) Çalışanın kadrosu veya pozisyonundan istifa etmesi.

d) Sağlık sebebiyle yüz seksen günü aşan süreyle görevini ifa edememesi.

e) Gözaltına alınma, tutuklanma, hükümlülük veya 8/3/2012 tarihli ve 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun kap-

samında uzaklaştırma kararı verilmesi nedeniyle görevi başında bulunamama süresinin sekiz haftayı aşması.

f) Görevi başında bulunduğu halde entegre sağlık hizmetlerinde mazeretli olup olmadığına bakılmaksızın beş defa nöbet görevini yerine getirmediğinin/getiremediğinin tespit edilmesi”.

Yine AHSÖY m.9, sözleşmenin aile hekimi tarafından sona erdirilebileceği halleri de şöyle belirlemiştir. Yönetmelik m.9’a göre, “(1) Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri veya aile sağlığı çalışanları askerlik, doğum, emeklilik ve sair sebeplerle iki ay önceden bildirmek kaydıyla sözleşmenin sona erdirilmesini talep edebilirler. Müdürlük, şartların uygun olması durumunda, iki aylık süreyi beklemeden sözleşmenin sona erdirilmesini kabul edebilir. Müdürlüğün sözleşmenin sona erdirilmesi talebini kabul etmemesi halinde, iki aylık süreyi doldurmadan görevden ayrılan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı, bir yıl süreyle sözleşmeli aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı olmak üzere başvuruda bulunamaz.

(2) Aile sağlığı çalışanları, sözleşme imzaladığı aile hekiminin görevinden ayrılması veya yer değiştirmesi durumunda, bu sebeple sözleşmesini sona erdirmek istemesi durumunda birinci fıkranın üçüncü cümlesi hükmü uygulanmaz”.

Bu arada disiplin işlemleri ve görevden uzaklaştırma da Yönetmelik m.10’da öngörülmüştür.

E) AİLE HEKİMLERİNDE BULUNMASI GEREKEN ŞARTLAR

Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği (AHSÖY.) m.5 aile hekimlerinde bulunması gereken şartları belirlemiştir. Gerçekten Yönetmelik m.5’e göre, “(1) Sözleşmeli olarak çalıştırılacak aile hekiminin;

a) 657 sayılı Kanunun 48 inci maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerinde belirtilen şartları taşımaları,

b) 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 17 nci madde hükmü saklı kalmak kaydı ile 65 yaşını doldurmamış olmaları,

c) Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili, tıpta uzmanlık eğitimi mevzuatına göre aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan diğer uzman tabip ve tabip olmaları, gereklidir”.

Buna göre, Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili olup tıpta uzmanlık eğitimi mevzuatına göre aile hekimliği uzmanı olanlar ile Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan diğer uzman tabip ve tabipler aile hekimi olabilirler⁶⁴.

Sözleşmeli olarak çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48’inci maddesinin (A) bendinde

⁶⁴ Geniş bilgi için bkz. TUAÇ, s.151 vd.

yer alan düzenlemelere göre kamu haklarından mahrum bulunmamaları, Türk Ceza Kanununun 53 üncü maddesinde belirtilen süreler geçmiş olsa bile; kasten işlenen bir suçtan dolayı bir yıl veya daha fazla süreyle hapis cezasına ya da affa uğramış olsa bile devletin güvenliğine karşı suçlar, Anayasal düzene ve bu düzenin işleyişine karşı suçlar, zimmet, irtikâp, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, güveni kötüye kullanma, hileli iflas, ihaleye fesat karıştırma, edimin ifasına fesat karıştırma, suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini aklama veya kaçakçılık suçlarından mahkûm olmamaları ile görevini devamlı yapmasına engel olabilecek akıl hastalıklarının bulunmaması şarttır (5258 sayılı Kanun m.3).

Aile Hekimliği Kanunu ile hekimlerinin altmış beş yaşına kadar çalıştırılabilmelerine izin vermiştir (AHK.m.3/2 son cümle). Bu arada belirtelim ki, Kanunda çalıştırılabilme yaşı için altmış beş yaşına kadar çalışmalara izin verilirken Yönetmelik bunu altmışbeş yaşın doldurulması olarak düzenlemiştir. Bu husus aslında bir çelişkidir.

Yine, 5286 sayılı Kanun m.3/16/ya göre, *“Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi, aile dış hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının eski kadro veya pozisyonlarına atanabilmeleri için sözleşmelerinin Devlet memurluğundan çıkarma cezasını gerektiren fiilleri nedeniyle sona ermemiş olması gerekir”*.

F) AİLE HEKİMLERİNİN GÖREVLERİ

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği m.4 aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemiştir. Buna göre; aile sağlığı merkezlerini yönetme, birlikte çalıştığı kişileri eğitime ve denetleme yanında kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunan aile hekimine 17 ayrı görev ve sorumluluk konusu yüklenmiş, ayrıca kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak” gibi ucu açık bir görev alanı da belirlenmiştir⁶⁵

Gerçekten AHUY.m.4’e göre, *“(1) Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.*

(2) Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

(3) Aile hekiminin Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

⁶⁵ ALPER/YAYGIN, s.133

- a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak.
- b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.
- c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.
- ç) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.
- e) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.
- f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.
- g) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- ğ) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.
- h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.
- ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.
- i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.
- j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.
- k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.
- l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.
- m) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.
- n) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak”

G) AİLE HEKİMLERİNİN ÜCRETLERİ VE HEKİMLERE YAPILACAK ÖDEMELER

Aile hekimlerinin ücretlerine ilişkin düzenleme, Aile Hekimliği Kanunu m.3'te düzenleme altına alınmıştır. Kanun m.3'e göre, "...Kadroya bağlı olarak veya sözleşmeli personel pozisyonlarında görev yapan personelden Sağlık Bakanlığınca aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı olarak görevlendirilenlere, 209 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kuruluşları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun uyarınca ek ödeme yapılmaz. Bunlara, aylıklarına ve ücretlerine ilaveten, çalıştıkları günler dikkate alınarak aşağıdaki fıkrada belirlenen miktarların yarısını aşmamak üzere tespit edilecek tutarda ödeme yapılır.

