

**T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÖNETİM BİLİMLERİ BİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE REFORM: TEMEL SAĞLIK
HİZMETLERİ (TSH) ÜZERİNE BİR İNCELEME**

Doktora Tezi

Songül DEMİREL DEĞİRMENCİ

Ankara-2021

**T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÖNETİM BİLİMLERİ BİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE REFORM: TEMEL SAĞLIK
HİZMETLERİ (TSH) ÜZERİNE BİR İNCELEME**

Doktora Tezi

Songül DEMİREL DEĞİRMENCİ

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ozan ZENGİN**

Ankara-2021

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÖNETİM BİLİMLERİ BİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE REFORM: TEMEL SAĞLIK
HİZMETLERİ (TSH) ÜZERİNE BİR İNCELEME**

DOKTORA TEZİ

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ozan ZENGİN**

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Adı ve Soyadı

İmzası

1- Prof. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR

2- Doç. Dr. Ozan ZENGİN

3- Doç. Dr. İpek ÖZKAL SAYAN

4- Dr. Öğr. Üyesi Recep AYDIN

5- Dr. Öğr. Üyesi Osman Gökhan HATİPOĞLU

Tez Savunması Tarihi: 28.12.2020

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Doç Dr. Ozan ZENGİN danışmanlığında hazırladığım “Sağlık Hizmetlerinde Reform: Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Üzerine Bir İnceleme (Ankara.2021) ” adlı yüksek lisans ☐ - doktora/bütünleşik doktora ☒ tezindeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallarına uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul edeceğimi beyan ederim.

Tarih:
Adı-Soyadı ve İmza

ÖNSÖZ

İşin yoğunluğu ve aile hayatı kurmak için harcanan çabalarım dışında; bu tez bir çok insanın uzun bir çalışmasının ve desteğinin ürünüdür. Alanlarında yetkin birer akademisyen olmaları yanında bu süreçte hayli insancıl ve nazik olmaları sebebiyle; başta danışman hocam Doç. Dr. Ozan ZENGİN olmak üzere Tez İzleme Komite’nde bulunan Prof. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR ve Doç. Dr. İpek ÖZKAL SAYAN’a şükranlarımı sunarım. Bir maille telefonun karşısında bulduğum Prof. Dr. Kayıhan PALA, Prof. Dr. Ahmet SALTUK ve Prof. Dr. Erhan ESER’e öğrenci yetiştirmeye verdikleri değer ve destekleri için teşekkürü bir borç biliyorum.

İş yaşamımda yükümü alan ve beni destekleyen başta Doç. Dr. Gamze Ebru ÇİFTÇİ olmak üzere; en üst hiyerarşiden en alt hiyerarşiye kadar tüm mesai arkadaşlarıma teşekkür ediyorum. Eşim Süleyman DEĞİRMENCİ’ye yaşamımı kolaylaştırdığı, çocuklarıma ikinci bir aile olan kayınvalidem Güllü DEĞİRMENCİ ve kayınpederim Cemal DEĞİRMENCİ’ye bu süreçte beni aratmadıkları için minnettarım. Bu tezi kızım Masal ve oğlum Hazer Cem’e ithaf ediyorum.

Songül DEMİREL DEĞİRMENCİ

2020, ÇORUM

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ VE DEVLETİN ROLÜ

I. SAĞLIK KAVRAMI, SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ VE PİYASALAŞMA (MA) SI NİTELİĞİ	10
A. Sağlık Hizmet Sunumunun Dışsallık, Asimetrik Bilgi ve Tekelleşme Eğilimi	15
B. Sağlık Hizmeti Alma Hakkının Uluslararası Sözleşmelerle Korunması ve Hizmetin Boyutu Tartışmaları	27
C. İktidarın Meşruiyetini Sağlama ve İktidarını Gösterme Biçimi Olarak Sağlık Hizmeti	49
D. Kapitalizmin Sürdürebilirliği İçin Sağlık Hizmeti	53
II. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	60
A. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	60
B. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	63
B. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	65
II. SAĞLIK HİZMETLERİ İÇİNDE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ	66
IV. DEVLET VE KAMU HİZMETİ İLİŞKİSİ	80
V. BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ	89

İKİNCİ BÖLÜM

MODERN DEVLETİN SAĞLIK HİZMETİ SUNMASI

I. MODERN DEVLET ÖNCESİ SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU	95
II. MODERN DEVLET SONRASI SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU	116
A. Sosyoekonomik Değişimler	119
B. İdeolojik ve Siyasal Değişimler	133
C. Sosyal Hakların Gündeme Gelişi	138
D. Kapitalizmin Krizleri ve Devletin İşlevlerinin Yeniden Tanımlanması	167
E. Tıp Alanındaki Değişimler; Kentleşme, İşçi Sınıfının Oluşumu ve Bulaşıcı Hastalıklar	177

III. DEVLETİN SAĞLIK HİZMETLERİ SUNMA SÜRECİ	187
IV. BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ	212

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK VE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

I. MODERNLEŞME HAREKETLERİ ÖNCESİ TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ	218
II. MODERNLEŞME HAREKETLERİ SONRASI TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ	228
A. Salgınlarla Sağlık Hizmet Yönetiminin Merkezileşmesi ve Uluslararasılaşması	234
B. Savaş Sonrası Ülkenin Toparlanması ve Nitelikli İş Gücünün Oluşturulması	250
C. Sağlık Hizmetlerini Devletin Üstlenmesi: “Sosyalleştirme”	267
D. 1980 Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Liberalizasyonu	282
E. 2000’li Yıllar ve Sağlıkta Dönüşüm Programı	294
III. BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ	317

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİYLE İLGİLİ MEVCUT DURUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

I. ALMA ATA (1978) VE ASTANA (2018) KONFERANSLARINDA TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ	324
II. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE DÜNYA VE TÜRKİYE	338
III. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ VE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE (AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ, TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİ) ÇORUM İLİ	358
A. Erişilebilirlik	367
B. Kapsamlılık	375
C. Hizmette Süreklilik	385
D. Koordinasyon	388
IV. BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ	391
SONUÇ	396
KAYNAKÇA.....	411
ÖZET	481
ABSTRACT	482

GİRİŞ

Sağlık, geçmişte de bugün de insanoğlunun yeri doldurulamayan hazinesidir. İnsan yapmak istediği her şeyi sağlıklı olduğu takdirde yapabilir. Sağlık, insanın sahip olduğu her şeyden yararlanabilmesinin öncelikli şartıdır. Sağlık, olduğunda değeri pek bilinmemekle beraber olmadığında değeri herhangi bir şeyle ölçülemeyecek denli kıymetlidir.

Sağlıklı olmanın anlamı geçmişten günümüze kadar bir hayli değişmiştir. Eski zamanlarda sağlıklı olmanın göstergesi hasta olmamakken; sonraki zamanlarda hastalandıktan sonra kısa sürede iyileşmek sağlıklı olmanın göstergesi kabul edilmiştir. Sağlıklı olabilmek, sağlıklı kalabilmek ve sağlığı tekrar kazanmak birçok etkenle yakından alakalıdır. Bilim ve tıptaki ilerlemeler bu etkenlerin neler olduğunu ortaya çıkardıkça; sağlığın da çok yönlü bir iyilik hali olduğu anlaşılmıştır. İnsanın yaşam koşullarını belirleyen siyasal, sosyal, ekonomik ve kültürel tüm faktörler onun sağlığını da yakından ilgilendirmektedir. Beslenmenin, sağlıklı konutlarda oturmanın, temiz çevrede yaşamının, sağlıklı suya erişebilmenin vb hastalıklarla yakından ilgisi olduğu artık kanıtlanmıştır. Örneğin ülkedeki siyasal iktidarın sosyal hakları teslim etmek konusundaki duruşu genel ücret düzeyini, bu ise refah düzeyini artıracaktır. Bireyin sosyal durumu da sağlığını belirleyen etkenlerden biridir. Örneğin, işsiz olup olmamanız, yaşamak için elzem sayılabilecek ihtiyaçlarınızı karşılayabilme gücünüzü belirlediğinden sağlıkla yakından ilişkilidir. Kültürel düzeyiniz; genetik yatkınlığınız olan hastalıklara karşı duyarlılığınızı artırarak korunmak için obeziteyle mücadele etmenizi, spor yapmanızı, erken tanı testlerinizi geciktirmemenizi ve sağlık hizmetinden nasıl yararlanacağınız konusunda bilinçli olmanızı beraberinde getirmektedir. Yaşamsal ihtiyaçlarınızı karşılamak için gerekli ekonomik koşullara sahip olup olmamanızın da, sağlığınızı önemli ölçüde etkilemektedir. Sağlık birden çok belirleyicinin etkisi altındaysa; sağlıklı toplumların inşası da ancak çok yönlü bir mücadeleyle mümkün

olabilecektir. Tek başına bireyin sağlık hizmeti alması onu hastalıktan koruyamamaktadır. İnsan dolaşımının hızlandığı günümüzde, bireyin sağlık durumunu muhafaza etmesi yalnızca içerisinde yaşadığı toplumun sağlıklı olmasıyla da bitmemektedir. Her birimizin sağlığı dünyanın tümünün belirli sağlık düzeyini yakalaması ve beraber mücadele etmesine bağlıdır. Bunun için bireyin çabaları yetersiz kalacağından, bunu sağlayabilecek olan güç topluca yönetme iktidarı olan, devlettendir.

O halde sağlıklı bir toplumun temeli yalnızca sağlık hizmeti sunmakla ilgili bir mesele değildir. Hastalık ortaya çıktıktan sonra yapılan sağlık hizmeti önemlidir ancak; daha da önemli olan ortaya çıkmadan önce yapılacak olan faaliyetlerdir. Hastalık ortaya çıktıktan sonra iyileşene kadar eziyet çekilmektedir. Yaşamınızın sınırlı olduğu düşünüldüğünde, sağlıklı yaşamaya devam edemediğiniz her dakika bir kayıptır. Sağlık hizmetleri içerisinde koruyucu olanlar, tedavi edici hizmetlere göre daha ucuzdur. Bu nedenle diğer sağlık hizmetleri içerisinde koruyucu sağlık hizmetleri önemli bir yere sahiptir.

Hastalıkları önlemek için yapılan koruyucu sağlık hizmeti ve ondan türetilen sağlığı geliştirme hizmetleri, tedavi hizmetlerinden yalnızca birinci basamakta yapılabilecek ayaktan ve basit tıbbi müdahaleler, yine birinci basamakta sunulabilecek rehabilitasyon ve palyatif bakımı içeren hizmetlere, temel sağlık hizmetleri denmektedir. Temel sağlık hizmetlerinin ülkelerin gündeminde yer bulması; 1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansı'yla olmuştur. Birleşmiş Milletler'e (BM) bağlı bir örgüt olan Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından bir konferans gerçekleştirilmiştir. Konferansta temel sağlık hizmetlerinin neler olduğu sayılmış; vazgeçilemeyecek “en alt sağlık bakım düzeyi (minimal care)”, “en az sağlık bakım düzeyi (minimal care)”, kavramı tartışılmıştır. Minimal care kavramının kapsamında aşağıdaki hizmetler sayılmıştır:¹

¹ Çağatay Güler, “**Temel Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Eğitimin Gereksiniminin Belirlenmesi ve Yöntemi**”, IV. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu 13-14 Nisan 2006 Manisa, s. 25-26, <http://>

- Halka sağlıklı olma ve sağlık kalabilmeleri için eğitim verilmesi
- Beslenmeyle ilgili durumun geliştirilmesi
- Temiz suyun temin edilmesi
- Aile planlaması ve ana-ocuk sağlığı
- Bağışıklama faaliyetlerinin sağlanması
- Sık grlen endemik hastalıkları kontrol altında tutmak
- Toplumda sıkça grlen hastalıkları ve yaralanmalar engellemeye yönelik

duyarlılık kazandırmak ve olması halinde uygun tedavilerinin sağlanması

- Temel ilaçlar listesinin çıkarılarak topluma karşılıksız sunulması

Ülkemiz de sayılan hizmetleri yapacağı taahhüdünde bulunmuş ülkelerden biridir. DSÖ Alma Ata Konferansı sonrası; erken tanı ve tedavi, konut sağlığı, ilaçla koruma (kemoprofilaksi), vektörlerle savaş, endüstri sağlığı, hava, radyasyon ve gürültü kirliliği konularını da dahil etmiştir. Temel sağlık hizmetleri incelendiğinde; tek başına sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların bu hizmetleri sağlayamayacağı aşıkrdır. Ancak bu hizmetler sağlandığında toplumsal refah artışıyla beraber sağlık düzeyi de yükselecektir.

Tezin konusu DSÖ'nün önderliğinde 1978 Alma Ata Konferansı'nda ilk defa devletlerin gündemine alınan temel sağlık hizmetleridir. Konferans sonrası kararlara ülkemizin de katıldığı TSH hedefleri noktasında hangi aşamadayız? Toplumun tümünü ilgilendiren en az ve en alt sağlık bakımı olarak tariflenen temel sağlık hizmetlerinin kamu eliyle görülmesi gerekliliğinin nedenlerini ortaya koymak amaçlar arasındadır. Tezin iddiası temel sağlık hizmetlerinin; liberalleşme yönündeki adımlar da eklenince ne kamu hizmeti anlayışı çerçevesinde ne de DSÖ'nün belirlemiş olduğu ölçütler çerçevesinde sunulmadığını ortaya koymaktır. Bu iddiaya ulaşmak için ilgili kavramlar tanımlanmış, sağlık hizmetlerinin geçmişten günümüze nasıl verildiği incelenmiş ve

sonuçta TSH'nın mevcut durumu üzerinden tartışma sonuçlandırılmıştır. Tezin soruları arasında;

Temel sağlık hizmetlerini devlet mi/piyasa mı sunmalı? Ülkemizde mevcut sağlık hizmetleri içerisinde temel sağlık hizmetleri kapsamında sunulan hizmetler, kamu hizmeti ölçütlerini karşılamakta mıdır? Temel sağlık hizmetleri geçmişten günümüze kim ya da kimler tarafından sunulmuştur? Temel sağlık hizmetlerinin süreç içinde odak haline gelmesi nasıl olmuştur? Dünyada ve ülkemizde temel sağlık hizmetlerinin durumu nedir? Günümüzde temel sağlık hizmetlerini sunan kurumlar kimlerdir? Ülkemizde sunulan temel sağlık hizmetleri DSÖ'nün belirlediği standartları içeren Primary Care Evaluation Tool (PCET) adındaki ölçekteki; erişilebilirlik, hizmetin sürekliliği, kapsamlılık ve koordinasyon (eşgüdüm) kavramlarını dolduruyor mu? Sunulan temel sağlık hizmetleri kamu hizmeti anlayışının gerektirdiği koşulları sağlıyor mu?

Tez dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; sağlık ve sağlık hizmetleri tanımlanarak, farklı ideolojilerdeki devlet tartışmalarına yer verilmiştir. Sağlık hizmetinin kendine has özellikleri ortaya koyulmuştur. Serbest piyasa koşulları altında sunulması halinde çıkabilecek sorunlar anlatılmıştır. Sağlık hizmetinde devletin rol almasındaki nedenlerden birincisi; kapitalizmin nitelikli iş gücüne olan ihtiyacının ortaya çıkmasıdır. İkincisi; uluslararası hukukun yarım asrı aşkın süredir devletlerin diğer insan hakları gibi sağlık hakkını da yerine getirmesi gerekli bir hak olarak kabul etmesidir. Üçüncüsü devletin kendi güvenliğini ve meşruiyet sebebini ortaya koymasında kamu hizmetlerini kullanmasıdır.

Bu bölümde ayrıca temel sağlık hizmetlerinin diğer sağlık hizmetleri içindeki yeri tarif edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin tamamının olmasada temel sağlık hizmetlerinin neden devlet eliyle sunulması gerektiği; insan, devlet ve piyasa gerçeklikleri üzerinden tartışılmıştır. Devletlerin hangi hizmetleri kamusal ya da yarı

kamusal hizmet olarak gördüğü tartışmalarını bir kenara bırakırsak; kamu hizmetinin hangi ilkeler çerçevesinde verilmesi gerektiği karşımıza çıkmaktadır. İhtiyaç ortaya çıktığında süreklilik arz edecek biçimde sunulması, kamusal gereksinimlere göre uyarlanabilmesi ve değişebilmesi özelliğinde, hizmetten yararlananlara karşı nesnel ya da eşit bir biçimde ve bedelsizlik ölçütleriyle sunulması kamu hizmetinin özellikleridir.

İkinci bölümde; devletin kurumlarının günümüzdeki biçimiyle olmadığı ya da kurumlarını inşa etmediği zamanlarda sağlık hizmetlerinin nasıl verildiği tarihsel bir sıralamayla incelenmiştir. Devletin sağlık hizmeti konusunda kendini sorumlu sayması süreç içerisinde bazı gerekliliklerden doğmuştur. Toplumsal yaşama yön veren pek çok olay devlet mekanizmasını da değişime zorunlu tutmuştur. Bu değişim takip edilerek merkezi idarenin sağlık hizmetini nasıl ve neden üstlendiği anlaşılmaya çalışılmıştır.

Üçüncü bölümde; Türk tarihinde sağlık hizmetinin nasıl evirildiğine yer verilmiştir. Dünyada olduğu gibi Türk tarihinde de devletin sağlık hizmeti sunmasının hangi evrelerden geçtiğine, hangi kurumlar eliyle sunulduğuna yer verilmiştir.

Dördüncü bölümde; temel sağlık hizmetleri kavramının nasıl ortaya çıktığı ve uluslararası toplantılarda ne yönde değiştiği izlenmiştir. Birleşmiş Milletlere bağlı DSÖ'nün düzenlediği, Alma Ata (1978) Konferansı sonrası “Temel Sağlık Hizmetleri” (TSH/Primary Health Care), bir toplumda yaşayan insanların çoğunun kabulleneceği usullerle, hepsinin katılımıyla, ülkenin karşılayabileceği bedelle sağlanan çekirdek sağlık hizmeti olarak kabul edilmiştir.

Tezin odağına “primary health care” kavramını almış bulunuyoruz. Bu kavram Türkçeye; “basic health services”, “primary care”, “primer sağlık bakımı”, temel sağlık bakımı”, “birincil sağlık bakımı” ve “birincil sağlık hizmetleri” olarak çevrilmiştir. Çalışmada kavramın temel sağlık hizmetleri olarak çevirerek, kullanacağız.

Birleşmiş Milletlere bağlı Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamaları ve hedefleri doğrultusunda ele aldığımız tezde tanımlamayı da bu doğrultuda yağıcağız. DSÖ

TSH'yi; koruyucu sağlık hizmetlerinin tümünü, ayakta tedavilerin yapıldığı tedavi edici hizmetleri, yataklı tedavi kurumları dışındaki rehabilite edici hizmetleri ve palyatif hizmetleri kapsayan hizmetler olarak tariflenmektedir. Devam ederek; TSH'nin; belirli hastalıkları ve koşulları tedavi etmekten ziyade insanları önemsemenin koyulması gerekmektedir. TSH'nin dayanak noktası tüm insanların, ülkelerinde doğru bakım almayı hak ediyor olmasıdır. Bir insanın yaşamı boyunca ihtiyaç duyduğu sağlık ihtiyacının %90'ının TSH kapsamında karşılanabileceğini yazmaktadır. Dünyanın yarıdan fazla nüfusunun bu hizmetleri alamadığını eklemektedir.

TSH ülkenin sağlık hizmetinin özünü içeren, toplumsal gelişmenin yapı taşlarından biri olarak görülmektedir. TSH, ulusal sağlık sisteminde; insanların günlük ortamlarına olabildiğince yakın, insanların ilk başvurdukları, sağlık örgütünün en alt basamağı şeklinde tanımlanmıştır. Buradan sağlık kurumları arasında TSH'nin verilmesi gereken yerler Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) olduğu açığa çıkmaktadır.

Temel sağlık hizmetlerinin gereğince sunulup sunulmadığına dair farklı ölçekler bulunmaktadır.² DSÖ' de TSH uygulamalarını ölçmek üzere, Primary Care Evaluation Tool (PCET) adında bir ölçek geliştirmiştir. Bu ölçek sunulan TSH'nin; erişilebilirlik, hizmetin sürekliliği, kapsamlılık ve koordinasyon kavramlarını yeterince karşılayıp karşılamadığı üzerinden hizmetleri ölçmektedir. Çalışma için başlangıçta ülke genelinde bakanlığın elinde bulunan hazır verilerden yararlanılması düşünülmüştür. Uzun süren resmi yazışmalar sonucunda COVID-19 pandemisinden dolayı tamamlanamayan evrak eksikliği neden olarak gösterilip, veriler paylaşılmamıştır. Sonrasında başvuru Çorum İl Sağlık Müdürlüğü tarafından istenen verilerin, paylaşılmasında herhangi bir sakınca olmayanlar verilmiştir. Bu ise çalışmanın maalesef kısıtlarından biri olmuştur.

² Tülay Lağarlı, Erhan Eser, Mustafa Akdeniz, vd. , “Bazı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Birimlerinde Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi”, **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi**, 2011 Cilt 9 Sayı 1, s. 16-32.

Son bölümde temel sağlık hizmetleriyle ilgili bir değerlendirme yapılmış fakat hedeflenen noktada yetersiz kalınmıştır.

Gereğince yapıldığı takdirde sağlık genel düzeyinin yükselmesini sağlayacak olan TSH'yi, odağına alan bu çalışma siyaset bilimi ve kamu yönetimi bakış açısıyla halk sağlığının konuları üzerindedir. Bu yönüyle disiplinler arasıdır. Sağlık hizmetine dair yapılan bu tezde halk sağlığı ve siyaset bilimi ve kamu yönetimi (yönetim bilimleri) zelinde bir çalışma çıkarmak, her iki disiplin alanıyla ilgili konular üzerinde çalışırken kapsam dışına çıkan konularda derinleşmeden ana konu üzerinde gitme lüzumunu ortaya çıkarmıştır. Diğer çalışmalardan farklı olarak devletin tarih içinde, TSH'yi sunma sürecindeki rolünü ortaya koyan, ilk geniş kapsamlı çalışmadır. Alana katkı sağlayacağı düşünülen bu durum yanı zamanda çalışmanın kısıtlarından biri olmuştur. Sağlık politikası çalışacaklara ve kamu idarecilerine yazınsal birikim sağlayacağı düşünülmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ VE DEVLETİN ROLÜ

Sağlık hizmeti diğer mal ve hizmetlerden farklıdır. Tam rekabet piyasasına uygun olan bir hizmet değildir. Bedel ödenmesi gereken bir piyasalaştırılma sonunda hizmete en çok ihtiyaç duyanlar bedelini ödeyemeyecek toplum kesimleri olacaktır. TSH, toplumun genelini ilgilendiren sağlık risklerini ortadan kaldırmayı hedeflemektedir. Hizmet kamu eliyle sunulmadığında her bireyin risk algısı farklı olduğundan bedeli ödenmek istemeyebilecektir. Bu durumda tüm toplumu ilgilendiren sağlık sorunları ortaya çıkabilecektir. Sağlık hizmeti pozitif dışsallığının fazla olduğu bir hizmettir. Toplumdaki bireyler arasında fırsat eşitliği sağlayabilecek bir hizmet olması gibi özellikleri bulunmaktadır. Hizmet verilmediği takdirde sağlıklı toplumlar, o toplumda yaşayan herkes için çeşitli sorunlara kapı açabilecektir. Sağlıklı kalmak her insanın arzusudur. İşte bireyin bu arzusu hizmet piyasalaştırıldığı takdirde; kolayca manipüle edilebilecektir. Sağlık hizmetine olan ihtiyacın miktarı ve zamanı belirsizdir. Hizmeti sunan birimlerin parçalı bir yapıda olmaları acil hallerde işbirliği yapılamamasına ve kolaylıkla müdahale edilememesine neden olacaktır. Hastalığın teşhis ve tedavi edilmesinde kullanılan alet, araç, gereç, cihaz vb pahalı yatırımları gerektirmektedir. Sağlık hizmetini sunmak içinse; yüksek eğitilmiş çalışanlar gerekmektedir. Bu iki durum oligopolleşme eğiliminde bir piyasayı doğuracaktır. Bahsi geçenler TSH'nın bir kamu hizmeti olarak kabul edilmesinin nedenleridir.

Sağlık hizmetini devletin sunmasının diğer bir nedeni sağlığın bir hak olarak ulusal ve uluslararası hukukta kabul edilmiş bir hak olmasıdır. Sağlığın içinde bulunduğu sosyal haklar refah devleti döneminde devletlerin yasalarına dahil olmuşlardır. Neoliberal politikaların rüzgârıyla her ne kadar bu hakların devlet

tarafından kapsamı daralsa da, birçok ülke bu hakkın gereğini yerine getirmeye çalışmaktadır.

Devletin kamu hizmeti sunması; vatandaşın faydasından öte demokratik toplum düzenlerinde kendi meşruiyetini sağlama ve gösterme biçimidir. Bundan dolayı iktidarlarında tercihi olmuştur. Sağlık hizmeti, eğitim hizmeti gibi beşeri sermayenin gücünü ve sürekliliğini sağlayan hizmetlerden biridir. Kapitalizmin sürdürülebilirliğinin sağlanması; üretim ve tüketimin devam edebilmesi ve karın sağlanması için asgari oranda hizmetin kamu eliyle sunulması elzem kabul edilmektedir. Belirli sağlık düzeyini yakalamış toplumlar cazip üretim alanlarıdır. Dünyadaki yatırımların yönü buna göre belirlenecektir.

TSH'nin diğer sağlık hizmetlerinden ayrıcalıklı yönleri bulunmaktadır. TSH'nın içerisinde bulunan çoğunlukla koruyucu tedbirler, toplumların sağlık düzeyini yükselteceklerdir. TSH toplumun tamamına hitap eden yaygın bir örgütlenmeyle verildiğinde toplumsal refaha katkı sağlayacaktır. Tedavi edici hizmetlerine oranla çok ucuz olan bu hizmetlerin, ülkeye yükü de az olacaktır. Bu haliyle tedavi ve rehabilite edici hizmetlerden ayrı değerlendirilmesi gerekmektedir.

Devlet aygıtına her siyasal sistem farklı görevler yüklemiştir. Devletin üstlendiği hizmetlere kamu hizmeti adı verilmektedir. Devletin hiçbir kamu hizmeti üretmemesi gerektiğini iddia eden siyasal teorilerden, devletin tüm üretim araçlarına hâkim olması gerektiğini iddia eden siyasal teorilere kadar geniş bir yelpaze bulunmaktadır. Günümüzde çoğunlukla devletlerin sağlık hizmetini az ya da çok verdiği gözlenmektedir. Ülkemizde kamu hizmeti süreklilik, değişkenlik, nesnellik ve bedelsizlik ilkeleri doğrultusunda sunulmalıdır. TSH' da bu ilkeleri karşılayacak biçimde sunulmalıdır.

I. SAĞLIK KAVRAMI, SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ VE PİYASALAŞMA (MA) Sİ NİTELİĞİ

Sağlık ve sağlıklı olma kavramlarına; içerisinde bulunulan dönemin özelliklerine göre farklı anlamlar yüklenmiştir. Sağlığın tanımına ilişkin ilk yaklaşımlara baktığımızda; Hygieia; sağlığı açıklarken disiplinli ve sorumlu bir hayat sürdürme, Aesculap ise hastalıklarla baş etme sanatı olarak tanımlamıştır. Tanımlamaların yapıldığı zamanlarda sağlık, hastalık kavramıyla beraber ele alınmakta, hastalık halinin tersi gibi ortaya konulmaktadır. Benzer biçimde ilk çağlarda çoğu insan, bireylerin hastalanmalarının ana nedenini; kötü ruhlar ve cinler olduğunu düşünmüş ve hastalıktan kurtulmak için çoğunlukla büyü ve sihir gibi yöntemleri tercih etmişlerdir. Bu inanışlar zamanla bilimin gelişmesiyle paralel bir biçimde hastalıklara bakış açısı değişmiştir. Tıp alanında ki yenilikler ve mikroorganizmaların bulunması, teknolojideki gelişmeler dayalı geliştirilen tedavi usulleri gibi faktörlerin etkisiyle değişmiştir. Aggleton sağlığın tanımını, resmi ve resmi olmayan şeklinde sınıflandırmıştır. Sağlık profesyonelleri tarafından yapılan sağlık tanımları resmi tanım olarak kabul görürken; konuda yetkin olmayanların yaptığı tanımlamalar sağlığa ilişkin bireysel algılamalardan oluşmaktadır. Sağlığa dair resmi tanımlamalar kendi içerisinde ikiye ayrılmakta; negatif yönünü “hastalığın yokluğu” şeklinde ifade etmektedir. Ancak zaman içinde sağlıkla ilgili negatif tanımın, sağlık kavramının anlaşılmasını zorlaştırdığı ve hasta olmakla ilişkilendirilen tanımlamaların yerinde bir yaklaşım olmadığına dair görüşlerin artmıştır. Gelineen noktada sağlık; hastalığın simetriği kabul edilemeyeceği görüşleri ağır basmıştır.³

İyi olma/olmama, yaşamını sürdürebilme/sürdürememe, hasta olma/olmama gibi kavramlara yüklenen anlamlar; yaşanılan döneme, içinde bulunulan kültüre ve kişiden

³ Mehtap Tatar (Edit.), **Sağlık Kurumları Yönetimi-I**, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2631, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1599, s. 3-4.

kişiyi değişebilecek unsurlardır. Bu farklılıklar “sağlıklı olma” durumunun yitirilmesi sürecinin başlangıcına yüklenen anlamlardan kaynaklanır. Trafik kazasında ağır yaralı biri her toplumda hasta olarak kabul edilirken; başı ağrıyan birisinin hasta kabul edilip edilmeyeceği bireyin kendi algısıyla ve toplumun onu hasta kabul edip etmemesiyle ilgilidir.⁴ Hastalık belirtilerine her toplumun farklı tepki göstermesinin nedeni toplumsallaşmayla ilgilidir. Yapılan araştırmalarda Anglosakson kökenlilerin, Akdeniz kökenlilerle kıyaslandığında; rahatsızları için sağlık hizmeti taleplerinin daha az olduğu görölmüştür. Diğer bir araştırmada yerli Amerikalıların ağrı veren hastalıklara karşı objektif tavır takındıkları, İrlandalıların neredeyse inkâr ettikleri, Yahudi ve İtalyanların ise abartarak anlattıkları görölmüştür. Bunun nedenini anne-baba kavramı ve eğitimle ilişkilendirerek, hastalık belirtilerine verilen aşırı tepki olduğu kabul edilmiştir.⁵

Yüzyıllar boyunca sağlık, “hasta olmamak” üzerinden dar bir bakış açısıyla ortaya konulmuştur. Hastalık üzerinden gidildiğinde ise, hastalığın ne olduğunun bilinmesi gerekmektedir. Bir kimsenin hasta olup olmadığına dair algısı bireylerarası ve toplumlararası farklılıklar göstermektedir. Kişi, ağrısının olmadığı bir zamanda kendisini sağlıklı hissederken, tıbbi muayene ve tetkikleri itibariyle hasta olduğu ortaya çıkabilmekte; kimi zaman tersi bir durumlarda mümkün olabilmektedir. Hasta olmakla ve sağlıklı olmak arasında kesin bir sınırın çizilememesi, bu tanımlara yüklenen anlamın göreceli olması; ilgili kurumlarla yasa yapıcıları, sağlığı tanımlamaya veya sağlıklı olmanın çerçevesini çizmeye zorlamıştır. Sağlık hizmeti; insan sağlığı için zararlı etmenlerin ortadan kaldırılması, toplumun bütününün bu etmenlerden uzaklaştırılması, hastalananların tedavisi, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalanlara bağımsız bir biçimde yaşamlarını

⁴ Zafer Çirhinlioğlu, **Sağlık Sosyolojisi**, Nobel Yayın, Ankara, 2012, s. 21.

⁵ A.k, s. 40.

sürdürebilmeleri için rehabilitasyonu, toplumun sağlıkla ilgili düzeyin yükseltilmesi için planlanarak yapılan çalışmaların bütünüdür.⁶

Sağlıklı olmak, II. Dünya Savaşı sonuna değin hasta, sakat ya da ölümle sonuçlanan bir rahatsızlığın bulunmamasıyla eşdeğer tutulmuştur. Birleşmiş Milletler'in sağlıkla ilgili alanında faaliyet gösteren DSÖ, 1948'de yayınladığı Anayasası'nda; "sadece hastalık ve sakatlık olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal boyutlar göz önüne alındığında eksiksiz bir iyilik hali" olarak tanımlanmıştır. Geniş bir biçimde tanımlanarak bireyin sağlığı ile çevresel değişkenler arasındaki ilişkinin önemi vurgulanmıştır.⁷ DSÖ sağlık hizmetleri kavramına; hastalığın tanısı ve tedavisi veya sağlığın teşviki, bakımı ve restorasyonu ile ilgili tüm çabaları dahil etmiştir. Bunlara kişisel ve kişisel olmayan sağlık hizmetleri dâhildir.⁸

Sağlığın tanımında bulunan tam bir iyilik hali kavramı; bireyin iyilik içerisinde olmasını etkileyebilecek her olay ya da durum sağlığını da yakından ilgilendirebileceğini tarifler.⁹ Öyle ki sadece tıbbi bakımla ilgili değildir; sosyal, ekonomik ve kültürel ortamın durumu, yaşamı o nedenle de insan sağlığını etkiler. Sağlığın objektif tanımı tıbbi muayene ve yapılan tetkikler ışığında kişide herhangi bir hastalığın olmayışıdır. Sağlığın sübjektif tanımı ise kişinin kendisini sağlık açısından iyi hissettiği/algıladığı daha geniş kapsamlı bir durumu tarif etmektedir. Bu durum bireyin kendisine ve içerisinde yaşadığı topluma göre değişiklik göstermektedir. Fiziki, mental ve ruhsal iyiliği; çevre, beslenme, eğitim, gelenekler gibi başlıca faktörler belirlemektedir.¹⁰ Benzer biçimde eğitim, istihdam, gelir düzeyi, çalışma koşulları ve

⁶ Gamze H. Dağlı, **Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yapısı**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Bölümü ABD Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006, s. 12.

⁷ WHO, **Constitution of the World Health Organization**, <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution#:text=Health%20is%20a%20state%20of,belief%2C%20economic%20or%20social%20condition,> (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

⁸ WHO, **Health Services**, http://www.who.int/topics/health_services/en/, (Erişim Tarihi:19.09.2019).

⁹ Ferdi Çelikay ve Erdal Gümüş, "Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi", **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, 2011 Cilt 66 Sayı 3, s. 56.

¹⁰ A. Kadir Işık, **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Ekin Kitabevi, Bursa, 2005, s. 9.

toplumsal cinsiyet gibi unsurlar da sağlığı belirleyicidir. İşsiz kadın ve erkeklerde hastalık ve ölüm oranlarının çalışanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip insanlarda sigara içme oranı ve daha az fiziksel etkinlik yapma eğilimi daha yüksektir. İnsanların erken yaşta ölümleri ve yaşam boyunca hastalanma ve rahatsızlanmalarına yol açan faktörler; davranışlarına biçimleriyle, erken çocukluktaki gelişim, eğitim, çalışma ve yaşam koşullarıyla yakından ilgilidir. Temel sağlık hizmetleri bu eşitsizlikleri; hastalığa neden olan sigara, alkol ve şişmanlık gibi faktörleri önleyerek ve hastalıkları tedavi ederek azaltır.¹¹ Sağlığa ulaşımındaki eşitsizlikleri yukarıdaki sosyoekonomik nedenler dışında politik belirleyiciler ve sağlık sistemi yetersizlikleri belirler.¹² Sağlık sistemi birbirinden farklı yönelimlere sahip kişi ve kurumun karmaşık ilişkilerinin bulunduğu bir sistemdir. Sağlık sisteminin belirleyicisi, sistemi oluşturan alt sistemler, alt sistemlerin birbiriyle etkileşimi, hizmeti sunan örgüt yapısı ve hizmetin diğer tarafında bulunan hizmetin sunulduğu kişilerdir. Örneğin halk sağlığı sisteminde; çevre sağlığı, iş sağlığı, sağlık eğitimi gibi alt sistemlerden oluşmaktadır. Kişisel sağlık durumu kalıtsal, demografik, davranışsal ve eğitimle ilişkili alt sistemlerden etkilenmektedir.¹³ İyi bir sağlık sistemi, herkese, istediği yerde ve kaliteli hizmet sunabilmelidir. Hizmetin yapılandırılması ülkeden ülkeye değişmekle beraber, her durumda sağlam bir finansman mekanizması; iyi eğitilmiş ve yeterli ücret alan bir çalışanlar; karar ve politikalara kaynaklık edecek sağlam bilgi; nitelikli ilaç ve teknoloji sunabilmek için iyi hazırlanmış tesis ve bunu destekleyen lojistiği barındırması ortak yönleridir.¹⁴

¹¹ Kayıhan Pala, “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri”, **Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı**, Palme Yayınları, Ankara, 2015, s. 25-27.

¹² Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, “Sağlıktaki Eşitsizliklerde Hizmete Erişim Boyutu: OECD Ülkeleri İncelemesi”, **Eğitim Bilim Toplum Dergisi**, 2018 Cilt 16 Sayı 61, s. 66-67.

¹³ Dilaver Tengilimoğlu, Oğuz Işık ve Mahmut Akbolat, **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, Nobel Yayınevi, Ankara, 2012, s. 90-93.

¹⁴ WHO, **Health System Governance**, http://www.who.int/topics/health_systems/en/, (Erişim Tarihi:26. 09. 2017).

Sağlık hizmetleri yalnızca tedavi etmek değil; toplum sağlığının korunması ve bu sağlık düzeyinin artırılması için yapılan tüm çabaları eklemek gerekmektedir. Nusret Fişek sağlık hizmetini sağlığı korumak, geliştirmek ve hastalıkları tedavi etmek maksadıyla girişilen çalışmalar olarak ifade etmektedir.¹⁵ Sağlık hizmeti; hastalığın teşhis, tedavi ve rehabilitasyonundan ziyade hastalığın ortaya çıkmadan önlenmesi ve toplumun sağlık durumunun yükseltilmesini de kapsamını da barındırmalıdır.¹⁶

Sağlık hizmeti; sağlıklı olma durumunun korunması, sağlığa uygun çevre koşullarının sağlanması ve toplumun sağlık durumunun iyileştirilmesi, tüm devletlerin önde gelen hedeflerindendir. Sayılan hizmetlerinde dahil olduğu toplumun tüm sağlık ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik verilen hizmetler “sağlık hizmeti” kavramı altında değerlendirilebilir.¹⁷ Geniş çerçevede bakıldığında; sağlığa zararlı faktörlerin ortadan kaldırılması ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hasta olanların tedavisi, bedensel, ruhsal ve diğer becerileri eksilmiş olanların rehabilitasyonu maksadıyla girişilen çabalardır.¹⁸ Halkın sağlıkla ilgili talepleri ve gereksinimlerini karşılamak amacıyla ülke düzeyinde örgütlenmiş kurumlarca yapılan hizmetlerin toplamına verilen addır.¹⁹ O halde sağlık hizmetlerinin amacını şu şekilde özetlemek mümkündür. Öncelikle kişilerin hasta olmasını önlemek birinci hedeftir. Ardından tüm çabalara rağmen hasta olmuşsa hastalıkları tedavi etmek gerekmektedir. Buna ikinci hedef denilebilir. Tedavi sonrası sakat kalmışsa kişinin herhangi bir kimsenin yardımına ihtiyaç duymaksızın hayatını sürdürebilmesi için rehabilitasyon hizmeti vermektir.

¹⁵ Nusret Fişek, **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No: 2, Ankara, 1985, s. 4.

¹⁶ Metin Ateş, **Sağlık Sistemleri**, Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., İstanbul, 2011, s. 2.

¹⁷ Şahin Kavuncubaşı ve Selami Yıldırım, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 2010, s. 17.

¹⁸ **A.k.**, s. 34.

¹⁹ Zafer Öztekin, “Temel Sağlık Hizmetlerinde Sektörler Arası İşbirliği”, **III. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu**, 5-6 Mayıs 2005, Manisa, s. 9.

A. Sağlık Hizmet Sunumunun Dışsalılık, Asimetrik Bilgi ve Tekelleşme Eğilimi

Günümüzde çoğu devletin az ya da çok sağlık hizmetini yaptığı ya da müdahale ettiği görülmektedir. Bu anlamda devlet, hem arz eden hem de talep eden olarak piyasada bulunmaktadır. Burada sağlık hizmetini sunan çoğu hastanenin, sağlık sigortasını finanse eden sosyal güvenlik sisteminin ve sağlık personelinin önceliğinin kar etmek olduğunu söylemek yanlış olacaktır.²⁰ Sağlık hizmetlerinin tamamen devlet ya da tamamen özel sektör tarafından karşılandığı durumların nadir olduğu görülmektedir. Birçok ülke birden çok modeli bir arada kullanmaktadır.²¹

Sağlık hizmetlerinin kamu yararını amaçlaması için, kamu hizmeti olması gerekmektedir. Nitekim bazı sağlık hizmetleri tüm toplumun faydalanması için yapılmaktadır. Burada her bir bireyin faydasının bölünmesi mümkün değildir. Örneğin; içilebilir suyun sağlanması, çevre sağlığına yönelik denetimler, vektör kontrolü ve sıkça görülen bulaşıcı hastalıklar için alınacak önlemlerin yalnızca bedelini ödeyen için yapılması söz konusu olamaz. Benzer biçimde; cinsel yolla bulaşan hastalıklar, verem ve aşıyla önlenebilecek bazı hastalıklar, hastayı ilgilendirdiği kadar hastanın yakınlarını ve içinde yaşadığı toplumu da yakından ilgilendirmektedir. Bu tür sorunlarda hastalanan kişilerin sağlık hizmeti almasını beklemek, o toplumda yaşayan diğer insanların sağlığını da tehdit edebileceğinden, kamunun müdahalesi gerekmektedir.²² Yalnızca bireyin faydalandığı sağlık hizmetleri de elbette vardır. Örneğin; başı ağrıyan kimsenin ilaç alarak tedavi olması kişiye mahsus bir fayda sağlayacaktır. Öte yandan sivrisineklerle mücadelede yapılacak ilaçlama toplumun tümüne özgü bir fayda sağlayacaktır. Sağlığı korumak için yapılacak hizmetleri sınıflandırmak mümkün

²⁰ Yusuf Çelik, **Sağlık Ekonomisi**, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2011, s. 57.

²¹ **A.k.**, s. 57.

²² Emine Orhaner, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Sayı 1, s. 1.

olmamakla beraber bulaşıcı bir hastalığa karşı yapılan aşılama faaliyeti hastalığın toplumun tümüne bulaşmasını önleyecektir. Bireyler, faydası yalnızca bireye özgü olan sağlık hizmetlerini alabilmek uğruna para harcamaya hazırdırlar. Kamunun faydasına olabilecek bir harcama için ise; bedelini bir başkasının ödemesini bekleyebilecektir. Ancak bu bir genellemedir. Bu genellemenin aksine sağlık bilinci yüksek olan kişiler koruyucu sağlık hizmetleri için para harcamaya hazırda olabilirler.²³ Kamuya özgü harcama yapabilecek tüketicilere her zaman tam bir bilgilendirilme olamamakta ya da tıp biliminin niteliği gereği risk ölçülemeyebilmektedir. Hizmeti sunanlarla hizmeti alanlar arasında hizmetin değeri arasında her zaman bir farklılık olabileceği bu tür durumlarda hizmet bedelinin piyasa tarafından ödendiği bir model oluşturulamamaktadır.²⁴ Tüm toplumu ilgilendiren sağlık hizmeti ihtiyacı, karlı olan hizmetler haricindekiler piyasa tarafından sunulmak üzere tercih edilmemektedirler. Bundan dolayı salgınlar, çevre kirliliği ve bu sorunlarla mücadele yöntemleri, bağışıklama benzeri sağlığa dair ihtiyaçları temine yönelik sağlık hizmetlerini üretmek kamu hizmeti kabul edilmektedir. Sayılan hizmetlerin finansmanında kamu kaynakları kullanılmakta; sağlanan kamu kaynaklarının temelinde ise vergiler yer almaktadır. Kamu eliyle yapılmasının gerekliliği; dış fayda ve dış zararların etkilerinin dengelenmesidir. Dışsal fayda üreten sağlık hizmetleri sunmakla toplumun genel sağlığı korunmuş olacaktır. Piyasalaştırılmak istendiğinde; girişimciler bu alanın karlı olmaması nedeniyle faaliyete girişmek istemeyeceklerdir. Diğer yandan piyasa aktörleri; devletin “bölünemeyen” ve “koruyucu” nitelikteki bu sağlık hizmetlerini sunması halinde destekleyici yönde bir tutum takınabilirler. Buna rağmen sunulan hizmetin niteliği kamusaldır. Hastalığın yaygın görüldüğü veya görülebileceği toplulukların fazla olduğu bölgelerde bağışıklama çabaları bu yönde yapılan önemli

²³ Osman Hayran, “Sağlık Hizmetlerinin Özel ve Kamusal Yönü”, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, Osman Hayran ve Haydar Sur (Edit.), Yüce Yayın, İstanbul, 1998, s. 49.

²⁴ Emine Orhaner, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin...”, s. 1.

hizmetlerdendir.²⁵ Oysa koruyucu sağlık hizmetleri kazanç getirmemesinden olsa gerek geçmişte; limler, merkezi yönetimler ve yerel yönetimler dışında neredeyse hiç kimse için sorun olarak görülmediği gözlenmiştir.²⁶

Bu tür koruyucu sağlık hizmetleri kamusal hizmetlerden olup herkesin ihtiyai lsnde yararlanması gerekmektedir. Hizmetin piyasalaşması durumunda, mali gücü yetersiz olanlar kullanmayı tercih etmeyerek hastalanma olasılığını göz ardı edeceklerdir.²⁷ Serbest piyasa ekonomisi dışında olan veya çekici olmayan bu tür durumlarda ağrlıkla yoksul halk grupları için; devlet müdahale etmediği takdirde mevcut haliyle iyi olmayan dengeler daha da kötüye gidecektir. Bu durumda devlet sağlık hizmetlerine olan talebi elinde bulundurduğu verilerle daha doğru tahmin edebilecektir. Toplum kesimlerinin talebi belirlemesi mümkün olamamaktadır.²⁸ Yoksullar dışında yaşlılar ve kronik hastalar da sağlık hizmetine en çok gereksinmesi olanlardır. Bahsedilen toplum kesimleri sağlık hizmetlerine en fazla ihtiyai olmasına karşın bunu karşılayabilecek mali gücü olmayanlardır.²⁹ Kamu eliyle sağlandığı takdirde tıbbi hizmetten yararlanamayan toplumun zayıf ve risk altındaki kesimleri sağlıklarını koruma imkânına kavuşmuş olacaktlardır.³⁰

Hastalık ortaya çıktıktan sonra çözüm aramak demek; toplumun geri kalanını hastalığın tehdit etmesi demektir. Aynı zamanında çözüm bulunamayan bir bulaşıcı hastalık bir süre sonra çok daha fazla kaynak tüketilerek durdurulmaya çalışılacaktır.³¹ Risk algısı ve bedel anlamında; kolera olduktan sonra tedavisi için para ödemeye hazır insan çoktur; ancak hastalanmadan önce kolera salgınını önlemek için suların

²⁵ Asuman Altay, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, **Sayıştay Dergisi**, 2007 Sayı 54, s. 35-36.

²⁶ Nusret Fişek, “Sağlık Yönetiminde Modern Eğilimler”, **Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-I, Sağlık Yönetimi**, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/8.html, (Erişim Tarihi:15. 08. 2017).

²⁷ Alpaslan Işıklı, “Dünya Ekonomik Bunalımı ve Sosyal Haklar”, **Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu**, Belediye-İş Sendikası Yayını, 22-23 Ekim 2009, Antalya, s. 33.

²⁸ Emine Orhaner, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri...”, s. 1.

²⁹ Alpaslan Işıklı, “Dünya Ekonomik Bunalımı...”, s. 32.

³⁰ Faruk Sapanalı, Sağlık Hakkının Sosyal Dışlamayı nleme Fonksiyonu, “Avrupa Birliği’nde Sosyal Dışlanma Sorunu ve Mücadele Yöntemleri”, **alışma ve Toplum Dergisi**, 2005 Sayı 3, s. 83.

³¹ Yusuf elik, **Sağlık Ekonomisi**, s. 58.

temizliğini piyasa mekanizmasının çözmesini beklemek manasızdır. Doğrudan sağlıkla ilgili olmayan sağlıklı suyun sağlanması, sağlıklı kalmayı destekleyen bir kamu hizmetidir. Kamunun tamamen çekilmesi halinde çeşitli olumsuzlukların beraberinde geleceği muhtemeldir.

Temel sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü kapsayan koruyucu sağlık hizmetleri, dışsalılıkları itibariyle toplumun sağlıklı olmasının en önemli araçları arasında sayılmakta olduğundan, kamu idaresi tarafından üretimi zorunlu bir kamusal mal özelliği taşır. Temel sağlık hizmetlerine, özellikle de koruyucu sağlık hizmetlerine devletin yapacağı harcamaların artması sağlık göstergelerini iyi yönde değiştireceği düşünülmektedir. Sağlık sistemleri içerisinde kamunun üstlendiği rolün kapsamı genişlediğinde; ülkedeki kimi sağlık göstergelerinin yüksek çıkacağı öngörülmektedir.³²

Sağlık hizmetinin piyasa tarafından sunulmasındaki bir diğer sorun alanı; sağlıklı kalma içgüdüsünün kolayca manipülasyon yapılabilecek bir konu olmasıdır. İnsanın doğası gereği hayatta kalmak istemesi onun; kolaylıkla kapitalizmin çıkarlarına hizmet edecek biçimde sömürülmesi imkânını doğuracaktır. Günümüzde, sağlık alanındaki yenilikler sağlık hakkı tanımının içerik ve konu yönünden tekrar ele alınmasını gerektirmektedir. Nitekim bilinçli olarak yeni hastalıkların ortaya çıkarıldığı ve sosyal güvenliğin özelleştirildiği görülmektedir. Süreç önce yeni hastalıkların icat edilmesi, ardından bahsi geçen rahatsızlıkların sıkça görüldüğünün vurgulanması, devamında da tedavide kullanılacak araçların kapitalizmin henüz çıkmış piyasa mal ve hizmetleriyle sağlanacağını ifade edilmesiyle ilerlemektedir.³³

Sağlık hizmetini diğer mal ve hizmetlerden ayıran özelliklerden biri de talebin belirsizlik durumudur. Bu hem talep hem de arz için söz konusudur. Bu durum hizmete

³² Serkan Cura, “**Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Sistemlerinin ve Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliği: Karşılaştırmalı Bir Analiz**”, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Doktora Tezi, Manisa, 2012, s. 136.

³³ Umut Omay, “Sosyal Hakların Manipülasyonu: Sosyal Haklar Kapitalizmin Hizmetinde (mi?)”, **Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu**, Belediye-İş Sendikası Yayınları, 22-23 Ekim 2009, Antalya, s. 127-128.

olan talebi düzensizleştirmektedir. Çözümse ihtiyacın belirsizliğini ve risklerini göz önünde bulunduran teknikler ve yaklaşımlarla bunun netleştirilmesi olarak bulunmuştur.³⁴ Ne zaman nasıl hastalanacağımız bizim kontrolümüz dışında olduğundan sağlık hizmetine ihtiyacın ne zaman ortaya çıkacağını çoğunlukla belirlemekte mümkün olamamaktadır. Geciktirilmesi mümkün hastalık (katarakt, prostat) ya da tıbbi işlemler (estetik girişim, sağlık turizmi kapsamına giren tedavi yöntemleri) istenilen yer ve kurumda alınabilirken acil gereksinimlerde bireyler tercihte bulunamamaktadırlar. Talep edilen sağlık hizmeti başka bir hizmetle ikame edilememesi yanında stoklanarak sonrasında da kullanılamayacaktır. Sağlık hizmetine olan ihtiyacın zamanını belirleyemediğimiz gibi miktarını da önceden belirleyemeyiz. Hizmetin miktarına genellikle hizmet sağlayıcıların yönlendirmesiyle karar verilmektedir.³⁵ Ayrıca fiyata göre esnek olamayacak bir talep vardır. Başka bir deyişle, mesele sağlık olduğunda fiyat ne kadar artarsa artsın talep sabit olma eğilimindedir. Çünkü birçok insan, kendisi ya da yakınlarının sağlığını düşünerek parasının tamamını veya bütün malvarlığını kaybetmeye hazırdır. Bundan dolayı, sağlıkla ilgili faaliyet gösteren işletmeler, sağladıkları hizmetin karşılığını diledikleri fiyattan alabileceklerdir.³⁶ Diğer yandan hem hizmeti sunmak için gerekli olan profesyonel insan kaynağının yetişebilmesinin hem de, teşhis ve tedavide kullanılacak bina, araç, gereç ve tıbbi malzemenin pahalı olması bu sonucu getirmektedir.³⁷

Serbest piyasa ekonomisi içerisinde sözü edilen belirsizlikleri azaltarak yeterli pazar koşullarını garanti altına almak için sağlık sigorta sistemi geliştirilmiştir.³⁸ Bireylerin ne kadar sağlık hizmetine ihtiyacı olduğunu önceden bilmeleri mümkün değildir. Aynı şekilde sigorta şirketleri de bunu önceden bilemezler ancak bu riski belli

³⁴ Yusuf Çelik, **Sağlık Ekonomisi**, s. 55.

³⁵ Selin Ertürk Atabey, **Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası**, Gazi Kitabevi, Ankara, 2012, s. 17.

³⁶ Alpaslan Işıklı, "Dünya Ekonomik Bunalımı...", s. 32.

³⁷ Şahin Kavuncubaşı ve Selami Yıldırım, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, s. 56.

³⁸ İlker Belek, **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, Sorun Yayınları, İstanbul, 1994, s. 73

bir ücret karşılığında bireylerin üzerinden alırlar.³⁹ Oluşabilecek maliyetleri ise bazen tavan ya da taban sınır koyarak, bazen bazı hizmetleri ya da hastalıkları kapsam dışı tutarak karşılamaya çalışırlar. Ancak temel sağlık hizmetlerinin niteliği gereği ölçmek mümkün olamamaktadır. Sağlık hizmeti yeteri kadar üretilemediğinde toplumsal olarak taşıdığı önem yönünden çeşitli maliyetler oluşabilecektir. Faydası bireysel değil toplumsal olmasından dolayı sağlık hizmeti toplumsal bir nitelik kazanmıştır.⁴⁰ Serbest piyasa kapitalizmi bir yandan sağlık hizmetine erişimi azaltarak diğer yandan toplumsal eşitsizlikleri arttırarak sağlık eşitsizliklerine neden olmaktadır.⁴¹ Bu durumu terse çevirebilecek devletin üstlendiği sağlık hizmetleri, kendine özgü önemli dışsallıkları olan kamusal mal olarak kabul edilebilecektir. Bulaşıcı hastalıkların, kitlesel ölümlerin, sosyal ve ekonomik olumsuzlukların önüne geçilebilmesiyle toplumda yaşayan herkesin sağlık düzeyi yükseltilmiş olmaktadır. Hem fırsat eşitliğinin sağlanmasında hem de beşeri sermayenin oluşturularak yoksullukla mücadele edilmesinde önemli kazanımlar elde edilmektedir.⁴² Bu müdahaleler sosyoekonomik kalkınmada halkı harekete geçirmekle kalmayacak; üretimin artmasında, erken ölümlerin önlenmesinde, iş veriminin artırılmasında, çalışan ve değer üreten herkesin üretiminin çoğaltılmasında katkıda bulunacaktır.⁴³

Bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşması onların hayatta kaldıkları süreye, güçlerine, dirençlerine, dinamizmine, canlılığına ve çevresiyle uyumlu bir biçimde hayatlarını sürdürmelerine etki edecektir.⁴⁴ Sağlıklı olmak bireyin kendi yaşam kalitesinin yükselmesi yanında toplumun sağlığını fiziksel ve moral olarak iyi sonuçlarıyla yansıması sağlık hizmetinin yaydığı pozitif dışsallığı göstermektedir.

³⁹ Yusuf Çelik, **Sağlık Ekonomisi**, s. 56.

⁴⁰ Abdurrahman Akdoğan, **Kamu Maliyesi**, Genişletilmiş 11. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara, 2006, s. 46-47.

⁴¹ Osman Elbek, **Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır**, Hayy Kitap, İstanbul, 2013, s. 70.

⁴² Binhan Elif Yılmaz ve Sevinç Yaraşır, “Bir Küresel Mal Olarak Sağlık ve Finansmanında Resmi Kalkınma Yardımlarının Rolü”, **İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları**, 55. Seri-1, 2011, s. 9-11.

⁴³ Nusret Fişek, “Sağlık Yönetiminde Modern...”.

⁴⁴ Emine Orhaner, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin...” , s. 17.

Bireyin ve toplum genelinin sağığı korunduğıunda iş gücü ve ekonomik aktivitelerin aksamaması, sayılabilecek bir başka dışsal faydadır.⁴⁵

Sağık hizmeti piyasa tarafından sunulduğunda; sürekli kendi iç dinamik ve nitelikleriyle üretilip özel sektörün kazanç, rekabet ve büyüme dinamikleriyle sürdürülecek türden bir hizmet halini alabilecektir.⁴⁶ Sağık hizmetlerinde verimliliğı ve karlılığı artırmaya yönelik değışimler sağık sisteminin yapısını bozduğundan hizmete erişimi olumsuz etkileyebilmektedir.⁴⁷ Ancak sağık hizmeti tam rekabet koşullarında işleyebilecek bir hizmet alanı değıldir. Çünkü sağık hizmeti sunumunun ne kadar olacağı teknik bilgi anlamında daha güçlü olduğundan dolayı sağık personelinin liderliğinde işleyecek bir pazarlama sürecinde gerçekleşecektir. Hangi mesleğın daha ahlaklı olacağına dair herhangi bir varsayıma gidemeyeceğimizden bu durum istismarlara, gereksiz tıbbi bakım ve müdahalelere neden olabilecektir.

Sağık personelinin bilgi üstünlüğüne literatüründe verilen isim olan asimetrik bilgi sorununu⁴⁸, bankacılık, otomobil tamirciliğı, sigortacılık, teknoloji ürünleri gibi diğerk alanlarda da görmek mümkündür. Sayılan alanlarla ilgili derin bir inceleme gerekmezsin mal veya hizmet hakkında gerekli bilgilerin öğrenilmesi sağılanır. Örneğın taşıtlar, bilgisayar veya sigorta gibi fakat sayılanlar sağık hizmet derecesinde çok yönlü ve detaylı bilgi özelliğı taşımaz.

⁴⁵ Ferhat Sayım, “Sağık Hizmetlerinin Finansmanına İlişkin Ulusal Hesaplar ve Sağık Alanında Belediyelere Verilen Görev ile Yetkiler”, **Bütçe Dünyası Dergisi**, 2011, Cilt 1 Sayı 35, s. 155.

⁴⁶ Ali Karagölmez, “Anayasa Mahkemesi Kararlarında Sosyal Devlet ve Sosyal Haklar”, İbrahim Ö. Kaboğlu (Edit.), **Anayasal Sosyal Haklar**, Legal Yayıncılık, İstanbul, 2012, s. 189.

⁴⁷ Osman Elbek, **Kapitalizm Sağığa Zararlıdır**, s. 70.

⁴⁸ Asimetrik bilgi sorunu. “teknik anlamda ilk defa, G. A. Akerlof’un “*The Market for Lemons: Quality, Uncertainty and Market Mechanism*” (1970) adlı makalesi ile sistematik olarak iktisat literatürüne girmiştir. Başlangıçta sadece ikinci el araç (limon) piyasaları ve sigortacılık sektöründe “ters seçim” ve “ahlaki tehlike” temelinde ilişkilendirilen kavram daha sonraları diğerk katkılar ile birlikte günlük yaşamın hemen her alanında birçok kez gözlemlenebilir hale gelmiştir. Böylece, neoklasik teörının üretici ve tüketicilerin tam bilgiye sahip olduklarını varsayan tam rekabet piyasası yaklaşımına göre, bu durumun bir piyasa başarısızlığı olması iddiaları belirginleşmiştir.” Murat Sarıkaya, “Asimetrik Bilgi-İktidar ve Kurumsal Düzenleme Üzerine”, **Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakülte Dergisi**, 2002, Cilt 2 Sayı 3, s. 99, <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/152.pdf>, (Erişim Tarihi:21. 08. 2020).

Bilimdeki ilerlemelerle beraber tıptaki gelişmeler, sağlık hizmetinde derinleşmeyi ve uzmanlaşmayı artırmıştır. Sağlık hizmetleri dışarıdan bakıldığında ya da hakkında bir miktar bilgi öğrenildiğinde çözümlenemeyecek kadar karmaşık bir piyasa alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Neticede, sağlık hizmetini veren personelle, hasta ve yakınları arasında bilgi asimetrisinin bulunmasıdır. Hizmeti verenlerin bilgi farkı karşı tarafı etkileyerek onları yönlendirebilmesine olanak sağlamaktadır. Bu durumda rekabet ve hizmeti alanların memnuniyet düzeyi azalmaktadır. Hasta ve yakınlarıyla sağlık personeli arasındaki bilgi düzeyi farklılığının, hasta ve yakınlarını bilgilendirmekle azalacağı düşünülmektedir.⁴⁹ Bilgilendirmenin kapsamıyla ilgili Hasta Hakları Yönetmeliği'nde⁵⁰ geniş biçimde yer verilmiştir.

Sağlık ekonomistlerine göre; sağlık hizmetinin piyasaya bırakılması halinde; piyasa dengesi kurulurken, asimetric bilginin varlığı, piyasanın etkin çalışmasına engel olacaktır. Çoğu hizmet alan kimse kendilerine yapılacak tedaviyi, süresini ve hangi fiyatlandırma karşılığında yapılacağını çoğunlukla bilememektedirler. Dolayısıyla piyasa şartlarında hizmeti veren lehine bir durum ortaya çıkmaktadır.⁵¹

Asimetric bilgi, sağlık hizmetini sunan tarafta bulunan personelin, hastanın kararlarına yön verebilmesini kolaylaştırmaktadır. Genelde bu tutum ve davranışlar sağlık hizmetleri piyasasında kaynakların fazla kullanımına ve giderlerin artmasına neden olabilmektedir. Sonuçta hasta, sağlık hizmetlerini ne kadar ve nasıl kullanacağına doktorunun rehberliğinde karar vermekte ve doktor ise kendi karını maksimize etme güdüsüyle sağlık harcamalarını arttırabilme eğiliminde olacaktır. Hastaların yataklı tedavi kurumlarındaki yatış süresi, kullanacağı tedavinin ne olacağı, ne kadar kullanacağına benzer tüm kararlarda sağlık bakımını yapanların yönlendirmesi hastaların inisiyatif alanını yok etmektedir. Birey kendisine uygulanacak bakımın

⁴⁹ Selami Özcan ve Yunus Taş, “Sağlık Sektöründe Bilgi Asimetrisinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Yalova Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Bir Uygulama”, **International Conference On Eurasian Economies 2013**, s. 822-823, <http://avekon.org/papers/673.pdf>, (Erişim Tarihi:20.08.2020).

⁵⁰ Resmî Gazete, **Hasta Hakları Yönetmeliği**, Tarih:01.08.1998 Sayı:23420.

⁵¹ Selami Özcan ve Yunus Taş, “Sağlık Sektöründe Bilgi...”.

içeriğini tartışmadığı zaman, pazarlığa girememekte ve sağlık hizmetini denetleyememektedir.⁵² Hastanın hizmeti kullanmadan deneme imkânı bulunmamaktadır. Hasta doktor ilişkisi tamamen güvene dayalı olarak oluşturulmuştur. Her müdahalenin küçükte olsa bir riski vardır. Bu konuda hiçbir sağlık personeli, işlem öncesi garanti veremez.⁵³

Tüketici açısından, bir tersi seçim sonucu olarak bilgi birikim ve deneyime sahip olmayan doktorun tercih edilmesi durumunda ise refah kaybına yol açmaktadır. Hastanın hizmet aldığı sağlık sisteminin, sağlık kuruluşunun, hastanın kendisine sağlık hizmeti veren sağlık çalışanının bilgi ve deneyimini sorgulama olanak ve yeteneği bulunmamaktadır. Aynı zamanda, aynı hasta için, aynı konuda uzmanlaşmış bir hekim, diğer hekimin söylediğinden çok daha farklı bir teşhis koymuş olsa bile, hasta-hekim arasındaki o anın psikolojik ve sosyolojik yönlerden analizini yapabileceğimiz bulgular bilinmeyeceği için herhangi bir sağlıklı eleştiri veya karşılaştırma da yapılamamaktadır.⁵⁴ Neticede hizmetin içeriği ve fiyatlar istenildiği gibi düzenlenebilecektir. Üretici, tüketicilerin tercihlerini uyararak onu yönlendirebilecektir.⁵⁵

Tam rekabet piyasa koşullarının etkin işleyebilmesi, piyasada bazı koşulların mevcudiyetini gerektirmektedir. Bunlar; ekonomi konularında karar alan çevrelerin tam ve simetrik bilgi sahibi olması, dışsallığın olmaması, piyasaya giriş çıkışın serbest ve maliyetsiz olması, üretim faktörleri ve mallarla ilgili piyasa hareketliliğinin olması ve azalan maliyet yönünde üretim alanlarının olmaması olarak sıralanabilir. Sayılan koşulların bir ya da birden fazlasının gerçekleşmesine engel olan faktörlerin var olması

⁵² Emine Bilgili ve Eyyüp Ecevit, “Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 2008 Cilt 2 Sayı 11, s. 203.

⁵³ Dilaver Tengilimoğlu, **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2011, s. 56-58.

⁵⁴ Erdal Ünsal, **İktisada Giriş**, 4. Baskı, İmaj Yayıncılık, Ankara, 2007, s. 139-141.

⁵⁵ İlker Belek, **Sağlığın Ekonomi Politikası Sosyal Devletin Çöküşü**, Yazılama Yayınları, İstanbul, 2009, s. 151.

piyasa başarısızlığı olarak adlandırılmakta ve kamu otoritesinin müdahalesinin zorunlu olduğu argümanını desteklemektedir.⁵⁶

Sağlık hizmeti piyasalaştırıldığında; iyi faaliyet gösteren rekabete dayalı piyasa yapılanmasından hayli farklı olacaktır. Başka bir söylemle; standart piyasa şartlarını sağlayamayacaktır. Sağlık hizmetinin yapısından kaynaklı aksaklık ve “eksik bilgi” özelliğini taşıyacaktır. Tam rekabet piyasasında çok arz eden, kar hedefli işletmeler ve bilgi sahibi müşteriler bulunmaktadır. Sağlığın içinde bulunacağı piyasanın ise bu standart niteliklerden farklı olarak şu özellikleri barındıracaktır: ⁵⁷

- Nüfusun ve sermayenin bulunduğu kalabalık şehirler haricinde sınırlı sayıda hastane,
- Devasa karlara odaklanmayan işletmeler,
- Çoğunlukla eksik ve kötü bilgilenmiş alıcı,
- Tüketenlerin veya yararlananların çoğunlukla sahip oldukları sigorta vb. nedenlerle maliyetin bütününe katlanmak istememektedirler.

Sağlık hizmeti piyasalaştığında; “heterojen” nitelik barındıran bir piyasa oluşacaktır. Arz edilen hizmet heterojen nitelikte olduğundan, pazarla ilgili tam bilgiye vakıf olunabilmesi mümkün olmayacaktır. O halde birey rasyonel tüketim yapamayacaktır. Hâlbuki tam rekabet piyasasında bireyin tercihinin rasyonel olduğu kabul edilmektedir. Sağlıkla ilgili bireylerin tam bilgiye sahip olmamaları nedeniyle; fiyatın az olmasının iyi bir alışveriş mi değilse düşük kalitede bir hizmetin kanıtı mı olduğuna karar vermek zor olacaktır. Oluşacak piyasada aksak bilginin varlığı, tam rekabetin değil, eksik rekabetin geçerliliği söz konusu olacaktır. Çünkü tıp mesleğinin ve daha genel olarak tıp alanının kendinden kaynaklanan sınırlılıkları bulunmaktadır. Piyasadaki büyük reklam kampanyaları, fiyata dayalı rekabet, müşteri çalma faaliyetleri bu alanda çok mümkün değildir. Ayrıca bu alanda edinilmiş bilgi ve deneyimlerin,

⁵⁶ Abuzer Pinar, **Maliye Politikası Teori ve Uygulama**, Naturel Kitap Yayın Dağıtım, Ankara, 2006, s. 9.

⁵⁷ Asuman Altay, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda...”, s. 37-39.

araştırma sonuçlarının en fazla paylaşıldığı ve işbirliği yapıldığı alan tıp alanıdır. Bu nedenle, piyasadaki acımasız, sert rekabetin bu alanda olması çok beklenen ve görülebilen bir durum değildir. Hastaneler arası rekabet dahi, birçok bölgede az sayıda hastane hizmeti sunumu olması nedeniyle etkin rekabet koşullarını barındıramamaktadır. Bundan başka diğer mal ve hizmetler için sağlanabilen maliyet fayda ilişkisi sağlık hizmeti için çokta geçerli olamayacaktır. Çünkü sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin büyük bir kısmı, çoğu zaman birey ve devlet tarafından önceden primler şeklinde ödenmektedir. Sağlık hizmetleri kullanıcıları sadece bu hizmetlerden yararlanırken bazen ve belirli, ancak bütüne göre küçük bir katkı payı ile maliyete katlanmaktadır. Son olarak, iki piyasa arasında çok büyük bir kar beklentisi farklılığından söz edilebilir. Bunun anlamı, sağlık hizmeti sunucusu taraflar çok büyük kar güdüsü ile faaliyetten çok, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına odaklanmışlardır. Kar güdüsünün yokluğu, maliyetlerin büyük kısmının devletçe ve/veya özel sigorta şirketlerince ödeniyor olmasından da kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte son yıllarda büyük sermaye gruplarınca dünya çapında sağlık hizmeti sunan ve kar amacı güden kuruluşların pazar payı giderek artmaktadır. Bu gelişmeler sağlık hizmetlerini sunan işletmelerin, küreselleşmenin de etkisi ile büyük kar beklentilerinin olduğunu ve bunun için rekabet ortamının oluşturulduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.⁵⁸ Oysa sağlık hizmeti kar maksadıyla yapılmaya başlandığında; etik ihlallerinde dahil olduğu bazı olumsuz sonuçlar yaşanabileceğinden toplumun korunması için rekabetin sınırlandırılması elzemdir. Hizmetin pazarlanması için reklamların kısıtlanması bunlardan bir tanesidir. Ayrıca işletmelerin sağlık hizmeti sunmaya başlamaları için yeterli donanıma sahip olmaları istenmelidir.⁵⁹

⁵⁸ Asuman Altay, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda...”, s. 37-39.

⁵⁹ Yusuf Çelik, **Sağlık Ekonomisi**, s. 57.

Piyasa kurallarına bırakılamayacak olan sağlık hizmeti,⁶⁰ piyasalaştığı takdirde; pazara giriş ve çıkışların çeşitli yaptırımlara tabi olması gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunmaya aday kişi ve kurumların belirli düzeyde tıbbi bilgiye, beceriye ve deneyime malik olması gerekmektedir. Devletin bu nitelikli hizmeti sunabilmesi için özel standartları sağlama ltleri bulunmalıdır. Her isteyen kişinin pazara girememesi, pazarda şartların tam oluşmamasına da neden olur. Hizmeti sunmaya aday kuruluşların bazı zorunlu sağlık hizmetlerini yerine getirmesi yükümlülüğünün olması gerekmektedir.⁶¹

Sağlık hizmeti sunumu yüksek maliyetler gerektirdiğinden, piyasa aktörleri eliyle sunulduğunda tekelleşebilecektir. Tüm toplum kesimlerinin ihtiyaı olan bu hizmet, sayılı işletmelerin kontrolü altında olduğundan fiyatlar da rahatlıkla şekillendirilebilecektir.⁶² Tekelleşmeye yatkın rekabet içerisindeki oligopol piyasa; fiyat belirleyicidir. O nedenle beklentinin aksine hizmet ucuzlamayacaktır. Bunların yanında dünya genelinde yaşanan küreselleşme her geçen gün piyasada az sayıda aktörü hizmeti verme noktasına getirebilecektir.⁶³ Hizmete ihtiyaç duyan alt sosyal sınıfların bu harcamaları karşılayamaması durumu ortaya çıkabilecektir. Netice de sağlık hizmeti tıbbi teknolojinin aşırı pahalı olması, lek ekonomilerinin varlığı, maliyetlerin yüksekliliği ve sağlık işletmelerinin belli bir talebin altında varlığını devam ettirebilmesinin zor olacağı bir piyasa olacaktır.⁶⁴ özel sektörün en önemli hedefi kar etmektir. Dolayısıyla bu olanağın bulunmadığı ve ödeme güçlüğü çeken blgelede hizmet verilemeyecek, mevcut hizmet sağlayıcıların da zamanla sayıları azalacaktır. şayet kamu eliyle sunulan bir hizmette yoksa toplumun her kesimi için eşit sağlık hizmetine ulaşmak mümkün olmayacaktır.

⁶⁰ İlknur Arslanoğlu (Edit.), **Tıp Bu Değil 2**, İthaki Yayınları, İstanbul, 2013, s. 238.

⁶¹ Hülki Uz, “Sağlık Ekonomisi”, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, Osman Hayran ve Haydar Sur (Edit.), Yüce Yayın, İstanbul, 1998, s. 74.

⁶² Selin Ertürk Atabey, **Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası**, s. 18.

⁶³ Alpaslan Işıklı, “Sağlıkta Tekelleşme ve İşçileşme”, **Hikmet Boran 2. Ulusal Tıp Günleri Kongresi**, Antalya, 2011, s. 1.

⁶⁴ Selin Ertürk Atabey, **Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası**, s. 18.

Piyasa aktörlerinin gelişmediği, gelişmemiş ülkelerde ya da ülkelerin gelişmemiş bazı bölgelerinde tekelleşebilme nedeniyle rekabet oluşmayacaktır. Sağlık birimlerinin belli bir gelişim gösterdiği ülkelerde var olan yataklı tedavi kurumlarıyla rekabet edebilecek işletmeleri finanse edecek girişimciler bulunamamaktadır. Kentin alt gelir grubuna ait yerlerde ve kırsalda başka bir sağlık hizmeti sunma olanağını tesis etmek oldukça güçtür.⁶⁵

B. Sağlık Hizmeti Alma Hakkının Uluslararası Sözleşmelerle Korunması ve Hizmetin Boyutu Tartışmaları

Demokrasinin oldukça eski bir tarihi bulunmaktadır. Günümüzde demokrasi bazı kavram setleriyle beraber yürümektedir. Bunlardan birisi de örgütlenmesi, açık felsefi bilgiyle içeriği insan haklarının getirdiği taleplere uygun olarak yapılan, yasaları da insan hakları temel alınarak türetilen ve işletilen devlet anlayışıdır. Böyle bir devlet anlayışının özelliği, insan hakları, ulusal politikalar ve devletin amaçlarının aynı düzlemde kesişmesidir.⁶⁶

Demokrasinin uzun geçmişine rağmen en fazla gelişmenin son yüzyıllarda olduğu görülmektedir. 17. ve 18. yüzyıl ekonomik yapısında hızlı bir dönüşümün gerçekleşmiştir: Feodal üretim tarzının yerini kapitalist üretim sistemi almış, Rönesans dönemini takiben doğal bilimlerde hızlı gelişmelerin sağlanmış, aydınlanma felsefesi etkilerini ortaya çıkarmış, bireyi öne çıkaran liberal ideoloji şekillenmeye başlamış ve en önemlisi tarih sahnesindeki yerini alan burjuva sınıfı aristokrasiyle giderek yoğunlaşan bir mücadeleye girmiş ve siyasal alanda devrimlerin yapıldığı bir devre

⁶⁵ Alpaslan Işıklı, “Sağlıkta Tekelleşme ve...”, s. 1.

⁶⁶ İonna Kuçuradi, “Yirmibirinci Yüzyılın Eşiğinde Demokrasi Kavramı ve Sorunları”, **Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi**, 1998, Cumhuriyetimizin 75. Yılı Özel Sayısı, s. 24.

şahitlik etmiştir. Tüm bu gelişmeler sonucunda geleneksel toplum yapısı tüm boyutlarla değişerek, modern toplum yapısına geçilmiştir.⁶⁷

İnsanın sadece insan olmaktan dolayı saygı görmesi gerektiği düşüncesine; ilk defa Stoacılar rastlamaktayız. Çiçero çeşitli farklılıkları olan insanların ırk, ulus, sınıf ayrılıklarına rağmen tüm insanların eşitliği tezini savunmuştur. Stoacı felsefe Roma fikir hayatını kuvvetle etkileyerek, dönemin yargı kararlarında da kendisini göstermiştir.⁶⁸ İnsan haklarını korumaya yönelik kabul edilen bildiri ve sözleşmelerin temel amacı, insan onurudur. Hukuk dışı ve bunalıcı uygulamalara karşı, bireyin güçlendirilmesini ifade eder.⁶⁹ Kavram sübjektif ve ideolojik yorumlanabilmesinin yanında çeşitli kültür, ahlak ve özellikle hukuk düzenlerinde değişik biçimlerde karşımıza çıkabilmektedir. Etik bir değer olan bu kavramın hukuksal bir değer olması anayasa ve anayasal belgelere girmesiyle karşımıza çıkmaktadır.⁷⁰

Antikçağ'da egemenlik kesin ve salt bir biçimde yönetici otoritenin elinde toplanmıştır. İlk zamanlarda, bireyin devlet kurumlarından isteklerini düzene bağlayan hukuk yapılanmalarını oluşturamamışlardır.⁷¹ Orta Çağ'da insan hakları üzerinde feodalite ve dinin etkisi görülmüştür.⁷² Hristiyanlık bireyin devlet karşısında bir haysiyetinin olduğunu, bir takım haklara sahip olması gerektiği düşüncesini ortaya koymuştur.⁷³ Feodal düzende beylere karşı savunulan hak taleplerinin yerini zamanla tanrısal kaynaklı otorite almıştır.⁷⁴ Dinin insanlar için getirdiği hak ve özgürlüklerin yerini krallara tanınan tanrısal kaynaklı otorite almıştır. 13. yüzyıla gelindiğinde

⁶⁷ Mehmet Yüksel, "İnsan Haklarının Sosyo-Tarihsel Temelleri", **İnsan Hakları Yıllığı**, 2007 Cilt 25, s. 4.

⁶⁸ Adnan Güriz, **Hukuk Felsefesi**, 7. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2007, s. 158-161.

⁶⁹ Nihat Bulut, **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, 12 Levha Yayıncılık, İstanbul, 2009, s. 17.

⁷⁰ Zafer Gören, "Avrupa Birliği Temel Haklar Şartının Ana İlkesi: Dokunulmaz İnsan Onuru", **İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 2007, Cilt 2 Sayı 12, s. 27.

⁷¹ Anıl Çeçen, "İnsan Haklarının Düşünsel Boyutları", **İnsan Hakları Yıllığı**, 1984 Sayı 5-6 Cilt 1, s. 20.

⁷² Ali Tarık Gümüş, **Türk Anayasasında Kişinin Maddi ve Manevi Varlığını Koruma ve Geliştirme**, Eğitim Kitabevi Yayınları, Konya, 2010, s. 17.

⁷³ A.k., s. 18.

⁷⁴ Anıl Çeçen, "İnsan Haklarının Düşünsel...", s. 21.

Aquina'lı Thomas yönetimin tanrının buyruklarını uygularken keyfi davranması, baskı ve zulüm uygulaması durumunda, sınırlanabileceği veya bu davranışları nedeniyle tahttan indirilebilmesi için haklı bir gerekçe olabileceğini ileri sürmüştür.⁷⁵

Aynı yüzyılda İngiltere'de parlamento içindeki bazı çıkar gruplarıyla kral arasında çıkan kavgalar neticesinde bazı hak ve hürriyet belgeleri kabul edilmiştir. Bunlar Magna Carta Libertatum, Petition of Rights, Habeas Corpus Act ve Bill of Rights'tır. 1215 yılında imzalanan Magna Carta'yı imzalamak zorunda kalan kral vergi alınması, kişi güvenliğinin sağlanması, adaletin ve hakların satın alınamayacağı, değiştirilemeyeceği, yürürlüğünün geciktirilemeyeceği ve ceza hukukunda oranlılık ilkelerinin sağlanması yönünde krala sınırlamalar getirilerek soylulara yasalara uymadığı takdirde krala karşı direnme hakkı verilmiştir.⁷⁶

13. yüzyılda İngiltere'de parlamento içindeki bazı çıkar gruplarıyla kral arasında çıkan çatışmalar sonucunda bir kısım hak ve özgürlük belgeleri kabul edilmiştir. Bunlar “Magna Carta Libertatum”, “Petition of Rights”, “Habeas Corpus Act” ve “Bill of Rights”'tır. 1215 yılında imzalanan Magna Carta'yı imzalamak zorunda kalan kral vergi alma karşılığında, kişi güvenliğini ve adaleti sağlayacaktı. Belirlenen haklar parayla satın alınamayacak, değiştirilemeyecek ve yürürlüğü geciktirilemeyecekti. Ceza hukukunda oranlılık ilkelerinin sağlanması yönünde krala sınırlama getirilmiş, soylulara yasaya uymadığı takdirde krala karşı direnme hakkı verilmişti.⁷⁷

Bill of Rights, kral parlamentonun yetkilerini kısıtlamaya çalışması, kral ile parlamento arasında yeni bir çatışmaya yol açmıştır. Bu çatışma sonucunda 1688'de ihtilal gerçekleşmiş kral Fransa'ya kaçmış ve tahta kralın kızı ve damadı geçmiştir. Tahta yeni geçenlerle parlamento arasında 1689'da imzalanan Bill of Rights'ta yasa yapma ve vergi koyma yetkisinin parlamentoya ait olacağı, yasama dokunulmazlığı

⁷⁵ Enver Bozkurt, **İnsan Haklarının Korunmasında Uluslararası Hukukun Rolü**, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2003, s. 25.

⁷⁶ Mehmet Akad ve Bihterin Vural Dinçkol, **Genel Kamu Hukuku**, Der Yayınları, İstanbul, 2009, s. 190-192.

⁷⁷ **A.k.**, s. 190-192.

ilkesi ve dilekçe hakkı kabul edilmiştir.⁷⁸ Ardından 1701 tarihli Act of Settlement isimli belge kralın yetkilerini daha da kısıtlamaktaydı.⁷⁹

İngiltere parlamentosu mevcut on üç kolonisine 1765'te Damga Vergisi Kanunu çıkarmıştı. Bu vergi kolonilerin tümünde rahatsızlık uyandırmış dokuz koloni temsilcisinin New York'ta toplanarak çıkardığı Haklar Bildirisi (1765) kolonilerdeki halkın vergilendirilebilme, yargılanma, dilekçe vermeye yönelik şartlar ilan edilmiştir. Bu bildirge krala yönelik bazı kazanımlar getirmiş, Damga Vergisi Kanunu kaldırılmıştır.⁸⁰

İngiltere'de kralın parlamentonun yetkilerini kısıtlamaya çalışması üzerine, kral ile parlamento arasında yeni bir çatışma körüklenmişti. Bu çatışma 1688'de İhtilal'ın gerçekleşmesine yol açmış; kral Fransa'ya kaçmış ve tahta kralın kızı ve damadı geçmiştir. Tahta yeni geçenlerle parlamento arasında 1689'da imzalanan Bill of Rights'ta yasa yapma ve vergi koyma yetkisinin parlamentoya ait olması yanında, yasama dokunulmazlığı ilkesi ve dilekçe hakkının kabul edilmesini sağlamıştı.⁸¹ Devamında imzalanan 1701 tarihli Act of Settlement isimli belge kralın yetkilerini daha da kısıtlamaktaydı.⁸²

İngiltere parlamentosu mevcut on üç kolonisine 1765'te Damga Vergisi Kanunu çıkarmıştı. Bu vergi kolonilerin tümünde rahatsızlık uyandırmış dokuz koloni temsilcisinin New York'ta toplanarak çıkardığı Haklar Bildirisi (1765) kolonilerdeki halkın vergilendirilebilme, yargılanma, dilekçe vermeye yönelik şartlar ilan edilmiştir. Bu bildirge krala yönelik bazı kazanımlar getirmiş, Damga Vergisi Kanunu kaldırılmıştır.⁸³

⁷⁸ Enver Bozkurt, **İnsan Haklarının Korunmasında Uluslararası Hukukun Rolü**, s. 48.

⁷⁹ Mehmet Semih Gemalmaz, **Devlet, Birey ve Özgürlük**, Legal Yayıncılık, İstanbul, 2012, s. 140.

⁸⁰ **A.k.**, s. 238-239.

⁸¹ Enver Bozkurt, **İnsan Haklarının Korunmasında Uluslararası Hukukun Rolü**, s. 48.

⁸² Mehmet Semih Gemalmaz, **Devlet, Birey ve Özgürlük**, s. 140.

⁸³ **A.k.**, s. 238-239.

Yeni Çağ'da insan haklarının kökenini oluşturan çeşitli görüşler ileri sürülmüştür. Bunları sınıflandırdığımızda en çok üzerinde durulan doğal hukuk ve doğal haklar teorisidir. Hugo Grotius; Hristiyanlık, Aristoculuk ve stoacılığı birleştiren Aquina'lı Thomas'ın sentezinden beslenen ilk doğal hukukçudur. Doğal hukuk anlayışını tanrının iradesine değil insan aklının emrettiği kurallara bağlamış olması, laik bir bakış açısı olduğunu göstermektedir.⁸⁴ J.Locke kişilerin doğuştan getirdikleri ve toplumsal yaşama geçtiklerinde devretmedikleri doğal hakları olduğunu iddia etmiştir. T.Hobbes'un sözleşme öncesi toplumun karmaşa içerisinde olmasının nedenini; Locke tanrının doğa yasalarına uymadıkları için olduğunu iddia etmiştir. Hobbes'un aksine sözleşme öncesi toplumlarda ahlak ve uyumun egemen olduğunu savunmuştur.⁸⁵

Doğal haklar teorisi dışında Orta Çağ kurumlarının sorgulanmasına neden olan görüşler de ortaya atılmıştır. Voltaire ve Rousseau düşünce hürriyetine karşı tecavüzleri şiddetle eleştirmişlerdir. Montesquieu kuvvetler ayrılığı düşüncesiyle mutlakiyet rejimlerini eskitme çarelerini aramıştır. Ekonomik sahada serbesti talepleri dile getirilmekte, serbestisiyetin en mükemmel ahengi getireceği dillendirilmekteydi. Bu fikirler ferdiyetçilikle de tam bir ahenk içerisindeydi. İnsanın bizzat düşünmek, karar vermek, hareketlerini tayin etmek durumunda olduğu söylenmekte, onun toplumda büyük bir zincirin halkası olmadığı, kendi hareket tarzını tayin etmekten aciz olmadığı kabul olunmaktaydı. Bu fikirlerin neticesi olarak kişilere telkin edilen; herhangi bir vesayet ve müdahale rejimine ihtiyaç duymadıkları, kendi yazgılarına hakim olabileceklerdi.⁸⁶

Sonrasında doğal haklar teorisine karşı yapılan eleştiriler nedeniyle “tabiat hali” ve “toplum sözleşmesi” görüşlerini bir yana bırakıp doğrudan insanı kendisine temel olarak ferdiyetçi görüş geliştirmiştir. Varlıklar içerisinde özgür, sorumlu ve tek gerçekliğin

⁸⁴ Enver Bozkurt, **İnsan Haklarının Korunmasında Uluslararası Hukukun Rolü**, s. 26.

⁸⁵ Mustafa Erdoğan, **İnsan Hakları Teorisi ve Hukuku**, Genişletilmiş 2. Baskı, Orion Kitabevi, Ankara, 2011, s. 39-41.

⁸⁶ Cahit Talas, **Sosyal Politika**, Sevinç Matbaası, Ankara, 1967, s. 13

bulunduğu adres insandır. İşte bu tüm hakların ve hukukun temelinde insan bulunması sonucunu çıkarır. İnsanların oluşturduğu kurumlar, topluluklar ve devletin kendine özgü gerçek varlığı olmadığından hakları da yoktur. Devlet, insanların ortak faydasını gerçekleştirmek için oluşturulmuştur. Herkesin önceliği kendi faydası olup en kök hakkı, fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü sağlama ve temelde becerilerini serbestçe geliştirebilmesidir. Bu maksatla, tüm fertlerin eş düzeydeki haklarına saygılı davranmak ve onları özgür kılmaktır. Bireylerin sayılan hak ve özgürlük alanlarına saygısızca davranan devlet, en başat vazifesini yerine getirmeyerek kendi varoluş sebebini kaybetmiş olacaktır.⁸⁷

İnsan haklarının ortaya çıkmasına temel olan ikinci düşünce ise; Hume, Hobbes ve Kant başta olmak üzere Anthony De Jasay, James Buchanan, Brian Barry ve Jan Narveson gibi düşünürlerin görüşlerini toplayan sözleşme etiği teorisi. İnsanlar siyasal toplumu ve kişilerarası ilişkileri düzenleyen kuralların kendi rızaları sonucu ortaya çıktığı esasına dayanır. Üçüncüsü, insanın amacının iyilik ve mutluluk olduğunu belirten sonuçsalcılık veya faydacılıktır. Bu görüşe göre birey, kendisine acı veren şeylerden uzaklaşmalı, mutluluk verenlerin peşinden gitmelidir. Bunu yaparken ahlaki ve doğal yasalar tarafından kısıtlanmamalıdır. Faydacı etik görüşü Jeremy Bentham tarafından geliştirilmiştir. John Stuart Mill'in "birinin özgürlüğü diğerinin özgürlüğünün başladığı yerde biter" sözünde kuralları bulunan bir fayda tariflenmektedir. Sonuncusu ise Kant'ın etik teorisi. Kant'a göre insan diğer canlılardan daha onurlu bir statüye sahiptir. Rasyonalist düşüncesine göre; insan aklıyla kendi kendine insan hakları verebilecek nitelikte bir varlıktır.⁸⁸ Kant liberal düşünceyi kabul etmekle beraber halka eleştirme hakkı vermekte ancak iktidarı yıkma yetkisini tanımamaktadır. Devlet yasaların yapıcısı ve koruyucusudur. Hürriyetleri güvence altına almak için vardır.⁸⁹

⁸⁷ Mehmet Yüksel, "İnsan Haklarının Sosyo-Tarihsel...", s. 2.

⁸⁸ Cennet Uslu, **Doğal Hukuk ve Doğal Haklar**, 2. Baskı, Liberte Yayınları, Ankara, Temmuz 2011, 23-27.

⁸⁹ Adnan Güriz, **Hukuk Felsefesi**, s. 199-200.

Bu ilkelerin liberalizmin tanımını barındıran olmazsa olmaz ilkeleri beslediği görülmektedir. Bu ilkelerden birincisi olan bireycilik anlayışına göre; birey kolektif kurum ya da varlıklardan daha üstündür. Devlet ya da diğer organik birimler bireyden daha önemli değildir. İkincisi rasyonalite ve ekonomik insan anlayışıdır; bireylerin tercihlerinde rasyonel düşünerek karar vermesi ve bireysel çıkarlarını maksimize etmesi önceliklidir. Piyasa ya da kamu hizmeti tercihlerinde “kamu çıkarı/yararı”, “toplum yararı/iyiliği” gibi kavramlara karşı çıkarlar. Üçüncü ilke olan özgürlükse kişinin eylem ve davranışlarında tamamen serbest olmalarıdır.⁹⁰ Liberaller insanların eşit doğmalarından yola çıkarak biçimsel manada hukuk önünde eşitlik, siyasal anlamda oy kullanma hakkı ve fırsat eşitliğini savunurlar.⁹¹

Burjuvazinin de zamanla parasal gücü eline aldıkça politik ve toplumsal güç için savaştığı, temel iddiasının eşitlik olduğu, hatta bu eşitlik isteklerinin klasik demokrasinin temel niteliklerinden biri haline geldiği söylenebilir. Sosyal yaşamda ekonomik eşitsizlikten dolayı özgürlüklerinden faydalanamayan bireylerin, bütün olanaklara malik varsıl kesimlerle arasındaki dengede eşitliğin talep edilmesidir.⁹²

Burjuvazi öncülüğünde şekillenen Fransız Devrimi’ne geniş halk kitlelerinin desteğinin sağlanması hususunda, özgürlüğün yanında eşitliğe ilişkin söylemlerin de önemli bir etki oluşturduğu görülmüştür. Örneğin Devrim esnasında özgürlük, eşitlik ve kardeşlikten bahsedilmiş ancak ekonomik anlamda zor durumda bulunan emekçi kesimler ve geniş halk kitlelerinin durumunu iyileştirebilecek eşitlik ve özgürlük anlayışı uygulamaya konulamamıştır. Bunun yerine haklara sahip olma temelinde ve daha çok burjuvazinin çıkarlarıyla uyumlu bir yaklaşım benimsenmiştir. Bu bağlamda herkesin haklara sahip olma bakımından eşit olduğu; siyasi hakların da bu kapsamda yer

⁹⁰ Coşkun Can Aktan, “Klasik Liberalizm, Neo-Liberalizm ve Libertarianizm”, **Amme İdare Dergisi**, 1995, Cilt 28 Sayı 1, s. 5.

⁹¹ Andrew Heywood, **Siyasi İdeolojiler: Bir Giriş**, Şeyma Akın ve Ahmet K. Bayram vd. (Çev.), 3. Baskı, Adres Yayınları, Ankara, 2013, s. 49-50.

⁹² Nesrin Demir, “Demokrasinin Temel İlkeleri ve Modern Demokrasi Kuramları”, **Ege Akademik Bakış / Ege Academic Review**, 2010 Cilt 10 Sayı 2, s. 602.

aldığının üzerinde durulmuştur. Dolayısıyla bütün vatandaşların siyasi eşitliğini benimseyen bir demokrasi yaklaşımıyla; “eğer bütün insanlar eşit yaratılmış ve devlet de bunları korumak için var ise, bütün vatandaşlar devlet yönetiminde söz sahibi olmalıdır” düşüncesi kabul edilmiştir. Ancak söz konusu düşünce dahi, uygulamaya aktarılırken burjuvazi çıkarları ekseninde düzenlenmiştir.⁹³

Amerikan Bağımsızlık Bildirge’sinden yaklaşık bir ay önce 12 Haziran 1776 Virginia Haklar Bildirisi yayınlanmıştır. Bu bildiri; bütün insanların özgür ve eşit olduğu, iktidar yetkisinin halkta olduğu, siyasal iktidarın halkın yararına işlemediği takdirde, halkın değiştirme hakkı, kuvvetler ayrılığı, kişi güvenliği, basın özgürlüğü, din ve vicdan özgürlüğü konuları düzenlenmiştir.⁹⁴ 1789 Fransız İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirisi, 12 Haziran 1776 Virginia Anayasası’nın başlangıç bölümünde yer alan haklar bildirisi ve yine 4 Temmuz 1776 Amerikan Bağımsızlık Bildirisi’nde yakın haklar içermeleri bu yüzyılda bütün bildirilerin aynı düşünce kaynağı olan doğal hukuk doktrininden esinlenmelerinden ileri gelmektedir. Sonuçları itibariyle aynı siyasal, sosyo-ekonomik ihtiyaçlara cevap vermişlerdir.⁹⁵ 1789 Bildirisi’ne baktığımızda ilan edilen maddelerin özü itibariyle iki farklı düşünceden kökenini aldığını söylemek mümkündür. Bunlardan birincisi siyasal yönünü Klasik Liberal düşünceden alır ki burada toplumsal uzlaşma ve sözleşme metni olarak kabul edilen metinde devletin güç ve yetkilerinin sınırlanmıştır. Bunun sonucunda birey siyasal yönden hak ve özgürlükleri için teminat verilmiş bir idare şeklinde yaşayacaktır. Ekonomik yönüne baktığımızda ise kapitalizmin; özel mülkiyete, sözleşme serbestisine ve girişim özgürlüğüne dayanan bir ekonomik sistemden temel almakla beraber, hayatımızın her alanında kendini vareden bir egemen biçimdir. Aynı zamanda düşünsel kökleri geçmişe dayanan ve on sekizinci yüzyılda ortaya çıkan klasik özgürlük anlayışına göre devletten

⁹³ Mehmet Semih Gemalmaz, “Tarihselliği Bağlamında İnsan Hakları”, **İnsan Hakları Yıllığı**, 1986 Cilt 1 Sayı 7-8, s. 57-61.

⁹⁴ Mehmet Semih Gemalmaz, **Devlet, Birey ve Özgürlük**, s. 241-242.

⁹⁵ Ayferi Göze, **Siyasal Düşünceler ve Yönetimler**, Genişletilmiş 12. Bası, Beta Yayınevi, 2011, İstanbul, s. 238.

önce de var olan; bireyci, soyut ve negatif bir yaklaşımla kişi özgürlüğünü ele almaktadırlar.⁹⁶ Anayasal gelişmeler içerisinde somut anlamda insan haklarına dair ilerleme kaydedilemediği görülmektedir. 1793 Fransız Anayasası hariç 1791'den 1848'e kadar kabul edilmiş olan bütün anayasalarda, siyasi haklar, sadece mülk sahibi olduğu için vergi veren vatandaşlara tanınmıştır. Dolayısıyla bu dönemde, mülkiyet hakkına sahip olmak ile iktidarda söz sahibi olma hakkı eşdeğer görülmüş ve siyasi haklara sahip olabilmek için belli miktarda mala sahip olmak gerekmiştir.⁹⁷ 1793 Anayasası'nın başında bulunan İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi'nde kamu yardımlarından yararlanmanın bir hak olduğuna yer verilmiştir.⁹⁸

Tarihsel sırayla Amerika'nın bağımsızlık süreci ve Fransız Devrimi, İngiltere'deki tedrici gelişimin aksine devrimci olmaları nedeniyle daha keskin ve hızlı değişimler meydana getirmişlerdir. Bu aşamalar doğrultusunda da liberal düşüncenin; hukuki ve resmi ifadesini İngiltere'de farklı zamanlarda ilan edilen özgürlük bildirgeleri, Fransız Devrimi sonrasında ilan edilen, Fransız İnsan ve Vatandaşlık Hakları Bildirgesi ve Amerikan bağımsızlık sürecinin ardından ilan edilen Amerikan Bağımsızlık Bildirgesinde bulmuştur. Liberal düşünce, sözü edilen dönem içerisinde sadece Fransa'da değil, Amerika'da ve İngiltere'de yaşanan gelişmeler aracılığıyla da önemli bir etki meydana getirmiştir.⁹⁹ Liberaller demokratik yurttaşlık fikrine keskin bir tavırla karşı çıkıyorlardı.¹⁰⁰ İngiltere'de yaşanan bu gelişmeler önemli olmakla birlikte liberal devlet anlayışının ilk kapsamlı yansıması, Amerikan Bağımsızlık Bildirgesi'nde görülmektedir. Amerikan Bağımsızlık Bildirgesi'nin ikinci paragrafına göre; toplumda yaşayan tüm insanlar eşit yaratılmışlardır. Tanrı; insanları, başkalarına devredilmesi mümkün olmayan haklarla donatmıştır. Bu haklar arasında yaşam, özgürlük ve

⁹⁶ Nihat Bulut, **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, s. 42-43.

⁹⁷ Mehmet Semih Gemalmaz, "Tarihselliği Bağlamında İnsan...", s. 57-61.

⁹⁸ Cemal Hüseyin Güvercin, "Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi", **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, 2004 Cilt 57 Sayı 2, s. 90.

⁹⁹ Songül Sallan Gül, **Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa!**, Etik Yayınları, İstanbul, 2004, s. 11-13.

¹⁰⁰ Geoff Eley, **Demokrasiyi Kurmak Avrupa Solunun Tarihi 1850-2000**, Çev. Ahmet Yiğit Güney, Doruk Yayıncılık, İstanbul, 2008, s. 77.

mutluluğu arama hakkı bulunmaktadır. İktidarlar, insanların haklarını güvenceye almak için kurulurlar ve iktidarların meşruiyetinin kökeni yönetilenlerin rızasıdır. Gün geldiğinde, bir hükümetin faaliyetleri bu amacı yıkma yönünde bir şekle bürünürse; o zaman halk o hükümeti değiştirir ya da ortadan kaldırır. Kendisine güvenlik ve mutluluk sağlamaya en uygun gözüken ilkelere dayalı bir biçimde teşkilatlandırılmış yeni bir hükümeti kurmaya hak kazanır.¹⁰¹

Yukarıda verilen hakların sağlanması ve oluşan düşünsel ortam burjuvazinin güçlenerek, kral ve aristokrasiye karşı verilen mücadelenin sonucunda gerçekleşmiştir. Liberal yaklaşıma uygun olarak bireyi iktidar ve diğer bireyler karşısında koruyarak, onun güvenliğini ve özerkliğini sağlamıştır. Sanayi devrimiyle birlikte ortaya çıkan işçi sınıfındakiler, yoksulluk nedeniyle bu haklardan yararlanamadıklarını görmüşlerdir.¹⁰² Sosyal politikalarla başlayan bu dönem 18. yüzyılın ikinci dönemine rastlamaktadır. Sanayileşmeyle sosyalist düşüncelerin doğuşu ve demokratikleşme hareketlerinin başlaması ekonomik, düşünsel ve siyasal yeni bir oluşum dönemini başlatmıştır.¹⁰³

1830'larda ortaya çıkan sosyalizm yığınla sosyo-ekonomik talepte bulunuyordu. Sosyalist fikirler yaygınlaştı, kurumsal yapılarda etkili oldu ve sosyal ilişkilerin bir parçası haline geldiler. 19. yüzyılın ortalarında liberal düşüncelerin toplumsal siyaseti işgal etmesiyle, bu durumun zararlarını çözümlmek adına sosyalizme daha da çok başvurulmaya başlandı. Toplum yurttaşların oy kullanma hakkı önceliğinde biçimsel eşitliklerini giderek daha fazla kabul ediyordu. Eşitsizlikler nedeniyle toplumda demokrasi adına sosyalist ekonomi politikasının özellikleri olan işbirliği, kamu mülkiyeti ve üretimin toplumsallaştırılması, sanayi demokrasisi, planlı ekonomi idaresi hararetle tartışılır hale gelmişti.¹⁰⁴

¹⁰¹ Ayferi Göze, **Siyasal Düşünceler ve Yönetimler**, s. 499-514.

¹⁰² Nihat Bulut, **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, s. 39.

¹⁰³ Cahit Talas, "Sosyal Haklar ve Türk Anayasalarında Sosyal Hakların Evrimi", **İnsan Hakları Yılı**, 1981-1982 Cilt 3-4, s. 46.

¹⁰⁴ Geoff Eley, **Demokrasiyi Kurmak Avrupa Solunun Tarihi (1850-2000)**, s. 63-64.

Sosyalist düşünce, sosyal devlet ve ulus devlet zemini halk sağlığı ve koruyucu hekimliği öne çıkartan bir toplumsal yapılanmanın önünü açmıştır. Monarşi ile yönetilen imparatorlukların yıkılarak daha halkçı yönetimlerin gelmesi tüm bireylerin sağlıklı olmalarını hedef edinmiştir. Devletin bu sorumluluğu üstlenmesi, halkın sağlığını bireyin sağlığından önde tutan hekimlerin ortaya çıkışına olanak sağlamıştır. Sağlık hizmetlerinin dar çerçeveli bir tedavi hizmeti olmaktan ziyade halkın bütününe sağlığının önemli olduğu fikri, her insanın eşit değerde olduğunu vurgulayan siyasi ve ekonomik devrimlerin gerçekleşmesi sonucu olmuştur.¹⁰⁵

Sanayileşme işçilerin sosyal güvenlik sorunlarının ortaya çıkışının nedeni olmuştur. Sanayide işçi olan kesimlerin sağlıklı bir çevre ve konuta olan ihtiyaçlarıyla beraber sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç artmıştır. Yeni sosyal sınıf siyasal olaylarla ve toplumsal mücadelelerle hak taleplerini dile getirmişlerdir. Sağlık hakkının bir hak kategorisi biçiminde karşımıza çıkması önceki tarihlere gitse de, ülke içindeki yasal düzenlemelerde üst düzeyde korunmuş bir hak şeklinde konumlanması 20. yüzyılın başlarına rastlanmaktadır. Ulus üstü hukuksal düzenlemelerde belirginleşmesi II. Dünya Savaşı sonrasında insan haklarına dair paradigmanın kalıcı olmasıyla beraber geliştiği söylenebilir. Savaşın sonunda insan hakları ulular arası yapının kökeni olmuştur. Sağlıkla ilgili haklar en başından itibaren bu hakların içerisinde yer almıştır. Günümüzde sağlık hakkının yerleşmiş haklar arasında bulunduğu tespiti yapılabilir; insan hakları ihlallerinin yasalarla durdurulmasını hedefleyen devletin sınırları içerisinde ya da devletler üstü kaynaklarda ayrı bir yerde tutulmaktadır.¹⁰⁶

II. Dünya Savaşı'na baktığımızda özünde insan hakları ve demokrasiyi reddeden sağcı totaliter rejimler tarafından başlatılmıştı. Tüm dünya savaş boyunca barbarca ve insanlık dışı uygulamalara tanık olmuştu. Gelecekte barışın uzun süreli olabilmesi ve sağlam temellere oturabilmesi için insan haklarının uluslararası koruma düzenine

¹⁰⁵ İlknur Arslanoğlu (Edit), **Tıp Bu Değil I**, İthaki Yayınları, İstanbul, 2012, s. 171.

¹⁰⁶ Özgür Temiz, "Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı", **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, 2014 Cilt 69 Sayı 1, s. 166.

ulaştırılması fikrini yaymaya çalışıyordu. Bu sebeple birçok sivil toplum kuruluşu yazılı ve görsel materyal ve diğer çeşitli yollarla kamuoyu oluşturuldu. 6 Ocak 1941’de F. D. Roosevelt kongreye dört temel özgürlük olan; söz ve anlatım özgürlüğü, yoksulluktan kurtulma özgürlüğü, vicdan özgürlüğü, korkudan kurtulma özgürlüğü sunmuştu. 1941 Ağustos’unda Winston Churchill’le aralarında imzaladıkları Antantik Belgesi izlemiştir. 1942’de Birleşmiş Milletler Deklarasyonu, 1944’te Philadelphia’da toplanan Milletlerarası Çalışma Konferansı Bildirisi, 1944’te Birleşmiş Milletler örgütünün kurulmasını öngören Dumbarton Oaks Projesi, 1945 Chapultepec Panamerikan Konferansı gibi aşamalardan geçtikten sonra 26 Haziran 1945’te Birleşmiş Milletler Antlaşması ile ilk hedefine ulaşmıştır.¹⁰⁷

BM Genel Kurulu’nca İnsan Hakları Evrensel Bildirisi (İHEB), 1948’de onaylanmıştır. Oylamada bulunan 48 BM üyesi devlet temsilcileri, Türkiye’de dahil olmak üzere olumlu oy vermişlerdir. Bildiriyi ülkelerden bazıları farklı sebepler göstererek imzalamamışlardır. Sovyetler Birliği, Beyaz Rusya, Ukrayna, Polonya, Çekoslovakya ve Yugoslavya çeşitli soyut özgürlükleri kabul etmesi ve bireyin devlete karşı ödevlerini açıkça ifade etmemesi nedeniyle gerçekçi bulmadıklarından dolayı kabul etmemişlerdir. Güney Afrika sosyal ve ekonomik hakların burada olmaması gerektiğini öne sürmüştür. Suudi Arabistan ise İslam ve Şeriat kurallarıyla bazı ilkelerin çeliştiğini iddia ederek çekimser oy kullanmıştır. Oylama sonucunda kabul edilmiş bir karar olan bildiri tavsiye niteliğinde olup, teknik hukuk anlamında bağlayıcı bir etkisi yoktur. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi’nde belirtilmiş ilkelerin, Uluslararası Adalet Divanı Statüsü’ne göre (38. madde, 1/b-c)’de birçok ulus tarafından tanındığı için teamül hukukundan sayılması gerektiği yolunda görüşlerle, Bildiri’ye hukuksal bağlayıcılık kazandırılmak istenmiştir.¹⁰⁸ İHEB’in 22.maddesi “herkesin toplumun bir

¹⁰⁷ Munci Kapani, **İnsan Haklarının Uluslararası Boyutları**, Bilgi Yayınevi, Ankara, 2011, s. 20-22.

¹⁰⁸ Rona Aybay, “**Açıklamalı İnsan Hakları Evrensel Bildirisi**”, http://tbbyayinlari.barobirlik.org.tr/TBBBooks/insan_haklari_evrensel_bildirisi.pdf, (Erişim Tarihi:05. 08. 2020).

üyesi olarak sosyal güvenliğe hakkı vardır” diyerek, sağlık hakkını sosyal güvenlik hakkı kapsamında düzenlemiştir. Bildirge’nin 25/1.maddesinde:¹⁰⁹

“Her şahıs kendisine ve ailesine yeter miktarda konut, giysi, yiyecek, tıbbi bakım ve sosyal hizmeti kapsayacak sağlık ve refah sunabilecek bir yaşam düzeyi için; sosyal risk ve sosyal tehlike durumlarında teminat içerisinde olmaya hakkı bulunmaktadır.”

Taraf devletler Sözleşme’de yer alan hakları sağlamakla yükümlü tutulmamış, hakları sağlamak amacıyla girişimde bulunacaklarını taahhüt etmişlerdir. Ancak sosyal haklara ilişkin iç hukuk düzenlemeleri de zayıf kalmaktadır. Esas olan aslında devletin bu hakları sağlamadaki iradesi ve iç hukukta düzenlenilmiş olmasıdır. Nitekim 1982 Anayasası’nın 65. Maddesinde mali gücün yeterliliği ölçütü getirilerek bu hakların korunmasında devlete esneklik getirilmiştir.¹¹⁰ Anayasa Mahkemesi’nin farklı zamanlarda aldığı kararlarda, sağlık hizmetine kamu tarafından belirlenen bir ücretin olması, yükümlülüğün Anayasa’da verildiği ölçüde yapılmış sayılabilmesi için yeterli bulunmuştur.¹¹¹

İnsan hakları ve sağlık hakkı arasında sıkı bir bağ söz konusudur. Sağlık programları, sağlığı koruyup geliştirebilecekleri gibi, insan haklarının kısıtlanarak ihmal edilmesine de yol açabilir. Bu anlamda insan haklarının ihlal edilmesi, korunması ya da geliştirilmesi doğrudan sağlık hizmeti üzerinde etkili olabilecektir.¹¹² BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesinin 14 Numaralı genel yorumunda sağlık hakkının vaktinde sunulmuş yeterli tıbbi müdahaleden ibaret olmadığı şeklindedir. Bunun yanında güvenilir ve içilebilecek su kaynağına ulaşmada dahil olmak üzere sağlığı

¹⁰⁹ Resmi Gazete, İHEB Resmi çevirisi Tarih:27.05.1949 Sayı:7217.

¹¹⁰ Ülkü Halatçı Ulusoy, “Sosyal Hakların Korunmasında Birleşmiş Milletler’in Rolü”, **III. Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu** 24-25 Ekim 2011 Kocaeli, s. 250.

¹¹¹ Resmi Gazete, **Anayasa Mahkemesi Kararı**, Tarih:18. 03. 2008, Esas sayısı: 2005/52, Karar sayısı: 2007/35

¹¹² Adem Arkadaş Thibert, Gülgün Müftü, Bahar Güçiz Doğan ve Münevver Bertan, “Sağlık Hakkı Çerçevesinde: İnsan, Kadın ve Çocuk Hakları”, **Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2015, s. 1791.

korumak için tüm şartların sağlanmasıdır. Sağlıklı gıda, yeterli besin, sağlık eğitimlerinin verilmesi, barınma, çalışma ve çevre koşullarının iyileştirilmesine benzer sağlığı belirleyici faktörlerin tümü sayılmıştır.¹¹³

Sağlık hizmetlerinin ülkemizde devlet tarafından verileceği ilk defa 1961 Anayasası'nda yer almıştır. 1961 Anayasa'sının 49. maddesinde sağlık hakkı, temel bir hak olma iddiasıyla temellendirilmiştir. Tüm bireylerin fizik ve ruh sağlığını muhafaza edecek biçimde yaşamalarını temin etmek devletin vazifesi sayılmıştır. Burada devletin; yurttaşlarının yaşamlarını devlet güvencesi ve onun pozitif yükümlülüğü kapsamında koruyacağı anlaşılmaktadır. Yaşamaktan kasıt canlı olarak var olmaktan ziyade sağlıklı yaşama hakkını içermektedir. Herhangi bir hakla ilgili olarak devletin üç temel görevi bulunmaktadır. İlki “dokunmama”, ikincisi üçüncü bütün dış etmenlerden gelebilecek müdahalelere ve saldırganların bu hakları çiğnenmesine “dokundurtmama” ya da izin vermeme, üçüncüsü ise bazı olanakları sağlama ve eylemleri yapma, yükümlülüğüdür.¹¹⁴

Burada sağlık hakkı, devlete pozitif bir yükümlülük doğuracak şekilde tanımlanmıştır.¹¹⁵ Anayasanın sosyal devlete özgü diğer maddelerinde bulunan, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin bütünü için devlet sorumlu tutulmuştur. Öyleki bu bakış açısı planlı kalkınmanın özelliklerinden biri olmuştur. Nitekim Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nı bu ekseninde yazılmış ve 224 sayılı Kanun'da sağlığın sosyalizasyonunu sağlayabilecek hukuksal adımlar atılmıştır. Buradan devletin halkın sağlığını koruyacağına dair bir anlayışın ortaya çıktığını söylemek yanlış olmayacaktır.

1982 Anayasası, devletin sosyal haklarla ilgili görevleri 1960 Anayasası'ndan farklı bir biçimde düzenlenmiştir. 1960 Anayasa'sından farklı olarak sağlık hizmetleri; devletin yaptığı bir esas sosyo-ekonomik hak olmayıp; devletin planladığı ve

¹¹³ Avrupa Birliği, Ekonomik, Sosyal, Kültürel Haklar Komitesi, **14 No'lu Genel Yorum**, Bkz. <http://www.ihop.org.tr/dosya/ESKHK/ESKHGY14.doc>, (Erişim Tarihi:03. 03. 2019).

¹¹⁴ Mustafa Sönmez, **Paran Kadar Sağlık Türkiye'de Sağlığın Ticarileşmesi**, Yordam Kitap, İstanbul, 2009, s. 27-28.

¹¹⁵ **A.k.**, s. 26.

denetlediği bir şekilde bürünmüştür. Bundan sonraki süreçte sağlık hizmetleri uygulamaları hizmetin sunulması ve tüketilmesinin serbest piyasa şartlarında olmasıdır. Rekabetin ön planda olduğu piyasada kaliteli ve etkin bir hizmete ulaşmanın formülleri aranmıştır. 1982 Anayasası'nın "Kişinin dokunulmazlığı, maddî ve manevî varlığı" başlığını taşıyan 17. maddesinde herkesin yaşamını sürdürürken fiziksel ve ruhsal varlığını koruyarak geliştirmesi hakkına sahip olduğu yazmaktadır. Bu durum yalnızca tıbbi müdahalelerde, kanunun müsaade ettiği durumlarda ve rızasıyla çiğnenebilir. Burada devletin yapmama ve yapılmasına izin vermeme ödevi bulunmaktadır. Rızaya dayanmayan uygulamalar, cinsiyet ve üreme özgürlükleri bu kapsamda değerlendirilebilir.

Sağlık hakkı, konusu yönünden "sosyal haklar" arasında sayılmaktadır.¹¹⁶ Nitekim ESKHS'nin 12. maddesi ve 1982 Anayasa'sının "Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler" başlığı altında olan ve "Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması" olarak adlandırılan 56. madde sağlık hakkına yöneliktir. Sosyal haklar arasında yer alan sağlık hakkından burada "beden ve ruh sağlığı" bütün olarak söz edilmektedir. Birinci kuşak haklardan olan on yedinci madde koruyucu, ikinci kuşak haklardan olan 56. madde yararlanma hakkıdır. Burada devletin tüm bireylerin yaşamını devam ettirirken fiziksel ve ruhsal sağlığını sağlayabilmesi amacıyla, bir merkezden planlayarak sağlık hizmetini yürütmekle sorumlu tutulmuştur. Fakat dördüncü fıkra uyarınca; devletin sağlık hizmeti yapma sorumluluğunu piyasanın elindeki kuruluşları devletlere devrederek değil de; bunların denetlenmesini sağlayacak ek olarak sağlık hizmetinin planlanmasının gerektirdiği yetkileri kullanabilecektir. Nihai olarak bu maddedeki son fıkrada devletin sağlık hizmetinden tüm bireylerin faydalanması için genel sağlık sigortası kurabileceği de düzenlenmiştir. Bu maddeden anlaşılabilecek olan; tüm vatandaşların hayatlarını idame ettirirken fiziksel ve ruhsal sağlığının devamı için gerekli koşulları hazırlama ve

¹¹⁶ Bülent Algan, **Ekonomik Sosyal ve Kültürel Hakların Korunması**, Seçkin Yayınları, Ankara, 2007, s. 27, Cahit Talas, "Yaşam Hakkı ve Toplumsal Haklar", **İnsan Hakları Yıllığı**, 1990 Cilt 12, s. 83-90.

maksatla sağlık hizmetinin planlanmasıyla ilgili genel bir vazife yüklenmiştir. Hüküm kamu açısından bir program hüküm özelliğindedir. Diğer bir deyişle, devletin bu konuyla ilgili yükümlülüğü her bir bireyin sağlığını bizzat ve doğrudan garanti edecek işler yapmasından ziyade; amaç doğrultusunda koordinasyonunu, planlamayı ve denetlemeyi yapmasıdır. Bu madde uyarınca, devletin karşısında bireyler sağlık sisteminin işlemeyen tarafları için talepte bulunacaklardır. Devletin sağlık hizmetlerinin kullanılabilmesi için kuracağı sağlık sisteminde finansmanın kendisi tarafından sağlanacağı anlamı çıkmamaktadır.¹¹⁷

Anayasa'nın 58. ve 61. maddelerinde, devletin koruma vazifeleri sıralanmıştır. Devlete alkol ve uyuşturucuya karşı gereken tedbirlerin alınmasına dair 58. maddede, engellilerin korunmasını ve sosyal yaşama katılmalarını sağlayan tedbirler almasını ise 61. maddede düzenlemiştir. Bu hükümlerde, devletin sağlık hizmetlerini denetleyici, ayrıca toplumun tümü için planlayıcı rolü bulunmaktadır.

Ülkemizin üye olma çabalarının olduğu Avrupa Birliği'nde önemli bir uluslararası sözleşme olan Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (AİHS) 20 Mart 1952'de Paris'te imzalanan bu protokol, 18 Mart 1954'de yürürlüğe girdi. Türkiye, protokolü 18 Mayıs 1954'de onayladı.¹¹⁸ Sözleşme'nin 2. Maddesinde yaşam hakkı, yasalarla belirtilen haller ve usulüne uygun yakalanan ya da tutuklu bulunan kişinin kaçması haller dışında teminata kavuşturulmuş. Ayaklanma ve isyanın bastırılması sırasında da yasaya uygun davranılacağı yazmaktadır. Yaşama hakkının önemli olmasından dolayı sözleşmede, 15.maddede hakkın, kural dışı durumlar bir tarafa bırakılırsa, olağanüstü zamanlarda dahi kullanılması ertelenemez haklar içerisinde.¹¹⁹

Nitekim Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nde (AİHM), Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nde (AİHS) bulunmayan sağlık hakkını, yaşam hakkının olduğu

¹¹⁷ Mustafa Erdoğan, **İnsan Hakları Teorisi ve Hukuku**, s. 282.

¹¹⁸ Bildirge'nin resmi tercümesi için bkz. Resmi Gazete, Tarih:19.03.1954 Sayı:8662

¹¹⁹ ECHR (European Court of Human Rights), Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_TUR.pdf, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

sözleşmenin ikinci maddesiyle ilişkilendirerek, dolaylı olarak içtihatlarında üzerinde durmuştur. Örneğin, Calvelli ve Ciglio/İtalya davasında AIHM, devletin, hastanelerde tedavi olanların hayatını korumak üzere önlem alma mecburiyetinde bırakmıştır (Başvuru No: 32967/96, Karar No: 2605, Tarih:17.01.2002).¹²⁰

. Avrupa Sosyal Şartı'nın 1965 yılında yürürlüğe girmiş, ülkemizde 1989 yılında imzalanarak denetim mekanizmaları açılmıştır. Çalışma hakkı, örgütlenme hakkı, sosyal güvenlik hakkı, adil ücret hakkı gibi ekonomik ve sosyal haklar Avrupa Sosyal Şartı içerisinde korumaya alınmıştır. 11.maddesine göre devletler sağlık hakkının etkin kullanılması veya sağlığın korunabilmesi için kendi örgütlerine ek olarak diğer örgütlerle işbirliği yaparak çeşitli önlemler alacaklardır. Bu önlemler dışında aşağıdakileri taahhüt etmişlerdir:¹²¹

- Sağlığın geliştirilmesi ve kişisel duyarlılığı artırmak için eğitim ve danışma hizmeti sunmak,
- Salgın hastalıklarla sürekli bir mücadele, diğer hastalıkları da mümkün olduğunca önlemek için çaba sarf edeceklerini,

Benzer biçimde Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'nın 35.maddesine göre: herkesin ulusal hukuk ve uygulama gereğince koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden faydalanmaya hakkı bulunmaktadır. Avrupa Birliği'nin politika ve faaliyetleri uygulanırken insan sağlığının korunmasına çalışılır.¹²²

1950'lerin sonlarına gelindiğinde, güçlü bir emek hareketinin mevcut olduğu hemen her ülkede devletler herkese açık genel sağlık hizmetlerine olan talebi

¹²⁰ ECHR (The European Court of Human Rights), <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-60329> (Erişim Tarihi:16. 01. 2017), AIHM “sağlık hakkı”nı yaşam hakkı (AIHS 2. madde) ile ilişkili olarak kararına dahil etmiştir. Buradaki örnekte Calvelli ve Ciglio/İtalya davasında AIHM, devletin hastanelerde hastaların yaşamlarının korunması için gerekli tedbirleri almak konusunda düzenleme yapması yükümlülüğüne yer vermiştir. ” (Başvuru No: 32967/96, Karar No: 2605, Tarih:17. 01. 2002)

¹²¹ TBMM, Resmi Gazete Tarih:14.10.1989 Sayı:20312, **Avrupa Sosyal Şartı** (Gayriresmi tercüme), <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/sosyalsart.pdf>, (Erişim Tarihi:10. 12. 2017).

¹²² Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, **Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı**, Avrupa Birliği İle İlişkiler Genel Müdürlüğü, Kasım 2001, https://sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Avrupa_Birligi_Temel_Haklar_Sarti%E2%80%8B.pdf, (Erişim Tarihi:10.10.2020).

durduramaz hale gelmişlerdi. Komünist ülkelerde zaten sağlık hizmetleri devlet eliyle karşılanmakta standart hale gelmişti. Üçüncü dünya ülkelerinde ise kaynak yetersizliği ve devasa taleplerle boğuşmakla karşı karşıya kalındıysada herkese açık bir erişimin genel olarak uygulamaya kavuştuğu görülmüştür.¹²³

Anayasa'ya baktığımızda ilk olarak Türkiye Cumhuriyeti devletini insan haklarına saygılı (md. 2) ya da insan haklarına dayalı (md. 14) diyerek tarif edilmiştir. Anayasa'da devletin; insanın maddi ve manevi varlığının gelişebilmesi için şartları sağlama (md. 5), bireyin temel hak ve özgürlüklerini kısıtlayan veya gerçekleştirilmesini durduran faktörlerin ortadan kaldırılması ödeviyle vazifelendirmiştir. Nihayetinde, Anayasamızın temel hak ve özgürlükleri (md. 40) ayrıca düzenlemiştir. Burada anayasada verilmiş hakların çiğnenmesi halinde herkesin görevlendirilmiş makamlara gecikmeksizin başvurabilmesini sağlamak öngörülmekteydi. Buradan yetkili makam olarak anlaşılması gereken adli, idari ve siyasi mercileri anlamak gerekmektedir.

Günümüzde sağlık hakkı köklü ve bütün insanlığı ilgilendiren bir hak olduğu onaylanılmaktadır.¹²⁴ Bu hak artık devletin kendisini tamamen dışlayamayacağı uluslararası bir zorunluluktur. Sağlığa kapsamlı olarak yer veren ülkemizin de taraf olduğu uluslararası birkaç antlaşma bulunmaktadır. Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklara ilişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'nin (ESKHS) yetkili organı olan Komite'nin, sağlık hakkıyla ilgili yorumunda da, DSÖ'nün sağlık tanımlarını temel aldığı izlenmektedir. Antlaşmanın 12. Maddesi sağlıkla ilgilidir. Sözleşmenin tarafı olan devlet; vaat ettiği bedensel ve tinsel sağlık standartlarını sağlayamadığı takdirde, hak talebinde bulunabilecektir. Bu genel yükümlülük dışında doğum oranlarının ve bebek ölümlerinin azaltılarak çocukların sağlıklı bir biçimde gelişmelerine çalışacaktır. Çevre sağlığı, sanayi temizliği, salgın hastalıklar, endemik hastalıklar, meslek hastalıkları ve

¹²³ Leo Panitch ve Colin Leys, **Kapitalizmde Sağlık ve Sağlıksızlık Semptomları**, Çev. Umur Haskan, 2. Basım, Yordam Kitap, İstanbul, 2014, s. 27.

¹²⁴ Nihat Bulut, **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, s. 202.

diğer tüm hastalıkların önlemeye, kontrol altında tutmaya hastalanıldığı takdirde ise tedavileri için şartları sağlamaya mecbur bırakılmışlardır.¹²⁵

Buradan anlaşıldığı üzere yüksek beden ve ruh sağlığı standartlarından yararlanma hakkı tanınmasını öngörmektedir. Sağlık hakkının sağlanması için gereken başat bir takım önlemler sayılmakta ve devletlerin getirilen önlemlere uygun davranması beklenmektedir. Bu kapsamda ölü doğum oranı ve çocuk ölümlerinin azaltılması, ek olarak çocukların sağlıklı gelişmesi için tedbir alınması; çevre ve endüstri sağlığının iyileştirilmesi; salgın niteliğinde olan hastalıkların, meslek hastalıklarının ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve denetimi; bireylerin hastalanmaları durumunda da sağlık hizmeti ve bakımı verecek koşulların sağlanmasını içerir. Ayrıca antlaşmanın başlangıç kısmında devletlerin insan haklarına ve özgürlüklerine evrensel ölçekte saygı göstermek ve riayet etmekle yükümlü olduğu yazmaktadır.

İnsanlık tarihinin bu uzun düşünsel ve hukuksal süreçleri sonrasında günümüzde; sağlık hizmeti diğer mal ve hizmetlerden farklı olarak, uluslararası hukukta temel insan hakları arasında sayılmaktadır.¹²⁶ Sağlıkla insan hakları arasında karmaşık bağlantılar bulunmaktadır. Nitekim insan hakları ihlallerinin ya da bu konuda duyarsız kalınmasının toplum sağlığı açısından ciddi sonuçları olabilecektir. Tasarlanma ve uygulanma biçimlerine göre sağlık politika ve programları; insan hakları ihlallerinin nedeni ya da insan haklarının gelişmesinin önündeki engel olabilecektir. İnsan haklarına duyulan saygının çerçevesinin genişletilmesiyle yapılacak korumacı uygulamalar, sağlığı bozuk ve korunmasız olanlar için iyileştirici adımlar olacaktır.¹²⁷

¹²⁵ Resmi Gazete, Türk hukukunda 11. 08. 2003 tarihinde usulüne göre yürürlüğe girmiş bulunan Sözleşmenin resmi Türkçe metni için bkz. Tarih:11. 08. 2003, Sayı:25196.

¹²⁶ Hilmi Çoban, **Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir, 2009, s. 11-15.

¹²⁷ WHO, “25 Questions&Answers on Health&Human Rights”, **Health& Human Rights Publication Series**, Issue No: 1, July 2002, s. 8, <http://www.who.int/hhr/NEW37871OMSOK.pdf>, (Erişim Tarihi:17. 01. 2017).

Sağlık hakkına temel haklar arasında yer verilmesi, sosyal hakları insan hakları arasında görmeyenler tarafından eleştirilmiştir. Bu liberal eleştiri; sosyoekonomik haklar özelinde ise sağlık hakkına yönelik; bireylere sormaksızın ödevler yükleyen, bireylerin ürettiği sosyal refahı başkalarına dağıtan ve bunu zorla yapan bir temelde bulunduğu iddiasıdır. İnsan haklarının yalnızca birinci kuşak haklardan ibaret olduğu, sosyal haklara ise sınırlama getirilmesi gerektiğini savunur.¹²⁸ Liberal düşünürler, insan haklarıyla sosyal haklar arasına hayli uçurum koymaktadırlar. Robert Nozick, insan haklarını yalnızca “birinci kuşak” haklarla, sivil ve politik haklarla sınırlamaktadır. Sosyal ve ekonomik hakları bu kapsamın dışında tutmaktadır.¹²⁹

Sağlık hakkının insan hakları arasında sayılıp sayılmamasına dair tartışmalar, bu hakkın devletlerce tanınarak; anayasa ve yasalarda bu hakları tanımlayıcı maddelere yer verdikçe ortadan kalkacaktır. Bu sınıflandırma dışında kişisel ve siyasal haklar maliyetsiz ve devlete herhangi bir olumlu edimde bulunma zorunluluğu olmayan, ekonomik, sosyal ve kültürel haklar ise maliyetli ve devletten olumlu yönde bir edimle gerçekleştirilebilir. Bunun sonucunda ortaya çıkan uygulamalar politik olarak düşünülebilir. Ayrıca ekonomik, sosyal ve kültürel haklar zamanla gerçekleştirilebilecek ideal bir hedeftirler. Maliyetli olduğu ise devletin doğru uygulama ve politikalarıyla ortadan kaldırılabilecektir. Nitekim sosyal güvenlik gibi kullanıcılar tarafından karşılanan sosyal hakların maliyeti çalışanlardan kesilen primlerle karşılanmaktadır. Bir program dâhilinde devletin mali olanakları ölçüsünde gerçekleştirilmesi, hakkın özüne zarar vermesi nedeniyle kabul edilemez. Sağlık hakkı; devletlerce anne ve çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklık kazandırma gibi bir takım konuları içermektedir. Sayılan hizmetlerin zamanla bir program dâhilinde yapılması kabul edilemez. Devletten olumlu edim yapması halinde sonuçları pozitif olacak bu haklar köken olarak kişisel ve

¹²⁸ Mustafa Erdoğan, **İnsan Hakları Teorisi ve Hukuku**, s. 72-73.

¹²⁹ Robert Nozick, **Anarşi, Devlet ve Ütopya**, Çev. Alişan Oktay, 2. Baskı, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul 2006.

siyasal haklar kadar ideolojik olabilir. Çünkü kişisel ve siyasal haklara vurgu yapanlarda serbest piyasa ekonomisi ve liberal temelli savunular yapmaktadırlar.¹³⁰

İnsan haklarının korunmasında çeşitli mekanizmalar bulunmaktadır. Nitelikleri gereği devlet karşısında ileri sürülen haklar olmaları itibariyle çoğunlukla devlet tarafından ihlal edilebilmektedir. Bu bir çelişki gibi görünmesine rağmen devlet hem bu hakkı korumalı hem de iktidarı alanındaki başat kişi ve grupların ihlal etmesine izin vermemelidir. Günümüzde artık devletin bu sorumluluğunun daha fazla olduğu düşünülmekte; bu nedenle devletin insan haklarına elverişli ekonomik, toplumsal ve siyasal ortamı yaratması ve desteklemesinin de insan haklarını koruma kapsamı içerisinde olduğu kabul görmektedir. Liberal ideoloji ekseninde yorumda bulunan Erdoğan'a göre bunu destekleyebilecek ideal ortam; özgür piyasalara, açık topluma dayalı ve çoğulcu demokratik hukuk devletiyle mümkündür. Ayrıca toplumdaki hiçbir birey ya da organizasyonun olamayacağı kadar büyük ve rakipsiz olan modern devleti kaba bir güç organizasyonu olarak tanımlayan Erdoğan; onu ehlileştirmenin ve sınırlamanın yollarından biri olarak insan haklarını görmektedir. İnsan hakları sağlandığında kişilerde adalet ve özgürlüğe ulaşabileceklerdir.¹³¹

Sağlık hakkıyla ilişkili en yakın hak olan yaşam hakkı, bütün hakların önkoşuludur. Herkese karşı korunan bir haktır. Sağlık hakkı; cinsellikle ilgili, üremeyle ilgili, bireyin vücudunu kontrolü ve rızası olmaksızın herhangi bir müdahaleye maruz bırakmama hakkını ki burada; işkence dâhil olmak üzere rıza olmaksızın tıbbi tedavi ve işleme tabi tutulamama hakları da kapsama dâhildir. Hasta hakları bu kapsamda düşünülebilir. Birleşmiş Milletler 14 numaralı genel yorumunda; sağlık hakkı barınma, gıda, çalışma, katılım, eğitim, bilimsel ilerlemelerin ve bunların uygulamalarının faydalarından yararlanma, ayrımcılığa uğramama, yaşam, işkence görmeme, bilgiye erişim ve örgütlenme, mahremiyet, dolaşım hakkı ve toplanma vb. diğer insan

¹³⁰ Bülent Algan, **Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Hakların Korunması**, s. 128-154.

¹³¹ Mustafa Erdoğan, **İnsan Hakları Teorisi ve Hukuku**, s. 297-298.

haklarının gereğince uygulanmasıyla yakından ilişkili ve bağımlı olduğu kabul edilmektedir.¹³² Kişinin yaşamasına engel olan, yaşamını tehdit eden ve ortadan kaldıran her şeye karşı kişilerin korunmasına ilişkin talepler, yaşama hakkının gerektirdikleri arasında görülmelidir. Yaşamı tehdit eden ve ortadan kaldıran tehditler derecelendirilebilir. Kişinin bedensel varlığını sürdürebilmesi, en az sağlanması gereken yaşam hakkıdır. Bu aslında devletin ve tüm insanlığın ödevleri arasındadır.¹³³

İnsan hakları kendi arasında birbirleriyle tamamlayıcılık ilişkisi içerisinde. Hakların tümü bir bütünlük ve bölünmezlik içerisinde. İnsan haklarının her biri tek başına ele alındığında hakkın sahibi olan bireyin değişik yönlerinden sadece birini veya birkaçını ele alınmaktadır. Bu bakımdan, bireyin insan haklarından tam anlamıyla faydalanabilmesi hassas bir denge üzerine kuruludur. Bireyin haklarından birinin veya birkaçının ihlal edilmesi sonucunda o anda ihlal edilememekte olan diğer haklarından da yararlanabilmesini azaltabilecek, anlamsızlaştırabilecek ve hatta tümüyle ortadan kaldıracaktır. Örneğin, haksız olarak tutuklanan bir kişinin özgürlüğünün elinden alınması sonrasında, kullanımı özgürlüğüne bağlı olan diğer haklar örneğin sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı da elinden alınmış olacaktır. Yine benzer biçimde yaşam hakkının ihlali durumunda tüm haklar bireyin kendisi ile birlikte ortadan kalkacaktır. Sosyal ve kültürel anlamda verilen yardım ve olanakları anlatan sosyal, ekonomik ve kültürel hakların gerçek anlamda insan hakkı niteliğinde olmadığı, aralarında nitelik farkı nedeni ile birinci kuşak haklardan daha az önemli olduğu iddia edilmiştir. Piyasa ekonomisinin hâkimiyeti altındaki modern dünyada en az bir sosyo-ekonomik güvenceye malik olmadan insanın onuruyla örtüşür yaşam sürdürmesi imkânsızdır.¹³⁴ Bütün haklara saygı göstermeden sadece bir hakkı korumanın mümkün olabileceğini düşündüğümüzde insan hakları elbette bölünebilir. Diğer haklar ihlal edilmeden sadece

¹³² WHO, “25 Questions&Answers...”, s.8.

¹³³ Ioanna Kuçuradi, **İnsan Hakları: Kavramları ve Sorunları**, Türkiye Felsefe Kurumu, Türk Felsefesi ya da Simurg Dizisi No: 8, Ankara, 2007, s. 123

¹³⁴ Aydın Turhan, “İnsan Hakkı Kuşakları Arasındaki Tamamlayıcılık İlişkisi”, **İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, 2013, Cilt 4 Sayı 2, s. 372-375.

bir hakta ihlal edilebilir. Ancak birbiriyle bağlantılı haklar vardır. Bir takım haklar ihlal edilmesin diye diğer hakların ihlali yasaklanmıştır. Bazı haklar kavramsal olarak birbirine dayanır. Örneğin; Birleşmiş Milletler'in iki farklı sözleşmesi ekonomik ve sosyal haklar sözleşmesi kalkınma kavramı altında, sivil ve siyasi haklar sözleşmesi ise ayrı bir kategoride yer alma nedeninin buna dayandığı düşünülmektedir.¹³⁵

C. İktidarın Meşruiyetini Sağlama ve İktidarını Gösterme Biçimi Olarak Sağlık Hizmeti

Modern dönemde bilimsel bilginin hızla artması ve onun üstünlüğüne duyulan inançla birlikte gündelik yaşamın ekonomi, eğitim, cezalandırma ve yardım gibi pratikleri fabrika, okul, hapishane ve yardım birimleriyle yer değiştirmiştir. Hastalıkların tedavisi aileler tarafından ilgilenilen ve fiziksel yöntemlerin yanında doğaüstü pratiklerinde kullanıldığı durumlardan, üzerinde çalışmalar yapılan kontrol yöntemlerinin sınındığı profesyonel süreçlere dönüşmüştür. Bu durumun doğal sonucu hasta ve hastalığın kontrol edilebilmesi ve bunun bir iktidar alanı olarak çıkması olmuştur.¹³⁶

Foucault'a göre; 18. yüzyıldan itibaren devlet ile toplum arasındaki ilişkide bir değişim yaşanmış, devlet ve yönetici elitler nüfusun bütününe iktidar uygulamalarının asıl alanı olarak görmeye başlamışlardır. Modern devlet gündelik ve sosyal hayata daha fazla müdahil olmak istemiştir. Bu müdahalelerle nüfusun sosyal ve ahlaki kontrolü sağlanarak, üretkenlik kapasitesi ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Nüfus üzerinde geleceğe dair planlar yapılarak devlet için işe yarar bireyler elde edilmeye

¹³⁵ Micheal Freeman, **İnsan Hakları Disiplinlerarası Yaklaşım**, Çev. A. Erkan Koca ve Asena Topçubaşı, Birleşik Yayınları, Ankara, 2008, s. 47.

¹³⁶ Fuat Man ve Ali Balcı, "Postmodern Dönemde Modern Bir Pratik Olarak Sağlık", **Uluslararası Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi**, Kocaeli Üniversitesi, 3-5 Kasım 2006.

çalışılmıştır.¹³⁷ İktidar; başta asayişin sağlanarak devlet iktidarının pekiştirilmesi, sonrasında eğitim sistemiyle merkezden mevcut iktidarın değerlerinin içselleştirilmesiyle toplumun şekillendirilmesi,¹³⁸ yollarına başvurulabilmektedir.

Foucault üç farklı iktidarın üç farklı (şehir tasarımı, tahıl azlığı, salgın hastalıklar) yöntem kullanarak ortaya çıkışını anlatır. Neoliberal iktidarı; şehirlerin tasarımı, tahıl (azlığın) üretimi ve piyasasının yönetimi ve salgın hastalıkların yönetimi üzerinden örnekleyerek ayrıştırır. İlk iktidar biçimi hukuksal düzenini oluşturarak, çiğneyenleri cezalandıran iktidardır. İkincisi disiplinci iktidar olup, suçluyu ıslah, ahlakileştirme ve zorunlu çalışma gibi tekniklerle suçluyu çevreleyerek bireyi dönüştürmeyi amaç edinen çalışmadır. Üçüncü iktidarı hırsızlık üzerinden tarifler; hırsızlığın bir dağılım eğrisi çıkarılır, bu eğri kabul edilebilir sınırlar içinde korunmaya çalışılır. Toplumda hırsızlığı cezalandırmak için harcanacak maliyet göz önünde bulundurularak, suçun belli sınırlar içerisinde kaldığı müddetçe, mevcut durumun korunmasına devam edilir.¹³⁹ Bu örnekten yola çıkarak hastalıklardan cüzamlılar yerleşim yerinin dışarısına çıkartılarak izole edilirken, vebalıların karantinaya alındığı, çiçek hastalarınınsa riskler hesap edilerek aşılama yapılmıştır. Cüzamlıların toplumdan tecrit edilmesi, 16. yüzyıla kadar geçen zamanda yapılan ve meşruiyetini kanunlardan olduğu kadar din ve ritüellerle de beslemektedir. Bu tarz insanları yapmaması gereken davranışlarından dolayı ikaz etmek ve uymayanı cezalandırmak şeklindeki uygulamalar hükümler iktidarın bir müdahale usulüdür. Bir tür dışlama pratiğidir. Oysa 16. ve 17. yüzyılın salgını olan vebada mekanizma tersine işlemektedir, hasta bulunduğu mekâna kapatılmaktadır. Vebaya ilişkin düzenlemeler farklı araç kullanılarak yapılmakta ve farklı amaçlarla hizmet etmekteydi. Disiplinci bir anlayışla; bir dizi, tıbbi, psikolojik, polisiye tekniğin devreye girerek suçlunun teşhisi, tedavisi, gözetim altında tutularak

¹³⁷ M. İnanç Özekmekçi, “Modern Devlet ve Tıp: II. Abdülhamit Döneminde Frengi İle Mücadele”, **Kadın Araştırmaları Dergisi**, 2012 Sayı 10, s. 84.

¹³⁸ Uğur Akın ve Gani Arslan, “İdeoloji ve Eğitim: Devlet-Eğitim İlişkinine Farklı Bir Bakış”, **Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, 2014 Cilt 4 Sayı 1, s. 81-90.

¹³⁹ Şükran Gölbaşı, “Güvenlik Toprak, Nüfus”, **Mülkiye Dergisi**, 2015 Cilt 39 Sayı 3, s. 327-329.

normalleştirilmesi söz konusuydu. Disiplin anlayışında; hükümler iktidardan farklı olarak, insanlara neleri yapmaması gerektiğini değil de neleri yapması gerektiğini söyleyen bir iktidar tipidir. Bir kapatma pratiğidir. Foucault, salgınlara müdahaleye üçüncü örnek olarak, çiçek hastalığını ve 18. yüzyılda ortaya çıkan aşılama pratiğini verir.¹⁴⁰ Burada yaklaşım biçimi, bir yasa ve disiplin dayatmaktan yerine fenomenlerin belli oranlar içerisinde tutarak kontrol altına alınmasıdır. Burada sağlık hizmeti tüm toplumun gereği kadar ihtiyacını karşılamaktan ziyade, hastalığı ya da hastayı belirli sınırlar içerisinde tutarak, iktidarın güvenliğini sarsmaması için uğraşmıştır. Günümüzde uygulanan neoliberal politikaların başta sağlık ve sosyal güvenlik olmak üzere toplumda yarattığı hoşnutsuzluk ve sıkıntıların devletin meşruiyetine zarar verecek boyuta gelmemesi için farklı güvenlik tedbiri (Toplum Destekli Polis) uygulamalarına başvurulmuştur.¹⁴¹ Hayek Kölelik Yolu'nda şiddetli yoksulluk zamanlarında, piyasa ve zenginlerin zarar görmemesi için tedbirler alınmasını lüzumlu görmüştür.¹⁴² Çünkü böyle zamanlarda asayiş sorunları devletin halka karşı taraf olduğu durum her ne ise, yön değiştirerek kendi varoluşunu sarsmaya dönük bir sorun haline bürünebilecektir.¹⁴³

Devletler modern dönem öncesi varlıklarını bazı meşru temellere dayandırmışlar, modern dönem sonrasında ise iktidarlarının meşru görünmesi arzusunda olmuşlardır. Örneğin demokratik seçimler bir meşruiyet nedeni olarak gösterilmiştir. Bunun gösterilmesinin altında devletin eylemlerinin kabul edilebilir olması ve yurttaşların ona itaati arasındaki denge yatmaktadır. Aydınlanma sonrası meşruiyet kaynağı din olmaktan çıkmış, modern devletle bu durum hukuki bir zemine

¹⁴⁰ Michel Foucault, **Güvenlik, Toprak, Nüfus**, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2014, s. 12.

¹⁴¹ Serdar Ekinci, **Devletin Dönüşümünün Güvenlik Alanına Yansıması: Türkiye’de Güvenlik Yönetişimi**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Yönetim Bilimleri ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2011, s. 7.

¹⁴² **A.k.**, s. 33.

¹⁴³ Seyfettin Aslan, Ömer Taylan ve Damla Baştuğ, “Gezi Parkı Eylemlerinin Farklı Boyutlarıyla Bir Değerlendirmesi”, **Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi**, 2016 Cilt 6 Sayı 12, s. 153-177.

oturmuştu.¹⁴⁴ Devlet iktidarının ve kamu adına hareket etmenin meşruluğu kamu hizmetiyle ifade edilebilir. Ekonomiye müdahale aracı olarak kamu hizmetini kullanabilmekte yahut bir ticari faaliyet yapmasını kamu hizmeti yapıyor olarak ifade edebilmektedir.¹⁴⁵

Devlet kendi örgütlenmesiyle sağlık hizmetini sunmasa da sağlıklı olanların hastalanmamasına uğraşarak kendi iktidarının devamını sağlayabileceklerdir. Demokratik ülkelerde bu tarz bir krizle baş edemeyen bir hükümetin toplum nazarında itibarı sarsılacaktır. Nitekim günümüzde yaşanan COVID-19 Salgını sonrası hükümetlerin daha çok sağlık hizmeti üretmesi, buna dair planlama ve yapılanmaya gitmesi, buna bağlı olarak sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılanması gündeme gelebilecektir. Otokratik rejimlerin tedbir adı altında güçlerini pekiştirme, demokratik hareketleri zayıflatma yönelimi de olabilecektir. Demokratik rejimler ise vatandaşın rızasını aramayı sürdürmeleri, hesap vermeleri ve şeffaf bir şekilde vatandaşlarını ikna ederek süreci yönetmektedirler.¹⁴⁶ Demokratik rejimlerde hükümetlerin salgın yönetimindeki karneleri, seçimlere yansiyacaktır.¹⁴⁷ Krizi yönetmekteki başarı ya da başarısızlıkları, seçmenleri tarafından değerlendirilecektir.

Sağlık hizmetleri beşeri gelişmeye doğrudan katkı yapan hizmetlerden biridir. Sağlık hizmetleri insanın yaşamını sürdürmesi ve emniyet içinde olması bakımından zorunluluktur. Sosyal güvenlik harcamaları ve sosyal yardım hizmetlerine yapılan harcamalar bireylerin eylemleri haricinde karşılaşılabilecekleri tehlikelerden koruduğundan benzeyen sonuçlar ortaya çıkarırlar. Bu hizmetlere yapılan harcama kalemleri yoksulluğu ve gelir dağılımındaki eşitsizliği azaltarak toplumsal huzura katkı

¹⁴⁴ Christopher Pierson, **Modern Devlet**, 1. Baskı, Chiviyazıları Yayınevi, İstanbul, 2011, s. 40-44.

¹⁴⁵ Ali D. Ulusoy, “Kamu Hizmeti Anlayışında Yeni Yönelimler Avrupa Yapılanmasının Kamu Hizmeti Teorisine Etkileri” adlı kitap bölümü, **Gün Işığında Yönetim** içinde, İl Han Özay (Edit.) Filiz Kitabevi, İstanbul, 2004, s. 267.

¹⁴⁶ Orçun İmga ve Ufuk Ayhan, **Kovid-19 Salgını ve Sonrası Toplum, Devlet ve Küresel Sistem** kitabı içerisinde “Kovid-19 Salgını ve Sonrası Devlet, Demokrasi ve Güvenlik”, Polis Akademisi Yayınları, No: 94, Ankara, 2020, s. 109-111.

¹⁴⁷ Bayram Ali Soner, **Kovid-19 Salgını ve Sonrası Toplum, Devlet ve Küresel Sistem** kitabı içerisinde “Kovid-19 Salgını ve Sonrası Uluslararası Siyasette Süreklilik ve Değişimler”, Polis Akademisi Yayınları, No: 94, Ankara, 2020, s. 154.

sağlamak gibi kamu düzeni için önemli bir işlev yürütürler. Sonuçta sağlanan bireylerin kendileriyle ve toplumdaki diğer bireylerle barışık olma hali toplumsal huzur tesis eder. Sosyal riskleri azaltmak ve sosyal dışlanmayı aşmak için sağlık hizmeti dışında faaliyetler yürütülebilir. Düşük gelirli kesimlerin konut gereksiniminin karşılanması adına, iskân ve toplumsal refaha yönelik çalışmalar faydalı olacaktır. Çevreyi koruyucu hizmetlerde benzer bazı sonuçlar sağlayabilecektir.¹⁴⁸

Sosyal haklar kişilerin refah seviyelerini artırmaktadır. Özellikle ekonomik, sosyal ve siyasal kriz dönemlerinde yoksulluk çeken kitlelerin güvenlik tehdidi oluşturmaması ve iktidarın kendi meşruiyetini sürdürebilmesi için sosyal haklar kullanılmıştır.¹⁴⁹ Sosyal haklar devleti meşrulaştırarak, sosyal barışı güçlendirir. Sosyal haklar eşitsizliklerden kaynaklanan sakıncaları gidermeyi hedeflemektedir. Sağlık hakkı da bu haklardan bir tanesidir.¹⁵⁰

İnsan dolaşımının hızlanmasıyla beraber hastalık risklerinin tüm dünya genelini ilgilendirmesi, bulaşıcı hastalıklardan korunma başta olmak üzere bazı sağlık hizmetlerinin önemini artırmıştır. İletişim araçlarının artması, demokratik rejimlerin kuvvetlenmesi, insan haklarının yükselişi ve insanların daha iyi yaşam beklentilerine olan duyarlılıklarını artırmıştır. Salgın, kronik rahatsızlıklar, kanser gibi hastalıklara karşı toplumun bilinçlenmesiyle, sağlıklı çevre isteğine dair talepler çoğalmıştır.¹⁵¹

D. Kapitalizmin Sürdürebilirliği İçin Sağlık Hizmeti

Geçmişten günümüze değişmeyen üç devlet işlevinden birincisi; insanların doğaya karşı savaşında onların tarafında yer alarak üretici güçleri, üretim araçlarını ve

¹⁴⁸ M. Mustafa Erdoğan, “Beşeri Gelişme Perspektifinden Türkiye’de Kamu Eğitimi ve Sağlık Harcamaları”, **İktisat Dergisi**, 2010, s. 13-28.

¹⁴⁹ Serdar Ekinci, **Devletin Dönüşümünün Güvenlik Alanına Yansıması: Türkiye’de Güvenlik Yönetişimi**, s.7 vd.

¹⁵⁰ Nihat Bulut, **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, s. 66-67.

¹⁵¹ Mustafa Ökmen, “Çevre ve Politika”, **Çevre Sorunlarına Çağdaş Yaklaşımlar**, M. Marin, U. Yıldırım (Edit.), Beta Yayını, İstanbul, 2004, s. 327-365.

üreticileri yani insanları korumak ve geliştirmek için şartları sağlamaktır. Kapitalist toplum yapısında devletin öncelikli işlevi; ülkeyi müdafaa, güvenliğin sağlanması, ulusal para temini, ulaştırma ağının oluşturulması ve hukuksal düzenlemelerin yapılması öncelikli olarak gelir. Üreticilerin manevi, bedensel ve zihinsel gücü için; tıbbi bakım, iç ve dış saldırılardan koruma, koruyucu tıp, spor, beslenme, barınma ve çeşitli kültürel hizmetleri sunmak durumunda kalmıştır. İkinci işlevi var olan üretim ilişkilerinin düzenli işlemlerini ve güvenceye alınmasını sağlamadır. Birinci işlev ile ikinci işlevde sayılanlar birbirinden bağımsız değildir; çünkü birinci işlev ikinci işlevi yapmayı kolaylaştırarak meşru kılacaktır. Örneğin birinci işlevde sayılan; sağlık, eğitim gibi hizmetleri yapmayan devlet üretim ilişkilerinin düzenli işlemlerini ve güvenceye alınmasını sağlayamamış olacaktır. Üçüncüsü devletin sayılan ilk iki işlevini yerine getirirken toplumsal karşıtlıklar üzerinden kendini konumlandırması ve güçlü olabilmesidir. Bunu yöneticiler arasında birlik oluşturarak, devletin ideolojisinin eşsiz olduğuna dair koruyucu kanunlar çıkararak, kamu gücünün otoritesini artırıp zamanla vergi toplama yetkisini de kullanarak sağlamaya çalışır.¹⁵² Kapitalist toplumlarda devletin fonksiyonu, sistemin devamını ve üretimin sürekliliğinin koşullarını sağlamaktır.¹⁵³

19. yüzyılın sonu ile 20. yüzyılın başında örgütlenmeye başlayan kapitalist süreçte; kalifiye iş gücünün oluşturulması kamu kurumlarının altyapı faaliyetlerinin bir bölümü şeklinde görülmesine başlanmıştır. İş gücünün temini; iş gücü güvenliği, kentin altyapısının tamamlanarak salgın hastalıkların azaltılması ve atık suların arıtılarak doğaya bırakılmasıyla eşdeğer kamu hizmetlerinden sayılmıştır. Kazalar ve hastalık için olan sigortalar, müteşebbislerin ekonomi politikasına destekte bulunmaktaydı.¹⁵⁴ Kapitalist toplumlarda fiilen her şey piyasa için üretilen birer metadır. İşçiler emek

¹⁵² Cem Eroğul, **Devlet Nedir?**, Yordam Kitap, İstanbul, 2014, s. 17-41.

¹⁵³ Birgül Ayman Güler, **Yerel Yönetimler: Liberal Açıklamalara Eleştirel Yaklaşım** (2. Baskı), Ankara: TODAİE Yayını, Ankara, 1992, s. 133.

¹⁵⁴ Georg Fülberth, **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, Çev. Sadık Usta, Yordam Kitap, İstanbul, 2008, s. 156-184.

güçlerini satmada, işverenler üretim araçlarını ve emek gücünü satın almanın yanı sıra, işçiler tarafından üretilen mal ya da hizmetleri satarak kârın realize edilmesi sürecinde birer meta olarak piyasayı tamamlayıcı fonksiyona sahiptir.¹⁵⁵

Sağlığı hak olarak kabul etmek, kapitalizmin çıkarlarına hizmet etmektir. Öncelikle bireylerin üretici güçlerinin korunması amaçlanmaktadır. Diğer yandan bireyler sağlık açısından da dikkate değer bir tüketici kimliğini oluşturmaktadır. Çünkü insanın temel içgüdüğü olan hayatta kalma güdüsü onu manipüle edilebilir hale getirmektedir. Bu ise kapitalizmin çıkarlarına hizmet edecek biçimde sömürülmesini mümkün kılmaktadır.¹⁵⁶ Yurttaşların kendilerini geliştirebilmeleri için gereken imkânları sağlamak kamu yönetiminin görevleri arasında sayılmıştır. Kapitalist devlet, çoğu zaman şansa bağlı faktörlerle ya da herhangi bir nedenle dezavantajlı duruma düşmüş yurttaşları kendi haline bırakmaktadır. Ancak kendi haline bırakılan yurttaş gelişerek (iyi eğitim alarak), eski sosyoekonomik duruma erişerek; topluma daha üst bir düzeyden katkıda bulunmaya elverişli olamamaktadır. Süreç sonunda kendisine, iş piyasasına ve devlete katkısının düşük olması sürecin olumsuz yanıdır.¹⁵⁷ Kapitalizmin üretici gücünü oluşturan insan, tekrarlanan bir biçimde mal ve hizmet üretiminde aktif kılınacak bir değerdir. Fordist modelde emeğin yeniden üretim maliyetini düşürmek için eğitim ve sağlık gibi hizmete olan ihtiyaçların maliyetini kolektifleştirerek çözüm bulunmuş olması muhtemeldir.¹⁵⁸ Kapitalist üretim biçimi; ortak toplumsal ihtiyaçların devlet tarafından karşılanmasını kabul eder. Tamamıyla toplumsallaştırılma biçimi, farklı üretim biçimi ve toplumsal yapının özelliğidir. Ortak ihtiyaçların toplumsallaştırılması kamu hizmetinin sınırları, üstlenilen alanda hizmet sunma biçimi

¹⁵⁵ Ellen Meiksins Wood, **Kapitalizmin Kökeni**, Çev. A. Cevdet Aşkın, Epos Yayınları, Ankara, 2003, s. 107-108.

¹⁵⁶ Ray Moynihan ve Alan Cassels, **Satılık Hastalıklar**, Çev. Gökçesu Tamer ve Evren Yıldırım, Hayy Kitap, İstanbul, 2006.

¹⁵⁷ Lütfü Yalçın, **Kamu Yönetimi Kuramları: Yöntembilimsel Bir Değerlendirme**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Yönetim Bilimleri Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2010, s. 61.

¹⁵⁸ Onur Karahanoğulları, **Kamu Hizmeti Kavramı (Kavram ve Hukuksal Rejim)**, 3. Bası, Turhan Kitabevi, Ankara, 2015, s. 21

kapitalist güçle uyumlu olmak zorundadır. Sistemde oluşabilecek sapmalar, sistem tarafından düzeltilir.¹⁵⁹

Kamu hizmeti niteliği itibariyle üretkenlik vasfı olmayan sağlık, eğitim ve altyapı hizmetlerini piyasalaştırılma sürecinde üretken faaliyetler olarak kabul görürler.¹⁶⁰ İşyeri güvenliği, çocuk ve kadın işçilere yönelik düzenlemeler asıl amaçları dışında toplumsal yeniden üretimi güvence altına alıyordu.¹⁶¹ Sağlık ve benzeri hizmetler sosyal hizmet kapsamında değerlendirilen diğer hizmetlerle beraber ancak metalaştıkları oranda üretken alanın içinde kabul edilebilirler. Bu manada bakıldığında; sağlık personelinin emeği diğer emek arz edenlerden farklı olarak harcanma koşullarına bağlı olarak üretken olduğu düşünülebilir.¹⁶²

Bir ülkeye ait en kıymetli varlık olan insanın, ekonomik etkinliklerde faal biçimde katılabilmesinin ilk koşulu sağlık koşullarının iyileştirilmesidir.¹⁶³ Nüfusun sağlıklı olması ülke ekonomisinin gelişebilmesinde önemli unsurlardan biridir. İnsanların ekonomik faaliyete verimli şekilde katılabilmesi öncelikle içinde bulunduğu toplumun sağlık şartlarının iyileştirilmesiyle mümkündür. Bu nedenle sağlık hizmetinin kalkınmada bir araç olduğu yadsınamaz bir gerçektir.¹⁶⁴

İnsanın ekonomik değeri üzerinde, ilk defa 17. yüzyılda Sir William Petty'nin *Ulusların Zenginliği* isimli kitabında durulmuştur. Görüşleriyle koruyucu tıbbın bilimsel kökenini oluşturan Peter Frank 19. yüzyılda, *Sağlık Polis Hizmetleri* isimli kitabında Kral'ın en değerli servetinin halk olması hasebiyle, onların hayatlarının ve sağlığının korunması gerektiğini yazmıştır. Devletler sağlık hizmetinin gelişmesine çok daha sonra önem vermişlerdir. Günümüzün bazı ekonomistleri de benzer biçimde; bireyi maliyetli

¹⁵⁹ Onur Karahanoğulları, "Kamu Hizmeti (Kavram ve Hukuksal Rejim)", Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku ABD, s. 4, <http://80.251.40.59/politics.ankara.edu.tr/karahan/makaleler/kamuhizmeti.pdf>, (Erişim Tarihi:31.07.2019).

