ADALET DERGİSİ
Journal of Justice
Yıl: 153 Dönem: VI 2026/2 Sayı: 77
ISSN: 1011-730X
ISSN (online): 2717-6614

SAĞLIK HAKKI İLE BÜTÇE SINIRLARI ARASINDA KANSER TEDAVİSİ: BİREYSEL BAŞVURU VE YARGITAY İÇTİHATLARININ SOSYAL DEVLET AÇISINDAN ANALİZİ

Cancer Treatment Between the Right to Health and Budgetary Limits: An Analysis of Individual Applications and Supreme Court of Appeals Jurisprudence from the Perspective of the Social State

Prof. Dr. Mehmet Ali ZENGİN
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hukuk Fakültesi
mehmetalizengin@aybu.edu.tr
ORCID: 0000-0003-1263-5102

Makale Bilgisi / Article Information

Makale Türü *(Article Type)*: Araştırma Makalesi *(Research Article)*

Geliş Tarihi *(Received)*: 31.07.2026

Kabul Tarihi *(Accepted)*: 28.09.2026

Değerlendirme *(Peer-Review)*: Editör Ön İnceleme - Çift Taraflı Körleme - En az İki Dış Hakem – Yayın Danışma Kurulu Kararı *(Editorial Screening – Double-Blind Peer Review – At Least Two External Reviewers – Decision of the Editorial Advisory Board)*

İntihal *(Plagiarism)*: Turnitin *(İntihal incelemesi Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü işbirliği ile yapılmaktadır.)*

Etik Beyan *(Ethical Statement)*: Çalışmanın hazırlanma sürecinde bilimsel ve etik ilkelere uyulduğu ve yararlanılan tüm çalışmaların kaynakçada belirtildiği beyan olunur. *(It is declared that scientific and ethical principles were followed during the preparation of the study, and all referenced works are cited in the bibliography).*

s.s. 79-117

Cancer Treatment Between the Right to Health and Budgetary Limits: An Analysis of Individual Applications and Supreme Court of Appeals Jurisprudence from the Perspective of the Social State

Abstract

One of the most important functions of the law is to safeguard human life. This safeguard imposes specific obligations on the state; while individuals must be protected against dangers, necessary measures must also be taken to ensure the continuation of their lives. As is known, the right to health is a "positive status right," meaning its realization depends on the state fulfilling positive obligations. These obligations include, for instance, establishing healthcare facilities, recruiting personnel, and making the necessary arrangements to finance healthcare expenditures. Turkey is a social state; consequently, there is a system in place wherein the state covers the healthcare costs of individuals unable to afford treatment through their own means. In the context of cancer treatment, the state inevitably bears a heavier financial burden due to the high costs involved. This study examines how to strike a balance between the extent to which the state covers these financial costs and the protection of the right to life within the framework of the right to health. The approach the law adopts in this regard will directly or indirectly define the boundaries of the right to life. Regardless of the direction the debates take, the sanctity of the right to life must remain the paramount consideration. Theoretically, no financial value should be capable of limiting the sanctity of the right to life. Yet, how will states proceed when faced with insufficient financial resources? This study seeks to address that question. Accordingly, when prioritizing expenditures, the state must give precedence to spending on the treatment of diseases such as cancer. The detailed analyses presented below provide the rationale for this conclusion. The study evaluates the issue by examining relevant rulings, particularly those of the European Court of Human Rights (ECHR) and the Constitutional Court, as well as current decisions from the Court of Cassation and Regional Courts of Appeal.

Keywords

Right to Health, Right to Life, Social State, Public Resources, Cancer Drugs.

SAĞLIK HAKKI İLE BÜTÇE SINIRLARI ARASINDA KANSER TEDAVİSİ: BİREYSEL BAŞVURU VE YARGITAY İÇTİHATLARININ SOSYAL DEVLET AÇISINDAN ANALİZİ

Özet

Hukukun en önemli fonksiyonlarından birisi insan yaşamını güvence altına almaktır. Bu güvence devletlere belirli yükümlülükler yüklemektedir. Bir yandan insan tehlikelere karşı korunurken diğer yandan yaşamının devamı için gerekli tedbirler de alınmalıdır. Bilindiği üzere sağlık hakkı pozitif statü haklarındandır, yani hakkın gerçekleşmesi devletin pozitifin yükümlülüklerini yerine getirmesi ile ilgilidir. Bu yükümlülüklerin bazıları sağlık tesislerinin kurulması, personel temini ve harcamaların finansmanı için gerekli düzenlemelerin yapılması şeklinde sıralanabilir. Ülkemiz sosyal bir devlettir. Buna göre kendi imkânı ile tedavi olamayacak olan kimselerin sağlık harcamalarının da devlet tarafından karşılandığı bir sistem söz konusudur. Kanser hastalığının tedavisinde ise maliyetlerinin yüksekliği karşısında devletin mali yükünün daha fazla olacağı söylenebilir. Çalışmamız devletin bu mali yükü karşılama oranı ile sağlık hakkı bağlamında yaşam hakkının korunması arasındaki dengenin nasıl sağlanacağına yöneliktir. Hukukun bu konuda sergileyeceği yaklaşım doğrudan ya da dolaylı olarak yaşam hakkının sınırlarını belirleyecektir. Tartışmalar ne yönde olursa olsun gözetilmesi gereken kutsal yaşam hakkı olmalıdır. Teorik olarak yaşam hakkının kutsallığı karşısında bunu sınırlayabilecek hiçbir finansal değer söz konusu olmamalıdır. Ancak mali kaynaklarının yetersizliği karşısında devletler nasıl adım atacaktır? Çalışmamızda bu sorunun da cevabı aranmaya çalışılacaktır. Buna göre devletin harcama sıralaması yaparken özellikle kanser gibi hastalıkların tedavisi için yapılacak harcamalara öncelik vermesi gerekecektir. Aşağıda detaylı olarak yapılan incelemeler varılan bu sonucun gerekçesini teşkil edecektir. Çalışmada başta Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM) ve Anayasa Mahkemesi olmak üzere güncel Yargıtay ve BAM kararları da incelenerek değerlendirmelerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler

Sağlık Hakkı, Yaşam Hakkı, Sosyal Devlet, Kamu Kaynakları, Kanser İlaçları.

GİRİŞ

İnsan ömrünün uzamasında yaşam koşullarının iyileşmesi ve hastalıkların tedavisinde teknolojinin gelişmesi önemli bir etkiye sahiptir. Çalışmamızın konusu kısaca gelişen teknolojik imkânlar sayesinde kanser hastalarının tekrar sağlıklarına kavuşmaları ve bunun mali yükünün kamu tarafından üstlenilmesi ile ilgilidir. Buna göre tedavi maliyetinin karşılanması yani devletin bu konudaki yükümlülüğü ve bunun sınırları konusundaki tartışmalar yargı mercileri önüne taşınarak ülkemizde güncel bir hukuki sorun haline gelmiştir. Sağlık hizmetinin sunumu mevcut mali imkânların kapasitesi dâhilinde gerçekleşmektedir. Yani devletler sağlık hizmetini mali imkânlarının gücü nispetinde vermektedirler. Bu sınırlar karşısında insani

değerlerin durumu nasıl ele alınacaktır? Çalışmanın ilerleyen kısımlarında bu tartışmalara yer verilmektedir. Öte yandan çalışmamızda sağlık hizmeti, sağlık harcaması gibi kavramlara açıklık getirilmektedir. Sağlık hizmeti, uluslararası kuruluşlarca da tanımlanan ve belirli evrensel standartları olan bir hizmet türüdür. Sağlık harcamaları ise bu alanda yapılan harcamaları oluşturan kalemlerin bütününden oluşmakta ve diğer kamu harcamalarına göre "ikame edilememe" gibi farklılıkları bulunur. Yine sağlık harcamalarının finansmanı için farklı modellerin olduğu görülmektedir. Bazı ülkeler ise karma modeller üzerinden harcamaları finanse etmektedirler. Ülkemizde karma model uygulanmakta olup sağlık harcamalarının finansmanında sadece toplanan primler değil, aynı zamanda kamu kaynakları da harcanmaktadır. Öyleyse devlete düşen bu mali yükümlülüğün sınırları nasıl olmalıdır? Diğer kamu harcamaları bakımından yapılan harcamaların sınırları daha net tespit edilebilirken özellikle sağlık ya da kanser hastaları için yapılacak harcamaların sınırı bakımından neden tartışma yaşanmaktadır? Konumuz itibariyle maddi imkânların tahsisi ya da daha net olarak bütçe olanakları insanın yaşamının sona ermesinde hukuken haklı bir gerekçe teşkil edebilir mi? İşte çalışmada ele alınan ve tartışmaların üzerinde düğümlendiği ana konu insan yaşamının kutsallığı ve buna maddi gerekçelerle istisna üretilmesi arasında cereyan eden tartışmalardır ve konunun belirli incelikleri bulunmaktadır. Zira bu harcamaların diğer harcamalardan farklı olarak anayasadan ve uluslararası hukuktan kaynaklanan standartları bulunmaktadır. Teorik zeminde ise ortaya çıkan tartışmalar anayasamız açısından iki hususu gündeme getirmektedir. Bunlardan ilki sosyal devlet ilkesi (m.2) diğeri ise kamu harcamalarında öncelik sıralamasıdır. (m.65) Sosyal devlet ilkesinin gereği olarak tedaviye erişim imkânı olmayan bireylere bu imkânın bütçe eliyle sağlanması ön plana çıkmaktadır. Yaşam hakkının kutsallığı ise bütçe harcamalarında tedavi giderlerinin üst sırada olmasını gerektirmektedir. Yine tartışmaların sağlık hakkı bağlamında yaşam hakkına dayanması konuyu AİHM önüne taşımaktadır. Mahkemenin, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (AİHS) çerçevesinde konuya dair kararları mevcut olup bu kararlara aşağıda değinilecektir. Aynı şekilde Anayasa Mahkemesi de verdiği kararlarla uygulamayı etkilemektedir. Örneğin Mahkemenin verdiği tedbir kararları sayesinde kanser ilaçlarının ödemeleri yapılabilmektedir. İleride yer verilen kararlardan da görüleceği üzere Anayasa Mahkemesinin yaklaşımının AİHM'ye göre daha hak merkezli olduğu söylenebilir. Tabi bunda AİHM'nin ülkelere yönelik "takdir marjı ilkesini" benimsemiş olması ve bu konuları ülkelerin mali kapasiteleriyle ilgili görmesi etkili olmaktadır. Hukuk mahkemelerine açılan davalarda ise usûlî gerekçelerle tedbir kararı verilemeyeceğine hükmediliyor olması ise yeni tartışmaları beraberinde getirmektedir ki bu tartışmalar usul hukukunun ötesinde anayasa ve insan hakları hukuku bakımından da konuya müdahil olmayı gerektirmektedir. İşte çalışmamızda da bu tartışmalara yer verilerek gerekli değerlendirmelerde bulunulmaktadır. Öte yandan Yargıtay kararlarında kanser ilaçlarının ödenmesi için uygulamadaki süreçlerin yeterli görülmeyerek bunlara bazı şartların daha ilave edilmesi ayrıca değerlendirilmektedir. Güncel kararlarda yer alan bu ilave şartlar eleştiriye açıktır. Bu eleştiriler karşı oy yazılarında da dile getirilmektedir. Kanser hastalarının tedavilerinin devamında maddi imkânların temini kadar zamanın da son derece kıymetli olduğu muhakkaktır. Bu bakımdan tedaviye erişim hakkının gecikmesi suretiyle

hakkın özüne dokunulmamalıdır. Öte yandan süreç sadece kanser hastalarıyla sınırlı olmayıp yakınlarıyla da ilgilidir. Kanser hastalarının aile üyeleri ağır bakım yükü altındadır, hastanın ikinci derece yakınlarının bakım yükü ve tükenmişliklerinin diğerlerine göre çok daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Yine gelir düzeyi düşük olan aile üyelerinin bakım yükü algısı ve tükenmişliklerinin de diğerlerinden yüksek olduğu vurgulanmaktadır.[1]

I. SAĞLIK HİZMETİ VE SAĞLIK HARCAMASI KAVRAMLARI

Dünya Sağlık Örgütü Anayasasına göre sağlık, "yalnızca hastalık veya rahatsızlığın yokluğu değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal esenlik hali" olarak tanımlanmıştır.[2] Yine sağlık hakkını "kişinin toplumdan, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi, toplumun sağladığı imkânlardan faydalanabilmesi" olarak tanımlamak da mümkündür.[3] Sağlık hizmeti genel olarak insanların sağlıklarının korunması, tedavilerinin ve sonrasında da rehabilitasyonlarının yapılmasına verilen ad olarak dile getirilmektedir.[4] İnsanlar hayatlarını sürdürebilmek ve ekonomik faaliyette bulunabilmek için sağlıklarını korumak durumundadırlar. Bu nedenle sağlık harcamalarının bireyin ve toplumun sağlık seviyesini yükselterek ekonomik kalkınmaya önemli katkılar sağladığı dile getirilmektedir.[5] İşte bireylerin sağlıklarını korumak adına katlanılan bu maliyete ise sağlık harcaması denilmektedir. Sağlık hizmeti kısaca toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için verilen hizmetler bütünü olarak da ifade edilmektedir. [6] Sağlık harcamaları genel olarak sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına yapılan harcamalara verilen addır. Sağlık harcamalarındaki artış ise bireylerin yaşam süresinin ve kalitesinin artmasını olumlu yönde etkilemektedir. Bu nedenle de gelişmekte olan ülkelere nazaran gelişmiş ülkeler sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırmaktadır.[7] Sağlık hizmetlerinin finanse edilebilmesi, bireylerin yaşam kalitesinin, toplum refahının ve toplum sağlığının seviyesi bakımından oldukça önemlidir. Öte yandan sağlık harcamaları toplumdaki düşük ve yüksek gelirli kesimlerin

---

1 Esra Saraçoğlu, Birsen Altay ve Merve Dilek Dönmez, 'Kanserli Hastalara Bakim Veren Aile Üyelerinin Bakim Verme Yükü ve Tükenmişlik Düzeyleri' (2022) 124 ASOS 370, 371.

2 Constitution of the World Health Organization, Dünya Sağlık Örgütü Anayasası 19 Haziran 22 Temmuz 1946 tarihleri arasında New York'ta düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı'nda kabul edilmiş, 7 Nisan 1948'de yürürlüğe girmiştir. www.who.int/about/governance/constitution erişim 07.06.2026.

3 Köksal Bayraktar, *Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezaî Sorumluluğu* (İstanbul 1972) 16.

4 Recep Akdur, *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu* (Ankara Üniversitesi Basımevi 2006) 11.

5 Hüseyin Ağır ve Hacı Hayrettin Tıraş, 'Türkiye'de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi' (2018) 15(2) KSUSBD 643, 644

6 Emel Başol, Abdulkadir Işık, 'Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler' (2015) 2(2), International Anatolia Academic Online Journal/Social Science Journal, 3.

7 Başol ve Işık, (n 6) 9

arasındaki farklılıkları azaltmak bakımından da önemli bir etkiye sahiptir.[8] Sağlık hizmeti sadece insanları sağlıklarına kavuşturup onu korumayı hedeflememektedir. Burada ortaya çıkan finansal yükü taşımak ve finansal riskler karşısında hazırlıklı olmak için de sorumluluk alınması gerekmektedir.[9] Buna göre sağlık hizmetlerinin finansmanında temel hedef bireylerin sağlık hizmetlerine kolay erişimi için yeterli ve kesintisiz kaynak temin etmektir. [10] Bireylerin sağlıklı kalabilmeleri ve bunun temini temel bir haktır. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi madde 25'e göre "Her şahsın, gerek kendisi gerekse ailesi için, yiyecek, giyim, mesken, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dâhil olmak üzere sağlığı ve refahını temin edecek uygun bir hayat seviyesine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, ihtiyarlık veya geçim imkânlarından iradesi dışında mahrum bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır."[11] Bunun için sosyal devletin gerekli yükümlülükleri üstlenmesi ve bunun gereğini yerine getirmesi gerekmektedir. Öte yandan sağlık hizmeti yerine başka bir hizmetin konulabileceği yani ikamesi olan bir hizmet türü değildir. Örneğin ameliyatta polio sekeli düzeltilecekken yüksek maliyet nedeniyle onun yerine daha düşük maliyetli bir işlem yapılamaz. Sağlık hizmeti açısından bu duruma "ikame edilemezlik ilkesi" denilmektedir.[12] Aynı şekilde sağlık hizmetlerinin sunulmasında talep-fiyat duyarlılığı düşük seviyededir. Sağlığın en temel ve ikame edilemez ihtiyaçlardan biri olması nedeniyle fiyatlardaki değişimin talebi etkileme oranı düşüktür. Sağlık hizmetlerinin yerini alabilecek olan bir mal ya da hizmet grubu bulunmamaktadır.[13] Bununla birlikte tedavi edici sağlık hizmetleri yüksek maliyetli karmaşık yapısı nedeniyle beraberinde ciddi toplumsal sorunlara yol açmaktadır. Bu yüzden maliyet ve organizasyon yapısı nedeniyle dünyada koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verildiği dile getirilmektedir.[14] Sağlık sektörü, gelişen teknoloji ve uzman insan gücüne duyulan ihtiyaç nedeniyle maliyeti oldukça yüksek bir alandır. Bireylerin bu hizmete yönelik talebi,

---

[8] Berna Bulğurcu ve Pınar Özdemir, 'Geçiş Ekonomilerinde Sağlık Harcamalarının Etkinliği Üzerine Bir İnceleme' (2015) 15(4) EAB 523, 524 Doğu Avrupa Ülkeleri sağlık alanında kullanıcı katkılarının özel sağlık sigortalarının sisteme dâhil edilmesi, hastane yönetimin özerklik kazanması, çalışanların niteliğini arttırıcı önlemler alınması gibi birçok reform yapmış olup sosyoekonomik göstergelerin iyileşmesi bakımından Batı Avrupa standartlarına yaklaşılmıştır. Bulğurcu ve Özdemir, (n 8) 525.

[9] Özgür Uğurluoğlu ve Yusuf Çelik, 'Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı' (2005) 8(1) HSİD 7.

[10] Elçin Güven, Arman Teksin Tevfik ve Ramazan Ebru, 'Sağlık Ekonomisi Kapsamında Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Bir Uygulama' (2020) 3(1) HUSBED 63, 67.

