

T.C
Mersin Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı

SAĞLIK YÖNETİMİ

Melahat ÇAMCI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mersin, 2007

T.C
Mersin Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı

SAĞLIK YÖNETİMİ

Melahat ÇAMCI

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Cemal ALTAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mersin, 2007

Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Cemal Altan
(Başkan)

Yrd. Doç. Dr. Hacı Kurt
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. İlkay Yılmaz
(Üye)

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduklarını onaylarım.

...../...../200..

Prof. Dr. A. Nükhet ADIYEKE
Enstitü Müdürü

ÖZET

Türkiye'nin tarihsel gelişimini gözden geçirdiğimizde 1980'lere kadar çok önemli değişiklik yaşandığını görürüz. Bu süreçte dünya savaşı, ekonomik krizler ve soğuk savaşlar olmasına rağmen, yeni kurulan Cumhuriyet oldukça büyük başarılarla imza atmıştır. Bu dönemde hedef ve politikalar saptanırken öncelikler, ihtiyaçlar ve zorunluluklar ortada olduğu için çözüm önerileri ve uygulamaları başarıya ulaşmıştır.

1960'larda planlı kalkınma dönemine girilmiştir. Bu dönemde günün koşulları, sorunların farklılaşması, devletin önceliklerinin değişmesinden dolayı politika belirleme süreci karmaşık bir şekil almıştır.

1960'larda başlayan planlı kalkınma döneminde sağlık hizmetlerinde gelişimin sağlanması ve istenilen düzeye gelebilmesi için beş yıllık kalkınma planları yapılmıştır. Yapılan bu kalkınma planlarında; öncelikli hizmetlere önem verilmesi, halk sağlığı hizmetlerinin sağlık bakanlığı tarafından verilmesi, sağlık çalışanlarının ülke genelinde dengeli dağılması, genel sağlık sigortasının kurulması, ulusal ilaç endüstrisinin kurulması gibi hedefler yer almaktadır.

1960-1980 yıllarını kapsayan yirmi yıllık dönemde, siyasal ve sosyal ortam hızla değişmiş, hedeflere yönelik uygulamalar değil de günü birlik politikalar izlenmiştir. Bu dönemin başarısızlığa uğramasının bir başka sebebi de siyasi kararsızlıklardır.

1980'lerden sonra Sağlık Bakanlığı sağlık sistemindeki başarısızlık sebebiyle sağlık reform arayışlarına girmiştir. Bu doğrultuda hastanedeki temizlik, mutfak, posta hizmetleri gibi hizmetler ihaleler yoluyla taşeron şirketlere yaptırılma yoluna gidilmiştir. Ardından pilot çalışma olarak Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi özerkleştirilmiştir. Bu özerkleştirme başarılı olması durumunda özelleştirme planlanmış, yedinci beş yıllık

kalkınma planında sağlık reformlarında hastanenin özelleştirilmesi ve özerkleştirilmesine yönelik hedefler belirlenmiştir. Bugün hızla bu yolda ilerlemekteyiz.

ABSTRACT

When we have a look at the historical development of Turkey, we see that there had been major changes until the 1980s. Even though there were the World War, economic crises and cold wars, the newly-founded Republic achieved great successes. As the obvious priorities, needs and obligations of the period were taken into consideration during the determination of aims and policies, the solutions and the applications of the day were successful.

The planned-development period started with the 1960s. Due to the conditions of the time, and the diversification of the problems and the priorities; the process of policy determination became complicated.

During the planned-development period starting with the 1960s, five-year-development-plans were prepared in order to improve the health services and make them reach the intended level. In those plans, there were objectives such as; giving importance to the prioritized services, giving the control of public health services to the Ministry of Health, balancing the number of the employees in the health sector throughout the country, starting a general health insurance application and founding a national pharmaceutical industry.

During the period between 1960 and 1980, the political and social atmosphere changed rapidly, and instead of goal-oriented policies, for-the-day policies were followed. Another reason for the failure of the period was the political instability.

After the 1980s, as a result of the failure in the system, the Ministry of Health began to seek solutions. With this ideal in mind, the control of the various services at hospitals, such as cleaning, cooking and postal services, were given to subcontracting firms via bids. Then as a pilot study, Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi was given an autonomous

status. When the piloting was successful, a plan of autonomy was made and in the seventh five-year-development-plan there were objectives related to the privatization and the autonomy of the hospital. Today we are rapidly moving towards this aim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET.....	I
ABSTRACT.....	III
İÇİNDEKİLER.....	V
KISALTMALAR.....	XVII
ÖNSÖZ.....	XX
GİRİŞ.....	1

I. BÖLÜM

SAĞLIK YÖNETİMİNİN GELİŞİMİ

I.1. Yönetim ve Sağlık Yönetiminin Önemi.....	4
I.1.1. Yönetim.....	5
I.1.1.1. Yönetimin Fonksiyonları.....	8
I.1.1.2. Yönetimin Kaynakları.....	12
I.1.1.3. Yönetim Kademeleri.....	15
I.1.2. Sağlık Yönetimi ve Kavramsal Çerçeve.....	16
I.1.2.1. Sağlık Yönetimi.....	16
I.1.2.2. Sağlık Yöneticisi.....	17
I.1.2.3. Sağlık Yönetiminin Görev Alanı.....	21
I.1.2.4. Dünyada Sağlık Yönetimi.....	22
I.1.2.5. Türkiye’de Sağlık Yönetimi.....	24

I.2. Sağlık Hizmetleri İle İlgili Kavramlar ve Sınıflandırma.....	28
I.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	28
I.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	30
I. 2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	30
I.2.2.1.1. Bireye ve Topluma Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	32
I.2.2.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	32
I.2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	33
I.2.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	34
I.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	34
I.2.3.1. Sağlık Sektörünün Özellikleri.....	35
I.2.3.1.1. Tüketicinin Bilgi Yetersizliği ve Uzmanın Gücü.....	35
I.2.3.1.2. Talepte Belirginliğin Olmaması.....	36
I.2.3.1.3. Tekelcilik Özelliği	37
I.2.3.1.4. Dışsallık Özelliği.....	37
I.2.3.1.5. Kamu Eliyle Verilmesi	38
I.2.3.1.6. Devlet Müdahalesinin Kaçınılmaz Olması.....	38
I. 2.3.1.7. Erdemli Mal Olma Özelliği.....	38
I.2.3.1.8. Yatırım Özelliği.....	39
I.2.3.1.9. Bütünlük Özellikleri.....	40
I.2.3.1.11. Sağlık Hizmetlerinin İkame Edilemez ve Ertelenemez Olması Özelliği	40
I.2.3.1.12. Sağlık Hizmetlerinde Fiyatlarla Gerçek Maliyetler Arasındaki Korelasyonun Zayıf Olması Özelliği.....	41
I.2.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Niteliği.....	42

I.2.3.3. Temel Sağlık Hizmetleri.....	43
I.3. Türkiye’de Sağlık Yönetiminin Tarihsel Gelişimi.....	45
I.3.1. Cumhuriyet Öncesi Sağlık Yönetimi.....	46
I.3.2. Cumhuriyet Dönemi ve Sonrası Sağlık Yönetimi	50
I.3.2.1. 1923-1960 Dönemi Sağlık Hizmetleri.....	51
I.3.2.2. 1960-1980 Dönemi Sağlık Hizmetleri.....	55
I.3.2.2.1. 1961 Anayasası ve Sağlık Politikaları.....	56
I.3.2.2.2. Kalkınma Planlarında ve Özel İhtisas Komisyonu Raporlarında Sağlık Politikaları.....	60
I.3.2.3. 1980 Sonrası Sağlık Hizmetleri.....	62
I.3.2.3.1. 1980 Sonrası Türkiye’de Genel Değişimler.....	63
I.3.2.3.2. 1982 Anayasası ve Sağlık Politikaları.....	66
I.3.2.3.3. Kalkınma Planlarında ve Yıllık Programlarda Sağlık Politikaları.....	68
I.3.2.3.4. Avrupa Birliği’ne Uyum Açısından Sağlık Politikaları.....	74

II. BÖLÜM

SAĞLIK YÖNETİMİNİN YAPILANMASI

II.1. Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme İlkeleri.....	75
II.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Örgütlenmesi.....	76
II.2.1. Sağlık Bakanlığı.....	78
II.2.1.1. Sağlık Bakanlığının Bugünkü Örgütlenmesi	80
II.2.1.1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı.....	80

II.2.1.1.1.1. Yüksek Sağlık Şurası.....	80
II.2.1.1.1.2. Ana Hizmet Birimleri.....	81
II.2.1.1.1.2.1. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.....	81
II.2.1.1.1.2.2. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.....	82
II.2.1.1.1.2.3. İlaç ve Eczacılık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.....	83
II.2.1.1.1.2.4. Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü.....	83
II.2.1.1.1.2.5. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.....	84
II.2.1.1.1.2.6. Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı.....	84
II.2.1.1.1.2.7. Verem Savaş Dairesi Başkanlığı.....	85
II.2.1.1.1.2.8. Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı.....	86
II.2.1.1.1.2.9. Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı.....	86
II.2.1.1.1.2.10. Avrupa Topluluğu Koordinasyonu Daire Başkanlığı.....	87
II.2.1.1.1.3. Danışma ve Denetim Birimleri.....	88
II.2.1.1.1.4. Yardımcı Birimler.....	90
II.2.1.1.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı.....	91
II.2.1.1.2.1. İl Kuruluşları.....	93
II.2.1.1.2.1.1. Sağlık Müdürlüğü.....	93
II.2.1.1.2.1.1.1. Personel Şube Müdürlüğü.....	94
II.2.1.1.2.1.1.2. İdari ve Mali İşler Şube Müdürlüğü.....	94
II.2.1.1.2.1.1.3. İstatistik Şube Müdürlüğü.....	95
II.2.1.1.2.1.1.4. Eğitim Şube Müdürlüğü.....	96
II.2.1.1.2.1.1.5. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şube Müdürlüğü..	97
II.2.1.1.2.1.1.6. Çevre Sağlığı Şube Müdürlüğü.....	97

II.2.1.1.2.1.1.7. Sağlık Ocakları Şube Müdürlüğü.....	98
II.2.1.1.2.1.1.8. Yataklı Tedavi Kurumları Şube Müdürlüğü.....	98
II.2.1.1.2.1.1.9. Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü.....	99
II.2.1.1.2.1.1.10. Bulaşıcı Hastalıklar ve Bağışıklama Şube Müdürlüğü..	100
II.2.1.1.2.1.1.11. Ağız ve Diş Sağlığı Şube Müdürlüğü.....	101
II.2.1.1.2.1.1.12. Tıp Meslekleri ve Özel Tanı Şubesi Müdürlüğü.....	101
II.2.1.1.2.1.1.13. Acil Hizmetler Şube Müdürlüğü.....	102
II.2.1.1.2.1.1.14. Eczacılık Şube Müdürlüğü.....	103
II.2.1.1.2.1.2. İldeki Başlıca Sağlık Kuruluşları.....	104
II.2.1.1.2.1.2.1. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları.....	104
II.2.1.1.2.1.2.2. İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları.....	104
II.2.1.1.2.1.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları.....	104
II.2.1.1.2.2. İlçe Kuruluşları.....	105
II.2.1.1.3. Sağlık Bakanlığı Teşkilatının Bağlı Kuruluşları.....	106
II.2.1.1.3.1. Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü.....	106
II.2.1.1.3.2. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkez Başkanlığı.....	107
II.2.1.1.4. Bakan Onayı İle Kurulan Birimler	107
II.2.1.1.4.1. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.....	107
II.2.1.1.4.2. Sosyal Hizmetler Koordinatörlüğü	108
II.2.1.1.4.3. Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı.....	108
II.2.2. Maliye Bakanlığı.....	108
II.2.3. Milli Savunma Bakanlığı	109
II.2.4. Üniversiteler.....	109

II.2.5. Diğer Kamu Kuruluşları.....	112
II.2.6. Özel Kesim.....	113
II.2.7. Gönüllü Cemiyetler.....	116
II.2.8. Yerel Yönetimler.....	119
II.2.8.1. İl Özel İdareleri.....	119
II.2.8.2. Belediyeler.....	119
II.2.8.3. Köyler.....	120
II.3. Sağlık İşletmeleri Düzeyinde Örgütlenme.....	121
II.3.1. Yataklı Sağlık Kuruluşları.....	121
II.3.1.1. Hastaneler.....	121
II.3.2. Yataksız Sağlık Kurumları.....	129
II.3.2.1. Sağlık Evleri.....	129
II.3.2.2. Sağlık Ocakları.....	131
II.3.2.3. Verem Savaş Dispanseri.....	133
II.3.2.4. Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri.....	136
II.3.2.5. Dispanserler.....	138
II.3.2.6. Sağlık Grup Başkanlıkları.....	138
II.3.2.7. Refik Saydam Hıfzssıhha Merkezi.....	140
II.3.2.8. Halk Sağlığı Laboratuvarları.....	140

III. BÖLÜM
SAĞLIK YÖNETİMİNİN İŞLEYİŞİ

III.1. Personel Yönetimi.....	142
III.1.1. Personel Yönetiminin Tanımı, Amacı ve Kapsamı.....	142
III.1.2. Personel Yönetiminin Görevleri.....	143
III.1.3. Personel Yönetiminde Sistemler.....	144
III.1.3.1. Sınıflandırma Sistemi.....	144
III.1.3.2. Kariyer Sistemi.....	145
III.1.3.3. Liyakat Sistemi.....	145
III.1.4. Personel Yönetiminde İlkeler.....	146
III.1.5. Personel Politikaları.....	148
III.1.5.1. Personel Alma.....	149
III.1.5.2. Değerlendirme.....	150
III.1.5.3. Yükselme.....	150
III.1.6. Personel İstihdamı.....	151
III.1.7. Personelin Yönetimi.....	152
III.2. Sağlık Hizmetleri Personeli.....	152
III.2.1. Yöneticiler.....	153
III.2.1.1. Başhekim	154
III.2.1.2. Hastane Müdürü	154
III.2.1.3. Başhemşire.....	155
III.2.1.4. Döner Sermaye Saymanı.....	156
III.2.2. İş Görenler.....	156

III.2.2.1. Hekim.....	156
III.2.2.1.1. Şef ve Uzman Hekimler	157
III.2.2.1.2. Pratisyen Hekimler	157
III.2.2.2. Hemşire	157
III.2.2.3. Ebe.....	158
III.2.2.4. Sağlık Memuru	158
III.2.2.5. Sağlık Teknisyeni/Teknikerleri.....	159
III.2.2.5.1. Çevre Sağlığı Teknisyeni.....	159
III.2.2.5.2. Acil Tıp Teknisyeni.....	159
III.2.2.5.3. Anestezi Teknisyeni.....	160
III.2.2.5.4. Laboratuvar Teknisyeni.....	160
III.2.2.5.5. Röntgen Teknisyeni.....	160
III.2.2.5.6. Radyoterapi Teknisyeni.....	160
III.2.2.5.7. Fizik Tedavi Teknisyeni.....	161
III.2.2.5.8. Diş Protez Teknisyeni.....	161
III.2.2.5.9. Patoloji Teknisyeni.....	161
III.2.5.10. Tıbbi Sekreter.....	161
III.2.2.6. Paramedikal Personel.....	162
III.2.2.6.1. Diş Tabibi.....	162
III.2.2.6.2. Başeczacı.....	162
III.2.2.6.3. Fizyoterapist.....	162
III.2.2.6.4. Diyetisyen, Sosyal Hizmet Şefi.....	163
III.2.2.7. Diğer personel	163
III.3. Sosyal Güvenlik Kuruluşları.....	164

III.3.1.Sosyal Sigortalar Kurumu Hastalık Sigortası.....	165
III.3.1.1.Hastalık Sigortası.....	166
III.3.1.2.Hastalık Sigortasından Yararlanma Koşulları.....	166
III.3.1.2.1.Hastalanma.....	166
III.3.1.2.2.Hastalanan Kişinin Sigortalı veya Sigortalının Yakını ya da Sosyal Sigortalar Hükümlerine Göre Gelir Almakta Olması.....	168
III.3.1.2.3.Belirli Bir Süre Prim Ödemiş Olma.....	168
III.3.1.2.4.Kuruma Başvurma.....	169
III.3.1.3.Hastalık Sigortası Yardımları.....	169
III.3.1.3.1.Sağlık Yardımları.....	169
III.3.1.3.2.Geçici İş Göremezlik Ödeneği.....	170
III.3.1.4. Sigortalılık Niteliğini Kaybedenlere Yapılacak Yardımlar.....	171
III.3.1.5.Sigortalının Aile Bireyelerine Yapılacak Yardımlar.....	171
III.3.1.6.Kurumdan Gelir veya Aylık Almakta Olanlarla Bunların Aile Bireyelerine Yapılacak Yardımlar.....	171
III.3.2.TC Emekli Sandığı Sağlık Sigortası.....	172
III.3.2.1.Sandığın Kapsamı.....	173
III.3.2.2.Sağlık Yardımlarından Yararlanma Koşulları.....	173
III.3.2.3.Aktif İştirakçilere Sağlık Yardımları.....	173
III.3.2.4.Emekli, Adi Malullük ve Vazife Malullüğü Aylığı Almakta Olanla.....	174
III.3.3.Bağ-Kur Sağlık Sigortası.....	174
III.3.3.1.Kapsam.....	175
III.3.3.2.Yararlanma Koşulları.....	176
III.3.3.3.Sağlık Yardımları.....	176

III.3.4. Özel Sigortalar.....	177
III.3.5. Yeşil Kart.....	177
III.3.6. Diğer Kurum ve Kuruluşlar.....	178
III.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Harcamaları ve Finansmanı	179
III.4.1. Mevcut Sağlık Sistemi.....	179
III.4.2. Temel Finansman Sistemi ve Kapsamı.....	180
III.4.3. Sağlık Hizmetleri Harcamaları ve Finansmanı.....	181
III.4.3.1. Kamu Sağlık Harcamaları ve Finansmanı.....	181
III.4.3.1.1. Sağlık Bakanlığı	181
III.4.3.1.2. Sosyal Sigortalar Kurumu	183
III.4.3.1.3. Bağ-Kur	184
III.4.3.1.4. T.C Emekli Sandığı.....	186
III.4.3.1.5. Üniversiteler	187
III.4.3.1.6. Milli Savunma Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri.....	188
III.4.3.1.7. Belediyeler.....	188
III.4.3.1.8. Kamu İktisadi Teşebbüsleri.....	189
III.4.3.1.9. Bakanlıklar	189
III.4.3.1.10. Fonlar	189
III.4.3.2. Özel Sağlık Harcamaları ve Finansmanı.....	190
III.4.3.3. Dış Finansman Kaynakları.....	191
III.4.4. Toplam Sağlık Harcamaları ve Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Oranı.....	191
III.4.5. Türkiye’de Sağlık Finansmanı Sorunları.....	192
III.5. Sağlık Hizmetlerinde Değişim.....	195

III.5.1. Dünyada ve Kamu Yönetiminde Değişim.....	195
III.5.2. Sağlık Hizmetleri Boyutundaki Değişim	196
III.5.2.1. Dünyada Sağlık Hizmetlerinde Görülen Değişim Dinamikleri	196
III.5.2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Görülen Değişim Dinamikleri	197
III.5.2.3. Mevcut Durum.....	198
III.5.3. Kamu Yönetimi Reformu ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma.....	199
III.5.3.1. Türkiye’de Sağlık Reformu Çalışmaları.....	200
III.5.3.2. Kamu Reformunun Gerekçeleri.....	203
III.5.3.3. Kamu Yönetimi Reformu.....	205
III.5.4. Devletin Rolünü Değiştiren Uygulamalar.....	209
III.5.4.1. Özelleştirme.....	211
III.5.4.2. Düzenleyici Devlet.....	213
III.5.4.3. Yerelleştirme Politikaları	214
III.5.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	217
III.5.5.1. Amaçlar.....	219
III.5.5.2. Temel İlkeler.....	220
III.5.6. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri.....	221
III.5.6.1 Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı.....	221
III.5.6.2 Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası.....	222
III.5.6.3 Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi.....	223
III.5.6.4 Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü.....	225
III.5.6.5 Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları.....	226
III.5.6.6 Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon.....	226

III.5.6.7 Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma.....	227
III.5.6.8 Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.....	227
III.5.7. Sağlıkta Dönüşüm Programının Uygulama Süreci.....	228
III.6. Sağlıkta Özelleştirme.....	229
III.6.1. Sağlık hizmetlerinde Özelleştirmenin Gelişimi ve Hastanelerde Özelleştirmenin Tanımlanması.....	229
III.6.2. Hastanelerin Özelleştirilmesi.....	231
III.6.2.1. Hastanelerin Özelleştirilmesinin Gelişmekte Olan Ülkeler Açısından Nedenleri.....	232
III.6.2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme.....	233
III.6.2.3. Sağlık Bakanlığı'nın Belirlediği Sorunlar ve Çözüm Önerileri.....	235
III.6.2.4. Dünya Bankasının Sağlıkta Özelleştirme Yaklaşımı.....	236
III.6.2.5. Sağlıkta Özelleştirme Çalışmalarının Stratejisi ve Hastanelerin Özelleştirilmesinde Başarı Şartları.....	238
III.6.3. Hastanelerin Özerkleştirilmesi.....	239
III.6.4. Özelleştirmenin Doğuracağı Sonuçlar	240
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	244
KAYNAKÇA.....	263

KISALTMALAR

a.g.e.	: Adı geçen eser
a.g.m.	: Adı geçen makale
a.k.	: Aynı kaynak
AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AET	: Avrupa Ekonomik Topluluğu
AHA	: American Hospital Association (Amerikan Hastaneler Birliği)
AİD	: Anne İdaresi Dergisi
AIDS	: Acquired Immuno Deficiency Synchrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)
AT	:Avrupa Topluluğu
Bağ-Kur	:Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BBT	: Bigisayarlı Beyin Tomografisi
BM	: Birleşmiş Milletler
BYKP	: Beş Yıllık Kalkınma Planı
DEÜ	: Dokuz Eylül Üniversitesi
DİE\TÜİK	: Devlet İstatistik Enstitüsü\ Türkiye İstatistik Kurumu
DMK	: Devlet Memurları Kanunu
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
EEG	: Electro Encephalography

EKG	: Elektro Kardiyo Grafi
EMG	: Elektromiyografi
GATA	:Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
HDTM	: Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı
IMF	: International Monetary Fund
İ BYKP	: İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı
İDT	: İktisadi Devlet Teşekkülleri
İİBF	: İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
İLO	: International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)
KAYA	: Kamu Yönetimi Araştırma Projesi
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KİT	: Kamu İktisadi Teşebbüsleri
KYTKT	: Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı
M.S.	: Milattan Sonra
MEHTAP	: Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi
MPM	: Milli Prodüktivite Merkezi
OECD	: Organisation for Economic Co-Operation and Development
ÖİKR	: Özel İhtisas Komisyon Raporu
ria	: Rahim içi araç, doğum kontrolü için.
SAL	: Structural Adjustment Loan

SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TB	: Tüberküloz
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCDD	: Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demir Yolları
TCES	: Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı
TODAİE	: Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü
TÜBİTAK	: Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
UNICEF	: United Nations Children's Fund (Birleşmiş Milletler Eğitim Kültür Teşkilatı)
ÜBYKP	: Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurumu
YTKİY	: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

ÖNSÖZ

Bireyin yaşam hakkı, bireye tanınan sağlık hakkı ile anlam kazanabilir. Yaşama hakkının varlığı sağlık hakkının varlığına bağlıdır. Önemli olan sadece yaşam değil, sağlıklı yaşamdır. Bireyin sağlıklı kalabilmesi, bireyin yaşam hakkı ve sağlık hakkının korunabilmesi ancak etkin sağlık hizmetleriyle mümkündür.

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin hukuki kaynakları oldukça fazladır. Sağlık hizmetlerinin hukuki kaynakları hem sağlık hizmetlerinin nasıl yapılacağını düzenler; hem de hukuken meşruluğunu sağlar. Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin hukuki kaynakları sayısal yönden oldukça fazla olmasına rağmen; niteliksel yönden yetersiz kalmaktadır. Bugün Türkiye'de sağlığın hukuki yapısına yönelik bir yapılanma yoktur. Sağlık hukuku denilince akla sadece sağlık mevzuatı gelmektedir. Gerçi mevzuat hukukun önemli bir parçasıdır; ama hasta hakları, hekim hakları vb. gibi güncel konular ve bireylerin birbirleri karşısındaki durumlarına ve devlet ile birey arasındaki ilişkilere ait kavramlar fazla bilinmemektedir. Bu alanda çalışma yapması beklenebilecek yetkililer ve kurumlar bu tür konulara pek eğilmemektedirler.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin teşkilatlanması ile ilgili yasal düzenlemeler dağınık, birbirinden kopuk ve yetersiz durumdadır. Yürürlükteki yasal düzenlemeler eskimiştir. Günün ihtiyaçlarına cevap vermekten uzak yasal düzenlemeler halen yürürlüktedir. Bunlar dağınık ve düzensiz bir yapı arz etmektedirler.

Sağlık sisteminin fonksiyonel yapısı ile örgütlenmesi arasında büyük bir ilişki bulunmaktadır. Fonksiyonel yapının işlemesi için sağlık sisteminin iyi bir örgütlenmesinin yapılması, gerekli bütün üretim etkenleriyle donatılması ve modern yöntemlerle yönetilmesi gerekmektedir. Gelişmiş ülkelere baktığımızda sağlık sisteminin düzenli oluşu ve sistemin oturmuş olması dikkat çekmektedir. Ülkemizde de

hala sağlık sisteminin fonksiyonel yapısının işlememesine ozmler aranmakta ve bulunan ozmler etkili olmamaktadır.

Tüm bu veriler doğrultusunda Türkiye’de Sağlık Yönetimi konusunda yaşanan sıkıntılarını, mesleğimden dolayı bizzat yaşadığımdan, doğru analiz yapabileceğimi düşünerek bu çalışmayı yaptım. Bu çalışmamda çok değerli hocam Merhum Prof. Dr. Tayfur ÖZŐEN’e, yönlendirmelerinden dolayı Yrd. Doç. Dr. Cemal ALTAN ve Yrd. Doç. Dr. Hacı KURT’a ayrıca beni çalışmalarımda yalnız bırakmayarak her türlü desteği benden esirgemeyen Mehmet Muti AKSOY ve Cevdet BEŐEN’e teŐekkürlerimi sunuyorum.

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar anlamına gelir. Sağlık Yönetimi sağlık hizmetinin üretimi, sunumu, sağlık sigortası ve ödeme şeklinin bir arada bulunduğu örgütlenme yapısıdır. Bu yapılanmada ön ödemeli sağlık planı, sağlık hizmeti kullanımının kontrolü ve sağlık bakımının yönetildiği organizasyonlar bulunmaktadır.

Sağlık bakımı ve sağlık sistemleri Sağlık Bakanlığının sorumluluğu altındadır. Bakanlık (metinde bundan sonraki kısımlarda kastedilen Bakanlık, Sağlık Bakanlığıdır.) sağlık sistemlerinin nasıl yönetileceği, sağlık ve sağlık bakımı alanına ayrılacak bütçenin büyüklüğü, geri ödenecek ilaçlar ve kullanılacak teknoloji konularında karar alır. Bakanlık, sağlık bakımına erişim sağlamak, vatandaşların artan beklentilerini karşılamak, yeni tedavi şekilleri için yatırımlarda bulunmak, sağlık bakımı kalitesini geliştirmek ve yaşlanan nüfustan gelen sağlık bakımı baskısına cevap verebilmek gibi oldukça önemli zorluklarla karşı karşıyadır. Dolayısıyla iyi sağlığa kavuşabilmek için Bakanlığın rolü, vatandaşları korumak, destekleyici ortaklıklarla sinerjiler kurmak, sağlık konusunun tüm ülke politikalarında yer almasını sağlamak ve vatandaşlar ile sağlık personelinin bilgilendirmektir. Bakanlık iyi sağlığa kavuşulması yolunda yapılan değişikliklerde bir katalizör görevi görmektedir.

Bu çalışma kapsamında sağlık hizmetlerini ele alırken, bu yönetimin şekillenmesine sebep olan siyasal süreç de göz önünde tutulmuştur. Bu açıdan özellikle 1980 sonrası, çalışmamız açısından önem kazanmaktadır. Çünkü bu son dönemde küreselleşme ve hastanelerin özelleşmesi adına koruyucu sağlık hizmetleri ikinci plana itilmekte, kar amacı güdüldüğü için tedavi edici sağlık hizmetlerine kaynak aktarımı olmaktadır. Bu da yakın gelecekte salgın hastalıklar ve önlenemez hastalıklarda artma

olacağının bir işaretidir.¹ Bu ise kamusal nitelikte olan sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarında üretilmesine ve bu sistemde bedelini ödeyenin sağlık hizmetlerine kavuşabilmesine bu da halkın hizmete ulaşmasında eşitsizliğe sebep olacaktır.

Bu alışmada, Türkiye’de Sağlık Yönetimi alanındaki anahtar aktörlerin yetki ve sorumlulukları ile bunları etkileyen unsurların bir fotoğrafının sunulması amaçlanmaktadır. Bu bağlamda ülkemizdeki sağlık yönetimi; gelişim, örgütlenme ve işleyiş açısından ele alınmıştır.

Bu çalışmada aşağıdaki denenceler test edilmeye çalışılacaktır. Ülkemizde sağlık yönetimi etkin bir şekilde işlememektedir. Türkiye’de 1980 sonrası dönemde sağlık yönetiminin algılanış tarzında değişimler yaşanmıştır. Bu değişim örgütlenme yapısında da değişimlere neden olmuştur. Sağlık yönetiminin etkinliği açısından planlamaya dayalı bir örgütlenme ve yine bu çerçevede işleyişin düzenlenmesi gerekmektedir. Ancak günümüzde planlama anlayışının göz ardı edilmesi ve projelere doğru yönelmesi sağlık yönetiminin etkinliğini azaltmaktadır.

Bu alışmada, Cumhuriyet döneminde, günümüze kadar sağlık yönetimi incelendiğinden öncelikli olarak literatür taraması yapılmış, ilgili mevzuat, günümüze kadar hazırlanan raporlar, kalkınma planları ile sağlık sistemi üzerinde yapılan çalışmalar incelenmiştir.

Kaliteli ve iyi sağlık, paylaşılan bir sorumluluktur. Uygulamaya konulabilmesi için ise farklı aktörlerin rol oynamasına ihtiyaç vardır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı kapsamında yer alan, sorumluluğun değişiklik gösteren dağılımını göz önünde bulundurarak ve en iyi sonuçların elde edilebilmesi için Bakanlık lke çapında kurulmuş

¹ çok çarpıcı bir rnek Amerika’dan verilebilir. Amerika son yıllarda eğitim, sağlık, sosyal güvenlik gibi alanlarda btçeden ayrılan payı önemli lde azaltmıştır. Özellikle sağlık alanında devletin desteğinin kalkması uzun yıllardan beri yok edildiği sanılan hastalıkların da ortaya çıkmasına neden olmuştur. Amerika’da yıllar boyunca, btçeden sağlık programları konusunda yapılan kesintiler tehlikeli tüberküloz virüsünü kentsel Amerika’da yaygın hale getirmiştir.

olan ağların faydalarından yararlanarak iş birliği içerisinde olmalıdır. Bakanlık ulusal yetkililerle, kurumsal paydaşlarla ve uluslararası organizasyonlarla sinerjiler oluşturmalı ve işbirliği halinde hareket etmelidir.

Çalışmanın birinci bölümünde, yönetim, sağlık yönetimi, sağlık hizmetlerinin özelliği ile sağlık hizmetlerinin Türkiye’deki tarihsel değişimi hakkında bilgi verilmiştir.

İkinci blmde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi üzerinde durulmuş, Sağlık hizmeti veren tüm kuruluşlar ele alınmıştır. Bu kuruluşların sundukları sağlık hizmetleri işleyiş açısından ortaya konmuştur.

nc blmde 1980’lerde küreselleşmenin getirdiği sağlık hizmetlerinde meydana gelen değişim, düzenleyici devlet, yerelleşme ve özelleşme yaklaşımları ele alınmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı’nın mevcut sağlık sisteminin günümüz şartlarına ayak uyduramadığı gerekçesiyle başlatıp uygulamaya koyduğu “sağlıkta dönüşüm” programının genel erevesi çizilmiştir.

I. BÖLÜM

SAĞLIK YÖNETİMİNİN GELİŞİMİ

I.1. Yönetim ve Sağlık Yönetiminin Önemi

Dünyanın kuruluşundan bu yana yaşayan bütün canlılarda olduğu gibi insanların da sağlık sorunları süregelmiştir. Sağlık sorunlarına en ilkel çağlardan günümüze kadar çözümler aranmış ve bu nedenle pek çok bilimsel deneyler ve buluşlar gerçekleştirilmiştir.

Henüz pozitif bilimlerin bilinmediği zamanlarda sağlık konuları da diğer olaylar gibi doğüstü güçlere bağlanmış ve tedavileri mistik varlıklarda aranmıştır. Daha sonraları bazı hastalıklara sebep olan olaylar ve tedavi şekillerine dair tespitler neticesinde, bitkilerden ilaçlar yapılma yoluna gidilmiş ve bu suretle bazı hastalıklarda tedaviler sağlanmıştır.²

Sağlığı korumak ve iyileştirmek insan emeğinin en kutsal faaliyetleridir. Bunun bilincine varan ve insana değer veren bütün uygar ülkelerde en büyük yatırımın sağlık sektörüne yapılması ve sağlık hizmetlerine ulusal gelirden çok önemli bir payın ayrılması bu nedenledir. Nitekim son yüzyıl içinde gelişmiş batı ülkelerinde sağlık alanında çok büyük ilerlemeler kaydedilmiş, çok ileri teknolojiler geliştirilmiş ve ortaya çok gelişmiş sağlık kuruluşları içeren ulusal sağlık sistemleri çıkmıştır. Bu gelişmiş ve çok boyutlu sağlık sistemlerinin gelişmesine paralel olarak, ortaya profesyonel, yarı profesyonel ve hizmetlilerden oluşan çok karmaşık insangücünü içeren büyük sağlık kuruluşlarının yönetilmesi sorunu çıkmış ve bu ihtiyacın fark edilmesi ile sağlık sisteminin karmaşık boyutlarını bilimsel bir temelde yönetecek meslek adamlarının yetiştirilmesi çabaları

² Ali Doğu ESKİN, **Yurdumuzda Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi (1960-1971)**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2002, s.1.

başlamıştır. Bu çabaların sonucunda bugün Kuzey Amerika ülkelerinde çok iyi tanınmış bir sağlık hizmetleri yöneticiliği mesleği gelişmiş ve bu meslek birçok üniversitede lisans, yüksek lisans ve doktora düzeylerinde öğretilen ve kendi üst mesleki kuruluşlarınca denetlenen bir duruma gelmiştir.³

I.1.1. Yönetim

Milattan önceki yıllardan beri birçok kişi yönetim ile ilgilenmiştir. Hz. İsa, komuta birliği ve insan ilişkilerine önem vermiştir. Hazreti Muhammed'in hak ve adalet ilkeleri, toplum dayanışması, demokratik yönetim konularındaki titizliği günümüz yönetimlerinde de aranılan niteliklerdir.⁴

M.S. 900' lü yıllarda Farabi, 1100'lü yıllarda Gazali bir yöneticinin özelliklerinin neler olacağını belirlemiştir.⁵ Farabi, "El Medinetül Fâzıla" adlı kitabında liderlerin özellikleri üzerinde durmuştur. Gazali de "Nasihât AI-Mülk" adlı kitabında yönetici niteliklerine değinmiştir. Büyük Selçuklu İmparatorluğu veziri Nizamülmülk ünlü "Siyasetname" sinde devlet yönetimi ile ilgili bilgiler sunmuştur.⁶

1300 yılında İbn-i Haldun, yönetim ilkelerinden bahsetmiştir. Osmanlı İmparatorluğu İstanbul Defterdarı Sarı Mehmet Paşa 1715 yılında yazdığı "Nasayih-ül Vüzera vel Ümera" adlı eserinde kamu görevlilerinin nitelikleri olarak zeka, bilgi, dürüstlük ve tecrübeye ağırlık vermektedir.⁷

³ Fulya SAVRAN, Hikmet SEÇİM, **Hastane İşletmeciliği**, "Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi", Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir 1995, s.1-2.

⁴ Bilal AK, **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, İstanbul 1990, s.19.

⁵ İsmail KARAYALÇIN, **Sanayi Mühendisliğine Giriş**, Matbaa Teknisyenleri Matbaası, İstanbul 1973, s.823.

⁶ AK., a.g.e., s.19.