¹⁶⁰ Yiğit Karahanoğulları, "Marx'ta Üretken Emek Kategorisi ve 1988-2000 Dönemi Türkiye Ekonomisi İçin Ampirik Bulgular", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 2008, Cilt 2 Sayı 63, s. 135.

¹⁶¹ Georg Fülberth, *Kapitalizmin Kısa Tarihi*, 2008, s. 156-185.

¹⁶² Yiğit Karahanoğulları, "Marx'ta Üretken Emek...", s. 133.

¹⁶³ Necdet Serin, *Eğitim Ekonomisi*, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayın No: 25, Ankara, 1972, s. 64.

¹⁶⁴ Emine Orhaner, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin...", s. 17.

bir yatırım saymakta bundan dolayı kendinden umulan katkıyı yaratmadan vefatını sermaye kaybı görmektedirler.¹⁶⁵

İşçilerin verimliliği 1900'lerin başında Taylorist uygulamalarla elli katına kadar çıkarılabiliyordu. Gelişmiş ülkelerde hayat seviyesindeki yükselme, bu artışa dayanmaktaydı. Sağlanan ek verimliliğin yarıya yakını, satın alma gücündeki artışa ayrılmış neticede yükselen bir hayat standardı yakalanmıştır. Artışta bu oranın üçte biriyle yarısı arasında olduğu tahmin edilen miktarı, boş zamana ve eğlenceye ayrılmış olarak kendini göstermiştir. Günümüzde çalışma saati düşmesine rağmen ülkeler elli kat fazla üretim yapabilmektedirler. Artan verimlilikteki payın bazı bölümleri de sağlık sistemine kullanılmıştır. Sağlık sistemi giderleri, önceden Gayri Safi Milli Hâsıla'dan neredeyse hiç harcama yapılmazken, günümüzde gelişmiş ülkelerde %8-12'ye ulaşmıştır. Bunun yanında eğitimin payı da Gayri Safi Milli Hâsıla'nın %2'sinden %10'una, üstüne üstlük daha yükseklerle ulaşmış bulunmaktadır.¹⁶⁶

Aslında bu bakış açısı İkinci Dünya Savaşı'nın ardından refah devleti eksensiz kamu teşkilatlanması için de benzer biçimdedir. Kapitalist sistemde herkes sahip olduğu üretim gücünü satın karşılığında gelir sağlamaktadır. Emeğini satarak geçimini sağlayan yoğun halk kesimleri emeğinin niteliğini sağlık ve eğitimle artırabileceklerdir. Benzer biçimde sağlık hizmeti olarak bu iş gücünü sürekli sunabilme imkânına sahip olabileceklerdir.¹⁶⁷ Bu fikrin öncüsü olan ve bu konuda çalışmalar yapan Schultz ve Mushkin'e göre; sağlık ve eğitime yapılan harcama gider değil yatırımdır.¹⁶⁸ Mushkin sağlığa yapılan ödemelerin üretim kabiliyetlerini korudukları ve ileride ortaya çıkabilecek daha yüklü ödemelerin de önüne geçebildiğini 1962 yılında yayınladığı

¹⁶⁵ Nusret Fişek, "Sağlık Yönetiminde Modern...".

¹⁶⁶ Peter F. Drucker, **Kapitalist Ötesi Toplum**, Çev. Belkıs Dişbudak Çorakçı, İnkılâp Kitabevi, İstanbul, 1994, s. 60.

¹⁶⁷ A. Kadir Işık, **Sağlık Ekonomisine Giriş**, s. 217.

¹⁶⁸ Oktay Alpugan, "Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi", **İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası**, 1984, Cilt 40 Sayı 1-4, s. 153.

makalesiyle anlatmaktadır.¹⁶⁹ Ölüm oranının azaltılması, ortalama yaşam süresinin uzaması gibi etkiler bireyin üretime olan katkısını artırarak ekonomiyi güçlendirmektedir. Hastalıkların önlenmesi sonucunda çalışılmayan sürenin azalması ve iş gücü kalitesinin artırılması verimliliği yükseltici etki yapmaktadır.¹⁷⁰ Beşeri sermayenin asıl kaynağı eğitim olmakla beraber, onu besleyip geliştiren sağlıktır. Sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik birbiriyle yakından ilgilidir. Ekonomik gelişme sağlık için aktarılan kaynağı artırmakta ve toplumun sağlık bilincini yükseltmektedir. Sağlık düzeyinin yükselmesi ise verimliliği artırarak ekonomiye olumlu katkı sunmaktadır.¹⁷¹

İşyerlerinin yeniden üretim yapabilmesi emek sahiplerinin yaşaması ve yeniden üretilmesiyle mümkündür. Bu anlamda kapitalizmin iki vazgeçilmezi vardır. Birisi bireysel tüketim diğeri işçi sınıfının devamı ve emeğin tekrar üretim yapabilmesidir. Tüketime bu kısmı üretken tüketim olarak adlandırılmakta ve sağlık hizmetleri bu kapsamda değerlendirilmektedir. Emek sahiplerinin keyfi ve üretime dönük olmayan tüketimleri ise üretken olmayan tüketimdir.¹⁷²

Refah devleti döneminde eğitim, sağlık, barınma gibi toplumsal hizmetler, toplumsal yeniden üretim için işlevseldir. Bu hizmet türleri artık değer üretmek için yapılmıyorsa üretken kabul edilmeyecektir. Sermaye birikimine dönüştüğü ölçüde değer üretecek ve üretken kabul edilecektir.¹⁷³ Anılan görüşe göre sağlık hizmeti sadece iş gücünün niteliğini artırdığı oranda önem kazanacaktır.

Sağlık hizmeti ulusların inşası ve hegemonyanın kurulabilmesi için kullanılabilir. Neoliberal dönemde liberalizmin yarattığı derin eşitsizliğin

¹⁶⁹ Selma J. Mushkin, “Health As An Investment”, **Journal of Political Economy**, Vol 70 No 5 Part 2, 1962, s. 157.

¹⁷⁰ Selin Ertürk Atabey, **Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası**, s. 20.

¹⁷¹ Sami Taban, “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi”, **Sosyoekonomi Dergisi**, 2006 Cilt 4 Sayı 4, s. 43.

¹⁷² Onur Hamzaoglu, “Sağlık Tek Başına Sınıf Mücadelesinin Bir Aracı Olabilir mi? Tarihsel Süreci Yeniden İnceleme: Bismarck Öncesinde Sosyal Güvenlik”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 2006 Cilt 21 Sayı 5-6, s. 332.

¹⁷³ Metin Altıok, “Üretken ve Üretken Olmayan Emek Ayırımı Üzerine Bir Değerlendirme: Adam Smith’in “Emeği” mi? Karl Marx’ın “Değeri” mi?”, **Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakülte Dergisi**, 2011 Cilt 12 Sayı 1, s. 124-125.

dindirilmesi hem de siyasi hegemonyanın inşa edilmesi için; sadaka niteliğinde verilen sağlık hizmetleri karşımıza çıkmaktadır.¹⁷⁴ 1970’li yıllarda başlayan neoliberal politikalar ve küreselleşme olgusu bu harcamaları yük olarak görmüştür. Fakat ülkelerin durumunu tayin eden bir unsur olan sağlık hizmetinden vazgeçememekle beraber getirdiği finansal yükü paylaşmakta zor gelmektedir.¹⁷⁵ Marksist O’Conner’a göre; 20. yüzyılda devlet artan harcamalarını sermaye üretim ve yatırım harcamalarını devlet bütçesinden karşılayarak maliyetleri tüm topluma yaymıştır. Toplumsal sermaye harcamaları yatırım ve tüketim olarak ikiye ayrılır. Yatırım harcamaları; ulaşım ve haberleşme gibi ekonomide verimliliği artıran altyapı harcamalarıdır. Tüketim ise sağlık ve emeklilik gibi emeğin yeniden üretim maliyetlerini düşürerek kar oranlarını artıran harcamalardır.¹⁷⁶ Neoliberal dönemde sağlık iş gücüne işinin gerektirdiği kadar, kalburüstü kesim için ise gerekliliği yönünde bir devlet politikası belirlemiştir.¹⁷⁷

Neoliberal anlayışla; sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik alanlarında çeşitli uygulamalar yapan devlet kendi meşruiyetinin sorgulanmasından da endişe duymaktadır.¹⁷⁸ Bundan dolayı devletsiz kalabalıklar ve kargaşadan yerine üretim ve tüketimin sürekliliğini, kar elde etmenin devamlılığını sağlayabilecek bir devletin ve devlet yapılanmasının olması idealdir. Asgari oranda kamusal hizmetleri destekleyen bir devlet yapısı tam da kapitalist sistemin sürdürülmesine destek olacak mahiyettedir.

¹⁷⁴ Mehmet Zencir, “Sağlık Reformlarının Arka Planı: Sağlık Hizmetlerinin Sermaye Birikim Sürecine Doğrudan Katkısı”, **Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi**, 2012 Cilt 12 Sayı 45-46, s. 50.

¹⁷⁵ Orhan Koçak, “Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler”, **“İŞ, GÜÇ”, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, 2011 Cilt 13 Sayı 4, s. 82.

¹⁷⁶ Hülya Kirmanlıoğlu, **Kamu Ekonomisi Analizi**, Beta Basım Yayım Dağıtım A. Ş. , İstanbul, 2007, s. 17.

¹⁷⁷ Leo Panitch ve Colin Leys, **Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları**, s. 32-33.

¹⁷⁸ Serdar Ekinci, **Devletin Dönüşümünün Güvenlik Alanına Yansıması: Türkiye’de Güvenlik Yönetişimi**, s. 7

II. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Burada temel sağlık hizmetleri kapsamına girmeyen sağlık hizmetleri anlatılacaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri, TSH'nın kapsamına girdiğinden önceki bölümde ayrıntılı olarak anlatılmıştır. O nedenle burada yer verilmemiştir.

A.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri kişinin ve içinde yaşadığı çevrenin sağlıklı olabilmesi için yapılan çabalar olmak üzere iki kola ayrılmaktadır. Yeterli miktarda ve kirlenmemiş suyun temini, atıkların zararlarının önlenmesi, sağlıklı konutlar, endüstriyel sağlığın kontrolü, vektör, hava, radyasyon ve gürültü kirliliğiyle mücadele faaliyetleri çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerindendir. Temel olarak görev alanına girmeyen bu hizmetler konusunda, sağlık hizmetlerinin fonksiyonu danışmanlık, denetim ve yol göstericilik yapmaktır. Erken teşhis ve tedavi, engelliliğin önlenmesi, bağışıklama, beslenme eğitimi, sağlık eğitimi de kişiye yönelik hizmetlerdendir.¹⁷⁹ Sağlıklı çevre şartları oluşturarak hastalıklardan korunmayı hedeflemektedir. İnsanın etrafında mevcut olan ve sağlığını kötü etkileyebilecek maddi ve manevi faktörlerin ortadan kaldırılarak topluma zarar vermesini engellemek maksadıyla yapılan çalışmaların tümüdür.¹⁸⁰ İnsan sağlığını korumak için alınabilecek tedbirler çok çeşitlidir. Sağlık için; konutun yaşamı sağlıklı sürdürebilecek mekânsal özellikleri taşıması,¹⁸¹ güvenilir su kaynaklarının sağlanması, katı atıkların denetimli bir şekilde doğaya bırakılması, zararlı canlıların kontrol altında tutulması, sağlıklı gıdaların

¹⁷⁹ Recep Akdur, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması**, 3. Baskı, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1999, s. 5-6.

¹⁸⁰ Sağlık Bakanlığı, **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Mavi Ofset, Ankara, 2014, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/159>, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

¹⁸¹ Osman Hayran, “Sağlık Hizmetleri”, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı** içerisinde, Haydar Sur ve Osman Hayran (Edit.), Yüce Yayın, İstanbul, 1998, s. 18.

sağlanması, temiz havanın kontrolü, radyolojik zararlıların kontrolü, işyeri sağlığı tedbirlerinin alınması gerekmektedir.¹⁸²

Koruyucu sağlık hizmetlerinin ve bununla ilgili koruyucu hekimlik uygulamalarının önem kazanması, hastalıkların nedeninin anlaşılmaya başladığı 19. yüzyılın ilk yarısından sonradır. Hastalıkların etkeninin bulunmasıyla birlikte patojenlerle savaş, çevrenin ve hijyenin öneminin artması, hastalıkların bulaşıcılık evresi ve hastalığın yayılma seyriyle ilgili bilgilerin artması, bireyin sağlıklı olmasıyla toplumun sağlıklı olması arasında sıkı bir bağ olduğunun anlaşılması, tedavi hizmetlerinin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini artırmıştır. Dünya tarihine baktığımızda Çinlilerin iyi hekimi; hasta olanı değil henüz hastalanmamış olanı tedavi eden kimse olarak tanımladıklarını görmekteyiz.¹⁸³ İnsan sağlığı yönünden “tedavi” edici hizmetlere göre daha öncelikli olması gerektiği anlaşılmıştır. O yıllarda koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı; bulaşıcı hastalıkların neden olduğu salgınları önlemektir. Günümüzdeki koruyucu sağlık hizmetlerinin amacıysa, insanın yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşamını refah içerisinde sürdürebilmesinin sağlanmasıdır. Toplumda kanser, kalp ve damar hastalıkları, romatizma, diyabet ve glokom gibi süregelen (kronik) ve dejeneratif hastalıklar her geçen gün artmıştır. Hastalıklarla savaşmak için; erken tanı, tedavi ve sağlık eğitimi gibi çabalar sürmektedir. Bulaşıcı hastalıkların kontrolünün sağlandığı devletlerde koruyucu hekimlikle tedavi edici hekimliğin birbirinden ayrılması imkânsız hale gelmiş olmakla beraber, bulaşıcı olmayıp korunulabilecek hastalıklarda yataklı tedavi kurumlarından faydalanılmıştır. Hekimlerinde halk arasında belirli aralıklarla muayene ve tarama hizmetlerini yürütme zorunluluğu getirilmiştir.¹⁸⁴ Neticede toplumu oluşturan fertlerin hastalanmalarını

¹⁸² Metin Ateş, **Sağlık Sistemleri**, s. 9.

¹⁸³ Rahmi Dirican, **Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı Dersleri)**, Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 1990, s. 14.

¹⁸⁴ Nusret Fişek, “Sağlık Yönetiminde Modern...”.

önlemek ve erken dönemde hastalıklarını teşhis etmek amacıyla yapılan faaliyetlere koruyucu sağlık hizmetleri denilebilir.¹⁸⁵

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bazıları sağlığı geliştirme adı altında yeni bir sağlık alanı oluşturmuştur. Sağlığı geliştirmenin iki bileşeni; sağlık eğitimi ve çevresel eylemlerle sağlıklı yaşam koşulları oluşmasına destek olmaktır. Sağlık eğitimi bireye ve topluma sağlık sorunlarında kullanabilecekleri bilgi ve becerileri donatmaya dönük harcanan çabalardır. İnsanların yaşama, çalışma, eğlenme, dinlenme gibi aktiviteleri için bulundukları okul, işyeri, sağlık kurumlarını sağlık koşullarına uygun hale getirmek için geliştirilen uygulamalardır.¹⁸⁶ Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çok boyutlu bir sosyal ve siyasal süreç içerisinde; bireylerin beceri ve kapasitesini artırmaya yönelik eylemler yanında sosyal, çevresel ve ekonomik şartları sağlamayı, böylelikle genel sağlığın iyileştirilmesi yönünde çabaları ifade etmektedir. Amaç, insan sağlığını belirleyen faktörler üzerinde kontrolleri artırarak kendi sağlıklarını iyileştirmelerini sağlamaktır. Bunun için insanların buna katılımı, desteği ve inanması gerekmektedir.¹⁸⁷ DSÖ' ye göre; sağlığın belirleyicileri sosyal, ekonomik ve fiziksel çevre yanında bireyin kişisel özellikleri ve davranışlardır. Sosyal, ekonomik ve fiziksel çevre ile ilgili belirleyicileri; bireylerin doğduğu, yetiştiği, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşullar olarak tanımlamaktadır.¹⁸⁸ Sağlık eğitimi inanç, eğilim, tutum ve bilgilerimizi değiştirerek davranışlarımızı değiştirir. Böylece sağlıklı kalabilmemizi sağlayacak olan yaşam

¹⁸⁵ Said Bodur, **Aile Sağlığı**, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, Eğitim Serisi: 2, Ankara, 1991, s. 7.

¹⁸⁶ Şevkat Bahar Özvarış ve Dilek Aslan, "Sağlık Eğitimi ve Sağlığın Geliştirilmesi", **Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı içerisinde**, Palme Yayınları, Ankara, 2015, s. 83-84.

¹⁸⁷ **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü**, Dünya Sağlık Örgütü tarafından Health Promotion Glossary adı ile 1998 Yılında yayınlanmıştır, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları No: 814, Ankara, 2011, s. 1.

¹⁸⁸ WHO, **Social Determinants of Health**, https://www.who.int/social_determinants/en/ (Erişim Tarihi:04. 04. 2019), (Erişim Tarihi:04. 04. 2019).

pratikleri kazanmamız sağlanır. Sağlıklı yaşam pratikleri hastalık durumlarında da iyileşme sürecini kısaltır.¹⁸⁹

B.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici (iyileştirici) sağlık hizmeti hastalık ya da sakatlık durumunun ortaya çıkması durumunda verilmekte olup temel sağlık hizmetlerinin bir üst aşamasıdır. Amacı hastalığa yakalanmış kişileri sağlıklarına kavuşturmaktır. Tedavi edici hizmetlerin koruyucu sağlık hizmetlerinden en temel farkı tamamen kişiye yönelik olarak sunulmasıdır. Bulaşıcı hastalığa yakalanmış birisi tedavi edilerek toplumun diğer bireylerine bulaşması önlenmiş böylece koruyucu sağlık hizmetleri de desteklenmiş olacaktır.¹⁹⁰

Tedavi hizmetlerini birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak ayırmak mümkündür. Dört basamak olarak sınıflandıranlarda vardır. Bu biçimde ayırırsak; kendi kendine bakım, birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak sayılabilir.¹⁹¹ Sınıflandırmanın temelinde hizmetin kapsamı¹⁹² ve hizmetin yoğunluğu¹⁹³ bulunmaktadır. Hastaların iyileşmek için izlediği süreç üç aşamada ele alınır. Hastanın ilk müracaat yeri ayakta teşhis ve tedavinin yapıldığı birinci basamak sağlık kuruluşları olmalıdır. Buralarda teşhis ve tedavisi mümkün olmayan hastalıklar ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yani ilçe ve il devlet hastanelerine sevk edilmelidirler. Ancak buralarda da yetersiz kalındığı durumlarda hasta, eğitim ve üniversite hastanelerine sevk

¹⁸⁹ Çağatay Güler, “Ülkemizde Sağlığı Geliştirmede Açılımlar”, **Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu**, 11-13 Nisan 2011 İstanbul, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2012, s. 55-92.

¹⁹⁰ Dilaver Tengilimoğlu, Oğuz Işık ve Mahmut Akbolat, **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, s. 82.

¹⁹¹ Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu, **Sağlık Yönetimi**, Beşir Kitabevi, İstanbul, 2011, s. 92.

¹⁹² Dilaver Tengilimoğlu, Oğuz Işık ve Mahmut Akbolat, **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, s. 82.

¹⁹³ Said Bodur, **Aile Sağlığı**, s. 10.

edilmektedir. Böylece sağlık sisteminde tıkanma ve yığılmaların önüne geçilerek toplumun sağlık düzeyi yakından izlenebilecektir.¹⁹⁴

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak dışında SUT'a göre; sağlık hizmeti veren ancak herhangi bir sınıflandırmaya tabi tutulamayan yerlerde bulunmaktadır.¹⁹⁵ Birinci basamakta; hastalananlara evinde ve ayaktan tedavileri yapılır. Sayılan hizmet genelde yatağı olmayan sağlık hizmet birimlerinde verilir. Bu basamakta teşhis ve tedavi edilmeyen hastaların ikinci basamakta bulunan kurumlara sevkı yapılır.¹⁹⁶

İkinci basamakta bulunan sağlık kurumları; bireylerin ilk basamakta çözüm bulamadıkları sağlık sorunları için sevk edilerek çözüm aranan, teknolojinin yardımıyla, belirli branşlarda ihtisaslaşmış hekimlerin çalıştığı, ayakta ya da yatarak sağlık hizmeti verilen yerdir. Çoğunlukla birden fazla branşta hizmet verilen zamanla da doğum hastaneleri veya çocuk hastanelerinde olduğu gibi hastalığın çeşidi, yaşı ya da cinsiyetine göre sınıflandırılarak hizmetin verildiği kuruluşlar olmuşlardır.¹⁹⁷ Özel hastaneler de bu gruptadırlar.¹⁹⁸ Üçüncü basamak sağlık kurumları SUT'ta eğitim ve araştırma hastaneleri, dal hastaneleri, üniversite hastaneleri ve bunlara bağlı sağlık birimleri olarak yer sayılmıştır.¹⁹⁹

Ana ve yan branşlarda sağlık ve eğitim hizmetinin verildiği, çoğunlukla ikinci basamaktan sevk edilen hastalara hizmet vermeyi hedeflemiş sağlık kuruluşlarıdır.²⁰⁰ Belli bir yaş arasındaki kişilere, cinse veya hastalığa yakalanmış bireylere, o hastalıkla ilgili en fazla imkânı sağlayan yatarak tedavi yapılan kuruluşlardır. Kanser hastaneleri, sanatoryumlar, ruh sağlığı hastaneleri bunlara örnek gösterilebilir.²⁰¹

¹⁹⁴ Said Bodur, **Aile Sağlığı**, s.10.

¹⁹⁵ Resmî Gazete, Tarih:24. 03. 2013 Sayı:28597.

¹⁹⁶ Zafer Öztekin, Sarp Üner ve Nevzat Eren, "Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Yönetimi", **Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2015, s. 1483.

¹⁹⁷ Sağlık Bakanlığı, **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, s. 46.

¹⁹⁸ Resmi Gazete, **Özel Hastaneler Yönetmeliği**, Tarih:27. 03. 2002, Sayı:24708.

¹⁹⁹ Resmî Gazete, **Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği**, Tarih:24. 03. 2013, Sayı:28597.

²⁰⁰ Sağlık Bakanlığı, **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, s. 46.

²⁰¹ Zafer Öztekin, Sarp Üner ve Nevzat Eren, "Sağlık Hizmetleri ve...", s. 1483.

DSÖ'nün TSH içerisinde tariflendiği bir sağlık hizmeti de palyatif bakımdır. Son yıllarda ülkemizde belirli şartları sağlayan yataklı tedavi kurumlarının içerisinde birer klinik şeklinde açtığı bir uygulamanın başkaca boyutları da bulunmaktadır. Yönergesi'nde²⁰² palyatif bakım hizmetlerinin yataklı sağlık tesisi dışında aile hekimleri ve evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütüleceği de ifade edilmiştir. Bu bakım kapsamına kimlerin girebileceğini tanımlamıştır. DSÖ palyatif bakımı, entegre ve insan merkezli sağlık hizmetlerinin çok önemli bir parçası olarak görmüştür Kişinin acılarının fiziksel, sosyal veya ruhsal yönden durdurmayı hedeflemektedir. Bu hizmetin verileceği kişiler kanser, majör organ yetmezliği, ilaca dirençli tüberküloz, ciddi yanıklar, son dönem kronik hastalıklar, akut travmalar, prematüre doğum ve yaşlılardır.²⁰³Hastanede yatmadığı zamanlarda birinci basamak sağlık hizmeti sunan ASM'lerde gereken tetkik ve tedaviye yönelik hizmeti alacaklardır.

B. Rehabilit Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri; kaza, savaş ve felaketler gibi umulmadık bir şekilde hasıl olan, insanların sakat kalmalarına, çalışma kuvvetlerini yitirmelerine, motivasyonlarını engel olan olaylar sonrasında, hastaların topluma tekrar kazandırılarak ekonomik, sosyal ve kültürel yönden kuvvetlendirilmelerini sağlamaya yönelik sağlık hizmetlerdir.²⁰⁴ Rehabilit edici sağlık hizmetleri ikiye ayrılmaktadır. Bedensel sakatlıkların iyileştirilmesi için yapılan sağlık hizmetlerine özgü çabalara tıbbi rehabilitasyon denir. Örneğin; protez takılmış bir bacağın tıbbi tedavisinin yapılması. Sosyal tehlikeler sonunda kişide kalan ahrazları gidererek ya da en aza indirerek yaşamını devam etmeye yeter duruma getirmek için yapılan sağlığa dair çabalara da

²⁰² Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, **Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge** madde:5, Sayı:15722819/840.

²⁰³ WHO, **Palliative Care**, <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>, (Erişim Tarihi:09.11.2020).

²⁰⁴ Asuman Altay, "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda...", s. 35.

sosyal rehabilitasyon denir. Sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler yardımıyla, kaza ve hastalık sonucu sakatlananlara işlevsel beceriler kazandırılmasını hedeflemektedir. Kaza veya hastalık sonrası vücutta kalan ahrazlar nedeniyle geçmişteki işinde çalışamayanlara işin öğretilmesi, işin bulunması ve işte uyumunun sağlanmasına yönelik yapılan çalışmalardır. Sakatlanan böylelikle çalışamayan kimselere, çalışabilmesi olanağı yaratmak için, sağlık personeli aracılığıyla tıbbi rehabilitasyon uygulanarak, sosyal çalışmaların yardımıyla işe yerleştirme ve işte uyumun sağlanmasına benzer hususlarda gösterilen faaliyetler bu tür hizmetlerdendir.²⁰⁵

II. SAĞLIK HİZMETLERİ İÇİNDE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde, bölge merkezli ve basamaklı bir biçimde sunulması ilk defa İngiltere’de 1920 yılında önerilmiştir.²⁰⁶ Sağlık hizmetleri hastalıklar oluşmadan önce koruyucu, hastalık oluştuktan sonra ise tedavi edici, herhangi bir nedenle vücudunda ahraz kalmış kimselerin tıbbi ve sosyal yönden yaşamını sürdürebilmesine yönelik çabalar ise rehabilitasyon hizmetlerinin kapsamına girmektedir. Son yıllarda sağlık düzeyinin iyileştirilmesini hedefleyen sağlığın geliştirilmesi hizmetleriyle, sağlık hizmetleri dörde ayrılır. Tedavi edici sağlık hizmetleri üç aşamada gerçekleştirilir. Birinci basamakta ayakta tedavi ve basit tıbbi müdahaleler yapılabilen sağlık kuruluşları bulunur. İkinci basamakta yatarak tedavi gerektiren hastalıkların tedavi edildiği sağlık kuruluşları ve üçüncü basamakta belirli bir hastalığın tedavisi için iyi tıbbi teknolojinin kullanıldığı ileri tedavi kurumlarında tedavi gerçekleştirilir.

²⁰⁵ Rahmi Dirican, **Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı Dersleri)**, s. 49.

²⁰⁶ Dawson Raporu, **Lord Dawson’s Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920**, <https://navigator.health.org.uk/theme/lord-dawsons-interim-report-future-provision-medical-and-allied-services-1920>, (Erişim Tarihi:23. 07. 2020).

Çalışmamızın konusu olan temel sağlık hizmetini sunan sağlık hizmeti birimi Greenhalgh; koruyucu sağlık hizmetlerini, sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerine karşılık gelen hizmetleri sunan; topluma en yakın ve ilk başvurulabilecek yer olarak tariflenmiştir. Nitekim Alma Ata Konferansı'nda kabul gören temel sağlık hizmetleri; sağlık eğitimi, beslenme durumunun iyileştirilmesi, temiz su temini, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması, bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama, endemik hastalıkların kontrolü, sıkça rastlanan hastalıkların tedavisi, sıkça görülen yaralanmaların tedavisi ve temel ilaçların temin edilmesi yalnızca birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından yapılabilecek hizmetler değildir. Greenhalgh sayılan hizmetlerin değişen sağlık riskleri ve gelişen teknolojinin ışığında güncellenmesi gerekliliğinin bulunduğunu eklemektedir.²⁰⁷ Çalışmamız kapsamında DSÖ'nü rehber edindiğimizden; TSH'nin tanımını da buradan yapmak doğru olacaktır. DSÖ'ye göre; TSH sağlığı geliştirme, hastalık önleme, tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakımı içeren sağlık hizmetleridir. Çok sektörlü politika ve eylem yoluyla yaşam boyu sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, sağlığın daha geniş belirleyicileriyle ele alınması, aileleri ve toplulukları kendi sağlığının sorumluluğunu üstlenmeleri için güçlendirerek hedefe ulaşabilir.²⁰⁸

Ülkemizde “primary health care” kavramı Öztekin'e göre; Türkçe'ye “temel sağlık bakımı”, “primer sağlık bakımı”, “birincil sağlık bakımı”, “birincil sağlık hizmetleri”, olarak çevrilmesi uygun görülmemiştir. İngilizcede var olan başka bir kavram olan “basic health services” kavramının Türkçe karşılığının “temel sağlık hizmetleri” olması yerinde olacaktır.²⁰⁹ Hayran'a göre Türkçedeki temel sağlık hizmetleri kavramı;

²⁰⁷ Trisha Greenhalgh, “Thirty years on from Alma-Ata: Where have we come from?Where are we going”, **British Journal of General Practice**, November 2008: 798-803, <https://bjgp.org/content/58/556/798>, (Erişim Tarihi:23. 07. 2020).

²⁰⁸ WHO, **Primary Health Care**, https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1, (Erişim Tarihi:14.08.2019).

²⁰⁹ Zafer Öztekin, **Temel Sağlık Hizmetleri**, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayın No: 2018-3, s. 3, <https://hasuder.org.tr/wp-content/uploads/Temel-Sa%C4%9Fl%C4%B1k-Hizmetleri-1978-2018.pdf>, (Erişim Tarihi:07. 08. 2020).

“primary health care” a, “primary care” kavramı ise; birinci basamak sağlık hizmetlerine karşılık olarak kullanılmıştır. Birinci basamak ayakta tanı ve tedavi yanında bireye yönelik bazı koruyucu sağlık hizmetlerini de veren kurumlardır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmetleri kavramının yerine kullanılagelmiştir; hâlbuki verilen hizmetler temel sağlık hizmetlerinin sadece bir bölümüdür. Temel sağlık hizmetlerinin kapsamı daha geniş olup, birden çok kurumun ortaklaşa gerçekleştirebileceği hedefler barındırır. Temel sağlık hizmetleri; insanların yaşadığı yere en yakın, sağlık sorunlarında en rahat ulaşabilecekleri ve sağlık hizmetlerini alabilmek için ilk başvurdıkları yer olarak planlanan ve bir ülkede yaşayan vatandaşların tamamına, yaygın bir biçimde, sektörler arası işbirliği ve vatandaşların katılımı ile verilen sağlık hizmetlerinin adı olmalıdır.²¹⁰

Koruyucu Sağlık Hizmetleri	Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri (Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak)	Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	Sağlığı Geliştirme Hizmetleri	Palyatif Bakım
Koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamı TSH kapsamındadır.	Birinci basamak sağlık hizmetlerinin tamamı TSH kapsamındadır.	Birinci basamakta ayakta yapılan sağlık hizmetleri TSH kapsamındadır.	Sağlığı Geliştirme hizmetlerinin tamamı TSH kapsamındadır.	Birinci basamakta verilen evde bakım, ayakta bakım ve tedavi TSH kapsamındadır.
TSH'nin kapsamı dışında herhangi bir koruyucu sağlık hizmeti yoktur.	İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri TSH'nin kapsamı dışındadır.	İkinci ve üçüncü basamakta verilen rehabilitasyon hizmetleri TSH kapsamı dışındadır.	TSH'nin kapsamı dışında herhangi bir sağlığı geliştirme hizmeti yoktur.	İkinci ve üçüncü basamakta verilen palyatif bakım TSH kapsamı dışındadır.

Temel sağlık hizmeti; birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından verilecek tıbbi müdahale ve basit rahatsızlıkların tedavisi yanında, koruyucu sağlık hizmetleriyle,

²¹⁰ Osman, Hayran, “Birinci Basamak Hizmetler Kimler Tarafından, Nasıl Sunulmalı?”, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, **Sağlık Dergi**, 2012, <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/414/Birinci-basamak-hizmetler-kimler-tarafindan-nasil-sunulmali.aspx>, (Erişim Tarihi:17. 08. 2020).

koruyucu sağlık hizmetlerinin içerisinden çıkmış sağlığı geliştirme, rehabilitasyon ve palyatif bakım faaliyetlerinin tümü yanında, sağlığı iyileştirmeye dönük tüm kamu politikalarının tamamı olarak tarif etmek doğru olacaktır.

Kavramla ilgili tartışmaların nedeni Akdağ' göre TSH'yi birinci basamakla rtştrerek; ya konuyu sayılı hizmetin sunulduğu bir sistem anlayışına götürmek ya da herkese sağlık kavramının hedefine uygun topluca bir sistem anlayışının değişmesi gerekliliğine dair oluşan bir kaygı olabilir. DSÖ'nün herkese sağlık hedefi; ancak herkese sağlık hizmeti ulaştırmakla mümkün olabilecektir. Bu ise hizmetin kişinin yaşadığı yerin yakınına kadar ulaşabilmiş, tüm ülke geneline hitap eden, diğer sağlık kurumlarıyla ortaklaşa iş yürütebilecek biçimde örgütlenmiş bir birinci basamak sağlık hizmeti kurmaktan geçmektedir. Verilen sağlık hizmeti hangi kurum ya da sağlık basamağında verilirse verilsin diğer sağlık hizmeti parçalarından izole olarak ele almak, temel sağlık hizmetleri hedefini karşılamaya yetmeyecektir. Tek başına ele almak, temel sağlık hizmetlerinin hafife alınmasına ve yeterli itibarı görmemesine yol açacaktır. Kelime ve kavram düzeyinde bir tanımlama yapmak konunun iyi analiz edilmediğini göstermektedir.²¹¹

DSÖ, bunun için odağımıza yalnızca belirli hastalıkları ve koşulları tedavi etmekten ziyade insanları önemsemenin koyulması gerekmektedir. Temel sağlık hizmetlerinin dayanak noktası tüm insanların, ülkelerinde doğru bakım almayı hak ediyor olmasıdır. Güçlendirilmiş insan ve topluluklar, çok sektörlü politika ve eylem, birinci basamak sağlık hizmetleriyle bütünleşmiş bir sağlık hizmet yapılanmasıyla olmalıdır. Güçlü bir sağlık sistemine sahip olmak, iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak ve iyileştirilmiş bakım kalitesini yükseltmek temel sağlık hizmetlerine önem vermekten geçmektedir. Dünya Sağlık rgt; bir insanın yaşamı boyunca ihtiyaç duyduğu sağlık ihtiyacının %90'ının temel sağlık hizmetleri kapsamında karşılanabileceğini

²¹¹ Recep Akdağ (Edit.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008**, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 770, Ankara, 2008, s. 26.

yazmaktadır.²¹² Ülkeler temel sağlık hizmetleri örgütlenmesini sağlayan birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirecek reformlarla tüm toplumun sağlığını düzeltmenin yanında, sağlığa ayrılan kaynakların dağılımını dengeleyerek, birinci basamağa özgü sağlık çıktılarıyla maliyetleri de düşürebileceklerdir.²¹³

Temel sağlık hizmetleri kavramı Öztekin'e göre; kişilere bazı koruyucu ve iyileştirici hizmetleri götüren resmî sağlık kuruluşları ağını ifade eder. Temel sağlık hizmetleri merkezden planlanan, personelin hükümet tarafından atandığı, hizmetin özelliklerine baktığımızda çoğunlukla; halkın katılımıyla, hizmete uygun teknolojiler kullanılarak ve birçok sektörün ortaklaşa yürüttüğü faaliyetler olduğu görülmektedir.²¹⁴

Sağlıklı olmayı belirleyen sosyal belirleyiciler, nitelikli sağlık hizmeti verildiğinde olumlu yönde değişebilmektedir. İnsanların gelirinde meydana gelen azalmayla birlikte beslenmede bozulmaları getirmekte ardından, bağışıklık sistemi de zayıflayıp, enfeksiyonlar karşısında daha korunaksız duruma gelmektedir. Sağlık anlayışını; sosyal sınıfı belirleyici şartların tesiriyle gelişen davranışların tümünde aramak gerekmektedir.²¹⁵ Toplumun en alt kesiminin sağlık hizmetlerine ulaşması gerek ülkeler arasında, gerekse ülkelerin kendi içinde ciddi eşitsizliklerin hala devam ettiğini göstermektedir. Bunların giderilmesinde, toplumsal eşitsizliklerin en fazla olduğu yerlerde dahi, yaygın ve eşitlikçi biçimde verilen temel sağlık hizmetlerinin sağlığın geliştirilmesinde ve sağlık eşitsizlerinin azaltılmasına katkı sağladığı görülmüştür.²¹⁶ Sağlığın öncelikli belirleyicisi yoksulluk ve buna bağlı eşitsizliklerdir. Çözebilmek için sosyal adaletin sağlanması gerekmektedir. Eşitsizlikleri sınıf analizi yaparak

²¹² WHO, **Primary Health Care**, <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/primary-health-care>, (Erişim Tarihi:14.08.2019)

²¹³ Barbara Starfield and Leiyu Shi, "Policy Relevant Determinants of Health: an International Perspective", **Health Policy**, Vol 60 Issue 3, June 2002, s. 201-218.

²¹⁴ Zafer Öztekin, **Temel Sağlık Hizmetleri**, s. 3.

²¹⁵ Burhan Baloglu, "Sağlık ve Sosyal Sınıflar", **Sosyoloji Konferansları Dergisi**, 2005 Cilt 0 Sayı 31, s. 158.

²¹⁶ Ata Soyer ve Zeliha Öcek, **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı**, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Aralık 2007, Ankara.

görebilmekte mümkündür.²¹⁷ Eşitsizliklerin tek nedeni bireyin hangi sosyal sınıfta yer aldığı değildir. Nitekim yaş, cinsiyet, bölge ve etnik gruplar arasında da eşitsizlikler olabilmektedir.²¹⁸

Sağlığı geliştirme programları, sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için tasarlanmıştır. Eşitsizliklerin nedenleri; genelde ekonomik durum, ırk, etnik köken, cinsiyet, engellilik hali, coğrafyayla yakından bağlantılıdır. Genetik faktörler, sağlıklı olmayı sağlayan yaşam pratikleri ve sağlık hizmeti alıp almadığımız önemlidir. Ancak asıl belirleyici olan yaşama gözlerimizi açtıktan ölünceye kadar içerisinde bulunduğumuz sosyal şartların nasıl olduğudur. Bu koşulların, yaşam süresi ve sağlık üzerinde önemli bir etkisi vardır. Bu koşullara baktığımızda; etnik köken, ırk, yoksulluk, eğitim düşüklüğü, kültürel farklılıklar, düşük eğitim seviyesi, sağlık okuryazarlığının azlığı gibi toplumsal eşitsizlikler, toksin, hastalık yapıcı etkenlere maruz kalınması, yoksulluk ve güvenliğin bulunmadığı çevre, yetersiz besleyici gıdalar, egzersiz yapmama, sağlık hizmetlerine yetersiz ya da hiç erişim olmaması gibi fiziksel koşullar sayılabilir. Toplumsal kuralların koruyucu olmaması, bireye veya davranışa özgü etkenler, kalitesiz sağlık hizmetleri ile sağlık çalışanlarının yetersizlikleri sağlık durumuyla ilgili belirleyici olabilmektedir. Bunlar içerisinde yoksulluk, sağlık durumunun düşmesindeki en önemli faktördür. Azınlıklar, sağlık düzeyinin düşük olduğu sağlık hizmetlerini karşılamada zorluk yaşayan yoksul nüfus gruplarındandır.²¹⁹

Bireyin sağlığı, toplumsal ve ekonomik ilişkilerden etkilenen toplumsal bir olgudur. Bu anlamda toplumun ekonomik durumu, toplumsal gelirin dağılımı, toplumsal harmoni, demokratik işlerliğin düzeyi, politik katılım mekanizmalarının yapısı gibi ekonomik ve toplumsal ilişkiler sağlık düzeyi üzerinde doğrudan veya

²¹⁷ Gavin Mooney, **Ulusların Zenginliği Yeni Bir Ekonomi Politîğe Doğru**, Cem Terzi (Çev.), Yordam Kitap, İstanbul, 2014, s. 67-71.

²¹⁸ Zafer Çirhinlioğlu, **Sağlık Sosyolojisi**, s. 35.

²¹⁹ Diane DeMuth Allensworth, “Sağlık Eşitsizliklerinin Azaltılması için Tasarlanmış Sağlığı Geliştirme Programları”, **Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu**, 11-13 Nisan 2011, İstanbul, s. 10.

önemli derecede belirleyici olabilmektedir. Politik-toplumsal yapı, kişi başı ulusal gelir, yoksulluk ve gelir dağılımı, kapitalist sağlık sistemleri ve sınıflı toplumsal yapı kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmalarını etkileyen faktörlerdir.²²⁰ Örneğin; HIV enfeksiyonunun önlenmesi için kondom kullanılması, Hepatit B'nin ve HIV enfeksiyonunun yayılmasını önlemek için intravenöz (IV) ilaç bağımlılarına yönelik olarak bir tek kullanımlık enjektörlerin ücretsiz dağıtılması girişimleri de birincil koruma örnekleridir. Erken tanı ve etkili girişimler için hem toplum hem de birey düzeyinde geçerli olan ölçümleri kapsar. Örneğin; orta yaş ya da yaşlı grubunda kan basıncı ölçümleri ve hipertansiyon tedavisi, işçilerde işitme kaybının ölçülmesi ve gürültüye karşı koruyucu önlemlerin alınması, tüberküloz için deri testi yapılması ve göğüs filmi çekilmesi bunlardandır. Bir başka örnek yeni doğanlarda uygulanan fenilketonüri taramalarıdır. Eklersek; poliomiyelitli, felçli, görme engelli ya da kaza geçirerek yaralanmış bireylerin gündelik toplumsal etkinliklerini sürdürebilmesine çalışmak sayılabilir.²²¹ Bu geniş yelpazedeki hizmetlerin sağlanabilmesine olanak yaratmaya dönük kamusal politikalarla daha az maliyeti olan koruyucu sağlık hizmetleri sağlanarak, tedavi hizmetlerine ayrılacak bütçeden tasarruf edilmiş olacaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliği, ülkelerin gelişmişlik seviyesiyle paralel bir seyirde olduğu gözlenmiştir.²²² Bunlara ek olarak sağlığın sosyal belirleyicileri; işsizlik ve iş güvencesi, istihdam ve çalışma koşulları, erken çocukluk döneminde gelişme, ırk, toplumsal cinsiyet, gıda güvenliği (açlık), barınma, sosyal dışlanma, sosyal güvenlik ağı (refah politikaları), sağlık hizmetleri, göçmenlik ve sakatlıktır.²²³

Geçmişte yaşanmış bir örneğe baktığımızda temel sağlık hizmetlerinin sadece birinci basamaktan ve bölünemeyen hizmetler kategorisinden ayrı bir yere sahip

²²⁰ Diane DeMuth Allensworth, "Sağlık Eşitsizliklerinin Azaltılması...", s. 10.

²²¹ Birgül Piyal, Recep Akdur, Deniz Çalışkan, M. Esin Ocaktan, **Halk Sağlığı**, Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları, Birgül Piyal (Edit.), Ankara Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 92, Ankara, 2011, s. 33-35, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

²²² Asuman Altay, "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda...", s. 34.

²²³ Kayıhan Pala, "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri", s. 28.

olduğunu görmekteyiz. İngiltere’de suyun özelleştirilmesi neticesinde fiyatların artması nedeniyle su faturalarını ödeyemeyen birçok abonenin suyu kullanamadığı görülmüştür. Ünlü The Guardian gazetesinin haberinde göre Birmingham’da çok katlı apartmanın yedide birinin sularının kapatılması neticesinde kiracıların ihtiyaçlarını merdiven boşluklarına ya da kaplarla dışarıya attıklarını yazmaktadır.²²⁴

Suyun bedava olması ya da su fiyatlarının makul düzeyde tutulmasına dair genel kamusal politika gerekmektedir. Bedelini ödeyemeyecek alt sosyal sınıfların beslenme, konut, alt yapı gibi durumlarda da negatif koşullarda olduğu düşünülürse zaten olumsuz olan durumlarının daha da kötüye gideceği böylelikle hastalığa yakalanma risklerinin artacağı aşîkârdır.

Yoksul evlerde doğan bebeklerin ilk yaşını doldurmadan ölmesi olasılıklarının varlıklı evlerde doğan bebeklerden 4,7 kat, 5 yaş öncesi ölümlerde ise 3,5 kat fazla olduğu araştırmalarda tespit edilmiştir. Sosyoekonomik özelliklere ve sağlık hizmetinden faydalananı faydalanmadıklarına bakıldığında; anne-babanın eğitimsiz, oturulan evin sağlık için yeterince iyi olmadığı, çoğunluğunun sağlık güvencesinin bulunmadığı, doğumdan önce ve doğum esnasında sağlık yardımı almadıklarına ulaşılmıştır. Betimsel analizler yoksul toplum kesimlerinin farklı nedenle ölüm riskleri olduğunu göstermektedir. Ölümleri önlemenin yollarından bazıları; düşük gelir seviyesindeki insanlara sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, herkesin sağlık güvencesinin bulunması, gebe takiplerinin yapılması ve doğum sırasında yanlarında olmaları sayılabilir.²²⁵ Yapılan araştırmalara göre; kırsaldan kente göçen insanların kansere yakalanma riskinin arttığı, işsizliğin kalp hastalıkları üzerinde olumsuz etkisinin bulunduğu, boşanmış ve bekâr kişilerin evlilere oranla ölüm oranının yüksek olduğu, kadınların erkeklere oranla-kronik hastalıklar hariç- daha çok hastalandıkları, erkeklerin

²²⁴ Alpaslan İşîklı, “Dünya Ekonomik Bunalımı...”, s. 33.

²²⁵ Mehmet Ali Eryurt ve İsmet Koç, “Yoksulluk ve Çocuk Ölümlülüğü: Hanehalkı Refah Düzeyinin Çocuk Ölümlülüğü Üzerindeki Etkisi”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 2009 Cilt 52Sayı 3, s. 120.

kadınlara kıyasla daha fazla ölüm oranına sahip oldukları bulunmuştur. Bunlarda gösteriyor ki; sosyal, çevresel ve cinsiyetle ilgili nedenler sağlığı etkileyebilmektedir.²²⁶ Temel sağlık hizmetleri eğer aşağıdaki nitelikleri barındırdığı takdirde, toplumsal eşitsizliklerin en derin olduğu bölgelerde bile sağlık eşitsizlerinin azaltılmasında çok etkili olabilecektir.²²⁷ Temel sağlık hizmetlerinin ne derece yaygın, eşitlikçi ve nitelikli olduğu eşitsizlikleri azaltmada o kadar etkili olacaktır. Temel sağlık hizmetleri, sağlığı destekleyici, hastalığı ve ölümü önlemeye yardımcı olmaktadır. Birincil bakım özel bakımın aksine popülasyonlarda daha adil bir sağlık dağılımını sağlamaktadır.²²⁸ Yapılan çalışmalar branş uzman sayısının artırılmasıyla sağlık göstergelerinin olumsuz etkilendiği, ancak birinci basamak hekim sayısının artırılmasıyla mortalite oranlarının düştüğü görülmüştür.²²⁹

Sağlık konusunun yalnızca sağlık kurum ve kuruluşlarını ilgilendirdiğini iddia edersek bu sağlık sistemiyle ilgili dar bir tanımlama olacaktır. Oysa insan sağlığını alkol ve sigara kullanımını azaltmak için alınan vergilerden, obeziteyi önlemeye dayalı yasal düzenlemelere kadar geniş çerçevede değerlendirmek gerekmektedir. O halde sağlıklı kalabilmeyi etkileyen tüm çabalar (çevreye suya, havaya yönelik önlemler) yanında sağlık hizmeti sunan diğer tüm örgütler (özel sektör kuruluşları, misyonerlere, derneklere, cemaatlara, vakıflara ve diğer devletlere ait kuruluşlar) sağlık kuruluşları içinde yer almaktadır.²³⁰

Kısa veya uzun süre zarfında bireyin veya toplumun rastlayabileceği türlü sağlık risklerini en aza indirmeyi, bu sayede sağlıklı yaşayabilme potansiyelini koruyup, geliştirebilmeyi hedefleyen faaliyetlerdir.²³¹ Temel sağlık hizmetleri güçlendirilmiş

²²⁶ Zafer Çirhinlioğlu, **Sağlık Sosyolojisi**, s. 30-31.

²²⁷ Barbara Starfield, Leyu Shi and James Macinko, “Contribution of Primary Care to Health Systems and Health”, **A Multidisciplinary Journal of Population Health and Health Policy**, 2005 Vol 83 No 3, s. 460.

²²⁸ **A.k.**, s. 457.

²²⁹ **A.k.**, s. 457-502.

²³⁰ WHO, **The World Health Report 2000- Health Systems: Improving Performance**, https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1, (Erişim Tarihi:21. 05. 2019).

²³¹ Selin Ertürk Atabey, **Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası**, s. 5.

insan ve toplumların oluşması hedefinde, koruyucu sağlık hizmetlerini sunmayı içermektedir. Sağlığın geliştirilmesine yönelik çabalarda bu kapsamda değerlendirilebilir. Bu hizmetlerin sunulduğu birinci basamak sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanılması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi hastalanma oranını düşürecektir.²³²

Temel sağlık hizmetlerinin bir ülkede ya da ülkenin bir bölgesinde yeterince sunulup sunulmadığı bazı ölçütler üzerinden değerlendirilmiştir. Temel sağlık hizmetlerinin gereğince verilip verilmediği iki tür yaklaşımla yapılmaktadır. Birisi olması gereken sağlık hizmetlerini belirleyip verilip verilmediğine bakmak, diğeri sunulan sağlık hizmetlerinin belirlenen ölçütleri karşılayıp karşılamadığını değerlendirmektir. Amerikan Tıp Enstitüsü'nün (Institute of Medicine-IOM) 1978 yılında temel sağlık hizmetlerinin; ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, eşgüdüm, süreklilik ve hesap verebilirlik ölçütleriyle verilmesi gerektiğini belirterek ilk resmi tanımlamasını yapmıştır. 1984 yılında bu ilkelere toplum odaklı bakım kavramını eklemiştir. 1994 yılında aynı kurum; hizmetin sunulduğu topluma ulaşılabilirdiği, sağlıkla ilgili ihtiyaçların ciddi bir kısmının sağlık personeline verildiği; hastayla daimi ve yüz yüze bir bağ esasında, hizmetin sunulduğu diğer kurumlarla arasında koordinasyon kurularak, aile ve toplum temelinde sunulması olarak tanımlı değiştirmiştir.²³³ Temel sağlık hizmeti tanımları içerisinde en yaygın kabul gören hizmetin özelliklerine göre yapılmasıdır. Bu tanımlama Dünya Aile Hekimleri Örgütü (World Family Doctors Caring for People-WONCA) 1991²³⁴²³⁵ ve DSÖ'nün 1978 Alma Ata Deklarasyonu'ndaki tanımlarıyla

²³² Said Bodur, **Aile Sağlığı**, s. 10.

²³³ Institute of Medicine (IOM), "Defining Primary Care; An Interim Report", Washington, **dc: National Academy Press**, 1994, <https://www.nap.edu/read/9153/chapter/4#9>, (Erişim Tarihi:23. 07. 2020).

²³⁴ World Organization of Family Doctors (WONCA), **The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems: A Statement from WONCA**, 1991, p. 2, <https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/wonca-statement-1991.pdf>, (Erişim Tarihi:29. 07. 2020).

²³⁵ WONCA, **The European Definition Of General Practice/Family Medicine**, WONCA Europe 2011 Edition, <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/regionDocs/European%20Definition%20of%20general%20practice%203rd%20ed%202011.pdf>, (Erişim Tarihi:05. 08. 2020).

uyumludur.²³⁶ Onun dışında hizmeti sunan klinisyene; sunulan hizmetin toplumdaki yaygınlığına; hizmetin basamağına; hizmetin belirli özelliklerine veya sağlık sisteminin örgütlenme politikasına göre temel sağlık hizmetleri tanımları geliştirilmiştir.²³⁷

Donabedian 1988’de sağlık hizmetinin niteliği ölçülürken üç konu başlığı saymıştır. Bunlar; yapı, faaliyet ve sonuç bileşenleridir. Yapı, bakımın yapıldığı ayarların niteliklerini belirtir. İnsan kaynaklarının (personel sayısı ve nitelikleri gibi) maddi kaynakların (tesisler, ekipman ve para gibi) ve organizasyon yapısının (tıbbi personel organizasyonu, emsal inceleme yöntemleri ve geri ödeme yöntemleri gibi) özelliklerini içerir. Süreç ya da faaliyet bakım vermek ve almakta gerçekten ne yapıldığını gösterir. Hastaların bakım arama ve yürütme faaliyetlerinin yanı sıra denetçinin tanı koyma, tedavi önerme veya uygulama faaliyetlerini içerir. Sonuç bakımın, hasta ve popülasyonların sağlık durumu üzerindeki etkilerini gösterir.²³⁸ Starfield, Donabedian Model’i esas alarak bir sağlık sisteminin üç ayağının bulunduğu, bunların da yapı, faaliyet ve sonuç bileşenleri olduğunu belirtmiştir. Bunlar;²³⁹ ilk başvuru hizmeti, kişi odaklı süreklilik, kapsayıcılık, eşgüdüm, aile merkezlik ve toplum yönelimli olmasıdır.

Sağlık sistemleri içinde birinci basamak hizmetlerinin yeri ve hedefleri, ülkeler ve modellere göre farklılık gösterse de günümüzde, sağlık hizmetlerinin başarısı, temel sağlık hizmetleri yaklaşımının yeterliliğine göre değerlendirilmektir. Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sağlıktaki eşitsizliklerin giderilmesi için temel sağlık hizmetleri yaklaşımının vazgeçilemez bir zorunluluk olduğu, DSÖ 2008 Raporu’nda

²³⁶ Barbara Starfield, “Primary Care: Concept, Evaluation, Policy”, **Arch Pediatr Adolesc Med**, 1994 Vol.148 No: 2, s.230.

²³⁷ WONCA, “The European Definition Of General Practice / Family Medicine 2005”, **The European Definition Of General Practice/Family Medicine**, <https://www.woncaeurope.org/file/3b13bee8-5891-455e-a4cb-a670d7bfdca2/Definition%20EURACTshort%20version%20revised%202011.pdf>, (Erişim Tarihi:29. 07. 2020).

²³⁸ Avedis Donabedian, “The Quality of Care: How Can it be Assessed?”, **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Vol 121 No 11, 1997, s. 1145-50.

²³⁹ Barbara Starfield, “The Effectiveness of Primary Care”, **Primary Care Course (Based on Cape Town, South Africa, 2007; and Barcelona, Spain, 2009)**, http://ocw.jhsph.edu/courses/starfieldcourse/PDFs/Starfield09_Effectiveness%20of%20PC%20FINALNotes.pdf, (Erişim Tarihi:05. 08. 2020).

belirtilmiştir. Temel sağlık hizmetleri altyapısı güçlü ülkeler, daha sağlıklı toplumlara sahip, sağlıkla ilgili eşitsizlikler daha az ve sağlık hizmeti harcamaları daha düşüktür.²⁴⁰

Temel sağlık hizmetleri yalnızca belirli hastalıklara ya da sorunlara değil, çevresiyle birlikte bir bütün olarak bireye yöneliktir ve dolayısıyla bireylerin sağlık düzeylerine göre değil, toplumun sağlık durumuna göre planlanması gerekmektedir. Diğer sağlık hizmeti basamaklarında sunulan sağlık hizmetleri için bir giriş noktası oluşturduğundan, koordinasyon rolü aracılığıyla sistemin diğer parçalarını da etkilemekte ve bu basamaklardaki hizmet sunumuna etki etmektedir.²⁴¹ Temel sağlık hizmetlerinin ne derece iyi işlediğini ölçebilmek; akılcı sağlık sistemleri geliştirmeye yarar.²⁴² Temel sağlık hizmetlerini değerlendirme ve ölçme noktasında en büyük zorluk ölçülebilir ve genellenebilir kavramlar üretmekte ortaya çıkmışsa da, zamanla, temel sağlık hizmetlerinin ve onun sunulma yeri olarak kabul gören birinci basamağın tanımı birçok farklı kaynakta yapılmış, böylelikle diğer basamaklardan ayırt edici özellikleri ortaya çıkmıştır.²⁴³

DSÖ, temel sağlık hizmetlerinin insanları güçlendirmek, yaşam boyu sağlık ihtiyaçlarını karşılamak, sağlığı çok sektörlü politika ve eylem yoluyla daha geniş belirleyicilerle ele almak gerektiğini ortaya koyar. DSÖ, Dünya'daki insanların yüzde ellisinin temel sağlık hizmetlerinin bir kısmından ya da tamamından mahrum olduğunu saptamaktadır.²⁴⁴ Temel sağlık hizmetleri hedeflerini ülke olarak gerçekleştirebilmek için; sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar yanında, yerel yönetimleri, sivil toplum kuruluşlarının ve toplumun diğer birey ve birimlerinin topyekûn bir bilinçlenmeye

²⁴⁰ WHO, **The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever)**, Geneva (Switzerland), <https://www.who.int/whr/2008/en/>, (Erişim Tarihi:23.07.2020).

²⁴¹ Susan Flocke, "Measuring Attributes of Primary Care: Development of a New Instrument", **The Journal of Family Practice**, Vol. 45, No: 1, July 1997, s. 64–74.

²⁴² IOM, "A Manpower Policy For Primary Health Care", IOM Publication 78-02. Washington, **dc: National Academy of Sciences**, 1978, <https://www.nap.edu/read/9932/chapter/1#v>, (Erişim Tarihi:23. 07. 2020).

²⁴³ Barbara Starfield, **Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology**, New York: Oxford University Press, 1998.

²⁴⁴ WHO, **Primary Health Care**, https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1, (Erişim Tarihi:14. 08. 2020).

gereksinimi bulunmaktadır. Yapılacak iş ve işlemlerde hükümetler, politika belirleyici olmalıdır. DSÖ temel sağlık hizmetlerinde hedefe her yerde eşit bir biçimde ulaşamamasının nedenini; siyasi irade eksikliği, finansman azlığı ve temel sağlık hizmetleriyle ilgili yeterince bilgiye sahip olunmamasına bağlamıştır.²⁴⁵

Kringos sunulan hizmetler üzerinden bakmış; bütün acil sağlık sorunları için ilk başvuru yeri olarak hizmet vermesi, küçük ameliyat ya da inceleme maksatlı girişimlerin ne kadarının yapılabildiği, acil ya da kronik sorunlara sahip bireylerde hastalığın idaresi, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitiminin ne ölçüde verildiğini değerlendirmiştir. Türkiye’de yaptığı araştırmasında birinci basamak sağlık hizmetinin kapsamlı bir biçimde verilmesi noktasında çoğu ülkenin gerisinde olduğu tespitinde bulunmuştur. Türkiye ile ilgili tespitinde; topluma dayalı kronik hastalıklara karşı koruma ve kanserin önlenmesi için tarama programlarının genişletilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur.²⁴⁶

Temel sağlık hizmetlerini ölçmek için, yaygın olarak kullanılan yapılandırılmış ölçütler geliştirilmiştir.²⁴⁷ Bunlardan birisi olan Primary Care Assessment Survey (PCAS)’ın ölçütleri; erişilebilirlik, süreklilik, kapsamlılık, koordinasyon, klinik etkileşim, kişilerarası tedavi ve güven olarak sayılmıştır. Erişilebilirlik kavramı; organizasyonel ve finansal olarak hizmetin erişilebilir olmasıdır. Süreklilik şartı ancak boylamsal ve ziyaret temelli karşılanabilecektir. Bu ise uzun dönem boyunca belirli aralıklarla nüfusun, sağlık personeline izlenmesini gerektirmektedir. Kapsamlılık ilkesinden hastaya ilişkin tüm bilgilerin sağlanarak, hastalıklara karşı önleyici bir danışma hizmeti verilmesidir. Koordinasyon hastanın hastalandığında hastanede yatarken daha sonra da evinde takip edilmesini ifade etmektedir. Hastayla iletişim

²⁴⁵ WHO, **Primary Health Care**, <https://www.who.int/primary-health/en/>, (Erişim Tarihi:14. 08. 2019).

²⁴⁶ Dionne Sofia Kringos, “The Importance Of Measuring And Improving The Strength Of Primary Care In Europe: Results Of An International Comparative Study”, **Türk Aile Hekimliği Dergisi**, 2013, Cilt 17 Sayı 4, s. 165-179.

²⁴⁷ Tülay Lağarlı, Erhan Eser, Mustafa Akdeniz vd., “Bazı Aile Hekimliği...”, s. 16.

kurularak, muayenenin sağlanmasına klinik etkileşim denilmektedir. Kişilerarası tedavi hekimin sabrı, samimiyeti, şefkati ve saygıyla geçirilen zamanın olabilmesidir. Kişilerarası tedavi ve güven kapsamında ise; hekimin bütünü görebilmesi, yeterliliği ve hastanın gözündeki rolünün değerlendirilmesi gerekmektedir.²⁴⁸ Diğer Primary Care Assessment Tool (PCAT)'da; ilk iletişimin erişilebilirliği, ilk iletişimin kullanılabilirliği, kişiler arası boylamsal ilişkiler veya devam eden bakım, hizmetlerin koordinasyonu, mevcut kapsamlı hizmetler, alınan kapsamlı hizmetler, aile merkezli olma, toplum yönelimi ve kültürel yeterlilikte dahil dokuz ölçüt kullanılmaktadır. Erişilebilir olması, sağlık hizmetine ihtiyaç doğduğunda hastayla temas edilen ilk yere erişmesi anlamına gelmektedir. Bu yer; hastanın sıkıntılarını dile getirebileceği mahremiyet, güven ve samimiyet gibi koşulları sağlaması gerekmektedir. Boylamsallık alanı olarak ifade edilen hizmetin sürekliliğini karşılamaktadır.²⁴⁹ PCAS ölçütleri içerisinde aile merkezlilik, kültürel uyum, toplum kapsayıcılığı ve katılımı bulunmamakta, bu boyutlar PCAT ölçeğinde “türetilmiş boyutlar” adı altında yer almaktadır. PCAS ölçeği içerisinde yer alan kişisel yaklaşım, hizmet memnuniyeti ve güven boyutları daha çok hekimin tavır ve davranışları ile ilgili hastanın memnuniyetini ölçmektedir. Tüm ölçeklerden ve literatürden ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık ve koordinasyon (eşgüdüm) gibi özelliklerin öne çıktığını söylemek yanlış olmayacaktır.²⁵⁰

Ölçütler içinde benzer kavramlar görülmekle beraber, çalışmamızda birçok ülkenin üye olduğu, ulus üstü bir kuruluş olan DSÖ'nün geliştirmiş olduğu Primary Care Evaluation Tool (PCET)'a göre Çorum ilini inceleyeceğiz. DSÖ sağlık sisteminin performansının; ancak sağlık sisteminde kuralların belirlenmesi, uygulanması ve izlenmesini, hizmeti alanlar için eşit şartlar sağlamasını, stratejik hedeflerle kaynakların

²⁴⁸ Dana Gelb Safran, Mark Kosinski, Alvin R. Tarlov et al. ,“The Primary Care Assessment Survey: Tests of data Quality and Measurement Performance”, **Med Care**, 1998 Vol 36 No 5, s. 728-739.

²⁴⁹ Leiyu Shi, Barbara Starfield and Jiahong Xu, “Validating the Adult Primary Care Assessment Tool”, **The Journal of Family Practice**, Vol 50 No 2, February 2001, s. 161-175.

²⁵⁰ Tülay Lağarlı, “**Bir Kentsel Bölgede Bazı Yapılandırılmış Ölçüm Gereçleri İle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi**”, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Uzmanlık Tezi, 2011 Manisa, s. 8-9.

eş bir biçimde ülke geneline dağıtılarak sağlık düzeyini yükselttiğinde iyi olacağını ifade eder. Temel sağlık hizmetlerini hizmetlere erişilebilirlik, hizmetin sürekliliği, kapsamlılık ve hizmetin koordinasyonu üzerinden ölçmektedir.²⁵¹

IV. DEVLET VE KAMU HİZMETİ İLİŞKİSİ

Devlet eski bir toplumsal kurumdur. Doğası itibariyle yaşama müdahale ederek birçok tartışmanın konusu olmuştur. Toplumun tümünü ilgilendiren sınırlama nedenlerini, kamu vicdanında kabul görececek meşru gerekçeler bulmaya ihtiyacı olacaktır. Devletin, bireyle arasındaki sınırlamalar ve bu sınırlamaların düzeyi tartışmalara neden olmuştur. Bu anlamda tartışmalar; var oluşu itibariyle devletin insanlar için zorunlu ve vazgeçilemez olduğunu kabul eden yaklaşımdan eşitsiz ve haksız davranmasından dolayı onu suçlayan yaklaşıma; sınırlamaların meşruiyetini halkın iradesine dayandıran yaklaşımdan bunun için belirli bir inanç ya da ideolojiye hizmet etmesi gerekliliğini iddia eden yaklaşıma farklı teoriler bulunmaktadır. Devletin yetki sınırının çok geniş olması gerektiğini savunan yaklaşımdan son derece küçültülmüş bir devlet organizasyonuna hatta yönetimsiz organizasyon taleplerine kadar farklı görüş ve düşünceler bulunmaktadır.²⁵²

Devlet denilen yapıyı farklı yönlerden bakarak tanımlamak mümkündür. Nitekim bugüne gelinceye dek birçok düşünce adamı devleti tanımlamaya çalışmıştır. Modern devlet tanımıyla bölünmüş ve kurumsallaşmış siyasal iktidara sahip, soyut olarak ifade edilen egemenlik ve üstünlük anlayışıyla donatılmış gerçek bir yapıdır.²⁵³ Devletin tanımlarından birçoğu egemenlik üzerinden olmuştur. Yeni Çağ’a kadar egemenin niyetinin iyi olup olmaması ile onun kısıtlanması gerekliliği, Yeni Çağ’da

²⁵¹ WHO, **Primary Care Evaluation Tool**, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf, (Erişim Tarihi:14. 08. 2020).

²⁵² Enver Sinan Malkoç, “Siyasi Yönetimde Meşruiyet Sorunu”, **Yalova Sosyal Bilimler Dergisi**, 2017 Sayı 15, s. 85.

²⁵³ Hakan Ay ve Öznur Uçar, “Devletin Gelişim Süreci”, **İşletme Fakültesi Dergisi**, 2015 Cilt 16 Sayı 2, s. 195.

egemenliğin kime verileceği, Yakın Çağ'da ulus-üstü egemenler, modern çağda ise uluslararası sermayenin hegemonyasından etkilenmesi tartışmaları üzerinden devlet kavramının çerçevesi çizilmeye çalışılmıştır.²⁵⁴

Devletin ne olduğuna dair tanımlardan en çok bilinenlerinden biri de George Jellinek'e aittir. İnsan, toprak ve egemenlik öğelerinin birleşmesinden var olmuştur. Belirli bir toprakta hâkimiyete sahip ve belirli bir insan topluluğundan oluşan varlığın adıdır. Sayılan üç unsurda gereklidir, birbirinden ayıramamakta ve unsurlarına indirgenememektedir.²⁵⁵ Her siyasal düşünüre ya da devlet biçimine göre kamu hizmetleri kavramının içeriği değişebilmektedir. Kamu hizmetlerinin ve çoğunlukla kamu hizmetleri arasında sayılan sağlık hizmetinin devlet tarafından sunulması modern devletin oluşumuyla başlamaktadır.

Sözlük tanımıyla devlet; halk, ülke ve egemen politik iktidarın beraberliğinden müteşekkil yapı olarak tariflenmektedir.²⁵⁶ Siyasal örgütlenmenin ortaya çıkışı; ilkel toplumlardan modern toplumlara geçiş sürecinde, toplum yönetiminin kurumsallaşmasıyla.²⁵⁷ Bu dönemde devlet bazı fonksiyonlar üstlenmiş, kurumsallaşmış yapısıyla, bireysel taleplerden ziyade ortak iyi için çalışan bir oluşum haline bürünmüştür.²⁵⁸ Ancak bu fonksiyonların neler olması gerektiğine dair net bir tanımlama bulunmamaktadır. Soruya farklı zaman ve siyasal bakış açılarında verilen cevaplar değişebilmiştir.

İçerisinde bulunan toplumsal dönemin özellikleriyle, devleti yöneten kimselerin siyasal ve ideolojik tutumu, devletin piyasada mal ve hizmet üretimindeki durumunu belirlemiştir. Devletin fonksiyonlarının neler olması gerektiği hangi meslek

²⁵⁴ Hakan Ay ve Öznur Uçar, “Devletin Gelişim Süreci”, s. 197.

²⁵⁵ Kemal Gözler, **Devletin Genel Teorisi (Bir Genel Kamu Hukuku Ders Kitabı)**, Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa, 2014, s. 4-5.

²⁵⁶ Vahap Sağ ve Mehmet Aslan, “Ulus, Uluslaşma ve Ulus Devlet”, **Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 2001 Cilt 25 Sayı 2, s. 174.

²⁵⁷ Ahmet Taner Kışlalı, **Siyaset Bilimi**, İmge Kitabevi, Ankara, 1990, s. 15.

²⁵⁸ Devletin temel özelliklerinin özet bir dökümü için bkz. Andrew Heywood, **Politics**, Palgrave, New York, 2002, s. 87-88.

mensubu olduğunuzla, hangi kurumda çalıştığınızla, toplumun hangi sosyo-ekonomik katmanında olduğunuzla da yakından ilgili olabilmektedir. Örneğin; çiftçi, devlet memuru ya da bir girişimci aynı biçimde düşünmeyebileceği gibi, üst, orta ve alt sosyo-ekonomik katmanda yaşayanlarda farklı düşünebileceklerdir. Nihayetinde bu tanımlamaları devlete küçük bir rol yükleyen minimal devlet anlayışından kolektivist devlet anlayışına kadar geniş bir yelpazede sıralamak mümkündür.²⁵⁹

Devletin hangi alanlarda faaliyet göstereceği ile ilgili düşünceleri Gözler'e göre iki ana sınıfa ayırabiliriz: Liberal görüş ve müdahaleci görüş.²⁶⁰ Liberaller devleti; rekabet halinde olan toplum kesimleri arasında sosyal düzeni sağlaması için gerekli ancak yansız bir hakem olarak görmektedirler. Klasik liberaller minimal devleti överlerken, modern liberaller özgürlüğü genişleten ve fırsat eşitliğini sağlayan bir devleti arzu etmektedirler. Muhafazakârlar otorite ve disiplini sağlayan kuvvetli bir devleti seçmektedirler. Geleneksel muhafazakârlar ise devlet ve sivil toplum arasında faydacı bir dengeyi desteklemektedirler. Neoliberaller ise bürokrasiyi artırdığından devletin etkisinin azaltılmasını istemektedirler.²⁶¹ Liberal yaklaşımların özünde insanı birey olarak eksik bir varlık olarak görmeleri ve tek başına ayakta kalmasını mümkün görmemeleri bulunmaktadır. Hatta insanın toplum içerisinde yaşamasının nedenini de buna bağlarlar. İnsanın sosyal olması bu eksikliğin dengelenmesi zorunluluğundan kaynaklanmaktadır. Liberal gelenekte, bu bakış açısından hem bireyin toplumsal hem de bireysel olmasıyla ilgili indirgeyici yaklaşım doğmaktadır. Buradan liberal toplum anlayışına dair iki temel varsayım bulunmaktadır: Birincisi insanların doğuştan bir özelliği olan, birbirleriyle rekabet eden bir davranış içinde olmalarının bir sonucu olarak her şeyden önce ekonomik çıkarlarını “bencilce” korumalarıdır. Devletin zorunluluğu ise tam da bu noktada ortaya çıkmaktadır. Burada devlet belli sınırlar koyarak

²⁵⁹ Hülya Kirmanlıoğlu, **Kamu Ekonomisi Analizi**, s. 6.

²⁶⁰ Kemal Gözler, “**Devlet Kavramı**” **Devletin Genel Teorisi** kitabının s. 4-28 arasında, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa, s. 27, <http://www.anayasa.gen.tr/dgt-devletkavrami.pdf>, (Erişim Tarihi: 27. 05. 2019).

²⁶¹ Andrew Heywood, **Siyasi İdeolojiler**, Adres Yayınları, Ankara, 2007, s. 238.

güvenceler verir ve varılan şartlarda devletin şiddet uygulama gücünün desteğiyle oyunu kuralıyla oynaması sağlanır.²⁶² Neoliberal politikaların baskın olarak hissedildiği günümüzde kamu hizmeti kavramı değişmiş ancak sayısı azaltılan bu hizmetlerin; niteliği iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Niteliği itibariyle; temel hak ve hürriyetlerin korunması, yaşam kalitesi ve refah seviyesinin yükselmesi, bölgesel gelişmişlik farklarının azaltılması gibi yeni değerlerle tüm vatandaşların düzenli ve sürekli erişebildiği kamu hizmetleri kavramı ortaya çıkmıştır.²⁶³

Müdahaleci görüşler kendi içinde sosyalist ve sosyal demokrat olmak üzere iki bölümde sınıflandırılır. Sosyalist görüştekiler; öncelikle birey özgürlüğünün önkoşullarını sağlama, diğer bir anlatımla eşit ekonomiyi ve yol açtığı eşitsizlikleri en aza indirmeyi hedeflerler. Devleti bunun için araç olarak kullanmayı düşünürler. Bundan dolayı devletçi sosyalistlerin öncelikli siyasal hedeflerinden biri, devlet mekanizmaları üzerinde etkinlik elde etmektir. Bu hedefi başarmak için; birincisi mecliste çoğunluğa ulaşmak, diğeri ise devlet erkini bir ihtilalle ele geçirilerek “proletarya diktatörlüğünün” kurmaktır. Siyasal düşüncede olanların ortak yönleri, devletçi olmalarıdır çünkü sosyalizmin merkezi devlet aracılığıyla ve devletin aldığı tedbirlerle sağlanabileceğine ve garanti altına alınabileceğine inanmaktadırlar. Diğer yol ise adem-i merkeziyetçilik ve doğrudan her insanın toplumsallaşmasıyla sosyalizm kurulabilmesinin yoludur ki bu ikinci yol böyle düşünenler için doğru bir yol değildir. Nitekim devletçi düşünen sosyalistler devrim sonrasındaki Rusya’da, işçilerin işletmeleri doğrudan yönetimlerine alarak, konseyler aracılığıyla işletmelerini engellemiş olmaları ve bugünkü sanayi toplumlarında çoğu partili sosyalist, çalışanların işletmeleri, işyeri komiteleri aracılığıyla ellerine almalarına sıcak bakmamakta, hatta engel olunmasını desteklemektedir. Bu tavır devletçilik düşüncelerinin tipik bir göstergesidir.

²⁶² Rolf Cantzen, **Daha Az Devlet Daha Çok Toplum**, Çev. Veysel Atayman, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 1994, s. 23-24.

²⁶³ Aytuğ Altın, “Kamu Hizmeti Anlayışında Değişim”, **Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 2013, Cilt 1 Sayı 2, s. 101-118.

Sosyalizme geçiş aşamasında önce özgürlüğü ve sosyalizmi sağlayacak koşulların yaratılmasına sağlanacak; başka bir deyişle devletin egemenlik gücüyle önce toplum biçimi değiştirilecek ardından insan “iyi” bir sosyaliste dönüştürülmüş olacaktır. İzlenilen yöntem bir mecburiyetti. Devleti sosyalistlere göre; devlet işlevlerinin sadece ekonomik yapı değiştirilmesiyle kısıtlanmaması gerekmektedir, devlet eğitim ve ğretim politikalarıyla nüfus kitleleri belli bir kalıba sokulmaya çalışılır.²⁶⁴ Raltzen devletçi sosyalistler olarak tanımladığı sosyal demokratları temelde müdahaleci yaklaşım içerisinde tanımlamakta; ancak piyasa aktörlerine ve özel mülkiyetin karşısında konumlandırmamıştır.. Sosyal demokrat görüşte olan John Rawls, bu devlet biçimini liberalizmle uygun biçimde tanımlamıřtır²⁶⁵. Kamu hizmetlerinin asayiş ve adaletle sınırlamamışlar, sosyal konularda da faaliyet göstermesini istemişlerdir. Devlet eşitliği ve sosyal adaleti sağlamak için soyo-ekonomik hayata müdahalede bulunmalıdır. Eğitim başta olmak üzere sağlık, barınma ve çalışma benzeri konularda piyasaya müdahil olmalıdır. Sosyal demokrat görüş, “sosyal devlet (sozialstaat, welfare state, etat providence gibi kavramlarla beraber)” anlayışı olarak, İkinci Dünya Savaşı sonrasında çoğu ülkede uygulanmıştır. Nitekim sosyal demokrat görüşler 1970’ler itibariyle bunalıma girmiş, sosyal devlet uygulamaları başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Sonuçta; liberal yaklaşım yeniden baskın olmaya başlamış birçok devlette yine devletin etkinlik alanını daraltan neoliberal politikalar yürürlüğü koyulmuştur.²⁶⁶ Marksistler sınıflar arasındaki mücadeleyi düzenleyen devlet, sosyalistler devleti ortak faydanın somutlaşmış hali, sosyal demokrat ve devletçi-kolektivistler devletin mdahaleciliğini onaylarlar.²⁶⁷

²⁶⁴ Rolf Cantzen, **Daha Az Devlet Daha ok Toplum**, s. 24-25.

²⁶⁵ Sosyal Demokrasi Akademisi, Friedrich-Ebert-Stiftung, Sosyal Demokrasi El Kitabı 1, Sosyal Demokrasinin Temelleri, 3. Güncelleştirilmiş Baskı, İstanbul, 2010, s.21, <https://library.fes.de/pdf-files/akademie/08138.pdf>, (Erişim Tarihi:21.11.2020).

²⁶⁶ Kemal Gözler, **Devlet Kavramı**, s. 27-28, <http://www.anayasa.gen.tr/dgt-devletkavrami.pdf>, (Erişim Tarihi:27.05.2019).

²⁶⁷ Andrew Heywood, **Siyasi İdeolojiler**, s. 238.

Bu iki ana sınıflandırma dışında kalan siyasal düşüncelerde bulunmaktadır. Bunlardan anarşistlere göre; devlet gereksiz bir kötüdür. Baskıcı, zorlayıcı ve ayrıcalıklı seçmenler kadar zalimdir.²⁶⁸ Çünkü insan, “doğası gereği” dayanışma ve işbirliği içerisinde yaşamaya yatkın bir varlıktır. Devletle ilgili otoriter anlayış; kuramsallaşmış toplum şekillerinin, bireyin doğuştan getirdiği “iyi” mizacı doğrultusunda örgütlenmesini engellediğini savunur. Anarşistlerin devleti reddetmesinde hem buradaki iyimser insan bakış açısı, hem liberalizm ve devletçi sosyalizmdeki devleti savunan düşüncelerle bunu dayanan devletçi doktrinlerin, hem de antropolojik gerekçeli tezlerde insanın devlete gereksinimi olduğunun karşısında yer almaktadırlar.²⁶⁹ Faşistlerse totalitarizme olan inançları sebebiyle, devletin ulusun bütünlüğünü gösteren bir üstün etik ideal biçiminde düşünürler. Örneğin; Naziler devletin içerisinde ırkın ve ulusun bulunduğu damar olarak görmekteydiler. Feministler devleti, kadınları siyasal ve kamusal hayattan dışlamaya ya da ataerkil olan devleti erkek iktidarının bir aracı olarak görürler. Dini fundamentalistler sosyal, moral ve kültürel yenilenmeyi getirecek bir vasıta gibi düşündüklerinden devlete pozitif bakmaktadırlar.²⁷⁰ Bilimsel sosyalizmi savunanlara göre sosyalizm; üretilecek faktörler ile doğrudan üretim üzerinde merkezi gücün, otoritenin denetiminin var olduğu modeli ya da toplumdaki ekonomik faaliyetlerin piyasa aktörlerinin değil, devletin olmasıdır. İngiliz İşçi Partisi’nin düşüncesi içinde kamu ve özel girişim ekonomisi olan, kişiye hiç olmazsa en az bir geçim olanağını ve toplumda tam istihdam durumunu sağlayan sistemdir.²⁷¹

Devletin hangi fonksiyonları yapacağı yani sınırlanacağı ya da hangi fonksiyonları yapmayacağı düşüncesi yeni bir kavram değildir. İktidarın sınırlandırılması düşüncesi 18. yüzyıl ve öncesinde siyasal düşünürlerin üzerinde durdukları bir konu olmuştur. Tüm zamanlarda tüm düşünürlerin ortak noktası şudur ki;

²⁶⁸ Andrew Heywood, **Siyasi İdeolojiler**, s. 238.

²⁶⁹ Rolf Cantzen, **Daha Az Devlet Daha Çok Toplum**, Veysel Atayman (Çev.), Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 1994, s. 25.

²⁷⁰ Andrew Heywood, **Siyasi İdeolojiler**, s. 238.

²⁷¹ Cahit Talas, **Ekonomik Sistemler**, Sevinç Matbaası, Dördüncü Bası, Ankara, 1980, s. 144-146.

toplumu yönetenler, idare edilenleri, keyfi/denetimsiz bir şekilde yönetemeyeceklerdir. Her ne kadar devletin sınırlandırılmasının 18. yüzyıl ve sonrasında bir keşif olduğunu iddia edenler olsa da; siyasal düşünceler tarihinde devlet doktrinlerine ilişkin fikirleri ile öne çıkmış olan filozoflar, yaşadıkları dönemde, toplumu yönetenlerin yetkilerinin sınırlandırılmasına yönelik; yasa, doğal hukuk, adalet, kamu yararı gibi çeşitli sınırlandırma ölçütleri ileri sürmüşlerdir.²⁷²

Bu tartışmalar çok çeşitli olmakla beraber amacımız herhangi birini savunmak değildir. Her devletin belirli malları/hizmetleri sunduğu, bu sunumun kendisinin ya da sunumda kullanılan çeşitli araçların aynı zamanda devleti denetlemek için bir araç olduğunu saptamaktır. Devletin kendi yapılanmasıyla bir mal/hizmet ürettiğinde; Türkçe literatürde yaygın olarak kamu hizmeti kavramı kullanılmakla birlikte “umumi hizmet”, “hidemat-ı umumiye”, “amme hizmeti”, “kamusal hizmet” gibi ifadeler de kamu hizmeti ifadesiyle aynı manada kullanılabilmektedir.²⁷³ Kamu idaresi bireylerin/toplulukların uğraş ve faaliyetleri ile toplum yararının sağlanamayacağı veya sağlanmasının kuşkuğu olduğu alanların varlığını kabul ederek, bu alanlara müdahale eder. Buradan şu sonuca varmak mümkündür: piyasa şartlarında yapılabilecek bazı uğraş ve faaliyetler, toplum yararını sağlayabilmek adına kamu idaresi tarafından yapılır.²⁷⁴

Kamu hizmeti, adından yola çıkarak bakıldığında kamusalığa atıf yapmaktadır. Kamu (amme) ise, siyaset bilimi alanında önemli tartışmaları üzerinde barındıran bir sözcüktür. “Kamu” bir yandan “ahali, halk, topluluk, toplum, genel, herkese ait”

²⁷² Adil Şahin, “Siyasal Düşünceler Tarihinde “Sınırlı Devlet” Fikrinin Kadimliği ya da Genel Kamu Hukuku Bağlamında İnsan, Özgürlük ve Devlet İktidarı Algısındaki Evrilme”, **Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, 2011 Cilt 15 Sayı 3, s. 313.

²⁷³ Süheyl Derbil, “Kamu Hizmeti Nedir?”, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, 1950 Cilt 7 Sayı 3, s. 28-36.

²⁷⁴ Metin Günday, **İdare Hukuku**, Dördüncü Baskı, Ankara, 1999, s. 20.

anlamında, öte yandan da “devlete ait” anlamını ifade eder. Kamu kelime kökünden türeyen kamusalılık, hem tüm topluma hem de devlete ait olmayı anlatır.²⁷⁵

Kamu hizmetleri yüzyıl önceki kaynaklarda ve kamu hizmeti okulu etkisindeki yazarlarda devletin işlevlerine denk düşmekteydi. Gelişmelerle birlikte mutlak bağlantı değişmektedir. Bugün itibariyle devletin denetlediği ve kamusal usullerle işleyen hizmetlerde kamu hizmeti ile devlet arasındaki bağ devam etmektedir.²⁷⁶ Bir hizmetin piyasa tarafından verilmesiyle devlet tarafından verilmesinde hem dayandığı ilkeler hem de amaçlar farklı olduğundan yapılan hizmetin içeriği ve çıktısı da farklı olacaktır. Devletin kamu hizmetlerini sunmasında yaygın bazı özellikler bulunmaktadır. Birincisi; süreklilik ilkesidir. Kamu hizmetlerinin sürekli olarak verilmesi demek günün her saati, her dakikası olarak anlaşılmamalıdır. Burada anlatılmak istenen hizmeti vermekle giderilen ihtiyacın kendisini hissettirdiği durumda hizmetin verilmeye hazır olmasıdır. Örneğin; sağlık, elektrik gibi hizmetler bunlardandır. Süreklilik ve düzenlilik idare hukukunun ilke ve kuralının oluşma sebebidir. Bu anlamda koyulmuş benzer kurallar vardır: kamu personeli için grev yasağı, kamu hizmeti imtiyaz sözleşmelerinde imprevizyon (=öngörülmezlik) kuramı, istifa eden devlet memurunun yerine biri veya vekil gelinceye kadar bir ay beklemesi gerektiği kuralı, idari sözleşmelerde idareye tanınmış üstün yetkiler ve kamu mallarının devir ve ferağ yasağı.²⁷⁷ Düzenlilik, kesintisizlik, devamlı ve muntazam gibi adlarla da anılmakta olup; zamansal bir mana ifade etmekteyse de içerik ve yoğunluk bakımından istikrarı ifade etmektedir.²⁷⁸

İkincisi; değişkenlik (=uyarlama) kamu hizmeti kamusal gereksinimi en iyi ve en uygun biçimde karşılayabilmek için, yeni değişmelere, gelişmelere ve teknik verilere kendini uydurmak zorundadırlar. Örneğin kamu hizmetlerinin değişken olma ve uyarlanma özelliği gereğince yasama meclisi kamu çalışanlarının statüsünde değişiklik

²⁷⁵ Onur Karahanoğulları, “**Kamu Hizmeti (Kavram ve Hukuksal Rejim)**”, 2004, s. 424.

²⁷⁶ Onur Karahanoğulları, **Kamu Hizmeti (Kavram ve Hukuksal Rejim)**, 2015, s. 17

²⁷⁷ Metin Günday, **İdare Hukuku**, s. 225-228.

²⁷⁸ Çetin Altan, “Kamu Hizmeti”, adlı kitap bölümü, **Gün Işığında Yönetim** içinde, İl Han Özay (Edit.), Filiz Kitabevi, İstanbul, 2004, s. 235-243.

yapabilirler.²⁷⁹ Çağın gereklerine uygun teknolojik yenilenmeleri yaparak sunulan hizmetlerin içeriğini, yöntemini, araç-gereçlerini değiştirme ve uyarlama yapılması zorunluluğunu anlatır.²⁸⁰

Üçüncüsü; nesnellik ve eşitlik; idare kamu hizmetlerini yürütürken yan tutmamak ve nesnel davranmak zorundadır. Hizmete katılma ve yararlanma yönünden eşitliği gerektirir.²⁸¹ Kamu hizmetleri sunulurken herhangi bir grubun kullanımına özgü yapılamaz.²⁸² Ülkede yaşayan tüm vatandaşların eşit miktarda alması hedeflenir.

Dördüncüsü; bedelsizlik; kamu hizmetinden yararlananların para ödememesidir ancak hizmetten yararlananların yükünün hiç yararlanmayanların yüklenmemesi nedeniyle bazı hizmetlerden ücret alınmaktadır. Amaç kar etmek olamaz çünkü kamu yararına yönelik hizmetlerdir.²⁸³ Kamu hizmetlerinin meccaniliği olarak ta isimlendirilmektedir. Kamu hizmetleri karşılığında ödenen para mümkün olduğunca düşük tutulmalıdır. Ödenen para, hizmetin fiyatı (maliyet+kar) değildir, olmamalıdır. Kamu hizmetlerinde ödenen bedellerin idari işlemle belirlenmesi ve idari yargı düzeninde iptal davası başvurusuna konu olması da bunun kamu hizmeti sayıldığını kanıtlamaktadır.²⁸⁴

Toplumsal yaşamda insan gereksinimlerini karşılayan birçok hizmet arasında sağlık hizmeti farklı bir yere sahiptir. Sağlık hizmetleri diğer hizmet çeşitlerinden ayrıcalıklı bir yerdedir. Söz konusu durum, sağlık hizmeti kullanıcıları ve sunucularının kim ya da kimler olması gerektiği ve ne kadarının kamu hizmeti sayılacağı ile ilgili sürekli bir tanımlama ihtiyacı doğmuştur. Neticesinde sağlık hizmetinin tamamı ya da bir bölümü kamu hizmeti olarak sayılmıştır. Bu durumda; imprevizyon teorisinin geçerli

²⁷⁹ Metin Günday, **İdare Hukuku**, s. 225-228.

²⁸⁰ Çetin Altan, “Kamu Hizmeti”, s. 235-243.

²⁸¹ Metin Günday, **İdare Hukuku**, s. 225-228.

²⁸² Çetin Altan, “Kamu Hizmeti”, s. 235-243.

²⁸³ Metin Günday, **İdare Hukuku**, s. 225-228.

²⁸⁴ Çetin Altan, “Kamu Hizmeti”, s. 235-243.

olduğu, sürekli, herkes için eşit sunulan ve değişen koşullara göre uyarlanabilme özelliği olan biçimde sunulması zorunludur.

V. BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ

Bu bölümde çalışmada ele aldığımız kavramların tanımlamaları yapılmıştır. Sağlığın tanımının zamana ve mekâna göre değiştiğine değinilmiştir. Bilimin ve tıbbın ilerlemesiyle hastalığa neden olan etkenlerin neler olduğu bulunmuştur. Sağlıklı olmayı etkileyen faktörler yalnızca hastalıklara neden olan mikroorganizmalar değildir. Sosyal ve ekonomik etkenler de dikkate alınarak sağlık hizmetinin; geniş kapsamlı değerlendirilmesi gerekmektedir. Buradan yola çıktığımızda hastalığa neden olan faktörlerin yok edilmesi veya tesirinin hafifletilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetinin özellikleri itibariyle diğer mal ve hizmetlerden farklı yönleri bulunmaktadır. Piyasalaştırıldığı takdirde; TSH'nin toplumun genel sağlık düzeyinin artmasına olan katkısından vazgeçilmiş olayacak, ortaya çıkacak oligopol yapının sonucu olarak sağlık hizmetinin fiyatı nedeniyle yararlanamayacak yoksul kesimler, sağlık bilgisinin neden olacağı asimetrik etki, kalkınmayı sağlayıcı dışsallık özelliği ve faydasının bölünmezliği göz ardı edilecektir. Sayılan özellikler hizmetin, kamu hizmeti olarak sunulmasının zorunluluklarıdır.

İnsanın düşünce dünyasına yapılan katkılar ve geçmişte yaşanan hak arama mücadeleleri, günümüze kadar yapılmış insan hakları birikimleridir. Günümüzde sağlık hakkı bir evrensel hak olarak kabul edilmektedir. Temel insan hakkı olan yaşam hakkıyla yakından ilişkilidir. 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren gelişmelere baktığımızda bunun izlerini yasal belgelerde görmek mümkündür. BM İHEB'de sosyal güvenlik hakkı (md.22) tavsiyesi, BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesinin 14 Numaralı genel yorumu, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi yaşam hakkı (md.2), Avrupa Sosyal Şartı'nda devletlerin sağlık hakkını korumaları için

yapacaklarının sayılması (md. 11) ve Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'nda sağlıktan yararlanma hakkının (md.35) düzenlenmesi önemlidir.

Devletler kamu hizmetini halkı disipline etme, cezalandırma ya da fayda zarar ilişkisi içerisinde kontrol altında tutmak maksadıyla kullanabilirler. İktidarlarını pekiştirmek, meşruiyetlerine zemin hazırlamak için de bu hizmetleri yapabilirler. Pandemilerde otokratik rejimler daha da zora başvurabilmekte, demokratik olanlarsa süreci hesap verebilir, ikna edici ve şeffaf bir yol izleyebilirler. Neticede devlet kamu hizmetini ya da sağlık hizmetini sunması için farklı nedenlere de sahip olabilmektedir.

Kapitalist devlete gelince devletin öncelikli işlevlerini; ülkeyi müdafaa, güvenliğin sağlanması, ulusal para temini, ulaştırma ağının oluşturulması ve hukuksal düzenlemelerin yapılması olarak saymaktadır. İkincisi üretimi ve üreticiyi güvene almaktır. Sağlık ve eğitim hizmeti üretimin sürekli yapılabilmesini ve sağlıklı bireyleri olan bir toplum yapısı oluşmasını destekleyici hizmetlerdir. Sağlıklı olabilen birey üretimi aksatmaksızın çalışacak ve bu üretimin bir kenarından da olsa tüketerek yeniden üretimi sağlayacaktır.

Tezin odağına koyduğumuz TSH kavramı farklı tanımlamaların birleştirilmesiyle şu şekilde tariflenebilir: Halkın ulaşabileceği ve sağlık hizmetlerini alabilmek için ilk başvurduğu yer olarak planlanan ve bir ülkede yaşayan vatandaşların tamamına, yaygın bir biçimde, sektörler arası işbirliği ve vatandaşların katılımı ile verilen sağlık hizmetleridir. TSH ulaşılabilir, kapsayıcı, eşgüdüm, sürekli, hesap verebilir, toplum odaklı, hizmetin tamamının sağlık personeline verildiği; hastayla daimi ve yüz yüze bir bağ esasında, hizmetin sunulduğu diğer kurumlarla arasında koordinasyon kurulduğu, aile ve toplum temelinde sunulan ve ilk başvuru yeri olması gibi özelliklerle tariflenmektedir. Buradan yola çıkarak TSH'yi hangi kurumların sunması gerektiği ya da mevcutta sunan kurumların hangi nitelikleri barındırması gerektiğini göstermektedir.

Sağlık hizmetlerini sınıflandırdığımızda dört kategori karşımıza çıkar. Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere hastalığı olmadan önleyen, hem maddi hem de hastanın yaşadığı acıları düşünürsek manen daha az olan sağlık hizmetlerindendir. Hastalıkların en büyük nedeni yaşanan yerdeki sosyal şartlar ve eşitsizliklerdir. Eşitsizliğin nedenleri; ekonomik durum, ırk, etnik köken, cinsiyet, engellilik hali, coğrafyayla yakından bağlantılıdır. Hastalandıktan sonra tedavi etmek için yapılan çabalar; tedavi edici sağlık hizmetleridir. Yapılan tedavide kullanılan yöntemlerin kapsamının genişlemesi ve üst derecede inceleme ve tedavi gerektirmesine göre birinci, ikinci, üçüncü basamak olarak ayrılır. Rehabilit edici sağlık hizmetleri; hastalığın tedavi edilmesinin ardından kişinin tekrar normal yaşamına dönebilmesi için gerekli fiziksel ve ruhsal dünyasını iyileştirmek için yapılan çabalara denir. Sağlığın geliştirilmesi ise; koruyucu sağlık hizmetlerinden kişiye yönelik olanlarının çeşitli programlarla toplumda duyarlılığının artırılması çalışmalarıdır.

Bu bölümde devlete dair siyasal düşüncelere yer verilmiştir. Bunlara baktığımızda; minimal devlet anlayışından, kolektivist devlet anlayışına kadar geniş bir yelpazededir. Liberal görüş ve müdahaleci görüş. Liberal görüş devletin sınırlanmasını, müdahaleci görüş dezavantajlı gruplar lehine piyasaya farklı amaçlarla da olsa müdahale edilmesini istemektedirler. Ancak siyasal düşünce ayırmaksızın günümüzde tüm devletlerin sağlık hizmetini az ya da çok üstlendikleri görülmektedir.

Devlet eliyle sunulan kamu hizmetlerinin tanımları 20. yüzyılın başından sonuna doğru giderek içerisinde boşaldığı görülmektedir. Ülkemizde devletin kamu hizmeti olarak kabul ettiği hizmetlerin bazı özellikleri bulunmaktadır. Bunlar; kamu hizmetinin sürekliliği ilkesi, bedelsizlik, yeni gelişme ve değişimlere kendini uyarlama ilkesi, hizmetin verilişi esnasında nesnellik ve eşitlik ilkesi olmak üzere dört adettir. Verilen kamu hizmetlerinin bu kavramları karşılaması gerekmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

MODERN DEVLETİN SAĞLIK HİZMETİ SUNMASI

Sağlık hizmetinin geçmişten günümüze nasıl ve hangi kurumlar tarafından sunulduğu çalışmamız için önemlidir. Devletin sağlık hizmetini üstlenmesine neden olan koşullar, konu başlıkları etrafında anlatılmaya çalışılmıştır. Modern devletin ortaya çıkmasına neden olan sebepler aynı zamanda devleti sağlık hizmeti sunmaya da iten sebepler olmuştur.

İlk Çağ'da, hastalığın kaynağının doğaüstü güçlerden kaynaklandığı düşünüldüğünden, sağlıklı olabilmek için bu güçler kontrol edilmeye çalışılmıştır. Orta Çağ'da ise sağlık hizmeti çoğunlukla dinin etkisinde bir sosyal hizmet anlayışı içerisinde sürdürülmüştür. Aynı yıllarda İslam Dünya'sında vakıf ve hayır kurumları aracılığı ile yoksul, düşkün ve hasta kimselerin ihtiyacı karşılanmış, Hristiyan nüfusun olduğu yerlerde de benzer biçimde kilise ve yardım kurumları bu hizmetleri yerine getirmiştir. Sağlıklı yaşamaya engel olan ve sağlık gibi sosyal politikaya konu olan sorunlar devlet ya da cemaatlerin yardımseverlik anlayışıyla çözülmeye çalışılmış, modern zamanlara kadar toplumsal bir mesele olarak görülüp, kapsamlı çözümler üretilenmemiştir.²⁸⁵ Günümüzde sosyal haklar merhametten çok adalet, lütuftan çok hak temeline dayalı, gönüllü, gelip geçici, dar kapsamlı uygulamalar olmaktan ziyade kalıcı ve yaygın bir hal almıştır.²⁸⁶

Modern devlet fiziksel, rasyonel, hukuksal temellere dayalı ve meşruiyeti dinden farklı bir yapılanmadır. Modern devleti oluşturan bu değerlerin ortaya çıkması gelişmesi Yeni Çağ ve Yakın Çağ'da gerçekleşmiştir. Devletin sağlık hizmetini sunma ya da sunulmasını düzenleme işleviyle ilgili anlayışı değiştiren birçok olay iç içe girmiş ve

²⁸⁵ Meryem Koray, **Sosyal Politika**, İmge Kitabevi, 3. Baskı, Ankara, 2008, s. 42

²⁸⁶ **A.k.**, s. 42.

birbirini etkilemiştir. Bunlardan birincisi sosyoekonomik değişiklikler; feodal sistemin zayıflaması, teknik buluşlarla beraber artan sanayileşme, ulaşımdaki gelişmelerle insan hareketliliğinin hızlanması, köyden kente göçlerle artan kent nüfusu ve kentsel hizmetlere ihtiyaç zorunlu hale gelecektir. İkincisi ideolojik ve siyasal değişimler; sanayileşme beraberinde oluşan iş kazası ve meslek hastalıklarının artışıyla sosyal güvenlik sistemlerinin oluşturulması bir zorunluluk olmuştur. Devamında gelen sosyal haklarla ilgili talepler sanayileşmeyle yakından ilgilidir. Dördüncüsü kapitalizmin krizlerinde devlet-piyasa denkleminin yaşanan krize göre yön bulmasıdır. Bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgilerin çoğalması, salgın hastalıkların önlenilebileceğinin bulunmasının ardından karantina önlemleri alınmıştır. Beşincisi; aşağı yukarı aynı yıllara denk gelen çeşitli tıbbi buluş ve ilerlemelerdir. Hastalık etkenlerinin ve hastalığa neden olan faktörlerin bulunarak, buna karşı aşıların yapılması, hijyenin öneminin artması, karantina uygulamalarının başlatılması örnek verilebilir.

Devletin ülke geneline kamusal hizmetlerinin çeşitlenmesi ve genişlemesi modern devletin doğuşuydur. Kamu kurumlarında ki personelin daimi ve kurallara uyan bir biçimde işlerini yapmaları, yönetimde oluşturulmuş karışık düzenlemeler üzerinden modern devlet tanımlamak mümkündür. Devlet belli sınırlar dahilinde yönetim işlevini üstlenerek hukuken ve fiilen yönetime ilişkin tüm güç ve olanakları tekelinde bulundurmaktadır. Bu tanım itibarıyla modern devleti, siyasetten ayrı salt yönetsel bir iş olduğu da tanımlanmaktadır.²⁸⁷

Modern devlet kendiliğinden oluşmuş bir yapıdan ziyade yapay oluşturulmuş bir yapıdır. 18. yüzyıl ve 19. yüzyıldan başlanarak devlet çoğunlukla anayasal düzenlemelerde açıkça ifade bulan irade ve kararların hayata geçirilmesine varlığını dayandırmıştır. Devlet bir amaç ve işlev için kurulmamış, geleceği için meşruiyetini sağlamaya çalışan karmaşık bir örgüt yapısına sahip küçük parçalardan oluşan incelikli

²⁸⁷ Gianfranco Poggi, **Modern Devletin Gelişimi: Sosyolojik Bir Yaklaşım**, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2014, s. 15.

bir yasa olarak tanımlanmıştır.²⁸⁸ Zaman içinde yasama hükümlerinin artması ve idari aygıtlara yenilerinin eklenmesiyle genişlemeye devam etmiştir.²⁸⁹

Modern devlet öncesi siyasal iktidar ilişkileri doğaüstü güç eksenliydi. Siyasal iktidarın meşruiyet kaynakları da doğaüstü, mitolojik ve dinsel idi.²⁹⁰ Modern devlete temel oluşturan siyasal topluluğun kökeni 13. yüzyıldan, Papa ile politik liderler arasında başlamış bulunan mücadelenin çözüme kavuşmasına dek uzanmaktaydı. Hristiyan inancında toplumu meydana getiren bireyler bir beden in işlevlerini görür ve ahlaki bir bütün oluşturlardı. Ancak kilise bu noktada daha üst bir düzeyi ifade etmekteydi. Kilise sadece ahlaki değil, aynı zamanda İsa'nın mistik bedenini temsil etmekte, bu anlamda başı temsil eden İsa'nın yekvücut hali Kilise'nin varlığını oluşturmaktaydı.²⁹¹ Bu durum toplumsal alanda kiliseyi ayrı bir konuma yerleştirmekteydi. Ekonomik alanda da kilise kendisine ait malvarlığı ile ayrı bir konuma sahipti. Zenginliğin tek kaynağının toprak olduğu Orta Çağ'da, en büyük toprak sahibi kiliseydi.²⁹² Devlet iktidarının kaynağının ilahi olduğuna inanılmış, iktidarın kaynağı gökyüzünde, tanrıda ve kutsal kaynaklarda aranmıştır. Kilise ve benzer dini kuruluşlar sadece dini yaşamla değil; dünyevi yaşamla da ilgilenmişlerdir. Dünyevi otoritelerin meşruiyet kaynağı olarak kilise, toplumsal hayatın her alanına yön vermiştir.²⁹³

Modern devletin oluşmasında birden çok faktör bulunmaktadır. Tarih içerisinde kapitalizmin yükselişi ve krizleri bunlardan bir tanesidir. Feodal sistemin çözülüp sanayileşmeyle oluşan yeni üretim biçiminin, toplumun sınıf yapısını değiştirmiştir.

²⁸⁸ A.k., s. 117-120.

²⁸⁹ Gianfranco Poggi, **Devlet: Doğası, Geleceği, Gelişimi**, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2014, s. 93.

²⁹⁰ Halis Çetin, "Egemenlik ve Hukuk İlişkisi Üzerine", **Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 2002 Cilt 3 Sayı 2, s. 2.

²⁹¹ Mark Neocleous, **Devleti Tahayyül Etmek**, Çev. Akın Sarı, Notabene Yayınları, Ankara, 2014, s. 24.

²⁹² Leo Huberman, **Feodal Toplumdan Yirminci Yüzyıla**, Çev. Murat Belge, İletişim Yayınları, İstanbul, 1995, s. 24.

²⁹³ Halis Çetin, "Liberalizmin Tarihsel Kökenleri", **Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, (2002) Cilt 3, Sayı 1, s. 82.

Demokrasiye dayalı devlet biçimleri; devletin vatandaşlarıyla bağına sağlayan araçları tekrar biçimlendirmiştir. Nüfusun artması ve özellikle kentlerde yoğunlaşması sonucunda yerel yönetimlerden beklenen faaliyetlerin artması ve çeşitlenmesine neden olmuştur. Merkezi yönetimlerin güçlenmesiyle bu sorunların ülke genelinde çözüme kavuşturulması zorunluluğu hâsıl olmuştur. Sağlık politikalarının birer kamusal hizmet alanı haline gelmesinde en büyük etkilerden birini de sosyal politikaların dönüşümü sağlamıştır.²⁹⁴

I. MODERN DEVLET ÖNCESİ SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

Çok eski yıllarda iyilik ve kötülüğün birtakım doğaüstü faktörlere bağlı olduğuna inanılır, tedavisi için kötü ruhlar kovulur, adak sunulur ve tapınılırdı. Ardından gelen dönemlerde hastalıklara iyi geldiği düşünülen bazı bitki ve maddeler tedavide kullanılmıştır. Ancak bu dönemleri kesin rakamsal tarihlerle ayırmak mümkün gözükmemektedir. Hastalık etkenlerinin ve oluş mekanizmalarının birbirinden ayrıldığı, bireyin tüm çevre (fizik, biyolojik, sosyal) faktörleriyle beraber değerlendirilmesi gerektiği anlayışı ise yakın geçmişe tekabül etmektedir.²⁹⁵

Günümüze gelinceye dek uygarlıklar farklı iyileştirme yöntemlerine şahitlik etmişlerdir. MÖ 2000 yıllarında Hitit’lerde hekimlik, kâtiplik ve büyücülük iç içeydi. Hekimlerin aldığı eğitime dair herhangi bir bilgi olmamakla beraber, usta-çırak ilişkisi şeklinde yetiştirildikleri düşünülmektedir. Bu kişilerin devlete bağlı çalışan mı yoksa kendi adına mı iş yaptıkları belli değildir. Hekimler emeğinin karşılığı, hastasının tıbbi bakıma olan ihtiyacına, varlıklı olup olmamasına ve sosyal durumuna göre

²⁹⁴ Bilge Şentürk, “Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Cepten Sağlık Harcamaları Üzerine Etkisi”, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, Muğla, 2019, s. 210.

²⁹⁵ Recep Akdur, **Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”**, <http://ataum.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/360/2018/07/Saglik-Sektoru-Temel-Kavramlar-Turkiye-ve-Avrupa-Birliginde-Durum-ve-Turkiyenin-Birlige-Uyumu.pdf>, (Erişim Tarihi:29. 06. 2019).

belirlenmiştir. Örneğin özgür bir kimse kendisini tedavi eden doktora 10, köle ise kendisini tedavi eden doktora 2 Şekel gümüş vermesi gerektiği kaydedilmiştir.²⁹⁶ Durgun su kaynaklarından yapılar kurularak yerleşim birimlerine suyun taşındığı ve kullanılmış sularınsa yine yapılan sistemlerle yaşam alanlarından öteye taşındığına ulaşılmaktadır.²⁹⁷

Yine bu çağda hastalık dâhil tüm kötülükler tanrının/tanrıların insanlara verdikleri ceza olarak inanıldığından, korunmak ve iyileşmek içinde din adamlarına gidilmekteydi. O yıllarda sağlık hizmetlerinin de din kurumları tarafından verildiği görülmektedir. Yunan ve Anadolu yarımadalarındaki Asklepios tapınakları, hastaların şifa aradıkları karakteristik mekânlar olmuş, hatta buraların sağlıkla ilgili yönleri dini maksatlarının önüne dahi geçebilmiştir.²⁹⁸ Bu tapınaklar, MÖ 14. yüzyıldan MS 4. yüzyıla kadar geçen sürede sağlık tapınakları şeklinde yapılaşmışlardır. Buralarda teşhis ve tedaviyi Asklepiad denilen rahip-hekimler yapmışlardır.²⁹⁹ Halk sağlığı için yapılan çabaları, din sanatı olarak görmekteydiler. Hastalıklardan korunmak için bazı ilkeleri kurallara bağlamışlardı.³⁰⁰

Eski Mısır'da dini tedavide bir ana temel olan doğaüstü inanışların, hastalığın iyileşmesinde etkili olduğuna inanmaktaydılar. Kralın bir Tanrı olarak kabul edildiği, piramitlerin ve mumyaların ölümden sonraki yaşantıyla ilgili olduğu ve din adamlarının politik yaşamda önemli olduğu bir toplulukta bu inanışlar normal kabul edilebilirdi. Hekimler ise mabetlerde yetiştikten sonra, Orta Çağ'da görüldüğü gibi din adamı niteliği taşımaktaydılar. Ruhlar ve şeytanlar hastalığa neden olan faktörlerdi.³⁰¹ Tevrat'ın kabul gördüğü İsrail başta olmak üzere Mısır'da da; temiz bir ruhun kirli bir

²⁹⁶ Ali Haydar Bayat, **Tıp Tarihi**, Genişletilmiş 2. Baskı, Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği, İstanbul, 2010, s. 77-78.

²⁹⁷ Sevim Yumuturuğ, **Halk Sağlığı Ders Kitabı**, Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları No: 64, Ankara, 1988, s. 2.

²⁹⁸ Eugene W. Straus ve Straus Alex, **Tıbbi Mucizeler**, Çev. Fenni Özalp, Domingo Yayıncılık, İstanbul, 2009, s. 246-253.

²⁹⁹ Baha Taneli, "Cumhuriyetten Önce ve Sonra Ülkemizde Sağlık Kurumları ve Çocuk Hastaneleri", **Ege Pediatri Bülteni**, 2009 Cilt 2 Sayı 16, s. 95-110.

³⁰⁰ Sevim Yumuturuğ, **Halk Sağlığı Ders Kitabı**, s. 3.

³⁰¹ Ayşegül Demirhan, **Kısa Tıp Tarihi**, Bursa Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1982, s. 13.

vücutta bulunmayacağına inanılmaktaydı. Banyo yapmak, yemeklerden önce ve sonra el yıkamak gibi temizlikle ilgili faaliyetler Allah’a karşı temiz bir vücuda sahip olmak içindi.³⁰² Eski Mezapotamya’da hastalık insanın işlediği günaha karşı verilen bir çeşit ceza idi. İnanişâ göre bir insan herhangi bir yasak olan bir şeyi yaparsa, Sağlık Tanrıları o kişiden uzaklaşır, neticede kişi sayısız hastalık taşıyan şeytanların ve hayaletlerin öfkesine uğrardı.³⁰³ Benzer biçimde Batı dünyasında; herhangi bir ilaçla tedavi olmaya çalışmak tanrıya güvensizlik olarak kabul ediliyordu. Hastalanan veya yaralanan kimse önce İsa’nın eti yerine koyduğu kutsal ekmeği yiyecek ve sonra da Allah’a güvenecekti. Batı’da hastaların alındığı yurtlar on ikinci asırdan sonra hekim bulunduran tedavi maksatlı yerler değil, onların acılarını hafifleten yerler olmak için kurulmuşlardı.³⁰⁴

Sicilyalı Diodorus (MÖ 1. YY); Mısır hükümdarı ve ailesiyle, üst makamlarda bulunan görevliler ve dini örgütlerin kendilerine ait sağlık çalışanlarının olduğunu aktarmaktadır. Bunun yanında çok çalışanın olduğu yerlerde çalışanlara ait sağlık çalışanları bulunmaktaydı. Kamu işlerinde, mabetlerde ve işyerlerinde sağlık çalışanlarının bulunması ve hekimlerin hastaları bedel almaksızın tedavi etmesi nedeniyle, sağlık hizmetinin çoğunlukla kamu eliyle yapıldığı, tıbbın bir bölümüyle sosyalleştirilmiş bir kamu hizmeti olduğunu düşündürmektedir. Rahiplik payesindeki hekimler sosyal yaşamda hayli saygınlıklarının bulunması yanında kimi vergileri de ödememekteydiler. Saraydaki başhekimlik mevki hususi bir devlet memurluğuydu. Mısır papirüslerinde geçen hekimbaşılık terimlerinden sarayın haricinde farklı konumlandırma içerisinde olduğunu göstermektedir. Milattan önce 14. yüzyılın yarısında Tel Amarna’da ki Mısır’ın Dışişleri Bakanlığı arşivine ait belgelerde, Kuzey

³⁰² Süheyl Ünver, **Tıp Tarihi**, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1938, s. 47.

³⁰³ Ayşegül Demirhan, **Kısa Tıp Tarihi**, s. 17.

³⁰⁴ Ziya Kazıcı, **Osmanlı Vakıf Medeniyeti**, Bilge Yayıncılık Eğitim, Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A. Ş, İstanbul, 2003, s. 225.

Afrika, Anadolu ve Mezopotamya'daki devletlerin başkentlerine ait saraylarda hekim, astrolog ve büyücülerin rahatlıkla yer değiştirebildikleri görülmektedir.³⁰⁵

İlk çağ inanışlarında, günümüzde inananların sayısı itibariyle üçüncü sıradaki Budizm'de, Musevilerin kutsal kitabı Tevrat'ta öyle ki German Tanrı efsanelerinde hastalara ve ihtiyaç duyan diğer toplum kesimlerine sosyal yardımlar verilmesi buyrulmuştur. Bu inanışlarda dilenciler, yardım arayanlar ve yabancılar tanrının gözettiği kimselerdi. Diğer yandan dinsel kökeni bulunmayan başka uygulamalarda bulunmaktaydı. Mesela Yunanistan'da esnafların yardımlaşma örgütleri, defin ile hastalara yardım dernekleri; Roma'da hastalık ve ölüm sandığı birlikleri bulunmaktaydı.³⁰⁶

İsrail'de sonrada Yahudilikte fakirlere yardımda bulunulması zamanla gelenek halini aldı. Bütün İsraili ve Yahudiler için yoksul sandıklarına veya yoksul aş ocaklarına bağışlar, hastaların bakılması, esaret altındakilerin alınarak özgür bırakılmaları ve yetimlerin yetiştirilmesinin bir sorumluluk biçimine dönüşmesi önemlidir. Çünkü İlk Çağ'da kamuca düzenlenmiş tek sosyal yardımların bulunduğu yerleşim yeri idi.

Antik Yunan'da fakir hastaların, varıllardan toplanan doktorlar vergisiyle çalışan “fakir doktorlarınca” bakılması, ilaçlarının karşılanmasını devlet organize etmekteydi. Devletin desteği yanında işverenlerinde gönüllü olarak katkı sunduğu hasta esirleri iş gücü olarak değerlendirdiklerinden olsa gerek, destek olmaktaydılar.³⁰⁷ Ek olarak esnaf loncaları ve esnaf birliklerinin yardımlaşmak için oluşturdukları örgütlenmeler, defin dernekleri ve hastalara yardım derneklerinin varlığı tespit edilmiştir. Mısır'da devlet yöneticilerinin çabasıyla, zenginlerin dul, yetim ve hastalara yardım etmeleri sağlanmaktaydı. Roma İmparatorluğu'nda, hastalık (collegia

³⁰⁵ Ali Haydar Bayat, **Tıp Tarihi**, 2010, s. 67.

³⁰⁶ Sait Dilik, “Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi”, **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, 1988 Cilt 43 Sayı 1, s. 42.

³⁰⁷ Sait Dilik, “Sosyal Güvenliğin Tarihsel...”, s. 44.

tenuiorum) ve ölüm sandığı birliklerinin (collegia funeraticia) kurulması yoluyla sağlık hizmetlerinin finansmanı karşılanmıştır.³⁰⁸ Hristiyanlığa geçişle birlikte bu birliklerin önemi kalmamış kiliseler sadece bu dine geçen kişilere yardım sağlamaya başlamışlardır.³⁰⁹

Germenler akraba olmayan ancak iyi ve kötü zamanlarda birbiriyle dayanışma içinde olan çiftçilerden oluşuyordu. Bu durum yıllar içerisinde araziden ortak yararlanmayı, elde edilen gelirin birlikte değerlendirilmesini takas yapılabilmesi için kooperatiflere benzeyen beraberlikler kurulmasını beraberinde getirdi. Hastalık ve ölüm hallerinde yardımlaşmak için de birlikler kurulmuştu.³¹⁰

Tedavi sanatı geçmişten modern tıba kadar çoğu zaman dini inanışla iç içe geçmiş olduğundan sağlık hizmetleri sunumunda dini liderler rol almışlardır. Örneğin Eski Mısır'da doktorlar din adamlarından (papaz) oluşmaktaydılar.³¹¹ İlk çağlarda doğu medeniyetlerine baktığımızda; sağlık hizmetlerinin tapınaklarda rahipler tarafından sihirle yürütüldüğü bilinmektedir.³¹² Brahmanizm'de düşkün insana yardım etmek, tanrının işine karışmak olarak kabul edildiği,³¹³ Eski Hint uygarlığında MÖ 226'da her on kasabaya bir hastane yaptırıldığı,³¹⁴ Sri Lanka'da 427 yılından itibaren bilimsel yaklaşımları temel alan hastaneler açıldığı, devam eden yıllarda Eski Çin'de tapınak hastanelerinin ilk hastaneler olarak kabul edildiği bilgisi mevcuttur.³¹⁵ Avrupa'da hastane ve sağlık kuruluşlarının genellikle kilise ve hayırsever kurumlar tarafından

³⁰⁸ Jean Vercoutter, **Antik Tarih-İlk Çağ Tarihi**, Yapı Kredi Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 2008, s. 11.

³⁰⁹ Sait Dilik, "Sosyal Güvenliğin Tarihsel...", s. 46.

³¹⁰ A.k., s. 47.

³¹¹ WHO, "The Role of Government in Health Development", **Regional Committee for the Eastern Mediterranean Fifty-third Session**, (July), 2006, s. 1-2, WHO, "The Role of Government in Health Development", Regional Committee for the Eastern Mediterranean Fifty-third Session, (July), 2006, s. 1-2, https://applications.emro.who.int/docs/EM_RC53_13_e_en.pdf, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

³¹² Ali Haydar Bayat, **Tıp Tarihi**, Sade Yayınları, İzmir, 2003, s. 53.

³¹³ Derya Şahin Gezer, **Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Etik Sorunlar Konusunda Adana Ölçeğinde Bir Araştırma**, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik ABD Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2010, s. 3.

³¹⁴ Eugene W. Straus ve Straus Alex, **Tıbbi Mucizeler**, Fenni Özalp (Çeviren), Domingo Yayıncılık, İstanbul, 2009, s. 246-253.

³¹⁵ Celal Arabacıoğlu, **Hekimlik ve Hastanecilik**, Çukurova Üniversitesi Yayınları, Adana, 1991, s. 1-54

yaptırıldığı hatta bugün hala din bilginlerinin adını taşımaktadır. Aynı durum İslam coğrafyasında da bu şekilde gelişmiştir. Kolonyal dönem boyunca dini kurumlar ve vakıflar sağlık hizmetlerinin örgütlenmesini ve modern sağlık sisteminin büyük şehirlerde yalnızca yöneticiler ve yerel elitlerle sınırlı kalmamasını sağlamışlardır.³¹⁶

Devletin geçmişten getirdiği en öncelikli fonksiyonu dışarıdan gelebilecek tehlikelere karşı ülkeyi korumak ve ülke içinde düzenin sağlanmasıyla sınırlıydı. Bu fonksiyonu için devletin ülkeyi koruyacak orduya ve ihtiyaçlarını sağlayacak vergiler gerekliydi. Bunun dışında sistemli olabilecek bir hizmet görülmemektedir. O dönemde en önemli konu savunmaydı. Bunun için de ülkenin korunabilmesi için; savunmayı yapacak insanların sağlıklı olması ve savaşta yaralananların tedavisi lüzumluydu.³¹⁷ Roma İmparatorluğu’nda askerlik çok önemli olduğundan ordu tababeti ilerleme şansı bulmuş,³¹⁸ “valetudinaria” adı verilen ilk askeri hastaneler kurulmuştur. Sınıflandırılmış halde yaşayan halkın bir grubu olan köleler için bakımevleri açılması gerekmişti. Bu hastaneler zamanla halkın kullanımına da açılmıştır.³¹⁹ Ordu için çalışan hekimler zamanla yerleşkenin etrafında yaşayan halkın sağlık ihtiyaçlarını yapar olmuş, hatta yaşlandıklarında orada ikamet ederek hizmet vermeyi sürdürmüşlerdir. Böylelikle, tıbbi bilgi ve teknolojiler yaygınlaşmış, Roma’da orduların sürekli hareket hali gittikleri yerlerde yeni şeyler öğrenmelerine, tıp kaynaklarının yazılmasına ve Roma’nın sağlık hizmetlerini geniş bir bölgede uygulaması sonucunu doğurmuştur.³²⁰

Romalılar hekimleri hoş karşılamayıp, ağır eleştirilerde bulunsalarda bir süre sonra mevcudiyetlerine alışmışlardır. Birçok hekim Yunan kölelerden ya da onların

³¹⁶ WHO, “The Role of Government in Health Development”, **Regional Committee for the Eastern Mediterranean Fifty-third Session**, (July), 2006, s. 1-2, WHO, “The Role of Government in Health Development”, Regional Committee for the Eastern Mediterranean Fifty-third Session, (July), 2006, s. 1-2, https://applications.emro.who.int/docs/EM_RC53_13_e_en.pdf, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

³¹⁷ Serap Suğur ve Nadir Suğur, Gürkan Can (Edit.), “Geleneksel Toplumdan Modern Topluma Geçiş”, **Çağdaş Yaşam Çağdaş İnsan**, Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1020, Eskişehir, 1998, s 21.

³¹⁸ Yeşim Işıl Ülman, “Yaşamın Sonu ile İlgili Tıp Etiği Sorunları”, Nil Sarı ve diğerleri (Edit.), **Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı**, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2007, s. 381-386.

³¹⁹ Derya Şahin Gezer, **Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Etik Sorunlar Konusunda Adana Ölçeğinde Bir Araştırma**, s. 3.

³²⁰ Ali Haydar Bayat, **Tıp Tarihi**, 2010, s. 134.

çocukları arasında çıkmıştır. MÖ 46 tarihinde, Jul Sezar'ın Roma'lı olmayan hekimlere vatandaş olabilmeleri için izin verince hekimlik mesleği saygı görmeye başlamıştır. Bu dönemde hukuki düzenlemeler olmadığından isteyenler hekim olduğunu duyurarak çalışmışlardır. Basılı kitaplar olmamasından dolayı, başarılı olanlar, devletin sınırları içerisinde bulunan ve Bergama, Smyrna (İzmir), Ephesos, İskenderiye vb yeterli kaynakların bulunduğu tıbbi merkezlerde meşhur hekimlerden eğitim almışlardır. Ancak masraflı olan bu eğitimi yalnızca zengin kimseler alabilmişlerdir. Varsıl kimselerin yanında ve yerleşim yerlerine şehirlerin meclislerince (archiatus) çalıştırılan hekimler bulunmaktaydı. Aldıkları ücret dışında tedavi ettikleri halktan şükranlarını ifade etmek için verilenleri almalarına da izin verilmiştir. Roma döneminde hekim sınıfın yaşam koşullarının iyi olduğu düşünülebilir. Galenus denilen hekimin ameliyat yapmasının karşılığı 400 altındır. Aynı zamanda vergi vermemekte ve mecburi hizmet yapmamaktaydılar. MS 160'da, vergilerin artması nedeniyle halkın yükünü azaltmak için, İmparator Antoninus Pius vergi ödemeyecek olan hekim miktarına kısıt koymuştur. Dördüncü yüzyıl, devlette görev yapacak hekimlerin seçilerek alınmasına karar verilmiştir. Bu hekimler varlıklı kişilerin evlerine giderek, diğer insanlara ise kendilerine ait tıbbi merkezlerde hizmet vermişlerdir. Esnaf işyerlerini andıran ve tabernae medicae denilen yerler muayenehaneleriydi. Ayrıca belirli aralıklarla belirli yerleri ziyaret ederek çevredeki yerleşim birimlerini ve hastalıkların bulaştığı yerleri gezerek hizmet veren hekimler vardı.³²¹ Doğu Roma İmparatorluğu'nda tanrının gözüne girmek için hastalara yardım edilmiş fazlaca hastane kurulmuştur. İstanbul'da Pantokrator manastırına bağlı bir hastane, Kayseri'de 370 yılında bir hastane, birkaç yıl sonrada Urfa'da vebalılar için hastaneler kurulduğu bilinmektedir.³²²

Roma İmparatorluğu çevre sağlığını bir hükümet görevi olarak ele alan ilk devlettir. Roma'da Augustus döneminde çevre sağlığı idaresi kurulmuş, sorumlu olan

³²¹ A.k., s. 133-134.

³²² Derya Şahin Gezer, **Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Etik Sorunlar Konusunda Adana Ölçeğinde Bir Araştırma**, s. 4.

bakan imparatora doğrudan bağlı olarak çalışmıştır. Görevi ise; su şebekelerinin korunması, hamamların temizliği, sokak temizliği, pazarlar ve besin maddesi satan yerleri denetleme ve bozuk besinleri yok eden kişileri atamaktır.³²³ Lağamlar büyük bir dikkatle yapılmış, şehir ve civarındaki bataklıklara ağaç dikilerek kurutulmuş ve su kemerleriyle şehirlere su getirilmiştir.³²⁴

Roma imparatorluğunda, daha çok Yunan hekimlerin verdiği tedaviler dışında, koruyucu hekimliğe de katkı sağlamışlardır. Etrüskler döneminde ateş hastalıklarıyla bataklık yerlerin birbiriyle bağlantısı olduğu saptanarak, çeşitli önlemler alınmaya çalışılmıştır.³²⁵

Roma gibi büyük bir devleti ayakta tutabilmek için iyi bir askeri güce ihtiyaç vardı. Çok iyi örgütlenmiş Roma askeri gücü askerlerin tedavilerinin yapılabilmesi için bahçesi büyük askeri hastaneler (valetidinarium) ve sağlık birlikleri oluşturmuşlardır. Roma'da askeri yönetim en çok korktukları yaşadıkları dönemin hijyen koşulları nedeniyle bulaşıcı hastalıkların olmasıydı. Bu nedenle ordunun sağlık ekiplerine yaralananların tedavisine ek olarak salgınlarla ilgili önlem alma vazifesi de bulunmaktaydı. Yaralıların iyileşebilmeleri için kaplıcalar da kullanılmıştır. Oysa aynı dönemde siviller için hastahaneler bulunmamaktaydı. Bu hastahaneler ancak cumhuriyetin sonlarında, büyük arazi malikleri tarafından, kölelerin bakımlarını kaşılamak için yapılmaya başlanmıştır. Para harcamak istemeyen varlıklılar, hastalanan köleleri tapınaklarda (özellikle Tiber nehri üzerindeki asklepieiona) terketmişlerdir.³²⁶

Roma İmparatorluğu'nun çökmesinin nedenleri; bürokrasiye dayalı refah devleti anlayışının doğması ve varlığını onaylatması, tarımın ve üretimin gerilemesi, köylülerin zenginleşmesi ve toplumda yer alması, artan vergiler, siyasal oyunlar, etik yozlaşmalar,

³²³ Nusret H. Fişek, **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No: 2, Ankara, 1985, s. 17

³²⁴ Süheyl Ünver, **Tıp Tarihi**, s. 99.

³²⁵ Ali Haydar Bayat, **Tıp Tarihi**, 2010, s. 147.

³²⁶ Ali Haydar Bayat, **Tıp Tarihi**, 2010, s. 146.

göçler, barbarların yağmaları, kurşun zehirlenmesi gibi sayılan sebepler yanında bir de insanların fiziken ve ruhsal olarak çöküşüne ve ölümlere neden olan bulaşıcı hastalıklar hazırlayıcı olmuştur.³²⁷

Orta Çağ feodal sistemi içerisinde köylü tarlada çalışarak; toplum kesimlerinin hepsini beslemekte, kendisini Tanrının vassalı olarak gören krala kadar yükselen bir hiyerarşik düzenin en altında bulunmaktaydı. Bu düzen içerisinde alt basamakta bulunan sosyal sınıf mensupları, kendisinin bir üst basamakta bulunanlara hizmet vermekte; bir üstteki ise, bir alttakini korumakla yükümlü olmaktaydı.³²⁸ Orta Çağ dinin etkisinin yoğun olarak görüldüğü bir çağ olup, kilisenin maddi ve manevi gücü muazzamdı. Hristiyanlığın ilk yıllarında bir yoksullar birliği olarak ortaya çıkan ve siyasal iktidara ilişkin hiçbir talepte bulunmayan kilise zamanla feodal dönemin en geniş topraklarına sahip olmuştu. Bunun nedeni, Hristiyan inancına mensup kimselerin, ölmeden önce Tanrının gözüne girmek istemeleri halinde insanların kiliseye toprak bağışlamalarıydı. Bazı soylular ve krallar da, savaş kazanıp bir düşman ülkesini fethettiklerinde; bu toprakların bir kısmını kiliseye bağışlamayı âdet edinmişlerdi. Bu ve buna benzer başka yollardan kazanılan topraklar sayesinde kilise, sonunda, Avrupa'daki bütün toprakların üçte biriyle yarısı arasında değişen miktarlarda toprağın sahibi haline gelmişti.³²⁹

Orta Çağ boyunca iki inancın temsil edildiği; Doğu'da tüm bilimlere destekleyen, gelişmeye sevkeden ve antik dönem eserlerinin kaybolmasını engelleyen İslam medeniyeti, Batı'da Hristiyan medeniyetidir. Orta Çağ karanlık zamanlarında düşünmek, eleştirmek ve tartışmaktansa katıksız kabullenme, bilgi ve bilim yerine

³²⁷ A.k., 2010, s. 131-132.

³²⁸ Franz Oppenheimer, **Devlet**, Çev. Alaeddin Şenel ve Yavuz Sabuncu, Kaynak Yayınları, İstanbul, 1984, s. 168.

³²⁹ Leo Huberman, **Feodal Toplumdan Yirminci Yüzyıla**, 1995, s. 22-23.

skolastik felsefe ve din, bilimsel yapıya kıyasla Kutsal Kitap (İncil), ulus yerine kilise, hükümdardansa papa, bu dünyadansa öbür dünya öncelikli tutulmaktaydı.³³⁰

Orta Çağ'a gelindiğinde Hristiyan batı dünyasında meslek teşekkülleri dışında devlet ve şehir teşkilatları, manastırlar, şövalye tarikat teşkilatları, hastane kardeşlik birlikleri sağlık hizmeti sunmaktaydılar. Meslek teşekkülleri içerisinde en aktif olanlar ağır ve tehlikeli bir iş olan maden işlerinde çalışanlardı.³³¹

Sağlık hizmeti veren kuruluşlara baktığımızda; manastırlarda, fakir ve hastaların bakımı için belirli bir rahip (cellarius) sorumlu tutulmuştu. Her manastır ayakta tedavi vermek dışında, içinde bir hastaneyi de (infirmaria) barındırmaktaydı. Ayrıca manastırların suru dışındaki yerlerde ayrı bir hastane (hospitale pauperum) bulunmaktaydı. Hastaların bakım ve tedavileri tıp ve eczacılık alanında bilgi ve tecrübe sahibi özel rahipler tarafından yapılmaktaydı. Manastırlar fakir hastalara tıbbi bakım ve ilaçlar yanında belirli kurallar çerçevesinde para, yiyecek, giyecek, çamaşır vb. yardımlar da yapmaktaydılar. Ayrıca her manastırda belirli sayıda yaşlı ve güçsüz hayat boyunca bakılabilmekteydi. İsviçre'deki St. Gallen Manastırının 820 yıllarına ait, tam ve eksiksiz olmayan eski planı bize bilgi vermektedir. Bu plan üzerinde sosyal yardım işlerini yürütenlere ait bir oda, yabancılar için bir konuşma odası, yabancılar için yatakhane, içinde doktor lojmanı ve şifalı bitkiler bahçesi olan hastane, hastaneye ait küçük bir kilise, bir fakirler ve bir de hacılar evi bulunmaktaydı.³³²

Buradaki tıbbi bakım çoğunlukla hastaların yedirilmesi, giydirilmesi ve dua edilmesinden fazla değildi. Ancak zamanla manastırlarda görev yapan keşişlerin tıp hizmetini manastır dışında da vermeye kalkışmaları ve evlere gitmeleri onların inziva içerisindeki yaşamlarını dış dünya ile tanıştırmaktaydı. Bu durum kilise meclislerinde ateşli tartışmalar çıkmasına neden olmuştu. Ve sonunda manastıra bağlı tıp yasaklanacaktı. Yine de halkın bir kısmı rahipleri tercih etmeye devam etmişlerdir.

³³⁰ Ali Haydar Bayat, **Tıp Tarihi**, 2010, s. 155.

³³¹ Sait Dilik, "Sosyal Güvenliğin Tarihsel...", s. 41-81.

³³² **A.k.**, s. 49-50.

Papalar din adamlarının dua ile geçirmeleri gereken vakti hasta bakımı ile geçirmelerini zaman israfi olarak görüyorlardı.³³³

Hastanelerin ve izolasyon koşullarının ortaya çıkmasında manastırlarda yapılan tedavi ve bakımlardan elde edilen tecrübe ve birikimin doğrudan katkısı vardır. Bu oluşumlar yerini sağlıklı olanlara, gecelik dinlenme ve yemek sunan yerlere doğru bir değişim geçirmiştir. Konaklama mekanlarının olmadığı, evlerin uygunsuz şartlarda olduğu yıllar süresince, manastırlara ait misafirhaneleri ücretsiz yeterli ve geçici barınma olanağı sunmuşlardır. İmarethanelerde aynı biçimde Orta Çağ'a özgü yerel yönetim kurumlarıydı; nitekim fakir ve ihtiyacı olanlara el uzatmak iyi bir dindar olmak için gerekliydi. Orta Çağ'ın sonlarında kentlerde imarethane olarak inşa edilmiş binalar hayli cezp ediciydi lakin; sayılarındaki artış bize yoksullukla zenginliğin birbirine paralel bir biçimde arttığını göstermektedir. Orta Çağ'ın sonlarında yapılan yeni bir uygulama da yaşlıların bakımı için kurulan kurumların kentlerde yaygınlaşmasıydı. Brugge, Amsterdam, Augsburg gibi şehirlerin bugünkü güzellik alanları o zamanların bahçe ve şapel olarak kullanılan mekanlarıdır. Kente ait bu kurumlar hiçbir kent yapılanmasında kiliseden ayrı olmamakla beraber; kilise de hiçbir noktada toplumdan ayrılmış veya ayrılabilir değildi. Gerekli yapıların inşası için, toplumun tümünden alınan gönüllü zaman zaman da zorunlu katkılarla finanse edilmekteydi.³³⁴

13. yüzyılda hastanelerin varlığı bilinmektedir. Hint ve Arap toplumlarında geçmişi daha da eskidir. Sürekli ve yaygın biçimde ilk defa hasta bakımı herhangi bir yakını olmayan hastalara, fakirlere ve yolculara hizmet amacıyla kurulmuştur. Merkezi hükümet askerlerin ve denizcilerin sağlık hizmetini kendine ait hastanelerde üstlenmişti.³³⁵ Genel bakım için kurulmuş bulunan Orta Çağ hastanelerinde kapasite artarak hayli hatırı sayılır bir seviyeye ulaşmıştı. Sanatoryumlar, kent merkezinde

³³³ Erdem Aydın, **Dünya ve Türk Tıp Tarihi**, Güneş Kitabevi, Ankara, 2006, s. 93.

³³⁴ Lewis Mumford, **Tarih Boyunca Kent**, Çev. Gürol Koca ve Tamer Tosun, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 2007, s. 332-333.

³³⁵ Haydar Sur, "Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi", **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, Yüce Yayın, İstanbul, 1998, s. 218.

bulunmayıp, seyahat halinde bulunan kimselere hizmet vermezken zamanla kent merkezlerinde bulunan, herkesin en ufak sağlık sorununda başvurabildiği, hastaların bakım ve tedavisinin gönüllü bir biçimde yapıldığı yerler olmuşlardır.³³⁶

Şövalye tarikat teşkilatları Haçlı Seferleri sırasında hacılara ve orduda hastalananlara bakmakla görevlendirilmişlerdir. Avrupa’da o dönemde yaygın olan şövalye tarikatı mensupları; özel yaşamıyla ilgili konularda fedakarlık yapmakta, özel mülkiyet edinmemekte, kendilerini aynı dine mensup hasta ve toplumun dışladığı kimselere bakmaya adanmışlardır. Kendilerine verilen tımar gelirleri, topladıkları yardımlar ve bağışlarla hastane kurup, işletmekteydiler. Buralarda hastalar muayene edilmekte, tedavi olunmakta ve ilaçları karşılanmaktaydı. Bu tarikatlar, üyelerinin şövalyelik görevlerinin aksatılmaması amacıyla, tarikat mensubu olmayan çalışanlar istihdam ederek sağlık hizmetlerini yürütmüşlerdir. Hastane hizmetlerinin yürütülmesinde kullanılan bu kimseler “kardeş” kavramıyla adlandırılmaktaydı. Çalışan bu kimseler zaman içerisinde hastane yönetimin de de bulunmaya başlamışlardır. Ardından oluşan hastane “kardeşlik birlikleri” (tarikatları) sağlık hizmeti veren kurumların oluşturulması, yönetilmesi, işletilmesi; müracaat eden hastalara, annelere, yetimlere bakılarak tedavilerinin yapılmasını da gerçekleştirmişlerdir. Bu gruptaki birlikler başkalarınca kurulmuş olan sağlık kurumlarının işletilmesini de yapmışlardır.³³⁷

Orta Çağ Avrupa’sında sağlık hizmetlerine baktığımızda; Lyon (542) ve Paris’te (660) bulunan hastanelerin bedensel rahatsızlıklardan ziyade ruhsal durumlarına önem verildiğini anlamaktayız.³³⁸ Orta Çağ’da ilk hastaneler Londra’nın Saint Albans (794) ve Saint Batholomew (1123)’dur.³³⁹ Dini kuruluşların (rahip ya da şövalyelere ait)

³³⁶ Lewis Mumford, **Tarih Boyunca Kent**, s. 332-333.

³³⁷ Sait Dilik, “Sosyal Güvenliğin Tarihsel...”, s. 49.

³³⁸ Eugene, W. Straus ve Straus Alex, **Tıbbi Mucizeler**, Çev. Fenni Özalp, Domingo Yayıncılık, İstanbul, 2009, s. 46-253.

³³⁹ Yeşim Işıl Ülman, Yaşamın Sonu ile İlgili Tıp Etiği Sorunları, Nil Sarı ve diğerleri (Edit.), **Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı**, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2007, s. 381-386.

haçlı seferi sırasında takip edilen yolda yapılan konaklama ve tedavi mekanları da çağın özelliklerine göre inşa edilmişti.³⁴⁰ Hint ve Avrupa kültürü göz önünde bulundurulduğunda hayli eskiye dayanan hastaneler Avrupa'nın güneyinde din görevlilerinin hizmet ettiği manastırlar bünyesinde varolmuştur. 13. yüzyıl itibariyle Avrupa'da toplam 19.000 hastane veya tedavi kurumu bulunduğu tespit edilmiştir.³⁴¹

Orta Çağ'da din adamları tıpla uğraştıklarından “Kilise kan dökmez” kuralına uyarak Tours Konsili tarafından cerrahi ve tıp branşları birbirinden ayrıldı. Bu durum Roma'lı bir hekim olan Galen'den sonra böyle olmuştu, bu ayrım Arap etkisiyle daha da artmıştı. Kan alımı çoğunlukla berberler olmak üzere banyocular, cellatlar, domuz bakıcıları, her tip şarlatanlar ve bazı sahte hekimler tarafından yapılmaya başlanmıştı. Bu dönemde cerrahi kitapları da kütüphanelerden yokolmuştu.³⁴²

Sıraca (adenit tüberküloz) hastalığının kralın eli değiştirilerek iyileştirilmesi uygulaması, İngiltere'de Kral Edward (1002-1066) ve Fransa'da 496'da Kral Clovis (496) ile başlayarak Orta Çağ boyunca sürmüştür. Zamanla Tanrı'dan güç alan tüm kralların ilahi hakkı olarak kabul edilmiştir. Hastalığa yakalananlar arasından tedaviye uygun olanlar tespit edilerek, hasta önce takdis edilir, ardından kral tarafından şiş ve çıbanlarına el sürülerek tedavisi sağlanırdı.³⁴³

Orta Çağ'da ilk tıbbi kanun 1140'da Sicilya Kralı II. Robert tarafından uygulandı. Bu kanuna göre tıp pratiği yapmak isteyenler, devletin yaptığı sınavları geçmek zorundaydılar. Daha sonra bu kanun genişletilerek hekim ücretleri, eczanalar ve şehir hijyenine dair müeyyideler de eklendi. Bu tip kanunlar 1283'ten sonra İspanya ve 1347'den sonra Almanya'da da uygulandı.³⁴⁴

³⁴⁰ Derya Şahin Gezer, **Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Etik Sorunlar Konusunda Adana Ölçeğinde Bir Araştırma**, s. 4.

³⁴¹ Comission on hospital care, Hospital care in the United States, The Commonwealth Fund, New York 1947, s. 426'dan aktaran Haydar Sur, “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi...”, s. 219.

³⁴² Ayşegül Demirhan, **Kısa Tıp Tarihi**, s. 48.

³⁴³ Erdem Aydın, **Dünya ve Türk Tıp Tarihi**, s. 95.

³⁴⁴ Ayşegül Demirhan, **Kısa Tıp Tarihi**, s. 48.

Avrupa’da Orta Çağ iki büyük salgının ortasındaki yılları kapsamaktadır. Justinyen Vebası ve 14. yüzyıl vebası, her iki salgın birçok insanın ölümüne neden oldu. Karantina önlemleri halk sağlığı önlemlerinin gelişmesine yardım etti. 12. yüzyılda Almanya’da, 13. yüzyılda İngiltere’de ve 14. yüzyılda Fransa’da geniş ölçüde besin kontrolleri yapılmaya başlandı.³⁴⁵ Salgın 1333’de Orta Asya’da görülmüş; Hindistan ve İpek Yolu’yla Kırım, Karadeniz, İstanbul, Mezapotamya, Arabistan, Mısır, Orta Asya, Sicilya, Güney Fransa, Almanya, Polonya, İngiltere ve 1352’de Rusya’ya kadar ulaşabilmiştir. Hastalık 60 milyon insanın ölümüne sebep olmuştu. Ölenlerin sayısı bu dönemde yaşayan dünya nüfusunun dörtte birine denk gelmekteydi.³⁴⁶

İtalya’da 75-125 milyon kişinin öldüğü Kara Veba öncesinde işsizlik varken, sonrasında işçi bulunamadığından kadınlar tercih edilmedikleri alanlarda çalışmaya başlamıştır. İşçilerin kıymeti artmış, araziler işlenemediği için kıymetsizleşmiştir.³⁴⁷ Köylerde ekilen arazilerin bırakılması bakımsız ve çorak bir hal almasına neden olmuştu. Köylerde tarımla uğraşan az sayıda nüfus verimli arazileri ekmeye devam etmişlerdir. Kent nüfusu azalmış, aç ve çaresiz kalan köylüler kentlere gelmişlerdir.³⁴⁸ İngiltere’de gerçekleşen ölümlerin fazlalığı iş gücü piyasasında, iş gücü arzının az olması nedeniyle ücretleri artırmış ve sosyal hak taleplerinin artmasına neden olmuştur. Emek arzının bu talepleri şiddetle bastırılmaya çalışılmış neticesinde beklenmedik bir biçimde direnişler ve büyük köylü isyanları başgöstermiştir.³⁴⁹ Salgınlarla insanlar birbirinden korkar olmuş, insani ilişkiler zaafa uğramıştı. Yoksulluk ve açlık nedeniyle rüşvet yaygınlaşmış, işsizlik artmış bir lokma ekmek için herşey yapılır olmuştu. Yahudilerin ve cüzzamlıların sulara zehir kattığı iddiaları birçok Avrupa kentinde

³⁴⁵ Ayşegül Demirhan, **Kısa Tıp Tarihi**, s. 49.

³⁴⁶ Erdem Aydın, **Dünya ve Türk Tıp Tarihi**, s. 98.

³⁴⁷ TÜBA, Covid-19 Değerlendirme Raporu , s. 41, <http://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/T%C3%9CBA%20Covid-19%20Raporu%206.%20G%C3%BCncelleme.pdf>, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

³⁴⁸ Erdem Aydın, **Dünya ve Türk Tıp Tarihi**, s. 99.

³⁴⁹ Mehmet Babacan, “Uluslararası Politikada Salgınlar ve Etkileri: Tarihsel Bir Analiz”, s. 3, https://www.researchgate.net/publication/341650206_ULUSLARARASI_POLITIKADA_SALGINLAR_VE_ETKILERI_TARIHSEL_BIR_ANALIZ, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

sebeatsız bir biçimde yargılanmalarını dahi beklemeden halkın öfkesine maruz kalmalarına neden olmuştur.³⁵⁰ Sosyal, siyasal ve ekonomik etkileri sebebiyle feodalizm çökmesinde temel etken olarak değerlendirilmektedir.³⁵¹

Orta Çağ Avrupa şehirlerinin yapılanması, adeta hastalıklara davetiye çıkarır nitelikteydi. Dar, kıvrımlı, pis sokakların kenarında evler sık ve içiçeydi. Evlerde hela ve su teşkilatları bulunmamaktaydı. Bu evlerin pencereleri tahta, tavanı basık ve insanlar çoğunlukla hayvanlarıyla birlikte yaşamaktaydılar. Ayrıca insanlar çoğunlukla beden temizliklerini ve hijyenlerini ihmal ederlerdi. Evlerde hamam bulunmazdı. Bu tutum, davranış ve yaşam biçimi zamanla değişmeye uğradı. Bedenin, ruhun muhafaza alanı olması sebebiyle onu şeytana karşı korumak ve muhafaza etmek için güçlü tutmak gerektiği anlayışı yaygındı. 13. yüzyıldan itibaren hamamların sayısı artışa geçmişti. Fuhuş yapılan yerler sifiliz hastalığını yayması nedeniyle 15. yüzyıldan itibaren kapatılmaya başlanmıştı.³⁵²

11. ve 13. yüzyılda Haçlı Seferleri'yle artan, 14. yüzyıldan sonrada azalmaya başlayan bir hastalık olan cüzzamın tedavisi için zengin kimseler tarafından kırsal alanlarda hastaneler açılmıştı. Hristiyanlar İncil'de bulunan ayetlere göre, bununla Hz. İsa'nın rızasını kazanacaklarına inanmaktaydılar. Din adamları tarafından yönetilen bu hastanelerde din kurallarına uymayanlar dışarı atılırlardı. Bu insanlar toplumdan soyutlanmış bir halde yaşarlardı. Bu yüzyılda hastalığın yaygınlığı nedeniyle Avrupa'da birçok yerde cüzzamlılar için hastane kurulmak zorunda kalınmıştır.³⁵³

Kent devletlerinin (Örneğin Floransa) Orta Çağ komün yaşamından sıyrılarak değişmesi bu yıllara tekabül etmektedir ve salgın bir hastalık olan vebayla baş edebilmek için İtalyan kent devletleri kamu hizmetlerini finanse edecek birliktelikler

³⁵⁰ Erdem Aydın, **Dünya ve Türk Tıp Tarihi**, s. 99.

³⁵¹ TÜBA, Covid-19 Değerlendirme Raporu , s. 41, <http://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/T%C3%9CBA%20Covid-19%20Raporu%206.%20G%C3%BCncelleme.pdf>, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

³⁵² Erdem Aydın, **Dünya ve Türk Tıp Tarihi**, s. 96.

³⁵³ Erdem Aydın, **Dünya ve Türk Tıp Tarihi**, s. 101-102.

oluşturmuşlardır. Böylelikle yetimhane ve hastane gibi kurumların finansmanı sağlanarak modern kamu hizmetlerinin temeli atılmıştır.³⁵⁴

Orta Çağ'da 13 ve 14. yüzyıllarda büyük şehirler kendi hastanelerini kurup; buraları acz halinde olanlara ve yaşlılara bakılması için yerlere dönüştürmüşlerdir. Şehirlerin bazılarında, yoksul ve yardıma ihtiyacı olan hastaların, evde bakım ve analık durumunda muayene ve tedavileri için şehir doktorları çalıştırılmaya başlandı. Kent yönetiminin mali ve idari olarak güçlenmesi sonucunda bahsi geçen hastaneler sosyal yardım hizmeti verme özelliğini kaybedip bürokrasinin düşünme ve ilkeleri doğrultusunda yönetilmeye başlanmıştır. İsrâfin ve yönetimde yozlaşmanın yaygınlaştığı bu kurumlar 15. yüzyılın başında iyice sarsılmıştı.³⁵⁵

17. yüzyıldan itibaren her kentin kendine ait fakir tüzükleri oluşturulmaya başlanmıştır. Örneğin Almanya'da 1530 yılına ait Devlet Polis Tüzüğüne göre yerel yönetimler, yönetimi altında bulunan insanlardan yoksul olanlara bakmaya zorunlu tutulmuşlardır. Burada bir yönüyle kamunun yoksullara bakma yükümlülüğü bulunduğu; diğer yönüyle prensliklerin bu alandaki yetki ve sorumluluklarının devam ettiğini gösterdiği için önemlidir.³⁵⁶

15. yüzyılın ortalarından itibaren siyasal ve ekonomik faktörlerle beraber dinsel alandaki reform hareketleri nedeniyle yaşanan kilise içindeki anlaşmazlıklar yüzünden kiliselerce yürütülen faaliyetlerde genel bir gerileme yaşanmıştır.³⁵⁷ Katolik Kilisesi salgınların nedenini “günahkâr toplum” söylemleriyle açıklamaya çalışmıştır. İnandırıcı olmayan bu söylem halkın dini inancı zayıflamış, kilisenin toplumu kontrol altında tutma erkinden kurtulmaya başlayan halk Martin Luther'e kulak vermiştir.³⁵⁸ Veba

³⁵⁴ Mehmet Babacan, “Uluslararası Politikada Salgınlar ve Etkileri: Tarihsel Bir Analiz”, s. 3, https://www.researchgate.net/publication/341650206_ULUSLARARASI_POLITIKADA_SALGINLAR_VE_ETKILERI_TARIHSEL_BIR_ANALIZ, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

³⁵⁵ Sait Dilik, “Sosyal Güvenliğin Tarihsel...”, s. 50.

³⁵⁶ A.k., s. 51.

³⁵⁷ A.k., s. 51.

³⁵⁸ Mehmet Babacan, “Uluslararası Politikada Salgınlar ve Etkileri: Tarihsel Bir Analiz”, s. 3, https://www.researchgate.net/publication/341650206_ULUSLARARASI_POLITIKADA_SALGINLAR_VE_ETKILERI_TARIHSEL_BIR_ANALIZ.

nedeniyle Avrupa’da geniş toplumsal hareketler yaşanmış cüzzam, sedef gibi rahatsızlıkları olanlarla, tanrının cezalandırdığı düşünülen insanlar sosyal hayattan dışlanmış veya katledilmiştir. Tüm bu yaşananlar kıta genelinde yabancılara karşı daha temkinli hareket edilmesine neden olmuştur. Bu minvalde örneğin Yahudiler İspanya gibi ülkelerde çeşitli şiddet ve zor kullanmalara uğramış, iş yapmaları ve yaşamlarını sürdürmeleri engellenmiştir. Yahudilerin bu yıllarda kitlesel olarak Doğu’ya ve de Osmanlı Devleti topraklarına doğru göç etmelerini doğurmuştur.³⁵⁹

Avrupa’da maden işlerinde çalışanlar başta olmak üzere çeşitli meslek teşekkülleri istedikleri oranda bir parayı kutuya bırakarak bağış yapıyorlardı. Sonraları bu bağış zorunlu aidata dönüşmüştü. Hastalanan ya da kazaya uğrayanlara maden hastanelerinde tedavileri bu şekilde yapılmakta, sakat kalanlara düşükte olsa aylık bağlanmaktaydı. Esnaf loncaları da benzer faaliyetler yapmaktaydılar. Madenlerde çalışma şartlarını düzenlemek nitelikli işçi kitlesini buralarda tutabilmek adına ülke yöneticilerini harekete geçirmekteydi. Örneğin; Almanya’da 1250 yılında ilk Alman maden hukuku olarak bilinen Löwenberg Maden Nizamnamesi kabul olunmuş; bunu sırayla Kuttenberg (1300), Rammelsberg im Harz (1467), Joachimsthal (1518), Hannover (1566) Maden Nizamnameleri takip etmiştir.³⁶⁰

Orta Çağ’da dinsel kurumları (kilise/manastır), toplumun başlılarıyla yoksul, hasta, çocuk, dul ve yetim kimselere yardımda bulunmuşlardır. Bu yardımlar, genellikle kilise ve manastırların bünyesinde kurulmuş olan hastanelerde fakirlere parasız tedavi ve bakım sağlama ile onlara para, yiyecek ve giyecek verme şeklinde oluyordu.³⁶¹ Kiliselerin ciddi mali ve siyasi gücünün bulunduğu feodalizmde katolik anlayışında

net/publication/341650206_ULUSLARARASI_POLITIKADA_SALGINLAR_VE_ETKILERI_TARIHSEL_BIR_ANALIZ, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

³⁵⁹ Mehmet Babacan, “Uluslararası Politikada Salgınlar ve Etkileri: Tarihsel Bir Analiz”, s. 3, https://www.researchgate.net/publication/341650206_ULUSLARARASI_POLITIKADA_SALGINLAR_VE_ETKILERI_TARIHSEL_BIR_ANALIZ, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

³⁶⁰ Sait Dilik, “Sosyal Güvenliğin Tarihsel...”, s. 52-53.

³⁶¹ Ali Güzel ve Ali Rıza Okur, **Sosyal Güvenlik Hukuku**, 6. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul, 1998, s. 17.

fakirlere yardımda bulunmak bir hayır işiydi. Kilise doktrinine göre; hayır işlerinin ruha, cennete götüren bekleme odasının kapısını açtığına inanılmaktaydı. Yardımlara ilave olarak daha kurumsal yardımlar da bulunmaktaydı. Örneğin, loncalar, zora düşen üyelerine yardım etmekte, yardım evleri (almhouses) ise fakirlerin konakladığı yerlere dönüşmekteydi. Ayrıca sistematik bir biçimde yapılmasa da bazı kasabalarda yoksul vergileri toplanıyordu. İngiltere’de alınan bu vergilerin sistematik olması 1536 tarihli parish’i temel alan parlamento yasasıyla gerçekleşmiştir. Hayırlarla verilen katkıların çözülmesi ve emeğin yaşam biçimiyle ilgili sorunlarda çözümsüz kalınması, zamanla yardımın hukuksal düzleme alınması mecburiyetinde bırakmıştır. 1536’da ki yasayla öncesinde kilise ve onu yönetenlerin idaresinde olan yoksulluk, parish yönetiminin sorumluluğuna doğru kaymıştır. Tüm bu süreç, 16. yüzyıl sonu itibariyle yoksulluğa dair sorunları kilisenin değil de, devlet tarafından çözüleceğinin (diğer bir deyişle, dünyevi iktidar tarafından yönetileceği) habercisidir. Ancak bu anlayış modern refah devletinin yoksulluğa bakışından ayrılmaktadır çünkü; yoksulluğun kaynağını arayan, onun etkisini azaltmaya çalışan, sosyal anlayışa sahip, insan odaklı bir yaklaşımdan uzak olup, bu yardımları bireyin hakkı olarak görmemektedir.³⁶²

Orta Çağ Avrupa’sı savaş, kıtlık ve salgın hastalıklar dönemi olmuştur. Hasta bakımı değişik dinsel etkiler altında çoğunlukla dini kurumlar tarafından verilmiştir.³⁶³ Bizans Dönemi, halkın geleneksel yöntemlerle beraber klasik tıp bilgisinin yeni teori ve buluşlarla desteklendiği bir gelişme evresi olarak değerlendirilebilir. Bizans tıbbı kendinden sonraki dönem İslam tıbbına etkide bulunmuş ve Rönesans’la birlikte modern batı tıbbına yol açmıştır. Tıp tarihinde ilk kez bugünkü hastane yapılanmasına benzer olan kilise ve devlet himayesinde sağlık birimleri açılmıştır. Antik Yunan ve Roma’da hastaneler askeri amaçla kullanılırken Bizans’ta tıbbi işlemler hastane ve

³⁶² Onur Kovancı, **Kapitalizm, Yoksulluk ve Yoksullukla Mücadelede Tarihsel Bir Deneyim: İngiliz Yoksul Yasaları**, Mülkiyeliler Birliği Vakfı Yayınları No: 30, Ankara, 2003, s. 23.