[11] İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, www.hsk.gov.tr/eklentiler/dosyalar/9a3bfe74-cdc4-4ae4-b876-8cb1d7eeae05.pdf erişim 7 Haziran 2026.

[12] Ahmet Saltık, 'Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar' (1995) 10(68) TH 38, 38.

[13] Başol ve Işık, (n 6) 9

[14] Asuman Altay, 'Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi' [2007] 64 SAYDER 33, 35 Hastalıkların aşı ile önlenmesi kolay ve ucuz olup sonuçları da daha etkilidir. Kişide hastalık hiç oluşmayacağından, hastalığa bağlı olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaz. Oysa kişi hastalandıktan sonra tedaviye geçilmesinde ise tedavi zor ve pahalıdır, hastaların bazıları sakat kalır ya da hayatını kaybeder. Akdur, Aydın, s.120.

ancak bir rahatsızlık ortaya çıktığında ortaya çıkmakta ve tedavinin ertelenemez özelliği ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden sağlık talebinin ne zaman oluşacağını bilmek ya da bireysel kararlarla bunu yönlendirmek mümkün değildir. Bu nedenle bireyler sadece önleyici tedbirlerle kendi sağlık süreçlerini yönetmeye çaba gösterirler. Sağlık hizmetlerinde, önleyici hizmetlere yönelmek ise harcamaları kısmanın en etkili ve kısa yoludur. Aşılama, erken tanı ve uygun tedavi gibi hizmetlerin yanı sıra dolaylı sağlık hizmetleri olarak değerlendirilen; atıkların bertaraf edilmesi, hava, toprak ve su kirliliğinin önlenmesi, temiz su, sağlıklı gıda ve konut sağlanması çalışmaları da ekonomik, etkili ve yararlı bir sağlık hizmetidir.[15] Bu yollarla yapılacak tasarruf kanser tedavileri için daha fazla kaynak imkânını sağlayacaktır. Diğer yandan tıbbi araç gereç ve ilaç harcamaları ülkelerin gelişmişlik durumuna göre farklılık göstermektedir. Sağlık teknolojilerinin gelişmiş olduğu ülkelerde bu tür harcamalar yurtiçinde kalırken, gelişmemiş olan ülkelerde ise ihtiyaçlar tamamen ya da büyük çoğunlukla yurtdışından karşılanmaktadır. [16] Bu nedenle sağlık teknolojilerinde yerlilik oranın yüksek oluşu sağlık hizmetinin gereği gibi sunulması bakımından son derece önemlidir. Özellikle kanser tedavilerinde yerli tıbbi teknoloji ve ilaç sanayisinin desteklenmesi gerekmektedir. Sağlığa yapılan bu tür yatırımlar sayesinde dışa bağımlılık azalacak ve sağlıkta verimlilik artış gösterecektir.[17] Gelişmiş bir sağlık sanayi diğer üretim kollarına nazaran millî gelirden daha yüksek bir pay almakta, hızla büyümekte ve ihracat yapabilecek düzeye erişmektedir. Dış ticaretten sağladığı yüksek katma değer ve gelirler sayesinde yurt içindeki mal ve hizmetleri çok daha ekonomik sunabilmektedir. Sağlık sanayisinin gelişmediği ülkelerde ise ilaç ve teknoloji ihtiyacı yurtdışından karşılanmakta ve yurtdışına para çıkışı olmaktadır. Bu nedenle sağlık harcamalarındaki her büyüme bu çıkışın miktarının büyümesi anlamına gelmektedir.[18] Günümüz dünyasında ekonomik gelişmeye insani bir boyut kazandırılması, gelişmişlik düzeyinde sağlık verilerinin de dikkate alınmasını gerektirmektedir. Önleyici sağlık hizmetleri ile birlikte tedavi hizmetlerinin etkinliği, hastalıklardan korunma ve tedavi süreleri üzerinde etkin olunması, bireyin mutluluğu ile birlikte üretkenliğini de artıracaktır. Bu nedenle sağlık harcamaları diğer kamu harcamalarına göre daha dikkatle ele alınmalı ve etkileri daha detaylı değerlendirilmelidir.[19] Sağlıkta kullanılan finansman modelleri, sağlık harcamaları, sağlık yatırımları, ilaç harcamaları ülkelerin ekonomik büyümelerini etkileyen önemli faktörlerdir. Gelişmiş ekonomiler sağlık harcamalarına daha yüksek pay ayırmaktadırlar. Bu nedenle bireylerin sağlık alanında bilgi birikimi ve farkındalık düzeyi daha üst seviyededir. Ekonomik göstergelerdeki artış, sağlık sektörünü de olumlu yönde etkilemektedir.[20] Bu büyüme, doktrinde "sağlığa dayalı büyüme hipotezi" ile

---

15 Recep Akdur ve Erdem Aydın, 'Sınırlı Kaynakların Dağıtımı ve Sağlık Hizmetleri' *1. Tıbbi Etik Kongresi Bildiri Kitabı (Haziran 1999, İzmit Kocaeli)* (TF Yayınları, Kocaeli 2000) 119, 119.

16 Akdur ve Aydın, (n 15) 119

17 Yeter Uslu ve İlknur Fil, 'Türkiye'de Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Kaynakların AHP Yöntemi ile Analizi' (2023) 3(1) BİİBFED 42, 57.

18 Akdur ve Aydın, (n 15) 118

19 Bulğurcu ve Özdemir, (n 8) 525

20 Güven, Tevfik ve Ebru (n 10) 78

açıklanmaktadır. Bahsi geçen hipoteze göre, sağlık harcamaları üretken sermaye niteliğinde olup sağlık sektörüne yapılan yatırımlar toplam ekonomik büyümeye katkı sağlamaktadır.[21] Bu değerlendirmelerin yapılmasını sosyal devlet açısından kapasitenin geliştirilmesi olarak ifade etmek mümkündür. Öyle ki ekonomik bakımdan kapasitenin büyümesi başta kanser olmak üzere benzer hastalıkların tedavi giderlerinin daha rahat karşılanmasını sağlayacaktır.

II. SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANINA YÖNELİK MODELLER

Her ülkenin ekonomik, sosyal, kültürel ve demografik yönden farklılıkları vardır ve bunlar sağlık politikalarını ile sağlık harcamalarını etkilemektedir. Sağlık harcamalarına ilişkin veriler, sağlığa verilen önemin anlaşılmasının yanı sıra gelecekteki politikaların belirlenmesine de imkân sağlamaktadır.[22] Hükümetlerin sistemde bazı değişikliklere gitmek suretiyle alternatif finans kaynakları üretmek, sistemin kapasitesini artırmak, bireysel sorumluluğu genişletmek ve ileri düzey hedeflere erişmek gibi stratejileri olmalıdır.[23] Sağlık harcamaları, ülkelerin sosyokültürel yapıları ve uygulanan sağlık politikaları üzerinden şekillenmektedir. Bazı ülkelerde sağlık hizmeti tamamen kamu tarafından karşılanıp sunulurken, bazılarında ise hizmet, kamu ve özel sektör tarafından birlikte sunulmaktadır.[24] Finansman modelleri, artan sağlık harcamalarını kontrol altına almak amacıyla tasarlanmaktadır.[25] Sağlık hizmetlerinde talebin öngörülemez olması ve bazı hastalıklar için sağlık hizmeti maliyetinin son derecede yüksek olması gibi nedenler alınacak katkı paylarının miktarının belirlenmesini güçleştirmektedir. [26] Yine aynı şekilde önleyici hizmetler yerine tedavi edici hizmetleri önceleyen toplumlarda, sağlık harcamalarının hacmi hızla artmakta ve harcamalar istikrar kazanmaktadır. Ancak bu tür harcamalar toplumun sağlık düzeyini yükseltmemekte, sağlık harcamaları açısından bir kısır döngü oluşturur, harcama kontrolünü güçleştirir.[27] Bireylere eşit ve adil bir sağlık hizmeti sunulması kaynakların adaletli ve dengeli dağılımının önemli bir yoludur. Bu nedenle ulusal gelirden, sağlık hizmetlerine kaynak ayrılırken en adaletli ve topluma en uygun olan modelin ne olduğunun belirlenmesi oldukça önemlidir.[28]

---

21 Başol ve Işık, (n 6) 9

22 Duygu Açık ve Yusuf Alper, 'Dünya'da Genel Sağlık Sigortası Finansman Modelleri ve Reform Sonrası Dönemde Sosyal Güvenlik Kurumunun GSS Harcamaları' in Ali Nazım Sözer ve diğerleri (eds), *Sosyal Sigortalar Hukuku İncelemeleri - IV* (LYKEION Yayıncılık 2025) 85, 86.

23 Francesca Colombo ve Nicole Tapay, 'Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems' (OECD Health Working Papers No 15, 2004) 1, 7.

24 Ağır ve Tıraş, (n 5) 645

25 Songül Çınaroğlu, 'Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanında Eşitsizlik ve Hakkaniyet: Uygulamalı Bir Ekonometrik Yaklaşım' (2018) 10(1) İSARDER 876, 889.

26 Çınaroğlu, (n 25) 877

27 Akdur ve Aydın, (n 15) 119

28 Akdur ve Aydın, (n 15) 122.

A. BEVERİDGE MODELİ

Beveridge modeli, William Beveridge tarafından ortaya konulmuş olup devletin sağlık hizmetlerini vergilerle karşıladığı sistemdir.[29] Buna göre sağlık hizmetleri tıpkı polis teşkilatı veya halk kütüphanesi gibi yani diğer kamu hizmetleri gibi vergi ödemeleri yoluyla hükümet tarafından sağlanmakta ve finanse edilmektedir. Hastanelerin ve kliniklerin çoğu kamuya yani devlete aittir. Devlet memuru olmayan özel doktorlar da ücretlerini devletten alırlar. Bu modelde tek belirleyici devlet olduğundan kişi başına düşen maliyetler düşüktür. Beveridge modeli Büyük Britanya, İspanya, İskandinav ülkeleri ve Yeni Zelanda da uygulanmaktadır. Bu modeli en ileri düzeyde uygulayan ülkenin ise Küba olduğu söylenebilir.[30] Bu sistemde bireyler maliyeti karşılamasalar da enformel ödeme denilen ödemeler görülmektedir. Enformel ödemenin kesin bir tanımı olmamakla birlikte genel olarak sunulan hizmet nedeniyle verilen hediye ya da imkânlar şeklinde ifade edilebilmektedir.[31] Model reformist oluşu yüzünden en çok tercih edilen sağlık finansman yöntemidir. Bu sistemin çıktığı İngiltere'de çoğu hastane ve klinik devletindir, özel çalışan doktorlar da ücretlerini devletten almaktadır.[32] Yıllara göre değişiklikler gösterse de Beveridge modelini uygulayan ülkelerde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı Bismarck modeli ülkelerine göre daha fazla olmuştur. 2000'li yıllarda Beveridge modelindeki ülkelerinin kamu harcamaları oranlarındaki düşüş ve özel sektöre yönelmeler nedeniyle Bismarck modeli ülkelerinin kamu harcama oranları ile olan fark giderek azalmıştır. Buna göre Beveridge model ülkesinin kamu harcama oranı %80 bandında iken Bismarck modelinde kamu harcama oranı %75 bandında gerçekleşmiştir.[33] Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının önemli bir kısmı kamu tarafından finanse edilmektedir. Bu durum bir yandan kaynak tahsisindeki artışı kontrol etme gerekliliğini diğer yandan da eşitlikçi dağılıma daha da dikkat edilmesini mecburi kılmaktadır.[34]

B. BİSMARCK MODELİ

Almanya'da ortaya çıkan bu modele göre sağlık hizmetleri, devlet tarafından tesis edilen sosyal sigorta ağı sistemi üzerinden finanse edilmektedir.[35] Sosyal sigorta, sağlık hizmetine duyulan ihtiyacın mecburiliği karşısında maddi zorluklar çeken bireylerin bir araya gelerek gönüllü olarak

---

[29] İlker Daştan ve Volkan Çetinkaya, 'OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması' (2015) 5(1) SGD 99, 106.

[30] PNHP, 'Health Care Systems - Four Basic Models' (The Beveridge Model) <www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php> erişim 10 Nisan 2026

[31] Hacer Özgen, 'Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?' (2007) 10(2) HSİD 201, 203.

[32] Daştan, Çetinkaya, (n 29) 106, 107.

[33] Daştan, Çetinkaya, (n 29) 120.

[34] Akdur ve Aydın, (n 15) 119.

[35] Selin Ertürk Atabey ve Metin Meriç, 'Sağlık Harcamaları ve Evrensel Kapsama Açısından Türk ve Alman Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı İncelenmesi' (2016) 24(29) Sosyoekonomi 113, 115.

para toplamaları ve riski paylaşmaları ile başlamıştır.[36] Zorunlu sağlık sigortasına dair yasal düzenleme ilk olarak Almanya'da 1883 yılında kabul edilmiş ve işçilerin üyeliği mecburi hale getirilmiştir.[37] Bu modelde işverenlerin ve işçilerin ortaklaşa finanse ettikleri, maaş keseneği yoluyla oluşturdukları bir sigorta sistemi vardır. Modelde sağlık sigorta planları zorunlu olarak herkesi kapsamakta ve kar amacı güdülmemektedir. Doktorlar ve hastaneler genellikle özeldir. Bu model çoklu ödeme sistemine dayandığından maliyet kontrolü sıkı düzenlemelerle sağlanabilmektedir. Örneğin Almanya'da yaklaşık 240 farklı fon bulunmaktadır.[38] Demografik göstergelerdeki değişimler ve yaşlı nüfus oranının artışı prim ödeyen kişilerin çok daha fazla kişiyi desteklemek zorunda kalmasına neden olmaktadır. Bu durum, özellikle Bismarck ülkeleri için ciddi sorunlara yol açmaktadır. [39] Sosyal sağlık sigortasında finansmanı yapılan sağlık hizmetlerinin sonuçlarının öngörülebilir ve sürekli olması önemli bir avantajdır. Buna göre ülkelerin nüfus artış oranı ve iş gücü politikaları hakkında veri sahibi olunması, elde edilecek olan gelirlerin kısa, orta ve uzun vadeli olarak hesaplanabilmesine olanak sağlamaktadır. Ancak kayıt-dışı istihdam ve tarım sektörü bakımından maliyet kontrolü yapılamamaktadır.[40]

C. ULUSAL SAĞLIK SİGORTASI MODELİ

Bu sistem hem Beveridge hem de Bismarck modelinin unsurlarını içeren karma bir modeldir. Ödemeler her vatandaşın katkıda bulunduğu devlet tarafından işletilen bir sigorta programından yapılmakla birlikte özel sektör de hizmet sağlayıcısı olarak sistemin içerisinde yer almaktadır. Tek ödeme sisteminin bulunması pazarlık gücünü artırmakla birlikte ödeyecekleri tıbbi hizmetleri sınırlayarak veya hastaların tedavi için beklemesini sağlayarak maliyetleri kontrol altına alma imkânı da sunulmaktadır.[41] Ancak sağlık finansmanın karşılanabilmesi için katılım paylarının her geçen gün arttırılması cepten yapılan sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.[42] Hükümet, işsizler ve kayıt-dışı çalışanlar gibi ödeme yapamayanlara yönelik de hizmet sunmaktadır. Karma sistemde bu kesimler için doğrudan kamu kaynağı kullanılmaktadır. Buna göre nüfusun bir kısmı toplanan vergi gelirlerinden faydalanırken diğer bir kısmı da sağlık sigorta sisteminin kapsamında yer almaktadır.[43] Gelişmemiş ülkelerde genel vergi gelirine bağlı olan sağlık finansman sistemi adil bulunmamaktadır. Buna göre genele yayıldığında vergi yükü yoksulların ve orta sınıfın sırtına yüklenirken,

---

[36] Zehra Nur Zeynep Garip, 'Sağlık Finansman Modelleri ile Hizmet Kullanım İlişkisi Üzerine Bir Araştırma' (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi 2020) 26.

[37] Garip, (n 36) 32.

[38] PNHP, 'Health Care Systems - Four Basic Models'.

[39] Daştan, Çetinkaya, (n 29) 132.

[40] Mehtap Tatar, 'Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi' (2011) 1(1) SGD 103, 116.

[41] PNHP, 'Health Care Systems - Four Basic Models'.

[42] Egemen İpek, 'Türkiye'de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Koşulsuz Kantil Regresyon' (2019) 14(2) OGUİİBFD 409, 418.

[43] World Health Organization, 'Reaching Universal Coverage Via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period' (WHO, Health Financing Policy Discussion Paper No 2, 2004) 1, 3.

zengin kesimin sağlık hizmetlerinden daha avantajlı yararlandığı düşünülmektedir.[44] Yine aynı gelir düzeyinde yer almalarına rağmen farklı miktarlarda ödemede bulunan bireyler açısından yatay adaletsizlik söz konusu olmaktadır. Bu sorunla sağlık finansman modellerinin her birisinde karşılaşılmaktadır.[45] Ancak para toplamak sağlık ekonomisinin birinci konusu iken bunun kadar halktan toplanan paraları en uygun, en ekonomik, en verimli ve en yararlı bir şekilde yine halka harcamak da önemlidir. [46]

D. CEPTEN ÖDEME MODELİ

Bu model adından da anlaşılacağı üzere kişilerin aldıkları sağlık hizmetini doğrudan kendilerinin finanse ettikleri modeldir. Ödeme yapıldıktan sonra ise ücretin tamamının ya da bir kısmının geri iadesi söz konusu olmamaktadır.[47] Cepten ödemeler, sağlık hizmetinin finansmanında temel modellerden biri olup bu harcamalara yönelik düzenlemelerin temel amacı, gereksiz sağlık taleplerinin önüne geçmek ve sağlık hizmetleri finansman piyasasını düzenlemektir.[48] Aynı sakınca sigortalının nasıl olsa para ya da prim ödüyorum düşüncesiyle gereksiz bir sağlık hizmeti tüketimine girmesinde de yaşanabilmektedir. Burada psikolojik açıdan, ödenmiş olan paranın karşılığını çıkartma arzusu karşımıza çıkmaktadır. Gereksiz hizmet kullanımlarını engellemek için cepten ödeme yapılması öngörülebilmektedir.[49] Yoksul ülkelerde hastalar bazen doktor faturasını ödeyecek kadar para biriktirebilirler; aksi takdirde patates, keçi sütü, çocuk bakımı veya verebilecekleri başka herhangi bir şeyle ödeme yapılabilmektedir. Hiçbir şeyleri yoksa tıbbi bakım alınamamaktadır. [50] Doğrudan ödemelerde ortaya çıkan maliyetten sadece hizmeti alan kişi sorumludur. Eğer maliyet paylaşımı varsa katkı payları, ortak sigorta gibi durumlar söz konusu olabilmektedir.[51] Bu sistemde sadece yoksul kesimin hiç ya da yeterince sağlık hizmetlerinden yararlanmamaları bir yana zenginlerin de sağlık hizmetine cepten yaptığı ödemeler nedeniyle yoksullaşmaları da söz konusu olabilmektedir.[52] Bazı durumlarda maliyetin tamamını bireylerin karşıladığı bazı hizmetler de bulunmaktadır. Buna göre özel diş klinikleri, reçetesiz satılan ilaçlar, ödeme kapsamı dışında tutulan bazı tıbbi uygulamaların maliyetleri doğrudan cepten ödenmektedir. Bazı ülkelerde ise bireylerin cepten yaptıkları ödemeler için vergi indirimleri söz konusu olabilmektedir. Örneğin ABD'de vergi yılı içinde kişinin kendisi, eşi ve

---

44 Ece Uğurluoğlu ve H Özgen, 'Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet' (2008) 11(2) HSİD 149, 151.

45 Oğuz Kara, Mehmet Nurullah Kurutkan ve Gülşen Genç, 'Sağlık Hizmetlerine Erişim Açısından Hakkaniyet: Uygulamalı Bir Analiz' *İzmir Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı (İZCEAS)* (İzmir 2018) 2541, 2542.