Sözleşme yapılan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarına, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenen en yüksek brüt sözleşme ücretinin aile hekimi için (6) katını, aile sağlığı çalışanı için (1,5) katını aşmamak üzere tespit edilecek tutar, çalışılan ay sonuçlarının ilgili sağlık idaresine bildiriminden itibaren onbeş gün içerisinde ödenir. Aile hekimlerine ve aile sağlığı çalışanlarına ihtiyaç hâlinde, 657 sayılı Kanunun ek 33 üncü maddesinde belirtilen yerlerde haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında nöbet görevi verilir. Bunlara entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde artırımlı ücretten yararlananlar hariç olmak üzere, 657 sayılı Kanunun ek 33 üncü maddesi çerçevesinde nöbet ücreti ödenir...

Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının durumları ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmak suretiyle yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde; çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, Bakanlıkça karşılanmadığı takdirde aile sağlığı merkezi giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları, belirlenen standartlar çerçevesinde sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, takibi ve kontrolündeki başarı oranı gibi kriterler esas alınır. Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin % 20'sine kadar indirim yapılır. Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti, aile sağlığı merkezi giderleri ve gezici sağlık hizmetleri ödemelerinden Damga Vergisi hariç herhangi bir kesinti yapılmaz. Aile hekimlerince talep edilen tetkik ve sarf malzemelerinin giderleri halk sağlığı müdürlükleri tarafından hak sahiplerine ayrıca ödenir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumların; her bir araştırma görevlisi/asistan başına azamî kayıtlı kişi sayısı 4000 kişiyi aşmamak ve her kayıtlı kişi başına (görev yapacak araştırma görevlisi/asistan sayısı da esas alınmak suretiyle) aylık beş Türk Lirasından fazla olmamak üzere belirlenecek tutar, çalışılan aya ait sonuçların ilgili sağlık idaresine bildiriminden itibaren onbeş gün içinde ilgili döner sermaye mevzuatı hükümlerine tabi tutulmaksızın döner sermaye işletme-

lerinde bu amaçla açılacak olan hesaba yatırılır. Bu tutarı üç katına kadar artırmaya Cumhurbaşkanı yetkilidir. Kayıtlı kişi başına belirlenen tutar, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenen en yüksek brüt sözleşme ücretinin artışı oranında artırılabilir. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulanması hâlinde ödeme tutarının % 20'sine kadar indirim yapılır...”.

Kanunda esasları belirlenmiş ücret ve ödemelere ilişkin ayrıntılı düzenleme, Aile Hekimliği Sözleşme Ve Ödeme Yönetmeliği'nde yapılmıştır.

Buna göre, aile hekimine çalışılan gün sayısına göre ödeme yapılır (AHSÖY.m.18 vd.). Aile hekimlerine yapılacak ödemeler çalışılan ay sonuçlarının müdürlüğe bildiriminden itibaren on beş gün içinde yapılır (AHSÖY.m.24).

Baştan belirtmekte yarar vardır ki, aile hekimlerine yapılacak ücret ödemeleri çok karışık ve karmaşık bir biçimde belirlenmiştir.

Aylıkların içerisinde şu hususlar bulunur (AHSÖY.m.18):

1. Kayıtlı Kişiler İçin Ödenecek Ücret: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine yapılacak ödemelerin hesaplanmasında, görev tanımlarında verilen hizmetler için aşağıdaki esaslara göre ödeme yapılır:

- Kayıtlı kişiler karşılığı alınan ücretler: kişinin gebe, lohusa, cezaevinde tutuklu, hükümlü olması çalışılan yerin nüfus özellikleri, 65 yaş üstünde bulunan sayısı gibi kriterlerle bu miktar belirlenir. Altı ay içinde birime müracaat edilmemesi durumunda nüfus grupları için yarı oran esas alınır.
- Ücret ödenirken 3.500 kişiye kadar ödeme yapılmaktadır.
- Bununla birlikte nüfus ve coğrafi yapı katsayıda dikkate alınır.
- Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde grup kişi sayısı tutulan nöbet sayısı ile belirli bir katsayı karşısında çarpılır.
- Kayıtlı kişilerin hipertansiyon, diyabet, kanser ve obezite gibi hastalıkların taranması, takibi ve takip sonucunda meydana gelen değişim oranları ile vaka yönetimine göre belirli bir katsayı uygulanır.
- Aile hekimlerine, halk sağlığının geliştirilmesine destekleri, halkın birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmaları ve düzenli hizmet sunumuna katkıları nispetinde ödüllendirilmeleri ve motivasyonlarının sürdürülmesi amacıyla destek ödemesi yapılır. Bu ödemede disiplin cezası alınması halinde kesilme de söz konusudur.
- Yine günlük muayene sayısı, bunun hedef muayene sayısını aşp aşmaması halinde belirli oranda ödeme söz konusudur. Aile hekimliği birimlerindeki kayıtlı kişilerin yıl içerisinde ikinci veya üçüncü

basamak sağlık birimlerine başvurmaları halinde bir önceki yılla orantısına bakılarak belirli oranda katsayı uygulanır.

- Aile hekiminin memnuniyet oranının yüksekliği alacağı ücrete de yansıtılmaktadır.
- Ayrıca akılcı ilaç kullanımının bulunulan il oranının altında olması halinde ücrette teşvik ödemesi sözkonusudur.

2. Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti: Aile hekimine çalıştığı yerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi dikkate alınarak belirli oranda ödeme yapılır.

3. Aile sağlığı merkezi giderleri: Aile hekimine hizmet verdiği merkezin kira, elektrik, su yakıt, telefon, internet vs. giderleri için bir ödeme yapılıdır.

4. Gezici sağlık hizmeti giderleri: Bu arada aile hekiminden yapılacak kesintiler Yönetmelik m.20’de ayrıntılı olarak düzenlenmiştir. Buna göre, aylık başarı oranındaki düşüklük aile hekimine yapılacak ödemelerden de esasları Yönetmelikte belirlenen şekilde kesintiye yol açar.

H) AİLE HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA SAATLERİ

Aile hekimleri tam gün esasına dayalı olarak ve acil haller hariç, haftada 40 saatten az olmamak kaydı ile Bakanlıkça belirlenen kıstaslar çerçevesinde ilgili aile hekiminin talebi ve o yerin sağlık idaresince onaylanan çalışma saatleri içinde yerine getirilir. Gerçekten, AEK.m.5/2’ye göre, “Acil haller hariç, haftada kırk saatten az olmamak kaydı ile Bakanlıkça belirlenen kıstaslar çerçevesinde ilgili aile hekiminin talebi ve o yerin sağlık idaresince onaylanan çalışma saatleri içinde yerine getirilir. Bakanlıkça belirlenen aile sağlığı merkezlerinde çalışma saatleri dışında, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları ile gerektiğinde Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları personeline nöbet görevi verilebilir...”.

Aile hekimlerinin çalışma saatlerine ilişkin hususlar Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde ayrıntılı bir biçimde düzenlenmiştir. Buna göre, mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin şartları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak aile hekimi tarafından teklif edilir ve müdürlükçe uygun görülmesi halinde onaylanır. Yapılacak ev ziyaretleri ve gezici/yerinde sağlık hizmetleri çalışma süresine dâhil edilir. Çalışılan günler ve saatler aile sağlığı merkezinin dış levhasının yakınında ve görülecek bir yerine asılarak kişilerin bilgilendirilmesi sağlanır. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalıştırılabilirler. Aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına ihtiyaç hâlinde haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında nöbet görevi ücret karşılığı ödenmek suretiyle verilebilir. Nöbet tutulması durumunda ayrıca bir nöbet izni verilmez. Bunlara entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde artırımlı ücretten ya-

rarlananlar hariç olmak üzere, nöbet ücreti ödenir. Nöbete ilişkin planlama aile hekimliği uygulamasında aksamaya mahal vermeyecek şekilde yapılır ve hafta içi sekizer saat hafta sonu ise on altı saatten fazla olmamak üzere haftalık 30 saatten fazla nöbet tutturulamaz. Aile hekimliği çalışanlarına tuttukları nöbetler karşılığında ilgili kurumlarca nöbet ücreti ödenir. İhtiyaç halinin tespiti, illerin sağlık personeli doluluk oranı, nüfus, coğrafi koşulları, sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri, nöbet tutulacak sağlık tesisinin il veya ilçe merkezine uzaklığı gibi kriterler göz önünde bulundurulmak suretiyle Bakanlık tarafından belirlenir (AHUY.m.10)⁶⁶.

İ) AİLE HEKİMLERİNİN İZİN HAKLARI

Aile Hekimliği Kanunu m.3/12'ye göre, *"Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının yıllık izinleri, yıl içinde çalışılan süre ile orantılı olmak ve ait olduğu sözleşme döneminde kullanılmak üzere otuz gündür. Ayrıca beş gün kongre ve seminer izni ile yıllık izin bitiminden sonra mazeretleri nedeniyle beş gün idari izin verilebilir. Evlenme, ölüm, doğum ve emzirme hâllerinde, 657 sayılı Kanunun 4/B maddesi kapsamındaki sözleşmeli personele ilişkin izin süreleri uygulanır. Hastalık durumunda, bir mali yılda en çok on günlük dönemler halinde toplam kırk güne kadar hekimin uygun görmesiyle hastalık izni verilebilir. Bir defada on günü aşan hastalık izni ancak sağlık kurulu raporu ile verilebilir. Sözleşmeli aile hekimi iken aile hekimliği uzmanlık eğitimi almakta olanlar, bu eğitimleri kapsamındaki hastane rotasyonu süresince izinli sayılır"*.

Bu arada belirtelim ki, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (AHUY), aile hekimlerinin izin haklarına ilişkin sözleşmeli olup olmamalarına göre bir ayrıma gitmiştir. Yönetmelik m.11'e göre, *"(1) Sözleşme ile çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları; yıllık, mazeret ve hastalık izinlerini 24/12/2010 tarihli ve 2010/1237 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte⁶⁷ belirtilen hükümler çerçevesinde kullanırlar.*

⁶⁶ Önceki Yönetmelik hükmü dönemine ilişkin bkz. ŞİŞLİ, s.166.

⁶⁷ Madde metninde yer alan Yönetmelik yürürlükten kaldırılmış olup, bu Yönetmelik yerine yürürlüğe konan, Aile Hekimliği Sözleşme Ve Ödeme Yönetmeliği m.13'e göre, *"(1) Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının yıllık izinleri, bir mali yılda otuz gündür. Mali yıl başladıktan sonra sözleşme imzalayarak göreve başlayan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanına, mali yıl sonuna kadar çalışacakları sürenin bir yıllık çalışma süresine oranının yıllık izin süresi ile çarpılması suretiyle bulunacak süre kadar yıllık izin verilir. Hesaplama kesirler tama iblağ edilir. Bir sözleşme döneminde birinci mali yılda kullanılmayan yıllık izinler ikinci mali yıla aktarılabilir, ancak bir sözleşme dönemi içerisinde kullanılmayan yıllık izinler sonraki sözleşme dönemine aktarılamaz. Ayrıca beş gün kongre ve seminer izni ile yıllık izin bitiminden sonra mazeretleri nedeniyle beş gün idari izin verilebilir. Evlenme, ölüm, doğum ve emzirme hâllerinde, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendi kapsamındaki sözleşmeli personele ilişkin*

(2) Sözleşmeli olmayan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları, aile hekimliği hizmeti verdikleri müddetçe, izinler bakımından asli statülerine ilişkin mevzuata tâbidir”.