³⁶³ Derya Şahin Gezer, **Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Etik Sorunlar Konusunda Adana Ölçeğinde Bir Araştırma**, s. 4.

dispanserlerde yürütülmekteydi. Hastaneler İstanbul ve Selanik’te bulunmaktaydı. Sıkı bir eğitimle sağlık personeli yetiştirilmekteydi. Hastalıkların tedavisinde sonuç alınamadığı takdirde dua etmesi de hastaya önerilebilmekteydi.³⁶⁴

Orta Çağ’ın hemen tüm topluluklarında doktorlara saray, mahkeme, ordu veya yerel derebeylerin ücret ödedikleri, muayene ve tedavi ettikleri hastalardan ayrıca bir karşılık almadıkları görülmekteydi. Avrupa’da 16. yüzyıldan itibaren sanayileşmenin getirdiği yeni toplumsal yapısı, o zamana dek temel olarak saray, ordu ve toplumun egemen sınıfına göre örgütlenmiş olan, zaman zaman da köylüler ve kentlerde yerleşik tüccar ve zanaatkarların yararlanabildiği Orta Çağ sağlık hizmetinin değişmesine yol açmıştır. Hekimler buna ayak uydurmakta uzun süre zorlanmış; saray ya da varlıklı çevrelerdeki yerlerini korumaya çalışmışlar, buralardan edindikleri geliri hayatını ikame etmeye, yoksullar içinse “hayır işleri” adı altında karşılıksız hizmet vermeyi sürdürmüşlerdir. Diğer serbest çalışanlar gibi emeğinin karşılığında ücret ödenmesini onur meselesi yapmış; hastayla hekim arasında parasal bir değer olmamasını iddia etmişlerdir. Bu gelişme iki farklı gelişmeyi beraberinde getirmiştir. Bir yönüyle eskiden sadece belirli toplum kesimlerinin faydalandığı tıbbi hizmetler yaygınlaşarak geniş kesimlerin yararlanması sağlanmış, diğer yönüyle sağlık hizmeti piyasa şartlarında alım-satımına konu bir hal almıştır.³⁶⁵

Doğu’da ise erken İslam toplumlarında bimaristanların da içerisinde bulunduğu sağlık kuruluşları dini liderler tarafından geliştirilmişlerdir. Tanınmış hekimler desteklenmiş ve sağlık personelinin eğitmek için tıp okulları kurulmuştur. Kolonyal dönemde ise sağlık hizmeti şehirlerde ayrıcalıklı yerel elitlere ve yöneticilere hitap

³⁶⁴ Deniz Belen ve Ahmet Acıduman (2008), “Diyarbakır’lı Hekim Aetios ve Ünlü Eseri Tetrabiblon’da Hidrosefali Üzerine Olan Çalışması”, **Türk Nöroşirürji Dergisi**, Cilt 18 Sayı 3, s. 197. .

³⁶⁵ Akif Akalın, “Sovyetler Birliği’nde İşçi Sağlığı ve Güvenliği”, https://www.academia.edu/2051156/SSCBde_%C4%B0%C5%9F%C3%A7i_Sa%C4%9F%C4%B1%C4%9F%C4%B1_ve_G%C3%BCvenli%C4%9Fi, (Erişim Tarihi:17. 05. 2017)

etmekte; yerelde ise bulunulan yerin halkına dini kuruluşlar ve vakıflar hem hizmet vermeye hem de sağlık hizmetini örgütlemeye çalışmışlardır.³⁶⁶

İslamiyet öncesi beşinci yüzyılda Batı Asya'nın başta gelen kültür şehirlerinden Cündişapur'da bir darüşşifa olduğu bilinmektedir. Halife Harun Reşit, Cündişapur Hastahanesi'nde çalışan sarayına gelerek tabipliklerini beğendiği hekimlere aynı sistemle Bağdat'ta bir hastane kurmalarını istemiştir. Burası eğitim ve öğretim maksatlıda kullanılmıştır. Hint, Yunan ve İran hekimlerinin ortak çalışmalarıyla modern bir hekimlik anlayışı temsil edilmiştir. İran'ın fethi sırasında hastaneyi gören Müslümanlar birçok yerleşim yerinde benzerlerini kurarak ve geliştirmişlerdir. Müslümanlara ait ilk hastanenin (707) Emevi halifesi Velid bin Abdülmelik'in Şam'da yaptırdığı iddiası olsa da, hastane Bizans nosocomium'larına benzer olarak cüzzamlılar ve körler için barınak olarak inşa edilmiştir.³⁶⁷³⁶⁸ Buradan da anlaşılabacağı üzere islam dünyasında ilim ve ibadet birbirlerinden ayrılamayan iki faktör olup dinen emir telakki edilmekteydi.³⁶⁹

Bu farklılık dışında doğuda kurulmuş sağlık kurumları, bazı yönleri itibariyle Batı'dakilerden farklıdır. İslam dünyasındaki hastaneler dini otoriteye saygılı ve bazende cami müştemilatı içerisinde, "laik" tedavi uygulamalarının yürütüldüğü ve mevcudiyetinin dini hayırseverlikten çok hükümdarın tebaasına karşı olan lütufkârlığı üzerine temellenen kurumlar olmuşlardır.³⁷⁰

Belirli bir toprak gelirinin sosyal yardımlara ayrılması olan vakıf medeniyeti, Hicri 13. yüzyıldan itibaren tüm İslam coğrafyasına yayılmıştır. Atabekler,

³⁶⁶ WHO, **The Role of Government in Health Development**, Regional Committee for the Eastern Mediterranean Fifty-third Session, (July), 2006, s. 1-2.

³⁶⁷ Ali Haydar Bayat, **Tıp Tarihi**, 2003, s. 209.

³⁶⁸ Ziya Kazıcı, **Osmanlı Vakıf Medeniyeti**, s. 219.

³⁶⁹ **A.k.**, s. 224.

³⁷⁰ Emine Atabek ve Şefik Görkey, **Başlangıcından Rönesansa Kadar Tıp Tarihi**, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, 1998, s. 161-222.

Harzemşahlar, Eyyubiler, Memlûk İmparatorluğu ve Anadolu Selçukluları sahip oldukları topraklarda vakıflara ayrılan payı oldukça geliştirmişlerdir.³⁷¹

Temeli vakıflara dayanan hastaneler İslamiyet'te darü's-sıhha, darüşşifa, darü'l-afiye, maristan, bimaristan, bimarhane, şifaiye ve darü'l-tıb gibi adlar kullanmışlardı. Bu yapılar devletin açtığı resmi kurumlar değil çoğunlukla devlet adamlarının ve özel kişilerin vakıf sistemini kullanarak topluma hizmet sundukları sosyal yardım kuruluşlarıydı.³⁷²

Abbasiler zamanında gelişmiş olan hastaneler, sonraları İslam coğrafyasının neredeyse her köşesinde vakıf tesisleri adıyla yayıldılar. Selçuklular döneminde de gelişimi devam eden bu hastaneler; Bağdat, Şam, Diyarbakır, Musul ve Mardin'de de yapılmıştır.³⁷³ İslam dünyası halkın yararı veya vakıf esası eksenli kurulan Darü's Şifalara ek olarak tıbbi eğitim veren medreselerde açılmıştır. Tıp tahsili verilen medreseler aynı zamanda döneminin en büyük hastaneleri olmuşlardır.³⁷⁴

Bir nevi vakıf biçiminde organize olan darüşşifaların kendilerine ait vakfiyelerinde belirtilen kurallar ile kurumların işleyiş düzeni tarif edilmiştir. Sağlık hizmeti verilmiş diğer bir yapı kervansaraylardır. Dönemine göre bir hayli gelişmiş olan bu yapıların varoluşunda sağlık hizmeti yanında devletin bilinçli bir politikasının olduğu düşünülmelidir. Sağlık kuruluşlarının vakıf nezdinde biçimlendiği dönem devlet eliyle bir yönlendirme söz konusu olup; özellikle de ticaret yolları üzerinde sayıları artan miktarda sağlık tesisinin hizmete açıldığı görülmektedir.³⁷⁵

³⁷¹ Sait Dilik, "Sosyal Güvenliğin Tarihsel...", s. 67.

³⁷² Necati Çavdar ve Erol Karcı, "XIX Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması'na Dair Bibliyografik Bir Deneme", Turkish Studies-International Periodical For The Languages, **Literature and History of Turkish or Turkic**, Vol. 9 No: 4, Spring 2014, s. 256.

³⁷³ Ziya Kazıcı, **Osmanlı Vakıf Medeniyeti**, s. 220.

³⁷⁴ Mehmet Şeker, **İslamda Sosyal Dayanışma Müesseseleri**, Halk Kitapları: 76, Diyanet İşleri Başkanlığı Yay. No: 240, Ankara, 1984, s. 164.

³⁷⁵ Gürkan Tekin, **Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekaleti'nden Sağlık Bakanlığı'na (1920-2000)**, Ankara Üniversitesi Türk İnkılap Tarihi Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2011, s. 10.

II. MODERN DEVLET SONRASI SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

Kapitalizm öncesi üretim tarzları ilkel, komünal, köleci ve feodal üretim tarzlarıydı. Bunlardan ilkel üretim tarzında, toplum henüz toplum sosyal sınıflara ayrılmamıştı. Toplumsal ilişkiler sınıfsız ve dayanışmacı olup, üretim ilişkileri zorunlu bir biçimde ortaya çıkmıştır. Küçük gruplar halinde yaşıyor ve çevresel koşullarla başetmeye çalışıyorlardı. Sınıfsız toplumda işbölümü bulunmamakta, toplayıcılık aşamasında işbirliği ve işbölümü hiçbir biçimde görülmemektedir. Toplanan, avlanan hemen o gün tüketilmekte, ancak günlük gereksinimi kadar ürün toplanabilmekte, avlanabilmekteydi. Bu dönemde sağlık bilgisinin basit ve somutluğu herkesin bu bilgiye sahip olabilmesini sağlamış olmalıydı. Diğer yandan herkesin toplayarak avlayarak yaşayabiliyor olması doğrudan maddi üretimin dışında sağlıkçı uzmanların istihdamını olanaksız kılmıştır. İlkel komünal toplumda, herkes için kendisini özdeş saydığı grubun herhangi bir üyesine değişik zamanlarda sağlıkla ilgili çeşitli zamanlarda sağlıkla ilgili çeşitli uygulamalarda bulunabilmesinin maddi zemini vardır. O dönemde sağlık bilgisi kullanımı profesyonel değil amatörcedir. Kadınların avcılık döneminde toplayıcılık ve ev ekonomisine yönelmeleri onları bitkilerin tanınması ve ilaç yapımıyla ilgili geliştirmiştir.³⁷⁶ İlkel toplumlarda üretim biçimi avlanma ve toplama üzerine kurulu, yaşam biçimi ise topluluklar şeklinde olduğundan bireyler eşit hak ve olanaklara sahipti.³⁷⁷

Köleci üretim tarzına sahip Mezapotamya Uygarlığı'nda ilk hekime, Hammurabi Kanunları'nda (MÖ 2000) sağlık hizmetleriyle ilgili ilk resmi kayıtlara rastlanmaktadır. Hayvancılık üretimiyle ortaya çıkan fazla ürünü kullanarak toplum içindeki iktisadi ve zor mekanizmalarıyla askeri ve siyasal gücü ele geçirmişlerdir. Askeri güç kimilerinin

³⁷⁶ Erhan Nalçacı (Edit.), Onur Hamzaoğlu, Erkin Özalp, **Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü**, Nazım Kitaplığı, İstanbul, 2006, s. 156.

³⁷⁷ Gazanfer Aksakoğlu ve Hatice Giray, “Kentsel Alanda Sağlıkta Dönüşüm”, **Memleket Mevzuat**, 2007, Cilt 2 Sayı 21-22, s. 1-11.

köleleştirilmesine ve köle emeğinin kullanılması artı ürünü o güne dek görülmemiş miktar ve hızda artmasına neden olmuştur. Köleci toplum her tür kültürel gelişme ve çalışma üretenlere yabancılaşırken, sağlığın korunması için alınan tedbirler yalnızca köle sahipleri için sözkonusuydu. Egemen sınıf sağlık bilgisine ve sağlığa açıkça el koymuş, kendine ait bir hizmet olarak örgütlemiştir.³⁷⁸

Köleci üretim tarzlarında köle emeği değer arzetydi. Hekimin istediği ücretle, tedavi sonrası kölenin üretim kapasitesi karşılaştırılıp, tedavisine ona göre karar verilmekteydi. Hekimliğin bir meslek olarak işbölümü neticesinde ortaya çıkışı olağan bir gelişmedir. Ancak asıl ihtiyacı olan geniş toplumsal kesimlerden ziyade, seçilmiş az bir gruba yönelikti. Bu durum mevcut eşitsizlikleri derinleştirmekteydi. Hekimlerin belirli toplum kesimlerinin sağlık sorunlarıyla ilgilenmemesi zamanla, bu sorunları hiç tanımamaları ve bilmemelerine neden olmuştur. Bu durum, geniş toplum kesimlerinin sağlık sorunlarına çözüm üretememelerine neden olmuştur. Diğer yandan tıbbın ve hekimliğin profesyonelleşmesi sınıflı toplum yapısı içerisinde hekimlerinde sınıfsallaşmasını beraberinde getirmiştir. Tıp ve hekimlik bu niteliğini uzunca bir dönem sürdürerek 19. yüzyılda sosyal tıbbın gelişimine kadar maalesef terkedememiştir.³⁷⁹

Ardından onu takip eden köleci ve feodal toplumların sınıflı yapısı, alt toplumsal kesimlerin diğer hak ve özgürlüklerine benzer biçimde, sağlık hakkına sahip olunmasını engellemiş; köle ve serf olanların sağlık hizmetine erişmeleri ve sağlık hakları olmamıştır. Burjuva devrimlerinin meydana gelmesi, kapitalist piyasa yapılanması ve işçi sınıfının doğmasıyla, başlan olarak işçi ve ailelerinin sağlık hakkında faydalanmamaları sonucunu doğurmuştur. Süreç içinde burjuva demokrasisinde ki sosyal devletçi bakış yanında sermayedarların sağlık düzeyi artan işçi sayesinde artacak

³⁷⁸ Erhan Nalçacı (Edit.), Onur Hamzaoglu, Erkin Özalp, **Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü**, s. 157.

³⁷⁹ Erhan Nalçacı (Edit.), Onur Hamzaoglu, Erkin Özalp, **Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü**, s. 158.

verim beklentisi, işçilerin sağlık hakkında dahil olmak üzere bazı kazançlar elde etmesini sağlamıştır.³⁸⁰

Feodal üretim yapısının kapitalist üretim yapısına geçilen dönemlerde çeşitli olaylar sağlık hizmetlerinin devlet eliyle verilmesini sağlamıştır. Fransa’da kiliselerin denetimi altında hastaneler Fransız İhtilali’inin ardından iyi yönetilmemeleri sebebiyle kamuya devri gerçekleşmiştir. Aynı yıllarda İspanyol İmparatorluğu ve Latin Amerika’daki sömürgelerde hastaneler Katolik Klisesi’nin denetiminde olmuşlardır. İngiltere’de VIII. Henry dinsel kurumları baskıladığından hastane hizmetleri seküler bir gelişim takip etmek zorunda kalmıştır. Batı’da önceleri ücret talep etmeyen bu kuruluşlar herhangi bir sosyal sınıf ve herhangi bir din ayrımı gözetmeden ve gönüllülük esasına göre oluşan hastane uygulamalarında hem dini ayrımlar yaşanır olmuş, hem de 1893’te para öder duruma gelinmiştir. Ödenen miktar giderlerinin üçte biri kadardı. Avrupa’da hükümet ve yardım kuruluşlarının sağlık hizmeti vermeye başlaması, para ödeme gücü olmayan hastalar için hekim atama zorunluluğunu getirmiştir.³⁸¹

Modern devlete giden süreçte yaşananlar; sanayileşmeyle işçi sınıfının oluşumu, köyden kente göç gerçekliği, çeşitli sosyo-ekonomik faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan sınıf çatışmaları, yoksulluk, işsizlik ve suç oranlarının artması çeşitli istek ve ihtiyaçları ortaya çıkmıştır. Bu dönemde çalışma, toplu sözleşme, grev, sendika özgürlüğü, sosyal güvenlik, sağlık, eğitim hakkı gibi sosyo-ekonomik hakların, anayasal ve yasal düzenlemelere yansıtılmaya başlandığı görülebilmektedir.³⁸² Burjuvazi ve desteklediği merkezi krallıklar aristokrat feodal beyler aleyhine bir güç elde etmişlerdir. Aydınlanma düşünürleri ve reform hareketleriyle, din adamları ve dini kurumların toplum üzerinde etkisi zayıflamıştır. Kapitalizmin her kriziyle kısmen de olsa devletin işlevleri yeniden

³⁸⁰ Gazanfer Aksakoğlu ve Hatice Giray, “Kentsel Alanda Sağlıkta...”, s. 1-11.

³⁸¹ Haydar Sur, “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi...”, s. 219.

³⁸² Kivılcım Akkoyunlu Ertan, “Kent Hakkı Üzerine Düşünceler”, **Amme İdaresi Dergisi**, 2008 Cilt 41 Sayı 4, s. 133.

tanımlanmıştır. Tıp alanındaki ilerlemeler hastalıkların nedeninin bulunmasını sağlamıştır. Bundan sonra kent yönetimlerinin alt yapı hizmetlerini, su ve gıda güvenliğini üstlenmelerini zorunlu kılmıştır. Bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan ölümler halkın tedbir almasını gerektirmiştir. II. Dünya Savaşı sonrasında insan haklarına karşı oluşan hassasiyetten dolayı; birçok hak uluslararası sözleşmeyle temin edilmeye çalışılmıştır. Tüm bu yaşanan tarihsel gelişmeler devletin kamusal hizmetleri, özelinde ise sağlık hizmetlerini düzenlemeye ve bizzat kendisi sunmaya başlamıştır.

A. Sosyoekonomik Değişimler

Avrupa’da kapitalizmin ve kapitalist bireyin meydana çıkması feodal sistemin yıkılmasıyla varolabilmiştir. Avrupa’da feodal sistemin yerini zamanla yeni bir üretim biçimi alacaktı. Bu ise her alanda köklü değişimleri zorunlu kılmaya başlayacaktı.³⁸³ Feodal yapı içerisinde ki sosyal sınıfların güçleri, siyasal, ekonomik ve sosyal olaylar neticesinde yeniden şekillenecekti. Benzer biçimde endüstriyel üretimin hâkim olduğu ilerleyen yüzyılda üretim yapısındaki değişimle beraber toplum, siyaset, hukuk, kültür, gibi birçok üst yapı unsurunu da değiştirmeye zorlayacaktı.³⁸⁴

Şehir bir pazar yeri ve dışarıdan gelen tüccarların uğrak yeridir. Şehir çevresindeki art bölgesiyle ve kendi nüfusuyla beraber uzmanlaşma sebebiyle iktisadi ilişkilerin kurulduğu bir ekonomik merkez olma niteliğindedir.³⁸⁵ Feodal toplum düzeninde kentleşme başlayıncaya kadar sermaye birikiminin mümkün olamadığını görmekteyiz. Orta Çağ’a özgü bir düzen olan feodalizmin olgunlaşması 11. yüzyıl civarında gerçekleşmişti. Üretim organizasyonu bir saha dâhilinde (serflik, zorunlu çalışma, angarya) ve artık emeğe toprağın yegâne sahibi olan senyör tarafından el

³⁸³ Alaeddin Şenel, **Siyasal Düşünceler Tarihi**, Bilim ve Sanat Yayınları, 3. Basım, Ankara, 2011, s. 300-305.

³⁸⁴ Meryem Koray, **Sosyal Politika**, s. 54.

³⁸⁵ Max Weber, **Şehir, Modern Kentin Oluşumu**, Musa Ceylan (Çev.), Bakış Yayınları, İstanbul, 2010, s. 89-90.

konulmaktaydı. Tam böyle bir dönemde aynı zamanda çözülmesine neden olacak unsurlarda ortaya çıkmaya başlamıştı. Çalışma ortamının özgürleşmesi, köylülerin mülkiyet edinmesi ve ticaretin başlaması ranta dönüşmekteydi. Ticaret fuarları, kent yaşamının yeniden hareketlenmesi, zanaatların canlanması, ticaret burjuvazisi oluşması sürecini hızlandıran unsurlar olmuşlardır. Feodal düzenin birkaç yüzyıl içerisindeki bu değişimi ticari kapitalizm yönüne evrilecekti.³⁸⁶

Sosyal yapıdaki değişimler, sınıfsal mücadeleleri bu mücadelelerde modern devletin alt yapısı olan hukuk kurallarını getirmekteydi. Feodal toprak yapılanmasından kapitalist yapılanmaya geçerken toplumsal yapıda meydana gelen ekonomik ve sosyal değişimler çeşitli sınıfsal mücadeleler yaşanmıştır. 1358’de Fransa’da Jaquerie Ayaklanması ile İngiltere’de 1381’deki Köylü Ayaklanmaları bunlardan yalnızca iki tanesidir. Ayaklanmalarda köylüler haklarına gelen sınırlandırmalara karşı çıkmışlardır. Benzer sorunların çözülmemesi Thüringen, Odenwaldt ve Yukarı Almanya’da 1525 yılındaki büyük köylü ayaklanmalarının nedeni olmuştur. Bu hareketler yeni bir toplumsal düzen için değil, mevcut yapı içerisinde haklarının iyileştirilmesini talep ediyorlardı. Yeni şekillenen toplumsal yapıya karşı yapılan ayaklanmaların diğer tarafında işçi ve kalfalar tarafından yapılmıştı. Flandern’de, Güney İngiltere’de, Floransa’da ki fabrikalarda ortaya çıkan ayaklanmalar bunlara örnek verilebilir. Ayrıca Lyon’da 16. yüzyılda matbaacılar, Laiden’de dokuma işçileri (1619, 1637, 1644, 1648, 1700, 1701), İngiltere’de Wiltshire ve Bristol yakınlarında bulunan Sarum’da 1738 yılındaki dokuma işçileri ayaklanması diğerleridir. Kastilya’daki kentlilerin ayaklanması Comuneros ayaklanması ise Habsburger hanedanlarına karşıydı. 1301-1550 yılları arasında 100 Alman kentinde 200’ün üzerinde köylü ayaklanması, Lyon’da ise 1173-1530 yılları arasında 126 kez kanlı çarpışmalar yaşanmıştır. Aquitania

³⁸⁶ Michel Beaud, **Kapitalizmin Tarihi (1500-2010)**, Çev. Fikret Başkaya, Yordam Kitap, İstanbul, 2016, s. 19.

bölgesinde 1590-1715 yıllarında yaklaşık 500'ün üzerinde köylü isyanı görülmüştür.³⁸⁷ Rusya'da da aynı karakterde birçok hareketi saymak mümkündür. Pugaçev'in öncülük ettiği halk ayaklanması (1774-1775) bunlardan en trajik olandı. 18. yüzyılda Hindistan'da da benzer ayaklanmaların ardı arkası kesilmiyordu. Bu ayaklanmalar feodal dönüşüme ve kapitalizmin ilk biçimine karşı yapılan direnişlerdi.³⁸⁸

Avrupa'da ayaklanmaların altında yeni üretim düzenine geçişte yaşanan sosyo-ekonomik sıkıntılar bulunmaktaydı. 15. yüzyıl, özellikle 1450'den sonra ekonomide endüstriyel fiyatların artışıyla aynı yıllarda tarımsal fiyatların durgun ve düşmekte olduğu yıllar oldu.³⁸⁹ 16. yüzyıla kadar Avrupa'da gerek toplum yaşamı gerekse ekonomik yaşam feodal sistemin ve Hristiyanlığın tesirinde olmuştu. Bununla beraber Haçlı seferleri sayesinde yeni fikirlerle tanışan batı toplumlarında feodal toplumda saygın bir yeri olan kilisenin saygınlığı sarsılarak zamanla son bulacaktı.³⁹⁰ Düşünsel hayatta gerçekleşen dönüşümle Katolik inancında kötülen zenginlikle Protestanlıkta ki çalışma neticesinde kazanma ve biriktirmenin Tanrı'nın sevgisinin kazanılacağı anlayışı yer değiştirmiştir. Yün ticaretinin artmasıyla Avrupa'da özellikle İngiltere'de daha fazla yün elde edebilmek için "çitleme hareketi" sonucunda küçük toprak parçaları birleştirilmiştir.³⁹¹ Doğudan gelen yün talebi zamanla çiftçilerin tarım topraklarını hayvancılık yapmak üzere bozmalarına neden olmuştur. Öncesinde çiftçilik yaparken gerekli olan insan emeği koyun yetiştiriciliğinde gerekli olmayacaktı. Geniş toprakları ekip biçmek için gerekli olan köylülerden yalnız birkaçının çobanlığı feodal beyler için yeterli olacaktı. Bu durumda köylüler geçimlerini sağlamak için kendilerine yeni iş

³⁸⁷ Georg Fülberth, **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, Çev. Sadık Usta, Yordam Kitap, İstanbul, 2010, s. 129-130.

³⁸⁸ **A.k.**, s. 129.

³⁸⁹ Fernand Braudel, **Medeniyet ve Kapitalizm**, İz Yayıncılık, İstanbul, 1996, s. 35.

³⁹⁰ Alaeddin Şenel, **Siyasal Düşünceler Tarihi**, s. 300-305.

³⁹¹ Cem Doğru, "Osmanlı Toplumunda Kapitalist-Girişimci Sınıfın ve İnsan Tipinin Oluşumunu Engelleyen Faktörler", **Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 2008, Cilt 11 Sayı 1, s. 75-76.

imkânlarının bulunduğu kentlere göç etmelerinin yolunu açacaktı.³⁹² Toprağı çitleyerek çevirme bireysel mülkiyet kavramının her geçen gün değer kazanmasına yol açacaktı.

Üretimde ise iş bölümünün uygulanması ürünlerin ucuza üretilmesini sağlamıştı. İş bölümü uygulaması her geçen gün yaygınlaşarak artmıştı. Bu bağlamda kendi dükkânında mal üreten zanaatkârların, üretimleri pahalıya mal olduğundan tercih edilmeyecekti. Zanaatkârlar yapımevlerinin yaptığı teklifle, yapımevlerine transfer olup, işçi olarak çalışmak zorunda kalacaklardı. Artan nüfusun topraktan beslenememesi ve topraklarından çıkarılmaları neticesinde zaten daha önceleri evine iş alan köylülerde kendilerine yapımevleri tarafından yapılan teklifle köyden kente göç etmişlerdir. Üretim teknolojilerindeki gelişme ve buhar gücünün kullanılmasıyla oluşan üretim fazlalığı deniz aşırı ticaretle ekonomik gücü ele geçiren yeni sosyal sınıf olarak ortaya çıkan burjuvazi siyasal güçten de payına düşeni elde etmek isteyecekti.³⁹³

Dünya ticaret yollarının yön değiştirmesiyle beraber istila isteği, macera arayışı, altın ve baharatı elde etme arzusu para elde etme hevesi Avrupalıları açık denizlere açılma yönünde sevk etmiştir. Yeni keşfedilen sömürgeleştirilen yerlerde yaşayan insanların servetlerine zorla el konulması bu birikimle birleştiğinde altın ve diğer kıymetli mal dolaşımı hızını artırmıştır. Avrupa'ya gelen kıymetli metaller fiyatlar genel seviyesinin artmasına neden olmuş, bu metalleri elinde tutan tüccar kesim zamanla feodal beyler ve köylülere kıyasla zenginleşmiştir.³⁹⁴

İngiltere'de Tudor Devri'nde topluma ekonomik gelişmeler neticesinde seçenekler sunulmuştu. Bunun nedeni ise; ortak kullanılan arazilerin ve tarlaların güçlü kimseler tarafından parsellendiği ve pek çok yerde nüfusun düşmesi tehlikesinin yaşanması, toprak çevrilmeleri (enclosures) ve ekilen toprakların otlaklara

³⁹² Alaeddin Şenel, **Siyasal Düşünceler Tarihi**, s. 305.

³⁹³ **A.k.**, s. 300-305.

³⁹⁴ Cem Doğru, "Osmanlı Toplumunda Kapitalist...", s. 75.

dönüştürülmesi meselesidir.³⁹⁵ İngiltere’de 1760’lı yıllardan sonra neredeyse altı milyon dönüm toplu bir biçimde kullanılan araziler ve toprağın bireylere dağıtan çitleme yasalarıyla yaklaşık beş bin “çitlenmiş arazi” bireysel mülkiyete dönüştürülmüş ve daha alt seviyedeki kamusal çalışmalarla da bu değişim desteklenmiştir.³⁹⁶

Toprak çevrilmeleriyle bireysel mülkiyete dönüştürülmüş toprak artık eski halinden iki üç kat daha değerli hale gelmişti. Toprağın işlenmesinin devam ettiği hallerde çalışan sayısında bir düşüş görülmemiş, yiyecek üretimi de yükselmiştir. Topraklardaki verimlilik artışı, özellikle kiraya verildiği zamanlarda kayda değer biçimde artmıştır. Tarım topraklarının koyunlar için meraya dönüştürülmesi, iskân alanları üzerinde çeşitli etkilerde bulundu ve istihdamı kısıtladı. Diğer taraftan 15. yüzyılın ikinci yarısından sonra ev sanayi (cottage industry) gelişmesini sürdürerek, bir yüzyıl içinde kırsal kesimin belirleyici özelliklerinden birini oluşturmaya başladı. Koyun çiftliklerinden gelen yün, küçük çiftçilere ve tarımdan uzaklaşan topraksız köylülere iş olanağı sağlamış oldu.³⁹⁷

Toprağı çeviren ve köylülere nazaran o dönemde daha güçlü olan soylular hatta kimi zaman zor kullanarak, sıklıkla da baskılarla yıldırmaya çalışarak, geçmiş düzeni bozmakta, eski kuralları ve gelenekleri yok etmeye çalışıyorlardı. Yoksul kimselerin ortaklaşa kullandıkları topraklardaki haklarını açık bir biçimde ellerinden alarak, kendilerinin ve mirasçılarının bildikleri meskenleri tahrip ediyorlardı. Azalan kırsal nüfus arkasında terk edilmiş köyler ve yıkılmış evler bırakmakta, neticede çiftçilikle geçimini sağlayan bu kimseleri dilenci ve haydut çetelerine dönüştüren değişimler yaşanmaktaydı. Bu duruma karşı kral ve konseyi, nazırlar ve piskoposlar, topluluğun refahını, aslında toplumun insani ve doğal özünü savunmaktaydılar. Bir buçuk yüzyıl boyunca yani 17. yüzyılın yarısına kadar nüfus azalmasına karşı mücadeleyle geçmiştir.

³⁹⁵ Karl Polanyi, **Büyük Dönüşüm Çağımızın Siyasal ve Ekonomik Kökenleri**, Çev. Ayşe Buğra, İletişim Yayınları, İstanbul, 2010, s. 74.

³⁹⁶ Eric Hobsbawm, **Devrim Çağı: 1789-1848**, Çev. Bahadır Sina Şener, Dost Kitabevi, 3. Baskı, Ankara, 2003, s. 167-168.

³⁹⁷ Karl Polanyi, **Büyük Dönüşüm Çağımızın Siyasal ve Ekonomik Kökenleri**, s. 74-75.

Mücadeleler ayaklanmalara ve kimi zaman birçok köylünün ölümüyle de sonuçlanabilmekteydi.³⁹⁸ 1792-1794 yıllarında Paris'te tüccar, esnaf, parasız kalmış meslek erbaplarının ayaklanmalarından ve cumhuriyetçilerden esinlenilerek adalet ve eşitlik taleplerini yerel yönetim uygulamalarında zirveye ulaştırmıştır. Küçük mülkiyet sahiplerinin radikal demokrasi istekleri 1820'lerde, 1830-1831 ve 1848'de halk ayaklanmalarının ana sebebiydi. 1848'de ki ayaklanma, işçi ve öğrencilerin desteği ile büyüdü. Demokratik hareketler ulusal politikanın parçası olmanın yanında aşağı doğru genişleyen köylü ayaklanmasına doğru gidecekti. Çünkü kırdaki geniş yığınlar proleterleşmekteydi. O yıllarda zanaatkârlar kendilerini yetenek, saygınlık ve bağımsızlık olarak işçi yığınlarından ayrıcalıklı tutuyorlardı. Ancak 1850'lere gelindiğinde İngiltere'de Çartizm hareketi bu ayrımların üzerinde bir siyasal hareket oldu.³⁹⁹ 1871-1917 arasında sosyalist partiler için devrimci politikanın baskın modeli, parlamantoda reddedilemez bir çoğunluğa sahip olmaktı. İsyancı geleneğin trajik sonu Paris Komünü dönüm noktasıydı. Komünün başarısızlığı demokratik yolların kullanılması gerekliliğini göstermişti. 1900'den sonra genel grevi hedefleyen sendikalist eğilimler yeniden canlanmış ancak uzun ömürlü olmamıştı.⁴⁰⁰

Kırda bulunan yoksul kimselerin hayatı zorlaşmış ve kente göç ettiklerinde kendileri için teklif edilen her türlü işi kabul edebilmelerine neden olan bir gelişme yaşanmıştı. 1834'te Yoksulluk Yasası hazırlanmış, ardından çok zaman geçmeden göçler başlamıştır. 1840'lı yıllarda çoğu ülke, kesin bir nüfus azalmasının eşiğine gelmiş ve 1850 sonrası ise topraktan kaçış her yerde yaşanan bir hadise olmuştu. Açık tarla sisteminin kaldırılmasına yönelik Danimarka ve İsveç'te de çeşitli düzenlemeler yapılmış, Norveç'te verimsiz topraklar, Fransa'da ise Napolyon sonrası ekonomik çöküntü sebebiyle kırdaki yaşayan birçok yoksul iş bulamadığı bütün yüzyılın kitlesel

³⁹⁸ Karl Polanyi, **Büyük Dönüşüm Çağımızın Siyasal ve Ekonomik Kökenleri**, s. 75-76.

³⁹⁹ Geoff Eley, **Demokrasiyi Kurmak Avrupa Solunun Tarihi 1850-2000**, s. 59-60.

⁴⁰⁰ A.k., s. 70.

göçü en çokta Amerika'nın orta batısına doğru gerçekleşmiştir.⁴⁰¹ Tüccarlar, yöneticiler ve sıradan insanlar arasındaki eşitsizlik artıyordu ve bazı alanlarda evden çalışmanın yaygınlaşmasıyla kırdaki geniş yığınlar proleterleşiyorlardı.⁴⁰² Amerika'da nüfusun büyük bir kesimi 1930'lara kadar kasabalarda yaşamaktaydı. Amerikan çiftçileri, çiftlikleri ne denli fakir olursa olsun mülk sahibi, girişimci, keskin bireylerdi. Ortak sıkıntılar onları ortak eylem yapmaya yöneltebiliyordu. Ortak düşman olarak benimsedikleri hükümet, bankerler, demiryolu şirketleri, kapitalist sistemdi.⁴⁰³

Devamlı artan nüfusuyla yeni ticari merkezler yoğun arazi kullanımının hızını belirlemekteydi. Coğrafi kısıtlılık nedeniyle yerleşim yeri yapılamayan Viyana, Londra ve Cenova gibi şehirler özel şahısların yönlendirmesinden dolayı, sahip olunan toprağın miktarı ne kadar azsa, kirası da o kadar fazlaydı. Ayrıca bu mülklerden bazıları kamusal fayda adına ahlaksızca gelir elde edilmek maksadıyla kullanılmaktaydı. 19. yüzyılın başlarında Londra, New York ve Paris'te insanların güvenle oturabileceği yerler kötü olmasına rağmen, kiralari çok yüksek denilebilecek birçok bölge bulunmaktaydı. Yoksulların kullanmak zorunda kaldığı bu evlerin kiralari ancak; kenar mahallelerde yaşanan suç, kötü yaşam ve hastalıkların karşılığı vergilerin ve mülkün kıymetinin azalmasına tesir etmiş, kira miktarlari azalmıştı. Bundan sonra Londra'da, kısmen ticaretin büyümesine fırsat vermek maksadıyla ancak bunun yanında papazlık bölgelerini içine alan yoksullara yardım yasasının yükselen mükellefiyetinden muaf tutulmak için; topluca kenar mahallelerin temizlenmesi çabası olan Victoria dönemine değin yaşanmamıştı. Eskiden yaşanan konforlu evlerin bütünüyle bir aileyi barındıran mekânlardan, genelinde birden çok ailenin bir arada yaşayarak her bir ailenin tek bir odaya sıkıştırılabildiği sıkışık kira evlerine dönüştürölmesi halini almıştı. Kentler sürekli artan nüfusu barındırmak için yeterli değildi. Bu koşulların çözölmesi ise başından

⁴⁰¹ Eric Hobsbawm, **Devrim Çağı: 1789-1848**, s. 167-168.

⁴⁰² Geoff Eley, **Demokrasiyi Kurmak Avrupa Solunun Tarihi (1850-2000)**, s. 59.

⁴⁰³ Bernard Crick, **Demokrasi**, Çev. Ümit Hüsrev Yolsal, Dost Kitabevi Yayınları, Ankara, 2002, s. 109.

bu yana standart bir durum olarak kabullenerek, yeni yerleşim yerlerinin inşasına çalışmak olmalıydı.⁴⁰⁴ Bu ise uzun sürede yapılabilecek, zor ve maliyetli bir dönüşümü gerektirmekteydi.

Yoksulların çoğu için yoksulluk, normal bir hayat biçimi olarak kabul edilmekteydi. İnsanların cüzi ücretlerle çalıştırılabilmesinin nedeni zaten yoksulluk ve açlık tehdidiydi. Alt sınıflardaki sefalet, üst sınıfların lüks yaşamlarının temelini oluşturmaktaydı. Büyük kent merkezlerinde nüfusun dörtte birini, daimi işi olmayanlar ve dilencilerin meydana getirdiği sanılmaktaydı. Klasik kapitalizmde girişimcilerin kendi belirledikleri şartlar çerçevesinde işçi olarak, insanlık dışı şartlarda çalıştırılıp önceden bildirmeden ve ne olduğunu umursamadan işçi çıkardığı piyasalara; sağlıklı emek piyasası denmekteydi. 1684 tarihinde Paris emniyet müdürünün tuttuğu bir notta, kentin büyük bir kısmının içine düştüğü sefaletten bahsedilmekteydi. Bu nüfus yaklaşık 40.000 ila 65.000 kişinin aşın yoksulluk içerisinde bulunmasıydı. Paris bu konuda bir istisna değildi. Yoksulluk o kadar yaygın bir hal almıştı ki insanlar birbirine yardım etmekte gönülsüz davranıyorlardı. Ancak ölü bedenler kokmaya başladıktan sonra harekete geçerler. Pek çok ailenin barınabileceği kiralık evler, önce New York'un Cherry Sokağı'nda, 1835 yılında en düşük gelir düzeyindeki kimselerin kullanımı için inşa edilmişti. Konutlar, tahsis edilen arazinin yüzde doksanını kaplayacak biçimde, havasız ve sağlıksız koşullara sahip olup bu tür uygulamaları yaygınlaştırmaktaydı. Bu yeni tip barınma biçimi bir kuşak için, üst gelir gruplarına, modanın en cezbedici ürünü olarak tanıtılan, Paris apartman daireleri şeklinde sunulmuştu. New York'ta ise bekâr ve küçük ailelerin toplu bir biçimde barındığı yerlerde boş konut bulunmaktaydı. Tek bir kat üzerinde bütün odaları inşa edilen apartman daireleri, mütevazı bir yaşam için oldukça elverişliydi. Yeni yapılan konutlar, iki odalı müstakil ev şeklinde inşa edilmemişti. Yoksulların barındıkları konutlar gibi bu konutlarda arazinin büyük bir bölümünü kaplamakta; kolektif ortak alan ve bahçelerin yerine mümkün olduğu kadar

⁴⁰⁴ Lewis Mumford, **Tarih Boyunca Kent**, s. 507-508.

fazla odanın yapıldığı ve havalandırma için sadece bacanın bırakıldığı, kötü dizayn edilmiş, baktığında başka bir konutun duvarının görüldüğü mekanlar ortaya çıkmıştı. Güzelliğe ve temizliğe karşı duyarsız kalınan bu tutum ticaretle gelişen şehirlerin görünümünü yansıtmaktaydı. Zaman içerisinde, üst gelir grubuna ait mahallerin getirisi neredeyse yoksulların barındıkları niteliksiz konutların kira gelirlerine ulaşabilmişti.⁴⁰⁵

1789'un dünyasında Rusya, İskandinavya ve Balkanlarda nüfusun büyük bir kısmı hala kırsaldaydı. Güçlü bir kent geleneğinin bulunduğu Lombardiya, Venedik, Kalabriya ve Lukaniya'da bu oran yüzde yetmişten fazlaydı. Avrupa'da hızlı bir gelişmenin olduğu birkaç endüstri ve ticari bölgenin dışında, her beş kişiden dördü kırsalda yaşamaktaydı. Sanayileşme ve ticaretin öncülü olan İngiltere'de dahi kent nüfusu, kırsal nüfusu ilk defa 1851 yılında geçmişti.⁴⁰⁶

Nüfusun öncelikle arttığı yerler, ekonominin en gelişmiş bölgelerinde olmaktaydı. Sahipsiz toprakların ve büyük bir karanın kaynaklarının cazibesinden etkilenen kişilerin göç etmesiyle artan ABD nüfusu, 1790-1850 yılları arasında altı kata yakın artarak dört milyonken yirmi üç milyona çıkmıştır. Birleşik Krallıkta 1800-1850 arası neredeyse iki katına, 1750-1850 arasında üç katına çıkmıştır. Prusya nüfusu 1846 tarihindeki sınırlarına (Finlandiya dışında) göre, Avrupa Rusya'sında ki gibi(1800-1846) iki kata yakın artmıştır. Danimarka, Norveç, Hollanda, İsveç ve İtalya'daki birçok bölgedeki nüfusta 1750-1850 yılları arasında benzer oranda artmıştı. İspanya ve Portekiz'de nüfus üçte bir oranında artmıştır.⁴⁰⁷

1840'lı yıllarda nüfusun artmasıyla, demiryolu ve deniz taşımacılığı hatlarında artış yaşanmıştır. Hızlanan göçle artan kentleşme süreci, maden ve çelik endüstrisindeki gelişmeler, her geçen gün buhar kullanımının fazlaca sektöre yayıldığı yıllar olmuştur.⁴⁰⁸

⁴⁰⁵ Lewis Mumford, **Tarih Boyunca Kent**, s.534-535.

⁴⁰⁶ Eric Hobsbawm, **Devrim Çağı: 1789-1848**, s. 19.

⁴⁰⁷ **A.k.**, s. 186.

⁴⁰⁸ **A.k.**, s. 184-194.

Ülkelerin nüfuslarına baktığımızda; Viyana 1846-1880 yıllarında dört yüz binden yedi yüz bine, Berlin 1849-1875 yıllarında üç yüz yetmiş sekiz binden bir milyona, Paris 1851-1881 yıllarında bir milyondan bir milyon dokuz yüz bine, Londra 1851-1881 yıllarında iki buçuk milyondan üç milyon dokuz yüz bine çıkmıştır. Bu artış oranı denizaşırı ülkelerde olan Chicago ve Melbourne gibi şehirlerde yaşanmamıştır. Kentlerin yapı ve görüntüsünü; hem siyasi güdülenmeyle (özellikle Paris'te ve Viyana'da) inşa edilen yapılar ve yenilenen planlama çabaları, hem de kar elde etmek isteyen müteşebbislerin baskısıyla çeşitli değişikliklere uğramıştır.⁴⁰⁹

Kentsel nüfusun artmasına toplumun ekonomik, toplumsal ve siyasal yapıdaki değişimleri neden olmuştur. Sanayileşme ve ekonomideki gelişmeler yanında, örgütlenme, işbölümü, uzmanlaşma bunun sebepleri arasındadır. Netice de ise insan davranış ve düşünceleri kentlere özgü çeşitli değişimlere uğramıştır.⁴¹⁰ Kenti kırdan ayıran sosyal, ekonomik, kültürel, siyasal farklara bakıldığında içerisinde kendine özgü bir mekânsal ve toplumsal örgütlenme biçimi ve bir yaşam tarzı barındırdığıdır. Dolayısıyla kent kelimesinin özelliği, kimi zaman medeniyetle eşdeğer biçimde sarf edilmiştir. Hal böyle olunca kent yaşamıyla uygarlığın bağlantılı olduğu söylenebilir. Medeniyet, kent, vatandaşlık, hemşerilik ve demokrasi gibi kavramlar kentsel hakların merkezinde bulunur.⁴¹¹

Kentlerdeki nüfus artışı ile beraber sanayileşme sonucunda ücretli çalışanların artması, kentleri hak arayışlarının merkezi durumuna getirecekti. Burjuvazinin desteklemesiyle mutlak monarşiler feodal siyasal birimlere karşı güç dengesinde başat rolü oynamaya başlamışlardı.⁴¹² Bir başka yönüyle kent oluşumu siyasal yöneticilerin kimler olacağını da tayin eden bir yapıyı beraberinde getirir. Sanayi kenti ya da endüstri

⁴⁰⁹ Eric Hobsbawm, **Sermaye Çağı: 1848-1875**, Çev. Bahadır Sina Şener, Dost Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 2003, s. 231.

⁴¹⁰ Ruşen Keleş, **Kentleşme Politikası**, İmge Kitabevi, Ankara, 2004, s. 22.

⁴¹¹ Mahmut Güler, "Kentsel Haklar, Kapitalizm ve Katılım", **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, 2011 Cilt 66 Sayı 1, s. 51.

⁴¹² Server Tanilli, **Devlet ve Demokrasi Anayasa Hukukuna Giriş**, Cem Yayınevi, 7. Bası, İstanbul, 1993, s. 28.

kenti olarak adlandırılabilen oluşum iki şekilde meydana gelmiştir. Ya yakınında tarihsel anlamda bir kentin bulunduğu yerde, onunla birleşir ya da eskiden bağımsız olarak, bölgede oluşan ve gelişen bir işbölümünden kendiliğinden doğarak gelişir. Ekonomik anlamıyla kent; kırsal ürünlerin yapımının (imalat) yürütüldüğü ya da bu ürünlerin birbirleriyle değişiminin yapıldığı yerdir. Tarihsel kentin içerisinde bulunan dinsel mekânlar; tapınaklar, manastırlar, kutsal yerler kümesi, kent sayılmayıp, görünümüne bakılarak, “kent gibi” ya da “kent benzeri” yerler diye anılırlar. Tarihsel kentin dış görünümünde pek önemli değişiklikler gerçekleşmemişse de, kentin içyapısı büyük çapta bir değişime maruz kalmıştır. Endüstri kenti doğrudan doğruya devletin karşıtıdır. Devlet, “siyasal yolların” gelişmiş biçimi iken, endüstri kenti, gelişmiş “ekonomik yolların” bir ürünüdür. Dünya tarihini dolduran, hatta oluşturan büyük kavga, ilk günden beri kent ile devlet arasında verilmektedir. Bir ekonomik ve siyasal varlık olarak kent, siyasal ve ekonomik silahlarıyla feodal sistemin temellerini oymuştur. Bu anlamda baktığımızda kent, siyasal alanda gelişmiş feodal devletin güçler dengesine karışmasıyla, merkezi erk, yerel şefler ve onların uyruklarıyla girdiği siyasal ilişkiler düzeneğini bozmasıyla gelişmiştir. Kentler, savaşı sürdürecekt malzemelerin (silah vb.) deposu olmaları kadar, savaşçıların müstahkem mevkileri ve yaşadıkları yerlerde olmuşlardır. Ardından ekonomik anlamda onların hâkimiyetini sarsarak, merkezi hükümetle yerel prensler arasındaki dengeyi belirleyen tüketici savaşlarında kullanılan paranın başlıca kaynağı durumuna gelmektedir. Ayrıca kentler bu denge mücadelesinde feodal toprak beylerine karşı genellikle merkezdeki iktidarın tarafında yer almışlardır. Bunun toplumsal nedeni; kırsal soylu kesimlerin, oluşan zengin kentli kesimin istediği toplumsal eşitliği tanımaya yaklaşmamalarıdır. Siyasi nedeni; merkezi iktidarın kralla halkın dayanışması sonucunda ortak çıkarlarını büyük toprak sahipleri karşısında kollamasıdır. Ekonomik nedeni; kentte hayatın ancak barışın ve güvenliğinin olduğu yerde mümkün olabileceğinin düşünülmesidir. Hem işbölümü, hem de

zenginliğin vatandaşların sayısı ile birlikte arttığı düşünülürse, kentler göçleri destekleyen bir tutum takınırlar. Neticede, feodal beylerle taban tabana zıt bir politika izlediklerini bir kez daha ortaya koymuş olurlar. Kentlere gelen yeni vatandaşlar feodal mülklerden gelen kimseler olacakları için; kentler ne kadar güçlenirse, feodal mülklerin vergi toplama ve askeri savunma olanağı da o kadar azalmış olacaktır. Kent, serfin kendisine en yüksek fiyatı verene teslim olduğu, yani en çok haklar sunana gittiği açık artırma şartlarında feodal beyin güçlü bir rakibi olarak ortaya çıkmıştı. Kent köylüye böyle bir özgürlük tanırken, merkezi hükümette yeni elde edilen bu hakları memnuniyetle onaylamıştır. Toplumsal ilerlemenin gerçekleşmesi gereken emekçi halk kesimlerinin değerinin anlaşılması da bu sebeple gerçekleşmiştir. Uzun bir tarihsel geçmiş içerisinde haklarına saygı gösterilmeyen köylü, kentin surları içinde savunmasını yapabildiği takdirde vatandaş olarak özgür olabilecekti.⁴¹³ Oppenheimer'ın anlattığı gibi kentleşme siyasal ve ekonomik dengeleri değiştirerek geniş halk kesimlerinin hukuksal taleplerini dile getirilmesinde bir sürecin başlangıcını oluşturmuştur. Devam ederek; endüstri kenti oluştuğunda; tacirin yasası kentin yasası olur; ekonomik iş ve işlemlerin gelişmiş biçimi olan endüstri kenti, feodal devletin temelini oyar ve sonunda kentli nüfus, doğrudan doğruya savaşıla, feodal devletin kalıntılarını ortadan kaldırarak, devletin tüm tabakaları için özgürlük ve eşitlik hakkını yeniden elde eder. Kent hukuk, önce kamu hukuku durumuna, sonra uluslararası hukuk durumuna gelir.⁴¹⁴

Kentlerin oluşumuyla kapitalist sistemin gelişimi arasında yakın ilişkiler gelişmiştir. Geçmiş tarihe bakıldığında üretim biçimi değişse de eski dönemlerden bu güne, artı değer üretiminin hâsıl olduğu yer kentler olmuşlardır. Biriken artı değer bir yandan kent yapısını oluştururken diğer yandan toplumsal yapıyı sınıflara bölerek bir ayrışmaya neden olmuştur. Artı değerle kentsel yapı diğer bir deyişle; kapitalist

⁴¹³ Franz Oppenheimer, **Devlet**, s. 177-180.

⁴¹⁴ **A.k.**, s. 200.

ilişkilerle ve kent ideolojisinin niteliği arasında yakın bir bağ bulunmaktadır.⁴¹⁵ Kapitalist ülke sistemlerinde kentler, üretim araçlarının genel olarak bireylerin iyeliğinde bulunduğu ve üretimin amacı kar sağlamak olduğundan kentlerin içyapılarında belirgin sınıflaşmalar görülür. Zengin, orta halli ve fakir mahalleler birbirinden oldukça kesin sınırlarla ayrılır. Sanayileşme sonrası kentlerde toprak sahipliğinin şahıslara ait olması, kentin planlamasında ve imar edilmesinde üst gelir gruplarının başat rol üstlenmesine fırsat tanır. Sonuç olarak konut ve arazi ticari faaliyetin konusu olur.⁴¹⁶

Buna karşın kentsel yapı sadece kapitalist toplumsal ilişkilerin yansımasıyla çözüldüğünde eksik bir değerlendirme olacaktır. Kenti kapitalist toplum ilişkilerinin başlamasında başat öge olarak kabul etmek yanlış olmayacaktır. Bu minvalde değerlendirildiğinde; kentlerin şekillenmesi ve kente dair sorunlar, kapitalizm ve kentselliğin birbiriyle bağları kökeninde anlaşılabilir. Diğer bir deyişle; kapitalist üretim sisteminde fabrika üretiminin kökeninde, kentte emeğin tekrar üretilmesini sağlayan kaynaklar bulunmaktadır. Çünkü kapitalist sistem kendini üretim süreçleri yanında yeniden üretim süreçleriyle var olabilmektedir. Emekçi sınıfların çalışmadığı saatlerde geçirdiği zaman; emekçinin kendisini tekrar üretime dâhil edebilmesi için kullanılmaktadır. Emeğin tekrar üretilmesini sağlayan tüketim ise, işçi sınıfının yaşam kalitesini artırdığı kabul edilen toplu tüketme çabalarıdır. Devlet bu anlamda müteşebbis kesimin faydası adına, emeğin yeniden üretim süreçlerine katılmasını sağlayıcı rol üstlenmektedir. Bu sebeple ekonominin konusu olabilecek sağlık, eğitim, konut, ulaşım gibi her gün hayatımızın önemli bir bölümünü kapsayan bu hizmetler siyasallaşmaktadır. İşçi sınıfının kentlere akın etmesi sonrasında kentleşmenin maliyetlerinin karşılanamaması benzeri sorunlar karışıklıklara tanıklık edecektir.⁴¹⁷

⁴¹⁵ Mahmut Güler, “Kentsel Haklar, Kapitalizm...”, s. 55.

⁴¹⁶ Ruşen Keleş, **Kentleşme Politikası**, s. 86-87.

⁴¹⁷ Mahmut Güler, “Kentsel Haklar, Kapitalizm...”, s. 55.

Ortak ihtiyaçlar olan günlük yaşamın vazgeçilmezi ulaşım, konut, eēitim gibi temel konular oēunlukla yerel yönetimler tarafında üretilmekteydi. Sürecin sonunda toplumun farklı sınıflarına sunduēu hizmetlerle günlük yaşamın reel bir idarecisi durumuna geçer.⁴¹⁸ şehirler sosyal sınıfların çatışmasına ve mücadele etmelerine tanık olduēu miktarda, yerel yönetimler kentli emekçi sınıflarına kamusal mal ve hizmetleri sunmak zorunda kalmışlardır.⁴¹⁹ çünkü yerel düzeydeki yapılanma ve aktörlerde, st ölçekteki glere karşı toplumun yapısındaki yenilikler oldukça; kentler mekânsal olarak yukarıdan ařaēıya ve ařaēıdan yukarıya doēru verilen cevapların karşılaşarak etkileşim içerisinde oldukları yerler olmuşlardır.⁴²⁰

Kentsel mekânlar kısıtlanmış ve toplumsal kontrole tabii tutulmuş; özel veya devlet yararı doērultusunda çalışıyor olsa da burada kamusal mekânlar ve kamu yararıyla özel mekânlar arasında ciddi farklar bulunmaktadır. şehrin kamusal alanları ve kamu yararı eskiden beri kamu kuvvetini ve kamunun idaresiyle alakalı bir meseledir. Kentleşme tarihince kamusal yerler ve kamu faydasının saēlanması, devletin ya da özel sektörün eliyle olsun, kapitalizmin gelişmesinde vazgeçilmez olmuştur.⁴²¹

Marks'a göre kapitalizme giden üç aşama vardı. Kentle kırım ayrışması, kentin asayişe güçlerine ihtiyacı ve vergilerin varlıēıdır. Kentin belediye örgütlenmesi de bir zorunluluk olarak ortaya çıkmıştır.⁴²² Kapitalizme geçiş kentleşmeyle beraber ticari faaliyetlerin artması yanında piyasanın evrensel kurallarının yaygınlaşmasıyla olduēunu söylemek yanlış olmayacaktır.⁴²³ Bu anlamda kentler kapitalist toplum için iki farklı anlam ifade etmektedir. Birincisi tüketimin toplumsallaşmasının artmasında ve örgütlenmesinde siyasal ve toplumsal alanın ortasında yer almasıdır. İkincisi kent

⁴¹⁸ Jean Baechler, **Kapitalizmin Kökenleri**, ev. Mehmet Ali Kılıçbay, İmge Yayınevi, Ankara, 1994, s. 20.

⁴¹⁹ David Harvey, **Asi şehirler şehir Hakkından Kentsel Devrime Doēru**, ev. Ayşe Deniz Temiz, Metis Yayınları, İstanbul, 2013, s. 124.

⁴²⁰ H. Tarık şengül, "Türkiye'de Kentleşme Deneyiminin Dnemlenmesi", Faruk Alpkaya ve Bülent Duru (Der.), **1920'den Günümüze Türkiye'de Toplumsal Yapı ve Deēiřim**, Phoenix Yayınevi, Ankara, 2012, s. 355.

⁴²¹ David Harvey, **Asi şehirler şehir Hakkından Kentsel Devrime Doēru**, s. 124.

⁴²² Manuel Castells, **The City and the Grassroots**, University of California Press, Berkeley, 1983.

⁴²³ Ellen Meiksins Wood, **Kapitalizmin Kökeni**, s. 28.

ideolojisinin hâkim sınıflara özgü biçimde yayılması ve sınıf farklılıklarının doğallaştırıldığı mekânlar olmalarıdır.⁴²⁴

B. İdeolojik ve Siyasal Değişimler

Feodal sistemin çözülüşü, nüfus artışı, kentin cazibesi ve üretim biçiminin değişmesiyle sanayileşmeyle artan işçi ihtiyacı geniş halk kitlelerinin kente göçüyle karşılanacaktı. Mülkiyetten kopan bu kimselerin özgür emek olarak adlandırılmaları bu yüzdendi. Yani, çalışanla üretim arasındaki bağ kopmuş, süreç sonunda nesnellik ortadan kalkmış emek görünmez bir hal almıştı. Netice olarak nesnelliğini kaybederek soyut emek haline gelerek, toplumsallığını kaybederek, artık toplumda belli bir yerdeki parça olarak tanımlanamayacaktı. Soyut emeğin sahibi ya piyasa şartlarında verilen işi kabul edip çalışacak, dilenci ya da soyguncu olmak zorunda kalmayacaktı. Çalışmayan yoksul kimselere toplum uzun süre hoşgörüyle yaklaşmamıştır. Öyle ki; çeşitli önlemler alınmış ve hırsızlık ölümle cezalandırılmıştı. Örneğin; 16. yüzyılda yalnızca VIII. Henry'nin hükümdarlığı zamanında 12.000 hırsız öldürülmüştür.⁴²⁵

Sanayileşen şehirler tarımdan ayrılan nüfusun tamamını sindirebilecek nitelikte olmadığından, iş gücü talebindeki dalgalanmaların neden olduğu işsizlikler fazlaca ve elde edilen gelir düzeyi çoğunlukla geçinme düzeyinin altında olduğundan, fakirlik kent hayatının devamlı huzurunu bozan bir faktördü. Lyon, 1529'da yoksulların ambarları talan ettiği bir isyana, 1530'da ise silahlı bir işçi eylemine sahne olmuş, 1531'de aç köylü grupları tarafından şehir talana uğramıştı.⁴²⁶

Sanayileşmeyle beraber özgür işçinin ortaya çıkışı, parasal zenginliğin gelişmesi ve üretim araçlarının özgürleşmesi birbirine diyalektik bir bağ ile iç içedir. Bu

⁴²⁴ Manuel Castells, **Kent Sınıf İktidar**, Çev. Asuman Erendil, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 1997, s. 161.

⁴²⁵ Ayşe Buğra, **Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye'de Sosyal Politika**, İletişim Yayınları, İstanbul, 2008, s. 32-33.

⁴²⁶ **A.k.**, s. 35.

süreçlerin üçü de kapitalist ilişkinin boyutlarını ortaya çıkarmaktaydı.⁴²⁷ Polanyi ise tüm bu ilişkilerin olduğu Sanayi Devrimi'nde asıl olan hedefin piyasa ekonomisinin oluşturulması olduğunu, bunun yanında yoksulların oturduğu varoşların ortaya çıkışı, çocukların çalışma saatlerinin uzun olması, belirli işçi gruplarının düşük ücret almaları, nüfus artışının hız kazanması, sanayide tekelleşmenin olmadığını ifade etmektedir. Tüm bu değişimin temelini sanayide kullanılan makineler olduğunu ekler.⁴²⁸

Sanayileşme sonrası piyasa dinamiklerinde şekillenen diğer bir konu sosyal haklardı. İnsan haklarının başka bir bölümünü oluşturan sosyal hak talepleri sanayileşmeyi beklese de buna dair belirtiler çok önceki yüzyıllarda kendini göstermeye başlamıştı. Sosyal hak talepleri sanayileşmenin ortaya çıkardığı kentli yoksul sınıfın derin sosyal sorunlarına çözüm aramaktaydı. Kentsel nüfus; toplumun ekonomik, toplumsal ve siyasal yapısındaki değişimler neticesinde artmıştı. Sanayileşmeyle ekonomide oluşan gelişmeler yanında, örgütlenme, işbölümü, uzmanlaşma gibi üretimde yeni uygulanan yöntemler de bunun sebeplerindendir. Tüm bu gelişmeler geniş insan yığınlarının düşünce ve davranışlarını kente özgü çeşitli değişikliklere uğratmıştır.⁴²⁹

Kentsel mekânların kendine özgü örgütlenme biçimleri ve yaşam biçimi onu kırsaldan ayırmaktaydı. Dolayısıyla kent kelimesinin niteliği, kimi zaman medeniyetle eş bir biçimde anlatılmıştır. Hal böyle olunca kent yaşamıyla uygarlık kelimeleri arasında yakınlık kurulmuştur Kent, medeniyet, hemşerilik, vatandaşlık ve demokrasi gibi kavramlar kent kökenli hakların merkezinde bulunmuşlardır.⁴³⁰ Kentler demokratik hareketlerin ve yerel özgürlüklerin mekânı olmuşlardır. Öyle ki Orta Çağ kent yönetimleri yerel demokrasilerin neredeyse kaynağı niteliğindedir.⁴³¹

⁴²⁷ Jean Baechler, **Kapitalizmin Kökenleri**, s. 36.

⁴²⁸ Karl Polanyi, **Büyük Dönüşüm Çağımızın Siyasal ve Ekonomik Kökenleri**, s. 82.

⁴²⁹ Ruşen Keleş, **Kentleşme Politikası**, s. 22.

⁴³⁰ Mahmut Güler, “Kentsel Haklar, Kapitalizm...”, s. 51.

⁴³¹ Yusuf Pustu, “Yerel Demokrasinin Kökeni”, **Sayıştay Dergisi**, 2016 Sayı:100, s. 89.

Kentli işçi ve kalfalar, 14. yüzyıldan itibaren yaptığı ayaklanmalarla kapitalizmin ilk biçimine karşı çıkmışlardır. Flandern’de, Güney İngiltere’de, Floransa’da ki fabrikalarda ortaya çıkan ayaklanmalar bunlara örnek verilebilir. Ayrıca Lyon’da 16. yüzyılda matbaacılar, Laiden’de dokuma işçileri (1619, 1637, 1644, 1648, 1700, 1701), İngiltere’deki Wiltshire ve Bristol yakınlarında bulunan Sarum’da 1738 yılındaki dokuma işçileri ayaklanması da bunlar arasındadır. Doğu Hint Şirketi’ne karşı ayaklanmış, Seylan’lı köylülerle Java’daki Çinli şeker işçileri, Hollanda sermayesiyle kurulmuştu. Kastilya’daki kentlilerin Comuneros ayaklanması ise Habsburger’li hanedanlara karşı ayaklanmışlardır. 1301-1550 yılları arasında 100 Alman kentinde 200’ün üzerinde köylü ayaklanması Lyon’da ise 1173-1530 yılları arasında 126 kez kanlı çarpışmalar yaşanmıştır. Aquitania bölgesinde yaklaşık yüz yirmi yılda (1590-1715) beş yüze yakın köylü ayaklanması görülmüştür.⁴³² Bunlar feodal dönüşüme karşı yapılan direnişlerdi. Bu direnişlerin 19. yüzyılda köleliğin yasaklanmasında önemli bir etkisi olsa da asıl etkisi İkinci Dünya Savaşı sonrasında göstermiştir.⁴³³

Köylülerin öncülük ettiği ayaklanmalar Orta Çağ’dan itibaren kurulan esnaf birliklerinin feodal beylere karşı vermiş oldukları mücadeleyle birbirine benzer yönleri bulunmaktadır. Kentleşmenin gelişmesiyle el sanatlarının yaygınlaşması birbiriyle paraleldir. Feodalizmde, feodal otoritelere bağımlı ve onlar hesabına el sanatlarıyla ilgili uğraşı olan esnaf ve sanatkârlar da bağımsız biçimde sanatını icra etme hakkına kavuştular. Öncesinde feodal otoriteye belirlenmiş miktarda bir ödemede bulunarak aldığı izinle kendisi hesabına uğraşısı olan yarı bağımlı esnaf ve sanatkârlar, bir nesil sonra feodal otoriteden tümüyle bağımsızlaşmışlardır. Bu sonuca çeşitli aşamalardan geçerek ulaşmışlardır. Önceleri birbirleriyle rekabet içinde çalışan esnaflar, karşılaştıkları zorluklar nedeniyle birlik olmaya yönelmişlerdir. Üretimin artması, kazancın azalması, kötü ve kalitesiz ürünler karşısında tüketicinin faydasını korunması

⁴³² Georg Fülberth, **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, 2010, s. 129-130.

⁴³³ Nihat Bulut, **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, s. 15.

gibi çeşitli üretim alanlarında esnaf ve sanatkârlara ait meslek teşekkülleri ya da loncalar kurulmuştur. Kısa bir zaman sonra tüm esnaf ve sanatkârların bu yapılara dâhil olması zorunluluğu doğdu. Sayılan oluşumlar esnaf ve sanatkârların faaliyetlerinde büyük yetkilere sahip oldular. Kuruldukları tarih tam olarak bilinmese de 12. yüzyılda başladığı; zamanla yaygınlaştığı ve 14. yüzyıldan itibaren meslek teşekkülü bulunmayan şehrin kalmadığı belgelerden anlaşılmaktadır.⁴³⁴

Orta Çağ'ı karakterize eden loncalar, zanaat ve ticarete dayalı olarak kurulduğu; imalat tekniğini, ustaların pazarla ve işçilerle ilişkilerini düzenlemişlerdir. Fransız İhtilali ve 18. yüzyıl İngiltere iplik sanayinin gelişmesi bir başlangıç olmuş; Batı Avrupa devletlerine yayılan sanayi devrimiyle lonca rejiminin yıkılışıyla, makine ve buhar kuvveti ile birlikte yeni bir ekonomik rejimin doğmuştur. Bu olayların ikisi birçok sosyal ve ekonomik olayın başlangıcını ateşlemiştir.⁴³⁵ Orta Çağ kentlerinde, atölyede usta-çırak, pazarda satıcı-alıcı doğrudan, sade bir örgütlenme içerisindeydi. Fakat birincil olan birliktelikleriydi. Toplumsal hedeflerine ulaşmak maksadıyla loncaların, kendi kendine yardımla beraber, sağlık ve yaşlılık sigortası, tiyatro grubu ve eğitim vakfı hizmetlerini de bünyesinde oluşturduğuna rastlanmıştır.⁴³⁶

Sanayi Devrimi'nin başlangıcı olan 18. yüzyılın sonlarında Almanya'da yasanın belirlediği hükümler çerçevesinde; devlet muhtaç kimselerin bakımını ve yiyecek ihtiyacını bulunan meslek örgütleri (loncalar) ve yerel yönetimler tarafından temin etmek mecburiyetindeydi. Diğer taraftan, yapılacak yardımın çeşidi, miktarı ve finansman kaynağı belirlenmemişti.⁴³⁷⁴³⁸

⁴³⁴ Sait Dilik, "Sosyal Güvenliğin Tarihsel...", s. 53-54.

⁴³⁵ Cahit Talas, **Sosyal Politika**, s. 12-13.

⁴³⁶ Lewis Mumford, **Tarih Boyunca Kent**, s. 337-338.

⁴³⁷ Sait Dilik, **Servetin Geniş Kitlelere Yayılması**, 1. Baskı, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Ankara, 1976, s. 59-60.

⁴³⁸ İbrahim Ateş, "Hayri ve Sosyal Hizmetler Açısından Vakıflar", **Vakıflar Dergisi**, Sayı 15, s. 55-88, <http://acikerisim.fsm.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11352/1384/Ate%5c%9f.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, (Erişim Tarihi:12. 08. 2020).

Doğudan gelen yün talebi zamanla çiftçilerin tarım topraklarını hayvancılık yapmak üzere bozmalarına neden olmuştur. Öncesinde çiftçilik yaparken gerekli olan insan emeği koyun yetiştiriciliğinde gerekli olmayacaktı. Geniş toprakları ekip biçmek için gerekli olan köylülerden yalnızca birkaçının çobanlığı yeterli olacaktı. Bu durumda köylüler geçimlerini sağlamak için iş imkanlarının bulunduğu kentlere göçedeceklerdi.⁴³⁹

Feodal beylerin tüm bu ekonomik gelişmeler sonrasında parasal gelirleri reel olarak azalmıştır. Kral ve burjuvazi karşısında zayıflamışlardı. Kralın para karşılığında sattığı mevkileri burjuvazi alıp kendi lehine rahatlıkla kullanabiliyordu. Saraya yakın olmak bazen ekonomik çıkar sağlamanın tek yoluymuştu ancak pahalı olan bu yöntemi soyluların uygulaması güçleşmişti. Feodal beyin kendisinin atıyla savaşa katılması zamanla askeri bilgi ve becerisi olmayan kaba kuvvete dayalı küçük bir kalabalığa hükümdar adına kısa savaşlarda önderlik etmesine dönüşmüştü. Savaş teknolojisindeki gelişmeler devletlerin mutlaka profesyonel bir ordu ile çalışmalarını zorunlu kılmaktaydı. Feodal beylerin yetki alanını daraltan diğer bir durum; yerel düzeydeki feodal lordların yargı yetkilerinin zayıflamasına neden olan, profesyonelleşen kraliyet mahkemelerinin yargı yetkilerinin genişlemesi olmuştur. Topraklı soylular geriye kalan yetkilerini hırsla kullanarak burjuvazinin kendilerini tehdit eden ticari ve parasal gücüyle geri planda bir mücadele vererek, kendilerinin rahat yaşam biçimlerini ve toplumsal ayrıcalıklarını korumaya çalışmaktaydılar.⁴⁴⁰ Bir süre sonra daha da güçlenen burjuvazi doğrudan kendisi yönetime aday olacaktı. Feodal dönemin kalıntısı olan yasaları; aristokratlardan yana yontan bir halden, ekonomik güçlerin rahatça çalışmasını sağlayabilecek bir hale getirmeye çalışacaklardı. 16. ve 17. yüzyıllarda aristokratlar kralların erkini sınırlamak isteyip, burjuvalar mutlak monarklardan yana olmuşken, 18. yüzyılda roller değişti. Burjuvazi mutlak monarşiyi özgürlük ve eşitlik (ideolojik) gibi

⁴³⁹ Alaeddin Şenel, **Siyasal Düşünceler Tarihi**, s. 305.

⁴⁴⁰ Gianfranco Poggi, **Modern Devletin Gelişimi: Sosyolojik Bir Yaklaşım**, s. 86.

kavramlarla yani demokratik değerlerle⁴⁴¹ sınırlamak isteklerini dile getirmeye başladılar. Aristokrasi ise safını genellikle geleneksel siyasal ayrıcalıklardan ve bunların savunucusu durumuna gelmiş olan krallığın geleneksel haklarından yana oldu. Burjuva sınıfının gelişmesinin sonucunda bir sonraki evrede ise yaşanan gelişme; mutlak monarşiyi sınırlama eğiliminin artmasıdır. Devletin ekonomiye karşı çıkan ekonomik özgürlükçü yani ekonomik eşitsizlik taraftarı olan burjuva sınıfı, liberal kuramları öne sürmeye başlayacaktır.⁴⁴² Nihayetinde 18. yüzyıl burjuvazinin zaferi ile sonuçlanacaktır.⁴⁴³

C. Sosyal Hakların Gündeme Gelişi

Sosyal haklardan söz edebilmemiz için insan haklarının gelişimine bakmakta fayda vardır. Ancak bu konuya birinci bölümde bulunan; sağlık hizmeti alma hakkının uluslar arası sözleşmelerle korunması ve hizmetin boyutu tartışmaları konusu içerisinde yer verilmiştir. O nedenle burada insan haklarından geriye kalan sosyal haklarla ilgili tarihsel gelişmelere yer verilecektir.

Sanayileşme öncesi kapitalizm yıllarında (1500-1780) tüm toplum kesimlerinin hastalık ve yaşlılık güvencesi, ailesi üzerinden karşılanmaktaydı. Kendi geçimini sağlayacak geliri olmayan aşırı yoksul kesimler hastane ve bakımevlerinde, bakılmaktan ziyade kontrol altında tutulmak maksadıyla ihtiyaçları karşılanmaya çalışılıyordu. Hastane ve bakımevlerinde kalan işsiz ve kimsesizler böylelikle sokaklardan ve kent merkezlerinden uzaklaştırılıyorlardı.⁴⁴⁴ Sonra ki yıllarda oluşturulan kurumlar bu tür sorunları kişisel veya karşılıklılık esasına göre yürütülerek bugünkü modern kurumların yerini almışlardır. İş göremezlik, işsizlik, iş kazası, hastalık, doğum, ölüm, yaşlılık,

⁴⁴¹ Server Tanilli, **Devlet ve Demokrasi Anayasa Hukukuna Giriş**, s. 28.

⁴⁴² Alaeddin Şenel, **Siyasal Düşünceler Tarihi**, s. 309-310.

⁴⁴³ Server Tanilli, **Devlet ve Demokrasi Anayasa Hukukuna Giriş**, s. 29.

⁴⁴⁴ Georg Fülberth, **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, 2008, s. 156-137.

ölüm benzeri sosyal risklerin çoğu aslında sağlık ve sağlık hizmetleriyle yakından ilgilidir.⁴⁴⁵ Bu sosyal riskler sosyal güvenlik çatısı altında toplanmaktadır ancak olası sosyal tehlike durumlarında ya sağlık hizmetine ihtiyaç doğrudan oluşmakta ya da oluşan sosyal tehlike sonrasında bireyin sağlığı bozulması mümkün bir yaşamı zorunlu kılmaktadır.

Sanayi Devrimi'yle kökünden değişmeyle karşılaşan toplum yaşamı, en mühim değişimlerden biri sosyal güvenliğin etkisiyle sağlık hizmetlerinde yaşanmıştır. Üretim ilişkilerindeki değişimlerle bağlantılı biçimde toplumsal yapıda ve iş bölümünde değişimler yaşanmıştır. Toplumsal kısa sürede iki taraf etrafında toplanmıştı. Sınıflardan biri çok zenginleşen kapitalistler, diğeri ise tek gelir kaynağı emek gücü olan işçilerin olduğu alt sosyal sınıftı. İşçilerin kötü yaşam koşullar, çalışma sürelerinin uzun olması, yaşanan iş kazalarının fazlalığı, işten çıkarmaların sıradanlığı, düşük ücret düzeyi, yoksulluk, hastalık ve gelecek güvencesinin olmamasından kaynaklanan huzursuzluk, onları sıkça isyana teşvik etmekteydi.⁴⁴⁶ Bir sosyal sorun olarak görülen yoksulluk 16. yüzyılda yaşanan ekonomik dönüşümün hızına ve kapitalizmle bağlantılıydı.⁴⁴⁷

Sanayi Devrimi'nin bir sonucu olan sosyal hakların tanımlanması ve hak olarak verilmesi için burjuvazinin çok istekli olduğu söylenemez. Haklar, elde edilme sürecinde yaşanan zorluklara ve isteksizliğe rağmen kabul edilmişti. Özünde kapitalist sistem, herhangi bir karşılık almadan, kendi kendine bireylere hak verebilecek bir sistem olmayıp, öyle bir ahlak anlayışına da sahip değildi. Kapitalist toplum düzeninde üretim için ihtiyaç duyulan özelliklere sahip iş gücünün bir sonraki gün çalışmasının yolu sağlıklı olmasına bağlıdır. Sağlıklı olmadığında harcanan para burjuvaziye mali yükler getirecekti. Sanayinin ihtiyacı olan nitelikli iş gücünün olabilmesi için gereken sağlık hizmeti, yine burjuvazinin karşılaması gereken bir maliyetle mümkündü. O halde

⁴⁴⁵ Cemal Hüseyin Güvercin, "Sosyal Güvenlik Kavramı...", s. 89.

⁴⁴⁶ Cemal Hüseyin Güvercin, "Sosyal Güvenlik Kavramı...", s. 90.

⁴⁴⁷ Ayşe Buğra, **Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye'de Sosyal Politika**, s. 25.

sosyal hakların neler olduğu ve ne kadar sunulması gerektiği bireylerin ihtiyaçlarından ziyade, kapitalizmin ihtiyaçları doğrultusunda belirlenir. Buradan yola çıkarak; sosyal hakların elde edilmesi kapitalizmin mücadele de yenilgisi mi, yoksa sosyal haklar kapitalizmin çıkarlarına hizmet etmesi mi, tartışmalıdır.⁴⁴⁸

Devletin insan onurunu sağlayabilmek için yalnızca kişisel hak ve özgürlüklere ruhen ve bedenen koruması, zulme uğramasını engellemesi, aşağılayıcı cezalara maruz kalmasını engellemesi, kişisel dünyasına saygı göstermesi yeterli değildir. İnsanın sosyal ve ekonomik anlamda da korunması, piyasanın koşullarına terk edilmemesi gerekir.⁴⁴⁹ İnsanın özgür olması sadece doğuştan getirdiği haklara ve bunların güvence altına alınmasına değil aynı zamanda koşullarının değiştirilmesiyle de yakından ilgilidir. Devlet ya da belirlenmiş toplum gücü ağırlığını bu koşulların değiştirilmesine yöneltmelidir.⁴⁵⁰

Şehirleşme sanayileşme öncesi aşamada, hiçbir zaman sanayileşme sonrası aşama kadar hızlı olmamıştır.⁴⁵¹ 18. yüzyılın sonlarına doğru sanayileşmeyle birlikte kadın ve çocuklar dahil insanların çalışarak sefalet niteliğinde ücretler aldıkları yıllar olmuştur. Yeni oluşan işçi sınıfının emeğinden başka bir geçim kaynağı bulunmamakla birlikte fiziksel ve ruhsal bir tehlikeye düştüğünde, hem kendisi hem de onun emeğinden geçimini sağlayan kişiler zor duruma düşmekteydi. Yeni üretim ilişkilerinde gelir düzeyinin düşük olması bir takım öncü kişilerin seslerini yükseltmesine ve bu durumu düzeltmek için girişimde bulunmaya yöneltmiştir. Devlet ise bu duruma kayıtsız kalamamış yasalar yoluyla müdahaleye yöneldiği görülmektedir.⁴⁵²

⁴⁴⁸ Umut Omay, “Sosyal Hakların Manipülasyonu...”, s. 125.

⁴⁴⁹ İlyas Doğan, “Alman Öğretisinde İnsan Onuru ve Güncel Sorunlar Hakkında Kısa Bir Giriş”, **Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, 2005 Cilt 13, Sayı 2, s. 52.

⁴⁵⁰ Mümtaz Soysal, “Hak ve Özgürlükler Bakımından 1961 Anayasasının Evrensel Anlamı”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 1970 Cilt 24 Sayı 1, s. 91-92.

⁴⁵¹ Eyüp G. İsbir, **Şehirleşme ve Meseleleri**, Baran Ofset, Ankara, 1991, s. 20.

⁴⁵² Süleyman Özdemir, **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti**, 2. Baskı, İTO Yayınları, 2007, İstanbul, s. 21.

Sanayideki gelişimin en hızlı yaşandığı 1850-1920 yıllarında yoğun insan hareketlerinin olması ve kentleşmeyle beraber sağlık hizmetine olan gereksinim artmıştır. Bu süreç içerisinde hastalık ve bilim konusunda ki ön yargıların değişmesi, sağlıkla ilgili işbölümü ve uzmanlaşmaya gidilmesi, Batı Avrupa’da riskin paylaşılması görüşünden sigortacılık fikrinin doğması, hayırseverliğin yöneticilikle devşirilmesine benzer nedenler ülkelerin kendilerine has sağlık örgütlenmelerini oluşturmalarına sebep olmuştur.⁴⁵³

Genel ulusal farklılıklar göz ardı edilirse, sanayi devrimindeki tüm burjuva toplumları siyasal ve anayasal devlet kurma yönündeki eğilimleri benzerdir. Bu anlamda; özel mülkiyet kanunlarda yer almış, demokrasi ise üretim ilişkilerinin müsaade ettiği miktarda genişleyip, daralmıştır. Bu yıllarda merkezi hükümetler; yol, eğitim, posta, ordu ve iç güvenlik gibi işleri sahiplenmiştir. Yoksulluk ise yerel yönetimlerin çözmesi gereken bir problem olarak görülmüştür.⁴⁵⁴

Sosyal hakların verilmesinin bir nedeni seçimlerle ilgiliyken diğer nedeni sanayi devrimiyle ilgiliydi. 1830’lardan önce toplumdaki herkesin oy kullanması mümkün değildi. Bunun için; servet, cinsiyet, ırk ve eğitim ölçüleri dikkate alınıyordu. Yalnızca belirli servete sahip olan erkekler eğer ırkları da uygunsa oy verebilmekteydiler. Eğitimde yetenekler bir ölçü içerisinde seçmen olabilme hakkını düzenliyordu. Milli egemenliğin temsili olarak gelişen parlamentolar dolayısıyla milletin tamamını temsil etmiyordu. 17. yüzyılda başlayan aydınlık çağı 18. yüzyılda giderek kuvvetlenmiş Amerika Birleşik Devletleri Anayasası, bu anayasanın ilanı için yapılan hürriyet mücadelesi ve sonunda da İngiltere’de ki etkileri 1832 yılında İngiliz Lordlar Kamarası’nın aldığı bu kararla büyük bir karar almıştır. Bu ise servete dayalı oy sisteminin yaklaşık yarısının arttırılması olmuştur. Ardından 1867’de yeniden bir düzen getirilerek tüm erkek işçilere bir oy hakkı verildi. Bu tarihten sonra 1892’de İşçi

⁴⁵³ Haydar Sur, “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi...”, s. 218.

⁴⁵⁴ Georg Fülberth, **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, 2008, s. 162-163.

Partisi'nin kurulması ve parlamentoya bir işçi milletvekilinin girmesi bir başlangıç oluşturdu. Diğer ülkelerde de gerçekten milleti temsil eden , milletin temsilcisi niteliğini kazanarak gitgide daha fazla milletvekilini meclise sokan sol grupların etkisinde kaldı ve bu etki dolayısıyla parlamentolar herkesin menfaatlerini, herkesin hayat şartlarını düşünen kuralları oylamaya koymaya başladılar. Çoğunlukla da bu oylamalar neticesi olumlu sonuçlanmıştır.⁴⁵⁵

Amerikan ve Fransız Devrim'leriyle siyaset despotizm yenilgiye uğratıldıktan sonra, ihtilali yapan güçlerin başlıca hedefi devlet iktidarının sınırlandırılması olmuştur. Onlara göre özgürlük, devletin müdahale ve faaliyet alanlarının daralmasıyla eşdeğerti. Bunun sonucunda maddi ve manevi benliğini serbestçe geliştirmek olanağına sahip olunacaktı. İnsan hak ve özgürlükleri devleti iktidarını sınırlamakta böylelikle kişiye bir özel alan vermekte, ona serbest hareket çevresi kazandırmaktaydı.⁴⁵⁶ Burjuvazi öncülüğünde şekillenen Fransız Devrimi'ne geniş halk kitlelerinin desteğı sağlanmış, özgürlüğün yanında eşitliğe ilişkin söylemlerin de önemli bir etkisinin olduğu görülmüştür. Örneğın Devrim esnasında “özgürlük, eşitlik ve kardeşlikten” bahsedilmiş ancak ekonomik anlamda zor durumda bulunan emekçi kesimler ve geniş halk kitlelerinin durumunu iyileştirebilecek eşitlik ve özgürlük anlayışı uygulamaya konulamamıştır. Bunun yerine haklara sahip olma temelinde ve daha çok burjuvazinin çıkarlarıyla uyumlu bir yaklaşım benimsenmiştir. Bu bağlamda herkesin haklara sahip olma bakımından eşit olduğu; siyasi hakların da bu kapsamda yer aldığıın üzerinde durulmuştur. Dolayısıyla bütün vatandaşların siyasi eşitliğini benimseyen bir demokrasi yaklaşımıyla; “eğer bütün insanlar eşit yaratılmış ve devlet de bunları korumak için var ise, bütün vatandaşlar devlet yönetiminde söz sahibi olmalıdır” düşüncesi kabul edilmiştir. Ancak söz konusu düşünce dahi, uygulamaya aktarılırken burjuvazi çıkarları ekseninde düzenlenmiştir. Nitekim somutlaştırmak gerekirse, 1793 Fransız Anayasası

⁴⁵⁵ Orhan Aldıkacı, “Sosyal Devlet”, **Anayasa Yargısı Dergisi**, 1997 Cilt 14, s. 81.

⁴⁵⁶ Server Tanilli, **Devlet ve Demokrasi Anayasa Hukukuna Giriş**, s. 163-164.

hariç 1791'den 1848'e kadar kabul edilmiş olan bütün anayasalarda, siyasi haklar, sadece mülk sahibi olduğu için vergi veren vatandaşlara tanınmıştır. Dolayısıyla bu dönemde, mülkiyet hakkına sahip olmak ile iktidarda söz sahibi olma hakkı eşdeğer görülmüş ve siyasi haklara sahip olabilmek için belli miktarda mala sahip olmak gerekmiştir. 1793 Anayasası'nın başında bulunan İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi'nde kamu yardımlarından yararlanmanın bir hak olduğuna yer verilmiştir.⁴⁵⁷

Haklar, hak sahiplerine iktidarı örgütleme, iktidarla mücadele etme ve iktidarı karara bağlama aracıdır. Bu fonksiyonlar sıkça çatışmaktadır. Haklar, düşüncelerin vasıtasıyla gelişerek; gelenekler, ahlak kuralları ve yasalar haline gelirler. Somut haklar, bireylerin ve halkın soyut haklarını tamamlamak üzere ortaya çıkarlar. Kadınların, çocukların ve yetişkinlere, proleterlere, köylülere; eğitim, öğrenim, sağlık ve doğa hakkı gibi haklar biçiminde sıralayabiliriz.⁴⁵⁸ Yukarıda verilen hakların sağlanması ve oluşan düşünsel ortam burjuvazinin güçlenerek, kral ve aristokrasiye karşı verilen mücadeleye dayanmaktadır. Liberal yaklaşıma uygun olarak bireyi iktidar ve diğer bireyler karşısında koruyarak, onun güvenliğini ve özerkliğini sağlamıştır. Sanayi devrimiyle beraber oluşan işçi sınıfının yoksulluk nedeniyle bu haklardan yararlanmadıkları görülmüştür.⁴⁵⁹ Sosyal politikalarla başlayan bu dönem 18. yüzyılın ikinci dönemine rastlamaktadır. Sanayileşmeyle sosyalist düşüncelerin doğuşu ve demokratikleşme hareketlerinin başlaması ekonomik, düşünsel ve siyasal yeni bir oluşum dönemini başlatmıştır.⁴⁶⁰ 18. yüzyıl felsefi düşüncelerinde, o zamana değin yürütülmüş olan yardım düzeneklerine bakışla alakalı önemli zihinsel değişiklikler olmuştur. Bu durum Montesquieu'ya göre devletin yükümlülüğü; sadaka dağıtmak değil halka güvence

⁴⁵⁷ Mehmet Semih Gemalmaz, "Tarihselliği Bağlamında İnsan...", s. 57-61.

⁴⁵⁸ Kıvılcım Akkoyunlu Ertan, "Kent Hakkı Üzerine...", s. 131.

⁴⁵⁹ Nihat Bulut, **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, s. 29.

⁴⁶⁰ Cahit Talas, "Sosyal Haklar ve...", s. 46.

sağlamak, gıda, giysi vermek ve sağlıklı olabilmesine yetecek hayat şartlarını hazır etmektir.⁴⁶¹

Bireylerin sonsuz özgürlüğüne inananlar, sanayi devriminin doğurduğu toplumsal tezatları umursamayanlara karşı eleştiriler ve yapılan mücadeleler, ikinci kuşak hakların hayata geçirilmesini sağlamıştır.⁴⁶² Sosyal haklarla ilgili ilk siyasal belge 1848 Fransız Anayasası'dır. Aynı yıl ortaya çıkan işçi hareketleri sonrasında işçi-işveren uzlaşması sonrasında kabul edilmiştir. İçeriğinde çalışmanın, mülkiyetin, aileye yaslanmış bir devlet düzenini kabul etmiştir. Eşitliğin, özgürlüğün ve kardeşliğin başat olduğu; bedelsiz temel eğitim, mesleki eğitim, sakatlara, fakirlere ve kimsesizlere koruyucu düzenlemeleriyle sosyal haklar yer bulmuştur. Devlet artık vatandaşına sayılan sosyal hakları sağlayacağına söz vermiş bulunmaktaydı.⁴⁶³

Sosyal haklar, mali anlamda güçsüzleri, işçilerin hak ve faydasını, emekle ürün arasında güç dengesinin sağlanması için, devletin sorumlu olduğu önlemlerin tümü olarak tanımlanabilir. Halkın tümünün refahını yükseltmeyi amaçlar, bu bağlamda sosyal refah devleti düşüncesiyle özdeşleşebilir. Sayılan haklara hukuk sistemleri içinde yer vermiş ve bunun için uğraş veren devletlere sosyal devlet denir.⁴⁶⁴ Kapitalist ülkelerde yaygın sosyal devlet uygulamaları bir yandan yükselen işçi taleplerini karşılarken, diğer yandan sistemin ekonomik modelinin uygulanabilmesi için bir gereklilik olarak görülmektedir.⁴⁶⁵

Sosyal devlet uygulamalarına çeşitli liberal eleştiriler söz konusudur: sosyal devletin planlama, vergilendirme ve korumacılık politikalarının genişletilerek uygulanması mülkiyet, girişim ve mübadele özgürlüklerine müdahale edilmesi sonucunu doğurduğu iddia edilmektedir. İkinci eleştiri sosyal malların kolektif

⁴⁶¹ Cemal Hüseyin Güvercin, "Sosyal Güvenlik Kavramı...", s. 90.

⁴⁶² Nihat Bulut, **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, s. 30.

⁴⁶³ Nihat Bulut, **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, s. 50-51.

⁴⁶⁴ Cahit Talas, "Sosyal Haklar ve...", s. 43.

⁴⁶⁵ Onur Hamzaoğulları, "Reel Sosyalizmin Çözülüşünün İpucu: Alma Ata Bildirgesi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, 2002 Cilt 17 Sayı 2, s. 107.

sağlanmasının belli mal ve hizmetler arzında devlet tekeline yol açtığı bunun da özgürlük karşıtı bir durum doğurduğudur. Üçüncüsü sosyal adalet anlayışının anlamsız ve adalet karşıtı olduğu iddia edilmektedir.⁴⁶⁶ Dördüncü eleştiri; devletin müdahalesini gerektirdiğinden insan hakkı olarak sayılamayacağıdır. Ancak her halükarda insan hakları bireyin değerini muhafaza eden, insanın kendine yakışır bir hayat sürmesini güvenceye alan araçlar olmasından dolayı ahlaki talepler olarak kabul edildiğinden negatif ya da pozitif bir davranış içermesinin önemi yoktur. Beşincisi; birinci kuşak hakların sosyal haklara göre daha üstün olduğu iddiasıdır ki herkes bir gün sosyal haklara ihtiyaç duyabilir. Nitekim bu savı ileri sürenlerin sınıfsal olarak ihtiyaç duymadıkları düşünülebilir.⁴⁶⁷ Altıncı eleştiri; sosyal hakların tüm ülkelerde uygulanan evrensel bir hak olmadığı, uygulanabilirliğinin zor olduğunu söyleyenler bulunmaktadır. Liberal bir eleştiri sosyal hakların sağlanırken birinci kuşak haklar tahrip edilebilecektir. Devlete düşen yalnızca özel mülkiyeti güvence altına alarak yurttaşların güvenliğini sağlamak olduğu savunulmaktadır.⁴⁶⁸ Hatta sosyal devletin kimi uygulamaları bazı insanların haklarını kısıtlayıcı yönde olabilmektedir. Eğer yaşayabilmek için; tam istihdam ve çalışma gücü muhafazasının teminat altına alınması gerekli görülürse hürriyete ve mülkiyete artan bir devlet müdahalesi gerekir. Kimi zamansa sosyal ihtiyaçların eşit bir şekilde karşılanması veya sosyal gerilimlerin bertaraf edilmesi zarureti doğduğunda; mülkiyet hakkının bağlanması, sınırlandırılması ve sahibinden alınmasını istemektedir.⁴⁶⁹ Oysa sosyal haklar birinci kuşak hakları kısıtlamaz güçlendirir çünkü büyük eşitsizlikleri kaldırarak tüm toplum kesimlerinin insan haklarından eşit ölçüde yararlanmasını hedeflemektedir.⁴⁷⁰

⁴⁶⁶ Mustafa Erdoğan, **Anayasa Hukukuna Giriş**, Adres Yayınları, Ankara, 2004, s. 248

⁴⁶⁷ Oktay Uygun, **Küreselleşme ve Değişen Egemenlik Anlayışının Sosyal Haklara Etkisi**, s. 268-269, www.anayasa.gov.tr/files/pdf/anayasa_yargisi/anyarg20/uygun.pdf, (Erişim Tarihi:27. 02. 2019).

⁴⁶⁸ Nihat Bulut, **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, s. 58-59.

⁴⁶⁹ Ernst Rudolf Huber, “Modern Endüstri Toplumunda Hukuk Devleti ve Sosyal Devlet”, Çev. Tuğrul Ansay, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, 1970 Cilt 27 Sayı 3-4, s. 46-47.

⁴⁷⁰ Oktay Uygun, **Küreselleşme ve Değişen Egemenlik Anlayışının Sosyal Haklara Etkisi**, s. 268-269.

Sağlık hakkının temel haklar arasında görülüp görülmemesi gerektiği bazı liberallerce bir tartışma konusu olabilmektedir. Kimi liberal düşünürler insan haklarıyla sosyal haklar arasına hayli uçurum koymaktadırlar. Örneğin; Robert Nozick’e göre; insan haklarını yalnızca “birinci kuşak” haklarla, sivil ve politik haklarla sınırlamaktadır. Sosyal ve ekonomik haklar bu kapsamın dışındadır.⁴⁷¹

Sağlık hakkıyla insan hakları arasında sarmalanmış bir ilişkiler ağı bulunmaktadır. Nitekim insan haklarının ihlal edilmesinde ya da buna duyarsız kalınmasında ciddi sağlık sorunları doğabilecektir. Sağlık politikaları ve programlarını yapılması ve uygulanması biçimine göre insan haklarının gelişmesine ya da ihlal edilmesine neden olabilirler. İnsan haklarına duyulan saygının çerçevesi genişletilerek yapılan koruma ve uygulamalar, sağlığı bozuk ve korunmasız olanlar için iyileştirici adımlar olabilir.⁴⁷²

Kapitalizmde işçi sınıfı dışındaki toplum kesimleri olan köylüler ve kendi hesabına çalışan küçük üreticiler kapitalist ekonomiye bütünleşmiş olmadıklarından önem arz etmemiştir. O nedenle çok sonraları bu sınıfların sağlığı bulaşıcı hastalıklar gibi diğer toplumsal sınıfları ilgilendirir boyuta geldiğinde, kenti, burjuvaziyi, işçi sınıfını tehdit edecek sağlık sorunlarının kaynağı olduklarında gündeme alınmışlardır. Bundan dolayıdır ki uzun yıllar sağlık sigortalarının dışında tutulmuşlardır. Yüksek gelirli merkez kapitalist ülkelerde bu tarih 20. yüzyılın ortaları olmuştur.⁴⁷³

Sosyal devletin temel bileşeni olan sosyal güvenlik yasalarının çıkarılmasıyla, sosyal güvenlik güvenceye alınmıştı. Ancak, modern devletin tezahürlerinden olan sosyal devletin ayırıcı rolü; sadece devletin sosyo-ekonomik yaşamla ilgili müdahaleleri değildir. Nitekim liberal ekonominin hâkim olduğu ülkelerde bile devlet hiçbir zaman tam manasında ekonomiden kendini soyutlamamıştır. Modern devlet, var olmaya başlamasından şimdiye ekonomide esas bir etken olmuştur. Neredeyse tüm devlet

⁴⁷¹ Robert Nozick, **Anarşi, Devlet ve Ütopya**.

⁴⁷² WHO, “25 Questions&Answers...”, s. 8.

⁴⁷³ Erhan Nalçacı (Edit.), Onur Hamzaoglu, Erkin Özalp, **Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü**, s. 153.

biçimlerinde devlet, az ya da çok sosyo-ekonomik yaşama müdahalede bulunmuştur. Sosyal devlet, eşitsizlik, yoksulluk, sosyal adalet, insan hak ve özgürlüklerini hedef edinmesi ve bu doğrultuda politikalar oluşturmasıyla diğer devlet tiplerinden ayrılır. Modern devlet, 18. yüzyıl öncesi uygulamalarında koruyucu devlet olma şeklinde piyasaya müdahalede bulunmaktaydı. Devletin korumacı tutumuyla, sosyal politika uygulamaları uç yoksulluğu ve kitlesel isyanları önlemekteydi. Nitekim yoksulluk, kapitalizmin doğduğu 16. yüzyıldan itibaren ortaya çıkmış bir sorundu ve buna dair aktarılan kaynaklar modern sosyal politikanın öncü uygulamalarıydı. Ancak bu politikalar madden eşitlik ve sosyal adalet sağlamayı hedeflememekteydi. Gönüllü unsurlar öne çıkmaktaydı. Geçmişte yapılan sosyal politika tartışmaları çoğunlukla yoksullukla mücadeleye yer verirken, vatandaşlık bilincinin gelişmesiyle sosyal haklara ve sosyal hizmetlere herkes tarafından erişilebilir olması önem arz etmiştir.⁴⁷⁴ Sosyal politika dar anlamda 19. yüzyılın ikinci yarısında Almanya’da; işçileri sanayileşmenin neden olduğu sosyal tehlikelere karşı korumak, çalışma koşullarını iyileştirmek amacını gütmekteydi. Geniş anlamda ise eğitim, sağlık, çevre, konut, barınma, yerleşme, personel ve demokratikleşmeyi içerecek bir düzlem ifade edilmekteydi.⁴⁷⁵

Sosyal devlet öncesi dönemde; bireyin refahının sağlanması hususunda ortaya çıkan tablo, gönüllü ve dayanışmacı sosyal yardım metotlarıyla çalışanların kendi kaderine terk edilmesi şeklinde olmuştur. Sosyal güvenlik hususunda, devlete doğrudan bir rol yüklenmemiş ve bireylerin kendi tasarrufları ya da mesleki dayanışma kurumları aracılığıyla bu sorunu aşmaları gerektiği anlayışı benimsenmiştir.⁴⁷⁶ Bireyin tek başına yeterli olduğunu, yetmediğinde geleneksel kurumlar olan aile ve kilise gibi dayanışma topluluklarına rol yüklemekteydi. Birey refahı gönüllülüğe ve piyasaya bırakılmıştır.

⁴⁷⁴ Özge Yücel Dericiler, “Sosyal Haklara İlişkin Devlet Yükümlülükleri ve Devletin Değişen İşlevi”, **Hukuka Felsefi ve Sosyolojik Bakışlar-V Sempozyumu**, 13-17 Eylül 2010 İstanbul, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul, 2012, s. 125-126.

⁴⁷⁵ Sami Güven, **Sosyal Politikanın Temelleri**, 4. Baskı, Ezgi Kitabevi, Bursa, 2009, s. 13-14.

⁴⁷⁶ Norman P. Barry, **Modern Siyaset Teorisi**, Çev. Mustafa Erdoğan ve Yusuf Şahin, Liberte Yayınları, Ankara, 2003, s. 285-287.

Hak temelli rasyonel ilkelere dayanmamıştır. Yoksulluğa kendi kusuru olmaksızın düşmüşse yerel yönetimler tarafından, bedavacılığa alıştırmadan ve çalışması karşılığında yardım edilecektir. Yardım sürekli, evrensel ve kurumsal olmayacaktır.⁴⁷⁷

Sosyal devletin piyasaya müdahalede kullandığı başlıca yöntemlerden bir diğeri, başta sosyal güvenlik olmak üzere sosyal hakların tam olarak sağlanmasıdır. Bu çerçevede sosyal yardımlar ve sosyal sigortalardan oluşan sosyal güvenlikle milli gelirin; toplumun zengin kesimlerinden, yoksullukla boğuşan yoksul kesimlerine doğru bir yeniden dağılım gerçekleşmektedir.⁴⁷⁸ I. Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan anayasalarda bazı sosyal ve ekonomik haklara yer verilirken, İkinci Dünya Savaşı sonrasında pek çok uluslararası belgede ve anayasada sosyal ve ekonomik haklara daha sistematik ve ileri bir düzeyde yer verilmiştir. Bu çerçevede devletler; sosyal devlet olabilmenin gereği olarak eğitim, sağlık çalışma, sendika, grev ve sosyal güvenlik hakları gibi sosyo-ekonomik haklara, anayasalarında kapsamlı düzenlemeler yapmışlardır.⁴⁷⁹ Bu nedenle sosyo-ekonomik haklar; bireyi baskı altında tutan tüm şartlardan kurtulmayı, gerçekten özgür olmasını, sosyal eşitliğe dayalı toplum kurulmasını, eşitlik aracılığıyla özgürlüğün sağlanmasını, toplum içerisinde sosyal ilişkilerin giderilmesini, sınıflar arası dengenin kurulmasını ve maddi eşitsizliklerin ortadan kaldırılması ya da azaltılmasını amaçlamaktadır.⁴⁸⁰

Sağlık hizmetleri, sosyal sigorta içerisinde sunulan bir hizmettir. Sağlık hakkının temel haklar içerisinde yer alması, sosyal hakları insan hakkı olarak görmeyenler tarafından eleştirilmiştir. Bu görüşte olanlar için; “sosyo-ekonomik haklar özelinde ise sağlık hakkı, bireylere sormaksızın ödevler yükleyen, bireylerin ürettiği sosyal refahı başkalarına dağıtan ve bunu zorla yapan bir temelde bulunmaktadır”. Bu bakışı sağlamlaştırmak adına, insan haklarının sadece birinci kuşak haklardan ibaret olduğu,

⁴⁷⁷ Songül Sallan Gül, **Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa!**, s. 144.

⁴⁷⁸ Norman P. Barry, **Modern Siyaset Teorisi**, s. 289-290.

⁴⁷⁹ Norman P. Barry, **Modern Siyaset Teorisi**, s. 271.

⁴⁸⁰ Norman P. Barry, **Modern Siyaset Teorisi**, s. 285-287.

sosyal hakların -ve bu arada sağlık hakkının- temel haklara sınırlamalar getirilmesini gerektirir.⁴⁸¹ Bu sınıflandırma dışında kişisel ve siyasal haklar maliyetsiz ve devlete herhangi bir olumlu edimde bulunma zorunluluğu olmayan, sosyo-ekonomik ve kültürel haklar ise maliyetli ve devletten olumlu yönde bir edimle gerçekleştirilebilirler. Bunun sonucunda ortaya çıkan uygulamalar politik olarak düşünülebilir. Ayrıca ekonomik, sosyal ve kültürel haklar zamanla gerçekleştirilebilecek ideal bir hedeftirler. Maliyetli olduğu ise devletin doğru uygulama ve politikalarıyla ortadan kaldırılabilecektir. Nitekim sosyal güvenlik gibi kullanıcılar tarafından karşılanan sosyal hakların maliyeti çalışanlardan kesilen primlerle karşılanmaktadır. Bir program dâhilinde devletin mali olanakları ölçüsünde gerçekleştirilmesi, hakkın özüne zarar vermesi nedeniyle kabul edilemez. Sağlık hakkı devletlerce anne ve çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklık kazandırma gibi bir takım konuları içermektedir. Bu hizmetlerin zamanla bir program dâhilinde yapılması kabul edilemez. Devletten olumlu edim yapması halinde sonuçları pozitif olacak bu haklar köken olarak kişisel ve siyasal haklar kadar ideolojik olabilir; çünkü kişisel ve siyasal haklara vurgu yapanlarda serbest piyasa ekonomisi ve liberal temelli savunular yapmaktadırlar.⁴⁸² Burada fayda kavramına yalnızca doğrudan fayda gözüyle bakılmakta, toplumun diğer fertlerinin faydasının bireye olumlu yansıyacağı üzerinden faydayı görememektedirler. Toplumun her bir bireyine hizmet sunmak kadar genelin iyiliğine hizmet etmek de devletin görevidir. Bir tersten okuma yapıldığında sağlık hizmetlerini bedel ödeyerek alabilenler; toplumun diğer üyelerine dolaylı fayda sağlamış olmaktadır.⁴⁸³

Sağlık hizmetinin dar çerçeveli bir tedavi hizmeti olmaktan çıkması ve halkın topluca sağlığının öne çıkartılması, her insanın eşit değerde olması fikrinin yükseldiği; bunu vurgulayan siyasi ve ekonomik devrimlerin gerçekleşmesiyle mümkün olmuştur. Monarşi ile yönetilen imparatorlukların yıkılarak daha halkçı yönetimlerin gelmesi tüm

⁴⁸¹ Mustafa Erdoğan, **İnsan Hakları Teorisi ve Hukuku**, s. 72-73.

⁴⁸² Bülent Algan, **Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Hakların Korunması**, s. 128-154.

⁴⁸³ Özgür Temiz, “Türk Hukukunda Bir...”, s. 171.

bireylerin sağlıklı olmalarını hedef edinmiştir. Devletin bu sorumluluğu üstlenmesi, halkın sağlığını bireyin sağlığından daha önde tutan hekimlerin ortaya çıkışına olanak sağlamıştır. Geçmişten günümüze doğru cereyan eden aydınlanma dönemi, ulusal devletlerin kurulması, sosyal devlet anlayışı ve sosyalist devletlerin oluşumu; halk sağlığı ve koruyucu hekimliği öne çıkartan bir toplumsal yapılanmanın önünü açan faktörler olmuştur.⁴⁸⁴

İkinci Dünya Savaşı öncesi dünyada liberalizmin olumsuz ve eksik yanlarını gidermenin yanında, savaş sonrası yıkımın inşası için devletler sosyal ve ekonomik hayatta düzenleyici politikaları uygulamaya koymuştur.⁴⁸⁵ Bunun dışında öncü sermaye sahipleri; emek kesimlerinin sermayeye karşı direncini kırmak, kısmen dünyada yükselmekte olan sosyalizme karşı tedbir almak, kısmen de popülerlik kazanmak amaçlı sosyal politika geliştirmede öncülük etmiş ve bu amaç için kaynak tahsisine müsaade etmişlerdir.⁴⁸⁶

Refah devleti ile sosyal devlet zamanla birbirinin yerine kullanılmışlardır. Refah devleti (Etatprovidence) Fransızca'da ilk kez 1791 tarihinde kullanılmıştır. Almanca'da refah devletinin karşılığı olarak 1870'li yıllarda "Wohlfahrstaat" kavramı; 1880'li yıllarda ise Bismarck'ın reformlarını nitelendirmek için sosyal devlet anlamına gelen "Sozialstaat" kavramı kullanılmıştır. İngilizcede refah devletinin karşılığı "Welfare State" olup, ilk kez 1940'lı yıllarda ortaya atılmıştır.⁴⁸⁷ Refah devleti daha çok sanayileşmiş ülkelerde gelirin dağıtılmasını; sosyal devlet ise sanayileşmenin ortaya çıkardığı sosyo-ekonomik sorunları telafi etmek maksadıyla alınan tedbirleri ifade

⁴⁸⁴ İlknur Arslanoğlu (Edit), **Tıp Bu Değil I**, s. 171.

⁴⁸⁵ İlknur Arslanoğlu (Edit), **Tıp Bu Değil I**, s. 171.

⁴⁸⁶ İzzettin Önder, "Sosyal Hakların Ekonomik Açıdan İrdelenmesi", **Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu**, 22-23 Ekim 2009 Antalya, s. 21.

⁴⁸⁷ Pierre Rosanvallon, **Refah Devletin Krizi**, Dost Kitabevi, Ankara, 2004, s. 119.

etmektedir. Ancak ülkemizde “sosyal devlet” sözü “refah devleti” yerine kullanılmaktadır.⁴⁸⁸

Klasik koruyucu devletin derinleştirilmesinin uzantısı ve aynı zamanda devlette radikal uygulamalarla refah devletinin temelleri atılacaktı. 18. yüzyıldan itibaren demokratik ve eşitlikçi hareketin etkisiyle devlette bir radikalleşme süreci yaşanmıştır. Yaşamın ve mülkiyetin korunmasından başlanarak yeni haklar doğmaya başlamıştır. 1789 Fransız İnsan ve Yurttaş Hakları Bildiri’si doğal hukuk öğretisi yönünde bir bakış açısıyla yazılmış, ikinci maddesinde kişinin doğal ve zamanaşımına uğramaz haklarının (mülkiyet, özgürlük, kamu düzeni, baskıya karşı direnme) olduğunu yazmıştır. 21. maddesinde yardımların kamu eliyle yapılmasının kutsal bir borç olduğu, ihtiyaç sahipleri için devletin iş vermesi ya da geçinmesi için yeterli fırsatları sağlamak zorunda olduğu düzenlenmiştir. Görüldüğü üzere sosyo-ekonomik haklar yurttaş olmanın tabii bir sonucu olarak tariflenmektedir. Gerçek yurttaş mülk sahibiyse; devletin de diğer yurttaşların mülkiyet sahibi olmalarını sağlayacak sosyal mekanizmalar kurması gerekmektedir.⁴⁸⁹ Devlet ile bireyin ilişkilerinde farklı bir yön veren sözler, her geçen gün alışılmadık bir yardım anlayışının ortaya çıkmasına yol açmıştır. Dikkatleri yoksulluk kavramına çekmiş, tam istihdam, tıbbi yardım gibi konulara yeni yaklaşımları gün yüzüne çıkarmıştır.⁴⁹⁰

Yeni bir ev alamayacak durumda olduklarından yoksullar, varlıklı kimselerin bıraktığı kent merkezindeki eski mahallelere yerleşmekteydiler. Diğer seçenekleri ise yığma bloktan yapılan yoksul evleri, Almanya’da “kiralık barakalar” (Mietskasemen) olarak bilinen küçük müteahhitlerce inşası yapılan evlerdi. 1866-1874 yılları arasında Glasgow’da inşa edilen konutların yüzde yetmiş beşi bir ya da iki odası bulunmakta, ona rağmen hepsi ağzına kadar doluydu. Bu yüzden 19. yüzyıl kenti dendiğinde “aşırı

⁴⁸⁸ Özge Yücel Dericiler, “**Refah Devletinin Krizi Kısılcasında Ekonomik-Sosyal Haklar ve Devletin Yükümlülükleri**”, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku (Genel Kamu Hukuku) ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2010, s. 11.

⁴⁸⁹ Pierre Rosanvallon, **Refah Devletinin Krizi**, s. 22.

⁴⁹⁰ Cemal Hüseyin Güvercin, “Sosyal Güvenlik Kavramı...”, s. 90.

kalabalık” yerler ve “teneke mahalleler” anlaşılır ve kentleşme arttıkça kalabalığı da artmaktaydı. Sağlıktaki reforma ve planlamanın varlığına rağmen, kent nüfusu büyük olasılıkla bu dönemde de artmayı sürdürdü. Ne sağlıkta ne de ölüm oranlarında bir iyileşme olmadı, bozulan yerlerde üzerine tuz biber ekti. Maalesef sürekli bir iyileşme bu dönemde sağlanamadı.⁴⁹¹ Buralarda ikamet eden insanlar kentin sahip olduğu çoğu hizmeti ya yeterince ya da tamamen alamamaktaydılar.⁴⁹²

Sanayi Devrimi’nin başlarından, 18. yüzyıl sonuna kadar Almanya’da yasalar, devletin ihtiyacı olan vatandaşların beslenme ve bakımlarını halihazırda bulunan meslek örgütleri (loncalar) ve yerel yönetimler kanalıyla temin etmek durumundaydı. Diğer taraftan, verilen yardımların çeşidi ve tutarıyla finansman edileceği kaynak muğlak bırakılmıştı.⁴⁹³⁴⁹⁴

Ekonomik bakımdan büyük bir gelişme dönemine girilen bu yıllarda, sosyal bakımdan büyük halk kitlelerinin proleterleşmesine yol açtı. Bu proleterleşme sürecinde liberal doktrin de en az sanayi devrimi kadar rol oynamıştı. Nitekim bu devrin fikir ve anlayışı olan liberalizm, filozofik ve sosyal görüşleriyle günlük yaşamı dahi tesiri altında bırakmıştır.⁴⁹⁵ Klasik liberal anlayışa göre devletin sadece adalet, iç güvenlik ve ulusal savunmada rol alması istenmişti. Devlet sosyal adaleti sağlamak için yeniden dağıtıcı politikalar uygulayamazdı. Böyle uygulamalar bireysel özgürlüğe ve piyasa ekonomisine müdahale etmek olacaktı. Yapılacak bu yönde bir müdahale beklenen etki yerine, özgürlüklerin kısıtlanmasına ve yönetimde despotik eylemlere yol açabilecektir. Liberaller bürokrasinin genişlememesini istemekte, toplumsal ilişkilerinse kendi iç dinamikleriyle çözülmesini bekleme taraftarıydılar.⁴⁹⁶

⁴⁹¹ Eric Hobsbawm, **Sermaye Çağı: 1848-1875**, s. 231.

⁴⁹² Tevfik Erdem, “Yoksulluk”, **Feodaliteden Küreselleşmeye** içerisinde, Tevfik Erdem (Edit.), Lotus Yayınevi, Ankara, 2009, s. 322.

⁴⁹³ Sait Dilik, **Servetin Geniş Kitlelere Yayılması**, s. 59-60.

⁴⁹⁴ İbrahim Ateş, “Hayri ve Sosyal Hizmetler...”, s. 55-88.

⁴⁹⁵ Cahit Talas, **Sosyal Politika**, s. 13.

⁴⁹⁶ Fatih Duman, “Modern Siyasal İdeolojiler”, **Feodaliteden Küreselleşmeye** içerisinde, Tevfik Erdem (Edit.), Lotus Yayınevi, Ankara, 2009, s. 158.

Köyden göçeden emeğiyle geçinen kesimler için kentler yeni yoksulluk merkezleriydi. İngiltere'nin sanayi kentlerinde toplanmış; kırsaldan gelenler gecekondu nüfusuna dönüşmüşlerdi; aile bağları yozlaşma yönünde ilerlemiş ve kırsal bölgelerin büyük bir bölümü sanayi atıklarının tesiriyle hızlıca yok olmaktaydılar.⁴⁹⁷

19. yüzyılın ortasında Britanya ve Belçika'da kentin yarı nüfusu proletaryadan oluşuyordu. Geri kalan nüfus henüz toprağa bağlıydı. 1750-1830 tarihleri arasında reel ücretler üçte biri ya da beşte ikisi oranında geriye gitti. Bu duruma bir de büyük bir açlık dalgası eşlik etmişti. Britanya'ya göç eden bir buçuk milyonluk nüfusa iş verebilecek kadar sanayi hızlı büyümemişti. İstihdam edilemeyen işçi proletaryaları devrimci bir hareketin ön hareketini barındırmıştır.⁴⁹⁸

Sanayi devrimiyle birlikte bütünleşemeyen işsiz kitleler arasında ciddi yoksulluğa düşmüşlerdir. Dönemsel ve sürekli işsizlere eski fakirlik yasaları uygulanmıştır. Yasanın işlevi kimsesiz ve yoksulları kendi evinde besleyerek kontrol altında tutmaktır. 1795'te Berkshire'deki asliye hukuk mahkemeleri, tarım işçilerine kendi bölgelerinde verilmek üzere asgari maaş verilmesini öngören "Speenhamlan Yasası"nı kabul etmişti. Eğer tarımda çalışan bir işçinin kazancı asgari düzeyin altına düşmüşse, o zaman ona yasal fon gelirlerinden bir miktar ödenebilirdi. Bu karar sonraları, işverenlerin ücret düzeylerini aşağı çekerek üzerine kalan kısmın sübvansiyonla istismar edildi. 1834 yılında fukara yasaları yetişkin işçilerin sübvansiyonunu kaldırmıştı. Böylelikle uzun bir dönem işçilerin fiziksel varlığının devamını sürdürmekte zorlandığı; evsizlik, açlık, sağlık sorunları ve kendini alkole verme eğilimlerinin arttığı pazar ekonomisinin hakim olduğu yıllar yaşanmıştır.⁴⁹⁹

Yoksul kitleler piyasa şartlarında bulduğu işi kabullenmek, dilenmek ve hırsızlığa yönelmek zorunda kalıyorlardı. İngiltere başta olmak üzere Avrupa'nın pek çok bölgesinde ortak alanlar varlıklı kesimlerin topraklarını genişletmek istedikleri bir

⁴⁹⁷ Karl Polanyi, **Büyük Dönüşüm Çağımızın Siyasal ve Ekonomik Kökenleri**, s. 81.

⁴⁹⁸ Georg Fülberth, **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, 2008, s. 155.

⁴⁹⁹ A.k., s. 156-157.

dönem yaşanmaktaydı. Artan nüfusla birlikte küçük toprak sahiplerinin, topraklarını kaybettikleri bir dönemdi. Şehirler açlıktan kurtulma ihtimalinin daha yüksek olması sebebiyle göç edilen yerler olmakta ancak yoksul kesim her geçen gün artmaktaydı.⁵⁰⁰

19. yüzyılın başında küçük bir burjuva kesiminin savunduğu fikre göre; işçi sınıfı siyasal ve toplumsal açıdan kapitalizmle bütünleştirilmelilerdi. Bunun içinde seçme ve seçilme hakkı, işçilerin temsilcilerine söz hakkı verilmesi ve bir kısım işçinin refahının artırılması gibi küçük bir bedeller ödenmeliydi. Bunun tartışıldığı 20. yüzyıl, işçi sınıfı hareketinin belirginleşmesi sonucunu doğurmaktaydı.⁵⁰¹

Tarih sahnesine yeni çıkmış bir sınıf olan, işçi sınıfı 19. yüzyılda demokrasi taleplerini dillendirecekti. Bu kez burjuva sınıfının demokrasi taleplerini aşan bir boyut söz konusuydu.⁵⁰² 19. yüzyılda sosyal haklar alanında yapılan yasal düzenlemelere rastlamak mümkündür. 1870'ler işçi sınıfı ve işçi hareketinin büyümekte olduğu yıllardı. Siyasal haklar üzerinde durulduğundan, sınıf ve kitle partileri güç kazanmaktaydı.⁵⁰³ Yapılan yasal düzenlemelerle; kitlesel emek hareketleri, uzlaştırılmaları olanaksız ılımlı ve radikal kanatlara bölünerek, radikal kanatları tecrit etmenin yolunu yumuşak bir stratejiyle bertaraf etmeye çalışan 1870'lerdeki kolektivist dalga olmuştur. Bismarck sosyalist kışkırtmanın altındaki toprağı 1880'lerde iddialı bir sosyal sigorta ile bertaraf etmeyi başarmıştır.⁵⁰⁴ Amaç, hızlı bir biçimde talep gören sosyal dalgaya karşı durmaktır. Bu esasında sınıfsal bir savaşın tehdidine verilmiş cevaptır. Bismarck, hükümeti siyasal ajanstan bir sosyal ajansa çevirmişti. Onu sağlık sigortası, iş kazaları sigortası ve yaşlılıktaki emekli maaşları gibi mütevazı sosyal önlemleri bulunmaktaydı.⁵⁰⁵

⁵⁰⁰ Ayşe Buğra, **Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye'de Sosyal Politika**, s. 34.

⁵⁰¹ Georg Fülberth, **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, 2008, s. 156-181.

⁵⁰² Server Tanilli, **Devlet ve Demokrasi Anayasa Hukukuna Giriş**, s. 29.

⁵⁰³ Meryem Koray, **Sosyal Politika**, s. 96.

⁵⁰⁴ Eric Hobsbawm, **İmparatorluk: 1875-1914**, Çev. Vedat Aslan, Dost Kitabevi, 1. Baskı, Ankara, 1999, s. 118.

⁵⁰⁵ Drucker, F. Peter, **Kapitalist Ötesi Toplum**, s. 174.

Sosyal sigorta; sendikalar ve sosyal demokrat partilerin kapitalistlere karşı taleplerinin kitleler üzerindeki etkisini kırmak ve işçi sınıfının erken dönemde yıpranmasını önlemek o yıllarda bulunmuş iyi bir çözümdü.⁵⁰⁶ Ayrıca Almanya’da çıkarılan üç yasa bu anlamda önemlidir. 1883 Hastalık Sigortası Kanunu, 1884 İş Kazaları Kanunu ve 1889 Yaşlılık-Malullük Sigortası Kanunlarıyla işçilere; işyerlerinde olabilecek hastalık, iş kazası ve emekliliğe dair güvenceler getirilmiştir.⁵⁰⁷ Almanya’daki hastalık sigortasının ve Avrupa’daki sosyal sigortacılığın başlatılması işçi hareketlerinin ve sosyalistlerin birer tehdit olarak algılanmasının ve bu tehdidin bertaraf edilmeye çalışılmasının sonucudur. Alman Sosyal Demokrat Partisinin mecliste önemli bir çoğunluğa ulaşması sonucu Bismarck, toplumsal uzlaş sistemi olan sosyal sigorta uygulamasını başlatmaya yönlendirmiştir. Almanya ve Fransa başta olmak üzere sosyal hareketler sonucunda sosyal politikaları bu ise içerisinde kamu sağlık hizmeti sunumu ve sağlık sigortasının gelişmesine ve yaygınlaşmasına öncülük etmiştir.⁵⁰⁸

İngiltere’de birçok kıta ülkesine benzer biçimde bağımsız işçi partileri 19. yüzyılın sonlarında ortaya çıkmıştır. Toplantı ve basın özgürlüğü; medeni haklar olan oy kullanma hakkının kullanılması siyasal hakların sağlanması için kullanılmıştır. Bu yüzden sosyal hakların güvence altına alınmasında siyasi haklar kullanılmıştır. 1895’te sosyalistlerin taleplerinden olan konut, sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik hakları, 1945 sonrası gerçekleşmiştir. Aradaki bu süre yoğun bir mücadele dönemi olarak geçmiştir.⁵⁰⁹

Toplumsal emeklilik yasası 1891’de Danimarka’da, 1913’te İsviçre’de geçerli hale gelmiştir. Büyük Britanya bu yasayı 1908’de 70 yaş ve üzeri için emeklilik, 1914’te bir kısım çalışanlara özgü sosyal güvenlik ve hastalık sigortasını

⁵⁰⁶ Georg Fülberth, **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, 2008, s. 156-180.

⁵⁰⁷ Ali Tarık Gümüş, **Sosyal Devlet Anlayışının Gelişimi ve Dönüşümü**, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, Konya, 2010, s. 93.

⁵⁰⁸ Çağla Ünlütürk Ulutaş, **Proleterleşme ve Profesyonelleşme Işığında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü**, Notabene Yayınları, Ankara, 2011, s. 24.

⁵⁰⁹ Asa Briggs, **The Welfare State in Historical Perspective**, C. Pierson, F. G. Castles (Ed), The Welfare State içinde, Cambridge: Polty Press, 1961 Vol. 2 No: 2, s. 23.

yasalaştırmıştır.⁵¹⁰ 1914 yılında Almanya’da erkeklere, kritik vazifelerde karar yetkisi olmayan parlamento üyelerini seçme hakkı tanındı.⁵¹¹ Avusturya’da iş kazası ve hastalık sigortasına dair hukuki metinler kabul edilmiştir. Aynı dönemde İngiltere ve Fransa’da da benzer çabalar olmuştur yaşanmıştır.⁵¹² 1917 Meksika Anayasası, 1918 Sovyetler Birliği Anayasası ve 1919 Weimar Anayasası sosyal devletle ilişkili olan hakların anayasalara girmesiyle ilgili somut örneklerdir.⁵¹³ Topluluğun yaşamı başlığı altında ailenin sağlığının korunması ve sosyal açıdan geliştirilmesi hem devletin hem de yerel makamların görevi sayılmıştır (md. 119/ikinci fıkra); gençlerin sömürülmeye ve ayrıca manevi, ruhsal ve bedensel açıdan ihmale karşı korunmaları; hem devletin hem de yerel makamların bu amaçla gerekli düzenlemeyi yapması ödevi (md. 122/birinci fıkra) olarak sayılmaktadır. Dinlenme günleri, sanat ve bilimin özgür olduğu, eğitimin ücretsiz ve laik bir düzende işleyeceği, sözleşme özgürlüğü, özel mülkiyet hakkı, miras hakkı, angarya yasağı gibi haklarda Weimar Anayasası’nda sayılmıştır. Bu anayasa sosyalist bir anayasa değil ama sosyal devleti öngören ve çalışanların haklarını kapsamlı şekilde anayasaya geçirmiş bir anayasadır. Sözleşme özgürlüğü ve özel mülkiyet hakkı gibi liberal bireyci öğretinin formüle ettiği unsurları barındırmaktadır.⁵¹⁴

1793 Fransız Anayasası ve 1919 Weimar Anayasası hak ve özgürlükler yönünden geniş hükümler içerse de her ikisinin sonucu benzer olmuştur. Hitler’in iktidara gelmesiyle kaldırılmış olan Weimar Anayasası’nın içerdiği sosyal devletçi görüş İkinci Dünya Savaşı’nı takip eden 1946 Fransız, 1947 İtalyan, 1949 Alman ve 1958 Fransız Anayasası’yla koyulmuştur. Alman Anayasası’ndan önce İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’ndeki 22. ve 26. Maddeler, sonra da 4 Kasım 1950’de Avrupa İnsan Hakları ve Temel Özgürlükleri Antlaşması sosyal devlet kavramına yeni temeller getirmiştir. 18 Ekim 1961’de Avrupa Sosyal Hakları Şartı imzalandı. 9 Haziran 1975’te

⁵¹⁰ Georg Fülberth, **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, 2008, s. 156-183.

⁵¹¹ **A.k.**, s. 156-182.

⁵¹² Nihat Bulut, **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, s. 51.

⁵¹³ Ali Tarık Gümüş, **Sosyal Devlet Anlayışının Gelişimi ve Dönüşümü**, s. 98-102.

⁵¹⁴ Mehmet Semih Gemalmaz, **Devlet, Birey ve Özgürlük**, s. 278-280.

Yunanistan, 2 Nisan 1976’da Portekiz, 29 Aralık 1978’de İspanya Anayasaları’nda sosyal devlet ilkesi yer almıştır.⁵¹⁵ Weimar Anayasası bir yandan bünyesinde barındırdığı korunaklı rejim ile sağlık ve eğitim hakkını güvenceye kavuşturmuş, diğer yandan çalışma koşullarının araştırılması, çalışanların işletme içerisindeki komitelerde bulunmaları göz önünde bulundurularak, bu ve buna benzer uygulamalarla orta sınıfın korunmasına özen gösterilmesi sağlanmıştır.⁵¹⁶

İngiltere’de işsizlik sigortasıyla, ABD’de 1935-1936 yıllarında uygulanan “toprak bankası” uygulaması birer sosyal yardım niteliğindedir. 1920’lerle 1930’larda devlet sosyal sigorta ve ödeme yapmaktaydı.⁵¹⁷ İlk sağlık sigortaları mesleki zeminde olmak üzere işçi sınıfının sanayide çalışan bölmelerini kapsamak üzere kurulmuştu. Amaç sanayi işçilerinin sürekliliğini sağlamaktır. İşçi sınıfı sanayinin sürekliliğini garanti edecek asgari standartlara sahip emek gücünün gerektirdiği kadar sağlıklı olmalıydı.⁵¹⁸

Birinci ve İkinci Dünya Savaşları nedeniyle dayanışmanın ve uzlaşmanın önemi ortaya çıkmıştı. Hükümetlerce uzlaşmacı politikalar izlenmiştir.⁵¹⁹ İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra devlet sağlayıcı değil yönetici oldu. Savaştan sonra İngiltere’de Ulusal Sağlık Servisi totaliter ülkelerin dışında devleti bir adım öteye götürüyordu. Hastalanan hastayı, muayene eden doktorun parasını ödüyordu ancak doktorlar kamu personeli değildi. Hastaların kaç kez ve hangi doktora gideceğine dair bir kısıtlama yoktu.⁵²⁰ Sosyal politika ve refah devleti uygulamalarının yayıldığı bu dönem yüksek bir istihdam düzeyi sağlanmış, ücretlilerin ücret ve çalışma koşulları yükselmiş, sosyal güvenlik uygulamaları artmış ve kapsamı genişlemiştir.⁵²¹

⁵¹⁵ Osman Aldıkaçtı, “Sosyal Devlet”, **Anayasa Yargısı** Dergisi, 1997 Cilt 14, s. 80.

⁵¹⁶ Nihat Bulut, **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, s. 52.

⁵¹⁷ Drucker, F. Peter, **Kapitalist Ötesi Toplum**, s. 174.

⁵¹⁸ Erhan Nalçacı (Edit.), Onur Hamzaoglu, Erkin Özalp, **Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü**, s. 152.

⁵¹⁹ Meryem Koray, **Sosyal Politika**, s. 96.

⁵²⁰ Drucker, F. Peter, **Kapitalist Ötesi Toplum**, s. 175.

⁵²¹ Meryem Koray, **Sosyal Politika**, s. 97.

İngiltere’de sağlıkla ilgili düzenlemeler İkinci Dünya Savaşı sonunda yapılacak kapsamlı sosyal politika uygulamalarıyla yerleşmiştir. Savaş döneminde ve sonrasında hükümetler, politik mevkilerine bakılmaksızın yurttaşlara eskiye nazaran daha fazla hizmet üretmek zorunluluklarını kabul etmişlerdir. Bu politikalar, Keynes’in devleti ekonomide etkin bir role taşıyan çizgide, ekonomik alanda, sosyal alanda ve sağlık özelinde etkili bir hizmet biçimine girişilmiştir.⁵²²

Beveridge’in “Sosyal Sigortalar ve Birleşik Hizmetler” adlı çalışmasında belirttiği öneriler, savaş sonunda İngiltere’de yasalarda yer bulmuştur. Herhangi bir katkı olmaksızın ailelere ödenen aile yardımı, iki ve fazlası çocuğu olan ailelere Aile Yardımı Yasası (1945), tüm toplumu zorunlu prim temeline göre kapsayan Ulusal Sigorta Yasası (1946) ve Ulusal Sağlık Hizmetleri Yasası (1946) sağlık hizmetini bambaşka bir şekle dönüştürmüştür. Finansmanı ise çoğunlukla genel vergilerden karşılanan yalnız prim esasının sürdürüldüğü bir hizmet oldu. Konuyla ilgili çıkarılan yasaların sonuncusu, 1948 Ulusal Yardım Yasası olmuştur. Yasayla, ulusal sigorta şemasında olmayan veya verilen yardımların az olduğu düşünülen kimselere yönelik kabul edildi.⁵²³

Egemenliğin “mutlak” ve “sınırsız” olmadığı kapitalizmin bulunduğu durum ve uluslararası hukukun İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra değişikliğe uğraması ulus devleti sınırlayıcı unsurların ön plana çıkmasını sağlamıştır.⁵²⁴ İkinci Dünya Savaşı sonrasında çağdaş demokrasilerin, çoğunluk oylarına sahip iktidarın yetkilerinin sınırsız olamayacağı savunulmuştur. Devletin ülke sınırları dâhilinde en üst ve en yüksek, herhangi bir kurumla paylaşmadığı, devretmediği, herhangi bir şarta bağlı olmayan sınırsız iktidarından ziyade, hem ulusal hem de uluslararası hukukla sınırlandırılmış, keyfi uygulamaların olmadığı, meşruiyetinin temelinde halk ve hukuk bulunan, temel

⁵²² Onur Kovancı, **Kapitalizm, Yoksulluk ve Yoksullukla Mücadelede Tarihsel Bir Deneyim: İngiliz Yoksul Yasaları**, s. 121.

⁵²³ A.k., s. 126.

⁵²⁴ Utku Aybudak, “Modern Devlet Bağlamında Ortaya Çıkan Egemenlik Kavramı ve Egemenliğin Dönüşümü”, **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi**, 2017 Cilt 10 Sayı 54”, s. 233.

hak ve özgürlükleri koruyan ve geliştiren, çoğunluk yanında azınlığın da haklarını eşit şartlarda kullanabildiği bir anlayış ortaya çıkmıştır.⁵²⁵

Bölgesel düzeyde sosyal hakların korunmasından söz edildiğinde öncelikle; 1961’de imzalanıp 1965’te uygulamaya koyulan Avrupa Sosyal Şartı, 1995 yılında kabul edilen protokol yoluyla kolektif denetim sistemine eklenmiştir. 1996 yılında “Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı” adıyla revize edilmiştir. 1999’da şarta yeni maddeler eklenmiş, denetim biçimi de değiştirilmiştir. 1969 yılında kabul edilerek imzaya açılan ve 1978’de uygulamaya giren Amerika İnsan Hakları Sözleşmesi kişi haklarını ve siyasal hakları düzenlemiş, sosyal hakları 1999 yılında yürürlüğe giren ek protokolle sağlamıştır. Periyodik rapor ve bireysel başvuru olarak iki tür denetim biçimi bulunmaktadır. Afrika İnsan ve Halkların Hakları Şartı; 1981 yılında kabul edilen 1986 yılında yürürlüğe giren üç kuşak hakkı tek belgede toplamıştır. Devletlerarası şikâyet, bireysel başvuru, diğer başvuru ve raporlara dayalı bir denetim sistemi vardır.

19. yüzyılda eşitlik ve özgürlük kavramlarının sanayi devrimiyle birlikte anlam değiştirerek alanı genişlemiş, sosyo-ekonomik haklar; çalışma, sosyal güvenlik, sağlık, eğitim, sendika özgürlüğü, toplu sözleşme ve grev hakkı da eklenmiştir. İkinci Dünya Savaşı sonrası insan haklarının uluslararası düzeye taşınması ve yeni haklar olan; çevre hakkı, gelişme hakkı, barış hakkı ve insanlığın ortak kültürel varlığına saygı hakkı farklı bir boyut kazanmıştır.

Günümüz gelişmiş ülkelerinde istihdamda yer alanların büyük çoğunluğu aylıklı ya da ücretlilerdir. Siyasal yönden ücretliler demokraside önemli bir seçmen grubunu, üretimde en önemli grup diğer yandan en önemli tüketici kitlesini de oluşturmaktadırlar. Sendikal örgütlenme açısından da devlet ve kamuoyu üzerinde önemli bir baskı grubu konumundadırlar. Ücretlilerin güçlü ve sınıf bilincine sahip olmaları, devleti ücretlilere karşı daha duyarlı olmasını sağlayan diğer bir faktördür. 1950 sonrası ekonomik

⁵²⁵ Halil İbrahim Aydın ve Veysel Ayhan, “Egemenlik Kavramının Tarihsel Gelişimi Perspektifinden İktidarın Sınırlandırılması Tartışması”, **Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, 2004 Cilt 5 Sayı 1, s. 82.

büyüme Batı toplumlarında sendikalarında güçlenmelerine yol açmıştır. Yığın üretime dayalı endüstrileşme yoğun emek istihdamına yol açar. Ücretli sayısı ve örgütlenme haklarının genişlemesi, 1970'lere kadar Keynesyen ekonomi ve sosyal refaha yönelik politikaların da etkisiyle sendikalar güçlenmiştir. Hiçbir siyasal iktidar toplumun %80-90'ını oluşturan bu kesimini çoğulcu demokrasi ve güçlü örgütler karşısında görmezden gelmeyi düşünememiştir.⁵²⁶

Bir yandan sanayileşme işçilerin sosyal güvenlik sorunlarının ortaya çıkışı diğer yönüyle sağlıklı bir çevre ve konutta yaşama ihtiyacının artmasıyla beraber sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın artması, diğer yandan siyasal olayların ve toplumsal mücadelelerin hak taleplerini artırmıştır. Sağlık hakkının ortaya çıkışı daha eski bir tarihe gitse de, ulusal haklar içerisinde korunmanın üst düzeyde sağlanması geçtiğimiz yüzyılın başlarında olmuştur. Uluslararası hukuk anlamında belirli bir sınıflandırmada yer alması ise İkinci Dünya Savaşı sonrası (1945) insan haklarına dair bilinçlenmenin artmasıyla gelişmiştir. Savaşın sonunda dünya, insan haklarını uluslararası sistemin temeline koymuş, sağlık hakkı başından beri sayılan haklar içerisinde yer bulmuştur. Bugünlerde sağlık hakkının yerleşmiş bir insan hakkı olarak kabul edilmekte; insan haklarının yasal güvenceye alınmasını hedefleyen ulusal ve uluslararası hukuk kaynakları arasında sağlık hakkı koşulsuz yer bulmaktadır.⁵²⁷

İkinci Dünya Savaşı'na baktığımızda özünde insan hakları ve demokrasiyi reddeden sağcı totaliter rejimler tarafından başlatılmıştı. Tüm dünya savaş boyunca barbarca ve insanlık dışı uygulamalara tanık olmuştu. Gelecekte barışın uzun süreli olabilmesi ve sağlam temellere oturabilmesi için insan haklarının uluslararası koruma düzenine ulaştırılması fikrini yaymaya çalışıyordu. Bu sebeple birçok sivil toplum kuruluşu yazılı ve görsel materyal ve diğer çeşitli yollarla kamuoyu oluşturuldu. 6 Ocak 1941'de F. D. Roosevelt kongreye dört temel özgürlüğü (söz ve anlatım özgürlüğü,

⁵²⁶ Meryem Koray, **Sosyal Politika**, s. 87-91.

⁵²⁷ Özgür Temiz, "Türk Hukukunda Bir...", s. 166.

yoksulluktan kurtulma özgürlüğü, vicdan özgürlüğü, korkudan kurtulma özgürlüğü) sunmuştu. 1941 Ağustos’unda Winston Churchill’le aralarında imzaladıkları Antantik Belgesi izlemiştir. 1942’de Birleşmiş Milletler Deklarasyonu, 1944’te Philadelphia’da toplanan Milletlerarası Çalışma Konferansı Bildirisi, 1944’te Birleşmiş Milletler örgütünün kurulmasını öngören Dumbarton Oaks Projesi, 1945 Chapultepec Panamerikan Konferansı gibi aşamalardan geçtikten sonra 26 Haziran 1945’te Birleşmiş Milletler Antlaşması ile ilk hedefine ulaşmıştır.⁵²⁸

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi (İHEB), 10 Aralık 1948’de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından onaylanmıştır. Oylamada olan BM üyesi 48 devlet temsilcisi arasında ülkemiz temsilcisi de kabul oyu kullanmıştır. Bildiriye Sovyetler Birliği, Beyaz Rusya, Ukrayna, Polonya, Çekoslovakya ve Yugoslavya soyut özgürlükler tariflediği ve bireyin devlete karşı ödevlerini yeteri kadar belirtmediği gerçekçisiyle bildiriye kabul etmemişlerdir. Güney Afrika sosyo-ekonomik hakların yerinin olmadığı gerekçesiyle çekimser oy kullanmıştır. Suudi Arabistan ise bildirge içinde bulunan ilkelerin, İslam ve Şeriat kurallarıyla zıt olması nedeniyle çekimser oy verdiklerini bildirmişlerdir.

Oylama sonucunda kabul edilmiş bir karar olan bildiri tavsiye niteliğinde olup, teknik hukuk anlamında bağlayıcı bir etkisi yoktur. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi’nde öncelikli ilkelerin, Uluslararası Adalet Divanı Statüsü’ne göre (m.38, 1/b-c)’de birçok ulus tarafından tanındığı için teamül hukuku olarak düşünülmesinin lüzumuna dair görüş bildirmiş, Bildiri’ye hukuki manada bir bağlayıcılık elde edilmesi istenmiştir.⁵²⁹ İHEB’in 22.maddesi “herkesin toplumun bir üyesi olarak sosyal güvenliğe hakkı vardır” deyişiyle, sağlık hakkına sosyal güvenlik hakkı içerisinde yer vermiştir. Bildirge’nin 25/1.maddesinde (Bildirge’nin resmi tercümesi için bkz. RG, 27.05.1949, 7217): Bireyin kendisi ve ailesi için sağlık ve refahını artıracak yaşam düzeyine erişmeye, sosyal tehlike ve sosyal risklerde ise teminata hakkının olduğu yazmaktadır.

⁵²⁸ Munci Kapani, **İnsan Haklarının Uluslararası Boyutları**, s. 20-22.

⁵²⁹ Rona Aybay, “**Açıklamalı İnsan Hakları Evrensel Bildirisi**”.

Günümüzde sağlık hakkı tüm dünyanın temel bir insan hakkı olarak üzerinde uzlaştığı bir haktır.⁵³⁰ Bu hak artık devletin kendisini tamamen dışlayamayacağı uluslararası bir zorunluluktur. Sağlığa kapsamlı olarak yer veren ülkemizin de taraf olduğu uluslararası birkaç antlaşma bulunmaktadır. Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklara yönelik Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'nin (ESKHS) yetkili yorum organı olan Komite'nin, sağlık hakkını yorumlarken, DSÖ'nün sağlık tanımlarından yola çıkarak tanımladığını görmek mümkündür. Antlaşmanın 12. maddesinde: devletler herkese gücü yettiğinde fiziksel ve ruhsal sağlık hakkını tanıyacağını ve bunun için tedbirler alacağını taahhüt etmiştir. Mevcut doğum miktarının ve bebek kayıplarının azaltılmasıyla çocukların sağlıklı olmalarının temin edilmesi, çevrenin ve sanayi temizliğinin daha iyiye götürülmesi, salgınların önlenmesi, endemik hastalıkların, mesleki hastalıkların ve diğer hastalıkların kontrol altında tutulması ya da önlenmesi, tedavisi ve kontrolünün sağlanmasına çalışacaktır. Hastalık halinde ise tıbbi tedavilerinin yapılabilmesinin şartlar oluşturulmasına çaba göstereceklerini kabul etmişlerdir.⁵³¹

Yukarıdan da anlaşılabacağı üzere; yüksek bedensel ve ruhsal sağlık standardından yararlanma hakkı tanınmasını öngörmektedir. Sağlık hakkının sağlanması için gereken başlıca önlemler sıralanmakta ve devletlere bu doğrultuda davranma yükümlülüğü tarif edilmekteydi. Bu kapsamda ölü doğum ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve çocukların sağlıklı gelişiminin sağlanması için tedbirler; çevre ve endüstrinin sağlık düzeyinin yükseltilmesi; salgınlar, mesleki ve diğer hastalıklardan korunma, tedavi, denetiminin sağlanması bu kapsamdadır. Ayrıca hastalık halinde tüm topluma tıbbi hizmet ve bakım sağlanması için koşulların iyileştirilmesini içerir. Ayrıca antlaşmanın başlangıç kısmında devletlerin insan hak ve hürriyetlerine evrensel ölçekte saygılı olacağına ve buna uygun davranacağına yükümlü olduğu yazmaktadır.

⁵³⁰ Nihat Bulut, **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, s. 202.

⁵³¹ Türk hukukunda 11. 08. 2003 tarihinde usulüne göre yürürlüğe girmiş bulunan Sözleşmenin resmi Türkçe metni için bkz. Resmi Gazete, Tarih:11. 08. 2003, Sayı No: 25196

Taraf devletler Sözleşme’de yer alan hakları sağlamakla yükümlü tutulmamış, bu hakları sağlamak amacıyla girişimde bulunmayı taahhüt etmişlerdir. Bu nedenle sosyal haklara ilişkin iç hukuk düzenlemeleri de zayıf kalmaktadır. Nitekim 1982 Anayasası’nın 65. Maddesinde “mali gücün yeterliliği” ölçütü getirilerek bu hakların korunmasında devlete esneklik getirilmiştir.⁵³² Anayasa Mahkemesi’nin kararlarında üzerinde durduğu gibi, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından belirlenen bir fiyatının olması, bu hizmetleri Anayasa’nın çizdiği sınırlar dâhilinde yapmak yeterlidir.⁵³³

Sağlık hakkından ya da sosyal haklardan bahsetmek için evveliyatla, kişiye yaşam hakkının sağlanması lüzumludur. Yaşam hakkının tanınmadığı bir yerde, tabii olarak, sağlık hakkından söz etmenin bir manası yoktur. Yaşam hakkı zor bir süreç sonunda tanınmış ve kabul edilmiştir. Yaşam hakkının kapsamında;

- İnsanın, fiziksel-biyolojik-psikolojik varlığının zarar görmeden gerekli koşullarda dünyaya gelmesi,
- Sonrasında yaşamını sürdürebilmesi ve gelişebilmesi için olanakların sağlanması,
- Fiziksel, biyolojik ve psikolojik bütünlüğünü kazanmış insanın varlığının, herhangi bir nedenle sınırlanmaması, etkilenmemesi, noksana uğratılmaması ve yok edilmemesidir.⁵³⁴

Önemli bir uluslararası sözleşme olan Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (AİHS) 20 Mart 1952’de Paris’te imza edilen protokol, 18 Mart 1954’de yürürlüğe girmiştir. Ülkemizde bu protokol 18 Mayıs 1954’de onaylanmıştır.⁵³⁵ Herkesin yaşam hakkı kanunların koruması altına alınmıştır. Ölüm cezası, bireyin yasal olmayan şiddetten korunması ve usule uygun yakalanma ya da tutuklanma durumunda kişinin zapt edilmesini sağlama durumunda yaşam hakkı göz ardı edilebilecektir.

⁵³² Ülkü Halatçı Ulusoy, “Sosyal Hakların Korunmasında...”, s. 250.

⁵³³ Resmi Gazete, Tarih:18. 03. 2008, Esas Sayısı: 2005/52, Karar sayısı: 2007/35

⁵³⁴ Bahri Savcı, **Yaşam Hakkı ve Boyutları**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Ankara 1980, s. 14

⁵³⁵ Bildirge’nin resmi tercümesi için bkz. Resmi Gazete, Tarih:19.03.1954 Sayı:8662.

Ayaklanmaların durdurulması esnasında ise yasaların müsaade ettiği ölçüde yaşam hakkına uyulacaktır. Yaşam hakkına verilen değer nedeniyle sözleşmenin 15. maddesinde bu hak; istisnalar hariç olağanüstü hal durumlarında dahi uygulamasının askıya alınamayacağı haklar kategorisinde yer almıştır.⁵³⁶

Nitekim Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi de, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi içerisinde bulunmayan sağlık hakkını, yaşam hakkıyla (AİHS 2. madde) ilişkilendirerek, dolaylı olarak içtihatlarında yer vermiştir. Örneğin, Calvelli ve Ciglio davalarında AİHM, kamunun yataklı tedavi kurumlarında kişilerin yaşamının korunması için gereken önlemleri alması gerektiği yönünde bir karar vermiştir (Başvuru No: 32967/96, Karar No: 2605, Tarih:17.01.2002).⁵³⁷

Sosyal güvenlik hakkı, çalışma hakkı, adil ücret hakkı, örgütlenme hakkı gibi ekonomik ve sosyal haklar Avrupa Sosyal Şartı içerisinde koruma altına alınmıştır. Avrupa Sosyal Şartı'nın 1965 yılında yürürlüğe girmiş, ülkemizde 1989 yılında imzalanarak denetim mekanizmaları açılmıştır. 11.maddesinde tarafların sağlığın korunması hakkının aktif kullanılması için; doğrudan, kamu ya da özel örgütlerin ortaklaşa çabası gerektiği ayrıca diğer bazı tedbirlerin alınacağı da belirtilmekteydi.⁵³⁸ Avrupa Sosyal Şartı'nın 12.maddesinde devletlerin sağlık hakkını sağlamak için aşağıdaki tedbirleri alacaklarını sıralamıştır:⁵³⁹

- Mevcut doğum oranlarının ve bebek ölümünün azaltılması ve çocukların sağlıklı büyümelerinin temin edilmesi;
- Çevre sağlığına ile endüstri koşullarının sağlık düzeyinin artırılması;

⁵³⁶ ECHR (European Court of Human Rights)Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_TUR.pdf, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

⁵³⁷ <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-60329> (Erişim Tarihi:16. 01. 2017), AİHM “sağlık hakkı”nı yaşam hakkı (AİHS 2. madde) ile ilişkili olarak kararına dahil etmiştir. Buradaki örnekte Calvelli ve Ciglio/İtalya davasında AİHM, devletin hastanelerde hastaların yaşamlarının korunması için gerekli tedbirleri almak konusunda düzenleme yapması yükümlülüğüne yer vermiştir. (Başvuru No: 32967/96, Karar No: 2605, Tarih:17. 01. 2002)

⁵³⁸ Bkz. Resmi Gazete, Tarih: 14 Ekim 1989 Sayı:20312.

⁵³⁹ TBMM, **Avrupa Sosyal Şartı** (Gayriresmi tercüme), <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/sosyalsart.pdf>, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

- Öncelikle salgın, endemik ve mesleki hastalıkların, ardından diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrol altında tutulmasına yönelik çabalar;

Ek olarak Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'nın 35.maddesi; herkesin ülkesinin kanunları ve uygulamaları çerçevesinde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahip olduğu yazılmıştır. Birliğin politika ve faaliyetleri uygulanırken insan sağlığının korunmasına çalışılacağı taahhüt edilmiştir.

1950'lerin sonlarına gelindiğinde, güçlü bir işçi hareketinin bulunduğu neredeyse her ülkede devletler, tüm topluma yönelik olan sağlık hizmetlerine olan talebi durduramaz hale gelmişlerdi. Komünist ülkelerde zaten sağlık hizmetleri devlet eliyle karşılanmakta standart hale gelmişti. Üçüncü dünya ülkelerinde ise kaynak yetersizliği ve devasa taleplerle boğuşmakla karşı karşıya kaşındıysa da herkese açık bir erişimin genel olarak uygulamaya kavuştuğu görülmüştür.⁵⁴⁰

1982 Anayasası'nın "Kişinin dokunulmazlığı, maddî ve manevî varlığı" başlıklı 17.madde de herkesin yaşamını devam ettirirken fiziksel ve ruhsal anlamda varlığını korumaya ve geliştirmeye hakkının olduğunu ifade eder. Bu hak tıbbî nedenler, kanuni haller ve rızası dışında vücut bütünlüğünün korunmasını düzenler. İkinci cümlede devletin uygulamama ve uygulanmasına izin vermeme ödevi bulunmaktadır. Rızaya dayanmayan uygulamalar, cinsiyet ve üreme özgürlükleri bu kapsamda değerlendirilebilir.

Sağlık hakkı, konusu itibarıyla "sosyal haklar" içerisinde sayılmıştır.⁵⁴¹ Öyle ki; ESKHS'nin 12. maddesi ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın "Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler" bölümünde yer alan ve "Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması" başlığı altındaki 56. maddede sağlık hakkı düzenlenmiştir. Sosyal haklar arasında yer alan sağlık hakkından burada beden ve ruh sağlığından bütün olarak söz edilmektedir. Birinci kuşak haklardan olan on yedinci madde koruyucu, ikinci kuşak haklardan olan

⁵⁴⁰ Leo Panitch ve Colin Leys, **Kapitalizmde Sağlık ve Sağlıksızlık Semptomları**, s. 27.

⁵⁴¹ Bülent Algan, **Ekonomik Sosyal ve Kültürel Hakların Korunması**, s. 27, Cahit Talas, "Yaşam Hakkı ve...", s. 83-90.

56. madde yararlanma hakkıdır. Bu maddenin üçüncü fıkrasında herkesin fiziksel ve ruhsal sağlığını devam ettirebilmesi için, tek merkezden organize edilen bir sağlık hizmeti sunmakla sorumlu sayılmıştır. Ancak dördüncü fıkra doğrultusunda, devletin sağlık hizmeti sunma yükümlülüğünü piyasaya ait yerleri devletleştirerek değil, buraları denetleyerek ve tümünde sunulan hizmeti planlayarak yapacaktır. Neticede devletin, anayasanın 56. maddesinin son fıkrasında sağlık hizmetinden herkesin faydalanması için gereken genel sağlık sigortasının da kurabileceği belirtilmektedir. Bu haliyle 56.maddenin kapsamı devlet için program hüküm özelliğindedir. Diğer bir deyişle, devletin buradaki sorumluluğu bireylerin her birinin fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarını bizzat ve doğrudan teminini (toplumun tümünün sağlık bakımını sağlamasını) gerekli tutmamakta, ancak bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini bu hedef doğrultusunda planlanmasını, koordinasyonunu ve kontrolünü zorunlu tutmaktadır. Bu bağlamda ilgili madde; devletin sağlık sistemi kurmasını, sistemin koordinasyonunu, kontrolünü ve aksayan yanlarını telafisi için talepler ileri sürmek noktasında talepte bulunacaklardır. Devlet sağlık hizmetini yaygınlaştırmak üzere genel sağlık sigortası kursa dahi bu sistemin giderlerini kendisinin üstleneceği anlamı çıkmamalıdır.⁵⁴²

Anayasa'ya baktığımızda ilk olarak Türkiye Cumhuriyeti'ni "insan haklarına saygılı" (md.2) ya da "insan haklarına dayanan" (md.14) bir devlet biçiminde tariflenmiştir. Ek olarak 5. maddesinde, Anayasa devlete bireyin temel hak ve hürriyetlerini sınırlandıran bu hakların kullanılmasını durduran faktörleri ortadan kaldırarak, bireyin gelişmesini sağlayacak şartların hazırlanmasıyla vazifelendirmiştir. Sonuç olarak; Anayasamızın temel hak ve hürriyetlerin korunmasını (md.40) özel olarak düzenlemiştir. Burada anayasal hakları çiğnenen kim olursa yetkili makamlara geç kalınmaksızın başvuruda bulunmasının sağlanması öngörülmektedir. Buradan

⁵⁴² Mustafa Erdoğan, **İnsan Hakları Teorisi ve Hukuku**, s. 282.

yetkili makam olarak anlaşılması gereken adli, idari ve siyasi mercileri anlamak gerekmektedir.

D. Kapitalizmin Krizleri ve Devletin İşlevlerinin Yeniden Tanımlanması

Feodal toprak yapılanmasından kapitalizme geçerken toplumsal yapıda meydana gelen ekonomik ve sosyal değişimler çeşitli sınıfsal mücadeleleri beraberinde getirmiştir. Fransa (1358 Jaquerie) ve İngiltere’de ki (1381) köylü ayaklanmaları bunların sadece ilkidir. Ayaklanmalarda köylüler haklarının sınırlandırılmasına karşı çıkmışlardır. Benzer sorunların çözülmemesi Thüringen, Odenwald ve Yukarı Almanya’da 1525 yılındaki büyük köylü ayaklanmalarının nedeni olmuştur. Bu hareketler yeni bir toplumsal düzen için değil, mevcut yapı içerisinde haklarının iyileştirilmesini talep ediyorlardı. Rusya’da da aynı karakterde birçok hareketi saymak mümkündür. Pugaçev’in öncülük ettiği halk ayaklanması (1774-1775) bunlardan en trajik olandı. 18. yüzyılda Hindistan’ında ise benzer ayaklanmaların ardı arkası kesilmiyordu.⁵⁴³ Yeni toplumsal düzende oluşan güç eşitsizlikleri bu tür olaylarla şeklini zamanla alacaktı.

Tarıma dayalı bir toplum yapılanmasından sanayiye dayalı bir toplum yapılanmasına geçilen süreç zarfında; ticareti ve kentleşmeyi başlatan burjuvazi, ticari faaliyetlerini güvenceye almak için devletin güçlendirilmesine gereksinim hissetmeye başladı. Devlete muhalif olarak gördüğü kilise ve aristokrasiyle mücadeleye girişti. Bu mücadelede yanına monarkı ve halkın desteğini alarak, çeşitli reformlarla yönetimdeki rakiplerini tasfiyeyi başardı.⁵⁴⁴

Esas olarak, siyasal bütünleşmeye olan ihtiyaç, en çok burjuvazi tarafından hissedilmiştir. Nitekim kentlerde, atölye ve tezgâh imalatıyla birlikte gelişen ticarete

⁵⁴³ Georg Fülberth, **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, 2010, s. 129.

⁵⁴⁴ Oral Sander, **Siyasi Tarih İlk Çağ’lardan 1918’e**, 15. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara, Ekim 2006, s. 78-88.

paralel olarak ortaya çıkan ve gelişen burjuvazi, üretim ilişkileri ile hukuki ve siyasi düzenin oluşturduğu engellerle karşılaşmıştır.⁵⁴⁵

Burjuvazinin ilk isteği kendi bölgesindeki ticarete hâkim olmak istemesiydi. Ticaretin güvenli bir ortamda yapılabilmesi için silahlı birlikler oluşturulmasıyla ilgili kralla anlaşmışlardı. Kral gücünü burjuvazinin finansal desteğiyle sağlamaktaydı. Bu desteğin devamı yalnızca ticari işlerin devamıyla sürdürülebilirdi. Bu nedenle krallar, ticari ilişkileri arttıran ve burjuvaziye hür kılan yasalar çıkarmaktaydılar. Krallıklar yasal olarak üstün olduklarını toplumda yaygınlaştırmak için iktidarlarını güçlendirecek kurumlar geliştirmişlerdir. Ticari güvenliği sağlayan askeri güçlerin çalıştırılmaya başlanması, merkezi otoritenin piyasayı düzenleyici nitelikte kanunlar, verginin mal üzerinden değil de para üzerinden ödenmesi gibi bazı değişiklikler ekonomik yaşamı düzenleyici nitelikte değişiklikler olmuştur. Tüm bunlar aynı zamanda krallıkların merkezi otoritelerini arttırmıştır.⁵⁴⁶

Kralın karşısında kalan tek güçlü rakip kiliseydi. Bunun birkaç nedeni vardı: Birincisi; zenginlik içerisinde ki kilisenin gelirlerinin bir kısmını yürütmeye paylaşması gerektiği inancı, ikincisi; kilise mahkemeleri ile kral mahkemelerinin kimi zaman aynı dava ile ilgili kendini yetkili sayması ve yargılama sonucu verilen kararların farklı olması, üçüncüsü; papanın ülkelerin işlerine karışabilmeyi hak olarak görmesiydi. Dolayısıyla kral ile kilisenin çatışması kaçınılmazdı. Kilise halktan bağış, vergi ya da başka birçok ad altında para toplayarak ekonomik yönden büyüyordu. Önceleri kilise eğitimi tamamen denetlerken sonraları tüccarların kurduğu bağımsız okullar gelişmeye kilise yasasının yeri, Roma Hukuku'yla doldurulmaktaydı. Hükümet işlerinde çalışanlar kilise tarafından yetiştirilmiş insanlarken sonraları hükümdar ticari pratik içerisinde yetişmiş kişileri çalıştırıyor ve aynı zamanda bu sınıftan olan insanlara ticari ve endüstriyel konularda güveniyordu. Toprağın yaklaşık üçte birine sahip olan kilise

⁵⁴⁵ Özer Ozankaya, “Sosyalizmin Çöküşü Kapitalizmin Zaferi Değildir”, **Amme İdaresi Dergisi**, 1993 Cilt 26 Sayı 4, s. 109.

⁵⁴⁶ Leo Huberman, **Feodal Toplumdan Yirminci Yüzyıla**, 1975, s. 75-82.

feodal yapının önde gelen kurumuydu. Ticaretle yükselen orta sınıfın çatışacağı beklenen feodal yapının içerisinde kilise de bulunmaktaydı. Dine karşı yürütülen dinsel savaş yani Protestan reformda burjuvazi yanına reformistleri alarak Katolik kilisesine karşı girişti.⁵⁴⁷ Bu dönemde Kilise, krallara vergi vermediği gibi; Hristiyan ülkelerinden de vergi toplamaktadır. Kilise devletin hukukuna değil; kendi özel hukukuna tâbidir. Devletin mahkemelerinin yanında, kilisenin de mahkemeleri vardır. Halk hem kilisenin hem de kralın hukukuna tâbidir ve her ikisinin mahkemesinde de yargılanmaktadır.