46 Akdur ve Aydın, (n 15) 119.

47 Ferdi Çelikay ve Erdal Gümüş, 'Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı' (2010) 11(1) OGÜSBD 177, 188.

48 Tatar, (n 40) 103.

49 İlker Belek, 'Nasıl Bir Sağlık Sistemi? III Sigorta Değil, Genel Vergi' (2000) 15(2) TH 90, 94.

50 PNHP, 'Health Care Systems - Four Basic Models'.

51 Özgen, (n 31) 203.

52 Çınaroğlu, (n 25) 877.

bakmakla yükümlü olduğu kişiler için ödediği tıbbi ve dişçilik giderleri (bu giderlerin yıl içindeki düzeltilmiş brüt gelirinizin %7,5'ini aşması koşuluyla) vergiden düşülebilmektedir. Ancak bu indirim, sadece sigorta veya başka bir şekilde karşılanmayan giderler için söz konusu olabilmektedir.[53] İndirim kapsamında olmayan bazı giderler ise şu şekildedir; Cenaze veya defin masrafları, reçetesiz ilaçlar için ödenen tutarlar, estetik ameliyatların çoğu için ödenen tutarlar, sağlığın genel olarak iyileştirilmesi amacıyla yapılan bir gezi veya program için ödenen tutarlar bu kapsamda yer almaktadır.[54] ABD farklı kesimlere göre farklı modellerin uygulandığı bir ülkedir. Buna göre gazilerin tedavisi söz konusu olduğunda, Beveridge modeli, Medicare'den yararlanan 65 yaş üstü Amerikalılar ulusal sağlık sigortası modeli, iş yerinde sigortalı çalışan Amerikalılar için ise Bismarck modeli uygulanmaktadır. Nüfusun yaklaşık %15'ini oluşturan ve sağlık sigortası olmayan kesim için ABD, Kamboçya, Burkina Faso veya Hindistan gibi olup cepten ödeme modeli geçerli olmaktadır.[55] Yani milyonlarca insan parasızlık nedeniyle sağlık hizmeti alamama durumu ile karşı karşıyadır. Görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinin finansmanı bakımından ABD toplumu sınıfsal bir yapıya bölünmektedir. Tabi kapitalist sistemin beşiği olan bir ülkede böylesi sınıfsal yapıların varlığı Marx'ın kulaklarını çınlatmamıza sebep olmaktadır.

E. ÖZEL SİGORTA MODELİ

Özel sağlık sigortası ile sigorta ettirenin ödediği primler karşısında poliçenin kapsamına uygun düşen sağlık harcamalarının sigorta şirketi tarafından finanse edilmesi söz konusudur. Burada bireyler adına da üçüncü bir kişi tarafından sigorta ettirilme söz konusu olabilmektedir. Örneğin işveren, çalışanlarını özel sigorta şirketlerine sigorta ettirebilmektedir. Sigorta kapsamında alınan sağlık hizmetinin erişim hızı ve hizmet kalitesi nedeniyle tercih edilmektedir. Buna karşın, kamu sektörünün avantajı ise uzmanlaşmış tıbbi bakım kalitesi olarak değerlendirilmektedir.[56] Bireylerin özel sağlık sigortasını tercih etmelerinin temelinde, oluşabilecek hastalıklar, sigortanın kapsamı, bireylerin gelirleri ve eğitim seviyeleri gibi faktörler yer almaktadır. Bu faktörlerin derecesi ise ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir.[57] İsveç'te yapılan araştırmalarda bireylere tercih şansı verildiğinde kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerine nazaran özel olarak finanse edilen hizmetleri tercih ettikleri görülmektedir. Buna göre birinci basamak sağlık hizmetleri ile ayakta tedavi hizmetlerinde özel sektörün kamu sektöründen daha iyi performans gösterdiği algılanmaktadır. Bu da, kamu sistemine olan

---

53 Internal Revenue Service, 'Topic no. 502, Medical and dental expenses' (2026) (Deductible medical expenses) <www.irs.gov/taxtopics/tc502> erişim 10 Nisan 2026.

54 Internal Revenue Service, 'Topic no. 502, Medical and dental expenses' (2026) (Deductible medical expenses) <www.irs.gov/taxtopics/tc502> erişim 10 Nisan 2026.

55 PNHP, 'Health Care Systems - Four Basic Models'.

56 Linn Kullberg, Paula Blomqvist and Ulrika Winblad, 'How Private Health Insurance Shapes Perceptions of Public Healthcare in Sweden' (2025) 40 Int J Health Plann Mgmt 1048, 1048.

57 Elias Mossialos and Sarah M Thomson, 'Voluntary Health Insurance in the European Union' in E Mossialos and others (eds), *Funding Health Care: Options for Europe* (Open University Press 2002) 136, 136.

güvenin azalmasına neden olmaktadır.[58] Özel sağlık sigortasında da şirketlerin piyasa başarısızlıkları olabilmektedir. Sigorta şirketlerinin piyasada almış oldukları riskler ve bu risklerin gerçekleşmesi tüketicileri olumsuz yönde etkileyebilmektedir.[59] Öte yandan sağlık ya da tedavi hakkı ile ilgili bireyler arasında gelir durumuna göre büyük farklılıklar ortaya çıkması anayasal bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna göre zengin bireylerin farklı hayat sürmeleri kısmen de olsa mülkiyet hakkı temelinde meşru kılınabilmektedir. Ancak tedavi hakkı bakımından durum aynı şekilde düşünülmemelidir. Parası olanın en iyi sağlık hizmetini aldığı, parası olmayanın temel sağlık hizmetlerinden dahi istifade edemediği bir sistem temel anayasal değerlere ters düşecektir. Bunların başında eşitlik ilkesi ve yaşama hakkı gelmektedir. Yine tedavi hakkını yaşam hakkından bağımsız düşünmek mümkün gözükmemektedir. Gelir ve servet farklılıkları ve buna dayalı eşitsizlikler tedavi hakkından mahrum olmanın nedeni olmamalıdır. Özel sağlık sigortalarının hacmi ülkelerin ekonomik gelişmişlikleri ile ilgilidir ve yüksek gelir grubunda yer alan kesim özel sağlık sigortasına yönelmektedir. ABD'de sağlık sigortası bulunmayanların oluşturduğu kesimler yoksul kesimlerdir. Hollanda ve Almanya'da, gelir düzeyine göre sosyal sağlık sigortasına erişimdeki farklılıklar nedeniyle, birincil özel sağlık sigortası genellikle üst gelir grupları tarafından satın alınmaktadır. Evrensel kamu sağlık sigortası sistemine sahip diğer ülkelerde ise, daha varlıklı kişilerin ek bir özel sağlık sigortası poliçesi satın alma olasılığı daha yüksektir.[60] Aynı şekilde ülkemiz açısından da ekonomik gelişmişliğe bağlı olarak özel sağlık sigortalarının orta-üst sınıf tarafından tercih edilme olasılığı yüksektir. Öte yandan idare sağlık hakkının korunması için sigorta şirketlerini denetlemeli ve sınırlamalıdır. Denetim eksikliği sağlık hakkının ticari kaygılarla ihlaline neden olabilmektedir. Bu durum OECD ülkelerinin bazı pazarlarda, az sayıda operatörün pazar üzerinde yoğunlaşması ve hâkimiyet kurmasıyla karakterize edilmektedir; bu durum, tüketicilerin pazardan ürün seçme olasılığını sınırlayarak piyasayı kontrol etmelerine yol açmaktadır.[61] Öte yandan sağlık sigortası şirketleri arasında "sağlıklı" ve "adil" bir rekabet için teşvikler oluşturmak bazen zordur, çünkü bu şirketler düşük risklere odaklanmaya teşvik edilmektedir. Bu nedenle daha dezavantajlı bireyleri kapsamaktan kaçınılmaktadır.[62] Özel sigortalar açısından mali gücün esas alınması, gelişmekte olan ülkeler açısından toplumun genelini kapsayacak kamusal bir sosyal güvenlik sisteminin varlığını gerekli kılmaktadır. Aksi halde parası olanın "sağlık hakkı" ile olmayanın "sağlık hakkı" arasında ayrı bir dünya inşa edilecektir.[63] Özel sağlık sigortası, bazı OECD ülkelerinde sigorta durumuna

---

58 Kullberg, Blomqvist ve Winblad, (n 56) 1049.

59 William C Hsiao, 'Abnormal Economics in the Health Sector' (1995) 32(1-3) Health Policy 125, 130.

60 Francesca Colombo ve Nicole Tapay, 'Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems' (OECD Health Working Papers No 15, 2004) 1, 18.

61 Colombo ve Tapay, (n 60) 18.

62 Colombo ve Tapay, (n 60) 19.

63 Regule edilmeyen özel sağlık sigortası piyasaları, yüksek riskli bireyler için erişim sorunları yaratmaktadır. Erişim eksikliği, özellikle özel sağlık sigortasının birincil rol oynadığı veya politika yapıcıların bireylere kamu sağlık sigortası sistemlerine özel

bağlı olarak sağlık hizmetlerine erişimde farklılıklar yaratmıştır. Sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin karşılaştırmalı bir çalışmadan elde edilen kanıtlar, ağırlıklı olarak yüksek gelir grupları tarafından satın alınan özel sağlık sigortasının, İrlanda, Fransa, Amerika Birleşik Devletleri ve sınırlı ölçüde Avustralya ve Birleşik Krallık 'ta doktor kullanımının daha zengin kesimlere yönelik bir dağılımını teşvik ettiğini göstermektedir.[64] ABD'de, kamu sigortası olmayan genç nüfusun büyük çoğunluğu özel sağlık sigortası kapsamındadır. Bununla birlikte, Hollanda'daki durumun aksine, ABD'de nüfusun alt grubuna dâhil büyük bir kesimi kamu veya özel sigortaya sahip değildir.[65] Politika yapıcıların, sigorta durumuna bağlı olarak farklılaştırılmış sağlık hizmetlerine erişim veya erişim hızı nedeniyle "iki kademeli" bir erişim oluşmasından duydukları endişe düzeyi ülkeden ülkeye değişmekte ve bu konuya verdikleri tepkiler de farklılık göstermektedir. Örneğin, özel sağlık sigortası piyasasının ve bekleme sürelerinin aynı anda var olması, sigorta durumuna bağlı olarak sağlık hizmetlerine erişim hızında her zaman farklılıklar ortaya çıkmamaktadır; Hollanda'da durum böyle olmamıştır. Fransa'da ise özel tamamlayıcı sigortası olmayan düşük gelirli bireylerin özel sigortalılara göre dezavantajlı olduğu (2000 yılında nüfusun %86'sı) tespit edildiğinden, hükümet, sigorta durumuna göre sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri en aza indirmek için kamu tarafından finanse edilen bir tamamlayıcı sigorta programı uygulamaya koymuştur. [66] Özel sağlık sigortalarının kamunun finansman yükünü hafiflettiği söylenebilir. Bununla birlikte bu sigortaların yaygınlığı ülkelerin refah düzeyleriyle ilgilidir. Buna göre özel sağlık sigortası sisteminin yaygın olmadığı, düşük ve orta gelirli ülkelerde, yoksulları gözetici politikaların uygulanmasının temel hedefi, yoksulların sağlık harcamalarının yüksek maliyeti karşısında korunmasıdır.[67] Öte yandan özel sağlık sigortası, yoksul kesimlerin yararına da olabilmektedir. Buna göre varlıklı kişilerin alacakları hizmetler karşılığında kendi kendilerini finanse etmeleri maddi durumu zayıf olan bireylerin sağlık hizmetleri almasında ek kaynak oluşturarak yoksul bireylerin kamu kaynaklarını kullanımını daha kolay ve elverişli kılabilecektir.[68] Bununla birlikte sigorta primleri çok yüksek seviyede olacak ya da özel sigortaya rağmen cepten yapılan yüksek miktarlı ödemeler söz konusu olacaksa özel sigorta cazibesini yitirecektir. Sağlık hizmetlerinde özel finansman yollarının ve özel sektörün aşırılığı sadece sağlık harcamalarının hacmini ve GSYİH bakımından yatırımları küçültmez aynı zamanda GSYİH'nın doğrudan kendisini de küçültür. Bu durumun ekonomiye, yatırımlara ve özel sektöre bir fayda sağlamamakta ve toplumun sağlık düzeyini de yükseltmemektedir.[69] İnsanlar sağlık için yüklü miktarlar ödedikçe giyim, gıda, eğitim gibi konularda harcamalarını kısmak zorunda

bir alternatif sunmayı önemli gördüğü durumlarda önemli bir endişe kaynağıdır. İrlanda, Avustralya ve birçok ABD eyaleti, daha yüksek riskli bir nüfusu kapsayan sigortacıları teşvik edici risk eşitleme şemaları oluşturmuştur. Colombo ve Tapay, (n 60) 44.

64 Colombo ve Tapay, (n 60) 23.

65 Colombo ve Tapay, (n 60) 20.

66 Colombo ve Tapay, (n 60) 23, 24.

67 Çınaroğlu, (n 25) 877.

68 Garip, (n 36) 26.

69 Akdur ve Aydın, (n 15) 118.

kalmaktadır. İç talep düşüklüğü nedeniyle de ekonominin çarkları yavaşlamakta ve bunun sonucu olarak millî gelir (GSYİH) küçülmektedir. Öte yandan sağlık alanında aşırı özelleşme, alanın ticarileşmesine neden olmaktadır. Parası olmayanların sağlık hizmetine erişimi zorlaşmakta ve toplumun sağlık düzeyi düşer, parası olanlar ise gereksiz yüksek maliyetlerle sömürülmektedir. Yapılan bu açıklamalar kanser tedavisi çerçevesinde ele alınmaktadır. Kanser tedavilerini cepten ödenme konusu yapılması sağlık alanını ticarileştirme riskini barındırmaktadır. Parası olmayanlar için tedaviye erişim imkânsız olacakken parası olanlar için yaşama umudunun istismarı ve buna dayalı bir sömürü riskini gündeme getirecektir. Bu risklerin sosyal devlet uygulamaları ile ortadan kaldırılmaları ise anayasal bir yükümlülük olarak düşünülmelidir. Kanser tedavisi bakımından özel sigorta sisteminin uygulanması gerçekçi değildir. Sigorta şirketleri ticari işletmelerdir ve sigortacılığın mantığı gereği bilinmeyen, gelecekte gerçekleşebilecek riskler sigorta edilmektedir. Bu yüzden tedavisi süren veya geçmişinde kanser öyküsü olan bireyler sigorta şirketlerinin alanına girmemektedir. Buna karşın hastalık *başlamadan önce* sağlıklıyken yapılan bazı poliçelerde ileride kanser teşhisi konulursa sigorta şirketi masrafları karşılamamakta ancak bunun yerine sigorta edilene tek seferlik toplu bir ödeme yapılmaktadır.[70]

F. TÜRKİYE'DE UYGULANAN MODEL

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı için tek bir finansman modeli öngörülmüş olmayıp karma bir yapı söz konusudur. Zorunlu sigorta sistemi yanında özel sigorta, cepten yapılan ödemeler ve kamu gelirleri yani vergilerle finansman yöntemleri karma bir şekilde uygulanmaktadır. Bu karma model içerisinde sağlık harcamaları temelde kamu ve özel sektör tarafından karşılanmaktadır.[71] Türkiye dönemin akımlarından etkilenerek 1960 yılında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi için çabalar harcamıştır. 1980'lerden sonra da gelişen liberal akımlar karşısında değişime ayak uydurmak zorunda kalmıştır.[72] Sağlık hizmeti ülkemizde bir kamu hizmeti olmakla birlikte kamu ve özel sektör tarafından sunulmaktadır. Bu hizmetlerin finansmanı ise vergiler, primler, özel sağlık sigortaları, tıbbi tasarruflar ve cepten yapılan harcamalarla karşılanmaktadır. Yani, bir taraftan belirli bir kesim için Bismark Modeli yani sağlık sigortacılığı uygulanırken diğer taraftan Beveridge Modeli yani kamu yardımı modeli uygulanmakta, ayrıca özel harcamalar da sistemin finansmanında yer almaktadır.[73] Sağlık hizmetlerinin finansmanı vergiler, sosyal güvenlik primleri, özel sigorta primleri ve cepten ödeme ile gerçekleşmektedir.[74] Türkiye'de sağlık için yapılan harcamaların etkin, verimli ve hakkaniyete uygun olarak kullanılmasını sağlamak suretiyle sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmak ve artan

---

[70] Bkz. Moral Destek Sigortası, https://www.allianz.com.tr/tr_TR/urunler/ozel-saglik-sigortalari/moral-destek-sigortasi.html erişim 20 Temmuz 2026.