Buna göre, sözleşmeli aile hekimlerinin izinlerini, yıllık izin, kongre ve seminer izni, mazeret izni (çeşitli nedenler, evlenme, ölüm, doğum ve emzirme hallerinde izin), hastalık izni ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi izni olmak üzere belirlemek mümkündür.

Sözleşmeli aile hekimlerinin sözleşme dönemi içindeki yıllık izin hakkı yıl içinde çalışılan süre ile orantılı olmak ve ait olduğu sözleşme döneminde kullanılmak üzere otuz gündür. Aile hekimi hizmet sözleşmesinin süresi ise iki mali yıldır (Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, m.6/4). 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu uyarınca Mali Yıl, Takvim Yılıdır. Yani, 1 Ocak günü başlar ve 31 Aralık günü sona erer. Buna göre, 1 Ocak 2025 günü sözleşme imzalayan aile hekiminin yıllık izin hakkı 30 gündür. Ocak dışında sözleşme imzalanması halinde ona göre orantılı izin hakkı verilir. Mali yıl başladıktan sonra sözleşme imzalayan aile hekiminin yıllık izin hakkı, mali yıl sonuna kadar çalışacağı süreye oranlanarak hesaplanır.

Aile hekiminin kongre ve seminer izni, beş gündür. Talep edilirse yıllık izin-den veya kongre ve seminer izninden sonra beş gün mazeret izni verilebilir. Ayrıca doğum, ölüm evlenme gibi durumlarda devlet memurları için sözkonusu izinler aile hekimleri için de sözkonusudur. Hastalık izni de 10’ar günlük olmak üzere senelik 40 gün olarak öngörülmüştür. Yine aile hekimliği eğitimi alanlardan rotasyona tabi görevlendirilenler de izinli sayılırlar⁶⁸.

Sözleşmeli olmaksızın, örneğin geçici süreli aile hekimi olarak çalıştırılan aile hekimleri içinse, izinler konusunda özel bir düzenleme sözkonusu olmayıp, bunlar için kendilerinin bağlı olduğu mevzuat hükümleri uygulama alanı bulur (AHUY.m.11).

izin süreleri uygulanır. Süt izni kullanan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanının yerine bu süre içerisinde görevlendirme yapılma zorunluluğu yoktur. (2) Hastalık durumunda, bir mali yılda en çok on günlük dönemler halinde toplam kırk güne kadar hekimin uygun görmesiyle hastalık izni verilebilir. Bir defada on günü aşan hastalık izni ancak sağlık kurulu raporu ile verilebilir. (3) Sözleşmeli aile hekimi iken aile hekimliği uzmanlık eğitimi almakta olanlar, bu eğitimleri kapsamındaki hastane rotasyonu süresince izinli sayılır. (4) Aile sağlığı çalışanına izin verilmesi veya görevlendirilmesi öncesinde aile hekimi bilgilendirilir ancak onayı aranmaz. (5) Aile hekimi ile aile sağlığı çalışanına izin vermeye ve hastalık raporlarını izne çevirmeye müdürlük yetkilidir. Müdürlük bu yetkisini sınırları belirli olmak üzere ilçe sağlık idare amirlerine devredebilir. İzinlere ilişkin diğer hususlar Bakanlıkça belirlenir”.

⁶⁸ Bkz. SÜMER, Ömer, Aile Hekimlerinin İzin Hakkı, <https://www.dromersumer.com/blog/aile-hekimlerinin-izin-hakki/#:~:text=1%20%C5%9Eubat%20g%C3%BCn%C3%BC%20s%C3%B6zle%C5%9Fme%20imzalayan,ayl%C4%B1k%20izin%20hakk%C4%B1%2030%20g%C3%BCn> (15.12.2024). Ayrıca bkz. TUAÇ, s.201.

J) AİLE HEKİMLERİNİN SİGORTALILIĞI

Yürürlükteki mevzuat incelendiğinde, aile hekimlerinin sosyal sigorta statüsüne ilişkin üç ayrı düzenlemenin bulunduğu görülür. Bu düzenlemelerden ikisi, farklı kanun metinleri içerisinde yer almakta iken biri, sigortalılığa ilişkin iş ve işlemlere ait süreçlerin belirlendiği Sosyal Güvenlik Kurumu'nun 2013/11 sayılı Sigortalılık İşlemleri Hakkında Genelgesidir⁶⁹.

Aile Hekimliği Kanunu m.3'e göre, aile hekimi olarak görev yapanların mevcut durumları ne ise sosyal sigortaları da oradan devam etmek durumunda-
dır. Gerçekten, 5258 sayılı Kanun m. 3/6'a göre, *"Sözleşmeli olarak çalışmaya başlayanların, daha önce bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarıyla ilişkileri aynı şekilde devam ettirilir. Ancak, her türlü prim, kesenek ve kurum karşılıkları bu fıkra da belirtilen ücretlerden kesilerek ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna aktarılır"*.

Ancak belirtelim ki, 5258 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği dönemde 5506 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu henüz yürürlüğe girmemiş, sosyal güvenlik kurumları da birleşmemişti. Hal böyle olunca, Aile Hekimliği Kanununun bu hükmü esas alındığında, aynı işi yapan aile hekimlerinin sosyal güvenlik açısından farklı kanunlara tabi olması gibi bir sonuç ortaya çıkmaktadır.