Krallıkla mücadeleye girişen papalığın gerek halka dayattığı sistemli sömürü politikası, gerekse bırakmadığı lüks yaşama isteği yüzünden kısa sürede geniş kitlelerin dikkatini çekmiştir. 15. yüzyılın ilk yıllarında kilisenin dünyevi işlerle ilgili tavrını tartışarak buradaki tesirini, elini insanların üzerinden uzaklaştırmak zorunda olduğunu iddia eden bilim adamları ortaya çıkmaya başlamışlardır. Dini kurumların çoğu yönden tertip edilmesi gerektiğine dair talepler artarak, geniş halk kitleleri arasında ağırlık kazanmaya başladı. Din adamlarının dünyevi yaşama karışmalarına duyulan düşmanlık artmaktaydı. Dönemin kimi düşünürleri iman etmek hususundaki dinsel hiyerarşi inancına ve papanın kilisedeki kati egemenlik anlayışına itiraz etmekteydiler. Kilisenin mülk edinmesine karşı çıkıp, kiliseye ait mülkler üzerinden vergi alınmasını, endüljans satışlarının yasaklanmasını, kiliseye özgü vergilerin azaltılmasını veya kaldırılmasını istemiyorlardı. Bu görüşlerin yaygınlaşması, reform hareketlerini başlatmışlardır. Halk, Hristiyanlıkta herkesin birbirinin kardeşi olduğunu bu yüzden de birbirine eşit olması gerektiği ilkelerini savunmuştur. Papanın otoritesini azaltma hedefindeki reformlar esasında siyasal iktidarın gücünün artmasını sağlamıştır. Toplum dini kurumların otoritesinden kurtulup siyasal iktidarın egemenliğine girecekti. Kilise karşıtı yenilik hareketlerinin başarılı olup olmaması, krallığın ve etrafında

⁵⁴⁷ Leo Huberman, **Feodal Toplumdan Yirminci Yüzyıla**, 1974, s. 85-90.

toplamanların gücü tarafından belirlenecekti. Bu ihtiyaçtan dolayı; krallar güçlenmeli ve buna dayanak oluşturan temeller sağlamlaştırılmalıydı.⁵⁴⁸

Kırsaldan kente yaşanan göçleri de eklersek kentin hızla büyümesi tetiklenmiş oldu. Londra'nın nüfusu 18. yüzyıl sonlarında bir milyonu aşp 1851'de iki milyon beş yüz bine ulaştı. Bu sayı, eski ya da modern diğer bütün kentlerin nüfusunun üzerindeydi. Manchester gibi bir sanayi kentinin 1760'da on iki bin olan nüfusu 19. yüzyılın ortasında dört yüz bine çıkmıştı. Aynı zamanda, tarımsal üretime kapitalizmin kuralları yön vermekte; yeni ulaşım ağıları yapılmaktaydı. Sanayileşme öncesinde nüfusun yerleştiği su kenarları ve caddelerdeki yoğunluk, kırsaldan gelenlerin tercihleri doğrultusunda kömür ocaklarının bulunduğu merkezler çevresinde yoğunlaşmıştı. Yelkenlilerin yerini zamanla buharlı gemilerin alması limanlarında buna uyarlanmasını gerektirdi.⁵⁴⁹

Sanayileşmeden iki yüzyıl öncesinde dahi şehirlerde çalışan işçilerin oranı hiçte azımsanmayacak kadar artmıştı. Venedik'te bez ve ipek endüstrisindeki iş gücüyle liman çalışanlarının, aileleriyle beraber, 140.000 nüfuslu şehrin beşte birini karşılık geldikleri düşünülmekte, önemli bir oranda da matbaa işçisi bulunmaktaydı ancak rakam bilinmemekteydi. Benzer biçimde Manchester'de yün, Lyon'da ipek sanayi çoğunlukla ihracata dönük üretimi gerçekleştirmeye başlamış ve şehir nüfusunun azımsanmayacak bir bölümünü kapsamaktaydılar. Lyon ipek sanayinde 1530'larda 12.000 işçi çalışmakta bu ise şehir nüfusunun beşte birine denk gelmekteydi. 1400'lerde 2.500 nüfusu olan Flaman şehri olan Hondshoote, bez imalatına başlamış, nüfusu 1560'ta 15.000'e ulaşmıştı. Tarımdan kopan nüfus talep dalgalanmalarıyla işsizlik yaygın ve ücretler düşük olduğundan geçim sıkıntısı şehir yaşamının sürekli ayrılmaz bir parçasıydı. Lyon 1529'da yoksulların yiyecek ambarlarını talan ettiği bir ayaklanma,

⁵⁴⁸ Mehmet Ali Ağaoğulları ve Levent Köker, **Tanrı Devletinden Kral-Devlete**, İmge Kitabevi, 6. Baskı, Ankara, 2013, s. 86-91.

⁵⁴⁹ Leonardo Benevolo, **Avrupa Tarihinde Kentler**, Yay. Haz. Özden Arıkan, Afa Yayıncılık, İstanbul, 1995, s. 188-189.

1530'da silahlı eyleme sahne olmuş, aç olan köylüler neredeyse şehri istilaya kalkışmışlardı. Yoksulluk bu yıllarda Avrupa'da yaygın ve geniş bir kitleyi ilgilendirmekte ve yoksul yardımları ciddi bir nüfusa verilmekteydi. Çalışmayan kitleler ise doğrudan birer huzursuzluk ve yoksulluk kaynağıydılar.⁵⁵⁰

Kentlerin büyümeye ve 13. yüzyıldan beri görülmedik biçimde değişmeye başlamış, 19. yüzyılın ilk yarısında tehlike arz eden evlerin yapıldığı kenar mahallelerin fabrikalarla karıştığı, basit sağlık hizmetlerinin yokluğu akarsu, lağım ve çöpler nedeniyle oturulmaz hale gelmişti.⁵⁵¹

Kentlerin, özerk ve ortak çıkar ağları oluşturarak kendilerini yönetme hakkını kazanmaları, feodalizmin yönetme biçimindeki pratiklerin değişimi anlamında çok önemli iki sonuç doğurmuştur; birincisi kent ve kentlinin feodal yükümlülük ve feodal ilişkilerinin yüklediği sorumluluklardan sıyrılmasıyla özgürlük fikirlerinin yer etmesine zemin hazırlamıştır. Kentin, bireyi özgürleştiren yapısı Orta Çağ'a etkisini göstermeye başlamıştır. Kentler siyasi yönden değer kazanmalarıyla beraber, geçmişte bireyin tabiiyetine dayalı anlayış yerini bir ülke parçasını esas alan yönetim anlayışına bırakmıştır. Kentsel gelişmeler bu zihniyet dönüşümü ile yardımıyla belirli bir toprak parçası üzerinde yaşayanların ortak faydasını temsil etmesi anlamında ortaklaşa örgütlenmenin yaşanmasının yolunu açmıştır. Kentlerde yaşanan değişim feodalitedeki, kana dayalı bağlara, akrabalıklara, hanedanlıklara ve kişisel sözleşmelerdeki meşruiyet ilişkisine son vermiştir. Bunun yerine ülke kavramı, ülkede hayatını sürdüren insanların temsiliyeti, bu temsiliyetin kişisel olmayan özelliği, hukuk kurallarının belirlediği statüleri ve bu statülerin belirlediği sınıflandırmaların çizdiği düşüncesi yerleşmiştir. Toplumdaki sınıflar, monarkın ya da prensin bireysel ilişki ve istekleri dışında bağımsız

⁵⁵⁰ Ayşe Buğra, **Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye'de Sosyal Politika**, s. 35.

⁵⁵¹ Leonardo Benevolo, **Avrupa Tarihinde Kentler**, s. 195.

hukuk kurallarının benimsediği statülerin belirlediği ayrı temsiliyet niteliği olan siyasal birim özelliği elde etmişlerdir.⁵⁵²

Kentleşme tarihine bakıldığında kamusal mekânların ve kamunun faydasının sağlanması, ister kamu ister piyasa eliyle olsun, kapitalizmin gelişiminde elzem olmuştur. Kentler sınıf kavgalarının yoğun yaşandığı ve kavgalara şahitlik etmesi ölçüde de, kent yönetimlerinin kentlileşmiş işçi sınıfına kamusal mal ve hizmetlerin (ucuz konut, sağlık hizmetleri, eğitim, asfalt caddeler, hijyen ve su gibi) sunumuna mecbur kaldığı mekanlar olmuştur.⁵⁵³

Bu sosyal yapının değişmesi yanında ekonomik yapıda değişmekteydi. Bu değişikliklerin birden çok nedeni bulunmaktaydı. 15. yüzyıl, özellikle 1450'den sonra ekonomide endüstriyel fiyatların artışıyla aynı yıllarda tarımsal fiyatların durgun ve düşmekte olduğu yıllar oldu.⁵⁵⁴ Buna rağmen fiyatlar genel seviyesi yükseliyordu. Bu artışın birden çok sebebi vardı: bunlardan biri; yeni keşiflerle gidilen yerlerde sömürgelerde yaşayan insanların servetlerine zorla el konulması yanında altın ve diğer kıymetli madenler birikmiştir. Böylelikle dolaşımdaki paranın çoğalması Avrupa'da fiyatlar genel seviyesini zamanla artırmıştır. Hükümetlerin gelirlerinin sabit oysa harcamalarının artmaya başlaması mali örgütlerinin yetersiz olduğunu göstermeye başlamıştır.⁵⁵⁵ İkincisi; düşünsel hayatta gerçekleşen dönüşümle Katolik inancında kötülen zenginlikle Protestanlıkta ki çalışma neticesinde kazanma ve biriktirmenin Tanrı'nın sevgisinin kazanılacağı anlayışı yer değiştirmiştir. Üçüncüsü; hazırlayıcı nedense; Avrupa'da özellikle İngiltere'de "çitleme hareketi" sonucunda küçük toprak parçaları birleşerek verimliliği ve tarım ürünlerinin fiyatlarını artırmıştır.⁵⁵⁶

⁵⁵² Mehmet Ali Ağaoğulları ve Levent Köker, **İmparatorluktan Tanrı Devletine**, İmge Kitabevi, 7. Baskı, Ankara, 2011, s. 207-208.

⁵⁵³ David Harvey, **Asi Şehirler Şehir Hakkında Kentsel Devrime Doğru**, s. 124.

⁵⁵⁴ Fernand Braudel, **Medeniyet ve Kapitalizm**, s. 35.

⁵⁵⁵ Leo Huberman, **Feodal Toplumdan Yirminci Yüzyıla**, 2014, s. 118

⁵⁵⁶ Cem Doğru, "Osmanlı Toplumunda Kapitalist...", s. 75-76.

Kapitalist üretim sürecinin iki önemli yönü bulunmaktadır. Bunlardan ilki sermaye birikimi, ikincisi ise; emeğin örgütlenme biçimleriyle alakalıdır. Üretim sistemindeki kapitalizme özgü yapının ortaya koyulabilmesi, ancak her ikisinin birden çözümlenmesine bağlıdır. Kapitalizm çalışma ve emek sürecine insanın yaratıcılık alanı değil sermaye için yeniden bir üretim unsuru olarak bakmasıyla ayrılır. Diğer bir söylemle kapitalizm; insanı artı-değer üretiminin bir fonksiyonu olarak görmektedir.⁵⁵⁷

Kapitalizmin siyasetinde, artı sermayenin üretilmesi ve kullanılmasına devamlı kârlı alanlar bulmaktır. Sermaye sahipleri sürekli ve engelsiz bir büyüme için birçok engelle yüz yüze gelir. Eğer iş gücüyle ilgili bir açmaz varsa ve ücretler fazlaysa iki çözümü bulunmaktadır. Birincisi mevcut emeğin teknoloji marifetiyle yaratılan işsizlik veya 1980’lerde Thatcher ve Reagan’ın yönettiği tarzda bir örgütlü işçi sınıfına yönelik saldırı yöntemleriyle hizaya getirilmesi zorunluluktur. İkinci güç; sermayeyi ihraç etmek veya nüfus içinde o zamana kadar bağımsız haldeki unsurların proleterleştirilmesi gibi yepyeni emek süreçlerinin keşfedilmesidir. Genel anlamda yeni üretim tekniklerinin ve daha da özelinde yeni doğal kaynaklara gereksinme doğabilir.⁵⁵⁸ Bunların yanında kapitalizmin konusu olacak yeni mal ve hizmet üretim alanlarını da eklemek gerekir.

Kapitalizmde kâr elde etmek başlıca hedefken, birikim sahibi ücretli çalışanlara ödenen değer in daha üstünde bir karşılık beklemektedir. Meta ve sermaye hareketi genişlemedikçe yeniden üretimini sağlayamayacağı gibi, bu üretim sistemi de varlığını devam ettiremeyecektir.⁵⁵⁹ Ekonomik daralma dönemlerinde işsizlik artar, reel

⁵⁵⁷ Tülin Öngen, “Tekelci Kapitalizm ve Sınıf Yapısı”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, 1994 Cilt 49 Sayı 3, s. 317.

⁵⁵⁸ David Harvey, **Asi Şehirler**, Şehir Hakkından Kentsel Devrime Doğru, Çev. Ayşe Deniz Temiz, Metis Yayınları, İstanbul, 2013, s. 46.

⁵⁵⁹ Yusuf Akdağ, **Kapitalizm ve Sınıf Mücadelesi: Teorinin Güncelliği**, Evrensel Basım Yayın, İstanbul, 2014, s. 18.

gelirler düşer, yoksulluk yükselir, işçi sınıfının barınma ve beslenme olanakları olumsuzlaşır.⁵⁶⁰

Kriz dönemleri, rekabetin artarak her bir işletmenin ayakta kalabilmek için ucuza mal üretebilmek adına emeğin ücretlerinin düşürülme yönünde olduğu zamanlar olmaktadır. Her kriz varlığı çok ciddi teknolojik yenilenmelere ve sabit sermaye yatırımlarına gerek gösterdiği takdirde işçi ücretlerinin yükselmesine olanak tanımadığından talebi daraltıcı bir etki yaratmaktadır. Çıkan bu netice sağlığı ve sağlık sistemlerini olumsuz etkiler. Her yükseliş ve refah evresi kar oranlarında ve üretken sermaye birikimindeki artışla karakterize olup her kriz dönemi ise tersi durumlar görülmektedir. Kriz dönemi ekonomik ilişkilerdeki olumsuzluklar sağlık, eğitim, sosyal güvenlik gibi sosyal sektörler de aynı biçimde etkilenmektedir.⁵⁶¹ Sağlığın belirleyicileri olan gelir, iş, meslek, eğitim gibi tüm alanlar krizden olumsuz etkilenir. Kamunun sosyal sektörler ayrılacak fonları azaltılarak reel sektörü iyileştirici çeşitli ayrıcalıklar tanınır.⁵⁶²

Gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetlerine yaptığı harcamaların yetersizliği kriz dönemlerinde daha da azalmaktadır. Özellikle yoksullara olan sosyal yardımların miktarının düşmesi; kadınlar, çocuklar ve yaşlıları olumsuz etkilemektedir. Krizler kamu sağlık harcamalarını düşürmekte, hane gelirlerini reel olarak azaltmakta, işsizliğin artırmakta, mevcut çalışan gelirlerinin düşmesi nedeniyle kadın ve çocuklarında çalışma yaşamına geçmelerine neden olmaktadır. Tüm bunlar sağlık durumunda olumsuzluk yaratmakta ve sağlık hizmetlerine erişimi güçleştirmektedir.⁵⁶³

Feodalizmden günümüz ekonomik sistemine gelirken hatırlamamız gereken şey; iktisadi sistemlerin özelinde de kapitalizmle, girişimci sınıfın ortaya çıkışının belli bir

⁵⁶⁰ Erhan Nalçacı (Edit.), Onur Hamzaoglu, Erkin Özalp, **Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü**, s. 160.

⁵⁶¹ İlker Belek ve Onur Hamzaoglu, “Kapitalizmin Olağan Seyri İçinde Sağlık Açısından Projeksiyonlar”, **Toplum, Sağlık, Eczacı Dergisi**, 2001, s. 38-39.

⁵⁶² Erhan Nalçacı (Edit.), Onur Hamzaoglu, Erkin Özalp, **Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü**, s. 161.

⁵⁶³ Dilek Memişoğlu ve Ayşe Durgun, “2008 Ekonomik Krizi ve Türkiye’de Sağlık Sektörü Üzerine Etkileri, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 2011 Sayı 13, s. 90.

düşünce sonucunda ve ekonomik ortamda meydana gelmiştir. Kapitalizmin ve kapitalist insanın Avrupa kıtasında oluşması; feodal sistemin 16. yüzyılda çökmeye başlamasıdır. Bu yüzyıl gelinceye değin Avrupa’da gerek sosyal gerekse ekonomik hayat feodal düzenin ve Hristiyanlık dininin tesirinde olmuştur. Feodalizm çözüldükçe kentler güçlenmiştir. Kentlerin bağımsızlaşması, aynı ranta dayanan kıra dayalı ekonominin çözülmesiyle mümkün olmuştur.⁵⁶⁴ Ticaretin genişleyerek, paranın ekonomik rolünün büyük ölçüde artmasını kapitalist sistemin başlangıcı olarak sayabiliriz.⁵⁶⁵

Ekonomik ilişkilerin yürütüldüğü topraklar üzerinde tek bir siyasal birim kurularak ülkenin her yerinde aynı alışveriş yasaları tek bir siyasal bütünleşmeyle gerçekleştirilme yoluna gidilmişti. Burjuvazi tarafından 16. ve 17. yüzyıllarda, prenslerin feodal küçük siyasal birimlerin mutlak monarşi olma yönündeki eğilimlerini desteklemişlerdir.⁵⁶⁶ Benedict Anderson’a göre ulus devletin ortaya çıkışında en başat rolü kapitalizm oynamıştır.⁵⁶⁷

Kapitalist sistem, üretilen en temel gereksinimlerin dahi kar amaçlı olduğu, iş gücünün dahi piyasa tarafından pazarlanan bir meta değerini taşıdığı için tüm ekonomik aktörlerin piyasa ilişkileri içerisinde tanımlandığı bir sistemdir. Kapitalizmin geçmiş dönemlerde de olduğunu her ne kadar savunanlar olsa da aslında olgunlaşması için, görülebilmesi için feodalizmin sınırlamalarının ortadan kalkması gerekmiştir.⁵⁶⁸ Tarımın kapitalist üretim için kullanılması, küçük arazi sahibi olan köylülerin topraktan tamamen kopmasına, kente göç ederek endüstrinin ihtiyacı olan ucuz emek olmasına

⁵⁶⁴ Cem Doğru, “Osmanlı Toplumunda Kapitalist...”, s. 75

⁵⁶⁵ Cahit Talas, **Ekonomik Sistemler**, Sevinç Matbaası, Dördüncü Bası, Ankara, 1980, s. 51.

⁵⁶⁶ Alaeddin Şenel, **Siyasal Düşünceler Tarihi**, s. 309.

⁵⁶⁷ Ali Rıza Saklı, “Fransa ve Almanya’da Uluslaşma Süreci ve Ulus Bilincinin Oluşumu”, **Akademik Bakış Dergisi**, 2012 Sayı 32, s. 8.

⁵⁶⁸ Ellen Meiksins Wood, **Kapitalizmin Kökeni**, s.10-14.

neden olmuştur. Süreç içerisinde az bir arazi ile kendi kendini besleyen tarım uygulamalarından, geniş arazilerde kapitalist tarım faaliyetlerine geçilmiştir.⁵⁶⁹

Genel olarak ticaret kapitalizminin gerçekleştiği her yerde, Hollanda ve Büyük Britanya başta olmak üzere üretim faaliyetlerinden doğal olarak kopmuş sayısı her geçen gün artan yoksul nüfus birikmişti. Bunlar hayırsever kurumların kucaklamadığı daimi bir işle ilgilenmeyen büyük bir kitleydi. Bir kısmı orduda iş bulabilirken diğerleri yasal olmayan işlerde değerlendirilmekteydiler. Yan kesiciliğe ve gaspa yönelmekteydiler.⁵⁷⁰

Kapitalizmin ilk zamanları, Büyük Britanya'nın pamuklu dokuma alanında sanayileşmesini tamamlayarak dünyada ekonomik alanda lider olduğu bir dönemdir. Deniz ötesi ticari faaliyetlerin yaygınlaşması, bununla ilgili olarak sömürge ve köle politikaları, kolonilerinde sağladığı mamul madde ve emek gücü temin edebilmesi ve serbest girişimcilik bakış açısı; Büyük Britanya'nın sanayi devrimi yapmasında en önde gelen ülke olmasını sağlamıştır.⁵⁷¹ Pamuklu dokuma sanayi yanı sıra, dönemin şartları itibarıyla yalnızca madencilik sektörü dahi buharlı makinenin kullanılması tek başına bir teknolojik yenilikti. Bu sayede İngiltere'de 1800 yılında dünya kömür üretiminin %90'ını gerçekleştirebilmekteydi. Üretim kapasitesi muazzam boyutlara erişmişti.⁵⁷² 1780'lerde kamu kurumlarında veya kilise örgütünde bulunan çalışanların birçoğu, ya o yerde yaşayanlardı ya da yaşamı boyunca hizmeti yerine getirmek maksadıyla gelmiş insanlardı. Sömürgeleştirilen yerler dışında kamu personelinin merkezi yönetim tarafından atanması ve ardı ardına taşrada görevlendirilmeleri, henüz çıkmış uygulamalardı.⁵⁷³ Bu uygulamalarla modern devlet kurumlarını oluşturmaktaydı.

⁵⁶⁹ Onur Kovancı, **Kapitalizm, Yoksulluk ve Yoksullukla Mücadelede Tarihsel Bir Deneyim: İngiliz Yoksul Yasaları**, s. 32.

⁵⁷⁰ Georg Fülberth, **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, 2010, s. 134-135.

⁵⁷¹ Eric J. Hobsbawm, **Devrim Çağı Avrupa: 1789-1848**, Çev. Bahadır Sina Şener, 3. Baskı, Dost Kitabevi, Ankara, 2003, s. 36-46.

⁵⁷² Eric, J. Hobsbawm, **Devrim Çağı Avrupa: 1789-1848**, Çev. Bahadır Sina Şener, 3. Baskı, Dost Kitabevi, Ankara, 2003, s. 53.

⁵⁷³ Eric, Hobsbawm, **Devrim Çağı: 1789-1848**, Çev. Bahadır Sina Şener, Dost Kitabevi, 3. Baskı, Ankara, 2003, s. 19.

Kapitalizmin geçirdiğimiz son yüzyılda yaşadığı krizlerde; kamu hizmetinin kapsamını nasıl ve ne yönde etkilediği ilerde konu başlığı olan devletin sağlık hizmeti sunma sürecinde ayrıntılı yer verilmiştir. Konu tekrarı olmaması nedeniyle burada anlatılmamıştır.

E. Tıp Alanındaki Değişimler; Kentleşme, İşçi Sınıfının Oluşumu ve Bulaşıcı Hastalıklar

Tıbbi alandaki gelişmelerin de nedeni her alanda olduğu gibi, onu değişime zorlayan faktörlerdir. Avrupa’da 13. yüzyılın ilk yıllarından bu yana hastane yönetimleri kiliseyle yolları ayırmaya başlamış ve yönetimi belediyelere devredilmişlerdir.⁵⁷⁴ Bu dönemde belediyelerin resmi hekimlerini çalıştırmaya başladıkları görülmüştür. Venedik’te 1485 yılında sürekli bir sağlık idaresi kurulmuştur. Bu sağlık idaresine 1556’da denetleme ve alınan kararların uygulanması için mekanizmalar da eklenmiş; bu model uzun yıllar Avrupa’nın diğer ülkeleri tarafından örnek alınmıştır. Bu dönemde bulaşıcı hastalıklar, genellikle kent surlarının dışında tecrite tabii tutulurdu. İçerisinde kendine has tuvaletlerinin bulunduğu tecrit koğuşları olan iyi kurgulanmış manastırlar uzun müddet yararlılıklarını kanıtlamışlardı. Sonunda; başka kentlerden kente gelen ve giden insanların kullandığı karantina uygulamalarının tesisi, Orta Çağ tıbbının başlıca buluşlarındandı. Seyyahlar bir süre bekletilip gözlem yapılmasının ardından şehre kabul ediliyorlardı.⁵⁷⁵

Askeri alandaki icatlarla savaşlar daha çok hasara yol açmakta; ölü ve yaralıların çoğalmasına neden olmaktaydı. Örneğin barutun 16. yüzyılda savaşlarda kullanılması, cerrahlara olan ihtiyacı artırmıştı. Dönemin cerrah hekimlerinden Ambroise Pare 1545 yılında ve sonrasında silah yaralanmaları ve diğer cerrahi işlemlere dair 20 önemli kitabı

⁵⁷⁴ Derya Şahin Gezer, **Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Etik Sorunlar Konusunda Adana Ölçeğinde Bir Araştırma**, s. 4.

⁵⁷⁵ Lewis Mumford, **Tarih Boyunca Kent**, s. 364.

yayınlandı.⁵⁷⁶ 17. yüzyılda tıpta sayısız bilim adamı yetişmiş, kan dolaşımı ve kan nakli bulunmuştu. Fizyolojide birçok çalışma, dışında mikroskop bulunmuştu.⁵⁷⁷

Salgınlar yanında buhar motorunun üretimde kullanılması hızlı bir sanayileşme ve kentleşme sürecini başlatmıştı. Sanayi devrimiyle birlikte şehirleşme ve hastanelerin sayısı da artmıştı. O yıllarda şehre göçen insanlara barınacak yer bulunamaması tifo ve tüberküloz gibi hastalıklardan ölümleri fazlaştırmıştır. Bakacak yakını ve evi olmayanlar için hastaneler iyi bir konaklama yeri idi. Kalabalıklaşan hastaneler aynı zamanda klinik gözlem için iyi bir alan oluşturmaktaydı, ölümler ise otopsi yapılabilmesi için iyi bir uygulama alanı oluşturmaktaydı.⁵⁷⁸

Sanayileşmeyle birlikte insanlar ticaret ve endüstri nedeniyle kentlere akın etmişti. Kentlerde sağlıksız yaşam koşulları ve endüstrilerde uzun çalışma saatleriyle birlikte kolera, çiçek, tifo, tüberküloz, sarıhumma gibi bulaşıcı hastalıkların dalga dalga yayılmasına neden olmuştur. Sıklıkla tekrarlanan bu salgınların, endüstrileşmiş kentlerde ve özellikle endüstrileşmiş liman kentlerinde görülmesi tüm dünyanın dikkatini çekmiştir. Kuzey Amerika'da İngiliz kolonileri ve Birleşik Amerika bununla savaşmak için ciddi bir çaba harcamıştır. Öyle ki 1793'te sarıhumma salgınının ardından Ulusal Başkent Philadelphia'dan taşınmak zorunda kalmıştır. Aynı yıl şehri geliştirmek için Sağlık İdare Heyeti harekete geçmiştir.⁵⁷⁹

Avrupa'da hastalıklardan korunma amacıyla bazı kamu hizmetlerinin yürütülmesi yaklaşımının önem kazanmaya başladığı görüldü. Sanayi devriminin beşiği olan İngiltere'de, ilk dönemlerde işçilerin yaşam ve çalışma koşulları son derece kötüydü. Uzun çalışma saatleri, kalabalık barınma koşulları, geçinmek için gerekli olandan daha az gelir ve hemen hiçbir alt yapıya sahip olmayan kentsel ortamlar dönemin ayırıcı özellikleriydi. İşçilerde iş kazası ve meslek hastalıkları yaygın biçimde

⁵⁷⁶ Ayşegül Demirhan, **Kısa Tıp Tarihi**, s. 66.

⁵⁷⁷ Erdem Aydın, **Dünya ve Türk Tıp Tarihi**, s. 117-119.

⁵⁷⁸ Ayşegül Demirhan, **Kısa Tıp Tarihi**, s. 90.

⁵⁷⁹ Yusuf Öztürk, "Halk Sağlığının İmajları, Tanımları ve İşlevleri", **Halk Sağlığı Genel Bilgiler**, Erciyes Üniversitesi Yayınları, No: 172, Kayseri, 2011, s. 29.

görülmekteydi. Kadın ve çocukları korumaya özgü hemen hiçbir önlem yoktu. Evlerde su ve kanalizasyon şebekesi bulunmamaktaydı. Verem ve tifüs işçi mahallerinde sıkça rastlanan hastalıklardandı. Sanayi devrimi insan sağlığını etkileyen sosyal etmenleri gözlenebilir hale getirmişti.⁵⁸⁰ Bu durum feodal dönemin sağlık şartlarının iyi olduğu anlamına gelmemelidir. Avrupa’da erişkinler için ortalama yaşam ömrü kısa olmakla beraber çocuk ölümleri artık kanıksanmıştı. Daha çok yoksul halk kesimleri arasında görülen salgınlar ölümlerin başlıca nedenleriydi. Açlık ise; bu hastalık ve ölümlerin altında yatan diğer önemli unsurdu.⁵⁸¹

Roma’da kiralık evler, Napoli’den Edinburgh’a kadar hatta spekülasyonların bir dönem yaşandığı Elizabeth çağı Londrası’nı da dahil etmek mümkün, fazlaca nüfusu barındıran konutların olağanlaştığı 16. yüzyıla dek Batı Avrupa’nın en kötü yapılmış, kalabalık ve sağlıksız evleri durumundaydı. Bu yapılar yalnızca kötü ısınan, atık suyun tahliye edilmesi ve tuvalete dair bir teşkilatı olmayan, yemek pişirmek için uygun olmayan, havalandırılmayan birçok odadan oluşan konutlar değil, aynı zamanda uygun bir yaşam için gerekli donanımdan yoksundu. Kötü ve yüksek inşa edilmiş olup; içinde ikamet edenlere çoğunlukla yaşanan yangın durumunda kaçmak için imkân tanımamaktaydılar. Bu binalarda oturanlar tifo, tifüs ve yangından kurtulmayı başarmış olsalar da, binaların çökmesi durumunda enkazdan kurtulamamaktaydılar.⁵⁸²

Erken bir tarihe kadar, çöp ve dışkı boşaltmakla ilgili gelişigüzel kıra dair uygulamalar kalabalık kentsel alanların sağlığını riske düşürür bir hal almışlardı; buna karşın kentte sıhhi tedbirler alınmamakta, temizlik konularında yeterince iyileştirici uygulamalara rastlanmamaktaydı. Uzun yıllar boyunca kentte yaşayanlar, çoğunlukla berbat sağlıksız ortamlara katlanmış, çevresinden uzaklaştıracabilecekleri mümkünken çöp ve pislik içinde yaşamaya devam etmişlerdir. Bu tür bir çevrenin ıslahı mümkündü. Çöp ve pislikleri çevrelerinden uzaklaştırmak için yapabilecekleri günlük faaliyetler, her

⁵⁸⁰ Deniz Akgün, **Kapitalizm Hasta Eder**, Notabene Yayınları, Ankara, 2014, s. 115.

⁵⁸¹ Marc Bloch, **Feodal Toplum**, Çev. Mehmet Ali Kılıçbay, Savaş Yayınları, Ankara, 1983, s. 100.

⁵⁸² Lewis Mumford, **Tarih Boyunca Kent**, s. 280.

gün buna tahammül etmekten ve böylesi bir yerden geçmek ve bu kötü kokuyu solumaktan daha berbat olamazdı. Ne yazık ki bugün anlayamayacağımız bir biçimde bunlara aldırmamaktaydılar.⁵⁸³

Hasta bakımının sürekli ve kapsamlı olarak yapıldığı ilk hastaneler kimsesizlere, yoksullara ve seyahat halindekilere hizmet etmek maksadıyla oluşturulmuşlardı. Bu yıllarda askerlerin ve denizdekilerin tıbbi bakımı hükümet tarafından yönetilen hastaneler tarafından yapılmaktaydı. 18. yüzyıl salgın hastalıkların yaşamı ciddi tehdit etmesi nedeniyle (kolera, çiçek ve tifo) özel hastaneler teşekkül etmiştir. Bu dönemde Kuzey Avrupa ülkelerinde bulaşıcı hastalıklara özgü hastaneler açılmıştı. Bu dönemde ruh sağlığı rahatsızlıklarından muzdarip kimseler için hastaneler kurulduğunu görmekteyiz. Aynı yıllarda İsveç'te zührevi hastalıklar Norveç'te ise lepralıları için özel hastaneler düzenlenmiştir. Bu dönem ruh sağlığı hastaları için hastaneler açıldığı görülmektedir.⁵⁸⁴

1753 yılında İngiliz donanmasında doktor olarak bulunan James Lind; limon ile portakal yediğinde skorbütün iyileştirileceğini klinik bir deneyle kanıtlamıştır. Taze sebze ve meyve tüketiminde bu hastalığı iyileştirici etkisi fark edilmiş oldu. Oysa uzun bir süre bu hastalığın bulaşıcı bir hastalık olduğunu düşünmüşlerdi.⁵⁸⁵

18. yüzyılın halk sağlığı sorunlarından biri de kilise etrafında bulunan mezarların kötü koku ve hastalık yaymasının fark edilmesi idi. Tanrıya yakın olmak maksadıyla ölünce kiliseye yakın gömülmek isteyen insanlar, kiliselerin etrafında zamanla büyük bir mezarlık olmasına neden olmuşlardı. Kiliseler mahşer gününe kadar bulundurmak için cesetleri “ceset evi” denilen yerlerde muhafaza etmişlerdi. Kiliselerin altları ve

⁵⁸³ Lewis Mumford, **Tarih Boyunca Kent**, s. 97-98.

⁵⁸⁴ Haydar Sur, “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi...”, s. 218.

⁵⁸⁵ Çağatay Güler ve Levent Akın (Edit.), “Halk Sağlığı Kavramı ve Gelişmesi”, **Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2015, s. 6.

yanları ceset dolmuştu. Kemiklerin ceset evlerinde gömülmesi zamanla ölüye bir saygısızlık olarak görülmeye başlamış ve bu alışkanlık terk edilmeye başlanmıştır.⁵⁸⁶

Batı dünyası İstanbul'dan gelen Emanuel Timoni ve İngiliz elçisinin eşi Lady Mary Wortley Montagu'nun yazılarında Doğu Metodu denen çiçekleme usulünü öğrenmişti. Tehlikeli olan bu yöntem yerine Edward Jenner 1798'de inek çiçeği ile aşılamanın bu yönteme göre daha tehlikesiz olduğuna dair bir yazı yayınladı. Bu yöntem yavaş bir biçimde Avrupa'da yayılmaya başladı.⁵⁸⁷ Modern bilimsel tıp tarihi son iki yüzyıla kadar uzanmaktadır. Yazılı tıp tarihine bakıldığında ilk önemli olay 1798'de Jenner'ın çiçek aşısını bulması olmuştur. 19. yüzyılda laksatiflerin yanında; morfin, kinin, striknin, atropin ve sonrasında kokainin bulunması tıptaki gelişmelere önemli katkı sağlamıştır.⁵⁸⁸ Batıda toplu ölümlere ve sakatlıklara neden olan çiçek hastalığından, Osmanlı devletinin de aralarında olduğu çoğu Doğu ülkelerinde halk aşı yapılarak korunmuştur. 18. yüzyıl Avrupa'sında 60 milyon ve daha da çok insan çiçek hastalığı nedeniyle ölmüş, milyonlarca insanda ise sekel bıraktığı bilinmektedir.⁵⁸⁹

Tıptaki ilerlemelerle kişisel hijyene çok önem verilmeye başlandı. Halk toplu yaşanan; ordu, donanma, hapishane ve hastanelerde sağlığı olumsuz etkileyebilecek koşulların oluşmasına engel olunmaya çalışılmıştır. Tifo, tifüs, tüberkülozun yaygın olduğu hastanelerde, İngiliz olan John Howard'ın çabalarıyla sağlık reformu gerçekleştirildi. Lavoiser hijyenik hapishane inşaatları ve lağım konularını inceledi. İngiliz ordularının genel cerrahı olan Sir John Pringle tarafından ise askeri tıp alanında reformlar yapıldı. James Lind ve Thomas Trotter gemiciler için ölümcül olan skorbüte karşı bilimsel bir savaş açtılar. Turunçgillerin skorbütü önlediğini ve tedavi ettiğini deney yaparak kanıtladılar. Lind gemi personelinin vebadan kurtulması için kıyafetlerini

⁵⁸⁶ Erdem Aydın, **Dünya ve Türk Tıp Tarihi**, s. 103-104.

⁵⁸⁷ Ayşegül Demirhan, **Kısa Tıp Tarihi**, s. 88-89.

⁵⁸⁸ Haydar Sur, "Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi...", s. 218.

⁵⁸⁹ Ali Haydar Bayat, **Tıp Tarihi**, 2003, s. 183.

sterilize etti. Böylelikle tifüsün İngiliz donanmasında bulaşmasını önlemiş oldu. Denizden distile ederek su elde etme yöntemini bulmuşlardır.⁵⁹⁰

Aynı tarihlerde Louis Pasteur (1822-1895) “germ kuramı” olarak bilinen; herhangi bir enfeksiyonun oluşabilmesinin yolu dışarıdan bir etkenin dahil olması ya da bir germin alınması gerektiği iddiasını kanıtlamıştır. Yaklaşık 1000 yıldır hastalıkların gözle görülmeyen küçük canlılar tarafından gerçekleştirildiğine inanılmakla birlikte bu canlıların aynı ortamda kendiliğinden oluştukları düşünölmekteydi.⁵⁹¹

Claude Bernard, 1849’da yağların sindirilme biçimi üzerine bir inceleme ile karaciğerin glikojenik görevini bulur. Çalışmalarını sürdürerek glikozun, dokuda yandığı ve kandaki oksijenle taşındığı türden bir yakacak maddesi olduğunu keşfeder; kanın vücuttaki düzeyini düzenleyici fonksiyonunu ve zehirli maddelerin organlardaki tesirini araştırır. Gözlemleri sonucunda, “Tıbbı Uygulanan Deneysel Fizyoloji Dersleri ve Deneysel Tıbbın İncelenmesine Giriş” adıyla doğa bilim alanında en temel eserini yayımlamıştır. 1878’de vefat edinceye dek, hayvan ve bitki kökenli alanların birliğini kurmuş, fizyoloji bilimini ampirizmden ve metafiziğin tesirinden uzaklaştırmıştır.⁵⁹²

Sir William Osler, 1850-1950 yılları arasına modern devir adını vermiş ki bu dönemde Batı ölkelerinde yaşam umudunun tedavi edici tıptan daha çok koruyucu tıbbı bağı olduğu bilinmekteydi. 19. yüzyılın bazı Jeremy Bentham gibi düşünürlerin fikirleriyle endüstriyel toplumun gereksinimleri halk sağlığı branşına etki etmiştir. Batı ve Orta Avrupa’da görölen bulaşıcı hastalıklar tedbir alınarak önlenebilirlerdi. Fabrikalarda hijyenik olmayan koşullarda çocuk işçi çalıştırmak çok yaygındı. Büyük kentlerde sefalet bölgeleri hem orada yaşayanları hem de yüksek sınıfların sağlığını olumsuz etkileyerek, enfeksiyöz hastalıkların ve epidemilerin oluşmasına neden

⁵⁹⁰ Ayşegöl Demirhan, **Kısa Tıp Tarihi**, s. 88.

⁵⁹¹ Çağatay Güler ve Levent Akın (Edit.), “Halk Sağlığı Kavramı...”, s. 4.

⁵⁹² Server Tanilli, **Yüzyılların Gerçeğı ve Mirası, 19. Yüzyıl: İlerlemeler ve Çelişmeler**, Cilt V, Adam Yayınları, İstanbul, 1999, s. 118-121.

olmaktaydılar. Hijyen hareketleri ve halk sağlığı hızla yayıldı. Suyun, çevrenin ve bireyin temizliği ile bazı hastalıkların önlenebileceği bulunmuştu.⁵⁹³

Londra’da 1853-54 yıllarında ortaya çıkan kolera salgınının önlenmesi için hastalığa neden olan su pompalarının kapatılması ve kötü koşullarda yaşayan yoksullara yeterli barınma koşullarının sağlanması önerilmişti. Londra’da yerel sağlık yetkilisi olan John Simon ise kolera salgınının sebepleri için kanalizasyon, temiz su, yoksulluk gibi sorunlarla baş etmek için şehrin halk sağlığı alt yapısını oluşturmak gerektiğine dikkat çekmişti.⁵⁹⁴ Bulaşma yolu bu şekilde bulunan koleranın etmeni de 1883’te Robert Koch tarafından tespit edilmiştir. Sıtmanın etkeni ise 1880 yılında Charles Louis Alphonse Laveran bulmuş, uygulamaya yönelik yanını Ronald Ross 1897 yılında tamamlamıştı.⁵⁹⁵

Charles Richet, serumla tedaviyi bularak yeni gelişme kaydetmiş; Emile Roux ile Von Behring, aynı yöntemi difteriye uygulamıştır. Hastalık etkeni olan basil 1883’te Klebs bularak, serumunu 1894’te üretmiştir. 1879’da Neisser bel soğukluğunun mikrobunu bulmuş, yine bir başka cinsel hastalık olan frengi için 1906’da Wassermann sağaltım yöntemini bulacaktı. Sefalet ve yorgunluk sonucunda nükseden bir sosyal hastalık olan verem, koruyucu tedbirler yanında, çalışılan ortamın düzeltilmesi gerekmekte olduğundan uzun bir dönem yaşam koşulları düzeltilemeyecekti. Cerrahi müdahale ise Forlanini’nin, pneumothorax’ı ile 1908 yılına dek uzanmıştır. 20. yüzyılın başında, Mendel yasalarının bulunması kalıtımla bulaşan hastalıkların keşfine önayak olmuş oldu. Antisepsinin gelişmesi ether ve kloroform’un kullanılması cerrahideki ilerlemeleri destekler nitelikte olmuştur. Katarakt ve kadın hekimliğine yönelik tekniklerde çeşitli ilerlemeler kaydedilmiştir. Akıl hastalıkları ile ilgili çalışan Valentin Magnan, Emil Kraepelin ve Edimburg okulu, bu rahatsızlıklara sahip insanlar üzerindeki baskının kaldırılmasını sağlarlar. Yeni tedavi yöntemleri bulunur ve psikiyatride uzmanlar çoğalır. Bu uzmanlardan Lombrozo, fiziksel görünüşün suçla

⁵⁹³ Ayşegül Demirhan, **Kısa Tıp Tarihi**, s. 121-130.

⁵⁹⁴ Deniz Akgün, **Kapitalizm Hasta Eder**, Notabene Yayınları, Ankara, 2014, s. 116.

⁵⁹⁵ Çağatay Güler ve Levent Akın (Edit.), “Halk Sağlığı Kavramı...”, s. 4.

yadsınamaz bağıni ortaya koymuştur. Temel olan Suçlu İnsan (1875) isimli kitabında, kişinin doğuştan getirdiği özelliklerin onu suça meyilli yaptığı kuramı tartışmalara neden olur. 1888 yılındaki Dahi İnsan adlı eser ise fizyoloji ile psikolojiyi birleştirmiştir.⁵⁹⁶

Temiz su kaynağının değerinin anlaşılması hem belediye işlerinin gelişiminde rol oynamış hem de maden suyu pınarlarının şifalı yönlerinin araştırılmasına neden olmuş; böylelikle ilk sağlık bakım merkezlerinin yanında onların doğrudan devamı niteliğinde olup, doğal hamamlar, kaplıcalar ve içmelerle ilgili ihtisası olan sağlık merkezleri çıkmıştır. İngiltere'deki Bath bu anlamda merkez olma özelliğine sahipti ve 18. yüzyılda açık hava ve güneş ışığıyla raşitizm ve tüberküloz hastalığıyla mücadelede doğal bilimsel bir yöntemi olarak kabul görmüştü.⁵⁹⁷

Kırsal yaşamın artan nüfusu besleyememesi ve daha iyi yaşam koşulları için kente göç eden yoksul kalabalıklar, kısa sürede kentte sefalet içinde yaşayan halk kitlelerine dönüşmüşlerdi. Kent yönetimlerinin gelen yeni insanlara oturabilecekleri konut, temiz su, kanalizasyon gibi hizmetleri sağlamakta yetersiz kalmasına neden olmuştur. Düşük ücretlerle çalışan ve sağlıksız yaşam alanlarında yaşayan geniş halk kesimleri 19. yüzyılda birçok kişinin ölümüyle sonuçlanan çeşitli bulaşıcı hastalıkların sıkça görüldüğü bir toplum kesimi halini almıştı. Gayet tabii olarak içerisinde yaşadıkları toplumun diğer kesimleri de tehdit altındaydı. Salgınlar nedeniyle ölümlerin çoğalması, merkezi otorite birimlerini koruyucu önlemler için kolları sıvamak durumunda bırakmıştır. Uygunsuz koşullarda yaşamaya çalışan bu insan gruplarında görülen topluca ölüm ve epidemiler/pandemiler döneme özgü sağlık karakteristiğini oluşturmuştur. 1831-1832 yıllarında yaşanan büyük kolera salgını, 1854-1856 Kırım Savaşı'nda kaybedilen askerlerin %70'inin tifo, tifüs ve koleradan, 1897 Osmanlı-Yunan Savaşı'ndaki askerlerden 40 bin ölümden 28 bininin nedeni bulaşıcı hastalıklar

⁵⁹⁶ Server Tanilli, **Yüzyılların Gerçeği ve Mirası, 19. Yüzyıl İlerlemeler ve Çelişmeler**, s. 118-121.

⁵⁹⁷ Lewis Mumford, **Tarih Boyunca Kent**, s. 183.

olarak tahmin edilmektedir. Temel sağlık hizmetleri üzerinde konuşulmasını hazırlayan dinamiklerden biri de halk sağlığı/toplum hekimliği hareketinin gelişmesidir. Tıbbi buluş ve icatlar buna dair bilgi birikimini artırmış, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini ortaya çıkarmıştı. Almanya’da Peter Frank, İngiltere’de Avukat Edwin Chadwick, Fransa’da Jules Rene Guerin tarafından toplum hekimliği hareketi sonrasında John Simon, Rudolf Virchow gibi bilim insanları tarafından genişletilecektir.⁵⁹⁸

Halk sağlığı anlayışının gelişmesi; insan hakları ve eşitlik fikirlerinin geniş kabul görmesi ve uygulama çabaları önemli katkılar sağlamıştır. Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların iyileştirilmesinde fırsat eşitliğinin ortaya çıkmasına katkıda bulunmuştur. Bu ise; sağlıklı bir çevrede doğma ve yaşamının insanların doğuştan kazandıkları bir hak olarak görülmesi düşüncesinin yaygınlaşmasıyla olmuştur. Tüm doğuştan kazanılan diğer haklarda olduğu gibi azına razı olunmamıştır. Devletler hakların kullanılabilmesi için gereken önlemleri almakla yükümlü tutulmuşlardır.⁵⁹⁹

1853-1869 yılları arasında Seine valisi Baron Haussmann Bonaparte rejiminden, Temmuz Monarşisi ile İkinci Cumhuriyet’ten miras kalan yasama yöntemleri, imparatorun kişisel desteği ve yasama yöntemlerinden güç bularak çeşitli girişimlerde bulundu. Nüfusu bir milyonu aşmış kent için; lağımlar, su yolları, gazla aydınlatma, toplu taşımacılık, okullar, hastaneler, çarşılar ve parklar olmak üzere çeşitli alt yapı hizmetlerini sağlamaya çalışmıştı. O dönemde henüz bu konularla sorumluluğun kime ait olduğuna karar verilememişti. Bu dönemde kanalizasyon sistemi neredeyse tümüyle baştan yapıldı; sokak aydınlatmasında kullanılan gaz borularının sayısı 3 katına çıkarıldı; toplu taşımacılık hizmetleri birleştirildi; atlı binek arabası hizmete koyuldu;

⁵⁹⁸ Recep Akdur, “Dünya’da Temel Sağlık Hizmetleri Ekolünün Gelişimi ve Günümüzdeki Durumu”, **II. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu**, Manisa, 2004, s. 18.

⁵⁹⁹ Çağatay Güler ve Levent Akın (Edit.), “Halk Sağlığı Kavramı...”, s. 7-8.

halka açık dört büyük park tasarımı yapıldı; büyük bir kente gerekli olan kamu yapıları ile 1859'da birleştirilen, on bir çevre kasaba yükselmeye başladı.⁶⁰⁰

1890'dan sonra Berlin (1896), Paris (1900) ve Viyana (1904) kentleri çeşitli bayındırlık faaliyetlerine giriştiler. Ucuz ev kiralama konusunda kapsamlı programlar oluşturuldu: İngiltere'de 1885 tarihli İşçi Sınıfına Konut Edindirme Yasası, Almanya'da 1901 tarihli Adickes Yasası, Fransa'da 1890 tarihli Societe Française des Habitations a Bon Marche ve İtalya'da 1902 tarihli Instituti per le Case Popolari'den kaynaklandı.⁶⁰¹

Günümüz tıbbının sınırlarının çizildiği 19. yüzyıl, yataklı tedavi kurumlarının çağdaş standartlar oluşturulmasının da başlangıcı olmuştur. Hastaların ve yoksulların barınma maksatlı kullandıkları ve kurumsallaşma olmadan yönetilen hastaneler, her geçen gün teşhis ve tedavinin merkezi olmaya başlamış ve teknolojiden daha fazla yararlanmaya başlamıştır.⁶⁰²

Modern tıbbın ortaya çıkışından çok önce hastalıklar, ruhsal ve mekanik güçlerin bir sonucu olduğu düşüncesi uzun yıllar sürmüştür. Örneğin, 19. yüzyılın ilk yarısında yaygınlaşan kolera salgınına, zayıf ahlak ve çevrede bulunan organizmaların bozulmasından dolayı kötü hava neden gösterilmişti.⁶⁰³ Orta Çağ'da hekim dini bir görünüm taşıırken modern devirlerde laik bir karaktere sahipti. Sanayi devrimi öncesinde hekim sayısı az olduğu ve az sayıda zengin hastayı tedavi etmekteydi. Sanayi devrimiyle birlikte hekim ve hasta sayısında artış oldu.⁶⁰⁴ Bilimsel tıbbın geçmişi iki yüzyıl öncesinde çiçek aşısının (1798) bulunmasıyla başlatılmaktadır. Devamında 19. yüzyıl içerisinde bazı ilaçlar bulunarak tıbbi gelişmeye ivme kazandırılmıştır.

⁶⁰⁰ Leonardo Benevolo, **Avrupa Tarihinde Kentler**, s. 201-202.

⁶⁰¹ **A.k.**, s. 217-218.

⁶⁰² Derya Şahin Gezer, **Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Etik Sorunlar Konusunda Adana Ölçeğinde Bir Araştırma**, s. 3.

⁶⁰³ Zafer Çirhinlioğlu, **Sağlık Sosyolojisi**, s. 23.

⁶⁰⁴ Ayşegül Demirhan, **Kısa Tıp Tarihi**, s. 130.

III. DEVLETİN SAĞLIK HİZMETLERİ SUNMA SÜRECİ

Modern devlet zamanında diğer kamu hizmetleri gibi sağlık hizmetini de sunabilmesi için; öncelikle devletin kurumlarını oluşturması gerekmektedir. 13. yüzyıldan itibaren, Batı Avrupa’da siyasal birliğin sağlanması ve merkezileşme doğrultusunda hızla bir ilerleme yaşanmıştır. En önde Fransa ve İngiltere olmak üzere önce soylular ve rahipler, ardından burjuva, ayrı sınıflar halinde bölgelere göre toplanmış kralın da isteğiyle yetki verilmiş grupların (Fransa’da Etats Generaux, İngiltere’de Parlamento) oluşturulmasına neden olmuştur. Ne var ki, İngiliz feodalitesi ile Fransız feodalitesi, birbirinden farklı bir biçimde yerleşip geliştiğinden, temsili rejim de İngiltere ve Fransa’da değişik yollardan gelişeceklerdir. Fransa’da, mutlak burjuvazi öncülüğünde Tiers Etat’ın başkaldırmış, soylularla kilise mensuplarının bir bölümü monarşinin yanında yer almışlardır. Bu durum aynı zamanda 1789 Devrimi’ni doğurmuştur. İngiltere’de ise tam aksi feodal yapının farklılığından, soyluların büyük bir bölümü burjuvaziye desteklemiş, burjuvazi büyük bir devrim gerektirmeksizin iktidara aşamalı bir biçimde gelebilmiştir. İngiltere aynı kırılmayı Fransız Devrimi’nden yaklaşık yüzyıl önce gerçekleştirebilmişti.⁶⁰⁵ Fransız ve Amerikan Devrimlerinin diğer bir yönü modern devletle eşdeğer bir kavram olarak kabul edilen ulus devleti ortaya çıkarmasıdır. Ulus-devletin belirmesinde 15. yüzyılın sonu ile 17. yüzyılın sonu arasındaki savaşlar sonunda askeri ve siyasi otoritenin merkezileşmesi neticesinde vergilerin fazlaca toplanabilmesi, devletin otoritesini kullanabileceği bürokratik mekanizmalara sahip olmaya başlamasının etkileri olmuştur.⁶⁰⁶

Günümüzdeki manası ve öğeleriyle modern devletin, ancak 15. ve 16. yüzyıllar içerisinde olduğu düşünülmektedir. Gerçekte devlet denildiğinde belirli sınırlar dâhilinde konumlanmış bir insan topluluğu, sürekli bir siyasal örgütlenme ve

⁶⁰⁵ Server Tanilli, **Devlet ve Demokrasi Anayasa Hukuku’na Giriş**, s. 247-248.

⁶⁰⁶ Abdulvahap Akıncı, “Modern Ulus Devletlerin Doğuşu”, **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 2012 Sayı 34, s. 63.

kurumlarını oluşturmuş iktidar anlamamız gerekiyorsa, bu özellikleri taşıyan örgütlenmelerin tarihi yakın geçmiştir. Devlet sözcüğünün Batı dillerindeki karşılığının (status, stato, etat, state) ilk kullanılması 16. yüzyıla denk gelir. Ondan evvel “polis, civitas, respublica, regnum” gibi kavramlarla adlandırılmıştır.⁶⁰⁷

Modern devlet yapısının; Orta Çağ ve devletsiz toplumlardan en önemli iki farkı; kutsallaştırılmış siyasi iktidarların yerini, kurumsallaşmış siyasal iktidara dönüştürmeleri ve yasayı söyleyenle onu uygulayanın farklı birimler olmalarıdır. Modern devletin, fiziksel, rasyonel ve hukuksal özellikleri bulunmaktadır. Meşru zor kullanma tekeli, egemenlik ve fiziki sınırları ile beraber modern devletin omurgası olan fiziksel yapıyı oluşturur. Yönetimin merkezileşmesi manasına karşılık gelen bürokrasi ise, devlete rasyonel bir özellik kazandırır. Meşruiyetin kökeninin Tanrıdan koparılması ve “tebaanın” yerine “yurttaşlık” gelmesi, devletteki hukuksal yapıyı göstermektedir.⁶⁰⁸ Diğer bir tanımla belirli sınırlar içerisine yerleşmiş bir insan topluluğunun, daimi bir siyasal örgütlenme ve kurumsallaşmış bir iktidar altında toplanması denilebilir. İki tanıma da baktığımızda, bu özellikleri barındıran kuruluşları görmek için çok eskilere gidememekteyiz. Bugünkü anlamı ve bugünkü unsurlarıyla (ülke-insan topluluğu-egemenlik) devlet, Orta Çağ’ın sonu ile Yeni Çağ’ın başında, Avrupa’da feodalizmin çözülmesi ve kilisenin siyasal nüfuzunun kırılışı sonunda ortaya çıkmıştır.⁶⁰⁹ Feodal dönemdeki devletten; bugünkü anlamda halk, egemenlik ve devlet gücü gibi öğelerle açıklamak mümkün değildi. Çünkü devlet ve milli sınırlar olmamakla birlikte insanların konumları sistem içerisindeki bağımlılık ilişkileriyle ifade edilmekteydi. Örneğin; köylüler feodal toprak sahibi soylulara serflik ilişkisi üzerinden bağlı olup, bu anlamda çeşitli yükümlülükleri bulunmaktaydı.⁶¹⁰

⁶⁰⁷ Munci Kapani, **Politika Bilimine Giriş**, 30. Basım, Bilgi Yayınevi, Ankara, 2012, s. 36-37.

⁶⁰⁸ Abdurrahman Saygılı, “**Modern Devletin Çıplak Sureti**”, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2010 Cilt 59, Sayı 1, s. 61-62.

⁶⁰⁹ Munci Kapani, **Politika Bilimine Giriş**, Bilgi Yayınevi, Ankara, 1975, s. 20-21.

⁶¹⁰ Georg Fülberth, **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, 2010, s. 93.

Modern devlet kökenini; Batı Avrupa’da feodalitenin yıkılmasıyla başlamış ekonomik ve siyasal dönüşüm ile sanayi devrimi gibi diğer bazı kendi iç dinamiklerinin dönüşmesinden almaktadır.⁶¹¹ Burjuvazi kendini yeteri kadar güçlü hissettiğinde toplumsal tarafları birbirine karşı oynamada bir sakınca görmemişti. Bu minvalde; serbest ticareti desteklemek adına özgürlük söylemleriyle küçük burjuvazi ve emekçi halk kesimlerinin desteğini alırken, köylü ayaklanmaları ve halkın hoşnutsuzluğu karşısında ise soyluluğun aydın kesimlerinin desteğine başvuruyordu. Her iki durumda da devletin üst kademe yöneticileri arasında bulunarak, bu yolla devlet işleri ile ilgili bilgi ve deneyim elde etmişti.⁶¹² Toprak ve arazi sahipleri silah tekelini elinde bulunduran adem-i merkezi bir yapı oluşturmaktaydı. Köylük alanlardaki yargıçlık yetkisi de bu kimselerin elindeydi. Dolayısıyla devlet denen siyasal ve merkezi yapının oluşması ancak bu yapının zayıfladığı ve kapitalizmin erken çağları olan 16. yüzyılda ortaya çıkabilmişti.⁶¹³ Kayda değer durum ise kapitalizmin doğuşunda ve oluşmasında ulus devletin önemli bir rol oynadığıdır. Burjuvazi olmadan kapitalizm gelişemezdi ancak burjuvazinin varlığı da ulus devlette ve ulus devlet gerçeğiyle güçlenecekti.⁶¹⁴ Öyle ki ulus devletin ortaya çıkışında kapitalizm en başat rolü oynamıştır.⁶¹⁵

Modern devletin oluşmasında ekonomik alt yapıyı oluşturan şey burjuvazinin ortaya çıkarak; kapitalist üretim ve tüketimi zamanla örgütlemeye başlamasıdır. Kentler ticaret ve zanaat gelişmeden önce idari ve dinsel merkezler olmuşlardı. Ancak sonrasında kentler, piyasa için üretimin ve böylelikle ticaretin canlanmasıyla paralel olarak gelişmeye başladı. İşte bu meta üretimi ve ticaretle zenginleşen bir sosyal sınıf olan burjuvazinin ortaya çıkması en önemli sosyal olaydır. Savaş sanatıyla uğraşmayan ve toprak sahibi de olmayan burjuvazi; bu nedenle soyluların yararlandıkları hukuksal

⁶¹¹ Zafer Durdu, “Modern Devletin Dönüşümünde Bir Ara Dönem: Sosyal Refah Devleti”, **Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, (Bahar), 2009, S. 22, s. 39.

⁶¹² Michel Beaud, **Kapitalizmin Tarihi (1500-2010)**, s. 60-61.

⁶¹³ Georg Fülberth, **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, 2010, s. 93.

⁶¹⁴ Michel Beaud, **Kapitalizmin Tarihi (1500-2010)**, s. 61.

⁶¹⁵ Ali Rıza Saklı, “Fransa ve Almanya’da Uluslaşma...”, s. 8.

ayrıcalıklardan yararlanamamaktaydılar. Bundan sonraki yıllarda toplumdaki sosyal yapıyı dönüştürecek bu sınıf, üretim tekniğinin değişmesiyle yeni üretim araçlarına sahip olacaktı.⁶¹⁶ Ekonomik bütünleşmeler yoluyla; genellikle aynı dili konuşan insanlar ve onların üzerinde yaşadıkları bölgeler gönüllü olarak birleşir ya da zora dayanılarak birleştirilir. Birbirlerinin eksiklerini tamamlayarak birbirlerini bütünleyerek karşılıklı ilişkiler ağı içerisine girerler. Mevcut karşılıklı ilişkilerin sürekliliği ve güvenilirliği için çeşitli siyasal bütünleşmelere gidilir. Bundan sonraki süreçte sistemin olabildiğince devamı için, kendisine yönelen saldırılar tinsel ve maddi araçlar kullanılarak bastırılmaya çalışılır.⁶¹⁷ Ekonomik ilişkilerin yürütüldüğü topraklar üzerinde tek bir siyasal birim kurularak ülkenin her yerinde aynı alışveriş yasaları tek bir siyasal bütünleşmeyle gerçekleştirilme yoluna gidilmiştir. Burjuvazi tarafından 16. ve 17. yüzyıllarda, prenslerin feodal küçük siyasal birimlerin mutlak monarşi olma yönündeki eğilimlerini desteklemişlerdir.⁶¹⁸ Modern devlet feodal düzendeki parçalı ve bağımsız yapılardan ziyade tüm dışlılarıyla iç içe geçmiş bir makine, bilgiyle harekete geçen, arasında eşgüdüm sağlayan birçok sayıdaki görevin hizmetinde bir merkez ve o merkezce yönetilen bir makineye benzer biçimde tasarlanmıştır.⁶¹⁹

Ulus devletin oluşma süreciyle ekonomik bağılıkların gelişmesi ve merkezi devletlerin kurulmasına ivme kazandırmıştır. Bu anlamda aslında kapitalist ilişkilerin gelişmesiyle modern devletin oluşumunun aynı tarihlerde olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.⁶²⁰ Ulusçuluk diğer yanıyla merkezi devlet tarıma dayalı ve dinsel topluluklardan, sanayi toplumuna geçişle ortaya çıkmıştır. Bu, hareketli emek gücüne dayalı, dolayısıyla da modern ihtiyaçlara (ortak dile bağlı eğitim gibi) karşı çabalamaksızın gelişmiş bir cevaptı. Sanayileşmeyle kitleler, iş gücü olabilmeleri halinde nitelikleri itibariyle üretime sağlayacakları katkı derecesinde önem kazanmıştır.

⁶¹⁶ Server Tanilli, **Devlet ve Demokrasi Anayasa Hukuku'na Giriş**, s. 247-248.

⁶¹⁷ Alaeddin Şenel, **Siyasal Düşünceler Tarihi**, s. 307.

⁶¹⁸ **A.k.**, s. 309.

⁶¹⁹ Abdurrahman Saygılı, “Modern Devletin Çıplak...”, s. 88.

⁶²⁰ Abdolvahap Akıncı, “Modern Ulus Devletlerin...”, s. 62.

Sanayileşme sonucunda insanlar doğumla geldiği haklar silsilesine göre şekillenen toplum yapısından, yatay kültüre göre odaklanmış bir toplum yapısına devşirerek, bireysellik ve eşitlik temelinde bir yönetim başlamıştır.⁶²¹

Sanayi toplumları geçmiş toplum biçimleriyle kıyaslandığında; büyük ve karışık bir iş bölümünü zorunlu kılan bir yapıdadır. Bu işbirliğinin bir bölümü piyasa şartlarına müdahalesiz erişmişse de, tümünün böyle gerçekleştiğinden söz edemeyiz. Dolayısıyla devletin zor kullanması ve denetlemesi kaçınılmaz hale gelmiştir.⁶²²

Modern toplum düzeninin ortaya çıkışı ile ilişkilendirilen değişimler çok boyutlu ve her biri tek başına önemlidir. Moderniteye dönüşümü tanımlamada önemli maddi unsurlar içerisinde sayılabilecek olanlar şunlardır: sanayileşme, kapitalizmin yükselişi, nüfusun gerek büyüklük gerekse dağılım olarak geçirdiği değişiklikler, kentlerin gelişmesi ve kent-kır ilişkilerinin değişimi ekonomik ilişkilerin metalaşması ve değişmesi. Tüm bunların toplumsal mayada tutabilmesi için toplumsal ruhun buna uygun olması gerekmektedir. Aynı dönemde, bilimsel düşünce anlayışının yükselmesi, akılcılık anlayışı ve inançların dönüşmesi, iletişimin artması (birey, mal ve bilgi anlamında) ve demokratikleşme fikirleri buna eşlik etmiştir.⁶²³

Modern devletin geçmiş devlet anlayışından farkı; sınıfların çıkar mücadelelerinde, onların yanında, bütün olarak devletin faydasını temsil edecek ya da etmese bile böyle bir amacı olabilecek bir kamu görevlileri grubu eklenmiş olmasıdır.⁶²⁴

19. yüzyılın sonuna doğru kamu hizmetlerinde çalışan sayısı hızla artmıştır. Bürokrasi modern devletin aleti olmuştur. Burjuvazi ise bu durumu “bürokratik despotizm” olarak adlandırmış ve karşı çıkmıştır. Guizot dönemin Fransa’sı için: “Fransa, memurlarla yönetilen bir ülkedir” dahi diyebilmiştir. Benzer biçimde Almanya’da kamu görevlisi sayısı hızla artmış, 1880 ile 1910 yıllarında, posta ve demiryolu hizmetinde 245.000

⁶²¹ Ernest Gellner, **Uluslar ve Ulusçuluk**, Çev. Büşra Ersanlı Behar ve Günay Göksu Özdoğan, İnsan Yayınları, İstanbul, 1992, s. 47-60.

⁶²² Abdulvahap Akıncı, “Modern Ulus Devletlerin...”, s. 62.

⁶²³ Christopher Pierson, **Modern Devlet**, s. 57

⁶²⁴ Franz Oppenheimer, **Devlet**, s. 187-188.

olan çalışanların sayısı, 700.000'e çıkarılmıştır. İngiltere'de meslek mensubu kişilerin yönettiği geleneksel hizmetler bulunmaktaydı: askerlik, diplomatlık, idarecilik bunlar arasındadır. Bir mesleğe mensup olmak her ne kadar yeteneğe dayansa da, kişisel nitelikleri dışında bir servet birikimini de istemektedir. Kamuda alışanlar arasında bir dayanışma ruhu bulunmakta; bu ruhla işlerin devamlılığı ve başarı gelmekteydi. Üst mevkilerde görevli olanlar bir bakanlığın dairesine veya iktidarın güvenliği lüzum ederse, hükümetin tepesine bir siyaset adamı yerine geebileirdi. Buna benzer görev değişiklikleri Almanya ve Avusturya-Macaristan'da sıradan uygulamalar olmuşlardı. İtalya ve özellikle Fransa'da ise ender görülmekteydi. Büyük Britanya, ülkedeki aristokrat sınıf içerisinden idarecileri rahatlıkla değiştirebilmekteydi. Modern kamu hizmetleri demokratik ve halk tabanlı personeli vardı fakat sayılan hizmetler devlete bağı değildiler, nedeni şu ki liberal ekonomide sayılan hizmetlerin topluma yüklenmesine karşı ıkılmaktaydı.⁶²⁵ Sağlık hizmeti üretimi de diğer mal ve hizmetlerin üretimi gibi modern devlet döneminde bürokratik yapılanmayla ete kemiğe bürünür hale gelmiş, fiziksel yapılarıyla görünür olmuştur.

Toplumsal st yapıya hâkimiyeti hasebiyle devlet, Avrupa'daki dönüştürücü glerin tartışmasız en etkili olanıydı. Dünyayı bir pazara çevirerek, üretim alanında yenilikleri cesaretlendirip destekleyerek, alevlenen sosyal protestoları bastırıp kamu düzenini sağlayarak, fetihleri örgütleyip dünya egemenliğini tesis eden bir aktör olması bunu ispatlamaktadır.⁶²⁶ örneğin; devlet tarafından yapılan (yollar, kanallar, limanlar, donanma ve aynı zamanda krallık imalathaneleri gibi) birikimler ile burjuvazi tarafından yapılan (para, kıymetli madenler, elmas, mallar, gemiler gibi) birikimler feodal toplumun egemen sınıfı olan soylulara karşı çoğunlukla merkantilist bir uzlaşı içine girmiştir. Bu durum neticesinde; öncelikle hükümetin zenginliği ön plana çıkarıldı, daha sonrasında devletin finansal gücü ile tacirlerin finansal gücünün rekabet etmesi

⁶²⁵ Server Tanilli, *Yüzyılların Gerçeği ve Mirası, 19. Yüzyıl: İlerlemeler ve çelişmeler*, s. 244-245.

⁶²⁶ Michel Beaud, *Kapitalizmin Tarihi (1500-2010)*, s. 115.

nedeniyle, yabancı rakipler için koruyucu bir siyaset tarzı; ticareti, sömürgeci yayılmayı ve üretimin artmasını teşvik edecek uygulamaları mümkün kıldı.⁶²⁷

Merkezi devletlerin kuruluşu hızlandıkça ve ekonomik bağılıklar geliştikçe ulus olgusu meydana gelmiştir.⁶²⁸ İmparatorlukların sona ermesi ve ardı ardına yaşanan ihtilaller (Fransız İhtilali ve Sanayi İhtilali) ulus devletin kurumlarını oluşturmasını getirmiş bu oluşumun felsefi arka planını milliyetçilik doldurmuştur.⁶²⁹ 17. ve 19. yüzyıllar egemen monarkların dönemidir. Kilise her geçen gün siyasal etkisini kaybetmiş, feodal birimler bağımsızlıkları dağılmış ve merkezi iktidarlar modern askeri ve mali yönetimlerini oluşturmaya başlamışlardır. Toplum yapısı değişmekte; aristokrasi sınıfı gücünü kaybetmekte onun yerini ise her geçen gün güçlenen burjuvazi almaktaydı. Fransız İhtilali ise siyasal bir özne olup ulus devlet kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Teori düzeyinde Machiavelli, Bodin, Hobbes, Rousseau, Sieyes gibi çoğu siyasal düşünür ulus devlet fikrinin kuramlaşmasına ve oluşmasına dair katkılarda bulunmuşlardır. Şöyle ki; artık egemenlik ulusun seçtiği temsilciler eliyle kullanılacaktı.⁶³⁰

Klasik liberal devlet, liberal düşünce etrafında oluşmuş ve bu düşüncelerin etkilerini arttırmalarıyla aynı yönde gelişmiştir. Burjuvazinin desteklediği liberal düşüncenin 17. yüzyılda ortaya çıkması sonucunda mevcut düzenin temelini teşkil eden geleneksel yapılar ortadan kalkarak, önemli değişimler yaşanmasına neden olmuştur. Liberalizm; feodal sistemin çözülmesi, ticaretin gelişmesi ve sanayileşmenin yaygınlaşması sonucu oluşan sosyo-ekonomik ve siyasal değişim süreçlerinin sonucunda gelişmiştir. Yaşanan siyasi, sosyal ve ekonomik süreçler liberalizmin çeşitli boyutlarının ortaya çıkmasının nedenidir. Öncelikle ortaya çıkmış siyasi ve ekonomik boyuta, ilerleyen dönemlerde sosyal boyutta dâhil olmuştur. Bu anlamda, klasik

⁶²⁷ A.k., s. 60.

⁶²⁸ Abdolvahap Akıncı, “Modern Ulus Devletlerin Doğuşu”, s. 62.

⁶²⁹ Rıfât Aydın, “Ulus, Uluslaşma ve Devlet: Bir Modern Kavram Olarak Ulus Devlet”, **Marmara Üniversitesi Siyasal Bilimler Dergisi**, 2008, Cilt 6 Sayı 1, s. 229.

⁶³⁰ Utku Aybudak, “Modern Devlet Bağlamında...”, s. 233.

liberalizmin siyasal yönünde; Hobbes, Montesquie, Mill, Rousseau ve Locke gibi düşünürlerin kattıklarına kabaca bakarsak; mutlak monarşiden meşruti monarşiye geçilmesini ön gören sınırlı yönetim, yaşam ve mülkiyet hakkına dokunulmazlık, bireylerin kanun önünde eşitliği ve kuvvetler ayrılığına benzer temel öğeler sayılabilir.⁶³¹

Egemenliğin ulus devlet eliyle kullanılması fikrinden yola çıkarak; ulus devletin ortaya çıktığı 17. yüzyıldan başlayarak, devlet iktidarını ele alan güç odakları, bu gücün meşruiyeti sorunsalını aşabilmek amacıyla toplumu gösterme yoluna giderken bile, bu gücün kullanılması sırasında, kişilere ve topluluklara özgü hakları görmezden gelmişlerdir. Süreç hem ulus üstü düzeyde hâkim bir eşitlik ilkesinin çıkmasına yol açarken, ülke içinde demokrasiye dayalı devlet düzenlerinin kurulmasına yol açmıştır.⁶³²

Sanayi Devriminin kitle üretimi ile birlikte ürünler çeşitlenmiş; teknoloji değişimi ve yenilikleriyle dönem, siyasal, sosyal, kültürel ve ekonomik alanı değiştirmeye zorlamıştır. Devletleri refah anlayışına götürünceye kadar sürece bakıldığında; ekonomik değişimler (sanayileşmenin başlaması ve kapitalist üretim tarzına geçiş vb.), sosyal değişimler (kentleşmenin ve ücretli çalışmanın artması vb.), ideolojik değişimler (işçi sınıfının siyasal bilinç kazanması vb.) ve siyasal değişimler (mutlakıyetçi yönetimlerden demokratik yönetimlere geçiş vb.) olmak üzere her biri kendi özelinde derin incelenmeyi gerektirmektedir. Sanayileşmeyle beraber geçmişte sosyal yardım sağlayan ağların yetersiz kalması, iş kazalarının fazlalığı ve sağlık bakımı gibi ihtiyaçları karşılayacak yeni kurumları zorunlu kılmıştır. Bireyin sınırsız özgürlüğünün ön planda olduğu bu yıllarda, ekonomik ve sosyal haklar azımsanmakta ve yoksulluk

⁶³¹ Songül Sallan Gül, **Sosyal Devlet Bitti, Yaşasın Piyasa!**, s. 10.

⁶³² Halil İbrahim Aydınlı ve Veysel Ayhan, “Egemenlik Kavramının Tarihsel...”, s. 82.

nedeniyle var olan sorunlar eleştiriye maruz kalmaktaydı. Sosyal refah devleti koşullarını ve düşünce temelini bu tartışmalardan almıştır.⁶³³

Yoğun sanayileşmenin yaşandığı yıllarda (1880-1945) yalnızca çalışanlar finansmana zorunlu olarak dâhil edilerek, sosyal sigorta kurumlarının koruması altına girmişlerdir. Refah devletinin yükselmiş olduğu yıllarda (1945-1975); sosyal sigorta uygulamaları yanında refah devletine ait araçların ve örgütlenmenin arttığı, gelirin devamlılığının sağlanması ve yaşam standartlarının yükseltmek hedeflenmiştir. Sonrasında sosyal refah devleti krizinin yaşandığı ve tekrar bir yapılanma arayışının başladığı bir döneme girilmesi kaçınılmaz olmuştur.⁶³⁴

Bu dönemde batı ülkeleri ekonomik büyümelerini ve teknik üstünlüğünü sürdürmek için ortaya çıkan yeni sosyal taleplere cevap vermişlerdir. Bu bağlamda ulus devletler; hem sağlık sistemlerinin idaresi ve altyapısının oluşturulması, hem de tıp alanında ve halk sağlığı alanında sağlık personeline gereken eğitimlerin verilmesinde önemli bir rol oynamışlardır. Hem Avrupa hem de ABD’de kamu sektörü politik olmayan bir biçimde sağlık alanındaki kamu hizmetlerini artırmıştır. İngiltere ve İsveç’te keskin bir biçimde kamu kesimi bu konuda sorumluluk almıştır.⁶³⁵

Modern devletin devamı olduğu düşünülen sosyal refah devleti; kurumsal gelişmelerine ve bütçeden sosyal harcamalara ayrılan paylara bakıldığında 1880 öncesi paternalist bir anlayışla sorunlara çözüm bulunduğu görülmektedir. Aileler, gönüllü kuruluşlar, hayırseverlik duygularının öncelikli olduğu kurumlar, kişisel sorumluluk hisseden girişimcilere ek olarak devletinde gelir transferinde bulunduğu bir dönem yaşanmıştır.⁶³⁶

⁶³³ Düriye Toprak, “Uygulamada Ortaya Çıkan Farklı Refah Devleti Modelleri Üzerine Bir İnceleme”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 2015/1, S. 21, s. 152.

⁶³⁴ Süleyman Özdemir, **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti**, s. 177-178.

⁶³⁵ Paul Starr ve Ellen Immergut, “Health Care and The Boundaries of Politics”, **Changing Boundaries of The Political**, Ed. Charles S. Maier, Cambridge University Press, Cambridge, 1987, s. 224-5.

⁶³⁶ Süleyman, Özdemir, **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti**, İTO Yayınları, 2. Baskı, İstanbul, 2007, s. 177-178.

1920’li yıllara gelindiğinde liberal düşüncedeki gibi, serbest piyasa aktörlerinin serbest hareketi piyasa arz ve talep dengesini sağlayacağı anlayışı henüz etkisini yitirmemişti. ABD’de, 1920’li yıllarda tarım ürünlerine olan talebin azalması fiyatların gerilemesine neden olmuştu. Makineleşme nedeniyle sanayideki istihdam azalmaya başlamış, ücretler üretimdeki verimliliğe oranla gerilemişti. İç pazarlarda üretim fazlasına olan talep azalmıştı. Satılan ürünlerin fiyatlarındaki düşüş alım gücüne yansımamıştı. Biriken sermaye spekülasyon alanlara kaymıştı. Amerikan ekonomisindeki hisse senetlerinin aşırı oranda değerlenmesi ve Avrupa’ya sağlanmış kredilerin süresinin kısa tutulması krizi başlatarak, kapsamını genişletmişti.⁶³⁷

Ekonomide durgunluk, yaygın ve oranlı işsizlik, tüketimde gerileme ve büyük stokların oluşması ve bu durumların doğal sonuçları olan toplumsal çalkantılardan bunlardan biri İngiltere’deki 1926 genel grevi gelişmiş, sanayileşmiş ülkelerde büyük şaşkınlık yaratmıştır. Kökeninde klasik liberal düşünce olan kapitalist düzen çatırdamaya başladı ve ekonomik yaşamda devletin bir rolünün bulunduğu ilkesinden yeni bir düşünce Keynes’çi akım 1936’larda gün ışığına çıkarak kapitalist düzeni çöküşten kurtarmıştır. Keynes’e göre krizin çözümü talebi borçlanmayla yapabilecek olan devletin piyasaya müdahale etmesiydi.⁶³⁸ Toplam arz ile toplam talebi dengeye getirmek ve işsizlik sorununa çözüm bulmak için devletin bazı müdahalelerinin gerekli ve faydalı olacağını açıklamış, bu düşüncüyü yaymış ve kabul ettirmiştir.⁶³⁹ Bunun yanında sosyal refah faaliyetleri ve kamu hizmeti kavramına daha geniş bir bakış açısının olması nedeniyle, bilhassa sanayileşmenin ortaya çıkardığı güçsüz kimselerin insan haysiyetine uygun bir hayat seviyesine ulaşmasını hedeflemişti. Böylelikle yaşamsal bir rol üstlenmiştir.⁶⁴⁰

⁶³⁷ Georg Fülberth, **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, 2008, s. 210-211.

⁶³⁸ **A.k.**, s. 210-211.

⁶³⁹ Cahit Talas, “Liberalciliğin Geri Dönüşü ve Sonrası”, **Amme İdare Dergisi**, 1993, Sayı:3, s. 8.

⁶⁴⁰ Nihat Bulut, “Küreselleşme: Sosyal Devletin Sonu mu?”, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, 2003 Cilt 52 Sayı 2, s. 173.

Böylelikle klasik liberalizmin bırakınız yapınlarçı anlayışı geri plana itilmiş ve 1929 büyük bunalımı Keynes’çi düşüncenin uygulamalara aktarılması 1939-1945 yılları arasında geçen İkinci Dünya Savaşı’nın ardından iyice benimsenmiştir. Ekonomiler dengeye gelmiş arz ve talep canlanmıştır. Topluma yönelik politikalarda, özellikle toplumsal güvenlikle ilgili gelişmeler sağlanmış, sosyal devlet ilkesi yayılmış ve ciddi boyutlar kazanmıştır.⁶⁴¹

I. Dünya Savaşı yıllarında sanayileşmiş kapitalist ülkelerde çalışanlara toplumsal güvence verilmesi (Almanya 1917 kira yardımı) gibi ekonomik uygulamalar sağlanmıştı. Savaş dışı zamanlarda ise Başkan Franklin D.Roosevelt çeşitli sosyal yasaları yürürlüğe koymuştur.⁶⁴² I. Dünya Savaşı’ndan sonrası sanayi ülkelerinde madden ve manen işçi sınıfının gittikçe değer kazanması, yenilik ve sosyal değişimleri yapmaya yönelik baskının yükselmesi; bireycilikten uzaklaşarak sosyal haklara önem verme zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır.⁶⁴³ 1933 yılından sonra Almanya’da “Alman işçisinin varlığı için mücadele” başlığındaki milliyetçi nitelikteki bir sosyal politika deneyiminin uygulanması; çocuk parasının yürürlüğe girmesini sağlamıştır.⁶⁴⁴

Refah devletinin genişlemesi kırk yıl boyunca Keynes’çi denklem içerisinde gerçekleşmiştir. Otuzlu yılların kriz ortamından tam istihdamı sağlayarak çıkmayı önermiştir. Bunun için yatırımlar toplumsallaştırılarak istihdama olanak sağlamalıdır. Tam istihdamın tüketimi düzenleyebilmesi için devletin vergi politikası ve faiz oranlarının belirlenmesi yollarıyla müdahale etmesi gerekliliği ortaya çıkar. Amerika’da Keynes’çi politikalar sınırlı olarak İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra New Deal ile uygulamaya koyulmuştur.⁶⁴⁵

Bu dönemde liberalizmin kurtuluş reçetesi olarak görülen Keynes’in düşüncelerinin kurumsallaştırılarak bir modele dönüştürülmesinin temel nedeni; kriz

⁶⁴¹ Cahit Talas, “Liberalciliğin Geri Dönüşü...”, s. 8.

⁶⁴² A.k., s. 8.

⁶⁴³ Cahit Talas, “Sosyal Haklar ve...”, s. 46.

⁶⁴⁴ Georg Fülberth, **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, 2010, s. 214.

⁶⁴⁵ Pierre Rosanvallon, **Refah Devletinin Krizi**, s. 46.

içerisinde olan liberal anlayışın, komünist ve sosyalist düşüncelerin yayılması karşısında yeniden yapılanma zorunluluğudur. Nitekim komünist ve sosyalist düşüncelerin; İkinci Dünya Savaşı'ndan galip olarak çıkan SSCB ile somut bir devlet modeline dönüşmesi ve bu nedenle ortaya çıkan SSCB aracılığıyla sosyalist ve komünist yaklaşımların dünyaya yayılacağı endişesi, Batılı devletleri çeşitli önlemler almaya itmiştir. Bu bağlamda demokratik bir yapılanma çerçevesinde şekillenen Keynesyen sosyal devletin, geniş kitlelerin refahını sağlayarak istikrarı getirmesi ve böylelikle sosyalist ve komünist düşünceleri engellemesi öngörülmüştür.⁶⁴⁶

İkinci Dünya Savaşı'nın bitimiyle başlayan önemli bir evre olarak 1945-1975 arası, sanayileşme ile kapitalist ekonomilerde ortaya çıkan eşitsizlik ve güvensizliğin ortadan kaldırılması için siyasal hakların gelişmesi sonucunda devletin sürece gözlemci olamayacağı ve müdahalede bulunacağı düşünüldükçe gelişen yıllar yaşanmıştır. Bu dönemde devlet; insanların eşitsiz olduğu durumlar azaltılmış, sosyal güvenlik sistemi yerleştirilmiş ve vatandaşları koruyan bir kalkan vazifesi yapmıştır.⁶⁴⁷

İki siyasi ideoloji arasında artan hoşnutsuzluğun esas yükünü devlet üstlenmek zorunda kalmaktaydı; çünkü sonuç bazen dışlanmışların toplumsal patlaması olabilmekteydi. Devlet herkese yetebilecek bir toplumsal ücreti temin etmeye çalışma veya eşitliği sağlama, dışlanmış toplum kesimlerinin görece yoksullaşmalarına ve dışlanmışlıklarına derman olabilmesi için gelirin yeniden dağılımı ekseninde politikaları veya hukuksal birtakım önlemleri hayata geçirmek zorundaydı. Devletin zor kullanma tekeli arttığı miktarda, fordizmin faydalarını herkese yayma ve toplum düzeyinde insancıl ve merhamet içerecek şekilde, ihtiyaca uygun sağlık, konut ve eğitim hizmeti sunabilme yeterliliğine sadık kalmaya başlamıştı. Bunun için en büyük eksik mali yetersizliklerdi.⁶⁴⁸

⁶⁴⁶ Songül Sallan Gül, **Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa!**, s. 23.

⁶⁴⁷ Zafer Durdu, "Modern Devletin Dönüşümünde...", s. 37-39.

⁶⁴⁸ David Harvey, **Postmodernliğin Durumu**, Çev. Sungur Savran, Metis Yayınları, İstanbul, 1997, s. 162.

Savaş sonrasının ağır ekonomik koşullarında, yoksulluğun, kişisel bir şanssızlık değil de ancak devletin yükümlülüğü altında göz önünde bulundurulması zorunluluğu, sosyal güvenliği, “vicdan” sorunundan ziyade bir hak ve yükümlülük seviyesine çıkarmıştır. Sosyal güvenliğin “hak” biçiminde değerlendirilerek devlet tarafından yönetilmesi bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılarken, onları piyasanın belirsiz etkilerinden korumuştur. Devletin sosyal güvenlik tedbirleriyle kalmayıp serbest pazar ekonomisine müdahil olması, toplumsal huzuru ve adaleti korumak amacını taşımıştır.⁶⁴⁹ Böylelikle; kapitalist üretimin yoğunlaştığı 20. yüzyılın ikinci yarısında emeğin yeniden üretimini sağlayan hizmetlerin yükü her geçen gün kamuya doğru kaymıştır. Konut, eğitim, sağlık ve ulaşım gibi hizmetler devletin sorumluluğu altına bırakılmıştır.⁶⁵⁰

Temel itibariyle artan ulusal refahtan burjuvazi dışındaki toplum kesimlerinin; özellikle de elinde emeğinden başka herhangi bir şeye sahip olmayan kimselerin yeterli payı alamaması, devletin ekonomik ve sosyal yaşama karışmama ilkesinden kaynaklanmıştır. Bu anlayış devletin, sosyal ve ekonomik hayata müdahalelerinin artmasına ve kişisel özgürlüklerin sınırlandırılmasına neden olacağını ileri sürmüş, sosyal adaletin bu şekilde gerçekleştirilebileceğine inanılmıştır. Nitekim klasik liberal anlayışa dayanan bu yaklaşım; sürecin ortaya çıkardığı sonuçlardan çok, süreci yönlendiren ilkeler ve kurallar üzerinde durmuştur. Bu çerçevede klasik liberal düşünce; herkesin kendi kişisel çıkarını kendisinin belirleyeceğini öngörmüş ve devletin belirli bir mal, hizmet ya da gelir dağılımını belirlemesine karşı çıkmıştır. Devletin gelir dağılımına herhangi bir müdahalede bulunmasını reddeden liberal düşünceye göre, kişiler arasındaki çıkar yarışının âdil kurallara dayanması yeterli kabul edilmiştir. Bu anlamda piyasaya herhangi bir müdahale yapılmaksızın; herkesin kendi çıkarları peşinde

⁶⁴⁹ Onur Kovancı, **Kapitalizm, Yoksulluk ve Yoksullukla Mücadelede Tarihsel Bir Deneyim: İngiliz Yoksul Yasaları**, s. 137.

⁶⁵⁰ H. Tarık Şengül, “Sınıf Mücadelesi ve Kent Mekanı”, **Praksis**, 2001, s. 17, <http://www.praksis.org/wp-content/uploads/2011/07/002-Sengul.pdf>, (Erişim Tarihi: 20. 08. 2020).

koşmasıyla beraber, serbest piyasada adil mal ya da gelir bölüşümü kendiliğinden gerçekleşecek ve böylelikle toplumsal refah da kendiliğinden sağlanmış olacaktır. Söz konusu süreçte piyasada geçici olarak yoksulluk yaşanabilmiş olsa dahi, uzun vadede herhangi bir müdahaleye gerek kalmaksızın kendiliğinden ortadan kalkacak ve bir bütün olarak toplum refahının artması temin edilmiş olacaktır.⁶⁵¹

Serbest piyasa kapitalizmi iki yönüyle sağlık hizmetlerine erişimi azaltmaktadır. Birincisi; toplumsal eşitsizlikleri arttırarak sağlık eşitsizliklerini beraberinde getirmektedir. İkincisi sağlık hizmetlerinde verimliliği ve karlılığını arttırmaya yönelik değişimler sağlık sisteminin yapısını bozduğundan hizmete erişimi olumsuz etkileyebilmektedir.⁶⁵²

İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde gelişmiş, kapitalist toplumlardaki ekonomik genişlemeye paralel olarak ortaya çıkan refah devleti modeli, sağlık, eğitim, altyapı hizmetleri yanı sıra toplumda düşük gelirli, yoksul ve dezavantajlı grupların ekonomik refahtan pay almayı öngören birçok sosyal politikayı temel yurttaşlık hakkı olarak tanımlamıştır. Sosyal devletin çöküşü olarak nitelenen bu süreç devletin/kamunun küçültülerek, piyasa aktörlerine daha çok alan açılmasıdır. İnsan kaynağı ve ekonomik kaynakları daha verimli kullanmak gerekçesiyle reform girişimleri başlatılmıştır.⁶⁵³ Refah devletinde birey ve aile asgari gelir güvencesine sahip, olası sosyal tehlikelere karşı korunaklı, sosyal güvenlik imkânlarıyla toplumdaki statülerine bakılmaksızın herkese eğitim, sağlık ve konut benzeri sosyal hizmet alanlarında belli standartlar getirmiş devlet olarak ta tanımlanabilmektedir.⁶⁵⁴

1970’li yıllarda dünya ekonomisinde meydana gelen bunalım ve siyasal değişiklikler bu uygulamaların genel adı haline gelmiş olan, refah devleti politikalarının

⁶⁵¹ Özer Ozankaya, “Sosyalizmin Çöküşü Kapitalizmin...”, s. 109.

⁶⁵² Osman Elbek, **Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır**, s. 70.

⁶⁵³ Osman Elbek, **Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır**, s. 208-209.

⁶⁵⁴ Meryem Koray, **Sosyal Politika**, s. 95.

zamanla terk edilmesine neden olmuştur.⁶⁵⁵ Refah devleti piyasanın başarısız olduğu zamanlarda hareket etmekte ve çıkan sorunların yok edilmesi adına çeşitli tedbirlerle müdahale etmektedir. İş gücü piyasasında ücret seviyesinin alt düzeylere düşmemesi için alt bir ücret seviyesi belirlemekte; sosyal güvenlik ve sosyal yardım alanlarında görev alarak düzenleyici işlev yüklenir. Sınıflar arasındaki gelir farklarının huzursuzlukların nedeni olabileceğini fark ettiğinden; vergiler, transfer harcamaları ve diğer benzer politik uygulamalarla gelirin yeniden dağıtıcılığını üstlenir.⁶⁵⁶ Sonuçta refah devleti yaptığı türlü düzenleme ve uygulamalarıyla olumsuz ekonomik ve sosyal şartlarda yaşayan kesimlere kalkan olmayı amaçlamıştır. Hedefine ulaşmak için sosyal politikaları kullanır. Bütün tanımlardan çıkan ortak kanaat; temel sosyal hizmetlerin olabilmesi için devlet önlemlerinin; eğitim, konut, sosyal sigorta, sağlık vb. başlıca konulardır.⁶⁵⁷

Yetmişli yıllara gelindiğinde kapitalist sistemin, dünya ölçeğinde sermaye birikim biçimi ve süreci genişlemişti. Kapitalist ülkelerde sermayenin küresel yoğunluğuyla, sosyoekonomik yaşantının her alanında kamu payının artmış olduğu gözlenmiştir. Bu alanları; sağlık, eğitim, sosyal güvenlik harcamaları üzerinden sosyal hizmetler ve alt yapı sermaye yatırımları ve devlet yardımları olarak sayabiliriz.⁶⁵⁸ 1970’li yıllar sonrasında yaşanan krizlere bulunan neoliberal politikalar çözümler sosyal devlet bakış açısının sarsılmaya başladığını göstermiştir. Küresel neoliberal dönemle beraber refah devleti uygulamalarından uzaklaşmaya başlanmıştır.⁶⁵⁹

Soğuk savaş döneminde sosyalizmin gücünün de tesiriyle sosyal devleti kurumsallaştıran liberal kuramdı. Aynı etkinin tersi yönde bu kez Doğu Blok’unun çöküşü, sosyal devleti tasfiye sürecine sokmuştur. Sosyal politika uygulamaları geline

⁶⁵⁵ Zafer Durdu, “Modern Devletin Dönüşümünde...”, s. 37-39.

⁶⁵⁶ Süleyman Özdemir, **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti**, s. 21.

⁶⁵⁷ **A.k.**, s. 21-22.

⁶⁵⁸ Vincent, Navarro, “The Crisis of Western System of Medicine in Contemporary Capitalism”, Int. I. Health Services, 1978 Sayı 8 Cilt 2, s. 180.

⁶⁵⁹ Füsun Kökalan Çımrın, “Küreselleşme, Neo-Liberalizm ve Refah Devleti İlişkisi Üzerine”, **Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İLKE)**, 2009 Sayı 23, s. 198.

noktada birer maliyet olarak algılanmaya başlanmıştı. Rekabetin olabilmesi için bu harcamaların azaltılması gerekli görüldü. Sermaye çevrelerinin iş gücüne yönelik hükmetme biçimleri artarak devam etti. İş güvencesi, çalışma hakkı ve adil ücret hakkı serbest piyasa için rekabeti azaltan birer engel olarak görüldü. Tüm bunlar sosyal devlet anlayışının ve uygulamalarının yıpranmasına neden oldu.⁶⁶⁰

1970’lerde yaşanan iktisadi bunalımla beraber Bretton Woods’un çökmesi, İkinci Dünya Savaşı sonunda kurulmuş refah devletlerinin sonunu getirmişti. Biten refah devleti anlayışıyla onun ayaklarından olan sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin en güzel yılları da kapanmış oluyordu. Sermayenin hareket kabiliyeti ve üretimdeki rekabet giderek arttı. Diğer taraftan genelleştirilerek “liberalleşme” kavramı içerisine dâhil edilen piyasa ilişkileri her sahada genişlemeye girdi. Küresel dünyada rekabetten dışlanmak istemeyen refah devletleri bir yarış sürecine dâhil oldular. Bu yarışma, devletlerin yabancı yatırımları kaçırmamak için önemli konularda ekonomik önlemler alınarak harcamaları azaltmalarını gerektirmekteydi. Tüm bunlar yapılırken sosyal nitelikli programlar, uluslararası rekabette azalmaya neden olduğu kadar kısıtlamaların hedefinde yer aldı. Sanayisizleşme ya da post-endüstrileşme diye adlandırılan yeni dönemde; endüstri çalışanları azalırken düzenli olmayan ve esnek çalışma biçimleri yaygınlık kazanma yoluna gitti. Yaşanan gelişmeyle, esas finans kaynakları biçimsel sektör olan çalışanlardan sağlanan vergiler ve sosyal sigorta primlerinden oluşan sosyal güvenlik sistemlerinin üzerinde beliren tehlikenin ayak sesleriydi. Refah devletlerinin harcamalarında esaslı bir bütçeye sahip bulunan sağlık hizmeti doğal olarak olumsuz olarak etkilendi.⁶⁶¹

1970’lerin sonlarından itibaren “planlama” yerine “ekonomik verimlilik” kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Merkezden planlama yerine piyasa ekonomisi anlayışına

⁶⁶⁰ Rukiye Akkaya, **Kürselleşme Olgusu Karşısında Ulus Sorunu**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2002.

⁶⁶¹ Haluk Çağlayaner, “Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar” (kitap özeti), **Türk Aile Hekimliği Derneği**, 2008 Sayı 1 Cilt 12, s. 55.

geçilmiştir. Serbest piyasa ekonomisi, yaşanan küreselleşmenin ekonomik yanıydı. Sermayenin kar etmesi yegâne başarı olarak gösterilmekte; ekonomik kara engel olan bütün idari, toplumsal ve kültürel sınırlamayı akıldışı bir biçimde örgütleyerek dönüştürmek, ulus devletlerin karşılaştığı sorunları çözmek için bir reçete olarak sunulmuştur.⁶⁶² Sağlıkta diğer sosyal politika araçları gibi piyasanın işleyişine göre arz-talep denkleminin içerisinde değerlendirilmeye başlanacaktı.

1973-1974 petrol fiyatlarının yükselmesi, pek çok Batı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkesinde, bu tarihten geriye doğru bakıldığında uygulanan son 25 yıllık ekonominin ve sosyal politikanın kırıldığı bir dönem olmuştur. Ekonomik sorunlar altın çağ olarak anılan ekonomik ve sosyal politikaların terk edilmesine ve Keynesyen refah devleti değerlerinin terk edildiği ve hedeflerinden uzaklaşılmasına neden oldu. Nitekim devlet artık piyasaları düzenlemeyecek, mevcut sınıfsal ve sosyal çatışmaları azaltmaya da çalışmayacaktı.⁶⁶³ Bu dönemden sonra öne çıkan neoliberal politikaların söylemlerinde rekabet, karlılık, verimlilik, esneklik gibi kavramlar yer almıştır. Devletlerin serbest pazar ekonomisi ve özelleştirme pratikleri diğer sosyal politika alanları gibi sağlığı da etkilemiştir.

1979 krizinin ardından dönüşümün önündeki en büyük engel işçi sınıfının örgütlülüğü, iken 2001 krizinde aynı örgütlülük düzeyi bulunmamaktaydı. Çalışan sınıfların sosyal haklarında azalmaya gidildiği, reel ücret düzeylerinin geriye gittiği, devlet mallarının özelleştirildiği, sağlık, eğitim gibi temel hak ve hizmetlerin ticarileştiği bir sürece girilmiştir. Yapılan neoliberal stratejilerin içerdiği reformlarla

⁶⁶² François Dreyfus, **Bürokrasinin İcadı: Fransa, Büyük Britanya ve ABD’de Devlete Hizmet Etmek (18. -20. Yüzyıl)**, Çev. Işık Ergüden, İletişim Yayınları, İstanbul, 2007, s. 257-258.

⁶⁶³ Laden Yurttagüler, “Yoksullukla Mücadelede STK’ların Rolü: Hizmet Verme ve Sosyal Hak Anlayışı Arasındaki Gerilim”, **İnsan Hakları İhlali Olarak Yoksulluk** kitabının içinde, Pınar Uyan Semerci (Der.), İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, (Mart) 2010, s. 74-78.

piyasa kurallarının işleyişi yerleştirilmiştir. Ülke içine sermaye akışını kolaylaştırırken, uluslararası sermayeyle ilişkiler de derinleşmiştir.⁶⁶⁴

Ulus devlet egemenliğine diğer bir sınırlamayı yapan ise küreselleşme ve küreselleşmenin boyutları olmuştur. Dünyanın köyleşmesi, insanların tek tipe bürünmesi (yerelin ulus ötesi unsurlarla iletişime girebilme imkânları gibi) öğelerini içerisinde bulunduran ve çok yönlü bir gelişme göstermiş küreselleşmenin ekonomik sonuçları ulus devletin egemenliğini sarsmıştır.⁶⁶⁵ Siyasal küreselleşmeyle uluslararası organizasyonların güç kazanması, ulus devlet egemenlik alanlarının erozyonuna yol açmıştır. Bilhassa Avrupa’da cereyan eden bölünerek bütünleşme süreci, Avrupa Birliği (AB) vb karşılıklı ekonomik bağılıklara dayanmış daimi ve sürdürülebilir ulus üstü kuvvetli siyasal beraberliklere fırsat tanımıştır. AB üyesi ülkeler öncesinde ulusal çapta hükümetlerine özgü birçok karar alma hakkını daha yukarıda, ulus üstü organlara devretmek zorunda kalmışlardır.⁶⁶⁶ Bu durum devletin politik kararlar verirken yalnız karar almasını ve uygulamasını engellemiştir. Siyasal kararlar; sosyal, ekonomik, kültürel yaşamı etkilemektedir. Nitekim alınan kararların ilgi alanı doğrudan sayılan konularla ilgili olabilmektedir.

1980’ler ve sonrası devletin yalnızca yasal çerçeveler çizerek, kendisine sınırlı bir rol edindiği ve iş çevrelerini korumaya yönelik bir politika belirlediği yıllar olmuştur. Özellikle 1970’lerin ortalarından itibaren uygulanan ekonomi politikaları Thatcher ve Reagan’ın adlarıyla anılmaktadır. O dönemlerde sosyal harcamalarda (hastalık yardımı, işsizlik yardımı, sosyal konut yardımı, eğitim yardımı) kesintiye gidilmiş, savunma ve idari düzenlemeler için bütçe birkaç katı artırılmıştır. Tabii tüm bunlar ideolojik bir dönüşümün habercisiydi. Sosyal yardımları verirken “hak eden”

⁶⁶⁴ Melda Yaman Öztürk ve Fuat Ercan, “1979 Krizinden 2001 Krizine Türkiye’de Sermaye Birikimi Süreci ve Yaşanan Dönüşümler”, **Praksis Dergisi**, 2012 Sayı 19, s. 55-93.

⁶⁶⁵ Utku Aybudak, “Modern Devlet Bağlamında...”, s. 233.

⁶⁶⁶ Doğan Şafak Polat, “Ulus-Devletin Değişen Doğası ve Ulusal Güvenliğin Dönüşümü”, **Change in State Nature: Boundaries of Security**, 2019 s. 87, http://www.tasam.org/Files/Icerik/File/dog%CC%86ansafakbolat_pdf_0328b9a9-fc67-4e16-a73f-196b02350021.pdf, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

yurttaş tanımları çıkarılarak içleri dolduruldu. Thatcher politikalarına karşı grev yapanlarla evli kadınlar sosyal yardım vermeye uygun görülmediler. Kamu harcamalarında kısıntıya gitmek için çalışan yoksullara sağlık ve eğitim yardımlarında çeşitli kesintiler uygulandı. Her geçen gün “hak eden” kategorisinde dezavantajlı gruplar için ayrımcı politikalar arttı. Bu politikalarla sosyal refah devletinin içi boşaltılmış sosyal hizmet ve sosyal destek mekanizmalarından oluşan bir alan oluşumu baş göstermiştir. Devletin yerine aile, piyasa ve sivil toplum kuruluşları yerleştirilmeye çalışılmıştır. Mülk sahibi olmayanların ve hizmete erişemeyenler artık güvencesiz kalabilmekteydiler. Sosyal haklar hayırseverlik söylemi ile sivil toplum kuruluşlarına devredilmeye çalışıldı. Sivil toplum kuruluşları zamanla din ve hemşerilik ortak bağı üzerinden yardımlarını aktarmışlardır.⁶⁶⁷

Türkiye’de 1980 döneminde yurtdışına mal ve hizmet satmaya dayanan, yabancı sermayenin ülkeye gelişini destekler nitelikteki etkinlikler ve kapitalist dünyaya eklemlenmeyi sağlayacak biçimde dışa açık birikim politikalarıyla uygulamaya koyulmuştur. Özelleştirme, müteşebbislere vergi indirimleri uygulanması, işsizliği arttırmasına rağmen enflasyonu denetlemede para politikası tedbirlerinin kullanılması ve devlet harcamalarının kısıtlanarak kamunun küçültülmesi yönünde iddia işlenmekteydi. Bunun yanında bu politikalar uluslararası piyasaların gelişebilmesi için kontrollerin olmamasını da zorunlu bırakmaktaydı. Bahsi geçen uygulamaların gerçekleştirilebilmesi için IMF ve Dünya Bankası, gelişmekte olan ülkelere kullandıkları fonlarla neoliberal politikaları yönlendirmişlerdir. Yatırım harcamaları azaltılmış, eğitim ve sağlık hizmetleri bütçesi küçültülmüştür.⁶⁶⁸

Yaşanan ekonomik bunalıma cevap olarak ortaya çıkmış neoliberal politikalar, krizin sorumlusunu sosyal devlet uygulamaları olarak göstermiştir. Çözümü ise serbest piyasa ekonomisine dayalı, toplumsal, ekonomik ve siyasal yeniden yapılanmayı çözüm

⁶⁶⁷ Laden Yurttagüler, “Yoksullukla Mücadelede STK’ların...”, s. 74-78.

⁶⁶⁸ Aynur Uçkaç, “Türkiye’de Neoliberal Ekonomi Politikaları ve Sosyo-Ekonomik Yansımaları”, **Maliye Dergisi**, 2010 Sayı 158, s. 423.

olarak görmüştür. Yeniden yapılanma sürecinde, ulusal ekonomilerle dünya piyasalarının birleşmesi ve karar süreçlerinde bu dinamiklerin belirleyici olması şeklinde gelişen küreselleşmeyle birleşerek yeni bir dünya düzenini yaratmıştır. Bu süreçte neoliberal politikaların yarattığı uluslararası kuruluşlar, az gelişmiş ve gelişmekte bulunan ülkelere sağladıkları krediler karşılığında “yapısal uyum” ve “istikrar” programları düzenlenmiştir. Düzenlemeler; kredi verilen ülkelere ait endüstri ürünleri ve finansal hizmetlerde yabancı sermayeye karşı yaptırımların kaldırılmasına, uluslararası rekabete uyum sağlayabilmesi için ücretlerin düşmesine, devletin sağlık ve eğitim gibi refahına katkı sağlayabilmeye yönelik harcamalarının azaltılmasına ve kamu işletmelerinin özelleştirilmesine neden olmuşlardır.⁶⁶⁹ Tüm bu programlar 1944 yılında kabul edilen Bretton Woods anlaşmasına göre Birleşmiş Milletlerin bir uzmanlık kurumuna dönüşen Dünya Bankası tarafından yürütüldü. Dünya Bankası kapitalist ülkelerde sağlık reformunu teşvik ederken maliyet artışlarını ve sağlığın bir finansman krizi ile karşı karşıya kalacağı iddiasını öne sürmüştür. 1980’lerde sağlık reformları Şili, Arjantin, Meksika ve Hindistan gibi ülkelerde başlatılmıştır.⁶⁷⁰

Bugün olduğu gibi o dönemlerde de kapitalist ülkelere bağımlı ülkelerdeki yoksulluk, açlık ve hastalıkların yaygınlığı tanımlanırken, bunların neden ve nasıl ortaya çıktığı tanımlanmaktan kaçınılıyor.⁶⁷¹ Alma Ata’nın hemen öncesinde bazı ülkelere bakacak olursak; ABD’de özel sağlık hizmetlerinde büyük bir kriz yaşanmakta, “ulusal sağlık hizmetleri” hedefleri, arayışları sürmekte, Çin’de çıplak ayaklı doktorlar uygulamasındaki gibi olumsuzluklar yaygınlaşmaktadır.⁶⁷² Batı Avrupa ülkelerinde de

⁶⁶⁹ Meltem Çiçeklioğlu, “Kapitalizm Kadın Sağlığını Nasıl Etkiliyor?”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 2012 Cilt 27 Sayı 4, s. 295.

⁶⁷⁰ A. Selçuk Atalay, “Sağlıkta Piyasalaşma ve Kamu Özel Ortaklığı”, **Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa** içinde, Der. Gülbiye Yaşar-Asuman Göksel-Ömür Birler, Notabene Yayınları, Ankara, 2015, s. 59.

⁶⁷¹ Dmitry Venediktov, "Alma Ata and after", World Health Forum, 19, 1998, p. 80, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55464/1/WHF_1998_19%281%29_p79-86.pdf, (Erişim Tarihi:15. 08. 2020).

⁶⁷² Dmitry Venediktov, "Alma Ata and after", World Health Forum, 19, 1998, p. 80, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55464/1/WHF_1998_19%281%29_p79-86.pdf, (Erişim Tarihi:15. 08. 2020).

durum çok bileşenli olmakla birlikte benzerdir; bu ülkelerin sömürgelerindeki hızla gelişen bağımsızlık hareketleri sonucu, yağmaladıkları kaynakların telafisi üzerinden yeniden etki artışı etkiden çıkarmama hedeflenmektedir. Doğal olarak, sağlık hizmetleri bu iş için iyi bir araç olabilir. Beraberinde, Batı Avrupa ülkelerinde yaşanan iç göç artışı, nüfus yapısında ve yaşam tarzında da değişiklikler getirmiş ve sosyal yapı için yeni sorumluluklar doğurmuştur.⁶⁷³ Aynı dönemde SSCB’de de durum hiç de iç açıcı değildir; sağlığa bütçeden ayrılan pay yetersiz kalmakta, modern teknolojinin sağlanmasında, halka ve sağlık kurumlarına ilaç sağlanmasında yaygın ve büyük sorunlar yaşanmaktadır. Bunların sonucu olarak özellikle merkezi idarenin uzağında olan yerlerde hizmet açığının büyüdüğü bilinmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının ücretinin az olması da bir sorun olarak tanımlanabilir.⁶⁷⁴ Uluslararası siyasi yapının tek eksenli bir duruma gelmesinde en önemli etki, küreselleşmenin alternatif olmaksızın kabullenilmesi ve sosyal yaşamın her geçen gün neoliberalizm öğretisine paralel bir biçimde tekrar biçimlenmesidir. Bu anlamda sosyal haklar en negatif yönlü değişime uğramış alan olmuştur.⁶⁷⁵

Gelişmekte olan ülkeler de, 1980’li yıllardan sonra sürekli farklı ekonomik bunalımlarla savaşmak mecburiyetinde zorunda kaldılar. Gayri safi milli hâsıladaki düşüş, işsizliğin artması, vergi ve prim toplamada zorluklar, sağlık sistemlerini zora soktuğu gibi IMF ve Dünya Bankası gibi uluslararası finans kuruluşlarının müdahil olabilmesine ortam sağladı. Sonuçta, IMF kredileri doğrultusunda uygulanan Yapısal

⁶⁷³ Dmitry Venediktov, "Alma Ata and after", World Health Forum, 19, 1998, p. 80, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55464/1/WHF_1998_19%281%29_p79-86.pdf, (Erişim Tarihi:15. 08. 2020).

⁶⁷⁴ Dmitry Venediktov, "Alma Ata and after", World Health Forum, 19, 1998, p. 80, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55464/1/WHF_1998_19%281%29_p79-86.pdf, (Erişim Tarihi:15. 08. 2020).

⁶⁷⁵ Reyhan Atasü Topcuoğlu ve Emrah Akbaş, “Küreselleşme Sürecinde Daralan Sosyal Haklar Ve Türkiye’de Sosyal Hizmet Sunumunda Yaşanan Dönüşümün Kuramsal Ve Politik Çerçevesi”, s. 175, <http://www.sosyalhaklar.net/2009/bildiri/topcuoglu.pdf>, (Erişim Tarihi:23. 05. 2019).

Uyum Programları sağlıkta yenilik hamlelerini etkileyen esaslı faktörlerden birisi oldu.⁶⁷⁶

Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallıkta başlatılıp, pek çok hükümet tarafından izlenen Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Bankası (WB) ve Avrupa’da ise Avrupa Merkez Bankası, Avrupa Komisyonu ve Avrupa Konseyi tarafından yeniden üretildi. Bu politikaların temel özellikleri, finans, ticaret ve emek piyasalarının kuralsızlaştırılması, ücretlerin düşürülmesi, sosyal mekanizmaların güçsüzleştirilmesi ve kamusal hizmetlerin özelleştirilmesidir. Aslında tüm bu yapılacak olanlarla İkinci Dünya Savaşı sonrasında milyonlarca insanın yaşam düzeyini yükselten kamusal ve sosyal programları yok etmek hedefleniyordu.⁶⁷⁷

Dünya Bankası bu yönlendirmeyi hazırladığı rapor, dokümanlar yanında sağladığı fonlar ve danışmanlık hizmetleriyle sağlamaktaydı. Dünya Bankası’nın bu çalışmaları istikrar önlemleri dâhilinde Gelişmekte Olan Ülkelerin ekonomik yapılarını serbest piyasayı merkezine alan bir tutumla tekrar yapılandırmak IMF’le de desteklenmekteydi.⁶⁷⁸

Dünya Bankası (DB), 1980’li yıllarla beraber çoğu ülkede, sağlıkla ilgili alan araştırmaları sonrası raporlar hazırlanıp; sağlık alanındaki maliyet yüksekliği nedeniyle sağlık krizinin varlığı tanımlanmaktaydı. Krizin aşılabilmesi için reform önerilmekteydi. Reform uygulamalarıyla sağlık eşitsizliklerini çözebilecekti. Reformlar sonrasında ülkelerde maliyet-etkililik kapsamında uygulamalar yapılacak böylelikle “sağlık krizi” yaşanmayacaktı. Sağlık reformları desantralizasyon ve özelleştirme adında iki alt madde etrafında toplamak mümkündür. Reformlar ülkelerin sağlık

⁶⁷⁶ Haluk Çağlayaner, “Avrupa’da ve Türkiye’de...”, s. 55.

⁶⁷⁷ Gavin Mooney, **Ulusların Sağlığı Yeni Bir Ekonomi Politikası Doğru**, s. 17.

⁶⁷⁸ Asuman Altay, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda...”, s. 34.

yapılanmalarındaki etkinliği artırarak, sağlık hizmetinin adilane sunulmasını ve kullanıcıların memnuniyetini sağlamak hedeflenmişti.⁶⁷⁹

Kapitalist üretim biçiminde sağlık hizmeti; üretimde ihtiyaç duyulan sağlıklı iş gücünü sağlamak için çalışır. Keynesyen düşüncenin etkisiyle, küreselleşmenin hızlandığı 1980’li yıllara değin, sağlık hizmetleri halkın bedelsiz ve eşit miktarda faydalanması gerekli “hak” konumunda düşünölmüştü. İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki uluslararası uzlaşmalar, sosyalist bloğun oluşturduğu tehdit algısı ve işçi hareketlerinin yaygın olması, Avrupa Birliği’nin kuruluş temellerinde yer alması ve Dünya Bankası öncölüğünde yapılan çeşitli faaliyetler bu anlayışı desteklemekteydi. Tüm bunların etkisiyle devletler sağlık alanında etkin rol üstlenmişlerdi. Devletlerin sağlıkla ilgili esaslı görevler üstlenmesi “yalnızca tüm bireylerin sadece insan olmasından dolayı sağlıklı olmayı hak ettiği” düşüncesinden kaynaklanmamaktadır. Sağlıklı olabilmenin yanında üretimin sürmesi sonucunda; kapitalist üretim biçiminin sürdürölebilmesi için ihtiyaç duyulan emeğin piyasaya sunulması önem arz etmekteydi. Sağlık hizmetleri piyasanın dinamiklerinden etkilenmeden çağın gerekleri doğrultusunda var olmuştur. Nitekim 1970’li yılların sonunda sağlık hizmetlerinin piyasanın ilgilendiği bir alan olmasında kapitalizmin bunalımı ve sermayenin uluslararası genişleme yönündeki isteği neden olmuştur. Britanya Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) Reformunun 1991’de piyasa mekanizmasının kurallarına göre işleyen bir sağlık hizmetleri yönetimi uygulaması sonrasında hem sanayileşmesini tamamlamış hem de diğer ölkelerde ardı ardına uygulanmaya başlanmıştır. Böylelikle Avrupa’da başlayarak, dünyanın tümünde yaygınlaşarak gelen sağlık hizmetlerinin ticarete konu olması ve piyasalaştırma süreci ölkemize de tesir etmiştir. 1970’lerin sonlarında kar seviyelerinin düşmesinden itibaren başlamış bulunan ekonomik bunalımı atlatabilmek için uluslararası sahalara taşıma isteği sonucunda neoliberal politikalar, IMF, DB ve

⁶⁷⁹ Hatice Erol ve Abdullah Özdemir, “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, 2014 Sayı 1 Cilt 4, s. 10.

DTÖ’ce gündeme taşınarak, destek görmüştür. Gelişmekte olan ülkeler, sayılan uluslararası kuruluşların istekleriyle sağlık hizmetini piyasa odaklı reformlara yönlendirmişlerdir.⁶⁸⁰

Kapitalist üretim biçimi doğası gereği sıkça krize girmeye meyilli olup, içine girdiği durumdan çıkmak için yerine göre liberal yerine göre sosyal devlet ilkelerini kendine çözüm sayabilmiştir. Talep yetersizliğinde toplumcu bir görüntü sunarak, sosyal devlet kaidelerine sarılan kapitalist sistemin sermaye birikimlerine ihtiyaç duyduğu zamanlarda devlet lehine terk eylediği her yere yeniden dahil olarak, devletin küçük olmasını iddia etmektedir. Geriye dönüp bakıldığında talebin yetersiz olması nedeniyle ortaya çıktığı düşünülen; 1929 Krizi devletin çeşitli uygulamalarıyla geçiştirebilmiştir. 1970’lerde kar oranlarının düşmesiyle beraber yeni bir bunalım baş göstermiştir. Kapitalist sistem karşılaşılan bu açmazı, kamunun görevlerini azaltmaya çalışarak neoliberal politikaların çıkışına neden olmuştur. 1980 sonrasında küreselleşmeyle birlikte yayılan neoliberal politikalar, devletin harcamalarını azaltarak ekonomiye müdahalesini en aza indirmeyi hedeflemiştir.⁶⁸¹ Devletin ekonomik yaşamdan çekilerek uluslararası sermayenin ve çok uluslu şirketlerin devrede olduğu bir dönem başlamıştır. Ulus üstü siyasal birlikteliklerle devletin egemenliği değişmiştir.⁶⁸²

Modern devlet kurumlarının kurulmaya çalışıldığı 19. yüzyıldan bugüne sağlık hizmeti imparatorluktan ulus devlete geçişte kamusal hizmetlerde köklü değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Selçuklu ve Osmanlı’da sağlık hizmetinin bel kemiğini bazı hayır amaçlı dernekler ve vakıflar oluşturmaktaydı. Geniş halk kitleleri serbest çalışan hekimlerden hizmet alırken almak durumundayken, ücret karşılığı verilen hizmet insan haklarına dayalı bir devlet anlayışı içerisinde örgütlenmemiştir. Sağlık hizmeti anlayışının, insan haklarının getirmiş olduğu istekler doğrultusunda yapılan, yasalarda

⁶⁸⁰ Yasemin Mamur Işıkcı, “Bir Kamu Politikası Analizi: Sağlık Politikasında Dönüşüm”, **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi**, 2016 Cilt 9 Sayı 46, s. 733-734.

⁶⁸¹ **A.k.**, s.731.

⁶⁸² Nihat Bulut, **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, s. 113-115.

insan haklarını esas alarak türetilen ve yürütülen devlet anlayışına doğru geçiş yaptığı görülmektedir.⁶⁸³

20. yüzyılın sonuna doğru, sosyal refahın sınırlarının genişlemesi ve kamu bütçesine önemli oranda yüklenmesi çeşitli eleştirileri beraberinde getirmiştir. Devletin ulusal ekonomi içindeki etkinliği artmış; çözümünü ulusal ekonomide serbest piyasa sistemini güçlenmesi, devletin iktisadi ve sosyal etkinliğinin azaltılması olarak sunulmuştur.⁶⁸⁴

Türkiye’de geçmiş sağlık sistemi genel bütçe içerisinde karşılanan bir yapıdaydı. Cumhuriyetin ilk yıllarında devletin yalnızca koruyucu sağlık hizmetlerini sunması hedeflenmekteydi. İkinci Dünya Savaşı’nın hemen sonrasında, batıdaki gelişmelerin etkisinde, işçi sınıfı içindeki ekonomik ve siyasal kökenli hareketlenmeleri dikkate alınarak Sosyal Sigortalar Kurumu kurulmuştur. 1960’ların başında cumhuriyetin ilk yıllarında oluşturulmuş olan sağlık sistemi başka bir forma ulaştırılarak sosyalleştirilmiştir. Sonraki yıllarda 1970’lerden başlamak üzere kendi hesabına çalışan konumundaki sınıflarında uyumu sağlanmıştır. Bunun için; serbest çalışanları sigorta sistemi içerisine alan için BAĞ-KUR kurulmuştur. Benzer gelişmeleri o yıllarda Latin Amerika ülkeleri ve sosyalizm öncesi Küba’da görmek mümkündür.⁶⁸⁵

Kapitalizmin dünya genelinden bağımsız olamamakla beraber; Türkiye tarihine baktığımızda birikim sürecinin iki büyük krizle karşılaştığını görmekteyiz. İki krizde de emek-sermaye ve sermayenin kendi içindeki çelişkilerin keskinleştiği, kriz sonrasında bu ilişkilerin yeniden yapılandığı kurumsal ve yasal düzenlemeler sermaye yöneticilerinin belirlemeleri doğrultusunda ortaya çıkmıştır. İlki 1970’lerin sonları ikincisi ise 2001 krizidir. Her iki krizde de devletin yeniden yapılandığı görülmektedir.

⁶⁸³ Aytül Kasapoğlu, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü”, *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 2016 Cilt 19 Sayı 2, s. 133-134.

⁶⁸⁴ Nihat Bulut, “Küreselleşme: Sosyal Devletin...”, s. 173.

⁶⁸⁵ Erhan Nalçacı (Edit.), Onur Hamzaoglu, Erkin Özalp, *Eleştirel Sağlık Sosyolojisi*, s. 154.

Bir dönemde devletin bütün faaliyetleri yüklendiği görülürken; 1980’den bu yana piyasa kurallarının ve işleyişinin derinleşmesi devletin yeni işlevler üstlenmesine neden olmuştur.⁶⁸⁶

IV. BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ

Bu bölümde geçmişten günümüze sağlık hizmetinin kimler tarafından, ne maksatla ve nasıl verildiğine değinilmiştir. Ardından devletin sağlık hizmetini hangi toplumsal yaşamdaki hangi değişikliklerle sunmaya başladığı anlatılmıştır.

İlk Çağ’da, hastalıkların kaynağının doğaüstü güçlerden kaynaklandığı düşünülmüş, sağlıklı olabilmek için bu güçler kontrol edilmeye çalışılmıştır. Yönetici sınıfın hekimleri bulunmuştur. Roma ordusunun ihtiyaçları için daimi hekim ve seyyar hastaneler olduğu bilgisine de ulaşılmaktadır. Köle emeğinin üretim değerinden dolayı, köleyi çalıştıranlarca hekim istihdam edilmiştir. Yönetici, ordu ve köleler dışında kalan halkın geri kalanı ücretle tedavi olmuşlardır.

Orta Çağ’da ise sağlık hizmeti çoğunlukla dinin etkisinde bir sosyal hizmet anlayışı içerisinde sürdürülmüştür. Aynı yıllarda İslam Dünya’sında vakıflar ve hayır kurumları aynı işlevi yürütmüştür. Yoksul, düşkün ve hasta kimselerin ihtiyacı karşılanmıştır. Hristiyan nüfusun olduğu yerlerde ise benzer biçimde kilise ve yardım kurumları bu hizmetleri yerine getirmiştir. Avrupa’da toprakların üçte birine hâkim olan bir güç olan kilise ve ona bağlı yapılar, dinin emretmesi nedeniyle güçsüz, aciz, hasta, yatalak kişilere bakmışlardır. Bunun dışında şövalye tarikatlarına ve manastırlara ait hastaneler bulunmuştur. Sağlık hizmeti, sosyal hizmetler içerisinde bir hizmet olarak din esaslı kurumlar tarafından yürütülmüştür. Orta Çağ’da yaşam yerlerinin sağlıksızlığı birçok salgına sebep olmuştur. Bu hastalıklarla baş etmeye çalışırken kimi hijyen kuralları da kendiliğinden öğrenilmiştir.

⁶⁸⁶ Melda Yaman Öztürk ve Fuat Ercan, “1979 Krizinden 2001 Krizine...”, s.55-93.

İslam medeniyetinde hükümdarın önderliğinde hastaneler ve tıp eğitimi yapan yerler oluşturulmuştur. Vakıf sistemiyle çeşitli sosyal hizmet faaliyetleri yürütülmüştür. Bimarhane, kervansaray, bimaristan, şifaiye, darüşşifa vb yerler tedavi merkezleri olabilmıştır. Modern devletle sağlık hizmeti sunulmaya başlanmıştır. Modern devletin oluşmasında; kapitalizmin yükselişi ve krizleri, feodal sistemin çözülüp sanayileşmeyle oluşan yeni üretim biçimi ve toplumun sınıf yapısının değişmesi, demokrasiye dayalı devlet biçimleri ve devletin vatandaşıyla bağının değişmesi, nüfusun artması ve özellikle kentlerde yoğunlaşması sonucunda yerel yönetimlerden beklenen faaliyetlerin artması ve çeşitlenmesi, merkezi yönetimlerin güçlenmesiyle bu sorunların ülke genelinde çözüme kavuşturulması zorunluluğunun hâsıl olması, sosyal politikaların ve özelinde sağlık politikalarının birer kamusal hizmet alanı haline gelmesinde rol oynamıştır. Günümüzde sosyal haklar merhametten çok adalet, lütuftan çok hak temeline dayalı, gönüllü, gelip geçici, dar kapsamlı uygulamalar olmaktan ziyade kalıcı ve yaygın bir hal almışlardır. Toprağın özel mülkiyete dönmesi sonrası feodal köylünün topraktan beslenememesi, buharlı makinenin kullanımıyla sanayinin ihtiyacı olan emeğin kırdan gelenlerce karşılanması, zanaatkârların emeğini yapımevlerine sunması, burjuvazinin deniz aşırı ülkelerle birlikte zenginleşerek gücünü artırması, feodal yapının zamanla dönüşmesi ve kapitalist toplum düzeninin kurulması süreci birbiriyle iç içe ve bağlantılı süreçler olmuşlardır. Sanayileşme sonrası düşük ücret düzeylerinde çalışmış ve yoksul kenar mahallerde kötü barınma koşullarında yaşamışlardır. Dayanışma maksadıyla kurulan esnaf sandıklarının kapsamı genişlemiş ve gönüllü bağışlar zorunlu aidata dönüşmüştür. Talep edilen sosyal haklar hayırseverlik söylemi ile sivil toplum kuruluşlarına devredilmeye çalışılmıştır. Sivil toplum kuruluşları ise zamanla din ve hemşerilik ortak bağı üzerinden yardımları toplumun tümüne yapmaktan vazgeçmişlerdir. Ancak işçi sınıfının hak talepleriyle güçlenmesi, devletin bu konulara el atması zorunluluğunu doğurmuştur. Kapitalist ekonomi kendi kurallarını koymaya

çalışırken, ekonomik dalgalanmaların neden olduğu kriz dönemlerinde sosyal haklara ve sağlığa harcanacak payın azaldığı gözlenmiştir.

Tıp alanında, 18. yüzyıldan itibaren hastalıkların etkenleri ve bu etkenlerle mücadele yöntemleri keşfedilmeye başlanmıştır. Bu durum koruyucu sağlık hizmetleri için toplu önlem alma gereğini ortaya çıkarmıştır. Kentleşme ile beraber kentin hizmetlerinden sınırlı biçimde yararlanan işçi sınıfı doğmuş ve taleplerini yüksek sesle dillendirmiştir. Yerel yönetimlerin özellikle deniz ticaretinin olduğu kentlerde salgın hastalıklar için çeşitli önlemler almalarını gerektirmiştir: Suların sanitasyonu, atıkların uzaklaştırılması, pazarların denetimi, besin denetimi vb. Bunun dışında şehrin surlarında şehre girebilmek için karantina uygulamaları için manastırlar kullanılmıştır.

Kentleşme de bazı kamu hizmetlerini gerektiren bir etken olmuştur. Ticaret ve zanaat gelişmeden önce idari ve dinsel merkezler olan kentler, sonrasında piyasa için üretimin ve böylelikle ticaretin canlanmasıyla paralel olarak gelişmeye başlamıştır.

Sanayileşmeyle oluşan işçi sınıfının sosyalist hareketi yükseltmesi korkusu ve sanayileşmenin getirdiği sosyal tehlikelere karşı devleti görev almaya itmiştir. 19. yüzyılın sonunda Almanya ve İngiltere sosyal güvenlik sistemlerini oluşturmuşlardır.

Ulus devletin oluşma süresi merkezi devletlerin kurulmasına ivme kazandırmıştır. Kapitalist ilişkilerin gelişmesiyle modern devletin oluşumunun aynı tarihlerde olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Moderniteye dönüşümü tanımlamada önemli maddi unsurları özetlersek; sanayileşme, kapitalizmin yükselişi, nüfusun gerek büyüklük gerekse dağılım olarak geçirdiği değişiklikler, kentlerin gelişmesi ve kent-kır ilişkilerinin değişimi ekonomik ilişkilerin metalaşması ve değişmesidir. Modern devletin geçmiş devlet anlayışından farkı; sınıfların çıkar mücadelelerinde, onların yanında, bütün olarak devletin faydasını temsil edecek ya da etmese bile böyle bir amacı olabilecek bir kamu görevlileri

grubunun eklenmiş olmasıdır. Bu sürecin sonunda devlet kamu hizmetini artırmak zorunda kalacaktır. Sağlık hizmeti de bunların başında gelmektedir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK VE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

Türk tarihinde bulunan sağlık ve sağlık hizmetleri kavramlarının nasıl şekil değiştirdiğine baktığımızda; Türklerin her dönem sahip oldukları inanç içerisinde hastalığı nasıl yorumladıklarına göre değiştiği görülmektedir. Sağlık hizmeti uzunca bir dönem, sosyal yardım hizmeti olarak görülmüş, bu durum Orta Çağ'ın etkisiyle devam ettirmiştir.⁶⁸⁷

Orta Asya'da dini görevliler olan şamanlar hastalıkları tedavi etmeye çalışmışlardır. Türklerin İslamiyet'le tanışmaları neticesinde sağlık hizmetlerini İslam dininin emirleri doğrultusunda uygulamışlardır. Vakıflar ve hayır kurumları buna örnek verilebilir. Türk devletlerinin kurumlarını oluşturmasıyla saray, ordu ve halka ait farklı yapılanmalarla sağlık hizmetinin sunulduğu görülmektedir. Bu anlamda Osmanlı Devleti'nde hastane yapılanmaları, tıp uygulamaları ve sağlık koşulları itibariyle Selçuklu Devleti'ndekilerle benzeşmektedir.⁶⁸⁸

Osmanlı Devleti'nde yapılan yenilik hareketleri 1789'da III. Selim'le başlamıştır. Bu dönem bir devrin kapandığını göstermektedir.⁶⁸⁹ Modern devlete özgü bir yapılanma; Batı tipi kurumlar, Osmanlı Devleti'nde 19. yüzyıl içerisinde oluşturulmaya başlanmıştır. Yönetsel işlerin kapsamı Batı tipi kurumlar örnek alınarak arttırılmıştır. İdari örgütlenme merkezileşmenin kurumlarını oluşturmasıyla genişlemiştir. Hukuksal düzenlemeler yapılmış, yönetici iktidarın eylemleri hukukla sınırlandırılmıştır. Modern devlet öncesi iktidarın kökeni olan doğaüstü, mitolojik ve dinsel kökler yerini rasyonel devlet ilkelerine bırakmıştır. Zor kullanmanın meşruiyeti

⁶⁸⁷ Yıldırım Yavuz, "Batılılaşma Döneminde Osmanlı Sağlık Kuruluşları", **ODTÜ Mimarlık Fakültesi Dergisi**, 1988 Cilt 2 Sayı 8, s. 123.

⁶⁸⁸ **A.k.**, s. 123.

⁶⁸⁹ **A.k.**, s. 123.

hukuka dayandırılmaya başlanmıştır. Vergilerin toplanması, güvenliğin sürdürülmesi ve askeri kurumların oluşturulmasıyla devlete çalışan geniş bir bürokratik kalabalık oluşmuştur. Devlet eliyle örgütlenmiş, toplumun tamamını kapsayan, sürekli sunulan bir sağlık hizmetinin oluşmaya başlaması, Osmanlı Devleti'nin yenileşme hareketleri dönemine denk gelmektedir. Öncelikle askeri teşkilatın sağlık ihtiyaçları için kurumlar oluşturulmuştur. Çok geçmeden bu kurumların ülkenin geneli için hizmet vermesi yönünde adımlar atılmıştır. Bunun dışında taşrada sağlıkla ilgili yönetsel kurullar oluşturulmuştur. Belediyelerin tabip çalıştırması istenmiştir.

Cumhuriyetin kurulmasıyla tüm ülke geneline sürekli bir biçimde hizmet vermesi için sağlık kurumlarının inşasına gidilmiştir. Kurumlar öncelikle acil sorunlar olan bulaşıcı hastalık ve salgın yönetimiyle uğraşmıştır. Dikey örgütlenme ile acil çözümler aranan bu meseleler merkezi devlet tarafından, yataklı tedavi kurumlarıysa yerel mekanizmalarla çözülmeye çalışılmıştır. İkinci Dünya Savaşı'nın ardından ülkemizde sağlık hizmetleri merkezileştirilerek, sosyal güvenlik yasalarıyla belirli meslek mensuplarına özgür sigorta uygulaması başlatılmıştır.

1970'lerde kapitalist üretim sisteminden elde edilen karların düşmesiyle refah devleti uygulamalarının piyasaya devri için neoliberal söylemler geliştirilmeye başlanmıştır. Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de çeşitli alanlarda uygulanan reform projeleri olmuştur. 1980'li yıllarla birlikte devlet, politikalarını piyasa lehine düzenleyici değişiklikler yapma yönünde olmuştur. Bunlardan sağlık hizmetiyle ilgili uygulanan son ve geniş kapsamlı reform projesi Sağlıkta Dönüşüm Programı'dır. Yapılan değişikliklerle sağlık hakkı bedelsiz olmaktan çıkarılarak, kullananların ödediği, hastaların müşteri gibi algılandığı, hastanelerin işletme benzeri bir hizmet yürüttüğü, sağlık personelinin mesleki durumlarının kar edilebilmesi için rekabet eden çalışanlar durumuna indirgendiği bir döneme girilmiştir. Dönem içerisinde; finansman, yönetim ve örgütlenme, hizmetin değerlendirilmesi ve sunumu, hizmetin verilmesine hâkim

olan ilkeler ve personel yönetimi gibi birçok alanda neoliberal politikalar etkileri izlenmektedir. Bakanlığın baştan aşağı tüm teşkilatlarında ve hizmetin niteliğinin ölçülmesinde çeşitli ölçütler koyularak önemli değişikliklere gidilmiştir. Yapılan yeniliklerle sağlık konusunda yerli ve yabancı piyasa aktörlerine iş yapabilme ortamı oluşturulmuştur. 2002 yılında SDP'nin yaygın biçimde uygulanması liberalleşme politikaları Türkiye'nin iç dinamiklerinden ziyade DTÖ, IMF ve DB'nın kamu politikası transferi şeklinde gündeme gelmiştir.⁶⁹⁰ Sağlık kurumları işletme kökenli (sözleşme, kalite, performans, rekabet) ilkeler üzerinden yeniden dönüştürülmüştür. Sağlık hizmetinde desentralizasyon uygulamaları denenmiş (2011 yılında 663 sayılı KHK ile), GSS oluşturulmuş ve Aile Hekimliği Modeli'ne geçilmiştir.

I. MODERNLEŞME HAREKETLERİ ÖNCESİ TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ

Türk tarihine baktığımızda; Orta Asya Türklerinde din adamı olan şamanların hekimlik ve hasta bakımıyla ilgilendikleri, hastalık ve sağlık durumunu ruhlarla ilişkilendirdikleri görülmektedir. Tedaviyi ise çoğunlukla ruhlarla kurdukları iletişim yoluyla sağlarlar.⁶⁹¹ Şamanların hastalanan ya da ruhları çalınan kişi için Gök Tanrı ve diğer kutsiyetler arasında aracılık yapabileceklerine dair genel bir inanç bulunmaktaydı.⁶⁹²

Şamanlar dışında Eski Türklerde “otacı iliği” diye bilinen görevlinin var olduğu bilinse de uygulamanın kurumsal bir düzeye erişip erişmediği bilinmemektedir. Osmanlılar Devleti'nin yeni kurulduğu zamanlardan başlayarak yazılı belgelerde reîsületubbâ benzeri unvan isimleri tesadüfen bilinse de, görevliler devlet ricâli ile halk

⁶⁹⁰ Yasemin Mamur Işıkçı, “Bir Kamu Politikası...”, s. 731-748.

⁶⁹¹ Mehmet Mandaloğlu, “Türk Kültür Çevresinde Şamanizm ve Şamanlık Meselesi”, **TSA Dergisi**, 2011 Sayı 3, s.111-122, Adem Öger ve Tugba Gönel, “Uygur Türkleri Arasında Şamanlar ve Tedavi Yöntemleri”, **Turkish Studies-İnternational Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic**, Vol. 6 No: 4 Fall 2011, s.233-248.

⁶⁹² Mehmet Mandaloğlu, “Türk Kültür Çevresinde...”, s. 117.

arasında hekimbaşılık olarak hatırlanmış, gittikçe bu unvan öne çıkarak resmî literatüre de girmiştir.⁶⁹³

Orta Asya'dan batı yönünde gelen göçenlerden Türk toplulukları; sekizinci yüzyılda İslamiyet'le tanışmaya başlamıştır. Bu yeni din ve topluluklarla karşılaşp İslamiyet'le tanışan Türklerin, ilerleyen zamanlarda İslam tıbbına önemli katkıları olmuştur. İslam dünyasının bilim ve felsefede yol alması, fetih hareketleriyle birlikte imparatorluklaşma sürecinde ortaya çıkmış ancak belirli bir toplumsal yapı oluştuktan sonra duraklama sürecine girmiştir. Öyle ki; imparatorluklaşma sürecinin planlaması, şehrin kurulması, ibadetlerin zamanlamaları ve kiblenin bulunması, mirasın hesaplanması, toprak ölçümünün yapılması, sağlık hizmeti verme, gökyüzünü inceleyerek gelecekle ilişkili tahminler yapma vb. nedenlerden dolayı yöneticiler, bahsi geçen konularla ilgili bilgi kazanma; bunlarla ilgili çalışanları desteklemeye sevk etmiştir. Abbasiler zamanında, sayılan alanlarda gerekli bilgi elde ettikleri ve kuvvetli düşünme sistemlerine sahip oldukları inancından olsa gerek, araştırmaların devamı gelmemiştir. Özellikle, İbn Sînâ, Fârâbî vb. düşünürlerden daha ileri gidilemeyeceği düşüncesi önemli bir duraklama nedenidir.⁶⁹⁴ Sayılan bu iki isim ve Ebu Bekir Razi ünlü Türk hekimlerinden olup İslam ülkelerinde tıbbın geliştirilip yaygınlaşmasında büyük katkıları bulunmuştur.

Türk Komutan Feth İbn Hakan tarafından, Bağdat'ta kurulan ve İslam Dünyasının beşinci büyük hastanesi olan hastane; yine o yıllarda dönemin Mısır Valisi olan Türk Devlet adamı Ahmed İbn Tulun tarafından Kahire'de kurulan ve altıncı büyük İslam hastanesi olan Tulunoğulları Hastanesi hükümdarların sağlık hizmetini önemsediklerini göstermektedir.⁶⁹⁵

⁶⁹³ Cemil Akpınar, **Hekimbaşı**, TDV İslam Ansiklopedisi, Cilt 17, s. 161.

⁶⁹⁴ Aydın Sayılı, "Orta Çağ İslam Dünyasında İlmi Çalışma Temposundaki Ağırlaşmanın Bazı Temel Sebepleri (Avrupa ile Mukayese)", **DTCF Felsefe Araştırmaları Dergisi**, Araştırma I, 1963'ten ayrı basım, s. 22.

⁶⁹⁵ Hâkim Muhammed Said, "Türkiye'de Tıp ve Tıbbi Kurumlar", Çev. Ahmet Cevizci, **Erdem Dergisi**, 1988 Cilt 4 Sayı 10, s. 101.

Büyük Selçukluların İran’da açtığı darüşşifa hastanelerden sonra Anadolu Selçukluları “darüs-şifa”, “dar-ul-afiye”, “darüs-sıhha” veya “bimaristan” (Hastalar evi) adıyla sağlık kurumları yaptırmışlardır. Erbil Atabeği Ebu Said Gökbörü, 1154-1232 tarihlerinde hüküm sürmekteyken Erbil’de hastalar, kör ve kronik maluller için yaptırdığı hastanenin gereksinimlerini gidermiş, aynı zamanda dul kadınlar ve kimsesiz çocuklara özgü o dönemde bakımevleri açılmıştır.⁶⁹⁶ Savaşın kazanılmasında lojistiğin öneminin farkında olan Büyük Selçuklu Sultanı Melik şah’ın (1072 – 1092) orduyla beraber hareket edebilen ilk taşınabilir hastane inşasının kurulmasını gerçekleştirdiği bilinmektedir. Ordusunda 40 devenin taşıdığı alet, çadır ve malzemeden taşınabilir bir hastane, orduya belirli bir mesafede, geriden takip ederek, hasta ve yaralananların tedavisini gerçekleştirmiştir.⁶⁹⁷

Tıbbi muamelelerin yapıldığı ve eğitimin verildiği merkezler olan İslam hastaneleri, 9 ila 12. yüzyıllar arasında Endülüs’ten Hindistan’a uzanmış geniş bir alandaydı. Türklerin İslam uygarlığının öncü kuvveti haline gelmesinin ardından, özellikle Selçuklu ve Osmanlı Devleti’nde, hükümdarlığın bulunduğu ailenin kurucusu olan vakıfların idaresi altındaki hastaneler kendisine özgü bir karakteristikle ortaya çıkmışlardır. Anadolu Selçukluları döneminde, Kayseri’de Gevher Nesibe 1206’da ikiz bina adıyla anılan medrese ve darüşşifa yaptırılmıştır. I. İzzettin Keykavus’un isteğiyle Sivas’ta 1217’de yapılan, İzzettin Keykavus Şifahanesi vardır ve tıp medresesi olarak da kullanılmıştır.⁶⁹⁸ 1308 yılında Amasya Anber Bin Abdullah Darüşşifası kurulmuştur. Bu model Osmanlı döneminde de sürdürülmüş, ek olarak yönetim eliyle en önemlisi olan İstanbul’daki Süleymaniye tıp medreseleri kurulmuştur.⁶⁹⁹

⁶⁹⁶ Baha Taneli, “Cumhuriyetten Önce ve Sonra Ülkemizde Sağlık Kurumları ve Çocuk Hastaneleri”, **Ege Pediatri Bülteni**, 2009 Cilt 2 Sayı 16, s. 95-110.

⁶⁹⁷ Muharrem Uçar ve Süleyman Deniz, “Türk Tarihinde Askeri Sağlık Hizmetleri”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 2012 Cilt 1 Sayı 11, s. 104.

⁶⁹⁸ Baha Taneli, “Cumhuriyetten Önce ve Sonra...”, s. 95-110.

⁶⁹⁹ Derya Şahin Gezer, **Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Etik Sorunlar Konusunda Adana Ölçeğinde Bir Araştırma**, s. 5.

Anadolu Selçukluları'nda sağlık örgütlenme ve uygulamalarının genel manada iki temel özelliğinden söz etmek mümkündür. Birincisi bu dönemde sağlık hizmeti “bir özel hizmet” idi. Zenginler ve soylular sağlık hizmetini özel hekimlerden, bedelini ödeyerek satın alırlardı. Yoksullar ise sağlık hizmeti alamazlardı. Bu durum yönetim katında bulunanların dikkatini çekmişti. Bu duruma çözüm olarak “vakıf tıp okulları ve hastanelerini” kurup geliştirdiler. İkincisi Anadolu Selçukluları, savaş durumunda ordunun sağlık hizmetlerini karşılamak üzere, gezici hastaneler kurmuşlardı. Kaynaklar bunların 40 devenin taşıyabileceği ağırlıkta araç-gereci olduğundan söz etmektedirler.⁷⁰⁰

Anadolu Selçukluları da dâhil Anadolu'da kurulmuş diğer Türk Beylikleri yerleştikleri yerin imarına önem vermişlerdir. Hayatı kolaylaştıracak ve rahatlatacak duruma getirmek maksadıyla; hamam, kervansaray, köprü, medrese ve hastane yapmışlardır. Sağlık tesislerinin vakıflar biçiminde yapıldığı bu dönemde devlet politikası gibi görülmekte olan birçok sağlık tesisi hizmete sokulmuştur.⁷⁰¹

Anadolu Selçukluları hakkında önemli bilgiler vermiş olan Süheyl Ünver'e göre hastanelerdeki hiyerarşiyi deneyim ve tecrübe belirlemekte, tüm çalışanlar en kıdemli ve marifetli olana bağlı olarak çalışmaktaydılar. Bu kişiyle ilgili Ünver devletin üst kademe yöneticileri arasında olması gerektiğini ve ülkedeki diğer hekimlerin bu makama bağlı olmasının gerekliliğini ifade etmiştir. Eserin devamında hekimlerin tayin ya da yetiştirilmeleriyle alakalı bir kayıt olmadığı fakat eğitimin büyük olasılıkla usta-çırak ilişkisi içerisinde gerçekleştiğini anlatmaktadır. Devletin hekimlerin ehil olmasına önem verdikleri şüphesizdir. Döneminin yazarlarından olan Abu Bakr Al-Zaki'nin Ravzat al-Kuttab ve Hadikat al-Albab'da devlete bağlı çalışmayan hekimlerin kadılarca denetlenmesi ve böylelikle hekimlerin hak ve görevleri belirlenmiş standartlara uygun

⁷⁰⁰ Nevzat Eren ve Nuray Tanrıtanır, **Cumhuriyet ve Sağlık**, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, 1999, s. 6.

⁷⁰¹ Gürkan Tekin, **Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekaleti'nden Sağlık Bakanlığı'na (1920-2000)**, s. 10.

oluyordu. Diğer ülkelerden gelmiş hekimlere, ülkedeki görevli hekimlerce sınav yapılır daha sonra çalışma şansı tanınabilirdi.⁷⁰²

Konya’da bir hastane ve lepra evi, Çankırı’da, Sivas Divriği’de Mengüceklerden kalan Divriği Şifahanesi 1228’de, Artukluların Elazığ (Harput)’da Maristan (1229) yapıldığı sanılmaktadır. Amasya’da Torumtay 1266’da, Tokatta Muineddin Pervane 1275’de, Pervane Bey şifahanesi ve medresesini kurmuştur. Kastamonu’da Pervaneoğlu Ali 1272’de ve Aksaray’da Aksaray Dar-üs-şifası, hastane ve tıp medresesi olarak inşa edilen kurumlardır. Sultan Mansur’un 1284’de kurduğu Kahire’de Kalavun Hastanesi vardır. İlhanlı hükümdarı Olcayto tarafından 1308’de Amasya’da Amasya Darüşşifası yaptırılmıştır.⁷⁰³

Osmanlı Devleti’nin kurumsallaşması döneminde vakfa ayrılan araziler çoğalmış ve haliyle vakıflar da gücünü artırmıştır. Vakıf gelirleri, 16. yüzyılda Osmanlı topraklarının 1/5’ine sahip olmuştur. 15. yüzyıl Osmanlı’sındaki en büyük imarethane her gün 1500 kişiye ücretsiz yemek verebilecek kapasiteye sahipti.⁷⁰⁴ Osmanlı Devleti’nde vakıflar, sosyal adalet, sosyal refah, gelirin dengeli dağılımı, sosyal güvenlik ve sosyal hizmetleri, sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel etkinlik alanı içinde yerine getiren teşkilatlı sivil dayanışmanın örneği olmuşlardır.⁷⁰⁵ Şehir merkezlerinde yer alan külliyeler sağlık, eğitim, kültür, sosyal ve dini hizmetler bir sosyal hizmetler bütünlüğü sağlamakta ve vakıflar yoluyla yapılmaktaydı. Fakirlere yiyecek dağıtan mutfaklar (imaret), camiler, eğitim birimleri (medrese), hastaneler, yolcuların gece konaklayacağı misafirhaneler külliyenin binaları arasında yer alırdı. Bu binalarda verilen hizmetleri yürütmek üzere gelir sağlamak amacıyla, yine vakıflar yoluyla dükkânlar, kapalı çarşılar (bedesten),

⁷⁰² A.k., s. 11.

⁷⁰³ Baha Taneli, “Cumhuriyetten Önce ve Sonra...”, s. 95-110.

⁷⁰⁴ Ozan Nadir Alakavuklar, Selcen Kılıçaslan ve Engin Bağış Öztürk, “Türkiye’de Hayırseverlikten Kurumsal Sosyal Sorumluluğa Geçiş: Bir Kurumsal Değişim Öyküsü”, **Yönetim Araştırmaları Dergisi**, 2009, Cilt 9 Sayı 2, s. 115.

⁷⁰⁵ Seyfettin Aslan, “Türkiye’de Sivil Toplum”, **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi**, 2010 Cilt 9 Sayı 31, s. 265.

kervansaray, han, hamam, değirmen, boyahane gibi gelir getirici ünitelerde kurulmuştur. Tüm bu yapılar külliyei oluşturmaktaydı.⁷⁰⁶ Hamamlarda fakir kimselerin parasız faydalanması, ihtiyacı olanlara yemek sağlanması ve sokakların temizlenmesi için vakıflar kurulmuştur. Yenilecek ve içilecek maddelerin gözden geçirilmesine ve kontrollerine önem verilmiş, bu maddeleri hazırlayıp ve satan işleri yapanlar kayıtlara bağlanmıştır.⁷⁰⁷

Osmanlı Devleti'nde 15. yüzyıla kadar fütüvvet anlayışıyla doğan ahi teşkilatı kendisine bağlı mesleki birlik teşkilatı üyelerine destekte bulunmuşlardır. 15. yüzyılda devletin merkezîyetçi tutumuna uygun davranan, istenildiği zaman idarenin kontrolüne açık, tepe idarecileri Sultan'ın Berat-ı Şerif'i ile atanmış lonca örgütlerinin güçlendiği görülmektedir.⁷⁰⁸ Sanatın, ahlakın ve hayırseverliği bir nevi toplamı gibi ortaya çıkmış bu oluşumlar toplulukların yardımlaşmasını hedeflemişlerdir. Bu doğrultuda Ahilerin kurmuş oldukları “orta sandık” denen esnafların kendine özgü sandıkları bulunmaktaydı. İhtiyaçları olduğunda bu sandıktan alınmak üzere meslek mensuplarına doğum, ölüm, nişan gibi sosyal olaylarda veya deprem, sel, kaza gibi doğa felaketlerinde yardımda bulunulurdu. Yine benzer biçimde gerekirse yapıların inşasında vazife üstlenilirdi. Ahi'lerin bu ahlak felsefesi sadece orta sandıkla değil “yaren” odalarıyla da desteklenip 20. yüzyıla kadar Anadolu'daki köylerde yaşatıldığını söylemek yanlış olmaz. Osmanlı Devleti'nin genişlemesiyle beraber gayrimüslimlerinde birliklere üye olmalarıyla (İspanya etkisi) teşkilat ahilerden lonca birliklerine dönüşmüştür. Bu yapılanmalar devlet adına piyasa denetimini sağlayan bir şekle bürünmüştür. Devletle aralarında kurulmuş bu bağ zamanla devlet kurumlarının yozlaşması nedeniyle problemli hale gelmiş ve ahilik kurumunun, 1912'de lağvedilmesiyle sonuçlanmıştır.⁷⁰⁹

⁷⁰⁶ Fatma Acun, “Osmanlı Şehirlerinde Devlet ve Sivil Toplum”, **Sivil Toplum Dergisi**, 2005, Cilt 3 Sayı 10, s. 55.

⁷⁰⁷ Sevim Yumuturuğ, **Halk Sağlığı Ders Kitabı**, s. 4.

⁷⁰⁸ Sait Dilik, “Sosyal Güvenliğin Tarihsel...”, s. 41-81.

⁷⁰⁹ Ozan Nadir Alakavuklar, Selcen Kılıçaslan ve Engin Bağış Öztürk, “Türkiye’de Hayırseverlikten Kurumsal...”, s. 114. .

Selçuklular ve Osmanlı İmparatorluğu'nda geleneksel halk hekimliği dışında çağına göre hatırı sayılır bir tıp eğitimi ve sağlık hizmeti olduğu düşünülebilir. Sağlık kuruluşları padişahların kurdukları vakıflara bağlı idare edilmekteydi. Bununla birlikte bu sağlık hizmetleri genel olarak Rönesans ve sanayi devrimi sonrasında ağırlık merkezi Batı ülkelerine kaymıştır.⁷¹⁰

Hastanelerin doğu toplumlarındaki örneklerine baktığımızda tıbbi gelişmişliğinin fazla, batıdaki örneklerine baktığımızda barınak niteliği daha belirgin olan hastaneler sayı olarak her geçen gün artmıştır. 16. yüzyıla geldiğimizde İngiltere'de 750, Paris'te 40, Floransa'da 30 tane hastane olduğu bilinmektedir. Amerika'da da 17. yüzyıldan sonra hastanelerin kurulmaya başlandığı görülmüştür.⁷¹¹

Osmanlı Devleti'nde ilk hastanenin Sultan Orhan tarafından Bursa'da açıldığı bilinmekle beraber hakkında bilgi bulunmamaktadır. Sonraki yıllarda Yıldırım Beyazıt'ın Bursa'da açtığı hastane Bursa Darüşşifası adıyla 12 Mayıs 1400 tarihinde açılmıştır. Burada çalıştırılmak üzere Bursa Kadısı Molla Şemseddün-i Fenari tarafından vakfiyesi düzenlenmiş olan hastaneye Memluk Hükümdarı Zahir Berkuk'tan deneyimli bir hekim göndermesi istenmiş, o da Şemseddin Sağır adında bir doktoru gönderdiği kayıtlarda bulunmaktadır.⁷¹² O yüzyıllarda Hindistan'dan tıbbi bitkiler getirilerek satılan eczaneler ve kervansaraylarında içinde eczaneler vardı. Osmanlı hanedanlarından Yıldırım Beyazıt Bursa'da ilk hastaneyi Bursa Darüşşifası adıyla 12 Mayıs 1400 tarihinde açmıştır. 1396 Niğbolu savaşı sırasında esarete düşen Schiltberger 1427'de anılarında yazdığı Bursa'da 8 hastane olduğunu, bu hastanelerde dinine bakılmaksızın tüm hastalara tedavi hizmeti sunulduğunu ifade etmiştir.⁷¹³

Dünyada en güçlü yaya ordusu olarak bilinen Osmanlı ordusunda, sağlık hizmetlerinin nasıl yürütüldüğüne dair net bir bilgi olmasa da; muharip birlikler

⁷¹⁰ Gencay Gürsoy, "Sağlık", **Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi**, Cilt 6, İletişim Yayınları, Ankara, 1983, s. 1716.

⁷¹¹ Celal Arabacıoğlu, **Hekimlik ve Hastanecilik**, s. 1-54.

⁷¹² Ziya Kazıcı, **Osmanlı Vakıf Medeniyeti**, s. 222.

⁷¹³ Baha Taneli, "Cumhuriyetten Önce ve Sonra...", s. 95-110

içerisinde ayrı bir bölüm olarak kurulan ve yardımcı hizmetler gerçekleştiren “Esnafat-ı Askeriye” denilen bölüklerde askerlerden bazılarını cerrahi girişimleri yapacak bilgilerle eğitilmişlerdi. Ücretli yeniçerilerin sıhhi ikmalleriyle bakımlarını yeniçeri ortalarında bulunan hekimler yanında birer cerrah ve tımarcıdan (pansumancı) yapılmıştı. Bu gruba “yaya başılar” da denilmekteydi. Yayabaşılar, usta- çırak yöntemi ile yetişmekte; savaşlarda ordunun seyyar hastanelerinde çalışmaktaydılar. Hastaların tedavisi yanında ilaçların hazırlanması da bu sınıfa mensup askerlerin temel görevleri arasındaydı.⁷¹⁴

Fatih Sultan Mehmet hekimlik mesleğine ve saray hekimliğine önem göstermişti. Fatih, savaşlarda görevlendirdiği üçü Türk (Altunizade, Ahi Çelebi, Beşir Çelebi), dört İranlı (Ahmed Kutbeddin, Şirvanlı Şükrullah, Hoca Abdullah, Abdülhamid Çelebi) ve bir İtalyan Yahudilerinden dönme olan Yakup Paşa’nın oluşturduğu dönemde ün yapmış bir hekim kadrosuyla çalışmıştı. Bilimin gelişmesi adına 1470’de Fatih’de, içerisinde tıbbi eğitiminde yapılabileceği günümüzün yükseköğretim kurumları düzeyinde olan külliye hizmete açan Fatih Sultan Mehmet, ordudaki hekimlik uygulamalarına da önem vermiştir. Nitekim İstanbul’u fethinden sonra ele geçen ganimetlerle, bilhassa Ayasofya mahzeninden çıkarılan değerli eşyaların, öncelikle asker için hizmet eden hekimler, kehhaller, cerrahlar ve suculara ardından askerlere verilmesini uygun görmüştür.⁷¹⁵

Osmanlı Beyliği’nin ilk zamanlarında beyliğin ya da sonrasında padişahın yakınında kendine özgü sağlık hizmeti veren bir kimsenin bulunduğu bilgisi herhangi bir belgede rastlanmamıştır. Fakat Orhan Bey döneminden itibaren sağlık konusunda otorite olarak kabul edilmiş saray hekimleri olduğu düşünülmektedir. Bu hekimlerin

⁷¹⁴ Muharrem Uçar ve Süleyman Deniz, “Türk Tarihinde Askeri...”, s. 104.

⁷¹⁵ A.k., s. 105.

görevlerininse sadece hükümdarın ve çevresindekilerin sağlığıyla ilgilenmek olduğu düşünülmektedir.⁷¹⁶

Bunun yanında Osmanlı Devleti'nde hekimbaşılık makamının teşkilâtlandırılması ve bu makama ilk atanmış hekimin kimliği bilinmemektedir. Osmanlı'nın ilk zamanlarında yönetim kademesine ve ailesine sağlık hizmeti sunan bir hekimin olup olmadığı bilinmemekteyse de Germiyan, Aydın, Saruhan beyliklerinin saraylarında hekim bulundurdıkları bilgisine erişilmiştir. Fakat beyliklerde ve Osmanlılar'da Çelebi Mehmed ve II. Murad zamanında görev ifa eden ünlü hekimlerin örgütlü bir kurumun tepesindeki hekimbaşı olmadıkları bundan öte hükümdar ve ailesinin tedavilerini yapan saray hekimlerine mensup oldukları daha kuvvetle muhtemeldir.⁷¹⁷

Kanuni Sultan Süleyman döneminde içerisinde tıbbı özgülenmiş bir medresenin de olduğu Süleymaniye Külliyesi kurulmuştu. Yeniçeri ocağına da sürekli bir biçimde hizmet verecek sağlık örgütü oluşturulmuştur. Yeniçeri ağasının oturduğu ağa kapısında maaş esaslı çalışan tabip ve cerrahlardan oluşmuş bir sağlık kadrosu göreve başlamıştır.⁷¹⁸

Hekimbaşının görevleri ise şunlardır;⁷¹⁹

- Hastane hekimlerinin atanması, yer değiştirmeleri, yükselmeleri ve görevden almalarına,
- Hastane müteveli heyetince tavsiye edilen hekim dışındaki sağlık çalışanlarının atamalarının kabulü ya da reddi,
- İhtiyaç duyulan yerlere hastane açılmasına karar verme,
- Gerekli görüldüğü takdirde hekimlere özgü sınavlar yaparak, ehliyetsiz kimselerin mesleği yapmalarını yasaklama,

⁷¹⁶ Ata Soyer, "Türkiye'nin İktisadi ve...", s. 31.