[71] Ş Sevinç ve FÖ Yılmaz, 'Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri' (2020) 1(2) SSD 125, 130.

[72] Ağır ve Tıraş, (n 5) 647.

[73] Mehmet Atasever, Zafer Karaca ve Mustafa Örnek, 'Türkiye'de Sağlık Harcamaları Analizi' (SASAM Enstitüsü Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi, Yıl 3 Sayı 10, 2017) 4, 4.

[74] Ali Pekten, 'Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler' 61 SAYDER 119, 120.

harcamaları kontrol altına almak amacıyla reform çalışmaları (1990) ve dönüşüm programı (2003) uygulanmıştır.[75] Sağlıkta dönüşüm programı artan sağlık harcamalarını kontrol edebilmeyi amaçlamaktadır. Ancak bir yandan sağlık harcamalarındaki artış sürerken diğer yandan da hizmet alanların cepten yapmış oldukları ödemeler ve katkı payları düzenleme altına alınarak kamunun finansman yükü hafifletilmek istenmektedir.[76] 1980'li yıllarda Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcaması tutarı OECD ortalamasının yaklaşık onda biri iken, bu tutar 2005 yılında dörtte bire, 2012 yılında ise üçte bire kadar yaklaşmıştır.[77] Ülkemizde yapılan araştırmalarda cepten sağlık harcamalarının artan oranlı[78] bir finansman kaynağına dönüştüğü gözlenmekte olup süreç cepten ödeme gücü düşük grupların aleyhine gelişmektedir.[79] Ayrıca sistem incelendiğinde cepten sağlık harcamalarının bir artış trendi içerisinde olduğu görülmektedir.[80] Ülkemizde özel sağlık sigortacılığının ve sosyal güvenlik sisteminin yeterince gelişmemesinin önemli bir nedeni olarak hane halkının yaptığı cepten ödemeler gösterilmektedir. Buna göre özel sektör harcamalarının çoğunluğunun hane halkının cepten yaptığı ödemelerden oluştuğu dile getirilmektedir.[81] Ülkemizde 2012 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından "Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları" genelgesi yayınlanmıştır. 23 Ekim 2013 tarihinde ise Hazine Müsteşarlığı tarafından yayınlanan 28800 sayılı yönetmelik ile bu sigorta türü uygulanmaya başlanmıştır. Tamamlayıcı sağlık sigortası, Genel Sağlık Sigortası (GSS) üzerindeki harcama bakısını dengeleme ve kontrol etmede kullanılan ve sistemin sigortası konumunda olan bir yapıya sahiptir. [82] Son tahlilde belirlenen finansman modeli ile eşit düzeyde, erişilebilir ve kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulması sağlanmalıdır. 2003 yılından sonra, ülkemizde yapılan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yapılan harcamalar bakımından olumlu gelişmeler yaşanmıştır.[83] "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde organize edilmesi, finansman sağlanması ve sunulması amaçlanmaktadır.[84] Sağlık sisteminde gerek kapsam gerekse kapasite bakımından ortaya çıkan her gelişme kanser tedavisi bakımından da olumlu sonuçlar doğuracaktır. Buna

---

75 Türkiye'nin 2003'te ilan ettiği Sağlıkta Dönüşüm Programının çıkışı Dünya Bankası'nın Türk uzmanlarla birlikte hazırladığı "Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Reformu" (DB, 2003) başlıklı rapora dayanmaktadır. Başol ve Işık, (n 6) 8.

76 Ağır ve Tıraş, (n 5) 647.

77 Daştan, (n 29) 110.

78 Sağlık harcamaları bir ülkede artan oranlı bir yapıya sahipse, zengin kesim kendi ceplerinden sağlığa hem miktar olarak hem de gelirlerine oranla fakir kesimden daha fazla para harcıyor demektir. Bu durum ise mali açıdan yıkıcı bir etki doğurup fakirleşmeye neden olabilir.

79 Çınaroğlu, (n 25) 888.

80 Çınaroğlu (n 25) 889.

81 Uslu ve Fil, 'Türkiye'de Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Kaynakların AHP Yöntemi ile Analizi' 53.

82 Çınaroğlu, (n 25) 890.

83 Güven, Tevfik ve Ebru, (n 10) 78.

84 Başol ve Işık, (n 6) 2.

göre kanser ilaçlarının ödenmesi konusunda yaşanan sorunlar ve ikilemler sağlık finansman modelinin geliştirilmesi bakımından önemli bir fırsata dönüşebilir.

G. KANSER İLAÇLARININ FİNANSMANI BAKIMINDAN MODELLERİN ÖNEMİ

Kanser ilaçlarının karşılanmasında özel sigorta ya da cepten ödeme modellerinin özellikle yoksul kesimler için uygun olmayacağı açıktır. Ancak kanser tedavisinin maliyetinin yüksek oluşu yoksul olmasa dahi bireyleri mali olarak yıkıma götürebilecektir. Bu bakımdan böyle modellerin uygulandığı ülkelerde kanser hastalarının çok sınırlı bir kesimi kendi imkânları ile tedavi imkânı bulabilecektir. Öte yandan Bismarck modelinde ise çalışamayan ya da sosyal sigorta primini yatıramayan kesimler için de tablo farklı olmayacaktır. Bu bireyler sosyal güvenlik şemsiyesi altında olmadıklarından tedavi imkânı bulamayacaklardır. Bu durumda eğer devlet, sosyal devlet ise buna yönelik tedbirler alacaktır. Örneğin ülkemizde geçmişte yeşil-kart günümüzde ise genel sağlık sigortası uygulamaları ile yoksul kesimler sağlık güvencesine kavuşturulmaktadır. Bu uygulama nedeniyle prim ödemeden sistemden yararlanılıyor olmasının kaynak kullanımını sınırladığı söylenebilir. Ancak kanser hastalığı bakımından konunun doğrudan yaşam hakkı ile ilgili olması ekonomik yaklaşım yerine insani yaklaşımı zaruri kılmaktadır. Zengin ya da yoksul tüm kanser hastalarının eşit düzeyde tedavi olmaya ve yaşamaya hakları vardır. Özellikle kanser tedavilerinin finansmanı için Bismarck ve Beveridge modelinin birlikte uygulanması yerinde olacaktır. Buna göre ülkemizde uygulanan model etkin ve kapsayıcı bir model olarak değerlendirilebilir. Öte yandan ülkemizde ortaya çıkan sorun finansman modeli ve bunun hangi bireyleri kapsayacağı noktasında değil de yapılacak harcamaların mali sınırlarının ne olacağı noktasında karşımıza çıkmaktadır. Bu bakımdan kanser hastalığının tedavisinde ilave olarak harcanmak üzere destekleyici özel sigorta modelleri geliştirilebilir. Yine özellikle kansere neden olan çevresel faktörlerin ortaya çıkışında etkili olan işletme ya da kuruluşlar için ilave yükümlülükler getirilip tedaviyi destekleyici sağlık fonları oluşturulabilir. Bu noktada kanser ilaçlarının ödenmesinde bir yandan harcamaların kamusal sınırları olabildiğince geniş tutulurken yeni finansman modelleri üzerinde de çalışılması gerekmektedir. Sağlık finansmanında özel modeller ilaca erişimi bireyin alım gücüne indirgeyerek yaşam hakkını piyasa koşullarına terk ederken; kamu modelleri ise "bütçe disiplini" ve "aktüeryal denge" gibi gerekçelerle hayati tedavileri kapsam dışı bırakarak bu hakkı zedeleyebilmektedir. Oysa insan hayatı, finansal modellerin matematiksel sınırlarına hapsedilecek bir maliyet kalemi değildir. Kanser gibi ölümcül hastalıklarda, Anayasa'nın 65. maddesindeki mali sınırlar, mutlak ve çekirdek bir değer olan yaşam hakkının (Anayasa m. 17) önüne geçemez. Kamu finansman yönetiminin temel ödevi, bütçe dengesini bu tedavileri eksiksiz ve şartsız karşılayacak şekilde kurmaktır.

III. SOSYAL DEVLET İLKESİ BAĞLAMINDA SAĞLIK HAKKI

Sağlık hakkı, bireyin sağlığını koruma, geliştirme, hastalığının tedavi edilmesini isteme ve sağlık kurumlarından yararlanma hizmetini devletten ya da toplumdan beklemesidir. Bireyler yaşamlarını sürdükleri sürece bu hak

onlara verilmek zorundadır.[85] Sağlık hizmetinin sunulmasında bireye, topluma ve devlete yük düşmektedir. Sorumluluk paylaşımında en büyük pay devlete aittir. Görevin yeterli düzeyde ifası için gereken asgari koşulların da yeterli seviyede olması gerekmektedir ve bunu yine devlet sağlayacaktır.[86] Sağlık hizmeti netice itibariyle fayda ve maliyetleri açısından yarı kamusal nitelikte mal ve hizmettir. Yani faydası sadece tedavi gören bireyle sınırlı değildir. Buna göre sağlık hizmetlerinden mahrum olmanın bedelini sadece hastalar değil toplumun geri kalanı da ödemektedir.[87] Bu kamusallık sağlık hizmetinin ağırlıklı olarak devlet tarafından sunulmasının önemli bir gerekçesidir. Öte yandan sağlık hizmetlerinin dışsallığı, asimetrik bilgilendirmesi, hastalık riskinin ve tüketiminin önceden belirlenememesi, yararlı mal olma ve ikame edilemezliği hizmetin çoğu ülkede devlet tarafından sunulmasını gerektirmektedir.[88] Bu durumun en belirgin çıktısı ise sosyal devlet ilkesinin anayasalara yansıtılması şeklinde kendini göstermektedir. Bu nedenle insan hakları ve etik değerler karşısında kamusal kaynaklardan sağlık hizmetlerine ayrılan payı yalnızca ekonomik gerekçelerle açıklamak zordur. Bu konuda harcama tercihlerini sadece ekonomik çıkarlara dayandırmak insani değerlerle çatışacaktır. Öte yandan konuya sadece etik değerler açısından yaklaşmak da doğru olmayacaktır. Konuya, ekonomik genel doğrular göz önünde bulundurulmadan sadece etik değerler açısından yaklaşmak kötü sonuçlar doğurabilir.[89] Ancak her şeye rağmen sosyal devlet anlayışına hâkim olan ülkelerin sağlık ve eğitim gibi temel kamu hizmetlerine daha fazla kaynak ayırdıkları görülmektedir.[90] Sağlık hakkı anayasamızın sosyal haklar bölümünde düzenlenmiştir. Bu nedenle sağlık hizmetinin verilmesi anayasa madde 65'te belirtilen kaynakların yeterliliği ile sınırlıdır. Maddeye göre "Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek malî kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir." Bu bağlamda sağlık harcamalarının karşılanması mali yeterlilik ölçüsünde olacaktır. Bununla birlikte sağlık harcamaları mahiyeti itibariyle diğer kamu harcamalarından farklıdır. Kanaatimizce sağlık harcamaları maddede belirtildiği üzere öncelik sıralamasında ilk sırada yer almalıdır. Zira sağlık hakkı yaşam hakkının bir gereğidir ve sağlık harcamalarının gereğince yapılmaması telafisi mümkün olmayan durumlara neden olabilmektedir. Özellikle kanser hastaları bakımından bu durumun daha da net olduğu söylenebilir. İfade edildiği gibi sosyal devlet ilkesi, kamu harcamaları listesinde sağlık harcamalarını en üst sıralara taşımayı gerektirmektedir. Nasıl ki savunma harcamalarında milyonlarca insanın güvenliği söz konusu ise aynı şekilde diyabet ya da kanser ilaçları bakımından da dışa bağımlılık milyonlarca insan için bir milli güvenlik sorunu haline dönüşmektedir. Ayrıca son dönemde kamunun sağlık harcamalarındaki payının hızla yükselmesi finansman konusunda riskleri

---

85 B Metin, 'Sağlık Hakkı' (2017) 4(1) SAD 41, 46.

86 Sezer Erer, 'Sağlık Hizmetlerinde Sorumluluğun Paylaşılması' (2010) 36(1) UÜTFD 33, 35.

87 Başol ve Işık, (n 6) 4.

88 Başol ve Işık, (n 6) 24.

89 Akdur ve Aydın, (n 15) 114.

90 Başol ve Işık, (n 6) 9.

yükseltmektedir.[91] Tablodan da görüleceği üzere ülkemizde 2024 yılında devlet sağlık harcamalarının %76,1'ini karşılamıştır.

(Milyon TL)

	2023	Pay (%)	2024	Pay (%)
Toplam sağlık harcaması	**1 244 237**	**100,0**	**2 359 151**	**100,0**
Genel devlet	**964 355**	**77,5**	**1 794 227**	**76,1**
Merkezi devlet	432 550	34,8	848 970	36,0
Mahalli idareler	7 589	0,6	14 502	0,6
Sosyal Güvenlik Kurumu	524 216	42,1	930 755	39,5
Özel sektör	**279 883**	**22,5**	**564 924**	**23,9**
Hanehalkları	220 914	17,8	442 356	18,8
Sigorta şirketleri	31 398	2,5	66 118	2,8
Diğer (1)	27 570	2,2	56 451	2,4

Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

(1) "Diğer" sağlık harcamaları, hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.

Tablo - 1[92]

Ülkemizde cari sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı ise 2023 yılında %4,2, 2024 yılında %4,9 olarak gerçekleşmiştir. Yine 2024 yılı için OECD ülkelerinin ortalama payı ise %9,1, AB ülkelerinin ortalaması ise %8,6'dır.[93] Bu veriler ışığında ülkemizde sağlık harcamalarına ayrılan payın yıllara göre arttığı görülse de[94] gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler sıralamasında ortalamanın altında oluğu gözlemlenmektedir. 2026 yılı merkezi yönetim bütçe kanunu icmali I sayılı cetvele göre Sağlık Bakanlığının bütçesi 1 trilyon 474 milyar düzeyindedir. Buna göre bakanlığın bütçesi hazine ve maliye bakanlığı sayılmazsa Milli Eğitim Bakanlığından sonra ikinci sırada yer almaktadır.[95] Özellikle sağlık kurumlarının daha verimli çalışıp

[91] Daştan, (n 29) 109. Ülkelerin ve sağlık sistemlerinin uluslararası alanda kıyaslanması çeşitli sağlık göstergeleri ile yapılmaktadır. Buna göre en çok kullanılan sağlık göstergelerinden birisi ortalama yaşam süresidir. Y Çelik, 'Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi' (2011) 1(1) SGD 67, 69. Ortalama yaşam süresinin uzunluğu sağlık harcamalarının artışında önemli bir etkendir. TÜİK'e göre ülkemizde sağlıklı yaşam süresi ortalaması 58'dir. TÜİK, Hayat Tabloları, 2014-2025 https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/search?q=sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1%20ya%C5%9Fam%20s%C3%BCresi%20ortalamas%C4%B1 erişim 22 Temmuz 2026.

[92] Veriler TÜİK'in resmi sitesinden alınmıştır. https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/54188 erişim 8 Haziran 2026

[93] Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 'Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024' (T.C. Sağlık Bakanlığı 2025) 268–269.

[94] "Cari sağlık harcaması 2024 yılında bir önceki yıla göre %92,7 artarak 2 trilyon 186 milyar 802 milyon TL'ye yükseldi." https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/54188 erişim 8 Haziran 2026

[95] Veriler için bkz. www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2025/12/2a-2026-Yili-Genel-Butceli-Idareler-Ekonomik-Kod-Icmali-ile-2027-2028-Gider-Tahminleri.pdf erişim 8 Haziran 2026.

yönetilmesinin sağlanması ve idari ve mali yönden özerklik kazanmasını hedefleyen Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2000-2005) ve 2003 yılındaki Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin etkisiyle kişi başı sağlık harcamalarında artışlar görüldüğü ifade edilmektedir.[96] Sosyal devlet ilkesinin gereği olarak sağlık harcamalarına ayrılan payın miktar olarak yüksek olduğu söylenebilirse de oransal olarak OECD ve AB ortalamalarının gerisindedir. Bu oranın düşüklüğünün kanser tedavisi için yapılan harcamaların karşılanmasına etkileri ve bunun sosyal devlet ilkesi ile ne ölçüde örtüştüğü ileride ayrıca ele alınacaktır. Öte yandan gelişmiş ülkelerde görülen zengin ve fakirler arasındaki gelir ve harcama farklılıkları, gelişmekte olan ülkeler için önemli bir sorundur. Düşük gelir grubuna dâhil olan kesimler zenginlere göre gelirlerinin daha büyük bir kısmını sağlık harcamasına ayırmak zorundadırlar.[97] Bu noktada sosyal adalet kavramı etik bir gerçekliği de bünyesinde barındırmaktadır. Bu gerçekliğin yöneldiği iki hedef vardır. İlki mevcut sağlık durumunun iyileştirilmesi ve diğeri ise her ülkede farklı düzeyde bulunan önlenebilir sağlık eşitsizliklerinin en aza indirgenmesi hatta ortadan kaldırılmasıdır.[98] Buna karşın sağlık sisteminin herkesi kapsıyor olması ve yoksul kesimlerin yeterli ya da hiç katkı sunmaksızın sağlık hizmetlerine erişimi tartışmalı bir konudur.[99] Bu durumda sistemin bizatihi kendisinin sorgulanması gerekecektir. Ülkemizdeki sağlık sisteminin finansal riskin eşit dağılması noktasında olumlu yansımaları bulunsa da, yoksullar için finansal yükün giderek arttığı ifade edilerek bu kesimlerin artan cepten sağlık harcamaları karşısında korunması gerektiği belirtilmektedir.[100] Sağlık hizmetlerinin sunulmasında iki temel amaçtan birisi; gerekli ve yeterli olan kaynağı bulmak, yani sağlık hizmetleri için kamu kaynağından yeterli bir pay ayırmak, ikincisi ise bu kaynağın en verimli bir biçimde kullanmasını sağlamaktır. Sağlık hizmetine ayrılan payın yüksek oluşu bunların verimli kullanıldığı anlamına da gelmez ki ayrılan bütçenin miktarı kadar, bunun toplumun sağlık düzeyine yansıyıp yansımadığı da önemlidir.[101] Günümüzde gelişmekte olan ekonomiler bakımından sağlık harcamalarının maliyetlerinin karşılanmasında kamunun rolü büyüktür. Toplumun önemli bir kesiminin sağlık harcamalarını kendi başına karşılayabilmesi mümkün gözükmemektedir. Bu durum sağlık finansman modellerinin belirlenmesinde sosyal devlet ilkesini ve bu ilkeden kaynaklanan yaklaşımları temel ölçülerden biri haline getirmektedir.

