

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU HUKUKU ANABİLİM DALI
KAMU HUKUKU TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

SAĞLIK HAKKI KAPSAMINDA ÖZEL HASTANELERE ERİŞİM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

EMRAH UYANIK

GAZİANTEP – 2019

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU HUKUKU ANABİLİM DALI
KAMU HUKUKU TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

SAĞLIK HAKKI KAPSAMINDA ÖZEL HASTANELERE ERİŞİM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

EMRAH UYANIK

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. ENVER BOZKURT

GAZİANTEP – 2019



**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
YÜKSEK LİSANS KABUL VE ONAY FORMU**

Kamu Hukuku Anabilim Dalı **Kamu Hukuku** Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Emrah UYANIK** tarafından hazırlanan “**Sağlık Hakkı Kapsamında Özel Hastanelere Erişim**” başlıklı tez, **25/ 12 /2019** tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Görevi

Unvanı, Adı ve Soyadı

İmzası:

Kurumu/Üniversitesi

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Enver BOZKURT

Tez Danışmanı

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi. Ahmet BOZDAĞ

Gaziantep Üniversitesi

Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Cemal RUHİ

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mazlum ÇELİK
Enstitü Müdürü

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlık Hakkı Kapsamında Özel Hastanelere Erişim” başlıklı çalışmanın tarafımda, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

.....

[İmza]

Emrah UYANIK



ÖNSÖZ

“Sağlık Hakkı Kapsamında Özel Hastanelere Erişim” konulu tez çalışmam, Prof. Dr. Enver Bozkurt, Dr. Öğretim Üyesi Ahmet BOZDAĞ ve Dr. Öğretim Üyesi Ahmet Cemal RUHİ’den oluşan jüri önünde savunularak oy birliği ile başarılı bulunmuştur.

Desteğini hiçbir konuda benden esirgemeyen, değerli vaktini ayırıp sorularıma sabırla cevap vererek bilgilerini benimle paylaşan, şahsıma kattıkları ile yoluma ışık tutan, örnek aldığım pek saygıdeğer hocam Prof. Dr. Enver Bozkurt’a müteşekkirim.

Dr. Öğretim Üyesi Sayın Ahmet BOZDAĞ jürimde yer alarak pek kıymetli görüş ve önerileri ile çalışmama katkıda bulunmuştur. Hocam’a değerli katkılarından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Öğretim Üyesi Sayın Ahmet Cemal RUHİ çalışmamı en küçük ayrıntısına kadar okuyarak çok değerli eleştirileri ile çalışmamın şekillenmesinde önemli katkılar vermiştir. Hocam’a yapmış olduğu eleştiriler ve göstermiş olduğu sabır için teşekkür ederim.

Gaziantep, 2019

Emrah UYANIK

ÖZET

Çalışmamızda sağlık ve sağlık hakkı, sağlık hizmetleri ve tarihçeleri kavramları ile söz konusu bu kavramlarla birlikte Uluslararası insan hakları içerisinde yer alan Sağlık Hakkı kapsamı içerisinde özel hastanelerin yeri ve bu hastanelere sağlık hakkı kapsamında erişim konusu incelenmiştir.

Çalışmamız iki bölümden oluşmaktadır. Çalışmamıza temel oluşturması bakımından birinci bölümde sağlık, sağlık hakkı, uluslararası alanda ve ulusal anlamda bu kavramların tarihçeleri ayrı ayrı genel kaynaklar çerçevesinde incelenmiş daha sonra belirtilen kavramların sağlık hakkı çerçevesindeki bağlantılarına değinilmiştir. İkinci bölümde ise Özel hastanelerin sağlık hakkı çerçevesinde ve yasal mevzuatlar kapsamında kuruluşları, özel hastanelerin ruhsat başvuruları ile hukuki açıdan yeri ve hukuki nitelikleri incelenerek sağlık hakkı kapsamında özel hastanelere erişimin nasıl olduğu konusuna değinilmiş, bununla birlikte kamu hastaneleri ve özel hastanelere erişim farkları incelenmiştir.

Anahtar Sözcükler: sağlık, sağlık hakkı, özel hastanelere erişim, özel sağlık hizmetleri

ABSTRACT

In our theses, the concepts of health, right to health, health services and histories, as well as the place of private hospitals within the scope of the Right to Health within the scope of International human rights and access to these private hospitals within the scope of the right to health are examined.

In this context, the thesis consists of two chapters. In the first chapter, of this theses, the health, the right to health, the history of these concepts in international and national terms are examined separately within the framework of general sources and then the connections of the mentioned concepts within the framework of the right to health are mentioned. In the second chapter, the institutions of private hospitals within the framework of the right to health and within the scope of the legal regulations, the applications of licenses of the private hospitals, their legal place and legal characteristics were examined and the issue of how to access to private hospitals within the scope of the right to health was discussed and the differences in access to public hospitals and private hospitals were examined.

Key words: health, right of health, access to private hospitals, private health services

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	4
SAĞLIK VE SAĞLIK HAKKININ TANIMI, KAPSAMI VE TARİHÇESİ	4
1.1. Sağlık Kavramının Tanımı	4
1.1.1. Sağlık Kavramının Tanımı	4
1.1.2. Sağlık Hakkı Kavramının Tanımı	6
1.2. Sağlık Hakkının Gelişimi	10
1.2.1. Uluslararası Alanda Sağlık Hakkı Gelişimi	10
1.2.1.1 Dünya Sağlık Örgütü	17
1.2.1.2 Alma-Ata Bildirgesi	20
1.2.2. Türkiye’de Sağlık Hakkı’nın Gelişimi	23
1.2.2.1. Cumhuriyet Dönemi	26
1.2.2.2. 1961 Anayasası Dönemi	28
1.2.2.3. 1982 Anayasası Dönemi	33
1.3. Devletin Sağlık Hakkından Kaynaklanan Yükümlülükleri	40
1.3.1. Genel Olarak	40
1.3.2. Negatif Yükümlülük: Saygı Duyma Yükümlülüğü	42
1.3.3. Pozitif Yükümlülük: Koruma Yükümlülüğü	48
1.3.4. Pozitif Yükümlülük: Yerine Getirme / Edimde Bulunma (Kolaylaştırma) Yükümlülüğü	54

TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZEL SEKTÖRE GÖRDÜRÜLMESİ NOKTASINDA ÖZEL HASTANELERE SAĞLIK HAKKI KAPSAMINDA ERİŞİM 60

2.1. Hastane Kavramı	60
2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Özel Kişiler Tarafından Yürütülmesi	61
2.3. Özel Hastanelerin Kuruluşu.....	64
2.3.1. Ruhsat Başvurusu	65
2.3.1.2. Özel Hastaneler Ruhsatlandırma Komisyonu	67
2.3.1.3. Özel Hastane Faaliyet İzin Belgesi.....	68
2.3.1.4. Özel Hastane Laboratuvar Ruhsatları.....	69
2.4. Özel Hastanelerin Hukuki Açıdan Yeri ve Özel Sağlık Hizmetlerinin Hukuki Niteliği71	
2.4.1. Özel Hastanelerin Hukuki Açıdan Yeri.....	71
2.4.1.1. 1982 Anayasası.....	71
2.4.1.2. Türk Tabipler Birliği Kanunu.....	73
2.4.1.3. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun	73
2.4.1.4. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.....	74
2.4.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu.....	74
2.4.1.6. Hemşirelik Kanunu.....	74
2.4.1.7. Hususi Hastaneler Kanunu	75
2.4.2. Özel Sağlık Hizmetlerinin Hukuki Niteliği	77
2.5. Özel Hastanelere Sağlık Hakkı Kapsamında Erişim	80
2.5.1. Sağlık Hakkı’na Erişim	82
2.5.2. Sağlık Hakkı’na Erişimde Devletlerin İnsan Hakları Yükümlülükleri	85
2.5.3. Gelişmekte Olan Ülkelerde Etkili Sağlık Hizmetlerine Erişim.....	86
2.5.4. Sağlık Hizmeti Talebini Belirleyen Faktörler	88
2.5.4.1. Gelir	88
2.5.4.2. Fiyatlar.....	88
2.5.4.3. Ücret Dışındaki Maliyetler	89
2.5.4.4. Bilgi ve Eğitim	89
2.5.4.5. Düşük Kaliteye Talep Yanıtları.....	89
2.5.4.6. Mesafe Bariyeri	90
2.6. Kamu ve Özel Hastaneler Arasındaki Erişim Farkları	90

2.6.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu-Özel Karşılaştırmalarına Teorik Bakış Açıları.....	92
SONUÇ	95
KAYNAKÇA.....	98



TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo1. Sağlık Alanında Başlıca Bildirgeler.....	14
---	----



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
AİHM	:Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi
AİHS	:Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
AYM	:Anayasa Mahkemesi
AYMK	:Anayasa Mahkemesi Kararı
Bkz.	:Bakınız
BM	:Birleşmiş Milletler
C.	:Cilt
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
E.	:Esas
E.T.	:Erişim Tarihi
ESKHS	:Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi
FAO	:Food and Agriculture Organization
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	:Gayrisafi Yurt İçi Hasıla
HHK	:Hususi Hastaneler Kanunu
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
ILO	:International Labor Organization
K.	:Karar
No	:Numara
OECD	:Organisation for Economic Co-operation and Development
OIHP	:Archives of the Office International d'Hygiène Publique
OOP	: Cepten Ödeme, (Object Oriented Programming)
ÖHT	:Özel Hastaneler Tüzüğü

ÖHY	:Özel Hastaneler Yönetmeliği
PAHO	:Pan American Health Organization
PCI	:Percutaneous Coronary Intervention
s.	:Sayfa
S.	:Sayı
SBE	:Sosyal Bilimler Enstitüsü
SBF	:Sosyal Bilimler Fakültesi
T.C.	:Türkiye Cumhuriyeti
TAEK	:Türkiye Atom Enerjisi Kurumu
TDK	:Türk Dil Kurumu
TTB	:Türk Tabipler Birliği
UNESCO	:United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
Vb.	:Ve benzeri
WHO	:World Health Organization
Y.	:Yıl
yy.	:Yüzyıl

GİRİŞ

İnsanoğlunun var oluşundan günümüze kadar olan süre içerisinde insanlar, haklar çerçevesinde ve toplum içerisinde belli bir düzen dahilinde yaşamlarını idame etme çabasında olmuşlardır. Kimi zaman mülkiyet hakkı gibi, insanların malik olduğu malvarlıkları üzerinde bu haklar karşımıza çıkmakta, kimi zaman belli bir otoritenin ağırlığı altında ezilmemek adına adil yargılanma hakkı ve eşitlik ilkesini kapsamı içerisine alan haklar olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer yandan kimi zaman da bireylerin yaşadığı toplumda, devletin bireyi imkanları dahilinde iyi bir ortamda ve sağlıklı bir şekilde yaşamını idame etmesini sağlaması bakımından yaşam hakkı ve sağlık hakkı gibi haklar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda, toplumda bulunan insanların, devlet tarafından güvence altına alınması gereken en temel hakları arasında da yaşam hakkı yer almaktadır diyebiliriz.

Tarihten günümüze gelişen teknoloji, küresel gelişmeler ve diğer gelişen olgular neticesinde insan hakları, daha birçok hakkı kapsamı içerisinde tutmaktadır. Yaşam hakkının bir bakıma bir türevi olan diğer bir yansıması da sağlık hakkı olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanlar, geçmişten günümüze kadar olan süreçte daima kendi yaşamlarının refahı ve gelişimi için çaba sarf etmiştir ve halen de etmektedir. Bu gayret içerisinde olan insanoğlunun fiziksel ve ruhsal açıdan bir kayıp vermesi de sarf edilmiş bu çabaların doğal sonucu olarak belirmektedir. Sağlık hakkı bu bakımdan günümüzde, geçmişe nazaran çok yol kat etmiştir. Ancak bu mesafe halen yeterli düzeyde değildir. Çünkü gelişmekte olan dünyamızda gelişmeler sonucunda insanlar teknoloji çerçevesinde iyi şeyler gerçekleştirdikleri gibi birçok zararlı maddenin doğaya salınımına, gıdaların genetiği ile oynanması gibi birçok kategoride zararlı deney ve çalışmalar da yapabilmektedir. Bunların yanı sıra yaklaşık 30 yıl kadar bir geçmişe sahip bilgisayarların bile yaygınlaşması ile birlikte insanların kullanım oranlarına göre radyasyon alım düzeyleri de yüksek oranlara işaret etmektedir. Bunlar da beraberinde çalışan insanların veyahut evde ödevini yapan bir öğrencinin sağlığına zarar verecek durum meydana getirmektedir. Tüm bu örnekler çerçevesinde anlatmak istediğimiz, insanların yaşamları boyunca sağlığa muhtaç ve sağlıklarını koruma görevi üstlenmiş olduğunu belirtmek ve bu görevlerini gerçekleştirirken yaşadıkları toplumda devletin de içerisinde barındırdığı insanlara karşı sağlık hakkı çerçevesinde yükümlülüğünün olduğunu ortaya koymaktır.

İnsanlar sağlık hakkını yakın tarihte daha çok belirgin aktif bir şekilde tanımaya ve kullanmaya başlamışlardır. Bu nedenledir ki, artık devletler insanlara sundukları sağlık hizmetlerini yeterli düzeyde sağlayamadığı durumlarda veya vermiş oldukları yeterli sağlık hizmetlerinin insanlara ulaşamadığı noktalarda, insanlar bu haklarını bazı sağlık güvenceleri çerçevesinde özel kurum ve kuruluşlardan elde etmeye çalışmaktadırlar. Bu durum da ortaya kamu ve özel kişilikler tarafından sağlık hakkının ve verilen sağlık hizmetlerinin insanlara güncel olarak nasıl yarar sağladıklarını, kalite ve maliyet açısından insanların sağlık hakkına ne kadar erişim sağladıkları sorularını akla getirebilmektedir.

Bununla birlikte, sağlık hakkı kapsamında, kamu hizmetleri içerisinde yer alan sağlık hizmetleri gibi bir kamu hizmetinin yerine getirilmesi noktasında, devletin özel sektöre neden ihtiyaç duyduğu sorusu akla gelebilmektedir. Bu anlamda ortaya konabilecek belli başlı hususlar arasında hizmet kalitesi, sağlık hizmetleri sunumundaki kaliteli ve güncel araç gereçlerin kullanılması, devletin kamu personeline yeteri kadar ekonomik imkân sağlayamaması gibi sebepler nedeniyle sağlık personeli açığının bulunması, kamuya ait sağlık hizmeti sunan sağlık kurumlarının fiziki şartlarındaki yetersizlikler karşımıza çıkan en belirgin sebepler olarak gözükmemektedir. Bu ve diğer sayılabilecek etkenlerden dolayı sağlık hizmetlerinin sunulması noktasında özel sektöre ihtiyacın, günümüzde kaçınılmaz olduğu açıkça görülebilmektedir.

Sağlık kavramı ile birlikte sağlık hakkını ortaya koymak ve tarihten bu yana sağlık hakkının gelişim sürecini öğrenebilmek, aslında bir bakıma bu hakkın kullanılabilirliği ve erişilebilirliğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle iki bölümden oluşan çalışmamızda birinci bölümde sağlık kavramı ve sağlık hakkının kavramsal tanımları üzerinde durulacak ve bu kavramlarla ilgili geniş tanımlara yer verildikten sonra, sağlık hakkının hem ulusal hem de uluslararası tarihsel sürecine değinilecektir. Tarihsel süreç içerisinde öncelikle uluslararası düzlemde sağlık hakkına yönelik yaşanan gelişmeler ışığında, ortaya çıkan Dünya Sağlık Örgütüne değinilecek ve bütün insanların fark gözetilmeksizin sağlık hakkı kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanmasının daha da geliştirilmesi amacı düzenlenmiş olan Alma-Ata Bildirgesi'ne değinilecektir. Daha sonra ülkemizde cumhuriyet öncesi ve sonrasında gelişen tıp bilimine, sağlık hizmetlerinin sunumlarına yer verilerek, ülkemiz anayasaları kapsamında sağlık hakkının günümüze kadar ki gelişim süreci ele alınacaktır.

Sağlık hakkı, hak olarak ortaya çıkması ile birlikte devletlere bazı yükümlölükler yüklemiştir. Bu yükümlölükler her hakta olduğu gibi sağlık hakkında da önemli bir yer

tutmaktadır. Nitekim, bir hakkın gerçekten ortaya konması ve bireylere bu hakkın aktif bir şekilde kullanılması için hakkın, devlet tarafından korunması, hukuksal düzlemde hakkın geliştirilmesi ve hakkın çiğnenmemesi yönünde adımlar atılması gerekmektedir. Bu nedenle birinci bölümün sonunda belirtmiş olduğumuz bu hususlar çerçevesinde sağlık hakkının devlete yüklemiş olduğu yükümlülüklerle yer verilecektir.

İkinci bölümde ise, birinci bölümde anlatmaya çalışmış olduğumuz sağlık hakkı çerçevesinde özel hastanelere nasıl erişim sağlandığı hususu ele alınacaktır. Bu hususa yer verilirken ilk olarak özel hastanelerin yasal mevzuatlar ışığında kuruluş süreci ile kuruluş aşamasında özel hastanelerin faaliyete geçmesi konusunda yasal olarak karşılaştığı yükümlülüklerden bahsedilip bunlar arasında yer alan ruhsatlandırma, inceleme ve diğer hususlar ele alınacaktır.

Sağlık hakkının en belirgin bir şekilde ortaya konduğu yer sağlık hizmetlerinin sunulması noktasıdır. Bu bağlamda hakkın ortaya çıkışında sağlık hizmetlerinin hukuki niteliği ve bu hizmeti sunan kurum ve kuruluşların hukuki niteliği önem arz etmektedir. Çalışmamızda özel hastanelerin kuruluş süreci belirtildikten sonra özel hastanelerin yasal mevzuatlar çerçevesinde hukuki nitelikleri ve verilen sağlık hizmetlerinin hukuki niteliklerine değinilerek sağlık hakkı kapsamında özel hastanelerin faaliyetlerinin hukuki boyutu ortaya konmaya çalışılacaktır. Bunlarla birlikte genel çerçeve oluşturulduktan sonra çalışmamızda, sağlık hakkı kapsamında bireylerin bu hakka erişimleri, uluslararası alanda gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerine erişim hususu ele alınacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HAKKININ TANIMI, KAPSAMI VE TARİHÇESİ

1.1. Sağlık ve Sağlık Hakkı Kavramları

1.1.1. Sağlık Kavramının Tanımı

Sağlık, bireylerin hayatında çok önemli bir yere sahiptir. Bir kişinin görünüş itibari ile fiziksel ve ruhsal bakımdan mutlu, canlı ve rahat görüldüğü anlaşılabılır. Ancak sadece bu intiba, o kişinin sağlıklı olduğunu göstermez. Zira bir kişinin sağlıklı olabilmesi için, vücudunun hem fiziksel hem ruhsal bakımdan hastalıktan uzak olması gerekir¹. Öyle ki, bireyin iş, aile ve diğer sosyal çevresinde sağlık; inanç, ekonomi, fiziksel, sosyal ve kültürel ortamlardan etkilenecek değişkenlik gösterebilmektedir².

Günümüz toplumlarında, sağlık kavramının ortaya çıkmasıyla birlikte bu kavram ile bağlantılı birçok hakkı da yaşamımıza dahil etmiş ve etmeye devam etmektedir. Nitekim sosyal hayatın, teknolojinin ve refahın gelişmesinin temelinde bireyin sağlıklı olması bulunmaktadır. Türk toplumunda klasik haline gelen “her işin başı sağlıktır” deyişi dahi ekonominin, mutluluğun ve huzurun temelinde bireyin sağlıklı olmasının yattığını göstermektedir.

Sağlık kavramının hem uluslararası hem de ulusal düzenlemelerde tanımı yapılmış ve böylelikle de bu kavramın unsurları ortaya çıkarılmak istenmiştir.

Uluslararası anlamda II. Dünya Savaşı’ndan sonra Çin ve Brezilya devletlerinin Birleşmiş Milletler (BM) Konferansında Uluslararası Sağlık Örgütü kurulması amacıyla verdikleri önerenin kabul edilmesi sonrası 1946 yılında kurulan *World Health Organization* (WHO) diğer adıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), anayasa metninde, sağlık kavramının tanımı, “sağlık, sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir.” şeklinde belirtilmiştir³. Öte yandan “Uluslararası Sağlık Antlaşması” niteliğinde olan 1978 tarihli Alma-Ata Deklarasyonu’nun 1. maddesinde de DSÖ’nün yaptığı

¹ Demir, Mehmet, Hekim ve Hasta Yönünden Tıbbi Sorumluluk Hukuku, Yetkin Yayınları, Ankara, 2018, s.74

² Ertaş, Türker, Anayasa Hukukunda Sağlık Hakkı, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, SBE, İzmir, 2012, s. 3.

³ Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, “Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile ilişkileri”, <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/dsoandturkey.pdf>, (Erişim Tarihi: 03.02.2019), s.1-77.

tanımla oldukça benzerlik gösteren bir tanıma yer verilmiştir⁴. Bu tanıma göre sağlık, “*sadece hasta ve sakatlığın olmama durumundan çok bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve toplumsal iyi olma durumu*” olarak tanımlanmıştır⁵. Yine aynı şekilde Birleşmiş Milletlerin Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Sözleşmesinde, yetkili yorum organı olan Komite’nin sağlık kavramına ilişkin yaptığı yorumda da DSÖ’nün sağlık kavramının tanımında yer vermiş olduğu tanımdaki temel unsurları benimsediği görülmektedir⁶. Nitekim öğretilerde de en yaygın olarak kullanılmakta olan sağlık kavramı tanımının, DSÖ’nün kendi anayasasında tanımlamış olduğu savunulmaktadır⁷.

Ülkemizde ise T.C. Anayasası’nın “Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması” başlıklı 56. maddesindeki sağlık terimine ilişkin tanım, DSÖ’de yer alan tanım çerçevesinde ortaya koyularak “...beden ve ruh sağlığı...” şeklinde tanımlanmış ve uluslararası düzenlemelerdeki tanımlarla benzerlik göstermiştir. Belirtilen bu Anayasa maddesi ile yasa koyucu sadece çevrenin korunmasını anlamındaki devletin üzerine düşen ödevleri düzenlemekle yetinmemiş, bununla birlikte toplumdaki bireylere sağlıklı bir çevrede yaşama hakkını da tanımlamış bulunmaktadır⁸.

Ayrıca 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un 2. maddesi; sağlık kavramını “*Sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.*” şeklinde tanımlamıştır.

Öte yandan sağlık kavramı, sözlük anlamı ile “*bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet*” anlamlarına gelmektedir⁹.

Öğretilerde ise *Funda, bir bireyin sağlıklı olabilmesi için o kişide organik bir hastalık belirtisi veya hastalık mevcudiyetinin olmaması gerektiğini belirtmektedir*¹⁰.

⁴ Aktan Coşkun Can / Işık Kadir, “Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf>, (E.T.: 03.02.2019), s. 1-33.

⁵ Ertaş, s. 4.

⁶ Temiz, Özgür, “Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, C. 69, S. 1 (2014), s. 167.

⁷ Funda, Mansur Nejdin, İnsan Hakları, Sağlık Hakkı ve Hasta Hakları, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, SBE, İstanbul 2012, s. 184-185.

⁸ Akıllıoğlu, Tekin, İnsan Hakları Kavram Kaynakları ve Koruma Sistemleri, 3. Baskı, Yetkin Yayınları, Ankara, 2019, s.308

⁹ Türk Dil Kurumu, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=tdk.gts.5c54b5e5783cd2.15510383, (E.T.: 03.02.2019).

Dikkat edilecek olursa sağlık kavramı, tanımsal açıdan da geçmişten günümüze değışiklik göstererek büyük bir gelişim ve yenilik içerisinde. Nitekim toplumlar arasında geçmişte sadece “hasta olmama hali” olarak tanımlanmış olan sağlık, günümüz modern tanımında ise bu tanıma ek olarak, “fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan da iyi olma halini” belirterek kapsamını geliştirmiştir.

Yukarıdaki gerek uluslararası gerek ulusal hukukta yapılan pozitif düzenlemeler göz önünde bulundurulduğunda, sağlık kavramının genel anlamda üç ana unsur üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Bunlardan sağlık kavramının negatif yönünü oluşturan ilk unsur, kişinin bedensel ve fiziksel durumunu yani hasta olmama halini; pozitif yönünü oluşturan ikincisi ise fiziksel durumun yanı sıra bireyin ruhsal ve psikolojik açıdan iyi ve zinde olma halini belirtmektedir. Son unsur ise, tanımın işlevsel yönünü ortaya koyan, bireyin sosyal açıdan günlük aktivitelerle başa çıkabilmesidir.

Bu bağlamda sağlık, bireylerin fiziki açıdan hastalanma, sakatlanma, ruhsal anlamda psikolojik rahatsızlıklarının aksi yönüne işaret eden ve belirtilen bu olguların tam tersi olarak iyi olma durumlarını ifade etmektedir. Bununla birlikte, bireyin sosyal hayattaki durumu da sağlık teriminin tanımı içerisinde yer almaktadır. Sosyal hayatında bireyin iyi durumda olması da sağlık tanımını tamamlayan başka bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sonuç olarak yukarıda yapılan tüm tanımlar ışığında sağlık kavramını; insanların fiziki yönünü oluşturan bedenlerinin, herhangi bir hastalıklı durumunun söz konusu olmadığı yani bedensel bir sakatlık halinin olmaması ile birlikte kişinin ruhsal açıdan da herhangi bir hastalığa yakalanmamış olması ve bireyin toplumdaki sosyal yaşantısında da çevresi ile uyumlu, sıhhatli, esenlik ve afiyet içinde olması şeklinde tanımlayabiliriz.

1.1.2. Sağlık Hakkı Kavramının Tanımı

İnsan haklarının öznesi, “insan” olduğundan, insana yönelik ortaya çıkan tüm ihtiyaçlar bakımından, devletler tarafından ortaya çıkarılan haklardan, pek tabii ki insanlar etkilenmektedir¹¹. Zira bir insan hakkı, o bireyin sırf insan olmasından dolayı kendisine tanınan hakır. İşte sağlık hakkı da insana insan olmasından dolayı tanınan bu haklardan birini

¹⁰ Funda, s. 182.

¹¹ Azarkan, Ezeli, Uluslararası Hukukta Sağlık Hakkı, Seçkin Yayınları, Ankara 2018, s. 29.

oluşturmaktadır. Nitekim “sağlık” kavramı ile “sağlık hakkı” birbirinden farklı iki kavram olarak karşımıza çıkar. Birey sağlıklı olabilir, ancak kendisine sağlık hakkı tanınmadığı sürece bu durum yaşamını sağlıklı sürdürebilmesi açısından negatif bir etki yaratabilecektir.

Sağlık hakkının tanımı konusunda uluslararası hukukta bir görüş birliği olarak “sağlıkta ulaşılması gereken en yüksek standart” şeklinde bir tanıma yer verilmektedir¹². Öte yandan sağlık hakkı, insan deneni canlının tüm organizmasını meydana getiren mevcut tüm kapasitelerin ideal bir düzeyde yararlı ve düzgün bir şekilde kullanılmasını konu edinen temel bir insan hakkı şeklinde de tanımlanmaktadır¹³.

Günümüzde sağlık hakkı kavramı yalnızca bir bireyin sağlığının bozulması sebebiyle ulaşılacak hizmetler veya ürünleri kapsayan sağlık bakımını değil, bununla birlikte bir bireyin sağlığının korunması için gerekli tüm koşulların bu hak kapsamında olduğu, sağlık hakkının aslında, DSÖ Anayasası’nın sağlık hakkına ilişkin düzenlemelerinden kökenini aldığı belirtilmektedir¹⁴. DSÖ tarafından yapılmış olan sağlık tanımı ile sağlık hakkı arasında sıkı sıkıya bir bağlantı bulunmaktadır. Ne var ki DSÖ, sağlık hakkına ilişkin bir tanım yapmanın bunun devletlerin üzerindeki yükümlülüklerinden dolayı uygulanacağı anlamına gelmeyeceğinden bahisle sağlık kavramının aksine sağlık hakkının tanımına yer vermemiştir.

Sağlık tanımında yer alan fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam anlamıyla iyi olma durumu, devletlere bu tanımdaki unsurların sağlanması ve yerine getirilmesi yükümlülüğünü ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hakkı, lafzi açıdan bireye daima sağlıklı kalma veya sağlıklı olma gibi kusursuz bir sağlık talep etme hakkı sunmamaktadır. Sağlık hakkından anlaşılması gereken; bireyin hasta veya hastalığa yakalanmadan önceki süreçlerde sağlığının korunması ve eşit sağlık bakımı ve tedaviye ulaşabilmesinin devlet tarafından sağlanmasıdır¹⁵. Ne var ki sağlık hakkının da bir sınırı vardır. Yani bir hak olarak yaşam hakkı ele alındığında, nasıl ki bireyin devletten sonsuz bir hayat talep etme hakkı yoksa, sağlık hakkı konusunda da kusursuz bir sağlık ve sağlık hizmeti talep etmesi mümkün değildir¹⁶.

¹² Azarkan, s. 25.

¹³ Demir, s.75

¹⁴ Ertan, İzzet Mert, Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı, Legal Yayınları, İstanbul 2012, s. 15.

¹⁵ Çakır, Hüseyin Melih, Sağlık Hizmetlerinin Özel Hukuk Kişileri Tarafından Yürütülmesi, On İki Levha Yayınları, İstanbul 2015, s. 10.

¹⁶ Ertaş, s. 7.

Anayasa Mahkemesi'nin bazı kararlarında sağlık hakkı ile ilgili olarak, “*insanların sağlıklarının korunması, hastalandıklarında iyileşmeleri, tıbbi bakım görebilmeleri ve tedavi edilebilmeleri için Devletin sağladığı her türlü imkândan yararlanma hakkıdır. Sağlık hakkı, insanların doğuştan kazandıkları vazgeçilemez ve devredilemez haklarının başında gelmektedir*¹⁷.” şeklinde bir tanıma yer verilmiştir.

Sağlık hakkı bir hak olarak, insan ile sağlık kavramı arasındaki refah ve iyi olma halinin temelinde yatan sorunların, hukuki anlamda ele alınmasıyla ortaya çıkmıştır. Böylece temel sağlık sorunları, sağlık hakkı kapsamında değerlendirilmeye başlanmış ve devletler, insan hakları kapsamında sağlık hakkına ilişkin yükümlülüklerini sosyal devlet olma ilkesi gereğince yerine getirmeye başlamışlardır. Sağlık hakkının insan hakları kategorisinde bulunmasının nedeni ise tıbbi uygulamalardaki yetersizliklerin ortaya çıkması şeklinde belirtilmektedir. Bu nedenle günümüzde artık gelişen tıp ve tıbbi ürünler, hukuki açıdan yenilikleri de beraberinde getirmiştir¹⁸.

Her ne kadar sağlık hakkı bir temel ve uluslararası hak olarak gözüксе de bu hakkın kavramsal bakımdan ne tür bir hak içine girdiği noktasında bir görüş birliği bulunmamaktadır. Bu bağlamda “sağlık hakkı”; “sağlığın korunması hakkı”, “sağlık hizmetlerine ulaşma hakkı” ya da “hastalıklar karşısında tıbbi tedavi görme hakkı” olarak adlandırılmaktadır. Ancak sağlık hakkı tanımı öğretide “toplumdaki bütün bireylere yeterli ölçüde tıbbi bakım ve hizmetlere ulaşabilme olanağının sağlanması hakkı”, “toplumdaki bireylerin, devletten tedavi edilmeyi, sağlığının korunmasını istemesi, iyileşmesini veya tedavi edilmesini istemesi, devletin sağladığı sağlık imkanlarından faydalanmayı istemesi hakkı ve insan vücudunu meydana getiren tüm kapasitelerin optimal seviyede uyumlu ve yararlı bir şekilde kullanılmasını konu alan temel bir insan hakkı¹⁹” olarak farklı şekillerde tanımlanmaktadır.

Sağlık hakkının, hukuki boyutunun yanında devletlerin, bireylerin sağlığını etkileyen önlemlerin meşruiyetini değerlendiren bir araç olarak kullanılması açısından bir de siyasi boyutu mevcuttur. Devletler, sağlık hakkı ile ilgili yükümlülükleri sözleşmeler çerçevesinde kabul ederek, bunu bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılama çabalarının meşruiyetinin standardı olarak kabul etmişlerdir. Ancak her ne kadar bu hakka ilişkin fikir birliği sağlanmış

¹⁷ Anayasa Mahkemesi Kararı, 03.10.2013 T., 2012/103 E., 2013/105 K., <http://www.kararlaryeni.anayasa.gov.tr/karar/content/e1b37bcb-3539-43d3-83f3-6503b737026d?excludegerekce=false&wordsonly=false>, (E.T.: 05.02.2019).

¹⁸ Ertaş, s. 5.

¹⁹ Bozkurt, Enver, “İnsan Hakkı Olarak Sağlık Hakkı, Sağlık Hukuku Kurultayı”, Ankara, Kasım 2007, Ankara Barosu Yayınları, Ankara, 2008, s. 14; Demir, s.74-75.

ise de bu hususun sonuçlarına ilişkin yani üstünde fikir birliği oluşturulmuş ihtiyaçların giderilmesi noktasında, devletler bu ihtiyaçları yeteri kadar yerine getirememekte ve böylece bu anlamda geniş bir fikir birliği bulunmamaktadır²⁰.

Sağlık hakkı birçok diğer hak ile karşılıklı olarak bağlantılıdır. Nitekim yaşam hakkı, dinlenme hakkı, beslenme hakkı gibi haklarla sağlık hakkının pekiştirilmesi gerekmektedir. Öte yandan bu haklar da sağlık hakkı ile pekiştirilmedikçe anlam kazanmayacaktır. Bununla birlikte, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde temel haklar ile sağlık hakkının bir bütün olarak ele alındığı görülebilmektedir. Nitekim 25. maddede insanların, bulunduğu toplum içerisinde kendisinden tutunda ailesi ve çevresi anlamında iyi ve sağlıklı yaşayabilmesi açısından yeterli bir düzeyde yaşam standartlarına sahip olma hakkı bulunmaktadır. Bu hak içerisinde, konut edinebilmekten tutunda, giyim kuşam, beslenme, tıbbi bir ihtiyaç olması noktasında iyi bir bakıma, işsizlik, fiziki engel durumu, dul kalma ve yaşlanma gibi kendi kontrolü altında olmayan ve kontrolü dışında gelişebilecek durumlara karşı güvenlik hakkını içerdiği belirtilmektedir. Nitekim belirtilen bu maddede, beslenme, giyim ve konut hakları sağlık hakkı ile ilişkilendirilmiştir²¹.

Sağlık hakkı konusunda Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiseri Mary Robinson, sağlık hakkının hem hukuki hem de siyasi yönünü göz önünde bulundurarak; sağlık hakkının salt sağlıklı olma anlamında kullanılamayacağını, bununla birlikte ekonomik açıdan yeterli kaynakları olmayan yoksul ülkelerin, parasal anlamda pahalı bir sağlık servisi kurmalarının sağlık hakkı anlamına gelmeyeceğini belirtmekte ve tüm bunlarla birlikte, sağlık hakkının aslında, dünya üzerinde yer alan tüm insanların içerisinde yaşadığı toplumlardaki yöneticilerin ve hükümetlerin en kısa sürede tüm insanların sağlık hizmetlerine erişim ve yararlanma konusunda etkili bir sağlık sistemini oluşturacak politikaları ve eylem planlarını gerçekleştirip yürürlüğe sokmalarını gerektirdiğini belirtmektedir. Bu hususun gerçekleşmesini sağlamanın hem halk sağlığı çalışanlarının hem de insan hakları alanında çalışmalar yürüten kimselerin vermeleri gereken en büyük mücadele olduğunu vurgulamaktadır²². Böylece ifade edilen hususlarla birlikte Robinson sağlık hakkının çerçevesini bu anlamda çizmiş bulunmaktadır.

²⁰ Azarkan, s. 27.

²¹ Funda, s. 199.

²² Bozkurt, s.15 vd.; Funda, s. 200.

Ayrıca şunu belirtmek gerekir ki, sağlık hakkı kapsamında, hukuksal açıdan sırf yazılı veya sözlü hukuk kurallarının aranması mümkün görünmemektedir. Şöyle ki; sağlık hizmetlerinin sunumunda salt hukuk kuralları çerçevesinde hareket etmek mümkün olmayabilir. Yani, sırf hukuk kuralları çerçevesinde bireylere sağlık hizmetlerinin sunumu söz konusu olmayabilir. Çünkü bazı durumlarda hukuk kurallarının düzenlenmesi mümkün olmayabilmektedir. Bu nedenle ahlak kuralları bu kapsamda başvurulması gereken kurallar arasında yer almaktadır. İşkencenin önlenmesi ve işkence ile mücadelede sağlık personelinin üstlendikleri görevler ahlak kurallarına başvurulması gereken türlerdendir²³.

1.2. Sağlık Hakkının Gelişimi

İnsanların biyolojik açıdan yaşamını sürdürmesinin ilk koşulu, canlı olan vücutlarının sağlıklı bir şekilde idamesini sağlamaktır. Bunu sağlamak için de yaşama hakkının var olduğu ortamlarda insanların yaşaması; yaşama hakkının da var olabilmesi için de öncelikle sağlık hakkının göz ardı edilmemesi gerekir²⁴. Bu nedenle insanların doğumdan ölüme kadarki yaşamlarında, dünya içerisindeki bütün uğraşları ile birlikte yaşamlarını sürdürebilmek için sağlıklı olmak zorunda olduğunu söyleyebiliriz.

Tarihi kökenini 15.yy'dan bu yana alan sağlıklı yaşam, o dönemlerden bugüne kadar gelişim içerisinde olmuş ve olmaya da devam etmektedir. Sağlıklı yaşam ile ilgili olarak ilk defa 15. yüzyılda Thomas More, "Ütopya" isimli eserinde, insanlığın sağlıklı yaşam hakkı konusuna değinerek, bütün hükümet ve toplumların gerekli önlemleri alarak herkesin sağlıklı yaşayabilmesini sağlaması gerektiğini belirtmiştir. Hatta eserindeki bazı bölümlerde, ütopyada yaşlılara ve hastalara büyük bir sevecenlik ve özenle bakıldığını ve her kentin etrafında hastaneler olduğunu ifade etmiştir²⁵.

1.2.1. Uluslararası Alanda Sağlık Hakkı Gelişimi

İnsanlar, yaşamlarını sürdürmek adına daima bir bölgeden diğer bir bölgeye göç etmek ve başka insanlar ile etkileşimde bulunma durumu ile karşı karşıya kalmışlardır. Bu etkileşimle beraber insanlar, yeni iletişim araçları geliştirmiş ve kültürel açıdan etkileşimde

²³ Akıllıoğlu, s.319

²⁴ Alptekin, Kâmil, "Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme", T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, C. 12, (2004), s. 132-139.

²⁵ More, Thomas, Ütopya, Timaş Yayınları, İstanbul, 2014, s. 33.

bulunmuşlardır. İnsanların göç etmeleri sonucunda da insanlar hem küreselleşmiş hem de yeni iletişim araçları ve ulaşım araçlarının gelişmesini sağlamışlardır. Günümüzde artık bir bölgeden diğer bir bölgeye gün içerisinde seyahat etmek mümkün hale gelmiş bulunmaktadır. Ancak geriye dönüp bakıldığında, insanlar daha önceleri yaşamlarını sürdürmek amacıyla iklim, beslenme ve barınma amacıyla yer değiştirmek zorunda kalmış iken, daha sonraları bu göçün amacı değişerek, ticaret yapmak maksatlı göçler yapılmaya başlanmıştır.

İşte tüm bu göçler, insan sağlığı açısından çok önemli gelişmelere sebebiyet vermiştir. İnsanlar göç etmeleri ile birlikte bulaşıcı hastalıkların yayılmasını sağlayıp birçok insan ölüm tehlikesi ile karşı karşıya kalmış ve bunun neticesinde kitlesel halde ölümler meydana gelmiştir. Mesela, Amerika kıtasının keşfinde insanlar bu kıtaya giderek yerli halklar arasında yerlilerin vücutlarının alışık olmadığı mikropları kıtaya yaymışlardır. Bu mikroplar nedeniyle yerlilerde kitleler halinde ölümler yaşanmıştır²⁶.