⁷¹⁷ Cemil Akpınar, **Hekimbaşı**, s. 161.

⁷¹⁸ Muharrem Uçar ve Süleyman Deniz, "Türk Tarihinde Askeri...", s. 105.

⁷¹⁹ Osman Hayran, "Sağlık Hizmetleri", s. 221.

- Hekim ve cerrahlardan şartları sağlayanlara muayenehane açma izninin verilmesi,
- Savaş zamanında orduda hekimbaşılık görevini yürütme,
- Ordunun ihtiyacı olan ilaç ve sağlık malzemelerinin tedarik etmek için satın alma ve koruma,
- Salgın hastalıklarla mücadeledir.

Sultan III. Murad zamanında 1588 yılında, ordu içerisinde ücretli 36.156 er, 38 hekim ve cerrah bulunduğu dair bilgiler yanında merkezde her 1.000 askere 1 tabip veya cerrahın denk geldiği söylenebilir. 16 Kasım 1637’de Bağdat kuşatmasına girişen IV. Murad seyyar hastane çadırlarını; Bağdat dışına, kendi otağının yanı başına kurdurtmuş ve yaralıların tedavisine azami itina ile ilgilenilmesini emretmişti. IV. Murad’ın belli aralıklarla yaralıları ziyaret ederek moral verdiği tarihi kaynaklardan aktarılmaktadır.⁷²⁰

Sağlık hizmetlerinin yönetilmesiyle de sorumlu ilk hekimbaşı, II. Bayezid döneminde görevlendirilen Mehmed Muhyiddin İzmitî’dir. Ancak Orhan Bey’in zamanından II. Bayezid’a kadar geçen zamanda sultanlar düzeyinde benzer görevleri yapan saray hekimleri elbette bulunmuştur. Sarayın önde gelenleri içerisinde bulunan ve sadârete bağlı hekimbaşılar yazılı belgelerde çoğunlukla “reîsületıbbâ, seretıbbâ-i sultani, seretıbbâ-i hassa” ve halkın içinde de “hekimbaşı efendi” ismiyle anılmışlardır.⁷²¹

İlmiye sınıfında bulunmalarından dolayı hekimbaşılar Anadolu ve Rumeli kazaskerliğine değin yükselebilmekte, ayrıca müderrislik ve kadılık gibi görevlere kadar atanabilmekteydiler. 1836 yılından itibaren ilmiye sınıfına dışarıdan da tayinler yapılmaya başlanmıştır. Has Odalılar’dan başlalaya bağlı olanlar silahdar ağanın maiyetindeydiler. 19. yüzyıla dek Topkapı Sarayı’nın başlala kulesi olarak adlandırılan,

⁷²⁰ Muharrem Uçar ve Süleyman Deniz, “Türk Tarihinde Askeri...”, s. 105.

⁷²¹ Cemil Akpınar, **Hekimbaşı**, s. 161.

hekimbaşı dairesinde/eczahane oturmaktaydılar. Atanan kişi 18. yüzyılın sonundan itibaren padişah nezdinde bir törenle özel bir kürk giydirilerek görev tevdi edilirdi. Hekimbaşı göreve özgü “sancaklı” adında aba, kafasına ise kendine özgü bir (tepesi eğik, sarı çuha börk üzerine beyaz sarık) sarığı bulunmaktaydı. Hekimbaşı sarayın önde gelenleri arasında sayılmaktaydı. Padişahın ölüm nedenine göre ihmali düşünülüp sıkça görev değişikliklerine de gidilebilmekteydi.⁷²²

II. MODERNLEŞME HAREKETLERİ SONRASI TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ

17. yüzyılın ikinci yarısından sonra Osmanlı Devleti’nin Avrupa’ya karşı mağlubiyetler neticesinde, ülkedeki yöneticiler ordu başta olmak üzere batıdaki gelişmelerin takip edilmesi ve bu yönde değişiklikler yapılmasını zaruri görmüşlerdir. Lale Devri’nden başlamak üzere; Avrupa başkentlerine elçiler göndermek yoluyla batı tarzı kurumlar takip edilmeye başlanmıştır.⁷²³ Osmanlı Devleti’nde reform hareketleri genellikle III. Selim ile başlatılır; ancak Selim’in Nizam-ı Cedit reformları bir yeniçeri isyanı ile son bulmuştur. Reformları geri dönüşsüz bir yola sokan II. Mahmut’tur. II. Mahmut’un reformları uzun bir hazırlık döneminden sonra 1826’da yeniçeriliğin ilgası ile hızlanmıştır. Bu tarihten I. Dünya Savaşı’na ve Osmanlı Devleti’nin çöküşüne dek laikleşme, modern bürokrasinin kurumlaşması, siyasal temsil ilkesinin yaşama geçirilmesi ve modern düşünce hareketlerinin gelişim süreci devam etmiştir.⁷²⁴

Osmanlı modernleşmesi Avrupa modernleşmesinden farklı olarak emperyalizmle eş zamanlı çıkan, merkezinde bireyin hukuki ve siyasi haklarını alarak

⁷²² A.k., s. 161.

⁷²³ Uğur Ünal (Proje Yöneticisi), **Arşiv Belgelerine Göre Osmanlı Eğitiminde Modernleşme**, Bion Matbaacılık, İstanbul, 2014, s. 3

⁷²⁴ Zübeyde Erdoğan Çelikkın, “Osmanlı Modernleşmesi Ve Kuruluşundan Tanzimata Evkaf-I Hümayun Nezareti (1826-1839)”, **Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi Ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Yönetim Bilimleri Bilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Ankara, 2019, s. 59-60.

gelişen, üretimdeki değişimin kıldan laik sanayi toplumuna dönüşen bir süreç olmamıştır. Emperyalizme karşı savunma içerisinde kalmış bir ülkenin varlığını korumak için giriştiği çabalardı.⁷²⁵

1839 Tanzimat Fermanı modernleşme hareketlerine ivme kazandırmıştır.⁷²⁶ Tanzimat halkın bütünü, öncesinde ayanlarla imzalanan Sened-i İttifak ise sadece ayanları ilgilendiren demokratikleşme adımlarıydı. Osmanlı’da yer alan diğer halkların yeni haklar elde etmeleri ve herkesin “can ve mal güvenliği” hakkının sağlanması demokratikleşme adımlarındandır.⁷²⁷ Osmanlı’nın aydın bürokrat zümresi tarafından işlevini yitirmiş kurumlarının yerine merkezi otoriteyi yeniden tesis etmek adına devletin mali, idari, adli alanlarda yenilikler yapılmıştır.⁷²⁸

- Anayasal bir belge niteliğinde olan Tanzimat Fermanı’nda gayrimüslim tebaaya hayat, şeref, haysiyet ve mülk emniyeti tanınması,

- Vergilerin tarhi ve tahsilâtı ile ilgili ıslahat,
- Asker toplanma usulü düzenlenmiş,

19. yüzyılın ilk yarısından itibaren etkinliği ortadan kalkan Divan-ı Hümayun’un yerine Avrupa’daki örneklerine benzer biçimde nezaretler almıştır. Adli ve mülki konuların görüşülebilmesi için Meclis-i Ahkâm-ı Adliyye kurularak bir tür parlamento ve yüksek mahkemenin doğuşu olan organ açılmıştır. 19. yüzyılın başında Umur-u Hariciye ve Umur-u Dâhiliye nezaretleri kurularak 1836’da Sadaret Kethüdalığı’nın yerini almıştır. 1838’de defterdarlık ofisinin yerini Maliye Nezareti aldı. Kırım Harbi sonrasında Fuat Paşa tarafından toplam harcamaların kontrolü için Divan-ı Muhasebat bugünkü Sayıştay kurulmuştur. Vergiler konusunda ıslahatlar yapılsa da gelirlerin

⁷²⁵ Yasemin Avcı, “Osmanlı Devleti’nde Tanzimat Döneminde “Otoriter Modernleşme” ve Kadının Özgürleşmesi Meselesi”, **Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi**, 2007 Cilt 21 Sayı 1, s. 1-18.

⁷²⁶ **A.k.**, s. 1-18.

⁷²⁷ Atıl Cem Çiçek, Selçuk Aydın ve Bülent Yağcı, “Modernleşme Sürecinde Kadın: Osmanlı Dönemi Üzerine Bir İnceleme”, **Kafkas Üniversitesi İİBF Dergisi**, 2015 Cilt 6 Sayı 9, s. 271.

⁷²⁸ İlber Ortaylı, **Türkiye Teşkilat ve İdare Tarihi**, Cedit Neşriyat, Ankara, 2008, s. 401.

ayrıntılı tespiti yapılamadığından iltizam sistemi yapılmaya devam etmiştir.⁷²⁹ 1856 Paris Barışı ve devamında gayrimüslimlerin haklarını bir Avrupa meselesi haline sokan Islahat Fermanı ilan edilmiştir. Yapılacak reformlar öncüllerinin çizgisinde devam etmiştir.⁷³⁰

Yargıda laikleşme Tanzimat dönemiyle başlamıştır. 1840 Ceza Kanunu, 1850 Ticaret Kanunu hazırlandı. II. Mahmut tarafından kurulan Nezaret-i Deavı 1870’te Adliye Nezareti’ne dönmüştür. 1879’da Teşkilat-ı Mehakim Kanunu çıkarılarak savcılık ve noterlik gibi kurumlara adliye örgütünde yer verildi. 1875’te Avukatlık Kurumu kabul edildi. Parlamentarizm gelişmesine yönelik olan; yargı kararlarının temyiz edilmesi ve idarenin icraatlarının yasallığının denetlenmesi için Meclis-i Vala-yı Ahkâm-ı Adliye (Adli Kararlar Yüksek Kurulu) 1838’de kurulmuştu. Benzer biçimde idarenin istişari nitelikteki bir organı olan Dar-ı Şura-yı Bab-ı Ali kurulmuştur. 1854’te Meclis-i Vala-yı Ahkâm-ı Adliye’nin görevlerindeki artıştan dolayı idari karar alma ve yargılamaya ait yetkilerinin bir kısmı Meclis-i Ali-yi Tanzimat’a devredilmiştir. 1868 yılında ise tamamen kaldırılarak idari yargıdaki denetlemenin yapılması ve nizamnamelerin incelenmesi Şura-yı Devlet’e bırakılmıştır.⁷³¹

Tıphane-i Amire ve cerrahhane 1831 yılında birleştirilip Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane adını alarak birleştirilmiştir. Başta, eğitim dili Fransızca’yken sonra Osmanlıca olarak (1866) değişmiştir.⁷³² Eğitimde laik okullar olan Maarif-i Umumiye Nezareti 1866’da kurularak bakanlık halini almıştır. Adliye ve Mülkiye Mektebi kuruldu. Ortaokullar olan Rüştîye, liseler olan Sultani ve üniversiteler olacak olan Dar’ulfünun-u Osmanî (İstanbul Üniversitesi) açılmıştır. Gayrimüslimlerde kendi dillerinde eğitim

⁷²⁹ A.k., s. 401-418.

⁷³⁰ Mehmet Beşirli, “Osmanlı’da Modernleşme ve Aydınlar, 1789-1908”, **Dini Araştırmalar Dergisi**, 1999 Cilt 2 Sayı 5, s. 131-157.

⁷³¹ İlber Ortaylı, **Türkiye Teşkilat ve İdare Tarihi**, s. 401-448.

⁷³² Salih Mollahalliloğlu, Ünal Hülür, Nazan Yardım, Hüseyin Özbay, Ali Kemal Çaylan, Necdet Ünüvar ve Sabahattin Aydın (Edit), **Türkiye’de Sağlık Bakış 2007**, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Müdürlüğü Yayınları, Bölük Ofset Matbaacılık Oto. Reklam. San. Tic. Ltd. Şti. , s. 245.

yapılabilmesi için çeşitli okullar açtılar. 1925 Tevhidi-i Tedrisat Kanunu'nun çıkışı ile bunlar kaldırılmıştır.⁷³³ Oluşturulan eğitim kurumlarıyla kamusal, yaygın ve örgün eğitim geleneksel dinsel eğitimin verildiği medreselerin yerini almıştır.⁷³⁴

Taşra yönetiminde merkezileşme; vilayet örgütünde değişmeyi zorunlu kılan faktör ulaşım ağı ve dış ticaret kanallarının değişmesiyle üretim ve kontrol merkezleri değiştikçe eyalet taksimatının da değiştirilmesiyle paraleldi.⁷³⁵ Osmanlı Devleti'nde ve Türkiye Cumhuriyeti'nde de olduğu gibi ülkemizde belediye örgütlerinin kurulma süreci ve devamında katılımcılık içeren bir hizmet sunma anlayışıyla oluşmamıştı. Tamamen toplu yaşamın yani kentleşmenin bir sonucu ortaya çıkan gereksinimlerin yeni idare şekillerini ve kentin gelişimini denetleyecek bir sistemi zorunlu kılmasıyla olmuştur. 1826 yılında İhtisab Nezareti'nin kurulmasına kadar kadılar, diğer işleri yanında şehrin temizlik, kolluk ve belediye hizmetleriyle de ilgilenmekteydiler. 1836 yılında Evkaf Nezareti kadılardan vakıflara yönelik işleri de almıştır. Böylelikle kadıların işi artık yargı ile sınırlı kalacaktı. Üsküdar, Galata ve Eyüp kadıları bulundukları beldelerin daire başkanı durumundaydılar. İstanbul başkent olması sebebiyle sadaret makamıyla doğrudan temas kurabilmekteydiler. Bu temas ve kadıların dinsel hükümler içeren kararlar vermeleri dönemin bürokratlarını rahatsız etmişti. Bürokratlar bir zaman sonra idareyi ellerine alarak bağımsız olmak istemişlerdir. Modern kurumlar oluşturmak istemişlerdir. Bunlarla beraber İhtisab Nezareti'nin görevleri olan temizlik, aydınlatma, kaldırım, kanalizasyon gibi işleri aksatması, Şehremaneti kurulmasının yolunu açmıştır. İhtisab Nezareti'nin kolluk görevi 1855'te Asayiş Zaptiye Nezaretine devredilmiştir. Şehremaneti 1855'te İstanbul'da kurulmuştur. Görevleri arasında; şehrin gereksinim duyduğu malzemelerin kolaylıkla sağlanması; narh işlerinin yürütülmesi, yolların ve kaldırımların yapılması, kentin temizliği, çarşı ve

⁷³³ İlber Ortaylı, **Türkiye Teşkilat ve İdare Tarihi**, s. 401-418

⁷³⁴ Mehmet Ö. Alkan, "Osmanlı İmparatorluğu'nda Modernleşme ve Eğitim", **Türkiye Araştırmaları Literatür Dergisi**, 2008 Cilt 6 Sayı 12, s. 9-84.

⁷³⁵ İlber Ortaylı, **Türkiye Teşkilat ve İdare Tarihi**, s. 401-448.

pazarların denetimini yapmak sayılmıştır. Şehremaneti kurulmasının ardından önceleri İhtisap Nezaretince toplanan vergi ve resimler hazineye teslim edilmiştir. Şehremini, Meclis-i Vâlâ'nın tabii üyesi olarak kabul edilmiştir. 1857'de çıkan nizamnameyle İstanbul, tam 14 belediye dairesine ayrılmıştır.⁷³⁶ 1868 tarihli Dersaadet İdar-i Belediye Nizamnamesi, 1877 yılında I. Meşrutiyetin kabul ettiği ilk kanun Dersaadet Belediye Kanunu olmuş 1930'a kadar tüm ülkede uygulanmıştır.⁷³⁷ 1864 Vilayet Nizamnamesi o tarihe dek eyalet, liva, kaza ve köy biçimindeki idari bölünmeye nahiye basamağını eklemiş, idari taksimat vilayet, liva, kaza, nahiye ve köy biçiminde oluşturulmuştur. Düzenlemeyle her sancaktan seçimle gelecek dört üye Meclis-i Umumi (bugünkü İl Genel Meclisi)'yi oluşturacak, başkanı vali olacaktı. Yılda bir kez uygun bir mevsimde valinin haber vermesiyle toplanan bu meclis gündemdeki konuları görüşüp, raporlaştırıp sunacaklardı. 1870 tarihinde çıkarılan İdare-i Umumiye-i Vilayet Nizamnamesi'nde, Meclis-i Umumi'nin (İl Genel Meclisi) görevleri artırılmıştır. 1913 tarihli İdare-i Umumiye-i Vilayet Kanunu Muvakkat, İl Özel Yönetimlerini düzenlemiştir. 1913 tarihli (İllerin Genel İdaresine İlişkin Geçici Kanun'un), illerin genel yönetimini düzenlemiş ve il özel yönetimlerini düzenlemiştir. Bu iki yasanın getirdiği yönetsel sistem bazı değişikliklere rağmen; 2005'te yürürlüğe koyulan 5302 sayılı Kanun'a kadar uygulanmıştır.⁷³⁸

İmparatorluk toprakları büyük bir bölümü fiiliyatta özel mülkiyet durumundaydı, yerel aristokrasiye/aşiret reisleri ve aslında tayin edilmiş görevliler olan mültezimler kullanmaktaydı. Mültezimler toprakta köylüleri çalıştırmakta ya da açık artırma yoluyla toprağı satmaktaydı. Bu nedenle köylüler kaçmakta ve çoğu tarım arazisinin terk edilmesi durumunda kalınıyordu. Devlet iltizam sistemini kaldırmak, aşiret yapılarını

⁷³⁶ Cengiz Sunay, "Belediyeciliğin Doğuşu Sürecinde Osmanlı Mirası", **Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 2002 Cilt 1 Sayı 3 , s. 113-133.

⁷³⁷ Fuat Yörükoğlu, "Türk Belediyeciliğinin Gelişim Süreci", **Mevzuat Dergisi**, 2009 Sayı 135, <https://www.mevzuatdergisi.com/2009/03a/02.htm>, (Erişim Tarihi:21. 08. 2020).

⁷³⁸ Feyzullah Ünal, "Tanzimattan Cumhuriyete Türkiye'de Yerel Yönetimlerin Yasal ve Yapısal Dönüşümü", **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 2011 Sayı 30, s. 243-244.

kırarak yönetimi merkezileştirmek, bozulan toprak düzenini normalleştirmek, istismarları önlemek için vergiyi tekrar düzenlemek için 1858’de Arazi Kanunnamesi çıkarılmıştır. Ancak uygulamada bu hedefe ulaşılamamıştır. Toprak en çok tapu memurlarına yakın olanlar, ağalar, kentlerde eşrafa ve merkezden atanmış yüksek dereceli memurlara kaydettirilmiş oldu.⁷³⁹

Modernleşme hareketlerinden birisi olan anayasalı meşrutiyete 1876 Meşrutiyet’in ilanı ile geçilmiştir. 1876’da II. Abdülhamit meşrutî hükümet başta olmak üzere reform yapacağı sözünü verdiği için tahta getirilmiştir. İlk anayasal deneme olan Kanun-ı Esasi yayınlandı ve meşrutî anayasal yönetime geçildi. Kısa bir süre sonrada yönetimde Mebusan ve Ayan Meclisi olmak üzere iki organlı bir meşrutiyete geçilmiştir.⁷⁴⁰

Görüldüğü üzere 18. yüzyıldan başlamak üzere batıyı takip eden Osmanlı bürokratlarının yönlendirmesiyle; 19. yüzyılda askeri zorunluluklar öncülüğünde mali, idari ve adli değişiklikler yapılmıştır. Batı tarzı kurumlar modern devlet olma sürecinde ilerlediğini görmek mümkündür.

Neredeyse altı yüzyıl boyunca varlığını devam ettirmiş olan Osmanlı İmparatorluğu’nda, sağlık kurumlarını ve bu kurumların devletle ilişkilerini gözden geçirdiğimizde ikiye ayırmak mümkündür. Birinci dönem 19. yüzyıla kadar, diğeri ise 19. yüzyılın başından TBMM’nin açılışına kadar olan dönemdir.⁷⁴¹

⁷³⁹ Sıtkı Karadeniz, “Osmanlıdan Cumhuriyete Merkezleşme Politikalarının Aşiret Sistemine Etkileri”, **Mukaddime**, 2010 Sayı 3, s. 27-41.

⁷⁴⁰ Mehmet Beşirli, “Osmanlı’da Modernleşme ve...”, s. 131-157.

⁷⁴¹ Gürkan Tekin, **Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekaleti’nden Sağlık Bakanlığı’na (1920-2000)**, s. 11.

A. Salgınlarla Sağlık Hizmet Yönetiminin Merkezileşmesi ve Uluslararasılaşması

Osmanlı dönemi sağlık anlayışı ve yapısında Selçuklu dönemi etkileri ve İslam tıbbının etkileri gözlenmektedir. Devletin sağlık işleri Reisul Etıbbā (Hekim Başı) tarafından yürütülmektedir. Hekimbaşı tüm sağlık personeli (tabip, cerrah, sağlık personeli vb.) atama yetkisine sahipti. Sağlık hizmetleri, öncelikli olarak saray ve ordu merkezli gerçekleşmekteydi. Padişah ve zümresi tarafından yaptırılan hayır ve şifa hastanelerinde yoksullara hizmet verilmekteydi. Bu hastaneler daha çok İstanbul, Edirne, Bursa, Selanik ve Kayseri gibi büyük şehirlerde görülmekteydi. Bu hastaneler darüşşifalardır. Gureba ve Hamidiye hastaneleri de devlet hastaneleri düzeyindeydiler. 19. yüzyıldan sonra hastane kelimesi kullanılmaya başlanmıştır.⁷⁴²

Sağlık hizmeti örgütlenmesi incelendiğinde, Osmanlı İmparatorluğu içerisinde sağlıkla ilgili gelişmelerin, 19. yüzyıla kadar genel idari örgütlenme paralelinde çoğunlukla ordu eksenli olduğu görülmektedir. Halkın geneline özgü sağlık hizmetleri öncelikle padişahların, sonra yüksek idareci kesimin ve varlıklı kişilerin kurmuş olduğu darüşşifalarda özel hekimler tarafından yürütülmüştür. Devlet teşkilatında 19. yüzyıla kadar merkezde hekimbaşılar taşrada ise darüşşifalar göze çarpmaktadır.⁷⁴³

Sağlık hizmet sunumunun kamu hizmeti niteliğini kazanması ancak 19. yüzyılda Batılılaşma hareketleriyle başlamıştır.⁷⁴⁴ Osmanlı'da 19. yüzyıla dek şehirler devletin yönlendirmesiyle kurulup gelişirken, şehirde yaşayanlara sosyal hizmetlerin verilmesi vakıflar tarafından sağlanmıştı. 19. yüzyılda yapılan reformlarla beraber, önceden vakıflarla sağlanan hizmetler devletin kontrolünde yapılmaya başlanmış ve böylelikle

⁷⁴² Rabia Nilüfer Mısırlı, **Türk Sağlık Sisteminde Sağlık Hizmet Sunumunun Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2007, s. 9.

⁷⁴³ Ata Soyer, "Türkiye'nin İktisadi ve...", s. 414.

⁷⁴⁴ Aytül Kasapoğlu, "Türkiye'de Sağlık Hizmetinin...", s. 134.

sivil inisiyatiflerin alanı da giderek daralmıştır.⁷⁴⁵ Diğer yandan; Osmanlı devletinin çözülmesi, toprak kaybedişlerinin fazlaşması, başta Fransa olmak kaydıyla Batılı ülkelerin baskı kurması gibi nedenler yüzünden 20. yüzyıla yaklaşıldığında, vakıfların öneminin azalmasına ve niyetlerinin zamanla sorgulanmasına neden olmuştur. Osmanlı Devleti vakıflara müdahaleleri ve onların mal varlıklarına el koyması suretiyle içerisinde bulunduğu durumdan çıkmanın yolunu aramıştır. Bu sırada hem vakıfların sahip oldukları alan küçülmüş hem de sayıları hızla azalmıştır.⁷⁴⁶

Vakıflar sağlık kuruluşlarındaki hizmetlerinin finansmanını, saltanat soyluları ile varlıklı vatandaşların topluma bağışladıkları yardımlarla gerçekleştirmekteydiler.⁷⁴⁷ Padişahla ailesinin sağlığıyla ilgilenmek durumunda olan hekimbaşı, devletinde sağlık işlerini düzenleyen tek resmi sağlık örgütüydü. 1850 yılında kaldırılmış ve bu görevi yapanların görevleri Sertabiplik adıyla saray çevresinin sağlık işleriyle sınırlandırılmıştır. Tıbbiye Nezareti (Bakanlığı) kurulmuştur.⁷⁴⁸ Saraydaki üst yönetici sınıf olan Birun Erkânı üyelerinin (padişah hocası, cerrahbaşı, göz hekimi, hünkâr imamı, müneccimbaşı şehremini, darphane ve arpa eminleri vs.) görevleri sarayla sınırlıydı ancak mutlak devşirmelerden gelme olmayan hekimbaşının sarayın dışında da görevleri bulunmaktaydı.⁷⁴⁹

Osmanlı İmparatorluk'unun monarşi özelliği sağlık politikalarına ve uygulamalarında da kendini göstermiştir. İdari örgüt yapısı saray eksenli ve askeri olmasına bağlı, devlet tarafından verilen sağlık hizmetleri de çoğunlukla saraya ve orduya has uygulamalardı. Devlete ait sağlık hizmetlerini ve sağlık personelinin atanma yetkisini elinde tutan hekimbaşı kurumu dışında resmi bir örgütü bulunmamaktaydı.

⁷⁴⁵ Seyfettin Aslan, "Türkiye'de Sivil Toplum", s. 265.

⁷⁴⁶ Ozan Nadir Alakavuklar, Selcen Kılıçaslan ve Engin Bağış Öztürk, "Türkiye'de Hayırseverlikten Kurumsal...", s. 115.

⁷⁴⁷ Yıldırım Yavuz, "Batılılaşma Döneminde Osmanlı...", s. 123.

⁷⁴⁸ Aytül Kasapoğlu, "Türkiye'de Sağlık Hizmetinin...", s. 134.

⁷⁴⁹ İsmail Hakkı Uzunçarşılı, **Osmanlı Tarihi II. Cilt** (İstanbul'un Fethinden Kanuni Sultan Süleyman'ın Ölümüne Kadar), 7. Baskı, Atatürk Kültür, Dil ve tarih Yüksek Kurumu, Türk Tarih Kurumu Yayınları, s. 523.

Halkın büyük bir bölümü serbest çalışmakta olan tabip ve cerrahlardan bedelini ödeyerek sağlık hizmeti almıştır. Gelir düzeyi düşük toplum kesimleri ve herhangi bir yakını olmayan kişilerse padişah ve saray çevreleri tarafından hayırseverlik adına kurduğu hastanelerde, şifa evlerinde ve özel nitelikli vakıflarda tedavi görmüşlerdir. Askeri tabiplerce de muayene hizmeti olsa da önde gelen uygulama şekli özel hizmetlerdir. Devlet, gönüllü kuruluşlar ve özel bazı kimselerce sunulan sağlık hizmetleri bazı büyük şehirlerin merkezleri dışına maalesef çıkamamıştır.⁷⁵⁰

Bir ülkede devletin sağlık örgütlenmesi kurması, bu hizmetin sunumu konusunda kendini sorumlu saydığı anlamına gelmektedir. Bu devlet yönetimlerinin, 19. yüzyılın ikinci yarısına kadar ciddi ve sistemli bir hizmeti sunma gayreti içerisinde olmadığı anlamına gelir. Sağlık hizmeti konusunda öncelikle Batı ülkelerinde olmak üzere; gereken tedbir ve hizmetlerin yapılmasını kamu kurumlarından bekleme anlayışı biçimindedir. 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra Batı'daki devletler sağlık teşkilatı kurmaya başladılar. Bunda mikrobiyoloji alanındaki ilerlemelerle birlikte koruyucu sağlık hizmetlerinin önem kazanmasının da etkisi olmuştur. Osmanlı İmparatorluğu'nun kurulduğu yıllarda çok çeşitli sağlık yapılanmaları hizmet vermekteydi. İlerleyen yıllarda başkentte ve payitahtın bulunduğu şehirlerde yenileri kurularak devam etmiştir. Hastanedeki hizmetler vakıflar tarafından verilmiş, devletin doğrudan ya da dolaylı tesiri bilinmemektedir.⁷⁵¹

Osmanlı İmparatorluğu'ndaki özellikle hayri vakıflar (müessesat-ı hayriye) ile avarız vakıfları sosyal güvenlik açısından önemlidir. Hayri vakıflarda mescid, cami, okul, imarethane, kütüphane, kervansaray, hamam, misafirhane, kabristan, dispanser, hastane, yol, darülaceze, liman, köprü, kuyu, çeşme, sebil, orman ve spor sahası gibi yapıların inşası yanında fakirlere yemek yedirilmesi, kurban kesilmesi, aşure pişirilmesi

⁷⁵⁰ Recep Akdur, *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, s. 10.

⁷⁵¹ Erdem Aydın, "19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması", *Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi*, 2004, s. 186.

gibi hizmetleri yapmaktaydılar. Tüm bu hizmetlerin yapılması için çalıştırılan personelin atanması, terfi edilmesi ve ücretlerinin ödenmesi için faaliyet gösteren vakıflar bulunmaktaydı. Bazı vakıflar toplumun tümüne yönelik hizmet verirken bazı vakıflar sadece düşük gelirli gruplara hizmet vermektedir. Avarız vakıfları gelir seviyesi düşük köylülere ya da mahalle sakinlerine sosyal tehlike durumlarında (yangın, hastalık, ölüm gibi) ayakta kalmalarını sağlayacak ihtiyaçlarının temini, tedavi ve bakımlarının yapılması maksadıyla oluşturulmuşlardı. Avarız kelimesi; arıza yani sosyal güvenliğin tehlike düştüğü haller ve riskler manasına gelmekteydi. Diğer taraftan bu vakıflar, yoksul genç kızların çeyizlerinin tamamlanmasında da görev üstlenmişlerdir. Köylerin ve mahallelerin yollarının yapılması, su yollarıyla çeşmelerin tamirâtı ve bakımına yönelik kurulmuş vakıfları da bu tür vakıflar kapsamına koyanlar bulunmaktadır.⁷⁵²

19. yüzyıla gelinene dek birçok devlet gibi Osmanlı Devleti'nde de planlı ve bilinçli bir sağlık politikası yoktu. Bu yüzyıl içerisinde Avrupa'da koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin fark edilmesi üzerine batıdaki devletler sağlık örgütlerini kurmaya başladılar. Batıdaki bu gelişmeler Osmanlı Devleti'ni de etkilediğinden aynı dönemde sağlık örgütlerini oluşturmuştur. Osmanlı Devleti'nin öncelikle askeri yenilikleri buna paralel sağlık alanındaki yenilikler ve oradan da halk sağlığı alanına dönük çabalar birbirini izlemiştir. Hastanelerde dâhil olmak üzere önemli sağlık kuruluşları oluşturulmuş ve bununla ilgili yasaların yapılması için taban oluşturulmuştur.⁷⁵³

Modernleşme sürecinde Osmanlı'da ilk ve öncelikli yenilik hareketleri askeri alanda yapılmıştı. Bu yenilikleri başlatan III. Selim Yeniçeri Ordusu'nun yerine, Nizam-ı Cedid Ordusu'nu kurmuştur. Yeni ordunun sağlık hizmetine olan ihtiyaçlarının karşılanması için 1799'da "Levent Çiftliği Hastanesi" adıyla çağdaş bir hastane

⁷⁵² Sait Dilik, "Sosyal Güvenliğin Tarihsel...", s. 69.

⁷⁵³ Necati Çavdar ve Erol Karcı, "XIX Yüzyıl Osmanlı...", s. 257.

kurdurtmuş ancak hastane 1808’de yeniçerilerce yakılmıştır. 1800 yılında ordunun ihtiyaçları için kurulan Selimiye Kışlası’nın içine bir kütüphane, bir basımevi ve bir de hastane yaptırılmıştır. III. Selim 1806’da Haliç Tersanesi’ndeki teknik gelişmelere ek olarak deniz tıp okulu açmış, gemilerde sağlık hizmeti verecek personelin tıp eğitimi almış olması istenmişti. Bu dönemde Avrupa’da basılmış önemli tıp kitapları Osmanlıcaya çevrilmiş, yabancı elçiliklerinde yardımıyla bazı dergi ve tıp materyalleri getirtilmiştir. Veba ve kolerayı tedavi ederek karantina altına almak maksadıyla bir hastane açılmıştır. 1805 yürürlüğe giren tıp reformları 1807 yılında padişahın değiştirilmesiyle uygulanamamıştır.⁷⁵⁴

Sağlık hizmetlerinin sunumuna dair değişikliklere II. Mahmut reformlarıyla devam etmiştir. Orduda çalışmak üzere hekim ve cerrah yetiştirilmesi için 1827’de Tıphane-i Amire ile hemen ardından Cerrahhane kurulmuştur.⁷⁵⁵ Türkiye’de batılı anlamda tıp eğitiminin 1827’de başlamış olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.⁷⁵⁶

Yeniçeri Ocağı’nın 1826 yılında kaldırılmasıyla birlikte, kurulan Asakir-i Mansure-i Muhammediye adlı ordunun sağlık ihtiyacının sağlanması, savaşlarda kayıpların en aza indirilmesi ve yeni tıbbi uygulamaları yapabilecek hekimlerin yetişmesi sağlanacaktı.⁷⁵⁷ Hekimbaşılarının yetkileri bu dönemde hayli sınırlandırılmış; askeri sahadaki görevleri 1837’de Harbiye Nezareti’nde kurulmuş Sağlık Dairesi’ne; sivil sahadaki görevleriye 1839’da kurulmuş Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane’ye verilmiştir. Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane tıp eğitimi veren bir okul olması yanında halka sağlık hizmeti de sunmaktaydı. Buraya Meclis-i Umum-u Tıbbiye-i Mülkiye (Sivil Tıp İşleri Kurulu) denilen bir kurul bağlandı. Kurulun görevi; Osmanlı Devleti sınırları içerisinde çalışan hekim, cerrah, eczacı ile benzer sağlık alanında

⁷⁵⁴ Yıldırım Yavuz, “Batılılaşma Döneminde Osmanlı...”, s. 124-125.

⁷⁵⁵ Arzu Terzi, “Osmanlı Saray Eczanesinin Teşkilât ve İdaresi (XIX. Yüzyılın İkinci Yarısında)”, **Osmanlı Bilimi Araştırmaları**, 2010, Cilt 11 Sayı 1-2, s. 50.

⁷⁵⁶ Haluk Çağlayaner, “Aile Hekimliğine Zemin Hazırlayan Koşullar”, **Aile Hekimliği Dergisi**, 2007, Cilt 1, Sayı 2, s. 105.

⁷⁵⁷ Çağatay Üstün, “Tıbbiyelik Geleneğine Dair” (Editöre Mektup), **Tıp Araştırmaları Dergisi**, 2005, Cilt 3 Sayı 1, s. 53.

faaliyet gösteren personeli denetleme, toplum geneline yönelik sağlık işleriyle ilgilenmek, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, yoksullara yardımda bulunma, hastanelerin denetlenmesi ve vilayetleri teftiş etme görevlerini yapmaktaydı. 1849 yılında Hekimbaşılik makamı lağvedilerek yerini, 1850’de kurulan Tıbbiye Nezareti (Bakanlığı) almıştır. 1862’de diploması olmayanların hekimlik mesleğini yapamayacaklarına yönelik yasal düzenleme yapılmıştır.⁷⁵⁸

Bulaşıcı hastalıkların önlenmesine karşı örgütlü bir çabaya, ülkemizde 19. yüzyılın başlarında girilmiştir.⁷⁵⁹ İmparatorlukta ilk ciddi salgın hastalıklar 19. yüzyıl boyunca Osmanlı-Rus savaşları sonucunda kaybedilen topraklarda yoğun göç dalgalarının başlaması (1806-1812, 1828-1829, 1854 Kırım ve 1877-1878 savaşları) sonrasında görülmüştür. Savaş sonrası yaşanan kargaşa ve kaybedilen kenardaki topraklardan iç bölgelere yapılan göçler bu salgınların sebebi olmuştur. Salgınlar içinde veba, kolera, tifo, tifüs gibi hastalıklar daha ölümcül olmuşlardır. Bu hastalıklar özellikle yolculuk yapan kişilerle taşınıp ülkeden ülkeye sıçrayarak tüm ülkeleri tehdit edebilmekteydi. Koleradan en çok zarar gören ülke Osmanlı Devleti’ydi.⁷⁶⁰ Halk sağlığına hizmet veren bir takım meclislerin kurulması zaruri olmuştur. Osmanlı topraklarında ilk 1822’de görülen kolera salgını, 1831’de İstanbul’da görülmüştür. Hekimbaşı olan Mustafa Behçet aynı yıl karantina dairesi kurulmasını sağlamıştır. İlk daimi karantina 1839 yılında Kuleli Askeri Kışla’sında kurulmuştur. Bundan sonra gerekli olduğu durumda ülkenin farklı yerlerine karantinalar kurulmuştur.⁷⁶¹ Deniz ticaretinde merkezi bir rolü olan İstanbul ve diğer şehirlerde ortaya çıkan koleraya karşı,⁷⁶² İstanbul merkezinde 1838’de Karantina Meclisi (Meclis-i Tahaffuz)

⁷⁵⁸ Aytül Kasapoğlu, “Türkiye’de Sağlık Hizmetinin...”, s. 133-134.

⁷⁵⁹ Sağlık Bakanlığı, **Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğünün Kuruluşu ve Tarihsel Gelişimi**, <http://www.hssgm.gov.tr/Tarihce>, (Erişim Tarihi:06. 05. 2019).

⁷⁶⁰ Özgür Yılmaz, “1847-1848 Kolera Salgını ve Osmanlı Coğrafyasındaki Etkileri”, **Avrasya İncelemeleri Dergisi**, 2017 Cilt: 6 Sayı:1, s. 42.

⁷⁶¹ Hikmet Özdemir, “Salgın Hastalıklardan Ölüm 1914-1918”, **Atatürk Kültür ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Tarih Kurumu Yayınları**, Ankara, 16. Dizi, 2005, Sayı 104, s. 81.

⁷⁶² Gülten Sarıyıldız, **Hicaz Karantina Teşkilatı (1865-1914)**, Türk Tarih Kurumu Basımevi, 1996 Cilt 145, Ankara, s. 9.

kurulmuştur. Avrupa ülkelerinin sağlığı tehdit altında olduğundan meclisin oluşumu uluslararası bir niteliğe kavuşmuştur. İçerisinde yabancı devlet delegeleri ve halk sağlığı konusunda yetişmiş Osmanlı hekimleri yer aldı.⁷⁶³ Salgın hastalıkları önlemede olağanüstü yetkilerle donatılmıştır.⁷⁶⁴

Karantina meclisi (Meclis-i Tahaffuz) 1838 yılında, II. Mahmut emriyle toplanıp görevine başlamıştır. Karantina Meclisi içerisinde Meclis-i Tahaffuz-ı Ula (Yüksek Karantina Meclisi) ve Meclis-i Tahaffuz-ı Sanı adında iki meclis daha görevliydi. Görevi, Akdeniz’den gelenlerin İstanbul’a varmadan Çanakkale’de gerekli sağlık kontrollerinden geçirilmesi ve gereken önlemlerin alındığı bir merkezin kurulmasını sağlamıştır. Merkezde bulunan çalışanların görevleri şu şekilde düzenlenmiştir: ⁷⁶⁵

- Akdeniz’den gelen imtiyaz sahibi ya da değil tüm gemilerin karantinaya koyulması,
- Bu gemilerde seyahat edenlerin ve çalışanların kayıtlarının tutulması,
- Karantina sonrası verilen vesikayla İstanbul’a girişlerinde herhangi bir sakınca bulunmadığına dair bildirimlerin yapılması,
- Yapılan uygulamalara itiraz edenlere zorla yaptırılması,
- Karantinadan çıkarak İstanbul’a gelecek olan gemilerin yeniden boğaza iadesi talimatı verebilmekte,

Bu düzlemeler dışında; tüm ülke için “Karantina Talimatnamesi” yayınlanarak dağıtımı yapılmıştır.⁷⁶⁶

1839 yılında Meclis-i Tahaffuz-ı Ula Meclis-i Umuru Sıhhiye ismiyle değişmiş, ilk olarak Türkiye ve İstanbul Limanı hakkında bir tüzük düzenlemiş, 26 madde bulunan tüzükte yabancı limandan gelen gemilerin kıyıya çıkabileceğini gösteren

⁷⁶³ Mehmet Alaaddin Yalçınkaya, “Fransız Epidemiyolog Antoine Fauvel’ye Göre 1849’da Karadeniz Karantinaları”, **Karadeniz İncelemeleri Dergisi**, 2019 Cilt 26, s. 440-441.

⁷⁶⁴ Arzu Terzi, “Osmanlı Saray Eczanesinin...”, s. 50.

⁷⁶⁵ Sağlık Bakanlığı, **Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü’nün Kuruluşu ve Tarihsel Gelişimi**, <http://www.hssgm.gov.tr/Tarihce>, (Erişim Tarihi:06. 05. 2019).

⁷⁶⁶ **A.k.**

belgeler olan pantentaların nasıl verileceği düzenlenmiştir. Bulaşıcı hastalık taşıyan ve bulaşıcı hastalık taşıdığı şüphesi bulunan gemilerin, karantinada olanların ve diğer gemilerin uymaları gereken kurallar belirlenmiştir. 8 Nisan 1840'da da karadan gelecek olanlar kimseler için başka bir tüzük oluşturulmuştur. Ülkeler genel sağlığın korunması için gerek duyulan bazı karantina önlemlerinin alınması için 1851 yılında Paris'te toplanmıştır.⁷⁶⁷ Salgınlar ülkeleri uluslararası işbirliklerine başvurmak zorunda bırakmıştır.⁷⁶⁸ Karantina tedbirlerine neden olabilecek hastalıklar belirlenerek (veba, kolera ve sarıhumma), tüm ülkelerin uyması için karantinada kalınan gün süresi 15 gün olarak belirlenmiştir.⁷⁶⁹ Karantina Nezareti kurulması padişah II. Mahmut dönemine denk gelir. O yıllarda kaybedilen Balkan topraklarında çeşitli karantina önlemleri yanında, Mısır'da da Mehmet Ali Paşa döneminde çeşitli sağlık uygulamalarına rastlanmaktadır.⁷⁷⁰

Ülke genelinde ilk sağlık teşkilatlanması; 1840 yılında salgın veya bulaşıcı hastalığın yayılmasının önlenmesi maksadıyla, Batı ülkelerinin de inisiyatifleriyle Karantina Örgütü'nün kurulmasıyla olmuştur. Ülkenin bazı bölgelerinde sağlık birimleri ve çalışanları yerleştirilmiş olsa da teşkilatlanma uluslararası özelliktedir. Yapılanması ulusal ve kalıcı değildir.⁷⁷¹

1847 yılının 12 Eylül'ünde Trabzon'dan İstanbul'a hareket etmiş Sultan vapurunda kolera hastası tespit edilmiş bu gemiye ve Trabzon tarafından gelen gemilere Kavak Karantina İstasyonu'nda 10 günlük karantinada kalma zorunluluğu getirilmiştir. Karantina uygulamalarına rağmen hastalığın yayılması üzerine 10 günlük karantina uygulamasına İstanbul'un tüm limanlarından gelen gemilere de uygulama ve bu

⁷⁶⁷ Sağlık Bakanlığı, **Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nün Kuruluşu ve Tarihsel Gelişimi**, <http://www.hssgm.gov.tr/Tarihce>, (Erişim Tarihi:06.05.2019).

⁷⁶⁸ Özgür Yılmaz, "1847-1848 Kolera Salgını...", s. 51.

⁷⁶⁹ Sağlık Bakanlığı, **Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nün Kuruluşu ve Tarihsel Gelişimi**, <http://www.hssgm.gov.tr/Tarihce>, (Erişim Tarihi:06.05.2019).

⁷⁷⁰ Pelin Böke, "İzmir Karantina Teşkilatının Kuruluşu ve Faaliyetleri (1840-1900)", **Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi**, 2009, Cilt 8 Sayı 18-19, s. 138,

⁷⁷¹ Necati Çavdar ve Erol Karcı, "XIX Yüzyıl Osmanlı...", s. 260.

gemilerin sıhhi yönden daha sıkı bir şekilde denetlenebilmesi için çeşitli önlemler alınmıştır.⁷⁷²

1848’de Gülhane Tababet-i Askeriye Tatbikat Mektebi Almanya ile askeri ilişkilerin sonucu olarak, Alman hocalar getirtilerek Alman modeline göre organize edilmiştir. I. Dünya Savaşı sırasında asker hastanesi olarak görev yapmış, 1941 yılında Ankara’ya taşınarak Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Tıp Fakültesi oluşturulmuştur.⁷⁷³

Osmanlılar geçmişte başkent olarak kullandıkları şehirler (Edirne, Bursa, İstanbul) dışında pek az hastane kurmuşlardır.⁷⁷⁴ Tanzimat sonrasında ilk açılmış hastane Bezm-i Âlem Gureba-i Müslimin Kadın Hastanesi’dir (1843). Bunun devamında 1851 yılında İzmir’de, 1879 yılında Bursa’da ve 1888 yılında Edirne’de birer tane Gureba hastaneleri açılmıştır. Bugünkü Şişli Etfal (Şişli Çocuk) Hastanesi’nin kökeni olan Hamidiye Etfal Hastanesi (1899) ve Konya Numune Hastanesi’nin kökeni olan Konya Gureba Hastanesi (1915) hizmetlerine başlamışlardır.⁷⁷⁵ Azınlıkların açtıkları hastaneler daha eskilere dayanmaktadır. Örneğin, İzmir’de 1775 yılında Fransız hastanesi, 1748’de Rum Cemaati hastanesi, 1843’te Yahudi hastanesi açılmıştır.⁷⁷⁶

Sağlık alanındaki ilk uluslararası işbirliği de, bu salgınların önlenmesi için başlatılmıştır. Avrupa’da salgın hastalıklara karşı ortak ve tek tip önlemler uygulamak için toplanan uluslararası sağlık konferanslarının ilki, 1851’de Paris’te yapılmıştır. Bundan önce Osmanlı İmparatorluğu’nda Meclis-i Tahaffuz-ı Ula 13 yabancı delege ile toplanarak uluslararası bir nitelik kazanmıştır. Tanzimat ile Cumhuriyet arasındaki dönemde, koruyucu sağlık hizmetlerinin başında karantina uygulamaları gelir. Bu

⁷⁷² Özgür Yılmaz, “1847-1848 Kolera Salgını...”, s. 42.

⁷⁷³ Emre Dölen, “Tanzimattan Cumhuriyet’e Bilim”, **Tanzimattan Cumhuriyete Türkiye Ansiklopedisi**, Cilt 1, s. 179.

⁷⁷⁴ Osman Hayran, “Sağlık Hizmetlerinin Özel...”, s. 221.

⁷⁷⁵ Salih Mollahalliloğlu, Ünal Hülür, Nazan Yardım, Hüseyin Özbay, Ali Kemal Çaylan, Necdet Ünüvar ve Sabahattin Aydın (Edit), **Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007**, s. 245.

⁷⁷⁶ Osman Hayran, “Sağlık Hizmetlerinin Özel...”, s. 221.

uygulamalarla ülkeye dışarıdan gelebilecek salgın hastalıkların önlenerek ülkeden ülkeye geçip Avrupa’ya yayılması engellenmiştir.⁷⁷⁷

1861 tarihli “Tababet-i Belediye İcrasına dair Nizamname” illerde belediyelerin hekim istihdam etmesini öngörüyordu. Tababeti Belediye İcrasına Dair Nizamname hükümlerinden 15. Maddede bir nevi Sağlık Bakanlığı fonksiyonuna sahip Mektebi Tıbbiye Nezareti’nin taşra mahiyetinde bulunan mahallerde hekim çalıştırılmasını sağlamaya çalıştığı görülür. Hekim sayısı yeterince olmadığında ve belediyelerin mali durumunun yetersizliğinden dolayı belediyelerin bu hizmeti sağlayıp sağlamadığı bilinmemektedir. Sağlık hizmeti o dönemde taşrada doktor istihdamıyla eş tutulmuştur.⁷⁷⁸ Bu nizamnameyle belediyelerin sağlık personelinin atanması ve dışarıdan tıbbi eğitim görenlerin çalışabilmelerine izni verilmesinin usulü belirlenmiştir. 1870 yılında uygulamaya koyulan İdare-i Umumiye-i Vilayet Nizamnamesi’nde her belediye meclisinde danışman aza sıfatıyla bir tabibin bulunması düzenlenmişti. Bazı merkezi ve önemli liman şehirleri sayılmazsa her belediyenin bu dönem içerisinde kendi imkânlarıyla sağlık tesisi oluşturamayacağı tahmin edilebilir. Sağlık hizmetlerinin verilebilmesi için oluşturulabilen yapıların nedeni bazı yerlerde hükümetin üzerine fazlaca düşmesi bazı yerlerde ise yabancı misyonların çabaları olmuştur.⁷⁷⁹

Osmanlı idaresi sağlık teşkilatına lüzumlu olan hekim ihtiyaının sağlanması için öncelikle Sivil Tıp Okulu’nu kurmuştur.⁷⁸⁰ 1861’de, ülkedeki hekimlerin nitelik ve sayıları kayıt altına alınmaya başlanmıştır. 5 Mart 1868 tarihli sadrazamlık tezkeresinde Mektebi Tıbbiye-i Mülkiye taşraya hekim yetiştirmek üzere kurulduğu belirtilmekteydi. Ecnebi hekimlerin yetersiz olduğu ve ülke ihtiyaını karşılamaya yetmediği ifade edilmekteydi. şayet hekim yetiştirilir, atanırsa halkın ücretlerini memnuniyetle karşılayacağı da yer almaktaydı. 1866’da açılan 1867’de Türkçe eğitime başlanan

⁷⁷⁷ Nuran Yıldırım, “Tanzimat’tan Cumhuriyet’e Koruyucu Sağlık Uygulamaları”, **Tanzimattan Cumhuriyet’e Türkiye Ansiklopedisi**, Cilt 5, İletişim Yayınları, İstanbul, 1985, s. 1337.

⁷⁷⁸ Erdem Aydın, “19. Yüzyılda Osmanlı...”, s. 190.

⁷⁷⁹ Necati avdar ve Erol Karcı, “XIX Yüzyıl Osmanlı...”, s. 260.

⁷⁸⁰ Erdem Aydın, “19. Yüzyılda Osmanlı...”, s. 186.

okuldan 1909'a kadar toplam 725 kişi mezun olmuştur. 1888'den sonraki yıllarda memleket tabiplerinin ücretleri doğrudan devlet tarafından karşılanmaya başlamıştır. Görev yapan tabiplerin memuriyet sicilleri tutulmaya başlanır; kaza, liva, vilayet tabibi ve müfettiş sınıfı olmakla beraber dört sınıfa ayrılmıştır. 1882'de İdare-i Sıhhiye Hakkında Rumeli Şarkıyeye Mahsus Kanun Velayet adında düzenlemenin alt bölümünde “Kaza Tabib ve Cerrahlarına Dair” başlığını taşıyan ve sağığın örgütlenmesinde kazalarda hekim vazifelendirilmesine yönelik hükümleri barındırmaktaydı. Burada kaza tabibinin görevleri arasında, kazanın büyüklüğüne göre belli aralıklarda dolaşarak muayene etmesi ve genel sağık kurallarına uygun olup olunmadığıının kontrol edilmesi de sayılmıştır. Salgın hastalık anında sıhhiye meclisi görevlendirilmiş ve salgının yayıldığı yere en az 5 günde bir giderek hastalara tıbbi yardımda bulunması istenmiştir.⁷⁸¹ 1871 yılında taşraya hekim gönderilmesine başlanılır. Bu hekimler koruyucu (halk sağığı) ve tedavi edici sağık hizmetlerinin ikisini birden yapmakla vazifelendirilmişlerdir. İllerde, ilin tüm sağık hizmetlerinden sorumlu olan Sağık Müdürlükleri oluşturulur. Osmanlı'da sağık örgütlenmesiyle ilgili bir takım gelişmeler olsa da teşkilat ve sunulan hizmetin içeriğinde arzu edilen gelişmeler Cumhuriyet sonrası olmuştur.⁷⁸²

Hekimbaşı, Osmanlı Devleti'nde 19. yüzyıla dek, saraydaki doktor ve eczacıların amiri olması yanında, Osmanlı Devleti içindeki hekim, cerrah ve kehhâlleri (göz doktoru) kontrol etme görevini de yapardı. Ülkede bulunan tüm hastanelerin tabip ve cerrahlarının atamaları, görevden alınmaları hekimbaşının isteğıyle yapılırdı. Yeri geldiğinde İstanbul'da bulunan tabip ve cerrahların kontrolünü ve sınavlarını da hekimbaşılar yapmaktaydılar. Ehliyetli olduğuna inanmadıklarının dükkânlarını kapattırabilirlerdi. Hekimbaşıların Topkapı Sarayı'nda Baş Lala Kulesi denilen yerde daireleri ve ilâç yapılan eczaneleri bulunmaktaydı. Padişah ve hanedan mensuplarına

⁷⁸¹ Haluk Çağlayaner ve Esra Saatçi, “Türkiye’de Birinci Basamak Sağık Kuruluşlarının Adlandırılması”, **Türk Aile Hekimliği Dergisi**, 2008, Cilt 3 Sayı 11, s. 131.

⁷⁸² Erdem Aydın, “19. Yüzyılda Osmanlı...”, s. 186.

has ilâçlar, baş lalanın huzurunda hekimbaşının tarifiyle burada eczacılar tarafından düzenlenirdi. Yapılan ilaç kavanoz, şişe, kâse ve hokkalara konmakta üzeri kumaşla sarılıp hekimbaşı ve baş lalanın tarafından mühürlenerek sunulurdu. Sarayda yaşayanların ilaçları Enderun Eczanesi'nde yapılmaktaydı. 19. yüzyıl, Osmanlı Devleti'nin birçok alanındaki gibi, tıbbi alanda da batı tarzındaki modern kurumların oluşturulduğu bir dönem olmuştur.⁷⁸³

Osmanlı'da hekimlerin eğitimleri öncesinde olduğu gibi usta- çırak ilişkisiyle olmaktadır. Osmanlı'da resmi anlamda hekim yetiştiren medreseler, Süleymaniye Medresesi'ni de saymak mümkün olmak üzere eğitim, tıbbı özgü olmayıp genel eğitim şeklindeydi. Bu okullardan mezun olan hekim öğrencinin diploması okulun adına taşımaz, medreseyi yöneten hocanın adını taşımaktaydı.⁷⁸⁴ Hekimbaşılık günümüzdeki Sağlık Bakanlığı'nın yetkileriyle benzer yetkileri bulunmaktaydı. 19. yüzyılda Osmanlı İmparatorluğu'nda birçok konuda olduğu üzere tıp alanında da yenilenmeye gidilmiştir. Hekimbaşının yetkilerini sarayla sınırlı tutulmuştur. 1871'de uygulamaya konulan Sivil Sağlık Hizmetleri Genel Yönetimi Tüzüğü (İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi) ve İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesiyle; il merkezlerinde sıhhiye müfettişleri, ilçelerde memleket tabiplikleri kurulmuştur.⁷⁸⁵ Bütün ülkede genel kapsamlı birinci basamak sağlık hizmeti kurulmasını öngören ilk sağlık mevzuatıdır. Tüzüğe göre öngörülen yapının özellikleri şöyledir: ⁷⁸⁶

- İstanbul merkezinde şehremini, taşrada ise Valiler, Tıbbiye Nezareti ile koordineli bir biçimde ilçe, kent ve kasabalarda en az bir memleket tabibi, kent ya da kasabanın büyüklüğü göz önüne alınarak gereği halinde memleket tabip muavini çalıştıracaklardır.

⁷⁸³ Arzu Terzi, "Osmanlı Saray Eczanesinin...", s. 50.

⁷⁸⁴ Rabia Nilüfer Mısırlı, **Türk Sağlık Sisteminde Sağlık Hizmet Sunumunun Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği**, s. 11.

⁷⁸⁵ Mustafa Öztürk, "Cumhuriyet Dönemi'nde Sağlık Hizmetleri", **Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 1999, Cilt 6 Sayı 1, s. 37.

⁷⁸⁶ Salih Mollahalliloğlu, Ünal Hülür, Nazan Yardım, Hüseyin Özbay, Ali Kemal Çaylan, Necdet Ünüvar ve Sabahattin Aydın (Edit), **Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007**, s. 247-248.

- Çalıştırılması düşünülen personelin ücretleri yerel yönetimler tarafından verilecektir.

- Kent ve kasabalarda belediyeler tarafından birer eczane açılması sağlanacaktır.

- Tabipler önceden belirlenmiş yer ve zamanlarda herhangi bir toplum kesimini ayırmaksızın, başvuran tüm hastalara bedelsiz bakacak, lüzumlu aşılar yine karşılıksız sağlanacaktır.

- Muayene için gelemeyecek olanlara tabipler eve giderek muayenesini yapacak, ödeme gücü olanlardan önceden belirlenmiş ücretini talep edebilecektir. Yoksullardan ücret talep edilemeyecek, zorunlu harcamalar belediye sandığından hekime verilecektir.

- Çok önemli bir sebep olmadıkça hastalara bakılmaması, yoksullardan ücret alınması halinde hekimin işinden uzaklaştırılması söz konusu olur.

- Salgınlar zamanında hekimler gerekli tedbirleri almalı veya aldırmalıdır. Sorumlulukları dışındaki bölgelerde valilerin emirleri ve izinleriyle tedbir alacaklardır. Gerekli giderler yerel yönetimler tarafından karşılanacaktır.

- Tabipler, bulundukları bölgede bulunan sağlıkla ilgili yerleri (hastane, eczane) denetlemekle ve sağlıkla alakalı diğer tüm işlerden sorumludurlar.

- Memleket tabiplerinin her ay Tıbbiye Nezareti'ne çalışmalarıyla ilgili rapor göndermesi istenmektedir.

- Memleket tabiplikleri adli konularla ilgili görevleri nizamname hükümlerine göre yürütmeleri istenmektedir.

İllerde sıhhiye müfettişlikleri, ilçelerde memleket tabiplikleri kurulacaktır. Bu hekimler belediyenin belirlediği bir yerde, haftada iki gün, parasız hasta muayenesi ve

talep edenlere parasız aşı yapacaklardı. Muayene dışında hekimin daimi resmi görev yeri belirtilmemekteydi.⁷⁸⁷

Memleket tabipliği sistemi başlamasından sonra Mekteb-i Tıbbiye mezunları kurayla memleket tabipliklerine atanmıştır. 2 yıl kaza, 3 yıl sancak olmak üzere 5 yıl zorunlu hizmet yapmaları istenmiştir. Geri kalmış bölgelerde (mahrumiyet bölgesi) çalışan memleket tabiplerine (Yemen, Bağdat, Hicaz, Basra, Bingazi, Trablusgarp) maaşlarının yarısı daha eklenerek ücretleri fazlaca ödenmiştir.⁷⁸⁸ Tabiplerin ücretleri öncesinde belediyelerden ödenmekte, 1888 yılından sonrasıyla merkezi hükümet tarafından ödenmiştir.⁷⁸⁹ Bu düzenleme ile ilk defa devlet ülke genelinde sağlık hizmetlerini örgütlemeyi ve yapmayı üstlenmekteydi.

1885'te Pasteur kuduz aşısını ilk kez insana uygulamış, bu konuda Paris Tıp Akademisi'nde verdiği tebliğ aynı yıl İstanbul'da yayınlanmıştır. 1886'da aşının uygulanabilmesi için bir heyet Paris'e gitmiş. 1887 yılında Dersaadet Daü'lkelp Ameliyathanesi kurularak, kuduz aşısı üretimine başlanmıştır. Kuduz dışında çiçek, kolera, verem, sığır tebası, tifo, tifüs gibi bulaşıcı hastalıkların etkenleri, aşılama başta olmak üzere çeşitli yayınlar yapılmış ve aşılama için kurumlar açılmıştır.⁷⁹⁰

1906 yılında Meclis-i Maarifi Sıhhiye kurulmasıyla ki bu meclis 1908 yılında Meclis-i Umum-u Tıbbiye-i Mülkiye ve Sıhhiye-i Umumiye (Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü) adıyla genel müdürlük düzeyinde bir statüye kavuşturulmuştur. 1912 yılında "Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi Teşkilatına Dair Kanun-u Muvakkat" ile bu kurul kaldırılmış, tüm ülke düzeyinde sağlık hizmetlerinin Dâhiliye Nezareti bünyesinde kurulan Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi tarafından yürütülmesine

⁷⁸⁷ Haluk Çağlayaner ve Esra Saatçi, "Türkiye'de Birinci Basamak...", s. 130.

⁷⁸⁸ Salih Mollahalliloğlu, Ünal Hülür, Nazan Yardım, Hüseyin Özbay, Ali Kemal Çaylan, Necdet Ünüvar ve Sabahattin Aydın (Edit), **Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007**, s. 247.

⁷⁸⁹ Erdal Sargutan, **Türkiye Sağlık Sektörü, Sağlık Sistemi ve Mali Yapıları**, s. 2894, <https://docplayer.biz.tr/2090673-A-erdal-sargutan-turkiye-saglik-sektoru-saglik-sistemi-ve-mali-yapilari-ozet-kisim-iki-turkiye-saglik-sektoru-saglik-sistemi-ve-mali-yapilari-2887.html>, (Erişim Tarihi:20.08.2020).

⁷⁹⁰ İsmail Mazgit, **Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 1998, s. 145.

başlanmıştır. Yayınlanan Vilayet-i İdare-i Sıhhiye Nizamnamesi ile illerde sağlık hizmetlerinin denetimi Sağlık Müdürlüklerine ve Hükümet Tabipliklerinin görevleri, çevre sağlığı ve iş sağlığı hizmetlerini de içermesi biçiminde arttırılmıştır. Aynı düzenlemeyle il ve ilçelerde bölgedeki en yüksek idari amirin idaresinde çalışan Sıhhiye Meclisleri kurulmuştur.⁷⁹¹

Balkan ve I. Dünya Savaşları esnasında hemşirelik kursu açılarak hemşire yetiştirilmesine yönelik ilk uygulamalar başlatılmıştır. İlk ebe okulu 1909, ilk veteriner okulu 1842, dişçilik ve eczacılık okulları 1909’da açılmıştır. Bu yıllarda koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik 1889’da Telkikhane, 1893’te Bakteriyolojihane, 1885’te herkesin zorunlu çiçek aşısı yaptırma zorunluluğu getirilmiştir.⁷⁹²

1913 yılında önemli yeni düzenlemelerle; öncelikle görevlerinde bayındırlık ve sağlık hizmetlerinin bulunduğu il özel idarelerinin oluşturulması memleket tabipliği ünvanından vazgeçilerek yerini hükümet tabipliği ünvanının kalması kararlaştırılmıştır. O yıllarda oluşturulmuş sağlık müdürlüğü hala ildeki sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu kurum olarak hala görevini yapmaktadır. Bu dönemde oluşturulmuş sıhhiye meclislerinin görevi, ilçedeki sağlık problemlerini görüşüp gereken girişimlerde bulunmaktı. Öncesinde kurulmuş bulunan Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye (Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü) 1914 yılında Dâhiliye Nezaretine (İçişleri Bakanlığı) bağlanmış, Dâhiliye Nezareti’nin adı “Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti” biçiminde değişmiştir.⁷⁹³

1913 yılında devlet, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi için Vilayeti İdare-i Sıhhiye Nizamnamesi adıyla bir nizamname çıkarmıştır. Memleket Tabipliği yerine Hükümet Tabipliği adı kullanılmaya başlanmıştır. 1913’te illerde sağlık müdürlüğü, ilçelerde memleket tabipliğinin yerini hükümet tabipliği aldı. Sıhhiye Meclisleri

⁷⁹¹ Erdal Sargutan, **Türkiye Sağlık Sektörü, Sağlık Sistemi ve Mali Yapıları**, s. 2894.

⁷⁹² Mustafa Öztürk, “Cumhuriyet Dönemi’nde Sağlık...”, s. 38.

⁷⁹³ İsmail Ağırbaş, Yasemin Akbulut ve Ömer Rıfki Önder, “Atatürk Dönemi Sağlık Politikası”, **Ankara Üniversitesi Türk İnkılap Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi**, 2011, Sayı 48, s. 737.

kurulur. Sağlık müdürlükleri koruyucu ve çevre sağlığı hizmetlerinden sorumlu kılınır. İşyerlerinde çalışan işçilerin sağlığını denetlemekte yine müdürlüğün görevleri arasındadır. Vilayet, liva ve kazalarda oluşturulacak sıhhiye meclisleri sırayla vali, mutasarrıf ve kaymakam tarafından yapılan davet üzerine olağan durumlarda haftada bir, olağanüstü durumlarda davet üzerine toplanır. Başlıca görevleri; görevli olunan bölgenin sağlık durumunu görüşmek, halkı tetkik etmek ve olumsuz sağlık koşullarının tespit edilip ortadan kaldırılmasına çalışmak, nüfusun artırılabilmesiyle uğraşmak, salgınların durdurulması ve böylelikle gereken sağlık tesislerinin açılması, frengi, sıtma ve verem gibi dönemin salgın hastalıklarının yok edilmesine çabalamaktır. Hekimlerden tedavi edici ve koruyucu hekimliği birlikte yürütmeleri istenir. Sıhhiye Meclisleri Osmanlı'da Umumi Hıfzıssıhha Meclisi, sonrasındaki sosyalleştirme dönemindeyse "Sağlık Kurulları" adıyla varlığını sürdürmüştür.⁷⁹⁴ Nizamnamede hekimlere tedavi edici nitelikte görevler verilmesi yanında salgın hastalıkların tespiti ve önlenmesine dair hükümlerde yer almaktaydı.

Meclis-i Umuru Sıhhiye'nin adı 1914'te kapitülasyonların kaldırılmasıyla Hudut Sıhhiye Müdüriyetine dönüştürülmüştür.⁷⁹⁵ Dâhiliye Nezaretinin adı Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti olarak değişmiş (1914), sağlık hizmetleri de, Bakanlık bünyesinde yer alan Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi, Karantina İdaresi ve Hicaz Sıhhiye İdaresi olmak üzere üç bölüm tarafından idare edilmeye başlanmıştır.⁷⁹⁶ I. Dünya Savaşı'nda İstanbul İtilaf Devletleri'nce işgale uğrayınca pek çoğu yabancı olan Beynelmüttefikin Sıhhiye Kontrol İdaresi oluşturulmuştur. 1923'te İstanbul'un geri alınmasının ardından Beynelmüttefikin Sıhhiye Kontrol İdaresi dağıtılarak ve Lozan Anlaşması'nın ardından İstanbul Limanı ve Boğazları Sıhhiye Müdüriyeti yerini almıştır. 1924 yılında bu

⁷⁹⁴ Haluk Çağlayaner ve Esra Saatçi, "Türkiye'de Birinci Basamak...", s. 130.

⁷⁹⁵ Sağlık Bakanlığı, **Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğünün Kuruluşu ve Tarihsel Gelişimi**, <http://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/Asilar>, (Erişim Tarihi:22. 07. 2019).

⁷⁹⁶ Erdal Sargutan, **Türkiye Sağlık Sektörü, Sağlık Sistemi ve Mali Yapıları**, s. 2894.

Müdüriyetin adı Hudut ve Sevahil Sıhhiyesi Müdüriyeti Umumiyesi biçiminde değişmiştir.⁷⁹⁷

19. yüzyılın sonu ile 20. yüzyılın başında sağlık alanındaki gelişmelerin desteklenmesi tıpkı; bölgelerarası karayollarının inşa edilmesi, eğitim sistemindeki gelişmeler, devlet eliyle desteklenmiş bilimsel ve teknolojinin araştırılmasına dönük adımlar ve uzman personel yetiştirilmesi faaliyetlerinin tümü askeri hedeflerden oluşmaktaydı.⁷⁹⁸ Devletin tam zamanlı ve maaşlı olarak hekim çalıştırması 19. yüzyılda yaygınlaşmıştır.⁷⁹⁹

B. Savaş Sonrası Ülkenin Toparlanması ve Nitelikli İş Gücünün Oluşturulması

18. yüzyılda hastalıkların bulaşıcılık özelliğiyle ilgili bilgilerin artması; hekimliğin ve halk sağlığının sadece seçkin sınıflar için değil de halk kitleleri için bir ihtiyaç ve gün geçtikçe bir hak olduğu görüşü yaygınlaşmıştır. Bu hizmetlerin toplum içerisine yayılması ve kamunun bu hizmetleri vermesi zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır.⁸⁰⁰ Sosyal hekimliğin ve halk sağlığının başlangıcı olan bu görüşe göre; anneler, küçük çocuklar, okul çağı çocukları, işçiler ve kimsesiz çocukların bulaşıcı hastalıklardan korumaları için önlemler alınmalıdır. Engelli, yaşlı ve sorunlu aileleri koruyup bakmak için kamusal hizmetler düzenlenmelidir. Yerel yönetimler, sağlığın korunması için sanitasyon ve diğer başka hizmetleri yerine getirmelidir.⁸⁰¹ Devlet, sağlık bakım hizmeti yanında; içme suyu, besinlerin denetimi, atıkların konutlardan uzaklaştırılması, ölümlerin defnedilmesi ve bazı sosyal yardım faaliyetleri gibi toplumun

⁷⁹⁷ Sağlık Bakanlığı, **Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğünün Kuruluşu ve Tarihsel Gelişimi**, <http://www.hssgm.gov.tr/Tarihce>, (Erişim Tarihi:06. 05. 2019).

⁷⁹⁸ Georg Fülberth, **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, 2008, s. 156-185.

⁷⁹⁹ Çağla Ünlütürk Ulutaş, **Proleterleşme ve Profesyonelleşme Işığında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü**, s. 25.

⁸⁰⁰ Nevzat Eren ve Zafer Öztekin, “Halk Sağlığının Gelişmesi”, **Halk Sağlığı Temel Bilgiler**, Çağatay Güler ve Levent Akın (Edit.), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006, s. 32.

⁸⁰¹ **A.k.**, s. 33.

sağlıklı olmasına dolaylı olarak etki eden konularda hizmet üretilmiş olsa da, bu hizmetler birkaç büyük kentte ancak yapabilmıştır. Kısaca halkın geneline sunulabilecek sağlık ve sosyal hizmetler, 19. yüzyılın sonuna kadar devletin asli görevlerinden kabul edilmemiştir. Bunun sonucunda; gerek sağlık hizmetlerinin gerekse toplumun sağlık düzeyi zamanındaki diğer toplumlarla kıyaslandığında, onların gerisinde kalmıştır. Öncelikle enfeksiyon hastalıkları olmak üzere, birçok hastalıktan muzdarip halkın, bilimle örtüşmeyen kurumlardan ve davranışlardan şifa ummuştur.⁸⁰² 20. yüzyılda ise sağlık sosyal hak statüsüne kavuşmuştur.⁸⁰³

Hükümetlerin hasta tedavisiyle ilgilenmesi; herkesin en üst seviyede sağlık standardına kavuşmasının bir insan hakkı sayılabilmesi, bireyin üretim faktörü olarak değer kazanması, sosyoekonomik kalkınmada tıbbın yaptığı katkının anlaşılması gibi basamaklar sonrasında olmuştur. Eskiden hekim ve hastanelerden faydalananlar çoğunlukla, varlıklı kimseler olmuşlardır. Gelir düzeyi düşük kimseler vakıf ve kilise gibi hayır kurumları aracılığıyla ya da bu kurumların açtıkları yerlerde (hastane, dispanser) sağlık hizmeti almış ya da halk hekimliğinin imkânlarından faydalanmışlardır. Merkezi idare hastaların tedavisiyle ilgilenmemekte yahut bunu bir sosyal yardım işi olarak ele almaktaydılar. Benzer şekilde ülkemizde de hükümetler hastaların ilaçla tedavi edilmesi öncesinde sosyal yardımın kapsamında kabul etmişlerdir. Osmanlı Hükümeti 1871’de memleket tabipliklerini düzenleyerek, görevli olarak tayin edilen hekimleri yoksul hastalara bakması için vazifelendirmişlerdir. Cumhuriyet kurulduğu dönemde bu tutum devam etmiş ve hastaneler Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’ndan (SSYB), Sosyal Yardım Müdürlüğüne bağlanmıştır. Batıdaki ülkelerde sağlık sigortaları, hasta olduğu zaman hekim ve hastane ücretlerini kolaylıkla ödeyebilecek geliri bulunmayan ve herhangi bir hayır kurumundan da

⁸⁰² Recep Akdur, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, s. 8-10.

⁸⁰³ Çağla Ünlütürk Ulutaş, *Proleterleşme ve Profesyonelleşme Işığında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, s. 25.

yararlanamayanlar için oluşturulmuş ve geliştirilmiştir. Özel sağlık sigortalarının tüm halkı kapsadığı bir ülke yoktur. Bundan dolayı sigortalar, çoğu devlette ağırlığını yitirmiş veya devlete bağlanmışlardır.⁸⁰⁴

İmparatorluk son dönemlerinde tedaviye yönelik örgütler yanında sosyal cemiyetler de kurulmuştur. Kurulan cemiyetlerden en önemlisi, günümüzdeki Türkiye Kızılay Derneği adını alan Hilali Ahmer Cemiyeti'dir. 1868'de Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti ismiyle açılmış olan bu kurum, 1877'de Osmanlı Hilali Ahmer Cemiyeti, 1923'de Türkiye Hilali Ahmer Cemiyeti, 1935'te Türkiye Kızılay Cemiyeti ve 1947'de Türkiye Kızılay Derneği olarak adı değişmiştir. Kuruluşun adı olan Kızılay'ı Atatürk vermiştir. Bir başka dönemde kurulmuş bir cemiyette, Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyeti'dir. 8 Haziran 1918'de oluşturulmuş cemiyet, İstanbul'un işgale uğramasıyla 1920'de kapatılmıştır. Cumhuriyet'in ilanının ardından 1927 yılında tekrar açılmıştır. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'nin açılmasından sonra 1921 yılında bu cemiyetlere, Atatürk'ün kurduğu Himaye-i Etfal Cemiyeti de eklenmiştir. Önceleri Çocuk Esirgeme Kurumu olan kuruma, 1983 yılında sosyal hizmetlerde eklenmesiyle adında değişiklik yapılmıştır.⁸⁰⁵

Anayasal düzlemde hak olarak yer bulmamasına karşın, sağlık hizmetinin devlete ait temel görev olduğu 23 Nisan 1920'de TBMM'nin kurulmasıyla başlamaktadır. Sağlık hakkının örgütlü ve planlı olarak yürütmeye konması, Cumhuriyet kurulmamışken yapılan İzmir İktisat Kongresi'nde liberal ekonomi anlayışıyla beraber oluşmaya başlar. Cumhuriyetin ilanından sonra kentlerin birçoğunda örgütlenmiş devlete ait bir sağlık hizmeti bulunmamaktaydı. Hastalananlar özel hekimlere başvurmaktaydılar.⁸⁰⁶ TBMM'nin açılmasının dokuzuncu günü, 3 sayılı Kanun'la Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurulmuştur. Bakanlığın adına dâhil

⁸⁰⁴ Nusret Fişek, "Sağlık Yönetiminde Modern...",

⁸⁰⁵ Salih Mollahalliloğlu, Ünal Hülür, Nazan Yardım, Hüseyin Özbay, Ali Kemal Çaylan, Necdet Ünüvar ve Sabahattin Aydın (Edit), **Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007**, s. 245.

⁸⁰⁶ Hatice Giray ve Bülent Kılıç, "Türkiye'de Kentlerde Sağlık Örgütlenmesi", **Memleket-Mevzuat Dergisi**, 2007, Cilt 2 Sayı 21-22, s. 14

edilen “sosyal yardım” kavramının asıl nedeni; kaybedilen topraklardan ülkeye göç eden sayısı bir milyonun üzerinde olan göçmenin yerleştirilmesi ve bakımının sağlanabilmesi için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın görevlendirilmiş olmasıydı. Bakanlığın içerisinde bulunan Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü 1983’te çıkan 2828 sayılı Kanun’a kadar Sağlık Bakanlığı’na bağlı olmuştur. Yasayla Çocuk Esirgeme Kurumu’yla birleştirilip, Başbakanlığa bağlanarak Sağlık Bakanlığı’ndan çıkarılmıştır.⁸⁰⁷ Cumhuriyetin ilk Sağlık Bakanlığı yapmış olan Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı döneminde sağlıkla alakalı hizmetlerin bütünü kamunun vazifesi ve yükümlülüğü olarak kabul edilmiş ve bu görevler devletin çeşitli organları arasında pay edilmişti. Sağlık hizmetlerini denetlemek ve sağlık çalışanlarını atama yetkisi Sağlık Bakanlığı tarafından yapılarak hizmetler merkezileştirilmiştir.⁸⁰⁸

1921 ve 1924 anayasalarında sağlıkla ilgili açık bir hukuki düzenleme yapılmamıştır. Sadece 1924 Anayasası’nın 78. maddesindeki, seferberlik, sıkıyönetim ve hastalık durumlarında halk sağlığının korunması için; bireyin seyahat özgürlüğünün kayıt altına alınabileceği belirtilmiştir.⁸⁰⁹ 1924 Anayasası’nda klasik hak ve özgürlükler olan; kişi dokunulmazlığı, yasa önünde eşitlik, düşünme, vicdan, yayım, söz, akit, yolculuk, mülk edinme, çalışma, toplanma, malını ve hakkını kullanma ve dernek kurma hakkı sayılmıştır. Böylelikle kişi hak ve özgürlükleri kanuni güvence altına alınmıştır. Ekonomik ve sosyal haklardan sadece örgütlenme hakkıyla ilgili kanuna gönderme yapmıştır.

Cumhuriyet döneminde 1923’den sonraki on beş yılda on üç kanun, altı tüzük ve yönetmelik çıkarılmıştır. O yıllar arasında Sağlık Bakanlığı görevini Adnan Adıvar, sonrada uzun yıllar Refik Saydam yürütmüştür. Bu yıllarda illerde valilik makamına

⁸⁰⁷ Rabia Nilüfer Mısırlı, **Türk Sağlık Sisteminde Sağlık Hizmet Sunumunun Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği**, s. 16.

⁸⁰⁸ Ayhan Görmüş, **Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri**, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2013, s. 120.

⁸⁰⁹ TBMM, **Türkiye Cumhuriyeti 1924 Anayasası**, <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa24.htm>, (Erişim Tarihi:17. 11. 2019).

bağlı çalışan Sağlık Müdürleri, ilçelerde Kaymakam'a bağlı danışmanlar ve Hükümet Tabibi örgütlenmesi ile hizmet sunulmuştur.⁸¹⁰ Dr. Refik Saydam döneminde koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiş, sağlık hizmetleri genel olarak hastanelerin dışında planlanmıştır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılması için büyük uğraş gösterilmiştir. Bu amaca ulaşabilmek için hem yatay hem de dikey örgütlenme modeli bir arada uygulanmıştır. Bir taraftan verem, sıtma, trahom gibi hastalıklara karşı dikey örgütler oluşturulurken, diğer taraftan koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birlikte sunulduğu yatay örgüt modeli devam etmiştir. Bunun için Osmanlı döneminde bulunan hükümet tabipliğiyle birlikte seyyar tabiplik uygulaması da tekrar başlatılmıştır. Amaç sağlık hizmetinin uzak yerlerde yaşayanlar dâhil olmak üzere vatandaşın ayağına götürülmesini sağlayan seyyar tabiplik, finansmanı il özel idarelerince sağlanan, devletin tayin ettiği hekimlerin uyguladığı bir hizmet biçimiydi. Seyyar tabipler bir ayda 20 gün köy ziyaretlerinde bulunur, ayakta tedavi, halk sağlığı, çevre sağlığı ve sağlık eğitimi konularında köylüye hizmet sunardı.⁸¹¹ Tedavi hizmetleri büyük ölçüde yerel yönetimlere bırakılmıştır. Personel ücretlerinde koruyucu hizmetlerde çalışanlara daha yüksek maaş ödemesi yapılmış ve serbest çalışmalarını yasaklanmıştır. İl Özel İdaresi ve belediyelerde dâhil tüm sağlık personelinin atama ve yükselmeleri bakanlıkça belirlenmesi, bütçelerinin bakanlıkça yapılması yönetmelikle yasallaştırılmıştır. 1923'te tıp fakültesi mezunlarına zorunlu hizmet yükümlülüğü getirilmiştir. 1924'te İstanbul ve Sivas'ta ilk sağlık memuru okulları ile İstanbul'da ebe okulu, 1925'te Kızılay hemşirelik okulu açılmıştır.⁸¹²

⁸¹⁰ Ayşen Bulut, "Türkiye'de Sağlık Reformunun Tarihçesi", **Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar** (Der. Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar), İletişim Yayınları, İstanbul, 2007, s. 113

⁸¹¹ İsmail Ağırbaş, Yasemin Akbulut ve Ömer Rıfki Önder, "Atatürk Dönemi Sağlık...", s. 742.

⁸¹² Mustafa Öztürk, "Cumhuriyet Dönemi'nde Sağlık...", s. 38.

Refik Saydam döneminde, Sağlık Bakanlığı'nın 1925 yılında hazırlattığı ilk çalışma programında öncelikli sorunlar şöyle sıralanmıştır: ⁸¹³

- Devletin sağlık örgütlenmesini genişletmek,
- Sağlığın personel ihtiyacını yetiştirmek,
- Numune hastaneleri, doğum ve çocuk bakımevleri açılmasını sağlamak,
- Salgın hastalıklara karşı mücadele başlatmak,
- Sağlıkla ilgili hukuki düzenlemeleri tamamlamak,
- Sağlık ve sosyal yardım örgütlerini köylere kadar götürmek,

Bunlara ek olarak 1936'da Hıfzıssıhha Mektebi açılmış, ilerleyen yıllarda Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı adıyla görevini yapacak olan Enstitü önemli bir referans laboratuvarı olmasının yanında yıllar boyu hemen her türlü aşı ve serumu üreten yer olmuştur. Hıfzıssıhha Mektebi'nde (Halk Sağlığı Okulu) sağlık alanında bilimsel araştırma, eğitim, kongre ve diğer bilimsel çalışmalarla faaliyetlerini sürdürmüştür.

1930 yılında, sağlık hizmetlerinde anayasa niteliğindeki 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkartılmış; sağlıkla ilgili alt politika ve faaliyetlerin temelleri oluşturulmuştur. Ülkedeki hastalıklarla, sağlığa zararlı etkenlerle savaşmak, neslin sağlıklı yetişmesini ve halkın toplumsal yaşama katılmasını sağlamak genel kamu hizmeti olarak sayılmıştır (md. 1).⁸¹⁴ Koruyucu hekimlik uygulamaları devletin görevi olarak yasallaşmıştır.⁸¹⁵ Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun ikinci maddesinde o dönemdeki adı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekilliği olan Sağlık Bakanlığı'na yasanın üçüncü maddesinde verilen başlıca işler şöyle sıralanmıştır:

- Doğumun artırılması⁸¹⁶ ve çocuk ölümlerinin azaltılmasına yönelik önlemleri almak,

⁸¹³ Salih Mollahalliloğlu, Ünal Hülür, Nazan Yardım, Hüseyin Özbay, Ali Kemal Çaylan, Necdet Ünüvar ve Sabahattin Aydın (Edit), **Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007**, s. 249-250.

⁸¹⁴ Resmi Gazete, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Tarih:06/05/1930 Sayı:1489.

⁸¹⁵ Mustafa Öztürk, "Cumhuriyet Dönemi'nde Sağlık...", s. 37.

⁸¹⁶ Bu fıkradaki "doğumu artıracak" ifadesi 01. 04. 1965 tarih ve 557 sayılı Kanunun 8. Maddesiyle kaldırılmıştır.

- Doğum öncesi ve doğum sonrasında anne sağlığının korunması,
- Bulaşıcı ve salgın hastalıkların ülkeye gelmesini ve yayılmasını engellemek,
- Ülke içerisinde her türlü bulaşıcı/salgın hastalıkla veya ölümlere sebep olan diğer zararlı maddelerle mücadele,

- Hekimliğin ve diğer sağlık meslek uygulanmalarının yapılabilmesini sağlamak,

- Gıda, ilaç, zehir etkili ve uyuşturucu olan maddelerle, sadece hayvanlar için kullanılanlar dışındaki tüm serum ve aşının denetlenmesini sağlamak,⁸¹⁷

- Çocuk ve gençlerin sağlığıyla ve onları geliştirmeye yönelik açılmış tesisleri denetlemek,

- Okulların sağlık koşullarına uygun olmasını denetlemek,
- Maden sularına ve benzerlerine nezaret etmek,
- Hıfzıssıhha kuruluşları, bakteriyoloji laboratuvarları, hayati muayene ve tahlillere mahsus kuruluşları kurarak ve idaresini yapmak,

- Mesleki öğretim kurumlarının kurulmasını ve idaresini sağlamak. Dengi olan kurumları denetlemek,

- Akıl ve ruh sağlığı hastaları için hastaneler, malul ve engelli kişilere yönelik tesisler kurulması ve idare edilmesini sağlamak,

- Göçmenlerin sağlık hizmetini sağlamak,
- Hapishanelerin sağlık koşullarını denetlemek,
- Tıbbi istatistikleri düzenlemek,
- Sağlık yayın ve propaganda işlerini yönetmek,
- Ulaşım araçlarının sağlık şartlarına uygunluğunu denetlemek.

Cumhuriyetin ilanından sonra sağlık hizmetlerini köylere kadar ulaştırabilmek maksadıyla seyyar tabiplik uygulamaya konulmuş ancak başarılı olup olmadığı

⁸¹⁷ Gıda denetimi, 24. 06. 1995 tarih, 560 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı görevleri arasından çıkarılmıştır.

bilinmemektedir. 1924'te taşraya yerleşik birim kurma gerekliliği fark edilerek, Dispanser olarak ta bilinen Muayene ve Tedavi Evleri açıldı. 1930'da taşraya örnek olarak açılan ve ilerleyen yıllarda "sağlık merkezi 1" adını alacak olan Etimesgut İctimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birleştirmeyi amaçlamaktaydı.⁸¹⁸ Kurumda birkaç yatak içeren ve köyden gelen hastaların gerekirse 1-2 gün yatırılabilirdiği bir dispanser olarak çalışmıştır. 1937 yılında koruyucu ve tedavi edici hizmetler entegre bir biçimde verilen, kayıt tutulan ve eğitim yapılan yataklı bir sağlık merkezine dönüştürülmüştür. Bakanlıkça bu sağlık merkezleri hastaları yatırarak tedavi edebilmesi nedeniyle, halkın yoğun isteğiyle karşılaşmış ve 1942'de 200'e 1950'de 300'e ulaşmıştır.⁸¹⁹

O yıllarda çıkarılan çok sayıda kanun çıkarılmıştır. Doğrudan doğruya umumi hıfzıssıhha işlerine sâri ve içtimai hastalıkların mücadelesine has yasa ve tüzükler yapılmıştır. Bu dönemde, Sıtma Mücadele Kanunu, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Uyuşturucu Kanunu, Su Kanunu ve bu kanunların uygulamalarını gösteren tüzük ve yönetmelikler yayınlanmıştır.⁸²⁰

Belediyelere ve mahalli idarelere bırakılan çeşitli hizmetler olmuştur. İl merkezlerinde Sıhhat ve İctimai Muavenet Müdürleri, ilçelerde Hükümet tabipleri istihdam olunmasını sağlayarak örgütlenmeyi tamamlamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın o yıllarda ismi Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâletidir. Belediyelere; su temini, kanalizasyon tesisatı, mezbaha inşası, mezarlık tesisatı, mevta defni ve nakli işlemleri, meskenlerin sıhhi olması, sıcak ve soğuk hamam yapılması gibi çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgili görevler verilmiştir. Mesken ve işletmelerin denetimi, ölümlerin nakli ve defni, işçilerin sağlığı, çocuk ve gençlerin korunması, gemi

⁸¹⁸ Haluk Çağlayaner ve Esra Saatçi, "Türkiye'de Birinci Basamak...", s. 130.

⁸¹⁹ Hatice Giray ve Bülent Kılıç, "Türkiye'de Kentlerde Sağlık...", s. 14.

⁸²⁰ **Türkiye Cumhuriyeti Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâleti; Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası, Vekâletin 10 Yıllık Mesaisi**, Hilal Matbaası, İstanbul, 1933, s. 16-27.

ve diğer nakil araçlarının denetimi, zührevi hastalıklarla ve salgın hastalıklarla (verem, kuduz, trahom, sıtma) mücadele gibi birçok konuda çeşitli düzenlemeler getirmiştir.

Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demiryolları ve PTT gibi kamu iktisadi kuruluşlarının hastane kurmalarına izin verilmiştir. Bakanlığın öncülüğünde yapılacak olan hastanelere örnek olması için, İstanbul, Ankara, Erzurum, Sivas ve Diyarbakır'da olmak üzere beş adet numune hastanesi kurulmuştur. Doktor ihtiyacının karşılanması için hükümet tıp fakültesinde öğrenim görenlerin yeme, içme, giyinme ve barınmalarına kolaylık sağlayacak tıp öğrenci yurtlarını açmıştır. Öğrencilerin yurtlarda ücretsiz kalmakta, mezun olmalarının ardından dört yıl boyunca bakanlığa zorunlu hizmet yapmakla yükümlü tutulmuştur. Hemşire ve ebe yetiştirilmesiyle ilgili çaba harcanmıştır. Bakanlık, koruyucu sağlık hizmetlerinin hekimlere çekici hale gelebilmesi için; devlet memurlarına verilen maaştan daha yüksek olan bir ücret düzeyini benimsemiştir. Sıtma savaşında istihdam edilen bir hekim valinin maaşından fazla, trahomla savaş teşkilatının başkanlığında istihdam edilen bir hekim milletvekili maaşını üçe katı uygulanmıştır. Hükümet tarafından hekimlere verilen istisnai statü, sağlık hizmetlerinin sunulmasına verilen önemin kanıtıdır.⁸²¹ 1920'li yıllar süresince bedelsiz muayene, tedavi ve ilaç veren dispanserler kurulmuştur.⁸²²

1923 yılında kurulmuş bulunan Türkiye Cumhuriyeti, Osmanlı İmparatorluğu'ndan 554 hekimle 35.000'i yakın yerleşim birimine dağılmış on iki milyon kadar kişiye sağlık hizmeti dönemin şartlarında ulaştırılmak durumundadır. Adli tabiplik, çevre mühendisliği, gıda mühendisliği, psikoloji, sosyal hizmet uzmanlığı vb. alanda yetişmiş ve yeteri kadar insan gücü olmamasından dolayı, pek çok dolaylı iş hükümet tabibine verilmiştir. Bu dönemde dikey örgütlenme ile verem, sıtma, trahom,

⁸²¹ İsmail Ağırbaş, Yasemin Akbulut ve Ömer Rıfkı Önder, "Atatürk Dönemi Sağlık...", s. 737.

⁸²² Filiz Kartal, "Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye'de Sağlık Politikalarındaki Dönüşüm", **Amme İdaresi Dergisi**, 2009, Cilt 42 Sayı 2, s. 32.

cüzam ve zührevi hastalıklara karşı başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Nitekim hükümet tabipleri sayılan bunca hizmeti eksiksiz yapamamışlardır.⁸²³

Lozan Antlaşması'ndan sonra hızla bir kapitalist birikimin olabilmesi için ticari yaşamın liberalizasyonu kaçınılmaz olmuştur. Nitekim bu görüşün bir sonucu olarak İzmir İktisat Kongresi'nin (1923) yapılması, İş Bankası'nın (1924) ve Türkiye Sanayi ve Maadin Bankası'nın (1925) kurulması, Teşvik'i Sanayi Kanunu (1927) çıkartılması gibi çabalar bunu göstermektedir. Unsurlarının millileştirildiği ekonomi politikalarında devlet, kendine ait işlerde daha rasyonel usullerle yapmaya yönelmiş diğer yandan özel sektörü de sermaye birikimi için cesaretlendirmiştir. Kuruç 1927 Teşvik'i Sanayi Kanunu'nun, 1913 tarihli Teşviki Sanayi kanununun bir devamı sayılabileceğini, amacın aşağı yukarı aynı olduğunu sadece 1927'de kapsamın genişlediğini de ifade etmektedir.⁸²⁴ 1933 sonrası uygulamalarla netleşen devletçilik ve sanayileşme modeli anlayışı ile bir yandan özel kesim desteklenirken bir yandan devletin daha çok müdahale etme imkânı arttırılıyordu. Diğer yandan yeni kurulan devlet kendine yeni bir sermaye birikim modeli örneği oluşturmaktaydı.⁸²⁵ Temel altyapı yatırımları yapan devlet ekonomik hayatın diğer yönleri üzerinde de kontrolü arttırmıştır. Sağlık hizmetleri de kontrolün arttığı hizmetlerden biri olmuştur. Bu dönem içerisinde sağlık politika ve örgütlenmesinin iki ayak üzerine inşa edildiği belirtilebilir. Bunlardan ilki 1930'da kabul edilmiş Umumi Hıfzıssıhha Kanunu iken, diğeri ise 1936'da yayımlanan 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu'dur.⁸²⁶

1928 yılında 1219 sayılı Kanun; sağlık hizmeti sunacak kimselerin yetki ve sorumlulukları belirlenerek, hizmetin verilmesi disiplin altına alınmıştır. 1936'da, 3017

⁸²³ Haluk Çağlayaner, "Aile Hekimliğine Zemin...", s. 105.

⁸²⁴ Bilsay Kuruç, **Belgelerle Türkiye İktisat Politikası**, 1. Cilt (1929-1932), Ankara Üniversitesi SBF Yayınları No: 569, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1988, s. 4

⁸²⁵ A.k., s. 6

⁸²⁶ Aziz Küçük, **Kapitalist Devlette Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesindeki Dönüşüm: Türkiye Üzerine Bir Analiz**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi (Yönetim Bilimleri) ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2017, s. 156.

sayılı Kanun'da,⁸²⁷ bakanlığın teşkilat yapısı tariflenmiştir. Teşkilat yapısı içerisinde her birimin yetki ve sorumluluk alanları belirlenmiştir. Başlangıçta bu üç kanun olmak üzere, çıkarılan benzeri kanunlarla sağlık idaresinin ve uygulamalarının temelleri belirlenmiştir. Refik Saydam dönemine yönelik yürütülen sağlık politikalarında şu dört ilke öne çıkmıştır:⁸²⁸

- Tek elden yönetimin yürütülmesi için sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması,
- Koruyucu hekimlik hizmetlerinin merkezi yönetime, tedavi edici hekimlik hizmetlerininse yerel yönetimler tarafından üstlenilmesi,
- Sağlık personeli ihtiyacının karşılanabilmesi için mezunlara mecburi hizmet uygulanması ve tıp fakültelerinin cazibesinin artırılmasına uğraşılması,
- Frengi, sıtma, verem, trahom, cüzam benzeri hastalıklarla başa çıkabilmek için girişimlerin başlatılması.

Bu dönemde sağlık hizmetlerinin geniş bir bölge için bir amaçlı hizmet modeliyle sürdürülmüştür. Yasalarında etkisiyle koruyucu hekimlik kavramının yaygınlaşması sağlanmış, yerel yönetim birimlerinin yataklı tedavi birimleri oluşturmalarına destek olunmuştur. İlçe düzeyinde en az bir tabip bulundurulmasına çalışılmıştır. Nüfus oranı fazla olan yerlerden başlamak üzere 1924'te yüz elli ve 1936'da yirmi ilçede hasta muayene ve tedavilerinin yapılabildiği birimler açılmıştır.⁸²⁹

Sıtma, frengi, trahom gibi hastalıklarda kısa zamanda sonuç alınabilmesi için sağlık müdürlüğünün hiyerarşisinde olmayan ve kısmen de genel idare dışında (sıtma savaşı teşkilatı gibi) örgütler kurulmuştur. Halkın sağlığını yükseltebilmek adına bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek için dikey örgütlenme yöntemiyle örgütlenme

⁸²⁷ Resmi Gazete, **Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu**, Tarih:09.06.1936 Sayı:3337.

⁸²⁸ Recep Akdur, **Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması**, s. 12.

⁸²⁹ Recep Akdağ (Edit.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008**, s. 14.

oluşturulmuştur. Özellikle sıtmanın eradikasyonu için 1926 yılında 839 sayılı “Sıtma Mücadele Kanunu” çıkarılmıştır.⁸³⁰

Yeni kurulan devletin Sağlık Bakanlığı’nı kurma girişimleriyle beraber öncelik olarak halk sağlığını koyup; salgın hastalıklarla mücadeleyi, çevre sağlığını, umumi hıfzıssıhhaa yönelik örgütlenmeyi hedef edinmeleri, emperyalist devletlerce sermaye birikimini önkoşul olarak görmeleri halk sağlığı uygulamalarından etkilenmelerinden kaynaklanmıştır. Temel sağlık hizmetlerinin sunumu; altyapının geliştirilmesi ve özel sermayeye yeni yatırım alanları açılmasında zorunlu bir gerekliliktir.⁸³¹

1945 sonrası yeni dünya düzeninde yer edinmek isteyen Türkiye, sağlık reformu ve sağlığın geliştirilmesini ulusal kalkınmanın parçalarından biri yapmıştır. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı, Milli Sağlık Programı, Sosyalleştirme Programı gibi sağlıkla ilgili planlama sürecinde sürekli gündemde olmuş fakat uzun süre hayata geçirilememiştir. 1941’de penisilin keşfedilmiş tedavi edici sağlık hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetleri bütün bir biçimde yapılmaya çalışılmıştır. Devletlerin bu dönemde sağlıktan ziyade toplumdaki bireyleri etkileyen sosyal güvenlik ve emeklilik gibi refah arttırıcı diğer faktörlerde de etkin olmuşlardır.⁸³²

Birinci basamak sağlık hizmetleri konusundaki bir başka girişim, bulaşıcı hastalıkların önemli ölçüde denetim altına alındığı 1945 sonrasında gerçekleşti: 1946’da Dr. Behçet Uz’un başkanlığında o günlerde nüfusun %75’ini oluşturan köylere” nüfuslarına bakılarak her 40 köye; yaklaşık 20.000 kişiye bir (ülke çapında 1000)- hizmet birimi; sağlık merkezi kurulması öngörüldü. Bu ülke bütününe yayılması öngörülen, adında “sağlık” kavramı kullanılan ilk birinci basamak sağlık kuruluşu idi. Sağlık merkezlerinde çalışacak “genel sağlık uzmanları” yetiştirmek için 1947’de tababet uzmanlık tüzüğü değiştirildi; ne var ki, bu uzmanlık dalı 1955’te lağvedilerek

⁸³⁰ İsmail Mazgit, **Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması**, s. 155.

⁸³¹ Aziz Küçük, **Kapitalist Devlette Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesindeki Dönüşüm: Türkiye Üzerine Bir Analiz**, s. 375.

⁸³² A.k., s. 376.

ilgili öğrencilere yasa çıktığı anda bulundukları dalda uzman olma olanağı verildi. Genel sağlık uzmanlığı eğitimi, iki senede toplanan dâhiliye, cerrahi, kadın doğum ve çocuk rotasyonlarından oluşuyordu. Behçet Uz'un görevden ayrılmasından sonra, esas itibariyle halkın bütününe sağlık hizmeti sunulması olan bu planın gerçek hedefi üzerinde durulmayarak; her ilçeye bir sağlık merkezi kurulması şekline dönüştürüldü.⁸³³

Yüksek Sağlık Şurası 1946 yılında, yeni devletin yazılmış sağlıkla ilgili ilk planı kabul edebileceğimiz “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı”nı kabul etmiştir. Burada Bakan Dr. Behçet Uz’ca 12 Aralık 1946’da halka ilan edilmiştir. Fakat fazlaca emek verilerek hazırlanmış çalışma yasalaşmadan, Dr. Behçet Uz, Sağlık Bakanlığı’ndaki bakanlık vazifesinden ayrılmıştır. Milli Sağlık Planı neredeyse bir yılı aşkın sırada kanun tasarısına dönüşmüştür. Dr. Behçet Uz dönemine ait çalışma planı Bakanlar Kurulu ve TBMM komisyonunu geçmiş ancak; hükümet değişikliğinden dolayı yasalaşamamıştır. Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı hukuki bir metne dönüşmemişse de, içeriğindeki düşüncelerin çoğu sağlığın yapılanmasına etki edebilmektedir. O vakte kadar belediyelerce idaresi gerçekleştirilen yataklı tedavi kurumlarının idaresi merkezi idare geçmiştir.⁸³⁴ 1953 yılında özel idare ve belediyelere ait hastaneler genel bütçeye devredilmişlerdir.⁸³⁵ Her ilin belediye hastanelerinin imkânlarının farklı olması devletin her ilde eşit sağlık hizmeti verilmeyişine neden olmuştur. Oysa amaç sağlık hizmetlerinin niteliğini iyileştirerek, tedavi ve koruyucu hizmetleri birlikte yürütmektir.⁸³⁶

Milli Sağlık Planı çerçevesinde kırsalda bulunan yerleşim yerlerinin sağlık örgütlenmesini tamamlamak anlamında, kırk köye on yataklı bir sağlık merkezi kurulmasıyla tedavi edici ve koruyucu hizmetin beraber verilmesine başlanmıştır.

⁸³³ Haluk Çağlayaner ve Esra Saatçi, “Türkiye’de Birinci Basamak...”, s. 130.

⁸³⁴ Recep Akdağ (Edit.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008**, s. 15-16.

⁸³⁵ Resmi Gazete, **Özel İdare Hastanelerinin Muvazenei Umumiyye Devri ve 4862 Sayılı Kanuna Bağlı (1) ve (2) Sayılı Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun**, Tarih:15. 07. 1953, Sayı:8458.

⁸³⁶ Mustafa Öztürk, “Cumhuriyet Dönemi’nde Sağlık...”, s. 39.

Açılan bu sağlık merkezlerine personel olarak iki doktor, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire verilmesi planlanmıştır. 10 adet köyün bulunduğu gruplarda köylere ebe ve sağlık memurları atanmasına çalışılmıştır. 1945'te sekiz adet olan Sağlık Merkezi sayısı, 1950'de yirmi iki adet, 1955'de yüz seksen bir adet ve 1960'ta iki yüz seksen üç âdete yükselmiştir.⁸³⁷

Sağlık Bakanlığı içerisinde 1952'de anne ve çocuk sağlığıyla ilgili bir şube müdürlüğü oluşturulmuştur. Müdürlük Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve DSÖ benzeri uluslararası örgütlerden destek sağlanarak, bir yıl sonra Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi yapılmıştır. Dönemin özelliği itibariyle çocuklar ve enfeksiyonlara bağlı ölümler fazlaca olduğundan nüfusu artırıcı yönde politikalar hedeflenmiştir. Bu amaç için sağlık birimlerinin çeşidi ve sayısı artırılarak, sağlıklı insan kaynağının yetişmesi yönünde adımlar atılmıştır. Doğumdan beklenen yaşam süresi ortalaması, 1950'li yıllarda kırklı yaşların başyken yükselerek, 1970'li yıllarda ellili yaşların sonu olmuştur. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'nı tamamlar yönde 1954'te açıklanan programla ülkemizde sağlığın planlaması ve örgütlenmesinin temeli olmuştur. Milli Sağlık Planı'nda yedi bölgeye ayrılmış ülkenin her bir bölgesinde hekim yetiştiren bir okul kurulması (tıp fakültesi) ve diğer sağlık çalışanların artması için yetiştirilmesi düşünülmekteydi. Milli Sağlık Programı'nda ise bölge niteliğinde olabilecek on altı il ile buna bağlanacak illerle beraber sağlık bölgeleri yapılanması öngörülmüştür.⁸³⁸

1949'da veremle mücadelenin kentlerde verem savaş dernekleri, köylerde ise Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmesi kabul edilmiştir. Kentlerde kontrol altına alınabilen bu rahatsızlık, köylerde uzun bir süre kontrol altına alınamamıştır. Hastalığa daha çabuk, tek elden ve koordineli müdahale edebilmek için, 1960 yılında Verem

⁸³⁷ Recep Akdağ (Edit.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008**, Ankara, s. 16.

⁸³⁸ **A.k.**, s. 16.

Savaş Genel Müdürlüğü kurulmuştur. 1952’de kurulan Ana ve Çocuk Sağlığı örgütü başka bir dikey örgüttür.⁸³⁹

Bu dönemde planlanan Milli Sağlık Politikası hedefleriyle planlanan koruyucu sağlık hizmetlerini devletin, tedavi hizmetlerini sigorta sisteminin ödemesi durumu gerçekleştirilemediğinden tüm sağlık hizmetlerinin finansmanı Sağlık Bakanlığı tarafından üstlenilmiştir.⁸⁴⁰

26 Ağustos 1958’de yayınlanan Vilayet Sıhhat Müdür ve Hükümet Tabipleri ile Belediye Sağlık Müdür ve Belediye Tabiplerine ait Vazife Talimatnamesi yayınlanarak görevleri tanımlanır. Nitekim o yıla kadar hükümet tabipliklerinin görev tanımı yapılmamıştır. Hükümet tabiplikleri üç yıl sonra 5 Ocak 1961’de sağlık ocağı temelinde örgütlenmeyi öngören 224 sayılı Kanun kabul edilir. Bir süre sonra 154 sayılı Yönerge yayınlanır. 154 sayılı Yönerge ile 1958 tarihli Talimatnamenin hükümet tabipleri ile ilgili bölümü büyük ölçüde örtüşmektedir.⁸⁴¹

Sosyalleştirme Kanunu’nda her ilçede bir Sağlık Ocağı yapılması zorunluluğu getirilmiştir. Nüfusu 5000’in altında olan yerlerde sağlık personeline orada rahat ikame edebilmeleri için lojman sağlanacağı, ayrıca atanan personelin başka bir yere gidebilmesi için en az 3 yıl çalışmasının zorunlu olacağı da belirtilmiştir.⁸⁴² İlçelere göre daha kırsal olan bölgelerde coğrafya ve yol durumu göz önüne alınarak nüfusu 1500’ün altında olan yerlerde sağlık evi yapılması planlanmıştır. Bu birimlerde koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde sayılabilecek olan; ana çocuk sağlığı hizmetleri, toplumsal ve kişisel temizlik, uygun ve ekonomik beslenme, kadınların annelik ve ev kadınlığı konularında eğitilmeleri, aşı uygulamaları, ölüm, doğum ve göçlerin saptanması ve izlenmesidir. Sağlık personeli bunları yapabilmek için, ziyaretlerini

⁸³⁹ Mustafa Öztürk, “Cumhuriyet Dönemi’nde Sağlık...”, s.39.

⁸⁴⁰ Recep Fedai, “Sağlıkta Dönüşüm Programının Öncesi: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi: 1923-2003”, **MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi**, 2019 Cilt 8 Sayı 2, s. 2015.

⁸⁴¹ Haluk Çağlayaner, “Aile Hekimliğine Zemin...”, s. 106.

⁸⁴² Resmi Gazete, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Tarih:12. 01. 1961, Sayı:10705.

belirli aralıklarla yapmaları gerekmektedir. Sağlık evlerinde çalışan ebeler kendi bilgileri ve olanakları ölçüsünde halkın toplumsal ve ekonomik olarak kalkınmaları için muhtar ve diğer toplum liderleriyle işbirliği yaparak çeşitli kurslar düzenleyebilirler. Toplumsal problemlerin çözülmesine yardım eder ve sosyal yardımlar yapılmasına öncülük ederler.⁸⁴³

Bu dönem de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, birinci basamak sağlık hizmetleri özelinde koruyucu sağlık hizmetleri ön planda tutulmuş, gelişmesi için katkılarda bulunulmuştur. Tedavi hizmetleri hiçbir zaman hükümetin görevi olarak ele alınmamış ve bu konuda daha ziyade mahalli idarelere yol gösterici olunmuştur. Bu maksatla Ankara, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da numune hastaneleri kurulmakla yetinilmiş, belediye ve özel idareler hastane açmaya teşvik edilmiştir. Koruyucu hekimliği özendirmek için, birinci basamakta çalışan hekimlere yüksek maaş verilmiştir.⁸⁴⁴

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi 1977 yılında tüm ülkeye yayılması hedeflenmiş ancak liberal politikalarla çelişmiştir. 1982'de her beş bin nüfusa bir sağlık ocağı yapılması planlanmıştır. Hükümetler birinci basamağa gerekli önemi vermedikleri için diğer sağlık kuruluşları arasında niteliğini kaybetmiş hizmetler sunan yerler şeklinde kalmışlardır. Yıllarca sağlık ocaklarına hekim atanmamış bu açık zorunlu hizmet yükümlülüğü ile giderilmeye çalışılmıştır. İlaç, araç, gereç, malzeme, lojman, bina gibi gereksinimler karşılanamadığından beklenen sonuç alınamamıştır.⁸⁴⁵

Çok partili dönemde, yataklı tedavi kurumu olan hastanelerin öneminin artması buna karşın birinci basamak koruyucu hekimlik hizmetlerinin geriye itilmesine neden olmuştur. Çünkü Demokrat Parti (DP) iktidarı Ankara ve İstanbul gibi kalabalık şehirlerdeki hastanelere yığılmaya engel olmak ve halkın gereksinim duyduğu hizmete ulaşabilmesi için tüm şehirlerde ve kalabalık ilçelerde hastane açma yoluna gitmiştir. Bu

⁸⁴³ Şahin Kavuncubaşı ve Selami Yıldırım, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, s. 47.

⁸⁴⁴ Nusret Fişek, **Halk Sağlığına Giriş**, s. 158-163.

⁸⁴⁵ Ayhan Görmüş, **Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri**, s. 124.

dönemin başka bir gelişmesi ise, 1950’de iktidara devralan DP’nin daha liberal politikalar takip etmesi neticesinde sağlık alanında da özel sektörün gelişimini teşvik etmiştir.⁸⁴⁶

1950’li yıllarda köyden kente göçün hızlanmasıyla sendikal örgütlenmeler artacak sağlık hizmeti alacak ortam arayışı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastanelerinin bu dönemde ortaya çıkmasına neden olmuştur.⁸⁴⁷ İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu yasalaşmıştır.⁸⁴⁸ Sosyal Sigortalar Kurumu 1946’da kurularak, 1952’den itibaren mensuplarına kendi hastanelerinde sağlık hizmeti verilmeye başlamıştır.⁸⁴⁹ Bu durum sağlık alanındaki faaliyetleri belirsizlik ve çok başlılığa itmiştir. Örneğin; 1951 de İstanbul’da ilk SSK hastanesi kurulmuştur.⁸⁵⁰ Böylelikle kapitalist sistemin gereği olan iş gücünün sağlığı korunmuş olacaktı.⁸⁵¹ Ülkede 1946 yılı rakamlarına göre; 16.100 yatak ve sadece 5500 civarındaki hekimle Sağlık Bakanlığı çalışanlarının yeterli sağlık hizmeti sağlayamaması SSK’yı kendi hastanelerini kurmaya yöneltmiştir. Böylelikle Sağlık Bakanlığı tekel olmaktan çıkmış ve uzun dönem sürecek olan sağlık hizmetlerinde çok başlılığa bağlı; koordinasyon/eşgüdüm eksikliği ve kaynak kaybı başta olmak üzere kalite ve denetim sorunlarının ortaya çıkarak artmasına yol açmıştır.⁸⁵²

1950 yılında Sağlık Bakanlığı’na ait 118 kurumda 14.581 yatak sayısı varken, 1960’ta 442 kurumda 32.398 yatak sayısına ulaşılmıştır. Kişi başına düşen yatak sayıları da artmıştır. Sağlık kurumlarıyla içerisindeki yatakların sayıları artmış, sağlık göstergelerinde de iyiye gidişler olmuştur. Verem hastalığından ölümlerde ciddi oranda düşürülmüştür. Türkiye’de il ve ilçe merkezlerinde tüberküloza bağlı ölüm hızı 1946 yılında yüz binde 150 iken, 1960 yılında yüz binde 52’ye inmiştir. Bebek ölüm hızında

⁸⁴⁶ Aytül Kasapoğlu, “Türkiye’de Sağlık Hizmetinin...”, s. 137.

⁸⁴⁷ Gazanfer Aksakoğlu ve Hatice Giray, “Kentsel Alanda Sağlıkta...”, s. 4-5.

⁸⁴⁸ Resmi Gazete, İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu, Tarih:16. 07. 1945, Sayı:6058

⁸⁴⁹ Mustafa Öztürk, “Cumhuriyet Dönemi’nde Sağlık...”, s. 39.

⁸⁵⁰ Aytül Kasapoğlu, “Türkiye’de Sağlık Hizmetinin...”, s. 137

⁸⁵¹ Recep Fedai, “Sağlıkta Dönüşüm Programının...”, s. 2013.

⁸⁵² Aytül Kasapoğlu, “Türkiye’de Sağlık Hizmetinin...”, s. 137.

da önemli düşüşler olmuştur. Bebek ölüm hızı 1950 yılında binde 233 iken, 1960 yılında binde 176'ya düşürülmüştür. Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı'nda ortak hedefler bulunmaktaydı. Bunlar; halkı belirli bir bedel karşılığında sigortalamak, sigortası olmayanları ve tedavi giderini ödeyemeyecekleri özel idare kaynaklarından karşılamak, bir sağlık bankası kurarak sağlık giderlerinin finansmanını bu yolla sağlamak, tıbbi malzemelerin üretilmesini denetim altına almak, bebek ve çocuk besinlerini üretecek işletmeleri oluşturmaktır. Bu çerçevede 1947 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı içinde Biyolojik Kontrol Laboratuvarı açılmış ve bir aşı istasyonu hizmete açılmıştır. Bundan sonra uygulaması başlanan BCG aşısı üretimine geçilmiştir. Boğmaca aşısı da ülkemizde 1948'de üretilmeye başlanmıştır.⁸⁵³ Örgütlenme ve kurumsallaşma anlamında Türk Tabipler Birliği (1953); Eczacılar ve Eczaneler (1953) ve Türk Eczacılar Birliği (1956) ve Hemşirelik (1954) yasaları çıkarılmıştır.⁸⁵⁴

C. Sağlık Hizmetlerini Devletin Üstlenmesi: “Sosyalleştirme”

Sağlık hizmetleri, kapitalizmin hüküm sürdüğü ülkelerin bir bölümünde II. Dünya Savaşı'ndan sonra sosyal devlet uygulamaları kapsamında kamusal olarak finanse edilip, sunulmaya başlanmıştır.⁸⁵⁵ Ülkemizde sağlık hizmeti ilk defa anayasal düzlemde ele alınmıştır. 1961 Anayasası'nın ikinci maddesinde “insan haklarına dayanan devlet” nitelemesiyle varlığını insan haklarının korunması ve gerçekleştirilmesi amacına dayandırmıştır. İkinci maddede ayrıca sosyal devlet ilkesi ilk defa kendine yer bulmuştur. İnsanı temel değer olarak almış onuncu maddesinde; temel hak ve özgürlükleri, bireyin huzurunu, sosyal adaleti ve hukuk devleti ilkeleriyle örtüşmeyecek

⁸⁵³ Recep Akdağ (Edit.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008**, s. 17.

⁸⁵⁴ Aytül Kasapoğlu, “Türkiye’de Sağlık Hizmetinin...”, s. 137.

⁸⁵⁵ Onur Hamzaoglu, “Dünya’da Sağlık Reformu Sağlık Hizmetlerinde Neden Kriz, Neden Reform/Dönüşüm?”, **İnsana Karşı Piyasa, Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik**, Notabene Yayınları, İstanbul, 2017, s. 27.

biçimde kısıtlayan engelleri ortadan kaldırmakla ve bireyin gelişmesine katkı sağlayacak koşulları hazırlamakla mükelleftir. Buradan kapitalist devletin ihtiyacı olan iş gücünün gelişimi için bütün toplumu kapsayan bir bakış açısıyla sunmayı üstlendiği de anlaşılabılır.

1961 Anayasası'nın 14. maddesi sağlık hakkını açıkça düzenlemiştir. 1961 Anayasası'nın 49. maddesi devletin; tüm vatandaşların maddi ve manevi bütünlüğünü sürdürebilmesini sağlama ve sağlık hizmeti vermesini ödev olarak yüklemiştir. Buradan sağlığın bir hak ve devletin bir ödevi olduğunun kabul edildiği anlaşılmaktadır.

1961 Anayasası'nda eğitim, sağlık, sosyal güvenlik ve işçi haklarına yer vererek sosyal devletin kurumsallaşması yönünde hatırı sayılır bir adım atılmıştır. 1960 İhtilali'nden sonra eşitlikçi askeri yönetimin kırsal alanı da içeren devletleştirilmiş bir sağlık hizmeti kurma isteği dönemin Sağlık Bakanı müsteşarı tarafından hekimlik sanatına aykırı bulunmuştur. Aslında dönemin yönetimi sosyalleştirme adı altında ulusallaştırmayı kabul ettirmiştir.⁸⁵⁶ 224 sayılı Kanunu'nun uygulanmasını gösteren 156 sayılı Yönerge 1960 yılına kadar uygulanan sağlık hizmeti anlayışını sona erdiren bir değişim getirmiştir. Sosyalleştirme evrensel düzeyde kabul edilebilir ve uygulanabilir ilkeler içermekteydi. Sosyalleştirmenin uygulaması ve yaygınlaştırılmasında ana ilkeler aşağıda sayılmıştır:⁸⁵⁷

- Türkiye'de tüm sağlık hizmetlerinin bir kamu hizmeti anlayışıyla, toplumun her bireyinin eşit şekilde yararlanmasının sağlanmaya çalışılması,
- Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti örgütlenmesinin, köyden merkezlere kadar birçok birimden oluşturularak örgütlenmesi hedeflenmiştir. Hizmetin sosyalleştirildiği yerleşim birimlerinde her bir ilçede asgari bir sağlık ocağı bulunması gerekmekte, birinci basamak sağlık hizmetinin sağlık ocağı temelinde sunulması ve bu ocakların hastanelerle işbirliği yaparak hasta tedavi hizmetlerini yürütmesine çalışılması,

⁸⁵⁶ Gazanfer Aksakoğlu ve Hatice Giray, "Kentsel Alanda Sağlıkta...", s. 5.

⁸⁵⁷ A. Öner Kurt ve Tayyar Şaşmaz, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961-2003", **Lokman Hekim Dergisi**, 2012 Cilt 2 Sayı 1, s. 24-25.

- Nüfusa göre örgütlenme: Yaklaşık 5-10 bin kişinin yaşadığı bölgeye bir sağlık ocağı hizmet vermiş, her sağlık birimi hizmet götürmekle yükümlü olduğu coğrafi bölgenin idari sınırlarına uyma zorunluluğu olması,

- Ekip hizmeti: Bir sağlık ocağının hizmeti tek hekimle yetecek kadar diğer sağlık çalışanlarından oluşan ekipçe yürütülmüş, köyde sağlık personeline destek olmak üzere sağlık evi yapılmış ve ebeler görev yapmıştır. Bu sağlık ekiplerine ihtiyacı olan ulaşım aracı (motorlu ya da canlı), malzeme ve lojman tahsis edilmesi,

- Entegre sağlık hizmeti (koruma ve tedavi): Sağlık ocakları ve evleri birçok koruyucu hizmetleriyle, teşhis ve tedavinin dar bölgede çok yönlü hizmet (yatay örgütlenme) yaklaşımıyla sunulması,

- Herkese, sürekli hizmet: Sağlık hizmetleri vatandaş nerede yaşarsa yaşasın, kolayca ulaşabilecekleri kadar yakında ve ihtiyaç duydukları her zaman erişebilecekleri biçimde örgütlenmesi,

- Kademeli hizmet: Sağlık hizmetinden yararlanmayı talep edenler, acil durumlar dışında, öncelikle sağlık evi ya da ocağına başvurmaları,

- Ücretsiz hizmet: Sağlık hizmetinin sosyalleştirildiği yerlerde teşhis ve tedaviyle bazı ilaçların bedelleri sevk zincirine uyulduğu sürece parasız olması,

- Sağlık hizmetlerine ilişkin kayıt ve istatistiklerin düzenli olarak tutulması,

- Hekimler istedikleri sektörde görev yapabilecek ancak kamuda çalışanların özel sektörde çalışmaları yasaklanmıştır,

- Tek elden yönetim: Kamudaki sağlık hizmetleri bir merkezden yönetilecektir. Hizmetinin sosyalleştirildiği yerlerde, Millî Savunma Bakanlığı altındaki sağlık kurumları dışında bütün kamu kurumlara ait sağlık hizmetlerinin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yürütülmesi,

- Belirlenmiş yerde sağlık hizmetlerinin tam anlamda yapılabilmesinin yolu; gerekli alt yapı oluşturulmadan orada sosyalleştirme planı uygulanmamasıdır,

- Personel ve finansman azlığı nedeniyle kanunun ülkenin genelinde uygulanmasının kademeli halde 15 yılda tamamlanması,

- Toplumun katılımı: Sağlık kurumlarıyla toplum arasında bağ oluşturmak amacıyla sağlık ocağı, sağlık merkezi ve illerde, sağlık kurulları oluşturulması,

- Sağlık personeli kamuda sözleşmeli biçimde çalıştırılacak, bu süre üçer yıllık devreler halinde uzatılacaktı. Sözleşmeyle çalıştırılan personele verilecek ücret, serbest meslek çalışanlarının gelirleriyle aynı tutulmaya çalışılacaktı. Bakanlar Kurulu'nun belirlediği kılavuzluk edecek bölgelerde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hazırlıklarına 1 Mart 1962'de başlanacaktı. Sosyalleştirme pilot olarak uygulanan bölgelerden edinilen sonuçlar göz önünde tutularak en son 1 Mart 1964 itibariyle kademeli biçimde yaygınlaştırılacaktı. Kanun'da ayrıca sağlık hizmetinin herkese eşit olarak götürüleceği (224/2-7 md Sayılı K.), sağlık ocaklarının kuruluş amacının hizmeti eşit sunmak olduğu (224/10 md Sayılı K.), hekim seçme özgürlüğü (224/5 md. Sayılı K.), sağlık ocağında koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada yürütüleceği (224/10 md. Sayılı K.), tedavi edici hizmetlerin sunumunda sağlık ocağı ve hastanelerin işbirliği yapacağı (224/12 md. Sayılı K.), hekim dâhil tüm personelin hizmet içi eğitime tabi tutulacağı (224/11-12 md. Sayılı K.), toplumdaki herkesin durumunu sürekli izleyebilmek için kişisel sağlık fişi tutulacağı (224/10 md. Sayılı K.), çevre sağlığı hizmetlerinin belediye olan yerlerde belediyeler tarafından denetlenmesi, olmayan yerlerde bizzat Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca yapılarak bu hizmetlerin sürdürülmesi (224/33 md. Sayılı K.) planlanmıştır. 224 Sayılı Kanunda; eşitlik anlayışıyla şekillenmiş ve ülkemizdeki bütün sağlığın devletin vazifesi olduğunu kabul etmektedir. Kanunla birinci basamak sağlık hizmetlerinin kırsala yayılarak bütün vatandaşların sağlık hizmetine erişiminin sağlanması, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin bütünleşik yapıda beraber yürütülmesi amaçlanmıştır. Ayrıca devletin sağlık hizmetlerinin bir yerden idaresini ve kamuda çalışan hekimin tam gün çalışması

kuralını getirmiştir.⁸⁵⁸ 224 Sayılı Kanun'da temel ilkelere baktığımızda sağlık hizmetinin; tüm yurda yayılmış, standardize, ulaşılabilir, ekip anlayışıyla, entegre, belirli bir mekanla sınırlı olmayan ve bedelsiz özelliklerde olduğuna ulaşılmaktadır.⁸⁵⁹

Örgütlenme kırsal alanda beş ila on bin kişi için, kentsel alanda elli bin kişi için bir sağlık ekibi kurulacak biçimde olacaktır. Ekip içerisinde hekimler, halk sağlığı hemşiresi, sağlık memuru ya da çevre sağlığı teknisyeni, ebeler, tıbbi sekreter, hizmetli ve şoför bulunacaktır. Sistemin bel kemiğini oluşturan sağlık ocaklarının sosyalleştirilmiş sağlık hizmetini etkin biçimde verebilmesinin sağlanmasından dolayı ocak hekimlerinin kamu dışında çalışmalarına müsaade edilmemiştir. Fakat uygulamada buna riayet edilmemiş ve kurulan yapı her geçen gün erozyona uğramıştır.⁸⁶⁰ 1981 yılında 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun" ile doktorlara mecburi hizmet uygulaması başlatılmıştır. 1983 yılında hizmetteki gereksinim ve fiziksel yakınlık yerine idari sınırlar uygulaması getirilmiştir.⁸⁶¹

Sağlık hizmeti kamu ve özel sektörde beraber verilecek olup, kamuda çalışanlar özel sektörde çalışamayacak ancak bunun yerine kendilerine yüksek ücretler ödenecekti. Sosyalleştirme tüm kamu kurumlarını kapsayacak, sağlık ocakları bütünüyle bitmeden ve döşenmeden açılmayacaktı. 224 sayılı Kanun, gerekçesinde kırsal alan insanının ivedi sağlık hizmeti gereksinmesi olarak açıklanmış, küçük doğu illerinde başlatılmıştır. Kentteki sağlık hizmeti örgütlenmesinin, ilerleyen 15 yıl içerisinde uygulanmaya başlanması kararlaştırılarak ertelenmiştir.⁸⁶² Uygulama öncelikle pilot il seçilen Muş'ta yürürlüğe konulmuştu. Yapılan plana göre Mart 1964'e kadar yapılan uygulamalar

⁸⁵⁸ Kayıhan Pala, "Türkiye'de Sağlık Reformu Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci", **İnsana Karşı Piyasa, Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik**, Notabene Yayınları, İstanbul, 2017, s. 43.

⁸⁵⁹ İlker Belek vd., **Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi**, Sorun Yayınları, İstanbul, 1992, s. 57

⁸⁶⁰ Aytül Kasapoğlu, "Türkiye'de Sağlık Hizmetinin...", s. 140.

⁸⁶¹ Hamdi Aytekin, "Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Örgütlenmesi", **Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı**, Palme Yayınları, Ankara, 2015, s. 38.

⁸⁶² Gazanfer Aksakoğlu ve Hatice Giray, "Kentsel Alanda Sağlıkta...", s. 5.

bakılarak, takip eden on beş yıl içinde ülke geneline yaygınlaştırılacaktı. 1964'ten başlanarak ilk beş yıl 24 il sosyalleştirme kapsamına alınmıştır. 1969'da 1175 Sayılı Kanun ile 1982'ye, sonra 23.06.1983 gün ve 2858 Sayılı Kanun bu tarihi 1992 yılına dek uzatılmıştır.⁸⁶³ Anlaşıldığı üzere yasanın uygulama alanı sınırlı kalmış, çoğunlukla da ertelenerek uygulanamamıştır.

Sağlık ocakları aşağıdaki temel sağlık hizmetlerini yapmaya yükümlülerdi: ⁸⁶⁴

- Bağışıklama
- Erken tanı
- Beslenmenin düzeltilmesi
- Aile planlaması
- Sağlık eğitimi
- Kemoprofilaksi ve seroprofilaksi
- Sağlıklı suyun temini
- İnsan atıklarının güvenle yok edilmesi
- Vektör denetimi
- Sağlık konut
- Sağlıklı gıda
- Doğanın ve çevrenin korunması
- Çevre ve hava kirliliğiyle mücadele
- İonizan ışıklardan korunma
- İlk ve acil yardım hizmetleri
- Evde ve ayakta bakım hizmetleri
- Hasta gönderme (sevk) ve sonuçların izlenmesi

⁸⁶³ İlker Belek vd., **Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi**, s. 57.

⁸⁶⁴ Nevzat Eren ve Zafer Öztekin, **Sağlık Ocağı Yönetimi**, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, No: 22, Ankara, 1982.

Sağlık ocağı çalışanlarından her bir sağlık personelinin (ebe, hemşire, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni) bir önceki ayın en son haftası gelmeden köy, mahalle, ev, okul ve sosyal kurumların dahil olduğu bir ziyaret planı yapmaları ve ay başlamadan evvel sağlık grup başkanlığı ya da il sağlık müdürlüğünce onaylattırmaları gerekmektedir. Düzenli ve sürekli olan bu ziyaretlerin amaçları arasında; sağlık eğitimi verme, hasta bakımı ve izleme, bulaşıcı hastalık kontrolü, ana sağlığı, okul ve çevre sağlığı, sosyal amaçlar ve nüfus tespiti yapmak sayılabilir.⁸⁶⁵

1960 İhtilali sonrası, kapsamlı planlama anlayışı topraklarda, vergide, Kamu İktisadi Teşebbüslerinin örgütlenmesinde, eğitimde, iş gücü planlaması ve sağlıkta reformlar ve sosyalleştirme konularının tartışıldığı zamanlar olmuştur. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulduğunda Sosyal Planlama Dairesi bünyesindeki sağlık planlaması birimi kurulmuştur.⁸⁶⁶ DPT ile yapılacak yenilikler anayasal zemine oturtulmuştur. Bundan sonraki yılları etkileyecek nitelikte beş yıllık kalkınma planlarıyla, planlı kalkınma dönemine geçilmiştir. Planların içeriğine bakıldığında eğitim ve sağlık gibi alanlarda devlete hizmet üreticisi olarak görevler yüklenmiştir.⁸⁶⁷ Sağlık hizmeti iktisadi gelişmeye katkısı olabilecek nitelikte olduğundan GSMH’da çift haneli rakamlarda artışı gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu sosyal refahı artıracaktır. Devam eden on beş yılda sağlık çalışanlarının sayısı iki buçuk kat arttırılması hedeflenmiş, koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrıcalıklı tutulduğu çok yerde vurgulanmıştır. Ülkemizde sağlık düzeyinin yükseltilmesi için çevrenin iyileştirilmesi, halka sağlık eğitimi verilmesi, beslenmenin düzenlenmesi, aile plânlaması hizmetlerinin sağlanması ve bulaşıcı hastalıklara karşı mücadele edilmesi gibi hedefler gerçekleştirilecektir. Tedaviye yönelik hekimliğin maliyetli ve etkisiz olması nedeniyle; evde ve ayakta

⁸⁶⁵ Gazanfer Aksakoğlu ve Zafer Öztekin, “Gezi İşleri”, Nevzat Eren ve Zafer Öztekin, **Sağlık Ocağı Yönetimi** içinde, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, No: 22, Ankara, 1982.

⁸⁶⁶ Can Umut Çiner, “Sağlıkta Sosyalleştirme: “Genel” ile “Yerel”in Önemi”, **Sosyal Hekimlik**, 2010, <https://sosyalpolitika.fisek.org.tr/saglikta-sosyallestirme-%E2%80%9Cgenel%E2%80%9D-ile-%E2%80%9Cyerel%E2%80%9Din-onemi/>, (Erişim Tarihi:20. 07. 2020).

⁸⁶⁷ Filiz Kartal, “Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye’de...”, s. 34.

tedaviyi olanaklı kılacak bir sisteme doğru gidilecekti. Tedavi hizmetleri sistemin tamamlayıcı ögesi olacaktı.⁸⁶⁸

Buradan ikinci basamak sağlık kuruluşlarının ikincil öneme sahip olduğu sonucu çıkmaktadır. Sosyal güvenlik ve eğitimle beraber sağlık hizmetlerinin sunumu fırsat eşitliği sağlayabilecek, sosyal refahı artıracığı üzerinde durulmuştur. Buna eklenecek olan enerji, sulama tesisleri, barajlar gibi temel yatırımlar da olduğu sayılmıştır. Kapitalist devletlerde dahi bu tür merkezi iktidarın üzerine aldığı modern devlet anlayışlarının olduğuna dikkat çekilmiştir. Toplum geneline yayıldığı ve karlı olmadığı için özel sektöre ilgi görmeyen bu yatırımların devlet tarafından üretken yatırımlar yapılabilmesi maksadıyla bir müddet üstlenmesi gerekliliği ifade edilmiştir.⁸⁶⁹

Devlet özel sektör için kazançlı olmadığından, hizmetin yaygın bir örgütlenmeyi gerektirdiğinden ve devlet gelenekleri icabı kendisini bu alanlarda görevli saymaktadır. Nüfus planlaması zorunluluğu dile getirilmekte, sağlık personelinin bu anlamda eğitimleri planlanmaktadır.⁸⁷⁰ Birinci kalkınma planında sağlık; eğitim, ulaştırma, haberleşme hizmetleriyle kamu hizmeti olarak görülmesi gerekenler arasında sayılmıştır. İlerleyen zamanlarda herkesi özellikle ihtiyaçları ve işsizleri içine alan sosyal güvenlik sistemi kurulması amaçlanmıştır.⁸⁷¹

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık ve eğitim, genel gelişmeyi hızlandıran sosyal amaçlı alt yapı yatırımlarından kabul edilmiştir.⁸⁷² Sağlık; eğitim, emniyet ve adalet hizmetleriyle birlikte devletin yapmakla zorunlu hizmetleri arasında sayılmıştır. Bu hizmetlerin hakkınca yerine getirilmesi için cari harcamaların kısılmasının mümkün olamadığı yazılmaktadır.⁸⁷³ Sağlık hizmetlerini sosyalleştirmenin

⁸⁶⁸ Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967), s. 39, <http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

⁸⁶⁹ A.k., 48-52.

⁸⁷⁰ A.k., s. 39.

⁸⁷¹ A.k., s. 74-110.

⁸⁷² Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972), s. 101, <http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

⁸⁷³ A.k., s. 75.

yanı sıra sosyal güvenlik imkânlarının da sağlanmasına çalışılacağı haber verilmektedir.⁸⁷⁴ Personel sayısının arttığı; ancak yeterli olmadığı ifade edilmiştir.⁸⁷⁵ Koruyucu hekimliğe önem verilip tedavi edici hekimliğin sağlanmasına çalışıldığı yazmaktadır.⁸⁷⁶ İki kalkınma planı da sağlık hizmetlerinin bölgeler arasındaki dağılımının dengesiz olduğunu yazmıştır.

1961 yılında kabul edilen 224 sayılı yasada; Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sosyal devlet anlayışına uygun, eşitlikçi, ulusal bir sağlık sistemi kurulması olarak hedeflenmiştir. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine ülkenin her köşesindeki vatandaşın eşit ulaşabileceği ve tüm kurumların bütünleşik bir şekilde tek elden yönetilmesi öngörülmüştür.⁸⁷⁷ 224 sayılı Kanunla birinci basamakta faaliyet gösteren kurumların giderlerinin tamamının genel bütçeden finanse edilmesi öngörülmekteydi. Yasa, öncelikle Muş’ta yürürlüğe koyulmuş. 1984’te ise ülke çapında yaygınlaştırılarak sağlık yapılanması durumuna getirilmek istenmiştir. Bu teşkilatlanma haricinde herhangi bir yerin olmaması amaçlanmış ve bu amaç konusunda hayli gelişme kaydedilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi birinci basamak sağlık hizmetleriyle sınırlı değil; devlet eliyle sunulan tüm hizmetlerin nüfusa dayalı planlanması ve örgütlenmesini de içermekteydi.⁸⁷⁸

Yasa taslağı 5 Ocak 1961’de Milli Birlik Kurulunun son görev günü kabul edilmiş, Dr. Fişek’in hazırladığı finansman projesi (32. Madde) dönemin Maliye Bakanlığınca uygun bulunmadığından taslak mali hükümleri olmaksızın yasalaşmıştır. Dr. Fişek’in sosyalleştirme için öngördüğü finansman kaynakları aşağıdadır: ⁸⁷⁹

⁸⁷⁴ A.k., s. 143.

⁸⁷⁵ A.k., s. 146-147.

⁸⁷⁶ A.k., s. 220.

⁸⁷⁷ Filiz Kartal, “Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye’de...”, s. 34-35.

⁸⁷⁸ Nazlı Akyıldız, “Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı-I**, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayınları, No: 3179, 2001 Sayı 39, s. 185.

⁸⁷⁹ Emre Aydın, “Sosyalleştirme Yasasındaki Teknik Hatalar ve 32. Madde Olayı”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 1995 Sayı 10 Cilt 68, s. 60-63.

- Sağlık hizmetlerini sosyalleştirildiği bölgede yaşayan ve 12 yaşını geçmiş olanlardan yılda nüfus başına alınacak olan 24 lira sağlık sigortası primi,
- Tuzdan,
- PTT hizmetlerinden alınacak sağlık vergileri
- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde İşçi Sigortaları Kurumu ve diğer kurumlarca sağlık sigorta primi, aidat gibi muhtelif adlarla toplanan paralar,
- Özel idare gelirinin %5'i,
- Umumi muvazeneden ayrılan tahsisat,
- Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri teşkilatı tarafından toplanacak ücretler,
- Radyo alıcılarından toplanacak sağlık vergileridir.

Burada bir tür “Zorunlu Sağlık Sigortası” önerilmekteydi. 32. Madde kabul edilseydi o güne kadar uygulana gelen sağlık finansman sistemini değiştirecek, ülkedeki sağlık hizmet ve politikalarını bambaşka bir yöne çekebilecek ve sosyalleştirmeye günümüzdekinden çok farklı anlamlar ve kavramlar yüklenebilecekti.⁸⁸⁰ Kanunun mali hükümlerden yoksun olmasının ve hükümet tabipliğinden devralınan görev tanımının genişliği başarısızlıklarının nedenleri arasında sayılmıştır.

Bu uygulamada temel hizmet birimi sağlık ocağı olup, günümüzdeki uygulamaya göre; köy tipi (nüfusu on binden az olan), ilçe tipi (nüfusu 10-20 bin arasında) ve il tipi (nüfusu 20 binden fazla) olmak üzere üç tipi vardır. Bu ocaklarda, yaklaşık her 2.000–2.500 nüfusa bir hekim, 2.000 nüfusa bir sağlık memuru ve hemşire, 1500 kişiye bir ebenin yanında, sayıları ocak tipine göre değişen memur, hizmetli ve şoförü de içeren bir ekip çalışması öngörülmektedir. Sağlık ocaklarından, evde ve ayakta tedavi edici hizmetler, bireye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler gibi temel işlevlerinin yanında, diğer sektörlerle birlikte toplumsal kalkınmada da rol alması beklenir. Bu nedenle de başta belediye, milli eğitim, tarım, sosyal hizmetler il ve ilçe

⁸⁸⁰ Emre Aydın, “Sosyalleştirme Yasasındaki Teknik...”, s. 60-63.

müdürlükleri gibi diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde çalışması istenir. Sağlık ocağı gerek gördüğünde hastaları bir üst basamağa sevk eder.⁸⁸¹ Yasanın 21-23. maddelerinde; kuruluşu, çalışma tarzı ve toplantı zamanları yönetmelikle belirlenecek sağlık kurullarının taşrada il merkezlerinde toplanacağı, illerden gelen bu kişilerden de bakanlıktaki sağlık kurulunun oluşturulacağı düzenlenmiştir. Bu kurullara Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığından tayin edilecek veya vazifelendirilecek yeterli mütehassısla üniversitelerin, bakanlıkların, Devlet Planlama Teşkilatının, İşçi Sigortaları Kurumu'nun, Türk Tabipleri Birliği'nin, Türk Eczacılar Birliği'nin, Türk Veteriner Hekimleri Odaları Birliği'nin ve adı sayılmayan kurumların bakanlığın istemesi ile katılabileceği yazmaktadır. Hizmetin başarısı, halkın eğitilmesi, maddi ve manevi işbirliğinin sağlanması için bu kurullar elzem kabul edilmiştir. Sosyalleştirme dar alanda geniş kapsamlı ilkelerle yerleşik bir biçimde, sağlık ekibi dışında olan kimselerin de katılımıyla toplumsal katılım temelinde sunmayı hedeflemiştir.⁸⁸²

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasının çıkarılarak koruyucu hekimlik anlayışının başlatılması Cumhuriyet'le birlikte verilen modern sağlık hizmetlerinin en önemlisidir. Bu dönemde yapılan çalışmalarda; kırsal ve gecekondü bölgelerinde, sağlık hizmeti sunumu öncelikli tutulmuştur.⁸⁸³ Sosyalizasyonun anlamına baktığımızda; halkın bütününe gelirden bağımsız olarak belirli mal ve hizmetlerden yararlanmaları için eşit fırsatın verilmesi en temel özellikleri olarak sayılmaktadır.⁸⁸⁴ Ülke geneline yayılmış, daimi, hizmet veren diğer kuruluşlarla işbirliği içinde ve diğer sağlık hizmet basamaklarıyla bütünleşmiş, sevk zincirinin uygulandığı yığılma olmaksızın hizmetin sunulduğu bir basamaklandırılmış, illerin kendi içerisinde bütünleşerek verdiği, hastane,

⁸⁸¹ Recep Akdur, Esin Ocaktan ve Oya Özdemir, "Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi", **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Sayı 4 Cilt 56, s. 208.

⁸⁸² Can Umut Çiner, "Sağlıkta Sosyalleştirme: "Genel" ile "Yerel" in Önemi", **Sosyal Hekimlik**, 2010, <https://sosyalpolitika.fisek.org.tr/saglikta-sosyallestirme-%E2%80%9Cgenel%E2%80%9D-ile-%E2%80%9Cyerel%E2%80%9Din-onemi/>, (Erişim Tarihi:20. 07. 2020).

⁸⁸³ Akın Konak, "Köysel Bölge Sağlık Hizmetlerini Değerlendirme Metodolojisi" Adlı Eserin Tıbbi Antropoloji Açısından İncelenmesi", **Ankara Üniversitesi Dil Tarih Coğrafya Fakültesi Antropoloji Dergisi**, 1977, s. 85.

⁸⁸⁴ Şener Orhan, **Kamu Ekonomisi**, Beta Yayınevi, İstanbul, 1996, s. 97.

sağlık ocakları ve sağlık evi biçiminde bir yapılanma oluşturulmuştur. 1965'te 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkarılmış ve pronatalist (nüfusu artırıcı) politikadan antinatalist (nüfus artışını sınırlandırıcı) politika uygulamalarına başlanmıştır. Ülke geneline yayılmış bir tek hizmet ilkesinin yerine daraltılmış bir alanda birden çok hizmetin verildiği anlayış almıştır. 1967'de Genel Sağlık Sigortası amacıyla yasa tasarısı oluşturulmuşsa da, Bakanlar Kuruluna gönderilememiştir. 1969'da 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortasının yapılması yeniden planlansa da başarılı olamamıştır. 1971'de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne gönderilmiş ancak kanunlaşamamıştır. 1974'te tekrar Meclis'e verilen taslak görüşülememiştir. 1978'de Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkmış ve kamuda çalışan hekimlerin özel işyerleri açması men edilmiştir. 1980 yılında Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun'la mevcut yasak ortadan kaldırılarak ve yeniden özel işyerlerinde çalışmalarına müsaade edilmiştir.⁸⁸⁵ Tüm bunlar sağlığın kamusal bir hizmet olarak sunumunda devlet politikalarındaki tutarsız kesintiler ya da süreksizlikler olmuştur.⁸⁸⁶

Kamusal ve özel mal/hizmetler, toplumsal fayda üreterek ileri refah düzeyine ulaşmak amacıyla uygulanır. Genellikle her ülkede sağlık ve eğitim bu hizmetler arasında sayılmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri birçok ülkede sosyalizasyon kapsamında yer bulmuştur. Koruyucu sağlık hizmetleri sosyalleştirildiğinde, sağlık sorunlarının azalması beklenmiştir. Bu sayede sağlık harcamalarının azalması ve tasarruf yapılacağı düşünülmüştür. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda etkin ve yeterli bir organizasyonun gerçekleştirilebilmesi için; sağlık evleri, sağlık ocakları,

⁸⁸⁵ Recep Akdağ (Edit.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008**, s. 18.

⁸⁸⁶ Aytül Kasapoğlu, "Türkiye'de Sağlık Hizmetinin...", s. 140.

dispanserler derken hedef gerçekleştirilememiş,⁸⁸⁷ gelinen noktada koruyucu sağlık hizmetleri yeterince verilemediğinden tedavi edici hizmetlere olan talep artmıştır.⁸⁸⁸

Finansmanın; kullanıcı katkıları ve genel vergilerle birlikte karma bir modelde sunulmasıdır. Sağlık hizmetlerinde, hizmetten yararlananların bedel ödeyerek, sağlık hizmetlerini finanse ettiği ilk döner sermaye uygulaması 1961 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı sınırlı sayıda hastanede yürürlüğe koyulmuştur.⁸⁸⁹ Döner sermaye ile ilgili kanunda; “döner sermaye, kurumların karları ile bağışlardan ve devlet yardımından teşekkül eder” denilmiştir.⁸⁹⁰ Döner sermayeye sahip kuruluşlar döner sermayelerini kullanarak belirli malları alabileceklerdi. Bu biçimiyle hastaneler piyasada mal talep eden bir taraf olması yanında sağlık hizmetini satan bir tarafta olmaktaydı.

1980'lere geldiğimizde temel sağlık hizmetlerinde hedeflenen düzeye ulaşamamıştır. Mevzuatın yetersizliği, finansal kaynak yetersizliği, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na görüşlerini bildirecek olan Genel Kurul'un 1963 yılında 1980'e kadar yalnızca iki kez toplanmış olması (1969-1978), sağlık hizmetlerinin birden çok kuruluş tarafından yürütülmesi, sağlık için merkezi bütçeden ayrılan payın az olması ve bu payın bakanlık içerisinde temel sağlık hizmetlerinden çok tedavi hizmetleri için harcanması, sağlık personeli eksikliği ve personel eğitiminin ülke gerçekleriyle uyuşmaması, personel ödemelerinin düzensizliği, bazı yörelerde hekim ve personel açığının çözülememesi ve sağlık yatırımlarına yeterli önemin verilmemesi sayılabilir.⁸⁹¹ Yasanın tarım ve ev ekonomilerini hedeflemesi sistemin sanayi ve gecekondu

⁸⁸⁷ Asuman Altay, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda...”, s. 43-44.

⁸⁸⁸ Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Üçüncü Beş lık Kalkınma Planı (1990-1994), s. 809, <http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

⁸⁸⁹ Filiz Kartal, “Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye’de...”, s. 34-35.

⁸⁹⁰ Resmi Gazete, **Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun**, Tarih:09. 01. 1961, Sayı:10702.

⁸⁹¹ Yaşar Bilgin ve İclal Kantaroğlu, “Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri Sorunlar Öneriler”, **Türk Toplum Hekimliği II. Sempozyumu** 25-28 Haziran 1980, s. 212-214

şehirlerindeki ani nüfus artışlarının çözümünde yetersiz kalmasına neden olmuştur.⁸⁹² Sosyalleştirme uygulamaları öncelikle kır ve gecekondu bölgelerinde uzmanlık ve harcama gerektiren hastane hizmetlerindeki artışın önüne geçmek ve toplum-modern sağlık hizmetleri bütünleşmesinin sağlanması hedeflenmiş; ancak hizmet edilen toplumun sosyokültürel yapısı ve değişme dinamiği göz ardı edilmiştir.⁸⁹³ Vatandaşların sağlık hizmetlerinden eşit yararlanmaları hedeflenmişken uzunca bir süre; Sosyal Sigortalar Kurumu işçi ve işverenlerinden prim alınarak sağlık hizmetlerinden yararlanmış oysa diğer sigorta kurumlarına tabi olanların (Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) mensupları belli bir prim ödememekte yalnızca tedavi olmaları halinde ücret ödemişlerdir.⁸⁹⁴

Sağlık hizmetleri 1960'lı yıllarda “ocak” sistemin merkezinde olmak üzere oluşturulmuştu. İyi işletilmesi halinde başarılı bir uygulama olduğu hem üniversitelerin eğitim ve araştırma bölgelerinde yapılan değerlendirmelerden, hem de uygulamanın bizzat başlatıldığı illerdeki sonuçlardan anlaşılabilmekteydi. Sonraki yıllarda model ve uygulama ilkelerindeki sapmalar ve yönetim kusurları nedeniyle sağlık hizmetlerinin sunumunda sıkıntılar hem devam etti hem de çözülmesi planlananlar çözülmedi. 1990 sonrası ocak yapmak için seçilen yerlerde yapılan hatalar, bütünlük ilkesinden vazgeçilerek her ilçede sağlık grup başkanlıklarının kurulması, şehir merkezlerine özgü sağlık ocağı modelinin geliştirilememesi bunun yerine hastanelerin oluşan sağlık hizmeti açığını semt polikliniği kurarak sağlık ocaklarıyla rekabet edercesine çalışması, personel yetersizliği ve dağılımındaki dengesizlikler sistemin olumsuz yansıyan yanlarından olmuştur. Tüm bunlara ek sağlık hizmetlerinin tam olarak işleyememesinin başka nedenleri de bulunmaktadır: hekimlerin tam-gün çalışmasından geri dönülmüş, sağlık ocağında verilen hizmetten bedel alınmaya başlanmış, sevk zinciri

⁸⁹² A. Öner Kurt ve Tayyar Şaşmaz, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961-2003”, **Lokman Hekim Journal**, 2012, Cilt 2 Sayı 1, s. 25.

⁸⁹³ Akın Konak, “Köysel Bölge Sağlık...”, s. 85

⁸⁹⁴ Yaşar Bilgin ve İclal Kantaroğlu, “Türkiye’de Temel Sağlık...”, s. 212-214.

uygulanamamış, sağlık ocakları tüm ülkeye yaygınlaştırılamamış, iki yılda bir araya gelmesi planlanan Sosyalleştirme Kurulu toplanamamış, illerde iki yılda bir yapılması gereken planlamaların yapılamamıştır.⁸⁹⁵

Ayrıca hükümetlerin ocak modelini yeterince sahiplenmemeleri, sağlık hizmetinin örgütlenmesine ve uygulamalarına yapılan politik müdahaleler, altyapı ve fiziksel eksiklikler, finansal desteğin başından itibaren bulunamaması, kötü yönetim gibi etkenlerde aksaklıkların sebeplerindendi. 1983 yılına gelindiğinde sosyalleştirme hedefleri nüfusun %53'nün yaşadığı bölgelerde tamamlanabilmesine rağmen sistem birçok eksiğiyle uygulanmaya devam etmiştir. Sağlık ocaklarında verilen hizmetin genişliği ve sağlık ekibinde bulunan kişiler zamanın ortaya çıkardığı ihtiyaçlar doğrultusunda genişletilmemiştir. İkinci ve üçüncü basamakla entegre bir biçimde çalışma ve koordinasyon bir türlü olması gereken düzeyde gerçekleşmemiştir. Diğer sektörlerle işbirliği yapılamamıştır. Toplumun katılımı yeterince gerçekleşmemiştir. Uygulamaların ulaşılabilirliği anlamında ekonomik, coğrafi, teknik, lojistik ve kültürel ayakları yeterince sağlanamamıştır. Şehirlerde, şehrin ihtiyaçlarıyla orantılı bir sağlık hizmeti uyarlanamamıştır. İşçi, okul ve ergenlerin sağlığı, ağız ve diş sağlığı, erken tanı, evde tıbbi hizmet, sosyal hizmet benzeri konularda herhangi bir hizmet sunulmamıştır. Kayıt sistemi kurumsallaştırılamamıştır. Çalışanların özlük haklarıyla ilgili iyileştirme yapılmaması, çalışanların çalışmak için hastaneleri seçmelerine neden olmuştur. Bu ise bazı yerlerde personel eksikliği bazı yerlerde ise personel yığılmasıyla sonuçlanmıştır. Sağlık yönetiminde çalışacak personel, halk sağlığına dair eğitimlerle donatılmamıştır. Bilimsel bir sağlık yönetim anlayışı, sağlık personeli yetiştirme politikası oturtulamamıştır. Sağlık müdürlüğü, sağlık grup başkanlığı benzeri kurumlara atamalarda liyakatten öte siyasilere manüplasyonlarına hep açık bir durum devam

⁸⁹⁵ Zafer Öztekin, "Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği", **Toplum Hekimliği Bülteni**, 2006, Cilt 25 Sayı 2, s. 1.

etmiştir. Üniversiteler, tıp fakülteleri ve hemşirelik yüksekokulları vb. yapılar arasında birbirini geliştiren bir çalışma anlayışı sağlanamamıştır.⁸⁹⁶

D. 1980 Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Liberalizasyonu

20. yüzyıl içerisinde zamanla devletin işlevlerinin artmış olduğu görülmektedir. Bunun birkaç nedeni olduğu söylenebilir. Bunlardan ilki, Osmanlı İmparatorluğu'nda yabancılara verilmiş imtiyazların kaldırılarak, millileştirmeye yönelik çalışmalar yapılması ve 1930'larda tatbik edilen devletçilik politikalarıyla devletin piyasadaki hâkimiyeti artmıştır. İkincisi, 1950'lerde hükümet söylemlerinin özelleştirmeyi savunmasına karşın, aksi uygulamalarla devletin büyümesidir. Büyüme kamusal alanla kıyaslanacak boyutta olmasa da piyasa desteklemelerinden dolayı özel sektörde de gerçekleşmiştir. Üçüncü ve sonuncusu ise; 1961 Anayasası'nın ardından sosyal devlet ilkesi uyarınca devletin büyümesine neden olan uygulamalardır.⁸⁹⁷

Devletteki büyüme durumu, küreselleşmenin hızlanmasının da etkisiyle artık piyasanın arzu etmediği bir duruma gelmişti. Küreselleşme sürecinin hedefi piyasa konusunda yapılan düzenlemelerle refah devleti uygulamalarını tasfiye etmek ve özelleştirme uygulamalarını hızlandırmaktı. Liberalleşme, serbestleşme ve rekabete açılma gibi politikalar ulus devletlerin denetiminden çıkan bir piyasa mekanizmasının sonuçlarını doğurmuştur. Oluşan piyasa sonucu ulusal ekonomiler daha cılız ve bunalımlara meyilli hale gelmişlerdir.⁸⁹⁸ Devlet yetmişli yıllara değin uygulanan

⁸⁹⁶ TTB Halk Sağlığı Kolu "Sağlık Hizmetlerinde Piyasalaştırma Değil, Kamucu, Eşitlikçi Sosyalleştirme Raporu", 2011, s. 2, http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/2011/01/12/saglik-hizmetlerinde-piyasalaştırma-değil-kamucu-esitlikci-sosyalleştirme/, (Erişim Tarihi:23. 07. 2019).

⁸⁹⁷ Uysal Kerman, "Türkiye'de Devletin Küçültülmesi Sorunu", **Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Yönetim Bilimleri ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Ankara, 2006, s. 107.

⁸⁹⁸ Meliha Ener ve Esra Demircan, "Küreselleşme Sürecinde Yeni Devlet Anlayışı ve Türkiye", **Yönetim Bilimleri Dergisi**, 2006 Sayı 4 Cilt 2, s. 211.

keynesyen ekonomi modelinde esas rol sahibiyken artık; planlayıcı politikalarından vazgeçecekti.⁸⁹⁹

Böylelikle refah devletine yapılan hantallık eleştirileri, kapitalist krizin tesiri ve hükümet değişiklikleriyle neoliberal süreci başlatacaktı. ABD’de Ronald Reagan, İngiltere’de Margaret Teacher ve Türkiye’de Turgut Özal Hükümet’i neoliberal politikaları hayata geçirmek için girişimde bulunmuşlardır. 24 Ocak 1980 yılında uygulamaya koyulan istikrar programı çerçevesinde öncelikle dış ticaret ve finansal piyasaların serbestleştirilmesine dönük düzenlemelerle yeni bir döneme girildiğinin işareti verilmiştir.⁹⁰⁰

Seksenlerin başında gelinen durum; sağlık hizmetinin birçok farklı yapı tarafından, bütçe ve personel sıkıntılarıyla boğuşarak, eksik yatırımlarla, sosyal güvence sahipleri arasında sağlık hizmetlerinin eşit sunulmadığı bir görüntüye sahipti.⁹⁰¹

Kamunun diğer alanlarında olduğu gibi sağlık alanında da yapılacak reformlarla harcamaların kısılması ve verimliliğin artırılması hedeflenecekti.⁹⁰² Ülkenin genel yöneliminin, refah devleti uygulamalarından vazgeçerek neoliberal uygulamalara geçtiği görülmektedir. Az gelişmiş ülkelerin dünya ile bütünleşebilmek için kabul ettikleri liberalizasyon uygulamaları 1980’li yıllardan başlayarak bu ülkeleri köklü yön değişikliklerine maruz bırakmıştır.⁹⁰³ Ülkemizde o yıllara kadar ulusal kalkınma iktisadı çerçevesinde içe dönük ithal ikameci politikalar sürdürülürken sonrasında politika değişikliğiyle liberalizasyon uygulamalarına yönelme baş göstermiştir. Anayasa başta olmak üzere temel kanunlarda ve birçok yasal düzenlemede bunu görmek mümkündür.

⁸⁹⁹ A.k., s. 212.

⁹⁰⁰ Resul İzmirli, Ramazan Gökbunar ve Buğra Özer, “Dönüşümcü Bir Lider Olarak Turgut Özal”, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2014 Sayı 42, s. 245-256.

⁹⁰¹ Yaşar Bilgin ve İclal Kantaroğlu, “Türkiye’de Temel Sağlık...”, s. 212-214.

⁹⁰² Mehmet Aktel, Yakup Altan, Uysal Kerman ve Erdal Eke, “Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı’nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz”, **Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 2013 Cilt 15 Sayı 2, s. 34.

⁹⁰³ Birgül Ayman Güler, **Devlette Reform Yazıları**, Paragraf Yayınevi, Ankara, 2005, s. 16.

1982 Anayasa'sının 2., 5., 17., ve 56. maddeleri kişilere yaşaması, maddi ve manevi bütünlüğü koruması, geliştirmesi ve hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürebilmesi hakkını tanımıştır. Devlete de herkese maddi ve manevi varlığını geliştirebilmesi için lüzumlu koşulları hazırlayarak içerisinde bulunduğu hayatı olumlulaştırma görevi verilmiştir. Kişilerin maddi ve manevi varlığını geliştirebilmeleri için ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri ve yararlanabilmeleri gerekmektedir. Devletin bir insan hakkı olan görevi gerçekleştirmesini zorlaştıracak ve zayıflatacak düzenlemeler Anayasa'ya aykırı düşecektir.⁹⁰⁴

1961 Anayasası'nda devlet sağlık hizmetini bir görev olarak üstlenirken, 1982 Anayasası'nda sağlık hizmetinin planlanması ve düzenlenmesi (56. md) görevini üstlenmiştir. Anayasanın sosyal devlet ilkesi (2. md) mevcut halini sürdürmekte; ancak gereği olan düzenleme görevinin genişliği ve belirsizliği nedeniyle kural olarak yasa koyucu için sosyal edimleri belirli bir çerçevede garanti etme yükümlülüğünü kaldırmıştır. Nitekim sosyal haklara ilişkin maddelerdeki sınırlayıcı ve yasaklayıcı kayıtlar yeterli görülmeyerek, Anayasa'nın 65. maddesine göre devletin bu alandaki görevleri, mali kaynakların yeterliliği ölçüsü ile sınırlı tutulmuştur.⁹⁰⁵ Buna göre sosyal devlet ilkesinin bulunması adil bir sosyal düzen amacını gütmekle beraber bu amaca ulaşmak için farklı yollar izlenebileceğini akla getirebilir. Yeterliliği ölçüsünde sunmasından kasıt; planlama ve düzenleme işlevi olan devletin, sağlıklı bir kamu hizmeti olarak tamamen özel sektöre bırakamayacağı gibi kendisinin de bu hizmeti tamamıyla sunmayacaktır.⁹⁰⁶ Devlet buradaki rolünü düzenleyici, planlayıcı ve takip edici olarak tanımlamaktadır. Devletin bizzat bunu yürütmekten ziyade refah devleti döneminden sonra kendini hizmeti vermekten soyutlamak istemesi olarak da görülebilir.