IV. SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANININ ANAYASAL ZEMİNİ

Kamu hizmetleri günümüz toplumlarında çeşitlilik göstermekte olup bunların finansal hacimleri son derece büyük rakamlara ulaşmaktadır. Toplumsal yaşamda bireylerin bazı ihtiyaçlarının karşılanması devletlerin asli

96 Yasemin Filiz, 'Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi' (Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi 2010) 42,48.

97 Çınaroğlu, (n 25) 889.

98 Audrey Chapman, 'The Social Determinants of Health, Health Equity, and Human Rights' (2016) 12(2) HHR 17, 22

99 Çınaroğlu, (n 25) 877.

100 Çınaroğlu, (n 25) 890.

101 Akdur ve Aydın, (n 15) 115.

yükümlülükleri olarak görülmektedir. Buna göre adalet, güvenlik, eğitim ve sağlık bu temel ihtiyaçlar arasında yer almaktadır. Çalışma konumuzu oluşturan sağlık kamu hizmetinin en temel amacı insan sağlığını korumak ve gereken koruyucu önlemleri almaktır. Bu bakımdan sağlık harcamaları devletlerin ekonomilerinde büyük paya sahiptir.[102] Sağlık harcamaları sunulan hizmetin kapsamına göre farklılık gösterebilmektedir. Buna göre harcamanın ana-çocuk sağlığı, sağlık sistemi kaynakları ve kişi başına düşen gelir gibi çeşitli değişkenleri vardır.[103] Öte yandan bireylerin gelir durumlarına göre sağlık hizmeti alacak olmaları toplum içerisinde gelir grupları arasındaki farklılıkları derinleştirmektedir. Bu nedenle de sağlık harcamaları toplumdaki yoksul ve zengin kesimler arasındaki dengesizlikleri azaltmak bakımından önemli bir etkiye sahiptir.[104] Sağlık hizmetinin sunulmasında ulaşılabilirlik, hakkaniyete uygunluk ve tüm vatandaşların eşit şekilde bu hizmetlerden faydalanabilme durumlarının gözetilmesi gerekir.[105] Sağlıklı olmayı istemek insani bir taleptir ve herkesin sağlık hizmetlerinden eşit derecede yararlanması esastır. Sağlıkta adalet, ekonomik ve sosyal bakımdan koşulları daha iyi olanlar ile daha kötü olanlar arasındaki eşitsizlikleri gidermeyi hedeflemektedir.[106] Toplum kesimleri arasındaki eşitsizlik ne kadar aza indirgenirse o oranda daha güçlü toplumlar inşa edilebilmektedir. Buna göre sağlıklı toplum sağlıklı bireyleri gerekli kılmaktadır. Sağlıklı bir toplum ülkenin kalkınmasına önemli katkıda bulunur.[107] Sağlık harcamalarında finansal yükün bireylerin üzerinde kalması yani cepten ödemeler ya da özel sigortacılığa dayanılması sağlık hizmetini parası olanların kullanımına indirger ve toplum kesimleri arasında eşitsizliği ortaya çıkarmaktadır. Bu eşitsizlik, gelir dağılımındaki dengesizliğe bağlı olarak derinleşeceğinden sağlık hizmetinin bizzat kendisi, gelir dağılımımdaki dengesizliği körüklemektedir. Sosyal devlet ilkesi sayesinde temel hizmetler ulusal gelirin dağıtım aracı olarak kullanılmakta ve toplum kesimleri arasındaki eşitsizliklerin giderilmesi hedeflenmektedir.[108] Sosyal devlet ilkesi ülkemizde 1961 Anayasası ile kabul edilen bir ilkedir. Bu ilke İkinci Dünya Savaşı sonrasında sosyalist düşüncelerin batı Avrupa ülkelerinde meydana getirdiği etkinin bir ürünü olarak değerlendirilebilir. Yine bu dönemde beşeri sermayenin öneminin artması, sağlığa ve sağlık harcamalarına verilen önemi de artırmıştır.[109] Sosyal devlet olma bağlamında devletin en önemli görevlerinden biri bireylerin sağlık haklarını güvence altına almaktır. Bu bakımdan, hastalıkların daha başlamadan önlenerek bireylerin sağlığının hastalıklara yakalanmadan önce korunması sosyal devletin görevleri arasında

---

[102] Duran Bülbül, 'Sağlık Harcamalarının Kamu Tarafından Finansmanında Ortaya Çıkan Sorunlara Alternatif Bir Çözüm Önerisi' (2016) 332 VSD 111, 116.

[103] Christopher JL Murray, Stephen S Lim and Joseph L Dieleman, 'Expanding GBD collaboration-call for experts in health financing and health systems' (2017) 389 Lancet 18, 19 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27989559/ erişim 9 Nisan 2026

[104] Bulğurcu ve Özdemir, (n 8) 524.

[105] Başol ve Işık, (n 6) 2.

[106] World Health Organization, 'A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health' (WHO, Geneva 2010) 12, 12.

[107] Başol ve Işık, (n 6) 23.

[108] Akdur ve Aydın, (n 15) 117.

[109] Ağır ve Tıraş, (n 5) 644.

yer almalıdır.[110] Sosyal devlet ilkesinin devletlere yüklediği yükümlülüklerin bir tanesi de sosyal güvenlik hakkı kapsamında bireyler için sarf edilecek sağlık harcamaları için finans modelleri oluşturmaktır. Günümüzde sağlık hizmetlerinin maliyetinin yüksek oluşu dikkate alındığında bunların finansmanı çoğu birey için karşılanabilecek düzeyde değildir. Günümüz modern toplumları açısından iyi işleyen bir sağlık hizmeti, gelişmişliğin bir göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu gelişmişlik toplumda herkesin kaliteli sağlık hizmetlerine erişebilmesini gerektirmektedir. Toplumun refahı, bireylerin refahı anlamına gelmektedir, sağlık harcamalarının finansmanında işletilebilen, sağlam modellerin kurgulanması bu refah içerisinde önemli bir paya sahiptir. Ülkemiz açısından bu seviye kötü olmamakla birlikte kanaatimizce istenilen seviyede de değildir. Sağlık Bakanlığının 2024 Sağlık İstatistikleri Yıllığına göre kamu ve özel sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı %4,9 olup, bunun %3,7'si kamu, %1,2'si ise özel harcamadır. Yine 2024 yılı için OECD ülkelerinin ortalama payı ise %9,1, AB ülkelerinin ortalaması ise %8,6'dır. Ülkemizde sağlık harcamaları için GSYİH'dan ayrılan payın AB ya da OECD ortalamalarının altında olduğu görülmektedir.[111] Sağlık harcamaları, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Ekonomik gelişmişlik seviyesi yüksek toplumlarda sağlık için ayrılan kaynakların payı da yüksektir.[112] Sağlık harcamaları ve finansmanı bakımından öngörülen model, bireylerin sağlık hizmetlerine erişim engellerini ve bunların maliyetleri nedeniyle yoksullaşma ihtimalini ortadan kaldıracak ve bireyler arasında eşitliği sağlayacak nitelikte olmalıdır.[113] Bu konuda gerekli tedbirlerin alınacak olması anayasal bir zorunluluk haline getirilmiş olmalıdır. Yine Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasasına göre "ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından yararlanma hakkı, ırk, din, siyasi görüş, ekonomik veya sosyal durum ayrımı gözetmeksizin her insanın temel haklarından biridir."[114] 1982 Anayasasında sağlık hakkı 56. madde de şu şekilde ifade edilmektedir; "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler." Görüldüğü üzere sağlık hakkı maddede tedavi hakkını da içeren kapsayıcı bir anlatımla ifade edilmemektedir. Oysaki 1961 Anayasasının sağlık hakkına dair düzenlemesi daha kapsayıcıdır. Madde 49'a göre; "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir." Aynı şekilde devletin sosyal güvenlik sistemini kurma yükümlülüğü de bulunmaktadır. Günümüzün gelişen dünyası bireylerin yaşam koşullarını kolaylaştırdığı kadar ekonomik bakımdan da bir o kadar zora sokmaktadır. Bu nedenle de tedavi imkânlarının maliyet nedeniyle erişilebilir olmaktan çıkması bireyler için koruyucu önlemlerin alınmasını gerektirmektedir. Bunun temel adımı bireyleri sosyal güvenlik şemsiyesi

---

110 Ali Nazım Sözer, Türkiye'de Sosyal Hukuk, İzmir 1998, s. 19, 20.

111 T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024, s.268,269.

112 Ağır ve Tıraş, (n 5) 645.

113 Açık ve Alper, 'Dünya'da Genel Sağlık Sigortası Finansman Modelleri' 86.

114 Constitution of the World Health Organization (22 Temmuz 1946) preamble <www.who.int/about/ governance/constitution> erişim 7 Haziran 2026.

altına almaktır. 1982 Anayasasının 60.maddesine göre "Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar." Aynı şekilde Anayasa madde 90 gereğince iç hukukumuzun bir parçası olan Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi konuyu 2, 3 ve 8 gibi maddelerinde ele almaktadır. Zira sağlık hakkı Sözleşmede doğrudan düzenlenmemektedir. Örneğin işkence yani 3. madde bakımından bireylerin istemedikleri tedaviye tabi tutulmamaları ya da özel hayat yani 8. madde bakımından farklı tedavi tercihlerinde bulunabilme imkânı sunulabilmektedir. Örneğin bir kararında AİHM ruhsatsız bir ilacın kanser tedavisinde kullanılması talebinin hükümet tarafından reddedilmesinde ihlal tespit etmemiştir. Karara göre "Kanser hastalığı bakımından bazı geleneksel tedavileri tükettikten sonra, başvuruculara özel bir klinik tarafından Kanada'da geliştirilen, ücretsiz verilmesi önerilen, deneysel bir ilaç tavsiye edilmiştir. İlacı kullanmak için Hükümetten izin alınmaya çalışılmıştır. İç hukuk, söz konusu ilacın ancak başka bir ülkede ruhsatlandırılmış olması halinde bu iznin verileceğini belirtmektedir. Bazı ülkelerde ilacın 'şefkatli kullanımına' izin verilmesine karşın, ilaç hiçbir yerde resmen ruhsatlandırılmamıştır. Dolayısıyla, izin reddedilmiştir."[115] Mahkeme'ye göre "Başvuruculaların menfaati, 'yaşamlarını kurtarmak için son çare bir tedbir olarak, riskler taşıyan, fakat başvurucular ve doktorlarının kendi durumlarına uygun olduğunu düşündükleri test edilmemiş bir tedaviyi seçme özgürlüğü' olarak tanımlanmıştır. Telafi edici kamu menfaati üç yönlüdür: ilki, hastaları ruhsatsız tedavi risklerinden korumak; ikincisi, ruhsatsız ilacın sağlanmasını düzenleyen yasal çerçevenin aşılmamasını güvence altına almak; üçüncüsü, tedavi edici ürünlerin gelişiminin, örneğin klinik deneylere hasta katılımının azaltılmasıyla, riske atılmamasını güvence altına almak..."[116] "Mahkeme, daha adil bir denge olup olmadığına bakılmadan, iç hukuk tarafından kurulan dengenin Devlete tanınan geniş takdir marjını aşmadığı sonucuna varmıştır."[117] Öte yandan yaşam hakkının korunması sağlık hakkı kapsamında yorumlanmaktadır. AİHS madde 1'e göre taraf devletlerin "...kendi yetki alanları içinde bulunan herkesin, bu Sözleşme'nin birinci bölümünde açıklanan hak ve özgürlüklerden yararlanmalarını..." sağlama ödevi bulunmaktadır. Buna göre tedavi olabilme yaşam hakkının bir gereğidir ve taraf devletler finansal yükümlülükler de dâhil tüm ödevleri yerine getirmelidir. AİHM verdiği bir karara göre devletler sağlık hizmetlerini (kamu/özel) hastaların hayatlarının korunması amacıyla gerekli tedbirleri sağlayacak şekilde düzenlemek zorundadır.[118] Mahkeme hastanede meydana

[115] Hristozov and Others v. Bulgaria, Başvuru No. 47039/11-358/12 (ECHR, 13 Kasım 2012) www.hudoc. echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22002-7298%22]} erişim 7 Haziran 2026.

[116] Hristozov and Others v. Bulgaria, Başvuru N0. 47039/11 and 358/12 (ECHR, 13 Kasım 2012) www.hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22002-7298%22]} erişim 7 Haziran 2026.

[117] Hristozov and Others v. Bulgaria, Başvuru N0. 47039/11 and 358/12 (ECHR, 13 Kasım 2012) www.hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22002-7298%22]} erişim 7 Haziran 2026.

[118] Güngör v. Turkey, Başvuru No. 75173/01 (ECHR Admissibility Decision, 14 April 2009) prg. 23 www.hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=001-125108&filename=SEV%C4%B0M%

gelen ölümlerde sağlık çalışanlarının herhangi bir sorumluluğu bulunup bulunmadığının tespitinde etkin bir adli sistem oluşturma yükümlülüğünün varlığını ortaya koymaktadır.[119] Aynı yükümlülük kanser hastalığının tedavisi süreçlerinde de aynen geçerli olacaktır. Byrzykowski v. Polonya başvurusunda, başvuranın eşi doğum öncesinde rahatsızlanmış ve sezaryen yapılmasına karar verilmiş ise de, anne ameliyat sırasında komaya girerek yoğun bakımda ölmüş, bebek ise sakat kalmıştır. Mahkeme durum karmaşık olsa bile soruşturmaların yedi yılı aşkın süredir devam etmesinin mazereti olamayacağını belirterek, 2. maddenin usûl yönünden ihlal edildiğine karar vermiştir.[120] Oyal v.Türkiye kararında, prematüre doğan bebekte ortaya çıkan sağlık sorunları nedeniyle Kızılay'dan temin edilen kanın nakli yoluyla bebeğe HIV virüsü bulaşmıştır. Mahkeme çocuğun ilaç ve tedavi giderlerinin hayatı boyunca ödenmesine, dolayısıyla hükmedilen tazminat miktarlarının AİHS'nin 2. maddesi kapsamında devletin pozitif yükümlülüklerini karşılamaktan uzak olduğunu tespit etmiştir.[121] Asiye Genç v. Türkiye başvurusunda, prematüre doğan bebeğinin tedavi için kabul edilmemesi ve ölmesi nedeniyle Sözleşmenin 2. maddesinde düzenlenen yaşam hakkının ihlalini ileri sürülmektedir. Mahkeme, Devletin, devlet hastanesi hizmet işleyişini ve sağlık sistemini düzgün ve yeterli bir şekilde organize etmediği (dysfunction) ve işleyişle yeterince ilgilenmediği sonucuna vararak, ölümün yapılması gereken zorunlu acil müdahalenin yapılmaması nedeniyle gerçekleştiği sonucuna varmıştır.[122] Mahkeme sağlık hakkı bakımından müdahalede hizmet ve görev kusurunu, meydana gelen ölümlerde ise etkili adli sistemin varlığını başvuruların konularına göre dikkate almaktadır. Bu kararlardan da görüleceği üzere diğer hastalık türlerinde olduğu gibi kanser hastaları için de hastalığın özelliklerine uygun olarak sağlık hizmeti ve sisteminin yeterince organize edilmesi devletler için bir yükümlülük olacaktır. Bazı hastalıkların tedavileri rutindir ve "şifa" neticesine de ulaşılmaktadır. Kanser hastalığı için ise tedaviler güncellenmekte yeni yöntemler uygulanmakta ve yeni ilaçlar üretilmektedir. Buna göre bu hastalık için araştırma ve geliştirme süreci daha dinamiktir. Kanser hastalığın bu durumu, güncel gelişmelerin takibi ve uygulanması bakımından devletin yükümlülüklerine ilave yükümlülükler yüklemektedir. Son olarak "yaşam hakkının korunması bakımından kamu harcamalarının sınırı ne olmalıdır?" sorusu üzerinde durulması gerekmektedir. Kanser ilaçlarına erişim sorununun, salt bir sosyal güvenlik hakkı değil, sağlık hakkı ya da doğrudan

---

20G%DCNG%D6R%20v.%20TURKEY%20%20%5BTurkish%20Translation%5D%20summary%20by%20the%20Turkish%20Ministry%20of%20Foreign%20Affairs.pdf erişim 8 Haziran 2026.

[119] Mehmet Işıltan v. Türkiye, Başvuru No. 20948/92, 22.05.1995, prg. 40. www.hudoc.echr.coe.int /app/ conversion/pdf/?library=ECHR&id=001-86709&filename=ISILTAN%20v.%20 TURKEY.pdf erişim 7 Haziran 2026.

[120] Byrzykowski v. Polonya, Başvuru No.11562/05, 27.09.2006, prg. 114, 117, 118. www.insanhaklari.gen.tr/ Karar.aspx?m= H&b=11562%2f05&t=27.06.2006 erişim 7 Haziran 2026.

[121] Oyal v. Türkiye, Başvuru No.4864/05, 23 Mart 2010, para. 70-72. www.hudoc.echr.coe.int/eng# {%22itemid% 22:[%22001-162088%22]} 8 Haziran 2026.

[122] Asiye Genç v. Türkiye, Başvuru No.24109/07, 27.01.2015, prg. 77-87. www.hudoc.echr.coe.int/eng# {%22itemid %22:[%22001-154698%22]} erişim 8 Haziran 2026.

yaşam hakkı ekseninde ele alınması, "mali imkânların yetersizliği" savunmasını işlevsiz kılmaktadır. Anayasa'nın 65. maddesi, devlete sosyal ve ekonomik ödevlerini "mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde" yerine getirme imkânı tanıyor gibi görünse de, bu sınırlama mutlak değildir. Nitekim Anayasa'nın 17. maddesinde güvence altına alınan "yaşam hakkı" niteliği gereği devletin üzerinde hiçbir ekonomik tasarrufta bulunamayacağı, bütçe kısıtlamalarıyla sınırlandırılamayacak mutlak ve çekirdek bir haktır. Dolayısıyla, bir kanser hastasının ilaca erişememesi durumunda ölümcül bir riskle karşı karşıya kalacağı gerçeği karşısında, 65. maddedeki mali kaynak yetersizliği argümanı hukuken meşru bir gerekçe olarak kabul edilemez. İdarenin harcama sıralamasında ve kamu kaynaklarının dağılımında, ikamesi ve telafisi imkânsız olan insan hayatı, her türlü mali istikrar hedefinin ve bütçe disiplininin önünde yer almak zorundadır.

