



MEMUR-SEN KONFEDERASYONU
SAĞLIK-SEN
SAĞLIK ve SOSYAL HİZMET ÇALIŞANLARI SENDİKASI



Dergisi

Yıl:4 • Sayı: 14 • Ağustos - 2011

“Kamu Hastane Birlikleri ve Soru İşaretleri” 14



Başbakan'dan Sağlık Çalışanlarına Övgü:

"Sağlıkta Dönüşüm Programının Baş Aktörü Sağlık Çalışanlarıdır" 12



MEMUR-ŞEN KONFEDERASYONU
SAĞLIK-ŞEN

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları
Genel Yetkili Sendikası

AĞUSTOS 2011

**SAĞLIK-ŞEN ADINA
İMTİYAZ SAHİBİ**

Metin MEMİŞ
Genel Başkan

**GENEL YAYIN YÖNETMENİ
SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ**

Fatih KOCUR
Genel Basın ve İletişim Sekreteri

YAYIN KURULU

Semih DURMUŞ
Murat ÖZDEMİR
Mustafa ÖRNEK
Mustafa KULLUK
Menderes TURBAY

EDİTÖR

Murat KALEM
Genel Başkan Danışmanı



Grafik Tasarım ve Uygulama
Sağlık-Sen Genel Merkezi

BASKI

Başak Matbaacılık ve Tan. Hiz. Ltd. Şti
Anadolu Bulvarı Meka Plaza No:5/15 Gimat
T: 0312 397 16 17 • F: 0312 397 03 07

SAĞLIK-ŞEN GENEL MERKEZİ

GMK Bulvarı Özveren Sok. No:9/3
Demirtepe/ANKARA
Tel: 0 312 444 1995
Faks: 0 312 230 83 65
GSM: 0 506 397 92 92
www.sagliksen.org.tr

Sağlık-Sen'in ücretsiz yayın organıdır.
Yazıların sorumluluğu yazarlarına aittir.

İçindekiler

2' Başkanın

• *Metin Memiş / Sağlık-Sen Genel Başkanı*

4' Gündem

- *Ramazanda Türkiye'den Afrika Seferberliği*
- *Röportaj: Prof. Dr. Yusuf Ziya Özcan*
- *Başbakanın Sağlık Çalışanlarına Övgü*

14' Dosya

- *Teşkilat Yasası ve Hastane Birlikleri*
- *Devlet Hastaneleri İçin Yeni Bir Model: Kamu Hastane Birlikleri*
- *Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı ve Getirdikleri*
- *Kamu Hastane Birlikleri ve Düşündürdükleri*
- *Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı*
- *Kamu Hastaneleri Birliği: Özelleştirmeye Giden Yolda Gizli Gündemmi*
- *Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı: Sağlık Bakanlıktan Temiz İkinci El Hastane*
- *Tercüme Yasalarla Değil, Şura Toplantıları İle Sağlığımızı Şekillendirelim*
- *Prof. Dr. Sebahattin Aydın İle Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı Üzerine*

66' Araştırma-İnceleme

- *Evde Sağlık Hizmetleri - 'Evde Yalnız Değilsiniz'*

Sağlıklı İletişim '72

• Sağlık İletişimi ve Sağlık Bakanlığı

Portre '76

• Tekellerin sürgün ettiği bir isim:
Dr. HüseyinZiya Özel

Sağlık Tarihi '78

• Osmanlı Devletinde Sağlık ve Sosyal Cemiyetler ve Hemşirelik

Ajanda '86

• Sağlık ve Sosyal Hizmetlerde...
(Mayıs-Ağustos 2011)

Eflatun, devlet işlerinin, idare edenlerle idare edilenlerin yönetime katılmasıyla gerçekleşeceğini binlerce yıl öncesinden söyleyerek tarihe not düşüyor.

Ak Parti, 2011 seçim beyannamesinde, "Eğer Türkiye demokrasisini güçlendirmek ve kökleştirmek istiyorsa, kamu idaresiyle STK'ların birlikte çalışmalarının kanallarını her geçen gün daha da artırmak zorundadır" diyerek, ustalık döneminin yönetim anlayışına ilişkin rotasını çizmiş oldu.

Ak Partinin ustalık döneminde, bürokratik yönetim geleneğinin dönüşümü ve katılımcı demokrasinin kökleşmesi adına nasıl bir mesafe katılabileceğini merak ediyoruz. Geride kalan Ak Parti iktidarları döneminden farklı olarak bu dönem, bürokrasiyi siyasal riskleri paylaşan bir statüye dönüştürme faaliyetleri yürütülüyor. Bakanlıklar, merkez ve taşra teşkilatlarını yeniden tanımlıyor. Bu hızlı trafik içinde Sağlık Bakanlığı da, idarecisi ve çalışanıyla 400 bin kişinin bulunduğu dev bir teşkilatta, kapsamlı bir dönüşüme sessiz sedasız imza atmaya hazırlanıyor.

Teşkilat Yasası ile ilgili Kanun Hükmünde Kararname hazırlığının detayları ortaya çıkmaya başladı. Karamamenin en büyük sürprizi kamu hastane birlikleri oldu. 2007 yılında TBMM'ye sevk edilen kanun tasarısının Genel Kurulun öncelikli konuları arasında görüşülmesi bekleniyordu. Ancak Bakanlık, KHK ile meseleyi halletme yolunu seçti. Hastane birlikleri projesinin Türkiye'de uygulanabilirliği, doğruları ve yanlışları, kamuoyunda yeterince tartışılmadı. Sağlık sisteminin içinde olan kesimlerin, mevcut kapasite ve sorunlar ölçeğinde, hastane birliklerinin nasıl bir fayda veya zarar üreteceği konusunda mutlaka söyleyecek sözleri vardı. Ancak, Bakanlığın, teşkilatını çağın gereklerine göre biçimlendirme heyecanı içinde yönetim duygusunu yeşertemediği görüldü. Oysa değişimi geniş bir tabanda tartışmakta zorlanıldıkça, sağlık çalışanları da haklı olarak değişimi içselleştirmekte zorlanıyor.

Kamu Hastane Birlikleri projesinin seçim sonrasında Bakanlığın öncelikli gündemi olacağı, çeşitli ortamlarda yetkili ağızlardan dile getiriliyordu. Sağlık-Sen Dergisi, hastane birliklerini dosya konusu olarak seçtiğinde ise Bakanlığın sessiz sedasız yürüttüğü KHK kamuoyuna yansımamıştı.

Hastane birlikleri konusunun tartışılacağı demokratik bir zemin oluşturma kararımızın zamanında bir tavır olduğunu, yaşanan bu sıcak gelişmeler haklı çıkardı. Dosyamız kapsamında, hastane birliklerini destekleyen, karşı çıkan, eleştirilen yönlerini sıralayan akademisyenler ve kanaat önderlerinin makaleleri ile sendikamıza ait görüşler yer almaktadır. Yazarlarımızın bir kısmı değerlendirmelerini TBMM'deki kanun tasarısı üzerinden yaparken diğer yazarlar kamuoyuna yansıyan Teşkilat Taslağı üzerinden değerlendirmelerde bulunmuşlardır.

Hastane birliklerinin, Sağlıkta Dönüşüm kapsamında önümüzdeki sürecin en çok tartışılan konusu olacağı herkes tarafından kabul ediliyordu. Bakanlığın talebi ve Bakanlar Kurulunun onayı ile il düzeyinde karar verilecek yeni sisteme güven duygusunu geliştirecek ne tür adımlar atılacağını zaman gösterecek. Ancak hali hazırda gelir adaletsizliği nedeniyle eleştirilen mevcut yapıyı, yüksek gelirli yöneticilere havale eden yeni sistemle, çalışan motivasyonunun nasıl sağlanacağı üzerine tartışmalar uzun süre devam edecektir.

Sağlık-Sen Dergisinin, diğer bölümlerinde de önemli gündem konularına değinilmektedir. Araştırma-İnceleme bölümümüzde, sağlık hizmetlerinin popüler başlıklarından olan evde bakım hizmetleri konusundaki gelişmeler değerlendirilmektedir. YÖK Başkanının, sağlık eğitiminin geleceğine ilişkin Sağlık-Sen Dergisine yaptığı özel açıklamalara gündem sayfalarında yer verilmiştir. Yaz aylarının yoğun gündemini sayfalarına taşıyan Sağlık-Sen Dergimizin 14. sayısını faydalı olması dileğiyle okurlarımızın ilgisine sunuyoruz.

Çalışanlar Sağlıkta Dönüşüm Programını İçselleştirdi Mi?



Metin MEMİŞ
Sağlık-Sen Genel Başkanı

Sağlık Sisteminin verimli işleyişini engelleyen bürokratik mekanizmanın, yeni, çağdaş ve yönetim ilkelerinin benimsendiği bir yapıyla aşılması gerektiğine inanıyoruz. Ancak teşkilat yapısı içinde oluşturulan kurullarda çalışanların temsil edilmemiş olması geleneksel yaklaşımların kolay kolay değişemeyeceğini ortaya koyuyor.

Başbakan, 61. Hükümetin programı üzerine gerçekleştirdiği Meclis konuşmasında sağlık hizmetlerine geniş yer ayırdı. Çünkü Türkiye’de son on yılın en çok konuşulan dönüşümü sağlık hizmetlerinde yaşandı. Hasta memnuniyeti cumhuriyet tarihinde görülmemiş bir zirveye ulaştı. Bunun haklı gururunu yaşayan Başbakan, sağlık hizmetlerinin geleceği ve sağlık çalışanları ile ilgili de önemli açıklamalarda bulundu. Meclis kürsüsünden, sağlık çalışanlarını sağlıkta dönüşümün baş aktörü olarak tanımlaması bizim için son derece önemliydi.

Çünkü, sağlık hizmetlerinde vatandaş memnuniyetini yüksek tutmak ve sağlık hizmeti talebini nitelikli bir şekilde karşılayabilmek için çok büyük bir çaba ortaya konuldu. Sağlık çalışanları, yıllar boyunca ihmal edildiği için, düzeltilmesi zaman alacak çeşitli sorunları vatandaşa hissettirmeden görevini yerine getirmeye çalıştı. Sağlık hizmetlerinin mazereti yoktu ve mevcut imkanlarla sağlığı korumak için ekstra güç, emek gerektiğinde, sağlık çalışanları, bunu ortaya koymaktan hiçbir zaman geri durmadı. İşte böyle bir mesleki vizyonu üstün bir performansla sürdüren sağlık çalışanlarından, Başbakan, takdir ve şükran cümleleri ile bahsetti.

Benzer bir övgü de Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ’dan gelmişti. Bakan Akdağ, sağlık çalışanlarının özverili bir şekilde sağlıkta dönüşüm programının ruhunu içselleştirdiğini belirterek, çalışanlara şükran duygularını ifade etti.

Türkiye’de sağlıkta yaşanan dönüşümün mimarları olarak sağlık çalışanları bu tür üst düzey övgüler aldığı gibi, zaman içinde yıpratıcı eleştirilere, saldırılara da maruz kaldı. Örneğin medya, sağlık çalışanlarını hep günah keçisi ilan etti. Yaşanan tıbbi hataları haberleştiren medya kurumları, bu hataların nasıl bir çalışma düzeni içinde gerçekleştiği sorusundan hareketle sistemi sorgulama ihtiyacı hissetmedi. Sağlık alanında yaşanan her olumsuzluk sağlık çalışanlarına mal edildi. Kamuyunda hekim ve diğer sağlık personeline yönelik olumsuz bir algı üretimi gerçekleştirildi. Bu nedenle sağlık çalışanları şiddete, sözlü ve psikolojik saldırılara daha fazla maruz kalmaya başladı.

Öte yandan, sağlık çalışanlarının sağlıkta dönüşüm programının ruhunu içselleştirdiği düşüncesi ise çalışanların, vatandaşa nitelikli ve adil koşullarda sağlık hizmet sunma kaygısı gerçeğini ortaya koyması açısından doğru bir tespittir. Ancak Sağlıkta Dönüşüm Programının detaylarında sorunlar yaşandığı, bu sorunların hem çalışanları, hem de nitelikli sağlık hizmeti sunma hedefini olumsuz etkilediği gerçektir. Sağlıkta dönüşüm kapsamında uygulamaya geçen projelere ilişkin çalışanların kanaatlerini ölçen araştırmalar, sistemin içselleştirilemeyen pek çok yönünün olduğunu ortaya koymaktadır.

Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebinin 2010 yılında yaptığı sağlık personeli memnuniyet araştırması sonuçları da, bunu teyit etmektedir. Bakanlığın yaptırdığı araştırmada sağlık çalışanlarının sadece yüzde 43’ü ‘yeni meslek seçmem gerekirse aynı mesleği seçerim’ görüşünü paylaşmıştır. Bu oranın hemşirelerde yüzde 35 olduğuna söz konusu araştırma raporunda yer verilmiştir. Ne yazık ki, genel olarak sağlık çalışanların yüzde 57’si, hemşirelerin yüzde 65’i aynı fikri paylaşmıyor. Başta performans dayalı ek ödeme sistemi olmak üzere Sağlıkta Dönüşüm programının diğer başlıkları konusunda, çalışanların yüksek düzeyde bir güven taşımadığı da bu araştırmanın sonuçları arasında görülmektedir.

Bakanlığın, bu sonuçlar üzerinde düşünmesi ve nedenlerini araştırması gerekir. Sağlık-Sen’in gerçekleştirdiği saha araştırmaları da çalışanların aidiyet

duygularının zayıfladığını ortaya koymaktadır. Araştırmalarımıza göre, sağlık çalışanları arasında, Sağlıkta Dönüşüm Programına yönelik yaptıkları eleştirilerinin Bakanlık tarafından önemsenmediğini düşünenler çoğunluktadır. Bakanlığın, sağlık sistemini ve çalışanların koşullarını kökten etkileyen değişimleri hayata geçirirken paylaşımcı olmaması, pek çok düzenlemenin sosyal taraflarla tartışmadan hayata geçirilmesi, yaşanan değişimlere duyulan inancı zayıflatmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli ayaklarından birisi olarak planlanan ve belli noktalarda sendikamızın çekince koyduğu Kamu Hastaneleri Birliği üzerine bugünlerde sıcak bir gündem oluştu. Bakanlığın teşkilatı yeniden yapılandırmaya dönük hazırladığı Kanun Hükmünde Kararname hazırlığı içinde Kamu Hastaneleri birliği düzenlemesine de yer verildiğini öğrendik.

Sağlık-Sen olarak, Hastane Birlikleri Yasa Tasarısının TBMM’de görüşüldüğü süreçlerde özellikle yönetsel yapı ve personel uygulamalarına ilişkin bazı düzenlemelere karşı çıkmıştık. Bakanlığın hazırladığı Teşkilat Yasası Tasarısının kamuoyuna yansıyan yönlerine ilişkin görüşlerimizi iletmek üzere Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ’ı ziyaret ettik. Bu görüşmede, devlet hastanelerinin hastane birliklerine dönüştürülmesi projesindeki en büyük eksikğin, paydaşlarla tartışılmaması olduğunu ilettik.

Sağlık sisteminin verimli işleyişini engelleyen bürokratik mekanizmanın, yeni, çağdaş ve yönetim ilkelerinin benimsendiği bir yapıyla aşılması gerektiğine inanıyoruz. Ancak teşkilat yapısı içinde oluşturulan kurlarda çalışanların temsil edilmemiş olması geleneksel yaklaşımların kolay kolay değişmeyeceğini ortaya koyuyor.

Sağlıkta her şeyin dönüştüğü bir dönem hedeflenirken, gücü paylaşmak istemeyen, buyurgan devlet yönetimi anlayışıyla bunun başarılabilmesinin mümkün olmadığı görülmelidir. Yapılan şeyin doğruluğuna inanılıyorsa, sosyal taraflarla tartışılması, ancak hedeflenen değişimi olgunlaştıracak, demokratik yönetim anlayışını ve güven ortamını güçlendirecektir.

RAMAZANDA TÜRKİYE'DEN

MEMUR-SEN'den Yardım Kampanyası: "İnsanlık Ölmedi, Yardımlar Afrika'ya"



Türkiye'den resmi ve sivil kuruluşlar, başta Somali olmak üzere Afrika ülkelerinde kuraklık ve kıtlığa karşı hayatta kalma mücadelesi veren insanlara elini uzattı. Memur-Sen geniş çaplı bir yardım kampanyası başlattı. Kampanya kapsamında Konfederasyon üyesi 11 sendika genel merkez ve teşkilat düzeyinde yapmayı planladıkları iftar programlarını iptal ederek, ayrılan kaynakları Afrika'ya gönderme kararı aldı. Ayrıca, Kızılay, Kimse Yok mu, İHH, Deniz Feneri ve Yardımcı Dernekleri aracılığıyla yardım kampanyası başlatıldı. Sağlık-Sen kampanyaya 50 bin TL ile katıldı.

AFRİKA SEFERBERLİĞİ

Sağlık Bakanlığı'ndan Afrika'ya 30 Ton ilaç ve tıbbi malzeme yardımı



Yardım kampanyasında Sağlık Bakanlığı ise bölgeye 30 ton ilaç ve tıbbi malzeme gönderdi. Bakanlık kaynakları, bölgeye gönderilen tıbbi malzemenin çoğunluğunun, kuraklığa bağlı ortaya çıkan hastalıklarla mücadele için kullanılacak ilaçlardan oluştuğu ifade edildi. Ayrıca güvenlik şartlarının sağlanmasıyla birlikte Somali'ye 6 mobil ünite gönderileceği, her bir üniteye, hekim, hemşire ve diğer sağlık ekibinden oluşan 20 personelin hizmet vereceği belirtildi. Ayrıca, Bakanlık tarafından bir yardım kampanyası başlatıldı. Kampanyaya katılmak isteyenler için şu hesap numaraları verildi:
Vakıfbank Kızılay Şubesi Hesap No: 2011
Ziraat Bankası Kızılay Şubesi Hesap No: 201120
Halkbank Yenişehir Şubesi Hesap No: 05002011

DSÖ: Her yıl milyonlarca insan yetersiz beslenme yüzünden ölüyor

Dünya Sağlık Örgütü son 50 yılın en kötü kuraklığını yaşayan Afrika'da yaşanan kıtlık nedeniyle çocuklardaki yetersiz beslenme oranlarının daha da yükseleceği açıklamasında bulundu. Dünya Sağlık Örgütü internet sitesinde yapılan açıklamada, yetersiz beslenen çocukların kızamık gibi hastalıklara daha yatkın olduğu vurgulandı. Dünya Sağlık Örgütü açıklamasında, Afrika'da 215 bin çocuğa aşılama, A vitamini takviyesi yapıldığı belirtildi.





YÖK Başkanı Prof. Dr. Yusuf Ziya Özcan Sağlık-Sen Dergisine, sağlık eğitiminin geleceğini ve üniversite hastanelerinde yaşanan sorunları değerlendirdi.

Röportaj: Fatih SEYRAN / Sağlık-Sen Genel Başkan Danışmanı

Sayın Başkan; YÖK, Türkiye'nin son 30 yılında, en çok tartışılan kurumlardan birisi oldu. Toplumda farklı siyasal ve ideolojik eğilimlere sahip kitleler, her yıldönümünde YÖK'ün kapatılması yönünde eylemler yapıyor, basın açıklamaları yayınlıyordu. Sizin Başkanlığımız dönemiyle YÖK'te çok şeyin değiştiği farklı kesimler tarafından seslendiriyor. Size göre kendi döneminizde YÖK'te neler değişti? Bugün gelinen noktada YÖK'ün bulunduğu konumu nasıl değerlendiriyorsunuz? YÖK'ün geleceğine ilişkin düşünceleriniz ve planlarınız nelerdir?

Kendi dönemime ilişkin olarak, yükseköğretimde erişimin artırılması, eşitliğinin sağlanması ve eğitim hak ve özgürlüğünün genişletilmesi adına YÖK tarafından önemli adımlar atıldığını düşünüyorum. Dikkat edilecek olursa, son yıllarda yükseköğretimin daha geniş kitlelere yayılmasını sağlamak amacıyla hem üniversite sayısında hem de öğrenci kontenjanlarında önemli ölçüde artış sağladık. Başkanlığım süresince 20'ye yakın devlet, 30'un üzerinde ise vakıf üniversitesi ku-

rulmuştur. Türkiye'de üniversitesi olmayan il kalmadı. Şunu sevinerek ifade etmem gerekir ki, yükseköğretimde yakalanan bu büyüme ivmesinin önümüzdeki yıllarda devam etmesi halinde, erişim problemi yakın gelecekte Yükseköğretimin gündeminden düşecektir. Yükseköğretime erişimi artırmaya yönelik bu gelişmenin yanında, kendi dönemimde, öğrencilerin eğitim hak ve özgürlüklerini kısıtlayıcı bazı yasaklar ve yanlış uygulamalara son vermek için yoğun çaba sarf ettiğimizi

ve yükseköğretimde öğrenci hak ve özgürlüklerini daha da iyileştirdiğimizi ve yükseköğretime daha eşitlikçi yapıya kavuşturduğumuzu düşünüyorum. Örneğin, sadece meslek liselerinin değil, bütün öğrencilerin öğrenme özgürlüğünü kısıtlayan ve Türkiye toplumunun eşitlikçi yapısını bozan farklı katsayı uygulamasına son vermek için yoğun çaba sarf ettik ve katsayının etkisinin azaltılması neticesini aldık. Ayrıca, kılık-kıyafet ile ilgili kısıtlamalar büyük ölçüde ortadan kalktı.

“Tıp Fakültelerinin Kontenjanı 10 bini Aşmalı”

YÖK Başkanı, kendi döneminde karşı çıkan çevrele rağmen tıp fakültelerinin 5 bin olan öğrenci kontenjanını 8 binin üzerine çıkardıklarını belirterek, “Tıp fakültelerindeki kontenjanların 10 binin üzerine çıkması durumunda, ülkemizin tıp doktoru ihtiyacının sonraki yıllarda azalması muhtemeldir” dedi.

Sağlık eğitiminin geleceğinde söz sahibi olan bir Kurumun Başkanısınız... Ülkemizde hekim ve hemşire yetersizliği önemli bir sorun olarak karşımızda duruyor. Son yıllarda Tıp Fakültelerinde Sağlık Yüksek Okullarında ve kontenjanlarda artışlar oldu. Ancak Türkiye, 100 bin nüfusa düşen hekim ve hemşire oranı açısından Avrupa Bölgesi ülkeler listesinin sonunda yer alıyor. YÖK, hekim ihtiyacı sorununun çözümüne yönelik olarak nasıl bir eylem planı yürütmektedir?

ÜNİVERSİTELERDE FİZİKİ ALT YAPI PROBLEMİ ORTADAN KALKACAK

Gerçekten çok önemli bir soruna değindiniz. Bahsettiğiniz gibi Türkiye'nin önemli miktarda tıp doktoru ve sağlık personeli ihtiyacı bulunmaktadır. Şahsen kendi dönemimde bu ihtiyaca cevap vermek için YÖK olarak büyük çaba harcadığımızı düşünüyorum. Başkan olarak atandığım döneme kadar, uzun yıllar boyunca Tıp Fakültelerinin sayısı ve bu fakültelerde görevli öğretim üyesi sayısı birkaç kat artmışken kontenjanlarda ciddi bir kıvılcama olmamıştı. Yani tıp fakültelerinde çok ciddi bir atıl kapasite söz konusuydu. Biz bu sorunun üze-



rine eğildik ve karşı çıkanlar olmasına rağmen, tıp fakültelerinde kontenjanları 2008 yılında yaklaşık % 27; 2009 yılında % 16 artırdık. Yine geçtiğimiz yıl ve bu yıl yaklaşık %5 oranında artış sağlandı. Dolayısıyla 2007 yılında toplamda 5 bin küsur olan kontenjan sayısı 2011 yılında 8 bine ulaşmıştır. Tıp fakültelerindeki kontenjanları önümüzdeki birkaç yıl daha bu şekilde artırdığımız takdirde, ülkemizin tıp doktoru ihtiyacının sonraki yıllarda azalması muhtemeldir. Tabii ki bunu

başarabilmek için, Sayın Sağlık Bakanımız bir konuşmasında da ifade ettiği gibi, kontenjanların 10 bin sayısının üzerine çıkması gerekmektedir.

Kontenjanların artırılması kadar önemli diğer konular, fiziki alt yapının güçlendirilmesi ve öğretim üyesi sayısının artırılmasıdır. Yeni kurulan üniversitelerimiz gerçekten çok güzel kampuslar inşa ediyor. Önümüzdeki bir kaç yıl içinde fiziki altyapı problemi ortadan kalkacaktır. Öğretim üyesi ye-

tiştirme konusu aslında kontenjanlarla ilişkili bir konu... Artan kontenjanlar sayesinde mezun sayısı ve dolayısıyla uzmanlık yapmak isteyen doktor sayısı artacaktır. Bunun yanında, iptal edilen tam gün yasası var. Bu yasa öğretim üyelerini de kapsamaktaydı ve işleme durumunda öğretim üyelerinin üniversitede devamlı statüde görev yapmalarını sağlayacaktı. Bu ise tabii ki Tıp Fakülteleri'nde eğitimi daha verimli hale getirecekti.

Tıp Fakültelerinde öğretim üyelerinin akademik faaliyetlere katılımı konusunda zaman zaman eleştiriler yükselmektedir. Örneğin, Tıp Fakültelerinde öğrenim gören hekim adaylarının "Öğrenim süremiz boyunca profesör yüzü göremiyoruz!" eleştirileri kamuoyunda yer almaktadır. Öğretim üyelerinin ise başta Tam Gün Yasası olmak üzere mevzuata ve uygulamaya yönelik eleştirileri bulunuyor. Öğrenci fazlalığından ve eğitime yeterince bütçe ayrılmamasından şikâyet ediliyor. Siz bu sorunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Tam gün yasası birçok açıdan faydalı ve halkın menfaatine hizmet edecek bir karardır. Ancak bu kararın hekimler tarafından fazla ajite edildiğini düşünüyorum. Bildiğiniz gibi kamuda çalışan hekimlere sağlanan, bağlı oldukları hastanelerin

dışında çalışma izni başka hiçbir meslek grubuna tanınmamıştır. Devlet okullarında vazifeli hiçbir öğretmen, aynı zamanda özel okulda veya dershanede çalışamaz. Aynı şey, kamuda çalışan mühendis için de geçerli. Hal böyleyken daha ön-

ceden muhtemelen bir takım eksiklikleri, mağduriyetleri giderme adına istisna olarak tanınan hakkın, istisna olmaktan çıkarılması tepkiyle karşılanmamalı bence.

Hemşire ve ebelerde olduğu gibi diğer sağlık çalışanları için de lisans tamamlama programları açılması noktasında sendikamızın çeşitli girişimleri oldu. YÖK'ün bu konudaki yaklaşımı nedir?

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ EĞİTİM TALEPLERİNE KAYITSIZ DEĞİLİZ

Biliyorsunuz Yükseköğretim Kurulu ile Sağlık Bakanlığı arasında 2009 yılında protokol imzalanarak önlisans mezunu hemşire, sağlık memuru ve ebeler için 2+2, sağlık

eğitim enstitüsü mezunları için ise 3+1 olacak şekilde bazı üniversitelerimizde lisans tamamlama programları başlatıldı. Örneğin, 2009-2010 ve 2010-2011 eğitim öğretim yıllarında, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde Ebelik Lisans Tamamlama Programı; Erzurum Atatürk Üniversitesi'nde Hemşire-

lik Lisans Tamamlama Programı; Malatya İnönü Üniversitesi'nde ise Sağlık Eğitimi Lisans Tamamlama Programı verildi. Yani YÖK olarak bu konuda kayıtsız kalmadık ve Sağlık Bakanlığı ile gerekli koordinasyonu sağlayarak var olan taleplere cevap vermeye çalışıyoruz.

Sağlık çalışanlarının yüksek lisans konusunda çok yoğun talepleri bulunuyor. Şu an sendika olarak bazı üniversitelerle yaptığımız örgün ve uzaktan eğitim yolu ile yüksek lisans anlaşmalarımız var. Ancak mevcut talebi karşılayabilmek için özellikle uzaktan öğretim yüksek lisans kontenjanlarının artırılması gerekiyor. Bu konuda ne düşünüyorsunuz?



Üniversitelerde lisansüstü eğitim ve öğretim enstitülerde sürdürülmektedir. Enstitüler Yükseköğretim Genel Kurulunun aldığı kararlar doğrultusunda eğitim öğretim yaparlar. Diğer taraftan sağlık çalışanlarının eğitim düzeyinin yükselmesi tabii ki arzu edilen ve olması gereken bir durumdur. Bu konuda yapılan, eğitim-öğretim görecekt kişilerin ilgili enstitülerce değerlendirilerek yerine getirilmesidir. Bu bağlamda yüksek lisans ve doktora

eğitimlerinde enstitülerde yer alan programlarda görev alacak öğretim üyelerinin sayısı ve nitelikleri önem arz etmektedir. Bu nedenle yoğun talepler belli düzeyde karşılanabilmektedir. Öğretim üyesi sayısı arttıkça ilgili kontenjanlarda artacaktır. Burada talep edilen lisansüstü eğitimin uzaktan eğitime uygun olup olmadığı ve söz konusu kurumda öğretim üyesi sayısının yeterliliğini değerlendirmek gerekir.

Sağlık Meslek Lisesi mezunu olan Acil Tıp Teknisyenlerinin uzaktan öğretim yolu ile Paramedik Ön-lisans öğrenimi görmesi konusunda sendikamızın YÖK'e başvurusu var. Bu konuda ATT'lerin beklentisini karşılayacak bir gelişme var mı?

Az önce değindiğimiz gibi meslek uzmanlarının talep edilen eğitimin uzaktan sürdürülebilirliği ile ilgili düzenleme ve yorum yapmaları önem arz etmektedir. Genel Başkanınız daha önceki görüşmelerimizde ATT'lerin lisans eğitimi ile ilgili taleplerini ilettiler. Biz de bu konuya olumlu yaklaşıyoruz. Acil tıp teknisyenlerinin uzaktan eğitimleri ile ilgili çalışmalar ilgili komisyonlarda değerlendirilmektedir.

Tıp Fakültesi hastanelerinin Sağlık Bakanlığımıza devri tartışmalarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Üniversitelerin tıp fakültelerinde eğitim-öğretim ve uygulamaların bir kısmı fakülte bünyesinde yer alan derslik laboratuvarı veya mesleki beceri laboratuvarı gibi alanlarda yapılmaktadır. Geriye kalan staj eğitimleri ise hastane ortamında sürdürü-

rılmektedir. Tıp eğitimi bir bütünlük arz ettiğinden ve olaya güncel bakıldığında mevcut duruma göre tıp fakültesi ile eğitim hastaneleri bir bütünlük arz etmektedir. Bugüne kadar sürdürülegelen başarılı uygulamalar bu bütünlüğün sonucu

olarak gerçekleşmiştir. Konuya bu açıdan bakmak yerinde olacaktır. Şu anda geçerli olan görüş bu şekildedir. Gelecekte yeni bir değerlendirilme yapıldığında konu uzmanlarınca ortaya konacaktır.

Sağlık İnsangücü planlaması konusunda YÖK ve Sağlık Bakanlığı ortak bir çalışma yürütüyor mu? Önümüzdeki süreçte nasıl bir hedef ortaya konulmaktadır?

Sağlık insangücü planlaması konusunda; YÖK ve Sağlık Bakanlığı 2008 yılından bu yana öncelikle ülke genelinde kurumlarda görevli her düzeydeki sağlık çalışanlarının genel bir fotoğrafını çekmek üzere geniş kapsamlı ortak çalışmalar yapmıştır. Bu kapsamda ilki Haziran 2008'de, ikincisi ise daha geniş kapsamlı olmak üzere Haziran 2010 tarihinde "sağlık insangücü durum raporu" adı altında raporlar yayınlanmıştır. Üniversitelerde sağlık ile ilgili eğitim veren ön lisans, lisans ve lisansüstü programların kontenjan belirleme çalışmalarında bu raporlardan geniş ölçüde yararlanılmıştır. Söz konusu raporlar ile Türkiye'de



sağlık sektöründe tüm basamaklarda çalışan insan gücü hakkında ilk kez net bilgiler elde edilmiştir. Ülkemizde hangi basamakta ihtiyacın

ne olduğu ve yönelim alanlarının ne olması gerektiği konusunda bu çalışma devam etmektedir.

Bildiğiniz gibi, Sağlık Bakanlığında olduğu gibi Üniversite Hastanelerinde de performans dayalı sistemle ek ödeme yapılmaktadır. Başta hekimler olmak üzere çalışanlar ise performans sisteminin gelir içindeki büyüklüğünü doğru bulmuyor. Zorunlu durumlarda ve yasal izin dönemlerinde çalışmamaları nedeniyle gelir kaybına uğramayı haksızlık olarak değerlendiriyorlar. Siz bu konuda neler söylersiniz?

İZİNLERDE DÖNER SERMAYE KESİLME MELİ

Performans sistemi; sağlık çalışanlarının hizmet durumuna göre ödeme yapılmasını öngören bir sistemdir. Bu sistemde aslolan çalışan personelin alın terinin ücretine yansımastır. Performans sisteminin

de alınan ek ödemelerin sağlık çalışanlarının ekonomik durumunun iyileşmesine katkısı büyüktür. Bu noktada performans sisteminin getirilerinden tüm sağlık çalışanlarının en adil şekilde faydalanması esastır. Performans sisteminde izinlerde ödeme yapılması tartışması gündemdedir. Ancak sağlık çalış-

şanının yasal izinleri tabii bir hak olup her ne kadar izin yapıyor olsa da kurumyla organik bağı kopmadığından değişik düzeylerde sağlık hizmetine katkısı devam etmektedir. Bu noktadan bakıldığında izin döneminde katkı payının verilmesi uygun olacağı kanaati ortaya çıkmaktadır.

Üniversite Hastanesi çalışanlarının Görevde Yükselme Sınavının merkezi yapılması ile ilgili beklentileri vardı. Bununla ilgili yönetmelik çıktı. Ancak uygulamada üniversitelerin bu konuda keyfi tutumları olduğu yönünde şikâyetler bulunuyor. Örneğin hizmetli kadrosundaki personele "Hizmetli kadrosuna ihtiyacım var!" denilerek görevde yükselme hakkını kullanmasına izin verilmiyor.

Kurumlarda görevde yükselme sınavları yürürlükte olan mevzuata göre yapılmaktadır. Diğer taraftan belli kadroda görev alan bir elemanın o kurum içinde üstlendiği görev

belli bir öneme haizse kurum yetkililerince kamu hizmetinin devamı ve önceliği dikkate alındığından bu tür uygulamalara rastlanmaktadır. Bu konuda hem kamu hizmetinin

devamlılığı, diğer taraftan bireyin özlük hakları göz ardı edilmeden uygulama yapılması yerinde olacaktır.

Üniversitelerarası geçiş konusundaki zorlaştırıcı hükümler (Örneğin; muvafakat, talep vb.) nedeniyle çalışanlar Sağlık Bakanlığını tercih ediyor. Üniversitelerarası geçişini kolaylaştırılması konusunda nasıl yaklaşıyorsunuz?

Üniversiteler arasında yatay geçişler 2547 sayılı yasaya bağlı olarak yapılmakta ve uygulamalar yasanın öngördüğü çerçevede sürdürülmektedir. Bu nedenle üniversiteler ara-

sındaki geçiş konusunda çok büyük sıkıntılar görmemekteyim. Ancak karşılaşılan ufak tefek sıkıntıların da çözümü için çalışılmaktadır. Burada unutulmaması gereken Üniver-

sitelerde bu geçişlerin mevcut eğitim-öğretim ve hasta hizmetlerinin aksamasına meydan vermeden yapılması zorunluluğudur. Konu bu açıdan değerlendirilmelidir.

Üniversite Hastanelerinde yaşanan mevzuat değişikliklerinin ve uygulama talimatlarının pratik örneklerle açıklanmadığı, bu nedenle çalışanların veya kurumların aleyhine durumlar geliştiği şikâyetleri gelmektedir" Sağlık Bakanlığında olduğu gibi mevzuat değişikliklerinin açıklayıcılığı sağlanamaz mı?



Yüksek Öğretim Kurulunda alınan kararlar mümkün olduğunca net ve açıklayıcı bir dille hazırlanmaktadır. Ancak yine de ihtiyaç olduğunda mevzuat değişikliklerinin açıklayıcılığı kurum içinde ilgili birim yöneticilerince yapılabilir. Mevzuatla ilgili meselelerin kurum içinde kontrolüne önem verilirse sıkıntılarının da önüne geçilebilir.

Başbakan'dan Sağlık Çalışanlarına Övgü: "Sağlıkta Dönüşüm Programının Baş Aktörü Sağlık Çalışanlarıdır"

TBMM'de Hükümet programı üzerine konuşan Başbakan sağlık çalışanlarını Sağlıkta Dönüşüm Programının baş aktörü olarak nitelendirdi ve sağlık çalışanlarının çalışma standartlarını ve memnuniyetlerini artıracak yenilikler yapılacağını açıkladı.

Başbakan Erdoğan ustalık dönemi olarak adlandırıldığı 61. Hükümetin programını Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde okudu. Ak Parti iktidarları döneminde yapılan hizmetler ve gelecek hedeflerinin yer aldığı konuşmasında Başbakan, sağlık çalışanlarını Sağlıkta Dönüşüm Programının baş aktörü olarak nitelendirdi ve sağlık çalışanlarının çalışma standartlarını ve memnuniyetlerini artıracak yenilikler yapılacağını açıkladı.

Sağlık hizmetlerinde son 9 yılda yaşanan başarı grafiğine değinen Erdoğan, "Daha kaliteli, daha adil ve daha kolay ulaşılabilir sağlık hizmeti sunma yolunda hayal edilemeyen başarılar sağladık" dedi. Erdoğan gelecek dönemde sağlık alanında gerçekleştirmeyi düşündükleri projelere ilişkin şu açıklamalarda bulundu: Cumhuriyetimizin 100. yılında ülkemizi sadece kendi halkımız için değil, bölge ülkeleri için de cazip bir sağlık üssü haline getireceğiz.

Vatandaşlarımızı hastalıktan ve yüksek tedavi maliyetlerinden korumak için kapsamlı bir "Koruyucu Sağlık Stratejisini" hayata geçireceğiz. Hizmet kalitesini artırmak ve maliyet-etkin sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla inşasına başladığımız "Şehir Hastanelerini" ülkenin dört bir tarafına yaygınlaştıracacağız. Toplum temelli sağlık hizmetlerini geliştirmeye devam edeceğiz. Yurt dışında oluşturulacak 29 sağlık bölgesinde, istisnalar hariç, hastaların diğer bölgelere gitmesini gerektirmeyecek seviyede gelişmiş bir hizmet altyapısı kurmuş olacağız.

Bugün 120 bin olan doktor sayısını 2015'te 130 bine çıkaracağız. Şu anda 163 bin olan ebe hemşire sayısını 2015'te 238 bine çıkaracağız. 2002 yılında hastanelerimizdeki en fazla iki yataklı, banyolu ve tuvaletli nitelikli yatak oranı yüzde 9 iken, bugün yüzde 30'dur. 2015 yılında ni-



telikli yatak oranını yüzde 45'e yükselteceğiz. Aile hekimi başına ortalama 2015'te 3.200 nüfusun düştüğü bir yapıyı gerçekleştireceğiz.

Koruyucu sağlık, tedavi ve bakım hizmetlerinde sağlanan ilerlemelerle, hamileliğe bağlı anne ölüm oranını ve bebek ölüm oranını daha da düşük seviyelere çekeceğiz. Tütün, alkol, uyuşturucu ve diğer madde kullanımlarını azaltmak için risk faktörleri ile mücadeleye devam edeceğiz. Halen 15 yaş üstündeki her 100 insanımızdan 27'si sigara içiyor. Biz bunu 2015'te yüzde 23'ün altına indireceğiz.

Sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel faaliyeti teşvik ederek her yüz yetişkin arasında 32 olan obez oranını 2015'te 30'un altına indireceğiz. Evde bakım ve tele-tıp gibi uygulamalarla sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracak, maliyetini düşüreceğiz. Yeni dönemde, tüm bu dönüşümün merkezinde yer alan Sağlık Bakanlığımızın düzenleyici, denetleyici ve yönlendirici fonksiyonları daha da güçlendirilecektir.

Sağlıkta dönüşüm programıyla gerçekleştirdiğimiz daha adil ve daha kolay ulaşılabilir sağlık hizmetlerinin sunumunda baş aktör olan sağlık personelimizin çalışma standartlarını düzenleyen ve memnuniyetlerini artıracak yenilikler yapılacaktır. Vatandaşlarımızın yaşam kalitesini artırmak amacıyla, demografik yapıyı, gelişen tıbbi teknolojiyi ve klinik yöntemleri dikkate alarak, sağlık sistemimizin finansal yapısının sürdürülebilirliği güçlendirilecektir.



EMEĞE SAYGI
ŞİDDETE SIFIR TOLERANS

Teşkilat Yasası ve Hastane Birlikleri

Mustafa KULLUK

Sağlık-Sen Genel Toplu Sözleşme ve Mevzuat Sekreteri

Sağlık-Sen Dergimizde TBMM Genel Kurulunda görüşülmeyi bekleyen Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısını dosya konusu olarak incelemeye karar verdiğimiz günlerde, Bakanlığın Teşkilat yapısında radikal değişimlere gitme hazırlığı içinde olduğu kamuoyuna yansdı. Bakanlığın merkez ve taşra teşkilatını dönüştürme projesi içinde Kamu Hastane birliklerinin de yer aldığı ortaya çıktı.

Kamuoyuna yansıyan taslak metinde hastane birlikleri ile ilgili düzenlemelerin, TBMM'de komisyon görüşmeleri tamamlanarak genel kurula sevk edilen tasarıdan farklı bir takım değişiklikler içerdiğini gördük. Taslağa göre, özellikle sendikamızın karşı çıktığı, içinde ti-

caret odası temsilcisinin olduğu, ancak sağlık sunucularının temsil edilmediği yönetim kurulu modelinden vazgeçiliyor.

Böylesine önemli ve üzerinde çok yönlü tartışılması gereken bir konunun, sosyal taraflarla

tartışılmadan, Kanun Hükmünde Kararname ile oldubittiye getirilmesinin hatalı bir adım olacağı ortadadır.