Sanayi devriminin gerçekleşmesi ile birlikte, yeni göç akımları başlamış, bu sefer insanlar iş bulmak amacıyla göç etmiş ve sanayileşmenin başladığı kentlere doğru yol almışlardır. Bu göç, beraberinde sağlıksız koşullar altında yaşamayı getirmiştir. İnsanlar sırf çalışıp kazanç elde etmek amacıyla sağlıksız koşulları göz ardı ederek bu kentlerde yaşamlarını sürdürmeye çalışmışlardır. İlk etapta konaklama dahi ucuz iken pahalı hale gelmiş ve buna bağlı olarak insanlar konaklama konusunda imkân bulamayınca artık gecekondulaşmaya yönelmeye başlamış tabi bu durum da sağlıksız ve çok kötü ortamları oluşturmaya zemin hazırlamıştır. Böylelikle birçok aile bir arada yaşamaya başlamış ve hastalıklar hızla yayılmaya başlamıştır. İnsanların içecekleri suların bile atık sularla karışmış olduğu bir ortamda, doğan her beş çocuktan birisi henüz iki yaşını bile doldurmadan ölmüştür. Bu durum insanları farklı arayışlara itmeye başlamış ve neticesinde insanlar alkolün verdiği haz ile yoksulluğun verdiği keder ve acıyı bir nebze de olsa geride bırakmayı düşünerek sürekli alkol almaya başlamışlar ve bu sefer de alkole bağlı sağlık sorunları gündeme gelmeye başlamıştır.

Her ne kadar bu dönemde tıp bilimi gelişimini sürdürse de gebeler doğumda çocuklarını kaybedebiliyor, diş çektirmek için dişçiye giden hastalar bile diş çekiminde ölebiliyordu. Bütün bu olanlar beraberinde salgın hastalıkları getirmiş ve kolera, grip, tifüs

²⁶ Söyler, Sait, “Geçmişten Günümüze Uluslararası Sağlık Kuruluşları”, Sağlık Yönetimi Dergisi, C. 1, S. 1, (2017), s. 59.

gibi salgın hastalıklar yüzünden milyonlarca insan hayatını kaybetmiştir²⁷. İnsan yaşamındaki bu olumsuz durum, insan haklarının toplumlar içerisinde kabul edilmesine kadar artarak ilerlemiştir.

İnsan hakları, 17. yy'da yani modern çağın başlarında Avrupa'da insanca yaşam düzeninin kurulması için gündeme gelmiştir. Buna temel neden olarak da modern devletin ilk defa batıda ortaya çıkması, gerekçe olarak gösterilmiştir²⁸.

Modern devletlerin sağlık politikaları kapsamında yürüttükleri ilk faaliyetler arasında “Sosyal Matematik Kavramı” yer almaktadır. Bu kavram, Fransız siyasetçi *Condorcet* tarafından ortaya konmuş ve genel anlamda modern devlet ile onu oluşturan halkların sağlıkları arasındaki bağlantının gelişimini sağlamaya yarayan bir kavramdır. Sosyal matematik kavramına göre, devletin gücü ve ölçeği, sayıları ve sağlıklarına göre halkların çeşitli biçimlerde sayılmasına göre belirlenecektir. Bu durum merkantilist düşünce etrafında şekillenmiş bir yaklaşım olarak belirtilmiştir. Bu yaklaşımla birlikte, İtalya şehirlerindeki toplumun ekonomik faaliyetleri ve salgın hastalıkları konusunda geniş kapsamlı bir nüfus sayımı gerçekleştirilmiştir. Öte yandan, 18. yy.'da İsveç'te ölüm nedenleri, doğumlar, bireylerin eğitim seviyeleri ve hastalıklı bireylerle ilgili istatistikler tutulmaya başlanmıştır. Hatta, Fransa'da Napolyon döneminde bu istatistiklerin daha başarılı bir şekilde tutulmasını sağlamak amacıyla “İstatistiki Araştırma Bürosu” kurulmuştur²⁹.

18. yy. sonlarında burjuvazinin aristokratlara karşı başarı elde etmesiyle birlikte, insan hakları içerisindeki birinci kuşak haklar arasında yer alan bir takım mülkiyet, yaşama, özgürlük, güvenlik gibi hakları burjuvazi elde etmiş ve çok kısa sürede bu haklar artık evrensellik kazanmıştır. Ancak bütün bunlara rağmen, toplumdaki bireylerin çok fakir olmasından dolayı, bu haklar amacına ulaşamıyordu. Her ne kadar yaşama hakkı olsa da, en basit hastalıklarda bile bireyler tedavi olabilecek parayı bulamıyorlardı. Buna benzer birçok hakları maddi nedenlerden dolayı amacına ulaşamıyordu. Günümüzde bile herkesçe bilinen ve halen buna örnek verebileceğimiz Afrika ülkelerindeki insanlar bu durumda varlığını sürdürmektedir. Haklar konusunda sağlık hakkına da egemen olan burjuvazi sınıfına daha sonra 19. yy.'da işçi sınıfı ilk tepkilerini vermeye başlamıştır. Neticesinde 19. yy. ortalarında

²⁷ Söyler, s. 59.

²⁸ Alptekin, s. 136.

²⁹ Topkaya, Özgür, “Sosyal Politikalar Bağlamında Dünya Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi”, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C. 21, S. 2 (2016), s. 709.

artık Almanya’da sağlık hakkının habercisi olarak yorumlanabilecek “Sağlık Sigortası” sistemi ortaya çıkmıştır³⁰.

19. yy.’da kentleşme ve göçlerin etkisi nedeniyle sağlık alanında olumsuz etkilenen toplumlar tıp biliminin gelişmesiyle birlikte sağlıklı yaşamak adına olumlu adımlar atmaya başlamışlardır. İnsanlar öncelikle alt yapı konusunda yeni düzenlemeler yapmaya başlamış atık su ve içme suyu konusunda önlemler almışlardır. Temiz su tedarik ederek öncelikle toplumdaki insanların temiz su içmeleri sağlanmaya başlanmıştır. Öte yandan 19. yy.’da Thomas Malthus’un nüfus ile ilgili teorisi kamu sağlığı kavramının gelişimine katkı sağlayarak dönemine damga vurmuştur. 19. yy.’da bulaşıcı hastalıkların Avrupa’yı kasıp kavurmasıyla birlikte Temmuz 1851 yılında Paris’te düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı bu alanda ilk düzenlenmiş çalışmadır. Yaklaşık altı ay kadar devam eden bu çalışmalar neticesinde 137 madde olarak bir sağlık tüzüğü meydana getirilmiştir. Düzenlenen birinci toplantıda, deniz yoluyla ulaşım ve bu çerçevede karantina kuralları belirlenmiş, denizciliğe ilişkin yapılacak faaliyetleri geliştirmek ve toplum içerisinde yer alan bireylerin sağlığını korunaklı hale getirmek için gerekli çalışmalar meydana getirilmiştir. Konferansa Osmanlı Devleti, Fransa, Rusya, İngiltere, İspanya başta olmak üzere toplamda on iki ülke katılarak, içlerine yer alan doktor ve bir diplomatın da katıldığı bu toplantıda o döneme ait sağlık problemleri, o dönemin koşulları ile çözümlenmek istenmiştir. Farklı ülkelerde toplamda 12 konferans düzenlenmiş ve konferanslardan birisi 1866 yılında İstanbul’da düzenlenmiştir. İstanbul Sağlık Konferansı’nda Mısır’dan Akdeniz’e komşu Avrupa ülkelerine yayılmaya başlayan kolera salgını ile ilgili tedbirler tartışılmıştır³¹.

19. yy.’da halen kitlesel ölümlerin devam etmesi bakterilerin keşfedilmesine kadar sürmüştür. Bakterilerin keşfedilmesinden sonra ise bariz bir şekilde bulaşıcı hastalıklar önlenmeye başlanmış ve insan ölümleri makul bir seviyeye indirilebilmiştir. 19. yy. ve 20. yy.’a kadar bilim adamlarının tıp alanındaki çalışmaları ile devrim niteliğinde buluşlar gerçekleştirilerek birçok hastalığın tedavisi bulunmuş ve halk sağlığı konusunda adımlar atılmıştır. 1914’de başlayan I. Dünya Savaşı ile birlikte savaş ortamı, salgınların yeniden oluşmasına ve yayılmasına sebep olmuştur. Savaşın sona ermesi ile birlikte 1919’da Milletler Cemiyeti kurulmuştur³². Milletler Cemiyeti Misakı’nın 25. maddesine göre kurulan

³⁰ Alptekin, s. 136.

³¹ Topkaya, s. 710.

³² Söyler, s. 62.

uluslararası sağlık örgütlerinin Milletler Cemiyeti altında iş birliği yapmaları öngörölmüştür³³. 1923 yılında ise bulaşıcı hastalıkların bir ülkeden başka bir ülkeye yayılmasını engellemek amacı ve sıtma hastalığının göröldüğü ülkelerde çalışmalar yapılması için Sıtma Komisyonu kurulmuştur³⁴.

Milletler Cemiyeti ile bünyesinde kurulan örgütler üye devletler arasında bütün desteklerden yararlanmış ve halk sağlığı, toplum sağlığı konusunda sorunlara ilişkin uluslararası bir iş birliği ve destek ortamı sağlamıştır. Ayrıca bu sağlık örgütleri uluslararası toplumlardaki sağlık sorunlarına çözümler bulmak için yol göstericiliği yapmışlardır. Yaptıkları faaliyetler ile salgın hastalıkların kontrolünü sağlamada ve bireylerin barınması, barındıkları ortamlarda hijyenin sağlanması ve dengesiz beslenme gibi konularda düşünmenin ötesinde adımlar atmışlardır³⁵.

Daha sonra dünya çapında patlak veren II. Dünya Savaşı'nın ortaya çıkması ile savaşın toplumlarda yarattığı yıkıcı etkileri bütün Avrupa'yı adeta kasıp kavurmuştur. I. ve II. Dünya savaşlarının gerçekleşmesi sebebiyle, 1914 ile 1945 yılları arasında sağlık konusunda uluslararası çalışmalar ile ilgili pek bir çalışma yapılamadığından dolayı sağlık alanında pek katkı sağlanamamıştır. Ayrıca 1918-1919 yılları arasında Avrupa'daki toplumlarda görölen ve yaklaşık 15 milyon bireyin öldüğü grip salgını ve Sovyetler Birliği'nde görölen tifüs salgını sebebiyle 1,600,000 kişiye bulaşan tifüs salgını döneme adeta damgasını vurmuştur³⁶.

II. Dünya Savaşı sonrasında Milletler Cemiyeti'nin uluslararası toplumlardaki barış ve güvenliği sağlayamayacağı düşüncesi ile daha sonra 1945 yılında Birleşmiş Milletler Şartı'nın kabulü gerçekleştirilmiştir. Birleşmiş Milletler Şartı ile uluslararası toplumların barışı ve güvenliğinin sürdürölmesi düşüncesi terk edilmemiştir. Bu nedenle, sağlık açısından, üye devletler arasındaki sağlık sorunlarının çözümlüne yönelik çalışmalar devam etmiş ve 1945 yılında San Francisco konferansı düzenlenerek BM bünyesinde bir uluslararası sağlık örgütü kurulması yönünde karar alınmıştır³⁷. Bu konferansta Brezilya ve Çin ülke temsilcileri Uluslararası bir Sağlık Örgütü kurulmasını amaçlayan bir toplantı düzenlenmesini önermişlerdir. Katılımcıların oy birliği ile bu öneri kabul edilerek, 19-22 Temmuz 1946

³³ Milletler Cemiyeti Misakı, Tam Metni için Bkz., (Çevrimiçi), www.erdemdenk.com/mcmisaki.doc, (E.T.: 28.02.2019).

³⁴ Söyler, s. 62.

³⁵ Azarkan, s. 45.

³⁶ Topkaya, s. 712.

³⁷ Azarkan, s. 46.

tariflerinde New York'ta düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansında Birleşmiş Milletler'e  ye 51 ülkenin temsilcileri ile Kızılhaç, FAO, UNESCO, ILO, OHP, PAHO, Dünya İşçi Sendikaları Federasyonu ve Rockefeller Vakfı gözlemcileri DSÖ Anayasası'nı meydana getirmişlerdir. 61 ülke temsilcisi tarafından imzalanan bu Anayasa, 7 Nisan 1948 yılında 26 ülkenin onay vermesi ile yürürlüğe girmiştir³⁸.

Tarihsel açıdan sağlık hakkı, II. Dünya Savaşı sonrası dönemde hazırlanmış olan insan haklarına ilişkin belgelerde düzenlenmeye başlanmıştır. Aynı zamanda bu dönem, insan haklarının uluslararası alanda kurumsallaşmaya başladığı dönem anlamına da gelmektedir³⁹.

DSÖ'nün kurulmasından sonra, sağlık alanında başlıca bildirgeler imzalanmış ve bu bildirgeler kapsamında sağlık hakkı ve sağlık hizmetleri kapsamında zamanla olumlu gelişmeler meydana gelmiştir. Hatta 1969 yılında imzalanan Amerikalılar arası İnsan Hakları Sözleşmesi 1978'de yürürlüğe girdiğı tarihte, ekonomik, sosyal ve kültürel haklar alanında yeteri kadar düzenleme yapmadığından dolayı 1988 yılında ek protokol hazırlanmıştır. San Salvador adlı bu protokol ile aralarında sağlık hakkının da yer aldığı sendikal haklar, sağlıklı evre hakkı, eğitim hakkı ve yiyecek hakkı gibi bazı haklar düzenlenmiş ve bu eksiklikler giderilmiştir⁴⁰.

³⁸ Söyler, s. 62-63; Samancı, Uğur, "Dünya Sağlık  rg t  ve Normatif İşlevi (Araştırma Makalesi)", Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C. 18, S. 1 (2016), s. 63.

³⁹ Şahin, Adil, "Ulusal  st  İnsan Hakları Hukukunda Ekonomik Sosyal ve Kültürel Hakların Niteliği Bağlamında Sağlık Hakkının Kapsamı  zerine Bir İnceleme", Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C. 59, S. 4, (2010), s. 738.

⁴⁰ Bozkurt, Enver/Kanat, Selim/Bektaş, Sezercan, Uluslararası İnsan Hakları Hukuku, 3. Baskı, Legem Yayıncılık, Ankara 2018, s. 145.

Tablo: 1 Sağlık Alanında Başlıca Bildirgeler⁴¹		
Bildirgenin Adı	Yayınlandığı Tarih	Bildirgenin Ana Konusu
ALMA-ATA BİLDİRGESİ	1978	Temel sağlık hizmetlerine ilişkin bilgiler açıklanmış ve temel sağlık hizmetlerinde devletin görevleri üzerinde durulmuştur.
LİZBON BİLDİRGESİ	1981	Genel anlamda hastalara ilişkin haklara yer verilmiştir. Hastanın kendi doktorunu özgürce seçme; doktorunda herhangi bir dış baskı altında kalmadan hastasına bakabilme; hastanın kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini doktordan bekleme; onurlu bir biçimde ölme; kişinin inancında yer alan dini temsilci de dahil olmak üzere, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme ya da reddetme hakkı öngörülmüştür.
OTTOWA ŞARTI	1986	Toplum sağlığını geliştirme konusu sadece sağlık sektörüne bırakılmamış ve bununla birlikte sağlık için ön koşullar ve sağlığı geliştirme politikaları belirlenmiştir.
ADELAIDE TAVSİYELERİ	1988	Sağlıklı bir halk oluşturmak adına sağlık politikası stratejileri geliştirilmiştir.
AMSTERDAM BİLDİRGESİ	1994	Hastalara ilişkin hakları; hastayı bilgilendirme, tedaviye onay verme; gizlilik ve başvurucunun özel hayatı, bakım ve tedavi ile başvuru başlıkları altında ele almıştır.
KOPENHAG BİLDİRGESİ	1994	Avrupa’da sağlığa yöneltilen eleştiriler yer aldığı gibi gerekli değişimlerin yapılmasını ve geleceği şekillendirmeyi öngörmektedir.
BALİ BİLDİRGESİ	1995	Amsterdam Bildirgesi’ne ek olarak intihar girişimi, dini temsilcilerin ruhi ve moral desteği, sağlık eğitimi görme hakkı ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir.
LJUBLJANA BİLDİRGESİ	1996	Güneydoğu Avrupa’daki sağlık hizmetlerinden yararlanamayan nüfusun sağlık ihtiyaçlarının karşılanması esasına dayanmaktadır
JAKARTA DEKLARASYONU	1997	21. Yüzyılda sağlığı geliştirme eylem planları sunulmuş ve önceliklerine yer verilmiştir.
DUBROVNIK SÖZLEŞMESİ	2001	Sağlık alanında hedef ve stratejilerin belirlenmesi üzerinde durulmuştur. Ayrıca sağlığın finansman kaynaklarının oluşturulması ve kalite üzerinde durulmuştur.

⁴¹ Aktan / Işık, s. 2.

1.2.1.1 Dünya Sağlık Örgütü

Birleşmiş Milletler uzmanlık kurumu olan ve sağlık alanında faaliyetini icra eden DSÖ'nün amacı, DSÖ'nün kendi anayasasının 1. Maddesinde belirtildiği üzere insanların mümkün olabilecek en iyi ve yüksek sağlık seviyesine erişmesidir. Bu nedenle DSÖ'ye üye olacak devletlerin önünde herhangi bir şart veya engel bulunmamakta ve üyelik tüm devletlere açık bir şekilde yapılabilmektedir. Bu bağlamda BM üyesi devletlerin üye olabilmeleri konusunda sadece DSÖ Anayasasına taraf olması yeterli kabul edilmektedir. Örgütün anayasa metninde yer alan 3 ve 4. Maddelerde de belirtildiği üzere herhangi bir DSÖ organı tarafından ayrıca bir kabul edilme kararına ihtiyaç duyulmamaktadır⁴².

Ancak BM üyesi olmadığı halde DSÖ'ye üyelik başvurusunda bulunan devletlerin üye olmaları bakımından üyelik başvuruları, DSÖ anayasasının 6. Maddesinde belirtildiği üzere Asamble tarafından basit çoğunlukla kabul edilmesi şartına bağlanarak, BM üye olmayan devletler bakımından bir üye olma şartı anayasa metnine dahil edilmiştir. Diğer yandan, DSÖ Anayasası'nın 8. Maddesi'ne göre, uluslararası ilişkilerinin yürütülmesinden kendisi sorumlu olmayan bölge veya ülkeler de bazı şartlar altında DSÖ'de ortak üye (*Associate Member*) statüsüne sahip olabilmektedirler. DSÖ'nün organlarına baktığımızda ise bu örgütün teşkilatlanma yapısı anayasa metninin 9. Maddesinde açıkça belirtilmiştir. Bu organlar, Dünya Sağlık Asamblesi (*World Health Assembly*), İcra Kurulu (*Executive Board*) ve Sekreteryadır (*Secretariat*). Belirtilmiş olan bu merkezî organlar yanında, DSÖ'nün bölgesel anlamda teşkilatlanmaları ve bazı üye devletlerde açılmış ve faaliyet gösteren ofisleri de bulunmaktadır. Bu da merkezci bir yapıdan yani merkezden yerele doğru üç aşamalı bir yapıyı karşımıza çıkarmaktadır. Bu üç aşamalı yapı ile birlikte DSÖ, sağlık alanında yer alan merkezî politika liderliği ile yerel anlamda icra etmiş olduğu operasyonel kapasitesini bir araya getirerek bunları birleştirmeyi olanaklı hale getirmiş bulunmaktadır⁴³.

II. Dünya Savaşı'nın sona ermesi ile, müttefik devletleri bir araya getiren ortak düşmanlar yenilgiye uğramış ve Birleşmiş Milletlere bağlı bir organ olarak 1946 yılında

⁴² Dünya Sağlık Örgütü Anayasası Metni için Bkz., (Çevrimiçi), https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, (E.T.: 03.03.2019).

⁴³ Samancı, s.64-65.

“Dünya Sağlık Örgütü” kurulmuştur. Bu örgütün kurulması ile ilk kez “ulaşılabilir en yüksek sağlık standardı hakkı” fikri DSÖ’nün kurucu antlaşmasının taslağında yer almıştır⁴⁴.

Kuruluş aşamasından önce, Birleşmiş Milletler (BM) Antlaşmasının düzenlendiği ve hazırlık çalışmalarının yapıldığı 1945 yılında düzenlenen San Francisco Konferansında, Brezilya temsilcileri tarafından bir bildiri sunulmuştur. Bu bildiride, tıp biliminin, toplumlar arasında barışa verilen en önemli destek olduğu şeklinde ifadeler yer almıştır. Bu bildiri ile sağlık konusunun BM’nin üzerinde çalışması ve bu konuyla alakadar olması gerektiği kabul edilerek, belirtilen bu meselenin BM Şartına eklenmesine karar verilmiştir. Daha sonra, San Francisco’da düzenlenen konferansta, Çin ve Brezilya ülkeleri temsilcileri tarafından ileri sürülen ortak öneri kapsamında, ülkeler arası bir sağlık örgütünün kurulması maksadıyla genel bir konferans yapılması yönünde karar alınmıştır. 1948 yılında DSÖ Anayasası’nın taslağına son hali verildikten sonra hazırlık komitesi tarafından ulaşılabilir en yüksek sağlık standardı hakkı yerine “sağlık, güvenliği ve kişiler ve milletler için refahı kazanmak için önemli faktördür” ifadesi kullanılmıştır⁴⁵.

7 Nisan 1948 tarihinde yürürlüğe giren DSÖ Anayasası, sağlık kavramını bir hak olarak düzenleyen ilk uluslararası belge olma niteliği taşımaktadır. Sağlık hakkı, BM Şartı’nın kabul edilmesi ile birlikte, buna karşılık Evrensel İnsan Hakları Bildirisi’nin öncesindeki dönemde, temel bir hak olarak ilk defa DSÖ Anayasası tarafından tanımlanmıştır. Uluslararası alanda, uluslararası örgütlerin anayasalarında yer alan yükümlülüklerin üye devletler açısından bağlayıcılığı bulunmaktadır. Böylelikle DSÖ üyesi Devletler DSÖ Anayasasında belirtilmiş olan sağlık hakkı yükümlülüklerine göre hareket etmek zorundadırlar. Ancak DSÖ Anayasası’nın icrai hükümlerinde sağlık hakkına ilişkin bir düzenleme bulunmamaktadır. Bu nedenle DSÖ Anayasasının sağlık hakkı kaynakları arasında yer almaması gerektiği yönünde doktrinde görüşler yer almaktadır⁴⁶.

DSÖ Anayasası’nın temel ilkelerini içeren kısmında, DSÖ’nün amacı ile ilgili olarak “Tüm insanların mümkün olan en üst sağlık düzeyine ulaşmaları” şeklinde ifade yer alır ve bu amacı gerçekleştirmek için Dünya Sağlık Örgütü’nün işlevleri sıralanmaktadır. DSÖ Anayasasının 1. maddesi, sağlık alanında faaliyet gösteren BM uzmanlık kurumu olan

⁴⁴ Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, s.9.; Azarkan, s. 46.

⁴⁵ Azarkan, s. 46.

⁴⁶ Ertan, İzzet Mert, Ulusalüstü İnsan Hakları Hukukunda Sağlık Hakkı ve Etkinleştirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı, İstanbul, 2012, s. 11.

DSÖ'nün amacının, herkesin mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşması olarak belirtilmiştir.

Örgütün işlevlerinin ilki, uluslararası sağlık çalışmalarının yönetimi ve uyum içerisinde birlikte hareket etmelerinin sağlanması; ikincisi ise BM, İhtisas Kuruluşları, devletlerle bağlantılı olarak sağlığa ilişkin yönetimleri, mesleki gruplar ve uygun görülen diğer örgütler ile aktif bir şekilde görüşmeler yapmak ve bu görüşmelere yönelik ilişkileri sürdürmek, ayrıca, üye devletlerin talepleri doğrultusunda sağlık hizmetlerinin daha iyi bir hale getirilmesi konusunda yardımcı olmak ve devletlerce izin verildiği takdirde, hükümetlere uygun bir şekilde teknik açıdan yardım ve oluşabilecek acil hallerde bunlara ilişkin gerekli yardımı sunmak olarak ifade edilmektedir⁴⁷. Buna bağlı olarak, Örgüte üyelik konusunda bir kısıtlama bulunmadığı gibi örgüt üyeliği tüm devletlere açık bırakılmıştır. BM üyesi ulusların DSÖ'ye üyeliği konusunda sadece DSÖ Anayasası'na taraf olması yeterli olarak kabul görülmektedir. Ayrıca örgütün herhangi bir organının kabul etmesine yönelik kararına ihtiyaç görülmemektedir⁴⁸.

II. Dünya Savaşı'ndan sonra sağlık hakkına normatif olarak yer veren ilk belge DSÖ Anayasası olması ile birlikte, buna karşılık örgüt bu öncülüğünü sağlık hakkının normatif içeriğinin geliştirilmesine imkân sağlayacak şekilde sürdürmemiştir. Bunun asıl nedeni DSÖ'nün yetki bakımından böyle bir yetkiye sahip olmamasından kaynaklanmamaktadır. DSÖ Anayasası, Örgütü normatif düzenlemelerde bulunabilmesi için oldukça geniş yetkilerle donatmıştır. DSÖ Anayasası örgüte anlaşma yapma yetkisini içermektedir ve tanımaktadır⁴⁹. DSÖ tarafından bir anlaşmanın kabul edilmesi durumunda, üye Devletler bu belgeye istinaden bir "eylemde bulunmak" zorunda olduğu da Örgütün Anayasası'nda yer almaktadır⁵⁰. Ayrıca, DSÖ'nün yetkisi bununla sınırlı değildir. Örgütün Anayasası'nda ayrıca örgütün hukuki bağlayıcılığı içeren düzenlenmeler yetkisi de mevcut bulunmaktadır. Fakat DSÖ bu yetkisini, kendisi gibi nitelendirilebilecek Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) ya da Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) gibi örgütlerin aksine, 2003 yılına kadar kullanmamıştır. Bu tarihsel geçmişi değiştiren olgu ise "Tütün Denetimine İlişkin Çerçeve DSÖ Sözleşmesi" dir⁵¹.

⁴⁷ Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, s.10

⁴⁸ Samancı, s. 63.

⁴⁹ Ertan, Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı, s. 13.

⁵⁰ Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, s.1-77.

⁵¹ Ertan, Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı, s. 14-15.

Günümüzde DSÖ, düzenlemiş olduğu normatif düzenlemeler ve uygulamalar ile özellikle bulaşıcı hastalıklar konusunda birçok başarılı adımlar atmışlar. Buna örnek olarak, özellikle çiçek hastalığının kontrol altına alınmasını ve önlemler alınmasını belirtmek mümkündür. DSÖ, hastalıklara karşı tedavi yöntemleri geliştirilmesi ve toplum sağlığı açısından önlemlerin alınması hususu ile birlikte, sağlığa ilişkin kayıtların tutulması, bu kayıtların analiz edilmesi ve raporlanması konularında da çalışmalara yer vermektedir. Ayrıca, epidemiyolojik araştırmalar yaparak, kalite kontrol ölçekleri geliştirmektedir. Sağlıkta önde gelen bilginin kaynağı olan DSÖ, sağlığa ilişkin verileri ve bilgileri oluşturduğu yayınlar, internet ortamındaki web sitesi ve ülkelere ilişkin oluşturmuş olduğu raporlarla herkese aktarmaktadır⁵².

1.2.1.2 Alma-Ata Bildirgesi

DSÖ sonrası düzenlenmiş olan bildirgelerin arasında tarihsel açıdan sağlık hizmetlerinin sunumuna en etkili bildirgeler arasında Alma-Ata bildirgesi yerini almaktadır. Bu sebeple yukarıda Tablo 1’de yer alan bildirgeler arasında yayınlanmış olan ve içerik kapsam yönünden diğer bildirgeler arasında sağlık hizmetlerinin etkili sunulması yönünden farklılık arz etmesi nedeniyle sadece Alma-Ata Bildirgesi’ne yer verilmiştir.

1970’li yıllar sağlık hizmetleri seviyesinin istenilenden daha az olduğu senelerdir. DSÖ, 1973 tarihinde, sağlık hizmetlerindeki gelişmelerin gerek nitelik gerekse nicelik bakımından toplumlar içerisinde gelişmekte olan diğer hizmetlere nazaran geride kaldığını belirtmektedir. DSÖ, gelişmiş ve gelişmekte olan devletler için yapmış olduğu bu tespit ile, birtakım kararlar alarak gelişmesi gereken sağlık hizmetleri ile ilgili durumların düzeltilmesi için girişimlerde bulunmuştur. Bu girişimlerden veya adımlardan birincisi, tespit edilen ve gelişmesi gereken hizmetler için hedeflerin belirlenmesi olarak belirtilmiştir. Bu bağlamda, DSÖ, 1977 yılında yapmış olduğu 30. Genel Kurul ile “herkese sağlık” hedeflerini belirlemiştir⁵³. Böylelikle bu kurulda, bütün insanların sosyal ve ekonomik açıdan verimli olabilmeleri için insanların sahip olması gereken sağlık düzeyine erişme fikri benimsenmiştir⁵⁴.

⁵² Söyler, s. 63.

⁵³ Aktan / Işık, s. 3-4.

⁵⁴ Topkaya, s. 713.

Bu gelişmeler ışığında yaklaşık bir yıl sonra, Kazakistan'da yer alan Alma-Ata kentinde, 6 ila 12 Eylül 1978 tarihleri arasında, Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı gerçekleştirilmiştir. Bu konferansın bir araya gelme amacı, sağlığa ilişkin sunulan hizmetlerin daha iyi bir şekilde sunulması için iyileştirilmesi ve herhangi bir ırk, halk ya da grup farkı gözetilmeksizin, yani ırk ayrımı yapılmaksızın bütün insanlığın sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanma seviyesinin daha iyi bir seviyeye getirilmesine yönelik konuların araştırılmasıydı. Yapılan konferansta sona gelindiğinde sonuç olarak, devletler arasında uluslararası sağlık anlaşması niteliğine haiz Alma-Ata Bildirgesi düzenlenmiştir. Yayınlanan bu bildiriye 134 devlet ve 67 uluslararası örgüt temsilcisi kabul kararı sunmuştur. Bu bildiri, sağlık ve bu konuda kalkınmada çalışan tüm departmanların haricinde tüm dünya halklarının, insanların sağlıklarının korunması ve imkanlar dahilinde sağlık açısından daha refah bir seviyede yaşamaları konusunda bu birimlerin yapması gereken işlemleri belirten ve onlara yol gösteren bir öneriler paketidir⁵⁵.

Alma-Ata Bildirgesi'nde vurgulanmak istenen konular arasında, sağlık hususunun insanlara ilişkin temel haklardan biri olduğu da belirtilerek, bu hakkın düzeyinin pozitif yönde ilerlemesinin sağlık alanında yer alan birimler için olduğu kadar bunun yanında sosyo-ekonomik birimler için de öneme haiz bir hedef olarak belirlenmesi gerektiği yer almıştır⁵⁶. Bununla birlikte, Alma Ata Bildirgesi'nin, 1946 senesinde kabul edilen DSÖ Anayasa metninde düzenlenmiş olan "sağlık" kavramı tanımını, insan sağlığının sadece hastalık yada insan vücudundaki sakatlığın olmayışı değil, bununla birlikte fiziki, ruhsal ve toplumsal bakımdan tam bir iyilik hali ve temel insan haklarından biri olduğunu, 1946 yılı sonrasında 1978 yılında, onca geçen yıla rağmen bir defa daha doğrulaması çok anlam ifade etmektedir. Belirtilen sağlık tanımı ile, tıp ve sağlıkta biyomedikal yaklaşımdan uzaklaşarak, biyo psiko sosyal yaklaşımın kabul edilmesine ve insan sağlığı konusunun insan hakları arasında yer alan temel haklardan olduğu önemle belirtilmesine rağmen, geçmiş olan onca sene içinde yeryüzünde sosyalist ülkeler ve sosyalizme yön çevirmiş birkaç üçüncü dünya devleti haricinde çok az ulus belirtilenlerin gereğini yerine getirmeye çalışmıştır⁵⁷.

⁵⁵ Funda, s. 80-81.

⁵⁶ Aktan / Işık, s. 4.

⁵⁷ Akalın, Mehmet Akif, "Alma-Ata Bildirgesi Nasıl Değerlendirilmelidir? (Görüş)", Tam Metni İçin Bkz., (Çevrimiçi), <http://bilimveaydinlanma.org/alma-ata-bildirgesi-nasil-degerlendirilmeli/>, (E.T.: 10.03.2019), s.104-106

Üye Devlet yetkilileri, tüm dünyada temel sağlık hizmetlerinin taşıdığı önemi ön plana alan uluslararası bir bildirgeyi imzalayarak, halk sağlığı tarihinde dönüm noktası sayılabilecek bir belgeyi yürürlüğe sokmuşlardır. Böylelikle, DSÖ üyesi ülkeler, “herkes için sağlık” ilkesini tüm dünyada 2000 yılına kadar hayata geçirme yönünde anlaşmaya varmışlardır⁵⁸.

Alma-Ata Bildirgesiyle ileri seviyede olan ve gelişmekte olan devletler karşılaştırılarak, bu ülkeler arasında sağlık hizmetleri konusunda çok fazla eşitsizliklerin var olduğu kanısına ulaşılmıştır. Bu hususun bütün devletlerin ortak sorunu olduğu noktasına vurgu yapılmıştır. Ayrıca, ekonomik ve sosyal kalkınma ile birlikte dünyada yer alan barışın korunabilmesinde sağlık konusunun etkin faydası belirtilerek, sağlık hizmetleri konusunda bir planlama yapılması ve bu planların yürütülmesinin, toplumdaki bireylerin hem hak hem de yapması gereken ödevi olduğu belirtilmiştir⁵⁹.

Bu bildirge ile her ne kadar gelecek sağlık hizmetleri konusunda önemli bir portre çizilmiş ise de bildirgenin imzalanmasından sonra ki yıllarda bu durum yerini hayal kırıklıklarına bırakmıştır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’ni de aralarında bulunduğu beş daimî üye ülke temsilcileri Alma-Ata konferansı sırasında gizlice bir araya gelmiş ve bildirmede ana hatları saptanan ileriye yönelik sağlık hizmetlerindeki gelişmesi hedeflenen amaçları benimsemek yerine, belirtilmiş olan yaygın sağlık hizmetlerinden taviz verilerek anne ve çocuk sağlığının desteklenmesine dayalı bir ana gündem belirledikleri sonradan ortaya çıkmıştır. Konferansın içeriği daraltılarak belirtilen bu hedef doğrultusunda, Alma-Ata Bildirgesi’nde benimsenen kapsamlı temel sağlık hizmetleri tanımı, birkaç yıl sonra, zorunlu hizmet ve ürünlerden oluşan bir asgari pakete dönüştürülmüş olduğu belirtilmektedir. Hangi ürün ve hizmetlerin zorunlu olacağı DSÖ belgelerinde belirtilerek, hastaların alacağı hizmet, ilaç ve destek kalemleri temininde içerik daraltılmıştır. Listeye dahil edilenler ilaç, destek ve hizmet kalemleri, temel, ucuz, genellikle de standartları yakalayamayan tedaviler ve tedavi yöntemleriyle sınırlandırılmakta, sayısız yaygın hastalık ve halk sağlığının önemli ihtiyaçları kapsam dışı bırakılmıştır⁶⁰.

Her ne kadar Alma-Ata bildirgesi ile ilgili olarak bazı yazarlar, bildirge ile ülkelerin, temel sağlığı ortaya koyup devam ettirmek amacıyla gerekli ulusal politikalar, yöntem ve

⁵⁸ Panitch Leo / Leys Colin / Morbid Symptoms: Health Under Capitalism (Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları E-Kitap), Yordam Kitap, İstanbul 2009, s. 382.

⁵⁹ Aktan / Işık, s. 4.

⁶⁰ Panitch / Leys / Morbid, s. 382-383.

Çalışma planlarını yapmaya, bu amaç doğrultusunda ulusal ve dış kaynaklardan yeterince yararlanmaya çağrıldığını, silahlanma ile askeri anlaşmazlıklar uğruna ulusal kaynakların büyük çoğunluğunun harcandığına dikkat çekilerek silahsızlanma ve lkelerin gergin ortamları yumuşatarak ulusal kaynakların barışçıl amaçlarla kullanılması yönünde olanak sağlayacağını, temel insan sağlığının en önemli kısmını oluşturan sosyo-ekonomik gelişimin ivme kazanmasının bu vasıta ile mümkün kılınabileceğini ortaya koymuş olduęunu⁶¹ belirtmiş ise de, bu bildirge ile birlikte belirtilen temel sağlık hizmetlerinde kapsamlı bir alt yapı oluşturma fikrinin tamamen başarısızlıkla sonuçlanmış olduğu ifade edilmiştir.

Ayrıca konferans sonrasında yapılan girişimler çerçevesinde, gelişmemiş yoksul ülkelerde sağlık ocakları sayısının çoğaldığını ve bu sağlık ocaklarında genellikle toplumun içinden gelen ve sağlık görevlisi olarak eğitimsiz kişilerin personel olarak görevlendirildiği, bu sağlık ocaklarının kulübelerden ibaret olduğu belirtilerek, bununla birlikte, pek çok sağlık ocağı personelinin ilaçları yanlış kullanması ve hatta kamu tesislerini özel kliniklere dönüştürmesi sonucunda sağlık verilerinin daha da bozulmasından sorumlu tutulduğunu belirtmiştir. Diğer yandan bazı ülkelerin ise yıllık genel ölüm oranlarında düşüş sağladığını ve Alma-Ata'dan sonraki yirmi ila otuz yıllık dönemde ortalama ömrü uzatmayı başardıklarını ancak bunun da temel sağlık hizmetleri sisteminin güçlendirilmesinden ziyade, yaşam koşulları ve gelir düzeyinde ortaya çıkan iyileşmelerle bağlantılı olduğunu belirtmiřtir⁶².

1.2.2. Türkiye’de Sağlık Hakkı’nın Gelişimi

Sağlık hakkı hem yasal düzenlemeler hem de haklar açısından karmaşık bir yapıya sahiptir. Yani, sağlık hakkı öyle bir haktır ki, tek bir yasal düzenleme ile ortaya konamayacağı gibi, tek bir düzeyde hak olarak da yansıtlamaz⁶³. Bu karmaşık yapının ulusal anlamda ülkemize yansımalarını öncelikle Cumhuriyet ncesi dönemde sağlık hizmetleri anlamında görebilmemiz mümkündür. Osmanlı Devleti toplumdaki bireylerin sağlık alanındaki gereksinimlerini karşılamak için birtakım çalışmalarda bulunmuştur ancak 19. yy. sonuna kadar Osmanlı Devleti, sağlık hizmetlerini asli görevlerinden biri olarak grmemiřtir⁶⁴.

⁶¹ Aktan / Işık, s. 5.

⁶² Panitch / Leys / Morbid, s. 384.

⁶³ Temiz, zgr, Türk Hukukunda Sağlık Hakkı ve Bir Kamu Hizmeti Olarak Sağlık, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi SBE, Ankara, 2013, s. 40.

⁶⁴ Akkavak, Tuba, Türkiye’de Sağlık Sisteminin Gelişimi: Sağlıkta Dönüşüm (2003-2011), Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi SBE, Tekirdağ, 2018, s. 21.

Osmanlı Devleti’nde sağığa ilişkin ilk düzenleme 1870 yıllarında “memleket tabiplikleri” kurulmasını öngören tüzikle oluşturulmuştur. Yapılan bu düzenlemeye göre tabiplerin ücretleri yerel yönetimlerce ödeneceğı ve haftada belirli birkaç gün de parasız poliklinik hizmetleri yapmaları düzenlenmiştir. Ayrıca vakıflar aracılığıyla yoksul halk için bağışlarla çok az sayıda guraba hastaneleri kurulmuş fakat bu sınırlı girişimler Osmanlı’nın tümüne yayılamamış ve durum Osmanlı devletinin yıkılışına kadar devam etmiştir⁶⁵.

Osmanlı Devleti’nde sağık bilimine verilen önem ile bu ilmin ortaya çıkmasının temel amacı olan insan sağlığının korunması ve sürdürülmesi çabalarının asıl kökleri Orta Asya Türk medeniyetlerine kadar uzunca bir geçmişe sahiptir. Osmanlı Devleti de Selçuklu Devleti’nin varisi olarak Selçuklulardan gelen sağık kurumlarının sürekliliğini sağlamış ve İslam medeniyeti çerçevesinde bir ilim anlayışı geliştirmeye kendini adanmıştır⁶⁶.