V. AİHM VE TÜRK ANAYASA MAHKEMESİ KARARLARINDA KANSER İLAÇLARININ ÖDENMESİ

AİHM kanser ilaçlarının kamu tarafından karşılanıp karşılanmaması tartışmalarına girmeyip "takdir marjı doktrini" çerçevesinde konuyu devletlerin iç sorunu olarak görmektedir. Mahkemeye göre kamu kaynaklarının nereye ne kadar tahsis edileceği konusunda takdir yetkisi devletlere aittir. Aşağıda değinmiş olduğumuz Sentges v. Hollanda kararı bu durumu net olarak ortaya koymaktadır. Nitecki v.Polonya davasında ise ölümcül bir hastalığı bulunan başvurucu, tedavisi için gereken ilaç giderlerinin %70'inin Sağlık Sigortası Fonundan karşılandığını ancak kalan %30'luk kısmı ödeme imkânının olmadığını belirtmektedir. Bu nedenle ilaç tedavisi uygulanmayacağından ötürü öleceğini iddia ederek yaşam hakkının ihlal edildiğini ileri sürmektedir. Mahkeme, ilaç giderlerinin büyük kısmının devlet tarafından karşılandığını, kalan %30'luk kısmının karşılanmamasının devletin yükümlülüklerini yerine getirmediği anlamına gelmediğini ve dolayısıyla Sözleşme'nin 2. maddesine (yaşam hakkı) aykırılık bulunmadığına işaret etmektedir.[123] Panaitescu v. Romanya başvurusunda ise kanser hastası olan başvurucuya tedavisi için gerekli olan iki özel ilacın kendisine ücretsiz olarak sağlanmamış olması dava edilmektedir. Ayrıca Hamburg'da iki ayda bir uygulanacak deneysel ilaç tedavisi giderlerinin karşılanmaması da dava edilmektedir. Yerel mahkeme, başvurucuyu haklı bulmuş ve sağlık giderlerinin kamu kurumları tarafından karşılanmasına karar vermiştir. Yerel mahkeme kararı yetkili makamlar tarafından yerine getirilmemiştir. AİHM, bireyin yaşam hakkının korunması zorunluluğu söz konusu olduğunda, bireylerin lehine verilmiş olan mahkeme kararlarının yerine getirilmemesi konusunda taraf devletlerin mali kaynakların yetersizliğini mazeret olarak ileri süremeyeceğini dile getirerek yaşam hakkının usûl bakımından korunması yükümlülüğüne dair ihlal kararı vermiştir.[124] Ali Akdeniz v. Türkiye davası ise kanser ilacı bedelinin yetkili kurum tarafından karşılanmaması sebebiyle AİHM'ne açılan tedbir talepli bir davadır. Uygulanmak istenilen kanser ilacının bedelinin ödenmesi için SGK'ya başvurulduğunda Kurum

[123] Nitecki v. Polonya, Başvuru No. 65653/01, 2 Mart 2002. www.hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid %22:[%22001-22339%22]} erişim 9 Haziran 2026.

[124] Panaitescu v. Romanya, Başvuru No. 30909/06, 10 Nisan 2012, para. 35. www.hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-110255 erişim 7 Haziran 2026.

talebi reddetmiştir. Yerel mahkeme ihtiyati tedbir kararı vererek SGK'nın bedeli karşılamasına hükmetmiştir. Hasta ilacı kullanmaya başlamış ve 10 kür kullandıktan sonra ilaca yanıt vermeye başlamıştır. İhtiyati tedbir kararına itiraz eden SGK'nın talebi ilk derece mahkemesince reddetmiştir. Kurumun Bölge Adliye Mahkemesine itirazı üzerine ilacın ödenmesine dair tedbir kararı kaldırmıştır. Bunun üzerine hasta Anayasa Mahkemesine başvurmuş Mahkemeden cevap alamayınca da yaşam hakkının ihlâl edildiği gerekçesiyle AİHM'ye başvuruda bulunmuştur. Mahkeme, ilacın yüksek maliyetli olması nedeniyle başvurucunun ilacı alamayacağı ve bu nedenle telafisi imkânsız zararlara uğrayabileceğini, ilacın tedavisinden yararlandırılması gerektiğini belirterek tedbir kararı vermiştir.[125] Hristozov ve diğerleri v. Bulgaristan davasına konu olayda, kanser hastası başvurucu için olağan tedavi yöntemleri uygulandıktan sonra, deneysel bir ilaç tedavisi önerilmektedir. Buna göre başvurucu ruhsatlandırılmamış olan deney aşamasındaki bu ilacı kullanmak istemektedir. Yetkili makamlar, bu ilacın kullanımını ancak başka bir ülkede ruhsatlandırılmış olması şartına bağlamaktadırlar. İlaç hiçbir yerde resmen ruhsatlandırılmamıştır ve bu nedenle başvurucunun talebi reddedilmektedir. Başvurucular bu durumun Sözleşmenin 2. (yaşam hakkı), 3. (işkence yasağı) ve 8. (özel hayata saygı) maddelerinin ihlali olduğunu ileri sürmektedirler. Mahkeme, ruhsatlandırılmamış deneysel ilaçlara erişim izni verilmemesinin iç hukukta yer alan açık düzenlemelere dayandığına ve sağlık hizmetleri politikasının genel olarak taraf Devletlerin takdir marjına girdiğine işaret ederek başvuruyu reddetmiştir.[126] Buna göre devletin etkinliği ve güvenilirliği henüz ispat edilmemiş tedavilere onay vermemesi, yaşam hakkını ihlal değil, bilakis devletin yaşam hakkını koruma yükümlülüğünün bir gereğidir.[127] Sentges v. Hollanda davasında başvuru sahibi fiziksel engeli yüzünden kendisine robotik bir kol takılmasını talep etmiş ancak başvurusu Hollanda hükümeti tarafından reddedilmiştir. Buna karşın başvurucuya kullanımına uygun kumanda kolu olan elektrikli bir tekerlekli sandalye temin edilmiştir. Mahkeme'ye göre devletin mali kaynakları sınırlıdır ve bu nedenle başvurucunun talebi taraf devletin geniş takdir marjı içinde kalmaktadır.

---

[125] Ali Akdeniz v. Türkiye, Başvuru No. 50624/19, 2 Ekim 2019. "AİHM'in 2 Ekim 2019 tarihli kararı ivedi olarak yerine getirilmiş, sonrasında istenilen bilgi ve belgeler ile Hükümet görüşleri AİHM'e iletilmiştir. Hükümet görüşlerinde iletilen bilgiler ile başvuranın şikâyetlerini değerlendiren AİHM, 29 Kasım 2019 tarihinde yaptığı inceleme sonucunda, 2 Ekim 2019 tarihli geçici tedbir kararını uzatmamaya karar vermiştir." İnsan Hakları Daire Başkanlığı, 'Ülkemizle İlgili Son Dönemde Verilen Bazı AİHM Kararları' (2020) T.C. Adalet Bakanlığı 60 (AİHM'in 2 Ekim 2019 tarihli geçici tedbir kararını uzatmamaya dair 29 Kasım 2019 tarihli kararı) <www.inhak.adalet.gov.tr/Resimler/Dokuman/1772020145127AI%CC%87HM%20kararlar%C4%B1.pdf> erişim 9 Temmuz 2026.

[126] Ülkemizdeki düzenlemeler de bu yöndedir. Yargıtay bir kararında durumu şu şekilde ifade etmektedir. "...belirtmek gerekir ki Sosyal Güvenlik Kurumu kural olarak ülkemizde ruhsat almış ilaçların bedelini karşılamaktadır. İlaçların ruhsatlandırılmasında Sağlık Bakanlığına bağlı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu görevli ve yetkili olup ruhsatlandırma Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği'ne (Yönetmelik) göre yapılmaktadır." Yargıtay HGK, 2024/204 E. 2025/776 K. T. 03.12.2025, Lexpera erişim 1 Temmuz 2026.

[127] Hristozov and Others v. Bulgaria, Başvuru No 47039/11 and 358/12 (ECHR, 13 Kasım 2012) www.hudoc.echr. coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22002-7298%22]} erişim 18 Temmuz 2026.

Dolayısıyla da başvurucunun talebinin reddi gerekmektedir. Mahkeme bireyin ve toplumun bir bütün olarak çatışan çıkarları arasında adil bir denge kurulması gerektiğine hükmetmektedir.[128] Mahkeme taraf devletlerin sağlık hizmetlerini eksik sunmaları halinde dahi takdir marjı yaklaşımını korumaktadır. Pentiacova ve Diğerleri v. Moldova kararında da durum böyledir. Olaya göre kronik böbrek yetmezliği rahatsızlığı bulunan başvurucular, devletin hemodiyaliz için gerekli tüm ilaçları temin etmediğini, hastanenin hemodiyaliz bölümünün devlet tarafından bütçesinin azaltıldığını ve bu nedenle bazı başvurucuların haftada üç yerine iki kez hemodiyalize girebildiklerini iddia etmektedirler. Mahkeme bireylerin her türlü tıbbî tedaviye ulaşma arzusu içerisinde olabileceklerini ancak devletin sınırlı kamu kaynaklarına sahip olduğunu belirterek bu gibi davalarda devletin geniş takdir marjı bulunduğuna dikkat çekmektedir. AİHM, taraf devletin, başvurucular ve toplumun çatışan çıkarları arasında adil bir dengeyi kurabildiğini belirterek, başvurunun kabul edilemez olduğuna hükmetmiştir.[129] Bu kısımda Anayasa Mahkemesi'ne yapılan bireysel başvuru neticesinde verilmiş iki örnek kararına değinilecektir. Mahkemenin ilk kararında kanser tedavisi gören hastanın kullanacağı ilaç reçete edilmiş ve Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ilacın altı ay süreyle kullanımını ve ithalatını uygun bulmuştur. İlacın bedelinin SGK tarafından karşılanması talep edilmiş ise de Kurum, ıslak imzalı ve onaylı ilaç kullanım raporunun, rapor tarihi ile uyumlu düzenlenmiş reçetenin, endikasyon dışı onay belgesinin, kullanılan ilacın boş kutularının ve faturanın başvuru ekinde ibraz edilmediği gerekçesiyle talebi reddetmiştir. Başvurucu, idari yargıda işlemin iptali ve yürütmenin durdurulması istemiyle dava açmış olup mahkeme yürütmenin durdurulmasına hükmetmiştir. Buna karşın SGK tedbir kararına rağmen ilacın bedelini ödenmemiştir. Bunun üzerine hasta, bireysel başvuruda bulunmuş, SGK tarafından karşılanmasına yönelik yürütmeyi durdurma kararı vermesine rağmen Kurumun ödeme yapmak için boş ilaç kutularını talep etmesi nedeniyle maddi ve manevi varlığının korunması ve geliştirilmesi hakkının ihlal edildiğini öne sürmüştür. Anayasa Mahkemesi tedbir talebini kabul ederek, ilaç bedelinin ödenmesine, ödemenin başvurucunun tedavisine derhâl başlanmasını engelleyecek herhangi bir şarta bağlı olmaksızın doğrudan ilacı ithale yetkili kuruluşa yapılmasına karar vermiştir.[130] Anayasa Mahkemesinin diğer kararında ise başvurucu ilaç bedellerinin SGK tarafından

[128] Sentges v. Netherlands, Başvuru No.27677/02 (ECHR Admissibility Decision, 8 July 2003) www.hudoc.echr. coe.int/eng?i=001-23318 erişim 17 Haziran 2026.

[129] Pentiacova and Others v. Moldova, Başvuru No.14462/03 (ECHR Admissibility Decision, 4 January 2005) www.hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-67997%22]}erişim 2 Haziran 2026.

[130] Anayasa Mahkemesi Başvuru No. 2021/37059 T. 17.2.2026. Benzer bir kararda yer alan ifadeler şu şekildedir; "Başvurucu; hastalığın tedavisi için gerekli olan ilacın maliyetinin yüksek olması nedeniyle ilacı kendi imkânlarıyla tedarik edemediğini, bu nedenle kendisi açısından hayati önem taşıyan tedavisinin gerçekleşememesine bağlı olarak maddi ve manevi bütünlüğünün tehlikeye gireceğini ileri sürmüştür. Başvurucu daha önce Anayasa Mahkemesi tarafından ilaç bedelinin ödenmesine dair bir tedbir kararı verildiğini ancak SSGM tarafından öngörülen uygulama nedeniyle ilacın önce kendisi tarafından satın alınması gerektiğini, ekonomik durumu nedeniyle böyle bir olanağı bulunmadığını da belirterek maddi ve manevi varlığın korunması hakkının ihlal edildiğini iddia etmiştir." Anayasa Mahkemesi, Başvuru No. 2020/22945 T. 22.2.2022. Lexpera erişim 19 Haziran 2026.

karşılanmasını talep etmektedir. Talebi reddedilen başvurucu idari yargıda dava açmıştır. İdare mahkemesi, işlemin Anayasa ile teminat altına alınan sağlıklı yaşama hakkı ve sosyal devlet ilkesi ile bağdaşmayacağının açık olduğunu, kanser hastası olan ve tedavisinde talep edilen ilacın kullanımı tıbbi anlamda zorunlu olan başvurucuya dava konusu işlemin uygulanması hâlinde yaşama hakkını etkileyerek telafisi güç ve imkânsız zararlara yol açacağını belirterek yürütmesinin durdurulmasına karar vermiştir. SGK yürütmenin durdurulması kararının içerik olarak açık olmadığını belirterek talebi yine reddetmiştir. Başvurucu ise tekrar idare mahkemesine başvurarak yürütmeyi durdurma kararının tavzihini istemiştir. Sonunda olay bireysel başvuruya konu edilmiştir. Anayasa Mahkemesi tedbir talebinin kabulüne ve ilacın bedelinin başvurucunun tedavisi amacıyla derhâl ödenmesinin sağlanmasına karar vermiştir.[131] Öte yandan Mahkemenin bir diğer kararında yer verildiği üzere SGK'nın kanser ilaçlarının ödenmesinde firmaların taleplerini arıyor olması eleştiriye açıktır. Kararın ilgili kısmı şu şekilde ifade edilmektedir; "...Bakanlık son olarak anılan ilacın ödeme listesinde bulunmadığının, ilacın ruhsat sahibi firmasınca ..... geri ödeme kapsamına alınması yönünde SGK'ya başvuru yapıldığının, değerlendirme süreçleri devam etmekte iken ilgili firma tarafından geri ödemeye ilişkin talebin geri çekildiğinin *ilacın geri ödeme kapsamına alınabilmesi için ruhsat sahibi firmanın yeniden talepte bulunması gerektiğinin*[132] SGK'ca bildirildiğini..."[133] Görüldüğü üzere geri ödeme kapsamının firmaların taleplerine bağlı olmasının insan haklarının temel yaklaşıma uygun düşmeyeceği söylenebilir. Tedavi hakkı bakımından bireylerin talepleri yeterli görülmelidir. Kaldı ki bazı durumlarda insan haklarına saygının gereği olarak bireylerin talepleri dahi dikkate alınmamakta talep olmadan da kararlar verilebilmektedir.

VI. YARGITAY VE BÖLGE ADLİYE MAHKEMESİ KARARLARINDA KANSER İLAÇLARININ ÖDENMESİ

Kanser hastalarının tedavileri için gerekli olan ilaçların ödenmesi talebiyle ilgili kuruma başvurmaları aslında zaruret halinin bir gereğidir. Zira ilaç kullanımında geç kalınması hayatın kaybı riskini bünyesinde barındırmaktadır. Zorunlu bir durum içerisindeyken tedbir talebinde bulunan hasta, tedavi altına alınamazsa anayasal nitelikteki etkin hukukî korumadan faydalanamamakta ve korumasız kalmaktadır.[134] Bu risk nihai karar verilene kadar devam etmekte ve nihai karar ile dava kabul edilmiş olsa bile artık telafisi imkânsız zarar ortaya çıkmış olmaktadır.[135] Ülkemizde kanser ilaçlarının karşılanması için SGK'ya başvurulmaktadır. Kurumun bu başvuruyu reddetmesi üzerine ise talepte bulunulan müdürlüğün bulunduğu

---

131 Anayasa Mahkemesi Başvuru No. 2022/13260 T. 17.2.2026. Lexpera erişim 21 Temmuz 2026.

132 Mahkeme kararlarındaki vurgular tarafımızca yapılmıştır.

133 Anayasa Mahkemesi Başvuru No. 2021/11034 T. 22.2.2022. Lexpera erişim 21 Temmuz 2026.

134 Drescher, Ingo, Münchener Kommentar zur Zivilprozessordnung, München: C.H. Beck Verlag, 2020, § 938, Nr. 9. Nakl. V Peksöz, 'Kanser İlaçlarının Karşılanması Konulu İhtiyatî Tedbirler (Uyuşmazlığın Esasını Çözer Nitelikte İhtiyatî Tedbir Örneği)' (2023) 72(4) AUHFD 1757, 1770.