Bakanlığın hazırlık yaptığı KHK ile nasıl bir değişim planlandığına bakacak olursak;

KHK Ne Getiriyor?

Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların teşkilat ve görevleri hakkında Kanun Hükmünde

Kararname ile Bakanlık bünyesinde özel bütçeli ve kamu tüzel kişiliğini haiz Türkiye Kamu Hastaneleri

Kurumu oluşturulmaktadır. Düzenlemede bu kurumun görevi şu şekilde geçmektedir:

“Ülke genelindeki ağız ve diş sağlığı merkezleri, Devlet hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinin açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi, denetlenmesi ve işletim kapasitelerine göre hastaneleri gruplandırarak kamu hastane birliğine dönüşümünün sağlanması hizmetlerini yürütmek ve bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamak...” Düzenlemeye göre kurumun en üst karar organı Yönetim Kurulu olacak. Yönetim Kurulu, Bakan tarafından atanacak 8 üye ile kurum başkanından oluşacak.

Kurumun görev tanımı, TBMM’deki kanun tasarısında ortaya konulan yerinden yönetim ve yetki devri gerekçelerinin revize edildiğini ortaya koyuyor. Başka bir ifade ile yerinden yönetimin sınırlarının daraltıldığı, merkezleşme eğiliminin güçlendiği görülüyor.

KHK ile ise yerelde özerkleşmiş, kamu hastanesi modelinden, merkezde özerkleşmiş Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu modeline geçilmesinin planlandığı gözlenmektedir. Yeni düzenleme ile genel sekreter ve hastane yöneticilerinin sorumluluğuna verilen birlik hastanelerinde, idari ve mali açıdan son karar mercüünün Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu olacağı belirtilerek, sorumluluk yerele verilirken yetki merkezde toplanmaktadır.

TBMM’de bekleyen Kanun Tasarısında; “Kamu Hastane Birlikleri çerçevesinde hastaneler (A), (B), (C), (D) ve (E) olmak üzere beş sınıfa ayrılacaktır. Değerlendirmeler 6 ay ile 1 yıl arasında yapılacaktır. Birliğe dönüştürülecek hizmet alanında E sınıfı hastane bulunmamalıdır. Ağırlıklı ortalaması C ve üzeri

Açıktan atama yoluyla alınan sözleşmeli personelin sözleşme süresinin 3 yıldan fazla olamayacağı ve açıktan sözleşmeli istihdamının, memurluk veya diğer personel istihdam şekillerinden birine geçiş bakımından kazanılmış hak teşkil etmeyeceği düzenlemedeki bir diğer ayrıntı olarak göze çarpıyor.

olan hastaneler grubu birliğe dönüştürülebilir” denilmekte idi. KHK’da yapılan değişiklikte ise, bu sınıflandırmadan vazgeçiliyor, birliğin bulunduğu illerde tüm hastanelerin birlik kapsamına alınması hedefleniyor.

Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organı ve birliğin temsilcisi olarak tanımlanıyor. Birliğe bağlı hastanelerin ise hastane yöneticisi tarafından yönetileceği belirtiliyor. Genel sekreterin görev, yetki ve sorumlulukları, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu yönetiminin kararları ve programı ile sınırlandırılıyor.

Birliğin yönetimi ve uzaman istihdamında sözleşmelilik asli bir unsur haline gelmektedir. Birlik bünyesindeki personelin, açıktan atama yoluyla alınacak birlik personeli ile 657 ve 4924 Sayılı Kanuna tabi çalışanlardan oluşacağı belirtilmektedir. Açıktan atama yoluyla alınan sözleşmeli personelin sözleşme süresinin 3 yıldan fazla olamayacağı ve açıktan sözleşmeli istihdamının, memurluk veya diğer personel istihdam şekillerinden birine geçiş bakımından kazanılmış hak teşkil etmeyeceği düzenlemedeki bir diğer ayrıntı olarak göze çarpıyor. Kanun Tasarısında yer alan “Birliklerde çalışan personelin her türlü aylık ve mali hakları ile diğer sosyal hakları birlik bütçesinden karşılanır” düzenlemesi Kanun

Hükmünde Kararnamede de konunuyor. KHK’da birliğe devirden itibaren 5 yıl personel ücretlerinin genel bütçeden karşılanacağını, 5 yıl sonra ise birlik bütçesinden karşılanacağı belirtiliyor.

KHK’da hastane birlikleri yer alan diğer düzenlemeler şöyle:

1- Birliklerin görev ve hizmetlerini ciddi şekilde aksatmaları ve bu aksamanın halkın sağlığını tehdit etmesi hallerinde Kurum tarafından genel sekreterin sözleşmesi feshedilir. Buna göre görevine son verilenlerle üç yıl süre ile tekrar sözleşme yapılamaz.

2- Genel sekreterin değişmesi halinde yeni genel sekreterin göreve başlamasından itibaren iki ay sonunda, tüm sözleşmeli personelin sözleşmeleri kendiliğinden sona erer. Yeni hastane yöneticisinin göreve başlamasından itibaren, ilgili hastane başhekim, müdürleri, başhekim yardımcısı ve müdür yardımcılarının; yeni başhekim ve müdürlerin göreve başlamasından itibaren de yardımcılarının bir ay sonunda sözleşmeleri kendiliğinden sona erer. Sözleşmeleri bu suretle sona eren personel ile tekrar sözleşme yapılabilir.

3- Kamu kurum ve kuruluşlarında memur olarak istihdam edilenlerden uygun niteliklere sahip olanlar, kendilerinin isteği ve kurumlarının muvafakati ile sözleşmeli statüde istihdam edilebilir. Bu şekilde istihdam edilenler kurumlarından aylıksız izinli sayılırlar.

4- Birlik sözleşmeli personeline, 657 sayılı

Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenen tavan ücretin; genel sekreter için 2 katını, başkan, hastane yöneticisi, başhekim ve başhekim yardımcısı için 1,5 katını, müdür ve uzmanlar için 1 katını, müdür yardımcısı için 0,75 katını ve büro görevlileri için yarısını geçmemek kaydıyla Genel Sekreter tarafından tespit edilen aylık sözleşme ücreti ödenir. Personelin katkısıyla elde edilen birlik gelirlerinden, bu kapsamdaki personele ek ödeme yapılabilir. Personelin katkısıyla elde edilen birlik gelirlerinden personele bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarı, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenen tavan ücretin; genel sekreter, başkan ve hastane yöneticisi için 3 katını, başhekim için 3,5 katını, başhekim yardımcısı için

2,5 katını, müdür ve uzman için 1,25 katını, müdür yardımcısı için 0,75 katını ve büro görevlileri için yarısını geçemez.

5- Sözleşmeli personelin haftalık çalışma süresi emsali Devlet memurları ile aynıdır.

6- Bu KHK'ya göre atanan personelin, atandıkları yeni kadrolarının aylık, ek gösterge, her türlü zam ve tazminatları ile ek ödeme dahil diğer mali hakları toplamı net tutarının, eski kadrolarına bağlı olarak son aldıkları aylık, ek gösterge, her türlü zam ve tazminatlar ile ek ödeme dahil diğer mali hakları toplamı net tutarından az olması halinde, aradaki fark, farklılık giderilinceye kadar atandıkları kadrolarda kaldıkları sürece, herhangi bir kesintiye

tabi tutulmaksızın tazminat olarak ödenir.

7- Birliğe dönüştürülmesine karar verilen sağlık kurumları bünyesinde bulunan Baştabip, Baştabip Yardımcısı, Hastane-Müdürü, HastaneMüdür Yardımcısı ve Başhemşire unvanlı kadrolar, birliğe dönüştürmeye ilişkin Bakanlar Kurulu kararının yürürlük tarihi itibarıyla iptal edilir. Bu kadrolarda bulunanların görevleri birlik personelinin görevine başladığı tarihte sona erer. Görevleri sona eren personel en geç üç ay içinde kazanılmış hak aylık derecelerine uygun kadrolara atanır ve atama işlemi yapıluncaya kadar ihtiyaç duyulan işlerde görevlendirilebilir.

Taslağa Yönelik Eleştirilerimiz

1- Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların teşkilat ve görevleri konusunda hazırladığı KHK, kamu hastane birliklerini de ihtiva eden kapsamlı bir dönüşümü gerçekleştirdiği halde, bu değişimden etkilenecek kesimlerin, görüşlerine ihtiyaç duyulmamıştır. Teşkilat kurgusunun, bürokratik ve hantal yapıdan arındırılması, yetki ve risk paylaşımı çerçevesinde örgütlenmesinin arzu edildiği görülmektedir. Bununla bir-

likte, çalışma için, sistemin bileşenlerinin temayülü önemsenmemiştir. Bir taraftan bürokratik gelenek değiştirilmek istenirken, bu geleneğin bir devanu olarak konunun tartışılmadan dayatılmış olduğu görülmektedir.

2- Sendikamız, Sağlık Bakanlığının yönetim yapısının; üretkenlik, yönetim kabiliyeti, uzmanlaşma, demokratiklik ve katılımcılık, verimlilik gibi kri-

terlere göre reorganizasyonunu önemli görmekte ve desteklemektedir. Bakanlık, siyasi iradenin politik eylem planını gerçekleştirme sorumluluğunu, çağdaş bir yönetim anlayışı ile yürütme hakkı vardır. Ancak siyasi iradenin belirlediği hedeflerin başarıya ulaşması, hedef birliği ilkesini zorunlu kılmaktadır. Söz konusu teşkilat yapılanması bu haliyle gerek Sağlık Bakanlığı yönetim kademelerinde gerekse personelde, hedefe yönelik bir motivasyon değil, bol miktarda soru işareti bıraktığı göz ardı edilmemelidir.

3- Bir diğer sorun çalışanların mesleğe bağlılıkları ve motivasyonlarının zayıflamış olmasıdır. Zaman içinde izlenen politikalar neticesinde çalışanlar kendilerini dışlanmış hissetmektedir. Karar süreçlerinde önemsenmeyen çalışanlar, alınan kararlardan kaynaklanan sorunların sorumlusu olarak şiddete uğramış, şikayet edilmişlerdir. Çalışanla-



rın çoğunluğu Bakanlığı arkalarında değil karşılarında hissetmektedir. Değişimden başarı bekleniyorsa bu psikolojiyi düzeltmeye yönelik adımlar mutlaka ve ivedilikle atmalıdır.

4- Sağlık yönetiminde yeniden yapılanma hedefi, çağdaş ve yönetim ilkelerine uygun şekilde planlanmamaktadır. Düzenlemede demokratik ve katılımcı yönetim anlayışı eksik kalmıştır. Sağlık Politikalarının belirlendiği bir yapıda ilgili kesimlerin

temsil edilmesi demokrasinin bir gereğidir. Ak Parti'nin 2011 seçim beyannamesi içinde kamu yönetiminde STK'larla işbirliği kanallarının güçlendirilmesi taahhüdü yer almaktadır. Oysa, Taslak tek merkezden ve sosyal diyalog süreçleri önemsenmeden oluşturulmuştur.

5- İstihdam stratejileri emeği ayrıştırmaktadır. Seçim öncesi sözleşmeliler kadroya geçirildi. Hemen sonra Bakanlık tekrar sözleşmeli personel aldı. Sağlık hizmetlerinde sözleşmeliliğin asli

bir istihdam türü olarak kalacağı taslaktan anlaşılmaktadır. Sağlık kurumlarında devlet ve taşeron firmalar olmak üzere iki farklı işveren bulunuyor. Taşeron işçileri zaten kuralsız çalışmanın mağdurlarıdır. Sağlık çalışanları halihazırda yaptıkları işin, yaşadıkları stresin ve taşıdıkları sorumlulukların karşılığını alamadığını düşünürken, Taslakta 5 yıl sonra devletten değil, hastane gelirlerinden maaş alacaksınız denilmektedir. Böyle bir düzenleme sağlık çalışanlarının gelecek endişesi taşımaya neden olmaktadır.

Öneriler

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'den hastane birlikleri ile ilgili düzenleme çıkarılmalıdır.

Şu anda Kamuoyuna yansıyan Kanun Hükmünde Kararname, çalışan kesim tarafından baskın hamle olarak algılanmakta ve tepki çekmektedir. Sağlık Bakanlığı, sosyal taraflarla tartışmalı ve çalışanları karar sürecinin içinde tutma niyetini ortaya koymalıdır.

Sağlık yönetimi, çağdaş ve yönetim ilkelerine uygun şekilde yeniden yapılmalıdır. Sosyal taraflar dikkate alınmalı, karar süreçlerinde tek taraflı bir yönetsel anlayış olmamalı, özellikle geçiş sürecinde çalışanlar açısından bir takım hak veya menfaat mahrumiyetlerine yol açılmamalıdır. Sağlık Politikaları Kurulu ve Sağlık Meslekleri Kurulu Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu gibi yapılarda çalışanlar temsil edilmelidir. Söz konusu tasarıda hastane-

Kamu hastanelerinin mevcut yönetim sistemiyle etkin ve verimli hizmet verdiği söylenemez. Yönetim sisteminde değişiklik gerekliliği kaçınılmazdır. Ancak sağlık sistemimizde köklü değişiklikler öngören böylesine önemli bir çalışmanın kamuoyunda ve sosyal taraflarca yeterince tartışılmadan hayata geçmesinin sağlıklı bir yapı oluşmasına mani olması muhtemeldir.

lerin yönetim ve hizmet yapılmasında öngörülen değişiklikler yöneticilerde aranan nitelikler ve daha profesyonel bir yönetim yapısı oluşması bakımından olumlu olmakla birlikte; yöneticilerin sözleşmeli olacak olması ve 3 yıllık bir görev süresi öngörülmesi etkin ve verimli bir kamu yönetimiyle çelişki oluşturmaktadır. Bu nedenle idarecilerin statüsü aynen muhafaza edilmeli ve görev süresi bakımından herhangi bir kısıtlamaya gidilmemelidir. Bununla birlikte idarecilerin performanslarının objektif kriterlerle değerlendirilmesi ve denetlenmesi, gerek merkezden gerekse yerelden günümüz yönetim anlayışının gereklerindedir.

Kamu hastanelerinin mevcut yönetim sistemiyle etkin ve verimli hizmet verdiği söylenemez. Yönetim sisteminde değişiklik gerekliliği kaçınılmazdır. Ancak sağlık sistemimizde köklü değişiklikler öngören böylesine önemli bir çalışmanın kamuoyunda ve sosyal taraflarca yeterince tartışılmadan hayata geçmesinin sağlıklı bir yapı oluşmasına mani olması muhtemeldir. Kaynakların etkin ve verimli kullanılabilmesi, çalışanların mağdur edilmeyip hak ve menfaatlerinin iyileştirileceği bir sistem oluşumu için yapılacak değişiklik ilgili taraflarca yeterince tartışılmalı ve TBMM genel kurulunda yasayla hayata geçirilmelidir.

Devlet Hastaneleri İçin Yeni Bir Model: **KAMU HASTANE BİRLİKLERİ**

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı uygulamaya geçirmek üzere yürütülen çalışmaların önümüzdeki aylarda yeniden hızlandırılması planlanmaktadır. Hükümet, bu kapsamda, daha önce meclise sunduğu ancak yasalaştıramadığı, Kamu Hastane Birlikleri modelini yasalaştırmayı planlamaktadır.

Doç. Dr. Faruk ATAAY
Akdeniz Üniversitesi,
İİBF Kamu Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı uygulamaya geçirmek üzere yürütülen çalışmaların önümüzdeki aylarda yeniden hızlandırılması planlanmaktadır. Hükümet, bu kapsamda, daha önce meclise sunduğu ancak yasalaştıramadığı, Kamu Hastane Birlikleri modelini yasalaştırmayı planlamaktadır.

Bilindiği üzere, Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla gündeme getirilen "reform paketi", temelde, üç ana ayak üzerinde yükseliyor. Bu çerçevede, ilk olarak, üç sosyal güvenlik kurumunun (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK) Genel Sağlık Sigortası (GSS) çatısı altında birleştirilmesi sağlandı. Temel mantığı sağlık hizmetleri ile hizmetlerin finansmanının ayrıştırılmasına dayanan GSS sistemi, tüm yurttaşları sosyal güvenlik şemsiyesi altına alma gereğiyle gündeme getirilmiş olmakla birlikte, temel teminat paketi kapsamında yer almayan hizmetler için ek ödeme yapılması ya da özel sağlık sigortası yaptırılması gereği doğuyor.

Sağlıkta Dönüşüm Programının ikinci temel ayağını, Aile Hekimliği sistemine geçiş oluşturuyor. Bilindiği üzere, temelde birinci basamak sağlık hizmetlerini özelleştirmeyi hedefleyen aile hekimliği sistemi, bu amaç doğrultusunda kamunun sağlık ocağı sisteminin yerine özel hekim muayenahanelerini geçirmeyi öngörüyor.

Sağlıkta Dönüşüm Programının üçüncü temel ayağında ise, Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinin Kamu Hastane Birlikleri çatısı altında yeniden yapılandırılması öngörülmektedir. Radikal değişikliklerin öngörüldüğü Kamu Hastane Birlikleri modeli çerçevesinde,

personel, yönetim ve denetim sisteminden başlayarak pek çok değişiklik öngörülmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında gündeme getirilen "reform paketi" çerçevesinde bugüne kadar önemli değişiklikler gerçekleştirildi. Ancak, programın bazı unsurları henüz yasalaştırılmadığı, bazı unsurları da dönemin Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından meclise geri gönderildiği ya da Anayasa Mahkemesi'nce iptal edildiği için gerçekleştirilemedi. Özellikle, programın Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak devlet (kamu) hastanelerinin Kamu Hastane Birlikleri çerçevesinde yeniden yapılandırılması boyutu henüz yürürlüğe sokulabilmiş değil. Bu doğrultuda, bugüne kadar, başta SSK hastaneleri olmak üzere Sağlık Bakanlığı'na bağlı olmayan kamu sağlık kuruluşlarının bakanlığa bağlanmasıyla yetinilmiş bulunuyordu.

Kamu Hastane Birlikleri modeline geçişi sağlayacak asıl adımların ise Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Kanun Tasarısı ve Sağlık Kanunu Tasarısı ile gerçekleştirilmesi planlanıyordu. Bu tasarılarından ilkinin Cumhurbaşkanı Sezer tarafından bir kez daha görüşülmek üzere meclise geri gönderilmesi, ikincisinin de yasalaştırılmaması nedeniyle kadük olmasından sonra, reform programı 2006'da "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" ile yeniden gündeme getirildi. Meclis'te komisyon aşaması tamamlanan tasarıның Eylül 2011 döneminde genel kurula getirilerek yasalaştırılması beklenirken, Ağustos 2011'de bu sefer de "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında



Radikal değişikliklerin öngörüldüğü Kamu Hastane Birlikleri modeli çerçevesinde, personel, yönetim ve denetim sisteminden başlayarak pek çok değişiklik öngörülmektedir.

Kanun Hükmünde Kararname" tasarısı hazırlanmıştır. Hükümet ve bakanlıktan konuyla ilgili net bir açıklama henüz yapılmamakla beraber, Kamu Hastane Birlikleri modelinin bu yeni tasarı çerçevesinde yasalaştırılmasının planlandığı anlaşılmaktadır. Ancak, henüz, hükümet ve bakanlıktan, mecliste komisyon aşamasını tamamlamış bulunan "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı"nın yasalaştırılmasından tamamen vazgeçildiğine ilişkin bir açıklama yapılmış değildir. Bu nedenle, Kamu Hastane Birlikleri modeli incelenirken, aralarında bazı önemli ortaklıklar ve farklılıklar bulunan her iki tasarıның bir den incelenmesinde yarar görülmektedir. Aşağıda, Kamu Hastane Birlikleri modeli, ilk olarak, "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı", daha sonra da, "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" tasarısı çerçevesinde incelenecektir.

I. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı

Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı'nın asıl hedefi, bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını "kamu tüzel kişiliğine sahip", "özerk" "kamu hastane birlikleri" çatısı altında yeniden örgütlendirmektir. Tasarıya göre, birliklerin bakanlıkla ilişkisi "ilgili kuruluş" statüsünde olacaktır. Birlikler birden fazla ili kapsayabileceği gibi, aynı ilde birden fazla birlik de kurulabilecektir. Ayrıca, bakanlık, birden fazla birliği bir araya getirerek "birlikler koordinatörlüğü" de kurabilecektir. Birliklerin kuruluşu bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu'nun kararıyla sağlanacaktır.

Tasarıya göre, hastane birliklerinin organları Yönetim Kurulu, Genel Sekreterlik ve Hastane Yöneticilikleri'nden oluşacaktır. Birliğin karar organı Yönetim Kurulu, yürütme organı da Genel Sekreterlik olacaktır. Yönetim Kurulu'nun oluşumu ilginçtir. Yönetim Kurulu, ikisi İl Genel Meclisi tarafından (biri hukukçu, biri de mali müşavir olacaktır), biri Vali tarafından (iktisat, işletme ya da maliye eğitimi almış olmalıdır), ikisi bakanlık tarafından (biri tıp hekimi, diğeri de sağlık sektöründe deneyim sahibi, üniversite mezunu olmalıdır), biri de Sanayi ve Ticaret Odası'na (üniversite mezunu olmalıdır) belirlenen üyelerle İl Sağlık Müdürü'nden (ya da yardımcısından biri) oluşacaktır. Yönetim Kurulu üyelikleri konusunda dikkat çeken önemli bir noktada, üye seçilebilmek için 8 yıl kamu ya da özel sektörde iş deneyimine sahip olmanın yeterli görülmesidir.



Tasarıya göre, birliklerin bakanlıkla ilişkisi "ilgili kuruluş" statüsünde olacaktır. Birlikler birden fazla ili kapsayabileceği gibi, aynı ilde birden fazla birlik de kurulabilecektir. Ayrıca, bakanlık, birden fazla birliği bir araya getirerek "birlikler koordinatörlüğü" de kurabilecektir. Birliklerin kuruluşu bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu'nun kararıyla sağlanacaktır.

Bu bakımdan, özel sektörle kamu sektörü arasında da bir ayırım yapılmadığı görülmektedir. Bu durum, kamu sektöründe hiçbir deneyimi olmayan birinin bile birlik yönetim kurulu üyeliğine seçilebilmesine olanak tanımaktadır. İkinci olarak, Yönetim Kurulu üyeleri belirlenirken, Ticaret ve Sanayi Odasına bir üye seçme yetkisinin verildiği görülmektedir. Anayasa'ya göre, kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu statüsünde olan Tabip Odaları ve diğer sağlık çalışanı örgütlerine temsil olanağı sağlanmazken, Ticaret ve Sanayi Odalarına doğrudan bir üye seçme yetkisi tanınması eleştiriyeye açık bir durum oluşturmaktadır.

Son olarak, Yönetim Kurulu'nun çalışma usulleriyle ilgili olarak, kurulun gündemi belirlenirken Yönetim Kurulu Başkanının uygun bulmadığı konuların gündeme alınmaması da dikkat çekicidir.

Genel Sekreterlik bünyesinde ise, tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları kurulacaktır. Birliğe bağlı her bir hastane, Hastane Yöneticisi tarafından yönetilecektir. Hastane yöneticisine bağlı olarak Başhekimlik, İdari ve Mali İşler Müdürlüğü ile Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü kurulacaktır. Bu görevlere atanacak personelin de, kamu ya da özel sektörde

en az beş yıllık iş deneyimine sahip olması yeterli görülmemekte, kamuda deneyim sahibi olmak şart koşulmamaktadır.

Birlik yönetimi konusunda dikkat çekici bir husus, her birliğin yıllık olarak "hizmet altyapısı ve organizasyonu", "kalite", "verimlilik" ve "hasta memnuniyeti" açısından performans denetimine tabi tutulacak olmasıdır. Tasarıda, performans denetiminin bakanlığın belirleyeceği usul ve esaslara göre yapılacağı belirtilmekle beraber, bu denetimin mekanizması tasarıda açıklanmamıştır. Ancak, tasarının denetimle ilgili hükümlerinde, Sağlık Bakanlığı'na yapılacak idari ve teknik denetim, Maliye Bakanlığı'na yapılacak mali denetim ve Sayıştay'ca yapılacak dış denetim yanı sıra, "ihtiyaç duyulması halinde bakanlıkça yetkilendirilen bağımsız denetim kuruluşlarından denetim hizmeti satın alınabileceği"nin belirtilmiş olmasını, performans denetiminin bağımsız denetim kuruluşlarınca yapılmasının planlandığının göstergesi olarak değerlendirmek mümkündür. Diğer yandan, tasarıda, performansı yeterli bulunmayan birliklerde yönetim kademelerinde bulunan personelin görevine son verilerek, yöneticilerin bakanlıkça atanmasının öngörülmesi de dikkat çekmektedir.

1. 1. Tasarının Personel Rejimine İlişkin Düzenlemeleri

Tasarının personelle ilgili düzenlemelerinde dikkat çeken özelliklerden ilki, yönetim kademelerinde görevlendirilen personelin "özel

sözleşmeli" statüsünde çalıştırılmasının öngörülmesidir. Tasarı, diğer personel açısından ise, memur statüsündeki mevcut personelin emekli sandığı haklarını korurken, yeni alınacak personeli SSK kanununa tabi kılmaktadır. Bir başka deyişle, mevcut personelin iş güvencesi ve hakları korunur görünürken, yeni alınacak personelin iş güvencesi ve diğer haklar açısından aynı korumaya sahip olmadığı görülmektedir. Diğer yandan, personel rejiminde sözleşmeliliğe geçişe yönelik arayışların başka yasa tasarılarıyla da devam ettiği anımsanırsa, aslında çalışanların iş güvencesi açısından çok da sağlam dayanaklara sahip olmadıkları görülmektedir.

Tasarının bir diğer hükmü, sözleşmeli personele, "belirli sürede bitirilmesi gereken işler sözkonusu olduğunda" fazla mesai yükümlülüğü getirilmesidir. Üstelik, fazla mesai karşılığında herhangi bir ek ücret ödenemeyeceği de hüküm altına alınmaktadır. Diğer yandan, personelin katkısıyla elde edilen birlik gayri safi hasılatının en fazla yüzde 40'ının, birlik personeline ek ödeme olarak dağıtılabilmesine olanak sağlanmaktadır. Böylece, personelin ücretleriyle birlik gelirleri arasında bağ kurulmak yoluyla, personelin verimliliğinin artırılması amaçlı olarak, ek ödemenin bir ödül olarak dağıtılması yolu açılmaktadır.

Tasarıda, ayrıca, "aşırı istihdamı" engelleyici hükümler de bulunmaktadır. Buna göre, bakanlık her yıl birlik yönetim kurulunun görüşünü de alarak, azami personel sayısı tespit edecek, birlik de bu azami personel sayısının üzerinde personel



Tasarıda, ayrıca, "aşırı istihdamı" engelleyici hükümler de bulunmaktadır. Buna göre, bakanlık her yıl birlik yönetim kurulunun görüşünü de alarak, azami personel sayısı tespit edecek, birlik de bu azami personel sayısının üzerinde personel istihdam edemeyecektir.

istihdam edemeyecektir.

Personele ilişkin bu düzenlemeler, tasarının, "esnek istihdam" anlayışına dayalı olarak kurgulandığını açıkça ortaya koymaktadır. Bu özellikleriyle, memur statüsünün sağladığı güvenceler ortadan kaldırılarak ve ücret ve mesai açısından esnek düzenlemeler getirilerek, çalışanların hakları sınırlanırken, işverene işgücü maliyetlerini ve kârlılığını artırmak için uygun bir ortam hazırlanmaktadır.

1. 2. Sağlık Hizmetinin Finansmanına Devlet Katkısı Kaldırılıyor

Tasarının incelenmesi, reformla ulaşılmak istenen en temel amaç-

larından birinin, kamu hastanelerinin devlet bütçesinden finanse edilmesine son verilmesi olduğunu göstermektedir. Nitekim, tasarrın en fazla dikkat çeken hükümlerinden biri de, birliklerin finansmanı için hazine katkısının öngörülmesidir. Tasarı, birliklerin yerine getireceği hizmetlerin finansman yolu olarak, birliğin ürettiği hizmetler karşılığında elde edilecek gelirleri görmektedir. Bu gelirler de, hizmetler karşılığında GSS ve özel sigorta şirketlerinden alınacak ücretler ile hastalardan alınacak kişisel ödemeler olacaktır. Birliklerin finansmanı için doğrudan hazine katkısı öngörülmezken, tasarrın 6. maddesinde “gerektiğinde” devletin de “yardım” yapabilmesine olanak tanınmaktadır. Tasarrın 6. maddesindeki bu hüküm, devlet katkısını yalnızca “gerekli görülen durumlar” ile sınırladığı gibi, devlet katkısını “yardım” olarak adlandırarak “dışsal” ve “olağandışı” bir gelir olarak da ele almaktadır. Bu özellikleriyle, tasarı, birlikleri, asıl olarak kendi gelirleriyle ayakta kalması ve gelir-gider dengesini kurması gereken kurumlar olarak görmektedir.

1. 3. Önce Özerklik, Sonra Özelleştirme

Hastane Birlikleri tasarısı, kamu hastaneleri için idari ve mali özerkliğe dayalı bir örgütlenme modeli

getirme gerekçesiyle gündeme getirilmekle beraber, özerkliğin özelleştirme sürecinde bir ara durak olarak görüldüğü anlaşılmaktadır. Nitekim, tasarrın 3. ve 6. maddeleri, kamu hastanelerinin özelleştirilmesine olanak tanımaktadır.

Tasarrın, Yönetim Kurulu’nun görevlerini sayan 3. maddesinin (d) fıkrasında, Yönetim Kurulu’na “birliğin her türlü araç, gereç, malzeme, taşınırları ile tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satmak, kiralamak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek; hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiraya vermek, işletmek, işletirmek” yetkisinin tanıdığı görülmektedir. Aynı maddenin (ğ) fıkrasında da, Yönetim Kurulu’na, “ihtiyaç duyulması halinde tıbbi uzmanlık hizmeti satın alınmasına karar vermek” yetkisi tanınmaktadır.

Nitekim, Yönetim Kurulu’nun yetkilerine ilişkin bu hükümlere paralel hükümler, birliğin gelir ve giderlerinin sayıldığı 6. maddede de yer almaktadır. 6. maddenin 2. fıkrasında, “tapuda birlik adına kayıtlı olan taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satışı, kiralanması, işletilmesi veya işletilmesinden elde edilecekleri gelirler

ile hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiralanması işletilmesi veya işletilmesinden elde edilecek gelirlerin” birliğin gelirleri arasında sayılmış olduğu görülmektedir. Aynı maddenin 3. fıkrasında da, birliğin giderleri arasında, “mevzuatı uyarınca yapılacak hizmet almına ilişkin giderler” ile “laboratuvar ve görüntüleme hizmet almına ilişkin giderler”in sayıldığı dikkat çekmektedir.

Tasarrın 3. ve 6. maddelerindeki bu hükümler, birliğe ait olan ya da hizmet amacıyla birliğe tahsis edilmiş olan yapı ve tesislerin satışı, kiralanması ve işletilmesine olanak tanımaktadır. Bu hükümler, tasarıyla, kamu sağlık kuruluşlarının ve bu kuruluşlara ait tesislerin özelleştirilmesinin öngörüldüğünü göstermektedir.

Aynı şekilde, tasarrın 3. ve 6. maddelerinde, birliklere “hizmet satın alma” olanağının sağlanması da, sağlık hizmetinin doğrudan kamu sağlık kuruluşları tarafından üretilmesi yerine, özel kuruluşlardan satın alınmak yoluyla yerine getirilmesine olanak sağlamaktadır. Bilindiği üzere, kamunun hizmeti kendi tesis, araç-gereç ve personeli eliyle üretmek yerine özel sektörden satın alması yöntemi, sağlık sektöründe

en çok tercih edilen özelleştirme yöntemlerinden biridir.

I. 4. Sağlık Hizmetinin Niteliği Sorunu

Yeni tasarı, gündeme getirdiği yeni örgütlenme modeli, personel rejimi, finansman yönetimi ve özelleştirme modeliyle "sağlık hizmetinin niteliği"nde önemli değişiklikler gündeme getirmektedir. Dolayısıyla, tasarının gerçek amacının sağlık hizmetlerinin niteliğini değiştirmek olduğu ortaya çıkmaktadır.

Bir hizmetin niteliğinin ne olduğu sorunu, o hizmetin "hukuksal statüsü" ile ilgilidir. Hizmetin hukuksal statüsü de, asıl olarak, o hizmetin bir "piyasa malı" mı yoksa bir "kamu hizmeti" mi olduğu, kamu hizmeti ise ne türden bir kamu hizmeti olduğuna ilişkindir. Bir hizmetin niteliğinin ortaya çıkartılması, hem yapılacak düzenlemelerin hukuka uygunluğu hem de hizmet karşısında yurttaşların konumunun belirlenmesi açısından büyük öneme sahiptir.

Tasarıya genel olarak bakıldığında, yeni modelin, hizmetin hukuksal statüsü ve niteliği açısından oldukça karmaşık ve hatta çelişkili bir durumda olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu çelişkiler mevcut hukuksal çerçeveye uyumsuzluklar da taşımaktadır. Bu durumun, öngörülen modelin asıl olarak Anglo-sakson ülkelerinden esinlenmesi ve Anglo-sakson modelinin ülkemizin anayasal örgütlenme ilkeleriyle tamamen farklı bir temelde kurulmuş olmasıyla ilgili olması kadar, sağlık hizmetinin ticarileştirilmesi amacıyla da ilgili bulunmaktadır.

Tasarının incelenmesi göstermektedir ki, sağlık hizmetinin "kamu hizmeti" statüsü ortadan kalkmış değildir. Buna rağmen, tasarıda sağlığın bir "piyasa hizmeti" olarak görüldüğünü düşündüren düzenlemeler de bulunmaktadır. Nitekim, tasarı, Bakanlığa bağlı kamu sağlık kuruluşlarının bir ticari şirkete dönüştürülmesinin amaçlandığını düşündüren yaklaşımlar da içermektedir.

Tasarının incelenmesi göstermektedir ki, sağlık hizmetinin "kamu hizmeti" statüsü ortadan kalkmış değildir. Buna rağmen, tasarıda sağlığın bir "piyasa hizmeti" olarak görüldüğünü düşündüren düzenlemeler de bulunmaktadır. Nitekim, tasarı, Bakanlığa bağlı kamu sağlık kuruluşlarının bir ticari şirkete dönüştürülmesinin amaçlandığını düşündüren yaklaşımlar da içermektedir.

Öncelikle, tasarı, bakanlığa "bağlı" ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını "özerk" "kamu hastane birlikleri" çatısı altında yeniden örgütlemekte, birliklerin bakanlıkla ilişkisi de "ilgili kuruluş" statüsüne çevrilmiştir. Bu düzenlemeyle, "merkezi idare" çatısı altındaki bir hizmetin "hizmet yerinden yönetim kuruluşu" statüsüne geçirildiği anlaşılmaktadır. "Hizmet yerinden yönetim kuruluşu" statüsü, bilindiği üzere, hizmetin niteliğinin özerkliği gerektirdiği hizmetler için sözkonusu edilmektedir. Bu statü, örneğin üniversiteler, TÜBİTAK gibi kuruluşlara tanınan bir statüdür. Aslında, 2004 tarihli Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı ve Sağlık Kanunu Tasarısı'nın eğitim hastaneleri dışındaki sağlık kuruluşlarını il özel idarelerine bağlamayı öngören dü-

zenlemeleri anımsanınca, sağlığı "yerel nitelikli" bir hizmet olarak algılayan anlayışın değiştiği sonucuna varılmaktadır. Ancak, birliklerin iller temelinde örgütlenmesi ve yönetim kurulları oluşturulurken üyelerin çoğunluğunun vali, il özel idaresi, il sağlık müdürlüğü ve il sanayi ve ticaret odası tarafından atanmasının öngörülmesi, bu görüşe aykırılık da oluşturmaktadır. Dolayısıyla, tasarının getirdiği modeli mevcut idare yapısıyla tam olarak bağdaştırılabilmek mümkün olamamaktadır.

Diğer yandan, tasarı "sağlık işletmesi" statüsünü gündeme getirecek, kamu hastanelerini adeta birer kamu iktisadi teşekkülü (KİT) gibi gördüğü izlenimi yaratmaktadır. Bilindiği üzere, KİT'ler, kamu hizmeti yerine getiren KİT'ler (kamu iktisadi kuruluşu-KİK) ve piyasada piyasa koşullarında piyasa malı-hizmeti üreten KİT'ler (iktisadi devlet teşekkülü-İDT) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tasarı, sağlığı kamu hizmeti olmaktan çıkartmadığına göre, tasarının "kamu hastane birliklerini" KİK'lere benzer bir statüye geçirmeyi öngördüğü sonucuna varmak olanaklı görünmektedir. Ancak, birliklerin yönetim organlarında yer alan yöneticilerin "sözleşmeli" statüsünde olması da KİK'lere ilişkin düzenlemelere aykırılık oluşturmaktadır.

Kamu hastane birliklerinin finansman modeli bir başka önemli sorun oluşturmaktadır. Yukarıda da açıklandığı üzere, yeni model devletin yatırım ve personel ödeneği vermesi uygulamasına son vermede, devletin hizmetin finansmanına katkısı “gerekli görülen durumlarda verilecek yardımlar”la sınırlı tutulmaktadır. Bu haliyle de, tasarının en can alıcı özelliklerinden birini oluşturmaktadır. Bilindiği üzere, mevcut sistemde, sağlık hizmetinin finansmanı, genel bütçeden sağlık için ayrılan pay ile sosyal güvenlik kuruluşlarının prim gelirleriyle sağlanmaktadır. Dolayısıyla, yurttaşların hizmetin finansmanına katkısı vergi vermek ve sigorta primi ödemek yoluyla olmaktadır. Oysa, yeni modelde, genel bütçeden ayrılan pay kaldırılmakta, GSS de yalnızca temel teminat paketine dahil olan hizmetleri finanse etmektedir. Bu durumda, kamu hastane birliklerinin, finansmanını sağlayabilmek için hizmetleri önemli ölçüde fiyatlandırmaktan başka çaresi kalmamaktadır. Bu durumda, yurttaşların hizmetin finansmanı için sigorta primi ödemek yanı sıra cepten ek ödeme yapmaları da gerekecektir. Bu düzenlemeler göstermektedir ki, sağlığın mevcut durumdaki bütünüyle kamusal mekanizmalarla (genel bütçe+sigorta primi) finanse edilme durumu değiştirilerek, yarı kamusal mekanizmayla (sigorta primi) ve yarı fiyatlandırma ile finanse edilen bir hizmete dönüştürülmektedir. Bu durum, sağlık kamu hizmetinin niteliğinin değiştirilmesinin öngörüldüğünü göstermektedir. Bilindiği üzere, finansman yöntemindeki bu değişikliğin gelir dağılımı açısından önemli sonuçları bulunmaktadır.



Zira, genel bütçe yolu ile finansman en eşitlikçi, sigorta primi ile finansman daha az eşitlikçi, fiyatlandırma ile finansman ise bütünüyle eşitsizlikçi bir yöntemdir. Dolayısıyla, öngörülen değişikliklerle görece olarak daha eşitlikçi bir finansman yönetiminden, görece olarak daha eşitsizlikçi bir modele geçilmektedir. Bir başka deyişle, sağlık kamu hizmetinin “tam kamusal mal” niteliği “yarı kamusal mal” statüsüne çevrilmiştir.

Bu modelde, ödeme gücü olmayanların sigorta primlerinin devlet tarafından ödenmesi de eşitsizlikleri ortadan kaldırmaya yetmemektedir. Zira, hem ödeme gücü olmayan kategorisi asgari ücretin üçte birinden az geliri olanlarla sınırlanmakta, hem de temel teminat paketi dışındaki hizmetleri finanse etmemesi öngörülmektedir. Dolayısıyla, yeni model, alt gelir gruplarının sağlık hizmetine erişimine önemli sınırlamalar getirmekte, sağlığı bedelini ödemeyenlerin kısmen dışlandığı bir hizmet niteliğine kavuşturmuştur.

Diğer yandan, tasarının, kamu (devlet) hastanelerinin özelleştirilmesine yönelik düzenlemeleri de, her ne kadar sağlığın “kamu hizmeti” statüsü ortadan kaldırılmasında, sağlığın “kâr amaçlı” bir faaliyet olma niteliği kazanmasına yol açmaktadır. Zira, bilindiği üzere, kamu hizmeti yerine getiren özel kuruluşlar (örneğin özel hastaneler) da kâr amaçlı olarak faaliyet yürütmektedir. Bu alanda devletin rolü, hizmetin niteliği ve fiyatı konusunda denetim ve düzenlemeler yaparak, hizmetin gerekli kriterlere uygun bir biçimde üretilmesinin sağlanması ve “aşırı kâr” amaçlı fiyatlandırmanın önüne geçilmesiyle sınırlıdır. Özetle, tasarının finansmana ilişkin düzenlemeleri, sağlığın “yarı kamusal, yarı kâr amaçlı” bir hizmet olarak statü değiştirmesine yol açmaktadır.

Hizmetin niteliği konusunda bir başka nokta, hizmetin kamu eliyle mi yoksa özel kuruluşlar eliyle mi üretildiğidir. Zira, devlet eliyle yerine getirilen kamu hizmetlerinde kâr amacı güdülmezken, özel kuruluşların kamu hizmeti üretmesi durumunda kâr amacı güdülmektedir.

Bilindiği üzere, mevcut durumda, özel kişiler bakanlıktan alacakları "ruhsatla," isteyenlere fiyatı karşılığında bu hizmeti sunmakta, ayrıca kamu da özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın almaktadır. Özel sağlık kuruluşlarınca yerine getirilen bu hizmetler tamamıyla kâr amaçlıdır. Dolayısıyla, sağlığın özel kişilerce yerine getirilmesi, hizmetin kâr amaçlı hale gelmesine yol açmaktadır. Durum böyleyken, yeni tasarı, kamu sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesinin yolunu da açmaktadır. Dolayısıyla, sağlık kamu hizmetindeki özel faaliyetler, özel kişilerce açılan sağlık kuruluşlarıyla sınırlı kalmamakta, kamu sağlık kuruluşlarının da özelleştirilmesiyle, kamu sağlık sisteminin payının azaltılıp özel sağlık kuruluşlarının payının daha da genişletilmesi amaçlanmaktadır. Bu durum da, sağlığın ticarileştirilmesi sürecinde önemli bir noktadır.