Ülke tarihimizde vakıf adı verilen ve toplum hayatımızı birçok yönden asırlar boyu etkileyen büyük bir hayır müessesesi vardır. Kaynağı dine dayalı olan bu sosyal yardım müessesesi, hayır eserleriyle, bununla birlikte Türk mimarî sanatının eserleri ile ülkenin birçok yerinin donatılmasında büyük rol oynamıştır. Türk kadınları da cami, mescit, medrese, okul, kütüphane, hatta vatan savunması için kale bile yaptırmışlardır. İşte bu eserler içerisinde kadınların yaptırdığı eserlerin başında hastaneler yerini almaktadır. Eskilerin şifahîye, maristan, şifahane, darüşşifa, diye isimlendirdikleri bu hayır müesseselerinin büyük bir kısmında sadece akıl hastalıkları değil, özellikle iç hastalıkları ile göz rahatsızlıkları tedavi edilmiştir⁶⁷. Osmanlı Devleti’nin kuruluşundan 1621 yılında Sultan Ahmed Darüşşifası’nın inşa edildiğı tarihe kadar devlet içerisinde sadece sekiz tane darüşşifa hizmete konulmuştur. Ancak daha sonra geniş bir alana yayılan Osmanlı Devleti’nin bu geniş topraklar içerisindeki insanların sağık sorunlarına bu az sayıda hastane ile cevap vermesi olanaksız hale gelmiştir. Bu nedenle devlet kültüründe hastane hizmetlerinin sunulmasından çok hastalar evlerinde tedavi edilirdi. Yatması gereken hastalar hastanede diğer tedavi edilecek hastalar ise evde tedavi edilir hastane hizmetleri pek kullanılamazdı. Bu durum 19 yy. ortalarına kadar devam

⁶⁵ Önal, Aslıhan, Türk Anayasa Hukukunda Sağık ve Sosyal Güvenlik Hakkı, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi SBE, Erzurum 2016, s. 23.

⁶⁶ Karlıkaya, Esin, Osmanlı’da Salgın Hastalıklarla Mücadele, Çamlıca Yayınları, İstanbul, 2015, s. 14.

⁶⁷ Cunbur, Müjgan, “Selçuklu ve Osmanlı Devirlerinde Kadınların Kurdukları Şifahaneler”, Erdem, C.3, S.8, (Mayıs 1987), s.341-343; Akkuş, Yakup, Şifahane’den Hastahane’ye Osmanlı Toplumunda Vakıf, Sağık ve Tıp, Atıf Yayınları, Ankara, 2018, s.37.

etmiştir. Daha sonra tıbbi alanda ortaya çıkan gelişmelerle birlikte kurulan yeni hastaneler ile birlikte daha çok sağlık hizmetleri sunulmaya başlamıştır⁶⁸.

Bununla birlikte, Anadolu’da ilk kadın ismiyle kurulan şifahane Kayseri’deki Gevher Nesibe Sultan Darüşşifasıdır. Halkın Çifteler diye adlandırdığı Şifaiye ve Gıyasiye şifahanesi 1206 yılında Kayseri’nin Hacı ikiz Mahallesinde kurulmuştur. Bu sağlık müessesesi Gevher Nesibe Sultan’ın geride bırakmış olduğu zengin vakıf gelirleriyle devam etmiş ve çevre sağlığına tam yedi asır hizmet etmiştir. Ayrıca, Divriği’nde Turan Melik, Kütahya’daki Yoncalı Ilıca, Amasya’daki Hatuniye Ilıcası da tarihte yerini almış şifahanelerden bazılarıdır⁶⁹.

İslam dini insanı en üst derecede değerli bir yaratılmış varlık kılan din olmakla beraber, bu husus Kur’an-ı Kerim’in İsra Suresinin 70. ayetinde şöyle buyrulmaktadır; *“Andolsun ki biz, insanoğlunu üstün şeref sahibi kıldık. Karada ve denizde nakil vasıtalarına yükledik ve onları hoş ve temiz nimetlerden rızıklandırdık. Onları yarattıklarımızın birçoğunun üzerine geçirdik”*⁷⁰. Ayette de belirtildiği üzere, insana verilen değeri gösteren en güzel örneklerden biri de Kuran-ı Kerim’de yer almaktadır. Bunun yanı sıra sağlık açısından insanların karşılaştıkları güç durumlarda yine Bakara Suresinin 184. ayetinde; *“Sizden kim hasta, ya da sefer üzere bulunursa, tutamadığı günler sayısınca başka günlerde oruç tutar. Oruca gücü yetemeyenler ise bir yoksul doyumu fidye verir”*⁷¹. Buyrulmaktadır. Böylece bu ve benzeri ayetlerde olduğu gibi İslam dini insan sağlığına verilen önemi gözler önüne sermektedir. İnsanların mukaddes bir varlık olması sebebiyle İslam dini tıp ilmine gerekli önemi vermiş ve Osmanlı Devleti de tıp alanındaki yazmalarının çoğunu ayet-i kerime ve hadis-i şeriflerle başlatmıştır⁷².

600 yıl kadar hüküm süren Osmanlı Devleti sağlık alanında yaptıkları hizmetler neticesinde vakıf, sivil ve askeri birçok hastane kurmuş ve sağlık hizmetlerini toplumdaki bireylere sunarak sağlık hakkına o dönem şartlarında gerekli önemi vermiş ve çok sayıda hekim yetiştirmiştir⁷³.

⁶⁸ Akkuş, s.38-39.

⁶⁹ Cunbur, s.343-348.

⁷⁰ Kısa, Mahmut, Kısa Açıklamalı Kur’an-ı Kerim Meali, Armağan Kitaplar Yayınları, Konya, 2013, s.276.

⁷¹ Kısa, s.39

⁷² Karlıkaya, s. 14-15.

⁷³ Beyatlı, Hüseyin Zennun, Hastane ve Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayınları, Ankara, 2017, s. 5

Osmanlı'da sosyal yardım mekanizmalarının ahilik teşkilatı ve meslek birlikleri bağlamında kurulmuş olduğu görülebilmektedir. II. Mahmut dönemi ve Tanzimat gelişmeleri anlamında sağlık alanında yapılan düzenlemelerle aşılama, ebelik eğitimi, karantina teşkilatının oluşturulması, ülke çapında hastanelerin yapılması gibi yenilikler gerçekleştirilmiştir. Daha sonraları II. Meşrutiyet ile birlikte sağlık ve sosyal yardımlar ile ilgili yapılan olumlu gelişmelerle “terakkinin temsilcisi Sultan” görünümündeki anlayışın yerini “modern devletin ahaliye karşı yükümlülükleri” aşamasına dönüştüğü belirtilmektedir⁷⁴.

1.2.2.1. Cumhuriyet Dönemi

Selçuklu ve sonrasında Osmanlı Devleti'nde tıp bilimi geleneğinde devamlılık ile birlikte, sağlık alanında sunulan hizmetlerin organizasyonu konusunda da ortak bir kültür birlikteliğinin varlığı söz konusudur. Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşu ve sonrasında bu yapı geliştirilmiş ve yer alan tüm devlet daireleri ile devlet örgütlenmesi ve sağlık konusunda hizmet politikalarının gerçekleştirilmesinde daha fazla batıdaki ülkeler model alınarak bir rota çizilmiştir. Sağlık politikaları böylelikle bu süreçte, dünyadaki gelişmelerden bihaber kalamayarak, temel tercih değişiklikleri göstermiş ve buna yönelik adımlar atmıştır⁷⁵.

Türkiye Cumhuriyeti yeni bir devlet olarak ortaya çıktığı tarihlerde, ekonomik açıdan basit üretim aşamasından daha ileri gidemeyen, tarım sektörü alanında bir hayli kötü durumda olan ve en önemlisi uzun süren savaşlardan bayağı bir yıpranmış şekilde kurulmuştur. 1920 yılında her ne kadar Sağlık Bakanlığı kurulmuş olsa bile, daha henüz o yıllarda sağlık hakkından söz etmek pek mümkün görülmemektedir. Yaralarını henüz sarmaya başlamış olan ülkemizde, toplumsal açıdan sağlıkla ilgili olarak yapılan ilk ve en önemli faaliyetler arasında olan bulaşıcı hastalıklarla mücadele yer almaktadır. Bunun yanı sıra, çalışanların yetersizliği de aşılması gereken bir büyük sağlık sorunu olarak o dönemde yerini almıştır⁷⁶. Cumhuriyetin kuruluşundan sonra Mustafa Kemal Atatürk, sağlık ve sosyal alandaki amacının, toplumdaki bireylerin ölüm sayılarının azaltılması, nüfusun arttırılması, milletin sağlığının korunması güçlendirilmesi ve salgın hastalıklarla mücadele edilmesi olduğunu belirterek, sağlık

⁷⁴ Üzeltürk Tahmazoğlu Sultan, Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı, Legal Yayınları, İstanbul 2012, s. 75-76.

⁷⁵ Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Tarihçesi, <https://www.saglik.gov.tr/tr,11492/tarihce.html>, (Çevrimiçi), (E.T.: 21.03.2019).

⁷⁶ Cevahir, Egemen, Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri, Kibele Yayınları, İstanbul 2016, s. 62-63.

hizmetlerini bakanlık düzeyinde teşkilatlandırmıştır. Böylece dünyada sağlık konusunda bakanlık düzeyinde teşkilatlanmış ilk ülkeler arasında Türkiye’de yerini almıştır⁷⁷.

Ülkenin Kurtuluş Savaşı dönemi içerisi döneminde olması nedeniyle, kısa bir metin olarak düzenlenen 1921 Anayasası’nda temel hak ve özgürlüklere yer verilmediği gibi sağlık hakkına ilişkin bir düzenleme de yer almamıştır⁷⁸. Böylelikle 1923 yılında ilk sağlık planlama adımları atılmış bulunmaktadır. Bu adımın atılmasındaki amaçlardan biri de tüm ülkede köyler dahil bütün yerleşim yerlerinde doktor, ebe, hemşire gibi sağlık çalışanlarının eğitilmesidir. 1935 yılında yetiştirilen sağlık personeli sayısının üç katını aşmış durumda olduğu belirtilmektedir⁷⁹.

1924 Anayasası’nda sosyal ve ekonomik haklara yer verilmediği görülmektedir. Bu nedenle bu anayasada sosyal devlet anlayışı bulunmamaktadır⁸⁰. 1924 Anayasası Temel Hak ve Hürriyetlere yer vererek, anayasa metninde bu hak ve hürriyetler beşinci fasılda düzenlenmiş ve çok kısa bir şekilde ele alınmıştır. Dolayısıyla, bu hak ve hürriyetlerin sınırlandırılması hususuna da değinilmemiştir⁸¹.

Cumhuriyetin kuruluşu yıllarında işgücü, nüfus sorunu ve savaşlardan yorulan halkın daha iyi bir sağlıklı yaşama kavuşturulması ile o güne kadar çoğunlukla modern tıbbi uygulamalardan yararlanamayan bireylerin sağlığı arasında doğrudan ilişki kurulmuştur. Cumhuriyetin ilk dönemlerinde Anayasa’da yer almamasına rağmen bazı sosyal haklar kanunlar aracılığı ile tanınmış ve bunlara ilişkin devletin pozitif yükümlülüklerine yer verilmiştir.⁸² Toplumdaki bireylerin halk sağlığını koruyup geliştirmek, bunun yanı sıra yardımcı olacak bilimsel araştırmalar ve incelemeler yapılması, dışarıdan gelecek olan ilaç ve sağlıkla ilgili maddelerin kontrolünün sağlanması, aşı ve serum gibi tedavi araçlarının üretilmesi, sosyal sağlık problemleri gibi toplumdaki sorunların çözüme kavuşturulması amacıyla 1928 yılında “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”, “İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu” ve en önemlisi “ T.C. Merkez Hıfzıssıhha

⁷⁷ Beyatlı, s. 8.

⁷⁸ Önal, s. 23.

⁷⁹ Bulut, Ayşen, Avrupa ve Türkiye’de Sağlık Politikaları (Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi), İletişim Yayınları, İstanbul 2017, s. 113.

⁸⁰ Üzeltürk, s. 76.

⁸¹ Tunç, Hasan, Türk Anayasa Hukuku, Gazi Yayınları, Ankara, 2019, s.31

⁸² Temiz, Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı, s. 47.

Müessesesi Hakkında Kanun” gibi kanunlar çıkarılarak yürürlüğe sokulmuştur⁸³.

1930 tarihli Umumi Hıfzısıhha Kanunu⁸⁴ ile Türkiye Cumhuriyeti Devleti, halkın sağlığını korumakla görevlendirilmiştir. Bu görev ile Milli Savunma teşkilatı dışarıda tutularak Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti'ne bırakılmıştır. Sağlık Bakanlığı, kendisine verilen görevleri “bütçeleri ile muayyen hatlar” dahilinde yerine getirecektir. Ayrıca kanunun diğer maddelerinde ana-çocuk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin hususlara yer verildiğinden bazı yazarlar bu düzenlemeler ile sağlık hakkının tanınmış olduğunu ileri sürmektedirler. Bununla birlikte, toplumdaki bireylerin devletin bu görevlerini yerine getirmesini isteme hakkı bulunmamaktadır. Ayrıca düzenlemenin insan haklarına ilişkin ya da bireylere hak yaratan bir düzenleme olmadığı da göz önüne alınmalı ve değerlendirilmelidir. Belirtilen bu kanun hakkında belirtilecek başka bir yorum ile koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin devletin bir ödevinin bulunduğu ve insanların bu sağlık hizmetlerinden bütçeleri dahilinde yararlanma hakkının bulunduğu, böylece bireylerin kısıtlı bir yararlanma durumu söz konusu olduğu söylenebilir⁸⁵.

1.2.2.2. 1961 Anayasası Dönemi

Toplumdaki bireylerin refahı ve yaşam düzeyi açısından oldukça önemli bir yere sahip olan sağlık hakkı, II. Dünya Savaşı akabinde anayasal ve yasal düzenlemelere konu olmuş ve genel olarak toplumsal dayanışma düzeyinde ve temelinde ele alınmıştır. Sosyal devlet anlayışının benimsediği dayanışma sayesinde, sağlık hakkının toplumdaki tüm bireylere eşit bir biçimde sunulması ve sağlık hizmetlerinden eşit yararlanma böylelikle mümkün olabilmektedir. Özünde sosyal güvenlik sistemi aracı edilerek elde edilen toplumsal dayanışma; gelir düzeyi iyi olan bireyler için sosyal sigortalar, gelir düzeyi iyi olmayan sosyal sigortalardan faydalanamayan bireyler için ise, genelde sosyal yardımlar vasıtası ile sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Ancak genellikle gelir düzeyi düşük olan bireylere yönelik

⁸³ Beyatlı, s. 9.

⁸⁴

6 Mayıs 1930 Tarih ve 1489 Sayılı Resmî Gazete 'de yayımlanan 24/4/1930 Tarih ve 1593 Numaralı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 1. maddesi şöyledir: “Memleketin Sıhî Şartlarını İslah ve Milletin Sıhhatine Zarar Veren Bütün Hastalıklar veya Sair Muzır Amillerle Mücadele Etmek ve Müstakbel Neslin Sıhhatli Olarak Yetişmesini Temin Ve Halkı Tıbbî Ve İçtimaî Muavenete Mazhar Eylemek Umumî Devlet Hizmetlerindendir”.

⁸⁵ Temiz, Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı, s. 48.

olarak düzenlenen sağlık yardımları, ne yazık ki sosyal sigortalar kapsamında olduğu kadar geniş ve kapsamlı bir biçimde sunulamamıştır⁸⁶.

II. Dünya Savaşı sonrası toplumlarda zayıf ve güçsüz bireylerin iktisadi ve sosyal açıdan korunmasına yönelik yasal düzenlemelerin yapılması eğilimi başlamıştır. Bu eğilime 1961 Anayasası ile birlikte ülkemizde uyum sağlamıştır. Bu nedenle 1961 Anayasası metni içerisinde güçsüz ve zayıf bireylerin korunması amaçlanarak iktisadi ve sosyal hakları koruma altına alan bir bölüme yer verilmiştir.⁸⁷ Bununla birlikte, sosyal haklar açısından milad olma niteliği taşıyan 1961 Anayasası'nın "Sağlık Hakkı" başlıklı 49. maddesi güçlü sosyal devlet vurgusu taşımaktadır.⁸⁸ 1961 Anayasası'nın ortaya koymak istediği sosyal devlet anlayışının arkasında 1961 Anayasası'nın 10. maddesinin ikinci fıkrasında yer alan pozitif özgürlük veya özgürleştirme anlayışının yattığı belirtilmektedir. Bu düzenlemeye göre; devlet, kişinin hak ve hürriyetlerini sosyal devlet ilkeleriyle anlaşılmayacak şekilde kısıtlayan sosyal ve iktisadi tüm engel olacak olguları kaldırmakla ve insanların maddi ve manevi varlığının gelişmesi adına olması gereken şartları hazırlamakla görevlidir. 1961 Anayasa ile sosyal devletin temelleri atılmıştır. Sanayi devriminin ardından yaşanan işçi sınıfının mücadelesi ile sosyal haklar gündeme gelmiş ve ön plana çıkmıştır.⁸⁹ 1961 Anayasası ile birlikte ekonomik ve sosyal haklar Anayasal düzen içerisine girmiştir. Böylelikle Cumhuriyetin nitelikleri arasında belirtilmiş olan "insan haklarına dayanan lâik ve sosyal hukuk devleti" lafzı ile sosyal devlet anlayışı ortaya konmuştur. Düzenleme ile sosyal devlet ve hukuk devleti kavramlarını bir arada kullanıldığından dolayı insan hakları çerçevesinde sosyal devlet ve hukuk devletinin bir "sentezinin" ortaya çıktığı belirtilmektedir.⁹⁰

1961 Anayasası'nın 48. ve 49. maddeleri çerçevesinde hazırlanmış olan "Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, toplumdaki bireylerin sağlıklı yaşaması açısından önem arz eden ve halk sağlığını ilgilendiren hususlar vurgulanarak "sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği" belirtilmiştir. Belirtilen bu plan bağlamında hedeflenen amaç ile tedavi etmeye yönelik hizmetler bunun yanı sıra, koruyucu tedavi hizmetlerini bir bakıma

⁸⁶ Gümüş, Ali Tank, Sosyal Devlet Anlayışının Gelişimi ve Dönüşümü, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi SBE, Konya 2010, s. 270-272.

⁸⁷ Tunç, s.36

⁸⁸ Sever, D. Çiğdem, Kamusal Faaliyetlerin Özel Kişilere Gördürülmesi: Özel Güvenlik ve Özel Sağlık, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi SBE, Ankara 2013, s. 313.

⁸⁹ Önal, s. 25.

⁹⁰ Temiz, Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı, s. 49.

tamamlayan bir araç olarak görülmüştür. Toplum içerisinde en az sayıda insanların yararlandığı ve mali açıdan daha pahalı bir hizmet olan ve hastanecilik olarak adlandırılan sağlık kurumları yerine hanelerde ve ayakta tedaviyi sağlayan, ülkede içerisinde yer alan köyler gibi en küçük yerleşim yerlerine kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması hedeflenmiş ve öngörülmüştür. Sağlık hizmetlerinin bu hedef doğrultusunda yeniden düzenlenmesi amacıyla bir kanun hazırlanmıştır. 12.01.1961 tarihli Resmi Gazetede yayınlanmış olan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun⁹¹ 5 Ocak 1961 yılında Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in liderliğinde hazırlanmış ve kabul edilmiştir. Böylece, sağlık alanında verilen hizmetler tarihimizde “Sosyalleştirme Dönemi” şeklinde isimlendirebileceğimiz bir dönem başlamıştır.⁹²

Devletlerin, fazla maliyet gerektirdiği sebebiyle herhangi bir katkı payı almaksızın bireylerine belli bir aşamadan hizmet vermeye yanaşmadığı sağlık hakkı, sosyal devlet anlayışı içerisinde bireylere sunularak verilmesi gereken en hayati haktır.⁹³ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile, sağlık alanında sunulan hizmetlerinin yaygın, entegre, sürekli, kademeli ve halkın ihtiyaçlarına yönelik olarak sunulması amaçlanmıştır.⁹⁴ Ulusal sağlık hizmetlerinin bireylere sunulmasında aşamalı bir şekilde, vilayetler içerisinde toplanmış bir düzen oluşturma yoluna gidilerek kabul edilmiş ve sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir oluşum yoluna gidilmiştir.⁹⁵

Özünde toplumdaki bireylerin yaşama hakkı ile doğrudan ilişkisi bulunan sağlık hakkı, sağlık hizmetlerinin bireylere sunulması hususunda devlete önemli sorumluluklar yüklemektedir. Devletin salgın hastalıklarla mücadele, ana ve çocuk sağlığı, ölü doğumlar gibi temel sağlık hizmetlerinin yanı sıra, toplumdaki bireylerin sağlığını koruyucu önlemleri alma ve bireylerin sağlıklarını imkanlar dahilinde iyi bir düzeye çıkarma yükümlülüğü bulunmaktadır. Ayrıca devletin, herhangi bir hastalığa yakalanmış olan toplumdaki bireylerin tıbbi harcamaları karşılamaya mali gücü yetmediği durumlarda gerekli tedavileri sağlamaya yönelik hizmetleri sunması gerekmektedir.⁹⁶ 224 sayılı Kanun'un 1. maddesinde, sağlık alanında verilen hizmetlerden faydalanmanın sosyal adalete uyumlu bir şekilde eşit ve gerektiği

⁹¹Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Tam Metni İçin bkz., (Çevrimiçi), <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10705.pdf>, (E.T.: 31.03.2019).

⁹²Akdur, Recep, Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık, Tam Metni İçin bkz., (Çevrimiçi), http://www.recepakdur.com/upload/cumhuriyetten_gunumuze_turkiye.pdf, (E.T.: 31.03.2019), s.1-26.

⁹³Gümüş, s. 272.

⁹⁴ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, (Çevrimiçi), (E.T.: 31.03.2019).

⁹⁵ Önal, s. 26.

⁹⁶ Gümüş, s. 272.

gibi sunulabilmesi için sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi gerektiği belirtilir. Aynı kanunun 2. maddesinde ise, bireylerin devlet tarafından kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinden ücretsiz ya da bireyin kendisine yapılan sağlık hizmeti masraflarının bir kısmına katılmak yoluyla eşit şekilde yararlanması olarak belirtilmektedir.

Temel sağlık hizmetleri sunan birinci basamak diye adlandırılan ve bu basamakta yer alan sağlık ocakları, aile sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri gibi resmi sağlık kuruluşlarında hizmetler ücretsiz olarak verilmekle birlikte ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinde bireylerin sağlık güvencesinin, yani sigortasının varlığının önemi görölmektedir. Ödeme gücü bulunmayanların ya da sigortası bulunmayan bireylerin temel hizmetler dışındaki sağlık hizmetinden nasıl yararlanabileceği halen net bir yasal zemine oturtulmamıştır. 224 sayılı Kanun ile sağlık hizmetlerinin bireylere sunulması anlamında sevk sistemi de getirilmiştir. Bununla birlikte bu kanun ile birlikte ortaya çıkan bir başka uygulama da sosyalleştirme hususunun uygulandığı bölgelerde, tedavi ve ilaç gibi hizmetlerin sunulmasında hizmeti kullanan bireylerden hiçbir ücret alınmamasıdır. Ortaya konmuş olan bu uygulamalar ile sağlık alanında verilen hizmetlere bireylerin erişim hakkının bireyler tarafından ulaşılabilmesi konusunda çalışmaların yapılmaya çalışıldığı görölmektedir. Bu kanun ile asıl amaçlanan husus sağlık hizmetlerinin bütünleştirilerek tek elden sunulmasıdır.⁹⁷

II. Dünya Savaşı sonrasında sosyal devlet ilkesinin genişlemesi ile birlikte, anayasal ve yasal metinlerde düzenlemeler yapılmak suretiyle sağlık hakkına ilişkin esaslara yer verilerek bu hususta devletlere önemli yükümlölükler yüklenmiştir. Türkiye Cumhuriyeti'nde ise, 1961 Anayasası 'nın 49. maddesi ile ilk kez anayasal düzeyde düzenlenen sağlık hakkı ile devlete, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşamını sürdürebilmesi ve tıbbî bakım görebilmesi anlamında sağlık hizmetlerinin sunulması ödevi yüklenmiştir. Anayasa hükmünde her ne kadar bağlayıcı bir ifade ile düzenlenmiş olan sağlık hakkı, maalesef pratikte sunulan hizmetlerde toplumdaki bireylere arzulan seviyede sağlanamamıştır. Ayrıca ölkemizde bu dönemde sağlık hakkı, insan onuru standartlarına yaraşır şekilde sunulması için gerekli harcama ve sağlık hakkının sunulması bağlamında gerekli imkanların bireylerin hizmetine sunulduğu bir dönem olamamıştır. Buna örnek verecek olursak, 1975 yılında sağlık harcamalarının ölkemizde GSYİH oranı %3,5 iken, OECD ortalaması %6,7 seviyelerinde olduğu görölmektedir. 1975 yılı için ölkemizdeki toplam sağlık harcamaları

⁹⁷ Önal, s. 26-27.

içerisindeki kamu sağlık harcamalarının payı %49 iken OECD ülkelerinde ortalama %77,6 olarak gerçekleşerek, ülkemiz liberal sosyal devlet modelleri düzeyinde kalmıştır. Kamu harcamaları bağlamında sağlık alanında yapılan harcamalar 80'li yıllara kadar genel kamu harcamaları içinde önemli bir seviyede olmadığı gibi sağlık hakkı, devletin temel bir sorumluluğu olarak görülmemiştir. O dönemdeki yıllarda bu duruma neden olan en büyük etkenler arasında ekonomik yetersizliklerin olduğu açık görülebilmektedir.⁹⁸

1970'li yıllarda dünyada birçok ülkede neoliberal anlayış hâkim olmaya başladığından dolayı bu anlayışa sahip olan ülke hükümetleri veya yönetimleri sosyal devlet anlayışından ve politikalarından uzaklaşmaya başlamıştır. Bu anlayışın Türkiye'deki yönetimlerce benimsenmesi pek de uzun sürmemiştir. Bu nedenle iktidara gelen hükümetlerin neoliberal anlayış ile birlikte hazırlamış oldukları politikalarla, 224 sayılı kanun ile benimsenen sağlık politikası birbirleriyle çelişir hale gelmiştir. 1970'li yıllardan sonra sağlık alanındaki tüm yapı ve uygulamaları birbirleri ile çeliştiğinden dolayı sağlık politikasının uygulamadaki araçları arasında yer alan finansman ve insan gücü gibi konularda bir karmaşa ortamı meydana gelmiştir. Mesela, sağlık alanında finansman sağlanması konusunda diğer birçok ülkelerden tüm yöntemlerin bir karması emsal alınarak uygulanmış, buna rağmen belirgin ve de tutarlı bir sağlık finansmanı yolu seçilememiştir. Bununla birlikte örgütlenmede de birçok ülkedeki örgütlenme biçimlerinin bir karması örnek alınarak uygulanmıştır. Sağlık alanında sağlık hizmetlerinin sunumu açısından sağlık personeli yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi konusunda da net bir uygulamadan söz edilemediği belirtilmektedir. Bu duruma örnek olarak; bir hekim devlet memuru sıfatıyla hem devlete ait sağlık kurumlarında hem diğer başka bir kurumda sözleşmeli ek görevli olarak hem de kendine ait özel muayenehanesinde çalışmak durumunda kalmıştır. Bu dönemde sonuç olarak sağlık politikası anlamında ve de bu politikaların uygulanması anlamında belirlenmiş net bir ortamın olmadığı belirtilmektedir. Ülkede sağlık hizmetlerine yönelik kamu bütçesinden yeterli kaynak ayrılmamış, bununla birlikte ayrılan kaynaklar ise çözüm odaklı ve toplum yararına yönelik kullanılmamıştır. Sağlık sektörü üzerinde bulunan bu karmaşa sebebiyle, sağlık hizmetleri, tam anlamıyla hizmet alan toplum bireyleri ve bunlara hizmet veren sağlık çalışanlarının da memnun olmadığı bir ortama şekline büründüğü belirtilmektedir.⁹⁹

⁹⁸ Gümüş, s. 272-273.

⁹⁹ Akdur, (Çevrimiçi), (E.T.: 31.03.2019).

Genel olarak bu dönemde çizilen çerçeveyi kısaca özetleyecek olursak, 1960'lı yıllara gelindiğinde Türkiye, imzalamış olduğu İnsan Hakları Beyannamesi çerçevesinde ve DSÖ Anayasası'nın belirtmiş olduğu doğrultuda her doğan bireyin sağlıklı yaşamasının insan hakları içerisinde yer alan bir hak olduğunu ve bu hakkı sağlamanın bir kamu görevi olduğunu destekleyen bir anlayışla sağlığa bir Anayasal konum kazandırmıştır. 224 sayılı yasa ile de geniş kapsamlı sağlık hizmeti ilkesinin bu gereksinimi karşıladığı belirtilmektedir. Ayrıca ülke çapında herkesin belli kurallara uyması koşuluyla ücretsiz eşit sağlık hizmeti sunulması ve ücret ödeme karşılığında hekim seçme özgürlüğü gibi haklar korunmuştur.¹⁰⁰

1961 Anayasası sağlık hakkına yönelik tam anlamıyla normatif bir yapılanma ortaya sergilememiş olsa da, bu anayasa ile birlikte ortaya konan gelişmeler sağlık hakkının ileride mutlak bir şekilde ülke kapsamında değerlendirilmesi ve küresel anlamda gelişmeler doğrultusunda, ülkemizde yer alan sağlık hizmetlerinin gelişiminin normatif olarak ele alınmasının önünü açmış bulunmaktadır.

1.2.2.3. 1982 Anayasası Dönemi

1982 Anayasası “Yaşam hakkı”nı temel haklar ve ödevler kısmının ikinci bölümünde düzenlemiştir. Bu bağlamda Anayasa'nın 17'nci maddesine göre; “*Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir*”. Öte yandan 13. Madde uyarınca; “*Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir. Temel hak ve hürriyetler, kişinin topluma, ailesine ve diğer kişilere karşı ödev ve sorumluluklarını da ihtiva eder*” şeklindeki düzenleme ile yaşam hakkının desteklendiği görülmektedir.¹⁰¹

Sağlık hakkı kapsamında 1982 Anayasası'nı ele aldığımızda 1961 Anayasası'nda yer alan insan haklarına dayalı devlet tanımının ve sosyal devlet anlayışının 1982 Anayasası ile lafzi anlamda bir değişikliğe gidilerek “insan haklarına saygılı devlet” şeklinde düzenlendiğini görebilmemiz mümkündür. Sağlık ve diğer sosyal haklarla ilgili olarak devletin daha önce görev olarak toplumdaki bireylere karşı yükümlülüğünü belirtilen bu

¹⁰⁰ Bulut, s. 115-116.

¹⁰¹ Şahin Gülöz, Sakine, Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Sağlık Hizmeti, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi SBE, Malatya, 2006, s. 190-191.

maddeler yerine artık bu haklara ilişkin olarak devletin bu hak ve hizmetleri gözeticeği, bunlara ilişkin düzenlemeler yapabileceğine yönelik maddeler eklenmiştir.¹⁰²

1982 Anayasası'nın, "Başlangıç" kısmında milli dayanışma ve adalet ikilisinin bir arada değerlendirilerek ayrımcılığı kategorik olarak red etmiş olan demokrasi ve laiklik nitelikleri göze çarpmaktadır. Bunun yanı sıra sosyal hukuk devleti anlayışı üzerinde durularak kimsenin Anayasanın temel haklar olarak belirlediği hakların koruması dışında kalmayacağı belirtilmiştir. Bununla birlikte devletin Anayasa tarafından verilen ödevlerini yerine getirirken, anayasada yer verilen bütün niteliklere anayasa çerçevesinde uygun hareket etmesi zorunluluğu vardır.¹⁰³

Bütün dünyadaki uluslararası mevzuata denk bir şekilde ülkemizde de sağlık hakkı 1961 Anayasası'nda tam olarak yerini almamış olsa da 1982 Anayasa'sında yerini almıştır. 1982 Anayasası'nda yer alan 56. maddede her ne kadar sağlık hakkı kavramı direkt olarak kullanılmamış ise de "Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması" şeklindeki başlıkta hüküm altına alınmıştır.¹⁰⁴ 1982 Anayasası'nın 60. maddesi ve 56. maddesi¹⁰⁵ incelendiğinde, artık devletin herkese sağlık hizmetlerini sunarken sorumluluklarını zayıflatmaya yöneldiği anlaşılabilmektedir.¹⁰⁶

Hem 1961 hem 1982 Anayasalarının sağlık hakkı yönünde bu hakkı düzenleme şeklindeki birliktelik noktası, bu hakkı uluslararası mevzuattaki gibi insanların sağlık hakkı üzerinden değil, devletin bu hak açısından ödevleri üzerinden ortaya koyup belirtmeleridir. Ancak bu iki anayasaya bakıldığında en başta maddelerin başlık adlarından farklılıktan yola çıkmak üzere birçok farklılıkların olduğu görülebilmektedir. 1982 Anayasası'nda ilgili madde metninin içeriğinde yalnızca sağlık alanında sunulan hizmetlerin ve çevrenin korunması

¹⁰² Kol Emre, "Türkiye'de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi", Sosyal Güvenlik Dergisi, C. 5, S. 1 (2015), s. 140-141.

¹⁰³ Temiz, Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı, s. 55.

¹⁰⁴ Sever, s. 313.

¹⁰⁵ "Madde 56- 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."

"Madde 60- Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliğini sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar."

¹⁰⁶ Kol, s. 140-141.

şeklinde sağlık hakkıyla bağlantılı ancak sağlık hakkının bir parçasını meydana getiren kelimeler kullanılmaktadır ki bu da 1982 Anayasasının konuya ele alım biçimini göstermektedir.¹⁰⁷ 1961 ve 1982 Anayasa metinlerinde sağlık hakkı kavramı dolaylı olarak belirtilmiştir. Doğrudan sağlık hakkı şeklinde bir hakkı betimler tarzda açık ve net bir kavramlaştırma usulü benimsenmemiştir.¹⁰⁸

Bunun dışında ilgili maddenin birbiriyle bağlantılı olması ile beraber değişik hak biçimleri şeklini almış biçimde sağlık hakkı ile çevre hakkını beraber ele alması sebebiyle bu konuda eleştirildiği belirtilmektedir. Bu eleştirilerin en kayda değer bölümü şunu belirtmektedir ki, 1961 Anayasasında yer alan sağlık hakkı ikinci kuşak hak niteliğine haiz iken, 1982 Anayasası'nda çevre hakkının üçüncü kuşak hakları arasında bulunması ve bu değişik türdeki hakların değişik bir şekilde ortaya çıkarılması ihtiyacıdır.¹⁰⁹

Sağlık hakkı, 1982 Anayasası'nda yer alan diğer haklar gibi, özine dokunulmadan ve ancak kanunla, ilgili maddesinde belirtilen sebeplere bağlı olarak, Anayasanın lafzına ve ruhuna, devlet içerisinde yer alan demokratik topluma ve laik olan Cumhuriyetin gerektirdiklerine ve ölçülülük ilkesine bağlı bir şekilde sınırlanabilir (AY m. 13). Aynı şekilde, sağlık hakkı da diğer temel haklar gibi Anayasa'nın 14. maddesinde düzenlenmiş olan kötüye kullanma yasağı hükümleri çerçevesinde kullanılabilir ve sağlık hakkı yabancılar bakımından da "milletlerarası hukuka uygun olarak kanunla" sınırlanabilir.¹¹⁰

Şu hâlde, 1982 Anayasası'nın sistematığına göre temel hak ve özgürlükler arasında yer alan sağlık hakkına yönelik Anayasa tarafından öngörülmüş özel bir sınırlama sebebi anayasa metninde yer almamaktadır. Anayasada yer alan diğer temel haklar gibi kanunla düzenlenebilen sağlık hakkı, Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile düzenleme yasağı kapsamında bulunmamaktadır. Kanunla düzenlenmesi ile ilgili olarak Anayasada açıkça öngörülme-yen sosyal ve ekonomik haklar Cumhurbaşkanlığı kararnamesinin konusu olabilecektir. Bununla ilgili olarak "sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması" başlıklı 56'ncı madde yer alan konulara ilişkin olsa da Cumhurbaşkanlığı kararnameleri ile düzenlemeyecek alanlar mevcut bulunmaktadır. Bu bağlamda Anayasa'nın m. 56/son fıkrada yer alan "sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası

¹⁰⁷ Sever, s. 313.

¹⁰⁸ Önal, s. 28.

¹⁰⁹ Sever, s. 313-314.

¹¹⁰ Temiz, Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı, s. 59.

kurulabilir” hükmü yer almaktadır. Buna göre, genel sağlık sigortası kurulması münhasır kanun konusudur. Öte yandan, Anayasa’nın 57. maddesi kapsamındaki konulara ilişkin Cumhurbaşkanlığı kararnamesi çıkarıldığı takdirde, temel hak ve özgürlüğün düzenlendiği anayasa bölümü nedeniyle mülkiyet hakkının kullanımı üzerinde bir etki doğuran düzenleme yapılamayacak olması bir sınır niteliğindedir. Bir diğer sınır ise aslında Cumhurbaşkanlığı kararnamesi ile düzenlenebilecek bir konunun, kanunla düzenlenmiş olmasıdır. Örnek verecek olursak eğer Özel Hastaneler Hakkında Kanun yürürlükten kaldırılmadığı sürece, Anayasa 104/17 maddesinin dördüncü cümlesinde yer alan “kanunda açıkça düzenlenen konularda Cumhurbaşkanlığı kararnamesi çıkarılamaz” hükmü uyarınca bu konuda Cumhurbaşkanlığı kararnamesi çıkarılamayacaktır.¹¹¹ Kanun hükmünde olan milletlerarası antlaşmaların ek cümle ile getirilen temel hak ve özgürlüklere ilişkin antlaşma hükümlerinin esas alınması, uygulama önceliği bulunması sebebiyle sağlık hakkına ilişkin uluslararası anlaşmalarla çelişen kanun ve Cumhurbaşkanlığı Kararnameleri ’nin uygulanması, Anayasa hükmünü ihmal etmek anlamında olacağı belirtilmektedir.¹¹²

Anayasa’da sağlık hakkını ve unsurlarını ortaya koyan 56. maddeye göre; devletin, toplumda yer alan bireylerin hayatını, beden yani fiziksel durumunu ve ruhsal açıdan durumunu sağlıklı bir şekilde sürdürmesini yerine getirmek ile bunun yanı sıra insanlar arasında tasarrufu ve verimi artırarak, ortak alanda birlikteliği arttırıp iyi hale getirmek maksadıyla sağlık alanında yer alan kurumları tek elden bir plan dahilinde planlayıp bunların hizmet vermesini düzenlemek gibi görevi bulunmaktadır. Bu düzenleme ile devlet, insanların yaşamlarını bedensel fiziki açıdan ve ruhsal durumlarını sağlıklı bir biçimde devam ettirmesini sağlamak maksadı ile sağlık kuruluşlarını tek elden planlamak ve düzenlemek ile yükümlü tutulmuştur. Devlete verilen ödev, sağlık hizmetlerini planlamak ve düzenlemek olduğu gibi bu hizmetleri tekelleştirmemektir. Maddede belirtilmiş olan bu düzenleme ile devlete, sağlık hizmetlerinin sunulmasında özel sağlık kuruluşlarından faydalanma olanağı sunulmaktadır. Böylelikle burada devletin yapacağı şey sağlık hizmetlerini sunan özel sağlık kurumlarını denetlemek olacaktır. Bu hususla ilgili olarak Anayasa’nın 56’ncı maddesine göre, devlet belirtilen bu yükümlülüğünü özel kesim ile kamu kesimlerinde yer alan sağlık ve sosyal kurum ve kuruluşlarından faydalanarak ve onları belli bir denetim mekanizması içerisinde denetime tabi tutarak yerine getirir. Madde son olarak, sağlık alanında sunulan hizmetlerin yaygın şekilde yerine getirilebilmesi için gerek duyulması durumunda yasa ile

¹¹¹ Arıçoğlu, M. Artuk, “Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi”, Ankara Barosu Dergisi, S.3, (2017), s.39

¹¹² Temiz, Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı, s. 68; Arıçoğlu, s.40

genel sağlık sigortası kurulabileceğini hükme bağlamıştır.¹¹³

Sağlık hakkı bakımından değerlendirildiğinde 1980’li senelerin en sonlarına doğru gelindiğinde dünyadaki birçok ülkede hakimiyeti sağlayan liberal ekonomik faaliyetler  lkemizde de yerini almaya başlamıştır. Uygulamaya konan bu liberal ekonomik faaliyetlerden sağlık sistemi de doğal olarak nasibini almıştır.¹¹⁴ 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu adıyla dönemin en kapsamlı ve büyük öneme sahip olan kanunu, 1987 yılında çıkarılmıştır.¹¹⁵ çıkarılan bu kanun ile hali hazırda ülkede yer alan sağlık kuruluşlarının daha etkin ve faydalı faaliyet göstermesi hususunda 2002 senesinde belirgin bir düzenleme yapılmıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalan protokolle 2002 yılının eylül ayından başlayarak 36 milyon sigortalı bireyin, kamu hastanelerindeki sağlık hizmetlerinden faydalanmasının  n  açılmış bulunmaktadır. Bununla birlikte 3359 sayılı Kanun ile sağlık alanında faaliyet gösteren kurumlar ülke çapında Mill  Savunma Bakanlığı haricinde, diğer bütün devlet kurumları ile özel tüzel ve gerçek kişileri bünyesine alacak biçimde tek çatı altında birleştirmesi yoluna gidilmiştir. Gelir seviyesi düşük olan ve dolayısıyla bu hizmetlerden ücret karşılığı yararlanamayan bireylere de özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yararlanma imkânı getirilmiştir.¹¹⁶

1987 yılında yürürlüğe giren 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, devlet bünyesindeki kurumlara ait sağlık kuruluşlarının sağlık işletmesi şekline dönüştürülebileceğini belirtmektedir. Ayrıca bu kanun devlete ait sağlık kuruluşlarında faaliyet gösteren hekimlerin çalışma saatleri haricinde kalan diğer s reler dahilinde özel bir şekilde teşhis ve tedavi işlemlerini yapabilmelerini öngördüğü gibi sağlık alanında faaliyet gösteren işletme uygulamasına geçen sağlık kuruluşuna bir sözleşme çerçevesinde sağlık çalışanı bulundurma ve  alıştırma yetkisi de sunmaktadır. Yürürlüğe konan kanundaki bu düzenlemelerin çoğu Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiğinden dolayı, bu kanunun uygulama şekli ortadan kalkmış denecek şekilde yitirilmiştir.  lke çapında sağlık programının meydana getirilmesi anlamında 1989 senesinde birincil faaliyetler yapılmış ve 90’lı senelerde sağlık alanında genel plan ve programın gerçekleştirilmesini takip eden senelerde Sağlık

¹¹³  nal, s. 28.