135 Drescher, § 938, Nr. 9. Nakl. Peksöz, 2023, s. 1770, 1771.

yerdeki iş mahkemesinde Kuruma karşı dava açılmaktadır. Uzun dava süreleri hastanın tedaviye ulaşmasını geciktireceğinden dava ile birlikte ya da davadan önce ihtiyatî tedbir yoluyla Kurumun ilaçları ödemesi isteminde bulunulmaktadır. Son zamanlarda mahkemeler kanser ilaçlarının ödenmesi istemini davanın esası hakkında ihtiyatî tedbir kararı verilemeyeceği gerekçesine dayanarak reddetmektedirler.[136] Ancak davanın esasını çözer nitelikte yani asıl davada verilecek kararı öne çeker nitelikte ihtiyatî tedbire karar verilmesinin yasak oluşu sadece öğretide yer almaktadır.[137] Oysa davanın esasını çözer ya da asıl kararı öne çeker şekilde ihtiyatî tedbir kararı verilememesi yasağının mevzuatta bir dayanağı bulunmamaktadır. Buna göre söz konusu yasak, 1086 sayılı Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu'nda (HMK) yer almamaktaydı. 6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu tasarısında düzenlenmekle birlikte tasarı kanunlaşırken bu yasak metinden çıkarılmıştır. Bu nedenle Kanun'daki şartlara göre ihtiyatî tedbir kararı verilmesi mümkün olmasına rağmen, bazı davalarda bu yasak gerekçe gösterilerek tedbir talepleri reddedilmekte,[138] bunun neticesinde de etkin hukukî koruma sağlanamamaktadır.[139] Oysa davanın esasını çözer mahiyette tedbir kararı verilememesi yasağının yerine, verilecek tedbir kararıyla "geri dönüşü olmayan sonuçların önüne geçme" kuralını kabul etmek daha doğrudur.[140] Zira tedbir kararı verilmediğinde hasta bakımından telafisi imkânsız zararlar ortaya çıkarken, tedbir kararının karşı taraf bakımından doğuracağı sonuçlar ise sadece maddi nitelikte olacaktır.[141] Zaruret halinin ispatında ise HMK madde 390/3 gereğince yaklaşık ispat yeterli olacaktır.[142] Aksi halde talep reddedilecektir. Bir mahkeme kararında durum şu şekilde belirtilmektedir; "İlacın *kullanılmaması halinde* bu durumun *davacının sağlığında ciddi, hızlı ve geri dönüşü olmayan bir bozulmaya ya da ölüme ya da yaşam beklentisinde ciddi azalmaya veya yoğun acıya sebep olacağı* konusunda kanaat edinmeye elverişli ve *tedbir kararı için dayanak alınacak* yeterlikte bir belge dosyada bulunmadığı ve yaklaşık ispat koşulu yerine getirilmediği gibi…"[143] Şeklinde hüküm tesis edilmiştir. Tedbir kararının verilmesi yaşam hakkı ile doğrudan ilgilidir ve yaşamın kaybının telafisi mümkün değildir. Mahkeme bu durumu şu şekilde tespit etmektedir; *"Yaşam hakkının kutsallığı* çerçevesinde davacı yönünden yasada öngörülen ihtiyati tedbir şartlarının oluştuğu, dava derdest olup ileride haksız çıkma ihtimalinde *kurumun bedeli tahsil imkânının mevcut olduğu*

---

136 Vildan Peksöz, 'Kanser İlaçlarının Karşılanması Konulu İhtiyatî Tedbirler' 1759.

137 B Kuru ve B Aydın, *Medenî Usul Hukuku El Kitabı* (Yetkin Yayınları 2021) C. II, 1268.

138 "…davanın esasına ilişkin ihtiyati tedbir kararı verilemeyeceği de gözetilerek, ihtiyati tedbir kararının yerinde olmadığı anlaşılmış, istinaf başvurusunun kabulü ile ihtiyati tedbir kararının kaldırılmasına karar verilmesi gerekmiştir." Ankara BAM 10. HD, E. 2020/1460, K. 2020/1813, 29.12.2020. Lexpera erişim 19 Haziran 2026.

139 Peksöz, (n 136) 1765 1766.

140 Peksöz, (n 136) 1771.

141 Drescher, § 938, Nr. 9. Nakl. Peksöz 'Kanser İlaçlarının Karşılanması Konulu İhtiyatî Tedbirler' 1772.

142 HMK madde 390/3 "Tedbir talep eden taraf, dilekçesinde dayandığı ihtiyati tedbir sebebini ve türünü açıkça belirtmek ve davanın esası yönünden kendisinin haklılığını yaklaşık olarak ispat etmek zorundadır."

143 Ankara BAM 11. HD, E. 2020/846, K. 2020/904, 7.7.2020, Lexpera erişim 27 Haziran 2026.

anlaşılmakla…"[144] Şeklinde karar verilmiştir. SGK'nın ilaç bedellerini ödemesi bakımından bazı şartlara yer verilen bir mahkeme kararı ise şu şekildedir; "Davaya konu ilacın söz konusu kanser hastalığının tedavisinde hayati öneme haiz ve kullanılmasının *zorunlu olup olmadığının*, dolayısıyla kullanılmasının tıbben ve fennen sigortalının iyileşmesine katkıda bulunup bulunmayacağının, ilacın hangi tür kanser hastalarında hangi evrede ve hangi dozda kullanılacağının ve bu hususların nasıl belirleneceğinin, *davaya konu ilaçla yapılacak tedavinin bilinen mevcut tedavi yöntemlerine göre daha etkin ve daha yararlı olup olmadığının* üniversitelerin tıbbi onkoloji bilim dalından alınacak sağlık kurulu raporu ile saptanmalı… Bu kapsamda yapılacak araştırmalar sonucunda; davaya konu ilacın anılan hastalığın iyileşmesi için tedavisinde kullanılmasının hayati öneme haiz ve zorunlu olduğu sonucuna varıldığı taktirde ise ilaç bedelinin uygunluğu yönünden ve katkı payını da irdeleyecek biçimde denetime elverişli hesap raporu alınarak sonucuna göre karar verilmelidir."[145] Bir diğer kararda mahkeme reçete edilen ilacın kullanımında tıbbi zorunluluk olup olmadığı ya da kullanılmak istenilen ilacın yerine muadil ilaçların bulunup bulunmadığının araştırılması gerekliliğine değinmektedir. Karar şu şekildedir; "… davacının hastalığına dair tıbbi belgelerle izin verilen *ilacın davacının tedavisinde etkili olduğuna dair doktor kaydı ile reçete bulunmakta ise de* adı geçen etken maddeli ilaçlar dışında aynı hastalığın tedavisinde Sosyal Güvenlik Kurumunun Sağlık Uygulama Tebliğinde karşılanmasına izin verilen *muadil ya da muadil olmayan ancak aynı hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçların var olup olmadığı yönünde rapor bulunmadığı,* hastalığın başka bir ilaçla tedavisinin mümkün olup olmadığı, sadece adı geçen ilaçların kullanılmasıyla hastalığın tedavisinin mümkün olacağına, *kullanılmasında tıbbi zorunluluk bulunduğuna dair sağlık kurulu raporu bulunmadığı,* mevcut belgelerin talebe konu ilacın yaşamsal gerekliliği ve tedavide kullanımının tıbbi zorunluluğunu ortaya koyan nitelikte olmadığı, *salt endikasyon dışı kullanım onayının varlığına dayalı olarak ihtiyati tedbir kararı verilemeyeceği…"*[146] Hüküm altına alınmıştır. Başka bir kararda mahkeme ihtiyati tedbir kararı verilemeyeceğini şu şekilde ifade etmektedir; "Mahkemece esasa ilişkin hükümle birlikte ihtiyatî tedbir kararı verilmiş bulunduğundan, mahkemenin esasa ilişkin kararının kaldırılmasına karar verilmesi de gözetilerek, dava konusu ilacın bedeli kurumca karşılanacak ilaçlardan olmadığı, talebin yargılamayı gerektirdiği, davanın esasını çözer mahiyette ve hüküm etkisi doğuracak yönde ihtiyatî tedbir kararı verilemeyeceği…"[147] Yönünde karar verilmiştir. Öte yandan diğer bir kararda mahkeme aksi yönde yargıya vararak kanser ilacının, tedavi süresince Kurum tarafından karşılanmasına ihtiyatî tedbir yoluyla karar vermiştir. Kurumun, *istinaf sebebi olarak uyuşmazlığın esasını çözer ve dava sonunda hükümle elde edilebilecek faydayı önceden sağlar şekilde ihtiyatî tedbire karar verilemeyeceğini ileri*

[144] İstanbul BAM 33. HD, E. 2020/1833, K. 2020/1586, 12.11.2020, Lexpera erişim 27 Haziran 2026.

[145] Ankara BAM 10. HD, E. 2020/1284, K. 2020/1457, 10.11.2020, Lexpera erişim 27.Haziran 2026.

[146] Ankara BAM 10. HD, E. 2020/1460, K. 2020/1813, 29.12.2020. Lexpera erişim 19 Haziran 2026.

[147] Ankara BAM 10. HD, E. 2021/22, K. 2022/874, 18.5.2022. Lexpera erişim 19 Haziran 2026.

sürmesine karşın, Bölge Adliye Mahkemesi ilk derece mahkemesinin kararını yerinde bulmuştur.[148] Bir diğer kararda ise SGK tedbir kararı gereğince ödemesi yapılan ilaçları kullanan hastanın vefatı ile birlikte yapılan ödemelerin geri iadesini istemektedir. İlk derece mahkemesi "...alınan bilirkişi raporuna göre ilacın kullanımının standart tedavi seçeneğine göre daha avantajlı olduğu, bu hâliyle davacının ilacın kullanılmasından *fayda gördüğü,* yaşama hakkının en temel hak ve özgürlüklerden olduğu, ancak davacının vefat etmesi nedeniyle davanın konusuz kaldığı gerekçesiyle karar verilmesine yer olmadığına karar verilmiştir." BAM ise "...tedbir kararı uyarınca kullanılan ilacın bedelinin ödendiği gözetildiğinde davacının vefatıyla davanın konusuz kaldığından söz edilemeyeceği, davanın esası hakkında karar verilmesi gerektiği gerekçesiyle ilk derece mahkemesi kararı kaldırılıp..." demek suretiyle kararı bozmuştur. İlk derece mahkemesi ise önceki kararında ısrar etmiştir. BAM ilgili dairesi de yine aynı kararı verince davacı vekilleri davayı temyiz etmişlerdir. Kurum vekili istinaf başvurusunda hastanın ilacı kullanmasına rağmen iyileşemediği, sağlığına kavuşamadığı ve vefat ettiği, akıllı ilacın bağışıklık sistemini harekete geçirip hastalığı baskıladığından iyileşme sağlamayacağını iddia ederek Kurumun yaptığı ödemenin geri iadesini talep etmektedir. Yargıtay Hukuk Genel Kurulu (HGK) verdiği karar ile BAM'ın kararını bozmuştur. Buna göre HGK kararında Kurumun "ilacın hastayı iyileştirmediği" iddiaları şu gerekçelerle reddedilmektedir; "ilacın kullanılmasının tıbben ve fennen sigortalının iyileşmesine (*tam iyileşme aranmaksızın* mevcut durumdan sürekli olarak daha iyi hâle gelmesi) katkıda bulunup bulunmayacağını, en önemlisi dava konusu ilacın sürekli olarak daha etkin ve daha yararlı olduğunu tıbbi yöntemlerle belirleyen üniversitelerin tıbbi onkoloji bilim dalından en az 3 kişilik bilirkişi kurulundan rapor alınmalı ve karar verilirken yukarıdaki açıklamalar ışığında dava konusu ilacın mevcut tedavi yöntemlerine göre yan etkilerinin az olması, kısa süreli fayda sağlaması, hastanın mevcut durumunun kontrol altında tutulması, yaşam kalitesinin artırılması gibi faydasının bulunması hâlinde..."[149] Şeklinde karar verilmiştir. Bir diğer kararda yer alan bilirkişi raporuna göre kullanılan ilacın tam iyileşme sağlamasa da ömrü uzattığına işaret edilerek bu durum mahkemenin takdirine sunulmaktadır. "Davacının tıbbi durumundaki hastalarda ortalama 2-3 aylık *daha uzun yaşam süresi* elde edildiği bilimsel olarak ispatlanmış olup tamamen iyileşmenin mümkün olmadığı, bu kanserde dava konusu ilaç ile elde edilebilecek ortalama 2-3 aylık daha uzun yaşam süresinin hayati öneme

[148] Bursa BAM 11. HD, E. 2020/1239, K. 2020/989, 12.10.2020. Lexpera erişim 19 Haziran 2026.

[149] Yargıtay HGK, 2024/204 E. 2025/776 K. T.03.12.2025. Lexpera erişim 1 Temmuz 2026. Aynı kararda anayasal haklar bakımından da şu değerlendirmelere yer verilmektedir; *"...sosyal hukuk devletinin insan haklarına dayanan, kişilerin huzur, refah ve mutluluk içinde insan onuruna uygun yaşamalarını güvence altına alan, kişi hak ve özgürlükleriyle kamu yararı arasında adil bir denge kurabilen, sosyal güvenlik hakkını yaşama geçirebilen devlet olduğu, somut olayda tedaviyi uygulayan hekim tarafından davacıya doğru teşhis konularak dava konusu ilacın dozu ve uygulanma süresi belirlenerek reçete edildiği, davacının ilacı kullanmasıyla yaşama süresinin uzamasının yaşama ve sosyal güvenlik hakkı kapsamında olduğu, Anayasa hükümlerine aykırı olarak bu hakların sınırlandırılamayacağı, uyuşmazlığa ilişkin hastalığın teşhisi ve tedavisi için görevli kılınan hekimin akıllı ilaç kullanımı ilkelerine uygun olarak davacının tedavisinde dozu ve uygulama süresini belirleyerek dava konusu ilacı uygulamasının yeterli olduğu anlaşıldığından davanın kabulüne karar verilmesi gerektiği..."*

haiz olup olmadığı konusunun Mahkemenin takdirine sunulduğu (Prof. Dr. .... Prof. Dr. ... ve Prof. Dr ... tarafından düzenlenen bile tarihli heyet raporu)" belirtilmiş olup..."[150] Şeklinde karar verilmiştir. Kanaatimizce hastanın 2-3 aylık ömrünü uzatılıyor olması dahi ilaç bedelinin Kurum tarafından karşılanması için yeterli bir gerekçedir. Bir diğer uyuşmazlık konusunda ise SGK yine kanser ilaçlarının ödenmesi talebini reddetmektedir. Ancak bu olayda hem ilk derece mahkemesi hem istinaf mahkemesi davacının tedbir talebini reddetmektedir. Diğer istinaf dairelerinin tedbir taleplerini kabul etmesi emsal gösterilince de 5235 sayılı Adlî Yargı İlk Derece Mahkemeleri ile Bölge Adliye Mahkemelerinin Kuruluş, Görev ve Yetkileri Hakkında Kanun'un 35. maddesi gereğince bölge adliye mahkemelerinin benzer olaylarda kesin nitelikteki kararları arasındaki uyuşmazlığın giderilmesi yoluna gidilmiştir. Buna göre Yargıtay 10. Hukuk dairesi, "...kullanılmasının tıbben zorunlu bulunduğunun, ilacın kullanılmaması halinde bu durumun davacının sağlığında ciddi, hızlı ve geri dönüşü olmayan bir bozulmaya ya da ölüme ya da yaşam beklentisinde ciddi azalmaya veya yoğun acıya sebep olacağı konusunda kabul görmüş ve tedbir kararı için dayanak alınacak yeterlilikte bir tıbbı otorite raporunun dosyada bulunmadığı anlaşılmakta olup bu aşamada talebin sonucu itibarıyla ihtiyati tedbirin mahiyetini aşacak ve *davayı esastan çözecek nitelikte tedbir kararı verilmemesi*..." demek suretiyle tedbir kararının reddedilmesini yerinde bulmuştur.[151] Yine Yargıtay'ın aynı dairesi tarafından verilen aynı nitelikteki bir başka kararın *karşı oy yazısında "Davacının yaşam süresinin uzaması, yaşam ve sosyal güvenlik hakkı kapsamındadır.* İlacın esas itibarıyla yaşamın sürdürülmesini sağladığı anlaşıldığından, devletin yaşamı koruma yükümlülüğü içinde kaldığı açıktır. Burada salt iyileşme ve sağlığa kavuşma aranması, yaşam hakkının kısıtlanması anlamına gelecektir. Anılan ilacın deneysel olmadığı, Dünya Sağlık Örgütünce onaylandığı da anlaşılmaktadır. Kaldı ki Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ilacın kullanımını uygun bulmuş olup, mahkemece de rapor alınmıştır. İlk derece mahkemesi ve Bölge Adliye Mahkemesinin kararları isabetlidir. Çoğunluğun Uluslararası Sözleşmeler ve Anayasa hükümlerine aykırı olarak, yaşam ve sosyal güvenlik hakkını sınırlayıcı şekilde ve özellikle akıllı ilaç kullanımı ilkelerine uygun olarak tedaviyi uygulayan hekimin ve bunu doğru bulan raporları yok sayarak..." denilerek karara muhalif kalınmıştır.[152]

Yargıtay HGK'nın kararları çerçevesinde değerlendirme yapılacak olursa Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında *ödeme kapsamında olmayan kanser ilaçları için açılacak davalarda tedaviyi planlayan hekimin uygun görüşü ve reçetesi ile Türkiye Tıbbi İlaç ve Cihaz Kurumu'nun onayı, ilacın karşılanması için yeterli görülmemektedir.* Buna göre Genel Kurulun araştırılmasını istediği hususlar şu şekilde sıralanabilir;

---

[150] Yargıtay 10. HD. 2024/14011 E. 2025/1300 K. T.03.02.2025. Lexpera erişim 1 Temmuz 2026.

[151] Yargıtay 10. HD. 2023/13046 E. 2024/12496 K. T.06.12.2024. Lexpera erişim 1 Temmuz 2026.