⁹⁰⁴ Ali Karagülmez, "Anayasa Mahkemesi Kararlarında...", s. 190.

⁹⁰⁵ Mesut Gülmez, "Türkiye'de Sosyal Haklar: Sosyal Şartlar Açısından Anayasa'da Sosyal Devlet ve Sosyal Haklarındaki Uyumsuzluklar", **Anayasal Sosyal Haklar kitabı içinde**, İbrahim Ö. Kaboğlu (Edit.), Legal Yayıncılık, İstanbul, 2012, s. 144.

⁹⁰⁶ Korkut Kanadoğlu, "Türk Anyasa Hukukunda Sağlık Alanında Temel Haklar", **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, 2015 Sayı 119, s. 17.

Sağlık Bakanlığı'yla ilgili 1983 yılında çıkarılan Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 1982 Anayasası döneminde sağlık hizmetleriyle ilgili yapılan ilk düzenlemedir.⁹⁰⁷ 1987 tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun çıkarılması ise reform sürecinin başlangıcı olmuştur.⁹⁰⁸ Kararname'de özelleştirme, kamu-özel işbirliği, hizmet alımı gibi özelleştirme terimleri yer almıştır.⁹⁰⁹ Anayasa'ya iptali istenen kanunun birçok maddesini iptal etmiş, uygulamaz hale gelmiştir. Yasada bakanlığa bağlı sağlık kuruluşları sağlık işletmesine dönüştürülmekteydi. Bu maddeyi inceleyen yüksek mahkeme, kamu sağlık kuruluşlarının işletmecilik esaslarına göre çalıştırılıp çalıştırılmayacağı, kâr amaçlı faaliyette bulunup bulunamayacağı, hizmetten yararlananlardan hizmetten yararlanmaları karşılığında bir bedel talep edip edemeyeceği konularını incelemiştir. Anayasa Mahkemesi gerekçesinde sağlık hakkı sosyal devlet olmanın gereği olarak kapsamında “sağlıklı yaşama hakkı” ve “sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı” olmak üzere iki bileşeni vardır. Sağlıklı yaşam bireyler için bir hak; devleti de bu hakkı sağlamak için verilecek olan sağlık hizmetlerini yerine getirmekle görevli saymıştır.⁹¹⁰ Kanun'un iptali istenen işletmecilik kavramı (md. 2) ile sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasına (md. 3/c) yönelik kararların iptaline lüzum görülmemiştir. Burada kamu hizmetlerinden faydalanma karşılığında ücret ödemenin günün şartları itibarıyla yaygınlık kazandığını, eşitliği bozmayacağını aksine ücret ödeyebilecek durumda

⁹⁰⁷ Faruk Ataay, “Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıktaki Yansımaları”, **Kamu Reformu İncelemeleri**, Ankara Tabip Odası Yayınları, Ankara, 2005, s. 78.

⁹⁰⁸ TTB Halk Sağlığı Kolu, “Sağlık Hizmetlerinde Piyasalaştırma...”, s. 2.

⁹⁰⁹ Faruk Ataay, “Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması...”, s. 78.

⁹¹⁰ Resmi Gazete, **Anayasa Mahkemesi Kararları**, Tarih:23. 08. 1988, Sayı:19908, “...Anayasa'nın 56. Maddesi'nde sağlık hakkının niteliği açısından iki temel unsur göze çarpmaktadır. Birincisi sağlık hakkının bir bileşeni olarak “sağlıklı olma hakkı”, diğeri de “sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkıdır. ” Sağlıklı olma hakkı daha çok diğer bireylere olumsuz bir edimde bulunma yükümlülüğü yükleyen içeriğe sahiptir. Bu anlamda, kişilerin sağlıklı olma hakkı bir kamusal korumaya tabidir. Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, bir ekonomik ve sosyal haktır. Bu yönüyle kamuya ya da Anayasada geçen biçimiyle Devlete belli yükümlülükler öngörür. Devlet herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanması için gerekli tedbirleri almalı, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamalıdır. Bireyler için sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, devlet için bir sorumluluk anlamına gelir. Devlet, bu yükümlülüğünü bir yandan bireylerin sağlığına engel olan etmenleri ortadan kaldırarak diğer yandan da kaybolan sağlığın kazanılmasını sağlayarak gerçekleştirir...”

olanların bu şekilde eşitleneceğini gerekçe olarak sunmuştur. Bu anlamda parası olanların yararlandıkları hizmetlerin bedelini ödemesinde herhangi bir sakınca görmemiştir. Ücret ödeyemeyecek durumda olanların faydalanabileceği olanaklar bulunmaktadır. Sonuçta herhangi bir mağduriyet yaşanmayacaktır.⁹¹¹ Anayasa Mahkemesi'nin Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu hakkındaki kararı, sağlık hizmetlerinin hukuksal statüsü konusundaki en kapsamlı yargı kararıdır. Kararda, ilgili yasada bulunan sözleşmeli personel (md.7) çalıştırılabilmesi konusunda, sağlık hizmetlerinin niteliği doğrultusunda değerlendirme yaptığı görülmüştür. İlgili bakanlık olan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın ve bakanlığın gözetim ve denetimi altındaki sağlık kuruluşlarının, kamu hizmeti yapması sebebiyle sağlık hizmetlerini genel idare esasları doğrultusunda yürütmesi gerektiğinden; sağlık kuruluşlarında kamu görevlisi statüsünde olmayan personel çalıştırılmayacağına karar vermiştir. Bakanlığa bağlı olarak hizmet veren sağlık kuruluşlarının özerk "sağlık işletmesi" statüsüne koyulması (özerkleştirme), yalnızca eğitim hastanelerinin bakanlıkla ilişkili olarak devam etmesi, diğer sağlık kuruluşlarının ise yerel yönetimlere (yerelleştirme) bırakılmasını ise iptal etmiştir.⁹¹² Bu düzenleme, 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı KHK'da,⁹¹³ 2017 yılında çıkan 694 sayılı KHK'ya⁹¹⁴ kadar kısmen uygulanmıştır.

Düzenleme ve denetleme rolüne soyunan Sağlık Bakanlığı'nın tüm toplumsal işlerin özel sektöre devrini yaparak ve özel sektörün güvenle işleyecek ortamı ona sağlayan kurum ve mekanizmalarını kurmakla görevli saymıştır. Yasada bakanlığın; merkez teşkilatı, taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşlarından meydana geleceği ifade

⁹¹¹ Anayasa Mahkemesi, Kararlar Dergisi, Sayı : 24

⁹¹² Faruk Ataay, "Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması...", s. 78.

⁹¹³ Resmi Gazete, **Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname**, Tarih:02. 11. 2011, Sayı:28103.

⁹¹⁴ Resmi Gazete, **Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname**, Tarih:15. 08. 2017, Sayı:30165.

edilmektedir. Yasada özel ya da kamuda sözleşmeli ve yabancı uyruklu sağlık personeli çalıştırılması düzenlenmiştir.⁹¹⁵

Sağlık hizmetlerinde özel sektörün teşvik edilmesi ve yoksullara yardım götürülmesi çözüm önerileri zaten IMF/Dünya Bankası patentli programların öngördüğü düzenlemelerdendi. Özellikle yoksullara yardımların yapılması, IMF/Dünya Bankası kökenli programların ayrılmaz birer parçasıydı. Böylelikle, IMF programının yarattığı sosyal riskler giderilmeye çalışılmıştır.⁹¹⁶

Devletin yapısal ve işlevsel olarak neoliberal politikalar ekseninde dönüşümü için reform ya da iyileştirme adı altında ülkelere rehberlik eden bazı uluslararası örgütler devreye gireceklerdir. İngiltere, ABD ve diğer ülkelere benzer biçimde Dünya Bankası, OECD ve IMF gibi küresel örgütler çeşitli projeler ortaya koymuşlardır.⁹¹⁷ 1980 sonrasında reel sektöre kredi veren Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası (IBRD) adını değiştirerek Dünya Bankası adını alıp politika geliştirmeye yönelik çeşitli çabalar içerisinde olmuştur. Uluslararası Para Fonu (IMF) ile aralarında işbölümü değişmiştir. Küreselleşme sürecinin bir nevi gerçekleşmesi olarak ta değerlendirilebilecek bu yeni süreçte; ulusal ekonomiler kapitalist dünya ekonomisiyle uyumlu hale getirilmeye çalışılmıştır. Yerli-yabancı sermaye ayrımı ortadan kaldırılarak, hem üretim hem de tüketimde serbest rekabet esas alınmıştır. Serbest rekabeti sağlayabilmek için ise; kamu tekeli ortadan kaldırmaya ve özelleştirmelere ihtiyaç vardır. Bu amaçla yapılan reformların yapıldığı dönem olan yapısal uyarlama döneminde; bakanlıkların içerisinde genellikle dış aktörler ile ilgili ilişkileri yönetecek bir bölüm görevlendirildiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığındaki bu birim Avrupa

⁹¹⁵ Ata Soyer, “1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 2000 Cilt 15 Sayı 4, s. 261.

⁹¹⁶ Aziz Konukman, “Akp’nin Acil Eylem Planı (Aep) Üzerine Bir Değerlendirme”, **TMMOB Maden Mühendisleri Odası Madencilik Bülteni**, 2003, s. 18, http://www.maden.org.tr/resimler/ekler/06608cfdbcc1886_ek.pdf, (Erişim Tarihi:23.07.2019).

⁹¹⁷ İbrahim Hüseyin Cansever, “Devlet Anlayışları Ekseninde Sağlık Politikalarının Değişimi ve Analizi: Türkiye İncelemesi”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 2018, Cilt 2 Sayı:31, s. 105-120.

Topluluğu Koordinasyon Daire Başkanlığı ve Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı'dır.⁹¹⁸ Alınan kararlarda, yapılan ve yapılması düşünülen değişikliklerde dış aktörlerin etkisi fark edilebilmektedir. Nitekim Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin Araştırma Planlama Koordinasyon Kurul Başkanlığı'nın görevi⁹¹⁹ (md. 20/c) hizmetlerin ekonomik ve etkin bir biçimde yapılması yanında, kaynakların verimli tüketilmesinin sağlanmasıdır.

Kurul'un görevi, hizmet ve faaliyetlerin işletmecilik terimi olan verimlilik yönünden denetlemesi, bütçeyi plan ve program hedefleri doğrultusunda takip etmek olarak sayılmıştır. 1980 sonrası sağlık hizmetlerinde yapılacak reformların yönünü planlı kalkınmanın aracı ve aynı zamanda politika belgeleri olan kalkınma planlarında önceden görülebilmektedir. Yapılacak reformlar öncesinde beş yıllık kalkınma planlarında bulunmaktaydı. 1984'te hazırlanmış olan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda özel sağlık kurumlarının özendirilmesi, hizmetin karşılığında ödenecek ücretin serbest bırakılması, devletin piyasadan hizmet satın almasına dair konular ulusal sağlık politikasının önceliklerinden olmuştur. Hastaneler için "hastane işletmeciliği" kavramı kullanılmış, verimsiz olabilecek hastanelerin açılmaması salık verilmiştir. Bölge hastanelerinin yapımıyla kaynak israfından sakınılmış olacaktır.⁹²⁰ Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1985-1989) özel sağlık işletmelerin özendirilmesi ve Sosyal Sigortaların yeniden organizasyonundan bahsedilmiştir.⁹²¹ Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1990-1994) sağlık hizmetinin modern işletmecilik bakış açısıyla idare

⁹¹⁸ Nazmi Küçükyağcı, **Kamu Yönetimi Reformunda Bakanlıklar: 2011 Örneği**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi (Yönetim Bilimi) ABD Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015.

⁹¹⁹ Resmi Gazete, **Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname**, Tarih:14. 12. 1983 Sayı:18251.

⁹²⁰ Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)**, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Be%C5%9Finci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1985-1989.pdf>, (Erişim Tarihi:19/08/2020).

⁹²¹ Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, **Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)**, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Alt%C4%B1nc%C4%B1-Be%C5%9FY%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1990-1994%E2%80%8B.pdf>, (Erişim Tarihi:28/08/2019).

edilmesine, mali kaynakların çeşitlendirilmesine, özel sektörün özendirilmesine ve genel sağlık sigortasına geçilmesine çalışılacağı yazmaktadır. Planda tedavi hizmetlerinde yığılma olduğu bunun sebebinin koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli gelişme olmamasından kaynaklandığı ifade edilmiştir. Ayrıca tedavi kurumları arasındaki koordinasyonun yeterince gelişmediği vurgulanmıştır.⁹²²

1995-2000 Yıllarına ait Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık reformu isimli konu bulunmaktadır. Başlık altında sektörler arasında işbirliği ve eşgüdüm olmaksızın yapılan sağlık hizmetinin birinci sorunu olarak bu tarif edilmiştir. Tüm sektörlerin işbirliği yapmaksızın yatırımlar yapmaları ve hizmet vermeleri çakışmalara bu ise kaynak israfına neden olmaktadır. O halde hizmetin yapılacağı yerleri paylaşmak, varlıkların daha yararlı kullanılmasını sağlayacaktır. İkincisi Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu hizmetin hem arzını gerçekleştirmekte ve hem de finansmanını yaptığı için denetimde sorunlar olabilmektedir.⁹²³ İlerleyen zamanlarda bu söylemler tek çatı projesinin ve özel sigortaların kurulmasının temelleri olacaktır. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun farklı teminat paketleriyle bu işi yapabileceği de önerilmektedir. Ancak hangi hastalığa ne zaman yakalanacağımız ve ne zaman trafik kazası geçireceğimiz gibi bu ve buna benzer durumlarda ne kadar sağlık hizmetine ihtiyaç duyacağımız da maalesef önceden belli değildir. Plan'da Avrupa Birliği (AB) ile entegrasyonun önemli olduğu, uluslararası ticaret anlaşmalarının yükümlülüklerinin piyasa ilişkileri için öneminin arttığı yazmaktadır. Rekabet ve uluslararası bağımlılığın zorunlu bir sonucu olarak devlet kendine düşen rolü ve örgütlenmeyi yükümlülükleri doğrultusunda değiştirmelidir.⁹²⁴ 1994 yılında ekonomi alanında uygulanacak yeni bir planın uygulanmaya başlandığı haber verilerek, kamuda oluşan finansal açıkların, özel sektörün teşvik edilmesiyle aşılabileceği duyurulmuştur. Bu

⁹²² Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)**, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Yedinci-Be%C5%9FY%C4%B1l%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1996-2000%E2%80%8B.pdf>, (Erişim Tarihi:28/08/2019).

⁹²³ **A.k.**

⁹²⁴ Şeyda Çavmak ve Doğançan Çavmak, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı”, **Sağlık Yönetimi Dergisi**, 2017, Cilt 1 Sayı 1, s. 56.

plan döneminde özel sektörün yap-işlet-devret modeli ile kamu altyapı yatırımlarını gerçekleştirmesini sağlayacak olan yasa yürürlüğe girmiştir.⁹²⁵ Daha önceki yıllarda yap-işlet-devret modeliyle sağlık kuruluşlarının bazı ünitelerinin işletme hakkının kişi ve kuruluşlara bırakılmasını; hizmetin niteliği ile görülüş yöntemiyle arasında doğrudan bir bağ kurup, devletin varlık sebebini oluşturan haklardan olan ve devlet eliyle yürütülmesi gereken sağlık hizmetlerinin genel idare esaslarına göre yürütülmesi gerektiğinden yargı iptal etmişti.⁹²⁶ Plan'da sosyal güvenlik kuruluşlarının ise kaynak yaratma girişimleri, sağlık örgütlenmesinin parçalı yapıda olmasından kaynaklanan sorunların koordinasyon ve iletişim eksikliğine yol açtığı ve temel sağlık hizmetlerinin yeterince sunulmadığı konularına yer verilmiştir.⁹²⁷

Doksanlı yıllarda kamuya ait sağlık hizmeti sunan birimlerin yatırımları, yenilenmesi ve koruyucu nitelikteki sağlık hizmetlerinin finans kaynağı bakımından sıkıntılı zamanlar olmuştur. Dönemin özelliği itibariyle birinci basamak sağlık kurumlarının zaruri ihtiyaçları karşılanamaz olmuş, kendilerinin çabalarıyla oluşturulmuş dernek ya da vakıflar kanalıyla “bağış” toplanılarak bu hizmetler yürütülmeye çalışılmıştır. Bahsi geçen yıllarda özellikle sağlık ocağı ve sağlık evleri öncelikle alt yapı olmak üzere pek çok sorunla baş etmeye çalışmıştır. Sağlık Bakanlığı'na ait istatistikî verilerde; 1961 yılında hizmete başlamalarına rağmen 1989 yılına kadar sağlık ocaklarının ancak %75'i (3267) kendi binasında hizmet vermekte olduğu, 2000 yılında bu oranın %67'ye (5700) düştüğü görülmektedir. Kent merkezlerinde kendi binasında hizmet verme oranı %33' idi.⁹²⁸ Bu durum bugün aile hekimlerini de etkilemeye devam etmektedir. Özel sağlık kuruluşlarının sayısı ve sahip oldukları yatak sayısının arttığı yıllar olmuştur.⁹²⁹

⁹²⁵ Resmi Gazete, **Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun**, Tarih:13. 06. 1994, Sayı:21959.

⁹²⁶ Danıştay İdari İşler Kurul Kararı, Tarih:28.06.1990 Esas Nu: 990/94 Karar Nu: 990/109

⁹²⁷ Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)**, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Yedinci-Be%C5%9FY%C4%B1l%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1996-2000%E2%80%8B.pdf>, (Erişim Tarihi:28/08/2019).

⁹²⁸ TTB Halk Sağlığı Kolu, “Sağlık Hizmetlerinde Piyasalaştırma...”, s. 2.

⁹²⁹ Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)**, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Yedinci-Be%C5%9FY%C4%B1l%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1996-2000%E2%80%8B.pdf>

1.Ulusal Sağlık Kongresi'nde (1992) bir genel sağlık sigortasına geçilmesi için araştırmalar 1993 yılında tamamlanacak, 1999'da Genel Sağlık Sigortası bütün vatandaşları kapsayacak şekilde planlanmıştı. Neticede hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılmış olacaktı.⁹³⁰ Ancak uygulamanın hayata geçirilmesi on yıl sonra olacaktı.

1990 yılında DPT'de Price Waterhouse tarafından "Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması" adında hazırlatılan temel plan reform sürecinin başlangıcı olmuştur. 1991 I. Sağlık Projesi hazırlanmış, "Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü" kurulmuştur. Sağlık reformlarının planlanması, başlatılması, uygulanması ve bunlar için maddi, politik ve hukuksal olanakların sağlanması temenni edilmiştir. Özellikle temel sağlık hizmetlerinin yapısının değiştirilmesine yönelik planlar mevcuttur. Genel Sağlık Sigortası, hastanelerin özerkleştirilmesi ve aile hekimliği kavramlarına ilk defa değinilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilat yönetim yapısını geliştirilmesi hedeflenmekteydi. Sağlık Bakanlığı tek elden planlayıcı konuma geçmesi, hastane yönetiminde delegasyon sistemine geçilmesi, yerelleşmeye geçildikten sonra icracı birimler kaldırılıp teknik daireler kurulması da I. Sağlık Projesi kapsamında yer verilmekteydi. Primlerini ödeyemeyenlere Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun geçici dördüncü maddesinde Sağlık Hizmetlerini Destekleme ve Geliştirme Fonu'ndan yararlanabilecekleri düzenlenmiştir.⁹³¹ Özellikle tutulan bu toplum kesimi için prim ödemeyenlerin sağlık hizmeti alma hakkı değil ayrıcalığı olabilecektir. 1992 yılında aynı Kanunu'nun geçici üçüncü maddesinde genel sağlık sigortası uygulamasına geçilinceye kadar Yeşil Kart uygulaması başlatılmış ve uzunca bir dönem yürürlükte

Be%C5%9FY%C4%B1l%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1996-2000%E2%80%8B.pdf , (Erişim Tarihi:28/08/2019).

⁹³⁰ Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)**, Aralık 2003, s. 50, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>, (Erişim Tarihi:29. 08. 2019).

⁹³¹ Resmi Gazete, **Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu**, Tarih:05.05.1987, Sayı:19461.

kalmıştır.⁹³² Köylerde yaşayanlar ve şehirlerde enformel sektörde olanların hiçbir zaman Bağ-Kur üyesi olamayacak durumda oldukları saptandıktan sonra özellikle Güneydoğu, Doğu ve Kuzeydoğu’da yaşayan yoksul nüfus için düşünülmüştü. Yeşil Karta olan talep her geçen gün artmış, bu kategorideki vatandaş sağlık hizmeti alabilmiş olsa da çok temel tedavi masrafları dışında geri kalan tedavi masraflarını karşılayamamışlardır.⁹³³

II. Ulusal Sağlık Kongresi 1993 yılında yapılmış, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması bağlamında hastanelerin özelleştirilmesine ve özerkleştirilmesine yönelik kararlar alınmıştır.⁹³⁴ Bundan sonraki ulusal sağlık kongrelerinin gelinen durumu takip etmek için her iki yılda bir mart ayının sonunda yapılması planlanmıştır.

1993’te açıklanan Ulusal Sağlık Politikası’nda açıklanan reform ana bileşenlerinde hizmetin sunumuyla finansmanının ayrılacak olması, genel sağlık sigortasının kurulacağı, birinci basamakta aile hekimliğinin geliştirilmesi 2000 yılına kadar desantralize bir sağlık yönetim yapısının hedeflendiği, Sağlık Bakanlığı’nın koruyucu sağlık hizmetlerine yönelen, planlayan ve denetleyen bir yapıya dönüştürülmesi hedeflenmiştir.⁹³⁵

1980’li yıllarda reform yapılmasının birden çok gerekçesi bulunmaktaydı. Bunlardan bazıları mevcut sağlık hizmetlerinin beğenilmemesi, finans yetersizliği, hastane hizmetlerinde rasyonalizasyona ihtiyaç duyulması gibi nedenlerden dolayı hoşnutsuzluğun tartışıldığı yıllar olmuştur.⁹³⁶

Sağlık hizmetlerinin neoliberal politikalara hazırlanması sürecinde emeğin yetersiz ve üretken olmadığı, “girişimciliğe” değer atfedilmesiyle refah devletinin işlevlerinin boşa çıkarılması, refah devletinin krizde olduğuna dair söylemlerin

⁹³² Resmi Gazete, **Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun**, Tarih:03.07.1992, Sayı:21273

⁹³³ Ayşen Bulut, “Türkiye’de Sağlık Reformunun...”, s. 18.

⁹³⁴ Aytül Kasapoğlu, “Türkiye’de Sağlık Hizmetinin...”, s. 143.

⁹³⁵ Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Kurumu, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Ulusal Sağlık Politikası**, Ankara 1993, s. 45–57, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ulusalsaglikpolitikasi.pdf>, (Erişim Tarihi:15. 04. 2019).

⁹³⁶ Assiye Aka, “Neoliberal Dönüşümün Sağlıktaki İzdeşimleri: Temel Sağlık Aktörlerince Bu İzdeşimlerin Algılanma Biçimleri”, **Toplum ve Sosyal Hizmet**, 2012 Cilt 23 Sayı 1, s. 171, <http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423931232.pdf>, (Erişim Tarihi:26. 07. 2019).

çoğaltılması, hizmeti kullananların müşteri olarak kendilerini görmeleri ve bireyselleştirilmeye özendirilmeye çalışılmıştır.⁹³⁷

1994'te kurulan Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) hizmetlerin serbestleştirilmesi hedefinde, 1987–1994 yılları arasında gerçekleşen Uruguay Raundu bitiminde imzalanan Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS), sağlık hizmetlerini ticari varlık gerektiren hizmetler arasına almıştır. Anlaşma metninde “ekonomik çıkar elde etmeye açık kamu hizmetleri” ifadesi yer almaktaydı. Burada devlete düşen görev ve fonksiyon, pazar ekonomisi için kendisini sınırlamasıydı.⁹³⁸

Doksanlı yılların sonunda, 4446 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Kanun'la Anayasa'nın madde 47'de devletin, KİT'lerin ve diğer kamu kurumlarının maliki bulunduğu mal varlığı ve işletmelerin özelleştirilmesinin kanunla düzenlenebilmesine izin vermektedir. Maddenin devamında kamuya ait bu kuruluşların yatırım ve hizmetlerinin sözleşmeyle gerçek ve tüzel kişilerce devri veya yapımı yasayla belirlenecektir. Aynı kanunla Anayasanın 125. Maddesinde kamu hizmetleriyle ilgili imtiyaz şartlaşma ve sözleşmeleri nedeniyle olası sorunlarda ulusal ve uluslararası tahkim usulüyle sonuçlandırılması öngörülmüştür. Bu iki değişiklik hizmet sunumunun özel sektöre devrinin yolunu açan değişikliklerdendir.⁹³⁹

Yapılan sağlık kongreleri ve çalışmalar neticesinde ciddi yasal değişiklikler gerekmiş, önerilenler için taslaklar hazırlanmış ancak yenilikleri savunan Cumhurbaşkanı Turgut Özal'ın ani vefatıyla ortaya çıkan politik hal ve bürokrasideki değişimlerden dolayı bu reformlar yapılamamıştır. Bazı sağlık kuruluşları, Sendikalar,

⁹³⁷ Aziz Küçük, **Kapitalist Devlette Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesindeki Dönüşüm: Türkiye Üzerine Bir Analiz**, s. 113.

⁹³⁸ Şafak Taner Gürsoy ve Feride Aksu, “Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Dinamikleri”, **Amme İdaresi Dergisi**, 2007 Sayı 3 Cilt 40, s.64.

⁹³⁹ Resmi Gazete, Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Kanun, Tarihi:14.08.1999, Sayı:23786

Türk Tabipler Birliği ile akademisyenlerin değişiklik tavsiyelerinin bütünüyle kabul etmemeleri de reformların güncel kalmasını zorlaştırmıştır.⁹⁴⁰

Hizmetin uygulayıcısı olan kamu personeli farklı istihdam biçimleriyle çalıştırılmaya başlanmıştır. Taşeronlaşma ilk olarak 657 sayılı Kanun'unun değiştirilmesiyle başlamıştır. 318 sayılı KHK'nın⁹⁴¹ ilk maddesiyle birlikte yardımcı hizmetler sınıfında çalışanların görevlerinin ihale usulüyle yapılabilmesinin önü açılmıştır. Öncelikle sağlık hizmetlerinin bir kamu hizmeti olup olmadığına karar verilmesi gerekmektedir. 657 sayılı Kanun'un sınıfları tanımlayan 36. maddesinin VIII-Yardımcı Hizmetler Sınıfı başlıklı bendine 318 sayılı KHK'da ihale usulüyle üçüncü kişilere yaptırılacak işler; hizmetin yapıldığı mekânların ve tedavi kurumlarının temizlenmesi, tesisatın bakımıyla çalıştırılması gibi hizmetler olarak belirtilmiştir. Kanun'la, kamu hizmetlerinin piyasadan karşılanarak yapılmasının önü açılmış olmaktadır.⁹⁴² İhale yoluyla sağlık hizmeti veren kuruluşlara temizlik (sterilizasyon, ameliyathanede kullanılan malzemeler dâhil), sağlık araç ve gereçlerinin bakımı (laboratuvar cihazları, röntgen, çeşitli görüntüleme araçları gibi) ve işletilmesi (bizzat cihazın başında durarak çalıştırma) olarak bakıldığında çok geniş bir alanı kapsadığı görülmektedir.

E. 2000'li Yıllar ve Sağlıkta Dönüşüm Programı

Devletin ve kamu yönetiminin şekillendirilmesi açısından bakıldığında 2000'li yıllar önemli bir değişimi işaret eder. Bu yıllar, 1980'li yıllardan itibaren başlatılan özelleştirmelerin hızlanarak tamamlandığı, liberalizasyon politikalarının uygulandığı,

⁹⁴⁰ Ayşen Bulut, "Türkiye'de Sağlık Reformunun...", s. 118.

⁹⁴¹ Resmi Gazete, **318 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlileri İle İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname**, Tarih:31.03.1988, Sayı:19771.

⁹⁴² A.k..

devletin şekil değiştirdiği, çeşitli biçimlerde pazarlık konusu yapılmış ancak uygulanamamış politikaların hayata geçirildiği yıllar olmuştur.⁹⁴³

Reform yapılmasının diğer bir nedeni, uluslararası kuruluşların desteği ve yönlendirmesiyle diğer kamusal hizmetlerde olduğu gibi küreselleşmenin de tesiriyle girilen liberalleşme çabalarıydı. 2000’li yıllarda üç ana kolda yansıdığını görmek mümkündür: birincisi aile hekimliği modelini getirmek, ikincisi sosyal güvenlik sistemlerinin tek çatı altında toplanması, üçüncüsü bir dönem uygulanmış; ancak günümüzde vazgeçilmiş hastanelerin idari ve mali bir özerklik anlayışıyla yeniden düzenlemektir.⁹⁴⁴

Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı’nda; tüm konulara müdahil olan, merkeziyetçi, katı ast-üst ilişkisi, kuralların önde olduğu Geleneksel Kamu Yönetimi Anlayışı’nın yerine esnek yapılı örgütlerin olduğu, adem-i merkeziyetçi, yumuşak ast-üst ilişkisi, minimal devlet anlayışına bırakmıştır.⁹⁴⁵ Neoliberal devlet ve yeni kamu yönetimi anlayışı kendisini aşağıdaki uygulamaları kapsayan Sağlıkta Dönüşüm Programı’yla (SDP) ifade etmiştir: ⁹⁴⁶

- Planlayan ve denetlen bir bakanlık olan Sağlık Bakanlığı,
- İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- Kamu-Özel Hastanesi Birlikleri
- Piyasa aktörlerinin sağlık hizmeti verebilmesi için özendirici faaliyetlerde

bulunulması

- Etkili ve kademeli sevk zincirinin uygulanması
- Performans ve kalite odaklı sağlık hizmeti anlayışı
- Herkesin Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına dâhil edilmesi,

⁹⁴³ Ayşegül Sabuktay, **Mülksüzleştirilmenin Yönetimi**, TODAİE Yayını, Ankara 2009, s. 111.

⁹⁴⁴ Zafer Öztekin, “Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği”, s. 2.

⁹⁴⁵ Rafet Çevikbaş, “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Türkiye Uygulamaları”, **Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi**, 2012, Cilt 1 Sayı 2, s. 9.

⁹⁴⁶ Erdal Eke, **Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı**, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Isparta, 2014.

- Sağlık hizmeti veren kurumların bir merkezde toplanması,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi
- Akılcı ilaç kullanımına uygun yapılanma
- Sağlık bilgi sistemlerinin oluşturulması,

Programda desantralizasyon için sistemin hantal merkezi yapısından kurtarılması gerektiği ve devamında planlayıcı ve denetleyici bir bakanlığın politika geliştiren, standart koyan ve denetleyen bir konumda olmasından dolayı, daha etkin, verimli ve hakkaniyete uygun yönlendirmeler yapacağı ifade edilmiştir.⁹⁴⁷

SDP ile özel sağlık hizmetlerine verilen devlet desteği her geçen gün artarak devam etmiştir. Devletin rolünün piyasanın düzenlenmesine indirgendiği, kamu varlıklarının mülkiyetinin ve işletmeciliğinin sermayeye devredilme kanallarının genişletildiği günümüzde sermaye, klinik hizmetler dışında kalan sağlık hizmetleri üretimi ve sunumunun karar, finansman ve uygulama aşamalarına da katılarak tüm süreci (tedarik, sunum ve erişim) denetlemeyi ve yönetmeyi istemektedir. Yeni kamu işletmeciliği ve yönetim yaklaşımı ile neoliberal kalkınma söyleminin odağında yer alan kamu-özel ortaklıkları, kamu yönetimi reformları ve devlette yeniden yapılanma sürecinin önemli bir unsurudur. Bu uygulama esas itibarıyla rekabetçi piyasa disiplini sözleşme ilişkileri yoluyla kamusal olarak nitelenen mal ve hizmet üretimine uyarlayarak dâhil etme çabalarını temsil etmektedir.⁹⁴⁸

Sağlık hizmetlerinin liberalleşmesi süreci kamu personelinin istihdamına yönelik yasal değişikliklerle devam etmiştir. Personel bulmakta zorlanılan yerler için sözleşmeli personel çalıştırabilmesi için çıkarılan 4924 sayılı Kanun'un 11.maddesi,⁹⁴⁹ 657 sayılı Kanun'un 36. maddesindeki III. Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı

⁹⁴⁷ Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (2002-2008)**, s. 25, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/189>, (Erişim Tarihi:12.08.2020).

⁹⁴⁸ Selime Güzelsarı, "Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları", **Amme İdaresi Dergisi**, 2012, Cilt 45 Sayı 3, s. 30.

⁹⁴⁹ Resmi Gazete, **4924 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun**, Tarih:24.07.2003, Sayı:25178.

başlıklı bendine bu kategorideki personelin gerekli olursa bedeli döner sermaye gelirlerinden karşılanmak üzere, hizmet satın alarak çalışabileceği eklenmiştir.

Bu tariflenen durum Anayasa'nın 128. maddesinde kamu hizmeti görevlileriyle ilgili hükümler başlığında önceden belirlenmemiş olan bir istihdam biçiminden söz etmekteydi; yönetimin doğrudan genel idare esaslarına göre sunduğu sağlık hizmetinin zorunlu kıldığı asıl ve daimi vazifelerin hizmet satın alınması usulüyle yaptırılması, kapsamındadır.⁹⁵⁰ Yapılan değişiklikten sonra sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıflandırması içerisinde bulunan sağlık çalışanlarının hastane döner sermaye bütçesi karşılayabildiği takdirde hizmet satın alınması yoluyla istihdam edilmesinin önü açılmıştır.

Sunulan hizmet karşılığında ücret alınarak hizmetin sunumu için gerekli araç, gereç, malzeme ve çalışan personelin giderlerinin ödendiği döner sermaye uygulamasının kapsamı genişletilerek devam etmiştir.⁹⁵¹ 4734 sayılı Kanun'da değişiklik yapılarak sağlıkla ilgili hizmet alımları istisnalar arasında sayılmıştır. Sağlık hizmetlerinin hizmet alımına açılması, bu alanda kullanılan büyük rakamlardaki kamu kaynağının da piyasa ile paylaşılması sonucunu beraberinde getirmektedir.⁹⁵²

Döner sermayeden elde edilen gelirin, sağlık kurumunda çalışan personele ek ödeme biçiminde verilmesine karar verilmiştir.⁹⁵³ 2001 yılında yine il merkezlerinde döner sermaye işletmesi kurulması kararlaştırılmış, sağlık personeline ne kadar döner sermaye dağıtılmasının sınırları belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından ek ödemeyle

⁹⁵⁰ Mustafa Güler, "Sağlık Çalışanlarının Statü Kaybı: Taşeronlaşmanın Yakın Tarihi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, 2008 Sayı 4 Cilt 23, s. 315.

⁹⁵¹ Resmi Gazete, **Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun Bazı Maddeleri ile 190 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Eki Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun**, Tarih:23. 01. 2001, Sayı:24296.

⁹⁵² Erdal Eren, "Personel Sisteminde Dönüşüm", **Kamu Yönetimi: Yapı İşleyiş Reform**, Ankara Üniversitesi Yayınları: 242, Kamu Yönetimi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayın No: 5, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2009, s. 180.

⁹⁵³ Resmi Gazete, **Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun Bazı Maddeleri ile 190 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Eki Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun**, Tarih:23. 01. 2001, Sayı:24296.

ilgili Yönerge⁹⁵⁴ 18.06.2003 tarihinde yenilenmiş, çalışanlara dağıtılması planlanan gelirin katkı payı personelin performansı ile ilişkilendirilmiştir. Performans özel sektör çalışanlarının tabi olduğu genel ilkelerden biridir. Yataklı tedavi kurumlarında performans personele ve kuruma yönelik uygulanmaktadır. Burada bağış ve faiz gibi gelirlerden değil personel katkısından oluşması gerektiği, hastalık ve mazeret izninde bulunulan sürelerde kendisine döner sermaye dağıtılamayacağı net olarak belirtilmektedir. 2547 sayılı Yüksek Öğrenim Kanunu'nun 58. maddesinde üniversitelerde rektörlüğün olurunun alınması ve yüksek öğretim kurulunun uygun görmesiyle döner sermaye işletmesi kurulabileceği ve yine gelirlerden üniversite personeline ek gelir dağıtılması yasalaşmıştır.

Personel ücretlerinin döner sermaye gelirleriyle ilişkilendirilmesi ve ilerleyen yıllarda döner sermaye katkı payı oranının arttırılması hizmet üretiminde arz yönünden kaynaklanan pek çok etik sorunun yaşanabileceğine zemin hazırlamıştır. Personelin dolayısıyla da kurumun gelirlerinin artabilmesi için gerekli olmayan sağlık hizmetinin yapılabilmesini bu da toplumun sağlık hizmetinin sunumuna, sunucusuna ve hizmetin kendisine şüpheyi beraberinde getirecektir. Diğer yönüyle performansa ilişkilendirilen bu ödeme de gerekli olan performans puanını amir durumundaki kişi verecek olup kriterlere bakıldığında (işe ilişkin bilgi ve yetenek, işe devam, işini düzenli ve kaliteli yapabilme, bağımsız iş yapabilme, amir ve çalışma arkadaşlarına tutum ve davranış, işlerin geliştirilmesine katkısı) subjektif karar vermeye açık olduğu görülmektedir.⁹⁵⁵

Personel bulmakta zorlanılan yerlerde 4924 sayılı Kanun'la, sağlık hizmetinin gerektiğince yürütülebilmesi için bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca hizmet sözleşmesiyle çalıştırılacak ve işçi sayılmayacak sağlık personeli istihdamının önü açılmıştır. Kanun sadece sağlık hizmetlerini sözleşmeli istihdama açmakla kalmamış aynı zamanda

⁹⁵⁴ Resmi Gazete, **Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Döner Sermayeli Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye'den Yapılacak Ek Ödeme Hakkında Yönerge**, Tarih:18.11.2002 Sayı:25299.

⁹⁵⁵ Erhan Nalçacı (Edit.), Onur Hamzaoglu, Erkin Özalp, **Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü**, s. 62-63.

hizmet alımı yöntemiyle taşeronlaştırarak, özelleştirilmesine olanak tanımıştır.⁹⁵⁶ 01.11.2005'te 25983 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 5413 Sayılı Kanun'da sayılan unvanları taşıyan sağlık personellerinin eleman temininde güçlük çekilen yerlerde Bakanlar Kurulu Kararı, Maliye Bakanı'nın onayı ile belirlenen hizmet birimlerinde istihdam edilebilmesinin önü açılmıştır.⁹⁵⁷

Özel güvenlik hizmetleriyle ilgili 5188 sayılı Kanun kamu kurum ve kuruluşlarının sorumluluklarında bulunan alanlarda uygulanacak genel sistem belirlenmiştir.⁹⁵⁸ Görevli bulundukları yerde yakalama, kimlik sorma, arama, hatta konutlara girme ve zor kullanma yetkisine de sahip olabilen, silah bulundurabilen güvenlik görevlilerinin yerine getirdiği hizmetler, valinin izni ile güvenlik şirketlerine yaptırılabilir. Geline nokta Türk Silahlı Kuvvetleri ve Polis Teşkilatı ile birlikte özel güvenlik personeli de bir silahlı güç olmuştur.⁹⁵⁹ Güvenlik görevlilerinin, birçok kamu kurumu gibi yataklı tedavi kurumlarında etkin bir biçimde çalıştırılmaya devam edilmektedir.

Yeni yapılanmanın önemli ayaklarından biride finansmandı. 2001–2005 Yılları arasındaki Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda; mevcut sosyal sigortalara ek olarak özel sağlık ve hayat sigortalarının gönüllü yapılması halinde devlet tarafından destekleneceği vardı. Girişimcilerin veya gönüllü kimselerin sağlık yatırımlarına girmesi halinde teşvik edileceği de bulunmaktaydı. Hastanelerin yönetim ve finansal alanda gelir-gider dengesini yapabilecekleri bir biçimde yapılandırılmadığı, günümüz

⁹⁵⁶ Erdal Eren, "Personel Sisteminde Dönüşüm", s. 184.

⁹⁵⁷ Resmi Gazete, **Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun**, Tarih:01.11.2005, Sayı:25983.

⁹⁵⁸ Resmi Gazete, **5188 Sayılı Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun**, Tarih:26.06.2004, Sayı:25504.

⁹⁵⁹ Erdal Eren, "Personel Sisteminde Dönüşüm", s. 181.

işletme bakışıyla idaresinin yapılması gerektiği yazmıştır.⁹⁶⁰ 2007–2013 Yılları arasındaki Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında; insanla ilgili gelişmenin ve toplumsal işbirliğinin kuvvetlendirilmesi için sağlık sisteminin etkinliği, Sosyal Güvenlik Sistemi uygulamaları sayesinde sosyal güvenlik kaydı bulunan kişi sayısının %82,2’den %91,4’e çıktığı ifade edilmiştir. Sosyal yardımların dağıtılmasında aranan şartların rasyonel olarak ölçülebilir kıstaslardan olması gerekmektedir. Alt sosyal sınıfa verilen sosyal yardımlar o düzeydeki hayatın daha kaliteli olmasını sağlamaktadır. Kurumların işbirliğine girmemesi ve çalışan sayısının azlığı nedeniyle bazı toplum kesimlerine ulaşamamaktadır.⁹⁶¹

Sosyal Güvenlik Kurumları olan Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK’nın tek bir kurum çatısı altında toplanması düzenlenmiştir. Birbirinden farklı tarihlerde oluşturulmuş kurumlar, 1980 sonrası bu kurumların harcamaları topladıkları primlere göre fazlalaşmış, devlet bütçesinden desteklenmeleri gerekmiştir. Mevcutta Yeşil Kart’lıların harcamaları zaten devlet tarafından karşılanmaktaydı. Bu parçalı yapı sağlık personelinin, sağlık kurumlarının ve diğer hizmet sağlayan birimlerin koordine edilememesine, hizmette eşitsizliklere neden olabilmekteydi. Toplamda sağlık hizmetlerine harcanan maliyetin azlığı yanında etkinliği de sağlanamamasına yol açmaktaydı.⁹⁶² 13.04.2006 tarihli 5487 sayılı Kanun ile bu üç kurum Sosyal Güvenlik Kurumu kurularak birleştirilmiştir. Sosyal Sigortalar Kurumu Sosyal Güvenlik Kurumu’na; Sosyal Sigortalar Kurumu Hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Bu sayede sağlık hizmeti sunanla bunun finansmanını sağlayan kurumlar tamamen birbirinden ayrılmıştır.

⁹⁶⁰ Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, **Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)**, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Dokuzuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2007-2013%E2%80%8B.pdf>, (Erişim Tarihi:28.08.2019).

⁹⁶¹ Anayasa Mahkemesi, **Kararlar Bilgi Bankası**, İndirilebilen Kararlar, İptal: Ana. Mah. 19.04.1988 tarih ve E. 1987/16, K. 1988/8 sayılı Kararı, C: \Documents and Settings\Administrator\Local Settings\Temp\Rar\$EX08.906\87-91\K1988\K1988-08.htm, (Erişim Tarihi:18.11.2018).

⁹⁶² Ayşen Bulut, “Türkiye’de Sağlık Reformunun...”, s. 21.

Kanuna geçiş aşamasında çıkabilecek aksaklıklar için Yeşil Kart uygulamasının kapsamı genişletilmiş, ilaç ve ayakta tedaviyi karşılar hale getirilmiştir. Mevcut sosyal güvenlik kapsamında olmayan kimselerin büyük çoğunluğu Yeşil Kart sistemine dâhil edilmiştir. 5510 sayılı Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 1 Ekim 2010’da tamamen yürürlüğe girdiğinde Yeşil Kartlı nüfus toplam nüfusun yedide birini temsil etmekteydi. Sisteme yükü hayli fazlalaşmıştı. Yeşil Kartlılar dışında sosyal güvenlik kapsamında bulunan kimi kesim ise yılın belli dönemi çalışıp diğer dönemlerde işsiz olan, primini yatıramayan veya bir sosyal güvenlik kanununa tabi olduğu için Yeşil Kart alamayan fakat bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kanununun gereğini yerine getirmeyenler vardır. Bu halde, sistemin “toplumun bütününü kucaklama” ve genel sağlık sigortasından ve temel teminat paketi kapsamındaki sağlık hizmetlerinden faydalanamayan kimsenin kalmayacağı iddiası pek gerçekçi görülemeyebilir.⁹⁶³

Primli sosyal güvenlik sistemini getiren 5510 sayılı Kanun bu yapının bir tamamlayıcısı olarak hemen ardından kabul edilmiş, 1 Ekim 2010’dan bu yana uygulanmaktadır. Buna göre sağlık harcamalarında en önemli finansman kaynağı vergi, kamu/özel sağlık sigortaları ve cepten ödemelerdir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ngrdğ GSS sistemi ise vatandaşın ödeyeceği prime dayandırılmıştır. Zorunlu GSS kapsamında bulunan herkes primini ödemek zorundadır. İstihdamda olmayanlar primlerini kendileri ödemek durumundadırlar. Primlerini kendileri ödemeye başlayan herkes için primlerinin ne kadar olduğunu tespit etmek için gelir testi uygulaması başlatılmıştır. Uygulama kapsamında, ailedeki gelirin kişiye bölündüğünde aylık miktar asgari ücretin üçte birinden azsa bu vatandaşların primi devlet tarafından ödenecektir. Burada sözü edilen nüfus eski Yeşil Kart sistemine dâhil olanlara tekabül etmektedir.

⁹⁶³ Faruk Ataay, “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, **Amme İdaresi Dergisi**, 2008, Cilt 41 Sayı 3, s. 173.

Bu limitin dışında kalanlar kendileri ödeyeceklerdir. Ödemeler gelir miktarı arttıkça buna bağlı bir olarak artacaktır.

Yasa gereğince devlet tarafından belirlenmiş yoksulluk sınırı altında kalan düşük gelirli vatandaşların primleri devlet tarafından karşılanacaktı. Ancak geliri düşük veya belirsiz olup devlet tarafından belirlenmiş yoksulluk kriterinin üzerinde kalan nüfusun büyük bir kısmı sağlık hizmetlerinden yoksun kalabileceğinden sistemin bu yönüyle herkesi kapsadığı tartışmaya açıktır. Ayrıca Bağ-Kur sistemi ile benzer olan GSS' de kayıtlı vatandaşların primlerini ödeyememeleri durumunda sağlık güvencesi kapsamı dışında kalacaklardır.⁹⁶⁴ Ülkemizde 8.219.103 kişinin GSS primleri devlet tarafından ödenmektedir. 2.479.498 kişi GSS primlerini kendisi ödemektedir.⁹⁶⁵ Bağ-Kur ya da Tarım SSK'lı olup primini ödeyemeyen kişi sayısını bilememekteyiz.⁹⁶⁶ Bu veriler bize ülkemizdeki yoksul sayısının ve yoksulluğa düşebilecek kişi sayısının azımsanmayacak kadar çok olduğunu göstermektedir. Toplamda on milyonu aşkın nüfusun ve sayısını bilemediğimiz daha fazla nüfusun sağlık hizmetlerine finansal erişiminin kesintiye

⁹⁶⁴ Rabia Nilüfer Mısırlı, **Türk Sağlık Sisteminde Sağlık Hizmet Sunumunun Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği**, s. 161-162

⁹⁶⁵ Sosyal Güvenlik Kurumu, **Aylık İstatistik Bilgileri**, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri, (Erişim Tarihi:21.08.2020).

⁹⁶⁶ CİMER, Songül DEMİREL DEĞİRMENCİ'nin Tarih:19. 08. 2020 tarih ve 2003704549 sayılı CİMER Başvurusu sonucunda; "...verilerin paylaşılması, "Kurumun taşınmaz edinimi, taşınır ve taşınmaz mal varlıkları ile gayri maddi haklarının hukuki durumunu düzenleyen 5502 sayılı Kanunun 35 inci maddesi 6 ncı fıkrası; (Değişik altıncı fıkra: 4/4/2015-6645/43 md.) Kurum, bu Kanun ve diğer mevzuatla verilen görevleri yerine getirmek amacıyla işlediği kişisel veriler ile ticari sır niteliğinde olan verileri, veri sahibinin noter onaylı muvafakati veya e-Devlet uygulaması üzerinden kimlik teyidi ile verilen izni olmadan gerçek veya tüzel kişilerle paylaşamaz. Ancak, 10/12/2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununun eki (I), (II), (III) ve (IV) sayılı cetvellerde yer alan kamu idareleri ile Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankasının ilgili mevzuatında belirtilen görevleri yapabilmeleri için ihtiyaç duydukları sağlık verisi dışındaki kişisel veriler ile ticari sır niteliğindeki veriler paylaşılabilir. (Ek cümle: 17/7/2019-7186/18 md.) Kurum, kişisel sağlık verilerini kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, verilen sağlık hizmetlerinin uygunluğunun ve yerindeliğinin takibi ve finansmanının planlanması amacıyla talebi hâlinde Sağlık Bakanlığı ile paylaşır. Kurum, bunların dışındaki gayri maddi hakları ile kimliği belirli veya belirlenebilir bir gerçek veya tüzel kişiyle ilişkilendirilemeyecek şekilde anonim hâle getirdiği verileri araştırma, planlama ve istatistik gibi amaçlar için kamu idareleri, Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası, bilimsel araştırma yapan kamu personeli, bilimsel dernekler, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları veya üniversiteler ile ücretsiz olarak paylaşabilir. Anonim hâle getirilen verinin tüzel kişilere ait olması hâlinde bu fıkra da sa anlar dışındaki gerçek veya tüzel kişilere tüzel kişinin noter onaylı muvafakati alınmak kaydıyla ücretli olarak verilebilir. Veri paylaşılan kamu idareleri ile gerçek ve tüzel kişiler, paylaşılan verinin gizliliğinden ve güvenliğinden sorumludur. Bu fıkranın aksine davrananlar hakkında, veri paylaşımı yapılanlar da dâhil olmak üzere 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ile diğer ilgili mevzuat hükümleri uygulanır. "hüküm kapsamında uygun bulunmadığı..." iletilmiştir.

uğrayabileceğini göstermektedir. Geliri olmayan ya da yoksul olan bu kesim daha az sağlık hizmetlerine başvururken; yüksek bebek ölümleri, doğumlar, düşükler, fiziksel sakatlıklar, hastalık sebebiyle daha çok iş devamsızlığı, daha düşük yaşam beklentisi, daha yüksek oranda sigara içme alışkanlığı gibi göstergelerde dezavantajlı durumdadırlar.⁹⁶⁷

Bugün Türkiye’de tüm nüfus GSS şemsiyesi altında gözüke de ciddi bir kesimin SGK’ ya borçlarından dolayı sağlık hizmeti almadığı söylenebilir. Bu kesim sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğunda ya küçük özel sağlık kuruluşlarına ya da devlet hastanelerine başvurumaktadırlar. Küçük özel sağlık kuruluşları kapandığında ya da devlet hastaneleri tamamen şehir hastanelerine taşındıklarında, bu kesimin sağlık hizmeti alabilecekleri alanlar kalmayacağından hizmete erişemeyebileceklerdir.⁹⁶⁸ Kamu-özel ortaklığına dayalı oluşturulan şehir hastaneleri konumuzun sınırları dışındadır.

GSS’nin yetersiz geleceği, ek olarak tamamlayıcı sağlık sigortası olması gerektiğini savunanlarda bulunmaktadır.⁹⁶⁹ Bu önerinin uygulanması halinde özel sağlık kuruluşlarından kişiler tamamlayıcı sağlık sigortalarını kullanarak sağlık hizmeti alabileceklerdir. Durumu şu ki; SDP sonrası ülkemizde yatak sayıları artmıştır ancak bölgeler arasında farklar meydana gelmiştir. 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı en az olan bölge Doğu Karadeniz Bölgesi en fazla olan yer ise İstanbul’dur.⁹⁷⁰ Özel sağlık kuruluşlarının nüfusun yoğun ve varıl bölgelerinde açılmış oldukları gözlenmektedir. Nüfusun daha az yaşadığı kırsaldaki geniş alanlar, özel sağlık işletmeleri için ilgi odağı değildir. Olumsuz bir sağlık sorunu olduğunda herkesin

⁹⁶⁷ Burhan Baloğlu, “Sağlık ve Sosyal...”, s. 158.

⁹⁶⁸ Selçuk A.Atalay, “Sağlıkta Piyasalaşma ve Kamu Özel Ortaklığı”, **Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa** içinde, Der. Gülbiye Yaşar-Asuman Göksel-Ömür Birler, Notabene Yayınları, Ankara 2015, s. 59.

⁹⁶⁹ Birkan Tapan, Selin Alıcı, Nurdan Yıldırım ve Albena Gaye, “Özel Sağlık Sigorta Şirketlerinin Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliliği Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi”, **FNG & Bilim Tıp Dergisi**, 2015 Cilt 1 Sayı 2, s. 77-86.

⁹⁷⁰ Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017**, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>, (Erişim Tarihi:11.10.2019).

etkileneceği ancak olağan zamanlarda kimsenin para ödemeye yaklaşmadığı koruyucu sağlık hizmetlerini karşılığı ödenmediğinden yapmak istemeyeceklerdir. Nitekim geçmişte özel sağlık kuruluşlarının kar odaklı yasal olmayan etik ihlaller yaptığına sıkça rastlanmıştır.⁹⁷¹

SDP'nin uygulandığı yıllar içerisinde kişi başına düşen devlet ve özel sektör sağlık harcaması satın alma gücü paritesine göre (SGP) ABD doları baz alınarak bakıldığında 2002'de 481 dolar olarak başlamış, artarak 2017 yılında 1207 doları bulmuştur. Sağlık hizmeti harcamaları içerisinde, özel sağlık harcamaları oranının arttığı gözlenmiştir. Yıllar içinde kişilerin cepten sağlık harcaması, satın alma gücü paritesi (SGP) ABD dolarına göre 2002'de 95 dolarken, 2017 yılında 206 dolara çıkmıştır. Aradaki yıllarda düşüş olmuş ancak hiçbir zaman 2002 yılından daha aşağı düşmemiştir.⁹⁷⁶ Sağlık hizmeti için yapılan giderler 2018 yılında %17,5 artmış 165 milyar 234 milyon TL'ye ulaşmıştır. Dönemsel sağlık giderlerinin bütün sağlık giderleri içerisindeki payı %93,1'tan, 2018 yılında %93, 8'e çıkmıştır. Sağlık harcamalarının genel devlet bütçesindeki oranı %77,5 olarak gerçekleşmiştir. Hane halkları tarafından cepten yapılan sağlık için yapılan harcamalar 2018 yılında %19,4 artarak 28 milyar 655 milyon TL olmuş, hane halklarının yaptığı harcamaların toplam sağlık giderleri içindeki

⁹⁷¹ Medikal Akademi, “**Özel Hastanelerde Daha Az Para Ödemenin Yolları**” adlı 18 Ağustos 2014 tarihli haberi, <https://www.medikalakademi.com.tr/ozel-hastanelerde-daha-az-para-odemenin-yollari-ve-muayene-ucetleri/>, (Erişim Tarihi:24.12.2019).

⁹⁷² Gölçük Gündem, “**Özel Hastanelere Kazıklanmayın**” adlı 3 Kasım 2018 tarihli haberi, <https://www.golcukgundem.com/haber/1740710/ozel-hastanelere-kaziklanmayin>, (Erişim Tarihi:24.12.2019)

⁹⁷³ Sözcü Gazetesi, “**Özel Hastanelerde Fazla Ücret Ödememenin Yolları**” adlı 28 Şubat 2018 tarihli haber, <https://www.sozcu.com.tr/2018/gundem/ozel-hastanelerde-fazla-ucet-odememenin-yollari-2254532/>, (Erişim Tarihi:24.12.2019).

⁹⁷⁴ Doğru Haber Gazetesi, “**Özel Hastane Ücretlerine Dikkat**” adlı 16 Ağustos 2017 tarihli haber, <https://dogruhaber.com.tr/haber/258620-ozel-hastane-ucetlerine-dikkat/>, (Erişim Tarihi:24.12.2019).

⁹⁷⁵ Sağlıkta Gündem Gazetesi, “**Halk Özel Hastanelere Fazla Para Ödüyor**” adlı 25 Mart 2013 tarihli haber, http://www.sagliktagundem.com/haber/halk_ozel_hastanelere_fazla_para_oduyor.htm, (Erişim Tarihi:24.12.2019).

⁹⁷⁶ Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017**, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>, (Erişim Tarihi:11.10.2019).

payı 2018 yılında %17,3 olmuştur.⁹⁷⁷ Sosyal Güvenlik Kurumu verdiği sürekli açıklarla ülkenin dış borcuna yakın bir borç biriktirmiştir. 2003-2018 yılları arasında borcun toplam miktarı 448 milyar doları geçti.⁹⁷⁸

Sağlık hizmetinin kamu eliyle verilmekten vazgeçilmesinden günümüze hizmetin özel sektöre aktarılabilmesi için çeşitli çabalar olmuştur. Özel sağlık hizmeti gerek doktor muayenesi, gerekse sağlık kuruluşlarının olması anlamında ihtiyaç doğrultusunda kendiliğinden sürekli var olmuştur. Ancak sosyal güvenlik sisteminin, özel sağlık kuruluşlarında yapılacak harcamayı ödemesi; SDP ile başlayan yeni bir uygulamadır. Devlet memurlarının yardımlarını düzenleyen yönetmelikteki değişikliğin arkasından imzalanan söz konusu protokolle, devlet memurları 1 Haziran 2003 tarihinden itibaren özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti talep edebilmelerinin önü açılmıştır.⁹⁷⁹

Sosyal Güvenlik Kurumu, kamu veya özele ait birimlerde sağlık hizmeti alınması halinde bedelini ödeme yoluna gitmeye başlamıştır. Bu hizmeti yapanla ödemeyi yapanın farklı olması neticesinde denetimi getirmiştir. Finansman yönteminin ayrılması durumunda sonuçlar her ülkede farklı olmuştur. Örneğin; İsveç'te hastaneler gitgide özerkleşerek bağımsızlaşmıştır. Belçika'da ise kamu hastaneleri ve kar maksatlı çalışmayan özel hastanelerle birleşerek büyük hastane ağlarını oluşturmuşlardır.⁹⁸⁰ Avusturya'da iki hastane özel yatırımcılara devredilmiştir. 1991 ve 2004 yılları arasında özel hastanelerin toplam hastaneler içerisinde oranı yüzde 14,8'den yüzde 25,4'e

⁹⁷⁷ Sözcü Gazetesi, “Sağlık Harcamaları İstatistikleri Açıklandı! 7 Yılın Zirvesinde” adlı 12 Kasım 2019 tarihli haber, <https://www.sozcu.com.tr/2019/ekonomi/saglik-harcamaları-istatistikleri-aciklandı-7-in-zirvesinde-5445532/>, (Erişim Tarihi:24.12.2019).

⁹⁷⁸ ODA TV, “Türkiye'nin Kara Deliği” adlı 12 Ağustos 2019 tarihli haber, <https://odatv.com/turkiyenin-kara-deligi-12081956.html>, (Erişim Tarihi:24.12.2019).

⁹⁷⁹ Memurlar Net, “Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurumlarında Tedavi Görmelerine İlişkin Protokol İmzalandı” adlı 10 Mayıs 2003 tarihli haber, <https://www.memurlar.net/haber/861/devlet-memurlarinin-ozel-saglik-kurumlarında-tedavi-gormelerine-iliskin-protokol-imzalandi.html>, (Erişim Tarihi:07.01.2020).

⁹⁸⁰ Christoph Hermann, “Avrupa'da Sağlık Hizmetleri ve Piyasalaştırma Süreci”, **Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları**, Yordam Kitap, İstanbul 2009, s. 152.

çıkıymış, kamu hastanelerinin oranı ise yüzde 46'dan 36'ya inmiştir.⁹⁸¹ Ülkemizde 2002 yılında çıkarılan özel sağık kuruluşları açılmasını düzenleyen yönetmeliğın⁹⁸² hukuki dayanağı liberalleşme yönünde çıkarılan; 3359 Sayılı temel nitelikte kanunla ve 181 Sayılı teşkilata ve görevlerine dair olan KHK'dır. SDP (Sağıkta Dönüşüm Programı)'nin başladığı 2003'ten bugüne sağık harcamaları içinde özel hastane sayısı ve özel hastanelerin payı her geçen gün artmıştır.⁹⁸³ Sağık Bakanlığı'na bağı hastanelerde bulunan yatak sayısı 16.086, üniversite hastanelerinde 6.039, özel sektöre ait yatak sayısı ise 15.973'tür.⁹⁸⁴

DSÖ Sağıkta Dönüşüm Programının finansmanının, Dünya Bankası tarafından sağılandığını duyurmuştur.⁹⁸⁵ Dünya Bankası Binyıl Kalkınma Hedefleri doğrultusunda yapılacak reformlarla kaynakların etkin kullanılacağı, hizmetlerin üretiminde verimlilik ve kalitenin artırılacağını, erişimin artırılacağını, hizmeti kullanmada eşitliği ve genel sağık sonuçlarının iyileştirileceğini hedeflemiştir.⁹⁸⁶ Adalet ve Kalkınma Partisi'nin 58. Hükümet Programı'nda (2002-2003) nitelikli ve etkin çalışan bir sağık sistemi için köklü değişiklikler yapılacağı yazmaktaydı.⁹⁸⁷ 58. hükümetle birlikte 3 Ocak 2003'te açıklanan Acil Eylem Planı ve Kamusal Yönetim Reformu başlıklarında birçok eylem yapılması düşünüldüğü görölmektedir. Amaçlar arasında, "Herkes Sağık" konusuyla "Sağıkta Dönüşüm Programı" (SDP) yer almaktaydı.⁹⁸⁸

⁹⁸¹ Christoph Hermann, "Avrupa'da Sağık Hizmetleri ve Piyasalaştırma Süreci", **Kapitalizmde Sağık Sağıksızlık Semptomları**, Yordam Kitap, İstanbul 2009, s. 152-153

⁹⁸² Resmi Gazete, **Özel Hastane Yönetmeliğı**, Tarihi:27.03.2002, Sayı:24708

⁹⁸³ Hatice Erol ve Abdullah Özdemir, "Türkiye'de Sağık Reformları...", s. 23.

⁹⁸⁴ Sağık Bakanlığı, **Sağık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni**, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33116,haber-bulteni---2018-30092019pdf.pdf?0>, (Erişim Tarihi:24.12.2019)

⁹⁸⁵ WB, Dünya Bankası, **Case Studies on Health System Performance Assessment A Long-standing Development in Europe** s.56, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/168875/Case-Studies-for-HSPA-ENG.pdf?ua=1, (Erişim Tarihi:03.01.2020).

⁹⁸⁶ WB, Dünya Bankası, **Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency, Vol. 1 Main Report**, <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/14824>, (Erişim Tarihi:03.01.2020).

⁹⁸⁷ Resmi Gazete, **Adalet ve Kalkınma Partisi 58. Hükümet Programı**, Tarih:29.11.2002, Sayı:24951.

⁹⁸⁸ Ayşen Bulut, "Türkiye'de Sağık Reformunun...", s. 119.

SDP birçok uygulamayı içine almaktaydı. İlkelerinden piyasa aktörlerine ehemmiyet verdiği anlaşılmaktaydı. Bu ilkelere baktığımızda; sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti olarak verilmeyeceği, Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici bir fonksiyonu olacaktır. Bizzat yerine getirmeyeceği hizmeti, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği ile yapacaktır. Yapacağı hizmeti tariflerken piyasa temelli bir dil kullanıldığı görülmektedir. İdari ve mali açıdan verimli olması beklenen sağlık kurumları, motivasyonu olan sağlık iş gücü, hizmetin niteliğinin ve etkinliğinin artırılması için de kalite ve akreditasyon konularında çeşitli standartları yakalamaları istenmiştir. Katılımcılık kavramı kullanılmış; sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, çıkar ayrılıklarının ortadan kaldırılması, demokratik bir yönetimin gerekliliğini ve hizmete etki eden tüm sektörlerin ayrı birimlerin olası yararları göz önünde bulundurularak ortak noktalarda buluşması gerektiği vurgulanmıştır.⁹⁸⁹

Etkin devletin ortaya çıkış nedeninden başlanarak kaynakların etkin kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite düzeyinin sağlanması amaçlanmıştır. Çözüm olarak sağlık sisteminin finansmanı, yönetimi, örgütlenmesi, iş gücü, hizmet arzı, haberleşme ve hukuksal boyutlarının tekrar yapılandırılması hedeflenmektedir. Yataklı tedavi kurumlarının işletmecilik esasına göre verimli ve etkili yönetilememesi, kendi geliriyle giderini karşılayamaması, rekabete açık olmaması, idari ve mali özerkliğe sahip olamaması faydalı olamamalarının nedenleri olarak gösterilmiştir. Sağlıkta gerek katılım paylarının düşük gerekse sosyal güvenlik sistemlerinin hizmetin tamamını ödememesinden dolayı yapılan sübvansiyonlar nüfusun güvenceli her kesimine yapıldığı için asıl ihtiyaç sahiplerine doğrudan sübvansiyon yapılamamaktadır. Hedefler arasında ise sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu, personel politikaları, yönetim yapısı, toplum sağlığının korunması konularını kapsayan

⁹⁸⁹ Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (2002-2008)**, s. 22.

yeni yasal düzenlemeler yapılacak ve mevcut mevzuat güncelleştirilecektir. Özel sektörün sağlık sektöründeki faaliyetleri özendirilmesi amaçlanmıştır.⁹⁹⁰

Reform önerileri neoliberal ekseninde tek bir model üzerinden yapılmak istenmiştir. Bu kapsamda reform önerilen ülkeler; Şili, Arjantin, Bulgaristan, dağıtılan SSCB ve Doğu Avrupa ülkeleri. Tüm bu ülkeler genelinde hizmetin değişen bazı yönleri olduğunu görmek mümkündür; sözleşmeli sağlık çalışanlarının arttığı, devletin sağlık hizmeti vermekten çekildiği, aile hekimliği sistemine geçildiği, tedavi hizmetlerinin sunulduğu kurumların özelleştirildiği, genel sağlık sigortası sistemine geçilerek tüm ülkenin kayıtlı sigorta sistemi içerisine alınması, genel bütçe yerine GSS Primi /Temel Güvence Paketi'yle hizmetin finansı, toplumdan ziyade aile hekimliği gibi bireye özgü hizmet, hastalığı yenecek etkenleri kullanarak hastanın sıkıntılarını gidermeye yönelik hizmet, yapılan işlemlerin ücretlendirilmesi, alım satıma konu olabilecek uygulamaların arttırılması, fazlaca tıbbi teknolojiye yararlanma, hizmetin pahalılaşması, başta ilaç olmak üzere üst düzey tıp teknolojilerinde dışarıya bağlı bir yapının oluşmasıyla karşılaşmıştır.⁹⁹¹

SDP örgütlenme, finansman ve hizmet sunumu olarak üç ana başlıkta toplanabilir. Sosyal güvenlik sistemi yeniden yapılandırılarak (Emekli Sandığı, Bağ-kur ve SSK) SGK çatısı altında birleştirilmiştir. Diğer değişiklik birinci basamak sağlık hizmeti sunumunun “aile hekimliği” sistemi adı altında yeniden oluşturulması, ikinci ve üçüncü basamak sağlık örgütlenmesinin ise “sağlık işletmesi” modelinin getirilmesidir. Sonuncusu ise Sağlık Bakanlığı'nın 2011' yılından 2016 yılına kadar yürütmeye çalışıp

⁹⁹⁰ Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)**, <http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

⁹⁹¹ Emine Baran, **Türkiye’de Sosyalleştirme’den “Sağlıkta Dönüşüm’e Sağlık Harcamaları ve Mevzuatı**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, s. 228.

vazgeçtiği; merkez teşkilatının “düzenleyici” fonksiyonuna uygun bir örgütlenme modelinin oluşturulması olmuştur.⁹⁹²

SDP 2003 yılında uygulamaya konmuş ve toplumun sağlık hizmeti sunumundan memnuniyetin arttığı yönde sonuçlar açıklanmaktadır.⁹⁹³ Bu memnuniyet artışının olumlu olması: acil sağlık hizmetlerinde 112 acil yardım noktaları ve ambulansların donanımlarının artırılması, ambulans helikopter, uçak ambulansı, kar paletli ambulans ve deniz ambulanslarının temin edilmiş olması bulunmaktadır. İlacın eşdeğer ilaç uygulamasıyla ucuzlaması, muayene sırası beklemenin ortadan kalkması, “bıçak parası” ya da bağış adı altında alınan ücretin yasaklanması, Yeşil Kart sahiplerinin GSS’ye devredilerek⁹⁹⁴ yatarak tedavilerinde karşılanması önemli adımlar olmuştur. Türk Silahlı Kuvvetleri, Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur rejimine tabi olanlar farklı primler toplamakta ve farklı hizmet paketleri sunan kuruluşlardı. Genel Sağlık Sigortası uygulaması farklı sosyal güvenceleri tek çatı altında toplayarak toplumun genelinde sağlık hizmetinden yararlanma koşullarını iyileştirdiğine dair bir düşünce oluşmuştur.⁹⁹⁵ SDP’nin uygulamalarının memnuniyeti artırmasının nedenlerinden bir diğeri; hastanelerin modernizasyonunun sağlanması ve teknoloji yatırımı yapılması, sağlık birimlerinde bürokrasinin azaltılması, dokümantasyon ve arşivleme sisteminin yenilenmesi sayılabilir.⁹⁹⁶ Ülkemizde kullanılan tıbbi cihazların sayısı 2002 yılından, 2013 sonuna kadar hızlı bir biçimde artmıştır; bilgisayarlı tomografi 3, ultrasonografi 4, manyetik rezonans 13, elektrokardiyografi 6 ve doppler ultrason 4 kat artış göstermiştir.⁹⁹⁷ 2017 yılı itibarıyla manyetik rezonans ve beyin tomografisi cihazlarının

⁹⁹² Hatice Erol ve Abdullah Özdemir, “Türkiye’de Sağlık Reformları...”, s. 12-13.

⁹⁹³ Sağlık Bakanlığı İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı, **Sağlık Göstergeleri Eylül 2018**, https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/inc/saglik_gostergeleri.pdf, (Erişim Tarihi:08.10.2019)

⁹⁹⁴ Resmi Gazete, **5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu** madde: 60, Tarih:16.06.2006, Sayı:26200

⁹⁹⁵ Osman Elbek, “Herşey Sermaye İçin Sevgilim”, **Türkiye’de Sağlık, Siyaset, Piyasa**, Notabene Yayınları, Ankara, 2015, s. 26.

⁹⁹⁶ **A.k.**, s. 27.

⁹⁹⁷ Sağlık Bakanlığı **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014**, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5119,liktrpdf.pdf?0>, (Erişim Tarihi:14.10.2019).

sayısı yavaş diğerleri ise hızlı bir biçimde artmaya devam etmiştir.⁹⁹⁸ Bu sayılar OECD ülkelerindeki sayıların ortalamasından daha az olmakla beraber ithal olduğundan ülkeye maliyeti,⁹⁹⁹ ayrıca teşhis ve tedavide cihazların fazlaca kullanımı nedeniyle sosyal sigorta sistemine maliyeti olmaktadır.¹⁰⁰⁰¹⁰⁰¹ Bu durum neoliberal anlayıştaki daha fazla kar edebilmek için kullanımın artırılması güdüsünü akla getirmektedir.¹⁰⁰²

Hastaların memnuniyetini artıran husus; özel sağlık kuruluşlarına (ki devletin ödemeye katkısı bulunmaktadır) ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastanelerine gitmek zorunda olan geniş nüfus kesiminin devlet hastanelerine başvurabilme olanağının sağlanmasıdır. SSK'ya bağlı 145 hastane, 212 dispanser, 11 ağız dış sağlığı merkezi ile 2 özel dal merkezi olmak üzere toplam 370 sağlık tesisi Sağlık Bakanlığı'na geçiyor. SSK'ya ait 212 dispanser, Sağlık Bakanlığı hastanelerine bağlı semt polikliniği olarak hizmet verecek. Sağlık Bakanlığı, SSK hastanelerinin devri ile hastane sayısını 813'e çıkarmıştır.¹⁰⁰³ Seçenekleri çoğalan hasta hem muayene olabilmek için uzun süre beklemeyecek hem de birden çok hekim içerisinde tercihte bulunabilmiştir.

Sosyalleştirmenin “ocak” sistemi üzerine yapılandırılmasının yerini alan Aile Hekimliği, Sağlıkta Dönüşüm Programı Sisteminin bileşiklerinden üçüncüsüdür. İlk kez 1993 yılında Sağlık Bakanlığı'nca açıklanmış Ulusal Sağlık Politikası'nda sağlık hizmetlerinin sunumuna dair stratejilerde aile hekimliğine geçileceğinden söz

⁹⁹⁸ Sağlık Bakanlığı **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017**, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>, (Erişim Tarihi:14.10.2019).

⁹⁹⁹ Salih Mollahaliloğlu, Hakan Oğuz Arı, Hasan Gökhan Öncül ve Hakkı Gürsöz, “Türk Sağlık Sektöründe Tıbbi Cihazların Sayısal Durumu, Bölgesel Dağılımı ve OECD Ülkeleri İle Karşılaştırmalar”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 2009, Cilt 12 Sayı 1, s. 69-86.

¹⁰⁰⁰ NTV Haber, “**Türkiye MR Çekiminde Dünya Birincisi**” adlı 22 Aralık 2017 tarihli haber, https://www.ntv.com.tr/saglik/turkiye-mr-cekiminde-dunya-birincisi,bPenOn_6WECA1MufzTojLA, (Erişim Tarihi:14.10.2019).

¹⁰⁰¹ Dış Hekimi Haber, “**Türkiye’de Hekime Müracaat Sayısında Rekor Artış**” adlı 10 Ocak 2018 tarihli haber, <https://dishekimihaber.net/saglik-personeli/turkiyede-hekime-muracaat-sayisinda-rekor-artis/>, (Erişim Tarihi:14.10.2019).

¹⁰⁰² Osman Elbek, “Herşey Sermaye İçin...”, s. 29.

¹⁰⁰³ Resmi Gazete, **Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun**, Tarih:19.01.2005, Sayı:25705.

edilmiştir.¹⁰⁰⁴ Bazı nedenlerden dolayı yapılamayan aile hekimliği 2003'te hükümetin Acil Eylem Paketi'yle, Sağlıkta Dönüşüm Programının içerisinde yerini almıştır. Aile Hekimliği uygulamasına 5258 sayılı Kanun'la geçilmiştir.¹⁰⁰⁵ 15 Eylül 2005'te ilk olarak Düzce ilinde uygulanmaya başlanmıştır. 2006 yılında 7 ilde, 2007 yılında 14 ilde, 2008 yılında 31 ilde, 2009 yılında 35 ilde ve 13 Aralık 2010 yılında tüm ülke aile hekimliği sistemine geçiş yapılmıştır. 2005 yılında çıkarılan yönetmelikle aile hekimliği uygulamasına ilişkin temel usul ve esaslar belirlenmiştir.¹⁰⁰⁶

Yönetmelikle eskiden tanı, tedavi ve koruyucu hizmetlerin bir arada olduğu sağlık ocağı sisteminden vazgeçilerek; tanı ve tedavinin aile sağlığı merkezlerinde aile hekimlerince, koruyucu hizmetlerininse TSM'lerce yürütülmesine geçilmiştir. Aile hekimleri kendisini seçen aile üyeleriyle yakından ve kişisel bağlar kurarak; sağlık eğitiminde, hastalıklardan korunmada ve sağlığın düzeyinin artırılmasında etkili bir role sahip olabilecekti. Aile hekimleri hizmet verecekleri binayı kiralamakta, anlaştığı yardımcı sağlık personeli ile çalışmakta, gerekli tıbbi belge, alet, araç ve gereçleri satın alarak sağlık hizmet sunumunda kullanmaktadır. Sağlık hizmetini verirken gereken bu masrafları ve kendi ücretini, kendisini hekim olarak tercih eden kimselerin sosyal güvencesinden karşılamaktadırlar. Uygulamaya geçiş evresinde her birey bulunduğu adresin bağlı olduğu hekim, doğrudan aile hekimi olmuş daha sonraki zamanlarda kişi dilerse hekimini değiştirebilmiştir. Bu durumda beğenilmeyen hekimin geliri de, kendisinden ayrılan nüfusla orantılı olarak düşecektir.

Bağlı kuruluş olarak oluşturulan bu yapılar sağlık hizmetini bizzat veren kurumların üst yapısıdır. Bakanlıkların ihtiyacı doğrultusunda oluşturulan bu yönetsel yapılar merkez teşkilatının ana unsuru değil ek unsuru anlamında bir işlevle

¹⁰⁰⁴ Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası**, Ankara 1993, s. 51, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ulusalsaglikpolitikasi.pdf>, (Erişim Tarihi:20.08.2020).

¹⁰⁰⁵ Resmi Gazete, Tarih:09.12.2004, Sayı:25665, bu kanunun adı Aile Hekimliği Kanunu olarak Resmi Gazete, Tarih:11.10.2011 Sayı:663 numaralı KHK'nın 58. Maddesi ile değiştirilmiştir.

¹⁰⁰⁶ Sağlık Bakanlığı, **Türkiye'de Aile Hekimliği**, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html>, (Erişim Tarihi:02.01.2020)

donatılmışlardır.¹⁰⁰⁷ Kamu tüzel kişilerinin, hukukun sağladığı sınırlar içerisinde vazifelerini ifa ederken, faaliyetin gerektirdiği finansal olanaklara, farklı bir bütçe ve karar organlarına sahip olmaları özerklik olarak tanımlanmaktadır. Bu anlamda sahip olduğu yetkilerle, hizmetlerinin gerektirdiği her tür satın alma ve kiralama işlemlerini yapabilmekteydiler.¹⁰⁰⁸ Bu KHK ile Sağlık Bakanlığı Ana Hizmet Birimleri, Danışma ve Denetim Birimleri, Yardımcı Birimler ve Sürekli Kurullar olmak üzere ayrılmıştır. Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatında il sağlık müdürlükleri ve onlara bağlı aile hekimleri, 112 ambulans teşkilatı, kamuya bağlı hastaneler yer almaktaydı. Sağlık Bakanlığı görüldüğü üzere kendisine vazife edinmiş olduğu Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, AÇ-SAP Genel Müdürlüğü, Sıtma, Verem ve Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı ana hizmet birimlerini tümüyle kaldırmıştır.

Eski örgüt yapısı İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olan hastaneler, TSM'ler, ASM'ler ve 112 Acil ve Ambulans hizmetleri bulunmaktaydı. Yeni oluşacak örgütlenmede personeli, bütçesi, yaptığı hizmet ve malvarlığı ile ciddi bir paya sahip olan hastaneler buradan koparılmaktaydı. Kamu Hastane Birlikleri bir ya da birkaç hastaneyi kapsayacak kendine has bütçesi, personeli ve yönetim yapısı oluşturulacaktı. TSM ve ASM'ler ise Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun taşra teşkilatını oluşturacaklardı. İllerde bulunan halk sağlığına ait şube müdürlüğünün görevi hedef ve strateji belirlemek, bakanlığın halk sağlığı alanında düzenlemelerini takip ve kontrol etmek, kamu hastane birlikleri ile halk sağlığı müdürlüğü arasında koordinasyonu

¹⁰⁰⁷ Resmi Gazete, **Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında Kanun Hükmünde Kararname**, Tarih:27.09.1984, Sayı:18540.

¹⁰⁰⁸ Aslan Kaplan, **Özerkleştirme ve Özelleştirme Teorileri ve Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Özerkleştirilmesi Çalışmaları Hakkında Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Çalışan Yüksek Öğrenimli Sağlık Personelinin Düşüncelerinin Tespiti Üzerine Bir Araştırma**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara 1997, s. 8.

sağlamak, aile hekimliği politikalarının uygulanmasını izlemek ve görev alanına giren konularda denetlemeleri yürütecekti.¹⁰⁰⁹

Kararname neticesinde oluşturulan yapı; politika belirleyen ve hizmet sunan birimlerin ayrılması, profesyonel yönetim, rekabetçilik, özel sektör yönetim anlayışının sağlık teşkilatına uyarlanması, uzman yöneticilerin sözleşmeye bağlı çalıştırılması, kaynak kullanımında disiplin, yatay örgütlenme, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri oluşturulmaya çalışılmıştı. Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda yürürlüğe koyulmuş olan 663 sayılı KHK örgüt yapısının oturmadığı ve yönetimde çok başlılığın olduğu bir durum ortaya çıkmıştır. Yönetimde; iletişim ve koordinasyon sağlanamamıştı. İkamesi olmayan, sağlık gibi önemli bir sektörün yönetimindeki böyle karmaşık bir yapı, zaman kaybına sebebiyet vermiş; ayrıca gereksiz bir bürokrasiye neden olmuştur. Kurumlarda etkinlik ve verimlilik, çalışanlarda ise performans ve motivasyonu konularında olumlu sonuçlar görülmüştü. Diğer yandan birden fazla yönetici atanması ve görev değişikliklerinin sıkça yaşanması mevcut durumu olumsuz etkilemişti. Çalışanların performans ve motivasyonları kapsamında değerlendirildiğinde olumlu sonuçlar yaşanmıştır. 663 sayılı KHK ile oluşturulan yeni yapı değişikliği sağlık teşkilatlanması açısından tam anlamıyla amacına ulaşamamıştı.¹⁰¹⁰ Bu sebeple 694 sayılı KHK ile sağlık teşkilatında yapılan değişimlerden vazgeçilerek eski sisteme tekrar dönmüştür.¹⁰¹¹ Sayılan kurumlar merkezde Sağlık Bakanlığı'na, taşrada il Sağlık Müdürlüğüne hiyerarşi olarak bağlanmışlardır. 663 sayılı KHK ile bakan yardımcıları yönetim hiyerarşisi içerisinde, bakanlığın asıl hizmet kategorisinde değerlendirilmiş olup, günümüzde bu durum devam etmektedir.

¹⁰⁰⁹ Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 23/05/2012 gün ve 5314 Sayılı, **Standart Kadro Yönergesi**, <https://yhg.m.saglik.gov.tr/TR,10684/bakanlik-tasra-standart-kadro--yonergesi-ve-ekleri.html>, (Erişim Tarihi:29.08.2019).

¹⁰¹⁰ Osman Kürşat Acar, "Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı; Isparta İli Üzerinden Nitel Bir Analiz", **Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi**, 2018 Cilt 7 Sayı 3, s.713-714.

¹⁰¹¹ Resmi Gazete, **Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname**, Tarih:15.08.2017, Sayı:694.

Söz konusu KHK ile hem merkez ve hem de taşra teşkilatı değiştirilmiştir. Merkez teşkilatında bağlı kuruluşlar arasına taşrada yataklı tedavi kurumlarının bağlı bulunduğu Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ile taşrada Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ile Aile Sağlığı Merkezleri'nin (ASM) merkezde çatısını oluşturan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, aile hekimliğinden yaklaşık yedi yıl sonra oluşturulmuştur.¹⁰¹²

TSM'nin kurulması planlanmadığı halde aksaklıklar nedeniyle 26.01.2010 tarihinde 2365 sayılı Yönerge ile aile hekimliği sisteminin yetişemediği veya eksik bıraktığı alanlarla ilgili bu merkezler kurulmuştur. Yönerge'nin kapsamında; TSM'lerin tipleri, fiziksel yapısı, personellerin kadro ve görevlerinin düzenlenmesi ve idari görevlerin yürütülmesi konuları düzenlenmiştir. Aile hekimi hastalıkların denetimi, çevre sağlığı, gerektiğinde adli tıp hizmetleri, okulların sağlığı, iş sağlığı ve güvenliği, acil sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, laboratuvar hizmetleri gibi hizmetlerin sunumu ve gerekli kurumlarla işbirliği içinde sağlık seviyesini yükseltmek için planlar yapmak gibi sorumluluklar verilmiştir.¹⁰¹³

TSM mevzuatının tamamlanması 2011'de çıkan Yönerge ile devam etmiştir. Halk Sağlığı Başkanlığı'nın merkez teşkilatı aile hekimliğinden çok sonra Türkiye Halk Sağlığı Kurumu olarak 2012 yılında kurulmuştur.¹⁰¹⁴ İl sağlık müdürlüğü çatısı altında taşra teşkilatında çeşitli başkanlık birimleri oluşturulmuştur. Bunlara; destek hizmetleri, sağlık hizmetleri, personel hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, destek hizmetleri, kamu hastaneleri ve halk sağlığı başkanlığıdır. 05.02.2015 tarihinde 29258 sayılı yönetmeliğe dönmüştür. TSM mevzuatının yönergeden yönetmeliğe dönmesiyle hizmetler yasal olarak daha kuvvetli hal almıştır. 2017 yılında 694 sayılı KHK ile Halk Sağlığı

¹⁰¹² **Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları ile Kadro Standartları Hakkında Yönerge**, Tarih:10. 04. 2012 1737 sayılı Sağlık Bakan'ının oluruyla yürürlüğe girmiştir, https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/yonergeler/THSK_tasra_yonergesi_guncel.pdf, (Erişim Tarihi:03.01.2020).

¹⁰¹³ Sağlık Bakanlığı, **Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge**, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1333,tsmyonerget27ocak2010pdf.pdf?0>, (Erişim Tarihi:02.01.2020).

¹⁰¹⁴ Resmi Gazete, **Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul Ve Esasları İle Kadro Standartları Hakkında Yönerge**, Tarih:07.03.2012, Sayı:28226.

Hizmetleri Başkanlığı illerde İl Sağlık Müdürlüğü çatısı altında, merkez teşkilatında ise Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nde temsil edilmektedir.

Halk Sağlığı Başkanlığı içerisinde; toplum sağlığı hizmetleri birimi ve aile hekimliği birimi bulunur. TSM'nin görevlerini belirleyen yönetmelik ise 2015 yılında yayınlanmıştır. Her ilçede ve büyükşehir kanununa tabii olmayan il merkezlerinde bir TSM kurulması esastır. TSM'nin görevleri bu yönetmelikte (8. Madde) aile hekimliğinden arta kalan genel sağlığın izlenilmesi, bağışıklama, salgın kontrolü, kadın, çocuk, zoonotik ve vektör kaynaklı hastalıklar üreme, kanserde erken teşhis, ön tanı koyma maksatlı taramalar diye devam etmiş sonunda ise diğer görevler olarak yoruma açık bırakılmıştır.

TSM bünyesinde KETEM, AÇS-AP (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması), VSD (Verem Savaş Dispanseri), TSM İSG (Toplum Sağlığı Merkezleri İş Sağlığı ve Güvenliği), Diyabet ve Obezite, Hemoglobino-pati Tanı, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Sıtma ile Mücadele ve Sağlık Evi bağlı birimleri açılabilir. Bu birimler kurumda belirlenen amaçlara paralel biçimde ve gereksinimler yönünde valiliğin teklifi ve kurumun onayı ile açılabilir, ihtiyaç olmadığında kapatılabilecektir.¹⁰¹⁵

Yönetmelikte TSM'ler, kendi sınırları içerisinde yaşayanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla sağlığa dair risk ve sorun alanları belirleyen, belirlenen bu sorunları düzeltmek ve önlemek için çaba gösteren, birinci basamağa ait koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin koordinasyonu, etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, kontrol eden, destek olan, değerlendiren sağlık kuruluşları olarak tarif edilmişlerdir. TSM'lerin görevleri arasında; bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın, tüberküloz, kadın, çocuk ve ergen sağlığı, kanser taramaları ve eğitim, çevre sağlığı, çalışan sağlığı ve güvenliğine dair hizmetler, okul sağlığı hizmetleri, evde sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri gibi birinci basamak koruyucu

¹⁰¹⁵ Resmi Gazete, **Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği**, Tarih:05.02. 2015, Sayı:29258.

sağlık hizmeti ile ilişkili görevleri bulunmaktadır. Ayrıca Kansere Erken Teşhis Tarama ve Eğitim, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, Verem Savaş Dispanseri, Toplum Sağlığı Merkezlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri, Diyabet ve Obezite, Hemoglobinopati Tanı, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Sıtma ile Mücadele, Sağlık Evi gibi TSM ihtiyaçlarına göre hizmet veren birimler açılabilir.¹⁰¹⁶

TSM'ler nüfusu 15.000'e kadar olan ilçelerde ve 5216 sayılı büyükşehir belediyeleriyle ilgili yasaya dahil olmayan il merkezlerinde bir tane olmak üzere kurulurlar. Nüfusu 15.000-30.000 ilçelerde ilçe sağlık müdürlüğü kurulmamışsa TSM'lerce yürütülür. Nüfusu 30.000 ve üzerindeyse ilçe devlet hastanesi bulunduğundan TSM kurulmaz. Öngörülen hizmetler ilçe sağlık müdürlüğü, ilçe sağlık müdürlüğünün de kurulmadığı yerlerde ise ilçe devlet hastanesi tarafından yürütülür. İhtiyaç doğrultusunda, farklı bir binada TSM bağlı birimi ve/veya ek birimi açılabilir. TSM'ler ile ek ve bağlı birimlerinin açılması, kapatılması ve yer değişikliği ilgili Müdürlüğün teklifi ve Bakanlığın onayı ile gerçekleştirilir. TSM'nin olduğu yerlerde, ilçe sağlık müdürlüğüne ait hizmetler TSM'lerce yerine getirilir.¹⁰¹⁷

TSM bireye özgü koruyucu sağlık hizmetleriyle tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden geriye kalan temel sağlık hizmetlerini tek elde toplayıp daha etkin verebilmek için kurulmuşlardır. Koruyucu sağlık hizmetleri, üreme sağlığına dönük hizmetler, okul sağlığına yönelik hizmetler sağlığın geliştirilmesi ve teşviki ve çevreye yönelik hizmetler olarak özetlenebilir.¹⁰¹⁸

TSM'ler görüldüğü üzere kapsamı geniş bir çerçevede olabilen koruyucu sağlık hizmetleriyle erken tanı konulmasını gerektiren hastalıkların tespitiyle ilgili görevler

¹⁰¹⁶ Lütfi Saltuk Demir, Yasemin Durduran, Mehmet Uyar ve Tahir Kemal Şahin, "Toplum Sağlığı Mevzuatına Bir Bakış", **Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi**, 2017, Cilt 3 Sayı 2, s.73-80.

¹⁰¹⁷ Resmi Gazete, **Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği**, Tarih:05.02.2015 Sayı:29258.

¹⁰¹⁸ Resmi Gazete, **Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği**, Tarih:05.02.2015 , Sayı:29258.

üstlenmişlerdir. TSM'ler ilçelerde ve büyükşehir belediyesi olmayan illerin merkezlerinde mutlaka bir adet olmak üzere, büyükşehir olan il merkezlerinde ise ihtiyaca göre valiliğin teklifi ve kurumun onayıyla açılacaklardır (madde 5). Köyde, beldelerde ve ilin büyüklüğüne göre uzağında yaşayan vatandaşın TSM'lerce sunulan sağlık hizmetlerine erişimleri mümkün olamayacaktır.

III. BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ

Bu bölümde Türk tarihinde sağlık hizmetini kim ya da kimler tarafından verildiğine değinilmiştir. Yıllar içerisinde bunun nasıl ve ne yönde değiştiği anlatılmıştır. Bahsi geçen konularla ilgili, 20. yüzyıla kadar olan bilgilerin yetersizliği nedeniyle TSH ayırt edilmeksizin verilmiştir. Sonrasında yalnızca TSH' ye ait olanlar ayrıştırılmaya çalışılmıştır.

Türkler, İslamiyet'le tanışmadan önce şamanlar hem dini hem de tedavi maksatlı uygulamalar yapmaktaydı. Kötü ruhlardan oluşan beden çeşitli biçimlerde temizlenmeye çalışılmaktaydı. Selçuklular döneminde ordunun ihtiyaçları için seyyar hastane kurulduğu bilinmektedir. İslamiyet'ten sonra hükümdar ve ailesinin bağışlarıyla kurulan yapılarda, arazi gelirlerinden vakıf için ayrılmış olanların gelirleriyle çeşitli yapılarda yoksullara, düşkünlere, yetimlere, yolculara yemek sağlanmış ve çeşitli bakımları yapıldığı bilinmektedir. Saray için hekimbaşılık kurumu, ordu için yaya başılar sonrasında yeniçeri ocağında çalışan hekimler bulunmaktaydı. 18. yüzyılda toprak kayıplarıyla profesyonel orduya olan ihtiyaç açığa çıkmıştır. Orduda başlayan reformlarla beraber ordunun ihtiyaçlarını karşılayacak batı tipi hastaneler kurulmuştur. Ordunun ihtiyacı için hekim yetiştirmek üzere tıp okulu açılmıştır. 19. yüzyılda mali, idari ve adli alanda birçok yeni yapılanma olmuştur.

Bu yeni değişikliklerle yapılan modernleşme yönünde hareketler devletin merkezileşme yönünde adımları olmuştur. Diğer kamu hizmetleri gibi sağlık hizmeti de

merkezileşmiştir. 19. yüzyıl salgınlarıyla devlet, diğer devletlerle ortak önlem almak için uluslararası arenada bir araya gelmiştir. Osmanlı Devleti sınırları içerisinde görülen kolera salgını sonrası birçok ölüm gerçekleşmiştir. İstanbul merkez olmak üzere Karantina Meclisi kurularak geniş yetkilerle donatılmıştır. Bu meclisin üyeleri uluslar arası bir nitelik arz etmiştir. 1851’de Paris’te bir konferans toplanmış ve devletlerin birlikte hareket etmesi kararlaştırılmıştır. Ücretleri merkezi bütçeden karşılanan hekimler tayin edilmiştir.

Kurtuluş Savaşı sonrası ülkede ilk alınan kararlardan biri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın kurulması olmuştur. Nitekim kaybedilen topraklardan gelen insanların göçüyle kolera, tifüs, tifo gibi birçok salgın hastalık baş göstermiştir. Bu nedenle derhal çözüm bulunmaya çalışılmıştır. İlk yıllarda çıkarılan kanunlar koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlık personelinin oluşturulmasına yönelik olmuştur. Dikey örgüt modeliyle verem, sıtma, trahom gibi hastalıklara hızlı müdahale edileceği düşünülmüştür. Osmanlı Devleti’nin son döneminde başlayan belediyelere hekim çalıştırma yükümlülüğü devam etmiştir. 1945 sonrası hastaneler merkezi idarenin yönetimine alınmıştır.

Sağlık hizmetlerini devletin üstlendiği, sosyalleştirme yasası 1961 Anayasası sonrasında ülke geneline yayılan, nüfusa göre teşkilatlanma öneren, kapsamlı bir hizmeti hedeflemiştir. Bu örgütlenme modeli; hükümetlerin modeli yeterince sahiplenmemeleri, sağlık hizmetinin örgütlenmesine ve uygulamalarına yapılan politik müdahaleler, altyapı ve fiziksel eksiklikler, finansal desteğin başından itibaren bulunamaması, verilen hizmetin genişliği ve sağlık ekibinde bulunan kişilerin zamanın ortaya çıkardığı ihtiyaçlar doğrultusunda genişletilmemiş olması, diğer basamaklarla entegre bir biçimde çalışma ve koordinasyonun bir türlü gereken düzeyde olmaması, toplum katılımının yeterince gerçekleşmemesi, uygulamaların ulaşılabilirliği anlamında ekonomik, coğrafi, teknik, lojistik ve kültürel ayakları yeterince sağlanamamış olması,

şehirlerde, şehrin ihtiyaçlarıyla orantılı bir sağlık hizmeti uyarlanamaması, kayıt sisteminin kurumsallaştırılamaması ve çalışanların özlük haklarının kötü olması nedeniyle diğer basamaklarda çalıştırılmak istemeleri personel dağılımının kötü olması gibi nedenlerle hedeflerini yeterince gerçekleştirememiştir.

1980 sonrası liberalleşme yönünde atılan adımlar çeşitli yargı iptalleriyle karşılaşmıştır. 1990'lı yıllar çeşitli girişimlerle reformun altyapısına dair kararların verildiği kongreler yapılmıştır. 2000'li yıllarda hükümet programıyla Sağlık Dönüşüm Projesi'nin ayaklarının neler olacağı yer bulmuş ve ilerleyen yıllarda sağlık hizmetlerinde köklü reformlara gidilmiştir. Birçok yeni değişiklik yanında, TSH'nin sunulduğu birinci basamak sağlık hizmetleri iki ayak üzerinde ayrılmıştır. Tedavi edici sağlık hizmetleri Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM), koruyucu sağlık hizmetleri Toplum Sağlığı Merkezleri'nde (TSM) olmak üzere ikiye ayrılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİYLE İLGİLİ MEVCUT DURUMUN

DEĞERLENDİRİLMESİ

20. yüzyılda iletişim teknolojilerinin artmasıyla, hastalık, açlık ya da doğa felaketleri sebebiyle hayatını kaybedenlerden herkes haberdar olabilmekteydi. İnsanlar, ülkelerin sağlık durumu ve düzeyleriyle ilgili bilgi edinip, karşılaştırmalar yapabilmekteydi.¹⁰¹⁹ 1960'lar birçok gelişmekte olan ülke için, eski sömürge güçleriyle mücadeleler sonrasında yeni kazanılmış bağımsızlık yıllarıydı. Bu bağımsızlığa, insanlara yüksek standartta sağlık, eğitim ve diğer hizmetler sunmak için bir coşku eşlik etmişti. Dönemin hükümetleri genellikle hayırsever örgütlerin¹⁰²⁰ yardımlarıyla hastane ve sağlık personeli yetiştiren okulları kurmaya başlamışlardı. Bu üçüncül hizmetler, ülkenin sağlık bakım bütçesinin en büyük kısmını kullanmışlardır. Çoğunlukla kentsel alanlarda kurulmuşlardır. Bu durum kırsal bölgelerde yaşayanlar için erişim sorunları yaratmıştı. Kırsal bölgelere çoğunlukla gelen sağlık hizmetleri, misyonerlik hastane/klinikleri ya da kentte bulunan hastanelerden sağlanan gezici hizmetlerle sağlanmıştır. Kırsal alanlarda farklı standart ve kalite düzeylerinde çeşitli hizmetlere rastlanmıştır. Nüfusun çoğunluğu hala geleneksel şifacıları ziyaret etmekteydiler. 1970'lere gelindiğinde, kırsal topluluklar için morbidite ve mortalite oranları düzelmemekte hatta bazı yerlerde giderek bozulmaktaydı. İnsanların sağlık hizmetine erişimi olan bazı yerlerde, hastalık hakkındaki kültürel inançlar yüzünden bu hizmetler kullanılmamaktaydı. 1960'lı ve 70'li yıllarda Çin, Tanzanya, Sudan ve Venezuela gibi ülkeler yoksul kırsal nüfusları kapsayan temel bakım hizmetleri sunmak için başarılı

¹⁰¹⁹ Recep Akdur, Meltem Çöl, Ayşe Işık, Aysun İdil, Meral Durmuşoğlu ve Arslan Tunçbilek, **Halk Sağlığı**, s. 16-18.

¹⁰²⁰ Aziz Küçük, "Hayırseverliğin Ötesi: Türkiye'de Nüfus ve Tarım Politikalarında Rockefeller Etkisi", **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Yıl:2020 Cilt 75 Sayı 4, s.1491-1516.

programlar başlatmışlardı. Bu ülkelere Hindistan, Küba, İran ve Vietnam'ı da eklemek gerekmektedir.¹⁰²¹ Bu ülkeler DSÖ'nün dikey örgütlenme modeli yerine yatay örgütlenmelerle sağlık hizmeti vermeye başlamışlardı. Örneğin; Çin'de yalınayak doktorlar. Temiz içme suyu sağlanması, sanitasyon ve beslenme gibi sağlığı asıl belirleyen, hastalığın oluşmasına engel olan sosyal belirleyicilere yönelerek önemli ilerlemeler kaydetmişlerdi.¹⁰²²

Bütün kurum ve kuruluşlarıyla yetmişli yıllar dünyanın sağlık durumunun ve sağlık düzeyinin değerlendirildiği yıllar olmuştur. Değerlendirmeler WHO, UNICEF, FAO, UNESCO vb örgütlerle ulus üstü düzeyde gerçekleşmiştir. 1970'lerde DSÖ ve UNICEF geliştirmekte olan ülkelerin sağlık hizmetlerinin sunumunu; tüm toplum kesimlerine eşit bir biçimde verilen, finansal erişilebilirliği olan, hastalıkları önlemeyi hedefleyen ve sağlık düzeyini iyileştirme yönünde değişmesine ihtiyaç olduğunu belirtmiştir. Gelişmiş ülkelerin çoğunda sağlık, eğitim ve refah hizmetlerinin sağlanmasında hükümetin rolünün yeni kabul edildiği bir dönemde SSCB ve Çin gibi sosyalist ekonomilere sahip büyük ülkelerde mevcut uygulamalar devam etmekteydi.¹⁰²³

İnsanlığın sağlıkla ilgili durumunda; beklenen ömür yaşı, bebek ölüm hızı ve aşılama konularında ülkeler arasında ciddi uçurumlar bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gelişmekte olan ülkelere kolay tedbirlerle korunulabilecek hastalıklardan, kayıplar önlenememekteydi. Buna rağmen gelişmiş ülkelerin insanlarında bu hastalıklara rastlanmamaktaydı. Yeterli beslenememe, sağlıksız çevre koşulları, güvenli su kaynaklarının olmaması, yoksulluk vb. sorunlar plansız kentleşmeyle birlikte derinleştiği tespitini yapmıştır. İnsanlık ve onun adına sözcülük yapan uluslararası kuruluşların saptamalarına göre; genel sağlık düzeyi iyi değildi. Sağlık hizmetlerine

¹⁰²¹ John J Hall ve Richard Taylor, "Health for all Beyond 2000: the Demise of the Alma-Ata Declaration and Primary Health care in Developing Countries", **Global Health**, Vol. 178, January 2003, s. 17.

¹⁰²² Mehmet Akif Akalın, **Alma Ata'dan Astana'ya**, <http://haber.sol.org.tr/blog/sinifin-sagligi/akif-akalin/alma-atadan-astanaya-249651>, (Erişim Tarihi:29.07.2019).

¹⁰²³ John J Hall ve Richard Taylor, "Health for all Beyond...", s. 17.

erişilebilirlik noktasında hem ülke içerisinde hem de ülkeler arasında ciddi farklar bulunmuştu.¹⁰²⁴ Ne yazık ki bu saptama hala gerçekliğini korumaktadır.

DSÖ Kurulu 1973'te toplanmış bazı saptamalarda bulunmuştur. Birçok ülkede sağlık hizmetlerindeki gelişme tüm faktörler göz önüne alındığında toplumların gelişmişlik seviyesiyle benzer olmadığı ifade edilmiştir. Verilen sağlık hizmetinin insanların beklentileriyle uyuşmadığı belirlenmiştir. Yaklaşık bir milyar kişi yoksulluk, kötü beslenme ve hastalıklar nedeniyle yetemez derecede düşkün ve çalışamaz durumdaydı. Gelecekleri için herhangi bir ümitleri yoktu. Bazı ülkelerde beklenen yaşam süresi 72 iken bazılarında 55 yıl kadardı. Kimi ülkelerde ise bazı Afrika ve Asya ülkeleri gibi bu 50 yaşın altına inebilmekteydi. Gelişmekte olan ülkelerde doğan bebekler sadece ilk birkaç gün yaşayabilmekteydi. Gelişmekte olan ülkelerde insanlar, korunabilecekleri sağlık sorunları nedeniyle ölmekteydiler. Halen gelişmekte olan ülkelerin sorunları olarak bilinen kalp damar hastalıkları, kanser ve kazalara bağlı ölümler ise gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktaydı. Gelişmekte olan ülkelerde her yıl doğan seksen milyon bebekten 72 milyonu hiç bir hastalığa karşı aşılanamamaktaydı. Dünyada 1,2 milyar kişi sıtma kuşağında yaşamakta ve yalnız Afrika'da, her yıl bir milyon çocuk sıtma nedeniyle ölmekteydi. Gelişmiş ülkelerde kişi başına günde 3.400 kalorilik gıda tüketimi olduğu halde gelişmekte olan ülkelerde 2.000-2.400 kalori tüketilmekteydi. Sağlıklı çevre koşulları gelişmekte olan ülkelerde endüstrileşme ve hızlı kentleşmenin yol açtığı sorunlarla daha da ağırlaşmaktaydı. Dünyada 900 milyon yetişkin okuma yazma bilmemekteydi. Dünya nüfusunun üçte ikisi sağlık hizmetlerinden yoksundu. Özellikle gelişmekte olan bazı ülkelerde yüz bin kişi başına ellinin altında sağlık personeli düşmektedir. Bu oran gelişmiş ülkelere oranla 15 kat daha fazladır.¹⁰²⁵

¹⁰²⁴ Recep Akdur, Meltem Çöl, Ayşe Işık, Aysun İdil, Meral Durmuşoğlu, Arslan Tunçbilek, **Halk Sağlığı**, s. 16-18.

¹⁰²⁵ Çağatay Güler, “**Temel Sağlık Hizmetlerinde...**”, s.25 vd.

Bu görüş ve tespitlerin etkisiyle 1977 yılında bir araya gelen, DSÖ 30. Asamblesi (genel kurulu) “2000 Yılında Herkese Sağlık” diye bilinen ve sloganlaşan bir amacı benimsedi ve karar altına aldı. 1980 yılında tüm hedeflerin başlangıç yılı sayılmış 1999 yılı tamamlanma yılı olarak belirlenmiştir. Genel Kurul 2000 yılına kadar gerçekleştirilmesini kabul etmiş olması sebebiyle yaygın olarak “2000 yılına kadar herkese sağlık” olarak kullanılmış ve adlandırılmıştır.¹⁰²⁶

Sosyal, kültürel, ekonomik boyutları bulunan kapitalizm 1970’ler de girdiği ekonomik krizi aşabilmek için yeni bir takım hedefler öngörmekteydi. Neoliberal dönüşüm için devletin küçültülmesi ve yerini özel sektöre bırakması gerekmekteydi. Piyasanın verimliliği getireceği inancıyla, girişimcinin özgürlüğü arttırılmalı ve piyasa aktörlerinin oluşumuna çalışılmalı böylelikle refah artışı sağlanmış olacaktı. Devlet ekonomide hiçbir rol üstlenmemeliydi.¹⁰²⁷ 1980’li yıllarda sosyal refah devletlerine vurgu yapılarak piyasa öncülüğünde ve piyasa prensipleri doğrultusunda devletin, sosyal ve ekonomik alandan uzaklaştırılmasına çabalanmıştır. Devlet içerisinde bu tür değişiklikler meydana gelirken, devletin dışında ise ulus devletin küreselleşmesine yönelik politik kararlar alınmaktaydı.¹⁰²⁸

2003 yılında uygulamaya koyulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP); DSÖ’nün “21. Yüzyılda Herkese Sağlık” politikasını, Avrupa Birliği’nce yayınlanan “Katılım Ortaklığı Belgesi”yle diğer uluslararası çalışmaları da dikkate alarak hazırlanmıştır.¹⁰²⁹ SDP’nin büyük ölçüde Dünya Bankası’na ait Haziran 2002’de yayınlanan Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar adlı raporun temel alınarak oluşturulduğu düşünülmektedir. Türkiye’de yapılan

¹⁰²⁶ Erhan Nalçacı (Edit.), Onur Hamzaoglu, Erkin Özalp, **Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü**, s. 121.

¹⁰²⁷ Eylem Çamuroğlu Çığ, Ünsal Çığ, “Neoliberal Akılsallığın Bir Semptomu Olarak Kriz ve İletişimi ve Yönetimi”, **Atılım Sosyal Bilimler Dergisi**, 2013, Cilt 3 Sayı 1-2, s. 80.

¹⁰²⁸ Eray Acar, “Neoliberalizm ve Sosyal Refah Devleti Ekseninde Üçüncü Yol Yaklaşımı”, **Kastamonu Üniversitesi İİBF Dergisi**, 2017, Cilt 18 Sayı 1 Özel Sayı, s.248, <https://dergipark.org.tr/download/article-file/361178>, (Erişim Tarihi:27.07.2019).

¹⁰²⁹ Recep Akdağ (Edit.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008**, s. 8.

reformların, raporda önerilen yol haritasından etkilenecek yapıldığı iddia edilmektedir.¹⁰³⁰ Dünya Bankası 2004 yılından bu yana kredi sağlayarak da SDP'yi desteklemektedir.¹⁰³¹

I. ALMA ATA (1978) VE ASTANA (2018) KONFERANSLARINDA TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

1970'li yıllarda azgelişmiş ülkelerin gelişmiş ülkelere nazaran yoksul olmasının nedeniyle ilgili dünyadaki genel düşünce; nüfuslarının fazla olmasına karşın kaynaklarının az olmasıydı. Bu duruma çözüm olarak nüfuslarının azaltılması bulunmuştur. Öneriyi tasvip edip yaygınlaştırmaya çalışan organlardan biri de DSÖ idi. 1970'li yıllarda yaşanan petrol ve diğer hammadde krizlerinde ise azgelişmiş ülkelerin, bu kaynaklarının çok olmasına rağmen neden en ağır bu ülkelerde yaşandığı sorusunu akıllara getirmiştir. Bu kez, azgelişmiş ülkelerin uygun teknolojiye sahip olmamaları neden olarak gösterilmişti. Çözüm olarak teknoloji transferi ve buna dair uygun teknoloji teorileri üretilmişti. 1960'ların sonundan başlayarak 1970'ler boyunca dünyayı saran tehlike uluslararası merkezlerin nüfus kontrolü ve teknoloji transferi vb. konular geçmiş yerine ulusal kurtuluş hareketlerine dair gündem başlamıştı. Politik hareketler neticesinde kurulan devletler, kendi ülkelerinin yoksul olmasının nedenini; az sayıda devletin çok, çok sayıda devletin ise az miktarda sahip olduğu kaynakların yaratmış olduğu güç dağılımından kaynaklandığını iddia etmişlerdir. Bulunan çözüm ise kaynakların yeniden dağıtılmasıydı. Bu değişim eşitlik, sosyal adalet, insan hakları vb. gibi kavramlar nezdinde BM ve DSÖ'ye de yansımıştı. Kaynakların dağılımında bazı değişiklikler yapılması gerektiği ama bu değişikliklerin çatışmayla değil uzlaşma ile

¹⁰³⁰ Kayıhan Pala, "Dünya Bankası'nın Türkiye İçin Sağlık Politikası", **Toplum ve Hekim Dergisi**, 2003, Cilt 18 Sayı 2, s. 115.

¹⁰³¹ TÜSİAD, **Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri**, <https://tusiad.org/tr/yayinlar/raporlar/item/3597-saglikli-bir-gelecek--saglik-reformu-yolunda-uygulanabilir-cozum-onerileri>, (Erişim Tarihi:28.07.2019).

olması üstü örtük biçimde kabul görmüştü. Kullanılan kelimelerde buradan yola çıkarak sınıf-sınıf mücadelesi, emperyalizm yerine dünya çapında dayanışma, ortak çıkarlar, diyalog vb. olmuştur. Bu anlamda Alma-Ata Bildirgesi bir uzlaşma metni niteliğinde olup; içerisinde dayatma ve tavizleri içermektedir. Bir yandan üçüncü dünyanın savaşlarını diğer yanda sosyalist ülkelerin izlerini yansıtır. Sosyalizmin inişe geçtiği, ulusal kurtuluş hareketlerinin iktidara geldiği yeni bağımsız devletlerin dönemsel gücünü üzerinde barındırmaktadır. Ancak hedeflerine ulaşmayı başaramamıştır.¹⁰³²

Alma Ata Bildirgesi sağlığa toplumcu yaklaşımın yoğun izleri olmasına rağmen, ne toplumcu (sosyalist) ne de kapitalist bir bildirge değildir. İşçi sınıfı ile sermaye sınıfının güçler düzeyinin 1978 itibariyle bir görüntüsüdür.¹⁰³³ Geçmişe sınıfsal mücadelelerin güç dengeleri üzerinden bakıldığında bu daha rahat anlaşılmaktadır. Bu nedenledir ki; bildirgeye “nereden” ve “hangi mercekten” bakılırsa bakılsın, onu değerlendirenler kendine ait bir şeyler bulabileceklerdir. Bu yüzden mükemmellik, ihanet arasında farklı siyasal görüşlerin yorumlarına maruz kalmıştır.¹⁰³⁴ Diğer yandan neoliberal felsefenin sağlık alanında başlangıç sinyallerinin ilk duyulduğu yer Alma Ata bildirisi.¹⁰³⁵

DSÖ Genel Müdürü olarak görev yapan Halfdan T. Mahler (1973-1988) sağlık hizmetlerinin organizasyonu konusunda büyük bir konferans düzenlemeyi kabul etti ancak konferansın oldukça merkezi ve tıbbi bir yaklaşımla hizmet veren Sovyetler Birliği’nde olması konusunda isteksiz olmuştu.¹⁰³⁶ 1978 yılında UNİCEF ve DSÖ’nün öncülüğünde; Kazakistan’ın başkenti Alma Ata’da, Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı

¹⁰³² Ata Soyer, “Dünya Sağlık Örgütü, Alma Ata Bildirgesi, İdeoloji vb. Üzerine...”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 2002, Cilt 17 Sayı 2, s. 111.

¹⁰³³ Mehmet Akif Akalın, **Alma Ata’dan Astana’ya-7**, https://www.academia.edu/37784779/Alma_Atadan_Astanaya_7_Akif_Akal%C4%B1n_, (Erişim Tarihi:29. 07. 2019).

¹⁰³⁴ Mehmet Akif Akalın, “Alma Ata Bildirgesi Nasıl Değerlendirilmeli”, **Madde, Diyalektik ve Toplum**, Cilt 2 Sayı 1, s.104, https://www.academia.edu/38398092/Alma_Ata_bildirgesi_nasil_degerlendirilmeli, (Erişim Tarihi:29.07.2019).

¹⁰³⁵ Kayıhan Pala, “Temel Sağlık Hizmetleriyle İlgili Uluslararası Alma Ata Toplantısı”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 2002, Cilt 17, Sayı 2, s. 101.

¹⁰³⁶ Theodore M. Brown, Marcos Cueto, Elizabeth Fee, “The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health”, **American Public Health Association**, 2006 Cilt 96 Sayı 1, s. 62-72.

toplantmıştır. Oluşturulacak politika ve ilkelerin hedefi; 2000 yılına kadar dünyadaki tüm insanların, önceden belli ve en az düzeyde sağlık hizmetine kavuşması, ülkeler ve bölgeler arası farklılıkların azaltılması ve bulunduğu toplumdaki etkinliklere faal bir şekilde katılabilmeleri olmuştur. Bu ana hedefe varmanın usulü; toplumların sağlığının geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmalarıyla mümkündür.¹⁰³⁷ 6-12 Eylül 1978 de Alma Ata’da toplanan 134 ülke ve 67 uluslararası örgüt temsilcisi bir bildirge imzaladılar. Bu toplantıya 70 ülke sağlık ve 40 ülke ise eğitim, tarım ya da maliye bakanları ile katılmışlardır. DSÖ, Alma Ata’da 1978 yılına kadar geçen yıllar kümesinde, ilgilenen kuruluşlarla işbirliği yaparak, sağlık hizmetini çeşitli yönleriyle kavramsallaştırarak temel sağlık hizmeti kavramını sonuçlandıran, rafine eden ve tüm yönleriyle kabul eden bir keşif süreci gerçekleştirmiştir. Alma Ata Konferansı, iyi planlanmış, geniş katılımlı, başlıca sağlık hizmetlerinin ve “Herkes İçin Sağlık”ın 2000 yılına kadar politika ile ilişkili odaklanılmış önemli bir olayıydı.¹⁰³⁸ Sağlık ve sosyoekonomik kalkınmaya sektörler arası ve çok boyutlu bir yaklaşım savunulmuş, uygun teknolojinin kullanımı vurgulanmış ve sağlık hizmetlerine aktif toplum katılımı istenerek, her seviyede sağlık eğitimi hedeflenmiştir.¹⁰³⁹ UNICEF daha seçici ve belli sorunlara odaklanan bir yapıdan yanayken, DSÖ hizmetlerin daha geniş tabana yayılmasından yana olmuştur.¹⁰⁴⁰

Alma Ata Konferansı’nda birincil sağlık bakımını 2000 yılına kadar herkes için başarmayı amaç edinmiş devrimci bir hareketi başlatmıştı. Bu temel ve uzmanlaşmış bakım savunanları arasında bir karşı duruş oldu. Toplum sağlığı çalışanlarına olan güvenden dolayı, ucuz görünüyordu. Bazı ülkelerde, Konferans sonrasında yapılan

¹⁰³⁷ Recep Akdur, Meltem Çöl, Ayşe Işık, Aysun İdil, Meral Durmuşoğlu, Arslan Tunçbilek, **Halk Sağlığı**, s. 16-18.

¹⁰³⁸ J H Bryant ve J B Richmond, “Alma-Ata and Primary Health Care: An Evolving Story”, **Elsevier Inc.**, 2008, s. 152.

¹⁰³⁹ Theodore M. Brown, Marcos Cueto, Elizabeth Fee, “The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health”, **American Public Health Association**, 2006 Cilt 96 Sayı 1, s. 62-72.

¹⁰⁴⁰ Meri Koivusalo, “Küresel Sağlık Politikalarının Biçimlenişi”, **Kapitalizmde Sağlık ve Sağlıksızlık Semptomları**, Yordam Kitap, İstanbul 2011, s. 306.

çağrı; bir Sovyet şehrinde olduğundan, hükümetleri sosyalleşmiş tıbbı doğru itme yönünde örtülü bir girişim olduğuna dair kuşklar doğurmuştu. 2000 yılı boyunca herkes için sağlık hedefinin karşılanamayacağı sonucuna varmaktaydı. Uluslararası kamu sağlığının odağı geniş tabanlı programlar yerine; HIV/AIDS ve sıtma vakalarındaki artış, tüberkülozun yeniden ortaya çıkmasıyla yüksek ölümlü acil durumların yönetilmesine odaklanmıştır.¹⁰⁴¹

1978 yılında Birleşmiş Milletler'in "2000 yılında herkese sağlık" hedefinden DSÖ vazgeçmiştir. Henüz eşitlenemeyen sağlık hizmetleri nedeniyle her yıl düşük ve orta gelirli ülkelerde beş yaşı altı on milyondan fazla çocuk ölmektedir. Beslenme yetersizliği ve gıdayı üretilebilmek için gerekli kaynaklara erişimin olmaması bu ölümlerin altında yatan sebeplerin başında gelmektedir. Temiz ve sanite edilmemiş suya erişilememesi 1,5 milyon ölüm anlamını taşımaktadır. Yoksulluk, ekonomik güvencesizlik ve ekonomik marjinalleşmeyle ilgisi olan bulaşıcı hastalık ve yaralanmanın eşitsiz dağılımından söz eden çalışmalar her geçen gün artmaktadır.¹⁰⁴²

Birleşmiş Milletlere bağlı DSÖ tarafından düzenlenen 1978 Alma Ata Konferansı sonrası açıklanan bildirgede sağlığın bir insan hakkı olduğu, sağlık eşitsizliklerinin ve yeni uluslararası ekonomik düzende ülkeler arasındaki uçurumun kabul edilemez olduğu gibi ilkeleri barındırmıştır.¹⁰⁴³ Gerekçesinde sağlığın bir insan hakkı olduğu söylenmiş, sağlık hizmetlerindeki eşitsizliğin ve dengesizliğin önüne geçmek hedeflenmiştir. Temel sağlık hizmetleri yaklaşımının içerdiği kilit bileşenler

¹⁰⁴¹ Yoshi Shimizu, **From Primary Health Care to Universal Coverage – the “affordable dream”**, <https://www.who.int/publications/10-year-review/universal-coverage/en/>, (Erişim Tarihi:13.06.2020).

¹⁰⁴² Ronald Labonte ve Ted Shrecker, “Küreselleşmenin Halkların Sağlığına Tehditleri”, **Küreselleşme ve Sağlık (Süreç, Kanıtlar, Politika) içerisinde**, Çev. İlker Kayı ve Yeşim Yasin, İnsev Yayınları, İstanbul, 2011, s. 11-12.

¹⁰⁴³ WHO, **Alma Ata Deklaration**, http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, (Erişim Tarihi:06.09.2017).

olarak; Hakkaniyet, topluluk katılımı/dâhil olması, sektörler arasında işbirliği olması, teknolojinin uygunluğu ve karşılanabilir maliyetler sayılmaktadır.¹⁰⁴⁴

Hedeflenen sağlık eşitsizliklerini yok etmek değil mümkün olduğunca azaltmaktır. Sağlık için yalnızca sağlık hizmeti vermenin yeterli olacağına dair bir kabul söz konusudur. Oysa sağlıklı olabilmek adına tüm insanların gereksinimleri farklıdır. Ayrıca burada hedeflere nasıl ulaşılabileceğine dair bir yol haritası da saptanmamıştır.¹⁰⁴⁵

Temel Sağlık Hizmetlerinin (TSH) tanımı şu şekildedir: TSH, belirli bir toplumda yaşayan herkesin kabullendiği usullerle, onların katılımıyla, karşılanabilecek bir giderle yine onlara sunulan temel hizmetlerdir. Bu yönüyle ülkedeki sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturmaktadır. Genel anlamda sosyoekonomik gelişme için vazgeçilemezdir. TSH, bireylerin hayatını sürdürdüğü yerlerin ve çalışılan mekânların olabildiğince yakınındaki, birey, aile ve toplum için ilk başvurulacak yer, sağlık hizmet sisteminin öncelikli halkasını oluşturmaktadır.¹⁰⁴⁶ Buradan şunu anlıyoruz ki; TSH toplumun genelini kapsayan, halka sunulması zorunlu ve gerekli sağlık hizmetlerini ifade etmektedir. Ayrıca konferans kapanış konuşmasında aşağıdaki ilkeler sıralanmıştır: ¹⁰⁴⁷

- Sağlığın sosyoekonomik kalkınmaya bağlı olduğu aynı zamanda kalkınmanın da sağlığı olumlu etkilediği,
- Toplumun TSH sunumunda desteğine ihtiyaç duyulduğu ve sorumluluk üstlenerek katılımı gerektiği,
- Toplumun sağlığının geliştirilmesi hakkına sahip olduğu ve bu konuda özendirilmesine ihtiyaç olduğu,

¹⁰⁴⁴ TTB, **Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı Bildirisi (Alma Ata)**, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=521&Itemid=36, (Erişim Tarihi:10. 10. 2019).

¹⁰⁴⁵ Erhan Nalçacı (Edit.), Onur Hamzaoglu, Erkin Özalp, **Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü**, s. 122.

¹⁰⁴⁶ WHO, **Declaration of Alma Ata**, https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

¹⁰⁴⁷ Kayıhan Pala, “Temel Sağlık Hizmetleriyle...”, s. 102-105.

- Ulusal hükümetlerin TSH için ulusal kalkınma ve ulusal politikaları uygulamaya geçirmek için desteklerini güçlendirmeleri gerektiği,
- Sağlıkla ilgili sektörlerin genel yönetim ve mali duruma dair rolü göz önünde bulundurularak; özellikle toplumsal ve ara düzeyde, özel ve uygulanabilir düzenlemelerle işbirliği yapması gerektiği,
- TSH'nin, yerel düzeyde ve geniş kapsamlı olması gerektiği,
- Hükümetlerin her düzeydeki sağlık hizmetini, TSH'yi desteklemesi için organize etmesi gerekmektedir. Ayrıca TSH sunan kişiler bulundukları bölgeden sorumlu ve halka yakın olmaları gerektiği,
- TSH, yeterince korunamayan ve yüksek risk grubunda olanların (çocuklar, kadınlar, risk altında çalışan nüfus, yoksullar) gereksinimlerine uygun ve öncelikli olarak cevap verebilmeleri,
- TSH'de görev alacak sağlık insan gücünden beklenen davranışları, destekleyici becerileri ve teknik rolleri tanımlamaları, sağlık çalışanları ile diğer kalkınma görevlilerinden oluşan ekiplerin geliştirilerek insan kaynaklarından tam olarak yararlanılmaya çalışılır,
- Hükümetler, TSH'nin toplumun tümüne sunulabilmesi için gerekli tüm kaynakları iyi bir biçimde yönetmeli,
- TSH için gerekli ilaçların israfa yol açmadan temin edilerek hazır bulundurulmasına çalışılır,
- TSH'yi uygulamak için gerekli yönetim faaliyetlerinin güçlenmesi, uygun eğitimler ve haberleşme ağının oluşturulması,
- Sağlık hizmetlerinde sorunların erken saptanması ve değerlendirilmesi için araştırma ve yöneylem çalışmaları yapılması,
- TSH için kaynak ayrılarak hizmet sunulamayan toplumlardaki, hizmetin yaygınlaşması,

- TSH'yi yürütmek için hükümetlerin gerekli istek ve kararlılığı göstererek, yasal düzenlemeleri ve geri kalan planlamaları yapması,
- TSH konusunda ülkelerin birbirlerinden, uluslararası örgütlerden ve sağlığı finanse eden kuruluşlardan bilgi, deneyim ve uzmanlık alışverişi yaparak yararlanmaları,
- TSH'yi kalkınmanın parçası olarak görüp, TSH'nin desteklenmesinde DSÖ ve UNICEF'in konferansın önerileri doğrultusunda hareket etmesi, planları destek ve teşvik etmesi önerilmiştir.

TSH'nin düzeyi ülkeden ülkeye ve toplumdan topluma değişebilir ancak; sağlık sorunlarının belirlenmesi, sorunların önlenmesi ve denetlenmesi noktasında aşağıdaki hizmetleri barındırması gerektiği üzerinde durulmuştur. Alma Ata Bildirgesi'nin beşinci maddesinde aşağıdaki sağlık hizmetlerinin en az ve en alt sağlık bakımını (minimal care) içerdiği ve vazgeçilemeyeceği ifade edilmiştir: ¹⁰⁴⁸

- Gıdaların ve uygun beslenmenin düzenlenmesi,
- Yeterli miktarda temiz su sağlanması
- Çevre sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi
- Aile planlanmasını da içeren ana ve çocuk sağlığı hizmetleri
- Belli başlı enfeksiyon hastalıklarına karşı bağışıklama
- Yerel endemik hastalıkların önlenmesi ve denetimi
- Sıkça rastlanan hastalık ve travmaların gereken tedavisi
- Temel ilaçların sağlanması hizmetlerini içerisinde barındırmalıdır.

24-29 Eylül 1984 tarihlerinde Kopenhag'da gerçekleştirilen toplantı salonunda 65 bölgesel gösterge kullanılarak, nesnel ölçütler değerlendirilerek izlenebilecek, zamanla sınırlandırmış 38 hedef belirlenmiştir. Hedef 1 (...) ülkeler arasında var olan sağlık seviyesi farkları 2000 yılı gelmeden dörtte bir oranında azaltılmalıdır. Hedef 2:

¹⁰⁴⁸ WHO, **Health A Time For Justice Health Care**, Geneva, 1978, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62749>, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

Tüm bireylerin, sosyo-ekonomik olarak tatmin edici bir hayat sürdürebilmesi amacıyla sağlık potansiyelini geliştirmesi ve kullanması için gerekli fırsatlara 2000 yılına kadar sahip olmalıdır. Hedef 10: 2000 yılına kadar bölgede 65 altı bireylerin kanserden kayıplarının en az yüzde 15 düşürülmelidir. Hedef 18: 1990 yılına kadar üye devletler çevreyi sağlığa zararlı faktörlere karşı faal olarak koruyan (...) çok yönlü politikalar geliştirilmelidir. Hedef 21: 1995'e kadar bölgede herkes hava kirliliğinin neden olduğu sağlık risklerine karşı faal olarak korunmuş olmalıdır. Hedef 24: 2000 yılına kadar bölgede herkes sağlıklı ve güvenli bir ortam sunan konutlarda ve yerleşim birimlerinde yaşama imkânına kavuşturulmalıdır.¹⁰⁴⁹

Alma-Ata'daki düşünceler, 1986'da Ottawa'da imzalanan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözleşmesi'nde bir adım daha öteye taşınmıştır. Ottawa'da bir araya gelen, 1. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı neticesinde "Sağlığı Geliştirme Ottawa Şartı" kabul edilmiştir. 2000 yılından sonra herkes için sağlık ilkesine ulaşabilmek için yapılacak koşullar irdelenmiştir. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlık hizmeti sunanlar dışındaki aktörlerin de sorumluluğunda olduğu kabul edilmiştir. Sağlığı geliştirebilmek için ekonomik, politik, çevresel, biyolojik ve davranışsal etkenlerin bu amaca uygun olması sağlığa yararlı kılınması gerekmektedir. Sağlık şartlarındaki değişiklikleri gidermenin yolu tüm bireylere aynı imkânları ve kaynakları sağlamaktan geçmektedir.¹⁰⁵⁰

Adelaide Sağlıklı Halk Politikası Konferansı, 42 ülkenin toplamda 220 katılan, sağlıklı halk politikası oluşturulmasına ve uygulanmasına yönelik deneyimlerini paylaşmışlardır.¹⁰⁵¹ Sağlıklı halk politikası eylemi doğrultusunda çeşitli tavsiyeler Konferans'ın sonundaki oybirliğine yansımıştır. Sosyal adalet ve hakkaniyeti sağlığın ön koşulları olarak belirlenmiş, farklı halk sağlığı uygulamaları doğrultusunda eylem

¹⁰⁴⁹ WHO, **Targets For Health For All**, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109779/WA_540_GA1_85TA.pdf, (Erişim Tarihi:10. 10. 2019).

¹⁰⁵⁰ A.k.

¹⁰⁵¹ A.k.

belirlenmiştir. Her bir koşul doğrudan ilgili olmamakla beraber; sağlıklı halk politikasını sağlayabilecek bir çevre oluşturarak diğerlerini sağlam bir zemine oturtmaktadır. Halk sağlığının sağlanması için yapılacak politikalar içerisinde; kadın sağlığı, gıda ve beslenme, tütün ve alkole yönelik faaliyetlerde bulunmalıdır. Olası sorunlara karşı güçlendirilmiş ulus üstü işbirliği olması konferansta üzerinde durulmuştur. 1996 yılında Ljubljana Bildirgesi güneydoğu Avrupa'daki sağlık hizmetlerinden yararlanamayan nüfusun sağlık gereksinimlerinin karşılanması temeline dayanmaktadır. 1997 yılında Jakarta Bildirgesi'nde sağlıkla ilgili sosyal sorumluluğun gelişimi, sağlık düzeyinin gelişimi için yatırımların artırılması, sağlıkta işbirliklerinin devam etmesi, toplumun ve bireyin güçlendirilmesi, sağlığın ihtiyaç duyduğu alt yapı faaliyetlerinin yapılması gibi kavramlar yer almıştır. 21. yüzyıla özgü sağlığı geliştirme eylem planlarıyla, bu kapsamda sağlık öncelikleri yer almıştır. 2000 yılında Bangladeş Savar'da 92 ülkeden Halkların Sağlığı Meclisi toplanarak ve bir bildirgeye imza atılmıştır. Burada küreselleşmenin getirdiği sağlık bunalımıyla başa çıkabilmek adına birey, toplum, ulus ve bölgesel bağlamda hareket edilmesi imza edilmiştir.¹⁰⁵² DSÖ Avrupa Bölgesi Komitesi 62.oturumunu 2012 yılında Malta'da yapmıştır. DSÖ bölgesinde bulunan 53 üye devlet; yeni ortak bir politika çerçevesine sahip Sağlık 2020 konusunda uzlaşmışlardır. Ortak amaçlar ise; insanların sağlık düzeyini artırmak, halk sağlığının güçlendirilmesi, çağdaş, eşit, sürekli, kaliteli ve insan merkezli sağlık sistemlerinin oluşmasını sağlamaktır.¹⁰⁵³

2007'de etkin sağlık ilkelerini uygulamak için Uluslararası Sağlık Ortaklığı kuruldu. Ortaklık tek bir izleme ve değerlendirme çerçevesi ve karşılıklı ortak hesap verme sorumluluğu üzerine güçlü bir vurgu için çağrıda bulundu. 2008 yılında ise DSÖ Dünya Sağlık Raporu'nda TSH'yı yeniden tarif etmiştir. Birincil Sağlık Bakımı'na

¹⁰⁵² A.k.

¹⁰⁵³ Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, **Sağlık 2020: Yönetimler ve Toplum Arasında Sağlık ve Esenliğe Yönelik Eylemleri Destekleyen Avrupa Politika Çerçevesi**, <http://www.skb.gov.tr/wp-content/uploads/2010/07/Sa%C4%9Fl%C4%B1k-2020-Kitap%C3%A7%C4%B1k-Mail.pdf>, (Erişim Tarihi:04. 07. 2019).

ilişkin Raporu'nda sağlık bakımına erişimde çarpıcı eşitsizlikler olduğunu bulmuştur. Bu sağlık eşitsizliklerinin nedeni: düşük gelir, eğitim yetersizliği, işsizlik, yetersiz yaşam olanakları, çalışma koşulları gibi sosyal belirleyicilerdi. Birinci basamak sağlık sisteminin yeniden canlandırılması, sağlık sistemlerinin yoluna devam etmesinin en iyi ve en hesaplı yolu olarak ileri sürülmüştür.¹⁰⁵⁴

2008 yılı DSÖ Dünya Sağlık Raporu, TSH'nın şimdinin dünyasında sağlıkla ilgili ihtiyaçlara aktif cevap verebilmesi için; bir reformlar paketi belirlemiştir. Reformların esas hedefleri arasına kapsam, genişlik, derinlik ve yükseklik boyutunu eklemiştir. Kapsam, hizmetin kapsamının geniş olmasıdır. Genişlik, sigortalı nüfusun fazla olmasıdır. Derinlik, sunulan hizmetin boyutunun fazla olmasıdır. Yükseklik, sağlığa yapılan harcamayı ölçmektedir. Hizmet sunumunda klasik örgütlenme şeklinin poliklinik temelinde sağlık bakımı veya belirli hastalığa özgü önleme programları yerine bütün yaşamı kapsayan, bütüncül ve insan merkezli bir sistem yönünde evrilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur. Yani tedaviye yönelmek yerine; bireyin tüm yaşamı boyunca ihtiyaç duyacağı sağlık hizmetlerine odaklanılmalıdır. Kamu politikası olarak reformlar sağlık sistemini geliştirmeye yönelik olmalı öyle ki sağlığın korunması ve geliştirilmesi politikaları uygulanarak risk faktörleri ortadan kaldırılmalıdır.¹⁰⁵⁵

Sağlıkla ilgili alanda günümüzde kamu dışında birçok aktör bulunmaktadır. Bunlar içerisinde başlıca aktör Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı'nın ülkedeki farklı kurumların katılımına önem vererek liderlik vasfı üstlenen bir kurum olması beklenmektedir.

Bunun yanında 2008 Dünya Sağlık Raporu'nda bazı tespitler yer almıştır. Bunlardan birincisi, sağlığa erişimde eşitsizliklerin çoğaldığı tespittir. İkincisi, yaşlanma ve kötü yönetilen kentleşme ve küreselleşmenin etkisiyle bulaşıcı hastalıkların

¹⁰⁵⁴ Sergey Volkov, **From Primary Health Care to Universal Coverage-the “Affordable Dream”**, <http://www.who.int/publications/10-year-review/universal-coverage/en/index2.html>, (Erişim Tarihi:13.06.2017).

¹⁰⁵⁵ WHO, **The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever)**, <http://www.who.int/whr/2008/en/>, (Erişim Tarihi:27.10.2017).

dünya çapında bulaşması hızlanmakta ve kronik ve bulaşıcı olmayan rahatsızlıkların yükü artmaktadır. Üçüncüsü, sağlık sistemleri bugünkü küreselleşmenin vazgeçilmez bir parçası olan hızlı değişim ve dönüşüme aykırı değildir. Ekonomik ve siyasi krizler, erişim, teslimat ve finansman sağlamak için devlet ve kurumsal rollere meydan okumaktadır. Düzenlenmeyen bir ticarileştirmeye, kamu ve özel sektör arasındaki sınırlar bulanıklaştırılmakla birlikte, hak ve hakların müzakeresi giderek daha politik bir hale bürünmektedir.¹⁰⁵⁶

Sağlığın öncelikli belirleyicisi yoksulluk ve buna bağlı eşitsizliklerdir. Çözüm ise sosyal adaletin sağlanmasıyla mümkündür. Eşitsizlikleri sınıf analizi yaparak görebilmekte mümkündür.¹⁰⁵⁷ Toplumsal sınıflar arasında eşitsizlikler olabileceği gibi, cinsiyetler, bölgeler ve etnik gruplar arasında da eşitsizlikler olması mümkündür.¹⁰⁵⁸ Gelirde azalma beraberinde beslenme bozukluklarını getirmekte ardından, bağışıklık sistemi de zayıflayıp, enfeksiyona karşı daha açık hale gelmektedir. Sağlık anlayışını sosyal sınıfı belirleyen kriterlerin etkisiyle gelişen davranışların bütününde aramak gerekmektedir.¹⁰⁵⁹ Bunu destekleyen araştırmalarda; kırsaldan kente göçen insanların kansere yakalanma riskinin arttığı, işsizliğin kalp hastalıkları üzerinde olumsuz etkisini bulduğunun, boşanmış ve bekâr kişilerin evlilere oranla daha çok ölüm oranı olduğu, kadınların erkeklere oranla -kronik hastalıklar hariç- daha çok hastalandıkları, erkeklerin kadınlara göre daha fazla ölüm oranına sahip oldukları bulunmuştur. Sosyal, çevresel ve cinsiyetle ilgili faktörler sağlığı etkileyebilmektedir.¹⁰⁶⁰ Birinci basamak sağlık hizmetleri eğer belli nitelikleri barındırırsa, toplumsal eşitsizliklerin en derin olduğu bölgelerde bile sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında çok etkili olabilecektir. Ama bu noktada Starfield birinci basamağın bu etkisinin hizmetin ne derecede yaygın, eşitlikçi ve nitelikli olduğuyla yakından ilgili olduğu noktasında önemli bir uyarıda

¹⁰⁵⁶ A.k.

¹⁰⁵⁷ Gavin Mooney, **Ulusların Zenginliği Yeni Bir Ekonomi Politığı Doğru**, s. 67-71.

¹⁰⁵⁸ Zafer Çirhinlioğlu, **Sağlık Sosyolojisi**, s. 35.

¹⁰⁵⁹ Burhan Baloğlu, "Sağlık ve Sosyal...", s. 158.

¹⁰⁶⁰ Zafer Çirhinlioğlu, **Sağlık Sosyolojisi**, s. 30-31.

bulunmuştur.¹⁰⁶¹ Benzer bir biçimde; araştırmalar görece güçlü temel sağlık hizmeti olan ülkelerde, sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizliklerin azaldığını göstermektedir.¹⁰⁶²¹⁰⁶³

Topluma en yakın, en uzun süreli ve en sık ilişki kuran sağlık hizmeti sunucuları olan aile hekimleri ya da birinci basamak sağlık hizmetleri sunucusunun adı ne olursa olsun gerçek şu ki; hastalar onları en güvenilir bilgi kaynağı olarak görececeklerinden sağlığı geliştirme danışmanlığının da aynı hekim tarafından sağlanması diğer dal uzmanlarına kıyasla daha uygun olur. Böylelikle sağlıklı bir yaşam biçimi için beslenme, stres yönetimi, egzersiz, tinsellik, kişilerarası ilişki ve sağlık sorumluluğu konularında ileri bir düzey yakalanabilir. Neticede sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleriyle kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalite oranları azaltılabilir.¹⁰⁶⁴

Birinci basamak sağlık hizmetleri hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu, sağlık sorunları için kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetlerinin yanı sıra diğer bakım düzeyleriyle koordinasyon gibi hizmetler de dâhil olmak üzere yaşamımızdaki sağlık ihtiyaçlarının çoğunu kapsamaktadır.¹⁰⁶⁵ Birinci basamak sağlık hizmetleri yeniden düzenlenmeli içerisinde; kapsamlı bir tanı, tedavi, rehabilitasyon ve palyatif hizmetler serisini sunmalıdır. Çoğu konvansiyonel sağlık bakım sunum modelinin aksine, hastalık önleyici etmenlerin yerel olarak belirlenicileriyle mücadele çabalarının yanı sıra önlemeyi ve sağlık düzeyini daha iyi duruma getirebilmeyi içermelidir.

¹⁰⁶¹ Barbara Starfield, Leiyou Shi and James Macinko, “Contribution of Primary Care...”, s. 460.

¹⁰⁶² Dionne S. Kringos, Wienke Boerma, Jouke van der Zee, Peter Groenewegen (2013), “Europe’s Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending”, **Health Affairs**, 2013 Vol. 32 No: 4, p.686-694.

¹⁰⁶³ Kevin Grumbach, Joe V. Selby, Cheryl Damberg, Andrew B. Bindman, Charles Quesenberry, Alison Truman&Connie Uratsu, “Resolving the Gatekeeper Conundrum What Patients Value in Primary Care and Referrals to Specialists”, **Jama**, 1999 Sayı 282 Cilt 3, s. 261-266.

¹⁰⁶⁴ Ali Bozhüyük, Sevgi Özcan, Hatice Kurdak, Ersin Akpınar, Esra Saatçı, Nafiz Bozdemir, “Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği”, **Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care**, 2012, Cilt 6 Sayı 1, s. 13.

¹⁰⁶⁵ HASUDER (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği), “**Sağlık Haktır, Birinci Basamak Sağlık Yapılanması Bu Hakkı Sağlayabilmenin Temelidir**”, <https://hasuder.org.tr/wp/2019/04/10/saglik-haktir-birinci-basamak-saglik-yapilanmasi-bu-hakki-saglayabilmenin-temelidir/>, (Erişim Tarihi:08. 06. 2019).

Toplumdaki insanlar arasında doğrudan ve kalıcı bir ilişki, hastaların ve ailelerinin kişisel ve sosyal bağlamını göz önüne alarak, hizmetlerin yanı sıra zamanla bakımın sürekliliğini sağlamak için esastır. Geleneksel sağlık hizmetlerinin bu ayırt edici özelliklerinin önem kazanması için yeniden örgütlenmeleri gerekir. Bir ön koşul ya da cepten ödeme olmaksızın sosyal korumayla doğrudan ve kalıcı olarak erişebilmeleri sağlanmalıdır.¹⁰⁶⁶

Nüfusun tamamına sağlık hizmeti verilebilmesi için belirlenmiş bir alandan sorumlu olan birinci basamak sağlık hizmetleri olmalıdır. Birincil bakım ekibi uzmanlaşmış hizmetler, kuruluşlar ve kurumların desteği olmaksızın nüfusları için kapsamlı bir sorumluluk üstlenemeyeceklerinden bu niteliklere sahip olmalıdırlar.¹⁰⁶⁷

Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri, 189 BM Üye Devletinin tümünün 2015 yılına kadar başarmaya karar verdikleri 8 hedef oldu. Eylül 2000’de imzalanan Birleşmiş Milletler Binyıl Bildirgesinde; dünya liderlerinin yoksulluk, açlık, hastalık ve cehaletle mücadele, çevresel bozulma ve kadına karşı ayrımcılık bunlar arasındaydı. Binyıl Kalkınma Hedefleri bu deklarasyondan türetilmiş ve belirli hedefleri ve göstergeleri vardı. Binyıl Kalkınma Hedefleri’nin başarısını temel alan, daha geniş, daha derin ve çok daha iddialı olan 17 bütünleşik ve bölünmez hedeflerden oluşan sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin yerini almıştır.¹⁰⁶⁸

1978 yılında Kazakistan’ın Alma Ata kentinde sağlık uzmanlarını ve dünya liderlerini sağlık hizmetleri için bir araya getiren konferans, 40 yıllık sağlık hizmetlerinin temelini atmıştır. Ekim 2018’de Kazakistan Astana’da toplanan konferans her yerdeki herkesin en yüksek sağlık standartlarına ulaşabilmesini sağlamak için temel sağlık hizmetleri konusundaki çabalara tekrar odaklanmayı amaçlamaktadır. Konferansın ana teması “Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı ve Sürdürülebilir Kalkınma

¹⁰⁶⁶ WHO, **The World Health Report 2008, Primary Health Care (Now More Than Ever)**, http://www.who.int/whr/2008/08_overview_en.pdf, (Erişim Tarihi:13/06/2017).

¹⁰⁶⁷ A.k.

¹⁰⁶⁸ WHO, **Millennium Development Goals**, https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/, (Erişim Tarihi:09.07.2019)

Hedefleri” olarak belirlenmiştir.¹⁰⁶⁹ Konferansta son 40 yılda elde edilen gelişmelere karşın hala dünyanın çoğu yerinde sağlık hizmetine dair ihtiyacı sunulamayan bireylerin olduğu ve bilhassa fakir ve hassas gruplarda sağlıklı kalabilmeyi devam ettirmede zorlanıldığı üzerinde durulmuş, sağlıktaki eşitsizliklerin varlığının kabullenilemez olduğu ifade edilmiştir.¹⁰⁷⁰

Astana Deklarasyon’unda ülkeler 2030 yılında Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine ulaşabilmenin yolunun temel sağlık hizmetlerinden geçtiğini kabul etmişlerdir. Sağlık hizmetleri, toplumsal refahın böylelikle de sürdürülebilir kalkınmanın hem temel ögesi hem de sonucudur. Temel sağlık hizmetlerine yatırım yapılarak sağlık sistemlerinin güçlendirileceği, halk sağlığı işlevlerine öncelik verileceği, ilk temas edilen sağlık kuruluşunun sağlık hizmeti verebilmesi için kapasite ve altyapısının geliştirileceği bulunmaktadır. Hastalıkları önlemek ve sağlık düzeyini yükseltmek için kapsamlı tedbirler alınması kararlaştırılmıştır.¹⁰⁷¹ Sayılan hedefler için bir yol haritası belirlenmemiş, temel sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek için gereken eylemler sayılmamıştır.¹⁰⁷² Aradan geçen kırk yılın sonunda sağlıkta eşitsizliklerin devam ettiği görülmektedir. Alma Ata’daki Konferansa göre Astana’daki Konferansın herkese sağlık hizmeti götürmekten vazgeçtiğini bunun yerine; sağlığın artık bir hak değil umulan bir tahayyül seviyesi olduğu kabul edilmiştir. Sağlık hizmetinin sağlık sistemiyle sınırının çizildiğini sosyal ve ekonomik belirleyicilerin göz ardı edilmiştir. Sağlık hizmetini sunarken kullanılacak insan gücünün ihtiyaç olabilecek tüm toplum üyelerinden ziyade sağlık profesyonelleriyle sınırlandırılmıştır. Devlete sorumluluk yüklemek yerine birey ve toplumu güçlendirme kavramı öne çıkarılmıştır. Sağlık

¹⁰⁶⁹ WHO, **Declaration on Primary Health Care, Astana 2018**, <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>, (Erişim Tarihi:25. 07. 2019).

¹⁰⁷⁰ Sağlık Bakanlığı, “**Temel Sağlık Hizmetleri Küresel Konferansı Astana’da Gerçekleştirildi**” adlı 30 Ekim 2018 tarihli haber, <https://www.saglik.gov.tr/TR,49852/temel-saglik-hizmetleri-kuresel-konferansi-astanada-gerceklestirildi.html>, (Erişim Tarihi:26. 07. 2019).

¹⁰⁷¹ WHO, **Declaration of Astana**, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>, (Erişim Tarihi:26. 07. 2019)

¹⁰⁷² Gijs Walraven, “The 2018 Astana Declaration on Primary Health Care, is it Useful?”, **Journal of Global Health**, June 2019, Vol. 9 No: 1, s. 1-4, <http://jogh.org/documents/issue201901/jogh-09-010313.pdf>, (Erişim Tarihi:20. 08. 2020).

hizmetinin finansman, örgütlenme ve sunum evresinde piyasanın öncelikli olarak yer aldığını görmek mümkün hale gelmiştir.¹⁰⁷³

II. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE DÜNYA VE TÜRKİYE

Alma Ata Konferansı'nda sonrasında hedeflenmiş temel sağlık hizmetleri üzerinden; Dünya'ya ve Türkiye'ye dair veriler paylaşılmıştır. Türkiye'deki toplam yapılan sağlık harcamasının 2018 yılında gayri safi yurt içi hâsılaya oranlandığında 4,4 olarak gerçekleştiği bulunmaktadır. 1999'dan 2018 yılına kadar gayri safi milli hâsıla içinde en yüksek oran %5,8'le 2007, 2008 ve 2009 yıllarında gerçekleşmiştir.¹⁰⁷⁴ Bu haliyle Türkiye; 2019 yılında 37 OECD ülkesi arasında bütçeden sağlık hizmetleri için en az (kişi başı 1340 Dolar) para harcayan Meksika ve Kolombiya'dan sonra üçüncü ülkedir.¹⁰⁷⁵ Kişi başı sağlık harcamalarıyla ülkelerin sağlık durumu arasında paralel bir ilişki vardır; ancak ülkemizde ekonomik büyüme ve kalkınma için sağlık harcamalarının artırılması gerekmektedir.¹⁰⁷⁶ Sağlık hizmetlerine maalesef yeterince bütçe ayıramamaktayız ancak bu durum tek başına sağlık göstergelerinin kötü olmasındaki etken değildir. Nitekim gelir düzeyi düşük ülkelerin bazılarında sağlık göstergelerinin iyi olduğuna da rastlanmaktadır. Burada aslolan mesele sağlığa yapılan harcamanın sosyal devlet uygulamalarında hakkaniyet ölçüsünde verilip verilmediğidir.¹⁰⁷⁷ Sağlık tek bir bireyin iyiliğinden ziyade toplumsal göstergelere dayandığından ihtiyacı olan kesimlerin hizmeti, ihtiyacı ölçüsünde alması önem arz etmektedir.

¹⁰⁷³ Mehmet Akif Akalın, **Alma Ata'dan Astana'ya-3**, https://www.academia.edu/37689310/Alma_Atadan_Astanaya_3_Akif_Akal%C4%B1n_, (Erişim Tarihi:29.07.2019).

¹⁰⁷⁴ TÜİK, Konularına Göre İstatistikler, **Sağlık Harcamaları İstatistikleri**, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084, (Erişim Tarihi:18.08.2020)

¹⁰⁷⁵ OECD, **Health Spending**, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (Erişim Tarihi:18.08.2020).

¹⁰⁷⁶ Filiz Giray ve Gamze Çimen, "Sağlık Harcamalarının Düzeyini Belirleyen Faktörler: Türkiye ve OECD Ülkeleri Analizi", **Sayıştay Dergisi**, 2018 Sayı:111, s. 143-171.

¹⁰⁷⁷ Şevket Tüylüoğlu ve Mustafa Tekin, "Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri", **Çukurova İİBF Dergisi**, 2009 Cilt: 31 Sayı:1, s. 1-31.

Birleşmiş Milletler ve DSÖ, devletleri ülkelerindeki vatandaşlarının sağlığından sorumlu tutmuştur. Sağlık standartlarını belirli bir düzeye getirmelerini salık vermiştir. DSÖ'nün 1978'de Alma Ata'da dünya ülkeleri arasında sağlık düzeyi farklılıklarının da olduğu dile getirilmiş, temel sağlık hizmetlerinde belirli standartların ülkeler tarafından sağlanması kararlaştırılmıştır.

Bunlardan birincisi sağlık eğitimidir. DSÖ sağlık eğitimini, bireylerin ve toplulukların, bilgilerini artırarak veya tutumlarını etkileyerek sağlıklarını iyileştirmelerine yardımcı olmak için tasarlanmış öğrenme deneyimlerinin herhangi bir birleşimi olarak tanımlanmaktadır.¹⁰⁷⁸ Kişiyi sağlıklı yaşam biçimlerine karşı duyarlılık kazandıracak olan bu faaliyet, sağlık hizmetini sunan kişilerce verildiği takdirde hastalığın oluşması ve ortaya çıkması engellenmiş olacaktır. Sigara, alkol ve madde bağımlılıkları kişilerde geri dönülmez hasarlar bıraktığı bilinmektedir. Bağımlılık türleri olan tütün bağımlılığı, alkol bağımlılığı, madde bağımlılığı ve teknoloji bağımlılığının, bağımlı olmayan bireylerin bağımlılık sürecine girmesi riskini en aza indirmenin evrensel yolu eğitimle önleme programları olacaktır.¹⁰⁷⁹ Sigara kullanımı 1980'li yıllarda artarak 2000'lerin başında bu oran nüfusun yarısına yakınına ulaşmıştır.¹⁰⁸⁰ Her gün tütün kullanan bireylerin oranı 2019 yılı itibariyle %28 olmuştur.¹⁰⁸¹ Geçtiğimiz yüzyılın sonunda yaşları 35-69 yaş olanların ölümlerinin %30'unun sigara kaynaklı olduğu tahmin edilmektedir. Sigara içme davranışı sosyal öğrenme ile yakından ilgili olup, eğitim ve sağlık bakanlıklarının yoğun çalışmalarıyla önlenabilir bir bağımlılık türüdür.¹⁰⁸² Dünya'da 2018 yılı itibariyle 32 milyondan fazla insanın HIV'li olarak yaşadığı ve 2018 yılında 770.000 insanın HIV kaynaklı öldüğü

¹⁰⁷⁸ WHO, **Health Education**, https://www.who.int/topics/health_education/en/, (Erişim Tarihi:08. 07. 2019).

¹⁰⁷⁹ Yeşilay, **TBM (Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı)**<https://www.yesilay.org.tr/tr/projeler/detay/tbm-turkiye-bagimlilikle-mucadele-egitim-programi>, (Erişim Tarihi:28. 07. 2019)

¹⁰⁸⁰ Türkiye Psikiyatri Derneği, **Nikotin (Sigara) Bağımlılığı**, <http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/46/nikotin-sigara-bagimliliği>, (Erişim Tarihi:28. 07. 2019)

¹⁰⁸¹ TÜİK, **Türkiye Sağlık Araştırması**, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33661>, (Erişim Tarihi:28. 07. 2019)

¹⁰⁸² Türkiye Psikiyatri Derneği, **Nikotin (Sigara) Bağımlılığı**, <http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/46/nikotin-sigara-bagimliliği>, (Erişim Tarihi:28. 07. 2019)

tahmin edilmektedir. 2018 yılı sonunda 1,7 milyon insan HIV ile enfekte olacaktır.¹⁰⁸³ AIDS hastalığı ülkemizde ilk defa 1985 yılından 31 Aralık 2019'a kadar HIV (+) 24.237 kişi ve 1927 AIDS vakası görülmüştür. Hastalık yıllar içerisinde artış göstererek ilerlemiştir.¹⁰⁸⁴ AIDS hastalığını önlemenin en önemli yolu sağlık eğitimidir; güvenli cinsel davranışların kazanılması bilgi düzeyinin yükselmesiyle oluşacak davranış değişikliğiyle mümkündür. Bunun için hastalığın tanıtılmasından ziyade, sağlık eğitimi kapsamında cinsel perhizin önemi, kondom kullanılmasının sağlanması, cinsel konuların rahatlıkla konuşulması önerilmektedir.¹⁰⁸⁵ Sağlığı geliştirmek için yapılan kampanyalar arasında; H1N1 pandemi bilgilendirmesi, tütün ve tütün mamulleri, obezite ve aşıyla hastalıklarla mücadele bulunmaktadır. Okul sütü uygulaması, el yıkamanın önemi, bebek beslenmesi, kan ve organ bağışi kampanyası, antibiyotiğin doğru kullanımı, diyabetten korunma, yürüyüşün önemi ve birinci basamak hizmetleri içerisinde bulunan aile hekimliği ile evde sağlık hakkında bilgilendirmeye dair çeşitli kampanyalar yürütülmüş veya yürütülmeye devam etmektedir.¹⁰⁸⁶

Temel sağlık hizmetlerinin amaçlarından ikincisi beslenme durumunun geliştirilmesidir. Sağlıkla gelişebilmenin önemli bir tamamlayıcı olan beslenme; ana-çocuk sağlığı, güçlendirilmiş bağışıklık sistemi, bulaşıcı olmayan hastalıklarla ve uzun ömürlü olmakla yakından ilgilidir. Yeterli beslenen sağlıklı çocuklar öğrenmekte, erişkin yaştakiler ise üretmekte zorlanmazlar. Yeterli ve dengeli beslenme sağlandığı takdirde yoksulluk ve açlık döngüsü kademeli olarak kırılabilir. Beslenmenin kötüsü her halde ve her zaman insanın sağlığını tehdit eder. Bugün dünyada hem düşük ve orta gelirdekiler için yetersiz beslenme hem de kiloluların olduğu çifte yetersiz beslenme

¹⁰⁸³ WHO, **Healthy Housing Raising Standards, Reducing Inequalities**, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>, (Erişim Tarihi:28. 07. 2019)

¹⁰⁸⁴ Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, **Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı 2019-2024**, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/hastaliklar/HIV-ADS/Tani-Tedavi_Rehberi/HIV_AIDS_Kontrol_Programi.pdf, (Erişim Tarihi:28. 07. 2019)

¹⁰⁸⁵ Figen Çok, "Ergenler ve AIDS Eğitimi", **Eğitim ve Bilim Dergisi**, 1998 Cilt 22 Sayı 107, s. 52.

¹⁰⁸⁶ Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü**, <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,3961/kampanyalar.html>, (Erişim Tarihi:13. 08. 2020)

sorunuyla baş başadır.¹⁰⁸⁷ Türkiye’de kötü beslenme kaynaklı bodur çocuk oranı %6’dır. Bu oranın en fazla görüldüğü grup; %9’la herhangi bir eğitim almamış ya da ilkokulu tamamlamamış annelerin çocuklarındandır. Bodurluk çoğunlukla görüldüğü bölge Doğu (%8), en seyrek bulunduğu bölgeyse Batı ülkeleridir (%4). Beş yaşın altındakilerden on çocuktan biri fazla kiloludur. Beslenememe sonucunda oluşan zayıflıklarla düşük kilolu olanlarda oran %2’le eşittir. Bodurluğun en yaygın görüldüğü grup hiç eğitim almamış ya da ilkokulu bitirmemiş annelerin çocuklarıdır. 15-49 yaş arası kadınların %4’ü zayıfken, %59’u fazla kilolu ya da şişmandır. Son 15 yılda zayıf kadınların oranı %2’den %4’e, şişman olarak nitelenen kadınlar ise oran olarak %23’ten %30’a çıkmıştır. Refah seviyesi arttıkça şişmanlık azalmaktadır.¹⁰⁸⁸

Kronik yetersiz beslenmenin kilit bir göstergesi bodurluktur. 2016 rakamlarına göre, yeterli gıda, vitamin ve mineral bakımından fakir bir diyetle yetersiz beslenen dünyada 155 milyon çocuk bulunmaktadır. Büyüme yavaşlarken, beyin gelişimi yavaşlamakta ve bodur çocuklar yeterince öğrenmeye açık olamamaktadırlar. Çocuklar arasında bodurlaşma oranı en çok Asya ve Afrika’dadır. 2016 yılı verilerine göre çocukların Doğu Afrika’da %37’si Güney Asya’da %34’ü bodurdur. Gıda fiyatlarının artması, çatışma bölgelerinde gıdaya ulaşamamak ve doğal afetler, hane halkının israfa yol açabilecek davranışları, uygun ve yeterli gıdaya erişimi azaltan faktörlerdir. Akut ve bileteral ödem beslenme bozukluğunun formlarıdır.¹⁰⁸⁹

Beslenmede gerekli vitamin ve minerallerin alınması; bağışıklığın devamı ve sağlıklı gelişme için hayati bir yere sahiptir. A vitamini, çinko, demir, iyot eksiklikleri temel halk sağlığı endişeleridir. Dünya çapında üreme çağındaki kadınların %33’ü ve 6-59 aylık çocukların %42’si anemiktir ve neredeyse yarısı takviye demir verilmesi için

¹⁰⁸⁷ WHO, **10 Facts On Nutrition**, <https://www.who.int/features/factfiles/nutrition/en/>, (Erişim Tarihi:08. 07. 2019).