5258 sayılı Kanun m.3/6'ya göre, memur ve idari sözleşme ile çalışanların sigortalılıkları 5510 sayılı Kanun m.4/c kapsamında devam eder. Ancak önceki sigortalılıkları 5510 sayılı Kanun m.4/a kapsamında hizmet akdi ile çalışanlar ile Kanun m.4/b kapsamında kendi adına bağımsız çalışan doktorların aile hekimi olmaları durumunda, kamu görevlisi olan hekimler gibi Kanun m.4/c'ye bağlı sigortalılık durumu söz konusu olmaz. Bunların eski statüleri devam eder. Bu husus, iki açıdan problemlidir. Bunlardan ilki aynı işi yapanların farklı kanunlara tabi olması, ikincisi ise aile hekimliği faaliyet alanının kamu hizmeti sayılması karşısında aslında aile hekimlerinin de kamu görevlisi olarak nitelendirilmesi durumunun aksine bir sigortalılık durumunun oluşmasıdır.

Bir başka ifadeyle her ne kadar aile hekimlerinin sigortalılığı 5258 sayılı Kanun gereği önceki dönem sigortalılığın devamı olarak öngörülse de 5510 sayılı Kanun sistematğine bakıldığında aslında, bunların Kanun m.4/c kapsamında sigortalı olarak değerlendirilmeleri gerekmektedir.

Nihayet konuya ilişkin Sosyal Güvenlik Kurumunun 2013/11 sayılı Genelgesine de değinmekte fayda vardır. Aslında Sosyal Güvenlik Kurumu da, Aile Hekimliği Kanunu düzenlemesine geçerlik tanımaktadır. Genelgenin "1.17-Aile hekimliği" yan başlıklı kısmının üçüncü ve dördüncü paragrafına göre;

⁶⁹ Aile hekimlerinin sigortalılığı konusunda geniş bilgi için bkz. ALPER/YAYGIN, s.146 vd.

“... aile hekimlerinin Sağlık Bakanlığı veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olması halinde bunlar aylıksız izinli veya ücretli izinli sayıldığından kadroları ile ilişkileri devam ettirilerek Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki sigortalılıkları devam ettirilecektir.

Aile hekimliğinin ihtiyaç duyulması halinde 657 sayılı Kanunun 48 inci maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip ve tabipler arasından Sağlık Bakanlığının önerisi, Hazine ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü ile yaptırılması halinde bu durumdaki kişiler Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılacaktır”. Kurum, aile hekimlerinin sigortalık kapsamını hekimlerin göreve geliş biçimlerine göre ayrı ayrı ele almakta ve bu hususun devam edeceğini öngörmektedir. Belirtelim ki, bu görüş 5258 sayılı Kanundaki düzenleme ile paraleldir.

Oysa olması gereken kamu görevlisi statüsünde yer alan aile hekimlerinin göreve geliş biçimleri dikkate alınmaksızın m. 4/c kapsamında sigortalı sayılmaları gerektiğidir⁷⁰. Dolayısıyla 5258 sayılı Kanun hükmü değişikliği sonrası Sosyal Güvenlik Kurumunun 2013/11 sayılı Genelge uygulamasının da değiştirilmesinde fayda bulunmaktadır⁷¹.

K) AİLE HEKİMLERİNİN İŞVEREN NİTELİĞİ

Mevzuat, aile hekimlerinin işveren niteliğine sahip olduğuna ilişkin düzenleme içermektedir. Gerçekten, 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu m.3/11’e göre, *“Aile hekimleri ferdan veya müştereken personel çalıştırabilir ve işveren olabilir”*. Yine Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği m.22/3’e göre de, *“Aile hekimleri, sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya ve benzeri hizmetler için ferdan veya müştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilirler.”*

⁷⁰ ALPER/YAYGIN’a göre, “...5510 sayılı Kanun düzenlemesinden ortaya çıkan sonuç, aile hekimlerinin m. 4/1-c kapsamında sigortalı sayılmaları iken; 5258 sayılı Kanun düzenlemesinde bu sonuç, hekimlerin önceki sigortalılık durumlarına göre değişkenlik göstermektedir... Bu doğrultuda incelememize esas olan kanunları değerlendirdiğimizde, 5510 s.K m. 105 düzenlemesinde böyle bir iradenin varlığına rastlamaktayız. Zira mezkûr maddeye göre; “21/4/2005 tarihli ve 5335 sayılı Kanunun 30 uncu maddesi, 26/10/1990 tarihli ve 3671 sayılı Kanunun 4 üncü maddesi ile fıkrası hariç olmak üzere, diğer kanunların bu Kanuna aykırı hükümleri uygulanmaz.” 10/7/1987 tarihli ve 285 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 5 inci maddesinin onbirinci Düzenlemenin açık ifadesinden de anlaşılacağı üzere 5510 s.K m. 4/I-c karşısında 5258 sayılı Kanun’un ilgili düzenlemesine öncelik vermek mümkün görünmemektedir. O halde önceden de belirttiğimiz gibi aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimlerinin sosyal sigortalılıkları, 5510 sayılı Kanun hükümleri çerçevesinde değerlendirilmelidir”, ALPER/YAYGIN, s.149-150.

⁷¹ Bkz. ALPER/YAYGIN, s.151 vd.

Mevzuat açısından böyle bir belirleme olmasına karşın üzerinde durulması gereken husus, aile hekimlerinin işveren niteliğine sahip olup olmadıklarıdır. Malum olduğu üzere işveren işçi çalıştıran gerçek kişi, tüzel kişi yahut tüzel kişiliği olmayan kurum ve kuruluşlara denir (İŞK.m.2/1). Buradan hareketle aile hekiminin işçi çalıştırdığının kabulü ile işveren olarak nitelendirilmeleri ne derece doğrudur?