⁷ Yahya Kemal KAYA, **Eğitim Yönetimi**, TODAİE yayın no 184, Doğan Basımevi, Ankara 1978, s. 27.

Yönetim kavramı genellikle sevk ve idare olarak tanımlanmaktadır. Sevk kelimesi bir gayeye yönelmiş faaliyeti, idare kelimesi ise bir gayeye yönelmiş faaliyetin eldeki imkan ve şartlara uygun olarak sonuçlandırılmasını ifade eder.⁸

Yönetim, insanların toplu yaşama başlamaları sonucu bir gereksinim olarak ortaya çıkmıştır. Toplu yaşamın gereği olarak, bu yaşamı biçimlendiren, yönlendiren bir dizi kurallar oluşmuş ve toplumun değişen ve artan ihtiyaçlarına uygun olarak da bu gereksinimler değişip gelişmiştir. Bu kurallar toplumun amaçlarına uygun bir düzenin oluşması için zaman zaman bireyin amaçlarının üstüne bile çıkmıştır. Yönetim kavramı bu toplumsal kuralların yaşama geçirilmesi sistemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Yönetim, toplumsal gereksinimlerin, amaçların gerçekleştirilmesi yönünde, toplum üyelerini yönlendirecek ve onların çabalarını koordine ederek işlevini yerine getirecektir.⁹

Her bilim dalında olduğu gibi yönetim de birden çok tanımla tarif edilebilir. Bunlardan bazıları şöyledir:¹⁰

Yönetim, planlama, örgütlenme, yönlendirme, koordinasyon ve denetleme faaliyetlerinden oluşan bir süreçtir.¹¹

Bir amaca varmak için işlerin planlanması, bireylerin bir amaç için işbirliği yapmalarıdır.¹² Yönetim, kaynakların birleştirilerek en verimli bir şekilde kullanılması,¹³ insanlara iş yaptırma ilim ve sanatıdır.

Bir gruba bağlı kişilerin çabalarının ortak bir amaca yöneltilmesi için yol gösterme ve bunların denetiminin sağlanmasıdır.¹⁴

⁸ Ergun ZOGA, **İdarecilik ve Sanatı**, İstanbul Matbaası, İstanbul 1963, s.3.

⁹ Cengiz KİTAPÇI, **Türkiye’de Sağlık Yönetimi (Sorunlar ve Çözüm Önerileri)**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, TODAİE , Ankara 1993, s.1.

¹⁰ Cemil SÖZEN, **Sağlık Yönetimi**, Palme Yayıncılık, Ankara 2003, s.2.

¹¹ Bilal ERYILMAZ, **Kamu Yönetimi**, Erkam Matbaası, İstanbul 2002, s.4.

¹² Şeref GÖZÜBÜYÜK, **Yönetim Hukuku**, 16. Baskı, Turhan Kitapevi, Ankara 2002, s.1.

¹³ Doğan BENLİ, Hüseyin ÖZALP, **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, Somgür Yayıncılık, Ankara 1994, s.2.

Bilgi ve anlayışa dayalı karar verme yolu ile organizasyon amaçlarını gerçekleştirmek, onlara yönelme, ulaşma amacı ile tasarlanan tüm organizasyonel sistem unsurlarını uygun bağlantı süreçleri ile birbirine bağlayan ve bütünleştiren bir güçtür.¹⁵

Yönetim bir bilim, aynı zamanda bir sanattır. Yönetim bilimi; bir toplumdaki insan ve madde varlıklarından amaca ulaşmak için en yüksek verimi sağlamanın, maddi kazanç ve insanlara mutluluk temin etmenin yollarını araştıran bir bilimdir. Yönetim bilimi, örgüt sorunlarını incelediği ölçüde bilim, yöneticilere önerilerde bulunduğu sürece sanattır. Uygulamada yöneticiler, örgütten örgüte az çok değişiklikler söz konusu olsa bile şu süreçleri yerine getirirler.¹⁶ Bunlar planlama, örgütleme, yönetme, koordinasyon, değerlendirmedir.

Yönetimin uygulama ve sanat yönü önemlidir. Yönetim uygulamalarının toplumsal hayat kadar eski olması nedeni ile sanatların en eskisi, önemi ve evrenselliği nedeni ile de sanatların en önemlisidir. Yönetim sanatı, bir amacı elde etmek için bilgi ve becerilerin sistemli bir biçimde uygulamasını kapsar. Somut amaçları başarmak, sonuçları etkilemek ve durumlar yaratmak görevindedir.¹⁷ Yani yönetim bir meslektir, hem bilim hem de bir sanattır.¹⁸ Sanat ve bilim ise birbirlerini tamamlayan iki kavramdır.¹⁹

I.1.1.1. Yönetimin Fonksiyonları

Başarılı bir yönetimin uygulanabilmesi belirli faaliyetlerin yerine getirilmesine bağlıdır. Birbirini takip eden bu faaliyetler yönetimin fonksiyonları, görevleri veya

¹⁴ Ömer BOZKURT, Turgay ERGUN, **Kamu Yönetimi Sözlüğü**, TODAİE Yayını no:283, Ankara 1998, s.265.

¹⁵ AK., a.g.e., s.15.

¹⁶ SÖZEN., a.g.e., s.3.

¹⁷ AK., a.g.e., s.17.

¹⁸ **Gelişmekte Olan Ülkelerde Modern Sevk ve İdareci Yetiştirme ve Geliştirilmelerinin Önemi**, MPM yayını no:35, İş Matbaası, Ankara 1969, s.6-7.

¹⁹ Halil CAN, Meral TECER, **İşletme Yönetimi**, TODAİE, Yayın No:169, Doğan Basımevi, Ankara 1978, s.11.

yönetim süreci olarak adlandırılmaktadır. Bu fonksiyonlar nerede olurlarsa olsunlar aynıdır ve bu nedenle evrenseldirler.²⁰

Yönetim fonksiyonlarının herhangi birinin ihmali veya eksik yerine getirilmesi, diğerlerinin de aksamasına yol açar. Bu nedenle yönetim fonksiyonlarının uyumlu bir bütün halinde değerlendirilmesi gerekir.²¹

Planlama

Planlama, yönetimin ilk fonksiyonudur. Bu fonksiyonda nereye, niçin, nasıl, hangi araç ve yöntemlerle, ne zaman ve nerede ulaşılabileceği belirlenir. Amaçlara ulaşmak için araçlar ve yollar kararlaştırılır. Planlama, amaçlara ulaşmayı sağlayan yolları belirleyen, ne yapılacağını önceden kararlaştıran, yani tasarlanan bir hareket biçimi ve yönetimin temel anahtarıdır.²²

Örgütlenme

Belli bir işin görülmesi için ayrılmış olan kaynakların karşılıklı ilişkileri belirlenerek, belli bir yönetim yapısı içerisinde sistemli olarak yer almasıdır. Koordine edilmiş insan çabaları sistemidir de denilebilir.²³

Örgüt, üretim için gerekli olan maddi ve manevi araçları belli bir düzen içinde bir araya getirme faaliyetinin sonucu olarak ortaya çıkan yapı ve iskelettir.²⁴ Örgütlenme süreci sonundaki yapıya örgüt (teşkilat) denir.²⁵

Bir örgüt içerisinde amaçlar, insanlar, yapılacak işler, makam, haberleşme, araç gereç, insanların insanlarla ve insanların işle olan ilişkileri bulunur. Örgütlenme, amaçları

²⁰ Birol BUMİN, "Yönetici ve Eğitim", **Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Dergisi**, Ankara 1971, s.250-253.

²¹ Bedri İŞİL, **Ticari ve Sınai İşletmeler ve Modern Sevk ve İdare**, Ayyıldız Matbaası, Ankara 1965, s.65.

²² AK., a.g.e., s.48.

²³ SÖZEN., a.g.e., s.21.

²⁴ AK., a.g.e., s.63.

²⁵ SÖZEN., a.g.e., s.21.

gerçekleştirmek için gerekli faaliyetlerin, bu faaliyetleri yürütecek personelin ve kullanılacak araç ve gereçlerin belirlenmesi sürecidir. Örgütlemenin formal ve informal iki yapısı vardır. Formal örgütlenme yapısıdır, kural ve şekildir. Personelin görev ve sorumluluklarını, birbiriyle ilişkilerini belirler. İnfomal örgütlenme, kişilerin insanlar arası ilişkilerinden doğar, bir otorite ya da fonksiyon yapısından daha çok kişilikler yapısı olarak gelişir. Kişilikler yapısı da denilebilir. Formal örgütlemedeki tasarlanan yapı, informal yapıya da uyarsa (örtüşürse) ilişkiler normal seyreder. İnfomal yapı ile formal yapı örtüşmediği zaman çatışma ve problem yaşanır.²⁶

Yönetme

Bu fonksiyona konu olan temel işlem yönetme işlemidir ve yönetme, yöneticilerin astlarına emir vermesi ya da başka yollarla ne yapılması gerektiğini bildirmesi ile ilgilidir. Bunun için yöneticinin yapacağı şey, planı uygulamak için teşkilatın çeşitli basamaklarına yerleştiği kişilere hareket emri vermektir.²⁷

Yönetme fonksiyonunun temel yapısından birini de yürütme fonksiyonu oluşturmaktadır ve yürütme de, teşkilatta yer alan kişilere görevlerini en verimli ve etkin bir biçimde yaptırma amaç edinmiştir. Sürekli bir nitelik taşır, rehberlik ve öğretmenliği de içine alır.²⁸

Yürütme, her kademedeki görevlerde çalışan personelin bütün bilgi, beceri ve kuvvetlerini olumlu ve etkili bir şekilde amaca doğru seferber etmedir. Yönetimin en güç ve önemli işidir, emretmek, kumanda etmek, karar vermek ve uygulamadır, insanların yönetilmesi, usullerin ve kaynakların yönetilmesini kapsar. Teşkilatlanmış hareketi başlatan bir fonksiyondur.²⁹

²⁶ a.k., s.21.

²⁷ AK., a.g.e., s.79.

²⁸ a.k., s.79.

²⁹ a.k., s.79.

Yürütme, otoriteye dayanır. Otoritesiz başarılı bir yönetim düşünülemez. Otorite, insanlara iş yaptırabilme yeteneğidir. Serbestçe verilen bir kararın iş şartlarına uydurulmasıdır. Otorite, otorite gösterebilecek bir makamda bulunan kişinin yeteneği, başkalarını anlamada göstereceği başarı, cesaret ve hayal gücüdür.³⁰

Etkin bir yürütme sistemi; takım ruhu yaratmak, personeli iyi tanımak, ayrıntılar içinde boğulmamaya dikkat etmek, iyi bir ödüllendirme ve cezalandırma sistemi kurmak, astlara yanılma hakkı tanımak v.b. bazı şartların sağlanması ile kurulabilir. Bütün bunlara rağmen yürütmenin sağlanmasında, insanı anlama ve tanıma güçlüğü, otorite biçimleri ve otoriteyi kullanmadaki güçlükler, ferdi hürriyetlerle otoritenin bağdaştırılması, çalışanları inandırma ve eğitme zorunluluğu, disiplinli ve itaatli insanlar yetiştirme zorunluluğu gibi problemler söz konusudur.³¹

Eşgüdümleme (Koordinasyon)

Düzenleştirme, dengeleme, eşgüdüm ve uyumlaştırma adları ile de anılan koordinasyon, bir işletmede çalışmalar arasında uyum yaratmak şeklinde ifade edilmektedir. Çabaların, birbirini zıt yönlerde doğru götürmeyecek biçimde düzenlenmesidir. Bu fonksiyon, grup üyelerini birbirlerinin çalışmalarından haberdar kılmağa yararmaktadır.³²

Çağdaş yönetim yazarları koordinasyonu kendi başına bir fonksiyon olmaktan çok yönetimin bir amacı olarak görmektedirler. Bu görüşe göre etkinliklerin başarılı bir şekilde koordinasyonu, planlama, teşkilatlanma ve denetim fonksiyonlarının etkili biçimde yürütülmesinin bir sonucudur.³³ Teşkilatta, her bölüm; diğerlerinin ne yaptığından haberdar ve onlarla uyumlu olarak faaliyetlerini sürdürür ve her bölüm değişen şartlara, sürekli

³⁰ a.k., s.79.

³¹ a.k., s.80.

³² a.k., s.89.

³³ a.k., s.89.

olarak uyum gösterirse iyi bir koordinasyondan bahsedilebilir. İyi bir koordinasyonun sorumlusu teşkilatın tepe yöneticisidir.³⁴

Koordinasyon, özellikle sağlık hizmetlerinde çok önemlidir. Çünkü gerek hastanın sağlığına kavuşturulması ve gerekse sağlıklıları hastalıklardan koruyarak sağlıklılarının yükseltilmesi, başkalarının çaba ve katkılarının birleşmesiyle mümkün olur.³⁵

Koordinasyonu sağlama görevi; hiyerarşik düzende üst kademedeki bulunan yöneticinin (başhemşire, başhekim ve sağlık ocağı hekimi gibi), birden çok örgütle eşgüdüm sağlanacaksa bunların ortak üstlerinin (kaymakam, sağlık müdürü gibi) görevidir. Bu görev, çeşitli enstrümanları yöneten orkestra şefinin görevi gibidir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında koordinasyonu sağlamanın iki ana ögesi vardır. Bunlardan birincisi, her üyenin görev ve sorumluluğunun yazılı olduğu yönergeler hazırlanmasıdır. Bu yönergelerde kimlerin kimlerle nasıl işbirliği yapacağı yazılmalıdır. İkincisi ise, ekip üyeleri arasında ve ekiplerle sürekli aksaksız iletişimin kurulmasıdır. Bu iki yöntemin başarıyla uygulanması önce ekip önderinin, sonra tüm ekip üyelerinin görevidir.³⁶

Denetleme

Denetim, elde edilen sonuçlarla istenen sonuçların karşılaştırılması, ulaşılan durumun değerlendirilmesi faaliyetlerini içerir.³⁷

Eğer bir örgüt amaçlarına ulaşmak için yaptığı planlara göre ne yapması gerektiğini mevcut yaptıklarıyla karşılaştırıyor ve yanlışları, sapmaları bulup çareler üretiyorsa, bu örgüt eylemlerini denetliyor demektir. Bu yolla örgüt amacına uygun olmayan eylemleri önler, eylemleri amaca doğru yöneltmiş olur. Bir örgüt eylemlerini denetleyebilmesi için amacının belirlenmiş, bu amaçlara uygun plan ve programların

³⁴ a.k., s.89.

³⁵ a.k., s.37.

³⁶ SÖZEN., a.g.e., s.37.

³⁷ a.k., s.38.

yapılmış olması gerekir, Plan ve programlarla yapılan eylemler birbirleriyle karşılaştırılır, sapmalar tespit edilip düzeltilmeye çalışılır.³⁸

I.1.1.2. Yönetimin Kaynakları

İnsan; Yönetimin en önemli kaynağı insan unsurudur. Herhangi bir örgütün amacına ulaşabilmesi ancak yeterli insan kaynağı ile mümkün olabilir. Yeterli insan kaynağı yalnızca nicelik olarak değil, nitelik ve nicelik olarak düşünülmelidir. Az sayıda nitelikli insan, her zaman çok sayıda niteliksiz insana tercih edilmelidir.³⁹

Para; Para, insan gücünün iş alanına sokulması, tıbbi malzeme, makine ve arsaların satın alınması, sağlık yapılarının inşası gibi yönetim kaynaklarının aracı, araç niteliğindeki bir kaynaktır. Sağlık yönetiminde, paranın miktarı öteki kaynakların sağlanması için önemlidir ve sağlık planlarının kapsamının basitleştirilmesinde, sağlık hizmeti üretim hacminin tespit edilmesinde etken bir unsurdur. İyi bir sağlık yönetimi de belirli sağlık hizmetlerinin daha ucuza üretilmesi paranın ekonomik anlamda harcanmasını gerektirmekte ve yine belirli bir para ile en fazla iş veya hizmetin yapılmasına imkan sağlamaktadır.⁴⁰

Zaman; Zaman geri getirilmesi mümkün olmayan, durduramadığımız, hızlandıramadığımız veya iki defa kullanamadığımız bir yönetim kaynağıdır. Belli zaman süresindeki sağlıkla ilgili mal veya hizmet üretimimizi artırmak yolu ile onu değerlendirmemiz veya ondan daha çok yararlanmamız mümkündür. Sağlık hizmetlerinin verimliliği açısından da zaman önemlidir, belli zaman süresinde, aynı imkanlarla, belli değişik tekniklerle daha çok üretme imkanı söz konusudur. Sağlık alanında yaralı ve kan kaybeden bir hastaya, veya acilen bir ameliyat hastasına ilk müdahalede veya ameliyatta zaman olumlu veya olumsuz açılardan çok önemlidir. Acil bir ameliyat için zamanında kan

³⁸ a.k., s.39.

³⁹ Doğan BENLİ, **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, Somgür Yayıncılık, Ankara 1994, s.6.

⁴⁰ AK., a.g.e., s.35.

bulunamaması veya tedarik edilememesi ve bu yüzden hastanın ölümü sağlık alanında zaman mefhumunun önemini vurgulamaktadır.⁴¹

Sağlık idarecileri zamandan en fazla yarar sağlayacak biçimde hareket etmeli, planlarında zamana önem vermeli hatta zaman tasarrufunu sağlamak için planlarında her vesile ile değişiklikler yapmalı, yeni iş ve yönetim metotlarını bulmaya çalışmalıdır. Kaybedilen para, araç v.b. şeyler yeniden bulunabilir veya sağlanabilir fakat, kaybedilen zaman geri getirilemez.⁴²

Malzeme; Mal üreten örgütlerle, hizmet üreten örgütler malzemeye her ne kadar farklı ihtiyaç duyarlarsa da, malzeme tüm yönetimler için önemli bir kaynaktır. Örgütler ihtiyaçları olan malzemeleri alırken, malzemelerin, ihtiyaçlarını en iyi karşılayacak nitelikte, yeterli sayıda ve en ucuzu olmasına dikkat etmelidirler. Yönetim için diğer önemli bir husus, mevcut malzemeleri en uygun ve en ekonomik biçimde kullanmaktır.⁴³

Makine; Gerek bir insan yönetiminde, gerekse bağımsız olarak, belli bir işlevi yapabilen aygıt ya da aygıtlar bütünü olan makineler, örgütlerin yapısına göre önemli bir yönetim kaynağıdır. Özellikle hızlı ya da çok üretim istenen durumların aranan unsurudur. Zamanın çok değerli olduğu günümüzde ihtiyaçların kısa sürede karşılanması için makinelere şiddetle ihtiyaç vardır.⁴⁴

Bugün sağlık kurum ve kuruluşlarının hemen her noktasında çok çeşitli makineler kullanılmaktadır. Sağlık idaresi zamanının ve parasının en iyi bir şekilde kullanılabilmesi için makineyi en önemli bir araç olarak değerlendirmektedir. Bugün her çeşit makine (EKG, EEG, EMG, BBT, diyaliz, kuvöz, ultrasonografi, ısıtma, su arıtma ve

⁴¹ a.k., s.36.

⁴² a.k., s.36.

⁴³ BENLİ., a.g.e., s.6.

⁴⁴ a.k., s.7.

soğuk hava sistemleri, ulaşım araçları, yazı, hesap, telefon, bilgisayar makineleri, morg ve iklimlendirme sistemleri, v.b.) teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve diğer üretim çalışmalarında sağlık idaresinin başlıca kaynağı haline gelmiştir.⁴⁵

Yer-Bina; Yer ve binadan yönetim anlamındaki kasıt, yönetimi yapılan sağlık kurum ve kuruluşlarının arsası, hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının binaları, binalar içindeki bürolar, hasta odaları, servisler, ameliyathaneler, poliklinikler, laboratuvarlar, mutfak, yemekhane v.b. mekanlar sayılabilmektedir. Yerden en yararlı ve ekonomik biçimde yararlanmak, iş akımlarına göre alan yerleştirmesi uygulamaları yapmak sağlık idaresinin amaçlarından biridir. İyi bir yerleşme akımı hızlandırıcı ve sağlık hizmeti üretimini olumlu yönde etkileyici olmaktadır. Aksine, gereğinden çok kişinin çalıştığı bir işyerinde, işlerin veriminin azalması veya bir hasta odasında gereğinden çok hastanın yatırılması ve bakıma alınması hasta bakımı verimini düşürür, hastanın hastanede yatış süresini uzatır. Bu durum hasta maliyetini yükseltir, daha fazla hastaya hizmet götürmeyi azaltır, yatak işgal oranını düşürür ve hasta moraline olumsuz yönde etki eder.⁴⁶

Hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının yer ve yapılarının sağlık hizmeti ile ilişkileri ayrı bir önem taşımaktadır. Hastalara, hasta sahiplerine, sağlık personeline ve tedarik kaynaklarından çok uzaktaki bir hastanede hasta bakımı maliyeti yükselir. İyi düşünülmeden ve gerekli yer seçimi hesapları yapılmadan hastane yerinin seçilmesini; yüksek maliyet, aksak ve verimsiz sağlık hizmeti üretimine sebep olur. Bu konuda hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının yerinin seçimine etki eden faktörler ile modern ve ihtiyaçlara göre hazırlanmış olan hastane ve sağlık kuruluşları mimarisi göz önünde bulundurulmalıdır. İnceleme ve araştırmalara dayanmayan, yer ve yerleşme etütleri

⁴⁵ AK., a.g.e., s.36.

⁴⁶ a.k., s.37.

yapılmadan sağlık kuruluşları yeri seçme ve yerleşmeye geğmenin hastane ve diğer sağlık hizmetleri verimini olumsuz biçimde etkilemesi tabii ve kaçınılmaz bir sonuğtur.⁴⁷

I.1.1.3. Yönetim Kademeleri

Yönetim kademesi bir bakıma yönetimin rakımını gösterir. Rakım yükseldikçe görüş açısı artmakta, buna karşılık karara etki eden çevresel faktörler çoğalmaktadır. Rakım azaldıkça uygulama ile ilgili sorunlar çoğalmaktadır.⁴⁸

Alt Kademe Yönetimi

Üretilen malın veya hizmetin fiilen yapıldığı bölümdür. Alt kademe işin bizzat yapıldığı yerdir. Teknik bilgiye fazla, yönetsel bilgiye daha az ihtiyaç duyulur. Sağlık hizmetlerini ülke genelinde bir bütün olarak düşünürsek, hastane ve sağlık ocakları alt kademeyi oluşturur. Hastane veya sağlık ocağını baz alırsak, poliklinik, servis, laboratuvar, aşı uygulaması veya gebe takibi de alt kademedir. Alt kademe yönetime operasyonel düzey denir.⁴⁹

Orta Kademe Yönetimi

Üst kademe ile alt kademe arasında kalan, dengeleyici, uyumlaştırıcı görev üstlenen kademedir. Orta kademenin sınırları esnektir. Sağlık hizmetlerinin genelinde, sağlık müdürlüğü, hastanede, başhekim yardımcısı, hastane müdürü ve baş hemşire orta kademe yönetime örnektir. Orta kademe yönetime, koordinatif düzey denir.⁵⁰

Üst Kademe Yönetimi

Üst kademe yönetim, politikaları belirleyen, genel kararların alındığı, etkileşimi çok olan bölümdür. Yönetimin en tepe noktasını oluşturur. Stratejik düzey denir. Yönetsel beceri en üst düzeyde olması gerekir. Teknik bilgiye en alt seviyede ihtiyaç olur. Ülke

⁴⁷ a.k., s.37.

⁴⁸ SÖZEN., a.g.e., s.7.

⁴⁹ a.k., s.217.

⁵⁰ a.k., s.217.

genelinde Sağlık Bakanlığı, hastane/sağlık ocağı için de başhekim, ocak sorumlu hekimi örnek verilebilir.⁵¹

I.1.2. Sağlık Yönetimi ve Kavramsal Çerçeve

Diğer pek çok bilim dalında olduğu gibi; sağlık yönetimiyle ilgili de bir çok tanım vardır. Burada sağlık yönetimiyle ilgili tanımlar yapacak ve sağlık yönetimini dünyada ve Türkiye’de gelişimini gözden geçireceğiz.

I.1.2.1. Sağlık Yönetimi

Sağlık yönetimi; toplum sağlığının korunarak, insan hayatı için problem teşkil edecek, milli ekonomiye ve insan gücüne etkisi olan hastalıkların tedavisi, Sağlık ve Sosyal Yardım Tesis ve Teşekküllerinin kurulması, gerekli mevzuatın hazırlanması sağlık sorunları için plan ve programların düzenlenmesi, hizmet çeşitlerine göre araştırmalar yaparak ihtiyaç nispetinde personel yetiştirilmesi ve dolayısıyla sağlığın elde edilmesi faaliyetlerinin yönetimidir.⁵²

Hastalıklardan korunmak insan ömrünü uzatmak, beden ve akıl sağlığı kabiliyetlerini artırmak için topluma teşkilatlanmış olarak çevre sağlığı yapılmasına, bulaşıcı hastalıklarla savaşılmasına, hastalığın erken teşhisi ve bu hastalığın koruyucu nitelikte tedavisi amacı ile hekim ve hemşire hizmeti kurulmasına, sosyal hizmetler teşkilatının herkese sağlığını devam ettirebilecek bir hayat düzeyini sağlayacak şekilde geliştirilmesine ait bilim ve sanata halk sağlığı idaresi denir.⁵³

Sağlık hizmetleri yönetimi kişilere, örgütlere ve toplumlara spesifik hizmetlerin verilmesinde, tıbbi bakım ve sağlıklı bir çevre için talep ve ihtiyaçların karşılanmasında kullanılan işlemlerin ve kaynakların planlanması, örgütlenmesi, yönetilmesi, kontrol

⁵¹ a.k., s.218.

⁵² KİTAPÇI., a.g.e., s.1.

⁵³ AK., a.g.e., s.1.

edilmesi ve değerlendirilmesidir. Sağlık hizmetlerinin yönetimi toplumun sağlık statüsünü etkileyen faaliyetlerin bütünüdür. Yani; toplumun demografik, sosyal, kültürel, ekonomik, biyolojik, ekolojik, vb. karakteristiklerinin belirlenmesi, sağlık anlayışının tespiti, sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörlerin tesbit edilerek ölçülmeye çalışılması, kaynakların niteliklerinin, büyüklüklerinin ve yerlerinin tesbiti, sağlık ocağından, sağlık merkezi, sağlık grup başkanlığı, hastane, ilçe, il ve merkezi sağlık teşkilatlarının örgütlenmesini ve toplumun sağlık hizmetine en fazla katkıda bulunacak şekilde yönetimi konularını içermektedir. Bunların hepsi; sağlık yöneticiliği içerisinde bilimsel ve çağdaş işletme ve yönetim bilgilerini, profesyonel yöneticiliği gerektirir.⁵⁴

Sağlık yönetimi, birincil, ikincil ve üçüncül basamak sağlık ve çevre sağlığı hizmetleri de dahil bütün sağlık hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, yönetilmesi, eşgüdümü ve hizmetlerin sonuçlarının etkililiğini denetlemek ve tekrar planlama yapmak üzere değerlendirilmesi faaliyetleridir.⁵⁵

I.1.2.2. Sağlık Yöneticisi

Sağlık yöneticisi, sağlık örgütlerinin kuruluş ve görev kanunlarında öngörülen amaçlarının gerçekleştirilmesi için mevcut olanakların en rasyonel ve en ekonomik bir şekilde kullanımını sağlayan, planlayan, örgütleyen, yönelten ve denetleyen kişidir.⁵⁶

Sağlık yöneticiliği, genel yöneticiliğin bir ihtisas dalıdır, yönetim bilim ve becerileri ile sağlık ihtiyaçlarının birleştirilmesidir.⁵⁷

Kısaca tanımlarsak, “Sağlık Yöneticiliği” sağlık örgütlerinin kuruluş ve görev kanunlarında öngörülen amaçların gerçekleştirilmesinde ve belirtilen hedeflere

⁵⁴ a.k., s.1,11.

⁵⁵ Selçuk ATALAY, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Yerelleştirme Politikaları**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, TODAİE , Ankara 2004, s.3.

⁵⁶ KİTAPÇI., a.g.e., s.7.

⁵⁷ Bilal AK, **Milli Sağlık Politikası Tespit Komisyonu Sağlık İdarecilerinin Yetiştirilmesi ve İstihdam Raporu**, Ankara 1989,

yöneltilmesinde eldeki olanakların (insangücü, mevzuat, organizasyon, para, malzeme, yer vb.) en rasyonel, en vasıflı ve en ekonomik biçimde kullanılmasının sağlanması, mevcut örgüt planlanması, eleman sağlanması, yönetim ve denetimdir. Sağlık yöneticisi, amaca ulaşmak için gelecekte karşılaşılması mümkün ve muhtemel sorunları sezmesini, uygulama yeteneği olan kararlar alınmasını, işin tamamlanması için gerekli zamanı değerlendirmesini bilen bir planlayıcıdır. Sağlık yöneticisi, etkili sonuçlar verecek faaliyetler için isabetli kararlar veren ilgililerle sürekli haberleşme sağlayan, görevlileri hizmete teşvik eden ve onları cesaretlendirerek davranış ve becerilerini geliştirmesini sağlayan bir yöneticiliktir.⁵⁸

Sağlık yöneticiliği plan, organizasyon ve yönetimle ilgili hareket ve faaliyetleri değerlendiren, tesbit olunan kriterler ışığında başarı sağlayıcı ve düzeltilmesi gerekli hususları da göz önünde bulundurarak geliştiren bir koordinatördür. Çağdaş anlamda sağlık yöneticiliği, personel yönetimi, ekonomi, işletme, hukuk, istatistik, halkla ilişkiler ve tıbbi nosyonları içeren bir yöneticilik görünümündedir.⁵⁹

Bu tanımlamadan, sağlık yöneticisinin, hizmet verdiği örgütü tanıyan, örgütün amaçlarını bilen, örgütün felsefesini kendi felsefesi olarak kabul eden, örgütün mali, idari ve teknik yönü hakkında yeterli bilgilere sahip bir eleman, gereksinilen bir yönetici olduğunu söyleyebiliriz.⁶⁰

İster hastane, ister sağlık ocağı veya merkezi, ister otel, ister okul, isterse fabrika olsun birer hizmet veya mal üreten işletmeler olarak yönetim fonksiyonunu yöneticilik öğrenimi ve eğitimini almış profesyonel yöneticiler eli ile icra etmek zorunluluğu her geçen gün kendisini artan ölçülerde hissettirmektedir. Bilimsel ve teknolojik gelişmeler sonucu büyüyen sanayi örgütleri ve bu büyümeye paralel olarak diğer kuruluş ve

⁵⁸ KİTAPÇI., a.g.e., s.7.

⁵⁹ a.k., s.9.

⁶⁰ a.k., s.7.

örgütlerdeki değişim ve yenilikleri de, beraberinde birçok sorunlar oluşturmuştur. Bunların başında sağlık sorunları gelmektedir. Dolayısıyla sağlık örgüt ve kuruluşları da bu durumdan etkilenmiştir. Kendini yenileyen, büyüyen sağlık örgütlerinde örgütsel sorunlar doğmuştur. Yeniden örgütlenme yani reorganizasyon zorunluluk haline gelmiştir.⁶¹

Bugün nispeten az olmasına rağmen çok yakın zamana kadar yöneticiliğın bir sanat, özel bir yetenek olduğu fikri yaygın ve etkiliydi. Yöneticiliğın doğuştan kazanılmış kişisel bir beceri, bir sanat olarak kabul edilmesi o günün koşullarında haklı görülebilir. Ancak, bugün bu görüş bilimselliğe ters düşmekte, yöneticiliğın bir bilim olduğu, yöneticilik alanında söz sahibi olmanın yöneticilik eğitimi yapılmakla mümkün olabileceğı inkar edilemez bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Hele sağlık yöneticiliğı gibi kendine özgü yönetim fonksiyonları olan bu yönetim alanının bilimsel bulgulara, metodlara ne kadar çok gereksinimi olduğu ortadadır.⁶²

Artık günümüzde yönetim bir bilim ve sanat alanıdır; ayrı bir disiplindir ve artık yöneticiler okulludur. Hastane ve diğerk sağlık kurum ve kuruluşlarının hekimler, fabrikaların patronlar veya mühendisler tarafından yönetildiğı klasik uygulamalar artık geride kalmıştır. Kurum ve kuruluşların amaçlarını rasyonel bir biçimde gerçekleştirebilmeleri için çağdaş işletmecilik ve yöneticilik tekniklerinin profesyonel işletmeci ve yöneticiler tarafından uygulanması gereklidir. Sağlık idaresi önemli bir olaydır. Çünkü Türkiye’de sağlık ile ilgili problemlerin ön sıralarında yönetim ve organizasyon problemleri gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin amaçlanan etkinlikte,

⁶¹ AK., a.g.e., s.8,15.

⁶² KİTAPÇI., a.g.e., s.8.

verimlilikte, kalitede ekonomiklikte ve karlılıkta üretilebilmesi için çağdaş yönetime ihtiyaç vardır. Sağlık idaresi bu ihtiyaca cevap verdiği için önem arz etmektedir.⁶³

Sağlık hizmetlerinin modern yönetim anlayışına yönelmesi yadırganacak bir durum değildir. Medikal hizmetlerin başarısı, yönetim fonksiyonlarının iyi organize edilmesi ile mümkün olacaktır. Sağlık idaresi, tesbit edilen amaca varmak için işleri planlayıp, uygulama fonksiyonudur. Birçok ülkede sağlık bakım sistemlerinin oluşturulmasında karşılaşılan problemlerden birisi de eksik planlama ve yönetimdir. Birbirinden ayrı birden fazla sağlık hizmeti birbirinden kopuk yürütülmektedir. Bunun yanında sağlık yönetiminde yetersiz eğitilmeme ve olumsuz yönetim planlarının uygulanışı ülke kaynaklarının verimsiz kullanılmasına neden olmaktadır. Bu nedenle temel sağlık ilkelerinin uygulamaya dönüştürülmesini temin için milli bir yönetim eylemi gereklidir. Bu, planlama, programlama, bütçe, finansman, uygulamanın denetimi, değerlendirme, araştırma, gerekirse yeniden planlama etkinliklerini ve bu etkinliklere yararlı olacak bilgileri kapsar. Sağlık yönetimi, toplumun sağlıklı yaşama ihtiyaçlarını karşılamak için kurulun sağlık sistemlerini, sağlık sisteminde yer alan hastanelerin diğer kuruluşların yönetimini kapsamaktadır. Sağlık yönetimi alanında oldukça hızlı bir gelişme vardır. Bu hızlı gelişmenin nedenlerinden en önemlileri gelişen sağlık teknolojisi ile giderek çok büyük hastanelerin kurulmasıdır.⁶⁴

Sağlık yöneticiliğinin yoğun olduğu tesisler olarak bakanlık merkez teşkilatı dışında, öncelikle ve özellikle yataklı tedavi kurumları ve bunların başında hastaneler gelir. Hastanelerimizin bugüne dek süregelen klasik yönetimler sonucu sürekli zarar eden kuruluşlar olduğu bir gerçektir. Üstelik istenilen nitelikte bir hizmet bile verilememektedir. Hastanelerimizin verimli, rasyonel, zarar etmeyen hatta az bile olsa kar eden kuruluşlar

⁶³ AK., a.g.e., s.13,15.

⁶⁴ a.k., s.11.

haline getirilmesi, ancak modern yöneticilik anlayışıyla mümkündür. Bu içerik çerçevesinde çağdaş sağlık yöneticiliği sağlık hizmetinden ayrı düşünülemez, hatta daha ileriye, iyiye yönelik çalışmalarıyla verimliliğin artırılmasında önemli bir görev yeri olacaktır.⁶⁵

Tıbbi hizmetler kadar önemli olan bir konu da hizmetin idari, mali, teknik, ekonomik, yapısının da göz önünde bulundurulmasıdır. Ancak tıbbi hizmetler kadar bu alanın da önemini kabul eden bir anlayışla sağlık hizmetleri tam anlamıyla topluma hizmet verebilecek, toplumun gereksinimlerini karşılayabilecek düzeye erişecektir. Böylece hizmetin daha ekonomik, daha kaliteli ve daha verimli olabileceğini ve toplumun daha büyük bir kesimine hizmet edilebileceğini söyleyebiliriz. Kıt kaynaklarla büyük verim ve etkili hizmet elde etmek ve hizmeti modern yönetim anlayışıyla çağdaş düzeye getirmek, ancak hizmetin, idari, mali-vb. yönlerinin önemsenmesi ve bu yöne ağırlık verilmesiyle mümkündür.⁶⁶

Bu tanımlamalar, sağlık yöneticiliğinin hizmet içindeki yerini, önemini çarpıcı bir şekilde belirtmektedir. Hizmetin tüm sorunlarını bilen, çözümünü getirebilen, amaca ulaşmadaki en iyi metodu zaman ve insan unsurunu da göz önünde bulundurarak, tesbit eden, kısacası hizmeti planlayan, hizmetin yürütülmesi sırasında kuruluşlar arasında işbirliğini sağlayan, yani hizmeti organize eden kişi “Sağlık Yöneticisi” dir.⁶⁷

Görüldüğü gibi, sağlık yöneticiliği bir anlık düşüncenin ürünü değildir. Koşulların zorlamasıyla sağlık yöneticiliğine toplumun gereksinimi olmuş ve sağlık yöneticiliği toplumun bu gereksinimini karşılamak için doğmuştur.⁶⁸

I.1.2.3. Sağlık Yönetiminin Görev Alanı

⁶⁵ KİTAPÇI., a.g.e., s.9.