¹⁰⁸⁸ TNSA, **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018**, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, s. 8, (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/2018_TNSA_Ozet_Rapor.pdf, (Erişim Tarihi:14. 08. 2020).

¹⁰⁸⁹ WHO, **10 Facts On Nutrition**, <https://www.who.int/features/factfiles/nutrition/en/>, (Erişim Tarihi:08. 07. 2019).

uygundur. A vitamini eksikliği, düşük ve orta gelirli ülkelerde 6-59 aylık çocukların %29'unu etkilemektedir. Körlük, kızamık ve ishalden kaynaklı ölümler için risk faktörüdür. İyot eksikliği 1993'te 110 ülkede görülürken 2016'da 25 ülkeye düşerek, iyileşme kaydedilmiştir. Hamilelikte annenin beslenememesi, anne karnındaki gelişimin geri olması ve gebelik komplikasyonlarında riskin yüksek olduğu kişiler çoğunluktadır. Birlikte anne ve çocuk beslenme yetersizliği, küresel hastalık yükünün %10'undan fazlasını içermektedir. Bebek beslenmesinde artan emzirme ile 5 yaş altı ölümlerin 823.000'ini önlenabilir. Uygun beslenme, bodurluk/obezite oranlarını azaltarak küçük çocuklarda entelektüel gelişimi teşvik eder. Emzirme annelerde yumurtalık ve meme kanserini önler. Ergenlerde beslenme sorunları çocuklukta başlar ve yetişkin yaşamına devam eder. Aneminin, ergenlikte önlenbilmesi anne ve çocuk ölümlerini azaltabilir ve yetersiz beslenme döngüsünün nesilden nesile aktarılmasını önler. Dünya genelinde fazla kiloluların ve şişmanların artışı ciddi halk sağlığı sorunu olagelmıştır. Tüm insanların yaşa ve kökene bakılmaksızın beslenme sorunları oluşabilmektedir. Sonuçta dünya çapında diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve beslenme kaynaklı diğer sorunların oranı yükselmektedir. 2016 verilerine göre beş yaşın altında 41 milyon çocuk aşırı kiloludur.¹⁰⁹⁰ Türkiye'de 15 yaşın üzerinde obez birey oranı 2016 yılında 19,6 olarak tespit edilmiştir.¹⁰⁹¹ Ülkemizde erkeklerin %20,5'u kadınların %41,0'i obezdir. 0-5 yaşta obezite sıklığı %8,5, 6-18 yaşta %8,2'dir.¹⁰⁹² Ana ve çocuk sağlığını etkileyen faktörlerden biri de yaşanan mekândır. Ülkemizde gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve sezaryen doğum oranlarının kentlerde fazla olduğu, beş yaş altı ölümler, bodurluk ve ishal vakalarının ise kırlarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Obezitenin kentte yaşayan çocuklarda hareketsizlik gibi nedenlerle fazla görüldüğü, kırdan yaşayan

¹⁰⁹⁰ WHO, **10 Facts On Nutrition**, <https://www.who.int/features/factfiles/nutrition/en/>, Erişim Tarihi:08. 07. 2019

¹⁰⁹¹ TÜİK, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573>, (Erişim Tarihi:27. 07. 2019).

¹⁰⁹² Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, **Türkiye'de Obezitenin Görülme Sıklığı**, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulme-sikligi.html>, (Erişim Tarihi:28. 07. 2019).

kadınlarda fazla görülen obezitenin ise gebeliklerin fazla olması ve diyet, spor gibi konular hakkında sağlık eğitiminin hiç yapılmaması ya da eksik yapılmasından kaynaklı olacağı düşünülmektedir.¹⁰⁹³

Temel sağlık hizmetlerinin üçüncüsü, temiz ve yeterli suyun sağlanmasıdır. Kirlenmiş su ve zayıf sanitasyon, kolera, diyara, dizanteri, hepatit A, tifo ve çocuk felci gibi hastalıkların bulaşmasının nedenlerindendir. Yeterince ve uygun olmayan şekilde yönetilen su ve temizlik hizmetleri bireyleri önlenabilir sağlık risklerine maruz bırakmaktadır. Bu durum hastalar yanında sağlık personeli de su, temizlik ve hijyen hizmetlerinin eksik olmasında ek enfeksiyon ve hastalık riskine maruz bırakır. Düşük gelirli ülkelerde çok daha fazla olmakla beraber dünya genelinde hastaların %15'i hastanede kaldıkları süre zarfında hastane enfeksiyonuna yakalanmaktadır. Kentsel, endüstriyel ve tarımsal atık suların yetersiz yönetimi, yüz milyonlarca insanın içme suyunun kirli veya kimyasal olarak kirlenmiş olacağı anlamına gelmektedir. Her yıl 829.000 kişinin güvensiz içme suyu, temizlik ve el hijyeni sonucu ishalden öleceği tahmin edilmektedir. İshal büyük ölçüde önlenabilir olup, bu risk faktörleri ele alındığında her yıl 5 yaşın altındaki 297.000 çocuk ölümden korunabilir. Suyun kolayca bulunmadığı yerlerde, insanlar el yıkamanın bir öncelik olmadığına karar verebilir, böylece ishal ve diğer hastalıklara zemin hazırlanmış olacaktır. İshal, kontamine yiyecek ve suyla bağlantılı en yaygın bilinen hastalıktır; ancak başka tehlikeler de vardır. 2017'de, 220 milyondan fazla insan istila edilmiş suya maruz kalmadan kaynaklı parazitler kurtların neden olduğu akut ve kronik bir hastalık olan "schistosomiasis" için önleyici tedaviye ihtiyaç duymuştur. Dünyanın birçok yerinde, suda yaşayan veya üreyen böcekler, dang humması gibi hastalıkları taşımaktadır. Bu ve buna benzer vektörler kirli sulardan ziyade temiz sularda ürediklerinden ev içme sularını üreme alanı olarak görebilirler. Temiz suyun sağlanması ve muhafazası, dışkı kirlenmesi ve

¹⁰⁹³ Gülcan Şentaş, "Türkiye'de İş Göçün Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Sağlık Statüsüne Etkisi", Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2018, s. 107-134.

vektörlerin temasını önleyebilecektir. Dünya’da içme suyu ile ilgili durum aşağıdadır:¹⁰⁹⁴

- 2017’de, küresel nüfusun %71’i (5,3 milyar kişi) tesislerde, ihtiyaç halinde kullanıma hazır ve kontaminasyondan uzak bir biçimde bulunan suyu kullanmıştır.
- Küresel nüfusun %90’ı (6,8 milyar kişi) temel bir ihtiyaç olan içme suyunu kullanmakta, geri kalan insanlar 30 dakikalık mesafeden temin etmektedirler.
- 785 milyon insan yüzey suyuna bağımlıdır. 144 milyon insan ise temel bir içme suyu hizmetinden dahi yoksun durumdadır.
- Dünya genelinde en az 2 milyar insan dışkı ile kirletilmiş içme suyu kaynağı kullanmaktadır.
- Kirli su, ishal, kolera, dizanteri, tifo ve çocuk felci gibi hastalıklara neden olabilmektedir. Kirilenmiş içme sularının her yıl 485.000 ishalden ölüme neden olduğu tahmin edilmektedir.
- Tahminlere göre; 2025 yılı itibariyle, dünya nüfusunun yarısı su sıkıntısı olan bölgelerde yaşıyor olacaktır. Az gelişmiş ülkelerin, sağlık tesislerinin % 22’sinde su hizmeti, % 21’inde temizlik hizmeti ve % 22’sinde atık yönetimi hizmeti yoktur.

Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu istatistiklerinde 2016 yılında dağıtılan içme sularının sadece %57,4’ü arıtılabilmektedir. Yani evlerde kullanılan suyun %42,6’sı güvenli içme suyu değildir.¹⁰⁹⁵ Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’na göre iyileştirilmiş içme suyu olan konut; kentsel alanlarda %98 iken kırsal alanlarda %96’dır.¹⁰⁹⁶ Hem içme hem de kullanılan suya dair arıtma tesisleriyle hizmet sunan

¹⁰⁹⁴ WHO, **Drinking Water**, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>, (Erişim Tarihi:09. 07. 2020).

¹⁰⁹⁵ TÜİK, **Konularına Göre İstatistikler Çevre İstatistikleri**, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1019, (Erişim Tarihi:28. 07. 2019).

¹⁰⁹⁶ **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Temel Bulgular (TNSA) 2018**, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/2018_TNSA_Ozet_Rapor.pdf, (Erişim Tarihi:14. 08. 2020).

belediye nüfusu 46.229.893'dür.¹⁰⁹⁷ 2018 Yılı Nüfus ve Sağlık Araştırması bulgularına göre; Türkiye'de hanelerin %98'i iyileştirilmiş içme suyu kaynağına erişebilmektedir. Kente ait alanlarda %98 olan bu oran, kıra ait alanlarda %96'dır.¹⁰⁹⁸

Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın 2016 yılı verilerine göre Çevre Sorunları ve Öncelikleri Değerlendirmesi Raporu'nda illeri hava, su, toprak ve gürültü kirliliği, atıklar, erozyon ve doğal çevrenin tahribatına göre sıraya koymuş; su kirliliğini ilk sıraya koymuştur.¹⁰⁹⁹ İl Çevre ve Şehircilik Müdürlüklerince kendi il sınırları içerisinde bulunan yerüstü sularının "Yerüstü Su Kalitesi Yönetimi Yönetmeliği" hükümleri çerçevesinde kalite sınıflarına göre ayrıldığında; yüksek kaliteli su %24, az kirlenmiş su %18, kirlenmiş su %23, çok kirlenmiş su %35 olarak saptanmıştır. Kirlenme nedeninde ilk sıralarda evsel atıklarla, zirai ilaç ve gübre kullanımı bulunmaktadır.¹¹⁰⁰ Bu kirliliğin önlenmesi ve mevcut kirliliğin azaltılması ulusal, bölgesel hatta ulus üstü bir çabayla mümkündür. Bunun yanında kullanılan suyun sağlığa uygun olması için gerekli çalışmaların yapılması yerel yönetimlerle sağlık hizmeti sunanların işbirliği ile mümkün olabilecektir. Ülkemizde atık su arıtma tesisi ile hizmet sunulan yerel yönetim nüfusunun tüm yerel yönetim birimlerinde ikamet edenlere oranı %79'dur.¹¹⁰¹

Temel sağlık hizmetlerinden dördüncüsü; ana çocuk sağlığı ve aile planlanmasıdır. Son yirmi yılda kaydedilen ilerlemeye rağmen, yalnızca 2017'de, tahmini 6,3 milyon çocuk, genç ve ergen, çoğunlukla önlenebilir nedenlerden dolayı öldü. Küresel olarak bebek, çocuk ve genç ölümlerinin çoğunluğu, ilk bebeklik ve

¹⁰⁹⁷ TÜİK, **Merkezi Dağıtım İstatistikleri**, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=121&locale=tr>, (Erişim Tarihi:14. 07. 2020).

¹⁰⁹⁸ TNSA, **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018**, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, s. 1. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/2018_TNSA_Ozet_Rapor.pdf, (Erişim Tarihi:14. 08. 2020).

¹⁰⁹⁹ Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, **Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Değerlendirme Raporu (2016 Yılı verileriyle)**, https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/cevre_sorun_2018-20180702151156.pdf, (Erişim Tarihi:28. 07. 2019).

¹¹⁰⁰ Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Çevresel Etki Değerlendirmesi İzin ve Denetim Genel Müdürlüğü Çevre Envanteri ve Bilgi Yönetimi Dairesi Başkanlığı, **Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Değerlendirme Raporu (2017 1 verileriyle)**, Ankara 2019, <https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/2017-cevre-sorunlari-ve-oncel-kler--20190628084520.pdf>, (Erişim Tarihi:13. 08. 2020).

¹¹⁰¹ TÜİK, **İl Göstergeleri**, <https://biruni.tuik.gov.tr/ilgosterge/?locale=tr>, (Erişim Tarihi:14.08.2020).

çocukluk çağında meydana gelmektedir. Riskin en yüksek olduğu yıllarda, bu yıllardır. 5 yaşın altındaki çocuklar için çocuk sağ kalımında en büyük iyileşmeler 1-4 yaş arası çocuklar için meydana geldi. Bu yaş grubundaki ölüm oranı 2000'den 2017'ye kadar %60 oranında azaldı. Yeni doğan ölüm oranı % 41, 5-14 yaş arası çocuklardaki ölüm oranı aynı dönemde %37 azalmıştır. Beş yaşın altındaki çocukların çoğu doğum, zatürree, diyare, yenidoğan sepsisi ve sıtma sırasında önlenebilir veya tedavi edilebilir nedenlerden dolayı ölmektedir. Buna karşılık, 5-14 yaş arasındaki çocuklar arasında yaralanmalar, özellikle boğulma ve karayolu trafiğinden kaynaklanan nedenler daha belirgin ölüm nedenleri haline gelmektedir. Bu yaş grubu ölümlerde, Sahra altı Afrika'daki bir çocuğun Avrupa'da olduğundan 15 kat daha fazla ölme riski de bulunmaktadır. Küresel olarak, 2017'de, 5 yaşın altındaki ölümlerin yarısı Sahra altı Afrika'da ve % 30'u Güney Asya'da gerçekleşti. Sahra altı Afrika'da, her 13 çocuğun 1'i beşinci doğum gününü kutlamadan önce öldü. Yüksek gelirli ülkelerde, bu sayı 185'de 1 idi.¹¹⁰²¹¹⁰³ Türkiye'de bebek ölüm hızı 2019 yılında 1000 canlı doğumda 9,1 5 yaş altı ölüm hızı aynı yıl için ülkemizde 1000'de 11,2, doğuştan beklenen yaşam süresi olarak 75,6'dır.¹¹⁰⁴ Türkiye 37 OECD ülkesi içerisinde 2015-2019 verileri itibariyle bebek ölüm oranı (infant mortality rates), Kolombiya ve Meksika'dan sonra binde 9,2 ile sondan üçüncü sıradadır.¹¹⁰⁵ Ülkemiz bu ülkeler arasında, doğuştan beklenen yaşam süresi olarak 75,6 ile 37 OECD ülkesi arasında sondan 8.sıradadır.¹¹⁰⁶

Temel sağlık hizmetlerinden beşincisi; başlıca bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklamanın sağlanmasıdır. Bağışıklama, sadece bulaşıcı hastalıkları önlemek

¹¹⁰²WHO, **Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health**, https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2018/en/, (Erişim Tarihi:10.07.2019).

¹¹⁰³WHO, **Maternal & Newborn, Child and Adolescent Health Policy Indicators**, <https://www.who.int/test/forms/mncah/>, (Erişim Tarihi:02.07.2019).

¹¹⁰⁴TÜİK, **İl Göstergeleri**, <https://biruni.tuik.gov.tr/ilgosterge/?locale=tr>, (Erişim Tarihi:14. 08. 2020).

¹¹⁰⁵OECD, **Infant Mortality Rates**, <https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm#indicator-chart>, (Erişim Tarihi:13.08.2020).

¹¹⁰⁶OECD, **Life Expectancy at Birth**, <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm#indicator-chart>, (Erişim Tarihi:13.08.2020).

dışında artan kanser vakalarını ve kronik hastalıkları önlemek ve kontrol altına almak içinde kullanılan bir yöntemdir. Aşılama yalnızca hastalıkları önlemekle kalmaz eğitim ve ekonomik gelişmede daha geniş kazanımlar sağlamaktadır. Her yıl tüm yaş gruplarında difteri, tetanoz, boğmaca, grip ve kızamık vb hastalıklardan ölümleri önler. Bağışıklama sonuçları itibariyle ucuz ve hastalıkla mücadelede muvaffak olunan bir eylem biçimidir. Durum böyle olsa da dünya genelinde aşı listesi genişlediğinde, 1,5 milyon kişinin ölümü önlenebilecektir. Aşılar, antibiyotik direncinin yayılmasını sınırlamaya yardımcı olabilir. Aşırı ilaç kullanımı ve antibiyotiklerin yanlış kullanımı nedeniyle ilaca dirençli bakterilerin neden olduğu hastalıklarda görülen küresel artış, halk sağlığı açısından önemli bir konudur. İnsanları ve hayvanları aşılamak, enfekte olmalarını engellemek aynı zamanda antibiyotik ihtiyacını önlemenin de çok etkili bir yoludur.¹¹⁰⁷

Dünya’da her yıl 2-3 milyon çocuk aşılanmadığı için ölüyor. Aşıyla önlenebilir 26 hastalık, aşılanamama nedeniyle ek hastalıklara ve kişiyi engelli olmaya sürüklüyor. 19 milyon çocuk hala tam aşılanamıyor, bu oran dünya çocuk nüfusunun %14 anlamına geliyor. Çocukların 1/10’u asla aşıya ulaşamıyor.¹¹⁰⁸ Türkiye’de 2016 yılında 0-6 ay çocuklar arasında sık rastlanan hastalık çeşitlerine bakıldığında üst solunum yolu enfeksiyonları %42,6 iken bunu %32,3 ile ishal, %11,1 ile alt solunum yolu enfeksiyonu, %9,2 ile bulaşıcı hastalıklar, %7,3 ile ağız ve diş sağlığı sorunları izledi. 7-14 yaş grubunda da 2016 yılı itibariyle %7,9 ile üçüncü sırada bulaşıcı hastalıklar yer aldı.¹¹⁰⁹ Bulaşıcı hastalıklar ve neden oldukları üst solunum yolu hastalıkları bebek ve çocuk ölümlerinde maalesef önemli bir paya sahiptir. Kontrol altında tutulması durumunda sağlık göstergelerinin daha iyiye gidecektir.

¹¹⁰⁷ WHO, **Immunization**, <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/immunization>, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

¹¹⁰⁸ WHO, **Global Health Days**, <https://www.who.int/campaigns/immunization-week/2017/infographic/en/>, (Erişim Tarihi:03.07.2019).

¹¹⁰⁹ TUIK, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573>, (Erişim Tarihi:28. 07. 2019).

Türkiye’de aşılama istatistiklerine baktığımızda 2017 yılında %96 olan DaBT3, HBV3 ve KPA3 aşılama hızları %98; %93 olan BCG aşılama hızı ise %96 oranına ulaşılmıştır. Bölgeler arasında tüm aşılama hızlarının en yükseğe eriştiği bölge Batı Marmara bölgesi olmuştur. Bölgeler bazında bakıldığında; DaBT3, BCG, HBV3 KPA3 aşılarında en düşük aşılama oranları Ortadoğu Anadolu’dadır. KKK’da ise Ortadoğu Anadolu ile Kuzeydoğu Anadolu (Kars, Ardahan, Ağrı, Iğdır, Erzurum nispeten de Artvin, Gümüşhane ve Bayburt)’dur.¹¹¹⁰

DSÖ, önceden belirlenmiş aralıklarla hastalıkların dünya üzerindeki risk haritalarını oluşturmaktadır. Yurtdışına yolculuk yapan yolcular ülkelerinde görülmeyen pek çok bulaşıcı hastalık riskleriyle karşılaşabilmektedirler. Yolculuğa çıkmadan önce gidecekleri ülkelere bulunan hastalık risklerinin neler olduğu ve koruyucu önlemler hakkında bilgilendirilerek gereken aşıları varsa yapılmaları gerekmektedir.¹¹¹¹ Seyahate başlamadan önce, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, difteri, tetanoz, boğmaca ve poliomielite karşı tam olarak aşılanmış olduklarını kontrol etmeleri önerilmektedir. Bağışıklığı olmayan veya tamamen bağışıklığı sağlanmamış yolcular, uluslararası seyahatleri öncesi ulusal aşılama programlarının önerdiği rutin aşıları da yaptırmalıdır.¹¹¹²

Küreselleşen dünyada hastalık sadece hastalanan bireyi değil onun yaşadığı ve bir şekilde bulaştırabileceği tüm toplumu etkileyen bir sorundur. Bu önlemler dışında DSÖ ülkelere, ulusal aşı programlarına, BCG, Hepatit B, Polio, DTP, Haemophilus İnfluanze, Pneumococcal, Rotavirus, Kızamık, Kızamıkçık olan programa Rota virüs ve

¹¹¹⁰ Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018** Haber Bülteni, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33116,haber-bulteni---2018-30092019pdf.pdf?0>, (Erişim Tarihi:13.08.2020).

¹¹¹¹ Sağlık Bakanlığı, **Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü**, <http://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/Asilar>, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

¹¹¹² WHO, **Traveller Vaccinations**, <https://www.who.int/ith/updates/20110427/en/>, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

HPV aşılarının eklenmesi önerilmektedir.¹¹¹³ Türkiye’de bu aşılar bağışıklama kapsamında değildir.

Temel sağlık hizmetlerinden altıncısı; endemik hastalıkların kontrol altında tutulması ve mümkün olduğunca azaltılmasıdır. Bulaşıcı hastalığa neden olan bir patojenin veya hastalığın sınırları belli bir yerde ya da insan topluluğunda daima çıkması halidir.¹¹¹⁴ O yerde ya da o grupta hastalığın sıradan prevalans hızı olması endemik olması manasındadır. Herhangi yerde yüzde 10’dan fazla miktarda guatr sıklığı saptandığında bunun “endemi” olduğu tespit edilmiş demektir. Antalya, Isparta Burdur illerinde iyot eksikliğinden dolayı her iki kişiden birinde tiroit rahatsızlığı, üç kişiden birinde de guatr görülmektedir. Isparta, Uşak ve Eskişehir bölgesinde insanlar toprakta bulunan florlu bileşiğe maruz kaldıklarından, daha az diş çürüğüne ve daha güçlü kemik yapısına sebep olmakla beraber çok alınması durumunda; florozis olarak bilinen kronik flor zehirlenmesi ortaya çıkmaktadır. Şanlıurfa ve Çukurova bölgesinde tatarcık adı verilen sivrisineklerin bulaştırdığı parazitlerle şark çıbanı hastalığı, dünyada Mallawi-Chilwa Gölü’nde kolera, Japonya ve Çin’de Mide Kanseri endemik hastalıklara örnek verilebilir.¹¹¹⁵ Ülkemizde görülen endemik hastalıklara Kırım Kongo Kanamalı Ateşi ve Şark Çıbanı örnek verilebilir.¹¹¹⁶

Temel sağlık hizmetleri hedeflerinden yedincisi; sık görülen hastalıklar ve yaralanmaların uygun tedavisinin sağlanmasıdır. Yaralanmalar çok çeşitli sebeplerle olabilmektedir. Bunlardan en sık rastlananları; karayolu trafik kazaları, ateşe bağlı yarıklar, boğulma, düşmeye bağlı yaralanmalar, zehirlenmeler, kişilerarası şiddet ve

¹¹¹³ WHO, **Recommendations for Routine Immunization - Summary Tables**, https://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table1.pdf?ua=1, (Erişim Tarihi:29.08.2019).

¹¹¹⁴ Sağlık Bakanlığı, **Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Rehberi**, <https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genelge/Bulasici-Hastaliklar-ile-Mucadele-Rehberi-Genelgesi-2017-11.pdf>, (Erişim Tarihi:13.08.2020).

¹¹¹⁵ **Endemik Hastalıklar**, https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/56087/mod_resource/content/0/10_ENDEM%C4%B0K%20HASTALIKLAR.pdf, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

¹¹¹⁶ Sağlık Bakanlığı, **Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Rehberi Genelgesi**, <https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genelge/Bulasici-Hastaliklar-ile-Mucadele-Rehberi-Genelgesi-2017-11.pdf>, (Erişim Tarihi:13.08.2020).

intihardır.¹¹¹⁷ Yaralanmalar rastgele ve kaçınılmazdır. Son yıllarda hem kasıtlı hem de istem dışı gerçekleşen yaralanmaların büyük bir bölümünün önlenabilir olaylar olduğu görülmüştür. Yaralanmalar bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Her yıl 5,8 milyon kişi yaralanmalar neticesinde ölmektedir. Bunun üçte biri şiddet dördte biri ise karayolu trafik kazaları neticesinde ölmektedir. Yaralanmalar en çok gençlerin başına gelmektedir.¹¹¹⁸ Türkiye’de 2018 yılı ölüm nedenlerine baktığımızda yaralanmalar yüzde 4,4 dışsal yaralanma ve zehirlenmelerle altıncı sırada yer almıştır. %38,4’ünü dolaşıma ait organların rahatsızlıkları birinci sıradadır. Bunu %19,7 oranıyla tümörler, %12,5 solunum sistemi ve %4,9 sinir sistemi, %4,8 ile endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar yer almaktadır.¹¹¹⁹

DSÖ içerisinde yaralanmalarında bulunduğu bulaşıcılığı bulunmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrol altında tutulmasıyla ilgili küresel eylem planı başlatmıştır. Bu eylem planı 2013-2020 yılları arasında bulaşıcı olmayan hastalıklar, ruhsal bozukluklar, engellilik, şiddet ve yaralanmalar bulunmaktadır. Planda kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet veya kronik solunum hastalıklarından erken yaştaki kayıplarda 2025 yılına dek dördte bir oranında düşme hedeflenmektedir.¹¹²⁰

Temel sağlık hizmetlerinin hedeflerinden sekizincisi temel ilaçların sağlanmasıdır. Nüfusun öncelikli sağlık bakım gereksinimlerini sağlayan ilaçlar temel ilaçlardır. Bu ilaçların seçiminde, hastalığın görülme sıklığı, halkın genelini ilgilendirip ilgilendirmediği yani bir halk sağlığı sorunu olup olmaması, klinik etkinliği, güvenliği, maliyeti ve maliyet etkinliği bakımından seçilirler. Seçilen ilaçlar sağlık sistemleri bağlamında her zaman yeterli miktar, uygun dozda, belirli bir kalite güvencesinde,

¹¹¹⁷ WHO, **The Injury Chart Book**, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42566/924156220X.pdf?sequence=1>, (Erişim Tarihi:22. 07. 2019).

¹¹¹⁸ WHO, **The Injury Chartbook: A Graphical Overview of the Global Burden of Injuries**, https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/chartb/en/, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

¹¹¹⁹ Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü (TUSEB), https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/haber_detay.php?id=193, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

¹¹²⁰ Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesine ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı, s. 8, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/544>, (Erişim Tarihi:27.07.2019).

bireyin ve toplumun karşılayabileceği bir ücret karşılığında sunulması amaçlanmaktadır.¹¹²¹ Temel ilaçlar listesi DSÖ tarafından belirli zaman aralıklarıyla yenilenmektedir. En son liste Mart 2017’de güncellenmiştir.¹¹²²

İlacın seçimi, yönlendirilmesi ve hastaya sunumunda görev alan sağlık personeli, ilaç sanayi ve ilacı tüketen bireylerin önemli sorumlulukları vardır. Temel ilaçların belirlenmesi ve kontrolü ülkemizde ilaç fiyatlarının düşmesini ve erişimde zorluğun azalmasını sağlayarak toplum sağlığına katkıda bulunacaktır. Ülkemizin ilaçlarla ilgili bir politikaya ihtiyacı bulunmaktadır.¹¹²³ İlaç kullanımına yönelik düzenlemeler politikadan ziyade ilaçların fiyatlandırılması ve ilaçların geri ödenmesi konularına yoğunlaşmaktadır.¹¹²⁴

Temel sağlık hizmetleri içerisinde yukarda sayılan konular dâhilinde kapsamlı bir yelpaze üzerinde hizmetin genişletilerek sunulması, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sağlık düzeyini yükseltici olacaktır. Yukarıda sayılanlara ek olarak temel sağlık hizmetleri başlığı altında; erken tanı ve tedavi, ilaçla koruma (kemoprofilaksi), konut sağlığı, vektörlerle savaş, gürültü, radyasyon ve hava kirliliği vb. sayılabilir.

Erken tanı koyabilmek, erken müdahale ederek ölümleri azaltmanın bir yoludur. Özellikle ölümlerin fazlaca yaşandığı kanser, tüberküloz gibi hastalarda bu daha da önemlidir. 2018 yılında 18,1 milyon yeni vakaya ve 9,6 milyon kişinin öldüğü tahmin ediliyor. 2010 yılında 1.16 trilyon ABD Doları yıllık ekonomik maliyeti bulunmaktadır. Kanserlerin yüzde 30-50’si önlenabilir.¹¹²⁵ Dünya nüfusunun üçte birinin gizli tüberküloz enfeksiyonuna sahip olduğu tahmin edilmektedir; Başka bir deyişle, aktif

¹¹²¹ WHO, **Essential Medicines**, https://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/, (Erişim Tarihi:22.07.2019)

¹¹²² **A.k.**

¹¹²³ Fehminaz Temel, **Temel İlaçlar**, http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2003/sayi_3-4/baslik3.pdf, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

¹¹²⁴ Yurdagül Özçelik Mısırlıoğlu, Afsun Ezel Esatoğlu, Deniz Tugay Arslan, “Türkiye’nin İlaç Politikasının, İlaç Pazarı ve Harcamalarına Yansımaları: 2003-2015”, **Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2016 Sayı 1-2-3, s. 31.

¹¹²⁵ WHO, **Cancer**, <https://www.who.int/cancer/en/>, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

tüberküloz hastalığına sahip değildirler, ancak aktif tüberkülozu çoğaltan ve üreten, hareketsiz basiller vücutta tekrar aktif hale gelebilirler.¹¹²⁶ Bu konudaki sağlık eğitimi ve korunma ile hastalığın ortaya çıkmasının önüne geçilebilecektir.

Ülkemizde her yıl yaklaşık 175 bin kişide kanser teşhis edilmektedir. Kanser yaygınlığı AB üyesi ve Amerika benzeri gelişmişlikte önde olan ülkelere kıyasla daha düşük olması sevindiricidir. Akciğer ve prostat erkeklerde, meme kanseri ise kadınlarda yaygındır. Yılda 17.000’den fazla kadına meme kanseri teşhisi koyulmaktadır.¹¹²⁷ 2018 yılı itibariyle ülkemizde ölüm nedenlerinin başında %38,4’ü dolaşım sistemi hastalıkları, ikinci sırada %19,7 ile iyi ve kötü huylu tümörler takip etmektedir.¹¹²⁸

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2018 verilerine göre Türkiye’nin durumu (Yaşa Standardize Hız/100.000 kişide) erkeklerde 259,9, kadınlarda 183,2’dir. Dünya ise erkeklerde 218,6, kadınlarda 182,6’dır.¹¹²⁹ Taraması yapılan kanserlere baktığımızda kadınların meme kanseri tarama programında; kendilerinin yapabilecekleri muayene konusunda danışmanlık hizmeti, doktor muayenesi, 40-69 yaş aralığındaki kadınların 2 yılda bir mamografilerinin yapılması bulunmaktadır. Kadınların serviks kanseri tarama programında 30-65 yaş arasındakilere 5 yılda bir smear ve HPV-DNA testi yapılmasıdır. Kolorektal kanser taramalarında ise; 50-70 yaş arasındaki herkese 2 yılda bir gaitada gizli kan testi ve yine aynı yaş grubuna 10 yılda bir kolonoskopi yapılması vardır.¹¹³⁰ Ülkemizde genellikle kent merkezlerinde ve nüfusun yoğun olduğu bölgelerde faaliyet gösteren, 184 adet

¹¹²⁶ WHO, **Tuberculosis**, <https://www.who.int/tb/areas-of-work/preventive-care/en/>, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

¹¹²⁷ Sağlık Bakanlığı, **Erken Teşhis Hayat Kurtarır**, <https://www.saglik.gov.tr/TR,19826/erken-teshis-hayat-kurtarir.html>, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

¹¹²⁸ TUSEB (Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü), https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/haber_detay.php?id=193, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

¹¹²⁹ Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, **Türkiye Kanser İstatistikleri** (2016), https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Trkiye_Kanser_statistikleri_2016.pdf, (Erişim Tarihi:13.08.2020)

¹¹³⁰ Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, **Kanser Taramaları**, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>, (Erişim Tarihi:14.08.2020)

KETEM (Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri) bulunmaktadır.¹¹³¹ Bu merkezlere ulaşımı olmayanlar araç tahsis edilerek belli günlerde toplu olarak götürülerek ücretsiz taramalar yapılabilir.

İlaçla koruma (kemoproflaksi), duyarlı bir konakta mikroorganizma kolonizasyonu veya çoğalmasını önlemek amacıyla antimikrobiyal ilaç kullanılmasıdır. Proflaksinın amacı, enfeksiyon riskini azaltmak veya ortadan kaldırmaktır. İlacın yan etkilerde bulunması, mikrobiyal floranın değişmesi, dirençli suşların ortaya çıkması ve ilacın maliyeti olumsuzluk olarak sayılabilir. Beklenen yarar/zarar dengesi gözetilirken hastalığın ortaya çıkıp çıkmayacağına dair risk doğru tahmin edilmeye çalışılmalıdır. Bakteriyel menenjit, akut romatizmal ateş (ARA), enfektif endokardit, akciğer enfeksiyonları, seyahat ishalleri, cinsel temasla bulaşan hastalıklar, malaria, cerrahi işlemlerde proflaksi hastalıkları kemoproflaksi uygulaması yapılabilecek hastalıklardır.¹¹³²

Yaşadığımız konutun sağlıksız olduğunu ölçen standartlar şu şekildedir: ¹¹³³

- Kirlenmiş su kaynağına sahip olması
- İçme ve kullanma suyunun evin dışında olması
- Tuvaletin evin dışında olması ve birkaç konutla beraber kullanılması
- Her bir oda başına 1. 5 kişiden fazla nüfus düşüyorsa
- Yatak odalarında uyuyan kişi sayısı fazlaysa
- Konutta her bir kişi başına uyuma alanının 3. 7 m² den az olmasında
- Konutun tek bir girişi varsa
- Konuta ait odaların dörtte üçünde ısınma olanağı yoksa
- Elektrik yoksa

¹¹³¹ Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, **Kanser Dairesi Başkanlığı**, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ketem>, (Erişim Tarihi:14.08.2020)

¹¹³² Güner Söyletir, “Enfeksiyon Kemoproflaksisi”, **Mikrobiyoloji Bülteni**, 1986 Cilt 20, s. 207.

¹¹³³ Çağatay Güler ve Zakir Çobanoğlu, **Konut Sağlığı**, Sağlık Bakanlığı Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No: 10, Ankara, 2004, s. 17.

- Odaların penceresi yoksa
- Bina ileri boyutta harap, konut yapım bölgelerine ve sanayi bölgelerine yakın yerleşimliyse, aşırı trafik ve gürültüye sahip bölgelerde bulunuyorsa.

Konuttan ayrılırken ya da sabahları evi terk ederken en çok zaman harcayan gruplar; çocuklar, küçük çocuklu anneler, yaşlı, engelli insanlar, kronik hastalar ve işsizlerdir. Bu gruplar kötü şartlardan en çok etkilenmesi beklenenler ya da özel bir konuta ihtiyaçları doğanlardır. Barınma koşulları ile spesifik hastalıklar arasındaki ilişki üç faktörün etkisine bağlıdır: toksik, travmatik, patojenik. Bu faktörlerle kombinasyon halinde yoğunluk, frekans ve/veya süre ile etken maddenin dozu; konağın etken maddeye duyarlılığı, ev sahibi ile ajanın toksisitesi gibi faktörlere göre değişiklik göstermektedir. Konutta teknik olarak; tavan yüksekliği, rutubet oranı alçak veya yüksek olması, konut yerleşiminin karışık olup olmaması ve binaların yerleşimi önem arz etmektedir. Sosyal olarak; normal aile yaşayabileceği alan dışında, hobileri, boş zamanlarını geçirebilecekleri alanlar ve sosyal aktivitelerde bulunmaya da fırsat verebilmelidir. Dışarıdaki ajanları içeriye almamalı ve doğal felaketlere (deprem, yağmur, kar, dolu, sel) karşı dayanıklı olmalıdır. Radyoaktif maddeleri süzebilmeli, gürültüyü içeri almamalı ya da gürültüden uzak olmalıdır.¹¹³⁴ Yeterince güneş almayan evlerde raşitizme ya da kısa boya sıkça rastlandığı, evde yaşayan sayısının arttıkça hastalıkların bulaşmasının da kolaylaştığı, özel yaşam kısıtlandığından farklı yaşlara sahip bireyler arasında tatsızlıklar yaşandığı tespitleri vardır.¹¹³⁵

Genellikle şehre yeni gelenlerin, göçmenlerin, sosyoekonomik durumu yerinde olmayanların yaşadıkları konutlar; ucuz malzemeden yapılmış konutlar; oda sayısı az, aydınlık, havadar ve temiz olmamaktadır. Burada ikamet edenler alt yapı hizmetlerinden yeterince faydalanamamaktadırlar. Bu toplum kesiminde bulaşıcı-paraziter hastalıkları

¹¹³⁴ WHO, “Guidelines For Healthy Housing”, **Regional Office for Europe**, Copenhagen 1988 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/191555/EURO_EHS_31_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, (Erişim Tarihi:03.07.2019).

¹¹³⁵ Rahmi Dirican ve Nazan Bilgel, **Halk Sağlığı**, II. Baskı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993, s. 143.

ve beslenme bozukluklarına sıkça rastlanırken; kırsaldan gelmiş dil, kültür farklılığı ve ekonomik imkânsızlıklardan dolayı zor günler geçiren kişilerin ruh sağlığı da etkilenmekteydi.¹¹³⁶

Kötü barınma koşulları dünya çapında önemli hastalık ve ölümlerden sorumlu olan çoklu sağlık riskleri yaratır. Yetersiz konut, yemek pişirmek ve ısınmak için enerji tüketiminin güç olduğu konuttur. Dünya’da 2012 yılında 842.000 ölüm su, sanitasyon ve ishalli hastalıklardan kaynaklı olduğu tahmin edilmektedir. 2013 yılında 853.000 ölüm kurşuna maruz kalmaktan kaynaklı olduğu tahmin edilmektedir. 828 milyon insan güvenli, sağlıklı ve dayanıklı olmayan konutlarda yaşamaktadır. Avrupa’da yeni doğan çocukların astımlarının %15’i iç mekânda bulunan nemden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Avrupa’da her yıl 110.000 kişinin evde veya boş zaman etkinlikleri sırasında meydana gelen bir yaralanmadan kaynaklı hastanelere başvurmaktadır. Avrupa’da evin kalabalık olması nedeniyle 3500 kişi tüberküloz olmaktadır. Karbondioksit gazları nedeniyle, ev şebekesi, elektrik ve bölgesel ısıtma, ev tipi pişirme yöntemleri nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı azımsanamayacak derecededir.¹¹³⁷ Türkiye’de hane halklarının %98’inin diğer konutlarla paylaşmadıkları tuvaletleri bulunmaktadır. Konutların yapımında zemin göz önüne alındığında, kent alanlarındaki hanelerin %70’i parke veya laminantla kaplanmış, kırsalda ise hanelerin %33’ü zemini betondur. Hanelerin %80’inde 1-2 oda uyumaya kullanılmaktadır.¹¹³⁸

Vektörlerin çeşitli kaynaklardan taşıyarak insanlara ulaştırdığı hastalıklar tüm bulaşıcı hastalıkların % 17’sinden fazlasını oluşturarak, yıllık 700.000’den fazla ölüme neden olmaktadır. 128’den fazla ülkede 3,9 milyardan fazla insan, yılda 96 milyon vaka tahmin edilmektedir. Sıtma küresel olarak her yıl 400.000’den fazla ölüme neden

¹¹³⁶ Ayşe Tekin, **Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri**, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, 2007, s. 66, <https://core.ac.uk/download/pdf/35314489.pdf>, (Erişim Tarihi:02.08.2019).

¹¹³⁷ **A.k., s.66.**

¹¹³⁸ **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Temel Bulgular (TNSA) 2018**, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/2018_TNSA_Ozet_Rapor.pdf, (Erişim Tarihi:14.08.2020).

olmaktadır, bunların çoğu 5 yaş altı çocuklardır. Chagas hastalığı, leishmaniasis ve schistosomiasis gibi hastalıklar dünya genelinde yüz milyonlarca insanı etkilemektedir. Bu hastalıklar koruyucu önlemlerle önlenabilir. Sivrisinekler, keneler, sinekler, kum sinekleri, pire, tiatomin böcekleri ve bazı tatlı su salyangozları en çok hastalık oluşturan vektörlerdendir.¹¹³⁹

En ölümcül vektör kaynaklı hastalık olan sıtma, çoğunlukla beş yaşın altındaki Afrikalı çocuklar olmak üzere yılda 1,2 milyondan fazla insanı öldürmektedir. Dang humması, birlikte gelen dang hemorajik ateşi ile birlikte, dünyanın en hızlı büyüyen vektör kaynaklı hastalığıdır. Zayıf tasarlanmış sulama ve su sistemleri, yetersiz konut, kötü atık bertaraf ve su deposu, ormansızlaşma ve biyolojik çeşitliliğin kaybı gibi nedenler sıtma, dang ve leishmaniasis dâhil olmak üzere en yaygın vektör kaynaklı hastalıklara neden olabilir.¹¹⁴⁰

Vektör kaynaklı hastalıklar küresel ısınmanın verdiği etkiyle, iklim değişiklikleri ve orman alanlarının azaltılması, ilaçlara direncin artması, hastalık etkenlerinin genetiklerindeki değişiklikler, canlıların kontrollü olmayan eylemleri ve sağlıklı olmayan şehirleşme nedeniyle bir halk sağlığı sorunu olarak öncelikler arasına geçebilecektir.¹¹⁴¹

Endüstri sağlığını korumak adına yapılan çalışmalar, kitle üretiminin yapıldığı yıllardan bu güne hayli yol katetmesine rağmen hala istenilen düzeyde değildir. DSÖ, 1994 yılında Çin Halk Cumhuriyeti'nde İş Sağlığı İş Birliği Merkezlerinin ikinci toplantısında, DSÖ'nün Herkes İçin İş Sağlığı Stratejisi adlı öneri metnini kabul etti. Eylem önerisini 31 temsilci, 27 ülke işbirliği merkezleri, DSÖ, Uluslararası Çalışma Ofisi, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı ve Uluslararası İş Sağlığı Komisyonu katılmıştır. Her yıl iş kazalarında 100 milyon işçi yaralanmakta ve 200.000 kişi

¹¹³⁹ WHO, **Vector Borne Diseases**, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases>, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

¹¹⁴⁰ **A.k.**

¹¹⁴¹ Abdullah İnci, Önder Düzü, Vektörler ve Vektörlerle Bulaşan Hastalıklar, **Erciyes Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi**, 2009, Cilt 6 Sayı 1, s. 53.

ölmektedir. Tehlikeli işlerde çalışmaktan meslek hastalığına yakalananlar ise 68-157 milyondur. Çalışan nüfus gelişmekte olan ülkelerde nüfusun yüzde 70'ine tekabül etmektedir. Mesleki yaralanmalar ve hastalıklar üretkenliği, ekonomik ve sosyal refahı derinden etkilemektedir.¹¹⁴²

DSÖ endüstri ya da iş sağlığının, halk sağlığı ve sağlık sistemlerinin gelişimi ile yakından ilişkili olduğunu kabul etmektedir. İşçi sağlığı, çalışma çevresi, sosyal ve bireysel faktörler, sağlık hizmetine erişebilme, hastalık ve yaralanmalar bu kapsamda değerlendirilir. DSÖ işçi sağlığı için temel sağlık hizmetlerinin verildiği merkezlerin çalışanların ihtiyaçlarına uygun, hizmete erişemeyenlere ise önleyici, iyileştirici ve rehabilite edici bakım sağlamaları, diğer sağlık kuruluşlarıyla bağlantılarının geliştirilmesi ve işçilerin insan kaynakları kapasitelerinin geliştirilmesine yönelik çabaların teşvik edilmesini kapsamına almıştır.¹¹⁴³ DSÖ mesleki sağlık konularını alfabetik listeye;¹¹⁴⁴ asbeste bağlı hastalıklar, biyolojik risk faktörleri ve tehlikeleri, kimyasal risk faktörleri ve tehlikeleri, çocuk emeği, toz, ergonomik risk faktörleri ve tehlikeleri, cinsiyet ve iş sağlığı, yanığa bağlı hastalıklar, sağlık çalışanları, sağlık çalışanları ve iğne yaralanmaları, HIV/AIDS'li iş gücü, kayıtdışı ekonomi, nanoteknolojiler, gürültü, fiziksel risk faktörleri ve tehlikeler, silikozis, işyerinde stres, teknik rehberlik, işçi sağlığı rehberi, işyerlerinde sağlığın geliştirilmesi olarak saymıştır. Sağlığımız hava, radyasyon ve gürültü kirliliğinin de dâhil olduğu fiziksel çevre koşullarının etkisindedir. Ülkemizde 2016 verilerine göre; illerden %37'si su kirliliği, %32'si hava kirliliği, %26'sı atıklar, %4'ü gürültü kirliliği (Adana, Antalya, Eskişehir) ve %1'erozyon (Sivas) gibi öncelikli olarak çözümlenmesi gereken sorunlar arasında çıkmıştır. Hava kirliliğinin neden olan faktörleri; fosil yakıt yanması, taşıt emisyonları,

¹¹⁴² WHO, Occupational Health, **Declaration On Occupational Health For All**, https://www.who.int/occupational_health/publications/declaration/en/, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

¹¹⁴³ WHO, **Occupational Health**, https://www.who.int/occupational_health/about/en/, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

¹¹⁴⁴ WHO, **Occupational Health Topics**, https://www.who.int/occupational_health/topics/en/, (Erişim Tarihi:28.07.2019).

yüksek sıcaklıkta yakma prosesleri, sanayi, yakıt yanması, tarım ve ikincil kimyasal reaksiyonları sıralayabiliriz. Tüm bu hava kirliliği sebeplerinin sağlığa etkileri ise; solunum yolu hastalıkları, göz hastalıkları, göz ve burunda iritasyon, asit yağmurları, kanser, kalp problemleri, solunum yolu hastalıkları, bebek ölümlerinde artış, astım, vücut direncinde azalma ve ölümler olarak sayılabilir.¹¹⁴⁵

Adana’da eğlence mekânlarının, konutlara yakın küçük ölçekli imalathanelerin, otoyolun şehrin merkezine yakın olmasının gürültü kirliliğine olumsuz katkısı, ülkemizde en önde olmasına neden olmuştur. Antalya ilinde ise turizm işletmeleri, oteller, sanayi tesisleri ve eğlence yerlerinin konutlara yakın olmasından dolayı gürültü şikâyeti olmaktadır. Eskişehir’deyse, eğlenilecek mekânların merkezi yerlerde olması şikâyetlerin çok gelmesinin nedenidir. Gürültü kirliliği ikinci öncelik olarak seçilen Sivas’ta yerleşim yerlerinde bulunan işyerleri, eğlence yerleri sorunun kaynağıdır.¹¹⁴⁶

III. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ VE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE (AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ, TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİ) ÇORUM İLİ

Çorum, ülkemizde bulunan iller arasında 2017 yılında sosyoekonomik gelişmişlik durumu bakımından seksen bir il içerisinde 50. sırada yer almaktadır.¹¹⁴⁷ Demografik göstergelere baktığımızda; 2018 yılında toplam nüfus 536.483, kırsal nüfus oranı 39,7, kentsel nüfus oranı 60,3, 0-14 yaş nüfus oranı 19,9, 65 yaş ve üzeri nüfus 14,4, genç bağımlılık oranı (0-14 yaş) 30,2, yaşlı bağımlılık oranı (65+ yaş) 22,0,

¹¹⁴⁵ Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, **Türkiye Çevre Sorunları ve Önceliklendirme Değerlendirme Raporu (2016 yılı verileriyle)**, https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/cevre_sorun_2018-20180702151156.pdf, (Erişim Tarihi:28.07.2019).

¹¹⁴⁶ **A.k.**

¹¹⁴⁷ Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Kalkınma Ajansları Genel Müdürlüğü, **İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması SEGE-2017**, https://www.bebka.org.tr/admin/datas/sayfas/89/sege-2017_1581687211.pdf, (Erişim Tarihi:20.08.2020).

toplam yaş bağımlılık oranı 52,2'dir.¹¹⁴⁸ 2018 yılı ülke ortalaması GSYH (bin TL) 3.724.387.936, Çorum'da 15.397.085 Türk Lirasıdır. Nüfus artış hızı 2019 yılında Çorum'da binde -10,53 olup, ülke ortalaması olan binde 13,94'ün altında olmuştur. Bu durum göç veren bir il olduğunu göstermektedir.¹¹⁴⁹ Burada ilin nüfusunun azaldığı ve sosyoekonomik açıdan ülke ortalamasından geride olduğu görülmektedir.

Ülkemizin 2017 yılı cari sağlık harcamasının GSYİH içindeki payının uluslar arası karşılaştırılması yapıldığında %4,2 ile OECD ülkeleri arasında en sonda yer aldığı görülmektedir. OECD'ye üye ülkelerin ortalaması 8,8'dir. İllere göre 2018 yılında sağlık kuruluşlarının alt yapıları anlamında bakıldığında; hastane sayısı 16, yatak sayısı 1662, 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 31,0, nitelikli yatak sayısı 1.233, yoğun bakım yatak sayısı 245, nitelikli yatak oranı %87, 10.000 kişiye düşen yoğun bakım yatak sayısı 4,6'dır. 2018 yılı aile hekimliği birimi sayısı 185 ve aile hekimliği birimi başına düşen nüfus 2900'dür. Hizmet kullanımı anlamında 2017 yılında 35 OECD ülkesi arasında ülkemiz kişi başı 9,5 ile altıncı sıradadır. Çorum 9,0 kişi başı başvuru ile ülke ortalamasının altında kalmaktadır. 2018 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerine toplam başvuru sayısı 265.496.223, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine toplam başvuru sayısı ise 517.018.981 olarak gerçekleşmiştir. Çorum'da 2018 yılında toplam başvuru sayısı birinci basamak sağlık hizmetlerine 1,629.064, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine 3.184.885'tir. Sağlık insan gücü anlamında bakıldığında; 2018 yılında Çorum'da 378 uzman hekim, 348 pratisyen hekim, 42 asistan hekim olmak üzere toplam 768 hekim, 127 diş hekimi, 208 eczacı, 1.397 hemşire, 478 ebe ve 1.334 diğer sağlık personeli bulunmaktadır.¹¹⁵⁰

Sağlık alt yapısıyla ilgili bu verilere elde edilen sonuçlar üzerinden bakmamız gerekmektedir. Nitekim toplumun sağlık düzeyinin durumunu gösteren bebek ölüm hızı,

¹¹⁴⁸ Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni**, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33116,haber-bulteni---2018-30092019pdf.pdf?0>, (Erişim Tarihi:24.12.2019).

¹¹⁴⁹ TÜİK, **İl Göstergeleri**, <https://biruni.tuik.gov.tr/ilgosterge/?locale=tr>, (Erişim Tarihi:14.08.2020)

¹¹⁵⁰ Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni**, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33116,haber-bulteni---2018-30092019pdf.pdf?0>, (Erişim Tarihi:24.12.2019).

5 yaş altı tüm bireylerdeki ölüm hızı ve doğuştan beklenen yaşam süresine dair veriler üzerinden bakıldığında anlamlı olacaktır.¹¹⁵¹ Temel sağlık hizmetleriyle ilgili temel göstergelere baktığımızda; Türkiye’de bebek ölüm hızı 2019 yılında 1000 canlı doğumda 9,1, Çorum ili 9,2’dir. 5 yaş altı ölüm hızı aynı yıl için ülkemizde 1000’de 11,2, Çorum’da 10,7 olarak gerçekleşmiştir.¹¹⁵² 2017 yılında doğuştan beklenen yaşam süresi ülkemizde 78, Çorum’da 78,6’dır.¹¹⁵³

Temel sağlık hizmetleri yaklaşık on altı yıl önce köklü bir değişiklikle yeniden ve farklı dinamikler üzerine inşa edilmiştir. Temel sağlık hizmetleri öncesinde sağlık ocağı ve sağlık evleri tarafından, tamamı genel bütçe içerisinde tahsil edilen ve tamamı kamu personeli statüsüyle çalışanlarca gerçekleştirilmekteydi. 2004 yılından bu yana kademeli bir biçimde uygulamaya koyulan aile sağlığı sistemi ve aile sağlığı merkezlerinde yapılmayan hizmetler için de aile sağlığı merkezlerinden yaklaşık yedi yıl sonra yasal mevzuatı oluşturulan TSM’ler tarafından yürütülmektedir.

Günümüzde aile hekimleri Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş ve sosyal güvenlik kurumu ile sözleşme yapmış hekimler olup aile sağlığının ihtiyacı olan personeli sözleşme yaparak çalıştırırlar. Tetkik ve sarf malzemesi giderleri 02.01.2014 yılında kanun hükmünde kararname ile değişiklik yapılan kanunun 52. maddesindeki değişikliğe kadar halk sağlığı müdürlüklerince karşılanmaktaydı. Sonrasında aile hekimleri bu masrafları kendileri karşılamaya gitmişlerdir.¹¹⁵⁴ Buradan kullanılacak malzemenin yeterince ve ihtiyaca uygun biçimde temini ve kullanılması, kar güdüsü nedeniyle yapılan işten elde edilen faydanın fazlalaştırılması adına mümkün olduğunca asgari düzeyde tutulmaya çalışılacağı beklenebilecektir.

¹¹⁵¹ TUIK, **İl Göstergeleri**, <https://biruni.tuik.gov.tr/ilgosterge/?locale=tr>, (Erişim Tarihi:14.08.2020)

¹¹⁵² **A.k.**

¹¹⁵³ **A.k.**

¹¹⁵⁴ Resmi Gazete, **6514 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun**, Tarih:09.12.2004, Sayı:25665.

Ödemeyi arttıran faktörlerden olan aile hekimine kayıtlı kişi sayısının fazla olması, ASM'nin sınıflandırma kategorisinde daha iyi bir sınıfta bulunması, hizmet verilen toplum kesiminin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinin düşük olması, gezici sağlık hizmeti verilen yerin uzaklığı ve hizmetin verildiği yerde yaşayan nüfusun fazla olmasıyla artar.¹¹⁵⁵ ASM'ler vatandaşa hizmet sundukları mekânın fiziksel özellikleri göz önünde bulundurularak A, B, C ve D olmak üzere dört grupta sınıflandırılmışlardır. Bu sınıflandırma da; elektronik hasta takip sistemi, bekleme alanlarında televizyon olup olmaması, bekleme alanının metrekaresinin büyüklüğü, müstakil ve uygun büyüklükte bir aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası, müdahale odası, emzirme odası, gebe izlemleri ve üreme sağlığı için uygun bir oda olup olmaması, ilave bir yardımcı sağlık personeli çalıştırılıp çalıştırılmadığı, esnek mesai uygulaması, güncel internet sayfası, engelli tuvaleti, bebek dostu aile hekimi olup olmaması, güvenlik kamerası olup olmaması gibi toplamda on beş kategoridedir.¹¹⁵⁶ Fiziki niteliklerin iyileştirilmesi için hekimin aldığı ücretten harcama yapması gerekmektedir. Kar odaklı çalışan sistemde bu tarz harcamalar ek maliyet olarak görülebilecektir.¹¹⁵⁷ Burada harcadığı maliyetle yükselecek olan sınıflandırılma kategorisinden elde edilecek gelir arasında karlı olana doğru bir tercih yapılacaktır. Sınıflandırma ödemelerde performans için kullanılmaktadır. Aile sağlığı merkezinden, sağlık hizmeti alan kimselerin (her ne kadar sağlık çalışanlarıyla hastalar arasında asimetrik bilgi farkı olsa da) herhangi bir memnuniyet anketi bulunmamaktadır. Sağlık hizmetinin nitelikli olup olmadığına dair bir performans ölçüsü bulunmamaktadır.

Çorum'da toplam pratisyen hekim sayısı 298, bunlardan birinci basamakta çalışan hekim sayısı 179'dur. 179 hekimden 16 tanesi tercih edilmeyen yerlerde kamu

¹¹⁵⁵ Resmi Gazete, **Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği**, Tarih:30.12.2010, Sayı:27801.

¹¹⁵⁶ Sosyal Güvenlik Kurumu, **Sosyal Güvenlik Terimleri**, Sosyal Güvenlik Kurumu Yayın No: 71, Sosyal Güvenlik Bilgi Serisi 2013/4, Ankara.

¹¹⁵⁷ Ankara Tabip Odası, **"Aile Hekimliği Yönetmelik Değişikliği Hekimlerin Beklentilerini Karşılıyor"** adlı 01 Haziran 2017 tarihli haber, <https://ato.org.tr/news/show/217>, (Erişim Tarihi:07.01.2020).

görevlisi olmayan aile hekimleri yani sözleşmeli hekim,¹¹⁵⁸ 163'ü aile hekimidir. 135 hekim ise TSM'lerde görev yapmaktadır. 2.000 ve altında kayıtlı nüfusu olan aile hekimi sayısının toplam aile hekimine oranı üçte birdir. En az nüfus 1047 ile Bayat Eskialibey Aile Sağlığı Merkezi, en fazla nüfus ise 3995 ile Çorum merkezde bulunan Zafer Aile Sağlığı Merkezi'dir. Aile hekimlerinin üçte ikisi hedeflenen nüfustan fazlasına hizmet vermektedir. Çorum'da 179 aile hekimi ve beraber hizmet verdikleri 166 aile sağlığı elemanı bulunmaktadır. Yanında aile sağlığı elemanı çalıştırmayan 13 aile hekimi bulunmaktadır. İl genelinde aile sağlığı elemanı olmaksızın valiliğin sözleşmeyle çalıştırdığı kamu dışı aile hekimliği çalışanı, Maliye Bakanlığı'nın bütçe ayırdığı 17 sözleşmeli yardımcı sağlık personeli bulunmaktadır.¹¹⁵⁹

Çorum'a bağlı 759 köy ve 2 belde bulunmakta bunlardan 454'ü gezici mobil hizmet almakta olup yaşayan nüfus 60.482'dir.¹¹⁶⁰ Çorum'da yaşayan toplam nüfus ise 530.864'tür.¹¹⁶¹ En uzak yerleşim yerinin bağlı olduğu aile sağlığı merkezine uzaklığı en fazla olan birim; Bayat-Akseki (50 km) ve Kargı-Çal (50 km)'dir. Gezici (mobil) sağlık hizmetinden kasıt, haftanın belirli bir günü ve belirli zaman aralıklarında köy ve beldelere giderek yalnızca hasta muayenesi yapan aile sağlığı çalışanları yani aile hekimi ve aile sağlığı elemanı demektir. Geri kalan sağlık hizmetleri vazifelendirilmiş TSM'lerce yürütülmektedir. Büyükşehir dışındaki illerin il merkezlerinde birer adet ve her ilçede bir tane oluşturulması öngörülmüş olan TSM'lerce görülmektedir. Gezici sağlık hizmetinin planlanması,¹¹⁶² coğrafya, iklim ve ulaşım göznünde bulundurulacak ve hizmetin sunulacağı yere ulaşmak için geçen süre dikkate alınmaksızın belirlenir. Gezici hizmetler gidilen yerde her yüz bireye aylık asgari iki saat olmak üzere aile

¹¹⁵⁸ Resmi Gazete, **Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği**, Tarih:25.01.2013 Sayı:28539.

¹¹⁵⁹ Resmi Yazı, Tarih:28. 07. 2020, Sayı:72716672-804. 01-39, Konu: Doktora Tez Çalışması (Songül Demirel Değirmenci).

¹¹⁶⁰ Resmi Yazı, Tarih:28. 07. 2020, Sayı:72716672-804. 01-39, Konu: Doktora Tez Çalışması (Songül Demirel Değirmenci)

¹¹⁶¹ TÜİK, **Nüfus İstatistikleri**, <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>, (Erişim Tarihi:15.08.2020)

¹¹⁶² Resmi Gazete, **Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde: 6/3**, Tarih:25.01.2013 Sayı:28539.

hekimlerince sağlık hizmeti verilir. Aylık ziyaret sayısı yaşayan nşfusa gşe hesaplanır: 250'ye kadar bir kez, 250-500 arası nşfus varsa iki kez, nşfusu 500 ve şzeriyse haftalık gidilir. Hizmetin verildiği bşlgede Bakanlığın sağlık tesisi varsa hizmet için kullanılabilir. Yoksa sağlık hizmetini vermek için sağlık hizmeti vermeye elverişli herhangi bir yer tahsis edilmediğinden (bina, oda, muayene masası, paravan), gidilen yerde uygun gşrşlebilen herhangi bir yer muayene alanı olacaktır. Bulunulan yerin ısı, ışık, nem, hijyen gibi fiziksel koşullar, bşyşklşk, bekleme alanı gibi mahremiyeti sağlayıp sağlayamadığına dair koşullar yeterli olmayabilecektir. Bu ziyaretlerde verilecek sağlık hizmetinin kapsamı; sağlık personelinin yanında taşıyabileceği malzeme, araç, gereç ve mesleki birikimiyle sınırlı olabilecektir. Bu da hizmetin yeterince ve gereğince verilmesinin şnşnde engel olacaktır. Ayrılan sşrenin azlığı ve sşrekliliğinin olmaması, hizmet verecek ekipmanın taşınabilirliğinin hastalıkların teşhis ve tedavisinde yetersiz kalması sonucunu doğurmaktadır. Aile hekimliğiyle ilgili yapılan bir arařtırmada¹¹⁶³ ASM'lere vatandaşlar ağırlıklı olarak uzman hekimlerin verdiği ilaçları reetelemeleri talebiyle başvurduklarını gşstermiştir. Diğer sık bildirilen kullanım nedenleri rapor yazdırma, kronik hastalık tetkikleri, gebe ve bebek izlemidir.

Aile hekimleri muayenehane sistemi çerçevesinde, GSS ile sşzleşme yaparak vereceği hizmeti şimdilik Sağlık Bakanlığı bştesinden şcretsiz olarak yapmakta fakat sistem tam olarak işlediğinde Genel Sağlık Sigortası'ndan finanse etmesi şngörşlmektedir. GSS primini şdeyemeyenlerin finansal olarak hizmete erişmelerinin ilerleyen yıllarda zorlaşacağı dşşşnşlmektedir. O gşn geldiğinde gezici hizmet verilmeyebilecek ve hastaların hizmetten yararlanabilmeleri primlerini dşzenli şdemeleriyle mşmkşn olabilecektir. Dolayısıyla primlerini şdeyemeyenlerin durumu sistemin sşrdşrşlebilirliği açısından sorunlara yol açabilecektir.¹¹⁶⁴¹¹⁶⁵

¹¹⁶³ Zeliha şcek ve Meltem Çiçeklioğlu (Edit.), **Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dşnşştşrdş?**, TTB Yayınları, Ankara, 2013, s. 60-61.

¹¹⁶⁴ Faruk Ataay, "Sağlık Reformu ve...", s.175.

Aile hekimliği kökeninde hasta muayenesi ve evde hekimlik becerileri değerlendirilme anlayışına sahiptir. Batı ve Orta Avrupa’da prim ödeyebilen varlıklı toplumlarda, daha çok evinde hasta bakımı veren bir geçmişi bulunmaktadır.¹¹⁶⁶ Bu ülkelerin sosyal, ekonomik ve coğrafi yönleri bizim ülkemizden farklıdır. Benzer biçimde toplumların eğitim düzeyleri, kırsal yapıları ve kültürel özellikleri bambaşkadır.¹¹⁶⁷ Aile hekimliği uzmanlık branşı olması nedeniyle pratisyen hekimin karşıtıdır. Pratisyen hekim sağlık ocağında görev yapan, fakülte öğreniminde edindiği bütüncül bakış açısını ekibiyle paylaşarak ve onlardan eğitim alarak sürdüren, temel görevi hasta bakmak olmasına rağmen önder ve denetleyici rollerde üstlenebilen bir görevi bulunmaktadır. Oysa aile hekimliğinde bölge/alan yönetimi kavramları aile hekiminin uzmanlık alanı dışındadır. Sistem evinde ya da muayenehanesinde hasta bakımı temelindedir.¹¹⁶⁸ Toplumsal farklılıklar gözetilmeden ülkemize aktarılan modelin aileyi bir bütün olarak görmesi, aile bireylerini yaşa ve hastalığına bakılmaksızın beraber incelenmesi gerekliliği yaklaşımından yola çıkarak tüm aile bireylerinin, yaşam biçimini, konutunu, çalışma ortamını ve sağlık sorunlarını bilmesi ve takip etmesi beklenmektedir.¹¹⁶⁹

Ülkemizde aile hekimliği sistemindeki sorunların başında yeteri kadar yetişmiş aile hekimi olmaması aile hekimi başına düşen hasta sayısını çoğaltmaktadır. Birkaç yıl içerisinde mezun olan aile hekimleriyle bu sayılara ulaşmak pek mümkün görünmemektedir. Çünkü ülkemizde yeterince tıp fakültesi mezunu olmaması, aile hekimliğine geçerken kimi yerlerin boş kalmasına ya da aile hekimliğini seçmeleri nedeniyle hastanelerde ve acil servislerde personel sıkıntısı yaşanmasına neden

¹¹⁶⁵ Şeyda Çakmak, Doğançan Çavmak, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı”, **Sağlık Yönetimi Dergisi**, 2017, Cilt 1 Sayı 1, s. 53, <https://dergipark.org.tr/download/article-file/340272>, (Erişim Tarihi:27. 07. 2019).

¹¹⁶⁶ Gazanfer Aksakoğlu, Bülent Kılıç, Reyhan Uçku, “Aile Hekimliği Modeli / Sistemi Türkiye İçin Uygun Değildir”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 2003 Cilt 18, s. 254.

¹¹⁶⁷ Zafer Öztekin, “Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği”, s. 4.

¹¹⁶⁸ Gazanfer Aksakoğlu, Bülent Kılıç, Reyhan Uçku, “Aile Hekimliği Modeli...”, s. 254.

¹¹⁶⁹ Zafer Öztekin, “Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği”, s. 2.

olmaktadır. Oluşan bu hekim açığı aile hekimlerinin acil servislerde nöbet tutmasıyla kapatılmaya çalışılmış diğer yandan aile hekimleri yoğun bir çalışma temposuyla baş başa kalmışlardır.¹¹⁷⁰ Aile hekimleri sonradan verilen yeni görevlerle iş yükleriyle parçalara ayrılmışlardır. Örneğin; nüfus müdürlüğüne sözlü beyanla yapılan bildirimleri kontrol etme, acil servislerdeki hekim ihtiyacı nedeniyle nöbet tutturulması, yönetmeliklerde yazılan “verilen diğer görevleri yapmak” maddesine dayanarak başkaca işler verilmektedir. Bunun dışında el ile doldurulması gereken formlar, haftalık çalışma saatinin üzerinde çalışma, aile hekimlerinden farklı nedenler ile öykü, fizik muayene ve basit tetkiklerle sağlıklı olduğuna dair rapor düzenlemek diğer iş yüklerindendir.¹¹⁷¹ Bebek, çocuk ve ergen izlem protokollerinde verilen ayrıntılı muayene ve tetkikler bunlardan birisidir.¹¹⁷² Bir diğer iş yükü 1. ve 8. sınıflara yapılacak okul aşılılarıyla ilgili görevin TSM’lerden alınarak, ASM’lere verilmesidir.¹¹⁷³ Yapılan değişiklik ASM’lere kayıtlı olmayan (mevsimlik işçiler, göçmenler, mülteciler vs) nüfusa erişimde ve soğuk zincir kurallarına uymada çeşitli sorunlara yol açabilecektir.¹¹⁷⁴

Aile hekiminde bulunan hekim ve yardımcı sağlık personeli sayısı tüm bu iş yükleri yanında sağlık hizmetini gereğince sunamayacaktır. Kayıtlı hasta sayısının fazla olduğu düşünülürse mevcut zorunlu işlerden sıyrılarak sağlık hizmetine fayda sağlayan¹¹⁷⁵ hekimin hastaya zaman ayırması hayli güçtür. Nitekim ücret ödemesinin belirlenmesinde; bireye ayrılan zamanın uzunluğu, şikâyetlerinin dinlenmesi, hastalığı

¹¹⁷⁰ TTB Halk Sağlığı Kolu, “Sağlık Hizmetlerinde Piyasalaştırma...”, s. 5.

¹¹⁷¹ Mehmet Uğurlu, M. Taşkın Eğici, Orkun Yıldırım, Muhammet Örnek, Yusuf Üstü, “Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları-2”, **Ankara Medical Journal**, 2012, Cilt 12 Sayı 1, s. 9.

¹¹⁷² Başak Tezel ve Şirin Aydın (Edit.), **Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri**, Ankara, 2018, https://hsgm.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/yayinlar/Kitaplar/Bebek_Cocuk_Ergen_Izlem_Protokoller_2018.pdf, (Erişim Tarihi:21. 08. 2020).

¹¹⁷³ Sağlık Bakanlığı, “**Aşılama Takviminde Değişiklik Yapıldı**” adlı haber, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/asilama-takviminde-degisiklik-yapildi.html>, (Erişim Tarihi:21. 08. 2020).

¹¹⁷⁴ TTB, “**Aile Hekimleri 10 Milyon Nüfusun Okul Aşısını Nasıl Yapacak?**” adlı 14. 06. 2020 tarihli haber, https://www.ttb.org.tr/kollar/_ahek/haber_goster.php?Guid=dbd5ec98-ae10-11ea-a732-c115216aae2a, (Erişim Tarihi:21. 08. 2020).

¹¹⁷⁵ Davut Baltacı, İsmail Hamdi Kara, Talat Bahçebaşı ve diğerleri, “Düzce İlinde Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimi ve Muayenehanesi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma”, **Konuralp Tıp Dergisi**, 2011 Cilt 3 Sayı 2, s. 14.

için etkin bir çözüm bulunup bulunmamasına benzer hizmetin içeriğine yönelik kıstaslar yoktur. Bu nedenle özendirici bir yanı da bulunmamaktadır.

Hasta sayısı üzerinden hesaplanan bir ücret sisteminde mevcut kayıtlı kişi sayısı düşürüldüğünde ücretlerin de paralel bir biçimde düşeceği aile sağlığı çalışanlarını kaygılandırmaktadır.¹¹⁷⁶ Kayıtlı hasta sayısının düşürülmesi vatandaş için verilen hizmete ayrılan sürenin dolayısıyla yapılan işin daha iyi olmasını sağlayacak bir gelişmedir. Sistemin işletmecilik esasları üzerine kurulmuş olması bundan sonra bakanlığın düzenleyici işlemlerinde ücret düşmelerine itirazları gündeme getirebilecektir.¹¹⁷⁷ Araştırmalara göre; hekimlerin aile hekimliğine geçme sebeplerinden en önemlisi ücretin iyi olmasıdır. Ancak verilen ücretin bağlanan nüfus, artan iş yükü, ASM sınıflandırılması nedeniyle azalan cari hizmet ödemesi, performans nedeniyle yapılan kesintiler, başka hekime geçişle beraber sıkıntı yaratacak boyutta bir kayıp söz konusu olabilecektir. Aile hekimlerine verilen ücret il ve bölgenin sosyoekonomik özellikleri dikkate alınmadan yapıldığından, bazı ASM’ler kendilerine yeterli olurken bazıları kira giderlerini dahi karşılayamayacak duruma gelmişlerdir.¹¹⁷⁸ Performans düşüklüğü dışında ihtar puanı ve maaş kesintisi gibi cezalandırıcı uygulamalar yerine teşvik edici nitelikte ek ücretler düzenlenmelidir.¹¹⁷⁹ Nitekim bu uygulama 657 sayılı DMK’ya göre maaştan kesme cezası cezai yaptırımların içerisinde en ağırlarından. Aile hekimliğinde performans kesintisi adı verilen işlemin, disiplin açısından ağır bir ceza olan maaştan kesme cezasına karşılık gelmesi hukuken yanlıştır.¹¹⁸⁰

¹¹⁷⁶ DR TUS, “**Aile Hekimlerinin Ücretleri Ne Olacak?**” adlı 12 Ocak 2019 tarihli haber, <https://www.drtus.com/forum/viewtopic.php?t=158451&start=15>, (Erişim Tarihi:02. 01. 2020).

¹¹⁷⁷ Medihaber, “**Aile Hekimi Ücretleri Düşüyor**” adlı 13 Şubat 2017 tarihli haber, <https://www.medihaber.com/guncel/aile-hekimi-ucretleri-dusuruluyor-h4320.html>, (Erişim Tarihi:07. 01. 2020).

¹¹⁷⁸ Ekin Özgür Aktaş, Gürol Çakır, “Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması”, **Ege Tıp Dergisi**, 2012, Cilt 51 Sayı 1, s. 27.

¹¹⁷⁹ Mehmet Ugurlu, M. Taşkın Eğici, Orkun Yıldırım, Muhammet Örnek, Yusuf Üstü (2012), “Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları-2”, **Ankara Medical Journal**, Cilt 12 Sayı 1, s. 9.

¹¹⁸⁰ Ekin Özgür Aktaş, Gürol Çakır, “Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması”, **Ege Tıp Dergisi**, 2012, Cilt 51 Sayı 1, s. 27.

Aile Hekimliği sisteminde birey memnun olmadığı takdirde diğer hekimi yerine seçebilmesi üzerine kurulduğundan hekimler arasında rekabet kaçınılmazdır.¹¹⁸¹ Kayıtlı hasta sayısının arttırmak için usulsüz ilaç yazdırma ve usulsüz istirahat raporlarının olmasına eğilim olabilecektir.

ASM’lerde çalışan aile hekimleriyle aile sağlığı elemanının iş tanımları hukuki düzenlemelerde tanımlanmamıştır. Tamamen kişisel ilişkilere bırakılan iş bölümü, hiyerarşi gözetildiğinde aile sağlığı elemanının fazlaca çalışacağı göstermektedir. Yoğunluk ve neticesinde oluşan yorgunluktan ziyade oluşacak durum; hizmet verdiği vatandaşa, gebeye, çocuğa, yaşlıya vs. gerektiği kadar zamanı ayıramamasına yol açacaktır. Çalışanlar arasında rekabet, etik yozlaşma, iş yükü ve iş stresinin artmış, iş yaşamı sosyal hayat ve mesleki gelişime ayrılan zamanı azaltmıştır.¹¹⁸²¹¹⁸³

Burada DSÖ’nün temel sağlık hizmetlerini ölçmek üzere geliştirdiği PCET ölçeğine göre Çorum ilindeki uygulamalar değerlendirilecektir. Ölçek erişilebilirlik, hizmetin sürekliliği, kapsamlılık ve koordinasyon konu başlıklarında temel sağlık hizmetlerini ölçmektedir. Bu kavramların ne ifade ettiği tezin önceki bölümlerinde anlatılmıştır.

A. Erişilebilirlik

Sağlık hizmetlerine erişimi, sağlık hizmetlerinin elde edilme kolaylığı olarak tanımlar. Hastaların ihtiyaç duyulan yerde ve zamanda bakım alabilmeleri” olarak da tanımlanabilir. Erişilebilirliği kısıtlayabilecek fiziksel, psikolojik, sosyokültürel veya

¹¹⁸¹ Zafer Öztekin (2006), Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği, **Toplum Hekimliği Bülteni**, Cilt 25 Sayı 2, s. 5.

¹¹⁸² Zeynep Baykan, Fevziye Çetinkaya, Melis Naçar, Alper Kaya, M. Ümit Işıldak, “Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Durumları ve İlişkili Faktörler”, **Türk Aile Hekimliği Dergisi**, 2014, Cilt 18 Sayı 3, s. 123 <http://www.turkailehekderg.org/wp-content/uploads/2014/08/c18-32-aile-hekimligi-tukenmislik.pdf>, (Erişim Tarihi:23. 07. 2019)

¹¹⁸³ Medimagazin, “**Aile Hekimleri Yeni Ödeme Sözleşme Yönetmeliği Taslağından Umutsuz**” adlı 2 Aralık 2019 tarihli haber, <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/aile-hekimligi/tr-aile-hekimleri-yeni-odeme-sozlesme-yonetmeliği-taslagindan-umutsuz-2-21-84510.html>, (Erişim Tarihi:08. 01. 2020).

finansal nitelikte çeşitli engeller olabilir. Örneğin coğrafi sınırlamalar (genel uygulamalara uzaklık ve dağılım = coğrafi erişim) ve temel sağlık hizmetlerinin organizasyonu ile ilgili faktörler (ofis açılış saatleri, uzak konsültasyonlar, zamanlılık = kurumsal erişim) dâhildir. Ek olarak hastaların katlandığı maliyetler (maliyet paylaşımı, ortak ödemeler = finansal erişim) erişilebilirliğe engel oluşturabilecektir.¹¹⁸⁴

Fiziksel erişimin ulaşımın maliyeti dikkate alındığında, en çok gelir düzeyi düşük halk kesimleri için önem arz ettiğini belirtmek yanlış olmayacaktır.¹¹⁸⁵ Ulaşım maliyeti ve muayene kesintileri daha az olduğundan, ikinci ve üçüncü basamak yerine daha çok aile sağlığı merkezleri seçilmektedir. Yaşlı nüfusunda hem ulaşım hem de kronik hastalıklarına ilaç yazdırmak nedeniyle aile sağlığı merkezlerini daha çok seçtiği gözlenmiştir.¹¹⁸⁶ Nüfusun her geçen gün yaşlandığı düşünülürse temel sağlık hizmetlerinin birinci basamakta erişilebilir ve kapsamlı bir biçimde verilmesinin önemi ilerleyen yıllarda daha da artacaktır. Sunulabilecek sağlık hizmetleri içerisinde halkın refah seviyesini yükseltecek, eşitsizlikleri azaltacak, maliyeti en ucuz, halka en yakın ve ulaşılabilir özellikleri olması nedeniyle temel sağlık hizmetleri farklı bir yere sahiptir. Temel sağlık hizmetleri çoğunlukla birinci basamak sağlık örgütlenmesinin, diğer kamu ve özel tüm kuruluşların beraberce hareket ettiğinde olumlu sonuç alabilecekleri bir niteliğe sahiptir. Özellikle hava, radyasyon ve gürültü kirliliği tüm kurumların ortaklaşa mücadelesiyle mümkündür. Ülkemizde temel sağlık hizmetleri devlet eliyle yürütülmeye çalışılmakta ancak eksiklikleri bulunmaktadır. Temel sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli kurumlar aile sağlığı merkezleri ile toplum sağlığı merkezleridir. Toplum sağlığı merkezleri il genelinde ilin büyüklüğüne göre ulaşım da düşünülerek bir ya da birden fazla oluşturulurken aile sağlığı merkezleri ise nüfus odaklı

¹¹⁸⁴ WHO, **Primary Care Evaluation Tool**, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf, (Erişim Tarihi:14. 08. 2020).

¹¹⁸⁵ Cevat Tosun, “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri”, **Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Ankara, 2018.

¹¹⁸⁶ Sezgin Turgut, Serdar Öztora, Ayşe Çaylan ve Hamdi Nezir Dağdeviren, “Birinci Basamak Hasta Memnuniyeti ve Hekim İş Doyumu ile İlişkisi”, **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, 2018 Cilt 22 Sayı 2, s. 78-91.

oluşturulmuşlardır. Toplum sağlığı merkezlerinin görevi fazla ancak toplum sağlığı merkezine vatandaşın ulaşabilmesi fiziksel mesafe açısından aile sağlığı merkezleriyle kıyaslandığında daha zordur.

Sosyokültürel ve psikolojik erişilebilirlik şu durumlarda bir engel oluşturabilecektir. Hizmet verilen bölgedeki kişilerin kamu hizmetlerinden yararlanmayla ilgili bilgi düzeyi, hizmeti sunanlarla aynı dili bilmemeleri, koca ya da kayınvalide baskısı nedeniyle sağlık birimine ulaşamamaları ya da ulaştıklarında tedavinin gereğini yapamamaları, evde bırakamayacakları çocuk ya da hasta bulunması nedenlerinden dolayı sağlık kuruluşuna başvuramamaları sayılabilir. Başvuramayan bu kişiler toplumun en bilinçsiz ve en fazla risk altında olan kesimleri olup; bu toplumsal kesim için sistem gezici sağlık uygulamasını koymuştur. Aile hekimliği sisteminden önce kırk yılı aşkın süre uygulanmış olan sağlık ocağı ve sağlık evleri hastalanan kişiyi tedavi etmekten ziyade nüfus tabanlı örgütlenmişti. Kendisine başvursun başvurmasın herkesin kayıt ve özelliklerini elinde bulunduran sağlıklı kişiyi koruyan, risk altına giren kimsenin geliştirilmesini sağlayan, hastalananı sağaltan (tedavi, ruh sağlığı hastalıkları için terapi), bütüncül (tümelci) bir yaklaşımla bireylerin gereksinimlerinden haberdar olmaksızın durumu yerinde saptayıp müdahale etmekteydi. Sağlık ocağını diğer hizmet birimlerinden ayıran temel fark hizmetin evde yürütülmesiydi. Burada elzem sağlık çalışanı ise ebelerdi. Hedefinde ebelerin evlerde, yaşlılara, kadınlara ve çocuklara ulaşabilmeleriydi. Ebelere araç ve şoförün sağlanması yerleşim yerlerinin uzağında olanlara ulaşmakta yaşamsal bir öneme sahipti.¹¹⁸⁷ Bu ev ziyaretlerinde bireyin ailesiyle, yaşadığı konutla ve sosyoekonomik düzeyiyle gözlemlenmesi; çeşitli çözümler sunmayı kolaylaştırmaktaydı. Bireyin tedavi olmak maksadıyla geldiği aile sağlığı merkezinde bireye bütüncül bir yaklaşımın sınırları daralmaktadır. Ev ziyaretleri sağlık hizmetine erişemeyenlere, sağlık hizmetini ulaştırın bir uygulamadır. Aile

¹¹⁸⁷ Gazanfer Aksakoğlu, “Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü”, **Memleket Siyaset Yönetim Dergisi**, 2008, Cilt 8, s. 17.

hekimliğinin önceki uygulamasında eksik olan ev ziyaretleri, kısmen 2013 yılında Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde¹¹⁸⁸ düzenlenmiştir. Burada kendisinde kaydı bulunan kişilerin ilk izlemini yapmak amacıyla altı ay içerisinde evinde görmeye ve kontrol etmeye gider veya kişiler ile iletişime (herhangi bir biçimde) geçmek olarak düzenlenmiş; daha sonraki zamanlarda kişiyi kontrol etmekle ilgili herhangi bir zorunluluk getirilmemiştir. Oysa kişinin sağlığı, doğduğu ailenin sosyoekonomik koşullarıyla yakından ilgilidir. Eski sistem Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'yle; sağlık çalışanlarına özellikle ebelere düzenli aralıklarla ev ziyareti yapmalarını istemekteydi.¹¹⁸⁹ Ebeler ev ziyaretleriyle ilgili planlamayı bir ay önceden yapar. Geçmiş ayla ilgili gerçekleştirilmiş ziyareti değerlendirerek yapılmamış olanları tekrar yapmak üzere kaydederler. Bu ziyaretler sırasında gebe, lohusa, çocuk ve hasta izleme, muayene yapma, laboratuvar incelemeleri, aşı, sağlık eğitimi, yapılan işlemlerin kayıtları ve önerilerde bulunur.¹¹⁹⁰ Gezici hizmet sunumunda kullanılan temel kayıt formlarında; ev halkı tespit fişi (tüm hane altı ayda bir bulunduğu evde kontrol edilir), kişisel sağlık fişi, gebe ve lohusa izlem fişi, bebek ve çocuk izlem fişi, 0-4 yaşındakilere özgü aşı kayıt fişi, 5 yaşın üzerindekiilere özgü aşı kayıt fişi, bildirim zorunlu hastalıklar tespit fişi, parazit hastalıkların istatistik formu ve 15-49 yaş kadın izleme fişi bulunmaktaydı.¹¹⁹¹ Bu kayıtlarla nüfusun tamamı yaşadıkları yerde ziyaret edilerek olası sağlık riskleri yerinde gözlenmekte ve bunlara dair önlemler alınabilmektedir.

Aile hekimleri belirli bir mekân dışında gezici olarak; kişi esaslı koruyucu hizmetlerle birinci basamakta yapılması gereken teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini herkese kapsamlı ve devamlı surette vermekle yükümlüdürler.¹¹⁹² Ancak bu

¹¹⁸⁸ Resmi Gazete, **Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği** Madde 4/c, Tarihi:25. 01. 2013, Sayı:28539.

¹¹⁸⁹ Zafer Öztekin ve Nevzat Eren, **Sağlık Ocağı Yönetimi**, Palme Yayınları, 7. Baskı, Ankara, s. 203-235

¹¹⁹⁰ Zafer Öztekin ve Nevzat Eren, **Sağlık Ocağı Yönetimi**, Palme Yayınları, 7. Baskı, Ankara, s. 146.

¹¹⁹¹ Zafer Öztekin ve Nevzat Eren, **Sağlık Ocağı Yönetimi**, Palme Yayınları, 7. Baskı, Ankara, s. 203-235.

¹¹⁹² Şahin Kavuncubaşı ve Selami Yıldırım, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, s. 54.

gezici hizmetten kastedilen ev ziyaretleri değildir. Bu hizmeti haftanın bir ya da iki günü yerleşim yerine gidip poliklinik hizmeti sağlayarak sunmaktadırlar. Tüm ülke geneli ve Çorum'da dâhil olmak üzere mobil hizmetin verilme nedeni olan sebeplerden dolayı eczane olması da beklenemez. Yerleşim yerinde muayene sonrası ilaç alınabilecek yerin olmaması ve mobil hizmetin süre ve sıklık olarak ihtiyacı karşılayabilecek durumda olmaması nedenlerinden dolayı muayene ve ilaç yazdırmak için yakın beldeden hizmet alabilecektir. Burada kendi aile hekimi ya da başka bir aile hekimine gidebilecektir. Her bir köy bağlı olduğu ilçe ya da il merkezindeki ASM'de görevli bir hekime paylaştırıldığından; hizmet sürekli olmamakta ve sağlık hizmetine ihtiyaç doğduğunda karşılanamamaktadır. Bir köydeki herkesin bir hekime kayıtlı olması ve sadece o hekimin gezici hizmet vermesi, vatandaşın bir hekimi seçerek sağlık hizmeti almasını kendiliğinden ortadan kalkacaktır.

Ülkemizde kişi başı sağlık kuruluşuna müracaat sayısı ortalaması 2018 yılı için 9,5, Çorum'da bu oran kişi başı 9,0'dır. Toplam hekime müracaat sayısı 2018 yılında %66 ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri %34 ile birinci basamak sağlık hizmetleri gelmektedir. Aile hekimliği birimi sevk hızı 2002 yılında %22 iken hızlı bir düşüş yaşamış 2005 yılında %10,2 olmuş ve giderek bu oranında altına düşmüştür. 2010 (%4) yılında ve 2014 (%4) yılından en son veri bulunan 2018 (%2) yılına kadar %1'in altında gerçekleşmiştir.¹¹⁹³ Bu oranlar bize birinci basamak sağlık hizmetlerinin ihtiyacı karşılayamaz olduğundan vatandaşın erişilebilirliği zor da olsa ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetine müracaat ettiğini göstermektedir.

TUIK Yaşam Memnuniyet Anketi'nde sağlık hizmetlerinden memnuniyet 2016 yılında yakalanan %75,4 oranı ile en yüksek memnuniyeti yakalamış ancak hem 2017 (71,7) yılında hem de 2018 (70,4) yılında düşüş göstermiştir. İkinci ve üçüncü basamak hastaneler, özel poliklinik/tıp merkezi, kurum doktoru, özel muayenehaneler arasında

¹¹⁹³ Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni**, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33116,haber-bulteni---2018-30092019pdf.pdf?0>, (Erişim Tarihi:24. 12. 2019).

sağlık kuruluşlarından memnuniyet oranında en iyi memnuniyet oranını devlet hastanelerinden (%72,6) sonra %72 ile aile sağlığı merkezleri gelmektedir. Cepten yapılan sağlık harcamaları 2002-2007 arası artmış, 2007-2012 arası düşmüş, 2013'ten sonra dalgalı bir seyir izlemiş fakat düşmeksizin 2018'e kadar yükselerek gelmiştir.¹¹⁹⁴

Ülkemizde özel sağlık hizmetlerine belirli haller dışında, birinci basamak sağlık hizmetlerine, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine kıyasla az olsa da muayene ve reçetede yazılan ilaç sayısı üzerinden (üçten fazlaysa) ücretlendirme yapılarak cepten ödeme istenmektedir.¹¹⁹⁵ Birinci basamak finansmanının vergi ve cepten ödeme olmak üzere iki yaygın uygulama şekli bulunmaktadır. Cepten ödeme uygulaması marjinallerin, göçmenlerin, yoksulların ve eğitimsiz grupların hizmetten yeterince faydalanamamasına neden olmaktadır.¹¹⁹⁶ Yapılan çalışmalar dolaylı vergiler ile cepten harcamaların yoksul kesimlerin erişimini olumsuz etkilediğini göstermektedir.¹¹⁹⁷ Sağlık harcamalarının tümüyle genel bütçeden vergi gelirlerinden sağlanması bu toplum kesimleri için elzemdir.

Aile hekimleri nüfus temelli değil birey temelli örgütlendiğinden, mevsimlik işçilerin, göçmenlerin ve nüfusa kayıtlı olmayanların aile hekimlerinin kişi listesinde isimleri olmayanların, sağlık hizmetinden yararlanabilmeleri için takibin yapılması gerekmektedir. Türkiye'de göç edenlerin sağlık hizmetine erişememe nedenleri arasında düşük gelirli işlerde çalışma ve şehrin sağlık hizmeti sunulan mekânlarına uzak olması da olabilecektir.¹¹⁹⁸

¹¹⁹⁴ Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni**, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33116,haber-bulteni---2018-30092019pdf.pdf?0>, (Erişim Tarihi:24. 12. 2019).

¹¹⁹⁵ Resmi Gazete, **Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği**, Tarih:18. 04. 2014, Sayı:28976.

¹¹⁹⁶ Ata Soyer ve Zeliha Öcek, **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı**, s. 17-19.

¹¹⁹⁷ Sezer Alcan, **Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet ve Sağlık-Ücretler İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir İnceleme**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2015, s. 132-133.

¹¹⁹⁸ Gülcan Şentaş, **"Türkiye'de İş Göçün Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Sağlık Statüsüne Etkisi"**, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2018, s. 107-134.

Hekimlerin kendisine başvurmayan ve asıl risk altında olan toplumlara erişmesi uygulamada gerçekleştirilebilecek bir durum değildir. Bölge dışından gelen hastaların TSM'lerce muayene edilmeleri turizmin ve göçün yoğun yaşandığı yerlerde hayli zordur.¹¹⁹⁹

Sağlık hizmetlerinin diğer finansman kaynağı sosyal sigorta sistemidir. Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile sağlık sisteminde sosyal sigorta sistemi yeniden yapılandırılmıştır. GSS ve özel sağlık sigortası primlerini düzenli olarak ödeyen kimselerin faydalanabileceği bir eksene doğru kaydırılmıştır.¹²⁰⁰ Prim borçları biriktiğinde çıkarılan yönetmelikle dört farklı gelir seviyesi üzerinden hesaplama kaldırılarak, iki tipe indirgenmiştir. Burada geliri asgari ücretin üçte birinden az çıkanlar GSS kapsamında kalacaklar, hiç gelir testi yapmamış, SGK tarafından GSS kapsamında doğrudan tescil edilmiş kişilere ise prim borcu yansıtılması planlanmıştır. Hane harcamaları sağlık araştırmasına göre GSS ile nüfusun sağlık güvencesi oranı artmıştır.¹²⁰¹

Seçim öncesi siyasal bir tasarrufta bulunularak; GSS uygulamasının başlangıcından bugüne birikmiş prim borçlarının 12 aylık eşit taksitler halinde gecikme zammı ve gecikme cezası olmadan ödenebilmesi kolaylığı getirilmiştir. Değişiklikle 01 Nisan 2017 tarihinden itibaren bir yıl boyunca sağlık hizmetinden faydalanabilmelerine olanak sağlanmıştır.¹²⁰² Buradan sisteme dâhil edilmiş nüfusun alt sosyoekonomik düzeyindeki kimselerin birikmiş prim borçlarının ödeyemediği ve bu borcun tekrar tüm ülkeye yansıtıldığı görülmektedir. GSS, toplumdaki nüfusun %95'ini kapsadığı halde, toplumun yarısından fazlası günümüz sağlık sistemine güvenmemekte ve sağlık

¹¹⁹⁹ Zafer Öztekin, "Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği", s. 5.

¹²⁰⁰ Resmi Gazete, **Genel Sağlık Sigortası Tescil, Prim ve Müstehaklık İşlemleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik**, Tarih:10 Kasım 2017, Sayı:30236.

¹²⁰¹ Kevser Sezer Koruyucu ve Aygen Oksay, "Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi:Katkı Payları", **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 2018, Cilt 3 Sayı:32, s. 269.

¹²⁰² Resmi Gazete, **Genel Sağlık Sigortası Tescil, Prim ve Müstehaklık İşlemleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik**, Tarih:10. 11. 2017, Sayı:30236.

risklerinin tamamını kapsadığını düşünmemektedirler. Nitekim GSS tabi vatandaşlardan ve bakmakla yükümlü olduğu yakınlarından muayene, ilaç, reçete, ortez ve protez gibi bazı sağlık hizmetleri için cepten ödeme yapması istenmektedir.¹²⁰³ Birinci basamak sağlık kurumlarını en çok kullananlar yoksullar, alt sınıfsal gruplar ve sosyal güvencesi olmayanlardır.¹²⁰⁴ Ülkemizde hizmete erişim ve finansmanda eşit ihtiyaca eşit tedavi verilmemekte ödeme gücü itibarıyla alt sosyoekonomik gruplarda yer alan bireylerin zengin bireylere kıyasla daha az faydalandığı görülmüştür. En az yararlanan hizmetler arasında koruyucu sağlık hizmetleriyle ve diğer sağlık hizmetleri olarak sayılan diş tedavisi, lens/gözlük vb.dir.¹²⁰⁵ SDP'nin uygulanmaya başladığı 2003'ten 2013'e kadar geçen zaman içerisinde yoksulların sağlık hizmeti alabilmek için yaptıkları harcamaların, elde ettikleri gelir içerisinde daha fazla yer kapladığı bulunmuştur. Cepten ödeme yapılması yanında hizmete erişimi, düşük ödeme kapasitesi veya sağlık sigorta mekanizmalarının yetersiz olması da etkileyebilmektedir.¹²⁰⁶ 2013 yılı da dâhil olmak üzere, 2018 yılına kadar reel anlamda kişi başı kamu ve özel sağlık harcamaları sürekli artış yönünde gerçekleşmiştir.¹²⁰⁷

Cepten ödemelerin eşitliği bozduğuna dair pek çok araştırma bulunmaktadır. Sağlık personelinin birinci basamağa özgü eğitim almış olmaları dışında sosyal açıdan dezavantajlı kesimin hizmete erişimini kolaylaştırmayı hedefleyen kimselerden oluşması, hekim merkezli, teknolojinin fazlaca kullanıldığı bir biçimden ziyade tüm personelin ortak değerlere sahip, sorumluluk paylaşılan bir yapıda olması gerekmektedir. Eşitsizliğin azaltılmasında progresif vergileme (gelir düzeyi çok olan kimselerin çok, az olan kimselerin az vergi vermesi) yapılması önerilmektedir. Bu koordinasyonun ideal

¹²⁰³ Ferdi Çalikay ve Erdal Gümüş "Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi", **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, 2011 Cilt 66 No 3, s. 75.

¹²⁰⁴ Aylin Sena Beliner, Sağlık Ocaklarında Ek Ödeme (Performans) Yöntemleri ve Bunun Sağlık Hizmetine Etkileri, **5. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu**, (10-11 Mayıs), Manisa 2007, s. 31

¹²⁰⁵ Sezer Alcan, **Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet ve Sağlık-Ücretler İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir İnceleme**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2015, s. 132-133.

¹²⁰⁶ Ahmet Burçin Yereli, Altuğ Murat Köktaş ve Işıl Şirin Selçuk, "Türkiye'de Katastrofik Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler", **Sosyoekonomi Dergisi**, 2014, Cilt 22 Sayı 22, s. 276-293.

¹²⁰⁷

biçimde olması istihdam tiplerinin farklı olmamasıyla, yani bazıları sözleşmeli bazıları devlet memuru hatta bazılarının diğerlerinin işvereni olmamasıyla yakından alakalıdır.¹²⁰⁸

B. Kapsamlılık

Kapsamlılık, hastalıkların önlenmesi, tedavisi, rehabilite edilmesi, destekleyici bakımın yanında sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde oluşan bir dizi hizmetin sunulmasıdır. Belirli hizmet yelpazesinin sunulması yanında kendini göstermekle kalmayıp, temel sağlık hizmeti sağlayıcısının mesleki beceri düzeyinin yanı sıra uygulama koşulları, tesis ve ekipmanı da ifade eder.¹²⁰⁹ Mevcut sistemde tedavi edici hekimlik aile hekimlerine, koruyucu hekimlik ise TSM'lere bırakılmaktadır. Sağlık evi sisteminde 24 saat hizmet veren ve bizzat bulunduğu mahalde ikamet eden sağlık personeli, bu sistemde tedavi hizmetini haftada bir ya da birkaç kez gelip daha çok reçete düzenleyen aile sağlığı merkezi çalışanları vermektedir. Kırsalda yaşayan vatandaşa koruyucu sağlık hizmetlerini il ya da ilçe merkezinde bulunan TSM'ler tarafından verilmektedir. Kişilere koruyucu sağlık hizmeti olarak ilaçla koruma, bağışıklama, sağlık eğitimi, erken tanı, üreme sağlığı, sağlıklı beslenme, hijyen gibi konular olmaktadır. Ülkemiz genelinde verilmeye çalışılan söz konusu hizmetlerin farklı bölgelerde yoğunlukla bulunmaları bir yönüyle büyük yerleşim yerlerindeki vatandaşların hizmete erişimini sağlarken diğer yönüyle hizmete bütüncül bir açıdan bakılamamasına neden olmaktadır. Halk sağlığına ait hizmetlerin güçlendirilerek yürütülmesi, vatandaşın bu hizmetlere erişimini kolaylaştırılması ve birinci basamak

¹²⁰⁸ Zeliha Öcek ve Meltem Çiçeklioğlu (Edit.), **Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü?**, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, 2013, s. 13-14.

¹²⁰⁹ WHO, **Primary Care Evaluation Tool**, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf, (Erişim Tarihi:14.08.2020).

sağlık hizmetlerinde kalite çıtasını artıracaktır.¹²¹⁰ Erişilebilirliği en yakın hizmet birimi eski sistemde ocaklar yeni sistemde ise aile sağlığı merkezleridir. Bu görevlerin aile sağlığı merkezlerine devredilecek bir biçimde planlanması hizmeti alan kişilere, hizmetin ulaşılabilirliğini artıracaktır. Sayılan hizmetlerin bir kısmını TSM'ler vermekte, TSM'ler ilçelerde ve büyükşehir belediyesi olmayan illerde bir adet olmak üzere, KETEM'ler genellikle nüfusun yoğun olduğu şehir merkezlerinde kurulmuşlardır.

Aile hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde engelli, yatalak ve benzeri durumdaki kişilere birinci basamak sağlık hizmetleri ölçüsünde teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek (madde 4/g) görevleri arasında sayılmıştır. Ancak uygulamada aile sağlığı merkezinde yerlerine hekim bırakmadan çıkmalarına izin verilmediği için ve sistemin performans kıstaslarının farklı düzenlenmesinden ve iş yükünden gereğince sağlık hizmeti yapılamamaktadır.¹²¹¹ Aile hekimliği sisteminde düzenli sağlık ziyaretlerinin yapılamaması,¹²¹² hızlı kentleşmenin olduğu bölgelerde yaşayanların, eğitim ve gelir seviyesi düşük olanların doğum öncesi ve doğum sonrası bakım gibi elzem konularda dahi hizmet alamadıklarını göstermiştir.¹²¹³

Aile hekimliği sisteminin kayıtlı hasta üzerinden yapılması, ev ziyaretlerinin olmaması, koruyucu sağlık hizmetlerine dair yapılabilecek bilgilendirmelere sistemin

¹²¹⁰ Savaş Başar Kartal (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Başkan Yardımcısı), “Halk Sağlığı Merkezleri'yle ilgili konuşması”, **8. Temel Sağlık Hizmetleri Buluşması**, İzmir 2016, s. 53, http://www.temelsaglikhizmetleri.org/wp-content/uploads/tsh_kitaplar/8tshkitap.pdf, (Erişim Tarihi:25.10.2019).

¹²¹¹ Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu (AHEF), “**Hatay İli Aile Hekimleri Derneğini ve Aile Sağlığı Merkezlerini Ziyaret Etti**” isimli 27 Mart 2018 tarihli haber, <http://ahef.org.tr/Haber/2021/AHEF-Hatay-ili-Aile-Hekimleri-Derneğini-ve-Aile-Sagligi-Merkezlerini-Ziyaret-Ett.aspx>, (Erişim Tarihi:09. 01. 2020).

¹²¹² Fevziye Çetinkaya, Zeynep Baykan ve Melis Naçar, “Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 2013 Cilt 12 Sayı 1, s. 55.

¹²¹³ Raika Durusoy, Aslı Davas, Işıl Ergin, Hür Hassoy, Feride Aksu Tanık, “İzmir’de İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Gebelerin Aile Hekimi Tarafından İzlenme Sıklıkları ve Etkileyen Etmenler”, **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi**, 2011, Cilt 9 Sayı 1, s. 13, <https://dergipark.org.tr/download/article-file/152914>, (Erişim Tarihi:23. 07. 2019)

kurulduğu temeller düşünüldüğünde geri planda kalması, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine daha fazla başvuruyu getirmektedir. Ulaşım, harcanan emek, malzeme ve teknik donanım anlamında maliyetlerden kaçınılacaktır. Tedavi noktasında yapılacak müdahale ve ilaçlar da başlı başına birer maliyettir. Bu nedenle kapsamlı ve nüfusun geneline yakın olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin bir biçimde çalışabilmesi, çalışanların gayreti dışında belirli imkânlar sağlandığı takdirde daha ucuz olan daha çok koruyuculuğu bulunan bir sağlık hizmeti verilmiş olacaktır. Bu anlamda aile hekimliğinde verilen hizmetlerin uzmanlık çeşidini fizik tedavi, diş hekimi, sosyal çalışmacı ve diyetisyen gibi sağlık alanlarıyla ilgili uzmanlar koyularak genişletilmelidir.¹²¹⁴¹²¹⁵ Özellikle sosyal hizmet uzmanlarının birinci basamakta bulunması halinde hekime başvuruların, uyum reaksiyonlarının, depresyonun, anksiyetenin ve somatizasyonun azaldığı buna karşın kişinin uyumunun arttığına dair araştırmalara dikkat çekilmiştir.¹²¹⁶ Aile sağlığı merkezlerinde iki kişilik bir ekip halinde çalışılmaktadırlar. Hekim ve yardımcı sağlık personelinden (ebe, hemşire, sağlık memuru) oluşan ekibin temel sağlık hizmetleri ile ilgili topyekûn bir mücadele vermeleri beklenemez. Bu konu başlıklarıyla ilgili sağlık düzeyinin yükseltilmesi; liderlik vasfı üstlenen bir hekimin, uzmanlık sayısı arttırılmış bir ekiple beraber ortaklaşa çözüm üretmesiyle mümkün olabilecektir. Sayılan temel sağlık hizmetleri konuları, sağlık dışında faaliyet gösteren diğer kamu kuruluşları ve kamu kuruluşu dışında kalan sektörlerin beraber işbirliğini gerektirmektedir.

Hizmetlerin kapsamlılığı birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısının mesleki beceri düzeyiyle yakından ilgilidir.¹²¹⁷ Ülkemizde aile hekimliği bir uzmanlık alanıdır

¹²¹⁴ Mehmet Akman, “Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü”, **Aile Hekimliği Dergisi**, 2014 Cilt 18 Sayı 2, s. 76.

¹²¹⁵ Gülnur İlgin, Bayram Şahin, “Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 2016, Cilt 19 Sayı 2, s. 127.

¹²¹⁶ Sevgi Özcan, “Aile Hekimliği Uygulamalarında Sosyal Hizmetlerin Önemi”, **Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care (TJFMPC)**, 2013 Vol. 7 No: 4, s. 65-68.

¹²¹⁷ WHO, **Primary Care Evaluation Tool**, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf, (Erişim Tarihi:14. 08. 2020)

ancak yeterince yetişmiş uzman olmaması sebebiyle sistemi uygulayan benzer ülkelerden farklı olarak çoğunlukla pratisyen hekimlerin olduğu bir istihdam olmuştur. Aile hekimi olacak kişiler; anabilim dallarındaki asistan eğitimini tamamen üçüncü basamakta almaktadırlar. Hâlbuki birinci basamak hekimi yetiştirilmektedir.¹²¹⁸ Aile hekimliği eğitiminde; birinci basamakta bulunan sağlık kuruluşlarına rotasyonla eğitime gelinmemesi ve aile hekimliği eğitim programı içerisinde aile hekimliğiyle diğer uzmanlık dallarının (yetki ve uygulama pratikleri anlamında) farklarına değinmemesi söylenebilir.¹²¹⁹ Aile hekimliği eğitiminin birinci basamağa yönelik olabilmesi için eğitim standartlarını yakalamış aile hekimliği eğitim merkezlerine dönüştürülmüş sağlık ocakları, semt poliklinikleri ve AÇ-SAP merkezleri kullanılabileceği önerilmiştir. Rotasyon olması durumunda yeri ve süresine aile hekimliği uzmanının edinmesi gereken bilgi, beceri, tutum ve yeterlilik hedefleri doğrultusunda belirleme yapılmalıdır.¹²²⁰ Aile hekimliğine yönelik eğitimde; asistanlık eğitiminde iç hiyerarşinin bulunmaması yani aile hekimliği klinik disiplini ve bununla ilgili uygulamaları içeren bir sistemin olmaması, uzmanlık eğitimi içerisinde aile hekimliği kavramına ve felsefesine yer ayrılmaması, eğitim programının, birinci basamakta aile hekiminin yerini belirlemekten uzak olması, aile hekimliği eğitim programı içinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında rotasyonların olmaması, eğitim programında diğer uzmanlık dalları ile arasında var olan yetki ve pratik ayrımlara değinilmemesi en önemli sorunlar arasında sayılmıştır.¹²²¹ 2014 yılından itibaren sözleşmeli aile hekimleri için aile hekimliği uzmanlık eğitimi başlatılmıştır. Aile hekimliğinde uzmanlığını yapan öğrencilerin saha

¹²¹⁸ Hasan Ağdemir, **Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma**, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2012, s. 103.

¹²¹⁹ Kürşat Algın, İsmet Şahin ve Mehmet Top, “Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 2004, Cilt 7, Sayı 3, s. 270.

¹²²⁰ Nazlı Şensoy, Okay Başak, Ayfer Gemalmaz, “Umurlu Aile Hekimliği Merkezi’nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor?”, **Kocatepe Tıp Dergisi**, 2019, s. 55.

¹²²¹ Kürşat Algın, İsmet Şahin, Mehmet Top, “Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 2004, Cilt 7 Sayı 3, s. 270.

eğitimi için Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri oluşturulmuştur.¹²²² Aile hekiminden beklenen sağlık hizmetini verebilmesi için bilgi ve beceriyle donatılmış, kaliteli uzmanlık eğitimi almış kişilerle ve gerçek manada uzmanlık eğitimi ile mümkün olabilir. Bu eğitimin nasıl olması gerektiğine dair ayrıntılı çalışmalara bakılabilir.¹²²³ Aile hekimliği sisteminde çalışanların yeterli ve donanımlı olmamaları yanında; aile sağlığı çalışanlarının az olması ve gezici sağlık hizmetleriyle ilgili yaşanan aksaklıklardan dolayı memnuniyetsizlikler tespit edilebilmektedir.¹²²⁴

Temel sağlık hizmetleri arasında sayılan hizmetlerin, her birinin alanında uzmanlaşmış kişi ya da kişiler tarafından verilmesi doğru olmalıdır. Kişinin sağlığını etkileyen birden çok faktör ancak bir sağlık ekibiyle (health team) kontrol edilerek, sorunların üstesinden gelinebilir. Aile sağlığı merkezinde, aile hekimi doğrudan sözleşme yaparak çalışmaktadır. Diğer personel ise aile hekimiyle sözleşme yaparak çalışmaktadırlar. Aile Hekimliği Kanun'un 3. maddesi gereğince; aile sağlığı çalışanları Sağlık Bakanlığı'nın önerisi, Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü ile sözleşme yapılarak çalıştırılmaya başlanmıştır. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu'nda, 15.11.2018 tarihli 7151 Sayılı Kanunu'nun 26.maddesiyle eklenen fıkra; aile hekimlerinin ferdan ve müştereken personel çalıştırabilecekleri böylelikle işveren olabilecekleri yasalaşmıştır.¹²²⁵ Aile sağlığı merkezinin ihtiyaç duyduğu miktarda yardımcı sağlık personelinin, temizlik ve diğer işleri yapması için personeli istihdam edecektir. Burada hekimin kayıtlı hasta sayısı üzerinden elde ettiği ücreti paylaşması gerekmektedir. Bu nedenle nitelikli bir çalışan olan yardımcı sağlık personeli piyasadaki iş gücü arzının belirlediği pazarlığın kendisine sağlayabildiği imkân ölçüsünde bir ücret alabilecektir.

¹²²² Sinan Bulut, "Aile Hekimlerinin Zorunlu Sevk Zinciri Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi", **Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Ankara, 2017, s.60.

¹²²³ Oğuz Tekin, Yusuf Üstü, Mehmet Uğurlu, "Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Saha Eğitimi", **Ankara Medical Journal**, 2012, Cilt 2 Sayı 1, s. 20.

¹²²⁴ Abdullah Soysal, Ramazan Kırac, Ali Alu, "Türkiye'de Aile Hekimliği Sistemi ve Diyarbakır Halkının Aile Hekimliği Sistemine Olan Memnuniyet Ölçüleri", **Dicle Üniversitesi İİBF Dergisi**, 2016 Cilt 6 Sayı 10, s. 88.

¹²²⁵ Resmi Gazete, **5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu madde: 26**, Tarih:09. 12. 2004, Sayı:25665

Diğer yandan piyasanın belirlediği ücret düzeyini kabul eden çalışacak, kabul etmeyen çalışmayacaktır. Yine benzer biçimde çalışabilecek temizlik personelinin asgari ücret düzeyinde bir ücret alması beklenir. Ayrıca sözleşmesi biten personelin güvencesizleşmesiyle yeniden iş araması gerekecektir.

Çalışanları Aile Sağlığı Merkez’inde çalışanlarla Toplum Sağlığı Merkezi’nde çalışanlar olarak ikiye ayırmak gerekmektedir. Toplum Sağlığı Merkezi’nde çalışanlar sürekli yer değiştirerek çalıştıkları için, işyerine herhangi bir aidiyet hissedememektedirler. Oysa çalışma hayatında mekân, malzeme, araç, gereç, çalışma arkadaşları gibi pek çok şey size oraya ait olduğunuzu hissettirir. Bunların sürekli değişmesi aidiyet hissini yok edecektir. Çalışılan yerin sıkça değişmesinin başkaca olumsuz yanları da bulunmaktadır. Gidilen yerdeki işleyişe alışık olunmaması hizmeti yavaş verme/verememe ya da yanlış hizmet verme şeklinde sonuçlara yol açabilecektir. A sınıfı aile sağlığı merkezlerinde, taşeron firmalarla yapılan anlaşma ile asgari ücret düzeyinde aile sağlığı elemanlarının çalıştırılması ve istihdam edilenlerin ihtiyaca göre sıklıkla farklı aile sağlığı merkezlerine gönderilmesi, bulunulan çalışma yerine yabancılık hissetmelerine ve işyerindeki uyum sağlayamamalarına neden olabilecektir. Çorum’da aile sağlığı merkezlerinin iş yükünü azaltmak amacıyla il bazında yıllık sözleşme ile 17 adet yardımcı sağlık personelinin (taşeron) olarak çalıştırılmaktadır. Ayrıca çalışan yardımcı sağlık personelinin aynı eğitim almalarına ve aynı işyerinde çalışmalarına rağmen farklı istihdam biçimlerinden dolayı farklı ücretler almaktadırlar. Bu durum ücrette adaleti ve çalışma barışını bozucu sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir.

Temel sağlık hizmetinin kapsamı belirlenirken belirli hizmet yelpazesinin sunulmasının yanı sıra uygulama koşulları, tesisleri ve donanım durumu da dikkate alınmalıdır.¹²²⁶ Birinci basamağa dair kavramların ve çerçevenin oluşturulmaması, birinci basamağın yeterince önemsenmemesi, hastayla ilgili beklentinin daha üst

¹²²⁶ WHO, **Primary Care Evaluation Tool**, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf, (Erişim Tarihi:14. 08. 2020)

düzeyde olması, teknolojik donanım ve personelin beklentiyi karşılayacak düzeyde olmaması neden olmuştur.¹²²⁷ Sağlık ocağında sunulan hizmet ve ekip parçalanarak ikiye ayrılmıştır. Bireylerin sağlığını ilgilendiren konularda Aile Sağlığı Merkezi, toplumun sağlığını ilgilendiren konularda Toplum Sağlığı Merkezi görevlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak personelin çalışma koşulları ile görev tanımları çalıştığı yere göre değişmektedir. Aile sağlığı elemanı sözleşme (hizmet akdi) usulüyle olup, ücretleri devlet tarafından verilmekte, bina, malzeme ve ihtiyaçları il sağlık müdürlüğü bütçesinden karşılanmaktadır.¹²²⁸

Koruyucu hizmetlerle birlikte verilmesi gereken hizmetler ayrı birimlerce yürütülmesi planlanmıştır. Bulaşıcı hastalıkla karşılaşan hekimin yapması gereken şey sadece bunu bildirmektir. Toplumun tümünü içine alan bir gebe, lohusa, bebek ve çocuk izlemi ve bağışıklama programı bulunmamaktadır. Bu nüfus kitlesiyle ilgili izlemler, kendilerine başvurması sonrasında gerçekleştirilebilecektir. Koruyucu hizmetlerin mekânsal alan dışında takip edilmesine son verilmiştir. Hizmet verilen grup sadece aile sağlığı merkezine başvuranlar ve herhangi bir nedenden dolayı çağrılanlardan ibarettir. Bireyin hayatını sürdürdüğü mekân ve mekânla ilişkili boyutlarıyla birlikte düşünülmesi gerekmektedir. Ev ziyaretleri sıra dışı bir faaliyet olup; sadece hekimin nüfus kaydetmesi nedeniyle olmaktadır. Sahaya çıkılarak hizmetin sunulmaması bilhassa düşük sosyoekonomik yapıdaki bölgelerde yaşayanların erişememeleri ya da koruyucu sağlık hizmeti alamamaları demektir. Sosyalleştirmede sağlık ocağı içerisinde farklı uzmanlık alanları (ebelik, hemşirelik, sağlık memurluğu, toplum sağlığı teknisyenliği,

¹²²⁷ Kürşat Algın, İsmet Şahin ve Mehmet Top, “Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 2004, Cilt 7 Sayı 3, s. 270.

¹²²⁸ TTBB, Halk Sağlığı Kolu (2011), “**Sağlık Hizmetlerinde Piyasalaştırma Değil, Kamucu, Eşitlikçi Sosyalleştirme Raporu**”, s. 5, http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/2011/01/12/saglik-hizmetlerinde-piyasalaştırma-degil-kamucu-esitlikci-sosyalleştirme/, (Erişim Tarihi:23. 07. 2019).

çevre sağlığı teknisyenliği) bulunan kişilerden oluşan bir ekip bulunmakta iken aile sağlığı merkezlerinde iki kişilik bir ekip oluşturulmaya çalışılmıştır.¹²²⁹

Sağlık ekibinde farklı uzmanlık alanlarına sahip kişilerin bulunması sorunların çok yönlü bakış açısıyla ve hızlı bir biçimde çözülmesini kolaylaştırmaktaydı. Çünkü hastalığa neden olan faktörler her zaman fiziksel değildir; sosyal ve ruhsal belirleyiciler de önemlidir. Sağlığın fiziksel, tinsel ve sosyal bakımdan iyilik durumu bütüncül bir yaklaşımı gerektirmektedir. Buradan sağlık sorunlarının kökeninin çok yönlü olabileceğinden, bunu çözecek kimselerinde farklı uzmanlık alanlarına sahip bir ekipten oluşması gerektiğinin altını çizmek yerinde olur.

Sözleşme yenilemede asıl belirleyicinin hekim olmakla beraber yönetmelikle¹²³⁰ aile sağlığı çalışanının sözleşmesi yenilenmemesi durumunda herhangi bir sosyal güvencesi kalmayacağı düzenlenmiştir.

Yardımcı sağlık personelinin mesleki özgürlüğünün, aile hekimi elemanının yardımcısı yapılarak mesleğin vasıfsızlaştırılmasına neden olunmaktadır. Nitekim birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların, Aile Hekimliği uygulamasından memnun olmadıkları görülmüştür. Ebe ve hemşirelerin mesleki kimlikleri ortadan kalkmış, aile sağlığı çalışanı olarak sekreteryaya görevlerini yürütmekte, çoklu görevlerle işleri yoğunlaşmıştır. Performansa göre belirlenen ücret sisteminde yıllık ücretli izinlerin kullanılması geliri azalttığından izne kullanmama eğilimi doğmaktadır. Aile sağlığı çalışanı ile iş görüşmesi yapılırken aktif çalışması istendiğinden yaşı, medeni durumu ve çocuk sahibi olup olmadığı ya da buna dair özel yaşamı sorgulanmaktadır. Performans ödemesinde çalışanın kendisinden kaynaklanmayan; gebe ya da bebeğin hastalanıp hastanede yatması, şehir dışına gitmiş olması, taşınması, adres ya da telefon

¹²²⁹ TTB, Halk Sağlığı Kolu (2011), “Sağlık Sağlık Hizmetlerinde Piyasalaştırma Değil, Kamucu, Eşitlikçi Sosyalleştirme Raporu”, s. 8, http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/2011/01/12/saglik-hizmetlerinde-piyasalaştırma-değil-kamucu-esitlikci-sosyalleştirme/, (Erişim Tarihi:23. 07. 2019)

¹²³⁰ Resmi Gazete, **Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik**, Tarih:30. 12. 2010, Sayı:27801.

numarasının yanlış olması nedeniyle ulaşmama gibi durumlarda ödemeler kesintiye uğramaktadır.¹²³¹ Mesleki ünvanlar yok sayılarak hekim dışı sağlık çalışanı olmuşlardır. Hekim işletmeci kimliğinde, ekip çalışması yok sayılarak sadece teknik becerileri ile sınırlandırılmış, hekime işleri konusunda yardımcı olmaktadır.¹²³²

Temel sağlık hizmetlerini sunan kurumların verdikleri hizmetin içeriği itibarıyla baktığımızda; 2018 yılında kişi başı hekime müracaat sayılarının %34'ü birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara yapılırken, %66'sı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapıldı.¹²³³ Bu sayı birinci basamak sağlık kuruluşlarının sağlık sorunlarına çözüm üretemediklerini göstermektedir. Nitekim kendisine yakın ve birebir ilgilenebilecek bir sağlık kuruluşu varken, vatandaşın daha uzakta ve zaman ve para olarak daha çok maliyet harcayacağı yere gitmesi düşünülemez. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının kapı tutuculuk vazifesi görebilmesi için birinci basamak sağlık örgütlenmesinin uzmanlık alan yeterliliğine sahip olup, tetkik, tedavi, donanım, araç, gereç gibi donatılara olan gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Üstü ve Uğurlu,¹²³⁴ aile sağlığı elemanının mevcut işlerine ek olarak toplumsal anlamda her geçen gün yaşlı nüfusun artmasıyla evde bakım ihtiyacının daha da artacağı düşünüldükçe sayılarının en az iki katına çıkarılmasının hedeflenmesini önermektedirler. Hedef gerçekleştiği takdirde; gereksiz sevklerin de azalabileceği beklenmektedir. Oysa Çorum'da iki aile hekiminin tek aile sağlığı elemanı olarak çalıştığı hatta hiç aile sağlığı elemanı çalıştırmayan birimlerin de bulunduğu düşünülürse bunun birinci basamak

¹²³¹ Ummahan Yücel ve Ayşe Yüksel, “Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulamasının Ebelerin Çalışma Koşullarına Etkisi”, <http://www.saglikcalisanisagligi.org/scssunumlar/ailehekimligiebeler-ummahanyucel-ayseyuksel.pdf>, (Erişim Tarihi:09. 01. 2020).

¹²³² Ahu Ceylan, Ayşenur Tütüncü ve Kübra Benli, “Aile Hekimliği Sistemi İçerisinde Hemsirenin Yeri”, **Türk Hemşireler Derneği Öğrenci Komisyonu**, 2015, <https://m.facebook.com/notes/thd-%C3%B6%C4%9Ffenci-komisyonu/aile-hekimli%C4%9Fi-sistemi-i%C3%A7erisinde-hem%C5%9Firenin-yeri/785370344871059/>, (Erişim Tarihi:09. 01. 2020).

¹²³³ Ahu Ceylan, Ayşenur Tütüncü ve Kübra Benli, “Aile Hekimliği Sistemi İçerisinde Hemsirenin Yeri”, **Türk Hemşireler Derneği Öğrenci Komisyonu**, 2015, <https://m.facebook.com/notes/thd-%C3%B6%C4%9Ffenci-komisyonu/aile-hekimli%C4%9Fi-sistemi-i%C3%A7erisinde-hem%C5%9Firenin-yeri/785370344871059/>, (Erişim Tarihi:09. 01. 2020).

¹²³⁴ Yusuf Üstü, Mehmet Uğurlu, “Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu?”, **Ankara Medical Journal**, 2015 Cilt 15 Sayı 4, s. 247.

sağlık hizmetleri için önemli bir eksik olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. İş yükü azaltıldığında gerekli materyal, malzeme ve cihaz verildiğinde bazı hizmetler (basit laboratuvar tetkikleri, solunum fonksiyon testleri ve ultrasonografi, basit yaralanmalarda küçük cerrahi müdahaleler ve pansuman, evde bakım hizmetleri, kırsal kesimde gözlük reçetelerinin düzenlenmesi, sertifikalandırılmış diyabetolog, kas-iskelet hastalıkları bakımı gibi) verilebilecektir. Bunun için performans ödemesinin hizmet başına ödeme olarak özendirici bir biçimde yeniden düzenlenmesi gerekir. Aile hekimi basit tetkik ve tedavileri yapabilecektir. Hekim dışı sağlık personellerinden olan psikolog, diyetisyen ve fizyoterapist gibi alanlar açılarak verilen hizmetin genişletilmesi düşünülebilir. Bu mesleki alanlar dışında bağımlılığa sebep olan maddelerin kullanılması ve aile içi şiddete karşı daha etkili savaşmak için sosyal çalışmacılar için de alan açılmalı veya işbirliği içerisinde çalışılmalıdır.¹²³⁵

Kapsamlılık, temel sağlık hizmetlerinde ortamında verilen hizmetlerin iyileştirici, rehabilite edici, destekleyici bakımın yanı sıra sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesini içeren hizmetlerden olmalıdır. Bu birimlerde çalışan kişilerin toplum yönelimli bir rol üstlenmeleri gerekir.¹²³⁶ Hizmetin kapsamlı verilmesinin önündeki en büyük engel hekim sayısı başına düşen hastanın fazlalığı ve yetişen hekimlerin aldıkları eğitimlerin içeriğidir. Aile sağlığı çalışanları kendilerine kayıtlı kişi sayısı üzerinden ücret almakta olup bölgelerinde cezaevi, ıslahevi, huzurevi, çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları benzeri yerler varsa bu kişilerin sağlığından sorumlu tutulmuşlardır.¹²³⁷ Yönetmelikte (madde 3) 4000'den fazla kişi kayıtlı ise aile sağlığı çalışanına bunu için ayrıca ücret ödemesi yapılmayacağı ifade edilmiştir. Aile hekimlerine kayıtlı nüfus; coğrafyaya ve sağlık hizmet planlanması esas alınarak Hazine ve Maliye Bakanlığının görüşünün alınmasıyla Sağlık Bakanlığı tarafından

¹²³⁵ Yusuf Üstü, Mehmet Ugurlu, “Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu?”, **Ankara Medical Journal**, 2015 Cilt 15 Sayı 4, s. 247.

¹²³⁶ WHO, **Primary Care Evalution Tool**, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf, (Erişim Tarihi:14. 08. 2020)

¹²³⁷ Resmi Gazete, **Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği**, Tarih:30. 12. 2010, Sayı:27801.

belirlenecekti (madde 5).¹²³⁸ Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 2017 yılında değiştirilerek¹²³⁹ bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısı 2000 kişiye düşürülmüş ancak gerektiği zaman sayının artacağı da eklenmiştir. Bu rakamın üzerinde kayıtlı kişi 2023 yılında 3000'in altına indirilmesi hedeflenmektedir.¹²⁴⁰ Yeni aile hekimliği bölgelerinin planlanması ve bu nüfusun azaltılması gerekmektedir. Böylelikle aile hekiminin hastasına daha fazla süre tanınması, tahlil ve tedavi hakkında gerekli bilgilendirmeyi yapması ile hastanın aile hekimine olan güveni artacaktır. Böylece mevcut aile hekimlerinin üzerinde bulunan iş yükü azalacak ve aile hekimleri kendisine kayıtlı kişiler hakkında daha fazla bilgiye (Çocuk, bebek, lohusa, gebe izlemleri) sahip olabileceklerdir.¹²⁴¹

Sağlık hizmeti sektörler arası işbirliği ve ekip çalışmasını gerektiren bir hizmet çeşididir. Her iki durumda da benzer biçimde hastalığı ya da bulaşıcılığı kontrol etmek için farklı kurum ve uzmanlık alanlarına müdahale etmek gerekecektir. Temel sağlık hizmetlerini sunan ilk başvuru yeri olan aile sağlığı merkezlerinin yapısı bu bağlamda yeniden düzenlenmelidir.

C. Hizmette Süreklilik

Hizmetin sürekliliği kavramı; sağlık bakımına dair müdahalelerin uzun bir süre boyunca hastaların sağlık hizmetine olan ihtiyaçlarına göre düzenlenmesidir. Bir ziyaretten diğerine takibin devam etmesidir. Süreklilikten kasıt hizmetlerin, kısa aralıklarla tutarlı (kesitsel süreklilik) veya uzun vadede kesintisiz bir temas dizisi

¹²³⁸ Resmi Gazete, **Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği**, Tarih:30. 12. 2010, Sayı:27801

¹²³⁹ Resmi Gazete, **Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği**, Tarihi:16. 05. 2017, Sayı:30068.

¹²⁴⁰ Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu(AHEF), “**AHEF Sağlık Bakanı İle Görüştü**”, 22 Mart 2018 tarihli haberi, <http://www.ahef.org.tr/Detay/2020/AHEF-SAGLIK-BAKANI-ILE-GORUSTU.aspx>, (Erişim Tarihi:02. 01. 2020).

¹²⁴¹ Hasan Ağdemir, **Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma**, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2012, s. 100.

(uzunlamasına süreklilik) olan müdahaleler sunma becerisi olarak tanımlanmaktadır. Hasta hakkında organize bir tıbbi ve sosyal geçmiş yapısı ile ilgili bilgi sürekliliğinin varlığı gereklidir. Hastanın geleneksel olarak erişilebilir ve tanıdık bir ortamda organize bir ekip tarafından sağlanan sağlık hizmeti yani belirli bir yere işaret eden uzunlamasına (boylamsal) süreklilik vardır. Hasta ile bakım sağlayıcı arasında süregelen kişisel bir ilişki olarak tanımlanan kişilerarası süreklilik, kişisel güven ve saygı ile karakterizedir.¹²⁴² Bahsedilen sosyal geçmişin olabilmesi bireyin ailesiyle beraber en yakınındaki sağlık kuruluşunda, uzun zaman boyunca aynı sağlık ekibi tarafından gözlemlenebilmesiyle mümkündür. Aile hekimini değiştirdiğinde ve ailesinin diğer üyeleriyle aynı hekime kayıtlı olmadığında bu şartlar ortadan kalkacaktır. Ne yakın bir sağlık kuruluşu ne de boylamsal süreklilik olmayacaktır.

Kentte yaşayan insanların aile hekimlerini seçebilmelerine olanak tanınırken, köylerde yaşayanların il yönetimi tarafından en yakın aile sağlığı merkezine bağlanmışlardır. Bu yönüyle sağlık ocağı uygulamasını hatırlatmakta, ancak aile hekimliği modelinin “hekim seçme özgürlüğü” ilkesine ters düşmektedir. Aile hekimine köyler bağlanacaksa köyde yaşayan bireyler kendilerine farklı bir hekim seçemeyecekler demektir.¹²⁴³ Ayrıca aileler, aile hekimini değil bireyler aile hekimini tercih ettiklerinden; ailenin her bir bireyi farklı bir aile hekimine kayıtlı olabilmektedir. O yüzden aileye bütüncül bakabilmek bu anlamda pek mümkün gözükmemektedir. Performans sisteminde başarı aile hekimlerinin elindeki listeye kaydettikleri hasta sayısı ile ölçülmektedir. Tanısı doğru koyulan, tedavisi kısa sürede ve başarılı bir biçimde yapılan hasta ile ilgili herhangi bir ödül bulunmamaktadır. Müşteri aynı hastanın memnuniyeti ile ölçülmektedir bu ise; hastanın her türlü isteğini yerine getirmekle mümkün olabilecektir. Bu durum etik ihlalleri beraberinde getirebilecektir. Ek olarak kişiye yönelik koruyucu hekimlikle topluma yönelik koruyucu hekimlik

¹²⁴² WHO, **Primary Care Evalution Tool**, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf, (Erişim Tarihi:14. 08. 2020)

¹²⁴³ Zafer Öztekin, “Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği”, s. 4.

birbirinden keskin sınırlarla ayrılabilir bir mesele değildir. Çağdaş sağlık hizmetleri multidisipliner bir biçimde sağlık sorunlarını çözmeyi amaçlarken, ancak aile hekiminin bireye özgü tedavi yöntemiyle başarı sağlaması zor olacaktır.¹²⁴⁴

Aile hekimliği modeli, sağlık hizmetlerinin sunumunda bir bütün olarak koruyucu hekimlik yaklaşımının yerine kişiyi merkeze alan tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik bir sistem almıştır. Bunun yanında aile hekimliği sistemi içerisinde yer alan doktor seçme ve değiştirme hakkı, kişilerin yaşadıkları çevreyle beraber değerlendirilmelerine engel olmaktadır. Sistem aynı çevredeki hatta aynı ailedeki bireylerin farklı aile hekimleri tarafından tedavi ve kontrollerinin sağlanması sonucunu getirebilecektir. Bu durum aynı zamanda çevresel şartlar nedeniyle oluşabilecek risklerde ortak müdahaleyi güçleştirebilecektir.¹²⁴⁵

Çorum'da 759 köy 2 belde bulunmakta, bunlardan 454 tanesi aile sağlığı merkezlerinden mobil hizmet almaktadırlar. Toplam nüfus olan 530.864 kişiden 60.482'si gezici sağlık hizmeti almaktadır.¹²⁴⁶ Mobil hizmetin planlanmasında; coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ile kendisine bağlı tüm yerleşim yerlerinin durumu göz önünde bulundurularak ve hizmetin sunulacağı yere ulaşmak için geçen süre dikkate alınmaksızın her 100 kişi için ayda iki saatten az olmamak kaydıyla o yerleşim yerinde aile hekimi tarafından yapılır. Nüfusu 250 kişiye kadar olan yerleşim yerlerine en az ayda bir kez, 250 ile 500 kişi arasında olan yerleşim yerleri için en az ayda iki kez, nüfusu 500 ve üzeri olan yerleşim yerlerine ise en az haftada bir kez gezici sağlık hizmeti verilir. Gezici sağlık hizmeti verilen bölgede Bakanlığa ait sağlık tesisi varsa hizmet için kullanılabilir.¹²⁴⁷ Gezici sağlık hizmeti verilmesi sağlık hizmetinin ihtiyaç anında, sürekli bir biçimde verilmediğini ancak ertelenebilen sağlık sorunlarında

¹²⁴⁴ Bülent Kılıç, "AKP, Aile Doktorluğu ve Sağlıkta "Dönüş"üm Programı", Halk Sağlığı ve Sağlıkta Reform, TTB Yayınları, 2003, s. 21-24.

¹²⁴⁵ Emre Kol, "Türkiye'de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi", **Sosyal Güvenlik Dergisi**, 2015 Cilt 5 Sayı 1, s. 158.

¹²⁴⁶ Resmi Yazı, Tarih:28. 07. 2020, Sayı:72716672-804. 01-39, Konu: Doktora Tez Çalışması (Songül Demirel Değirmenci).

¹²⁴⁷ Resmi Gazete, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Tarih:25. 01. 2013 Sayı:28539.

bu hizmetin kullanılabileceğini göstermektedir. Oysa sağlık hizmetinin ne zaman ve ne kadar gerekli olacağına dair bir tespit yapılması çok güçtür. Sağlık ocaklarında ve sağlık evlerinde çalışacak personele kurumla aynı mekânda lojman inşa edilmesi; hekim düzeyinde olmasa da yardımcı sağlık personelinin yapabileceği hizmetlerin sürekli verilmesini sağlamak için düşünülmüştü.

D. Koordinasyon

Hizmetin koordinasyonu özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerine giriş noktası olduğundan ve genellikle diğer bakım düzeylerine yönelik bir kapı tutma işlevi gördüğünden, temel sağlık hizmetleri düzeyindeki hizmetlerin koordinasyonu, sağlık hizmetleri sunumunun ve sağlık sisteminin yanıt verebilirliği önemli belirleyicilerdir. Koordinasyon, çeşitli süreçlerin aynı anda ele alındığı sosyal etkileşim tekniği olup tutarlı tedavi planları ile sonuçlanmalıdır. Bunun bir bakım döneminde bilgi ve hizmetlerin koordinasyonuna ise kesitsel koordinasyon denir.¹²⁴⁸ DSÖ kavramı açıklarken çeşitli süreçlerin aynı zamanda incelenmesi neticesinde tutarlı tedavi planlarının yapılabilmesi, olarak tanımlamaktadır. Ülkemizde 1 Ocak 2015'ten bu yana e-Nabız uygulamasıyla ülkemizde herkesin dâhil olduğu isterse geçmiş sağlık bilgilerini hem kendilerinin hem de hekimlerinin görüntüleyebileceği bir sistem bulunmaktadır.¹²⁴⁹ DSÖ'nün süreklilikle ilgili olması gereken boylamsal koordinasyonun gerçekleşebilmesi için daha uzun bir tedavi dönemi boyunca personel ve kurumlar arasında bağlantılar olması gerekmektedir.¹²⁵⁰ Kurumlardan ziyade aynı kurumdaki

¹²⁴⁸ WHO, **Primary Care Evaluation Tool**, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf, (Erişim Tarihi:14. 08. 2020).

¹²⁴⁹ Sağlık Bakanlığı, “**Mehmet Müezzinoğlu, e-Nabız Sistemi’ni Tanıttı**” adlı 3 nisan 2015 tarihli haber, <https://www.saglik.gov.tr/TR,1261/mehmet-muezzinoglu-e-nabiz-sistemini-tanitti.html>, (Erişim Tarihi:18. 08. 2020).

¹²⁵⁰ WHO, **Primary Care Evaluation Tool**, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf, (Erişim Tarihi:14.08.2020).

sağlık birimleri (örneğin iki farklı poliklinik) arasında¹²⁵¹ ve yerleşim yerine yeni gelenlerin sağlık kuruluşlarına bildirilmesi için uyarı sistemleri oluşturularak bireyler takip edilebilmelidir. Bu koordinasyonun geliştirilmesi halinde gereksiz birçok tetkik, tanı ve tedavi harcamaları da ortadan kalkmış olacaktır.

Temel sağlık hizmetlerinde koordinasyon kavramı; temel sağlık hizmetleriyle diğer düzeyler arasında sevk sistemleri aracılığıyla ya da sevk zinciri olmaksızın işbirliğini kapsamaktadır.¹²⁵² Hasta sevk edilmediği durumlarda da kurumların hastanın sağlığı için işbirliğine gitmeleri gerekmektedir. Temel sağlık hizmetlerinin özellikleri kapı tutuculuk özelliği, topluma en yakın, en çabuk ve en kolay ulaşılabilir olduğundan birinci basamak sağlık kuruluşlarınca sunulmaktadır. Temel sağlık hizmetlerinin diğer ölçeklerinde bulunan, SDP’de sayılan etkili ve kademeli sevk zinciri (referral systems): uygulaması pilot bazı illerde başlatılmış ancak yargı tarafından iptal edilmiştir. Sevk zinciri uygulaması; SDP’nin bileşenlerinden biridir. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu’nun 3.maddesinde “...hasta sevk oranının yüksek olması” halinde ödeme oranının düşürüleceği yani performans düşüklüğü olarak değerlendirileceği bölümü Anayasa Mahkemesi’nce; sağlık hizmetinden yararlanma hakkının ölçülülük ilkesi doğrultusunda sınırlanabileceği ancak burada ilkedan sapıldığına kanaat getirilerek iptal edilmiştir. Ek olarak; Anayasa’nın 90. Maddesinde geçen; uluslararası anlaşmaların temel hak ve hürriyetlerle ilgili maddeleri, ülke kanunlarıyla çelişiyorsa uluslararası kanun hükümleri uygulanır hükmüyle de çelişmektedir. Nitekim ülkemizin kabul ettiği, Avrupa Sosyal Şartı’nda herkesin erişebileceği en iyi sağlık seviyesinden faydalanmasını olanaklı yapan önlemlerden yararlanma hakkı, olarak yaptığı tanımla da uyuşmamaktadır.¹²⁵³ Birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimler; sorumluluğunu taşıdığı toplumun hastalığa yakalanmaması için lüzum eden önlemleri alır, hastalara

¹²⁵¹ Raika Durusoy, Aslı Davas, Işıl Ergin, Hür Hassoy, Feride Aksu Tanık, “İzmir’de İkinci ve...”, s. 13.

¹²⁵² WHO, **Primary Care Evaluation Tool**, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf, (Erişim Tarihi:14.08.2020).

¹²⁵³ Resmi Gazete, **Anayasa Mahkemesi Kararı**, Tarih:07.11.2008, Sayı:27047

gereken çözümleri tatbik eder, çözümün özel uzmanlık veya özel donanım gerektirdiği sağlık sorunlarında yapacağı yönlendirmeye; hastayı uzman hekimlere ya da üst basamak kurumlarına sevk etmede koordinatörlük üstlenirler.¹²⁵⁴

Basamaklandırılmış sağlık hizmeti örgütlenmesinde, aile hekimliği uygulayanlarda sevk zincirini tam anlamıyla işleten ülkelerde hastalar seçtikleri bir genel pratisyene kaydolurlar. Hastalar acil dışında sağlık hizmetine ihtiyaçları doğduğunda öncelikle birinci basamağa başvurur eğer burada çözülemeyecekse ikinci ve üçüncü basamağa sevk edilirler. Bu sıraya uymadıkları takdirde bedelini cepten öderler. Ülkemizde sevk zinciri birinci basamakta yeteri kadar aile hekimi olmadığı ve geçiş dönemi olması sebebiyle uygulamaya koyulmamıştır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetleri yeteri kadar kapı tutuculuk (gate keeper) işlevi yapamamaktadırlar.¹²⁵⁵ Neticede ikinci basamağa yapılan fazlaca başvuru doktor sayısının azlığıyla beraber günlük muayene sayısını ve gereksiz işlemleri arttırmaktadır. Ülkemizin gereksiz kaynak israfında olduğu ve OECD ülkelerinin arasında bu anlamda en önde yer aldığı tespit edilmiştir. Çözümü ise yine birinci basamak hizmetlerinin güçlendirilmesi ve halkın bilgilendirilmesidir.¹²⁵⁶ Kaynak israfı sistemin sürdürülebilirliğini zorlayabilmektedir. Buna rağmen 2017 yılında hastaların müracaat yeri çoğunlukla ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olmuştur.¹²⁵⁷

¹²⁵⁴ Recep Akdağ (Edit.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008**, s. 143-146.

¹²⁵⁵ Abdullah Soysal, Ramazan Kırac, Ali Alu, “Türkiye’de Aile Hekimliği...”, s. 83-84.

¹²⁵⁶ Nilüfer Loş, **Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2016, s. 112-113.

¹²⁵⁷ Medimagazin, “**2017 Sağlık İstatistikleri: Hekime Müracaat Sayısı Arttı, Hasta Memnuniyeti Azaldı**” adlı 27 Aralık 2018 tarihli haber, <https://www.medimagazin.com.tr/mevzuat/tr-2017-saglik-istatistikleri-hekime-muracaat-sayisi-artti-hasta-memnuniyeti-azaldi-80-681-79838.html>, (Erişim Tarihi:14.10.2019).

IV. BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ

1970’li yıllar iletişimde artmasıyla tüm insanların dünyada yaşayan diğer insanlarla ilgili haber alınabildiği yıllar olmuştur. Ülkeler arasında ve ülke içinde ciddi sağlık düzeyi farkları bulunmaktaydı. WHO, FAO, UNICEF, UNESCO gibi örgütler tarafından bu yıllarda sağlık durumu ve sağlık düzeyi değerlendirildiği yıllardır. Ülkeler arası bu farklılıkların giderilmesi için çeşitli çabalara girişilmiştir. 1973 DSÖ Kurulu’nun toplanması ve 1977 yılında DSÖ 30.Asamblesi sonrasında; 2000 yılında herkese sağlık diye bilinen, 1999 yılında tamamlanması planlanmış amaç benimsenmiştir. Aynı yıllar neoliberalizm devletin ekonomide yer almaması gerektiğini dillendirmekteydi. İlerleyen yıllarda 1986’da Ottawa, 1988 Adelaide Sağlıklı Halk Politikası Konferansı, 1997 yılında Jakarta Bildirgesi ve 2000 yılında Bangladeş Savar’da yapılan toplantılar sağlık durumunun iyileştirilebilmesi için yapılmış uluslararası girişimler olmuşlardır.

1978 Alma Ata’da TSH Konferansı; 2000 yılına kadar dünyadaki tüm insanların, önceden belli ve en az düzeyde sağlık hizmetine kavuşması, ülkeler ve bölgeler arası farklılıkların azaltılması ve bulunduğu toplumdaki etkinliklere faal bir şekilde katılabilmelerini hedeflemiştir. Konferansa 134 ülke ve 67 uluslararası örgüt temsilcisi bir bildirge imzaladılar. Eşitlenemeyen sağlık hizmetleri nedeniyle 5 yaş altı 10 milyondan fazla çocuk ölmektedir. Temiz suya erişim olmaması 1,5 milyon çocuk ölümü demektir. Yoksulluk, ekonomik güvencesizlik ve ekonomik marjinalleşmeyle bulaşıcı hastalık ve yaralanmanın eşitsiz dağılım artmaktadır. Hedef sağlık eşitsizliklerinin mümkün olduğunca azaltılmasıydı. Bunun için en alt ve en az düzeyde sağlık hizmeti olarak aşağıdaki TSH listesi sıralanmıştır:

- Gıdaların ve uygun beslenmenin düzenlenmesi,
- Yeterli miktarda temiz su sağlanması
- Çevre sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi

- Aile planlanmasını da içeren ana ve çocuk sağlığı hizmetleri
- Belli başlı enfeksiyon hastalıklarına karşı bağışıklama
- Yerel endemik hastalıkların önlenmesi ve denetimi
- Sıkça rastlanan hastalık ve travmaların gereken tedavisi
- Temel ilaçların sağlanması hizmetlerini içerisinde barındırmalıdır.

Ülkemizin sağlık harcanan paranın maalesef istenen oranda olmadığı gözlenmiştir. Günümüze en yakın tarihli veri 2018 yılın ait olup; gayri safi yurt içi hâsılaya oranı 4,4'tür. Son yirmi yılda; 1999-2018 yılına kadar gayri safi milli hâsıla içinde en yüksek oran %5,8'le 2007, 2008 ve 2009 yıllarına aittir. 2019 yılında OECD'nin 37 ülkesi arasında maalesef en az kaynak aktaran 3. ülke durumundayız. Fazla bütçe ayıramamakla birlikte; sağlık düzeyi göstergeleri itibariyle hakkaniyetle dağıtamadığımız da görülmektedir.

Ülkelerin sağlık düzeyini ölçen göstergeler olan bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı ve doğuştan beklenen yaşam süresi 2019 yılı itibariyle ülkemizde sırayla %9,1, %11,2 ve 75,6'dır. OECD'ye üye ülkeler arasında; bebek ölüm hızı anlamında 37 ülke içinde sondan 3, doğuştan beklenen yaşam süresi olarak sondan 8. sıradayız. DSÖ' ye göre; dünya genelinde aşılama ile ilgili aşı listesinin genişlemesi halinde; 1,5 milyon kişinin ölümünün önlenebilecektir. Dünya'da her yıl 2-3 milyon çocuk aşılanmadığı için ölmektedir. Çocukların 1/10'u asla aşıya ulaşamamaktadır. Ülkemizde, DSÖ'nün önerdiği aşılama kapsamı genişletilmeli rota virus ve HPV aşıları da eklenmelidir.

TSH ile ilgili gerekli koruyucu ve diğer uygulamaları yerine getirmesi gereken kuruluşlar birinci basamak olmalarından dolayı ASM ve TSM'lerdir. Sağlık hizmetlerinde ayrıntılı ve köklü bir değişiklik hedeflemiş Sağlıkta Dönüşüm Projesi 2002 yılında hükümet programında yer almıştır. Projede yapılan birçok değişiklik yanında birinci basamak sağlık kuruluşlarında ciddi değişiklikler yapılmıştır. Sağlık ocakları kapatılmış ikili bir yapılanma oluşturulmuştur. Temel sağlık hizmetlerinin

kapsamında olan koruyucu hekimlik TSM'lere, tedavi edici hekimlik ise ASM'lere verilmiştir. TSM'ler nüfusun kalabalık olduğu yerleşim yerlerinde kurulmuştur. ASM'lerin işleyişinin özünde sözleşme usulüyle çalışan hekimler bulunmaktadır. Sözleşme yapılmış aile hekimleri, kayıtlı nüfus üzerinden aldıkları ücretle ASM çalışanlarından kamu personeli dışında olanların giderleri, bina, ısınma ve diğer tüm sarf malzemelerini buradan ödedikleri bir sistemle ASM'leri yönetmektedirler.

Çorum iline baktığımızda temel sağlık hizmetleriyle ilgili temel göstergelerin ülke ortalamalarına yakın olduğu görülmektedir. Türkiye'de bebek ölüm hızı 2019 yılında 1000 canlı doğumda 9,1, Çorum ili 9,2'dir. 5 yaş altı ölüm hızı aynı yıl için ülkemizde 1000'de 11,2, Çorum'da 10,7 olarak gerçekleşmiştir. 2017 yılında doğuşta beklenen yaşam süresi ülkemizde 78, Çorum'da 78,6'dır.

Çorum'da Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı'na bağlı pratisyen hekim sayısı 298 olup, bunlardan 179'u birinci basamakta çalışan hekimdir. 163'ü aile hekimi, 16'sı sözleşmeli aile hekimidir. 2.000 ve altında kayıtlı nüfusu olan aile hekimi sayısının toplam aile hekimine oranı üçte birdir. Aile hekiminin sorumlu olacağı ideal nüfus olan 2.000 sayısına ülke genelinde erişilmeye çalışılmaktadır. Aile sağlığı elemanı olarak yıllık sözleşme yapılan 17 personel, ASM'lerde dönüşümlü çalıştırılmaktadır.

Çorum İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre; Çorum'a bağlı 759 köy ve 2 belde bulunmakta bunlardan 454'ü gezici mobil hizmet almakta olup yaşayan nüfus 60.482'dir. Çorum'da yaşayan toplam nüfus ise 530.864. En uzak mobil hizmet alan yerler 50 km mesafededir.

DSÖ'nün PCET ölçeğine göre erişilebilirliği engelleyen bazı durumlar bulunmaktadır. Bunlar gezici hizmetin sınırlılığı ve ev ziyaretlerinin olmaması fiziksel erişilebilirliği sınırlamaktadır. Reçete katılım payı adı altında her üç ilaç için 3 TL, sonrasında eklenen her ilaç için 1 TL ücret alınması ve GSS kapsamında bulunan nüfusun fazlalığı ve primini ödeyemeyenlerle birlikte sayının arttığı düşünülürse

finansal erişilebilirliği azaltmaktadır. ASM bölgesine göç edenler ve hizmetten yararlanmayı bilmeyenler için herhangi bir çözüm olmaması da sıkıntılı bir durumdur.

Gezici bir biçimde sağlık hizmeti verilmesi, sağlık hizmetinin kapsamını darlaştırmaktadır. Hekim başına düşen nüfusun fazlalığı ve performans sisteminin teşvik etmemesi nedeniyle sağlık eğitimi, hijyen, beslenme, erken tanı vb sağlık personelinin bu hizmetlere zaman ayırmayı seçmemesine neden olmaktadır. Sağlığın çok yönlü bir iyilikle olabilmesine rağmen hekim odaklı bir sistemin bulunması ve ekibin üyesi olan aile sağlığı elemanlarının mesleki profesyonelliklerinin göz ardı edilmesini gerektirmiştir. Aile hekimlerinin saha eksikliği giderilmeye çalışılmış ancak uzun süre eğitim almamış olmaları eksik yönleri olmuştur. 2018 yılında sağlığa başvuruların %66'sı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurulmuştur. Bunun nedeni birinci basamağın sağlık ihtiyaçlarına çözüm üretemeyişidir.

Aynı ailede farklı hekimlerin seçilmesi, aynı köyün aynı hekime bağlanarak seçme hakkının verilmemesi birer tezattır. Gezici surette verilen hizmetin sürekliliği kesitsel ve boylamsal süreklilik vardır. Ancak gezici hizmet alınan yerlerde en küçük sağlık hizmetine dahi ihtiyaç duyulduğunda fiziksel olarak ne bir sağlık birimi ne de bir sağlık personeli bulunmamaktadır. Kamu hizmetinin süreklilik esasında ihtiyacın hâsıl olması göz önünde bulundurulduğundan, hizmetin verilme biçimi bu kavramı karşılamamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri TSM ve tedavi edici sağlık hizmetleri ASM olmak üzere iki kurum üzerinden verilmeye çalışılmaktadır. Ancak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birbirinden keskin sınırlarla ayrılabilir değildir. Sağlık hizmetine olan ihtiyacın ne kadar olacağını önceden belirlemek mümkün değildir.

2015 yılında e-Nabız oluşturularak bu sağlanmaya çalışılmıştır. Koordinasyonu sağlayacak olan sevk zinciri uygulaması ülkemizde yargının iptal etmesi nedeniyle uygulanamamıştır. Hastanın aynı kurumda veya farklı kurumlarda sağlık hizmeti alması

halinde uyarı sistemleri oluşturulmalıdır. Gebe, bebek, lohusa tespitlerinde mevcut bildirim sistemi yetersiz kalmaktadır.



SONUÇ

Sağlık bir insanın en değerli varlığıdır. Sağlıklı olma durumunun sürdürülmesi sosyal, ekonomik ve kültürel birçok etkenin kontrolüyle mümkündür. Sağlıklı toplumların ortaya çıkması yalnız sağlık hizmetiyle mümkün değildir. Bunun için sağlığı koruyucu yönde üst bir anlayışın vücut bulması gerekmektedir. En üst örgütlenme düzeyi ise devlette bulunmaktadır. Ancak bu anlayışın en alt biçimi olan sağlık hizmetinin; kamu hizmeti olarak devlet tarafından verilmesi çok eski değildir. İlk Çağ köleci toplumlarında sağlık hizmeti; yönetici zümre, askerler ve varlıklı kimselerin faydalandığı lüks bir hizmet olmuştur. Orta Çağ'da hastalanan insanların tanrı tarafından cezalandırıldığına inanılmıştır. Hastalanan kişiler toplumdan tecrit edilerek yalnızlığa mahkûm edilmiştir. Tüm din ve inançların ortak yanı; hastaya, düşküne, sefalet düşene, yardıma ihtiyacı olana yardım etmeyi telkin eden emirlerinin bulunmasıydı. Orta Çağ'da sağlık hizmeti çoğunlukla gönüllü kişiler ve din adamlarınca, dini kuruluşlar, hayır kurumları ve vakıflar eliyle verilmiştir.

Sağlık hizmetinin kapsamlı, yaygın ve sürekli bir biçimde verilmesi modern devlet döneminde olmuştur. Kamu tarafından sunulan hizmetlerin çeşitlenmesi modern devletle başlamıştır. Modern devletin ortaya çıkmasında bazı gelişmelerin etkisi olmuştur. Devlet denilen yapının, dini kural ve inanışlardan sıyrılmış, fiziksel, rasyonel ve hukuksal kurallardan oluşması bazı tarihsel aşamalardan geçerek mümkün olmuştur. Orta Çağ'a özgü feodal sistemin bozulmasıyla kırsal yaşamın artan nüfusu besleyememesi sonrasında köyden kente göçler artmıştır. Sosyoekonomik yapının değişmesi bunlardan bir tanesidir. Aydınlanma hareketleriyle kilisenin saygınlığının azalması, feodal sistemin zayıflaması ve sosyal sınıfların değişmesi bunlardan bazılarıdır. Endüstriyel fiyatların artması, çitleme hareketi sonrası arazilerin birleştirilmesi sonrası tarımda çalışan insanlara, hayvancılığa geçilince ihtiyaç kalmaması nedeniyle geniş halk kesimleri bulundukları yerde beslenememişlerdir.

Birçok köylü ayaklanması bu dönemde çıkmıştır. Kırsaldan kente göç eden bu insanlar işçi sınıfını oluşturmuş, sanayileşmeyle zanaatkârlığın yerini iş bölümü almıştır. Yoksulluğun yol açtığı tahribatı azaltmak için çeşitli düzenlemelere gidilmiştir.

Liman kentlerinde ve sanayi şehirlerinde nüfusun hızlı bir biçimde artması; kente ait su, kanalizasyon gibi hizmetlere daha fazla ihtiyaç duyulmasına karşın yerel yönetimlerin buna yetişememesine neden olmuştur. Bir de bunlara açlık, sefalet, yoksulluk eklenmiştir. Sağlıksız ve hijyen koşullarından yoksun konutlarda salgınlar baş göstermiştir. 18. yüzyıldan itibaren bilim ve tıptaki ilerlemeler hastalık etkenlerinin bilinirliğini artırmıştır. Kent yönetimleri şehirde sağlıklı su ve altyapı hizmetlerini iyileştirmesi yanında, şehre giriş ve çıkışların kontrolü gibi çeşitli önlemlerde almaya mecbur kalmışlardır. Sanayileşmenin ilk yıllarında muhtaç kimselerin ihtiyaçlarını loncalar ve belediyeler karşılamıştır. Bu dönemde işçi sınıfının ortaya çıkmasıyla kentsel hak talepleri dillendirilmeye başlanmıştır. Sanayi devrimiyle gerçekleşen sosyal ve ekonomik değişim ilerleyen yıllarda siyasal yapıyı da dönüştürmüştür.

Siyasal yapıdaki değişmelerin temelini oluşturan düşünürlerden Aquinolu Thomas Tanrı iradesinden ziyade insan aklının önemli olduğunu söylemiştir. Voltaire ve Rousseau düşünce hürriyetine karşın; Montesquieu mutlakîyet rejimleri güçler ayrılığını savunmuşlardır. Toplumsal yapıdaki güç dengesi değişmiştir. Güçlü olan feodal beyler yerini zamanla burjuvazi ve krallar almışlardır. Kraliyet mahkemeleri kurularak devletin kurumsallaşması yönünde adımlar atılmıştır. 1848 Fransız Anayasa'sında kapsamlı bir biçimde haklara yer verilmiştir. 1867'de İngiltere'de servete bağlı oy verme getirilmiştir. Fransız İhtilali sonrası kiliseye ait hastaneler kamu yönetimine devredilmiştir. 1893'te hizmet alanların üçte bir oranında maliyete katlanmaları istenmiştir.

Uluslararası ticaretin çıkmaza girmesiyle; 1929 yılında kapitalizm büyük krizlerinden birini yaşamıştır. Krizle devletin piyasaları düzenlediği hatta bazı

malları/hizmetleri doğrudan kendisinin ürettiği bir sürece girilmiştir. Aynı yıllarda sosyalist sistem kurumlarını oluşturarak bir güç merkezine dönüşmüştü. Bunun da tesiriyle işçi hareketleri tüm dünyada yaygınlaşmıştır. Kamu hizmeti kategorileri içerisine sosyal haklarında dâhil olduğu refah devletleri ortaya çıkmıştır. Sosyal haklar hukuksal metinlerde yer bulmuş ve sosyal güvenlik yapılanmalarının temelleri atılmıştır. 20. yüzyılda kapitalizmin 1970 Petrol Krizi, neoliberal politikaların başlatılmasının zeminini oluşturmuştur. Devletin üstlendiği kamu hizmetlerinin piyasa lehine terk edildiği bir süreç başlamıştır.

Türk tarihinde sağlık hizmeti inandıkları dinin şifa biçimlerine, sağlıkla ilgili yapıları ise bulundukları coğrafyada etkilendikleri diğer toplumların yapılarına benzer olmuştur. Şamanların tedavi maksatlı uygulamaları vardı. Yönetici sınıf ve çevresinin sürekli hizmet aldıkları şifacıları bulunmaktaydı. 11. yüzyılda orduya hizmet edebilmesi için, savaş zamanında seyyar hastanelerin olduğu da bilinmektedir. İslamiyet'ten sonra hükümdar ailesinden olanların kurdukları şifahane, vakıflar, bimarhane ve kervansaray gibi yapılar inşa ettirmişlerdir. Bu yapılar hastalara, yoksullara, düşkünlere ve yolculara hizmet vermiştir. 15. yüzyıldan itibaren saraydakilerin sağlığından sorumlu olan hekimbaşılar, sonraki yıllarda ülkedeki tüm hekimlerin atanmasından ve meslek kurallarının oluşturulmasından da sorumlu tutulmuştur.

Ülkemizde Osmanlı bürokratlarının öncülüğünde 19. yüzyıl başından itibaren Batı tipi kurumların oluşturulmasına gidilmiştir. Askeri yenilikler başta olmak üzere idari ve adli alanlarda da çeşitli reformlar yapılmıştır. Yeniçeri ordusu kaldırıldıktan sonra yerine kurulan ordunun sağlık hizmeti ihtiyacı düşünülmüştür. Batı tipi kurumlar oluşturulmuştur. Ordunun doktor ihtiyacı için tıp okulu açılmış, yararlılar içinse hastane kurulmuştur. 19. yüzyılda görülen salgın hastalıklar için liman kentlerinde hastalıkların kontrolü için yabancı ülke temsilcilerinin de bulunduğu karantina meclisleri oluşturulmuştur. Salgınlarla baş etmek için uluslararası toplantılar tertip edilmiştir.