¹¹⁴ Kol, s. 140-141.

¹¹⁵ İleri, Hüseyin/Seçer, Betül/Ertaş, Handan, “Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi”, Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi, Konya, S. 12 (2016), s. 176-186

¹¹⁶ Korkusuz, M. Refik/Burtan Doğan, Bahar, “Sağlık Hakkının Sosyal Güvenlik Sistemindeki Yeri ve önemi ile Gelişim Sürecindeki Eğilimler”, Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Y. 1, C. 1, S. 1 (2011), s. 65-83.

Bakanlığı içerisinde reformlar düzenlenmesi maksadıyla bazı uygulamalar yürürlüğe sokulmuştur. Bu uygulamalar çerçevesinde amaçlanan, ülke çapında sağlık alanında verilen hizmetlerin mali açıdan yükünün aşağı seviyeye çekilmesi ve özel olarak faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarının sundukları hizmetlerin toplumda daha yaygın bir şekilde sunulması fazlaştırlarak sağlık hizmetleri bakımından özelleştirme anlamında bir düşüncenin ve uygulamaya yönelik bir eğilimin olduğu belirtilmektedir.¹¹⁷

Öte yandan, 1982 Anayasası döneminde nüfus planlaması, aile planlaması, yeşil kart uygulaması gibi sağlık finansmanındaki uygulamalar ve sigorta kapsamı gibi konularda sağlık politikalarına yönelik çalışmalar yapılmıştır. 1990 yılında yapılan Devlet Planlama Teşkilatı “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması”, 1992 ve 1993 yılında yapılan Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri ile sağlık alanındaki reformların ve politikaya yönelik faaliyetlerin üzerine düşüldüğü bir zaman aralığının başladığı belirtilmektedir.¹¹⁸

Küreselleşmenin etkisi ile birlikte ülkemizde de sağlık hizmetlerinin sunumu açısından bazı gelişmeler Kamu- Özel ortaklığı çerçevesinde kendini göstermektedir. Bu gelişmelerde yer alan en belirgin adım Şehir Hastaneleri projesinin uygulanmaya sokulmasıdır. Bilindiği üzere, sağlık sektörü özel sağlık kuruluşlarının artması ile birlikte bir rekabet ortamının meydana gelmesine olanak sağlamıştır. Bu rekabet ortamının oluşması ile birlikte hastalar bir bakıma müşteri olarak görülerek, hastalara uygulanan sağlık hizmetleri bu piyasa mantığı üzerinden şekillenmektedir. Bu bağlamda ülkemizde son yıllarda “Entegre Sağlık Kampüsleri”, “Bölge Hastaneleri” veya diğer bir adı ile “Şehir Hastaneleri” bir kompleks oluşturulmak suretiyle Kamu-Özel Ortaklığı finansman olacak şekilde uygulamaya sokulmuştur.¹¹⁹ Şehir Hastanelerinin işletilmesi noktasında yapılan Kamu-Özel Ortaklığı neticesinde, özel sektör tarafından projelerin inşaatı ve bazı hizmetlerin sunulması noktasında faaliyet gerçekleştirilmektedir. Bu projeler yapılan ortaklık ile birlikte “Yap-Kirala-Devret” modeli ile yürütüleceğinden dolayı 25 yıllık kiralama dönemi sonunda proje kamuya devredilecektir. Sağlık alanında yapılan bu gelişme çerçevesinde 2018 yılı içerisinde

¹¹⁷ Kol, s. 140-141.

¹¹⁸ İleri/Seçer/Ertaş, s. 176-186.

¹¹⁹ Gökaya, Durmuş/İzgüden, Dilruba/Erdem, Ramazan, “Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği, Araştırma Makalesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, C:9, S:20, (2018), s.139

Türkiye’de yer alan 8 ilde (Yozgat, Isparta, Mersin, Adana, Kayseri, Elazığ, Eskişehir ve Manisa) bu projeler hayata geçirilmiş bulunmaktadır.¹²⁰

Şehir Hastanelerinin ülkemizde faaliyete geçmesi ile birlikte bazı sorunları da kendisi ile birlikte getirmesi bu projelerin kamuya sunacağı faydalar noktasında bazı şüphelerin ortaya çıkmasına olanak sağlamış bulunmaktadır. Şehir Hastanelerinin faaliyete geçmiş olduğu illerde yapılan inceleme ve araştırmalarda olumlu görüşler olduğu gibi eleştirilerinde artarak; Şehir hastanelerine ulaşım, Altyapı, sağlık ve tıbbi sekreter personelleri bakımından personel eksiklikleri gibi eleştirilerin devam etmesi¹²¹ projenin sağlık hakkı kapsamında bireylere sunacağı hizmetlerde özellikle erişim noktasında bazı hususları gün yüzüne çıkarmaktadır. Projenin yapım maliyeti ve kira tutarı arasında yapılan değerlendirmelerde, 2 yıllık kira bedelinin yapılan bir hastane projesinin maliyetine eş değer olduğu eleştirilen noktalar arasında yer almaktadır. Diğer bir eleştiri hususu da şehir hastanelerinin hayata geçmesi ile birlikte şehir merkezlerinde yer alan hastanelerin yıkılan arsalarının kime verileceği noktası ve buralarda ne yapılacağı hususunda karar mercii’nin ihaleyi alan özel sektör firmasının olması noktasındadır.¹²²

Genel olarak, bir değerlendirme yaptığımız takdirde, sağlık hakkı kapsamında günümüzde yapılan son gelişmeler arasında şehir hastaneleri projesi yer almaktadır. Bu hastanelere yöneltilen eleştiriler arasında çalışmamızla daha çok bağlantısı olan ulaşım-erişim konusunun bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanması noktasında eksikliği görülebilmektedir. Hasta insanların acil bir durumda şehir merkezinden yola çıkarak şehir hastanelerinin bulunduğu yere ulaşması noktasında yeterli toplu taşıma, raylı sistem gibi ulaşım araçlarına yönelik alt yapı ve ulaşım araçlarının henüz hazır hale getirilmemiş olması, sağlık hakkı kapsamında hastanelere erişimin önünde bir engel değerlendirilmesi mümkündür. Kaldı ki, engelli bireylerin hali hazırda merkezi alandaki sağlık kurumlarına ulaşımında sıkıntılar yaşanırken, şehir merkezinden uzak bir yerde bulunan bir komplekse ulaşımında, ulaşım araçlarının yeteri kadar dizayn edilmemesi sebebiyle yaşayacağı zorluklar daha da negatif yöndedir. Hastaneye erişim noktasında ulaşım konusu içerisinde otopark, bireysel ulaşım, yol trafiği, acil hallerde ambulans aracılığı ile taşınacak hastaların sağlıklı, güvenli ve

¹²⁰ Şantaş, Gülcan/Şantaş, Fatih, “Şehir Hastanelerine İlişkin Haberlerin Gazetelerde Yansıması, Araştırma Makalesi”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, C.22, S.1, Konya, (2019), s.105

¹²¹ Gökkaya/İzgüden/Erdem, s.146; Şantaş G/Şantaş F., s.106-108

¹²² Sözer, Ali Nazım, “Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın Devamı Olarak Şehir Hastaneleri”, Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C. 15, Özel S., İzmir, (2013), s.239

konforlu taşınması gibi hususları da yer almaktadır. Şu hâlde, kısaca değinmiş olduğumuz gelişmeler noktasında halen Şehir Hastaneleri projelerinde hayati öneme sahip olan bazı eksikliklerin giderilmesi konusunda çalışmalar yapılması elzem olarak nitelenebilmektedir.

1.3. Devletin Sağlık Hakkından Kaynaklanan Yükümlülükleri

1.3.1. Genel Olarak

Modern insan hakları hukukunun yakın tarihe kadar negatif-pozitif yükümlülük ayrımı, özellikle sosyal haklar olmak üzere, medeni ve siyasi haklar ile ekonomik, sosyal ve kültürel haklar hiyerarşisi üzerine kurulmuştur. Bu ayırım ile birlikte devletlere yükümlülük açısından, medeni ve siyasi hakların negatif yükümlülükleri, sosyal hakların ise pozitif yükümlülükleri yüklediği kabul edilmektedir. Ancak buna karşılık, 1980'lerin başında ve daha sonraları, başkaca yazarlar tarafından geliştirilmiş olan bir başka görüşe göre; bir Devlet herhangi bir insan hakları sözleşmesinin tarafı olmakla birlikte çeşitli yükümlülükler altına girmektedir. Yani, insan hakları sözleşmelerine taraf Devletin bir hakkı koruma altına alması için, her bir hakkın özelinde üstlendiği yükümlülüklerin ağırlıkları farklılık arz edebilmektedir. Bu nedenle yükümlülük tipolojileri görüşü, insan haklarının bölünmez olduğunu ve birbirlerine bağımlı olduğu kadar da birbirleriyle ilişkili olduklarını kabul etmektedir.¹²³

1982 Anayasası'nın sosyal devlet ilkesini düzenleyen 2'nci maddesi incelendiğinde; *“Türkiye Cumhuriyeti, toplumun huzuru, millî dayanışma ve adalet anlayışı içinde, insan haklarına saygılı, Atatürk milliyetçiliğine bağlı, başlangıçta belirtilen temel ilkelere dayanan, demokratik, lâik ve sosyal bir hukuk Devletidir”* şeklinde hüküm altına alındığı görülecektir. İşte Anayasa'nın “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler” kısmında mevcut olan sağlık hakkı da, devletin ödevleri ile beraber sosyal devlet niteliğinin içerik anlamını meydana getiren haklar arasında yer almaktadır.¹²⁴

Hukuk devleti, hukuku ortaya koyan, düzenleyen ve hukuka uygun bir şekilde hareket etme yükümlüsü olarak üzerine almış olduğu yükümlülüğü ciddiyetle yerine getirmelidir.

¹²³ Ertan, Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı, s. 71-72.

¹²⁴ Çakır, s. 23.

Sosyal devletin ise bunun yanı sıra toplumdaki bireylerin ve toplumun huzur, refah ve huzurunu sağlamak; toplumdaki bireylerin temel hak ve özgürlüklerini, adalet ilkeleri ve sosyal hukuk devleti ile çelişecek bir şekilde engelleyen ekonomik, sosyal ve siyasal engelleri ortadan kaldırması, bireylerin maddî ve manevî varlığını iyileştirmesi ve daha iyi seviyeye gelmesi için gerekli önlemleri alması gerekir. İnsan haklarına saygılı devlet ise, haklar konusunda öncelikle insan haklarını korumayı üstlenmiş olan devlet anlamına gelir. Sosyal haklar söz konusu olduğunda devletin bu yükümlülüğünün “saygı, koruma ve gereğini yerine getirme” olarak anlaşılması gerekir.¹²⁵

Uluslararası insan hakları literatüründe belirtildiği üzere her hak kendiliği ile birlikte bir yükümlülük de getirmektedir. Bu hakların niteliği çerçevesinde yükümlülükler pozitif veya negatif olarak adlandırılmaktadır.¹²⁶ Gerek negatif gerekse de pozitif edimli olsun, devletlerin insan hakları düzleminde sahip olduğu yükümlülükler saygı gösterme, koruma ve yerine getirme olarak üç ana başlık içerisinde ele alınmaktadır. Ayrıca bu hususa paralel olarak ekonomik, sosyal ve kültürel haklar açısından devletlerin uymakla zorunlu olduğu yükümlülükler bahsi edilen bu üç başlık içerisinde incelenmektedir.¹²⁷ Keza aynı şekilde bu durum sağlık hakkı için de geçerlilik taşımakta ve bu hususta Ekonomik Sosyal Kültürel Haklar Sözleşmesi’nin (ESKHS) 14 No’lu Genel Yorumu’nda ülkelerin yapması gereken görevleri bakımından bu tip bir ayrıma gidilmiştir. Komite; “*Tüm insan hakları gibi sağlık hakkı da taraf Devletlere üç türde ya da düzeyde yükümlülük yüklemektedir: saygı duyma, koruma ve yerine getirme gerçekleştirme) yükümlülükleri.*”¹²⁸ şeklinde bu ayrımları belirtmiştir.

Komite’nin Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi’nde mevcut bulunan hakların niteliklerini göz önünde tutarak devletlerin yükümlülükleri bağlamında bu şekilde bir sınıflandırmaya gitmiş olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca belirtmek gerekir ki bu yükümlülükler arasında “saygı duyma yükümlülüğü” daha çok negatif nitelikte iken bu ilke uluslararası ilişkilerin de temeli olarak ifade edilmektedir.¹²⁹ Öte yandan “koruma ve yerine getirme yükümlülüğü” sağlık hakkının pozitif edimli yönünü oluşturmaktadır.¹³⁰

¹²⁵ Temiz, Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı, s.175-176

¹²⁶ Bozkurt / Kanat / Bektaş, s.5.

¹²⁷ Ertaş, s. 61.

¹²⁸ Birleşmiş Milletler (BM) ESKHK, 14 No’lu Genel Yorum Paragraf 33 ’un Türkçesi İçin bkz. (Çevrimiçi), www.ihop.org.tr/dosya/eskhk/eskhkgy14.doc, (E.T.: 05.04.2019)

¹²⁹ Akıllıoğlu, s.65.

¹³⁰ Ertaş, s. 61.

İnsan haklarının tümü için geçerli olan bu üçlü yükümlülük arasında saygı gösterme, sağlık hakkı için, bireylerin sağlık hakkını kullanırken Devletlerin doğrudan ya da dolaylı bir şekilde bu hakkı olumsuz etkilemekten kaçınmaları gerekir. Öte yandan koruma yükümlülüğü ise Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesinin (ESKHK) 14. Genel Yorumunda yer alan 12. maddesinde düzenlenen hak içerikleri arasında Devletlerin, üçüncü kişiler tarafından bu maddede yer alan ve güvence altına alınan haklara müdahale edilmesini engelleyecek önlemler almasını içermektedir. Devletlere yüklenen yerine getirme yükümlülüğünde ise devletlerin, sağlık hakkının amacına uygun bir şekilde gerçekleştirilmesi için uygun idari, yasal, mali, yargısal ve diğer tedbirleri almalarını gerekli kılmaktadır.¹³¹

Sağlık hakkı, diğer haklar gibi devlet tarafından saygı gösterilmesi ve korunması gereken, yerine getirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunulması esnasında diğer hak ve özgürlüklerle ilişkilidir. Yani yaşam hakkı açısından getirilmiş garantiler olmadıkça, sağlık hakkından söz edilmesi mümkün değildir. Öte yandan, adil yargılanma hakkı açısından değerlendirecek olursak eğer, adil yargılanma hakkının tanınmadığı bir devlet ortamında sağlığın haksız bir biçimde bozulabilmesi veyahut tedavi esnasında oluşan zararlar için yargı yoluna gidilemez. Bu nedenle, insan hakları kendi içerisinde yakın bir ilişkisellik içinde olduğu gibi, bu hakların özünün tespit edilmesi ve bu haklara uygulanacak olan hukuki rejimin veya bu hakların hukuki sınırlarının tespitinde iç hukuk ve uluslararası hukuk da birbirini tamamlayıcı niteliktedir diyebiliriz.¹³²

1.3.2. Negatif Yükümlülük: Saygı Duyma Yükümlülüğü

Kamu düzenini bir gereği ve insan hakları bağlamında da bir Negatif statü olarak veya Negatif özgürlük olarak da adlandırılan “Negatif Yükümlülükler”, bireyin hakları konusunda devletin herhangi bir müdahalede bulunmamasını ifade etmektedir.¹³³ Diğer bir ifade ile, devletin negatif yükümlülükleri, bireylerin sahip olmuş olduğu bazı haklarda devletin o haklara dokunulacak işlem ve eylemlerden kaçınması ve hak sahibini özgür bırakması anlamına geldiği belirtilmektedir.¹³⁴ Yine aynı şekilde sağlık hakkının bireylere yönelik sürekli anlamda kullanılabilmesinin engellenmesi ve bu açıdan gerekli olan mevzuatların

¹³¹ BM, ESKHK, 14 No’lu Genel Yorum, 33 No’lu Paragraf.

¹³² Temiz, Sağlık Hakkı ve Bir Kamu Hizmeti Olarak Sağlık, s. 87.

¹³³ Sever, s.134.

¹³⁴ Dursun, İbrahim, “Devletin Faaliyet Alanını Belirleyen Temel Özgürlükler: Negatif ve Pozitif Özgürlükler”, Akademik İncelemeler Dergisi, C.4, S.1, (Ağustos 2014), s.8

yürürlükten kaldırılması veya bir şekilde askıya alınması yoluyla sağlık hakkına ilişkin önceden yer alan hukuk kurallarına veya uluslararası yükümlülüklerle aleni bir şekilde ters düşecek yasal hükümlerin ve sağlık politikalarının kabul edilmesi gibi uygulamalar sağlık hakkının ihlaline sebebiyet verebilecektir. Bu durum negatif yükümlülük kapsamında sağlık hakkına dokunmama yükümlülüğünü yani saygı duyma yükümlülüğünü belirtmektedir. Bununla ilgili olarak 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 153. Maddesi'nde yer alan sezaryen ameliyatının yaptırılması ile ilgili hüküm, hastanın tedavi yöntemini seçme hakkını engellemek suretiyle negatif yükümlülüğü ihlal ettiği şeklinde görüldüğü belirtilmektedir.¹³⁵

Doktrinde sağlık hakkının negatif yönü üzerinde daha az durulduğu görülmektedir. Bunun altında yatan neden ise sağlık hakkının negatif boyutunun, toplumdaki bireyler gelir gruplarına ayrıldığında üst ve orta gelir düzeyine sahip bireyler bakımından ağırlık kazanmasıdır. Gelir düzeyi bakımından yeterli imkana sahip olmayan ve kendi maddi imkanlarıyla sağlık hizmetine ulaşamayacak olan bireyler bakımından negatif boyut, devletin sağlığı olumsuz yönde etkileyecek faaliyetlerden kaçınması ve üçüncü kişilerin müdahalesini önlemesi şeklinde işler. Gelir düzeyi bakımında orta ve üst düzey gelire sahip olanlar için ise müdahale etmeme veya ettirmemeye ek olarak, bireylerin kendi maddi imkanları dahilinde elde edebilecekleri ya da ileri sağlık imkanlarından faydalanmalarını engellemek şeklinde özetlenebilir. Böylelikle, klasik haklar arasında yer aldığıda “özgürlük ve yaşam” kavramları kapsamına giren bir sağlık hakkından söz edilebilmesi mümkündür.¹³⁶

Negatif bir yükümlülük olan saygı duyma yükümlülüğü, devletlerin yaptığı eylemleriyle sağlık hakkını ihlal etmemeleri anlamına gelmektedir.¹³⁷ Devletlerin sağlık hakkına saygı gösterme hususundaki yükümlülüğü, toplumdaki bireylerin sağlık hakkını kullanmalarına, sağlık hakkı kapsamında sunulan hizmetlere erişimin sağlanması konusunda, devletlerin doğrudan veya dolaylı bir şekilde müdahalede bulunmalarından kaçınmaları anlamına gelmektedir.¹³⁸

Bu yükümlülük kapsamında öncelikle devlet, toplumdaki bireylere tanınan önleyici sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetlerini sunan sağlık kuruluşlarına eşit bir şekilde

¹³⁵ Çakır, s.41.

¹³⁶ Temiz, Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı, s. 103-104.

¹³⁷ Sağlık Hakkı: Sağlık Çalışanları için Rehber, Tam Metni İçin bkz., <https://www.bma.org.uk/-/media/files/pdfs/practical%20advice%20at%20work/ethics/righttohealthtoolkiturkishversion.pdf?la=en>, (E.T.: 05.04.2019).

¹³⁸ BM, ESKHK, 14 No'lu Genel Yorum, 33 No'lu Paragraf.

erişim imkânlarına engel olmama, aksine eşit hizmet sunulması hususunda gerekli önlemleri alma yükümlülüğü altındadır. Dolayısıyla devletler, toplumdaki bireylerin sağlık hakkından yararlanmaları amacıyla yapılan, örneğin sigara, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı gibi insan sağlığına zarar veren veyahut aile planlaması gibi hususlara yönelik tanıtım, reklam ve insan sağlığına zarar verecek olgulara karşı algı oluşturulması için organizasyonları, programları ve faaliyetleri meydana getiren yasal düzenlemelere müdahaleden de imtina etme yükümlülüğü altındadırlar.

Sağlık hakkına saygı gösterme yükümlülüğü adı altında devletlerin imtina etmek zorunda oldukları diğer bir husus ise sağlık hakkından yararlanma konusunda, toplumu sağlık hakkı konusunda mevcut durumdan daha geriye götüren düzenleyici işlem yapma yasağıdır. Başka bir deyişle, devletlerin, mevcut sağlık politikaları ve hizmet sunan sağlık kurum ve kuruluşlarını mevcut düzende var olan imkân ve durumlardan daha geriye götürecek veya daha kötü bir hale sokacak yasal düzenlemeler yapmaması anlamına gelmektedir.¹³⁹

Sağlık hakkına saygı duyma yükümlülüğünün kapsamında değerlendirilebilecek başkaca bir husus ise salgın hastalıkların önlenmesi ve bu hastalıkların kontrol altına alınması gibi istisnai durumlar hariç olmak üzere, devletlerin bu hastalıkları önleyecek bakım hizmetlerinin sunulması, tedavi edici uygulamaların sağlık kurumlarınca topluma sunulması ve bu kapsamda verilen ilaçların yasaklanmasından veya bunları engellemekten kaçınması zorunda olmalarıdır. Yine bu yükümlülük kapsamında devletlerin insan sağlığına elverişli olmayan ilaçları pazarlamaktan ve acil haller dışında bireylerin rızası ve iradesi dışında tıbbi tedavi uygulamaktan da kaçınmaları gerekir.¹⁴⁰

Devletlerin kolluk veya bu işlemi gerçekleştirecek olanlar tarafından, toplum bireyleri arasında göz altına alınanlar ile kendi mahkûmlarına veyahut devlet içerisinde yer alan azınlık guruplara, ülkeye herhangi bir nedenden dolayı sığınmış olanlara ve yasadışı bir şekilde dahi olsa ülkeye girmiş bulunan göçmenler de dahil olmak üzere insan vasfına sahip olan bütün bireylerin denk bir şekilde sağlık alanındaki hizmetlerden faydalanmasını sınırlamaktan veya bu sağlık hizmetlerini engellemekten kaçınmaları da saygı yükümlülüğü kapsamında ele alınır.¹⁴¹ Öte yandan, devlet, toplum içerisinde yer alan herhangi bir yayın organı veya eğitim

¹³⁹ Ertaş, s. 62.

¹⁴⁰ BM, ESKHK, 14 No'lu Genel Yorum, 34 No'lu Paragraf.

¹⁴¹ Sağlık Çalışanları İçin Rehber, (E.T.: 05.04.2019)

kurumu tarafından verilen cinsel konularla ilgili sağlık açısından bilgi ve eğitim bu husus içerisinde bulunmak üzere, sağlıkla bağlantılı olan doğru verileri engellemekten veya bunların üzerini örtmek, bu bilgileri kendi bünyesinde muhafaza etmekten ya da yanlış açıdan yorumlamaktan kaçınmalıdır.¹⁴²

Saygı duyma yükümlülüğü, devletin oluşturacağı bir eylem veya işlemten dolayı, toplumdaki bireye yönelik hakkı engelleyebilecek tüm tasarruflardan imtina etmesi anlamına gelmektedir. Medeni ve siyasi haklar açısından bu yükümlülüğü verilebilecek örnek işkence yasağı iken, sosyal haklar bakımından aklımıza ilk gelebilecek örnek ise Devletin sendikal haklara yani sendika kurma hakkına müdahale etmekten imtina etmesidir.¹⁴³

Yine, sağlık hakkına saygı gösterme yükümlülüğü, başka bir açıdan bakıldığında, devletlerin kamuya veya özel tüzel kişiliklere ait tesisler aracılığı ile çıkarmış olduğu endüstriyel ve kimyasal atıklar vasıtasıyla insanın en çok ihtiyaç duyduğu hava, su ve toprağı hukuka ve mevzuata aykırı bir şekilde kirletmesinden ve insan sağlığına yönelik etki edecek zararlı maddelerin ortaya çıkmasıyla sonulanabilme imkanı olan nükleer, biyolojik veya kimyasal silahların test edilmesinden kaçınması anlamına da gelmektedir. Devlet, bu tür durumlarda toplumdaki bireylerden uzak bir ortamda bu uygulamaları gerçekleştirmeli ve sağlık hakkını ihlal etmemelidir.¹⁴⁴

Sağlık hakkına saygı gösterme yükümlülüğü kapsamında değerlendirilebilecek diğer bir husus da devletlerin, örneğin silahlı bir çatışma ortamında sağlık hizmetlerine erişimi sınırlandırmayı cezai bir tedbir olarak ngrmemeleri gerektiğidir. Buna göre herhangi bir suça yönelik veya kabahatin yaptırımı olarak kısa bir srelіđine dahi olsa sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlandırılması sonucunu doğuran cezaların verilmesi, sağlık hakkına saygı gösterme yükümlülüğünün ihlali anlamına gelir.¹⁴⁵

Devletler açısından saygı duyma yükümlülüğünde, toplumdaki bireylerin sahip olduğu “sağlıklı yaşama hakkı” adı altındaki hakkın özünde, bireylerin kendilerine “sağlıklı yaşama görevi” verildiği gibi bir anlam ortaya çıkmamaktadır. Ancak bazı toplumlarda bireyler sahip

¹⁴² Zengin, Nazmi, “Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu”, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, C. 1, S. 1 (2010), s. 47.

¹⁴³ Ertan, Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı, s. 73.

¹⁴⁴ BM, ESKHK, 14 No’lu Genel Yorum, 34 No’lu Paragraf.

¹⁴⁵ BM, ESKHK, 14 No’lu Genel Yorum, 34 No’lu Paragraf.

oldukları bu haktan, kendilerine ait olan yaşamlarını intihar ederek sonlandırmak veya yakalanmış olduğu hastalığın ortadan kalkması için uygulanacak tedavileri reddetmek suretiyle feragat edebilmektedirler. Bu toplumlarda birey, yaşama veya yaşamama arasında bir seçim yapma konusunda serbesttir. Dahası, kimse onun adına yaşamını sonlandırması veya tedaviyi reddetmesi bakımından bu kararı da veremeyecektir. Bu anlamda sağlıklı yaşam hakkının aslında, devletin ve üçüncü kişilerin bu hakka müdahalesini önleme fonksiyonuna karşın, toplumdaki bireylerin kendi sağlıkları hakkında bir tasarrufta bulunmalarına engel olamayacağı şeklinde ifade edilmektedir.¹⁴⁶

Ülkemizde de Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 25. maddesinde bu hususla ilgili olarak; sağlık hizmetlerinin sunulması kapsamında, doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu sağlık hizmetini alan hasta bireye ait olmak üzere, ayrıca kanunen belirtilmiş olan zorunlu haller dışında hasta birey, kendisine uygulanacak olan veyahut uygulanan tedaviyi reddetmek hatta durdurulmasını istemek hakkına sahiptir ve bu hakkın başka bir başvuruda hasta bireyin aleyhine kullanılmasını da yasaktır.¹⁴⁷

Sağlık hakkı kapsamında ve saygı gösterme yükümlülüğü çerçevesinde ülkelerin uyması gereken başka bir yükümlülük arasında AIDS gibi ölümcül veya salgın hastalıklarla mücadele eden toplumdaki bireylerin yeterli tıbbi bakım alamayacaklarını bildikleri halde bu tip ülkelere sınır dışı edilmemelerinin gerekliliğidir.¹⁴⁸ Bu konuda fikir sahibi olabilmek için özellikle Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM)'nin 30240/96 numaralı 02.05.1997 tarihli *D/Birleşik Krallık Kararı*¹⁴⁹ incelemek yerinde olacaktır. Dava konusunun esası, AIDS hastalığına yakalanmış ve bu hastalığın tedavisi ile mücadele eden başvurusunun İngiliz makamlarınca vatandaşı olduğu Karayipler'deki St. Kitts ülkesine sınır dışı edilmesine dayanmaktadır. Başvurucu D, yakalanmış olduğu HIV virüsünü, bir İngiliz cezaevinde hapis

¹⁴⁶ Çakır, s. 25-26.

¹⁴⁷ "Tedaviyi Reddetme ve Durdurma"

Madde 25- Kanunen Zorunlu Olan Haller Dışında ve Doğabilecek Olumsuz Sonuçların Sorumluluğu Hastaya Ait Olmak Üzere; Hasta Kendisine Uygulanması Planlanan veya Uygulanmakta Olan Tedaviyi Reddetmek veya Durdurulmasını İstemek Hakkına Sahiptir. Bu Halde, Tedavinin Uygulanmamasından Doğacak Sonuçların Hastaya veya Kanuni Temsilcilerine Veyahut Yakınlarına Anlatılması ve Bunu Gösteren Yazılı Belge Alınması Gerekir. Bu Hakkın Kullanılması, Hastanın Sağlık Kuruluşuna Tekrar Müracaatında Hasta Aleyhine Kullanılmaz." Hasta Hakları Yönetmeliği, Tam Metni İçin bkz., (Çevrimiçi), <http://www.mevzuat.gov.tr/metin.aspx?mevzuatkod=7.5.4847&mevzuatiliski=0&sourcexmlsearch=has>, (E.T.: 05.04.2019)

¹⁴⁸ Ertaş, s. 63

¹⁴⁹ AİHM, D/Birleşik Krallık Kararı, No: 32040/96 (Case Of D. V. The United Kingdom, Application No. 30240/96), (Çevrimiçi), [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"appno":\["30240/96"\],"itemid":\["001-58035"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{), (E.T.: 05.04.2019).

cezasını çekerken yapılan HIV testi sonucunda öğrenmiş ve kendisine HIV virüsü teşhisi burada konmuştur. D, daha sonra İngiliz resmî kurumlarından cezası infaz edildikten sonra da ülkede ikamet etmek için izin talebinde bulunmuştur. D'nin St. Kitts'e sınır dışı edilmesi ise bir bakıma İngiltere'de yakalanmış olduğu HIV virüsü için, almakta olduğu tıbbi bakımın sona ermesi anlamına gelecektir. AİHM ise önüne gelen bu davada başvuru D'nin İngiliz otoriteleri tarafından ülkesine sınır dışı edilmesinin kendisi için hayati önem taşıyan tedavi sürecinin sona ermesi anlamına geleceği sebebiyle Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 3. maddesi¹⁵⁰ ile güvence altına alınan "İşkence Yasağı" başlığı altında yer alan insanlık dışı muamele kapsamında değerlendirmiştir.¹⁵¹ AİHM'e göre hapis cezaları infaz edilmiş olan ve sınır dışı edilmek üzere olan yabancılar kural olarak kendilerine mahkum edildikleri süre boyunca sağlanan sosyal, medikal ve diğer tıp yardımıyla yararlanmaya devam etmek amacıyla Sözleşme devleti ülkesi içerisinde ikamet etme hakkına sahip değillerdir.¹⁵² Bunun yanı sıra mahkeme bu hususta bir istisnaya yer vererek şunları belirtmiştir; *"Ancak çok istisnai durumlarda ve belirli insancıl düşünceler göz önüne alındığında belirtilmelidir ki başvuru kişinin sınır dışı edilmesine ilişkin kararın uygulanması Sözleşme'nin 3. maddesinin ihlali olacaktır."*¹⁵³

Bu kararda AİHM, bazı istisnai durumlarda tıbbi bakım ve tedavi hakkından yoksun bırakılmanın da insanlık dışı muamele anlamına gelebileceğini vurgulamış ve Sözleşme'nin her somut olayın kendine özgü koşulları çerçevesinde yorumlanması gerektiğini altını çizmiştir.¹⁵⁴

Kararda da belirtildiği üzere, HIV virüsüne yakalanmış bir kimsenin tıbbi bakım ve tedaviye ihtiyaç duyduğu bu tür istisnai durumlarda devletlerin kişiyi tedavisiz veya bakımsız bırakması sağlık hakkının engellenmesinin bir yansıması olarak karşımıza çıkmaktadır. Öyle ki, bir insanın sağlıklı bir bedene sahip olabilmesi için mümkün olan tedavi ve bakımı sağlamak devletin yükümlülükleri arasındadır. Bu da sağlık hakkının devlete yüklemiş olduğu ödevlerin yerine getirilmesini gerektirmektedir.

¹⁵⁰ Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Bölüm I, Hak ve Özgürlükler, bkz., Madde 3; İşkence Yasağı "Hiç Kimse İşkenceye veya İnsanlık Dışı ya da Aşağılayıcı Muamele veya Cezaya Tabi Tutulamaz." Şeklinde, (Çevrimiçi), <http://www.danistay.gov.tr/upload/avrupainsanhaklarisozlesmesi.pdf>, (E.T.: 05.04.2019).

¹⁵¹ D/Birleşik Krallık Kararı, No: 32040/96, 53. Paragraf, s. 15.

¹⁵² D/Birleşik Krallık Kararı, No: 32040/96, 54. Paragraf, s. 15.

¹⁵³ D/Birleşik Krallık Kararı, No: 32040/96, 54. Paragraf, s. 15.

¹⁵⁴ Ertaş, s. 65

1.3.3. Pozitif Yükümlülük: Koruma Yükümlülüğü

Pozitif Yükümlülükler, negatif yükümlülüklerden farklı olarak, devlete haklara yönelik ödevler ve fonksiyonlar yüklemektedir. Öyle ki, hak sahipleri hakkın kullanılması konusunda devletin sağlamış olduğu hizmetlere ihtiyaç duymaktadır.¹⁵⁵ Bu bakımdan kısaca belirtmek gerekirse eğer, pozitif yükümlülükler insan haklarının korunması amacıyla devletin müdahale etmesini ifade etmektedir.¹⁵⁶

İnsan hakları kapsamı içerisinde yer alan bu yükümlülükler devletlere önemli ödevler yüklemektedirler. Devletin insanlara yönelik tüm insani hakları koruma yükümlülüğü, toplumdaki insanların, yaşayan diğer insanların haklarını ile hürriyetlerini, onurunu, bütünlüğünü ve refah ile huzurunu engellememesi açısından, devlet otoritesinin bu hususta alacağı tedbirlerdir. Kamunun, insanların hürriyetlerini, diğer üçüncü kişilerin engellemelerinden koruması ise, bir bakıma, “insan haklarının yatay etkililiği” başlığını ortaya koymaktadır.¹⁵⁷ Burada yer alan insan haklarının yatay etkisi kavramı, insan hakları kurallarının, bireylerin birbirleri ile gerçekleşen etkileşimlerde de uygulanabilir hale gelmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bireyler arasında gerçekleşen engellemeler de yatay ihaller olarak isimlendirilmekte ve bu ihaller sebebiyle de kamunun bir bakıma sorumlu olacağı hususu kabul görülmektedir.¹⁵⁸

Devletlerin sağlık hakkı kapsamında diğer bir önemli yükümlülüğü ise koruma yükümlülüğüdür. Bu yükümlülüğe göre devlet, sağlık hakkının özel ve tüzel kişiler tarafından engellenmesini ve ihlal edilmesini önler. Devlet bu ihallerin ve engellemelerin önüne geçmek adına tedbirler alırken diğer üçüncü tarafların tıbbi malzeme ve ilaçları piyasaya sürmelerini kontrol edecek uygulamaları da yürürlüğe sokmalıdır.¹⁵⁹ Öte yandan koruma yükümlülüğü, saygı duyma yükümlülüğünün üçüncü kişiler tarafından engellenmeden ve ihlal edilmeden uygulanabilmesini gerçekleştirmeye yönelik bir devlet görevi olarak da belirtilebilmektedir.¹⁶⁰

¹⁵⁵ Dursun, s.9.

¹⁵⁶ Sever, s.134.

¹⁵⁷ Şahin, s. 726-727.

¹⁵⁸ Sunay, Reyhan, “İnsan Haklarının Yatay Etkisi ve Devletin Sorumluluğu”, Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C. 23, S. 1 (2015), s. 11-12.

¹⁵⁹ Aksoy, Beyhan, Sağlık Hakkı Bağlamında Sivil Toplum Örgütlerinin Eylemlerinin Sosyal Politikalara Katkıları, 14. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Kongresi Bildiriler Kitabı, Türk-İş Yayınları, İstanbul, 2013, s. 837-864.

¹⁶⁰ Ertan, Sağlık Hakkı ve Etkinleştirilmesi, s. 55.