⁶⁶ a.k., s11.

⁶⁷ a.k., s11.

⁶⁸ a.k., s11.

Bir ülkenin sağlık sistemine ve o sistemin alt sistemlerine ait bütün yönetim olayları sağlık idaresinin görev alanına girer. Yani sağlık hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, yürütülmesi, koordinasyonu ve denetimi faaliyetleri sağlık idaresinin görev alanını oluştururlar.⁶⁹

Genel yönetimin fonksiyonları olan planlama, örgütlenme, yürütme, koordinasyon ve denetim fonksiyonlarına ait bilgi, teknik ve uygulamalar sağlık idaresi için de temel rol oynamaktadır.⁷⁰

I.1.2.4. Dünyada Sağlık Yönetimi

Yönetim bilimiyle ilgili bilimsel gelişmeler 18. yy.da başlamıştır. 18.yy. da başlayan endüstri gelişimi işçinin iş üzerindeki sınırsız bağımsızlığını kaybetmesine bireysel iş üretiminin toplu, kolektif emek ve çalışmaya dönüşmesine neden olmuştur. Böylece iş-çalışma toplulukları oluşmaya başlayınca onları örgütleyip bir amaca motive eden plan, program yapan, onları denetleyen ve değerlendiren yöneticilere ihtiyaç doğmuştur. Bütün bunlar yönetim biliminin gelişmesini sağlamıştır. Artık el yordamıyla önderlik-yöneticilik yapmak güçleşmiştir. Ortaklıkların doğması yeni işletmelerin faaliyete geçmesi yönetici azlığı, yönetici yetiştirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.⁷¹

Modern toplumlarda, sağlık hizmetleri yöneticiliği en güç yönetim alanlarından biri sayılmakta ve sağlık sisteminde çeşitli kurum ve kuruluşların işveren konumundaki üst yönetim organları, profesyonel sağlık yöneticileri aramaktadır. Bu ülkelerde, sağlık hizmetleri yöneticiliği mesleğine hazırlanmak için en kabul gören yol, sağlık hizmetleri yönetimi alanında eğitim veren kuruluşlardan yüksek lisans derecesi almaktır. ABD'de

⁶⁹ AK., a.g.e., s.13.

⁷⁰ a.k., s.13.

⁷¹ SÖZEN., a.g.e., s.214

sağlık hizmetleri yönetimi alanında yüksek lisans diploması olmayan ancak, halen kilit yöneticilik pozisyonlarında bulunan ve genellikle tıp, hemşirelik, işletmecilik ya da kamu yönetimi diploması olan kişilerin sayısı hızla azalırken profesyonel sağlık hizmetleri yöneticilerinin sayısı artmaktadır. Günümüzde bu denli geniş sorumluluklar yüklenmiş olan hastane yöneticiliğinin, yirminci yüzyılda hastaneler büyüklük ve etki açısından karmaşıklaştıkça daha kalifiye elemanlar tarafından üstlenilmesi ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bir hastaneyi yönetmek için özel bir eğitim gerektiği ABD’de 1910’larda fark edilmiştir. 1900’lerin başında hastane yöneticisi “süperintendent” adını alan bir hemşire ya da hekimdi. Bunların eğitimi genellikle işbaşında olur ve bu meslekle ilgilenenler yöneticiye çıraklık ederlerdi. 1929’da Michael Davis’in bu alanda dönüm noktası olacak “Hospital Administration A Career” adlı eseri yayınlanana kadar bir gelişme görülmemiştir. Ancak Davis’in bu eserinde ifade ettiği görüşler Tıbbi Bakım Maliyetleri Komitesi tarafından desteklenmiş, bu komitenin raporunda hastane ve kliniklerin tıbbi kuruluş oldukları kadar ekonomik ve sosyal amaçlı işletmeler oldukları ve eğitilmiş yöneticiler tarafından yönetilmeleri gerektiği ifade edilmiş ve 1934’ten itibaren çeşitli üniversitelerde lisansüstü hastane yöneticiliği programları açılmaya başlanmıştır.⁷²

Sağlık hizmetleri yöneticiliği alanında lisansüstü düzeyde eğitim veren ilk program, 1934 yılında Chicago Üniversitesi Lisansüstü İşletme Okulunda “Hastane Yönetimi Yüksek Lisans Programı” adı altında başlatılmıştır. Bu programın kurucusu Michael M. Davis çeşitli Hastane ve kliniklerde özel danışman olarak çalışmış, bütün eyaletleri dolaşarak ülkenin pek çok yerinde çeşitli hastanelerin sorunlarını görmüş, ilgilileriyle konuşmuş bir kişiydi. Ayrıca Amerikan Hastaneler Birliği (AHA)’nın bir üyesi olarak bu sektörün kaynağını oluşturan kişileri tanıma fırsatı bulmuştur.⁷³

⁷² SAVRAN., a.g.e., s.4.

⁷³ a.k., s.8.

Hastane Yönetimi alanındaki bu ilk lisansüstü programının iddialı bir amacı, hastane yöneticiliğini diğer bütün mesleklerde bulunan akademik liyakat ve kendi kendini yönetme özelliklerini kazanmış eksiksiz bir meslek haline getirmektir. Bu amaçla oluşturulan programda temel işletme ve yönetim derslerini işletme okulu öğretim üyeleri, hastane ve sağlık hizmetleri yönetimine ilişkin dersleri ise üniversite klinik ve hastanelerinden öğretim üyeleri yürütüyordu. Bu programın öğrencilerine bir yıllık akademik çalışma ve seçilmiş bir hastanede 12 aylık yönetim stajından sonra yüksek lisans diploması veriliyordu.⁷⁴

I.1.2.5. Türkiye’de Sağlık Yönetimi

Yönetim biliminin ülkemizdeki gelişimi ise; bilimsel olarak Fatih döneminde Enderun mekteplerinin kurulmasıyla başlar. Daha sonra 1859 yılında Mülkiye Mektebi kurulmuştur. Bugün bu okul Ankara Üniversitesinde Siyasal Bilgiler Fakültesi olarak görevini sürdürmektedir. Son zamanlarda yönetim biliminin gelişmesine paralel olarak ülkemizde de iş idaresi, kamu yönetimi, sevk ve idare, yöneticilik adı altında çok sayıda yükseköğretim veya bölüm kurulmaktadır. Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü, Sağlık Eğitim Fakülteleri, Sağlık İdaresi Yükseköğretimi bunlara örnektir.⁷⁵

Türkiye’de sağlık yönetimi çeşitli aşamalarda eğitim programları ile yürütülmektedir. Bu eğitim programları temelde lise düzeyinden başlasa da yoğun ve bilimsel olarak ilk ciddi eğitimler lisans düzeyinde verilmektedir.

Lisans Programları; Türkiye’de sağlık hizmetleri veren çeşitli kurum ve kuruluşların yönetici ihtiyaçlarını gidermek amacıyla kurulan ilk yükseköğretim kurumu

⁷⁴ a.k., s.8.

⁷⁵ SÖZEN., a.g.e., s.21.7.

“Sağlık İdaresi Yüksekokulu” dur. Bu okul 1963 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Mesleki Öğretim Genel Müdürlüğüne bağlı 3 yıllık bir meslek okulu olarak kurulmuştur. Ülkemizde böyle bir okulun açılması Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda öngörülmüştür. Planda 1964 yılında “hastane idareciliği” adı altında başlatılması öngörülen bu okulun açılışı 19 Aralık 1963’te gerçekleştirilmiş ve mezunlarının hastaneler dışındaki sağlık kuruluşlarında da çalışabilmesini sağlamak amacıyla “Sağlık İdaresi Yüksekokulu” adı verilmiştir.⁷⁶

1975 yılına kadar lisansüstü eğitim yapmış ancak, 1975’de bu okulun adı “Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu” olarak değiştirilmiş, yüksek lisans ve doktora programları yanı sıra 4 yıllık lisans eğitimi de yapmaya başlamıştır.⁷⁷

1975-1982 yılları arasında ayrı ayrı lisans programları düzenleyen bu iki okul 1982 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğü’ne bağlı tek bir okul haline getirilmiş ve 1982-1983 öğretim yılı başından itibaren Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu olarak faaliyetlerine devam etmeye başlamıştır. Halen bu okul sağlık hizmetleri yöneticiliği alanında lisans programını sürdüren tek okuldur.⁷⁸

Bunlara ek olarak 1993-1994 öğretim yılından itibaren Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi bünyesinde Sağlık Kurumları İşletmeciliği Önlisans programında, uzaktan öğretim yöntemiyle bu alanda eğitim verilmeye başlanmıştır. İlk yıl genel işletmecilik derslerinin yer aldığı programda ikinci yıl hastane işletmeciliği ile ilgili dersler verilmektedir.⁷⁹

Lisansüstü Programlar; Ülkemizde halen sağlık hizmetleri yönetimi alanında sürdürülen dört lisansüstü programdan ilki 1970’de Hacettepe Üniversitesi Hastane İdaresi

⁷⁶ SAVRAN., a.g.e., s.17.

⁷⁷ a.k., s.18.

⁷⁸ a.k., s.18.

⁷⁹ a.k., s.19

Yüksekokulu'nda 1972 - 1973 ders yılında "Hastane idareciliği" olarak başlatılmış, ikincisi 1985 -1986 ders yılında başlatılmıştır. Bu program Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı bünyesinde Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı bir bilim dalı olarak "Sağlık Yönetimi" adı altında yüksek lisans ve doktora eğitimini sürdürmektedir.⁸⁰

Bu programların kuruluş gerekçesi, gerek sağlık alanında görev alacak yöneticilerin eğitimi gerekse bu eğitimi verecek eğiticilerin yetiştirilmesidir. Bu amaçla 1989-90 ders yılında bu programların öğrencilerine Türkiye'de Sağlık Yönetimi, Sağlık Mevzuatı, Sağlık İnsangücü Planlaması, T.C.'de Sağlık Hizmetleri, Sağlık Yönetimi Semineri ve Sağlık Hizmetlerinin Planlaması gibi dersler öğretilmektedir. Ayrıca Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlı Sağlık Kurumları Yönetimi programındaki derslerden de seçim yapabilmektedirler.⁸¹

Ülkemizde lisansüstü düzeyde sağlık hizmetleri yönetimi eğitimi yapan üçüncü program İstanbul Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Cemi Demiroğlu ve İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Kemal Tosun'un girişimleriyle 1987 Eylül ayında İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne bağlı olarak İşletme Fakültesi bünyesinde oluşturulan Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi bilim dalı tarafından yürütülmektedir. Bu program 1987-1988 ders yılından itibaren yüksek lisans öğrencisi 1988-1989 ders yılından itibaren de doktora öğrencisi kabul etmeye başlamıştır. Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Yüksek Lisans ve Doktora Programlarının tasarımında tecrübe ve görüşlerinden yararlanılmak üzere ABD'den Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Yönetimi Lisansüstü Programı Profesörü ve Direktörü Dr. James Hepner ve Houston Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yönetimi Lisansüstü Programı Profesörü ve Direktörü Dr. Joseph Taylor davet edilmiş ve her iki profesörün de 1987 sonbaharında

⁸⁰ a.k., s.19

⁸¹ a.k., s.20

okulu ziyaretleri sırasında yüksek lisans öğrencilerine çeşitli konularda seminerler yapmaları sağlanmıştır.⁸²

1988-1989 yılında başlatılan Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Doktora Programına çoğunluğunu hemşirelik dalında yüksek lisans diploması sahibi ve büyük hastanelerimizde yönetici hemşirelik pozisyonlarında bulunan adayların teşkil ettiği 18 öğrenci kabul edilmiştir.⁸³

Hastane İşletmeciliği Sertifika Programı; İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi bünyesinde bu alanda yürütülen diğer bir lisans sonrası eğitim programı da 1994 te İşletme İktisadi Enstitüsü tarafından başlatılan Hastane İşletmeciliği Sertifika Programı'dır. Akşam ve hafta sonu dersleri şeklinde haftada 12 saat, 24 hafta boyunca toplam 288 saat eğitim içeren bu program hastane yöneticiliği bilgi ve becerilerini geliştirmek isteyen sektör çalışanlarının ilgisini çekmiş ve 44 kişiden oluşmuştur.⁸⁴

Dördüncüsü, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Yüksek Lisans Programıdır. Bu program Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı'na bağlı olarak 1993-1994 öğretim yılında başlatılmıştır. Bu programın amacı, ülkemizdeki sağlık kuruluşlarının kalite ve verimlilik esasına uygun modern yönetim ve işletmecilik ilkelerine göre yönetilmesinde gereksinim duyulan etkin bir yönetici kadrosunun yetiştirilmesine katkıda bulunmaktır.⁸⁵

Birkaç üniversite ve özel hastane dışında, ülkemizdeki hastanelerin yaklaşık % 80'lik bir kısmını oluşturan Devlet ve SSK Hastaneleri (6.01.2005 tarihinden itibaren devlet hastanelerine devredilmiştir) başta olmak üzere, tüm kuruluş ve vakıflara bağlı

⁸² a.k., s.21.

⁸³ a.k., s.22.

⁸⁴ a.k., s.23.

⁸⁵ a.k., s.24.

hastanelerde, çağdaş yönetim anlayışı uygulanmamaktadır.⁸⁶ Ülkemizdeki 549 Devlet Hastanesi arasından seçilmiş 83 hastane başhekimini kapsayan bir anket çalışması sonucunda, hastanelerdeki; tıp hizmetleri, yardımcı tıp hizmetleri, hemşirelik hizmetleri ve idari-mali ve destek hizmetleri şeklindeki faaliyetler, bir işbölümüne gidilerek yapılmadığından, uzmanlaşmaya gidilememektedir.⁸⁷

Ülkemizdeki hastanelerde genellikle yönetimde tek yetkili ve sorumlu kişi, asıl mesleği hekimlik olan “Başhekim”dir. Başka bir deyişle, gerek devlet hastanelerinde ve gerekse SSK, Üniversite ve diğer kamu kuruluşlarına ait hastanelerde her şeyin Başhekim’den sorulduğu ve en ince ayrıntısının dahi başhekimden geçirildiği bir hastane yönetim modeli ülkemizdeki hastanelerde mevcuttur.⁸⁸

I.2. Sağlık Hizmetleri ile İlgili Kavramlar ve Sınıflandırma

Bu bölümde sağlık hizmetlerini ilgilendiren birçok kavramla sağlık hizmetlerini topluma sunarken nasıl sınıflandırıldığı üzerinde durulacaktır.

I.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Konuya başlarken iki kavramın tanımını vermek gerekir. Bu kavramlardan birincisi “sağlık”, ikincisi ise “sağlık hizmetleri” kavramıdır.⁸⁹

Sağlık 1961 tarihli, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunda şu şekilde tanımlanmaktadır; “sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.”

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığı; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır.⁹⁰

⁸⁶ a.k., s.74.

⁸⁷ Hüseyin ÖZGEN, Hikmet SEÇİM, **Hastane İşletmeciliği**, “Türkiye’deki Uygulamalar Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı”, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir 1995, s.75.

⁸⁸ ÖZGEN ., HİKMET., a.g.e., s.75.

⁸⁹ Ayşe Yiğit ŞAKAR, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 1999, s.3.

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 2. maddesinde "sağlık hizmetleri" tanımlanmıştır. Bu düzenlemeye göre sağlık hizmetleri; insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörün tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.

Sağlık hizmetleri, birincil (koruyucu), ikincil (iyileştirici) ve üçüncül (rehabilitasyon) sağlık hizmetlerini kapsayan ve halkın sağlık ile ilgili istek ve ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla ülke düzeyinde örgütlenmiş kurumlarca verilen hizmetlerdir.⁹¹

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) nün yapmış olduğu tanımlamaya göre "sağlık hizmetleri devletin iktisadi işlevinin en az seviyede olduğu ülkelerde bile, kamu işlevidir."⁹²

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, yani onları hastalıklardan korumaktır. Ancak, her türlü çabaya karşın herkesi, her hastalıktan korumak mümkün olmaz, bazıları hastalanır. İşte o zaman, sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan hastaların tedavisi söz konusu olur. Bugünkü bilgilerimizle ve var olan yöntemlerle her hasta tam olarak tedavi edilemez, bazıları ölür, bazıları ise sakat kalır. Sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı sakatların başkalarına bağımlı olmadan, kendi kendilerine yeter biçimde yaşamalarını sağlamak, yani rehabilite etmektir.⁹³

Sağlık hizmetleri ve sağlık hakkı ile ilgili hükümler, Anayasamızın 56. maddesinde düzenlenmiştir. Bu maddeye göre;

"Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

⁹⁰ Gazanfer AKSAKOĞLU, "Ulusal Sağlık Hizmeti", **Mülkiyeliler Birliği Dergisi**, Cilt 16, Sayı 142, Ankara 1992, s.35

⁹¹ ATALAY., a.g.e., s.3.

⁹² Fazıl TEKİN, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı", **Eskişehir Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Cilt 5, Sayı 1, Eskişehir 1987, s.263.

⁹³ Güldal AYBAŞ, Doğan BENLİ, Güler BEZİRCİ, Ayşe AKIN, Zafer ÖZTEK, Zeliha SAAT, Güner ÜNAL, **Sağlık Hizmetlerinde Denetim**, Çağ Matbaası, Ankara 1987, s.7.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurabilir.”

Sağlık hakkı, kişinin toplumdan, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi, toplumun sağladığı imkanlardan faydalanabilmesi olarak tanımlanabilir. Sağlık hakkı, bireyin temel haklarından biridir.⁹⁴

Sağlık hakkını üç boyutta ele alabiliriz:⁹⁵

Birincisi, temel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve güvence altına alınması; koruyucu hekimlik, ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, sağlık eğitimi, çevre sağlığı gibi...

İkincisi, gerekli tıbbi bakım ve tedavi olanaklarının sağlanmasıdır. Ayrıca bunların ulaşılabilir, kaliteli ve adil bir biçimde sunulması gereklidir.

Üçüncüsü ise, toplum sağlığı güvencesinin verilmesi ve bu güvencenin toplumun bütününe kapsayacak şekilde genişletilmesidir.

Sağlığın korunup geliştirilmesi için ekonomik, sosyal, biyolojik, ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplumun üyelerinin davranış ve hayat tarzında gerekli değişikliklerin yapılması ve gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması gerekmektedir.⁹⁶ Bugün tüm dünyada toplumun sağlıklı fertlerden oluşması ve sağlık hallerinin devamının sağlanması önemli bir hedef olarak görülmektedir. Toplumun sağlıklı fertlerden oluşması ülkelerin ekonomik kalkınmışlığının

⁹⁴ a.k., s.4.

⁹⁵ a.k., s.5.

⁹⁶ Yıldırım SAVAS, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPT Yayınları, Yayın No: 2350, Ankara 1994, s.10.

göstergesi olduğu gibi, sağlıklı fertlerin ülkenin kalkınmasında olumlu etkileri olduğu da bilinen bir gerçektir.⁹⁷

I.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri sınıflandırılırken genellikle üç aşamada bu sınırlandırmalar yapılmaktadır. Bunlar; Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir. Kısaca bu sınıflandırmaların içeriğine bakacak olursak;

I.2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişi ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü ifade eder. Bu hizmetlerin maliyeti düşük, etkisi yüksek olup tipik birer kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilirler. Sosyal devlet olma özelliği sağlık hizmetlerinin devlet tarafından teminini zorunlu kılar. Bu niteliği dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından sunulur. Bu tür hizmetlerle toplumda hastalık ihtimalinin azaltılması hedeflenir. Toplumda hastalık ihtimali azaltılırsa, bütün toplum üyeleri bundan birbirine rakip olmaksızın yararlanır. Toplumun üyelerinden sadece biri için bu ihtimalin azaltılması hepsi için azaltılması demektir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri, dışsal faydası en yüksek olan sağlık hizmetidir.⁹⁸ Bu tür hizmetlerle toplumda hastalık ihtimalinin azaltılması hedeflendiğinden, ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm fertleri bu hizmetlerden yararlanmaktadır. Bu hizmetler kişilerde hastalığın doğrudan tedavisi ile ilgili değildir.⁹⁹

Koruyucu sağlık hizmetlerinden tüm toplum yararlanır. Tüm toplumun yararı söz konusu olduğu için koruyucu sağlık hizmetleri gelir dağılımındaki dengesizlikleri

⁹⁷ Özlem ÖZÇATAL, **Genel Sağlık Sigortası (Türkiye’de Uygulanabilirliği)**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa 1999, s.4.

⁹⁸ ÖZÇATAL., a.g.e., s.5.

⁹⁹ Önder GÜMÜŞ, **Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hastane Yöneticilerinin Yaklaşımları**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi, İzmir 2005, s.64.

azaltıcı rol de oynamaktadır.¹⁰⁰ Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetlerini sunan esas birim, sağlık ocakları ve sağlık evleridir.¹⁰¹

Koruyucu sağlık hizmetleri çok geniş kapsamlı bir hizmet türüdür. Ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması, hastalanma riski taşıyan kişilerin aşılınması, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, sağlık ve hijyen konusunda bireylerin eğitilmesi, çevre kirliliğinin önlenmesi, işyeri çalışma koşullarının ve gıda maddeleri üretiminin iyileştirilmesi bu kapsama dahil edilebilir.¹⁰² Koruyucu sağlık hizmetleri, il sağlık müdürlüklerine bağlı gıda ve çevre kontrol şube müdürlüğü, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması şube müdürlüğü, bulaşıcı hastalıklar şube müdürlüğü, eğitim şube müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Ayrıca halk sağlığı laboratuvarları, dispanserler ve koruyucu sağlık hizmeti denince ilk olarak akla gelen merkez sağlık ocakları, köy tipi sağlık ocakları ve sağlık evleri vardır.¹⁰³

Koruyucu sağlık hizmetleri de bireye ve topluma yönelik ve de çevreye yönelik olmak üzere iki alt kısımda incelenebilir.

I.2.2.1.1. Bireye ve Topluma Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ise; ferdi hijyen, beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi, bağışıklama, erken teşhis, aile planlaması, sağlık eğitimi v.b. hizmetleri kapsamaktadır.¹⁰⁴

Bu hizmetlerden kişiyeye yönelik olanları doğrudan sağlık ekibinin görevi iken, sağlık ekibi çevreye yönelik hizmetlerde daha çok denetleyip yol gösterici bir hizmet görür.¹⁰⁵

¹⁰⁰ ÖZÇATAL., a.g.e., s.5.

¹⁰¹ ATALAY., a.g.e., s.3.

¹⁰² ŞAKAR., a.g.e., s.18.

¹⁰³ ATALAY., a.g.e., s.314.

¹⁰⁴ AK., a.g.e., s.218.

¹⁰⁵ Nevzat EREN, **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara 1984, s.183.

I.2.2.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye yönelik olarak; tabiatın ve çevrenin korunması, bunun için çevre ve hava kirlenmesi ile mücadele, çöp v.b. atıkların yok edilmesi, gürültüden korunma, radyasyondan korunma, vektör denetimi, besin hijyeni, kanalizasyon ve kanalizasyon atıklarının arıtılması, kaliteli, yeterli ve kullanılabilir içme ve kullanama suyu kaynaklarının temini hizmetleri sayılmaktadır.¹⁰⁶

Çevreye yönelik hizmetlerin amacı, çevrede sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek veya bu etkenlerin kişileri etkilemelerini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetlere çevre sağlığı hizmetleri de denir.¹⁰⁷

I.2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık ya da sakatlık durumunun ortaya çıkması halinde verilen sağlık hizmetleri olup, ferdin çalışma gücündeki geçici veya sürekli kayıp nedeni ile, kazancın da kesilmesi ile neticelenen çalışma gücünün kişiye yeniden kazandırılması gayretleridir.¹⁰⁸ Hastaları tedavi etmek için düzenlenen hizmetler, tedavi edici sağlık hizmetleridir. Dolayısıyla, sağlık ocakları, dispanserler, ana-çocuk sağlığı merkezleri gibi tedavi merkezlerinde hastalıkların evde veya ayakta teşhis ve tedavisi için gerçekleştirilen hizmetler; tam teşekkülü devlet hastanelerinde, SSK hastanelerinde, özel hastanelerde hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için gerçekleştirilen hizmetler ile üniversite hastaneleri, kanser hastaneleri gibi özel tedavi

¹⁰⁶ AK., a.g.e., s.218.

¹⁰⁷ Cemil SÖZEN, Mahmut ÖZDEVECİOĞLU, **Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim**, Nobel yayıncılık, Ankara 1999, s.2.

¹⁰⁸ Turan YAZGAN, **Güneydoğu Anadolu Bölgesi Gelişme Planı-Sağlık**, İstanbul 1978, s.150.

gerektiren hastalıkları tedavi etmek için gerçekleştirilen hizmetler tedavi edici sağlık hizmetleridir.¹⁰⁹

Bu tip hizmetlerde, hizmeti kullanan kişi hizmetten doğrudan yararlanır. Hastanın yatırılıp tedavi altına alınması hastalığın toplumun diğer fertlerine bulaşma ihtimalini azalttığı ölçüde dışsal fayda sağlar. Tedavi edici sağlık hizmetleri, serbest piyasa bakımından caziptir. Bu yüzden sadece kamu tarafından değil özel müteşebbisler tarafından da sunulur.¹¹⁰

Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde sağlık ocakları özel poliklinikler ve muayenehaneler, dispanserler ve sağlık merkezleri birinci basamak tedavi hizmeti veren kuruluşlardır.¹¹¹

İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, özel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlardır.¹¹²

Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: Üniversite hastaneleri gibi eğitim hastaneleri tarafından verilen, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen, yoğun bilgi ve teknolojiyi içeren sağlık hizmetleridir.¹¹³

I.2.2.3 Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel

¹⁰⁹ Özge KARAEĞE, **Sağlık Hizmetlerinde İdarenin Kusurlu Sorumluluğu**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir 2001, s.26.

¹¹⁰ ÖZÇATAL., a.g.e., s.6.

¹¹¹ GÜMÜŞ., a.g.e., s 65.

¹¹² a.k., s 65.

¹¹³ a.k., s 66.

ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir.¹¹⁴ Bu adaptasyon hizmetlerinin sağlık boyutuna tıbbi rehabilitasyon, toplumsal boyutuna da sosyal rehabilitasyon denir. Tıbbi sosyal rehabilitasyonun birlikte uygulandığı, madde bağımlılarının (alkolikler) tedavi ve rehabilitasyonuna readaptasyon denir.¹¹⁵

I.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Özelliği

Bu bölümde özellikle sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran özellikler anlatılacaktır.

I.2.3.1. Sağlık Sektörünün Özellikleri

Sağlık ekonomisinin ayrı bir bilim dalı olarak ortaya çıkmasına neden olan faktörlerin başında, sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri yer almaktadır.¹¹⁶ Sağlık hizmetlerinde pazarlama anlayışı incelenmeden önce sağlık hizmetlerini diğer sektörlerden ayıran özelliklerin bilinmesi gerekmektedir.

Arz ve talebin bir araya gelmesiyle bir pazar ortamı oluşur. Sağlık sektörü de bir hizmet sektörü olduğuna göre buradaki pazarın oluşabilmesi ve düzgün işleyebilmesi için bazı şartların sağlanmış olması gereklidir. Bu şartlar ise, tüm bilgilere sahip olma, belirginlik, tekelciliğin olmaması, alıcı ve satıcılar için pazara girişte ve çıkışta kısıtlamanın olmaması, dışsallıkların olmaması, kamu malı olmaması ve devlet müdahalesi olmaması olarak sayılabilir.¹¹⁷

¹¹⁴ KARAEGE., a.g.e., s.26.

¹¹⁵ SÖZEN., a.g.e., s.76.

¹¹⁶ GÜMÜŞ., a.g.e., s 61.

¹¹⁷ ÇALIŞIR., a.g.e., s.13.

Sağlık hizmetlerinin doğası gereği, sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumunda bu şartlar oluşamayacağından tam bir pazar dengesi kurulamamaktadır. Çünkü sağlık sektörü saydığımız pazar şartları bağlamında incelenirse şu farklı özelliklere sahip olduğu görülebilir.¹¹⁸

I.2.3.1.1. Tüketicinin Bilgi Yetersizliği ve Uzmanın Gücü

Bir pazarın etkin işleyebilmesi için tüketicinin ürünler ve hizmetler hakkında geniş ve yeterli bilgiye sahip olması gerekir. Fakat sağlık hizmetlerinde tüketiciler satın alacakları hizmet konusunda bilgisizdirler. Sağlık konusu ancak uzun bir eğitim dönemi sonrasında uzmanlık kazanmış hatta sürekli eğitimle yenilikleri izleyip kendilerini geliştirebilen kişilerin bilebileceği karmaşıklıktadır. Bu durum, ileri teknolojinin getirdiği olanaklarla üretilen sağlık ürünlerinin hizmete sunulması ile daha da karmaşık bir yapı yaratmaktadır. Böylece satın almanın getireceği riskin büyük olması sağlık hizmetlerinin kullanılmasında uzman bilgisinden yararlanmayı gerektirmektedir.¹¹⁹

Diğer sektörlerde olduğu gibi tüketici alacağı hizmete kendisi karar veremez. Aldığı hizmet karşılığı ortaya çıkan tatmin kesin olarak belirgin değildir. Yapılan işlemler konusunda uzman kişilerin yer aldığı alıcının bilgisinin yeterli olmadığı bir sistemdir. Tüketici diğer işletmelerde olduğu gibi memnun kalmadığı bir hizmeti satın almaktan vazgeçemez, çünkü sağlık hizmetinde yapılabilecek seçim hatası istemeyen sonuçları, kötü sonuçları beraberinde getirecektir. Bu nedenle tüketici uzmanın bilgisini kullanmak zorundadır.¹²⁰

I.2.3.1.2. Talepte Belirginliğin Olmaması

¹¹⁸ Mehmet Hulki UZ, "Pazar Ekonomisi ve Sağlık Hizmetleri", **Hekimce Bakış**, Bursa Tabip Odası Yayın Organı 2002, s.32-33.

¹¹⁹ GÜMÜŞ., a.g.e., s 62.

¹²⁰ a.k., s 62.

Sağlık hizmetleri talebini ortaya çıkaran hastalık durumu önceden bilinemez. Doğum gibi önceden bilinebilen istisnai durumlar hariç hastalıklar önceden kestirilmesi mümkün olmayan risklerdir. Yani sağlık hizmeti tüketimi tesadüfidir. Nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca saptanamaz. Mesela, bulaşıcı hastalıklar, sağlık hizmeti talep ve tüketiminde patlamaya yol açarken ekonomik krizler talebi kısar. Hastalık riskinin ortaya çıkışındaki belirsizlik gibi hastalık nedeni ile tüketicinin yapacağı masraflarda da belirsizlik vardır. Hastalığın türü, başvurulacak hekim, sağlık kurumu gibi sağlık hizmetlerinin arzında çeşitlilik söz konusudur. Sağlık hizmeti tüketicisi alım gücünü hesaba katarak doktorun tavsiye ettiği tedavi şekli veya süresi konusunda pazarlık etme şansı yoktur. Bunlarda yapılacak masrafların tür ve miktarını belirsizleştirir.¹²¹

Talep edenlerin hangi sağlık hizmetini ne kadar ve en önemlisi de ne zaman talep edeceklerini bilmeleri ya da kestirmeleri mümkün değildir. Çünkü kişinin sağlığının ne zaman bozulacağı ve bunun sonucunda hangi sağlık hizmetini talep edeceği bilinmemektedir.¹²²

I.2.3.1.3. Tekelcilik Özelliği

Bir pazar ortamında, hizmeti sunanlar, yaptıkları yatırımlardan maksimum kar elde etmeyi amaçlar. Bundan dolayı bazı bölge veya yörelere sağlık hizmeti konusunda yatırım yapmak ticari şirketler için rasyonel olmayabilir. Bu durumda da rekabet edeceği kimse olmadan devlet tek başına hizmet sunucu rolünü üstlenmek zorunda olacaktır.¹²³ Sağlık hizmetlerinde, tüketici durumunda olan hasta bu konuda bilgisiz olduğu için, sağlık hizmetlerinin üretici tarafında tekelleşmesine imkan tanımaktadır. Tekelleşme, hekim ve hastanelerin rekabet koşullarını azaltmaktadır. Hizmet içeriğinin ve fiyatlarının sağlık

¹²¹ ÖÇATAL., a.g.e., s.9.

¹²² Tuncay ÇALIŞIR, **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yerelleştirilmesi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, TODAİE, Ankara 2004, s.14.

¹²³ ÇALIŞIR., a.g.e., s.14.

kurumlar tarafından istenildiği gibi düzenlenebilmesi sonucunu yaratmaktadır. Bunun da ötesinde üreticiye tüketici tercihlerini düzenleme imkanı vermektedir. Buna üreticinin uyardığı talep denmektedir.¹²⁴

I.2.3.1.4. Dışsallık Özelliği

Dışsallık, toplumun belirli bir üyesi tarafından üretim ve tüketim sonucu doğan fayda ve maliyetlerin toplumun diğer üyelerine taşmasıdır.¹²⁵

Üretim ve tüketim sonucunda dış fayda doğarsa pozitif, dış zarar doğarsa negatif dışsallık söz konusu olur. Örneğin zamanında yapılan bir kolera aşısı sadece hastaya değil, bütün toplum bireylerine dışsal fayda yaymaktadır, işte bu fayda, pozitif dışsallıktır. Kapalı bir ortamda sigara içen bireyler, içmeyenlerin sağlık durumunu da olumsuz biçimde etkilemektedirler. Bu örnekte ortaya çıkan dış zarar ise negatif dışsallıktır.¹²⁶ Pozitif dışsallığı olan mal ve hizmetlere kamu maliyesi literatüründe yarı kamusal mallar (hizmetler) adı verilmektedir.¹²⁷

Yarı kamusal mallar, bölünebilir ve pazarlanabilir olmalarından ötürü, bunların tüketimlerinden fiyatını ödeyen bireylerin özel fayda sağlamalarının yanısıra, topluma yansıyan sosyal bir fayda da doğar. Bu durumda sağlık hizmetleri de yarı kamusal mallar grubuna girmektedir.¹²⁸

I.2.3.1.5. Kamu Eliyle Verilme Özelliği

¹²⁴ ŞAKAR., a.g.e., s.15.

¹²⁵ a.k., s.11.

¹²⁶ a.k., s.1.

¹²⁷ a.k., s.12.

¹²⁸ Halil NADAROĞLU, **Kamu Maliyesi Teorisi**, Gözden Geçirilmiş 10. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul 1998, s.62.

Aşılama, aile planlaması, gebe ve yenidoğan bakımı, sağlık eğitimi gibi bazı hizmetler doğrudan ödeme yapmayan daha doğrusu yapamayan kişilere de verilmek zorundadır. Bu nedenle bu hizmetler bir kamu malıdır.¹²⁹

I.2.3.1.6. Devlet Müdahalesi Kaçınılmaz Olması

Devletin pazar şartlarına müdahalesi üç şekilde olmaktadır. Birincisi, düzenleme şeklindeki müdahalesidir. Örneğin, Türk Tabipler Birliği özel hekim muayene ücretleri için alt sınır belirler. İkincisi devletin doğrudan hizmet sunmasıdır ki yukarıda da belirtildiği gibi bu bazen zorunludur yani tekellilik kaçınılmaz olur. Üçüncüsü ise yine sosyal devlet anlayışından hareketle devletin, vatandaşlarının bedelini karşılayamadıkları bazı sağlık hizmetlerini sübvansede etmesidir.¹³⁰

I.2.3.1.7. Erdemli Mal Olma Özelliği

Erdemli istekler görüşüne göre, özel mal ve hizmetlerin belli bir bölümünün çok önemli olduğu düşünüldüğünden bu özel mal ve hizmetlerin piyasa mekanizması tarafından üretilip satılması ile birlikte, buna ek olarak kamu ekonomisinde finansmanı ve üretimi kabul edilmektedir.¹³¹

Erdemli mal ve hizmetlere örnek olarak konut imkanlarının sağlanması ve artırılması, kamu sağlık tesisleri ve sağlık hizmetleri, tarımsal yardımlar, düşkünlere, gözleri görmeyenlere, yaşlılara devlet tarafından yardımcı olunması gösterilebilir.¹³²

Toplumsal açıdan önem arz eden, piyasa ekonomisi tarafından yeterince üretilmeyen erdemli mal ve hizmetlerin kamu ekonomisi tarafından üretimi zorunludur. Aksi halde çok büyük toplumsal sorunlarla karşılaşılabilir.¹³³

I.2.3.1.8. Yatırım Özelliği

¹²⁹ ÇALIŞIR., a.g.e., s.15.