Toplantılar sonrası ülkelerin işbirliği yaparak uygulayacakları çeşitli koruma tedbirleri kararlaştırılmıştır.

19. yüzyılda İstanbul şehrinin temizlik ve diğer ihtiyaçlarının karşılanması için İhtisap Meclisleri (1839) kurulmuştur. Daha sonra bu kurumun yerine Şehremini daha sonra da belediyeler almıştır. Hekimbaşılik makamı 1849'da lağvedilerek Tıbbiye Nezareti kurulmuştur. Belediye Nizamnamesi ile İllerde Sıhhiye Meclisleri, ilçelerde Memleket tabiplikleri oluşturulmuştur. Başlangıçta belediyeler tarafından karşılanması istenen Memleket tabiplerinin maaşları 1888'de devlet tarafından ödenmeye başlanmıştır.

Türkiye Cumhuriyeti modern devlet tarifine uygun biçimde kurulmuştur. Savaştan çıkan ülkenin birçok sağlık sorunu bulunmaktaydı. Osmanlı'nın kaybettiği topraklardan göç eden ve yol boyunca çeşitli hastalıklara yakalanan büyük bir nüfusun sağlık ve bakım sorunlarının yanında üst üste savaşlar geçirmiş yoksul bir ülke de salgınlar yaşanmaktaydı. Meclisin ilk çıkardığı yasalardan biri; Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın kurulmasını sağlayacak yasa olmuştur. Sıtma, Trahom, Verem vb. hastalıklara ivedi bir biçimde müdahale edilebilmesi için dikey örgütlenme modeliyle bir sağlık yapılanmasına gidilmiştir. Çok partili siyasal hayata geçildikten sonra tedavi hizmetlerine ağırlık verilerek yataklı tedavi kurumları belediyelerden merkezi yönetime aktararak yatak sayıları hızla arttırılmaya başlamıştır. II. Dünya Savaşı'nın ardından yapılan uluslararası müzakereler neticesinde; Birleşmiş Milletler kurulmuştur. Günümüzde uluslararası hukukun zeminini hazırlayan antlaşmalarla çeşitli taahhütlerde bulunmuştur. 1929 Krizi sonrası kamusal uygulamaların ağırlık kazanması, II. Dünya Savaşı sonrası insan haklarının söylemlerinin yükselmesi ve iki kutuplu dünya sisteminde sosyalizmin etkisi; sosyal hakların tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de uygulanmasına etkisi olmuştur.

1961 Anayasası'nda sağlık hizmetini tamamen devlet üstlenmiştir. Anayasa'nın ardından çıkarılan 224 sayılı Kanun'la ülke geneline yayılmış, kapsamlı ve sürekli sağlık hizmetleri başlatılmıştır. Sosyalleştirme “ocak” sistemi üzerinden nüfus tabanlı örgütlenmiştir. Hizmetin ana ve çocuk sağlığının iyileştirilmesi hedefinden dolayı sağlık personelinin başlıcası ebe ve şofördür. Ebeler ev ziyaretleri yaparak, halkın sağlığını yaşadığı ortamda değerlendirmişlerdir. Sosyalleştirme hedeflerine çeşitli nedenlerle tam olarak ulaşamamışsa da bugünkü sağlık örgütlenmesinin alt yapısını oluşturmuş ve uzun bir süre (kırk yılı aşkın süre) yürürlükte kalmıştır.

1970'lerde başlayan neoliberal politikaların tesiriyle; 1961 Anayasası'ndan farklı olarak, 1982 Anayasa'sında devletin sağlık hizmetini planlayacağı ve denetleyeceği ifade edilmiştir. Sonrasında liberalleşme yönünde yapılmak istenen yasal değişiklikler yargı tarafından iptal edilmiştir.

Dünyada ise bu yıllar iletişim ve insan dolaşımının kolaylaşmasıyla insanların diğer ülkelerle, kendi ülkesini kıyaslamaya başladığı yıllardı. Yeni kurulan ülkeler bağımsızlıklarını diğer faktörlerle de pekiştirmek istedikleri yıllardı. DSÖ ve UNICEF'in erişilebilir sağlık hizmetlerini dillendirdikleri yıllarda sosyalist ülkeler sosyal belirleyicilere yönelmişlerdi. Ulus üstü değerlendirmeler ülkeler arası sağlık düzeyi farklılıkları olduğunu görmüşlerdi. DSÖ Kurulu 1973'te toplumsal gelişmenin önünde beslenme ve yoksulluk benzeri engeller olduğunu belirtmiştir. DSÖ 30. Asamblesi 1977 yılında “2000 yılında herkese sağlık” kararını almıştır. 1984 Kopenhag toplantısında hedeflerin nesnelleştirilmesine ve zamanla sınırlanması karara bağlanmıştır. 1986 Ottawa'da “Sağlığı Geliştirme Ottawa Şartı” imzalanmış, Alma Ata'dan bir adım öne gidilmiştir. 1996 Ljubljana ve 1997 Jakarta toplantılarında sağlığın iyileştirilmesine yönelik çeşitli kararlar alınmıştır. 2000 yılında Bangladeş Halkların Sağlığı Meclisi'nde sağlık için beraberce hareket edilmesi fikri öne çıkmıştır.

2008 DSÖ Raporu'nda sađlđđn sosyal belirleyicilerinin eşitsizlikleri arttırdığı yazılmıştır. Çözüm olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi önerilmiştir. 2018 Astana Konferansı'nda TSH' ya tekrar odaklanılması gerektiği dışında eşitsizliklerin devam ettiği kabul edilmiştir. Burada sađlđđn sosyal belirleyicilerinden vazgeçildiği yalnızca sağlık profesyonelleri vurgulanarak, birey ve toplumun güçlendirilmesi üzerinde durulmuştur.

Ülkemizde sađlđđa ayrılan bütçe en fazla GSMH'de oranı %5,8 olarak gerçekteşmiştir. Bu harcama miktarıyla 2019 yılında 37 ÷lke arasında sondan üçüncü sıradadır. Sağlık eğitiminin yeterince olması halinde bağımlıkların, bulaşıcı hastalıkların, antibiyotik kullanımının ve diğer hastalıklara bağlı ölümlerin azalacağı beklenmektedir. Yeterince ve sağlıklı beslenme olduğu takdirde bodur ve obez çocukların oranıyla, kansızlık yaşayan anne ve çocukların sayısı azalacaktır. Yeterli ve temiz suyun sağlanması sağlık için vazgeçilmez sağlık gereksinimidir. Su kaynaklı dünyada her yıl 829.000 kişi hastalanmakta ve 297.000 çocuk ishalden ölmektedir. Dünyadaki insanların %71'i kontaminasyondan uzak su tüketmektedir. Ülkemizde suların %57,4'ü arıtılarak tüketilmektedir. Dünya genelinde çocukların 6,3 milyon çocuk önlenebilir hastalıklardan ölmektedir. Afrika'da üç çocuktan biri ölürken, Avrupa'da yüz seksen beş çocuktan biri ölmektedir. 2019 yılında ÷lkemizde bebek ölüm hızı ‰o 9,1 beş yaş altı çocuklarda bu oran ‰o 11,2'dir. Doğuştan beklenen yaşam süresi 75,6'dır. Bağışıklama için aşı listesi genişlediğinde bir buçuk milyon çocuğın ölmesi engellenebilecektir. Aşılanmadığı için ölen çocuk sayısı 2-3 milyon arasındadır. Ülkemizde aşılama oranı %93-98 arasında gerçekteşmiştir. DSÖ'nün önerdiği rota virüs ve rahim kanser aşısı aşılama kapsamında değildir. Endemik hastalıklar olarak kabul edilebilecek hastalıklar olan flor fazlalığı, iyot azlığı, şark çıbanı ve KKKA'ne karşı koruyucu sağlık hizmetleri sağlanmalıdır. Yaralanmalar dünyada ölüm nedenlerinin altıncı sırasında gelmektedir. En çok yaralanma nedenlerinden olan trafik kazası, yanık,

boğulma, düşme, zehirlenme ve kişiler arası şiddet konularında gerekli duyarlılık kazandırılmalıdır. Temel ilaçlar listesi oluşturularak bedelsiz karşılanmalıdır.

Alma Ata'da sayılan temel sağlık hizmetleriyle ilgili hem ülkemizde hem de dünyada olması gerekli düzeyin yeterince yakalanamadığı verilerle ortaya çıkmaktadır. Kötü alışkanlıkların kullanımının artması ve bulaşıcı hastalıkların yayılması sağlık eğitimi konusunda yeterince bilgilendirilme yapılmadığını göstermektedir. Dünyanın bazı yerlerinde obezite bazı yerlerinde ise bodur çocuk oranının fazlalığı yeterince ve dengeli beslenmenin olmadığı anlamına gelmektedir. Yine benzer biçimde kadınlar ve ilk 5 yaş altı çocuklarda kansızlık oranı yüksektir. Temiz ve kullanılabilir suya erişemeyen büyük bir nüfus bulunmaktadır. Bebeklerin doğdukları sosyo-ekonomik koşullar, onların sağ doğmasında ve yaşamını devam ettirebilmesinde önemli derecede belirleyicidir. Önlenebilir nedenlerden dolayı insan kayıpları fazladır.

Sağlık hizmetleri genellikle hastalanmadan önce yapılması gereken koruyucu hizmetler, hastalığa yakalandıktan sonra iyileşme için tedavi edici hizmetler ve hastalık sonrası hayata tekrar devam etmeyi olanaklı kılacak rehabilite edici hizmetler olmak üzere üç grupta sınıflandırılmaktadır. Bu genel sınıflandırma dışında kalan temel sağlık hizmetleri kavramı, BM'nin öncülüğünde DSÖ tarafından yapılmış olan 1978 Alma Ata Konferansı'nda ilk defa devletlerin gündemine alınmıştır. Temel sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin tümünü, ayakta tedavilerin yapıldığı tedavi edici hizmetleri, yataklı tedavi kurumları dışındaki rehabilite edici hizmetleri ve palyatif hizmetleri içermektedir. DSÖ'ye göre; dünyanın yarısının temel sağlık hizmetlerini yeterince almamaktadır. Yeterince verildiği takdirde; insanın yaşamı boyunca ihtiyaç duyacağı sağlık hizmeti ihtiyacının %90'ı tamamlanmış olacaktır.

Alma Ata Konferansı'nda sonrasında, birçok üye ülkenin kabul ettiği, en alt (minimal care) ve en az düzey (minimal care) sağlık hizmeti olarak açıklanan uygulamalar aşağıda listelenmiştir:

- Halkın sağlık eğitimi
- Beslenme durumunun geliştirilmesi
- Temiz su sağlanması
- Ana çocuk sağlığı ve aile planlanması
- Başlıca bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklamanın sağlanması
- Endemik hastalıkların kontrolü
- Sık gürülen hastalıklar ve yaralanmaların uygun tedavisinin sağlanması
- Temel ilaçların sağlanması

Sayılan sağlık hizmetlerinden birçoğu koruyucu sağlık hizmetleri içerisindedir. Diğer hizmetler ise sağlık düzeyinin yükseltilmesini hedefleyen kamusal politik duruşla çözülebilecektir. Toplumun tümünün yaşam koşullarının iyileştirilmesini kapsayan bu hizmetler sağlandığında hastalıkların ortaya çıkması azaltılacaktır. Kapsamı itibariyle bireyden ziyade ülkenin genelini hedefleyen hizmetleri devlet iktidarı yürütebilecektir. Temel sağlık hizmetleri; diğer mal/hizmetlerden farkları düşünöldüğünde devlet eliyle, gereken miktarda sunulmadığı takdirde; aşağıdaki sorunlar ortaya çıkabilecektir:

- Sağlık personeliyle, hasta ve yakınları arasında asimetrik bilgi farkı vardır. Sağlık hizmeti piyasalaştığında tam rekabet piyasasına uygun bir hizmet olmayacaktır.
- Sağlık hizmeti sunmak pahalı bir yatırım ile nitelikli personel çalıştırılmasını gerektirmektedir. Devlet sağlık hizmetini yapmadığı takdirde ölçek ekonomileri nedeniyle pazar oligopolleşme eğiliminde olacaktır. Sağlık hizmetine olan ihtiyacın herhangi bir şekilde yerine koyulması mümkün değildir. Oligopolleşmeyle birkaç işletme sağlık hizmetinin niteliğini ve maliyetini belirleyebilecektir. Sağlığını kaybetme noktasında insanlar istenilen maliyete ve sunulan şartlara katlanmak zorunda kalacaktır. Bazı toplum kesimleri bunu karşılayabilecek mali yeterliliğe sahip değildir. Oysa sağlık hizmetine en çok ihtiyaç duyanlar toplumun en alt gelir grupları olacaktır.

- Devlet sağlık hizmeti sunmayı bıraktığı takdirde, işletme sahipleri yatırım için; sermaye ve nüfusun yoğunlaştığı yerleri seçeceklerdir. Yatırım için cazibesi olmayan; nüfusun az olduğu, kırsal yerleşim yerlerinde, yoksul şehirlerde ve şehrin görece yoksul bölgelerinde hizmeti sunmaya yanaşmayacaklardır. Oysa sağlık hizmeti toplumun belirli bir kesimine vermekle, toplumun genelinin korunabileceğı bir hizmet alanı değildir.

- TSH, bireye özgü olmayan, toplumun geneline yönelik ve kapsamlı faaliyetleri içermektedir. Toplumun tümüne yapılacak bu hizmetlerin maliyeti, bireyin tek başına faydası tespit edilemeyeceğinden talebi de mümkün olmayacaktır. Herkesin risk algısı farklı olduğundan hastalanmadan önce bunun karşılanması konusunda isteklilik düzeyleri farklı olacaktır. Diğer yandan birey hastalandığında tüm mal varlığını sağlığını tekrar kazanmak için harcayabilecektir.

- Sağlık hizmetine en çok ihtiyaç duyan kesim, en yoksul halk kesimleridir. Sağlık hizmeti için bedel ödenmesi, bu toplum kesimi için zor olacaktır.

- Sağlık piyasalaştığında, sağlıklı kalma içgüdüğü rahatlıkla manipüle edilebilecektir. Bu durum girişimciler lehine bir sonuç olacak; halkın geneline katkı sağlamayacaktır.

- Sağlık hizmetine ne zaman ve ne miktarda ihtiyaç duyacağımız belirsizdir. TSH ülke geneline yayılmış ve yaşanılan yere yakın örgütlenmiş bir sağlık yapılanmasını gerektirmektedir. İhtiyacın miktarının artması halinde piyasa aktörleri elindeki parçalı bir yapılanma, işbirliği yapılamamasına neden olacaktır.

- Sağlık hizmeti toplumun ihtiyacına paralel olarak yeterince üretilmediğı takdirde toplumsal maliyet ağırlaşacaktır. Örneğın; salgınların, depremlerin, doğal felaketlerin, kazaların ve patlamaların toplumlara yükü ölümler dışında ruhsal travmalar ve maddi kayıplardır. Bu nedenle sağlık hizmetinde küçük ve birbirinden kopuk

birimlerden ziyade; büyük ve örgütlü yerine göre esnek olabilecek kurumlara ihtiyaç bulunmaktadır.

Sağlık hizmetine özgü yukarıda sayılan nedenlere ek olarak bir hizmetin, kamu tarafından sunulmasının çeşitli sebepleri olabilmektedir. Başta devletin kendi güvenliğini sağlamak olmak üzere; toplum üzerindeki iktidarını meşrulaştırmak, pekiştirmek veya geliştirmek amaçlanabilmektedir. Başka bir ülkeye sağlık hizmeti sunan ülke, oradaki halkın kendisi hakkında olumlu düşünmesini sağlamak isteyebilmektedir. Kapitalist sistemin devamı; üretebilen ve tüketebilen sağlıklı insanlarla mümkündür. Sağlıklı iş gücünün karşılanması kapitalizm için önemli olmasıdır. Devletlerin sağlık hizmeti sunmasındaki nedenlerden bir diğeri de uluslararası antlaşmalarda bulunudukları taahhütlerdir. II. Dünya Savaşı sonrası insan haklarının önem kazanmasıyla beraber sosyal ve ekonomik haklar gündeme gelmiştir. Ardından ulusal hukuk belgelerinde sağlık hakkı peyderpey yer almaya başlamıştır. Devletler dâhil oldukları uluslararası antlaşmalarla sağlık hakkını sağlayacaklarına yönelik taahhütte bulunmuşlardır. Günümüzde hiçbir devletin sağlık hizmetini tamamen piyasa mekanizmasına bırakmadığı görülmektedir. Hangi hizmetin ne kadarının devlet eliyle sunulması gerektiği, siyasal düşünceler etrafında geniş bir yelpazede tartışıla gelmiştir. Ülkemizde kamu hizmeti olarak kabul edilmiş hizmetlerin; süreklilik, değişkenlik, eşitlik ve bedelsizlik olmak üzere dört temel niteliği karşılaması gerekmektedir.

Toplumun genel sağlığının korunması, yükseltilmesi insan haklarının gereğince yerine getirilmesi nedeniyle tedavi hizmetlerinden ayrılan TSH verilmesinden sorumlu iki organ olan TSM ve ASM'lerdir. Yapılan sözleşmeyle çalışan aile hekimlerine ödenen ücreti çeşitli kategoriler belirlemektedir. Kamu hizmeti olarak verilen birinci basamak sağlık hizmetleri sözleşme usulüyle işletmecilik kökenli bir biçimde kurulmuştur. Sözleşme ile ödenen ücreti; hizmet verilen toplum kesiminin

sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinin düşük olması, gezici sağlık hizmeti verilen yerin uzaklığı ve hizmetin verildiği yerde yaşayan nüfusun fazla olması arttırmaktadır. Görüldüğü üzere ASM için yapılan ödeme için temel alınan ölçütler fiziksel koşullardır. Ödenen ücret içerisinde aile sağlığı elemanı dışında geriye kalan; bina kirası, ısınma, aydınlatma, temizlik, sarf malzemesi vb. harcamalar karşılanmaktadır. Sayılan harcamaların asgari tutulması; ödemenin elde kalan miktarının azami olmasıyla orantılı olacaktır. Oysa sağlık hizmetinde olması gereken düzeyden taviz vermek doğru olmayacaktır. Bu düzey asimetrik bilgi nedeniyle hizmeti alan kişilerin denetimiyle mümkün olmayacaktır. Nitekim buna dair bir denetim mekanizması da bulunmamaktadır. Hekimin buradaki tavrı belirleyici olacaktır.

Eğer ihtiyaç duyuluyorsa ASM için sağlık personeli ve hizmetli olarak istihdam edilecek kişilere ödenen ücret ve sosyal güvenlik primleri de yine bu ödenekten kendilerince ödenmektedir. Burada aile hekimi sağlık personelinden ziyade işveren niteliğindedir. Diğer yandan hem il bazında sözleşmeli istihdam edilen sağlık personeli hem de aile hekimince istihdam edilen sağlık personeli nitelikli bir iş gücü olmasına rağmen en alt düzey ücretle çalıştırılmaktadırlar. Aynı birimde aile sağlığı elemanı da bulunduğu düşünülürse bu durum iş barışını olumsuz etkilemektedir. Aile hekimine kayıtlı nüfusun fazlaşması aile hekiminin kazancının artması için olumlu bir gelişme olacaktır. Usulsüz ilaç yazımı ve gerek olmayan istirahat raporları bu sayıyı artırabilmesi; etik olmayan bu uygulamaların yolunu açmaktadır.

DSÖ'nün TSH'yi ölçtüğü PCET'e göre erişilebilir, kapsamlı, sürekli ve koordinasyon özellikleriyle ASM'leri ve Çorum'dan aldığımız verileri değerlendirdiğimizde; bazı temel sorunların ön plana çıktığı görülmektedir. Sağlık göstergelerinin kötü çıkması; ülkemizde sağlık hizmetlerine için yeterince kaynak ayrılmaması yanında; ayrılan kaynakların da hakkaniyet temelinde sunulmadığını göstermektedir. TSH, temelini işletmecilikten alan kar odaklı, performans dayalı,

rekabetçi, taşeron bir model üzerinden verilmekte bu hizmetin sunumunda çeşitli etik ihlallerin doğabilmesine meydan vermektedir. Ayrıca kurulan sistemde, sağlık hizmetinin niteliği üzerinden bir değerlendirme yapılmamaktadır.

ASM'lerin tedaviye odaklı kurulmaları ve performansa dayalı ücret sisteminde koruyucu hekimlik uygulamalarının desteklenmemesi; dezavantajlı grupların ve kırsal yerleşim bölgelerinde bulunan nüfusun sağlık hizmetine erişilebilirliği olumsuz etkilenmektedir. Sosyokültürel ve psikolojik olarak dezavantajlı gruplar olan; yoksul alt kesimler, evinden çıkıp sağlık kuruluşuna gelemeyecek derecede bulunan, yaşlı, yatağa bağlı kişiler, göçmenler, mevsimlik işçiler ve nüfus kaydı olmayanların sağlık hizmetine erişilebilirliği kimi zaman kamu kuruluşlarının girişiyle mümkün olabilecektir. Aile hekimlerine verilen ücretin hizmetin kalitesi üzerinden değil harcanacak maliyete odaklı olarak hesaplanması; asıl konunun yani sağlığın gözden kaçırılmasına neden olabilecektir. Aile hekimliği sistemi uygulamasında çalışan hekimler olan pratisyen hekimlerdir. Pratisyen hekimlerin, aile hekimliği alanına dair bilgi ve beceri eğitimleri, bu alanda yetişmiş hekimlere kıyasla yetersiz kalmaktadır. Oysa mesleki becerinin sağlık hizmetine olan ihtiyacı karşılaması erişilebilirliği arttırabilecektir. Böylelikle birinci basamak sağlık hizmetlerine müracaatların da artacağı beklenir. Personelin mesleki yeterliliği yanında çeşitlendirilmesi ve sayısal yeterliliği de önemlidir. Tabii aynı şekilde birinci basamak sağlık kuruluşlarında araç, gereç, cihaz ve diğer tıbbi alt yapının da güçlendirilmesi gerekmektedir.

Aile hekimliği sistemi varsıl ülkelerden, ülkemize aktarılmış bir sistemdir. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinden sosyal güvenceleri yanında; muayene ücreti ödememekte ancak reçete katkı payı adı altında ilk üç ilaç için 3 TL, sonraki her bir ilaç için 1 TL olmak üzere cepten ödeme yapmaktadır. Ülkemizde GSS'si devlet tarafından finanse edilen (yaklaşık 9 milyon), GSS primini kendisi ödeyen (yaklaşık 2,5 milyon) ve diğer sosyal sigorta kollarında olup primini ödeyemeyen nüfusta dâhil

ettiğimizde kalabalık bir nüfus kitlesi ortaya çıkmaktadır. Ülke nüfusu göz önünde bulundurulduğunda finansal erişilebilirliğin risk altında olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Cepten ödeme yapılması, kalabalık yoksul kesimler için erişilebilirliği olumsuz etkileyen bir husustur.

Aile hekimlerine ortalama kayıtlı nüfusun çoğu yerde ideal sayı gözüyle bakılan 2.000 nüfusun çok üstünde olması hizmetin verilmesinde yeterince zaman ayrılamamasını beraberinde getirmektedir. ASM'lerin en önemli sorunlarının başında bu gelmektedir. Bundan dolayı sağlık personeli hizmet verirken fiziksel erişilebilirlik sağlandığı halde hastanın sorunlarına erişilebilirliğin gereğince olmasına engel olmaktadır. Nüfusun fazlalığı, herhangi bir nedenle ASM' ye başvurmuş kişilere yeterince zaman ayrılamamasına yol açmaktadır. Koruyucu ve tedavi verici hizmetin birbirinden net olarak ayrılması beklenemez. Nitekim hekime muayene olan hastalara ilaç yazmak yanında, iyileşmeyi sağlayacak olan birçok öneride bulunulabilir. Aynı şekilde gebe, lohusa, bebek ve çocuk kontrollerinde koruyucu birçok sağlık hizmeti yeterince zaman ayırarak verilebilecektir. Sağlık eğitimi, yeterli ve dengeli beslenme, bağışıklığın önemi, ana-çocuk sağlığı, aile planlaması ve diğer sağlığı iyileştirmeye dönük kapsamlı koruyucu sağlık hizmetleri verilememektedir. Sayılan koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesi için herhangi bir özendirici bulunmamaktadır.

Sağlığın tanımında; bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlanmış ancak bunu sağlamak için tayin edilmiş sağlık ekibinde yalnızca hekim ve yardımcı sağlık personelinden oluşan aile sağlığı elemanı görevlendirilmiştir. Oysa bu hizmetin kapsamı; sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, ebe, hemşire, laborant gibi mesleklerle genişletilmelidir.

Gezici sağlık hizmeti yapılanmasında köyler, ilçeye ya da ile bağlı ASM'lere paylaştırılmıştır. ASM'ler ilçe ya da illerde bulunmakta, köylere ise belirli gün ve saatlerde hizmet verilmektedir. ASM'lerin gezici hizmet verdikleri nüfus

azımsanamayacak kadar fazladır. Zorunlu ziyaretlerin sayısı, sıklığı, gezici bir biçimde verilen hizmetin yapılacağı yer ve taşınabilecek donanım göz önünde bulundurulduğunda verilecek sağlık hizmetinin kapsamı hayli sınırlanmaktadır. Kırsalda bulunan nüfusa ziyaret edilen gün ve saatler dışında sürekli sağlık hizmeti verilememektedir. TSH'nin koruyucu sağlık hizmetlerini üstlenen diğer kurumu TSM'lerdir. TSM'lerin koruyucu sağlık hizmetlerinin hatırı sayılır bir alanını yürütmeleri gerekmektedir. TSM'ler kuruldukları yer itibariyle, ASM'lerden erişilebilirlik olarak çok daha uzak mahallerde kurulmuşlardır. Oysa koruyucu sağlık hizmetleri topluma en yakın sağlık birimleri tarafından sunulmalıdır. Bunun yerine fiziksel mesafe olarak yakın olan ASM'ler güçlendirilerek, TSH'nin verilebileceği birimler olarak tercih edilebilir.

Sağlık hizmeti sunan birimlerin hastayı aynı anda ve farklı zamanlarda uzun bir zaman gözlenebilmesi koordinasyon olarak tarif edilmektedir. Aile hekimliğinde, hekim tercihi önemli bir uygulamadır. Bireyin tercihi doğrultusunda, ailenin her bir üyesi farklı aile hekimine kayıt olabilecektir. Bireyin ailesiyle değerlendirilmesi ve sağlık sorunlarında tüm aileye yönelik çözüm üretilmesi bu nedenle mümkün olmayabilecektir. Son birkaç yıldır bireyin takip edilebilmesi için ülke genelinde tüm nüfusun sağlık hizmeti, e-nabız sistemi üzerinden izlenmeye başlanmıştır. Bireyin sosyal, ekonomik ve kültürel olarak izlenmesi mümkün değildir. Daha önce bahsettiğimiz gibi bireyin ailesini ve yaşadığı ortamı gözlenmesine olanak veren sağlık ekibi ziyaretleri anlamlı olacaktır. Aile hekimliğiyle başlayan uygulamalar arasında; evde sağlık hizmetleri sınırlı bir nüfusa bu hizmeti sunmamaktadır. İlaç dışındaki koruyucu sağlık hizmetleri için bu faktörlerin göz önüne alınarak önerilerde bulunulması yerinde bir uygulama olacaktır.

Sevk zinciri uygulaması 2008 yılında iptal edilmiştir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine müracaatlar toplam müracaatların üçte ikisine karşılık gelmektedir.

Hastanelerin yükü artmakta, ayakta ve basit yöntemlerle yapılabilecek sağlık sorunları üst basamaklara taşınmaktadır. Toplum nüfusunun geneline yönelmiş, ilk başvuru yerin daha kapsamlı hizmetleri sunabilen, kapı tutuculuk özelliği bulunan, koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok önem veren, performans ilkelerinin kaliteli sağlık hizmeti vermeye odaklandığı bir sağlık yapılanması gerekmektedir. Bu yapıldığı takdirde sağlık hizmetleri hakkaniyete uygun nitelikte yapılabilecektir. Tedavi edici sağlık hizmetine olan yığılmalar da durdurulabilecektir. Tüm ülke genelinde sağlık düzeyi göstergeleri olarak kabul edilen bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı ve doğumdan beklenen yaşam ömrü iyileşecektir. Böylelikle daha refah içerisinde bir toplum düzeyi yakalanabilecektir.

ASM'ler tarafından gezici sağlık hizmeti yerleşim yeri dikkate alındığında kırsalda yaşayanlar için sürekli bir sağlık hizmet değildir. İlçe ve il merkezlerinde sürekli ulaşılabilir olarak sunulan sağlık hizmeti bu haliyle toplumun tüm kesimleri için eşit bir biçimde sunulmamaktadır. Hizmet daha çok kentte varsıl bölgelerde yaşayan, sosyokültürel olarak hizmetten yararlanmayı bilen toplum kesimlerinin erişebileceği durumda konumlanmıştır. ASM'lerde yazılan reçeteler için yapılan katkı payı ödemesi cepten ödemeler arasında olup; kamu hizmetinin bedelsizlik ilkesiyle çelişmektedir.

Netice olarak ülkemizde dâhil birçok ülkenin yapacağını taahhüt ettiği; TSH piyasa ve piyasa ilkeleri üzerinden verilebilecek nitelikte hizmetler değildir. Bugün itibariyle verilen TSH ne kamu hizmeti ilkelerini ne de DSÖ'nün PCET ölçeğindeki koşulları karşılamaktan uzaktır.

KAYNAKÇA

- Acar, Erey (2017), “Neoliberalizm ve Sosyal Refah Devleti Ekseninde Üçüncü Yol Yaklaşımı”, **Kastamonu Üniversitesi İİBF Dergisi**, C.18 S.1 Özel Sayı, s.248-264, <https://dergi.park.org.tr/download/article-file/361178>, (Erişim Tarihi:27.07.2019).
- Acar, Osman Kürşat (2018), “Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı; Isparta İli Üzerinden Nitel Bir Analiz”, **Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Cilt 7 Sayı 3, s.703-722.
- Acun, Fatma (2005), “Osmanlı Şehirlerinde Devlet ve Sivil Toplum”, **Sivil Toplum Dergisi**, Cilt 3 Sayı 10, s.51-60.
- Ağaoğulları, Mehmet Ali ve Levent Köker (2011), **İmparatorluktan Tanrı Devletine**, İmge Kitabevi, 7. Baskı, Ankara.
- Ağaoğulları, Mehmet Ali ve Levent Köker (2013), **Tanrı Devletinden Kral-Devlete**, İmge Kitabevi, 6. Baskı, Ankara.
- Ağdemir, Hasan (2012), **Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma**, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- Ağırbaş, İsmail (2011), Yasemin Akbulut ve Ömer Rıfkı Önder, “Atatürk Dönemi Sağlık Politikası”, **Ankara Üniversitesi Türk İnkılap Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi**, Sayı 48, s. 733-748.
- Akdağ, Yusuf (2014), **Kapitalizm ve Sınıf Mücadelesi: Teorinin Güncelliği**, Evrensel Basım Yayın, İstanbul.
- Akdağ, Recep (Edit.) (2008), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008**, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 770, Ankara.

- Akdoğan, Abdurrahman (2006), **Kamu Maliyesi**, Genişletilmiş 11. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Akdur, Recep, Meltem Çöl, Ayşe Işık ve diğerleri, **Halk Sağlığı**, Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı ABD (Haz.), Antıp AŞ Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, No: 26.
- Akdur, Recep (1999), **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması**, 3. Baskı, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Akdur, Recep (2003), Esin Ocaktan ve Oya Özdemir, “Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Sayı 4 Cilt 56, s.207-219.
- Akdur, Recep (2004), “Dünya’da Temel Sağlık Hizmetleri Ekolünün Gelişimi ve Günümüzdeki Durumu”, **II.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu**, Manisa
- Akgün, Deniz (2014), **Kapitalizm Hasta Eder**, Notabene Yayınları, Ankara.
- Akın, Uğur ve Gani Arslan(2014), “İdeoloji ve Eğitim: Devlet-Eğitim İlişkisine Farklı Bir Bakış”, **Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, Cilt 4 Sayı 1, s.81-90
- Akıncı, Abdulvahap (2012), “Modern Ulus Devletlerin Doğuşu”, **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı 34, s.61-70.
- Akkaya, Rukiye (2002), **Çözülen Sosyal Devlet ve Küreselleşme Olgusu**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.
- Akman, Mehmet (2014), “Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü”, **Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt 18 Sayı 2, s.70-78.
- Akpınar, Cemil (1998), “Hekimbaşı”, **TDV İslam Ansiklopedisi**, Cilt 17 Sayı 161, s.161-164.

- Aksakoğlu, Gazanfer ve Zafer Öztekin (1982), “Gezi İşleri”, Nevzat Eren ve Zafer Öztekin, **Sağlık Ocağı Yönetimi** içinde, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, No: 22, Ankara.
- Aksakoğlu, Gazanfer, Bülent Kılıç ve Reyhan Uçku (2003), “Aile Hekimliği Modeli / Sistemi Türkiye İçin Uygun Değildir”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 18, s.251-257.
- Aksakoğlu, Gazanfer ve Hatice Giray (2007), “Kentsel Anlamda Sağlıkta Dönüşüm”, **Memleket Mevzuat Dergisi**, Cilt 2 Sayı 21-22, s.1-11.
- Aksakoğlu, Gazanfer (2008), “Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü”, **Memleket Siyaset Yönetim Dergisi**, Cilt 8, s.7-62.
- Aktan, Coşkun Can (1995), “Klasik Liberalizm, Neo-Liberalizm ve Libertarianizm”, **Amme İdare Dergisi**, Cilt 28 Sayı 1, s.3-32.
- Aktaş, Ekin Özgür ve Gürol Çakır (2012), “Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması”, **Ege Tıp Dergisi**, Cilt 51 Sayı 1, s.21-29.
- Akyıldız, Nazlı (2001), “Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri Sağlık Sorunları ve Çözüm Yolları”, **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı-I**, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayınları, No: 3179, Sayı 39.
- Alakavuklar, Ozan Nadir, Selcen Kılıçaslan ve Engin Bağış Öztürk (2009), “Türkiye’de Hayırseverlikten Kurumsal Sosyal Sorumluluğa Geçiş: Bir Kurumsal Değişim Öyküsü”, **Yönetim Araştırmaları Dergisi**, Sayı 2 Cilt 9, s.103-143.
- Alcan, Sezer (2015), **Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet ve Sağlık-Ücretler İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir İnceleme**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Aldıkaçtı, Orhan (1997), “Sosyal Devlet”, **Anayasa Yargısı Dergisi**, Cilt 14 Sayı 81, s.79-85.

- Algan, Bülent (2007), **Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Hakların Korunması**, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Algın, Kürşat, İsmet Şahin ve Mehmet Top (2004), “Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 7 Sayı 3, s.250-276.
- Allensworth, Diane DeMuth (2011), “Sağlık Eşitsizliklerinin Azaltılması için Tasarlanmış Sağlığı Geliştirme Programları”, **Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu**, 11-13 Nisan 2011, İstanbul.
- Alkan, Mehmet Ö (2008), “Osmanlı İmparatorluğu’nda Modernleşme ve Eğitim”, **Türkiye Araştırmaları Literatür Dergisi**, Cilt 6 Sayı 12, s.9-84.
- Alpugan, Oktay (1984), “Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi”, **İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası**, Cilt 40 Sayı 1-4, s.133-160.
- Altan, Çetin (2004), “Kamu Hizmeti”, adlı kitap bölümü, **Gün Işığında Yönetim** içinde, İl Han Özay (Edit.), Filiz Kitabevi, İstanbul.
- Altay, Asuman (2007), “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı 54, s. 33-59.
- Altıok, Metin (2011), “Üretken ve Üretken Olmayan Emek Ayırımı Üzerine Bir Değerlendirme: Adam Smith’in “Emeği” mi? Karl Marx’ın “Değeri” mi?”, **Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakülte Dergisi**, Sayı 1 Cilt 12.
- Aktel, Mehmet, Yakup Altan, Uysal Kerman ve Erdal Eke (2013), “Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı’nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz”, **Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 15 Sayı 2, s.33-62.
- Altın, Ayтуğ, (2013), “Kamu Hizmeti Anlayışında Değişim”, **Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 1 Sayı 2, s.101-118.

- Arabacıoğlu, Celal (1991), **Hekimlik ve Hastanecilik**, Çukurova Üniversitesi Yayınları, Adana, s.1-54.
- Arkadaş, Adem,-Thibert, Gülgün Müftü, Bahar Güçiz Doğan ve Münevver Bertan (2015), “Sağlık Hakkı Çerçevesinde: İnsan, Kadın ve Çocuk Hakları”, **Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Arsel, İlhan (1972), “ASAYİŞ-ANARŞİ-DESPOTİZM veya İKTİDAR ile HÜRRİYET arası DENGİ”, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Cilt 29 Sayı 1, s.61-104
- Arslanoğlu, İlknur (Edit) (2012), **Tıp Bu Değil I**, İthaki Yayınları, İstanbul.
- Arslanoğlu, İlknur (Edit.) (2013), **Tıp Bu Değil 2**, İthaki Yayınları, İstanbul.
- Aslan, Seyfettin (2010), “Türkiye’de Sivil Toplum”, **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı 31 Cilt 9, s.260-283.
- Aslan, Seyfettin, Ömer Taylan ve Damla Baştuğ (2016) , “Gezi Parkı Eylemlerinin Farklı Boyutlarıyla Bir Değerlendirmesi”, **Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 6 Sayı 2, s.153-177.
- Atabek Emine ve Şefik Görkey (1998), **Başlangıcından Rönesansa Kadar Tıp Tarihi**, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul.
- Aydın, Emre (1995), “Sosyalleştirme Yasasındaki Teknik Hatalar ve 32. Madde Olayı”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Sayı 10 Cilt 68, s. 60-63.
- Aydın, Erdem (2004), “19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması”, **Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi**, Yıl: 2004, Sayı 15, s.186.
- Aydın, Erdem (2006), **Dünya ve Türk Tıp Tarihi**, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara.
- Aytekin, Hamdi (2015), “Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Örgütlenmesi”, **Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı**, Palme Yayınları, Ankara.

Atabey, Selin Ertürk (2012), **Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası**, Gazi Kitabevi, Ankara.

Ateş, Metin (2011), **Sağlık Sistemleri**, Beta Basım Yayım Dağıtım A Ş, İstanbul.

Ataay, Faruk (2005), “Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıkta Yansımaları”, **Kamu Reformu İncelemeleri**, Ankara Tabip Odası Yayınları, Ankara.

Ataay, Selçuk A. (2015), “Sağlıkta Piyasalaşma ve Kamu Özel Ortaklığı”, **Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa** içinde, Gülbiye Yaşar-Asuman Göksel-Ömür Birler (Der.), Notabene Yayınları, Ankara.

Ataay, Faruk (2008), “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, **Amme İdaresi Dergisi**, Sayı 3 Cilt 41.

Avcı, Yasemin (2007), “Osmanlı Devleti’nde Tanzimat Döneminde “Otoriter Modernleşme” ve Kadının Özgürleşmesi Meselesi”, **Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi**, Cilt 21 Sayı 1, s.1-18.

Ay, Hakan ve Öznur Uçar (2015), “Devletin Gelişim Süreci”, **İşletme Fakültesi Dergisi**, Cilt 16 Sayı 2, s.195-206.

Aybudak, Utku (2017), “Modern Devlet Bağlamında Ortaya Çıkan Egemenlik Kavramı ve Egemenliğin Dönüşümü”, **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Cilt 10 Sayı 54, s.226-238.

Aydın, Emre (1995), “Sosyalleştirme Yasasındaki Teknik Hatalar ve 32. Madde Olayı”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 10 Sayı 68, s. 60 -63.

Aydın, Rıfat (2008), “Uluslaşma ve Devlet: Bir Modern Kavram Olarak Ulus Devlet”, **Marmara Üniversitesi Siyasal Bilimler Dergisi**, Cilt 6 Sayı 1, s.229-256.

Aydın, Erdem (2004), “19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması”, **Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi**, Sayı 15, s. 185-208.

- Aydın, Erdem (2006), **Dünya ve Türk Tıp Tarihi**, Güneş Kitabevi, Ankara.
- Aydınlı, Halil İbrahim ve Veysel Ayhan (2004), “Egemenlik Kavramının Tarihsel Gelişimi Perspektifinden İktidarın Sınırlandırılması Tartışması”, **Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt 5 Sayı 1, s.67-84.
- Baechler, Jean (1994), **Kapitalizmin Kökenleri**, Çev. Mehmet Ali Kılıçbay, İmge Kitabevi, Ankara.
- Baloğlu, Burhan (2005), “Sağlık ve Sosyal Sınıflar”, **Sosyoloji Konferansları Dergisi**, Cilt 0 Sayı 31, s.145-159.
- Baltacı, Davut, İsmail Hamdi Kara, Talat Bahçebacı ve diğerleri (2011), “Düzce ilinde Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimi ve Muayenehanesi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma”, **Konuralp Tıp Dergisi**, Cilt 3 Sayı 2, s.9-15.
- Baran, Emine (2009), “Türkiye’de Sosyalleştirme’den “Sağlıkta Dönüşüm”E Sağlık Harcamaları ve Mevzuatı”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi**, Ankara.
- Barry, Norman P. (2003), **Modern Siyaset Teorisi**, Çev. Mustafa Erdoğan ve Yusuf Şahin, Liberte Yayınları, Ankara.
- Bayat, Ali Haydar (2010), **Tıp Tarihi**, Genişletilmiş 2. Baskı, Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği Yayınları, İstanbul.
- Baykan, Nevres, Celal Sungur ve Yaşar Bilgin (1979), **Toplum Hekimliği** (Ders Kitabı), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, Yargıçoğlu Matbaası, Ankara.
- Baykan, Zeynep, Fevziye Çetinkaya, Melis Naçar, Alper Kaya, M. Ümit Işıldak (2014), “Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Durumları Ve İlişkili Faktörler”, **Türk Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt 18 Sayı 3, s.122-133.

- Beaud, Michel (2016), **Kapitalizmin Tarihi (1500-2010)**, Çev. Fikret Başkaya, Yordam Kitap, İstanbul.
- Belek, İlker ve diğerleri (1992), **Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi**, Sorun Yayınları, İstanbul.
- Belek, İlker (1994), **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, Sorun Yayınları, İstanbul.
- Belek, İlker (1998), **Sınıf Sağlık Eşitsizlik**, Sorun Yayınları, İstanbul.
- Belek, İlker ve Onur Hamzaoğlu (2001), “Kapitalizmin Olağan Seyri İçinde Sağlık Açısından Projeksiyonlar”, **Toplum, Sağlık, Eczacı Dergisi**, s.37-53.
- Belek, İlker (2009), **Sağlığın Ekonomi Politikası Sosyal Devletin Çöküşü**, Yazılama Yayınları, İstanbul.
- Beliner, Aylin Sena (2007), “Sağlık Ocaklarında Ek Ödeme (Performans) Yöntemleri ve Bunun Sağlık Hizmetine Etkileri”, **5. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu**, 10-11 Mayıs 2007.
- Benevolo, Leonardo (1995), **Avrupa Tarihinde Kentler**, Özden Arıkan (Yay. Haz.), Afa Yayıncılık, İstanbul.
- Beşirli, Mehmet (1999), “Osmanlı’da Modernleşme ve Aydınlar, 1789-1908”, **Dini Araştırmalar Dergisi**, Cilt 2 Sayı 5, s.131-157.
- Bilgili, Emine ve Eyyüp Ecevit (2008), “Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Sayı 11 Cilt 2, s.201-228.
- Bilgin, Yaşar ve İclal Kantaroğlu (1980), “Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri Sorunlar Öneriler”, **Türk Toplum Hekimliği II. Sempozyumu** 25-28 Haziran 1980, s.211-217.
- Bloch, Marc (1983), **Feodal Toplum**, Çev. Mehmet Ali Kılıçbay, Savaş Yayınları, Ankara.

- Bodur, Said (1991), **Aile Sağlığı**, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, Eğitim Serisi: 2, Ankara.
- Bozhüyük, Ali, Sevgi Özcan, Hatice Kurdak, Ersin Akpınar, Esra Saatçı, Nafiz Bozdemir (2012), “Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği”, **Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care**, Cilt 6 Sayı 1, s.13-22.
- Bozkurt, Enver (2003), İnsan Haklarının Korunmasında Uluslararası Hukukun Rolü, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Böke, Pelin (2009), “İzmir Karantina Teşkilatının Kuruluşu ve Faaliyetleri (1840-1900)”, **Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi**, Sayı 18-19 Cilt 8, s. 137-159.
- Braudel, Fernand (1996), **Medeniyet ve Kapitalizm**, İz Yayıncılık, İstanbul.
- Breud, Michel (2016), **Kapitalizmin Tarihi (1500-2010)**, Çev. Fikret Başkaya, Yordam Kitap, İstanbul.
- Briggs, Asa (1961), “The Welfare State in Historical Perspective”, C.Pierson, F.G.Castles (Edit.), **The Welfare State** içinde, Cambridge: Polty Press, Vol.2 No: 2, s.221-258.
- Bryant, J H ve J B Richmond (2008), “Alma-Ata and Primary Health Care: An Evolving Story”, **Elsevier Inc.**, s.152-175.
- Buğra, Ayşe (2008), **Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye’de Sosyal Politika**, İletişim Yayınları, Ankara.
- Bulut, Ayşen (2007), “Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi”, **Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar** (Der. Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan ve Çağrı Yoltar), İletişim Yayınları, İstanbul.
- Bulut, Nihat (2003), “Küreselleşme: Sosyal Devletin Sonu mu?”, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Cilt 52, Sayı 2, s. 173-197.

- Bulut, Nihat (2009), **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, 12 Levha Yayıncılık, İstanbul.
- Bulut, Sinan, **Aile Hekimlerinin Zorunlu Sevk Zinciri Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi**, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2017.
- Cansever, İbrahim Hüseyin (2018), “Devlet Anlayışları Ekseninde Sağlık Politikalarının Değişimi ve Analizi: Türkiye İncelemesi”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt 2 Sayı:31, s. 105-120.
- Cantzen, Rolf (1994), **Daha Az Devlet Daha Çok Toplum**, Çev. Veysel Atayman, Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Castells, Manuel (1983), **The City and the Grassroots**, University of California Press, Berkeley.
- Castells, Manuel (1997), **Kent Sınıf İktidar**, Çev. Asuman Erendil, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara.
- Crick, Bernard (2002), **Demokrasi**, Çev. Ümit Hüsrev Yolsal, Dost Kitabevi Yayınları, Ankara.
- Cura, Serkan (2012), **Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Sistemlerinin ve Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliği: Karşılaştırmalı Bir Analiz**, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye ABD Doktora Tezi, Manisa.
- Çetinkaya, Fevziye, Zeynep Baykan ve Melis Naçar (2013), “Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, Cilt 12 Sayı 1, s.49-56
- Çağlayaner, Haluk (1997), “Türkiye’de Aile Hekimliğinin Tarihi Konusunda Bir Not”, **Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt 1 Sayı 1, s. 59-61.
- Çağlayaner, Haluk (2007), “Aile Hekimliğine Zemin Hazırlayan Koşullar”, **Aile Hekimliği Dergisi**, Sayı 2 Cilt 1, s.105-108.

Çağlayaner, Haluk ve Esra Saatçi(2007), “Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Adlandırılması”, **Türk Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt 11 Sayı 3, s.129-134.

Çağlayaner, Haluk (2008), “Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar” (kitap özeti), **Türk Aile Hekimliği Dergisi**, Sayı 1 Cilt 12, s. 55.

Çağlayaner, Haluk ve Esra Saatçi (2007), “Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Adlandırılması”, **Türk Aile Hekimliği Dergisi**, Sayı 3 Cilt 11, s.129-134.

Çakmak, Şeyda ve Doğançan Çavmak (2017), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı”, **Sağlık Yönetimi Dergisi**, Cilt 1 Sayı 1, s. 48-58.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, **Sosyal Güvenlik Terimleri**, Sosyal Güvenlik Kurumu Yayın No: 71, Sosyal Güvenlik Bilgi Serisi 2013/4, Ankara.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, **Aylık İstatistik Bilgileri**, [http: //www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri), (Erişim Tarihi:21.08.2020).

Çavdar, Necati ve Erol Karcı (2014), “XIX Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması’na Dair Bibliyografik Bir Deneme”, **Turkish Studies-International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic**, Vol. 9 No: 4, s.255-286.

Çeçen, Anıl (1984), “İnsan Haklarının Düşünsel Boyutları”, **İnsan Hakları Yıllığı**, Sayı 5-6 Cilt 1, s.6-38.

- Çelikay, Ferdi ve Erdal Gümüş (2011), “Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt 66 Sayı 3, s. 55-92.
- Çelik, Yusuf (2011), **Sağlık Ekonomisi**, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Çelikkın, Zübeyde Erdoğan (2019), **Osmanlı Modernleşmesi Ve Kuruluşundan Tanzimata Evkaf-I Hümayun Nezareti (1826-1839)**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi Ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Yönetim Bilimleri Bilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Çetin, Halis (2002), “Egemenlik ve Hukuk İlişkisi Üzerine”, **Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 3 Sayı 2, s.1-17.
- Çetin, Halis (2002), “Liberalizmin Tarihsel Kökenleri”, **Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 3 Sayı 1, s.79-97.
- Çevikbaş, Rafet, “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Türkiye Uygulamaları”, **Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi**, Yıl 2012 Cilt 1 Sayı 2, s.9-32.
- Çımrın, Füsun Kökalan (2009), “Küreselleşme, Neo-Liberalizm ve Refah Devleti İlişkisi Üzerine”, **Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İLKE)**, Sayı 23, s.195-205.
- Çiçek, Atıl Cem, Selçuk Aydın ve Bülent Yağcı (2015), “Modernleşme Sürecinde Kadın: Osmanlı Dönemi Üzerine Bir İnceleme”, **Kafkas Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt 6 Sayı 9, s.271.
- Çirhinlioğlu, Zafer (2012), **Sağlık Sosyolojisi**, Nobel Kitap, 3. Basım, Ankara.
- Çiçeklioğlu, Meltem (2012), “Kapitalizm Kadın Sağlığını Nasıl Etkiliyor?”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 27 Sayı 4.
- Çoban, Hilmi (2009), **Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye ABD Doktora Tezi, İzmir.

- Çok, Figen (1998), “Ergenler ve AIDS Eğitimi”, **Eğitim ve Bilim Dergisi**, Cilt 22 Sayı 107, s.46-54.
- Dağlı, Gamze H. (2006), **Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Bölümü ABD Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Demir, Lütfi Saltuk (2017), Yasemin Durduran, Mehmet Uyar ve Tahir Kemal Şahin, “Toplum Sağlığı Mevzuatına Bir Bakış”, **Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi**, Cilt 3 Sayı 2, s.73-80.
- Demir, Nesrin (2010), Demokrasinin Temel İlkeleri ve Modern Demokrasi Kuramları, **Ege Akademik Bakış / Ege Academic Review**, Cilt 10 Sayı 2, s. 597-611.
- Demirhan, Ayşegül (1982), **Kısa Tıp Tarihi**, Bursa Üniversitesi Basımevi, Bursa.
- Deniz Belen ve Ahmet Acıduman (2008), “Diyarbakır’lı Hekim Aetios ve Ünlü Eseri Tetrabiblon’da Hidrosefali Üzerine Olan Çalışması”, **Türk Nöroşirürji Dergisi**, Cilt 18 Sayı 3, s. 196-203.
- Derbil, Süheyl (1950), “Kamu Hizmeti Nedir?”, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Cilt 7 Sayı 3, s.28-36.
- Dericiler, Özge Yücel (2010), **Refah Devletinin Krizi Kısılcında Ekonomik-Sosyal Haklar ve Devletin Yükümlülükleri**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku (Genel Kamu Hukuku) ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Dericiler, Özge Yücel (2012), “Sosyal Haklara İlişkin Devlet Yükümlülükleri ve Devletin Değişen İşlevi”, **Hukuka Felsefi ve Sosyolojik Bakışlar-V Sempozyumu**, 13-17 Eylül 2010 İstanbul, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul, s.118-128.
- Dilik, Sait (1976), Servetin Geniş Kitlelere Yayılması, 1. Baskı, **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları**, Ankara.

- Dilik, Sait (1988), “Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi”, **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, Cilt 43 Sayı 1.
- Dionne S. Kringos, Wienke Boerma, Jouke van der Zee, Peter Groenewegen (2013), “Europe’s Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending”, **Health Affairs**, Vol.32 No: 4, s.686-694.
- Dirican, Rahmi (1990), **Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı Dersleri)**, Hatiboğlu Yayınları, Bursa.
- Dirican, Rahmi ve Nazan Bilgel (1993), **Halk Sağlığı**, Uludağ Üniversitesi Basımevi, II. Baskı, Bursa.
- Doğan, İlyas (2005), “Alman Öğretisinde İnsan Onuru ve Güncel Sorunlar Hakkında Kısa Bir Giriş”, **Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Cilt 13, Sayı 2, s.51-60.
- Doğru, Cem (2008), “Osmanlı Toplumunda Kapitalist-Girişimci Sınıfın ve İnsan Tipinin Oluşumunu Engelleyen Faktörler”, **Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı 1 Cilt 11, s.75-91.
- Donabedian, Avedis (1997), “The Quality of Care: How Can it be Assessed?”, **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Vol.121 No: 11, s.1145-50
- Dölen, Emre (1985), “Tanzimattan Cumhuriyet’e Bilim”, **Tanzimattan Cumhuriyete Türkiye Ansiklopedisi**, Cilt 1, s.153-196.
- Durdu, Zafer (2009), “Modern Devletin Dönüşümünde Bir Ara Dönem: Sosyal Refah Devleti”, **Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı 22, s.37-51.
- Durusoy, Raika, Aslı Davas, Işıl Ergin, Hür Hassoy, Feride Aksu Tanık (2011), “İzmir’de İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Gebelerin

- Aile Hekimi Tarafından İzlenme Sıklıkları Ve Etkileyen Etmenler”, **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi**, Cilt 9 Sayı 1, s.1-16.
- Duman, Fatih (2009), “Modern Siyasal İdeolojiler”, **Feodaliteden Küreselleşmeye içerisinde**, Tefik Erdem (Edit.), Lotus Yayınevi, Ankara.
- Drucker, F. Peter (1994), **Kapitalist Ötesi Toplum**, Çev. Belkıs Dışbudak Çorakçı, İnkılâp Kitabevi, İstanbul.
- Dreyfus, François (2007), **Bürokrasinin İcadı: Fransa, Büyük Britanya ve ABD’de Devlete Hizmet Etmek (18.-20. Yüzyıl)**, Çev. Işık Ergüden, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Eke, Erdal (2014), **Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı**, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Isparta.
- Ekinci, Serdar (2011), **Devletin Dönüşümünün Güvenlik Alanına Yansıması: Türkiye’de Güvenlik Yönetişimi**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Yönetim Bilimleri ABD Doktora Tezi, Ankara.
- Elbek, Osman (2013), **Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır**, Hayy Kitap, İstanbul.
- Elbek, Osman (2015), “Herşey Sermaye İçin Sevgilim”, **Türkiye’de Sağlık, Siyaset, Piyasa**, Notabene Yayınları, Ankara, 2015.
- Eley, Geoff (2008), **Demokrasiyi Kurmak Avrupa Solunun Tarihi (1850-2000)**, Çev. Ahmet Yiğit Güney, Doruk Yayıncılık, İstanbul.
- Ener, Meliha ve Esra Demircan (2006), “Küreselleşme Sürecinde Yeni Devlet Anlayışı ve Türkiye”, **Yönetim Bilimleri Dergisi**, Sayı 4 Cilt 2, s.197-219.
- Engels, Friedrich (2007), **İngiltere’de Emekçi Sınıfın Durumu**, Eriş Yayınları, Ankara.

- Erdem, Tevfik (2009), “Yoksulluk”, **Feodaliteden Küreselleşmeye** içerisinde, Tevfik Erdem (Edit.), Lotus Yayınevi, Ankara.
- Erdoğan, Mustafa (2004), **Anayasa Hukukuna Giriş**, Adres Yayınları, Ankara.
- Erdoğan, Mustafa (2011), **İnsan Hakları Teorisi ve Hukuku**, Genişletilmiş 2. Baskı, Orion Kitabevi, Ankara.
- Erdoğan, M. Mustafa(2010), “Beşeri Gelişme Perspektifinden Türkiye’de Kamu Eğitimi ve Sağlık Harcamaları”, **İktisat Dergisi**, s.13-28.
- Eren, Erdal (2009), “Personel Sisteminde Dönüşüm”, **Kamu Yönetimi: Yapı İşleyiş Reform** içerisinde, Ankara Üniversitesi Yayınları: 242, Kamu Yönetimi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayın No: 5, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Eren, Nevzat ve Zafer Öztekin (1982), **Sağlık Ocağı Yönetimi**, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, No: 22, Ankara.
- Eren, Nevzat ve Nuray Tanrıtanır (1999), **Cumhuriyet ve Sağlık**, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara.
- Eren, Nevzat ve Zafer Öztekin (2006), “Halk Sağlığının Gelişmesi”, **Halk Sağlığı Temel Bilgiler** içerisinde, Çağatay Güler ve Levent Akın (Edit.), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Eroğul, Cem (2014), **Devlet Nedir?**, Yordam Kitap, İstanbul, 2014, s.17-41.
- Erol, Hatice ve Abdullah Özdemir (2014), “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt 1 Sayı 4, s.9-34.
- Ertan, Kırılcım Akkoyunlu (2008), “Kent Hakkı Üzerine Düşünceler”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 41 Sayı 4, s.125-141.

Eylem Çamuroğlu Çığ, Ünsal Çığ (2013), “Neoliberal Akılsallığın Bir Semptomu Olarak Kriz ve İletişimi ve Yönetimi”, **Atılım Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 3 Sayı 1-2, s.79-97.

Eryurt, Mehmet Ali ve İsmet Koç (2009), “Yoksulluk ve Çocuk Ölümlülüğü: Hanehalkı Refah Düzeyinin Çocuk Ölümlülüğü Üzerindeki Etkisi”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, Cilt 52, s.113-121.

Recep Fedai (2019), “Sağlıkta Dönüşüm Programının Öncesi: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi: 1923-2003”, **MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Cilt 8 Sayı 2, s.2010-2032.

Fişek, Nusret (1978), “Sosyal Hekimlik”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Cilt 2 Sayı 7, s.10-17.

Fişek, Nusret (1985), **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No: 2, Ankara.

Flocke, Susan (July 1997), "Measuring Attributes of Primary Care: Development of a New Instrument", **The Journal of Family Practice**, Vol.45, No: 1, s.64–74.

Foucault, Michel (2014), **Güvenlik, Toprak, Nüfus**, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

Freeman, Micheal (2008), **İnsan Hakları Disiplinlerarası Yaklaşım**, Çev. A.Erkan Koca ve Asena Topçubaşı, Birleşik Yayınları, Ankara.

Fülberth, Georg (2008), **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, Çev. Sadık Usta, Yordam Kitap, İstanbul.

Fülberth, Georg (2010), **Kapitalizmin Kısa Tarihi**, Çev. Sadık Usta, Yordam Kitap, İstanbul.

Gellner, Ernest (1992), **Uluslar ve Ulusçuluk**, Çev. Büşra Ersanlı Behar ve Günay Göksu Özdoğan, İnsan Yayınları, İstanbul.

- Gemalmaz, Mehmet Semih (2012), **Devlet, Birey ve Özgürlük**, Legal Yayıncılık, İstanbul.
- Gemalmaz, Mehmet Semih (1986), “Tarihselliği Bağlamında İnsan Hakları”, **İnsan Hakları Yıllığı**, Cilt 1 Sayı 7-8, s.55-70.
- Gezer, Derya Şahin (2010), Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Etik Sorunlar Konusunda Adana Ölçeğinde Bir Araştırma, **Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi**, Adana.
- Giray, Hatice ve Bülent Kılıç (2007), “Türkiye’de Kentlerde Sağlık Örgütlenmesi”, **Memleket-Mevzuat Dergisi**, Cilt 2 Sayı 21-22, s.13-23.
- Giray, Filiz ve Gamze Çimen (2018), “Sağlık Harcamalarının Düzeyini Belirleyen Faktörler: Türkiye ve OECD Ülkeleri Analizi”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı:111, s.143-171.
- Gölbaşı, Şükran (2015), “Güvenlik Toprak, Nüfus”, **Mülkiye Dergisi**, Cilt 39 Sayı 39, s.327-340.
- Gören, Zafer (2007), “Avrupa Birliği Temel Haklar Şartının Ana İlkesi: Dokunulmaz İnsan Onuru”, **İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 2 Sayı 12, s.21-39.
- Görmüş, Ayhan (2013), **Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri**, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Göze, Ayferi (2011), **Siyasal Düşünceler ve Yönetimler**, Genişletilmiş 12. Bası, Beta Yayınevi, İstanbul.
- Gözler, Kemal (2014), **Devletin Genel Teorisi (Bir Genel Kamu Hukuku Ders Kitabı)**, Ekin Basım Yayım Dağıtım, Bursa.
- Grumbach, Kevin, Joe V. Selby, Cheryl Damberg, Andrew B. Bindman, Charles Quesenberry, Alison Truman&Connie Uratsu (1999), “Resolving the Gatekeeper

- Conundrum What Patients Value in Primary Care and Referrals to Specialists”,
Jama, Cilt 3 Sayı 282 , s. 261-266.
- Gül, Songül Sallan (2004), **Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa! Yeni Liberalizm ve Muhafazakârlık Kışkacında Refah Devleti**, Etik Yayınları, İstanbul.
- Gül, Songül Sallan (2006), **Sosyal Devlet Bitti, Yaşasın Piyasa! Yeni Liberalizm ve Muhafazakârlık Kışkacında Refah Devleti**, Ebabil Yayınları, Ankara.
- Güler, Birgül Ayman (1992), **Yerel Yönetimler: Liberal Açıklamalara Eleştirel Yaklaşım** (2. Baskı), Ankara: TODAİE Yayını, Ankara.
- Güler, Birgül Ayman (2005), **Devlette Reform Yazıları**, Paragraf Yayınevi, Ankara.
- Güler, Çağatay ve Zakir Çobanoğlu (1994), **Konut Sağlığı**, Sağlık Bakanlığı Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No: 10, Ankara.
- Güler, Çağatay (2012), “Ülkemizde Sağlığı Geliştirmede Açılımlar”, **Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu**, 11-13 Nisan 2011 İstanbul, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Güler, Çağatay ve Levent Akın (Edit.) (2015), “Halk Sağlığı Kavramı ve Gelişmesi”, **Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Güler, Mahmut (2011), “Kentsel Haklar, Kapitalizm ve Katılım”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt 66 Sayı 1, s. 49-71.
- Güler, Mustafa (2008), “Sağlık Çalışanlarının Statü Kaybı: Taşeronlaşmanın Yakın Tarihi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 23 Sayı 4, s. 313-315.
- Gülmez, Mesut (2012), “Türkiye’de Sosyal Haklar: Sosyal Şartlar Açısından Anayasa’da Sosyal Devlet ve Sosyal Haklarındaki Uyumsuzluklar”, İbrahim Ö. Kaboğlu (Edit.), **Anayasal Sosyal Haklar**, Legal Yayıncılık, İstanbul.
- Gümüş, Ali Tarık (2010), **Sosyal Devlet Anlayışının Gelişimi ve Dönüşümü**, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, Konya.

- Gümüş, Ali Tarık (2010), **Türk Anayasasında Kişinin Maddi ve Manevi Varlığını Koruma ve Geliştirme**, Eğitim Kitabevi Yayınları, Konya.
- Günday, Metin (1999), **İdare Hukuku**, Dördüncü Baskı, Ankara.
- Gürsoy, Gencay (1983), “Sağlık”, **Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi**, Cilt 6, İletişim Yayınları, Ankara.
- Gürsoy, Şafak Taner (2007) Gürsoy ve Feride Aksu, “Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Dinamikleri”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 40 Sayı 3, s. 63-77.
- Güriz, Adnan (2007), **Hukuk Felsefesi**, 7. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Güven, Sami (2009), **Sosyal Politikanın Temelleri**, Ezgi Kitabevi, 4. Baskı, Bursa.
- Güvercin, Cemal Hüseyin (2004), “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt 57 Sayı 2, s. 89-95.
- Güzel, Ali ve Ali Rıza Okur (1998), **Sosyal Güvenlik Hukuku**, 6.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul.
- Güzelsarı, Selime (2012), “Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 45 Sayı 3, s. 29-58.
- Habermas, Jürgen (2002), **Küreselleşme ve Milli Devletin Akıbeti**, Çev. Medeni Beyaztaş, Bakış Yay, İstanbul.
- Hâkim Muhammed Said (1988), “Türkiye’de Tıp ve Tıbbi Kurumlar”, Çev. Ahmet Cevizci, **Erdem Dergisi**, Cilt 4 Sayı 10.
- Hall, John J ve Richard Taylor (2003), “Health for all Beyond 2000: the Demise of the Alma-Ata Declaration and Primary Health care in Developing Countries”, **Global Health**, Vol.178, s.17-21.
- Hamzaoglu, Onur (2006), “Sağlık Tek Başına Sınıf Mücadelesinin Bir Aracı Olabilir mi? Tarihsel Süreci Yeniden İnceleme: Bismarck Öncesinde Sosyal Güvenlik”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 21 Sayı 5-6, s.330-334.

- Hamzaogulları, Onur (2002), “Reel Sosyalizmin Çözölüşünün İpucu: Alma Ata Bildirgesi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Mart-Nisan 2002 Cilt 17 Sayı 2, s.107-110.
- Hamzaoglu, Onur (2017), “Dünya’da Sağlık Reformu Sağlık Hizmetlerinde Neden Kriz, Neden Reform/Dönüşüm?”, **İnsana Karşı Piyasa, Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik** içerisinde, Notabene Yayınları, İstanbul.
- Harvey, David (2013), **Asi Şehirler Şehir Hakkından Kentsel Devrime Doğru**, Çev. Ayşe Deniz Temiz, Metis Yayınları, İstanbul.
- Harvey, David (1997), **Postmodernliğin Durumu**, Çev. Sungur Savran, Metis Yayınları, İstanbul.
- Hayran, Osman (1998), “Sağlık Hizmetleri”, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı** içerisinde, Haydar Sur ve Osman Hayran (Edit.), Yüce Yayım, İstanbul.
- Hayran, Osman (1998), “Sağlık Hizmetlerinin Özel ve Kamusal Yönü”, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, Osman Hayran ve Haydar Sur (Edit.), Yüce Yayım, İstanbul.
- Hermann, Christoph (2009), “Avrupa’da Sağlık Hizmetleri ve Piyasalaştırma Süreci”, **Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları**, Yordam Kitap, İstanbul.
- Heywood, Andrew (2007), **Siyasi İdeolojiler**, Adres Yayınları, Ankara.
- Heywood, Andrew (2011), **Siyasi İdeolojiler**, Çev. Ahmet Kemal Bayram, Özgür Tüfekçi ve diğerleri, Adres Yayınları, Ankara.
- Heywood, Andrew (2013), **Siyasi İdeolojiler: Bir Giriş**, Çev. Şeyma Akın ve Ahmet Kemal Bayram ve diğerleri, 3. Baskı, Adres Yayınları, Ankara.
- Heywood, Andrew (2002), **Politics**, Palgrave, New York.
- Hobsbawm, Eric (2003), **Sermaye Çağı: 1848-1875**, Çev. Bahadır Sina Şener, Dost Kitabevi, 2. Baskı, Ankara.

- Hobsbawm, Eric (1999), **İmparatorluk: 1875-1914**, Çev. Vedat Aslan, Dost Kitabevi, 1. Baskı, Ankara.
- Hobsbawm, Eric (2003), **Devrim Çağı Avrupa: 1789-1848**, Çev. Bahadır Sina Şener, Dost Kitabevi, 3 Baskı, Ankara.
- Huber, Ernst Rudolf (1970), “Modern Endüstri Toplumunda Hukuk Devleti ve Sosyal Devlet”, Çev. Tuğrul Ansay, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Cilt 27 Sayı 3-4, s. 27-51.
- Huberman, Leo (1994), **Feodal Toplumdan Yirminci Yüzyıla**, Çev. Murat Belge, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Huberman, Leo (1995), **Feodal Toplumdan Yirminci Yüzyıla**, Çev. Murat Belge, Bilim Yayınları, İstanbul.
- Huberman, Leo (2014), **Feodal Toplumdan Yirminci Yüzyıla**, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Işık, A.Kadir (2005), **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Ekin Kitabevi, Bursa.
- Işıkçı, Yasemin Mamur (2016), “Bir Kamu Politikası Analizi: Sağlık Politikasında Dönüşüm”, **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Cilt: 9 Sayı:46 s. 731-748.
- Işıklı, Alpaslan (2009), “Dünya Ekonomik Bunalımı ve Sosyal Haklar”, **Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu**, Belediye-İş Sendikası Yayını, 22-23 Ekim 2009 Antalya.
- Işıklı, Alpaslan (2011), “Sağlıkta Tekelleşme ve İşçileşme”, **Hikmet Boran 2.Ulusal Tıp Günleri Kongresi**, Antalya.
- Işıkçı, Yasemin Mamur (2016), “Bir Kamu Politikası Analizi: Sağlık Politikasında Dönüşüm”, **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Cilt 9 Sayı 46, s. 731-748.
- İsbir, Eyüp G. (1991), **Şehirleşme ve Meseleleri**, Baran Ofset, Ankara.

- İlgün, Gülnur ve Bayram Şahin (2016), “Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 19 Sayı 2, s. 115-130.
- İmga, Orçun ve Ufuk Ayhan, **Kovid-19 Salgını ve Sonrası Toplum, Devlet ve Küresel Sistem** kitabı içerisinde “Kovid-19 Salgını ve Sonrası Devlet, Demokrasi ve Güvenlik”, Polis Akademisi Yayınları, No: 94, Ankara, 2020, s. 83-117.
- İnci, Abdullah ve Önder Düzlü (2009), “Vektörler ve Vektörlerle Bulaşan Hastalıklar”, **Erciyes Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi**, Cilt 6 Sayı 1, s. 53-63.
- İzmirli, Resul, Ramazan Gökbunar ve Buğra Özer (2014), “Dönüşümcü Bir Lider Olarak Turgut Özal”, **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı 42, s. 245-256.
- Kanadoğlu, Korkut (2015), “Türk Anayasa Hukukunda Sağlık Alanında Temel Haklar”, **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, Sayı 119, s. 11-34.
- Kapani, Munci (1975), **Politika Bilimine Giriş**, Bilgi Yayınevi, Ankara.
- Kapani, Munci (2011), **İnsan Haklarının Uluslararası Boyutları**, Bilgi Yayınevi, Ankara.
- Kapani, Münci (2012), **Politika Bilimine Giriş**, Bilgi Yayınevi, 30. Basım, Ankara.
- Kaplan, Aslan (1997), **Özerkleştirme ve Özelleştirme Teorileri ve Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Özerkleştirilmesi Çalışmaları Hakkında Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Çalışan Yüksek Öğrenimli Sağlık Personelinin Düşüncelerinin Tespiti Üzerine Bir Araştırma**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Kaptanoğlu, Ayşegül Yıldırım (2011), **Sağlık Yönetimi**, Beşir Kitabevi, İstanbul.

- Karagölmez, Ali (2012), “Anayasa Mahkemesi Kararlarında Sosyal Devlet ve Sosyal Haklar”, **Anayasal Sosyal Haklar**, İbrahim Ö. Kaboğlu (Edit.), Legal Yayıncılık, İstanbul.
- Karahanoğulları, Onur (2015), **Kamu Hizmeti Kavramı (Kavram ve Hukuksal Rejim)**, 3. Bası, Turhan Kitabevi, Ankara.
- Kartal, Filiz (2009), “Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye’de Sağlık Politikalarındaki Dönüşüm”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 42 Sayı 2, s.23-43.
- Kasapoğlu, Aytül (2016), Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü, **Sosyoloji Araştırmaları Dergisi**, Cilt 19 Sayı 2, s.131-174.
- Kavuncubaşı, Şahin ve Selami Yıldırım (2010), **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitabevi, 2.Baskı, Ankara.
- Kavuncubaşı, Şahin (2012) ve Selami Yıldırım, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitabevi, 3. Baskı, Ankara.
- Karahanoğulları, Yiğit (2008), “Marx’ta Üretken Emek Kategorisi ve 1988-2000 Dönemi Türkiye Ekonomisi İçin Ampirik Bulgular”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt 2 Sayı 63, s.117-142.
- Kazıcı, Ziya (2003), **Osmanlı Vakıf Medeniyeti**, Bilge Yayıncılık Eğitim, Sağlık Hizmetleri ve Ticaret AŞ, İstanbul.
- Keleş, Ruşen (2004), **Kentleşme Politikası**, İmge Kitabevi, Ankara.
- Kerman, Uysal (2006), **Türkiye’de Devletin Küçültülmesi Sorunu**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Yönetim Bilimleri ABD Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Kılıç, Bülent (2016), “Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri Hizmetlerine Genel Bakış”, **8.Temel Sağlık Hizmetleri Buluşması**, İzmir.
- Kışlalı, Ahmet Taner (1990), **Siyaset Bilimi**, İmge Kitabevi, Ankara.

- Kirmanlıoğlu, Hülya (2007), **Kamu Ekonomisi Analizi**, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul.
- Kocaeli Tabip Odası (2003), **Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye’inde Halka ve Hekimlere/Sağlık Personeline Ne Getiriyor?**, Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2. Baskı, Kocaeli.
- Koçak, Orhan, “Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler”, **“İŞ, GÜÇ” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, Yıl 2011 Cilt 13 Sayı 4, s.61-82.
- Koivusalo, Meri (2011), “Küresel Sağlık Politikalarının Biçimlenişi”, **Kapitalizmde Sağlık ve Sağlıksızlık Semptomları**, Yordam Kitap, İstanbul.
- Kol, Emre (2015), “Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt 5 Sayı 1, s.135-164.
- Konak, Akın (1977), “Köysel Bölge Sağlık Hizmetlerini Değerlendirme Metodolojisi” Adlı Eserin Tıbbi Antropoloji Açısından İncelenmesi”, **Ankara Üniversitesi Dil Tarih Coğrafya Fakültesi Antropoloji Dergisi**, s. 85-97.
- Koray, Meryem (2008), **Sosyal Politika**, İmge Kitabevi, 3.Baskı, Ankara.
- Koruyucu, Kevser Sezer ve Aygen Oksay, “Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi:Katkı Payları”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 2018, Cilt 3 Sayı:32, s.265-313.
- Kovancı, Onur (2003), **Kapitalizm, Yoksulluk ve Yoksullukla Mücadelede Tarihsel Bir Deneyim: İngiliz Yoksul Yasaları**, Mülkiyeliler Birliği Vakfı Yayınları No: 30, Ankara.
- Koivusalo, Meri (2011), “Küresel Sağlık Politikalarının Biçimlenişi”, **Kapitalizmde Sağlık ve Sağlıksızlık Semptomları**, Yordam Kitap, İstanbul.

- Kringos, Dionne Sofia (2013), “The Importance Of Measuring And Improving The Strength Of Primary Care In Europe: Results Of An International Comparative Study”, **Türk Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt 17 Sayı 4, s.165-179.
- Kuçuradi, İonna (1998), “Yirmibirinci Yüzyılın Eşiğinde Demokrasi Kavramı ve Sorunları”, **Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi**, Cumhuriyetimizin 75. Yılı Özel Sayısı, s.21-27.
- Kuçuradi, İoanna (2007), **İnsan Hakları: Kavramları ve Sorunları**, Türkiye Felsefe Kurumu, Türk Felsefesi ya da Simurg Dizisi No: 8, Ankara.
- Kuruç, Bilsay (1988), **Belgelerle Türkiye İktisat Politikası**, 1.Cilt (1929-1932), Ankara Üniversitesi SBF Yayınları No: 569, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Kurt, A.Öner ve Tayyar Şaşmaz (2012), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961-2003”, **Lokman Hekim Dergisi**, Cilt 2 Sayı 1, s.21-30.
- Küçük, Aziz (2017), **Kapitalist Devlette Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesindeki Dönüşüm**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Küçük, Aziz (2020), “Hayırseverliğin Ötesi: Türkiye’de Nüfus ve Tarım Politikalarında Rockefeller Etkisi”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt 75 Sayı 4, s.1491-1516.
- Labonte, Ronald (2011) ve Ted Shrecker, “Küreselleşmenin Halkların Sağlığına Tehditleri”, **Küreselleşme ve Sağlık (Süreç, Kanıtlar, Politika)** içerisinde, Çev. İlker Kayı ve Yeşim Yasin, İnsev Yayınları, İstanbul.
- Lağarlı, Tülay (2011), “Bir Kentsel Bölgede Bazı Yapılandırılmış Ölçüm Gereçleri İle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, **Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Uzmanlık Tezi**, Manisa.

Lağarlı, Tülay, Erhan Eser, Mustafa Akdeniz, Bahar Aydoğdu, Ümit Baklaya, Canan Fıra, Adnan Saatçioğlu, Burak Sönmez, Eylül Taner, Seval Tıgılı, Koray Topçu, Başak Yıldız, Nurcan Yılmaz, Hülya Yorgan (2011), “Bazı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Birimlerinde Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi”, **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi**, Cilt 9 Sayı 1, s.16-32.

Loş, Nilüfer (2016), **Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.

Malkoç, Enver Sinan (2017), “Siyasi Yönetimde Meşruiyet Sorunu”, **Yalova Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı 15, s.85-97.

Man, Fuat ve Ali Balcı (2006), “Postmodern Dönemde Modern Bir Pratik Olarak Sağlık”, **Uluslararası Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi**, Kocaeli Üniversitesi, 3-5 Kasım 2006.

Mandaloğlu, Mehmet (2011), “Türk Kültür Çevresinde Şamanizm ve Şamanlık Meselesi”, **TSA Dergisi**, Yıl: 15 Sayı 3, s.111-122.

Mazgit, İsmail (1998), **Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.

Memişoğlu, Dilek ve Ayşe Durgun (2011), “2008 Ekonomik Krizi ve Türkiye’de Sağlık Sektörü Üzerine Etkileri”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı 13, s.81-101.

Mooney, Gavin (2014), **Ulusların Sağlığı Yeni Bir Ekonomi Politığı Doğru**, Çev. Cem Terzi, Yordam Kitap, İstanbul.

- Mollahaliloğlu, Salih, Ünal Hülür, Nazan Yardım, Hüseyin Özbay, Ali Kemal Çaylan, Necdet Ünüvar ve Sabahattin Aydın (Edit) (2007), **Türkiye’de Sağlığa Bakış**, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Müdürlüğü Yayınları, Bölük Ofset Matbaacılık Oto. Reklam . San. Tic. Ltd. Şti.
- Moynihan, Ray ve Alan Cassels (2006), **Satılık Hastalıklar**, Çev. Gökçesu Tamer ve Evren Yıldırım, Hayy Kitap, İstanbul.
- M. Brown, Theodore, Marcos Cueto, Elizabeth Fee (2006), “The World Health Organization and the Transition From “İnternational” to “Global” Public Health”, **American Public Health Association**, Cilt 96 Sayı 1, s.62-72.
- Mısırlı, Rabia Nilüfer (2007), **Türk Sağlık Sisteminde Sağlık Hizmet Sunumunun Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.
- Mısırlıoğlu, Yurdağül Özçelik, Afsun Ezel Esatoğlu, Deniz Tugay Arslan (2016), “Türkiye’nin İlaç Politikasının, İlaç Pazarı ve Harcamalarına Yansımaları: 2003-2015”, **Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi**, Sayı 1-2-3, s.31-51.
- Mumford, Lewis (2007), **Tarih Boyunca Kent**, Çev. Gürol Koca ve Tamer Tosun, Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Mushkin, Selma J.(1962), “Health As An Investment”, **Journal of Political Economy**, Vol.70 No: 5 Part 2, s.129-157.
- Nalçacı, Erhan (Edit.), Onur Hamzaoğlu, Erkin Özalp (2006), **Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü**, Nazım Kitaplığı, İstanbul.
- Navarro, Vincent (1978), “The Crisis of Western System of Medicine in Contemporary Capitalism”, **International Journal Health Services**, Sayı 8 Cilt 2, s.179-211.
- Neocleous, Mark (2014), **Devleti Tahayyül Etmek**, Çev. Akın Sarı, Notabene Yayınları, Ankara.

- Nozick, Robert (2006), **Anarşi, Devlet ve Ütopya**, Çev. Alişan Oktay, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2. Baskı, İstanbul.
- Omay, Umut (2009), “Sosyal Hakların Manipülasyonu: Sosyal Haklar Kapitalizmin Hizmetinde (mi?)”, **Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu**, Belediye-İş Sendikası Yayınları, 22-23 Ekim 2009, Antalya.
- Oppenheimer, Franz (1984), **Devlet**, Çev. Alaadin Şenel ve Yavuz Sabuncu, Kaynak Yayınları, Ankara.
- Orhaner, Emine (2006), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Sayı 1, s.1-22.
- Ortaylı, İlber (2008), **Türkiye Teşkilat ve İdare Tarihi**, Cedit Neşriyat, Ankara.
- Ozankaya, Özer (1993), “Sosyalizmin Çöküşü Kapitalizmin Zaferi Değildir”, **Amme İdaresi Dergisi**, Sayı 4 Cilt 26, s.107-118.
- Öcek, Zeliha ve Meltem Çiçeklioğlu (Edit.) (2013), **Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü?**, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara.
- Öger, Adem ve Tugba Gönel (2011), “Uygur Türkleri Arasında Şamanlar ve Tedavi Yöntemleri”, **Turkish Studies-İnternational Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic**, Vol. 6 No: 4, s.233-248.
- Ökmen, Mustafa (2004), “Çevre ve Politika”, **Çevre Sorunlarına Çağdaş Yaklaşımlar**, M.Marin ve U.Yıldırım (Edit.), Beta Yayını, İstanbul.
- Önder, İzzettin (2009), “Sosyal Hakların Ekonomik Açıdan İrdelenmesi”, **Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu**, 22-23 Ekim 2009 Antalya, s.17-23.
- Öngen, Tülin (1994), “Tekelci Kapitalizm ve Sınıf Yapısı”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt 49 Sayı 3, s.303-349.
- Özcan, Sevgi (2013), “Aile Hekimliği Uygulamalarında Sosyal Hizmetlerin Önemi”, **Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care (TJFMPC)**, Vol.7 No: 4, s.65-68.

- Özdemir, Süleyman (2007), **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti**, İTO Yayınları, 2. Baskı, İstanbul.
- Özdemir, Hikmet (2005), **Salgın Hastalıklardan Ölüm 1914-1918**, Atatürk Kültür ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Tarih Kurumu Yayınları, Ankara, 16. Dizi, Sayı 104.
- Özekmekçi, M. İnanç, “Modern Devlet ve Tıp: II.Abdülhamit Döneminde Frengi İle Mücadele”, **Kadın Araştırmaları Dergisi**, Yıl: 2012 Sayı 10, s.83-101.
- Öztekin, Zafer ve Nevzat Eren, **Sağlık Ocağı Yönetimi**, Palme Yayınları, 7. Baskı, Ankara.
- Öztekin, Zafer (2005), “Temel Sağlık Hizmetlerinde Sektörler Arası İşbirliği”, **III. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu**, 5-6 Mayıs 2005, Manisa.
- Öztekin, Zafer (2006), Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği, **Toplum Hekimliği Bülteni**, Cilt 25 Sayı 2, s.1-6.
- Öztekin, Zafer, Sarp Üner ve Nevzat Eren (2015), “Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Yönetimi”, **Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Öztürk, Melda Yaman ve Fuat Ercan (2012), 1979 Krizinden 2001 Krize Türkiye’de Sermaye Birikimi Süreci ve Yaşanan Dönüşümler, **Praksis Dergisi**, Sayı 19, s.55-93.
- Öztürk, Mustafa (1999), “Cumhuriyet Dönemi’nde Sağlık Hizmetleri”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, Cilt 6 Sayı 1, s.37-41.
- Öztürk, Yusuf (2011), “Halk Sağlığının İmajları, Tanımları ve İşlevleri”, **Halk Sağlığı Genel Bilgiler**, Erciyes Üniversitesi Yayınları, No: 172, Kayseri, s.27-45.
- Öztekin, Zafer, Sarp Üner ve Nevzat Eren (2015), “Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Yönetimi”, **Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.

- Öztek, Zafer (2005), “Temel Sağlık Hizmetlerinde Sektörler Arası İşbirliği”, **III. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu**, Manisa.
- Öztek, Zafer (2018), **Temel Sağlık Hizmetleri 1978-2018**, Hasuder Yayın No: 2018: 3, Trakya Üniversitesi Matbaası.
- Özvarış, Şevkat Bahar ve Dilek Aslan (2015), “Sağlık Eğitimi ve Sağlığın Geliştirilmesi”, **Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi** El Kitabı içerisinde, Palme Yayınları, Ankara.
- Pala, Kayıhan (2002), Temel Sağlık Hizmetleriyle İlgili Uluslararası Alma Ata Toplantısı, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 17 Sayı 2, s.101-107.
- Pala, Kayıhan (2003), “Dünya Bankası’nın Türkiye İçin Sağlık Politikası, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 18 Sayı 2, s.115-120.
- Pala, Kayıhan (2015), “ Sağlığın Sosyal Belirleyicileri”, **Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı**, Palme Yayınları, Ankara.
- Pala, Kayıhan (2017), “Türkiye’de Sağlık Reformu Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci”, **İnsana Karşı Piyasa, Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik**, Notabene Yayınları, İstanbul.
- Panitch, Leo ve Colin Leys (2014), **Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları**, Çev. Umut Haskan, Yordam Kitap, 2. Basım, İstanbul.
- Pierson, Christopher (2011), **Modern Devlet**, 1. Baskı, Chiviyazıları Yayınevi, İstanbul.
- Pınar, Abuzer (2006), **Maliye Politikası Teori ve Uygulama**, Naturel Kitap Yayın Dağıtım, Ankara.
- Poggi, Gianfranco (2014), **Modern Devletin Gelişimi: Sosyolojik Bir Yaklaşım**, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Poggi, Gianfranco (2014), **Devlet: Doğası, Geleceği, Gelişimi**, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

- Polanyi, Karl (2010), **Büyük Dönüşüm Çağımızın Siyasal ve Ekonomik Kökenleri**, Çev. Ayşe Buğra, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Pustu, Yusuf (2016), “Yerel Demokrasinin Kökeni”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı:100, s.89-107.
- Rosanvallon, Pierre (2004), **Refah Devletinin Krizi**, Dost Kitabevi, Ankara.
- Safran, Dana Gelb, Mark Kosinski, Alvin R.Tarlov et al. (1998),“The Primary Care Assessment Survey: Tests of data Quality and Measurement Performance”, **Med Care**, Vol. 36 No: 5, s.728-739.
- Sağ, Vahap ve Mehmet Aslan (2001), “Ulus, Uluslaşma ve Ulus Devlet”, **Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 25 Sayı 2, s. 174.
- Sabuktay, Ayşegül (2009), **Mülksüzleştirmenin Yönetimi**, TODAİE Yayını, Ankara.
- Saklı, Ali Rıza (2012), “Fransa ve Almanya’da Uluslaşma Süreci ve Ulus Bilincinin Oluşumu”, **Akademik Bakış Dergisi**, Sayı 32, s. 1-19.
- Sapancalı, Faruk (2005), Sağlık Hakkının Sosyal Dışlamayı Önleme Fonksiyonu, “Avrupa Birliği’nde Sosyal Dışlanma Sorunu ve Mücadele Yöntemleri”, **Çalışma ve Toplum Dergisi**, Sayı 3.
- Sander, Oral (2006), **Siyasi Tarih İlk Çağ’lardan 1918’e**, 15. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara.
- Sargutan, Erdal (2006), **Sosyal Politika Bilimi**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Sarıkaya, Murat (2002), “Asimetrik Bilgi-İktidar ve Kurumsal Düzenleme Üzerine”, **Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakülte Dergisi**, Sayı 3 Cilt 2, s. 99-110, [http: //eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/152.pdf](http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/152.pdf), (Erişim Tarihi:21.08.2020).
- Sarıyıldız, Gülten (1996), **Hicaz Karantina Teşkilatı (1865-1914)**, Turk Tarih Kurumu Basmevi, Cilt 145, Ankara

- Savcı, Bahri (1980), **Yaşam Hakkı ve Boyutları**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Ankara.
- Saygılı, Abdurrahman (2010), “Modern Devletin Çıplak Sureti”, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Cilt 59 Sayı 1, s.61-97.
- Sayılı, Aydın (1963), “Orta Çağ İslam Dünyasında İlmi Çalışma Temposundaki Ağırlaşmanın Bazı Temel Sebepleri (Avrupa ile Mukayese)”, **DTCF Felsefe Araştırmaları Dergisi**, Araştırma I, 1963’ten ayrı basım, s.4-69.
- Sayım, Ferhat (2011), “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanına İlişkin Ulusal Hesaplar ve Sağlık Alanında Belediyelere Verilen Görev ile Yetkiler”, **Bütçe Dünyası Dergisi**, Sayı 35 Cilt 1.
- Serin, Necdet (1972), **Eğitim Ekonomisi**, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayın No: 25, Ankara.
- Shi, Leiyu, Barbara Starfield and Jiahong Xu (February 2001), “Validating the Adult Primary Care Assessment Tool”, **The Journal of Family Practice**, Vol.50 No: 2, s.161-175.
- Soner, Bayram Ali, **Kovid-19 Salgını ve Sonrası Toplum, Devlet ve Küresel Sistem** kitabı içerisinde “Kovid-19 Salgını ve Sonrası Uluslararası Siyasette Süreklilik ve Değişimler”, Polis Akademisi Yayınları, No: 94, Ankara, 2020, s.119-171.
- Soyer, Ata (2000), “1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 15 Sayı 4, s. 259-264.
- Soyer, Ata (2001), “Türkiye’nin İktisadi ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960’a kadar Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı” **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 6, Sayı 6, s. 413-429.
- Soyer, Ata (2002), “Dünya Sağlık Örgütü, Alma Ata Bildirgesi, İdeoloji vb. Üzerine...”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 17 Sayı 2, s. 111-117.

- Soyer, Ata ve Zeliha Öcek (2007), **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı**, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Aralık 2007, Ankara.
- Soysal, Mümtaz (1970), “Hak ve Özgürlükler Bakımından 1961 Anayasasının Evrensel Anlamı”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt 24 Sayı 1, s.91-95.
- Soysal, Abdullah, Ramazan Kırar, Ali Alu (2016), “Türkiye’de Aile Hekimliği Sistemi Ve Diyarbakır Halkının Aile Hekimliği Sistemine Olan Memnuniyet Ölçüleri”, **Dicle Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt 6 Sayı 10, s.76-88.
- Sönmez, Mehtap Omaç ve Feyza Sevindik (2013), “Sağlıkta Dönüşümün Sağlık Personeli Üzerine Etkisi: Aile Sağlığı Elemanı Olmak”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, Cilt 12 Sayı 1, s.43-48.
- Sönmez, Mustafa (2009), **Paran Kadar Sağlık Türkiye’de Sağlığın Ticarileşmesi**, Yordam Kitap, İstanbul.
- Söyletir, Güner (1986), “Enfeksiyon Kemoproflaksisi”, **Mikrobiyoloji Bülteni**, Cilt 20, s.206-212.
- Starfield, Barbara (1994), “Primary Care: Concept, Evaluation, Policy”, **Arch Pediatr Adolesc Med**, Vol.148 No: 2.
- Starfield, Barbara (1998), “Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology”, New York: **Oxford University Press**.
- Starfield, Barbara and Leiyu Shi (June 2002), “Policy Relevant Determinants of Health: an International Perspective”, **Health Policy**, Vol.60 Issue 3, June 2002, s.201-218.
- Starfield, Barbara, Leiyu Shi and James Macinko (2005), “Contribution of Primary Care to Health Systems and Health”, **A Multidisciplinary Journal of Population Health and Health Policy**, Vol. 83 No: 3, s.457-502.

- Suğur, Serap ve Nadir Suğur (1998), Gürkan Can (Edit.), “Geleneksel Toplumdan Modern Topluma Geçiş”, **Çağdaş Yaşam Çağdaş İnsan**, Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1020, Eskişehir.
- Sunay, Cengiz (2002), “Belediyeciliğin Doğuşu Sürecinde Osmanlı Mirası”, **Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt 1 Sayı 3 , s.113-133.
- Sur, Haydar (1998), “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi”, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, Yüce Yayın, İstanbul.
- Starr, Paul ve Ellen Immergut (1987), “Health Care and The Boundaries of Politics”, **Changing Boundaries of The Political**, Charles S. Maier (Edit.), Cambridge University Press, Cambridge.
- Straus, Eugene W. ve Straus Alex (2009), **Tıbbi Mucizeler**, Çev. Fenni Özalp, Domingo Yayıncılık, İstanbul.
- Şahin, Adil (2011), “Siyasal Düşünceler Tarihinde “Sınırlı Devlet” Fikrinin Kadimliği ya da Genel Kamu Hukuku Bağlamında İnsan, Özgürlük ve Devlet İktidarı Algısındaki Evrilme”, **Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Cilt 15 Sayı 3, s. 311-363.
- Şeker, Mehmet (1984), İslam’da Sosyal Dayanışma Müesseseleri, Halk Kitapları: 76, Diyanet İşleri Başkanlığı Yay. No: 240, Ankara.
- Şenel, Alaaddin (1978), **Toplum ve Siyasal Düşünüş; Eskiçağ’da, Orta Çağ’da ve Yeni Çağ’da**, SBF Yayınevi, Ankara.
- Şenel, Alâeddin (2011), **Siyasal Düşünceler Tarihi**, Bilim ve Sanat Yayınları, 3. Basım, Ankara.
- Şener, Orhan (1996), **Kamu Ekonomisi**, Beta Yayınevi, İstanbul.
- Şengül, H. Tarık (2012), “Türkiye’de Kentleşme Deneyiminin Dönemlenmesi”, Faruk Alpkaya ve Bülent Duru (Der.), **1920’den Günümüze Türkiye’de Toplumsal Yapı ve Değişim**, Phoenix Yayınevi, Ankara.

- Şensoy, Nazlı, Okay Başak, Ayfer Gemalmaz (2019), “Umurlu Aile Hekimliği Merkezi’nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor?”, **Kocatepe Tıp Dergisi**, s.49-56.
- Şentaş, Gülcan (2018), **Türkiye’de İş Göçün Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Sağlık Statüsüne Etkisi**, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Şentürk, Bilge (2019), **Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Cepten Sağlık Harcamaları Üzerine Etkisi**, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, Muğla.
- Taban, Sami (2006), “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi”, **Sosyoekonomi Dergisi**, Cilt 4 Sayı 4, s.31-46.
- Talas, Cahit (1967), **Sosyal Politika**, Sevinç Matbaası, Ankara.
- Talas, Cahit (1980), **Ekonomik Sistemler**, Sevinç Matbaası, Dördüncü Bası, Ankara.
- Talas, Cahit (1981-1982), “Sosyal Haklar ve Türk Anayasalarında Sosyal Hakların Evrimi”, **İnsan Hakları Yıllığı**, Cilt 3-4, s.38-75.
- Talas, Cahit (1990), “Yaşam Hakkı ve Toplumsal Haklar”, **İnsan Hakları Yıllığı**, Cilt 12, s. 83-90.
- Talas, Cahit (1993), “Liberalciliğin Geri Dönüşü ve Sonrası”, **Amme İdare Dergisi**, Cilt 26 Sayı 3, s.55-64
- Tatar, Mehtap (Edit.), **Sağlık Kurumları Yönetimi-I**, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2631, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1599, s. 3-4.
- Tanilli, Server (1993), **Devlet ve Demokrasi, Anayasa Hukukuna Giriş**, Cem Yayınevi, 7. Bası, İstanbul.
- Tanilli, Server (1999), **Yüzyılların Gerçeği ve Mirası, Cilt V 19. Yüzyılın İlerlemenin Çelişmeleri**, Adam Yayınları, İstanbul.

- Taneli, Baha (2009), “Cumhuriyetten Önce ve Sonra Ülkemizde Sağlık Kurumları ve Çocuk Hastaneleri”, **Ege Pediatri Bülteni**, Cilt 16 Sayı 2, s.95-110.
- Tapan, Birkan, Selin Alıcı, Nurdan Yıldırım ve Albeni Gaye (2015), “Özel Sağlık Sigorta Şirketlerinin Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliliği Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi”, **FNG & Bilim Tıp Dergisi**, Cilt 1 Sayı 2, s.77-86.
- Tengilimoğlu, Dilaver (2011), **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Tengilimoğlu, Dilaver, Oğuz Işık ve Mahmut Akbolat (2012), **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, Nobel Yayınevi, Ankara.
- Tekin, Ayşe (2007), **Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri**, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, <https://core.ac.uk/download/pdf/35314489.pdf>, (Erişim Tarihi:02.08.2019).
- Tekin, Gürkan (2011), **Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâlet’inden Sağlık Bakanlığı’na (1920-2000)**, Ankara Üniversitesi Türk İnkılap Tarihi Enstitüsü, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Tekin, Oğuz, Yusuf Üstü, Mehmet Uğurlu (2012), “Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Saha Eğitimi”, **Ankara Medical Journal**, Cilt 12 Sayı 1 s.16-21.
- Tekin, Bilgehan (2015), “Temel Sağlık Göstergeleri Açısından Türkiye’deki İllerin Gruplandırılması: Bir Kümeleme Analizi Uygulaması”, **Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 5 Sayı 2, s.389-416.
- Temiz, Özgür (2014), “Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt 69 Sayı 1, s.165-188.
- Terzi, Arzu (2010), “Osmanlı Saray Eczanesinin Teşkilât ve İdaresi (XIX. Yüzyılın İkinci Yarısında)”, **Osmanlı Bilimi Araştırmaları**, Cilt 11 Sayı 1-2, s.49-64.

- Toprak, Düriye (2015), “Uygulamada Ortaya Çıkan Farklı Refah Devleti Modelleri Üzerine Bir İnceleme”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı 21.
- Cevat Tosun (2018), **Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri**, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Turgut, Sezgin, Serdar Öztora, Ayşe Çaylan ve Hamdi Nezih Dağdeviren (2018), “Birinci Basamak Hasta Memnuniyeti ve Hekim İş Doyumu ile İlişkisi”, **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt 22 Sayı 2, s.78-91.
- Turhan, Aydın (2013), “İnsan Hakkı Kuşakları Arasındaki Tamamlayıcılık İlişkisi”, **İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Cilt 4 Sayı 2, s.357-376.
- Tüylüoğlu, Şevket ve Mustafa Tekin (2009), “Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri”, **Çukurova İİBF Dergisi**, Cilt: 31 Sayı:1, s.1-31.
- Uğurlu, Mehmet, M. Taşkın Eğici, Orkun Yıldırım, Muhammet Örnek, Yusuf Üstü (2012), “Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları-2”, **Ankara Medical Journal**, Cilt 12 Sayı 1, s.4-10.
- Uçar, Muharrem ve Süleyman Deniz (2012), “Türk Tarihinde Askeri Sağlık Hizmetleri”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, Sayı 11 Cilt 1, s.103-118.
- Uçkaç, Aynur (2010), “Türkiye’de Neoliberal Ekonomi Politikaları ve Sosyo-Ekonomik Yansımaları”, **Maliye Dergisi**, Sayı 158, s.422-431.
- Ulusoy, Ali D. (2004), “Kamu Hizmeti Anlayışında Yeni Yönelimler Avrupa Yapılanmasının Kamu Hizmeti Teorisine Etkileri” adlı kitap bölümü, **Gün Işığında Yönetim** içinde, İl Han Özay (Edit.) Filiz Kitabevi, İstanbul.

- Ulusoy, Ülkü Halatçı (2011), “Sosyal Hakların Korunmasında Birleşmiş Milletler’in Rolü”, **III. Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu** 24-25 Ekim 2011 Kocaeli, s.245-267.
- Ulutaş, Çağla Ünlütürk (2011), **Proleterleşme ve Profesyonelleşme Işığında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü**, Notabene Yayınları, Ankara.
- Uslu, Cennet (2011), **Doğal Hukuk ve Doğal Haklar**, 2. Baskı, Liberte Yayınları, Ankara.
- Uz, Hulki (1998), “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri”, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, Osman Hayran ve Haydar Sur (Edit.), Yüce Yayım, İstanbul.
- Uz, Hulki (1998), Sağlık Ekonomisi, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, Osman Hayran ve Haydar Sur (Edit.), Yüce Yayım, İstanbul.
- Ülman, Yeşim Işıl (2007), “Yaşamın Sonu ile İlgili Tıp Etiği Sorunları”, Nil Sarı ve diğerleri (Edit.), **Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı**, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Ünal, Feyzullah (2011), “Tanzimattan Cumhuriyete Türkiye’de Yerel Yönetimlerin Yasal ve Yapısal Dönüşümü”, **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı 30, s.241-248.
- Ünsal, M. Erdal (2007), **İktisada Giriş**, 4. Baskı, İmaj Yayıncılık, Ankara.
- Unver, A. Süheyl (1938), **Tıp Tarihi**, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Üstü, Yusuf ve Mehmet Uğurlu (2015), “Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu?”, **Ankara Medical Journal**, Cilt 15 Sayı 4, s.244-248.
- Üstün, Çağatay (2005), “Tıbbiyelilik Geleneğine Dair” (Editöre Mektup), **Tıp Araştırmaları Dergisi**, Sayı 1 Cilt 3, s.53-55.
- Uslu, Cennet (2011), **Doğal Hukuk ve Doğal Haklar**, 2. Baskı, Liberte Yayınları, Ankara.

- Uzunçarşılı, İsmail Hakkı, **Osmanlı Tarihi Cilt II**, (İstanbul'un Fethinden Kanuni Sultan Süleyman'ın Ölümüne Kadar), 7. Baskı, Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, Türk Tarih Kurumu Yayınları.
- Walraven, Gijs (June 2019), "The 2018 Astana Declaration on Primary Health Care, is it Useful?", **Jounal of Global Health**, Vol.9 No: 1, s.1-4, <http://jogh.org/documents/issue201901/jogh-09-010313.pdf>, (Erişim Tarihi:20.08.2020).
- Weber, Max (2010), **Şehir Modern Kentin Oluşumu**, Çev. Musa Ceylan, Bakış Yayınları, İstanbul.
- Wood, Ellen Meiksins (2003), **Kapitalizmin Kökeni**, Çev. A. Cevdet Aşkın, Epos Yayınları, Ankara.
- Vercoutter, Jean (2008), **Antik Tarih-İlk Çağ Tarihi**, 1. Baskı, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.
- Yalçın, Lütfü (2010), **Kamu Yönetimi Kuramları: Yöntembilimsel Bir Değerlendirme**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Yönetim Bilimleri ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Yalçınkaya, Mehmet Alaaddin (2019), "Fransız Epidemiyolog Antoine Fauvel'ye Göre 1849'da Karadeniz Karantinaları", **Karadeniz İncelemeleri Dergisi**, Cilt 26, s.439-460.
- Yalçınöz, Hasret, Baysal, Nazlı Hacıaloğlu, Esra Yıldız, Sibel Öztürk (2014), "Birinci Basamakta Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Aile Hekimliği Modelinden Memnuniyet Durumları ve Bu Konudaki Görüşleri", **Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, Cilt 2 Sayı 1, s.22-30, <https://dergipark.org.tr/download/article-file/66942>, (Erişim Tarihi:25.07.2019).

- Yaşar, Gülbiye Yenimahalleli, “AKP’li Yıllarda Sağlık ve Sağlık Politikası”, **İnsana Karşı Piyasa, Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik** içinde, Notabene Yayınları, İstanbul.
- Yaşar, Gülbiye Yenimahalleli (2018), “Sağlıktaki Eşitsizliklerde Hizmete Erişim Boyutu: OECD Ülkeleri İncelemesi”, **Eğitim Bilim Toplum Dergisi**, Cilt 16 Sayı 61, s.65-97.
- Yaşar, Gülbiye (2011), “Health Transformation Programme’in Turkey: An Assessment”, **The International Journal of Health Planning and Management**, Vol. 26 No: 2, s. 110-133, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hpm.1065>, (Erişim Tarihi:28.07.2019).
- Yavuz, Yıldırım (1988), “Batılılaşma Döneminde Osmanlı Sağlık Kuruluşları”, **ODTÜ Mimarlık Fakültesi Dergisi**, Sayı 8 Cilt 2, s.123-142.
- Yereli, Ahmet Burçin, Altuğ Murat Köktaş ve Işıl Şirin Selçuk (2014), “Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler”, **Sosyoekonomi**, Cilt 22 Sayı 22, s.273-296.
- Yeşilşerit, Tayfun (2012), **Sağlık Kültürünün Oluşumunda Sağlık Haberlerinin Yeri: Sağlık Muhabirleri ve İstanbul’da İki Farklı Sosyo-Ekonomik Yapıdaki Mahallede Yaşayanlarla Yapılan Araştırma**, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Bölümü Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.
- Yıldırım, Hasan Hüseyin (2016), **Sağlık ve Siyaset Yazıları**, ABSAM Sağlık Araştırmaları Merkezi Yayınları Ankara.
- Yıldırım, Nuran (1985), “Tanzimat’tan Cumhuriyet’e Koruyucu Sağlık Uygulamaları”, **Tanzimattan Cumhuriyet’e Türkiye Ansiklopedisi**, Cilt 5, İletişim Yayınları, İstanbul.

- Yılmaz, Binhan Elif ve Sevinç Yaraşır (2011), “Bir Küresel Mal Olarak Sağlık ve Finansmanında Resmi Kalkınma Yardımlarının Rolü”, **İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları**, 55.Seri-1.
- Yılmaz, Özgür (2017), “1847-1848 Kolera Salgını ve Osmanlı Coğrafyasındaki Etkileri”, **Avrasya İncelemeleri Dergisi**, Cilt: 6 Sayı:1, s. 23-55.
- Yörükoğlu, Fuat (2009), “Türk Belediyeciliğinin Gelişim Süreci”, **Mevzuat Dergisi**, Sayı 135, <https://www.mevzuatdergisi.com/2009/03a/02.htm>, (Erişim Tarihi:21.08.2020).
- Yumuturuğ, Sevim (1988), **Halk Sağlığı Ders Kitabı**, Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları No: 64, Ankara.
- Yurttagüler, Laden (2010), **İnsan Hakları İhlali Olarak Yoksulluk** içinde, “Yoksullukla Mücadelede STK’ların Rolü: Hizmet Verme ve Sosyal Hak Anlayışı Arasındaki Gerilim”, Pınar Uyan Semerci (Der.), İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, s.74-78.
- Yüksel, Mehmet (2007), “İnsan Haklarının Sosyo-Tarihsel Temelleri”, **İnsan Hakları Yıllığı**, Cilt 25, s.1-19.
- Zencir, Mehmet (2012), “Sağlık Reformlarının Arka Planı: Sağlık Hizmetlerinin Sermaye Birikim Sürecine Doğrudan Katkısı”, **Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi**, Cilt 12 Sayı 45-46, s. 49-58.

İnternet Kaynakları

- AHEF, “**Hatay İli Aile Hekimleri Derneğini ve Aile Sağlığı Merkezlerini Ziyaret Etti**” adlı 27 Mart 2018 tarihli haber, <http://ahef.org.tr/Haber/2021/AHEF-Hatay-Ili-Aile-Hekimleri-Dernegini-ve-Aile-Sagligi-Merkezlerini-Ziyaret-Ett.aspx>, (Erişim Tarihi:09.01.2020).

AHEF, “**AHEF, Sağlık Bakanı İle Görüştü**” adlı 22 Mart 2018 tarihli haberi, <http://www.ahef.org.tr/Detay/2020/AHEF-SAGLIK-BAKANI-ILE-GORUSTU.aspx>,
(Erişim Tarihi:02.01.2020).

Aka, Asiye (2012), “Neoliberal Dönüşümün Sağlıkta İzdüşümleri: Temel Sağlık Aktörlerince Bu İzdüşümlerin Algılanma Biçimleri”, **Toplum ve Sosyal Hizmet**, Cilt 23 Sayı 1, s.167-187, <http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423931232.pdf>, (Erişim Tarihi:26.07.2019).

Akad, Mehmet ve Bihterin Vural Dinçkol (2009), **Genel Kamu Hukuku**, Der Yayınları, İstanbul.

Akalın, M. Akif, **Alma Ata’dan Astana’ya-3**, https://www.academia.edu/37689310/Alma_Atadan_Astanaya_3_Akif_Akal%C4%B1n_, (Erişim Tarihi:29.07.2019).

Akalın, M. Akif, “**Sovyetler Birliği’nde İşçi Sağlığı ve Güvenliği**”, https://www.academia.edu/2051156/SSCBde_%C4%B0%C5%9F%C3%A7i_Sa%C4%9Fl%C4%B1nC4%9F%C4%B1_ve_G%C3%BCvenli%C4%9Fi, (Erişim Tarihi:17.05.2017)

Akalın, M. Akif, **Ama Ata’dan Astana’ya-7**, https://www.academia.edu/37784779/Alma_Atadan_Astanaya_7_Akif_Akal%C4%B1n_, (Erişim Tarihi:29.07.2019).

Akalın, M. Akif, “Alma Ata Bildirgesi Nasıl Değerlendirilmeli”, **Madde, Diyalektik ve Toplum**, Cilt 2 Sayı 1, s.104-106, https://www.academia.edu/38398092/Alma_Ata_bildirgesi_nasil_degerlendirilmeli,
(Erişim Tarihi:29.07.2019).

Akalın, M. Akif, “**Sovyetler Birliği’nde İşçi Sağlığı ve Güvenliği**”, https://www.academia.edu/2051156/SSCBde_%C4%B0%C5%9F%C3%A7i_Sa%C4%9Fl%C4%B1nC4%9F%C4%B1_ve_G%C3%BCvenli%C4%9Fi

%9Fİ%C4%B1%C4%9F%C4%B1_ve_G%C3%BCvenli%C4%9Fi, (Erişim Tarihi:17.05.2017).

Akalın, M. Akif (2018), “Alma Ata’dan Astana’ya”, <http://haber.sol.org.tr/blog/sinifin-sagligi/akif-akalin/alma-atadan-astanaya-249651>, (Erişim Tarihi:29.07.2019).

Akdur, Recep, **Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye Ve Avrupa Birliği’nde Durum Ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”**, <http://ataum.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/360/2018/07/Saglik-Sektoru-Temel-Kavramlar-Turkiye-ve-Avrupa-Birliginde-Durum-ve-Turkiyenin-Birlige-Uyumu.pdf>, (Erişim Tarihi:29.06.2019).

Anayasa Mahkemesi, **Kararlar Bilgi Bankası**, İndirilebilen Kararlar, İptal: Anayasa Mahkemesi Tarih:19.4.1988 ve E.1987/16, K.1988/8 sayılı Kararı, C: \Documents and Settings\Administrator\Local Settings\Temp\Rar\$EX08.906\87-91\K1988\K1988-08.htm, (Erişim Tarihi:18.11.2018).

ATO (Ankara Tabip Odası), “**Aile Hekimliği Yönetmelik Değişikliği Hekimlerin Beklentilerini Karşılıyor**” adlı 01 Haziran 2017 tarihli haber, <https://ato.org.tr/news/show/217>, (Erişim Tarihi:07.01.2020).

Ateş, İbrahim(1982), “Hayri ve Sosyal Hizmetler Açısından Vakıflar”, **Vakıflar Dergisi**, Sayı 15, s.55-88, <http://acikerisim.fsm.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11352/1384/Ate%c5%9f.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, (Erişim Tarihi:12.08.2020).

Avrupa Birliği Genel Sekreterliği, **2009 İlerleme Raporu**, http://www.abgs.gov.tr/files/AB_Iliskileri/AdaylikSureci/IlerlemeRaporlari/turkiye_ilerleme_rap_2009.pdf, (Erişim Tarihi:26.03.2010).

Avrupa Birliği, Ekonomik, Sosyal, Kültürel Haklar Komitesi, **14 No’lu Genel Yorum**, Bkz. <http://www.ihop.org.tr/dosya/ESKHK/ESKHGY14.doc>, (Erişim Tarihi:03.03.2019).

Aybay, Rona, **“Açıklamalı İnsan Hakları Evrensel Bildirisi”**, http://tbbayayinlari.barobirlik.org.tr/TBBBooks/insan_haklari_evrensel_bildirisi.pdf, (Erişim Tarihi:05.08.2020).

ECHR (European Court of Human Rights), **Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi**, https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_TUR.pdf, (Erişim Tarihi:20.08.2020).

ECHR (The European Court of Human Rights), Başvuru No: 32967/96, Karar No: 2605, Tarih:17.01.2002, <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-60329>, (Erişim Tarihi:20.08.2020).

Ceylan, Ahu, Ayşenur Tütüncü ve Kübra Benli (2015), “Aile Hekimliği Sistemi İçerisinde Hemsirenin Yeri”, **Türk Hemşireler Derneği ğrenci Komisyonu**, <https://m.facebook.com/notes/thd-%C3%B6%C4%9Frenci-komisyonu/aile-hekimli%C4%9Fi-sistemi-i%C3%A7erisinde-hem%C5%9Firenin-yeri/785370344871059/>, (Erişim Tarihi:09.01.2020).

Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, **Avrupa Birliği Temel Haklar şartı**, Avrupa Birliği İle İlişiler Genel Müdürlüğü, Kasım 2001, https://sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Avrupa_Birligi_Temel_Haklar_Sarti%E2%80%8B.pdf, (Erişim Tarihi:10.10.2020).

evre ve şehircilik Bakanlığı, **Türkiye evre Sorunları ve ncelikleri Değerlendirme Raporu (2016 yılı verileriyle)**, https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/cevre_sorun_2018-20180702151156.pdf, (Erişim Tarihi:28.07.2019).

Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Çevresel Etki Değerlendirmesi İzin ve Denetim Genel Müdürlüğü Çevre Envanteri ve Bilgi Yönetimi Dairesi Başkanlığı, **Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Değerlendirme Raporu (2017 yılı verileriyle)**, Ankara 2019, <https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/2017-cevre-sorunlari-ve-oncel-kler--20190628084520.pdf>, (Erişim Tarihi:13.08.2020).

Çiner, Can Umut (2010), “Sağlıkta Sosyalleştirme: “Genel” ile “Yerel”in Önemi”, **Sosyal Hekimlik**, <https://sosyalpolitika.fisek.org.tr/saglikta-sosyallestirme-%E2%80%9Cgenel%E2%80%9D-ile-%E2%80%9Cyerel%E2%80%9Din-onemi/>, (Erişim Tarihi:20.07.2020).

Dawson Raporu, **Lord Dawson’s Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920**, <https://navigator.health.org.uk/theme/lord-dawsons-interim-report-future-provision-medical-and-allied-services-1920>, (Erişim Tarihi:23.07.2020).

Diş Hekimi Haber , “**Türkiye’de Hekime Müracaat Sayısında Rekor Artış**” <https://dishekimihaber.net/saglik-personeli/turkiyede-hekime-muracaat-sayisinda-rekor-artis/>, (Erişim Tarihi:14.10.2019).

Doğru Haber Gazetesi, “**Özel Hastane Ücretlerine Dikkat**” adlı 16 Ağustos 2017 tarihli haber, <https://dogruhaber.com.tr/haber/258620-ozel-hastane-ucretlerine-dikkat/>, (Erişim Tarihi:24.12.2019).

DR TUS, “**Aile Hekimlerinin Ücretleri Ne Olacak?**” adlı 12 Ocak 2019 tarihli haber, <https://www.drtus.com/forum/viewtopic.php?t=158451&start=15>, (Erişim Tarihi:02.01.2020).

Endemik Hastalıklar, https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/56087/mod_resource/content/0/10_ENDEMİK%20HASTALIKLAR.pdf, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

Eser, Erhan, **Birinci Basamak Sağlık Hizmeti**,

halksagligi.pamukkale.edu.tr/kongre/SUNUMLAR/erhan.eser.ppt, (Erişim Tarihi:22.09.2017).

Fişek, Nusret (2017), **Sağlık Yönetiminde Modern Eğilimler**, Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-I, Sağlık Yönetimi, [http: //www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/8.html](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/8.html), (Erişim Tarihi:15.08.2017).

Gölcük Gündem, **“Özel Hastanelere Kazıklanmayın”** adlı 3 Kasım 2018 tarihli haberi, [https: //www.golcukgundem.com/haber/1740710/ozel-hastanelere-kaziklanmayin](https://www.golcukgundem.com/haber/1740710/ozel-hastanelere-kaziklanmayin), (Erişim Tarihi:24.12.2019).

Gözler, Kemal (2007), “Devlet Kavramı” **Devletin Genel Teorisi** kitabının s.4-28 arasında, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa, [http: //www.anayasa.gen.tr/dgt-devletkavrami.pdf](http://www.anayasa.gen.tr/dgt-devletkavrami.pdf), (Erişim Tarihi:27.05.2019).

Greenhalgh, Trisha (2008), “Thirty years on from Alma-Ata: Where have we come from?Where are we going”, **British Journal of General Practice**, s.798-803, [https: //bjgp.org/content/58/556/798](https://bjgp.org/content/58/556/798), (Erişim Tarihi:23.07.2020).

Güler, Çağatay (2006), “Temel Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Eğitimin Gereksiniminin Belirlenmesi ve Yöntemi”, **IV. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu** 13-14 Nisan 2006 Manisa, [https: //halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/view_bl/90/temel-sagl-k-hizmetleri-birinci-basamak-sagl-k-hizmetleri-kongreleri/107/iv-temel-sagl-k-hizmetleri-sempozyumu-13-14-nisan-2006-manisa?tab=getmybooksTab&is_show_data=1&Itemid=119](https://halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/view_bl/90/temel-sagl-k-hizmetleri-birinci-basamak-sagl-k-hizmetleri-kongreleri/107/iv-temel-sagl-k-hizmetleri-sempozyumu-13-14-nisan-2006-manisa?tab=getmybooksTab&is_show_data=1&Itemid=119), (Erişim Tarihi:10.10.2017).

HASUDER (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği), **“Sağlık Haktır, Birinci Basamak Sağlık Yapılanması Bu Hakkı Sağlayabilmenin Temelidir”**,

- <https://hasuder.org.tr/wp/2019/04/10/saglik-haktir-birinci-basamak-saglik-yapilanmasi-bu-hakki-saglayabilmenin-temelidir/>, (Erişim Tarihi:08.06.2019).
- Hayran, Osman (2012),“Birinci Basamak Hizmetler Kimler Tarafından, Nasıl Sunulmalı?”, **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu**, <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/414/Birinci-basamak-hizmetler-kimler-tarafindan-nasil-sunulmalı.aspx>, (Erişim Tarihi:17.08.2020).
- Özcan, Selami ve Yunus Taş (2013), “Sağlık Sektöründe Bilgi Asimetrisinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Yalova Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Bir Uygulama”, **İnternational Conference On Eurasian Economies 2013**, s.822-831, <http://avekon.org/papers/673.pdf>, (Erişim Tarihi:20.08.2020).
- IOM (Institute of Medicine) (1994), “Defining Primary Care; An İnterim Report”, Washington, **National Academy Press**, <https://www.nap.edu/read/9153/chapter/4#9>, (Erişim Tarihi:23.07.2020).
- IOM (İnstitute of Medicine) (1978), “A Manpower Policy For Primary Health Care”, IOM Publication 78-02, Washington, **National Academy of Sciences**, <https://www.nap.edu/read/9932/chapter/1#v>, (Erişim Tarihi:23.07.2020).
- Karahanogulları, Onur (2004), **Kamu Hizmeti (Kavram ve Hukuksal Rejim)**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi İnternet Paylaşımı, 2004, <http://80.251.40.59/politics.ankara.edu.tr/karahan/makaleler/kamuhizmeti.pdf>, (Erişim Tarihi:27.05.2019).
- Kartal, Savaş Başar (2016), Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Başkan Yardımcısı Halk Sağlığı Merkezleri’yle ilgili konuşması, **8. Temel Sağlık Hizmetleri Buluşması**, İzmir, http://www.temelsaglikhizmetleri.org/wp-content/uploads/tsh_kitaplar/8tshkitap.pdf, (Erişim Tarihi:25.10.2019).

Konukman, Aziz (2003), “AKP’nin Acil Eylem Planı (Aep) Üzerine Bir Değerlendirme”, **TMMOB Maden Mühendisleri Odası Madencilik Bülteni**,
http://www.maden.org.tr/resimler/ekler/06608cfdbcc1886_ek.pdf, (Erişim Tarihi:23.07.2019).

Medihaber, “**Aile Hekimi Ücretleri Düşüyor**” adlı 13 Şubat 2017 tarihli haber, <https://www.medihaber.com/guncel/aile-hekimi-ucretleri-dusuruluyor-h4320.html>,
(Erişim Tarihi:07.01.2020).

Medikal Akademi, “**Özel Hastanelerde Daha Az Para Ödemenin Yolları**” adlı 18 Ağustos 2014 tarihli haberi, <https://www.medikalakademi.com.tr/ozel-hastanelerde-daha-az-para-odemenin-yollari-ve-muayene-ucretleri/>, (Erişim Tarihi:24.12.2019).

Medimagazin, “**Aile Hekimleri Yeni Ödeme Sözleşme Yönetmeliği Taslağından Umutsuz**” başlıklı 2 Aralık 2019 tarihli haber,
<https://www.medimagazin.com.tr/hekim/aile-hekimligi/tr-aile-hekimleri-yeni-odeme-sozlesme-yonetmeliği-taslagindan-umutsuz-2-21-84510.html>, (Erişim Tarihi:08.01.2020).

Medimagazin, “**2017 Sağlık İstatistikleri: Hekime Müracaat Sayısı Arttı, Hasta Memnuniyeti Azaldı**” adlı 27 Aralık 2018 tarihli haber,
<https://www.medimagazin.com.tr/mevzuat/tr-2017-saglik-istatistikleri-hekime-muracaat-sayisi-artti-hasta-memnuniyeti-azaldi-80-681-79838.html>, (Erişim Tarihi:14.10.2019).

Memurlar Net, “**Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurumlarında Tedavi Görmelerine İlişkin Protokol İmzalandı**” adlı 10 Mayıs 2003 tarihli haber,
<https://www.memurlar.net/haber/861/devlet-memurlarinin-ozel-saglik-kurumlarinda-tedavi-gormelerine-iliskin-protokol-imzalandi.html>, (Erişim Tarihi:07.01.2020).

NTV Haber, “**Türkiye MR Çekiminde Dünya Birincisi**” adlı 22 Aralık 2017 tarihli haber, https://www.ntv.com.tr/saglik/turkiye-mr-cekiminde-dunya-birincisi,bPenOn_6WECA1MufzTojLA, (Erişim Tarihi:14.10.2019).

ODA TV, “**Türkiye’nin Kara Deliği**” adlı 12.08.2019 tarihli haber, <https://odatv.com/turkiyenin-kara-deligi-12081956.html>, (Erişim Tarihi:24.12.2019).

OECD, **Health Spending**, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (Erişim Tarihi:18.08.2020).

OECD, **Infant Mortality Rates**, <https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm#indicator-chart>, (Erişim Tarihi:13.08.2020)

OECD, **Life Expectancy at Birth**, <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm#indicator-chart>, (Erişim Tarihi:13.08.2020).

Piyal, Birgül, Recep Akdur, Deniz Çalışkan, M. Esin Ocaktan (2011), **Halk Sağlığı**, Birgül Piyal (Edit.), Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları, Yayın No: 92, <https://www.recepakdur.com/media/1272/01-halk-sag-lig-i.pdf>, (Erişim Tarihi:20.08.2020).

Polat, Doğan Şafak (2019), “Ulus-Devletin Değişen Doğası ve Ulusal Güvenliğin Dönüşümü”, **Change in State Nature: Boundaries of Security**, s.81-99, http://www.tasam.org/Files/Icerik/File/dog%CC%86ansafakbolat_pdf_0328b9a9-fc67-4e16-a73f-196b02350021.pdf, (Erişim Tarihi:20.08.2020)

Sağlık Bakanlığı, **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Mavi Ofset, Ankara, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/159>, (Erişim Tarihi:20.08.2020).

Sağlık Bakanlığı, **Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Rehberi**, <https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genelge/Bulasici-Hastaliklar-ile-Mucadele-Rehberi-Genelgesi-2017-11.pdf>, (Erişim Tarihi:13.08.2020).

Sağlık Bakanlığı, **Erken Teşhis Hayat Kurtarır**, [https:](https://www.saglik.gov.tr/TR,19826/erken-teshis-hayat-kurtarir.html)

[//www.saglik.gov.tr/TR,19826/erken-teshis-hayat-kurtarir.html](https://www.saglik.gov.tr/TR,19826/erken-teshis-hayat-kurtarir.html), (Erişim Tarihi:22.07.2019).

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, **Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı 2019-2024**, [https: //hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/hastaliklar/HIV-ADS/Tani-Tedavi_Rehberi/HIV_AIDS_Kontrol_Programi.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/hastaliklar/HIV-ADS/Tani-Tedavi_Rehberi/HIV_AIDS_Kontrol_Programi.pdf), (Erişim Tarihi:28.07.2019)

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, **Türkiye’de Obezitenin Görülme Sıklığı**, [https: //hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulme-sikligi.html](https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulme-sikligi.html), (Erişim Tarihi:28.07.2019).

Sağlık Bakanlığı, **Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü**, [https: //hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/862-hiv-aids/1135-h%C4%B1v-aids-istatistik.html](https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/862-hiv-aids/1135-h%C4%B1v-aids-istatistik.html), (Erişim Tarihi:28.07.2019).

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, **Kanser Dairesi Başkanlığı**, [https: //hsgm.saglik.gov.tr/tr/ketem](https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ketem), (Erişim Tarihi:14.08.2020).

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, **Türkiye Kanser İstatistikleri (2016)**, [https: //hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_statistikleri_2016.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_statistikleri_2016.pdf), (Erişim Tarihi:13.08.2020)

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, **Kanser Taramaları**, [https: //hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari](https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari), (Erişim Tarihi:14.08.2020)

Sağlık Bakanlığı, **Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü**, [http: //www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/Asilar](http://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/Asilar), (Erişim Tarihi:22.07.2019).

Sağlık Bakanlığı, İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı, **Sağlık Göstergeleri Eylül 2018**, [https: //khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/inc/saglik_gostergeleri.pdf](https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/inc/saglik_gostergeleri.pdf), (Erişim Tarihi:08.10.2019).

Sağlık Bakanlığı, **Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesine ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı(2013-2020)**, DSÖ Yayınları, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/544>, (Erişim Tarihi:27.07.2019).

Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü**, <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,3961/kampanyalar.html>, (Erişim Tarihi:13.08.2020)

Sağlık Bakanlığı (2011), **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü**, Dünya Sağlık Örgütü tarafından Health Promotion Gloassary adı ile 1998 yılında yayınlanmıştır, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları No: 814, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (2002-2008)**, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/189>, (Erişim Tarihi:12.08.2020).

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Ulusal Sağlık Politikası**, Ankara 1993, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/30>, (Erişim Tarihi:15.08.2020).

Sağlık Bakanlığı, **Türkiye’de Aile Hekimliği**, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html>, (Erişim Tarihi:02.01.2020).

Sağlık Bakanlığı, “**Mehmet Müezzinoğlu, e-Nabız Sistemi’ni Tanıttı**” adlı 3 Nisan 2015 tarihli haber, <https://www.saglik.gov.tr/TR,1261/mehmet-muezzinoglu-e-nabiz-sistemini-tanitti.html>, (Erişim Tarihi:18.08.2020).

Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014**, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5119,yilliktrpdf.pdf?0>, (Erişim Tarihi:14.10.2019).

Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017**, [https:](https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0)

[//dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0](https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0), (Erişim Tarihi:14.10.2019).

Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni**, [https:](https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33116,haber-bulteni---2018-30092019pdf.pdf?0)

[//dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33116,haber-bulteni---2018-30092019pdf.pdf?0](https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33116,haber-bulteni---2018-30092019pdf.pdf?0), (Erişim Tarihi:13.08.2020).

Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları**

Global Konferanslardan Bildiriler, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi

Yayını, Yıl: 2009, s.6, [https:](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sa%C4%9Fl%C4%B1g%C4%B1n%20te%C5%9Fviki.pdf)

[//sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sa%C4%9Fl%C4%B1g%C4%B1n%20te%C5%9Fviki.pdf](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sa%C4%9Fl%C4%B1g%C4%B1n%20te%C5%9Fviki.pdf), (Erişim Tarihi:04.07.2019).

Sağlık Bakanlığı, **Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri**

Yıllığı 2018 Haber Bülteni, [https:](https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33116,haber-bulteni---2018-30092019pdf.pdf?0)

[//dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33116,haber-bulteni---2018-30092019pdf.pdf?0](https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33116,haber-bulteni---2018-30092019pdf.pdf?0), (Erişim Tarihi:24.12.2019).

Sağlık Bakanlığı, **Temel Sağlık Hizmetleri Küresel Konferansı Astana’da**

Gerçekleştirildi, [https: //www.saglik.gov.tr/TR,49852/temel-saglik-hizmetleri-kuresel-konferansi-astanada-gerceklestirildi.html](https://www.saglik.gov.tr/TR,49852/temel-saglik-hizmetleri-kuresel-konferansi-astanada-gerceklestirildi.html), (Erişim Tarihi:26.07.2019).

Sağlık Bakanlığı, **“Aşılama Takviminde Değişiklik Yapıldı”** adlı haber, [https:](https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/asilama-takviminde-degisiklik-yapildi.html)

[//hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/asilama-takviminde-degisiklik-yapildi.html](https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/asilama-takviminde-degisiklik-yapildi.html), (Erişim Tarihi:21.08.2020).

Sağlık Bakanlığı, **Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğünün Kuruluşu ve**

Tarihsel Gelişimi, [http: //www.hssgm.gov.tr/Tarihce](http://www.hssgm.gov.tr/Tarihce), (Erişim Tarihi:06.05.2019).

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Kurumu, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü,

Ulusal Sağlık Politikası, Ankara 1993, s. 45–57,

<http://ekutuphane.tusak.saglik.gov.tr/kitaplar/ulusalsaglikpolitikasi.pdf>, erişim Tarihi:15.04.2010.

Sağlık Bakanlığı, **“Temel Sağlık Hizmetleri Küresel Konferansı Astana’da Gerçekleştirildi”** <https://www.saglik.gov.tr/TR,49852/temel-saglik-hizmetleri-kuresel-konferansi-astanada-gerceklestirildi.html>, (Erişim Tarihi:26.07.2019).

Sağlık Bakanlığı (1993), **Ulusal Sağlık Politikası**, Ankara, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ulusalsaglikpolitikasi.pdf>, (Erişim Tarihi:20.08.2020).

Sağlık Bakanlığı (2010), **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü**, Araştırma Serisi 4., Ankara, <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/12293,2010-birinci-basamak-saglik-hizmetlerinde-hasta-memnuniyetipdf.pdf?0>, (Erişim Tarihi:25.07.2019).

Sağlık Bakanlığı, **Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü**, <http://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/Asilar>, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

Sağlık Bakanlığı, **Erken Teşhis Hayat Kurtarır**, <https://www.saglik.gov.tr/TR,19826/erken-teshis-hayat-kurtarir.html>, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, **Türkiye’de Obezitenin Görülme Sıklığı**, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulme-sikligi.html>, (Erişim Tarihi:28.07.2019).

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, **Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı 2019-2024**, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/862-hiv-aids/1135-h%C4%B1v-aids-istatislik.html>, (Erişim Tarihi:28.07.2019).

Sağlıklı Kentler Birliği, **Sağlık 2020: Yönetimler ve Toplum Arasında Sağlık ve Esenliğe Yönelik Eylemleri Destekleyen Avrupa Politika Çerçevesi**, [http:](http://)

<http://www.skbgov.tr/wp-content/uploads/2010/07/Sa%C4%9Fl%C4%B1k-2020-Kitap%C3%A7%C4%B1k-Mail.pdf>, (Erişim Tarihi:04.07.2019).

Sağlıkta Gündem Gazetesi, “**Halk Özel Hastanelere Fazla Para Ödüyor**” adlı 25 Mart 2013 tarihli haber, http://www.sagliktagundem.com/haber/halk_ozel_hastanelere_fazla_para_oduyor.htm, (Erişim Tarihi:24.12.2019).

Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)**, Aralık 2012, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>, (Erişim Tarihi:29.08.2019).

Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Kalkınma Ajansları Genel Müdürlüğü, **İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması SEGE-2017**, https://www.bebka.org.tr/admin/datas/sayfas/89/sege-2017_1581687211.pdf, (Erişim Tarihi:20.08.2020).

Sargutan, Erdal, **Türkiye Sağlık Sektörü, Sağlık Sistemi ve Mali Yapıları**, <https://docplayer.biz.tr/2090673-A-erdal-sargutan-turkiye-saglik-sektoru-saglik-sistemi-ve-mali-yapilari-ozet-kisim-iki-turkiye-saglik-sektoru-saglik-sistemi-ve-mali-yapilari-2887.html>, (Erişim Tarihi:20.08.2020).

Shimizu, Yoshi, **From Primary Health Care to Universal Coverage – the “affordable dream”**, <https://www.who.int/publications/10-year-review/universal-coverage/en/>, (Erişim Tarihi:13.06.2020).

Sosyal Demokrasi Akademisi, Friedrich-Ebert-Stiftung, Sosyal Demokrasi El Kitabı 1, Sosyal Demokrasinin Temelleri, 3. Güncelleştirilmiş Baskı, İstanbul, 2010, s.21, <https://library.fes.de/pdf-files/akademie/08138.pdf>, (Erişim Tarihi:21.11.2020).

Sözcü Gazetesi, “**Özel Hastanelerde Fazla Ücret Ödememenin Yolları**” adlı 28 Şubat 2018 tarihli haber, <https://www.sozcu.com.tr/2018/gundem/ozel-hastanelerde-fazla-ucret-odememenin-yollari-2254532/>, (Erişim Tarihi:24.12.2019).

Sözcü Gazetesi, “**Sağlık Harcamaları İstatistikleri Açıklandı! 7 Yılın Zirvesinde**” adlı 12 Kasım 2019 tarihli haber, <https://www.sozcu.com.tr/2019/ekonomi/saglik-harcamalari-istatistikleri-aciklandi-7-yilin-zirvesinde-5445532/>, (Erişim Tarihi:24.12.2019).

Starfield, Barbara (2007-2009), “The Effectiveness of Primary Care”, **Primary Care Course** (Based on Cape Town, South Africa, 2007; and Barcelona, Spain, 2009), http://ocw.jhsph.edu/courses/starfieldcourse/PDFs/Starfield09_Effectiveness%20of%20PC%20FINALNotes.pdf, (Erişim Tarihi:05.08.2020).

Şengül, H. Tarık (2001), **Sınıf Mücadelesi ve Kent Mekanı**, Praksis, s. 9-31, <http://www.praksis.org/wp-content/uploads/2011/07/002-Sengul.pdf>, (Erişim Tarihi:20.08.2020).

Temel, Fehminaz, **Temel İlaçlar**, http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2003/sayi_3-4/baslik3.pdf, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

Tezel, Başak ve Şirin Aydın (Edit.) (2018), **Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri**, Ankara, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/yayinlar/Kitaplar/Bebek_Cocuk_Ergen_Izlem_Protokolleri_2018.pdf, (Erişim Tarihi:21.08.2020).

TNSA, **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2009, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2014**, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>, (Erişim Tarihi:21.08.2020).

[//www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf) (Erişim Tarihi:30.08.2020).

TNSA, **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018**, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü,

http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/2018_TNSA_Ozet_Rapor.pdf, (Erişim Tarihi:14.08.2020).

TTB, **“Aile Hekimleri 10 Milyon Nüfusun Okul Aşısını Nasıl Yapacak?”** adlı 14.06.2020 tarihli haber, [https://www.ttb.org.tr/kollar/_ahek/haber_goster.php?Guid=dbd5ec98-ae10-11ea-](https://www.ttb.org.tr/kollar/_ahek/haber_goster.php?Guid=dbd5ec98-ae10-11ea-a732-c115216aae2a)

[a732-c115216aae2a](https://www.ttb.org.tr/kollar/_ahek/haber_goster.php?Guid=dbd5ec98-ae10-11ea-a732-c115216aae2a), (Erişim Tarihi:21.08.2020).

TTB, **Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı Bildirisi (Alma Ata)**, [https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=52](https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=521:temel-saik-hmetleruluslararasi-konferansi-bdalma-ata&catid=6:uluslarasylge&Itemid=36)

[1:temel-saik-hmetleruluslararasi-konferansi-bdalma-ata&catid=6:](https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=521:temel-saik-hmetleruluslararasi-konferansi-bdalma-ata&catid=6:uluslarasylge&Itemid=36)

[uluslarasylge&Itemid=36](https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=521:temel-saik-hmetleruluslararasi-konferansi-bdalma-ata&catid=6:uluslarasylge&Itemid=36), (Erişim Tarihi:10.10.2019).

TTB, Halk Sağlığı Kolu (2011), **“Sağlık Hizmetlerinde Piyasalaştırma Değil, Kamucu, Eşitlikçi Sosyalleştirme Raporu”**,

http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/2011/01/12/saglik-hizmetlerinde-piyasalastirma-degil-kamucu-esitlikci-sosyallestirme/, (Erişim Tarihi:23.07.2019).

TTB Halk Sağlığı Kolu (2011), **“Sağlık Hizmetlerinde Piyasalaştırma Değil, Kamucu, Eşitlikçi Sosyalleştirme Raporu”**, [http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/2011/01/12/saglik-hizmetlerinde-piyasalastirma-](http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/2011/01/12/saglik-hizmetlerinde-piyasalastirma-degil-kamucu-esitlikci-sosyallestirme/)

[degil-kamucu-esitlikci-sosyallestirme/](http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/2011/01/12/saglik-hizmetlerinde-piyasalastirma-degil-kamucu-esitlikci-sosyallestirme/), (Erişim Tarihi:23.07.2019).

TTB, TTB Aile Hekimliği Kolu, **2019-2020 Sözleşme Dönemine İlişkin Taleplerimiz**,

http://www.ttb.org.tr/kollar/_ahek/haber_goster.php?Guid=71aad7a2-01f0-11e9-afdc-3ccd512ef234, (Erişim Tarihi:27.07.2019).

TUSEB, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, Haberler,

https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/haber_detay.php?id=193, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

TUSEB, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017,

https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/saglik_istatistikleri_yilligi_2017.pdf, (Erişim Tarihi:28.07.2019).

TÜİK, Nüfus İstatistikleri, <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>, (15.08.2020).

TÜİK, İl Göstergeleri, <https://biruni.tuik.gov.tr/ilgosterge/?locale=tr>, (Erişim Tarihi:14.08.2020).

TÜİK, Merkezi Dağıtım Sistemi, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=121&locale=tr>, (Erişim Tarihi:14.07.2020).

TÜİK, Konularına Göre İstatistikler, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084, (Erişim Tarihi:18.08.2020).

TÜİK, Konularına Göre İstatistikler Çevre İstatistikleri,

http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1019, (Erişim Tarihi:28.07.2019).

TÜİK, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573>, (Erişim Tarihi:27.07.2019).

TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması 2019,

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33661>, (Erişim Tarihi:28.07.2019).

TÜBA, Covid-19 Değerlendirme Raporu(2020), <http://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/T%C3%9CBA%20Covid-19%20Raporu%206.%20G%C3%BCncelleme.pdf>, (Erişim Tarihi:20.08.2020).

Türk Dil Kurumu, **Büyük Türkçe Sözlük**, <http://www.tdk.gov.tr>, (Erişim Tarihi:10.11.2019).

Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, **Sağlık 2020: Yönetimler ve Toplum Arasında Sağlık ve Esenliğe Yönelik Eylemleri Destekleyen Avrupa Politika Çerçevesi**, <http://www.skb.gov.tr/wp-content/uploads/2010/07/Sa%C4%9Fl%C4%B1k-2020-Kitap%C3%A7%C4%B1k-Mail.pdf>, (Erişim Tarihi:04.07.2019).

Türkiye Cumhuriyeti Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti; Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası, Vekâletin 10 Yıllık Mesaisi, Hilal Matbaası, İstanbul, 1933, s. 16-27.

Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, <http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>, (Erişim Tarihi:20.08.2020).

Türkiye Psikiyatri Derneği, <http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/46/nikotin-sigara-bagimlilik/>, (Erişim Tarihi:28.07.2019).

Türk Tabipler Birliği, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=521&Itemid=36, (Erişim Tarihi:04.04.2010).

Türkiye Psikiyatri Derneği, <http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/46/nikotin-sigara-bagimlilik/>, (Erişim Tarihi:28.07.2019).

TÜSİAD, Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri, <https://tusiad.org/tr/yayinlar/raporlar/item/3597-saglikli-bir-gelecek--saglik-reformu-yolunda-uygulanabilir-cozum-onerileri>, (Erişim Tarihi:28.07.2019).

Uygun, Oktay, **Küreselleşme ve Değişen Egemenlik Anlayışının Sosyal Haklara Etkisi**, s. 353-368, www.anayasa.gov.tr/files/pdf/anayasa_yargisi/anyarg20/uygun.pdf, (Erişim Tarihi:27.02.2019).

WB, **Globalization, Growth and Poverty**, 2002, <http://documents.worldbank.org/curated/en/954071468778196576/pdf/multi0page.pdf>, (Erişim Tarihi:03.04.2019).

WB, Dünya Bankası, **Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency**, Vol.1. Main Report, <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/14824>, (Erişim Tarihi:03.01.2020).

WB, Dünya Bankası, **Case Studies on Health System Performance Assessment A Long-standing Development in Europe**, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/168875/Case-Studies-for-HSPA-ENG.pdf?ua=1, (Erişim Tarihi:03.01.2020).

WHO, **Primary Care Evaluation Tool**, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf, (Erişim Tarihi:14.08.2020).

WHO, **Primary Health Care**, https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1, (Erişim Tarihi:14.08.2019).

WHO, **25 Questions&Answers on Health&Human Rights**, Health&Human Rights Publication Series, Issue No: 1, July 2002, <http://www.who.int/hhr/NEW37871OMSOK.pdf>, (Erişim Tarihi:17.01.2017).

WHO, **HIV / AIDS**, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>, (Erişim Tarihi:28.07.2019)

WHO, **10 Facts On Nutrition**, <https://www.who.int/features/factfiles/nutrition/en/>, (Erişim Tarihi:08.07.2019).

WHO, **Cancer**, <https://www.who.int/cancer/en/>, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

WHO, **Constitution of the World Health Organization**, <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution#:~:text=Health%20is%20a%20state%20of,belief%2C%20economic%20or%20social%20condition>, (Erişim Tarihi:20.08.2020).

WHO, **Declaration of Alma Ata**,

https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1, (Erişim Tarihi:02.08.2020).

WHO, **Declaration of Astana**, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>, (Erişim Tarihi:26.07.2019).

WHO, **Drinking Water**, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>, (Erişim Tarihi:09.07.2020).

WHO, **Essential Medicines**,

https://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

WHO, “Guidelines For Healthy Housing”, **Regional Office for Europe, Copenhagen 1988** https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/191555/EURO_EHS_31_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, (Erişim Tarihi:03.07.2019).

WHO, **Global Health Days**, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/191555/EURO_EHS_31_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, (Erişim Tarihi:03.07.2019).

WHO, **Global Health Days**, <https://www.who.int/campaigns/immunization-week/2017/infographic/en/>, (Erişim Tarihi:03.07.2019).

WHO, **Health A Time For Justice Health Care**, Geneva, 1978, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62749>, (Erişim Tarihi:20.08.2020).

WHO, **Health Education**, https://www.who.int/topics/health_education/en/, (Erişim Tarihi:08.07.2019).

WHO, **Healthy Housing Raising Standards, Reducing Inequalities**, <https://www.who.int/sustainable-development/Factsheet-Housing-190517.pdf.pdf?ua=1>, (Erişim Tarihi:03.07.2019).

WHO, **Health Systems**, http://www.who.int/topics/health_systems/en/, (Erişim Tarihi:26.09.2017).

WHO, **Health System Governance**, http://www.who.int/topics/health_systems/en/, (Erişim Tarihi:26.09.2017).

WHO, **Health Services**, http://www.who.int/topics/health_services/en/, (Erişim, Tarihi:19.09.2019).

WHO, **Immunization**, <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/immunization>, (Erişim Tarihi:22.07.2019).

WHO, **Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health**, https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2018/en/, (Erişim tarihi:10.07.2019).

WHO, **Maternal & Newborn, Child and Adolescent Health Policy Indicators**, <https://www.who.int/test/forms/mncah/>, (Erişim Tarihi:02.07.2019).

WHO, **Millennium Development Goals**, https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/, (Erişim Tarihi:09.07.2019).

WHO, **Occupational Health, Declaration On Occupational Health For All**, https://www.who.int/occupational_health/publications/declaration/en/, (Erişim Tarihi:29.07.2019).

WHO, **Occupational Health**, https://www.who.int/occupational_health/about/en/, (Erişim Tarihi:29.07.2019)

WHO, **Occupational Health Topics**,

- https://www.who.int/occupational_health/topics/en/, (Erişim Tarihi:28.07.2019).
- WHO, **Pallative Care**, <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>, (Erişim Tarihi:09.11.2020).
- WHO, **Recommendations for Routine Immunization - Summary Tables**, https://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table1.pdf?ua=1, (Erişim Tarihi:29.08.2019).
- WHO, **Social Determinants of Health**, https://www.who.int/social_determinants/en/, (Erişim Tarihi:04.04.2019).
- WHO, **Targets For Health For All**, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109779/WA_540_GA1_85TA.pdf, (Erişim Tarihi:10.10.2019).
- WHO, **The Role of Government in Health Development**, Regional Committee for the Eastern Mediterranean Fifty-third Session, (July), 2006, https://applications.emro.who.int/docs/EM_RC53_Tech.Disc.1_en.pdf, (Erişim Tarihi:20.08.2020).
- WHO, **The World Health Report 2000 - Health Systems: İmproving Performance**, https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1, (Erişim Tarihi:21.05.2019).
- WHO, **The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever)**, http://www.who.int/whr/2008/08_overview_en.pdf, (Erişim Tarihi:27.10.2017).
- WHO, **The Injury Chart Book**,

https:

[//apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42566/924156220X.pdf?sequence=1,](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42566/924156220X.pdf?sequence=1)

(Erişim Tarihi:22.07.2019).

WHO, **The Injury Chartbook: A Graphical Overview of the Global Burden of Injuries,** https:

[//www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/chartb/en/,](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/chartb/en/)

(Erişim Tarihi:22.07.2019).

WHO, **Traveller Vaccinations,** https: [//www.who.int/ith/updates/20110427/en/](https://www.who.int/ith/updates/20110427/en/),
(Erişim Tarihi:22.07.2019).

WHO, **Tuberculosis,** https: [//www.who.int/tb/areas-of-work/preventive-care/en/](https://www.who.int/tb/areas-of-work/preventive-care/en/),
(Erişim Tarihi:22.07.2019).

WHO, **Vector Borne Diseases,** https: [//www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases,](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases) (Erişim Tarihi:22.07.2019).

WONCA, **“The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems: A Statement from WONCA”,** 1991,

https: [//medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/wonca-statement-1991.pdf](https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/wonca-statement-1991.pdf),

(Erişim Tarihi:29.07.2020).

WONCA, **“The European Definition Of General Practice / Family Medicine 2005”, The European Definition Of General Practice/Family Medicine,**

https: [//www.woncaeurope.org/file/3b13bee8-5891-455e-a4cb-a670d7bfdca2/Definition%20EURACTshort%20version%20revised%202011.pdf](https://www.woncaeurope.org/file/3b13bee8-5891-455e-a4cb-a670d7bfdca2/Definition%20EURACTshort%20version%20revised%202011.pdf)

f, (Erişim Tarihi:29.07.2020).

Venediktov, Dmitry (1998), "Alma Ata and after", **World Health Forum**, s.79-86, http:

[//apps.who.int/iris/bitstream/10665/55464/1/WHF_1998_19%281%29_p79-](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55464/1/WHF_1998_19%281%29_p79-86.pdf)

[86.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55464/1/WHF_1998_19%281%29_p79-86.pdf), (Erişim Tarihi:15.08.2020).

Volkov, Sergey, **“From Primary Health Care to Universal Coverage-the “Affordable Dream”**, <http://www.who.int/publications/10-year-review/universal-coverage/en/index2.html>, (Erişim Tarihi:13.06.2017).

Yeşilay, **Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı**,
<https://www.yesilay.org.tr/tr/projeler/detay/tbm-turkiye-bagimlilikla-mucadele-egitim-programi>, (Erişim Tarihi:28.07.2019).

Yücel, Ummuhan ve Ayşe Yüksel, **Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulamasının Ebelerin Çalışma Koşullarına Etkisi**,
<http://www.saglikcalisanisagligi.org/scssunumlar/ailehekimligiebeler-ummahanyucel-ayseyuksel.pdf>, (Erişim Tarihi:08.09.2017).

Mevzuat Kaynakları

Adalet Bakanlığı, **5683 sayılı KHK**,
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.3359&MevzuatIliski=0&source XmlSearch=>, (Erişim Tarihi:14.04.2010).

Resmi Gazete, **Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında Kanun Hükmünde Kararname**, Tarih:27.09.1984, Sayı:18540.

Resmi Gazete, **İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu**, Tarih:16.07.1945, Sayı:6058.

Resmi Gazete, **Özel İdare Hastanelerinin Muvazenei Umumiyye Devri ve 4862 Sayılı Kanuna Bağlı (1) ve (2) Sayılı Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun**, Tarih:15.07.1953, Sayı:8458.

Resmi Gazete, **Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun**, Tarih:09.01.1961, Sayı:10702.

Resmi Gazete, **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**, Tarih:12.01.1961 Sayı:10705.

Resmi Gazete, **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**,
Tarih:12.01.1961, Sayı:10705.

Resmi Gazete, **Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun
Hükmünde Kararname**, Tarih:14.12.1983 Sayı:18251.

Resmi Gazete, **Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu**, Tarih:05.05.1987, Sayı:19461.

Resmi Gazete, **318 Sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlileri İle İlgili Bazı
Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname**,
Tarih:31.03.1988, Sayı:19771.

Resmi Gazete, **Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu**,
Tarih:09.06.1936 Sayı:3337.

Resmi Gazete, **Anayasa Mahkemesi Kararı**, Tarih:23.08.1988 Sayı:19908, <http://kararlaryeni.anayasa.gov.tr/Karar/Content/e1ab641e-5d79-48a1-80f6-68c5e15a206e?excludeGerekce=False&wordsOnly=False>, (Erişim
Tarihi:20.08.2020).

Resmi Gazete, **Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil
Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun**,
Tarih:03.07.1992, Sayı:21273.

Resmî Gazete, **Hasta Hakları Yönetmeliği**, Tarih:01.08.1998 Sayı:23420.

Resmi Gazete, **Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının Bazı Maddelerinde Değişiklik
Yapılmasına İlişkin Kanun**, Tarihi:14.08.1999, Sayı:23786.

Resmi Gazete, **Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme
(Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun
Bazı Maddeleri ile 190 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Eki
Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun**, Tarih:23.01.2001,
Sayı:24296.

Resmi Gazete, **Özel Hastane Yönetmeliği**, Tarihi:27.03.2002, Sayı:24708.

Resmi Gazete, **Adalet ve Kalkınma Partisi 58. Hükümet Programı**,
Tarih:29.11.2002, Sayı:24951.

Resmi Gazete, **4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun**, Tarih:24.07.2003, Sayı:25178.

Resmi Gazete, **6514 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun**, Tarih:09.12.2004, Sayı:25665.

Resmi Gazete, **5188 sayılı Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun**,
Tarih:26.06.2004, Sayı:25504.

Resmi Gazete, Tarih:09.12.2004 Sayı:25665, Resmi Gazete Tarih:07.11.2008 Sayı:27047, Resmi Gazete Tarih:02.11.2011 Sayı:28103, Resmi Gazete Tarih:12.07.2012 Sayı:28351, Resmi Gazete Tarih:18.01.2014 Sayı:28886.

Resmi Gazete, **Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun**, Tarih:19.01.2005, Sayı:25705.

Resmi Gazete, **Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun**, Tarih:01.11.2005, Sayı:25983.

Resmi Gazete **5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu**,
Tarih:16.06.2006, Sayı:26200.

Resmi Gazete, **Anayasa Mahkemesi Kararları**, Tarih:18.03.2008, Esas sayısı:2005/52, Karar sayısı:2007/35.

Resmi Gazete, **Anayasa Mahkemesi Kararı**, Tarih:07.11.2008, Sayı:27047.

Resmi Gazete, **Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği**, Tarih:30.12.2010, Sayı:27801.

Resmi Gazete, **Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik**, Tarih:30.12.2010, Sayı:27801.

Resmi Gazete, **Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname**, Tarih:02.11.2011, Sayı:663.

Resmi Gazete, **Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları İle Kadro Standartları Hakkında Yönerge**, Tarih:07.03.2012, Sayı:28226.

Resmi Gazete, **Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği**, Tarih:25.01.2013, Sayı:28539.

Resmi Gazete, **Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği**, Tarih:24.03.2013 Sayı:28597.

Resmi Gazete, **Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği**, Tarih:18.04.2014, Sayı:28976.

Resmi Gazete, **Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği**, Tarih:05.02.2015, Sayı:29258.

Resmi Gazete, **Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği**, Tarih:16.05.2017, Sayı:30068.

Resmi Gazete, **Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname**, Tarih:15.08.2017, Sayı:694.

Resmi Gazete, **Genel Sağlık Sigortası Tescil, Prim ve Müstehaklık İşlemleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik**, Tarihi:10.11.2017, Sayı:30236.

Resmi Gazete, Tarih:09.12.2004, Sayı:25665 bu kanunun adı Aile Hekimliği Kanunu olarak 11.10.2011 tarihinde 663 sayılı KHK'nın 58. Maddesi ile değiştirilmiştir.

Resmi Gazete, **Özel Hastaneler Yönetmeliği**, Tarih:27.03.2002, Sayı:24708.

Resmi Gazete, **Türk hukukunda 11.08.2003 tarihinde usulüne göre yürürlüğe girmiş bulunan Sözleşmenin resmi Türkçe metni**, Tarih:11.08.2003 Sayı:25196.

Resmi Gazete, **Umumi Hıfzıssıhha Kanunu**, Tarih:06.05.1930 Sayı:1489.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sayı:15722819/840, **Palyatif**

Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi

Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Hizmet**

Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları ile Kadro Standartları

Hakkında

Yönerge,

https:

//hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/yonergeler/THSK_tasra_yonergesi_guncel.pdf, (Erişim Tarihi:03.01.2020).

Sağlık Bakanlığı, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 23.05.2012 gün ve 5314

Sayılı, **Standart Kadro Yönergesi,**

https:

//yhgim.saglik.gov.tr/TR,10684/bakanlik-tasra-standart-kadro--yonergesi-ve-ekleri.html, (Erişim Tarihi:29.08.2019).

Sağlık Bakanlığı, **Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı**

Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, https:

//dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1333,tsmyonerger27ocak2010pdf.pdf?0, (Erişim Tarihi:02.01.2020).

TBMM, Resmi Gazete Tarih:14.10.1989 Sayı:20312, **Avrupa Sosyal Şartı** (Gayri resmi tercüme),

https: //www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/sosyalsart.pdf, (Erişim Tarihi:20.08.2020).

TBMM, **Türkiye Cumhuriyeti 1924 Anayasası,** http:

//www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa24.htm, (Erişim Tarihi:17.11.2019).

Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı, **Umumi Hıfzıssıhha Kanunu**, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf>, (Erişim Tarihi:12.10.2014).



ÖZET

İnsan, var olduğu sürece geçmişte olduğu gibi gelecekte de sağlık yadsınamaz bir öneme sahip olacaktır. Zamanla sağlığın tanımı değişmiş, hastalık ve hastalığa neden olan etkenlerin neler olduğu keşfedilmiştir. Buna bağlı olarak sağlığı korumaya yönelik tedbirler bulunmuş ve önemi artmıştır. Temel sağlık hizmetleri (TSH) ilk defa adı Birleşmiş Milletler (BM) öncülüğünde yapılan, 1978 Alma Ata Konferansı'yla gündeme gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) TSH'yi; Hastalıkları önlemek için yapılan koruyucu sağlık hizmeti ve ondan türetilen sağlığı geliştirme hizmetleri, tedavi hizmetlerinden yalnızca birinci basamakta yapılabilecek ayaktan ve basit tıbbi müdahaleler, yine birinci basamakta sunulabilecek rehabilitasyon ve palyatif bakımı içeren hizmetler olarak tarif eder. Bu hizmetler tam anlamıyla uygulandığında bir insanın yaşamı boyunca ihtiyaç duyacağı sağlık hizmetinin %90'ı karşılanmış olacaktır.

Bu tez çalışmasının iddiası; temel sağlık hizmetlerinin; liberalleşme yönündeki adımlar da eklenince ne kamu hizmeti anlayışı çerçevesinde ne de DSÖ'nün belirlemiş olduğu ölçütler çerçevesinde gereğince sunulmadığını ortaya koymaktır. İlgili kavram tanımları, devletin sağlık hizmetinde rol üstlenmesinin tarihsel geçmişi, neoliberal politikaların hayata geçirilmesi sonrası ülkemizde geline durumun; TSH'nin dünyada ve ülkemizdeki verilere incelenmiştir. Ardından günümüzde TSH'yi sunmakla yükümlü; aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinin kuruluş temelleri ve verdiği hizmetler incelenmiştir. Bu yapı sınırlı bir veri sağlayabildiğimiz Çorum ili ve hizmetin yapısını belirleyen diğer ayaklar üzerinden analiz edilmiştir. DSÖ'nün Primary Care Evaluation Tool (PCET)'un kıstasları olan; erişilebilirlik, hizmetin sürekliliği, kapsamlılık ve koordinasyon kavramlarını yeterince karşılamadığı görülmüştür. Ek olarak sunulan sağlık hizmetlerinin; kamu hizmetinin özellikleri olan süreklilik, uyarlanabilme, herkese eşit ve bedelsiz sunulma ilkelerini de sağlayamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

ABSTRACT

As long as human beings exist, health will have as an undeniable importance in the future as in the past. Over time, the definition of health has changed; diseases and the factors that cause diseases have been discovered. Accordingly, measures to protect health have been found and their importance has increased. Primary healthcare services (PHC) came to the agenda for the first time with the 1978 Alma Ata Conference, which was led by the United Nations (UN). World Health Organization (WHO) describes TSH as; preventive health care services to prevent diseases and health promotion services derived from it, services that include outpatient and simple medical interventions that can only be done in primary care, and rehabilitation and palliative care that can be provided in primary care. When these services are fully implemented, 90% of the health service that a person will need throughout their life will be met.

This thesis study claims that, when the steps towards liberalization are considered, primary health services are neither provided within the framework of the public service understanding nor the criteria determined by WHO. The relevant concepts, the historical background of the state's role in healthcare, the situation of PHC in our country after the implementation of neoliberal policies and in the world were examined. Then the foundation and services of family health centers and community health centers that are in charge of providing PHC were examined. This structure has been analyzed through the province of Çorum, which provides limited data, and other elements that determine the structure of the service. It was concluded that the service was insufficient to meet the criteria of accessibility, continuity of service, comprehensiveness and coordination, determined by WHO's Primary Care Evaluation Tool (PCET). Additionally, it has been concluded that health services; it does not fulfill the principles of continuity, adaptability, equality and being free of charge, which are the characteristics of public service.