Bu yükümlülük sağlık hakkının konusu olarak belirtilmiş olan sağlığın, her düzeyde ve her alanda korunmasını içermektedir. Bireylerin sağlığına yönelecek veya yöneltilmiş olan bütün tehditlere karşı koruma yükümlülüğü, bunu sağlamaya yetkili olan devlete aittir. Devlet, sağlığa yönelik tehditlere karşı toplumdaki bireyleri ve bütün toplumu korumakla yükümlüdür.¹⁶¹

Genel anlamda sağlık hakkını koruma yükümlülüğü, devletlerin bireylere yönelik sağlık bakım ve hizmetlerine eşit bir şekilde erişimi sağlayacak nitelikte yasal düzenlemeleri gerçekleştirme veya sağlık hizmetlerinin eşit bir şekilde sağlanması ile ilgili diğer tedbirleri alması gerekliliğine işaret etmektedir. Bu yükümlülük ile birlikte devletler, sağlık alanındaki kurumların özelleştirilmesinin; sağlık hizmet sunucularının, mal ve hizmetlerinin mevcudluluğu, kabul edilebilirliği, erişilebilirliği ve niteliği açısından bir engel meydana getirmemesini garantiye alma yükümlülüğü altındadır. Gerçekten de sağlık hizmetlerinin ESKHK 14 Nolu Genel yorumda da belirtilmiş olan dört ilke çerçevesinde özel sağlık kuruluşları tarafından da yerine getirilmesini; başka bir ifade ile üçüncü kişiler tarafından verilen sağlık hizmetlerinin olması gereken nitelikleri haiz olmasını sağlamak devletin görevlerindendir. Bu görevin layıkıyla gerçekleştirilmesi için kanımızca devletin özel sağlık tesislerine yönelik etkili bir denetim mekanizması kurması ile mümkündür. Ayrıca devletler, bu yükümlülük kapsamında üçüncü kişilerce pazarlanan ilaç ve tıbbi donanımları denetleme; sağlık personeli uygun standartlara göre eğitime ve bunların bilgilendirilmesi açısından bilgiye ulaşmasını sağlama ve sağlık alanında meslek etiğine yönelik davranış kurallarını haiz olmalarını yerine getirmelidirler.¹⁶²

Sağlık hakkını koruma yükümlülüğü kapsamında devletlerin önleyici nitelikte olan ve yapmak zorunda oldukları birtakım uygulamalar da mevcuttur. Bu uygulamalar genel olarak üçüncü kişilerin, sağlık hakkına ulaşımı engellemeye yönelik hareketlerini önlemeye ilişkin unsurlardır. Bunlar;

- a- Öncelikle ülke içerisinde yer alan tehlike arz eden ve toplum içerisinden dışlanmış grupları, özellikle de bayan, çocuk, yetişkin ve yaşlıları, şiddetin toplumsal cinsiyete dayalı tanımı çerçevesinde korumak ve bunlara ilişkin gerekli önlemleri almak,
- b- Toplumdaki bazı kesimlerde yer alan birtakım zararlı geleneksel uygulamalar aracılığı ile bireylerin doğum öncesi ve sonrası bakım ile aile planlaması hizmetine erişim

¹⁶¹ Temiz, Sağlık Hakkı ve Bir Kamu Hizmeti Olarak Sağlık, s. 120.

¹⁶² BM, ESKHK, 14 No'lu Genel Yorum, 35. Nolu Paragraf

sağlamalarının engellenmesini önlemek,

- c- Toplumda yer alan üçüncü kişilerin, bireyleri kadın sünneti gibi geleneksel uygulamalara zorlamasını önlemek amacıyla gerekli tedbirleri almak,
- d- Üçüncü kişilerin insanların sağlık hakkına ilişkin bilgilendirme ve sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlamasını engellemek.¹⁶³

Komite'nin belirtmiş olduğu hususlarda yer alan başlıkların bir bakıma tüketici vasfı taşımayan, konuya ışık tutar biçimde bir liste meydana getirdiğini kabul etmek gerektiği belirtilmektedir. En yaygın tanımıyla, Komite'nin yapmış olduğu yorumdan anlaşılmakta olan, kamunun koruma ödevinin, toplumda yer alan bireylerin sağlık haklarını, diğer üçüncü tarafların haklı olmayan etkilerine yönelik koruma anlamı taşıdığını söyleyebilmekteyiz. Mesela, ülkemizde son zamanlarda sıkça haber olarak karşımıza çıkan sağlık personeline saldırı ve darp olayları, koruma yükümlülüğünün bu boyutuyla da ilgilidir. Saldırıya uğrayan sağlık personelinin yaşama ve vücut bütünlüğü hakları ile birlikte, her bir bireyin olduğu gibi onların da sağlık hakkı etkilenmektedir. Bununla birlikte, sağlık hizmeti sunan kurumlardan verilen sağlık hizmetlerinden faydalanmakta olan insanlar bakımından ise gerek sağlık hizmetinin sınırlanmış olması gerekse bireylerin kendilerini içinde buldukları şiddet olayından ortaya çıkan psikolojik zarar açısından sağlık hakkına sınırlama, yani hakkı engelleme şeklinde bir durum söz konusudur. Saldırı, darp ve bunlara yönelik eylemler gibi meydana gelen bu biçimdeki engellemelerin tabi ki haklı olmadığı ortadadır. Belirtmiş olduğumuz bu sebeplerden dolayı, sağlık alanında hizmet veren personele ilişkin saldırı tarzındaki eylemlerin etkin bir biçimde sınırlandırılması hem sağlık hizmeti sunan çalışanların hem de verilen sağlık hizmetinden faydalanan bireylerin sağlık haklarına karşılık gelen kamunun koruma yükümlülüğü içerisindedir.¹⁶⁴

Sağlık hakkını koruma yükümlülüğünü bir de AIHM kararları ışığında değerlendirecek olursak eğer, Calvelli ve Diğerleri / İtalya¹⁶⁵ davasını incelememiz faydalı olacaktır. Davanın esasına bakacak olursak, başvuruçuların, yani İtalyan vatandaşı olan Bay Pietro Calvelli ve Bayan Sonia Ciglio'nun, bebeklerinin doğumu sonrasında meydana gelen ölüm vakası neticesinde koruma yükümlülüğü kapsamında bir başvuru yapıldığı

¹⁶³ BM, ESKHK, 14 No'lu Genel Yorum, 35. Nolu Paragraf

¹⁶⁴ Temiz, Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı, s. 180-181

¹⁶⁵ AIHM, Calvelli Ve Ciglio/ İtalya Davası, No: 32967/96, (Case Of Calvelli And Ciglio V. Italy (Application No. 32967/96)),[https://hudoc.echr.coe.int/tur#{"fulltext":\["calvelli"\],"documentcollectionid2":\["grandchamber"\],"chamber":\["itemid":\["001-60329"\]}\]](https://hudoc.echr.coe.int/tur#{), (E.T.: 15.04.2019).

görülmektedir. Başvuruculardan Bayan Sonia'nın Cosenza'da özel bir klinikte doğum yaptığı esnada, bebeğin geliş pozisyonunun neticesinde ortaya çıkan nörolojik post-asfiksi sendromu ve solunum güçlüğü nedeniyle her ne kadar bebek sağ doğmuş ise de iki gün sonra belirtilen sebeplerden dolayı bebek ölmüştür. AİHM bu davada Sözleşme'nin 2. maddesinin gerçek anlamda hayata geçmesi açısından sözleşmeye taraf devletlerin, özel sağlık sunucusu veya kamuya ait sağlık sunucuları olup olmadığına bakılmaksızın hastaların hayatlarının korunması için gerekli önlemleri alması gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca mahkeme, kamu veya özel hastanelerde bireylere sağlık hizmetleri sunulurken, meydana gelen ölümler neticesinde hastanın ölüm nedenlerinin ortaya çıkarılması için sorumluların bu hususta hesap verebildiği tarafsız ve bağımsız bir yargı sisteminin kurulmasını da devletlerin yükümlülükleri arasında olduğuna karar vermiştir. AİHM'e göre taraf devletler 2.maddeden doğan sorumlulukları nedeniyle, bireylerin yaşamlarını koruma altına almak, bireylerin kaliteli bir sağlık hizmetinden faydalanmasını sağlamak ve sağlık personeli tarafından hata veya ihmal sebebiyle sorumlu olmalarını garantilemek maksadıyla sağlık alanında yasal mevzuatları hayata geçirmek ve bu anlamda gerekli önlemleri almak zorundadırlar. AİHM'e göre devletler, kendi bireylerinin yaşamlarını korumak maksadıyla, hizmet veren hastaneleri ve sağlık kurumlarını, bireylerin yaşamlarını korumaya yönelik uygun davranmaya ve gerekli önlemleri almaya zorlayan bir yasal mevzuatı hayata geçirmekle mükelleftir.¹⁶⁶

Öte yandan koruma yükümlülüğünü kabul etmiş olan diğer devletler gibi, devletin sağlık hakkını üçüncü kişilere karşı koruma yükümlülüğü ülkemiz Anayasa Mahkemesi'nce de kabul edilmektedir. Anayasa Mahkemesi'nin incelemiş olduğu kararlar arasında kapalı alanlarda sigara içilmesini yasaklayan kanun hükmünün Anayasaya uygunluğu da yer almaktadır. AYM'nin denetlemiş olduğu bu kararında koruma yükümlülüğüne ilişkin şu ifadeler yer verilmiştir: *"...Tütün ve tütün ürünlerinin kapalı alanlarda kullanılmasının yalnız kullananlara değil, aynı ortamda bulunan diğer kişilere de sağlık açısından zarar verdiği bilinmektedir. Temel hak ve özgürlük kavramı içerisinde öncelikle kişilerin yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürme haklarının bulunduğu kabulü gerekir. Bu açıdan kapalı ortamlarda tütün ve tütün ürünlerini tüketen kişilerin, aynı ortamda bulunan diğer kişilerin sağlıklı yaşam hakkına karşı ödev ve sorumlulukları bulunmaktadır.*

Devlete, herkesin maddi ve manevi varlığını geliştirmesi için gerekli şartları

¹⁶⁶ AİHM, Calvelli Ve Ciglio/ İtalya Davası, No: 32967/96; Ertaş, s. 69.

hazırlama, kişilerin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama görevi de verilmiştir. Yasa koyucu, Devlete verilen bu görevin gereği olarak, kişilerin sağlıklı bir şekilde yaşam sürdürmelerini sağlamak amacıyla gerekli gördüğü yasal önlemleri alabilir.

İtiraz konusu ibare ile kahvehane gibi işletmelerin kapalı alanlarında tütün ve tütün ürünlerinin tüketilmesinin yasaklanması suretiyle kişilerin yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürmelerinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Diğer taraftan kişilerin yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürmelerini sağlamak amacıyla, insan sağlığı üzerinde olumsuz etkileri bulunan tütün ve tütün mamullerinin kullanımının benzeri çağdaş ülkelerde de rastlanan biçimde kişilerin toplu olarak bulundukları kapalı alanlarda kullanımının yasaklanması, Anayasa'nın 17. ve 56. maddeleriyle Devlete yüklenen pozitif yükümlülüğün bir yansıması olarak ortaya çıkmaktadır...¹⁶⁷”.

Kararda da belirtildiği üzere yasama organı, kapalı mekanlarda sigara içilmesinin yasaklayarak, üçüncü kişilerin sağlık hakkını olumsuz etkileyecek nitelikteki “kapalı alanda sigara içilmesi” eylemi nedeniyle, toplumdaki bireyleri koruma yoluna gitmiştir. Bu nedenle Devlet, Anayasa Mahkemesi’nin de ifade ettiği üzere, kendisine Anayasa’nın 56’ncı maddesiyle ve kararda yer almamış olsa da ESKHS’nin 12. maddesiyle verilen koruma yükümlülüğünü yerine getirmiştir.¹⁶⁸

Sigara ve tütün mamulleri konusunda ayrıca, günümüzde bilimsel çalışmalar ve olgular göstermektedir ki gerek aktif kullanıcı gerekse de kullanılan ortamda bulunma sonucu pasif kullanıcı olarak vücuda giren tütün dumanı, ölümle sonuçlanabilecek enfeksiyon ve hastalıklara sebep olmaktadır. DSÖ’ye göre aktif ve pasif kullanıcı olarak sigaradan kaynaklı, her sene dört milyondan fazla insan yaşamını yitirmektedir. Ayrıca bu rakam 2020 yılına geldiğimizde 8,4 milyon olarak öngörülmektedir. Bu nedenle sigara ile mücadelede bulunmayan, mevzuat düzenleyerek sigara ile ilgili önlemler almayan ülkelerin, toplumdaki bireylerin sağlık hakkını koruma yükümlülüklerini yerine getirmediklerini söyleyebiliriz. Sigara gibi tütün ve tütün mamullerinin denetim altına alınması ile ilgili, sağlık hakkının bir gereği olarak başta ESKHS olmak üzere uluslararası diğer sözleşmeler yoluyla da sağlık

¹⁶⁷ Anayasa Mahkemesi 06.01.2011 T, 2010/58 E., 2011/8 K. Sayılı Kararı, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110226-12.htm>, (E.T.: 15.04.2019).

¹⁶⁸ Çakır, s. 27-28.

hakkını koruma amaçlı birtakım yükümlüklerin altına girmiş devletlerin, toplumda yer alan bireyleri, sigaranın ve benzeri tütün mamullerinin ölümcül etkilerinden korumak için gerekli yasal ve idari tedbirleri alması gerekmektedir. Bununla ilgili olarak” İnsan Hakları ve Sigara Kontrol Ağı (*Human Rights and Tobacco Control Network*¹⁶⁹)” kurulmuş ve bu örgüt, sigara ile mücadele konusunda ülkeler hakkında raporlar hazırlamakta ve bunları ESKHK’ya sunmaktadır.¹⁷⁰

Sağlık hakkını koruma yükümlülüğü kapsamında değinmemiz gereken diğer bir husus ise devletlerin şirketler de buna dâhil olmak üzere özel teşebbüslerin doğaya zarar verir verip çevreyi kirletmesi sonucu sağlık hakkını tehdit eden işlem ve uygulamalarına engel olmasıdır. Bununla ilgili olarak devletlerin, yasal düzenlemeler ile bir kamusal denetim ve yaptırım mekanizması oluşturulması, hayati önem taşımaktadır. Bu denetim mekanizması ile özel girişimlerin sağlığa olası zararlı faaliyetleri kontrol altına alınabilecektir.¹⁷¹

Sonuç olarak Sözleşmeye taraf devletlerin, toplumda yer alan tüketici bireyler ile işçilerin sağlığına zarar veren pratiklerden korunmasında yeteri kadar başarılı olmaması durumunda ve taraf devletlerin uyuşturucu, tütün mamulleri ve daha buna benzer zararlı maddelerin oluşturulması, bu ürünlerin piyasaya sürülmesi ve insanlar tarafından bu ürünlerin kullanılmasının yasaklaması konusunda başarıya ulaşmaması gibi bir durum meydana geldiğinde, sağlık hakkı, bireylerin haklarını koruma yükümlülüğü bakımından engellenmiş sayılacaktır. Sözleşmeye üye ülkenin, toplum içerisinde yer alan kadınları şiddet açısından korumada sonuçsuz kalması veya şiddete maruz kalmış olan kadınların hak arama konusunda dava açmalarını basitleştirmede başarıya ulaşmaması hususu meydana geldiğinde ve üye ulusun hava ve çevre kirliliğini engelleme ve bunlara ilişkin tedbirler almada başarıya ulaşmaması gibi bir durum meydana geldiğinde, sağlık hakkı bu açıdan da koruma yükümlülüğü çerçevesinde sınırlandırmış hale gelecektir.¹⁷²

¹⁶⁹ <http://www.hrtcn.net/>, (E.T.: 15.04.2019).

¹⁷⁰ Ertaş, s. 70.

¹⁷¹ Ertaş, s. 69.

¹⁷² Şahin, s. 747.

1.3.4. Pozitif Yükümlülük: Yerine Getirme / Edimde Bulunma (Kolaylaştırma) Yükümlülüğü

Sağlık hakkı açısından yerine getirme yükümlülüğü hakkın kullanılabilmesi için gerekten olan sağlık hizmetleri veya buna yönelik hususların kamu tarafından uygulanması gerekir. Başka bir deyişle, pozitif yükümlülük, sözleşmelerde yer alan haklardan bireylerin faydalanmasını etkin bir şekilde kolaylaştırma (*facilitate*), bu hakların kullanılmasını sağlama (*provide*) ve hakların kullanılması açısından devletin düzenlemiş olduğu mevzuatı ve uygulamaları geliştirme/yükseltmedir (*promote*). Bu yükümlülükte, saygı gösterme yükümlülüğündeki “kaçınma/yapmama” tasarrufunun tam tersine, Devlet bir “yerine getirme/yapma” yükümlülüğü altında bulunmaktadır.¹⁷³

Sözleşmeye taraf devletler, ekonomik açıdan gelişmiş veya kalkınmış olabilirler. Ancak bu gelişmişlik seviyelerinden bağımsız bir şekilde, sağlık hakkının uygulanması ve gereği gibi yerine getirilmesine yönelik en temel yerine getirme yükümlülüğü, öncelikle bir sağlık politikasına sahip olmaktır. Bu hakkın toplumdaki bireyler açısından uygulanabilmesi için hangi faaliyetlerin toplum içerisinde uygulamaya sokulacağı belirlenmeden, sağlık hakkına yönelik hangi adımların atılması veya önlemlerin alınması gerektiği belirlenemeyecektir. Buna yönelik diğer yandan ESKHK, taraf Devletlerin yükümlülüklerine ilişkin genel yorumunda, bu hususa değinerek, devletlerin yasal düzenleme yapması konusunda saymış olduğu haklar arasında sağlık hakkını da belirtmiştir. Dolayısıyla bulaşıcı hastalıkların yaygın olarak görüldüğü ülkelerdeki sıtma, tüberküloz, AIDS gibi söz konusu hastalıkların yayılmasının engellenmesi ve bu hastalıklara yönelik tedavilerin geliştirilmesi ve toplumdaki bireylerin tedavi edilmesine yönelik mevzuatın yasa koyucular tarafından düzenlenmemesinin yerine getirme yükümlülüğünün ihlali anlamına geleceği belirtilmektedir.¹⁷⁴

Bu yükümlülük, sağlık hakkından yararlanmayı toplumdaki bireylere sağlamak adına devletin pozitif adımları atmasını gerekli kılmaktadır. Sağlık hakkına yönelik yükümlülükler açısından, devletlerin serbest bırakılması gibi bir durumun meydana gelmesi, toplumdaki insanların sağlık haklarının içinin boşaltılması anlamına gelebileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle devletlerin serbest bir şekilde düzenleme yapmalarının engellenmesi yani bu

¹⁷³ Ertan, Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı, s. 74.

¹⁷⁴ Ertan, Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı, s. 98.

düzenlemelerin bir denetime tabi tutulması gerekir. Başka bir ifade ile bu hakkın etkin bir şekilde uygulanması yani devletin bu yükümlülükleri yapması, hakkın insanlar açısından kullanılabilir halde olması çok büyük öneme sahiptir.¹⁷⁵

Devletlerin sağlık hakkını gereği gibi gerçekleştirmesi için gerekli idari, yasal, bütçesel, yargısal ve diğer tedbirleri almaları gerekir.¹⁷⁶ Devletlerin sağlık hakkının kullanılabilir hale gelmesi, sağlık hakkını yasal düzenlemeler çerçevesinde tanımaları ve özel veya karma sağlık sigortası sistemi meydana getirerek ülke çapında bir sağlık politikası benimsemeleri ile mümkün olabilir.¹⁷⁷ 14 No'lu Genel Yorumda da belirtildiği üzere sağlık hakkını yerine getirme yükümlülüğü kapsamında devletler; öncelikle bulaşıcı hastalıklara yönelik bağışıklık programları dâhil olmak üzere bireylerin sağlık bakımının temin edilmesini güvence altına alacak önlemler almalı, daha sonra insanların tüketeceği güvenli yiyeceklerle, insanların faydalandıkları içme su kaynaklarına ulaşım ve yeteri kadar sağlık şartları, yeteri kadar ev ve hayat şartları gibi sağlığın belirleyici bütün ana hatlarına denk bir biçimde ulaşımı sağlamalıdır.

Sağlık hakkını yerine getirme yükümlülüğü kapsamında devletlerin yerine getirmesi gereken başka bir gereklilik ise doktorların ve sağlık çalışanlarının yeterli ve iyi eğitime sahip olması, hastane ve diğer sağlık hizmeti sunan sunucuların yeterli sayıda olması ve danışmanlık ve ruh-akıl sağlığına ilişkin hizmetleri veren kuruluşların oluşturulmasının devlet tarafından desteklenmesidir. Bu bağlamda devletler tıbbi araştırmalar ile sağlık eğitimi konusunda başta AIDS olmak üzere, cinsel sağlık ve üreme sağlığı, geleneksel uygulamalar, aile içi şiddet, uyuşturucu, aşırı alkol ile sigara ve diğer zararlı maddelerin kullanımı ile bilgilendirme kampanyalarını yaygınlaştırmalı ve teşvik etmelidir.¹⁷⁸

Yerine getirme yükümlülüğü, taraf devletlerin toplumda yer alan birey ve toplulukların sağlık hakkından yararlanmalarını amaçlayacak ve destek olacak pozitif tedbirleri almasını öngörmektedir. Ayrıca devletler, bireylerin veya grupların, kendi ellerinde olmayan nedenlerden dolayı, kendi imkanlarını seferber ettikleri halde haktan faydalanamadıkları durumlarda, bu hakkın sağlanması için yerine getirme yükümlülüğü altındadır.

¹⁷⁵ Aksoy, s. 839-840.

¹⁷⁶ BM, ESKHK, 14 No'lu Genel Yorum, 33. No'lu Paragraf.

¹⁷⁷ Ertaş, s. 74-75.

¹⁷⁸ BM, ESKHK, 14 No'lu Genel Yorum, 36. No'lu Paragraf.

Sağlık hakkını yerine getirme yükümlülüğü taraf devletlerin sağlıklı bir toplum meydana getirecek, toplumun sağlığını koruyacak ve toplumu sağlığa kavuşturacak önlemleri almalarını gerektirmektedir. Bu yükümlülükler öncelikle; sağlığa ilişkin pozitif sonuçlar içeren faktörlerin tanıtılmasının teşvik edilmesi, mesela tanıtım, araştırma ve bilgilendirmelerin gerçekleştirilmesidir. Diğer yükümlülük ise, sağlık hizmetlerinin kültürel açıdan uygun olması ve sağlık hizmeti sunan personellerin, risk altındaki topluluk veya toplum dışına itilme tehlikesiyle karşı karşıya olan bireylerin sağlık yönünden ihtiyaçlarına cevap verebilecek şekilde eğitimden geçmeleridir. Bunun yanında Devlet'in sağlıklı yaşam ve beslenme tarzlarıyla, zararlı alışkanlıklar ve mevcut hizmetlerle ilgili olarak gerekli bilgileri vermesi ve son olarak da bireylerin sağlık konularında bilinçli tercihler yapmalarının desteklenmesi bu yükümlülüklerden sayılır.¹⁷⁹

Yerine getirme yükümlülüğü ile ilgili olarak AİHM kararlarına baktığımızda, Mehmet Şentürk ve Bekir Şentürk / Türkiye davasında, Menekşe Şentürk isimli bayan hasta gebelik sancılarının olması dolayısıyla üniversite hastanesine başvurmuştur. Daha sonra burada karnındaki bebeğin ölmüş olduğu ve ameliyat edilmesi gerektiği hususunda teşhis konularak belli bir miktar ücret karşılığında yatışının yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Bunun üzerine maddi imkansızlıkları nedeniyle yakınları tarafından ambulans eşliğinde başka bir hastaneye sevki gerçekleştirilen gebe hasta yolda hayatını kaybetmiştir. AİHM bu davada, Devletin, kişinin maddi imkansızlıklar nedeniyle sağlık durumunun gerektirdiği tıbbi bakımın verilmemesi durumunu önleyecek, iç hukukta herhangi bir yasal düzenleme olmaması nedeniyle gerçekleşen ölüm olayından dolayı, Devlet'in yaşama hakkından kaynaklanan pozitif yükümlülüğünü ihlal ettiği sonucuna varmıştır.¹⁸⁰

Sağlık hakkı kapsamı içerisinde yer alan ve sağlık hakkı ile hedeflenen, bireylerin yaşamın korunması yönünde örnek teşkil eden bu karar, sağlık hakkı bağlamında sağlık personelinin ve devlet içerisinde yer alan sağlık hizmetleri sunan kurumların alması gereken koruma tedbirlerinin pozitif yükümlülük kapsamında devlete yüklenmesi gereken ödevleri belirtir niteliktedir. Yukarıda belirtilmiş olan davada, bireylerin sağlık hakkı kapsamında

¹⁷⁹ Uyar, Lema, (Derleyen ve Çeviren), Birleşmiş Milletler 'de İnsan Hakları Yorumları İnsan Hakları Komitesi ve Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, 1981-2006, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul 2006, s. 253-254.

¹⁸⁰ Karakuş, Selman, "Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi Kararlarında Sağlık Hakkı-I", İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C.3, S.2, (Güz 2016), s.181

erişmekte oldukları sağlık hizmetlerinin maddi imkansızlıklar neticesinde engellendiği açıkça görülebilmektedir.

Sağlık hakkı içerisinde yer alan sağlık hizmetine erişme hakkı ile Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (AİHS) kapsamında korunan yaşama hakkı bağlantısını kurduğu kararında, “... Mahkeme, (...) dosyada yer alan unsurlar temelinde hükmünü vermiş olan Asliye Ceza Mahkemesi’nin 18 Mart 2008 tarihli kararının gerekçeye dair kısmından, birinci başvuran ve eşinin doktorlar tarafından yapılan hastaneye yatırma önerisini « maddi imkânları bulunmadığı gerekçesiyle » reddettiklerini gözlemlemektedir. Hükümete göre, acil tıbbi müdahaleler, önceden ödeme yapma zorunluluğu olmaksızın gerçekleştirilmektedir. Bu bağlamda Mahkeme, somut davada, olayların meydana geldiği tarihte hizmete erişim bakımından Devletin kamu sağlığı politikası hakkında in abstracto görüş ifade etmek gibi bir görevi olmadığını açıklamanın gerekli olduğu kanısındadır. Aslında, Mahkeme için, uyuşmazlık konusu ölüm olayının koşulları hakkında, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde sağlık hizmetinin verilmesi için önceden para yatırılması gerektiği gibi yerel makamlar tarafından varılan sonuçlar temelinde tespit yapmak yeterli olacaktır. Caydırıcı nitelikteki bu koşul, hastanın bu hastanede tedavi görmekten vazgeçmesine neden olmuştur.

Mahkeme, ölen kişiye verilmesi gereken sağlık hizmeti ile ilgili olarak, bu cayma fiilinin hiçbir açıdan bilinçli bir şekilde yapılmış veya yerel makamların sorumluluklarından muaf olmalarını sağlayan bir fiil olarak değerlendiremeyeceği görüşündedir. Aslında, Mahkeme, hastanın bu hastaneye varışı sırasındaki sağlık durumunun ağırlığı ve yapılmadığı takdirde son derece ağır sonuçlara yol açabilecek acil bir ameliyatın gerekliliği hakkında hiçbir şüphenin bulunmadığını vurgulamaktadır. Mahkeme, Bayan Şentürk’ün yaşam şansı hakkında spekülasyon yapmaksızın, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde kendisine sağlık hizmeti sunmayıp, hastayı başka bir hastaneye transfer eden tıbbi personelin bunun doğuracağı yaşam tehlikesinin gayet iyi farkında olduğunu gözlemlemektedir. Ayrıca, tıbbi personel hakkında cezai soruşturma izni vermeyen komisyonun, dosya içeriğinden, hastaneye yatırılmayı gerektiren acil tıbbi durumlarda, hastane masrafinin ödenmemesi halinde ne yapılması gerektiğini belirleyemediği gözlemlenmektedir. İç hukukun, ölen kişinin sağlık durumunun gerektirdiği tıbbi bakımın verilmemesi durumunu önlemeyi öngörmemiş olduğu görülmektedir. Bu şekilde, hastanecilik hizmetlerinin gösterdiği bariz fonksiyon bozukluğunun kurbanı olan ölen kişi, uygun tıbbi bakıma erişim hakkından mahrum bırakılmıştır. Bu tespit, Mahkemenin, ilgili Devletin, ölen kişinin bedensel bütünlüğünü korumaya ilişkin ödevini ihlal

*ettiği sonucuna varması için yeterlidir. Mahkeme, bu nedenle Sözleşme'nin 2'nci maddesinin maddi yönü bakımından ihlal edilmiş olduğu sonucuna varmaktadır.*¹⁸¹

Devlet'e kişilerin sağlıklı yaşama hakkını yerine getirme yükümlülüğü Anayasa ile verilmiştir. Bu yükümlülüğün gereği gibi yerine getirilmesi için de yasa koyucunun gerekli yasal düzenlemeleri yapması gerekmektedir. Yasama organının bu hususta yasal düzenleme yapmaması veya eksik düzenleme yapması halinde sağlık hakkı toplumda nasıl gerçekleşecektir sorusu akla gelmektedir. Bununla ilgili olarak Alman Anayasa Mahkemesi “*ihmal yoluyla anayasa aykırılık*” şeklinde bir niteleme ortaya koymuştur. Burada anayasa şikâyeti vasıtasıyla toplumdaki bireylere talep etme hakkı sunmuştur. Oysa ülkemizde Anayasa Mahkemesi ise eksik düzenlemeyi iptal sebebi olarak görmemektedir. Çünkü sosyal ve ekonomik haklar Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nde düzenlenmediğinden, bu haklar için bireysel başvuru yoluyla Anayasa Mahkemesi'ne başvurma olanağının da mümkün olmadığı ifade edilmektedir. Fakat bu durum uluslararası düzeyde temel hak ve özgürlükler alanında yaptırım altına alınabilmektedir. AİHM “pozitif yükümlülük” kavramından hareket ederek, hak ve özgürlüklerin etkili bir şekilde kullanımının sözleşmeye taraf Devletlerin pozitif yükümlülüğüne bağlı olduğu hallerde, Devlet organlarının hareketsizliklerinin ihlale yol açtığı yönünde kararlar vermektedir.¹⁸²

Çalışmamızın ilk bölümünde sağlık ve sağlık hakkı kavramlarının eşliğinde yapılan tanımlar ve sağlık hakkının tarihsel gelişiminde hem Türkiye hem de uluslararası alanda bariz bir şekilde pozitif yönde adımlar atıldığı iç hukuk kuralları ve uluslararası yükümlülükler çerçevesinde belirlenmektedir. Tarihsel süreç içerisinde toplumlar içerisinde meydana gelen teknolojik gelişmelere paralel olarak sağlık hizmetlerinin de sunumunda hemen hemen eşdeğer gelişmeler olduğu, II. Dünya savaşı sonrası toplumların insan sağlığına ve insan yaşamının daha kaliteli bir şekilde sürdürülmesine yönelik çalışmalar gerçekleştirdiği görülebilmektedir. Bu bağlamda, uluslararası alanda oluşturulan örgütler ve anlaşmalar çerçevesinde devletlerin sağlık hizmetlerinin daha da iyileştirilmesi noktasında yükümlülükler alması, bu yükümlülükler çerçevesinde toplumu eğitici, bilinçlendirici çalışmalar yapmaları neticesinde geçmişe nazaran daha aktif bir şekilde bir gelişim süreci yaşandığı ve yaşam kalitesinin bu anlamda arttığı değerlendirilebilmektedir. Ne var ki, günümüz toplumlarında

¹⁸¹ AİHM, Mehmet Şentürk ve Bekir Şentürk/Türkiye Davası, 09.04.2013 Tarih, Başvuru No:13423/09, http://serkancengiz.av.tr/fileadmin/articles/mehmet_%c5%9eent%c3%bcrk_ve_bekir_%c5%9eent%c3%bcrk_v._t%c3%bcrkiye_t%c3%bcrk%c3%a7e_.pdf, (E.T.: 15.04.2019)

¹⁸² Çakır, s. 31-33; Karakuş, s.181-183

her ne kadar sağlık hakkı kapsamında çalışmalar gerçekleştirilse dahi, halen bazı yönlerden eleştirilecek noktaların da mevcut olduğu unutulmamalıdır.

Uluslararası alanda yapılan çalışmalarda bile halen bazı ülkelerde su ve gıda kaynaklarının azlığı neticesinde sağlıklı bir ortamda yaşam sürdüremeyen toplumların var olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle sağlık hakkı yönünde uluslararası gelişmelerin odak noktalarının ekonomik açıdan zenginleşmiş ülkelerde daha çok yer aldığı bir bakıma değerlendirilebilmektedir. Ülkemiz açısından ise sağlık hakkına yönelik hem anayasal hem de mevzuatlar çerçevesinde hakkın korunmasına yönelik adımlar atılmakla beraber, AYM kararlarında da görüleceği üzere sağlık hakkının ihlallerine rastlamak halen mümkün görünmektedir. Çalışmamızın ikinci bölümünde bu anlamda özel hastaneler ve sağlık hakkı kapsamında özel hastanelerin erişimi hususundaki süreçler ve eleştirilen noktalar üzerinde durulacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZEL SEKTÖRE GÖRDÜRÜLMESİ NOKTASINDA ÖZEL HASTANELERE SAĞLIK HAKKI KAPSAMINDA ERİŞİM

2.1. Hastane Kavramı

Dünya genelinde ülkelerin gelişmişlik sıralaması yapılırken, bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi çok önem taşımaktadır. Bu nedenle, şayet bir ülkede sağlık hizmetleri kaliteli ve günün şartlarına uygun bir şekilde kusursuz sunulabiliyorsa eğer, o ülkedeki gelişmişlik düzeyinin yüksek olduğu varsayılmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetleri bireylere sağlık sunucuları aracılığı ile sunulmaktadır. Sağlık sunucuları arasında yer alan en önemli sağlık sunucuları hastaneler olarak yer almaktadır. Bu neden olan faktör ise, toplum bireylerinin sağlık hakkı kapsamına alacakları sağlık hizmetlerindeki çeşitliliğin bir arada komplike bir şekilde sunulmasıdır. Örneğin bir hastanın hastaneye başvurması sırasında birçok branşta hizmet veren doktorlar ile bir arada tedavisini gerçekleştirebilmesi bu çeşitliliğin bir yansımasıdır. Diğer yandan, hastaneler içerisinde yer alan diğer tanı tedavi araçlarının bir arada bulunması da sağlık hakkı kapsamında yapılacak olan tedavilerde hizmet kalitesini arttırmakla birlikte çok çeşitli vasıflı insanların bir arada bulunması ile önemli ölçüde istihdam sağlanmaktadır.¹⁸³

“Hastane” kavramının DSÖ tarafından yapılmış dünyaca kabul gören en genel tanımı; *“Müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar”*¹⁸⁴ şeklindedir. Diğer yandan ülkemiz mevzuatları içerisinde yer alan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’n de hastane kavramı, *“hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin sağlık durumunu kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar”* şeklinde tanımlanmaktadır. 2219 sayılı ve 1933 tarihli “Hususi Hastaneler Kanunu” (HHK)’nda yer alan “özel hastane” kavramı ise; *“Devletin resmi hastanelerinden ve hususi idarelerle belediye hastanelerinden başka yatırılarak hasta tedavi etmek veya yeni hastalık geçirmişlerin zayıfları yeniden eski*

¹⁸³ Bektaş, Süleyman Ali, Türkiye’de Özel Hastanelerin Kuruluş Süreci ve İzmir İlinde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi SBE, İzmir, 2015, s. 3.

¹⁸⁴ “Hastane” tanımı için bkz., Türkiye Sağlık Bakanlığı, (Çevrimiçi), <http://www.satutk.gov.tr/images/pdf/hst/turkiyesagliginmerkezi.pdf>, (E.T.: 02.05.2019).

kuvvetlerini buluncaya kadar sıhhi şartlar içinde beslenmek ve doğum yardımlarında bulunmak için açılan ve açılacak olan sağlık yurtları “hususî hastaneler” den sayılır”¹⁸⁵ şeklinde tanımlanmıştır.

Yapılan bu tanımlar eşliğinde, hastane kavramı ile ilgili olarak, çok sayıda koordinasyon biçiminin düzenli bir şekilde entegre edildiği, insanlara verilen sağlık hizmetleri dolayısıyla insan sağlığını koruyan ve tedavi etmeyi sağlayan, bununla birlikte idari hizmetler sunan ve personel istihdamını sağlayan, mali hizmetler ile de mali açıdan kontrolleri sağlayan kurum ve kuruluşların tümünü hastane olarak tanımlamanın mümkün olduğu belirtilmektedir.¹⁸⁶

Bu bölümde, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özel kişilere gördürülmesi hususuna yer verdikten sonra özel hastanelerin kuruluşu, hukuki dayanakları ve sağlık hizmetlerinin hukuki niteliği anlatılmaya çalışılacaktır. Bunun yanı sıra sağlık hakkı kapsamında özel ve kamu hastanelerine erişim konusunda yer alan farklılıklar üzerinde durularak özel hastanelere sağlık hakkı kapsamında erişim konusu anlatılmaya çalışılacaktır.

2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Özel Kişiler Tarafından Yürütülmesi

Sağlık hizmetlerine yönelik bütün hizmetlerin, kamu hizmeti olarak kabul edilmeden önce de kamusal bir ihtiyaç olarak kabul edildiği anayasa metninde de yer almaktadır. Buna ilişkin olarak bahsini ettiğimiz sağlık hizmetleri, Anayasamızın 56. Maddesi’nde belirtildiği üzere kişiler için bir hak görünümünde ve devlet için ise bir ödev görünümünde hukukumuzda yerini almış bulunmaktadır. Devlet, bireylere olan bu ödevleri idare mekanizması vasıtasıyla yerine getirir. Bunlar arasında devletin bireylerle birlikte yükümlü olduğu çevre sağlığını korumak, geliştirmek ve çevrenin kirliliğini önlemek gibi ödevler de vardır. Diğer yandan devletin diğer bir ödevi de toplumdaki bireylerin beden ve ruh sağlığı içinde yaşamasını sağlamak bakımından sağlık kuruluşlarını tek elden planlama ve düzenleme yükümlülüğüdür. İşte bu yükümlülük içerisinde planlama ve düzenlemeyi ise, kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından faydalanarak ve onları gözetim altında tutup, denetleyerek yerine getirir. Buda sağlık kamu hizmetinin devletin kamu hizmeti

¹⁸⁵ Gözpınar Karan, Gülşah, Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu, Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi SBE, İstanbul, 2015, s. 1.

¹⁸⁶ Bektaş, s. 4.

organizasyonu aracılığı ile yerine getirileceğini göstermektedir.¹⁸⁷

Sağlık hizmetlerine ilişkin ihtiyacı gidermeye yönelik, ülke düzeyinde yukarıda izah ettiğimiz gibi devlet eliyle örgütlü bir şekilde belli bir denetim mekanizması içerisinde hizmet sunan bir yapının varlığından önce de ve şimdi de özel kişilerin sunduğu sağlık hizmetleri var olmuştur. Bu hizmetler, muayenehane, tıp merkezi, özel hastane gibi sağlık kuruluşları tarafından yerine getirilmektedir. Sağlık hizmetinin tekelli bir kamu hizmeti olmadığı ve bu hizmetin hem kamu hem de özel kurum ve kuruluş tarafından yürütüldüğü anayasadan kaynaklanmaktadır.¹⁸⁸

Sağlık hizmetlerinin sunumu açısından sağlık hizmetlerindeki özelleştirme yoluna gidilmesindeki sınırı ancak devletin sağlık alanındaki yükümlülüklerinin ortaya konması ile çizilebilir. Böylelikle sağlık alanında devletin ödev olarak yüklenmesi gereken hususlar üç şekilde karşımıza çıkmaktadır. Bunlar;

- a- Ulaşılabilmesi mümkün olan en ileri ve yüksek sağlık standardının oluşturulması ile birlikte bu standardın hemen hemen herkesin faydalanacağı düzeyde makul fiyatlı, önleyici, kaliteli bir şekilde tedavi edici ve yatıştırıcı olması ve bu hususa yönelik sosyal desteğe erişimin sağlanması,
- b- Sağlık alanındaki hizmetlerin verilmesi ve bu hizmetlerin korunması açısından gerekli olan fiziki ve sosyal ortamın eğitime ve başka pozitif haklara erişmek dahil olmak üzere oluşturulması,
- c- Toplumdaki bireylerin toplumda yer alan şiddet içerikli eylemler ve iş kazaları, bunun yanında bireylerin sağlığına zarar verecek nitelikte olan geleneksel fiziki eylemler gibi insanların sağlığı üzerinde direkt ve negatif etki ve sonuçları oluşabilecek hususlar bakımından korunması, şeklindedir.

Belirtilen sağlık hizmetlerinin tamamının özel tüzel kişiler ve gerçek kişilerce yerine getirilmesi tek başına bir sonuca ulaşamayacağından dolayı kamunun sağlık alanında hizmet sunması, bu hizmetlere yönelik kurum ve kuruluşlar hizmete sokması ve verilen bu

¹⁸⁷ Temiz, Sağlık Hakkı ve Bir Kamu Hizmeti Olarak Sağlık, s. 144.