Baştan hemen şunu söylemek gerekir ki, aile hekimlerinin işveren olarak nitelendirilmeleri, her ne kadar mevzuatta böyle bir belirleme olsa da, doğru değildir.

İşveren niteliğinin sözkonusu olabilmesi için, taraflar arasında bir iş sözleşmesi bulunmalı onun da, iş, ücret ve bağımlılık unsurlarını taşıması gerekir. Aile hekiminin aile sağlık personeli ile ilişkisine baktığımızda, ücret her ne kadar aile hekimleri tarafından ödenmese de İş Kanununa göre ücretin mutlaka işveren tarafından ödenmesi de gerekmediği, üçüncü kişiler tarafından da ödenebileceği kabulüyle çalışan kişilerin ücretlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından ödenmesi, bu belirlemeye olumsuz tesir etmeyebilir. Zira, Aile sağlığı merkezlerinde 5258 sayılı Kanun m. 3/11 kapsamında çalıştırılan personelin ücreti, Bakanlık tarafından aile hekimlerine gönderilen bütçenin Aile Sağlığı Merkezi Giderleri kaleminden ödenmektedir.

Bununla birlikte, bağımlılık unsuru ve işverenin yönetim yetkisi çerçevesinde olaya yaklaşıldığında aile hekimlerinin işveren sayılamayacakları sonucuna ulaşılır. Mevzuata bakıldığında, aile sağlığı merkezlerinin kurulması ve birinci basamak sağlık hizmetlerin yürütülmesi konusunda esas görev bir kamu görevlisi olan aile hekimine verilmiştir. Buna göre aile hekimine aile sağlığı merkezinin kurulması, aile sağlığı merkezini oluşturan taşınmazların kiralanması ve hizmet sunumunda kullanılan gerekli teknik donanımın temin edilmesi gibi görevler yüklenmiştir. Belirtmek gerekir ki, 5258 sayılı Kanunun yüklediği bu görev ve yetkilerin bağımlı çalışma ilişkilerinde nadir görülebileceğini söylemek mümkündür⁷². Ayrıca aile hekimleri, ilave sağlık personeli ile birlikte güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya ve benzeri yardımcı hizmetlerde görev almak üzere personel çalıştırmaları ya da hizmet satın almaları konularında da yetkilendirilmişlerdir. Bu hususlar sistemin işlemesi için öngörülmüş hususlardır⁷³. Bununla birlikte, her ne

⁷² ALPER/YAYGIN, s.138.

⁷³ İlgili mevzuat bir bütün olarak incelendiğinde ise aile hekimliği hizmetlerine ilişkin birçok hususun bakanlığın, mülki idarenin ve sağlık idaresinin onayına ya da uygun görüşüne tabi tutulduğu görülmektedir. Kanımızca tüm bu bahsedilenlerden çıkan sonuç, aile hekimliği hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı'na ait organizasyon ve hiyerarşi içerisinde bizzat bakanlığın emir ve talimatları altında yürütüldüğüdür. Hal böyle iken, ilave sağlık ve yardımcı hizmet personeli ile kurulan iş ilişkisinde, işverene has yönetim yetkilerinin esasen bakanlık tarafından kullanıldığı anlaşılmaktadır. Binaenaleyh, söz konusu iş

kadar mevzuat açısından böyle bir tesbit yapılsa da sözleşmesel unsurlar gerçekleşmediği ve aile hekimleri kamu görevlisi sayıldıkları için işveren olarak değerlendirilmemeli⁷⁴, işveren vekili olarak kabul görmelidirler.

Yargıtay'ın iş hukuku daireleri (9. ve kapatılan 22. Hukuk Daireleri) aile hekimlerini işveren olarak nitelemekten, sosyal güvenlik daireleri (10. ve kapatılan 21. Hukuk Daireleri) önlerine gelen temyiz incelemelerinde bu kişileri işveren olarak kabul etmiştir⁷⁵. Dolayısıyla işçi alacakları bakımından aile hekimlerinin aile sağlık merkezinde çalışanlar için işveren olarak kabul edilebilmeleri mümkün değildir. Yargıtay burada işveren olarak Sağlık Bakanlığını görmektedir⁷⁶.

ilişkinde işveren sıfatını haiz olan taraf, devlet tüzel kişiliği içerisinde yer alan Sağlık Bakanlığı'dır. Aile hekimleri ise bu hukuki ilişkide işveren vekili konumundadırlar. Bkz. ALPER/YAYGIN, s.145.

⁷⁴ Bkz. ALPER/YAYGIN, s.138, YAYIN, Emre, Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Hekimler İşveren Olabilir Mi? "<https://cdn.anadolu.edu.tr/files/anadolu-cms/JEWryGeW/uploads/ii-b-2-67011864a6ab9c90.pdf> (10.12.2024)

⁷⁵ Bkz. ALPER/YAYGIN, s.142 vd.; TAŞDEMİR, s.286-287; YAYIN, Emre, Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Hekimler İşveren Olabilir Mi? "<https://cdn.anadolu.edu.tr/files/anadolu-cms/JEWryGeW/uploads/ii-b-2-67011864a6ab9c90.pdf> (10.12.2024)