Hizmetin niteliği ile ilgili bir başka önemli nokta, kamu hizmetinin üretiminin kamu personeli eliyle yerine getirilip getirilmediği konusudur. Tasarı, kamu görevlisi statüsündeki mevcut personelin haklarını korumakla birlikte, yeni alınacak personeli İş Kanunu'na tabi kılmaktadır. Ayrıca, yönetim kademelerindeki personelin kamu görevlisi statüsünde olması öngörülmektedir. Dolayısıyla, personelin statüsüne ilişkin hükümler, sağlığın "genel

idare esaslarına göre" yürütülen bir kamu hizmeti olarak görülmediğini düşündürmektedir.

Buraya kadar yapılan değerlendirmeleri toparlamak gerekirse, tasarının, sağlık kamu hizmetinin niteliğinde ve hukuksal statüsünde önemli değişiklikler getirdiği görülmektedir. Böylece, sağlığın devletin temel görevleri arasında sayılıp, genel idare esaslarına göre, kendi örgütleri ve personeli eliyle, genel bütçe ve sigorta primleri ile finanse ederek gerçekleştirdiği bir sağlık hizmeti anlayışı yerine, devletin görevinin sağlık hizmetinin (piyasa-sının) düzenlenmesiyle sınırlı tutulduğu, işletmecilik esaslarına göre yerine getirilen bir kamu hizmeti anlayışına geçildiği görülmektedir. Böylece, sağlığın "tam kamusal hizmet" statüsünden "yarı kamusal hizmet" statüsüne geçirildiği ve hizmetin ticarileştirilmesi doğrultusunda önemli adımlar atıldığı ortaya çıkmaktadır. Bu durumun, hizmetin "sosyal" niteliğini azalttığı ve gelir dağılımının daha da bozulup, alt gelir gruplarının hizmete erişimini sınırlandırarak sosyal haklar açısından gerilemeye yol açtığı görülmektedir.

1. 5. Değerlendirme

Buraya kadar yapılan incelemenin de gösterdiği üzere, tasarı, Sağlık Bakanlığı'nın pilot olarak belirleye-

ceği illerden başlayarak, bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini (devlet hastaneleri) "kamu hastane birlikleri" çatısı altında, "özerk" "sağlık işletmesi" statüsüne geçirmeyi öngörmektedir. Ancak tasarı, kamu sağlık kuruluşlarını, ürettiği hizmeti "fiyatlandırarak" ayakta kalmak zorunda olan sağlık işletmelerine çevirmekle de yetinmemekte, birliklere kamu sağlık kuruluşlarını özelleştirme yetkisi vererek, özelleştirmenin hukuksal altyapısını hazırlamaktadır.

Tasarının getirdiği bu yeni model, tasarının genel gerekçesinde meşrulaştırılmaya çalışılmaktadır. Genel gerekçede, dünya genelinde merkezi idarelerin sağlık hizmeti ve özellikle de hastane hizmetleri sunumundaki rollerinin yeniden değerlendirildiği ve hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturularak "sağlık işletmesi" modeline geçildiği savunulmaktadır. Tasarının genel gerekçesine göre, buna karşılık ülkemizde hizmet sunumu merkezde toplanmış, bugüne kadar sağlık işletmesi modeline geçiş için yürütülen çalışmalar da başarısız olmuştur. Bunun sonucunda, aşırı büyüyen ve merkezileşen sağlık hizmetleri bakanlığın asli görevlerinde yoğunlaşmasını engellemiştir. Buna karşılık, yeni model, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatını, mahallinde yürütülmesi gereken hizmetlerin yükün-

Tasarının getirdiği bu yeni model, tasarının genel gerekçesinde meşrulaştırılmaya çalışılmaktadır. Genel gerekçede, dünya genelinde merkezi idarelerin sağlık hizmeti ve özellikle de hastane hizmetleri sunumundaki rollerinin yeniden değerlendirildiği ve hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturularak "sağlık işletmesi" modeline geçildiği savunulmaktadır.

den kurtararak, hem hastanelerdeki verimsizlik sorunu çözecek hem de bakanlık merkez teşkilatı asli işlerine yoğunlaşma olanağına kavuşacaktır. Böylece, bakanlığın yeniden yapılandırılarak, “stratejik düşünme”, “geleceğe dair tasarımlar geliştirme”, “misyon ve vizyon geliştirme”, “temel amaç, politika ve öncelikleri şekillendirme”, “ölçülebilir başarı göstergeleri oluşturma”, “insan kaynakları geliştirme” gibi esas görevlerine yoğunlaşabilmesinin yolu açılmış olacaktır. Gereğe göre, yeni model, hastanelerin özerkleşmesini sağlamakla beraber, hastanelerin “sosyal sorumlulukları” devam edecek, “kâr amaçlı değil”, “hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, katılımcı, verimli, kaliteli ve etkin” hastane hizmetleri sunulacaktır. Nitekim, tasarı, her bireyin mümkün olan en yüksek standartta sağlık hizmetinden yararlanabilmesinin, “temel bir insan hakkı” ve “sosyal devlet” anlayışının doğal bir sonucu olarak görüldüğünü belirtmektedir.

Ancak, tasarıya ortaya koyduğu model ile bu modeli gerçekleştirmek üzere ortaya atılan argümanlar arasında bazı çelişkiler bulunduğu görülmektedir. İlk olarak, tasarıya getirdiği en önemli yenilik kamu sağlık kuruluşlarını “sağlık işletmesi”ne dönüştürmek olurken, “amacın kâr olmadığını” ileri sürmek çelişki oluşturmaktadır. Zira, “sağlık işletmesi” terimi gerçekte “kâr amaçlı olarak sağlık hizmeti veren kuruluş” anlamına gelmektedir. Dolayısıyla, “kamu hizmeti üreten kamu idaresi” statüsünün kaldırılarak “sağlık işletmesi” modeline geçilmesi, gerçek amacın kâr olduğunu göstermektedir. Dahası, tasarıyla özelleştirilmenin öngörülmüş olması da, bu kârın kamuda kalmasının değil özel sektöre aktarılmasının hedeflendiğini göstermektedir. Dolayısıyla, tasarı, sağlık hizmetini “sosyal devlet” anlayışı çerçevesinde “temel bir insan hakkı” olarak gören bir anlayışa değil, “ücretini ödeyenlerin yararlanabildiği bir piyasa malı” olarak gören anlayışa daha yakın durmak-

tadır. Nitekim, GSS sistemi, “temel teminat paketi” dışında kalan tüm sağlık hizmetlerini paralı hale getirmektedir. Bu durum, alt gelir gruplarının “temel teminat paketi” dışındaki sağlık hizmetlerine “erişimini” de zorlaştırmaktadır. Diğer yandan, devletin kamu hastanelerini finanse etmesi uygulamasına son verilecek olması, hizmetlerin finansmanını güçleştirecek, “kaliteli” hizmetin üretilmesini zorlaştıracaktır. Son olarak, tasarıya, “yönetişim” anlayışı çerçevesinde, birlik yönetim kurullarına yalnızca Ticaret ve Sanayi Odası temsilcilerinin alınmasını öngörmesini de, “katılımcı” bir anlayışın ürünü saymak kolay görünmemektedir. Gerek kamu kurumunu niteliğinde meslek kuruluşu olan Tabip Odalarının, gerek sağlık emekçilerinin sendikal örgütlenmelerinin, gerekse sağlık hizmetinden yararlanan geniş toplum kesimlerinin temsilcilerinin dışlanmış olması, katılımcı bir anlayıştan hareket edildiği görüşünün desteksiz kalmasına neden olmaktadır.

II. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname Tasarısı

Yukarıda da belirtildiği üzere, Kamu Hastane Birlikleri modelinin “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı”nın yasalaştırılmasıyla uygulamaya geçirilmesi beklenirken, Ağustos 2011 döneminde “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” tasarısı hazırlanmıştır. Sağlık

Bakanlığı'nın örgütlenme modeli ve görevleri konusunda önemli değişiklikler gündeme getiren bu yeni tasarı, Kamu Hastane Birlikleri modelinin uygulamaya geçirilmesine ilişkin hükümler de içermektedir.

Tasarı'nın ilk dikkat çeken özelliği, Kamu Hastane Birlikleri çerçevesinde yeniden örgütlenmeye hedeflediği devlet hastanelerini

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı çatısı altında kurulan Devlet Hastaneleri Kurumu çatısı altında toplanması olmaktadır. Devlet Hastaneleri Kurumu, “bakanlığa bağlı”, “özel bütçeli” ve “kamu tüzel kişiliğine sahip” olacaktır. Bu özellikleriyle, kurumun özerk bir yapı olarak kurulduğu anlaşılmaktadır. Kurum, ülke genelindeki bütün devlet hastaneleri ve eğitim-araştırma has-

tanelerinin, bakanlığın belirlediği politikalar ve düzenlemeler çerçevesinde, yönetimi, denetimi ve düzenlenmesinden sorumlu olacaktır. Kurum, devlet hastanelerini doğrudan kendisi işletebileceği gibi, Kamu Hastane Birlikleri'ne dönüşümüne de karar verebilecektir.

Kamu Hastane Birlikleri'nin kuruluşu, bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu'nun kararıyla olacaktır. Kamu Hastane Birlikleri, kamu tüzel kişiliğine sahip olacak ve bu kanunda düzenlenen hükümler dışında özel hukuka tabi olacaktır. Bu özellikleriyle, birliklerin özerk ve piyasa şartlarına uygun çalışması öngörülmektedir.

Devlet Hastaneleri Kurumu'na bağlı kurulacak olan Kamu Hastane Birliklerinin, esasen il ölçeğinde örgütleneceği ve il içindeki bütün devlet hastanelerini kapsayacağı anlaşılmaktadır. Ancak, bir ilde birden fazla birlik kurulması da mümkündür. Diğer yandan, birden fazla birlik bir araya gelerek "birlikler koordinatörlüğü" de oluşturabileceklerdir. Böylece, sağlık alanında "bölgesel" örgütlenme modeli gündeme getirilir ve bölgesel sağlık planları hazırlanması öngörülürken, Bölge Kalkınma Ajanslarıyla paralel bir örgütlenme düşüncesinin var olduğu anlaşılmaktadır.

Birliklerin organları Genel Sekreterlik ve Hastane Yöneticiliklerinden oluşacaktır. Önceki tasarıda görülen Yönetim Kurulu'na ise bu tasarıda yer verilmemiştir. Genel Sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organı olurken, bünyesinde Tıbbi Hizmetler, İdari Hizmetler

ve Mali Hizmetler başkanlıkları yer alacaktır. Birliğe bağlı hastaneler ise Hastane Yöneticisi tarafından yönetilecektir. Hastane Yöneticisine bağlı olarak Başhekimlik, İdari ve Mali İşler ve Sağlık Bakım Hizmetleri müdürlükleri kurulacaktır.

Yönetici kadronun üç yıl süreli sözleşmeli statüde yer alması öngörülmektedir. Birliğin ve hastanelerin, Devlet Hastaneleri Kurumu'nca yapılacak performans denetiminde aldığı puana göre yönetici kadronun sözleşmesinin devamı ya da sonlandırılması söz konusu olabilecektir. Genel sekreterlik ve diğer yönetici pozisyonlara atanabilmek için, ilgili alanlarda yüksek öğrenim görmek ve alanında en az beş yıl kamu ya da özel sektör çalışma deneyimine sahip olmak yeterli görülmektedir.

Birlikler, denetim açısından Sayıştay'a bağlı olacaktır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı, Devlet Hastaneleri Kurumu ve Maliye Bakanlığı'nın da idari, teknik ve mali açılarından denetim yapması öngörülmektedir. Bu denetimlerde ciddi aksaklıkların tespiti halinde, Genel Sekreterin sözleşmesinin feshi mümkündür.

Personel açısından ikili bir düzenleme öngörülmektedir. Birlik çatısı altına alınan devlet hastanelerinin mevcut personeli mevcut statülerini korurken, yeni atamalarda sözleşmeli statüsü esas olacaktır.

Birliğin, sermaye, bütçe, gelir ve giderleri KİT'lere benzer bir biçimde düzenlenmiştir. Ayrıca, mal ve hizmet satın alma, mal varlıklarının satışı ve kiralanması gibi konularda esnek düzenlemeler yapılmıştır.

Yeni tasarıya genel olarak bakıldığında, önceki tasarıya radikal değişiklikler öngören modeline göre, bazı önemli değişikliklere gidildiği görülmektedir. İlk tasarıda yer alan, "sağlık işletmesi" modelinden vazgeçilmesi, birliklerin kendi kendini finanse etmeleri anlayışının terk edilmesi, yönetim ve yerelleşme perspektifiyle oluşturulan Yönetim Kurulu'nun çıkartılması, birliğe özelleştirme yetkisinin verilmemesi, personelin fazla mesai vb. yükümlülüklerinin kaldırılması, denetim açısından bağımsız (uluslararası - yabancı) denetim kurumları (firmaları) yerine Sayıştay, Sağlık Bakanlığı, Devlet Hastaneleri Kurumu ve Maliye Bakanlığı denetiminin öngörülmesi olumlu değişiklikler olarak görünmektedir. Böylece, ilk tasarıya radikal boyutları bir ölçüde turpanlanmış olmaktadır. Ancak, sözleşmeli-profesyonel yöneticilik, yeni personelin istihdamında sözleşmeliliğin esas olması ve diğer esnek istihdam ilkeleri, sağlık hizmetlerine ilişkin neoliberal bakışın önemli ölçüde korunduğunu göstermektedir.

Hukuksal açıdan bakıldığında da, önceki tasarıda Türk hukuk sistemine aykırılık oluşturan düzenlemelerin önemli bölümünden vazgeçildiği ve mevcut hukuk sistemiyle daha uyumlu bir hukuksal çerçevenin kurulmasının öngörüldüğü anlaşılmaktadır. Ancak, yine de, yönetici kadronun memur statüsü yerine sözleşmeli-profesyonel yöneticilik biçiminde düzenlenmesi, yönetim kurulunun öngörülmemiş olması gibi bazı aykırılıklar da dikkat çekmektedir.

Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı ve Getirdikleri

Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli bir parçası olarak hazırlanan Kamu Hastaneleri Birlikleri oluşturma düşüncesi yaklaşık 5-6 yıllık bir süredir konuşuluyor ve 1997 yılında Meclise gönderilmesine rağmen kamuoyunun bu konuda yeterince bilgi sahibi olmadığı kanaatindeyim. Hazırlanış amacı olarak hastane yönetimlerinin ehil kişilere verilmesi olarak düşünülen bu tasarının bu süre zarfında bazı değişikliklere uğramış olduğu görülmektedir.

Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu
Gazi Üniversitesi Öğretim Üyesi

Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli bir parçası olarak hazırlanan Kamu Hastaneleri Birlikleri oluşturma düşüncesi yaklaşık 5-6 yıllık bir süredir konuşuluyor ve 1997 yılında Meclise gönderilmesine rağmen kamuoyunun bu konuda yeterince bilgi sahibi olmadığı kanaatindeyim. Hazırlanış amacı olarak hastane yönetimlerinin ehil kişilere verilmesi olarak düşünülen bu tasarının bu süre zarfında bazı değişikliklere uğramış olduğu görülmektedir.

Bakanlar Kurulu'nun belirleyeceği illerde, kaynakların etkin ve verimli kullanılması suretiyle ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin, katılımcı, hakkaniyete, hal-

kın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kaliteli, kolay erişilebilir şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla kamu hastane birlikleri kurulması ve çalıştırılmasına ilişkin hazırlanan tasarının önümüzdeki günlerde tekrar gündeme geleceği beklenmektedir.

Bilindiği üzere, tasarıda yer alan düzenlemelere göre, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, yapılacak değerlendirme sonuçlarına göre Bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzel kişiliğine haiz, özel bütçeli, Bakanlığın ilgili kuruluşu statüsünde işletmeye dönüştürülecektir.

Tasarıda sunulan hizmet büyük-

lüğüne göre, aynı ilde birden fazla işletme kurulabileceği öngörülüyor. Ayrıca, Bakanlık sağlık hizmetlerini ve yatırımlarının müştereken planlanması ve işbirliğinin geliştirilmesi amacıyla, belirleyeceği birden fazla birliği bir araya getirecek birlikler koordinatörlüğü oluşturabilecek. Tasarıda, " Birlik koordinatörlüğünün çalışma usul ve esasları Bakanlıkça belirlenir. Koordinatörlük, birlik hizmet alanının değerlendirme raporunu ve önerilerini kuruma sunar. Kurum, belirlediği hedef, politika ve stratejik plan çerçevesinde bu raporları değerlendirerek, bölgesel plan haline dönüştürür ve birliklere gönderir. Birlikler, bu planlara uymak zorundadır" denilmektedir.

Ancak edindiğimiz bilgilere göre bu tasarı ayrı bir kanun olarak değil Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri hakkında kanun hükmünde kararnamede yapılacak yeni değişiklikler içerisinde yer alacak. Düzenleme KHK olduğu için TBMM açılmadan Bakanlar Kurulu kararı ile çıkartılması olasılığının yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Eğer bu şekilde olacaksa kamuoyunda tasarı yeterince tartışılmadan Bakanlık üst yönetimince hazırlandığı hali ile yürürlüğe konacak demektir. Bu durum bakanlığın izlemeye çalıştığı katılımcı, hesap verilebilir ve şeffaf bir yönetim tarzına uygun olmayacaktır.

Hazırlanan yeni taslakta ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzel kişiliğine haiz, Devlet Hastaneleri Kurumuna bağlı birliğe dönüştürülebilirler denilmektedir. Yani önceki taslakta birlik üst yönetimi olan yönetim kurulları kaldırılarak bu işlev Bakanlık bünyesinde oluşturulacağı tahmin edilen Devlet Hastaneleri Kurumu'na devredilmekte. Tekrar merkezîyetçi bir yapıya dönüş var.

Bilindiği üzere daha önceden hazırlanıp TBMM 'ne sunulan eski taslakta birlik yönetimini değişik kurumların belirleyeceği 7 temsilciden oluşan yönetim kurumlarına bırakıyordu. Bu üyeler;

a) İl genel meclisi tarafından belirlenen hukuk öğrenimi görmüş bir üye (lisans , Yüksek lisans veya doktora öğrenimi yapmış bir üye),

b) İl genel meclisi tarafından belirlenen yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir veya finans ve bankacılık sektöründen bir

üye (finans ve bankacılık mezunu tasarıya yeni eklenmiş),

c) Vali tarafından belirlenen bir üye, (daha önceki taslakta bu üyenin işletme, iktisat veya maliye alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye olacağı belirtilirken yeni taslakta sadece 4 yıllık yüksek öğrenim görmüş olması yeterli görülmekte).

ç) Bakanlıkça belirlenen tıp eğitimi görmüş bir üye.

d) Bakanlıkça belirlenen sağlık sektöründen bir üye,

e) İl sağlık müdürü veya aynı ilde birden fazla birlik bulunması halinde Bakanlıkça belirlenecek il sağlık müdür yardımcılarında bir üye,

f) Ticaret ve sanayi odası veya bunların ayrı kurulmuş olması halinde ticaret odası tarafından belirlenen, en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye.

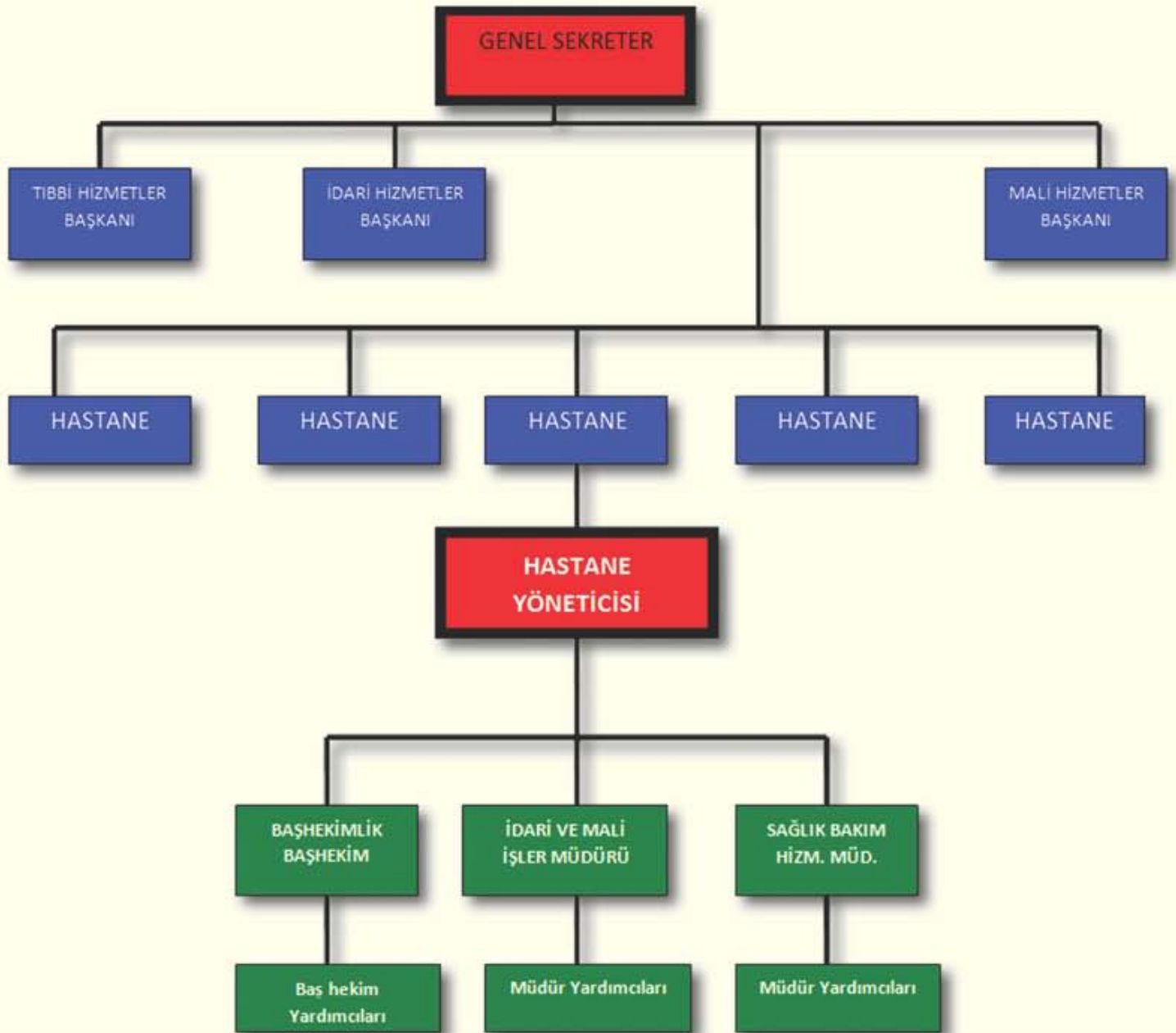
Ancak Bakanlığın, yönetim kurumlarının oluşmasında bazı bölgelerde yerel ve siyasi baskılar nedeni ile sağlıklı bir yönetim kurulu oluşamayacağı endişesiyle mi yoksa başka bir düşünmeden hareketle midir ki (yönetim kurulu üyelerinin seçiminde kamuoyunda oluşan tepkiler, vb.) yönetim kurullarını yeni taslakta kaldırdığı görülmektedir. Hizmet sunduğu toplumdaki destek almayan ve toplum üyelerinin temsil edilmediği yönetim yapılarının uzun vadede başarı sağlaması zordur. Hiç olmazsa yönetim kurulunun oluşması için gerekli toplumsal yapıda meydana gelecek sosyal-ekonomik ve kültürel gelişmeler sağlanıncaya kadar birlik bünyesinde danışma kurulları oluşturulabilir.

Böylece bölgesel talepler ve isteklere daha duyarlı ve işbirliği sağlanmış bir şekilde daha verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulabilir.

Sağlık Bakanlığı'nın son yıllarda uygulamaya koyduğu Sağlıkta Dönüşüm programının bazı bileşenleri ile ülke sağlık hizmetlerinin gelişmesinde büyük başarı sağladığı bir gerçek. Ancak bu başarının yanı sıra bakanlıkça hazırlanan yeni düzenlemelerin gerek hizmet sunucuları, il sağlık yöneticileri, hastane yöneticileri, meslek örgütleri ve bu düzenlemeden etkilenen diğer partnerlerin yeterince görüşü alınmadan ve yeterli bilgilendirme yapılmadan uygulamaya konulduğu yönünde eleştirilere de mevcut. Yeni düzenlemelerin büyük bir çoğunluğunun yalnızca bakanlık merkez birimlerinin görüşlerine bağlı olarak hazırlanması, taşra teşkilatı ve diğer tarafların görüşlerinin yeterince alınmaması sonucunda uygulamada bazı sıkıntıların yaşandığı, buna bağlı olarak sık sık değişikliğe gidildiği yönünde şikayetlere rastlanılmaktadır.

Yeni tasarıda birlik organları; genel sekreterlik ve hastane yöneticilerinden oluşmaktadır.

Birliğin yürütme organı olarak genel sekreterlik kuruluyor ve genel sekreterliğe bağlı tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları kuruluyor. Birliğe bağlı her bir hastane, Hastane Yöneticisi tarafından yönetilecek. Hastane yöneticisine bağlı olarak Başhekimlik, İdari ve Mali İşler Müdürlüğü ile Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü kuruluyor. Hastanelerin büyüklüğü göz önüne alınarak Genel sekreter onayı ile müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir ve



Şekil - 1: Kamu Hastane Birlikleri Yönetim Şeması

görev dağılımları yeniden belirlenir denilmekte. Ayrıca, kurumca tespit edilen norm ve standartı aşmamak kaydıyla belirlenen sayıda başhekim yardımcıları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur denilmektedir. Bu görevlere atanacak personelin de, kamu ya da özel sektörde en az beş yıllık iş deneyimine sahip olması yeterli görülmekte, kamuda deneyim sahibi olmak şart koşulmamaktadır.

Genel sekreterin önemli görevlerinden bazıları aşağıdaki gibi;

- » Bakanlıkça belirlenen hedef, politika, stratejik plan ve mevzuata göre yıllık performans programı hazırlamak ve performans programına göre Birliği yönetmek.
- » Mevcut kapasiteleri değerlendirilerek hastane ve ünitelerinin kurulması, kapatılması, birleştirilmesi veya niteliğinin değiştirilmesi konusunda Kuruma öneride bulunmak,
- » Taşınmaz satın almak, kiralamak, Bakanlıkça belirlenen esaslara göre Birliğin her türlü taşınırlarını satmak; tapuda birlik adına kayıtlı ve yürüttükleri hizmet açısından ihtiyaç duyulmayan taşınmazları

rerek hastane ve ünitelerinin kurulması, kapatılması, birleştirilmesi veya niteliğinin değiştirilmesi konusunda Kuruma öneride bulunmak,

» Taşınmaz satın almak, kiralamak, Bakanlıkça belirlenen esaslara göre Birliğin her türlü taşınırlarını satmak; tapuda birlik adına kayıtlı ve yürüttükleri hizmet açısından ihtiyaç duyulmayan taşınmazları

üzerindeki yapı ve tesisiyle birlikte sınırlı aynı hak tesis etmek veya kiraya vermek ya da bunları satınalmak üzere Maliye Bakanlığına devretmek; Hazineye ait ve Birliğe tesisli taşınmazları, üzerindeki yapı ve tesisleriyle birlikte tahsis amacı doğrultusunda işletmek, tıbbi hizmet alanları dışındaki kısımları işletmek, işlettiirmek ve kiraya vermek,

» İhtiyaç duyulması halinde sağlık, avukatlık ve danışmanlık hizmetleri satın alınmasına karar vermek,

» Genel sekreterin önemli görevlerinden birisi de norm kadro ilke ve standartları çerçevesinde, 14/12/1983 tarihli ve 190 sayılı Genel Kadro ve Usulü Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin eki cetvellerde yer alan kadro unvanlarıyla sınırlı olmak üzere kadroların ihdas, iptal ve değiştirilmesine karar vermek.

Hastane ölçeğinde genel sekreterin yetki ve sorumluluklarına sahip bir diğer yönetsel pozisyon ise hastane yöneticiliğidir. Hastane yöneticileri genel sekretere karşı sorumlu olacak.

İlgili kanun tasarısında oluşturulacak yapı bu şekilde ortaya konduktan sonra birliğe bağlı hastanelerin derecelendirmesinin ne şekilde yapılacağı da şu şekilde belirtilmiştir:

Hastaneler; hasta ve çalışan memnuniyeti, hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik gibi konularda Kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre değerlendirilmeye tabi tutulur. Bu değerlendirme, kamu ve özel değerlendirme kuruluşlarına yaptırılabilir.(Bu hüküm önceki taslakta yoktu, daha objektif olması açısından yararlı olabilir)

Değerlendirme sonuçlarına göre hastanelere yüz üzerinden puan verilir ve altı aydan az, bir yıldan fazla olmayan sürelerle değerlendirme yenilenir. Hastanelerin sınıflandırılmasında puanlar esas alınır. Puanlarına göre hastaneler (A), (B), (C), (D) ve (E) olmak üzere beş sınıfa ayrılır. Birliğe dönüştürülecek hizmet alanında (E) sınıfı hastane bulunmaması kaydıyla, ağırlıklı ortalaması (C) ve daha üzeri olan hastaneler grubu Birliğe dönüştürülecek.

Bünyesindeki hastanelerden birinin (E) sınıfına düşmesi ve bir sonraki değerlendirmede bu hastanenin (D) veya üzeri bir sınıfa çıkamaması hallerinde kurumca yöneticilerin görevine son verilerek yenileri görevlendirilir.

E grubuna düşen hastaneler hizmet vermeye devam edecek mi? Eğer edecekse verimsiz olan bu hastaneler bakanlık eski sistemine göre yönetilmeye devam mı edecek? yani kamuya yük olacak ve hastalar bu hastanenin verimsiz olduğunu ve birlikten ayrıldığını duyduğunda mecbur olmadıkça bu hastaneden hizmet almamaya çalışacaktır. Bu hastaneleri durumu hakkında net bilgi yok.

Birliklerin oluşturulurken temel amacından sapmayacak şekilde tasarlanmalı yani idari, mali ve ekonomik konularda özerk, sağlık hizmetlerini vatandaşların ihtiyaç ve beklentilerine uygun, ulaşılabilir, kaliteli ve verimli bir hizmet sunma amacı unutulmamalı.



Tasarının Olumlu Yönleri

» Tasarıda "aşırı istihdamı" engelleyici hükümler bulunmaktadır.

» Tasarı ile kamu hastanelerine az da olsa idari ve mali anlamda özerklik verilmekte. Bilindiği üzere mevcut sistemde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde idari, huku-ki, mali ve teknik tüm iş ve işlemler başhekimin sorumluluğunda yürütülmektedir. İl düzeyinde sağlık hizmetlerinin planlanması ve koordinasyonu ise Bakanlık ve taşra teşkilatınca yerine getirilmektedir. Bu hizmetlerin Devlet Hastaneleri Kurumu kararları doğrultusunda genel sekreterlikçe yürütülmesi düzenlenmektedir. Daha önceden başhekim ve il sağlık müdürlüklerinin sahip olduğu yetkilerin bir kısmının genel sekreterliğe aktarıldığı görülmektedir.

» Bu yapılanma ile Sağlık Bakanlığı Merkez teşkilatını, mahalinde yürütülmesi gereken hizmetlerin yükünden kurtararak, hem hastanelerdeki verimsizlik sorununu çözecek hemde bakanlık merkez teşkilatın asli işlerine yoğunlaşma olanağına kavuşacaktır. Böylece bakanlık yeniden yapılandırılarak "stratejik düşünmeye, geleceğe ait

Sağlık Bakanlığı ve kamu hastaneleri birliklerine bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile üniversitelerin ilgili birimleri, karşılıklı olarak işbirliği, çerçevesinde kaynakları kullanacak olması olumlu bir gelişmedir.

plan ve politikalar geliştirme. Vizyon ve misyon belirleme ve geliştirme, ölçülebilir ve objektif değerlendirme ölçütlerini oluşturma ve insan kaynaklarını geliştirme" gibi asli görevlere yönelecektir.

» Tasarının önemli bir işlevi ise hastanelerin çağdaş işletmecilik ilkelerine göre yönetilmesinin sağlanmasına yönelik bir anlayışı içermesidir. Sağlık işletmesi kavramının kar amaçlı sağlık hizmeti veren bir kuruluş olarak algılanması yanlıştır. İşletmelerin temel amacı yalnızca kar elde etmek değildir. Mevcut kaynakları etkin bir şekilde kullanarak toplumsal ihtiyaçların daha ekonomik ve kaliteli bir şekilde karşılanmasını sağlamaktır.

» Hastanelerin hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve

hasta memnuniyeti gibi konularda Bakanlıkça belirlenecek usul ve esaslara göre değerlendirmeye tabi tutulması hastaneleri verimli çalışmaya zorlayacaktır.

Birliklerin temel görevi olan sağlık hizmetlerini outsource etmesi, diğer mal ve destek hizmetleri dış kaynak kullanımı yolu ile ve merkezi bir şekilde alacak olması olumlu bir gelişmedir. Aksi takdirde sağlık hizmetini de outsource etmesi hastaneleri var oluş amacından çıkartır.

Sağlık Bakanlığı ve kamu hastaneleri birliklerine bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile üniversitelerin ilgili birimleri, karşılıklı olarak işbirliği, çerçevesinde kaynakları kullanacak olması olumlu bir gelişmedir.

Tasarının Eleştirel Yönleri

Eleştiriler:

» Tasarıda sunulan hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabileceği belir-

tilmekte. Bu birliklerden birden fazlası bir araya gelerek Birlikler Koordinatörlüğü oluşturulabileceği yer almakta ve Birlik koordinatörlüğünün çalışma usul ve esasları bakanlıkça belirlenecektir

denilmektedir. Birlik koordinatörlüklerinde birliklerin temsil gücü ne olacak bu net değil.

» İlk taslakta olduğu gibi genel sekreterlik bünyesinde tıbbi hiz-

metler, idari hizmetler ile mali hizmetler başkanlıklarının kurulması öngörülmekte ancak hasta bakımı ile ilgili Sağlık Bakım Hizmetleri başkanlığı yine oluşturulmamış olması önemli bir eksiklik. Bu eksiklik hastane bazında müdürlük düzeyinde giderilmeye çalışılmıştır.

Gerek başkanlıklar ve gerekse hastane yöneticiliği ve müdürlük pozisyonlarına getirilecek kişilerde yönetim, sağlık yönetimi, işletme yönetimi vb. kendi alanlarında lisans mezunu veya farklı alanlarda lisans tamamlayanların bu alanlarda yüksek lisans veya doktora yapmış olma şartı getirilmeli. Nasıl ki tıbbi hizmetler ve teknik hizmetlerden sorumlu müdürlerin kendi alanlarından mezun olmaları isteniyorsa hastane yöneticilerinden de bu alanda eğitim almış olma şartı getirilmeli.

Sağlık yönetimi, işletme yönetimi, kamu yönetimi vb. yönetim disiplinlerinin hiçbirinden eğitim almamış sosyoloji, psikoloji vb. lisans mezunu olanlara da üst düzey yöneticilik verilmesi uz-

manlaşmaya aykırı bir durumdur. Bu alanda yetişmiş binlerce sağlık yöneticisinin haklarının elinden alınmasıdır. Eğer bu alanlardan mezun olanlar sağlık sektöründe yöneticilik görevi almak istiyorlarsa sağlık yönetimi/sağlık kurumları işletmeciliği vb. alanlarda yüksek lisans veya doktora yapmış olma şartı getirilmeli.

» Birliğe bağlı hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilir denilmekte ancak hastane yöneticisinin nasıl seçileceği açık değil.

» Genel sekreterlikte uzman olarak istihdam edilecek personel eğer açıktan atanacaksa KPSS ye girmiş ve en az 70 puan alma şartı olumlu bir durum. Açıktan alınacak uzman personelin sayısının birliğin toplam uzman sayısının % 50 sini geçemeyecek olması mevcut kamu çalışanları için olumlu olarak değerlendirilebilir. Ancak bu kadrolarda görev alacak uzmanların öncelikle sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi, sağlık hizmetleri finansmanı gibi alanlarda eğitim almış veya çalışmış olmaları tercih sebebi olmalı.

Sektörü bilen uzmanların istihdamı sağlanmalı.

Kurum başkanı, genel sekreterle doğrudan; başkanlar ve hastane yöneticileriyle genel sekreterin teklifi üzerine sözleşme yapar. Başhekim ve müdürlerle hastane yöneticisinin teklifi üzerine genel sekreter tarafından sözleşme yapılır. Uzman personel ile büro görevlilerinin sözleşmeleri genel sekreter tarafından yapılır. Başhekim yardımcısıyla başhekimin, müdür yardımcısıyla müdürün teklifi üzerine hastane yöneticisi tarafından sözleşme yapılır. Her yöneticinin kendi yardımcısını seçmesi olumlu bir değişiklik. Yapılan sözleşmelerin üç yılı aşamayacağı ve üç yıl sonunda tekrar sözleşme yapılacağı belirtilmektedir. Sözleşme eki performans hedeflerini gerçekleştirilmemesi durumunda söz konusu personelin sözleşmesi sözleşme süresi bitiminden önce de sona erdirilebileceği yer almakta. Bu personelin daha sonra hangi pozisyonlara aktarılacakları net değil. Yöneticilik görevleri sona erebilir ama bu kişiler başka pozisyonlarda değerlendirilmeli yüz kızartıcı bir suç işlemediği, yasalara aykırı bir iş yapmadığı müddetçe iş güvenliği sağlanmalı.

Tasarıda personel rejimine ilişkin yapılan düzenlemelerde dikkati çeken konulardan birincisi yönetim kademesinde yer alan personelin "özel sözleşmeli", statüsünde çalışacağı öngörülmektedir. Ancak bu anayasanın 128.

Gerek başkanlıklar ve gerekse hastane yöneticiliği ve müdürlük pozisyonlarına getirilecek kişilerde yönetim, sağlık yönetimi, işletme yönetimi vb. kendi alanlarında lisans mezunu veya farklı alanlarda lisans tamamlayanların bu alanlarda yüksek lisans veya doktora yapmış olma şartı getirilmeli. Nasıl ki tıbbi hizmetler ve teknik hizmetlerden sorumlu müdürlerin kendi alanlarından mezun olmaları isteniyorsa hastane yöneticilerinden de bu alanda eğitim almış olma şartı getirilmeli.

Hastane yöneticisinin uzman hekim olması halinde ayrı bir katsayı uygulanması sınıf ayrımcılığına neden olacaktır. Çünkü uzman hekim hastane yöneticiliği pozisyonunda mesleki hekimlik görevini icra etmeyecek yöneticilik görevini icra edecektir. Böyle bir ayırım yöneticiler arasında çatışmalara neden olacaktır. Eşit işe eşit ücret ilkesine de aykırıdır. Bu pozisyondaki kişi tıp dışı alanlardan; sağlık yönetimi, işletme yönetimi vb. farklı bir alandan uzman, doçent ve hatta profesör bile olabilir.

maddesine aykırılık taşımaktadır. Anayasanın söz konusu maddesi kamu kurum ve kuruluşlarında yönetim kademesinde bulunan personelin “ kamu görevlisi” statüsünde olacağı belirtilmektedir. Tasarının bu hükmünün tekrar gözden geçirilmesinde yarar vardır.

Tasarıda, kamu kurum ve kuruluşlarında memur olarak istihdam edilenlerden uygun niteliklere sahip olanlar, kendi isteği ve kurumlarının muvafakati ile ekli listede sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli statüde istihdam edilebilir denilmektedir. Sözleşme bitiminde bir ay içerisinde kurumuna müracaatı halinde, kurumunca bir ay içerisinde eski kadrosuna veya münhal olmaması kazanılmış hak aylık derecesine uygun bir kadroya atanması yapılabilir denilmektedir.

Yasa tasarısının sözleşmeli personelin mali hakları ve yükümlülükleri kısmında; ekli (..) sayılı cetvelde belirtilen personele 657 sayılı kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre tavan ücret belirlenmesinde, hastanelerde gö-

rev alacak müdür pozisyonlarındaki yöneticiler için diğer yöneticilere göre olumsuz bir ayrımcılık yapılmış. Bu durum giderilmeli ve eş değer pozisyonlara ne hak verilmişse aynı hak onlara da tanınmalı.

Tasarıda ilgi çeken bir konuda tıbbi hizmetler başkanı ile uzman hekim olması halinde hastane yöneticisine ödenecek ek ödeme oranı tavan 3,5 kat olarak uygulanacağıdır. Hastane yöneticisinin uzman hekim olması halinde ayrı bir katsayı uygulanması sınıf ayrımcılığına neden olacaktır. Çünkü uzman hekim hastane yöneticiliği pozisyonunda mesleki hekimlik görevini icra etmeyecek yöneticilik görevini icra edecektir. Böyle bir ayırım yöneticiler arasında çatışmalara neden olacaktır. Eşit işe eşit ücret ilkesine de aykırıdır. Bu pozisyondaki kişi tıp dışı alanlardan; sağlık yönetimi, işletme yönetimi vb. farklı bir alandan uzman, doçent ve hatta profesör bile olabilir.

» Tasarı ile kamu hastanelerinin uzun dönemde özelleştirileceği

konusunda endişeler bulunmaktadır. Şöyle ki tasarının ilgili maddelerindeki hükümler birliğe ait olan ya da hizmet amacıyla birliğe tahsis edilmiş olan yapı ve tesislerin satışı, kiralanması ve işlettilmesine olanak tanınmaktadır. Bu hükümler, tasarıyla kamu sağlık kuruluşlarının ve bu kuruluşlara ait tesislerin özelleştirilmesinin öngörüldüğü şüphesini ortaya çıkartmaktadır.