¹⁸⁸ Temiz, Sağlık Hakkı ve Bir Kamu Hizmeti Olarak Sağlık, s. 224.

hizmetlerle birlikte sağlık harcamalarının da yine devlet tarafından karşılanabilmesi hususu gündeme gelmiştir. Diğer yandan bu hizmetlerin sunulmasında atılacak sonraki adım kamunun doğrudan olarak sağlık hizmeti alanında bir faaliyette bulunmasını içerdigi belirtilmektedir. Bunun için gerekli sağlık harcamalarının maliyetinin çok yüksek olması sebebiyle bu hizmetlerin karşılanabilmesi için çoğu ülkelerde sosyal güvenlik sistemi kurulmuş ve bu sistem tarafından sağlık hizmetleri karşılanmaya çalışılmıştır. Devlet, kurmuş olduğu sosyal güvenlik sistemi içerisinde bir taraftan kişilere belli yükümlölükler getirme ya da sosyal güvenlik sistemi içerisinde onlara hak sağlama şeklinde çeşitli düzenlemeler yapmaktadır. Diğer yandan devletin kurmuş olduğu bu sistem, sağlık hizmetinin sunulması sırasında maliyet fazlalığından dolayı sağlık kurumları ve sağlık hizmeti almak isteyen bireyler arasında ortaya çıkan sorunları belirleyip ortadan kaldırmaya yönelik bir işlev görmektedir¹⁸⁹.

Sağlık hizmetleri denilince, ülkemiz düzenlemelerine ve teşkilatlarına bakıldığında, öncelikle yasal mevzuatlar açısından hukuki düzenlemeler yığınının ve teşkilatlar açısından karışık ve farklı niteliklere sahip teşkilat yığınının söz etmenin mümkün olduğu belirtilmektedir. Bu nedenledir ki, sağlık hizmetleri sadece devlet tarafından üstlenilen bir kamu hizmeti olarak değil, bu kamu hizmeti özelliği korunmuş ve bununla birlikte aynı zamanda toplumda tabiri caiz ise bir “sektör” faaliyeti olarak da karşımıza çıktığı belirtilmektedir. Özel hastaneler, tıp ve dal merkezleri, özel sağlık sigorta şirketleri, özel muayenehaneler, vb. kuruluşlar aynı zamanda bir sağlık sektörünü meydana getirmektedir. Ayrıca, devlet ile bu özel sağlık sektörü arasında da birbirinden farklı ve karmaşık ilişkiler ortaya çıktığı belirtilmektedir.¹⁹⁰

Sağlık hizmetlerinin özel olarak topluma sunumunda gerçek ya da tüzel kişiler tarafından bu işlemlerin gerçekleştirilmesi halinde, kamu hizmetlerinin görülme usullerinden “ruhsat usulü” yönteminin söz konusu olduğu belirtilmektedir. Ruhsat usulü, idarenin tek taraflı olarak vereceği bir izin ile belli bir kamu hizmetinin özel bir kişiye gördürölmesi olarak belirtilmektedir. İdarenin kamu hizmetlerinin görülüş usulleri arasında yer alan ruhsat ile yetkilendirme usulü, devlet tarafından yürütölmekte olan bir kamu hizmetinin idare tarafından ruhsat veya lisans diye adlandırılan tek yanlı bir işlem doğrultusunda bir başka kişiye verilmesi anlamına gelmektedir. Ruhsat yöntemi ile yürütölün kamu hizmetinin asli sahibi ve

¹⁸⁹ Temiz, Sağlık Hakkı ve Bir Kamu Hizmeti Olarak Sağlık, s.175-177; Sever, s. 295.

¹⁹⁰ Sever, s. 292-296.

sorumlusu idarenin kendisidir. Bu nedenle belirtilen bu yöntem ile idarenin, hizmeti yürüten özel kişiler üzerinde geniş bir denetleme ve gözetme yetkisi olduğu belirtilmektedir. Burada idarenin üstüne düşen görevleri ve kullandığı yetkileri kamusal yetki ve usulleri çerçevesinde bir kamu hizmetinin görülmesine ilişkin olarak kullandığı belirtilmektedir. Ancak, burada farklı bir durum söz konusudur. Çünkü özel kişiler her ne kadar bir kamu hizmeti yerine getirseler bile, kamusal yetki ve usuller kullanmazlar. Özel işler kamunun yetki ve usulleri çerçevesinde kamu denetim ve gözetimi altında bu hizmetleri görmektedirler.¹⁹¹

Böylelikle, sağlık alanında sunulan hizmetlerde gerçek ya da tüzel kişi tarafından işletilen özel sağlık kurum ve kuruluşlarının, kurulması ve faaliyet gösterebilmesi için ruhsata sahip olmaları gerektiği belirtilmektedir. Bununla birlikte sağlık hizmetlerini sunmakta olan özel hukuk kişileri, sunulan hizmet fiyatlarını kendileri belirledikleri şekilde uygulayamazlar. Bu nedenle fiyat belirleme yetkisinin Sağlık Bakanlığı'nda olması özel hukuk kişileri üzerinde kamunun denetim ve gözetim yetkisinin olduğunu göstermektedir. Diğer yandan Sağlık Bakanlığı'nın ya da ilgili kamu makamlarının sağlık hizmetlerindeki fiyatları belirlemesi, kamu hizmeti ilkelerinden meccaniliğin, yani kamu hizmetinin ücretsiz olması veyahut alınan ücretlerden kar edilmemesi şeklinde bir uzantısı olarak kabul edildiği belirtilmektedir. Nitekim, sağlık alanında faaliyet göstermekte olan özel kişilerin bu hizmetlerden yararlanacak olan bireylerden isteyebileceği ücretlerin tavan sınırları, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ortak kurulları aracılığıyla belirlediği ücret tarifi baz alınarak düzenlenen oranlar üzerinden belirlenmektedir. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının faaliyet göstermeleri için gereken ruhsatlandırma aşamalarından, bu özel kurum ve kuruluşlara başvuruoların kendilerinden ücretin ne kadar tahsil edileceğine yönelik her alanda idarenin denetim ve gözetimine tabi olması, hizmetin sahibinin idare olmasıyla ve Anayasal sağlık hakkının varlığı ile sosyal devlet ilkesinin uygulamaya konulmasıyla ilişkilidir.¹⁹²

2.3. Özel Hastanelerin Kuruluşu

Özel hastanelere ilişkin düzenlenmiş olan ve yürürlüğe girmiş olan ilk yasal mevzuat, 05.06.1933 tarihli ve 2219 sayılı Resmî Gazete 'de yayımlanan Hususi Hastaneler Kanunudur. Belirtilen bu yasa ile özel hastaneler hakkında tanımlama ortaya konmuş ve

¹⁹¹ Ulusoy, Ali D., Türk İdare Hukuku, Yetkin Yayınları, Ankara, 2019, s.508

¹⁹² Temiz, Sağlık Hakkı ve Bir Kamu Hizmeti Olarak Sağlık, s. 227-228.

hastanenin kurulma şartları ile faaliyetine ilişkin hususlar belirtilmiştir. Özel hastanelere ilişkin bir başka yasal mevzuat ise, Ocak 1983 tarihli ve 17924 Sayılı Resmî Gazete 'de yayımlanan Özel Hastaneler Tüzüğü'dür (ÖHT). Yapılan bu düzenleme ile özel hastanelerin hastanede tedavi ve teşhis amacıyla bünyesinde başvurularını kabul edeceği hasta bireyler, sağlık kuruluşlarının binalarına ilişkin fiziki şartları, personellere ilişkin kadroların düzenlenmesi, hastane içerisinde birimlerde yer alması zorunlu olan teçhizat ve tedavi için gerekli olan ürünlerin (serum, ilaç vs.) türleri gibi hususlar bulunmaktadır. Özel hastanelere ilişkin bir başka yasal düzenleme 27 Mart 2002 tarihli, Resmî Gazete 'de yayımlanan 24708 Sayılı Özel Hastaneler Yönetmeliğidir (ÖHY). Bu düzenleme ile özel hastanelerin tesis, hizmet ve personel standardı, hastanelerin açılışına ilişkin hususlar, faaliyetlerine ilişkin hususlar, yetkili makamlar tarafından yasada belirtilen hususlar açısından denetime tabi tutulmaları ve faaliyetlerine son verilmesi gibi hususlar zikredilmiştir.¹⁹³

Özel Hastaneler Yönetmeliği, özel hastanelere ilişkin temel özellikleri yönetmeliğin 5. maddesinde ortaya koymuştur. Burada yer alan düzenlemeye göre, özel hastaneler 7/24 hizmet vermek suretiyle, bir ya da daha fazla uzmanlık kadrosuyla, hastalara ayakta ya da yatarak teşhis ve tedavi hizmetleri sunan, gözlem yatakları haricinde en az yüz yatağa sahip olan sağlık kurumlarıdır. İstisna olarak yataklar adedinin belirtilen yüz yatak adedinden az olması ancak ilgili Bakanlık tarafından belirlenen sağlık hizmet bölgelendirmesine göre, planlanmış olan hekim sayısı ve o bölgedeki sağlık hizmeti ihtiyacı çerçevesinde Planlama ve İstihdam Komisyonu'nun da bu doğrultuda onayı ve görüşüne baş vurulmak suretiyle elli adet yatak sayısından daha az bir sayıda olmamak şartı ile mümkün olduğu belirtilmektedir. Bu şartların yerine getirildiği takdirde neticesinde yüz adet yatak sayısından daha az sayıda yatağa sahip özel hastane kuruluşunun faaliyet göstermesine izin verilebildiği belirtilmektedir.¹⁹⁴

2.3.1. Ruhsat Başvurusu

2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu'nda bir özel hastanenin açılması konusunda gerekli iznin Sağlık Bakanlığınca verileceği belirtilmektedir. Verilecek olan izin için öncelikle bir başvuru dilekçesi hazırlanmalı ve hastanenin bulunduğu ildeki Valilik makamına

¹⁹³ Gözpınar Karan, s. 6.

¹⁹⁴ 27.03.2002 tarih ve 24708 sayılı Resmi Gazete Yayınlanmış olan Özel Hastaneler Yönetmeliği, Tam Metni İçin bkz., (Çevrimiçi), <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2002/03/20020327.htm#5> (E.T.: 04.05.2019).

sunulmalıdır. Bu dilekçede kanunda belirtilen tahdidi sayılmış olan bazı hususların olması gerekmektedir. Bu hususlar;

- a. Öncelikle açılması düşünülen hastanenin hangi yerde faaliyet göstereceğinin belirtilmesi,
- b. Hastane binasının vasıflarının belirtilmesi,
- c. Hastanede hangi tür hastalara bakılacağına belirtilmesi,
- d. Ne kadar ücretli hasta ve ücretsiz hastanın tedavi edileceğinin belirtilmesi,
- e. Hastanede bulunacak yatak sayısının belirtilmesi,
- f. Hastanede gerekli işlemleri düzenleyecek ve takip edecek mesul müdürün kim olacağının belirtilmesi,
- g. Hastanenin açılması ve faaliyetini gerçekleştirmesi için konacak paranın ne kadar olduğunun belirtilmesi gerekmektedir.¹⁹⁵

Düzenlenen başvuru dilekçesi ile birlikte madde 3 de belirtilen belgelerin ekte sunulması gerekmektedir. Bu belgeler kanunda;

- 1- Hastane yapılacak bina ve müstemilâtının vaziyet mevkii, dört yanı, su yollarının, lağımalarının tertiplerini gösterir iki tane harita;
- 2- Hastane yapılacak bina ve müstemilâtının iç bölmelerini ve tesisatını gösterir her kat için ayrı ayrı iki tane plân;
- 3- Hastane içinde yapılacak bütün tertipleri ve teçhizleri gösteren etraflı iki rapor;
- 4- Açılmak istenilen hastanenin kurulması ve çalıştırılması için lâzım gelen sermayenin mevcudiyetini ve ne kadar olduğunu gösterir vesikalar.¹⁹⁶ Şeklinde belirtilmiştir.

Belirtilmiş olan bu belgeler ile başvuru yapılarak açılması istenilen hastanenin kuruluş başvuru süreci özel tüzel kişi veya gerçek kişi tarafından tamamlanmış bulunmaktadır. Başvuru dilekçesini müteakip, yapılan başvuru ilgili kamu kurumu tarafından incelemeye tabi tutulacaktır.

¹⁹⁵ 05.06.1933 tarih ve 2419 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmış olan, 2219 Sayılı Hususi Hastaneler Kanunu 3.Maddesi Şu Şekildedir; “Hususî Hastaneler Sıhhat ve İçtimâî Muavenet Vekâletinin Müsaade ile Açılır. Bu Müsaadenin Verilmesi İçin Şahıslara Ait Hastanelerin Mesul Müdürleri ve Diğer Hastanelerin De Bağlı Oldukları Teşekküllerin Salahiyetlileri Tarafından Valiliğe Bir İstida Verilir. Bu İstidada Açılmak İstenilen Hastanelerin Yeri, Hastane Yapılarının Vasıfları ve Ne Gibi Hastaları Kabul ve Ne Kadar Paralı veya Parasız Hasta Tedavi Edileceği, Konulacak Yatak Sayısı, Hastane İşlerini Çevirecek Mesul Müdürün İsmi, Hastanenin Kurulması ve Çalıştırılması İçin Konacak Karşılık Paranın Ne Kadar Olduğu Açıkça Yazılarak...”, (Çevrimiçi), <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/2419.pdf> (E.T.:05.05.2019).

¹⁹⁶ Özel Hastaneler Yönetmeliği, (Çevrimiçi), (E.T.: 05.05.2019).

2.3.1.2. Özel Hastaneler Ruhsatlandırma Komisyonu

Yukarıda açıklamış olduğumuz hususlar ile birlikte yapılan kuruluş başvurusu neticesinde, İl Sağlık Müdürlüğü tarafından görevlendirilmiş yetkili ve kamuda çalışan bir mühendis birlikteliğinde hastanenin yapısı ve ilgili diğer hususlar bakımından kuruluş başvurusu incelenerek, yapılan inceleme neticesinde başvurudaki eksik hususlar tamamlattırılır. Daha sonra, yapılmış olan bu inceleme hastanenin bulunduğu il valiliğinin de görüşü ile birlikte bütün bilgi ve belgeler dosya haline getirilerek, başvuru ve inceleme raporları ile birlikte dosya İl Sağlık Müdürlüğü aracılığı ile Sağlık Bakanlığına Özel Hastaneler Ruhsatlandırma Komisyonuna verilmek üzere iletilir.¹⁹⁷

Sağlık Bakanlığı nezdinde başvurusu yapılan ve kurulacak olan özel hastanelerin ruhsat başvurularını değerlendirmek ve bir incelemeden geçirmek üzere özel bir teknik komisyon meydana getirilmiştir. Özel Hastaneler ruhsatlandırma komisyonu olarak görev yapan bu komisyon, genel müdür yahut genel müdürün görevlendirmiş olduğu bir yetkili başkanlığında klinik şefi uzman hekimler, öğretim üyesi hekimler, bakanlık tarafından belirlenen bir mimar, bakanlık hukuk müşavirliğinden bir temsilci ve özel hastaneler alanında faaliyet gösteren derneklerden bir temsilci ile toplamda 9 kişiden oluşmaktadır. Özel hastaneler ruhsatlandırma komisyonu açılmak istenilen özel hastanelerin ruhsatlandırılması, mevcut bulunan özel hastane ruhsatlarındaki değişiklik taleplerini, hastanelerin açılmaları, kapatılmaları, denetimleri gibi hususlarla ilgili tavsiye kararları almak üzere görev yapmaktadır.¹⁹⁸

Sağlık Bakanlığı'na gönderimi sağlanan başvuru, öncelikle Genel Müdürlük tarafından dosya üzerinden incelemeye tabi tutulmaktadır. Bu inceleme neticesinde başvuruda herhangi bir eksiklik bulunmadığı takdirde başvurunun özel hastaneler ruhsatlandırma komisyonuna havalesi sağlanır. Komisyon tarafından ÖHY'nin 13'üncü ve 14'üncü maddelere göre incelenen ve değerlendirilmesi yapılan başvuru dosyasında eksiklik bulunmaması halinde Komisyon, başvuruda bulunan ilgili özel hastaneyi yerinde inceler. Daha sonra inceleme neticesinde komisyon, özel hastanenin uygunluğuna karar verdiği takdirde yerinde inceleme raporu adında bir rapor tesis ederek bu raporu Bakanlığa sunar.

¹⁹⁷ Akkaya, Ercan, Özel Sağlık Kurumlarında Halkla İlişkiler, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi SBE, İstanbul, 2011, s. 7.

¹⁹⁸ Özel Hastaneler Yönetmeliği, (Çevrimiçi), (E.T.: 05.05.2019).

Raporda belirtilen inceleme sonucuna göre Bakanlıkça özel hastaneye ruhsatname düzenlenir. Diğer taraftan, Bakanlık nezdinde Genel Müdürlükçe ve Komisyon tarafından başvuru dosyası üzerinden yapılan inceleme sonucunda herhangi bir eksiklik olduğu tespit edilebilir. Böyle bir durumda eksikliğin giderilmesi hususunda valilik aracılığı ile başvuru sahibine ilgili eksiklik bildirilir. Komisyon tarafından yerinde yapılan inceleme neticesinde özel hastanede ruhsata esas olabilecek eksiklikler veya özel hastanenin açılmasına engel olabilecek uygunsuzluklar tespit edilmesi halinde, düzenlenen inceleme raporundaki uygunsuz veya eksik hususlar valilik aracılığı ile başvuru sahibine bildirilmektedir. Böyle bir durumun gerçekleşmesi halinde Komisyon raporuna karşı özel hastane ruhsat için başvuruda bulunan ilgili tarafından itiraz hakkı doğabilecektir. İtiraz için ilgili yetkili, raporun tebliğinden itibaren yedi iş günü içerisinde yazılı olarak itiraz edilebilir. İtirazın ilgili yerlere intikal etmesi ile birlikte Bakanlıkça, Komisyon raporundaki hususlar da dikkate alınarak değerlendirme yapılır ve itiraz karara bağlanır.¹⁹⁹

Sonuç olarak, Sağlık Bakanlığı ve nezdindeki ilgili ruhsatlandırma komisyonu tarafından incelemeler yapıldıktan sonra açılması istenilen hastanenin mevzuat gereği talep edilen şartlara uygun görüldüğü takdirde özel hastane açılması için “açılma ruhsat kâğıdı” verilmektedir. Açılması istenilen özel hastaneler, açılma ruhsat kâğıdı verildikten sonra altı ay süre içinde açılmazlar ise ruhsat kâğıdının hükmü mevzuat gereği kalmamaktadır. Bahsi edilen süre hak düşürücü bir süre olduğu için incelemesi tamamlanıp ruhsat kâğıdı verilmiş olan özel hastanenin bu süre içinde açılması gerekmektedir.²⁰⁰

2.3.1.3. Özel Hastane Faaliyet İzin Belgesi

Yasal mevzuatlar gereği özel hastane ruhsatı ile birlikte, verilecek tıbbi hizmetlere ilişkin “Faaliyet İzin Belgesi” nin de alınmış olmasının, özel hastaneye başvuru sahipleri kabul etmek için zorunlu olduğu belirtilmektedir. Bu hususta Özel Hastaneler yönetmeliği 4/j düzenlemesi faaliyet izin belgesini tanımlamaktadır. Buna göre düzenleme; “...ruhsatlandırılmış hastanelerin faaliyete geçebilmeleri için veya faaliyette olan hastanelerin hasta kabul ve tedavi edeceği uzmanlık dalları ile bu uzmanlık dallarının gerektirdiği personeli, hizmet verilen laboratuvarları, diğer tıbbî hizmet birimlerini ve yatak kapasitesi ile bunlardaki değişikliklerin yer aldığı Bakanlıkça düzenlenen belgeyi ifade

¹⁹⁹ Özel Hastaneler Yönetmeliği, (Çevrimiçi), (E.T.: 05.05.2019).

²⁰⁰ Hususi Hastaneler Kanunu, (Çevrimiçi), (E.T.: 05.05.2019).

eder.”²⁰¹ Şeklidedir. Ruhsat kâğıdı hakkındaki düzenleme çoğunlukla hastanenin faaliyet göstereceği yer, bina ve çevresel yapısı ile hususlarla ilgili iken, faaliyet izin belgesi ise özel hastaneye başvuran hastaların hastaneye kabul edilmesi için gerekli sağlık personeli, araç gereç, tesisat ve bunların sayı ve yeterliliklerine ilişkindir.²⁰² ÖHY’nin 15/4-5-6 düzenlemesinde yer alan ruhsatlandırma ile ilgili hususlarda, bu belge alınmaksızın özel hastanede hasta kabulüne başlanılamayacağı gibi verilen ruhsat belgesinin veriliş tarihinden itibaren altı ay içerisinde faaliyet izin belgesini alarak hasta kabulüne başlamayan özel hastanenin ruhsatnamesinin hükümsüz kalacağı ve Bakanlıkça iptal edileceği belirtilmektedir.²⁰³

Özel hastanenin bina, fiziki yapı ve çevresel şartları yanında sağlık personeli ve uzmanlık kadrolarına göre hekim sayısının ve araç gereç ile teçhizatının sayı ve yeterlilik bakımından hizmet sunabilmesinin uygun olduğunun tespitini ve bu şartlarda sağlık hizmetinin sunulmasına izin vermeyi içeren faaliyet izin belgesi de teknik anlamda bir ruhsat niteliğindedir. Özel hastanenin hangi tıbbi biriminde, uzmanlık kadrosunda belirtilen hangi personelle faaliyet gösterileceği faaliyet izin belgesinde yer alır.²⁰⁴

2.3.1.4. Özel Hastane Laboratuvar Ruhsatları

19.03.1927 tarihli Resmi Gazetede yayınlanmış olan 992 sayılı Seriri Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu ile yapılan düzenlemeler ile Türkiye’de faaliyet gösterecek laboratuvarların kurulması hizmet vermeleri izne tabi tutulmuştur. Bu kapsamında kanunun 1. maddesi, “... ihtisas vesikasına malik ve Türkiye’de icrayı sanata mezun tabip, baytar, eczacı veya kimyagerler tarafından Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletinin müsaadesi istihsal edilmek suretiyle açılır”²⁰⁵ şeklinde düzenlenmiştir.

Özel hastaneler içerisinde faaliyet gösteren laboratuvarlar için özel bir laboratuvar ruhsatı biçimi bulunmamaktadır. Ancak özel hastanelerin tıbbi laboratuvar hizmetlerini

²⁰¹ Özel Hastaneler Yönetmeliği, (Çevrimiçi), (E.T.: 05.05.2019).

²⁰² Temiz, Sağlık Hakkı ve Bir Kamu Hizmeti Olarak Sağlık, s. 236.

²⁰³ Özel Hastaneler Yönetmeliği, (Çevrimiçi), (E.T.: 05.05.2019).

²⁰⁴ Temiz, Sağlık Hakkı ve Bir Kamu Hizmeti Olarak Sağlık, s. 236.

²⁰⁵ 992 Sayılı Seriri Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu için bkz., (Çevrimiçi), <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/-1.pdf>, (E.T.: 06.05.2019).

sunabilmeleri için mevzuat gereği laboratuvarlara ilişkin düzenlenmiş olan ruhsat zorunluluğunu da yerine getirmiş olmaları gerekmektedir.²⁰⁶

Ruhsatnamesi düzenlenen laboratuvarlar, hastaneye verilen faaliyet izin belgesine eklenerek yeniden faaliyet belgesi düzenlenmek suretiyle yer alırlar. Maddenin devamında belirtildiği üzere, özel hastaneler oluşturacakları yeni birimler veya tıp alanında yaşanan gelişmeler sonucunda meydana gelen yeniliklere uygun olarak yeni laboratuvarlar kurabilmektedir. Bu laboratuvarlar için de yukarıda belirtmiş olduğumuz üzere özel hastane adına ruhsat alınması gereklidir.²⁰⁷ Tanı ve tedavi maksadıyla radyasyon uygulamalarını yürüten laboratuvar ve birimler için Türkiye Atom Enerjisi Kurumu'ndan (TAEK) kullanma ve bulundurma lisansının TAEK'e yapılacak başvuru sonucunda ayrıca alınması gerekmektedir. TAEK tarafından düzenlenen lisanslar hastane adına düzenlenmektedir.²⁰⁸

Diğer yandan, özel hastanelerin bünyelerinde oluşturmak zorunda olduğu laboratuvarlar haricindeki laboratuvar hizmetlerini, özel hastaneler farklı bir yöntem ile yani hizmet satın alma yoluyla da gördürebilmektedir. Düzenleme gereğince belirtilen bu hizmet satın alma yolu ile alınacak laboratuvar hizmetleri, daha önce ilgili makam tarafından ruhsatlandırılmış müstakil laboratuvarlardan olabileceği gibi, ruhsat sahibi diğer özel hastanelerden ya da kamu kurum ve kuruluşlarından da karşılanabilmektedir.²⁰⁹

Özel hastane ruhsatlarına ilişkin yasal mevzuatlar çerçevesinde belirtilen genel düzenlemeler bu şekilde olmakla birlikte, bunların yanı sıra laboratuvar ruhsatlarının alınmasına ilişkin hususlar özel düzenlemeye tabi tutulmuştur. Bu özel düzenleme 09.10.2013 tarihli 28790 Sayılı Resmî Gazete ile yayımlanmış olan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği²¹⁰dir. Bu yönetmelik ile, bu yönetmelik kapsamında olan kamu ile vakıf üniversiteleri, devlet kurumları ile özel hukuk gerçek-tüzel kişilerine ait tıbbi laboratuvarların ulusal anlamda bir plan dahilinde faaliyet göstermeleri, bunların ruhsatlandırılması, faaliyete başlaması, faaliyetlerinin ne şekilde olacağına ilişkin hususların ortaya konması, sınıflandırılması, gözetilmesi, denetime tabi tutulması ve kapanmalarına yönelik usul ve esasların Tıbbi Laboratuvarlar yönetmeliği kapsamında olduğu belirtilmektedir. Bu yönetmeliğe göre ruhsatlandırılacak tıbbi laboratuvarlar tıbbi biyokimya, tıbbi mikrobiyoloji

²⁰⁶ Temiz, Sağlık Hakkı ve Bir Kamu Hizmeti Olarak Sağlık, s. 237.

²⁰⁷ Özel Hastaneler Yönetmeliği, (Çevrimiçi), (E.T.: 06.05.2019).

²⁰⁸ Temiz, Sağlık Hakkı ve Bir Kamu Hizmeti Olarak Sağlık, s. 238.

²⁰⁹ Özel Hastaneler Yönetmeliği, (Çevrimiçi), (E.T.: 08.05.2019).

²¹⁰ 09.10.2013 tarih ve 28790 sayılı Resmî Gazetede yayınlanmış olan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği için bkz., (Çevrimiçi), <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/10/20131009-11.htm>, (E.T.: 08.05.2019)

ve tıbbi patoloji laboratuvarları olmak üzere basit hizmet laboratuvarları, kapsamlı hizmet laboratuvarları ve kapsamlı hizmet laboratuvarları olarak sınıflara ayrılmış bir şekilde belirtilmiştir. Ayrıca yönetmelikle yapılan düzenleme içerisinde tek uzmanlık dalında laboratuvar ruhsatı ya da merkezi laboratuvar için ruhsatname düzenlenebileceği belirtilmektedir.²¹¹

2.4. Özel Hastanelerin Hukuki Açıdan Yeri ve Özel Sağlık Hizmetlerinin Hukuki Niteliği

Özel hastanelerin hem sağlık hem de hukuk açısından ülkemiz bünyesindeki konumunu belirlemek önemlidir. Bu bağlamda öncelikle özel hastanelerin kurulmasının ve faaliyet göstermesinin hukuk dayanakların belirtilmesi gerekmektedir. Başlıca dayanaklar arasında Türk Anayasaları ve diğer yasal mevzuatlar yer almaktadır. Türk Anayasaları arasında da incelediğimizde 1921 ve 1924 anayasalarında sağlık hakkından ve özel hastanelerden hiç bahsedilmediği gibi 1961 Anayasası'nda kısa ve genel tabirler kullanılarak söz edilmiştir.²¹² Daha çok 1982 Anayasası içerisinde sağlık hakkının ele alınmasından dolayı 1982 Anayasası incelememize esas teşkil edecektir.

2.4.1. Özel Hastanelerin Hukuki Açıdan Yeri

2.4.1.1. 1982 Anayasası

1982 Anayasası'nın 56. Maddesine baktığımız takdirde sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması başlığı altında düzenleme yer almaktadır. Bu düzenlemeye göre, devlet toplumda yer alan herkesin hayatını sağlıklı bir şekilde sürdürmesini sağladığı gibi bunu gerçekleştirmek için sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Bununla birlikte devlet hem kamu hem de özel sektörde yer alan sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, bu kurumlarla iş birliği içerisinde ve denetleyerek bu görevini yerine getirmektedir.²¹³

²¹¹ Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, (Çevrimiçi), (E.T.: 08.05.2019)

²¹² Akşel, Recai, Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yapılanmasında Özel Hastanelerin Hukuki Açıdan Yeri ve Gerekliliği, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi SBE, Ankara, 2002, s. 50.

²¹³ T.C. 1982 Anayasası 56. Madde için bkz., "A. Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması Madde 56 – 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 Sağlığını İçinde Sürdürmesini Sağlamak; İnsan ve Madde Gücünde Tasarruf ve Verimi Artırarak, İş Birliğini

Anayasanın madde metninde de yer aldığı üzere, özel hastane ve sosyal kurumlara anayasa metninde yer verilmesi, anayasa tarafından özel sağlık kurumları ve özel hastanelerin varlığını bir bakıma tanıdığını göz önüne sermektedir.²¹⁴

Diğer yandan 1982 Anayasası'nın 47. Maddesinde yapılan son değişiklikle maddeye ek fıkralar eklenerek devletleştirme ve özelleştirmeye yönelik hususlar madde metnine eklenmiştir. Böylelikle, devlet kamu iktisadi teşebbüslerinin ve diğer kamu tüzel kişiliklerine ait işletme ve varlıkların özelleştirilmesini öngörmüştür. Bu özelleştirmelerin kanun ile düzenleneceğini de belirtmiştir. Ayrıca maddenin devamında kamu iktisadi teşebbüslerinin ve diğer kamu tüzel kişiliklerinin eliyle yürütülen yatırım ve hizmetlerin hangilerinin, tüzel veya gerçek kişiler aracılığı ile yaptırılabilirliğinin yahut bu hizmet ve yatırımların devredilebileceğinin yine kanun ile düzenleneceğini belirtmiştir.²¹⁵

1999 yılında yapılan değişiklik ile 1982 Anayasası'nın 47. Maddesine eklenen bu fıkralar ile daha önce sadece kamulaştırmayı düzenlemiş olan bu maddeye özelleştirme ile ilgili hususlar da eklenmiş bulunmaktadır. Özelleştirmeye ilişkin düzenleme Türkiye dahil birçok ülkede ön plana çıkmıştır.²¹⁶ Bunun neticesinde devletin kamu ve özel anlayışına büyük farklılara yer vermiştir. Daha önceleri devletin tekelinde bulunan ve kamu hizmeti olarak adlandırılan çoğu hizmetlerin özel sektör eliyle de yürütüldüğü gözlemlendiğinden dolayı kamu hizmetlerindeki değişikliklerin uygulamalardan da anlaşıldığı gözlemlenmektedir. Böylelikle yapılan 1999 değişiklikleri ile 1982 Anayasası'nda özel sağlık hizmetlerinin toplumdaki herkese sunulması ve özel sağlık kuruluşlarının kurulması ve faaliyet göstermesinin anayasal anlamda dayanaklarının varlığı konusunda hiçbir şüpheye yer bırakılmamıştır. Bu nedenle özel sağlık hizmetlerinin sunulması ve özel sağlık kuruluşlarının faaliyet göstermesi bakımından anayasal anlamda bir hukuki dayanak elde etmiş bulunmaktadır.²¹⁷

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 İçin Kanunla Genel Sağlık Sigortası Kurulabilir.”, (Çevrimiçi), <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf>, (E.T.: 05.05.2019).

²¹⁴ Akyel, s. 50.

²¹⁵ T.C. 1982 Anayasası, (Çevrimiçi), (E.T.: 10.05.2019).

²¹⁶ Özbudun, Ergün, Türk Anayasa Hukuku, 18. Baskı, Yetkin Yayınları, Ankara, 2018, s.150

²¹⁷ Akyel, s. 51.

2.4.1.2. Türk Tabipler Birliği Kanunu

31.01.1953 tarih ve 6023 sayılı Resmî Gazetede yayınlanmış olan Türk Tabipler Birliği (TTB) Kanunu genel anlamda incelendiğinde kanunun değişik maddelerinde özel hastanelere ve özel sağlık kuruluşlarına yer verildiği görülebilmektedir. Kanunun 1. Maddesinde, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde meslek ve sanatlarını icra etmeye ehil ve yetkili olan tabiplerin meslek diplomalarından istifade etmeleri suretiyle resmi veya özel olarak görev yaptıkları süre içerisinde Türk Tabipler Birliğine katılmaları hususu yer almaktadır. Diğer yandan 7. Madde de il bazında herhangi bir tabip odası sınırları içerisinde sanatını serbest bir şekilde icra eden tabiplerin bir ay gibi bir süre içerisinde bulundukları il veya bölgeye bağlı tabip odasına üye olmaları veyahut üyelik görevlerini yerine getirmekle yükümlü oldukları hususu yer almaktadır. Tüm bu düzenlemeler çerçevesinde “sanatını serbest icra eden tabipler” şeklinde bir ifadeye yer verilerek özel sağlık hizmetleri ve özel sağlık kuruluşlarının varlığı kabul edilmiştir.²¹⁸

2.4.1.3. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

14.04.1928 tarihli Resmî Gazetede yayınlanmış olan 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun metninin değişik maddelerinde de özel sağlık hizmetlerinin ve özel sağlık kuruluşlarının faaliyetinden söz edilmektedir. Kanunun 5. Maddesinde “özel muayene yeri veyahut evde muayene tesis etmek suretiyle...” belirtilerek, tabiplerin kamu kurumları dışında kendi başlarına özel sağlık kurumları açabilmelerine olanak sağlanmışır. Ayrıca aynı kanunun 12. Maddesinde de tabip, diş tabipleri ve uzman tabiplerin kamuya ait sağlık kurumları haricinde özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışabileceklerine yönelik düzenleme yapılmıştır. Böylece özel sağlık kurum ve kuruluşlarının bu kanun çerçevesinde de varlığı kabul edilmiş ve bu özel sağlık kurum ve kuruluşlarında tabiplerin özel sağlık hizmetleri sunmalarına kanun koyucu tarafından olanak sağlanmışır.²¹⁹

²¹⁸ 31.01.1953 tarih ve 6023 Sayılı Resmî Gazetede yayınlanmış olan Türk Tabipler Birliği Kanunu metni için bkz., (Çevrimiçi), <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/8323.pdf> (E.T.: 10.05.2019).

²¹⁹ 14.04.1928 tarihli Resmî Gazetede yayınlanmış olan 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun metni için bkz., (Çevrimiçi), <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/863.pdf>, (E.T.: 12.05.2019).

2.4.1.4. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

15.05.1987 tarih ve 19461 sayılı Resmî Gazetede yayınlanmış olan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu genel olarak ülkede yürütülecek ve toplumdaki herkese sunulacak olan sağlık hizmetlerinin temel esaslarını içermektedir. Diğer bir deyiş ile bu kanun sağlık hizmetlerinin sunulmasına yönelik bir çerçeve oluşturmaktadır. Kanun metnine bakıldığında 2. Madde de özel hukuk tüzel kişi ve gerçek kişilerden söz ederek sağlık hizmetlerini sunan özel sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsadığını belirtmektedir. Sağlık hizmetleri ile ilgili temel esasların belirtildiği 3. Maddenin birçok fıkrasında da özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesine yönelik cümleler yer almaktadır. Diğer yandan kamu ve özel sağlık kuruluşlarının sınıflandırma, personel, tesis vb. kıstaslarının belirlenmesine yönelik yönetmelik çıkarılmasını öngören 9. Madde de özel sağlık kuruluşlarından söz edilmiştir.²²⁰

2.4.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu İnsan hakları Evrensel Beyannamesi çerçevesinde bir hak olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın, sosyalleştirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Belirtilen bu düzenleme ile birlikte bazı maddelerde hususi sağlık müesseselerinin kurulmasına yönelik hususlara da yer verilmektedir. Belirtilen kanunun 4 ve 5. Maddeleri hekimlerin serbestçe özel sağlık müesseselerini ve eczaneleri kurmaya mezu olduğunu belirterek özel sağlık kurum ve kuruluşlarının varlığını düzenleme ile kanun çerçevesine almıştır.²²¹

2.4.1.6. Hemşirelik Kanunu

02.03.1954 tarih ve 8647 sayılı Resmî Gazetede yayınlanmış olan 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu'nun 5. Maddesinde de belirtildiği üzere hemşireler sağlık personeli sıfatını haiz bir şekilde mahallin en büyük sağlık amirliğine verecekleri bir dilekçe ile sanatlarını icra edebileceklerdir. Madde metninde sanatlarının serbest icra edilmesi yönünde yapılan düzenleme ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarında hemşirelerin mesleklerini icra

²²⁰ 15.05.1987 tarih ve 19461 sayılı Resmî Gazetede yayınlanmış olan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu metni için bkz., (Çevrimiçi), <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/19461.pdf>, (E.T.: 12.05.2019).

²²¹ 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu, (Çevrimiçi), (E.T.: 12.05.2019).

etmelerine olanak sağlanmış ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarının verdikleri sağlık hizmetlerinin varlığı böylece ortaya konmuş bulunmaktadır.²²²

2.4.1.7. Hususi Hastaneler Kanunu

2219 Sayılı Hususi Hastaneler Kanunu 05.06.1933 tarihli Resmî Gazetede yayımlanmış ve yürürlüğe sokulmuş, 4 fasıl ve 49 maddeden oluşmuştur. Hususi hastaneler kanunu içerisinde yer alan fasıllardan ilki hususi hastanelerin açılma şartlarını ve hususi hastaneleri tarif etmektedir. İkinci fasıl ise hususi hastanelerin teşkilatını tarif etmekte iken üçüncü fasılda ise hususi hastanelerin nasıl teşkilatlanacağını belirtmektedir. Son dördüncü fasıl da ise hususi hastanelerin cezai hükümlerine yer verilmiştir. Bu kanun özel hastaneleri düzenleyen tek kanun niteliği taşımaktadır.²²³

Kanun eski tarihli bir kanun olduğundan dolayı kanun metninde kullanılan dil çok eskimiştir. Ayrıca eski tarihli olmasından dolayı kanun çıkarıldığı tarih itibari ile o tarihteki şartlar ve özellikleri yansıtmaktadır. Belli bir sistematiği olmadığı gibi kapsamlı da olmadığı belirtilmektedir. Belirtilen bu kanunda düzenlenmesi gereken bazı hususlara da yer verilmemiş ve diğer yandan yönetmelikle düzenlenebilecek düzenlemeleri de kendi içerisinde barındırmaktadır.²²⁴

Yukarıda özel hastanelerin kurulması ve ruhsatlandırılması başlıkları altında değinmiş olduğumuz bu kanun, genel olarak özetlemek gerekirse, birinci fasıl içerisinde yer alan maddelerinden 1.maddesi hususi hastaneleri tanımlamaktadır. 3. Maddede ise hususi hastanelerin açılış ve faaliyete giriş hususlarının kamu makamlarınca izne tabi olduğunu belirtmektedir. Diğer yandan kanunun ikinci faslı içerisinde yer alan 17. Maddesinde de hususi hastanelerin belirtilen bu kanun çerçevesinde hususi hastanelerin faaliyet göstereceği binaların hangi şartlarda ve vasıflarda olacağına yönelik hususların yönetmelik ile düzenleneceğini belirtmektedir.

Üçüncü fasılda yer alan maddelerde ise hususi hastanelerin teşkilatlanma açısından görevlerine yer verilmiştir. Hastane müdürleri ve hastanede yer alan hekimlerin görevleri ve

²²²02.03.1954 tarih ve 8647 sayılı Resmî Gazetede yayınlanmış olan 6283 Sayılı Hemşirelik Kanun metni için bkz., (Çevrimiçi), <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/8647.pdf>, (E.T.: 12.05.2019).

²²³ Büyüksavaş, Aslıhan, Kamu Hizmeti Sunan Özel Hastanelerin Sorunları ve Çözüm Önerileri: Isparta ve Antalya Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, SBE, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta, 2010, s.32.

²²⁴ Akyel, s. 56.

hastanelerin kabul ettiği hastalara yönelik sağlık hizmeti açısından bazı hususlara yer verilmiştir. Bununla birlikte 33. Madde de hususi hastanelerin denetimine ilişkin hususlara da yer verilmiştir.