⁷⁶ "... Yargıtay kararlarında açıklandığı üzere 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ve Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ve Anayasanın 56. Maddesi birlikte değerlendirildiğinde; 4857 Sayılı İş Kanunu yönünden yapılan değerlendirmede; bu işyerinde çalışan Aile Sağlık Elemanları sevk ve idare yönünden Aile Hekimlerine bağlı olmakla birlikte çalışma koşullarının Bakanlık tarafından belirlendiği, ücretlerini Aile Hekimlerinden değil Aile Hekimleri gibi Devletten aldıkları, bu anlamda Aile Hekiminin işveren vekili konumunda kaldığı, işverenin Bakanlık olduğu açıktır. Asıl işveren Sağlık Bakanlığı olduğundan bu davanın asıl işveren konumunda Sağlık Bakanlığı aleyhine açılmasında da herhangi bir hukuka aykırılık yoktur. Açıklamalar kapsamında davalı Bakanlık vekilinin husumete yönelik itirazlarının reddi gerektiği kanaatine varılmıştır", SAKARYA BAM 12. HD., 21.09.2022, 2021/896, 2022/1518; "Davacı vekili dava dilekçesinde; davacının Bitlis İli Mutki İlçesi ... Köyünde bulunan Aile Hekimliğinde yaz aylarında temizlik ve mutfak işleri, kış aylarında ise yine temizlik ve mutfak işleri ile kazan dairesinde kalorifer işlerinde olmak üzere 2015 yılından 2020 yılının sonlarına kadar çalıştığını, işyeri olan Aile Hekimliğinde hemen hemen her sene aile hekimlerinin değiştiğini; ancak müvekkilinin işyerinde çalışmaya devam ettiğini, davalıların aile hekimleri olduğunu, sürekli giriş çıkışlar yapılmış olsa da müvekkilinin davalıların bünyesinde kesintisiz olarak çalışmaya devam ettiğini, 2020 yılının son aylarında iş sözleşmesinin feshedildiğini ve tazminatların tarafına ödenmediğini iddia ederek kıdem tazminatı, ihbar tazminatı, fazla çalışma alacağı ve asgari geçim indirimi alacağının davalılardan tahsiline karar verilmesini talep etmiştir.... Diğer davalılar vekili cevap dilekçesinde; müvekkilinin Aile Hekimleri olarak işveren olmadığını, bu sebeple davanın husumet yokluğundan reddi gerektiğini, aksi kabulde işyerinin devrine ilişkin hükümlerin uygulanması gerektiğini, dava dilekçesinde, davacının son çalıştığı hekimin taraf olarak gösterilmediğini, oysa talep edilen feshe bağlı alacaklardan son hekimin sorumlu olduğunu savunarak davanın reddini istemiştir... İlk Derece Mahkemesi.. somut olayda davanın Aile Hekimlerine yöneltildiği ancak yerleşik içtihatlar gereğince Aile Hekimlerinin işveren sıfatı bulunmadığı, öte yandan davacı tarafça iradi taraf değişikliğine ilişkin bir talepte de bulunulmadığı gerekçesiyle davanın pasif husumet yokluğu sebebiyle reddine karar verilmiştir... Bölge Adliye Mahkemesi ... davacının asıl işverenin

SONUÇ

Türkiye Cumhuriyeti son birkaç yıllık dönemde karşılaştığımız aksaklıklar bir tarafa bırakılırsa, sağlıkta dönüşüm programının uygulanması ile birlikte sağlık alanında çok önemli mesafeler kat etmiştir. Bu mesafenin kat edilmesinde aile hekimliği sisteminin de önemli rol üstlendiğini söylemek mümkündür. Bununla birlikte yakın zamanda sistem için karşımıza çıkan en önemli problemlerden biri, ikinci ve üçüncü basamaklarda tetkiklerde yaşanan uzun süreye varan randevu tarihleridir. Muayene için belki yakın zamanda randevu bulabilmek mümkün iken, ultrason, mr ve tomografi tetkikleri için bu sürenin çok uzadığını söylemek mümkündür. Bu konuya acil bir çözüm bulmak gerekir.

Aile hekimliğinde başlangıçta öngörülen pilot uygulaması da yapılan sevk zinciri sisteminin hala yürürlüğe konamamış olması, ikinci ve üçüncü basamaklarda yaşanan yoğunluğun önemli bir sebebi olarak görülmektedir. Sevk zincirine riayet edilmediği için hastalar gerekli gereksiz bir üst basamağa gidebilmektedirler ki, bunun önünün alınması elzemdir.

davalı Sağlık Bakanlığı olduğu, Aile Hekiminin ise işveren vekili konumunda kaldığı bu sebeple dava konusu alacaklardan şahsen sorumlu olmadığı bu yönden İlk Derece Mahkemesi kararının isabetli olduğu, yeniden hüküm kurulmak suretiyle davanın pasif husumet yokluğundan reddine karar verilmiştir... Temyiz olunan Bölge Adliye Mahkemesi kararının ... ONANMASINA", Yarg. 9.HD., 9.10.2024, 8602/13253, "Aile hekimi, bu kapsamda devletin görevi olan sağlık hizmetini sunmasında "organ" olarak görev yapmaktadır. Bu anlamda yapılan işin kamu hizmeti, Hekiminde kamu görevlisi olduğu açıktır. Yasal mevzuat hükümleri dikkate alındığında, aile hekimliği ve aile sağlığı elemanları için önce sözleşme, sonra faaliyetin gösterileceği uygun bir yerin (işyeri) oluşturulması ve düzenlenmesi gerekecektir. Sözleşme, çalışma şartları, çalışacakların nitelikleri ve ücretleri yukarıda belirtilen ve ... tarafından uygulanan mevzuat hükümleri ile belirlenmiştir. Aile Hekimliğine dönüştürülen ya da yeni kurulan işyerinin 4857 Sayılı İş Kanunu ve 5510 Sayılı kanun kapsamında bir işyeri olduğu açıktır. Ancak bu işyerinin sözleşme imzalanan aile hekimine mi, yoksa yasal koşullarını belirleyen Bakanlığa mı ait olacağı çözülmesi gereken bir sorundur. Ticari ve mesleki faaliyette bulunmanın amacı bu yolla gelir elde etmektir. Bu bir serbest faaliyet olarak kabul edilir ve bağımsız işyeri ve işveren olmada bir kriter olarak kabul edilir. Bir gelir elde etme amacını taşımadan yapılan faaliyetin ticari veya mesleki olduğu söylenemez. Aile hekimleri, çalışmaları sırasında sağlık hizmeti verdikleri kişilerden hiçbir şekilde ücret alamazlar. O nedenle aile hekimlerinin işveren, aile hekimliğinin Vergi Usul Kanunu ve Gelir Vergisi Kanunu yönünden ayrı bir işyeri olmadıkları açıktır. İş hukuku ve 4857 Sayılı İş Kanunu yönünden değerlendirmede ise; ilgili hükümler değerlendirildiğinde bu işyerinde çalışan aile sağlığı elemanları, sevk ve idare yönünden aile hekimlerine bağlı olmakla birlikte çalışma koşullarının Bakanlık tarafından belirlendiği, ücretlerini aile hekimlerinden değil, aile hekimi gibi sağlık müdürlerinin onayı ile devletten aldıkları, bu anlamda aile hekiminin işveren vekili konumunda kaldığı, işveren olan ...nın temsilcisi konumunda olduğu kabul edilmelidir. Yukarıda açıklanan maddi ve hukuki olgulara göre, davacının asıl işvereni davalı ...'dir. Diğer davalı Şirket ise alt işveren olup, davalılar asıl işveren-alt işveren ilişkisi kapsamında davacının talep ettiği işçilik alacaklarından müstereken ve müteselsilen sorumludurlar. Aile hekimi ise işveren vekili konumunda kaldığından söz konusu alacaklardan şahsen sorumlu değildir", Yarg.9.HD., 27.10.2020, 2017/17883, 2020/13703.