» Tasarıda birliğin gelirleri bölümünde; Bakanlıkça belirlenecek esaslara göre birliğin her türlü taşınmazlarının satılmasından; tapuda birlik adına kayıtlı ve yürüttükleri hizmet açısından ihtiyaç duyulmayan taşınmazlara üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte sınırlı aynı hak tesis edilmesinden veya kiraya verilmesinden; hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazları, üzerindeki yapı ve tesisleriyle birlikte tahsis amacı doğrultusunda işletmekten, tıbbi hizmet alanları dışındaki kısımları işletmek, işlet-tirmek ve kiraya vermektan elde edilecek gelirler ile tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazlardan Maliye Bakanlığına devredilenlerden tapuda re'sen hazine adına tescil edilerek rayiç bedeli üzerinden satılıp bir ay içinde aktarılabacak gelirlere de yer verilmektedir.

» Hastanelerin hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda Bakanlıkça belirlenecek usul ve esaslara göre değerlendirmeye tabi tutulacağı öngörülmekte ancak değerlendirme usul ve esas-

larının bakanlıkça belirleneceği belirtilmekle birlikte bu denetim mekanizması tasarıda açıklanmamıştır.

» Tasarının, kamu personelinin birliklere devri, kadroların kullanımını ve ek ödeme kısmının yer aldığı bölümde; birlik kapsamına alınan hastanelerdeki kurumun kadro ve pozisyonları; adet, sınıf, unvan ve derece itibarıyla belirlenir. Bu kadro ve pozisyonlar, birliğe dönüşümü düzenleyen Bakanlar Kurulu kararı ile beraber devredilir ve 190 sayılı kanun hükmündeki kararnamenin eki cetvelin kuruma ait ilgili bölümlerinden çıkarılmış sayılır. Birliğe devredilen personel, devir tarihi itibarı ile mevcut statülerini devam ettirirler denilmekte.

Yönetim kadrolarında yıllarını vermiş bu kadroları hak etmiş ve kendisini sağlık yönetimi alanında geliştirmiş (yüksek lisans, doktora veya bunun dengi

sertifika programlarına katılmış) mevcut yöneticilerin birlikte kendilerine uygun bir pozisyon verilmediği takdirde mali haklarının korunacağı belirtilse de bu durum deneyimli personelin atılmasına ve kaynak israfına neden olacaktır. Mevcut kadrolarda bulunan başarılı yöneticilerin siyasi bir ayrımcılık yapılmadan belirlenecek objektif kriterlere göre değerlendirilip, seçilerek yeni yönetici kadrolarına aktarılması daha akılcı olacaktır.

» Ayrıca tasarıda diğer mevcut personelin özlük hakları ve güvencesi korunurken yeni alınacak personelin aynı haklara sahip olmadığı görülmektedir.

» Sözleşmeli statüde çalışacak personel ve üst yönetim kadrosu genel sekreterin iki dudağı arasında görev yapacak. Bu yapı, siyasetin kamu kurumlarına etkisini daha da artıracığı endişesini doğurmaktadır.

Sonuç

Kamuoyunda tartışılmadan, meslek örgütlerinin, tüm tarafların görüşü alınmadan yürürlüğe konacak olan bu tasarı bir müddet sonra kadük ve hatalı unsurlarla dolu olacaktır. Bu nedenle tasarı taslağı tüm tarafların yeterince tartışmasına ve katılımına olanak sağlandıktan sonra yeniden gözden geçirildikten sonra yürürlüğe konması sağlanmalıdır.

Kamu Hastane Birlikleri ve "Düşündürdükleri"

Sağlıkta Dönüşüm Programının 3. Ak Parti hükümetine sarkan son devrimi mi? Yoksa, sosyalist modellerden kapitalist modellere kaçışın bir dinlenme istasyonu mu? Bugüne kadar gerek iyi niyetle, gerekse suizanla defalarca kritiği yapılmış olan bu konu, en çok sağlık çalışanlarını etkileyeceği için Sağlık-Sen'in hassasiyetle üzerinde durduğu bir konu oldu.

Prof. Dr. Selami Albayrak
Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Üroloji Klinik Şefi

Sağlıkta Dönüşüm Programının 3. Ak Parti hükümetine sarkan son devrimi mi? Yoksa, sosyalist modellerden kapitalist modellere kaçışın bir dinlenme istasyonu mu? Bugüne kadar gerek iyi niyetle, gerekse suizanla defalarca kritiği yapılmış olan bu konu, en çok sağlık çalışanlarını etkileyeceği için Sağlık-Sen'in hassasiyetle üzerinde durduğu bir konu oldu.

Hastanelerin gruplandırılarak geniş bir şemsiyeyi andıran idari yapının yönetimine verilmesi ve bu yapının en üstündeki yönetim kurulunun bütün işleri ile merkezi sağlık otoritesine bağlı kalması, ilk bakışta kafalarda bir ikilem olduğu fikrini çağırıyor. İkilem yönetim merkezi mi, yoksa yerel mi olsun konusunda. Peki doğru olan nedir? Kanaatimce hedefte doğrudur, yöntem de. Fotoğraf bir ikilemi çağırırsa da, tasarlanan model, bunun arka planındaki niyetle uyumludur. Yerel halkın sağlık beklentilerinin yönetimde temsil edilmesi gerekir. Ancak, sağlık hizmeti sunumu, ülkenin sosyal, ekonomik, insan kaynakları ve coğrafi gerçekleri muvacesesinde kurulmuş ortak

bir sağlık politikasından sapma olmaksızın sürdürülmelidir. Bu iki prensibin birlikte hayata geçirilmesi için merkezi sağlık otoritesinin kontrolü elde tutmasının kaçınılmazlığı ortadadır.

Kamu Hastane Birliklerinin yönetim yapılanmasına bütüncül bir çerçevede bakıldığında, sağlık sektöründen hizmet bekleyen tüm kesimlerin temsil edildiğini görüyoruz. Bu olumlu yönü. Ancak, sağlığın kendine özgün şartları vardır. Hasta ile hekim arasında var olan *Bilgi Asimetrisi*, sağlığı yönetenler içinde, hekim kökenliler ile diğer sektör temsilcileri arasında da bulunmaktadır. Hekim olmayanlar, tanı ve tedavi sürecinde alete/cihaza dayalı incelemeleri, tıbbi yorum ve bilgiye göre daha güvenilir bulurlar. Bu nedenle çevremizde 'Tahlil yaptırdım. Temiz çıktı. Bende kanser yokmuş.' gibi ifadelerle sıkça karşılaşırız. Eğer -tahlil temiz çıkmışsa hekimin bunu görmesine çokta gerek kalmamıştır- yanılması yaşanır hep. Bu yaklaşım, tıp dışı sektörlerden gelen sağlık yöneticilerinin baskın olduğu bir yönetimde, tıp emeği ile tıp endüstrisinin arasındaki

hassas dengeyi bozabilecektir. Tıp endüstrisinin tıp emeğinin invazyonuna çanak tutan yaklaşımlar, sonuçta hastalara zarar vermektedir.

Yönetimde hem yatay, hem de dikey yapılanmanın oldukça cömertçe sergilendiği *Kamu Hastane Birliklerinde* yönetişimin en büyük problemi *Hantal Bürokrasi* olabilir endişesini taşımaktayım. Zira karar oluşturma ve uygulamaya geçirme süreci yalın değil. Eskisinden daha kompleks. Bu hantal sürece merkezi sağlık otoritesinin müdahalesi bile eskiye göre daha geç ve zor olabilir.

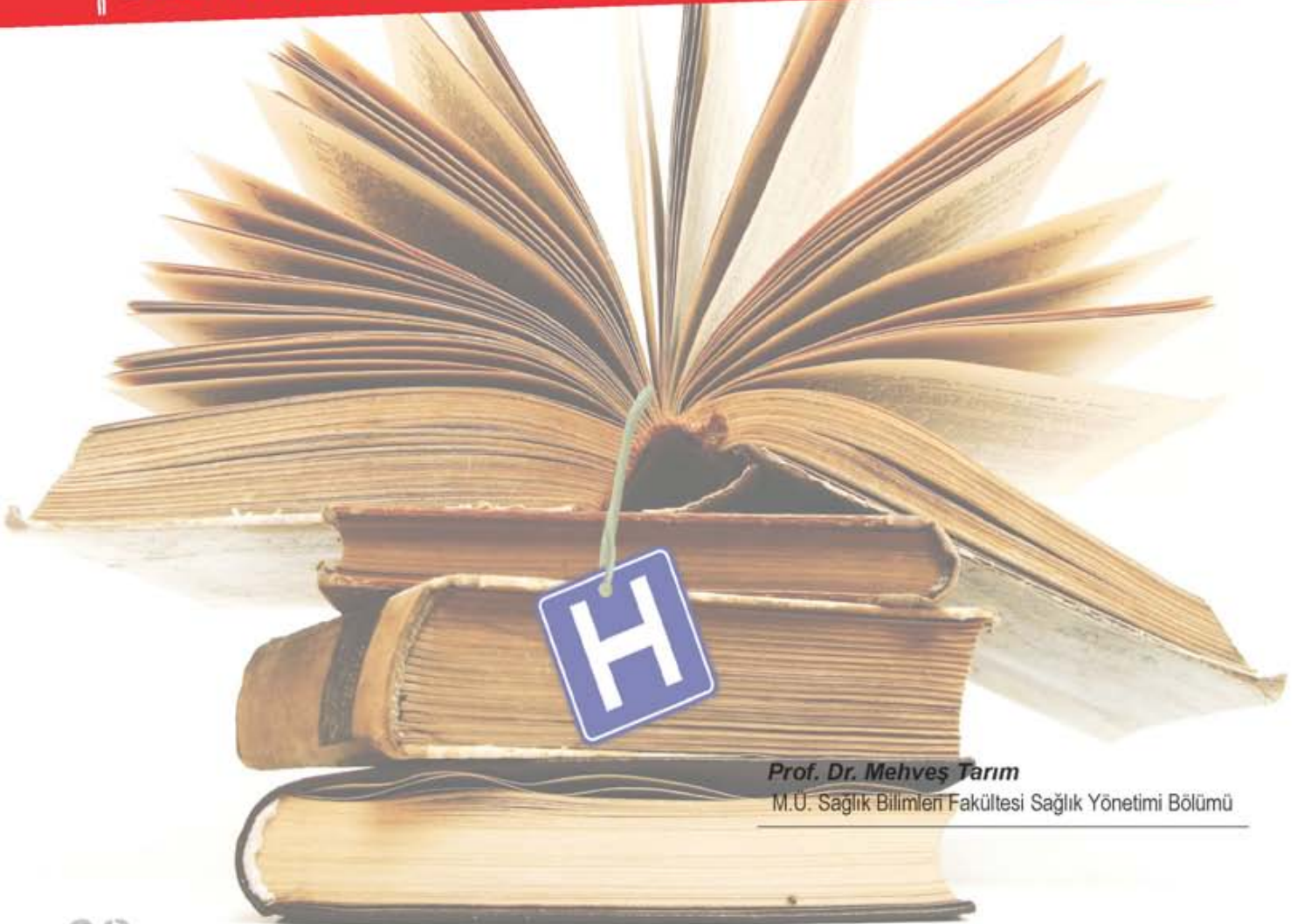
Kamu Hastane Birliklerini yönetecek yedi kişinin seçilme ve atanma usullerine bakıldığında, birliğin yönetimi üzerinde iktidardaki siyasi yapının nüfuzuna sıklıkla şahit olabileceğimizi öngörebiliyorum. Siyasi güç suistimal edilmediği sürece bunun bir sakıncası olmaz. Tersine, halkın gücünün sağlığın yönetimi üzerindeki nüfuzu olarak düşünülmemelidir. Ancak, geçmişten bugüne baktığımızda, bu endişeyi yaşamamak mümkün değil.

Yönetimde hem yatay, hem de dikey yapılanmanın oldukça cömertçe sergilendiği Kamu Hastane Birliklerinde yönetişimin en büyük problemi Hantal Bürokrasi olabilir endişesini taşımaktayım. Zira karar oluşturma ve uygulamaya geçirme süreci yalın değil. Eskisinden daha kompleks. Bu hantal sürece merkezi sağlık otoritesinin müdahalesi bile eskiye göre daha geç ve zor olabilir.

Sonuç olarak, her dönüşümün mutlaka bir sancısı olacaktır. Esas karar, bu dönüşümün çok kısa sürede hızlı mı, yoksa pilot uygulamalar ile olası komplikasyonları görülerek eş zamanlı onarım ile tedrici bir geçiş mi yapılmalıdır konusuna karar verilmelidir.

Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı

Yaygın, erişimi kolay, güler yüzlü sağlık hizmet sunumu Sağlıkta Dönüşüm programının önemli diğer bileşenidir. Bu amaçla birinci basamak sağlık hizmetleri için Aile Hekimliği Pilot Uygulama Yasası Kasım 2004'te TBMM'de kabul edilmiş ve 2005 yılında Düzce ilinde uygulanmaya başlanmıştır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinliğin sağlanması amacıyla Kamu Hastane Birliği Yasa tasarısı hazırlanmıştır. Bu arada hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi sağlık hizmet sunumunda rol alan bütün kaynakların halkın hizmetine sevk edilmesi amacını gütmektedir.



Prof. Dr. Mehveş Tarım

M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

Küreselleşme ile beraber iletişim ve bilgi teknolojilerindeki hızlı gelişmeler sağlık kurumlarının yönetim anlayışının sorgulanmasını ve yeniden yapılandırılmasını gündeme getirmiştir. Kronik hastalıkların artışı, hastalık yapılarının değişmesi, tanı ve tedavi metotlarındaki gelişmeler, hasta ve çalışan beklentilerinin artması sağlık kurumlarının profesyonel yönetimini gerekli kılar, çünkü bu karmaşık yapı iyi yönetilemezse verimsizlik ve maliyet artışı kaçınılmaz olacaktır. Nitekim ülkemizde sağlık kurumlarının verimsiz yönetildiği gerçeğinden hareketle 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaya başlamıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Etkililik, uygulanacak politikaların halkın sağlık düzeyini yükseltmesi amacını ifade etmektedir. Verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. İnsan kaynakları dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu esas çerçevesinde değerlendirilir. Ülkenin tüm sektörel kaynaklarının sistem içine alınması ve entegrasyonunun sağlanması verimliliği arttıracaktır. Hakkaniyet, insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır.

Temel bileşenlerinden biri Sağlık Bakanlığı'nın rolünün değişmesidir. Sağlık Bakanlığı politikalar geliştiren, standartlar koyan ve



denetleyen bir konum üstlenecek, kamu ve özel kurum ve kuruluşların sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapacaktır. 2008 Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde 1350 hastane mevcut olup 847 hastane Sağlık Bakanlığı'na, 57 hastane üniversitelere ve 400 hastane özel sektöre aittir. Toplam 113.151 hekimin 63.536'sı, 99.910 hemşirenin 70.022'si Sağlık Bakanlığı kadrosundadır. Hastane yatağı açısından bakıldığında toplam 188 bin 65 yatağın 119 bin 310'u Sağlık Bakanlığı'na (yüzde 63); 29 bin 912'si üniversiteye (yüzde 16) ve 17 bin 905'i özel işletmelere (yüzde 11) aittir.

Türkiye'de 2008 yılında sağlık harcamalarının yıllık toplamı 50.904 milyon TL, 2007 kamu sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı %4.10, özel sağlık harcamasının payı %1.94 olarak bildirilmiştir. Yıllara göre kişi başı cepten sağlık harcaması 2000 yılında 37\$ iken 2007 yılında 121\$ olarak bildirilmiştir. Yıllara göre cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı 2002

yılında %19.8 iken 2007 yılında %21.8 olmuştur. 2008 verilerine göre SGK'nın tedavi harcamalarının %52.5'i devlet hastanelerine, %31.4'ü özel hastanelere yapılmıştır. Aynı yıl verilerine göre 93 milyar TL gideri (Bunun içinde emekli maaşı ödemesi de var), 67 milyar TL geliri olmuş ve 25 milyar TL açık vermiştir. 2010 SGK global bütçesinde yer alan 36.9 milyar TL'dir ve bunun 14.6 milyar TL'si ilaç giderleri; 13 milyar TL'si Sağlık Bakanlığı hastaneleri hizmetlerine; 5.4 milyar TL'si özel hastanelerin hizmetlerine; 3.9 milyar TL'si ise üniversite hastanelerinin hizmetlerine karşılık olarak tanımlanmıştır. Bütün bu veriler sağlık sektörünün en büyük aktörü olan kamu hastanelerinin ne yazık ki iyi yönetilemediğini göstermektedir. Merkezi karar mekanizması bu büyüklükteki bir yapıyı yönetmek için fazlasıyla hantal kalmaktadır. Kamu hastanelerine bütçe kaynaklarından ayrılan payda kısımtıya gidilmesi ve profesyonel yönetim anlayışının olmaması sonucu hizmet kalitesi düşmüştür. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması gerekmektedir.

Yaygın, erişimi kolay, güler yüzlü sağlık hizmet sunumu Sağlıkta Dönüşüm programının önemli diğer bileşenidir. Bu amaçla birinci basamak hizmetleri için Aile Hekimliği Pilot Uygulama Yasası Kasım 2004'te TBMM'de kabul edilmiş ve 2005 yılında Düzce ilinde uygulanmaya başlanmıştır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinliğin sağlanması amacıyla Kamu Hastane Birli-

ği Yasa tasarısı hazırlanmıştır. Bu arada hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi sağlık hizmet sunumunda rol alan bütün kaynakların halkın hizmetine sevk edilmesi amacını gütmektedir. Bu dönemde SSK Hastaneleri, Bakanlığa devredilmiştir. Hastaların kamu-özel ayrımı gözetilmeden hakkaniyetli hizmet almasının önü açılmıştır. Hastane bilgi sistemlerinin uygulanması ile yapılan her türlü faaliyetin kontrol

altına alınması amaçlanmıştır. Performansa dayalı ödeme sisteminin motivasyonu ve verimliliği artıracağı düşünüldü. Kamu hastanelerinin hantal yapısını değiştirmek maksadıyla başta görüntüleme hizmetleri olmak üzere birçok tıbbi hizmet için özel sektörden hizmet alınmasının önü açıldı ve hastane hizmet yapıları hızla değişti.

Kamu Hastane Birlikleri

Bu kanunun amacı; Bakanlar Kurulunun pilot olarak belirleyeceği illerde, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, verimli, kaliteli ve etkin şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla kamu hastane birlikleri kurulması ve çalıştırılması ile ilgili esasları belirlemektir.

Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, bu maddenin 14. fıkrası çerçevesinde yapılacak değerlendirme sonuçlarına göre Bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzel kişiliğine haiz, Bakanlığın ilgili kuruluşu statüsünde birliğe dönüştürülür. Birlikler, bu kanunda düzenlenen hususlar dışında özel hukuk hükümlerine tabidir. Sunulan hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabileceği gibi, birden fazla ili kapsayacak şekilde de birlik kurulabilir.

“Kamu tüzel kişiliğine haiz”, “özerk”, “hastane işletmesi” kavramları kamu yönetimi kültüründe ciddi değişimi gerektirir. Burada iş-

letme kavramı üzerinde durmak gerekir. İşletme kavramında ilk amaç kâr elde etmektir. Kamu sağlık işletmesi kâr amaçlı değildir. İşletme kavramının kullanılmasının nedeni, kurumun misyonunu gerçekleştirebilmesi, amaç ve hedeflerine ulaşabilmesi için kâr etmesi gereğini vurgulamak içindir. Kâr kaliteli bir hizmetin sonucudur. Sağlık kurumları kâr üzerinden değil değer üzerinden değerlendirilmelidir.

Birliğin organları yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur. Yöne-

tim kurulu birliğin en üst karar organıdır. Üyeleri; İl genel meclisi tarafından önerilen (biri hukuk eğitimi görmüş diğeri muhasebe eğitimi görmüş) iki üye, Bakanlıkça belirlenen (biri sağlık sektöründe tecrübe sahibi ve alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş diğeri tıp eğitimi görmüş) iki üye, Vali tarafından belirlenen (işletme, iktisat veya maliye alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş) bir üye, Ticaret ve Sanayi Odası (veya bunların ayrı kurulmuş olması halinde ticaret odası tarafından belirlenen en az dört yıl eğitim görmüş) bir



üye ve İl Sağlık Müdürü'nden oluşur. Burada üyelerin çoğunun kamu tarafından önerilmesi kararlarında bağımsız olmalarını engelleyecektir. Ayrıca Yönetim Kurulu'nda hizmet ile ilgili paydaşların (meslek odaları, hasta hakları ile ilgili sendikalar, çalışanla ilgili sendikalar, sigorta kurumları -SGK-) bulunmaması dikkati çekmektedir. Buna karşılık Ticaret ve Sanayi Odasının bir üye ile temsil edilmesini anlamak mümkün değildir.

Yönetim kurulunun görev ve yetkileri incelendiğinde, bazı maddeler üzerinde durmak gerekir. "Birliğin her türlü araç, gereç, malzeme, taşınırları ile tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satmak, kiralamak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek; Hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiraya vermek, işletmek, işlettirmek, İhale mevzuatına göre görev ve yetki dağılımını belirlemek, Kullanılabilir nakit kıymetlerin aktif büyüklüklerine göre ilk on bankada değerlendirilmesine karar vermek."

Yönetim Kurulu üzerinde çeşitli çıkar gruplarının yapacağı baskılar sonucunda bu maddeler istenmeyen durumlara yol açabilir. Bilindiği gibi sağlık sektörü büyüyen ve gelişen bir sektördür. Yalnız ulusal değil uluslar arası yatırımcıların da ilgisini çekmektedir. Küresel sermayenin bugün özel sektöre yönelik birleşme, satın alma, stratejik ortaklık gibi pazara girme stratejileri bu yasa ile birlikte kamu sektörü için de geçerli olabilir.

Yönetim Kurulu'nun görevleri

Yöneticilerin sözleşmeli olarak çalışması, Anayasa'nın 128. Maddesine aykırıdır. Ancak bugüne kadar yapılan uygulamalarda profesyonel yönetim anlayışına sahip olmayan başhekimler tarafından hastanelerin yönetilemediği bilinmektedir. Bu kamu görevi olduğu için profesyonel yönetim anlayışına sahip hastane yöneticilerinin kadrolu olmasında bir sakınca yoktur ve daha uygun olacaktır.

arasında hizmet satın almak, çağdaş yönetim anlayışının desteklediği bir yaklaşımdır. Burada vurgulanması gereken hastanenin öz yeteneğine odaklanması, bunun dışındaki hizmetleri dış kaynaktan sağlaması sırasında içi boş organizasyon haline gelmesini önlemektir.

İngiltere en iyi sağlık sistemine sahip ülkelerden biri olarak bilinir. Sağlık hizmetleri, Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) tarafından sağlanır, genel vergilerden finanse edilir, tüm nüfusu kapsar ve eşitlik ilkesine dayanır. Thatcher hükümeti zamanında neoliberal politikaların uygulamaya konulması ile idari ve mali açıdan özerk yapılmaya geçildi. Beraberinde özel sektörün sağlık hizmeti vermesi teşvik edildi, özel sağlık sigortacılığı yaygınlaştı. Sonuç olarak özerkleşmenin ardından hastanelerde finansal sıkıntılar baş gösterdi ya kapatıldı ya da özel sektöre devredildi.

Genel sekreterlik birliğin yürütme organıdır. Birliğin en üst yöneticisi ve tüzel kişiliğin temsilcisi genel sekreterdir. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbi hizmetler, idari hizmetler ile mali hizmetler başkanlıkları kurulur.

Hastane yöneticisi, bu kanunda

genel sekreterlik için belirtilen görev, yetki ve sorumluluklara hastane bazında sahip olup, hastanede tüm hizmetlerin verimli ve mevzuata uygun şekilde yürütülmesinden genel sekretere karşı sorumludur. Bu madde son derece doğrudur.

Yöneticilerin sözleşmeli olarak çalışması, Anayasa'nın 128. Maddesine aykırıdır. Ancak bugüne kadar yapılan uygulamalarda profesyonel yönetim anlayışına sahip olmayan başhekimler tarafından hastanelerin yönetilemediği bilinmektedir. Bu kamu görevi olduğu için profesyonel yönetim anlayışına sahip hastane yöneticilerinin kadrolu olmasında bir sakınca yoktur ve daha uygun olacaktır. Personelin sözleşmeli çalıştırılması nitelikli, yetkin, profesyonel çalışanlar vasıtasıyla hizmet kalitesini artırma amacındadır. Bunu da performans değerlendirme ve ödüllendirme sistemi ile denetlenmektedir. Ancak iyi niyetle başlanan bu sistem hastanelerde kalitenin düşmesine, tıbbi hataların artmasına, çalışan arasında çatışmalara ve en önemlisi hastanın hekimine güvenmemesine yol açmıştır. Öncelikle yapılması gereken performansa göre ücretlendirme sisteminin yeniden ele alınması, kriterlerinin doğru olarak oluşturulması ve nicelik değil nitelik üzerine yapılandırılması ge-

Hastaneler; hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda Bakanlıkça belirlenecek usul ve esaslara göre değerlendirmeye tabi tutulur. Değerlendirme sonuçlarına göre hastanelere yüz üzerinden puan verilir ve her yıl değerlendirme yenilenir.



rekir. Sözleşmeli personel ile ilgili olarak çalışma süreleri ve ücretler konusunda açıklamalar yetersizdir. “Belirli sürede bitirilmesi gereken işler söz konusu olduğunda, sözleşmeli personel normal çalışma saatleri dışında veya hafta tatili ve resmi tatillerde de çalışmak zorundadır. Bu çalışmaları karşılığında sözleşmeli personele herhangi bir ek ücret ödenmez.” Bu madde suistimale açıktır. Bu yasa tasarısında dikkati çeken en önemli konulardan biride sağlık personelinin hakları ile ilgili maddelerin eksikliğidir.

“Hastaneler; hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda Bakanlıkça belirlenecek usul ve esaslara göre değerlendirmeye tabi tutulur. Değerlendirme sonuçlarına göre hastanelere yüz üzerinden puan verilir ve her yıl değerlendirme yenilenir”.

Hastanelerin sınıflandırılmasında puanlar esas alınır. Puanlarına göre hastaneler (A), (B), (C), (D) ve (E) olmak üzere beş sınıfa ayrılır. Bu şekilde sınıflara ayrılan hastanelerin, kapasite ve kaynaklarını birleştirerek aralarında görev paylaşımı yapılmasına, bu suretle daha

rasyonel çalışmasına imkan vermek üzere hastane grupları oluşturulur ve bu grubun ağırlıklı ortalaması (C) ve üzeri olanlar birliğe dönüştürülebilir. Ağırlıklı ortalaması (D) sınıfına düşen birliklere eksikliklerini gidermesi için bir yıldan fazla olmamak üzere uygun süre verilir. Süre sonunda eksikliklerini gideremeyen (D) sınıfındaki birlikler ile (E) sınıfına düşen, birliklerde yönetim kurulu üyelerinin görevleri ve ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda istihdam edilecek personelin sözleşmeleri sona erer. Bu görev ve yetkiler, birlik ağırlıklı ortalaması tekrar (C) veya üzerine çıkıncaya kadar Bakanlıkça görevlendirilen personel tarafından yürütülür.

Hastanelerin sınıflandırılması “herkese eşit sağlık hizmeti evrensel ilkesine” aykırıdır. Anayasa’nın 10. maddesi herkesin yasa önünde eşitliğini öngörür. Tasarı dolayısı ile Anayasa’ya da aykırı. Ayrıca Anayasa’nın başlangıç anlatımı, 2 (sosyal devlet), 56 (sağlık hakkı), 60 (herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliği sağlayarak gerekli önlemleri alır ve örgütleri kurar) ve 128. (kamu hizmetleri kamu personeli eliyle verilir) maddelerine de açık aykırılıkları söz

konusu. Anayasa’nın 90. maddesi korumasında olan pek çok uluslararası anlaşmaya/sözleşmeye de aykırı (İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, İHEB, AİHS, AB Temel Haklar Şartı, Avrupa Sosyal Haklar Sözleşmesi, ILO Sözleşmeleri vd.). Bu sınıflandırma hastalar kadar sağlık çalışanları için de eşitliğe aykırıdır.

“Birliklerin idari ve teknik denetimi Bakanlıkça, mali denetimi Maliye Bakanlığınca, dış denetimi ise Sayıştayca yapılır. İhtiyaç duyulması halinde Bakanlıkça yetkilendirilen bağımsız denetim kuruluşlarından denetim hizmeti satın alınabilir”. İdari ve teknik denetimin Sağlık Bakanlığı tarafından yapılması yerine özerk ulusal akreditasyon kurumu tarafından yapılması daha uygun olacaktır.

Yasa tasarısının amaçları göz önüne alındığında faydalı yönleri bulunduğu görülmektedir ancak bu konudaki çekincelerin dikkate alınması, bu doğrultuda teknik çalışmaların yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Sonuç Olarak

2003 yılında uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ana bileşenleri ile ilgili maddeleri DPT'nin hazırladığı 8. ve 9. Beş Yıllık Kalkınma Planlarında görmekteyiz.

1990'lı yıllarda Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı yayınlanmıştır. Sağlıkta reform politikalarının genel önerileri şunlardır:

»Herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmayan nüfusun GSS kapsamına alınması

»Birinci basamak sağlık hizmetleri için kentsel alanlarda kişi başına ödeme ilkesini benimseyen aile hekimliği

»Mevcut hastanelerin büyük ölçüde finansal özerklik ile birlikte özerk bir yapıya kavuşması

Sağlık sektöründe Sağlık Bakanlığı tarafından planlanan ve 2003 yılından itibaren hayata geçirilen yeniden yapılanma süreci içinde özellikle dört temel fonksiyon güçlendirilmeye çalışılmaktadır. Bunlar, Sağlık Bakanlığının planlayıcı ve denetleyici rolü, finansman ve maliyetler, maddi ve beşeri kaynaklar ile hizmet sunumu ve kalitesidir. Sağlık hizmetlerinin yalnızca devletin sorumluluğunda yürütülmesi mümkün görülmemektedir. Toplumun tüm kesimlerini ilgilendiren

direnen bir sosyal mesele olan sağlık hizmetlerinde özel sektörün de sorumlu bir anlayışla yer alması söz konusu hizmetlerin daha verimli bir şekilde sunulması açısından önem taşımaktadır. Diğer yandan sağlık hizmetleri maliyeti ile birlikte pozitif dışsallık etkisi de yüksek bir hizmet türüdür. Gerek özel gerek kamu hastanelerinde bu hizmetin doğru bir biçimde verilememesi yalnızca hizmeti alanlar açısından değil toplum sağlığı açısından da telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğurabilmektedir. Bu bakımdan maliyeti yüksek olan sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi ile uygun maliyetlerin bir arada düşünülmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin en doğru biçimde ve mümkün olan en düşük fiyatla halka sunulması için maliyetler ile hizmet kalitesi arasındaki dengenin doğru bir biçimde ayarlanması gerek, kamu gerekse özel hastaneler için büyük önem taşımaktadır. Maliyetler hiç düşünülmeden yalnızca hizmet kalitesine odaklanılması sistemin sürdürülebilirliği bakımından ne kadar sakıncalı ise hizmet kalitesini düşürecek biçimde maliyetleri kısmaya yönelik uygulamalar da bir o kadar sakıncalıdır.

Kamu Hastaneleri Birliği Yasası altında Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılmasıdır. Sağlık Bakanlığının halkın ihtiyaçlarına uygun hakkaniyetli, etkin, kaliteli,

verimli hizmet sunulabilmesi için merkezi yapısının adem-i merkezi yapıya dönüştürülmesidir. Karar alma ve yönetme yetkisinin merkezden yerel yöneticilere devredilmesi ve Bakanlığın stratejik planlama, koordinasyon ve denetleme fonksiyonlarına odaklanmasına imkan tanımaktır. Yerinden yönetim yeni bir kamu yönetimi kültürünü gerektirir. Bu yönetim anlayışında azami işgören katkısı, performans kontrolü, performansa dayalı ücretlendirme, az sayıda personel daha çok uzman, özel sektörden daha fazla yararlanma, rekabet, piyasa türü yönetim araçları, vatandaşın müşteri olarak görülmesi, mal ve hizmet kalitesi, girişimci yönetici, karar almaya ve yönetime katılım, maliyet etkenliği, maliyet-yarar oranı, yerleşme anlayışı hakimdir. Kültürün değişmesi zaman ister ve geçiş dönemleri her zaman sancılıdır. Tüm paydaşların daha güzel bir sağlık sistemi için, sağlık hizmetinin kamusal özelliğini ve sosyal devlet anlayışının göz ardı etmeden elbirliği ile üzerine düşeni yapması gerekir.

Kaynaklar:

1. www.saglik.gov.tr
2. Sağlık Bakanlığı 2008 istatistikleri
3. SGK 2009 İstatistikleri
4. www.trakyanethaber.com/Prof. Dr. Ahmet Saltık
5. www.bianet.org, 29.07.2011.
6. www.dpt.gov.tr
7. www.bultensaglik.com, 29.07.2011/ Prof. Dr. Haydar Sur
8. Kamu kuruluşlarında stratejik planlama, Dr. Volkan Erkan 2008.

Kamu Hastaneleri Birliği: Özelleşmeye Gidilen Yolda Gizli Gündem Mi?

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü

Dünya Sağlık Sistemlerinde Yaşanan Gelişmeler

Son derece iddialı olarak seçilmiş olan yukarıdaki başlığın altını doldurmadan önce sağlık sektöründe yaşanan bazı gelişmeler ve bu gelişmelere hastanelerin ve hastane yönetimlerinin başarılı bir şekilde ayak uydurmasında, taşınması gereken bazı özellikler üzerinde durmakta fayda vardır.

Bu gelişmelerden birincisi ve belki de en önemlisi, gelişmiş ülkelerin bundan yıllar önce yaşamış oldukları nüfus yapısının değişmesi ve nüfusun önemli bir bölümünün yaşlı ve yetişkin bireylerden oluşmasıdır. Bu durum kısaca nüfusun hastalık yapısının değişmesi olarak da tanımlanabilir (Griffith, 1995; Goldsmith 1981; Folland vd. 2004). Hastalık yapısının değişmiş olduğu bir toplumdaki, hastanelerden beklenen hizmetler de farklılaşmak durumundadır. Daha önceki yıllarda çocuk hastalıkları ve kadın doğum hizmetlerine yönelik talebin azalması, buna karşılık kronik hastalıkların toplumda daha fazla görülmesiyle kanser ve kalp hastalıklarına yönelik sağlık hizmetlerine olacak talebin artmasını tahmin etmek için çok da ileri görüşlü olma-ya gerek yoktur. Nüfusun değişmesi göz önüne alındığında Türkiye'nin önemli bir özelliği daha ön plana çıkacaktır. Bu da Türkiye'nin hem

gelişmiş ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer alan kronik hastalıklarla mücadele etmesi hem de gelişmiş ülkelerde sıklıkla karşılaşılan akut hastalıkların Türkiye'de halen önemini korumasıdır. Sağlık Bakanlığı Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkilik Analizi Çalışması sonuçları (SB, 2006) ve TÜİK tarafından ölüm nedenlerine yönelik yayınlanan istatistikler bu tartışmayı doğrular niteliktedir. Bu ise Türkiye nüfusunun her geçen gün yaşlanması ve yaşlı nüfusun çoğalması ve bir taraftan da yetişkin nüfusun toplam nüfus içerisinde halen önemli bir yere sahip olması gerçeğiyle açıklanabilir. Nüfusun hastalık yapısının değişmesi hastaneler üzerinde iki önemli etkiye sahiptir: (1) Özellikle kronik hastalıkları tedavi etmekte hastanelerin rolü artık tartışılır hale gelmiştir. Evde bakım hizmetlerinin yaygınlaşması ve hemşirelik evi ve uzun dönemli bakım merkezleri gibi hastane dışında kurumsal sağlık hizmeti sunan kuruluşların rolü ve önemi her geçen gün artmaktadır. (2) Nüfus yapısı ve hastalık dokusunun değişmesiyle birlikte hekim ve hemşire gibi klasik sağlık mesleklerinin yanında fizyoterapist, psikolog ve diyetisyen gibi göreceli olarak yeni meslekler sağlık hizmetleri sunumunda çok daha aktif hale gelmişler ve bu da hastanelerdeki mevcut iş yapma ve örgütlenme şeklinde

bir çeşit baskı unsuru haline gelmiştir (Kavuncubaşı, 2000; Folland vd. 2004).

Sağlık sektöründe yaşanan bir diğer önemli gelişme sağlık bilgi ve teknolojisinde şahit olunan ilerlemelerdir. Bundan çok da uzun olmayan yıllar önceyle karşılaştırıldığında günümüzde bilmediğimiz yeni hastalıklarla mücadele etmek zorunda iken, daha önceden tedavisi olmayan hastalıkların tedavi edildikleri, hastane yatış sürelerinin kısaldığı ve hatta önceden bazı hastalıklar sadece hastanede tedavi edilebilirlerken şimdi ilaçlarla evlerinde tedavi edildiklerini görebilmekteyiz. Sağlık bilgi ve teknolojisindeki gelişmeler hastaların yaşam kalitesini yükseltmiş ve bazen de sağlık personelinin işini ve karar vermelerini kolaylaştırmıştır. Ancak bu kazanımlar daha yüksek maliyet pahasına elde edilmiştir. Bu cümleyle denilmek istenen, yeni sağlık bilgi ve teknolojilerinin çoğunun pahalı olduğu ve bu pahalı teknolojiyi hastaların daha fazla tüketmek isteme eğiliminde olmalarıdır. Artık hastaneler eskisinden daha maliyetli teknoloji kullanmak zorunda olduklarından dolayı sunmuş oldukları hizmetlerin maliyeti de yükselir olmuştur (Folland vd. 2004; Griffith 1995; Wolper, 1995).



Sağlık bilgi ve teknolojisindeki gelişmeler hastaların yaşam kalitesini yükseltmiş ve bazen de sağlık personelinin işini ve karar vermelerini kolaylaştırmıştır. Ancak bu kazanımlar daha yüksek maliyet pahasına elde edilmiştir.

Aynı ülke içinde yaşayan ve farklı sigorta kapsamında olduğu veya sigorta kapsamında olmadığı için farklı kalitede sağlık hizmeti alanlar arasındaki farklılığı azaltmak ve artan sağlık harcamalarının ve buna bağlı olarak devlet ve sosyal güvenlik kuruluşlarının hastaneler üzerindeki ekonomik baskıların üstesinden gelmek için, sağlık kurumları yöneticileri sağlık hizmetlerine erişimi ve kaliteyi azaltmadan artan maliyetleri kısarak sağlık hizmetlerinin topluma olan değerini yükseltmek zorundadırlar.

İletişim ve ulaşım teknolojilerinin son derece ilerlemesiyle birlikte artan küreselleşme sağlık sektöründe de yaşanmaktadır. Küreselleşme ile birlikte farklı ülkelerde yaşayan bireyler dünyanın diğer ülkelerinde sağlık sektöründe ne olup bittiğini izler hale gelmiş ve hatta internetin yaygınlaşmasıyla hem hastalıklarına yönelik sağlık hizmeti olup olmadığını hem de almış oldukları sağlık hizmetlerini sorgular hale gelmişlerdir. Sağlık sisteminden sağlık hizmeti almak için gelen insanlar artık daha kaliteli, daha etkili ve insana yakışır bir ortamda sağlık hizmeti almak istemektedirler. Bu da hastanelerin hasta ve yakınlarına karşı daha duyarlı olmalarını gerekli kılmıştır.

Sağlık sektörü dışında ekonomi alanında yaşanan gelişmeler de sağlık sektörünü çok yakından etkilemektedir. Özellikle 1980'li yılların başlarından itibaren devletin ekonomi içindeki rolü sürekli olarak sorgulanmaktadır. Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası ekonomi örgütleri ülkelere, devletin ekonomilerde oynadıkları rolü azaltması çağrısını yapmaktadır. Sağlık sektöründe özel sektörün teşvik edilmesi ve kamunun özellikle sağlık hizmetleri sunumundaki ağırlığının azaltılması, kamunun çok fazla ağırlıkta

olduğu İngiltere gibi ülkelerde bile özel sektör teşviklerinin kamu içinde de kullanılmaya başlanması, yaşanan ekonomik değişikliklerin sağlık sektörü üzerine olan önemli etkisi olmuştur.

Politik alanlardaki gelişmeler ise daha çok artan fiyatla birlikte alınan hizmetten memnun kalmama veya sigortasız nüfusun sağlık ihtiyaçlarının karşılanması ile ilgilidir (Folland vd. 2004; Goldsmith 1981). Mevcut durumda Türkiye'de hiç de azımsanamayacak sayıda sağlık güvence kapsamında olmayan ve sağlık hizmeti giderleri yeşil kart bütçesinden karşılanan nüfus vardır. Aynı ülke içinde yaşayan ve farklı sigorta kapsamında olduğu veya sigorta kapsamında olmadığı için farklı kalitede sağlık hizmeti alanlar arasındaki farklılığı azaltmak ve artan sağlık harcamalarının ve buna bağlı olarak devlet ve sosyal güvenlik kuruluşlarının hastaneler üzerindeki ekonomik baskıların üstesinden gelmek için, sağlık kurumları yöneticileri sağlık hizmetlerine erişimi ve kaliteyi azaltmadan artan maliyetleri kısarak sağlık hizmetlerinin topluma olan değerini yükseltmek zorundadırlar. Bu ise sağlık hizmetlerinde kapsamlı bir re-organizasyonu gerekli kılmaktadır. Yukarıda sıralanan gelişmelere ayak uydurmak ve kar-

şılaşılan problemlerle başa çıkmak zorunda olan hastanelerin önümüzdeki dönemlerde daha fazla karşı karşıya kalacakları iki önemli durum söz konusudur (Griffith, 1995);

- Oldukça çeşitli ve kapsamlı sağlık hizmetlerini finanse eden sağlık sigortaları ve sosyal güvenlik kuruluşları ile yakın ilişki kurmak ve onların beklentilerini karşılamak yönünde çaba göstermek,
- Sunulan hizmetlerin kalitesini ve maliyetini kontrol altında tutmak.

Başarılı hastaneler bu iki sorunun üstesinden gelmek zorundadır. Mevcut yapılarını iyileştirerek bu sorunlarla başa çıkmaya çalışan hastaneler olabileceği gibi yeni örgütlenme ve finansman modellerini deneyen hastaneler de olabilir.