Dördüncü fasılda yer alan maddelerde hususi hastanelerin ceza hükümlerine yer verilerek, hastane içerisinde bulunan araç-gereç, hastane binasının sıhhi şartları ve hem hastalara verilen sağlık hizmetleri konusunda hem de idari anlamda hastanede yer alan işlerdeki aksaklık ve eksikliklerin meydana gelmesi durumunda uygulanacak cezai işlemler belirtilmektedir. Kanunun 36. Maddesinde hastanede meydana gelen usul bakımından eksiklik ve aksaklıklardan dolayı belirtilmiş olan yazılı noksanlıkların tamamlanmasına kadar geçen sürede hastanenin kısmen veya tamamen hasta kabulünün durdurulmasına yönelik hususlara yer verilmiştir. Bunlar içerisinde;

- a- Hususi Hastaneler Kanunu'nun 22. Maddesinde belirtilen yönetmelikle düzenlenmiş olan hususları altı ay içerisinde tamamlamamaları,
- b- Aynı kanunun 13. Maddesinde yer alan yirmi yatağa kadar kapasitesi bulunan hastanelerin belirtilen personelleri bulundurmaması,
- c- Hastanede görevli mesul müdürün vefatı ya da hastanedeki görevinden ayrılması durumunda yerine geçecek mesul müdürün bir ay içerisinde tayin edilmemesi, diğer yandan mesul müdürün izinsiz olarak bir haftayı aşacak sürede görevini terk etmesi durumu meydana gelmesi,
- d- Hastane binalarında sıhhi ve fenni şartlarda önemli ölçüde meydana gelecek bir noksanlığın oluşması durumunda ve hastaların tedavi ve istirahatlarını etkileyecek sıhhi ve fenni hizmetlerde noksanlık görülmesi,
- e- Kanunun 16. Maddesinde yer alan hastanede içerisinde hastanenin yatak sayısına uygun bir şekilde gerekli birim ve araç gereçlerin hastane bünyesinde bulunmaması, hususları yer almaktadır.²²⁵

²²⁵ Hususi Hastaneler Kanunu, (evrimii), (E.T.: 12.05.2019).

Bununla birlikte kanunun 38. Maddesinde belirtilen hususlar ağır bir yaptırım olarak düzenlenmiştir. Bu ağır yaptırım sonucunda madde metninde yer alan hususların gerçekleşmesi halinde hususi hastanenin ruhsat kağıdının geri alınacağı hususuna yönelik ceza hükmüne yer verilmiştir. Bu hususlar;

- a- İki defa yapılan ihtarla rağmen hastanede görevli bulunan mesul müdürün görevi dahilinde bulunan hastane vazifelerini ihmal etmeye devam etmesi,
 - b- Mesul müdürün kanunun 9. Maddesinde yer alan, herhangi bir suçtan dolayı ağır hapse veya şeref ve haysiyeti bozan suçlar yüzünden hapse mahkûm suçlardan dolayı hapse mahkûm olması veya müessese dahilinde hastanelerin veya hastanenin nezahet ve şerefini bozan yasak işler yapılmasına göz yumması veya bu işleri kendisi işlemesi halinde,
 - c- Mesul müdürün sıhî sebepler hariç olmak üzere bir yıl içerisinde iki defa ya mahsus izin almadan veya mazeret belirtmeden birer haftadan ya da bir defada on beş günü aşan bir süre boyunca hastaneye gelmemesi durumu meydana gelmesi,
- Şeklinde belirtilmiştir.²²⁶

Genel çerçevesiyle belirtmeye çalıştığımız Hususi Hastaneler Kanunu, ülkemizin nüfus sayısı ile coğrafi büyüklüğü, gelişmekte olan teknolojik tıbbi araç gereçlerin varlığı ve ülkemizin gelişmişlik düzeyi göz önüne alındığında 1933 yılında yürürlüğe girmiş olan kanunun günümüz ihtiyaçlarına cevap vermediği ve bu bakımdan yeniden düzenlenmesi gerektiği belirtilmektedir.²²⁷

2.4.2. Özel Sağlık Hizmetlerinin Hukuki Niteliği

Kamu hizmetleri, bilindiği üzere imtiyaz, müşterek emanet, iltizam, yap-işlet-devret usulü gibi farklı usullerle özel hukuk kişileri tarafından yürütülebilmektedir.²²⁸ Bu bağlamda, devlet her ne kadar anayasa çerçevesinde düzenlenmiş olan sağlıklı yaşama hakkını yerine getirmek maksadıyla, sağlık hizmetlerinin sunumu için kamu hizmetini kurma ve faaliyete

²²⁶ Hususi Hastaneler Kanunu, (Çevrimiçi), (E.T.: 12.05.2019).

²²⁷ Akyel, s. 58.

²²⁸ Gülan, Aydın, Kamu Hizmetleri ve Görüş Usulleri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi SBE, İstanbul, 1987, s. 55.

geçirmekle yükümlülük altında olsa da, yüklenmiş olduğu bu yükümlülükleri gereği gibi yerine getirmek için belirtilen bu haklara yönelik devletin gerekli teşkilatlanmayı kurmuş ve gerçekleştirmiş olması, bu hizmetlerin sadece bizzat devlet tarafından yürütüleceği şeklinde yorumlanmaması gerektiği, bu hizmetlerin özel kişilerce de yürütülebileceği belirtilmektedir. Bu hususla ilgili olarak; *“O halde, eğitim ve öğretim hizmetlerine, devletçe öteki kamu hizmetleri arasında önemli bir ağırlık verilmesi zorunluluğu vardır. Ulusal savunma, sağlık ve iç güvenliğin sağlanması gibi, onlarla eş değerde ödevler olarak eğitim ve öğretim koşullarının çağdaş uygarlığın gerektirdiği düzeye ulaştırılması için etkin önlemlerin alınması, devletin erteleyemeyeceği ödevlerindendir. Devlete ait bu denli önemli bir kamu hizmetinin yürütülmesinde çok az da olsa pay sahibi kılman özel okulların konumunu bir çeşit kamu hizmeti imtiyazına benzetmek mümkündür. Devlet, bir kamu hizmetini, bizzat kendi personeli, araç ve gereciyle yapabileceği gibi, bu hizmeti özel kişilere de yaptırabilir.”*²²⁹ Şeklinde Anayasa mahkemesi kararında ifadeler yer almaktadır. Diğer yandan, T.C Anayasası’nda da belirtildiği üzere, aksi düzenlenmedikçe kamunun sunmuş olduğu hizmetler, mutlaka idarenin kendi teşkilat, örgüt ve personeli aracılığı vasıtası ile verilmek zorunda değildir. Devlet bu hizmetleri sunarken, gerekli denetim, gözetim ve planlama çerçevesinde bu işlevlerini sürdürerek kamu hizmetlerini bu bağlamda özel kişilere de gördürebildiği²³⁰ belirtilmektedir.

Zira Anayasa’nın 56. Maddesi bu anlamda açık bir şekilde devlet ve özel alandaki sağlık ve sosyal kurumlarından yaralanarak ve onları denetlemek suretiyle devletin, sağlık hizmetleri alanında üstlendiği görevini yerine getireceğini belirtmektedir. Burada yer alan düzenlemede herhangi bir takdir hakkına yer verilmediği belirtilmektedir.²³¹ Bunun yanı sıra, 663 Sayılı KHK’nın²³² 27. Maddesi ile Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumunun görev alanı içerisinde olan tıbbi cihaz, ilaç ve ürünlerin laboratuvarında analiz edilmesi işinin özel kişiler tarafından yapılmasına olanak tanınmasından dolayı, KHK’nın 27. Maddesinin uygunluğunun Anayasa Mahkemesi tarafından denetlendiği kararda²³³, Anayasanın 56. Maddesi doğrultusunda karar verilerek, devletin asıl görevinin “denetleme ve düzenleme” olduğunu,

²²⁹ AYMK, 12.4.1990 Tarih, E. 1990 / 4 – K. 1990 / 6. Sayılı Kararı İçin bkz., (Çevrimiçi), <https://www.sinerjimevzuat.com.tr/index.jsf?dswid=-895#>, (E.T.: 19.05.2019).

²³⁰ Çakır, s. 176.

²³¹ T.C. 1982 Anayasası, (Çevrimiçi), (E.T.: 19.05.2019).

²³² 02.11.2011 tarih ve 28103 sayılı Resmî Gazetede yayımlanmış olan 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname metni için bkz., (Çevrimiçi), <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>, (E.T.: 19.05.2019).

²³³ AYMK, 14.2.2013 Tarih, E.2011/150 – K. 2013/30. Sayılı Kararı İçin bkz., (Çevrimiçi), <https://www.sinerjimevzuat.com.tr/index.jsf?dswid=-895#>, (E.T.: 19.05.2019).

hizmet verilmesinin ise kamu ve özel kişiler tarafından birlikte yapılabileceği yönünde karar tesis edilmiştir.²³⁴ Anayasa Mahkemesi'nin bu kararında; *"...Anayasa'nın 56. maddesinde, 'devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak (...) 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' hükmü yer almaktadır. Bu düzenlemeden, devletin asıl görevinin, 'düzenleme ve denetleme' olduğu, sağlık hizmetleri alanında devlete yüklenmiş olan bu görevlerin yerine getirilmesinde 'kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarından' yararlanılacağı anlaşılmaktadır. Bu itibarla, sağlık alanındaki hizmetlerin mutlaka klasik idari usullere göre, bizzat idare tarafından ve idarenin kendi personeli eliyle yürütülmesi gerektiğine dair anayasal bir zorunluluk bulunmamaktadır..."*²³⁵

Diğer yandan, sağlık hizmetlerinin topluma sunulmasında verilecek hizmetlere katılmak isteyen sağlık gönüllülerinin vereceği hizmetlerin de kamu hizmeti sayılacağını ve bu kişilerin herhangi bir kamu görevlisi veya memur olmamasının kamu hizmeti sayılması noktasında bir engel teşkil etmeyeceği²³⁶ hususu Anayasa Mahkemesi'nin başka bir kararında da ifade edilmiştir. Bu karara göre; *"...Anayasa'da sağlık hizmetleri bir kamu hizmeti olarak düzenlenmekle birlikte, bu hizmetlerin sunulması devletin tekeline verilmemiş, devletin denetimine tabi olmak kaydıyla özel kesim tarafından da sağlık hizmeti sunulmasına olanak tanınmıştır. Dolayısıyla, memur ve diğer kamu görevlisi olmayan sağlık gönüllüleri tarafından sağlık hizmeti sunulmasına imkân verilmesinde Anayasa'ya aykırılık bulunmamaktadır."*²³⁷ Şeklinde ifadeler yer almaktadır.

Belirtilen bu kararlardan da anlaşılabileceği üzere, özel kişiler tarafından da olsa kamu hizmetinin verilebiliyor olmasının, o faaliyetin hukuki niteliğinde hukuki anlamda bir nitelik değişikliğine yol açmadığı belirtilmektedir. Böylelikle faaliyetin tabi olmuş olduğu hukuki rejimde de herhangi bir değişiklik meydana getirmeyeceği belirtilmektedir. Burada diğer bir deyişle devlet tarafından kurulmuş ve verilen hizmetin kamu hizmeti olduğu şeklinde beyan edilmiş bir hizmetin veya faaliyetin mutlak bir şekilde yine devlet tarafından yürütülmesi zorunlu olmadığı gibi devlet, bu faaliyetlerin işletilmesi ve kurulmasını özel usullerle yerine

²³⁴ Çakır, s. 176.

²³⁵ AYMK, 14.2.2013 Tarih, E.2011/150 – K. 2013/30. Sayılı Kararı.

²³⁶ Çakır, s. 177.

²³⁷ AYMK, 14.2.2013 Tarih, E.2011/150 – K. 2013/30. Sayılı Kararı.

getirebilir. Böyle bir durumda oluşacak şey, kamu hizmetlerinin görülmesi şekilleri arasında olan ruhsat, imtiyaz gibi bir işlemin ortaya çıkmasıdır. Nitekim, artık idarenin yetkisinde bir değişiklik meydana gelmiş olacak ve idarenin yetkileri kolluk yetkilerini aşarak gözetim ve denetim aşamasına ulaşmış olacağı belirtilmektedir. Bunun sonucunda da devlet ile özel kişiler arasında, özel kişilerin belirtilen faaliyeti artık kamu hizmetlerinin tabi olduğu kurallara göre yürüteceği bir iç ilişkinin kurulmuş olacağı belirtilmektedir.²³⁸

Bahsini etmiş olduğumuz sağlık hizmetleri açısından da böyle bir durum söz konusudur. Anayasada yer alan hükümde belirtilmiş olduğu üzere, özel hukuk kişilerince sağlık alanında yürütülen faaliyetlerin bir kamu hizmeti niteliğinde ve kamu hizmetinin tabi olduğu hukuki rejime tabi olduğu gerçeğini değiştirmemektedir.²³⁹ Keza, kamu hizmetlerinin tabi olduğu temel ilkeler arasında yer alan sürekli ve düzenli olma kuralı, Anayasa Mahkemesi'nin belirtmiş olduğu bir başka kararda, özel hukuk kişilerince de uygulanacağını ve özel kişilerce sunulan sağlık hizmetlerinin açıkça kamu hizmeti olduğunu nitelendirmektedir. Kararda; *"... En geniş tanımı ile kamu hizmeti, devlet ya da diğer kamu tüzelkişileri tarafından ya da bunların gözetim ve denetimleri 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 nitelikleri gereği kamu hizmeti olarak değerlendirilmektedir..."*²⁴⁰ ifadeleri yer almaktadır.

2.5. Özel Hastanelere Sağlık Hakkı Kapsamında Erişim

Özel sektörde yer alan sağlık hizmetlerine katılım yeni bir uygulama değildir. Aksine, sağlık hizmetlerinde kamu ve hükümet kaygıları ancak nispeten yakın bir zamanda ön plana çıkmış görünmektedir²⁴¹. Bu hususun sağlık hizmetleri finansmanında kesinlikle böyle olduğu belirtilmektedir²⁴². Özel aktörlerin sağlık hizmeti sunumuna doğrudan hizmet

²³⁸ Çakır, s. 177.

²³⁹ Çakır, s. 178.

²⁴⁰ AYMK. 24.12.2007 Tarih, E.2004/114 – K.2007/85 Sayılı Kararı için bkz., (Çevrimiçi), <https://www.sinerjimevzuat.com.tr/index.jsf?dswid=-895#>, (E.T.: 19.05.2019).

²⁴¹ Deveci, Nevzat. / Aksaraylı, Mehmet, "Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması", Dokuz Eylül Üniversitesi, SBE Dergisi, C. 5, S. 1 (2003), s. 38-51.

²⁴² Papatya, Gürkan / Papatya, Nurhan / Hamşioğlu, A. Buğra, "Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma", Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, C. 2, S. 1 (2012), s. 87-108.

sağlayıcılar (örneğin, doktorlar, eczaneler ve hastaneler) veya sağlık hizmeti sunumunda kullanılan malzeme ve teknoloji tedarikçileri olarak dahil olmaları uzun bir geçmişe sahiptir.

Özel sektör katılımının somut bir yasal tanımı yoktur ve kamu-özel ortaklıkları ve özelleştirme gibi ilgili kavramların tutarsızca kullanıldığı görülmektedir²⁴³. Bu nedenle, sağlık hizmetlerine özel sektör katılımını tam olarak tanımlamak biraz zordur. Pasif bir kavram olmasına rağmen kavramın gerçek durumu göz önüne alındığında, sağlık alanında özel sektör katılımı olabilir şeklinde ifadeye yer vermek daha makul görünmektedir. Bu tür bir katılım, sağlık sektörüne katılımı kapsadığı gibi sağlık sektöründeki çeşitli devlet dışı aktörler tarafından gerçekleştirilen karmaşık aktiviteler yelpazesini de kapsamaktadır.²⁴⁴

Bu aktörler arasında çok uluslu şirketler, sivil toplum kuruluşları, özel kuruluşlar (hayır kurumları ve diğer kâr amacı gütmeyen kuruluşlar dahil) ve genel pratisyen ve danışmanlar gibi özel şahıslar bulunmaktadır. Roller ve faaliyetleri arasında sağlık hizmetlerinin doğrudan sağlanması, sağlık bakım kurumlarının yönetimi, sağlık bakım ürünleri ve hizmetlerinin üretimi (örneğin, ilaçlar, farmasötik ürünler ve rehabilitasyon) ve sağlık bakım ürünlerinin ve hizmetlerinin finansmanı sayılabilir. Bu roller ve faaliyetler kamuya açık bir sağlık sistemi içinde de gerçekleştirilebilir.

Özel sektörün sağlık hizmetlerine katılımının pek çok şekil alması ve çeşitli aktörler içermesi göz önüne alındığında, konuyla ilgili akademik literatür, bu katılımın olumlu ya da olumsuz bir etkisi olup olmadığı konusunda kesin değildir. Sağlık hizmetlerinde mal ve hizmet sağlamak, finanse etmek ve tedarik etmek için özel aktörlere artan bir güven var gibi görünmektedir²⁴⁵.

Son zamanlarda yapılan bazı çalışmalar özel sektör katılımı açısından olumlu sonuçlar ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, bu özel çalışmalar, sağlık bakımı ve sağlık hakkı ile ilgili iki çok alakalı yönü ölçemediği için bulgularının sınırlı olduğunu belirtmektedir. Diğer çalışmalar daha temkinlidir ve artan özel sektör katılımına veya lehine kuvvetli kanıtlar

²⁴³ Yılmaz, Fikriye / Tosun, Burcu / Çolak, Meriç Yavuz, “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Özel Hastaneler ve Sağlık Sistemi Üzerine Etkileri”, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-Büsbid, C.1, S. 1 (2016), s. 63-79.

²⁴⁴ Sayım, Ferhat, “Kamu Hastanelerinde Muhasebe İltisatı Kurulan Faaliyetler ve Özel Hastane Karşılaştırması-Yalova Örneği”, Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, C. 30, (2016), s. 672-684.

²⁴⁵ Doğan, İnci Fatma / Bakan, İsmail / Hayva, Sakine, “Sağlık Sektörünün Temel Aktörleri Olan Hastanelerde Rekabet Stratejilerinin Kaliteye Etkisi”, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, C. 16, S. 62 (2017), s. 817-835.

bulamazlar²⁴⁶. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinde, özel aktörlerin katkısını ölçmek için tutarlı bir yol bulunmamaktadır. Bazı durumlarda, özel sektör katılımı, hastalar için maliyetlerin artmasına neden olmuştur- örneğin, devletler bu maliyetleri sübvansiyonlar veya vergiler yoluyla ya da kamu sigortası kapsamı yoluyla karşılamadıklarında cepten yapılan harcamalar nedeniyle ve daha fazlası için etkili sağlık hizmeti sunumu bu konuda önemli bir sorun olarak görünmektedir²⁴⁷.

Özel sektörün tanımı açısından birçok tartışma vardır. Bir yandan, özel sektörün belirli hizmetleri sunmak için hükümetten daha iyi yerleştirilebileceğini ve sağlık finansmanına katkıda bulunabileceğini kabul etmeliyiz. Öte yandan, devletin vatandaşlarının sağlığına olan nihai sorumluluğunu sürdürme aciliyeti bulunmaktadır. ²⁴⁸

2.5.1.Sağlık Hakkı'na Erişim

Uluslararası ve ulusal hukuk çerçevesinde şekillenmiş sağlık hakkına dayanarak, devletler bireyleri için kaliteli bakıma zamanında erişim sağlamakla yükümlüdür²⁴⁹. Başlıca görev sahipleri olarak hükümetler, sağlık hizmetlerinin (özel olarak sağlanmış olsa bile) erişilebilir, kabul edilebilir ve iyi kalitede olmasını sağlama sorumluluğuna sahiptir. Yetersiz veya zamansız bakım almışlarsa, hastaların yasal tazminat talep etmeleri için mekanizmaların mevcut olmasını sağlamalıdır²⁵⁰.

Bu yükümlülükler, devletin asıl sağlık hizmeti sağlayıcısı olması veya bir halk sağlığı sistemini sürdürmesi gerektiği anlamına gelmez. 1990 yılında kabul edilen Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi'nin genel yorumları arasında, “yasal tedbirlerin benimsenmesi de dahil olmak üzere, uygun olan tüm yöntemlerle “adımlar atma taahhüdünün” gerekip gerekmediği belirtilmektedir.²⁵¹

²⁴⁶ Günay, Osman, Özel Sağlık Hizmetlerinin Mali Boyutunun İlaç Desteği Özelinde Spesifik İncelenmesi, Tezsiz Yüksek Lisans Projesi, Pamukkale Üniversitesi, Maliye Anabilim Dalı, 2018, s. 11-35.

²⁴⁷ Şantaş, Fatih / Kurşun, Arzu / Kar, Ahmet, “Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.19, S. 1 (2016), s. 17-33.

²⁴⁸ Can, Esin, / Eroğlu, Sevit, “Türkiye’deki Özel Hastaneler İçin Küresel Pazara Giriş Stratejileri Üzerine Bir Model Önerisi”, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, C. 2, S. 3 (2016), s. 31-44.

²⁴⁹ Alptekin, s. 132-139.

²⁵⁰ Kızılyel, Serkan, “Yaşam Hakkı:AIHM Kararları ve İdari Yargı Uygulaması”, Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C:18, S:2, 2014, s.253

²⁵¹ BM, ESKHK, 3 No’lu Genel Yorum.

Dünya Bankası'nın Raporuna göre, hükümetlerin doğrudan sağlık hizmetlerinin doğrudan sağlayıcısı rolünü oynaması gerekmebilir; Bununla birlikte, piyasa başarısızlığı olasılığı, hükümetlerin finansman, düzenleme ve bilginin yayılmasında rol oynamalarını gerektirmektedir.²⁵² Bu bağlamda, bir değerlendirme yapacak olursak eğer, sağlık hakkına ilişkin en uygun yasal yükümlülükleri, özel sektörün katılımı ile ilgili olarak belirlemek gerekir. Bu yükümlülükler, sağlık sistemlerinin türüne veya düzenine bakılmaksızın devletler için geçerlidir ve devletlerin sağlık sektöründeki tüm aktörlerin ister kamu ister özel olsun sağlık haklarına saygı duymasını sağlamalıdır.

İnsan hakları sözleşmeleri, devletlere üç düzeyde yasal zorunluluk getirmektedir: saygı duyma, koruma ve yerine getirme zorunlulukları. Saygı yükümlülüğü, devletlerin sağlık hakkının kullanılmasına doğrudan veya dolaylı olarak müdahale etmekten kaçınmasını; koruma yükümlülüğü, devletlerin, üçüncü tarafların sağlık hakkı güvencesi altına alınmalarını engellemesini önleyici tedbirler almalarını gerektirir ve yerine getirme yükümlülüğü, devletlerin sağlık hakkının tam anlamıyla gerçekleştirilmesine yönelik uygun önlemleri almalarını gerektirir.²⁵³

Üçüncü şahısların faaliyetlerinin aktif olarak izlenmesini gerektirdiğinden, bu bağlamda özel bir öneme sahiptir. Bazı hizmetler özel ellere geçtiğinde, devletten “koruma” yükümlülüğü hakkına “saygı gösterme” ve “yerine getirme” durumundan bir kayma söz konusudur.

Koruma zorunluluğu uluslararası mahkemeler tarafından da vurgulanmaktadır. Devletlerin, kendi yetki alanına giren kişilere verilen sağlık hizmeti ile ilgili tüm faaliyetleri düzenlemesi ve denetlemesi, bu tür sağlık hizmeti veren kurumun kamu veya özel yapısı ne olursa olsun, yaşamı ve kişisel bütünlüğü korumak için özel bir görev olması gerekir²⁵⁴. Koruma yükümlülüğü, devlet adına bir dizi birbirine bağlı görevi yerine getirmektedir. Dört temel bileşen içerir: sağlık sektöründeki tüm aktörleri mevzuat, yönetmelik ve politikaların kabulü yoluyla düzenleme yükümlülüğü; bu mekanizmaların davranışlarını bağımsız mekanizmalarla izleme yükümlülüğü; kamu ve özel aktörler tarafından işlenen ihlallerin

²⁵² Organisation for Economic Co-operation and Development, Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye, OECD ve Dünya Bankası Yayınları, 2008, s.19-124

²⁵³ Sever, s.134; Dursun, s.9-10

²⁵⁴ Zengin, Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, s. 44-52.

hesap verilebilirliğini sağlama yükümlülüğü ve nüfusun sağlık hizmeti karar vermesine katılımını sağlama yükümlülüğüdür.²⁵⁵

Sağlık sektörünün özelleştirilmesi, sağlık tesislerinin, malların ve hizmetlerin mevcudiyeti, erişilebilirliği, kabul edilebilirliği ve kalitesi için bir tehdit oluşturmamasını sağlamak gerekmektedir. Devletler ayrıca üçüncü tarafların insanların sağlıkla ilgili bilgilere erişimini sınırlamamasını sağlamalıdır. Örneğin, coğrafi erişilebilirlik açısından, özel hastanelerin işletilmesi, sağlık hizmetlerinin yalnızca zengin bölgelerde mevcut olduğu anlamına gelmemelidir.

“Hasta bakımında insan hakları” kavramı hem kamu hem de özel sağlık tesislerinde sağlık hizmeti sunumu bağlamında uygulanabilir bir dizi insan hakları ilkesini içerir. Ayrıca bu kavram, hasta bakımından ödün verilen insan haklarına kapsamlı bir şekilde bakmak ve hem hastalara hem de sağlayıcılara bu ilkeler çerçevesinde bakmak için tasarlanmıştır. Diğer yandan bu ilkeler, marjinal gruplara özel önem veren sistemik meselelere odaklanır ve hem hastaları hem de sağlık hizmeti sağlayıcılarını kapsamı içerisine almaktadır.²⁵⁶

Sağlık kurumlarını özelleştirmeye yönelik küresel eğilim göz önüne alındığında, devletlerin özel ortamlarda işlenen eylemlerden uluslararası olarak ne kadar sorumlu olduğunu ve devletlerin bu özel kurumlara karşı ne gibi özel yükümlülükleri olduğunu akla getirmektedir. Uluslararası insan hakları hukuku uyarınca, özel sağlık kurumlarında işlenen suiistimallerden devletler uluslararası olarak sorumlu tutulabilir. Bununla birlikte, devletin özel bireylerin eylemlerine yönelik yükümlülüğünün kapsamı, uluslararası, bölgesel ve hatta ulusal insan anlamda zamanla değişebilir²⁵⁷.

²⁵⁵ Günsoy, Güler, “İnsani Gelişme Kavramı ve Sağlıklı Yaşam Hakkı”, Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, C. 1, S. 2 (2016), s. 35-52.

²⁵⁶ Commission On Social Determinants Of Health, Closing The Gap In A Generation: Health Equity Through Action On The Social Determinants Of Health: Final Report Of The Commission On Social Determinants Of Health, (Çevrimiçi), https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=b2066ad1cac6ccfce6eb922879c9ce21?sequence=1, (E.T.: 01.06.2019).

²⁵⁷ Rosen, George, “A History Of Public Health”, The Johns Hopkins University Press, (Çevrimiçi), https://books.google.com.tr/books?id=dtwfuj8iecmc&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false, (E.T.: 01.06.2019).

2.5.2. Sağlık Hakkı'na Erişimde Devletlerin İnsan Hakları Yükümlülükleri

Devlet dışı aktörler ile ilgili uluslararası ve bölgesel düzeyde ve özel aktörlerin uluslararası insan hakları hukuku kapsamında sahip oldukları insan hakları sorumlulukları konusunda artan standartlar vardır. Özel aktörlerin, özellikle de şirketlerin, sorumluluklarının nasıl genişletilebileceği ile ilgili birçok tartışma vardır.

Uluslararası insan hakları hukuku devletlere, sağlık hakkına karşı saygı ve bu hakkı korumanın insan haklarını yerine getirmek için birincil yükümlülüğü olduğunu belirtmektedir.²⁵⁸. Sağlık hakkıyla ilgili olarak, saygı gösterme yükümlülüğü, devletlerin bu hakkın kullanılmasına doğrudan veya dolaylı olarak müdahale etmemesini gerektirir. Koruma yükümlülüğü altında, devletlerin üçüncü kişilerin sağlık hakkı güvence altına alınmalarını engellemelerini önleyici tedbirler almaları gerekmektedir.

Sağlık hakkı da dahil olmak üzere ekonomik ve sosyal hakların etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi için uluslararası insan hakları kapsamında belirli bir ekonomik veya politik sisteme gerek yoktur. Bu, devlet ile pazar arasında belirli bir bölünmenin gerekli olmadığı ve özel aktörlerin sağlık haklarının gerçekleştirilmesinde de rol oynayabileceği anlamına gelir. Bu bağlamda soru, uluslararası insan hakları hukuku kapsamındaki yükümlülüklerinin nasıl tanımlanacağı ve hesap verebilirliklerinin nasıl sağlanacağı sorusudur²⁵⁹. Bu açıdan değerlendirecek olursak eğer özel sağlık hizmeti düzenlemeleriyle ilgili olarak, saygı gösterme yükümlülüğü altında devletler, özel sağlık hizmetlerinin uygun maliyetli, erişilebilir, kabul edilebilir ve iyi kalitede olmasını sağlayacak yasa ve yönetmeliklerin bulunmasını sağlamalıdır.

Sağlık hakkına yakından bağlı olan kuralların amacı, herkesin kaliteli ve uygun fiyatlı sağlık hizmetlerine geniş bir yelpazeye erişebilmesidir. Dünyanın dört bir yanındaki ülkeler, sağlık sektöründeki özel aktörlerin katılımı konusunda karma deneyimler yaşamıştır. Böyle bir katılımın sonuçları çok dikkatli bir şekilde izlenmelidir.

Kısaca belirtecek olursak; İnsan hakları hukuku, devletin sağlık sistemi seçimini engellememektedir. Yani kamuya açık, özel veya karma olsun bu konuda bir kısıtlamaya yer

²⁵⁸ Karasu, Koray, “Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı”, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilgiler Fakültesi Dergisi, C. 66, S. 3 (2011), s. 217-262.

²⁵⁹ Güzelsarı, Selime, “Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları”, Amme İdaresi Dergisi, C. 45, S. 3 (2012), s. 29-57.

vermemektedir. Ancak, özel sektör katılımının sonuçlarını değerlendirmek için yetkili bir yasal araçlar seti sunmaktadır. İnsan hakları hukukuna dayanarak, hükümetlerin sağlık hakkını “korumak” zorunluluğu vardır. Bu, sağlık sektöründeki tüm aktörleri düzenlemek için düzenlemeler ve diğer önlemleri kabul etme görevi anlamına gelir. Böyle bir düzenleme, sağlık hizmetlerinin erişilebilir, kabul edilebilir ve iyi kalitede olmasını sağlamak için devletin görevini yansıtmalıdır.

2.5.3. Gelişmekte Olan Ülkelerde Etkili Sağlık Hizmetlerine Erişim

Sağlık hizmetlerine erişim çeşitli şekillerde tanımlanabilir. En dar anlamıyla, coğrafi kullanılabilirliği ifade etmektedir. Daha geniş bir tanım dört erişim boyutunu tanımlar: kullanılabilirlik, erişilebilirlik, uygun fiyatta ve kabul edilebilirlik²⁶⁰. Bazıları erişimi sağlık hizmetlerini kullanma fırsatı olarak tanımlamaktadır; diğerleri erişim ve kullanım arasında bir ayrım yapmazlar.

Etkili sağlık hizmetlerine erişimin gelişmekte olan dünyada önemli bir sorun olduğunu doğrulayan geniş kanıtlar bulunmaktadır. Milyonlarca insan etkili müdahaleler yaşayan koşullardan acı çekmekte ve ölmektedir. Etkin sağlık hizmetlerinin bu yetersiz kullanımı nedeniyle, gelişmekte olan ülkelerde büyük gerçekleşmemiş sağlık kazanımları vardır²⁶¹.

Nüfus sağlığında büyük kazanımlar elde etmek için bu kaçırılmış fırsatlardan çok sayıda faktör sorumludur. Talep tarafında, kültürel ve eğitimsel faktörler hastalığın tanınmasını ve sağlık hizmetlerinden elde edilen potansiyel faydaları engelleyebilirken, ekonomik kısıtlamalar faydalar tanınsa bile kullanımı baskılayabilir. Arz tarafında, belki de kaynak yetersizliği nedeniyle uygun müdahaleler yapılamayabilir.²⁶²

Bununla birlikte, birçok etkin müdahalenin çok fakir ülkeler için bile, son derece pahalı olmadığını kabul etmek önemlidir. Sağlık hizmetinin mümkün olduğu yerlerde, hizmetin kalitesi genellikle ciddi şekilde eksiktir. Bu da etkinliğini potansiyel etkinliğin çok altında bırakmaktadır. Bir gözden geçirme yapılacak olursa eğer, birinci basamak sağlık

²⁶⁰ Gözlü, Mehmet / Tatlıdil, Hüseyin, “Türkiye’deki 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları”, Sosyal Güvenlik Dergisi, C. 5, S. 2 (2015), s. 145-165.

²⁶¹ Günaydin, Davuthan, “Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları”, Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, S. 60 (2011), s. 323-365.

²⁶² Temiz, Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı, s. 165-188.

hizmeti müdahalelerinin iddia edilen etkinliğine rağmen, birinci basamak kliniklerinin nüfus sağlığı üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır²⁶³.

Bu cesaret kırıcı sonuç, gelişmekte olan dünyanın birçok yerinde kamu sağlık hizmetlerinin kalitesine bağlı bulunmaktadır. Bu gibi kalite eksiklikleri devam ettiği sürece, etkili müdahalelerin kullanılmasıyla önlenabilir ölümlerin üzerinde belirtilen tahminler tamamen varsayımsal olarak kalacaktır. Uygulamada, arz ve talep tarafı sorunları o kadar kolay ayrılmamaktadır. Mevcut sağlık hizmetinin kalitesi düşükse eğer, bunun için çok az talep olduğunu bulmak şaşırtıcı değildir. Talebin kaliteye tepki verdiğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Hindistan'ın kırsal bölgelerinde yapılan ayrıntılı bir anket, halkın sağlık tesislerini çok az bulmasına rağmen, bu prensipte, ücretsizdir. Bunun nedeni, özel sektör alternatifleri de şüpheli kalitede olsa da çok düşük bakım kalitesidir. Bu tür bir bakımın sağlanması konusunda çok az ümit varsa, etkili sağlık bakımı için talep üzerindeki kısıtlamaları kaldıran politikalar geliştirmek ve uygulamak faydasızdır. Arz ve talep taraflarına yönelik politika müdahaleleri birlikte gerçekleşmelidir.²⁶⁴

Gelişmekte olan dünyada sağlık hizmetlerine erişim hakkındaki ilk etken, etkin müdahalelerin eksik kullanımıdır. İkinci etken ise, sağlık hizmetlerini kullanım en düşük seviyededir. Bu hem verimlilik hem de eşitlik perspektifinden endişe vericidir. Yoksullar aynı zamanda en az sağlıklı olma eğilimindedir ve büyük olasılıkla sağlık hizmetlerinden en fazla yararlananlara sahiptir. En büyük sağlık kazanımları, marjinal kaynakların yoksulların tedavisine odaklanması ile gerçekleştirilebilir.

Piyasa başarısızlıklarının düzeltilmesinin yanı sıra, sağlık hizmetlerinin kamu tarafından finanse edilmesi genellikle dağıtım temelinde haklı çıkarılır. Eşitliğin, sağlık hizmetlerinin serbest piyasa dağılımına uygun olmadığı iddia ediliyor. Görüşler, bu pozisyonun altında yatan eşitlik anlayışına göre farklılık gösterebilir. Bu konuya değinmeksizin, bu davanın halkın müdahalesi için ampirik geçerliliği, sağlık hizmet dağılımını istenen yöne kaydırıp kaydırmamasına dayanmaktadır. Kanıtlar, kayda değer

²⁶³ Göksal, Elife / Pala, Kayıhan, “Yaşlılarda Sağlık Hizmetlerine ve Sosyal Hizmetlere Erişim Sorunları”, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, C. 13, S. 1 (2015), s. 83-86.

²⁶⁴ Sargutan, A. Erdal, Ülkelerin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, Hindistan Sağlık Sistemi, (Çevrimiçi), [http://www.sargutan.com/HINDISTAN%20SA GLIK%20SISTEMI.pdf](http://www.sargutan.com/HINDISTAN%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf), (E.T.: 3.06.2019)

derecede tutarlılık göstererek, yoksulların, gelişmekte olan ülkelerde halk sağlığı harcamalarından daha az pay aldıklarını göstermektedir.²⁶⁵

Özetle, yoksullar sağlık hizmetlerini diğer bireylerden daha iyi kullanmaktadır. Bu, ihtiyaç yoksullar arasında çok daha fazla olan çocuk bağışıklama ve oral rehidrasyon tedavisi gibi müdahaleler için geçerlidir. Ayrıca, temel bakım ve kamu tarafından finanse edilen bakım için de geçerlidir. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin dağılımı, şu anda olduğundan çok daha fakir olabilir. Bununla birlikte, daha iyisi kamu programlarını yoksullardan daha çok kullansa da bu programlar sağlık hizmetlerinin dağılımını fakir yanlı bir yönde değiştirebilir.

2.5.4. Sağlık Hizmeti Talebini Belirleyen Faktörler

2.5.4.1. Gelir

Fiyatlar, alım gücü daha yüksek olan insanlar için bir şeyin satın alınması noktasında daha az engel olma niteliği taşıyabilmektedir. Toplum sağlığı açısından ortaya çıkan fiyat ilişkisini bulmak biraz daha şaşırtıcıdır. Bu durum, gelişmekte olan ülkelerde normal olarak kamu bakımı için bireylerden ücretlerin alındığı kabul edildiği taktirde anlaşılabilir bir durum ortaya koymaktadır. Buna karşılık ek olarak, sağlık hizmetlerine bireylerin ulaşması bakımından uzun mesafeler ile, fiyat dışı maliyetler önemli bir yer tutabilir.²⁶⁶ Bu nedenle, parasal bakım maliyetleri, gelirin sağlık hizmeti kullanımının ve dağılımının önemli bir belirleyicisi olmasını sağlayabilmektedir. Gelir artışının acil ve tedavi edici sağlık hizmetleri bakımından önemli bir etki yaratması beklenmemektedir. Ancak buna karşılık, koruyucu sağlık hizmetleri bakımından düşünüldüğünde gelir artışı bağlamında sınırlı bir şekilde bir değişikliğin ortaya çıktığı belirtilmektedir.²⁶⁷

2.5.4.2. Fiyatlar

Sağlık hizmetlerini cepten ödemelerle finanse etmek, fiyatları talebin önemli bir belirleyicisi haline getirebilmektedir. Kullanıcı ücretlerindeki artış, yoksulları bu ücretlerden korumak için etkili mekanizmalar uygulanmadıkça, daha iyi durumda olan sağlık

²⁶⁵ Sargutan, s.1136-1176

²⁶⁶ Organisation for Economic Co-operation and Development, s.20-65

²⁶⁷ Sayım, Ferhat, Sağlık Piyasası ve Etik, MKM Yayıncılık, Bursa, 2011, s. 97-107

hizmetlerinin payını artıracaktır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerine ilişkin fiyatların artış göstermesi, bu hizmetlere yönelik taleplerde düşüş gösterecektir. Bu hizmetlerin sunumundaki taleplerin fiyatlara olan duyarlılığı tam katı bir nitelikte olmasa da esnek de sayılmayacağı belirtilmektedir.²⁶⁸

2.5.4.3. Ücret Dışındaki Maliyetler

Sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından yapılan ücretlere ek olarak, seyahat masrafları ve önceden elde edilen kazançlar, gelişmekte olan dünyada sağlık hizmetlerini tüketmenin önemli maliyetleridir. Kırsal alanlarda, sağlık tesislerine olan mesafeler ve yolların kötü durumu, teslimat noktasına ulaşmak için gereken zaman, çaba ve maliyetin önemli olabileceği anlamına gelir. Kanıt, sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerindeki beklenen olumsuz etkiyi doğrulamaktadır.²⁶⁹

2.5.4.4. Bilgi ve Eğitim

Hastalığın tanınması ve tedavinin olası yararları, sağlık hizmeti talebi için ön şartlardır. Nüfusun büyük bir bölümünün sağlık durumunun kötü olduğu yerlerde, bu norm haline gelir ve hastalık kolayca tanınmaz. Tedavi kapsamı düşükse, yararını öğrenmek için daha az fırsat vardır. Talihsiz sonuç, hastalık ve hastalığın devam eden toleransı olabilir.²⁷⁰

2.5.4.5. Düşük Kaliteye Talep Yanıtları

Sağlık hizmetlerinde kalite etkeni önemli ve talebi etkileyen faktörler arasında üst seviyelerde yer almaktadır. Bu nedenledir ki, bu hizmetlerin sunumundaki kalitenin üst düzeyde olması ve bu kalitelerdeki artış, sağlık hizmetlerindeki talebinde artmasına dolaylı yoldan etki edecektir.²⁷¹ Kamu sağlık hizmetlerinin düşük kalitede olması, en yakın tesiste bakım hizmeti alma ve daha yüksek düzeyde bir kamu tesisinde veya özel sektörde bakım hizmeti sağlama ile sonuçlanabilir.