¹³⁰ a.k., s.15.

¹³¹ ŞAKAR., a.g.e., s.15.

¹³² a.k., s.15.

¹³³ a.k., s.15.

Sağlık hizmetleri kısmen yatırım kısmen de tüketim özelliği taşır ve ikisinin ayırımı oldukça zordur. Mesela, güzelliğini korumak için plastik cerrahi uzmanına başvuran bir hanım, herhangi bir ekonomik faaliyet için değilse, yapılan harcamalar tamamen tüketim özelliği taşır. Fakat, böyle bir operasyonu, iş hayatındaki etkinliğini devam ettirmek isteyen bir manken geçirirse, yapılan harcama yatırım özelliği taşır.¹³⁴

İster özel ister kamusal olsun, ister tedavi edici ister koruyucu olsun, sağlık programlarının çok yönlü ekonomik etkileri vardır.¹³⁵

Sağlık hizmetlerine ayrılan ekonomik kaynaklar, kısmen sağlık alanına yapılan yatırımları kapsar. Sağlık harcamaları üretim ve verimliliği üç yönden artırıcı olmaktadır. İlk olarak, sağlık harcamaları ölüm oranını azaltması, ortalama yaşam süresini yükseltmesi gibi etkileri sonucu ekonomiyi güçlendirir. Keza, hastalıklar nedeniyle kaybedilen süreyi azalttığından üretime yönelik harcamaların verimini artırır. Ayrıca sağlık harcamaları, işgücünün kalitesini artırıcı ve verimliliği yükseltici etki yapar.¹³⁶

I.2.3.1.9. Bütünlük Özelliği

Dolaylı sağlık hizmetleri alanı ile asıl sağlık hizmetleri alanının, çeşitli bakımlardan bir bütün teşkil ettiği kabul edilir.¹³ Sağlıkla ilgili sektörlerin, kesim ve kurumların, ürünlerin, arz ve talep sistemlerinin arasında veya bunların içinde birbirinden farklı fonksiyonlar ve yapılar mevcutsa da sonuçta, sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmeye çalıştıkları için bu bütünlüğü oluştururlar.¹³⁷

Bu bakımdan sağlık sektörü, yapısı içinde yer alan ve asıl sağlık hizmetleri sistemine doğrudan, dolaylı veya uzak etkisi, katkısı olan, yurt içindeki ve dışındaki kamu,

¹³⁴ a.k., s.17.

¹³⁵ a.k., s.17.

¹³⁶ ŞAKAR., a.g.e., s.17.

¹³⁷ ÖZÇATAL., a.g.e., s.7.

özel veya yardımlaşma türündeki tüm üretim ve tüketim unsurları ile, bunların ürünlerinin oluşturduğu bir bütün olarak ortaya çıkmaktadır.¹³⁸

Sonuç olarak sağlık sektörünün bir bütün olma nitelikleri, asıl sağlık hizmetlerine doğrudan, dolaylı ve uzak etkisi, ilgisi olan sektörler, arz talep sistemleri, kurumlar, kesimler ve ürünler bakımından ortaya çıkmaktadır.¹³⁹

I.2.3.1.10. Sağlık Hizmetlerinin İkame Edilemez ve Ertelenemez Olması Özelliği

Herhangi bir sağlık hizmetinin, başka tür bir sağlık hizmeti ile ikamesi mümkün değildir. Mesela “polio sekelinin düzeltilmesi” ameliyatı pahalı diye, bunun yerine çürük dişlerin bakımı konulamaz. Buna sağlık hizmetlerinin ikame edilemezlik ilkesi denmektedir. Birçok mal ve hizmet için bireylerin ekonomik sebepler başta olmak üzere çeşitli nedenlerle taleplerini bir müddet için ertelemeleri mümkündür. Oysa sağlık hizmetleri nitelikleri gereği çoğu durumda ertelenemez. Çoğu sağlık hizmeti erken teşhis ve tedavinin önemi gereği ihtiyaç ortaya çıkar çıkmaz karşılanmak zorundadır, Özellikle acil ve akut, kişiye ızdırap veren, sağlığını tehlikeye düşüren veya düşürecek olan sağlık hizmetleri talepleri ertelenemez ve ertelenmemelidir. Kişilerin hastalıklarını ihmal etmesi, tedaviyi ertelemeleri telafisi imkansız kalıcı hastalıklara, sakatlıklara, ölüm gibi durumlara neden olabilir.¹⁴⁰

I.2.3.1.11. Sağlık Hizmetlerinde Fiyatlarla Gerçek Maliyetler Arasındaki Korelasyonun Zayıf Olması Özelliği

Sağlık hizmetlerinde fiyatların oluşması ile maliyetler arasında herhangi bir korelasyon söz konusu değildir. Bunun iki temel nedeni vardır. İlki sağlık hizmetleri talebinin rastlantı sonucu değil ihtiyaca göre ortaya çıkması, başka bir hizmet ile ikame edilememesi, ertelenemez nitelikte oluşu ile tedavinin türü, kapsamı, uzunluğu gibi

¹³⁸ a.k., s.7.

¹³⁹ a.k., s.7.

¹⁴⁰ a.k., s.9.

konularda tüketicinin inisiyatifi büyük oranda doktoruna bırakmasını gerektirdiği için teklif edilen sağlık hizmetlerinin fiyatı konusunda tüketicinin pazarlık şansı bulunmamaktadır.¹⁴¹ İkinci neden, sağlık hizmetinin karşılığının her hizmet ortaya çıktığında değil, genel olarak bir sistem çerçevesinde ödenmesidir. Özel bir sağlık sigortasının kapsamında olmak, maaşından kesilen primlerle sosyal sigortadan yararlanmak bu konuda tipik uygulamalardır. Mesela nüfusun %90'ına yakınının herhangi bir sağlık sigortasına sahip olduğu ABD'nde, bir hastanın satın aldığı ilave bir sağlık hizmetinin yıllık toplam tedavi limitini aşmaması durumunda fiyatı sıfırken, bu ilave tedavinin sosyal maliyeti oldukça yüksektir. Belirli gelir seviyesinin altındakilerin yararlandığı tıbbi yardım ve tıbbi bakım gibi programların ücretsiz veya çok düşük bedelle sağladığı sağlık hizmetleri tıbbi bakımın gerçek maliyetleri ile tüketiciye sağlandığı marjinal fayda arasındaki mesafeyi açmaktadır.¹⁴²

I.2.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Niteliği

Sağlık hizmetlerinde pazar şartlarının oluşturulmasında mutlaka bir yöntem ve yol arandığında, sağlık hizmetlerinin nitelikleri incelenmek gerekmektedir.¹⁴³ Sağlık hizmetleri, çevre sağlığı hizmetlerinden tedavi hizmetlerine kadar çok geniş bir alanda varlığını gösterir. Bu kapsam genişliği nedeniyle sağlık hizmetlerini kolektif, yarı kolektif ve özel mal ve hizmet sınıfında görmek mümkündür.¹⁴⁴

¹⁴¹ a.k., s.10.

¹⁴² a.k., s.10.

¹⁴³ ÇALIŞIR., a.g.e., s.15.

¹⁴⁴ Sedat ÇETİK, "Sağlık Sektörüne Kamu Müdehalesi", **Yeni Türkiye Dergisi**, Sağlık Özel Sayısı, İstanbul 2001, Sayı:40, s.1720.

Kolektif hizmetler, teknik olarak bölünemeyen ve bu sebeple de fiyatlandırılmayan, bir kez üretildiklerinde hizmetten yararlananları sınırlandırılmazın, ilave bir kişinin bu hizmetten yararlanması diğerinin tüketimini etkilemeyen hizmetlerdir. Örneğin, çevre sağlığı hizmetleri bulaşıcı hastalıklarla mücadele hizmetleri gibi sağlık hizmetlerinin bir kısmı kolektif hizmetlerdir ve niteliği gereği bu hizmetlerin bedelsiz sunulması zorunludur.¹⁴⁵

Üreme sağlığı hizmetleri, AIDS önleme programları gibi bazı temel sağlık hizmetleri yarı kolektif mal ve hizmetler sınıfındadır ve teknik olarak bölünebilmesi, fiyatlandırılması, pazarlanması mümkün olmakla birlikte sahip oldukları dışsalıklar nedeniyle özel piyasalarda hiç veya yeterince üretilmeyeceklerinden bu tür hizmetler devlet tarafından sağlanmak zorundadır.¹⁴⁶

Özel mal ve hizmetler; hizmetten yararlanmanın bir fiyat ödeme ile mümkün olduğu, fiyat ödemeyenlerin yararlanmalarının mümkün olmadığı, yani hizmetten yararlananları sınırlandırmanın kolay olduğu, bu mal ve hizmetin tüketilmesi halinde bir başkasının bunu tüketmesinin mümkün olmadığı mal ve hizmetlerdir. Örneğin; ilaçlar, ortez-protezler, hastane hizmetleri, laboratuvar hizmetleri bu türdür.¹⁴⁷

I.2.3.3. Temel Sağlık Hizmetleri

Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) denildiğinde akla, Alma Ata Bildirgesi gelir. Alma Ata Bildirgesi, sağlık hizmetleri açısından birçok yeni düzenlemeler gerektiren öneriler içeren uluslararası bir sağlık sözleşmesi niteliğindedir. 6-12 Eylül 1978 de Kazakistan'ın başkenti Alma-Ata'da toplanan TSH Konferansında bu hedefe varmak için izlenecek uluslar arası politika önerileri belirlenmiş ve “herkes için sağlık” hedefinin amaçları şöyle özetlenmiştir; herkes için yaşam beklentisini arttırmak ve yaşam niteliğini

¹⁴⁵ ÇALIŞIR., a.g.e., s.15.

¹⁴⁶ a.k., s.16.

¹⁴⁷ ÇETİK., a.g.e., s.1721.

yükseltmek; ülke içi ve ülkeler arası sağlıkta birliği güçlendirmek, herkesin temel sağlık hizmetlerine ulaşımını sağlamak.¹⁴⁸

“TSH, bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile, ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. TSH, ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH, ulusal sağlık sisteminin, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmetinin birinci halkasını oluşturur.”¹⁴⁹

Temel sağlık hizmetlerinin bazı evrensel ilkeleri ve özellikleri vardır.

Bunlar,¹⁵⁰

Toplumsal Eşitlik İlkesi: Sağlık hizmetleri gerekçesiz olarak herkese eşit bir şekilde verilmelidir. Hizmetin halkın ulaşabileceği yerlerde ilk başvuru birimleri oluşturularak en yakın noktaya götürülmesi ve yaygınlaştırılması esastır.

Çevreyle Bütünlük İlkesi: İnsan, içinde bulunduğu ve sürekli etkileşim içinde olduğu fiziksel, kimyasal, biyolojik ve sosyokültürel çevreden ayrı düşünülemez. İnsan sağlığını etkileyecek her çevresel etken ve alınacak her önlem birlikte düşünülmeli ve sağlık sorunlarının temelinde toplumsal ve kültürel etmenlerin varlığı da unutulmamalıdır.

Yaşamın Bütünlüğü İlkesi: Yaşam doğumdan ölüme bir bütündür. Bu yüzden, insan hastayken de sağlıklıyken de sürekli sağlık hizmeti almalıdır.

Hizmet Sunumunun Boyutu İlkesi: Temel sağlık hizmetinde çok sektörlülük esastır. Yalnızca sağlık sektörünün ya da bir hekimin tek başına başarabileceği bir iş değildir. Diğer sektörlerle yapılan yatırımlar da toplum sağlığına olumlu olarak

¹⁴⁸ Bülent Kadri GÜLTEKİN., Kayıhan PALA., “Herkes İçin Sağlık” Alma-Ata’dan 21. Yüzyıla, **Toplum ve Hekim Dergisi**, cilt15, sayı 4, Ankara 2000, s.298.

¹⁴⁹ Report Of the İnternational Confarence On Primary Ealth Care, World Health Organization, Alma-Ata 1978 -Primary Health Care-Geneva, 1978.

¹⁵⁰ ÇALIŞIR., a.g.e., s.17-19.

yansımaktadır. Örneğin, eğitime yapılan yatırım, sağlık alanında ilerlemeler de sağlayacaktır.

Hizmetin Kapsamında Entegrasyon İlkesi: Sağlık hizmeti; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bir entegrasyonudur. Bu anlamda hizmet tek kişi tarafında verilemeyecek kadar geniş boyutlu ve kapsamlıdır. Bu yüzden sağlık hizmeti farklı disiplinlerden bilgi beceri ve donanıma sahip bir ekip tarafından verilmelidir.

Korunmaya Öncelik İlkesi: Sağlığın korunması tedaviye göre daha kolay ve daha ucuz bir yoldur. Tedavi, sağlık kayıplarını her zaman tamamen gidermez.

Risk Gruplarına Öncelik İlkesi: Hizmete daha çok gereksinimi olanlara öncelik tanınmalıdır. Merkeze uzak olanlar, sıfır yaş grubu bebekler, ağır ve tehlikeli işlerde çalışanlar, yaşlılar, eğitimsizler, yoksullar...vb. hizmet önceliğine sahiptir.

Önemli Hastalıklara Öncelik İlkesi: Bir toplum için en çok görülen, en çok öldüren, en çok sakat bırakan ya da iş ve güce en çok mani olan hastalıklar en önemli hastalıklardır. Doğal olarak çözümde bu hastalıklara öncelik tanınmalıdır.

Evrensellik İlkesi: Hizmet, tüm dünyada ücretsiz ya da az ücret karşılığında verilmelidir. Sağlık sorunları ülkeden ülkeye değişmekle birlikte belirli bir standardın altına düşmemelidir. Bu da iyi bir uluslararası dayanışmayla gerçekleşebilir.

Öz sorumluluk İlkesi: Herkes kendi sağlığının değerini bilmeli ve kendinden sorumlu olmalıdır. Bu bilinç için ise toplum ve birey eğitilmelidir.

Koşullara Uygunluk ve Uygulanabilirlik İlkesi: Hizmet, sürekli, halkın kabul edebileceği şekilde ve ülke koşullarına uygun olmalıdır.

Bireysel ve Toplumsal Katılım İlkesi: Halk, sağlık bilincine ulaşmamış, sağlık hizmetlerini nasıl talep edeceğini bilemiyor ya da hizmetin sunumunu beğenmiyor ve/veya benimsemiyorsa da hizmetten isteyen yararlınsın mantığı yanlıştır. Hizmetin kabul

edilmesi, sunuluş biçimi kadar insanların inanç ve dünya görüşüne de bağlıdır. Halk eğitime karşı dirençlidir. Bu durum, sağlık hizmetinin planlanması ve uygulanması sırasında halkın bütün sürece katılımı, sürekli bir bilgi paylaşımı ve bilgi yönetimi ile aşılabilir.

I.3. Türkiye'de Sağlık Yönetiminin Tarihsel Gelişimi

Türklerin Anadolu'ya gelmeden önceki yaşamlarında yararlandıkları sağlık hizmetleri ile ilgili veriler çok azdır. 1069 yılında Yusuf Has Hacip tarafından yazılan Kutadgu Bilig adlı eserde iki tip hekimden söz edilmektedir. Bunların birincisi “otakçı” diğeri “efsuncu” denilen hekimdir. Otakçı çeşitli bitkisel, hayvansal ve madensel ilaçlardan yararlanarak hasta tedavi ettiği; efsuncunun ise cin ve perilerin neden olduğu hastalıkları tedavi eden ruh hekimi olduğu bu eserde yazılıdır. Usta-çırak ilişkisiyle yetiştirilen otakçı ve efsuncular her toplumda önemli ve değerli kişiler olarak benimsenmişlerdir. Doğu uygarlığında, bilim ve sanat adamlarının yetiştirilmesi geleneksel usta-çırak ilişkisiyle olmuştur. Bu geleneğe uygun olarak hekim, cerrah ve kehhâl (göz hekimi) olanlar, küçük yaştaki erkek çocuklardan kendilerini bu işe adayınları yanlarına alır, bütün bilgilerini hem kuramsal hem de uygulamalı olarak bu çıraklara öğretirlerdi.¹⁵¹

I.3.1. Cumhuriyet Öncesi Sağlık Yönetimi

Orta Asya'dan Batıya göç eden atalarımız, yerleştikleri üç kıtada yüzyıllar boyunca imparatorluklar kurmuş, toplumları yönetmede deneyim kazanmış, her alanda olduğu gibi sağlık alanında da pek çok yenilikler ve tesisler meydana getirmişlerdir.¹⁵²

Ortaçağ, batı aleml için bir duraklama, doğu aleml içinse bir gelişme devri sayılır. İslamiyeti kabul eden Türk Kavimleri, Mısır'ı da içine alan ön Asya'da camiler,

¹⁵¹ ŞAKAR., a.g.e., s.42.

¹⁵² Fatma YÜNCÜ., **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, Kadioğlu Matbaası, Ankara 1992, s.35.

türbeler, medreseler, yollar, köprüler ve kervansaraylarla birlikte medeniyetlerini sembolize eden çeşme, hamam, ılıca, imaret ve hastane gibi sağlık ve sosyal yardım tesisleri de inşa etmişlerdir.¹⁵³

Selçuklu tıp tarihi incelendiğinde hekimler ikiye ayrılmıştır. Birinciler Suriye, İran, Mısır'da namları yayılan ve davet edilen hekimlerdir. İkinciler ise, Anadolu'nun çeşitli sağlık teşkilatlarında yetişen hekimlerdir. Bu hekimlerin çalıştıkları hastaneler sadece hasta bakımı için değil, aynı zamanda hekim yetiştirmek için kullanılmışlardır. Hastaneler medrese tarzındadır.¹⁵⁴

1308'de Anadolu Selçuklu Devletinin yıkılması üzerine kurulan Anadolu Beylikleri devraldıkları tesisleri benimsemişler, bunun yanı sıra cüzzamhaneler ve körhaneler gibi sağlık tesisleri ile kaplıcalar, imarethaneler gibi sosyal yardım tesisleri eklemiştir. Ardından beylikleri kaldırarak Anadolu birliğini yeniden kuran Osmanlılar da ilave olarak Bizans'tan aldıkları yerlere hastaneler, medreseler ve eczaneler açmışlardır.¹⁵⁵

Selçuklular döneminde Şam'da, Bağdat'ta, Musul ve Mardin'de Darü'ş-Şifalar açılmıştır. Anadolu'da ilk önemli hastane 1108-1122 tarihleri arasında Mardin'de Artukoğulları'ndan Eminüddin tarafından yaptırılmıştır.¹⁵⁶

Selçukluların hastane yönetiminde bir takım kayıtlara bağlayıcı prensipler koydukları bilinmektedir. Bu hastanelerin her birinin yönetimine ait tüzükleri vardı.¹⁵⁷

¹⁵³ YÜNCÜ., a.g.e., s.36.

¹⁵⁴ KİTAPÇI., a.g.e., s12.

¹⁵⁵ Yalçın ERTAŞ, **Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, TODAİE, Ankara 1996, s.11

¹⁵⁶ ŞAKAR ., a.g.e., s.43.

¹⁵⁷ KİTAPÇI., a.g.e., s12.

Selçuklularda sağlık ve sosyal yardım kurumları, hastaneler ve hamamlar çok gelişmiş ve yaygındır. Koruyucu hekimliğe çok önem verilmiştir. Askeri tıp da çok ileri seviyededir.¹⁵⁸

Osmanlı tıbbı, Selçukluların etkisiyle 19.yüzyılın ortalarına kadar doğulu ve İslami bir özellikte kendini göstermiştir. Osmanlı Devleti zamanında genellikle, Selçuklu döneminde hastane yapılmamış kentlere sağlık tesisleri kurulmuştur.¹⁵⁹

Hekimbaşılık kurumu, Fatih Sultan Mehmet zamanında kurulmuştur. Hekimbaşılar, bugünkü sağlık bakanı yetkilerine sahip kişilerdir. Hekimbaşılar, resmi ve özel bütün sağlık kuruluşlarını düzenler ve denetlerlerdi. Hekimbaşıların görevlerinden bazıları; Hastane hekimlerini atamak ve görevden almak, gereken yerlerde hastane açtırmak, hekimlere muayenehane açma izni vermek. Hekimbaşılar, görevlerini ilgilendiren fermanları hazırlayıp sadrazama sunarlar, sadrazam da padişahın onayını alıp, hekimbaşına iletirdi. 1469-1850 yılları arasında, 380 yıl devam eden hekimbaşılık dönemi, 1850 yılında kurulan Mektebi Tıbbiye Nezareti (Tıp Okulu Bakanlığı) ile son bulmuştur.¹⁶⁰

Osmanlı Devleti hastane ve sağlık tesisleri açmanın yanında içme suları, besin maddelerinin kontrolü, kanalizasyon ve ölümlerin gömülmesi gibi birçok sağlık sorunlarıyla ilgilenmişlerdir.¹⁶¹

1808-1839 II. Mahmut döneminde sağlık hizmetlerinde reform gerçekleşmiştir. 1826 yılında vilayet - liva - kaza - bucak şeklinde idari basamakların oluşturulması ile beraber sağlık örgütü şekli de buna göre değişmiştir. Ayrıca medreselerde verilen ve batıdaki modern tıpla ilgisi olmayan geleneksel tıp eğitimi yerine, batılı anlamda tıp eğitiminin verilebilmesi için ordunun hekim ihtiyacını karşılamak üzere 14 Mart 1827

¹⁵⁸ a.k., s.44.

¹⁵⁹ a.k., s.44.

¹⁶⁰ a.k., s.45.

¹⁶¹ ERTAŞ., a.g.e., s.11.

tarihinde Tıphane, üç yıl sonra Cerrahhane açılmıştır. 1837 yılında bu iki kurum birleştirilmiş ve iki yıl sonra adı değiştirilerek Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane adıyla hizmet vermeye devam etmiştir.¹⁶²

Sağlık örgütünün yurt sathına yayılması Tanzimat dönemi (1839-1876) ile başlamıştır.¹⁶³ 1839 yılında Tıphane ve Cerrahhane, Galatasaray'da birleştirilerek Darü-l-ülmül Hekimiye-i Osmaniye ve Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane adı altında Viyana Tıp Mektebi'nin programlarıyla ve onunla aynı seviyede, laboratuvar ve klinikleriyle mükemmel bir tıp fakültesi kurulmuştur. Bu fakülte Avrupa'dan getirilen öğretim üyeleri ile takviye edilmiştir.¹⁶⁴

Kendisi de doktor olan Sadrazam Fuat Paşa, Avrupa'da bulunduğu sırada halk sağlığına verilen önemi görmüş bunun üzerine, ordunun doktor ihtiyacını karşılamak için II. Mahmut zamanında¹⁶⁵ Türkçe eğitim veren ve askeri kuruluşlar dışındaki ihtiyacı karşılamak üzere¹⁶⁶ kazalara kadar doktor gönderebilmek için 1866'da İstanbul'da Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye adıyla bir tıp okulu açmıştır. Bu okul 41 yıl hekim ve eczacı yetiştirmiş, 14 Kasım 1908 tarihinde Kadırga'da kurulan Tıp Fakültesine dönüşmüştür. Fakat 1909 yılında lağvedilerek, öğretim üyeleriyle 5 Ağustos 1909 tarihinde Haydarpaşa'daki tıp fakültesi oluşturulmuştur.¹⁶⁷ Türkçe eğitimin olumlu sonuçlar vermesi üzerine, Askeri Tıbbiye Mektebi'nde 1870 den itibaren dersler Türkçe olarak verilmeye başlanmıştır.¹⁶⁸

¹⁶² ESKİN., a.g.e., s.12.

¹⁶³ a.k., s.13.

¹⁶⁴ İnan ÖZALP, Celil KOPARAL, Güneş BEBEROĞLU, **Yönetim ve Organizasyon**, Anadolu Üniversitesi Yayınları No:951, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No:521, Eskişehir 1998, s.74.

¹⁶⁵ ESKİN., a.g.e., s.12.

¹⁶⁶ ERTAŞ., a.g.e., s.12.

¹⁶⁷ ESKİN., a.g.e., s.12.

¹⁶⁸ ERTAŞ., a.g.e., s.13.

“1896 yılında Tıp Okulu bünyesinde bir Mülki Sağlık İşleri Meclisi kurulmuş ve bu kuruluş 1906 yılında “Genel Sağlık Tıp İşleri Meclisi” adını almıştır.”¹⁶⁹ 1914 yılında Sağlık hizmetlerinin ve memleket tabipliklerinin yönetim sorumluluğu, Dahiliye Nezareti (İçişleri Bakanlığı) bünyesinde kurulan Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiye’lerine (Sağlık Genel Müdürlüğü) verilmiştir.¹⁷⁰

Osmanlı İmparatorluğu’nun son döneminde sağlık hizmetleri, Dahiliye Nezaretine bağlı ikinci derecede bir devlet örgütü olarak teşkilatlanmıştır.¹⁷¹

Cumhuriyet öncesi sağlık politikalarını bir bütün olarak ele aldığımız zaman, İmparatorluğun son dönemlerinde oluşan zorlukların, her alanda olduğu gibi sağlık alanında da kendini gösterdiğini söyleyebiliriz. Çöküş sürecini yaşamakta olan İmparatorluğun, etkili bir sağlık politikası oluşturup, bunu uygulayacak durumda olamayacağı öngörülebilir bir saptamadır.¹⁷²

Büyük Millet Meclisi, açılışından kısa bir süre sonra (3 Mayıs 1920) Sağlık Bakanlığı’nın kuruluşunu kabul etmiştir. Bu yeni örgütlenmenin, önceki dönemin belirli bir sistematik yapılanmadan yoksun olan anlayışının, yaşanan ve yaşanması olası zararlarını en aza indirmek amacını taşıdığı söylenebilir.

I.3.2. Cumhuriyet Dönemi ve Sonrası Sağlık Yönetimi

¹⁶⁹ ŞAKAR., a.g.e., s.46.

¹⁷⁰ ESKİN., a.g.e., s.14.

¹⁷¹ ERTAŞ., a.g.e., s.14.

¹⁷² Olgun ŞENER, **Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, TODAİE, Ankara 2005, s.13.

“Sağlık hizmetlerinin batılı ve modern anlamda bir devlet görevi olarak ele alınmasının temeli Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümetinin kuruluşu ile atılmıştır.”¹⁷³ Daha önceleri, Osmanlı İmparatorluğu’nun son dönemlerinde sağlık hizmetleri, İçişleri Bakanlığı’na bağlı bir genel müdürlük tarafından yürütülüyordu.¹⁷⁴ 23 Nisan 1920’de kurulan Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti, sağlık teşkilatını İçişleri Bakanlığı bünyesinden ayırmış, 3 Mayıs 1920’de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nı kurmuştur.¹⁷⁵ Sağlık hizmetlerinin sağlık işleri için kurulan ayrı bir bakanlık tarafından yürütülmesi o günlerde dünyanın pek az yerinde görülmekteydi. İngiltere gibi bir ülke bile ancak 1919 yılında sağlık hizmetleri için ayrı bir bakanlık oluşturmuştur. Bu da memleketimizde sağlık konusuna verilen önemin ve ileri görüşlülüğün göstergesidir.¹⁷⁶

3 Mayıs 1920’de yapılan ilk Bakanlar Kurulu Toplantısına ilk Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı olarak katılan Dr. Adnan Adıvar 11 Mayıs 1920’de yanına katip olarak bir Sıhhiye Memuru (Sağlık Memuru) almış, Ankara Vilayet Konağının bir odasında göreve başlamıştır.¹⁷⁷ (3 Mayıs 1920-10 Mart 1921) Dr. Adnan Adıvar döneminde, yeni yapılanma üzerinde durulmuştur.¹⁷⁸

O günün koşullarına dikkat edildiğinde öncelik arz eden bu düzenlemelerin hedefleri;¹⁷⁹

- “Savaş sonrası problemlerin çözülmesi,
- Sağlık personelinin nicelik ve nitelik bakımından desteklenmesi,
- Merkezden başlayarak köylere kadar ulaşan örgütlenmenin oluşturulması,

¹⁷³ Sağlık Bakanlığı., **Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara 2003-a, s.7.

¹⁷⁴ AYBAŞ, BENLİ, BEZİRCİ, AKIN, ÖZTEK, SAAT, ÜNAL., a.g.e., s.13.

¹⁷⁵ ŞAKAR., a.g.e., s.47.

¹⁷⁶ ESKİN., a.g.e., s.14.

¹⁷⁷ Sağlık Bakanlığı, 2003-B, a.g.e., s.8.

¹⁷⁸ Recep AKDUR, **Sağlık Ocağı Hizmetlerinde İzleme Değerlendirme ve Eğitim Kılavuzu**, Onur Matbaacılık - Sağlık Bakanlığı, Ankara 2003, sabem.saglik.gov.tr.

¹⁷⁹ <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> 16.05.2006

•Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması biçiminde şekillenmiştir.”

Dr. Adnan Adıvar Bakanlıktan 10 Mart 1921’de ayrılmıştır. Ardından Dr. Refik Saydam Bakan olmuştur.¹⁸⁰ Bu dönemin en önemli olaylarından biri, Balkan Harbi’nden (1912-1913) beri süren göçmen ve mültecilerin yerleştirilmeleri ve barınmaları konusudur. 5 Haziran 1921 tarihinde bir nizamname ile göçmen işleri Dahiliye Vekaleti’nden alınarak, Sıhhat Vekaleti’nin yetkisine verilmiştir.¹⁸¹

Kısa bir süre bakanlık yapan Dr. Refik Saydam’ın istifası üzerine Bakanlığa Millet Meclisi tarafından 24 Aralık 1921’de Sinop Mebusu Dr. Rıza Nur getirilmiştir. İstiklal Savaşında diğer bakanlık daireleri gibi Sağlık Bakanlığı da gece ve gündüz aralıksız çalışmış, gerekli görülen yerlerde büyük Öksüz Yurtları açmıştır. İstanbul düşman işgalinden kurtulduktan sonra buradaki 2.500 mevcutlu Öksüz Yurdu Bakanlığa bağlanmıştır.¹⁸²

Kurtuluş Savaşında Sağlık Bakanlığı hem kendi örgütünü oluşturmaya çalışmış, hem de göçmenlerle ve Ankara’ya cephelerden getirilen yaralıların tedavileriyle uğraşmıştır.¹⁸³

Zaferin kazanılması sonucu düşmandan geri alınan bölgelerin halkına yardımda bulunulması hükümetçe kararlaştırılmış, bunun üzerine, eşya yardımları Kızılay Cemiyeti tarafından yiyecek satın alınması için para yardımı da Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmıştır.¹⁸⁴

I.3.2.1. 1923-1960 Dönemi Sağlık Hizmetleri

Cumhuriyetin ilanından sonraki dönemlerde izlenen sağlık politikaları özellik gösteren birkaç bölüme ayrılabilir. Bu dönemlerden Atatürk dönemi oldukça verimli

¹⁸⁰ Sağlık Bakanlığı, 2003-B, a.g.e., s.8.

¹⁸¹ ESKİN., a.g.e., s.15.

¹⁸² Sağlık Bakanlığı, 2003-B, a.g.e., s..9.

¹⁸³ ESKİN., a.g.e., s.16.

¹⁸⁴ ERTAŞ., a.g.e., s.17.

geçmiştir. Bu dönemde sağlıkla ilgili 49 kanun, 2 KHK, 12 tüzük ve 21 yönetmelik çıkarılmıştır.¹⁸⁵

Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasına ve gelişmesinde önemli katkıları bulunmuştur. Onun döneminde çıkarılan yasa ve yönetmelikler bugün hala önemini korumaktadır.¹⁸⁶ 1928 yılında kurulan “Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü” bunun en önemli kanıtıdır. 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nda Bakanlığın görevleri ve hastaların tedavisi ve özellikle mahalli idarelere rehber olmak üzere örnek sağlık kuruluşları açılması yer almıştır.¹⁸⁷

Ayrıca aynı dönemde; 1928 yılında sağlık ve yardımcı sağlık personelinin görev ve yetkilerini belirtmek amacıyla 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” kabul edilmiştir. 1936 yılında 3017 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu” çıkarılmıştır.¹⁸⁸

1923-1937 yıllarında Dr. Refik Saydam'ın bakanlık yaptığı dönem de, hükümetin sağlık hizmetleri ile ilgili ilke ve politikaları şunlardır:¹⁸⁹

Dönemin sağlık politikasına göre koruyucu sağlık hizmetleri devletin görevidir. Böyle olunca da salgın ve bulaşıcı hastalıklarla savaş devletçe yapılacaktır. Tedavi hizmetleri ise belediye ve özel idarelere aittir. Yani yerel yönetimlerin görevidir.¹⁹⁰ Önemli hastalıklarla mücadele etmek, en çok görülen, en çok öldüren ya da sakat bırakan, en çok iş gücüne engel olan hastalık demektir.¹⁹¹ Bu nedenle; bu dönemin önemli

¹⁸⁵ ÇALIŞIR., a.g.e., s.19.

¹⁸⁶ ERTAŞ., a.g.e., s.18.

¹⁸⁷ BENLİ., a.g.e., s.266.

¹⁸⁸ Sağlık Bakanlığı, 2003-B, a.g.e., s.11.

¹⁸⁹ ŞAKAR., a.g.e., s.47.

¹⁹⁰ ÇALIŞIR., a.g.e., s.20.

¹⁹¹ AYBAŞ, BENLİ, BEZİRCİ, AKIN, ÖZTEK, SAAT, ÜNAL., a.g.e., s.14.

hastalıklarından, sıtma, trahoma, frengi ve lepra gibi hastalıklarla savaşmak için örgütler kurulmuştur.¹⁹²

Koruyucu hizmetlerde, özellikle kırsal kesimdeki yardımcı sağlık personelini arttırmak için “Sağlık Memurluğu” sınıfını kurmuştur.¹⁹³

Kamu sektöründe çalışan tüm personelin atama, yükselme ve cezalandırma işleri tek elde, Sağlık Bakanlığı’nda toplanmıştır. Böylelikle bakanlık, işleri yürüten asıl kurum haline gelmiş, özel idareler ve belediyeler sadece hastaneleri finanse eden kuruluşlar olarak kalmıştır.¹⁹⁴

Hekimlerin serbest çalışmaları yasaklanmış, tüm doktorlar Sağlık Bakanlığı için çalışmaya mecbur kılınmış,¹⁹⁵ koruyucu hizmetlerde çalışanlara iyileştirici hizmetlerde çalışanlardan daha yüksek ücret ödenmiştir.¹⁹⁶

Örgütlenme Politikaları

Refik Saydam dönemindeki örgütlenme “dikey örgütlenme” (vertikal örgütlenme) biçimidir. Bu tür örgütlenmede, tek bir hastalıkla savaşan örgütlerden söz edilir. Saydam, sıtma, trahom, frengi ve lepra hastalıklarıyla savaşmak için ayrı ayrı örgütler kurmuştur.¹⁹⁷

Bu örgüt sisteminde, ilde valilerin sorumluluğunda il müdürleri, ilçelerde kaymakamın sorumluluğunda hükümet tabipleri görev yaparak sağlık işlerini yürütürlerdi.¹⁹⁸

İkinci Dünya Savaşı’nın ardından Refik Saydam döneminin aksine, tüm sağlık hizmetleri ve Belediye Hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Böylece koruyucu

¹⁹² ŞAKAR., a.g.e., s.48.

¹⁹³ a.k., s.48.

¹⁹⁴ AYBAŞ, BENLİ, BEZİRCİ, AKIN, ÖZTEK, SAAT, ÜNAL., a.g.e., s.14.

¹⁹⁵ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.14.

¹⁹⁶ ŞAKAR., a.g.e., s.48.

¹⁹⁷ AYBAŞ, BENLİ, BEZİRCİ, AKIN, ÖZTEK, SAAT, ÜNAL., a.g.e., s.15.