Ancak izlenilen yol hangisi olursa olsun, bu sorunların üstesinden gelecek olan bir hastane, yeni örgütlenme ve dizayn yöntemleri ile yüksek kalite ve maliyet etkililiği sağlayacak modelleri kullanmak zorunda kalacaktır. Değişen çevrede, bütün sorumluluğu taşıyacaklar ve değişen ve artan çevre baskılarının üstesinden gelmek zorunda kalacaklardır. Böyle bir çevrede bir sağlık kurumunu başarılı yapacak bazı süreçler

vardır. Bu süreçlerle, bir sağlık kurumu hizmetlerini dizayn eder, kaynaklarını tahsis eder, hastaları cezbeder, kaliteyi güvence altına alır ve sağlık çalışanlarını istihdam eder.

Yönetim, finansman, klinik hizmetleri, insan kaynakları ve hastane binası hastane başarısına temel teşkil edecek beş önemli süreci oluşturur (Griffith, 1995; Liebler, 1992).

Hastane hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ile ilgili olarak çe-

şitli yaklaşımlar olmakla birlikte, mevcut politikaların çoğu aşağıdaki hedeflerden en az birine varmayı amaçlamaktadır (McKee ve Healy, 2002):

- Yatak ihtiyacında, optimum hastane büyüklüğünde ve maliyetlerde azalmaya imkan verecek bir hizmet sunum şekli ile verimliliğin artırılması,
- Daha az sayıda yatak talebi ve hasta kabulü ile sonuçlanacak hastane hizmetlerinin uygun kullanımı,

- Daha verimli ve etkili bir hizmet bileşimine ulaşmak amacıyla, hastane hizmetleri ağında yapılacak değişiklikler.

İyi yönetilen bir sağlık kurumunun, sürekli olarak ulaşmaya çalıştığı bir ideali olmalıdır. Bu ideal, çoğu zaman vizyon olarak tanımlanır ve bu vizyonda; sağlık kurumuna erişimin kolaylaştırılması, sunulan sağlık hizmetlerinin teknik ve algılanan kalitesinin yüksek olması ve maliyetin düşük olması vurgulanır.

Türk Sağlık Sisteminde Yaşanan Gelişmeler

İyi yönetilen sağlık kurumlarının yönetiminin kısaca sayılan bu özelliklerinden dolayı Türkiye hastanelerinin iyi yönetildiğini söylemek mümkün müdür? Bu sorunun cevabını verebilmek için sağlık kurumlarının karşı karşıya oldukları sorunların neler olduğunu bilmek önemlidir. Kısaca bu sorunlar (Ak, 1990; SB, 1993):

- Hastaneler verimsiz çalışmaktadırlar ve sunulan sağlık hizmetlerinde kalite sorunu vardır,

- Sağlık çalışanları işten soğumuşlardır ve tükenmişlik seviyeleri yüksektir,

- Hastaneler verimsiz kullanılmaktadırlar (yatak işgal oranlarının düşüklüğü bunun en temel göstergesidir,

- Sağlık kurumlarına ayrılan insangücü dahil bütün kaynakların israfı söz konusudur,

- Sağlık çalışanlarının performansları eşit ve adil bir şekilde değerlendirilmemekte ve bunun sonucu olarak döner sermaye gelir-

lerinin dağıtımında adaletsizlikler yaşanmaktadır,

- Hasta bakım ve tedavi sürecinde standartlar yoktur

- Finansal sorunlar çok fazladır

- İşletmecilik tekniklerine önem verilmemektedir

Aslında yukarıda sayılan sorunların temel nedeni denir diye bakıldığında bunun yönetim sorunu



olduğu ve sağlık kurumlarının profesyonel olarak yönetilmedikleri kolaylıkla anlaşılacaktır.

1992 yılında Türkiye sağlık sektöründe, hastaneler karşı karşıya oldukları sorunları çözmek amacıyla Sağlık Bakanlığı bir dizi reform çalışmaları başlatmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası (USP) metninde, reform çalışmaları kapsamında hastaneler konusunda şu tespitlerde bulunulmuştur (SB, 1993);

- *mali ve idari otonomi gerçekleştirilmeli,*
- *sevk sistemi içindeki yeri belirlenmeli,*

2000 yılına kadar hastaneler, kendi yönetim ve denetim yapılarını oluşturmuş, kendi kaynaklarını yaratabilen, yatırım yapabilen sağlık işletmelerine dönüştürülecektir.

En son olarak Adalet ve Kalkınma Partisi tarafından kurulan 58. ve 59. Hükümet programlarında sağlık sektörü ile ilgili olarak; mev-

cut sağlık sisteminin ihtiyaçlara cevap veremediği, çağdaş olmadığı, maliyetlerin yüksek olduğu, sağlık hizmetlerine ulaşımın zor olduğu ve sağlık hizmetleri sunan kurumlar arasında hizmet standardının olmadığı gibi temel sorunlara yer verilmiştir. Bu sorunlara cevap olarak ise sağlık hizmetlerini, tüm vatandaşların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine ulaşmasını sağlayacak olan yeniden yapılandırma ile etkili, ulaşılabilir ve kaliteli bir sağlık sistemi hedeflenmiştir. Bu sorunlara çözüm bulmak amacıyla "Sağlıkta Dönüşüm" programı yürürlüğe konmuştur.

58. ve 59. hükümetlerin sağlık programlarında yukarıda kısaca özetlenen hedeflerde temelde bir değişme olmasa bile, bu hedefe ulaşmaya yönelik izlenecek olan stratejilerde bir takım farklılıklar söz konusu olmuştur. Ama bu stratejilerde de görülen ortak noktalar arasında aile hekimliği sisteminin getirilmesi, etkili bir sevk sistemi kurulması, idari ve mali yönden özerk hastanelerin oluşturulması ve genel

sağlık sigortasının kurulması yer almaktadır (Soyer, 20037). 59. Hükümetin başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel ilkeleri; insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımçılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olarak sıralanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen bu stratejiler Kalkınma Planlarında da sıralanmış 2007-2013 yıllarını kapsayan IX. Kalkınma Planı'nda geçmiş dönemlerde gerçekleştirilen çalışmaların değerlendirilmesinde;

- *Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığının planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması, genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatıldığı,*
- *Sevk zincirinin etkinliğinin artırılması amacıyla aile hekimliği pilot uygulamaları sürdürüldüğü,*
- *Sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması amacıyla kamuya ait tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplandığı,*
- *Sağlık hizmetlerine erişimde önemli iyileşmelerin sağlandığı,*
- *Performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile personel motivasyonu ve verimlilikte iyileşmelerin sağlandığı,*
- *Kamuda çalışan tam zamanlı uzman hekimlerin oranının beş kat arttırıldığı,*
- *Hizmetlerin standardizasyonu ve bil-*



gi sistemlerinin etkin kullanımına yönelik çalışmalar başlatılmış olmakla birlikte, hastanelerin mali ve idari özerkliğe kavuşturulması ihtiyacı devam ettiği, tespitleri yapılmıştır.

Yine IX. Kalkınma Planı, Beşeri Gelişme ve Sosyal Dayanışmanın Güçlendirilmesi başlığı altında 2013 yılına kadar sağlık sektörün-

de izlenecek olan stratejiler (DPT, 2011) arasında;

- Daha verimli işletmelerinin sağlanması ve hizmet kalitelerinin artırılması amacıyla, hastanelerin idari ve mali açıdan kademe olarak özerkleştirilmesi,
- Hizmet kalitesinin artırılması amacıyla hizmet sunumuna ve personele ilişkin

ulusal standartların belirlenmesi, sağlık birimlerinin akreditasyonu için gerekli sistemin oluşturulması,

- Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolünün güçlendirilmesi,
- Özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımların teşvik edilmesi, yer almaktadır.

Kamu Hastaneler Birliği

Genel olarak diğer dünya ülkeleri sağlık sistemleri ve Türk Sağlık Sisteminde yaşanan gelişmelerin bu şekilde özetlenmesi, en son Türkiye Büyük Millet Meclisi Plan ve Bütçe Komisyonu tarafından kabul edilen ve kanunlaştırılması yeni hükümete bırakılan 'Kamu Hastane Birlikleri' Kanun Tasarısının daha objektif bir şekilde değerlendirilmesine ışık tutacaktır.

Hakkında büyük tartışmalar yaşandığı ve bazı kesimlerin 'hastanelerin özelleştirilmesi yönünde atılmış olan ilk adım' (Ataay, 2007) olarak tanımladıkları Kamu Hastane Birlikleri olarak hedeflenen, hastanelerin idari ve mali açıdan özerkleştirilerek kaliteli, verimli ve hizmet sunulan nüfusun ihtiyaçlarına duyarlı sağlık hizmetleri sunumudur. İdari ve mali yönden özerk hastanelerin kurulması yönündeki çalışmalar 1980'li yılların ortalarından itibaren başlamış ve Ankara'da, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi yeniden yapılandırılarak özerk sağlık işletmesine kavuşturulmuştur. Bunun için 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile hastanelerin sağlık işletmesine dönüştürülmesinin yolu açılmıştır. Ancak Anayasa Mahkemesi'nin 19/4/1988 tarihli

Hakkında büyük tartışmaların yaşandığı ve bazı kesimlerin 'hastanelerin özelleştirilmesi yönünde atılmış olan ilk adım' olarak tanımladıkları Kamu hastane birlikleri olarak hedeflenen, hastanelerin idari ve mali açıdan özerkleştirilerek kaliteli ve verimli ve hizmet sunulan nüfusun ihtiyaçlarına duyarlı sağlık hizmetleri sunumudur.



E.1987/16, K.1988/8 sayılı kararı ile bazı hükümlerin iptal edilmesi sonucu, Kanunda önemli boşluklar meydana gelmiş ve sağlık işletmesi modeline bir türlü geçilememiştir.

Kanun gerekçesinde de ayrıntılı olarak yazıldığı üzere hastane birliklerinin oluşturulmasıyla önemli bir takım kazanımların elde edilmesi olasıdır. Bunlar kısaca;

- Sağlık hizmetlerini daha kaliteli, verimli ve modern çağın gereklerine uygun olarak geliştirmeye açık bir şekilde sunabilmek,
- İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını, ulaşılmak istenen amaca uygun bir organizasyon yapısı, yönetim ve personel

rejimi ile hizmet anlayışına imkan verecek ve işletmecilik esaslarına göre faaliyet gösterecek bir hukuki alt yapıya kavuşturmak,

- Hastanelerin idari ve mali özerkliğini sağlayarak, merkezden yönetimin ve yoğun bürokrasinin sakıncalarını gidermek,
- Türkiye sağlık sisteminde 'hizmet sunumu' ve finansman'ın birbirinden kesin çizgilerle ayrılmasını sağlamak,
- Genel sağlık harcamalarını azaltmak,
- Hastanelerin profesyonel yöneticiler eliyle yönetilmesini sağlamak.

Bu temel kazanımlara ulaşmanın stratejileri olarak ise hastaneler

sınıflandırılmakta ve hangi hastanelerin birlikler olabileceğine karar verilmekte, gelir kaynakları farklılaştırılmakta, gider sorumluluğu hastane seviyesine indirilmekte ve hastaneler bir birlik çatısı altında

toplanarak yeni yönetim organları oluşturulmaktadır.

Bu stratejiler içinde en fazla tartışmaların yaşandığı alanlar ise önerilen yeni yönetim organları (özellik-

le birlik yönetim kurulu), birliklerin gelir kaynakları (özellikle varlıkların satılabileceğini öngören hüküm) ve tabi ki yeni modelde çalışmak istemeyen sağlık çalışanlarının durumunun ne olacağıdır.

Kamu Hastane Birliklerinin Yönetimi

Birliğin organları yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur.

Yönetim Kurulu

Yönetim kurulu, birliğin en üst karar organıdır ve aşağıdaki yedi üyeden oluşur:

- İl genel meclisi tarafından belirlenen hukuk alanında lisans, yüksek lisans veya doktora öğrenimi yapmış bir üye,
- İl genel meclisi tarafından belirlenen yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir veya finans ve bankacılık sektöründen bir üye,
- Vali tarafından belirlenen bir üye.
- Bakanlıkça belirlenen; tıp öğrenimi görmüş bir üye,

Bakanlıkça belirlenen; sağlık sektöründen bir üye,

- Bakanlıkça belirlenen; il sağlık müdürü veya yardımcısı arasından bir üye, ve
- Ticaret ve sanayi odası veya bunların

ayrı kurulmuş olması halinde ticaret odası üyeleri arasından seçilen yatırım ve işletme konusunda deneyimli bir üye.

Yönetim Kurulu üyelerinin hem sayısı hem de atanma şekillerine bakıldığı zaman, merkezi otorite ve yerel yönetimler arasında bir denge gözetildiği görülecektir. Basında çıkan haber ve akademik çevrelerde en fazla eleştirilen yönetim kurulu üyelerinin, İl Genel Meclisi tarafından belirlenen üyeler ve ticaret/sanayi odasının temsilcileri olduğu görülecektir. Bu noktada yönetim kurulu üye sayısı ve üyelerin nereden geldiklerinin çok da büyük önemi yoktur. Önemli olan bu üyelerin kimler olduğu ve atanma ya da seçim sürecinde göz önünde bulundu-

rulması gereken kriterlerdir. Hastane yönetim kurulu üyelerinin içinde yaşadıkları topluma yakın olmaları, işletme kararlarına yatkınlıkları, başarılı bir geçmişe ve iyi bir şöhrete sahip olmaları önemli ve vazgeçilmez kriterlerdir (Witt, 1987). 'Beyaz eşya satıcısı tarafından yönetilmek istemiyoruz' eleştirisinin altında yatan sebep, seçilecek veya atanacak olan yönetim kurulu üyelerinde aranacak kriterlerin neler olduğu konusundaki belirsizliktir (Çelik, 2009).

Genel Sekreterlik

Genel sekreterlik birliğin yürütme organıdır. Birliğin temsilcisi genel sekreterdir. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbi hizmetler, idari

Yönetim Kurulu üyelerinin hem sayısı hem de atanma şekillerine bakıldığı zaman, merkezi otorite ve yerel yönetimler arasında bir denge gözetildiği görülecektir. Basında çıkan haber ve akademik çevrelerde en fazla eleştirilen yönetim kurulu üyelerinin, İl Genel Meclisi tarafından belirlenen üyeler ve ticaret/sanayi odasının temsilcileri olduğu görülecektir.

hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları kurulur.

Kanun tasarısında genel sekretere oldukça önemli görevlerin verildiği görülmektedir. Genel sekreterin kendisinden beklenen görevleri yerine getirebilmesi için sağlık kurumları ve sağlık yönetimi alanlarında, hem tecrübe hem de teorik bilgi donanımına sahip olmalıdır. Genel Sekreter olabilmek için hangi eğitim şartlarına sahip olunması gerektiği Tasarıda açıkça yazılmış olmasına rağmen, sağlık kurumları yönetimi ve sağlık idaresi alanlarında formal eğitim ve mümkünse bu alanlarda lisans üstü eğitim almasının tercih sebebi sayılması gereklidir.

Hastane Yöneticileri

Birliğe bağlı hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur. Hastane büyüklükleri göz önüne alınarak yönetim kurulu

onayı ile müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir ve görev dağılımları belirlenir.

Hastane düzeyindeki örgütlenmede önemli bir yenilik göze çarpmaktadır. O da, mevcut durumda harcama yetkilisi rolündeki başhekim pozisyonunun üzerinde hastane yöneticisi pozisyonunun yaratılmış olmasıdır. Eğer sadece üç tane müdürlüğün olacağı varsayılırsa, hastane içinde gerçekleştirilen fonksiyonlar, hastane yöneticisinin önderliğinde üç müdürlük tarafından yönetilecektir. Başhekimler, büyük ölçüde klinik ve poliklinik hizmetlerinden sorumlu olacaklarken, idari ve mali işler müdürü şimdiki hastane müdürünün görevlerini, sağlık bakım hizmetleri müdürü de şimdiki başhemşirenin görevlerini yerine getirecektir. Bu noktada, sağlık kurumlarında sayıları hiç de azımsanmayacak boyutlarda olan hemşire personelin bazı çekinceleri vardır. O da 'hemşire veya başhemşire' teriminin kullanılmaması ve sağlık ba-

Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur. Hastane büyüklükleri göz önüne alınarak yönetim kurulu onayı ile müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir ve görev dağılımları belirlenir.

kım hizmetleri müdürünün hemşire personel dışındaki diğer sağlık mesleklerinden (fizyoterapist, psikolog, diyetisyen vb.) birinin de olabileceği kaygısıdır. Tasarıda, müdürlük sayısının en fazla dörtle sınırlandırılması da önemlidir. Çünkü mevcut durumda hastanelerdeki orta kademe yönetici sayısı (başhekim yardımcıları, müdür yardımcıları, başhemşire yardımcıları vb) olması gereken sayının oldukça üzerindedir.

Hastane Birlikleri Üzerinde Kamu Otoritesinin Rolü Ne Olacak?

Tasarı metninden anlaşılan Hastane Birlikleri üzerinde kamu otoritesi sürekli olarak kendini hissettirecektir. Peki kamu otoritesi nasıl kullanılacaktır? Tasarı metninde yer alan ifadeler aynen şöyledir;

Bakanlık, belirlediği hedef, politika ve stratejik plan çerçevesinde bu raporları değerlendirerek, bölgesel plan haline dönüştürür ve birliklere gönderir. Birlikler, bu planlara uymak zorundadır.

Birlikler, Sayıştay denetimine tabidir.

Ayrıca Birliklerin idari ve teknik konulardaki denetimi Bakanlıkça, mali konulardaki iş ve işlemlerinin denetimi Bakanlık ve Maliye Bakanlığınca yapılır.

Hastane Birlikleri sağlık sisteminin özelleştirilmesinde acaba bir ara adım mı? Bu sorunun cevabı her zaman yanıtız kalacaktır. Eğer, hükümetin sağlık sistemini ve sağlık hizmetleri sunumunu özelleştirmek gibi bir niyeti varsa ve bunu gizli tutuyorsa bu soruya verilecek bütün cevaplar yanlış olacaktır. Belki de bu sorunun cevabı geçmiş dönem-

lerde hükümetlerin yaptıklarında ve gelecekte yapacaklarına bağlıdır. Bu soruya bu açıdan baktığımız zaman IX. Kalkınma Planı hedefleri arasında da sayıldığı gibi hastaneler idari ve mali bakımdan özleştirilecek, sağlık sisteminde özel sektör teşvik edilcek ve Sağlık Bakanlığının düzenleyici rolü artırılacaktır. Bu hedeflerden şu sonuca ulaşmak zor değildir;

Sağlık hizmetleri sunumundan Sağlık Bakanlığı kademeli olarak çıkacaktır. Bunu da idari ve mali açıdan özerk hastane birliklerini

oluşturarak yapacaktır. Kesin olan şu ki hastane tabelalarında 'Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi' ibarelerini göremeyebiliriz. Ancak bu hastane ne kadar özel sektörün mülkiyetinde olacaktır? Şu anda bu sorunun da cevabını veremeyiz.

Önümüzdeki dönemlerde sağlık sektöründe özel girişimci ve yatırımcılar daha fazla teşvik edileceklerdir. Bu teşvikler uzun yıllar önce zaten başlamıştır ve ivmesi artarak devam etmektedir. Burada sorun, şu anda

Sağlık Bakanlığı mülkiyetinde olan hastaneler önce özertleştirilecek sonra satılarak tabelası değişip özel hastane mi olacaktır? Ya da eski binalarda hizmet etmeye devam ederek, klinik kalitesini artırmayarak ve hizmet kullanıcıların beklentilerine duyarsız kalınarak şu anda görmek ve varlığını duymak istemediğimiz rekabet üstünlüğü özel hastanelere kaptırılacak ve Sağlık Bakanlığı Hastaneleri kapatılmak zorunda mı kalınacaktır? Eğer kapatılırsa veya bazı bölgelerde hizmet sunumun-

dan vazgeçerse ve sosyal güvenlik şemsiyesi iyice genişletilir ve Sosyal Güvenlik Kurumu özel sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet almayı artırarak devam ettirirse acaba kapatılmalara veya küçülmeye olan halkın tepkileri nasıl olacaktır? Kanımca bu tepki halktan çok sağlık çalışanlarından gelecektir. Ve halkın desteğini almayan sağlık çalışanlarının böyle bir tepkisi özellikle halk tarafından 'çıkartılmaya ve hatta artırmaya çalışan sağlık çalışanları' olarak rahatlıkla algılanabilecektir.

Hastane Birliklerinde Çalışmak İstemeyen Sağlık Çalışanlarının Durumu Ne Olacak?



Sağlık çalışanlarının Kamu Hastane Birliklerine yönelik en büyük eleştirisi belki de tepkileri, oluşturulacak olan birliklerde kamu personeli vasıflarını yitirecek olmaları endişesi yer almaktadır. Tasarı metninde sağlık çalışanları ile ilgili olarak yapılan düzenlemelere bakıldığında zaman;

- Daha fazla sayıda sözleşmeli personel çalıştırılmasının yolunun açıldığı,
- Birliklerin norm kadro ilke ve standartlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Devlet Personel Başkanlığı'nın oldukça aktif bir rol ala-

cağı ve hastane birliklerinin personel yönetimi konusunda çok da fazla özerk olamayabileceği,

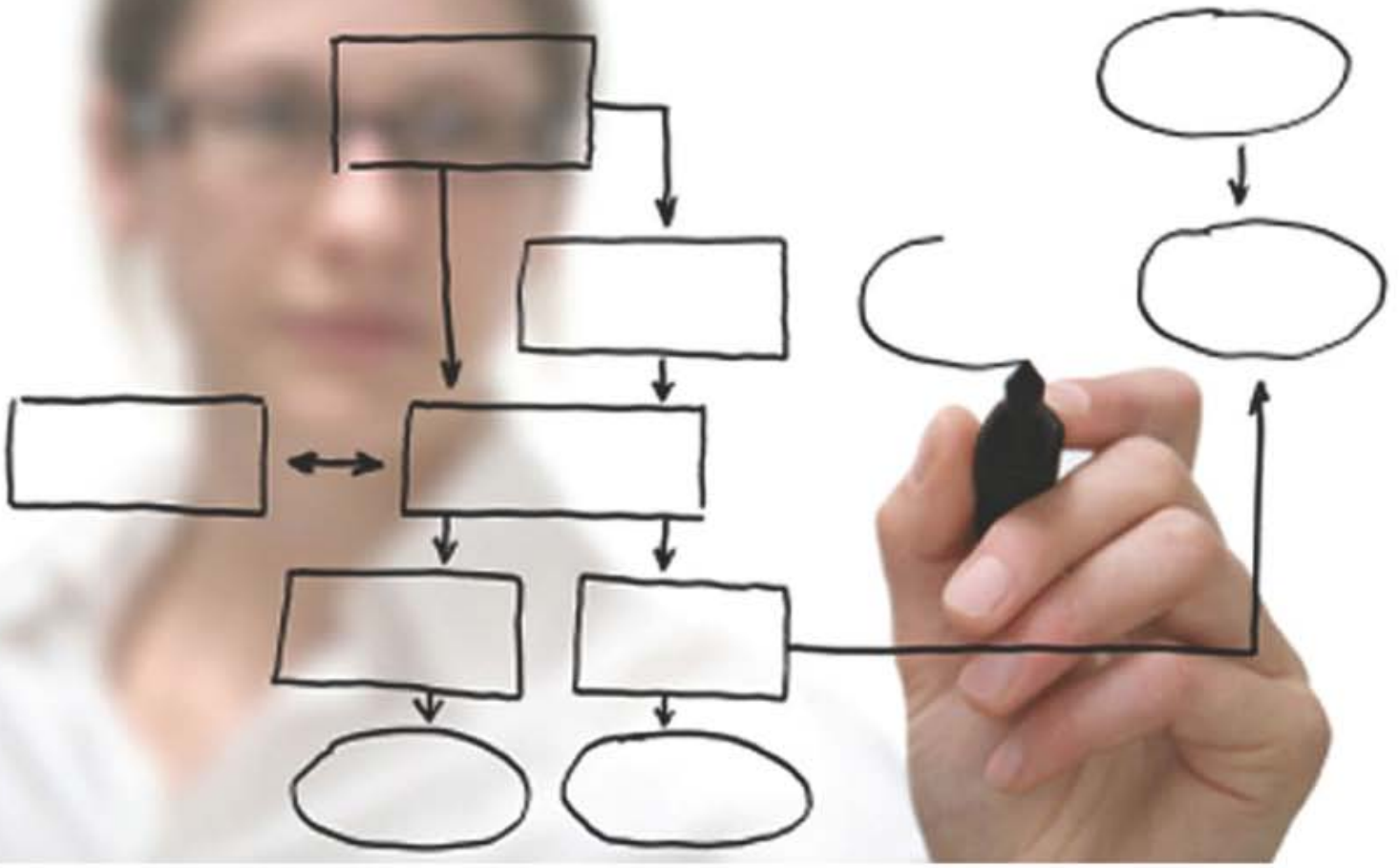
- Birliğe devredilen personel, devir tarihi itibarıyla mevcut statülerini devam ettirecekleri,
- Ülke düzeyinde sağlık personelinin dengeli dağılımını sağlamak amacıyla birliklerin kadro ve sözleşmeli sağlık personeli pozisyonlarına yapılacak atama ve nakillerle ilgili planlama yapma ve yerleştirme yetkisinin Bakanlığa ait olduğu ve buna ilişkin usul ve esasların Bakanlıkça çıkarılacak yönetmelikle belirleneceği,

• Bakanlık birimlerinde görevli personel, yönetim kurulunun talebi ve kendilerinin isteğiyle birlik bünyesindeki hastanelerde Bakanlıkça görevlendirilebileceği,

• Birliğe dönüştürülen sağlık kurumlarında Baştabip, Baştabip Yardımcısı, Hastane Müdürü, Hastane Müdür Yardımcısı ve Başhemşire kadrolarında bulunanların bu görevlerinin yeni personelin görevine başladığı tarihte sona ereceği,

• Görevleri sona eren personel en geç üç ay içinde kazanılmış hak aylık derecelerine uygun kadrolara atanacak ve atama işlemi yapılmaya kadar ihtiyaç duyulan işlerde görevlendirilebileceği, olası maddi kayıplarının telafi edileceği analızmaktadır.

Her ne kadar kamu hizmetlerinde çalışan personelin kazanılmış haklarını korumaya yönelik mevcut yasaların olduğu bilinse de önümüzdeki dönemlerde sağlık çalışanlarının büyük bir belirsizlikle karşılaşacakları son derece açıktır ve bu konuda endişelenmeleri de son derece haklıdır.



Sonuç

Kamu Hastane Birlikleri ile elde edilmesi hedeflenen kazanımlarla, hastanelerin yüz yüze kaldığı sorunların ortadan kaldırılması hedeflenmektedir. Kağıt üzerinde böylesi bir yeniden yapılandırma, söz konusu kazanımlara ulaşma potansiyeline sahiptir. Ancak şu da unutulmamalıdır ki; 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Kanunu'da bu potansiyele sahipti. Yapılması gereken düzenleme ve değişikliklerin öngörülüp gerekli hazırlıkların yapılmaması ve her şeyden önce siyasi iradenin bu kanunun arkasında durmaması nedeni ile Türkiye'nin ilk sağlık işletmesi olan Yüksek İhtisas Hastanesi özerk bir sağlık işletmesi olarak yönetilememiştir (Çelik, 2009).

Kamu Hastane Birliklerine yönelik eleştirilerin anlayışla karşılanması gereklidir. Çünkü kanun metnine göre çok farklı düzenlemelere gidilecektir. Yapılacak olan düzenlemelerin bazılarının ortaya çıkaracağı sonuçlar olumsuz olabilir. Ancak olası olumsuz sonuçların ortaya çık-maması için gerekli düzenlemelerin yapılması ve kanun metninde açık bırakılan veya bırakıldığı düşünülen

alanların ilgili tarafların katılımıyla belirlenmesi ve belirsizlikleri ortadan kaldıracak olan yeni düzenlemelerin neler olacağına ortaya konulması önemlidir (Çelik, 2009).

Endişelerinde haklı olan taraflar şu temel sorunun da cevabını aramalıdır: Biz mevcut sağlık hizmetleri sunumundan ve hastanelerin işleyişinden memnun muyuz? Yapılan çoğu çalışma bu sorunun cevabını hayır olarak vermektedir. O zaman sağlık sistemi ve sağlık hizmetleri sunum sisteminin düzenlenmesi gerekir ve bunun içinde tabii ki bazı değişikliklerin yapılması söz konusudur.

Bu kadar kapsamlı bir değişim sürecine giren hükümetin şunu bilmesi çok önemlidir. Kapsamlı program değişikliklerinde **'destek'** oldukça önemlidir. Sağlık sektöründe destek söz konusu olduğunda, halkın ve sağlık hizmeti sunucularının desteği daha da önemli hale gelir. Geçmişte şahit olunan gelişmeler sağlık hizmetlerinde **'sağlık çalışanları desteğinin'** son derece önemli olduğunu ve bu desteği al-

mayan bir sağlık politikasının istenilen başarıya ulaşmadığını ortaya koymuştur.

KAYNAKLAR

1. Ak B. (1990). Hastane Yöneticiliği. Özkan Matbaacılık, Ankara.
2. Atay F. (2007). Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
3. Çelik, Y. (2009). 'Kamu Hastane Birlikleri: Çekinceler ve Olası Faydalar'. SAYED, Yıl 2, Sayı 12-13, Sayfa 32-35.
4. Devlet Planlama Teşkilatı (2011). IX. Kalkınma Planı. Ankara.
5. Folland S., Goodman Allen C., Stano M., (2004). **The Economics of Health and Health Care**, Fourth Edition, Prentice Hall Press, Newyork.
6. Goldsmith S.B. (1981). Health Care Management: A Contemporary Perspective. An Aspen Publication, Maryland.
7. Griffith J.R. (1995). The Well-Managed Health Care Organization. AUPHA Press/Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
8. Kavuncubaşı Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitapevi, Ankara.
9. Liebler J.G., Levine R.E., Rothman J. (1992). Management Principles for Health Professionals. Second Edition, An Aspen Publication, Maryland.
10. McKee, M., Healy, J. (2002). "Hospitals in a Changing Europe", European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham.
11. Sağlık Bakanlığı (1993). 'Ulusal Sağlık Politikası', Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
12. Sağlık Bakanlığı (2003). Sağlıkta Dönüşüm Programı. Ankara.
13. Sağlık Bakanlığı (2006). **Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması 2004**, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
14. Soyer, A. (2003). "AKP Hükümeti ve Sağlık", Toplum ve Hekim, Cilt:18, Sayı: 2.
15. Witt, J.A. (1987). Building A Better Hospital Board. American College of Healthcare Executives, Management Series, Health Administration Press, Michigan.
16. Wolper L.F. (1995). Health Care Administration: Principles, Practices, Structure, and Delivery. Aspen Publishers, Inc., Gaithersburg, Maryland.

Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı: **SAĞLIK BAKANLIĞI'NDAN TEMİZ İKİNCİ EL HASTANE**



Dr. Osman Öztürk

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi üyesi

Eskiden SSK hastaneleri vardı, hatırlarsınız. Bin bir güçlük, imkânsızlık, yokluk içinde hizmet vermeye çalışırlardı. “Sağlıkta iki çatı olmaz” diye 2005’te tasfiye edilip Sağlık Bakanlığı’na devredildiler. Aynı Sağlık Bakanlığı şimdi kendine bağlı hastaneleri doksan çatıya bölmeye hazırlanıyor.

Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı (KHBKT) yasalaşacak olursa, Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları Kamu Hastane Birlikleri’ne (KHB) bağlanacak. Prensip olarak her ilde bir KHB kurulması ve o ildeki bütün devlet hastanelerinin bu KHB’ye bağlanması öngörülmekle birlikte, “sunulan hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle” aynı ilde birden fazla KHB de oluşturulabilecek.

Birliğin organları; yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşacak. Her KHB’de genel sekreterin yanı sıra birer tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanı; her hastanede bir hastane yöneticisinin yanı sıra birer başhekim, idari ve mali işler müdürü ve sağlık bakım hizmetleri müdürü görev yapacak. Hastane yöneticileri genel sekretere, genel sekreter de yönetim kuruluna karşı sorumlu olacak.

KHB’nin en üst karar organı olan yönetim kurulu yedi üyeden oluşacak. İki üye il genel meclisi, bir üye ilin valisi, üç üye Bakanlık tarafından belirlenecek. Bakanlığın belirlediği bir üye il sağlık müdürü veya yardımcılarını arasından, bir diğer üye “sağlık sektöründen” seçilecek.

KHBKT’ni hazırlayanlar sivil toplum katılımını da unutmamışlar, tabii ki. KHB yönetim kurulunun yedinci üyesi sivil toplum kurulu-

KHB’nin en üst karar organı olan yönetim kurulu yedi üyeden oluşacak. İki üye il genel meclisi, bir üye ilin valisi, üç üye Bakanlık tarafından belirlenecek. Bakanlığın belirlediği bir üye il sağlık müdürü veya yardımcılarını arasından, bir diğer üye “sağlık sektöründen” seçilecek.

şundan gelecek. Ancak bu “sivil toplum kuruluşu” ne tabip odası ne de sağlık emekçilerinin sendikaları olacak. Yedinci üyeyi **ticaret ve sanayi odası** veya bunların ayrı kurulmuş olması halinde **ticaret odası** seçecek.

Yönetim kurulu üyelerinin mesleki dağılımına gelince; İl genel meclisinin seçeceği iki üyeden biri hukukçu; ikincisi yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir veya “**finans ve bankacılık sektörü**”nden...Ticaret odasının seçeceği yönetim kurulu üyesi ise “**yatırım ve işletme konusunda deneyimli**” olacak.

Adı “Kamu” Hastane Birliği olan bir sağlık kurumunda ticaret odası temsilcisinin, finans ve bankacılık sektöründen, yatırım ve işletme konusunda deneyimli üyelerin işi nedir diye soracak olursanız onu bilemem ama... Bu yönetim kurulunun görev, yetki ve sorumlulukları ne olacak diye merak ediyorsanız KHBKT’nin altıncı maddesinde a’dan i’ye kadar tam on iki bentte sayılmış.

Ben sadece üç tanesini aktarmakla yetineyim: “Mevcut kapasitelerin değerlendirilerek hastane ve

ünitelerin kurulması, kapatılması, birleştirilmesi veya niteliğinin değiştirilmesi konusunda Bakanlığa öneride bulunmak”,

“Taşınmaz satın almak, **kiralamak**, Bakanlıkça belirlenen esaslara göre Birliğin her türlü taşınmazlarını satmak; tapuda birlik adına kayıtlı ve yürüttükleri hizmet açısından ihtiyaç duyulmayan taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisleriyle birlikte sınırlı aynı hak tesis etmek veya kiraya vermek **ya da bunları satılmak üzere Maliye Bakanlığına devretmek**; Hazineye ait ve Birliğe tahsisli taşınmazları, üzerindeki yapı ve tesisleriyle birlikte tahsis amacı doğrultusunda işletmek, tıbbi hizmet alanları dışındaki kısımları işletmek, işletirmek ve kiraya vermek”,

“İhtiyaç duyulması halinde **sağlık**, avukatlık ve danışmanlık **hizmetleri satın alınmasına** karar vermek” (a. b. ç.) Kısacası; KHB yönetim kurulu “ihtiyaç duyulması halinde” hastanenin her türlü sağlık hizmetini hiçbir sınırlama olmaksızın taşeronla devretmekten hastaneleri satmaya kadar bütün yetkileri elinde bulunduracak.

Yönetim kurulunun görev süre-

Yönetim kurulunun görev süresi üç yıl olacak. Genel sekreterden hastane yöneticisine, başhekimden müdür yardımcısına, uzmandan büro görevlisine kadar ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen pozisyon unvanlarında çalışacak toplam 9910 sözleşmeli personelle yapılacak sözleşmelerin süresi de üç yıl geçmeyecek. Üstelik; yeni yönetim kurulu veya genel sekreterin göreve başlamasından itibaren iki ay sonunda bütün sözleşmeli personelin de sözleşmeleri kendiliğinden sona erecek.

si üç yıl olacak. Genel sekreterden hastane yöneticisine, başhekimden müdür yardımcısına, uzmandan büro görevlisine kadar ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen pozisyon unvanlarında çalışacak toplam 9910 sözleşmeli personelle yapılacak sözleşmelerin süresi de üç yıl geçmeyecek.

Üstelik; yeni yönetim kurulu veya genel sekreterin göreve başlamasından itibaren iki ay sonunda bütün sözleşmeli personelin de sözleşmeleri kendiliğinden sona erecek.

İl genel meclisinden (ve ticaret odasından) gelecek olanları saymaksak bile yedi kişilik yönetim kurulunun dört üyesi iktidar partisi tarafından belirlenecek, yani.

KHB'lerin toplam 9910 sözleşmeli personelini bu yönetim kurulu atayacak. İktidar partisi değişip KHB yönetim kurulu da değişince 9910 sözleşmeli görevi sona erecek, yerine yeni iktidar partisi tarafından yeni 9910 kadro seçilecek.

Bir zamanlar Kamu İktisadi Teşekkülleri, KİT'ler vardı bu ülkede. 1980'lerden başlayarak özelleştirildiler. Özelleştirme için kullanılan en önemli bahanelerden biri şöyleydi; "KİT'ler aslında başlangıçta çok faydalı kuruluşlardı, ancak zamanla siyasi iktidarların arpalıkları haline geldiler."

KHBKT'ne bakınca KHB'lerin zamanla siyasi iktidarların arpalık-

ları haline gelmeyecekleri görülüyor. Onlar zaten başlangıçtan itibaren siyasi iktidarların arpalıkları olarak doğacaklar.

Ekli (I) sayılı cetvelin dışındaki çalışanlar için iki istihdam biçimi olacak KHB'de; 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanuna tabi "çakılı sözleşmeli" personel,

657 sayılı Kanuna tabi personel:

4-a: Memur

4-b: Sözleşmeli personel

4-c: Geçici personel

4-d: İşçi

Kanun Tasarısı'nda KHB'ne devredilen (mevcut) personelin devir tarihi itibariyle mevcut statülerini devam ettirmeleri hükmü yer alıyor. Bu durumda, halen 657 sayılı Kanun'a tabi "memur" olarak çalışan sağlık emekçilerinin KHB'ne geçtiklerinde de aynı statülerini korumaları öngörülebilir.

Ancak KHBKT'na göre Birliklerin norm kadro ilke ve standartları; Sağlık ve Maliye Bakanlığı ile Devlet Personel Başkanlığı tarafından müştereken tespit edilecek ve bu ilke ve standartlar çerçevesinde KHB'ler tarafından belirlenecek.

Yani "memur" statüsündeki bir sağlık emekçisinin KHB'ne dev-

redildiğinde bu statüsünü koruyabilmesi için öncelikle o KHB'nde yeterli ve kendisine uygun "memur" kadrosunun bulunması gerekiyor.

Ayrıca; KHBKT'nin geçici 1. maddesinin 9. fıkrasında şu hüküm yer alıyor: "Bu Kanunun 10. maddesinin 3. fıkrasına göre birliğe tahsis edilen kadro ve pozisyonlarda bulunanlardan aylık ve ücretleri tahsisten önce Bakanlık bütçesinden ödenenlere, kesintiler ile sosyal güvenlik kurum karşılıkları dahil olmak üzere birlik bütçesinden ay itibarıyla ödenen ücret, aylık (ek gösterge dahil), taban aylığı, kıdem aylığı, aile yardımı ile zam ve tazminatlar, birliğe dönüşümü takip eden aydan itibaren **5 yıl süreyle** Bakanlık bütçesinden karşılanır." (a. b.ç.)

Bu durumda, beş yıl sonra "memur" statüsü devam etse bile maaşının Sağlık Bakanlığı tarafından ödeneceğinin bir garantisi olmadığını bilmesi gerekiyor. Çünkü KHB'ler, Sağlık Bakanlığı'nın "bağlı" değil, "ilgili" kuruluşu olarak tanımlanmış Tasarı'da.

Birliğin gelirleri sayılırken de; "**gerektiğinde** Bakanlığın bütçesinden veya döner sermaye merkez hesabından yapılacak **yardımlar**" (a. b. ç.) kalemine yer verilmiş. Sağlık Bakanlığı, KHB'lerin gelirleri için herhangi bir garanti vermiyor, yani.

(KHB'nin ayakta kalabilmesi için "kendi yağıyla" kavrulması, kendi harcamalarını kendi gelirleriyle karşılaması, ürettiği hizmetleri tıpkı diğer hastaneler gibi piyasada pazarlaması, özel hastanelerle piyasa koşullarında rekabet etmesi gerekiyor.) Aslına bakılırsa; Sağlık Bakanlığı, KHB'lerle ilgili hiçbir garanti vermiyor.

KHBKT'nin genel gerekçesi'nde şu ifadeler yer alıyor, zaten; "Sanayi toplumundan bilgi toplumuna geçiş ve küreselleşme olgusu ile dünyada yaşanan hızlı değişim, yönetim anlayışında ve yapısında önemli değişiklikleri gündeme getirmiştir.

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatını esasında mahallince yürütülmesi gereken **hizmetlerin yükünden kurtaracak** alt yapı çalışmaları, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde büyük ölçüde tamamlanmıştır. Bu ve benzeri adımlarla **yüklerinden arındırılan Sağlık Bakanlığı**; stratejik düşünme, geleceğe dair tasarım geliştirme, misyon ve vizyon belirleme, temel amaç, politika ve öncelikleri şekillendirme, ölçülebilir başarı göstergeleri oluşturma, insan kaynakları geliştirme gibi esas görevlerine daha yoğun mesai ayarabilecektir." (a. b. ç.)

Küreselleşme... Sağlıkta Dönüşüm Programı... Sağlık Bakanlığının yüklerinden arındırılması...

Büyük fotoğrafı görebilmek için geriye tek bir adım kaldı. Onu da altında Cumhurbaşkanı'nın, Başbakan'ın, Sağlık Bakanı ve diğer Bakanların imzasının olduğu 31.12.2008 tarihli Avrupa Birliği 3. Ulusal Programı'nda buluyoruz.