²⁶⁸ Akyürek, Ahmet / Orhaner Emine, “Özel Hastanelere Talebi Etkileyen Faktörler”, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, C. 4, S. 4 (2017), s.237-248.

²⁶⁹ Organisation for Economic Co-operation and Development, s.16

²⁷⁰ Gözlü/Tatlıdil, s.151.

²⁷¹ Akyürek / Orhaner, s.237-248.

2.5.4.6. Mesafe Bariyeri

Mesafenin önündeki engelin azaltılması ya insanların hizmetlere ulaşmasını ya da hizmetlerin insanlara ulaştırılmasını gerektirir. İyileştirilmiş ulaştırma sistemleri, sağlık hizmetlerine ulaşma maliyetini düşürmekte ve tesislerin toplama alanı nüfusuna oranını arttırmaktadır. İnsanların sağlık hizmeti veren sunuculara ulaşmasından muayene olmalarına kadar geçen süredeki zaman maliyeti, bireyin bu süre zarfında çalışma karşılığında kazanacağı ücret ile çarpımı sonucu hesaplanarak ortaya farklı bir maliyet faktörü ortaya koymaktadır²⁷².

2.6. Kamu ve Özel Hastaneler Arasındaki Erişim Farkları

Sağlık hizmetlerinin kalitesi, sağlık kuruluşlarının başarısında ve sürdürülebilirliğinde en önemli faktördür, bu nedenle sağlayıcı kuruluşun sadakatini ve müşteri memnuniyetini arttırmaktadır²⁷³. Hizmetlerin kalitesi, özellikle çok sayıda ziyaretçiyle karşı karşıya kalan kurumlarda, müşteri odaklı kurumlar olarak değerlendirilmek için çok önemli bir önlem olarak kullanılabilir; bu, hizmet alanların memnuniyetine ve sağlık hizmeti organizasyonlarının etkinliğine ve verimliliğine yol açan sağlık organizasyonu faaliyetlerinin geliştirilmesine yol açmıştır²⁷⁴.

Hizmet kalitesinin artırılması, güven ve müşteri sadakatinin artırılması, karlılık, kurum için maliyetin azaltılması ve sonuçta rekabet avantajı elde edilmesi gibi avantajlara sahip olabilir²⁷⁵. Hastane gibi bir organizasyon için özellikle önemli olan kalite, kalış süresi ve yatak devri gibi göstergelerde olumlu sonuçlar verebilir²⁷⁶. Son yıllarda, sağlık odaklı kuruluşlardan hastaların ve sağlık hizmetlerinin müşterilerinin artan farkındalığı ve beklentileri nedeniyle, kaliteye dikkat etmek çok önemli bir konu haline gelmiş bulunmaktadır.

²⁷² Organisation for Economic Co-operation and Development, s.30; Akyürek & Orhaner, s.237-248.

²⁷³ Demirer, Ömür / Bülbül, Hasan, “Kamu ve Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini ve Tercihi Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Analiz”, Amme İdaresi Dergisi, C. 47, S. 2 (2014), s. 95-119.

²⁷⁴ Köseoğlu, Mehmet Ali / Ocak, Saffet, “Misyon İfadelerinde Kullanılan Ögeler İşletmelerin Mülkiyet Yapısına Göre Değişir Mi? Özel ve Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Araştırma”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 13, S. 1 (2010), s. 63-82.

²⁷⁵ Yağcı, Mehmet İsmail / Duman, Teoman, “Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması”, Doğu Üniversitesi Dergisi, C. 7, S. 2 (2016), s. 218-238.

²⁷⁶ Acartürk, Ertuğrul / Keskin, Sabiha, “Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C. 17, S. 3 (2012), s. 25-51.

Sağlık hizmetleri tüketicileri, sağlık hizmetlerinin ne zaman ve ne ölçüde gerekli olduğunu bilmek veya alternatifleri karşılaştırmak için yeterli bilgiye sahip değildir. Dışsalıklar karar alma sürecine dahil edilmez ve hastalar ciddi hastalık durumunda felaket kayıplarını tehlikeye atarlar. Bu sorunu özel sigortayla çözme girişimleri, olumsuz seçim ve ahlaki tehlikeler açısından diğer riskleri de taşımaktadır²⁷⁷. Sonuç olarak, tüm modern sağlık sistemleri, düzenlemelerin, finansmanın veya hizmetlerin sağlanmasında bir dereceye kadar halkın katılımına sahiptir. Bunun anlamı, sağlık hizmetlerinin, farklı kamu ve özel aktör kombinasyonları ile yüksek oranda düzenlenmiş pazarlarda sunulmasıdır²⁷⁸.

Kamu ve özel hastaneler arasındaki erişim farklarının başlangıcı içerisinde, hastalara olan yaklaşım, ilgi ve alakanın en ön planda yer aldığı görülebilmektedir. Özel hastaneler ve kamudaki hastanelere yönelik yapılan nitel araştırma verilerinin başında hastaların özel hastanelere erişimdeki en büyük etkenlerini başında hastanedeki çalışanlar tarafından ilgi ve alaka ile karşılanmanın yer aldığı görülmektedir. Bunu takip eden diğer etkenler arasında verilen otelcilik hizmetlerinin daha kaliteli olduğu ve hastaların tedavi için bekleme sürelerinin kamu hastanelerine kıyasla daha kısa sürdüğü belirtilmektedir. Bu durumun kamu hastaneleri açısından kendilerini yenileme, geliştirme ve ufuklarını açmalarına öncülük ettiği belirtilmektedir.²⁷⁹

Bununla birlikte, erişim arasındaki farklar içerisinde yer alan diğer etken özel hastanelerde mevcut yer alan uzman hekim kadrosunun kamuda yer alan uzman hekim kadrolarına nazaran daha üst düzey ve çoğunlukta yer almasıdır. Günümüz üniversite hastanelerinde bile spesifik yan dal uzmanlıklarında yer alan hekim kadrolarında eksiklikler yaşanmakta iken, özel hastanelerde yer alan yan dal uzman kadrolarında maaş farklılıkları ve daha kaliteli ortamda hizmet sunumunun var olması sebebiyle eksiklik daha az düzeyde yaşanmaktadır. Bu durum hasta başvuru sayısı ve verilen hizmet kalitesinde büyük farklılıklar yaratabilmektedir.²⁸⁰

Diğer bir erişim farkı da özel hastanelerde özel sağlık sigortalarının geçerliliğidir. Özel hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinde, kamu desteğinin yani Sosyal Güvenlik Kurumu

²⁷⁷ Büyüksavaş, s. 29-30.

²⁷⁸ Çakmak, Mehmet / Öktem, M. Kemal / Ömürgönülşen, Uğur, “Türk Kamu Hastanelerinde Teknik Verimlilik Sorunu: Veri Zarflama Analizi Tekniği ile Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Kadın Doğum Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Ölçülmesi”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 12, S. 1 (2009), s. 1-36.

²⁷⁹ Akman, Dömbekçi, Hilal / Yılmaz, Fatma Özlem / Özata, Musa,” Özel Hastane İşletmeciliğinin Mevcut Durumu ve Geleceği: Konya Örneği”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.21, S.4 (2018), s. 675-697.

²⁸⁰ Akyürek / Orhaner, s.237-248.

tarafından karşılanan tedavi bedellerinin karşılanmayan kısmının, özel sigortalar aracılığı ile karşılanması durumudur. Hastalar, özel hastaneleri tercih ederken, kamu hastanelerinde yapacakları düşük maliyetli de olsa tüm harcamaları, özel hastaneleri seçerek özel sigorta kapsamında ücretsiz bir şekilde gerçekleştirme yönelimindedirler. Bu faktör de son yıllarda özel hastanelere erişimde önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.6.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu-Özel Karşılaştırmalarına Teorik Bakış Açıları

Özel mülkiyetin olumlu etkilerine ilişkin teorik iddialar tipik olarak, sırasıyla bir rekabet ve bir kamu yönetimi / mülkiyet tartışması etrafında dönen kamu tercihi ve mülkiyet hakları teorilerinden kaynaklanmaktadır. Rekabet tartışması, sağlık pazarlarının kusurlu olmasına rağmen, kendi içinde rekabet etmenin yararlı etkileri olabileceğini belirtir. Özel sağlayıcılar, verimliliği optimize etmek için rekabetçi baskıya zorlanırken, politikacılar ve idari baskılar kamu sağlayıcıları için daha önemlidir²⁸¹.

Rekabetçi baskıların olmaması, kamu yöneticilerinin kuruluşlarının verimliliğini ticari bir sonuç doğrultusunda ölçemedikleri anlamına gelmektedir. Kaynak tahsisi ve kuruluşun hayatta kalmasına ilişkin kararlar, talep ve arz arasında bir denge oluşturmak için piyasa fiyatlarına güvenemeyen kamu karar vericilere bırakılmaktadır.

Kamu yönetimi / mülkiyet argümanı, kamu sektörü kuruluşlarının etkin bir şekilde performans gösterme teşvikleri olmadığını, bu kuruluşların genellikle geniş ve çelişkili hedefleri olduğunu ve iflas kısıtı bulunmadığını belirtir. Yani, işletme dışına çıkma riski olmadan optimal altı seviyelerde performans göstermeye devam edebilirler²⁸². Ayrıca, kamu kuruluşları hissedarlara ve mal sahiplerine karşı sorumlu olmadığı gibi bu nedenle, inovasyon ve teknolojik gelişime odaklanmak için potansiyel olarak daha az dış baskı bulunmaktadır. Son olarak, kamu hastaneleri ve özel hastaneler arasındaki büyük bir farkın, devlet hastanelerinin “yumuşak bütçe kısıtlamaları” olan ortamlarda çalışma eğiliminde olduğu iddia edilmektedir. Kamu hizmetlerine özel bir pazarda daha etkili bir şekilde üretilebilecek bir şey

²⁸¹ Bakan, İsmail / Erşahan, Burcu / Kefe, İlker / Bayat, Murat, “Kamu ve Özel Hastanelerde Tedavi Gören Hastaların Sağlıkta Hizmet Kalitesine İlişkin Algılamaları”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C. 1, S. 2 (2011), s. 1-26.

²⁸² Çınaroğlu, Songül / Şahin, Bayram, “Özel ve Kamu Hastanelerinin Algılanan Kurumsal İtibar ve İmaj Açısından Karşılaştırılması”, Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, C. 9, S. 18 (2013), s. 283-298.

olarak yaklaşmak yerine, işlem maliyeti ekonomisi, farklı hizmet özelliklerinin kurum içi üretim ve müteahhitlik için aşağı yukarı elverişli koşullar yarattığını varsaymaktadır²⁸³.

Hizmet sektöründe en büyük ekonomik etkiler, düşük varlık özgülüğü ve yüksek ölçülebilirliği ile karakterize teknik hizmetlerde beklenirken, yüksek varlık özgülüğü ve düşük ölçülebilirliği olan karmaşık hizmetlerde daha küçük veya hatta olumsuz ekonomik etkiler beklenir. Hastaneler için bu, örneğin bazı cerrahi alanlarda ve teknik destek işlevlerinde standartlaştırılmış prosedürlerin, psikiyatri veya geriatri alanındaki karmaşık hizmetlerden daha özelleştirme faydaları sağlama ihtimalinin daha yüksek olacağını beklememizi sağlayacaktır. Örneğin. Hastaneler, tipik olarak yüksek ve düşük özgüllüklü hizmetleri içeren karmaşık organizasyonlardır. Varlık özgülüğü teorisine göre, bu, rekabet ve mülkiyet argümanına kıyasla özelleştirmenin faydaları hakkında ek belirsizlik yaratmaktadır.²⁸⁴

Çok sayıda önemli teorik katkı, kamu hastanelerinin etkinlik açısından daha iyi performans göstermesi gerektiğini göstermektedir²⁸⁵. Personel bileşimi, beceri düzeyi ile çalışma koşullarındaki farklılıklar gibi diğer operasyonel boyutlar oldukça muhtemeldir, ancak bu çalışma örneğinde yer alan çalışmalarda sistematik olarak rapor edilmemiştir. Bununla birlikte, Avrupa’da düzenlenmiş ve karma sağlık pazarlarından elde edilen ampirik kanıtlar çok daha çeşitlidir. Birçok çalışma önemsiz sonuçlar bildirmesine rağmen kalan çalışmaların büyük çoğunluğu kamu hastaneleri sırayla, etkinlik ölçüleri açısından diğer hastanelere göre biraz daha iyi performans gösterirler.

Ülkeler arasında ve zaman içindeki değişimin, işlem maliyetleri, piyasa yapısı ve piyasa vadesindeki farklılıklar ile kısmen açıklanabileceğini düşünmekteyiz. İdari masraflar kamu kurumları tarafından içselleştirilebildiğinden, yüksek işlem maliyetleri, özel sağlayıcılar için kamu hizmeti sağlayıcılarından daha fazla verimlilik sonuçlarını etkileyebilir sonucuna varabiliriz. Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi noktasında karmaşık bir yapının olduğunu söylemek mümkün görünmektedir. Sunulan sağlık hizmetlerinin tamamı kişiler tarafından

²⁸³ Karahanoğulları, Onur, “Kamu Hizmetleri Piyasa İlişkisinde Dördüncü Tip: Eksik İmtiyaz (Kamu-Özel Ortaklığı)”, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, C. 66, S. 3 (2011), s. 177-215.

²⁸⁴ Erdoğan, Dilek, “Sözleşme Süresinin Belirlenmesi: İşlem Maliyeti Teorisi Bakışıyla Yer Hizmeti Sözleşmeleri Üzerine Ampirik Bir Araştırma, Araştırma Makalesi”, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, S. 18 (2) (2019), s. 623-637

²⁸⁵ Çalışkan, Zafer, “Kamu Hastane Birlikleri Performansının Pabón Lasso Modeli ile Analizi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, Y. 5, S. 10 (2016), s. 1-24.

karşılanamadığı gibi kamu kuruluşları tarafından da finanse edilmesi mümkün görünmemektedir. Tüketici olarak bireyler özel sağlık hizmetleri alımı noktasında doğrudan para harcama eğilimindedir. Diğer taraftan, kamu yararına olan sağlık hizmetleri için ise başkasının para harcaması beklenir. Yani tedavi edici hizmetlerin özel yarar, koruyucu hizmetlerin ise kamu yararına olduğu söylenebilir²⁸⁶.

Sonuç olarak, Erişim sorununun iki tarafı ortaya çıkmaktadır. Bunun arz tarafında, kaliteli, etkili sağlık hizmeti sunulmama olasılığı ve talep tarafında ise de, bireylerin faydalanabilecekleri hizmetleri kullanamayabilmesidir. İkisi açıkça ilişkilidir. Kalitesiz bakım bireylerin ilgisini çok az çekeceği gibi satın alma gücü ile yürürlüğe giren yüksek talep, kaliteli hizmet sunumunu teşvik edebilecek nitelikte görülebilmektedir. Erişim problemini çözmek hem talep hem de arz tarafı sorunlarını çözmeyi beraberinde gerektirmektedir.

²⁸⁶ Büyüksavaş, s.29.

SONUÇ

Toplamları oluşturan insanlar, daima birlikte yaşam sürdürmüş ve halen bu durum devletlerin varoluşunun doğal sonucu olarak varlığını devam ettirmektedir. Birlikte yaşam sürdürmekte olan insanlar yararlandıkları gıda ve su kaynaklarından tutun, yaşamlarını idame etmek için kullanmış oldukları yakıt ve diğer tüm enerji kaynaklarına erişim sağlama bakımından daima etkileşim içerisinde. Nitekim bu durumun da insan sağlığına etkisi kaçınılmazdır. Bu nedenle tarihten bu yana etkileşim içerisinde birlikte yaşayan insanların hem kendi hem de bulunmuş oldukları çevrenin toplum sağlığını refah içerisinde tutması bir bakıma zorunlu hale gelmiştir. Sağlık hakkı da insanların hem kendileri hem de çevreleri ile etkileşim içerisinde olmaları sonucunda ortaya çıkmış bulunmaktadır.

İnsanlar, diğer temel insan hakları gibi sağlık hakkına da gerekli önemi günümüzde yasal düzenlemeler ile göstermeye başlamışlardır. Öyle ki, devletler içerisinde insan sağlığına verilen hizmetler yeterli bir düzeye ulaşmadığından dolayı bir bakıma ticari bir sektör haline gelse de bu hizmeti özel sektörün sağlaması yönünde adımlar atılmıştır. Nitekim bu durum ortaya kamusal bir hizmetin hem kamu eliyle hem de özel kişiler tarafından topluma sunulması sonucunu ortaya çıkarmıştır.

Sağlık hakkı bakımından insanların uluslararası düzeyde örgütlenmesi, Dünya Sağlık Örgütü gibi kuruluşlar aracılığı ile sağlık hakkı ve bu kapsamdaki sağlık hizmetlerinin sunumu açısından sözleşmesel birliktelik içerisinde olması, sağlık hakkının daha anlaşılır ve aktif bir şekilde kullanılmasının önünü açmış bulunmaktadır. Bununla birlikte, gelişmekte olan teknoloji ve küresel gelişmeler de sağlık hakkına pozitif yönde katkılar sunmaktadır. Günümüzde insanlar, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde yararlanma imkânı bulabilmektedir. Ancak bu durum halen gelir düzeyi düşük toplumların sağlık hakkına erişimi konusunda bir birliktelik sağlayamamaktadır.

Sağlık hakkına erişim konusunda toplumlar, devletlerin gelişimi ile paralel bir şekilde bir grafik çizmektedir. Toplumlardaki gelir düzeyleri sağlık hakkına erişim konusunda önemli bir faktör olarak kendini gösterebilmektedir. Örneğin, Afrika toplumlarında henüz insanların yaşamlarında önemli bir yer tutan suyun bile erişimine zorluk yaşanırken bu toplumlarda yaşayan insanların suya erişememesinden doğan sağlık sorunları bakımından tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerine erişimi daha da zor görünmektedir. Ortaya çıkan neticede toplumların gelir düzeyi ve sağlıklı yaşamları arasında önemli bir bağın bulunduğu

söylenilmektedir. Bu bakımdan, sağlıklı ve refah bir toplumun varlığı açısından, üretken gelişmiş ve gelir düzeyi iyi olan bir devletin var olması gerektiği sonucu ortaya çıkmaktadır.

Kamusal hizmet olarak nitelendirilen sağlık hizmetlerinin sağlık hakkı kapmasında toplumdaki tüm bireylere diğer haklarda olduğu gibi eşit bir şekilde sunulması ve bu eşitliğin en azından koruyucu sağlık hizmetleri bakımından sunumu hayati bir öneme sahiptir. Toplumda yaşayan insanların, bulaşıcı ve salgın hastalıklar, çocuk felci, anne- çocuk ölümleri gibi toplumun varlığını tehlikeye atacaktır sağlık sorunları yönünden iyileştirilmesi gerekmektedir. Bu durumların nüfus, gelir, gelişim gibi birçok faktör üzerinde etkileri bulunmaktadır. Belirtmiş olduğumuz bu etkenlerin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumu ile doğrudan bağlantısı göz ardı edilmemelidir. Sağlık hizmetlerinin sunumundaki kalite ve gelişmişlik, toplum sağlığına doğrudan yön vermektedir. Devletler, bu kalitenin daha da arttırılması veya kamunun yeterli kaynak sağlayamamasından dolayı bu yükü özel kişilerin üstüne yüklemişlerdir. Bu nedenle, özel hastaneler ve buna benzer özel sağlık kuruluşlarının varlığı ve kaliteli hizmet sunumları kamunun denetimi altında tutulmaktadır.

Sosyal devlet ilkesi gereği devletler, bireylerin hem ekonomik hem de toplumsal varlıklarını, sunmuş oldukları olanaklar ile iyi bir seviyeye getirmek durumundadır. Bu nedenle Özel hastaneler, günümüzde faaliyetlerini kamu denetimi altında sürdürmekte ve finansal gelirlerinin bir kısmını kamunun eliyle sağlamaktadır. Devletler tarafından sağlık harcamalarına yönelik bu program sosyal güvenlik politikaları içerisinde kendisini göstermektedir. Bu bakımdan özel hastanelere erişim konusunda kamunun da etkisi bir hayli görünmektedir.

Literatür, ikna edici bir şekilde erişim probleminin varlığını göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde etkili sağlık müdahaleleri yetersiz kullanılmakta ve kullanımdaki gelirle ilgili eşitsizlikler büyüktür. Sorunun nedenleri de tanımlanmıştır: yetersiz sistem kaynakları; kaynakların bakım seviyeleri, programlar ve bölgeler arasında uygunsuz tahsisi; yetersiz kalite, yetersiz hane halkı gelirleri; krediye erişim eksikliği, yasaklayıcı ücretler (resmi ve gayri resmi); seyahat masrafları, hizmetlerin kabul edilebilirliğine yönelik kültürel engeller ve hastalığın yanlış algılanması ve bakımın etkinliği. Çözümler, çok genel düzeyde, bu nedenlerin bir veya daha fazlasına yönelik olmalıdır. Zorluk, genellikle ciddi ekonomik, kurumsal, temel sorunları gideren detaylı politika girişimlerinin tasarımıdır.

Erişim sorununa yönelik çözümlerin genel bir stratejik düzeyde daha da geliştirilmesi, ancak daha önemlisi ayrıntılı politika önlemleri düzeyinde geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık finansmanı, fiyat sübvansiyonları ve yoksulluğun azaltılması programlarındaki son girişimler umut vericidir.



KAYNAKÇA

- Acartürk, E. ve Keskin, S. (2012). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C. 17, S. 3, 25-51.
- Akalın, M. A. (2019). *Alma-Ata Bildirgesi Nasıl Değerlendirilmelidir? (Görüş)*. <http://bilimveaydinlanma.org/alma-ata-bildirgesi-nasil-degerlendirilmeli/> (E.T.: 10.03.2019).
- Akdur, R. (2019). *Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık*. http://www.recepakdur.com/upload/cumhuriyetten_gunumuze_turkiye.pdf(E.T.:31.03.2019).
- Akıllıoğlu, T. (2019). *İnsan Hakları Kavram Kaynaklar ve Koruma Sistemleri* (3. Baskı). Ankara: Yetkin Yayınları.
- Akkavak, T. (2018). *Türkiye’de Sağlık Sisteminin Gelişimi: Sağlıkta Dönüşüm (2003-2011)*. Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi SBE, Tekirdağ.
- Akkaya, E. (2011). *Özel Sağlık Kurumlarında Halkla İlişkiler*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi SBE, İstanbul.
- Akkuş, Y. (2018). *Şifahane’den Hastahane’ye Osmanlı Toplumunda Vakıf, Sağlık ve Tıp*. Ankara: Atıf Yayınları.
- Akman Dömbekçi H., Yılmaz, F. Ö. ve Özata, M. (2018). Özel Hastane İşletmeciliğinin Mevcut Durumu ve Geleceği: Konya Örneği, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C.21, S.4, 675-697.
- Aksoy, B. (2013). *Sağlık Hakkı Bağlamında Sivil Toplum Örgütlerinin Eylemlerinin Sosyal Politikalara Katkıları*, 14. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Kongresi Bildiriler Kitabı. İstanbul: Türk-İş Yayınları.

Aktan C. C. ve Işık K. (2019). *Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış*. <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf> (E.T.: 03.02.2019).

Akyel, R. (2002). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yapılanmasında Özel Hastanelerin Hukuki Açıdan Yeri ve Gerekliliği*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi SBE, Ankara.

Akyürek, A. ve Orhaner E. (2017). Özel Hastanelere Talebi Etkileyen Faktörler, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, C. 4, S. 4, 237-248.

Alptekin, K. (2004). Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme, *T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi*, C. 12, 132-139.

Ardıçoğlu, M. A. (2017). Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi, *Ankara Barosu Dergisi*, S.3, 1-39.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Bölüm I. (2019). *Hak ve Özgürlükler*. <http://www.danistay.gov.tr/upload/avrupainsanhaklarisozlesmesi.pdf> (E.T.: 05.04.2019).

Azarkan, E. (2018). *Uluslararası Hukukta Sağlık Hakkı*. Ankara: Seçkin Yayınları.

Bakan, İ., Erşahan, B., Kefe, İ. ve Bayat, M. (2011). Kamu ve Özel Hastanelerde Tedavi Gören Hastaların Sağlıkta Hizmet Kalitesine İlişkin Algılamaları. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C. 1, S. 2, 1-26.

Bektaş, S. A. (2015). *Türkiye’de Özel Hastanelerin Kuruluş Süreci ve İzmir İlinde Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi SBE, İzmir.

Beyatlı, H. Z. (2017). *Hastane ve Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayınları.

Birleşmiş Milletler (BM) ESKHK. (2019). *14 No’lu Genel Yorum Paragraf 33 ’un Türkçesi*. www.ihop.org.tr/dosya/eskhk/eskhkgy14.doc (E.T.: 05.04.2019).

Bozkurt, E., Kanat, S. ve Bektaş, S. (2018). *Uluslararası İnsan Hakları Hukuku*. (3. Baskı). Ankara: Legem Yayıncılık.

Bozkurt, E. (2008). İnsan Hakkı Olarak Sağlık Hakkı, Sağlık Hukuku Kurultayı Kasım 2007. *Ankara Barosu Yayınları*, 1-14.

Bulut, A. (2017). *Avrupa ve Türkiye’de Sağlık Politikaları (Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi)*. İstanbul: İletişim Yayınları.

Büyüksavaş, A. (2010). *Kamu Hizmeti Sunan Özel Hastanelerin Sorunları ve Çözüm Önerileri: Isparta ve Antalya Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, SBE, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.

Can, E. ve Eroğlu, S. (2016). Türkiye’deki Özel Hastaneler İçin Küresel Pazara Giriş Stratejileri Üzerine Bir Model Önerisi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, C. 2, S. 3, 31-44.

Cevahir, E. (2016). *Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri*. İstanbul: Kibele Yayınları.

Commission On Social Determinants Of Health, Closing The Gap In A Generation: Health Equity Through Action On The Social Determinants Of Health: Final Report Of The Commission On Social Determinants Of Health. (2019). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=b2066ad1cac6ccfce6eb922879c9ce21?sequence=1 (E.T.: 01.06.2019).

Cunbur, M. (Mayıs 1987). Selçuklu ve Osmanlı Devirlerinde Kadınların Kurdukları Şifahâne. *Erdem*, C.3, S.8, 341-348.

Çakır, H. M. (2015). *Sağlık Hizmetlerinin Özel Hukuk Kişileri Tarafından Yürütülmesi*. İstanbul: On İki Levha Yayınları.

Çakmak, M., Öktem, M. K. ve Ömürgönülşen, U. (2009). Türk Kamu Hastanelerinde Teknik Verimlilik Sorunu: Veri Zarflama Analizi Tekniği ile Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Kadın Doğum Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Ölçülmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C. 12, S. 1, 1-36.

Çalışkan, Z. (2016). Kamu Hastane Birlikleri Performansının Pabón Lasso Modeli ile Analizi. *Sosyal Güvence Dergisi*, Y. 5, S. 10, 1-24.

Çınaroğlu, S. ve Şahin, B. (2013). Özel ve Kamu Hastanelerinin Algılanan Kurumsal İtibar ve İmaj Açısından Karşılaştırılması. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, C. 9, S. 18, 283-298.

Demir, M. (2018). *Hekim ve Hasta Yönünden Tıbbi Sorumluluk Hukuku*, Ankara: Yetkin Yayınları.

Demirer, Ö. ve Bülbül, H. (2014). Kamu ve Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini ve Tercih Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Amme İdaresi Dergisi*, C. 47, S. 2, 95-119.

Devebakan, N. ve Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının Kullanımı ve Özel Altnordu Hastanesi Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi, SBE Dergisi*, C. 5, S. 1, 38-51.

Doğan, İ. F., Bakan, İ. ve Hayva, S. (2017). Sağlık Sektörünün Temel Aktörleri Olan Hastanelerde Rekabet Stratejilerinin Kaliteye Etkisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, C. 16, S. 62, 817-835.

Dursun, İ. (Ağustos 2014). Devletin Faaliyet Alanını Belirleyen Temel Özgürlükler: Negatif ve Pozitif Özgürlükler. *Akademik İncelemeler Dergisi*, C.4, S.1, 1-8.

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası Metni. (2019). https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (E.T.: 03.03.2019).

Erdoğan, D. (2019). Sözleşme Süresinin Belirlenmesi: İşlem Maliyeti Teorisi Bakışıyla Yer Hizmeti Sözleşmeleri Üzerine Ampirik Bir Araştırma, Araştırma Makalesi. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, S. 18 (2), 623-637.

Ertan, İ. M. (2012). *Ulusalüstü İnsan Hakları Hukukunda Sağlık Hakkı ve Etkinleştirilmesi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı, İstanbul.

Ertan, İ. M. (2012). *Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı*. İstanbul: Legal Yayınları.

Ertaş, T. (2012). *Anayasa Hukukunda Sağlık Hakkı*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, SBE, İzmir.

Funda, M. N. (2012). *İnsan Hakları, Sağlık Hakkı ve Hasta Hakları*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, SBE, İstanbul, 184-185

Gökkaya, D., İzgüden, D. ve Erdem, R. (2018). Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği, Araştırma Makalesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, C:9, S:20, 1-139.

Göksal, E. ve Pala, K. (2015). Yaşlılarda Sağlık Hizmetlerine ve Sosyal Hizmetlere Erişim Sorunları. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, C. 13, S. 1, 83-86.

Gözlü, M. ve Tatlıdıl, H. (2015). Türkiye'deki 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, C. 5, S. 2, 145-165.

Gözpınar K. G. (2015). *Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu*. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi SBE, İstanbul.

Gülan, A. (1987). *Kamu Hizmetleri ve Görüş Usulleri*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi SBE, İstanbul.

Gümiş, A. T. (2010). *Sosyal Devlet Anlayışının Gelişimi ve Dönüşümü*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi SBE, Konya.

Günay, O. (2018). *Özel Sağlık Hizmetlerinin Mali Boyutunun İlaç Desteği Özelinde Spesifik İncelenmesi*. Tezsiz Yüksek Lisans Projesi, Pamukkale Üniversitesi, Maliye Anabilim Dalı, Denizli.

Günaydin, D. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, S. 60, 323-365.

Günsoy, G. (2016). İnsani Gelişme Kavramı ve Sağlıklı Yaşam Hakkı. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, C. 1, S. 2, 35-52.

Güzelsarı, S. (2012). Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları. *Amme İdaresi Dergisi*, C. 45, S. 3, 29-57.

Hastane Tanımı. (2019). *Türkiye Sağlık Merkezi*.
<http://www.satirk.gov.tr/images/pdf/hst/turkiyesagliginmerkezi.pdf> (E.T.: 02.05.2019).

İleri, H., Seçer, B. ve Ertaş, H. (2016). Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, Konya, S. 12, 176-186.

Karahanoğulları, O. (2011). Kamu Hizmetleri Piyasa İlişkisinde Dördüncü Tip: Eksik İmtiyaz (Kamu-Özel Ortaklığı). *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, C. 66, S. 3, 177-215.

Karakul, S. (Güz 2016). Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi Kararlarında Sağlık Hakkı-I. *İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C.3, S.2, 1-181.

Karasu, K. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, C. 66, S. 3, 217-262.

Karlıkaya, E. (2015). *Osmanlı’da Salgın Hastalıklarla Mücadele*. İstanbul: Çamlıca Yayınları.

Kısa, M. (2013). *Kısa Açıklamalı Kur’an-ı Kerim Meali*. Konya: Armağan Kitaplar Yayınları.

Kızılyel, S. (2014). Yaşam Hakkı: AİHM Kararları ve İdari Yargı Uygulaması. *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C:18, S:2, 1-253.

Kol E. (2015). Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, C. 5, S. 1, 140-141

Korkusuz, M. R. ve Burtan Doğan, B. (2011). Sağlık Hakkının Sosyal Güvenlik Sistemindeki Yeri ve Önemi ile Gelişim Sürecindeki Eğilimler. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Y. 1, C. 1, S. 1, 65-83.

Köseoğlu, M. A. ve Ocak, S. (2010). Misyon İfadelerinde Kullanılan Ögeler İşletmelerin Mülkiyet Yapısına Göre Değişir Mi? Özel ve Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C. 13, S. 1, 63-82.

Mevzuat ve Yargı Kararları Sitesi. (2019). <https://www.sinerjimevzuat.com.tr/index.jsf?dswid=-895#> (E.T.: 19.05.2019).

Milletler Cemiyeti Misakı. (2019). www.erdemdenk.com/mcmisaki.doc (E.T.: 28.02.2019).

More, T. (2014). *Ütopya*, İstanbul: Timaş Yayınları.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2008). Sağlık Sistemi İncelemeleri. *Türkiye, OECD ve Dünya Bankası Yayınları*, 19-124.

Önal, A. (2016). *Türk Anayasa Hukukunda Sağlık ve Sosyal Güvenlik Hakkı*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi SBE, Erzurum.

Özbudun, E. (2018). *Türk Anayasa Hukuku* (18. Baskı). Ankara: Yetkin Yayınları.

Panitch L., Leys C. and Morbid S. (2009). *Health Under Capitalism (Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları E-Kitap)*, İstanbul: Yordam Kitap.

Papatya, G., Papatya, N. ve Hamşioğlu, A. B. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, C. 2, S. 1, 87-108.

Rosen, G. (2019). *A History Of Public Health*”, The Johns Hopkings University Press. https://books.google.com.tr/books?id=dtwfuj8iecmc&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false (E.T.: 01.06.2019).

Sağlık Hakkı: Sağlık Çalışanları için Rehber. (2019). <https://www.bma.org.uk/-/media/files/pdfs/practical%20advice%20at%20work/ethics/righttohealthtoolkiturkishversion.pdf?la=en> (E.T.: 05.04.2019).

Sargutan, A. E. (2019). *Ülkelerin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, Hindistan Sağlık Sistemi*. <http://www.sargutan.com/HINDISTAN%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf> (E.T.: 03.06.2019).

Saym, F. (2016). Kamu Hastanelerinde Muhasebe İlintisi Kurulan Faaliyetler ve Özel Hastane Karşılaştırması-Yalova Örneği. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, C. 30, 672-684.

Saym, F. (2011). *Sağlık Piyasası ve Etik*. Bursa: MKM Yayıncılık.

Sever, D. Ç. (2013). *Kamusal Faaliyetlerin Özel Kişilere Gördürülmesi: Özel Güvenlik ve Özel Sağlık*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi SBE, Ankara.

Samancı, U. (2016). Dünya Sağlık Örgütü ve Normatif İşlevi (Araştırma Makalesi). *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C. 18, S. 1, 1-63.

Söyler, S. (2017). Geçmişten Günümüze Uluslararası Sağlık Kuruluşları. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, C. 1, S. 1, 1-59.

Sözer, A. N. (2013). Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın Devamı Olarak Şehir Hastaneleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C. 15, Özel S., İzmir, 1-239.

Sunay, R. (2015). İnsan Haklarının Yatay Etkisi ve Devletin Sorumluluğu. *Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C. 23, S. 1, 11-12.

Şahin Gülöz, S. (2006). *Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Sağlık Hizmeti*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi SBE, Malatya.

Şahin, A. (2010). Ulusal Üstü İnsan Hakları Hukukunda Ekonomik Sosyal ve Kültürel Hakların Niteliği Bağlamında Sağlık Hakkının Kapsamı Üzerine Bir İnceleme. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C. 59, S. 4, 710-738.

Şantaş, F., Kurşun, A. ve Kar, A. (2016). Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C.19, S. 1, 17-33.

Şantaş, G. ve Şantaş, F. (2019). Şehir Hastanelerine İlişkin Haberlerin Gazetelerde Yansıması, Araştırma Makalesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, C.22, S.1, Konya, 100-105.

Temiz, Ö. (2014). Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, C. 69, S. 1, 160-167.

Temiz, Ö. (2013). *Türk Hukukunda Sağlık Hakkı ve Bir Kamu Hizmeti Olarak Sağlık*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi SBE, Ankara.

Topkaya, Ö. (2016). Sosyal Politikalar Bağlamında Dünya Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi. *Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C. 21, S. 2, 700-709.

Tunç, H. (2019). *Türk Anayasa Hukuku*. Ankara: Gazi Yayınları.

Türk Dil Kurumu. (2019). *Güncel Türkçe Sözlük*. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=tdk.gts.5c54b5e5783cd2.15510383 (E.T.: 03.02.2019).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı. (2019). *Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile İlişkileri*. <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/dsoandturkey.pdf> (Erişim Tarihi: 03.02.2019).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2019). *Tarihçe*. <https://www.saglik.gov.tr/tr,11492/tarihce.html> (E.T.: 21.03.2019).

Ulusoy, A. D. (2019). *Türk İdare Hukuku*, Ankara: Yetkin Yayınları.

Uyar, L. (Derleyen ve Çeviren). (2006). *Birleşmiş Milletler 'de İnsan Hakları Yorumları İnsan Hakları Komitesi ve Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, 1981-2006*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

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

Yağcı, M. İ. ve Duman, T. (2016). Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, C. 7, S. 2, 218-238.

Yılmaz, F., Tosun, B. ve Çolak, M. Y. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Özel Hastaneler ve Sağlık Sistemi Üzerine Etkileri. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-Büsbid*, C.1, S. 1, 63-79.

Zengin, N. (2010). Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, C. 1, S. 1, 1-47.

Yararlanılan Mahkeme Kararları

Anayasa Mahkemesi 06.01.2011 T, 2010/58 E., 2011/8 K. Sayılı Kararı, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110226-12.htm>, (E.T.: 15.04.2019).

Anayasa Mahkemesi Kararı, 03.10.2013 T., 2012/103 E., 2013/105 K., <http://www.kararlaryeni.anayasa.gov.tr/karar/content/e1b37bcb-3539-43d3-83f3-6503b737026d?excludegerekce=false&wordsonly=false>, (E.T.: 05.02.2019)

AYMK, 12.4.1990 Tarih, E. 1990 /4 – K. 1990 / 6. Sayılı Kararı İçin bkz., (Çevrimiçi),

AYMK, 14.2.2013 Tarih, E.2011/150 – K. 2013/30. Sayılı Kararı İçin bkz., (Çevrimiçi), <https://www.sinerjimevzuat.com.tr/index.jsf?dswid=-895#>, (E.T.: 19.05.2019).

AYMK. 24.12.2007 Tarih, E.2004/114 – K.2007/85 Sayılı Kararı için bkz., (Çevrimiçi), <https://www.sinerjimevzuat.com.tr/index.jsf?dswid=-895#>, (E.T.: 19.05.2019).

AIHM, Calvelli Ve Ciglio/ İtalya Davası, No: 32967/96, (Case Of Calvelli And Ciglio V. Italy (Application No. 32967/96), [https://hudoc.echr.coe.int/tur#{\"fulltext\":\[\"calvelli\"\],\"documentcollectionid2\":\[\"grandchamber\",\"chamber\"\],\"itemid\":\[\"001-60329\"\]},](https://hudoc.echr.coe.int/tur#{\) (E.T.: 15.04.2019).

AIHM, D/Birleşik Krallık Kararı, No: 32040/96 (Case Of D. V. The United Kingdom, Application No. 30240/96), (Çevrimiçi), [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{\"appno\":\[\"30240/96\"\],\"itemid\":\[\"001-58035\"\]},](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{\) (E.T.: 05.04.2019)

AIHM, Mehmet Şentürk ve Bekir Şentürk/Türkiye Davası, 09.04.2013 Tarih, Başvuru No:13423/09, http://serkancengiz.av.tr/fileadmin/articles/mehmet_%c5%9eent%c3%bcrk_ve_bekir_%c5%9eent%c3%bcrk_v._t%c3%bcrkiye__t%c3%bcrk%c3%a7e_.pdf, (E.T.: 15.04.2019)

Yararlanılan İnternet Kaynakları

<https://www.resmigazete.gov.tr/>

<https://www.saglik.gov.tr/>

<http://www.hrtc.n.net/>