¹⁹⁸ ŞAKAR., a.g.e., s.48.

hizmet sunan personel hastanelere kaymış ve önleyici hizmetler neredeyse tamamıyla ihmal edilerek bugünkü ortamın hazırlanmasına zemin hazırlamış oldu.¹⁹⁹

Emekli Sandığıyla ilgili çalışmalar bu dönemde yapılmış, sosyal güvenlik kapsamı genişletilmeye başlanmıştır. İl özel idareleri ve yerel yönetimler tarafından yürütülen hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesine aktarılmıştır.²⁰⁰

Dr. Behçet Uz ve Millî Sağlık Plânı; (7.8.1946 -10.6.1948)

Sağlık hizmetlerinin günün koşullarına uygun, rasyonel ve planlı bir şekilde uygulanması için çalışmalar yapılmıştır. Kasım 1946'da Yüksek Sağlık Şurası Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planını onaylamıştır. Ardından aynı yıl sağlık hizmetlerinde planlama çalışmaları başlatılmıştır. 2. Dünya Savaşından sonra tüm ülkelerin içinde bulunduğu sosyal çalkantı ekonomik güçlükler birçok sağlık sorununu da beraberinde getirmiştir.²⁰¹

1946'da Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet Uz, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini birleştirerek entegre hizmet verecek olan "sağlık merkezleri" kurmuştur. 1950 sonrası, iktidarın liberal ekonomisine rağmen sağlıkta devletçi bir politika izlenmiş, belediye ve özel idarelerdeki hastanelerin devlete bağlanıp işletilmesi görüşü benimsenmiştir.²⁰²

Önceleri Türkiye Büyük Millet Meclisi üyeleri tarafından övgüyle karşılanan Millî Sağlık Planı, üzerinden bir yıl geçmeden hayali olduğu düşüncesiyle eleştiriler almaya başlamıştır. Yasalaşma ve uygulama alanı bulamayan bu plan, Dr. Behçet Uz'dan sonra gelen bakanlar tarafından da uygulanmamıştır.²⁰³

¹⁹⁹ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.14.

²⁰⁰ <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> 16.05.2006

²⁰¹ ERTAŞ., a.g.e., s.19.

²⁰² ÇALIŞIR., a.g.e., s.20.

²⁰³ Erdem AYDIN, "Türkiye'de Taşra ve Kırsal Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, C 12, Sayı 80, Türk Tabipler Birliği Yayını, İstanbul 1997, s.32.

1950 yılı seçimlerinden sonra iktidara gelen Demokrat Parti, sağlık merkezlerinin yapımını hızlandırmış ve buralarda koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetleri vermeye devam etmiştir.²⁰⁴

1950–1960 yılları arasındaki en önemli ilke değişikliklerinden biri de Refik Saydam döneminde yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi hizmetlerinin resmen Sağlık Bakanlığı görevlerinden sayılmasıdır. Bunun sonucunda bütün belediye hastaneleri devletleştirilmiş, bakanlık hızla yeni hastaneler açmıştır.²⁰⁵ Özel idare hastanelerinin devletleştirilip hasta tedavisinin bir devlet hizmeti olarak kabul edilmesi, hasta tedavisi hizmet standardının yükseltilmesine, her il halkına eşit imkan sağlanmasına, tedavi ve koruyucu hizmetlerin bir bütün olarak yürütülmesine imkan sağlaması bakımından yerinde bir karardır.²⁰⁶ Fakat bu gelişmeler sonucunda, koruyucu hizmetlerde çalışmakta olan sağlık personelinin hastanelere kaymasına neden olmuş ve koruyucu hizmetlerde giderek artan bir personel açığı meydana gelmiştir.²⁰⁷

Bu dönemdeki önemli bir gelişme olarak 1945'te işçi sağlığının bir sosyal sigorta sistemi içinde korunup sağlanması amacıyla işçi sigortaları kurulmuş ve 1952'den itibaren de hastaneleri açılmaya başlanmıştır. SSK'nın sadece sigortalıya yapılan sağlık hizmetlerini finanse eden bir kurum olması gerekirken, sağlık teşkilatı ve hastaneler kurması hatalar zincirinin ilk halkası olmuş ve bunu izleyen her kurum ve kuruluş kendi sağlık hizmetlerini kendisi karşılama yolunu tutmuştur.²⁰⁸

I.3.2.2. 1960-1980 Dönemi Sağlık Hizmetleri

1960'dan sonra planlı kalkınma dönemine girilmiş, modern sağlık idaresinin ülke gerçeklerine uygun bir hizmeti gerçekleştirebilecek olan 12 ocak 1961 tarih ve 224

²⁰⁴ Aydın., a.g.e., s.33.

²⁰⁵ AYBAŞ, BENLİ, BEZİRCİ, AKIN, ÖZTEK, SAAT, ÜNAL., a.g.e., s.17.

²⁰⁶ ESKİN., a.g.e., s.21.

²⁰⁷ AYBAŞ, BENLİ, BEZİRCİ, AKIN, ÖZTEK, SAAT, ÜNAL., a.g.e., s.17.

²⁰⁸ ÇALIŞIR., a.g.e., s.20.

sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” yürürlüğe konmuştur. Kanunun uygulanmasına 1963 yılında başlanmış 1983 sonu itibariyle de bütün Türkiye sosyalleştirilmiş sağlık hizmetine kavuşmuştur.²⁰⁹

I.3.2.2.1. 1961 Anayasası ve Sağlık Politikaları

1961 Anayasası'nın sağlıkla ilgili hükümlerine değinmeden önce, ilgili dönemin genel özelliklerine kısa da olsa değinmek gerekir. 27 Mayıs 1960 askeri müdahalesinden 15 Ekim 1961'de sivil iktidarın işbaşına gelmesine kadar geçen ara dönem 1961 Anayasası'nın hazırlık dönemi olmuştur.²¹⁰ Bireye ve bireysel özgürlüklere ağırlık verilmesi, bireyin devlet karşısında korunması,²¹¹ bireyi korumanın doğal uzantısı olan sosyal sektörlerle ilgili düzenlemelerin anayasada yer alması, 1961 Anayasası'nın temel özelliklerinden birisidir.²¹²

1961 Anayasası'nın getirdiği, “sosyal devlet” kavramı konumuzla ilgilidir. Sosyal devlet anlayışı temel alınarak yapılan yeni düzenlemeler, yıllar boyunca temel sağlık politikalarına yön vermiştir.²¹³

Bu dönemde değişik sağlık politikaları tartışılmış ve sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu görüşü benimsenmiştir. Bu dönem, toplumun ve özellikle kırsal yörelerdeki halkın ihtiyaçlarının geleneksel ve gelişigüzel önlemlerle çözülemeyeceğinin bilincine varıldığı bir dönemdir.²¹⁴ 27 Mayıs 1960 ihtilalinden sonra Türkiye, planlı Kalkınma Dönemine geçmiştir. Planlı Kalkınma Dönemi sağlık sektöründe iki önemli

²⁰⁹ a.k., s.21.

²¹⁰ ŞENER., a.g.e., s.19.

²¹¹ Şeref GÖZÜBÜYÜK, **Anayasa Hukuku**, 4.Baskı, Turhan Kitabevi, Ankara 1993, s.145.

²¹² ŞENER., a.g.e., s.19.

²¹³ a.k., s.20.

²¹⁴ ŞAKAR., a.g.e., s.50.

düzenleme getirmiştir. Bunlar; “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” ile “Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun”lardır.²¹⁵

1961 Anayasasının 48. ve 49. maddeleri sosyal güvenlik ve sağlık haklarını şu şekilde düzenlemiştir:

“Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak Devletin ödevlerindedir. Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık koşullarına uygun konut gereksinimlerini karşılayıcı önlemler alır.”

Bu maddelerin gerekçeleri incelendiğinde, 1961 Anayasası ile getirilmek istenen anlayış, dünya ve ülke koşullarına uygun ve daha sonra yapılacak olan yasal düzenlemelerin dayanağı olmuştur.²¹⁶

1961 Anayasası’ndaki sağlıkla ilgili hükümlerin yaşama geçirilmesi amacıyla hazırlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun içeriği ve hedefleri bakımından bir sağlık reformudur, denebilir.²¹⁷

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin amaçları; Sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak ve tüketicileri memnun etmek; Nüfusun büyük çoğunluğunu sağlık güvencesi kapsamına almak; Sağlık hizmetlerine ulaşma ve yararlanmada eşitlik; Sağlık hizmetlerini daha ulaşılabilir kılmak; Maliyetleri sınırlamak; Daha fazla verimlilik ve mevcut kaynakların daha etkili bir şekilde kullanımınıdır.²¹⁸

Bu kanunda kabul edilen ilkeler şunlardır:²¹⁹

²¹⁵ a.k., s.50.

²¹⁶ ŞENER., a.g.e., s.19.

²¹⁷ a.k., s.20

²¹⁸ KİTAPÇI., a.g.e., s144.

²¹⁹ AYBAŞ, BENLİ, BEZİRCİ, AKIN, ÖZTEK, SAAT, ÜNAL., a.g.e., s.18.

Eşit hizmet: Sağlık, doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır. Bu sebeple herkes, sosyal adalete uygun olarak sağlık hizmetlerinden eşit biçimde yararlanmalıdır.²²⁰ Sağlık hizmetleri açısından eşitlik; ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, eşit ihtiyaçlar için kullanım, herkese eşit kalitede hizmettir. Sağlık hizmeti ihtiyacına göre ülke genelinde eşit dağılım, bütün bölgelerde hizmetlere kolay ulaşılabilirlik ve ulaşılabilirliği engelleyen nedenlerin ortadan kaldırılması gerekir.²²¹

Sürekli hizmet: sürekli hizmetten kastedilen herkese, her yerde ve her zaman hizmet sunulmasıdır.²²²

Entegre hizmet: Türkiye’de sağlık hizmetleri 1961 yılına kadar “geniş bölgede tek yönlü hizmet” modeline uygun olarak örgütlenmişti (Sıtma savaşı, trahom savaşı gibi). Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ise “dar bölgede çok yönlü hizmet” ilkesini getirmiştir. Buna göre koruyucu ve iyileştirici bütün hizmetler tek birim olan sağlık ocağı tarafından verilir.²²³

Kademeli hizmet: Hastaların, önce birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarına başvurmaları ve buralarda evde ve ayakta teşhis ve tedavi edilemeyenlerin ikinci ve üçüncü basamak olan hastanelere sevk edilmeleri ilkesidir.²²⁴

Öncelikli hizmet: Risk altında olanlara, hastalanma ihtimali olanlarla, özel korunması gerekenlere (çocuk-hamile-yaşlı) öncelikli hizmet sunulmasıdır.²²⁵

²²⁰ SÖZEN., a.g.e., s.87.

²²¹ Tamer AKER, “Bir Öğrenme Süreci Olarak Sağlıkın Satın Alınması ve Rekabeti”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, cilt 20, sayı 4, İstanbul 2005, s.249.

²²² AYBAŞ, BENLİ, BEZİRCİ, AKIN, ÖZTEK, SAAT, ÜNAL., a.g.e., s.18.

²²³ ÇALIŞIR., a.g.e., s.21.

²²⁴ a.k., s.21.

²²⁵ SÖZEN., a.g.e., s.88.

Katılımlı hizmet: Halk, sağlık hizmetlerini benimser ve ona sahip çıkarsa, başarı da o derece artar. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması aşamalarında ve her kademedede halkın görüşüne başvurmak gerekir.²²⁶

Ekip hizmeti: Sağlık hizmetleri bir kişiye dayalı değil, ekip halinde birkaç kişiyle sunulmalıdır.²²⁷

Denetlenen hizmet; Hizmet içi eğitime ve görev başı denetime önem verilmesidir.²²⁸

Uygun hizmet; Hizmeti alan topluma ülkenin şartlarına uygun hizmet sunulmasıdır.²²⁹

Nüfusu göre hizmet: Hizmetin sunulduğu bölgenin nüfusuna göre örgütün yapısı ve personel sayısının ayarlanmasıdır.²³⁰

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesiyle gerek yataklı, gerekse yataksız sağlık kuruluşlarının yapısı değişmiştir. Ne var ki planlandığı, düşünüldüğü şekilde uygulanamamıştır.²³¹ Sosyalizasyon uygulaması, istenen düzeydeki sonuçlara ulaşılamadan resmen olmasa bile fiilen uygulamadan kaldırılmış veya askıya alınmıştır. Uygulamadaki aksaklıklar göz ardı edilerek yasanın özüne bağlanmıştır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı ile ilgili yasalar incelendiğinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun adındaki bu yasanın, kabul edilerek yürürlüğe konduğu tarihten beri Türkiye'nin sağlık politikasının temelini oluşturduğu görülür. Bu yasa, o zamanın Anayasasındaki sosyal içerikli hükümlere uygun olduğu gibi bugünkü Anayasamızın hükümlerine de uygundur.²³²

²²⁶ AYBAŞ, BENLİ, BEZİRCİ, AKIN, ÖZTEK, SAAT, ÜNAL., s.19.

²²⁷ SÖZEN., a.g.e., s.88.

²²⁸ a.k., s.88.

²²⁹ a.k., s.88.

²³⁰ a.k., s.88.

²³¹ a.k., s.88.

²³² KİTAPÇI., a.g.e., s.27.

Sonraki yıllarda yürürlüğe konan 29.6.1978 gün ve 2162 sayılı “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun” da yine 224 sayılı kanunun öngördüğü sağlık politikasının tamamlayıcı bir parçası olarak düşünülmüş ve önceki kanunun bazı hükümlerini yürürlükten kaldırarak yeni esaslar getirmiştir.²³³ Bu kanun kapsamında çalışan personel, hariçte serbest olarak sanat ve mesleklerini icra edemez, resmi ve özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli veya sözleşmeli olarak mesleki görev alamaz, çalıştıkları kurumun gelirlerinden veya hizmet verdikleri kişilerden bu kanunda yazılı olanlardan ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun gerektirdiği ödemelerden başka mesleki ek gelir sağlayamazlar.

I.3.2.2.2. Kalkınma Planlarında ve Özel İhtisas Komisyonu Raporlarında Sağlık Politikaları

Kalkınma planlarında, tüm ülkeyi kapsayan milli plan anlayışı esas alınmıştır. Kalkınma planları, TBMM’nin kabulü, Cumhurbaşkanı’nın onayı ile yürürlüğe girmektedir.²³⁴

1963-1967 dönemini içeren Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (BBYKP), büyük bir ilgi ve heyecan ile Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından hazırlanmıştır. Kamuoyunda önemli yankılar uyandıran BBYKP, kalkınmayı, demokratik bir düzende ve karma ekonominin olanakları ile gerçekleştirmeyi amaçlamıştır.²³⁵ Belirlenen politikalar şu şekildedir:

- Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilecektir.
- Sağlık çalışanlarının ülke düzeyinde dengeli dağılımına öncelik verilecektir.
- Kamu sağlık hizmetleri tek elden yürütülecektir.

²³³ a.k., s.28.

²³⁴ Rahmi DİRİCAN, Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi, **Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni**, C 2, Sayı 7, Atatürk Üniversitesi Yayını, Erzurum 1970, s.185.

²³⁵ Serije SEZEN, **Devletçilikten Özelleştirmeye Türkiye’de Planlama**, TODAİE Yayın No: 293, Ankara, 1999, s.87.

- Toplum hekimliğine gerekli öncelik verilecektir.
- Yerli ilaç sanayi özendirilerek, gelişmesi sağlanacaktır.
- Sağlık sigortasının oluşturulması için gerekli çalışmalar yapılacaktır.
- Genel Sağlık Sigortası kurulması için gerekli araştırmalar yapılacaktır.
- Özel sektörün hastaneler kurmaya yönelik girişimlerinin özendirilecek, kamunun temel sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayırabilmesi sağlanacaktır.
- Yataklı tedavi kurumlarının, döner sermayeli kuruluşlar olarak işlevlerini sürdürebilmeleri için gerekli araştırmalar yapılacaktır.
- Plan döneminde gerçekleştirilmek istenen hedeflerden biri de, her yedi bin nüfus için bir sağlık ocağı ve her elli bin nüfus için de bir sağlık merkezi yapılmasıdır.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde sağlık ocaklarının yapımında geri kalmıştır. Sağlık ocaklarının yapıldığı yerlerde yol, içme suyu, haberleşme gibi altyapı eksiklikleri genellikle giderilememiş ve ocaklar buldukları yerlerin iklim şartlarına uygun olarak inşa edilememiştir.²³⁶ Hedeflenen sağlık ocağı ve sağlık evi sayısına ulaşamamış fakat sosyalleştirmenin başlaması ile halka götürülen sağlık hizmetlerinde çok büyük artış kaydedilmiştir.²³⁷ Personel sayısının artması, vatandaşlara daha fazla sağlık hizmeti sunulmasını sağlamıştır.²³⁸ Bütün bunlar sağlık hizmetlerinin köylerde yaşayan vatandaşlara ulaşması bakımından sosyalizasyonun tatbiki hususunda umut vermiştir.²³⁹

1968-1972 yılları arasındaki İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (İBYKP)'nın temel hedefleri, BBYKP ile paralellik göstermektedir. İBYKP'nda karma ekonomiye dayalı bir kalkınma hedeflenmektedir.²⁴⁰ İki planda da yıllık % 7 kalkınma hızı

²³⁶ ESKİN., a.g.e., s.82.

²³⁷ a.k., s.81.

²³⁸ a.k., s.82.

²³⁹ a.k., s.83.

²⁴⁰ SÖZEN., a.g.e., s.9.

öngörölmüş ve kalkınmada başat rol devlete verilmiştir. Birinci planda gerçekleştirilemeyen hedefler, ikinci planda da yer almıştır.²⁴¹

Sağlık alanındaki hedefler olsun, diğer ekonomik ve sosyal hedefler olsun, İBYKP'nın ilk plandan temel farkı, bu hedeflere ulusal kaynaklar ile ulaşılmasına ilke olarak vurgu yapmasıdır. Birinci ve ikinci beş yıllık planlar, birinci planda öngörülen on beş yıllık strateji doğrultusunda hazırlanmış ve bu stratejiye göre gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır.²⁴²

1973-1977 yıllarını kapsayan Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (ÜBYKP), kendinden önceki plandan daha kapsamlıdır.²⁴³ ÜBYKP ile birinci plan dönemindeki on beş yıllık stratejiden vazgeçilmiş ve yirmi iki yıllık yeni bir strateji benimsenmiştir.²⁴⁴ Bunun nedeni, 1963 Ankara Anlaşması ile başlayan Avrupa Ekonomik Topluluğu(AET)'na üye olma girişiminin, 1970 yılında imzalanan Katma Protokol ile yeni bir aşamaya ulaşmasıdır. Üçüncü Planın diğer iki plandan ayırt edici özelliği sektörler bazında da planlamaya gidilmesidir.²⁴⁵ AET standartlarına ulaşmak, Planın hedef ve stratejilerinin belirlenmesinde etkili olmuştur.²⁴⁶

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979-1983 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. Fakat zamanın siyasal-toplumsal koşullarından, 1980 askeri müdahalesi nedeni ile uygulanamamıştır.²⁴⁷

I.3.2.3. 1980 Sonrası Sağlık Hizmetleri

²⁴¹ a.k., s.24.

²⁴² a.k., s.25

²⁴³ Devlet Planlama Teşkilatı, **Yeni Strateji ve Kalkınma Planı-Üçüncü Beş Yıl 1973-1977**, Başbakanlık Basımevi, Ankara 1973.

²⁴⁴ SEZEN., a.g.e., s.188.

²⁴⁵ a.k., s.192.

²⁴⁶ SÖZEN., a.g.e., s.25.

²⁴⁷ a.k., s.26.

1980'li yıllarda, 1961'de başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletilmesi gayretlerine şahit olunmuştur. Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla, genel sağlık sigortası 1987 yılında tekrar gündeme gelmiş, ancak bu husustaki hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir. Aynı yıl Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. Ancak, bu kanunun hayata geçirilmesini sağlayacak düzenlemeler günümüze kadar hazırlanamamıştır.²⁴⁸

1990 yılında DPT tarafından sağlık sektörü ile ilgili master planı hazırlanmış ve bu plan doğrultusunda 1. Ulusal Sağlık Kongresi 1992 yılında toplanmış, bu toplantı ile yeniden yapılanma süreci başlatılmıştır. 1993 yılında toplanan 2. Ulusal Sağlık Kongresinde ulusal sağlık politikaları belirlenmiş, diğer yandan aynı yıl sosyal güvenlik şemsiyesi kapsamı dışında kalan yoksul bireyler için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir. 1993 yılında toplanan 2. Sağlık Kongresinde alınan kararlar paralelinde günümüze kadar gelen birtakım düzenlemeler yapılmış, ne yazık ki istenilen sonuçlar alınamamıştır. Hastanelerin özzerkleşmesi ve özelleşmesi konusunda yapılan çalışmalar sonuçsuz kalmıştır.²⁴⁹

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve hizmet sunumunun birbirinden ayrılması tartışmaları yoğun bir şekilde yaşanmış ve yataklı tedavi kuruluşlarının işletme zihniyeti ile yönetilmeleri doğrultusunda hazırlıklar ve uygulamalar yapılmıştır.²⁵⁰

1980 sonrası iktidara gelen partiler (tek parti veya koalisyon iktidarları) piyasa ekonomisi paralelinde politikaları yürüttüklerinden, sağlık hizmetlerinin işletme mantığı ile yönetilmesi çalışmalarının hız kazanması daha kolay olmuştur. Yine bu dönemde sağlık

²⁴⁸ <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> 16.05.2006

²⁴⁹ <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> 16.05.2006

²⁵⁰ ŞENER., a.g.e., s.73

teknolojilerinde olumlu anlamda hızlı gelişmeler yaşanmıştır. Sağlık sektöründeki özelleştirme tartışmaları halen yoğun olarak devam etmektedir.²⁵¹

I.3.2.3.1. 1980 Sonrası Türkiye’de Genel Değişimler

1980 yılı Türkiye’nin siyasal ve ekonomik yaşamında bir dönüm noktası olarak kabul edilebilir. 1980 öncesinde ülkede yaşanan siyasi, ekonomik ve toplumsal alanlardaki olumsuzluklar, 1980 yılında ülkede yaşanan ve bir dönüm noktası olarak da kabul edilen yeni bir süreçle sonuçlanmıştır.²⁵²

Karma ekonomi düzeni içinde, devlet koruması altında, ithal ikameci anlayışla sanayileşerek kalkınmayı hedefleyen yaklaşım, 24 Ocak 1980 kararları ile liberal politikaların etkin olduğu, dışa açık, ihracata dayalı kalkınma stratejisini temel alan bir sürece dönüşmüştür. Ülkede yaşanan bu değişimin, dünyadaki gelişmelerden ayrı olduğu elbette düşünülemez. 24 Ocak 1980 kararlarını, siyasal liderlik değişimi, toplumsal tutumlardaki değişim, yönetim kuramındaki değişimler, başarısızlığın kavranarak yenilenme ihtiyacının anlaşılması koşullarına bağlı olarak gerekliliği ortaya çıkan, genel anlamda kamu yönetimindeki değişimlerin, ülkemize hemen yansdığına göstergesi olarak da değerlendirilebilir.²⁵³

ABD ve İngiltere gibi ülkelerden kaynaklanan yeni sağ politikaların uygulanması olarak da değerlendirilen 24 Ocak 1980 istikrar programı, uzun yıllar sürecek olan yeniden yapılanma sürecinin başlangıcı olmuştur. On yılı aşkın süredir ülkede yaşanan sosyal ve ekonomik sıkıntıların kritik aşamaya geldiği bir süreçte ekonomik yapıdaki köklü

²⁵¹ a.k., s.73

²⁵² a.k., s.39.

²⁵³ a.k., s.40.

değişimlerin yanında, siyasal yaşamda da yeni bir askeri müdahale karşımıza çıkmaktadır.²⁵⁴

Süreklilik gösteren krizler ve giderek tırmanan terör olaylarının sonunda, 12 Eylül 1980 askeri müdahalesi ile ordu, emir komuta düzeni içinde yönetime el koymuştur. Ara rejim olarak adlandırılan, askeri darbeden yönetimin tekrar sivillere bırakılacağı 1983 yılına kadar geçen sürede, 24 Ocak 1980 istikrar programı kararlarının kesintiye uğramadan uygulandığını özellikle belirtmek gerekir. 1980 askeri müdahalesinin, 1961 anayasası ile kurulmuş olan devletin temel yapısının kaynağı olan siyasi kurumları kapattığını, sosyo-politik oluşumun aracı kurumlarının (dernekler, sendikalar, meslek kuruluşları) etkinliklerine engel olduklarını göz önüne alırsak, 1980 yılında gerçekleştirilmek istenen yapılanmayı daha iyi anlayabiliriz. Bu yapılanmayı, sadece Türkiye'ye özgü bir gelişme olarak değil, dünya genelinde işlerlik kazanan yeni sağ politikaların Türkiye'deki uzantısı olarak algılamak daha doğru bir yaklaşım olsa gerekir.²⁵⁵

Devletin ekonomideki rolünde ortaya çıkan değişimler, kamu hizmeti anlayışındaki değişimler, kurumsal yapılarda ve bürokratik yapıda ortaya çıkan değişimler bir bütün olarak incelendiğinde, 1980 sonrası yeni sağ politikalar olarak adlandırılan politikaların toplum hayatında etkili olduğunu söylemek mümkündür.²⁵⁶

Temelleri 1980 yılında atılan bu yapısal değişim çalışmaları, 2000'li yıllara kadar Türkiye'nin sosyal ve toplumsal değişim yönünü belirlemiştir. Kamu hizmeti kavramının yeniden sorgulanmaya başladığı bu süreçte, tüm kamu hizmetleri bu tartışmalardan etkilenmiştir. Kamu hizmetlerinin tamamının bu süreçten eşzamanlı ve aynı

²⁵⁴ a.k., s.40.

²⁵⁵ a.k., s.41.

²⁵⁶ a.k., s.41.

derecede etkilendiği söylenemez. Ancak, bu sürecin, topluma doğrudan götürülen ve toplumdaki tüm bireylere, her an verilmesi gerekli olan bir hizmet olarak sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi, diğer hizmetlere oranla daha yoğun olmuştur. İnsanın olduğu her yerde olması gereken, en azından yaşanabilir bir ortam hazırlamak, ideal olarak ise mutlu ve istenilen düzeyde bir yaşam düzeyi oluşturabilmek için gerekli olan sağlık hizmetlerinin, sosyo-ekonomik kararlardan doğrudan etkilendiğini ve bunun yaşamın her alanına anında yansıdığını kabul etmek gerekir.²⁵⁷

1980'lerdeki bu değişimi, özelde sağlık alanında, genelde ise sağlığı etkileyen tüm toplumsal alanlarda bir alt üst oluş olarak değerlendirenler olduğu gibi, Türk ekonomisinde dışa açılmanın ve ekonomik büyümenin başladığı, Türk girişimcilerin dev enerjisini açığa çıkarmak için altyapının hazırlandığı, ekonominin kendini yenileme fırsatı bulduğu bir süreç olarak değerlendirenler de vardır. Bu iki farklı değerlendirmenin temelinde, kamu yönetimindeki anlayış farklılığı yatmaktadır. Dünya genelinde, devlet ve devletin yürüttüğü etkinlikler konusunda yaşanan önemli değişimlerin Türkiye'ye yansımaları olarak da değerlendirilebilecek olan bu iki farklı yaklaşım, bireysel ve toplumsal yaşantımızı ilgilendiren hemen her konuda karşımıza çıkmaktadır. 1980'li yıllar, Türkiye için, serbest piyasa ekonomisine dayanan ve özelleştirme uygulamalarının ön plana çıktığı yeniden yapılanma döneminin yaşandığı yıllar olmuştur.²⁵⁸

I.3.2.3.2. 1982 Anayasası ve Sağlık Politikaları

1982 Anayasasının hazırlanma ve kabul edilme süreci askeri müdahale sonrası ara dönemde gerçekleşmiştir. 1982 Anayasası, sağlık hizmet ve yönetiminde 1961 Anayasasına paralel düzenlemeler içermektedir.²⁵⁹ Anayasa'nın 60. maddesi herkesin

²⁵⁷ a.k., s.41.

²⁵⁸ a.k., s.41.

²⁵⁹ <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> 16.05.2006

“sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiğini” içerir. Genel Sağlık Sigortası 1982 Anayasasının 58. Maddesinde “Genel sağlık sigortası kurulabilir” ifadesiyle yer almıştır.

1982 Anayasası sağlık konusunu 1961 Anayasası’na göre daha geniş kapsamlı ele almıştır. 1982 Anayasasında sağlıklı çevre ve sağlık hizmetleri birlikte değerlendirilmiş ve genel sağlık sigortası önerilmiştir.²⁶⁰

“Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması” Anayasanın 56. maddesinde şöyle ifade edilmektedir:

“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

Bu madde ile getirilen en önemli yenilik genel sağlık sigortasıdır. Katılma payı ödenmesi, yoksul ve dar gelirliler için devlet yardımı yapılarak oluşturulması düşünülen genel sağlık sigortası, 1982 Anayasasını 1961 Anayasasından, sağlıkla ilgili hükümler açısından, ayıran en önemli noktalardan biridir. Yeni anayasadaki farklı bir diğer düzenleme ise, 1961 anayasasında olduğu gibi, yoksul ve dar gelirli ailelere sağlık şartlarına uygun konut temin etme yönünde somut bir düzenleme yer almamasıdır.²⁶¹

²⁶⁰ ERTAŞ., a.g.e., s.21.

²⁶¹ a.k., s.43

Sağlık hizmetlerindeki uzman hekim açığına kapatmak üzere 25.8.1981 tarihinde 2514 sayılı “Bazı Sağlık Personeline Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun” ile çeşitli daldaki uzman hekim açığı hızla giderilmiş, diğer kamu kuruluşlarının da yararlandığı bu kanun sayesinde uzun yıllar uzman hekim görmeyen yataklı tedavi kurumları işler duruma getirilmiştir. Ancak Bakanlar Kurulu yetkisini kullanarak 28.8.1995 tarih ve 95/7234 Sayılı Kararname ile uzman tabipleri 27.03.2000 yılına kadar kanun kapsamı dışında tutmuştur.²⁶²

13.1.1983 tarihinde 17927 sayılı “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği” yayımlanmış, ardından Sağlık Bakanlığı’nın teşkilat ve görevlerini düzenleyen 181 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” 14.12.1983 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. Daha sonra bu kararnameyi değiştiren 210 Sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname’nin Bazı Hükümlerinin Değiştirilmesine Dair Kanun Hükmünde Kararname” 18.6.1984 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.²⁶³

Sağlık Hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemek üzere, 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” hazırlanarak 15.5.1987 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanmış, ancak Anayasa Mahkemesinin 19.4.1988 tarih ve E/1987 /16 K./1988/8 sayılı kararı ile bazı maddeleri iptal edilmiştir.²⁶⁴

²⁶² a.k., s.13

²⁶³ a.k., s.14

²⁶⁴ ŞAKAR., a.g.e., s.51.

3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun” hazırlanarak 3.7.1992 tarih ve 21273 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.²⁶⁵

I.3.2.3.3. Kalkınma Planlarında ve Yıllık Programlarda Sağlık Politikaları

1980 sonrası hazırlanan kalkınma planlarında, sağlık politikalarının ele alınma şekli, esas olarak 1980 öncesi ilk üç planda yer aldığı gibidir. Ancak, 1980 sonrasında daha çok uygulanma şansı bulan temel ekonomik ve sosyal politikadaki piyasa ekonomisi yönündeki değişim, sağlık politikalarına da yansımıştır. Bu yansımaların izlerini, dördüncü plandan başlayarak sonraki tüm planlarda bulmak mümkündür.²⁶⁶

31 Ağustos 1978, Sayı 16393’lü Resmi Gazeteye göre; 1979 – 1983 yıllarını kapsayan Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında (DBYKP), sağlık konusunda izlenmesi gereken politikalar ve ilkeler şu şekilde sıralanabilir:

Bu plan döneminde, sosyalleştirme programının tamamlanması hedeflenmiştir. Bu, planın en önemli hedefidir. Daha önceki üç planın hedef ve stratejileri arasında yer almasına karşın, sosyalleştirme programı, planlarda öngörüldüğü şekilde gelişme göstermemiştir. Bu nedenle, aynı hedef dördüncü planda da yinelenmiştir. Dördüncü BYKP’nın diğer bir farklı yönü ise, üçüncü planda hedeflenen kişi başına düşen yatak sayısında indirim öngörmüş olmasıdır. Üçüncü planda, 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 26 iken, dördüncü planda bu rakam 18.5 olarak belirlenmiştir. Diğer planlardaki kişi başına düşen yatak sayıları ve sağlık çalışanı sayılarına, anne-bebek ölüm verilerine planların bitiminde ulaşamadığı görüldüğünden, daha gerçekçi bir yaklaşım olacağı düşüncesi ile bu indirim öngörülmüştür denilebilir.²⁶⁷

²⁶⁵ Sağlık Bakanlığı, 2003-B, a.g.e., s.15.

²⁶⁶ ŞENER., a.g.e., s.44

²⁶⁷ ŞENER., a.g.e., s.44.

1980 askeri müdahalesi ve müdahale sonrası ülkenin sosyal ve ekonomik durumları nedeni ile bu planın uygulanabilirlik şansı azalmıştır. Bu nedenle, hedeflerin önemli bir kısmına ulaşılamamıştır.²⁶⁸

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı;1985–1989 yılları arasını kapsayan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (Beşinci BYKP), 1980 sonrası yaşanan değişimlerin izlerini bulmak mümkündür. Piyasa ekonomisinin oldukça itibar gördüğü bir dönemde hazırlanan ve uygulamaya koyulan beşinci BYKP ile önceki planlardan uzaklaşma başlamıştır. Önceki planlarda yer alan hedeflerin ve izlenen stratejilerin değerlendirilmesi bu plandan itibaren göz ardı edilmiştir. Bu yaklaşım planlama geleneğinden kopmanın ilk işaretlerinden biridir.²⁶⁹

Beşinci plan, dördüncü planda düşük tutulan kişi başına yatak sayısını, tekrar üçüncü plandaki seviyeye yükseltmiştir. Bu hedeflenirken, sağlık tesisleri kurma ve işletmede özel sektörün özendirilmesi politikalarının etkili olacağı düşünülmüştür. Çevre sağlığına vurgu yapılması da önem taşımaktadır. Diğer bir önemli husus ise, sağlık sigortası geçiş hazırlıklarının yeniden ele alınması yönündeki ilke karardır. Burada belirtilmesi gereken diğer bir nokta ise, Beşinci Plan'da, önceki dört planda yapıldığı gibi, kendinden önceki beş yıllık planın değerlendirmesinin yapılmamış olmasıdır. Beş yıllık planlarda, önceki beş yıllık dönemin değerlendirmesinin yapılması; planlardaki gerçekleştirme oranları konusunda net fikirler vermesi açısından ve mevcut plandaki aynı yöndeki hedeflerin tutarlılığını görebilme bakımından önem taşımakta ve nereden nereye geldiğini görme açısından da önem arz etmektedir.²⁷⁰

Planda dikkat çeken ve üzerinde durulması gereken diğer bir önemli nokta, sağlık alanında özel sektöre yönelik özendirmelere vurgu yapılmasıdır. Sağlık alanında her

²⁶⁸ a.k., s.45.

²⁶⁹ a.k., s.45.

²⁷⁰ a.k., s.47.

kurumun ayrı ayrı tesisler kurarak çok başlılığa doğru gidildiği ve bunun da atıl kapasiteye neden olduğu görüldüğünden, bu durumu önleyecek çalışmalar yapılmasının gerekliliği dile getirilmiştir. Bu değinmeler, ileride ayrıntılı olarak ele alınacak olan sağlıkta alanında özelleştirme uygulamaları ve sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması düşüncesinin yansımalarıdır.²⁷¹

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı; Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı(Altıncı BYKP)'nın en önemli özelliği, 1973 yılında yürürlüğe giren ve 22 yıllık bir dönemi kapsayacak şekilde perspektif plan olarak hazırlanan üçüncü planın, son beş yıllık dönemini kapsamaktadır. 1990-1994 yıllarını kapsayan altıncı BYKP, 1980 yılından sonra başlayan piyasa ekonomisi söylemleri ve buna ait uygulamaların yoğun olarak yaşandığı bir dönemde hayata geçirilmiştir.²⁷²

Bu hedefler, genel sağlık göstergelerinde belirli iyileştirmeler gerçekleştirmek için öngörülmüştür. Temel sağlık göstergelerinde sağlanan iyileşme, toplumsal gelişmişliğin ölçütlerinden biridir. Altıncı plan döneminde toplumun genel sağlık düzeyinde iyileşmeler gözlenmiştir. Bu plan döneminde, Dünya Bankası desteği ile iki sağlık projesi uygulamaya koyulmuştur. Birinci Sağlık Projesi 1991 yılında başlamış ancak, tamamlanması 1998 yılına sarkmıştır. Proje, Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Mardin, Muğla, Tokat, Yozgat ve Sivas illerini kapsamına almıştır. Projenin tüm sorumluluğu, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı'nın başkanı olduğu, YÖK, HDTM, DPT Müsteşarlığı temsilcilerinden oluşan Koordinasyon Komitesi'ne verilmiştir.²⁷³

Birinci Sağlık Projesinin amaçları şu şekilde sıralanabilir.²⁷⁴

²⁷¹ a.k., s.47.