Büyük fotoğrafı görebilmek için geriye tek bir adım kaldı. Onu da altında Cumhurbaşkanı'nın, Başbakan'ın, Sağlık Bakanı ve diğer Bakanların imzasının olduğu 31.12.2008 tarihli Avrupa Birliği 3. Ulusal Programı'nda buluyoruz. Daha önceki iki Ulusal Program'dan farklı olarak, sağlığı ilk kez özelleştirme kapsamına alan 3. Ulusal Program'da "Ekonomik Kriterler/İşleyen Bir Piyasa Ekonomisinin Varlığı/Özelleştirme" başlığı altında şu satırlar yer alıyor; "Özelleştirme vizyonu çerçevesinde... önümüzdeki dönemde... devletin sağlık işletmeciliğindeki payının azaltılması hedeflenmektedir."

Daha önceki iki Ulusal Program'dan farklı olarak, sağlığı ilk kez özelleştirme kapsamına alan 3. Ulusal Program'da "Ekonomik Kriterler/İşleyen Bir Piyasa Ekonomisinin Varlığı/Özelleştirme" başlığı altında şu satırlar yer alıyor;

"Özelleştirme vizyonu çerçevesinde... önümüzdeki dönemde... devletin sağlık işletmeciliğindeki payının azaltılması hedeflenmektedir."

Her şey gayet açık. Önce SSK hastanelerini tasfiye ettiler... Sonra Genel Sağlık(Sızlık) Sigortası'nı çıkardılar... Peşinden, özel hastaneye giden vatandaşları "ilave ücret" adı altında ("bıçak parası"ndan ne farkı var, sahi?) milyarlarca lira ödemek zorunda bıraktılar... Bu arada sağlık ocaklarını kapattılar... (İhaleyi alana yanında Dışkapı'yı, Etlik'i, Ulucanlar'ı, Zekai Tahir Burak'ı da verdikleri "Şehir Hastaneleri" projesi, "Kamu Özel Ortaklığı" yani, ayrı bir yazı konusu olduğu için geçiyorum.) Şimdi sıra devlet hastanelerinin **özelleştirilmesine** geldi.

Sözün kısıtı...

Bunun adı;

Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı değil,

Kamu Hastanelerini Özelleştirme Kanunu Tasarısı.

"Peki; bütün bunlar ne için, kimin için yapılıyor?" dersiniz...

Dünya Bankası'yla yapılan "Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi" anlaşmalarına, IMF'ye gönderilen Niyet Mektupları'nda sağlıkla ilgili verilen sözlere bakabilirsiniz.

(TÜSİAD'ın "Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri" raporuna da göz atabilirsiniz.)

Merak ediyorsanız, IMF'nin, Dünya Bankası'nın ya da Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı'nın web sitelerinden ulaşabilirsiniz.

Yalnız, dikkat edin...

Okurken insanın yüzü kızarıyor.

Tercüme Yasalarla Değil, Şura Toplantıları İle Sağlığımızı Şekillendirelim

Prof. Dr. Özkan ÜNAL
Van Hakkarı Tabip Odası Başkanı

Kamu Hastaneleri Birliği (KHB) yasa tasarısı sağlıkta bir dönemeç. Bu olayın çok yönlü boyutları var ve geri dönüşü imkansız denebilecek sonuçları olacak. Hani moda tabirle bu tasarı ile sağlıkta hiçbir şey eskisi gibi olmayacak denilebilir.

Kamu Hastaneleri Birliği (KHB) yasa tasarısı sağlıkta bir dönemeç. Bu olayın çok yönlü boyutları var ve geri dönüşü imkansız denebilecek sonuçları olacak. Hani moda tabirle bu tasarı ile sağlıkta hiçbir şey eskisi gibi olmayacak denilebilir.

Ülkemiz oldukça büyük bir ülke ve merkezden yönetimi çok zor. İnsan kaynaklarını yönetmek, harekete geçirmek, çalışanın ödüllendirildiği, daha az çalışanın teşvik edildiği, motive edildiği, mükemmel bir sistemi kurmak elbette kolay değil. Bozuk kurulmuş bir sistemi düzeltmeye çalışmak bazen onu baştan kurmaktan daha zordur. Birkaç yıl önce Çin Halk Cumhuriyeti'nin doğru bir sağlık sistemi arayışı ve araştırması için milyonlarca dolar ayırdığı medyada yer almıştı. Ülkeler hem kaliteli bir sağlık hizmetini vermeyi hem de ülke ekonomisine ağır yükler getirmemesini hedeflemekteler. Ancak bu konuda ideal ve örnek bir ülke bulmak oldukça zor.

Ülkemizde mevcut sağlık sistemi rehabilite edilebilir veya tamamen yeniden yapılandırılabilir. KHB yasa tasarısı sağlıkta bir rehabilitasyon değil, yeni bir sistem getirmektedir.

TBMM'ye ikinci kez getirilen, halen meclis alt komisyonundan geçip mecliste görüşülme sırasına konan ve meclisten geçirmek için uygun bir zaman beklenen KHB yasa tasarısını özetleyecek olursak; hemen her ilde bir genel sekreterin devlet hastanelerini özel bir işletme gibi yönetmesidir. Bu sistem batılı ülkelerde uygulanmaya çalışılan bir sistem. Özellikle Almanya'nın sağlık sistemine bakıldığında neredeyse birebir benzeştiği görülebilir. Almanya'da devlet hastanelerinin belediye başkanlığına, üniversite hastanelerinin bakanlıklara bağlı bir yönetim kurulu tarafından yönetildiği bir sistem. ABD'de de benzer bir sistem var.

Yeni bir anayasa tartışmalarında iktidarın göstermiş olduğu pozitif ve katılımcı yaklaşım, sağlıkta yeni bir anayasa olan bu tasarı için şu ana kadar yapılamadı. Tabip odalarının birkaç sesi dışında konu ile ilgili ciddi yorumlar ve katkılar gelmedi. Biraz da bu yeni gelecek olan sistemin çok yabancı oluşundan belki.

Başka ülkelerin tecrübelerinden istifade etmek elbette bir sistemi yeniden keşfetmekten kolay. Bu bir siyasi tercih. Siyasi irade sonucunu göze alarak, tercihini yeni bir sağlık sisteminden yana koymakta elbette muhayyerdir. Bunun için Avrupa Birliği'ne girme sürecinde, örnek olarak batılı devletleri tercih etmesi de yabana atılacak bir tercih değil. Anlamakta güçlük çekilen şey, sağlıkta bu kadar ciddi bir değişimin neden gerektiği kadar araştırılmadan ve tartışılmadan yapıldığıdır. Tartışılmasına gerek bile olunmayan mükemmel bir sistem mi, yoksa tartışılması istenmeyen, ne pahasına olursa olsun geçilmesi gereken bir sistem mi? Bu konuda maliyecilerin, işletmecilerin, yönetim bilimcilerin görüşü alınmış mı bilinmez ama hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının görüşü alınmadı.

Yeni anayasa tartışmalarında iktidarın göstermiş olduğu pozitif ve katılımcı yaklaşım, sağlıkta yeni bir anayasa olan bu tasarı için şu ana kadar yapılamadı. Tabip odalarının birkaç sesi dışında konu ile ilgili ciddi yorumlar ve katkılar gelmedi. Biraz da bu yeni gelecek olan sistemin çok yabancı oluşundan belki. Yerinde görmeden, uzaktan yorum getirmenin zorlukları olsa gerek. Bu tasarı meclis genel kuruluna gelecek ise, bu kurula gelmeden önce olumlu ve olumsuz yönleri, gereği gibi tartışılmalı, gerekirse birkaç ekip benzerlerini yerinde müşahede etmeli, eksik yönleri yeniden ele alınmalı, bünyemize uygun olmadığı kanaati

hakim olursa da bu tasarıdan vazgeçilmelidir. Milli Eğitim Bakanlığının şura toplantılarının benzerleri Sağlık Bakanlığında da yapılmalıdır. Yoksa olacak sorumluluğun altında herkes kalır. Amerika'da çocuk psikiyatrisi ile ilgili bir çalışmanın materyal ve metodunun 5 yılda oluşturulduğunu, sonrasında çalışmaya başlandığını okumuştum. Halbuki şu ana kadar medyada KHB yasasını hakkında olumlu bir yorum, yazı, makale bulamadım. Siyasette herkes sırçalı köşklere geldiği yere dönecek, o zaman isteriz ki itibarları azalmasın, sevgi ve muhabbetle meslektaşlarının arasında asli hizmetine devam etsin. Bunun yolu da katılımcılık ve kararlarda istişare ile hareket etmektir.

Siyasi yönetimin, en çok sağlık çalışanlarını ilgilendiren bir kararda, başta hekimler olmak üzere çalışanlarının fikri ve katkısını almak durumundadır. Bunu yapmak için de koltuk altındaki dosyayı illa geçirmek için değil, samimiyetle doğruyu yakalama hedefine odaklanılmalıdır.

Bu tasarıyı okuduğumuzda söylenen hedefleri 3 ana maddede toplayabiliriz. 1-Sağlıkta yerelden yönetim, 2-Sözleşmeli personel sistemine geçmek, 3-Sağlık kurumunu özerk/özel bir yapıya dönüştürmek.

Yerel yönetimlerin güçlendirilmesi gelişmiş ülkelerin en önemli özelliklerinden. Bununla birlikte ülkemizin özellikle doğusunda aşiretlerin ne kadar etkin olduğu ka-



Getirilmesi düşünülen bu sistemde "hekim nerede" diye sorulacak olursa, bunun cevabı tamamen yönetilen konumunda olacaktır. Bir yönetim kurulu içerisinde tüm işi üstlenen güçlü bir Genel Sekreter hedeflenmektedir. Bu kişinin hekim olma zorunluluğu olmadığı gibi, tasarıdan anlaşıldığı kadarıyla hekim olması da tercih edilmeyecek gibi gözükmektedir.

muoyu tarafından bilinmektedir. Bu tasarıyla, il genel meclisinden seçilip gelen üyeler, şehrin geleceğini mi, aşiretinin gücünü mü, yoksa partisinin menfaatini mi gözetecek? Bu soruların cevapları Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgesi için mutlaka bulunmalıdır. Bir aşiret üyesinin şikayeti ile işinden olacak bir hekimin hakkını Maliye Bakanlığı veya diğer bakanlıklar koruyacak değil elbette. Bu konuda Sağlık Bakanlığında ciddi sorumluluklar düşmektedir. KHB yasa tasarısının, doğuda hekimleri aşiretler ve etnik yapılarla karşı karşıya getirmesi kaçınılmazdır. Böyle bir durumda kazanan sağlık sistemi olmayacaktır. Sosyo ekonomik olarak gelişmişliği belirli oranda kalan ülke veya bölgelerde, sağlık yerelden yönetme fikri ayakları tam olarak yere basmayan, teşbihle hata olmaz ise aslanı kediye boğdurma politikasına dönüşebilir.

Bu sistemin en önemli özelliği sözleşmeli personel uygulamasına geçiştir. İş güvencesinin olmadığı bu durum hangi çalışan tarafından istenebilir ki. Tasarı ile 3 yıllığına yapılan bir sözleşme mevcut, ve bu sözleşme performansın düşük denilerek istenildiği zaman tek taraflı feshedilebilmekte. Mevcut sistemde devlet memuru olduğunda en az 25 yıllık bir garanti varken, istenildiği zaman feshedilebilen bir sistemi bu bünye nasıl kabul edecek. İnsan psikolojisinden biraz anlayan için, bu kadar keskin dönüşün pek anlamı olmadığı kolayca bilinebilir.

Tasarı ile hastanelerin etrafına bir sur örülmekte. Bu sınırlar içerisinde istenildiği gibi özgürce hareket edilebilir denilmekte. Çalışanların maaşlarının üst limitleri belirlenmiş ancak alt limitleri düşünülmemiştir. Ayrıca çalışanların bütün ücretlerinin, maaşlarının yerelde kurulacak birlikler tarafından ödenecek olması, devletin üzerinde bir kambur olarak görülen sağlık çalışanlarının başınızın çaresine bakın, bundan sonra benden size fayda yok demesinin resmi bir dille söylenmesidir. Hem "sizi özelleştiriyorum" deyip, gerektiğinde "bütün ipler ellerimizde" denilen bir sistem. Sözleşmesi bitirilen hekim 3 yıl sözleşme yapamayacak. Özel hastanelerde kontenjan da yoksa ne olacak, nerede çalışacak bu hekim bilmiyorum. Sevk zincirinin getirildiği bir sistemde özel kurumların da çok cazip olmayacağı göz önüne alındığında, hekimlerin kamu hastaneleri dışında çalışabilecekleri ciddi alternatifleri kalmayacaktır.

Birilerinin bunları anlatması ve mümkünse ikna etmesi gerekmez mi? "Gerek yok ben yaparım" derseniz konu ile ilgili gelişmelerden kim veya kimler sorumlu olacak. Hasta memnuniyetinin merkeze alındığı mevcut sistemde, bir de hekimin sözleşmeli olması, hekimlik mesleğinde gelecekle ilgili kaygıları zirveye taşımaktadır. Doktor sayısı az, hiçbir zaman sıkıntı olmaz demek de pek doğru olmayacaktır. Her gün bir yenisi açılan Tıp Fakülteleri, bu sorunun cevabı niteliğindedir.

Getirilmesi düşünülen bu sistemde "hekim nerede" diye sorula-

cak olursa, bunun cevabı tamamen yönetilen konumunda olacaktır. Bir yönetim kurulu içerisinde tüm işi üstlenen güçlü bir Genel Sekreter hedeflenmektedir. Bu kişinin hekim olma zorunluluğu olmadığı gibi, tasarıdan anlaşıldığı kadarıyla hekim olması da tercih edilmeyecek gibi gözükmektedir. Türkiye'de 90 birliğe 90 adet Genel Sekreter planlanmaktadır. Bu kadar az sayıda yönetici olmasına rağmen, bu kişinin sosyolog, endüstri mühendisi, hukukçu, iktisat, işletmeci vs olabilmesini anlamak zor. 90 birliği yönetecek 90 hekim bulunamıyor mu? Binlerce hekimi işletme ve iktisat mezunlarının yönetimine bırakmak, yıllardır kimi mülki idarecilerle yönetsel sorunlar yaşayan hekimleri, bu durumu aratır hale getirecektir.

Genel sekreterin doğrudan görevden alınabildiği sistemde, tüm hastane yönetimi de işlerini kaybetmiş olmaktadır. Başhekimin bu kadar kolay işten çıkarıldığı bir sistemde sağlık çalışanlarının hükmü ve ağırlığı ne kadar olabilir?

Genel sekreterden sonra gelen birim olan hastane yöneticisi işletmeci, maliyeci, mühendis olabilecektir. Batı ülkelerinde "hospital director" tercüme edilirken hastane yöneticisi olarak tercüme edilmiş olup bu kavram da ülkemizde yenidir. Bunun ülkemizde uygulanması neredeyse imkansızdır. Hiçbir hekim işletmeci, maliyeci vs yönetiminde bir hastaneyi yönetmek istemeyecektir. Hastane yöneticisi kavramı, anlayışı ve işleyişi bünyemize, almış olduğumuz eğitime çok uygun değildir. Bizler hekimler olarak zaman zaman başhekim-

lerin sultanlığına katlanamıyoruz, başkalarına nasıl katlarız?

Tercüme yapılarak ülke yönetilemez. Öyle olsaydı en gelişmiş bir ülkenin bütün yazılı belgelerini ülkemize getirip tercüme ederek bunu yapabilirdik. Tercüme yapacak işek önce tarihi ve kültürel zenginliklerimizin tercümesini yapıp, bunların içinden bize yarayanları çıkarmamız gerekmektedir.

Sonrasında Başhekim gelmektedir. Hekimin tamamen kendi işini yaptığı, ihale gibi satın alma, işletme sıkıntılarından uzak durduğu yorumu yapılabilir. Herkesin kendi işini yaptığı sistem kulağa hoş gelse de işin pratiğinde bu hususta ciddi yönetsel sıkıntılar ortaya çıkması muhtemeldir.

Bunları söylerken hiç kimse mevcut sistemin yanlışlarını da savunma pozisyonuna düşmemelidir. Kimseye dokunulamayan, herkesin kral olduğu bir sistem elbette istenemez. Öğretim üyesini döven çaycıya, MR cihazını yanlışlıkla neredeyse hurdaya çıkararak teknik personele, yeni hastane binası için yanlış zemin etüdü yaptırıp kurumu 1 trilyon zarara uğratan üniversite yönetimine uyarı cezasının bile verilmediği bir kamu sistemsizliğini ve hantallığını savunma durumunda değiliz.

İnsan kendine güveniyor ise adil bir sistemde ve adil bir yönetim altında sözleşmeli olarak çalışmasının sakıncası yoktur. Kişilerin ve sistemin düzgün olduğu ortamda emeğe, bilgiye elbette saygı olacaktır. Böyle bir ortam sağlanıncaya kadar sözleşmeli personel sistemi suistimallere, kişisel hırslara, yeni tabirle mobbinglere çok daha açık olacaktır. Ayrıca, sadece sağlık sisteminde çalışanların sözleşmeli olduğu bir durum, kamuoyunda sağlık çalışanlarını daha zor pozisyonlara getirecektir. Yeterince sıkıntılı olan bu kesim, kendini iyice köşeye sıkışmış olarak görecektir.

Adına ister özerk deyin, ister özel, kamu hastaneleri bir işletme mantığına dönüştürülecektir. Tasarıya baktığımızda devlet hastanelerini işletmek, işlettmek, kiraya vermek, Maliye Bakanlığına devredip satışını yaptırmak gibi kavramlar mevcuttur. Bunlar hep bir ticari alan olmaya gidişin anahtar kelimeleridir.

Belki böylece hastanelerin yükü Bakanlığın üzerinden kalkacak diye düşünülmektedir. Halbuki illere ve ilçelere gerçekten takdir edilmesi gereken çok güzel hastaneler yapıldı. Koşu sistemi terk edildi, her hekime bir poliklinik açılarak hasta kuyrukları eritildi. İnsanlar internetten veya telefonla randevu alarak hastanelere geliyor. Bu bağlamda devlet hasta-

neleri hizmet bakımından üniversite hastanelerinin birçoğunu geride bırakmış durumda. Bütün bunlardan sonra, hiçbir zorunluluk yokken, bu hastaneleri devretme, elden çıkarma, gereğinde satma girişimlerini anlamak gerçekten zor. Sağlıkta hizmet alan kesimin memnuniyetinde ciddi artışlar sağlanmışken, sistemde köklü değişiklikler yapmanın gerekçeleri anlatılması gerek.

Sağlık sisteminde ani dönüşlerin, geri dönüşü imkansız denilebilecek kadar zor olması nedeniyle çok riskli. Yerelleşme isteniyor ise buna yönelik adımlar atılabilir. Sağlıkta yerelde yine bir yönetim kurulu yönetebilir. Ticaret alanından istifade edilmek isteniyorsa bu yönetime daha fazla ticari yetki verilebilir. Personelin verimliliğini artırmanın sosyal devlet çerçevesinde yollarını arayabilir ki zaten mevcut performans sistemi buna yönelik uygulamaktadır. Seçim dönemi öncesinde sözleşmeli personelin kadrolara alınıp, seçimden sonra tümünden sözleşmeli sisteme geçilmek istenmesi çok ciddi çelişki olacaktır.

Bir ülkede sağlıkta ciddi bir değişiklik yapılmadan önce, özellikle KHB yasa tasarısından önce bir kez daha ve iyi düşünmek gerekiyor.

Hekimin tamamen kendi işini yaptığı, ihale gibi satın alma, işletme sıkıntılarından uzak durduğu yorumu yapılabilir. Herkesin kendi işini yaptığı sistem kulağa hoş gelse de işin pratiğinde bu hususta ciddi yönetsel sıkıntılar ortaya çıkması muhtemeldir.



Medipol Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Sebahattin Aydın ile; Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı Üzerine



Röportaj: Gülhan Bilgin

Sayın Hocam, Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı kamuoyunda büyük yankı buldu. Neden kamu hastane birliklerine ihtiyaç duyuluyor? Mevcut hali ile hastanelerin hangi yönlerinin zayıf ve yetersiz olduğu düşünüldü?

Kamu Hastane Birlikleri konusuna birkaç farklı alandan bakmalıyız. Bunlardan biri; hastanelerin ölçek ekonomisine uygun bir şekilde verimli işletilmesi, ikincisi özerklik, üçüncüsü ise sağlıkta planlamadır.

Öncelikle hastanelerin verimli bir şekilde kullanılması açısından konuya bakacak olursak çok küçük, uygun yere konumlandırılmamış, personel açısından yetersiz hastanelerimiz olduğu gibi, bulunduğu yer

itibarıyla personelin rağbet ettiği, personel sıkıntısının yaşanmadığı hastanelerimizde mevcuttur. Bunların hepsi aynı kurallar ve aynı yapı içinde hizmet vermeye çalışmaktadır. Özellikle yakın bölgelerde birbirine yakın bu tür hastanelerin varlığı, birinin diğerinin eksiklerini gidermesine yardımcı olabilecek iken, bugün için sistemde yaşanan sıkıntılardan dolayı bu uygulanamamaktadır. Kamu Hastane Birlikleri

oluşturulmasındaki maksat, bu tür hastanelerin belli bir grup halinde toplanıp bunların içinde kaynak transferi, tıbbi imkanların transferi; gerekirse kendi içinde planlama yaparak atıl kapasitelerin kullanılabilir hale gelmesi, gereksiz yatırımların önlenmesi gibi bir takım tedbirler almaktır. Bu açıdan kamu hastane birlikleri belli bir bölgeye hitap eden birçok hastanenin bir araya gelmesiyle oluşmaktadır.

Hastaneler, ölçek büyüdüğü için ihalelerde, çok daha fazla yaptırım gücü olan bir kurum haline dönüşeceklerdir. Çünkü planlamalar tek elden yönetileceği için, planlamalar çok daha düzgün bir şekilde yapılacaktır. İkincisi özerklik konusudur. Hastanelerin mali ve idari yönden

özerk olması maddesi, hem hükümetin acil eylem planı içinde, hem de sağlıkta dönüşüm programında yer alıyordu. Dolayısıyla hastanelerin daha özerk, yerinden yönetilebilen kurumlar haline getirilmesi planlanmaktaydı. Bunu yapmaktaki amaç, daha hızlı karar alabilen idarelerin oluşturulup, bugünkü merkeziyetçi sistemin hantallığından kurtulmaktır.

Üçüncü husus ise sağlıkta planlamadır. 1946'da dönemin Sağlık Bakanı Behçet Uz döneminde, ilk sağlık planlamaları yapılmaya çalışılmıştır. Ülkeyi belli alanlara bölüp, bu alanlar içindeki sağlık hizmetlerini oradaki nüfusa yeter hale getirmek amaçlanmıştır. İşte sağlıkta dönüşüm programında da 27 ayrı

bölge belirlenerek, sağlık hizmetlerinin sorunsuz bir şekilde vatandaşlara ulaştırılması planlanmıştır. Cumhuriyet tarihi boyunca yapılamayan bir şey başarılmak istenmektedir.

Kamu Hastane Birlikleri'nin bir başka amacı da büyük sağlık kentleri oluşturup, bölgedeki vatandaşların bütün sağlık ihtiyaçlarının, oluşturulan bu sağlık kentlerinde karşılanmasıdır. Bu durumda vatandaş, geniş bir yüzölçümüne sahip ülkemizde sağlık hizmeti almak için ülkenin bir tarafından öbür tarafına gitmek mecburiyetinde kalmayacaktır. Bu da hem ekonomik anlamda vatandaş ve devlete katkı sağlayacaktır hem de sağlık hizmetlerinin güçlenmesine yardımcı olacaktır.

Yöneticilerin 3 yılda bir değiştirilmesi sistemine nasıl bakıyorsunuz? Sizce bu etkin bir yönetim anlayışımıdır?

Bugünkü sistemde, kişinin yetkin olmasa dahi yönetici olarak bulunduğu konumdan ayrılmasının tanımlanmış bir prosedürü yoktur. Dolayısıyla çoğu zaman daha yetkin birisini o konuma atamak isteyen üst yöneticiler, idari mahkemelerin verdikleri kararlarla baş başa kalmakta-

dırlar. Bu sistemde bir idarecinin görevinde başarılı sayılmasının kriteri, sicilinin bozuk olmamasıdır. İdarecinin görevden alınabilmesi için de mutlaka kötü bir şey yapması lazım

bir suç işlemesi gerekmektedir.

Şimdi böyle güzel bir sistem kurmaya çalışıyorsunuz, ancak kurulacak bu sistemi yönetecek kişilerin hesap verebilecek kişiler olması gerekir. Hesap verebilirliğin anlamı ise, yaptığı işten sorumlu olmalı ve yaptıklarının neticesinde mükafatını almalı ya da cezasını çekmelidir. Bu durum yeni getirilecek sistemin başarılı olması için gereklidir.

Kamu Hastane Birlikleri'nin kurumsal performans denetiminde, hastanelerin hizmet kalite standartları açısından denetlendiğinde, performansları düşük bulunursa, üst amirler tarafından yöneticiler görevden alınabileceklerdir.



Tasarının; gerek sağlık harcamalarında gerekse sağlık hizmetlerinin kalitesi ve standardı açısından iller arasında farklılıklar oluşturabileceği anlaşılıyor. Bu durum Sağlıkta Dönüşüm Programının ülke insanımızın sağlık hizmetlerinden eşit şekilde istifade etmelerini sağlama amacına ters düşüyor mu? Bu bağlamda sosyal devlet ilkesine gölge düşmez mi? Kısaca bu tasarının, bölgeler arası farklılıklar, siyasi ve sosyal baskılar ve merkezin belirlediği sağlık politikalarından uzaklaşması gibi sıkıntıları beraberinde getireceği kaygılarına nasıl yaklaşıyorsunuz?

Özellikle Avrupa ülkelerinde hastane merkezliyeti yaygın bir akım halini almıştı geçmişte. Örneğin İskandinav ülkelerinde, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan illerde hastaneler fakirleşti, hizmet verme konusunda yetersiz duruma geldi. Mağdur olan vatandaşın sağlık hizmetine daha zor ulaşması gibi bir tablo ortaya çıktı. Bu yüzden de bu ülkelerde de-santralizasyon akımlarından sonra, re-santralizasyon

(yeniden merkezliyetçilik) akımları başladı. Ancak bizde ne kamu hastane birliklerinde ne de Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı politikalarda böyle bir risk görünmüyor. Sebebi ise; bizde kaynak yerinde üretiliyor ve yerinde kullanılıyor. Biz üniter bir devletiz, eyalet modelleri gibi her bölgenin kendi kaynağını kendi kullanması gibi bir durum söz konusu değil. Dolayısıyla vergi bütün ülkeden toplanıyor, merkezden

dağıtılıyor. Tasarıda yer alan başka bir konu ise, hastane gelirlerinden merkezi bir fon oluşturulmasıdır. Gerekliğinde subvansiyon yapmak üzere, yani gelişmiş bölgelerinin kaynaklarını, daha az gelişmiş bölgelerine doğrudan sağlık alanında da kaydırabilecek bir alan oluşturuyor.

Başka bir husus da, Türkiye'deki her hastane Kamu Hastane Birlikleri çatısı altına girecek diye bir şey söz konusu değil. Tasarı bazı kriterler sunuyor ve ancak bu kriterleri sağlayanlar Kamu Hastaneleri Birliği bünyesine girebilir. Peki bu kriterleri sağlayamayan hastaneler ne olacak. Bu kriterleri sağlayamayan hastaneler, bakanlık tarafından desteklenerek, merkezden yönetilecektir. Kanunda bu öngörülmektedir. Yani merkezi vergi kaynaklarının doğrudan hastanelere verilmesini öngörüyor.

1950'li yıllarda sağlıkçılar bir yürüyüş yapmışlar. O zamanki hekim odaları bunun öncülüğünü yapmış. Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının memur yapılmasını protesto ediyorlar ve diyorlar ki: "Özlük haklarını azaltıyorsunuz memur yaparak. Bugün ki iddianın tam tersine biz

Sayın Hocam, bilindiği gibi Anayasa'nın 128. maddesi kamu hizmetlerinin memur ve diğer kamu görevlileri eliyle görülmesini hükme bağlıyor. Tasarıyla sözleşmeli personel uygulamalarının yaygınlaşacağı, mevcut kadrolu personelin zaman içinde eritileceği ve sadece kadrolu personelin sahip olduğu sosyal hakkın ve özlük haklarının da bu şekilde ortadan kalkacağından endişe ediliyor. Neler söylersiniz?

memur olmak istemiyoruz, memur olunca özlük haklarımız azalıyor." Şu anda da özlük hakkı en zayıf olan kesim memurlar. Dolayısıyla, sözleşmeliye geçmek özlük haklarını kaybettirmez ancak iş güvencesini kaybettirir.



Süreç sağlık çalışanlarının iş güvencesini ortadan kaldıracak şekilde gelişmiyormu.

Yani bence tam tersi sağlıkta sağlık personeline o kadar çok ihtiyaç var ki iş güvencesine ihtiyaç yok. Sağlık personelinin iş güvencesi, sağlık personelinin kendisidir. Ben, üniversitemden mezun olana şimdiden iş garantisi veriyorum. Kendine güvenen, işine güvenen hiç kimsenin memur olmamaktan korkma-

ması gerekir. Sağlık çalışanlarının, mesleklerini gerektiği kadar yapmaları yeterlidir. Bu ülkede, aranan insan olmaları için bu gereklidir, bunu tüm sağlık çalışanlarına söylüyorum. Mükemmel işler yapmaları gerekmiyor. Sadece, görev tanımlarını

yeterince yapmış olmaları yeterlidir. Bana şu anda görev tanımını yeterince yapabildiğini 100 hemşire getirin yarın işe almaya size söz veriyorum. Hiçbir meslekte bu kadar fazla sayıda personeli işe alamam ancak yeniden söylüyorum; bana görev tanımını yeterli düzeyde yapan 100 hemşire getirin yarın işe alalım.

- Zaten yeri hazır o kadar ihtiyaç var diyorsunuz.

- Var tabii, dolayısıyla bu alanda sağlık çalışanının korkmaması gerekiyor.



Hocam, hükümetin programında 4 yıl içinde 22 ilde 38.000 yataklı şehir kampüs hastane olarak bilinen şehir hastanelerinin kurulması var. Bu hastanelerin kamu hastane birliklerine benzer bir modelle yönetilmesi gibi mi düşünüyorsunuz?

Ana temelde şehir hastaneleri kurulmasındaki amaç; Türkiye'deki hastanelerin, fizibilitelerinin düzgün bir şekilde yapılarak kurulmadığı, yer olarak dağınık olduğu, var olan hastanelerin eski ve fiziki şartlarının kötü olduğu gibi sorunlardan yola çıkılarak, bu sorunları çözmek amacıyla oluşturulmaya çalışılan bir projedir. Birçok sağlık hizmetinin bir arada olduğu dev sağlık kentleri kurulması hem hizmet veren açısından hem de hizmet alan açısından önemli kolaylıklar yaratacaktır.

Kamu Hastane Birlikleri'ndeki mantık, fiziksel uzaklıkta bile olsalar kurumlar arasındaki yönetim birliğini sağlayarak kaynakların

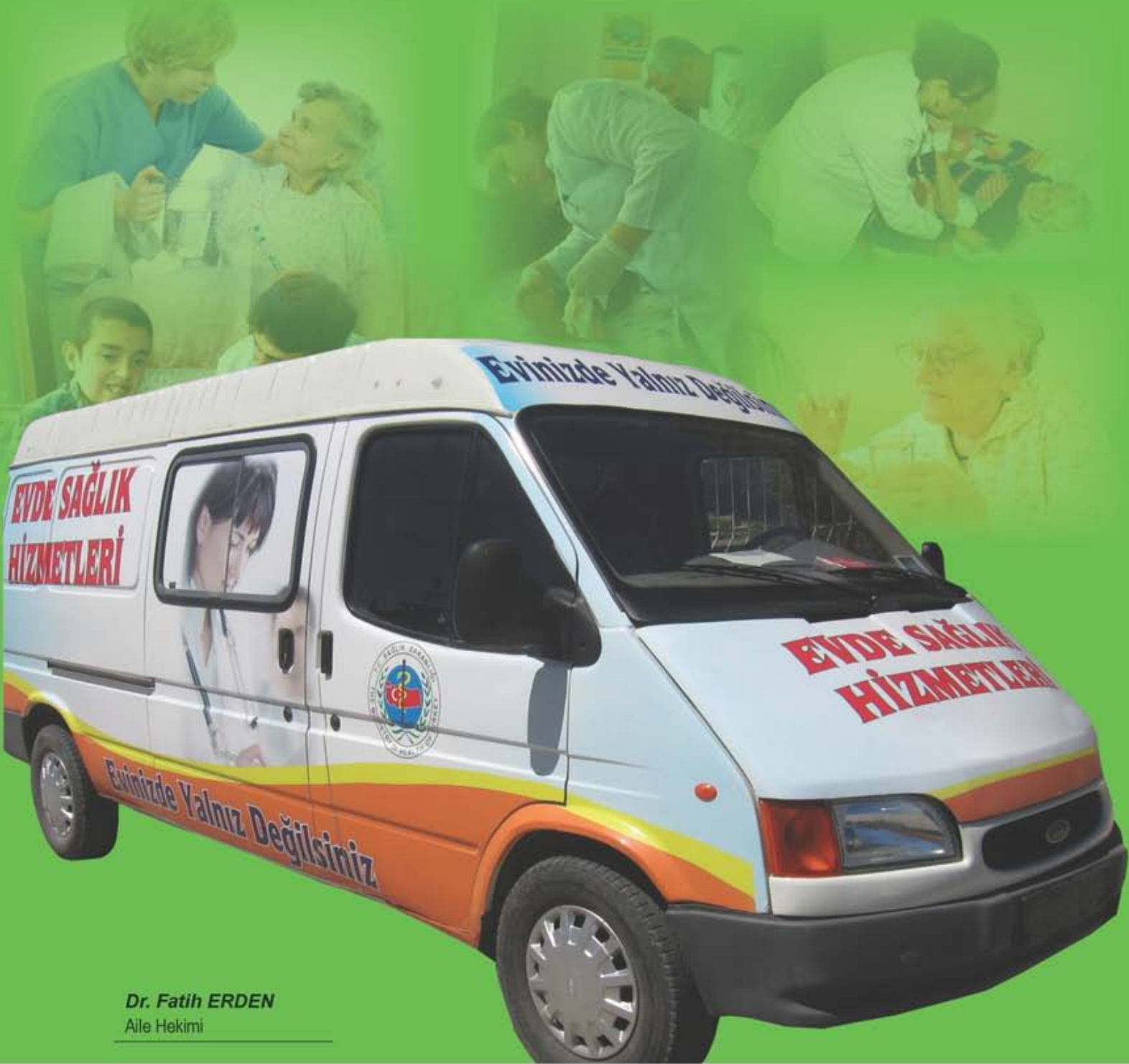
verimli kullanılabilmesini sağlamak ve bu kaynakların o bölgeye yeterli hale gelebilmesi için doğru planlamaların yapılmasıydı. Biri fiziki şartları, diğeri ise yönetim modelini oluşturan bu iki ayrı proje, birbiriyle uyumludur.

- Sizin kanaatiniz nedir, bu yönde hocam kişisel olarak?

- Kişisel olarak kanaatim, bu kanunun mutlaka yarar sağlayacağına inanıyorum. Yasanın bu haliyle kanunlaşması kamuoyunda beklentileri karşılamayacak ancak yasa üzerinde revizyonları yaratacak ortamın oluşturulması her zaman için faydalı olacaktır.

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Evde Yalnız Değilsiniz



Dr. Fatih ERDEN
Aile Hekimi

Günümüzün önemli sağlık gündemlerinden biri de; insan ömrünün uzaması ile birlikte gündeme gelen, yaşlanan nüfusun evde bakımı, evde sağlık hizmeti alması ve bununla birlikte yaşlı olmasa da evden çıkamayan yatalak, engelli, özürlü nüfusun evde sağlık hizmeti alabilmesi için neler yapılabilir, neler yapılmalı konusunda oluşan ihtiyacın çözümüne yönelik çalışmalar olmaktadır.

Dünya yaş ortalaması artmakta olduğu gibi, ülkemizde de 2009 itibarıyla 65 yaş üstü nüfus oranı % 7 olup 2050 beklentisi %17,6 dır. Tabii ki bu durum geriatik hizmetleri, yaşlı sağlığı çalışmalarını ve kronik hastalıklarla ilgili önlem arayışlarını da beraberinde getirmektedir. Aynı zamanda toplumda bulunan engelli insan oranı da azımsanmayacak ölçüdedir.

Hal böyle olunca, günümüzün önemli sağlık gündemlerinden biri de; insan ömrünün uzaması ile birlikte gündeme gelen, yaşlanan nüfusun evde bakımı, evde sağlık hizmeti alması ve bununla birlikte yaşlı olmasa da evden çıkamayan yatalak, engelli, özürlü nüfusun evde sağlık hizmeti alabilmesi için neler yapı-

labilir, neler yapılmalı konusunda oluşan ihtiyacın çözümüne yönelik çalışmalar olmaktadır.

Bu önemli konuyu inceleme araştırma olarak sunup, öncelikle mevcut düzenlemeler neleri öngörüyor, bu işin başlangıcı nasıl olmuştur, hizmetler nasıl sunulmakta konularını aktarıp, daha sonra Evde Sağlık Hizmetleri ve Evde Hasta Bakımı hakkındaki ihtiyaca cevap verecek çözüm önerilerini sunmak istiyoruz.

Sağlık Bakanlığı'nca sosyal devlet anlayışı çerçevesinde sağlık hizmetine ulaşmakta güçlük çeken özellikli bir grup; özürlü, yaşlı, kronik hasta, bakıma muhtaç (yatalak, yürüme engelli, evde bakım-teda-

vi-tedavi devamı gerektiren) hastaya evinde sağlık hizmeti vermeyi amaçlayan hizmet birimleri kurulmaktadır. Birçok yerde kuruluşlar tamamlanmış haldedir.

Aşağıda amaçta da belirtildiği üzere bu birim çok kapsamlı görevler içerip, uzmanlık gerektiren; rehabilitasyon, fizik tedavi, rapor, psikoterapi gibi hizmetlerden, sonra değişimi, hastanede yatmaktayken yapılmakta olan pansuman vb. tedavi işlemlerinin (hastanede yatak kullanımının etkinleştirilmesi, tedavinin evde) devamını amaçlayan hizmetlere, aynı zamanda o gün meydana gelen hastalıkların tedavisi gibi acil olmayan durumları kapsayan geniş bir yelpazeyi içermektedir.

Evde Sağlık Hizmetlerinin Amacı Nedir?

Evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık

Bakanlığına bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması, bu birimlerin asgari fiziki donanımı ile araç, gereç ve personel standardının ve ilgili personelin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, iletişim, uygulanacak randevu, kayıt ve takip

sisteminin tanımlanması ve uygulanmanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır.

Hangi Hastalara Hizmet Verir?

Evde Sağlık Hizmetleri; ilk aşamada yatağa bağımlı hastalar olmak üzere; bedensel engeli nedeniyle evde tıbbi desteğe ihtiyacı olan, KOAH vb. solunum sistemi hastalığı olan, terminal dönem palyatif bakım hastalığı olan, ileri derecede kas hastalığı olan bireylere evinde ve aile ortamında sağlık hizmeti verir. Hastane Evde Sağlık Hizmetleri Birimi, kendisine başvuran ya da koordinasyon merkezi tarafından yönlendirilen hastanın özellikle 2.

basamakla ilgili sağlık hizmetlerini verir. Muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelenen ilaçların reçete edilmesi, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına yönelik raporların çıkarılmasına yardımcı olmak, gerektiğinde konsültasyonun sağlanması, gerektiğinde hasta nakil işlemlerini sağlamak gibi. TSM bünyesinde oluşturulan mobil birimler; bünyesinde evde sağlık birimi kurulmamış sağlık ku-



rumu bulunan yerleşim yerlerinde ESH sunar. Gereğinde 2. basamak sağlık kurumlarına randevulu olarak tetkik, tedavi, konsültasyon hizmetleri için hastayı ulaştırır.

Evde Sağlık Hizmetleri Biriminde Kimler Çalışır?

Evde sağlık hizmetleri biriminde tabip, diş tabibi, hemşire, sağlık memuru ve şoför görevlendirilir. Mevcut olması halinde fizyoterapist, diyetisyen, ihtiyaç halinde psikolog, bulunmaması halinde ise sosyal çalışmacı veya her ikisi birden bu ekibe dahil edilebilir.

**Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Nasıl Çalışır? Vatandaşlar Bu Birime Nasıl Ulaşabilir?**

» Evde sağlık hizmetleri randevu sistemi ile ve mesai saatleri içinde çalışır ve hizmetin sunulduğu alan sağlık kurum veya kuruluşunun bulunduğu il veya ilçenin belediye mücavir alanı ile sınırlıdır.

» Başvurular, hastalar veya aile bireyleri tarafından Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu ile yazılı olarak veya müdürlük bünyesindeki koordinasyon merkezinin 444 38 33 numaralı telefonuna veya sağlık

kurumları bünyesindeki birimlerin telefonlarına müracaat ile sözlü olarak veya toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi veya aile hekimleri aracılığı ile yapılabilir.



Evde sağlık hizmetleri randevu sistemi ile ve mesai saatleri içinde çalışır ve hizmetin sunulduğu alan sağlık kurum veya kuruluşunun bulunduğu il veya ilçenin belediye mücavir alanı ile sınırlıdır.

Evde Bakım Hizmetlerinin Başlangıcı

Ankara Büyükşehir Belediyesi'nde evde bakım hizmetleri, Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı'na bağlı, Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri Şube Müdürlüğü çatısı altında bulunan Yaşlılara Hizmet Merkezi tarafından yürütülmektedir. Yaşlılara Hizmet Merkezi, ev ortamında yaşlının desteklenmesi ve toplumdan soyutlanmadan yaşamına devam etmesi amacıyla 5 Eylül 1994 tarihinde kurulmuştur.