Mevzuatta yakın tarihte hastaları birinci basamak sağlık birimlerine, dolayısıyla aile hekimliğine yönlendirme, teşvik şeklinde düzenlemeler yapılmıştır.. Baştan söylemek gerekir ki, bu düzenlemeler yerindedir. Ayrıca alınan randevuya gidilmemesine müeyyide getirilmiş olması da isabetli hususlardandır.

Bir de eksiklik olarak gördüğümüz husus, sağlık alanında yapılan düzenlemelerin kamuoyu ile yeterince paylaşılmamasıdır. Örneğin yakın zamanda aile hekimlerinin ücret ve sosyal hakları ve bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısındaki değişikliklere ilişkin bu çabanın yeterince sarf edilmediğini düşünüyoruz.

FAYDALANILAN KAYNAKLAR

ALGIN, İsmet/ŞAHİN, İsmet/TOP, Mehmet, Türkiyede Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.7, S.3, 2004.

ALPER/YAYGIN, s.138, YAYIN, Emre, Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Hekimler İşveren Olabilir Mi? “<https://cdn.anadolu.edu.tr/files/anadolu-cms/JEwryGeW/uploads/ii-b-2-67011864a6ab9c90.pdf> (10.12.2024)

BULUT, Sinan/UĞURLUOĞLU, Özgür, Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi, Türk Aile Hek Derg., 22/3, 2018.

ÇAĞLAYAN, Ramazan, Aile Sağlığı Merkezi Personelinin Hukuki Statüsü, Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi, Haziran 2016.

ÇAKIR, Hüseyin Melih, Aile Hekimlerinin Hukuki Statüsü, İstanbul Medipol Hukuk Fakültesi Dergisi, 2/2, Güz 2016.

KARA, Fırat/ÖZTÜRK, İlkay, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi (Benchmarking): Türkiye ve İspanya Örneği, Bakı Karadeniz Tıp Dergisi, 5/1, 2021

KIZILKAYA, Ezgi, Aile Hekimliğinde Disiplin Hükümleri ve İhtar Puanları, TAAD., Y.7, S.28, Ekim 2016.

SÜMER, Ömer, Aile Hekimlerinin İzin Hakkı, <https://www.dromersumer.com/blog/aile-hekimlerinin-izin-hakki/#:~:text=1%20%C5%9Fubat%20g%C3%BCn%C3%BC%20s%C3%B6zle%C5%9Fme%20imzalayan,ayl%C4%B1k%20izin%20hakk%C4%B1%2030%20g%C3%BCn> (15.12.2024).

SÜMER, Ömer, Aile Hekimlerinin Ve Aile Sağlığı Merkezlerinin Hukuki Statüleri, https://ahef.org.tr/Detay/1551/AILE-HEKIMLERININ-VE-AILE-SAGLIGI-MERKEZLERININ-HUKUKI-STATULERI.aspx#_ftn7 (15.12.2024)

SÜMER, Ömer, Aile Sağlığı Merkezi Sağlık Ocağı Değildir, <https://www.dromersumer.com/blog/aile-sagligi-merkezi-saglik-ocagi-degildir/> (15.12.2024).

ŞİŞLİ, Zeynep, Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Dinlenme Hakkı Bağlamında Aile Hekimliği Uygulamasında Nöbet Uygulaması, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 18/3, 2014.

TAŞDEMİR, Yasemin, Türk Hukukunda Aile Hekimliği Sistemi ve Aile Hekiminin İşveren Sıfatına İlişkin Bir İnceleme, MHFD., Y.21, S.2.

TUAÇ, Pelin Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Aile Hekimliği: Hukuki Bir Değerlendirme, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir 2009.

UŞAN, M. Fatih, Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları, 2.B., Ankara 2009.

YAYIN, Emre/ALPER, Yusuf, Türkiye’de Aile Hekimliği Modeline Geçiş Süreci ve Sosyal Güvenlik Kurumu’nun Aile Hekimlerinin Sosyal Sigortalılık Statülerine İlişkin Uygulaması Hakkında Bir Değerlendirme, Çalışma ve Toplum, C.1, S.76, 2023.