²⁷² a.k., s.47.

²⁷³ a.k., s.49.

²⁷⁴ a.k., s.50.

- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektörünün yönetiminde etkinliği arttıracak önlemler almak,
- Sağlık Bakanlığı'nın teknik ve yönetim kapasitesini güçlendirerek, yüksek kalitede ve olabildiği kadarı ile kendine yeten bir sağlık bakım sistemi kurmak,
- Proje bölgesinde temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmak.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ; 1996-2000 yıllarını kapsayan Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (Yedinci BYKP), 6 Mayıs 1995 tarihine yürürlüğe girmiştir.

1980'li yıllarda başlayan değişim ve dönüşüm sürecinin, kalkınma planlarındaki en belirgin özelliği Yedinci BYKP'de görülmektedir. Plan bütün olarak incelendiğinde, ekonomiyi bir bütün olarak ele alıp inceleme yaklaşımından vazgeçildiği, makroekonomik hedef ve stratejilerin önceliğini kaybettiği, sosyal sektörleri içeren temel yapısal değişim projelerine geniş yer verildiği, kapsamının önceki planlara oranla daraltıldığı ve bağlayıcılık özelliğinden de vazgeçildiği görülür.²⁷⁵

Kalkınma Planları'nın kamu sektörü için bağlayıcı olduğu, özel sektör için ise yönlendirici, yönlendirici bir özellik taşıdığı bilinen bir gerçek olmasına rağmen, Yedinci BYKP ile bu temel gerçeklik bir kenara bırakılmış ve kamu sektörü, özel sektör ayrımı yapılmadan plan tüm sektörler için yol gösterici bir nitelik almıştır. Tüm bunların sonucunda, Yedinci BYKP ile geleneksel planlama çizgisinden en belirgin kopmanın ve Türk planlama tarihinde yeni bir kırılma noktasının gerçekleştiği söylenebilir. Yedinci Beş Yıllık kalkınma Planı'nda sağlık hizmetleri ve politikaları ile ilgili öngörüler, "Sağlık

²⁷⁵

a.k., s.53.

Reformu” başlığı altında yer almıştır. Reform başlığı altında ele alınan diğer konular ise eğitim, sosyal güvenlik, finans ve yerel yönetimlerdir.²⁷⁶

Yedinci BYKP, sağlık alanında ve özellikle yataklı tedavi kurumlarında piyasa koşullarının egemen olmasını amaçlamaktadır. Aşağıda yer alan ifadelerden bu sonucu çıkarmak mümkündür.²⁷⁷

Söz konusu kanunların çıkartılmasının öngörülmesi, sağlık alanında hukuksal ve kurumsal düzenlemelere ağırlık verileceğinin bir göstergesidir. Bu düzenlemelerin tümünün gerçekleştirilmesi halinde, sağlıkta reform niteliğinde adımlar atılmış olacaktır. Ancak, 2000 yılına gelindiğinde yukarıda bahsedilen hukuki düzenlemelerin yapılamadığı ve dolayısı ile kurumsal anlamda reform gerçekleştirilemediği görülmektedir.²⁷⁸

Yukarıda değinilen uygulamalar ve ardı ardına değişen hükümetler uzun zamandır süregelen halkın sağlık hizmetleri alanındaki güven kaybını önleyememişlerdir. Vurgulanması gereken, halen halkın önemli bir bölümünün herhangi bir sosyal güvence altında olmamasıdır. Hizmetlerin dağılımında eşitsizlik, hasta yataklarının 1/3’ünün ve toplam doktor sayısının yarısının Türkiye’nin üç büyük şehrinde yoğunlaşmasından da anlaşılacağı üzere had safhadadır. Sistem hakkında yapılan eleştirilerin yıllar boyu benzer şekilde sürmesine rağmen bu eleştirilere yanıt olması gereken beş yıllık planlarda hedefler birbirinin kopyası olmaktan ileriye gidememiştir.²⁷⁹

²⁷⁶ a.k., s.53.

²⁷⁷ a.k., s.56.

²⁷⁸ a.k., s.56.

²⁷⁹ Serdar SAVAŞ, Ömer KARAHAN, Ömer SAKA, **Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm**, Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Yayını, Kılıçaslan Matbaacılık, Ankara 2002, s.17.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı; Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın (Sekizinci BYKP), “Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık kalkınma Planı” adı ile yayımlanmış ve 2001-2005 yıllarını kapsayacak şekilde yürürlüğe girmiştir.²⁸⁰

Sağlık hizmetlerini, eşitlik ve hakkaniyet içinde halkın gereksinim ve beklentilerine uygun bir yapıya kavuşturmak, toplumun yaşam kalitesini yükseltmek, bireyi hak ettiği yaşam düzeyine ulaştırmak, dünya ile bütünleşmeyi sağlamak, Türkiye'nin bölgesinde ve dünyada daha güçlü, etkin ve saygın bir konuma ulaşmasını sağlamak Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın temel amaçlarını oluşturmuştur.²⁸¹

Sekizinci BYKP'nın yaptığı bu saptamalar, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda öngörülen bazı amaçlara ulaşamadığını göstermektedir. Yedinci BYKP'nın, sağlık hizmetleri ile ilgili olarak, ait olduğu dönem içinde gerçekleştirilmesini öngördüğü düzenlemelerden bazılarının, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın genel değerlendirmeler kısmında, hala gerçekleşmemiş konular arasında belirtilmesi bu saptamayı doğrulamaktadır.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, sağlık alanında amaçlanan gelişmelerin sağlanabilmesi için hukuksal ve kurumsal alanda yeni düzenlemeler yapılmasını öngörmüştür. Bu öngörü, hukuksal ve kurumsal düzenlemeler gerçekleştirilmeden, sağlık alanında istenilen düzeye erişilemeyeceği anlamına gelmektedir. Öngörülen düzenlemeleri şu şekilde sıralamak mümkündür.²⁸²

- Sağlık Bakanlığı'nın görevi, yetkisi, sorumlukları ve örgüt yapısı, AB normları paralelinde yeniden düzenlenecektir.
- Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuat düzenlemeleri yapılacak, birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği ile entegre şekilde yeniden

²⁸⁰ ŞENER., a.g.e., s.58.

²⁸¹ a.k., s.58.

²⁸² a.k., s.62.

düzenlenecektir. Hastanelerin piyasa koşullarında rekabet edebilir işletmeler haline gelmesi için gerekli yasal düzenlemeler gerçekleştirilecektir.

- Kamu kesimine ait sağlık kuruluşlarında, sağlık personelinin tam gün çalışmasını özendirici yasal düzenlemeler gerçekleştirilecektir.
- Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi'nin ulusal referans kurumu niteliğinde çalışabilmesi için gerekli yasal düzenlemeler yapılacaktır.
- Sağlık eğitimi ve sağlık personeline yönelik mevzuat güncelleştirmeleri yapılacaktır.
- Yüksek Sağlık Şurası'nın var olan yapısı ve işleyişi gözden geçirilerek, ilgili tüm tarafların katılımının sağlanması için gerekli olan düzenlemeler yapılacaktır.
- Gıda sağlığı, denetimi ve güvenliği ile ilgili yaşanan gelişmeler paralelinde düzenlemeler yapılacaktır.

I.3.2.3.4. Avrupa Birliği'ne Uyum Açısından Sağlık Politikaları

Türkiye, Avrupa Birliği (AB) üyeliği için aday ülke konumundadır. Helsinki'de 1999'da yapılan Devlet ve Hükümet Başkanları Zirvesi'nde Türkiye'nin aday ülke statüsünün kabul edilmesi, Türkiye-Avrupa Birliği ilişkilerinde büyük bir atılım olarak kabul edilmiştir. 2001 yılının Mart ayında ve revize olarak 2003 Temmuz ayında Avrupa Birliği Müktesebatı'nın Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı TBMM'de kabul edilmiştir. Sağlık Bakanlığı da Avrupa Birliği'ne uyum çalışmaları doğrultusunda "Mesleki Niteliklerin Karşılıklı Tanınması Hakkında Kanun" üzerinde çalışmalarını devam ettirmekte ve uzmanlık eğitimini Avrupa Birliği mevzuatını dikkate alarak gözden geçirmektedir.²⁸³

²⁸³

SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.8.

II. BÖLÜM

SAĞLIK YÖNETİMİNİN YAPILANMASI

II.1. Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme İlkeleri

Bir ülkede sağlık hizmetlerinin istenen düzeye ulaşması, o ülkenin sosyal güvenlik politikaları ile örgütlenme konusunda bazı temel ilkeleri benimseyip uygulamasıyla gerçekleşir.²⁸⁴

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde benimsenecek ilkeleri şöyle özetleyebiliriz²⁸⁵

- Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetimi devlet sorumluluğunda olmalı ve hizmetten yararlanan kişilerden ücret talep edilmemeli,
- Sağlık personelinin eğitim ve öğretimi, ülke şartlarına ve ihtiyaçlarına uygun olarak ele alınmalı, sağlık personeli de yararlanıcı kişilerin sağlık yönünden eğitimiyle görevli olduklarının bilincine varmalı,
- Sağlık hizmetleri en iyiyi sağlayacak şekilde değil, olanakların elverdiği en iyiyi sunacak şekilde örgütlenmeli, bireye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleriyle ayakta ve evde tedavi hizmetleri birlikte (entegre bir şekilde) ele alınmalı,
- Sağlık hizmetleri, bir ekip hizmeti olarak örgütlenmeli,
- Az gelişmiş ülkelerle, gelişmiş ülkeler arasındaki örgütlenmenin çok farklı olacağı unutulmadan, toplumların en alt tabanında sosyal ve ekonomik durumu yetersiz bireylerin bulunduğu bir piramide benzetilerek; en üst düzeyde uzman hekim,

²⁸⁴ ŞAKAR ., a.g.e., s.22.

²⁸⁵ Nazan BİLGEL, Rahmi DİRİCAN, **Halk Sağlığı(Toplum Hekimliği)**, 2. baskı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa 1993. s.517-524.

tabanda ise köy ebeleri ve yardımcı sağlık personeli bulunmakta olup, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde bu piramidin tabanına öncelik ve ağırlık verilmeli,

- Sağlık personelinin hizmet edeceği nüfus, hizmetin etkinliğini ortadan kaldıracak kadar fazla olmamalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, toplumun istek ve gereksinimlerini karşılayacak şekilde olmalı,
- Hasta tedavi hizmetleri örgütlenirken, yatak sayısı az olan, özel amaçlı hastaneler kurulmasından kaçınılmalı, insan gücünden ve giderek çok pahalıya mal olan tıbbi araç ve gereç harcamalarından tasarruf sağlanmalıdır.

II.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Örgütlenmesi

Fonksiyonel yapısı bakımından sağlık hizmetleri ile sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi arasında yakın bir ilişki vardır. Sağlık sistemleri sosyal, ekonomik, tıbbi, örgütsel ve teknolojik yönleriyle, kişi sağlığını kabul edilebilir bir düzeye ulaştırmayı hedefler. Sağlık sistemi ekonomi, ekoloji, eğitim, ulaşım, haberleşme gibi başka sistemlerle devamlı olarak etkileşme halindedir. Bu etkileşmenin özellikleri ve sınırları genellikle belirgin olmadığından sağlık sistemini bir bütün olarak tanımlamak olanaksızdır.²⁸⁶

Sağlık hizmetlerinin yetki ve görevleri, makro anlamda tüm toplumun sağlık hizmetleri ihtiyacını karşılamak olduğuna göre organizasyon, sağlık işletmelerinin yetki, görev ve sorumluluklarının merkezi bir üst otorite tarafından belirlenmesini ifade etmektedir. Böylece sağlık işletmelerinin işlev çatışmaları önenebilecek, kaynak israfı olmayacak ve hizmet boşlukları önlenmiş olacaktır. Mikro açıdan ise organizasyon, sağlık işletmelerinde yetki, görev ve sorumlulukların dağıtılarak, sağlık işletmelerinin

²⁸⁶

Çınar ÜNVER, **Sağlık Sistemlerine Yöneylem Araştırması**, ODTÜ yayını, Ankara 1982, s.17.

organizasyon yapısıyla hizmetin kalitesi ve birim maliyetler arasında ilişki olduğu kabul edilerek, organizasyon yapısının sürekli (dinamik) olarak geliştirilebilmesine imkan verilmelidir.²⁸⁷

Örgütlenme, sağlık planlaması sonucunda saptanmış bulunan amaç, araç ve yöntemlerin uygulama yönünde fiziksel ve yönetsel anlamlarda düzenlenmesi işlemidir.²⁸⁸

Aşırı derecede merkeziyetçi bir yapıda olan sağlık sisteminde; yetkilerin de üst seviyelerde toplanmış olması olasıdır. Bu durum sağlık hizmetlerinin yönetilmesinde ve örgütlenmesinde çeşitli zorluklar ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi; kıt kaynakların en uygun olarak kullanılmasını, sağlık hizmetlerinin planlanması neticesinde saptanan amaç, araç ve yöntemlerin uygulama yönünde fiziksel ve yönetsel anlamlarda düzenlenmesi biçimidir.²⁸⁹

Sağlık örgütlenmesi içerisinde, sağlık örgütü yanında sağlık örgütünün eşgüdüm içinde olması gereken diğer örgütler de ortaya çıkabilir. Böyle durumlarda; örgütler arası eşgüdüm sağlanmalı amaç da kaynakların (insan gücü, malzeme, para, zaman) gereksiz kullanımına engel olmak, tasarruflu olmak, sağlık hizmetlerinde maliyet /etkililik oranını yükseltmektir.²⁹⁰

“Türkiye’de sağlık hizmetlerinin etkili, güvenilir, kolay erişilebilir, formaliteden uzak bir niteliğe kavuşturulması ve ülke çapında dengeli bir şekilde yaygınlaştırılması görevi 3 Mayıs 1920 tarihinde kurulan Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir.”²⁹¹

²⁸⁷ Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu, Özel İhtisas Komisyon Raporu, DPT, Yayın No: 2274/391, Ankara 1991, s.149.

²⁸⁸ Ahmet DEMİRCAN, **Türkiye’de İl Sağlık Örgütlenmesi ve Bir Analiz: Tokat İli Üzerine Araştırma**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, TODAİE, Ankara 1996, s.12.

²⁸⁹ DEMİRCAN., a.g.e., s.13.

²⁹⁰ a.k., s.14.

²⁹¹ a.k., s.16.

II.2.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık hizmetleri tarihsel olarak, Osmanlı İmparatorluğunun son dönemlerinde İçişleri Bakanlığı'na bağlı bir müdürlük tarafından yürütülmekteydi. Sağlık hizmetlerinin bir bakanlık düzeyinde örgütlenmesi ilk kez 1920 yılında olmuştur.²⁹² Sağlık Bakanlığı 3 Mayıs 1920'de kurulmuş ve 24.4.1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve 9.6.1936 tarih ve 3017 nolu Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Memurları Kanunu (Sıhhat ve İçtima-i Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu) ile Sağlık Bakanlığının örgüt yapısı belirlenmiştir.²⁹³ Sağlık Bakanlığı, Türk sağlık sistemi içerisinde, hastane hizmetlerinde en büyük, koruyucu hizmetlerde ise tek ve en önemli hizmet sunucusudur.²⁹⁴ Sağlık hizmetlerinin Türkiye sınırları içerisinde yürütülmesinden ve denetiminden Sağlık Bakanlığı; kendine bağlı hastane ve birimlerden direk, diğer özel kuruluşlardan dolaylı olarak sorumludur.²⁹⁵ Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenleyen 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 2. maddesi gereği Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı olanlar dışındaki tüm kamu kurum ve kuruluşlarıyla gerçek ve tüzel kişileri kapsamı içine alır. Kanun'a göre, sağlık kurum ve kuruluşları yurt düzeyinde eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık Bakanlığı'nca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir. Merkez Teşkilatı'na bakıldığında en üst düzeyde; Bakan, Müsteşar, beş Müsteşar Yardımcısı, Yüksek Sağlık Şurası, Teftiş Kurulu Başkanlığı ve danışmanlar görülür. Müsteşar yardımcılarına bağlı olarak çalışan genel müdürlükler, daire başkanlıkları ve müşavirlikler bulunur. Bu

²⁹² KARAEĞE., a.g.e., s.4.

²⁹³ DEMİRCAN., a.g.e., s.17.

²⁹⁴ ŞAKAR., a.g.e., s.53.

²⁹⁵ Mehmet DALLI, **Hastanelerde Döner Sermaye Uygulaması ve Yönetime Etkileri**, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir 1992, s.79.

görevleri kamu yönetimi mevzuatı doğrultusunda kendilerine verilen görev yetki ve sorumluluklarla yürütürler.²⁹⁶

Amacı

181 sayılı “Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ye göre amaç:

“Herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek ve halka sağlık ve sosyal yardım hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmek için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının kurulmasına, teşkilat ve görevlerine ilişkin esasları düzenlemektir.”

Görevleri

181 sayılı KHK’ ye göre Sağlık Bakanlığı’nın görevleri şunlardır:

“Herkesin hayatını bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,

Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak,

Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,

İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek; farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar üreten yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek,

Gerekli aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse ithalini sağlamak,

Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığına ait olmak üzere Tarım Orman ve Köy İşleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,

Mahalli idareler ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek,

Bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,

²⁹⁶

Asım BALCI, **Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim**, Atlas Yayın Dağıtım, İstanbul 2005, s.

Korunmaya, yardıma ve bakıma muhtaç çocuk, sakat ve yaşlıların korunması, bakımını, yetiştirilmesini ve rehabilitasyonlarını, çalışan ana ve babaların çocuklarının bakımını sağlamak üzere gerekli hizmetleri yürütmek, yoksulluk içinde bulunan kişi ve ailelere imkanlar ölçüsünde yardımda bulunmak,

Kanser, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini sağlamak,

Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personelini yetiştirmek,

Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletlerarası ve içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak.”

II.2.1.1. Sağlık Bakanlığının Bugünkü Örgütlenmesi

Sağlık Bakanlığı, merkez teşkilatı, taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşlardan oluşur.

II.2.1.1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı

Bakanlığın merkez teşkilatı, ana hizmet birimleri ile danışma ve denetim birimleri ve yardımcı birimlerden meydana gelir. Sağlık bakanlığının sağlık hizmetlerini nasıl yürüteceği, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 2872 sayılı Çevre Kanunu, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve bu kanunlara dayanılarak çıkartılan ilgili tüzük ve yönetmeliklerle hüküm altına alınmıştır. Bu düzenlemelere göre, sağlık hizmetlerinin bütününde görev alma, başka kurumlara yetki devri ve devrettiği sağlık hizmetlerini denetleme yetkisi Sağlık Bakanlığı'nın görevlerinde yer alır.²⁹⁷

Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı ile bütün ülke içerisinde sağlık hizmetini yürütmek zorundadır. Buna göre merkez teşkilatı, politika oluşturma ve bu politika doğrultusunda plan program yapma ve uygulama, koordinasyon sağlama, politika doğrultusundaki hedeflerin daha aşağı birimlere ulaştırılması, illerden gelen verilerin toplanması ve analiz edilmesi gibi faaliyetleri yürütür.²⁹⁸

II.2.1.1.1.1. Yüksek Sağlık Şurası

²⁹⁷ ATALAY., a.g.e., s.10.

²⁹⁸ BALCI., a.g.e., s.83.

Yüksek Sağlık Şurası; Cumhurbaşkanı, Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının onayladığı uzmanlar tarafından oluşur. Bu şura ülkenin sağlık durumu ve sağlık sorunlarını görüşmek amacı ile her yıl ortalama 2 defa toplanır, mesleki yetersizlik ve ihmal vakalarında en üst danışman ve karar verici organdır.²⁹⁹

Bakanlıkça verilecek önemli sağlık konuları hakkında görüş bildirmek ve tababet şubeleri sanatlarını ifadan doğan adli konularda görüş vermek üzere (11) üyeli bir Yüksek Sağlık Şurası kurulmuştur. Şura üyeleri Sağlık Bakanınca ülkede sağlık hizmetleri veya eserleri ile tanınmış kişiler arasından seçilir. Bakanlık Müsteşarı, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanı, Temel Sağlık ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürleri ile I. Hukuk Müşaviri Kurulun tabii üyeleridir. Seçim yolu ile Şura üyesi olanların görev süresi bir yıldır. Bakanlık, ülkenin sağlık ile ilgili konularında danışma fonksiyonu yapmak üzere Şura'ya bağlı olarak danışma kurulları oluşturabilir. Kurul Başkanları, Sağlık Şurası toplantılarına tabii üye olarak katılır. Kurul üyelerine 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 16. maddesinde tespit edilen huzur hakkı ödenir. Yüksek Sağlık Şurası yılda en az bir kere toplanır. Bakanlık lüzum gördüğü hallerde Şura'yı toplantıya çağırabilir. Şura'nın ve danışma kurullarının çalışma usul ve esasları bakanlıkça hazırlanacak yönergede tespit edilir. Şura ile ilgili sair hususlar 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununda yer alan hükümlere göre yürütülür.

II.2.1.1.1.2. Ana Hizmet Birimleri

Bakanlık hiyerarşisinde bir sonraki basamak hizmetlerin sunulmasından sorumlu genel müdürlükler ve diğer birimlerdir.

Sağlık bakanlığı'nın teşkilat ve görevleri hakkında 181 sayılı KHK'ye göre, ana hizmet birimleri ve görevleri şunlardır;

²⁹⁹

SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.25.

II.2.1.1.1.2.1. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

İlk olarak “Hıfzıssıhha İşleri Umum Müdürlüğü” adı altında oluşturulan Genel Müdürlük 3017 sayılı Kanunla görev alanı belirlenmiş, 1963 yılında çıkarılan 4862 sayılı Kanunla “Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü” adını ve daha sonrada 28.02.1982 de “Bakanlıkların Yeniden Düzenlenmesi ve Çalışma Esasları Hakkında Kararname” ile “Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü” adını almıştır.³⁰⁰

181 sayılı “Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ye göre görevleri; koruyucu sağlık hizmetlerini sağlamak, bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek ve aşılama yapmak, çevre sağlığı tedbirleri almak, gıda maddelerini denetlemek, serbest çalışan hekimleri denetleyip ücret tarifelerini tespit etmektir.

II.2.1.1.1.2.2. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

İlk olarak 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Kanununun 11. Maddesinde “İçtimai Muavenet İşleri Dairesi” olarak yer almış, 4862 sayılı Kanununla önce “Sosyal Yardım İşleri Genel Müdürlüğü” olarak değişmiş, sonra 225 sayılı Kanunla “Tedavi Kurumları Genel Müdürlüğü” ve daha sonra da 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü” adıyla yeniden görevleri belirlenmiştir.³⁰¹

181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye göre başlıca görevleri arasında; bakanlığa bağlı hastaneler ve dispanserlerin mali işlerini, kendisi ile birlikte özel idare ve belediye bütçeleriyle idare olunan hastane ve dispanserlerin, idari ve fenni her türlü işlemlerini izlemek, düzenlemek, yürütmek ve denetlemek; Milli Savunma Bakanlığı dışında kalan genel ve katma bütçe ile idare edilen tüm sağlık kuruluşlarının sıhhi ve sosyal işlerini denetlemek; özel hastanelerle,

³⁰⁰ Sağlık Bakanlığı, 2003-B, a.g.e., s.20.

³⁰¹ a.k., s.29.

hakiki ve hükmi şahıslara ve hayır cemiyetlerine ait sosyal yardım kuruluş ve teşkilatının işlemlerini incelemek, düzenlemek ve izlemek yer alır.

Birbirine bağlı yataklı kurum ve kuruluşları açmak ve düzenlemek, kamusal veya özel yataklı tedavi kurumlarına açılış ruhsatı vermek, ücret tarifelerini belirlemek, kan merkezleri açmak da başlıca görevleri arasında yer alır.³⁰²

II.2.1.1.1.2.3. İlaç ve Eczacılık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Cumhuriyetimizin kuruluşu ile Bakanlık Teşkilat Yasası içinde “Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü”ne bağlı “Eczacılık ve Müstahzarlar Şube Müdürlüğü” olarak, daha sonra da 1946 yılında çıkarılan 4862 sayılı Kanunla “Eczacılık ve Tıbbi Müstahzarlar Genel Müdürlüğü”ne dönüştürülmüş, 181 ve 210 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameler ile de “İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü” olarak değişmiştir.³⁰³

181 sayılı kanuna göre görevleri; ilaç imali, ithali ve piyasaya arz şekillerini izne bağlamak, ilaç üretim, dağıtım ve depolama üniteleri ile eczanelerin çalışma esaslarını tespit etmek ve denetimlerini yapmak; farmasötik ve tıbbi madde üreten yerlerin, dağıtım ve depolama üniteleri ile eczanelerin açılış ve çalışmalarını tespit etmek, denetimleri yapmak; uyuşturucu ve psikotrop maddelerin ithal, imal, ihraç ve yurtiçi tüketiminin esaslarını tesbit etmek ve denetlemek.

II.2.1.1.1.2.4. Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü

27.02.1982 tarih ve 8/4334 sayılı “Bakanlıkların Yeniden Düzenlenmesine Dair Kararname” ile “Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü” adını almıştır.

181 sayılı KHK ile görevleri; sağlık insan gücü planlaması yapmak, ihtiyaca uygun insan gücü yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak; tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili işleri yürütmek; personel eğitim planını hazırlamak, düzenlemek,

³⁰² ŞAKAR ., a.g.e., s.53.

³⁰³ Sağlık Bakanlığı, 2003-B, a.g.e., s.42.

uygulamak ve koordine etmek; halkın sağlık bilincinin geliştirilmesi için eğitim programları hazırlamak, yürütmek ve koordine etmek; bakanlığın yayın faaliyetlerinin esaslarını belirlemek ve koordinasyonunu sağlamak; ilgili kuruluşlarla işbirliği yaparak sağlık mesleklerinin standartlarını belirlemek.

II.2.1.1.1.2.5. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

Sağlık İşleri Genel Müdürlüğüne bağlı bir şube olan bu birim daha sonra 1965 yılında çıkarılan 665 Sayılı Kanunla da kuruluşu tamamlanmış olup ve 27.2.1982 tarihinde “Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü” adını almış, 14 Aralık 1983'te 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye göre de, Genel Müdürlüğün adı yeniden değişikliğe uğrayarak “Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü” adını almıştır.³⁰⁴

181 sayılı KHK ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün görevleri şunlardır; ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri ile ilgili hedefleri belirlemek, bu hedefler doğrultusunda çalışma plan ve programları hazırlamak ve uygulamaya koymak; annenin ve çocuğun beden ve ruh sağlığının korunmasını ve evli kadınların doğum öncesi ve sonraki bakımlarını sağlamak.

II.2.1.1.1.2.6. Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı

Türkiye Cumhuriyeti'nde, 1925 yılında Ankara'da toplanan I. Milli Tıp Kongresinin en önemli konusu sıtma ile mücadele olmuştur. 1926 yılında TBMM'de sıtma ile mücadeleye yönelik olarak 839 sayılı “Sıtma Mücadelesi Kanunu” kabul edilmiş ve 1928 yılında ise Adana Sıtma Enstitüsü kurulmuş daha sonraları ise, 1945 yılında 4707 sayılı “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” ve 1946 yılında 4871 sayılı “Sıtma Savaş Kanunu” kabul edilerek Sıtma Genel Müdürlüğü kurulmuş, 1960 yılında 7402 sayılı

³⁰⁴ Sağlık Bakanlığı, 2003-B, a.g.e., s.35.

“Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun” çıkarılmıştır. Sıtma mücadelesinin daha etkin olması için Sıtma Savaşı Daire Başkanlığı bugünkü halini 1983 yılında 181 sayılı KHK ile almıştır.³⁰⁵

181 sayılı KHK ile görevleri; sıtma mücadelesi hizmetlerinin etkin bir şekilde yapılmasını sağlamak için plan ve programların, politikaların tespitine yardımcı olmak ve uygulamak; sıtma hastalığının önlenmesini sağlamak amacıyla milletlerarası ve yurt içindeki ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak.

II.2.1.1.1.2.7. Verem Savaş Dairesi Başkanlığı

1918 yılında gönüllü kuruluşların çabaları ile temelleri atılmış, 1948 yılında ise daha geniş çaplı 48 mahalli derneğin birleşmesi ile “Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneği” kurulmuştur. Kanunlaşması 1949 yılında başlamıştır. 5368 sayılı “Verem Savaşı Hakkındaki Kanun” ile Sağlık Bakanlığı, dernekler ve belediyeler tarafından verem hastaneleri ve verem savaşı dispanserlerinin kurulması, hastaların Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz olarak tedavi edilmelerini sağlayacak yasal düzenlemeler oluşturulmuştur. 1960 yılında ise Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı içerisinde “Verem Savaşı Genel Müdürlüğü” kurularak, taşra teşkilatları bu müdürlüğe bağlanmış, 1975’lerden sonra ise verem eski riskini yitirmiştir. 181 sayılı KHK ile “Verem Savaşı Daire Başkanlığı”na dönüştürülmüştür.³⁰⁶

181 sayılı KHK ye göre görevleri; verem savaşı hizmetlerinin etkin bir şekilde yapılmasını sağlamak üzere, hizmetin gerektirdiği plan, program ve politikaları tespit etmek, uygulamak; veremin yayılmaması için koruyucu her türlü tedbiri almak, hastaların kontrol ve tedavi altında bulunmalarını sağlamak; fertlerin, hasta ve çevresinin eğitimini yapmak.

³⁰⁵ a.k., s.50.

³⁰⁶ a.k., s.47.

II.2.1.1.1.2.8. Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı

İlk olarak 1964 yılında “Kanser Savaş Şefliği” olarak teşkil edilen Başkanlık, 1243 sayılı kanunla “Kanserle Savaş Müdürlüğü” olarak, 181 ve daha sonra yayımlanan 210 sayılı KHK ile Kanser Savaş Dairesi Bakanlığı olarak düzenlenmiş, görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir.³⁰⁷

181 sayılı KHK ile görevleri;

“Tespit edilen politika ve hedeflere uygun olarak kanserle savaş hizmetlerini planlamak, uygulamak ve bu hizmetlerin organizasyonunu sağlamak,

Kanserle ilgili her türlü istatistiki bilgileri toplamak, araştırma ve incelemeler yapmak, yaptırmak ve özendirmek, kanserle savaşta gerekli koruyucu ve tedavi edici hizmetleri, bu bilgileri, araştırma ve inceleme sonuçlarına göre değerlendirmek, alınması gerekli tedbirleri tesbit etmek, uygulamak ve uygulatmak,

Kanserle savaş için sağlık tesisleri kurmak ve kurdurmak,

Kanserle savaş alanında hizmet veren veya çalışmalarda bulunan kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve özel hukuk tüzel kişileri ve gönüllü kuruluşlarca açılacak sağlık tesis ve kuruluşlarının tespit edilecek standartlar içinde açılışlarına izin vermek faaliyetlerini denetlemek ve yönlendirmek,

Kanserle savaş hizmetlerine halkın gönüllü iştiraki ve yardımını sağlamak, bu konuda gerçek ve tüzel kişiler ve gönüllü kuruluşlarla işbirliği yapmak ve imkanlar ölçüsünde bunlara yardımda bulunmak ve yol göstermek.

Kanserle savaşta görev alacak personelin yetiştirilmesi konusunda gerekli tedbirleri tespit etmek ve bu tedbirleri uygulamak ve uygulatmak,

Kanserle savaş konusunda halkın eğitimi için gerekli hizmetleri diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak yürütmek,”

II.2.1.1.1.2.9. Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı

İlk yapılanma, “Teşkilatı ve Memurin Kanunu”na bağlı 2 sayılı cetvelde “Hıfzıssıhha İşleri Dairesi” bünyesinde kurulan “Uyuşturucu Maddeler ve Cemiyeti Akvam Şubesi”nde başlanmıştır. Bu şube 1946 yılında “Sağlık ve Sosyal Yardım

³⁰⁷

Sağlık Bakanlığı, 2003-B, a.g.e., s.45.

Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanunu” ile “Uyuşturucu Maddeler ve Milletlerarası İşler Şubesi” olarak değiştirilmiştir. 1960 yılında 5439 Sayılı Kanuna dayanılarak doğrudan makama bağlı müstakil bir “Dış Münasebetler Müdürlüğü” kurulmuş, 1963 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanunu’nda değişiklik yapılmasına dair 225 Sayılı Kanunla “Dış Münasebetler Dairesi Başkanlığı” adı altında teşkilatlanması yasallaştırılmıştır. 181 Sayılı KHK ile “Avrupa Topluluğu ve Dış İlişkiler Daire Başkanlığı” olarak anılmış, daha sonra 04.05.1989 tarih ve 367 Sayılı KHK ile “Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı” olarak faaliyetlerini sürdürmesi kararlaştırılmıştır.³⁰⁸

181 sayılı KHK’ye göre görevleri; Birleşmiş Milletler ve milletlerarası kuruluşlar ile yapılan sağlık anlaşmalar ile ilgili çalışmalarını düzenleme; kongre, konferans ve toplantılar düzenleme, dış burs ve kurslara araç, gereç ve teknik yardımları sağlama; Sağlık Bakanlığın yabancı ülkelerle olan ilişkilerini programlama ve konu ile ilgili hizmetlerini yürütme; yabancı kurum, kuruluş ve kişilerle ilgi iletişimi, koordinasyonu sağlamaktır.

II.2.1.1.1.2.10. Avrupa Topluluğu Koordinasyonu Dairesi Başkanlığı

14 Nisan 1987 tarihinde Avrupa Topluluğuna (AT) Ülkemizin tam üyelik başvurusunun ardından Bakanlar Kurulu’nda AT ile ilişkilerin süratli, düzenli, etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesi amacıyla bakanlıklar ve bağlı kuruluşlarda AT ile ilgili birimler kurulması kararı alınmıştır. Daha sonrada 4 Mayıs 1989 tarihinde 367 nolu KHK ile görev, yetki ve sorumluluklar belirlenmiştir.³⁰⁹

181 sayılı KHK ile görevleri; Sağlık Bakanlığın görev alanına giren konularda, Avrupa Topluluğu ile ilgili konularda koordinasyonu sağlar. Avrupa Topluluğuyla görevli Devlet Bakanlığının koordinasyon çalışmalarına yardımcı olur, bu

³⁰⁸ Sağlık Bakanlığı, 2003-B, a.g.e., s.51.

³⁰⁹ a.k., s.54.

alanda hükümetin genel politikasını uygulamaya yönelik tedbirleri alır, uyum ve uygulama çalışmaları ile ilgili işleri yürütür.

II.2.1.1.1.3. Danışma ve Denetim Birimleri

İlk olarak 1920 yılında Hükümet bünyesinde kurulan ve bir reis ve üç tabip müfettişten oluşan bir denetleme kurulu ile bu yıllarda Batı, Orta ve Doğu Anadolu Müfettişlikleri kurularak denetim hizmetleri yürütülmüş, 1936 yılında çıkartılan 3017 sayılı Teşkilat Kanunu ile merkezde Teftiş Kurulu Teşkil edilerek daha modern bir anlayış içerisinde yürütülmeye başlamıştır.³¹⁰

181 sayılı KHK'ye göre görevleri; Sağlık Bakanlığı teşkilatıyla bağlı, ilgili kurum ve kuruluşlarının ve Sağlık Bakanlığın denetimi altındaki kuruluşların her türlü faaliyet ve işleriyle ilgili olarak teftiş, inceleme ve soruşturma işlerini yürütme; Sağlık Bakanlığın amaçlarını daha iyi geliştirmek için mevzuat, plan, program ve önerileri hazırlama ve Bakana sunma başlıca görevleridir.

Teftiş Kurulu Başkanlığı

181 sayılı KHK'ye göre Teftiş Kurulu Başkanlığı Bakanın emri ve onayı üzerine Bakan adına yaptığı görevler şunlardır; Bakanlık teşkilatıyla bağlı ve ilgili kurum ve kuruluşların ve Bakanlığın denetimi altındaki kuruluşların her türlü faaliyet ve işleriyle ilgili olarak teftiş, inceleme ve soruşturma işlerini yürütmek; Bakanlığın amaçlarını daha iyi gerçekleştirmek, mevzuata, plan ve programa uygun çalışmasını sağlamak amacıyla gerekli önerileri hazırlamak ve Bakana sunmak; özel kanunlarla verilen diğer görevleri yürütmek.

Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı

³¹⁰

a.k., s.56.