Ankara Büyükşehir Belediyesi, Türkiye'de evde bakım hizmetleri uygulamasını başlatan ilk büyükşehir belediyesi olma özelliğini taşımaktadır. Merkezin amacı, üyelerinin günlük yaşamlarını kolaylaştırırken, yalnız olmadıklarını onlara hissettirmek ve gösterilen ilgi, sevgi ve şefkat ile onurlu bir yaşam sürmelerini sağlamak olarak ifade edilmektedir. Türkiye'de bu amacı taşıyan ilk kuruluş olan Yaşlılara

Hizmet Merkezi'nin Şubat 2008 itibarıyla 16.371 üyesi bulunmakta iken, 10.03.2010 tarihi itibarıyla genel toplam üye sayısı neredeyse iki katına yükselerek 28.917'ye ulaşmıştır.

10 Mart 2005 tarihinde yayımlanan evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik ile de ivme kazanarak bugün epey yol almış durumdadır.

Evde Bakım Hizmetleri

Hangi Hizmetler Sunulur: Evde sağlık hizmetleri biriminin görevi hastalığın teşhisini koymak değildir. Daha önce ilgili dal uzman tabiplerince konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde ve kişinin bulunduğu ev ortamında; muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, ilacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesi, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması, hastanın ve ailesinin evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ve hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi ve hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların doğru ve uygun koşullarda kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsar. Lüzumu halinde ilgili dal uzmanlarının da görüşü alınarak gerekli konsültasyon sağlanır.

Sevk-Nakil: Evde sağlık hizmeti alan kişiler, tıbbi zorunluluk hallerinde sorumlu tabibin gördüğü lüzum üzerine en uygun sağlık kurum veya kuruluşuna sevk edilir. Sevkine karar verilen hastanın sevk edildiği sağlık kurumuna veya gerektiğinde sağlık kurumundan eve nakli evde bakım hizmetleri için tahsis edilen veya ilgili sağlık kurumuna ait hasta nakil aracı ile yapılır.

Ekip Çalışmasıdır: Ev ziyaretlerinde verilen sağlık hizmetleri sırasında hastanın ailesinden birinin veya bir yakınının bulunması sağlanır. Yalnız yaşayan hastalara yapılan ev ziyaretlerinde ekipte görevli diğer bir sağlık personeli hizmete katılır.

Acil Durumlarda 112: Evde sağlık hizmeti verilen kişilerin mevcut durumları hariç, yeni oluşan acil haller birimin görev alanına girmez. Bu durumlarda 112 İl Ambulans Servisi ya da doğrudan sağlık kuruluşlarının acil servislerine başvuru esastır.

Diş Hizmetleri: Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında verilebilecek diş hekimliği hizmetleri, klinik ortama taşınması mümkün ve gerekli olmayan hastalarda, hastalığın tipi ve derecesine göre ilgili uzman konsültasyonu sağlandıktan sonra; oral muayene, diş ve dişeti enfeksiyonları için medikasyon, özellikle çocuk hastalarda topikal florür uygulaması gibi koruyucu uygulamalar, hasta ve hasta yakınlarına oral hijyen eğitimi verilmesi, basit diş çekimleri, detertaj, sabit restorasyon gerektirmeyen total/parsiyel protez, daha önceden yapılmış olan protez ve tedavilerin kontrollerinin yapılması, protez vuruğunun alınması, kırık tamiri ve benzeri işlemleri kapsar. Ancak hastanın genel durumu ve hastalık sınıflaması ev ortamında tedavi olmasına imkan tanımıyor ise diş tabibince değerlendirilerek mutlaka ilgili ADSM'ye nakli sağlanır ve gerekli tedavisi burada yapılır.

Daha İyi Bir Evde Sağlık Hizmetleri-Yaşlı Bakımı İçin Neler Planlanmalı

1- Hasta bakım mezunu verecek okullar olmalıdır. Nüfusun hızla yaşlandığı düşünüldüğünde evde insan bakımı (yaşlı-yatalak-yemek yeme yetisi olmayan, engelli) amaçlı çalışabilecek ara insan gücü (şu an itibarıyla eğitim almamış kişilerce sürdürülmekte) ihtiyacı söz konusudur. Zaman daha ilerleyip ihtiyaç daha da artmadan önce bu konudaki ara insan gücünü eğitecek bölümlerin açılıp bir an önce mezun vererek bu ihtiyacın çözümlenmesi gereklidir. Huzur evi ve yaşlı bakım evleri yerine evinde daha huzurlu bir şekilde bakılmak isteyebilirler. Hem özel sektör hem de kamu sektörü bu ara insan gücüne ihtiyaç duyacak ve duymaktadır. Bu kişiler ilaç verebilme, hijyen, yatalak bakımı, masaj, psikoloji gibi konularda tam donanımlı olarak mezun olduklarında önemli bir boşluğu dolduracak ve aynı zamanda istihdam da sağlanmış olacaktır.

2- Evde Sağlık Hizmeti istasyonu olmalıdır. Evde Sağlık Hizmetleri biriminin hali hazırdaki yapılanmış hali reaksiyon hızı bakımından (her yer için geçerli olmasa da) personel sıkıntısı nedeniyle yavaş ve bir karışıklık içermektedir. Bu hizmetler ; İlk başvuru için telefonla- doğrudan başvuru- Aile Hekimince başvuru- Uzman Doktorlarca başvuru alındıktan sonra planlama yapılarak o hastanın ihtiyacına göre artık planlı olarak sağlık hizmetinin o birimce devamı

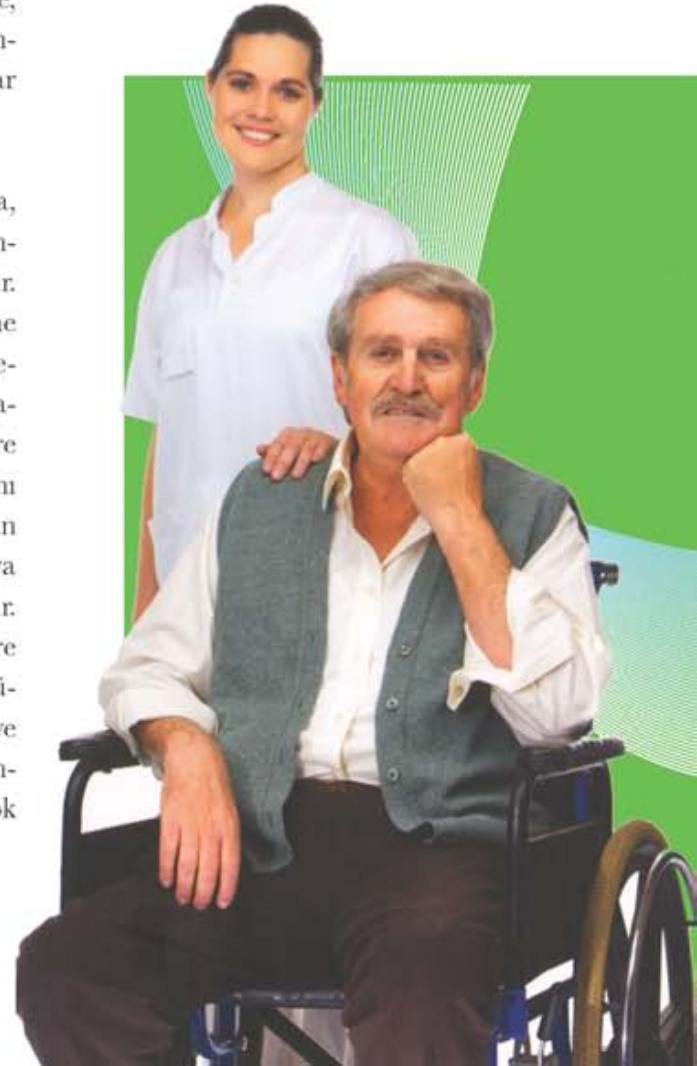
sağlanacak şekilde sürdürülmesi işleyişi kolaylaştıracaktır. Hastalar her seferinde yeniden başvurmakta, bu da iş yükünü artırmaktadır. Bunun için Evde Sağlık Hizmeti veren her yerleşim yerinde bu birimin ulaşılabilir bir istasyonu-merkezi olmalıdır.

3- Planlama ve görev bölümü çok iyi yapılmalıdır. Hastanede yatak işgalini engellemesi açısından taburcu olup evde yapılması gereken pansuman, enjeksiyon, sonda uygulaması gibi hizmetlerin hastanede tedavinin devamı niteliğinde olması nedeniyle hastane bünyesinde kurulmuş olan ESH birimce yapılması sağlanmalıdır. Bu tip talepler iş yoğunluğu zaten çok olan aile hekimlerine gelmekte, talebe cevap verilemeyince de istenmeyen durumlar oluşabilmektedir.

4- İş yoğunluğu çok fazla, hekim başı nüfus azaldığında işleyiş kolaylaşacaktır. Aile Hekimleri kendilerine gelen uygun evde muayene istemlerine müsait olacakları en kısa süreye göre randevu verip hastalarını görmekte ve gerekli olan ne ise yönlendirmekte veya işlemi tamamlamaktadırlar. Avrupa ve diğer örneklerle bakıldığında ise hekime düşen nüfus sayısı Türkiye'ye göre yarı sayılarda olduğundan ve de sistem hem çok

eski hem de oturmuş olduğundan evde hasta bakımı daha kolay olabilmektedir. Bizdeki uygulamada; 2 katı nüfusla (3500-4000), mobil hizmetle, defin ruhsatıyla, misafir hasta bakmasıyla, yerine göre nöbetiyle, çok sayıda form ve kırtasiye çalışmasıyla, gebe takipleri, bebek izlemi-aşısı, derken bir de evlere yetişmek müthiş zorlayıcı olmaktadır. Hekim başına düşen nüfus yarı sayılarda olsa, durum anlaşılabilir ve daha uygulanabilir olabilecektir.

5- Evde bakımı kim sürdürecektir. Evinde ziyaret edilen yaşlı, yürüyemez, yatalak veya özürlü hastaların bu ziyaret neticesinde ne kadar mutlu olduklarını, bir dertlerine



yardımcı olduğumuzda ve onların bu mutluluğunu gördüğümüzde bizim de çok mutlu olduğumuz aşikardır. Halkımız bu noktada doğru bilgilendirilerek şu hususun karıştırılmaması sağlanmalıdır ki; Aile hekimi hastayı görüp gerekli evrakı doldurduktan sonra artık görev paylaşımı ilgili birimlere geçmekte ve gerekli işlemler devam etmektedir. Bu noktada hala; enjeksiyon, pansuman, sonda vb. görevleri Aile Hekimlerinden beklemek kaldırılamaz iş yükü olarak karşımıza çıkabilmektedir.

6- İstenmeyen olayların yaşanmaması için halk doğru bilgilendirilmeli, sanal talep oluşturulmamalı. Acil servislerde yaşanan birtakım istenmeyen olayların ASM lerde de

yaşanmaması, değişik illerimizde yaşanan meslek onurunu zedeleyici birtakım olayların benzerlerinin olmaması (hırsızların kendilerini Aile hekimi olarak tanıtmaları) için ve apartmanlara asılan istenmeyen ilanlar da göz önünde bulundurularak bu hizmetin daha profesyonelce yapılması gerekliliği ortadadır. Bu da ancak sağlıklı işleyen bir ESH birimiyle mümkün olacaktır. Tanıtımlarımız biraz daha gerçeğe uygun olmalıdır.

7- Halk Eğitim Merkezlerinde evde bakım kursları düzenlenmeli. Evinde hastasına baktırmak üzere bakıcı arayan halkımızdan talepleri gazetelerde çokça görmek mümkün. Konuyla ilgili düzenlenecek kurslarla bu işe gönüllü, iş olarak

yapacak olanlar sertifikalandırılabilir. Bu sayede hem ilaç kullanımı, hem hasta bakım becerileri, hem de ilk müdahale vb. konularda bilinçli bir kitle oluşturulmuş olur.

Ülkemizde 112 ASH'nin geldiği başarılı nokta ortadadır. Bunun bir benzerinin de ESH için oluşturulması ihtiyacı mevcuttur. Bu konuda harcanmakta olan çaba da hem çok büyük hem de takdire şayandır. Başarılacağına olan inancımız tamdır. Bir yandan insana verilen kıymetin günbegün artıyor olması çok sevindirici iken, diğer yandan bu işleri büyük bir özveriyle yapmakta olan sağlık çalışanlarının da kıymetlerinin bilinmesi gerekmektedir. Sonuçta denge hayatın ruhudur. Sevgiyle, saygıyla tüm güzelliklerin ülkemiz ve dünya insanlarıyla olması dileklerimle.

Ülkemizde 112 ASH'nin geldiği başarılı nokta ortadadır. Bunun bir benzerinin de ESH için oluşturulması ihtiyacı mevcuttur. Bu konuda harcanmakta olan çaba da hem çok büyük hem de takdire şayandır. Başarılacağına olan inancımız tamdır. Bir yandan insana verilen kıymetin günbegün artıyor olması çok sevindirici iken, diğer yandan bu işleri büyük bir özveriyle yapmakta olan sağlık çalışanlarının da kıymetlerinin bilinmesi gerekmektedir. Sonuçta denge hayatın ruhudur.

Sağlık İletişimi ve

Osman Güzelgöz

Sağlık Bakanlığı İletişim Koordinatörü- Daire Başkanı

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı Türkiye'nin sağlık alanında gerçekleştirilen en önemli reform girişiminin adıdır aynı zamanda. Bu programla kronikleşen sağlık sorunları çözülmüş, Türkiye Sağlık Sistemi dünyanın

bir çok ülkesi için model olabilecek duruma gelmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın iletişim anlamında bizi ilgilendiren en önemli parametrelerinden birisi, vatandaşlarımızın kendisi için yapı-

lanları bizzat hissederek yaşamasıydı. Bu "doğrudan ve en etkili" iletişim yoluydu. Bu yöntem, her bireyin sağlığa bakışını kökten değiştiren bilinçli bir tercihti. Böylece insanımız profesyonel süslemelerle abartılı olarak kendisine sunulan bir uygula-

Sağlık Bakanlığı

mayı değil; bizzat gördüğü, fark ettiği, hissettiği Sağlıkta Dönüşüm'ün her adımından memnun oldu, beklenti çitısı da bu gerçek paralelinde giderek yükseldi.

Bütün bunlar yaşanırken dozu artırılmış aşırı bir profesyonel iletişim kurgusu ortaya koymadık. Bunun yerine Sağlıkta Dönüşümün ruhuna ve hedefine uygun daha insani, belki daha amatörce, hiçbir problemin, hata ve kusurun halının altına süpürülüp gizlenmediği, her gelişmenin medyamız aracılığı ile kamuoyumuza anında sunulduğu daha açık ve şeffaf, güven veren yeni bir kamu iletişim organizasyonu geliştirdik.

Bu yeni kamu iletişim yaklaşımı-

nın temel unsurlarından birini iletişime verdiği önem ve kararlığı ile en büyük desteği kendisinden aldığımız Sayın Bakanımız önümüze koydu:

“Vitrinimiz mutfağımızın önünde olmasın!”

Yani ne yaparsak yine kendilerinin ifadesi ile “abartmadan, köpürtmeden” yapacaktık. Bu prensiplerden yola çıkarak Sağlık Bakanlığı Basın Müşavirliği'ni yeniden organize ettik.

Yeni İletişim Yaklaşımı ve İletişim Koordinatörlüğü

Sağlıkta Dönüşüm, bürokrasiyle hantallaşan sağlık sistemine çağdaş bir görünüm kazandırırken yeni ile-

tişim yaklaşımı da kamu iletişimini farklı bakış açısıyla kurgulayıp çağdaş normlara uygun hale getirdi. Yenilenen, hızlanan, genişleyen bu yeni sistemin iletişimi de farklı olmalıydı. Bu amaçla yaptığımız ilk iş, Basın Müşavirliği çalışma prensiplerinden İletişim Koordinatörlüğü anlayışına geçmek ve iletişimi bir bütün olarak değerlendirmek oldu. Sayın Bakanımızdan başlayarak 81 ilimizin en ücra köşesinde çalışan, hizmet üreten sağlık personelimizi; ulusal, yerel medya çalışanlarını, kamu, özel kurum ve kuruluşları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hizmetin merkezine oturtulan tüm vatandaşlarımızı sistemin bir parçası olarak değerlendirdik. Çalışmalarımızı bu anlayışla planlayıp uyguladık.

Sağlık Bakanlığı İletişim Koordinatörlüğü, alanında uzman İletişim Asistanları ile 7 gün 24 saat hizmet üreten bir iletişim ofisidir. Temel iletişim yaklaşımımızı ve çalışma sistemimizi “Haberdar olmak, haberdar etmek” düsturu ile özetlemek mümkündür.

24 Saat Aktif / 24 Saat Ulaşılabilir Bir Sağlık İletişimi

Sağlık Bakanlığı İletişim Koordinatörlüğü'nü alışla gelmiş kamu iletişimi anlayışının dışına çıkararak “**adil, şeffaflık, hızlı ve etkili iletişim**” stratejisi üzerine kurduk. Sağlıkın hayati bir konu olduğu gerçeğiyle hareket edip halktan gerçeklerin saklanması hem dürüstlüğe hem de meslek etiğine uymayan bir davranış olarak değerlendirdik. Halkın ve medya organlarının artık sıkıldığı klasik, bürokratik kamu iletişim dilini değiştirerek işlevsel hale getirdik. Gerçekleştirilen şeffaf, verimli iletişim stratejileriyle medyanın halk için etkili bir eğitim aracı olarak değerlendirilmesini sağladık ve koruyucu sağlık hizmetleri için ileriki dönemlerde de medya ile ortak projelere imza atmak için karşılıklı güven ortamı oluşturduk.

Sağlığın Bütün Paydaşları ile Sağlıklı İletişim

Yeni anlayışla tek yönlü iletişimden çok yönlü iletişime geçtik.

Bürokratik, hantal, statik yapıyı daha dinamik hale getirdik. Sadece gündemi takip eden bir anlayıştan, müdahil olan, gündemi belirleyen, sürekli bilgilendiren, izleyen, değerlendiren, izlenen ve değerlendirilen bir anlayışa geçtik.

Koordinatörlüğümüzde Sağlık Muhabirleri İçin Çalışma Ofisi

Medyamızın bütün unsurları ile işbirliği içinde çalışmaya özen gösterdik. Yeni iletişim teknolojilerinin ortaya çıkardığı yeni mecralara yönelik faaliyetler başlattık. Medya mensuplarının rahat çalışabilmesi için gerekli düzenlemeler yaptık. Koordinatörlüğümüz bünyesinde sağlık muhabirlerimize telefon, televizyon ve bilgisayar ile özel bir ofis tahsis ettik. Medyamızın, genelde sağlık konusu, özelde ise Bakanlığımızla ilgili bütün bilgi, haber, doküman, konuk ve benzeri taleplerini mesai mefhumu gözetmeksizin ilgili birimlerimizle işbirliği içerisinde karşıladık. Medyamızla ilişkilerimizin temelini bu samimi, şeffaf, adil, et-

kili iletişim yaklaşımımız oluşturdu. Bakanlığımıza ve İletişim Koordinatörlüğümüze duyulan güvenin, sorumluluğumuzu daha da artırdığı bilinciyle hareket ettik.

Haberdar Olmak / Haberdar Etmek

Sağlık Bakanlığı İletişim Koordinatörlüğü, alanında uzman İletişim Asistanları ile 7 gün 24 saat hizmet üreten bir iletişim ofisidir. Temel iletişim yaklaşımımızı ve çalışma sistemimizi “**Haberdar olmak, haberdar etmek**” düsturu ile özetlemek mümkündür.

Sistemimizi bu yaklaşıma göre yeniden dizayn ettik. Teknolojik altyapımızı tamamen yeniledik. Gazeteleri, internet haberciliğini ve televizyonlarımızı 24 saat izleyip sağlıkla ilgili bütün gelişmeleri anında değerlendirdik.

Bakanlığımızın Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamındaki bütün icraatlarının halkımıza olduğu gibi ve tamamen mutfağımızı yansıtacak şekilde aktarılabilmesi için atılan her adıma hem destek olduk, hem tanıklık ettik, hem de bu adımları medyamızla hızlı bir şekilde paylaştık.

Sağlığı savunabilmek, sağlığı destekleyen sosyal politikaları savunabilmek demektir. Bunu yapabilmek için bilimsel bilgiyi topluma,



T.C. Sağlık Bakanlığı

medyaya yayabilmek; toplumla ilgili bilgiyi karar vericilere aktarabilmek, toplumun ve karar vericilerin ilgisini sağlığa odaklayabilmek çok önemlidir. Sağlık hizmetlerinin su-

numunda yaşanan olumsuzluklarla ilgili haberleri, sistemin aksayan yönlerinin tespit edilmesi, sunulan hizmetin niteliğinin geliştirilmesi ve aksaklıkların giderilmesi konusunda

sunulmuş bir fırsat olarak gördük. Sayın Bakanımızın samimi yaklaşımı ve ifadesi ile medyamızı da özel bir paydaş ve ortak olarak görerek iletişimimizi şekillendirdik.

İletişim Koordinatörlüğü Olarak Yaptıklarımızın Bir Özeti

» İletişim Koordinatörlüğü, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarının kamuoyuna duyurulması, toplumsal bilinç düzeyinin artırılması ve olumsuzlukların azaltılmasında önemli rol oynadı. Medya organlarıyla doğru ve etkili iletişim yöntemlerini kullanarak olumlu yönde bir sağlık gündemi algısı oluşturdu.

» Sağlık iletişimine büyük önem veren Sayın Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ'ı medya temsilcileri ile sıklıkla bir araya getirdik. Ulusal televizyon kanallarında her yıl 150'den fazla programa katılmasını organize ettik. Her yayın kuruluşuna yılda en az 2 kez Sayın Bakanımızla birlikte giderek halkımıza sağlık hizmetlerinin ilk ağızdan duyurulmasını sağladık.

» Vatandaşlarımızın hızlı ve doğru bilgilendirilmesi amacıyla il sağlık müdürlerimizle toplantılar düzenleyerek 81 il sağlık müdürlüğümüz bünyesinde en az birer iletişim asistanı istihdamı sağladık. Böylelikle ulusal sağlık hizmetleri uygulamalarının yerel medya organlarındaki yansımaları takip edilip olumsuzlukların giderilmesi hızlandırılmış oldu.

» Sağlık Bakanlığı "İl değerlendirme" toplantılarına yerel medyanın katılımını sağlayarak halkımıza, Bakanlığımız uygulama-

larını yerinde görme ve değerlendirme imkânı sunduk.

» Yabancı medya organlarından, dünya ülkeleri sağlık gündemini takip edip basındaki yansımalarını analiz ettik. Böylece kriz konularının ele alınıp ülkemiz açısından değerlendirilmesini sağladık.

» Yerli ve yabancı medya organlarından gelen röportaj talepleri ve sağlık hizmetleri uygulamaları hakkında bilgi edinme isteklerini olabildiğince hızlı, adil ve şeffaf bir şekilde karşıladık.

» Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde yürütülen faaliyetlerin afiş, broşür, kitap, sayfa tasarımı, billboard reklamı, TV filmi, spot gibi materyallerin düşünülmesi, hazırlanması, tasarlanması, basımı ve dağıtımında bütün birimlere yardımcı olduk.

» Bakanlığımızın yürüttüğü proje, faaliyet ve kampanyalarda kurumsal dili oluşturduk ve organizasyon desteği sağladık.

» Her türlü kriz durumunda derhal bir iletişim stratejisi oluşturduk. Oluşturulan strateji çerçevesinde krizin yönetimini üstlendik ve koordinasyonu sağladık.

» Medyaya, Bakanlık dışından da haber kaynakları sağladık. (TBMM Sağlık Komisyonu, Milletvekilleri, Üniversiteler, STK'lar vb.)

» Ulusal, yerel, tüm yazılı ve görsel medya ile internet siteleri, haber ajanslarının 24 saat takibini yaparak ilgili birimlerle değerlendirdik.

» Bakanlıkla ilgili takip edilmesi gereken her türlü toplantı, seminer, panel vb. gibi faaliyetler ile Bakanlık organizasyonu dışında gerçekleştirilen ve basına açık olan eylem, miting, toplantı gibi faaliyetlerin izlenmesini, görüntülü olarak kaydının yapılmasını ve arşivlenmesini sağladık.

» Sayın Bakanımızın Sağlıkta Dönüşüm Programını anlatmak için katıldığı ve bizim organize ettiğimiz tüm TV programlarını aynı zamanda izleyerek deşifrelerini yaptık.

» Bakanlığımızın internet sitesini aktif şekilde kullanarak hem medya mensupları hem de vatandaşlarımızın yararlandığı etkili bir iletişim aracı haline dönüştürdük.



" Beni
Türk Hekimlerine
Emanet Ediniz."

R. Akdağ

Tekellerin sürgün ettiği bir isim: Dr. Hüseyin Ziya Özel

Dr. Hüseyin Ziya Özel Kimdir ?

Dr. Hüseyin Ziya Özel, İçel'in Kürçü köyünde 1927 yılında dünyaya geldi. İlk ve ortaokulu köyünde ve Silifke'de okudu. Parasız yatılı imtihanını kazanarak Kayseri Lisesi'ni bitirdi. 1946'da girdiği askerî tıbbiyeden 1952'de mezun oldu. Askerî doktor olarak beş yıl hizmet verdi. 1957-1961 yılları arasında Gülhane Askerî Tıp Akademisi'nde genel cerrahi ihtisası yaptı. 1962'de ordudan istifa etti ve Muğla Devlet Hastanesi'nde göreve başladı. 1969'dan sonra Başhekimliğini de yaptığı Muğla Devlet Hastanesi'nden 1974'te emekliye ayrıldı.



Fransızca bir kaynakta “zakkumun içeriği tam araştırılsa bir ilaç hazinesi olduğu görülür” cümlesinden etkilenen Dr. Hüseyin Ziya Özel zakkumu araştırmaya başladı. Geçmişte Türkiye’de şarlatanlıkla bile suçlanan Dr. Özel ve zakkumun yaklaşık 50 yıllık hikayesini inceliyoruz.

Dr. Hüseyin Ziya Özel, Gülhane Askerî Tıp Akademisi'nde genel cerrahi ihtisası yaptıktan sonra 1962 yılında Muğla Devlet Hastanesi'nde göreve başladı. Burada halk arasında azgın yara denen deri kanserlerinde yaraya zakkum yaprağının konduğunu gördü. Ve 1966'da zakkum üzerine böylece çalışmaya başladı. İlk olarak deri ve mide kanseri olan iki hastayı zakkumdan hazırladığı NOI (nerium oleander injection) iğnesi ile iyileştirdi. 1973 yılına kadar 8 kanser hastasını bu ekstre ile sağlığına kavuşturdu.

Terminal safhadayken zambak (N.O.) ile tedavi olarak iyileşen hastaları 1973'te Ankara'da yapılan 4. Balkan Tıp Günleri Sempozyumu'nda takdim etti. Bu sempozyuma katılırken amacı; bilim camiasının dikkatini, etki mekanizması klasik kemoterapi ilaçlarından çok farklı ve bazı vakalarda kanserin türüne bakmaksızın etkili olan N.O. tedavisine çekmekti. Bu tedavi saç dökmüyordu, lökosit sayısını düşürmüyordu. Umudu; sempozyumdan sonra N.O. ile ilgili ciddi, kapsamlı bilimsel araştırmaların yapılacağı ve

N.O. tedavisinin insanlığın hizmetine bir an evvel gireceği yönünde idi.

Sempozyumdaki tebliğine reaksiyon hiç de umduğu gibi olmadı. Klasik tedavi uygulayıcısı bazı onkologlar, farmakologlar ve üniversite okutmanları N.O. tedavisinin yasaklanması yönünde Sağlık Bakanlığı'na baskı yaptılar. Dönemin Sağlık Bakanı Kemal Demir "Bu adamın kapısından giren her hasta iyi olarak çıksa dahi, bu beni ilgilendirmez" diyordu.

Zakkum tabii ki kanser hücrelerini yok eden bir madde değil: Zakkum ekstresi iğnesi bağışıklık sistemini güçlendiriyor, sonrasında beden kendi kendini iyileştiriyor

Bu olumsuz tepkiye rağmen kongrenin ardından Dr. Özel'i sevindirecek bir teklif geldi TÜBİTAK'tan. TÜBİTAK, Cerrahpaşa ve Hacettepe üniversitelerinin onkoloji ve farmakoloji bölümleriyle Özel'in ekstresi üzerine çalışmaları için anlaşma yaptı. Ancak araştırma grubunun içinde Dr. Özel'e yer verilmiyordu. Bu duruma içerleyen Özel, Hacettepe Onkoloji Bölüm Başkanı Prof. Dinçer Fırat'ın talep ettiği zakkum ekstresi numunelerini Ankara'ya göndermedi. Bunun üzerine Prof. Fırat, kendi hazırlattığı bir zakkum ekstresi ile deney yaptırarak "kansere hiçbir etkisi yoktur" şeklinde bir rapor hazırladı. Ziya Özel "Ben ekstrelerimi bitkilere su yürürken, özel bir teknikle yapıyordum. Oysa Fırat, şubat ayında toplattığı yapraklarla kendince bir ekstre hazırlamış. Bir de kansere karşı etkili değil diyor. Tabii ki kanser hücrelerini yok eden bir madde değil NOI. Bağışıklık sistemini güçlendiriyor, sonrasında beden kendi kendini iyileştiriyor".

Dr. N.O. ile ilgili çalışmalarını sürdürebilmek, bilimsel araştırma kurumları ile ilişkiler kurabilmek gayesi ile Muğla Devlet Hastanesi'nden emekliye ayrılarak Nisan 1974'te İstanbul'a taşındı. 1976 yılında kendisi de doktor olan bir hastasının aracılığıyla Münih Üniversitesi Farmakoloji Bölümü'nden Prof. Hildeberd Wagner ile tanıştı. Birlikte çalışmaya başladılar. Dr. Özel bazı aralıklarla, çalışmayla ilgili olarak Almanya'ya gitmekteydi. Ancak Süleyman Demirel'in

yurtdışına çıkışlara yasak getirmesiyle Prof. Wagner ile yapılan çalışma da sekteye uğramış oldu. Çünkü yurtdışı çıkış izinleri 3 yılda bir yapılmaktaydı artık. Dr. Özel'in 1978'de de büyükelçilik aracılığıyla kanserli bir Japon hastayı iyileştirmesi üzerine Nagasaki Üniversitesi ile bağlantı kurulur ve ortaklaşa çalışma kararı alınır. Ancak numunelerin o kadar uzun yola gitmesi için dondurulması gerekiyordu, zaten Japonya'ya o zamanlar direkt uçuş bile yapılmamaktaydı. "O yıllarda soğutma makinesine yalnızca Mustafa Nevzat İlaç Firması sahipti. Ama bana yardımı kabul etmediler. Japonya olayı da böylece yattı" diyor Dr. Özel.

Ziya Özel zakkum ekstresini araştırmaları için 1987'de İsviçreli Sandoz (bugünkü adı Novartis) firmasıyla anlaşta. Sandoz, laboratuvar araştırması yaptı ve "bağışıklık sistemi düzenleyicisi" olarak rapor verdi.

Dr. Özel'in 1986'da başvurusunu yaptığı patent 1992 yılında A.B.D.'de, birçok Avrupa ülkesinde, Kanada, Japonya, Avustralya'da tescil edildi.

Turgut Özal'ın Teşebbüsü Destekleme Ajansı aracılığıyla Dr. Ziya Özel'in çalışmasına 500 bin dolar teşvik vermesi üzerine Türk Alman Araştırma Grubu adı altında bir ekip kuruldu. Ekipte Dr. Ziya Özel, 1976'da Demirel yüzünden ayrı düştüğü Münih Üniversitesi'nden Prof. Hildeberd Wagner, Eskişehir Anadolu Üniversi-

tesi Farmakoloji Bölümü'nden Prof. Hüsnü Can Başer ile Doç. Dr. İsmail Carbik bulunuyordu. Ekip 1990 yılına kadar çalıştı. Ekstrenin bağışıklık sistemini güçlendirdiğine ilişkin bulgular 17-22 Temmuz 1990'da Almanya'nın Bonn kentinde toplanan Uluslararası Farmakognozi Kongresi'nde (BACANS) tebliğ edildi. Ancak sunum metninde Dr. Ziya Özel'in adı geçmiyordu. Bugün Eskişehir Belediye Başkanı olan, o dönem Anadolu Üniversitesi Rektörü olan Prof. Yılmaz Büyükerşen, "Kendisi bir bilim adamı ya da bir araştırmacı değil. Bir operatör, genel cerrah. Araştırmamızla doğrudan bir ilgisi yok. Araştırma bize aittir" diyordu o dönem basına. Alman Prof. Wagner de bu çekişmelerden sıkılarak çalışmadan çekildi ve Türk Alman Araştırma Grubu adı altında toplanan ekip dağıldı.

1995'te bir Amerikan risk kapital şirketi patentlerin lisanslarını talep etti. Dr. Özel, şirketin N.O. ekstrelerini geliştirip, insanlığın hizmetine girecek hale getirmesi halinde lisansı verebileceği yönünde şartlı anlaşma imzaladı. Lisans, OPI Anvirzel™ ismiyle tescil edildi. Şirket bazı laboratuvar araştırmalarını finanse etti ve Faz I klinik deneylerin Cleveland'da, Cleveland Kliniği'nde yapılmasını sağladı.

Yapılan araştırmalar neticesinde ABD Onkoloji Birliği, patenti Dr. Ziya Özel'e ait olan zakkum ekstreli kanser ilacının, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından yapılan Faz 1 deneme çalışmasının başarıyla sonuçlandığını açıkladı. Ancak yapılan bu açıklama, maddenin piyasaya sürülmesi anlamına gelmiyor. Zakkumlu ekstrenin ilaç olabilmesi için sırada Faz 2, 3 ve 4 düzeyinde araştırmalar bulunuyor.

OSMANLI DEVLETİNDE SAĞLIK VE SOSYAL CEMİYETLER VE HEMŞİRELİK

Prof. Dr. Nil SARI

Prof. Dr. Zuhâl ÖZAYDIN

Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen 'Osmanlı Devletinde Sağlık Hizmetleri Sempozyumu (Ankara 2000)' kitabındaki yazılardan alınmıştır.

Osmanlı Devleti'nde, özellikle İmparatorluğun son döneminde çeşitli alanlarda faaliyet göstermiş mesleki, tıbbi ve sosyal cemiyetler kurulmuştur. Sağlık ve sosyal alanda kurulanlar arasında İmparatorluğun son döneminde Ahmet Cevdet Paşa'nın kızı Fatma Aliye Hanım tarafından savaş yaralılarına bakmak üzere 1897 tarihinde kurulan Cemiyet-i İmdadiye, 1921 yılında Mustafa Kemal Paşa tarafından savaş sebebi ile yetim kalmış çocuklara sahip çıkmak üzere kurulan ve daha sonra adı Çocuk Esirgeme Kurumu 1983'te de Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü olarak değiştirilen Himaye-i Etfal Cemiyeti, 1918'de Dr. Besim Ömer Paşa tarafından kurulan ve İstanbul'un işgali sebebi ile kapatılıp Cumhuriyetten sonra Veremle Savaş Cemiyeti ismini alan Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyeti gibi sağlık ve sosyal alanda faaliyet göstermek üzere kurulmuş dernekleri sayabiliriz.

Osmanlı Devleti'nde, özellikle İmparatorluğun son döneminde çeşitli alanlarda faaliyet göstermiş mesleki, tıbbi ve sosyal cemiyetler kurulmuştur. Sağlık ve sosyal alanda kurulanlar arasında İmparatorluğun son döneminde Ahmet Cevdet Paşa'nın kızı Fatma Aliye Hanım tarafından savaş yaralılarına bakmak üzere 1897 tarihinde kurulan Cemiyet-i İmdadiye, 1921 yılında Mustafa Kemal Paşa tarafından savaş sebebi ile yetim kalmış çocuklara sahip çıkmak üzere kurulan ve daha sonra adı Çocuk Esirgeme Kurumu, 1983'te de Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü olarak değiştirilen Himaye-i Etfal Cemiyeti, 1918'de Dr. Besim Ömer Paşa tarafından kurulan ve İstanbul'un işgali sebebi ile kapatılıp Cumhuriyetten sonra Veremle Savaş Cemiyeti ismini alan Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyeti gibi sağlık ve sosyal alanda faaliyet göstermek üzere kurulmuş dernekleri sayabiliriz.

Osmanlı Devleti'nde kurulan ilk cemiyet, sağlık ve sosyal alanda çok büyük çalışmaları olup bugün adı Türkiye Kızılay Derneği olan Osmanlı Hilâl-i Ahmer Cemiyeti'dir.

Osmanlı Hilâl-i Ahmer Cemiyeti'nin, ülkenin çok zor yıllarında yaptığı faaliyetler bir bildiriye sığmayacak kadar fazla ve hayranlık uyandıracak kadar ihtişamlıdır. İmparatorluğun birçok cephede savaştığı, doğal afetlerin birbirini kovaladığı ve halkın büyük yoksulluklar içinde olduğu yıllarda Hilâl-i Ahmer Cemiyeti kendisinden beklenenin çok üzerinde yardımlarda bulunmuş, çok çeşitli alanlarda faaliyet göstermiştir.

Hilâl-i Ahmer Cemiyeti'nin kuruluş çalışmaları 1868 yılında başlamıştır. Mekteb-i Tıbbiye hocalarından Dr. Abdullah Bey'in girişimi ve 43'ü hekim olan 66 kurucu üyenin çalışmaları ile Mucruhin-i Asakir-i Osmaniye'ye Muavenet

Cemiyeti'nin (Osmanlı Yaralı Askerlerine Yardım Cemiyeti) nizamnamesi hazırlanmış fakat cemiyet resmen kurulamamıştır. Cemiyet'in resmen kurulması, ilk girişimden 13 yıl sonra 14 nisan 1877'de gerçekleşmiştir.

Cemiyetin kurulduğu yıl 1877 Osmanlı-Rus Savaşı devam ediyordu. Ordunun sıhhi malzemeye ihtiyacı vardı. Cemiyetin sermayesi birkaç yüz lira idi. Halk ianeye muhtaç derecede fakirdi. Bu zor şartlarda Cemiyet gerek ülke içinden, gerek diğer İslam ülkelerinden bir yıl zarfında 70 bin Osmanlı lirasına yakın miktarda para topladı. Bu paranın 30 bin Lirası ile sağlık malzemesi alındı. Dokuz savaş alanında seyyar hastaneler kuruldu. Yaralıları taşımak için trenler kiralanarak hazırlandı. Mucahirlere para yardımı yapıldı. Daha kurulduğu yıl bu kadar yardım yapan Cemiyet, savaşın bitiminde kapatıldı, kalan parası Osmanlı Bankasına kondu.

Cemiyet 1897 Yunan savaşı sırasında tekrar geçici olarak faaliyete geçti. Halktan ve Kızılhaç'tan para yardımı temin edildi. İki hastane vapuru kiralandı, kinin ve birçok sağlık malzemesi alındı. Savaş bitiminde Cemiyet tekrar kapatıldı. 3. defa kurulduğu 1911 yılına kadar olan dönemde yapılan en önemli çalışmalarından biri Besim Ömer Paşa'nın 1907'de Londra'da toplanan Kızılhaç Konferansında Cemiyet'in sembolünün hilâl olarak kabul ettirmesiydi.

Hilâl-i Ahmer Cemiyeti 20 nisan 1911'de bir daha dağılmamak üzere üçüncü defa resmen kuruldu. Padişahın himayesinde kurulan Cemiyet bundan sonra aralıksız olarak çok yoğun çalışmalar yaptı, inanılmazı gerçekleştirdi ve bu sebeple ülke içinde en saygın kuruluşlardan biri haline geldi.

Cemiyet'in kurulmasının üzerinden bir yıl bile geçmemiştir ki



Trablusgarb savaşı çıktı (1911). Cemiyetin henüz bir ambarı yoktu. Parası ise 15 bin lirayı geçmiyordu. Trablusgarb'daki Osmanlı sağlık heyeti sağlık malzemelerini sahildeki şehirlere bırakarak içerilere çekilmeye mecbur kalmıştı. İçerdeki mücahitlerin şiddetle sıhhi yardıma ihtiyaçları vardı. Cemiyet Osmanlı ülkesinden, Mısır'dan, Hindistan Müslümanlarından, Bosna'dan, Güney Afrika Müslümanlarından yardım topladı.

Trablusgarb'a üç sağlık heyeti yolladı. Homs, Oaryan, Bingazi,

Derne ve Tobruk'ta hastaneler kurdu. Bu hastanelerin çarşafın da dahil bütün tıbbi malzemeleri Cemiyet tarafından alındı. Yollanan sağlık heyetlerinde doktorların yanı sıra eczacı ve muhasebeci de bulunuyordu. Bu heyetler sağlık malzemelerini temin için ya Paris ya da İskenderiye yolu ile savaş alanlarına gidiyorlardı. Hasta taşımacılığı için çöllerde sedyeciler yetiştirdiler. Savaş yaralıları dışında yerli halkın da sağlığı ile ilgilendiler. Salgın hastalıklarla mücadele ettiler. Yüzlerce yaralı tedavi ettiler.

Cemiyet'in o yıllardaki amacı savaş yaralılarına yardım olmasına rağmen Kızılhaçlardan yardım toplayarak 1911 Aksaray büyük yangınında mağdur durumda kalanlara para ve gıda yardımı yapıldı. Edirne'de olan deprem sebebi ile çadır başta olmak üzere birçok malzeme gönderdi. Depremden zarar gören Şarköy'e ve İmroz adasına



operatör, tabip, eczacı, hastabakıcı, aşçı gönderdi. Unutulmamalıdır ki bu olağanüstü çalışmalarını yaptığı sırada Cemiyet henüz kurulmuştu. Dr. Besim Ömer Paşa, Dr. Akil Muhtar ve Dr. Celâl Muhtar, Dr. Esat Işık Paşa ve daha birçok Hilâl-i Ahmerci olağanüstü bir gayretle çalışıyorlardı.

Cemiyet'in kurulmasının üzerinden henüz bir yıl geçmişti ki Balkan savaşı çıktı (1912). Henüz bir ambarı bile bulunmayan Cemiyet geçici olarak Soğukçeşme'deki Alay Köşkü binasının (Gülhane'nin karşısındaki eski Adli Tıp binası) geçici olarak Hilâl-i Ahmer Ambarı olarak kullanılması için izin alındı.