[152] Yargıtay 10. HD. 2021/13337 E. 2022/4764 K. T.31.03.2022. Lexpera erişim 1 Temmuz 2026.

a. Bedeli ödenen ilaçların hastanın hayatını idame etmesine yönelik asgari düzeyde tedaviyi karşılayıp karşılamadığı,

b. İlaca ilişkin faz çalışmalarının tamamlanıp tamamlanmadığı,

c. Hastalığın tedavisinde hayati önemi haiz ve zorunlu olup olmadığını,

d. Dolayısıyla ilacın kullanılmasının tıbben ve fennen sigortalının iyileşmesine (tam iyileşme aranmaksızın mevcut durumdan sürekli olarak daha iyi hâle gelmesi) katkıda bulunup bulunmayacağını,

e. Dava konusu ilacın sürekli olarak daha etkin ve daha yararlı olduğunu tıbbi yöntemlerle belirleyen üniversitelerin tıbbi onkoloji bilim dalından en az 3 kişilik bilirkişi kurulundan rapor alınması

f. Dava konusu ilacın mevcut tedavi yöntemlerine göre yan etkilerinin az olması,

g. Kısa süreli fayda sağlaması,

h. Hastanın mevcut durumunun kontrol altında tutulması,

ı. Yaşam kalitesinin artırılması,

i. İlacın faz çalışmalarının tamamlanması,

j. Hayati önemi haiz, kullanılmasının tıbben ve fennen zorunlu olup kısa süreli etkinliğin ötesinde sürekli etkin ve yararlı olması,

k. Tıbbi otoritelerce kabul görmesi,

l. Kurumun kabul edilebilir itiraz ve çekincelerinin bulunmaması hâlinde sonucuna göre karar verilmelidir.[153]

Eğer ilaç SUT kapsamına girmiyor ise Hukuk Genel Kurulu güncel olarak şu hususların incelenmesini istemektedir ki bunları aynen karardan aktarıyoruz;

"a) Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumundan ilaca ilişkin faz 3 çalışmalarına hasta grubu ve hekim verilip verilmediği sorulmalı, hasta grubu verilmişse varsa buna ilişkin çalışma raporları ve ilaç şirketinden ilaca ilişkin tüm faz çalışmaları getirtilmeli,

b) Davacıda ilacın kullanılması ve etkin olması için kanser hücresi üzerinde bulunan PD-L1 seviyesinin pozitif olması gerektiği anlaşıldığından davacı hastaya genetik test uygulanıp kanser ilacına uyumlu olup olmadığı yönünde araştırma yapılıp yapılmadığı, genetik test yapılarak ilaç kullanılmış ise ilacın ruhsatında belirtilen şartlara uygun kullanılıp kullanılmadığı,

c) Bu yöntemin (ilaç) dava konusu kanser türünde işe yarayıp yaramadığı, kanser hücrelerinin bağışıklık sisteminden gizlenmek için bu kontrol noktasından başka hücresel mekanizmalarının bulunup bulunmadığı, bulunması durumunda ilacın ne kadar etkin olacağı,

[153] Yargıtay HGK 2024/410 E. 2025/790 K. 03.12.2025, Yargıtay HGK 2024/650 E. 2025/791 K. T.03.12.2025, Yargıtay HGK 2024/337 E. 2025/789 K. T. 03.12.2025. Lexpera erişim 1 Temmuz 2026.

ç) Davacı hastadaki kanserin türü ve evresi tespit edilerek hastaya teşhis konulduğunda kanserin hangi organları etkilediği, geleneksel tedavi yöntemlerinin (cerrahi bir müdahale, kemoterapi, radyo terapi vs.) uygulanıp uygulanmadığı, doğrudan bu tedavinin mi uygulandığı, davacının ilacı kullanması sonrası yapılan pozitron emisyon tomografisi (PET) çekimlerinde ilaçtan ne kadarlık bir fayda sağladığı yani mevcut durumundan daha iyiye mi yoksa daha kötüye mi gittiği, tümörde ne kadarlık bir küçülme olduğu, davacı hastanın ilaçtan sürekli ve daha etkin bir fayda sağlayıp sağlamadığı, geçici bir fayda sağlıyorsa ne kadar süre sağladığı, kısa süreli fayda sağlıyor ise hasta için hayati önemi haiz olup olmadığı,

d) İlacın onay süreci öncesi yapılan faz 3 çalışmaları, onay sonrası varsa faz 4 çalışmaları ve diğer araştırmalarda etkinlik düzeyi yönünde yapılan bilimsel araştırmalar sonucu elde edilen veriler de gözetilmek suretiyle dava konusu kanser türünde etkin olup olmadığı, ilaç bağışıklık sisteminin güçlendirmesine yönelik olup tedavide yalnızca bu ilaç kullanılacaksa, tek başına bu tedavide ne kadar başarı sağlayacağı, geleneksel yöntemlerden daha etkin olup olmadığı,

e) İlacın hedefe yönelik mi yoksa tüm vücuda dağılacak şekilde mi uygulandığı, ilaç hedefe yönelik uygulanıyorsa tüm vücuda metastaz yapmış (davacı yönünden türü ve evresi gözetilerek) kanser hastalarında etkinliğinin ne kadar olabileceği, ne kadarlık doz kullanması gerektiği, şayet ilaç tüm vücuda yayılacak şekilde kullanılıyor ise ilacın onay öncesi faz 3 ve onay ve kullanım sonrası varsa faz 4 çalışmalarında elde edilen bulgular gözetilerek yan etkilerinin olup olmadığı, varsa yan etkilerinin neler olabileceği, davacı hastada yan etkilerin gelişmesi veya ilacın etkin olmaması nedeniyle hastalığın ilerlemesi durumunda ilacın kullanılmasının sona erdirilip erdirilmeyeceği,

f) Ülkemizde hastalığın tedavisi için standart olarak kemoterapi, radyoterapi vs. ilaç ve tekniklerin uygulandığı, mevcut ilacın ise daha etkin ve yararlı olduğu iddia edildiği anlaşıldığından davacı hastaya ait tedavi evrak ve durum bildirir doktor raporları gözetilerek öncelikle Kurum tarafından bedeli ödenen ilaçların hastanın hayatını idame etmesine yönelik asgari düzeyde tedaviyi karşılayıp karşılamadığı, şayet karşılamıyor ise dava konusu ilacın sürekli mi yoksa geçici bir fayda mı sağladığı, geçici bir fayda sağlıyorsa faydanın ne kadar süre olduğu,"[154] araştırılmalıdır.

Mahkeme kararları üzerine yapılacak değerlendirmeler sonuç kısmında ayrıntılı olarak ele alınacaktır. Ancak Yargıtay'ın son kararlarında geri ödeme için öngördüğü koşulların, tedavi sürecini uzatacağı ve bunun da hastaların yaşam haklarını riske atacağı şeklinde bir değerlendirmede bulunulabilir.

[154] Yargıtay HGK 2024/410 E. 2025/790 K. 03.12.2025, Yargıtay HGK 2024/650 E. 2025/791 K. T.03.12.2025, Yargıtay HGK 2024/337 E. 2025/789 K. T. 03.12.2025. Lexpera erişim 1 Temmuz 2026.

SONUÇ

Nüfusun yaşlanması, ortalama yaşam süresinin uzaması, sağlık hizmetleri konusunda farkındalık seviyesinin ve beklentilerin yükselmesi, hizmetlere erişim kolaylığının sağlanması gibi etkenler sağlık hizmetinin maliyetini artırmaktadır. Aynı şekilde kronik hastalılardaki artış ve teknolojik imkânların gelişmesi de sağlık hizmeti bakımından maliyeti artırmaktadır. Bu noktada konunun tartışma alanı "maliyet ve insani değerler" çatışması olacaktır. Konuya ne maliyet ne de sadece insani değerler odağından bakılmamalıdır. Kanaatimizce konu insani değerler merkezinde mali tablo gözetilerek ele alınmalıdır. Görüldüğü üzere mali tablodan önce insani değerler konuya hâkim olmalı, mali imkânlar olabileceğin en üst limitinde kullanılmalıdır. Zira insan hayatı, insan onurunun da bir gereği olarak finansal açıdan paha biçilemeyecek bir değerdedir. Bu nedenle Anayasamızın 65. maddesinde yer alan "mali kaynakların öncelik sırasına göre harcanacağı hükmü" sağlık ve yaşam hakkına yönelik harcamaların ilk sıraya yerleşmesini gerektirecektir. Buna göre savunma harcamalarında bireyler genel olarak toplumu gelecek tehlikeler karşısında korunmakta iken kanser hastaları için bu tehlike zaten vuku bulmuş demektir. Elbette ki savunma harcamaları önemsiz denemez ve bu konuda gerekli harcamalar yapılmalıdır. Ancak sağlık konusunun da milli güvenliğin bir parçası olduğu unutulmamalıdır. Yargı kararlarına gelince Yargıtay'ın son kararlarının eleştiriye açık olduğu söylenebilir. Yargıtay'ın geri ödeme bakımından değerlendirilmesini istediği hususlar zaman gerektirmekte olup tedavi süreçlerini geciktirme riskini ortaya çıkartmaktadır. Öte yandan hemen yukarıda yer verilen kararın "ç" bendindeki gibi "kanserin hangi organları etkilediği" ya da "f" bendinde olduğu gibi "ilacın sürekli mi yoksa geçici bir fayda mı sağladığı" gibi hususların irdelenmesinin süreci gerekmediği halde uzatacağı söylenebilir. Buna göre ilacın faydası ya vardır ya da yoktur bunu süreli ya da geçici olarak ayırmanın bir gereği bulunmamaktadır. Acılar içerisindeki bir hastanın yaşam kalitesinin birkaç aylık süre için dahi yükseltilmesi yaşam hakkı, insan onurunun korunması gibi kutsal bir amaca hizmet etmektedir. Yine tedbir kararının mevzuatta bir hüküm olarak yer almamasına rağmen "nihai kararı öne çekme yasağı" gerekçesiyle reddedilmesi somut durumla örtüşmeyecektir. Zira tedbir kararı verilirken "telafisi mümkün olmayan sonuçların önlenmesi" gözetilmelidir. İnsan haklarının korunması yaklaşımı da bunu gerektirmektedir. Kanaatimizce aksi yönde verilen kararlar sosyal devlet ilkesi ile uyumlu olmayıp eleştiriye açıktır. Görüldüğü üzere Yargıtay güncel kararlarında tedaviyi yapan hekimin reçetesi ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun onayını geri ödeme için yeterli görmeyerek uzun bir "gereklilikler" listesi sunmaktadır. Özellikle AİHM kararlarında da görüleceği üzere birey ve kamu kaynakları bakımından yapılan değerlendirmelerde kamu kaynakları bakımından bir dengenin kurulacak olmasına yani vaziyetin ekonomik sonuçlarına yer verilmektedir. Kanser hastası için ilacın temin edilememesi doğrudan yaşam hakkının kaybına yol açabilecek niteliktedir; buna karşın ilacın kurumca karşılanmasının SGK bakımından tek sonucu, telafisi her zaman mümkün olan ekonomik bir harcamadan ibarettir. Bu nedenle yaşam hakkının kutsallığı karşısında ilaç bedellerinin karşılanmasının *asıl,* karşılanmamasının ise son derece *istisnai* olması gerekir. Sonuçta gerek sağlık hakkı bağlamında yaşam hakkı düşünülecek olursa gerekse konunun sosyal etkileri düşünülecek olursa devletin harcama sıralaması yaparken

özellikle kanser gibi hastalıkların tedavisi için yapılacak harcamalara öncelik vermesi gerekecektir. Anayasa'nın "sosyal devlet" ilkesi ve devletin iktisadi ve sosyal ödevlerinin sınırlarını belirleyen 65. maddesi de idareye, mali kaynakları planlarken insan hayatını ve sağlığını ilk sıraya koyma ödevi yüklemektedir. Devlet, ticari bir sigorta şirketi gibi kar-zarar odaklı hareket edemez; aksine mali kısıtlamaları aşmak adına harcama önceliklerini yeniden düzenlemek, bazı harcamalardan tasarruf ederek bütçeyi yaşam hakkını koruyacak şekilde seferber etmekle ödevlidir. Sonuç olarak, aktüeryal dengenin korunması ihtiyacı yadsınamaz bir gerçeklik olsa da, bu dengenin faturası bireyin biyolojik varlığının feda edilmesiyle ödenemez.

KAYNAKÇA

Ağır H ve Tıraş HH, 'Türkiye'de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi' (2018) 15(2) KSUSBD 643-670.

Akdur R, *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu* (Ankara Üniversitesi Basımevi 2006)

Akdur R ve Aydın E, 'Sınırlı Kaynakların Dağıtımı ve Sağlık Hizmetleri' *1. Tıbbi Etik Kongresi Bildiri Kitabı (Haziran 1999, İzmit Kocaeli)* (TF Yayınları, Kocaeli 2000)

Açık D ve Alper Y, 'Dünya'da Genel Sağlık Sigortası Finansman Modelleri ve Reform Sonrası Dönemde Sosyal Güvenlik Kurumunun GSS Harcamaları' in Ali Nazım Sözer ve diğerleri (eds), *Sosyal Sigortalar Hukuku İncelemeleri - IV* (LYKEION Yayıncılık 2025) 85-118.

Altay A, 'Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi' 64 SAYDER 33-58.

Atabey SE ve Meriç M, 'Sağlık Harcamaları ve Evrensel Kapsama Açısından Türk ve Alman Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı İncelenmesi' (2016) 24(2) Sosyoekonomi 113-131.

Atasever M, Karaca Z ve Örnek M, 'Türkiye'de Sağlık Harcamaları Analizi' (SASAM Enstitüsü Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi, Yıl 3 Sayı 10, 2017)

Bayraktar K, *Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezaî Sorumluluğu* (İstanbul 1972)

Belek İ, 'Nasıl Bir Sağlık Sistemi? III Sigorta Değil, Genel Vergi' (2000) 15(2) TH 90-101.

Bülbül D, 'Sağlık Harcamalarının Kamu Tarafından Finansmanında Ortaya Çıkan Sorunlara Alternatif Bir Çözüm Önerisi' 332 VSD 111-125.

Bulğurcu B ve Özdemir P, 'Geçiş Ekonomilerinde Sağlık Harcamalarının Etkinliği Üzerine Bir İnceleme' (2015) 15(4) EAB 523-537.

Chapman A, 'The Social Determinants of Health, Health Equity, and Human Rights' (2016) 12(2) HHR 17-30.

Colombo F ve Tapay N, 'Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems' (OECD Health Working Papers No 15, 2004)

Constitution of the World Health Organization (22 Temmuz 1946) <www.who.int/about/governance/constitution> erişim 7 Haziran 2026.

Çelik Y, 'Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi' (2011) 1(1) SGD 67-102.

Çelikay F ve Gümüş E, 'Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı' (2010) 11(1) OGÜSBD 177-216.

Çınaroğlu S, 'Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanında Eşitsizlik ve Hakkaniyet: Uygulamalı Bir Ekonometrik Yaklaşım' (2018) 10(1) İSARDER 876-897.

Daştan İ ve Çetinkaya V, 'OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması' (2015) 5(1) SGD 99-138.

Erer S, 'Sağlık Hizmetlerinin Sorumluluğun Paylaşılması' (2010) 36(1) UÜTFD 33-36.

Filiz Y, 'Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi' (Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi 2010)

Garip ZNZG, 'Sağlık Finansman Modelleri ile Hizmet Kullanım İlişkisi Üzerine Bir Araştırma' (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi 2020)

Güven E, Tevfik AT ve Ebru R, 'Sağlık Ekonomisi Kapsamında Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Bir Uygulama' (2020) 3(1) HUSBED 63-81.

Hsiao WC, 'Abnormal Economics in the Health Sector' (1995) 32(1-3) Health Policy 125-139.

Internal Revenue Service, 'Topic no. 502, Medical and dental expenses' (2026) <www.irs.gov/taxtopics/tc502> erişim 10 Nisan 2026.

İnsan Hakları Daire Başkanlığı, 'Ülkemizle İlgili Son Dönemde Verilen Bazı AİHM Kararları' (2020) T.C. Adalet Bakanlığı <www.inhak.adalet.gov.tr/Resimler/Dokuman/1772020145127AI%CC%87HM%20kararlar%C4%B1.pdf> erişim 9 Temmuz 2026.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (10 Aralık 1948) BM Genel Kurulu Rezolüsyonu 217 A (III) <www.hsk.gov.tr/eklentiler/dosyalar/9a3bfe74-cdc4-4ae4-b876-8cb1d7eeae05.pdf> erişim 7 Haziran 2026.

İpek E, 'Türkiye'de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Koşulsuz Kantil Regresyon' (2019) 14(2) OGUİİBFD 409-428.

Kara O, Kurutkan MN ve Genç G, 'Sağlık Hizmetlerine Erişim Açısından Hakkaniyet: Uygulamalı Bir Analiz' *İzmir Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı (İZCEAS)* (İzmir 2018) 2541-2558.

Kullberg L, Blomqvist P ve Winblad U, 'How Private Health Insurance Shapes Perceptions of Public Healthcare in Sweden' (2025) 40 Int J Health Plann Mgmt 1048-1057

Kuru B ve Aydın B, *Medenî Usul Hukuku El Kitabı* (Yetkin Yayınları 2021) C. II

Metin B, 'Sağlık Hakkı' (2017) 4(1) SAD 41-47.

Moral Destek Sigortası, https://www.allianz.com.tr/tr_TR/urunler/ozel-saglik-sigortalari/moral-destek-sigortasi.html erişim 20 Temmuz 2026.

Mossialos E ve Thomson SM, 'Voluntary Health Insurance in the European Union' in E Mossialos ve diğerleri (eds), *Funding Health Care: Options for Europe* (Open University Press 2002)

Murray CJL, Lim SS ve Dieleman JL, 'Expanding GBD collaboration-call for experts in health financing and health systems' (2017) 389 Lancet 18-19 nih.gov erişim 9 Nisan 2026

Özgen H, 'Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?' (2007) 10(2) HSİD 201-228.

Pekten A, 'Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler' 61 SAYDER 119-138.

Peksöz V, 'Kanser İlaçlarının Karşılanması Konulu İhtiyatî Tedbirler (Uyuşmazlığın Esasını Çözer Nitelikte İhtiyatî Tedbir Örneği)' (2023) 72(4) AUHFD 1757-1798.

PNHP, 'Health Care Systems - Four Basic Models' <www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php> erişim 10 Nisan 2026.

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 'Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024' (T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara 2025)

Saltık A, 'Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar' (1995) 10(68) TH 38-44.

Saraçoğlu E, Altay B ve Dönmez MD, 'Kanserli Hastalara Bakim Veren Aile Üyelerinin Bakim Verme Yükü ve Tükenmişlik Düzeyleri' 124 ASOS 370-384.

Sevinç Ş ve Yılmaz FÖ, 'Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri' (2020) 1(2) SSD 125-144.

Tatar M, 'Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi' (2011) 1(1) SGD 103-133.

Uğurluoğlu E ve Özgen H, 'Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet' (2008) 11(2) HSİD 149-178.

Uğurluoğlu Ö ve Çelik Y, 'Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı' (2005) 8(1) HSİD 3-29.

Uslu Y ve Fil İ, 'Türkiye'de Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Kaynakların AHP Yöntemi ile Analizi' (2023) 3(1) BİİBFED 42-76.

World Bank, 'Turkey: Health Reform for Enhanced Access and Efficiency' (Human Development Sector Unit, World Bank 2003)

World Health Organization, 'A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health' (WHO, Geneva 2010)

World Health Organization, 'Reaching Universal Coverage Via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period' (WHO, Health Financing Policy Discussion Paper No 2, 2004)