1960 yılında Devlet Planlama Teşkilatı'nın kurulması ile beraber bu kuruluşa bilgi verebilecek planlama ünitelerinin kurulması için bakanlıklarda makam onayı ile Planlama Genel Sekreterliği oluşturulmuş, daha sonra da 12.12.1967 tarihinde yayınlanan kararname ile Araştırma Planlama ve Koordinasyon Birimleri oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlıkta "Planlama ve Koordinasyon Dairesi Başkanlığı" olarak kurulmuştur.³¹¹

Hukuk Müşavirliği

181 sayılı KHK'ye göre Hukuk Müşavirliğinin görevleri şunlardır; Bakanlığın diğer birimlerinden sorulan hukuki konular ile hukuki, mali, cezai sonuçlar doğuracak işlemler hakkında görüş bildirmek; Bakanlığın menfaatlerini koruyucu, anlaşmazlıkları önleyici hukuki tedbirleri zamanında almak, anlaşma ve sözleşmelerin bu esaslara uygun olarak yapılmasına yardımcı olmak; 8 Ocak 1943 tarih ve 4353 sayılı kanun hükümlerine göre adli ve idari davalarda gerekli bilgileri hazırlamak ve hazineyi ilgilendirmeyen idari davalarda Bakanlığı temsil etmek; Bakanlığın amaçlarını daha iyi gerçekleştirmek, mevzuata plan ve programa uygun çalışmasını temin etmek amacıyla gerekli hukuki teklifleri hazırlamak ve Bakana sunmak; Bakanlık kuruluşları tarafından hazırlanan veya diğer bakanlıklardan yahut Başbakanlıktan gönderilen kanun, tüzük ve yönetmelik tasarılarını hukuki açıdan inceleyerek görüşlerini bildirmek.

Bakanlık Müşavirliği

181 sayılı KHK'ye göre Bakanlıkta, özel önem ve öncelik taşıyan konularda bakana yardımcı olmak üzere otuz bakanlık müşaviri görevlendirilebilir. Bakanlık Müşavirleri bakanlık makamına bağlıdır.

Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği

311

181 sayılı KHK'ye göre Sağlık Bakanlığında basın ve halkla ilişkilerle ilgili faaliyetleri planlamak ve bu faaliyetlerin belirlenecek usul ve ilkelere göre yürütülmesini sağlamak üzere Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği teşkil edilebilir.

II.2.1.1.1.4. Yardımcı Birimler

Yardımcı birimler, personel genel müdürlüğü, idari ve mali işler dairesi başkanlığı, savunma sekreterliği, özel kalem müdürlüğünden oluşur.

Personel Genel Müdürlüğü

1929 Yılında 1452 sayılı Kanun'la "Sicil ve Memurlar Müdürlüğü" şeklinde kurulmuş olup, 1936 yılında 3017 sayılı Kanun'la "Muamelat ve Zatişleri Genel Müdürlüğü", 1946 Yılında 4862 sayılı Kanun'la "Zatişleri ve Muamelat Genel Müdürlüğü", 14.12.1983 tarihinde ise 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile "Personel Genel Müdürlüğü" ne dönüştürülmüştür.³¹²

181 sayılı KHK'ye göre görevleri; Bakanlığın insangücü planlaması ve personel politikasıyla ilgili çalışmaları yapmak, personel sisteminin geliştirilmesiyle ilgili tekliflerde bulunmak; Bakanlık personelinin atama, özlük ve emeklilik işleriyle ilgili işleri yapmak; sağlık ve yardımcı sağlık personelinin diplomalarının tescil işlemlerini yapmak, kayıtlarını tutmak ve bunlarla ilgili işleri izlemektir.

İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı

İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı 25.04.1960 tarih ve 225 Sayılı Kanunla "Donatım Genel Müdürlüğü" adı altında kurulmuş olup, 28.02.1982 tarih ve 8/4334 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile teşkilat ve görevleri aynı kalmak kaydı ile "Destek Hizmetleri Dairesi Başkanlığı" olarak değiştirilmiştir.³¹³ Daha sonra 13.08.1984 tarih ve 84/8360

³¹² Sağlık Bakanlığı, 2003-B, a.g.e., s.61.

³¹³ a.k., s.70.

sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yine teşkilat ve görevleri aynı kalmak kaydı ile “İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı”na dönüştürülmüştür.³¹⁴

181 sayılı KHK’ye göre görevleri; Bakanlık için gerekli araç, gereç ve malzemenin temini ile ilgili hizmetleri yürütmek; ihtiyaç duyulan bina ve arazinin kiralanma, satın alma işlemlerini yürütmek; Bakanlığın mali işlerle ilgili hizmetlerini yürütmek; temizlik, aydınlatma, ısıtma, bakım, onarım ve taşıma hizmetlerini yapmak; sosyal tesislerin kurulması ve yönetimi ile ilgili hizmetleri düzenlemek ve yürütmek; bakanlık personelinin ve ailelerinin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamak; bakanlığa gelen yazı ve mesajlardan gerekenlerin bakan veya müsteşara sunulmasını sağlamak; bakan ve müsteşarın direktif ve emirlerini ilgililere duyurmak ve işlemlerini takip etmek, bakanlığın iç ve dış protokol hizmetlerini yürütmek; süreli evrakın zamanında işleme konulmasını sağlamak; Bakanlığı ilgilendiren toplantı, brifing ve görüşmeleri düzenlemek, bunlara ait önemli not ve tutanakları tutmak ve yaymak; genel evrak, arşiv ve haber merkezinin hizmet ve faaliyetlerini düzenlemek ve yürütmek.

Savunma Sekreterliği

28 Ekim 1960 Tarih ve 108 sayılı Kanunla Savunma Sekreterliği kurulmuştur. Kanun ve Yönetmelik gereği doğrudan Müsteşara bağlı olup, aynı zamanda Enformasyon Müşavirliği görevini de yürütmektedir.

Özel Kalem Müdürlüğü

181 sayılı KHK’ye göre görevleri; Bakanın resmi ve özel yazışmalarını yürütmek; Bakanın her türlü protokol ve tören işlerini düzenlemek ve yürütmek; Bakanın ziyaret, davet, karşılama ve uğurlama, ağırlama, milli ve dini bayramlarla ilgili

³¹⁴ a.k., s.430.

hizmetlerini düzenlemek, yürütmek ve diğer kuruluşlarla koordine etmek; Bakanca verilen diğer görevleri yapmak.

II.2.1.1.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı

Taşra Teşkilatının örgütlenmesi esas olarak İl İdaresi Yasası ile 3046 sayılı yasa hükümlerine göre yapılmış olup, bununla birlikte taşra düzeyinde söz konusu yasaların kapsamı dışında sağlık kuruluşları da oluşturulabilmektedir. Bu kuruluşlar, merkezi yönetimin taşra birimi değil, merkezi yönetimin taşra birimlerine bağlı birimlerdir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkındaki Yönetmelikle, illerin sağlık kuruluşu valinin idaresi altında bir bütündür denilmektedir.³¹⁵

181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Sağlık Bakanlığı'na taşra teşkilatı kurma yetkisi de vermiştir. Taşra örgütü, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ve 154 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge ile düzenlemiş, bu doğrultuda taşra örgütü; sağlık evleri, sağlık ocakları, bölge hastaneleri, sağlık grup başkanlıkları ve il sağlık müdürlüklerinden oluşmaktadır.³¹⁶

Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı, illerde valiye bağlı olarak çalışan il sağlık müdürlükleri, kendi coğrafi alanları içerisinde sağlık hizmetleri görevlerini yerine getirmekten sorumludurlar. Ayrıca, bakanlıkça verilen diğer görevleri de yürütmekten sorumludurlar.³¹⁷

İl sağlık müdürlüğünün mali işleri personel şubesi yerine getirmektedir. Bazı konularda idari ve mali işler şubesi de sorumluluk taşımaktadır. Bu şubeler ihtiyaçları

³¹⁵ ATALAY., a.g.e., s.10.

³¹⁶ ŞAKAR., a.g.e., s.55.

³¹⁷ BALCI., a.g.e., s.86.

konusunda bakanlık merkezine bilgi vermekte ve bakanlık talimatları doğrultusunda işlev yerine getirilmektedir.³¹⁸

İnsan kaynaklarıyla ilgili sorumluluklar daha çok personel şubesinin yetki alanına girmektedir. İl düzeyinde personel dağılımı, personel özlük dosyalarının açılması ve takibi, sicil işlemleri ve diğer kayıtların tutulması bu birimce yerine getirilmektedir. Bunlar yerine getirilirken hastane, sağlık ocağı ve sağlık grup başkanlıkları ile iletişim ve koordinasyon içerisinde yapılması gerekmektedir.³¹⁹

Altyapı ve lojistik işleri: İhtiyaçlar il sağlık müdürlükleri kanalıyla merkeze iletilir. İdari ve mali işler şubesi ile grup başkanlıkları bu ihtiyaç işlerinin görülmesinden ve yürütülmesinden sorumludurlar.³²⁰

II.2.1.1.2.1. İl Kuruluşları

Valiler ve onların danışman ve yardımcıları olan, il sağlık müdürleri, yürürlükteki yasal duruma göre illerin sağlık yönünden yöneticileri ve sorumlularıdır. İl sağlık müdürleri, il içindeki Milli Savunma Bakanlığına bağlı olanlar dışında kalan tüm sağlık kuruluşlarının başkanı ve denetleyicisidirler.³²¹ Bir ilin sağlık kuruluşu valinin idaresi altında bir bütündür. 1963 yılında uygulamaya konulan Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri 1984 yılında tüm ülke çapında uygulamaya konulmuştur.³²²

II.2.1.1.2.1.1. Sağlık Müdürlüğü

Sağlık müdürü il içinde sağlık kuruluşunun amiri olup, hizmetleri valiye karşı sorumlu memur olarak mevzuat ve 154 sayılı Yönerge ve 6 / 3470 sayılı Yönetmelik

³¹⁸ a.k., s.88.

³¹⁹ a.k., s.88.

³²⁰ a.k., s.88.

³²¹ EREN., a.g.e., s.128.

³²² DEMİRCAN., a.g.e., s.22.

hükümlerine göre doğrudan doğruya yürütür.³²³ İl Sağlık Müdürlüğü personeli atamaları Sağlık Bakanlığı tarafından, Vali'nin onayı ile yapılır.³²⁴

İldeki tüm sağlık birimleri sağlık müdürlüğüne bağlıdır. Özel çalışan hekimler, sağlık çalışanı ve eczacıların da kayıtlarını tutar. 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu gereği oluşturulan İl Hıfzısıhha Kurulunun sekretaryasını sağlık müdürlüğü yapar.³²⁵

Hizmetin yürütülmesi sırasında personel arasındaki ilişkileri düzenleyerek birlik ve beraberlik sağlamak, çalışanların motivasyon ve performanslarını arttırmak sağlık müdürünün başlıca görevidir. Sağlık müdürü ve sağlık müdür yardımcıları ilin sağlıkla bütün kurumlarını sık sık gezerek denetlemeler yapar ve personeli hizmet yerlerinde eğitirler. Sağlık müdürü ve sağlık müdür yardımcısı il içindeki bütün kurum ve kuruluşlarda araç ve gereç ihtiyaçlarının karşılanması ve bakımlarının yaptırılmasından sorumludurlar. Kuruluşlarca hazırlanan personelin gezi programlarını inceler, onaylar ve gezilerin yapılıp yapılmadığını denetler.³²⁶

II.2.1.1.2.1.1.1. Personel Şube Müdürlüğü

Sağlık Müdürlüğü Personel Şubesi İl içerisinde görev yapan tüm sağlık, yardımcı sağlık, genel idari hizmetler sınıfı, teknik hizmetler sınıfı, yardımcı hizmetler sınıfı ve sözleşmeli olarak çalışan personellerin tüm özlük işlemlerini takibi ve işlemlerin yürütülmesi faaliyetlerini gerçekleştirir.³²⁷

Bakanlığa bağlı il içindeki bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli bütün personelin atama, yer değiştirme, terfi, emeklilik ve diğer özlük hakları ile ilgili hizmetlerini yürütme; personelin, disiplin ile ilgili bütün işlemlerini yürütme, sicil kayıtlarını tutarak, tezkiyelerinin zamanında usulüne uygun olarak merkeze gönderilmesini

³²³ a.k., s.24.

³²⁴ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.27.

³²⁵ SÖZEN., a.g.e., s.84.

³²⁶ DEMİRCAN., a.g.e., s.24.

³²⁷ http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/per_sube.asp 21.03.2006

sağlama; personelin, izin ve hastalık raporlarıyla ilgili işlemlerini yürütme ve gerekli kayıtlarını tutma; personelin ilde ilçe kurum ve kuruluşlar düzeyinde dağılımlarına ait kayıtları tutarak, kadro standartları çerçevesinde personelin kadro unvan ve niteliklerine göre istihdamlarını düzenleme ve izleme; maaş, tahakkuk ve mutemetlik hizmetlerini yürütme; personel kayıtlarının sürekli güncellenerek ilgili birimlere ve Bakanlığa bildirimini yapma başlıca görevleridir.³²⁸

II.2.1.1.2.1.1.2. İdari ve Mali İşler Şube Müdürlüğü

İdari ve Mali İşler Şube müdürlüğünün görevleri; idari ve mali işlerle ilgili hizmetlerin amaç ve hedeflerini saptayarak yıllık hizmet planı ve programlarını yapma; hizmetin gerçekleşmesi için gerekli insan gücü planlamasını ilgili şube ile birlikte yapma; hizmet personelinin hizmet içi eğitimini planlama ve gerçekleştirme; hizmetin değerlendirilmesini yapma; il sınırları içindeki sağlık kurumlarının tüketim maddeleri ile tıbbi cihaz, malzeme ve demirbaş ikmalini planlama; depolama hizmetini yürütme; ildeki sağlık kurumlarına ait tıbbi cihaz, araç ve gereçlerle, taşıt araçlarını hizmete hazır tutma; bakım ve onarımlarını sağlama; ildeki bakanlığa ait bina ve tesislerin bakım ve onarımlarını yaptırma; inşaatları takip etme; ildeki kurumların yıllık ödenek ihtiyaçlarını belirleme; araç-gereç ve motorlu taşıtların, bina, arsa ve tesislerin envanter kayıtlarını tutma; sağlık kurumlarına ait ayniyat idare hesaplarının ayniyat saymanı ve saymana bağlı mutemetlerce doğru ve zamanında yapılmasını sağlama başlıca görevleridir.³²⁹

II.2.1.1.2.1.1.3. İstatistik Şube Müdürlüğü

İstatistik Şube Müdürlüğü'nün görevleri; yıllık hizmet plan ve programlarını hazırlama, uygulama, uygulatma, denetleme ve değerlendirme; hizmetlerin gerçekleşmesi için lüzumlu insan gücü planlamasını ilgili şube içerisinde yapma, planlamanın

³²⁸

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/per_sube.asp 21.03.2006

³²⁹

KİTAPÇI., a.g.e., s.51, 52.

gerçekleşmesi için gereken tedbirleri alma; ilgili şahıs ve birimlerle işbirliği içinde, personelin sağlık istatistikleri konusunda toplu, ferdi veya kurumsal hizmet için eğitimlerinin plan ve programını yapma, bu plan ve programın gelişmesini sağlama; Bakanlıkça tespit edilen esaslar çerçevesinde, resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarından doğrudan veya ilgili birimlerce derlenen istatistik bilgileri toplama, gerekli kontrollerini yapma ve değerlendirme; kaynaklardan gelecek sağlık istatistikleri ile ilgili bilgi akışının belirtilen süre içerisinde yapılması için gerekli işlemleri yapma, aksaklıkları önleme, bu bilgilerin zamanında gerekli yerlere aktarılmasını sağlama; bilgi toplamada görülen aksaklıkları ve değerlendirmede ortaya çıkan hizmeti olumsuz yönde etkileyici hususları zamanında Sağlık Müdürüne aktarma; hizmet araştırmaları planlama, gerçekleştirme, bu konuda yapılan çalışmalarda görev alma; aylara ve yıllara göre, mevcut verilerle olması gereken verileri karşılaştırma ve saptanan sorunların nedenlerini araştırma; Hizmetleri yansıtıcı faaliyet raporları düzenleme; kullanılacak istatistik formlarının zamanında temin edilmesi, stoktanması ve dağıtımını organize etme; ilin yıllık sağlık istatistik bültenini hazırlama ve gerekli yerlere gönderme; Bakanlık merkez teşkilatı ile Sağlık Müdürlükleri bünyesinde güncel bilgi toplanması amacıyla, bütün şubelerin çalışmalarını bilgisayar ortamında hazırlama ve icmallerin transferini eksiksiz şekilde bakanlığa ulaştırma; kurumlara bilgisayar desteği sağlayarak ağ oluşturma, birimlerin bilgisayarlarla ilgili sorunlarını çözme; Bakanlık emirlerinin ilgili kurumlara ulaşmasını sağlama; Sağlık Müdürünün verdiği diğer görevleri yapma başlıca görevleridir.³³⁰

II.2.1.1.2.1.1.4. Eğitim Şube Müdürlüğü

Eğitim Şube Müdürlüğü'nün görevleri; eğitim ve öğretim hizmetlerinin amaç ve hedeflerini saptayarak yıllık hizmet plan ve programlarını yapma; hizmetin

³³⁰

http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/per/per_sube.asp 21.03.2006

gerçekleşmesi için gerekli insan gücü planlamasını ilgili şube ile beraber yapma; hizmet personelinin hizmet içi eğitimini planlama ve gerçekleştirme; hizmetin gerektirdiği malzemenin teminini, depolanmasını, dağıtımını yapma; eğitim ve öğretim hizmeti veren sağlık kuruluşlarını kontrol etme ve yönlendirme; hizmetin değerlendirmesini yapma; okullardaki eğitsel ve rehberlik çalışmalarını plan ve programlarında okul idaresine yardımcı olma; milli ve özel günlerde program düzenlenmesi için okul idaresi ile işbirliği yapma; Sağlık Meslek Liselerinin diğer orta dereceli okulların programlarına uyum sağlaması yönünde çalışmalar yapma; halk sağlığı eğitiminde kullanılacak cihaz ve malzemelerin bakım ve onarımlarını yapmak; ilde sağlık konularıyla ilgili sergiler düzenleme; film vb. eğitim araçlarıyla ve mahalli basın aracılığı ile eğitim yapma başlıca görevleridir.³³¹

II.2.1.1.2.1.1.5. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şube Müdürlüğü

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şube Müdürlüğü'nün görevleri; ana sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin amaç ve hedeflerini belirleme; amaç ve hedef doğrultusunda yıllık plan ve programlarını hazırlama; hizmet gerçekleştirmede gerekli insan gücünü sağlama ve şube-iye işbirliğini sağlama; hizmet içi eğitim programı hazırlama ve eğitime; hizmette gerekli malzeme ve ihtiyacı belirleme ve sağlama; ödeneklerin düzenli harcanmasını sağlama; diğer ilgili müdürlük ve/veya kuruluşlarla iş birliği yapma, ilgili kuruluşları denetleme, hizmeti değerlendirme, halk sağlığı eğitimi yapma başlıca görevleridir.³³²

II.2.1.1.2.1.1.6. Çevre Sağlığı Şube Müdürlüğü

Çevre Sağlığı Şube Müdürlüğü'nün görevleri; sağlık kuruluşlarıyla işbirliği yaparak hizmet yürütme; çevre sağlığı hizmetlerinin sağlık ocakları eliyle yürütülmesini

³³¹ KİTAPÇI., a.g.e., s.50.

³³² KİTAPÇI., a.g.e., s.47.

sağlama; hizmetlerinin yürütülmesi için personele hizmet içinde gerekli eğitimler verme; çevre sağlığı adına denetlemeler yaparak değerlendirme ve istatistiki analizler yapma ve elde edilen bilgileri müdürlüğe sunma; hizmete ve yürütüleceği bölgeye uygun programlar hazırlama; içme ve kullanma suları ile kaynak sularının sağlık yönünden içilmeye ve kullanmaya elverişli olup olmadıklarının denetlenmesini ve sık sık örnekler alınıp çözümlenmesini, bölgesinde varsa bu suların binalarının yasalara göre denetimini sağlama ve gerektiğinde düzeltme çalışmalarına katılma; pis ve birikinti suların giderilmesi önlemlerini alma, kimyasal ve tehlikeli atıkların, katı atıkların, çöplerin yok edilmesi salama, vektör ve kemirgenle mücadele çalışmalarını yapma; yapıların hijyen kurallarına uygun olmasını sağlama; gıda maddelerinin hazırlandığı, yapıldığı, saklandığı, ambalajlandığı, satıldığı yerlerle taşındığı araçlara ilişkin kuralların belediye örgütü olan yerlerde belediyelerce yürütülmesi, bu örgütün bulunmadığı yerlerde ise sağlık örgütüne denetlenmesini sağlama başlıca görevleridir.³³³

II.2.1.1.2.1.1.7. Sağlık Ocakları Şube Müdürlüğü

Sağlık Ocakları Şube Müdürlüğü'nün görevleri; kamu sağlığı ve sağlık ocakları hizmetlerinin amaç ve hedeflerini tespit etme ve bu doğrultuda, yıllık hizmet plan ve programlarını hazırlama, uygulama, uygulatma ve denetleme; gerekli insan gücü planlamasını ilgili şube ile işbirliği içerisinde bulunma; bu personellerin hizmet içi eğitimini planlama ve uygulama; hizmetin yürütülmesi için gerekli malzemeyi sağlama, planlama, depolama, dağıtma ve envanter kayıtlarını tutma; ödeneklerin yerinde harcanmasını sağlama, merkezlerin ve ocakların çalışmalarını kontrol etme, yönlendirme; ilgili şubeler ile koordineli çalışarak değerlendirmeler yapma ve istatistiki sonuçlar çıkarma başlıca görevleridir.³³⁴

³³³ EREN., a.g.e., s.178-179.

³³⁴ KİTAPÇI., a.g.e., s.47.

II.2.1.1.2.1.1.8. Yataklı Tedavi Kurumları Şube Müdürlüğü

Yataklı Tedavi Kurumları Şube Müdürlüğü'nün görevleri; amaç ve hedefleri doğrultusunda, yıllık hizmet plan ve programlarını hazırlama, uygulama, uygulatma, denetlemek ve değerlendirme; gerekli insan gücü planlamasını ilgili şube ile işbirliği içerisinde bulunarak tespit etmek ve sağlamak; ilgili personellere hizmet içi eğitim programları hazırlama ve eğitimlerini gerçekleştirme; hizmetin sunumunda ihtiyaç duyulan araç ve gereçlerin, donanımların sağlanması bunların dağıtılması, depolanması ve envanter kayıtlarının tutulmasını sağlama; hizmetlerin yürütülmesi için organizasyonun planlanması ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği sağlama; belirli aralıklarla kurumları ziyaret ederek, denetimler yaparak, çalışmaların niteliği ve niceliği hakkında veri toplama ve gerekli bilgilendirmeleri yapma; il içinde, Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı olanlar hariç olmak üzere bakanlığa, genel ve katma bütçeli kamu kuruluşlarına, yabancı ve azınlıklara, özel kişi ve kuruluşlara ait hastane, dispanser, kan merkezi, tedavi istasyonu, hemodiyaliz merkezi, revir gibi tıbbi tanı, tedavi, muayene ve rehabilitasyon kurumlarının açılış, faaliyet, kapanış, kapasite artırımı veya indirimi, sorumlu müdür, bina, servis ve isim değişikliği, ücret tarifeleri ile ilgili iş ve işlemlerin gerekli denetim ve değerlendirmesini yaparak bakanlığa sunma; Sağlık Müdürünün verdiği diğer görevleri yapma başlıca görevleridir.³³⁵

II.2.1.1.2.1.1.9. Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü

Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü'nün görevleri; amaç ve hedefler doğrultusunda yıllık hizmet plan ve programlarını hazırlama; gerekli insan gücü planlamasını ilgili şube ile işbirliği içerisinde yapma, planlamanın gerçekleşmesi için gereken tedbirleri alma; hizmet içi eğitimlerinin plan ve programını yapma, bu plan ve programın gerçekleşmesini

³³⁵

<http://www.bitlisssm.saglik.gov.tr/sagocak.html> 18.07.2006

sağlama, gerekli malzemenin envanter kayıtlarını tutma, ihtiyaç duyulanların temin edilmesi, depolama ve dağıtım hizmetleri ile ödeneklerin zamanında, usulüne uygun ve yerinde harcanmasını ilgili şube ile işbirliği yaparak sağlama; hizmetlerin yürütülmesi için gerekli organizasyonu ve eşgüdümü sağlama, bu konuda diğer resmi ve özel kuruluşlarla işbirliği yapma; kurumları belli aralıklarla ziyaret ederek ihtiyaçları doğrultusunda yönlendirmeleri yapma; sağlık personeline koruyucu ruh sağlığı, erken teşhis ve tedavi ile ruhsal bozuklukların ayakta izlemi konusunda eğitim programları düzenleme ve uygulama; koruyucu ruh sağlığı çalışmaları kapsamında gebe, lohusa, 0-6 yaş grubu çocuklar ve diğer risk gruplarına yönelik eğitim, psiko-sosyal izlemler ve hizmetlerin ulaşmasını ilgili kurumlar ile işbirliği içinde sağlama; tütün, alkol, uyuşturucu ve uçucu maddelerden korunmaya yönelik çalışmaları yürütme; koruyucu ruh sağlığına yönelik toplum eğitimi için ilgili kuruluşlarla işbirliği içinde ve kitle iletişim araçlarından da yararlanarak eğitim programları planlama ve uygulama; Sağlık Müdürü'nün verdiği diğer görevleri yapma başlıca görevleridir.³³⁶

II.2.1.1.2.1.1.10. Bulaşıcı Hastalıklar ve Bağışıklama Şube Müdürlüğü

Bulaşıcı Hastalıklar ve Bağışıklama Şube Müdürlüğü'nün görevleri; bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla ilgili hizmetlerin amaç ve hedeflerini saptayarak yıllık plan ve programlarını hazırlama; hizmetin gerçekleşmesi için gerekli insan gücü planlamasını ilgili şube ile birlikte yapma; hizmet personelinin hizmet içi eğitimini planlama ve gerçekleştirme; hizmetle ilgili malzemenin teminini, depolanmasını ve dağıtımını sağlama; bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla ilgili sağlık kuruluşlarını kontrol etme ve yönlendirme, hizmeti değerlendirme; enfeksiyonların insidans(ortaya çıkma sıklığı) ve prevelanslarını(aynı hastalığa tutulanların sayısı), dağılımlarını, bulaşma ve yayılmanın

³³⁶

<http://www.bitlisim.saglik.gov.tr/sagocak.html> 18.07.2006

genel sebeplerini belirleme, enfeksiyon kaynağını ortadan kaldırmaya çalışma; il dahilinde görülen bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıkların zamanında ihbarını sağlama, ihbar sistemini işler halde tutma; nüfus hareketlerini izleyerek hariçten gelen vakaların yayılmasına meydan vermeden erken teşhis ve tedavilerinin yapılmasını sağlama; hastaların ayakta, evlerinde veya sağlık kuruluşlarında tedavilerini temin ve takip etme; aşı ile korunabilen hastalıklara karşı bağışıklama programlarını düzenleme, çalışmalarını izleme, denetleme ve değerlendirme; haşere mücadelesini sağlama, izleme ve değerlendirme başlıca görevleridir.³³⁷

II.2.1.1.2.1.1.11. Ağız ve Diş Sağlığı Şube Müdürlüğü

Toplumumuzun genelini etkileyen diş ve diş hastalıklarının oluşumunu önleyerek, toplum ağız ve diş sağlığı düzeyini yükseltmek, hizmetin yürütme, yönlendirme ve değerlendirilmesinde merkez ve taşra arasında iletişim bütünlüğü sağlanması ve sürdürülmesi amacıyla 3046 sayılı kanunun 3. maddesi a fıkrası ile 181 sayılı kanun hükmünde kararnamenin 38. maddesi gereği İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde 16 Kasım 1992 gün ve 9250 sayılı onay ile Ağız ve Diş Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur.³³⁸

Ağız ve Diş Sağlığı Şube Müdürlüğü'nün görevleri; yetkisiz olarak dişçilik yapan ve işyeri açan kişilerle mücadele etme; ağız ve diş sağlığı ile ilgili koruyucu programlar hazırlama ve uygulanmasını sağlama; eğitim şube müdürlüğü ile iş birliği yaparak sağlık meslek liseleri diş protez teknisyenliği bölümü öğrencilerinin, kamu ve özel sektöre ait diş hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve diş protez laboratuvarları gibi uygulama alanlarında uygulamalı eğitimlerinde sarf malzemesi desteği sağlama; istatistik bilgilerin toplanmasında ilgili şubeye yardımcı olma; bakanlık emirlerinin ilgili kurumlara

³³⁷

KİTAPÇI., a.g.e., s.48.

³³⁸

<http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/dissag/dissag.asp> 05.08.2006

ulaşmasını sağlama; Sağlık Müdürünün verdiği diğer görevleri yapma başlıca görevleridir.³³⁹

II.2.1.1.2.1.1.12. Tıp Meslekleri ve Özel Tanı Şubesi Müdürlüğü

Ülkemizde teşhis ve tedavi hizmeti sağlayan özel sağlık kuruluşlarının sayıları gittikçe artan bir eğilim göstermektedir. Bu özel kuruluşların açılış, işleyiş ve denetimleri farklı taşra teşkilatları yürütmekte ve bu teşkilatlara ayrı bir yük, sıkıntı getirmekteydi. Tıp Meslekleri ve Özel Tanı Tedavi Merkezleri ile ilgili alandaki boşluğu doldurmak üzere Büyükşehir Belediyesi düzeyinde gelişmiş büyük illerimizden başlayarak taşra teşkilatında Şube Müdürlüğü düzeyinde bir birimin kurulmasına ihtiyaç duyulmuş bu nedenle, Tıp Meslekleri ve Özel Tanı Tedavi Şube Müdürlüğü 31.05.2000 ve 3479 sayılı bakanlık makamının onayı ile kurulmuştur.³⁴⁰

Tıp Meslekleri ve Özel Tanı Şubesi Müdürlüğü'nün görevleri; ayakta teşhis ve tedavi amacıyla açılacak olan özel sağlık kuruluşlarının mevzuat çerçevesinde başvurularını değerlendirme, uygun olanların ruhsat işlemlerini yürütme, denetleme, izleme; tıp merkezleri bünyelerinde açılmak istenen cerrahi müdahale birimlerinin kayıtlarını tutma, işleyiş ve denetim hizmetlerini yürütme; Sağlık Bakanlığı'nca ruhsatlandırılmış özel laboratuvarların açılış, işleyiş ve denetim hizmetlerini yürütme; Sağlık Bakanlığı'ndan mevzuata göre "Sürücü Olur Yetki Belgesi" almış özel sağlık kuruluşlarının açılış, işleyiş ve denetim hizmetlerini yürütme; muayenehane ve sağlık kabinlerinin, mevzuat gereği açılış, işleyiş, denetim ve gerekli tümbilgilerinin kayıtlarının tutulmasını sağlama, mevzuat gereği verilen ilgili disiplin ve diğer cezaları uygulama; serbest çalışan hekim ve dış hekimlerinin muayene ve tedavi ücretlerine ilişkin şikayetlerini, ilgili oda başkanlıkları ile işbirliği içerisinde değerlendirme; özel sağlık

³³⁹ <http://www.bitlissm.saglik.gov.tr/sagocak.html> 18.07.2006

³⁴⁰ <http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tipmslk/kurulus.asp> 12.11.2006

kuruluşları ile ilgili yapılan şikayetleri değerlendirmek ve gerekli işlemleri yapma; işyerlerinin sağlık birimlerinin durumlarını saptama, değerlendirme ve kayıtlarını tutma; istatistiki analizler yapma başlıca görevleridir.³⁴¹

II.2.1.1.2.1.1.13. Acil Hizmetler Şube Müdürlüğü

Acil Hizmetler Şube Müdürlüğü'nün görevleri; yıllık hizmet ve acil durum plan ve programlarını ve ilin afet planını hazırlama, uygulama, uygulattırma ve denetleme; şubelerle işbirliği yaparak gerekli insan gücünün sağlama; hizmet-içi eğitim programları yapma ve uygulama, hizmet sunumu için gerekli donanımı sağlama, dağıtma, depolama ve envanter kayıtlarını tutma; diğer kurum ve kuruluşlarla hizmet sağlamada işbirliği yapma, diğer sağlık kuruluşlarını kontrol etmek belirli aralıklarla ziyaret ve denetimler yaparak bilgilendirme ve yönlendirme; eğitim şube müdürlüğü ile iş birliği yaparak sağlık meslek liseleri acil tıp teknisyenliği bölümü öğrencilerinin, kamu ve özel sektöre ait ilk ve acil yardım komuta kontrol merkezleri, ilk ve acil yardım istasyonları gibi uygulama alanlarında uygulamalı eğitimlerinde yetişmiş personel ve araç-gereç desteği sağlama; istatistiki verileri toplama, Bakanlık emirlerinin ilgili kurumlara ulaşmasını sağlama başlıca görevleridir.³⁴²

II.2.1.1.2.1.1.14. Eczacılık Şube Müdürlüğü

Eczacılık Şube Müdürlüğü'nün görevleri; amaç ve hedefler doğrultusunda yıllık hizmet plan ve programlarını hazırlama; gerekli insan gücü planlamasını ilgili şube ile işbirliği içerisinde yapma, planlamanın gerçekleşmesi için gereken tedbirleri alma; hizmet içi eğitimlerinin plan ve programını yapma, bu plan ve programın gerçekleşmesini sağlama, gerekli malzemenin envanter kayıtlarını tutma, ihtiyaç duyulanların temin edilmesi, depolama ve dağıtım hizmetleri ile ödeneklerin zamanında, usulüne uygun ve

³⁴¹ <http://www.bitlisssm.saglik.gov.tr/sagocak.html> 18.07.2006

³⁴² <http://www.bitlisssm.saglik.gov.tr/sagocak.html> 18.07.2006

yerinde harcanmasını ilgili şube ile işbirliği yaparak sağlama; hizmetlerin yürütülmesi için gerekli organizasyonu ve eşgüdümü sağlama, bu konuda diğer resmi ve özel kuruluşlarla işbirliği yapma; kurumları belli aralıklarla ziyaret ederek ihtiyaçları doğrultusunda yönlendirmeleri yapma; biyofarmasötik ve tıbbi preparat ve kozmetik üretim yerlerinin gerek açılışları ile ilgili, gerekse çalışmalarını sürecindeki işlemleri düzenleme, yasa ve emirlere uygun faaliyet gösterip göstermediklerini izleme; özel ve kamu kuruluşlarına ait kimyevi madde ve ecza deposu, eczaneler ve ecza dolaplarının gerek açılışları gerekse çalışmalarını sürecindeki işlemleri düzenleme; yasa ve emirlere uygun faaliyet gösterip göstermediklerini izleme, denetleme.³⁴³

II.2.1.1.2.1.2. İldeki Başlıca Sağlık Kuruluşları

İlde başlıca birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri verilir.

II.2.1.1.2.1.2.1. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları

Sağlık Bakanlığı, Türkiye'deki tüm birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerini üstlenerek, Türkiye'nin en büyük sağlık işletmecisi durumundadır. Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlık politikasını da yürütme yetkisi Sağlık Bakanlığındadır.³⁴⁴

Sağlık hizmeti veren birimlerin, birinci basamağında, sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri, kamu hastanesi poliklinikleri, SSK sağlık istasyonları ve dispanserleri, belediyeler, işyeri hekimleri, özel teşhis tedavi poliklinikleri, muayenehaneler ve farklı büyüklükte çok çeşitli diğer bakanlık dispanserleri, vakıf poliklinikler bulunur.³⁴⁵

³⁴³ <http://www.bitlissm.saglik.gov.tr/sagocak.html> 18.07.2006

³⁴⁴ Hatice YEŞİLİRMAK, **Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanelerinin Özelleştirilmesi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İsparta 1998, s.10.

³⁴⁵ DPT, **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara 2001, DPT: 2561, ÖİK: 577, s.33.