Balkan savaşı birçok sefaleti de beraberinde getirdi. Doğu Ordusunun Bulgarlara yenilip, Çatalca'ya çekildiği sırada kolera salgını çıktı. Salgın geniş bir alana yayıldı. Savaş esnasında Bulgar zulmünden kaçan onbinlerce Türk, muhacir olarak İstanbul'a ve Anadolu vilayetlerine geldi. Bir taraftan savaş yaralıları, bir taraftan kolera faciası, diğer taraftan evsiz barksız kış ortasında çoluk çocuğu ile sokaklarda kalmış muhacirler ülkeyi güç durumda bırakmıştı. Hasta ve yaralı sayısı o kadar çoktu ki İstanbul'da kışlalar ve karakollar dahil birçok resmi bina hastane haline getirilmiş, camiler ve mescitler muhacirlere ayrılmıştı.

Cemiyet, bu çok buhranlı günlerde kendisinden beklenen hizmeti vermeye çalıştı. Kuracakları hastanelerin kadrolarını ve verilecek ücreti tespit etti. Harbiye Nezaretince gerekli gösterecek yerlerde hastane kurulması kararı alındı. Bu hasta-



nelerin tüm ihtiyaçları temin edildi. Kadırga'da, Darü'l Fünun'da Vefa'da, Edirne'de, Üsküp'te, Gelibolu'da ve Çanakkale'de hastaneler kurdu. Bu hastanelerin tümünde, bir hastanede bulunması gereken meslek mensupları bulunuyordu, hemşire hariç. Çünkü yoktu. Savaş yerinin ve hastanenin büyüklüğüne göre cerrah ve hekim sayısı yediye kadar çıkıyordu. Hilâl-i Ahmer mütarekeden sonra tekrar başlayan savaşın Gelibolu'da olması sebebi ile yaralıları İstanbul'a göndermek için vapur kiraladı. Kiraladıkları Kembraç vapurunda değişiklikler yapıldı ve hastane vapuru haline getirildi. Buraya da bir hastane kadrosu tahsis edildi. Bu vapur yüzlerce yaralıyı İstanbul'a taşıdı.

Kolera salgını tam bir facia idi. Gülhane'nin tüm asistanları cepheye gönderildi. Devlet ileri gelenleri evlerinde hatta halkın içinde ağlıyorlardı. Sarayburnu Parkı (Gülhane) çadırı bir ordugâh olmuştu.

Parktaki askerlerin hepsi açıkta ve bakımsızdı ve her gün yüzlerce koleralı buraya getiriliyordu. İşte bu çok acıklı günlerde Hilâl-i Ahmer Cemiyeti koleralıların tedavilerini, ilaçlarını ve istirahatlerini üzerine aldı. Bütün camilerde bulunan hastalara yemek verdi. Camide kalanlardan kolera yakalananlar kolera hastanelerine sevk ediliyorlardı. Hastalığın en yaygın olduğu yerler olan Hadımköyü, Yeşilköy, İspartakule ve Demirkapı'da (Barakalar veya çadırlar) hastaneler açtı. Kolera hastanelerinde çalışmak daha güç olduğundan burada çalışanlara %50 daha fazla maaş verdi.

Cemiyet yine bu savaşta yaralıları ve hastaları taşıyan trenlerin geçtikleri yerlerde aş mevkileri kurdu, aşçılar ve hizmetliler tayin etti. Çerkezköy, Çorlu, Lüleburgaz, Kuleliburgaz gibi yerlerde trenlerle İstanbul'a getirilen askerlere çay, çorba gibi sıcak gıdalar sunuyordu. Bu aş mevkileri geceli gündüzlü



hizmet vererek büyük başarı gösterdi.

Cemiyet muhacirlere de unutulmaz yardımlarda bulundu. Hastaları için hastane kurdu. Gebe ve lohusaları için gerekli tedbirleri aldı. Savaşta şehit olan veya savaşta bulunan askerlerin Bulgar zulmünden İstanbul'a kimsesiz olarak kaçan aile ve çocuklarına yardımda öncelik tanındı. Bunlar İstanbul'da çeşitli binalara yerleştirildi. Ailedeki her nüfus için para dağıtıldı. Barakalarda yaşayan muhacirlere para verildi. Hatta hayvanlarının yemlerini alabilmeleri için de belli miktarlarda para dağıtılıyordu.

Daha sonra muhacirlerle uğraşmak için bir komite oluşturuldu. Celâl Muhtar Bey'in başında bulunduğu komite intizamlı bir şekilde muhacirlere yardımları sürdürdü.

Bu çalışmalara Cemiyet'in kadınlar kısmı da katılıyor, muhacirlere gerekli yiyecekleri temin ediyorlardı.

Cemiyet yalnız İstanbul'a gelen

muhacirlere değil, diğer vilayetlere gelenlere de para, yiyecek ve giyecek yardımı yaptı.

Hilâl-i Ahmer Balkan savaşında kendi kurmadığı hastanelere de çamaşır, ilaç, alet, çarşaf, sargı bezi gibi malzeme yardımını da yaptı.

Esirlere yardım işini de Hilâl-i Ahmer üstlenmişti. Merkezi Cenevre'de bulunan Kızılhaç ile bağlantıları sağlayıp, gerekli işlemleri yaptı.

Yabancı ülkelerden gelen Kızılhaçlar ve Kızılayları da Askeri Sıhhiye ile görüşerek karşılamak ve hastane kurulacak yerleri tespit işi de Hilâl-i Ahmer Cemiyeti tarafından gerçekleştirildi.

Hilâl-i Ahmer kuruluşu üzerinden bir yıl geçmeden çıkan Balkan savaşında orduyu takip eden seyyar hastanelerden, çeşitli binalarda kurduğu hastanelere, trenlerin geçtiği yerlerde askerler için çay mevkileri kurmasına, yaralı taşımak için gemi kiralayıp hastane haline getirerek yaralı taşımaktan, koleralı hasta-

lara bakmasına, muhacirlerle ilgilenmesine kadar çok çeşitli alanda inanılmaz hizmetler verdi. Hilâl-i Ahmerciler yalnız bir konuda çok sıkıntı çekmişlerdi: Eğitim görmüş hemşire yoktu.

Savaşlar peş peşe geliyordu. Bu defa Osmanlı Devleti I. Dünya Savaşı içindeydi (1914-1918). Cemiyet bu savaşta da daha geniş çapta olmak üzere çalışacaktı.

Hilâl-i Ahmer Cemiyeti I. Dünya Savaşında gerek cephe ve gerek cephe gerisinde hastaneler kurarak, savaş yaralılarına büyük hizmetlerde bulundu. Hastanelerin tüm ihtiyaçlarını karşıladığı gibi Çanakkale'deki askerlere tütün, portakal gibi o günlerde zor temin edilebilecek gereksinimleri de cevap verdi.

Askeriye, Çanakkale'de kanlı savaşlar olması sebebi ile Cemiyet'e çok sayıda yaralı askerin İstanbul'a getirileceğini bildirdi. Galatasaray, Sultani Mektebi, Dârüüşşafaka, Kadırga Doğumhanesi, Cağaloğlu İnas Sultanisi, Darülfünun Tıp Fakültesi Hilâl-i Ahmer Hastanesi haline getirildi. 5.500 yataklı bu hastanelerde 19.443 yaralı tedavi edildi. Bu hastanelerin de tüm personel ve masrafı Cemiyet karşıladı. Gelibolu'da kurulan hastanedeki görevliler bombardıman altında görev yaptılar.

Cemiyet diğer cephelerde de hastaneler kurdu. Çölün ortasında elektrikle aydınlatılan modern çadırlar dost düşman herkesin dikkatini çekti. Cepheden binlerce kilometre uzakta bulunan Medine'de

400 yataklı hastane kurdu. Çöl sıcaklığında büyük mahrumiyetler içinde savaşılan mücahitler için bu hastane çok iyi bir sığınak olmuştu. 4. Ordu'nun Çöl Harekâtı'nda o dönem için olağanüstü sayılabilecek donanımla, içinde seyyar röntgen cihazı bulunan hastaneyi kurdu. Askerlerin aşıları yapıldı.

Erzurum ve Erzincan'da Nekahethâneler kurdu. Kafkas bölgesinden aç ve çıplak kaçan insanlar buralarda barındırıldı. Yedirildi, giydirildi, tedavileri yapıldı. Yüzlerce yetim için de buralar bir yuva oldu.

Cemiyet'in çalışmaları çok değişik alandaydı. Salgın hastalıklarla mücadele etti. Halkın arasında sağlık taraması yapan Cemiyet'in hekimleri tifo, tifüs gibi salgınlara karşı önlemler alıp, hastaları tedavi ettiler. Dezenfeksiyon yapıp, halka parasız ilaç, sabun, naftalin, çamaşır vs. dağıttılar. Her gittikleri yere çiçek aşısı da götürdüler ve halkı aşıladılar. Cemiyet son derece programlı olarak ülkenin tüm ihtiyaçlarına cevap vermeye çalıştı. Kuduz aşısına ihtiyaç vardı. Sivas'ta Sıhhiye Genel Müdürlüğü ile kuduz laboratuvarı kurdu ve aşı imaline başladı, cemiyet sağlık heyeti bulundurduğu her yerde frengi tedavisini de üstlendi. Malarya ile mücadele etti. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele için kurslar açtı. Ordudaki hayvanlarda görülen ruam hastalığı ile mücadele etmek için baytarlara eğitim verdi.

Balkan Savaşında olduğu gibi yaralıların geçtiği istasyonlara çay mevkiileri kurdu.

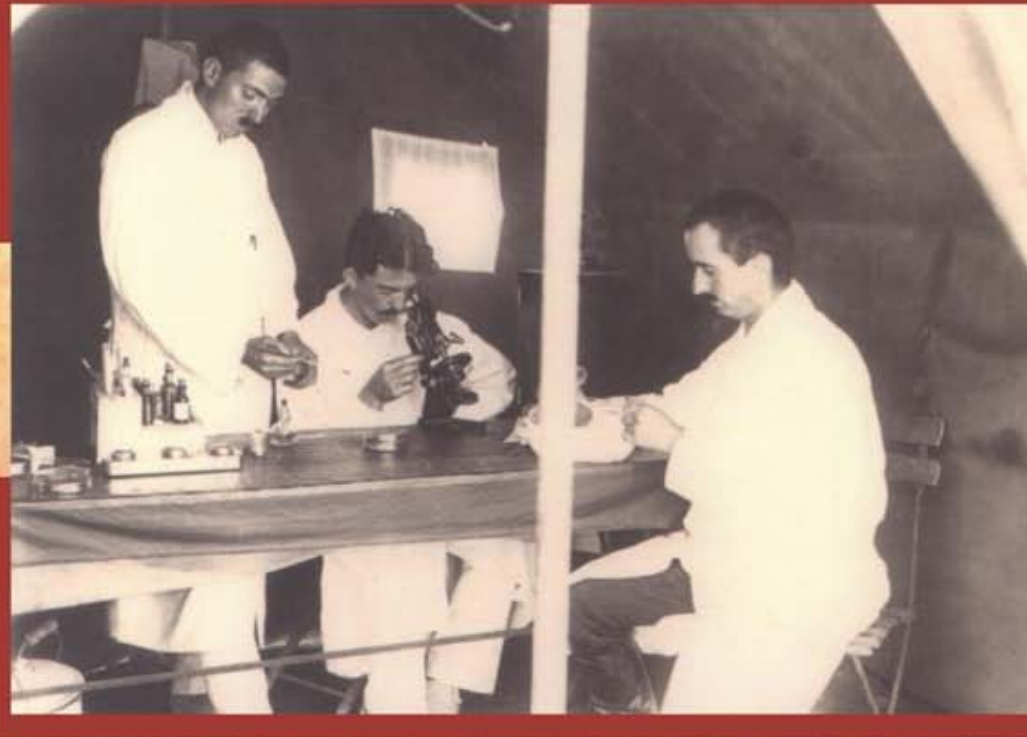
Yaralı nakli için vapur kiralayıp, hastane gemisi haline getirdi. Çayhaneleri bazen seyyar hale getirip, savaş meydanlarına girilerek mücahitlere ikramda bulundu. Günlerce istasyonlarda kalan zayıf düşmüş askerler için misafirhâneler kurdu. Cemiyet esir düşmüş düşman askerlerinin de ihtiyaçlarını karşıladı. Hilâl-i Ahmer Cemiyeti'nin bu alanda da yaptığı hizmetleri bu bildiriye sığdırmak mümkün değildir.

I. Dünya Savaşı ülkenin mali durumunu sarsmış, halk çok fakir düşmüştü. Ayrıca buna ek olarak kabilelerle gelen muhacirler de çok muhtaç durumdaydılar. Cemiyet fakir halka yemek dağıtmak için İstanbul'un birçok semtinde Aşhâneler açtı. Yardımlar ırk, din ayrımı gözetilmeden yapıldı.

Cemiyet bu kadar geniş bir

alandaki binlerce yaralıya, muhacire, yüzbinlerce fakir insana yardım için kullandığı malzemenin bir kısmının üretimini kendisi yaptı. Pamuk üretiyor, Avusturya'ya gönderip dokunmuş olarak geri alıyordu. Çarşaf, sargı bezleri, bu şekilde hazırlandı. Keresteler getirtip, ambarında ustalara sedye, koltuk değneği yaptı. Buğday, fasulye, mısır gibi besin maddelerini de çoğunlukla kendisi üretti. Et bu çiftliklerde üretilen hayvanlardan elde edildi. Aşhanelerde dağıtılan balık tuzlamalarını da Cemiyet hazırlamıştı. Hilâl-i Ahmer ancak bu şekilde ucuza mal ederek aşhaneleri devam ettirebildi.

Hilâl-i Ahmer I. Dünya Savaşı sonrasında da unutulmayacak hizmetler verdi. Askeriye Milli Mücadele esnasında ve büyük taarruzdan önce Cemiyetten 10.000 yataklı hastane malzemesi istendi. Bunlar





İstanbul ve Anadolu depolarından hemen ordunun emrine verildi. 1922-1924 yılları arasında Batı Anadolu'nun birçok yerlerine Cemiyet yardım etti. Uşak, Bilecik, Eskişehir, İzmir ve Bursa'daki Hilâl-i Ahmer İlk Yardım heyeti muhtaçlara gıda, elbise ve eşya dağıttı. Açıkta kalanlar için 5831 mesken yaptırdı. 20 000 kişiyi iskan etti.

Cemiyetin 1914 yılında mevcut parası 269.000 lira idi. 1914-1918 yıllarında toplanan 662.400 lira ile 931.400 lira oldu. 1919'da para 1 383.000 liraya ulaştı.

Bütün bu hizmetlerin gerçekleşmesinde büyük katkısı olan Cemiyetin genel müfettişi Dr. Celâlettin Muhtar'ı şükranla anıyoruz. Cemiyeti zenginleştirerek, daha çok yardım yapabilmek için zekâsı, ileri görüşlülüğü, yorulmaz gayreti sadece ideali içindi. Başka hiçbir beklentisi yoktu. C. Muhtar işgal orduları İstanbul'u terk ederken satışa çıkarıdıkları birçok eşyalarını satın almış, bir kısmını Cemiyet için kullanmış,

bir kısmını da kârla satarak Cemiyete bu yoldan da para temin etmişti.

Osmanlılarda hemşirelik mesleğinin önemini ortaya koyan ve eğitimini başlatan kuruluşun da Hilâl-i Ahmer Cemiyeti olduğunu söyleyebiliriz. Daha önce Topkapı Sarayında Cariyeler ve Enderun hastanelerinde kadın hastabakıcıların çalıştığını biliyoruz. Fakat bunların eğitimi hakkında bilgi sahibi değiliz. 19. yüzyıl sonlarında 20. yüzyıl başında bazı İstanbul hastanelerine kadın hastaların kabul edildiği ve bu hastanelerde kadın hastabakıcı çalıştığı arşiv belgelerinden ve o dönemlerden kalan fotoğraflardan anlaşılmaktadır. Fakat bu hastabakıcıların da eğitimi hakkında bir bilgimiz yoktur.

Osmanlı-Rus Savaşında ise (1877) çok az sayıda Türk kadını görev aldı. 1897 yılında Osmanlı-Yunan Savaşı sırasında Fatma Aliye Hanım tarafından kurulan Cemiyet-i İmdadiye ülkemizde ilk defa bir kadın tarafından kurulan

bir yardım cemiyetiydi. Savaşa katılanların yaralarını sarmayı ve geride kalanları korumayı amaçlıyordu.

1908'de Tıp Mektebi içinde bir hastabakıcı mektebi açıldıysa da bu okula hanımların alındığı hakkında şimdilik bir bilgimiz yoktur.

Balkan Savaşı sırasında bazı hanımlar gönüllü olarak hastanelerde çalıştılar. Fakat iyi organize edilmiş hastabakıcılık teşkilatı olmadığı için büyük sıkıntılar çekildi. I. Dünya Savaşında ise eğitilmiş kadın hastabakıcıya olan ihtiyaç doruk noktasına çıktı. Bu soruna da el atan Hilâl-i Ahmer Cemiyeti oldu. Özellikle Dr. Besim Ömer Paşa'nın hemşirelik mesleğinin önemini ortaya koyması ve sorunu çözmek için gösterdiği gayret unutulmayacaktır.

1907'de Londra'da yapılan Kızıllaç Konferansına katılan Dr. Besim Ömer Paşa, konferansta hastabakıcılık eğitimi için alınan kararlar doğrultusunda Hilâl-i Ahmer Kadınlar Kısmı'nın kurulmasına öncü

lük etti (1911). Kadınlar Cemiyet'e erkekler kadar, belki de erkeklerden daha fazla hizmet ettiler. Paşa hemşireliğinin önemini vurgulamak için Batılı ressamalara, hastane içinde hasta ve hemşireyi öne çıkaran sulu-boya tablolar yaptırdı. Bu resimler kartpostal ve pul olarak çoğaltıldı ve hanımlar bu yolla da hastabakıcılığa davet edildi. Yaradılışlarındaki şefkat sebebi ile de hemşireliği kadınlara daha uygun bulan Paşa, hastabakıcılık gibi nazik bir görevi yapan kadının ayrıca Fikren, ruhen ve ahlâken iktidarlı olması gerektiğini savunuyordu.

Balkan Savaşı sırasında İstanbul'a gelen Türkistanlı Müslüman hemşirelerle, çeşitli ülkelere ait Kızılhaç hemşireleri Türk kadınının hemşire olmaya yönelmelerinde etkili olmuştu. Ayrıca Osmanlı kadınları İslam ordularında çalışmış

kadınları da kendilerine örnek alıyorlardı.

Dr. Besim Ömer Paşa 1914'te Hilâl-i Ahmer Merkezi'nde, 1914-15'te Darülfünun'da, 1916'da Kadırga Doğum Kliniğinde hemşirelik kursları açtı. Askeri hastanelerde de açılan bu hemşirelik kurslarına çok sayıda hanımefendi koşarak geldi. Saray da Hilâl-i Ahmer Cemiyeti'ne önem veriyor kadın hastabakıcıları destekledi. Hastabakıcıların diploma törenlerinde Saray ve Devlet ileri gelenleri bulunup, mezunlara iftihar madalyaları verdiler. Bu kurslar savaşın bitimine kadar devam etti. Bu kurslardan mezun hanımefendilerin çoğu 1. Dünya Savaşında çeşitli cephelerde savaşın en kanlı günlerinde görev yaptılar. Cephelerde fedakarca çalışan bu hanımlar Padişahın iftiharına mazhar oldular.

İstanbul dışındaki Hilâl-i Ahmer merkezlerinde de hastabakıcılık kursları açıldı. Bursa'da açılan kursa da seçkin aile kızları katıldı. Erzurum'da vali Tahsin Bey'in hanımının başkanlığında kurulan "Hilâl-i Ahmer Osmanlı Hanımlar Grubu" I. Dünya Savaşında Hilâl-i Ahmer hastanelerinde çalışıp yaralılara baktılar. Öğretmen okulu ve Sultani öğrencileri olan bu hastabakıcılardan 20'si bir bulaşıcı hastalığa yakalanarak görevleri uğrunda öldüler.

Ülkemizde sistemli bir eğitim veren ve Türkler tarafından kurulan ilk hemşirelik okulu da Cumhuriyetten sonra 1925 yılında Kızılay Derneği tarafından kuruldu. Buradan yetişen hemşireler Türk hemşireliğinin temelini oluşturup lider hemşireler oldular.

SONUÇ

Osmanlı Hilâl-i Ahmer Cemiyeti Trablusgarb, Balkan, I. Dünya ve Kurtuluş Savaşlarında unutulmaz hizmetler vermiştir. Yaralıları için günün en modern hastanelerini kurmuştur. Daha I. Dünya Savaşında modern çadırlarda kurduğu hastanelere elektrik verebilmiş, seyyar röntgen aleti ile hizmet vermiştir. Kurduğu hastaneleri en modern alet ve malzeme ile tefriş etmiştir. Ürünleri kendi yetiştirip, ambarında imalat yapmıştır. Böylece malzemeyi daha ucuz mal etmiştir. Askeri ve savaş sebebi ile kurulan sivil hastanelere malzeme yardımı

yapmıştır. Zayıf, düşkün ve yetimler için nekahathâneler kurulmuştur. Yaralı nakli için gemi kiralamış ve bunları hastane haline getirmiştir. Yaralı askerlerin trenlerinin geçecekleri yerlere çay mevkileri kurmuştur. Yüzbinlerce muhacire gıda, para, giyim, barınma yardımında bulunmuştur. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmiş, aşı imal etmiştir. Bulaşmadan korunmak için halka malzeme dağıtmıştır. Bulaşıcı hastalıklarla ilgili kurslar açmıştır. Fakir halk için aş mevkileri kurmuştur. Yangınzede ve depremzedelere yardım etmiştir. Hemşirelik mesleğinin

önemini ortaya koymuş, hemşireler yetiştirmiştir. Bütün bu yardımları ülkenin en zor günlerinde en mükemmel şekilde yapmış ve Hilâl-i Ahmer ismi halk arasında bayraklaşmıştır. Maddi ve manevi yönden çok zengin olan mirasını Türkiye Kızılay Derneği'ne devretmiştir.





Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kolunda...

(Mayıs - Ağustos 2011)

SHÇEK'e bağlı yatılı kuruluşlarda çalışanlarda ücretsiz yemek hakkı

08 Mayıs 2011: Sendikamızın girişimleri sonucu, SHÇEK'e bağlı yatılı kuruluşlarda çalışanlarda ücretsiz yemek hakkına kavuştu. Bakanlar Kurulu Kararıyla değiştirilen Devlet Memurları Yiyecek Yardımı Yönetmeliğine göre yatılı sosyal hizmet kuruluşlarında görev yapan memurlar da, yemek servislerinden ücretsiz yararlanabilecek.

Anı Yarışmasının Ödülleri Sahipleri Buldu

20 Mayıs 2011: Sendikamız tarafından bu yıl üçüncüsü gerçekleştirilen Anı Yarışması'nda derece alan eserlerin sahiplerine ödülleri verildi. Ayrıca yarışmada birinci olan "İnsan ve Zaman" adlı anı "2011 Merkez" adıyla tiyatroya uyarlandı. Ödül törenine sendikamız yönetim kurulu üyelerinin yanı sıra Memur-Sen Konfederasyonu Genel Başkanı Ahmet Gündoğdu, TBMM Sağlık Aile Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı Prof. Dr. Cevdet Erdöl, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Doç. Dr. Turan Buzgan, şube başkanları ve çok sayıda davetli katıldı.

Başkanlar Kurulumuz Toplandı

21 Mayıs 2011: Sendikamız Başkanlar Kurulu 21 Mayıs 2011 tarihinde Ankara'da toplanarak, hizmet kolumuzdaki ve genel gündem konularını değerlendirdi.

Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliğinde Değişiklik

25 Mayıs 2011: Sağlık Bakanlığı ile Nisan ayında gerçekleştirilen KİK toplantısında gündeme gelen bazı konular çerçevesinde Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği'nde değişikliğe gidildi. Mazeret tayinleri konusunda önemli düzenlemeler içeren yönetmelikteki de-

ğişikliğe göre, mazereti sona eren personelin alt hizmet bölgelerine tayin talep edebilme imkanı getirildi. Mazereti sona eren personelin, eski görev yerine göre alt hizmet bölgesine, eski görev yeri bulunmayanların ise görev yaptıkları yer esas alınarak alt hizmet bölgesine tayin isteyebilmesi imkanı tanındı.

Sağlık Bakanlığı Resmi Üye Tespit Tutanağı İmzalandı

25 Mayıs 2011: 15 Mayıs 2011 itibarıyla yine yetkili sendika ünvanını koruyan sendikamız Sağlık-Sen'in, Sağlık Bakanlığı'nda üye tespit tutanağı imzalandı. Resmi üye tespit tutanağına göre sendikamızın üye sayısı 125.747 olarak kayda geçti.

SHÇEK'te Resmi Üye Tespit Tutanağı İmzalandı

27 Mayıs 2011: SHÇEK Genel Müdürlüğü'nde imzalanan üye tespit tutanağına göre sendikamızın üye sayısı 2563 olarak kayda geçti ve sendikamız SHÇEK Genel Müdürlüğü'nde yetkiyi aldı.

Üniversitelerde Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Sınavlarının Merkezi Olarak Yapılacak

5 Mayıs 2011: 2009 yılında ilk kez yetkili sendika olarak oturduğumuz toplu görüşmelerde mutabakata aldığımız üniversitelerde görevde yükselme ve unvan değişikliği sınavlarının merkezi olarak yapılması talebimiz yürürlüğe girdi.

4/B ve 4924 Kapsamındaki

Sözleşmeli Personele Kadro Hakkı

4 Haziran 2011: Hizmet sendikacılığı anlayışıyla bugüne kadar pek çok kazanım elde eden sendikamız, 4/B ve 4924 kapsamındaki sözleşmeli personelin kadro hakkını da

başarıyla sonuçlandırdı. Bakanlar Kurulu kararıyla 4/B ve 4924'lü sözleşmeli personeller, memur kadrolarına atanma hakkına kavuştu.

Sözleşmeli Personelden Kadroya Geçişlerde Belge İstenmemesini Sağladık

10 Haziran 2011: Sözleşmeli personelin memur kadrolarına atanması sürecinde belge istenmemesi talebiyle Sağlık Bakanlığı'na yaptığımız başvuru kabul edildi. Buna göre 4/B'li ve 4924'lü sözleşmeli personelin kadroya geçiş işlemleri, personelin kendi özlük dosyaları üzerinden yapılacaktır.

Sözleşmeli Personele Nakil Hakkı Yürürlükte

13 Haziran 2011: Sendikamızın 2010 toplu görüşme kazanımı olan sözleşmeli personele nakil hakkı ile ilgili düzenleme Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girdi. Buna göre, Sözleşmeli personel çalıştırma esaslarında yapılan değişikliklerle, bulunduğu birimde üç yıl çalışmış olan sözleşmeli personel, kamuya personel alımlarından önce açıklanacak boş pozisyonlara, yılda bir kez geçiş yapma talebinde bulunabilecek.

112 Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin İcap Nöbeti İçin Bakanlığa Başvurduk

21 Haziran 2011: 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde icap nöbeti tutan personele icap nöbetleri karşılığı izin kullanılması veya ücret ödenmesi için Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne başvurduk.

Aile Sağlığı Hizmetlerinde Temel Sorunlar Çalıştayı'nı Gerçekleştirdik

06 Temmuz 2011: Sendikamız tarafından Kızılcahamam'da düzenlenen ve Aile Sağlığı Hizmetlerinde görev yapan çalışanların katıldığı çalıştayda, aile hekimliği uygulamasındaki sorunlar ve çözüm önerileri üzerinde duruldu.

Yetkimiz Resmi Gazete'de Yayınlandı

07 Temmuz 2011: Çalışma Bakanlığı'nın Kamu Görevlileri Sendikalarının ve Konfederasyonlarının üye sayılarına ilişkin 2011 Temmuz İstatistikleri, resmi gazetede yayınlandı. Yayımlanan istatistiklere göre sendikamız 135.591 üye sayısı ile yeniden yetkiye ulaştı.

Genel Denetleme Kurulumuz Toplandı

22 Temmuz 2011: Sendikamızın 8-9 Ocak 2011 tarihinde gerçekleştirilen 4. Olağan Genel Kurulu'nda, Genel De-

netleme Kurulu'na seçilen üyeler ilk toplantılarını, Genel Merkez'de gerçekleştirdi.

Mahkemeden 4/C'lilerle İlgili Önemli Karar

28 Temmuz 2011: Sendikamız tarafından Gaziantep 1. İdare Mahkemesi'nde açılan dava sonucunda, Sağlık Müdürlüğü'nde 4/C'li olarak görev yapan Fatma Kaplan'ın döner sermaye ek gelirlerinden faydalanmasına karar verildi. Gaziantep 1. İdare Mahkemesi'nin kararında, döner sermaye yönetmeliğine atıfta bulunularak, 4/C statüsünde çalışanlarında döner sermayenin işleyişine fiilen katkı sağladığı, bu nedenle döner sermaye ek ödemesinden yararlandırılması hükmüne varıldığı belirtildi.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'ı Ziyaret

28 Temmuz 2011: Memur-Sen Genel Başkanı Ahmet Gündoğdu ve Genel Başkanımız Metin Memiş, Genel Merkez Yönetim Kurulu üyelerimiz ile birlikte Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'a kabinede yeniden görev almasından dolayı hayırlı olsun ziyaretinde bulundular.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı Fatma Şahin'e Ziyaret

30 Temmuz 2011: Memur-Sen Genel Başkanı Ahmet Gündoğdu ve Genel Başkanımız Metin Memiş, Genel Merkez Yönetim Kurulu üyelerimiz ile birlikte kabinedeki yeni görevinden dolayı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı Fatma Şahin'e hayırlı olsun ziyaretinde bulundular. Ziyarete, Genel Başkan Metin Memiş, "Sosyal Hizmet Politikaları'na ilişkin hazırlanan bir raporu Bakan Şahin'e sundu.

Kadroya Geçen Sözleşmelilerin Maaşlarının Genel Bütçeden Ödenmesi İçin Başvurduk

08 Ağustos 2011: Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde ücreti döner sermayeden karşılanan sözleşmeli personelin, kadroya geçişleri ile birlikte maaşlarını, tüm kadrolu memurlarda olduğu gibi genel bütçeden alması konusunda ilgili kuruluşlar nezdinde girişim başlattık.

Tıbbi Laboratuvar Programı, Sağlık Meslek Lisesi Hemşirelik Bölümünün Üst Öğrenimi Sayılacak

13 Ağustos 2011: Sendikamızın açtığı davada, Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu, Tıbbi Laboratuvar programının, sağlık meslek lisesi hemşirelik bölümünün üst öğrenimi olmadığı yönündeki Danıştay 8. Daire'nin kararını durdurdu.



Sözleşmeli personeli DİLEKÇESİ DE HAZIR

Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin Memiş:

Toplu sözleşme hakkı sendikaları güçlendirdi



YENİ AKT / ANKARA
Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin Memiş, bu yıl hükümette toplu sözleşme mevzuatının çıkarılacağına inanıyor. Kamu çalışanları arasında toplu sözleşme eğilimi artmaya başladı. Sağlık-Sen'in son bir yılda 32 bin 500 üye artışı, gerçekleştirdiği 135 bin 630 üye toplantısı belirti. Memiş, "Toplu sözleşme hakkı ile sendikalar güçleniyor ve bu hakların korunması için mücadele ediyoruz" dedi.

Hekimlerin tamamına yakını şıortalı oldu

ANKARA- Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanı Mehmet Aksoy, "Bugüne kadar 132 bin 314 tabip, uzman tabip ve diğ. hekim malî sorumluluk şıortalı yapıldı" dedi. Aksoy, kamuoyunda "Tam Gün" kavramı olarak bilinen 5947 sayılı Kanun ile hekimler için getirilen mesleki şıortalı uygulamasıyla hekimlerin "tamamına yakını" şıortalı yapıldığını söyledi.

Söz konusu Kanun ile kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık birimlerinde çalışan tabip, diğ. tabip ve iğta uzmanlık mevzuatına göre uzman olarak için mesleklerini ifade edenlerin açılacak davalarına karşı zorunlu malî sorumluluk şıortalı getirildiği hatırlatan Aksoy, "Sağlık Bakanlığınca yapılan düzenleme ile risk gruplarına göre yılda 75 TL ile 375 TL arasında primi ödeyen tabiplere, her bir tıbbi kötu uygulama için belirlenen 300.000 TL'ye kadar görevleri özetlenen uygulama için başlıca kadar 132 bin 314 tabip, uzman tabip ve diğ. hekim, malî sorumluluk şıortalı yapıldı" diye konuştu.

"GEÇMİŞ HATALARI YAPMAYACAĞIZ"
2001 yılında yürürlüğe giren 4686 Sayılı Sendika Kanunu ile devlete kamu çalışanlarının ücretleri ile ilgili partilerde pazarlık mevzuatı çıkarılarak Metin Memiş, "Kamu çalışanlarının geleceği hükümetin eli dışında bırakarak çözüme ulaşmaya çalışacağız" dedi. Geçmişte sendikaların yaptığı hataları yapmayacağını ve bu fırsatı iyi değerlendireceğini söyledi. **SAĞLIKTA HER Kİ SENDİKALIDAN BRİSİ SAĞLIK-SEN ÖYESİ**
Kanunla çıktından sonra en büyük hizmet kötu olan Sağlık-Sen sendikası çalışan oranı yüzde 73'e yükseldi. Geçen yıl 240 bin olan sendikası çalışan sayısı 2011 yılında 273 bane ulaştı. Sağlık-Sen 32 bin 500 üye artışıyla diğer sendikaların toplam üye sayısına eşit yerini almış oldu.

Artık parçalanmış aile tabloları görmeyeceğiz

Devlet Bakanı Faruk Çelik, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı'nda gerçekleştirilen Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (Sağlık-Sen) "Başkanlar Kurulu" toplantısına katıldı. Böyle bir toplantının Sanayi'de gerçekleştirilmesinin önemine değinen Bakan Çelik, Türkiye'de demokrasiye ve ülkenin normalleşmesine yana olan sivil toplum kuruluşlarının arandığı dönemden çıkılarak, başlıca gelişimini ve bunda Memiş-Sen ailesinin önemli bir rolünün bulunduğunu belirtti. Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin Memiş ise konuşmasında, sendikaların çalışanlara yönelik yürüttüğü sendikası çalışmalarına değindi. Sendikası olarak 400 bini aşan sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarına her türlü sorunlarının takipçisi ve sözcüsü olduklarını, sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının "dertlerini dert edindiklerini" ifade eden Memiş, şöyle devam etti: "Majdele haber, önceki gün İdarî Rüşdî Resmî Gazete'de yayımlanarak hayata geçmiştir. Artık 85 bin sözleşmeli sağlık çalışanı, şartlar ve koşullar, bir dilekçeyle kadrolu memur seviyesine sahip olacaktır. Artık 200 bini aşan sözleşmeli kamu çalışanı, şartlar ve koşullar, bir dilekçeyle kadrolu memur olacaktır."



Sağlık-Sen 1. seçilen anıyı tiyatroya uyarladı.

2011 MERKEZ'İN GALASI YAPILDI SAĞLIKTA ŞİDDET tiyatro sahnesinde!

Şiddetin trajikomik öyküsünün anlatıldığı "2011 Merkez" adlı tiyatro oyununun gala gecesi Ankara'da yapıldı. Antares Sanat Merkezi oyuncular tarafından sahnelenen oyunda doktor zannederek ambulans şoförüne saldıran hasta yakınları ile hastane çalışanları arasında yaşanan olaylar anlatılıyor. Tiyatro oyununun gala gecesinde Sağlık-Sen Anı Yarışması ödül töreni de gerçekleştirildi. Törende konuşan Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin Memiş, sağlık iş-

Üst öğrenimde önemli karar

DANIŞTAY, sağlık meslek liselerinin hemşirelik bölümü mezunları için, tıbbi laboratuvar programının üst öğrenim sayılmasına karar verdi. Mahkeme kararını, tıbbi laboratuvar programından mezun olan çalışanların aylık gelirlerine 150-250 TL arası katkı sağlayacak.

Sağlık-Sen'den yapılan yazılı açıklamaya göre, sağlık çalışanlarının meslek liselerinden mezun olduktan sonra, hem gelirlerini hem de eğitim düzeylerini arttırmak amacıyla okudukları ön lisans programlarının bir kısmının YÖK tarafından üst öğrenim kabul edilmediği belirtildi. Danıştay İdari Dava Daireleri, Sağlık-Sen'in bu konuda açtığı davada önemli bir kararın imza attı. Sağlık-Sen, tıbbi laboratuvar ön lisans programını sağlık meslek lisesi hemşirelik bölümünün üst öğrenimi saymasını Sağlık Bakanlığının iptal için dava açtığı. Danıştay 8. Dairesi, yürütmeyi durdurma istemini reddetti.

Danıştay'ın içki kararına Sağlık-Sen'den tepki:

Gençliği alkolden korumak DEVLETİN GÖREVIDİR

ANKARA BÜROSU

DANIŞTAY'IN gençler ve çocukların alkolden korunması için içki satışını ve firmaların özendirici tanıtımlarını sınırlayan yönetmeliğinin yürütmesini durdurmasına Sağlık-Sen'den tepki geldi.



Metin Memiş

Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin Memiş, yaptığı yazılı açıklamada, çocukları ve gençleri alkolden korumanın devletin asli bir sorumluluğu olduğunu söyledi.

Danıştay'ın millet adına karar veren bağımsız yargı erki olması gerektiğini dile getiren Memiş, Danıştay kararını, ülke gençliğinin karşı karşıya olduğu sosyal tehditleri hiçe sayan ideolojik bir karar olarak nitelendirdi. Anayasa'nın 58. maddesinin devlete gençleri alkolden ve uyuşturucudan koruma görevi verdiğini dile getiren Memiş, Dünya Sağlık Örgütü'nün 1995'te imzalanan Alkolle İlgili Avrupa Şartında ise "Bütün Küçük ve genç yetişkinlerin alkol tüketiminden olumsuz etkilerinden ve alkolle ilgili reklamlarından arındırılmış bir çevrede büyüme hakkı vardır" denildiğine dikkat çekti. Batı ülkelerinde gençlerin alkol ve uyuşturucudan korunması konusunda daha sert yaptırımlar bulunduğu belirten Memiş, Danıştay'ın iptal ettiği yö-

Aile hekimliği masaya yatırıldı

ANKARA (Cumhuriyet Bürosu) - Sağlık-Sen'in düzenlediği "Aile Hekimliği" çalıştayında, aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerilerinin değerlendirildiği bildirildi. Sendikadan yapılan açıklamada; aile hekimliği uygulamalarının ciddi altyapı eksikliklerine rağmen başlatıldığı, uygulamaya yönelik tanıtıcı reklamların halkın beklentisini yükselttiği ancak gerçekte önemli sorunlar olduğunu belirtildi.

SAGLIK-SEN'DEN KADRO TEPKİSİ

Sağlık-Sen, sözleşmeli sağlık çalışanlarının kadroya alınmalarına rağmen maaşlarının döner sermayeden karşılanacak olmasına tepki gösterdi. Sözleşmeli personelin kadroya geçirilmesi kararının ardından Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde kadro başvurusu yapan sözleşmeli personel kötü bir surprize karşılaştı. Maaşları döner sermaye işletmeleri tarafından karşılanan yaklaşık 40



Sağlık-Sen'den kamu dışından aile hekimi alımına tepki geldi

SAĞLIK-Sen, aile hekimlerine, kamu dışından aile sağlığı elemanı alınmasının Anayasa'ya aykırılık teşkil ettiğini savundu. Sendikadan yapılan yazılı açıklamada, aile hekimliklerine, kamu dışından aile sağlığı elemanı alınması eleştirildi. Devlet memurluğu için KPSS sınavına girip yerleşen bekleme sınavlarına katılmayan adayların ortasında, kadrolu personel temininin kabul edilmesinin olduğu vurgulandı.

Anayasa hükümleri var
Kamu hizmetinin gerektirdiği asli ve sürekli görevlerin devlet memurları ve diğ. kamu görevlileri eliyle yürütülmesi konusunda Anayasa'nın hükümleri bulunmaktadır. Bu hükümler, "Aile hekimliklerine kamu dışından aile sağlığı elemanı alınması" ile aykırılık teşkil etmektedir. Konuyu değerlendiren Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin Memiş, Sağlık Bakanlığının KPSS haricinde bekleyen adayları memur, ebe, sağlık memuru ve ATY bulmasını, tıbbi personel Bakanlığının yetisi-

Dava açacağı

■ Sağlık Bakanlığının yürürlükte iptal için dava açacağını belirtten Memiş, şunları kaydetti: "Sözleşmeli aile hekimliklerinde diğ. diğ. sağlık kurumlarında da, hemşire, ebe, sağlık memuru na istinadla çalışmaktadır. Maliye Bakanlığının mevzuatı dışında bu kişilerin kadrolu olması gerekmektedir. Ancak, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin göre en son, cure olarak başvurulan bir yöntemin bilimsel bir şekilde öncelikle tercih edilmesi gerekiyor. Bu karar iyi düşünülmelidir."

■ Memiş, aile hekimliklerine dışardan personel alınması imkanı tanıyan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin iptal için Danıştay'a açtıkları davaya ise Danıştay İdari Dava İnceleme Kurulu'nda girişimlere devam ettiğini bildirdi.

sayda vize vermemesi nedeniyle bu insanların kamu görevlisi olarak istihdam edilmediğini savundu.



MEMUR-SEN

MEMUR SENDİKALARI KONFEDERASYONU



İNSANLIK ÖLMEDİ YARDIMLAR AFRİKA'ya



YARDIMLARINIZ
İÇİN



www.ihh.org.tr

Ziraat Bankası Fatih Şubesi
TİSİS 0001 0004 8283 5353 5250 84



www.kimseyokmu.org.tr

Ziraat Bankası Üçüncüler Şubesi
TİSİS 0001 0004 8305 3822 8250 06



www.denizfeneri.org.tr

Ziraat Bankası
TİSİS 0001 0004 8082 1489 4850 33



www.cansuyu.org.tr

Ziraat Bankası Beşiktaş Şubesi
TİSİS 0001 0013 9542 6262 6250 01



www.yardimeli.org.tr

Ziraat Bankası Oğuzören Şubesi
TİSİS 0001 0008 2748 6304 5250 18

www.memursen.org.tr