II.2.1.1.2.1.2.2. İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları

İkinci basamak hizmetleri; Sağlık Bakanlığı, SSK, Ulaştırma, Milli Eğitim gibi bakanlık hastaneleri, belediye hastaneleri, azınlık, vakıf hastaneleri ve özel hastaneler tarafından verilmektedir.³⁴⁶

II.2.1.1.2.1.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları

Üçüncü basamak hizmetleri; tıp fakülteleri, özel dal hastaneleri, eğitim hastaneleri gibi referans hastanelerinde verilen hizmetlerdir.³⁴⁷

II.2.1.1.2.2. İlçe Kuruluşları

İlçelerdeki en büyük mülki amir kaymakam olmasından dolayı, ilçe sağlık örgütünün başında da Kaymakamlık bulunur. İlçe sağlık örgütü, personel, tıbbi ve mali konularda doğrudan Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı ile ilişkiye geçebilmektedir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun içeriğinde ve özünde ilçelerde sağlık örgütlenmesinin yapılması belirlenmiş, fakat 1984 yılına kadar bu husus ihmal edilmiştir. 1984 yılında bütün illerin sosyalleştirme kapsamına alınmasıyla ilçelerde “Sağlık Grup Başkanlıkları” oluşturulmuş ve ilçelerdeki sağlık örgütleri bu makama bağlanmıştır.³⁴⁸

Sağlık Grup Başkanlığı kuruluşunda 50 bin nüfusa hizmet verecek bir hastane ile 5 -10 bin kişilik nüfusa hizmet verecek gereği kadar sağlık ocağı ve 2-3 bin nüfusa hizmet verecek gereği kadar sağlık evi, verem savaş örgütleri ile aile planlaması ve ana çocuk sağlığı merkezi bulunur. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden ise, ilçe hastanesi veya sağlık merkezi başhekimisi, Sağlık grup başkanı sıfatıyla sorumludur. Sağlık Grup

³⁴⁶ DPT, (2001)., a.g.e., s. 33.

³⁴⁷ a.k., s. 33.

³⁴⁸ DEMİRCAN., a.g.e., s.26.

Başkanı ilçenin sağlık konularında, aynı zamanda İlçe Kaymakamlığına, İl Sağlık Müdürlüğüne, Valiliğe ve Bakanlığa karşı sorumlu ve muhataptır.³⁴⁹ Sağlık grup başkanlıkları ilçede bulunan birimler ile il sağlık müdürlükleri arasında koordinasyonu sağlamaktadır.³⁵⁰

Atamalar, yüksek öğrenim görmüş sağlık personeli bakanlıkça doğrudan görev yapacağı kuruma yapılmakta, yardımcı sağlık personelinin ataması bakanlıkça il emrine yapılmakta ve İl Sağlık Müdürlüklerince, atamaları kurum emrine yapılmaktadır. Diğer görevli personelin alımı ve atamaları da İl Sağlık Müdürlüklerince yapılır. 5442 sayılı İller İdaresi Kanununda gerçekçi bir planlamayı öngörmediğinden, il Sağlık Müdürlükleri sağlık hizmetlerini yürütmede ciddi politik baskılarla karşılaşmaktadırlar.

II.2.1.1.3. Sağlık Bakanlığı Teşkilatının Bağlı Kuruluşları

Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkez Başkanlığıdır.

II.2.1.1.3.1. Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü

İlk olarak 1839 yılında Meclis-i Tahaffuz-ı Ula Meclis-i Umuru Sıhhiye adını almış, meclisin ilk işi Türkiye ve İstanbul Limanı hakkında bir tüzük düzenleme olmuştur daha sonrada 1914 yılında Türk doktor ve bilim adamlarının yönetiminde Hudut Sıhhiye Müdüriyeti kurulmuştur. İstanbul Limanı ve Boğazları Sıhhiye Müdüriyeti, 1924 yılında Hudut ve Sevahil Sıhhiyesi Müdüriyeti Umumiyesi (Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü) olarak değiştirilmiştir.³⁵¹

Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nün uygulayıcısı olarak tüzük doğrultusunda karantina hastalıklarının deniz, kara ve hava yolu ile ülkemize girişini ve ülkemizden başka ülkelere yayılmasını önleme; Uluslararası Sağlık Tüzüğü ve 1593 sayılı Umumi

³⁴⁹ a.k., s.26.

³⁵⁰ BALCI., a.g.e., s.87.

³⁵¹ Sağlık Bakanlığı, 2003-B, a.g.e., s.72.

Hıfzıssıhha Kanunu doğrultusunda havalimanı, liman ve kara hudut kapıları gümrüklü sahalarında dezenfeksiyon, ve diğer çevre sağlığı işlemlerini uygulama; Yurda giriş yapacak cenazelerin kontrollerinin yapılarak yurda giriş belgesi düzenleyerek, gerektiğinde ilgili kurumlara sevk ve bilgilendirme faaliyetleri; Gemi Sağlık Resmi Kanunu gereğince transit gemilere Gemi Sağlık Resmi tahakkuk ettirilerek bedelini tahsil etme; 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile 2548 sayılı Gemi Sağlık Resmi Kanununun hükümlerine aykırı davranışlarda bulunanlara, bu kanunlarda yer alan cezai ve idari yaptırımlar uygulama başlıca görevleridir.³⁵²

II.2.1.1.3.2. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı

Refik Saydam Hıfzıssıhha Müessesesi 17 Mayıs 1928 gün ve 1267sayılı yasa ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı olarak kurulmuş, daha sonra bu kanun gelişen ihtiyaçlar karşısında değiştirilerek 4 Ocak 1941 tarih ve 3959 sayılı yasa ile görev yetki ve sorumlulukları yeniden belirlenmiştir. Son olarak müessesenin ismi 14 Aralık 1983 tarihinde 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı” olarak değiştirilmiş ve Sağlık Bakanlığının Bağlı Kuruluş haline getirilmiştir. 190 sayılı KHK ile de yeniden teşkilatlandırılmıştır.³⁵³

Başkanlığın görevleri; Günümüzde koruyucu hekimliğin gerektirdiği aşı, serum ve diğer biyolojik maddeleri üretme; Ülkemizde üretilen veya yurt dışından ithal edilen her türlü ilaç ve kozmetiklerin, biyolojik maddelerin kontrollerini yapma, araştırma ve laboratuvar hizmetlerini yürütme; Gıda kontrol ve beslenme hizmetlerinin gerektirdiği araştırma ve laboratuvar hizmetlerini yürütme; çevre kirlenmesinin, önlenmesine yönelik araştırma ve laboratuvar hizmetlerini yürütme; zehir kontrol ve araştırma hizmetlerini yürütme; salgın hastalıklarla ilgili araştırma, doğrulama ve laboratuvar hizmetlerini

³⁵² a.k., s.74.

³⁵³ a.k., s.73.

yürütme; tababet uzmanlık tüzüğü uyarınca uzmanlık eğitimi verme; Referans hizmetlerini yürütme başlıca görevleridir.³⁵⁴

II.2.1.1.4. Bakan Onayı İle Kurulan Birimler

Bakan onayı ile kurulan birimler, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sosyal Hizmetler Koordinatörlüğü, Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığıdır.

II.2.1.1.4.1. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

Sağlık Projeleri Dünya Bankası ile Türkiye Cumhuriyeti arasında imzalanan ikraz anlaşmaları çerçevesinde yürütülmekte olup, projelerin koordinasyon ve yönetim sorumluluğu Sağlık Bakanlığı bünyesinde oluşturulan Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'ne verilmiştir. Bu kapsamda Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, sırasıyla I. Sağlık Projesi, II. Sağlık Projesi ve Temel Sağlık Hizmetleri Projesi olmak üzere üç temel projenin yürütülmesinden sorumludur.³⁵⁵

II.2.1.1.4.2. Sosyal Hizmetler Koordinatörlüğü

17.04.1992 tarih ve 1245 sayılı makam onayı ile kurulmuş olan Sosyal Hizmetler Koordinatörlüğü, bakanlığımız merkez ve taşra teşkilatında yürütülen sosyal hizmet uygulamalarını koordine etmek görevini üstlenmiştir.³⁵⁶

II.2.1.1.4.3. Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı

Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Makamın 20.7.1995 tarih ve 837 sayılı oluru ile doğrudan Müsteşarlık Makamı'na bağlı Müstakil Daire Başkanlığı olarak kurulmuştur.³⁵⁷

Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı'nın görevleri; Sağlık Bakanlığı'nın bilgi sistemleri yapısı ile ilgili politikaları belirleyecek; Gereksinim duyan birimlere rehberlik ederek, Sağlık Enformasyon Sistemleri'ni geliştirecek, yönlendirmek ve işletmek;

³⁵⁴ a.k., s.74.

³⁵⁵ a.k., s.78.

³⁵⁶ a.k., s.80.

³⁵⁷ a.k., s.82.

İstatistiki çalışmalar yaparak verilerin toplanması, işlenmesi, kullanılması ve paylaşılmasına ilişkin standartları belirleyecek, bunları uygulamaya geçirecek ve diğer bakanlıklar, kamu kurum ve kuruluşları, ulusal ve uluslararası sağlık kuruluşları ile veri ve bilgi alışverişini sağlamak başlıca görevleridir.³⁵⁸

II.2.2. Maliye Bakanlığı

Sağlık sisteminin finansman kaynağı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri ve diğer kamu kuruluşlarında olduğu gibi Maliye Bakanlığı tarafından yönetilen devlet genel bütçesidir. İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığının altında yer alan Bütçe Şubesi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı genel bütçesinin hazırlanmasından sorumlu olan departmandır ve Maliye Bakanlığının yetkisi altındadır.³⁵⁹

II.2.3. Milli Savunma Bakanlığı

Milli Savunma Bakanlığı'nın, sağlık sistemi kendi kanun ve prosedürlerine uygun oluşturulan bağımsız bir sistemdir. Bakanlık mensupları, subay, astsubay ve bunların bağımlıları, silah altındaki er ve erbaşlara birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini, ayrıca eğitim hastanesi olan GATA Tıp Fakültesi'nde de üçüncü basamak sağlık hizmeti sağlamaktadır.³⁶⁰

Savunma Bakanlığı, yurt çapındaki 42 hastanesi ile kendine ait sağlık alt yapısını oluşturarak sadece ordu mensuplarına hizmet vermektedir. Bu hastanelerden biri ordu mensuplarına tıp eğitimi ve tıpta uzmanlık eğitimi de vermektedir.³⁶¹ 1325 sayılı Milli Savunma Bakanlığı Görev ve Teşkilatı Hakkında Kanun'un 2. maddesinde Milli Savunma Bakanlığı'nın görevleri arasında sağlık ve veteriner hizmetlerini yürütme; Askeri hastaneler ile kıta revirleri, dispanserler gibi sağlık kuruluşları aracılığı ile sağlık hizmetleri

³⁵⁸ a.k., s.82.

³⁵⁹ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.28.

³⁶⁰ Mehmet TOKAT, **Türkiye de Sağlık Sektörünün Finansmanı**, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları, Ankara 1993, s.11.

³⁶¹ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.28.

verilme gibi görevlerin yanı sıra Kanun'un 7. maddesinin (1) bendine göre Silahlı Kuvvetler mensuplarıyla 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanunu'nda ve diğer kanunlarda askeri kurumlarda tedavileri öngörülen kişilerin her türlü tedavi ve muayenelerini yapma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nin görevleri arasında sayılmıştır.³⁶²

II.2.4. Üniversiteler

Üniversiteler, Anayasanın 130. maddesine göre, kamu tüzel kişiliğine sahip hizmet yerinden yönetim kuruluşlarıdır. 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nda Üniversite hastanelerinin yapılanması konusunda düzenleme bulunmamaktadır, bu nedenle hastaneler, aynı kanunun 3. maddesinde belirtilen "uygulama ve araştırma merkezleri" kapsamında yorumlanmaktadır²⁶. Buna göre, yükseköğretim kurumlarında eğitim öğretimin desteklenmesi amacıyla çeşitli alanların uygulama ihtiyacı ve bazı meslek dallarının hazırlık ve destek faaliyetleri için eğitim-öğretim uygulama ve araştırmaların sürdürüldüğü bir yükseköğretim kurumudur.³⁶³

Üniversite hastaneleri, öğretim, eğitim ve araştırma yapan, uzman ve ileri dal uzmanları yetiştiren 3. derecede sağlık hizmeti sunan yataklı tedavi kurumlarıdır.³⁶⁴ "Her tıp fakültesi kendi hastanesine de sahiptir."³⁶⁵

Bu hastanelerin amacı muayene, teşhis ve tedavi için hastaneye başvuran hastaların ayakta veya yatırılarak tedavisi, sağlık hizmetleriyle ilgili tüm alanlarda öğretim, araştırma ve uygulama yapma, her düzeyde yetkili tıp ve sağlık personeli yetiştirmektir. Sevk zincirinin son halkası olması nedeni ile oldukça yoğun talebe cevap vermek zorunda kalan üniversite hastanelerinde, ileri tetkik, teşhis ve tedaviyi gerektiren hastalara hizmet

³⁶² KARAEGE., a.g.e., s.11.

³⁶³ a.k., s.9.

³⁶⁴ Hikmet EMEK, **Sağlık Örgütlerinin Kurumsal Dinamikleri**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon 2002, s.16.

³⁶⁵ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.29.

arzu önceliklidir.³⁶⁶ Bu hastaneler, bölgelerinde 3. basamak sağlık hizmetleri için referans hastaneleri olarak çalışacak şekilde planlanmalarına karşın sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında hizmet vermektedirler. Bu hastaneler, fakülte dekanına karşı sorumlu olan bir başhekim tarafından yönetilirler.³⁶⁷ Diğer hastanelerden yapı itibarı ile hem yasal, hem de uygulama yönünden farklılık gösterir. Kuruluşları ve yönetimleri bağlı buldukları üniversite rektörlüklerince yayınlanan yönetmeliklerle belirlenir. Bu kurumlarda görevler diğer sağlık kuruluşlarına bakarak daha net bir şekilde tanımlanmıştır. Tıbbi hizmetlerin ileri tetkik ve araştırmalarla verildiği üniversite hastanelerinde yataklı hizmetlerin bir otelcilik hassasiyeti ile olduğu bir gerçektir. Bu nedenle ki hastaya yaklaşımın insan onuruna en yakın olduğu üniversite hastaneleri sevk zincirindeki en son halkayı oluşturmaktadır. Yalnızca hastane olarak değil, diyaliz, transplantasyon, aile planlaması gibi araştırma ve uygulama merkezlerini de hizmet ağına dahil etmiştir.³⁶⁸

Fakülte hastanelerinde, çeşitli sağlık alanlarında öğretim, araştırma ve uygulamaların tıp fakültesi dekanına, hastane işletmeciliğinin ise başhekim sorumluluğuna verildiği, başhekime bağlı olarak hastane başmüdürü, başhekim yardımcıları ve başhemşire görev almaktadır. Diğer idari ve tıbbi personel ise hizmet açısından net tanımlarla bu üç yöneticiye bağlıdır. Üniversite hastanelerinin yönetim şekilleri bağlı bulunduğu rektörlükçe çıkartılan işletme yönetmeliği ile hizmet kalitesinin öncelikli önem arz ettiği görülmektedir.³⁶⁹

Kesintisiz hizmet veren üniversite hastanelerinde, diğer hastanelerden farklı olarak özel muayene hizmeti de sunulmaktadır. Daha az personel ile daha yoğun çalışan bu hastanelerde, 24 saat uzman hekim bulmak ve ileri tetkik yaptırmak mümkündür. Çalışma

³⁶⁶

KARAEĞE., a.g.e., s.9.

³⁶⁷

SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.29.

³⁶⁸

EMEK., a.g.e., s.16.

³⁶⁹

a.k., s.18.

sistemi olarak rektör veya rektör yardımcısı başkanlığında, başhekim, başhekim yardımcıları, cerrahi ve dahili bölüm başkanları, laboratuvar bölüm başkanı ve oy hakkı olmaksızın hastane başmüdüründen oluşan bir yönetim kurulu ile yönetilirler.³⁷⁰ Ayrıca Tıp fakültelerinin dışında üniversiteler, mediko-sosyal merkezleri vasıtasıyla da sağlık hizmetleri sunmaktadırlar.³⁷¹

Üniversite hastanelerinin finansmanı; YÖK aracılığıyla yapılan genel bütçe ödenekleri ve üniversitelerin döner sermayeleri olmak üzere iki ana kaynaktan finanse edilmektedir. Üniversite hastaneleri, yatırım harcamalarında Devlet Planlama Teşkilatının, döner sermaye kaynaklı harcamalarda ise Maliye Bakanlığı'nın gözetim ve denetimi altındadırlar. Üniversitelerin sağlık harcamaları üç şekilde olur. Bunlar eğitim harcamaları, hastane harcamaları ve mediko-sosyal harcamalarıdır.³⁷²

II.2.5. Diğer Kamu Kuruluşları

Bazı kamu kurumları, Sağlık Bakanlığının etkin sağlık hizmetlerini sürekli sağlayamaması sebebiyle kendi hastanelerini ve polikliniklerini kurmuşlardır.³⁷³ Bunlar, 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu'nda kamu hastanesi olarak sayılmadığı için özel hastanelerin kurulması şartlarına tabi olan kuruluşlardır.³⁷⁴ Bunlar; PTT hastaneleri, TCDD hastaneleri, Polis hastaneleri, İçişleri Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı poliklinikleridir.³⁷⁵ Bunun dışında Belediye Hastaneleri de bir diğer kamu örgütüdür. Çalışan memurları tamamen genel bütçe hükümlerine tabidir.³⁷⁶ Sağlık Bakanlığınca tıbbi

³⁷⁰ a.k., s.16.

³⁷¹ ŞAKAR., a.g.e., s.85.

³⁷² a.k., s.87.

³⁷³ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.29.

³⁷⁴ KARAEĞE., a.g.e., s.13.

³⁷⁵ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.29.

³⁷⁶ YEŞİLİRMAK., a.g.e., s.20.

ve idari hukuki zorunlulukları dışındaki çalışma prensipleri ile yönetim biçimlerini kendileri tespit ederler.³⁷⁷

Hizmetleri; Bu tür hastanelerdeki hizmet yaklaşımları genellikle 2. derece sağlık hizmeti sunan ve bünyelerinde tüm uzman hekimleri barındıran hastanelerdeki hizmet yaklaşımı ve otelcilik hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı hastanelerine oranla daha iyi olduğunu gözlemlemek mümkündür. Yatırımlarının teknolojik konularda düşük olmasına rağmen, mükemmel otelcilik anlayışıyla yönetilen bu kurumlarda personel motivasyonları hep üst seviyededir. Temel sağlık hizmetleri ile birlikte, çok ileri tetkik gerektirmeyen her türlü laboratuvar ve poliklinik hizmetleri, yataklı tedavi, ameliyat ve doğum hizmetleri sunulmaktadır.³⁷⁸

Çalışma Sistemleri; Diğer yataklı tedavi kurumlarında olduğu gibi sürekli hizmet esası ile çalışan ve acil polikliniği bulunan bu hastanelerde çalışanların statüleri kadrolu olabildiği gibi, sözleşmeli veya part-time anlaşmalı olması da olasıdır. Çalışanların statüleri hastanenin bağlı bulunduğu kurumun yasal düzenlemelerine göre değişiklik göstermektedir. Bu hastaneler Türkiye’de mevcut diğer yapılarıdaki hastanelerden daha az yoğun çalışmaktadır.³⁷⁹

II.2.6. Özel Kesim

Özel sağlık sektörü Türkiye’de; hastaneler, poliklinikler, laboratuvarlar, özel hekim muayenehaneleri, ilaç, tıbbi teknoloji, tıbbi malzeme üretimi ve ticareti yapan kuruluşlar ve özel sigorta şirketleri oluşturur.³⁸⁰

³⁷⁷ EMEK., a.g.e., s.19.

³⁷⁸ a.k., s.19.

³⁷⁹ a.k., s.20.

³⁸⁰ ŞAKAR., a.g.e., s.92.

Bu özel sağlık sektörünün kurallarını başlıca şu yasalar belirler; 1219 sayılı Tababet ve şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun ve 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu'dur.³⁸¹

5.6.1933 tarihli 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanununun birinci bölümünde özel hastanelerin tarifleri ve açılma şartları şu şekildedir;

“Devletin resmi hastanelerinden ve hususi idarelerle belediye hastanelerinden başka yatırılarak hasta tedavi etmek veya yeni hastalık geğirmişlerin zayıfları yeniden eski kuvvetlerini buluncaya kadar sıhhi şartlar içinde beslenmek ve doğum yardımlarında bulunmak için açılan ve açılacak olan sağlık yurtları hususi hastanelerden sayılır. Bunların açılma, kullanma kapanma şartları bu kanunun hükümlerine bağlıdır.”

2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu'nun özel hastanelerin açılma şartları belirtilmiş olup düzenlemeye göre; Özel hastaneler Sağlık Bakanlığı'nın izni ile açılır. Bu iznin, kişilere ait hastanelerin sorumlu müdürleri ve diğer hastanelerin de bağlı oldukları kuruluşları yetkilileri tarafından valiliğe bir dilekçe verilerek başvurulur. Bu dilekçeye, açılmak istenen hastanelerin yeri, yapılarının nitelikleri ve ne gibi hastaları kabul ve ne kadar paralı veya parasız hasta tedavi edileceği, konulacak yatak sayısı, hastane işlerini idare edecek sorumlu müdürün ismi, hastanenin kurulması ve çalıştırılması için konacak karşılık paranın ne kadar olacağı açıkça yazılarak başvurulur. 3. maddeye göre verilen dilekçe İl Sağlık Müdürü ile Devlet İdarelerinde çalışan bir mühendis tarafından değerlendirilir ve varsa eksiklikleri tamamlattırıldıktan sonra valinin de düşüncesi alınarak Sağlık Bakanlığı'na gönderilir. 4. maddeye göre, bakanlıkça incelenir ve sonra uygun görülürse açılma ruhsat kağıdı verilir. Hususi Hastaneler Kanunu'nun 7. maddesine göre, özel hastane işleticisi gerçek kişi, vakıf, ticaret şirketleri ve hatta adi ortaklık da olabilir. 18. maddeye göre, doğumevleri hariç olmak üzere özel hastanelerin yatak sayısı 10 ve daha fazla olmak zorundadır.

³⁸¹

KARAEĞE., a.g.e., s.13.

Sağlık Bakanlığı hastaneleri gibi yataklı tedavi kurumları olan özel hastaneler üçte biri tıp fakültesi mezunları, üçte biri tıp eğitimi dışında eğitim alanlar ve geri kalan üçte biri de tıp ve tıp dışı eğitim almış sağlık personeline kurulan özel hastanelerin ilk amacı kar elde etmek isteyen işletmelerdir.³⁸² Özel Hastaneler 12 genel dalın (branşın) tamamına ait uzman hekimleri bünyesinde bulundurarak, tetkik, teşhis, poliklinik ve yataklı tedavi kurumu hizmetlerini gerçekleştirmektedirler. Tıbbi hizmet bakımından 6 özel hastane, her türlü tıbbi ve teknolojik yeterliliğe ve lüks denebilecek otelcilik özelliklerine sahip bulunmaktadır.³⁸³

Finansman ve harcaması, sağlık hizmetlerinin finansmanı temelde doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki şekilde olmaktadır. Doğrudan finansman yöntemi, hizmet alan kişinin ücreti doğrudan kendisinin ödemesi yöntemidir. Dolaylı finansman yönteminde ise, hizmeti talep ve sunan dışında üçüncü taraf ödemesidir. Bu mali aracı; devlet, sigorta kuruluşu veya yardım sandıkları da olabilir. Özel hastanelerin finansmanında her iki yöntemle de gelir akışı olmaktadır.³⁸⁴

Özel sektör sağlık harcamaları ise, özel hastane harcamaları, hekim harcamaları, ilaç ve tıbbi malzeme harcamaları olmak üzere üç grupta toplanır;³⁸⁵

Özel hastanecilik hizmetinde ilk şart kaliteli hizmettir. Sağlık, daha çok hizmete dayalı olması nedeniyle, nitelikli ve yetişmiş personele ihtiyaç vardır. Özel hastanelerde sadece doktor, hemşire, hastabakıcı dışında hosteslik de önemlidir. Çünkü, özel hastanelerin sayısı arttıkça rekabet koşulları gelişmekte ve buna paralel olarak özel hastaneler, dalında uzmanlaşmış kaliteli personel çalıştırmaya mecbur kalmaktadır.³⁸⁶

³⁸² EMEK., a.g.e., s.22.

³⁸³ a.k., s.23.

³⁸⁴ YEŞİLİRMAK., a.g.e., s.24.

³⁸⁵ a.k., s.26-27.

³⁸⁶ a.k., s.36.

Özel hastanelerin denetimi ile ilgili 2219 sayılı ve 5.6.1933 tarihli Hususi Hastaneler Kanununundan da anlaşılacağı gibi özel hastaneler Sağlık Bakanlığı'nın denetimine tabidir. Sağlık Bakanlığı Müfettişleri incelenmesi gerekli görülen özel hastanelere giderek ilgili belgelerini incelerler. Ayrıca illerde Sağlık Müdürleri'nin, kazalarda hükümet tabiplerinin de denetim yetkileri bulunmaktadır. Kayıtlar incelendikten sonra eksik görülen haller ve kanuna aykırı bulunan durumlar tespit edilerek, rapor tutulur ve Sağlık Bakanlığı'na gönderilir. İnceleme sonuca göre kanunun dördüncü bölümünde belirtilen cezai müeyyideler uygulanır. Diğer yandan işletmeler, tıbbi, idari, mali ve teknik yönden bakanlığın, sermaye, bütçe ve mali işlemler yönünden genel hükümlere göre Sayıştayın ve Maliye Bakanlığının denetimine tabi olurlar.³⁸⁷

Tanı ve Tetkik Merkezleri; Tanı ve tetkik merkezleri de özel sağlık işletmeleri olup, kuruluş masrafları oldukça yüksek olan ve teknolojileri kısa sürede eskiyen cihazlar, MR, tomografi, sintigrafi, kemik dansimetresi gibi ve vücut taramaları yapan radyoloji merkezleri, kan ve kan ürünlerinin tetkiki için toplu çalışmaları gerektiren laboratuvar kitleri ile tahliller yapan çeşitli laboratuvarlar ve diyaliz merkezlerinden tanı merkezleri, ücret karşılığında hizmet verirler. Özel tanı merkezleri Türkiye'de mevcut Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile Çalışma Bakanlığı hastanelerinin yüksek teknolojiyi gerektiren ve kuruluşları pahalı olan cihaz ve laboratuvar kitlerini gerek yasal gerekse finansal nedenlerle rahat edinememelerinden ve üniversite hastanelerinin her merkeze yayılmamış olmasından dolayı bu açıkları kapatmak ve para kazanmak amacıyla kurulurlar. 2219 sayılı özel hastaneler kanunu ve Sağlık Bakanlığınca çıkarılan özel yönetmelik hükümleri ile Sağlık Bakanlığı ve Atom Enerjisi Kurumundan izin alınarak kurulup işletilebilen ve aynı

³⁸⁷

a.k., s.40.

kurumlarca sürekli denetlenen bu merkezler genellikle il merkezlerinde yer almaktadırlar.³⁸⁸

Özel Hekim Muayenehaneleri; Uzman hekimlerin devlet kurumlarında çalışma saatleri dışında, kendi özel muayenehanelerinde çalışmalarını son derece yaygınlaşmış bir uygulamadır. Bu, maaşların düşük olmasının olası nedeni olması gibi bu yerlerde daha kaliteli hizmet alınacağı ön yargısı ile de ilgilidir. Özel muayenehane vizite ücretleri hizmet alan tarafından üçüncü bir taraf ve ödeme desteği olmadan ödenir. Sadece özel sigortalı olan hastalar ödedikleri ücretin bir kısmını sigorta şirketlerinden tahsil edebilirler.³⁸⁹

II.2.7. Gönüllü Cemiyetler

Kızılay

Kızılay, savaş alanında yaralanan ya da hastalanan askerlere hiçbir ayırım gözetmeksizin yardım etmek arzusundan doğmuş bir kurumdur.³⁹⁰

11 Haziran 1868 tarihinde “Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti” adıyla kurulan Kızılay, 1877’de “Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti”, 1923’de “Türkiye Hilaliahmer Cemiyeti”, 1935’te “Türkiye Kızılay Cemiyeti” ve 1947’de “Türkiye Kızılay Derneği” adını almıştır. Kuruluşa “kızılay” adı büyük önder Atatürk tarafından verilmiştir.³⁹¹

Türkiye Kızılay Derneği Tüzüğü’ne göre Kızılay, tüzel kişiliğe sahip özel hukuk hükümlerine tabi olan bir kurumdur. Kızılay’ın görevleri Tüzüğün 5. maddesinde belirtilmiş olup, Bu düzenlemeye göre; Kurumun görevleri, savaşta veya hükümetin ilan

³⁸⁸ EMEK., a.g.e., s.25.

³⁸⁹ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.30.

³⁹⁰ <http://www.kizilay.org.tr/yeni/kizilay.php> 06.05.2006

³⁹¹ <http://www.kizilay.org.tr/yeni/kizilay.php> 06.05.2006

ettiği olağanüstü durumlarda ve barışta olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Kurumun savaşta veya olağanüstü durumlarda gerçekleştirdiği sağlık hizmetleri şunlardır.³⁹²

Kızılay, savaş görevlerini yerine getirecek araç ve gereçlerle ilaçlar sürekli kontrol altında bulundurur, bozulma veya eksilmeye mahal bırakmadan gerekenleri elden çıkarır, yerine tazeleri, yenileri konulmak suretiyle asgari stok seviyesi korunmaya çalışılır; Silahlı Kuvvetlerde görülecek bulaşıcı hastalıklara karşı açılacak mücadeleye katılır; Hükümetin isteği üzerine, göstereceği yerlerde hastaneler açar ve yürütür.

Barışta gerçekleştirdiği sağlık hizmetleri ise şunlardır.³⁹³

Hemşireler, gönüllü hemşireler ve hasta bakıcılar yetiştirir; dispanserler, sağlık merkezleri, hastaneler, amaçlarına uygun öğretici merkezler ve rehabilitasyon merkezleri açar ve yönetir; kan yardımı ile kan türevleri sağlayacak teşkilatı kurar, yönetir ve teşkilatın yurt düzeyinde gelişmesi için gereken önlemleri alır; salgın hastalıklara, halk sağlığını ilgilendiren benzer afetlere ve çocuk ölümlerine karşı mücadeleye katılır ve yardım eder; barışta ve savaşta görevlerini yerine getirebilmek için gereken araç ve gereçleri hazırda tutar; muhtaç hastalara tedavi yardımı yapar, güçsüz ve fiziksel özürülere noksan veya arızalı organlarının fonksiyonlarını tamamlayıcı, destekleyici veya rehabilite edici nitelikte araç temin etmeye çalışır, kurtarıcı ve ilk yardımcıları yetiştirilmesini sağlar.

Bunların dışında Kızılay tatbikatlarında, Müslüman Türk hacıların Mekke ve Medine'ye seyahatleri sırasında ve Hıristiyan hacılara Efes'e hac ziyaretleri sırasında sağlık hizmetleri sağlar.³⁹⁴

Türk Kızılayı'nın yapısı Genel Merkez ve ülke çapına yayılmış yerel şubeler olmak üzere iki bölümden oluşur. Organizasyonun üyeleri seçimler neticesinde belirlenir ve görevlerini fahri olarak yerine getirirler. Kızılay'ın merkezi Ankara'da olup şubeleri

³⁹² a.k., s.14.

³⁹³ a.k., s.15.

³⁹⁴ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.31

ülke çapında illerde, ilçelerde ve hatta daha küçük yerleşim birimlerinde toplam 648 tanedir.³⁹⁵

Genel Müdürlüğün yapısını; maddi bağış hizmetlerini, kan bağışı hizmetlerini, ulusal ve uluslararası doğal afet ve felaket sırasında ilk yardım ve benzeri hizmetleri yerine getiren 18 temel departman ve bir çok diğer küçük bölüm oluşturur.³⁹⁶

Vakıflar

Tarihsel olarak Vakıflar Osmanlı İmparatorluğu zamanından bu yana varlıklarını sürdüren geleneksel kuruluşlardır. 1980'lerden sonra ekonominin liberalleşmesiyle vakıfların altın çağı başlamıştır. Geçmiş yılların sosyal hizmetlerinin verimsiz ve düşük bütçeli yapısı bu kuruluşların gelişmesini sağlamıştır. Bu yıllarda yürürlüğe konulan yeni yasalar da sivil toplum kurumlarının kurulmasını yüreklendirir ve destekler nitelikte olmuştur. Özellikle vakıf kurmanın kolaylaşmış olması ve kurulan vakıfların vergiden muaf olmaları gibi teşvikler, vakıfların sayılarına bir artış olarak yansımıştır. Sağlık hizmeti sunan bazı vakıflar aile planlaması gibi halk sağlığı konularına da el atmışlardır. Bunların dışında diyabet, kanser, fenil ketonüri, AIDS gibi özel hastalıklar üzerine çalışan vakıflar da mevcuttur.³⁹⁷

II.2.8. Yerel Yönetimler

Yerel yönetimler, il özel idareleri, belediyeler ve köylerden oluşmaktadır.

II.2.8.1. İl Özel İdareleri

İl halkının mahalli müşterek ihtiyaçlarını karşılamak için kurulan ve karar organı seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan, idari ve mali özerkliğe sahip kamu tüzel kişiliğidir. Ülkemizde bütün iller birer Özel İdareye sahiptir.

22.02.2005 tarihinde kabul edilen 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanununa göre;

³⁹⁵ a.k., s.31.

³⁹⁶ a.k., s.31.

³⁹⁷ a.k., s.32.

“Sağlık, tarım, sanayi ve ticaret; ilin çevre düzeni planı, bayındırlık ve iskan, toprağın korunması, erozyonun önlenmesi, sosyal hizmet ve yardımlar, yoksullara mikro kredi verilmesi, çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları; ilk ve orta öğretim kurumlarının arsa temini, binalarının yapım, bakım ve onarım ile diğer ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin hizmetleri il sınırları içinde,

İmar, yol, su, kanalizasyon, katı atık, çevre, acil yardım ve kurtarma, kültür, turizm, gençlik ve spor; orman köylerinin desteklenmesi, ağaçlandırma, park ve bahçe tesisine ilişkin hizmetleri belediye sınırları dışında, yapmakla görevli ve yetkilidir.”

II.2.8.2. Belediyeler

03.07.2005 tarihinde kabul edilen 5393 sayılı Belediye Kanununa göre, belediyelerin pek çok görevlerinin yanı sıra bu yasada sağlıkla ilgili görevleri de yer alır.

“Belediye, mahalli müşterek nitelikte olmak şartıyla;

a) İmar, su ve kanalizasyon, ulaşım gibi kentsel alt yapı; coğrafî ve kent bilgi sistemleri; çevre ve çevre sağlığı, temizlik ve katı atık; zabıta, itfaiye, acil yardım, kurtarma ve ambulans; şehir içi trafik; defin ve mezarlıklar; ağaçlandırma, park ve yeşil alanlar; konut; kültür ve sanat, turizm ve tanıtım, gençlik ve spor; sosyal hizmet ve yardım, nikâh, meslek ve beceri kazandırma; ekonomi ve ticaretin geliştirilmesi hizmetlerini yapar veya yaptırır. Büyükşehir belediyeleri ile nüfusu 50.000’i geçen belediyeler, kadınlar ve çocuklar için koruma evleri açar.

b) Okul öncesi eğitim kurumları açabilir; Devlete ait her derecedeki okul binalarının inşaatı ile bakım ve onarımını yapabilir veya yaptırabilir, her türlü araç, gereç ve malzeme ihtiyaçlarını karşılayabilir; sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilir ve işletebilir; kültür ve tabiat varlıkları ile tarihî dokunun ve kent tarihi bakımından önem taşıyan mekânların ve işlevlerinin korunmasını sağlayabilir; bu amaçla bakım ve onarımını yapabilir, korunması mümkün olmayanları aslına uygun olarak yeniden inşa edebilir. Gerektiğinde, öğrencilere, amatör spor kulüplerine malzeme verir ve gerekli desteği sağlar, her türlü amatör spor karşılaşmaları düzenler, yurt içi ve yurt dışı müsabakalarda üstün başarı gösteren veya derece alan sporculara belediye meclisi kararıyla ödül verebilir. Gıda bankacılığı yapabilir.”

II.2.8.3. Köyler

Köy yönetimi ülkemizde 1924 yılında yürürlüğe giren 442 sayılı Köy Yasası kurallarına göre yürütülmektedir.

Köylünün sağlığı ilgilendiren mecburi işleri şunlardır;

“Sıtma, sivrisinek tarafından aşılandığı ve sivrisinek de su birikintilerinde barındığı ve ürediği için her şeyden evvel köy sınırı dahilindeki su birikintilerini kurutmak;

Köye kapalı yoldan içilecek su getirmek ve çeşme yapmak, köyün içtiği su kapalı geliyorsa yolunda delik deşik bırakmamak ve mezarlıktan veya süprüntülük ve gübrelikten geçiyorsa yolunu değiştirmek;

Köylerdeki kuyu ağızlarına bir arşın yüksekliğinde bilezik ve etrafını iki metre eninde harçlı döşeme ile çevirmek;

Evlerde odalarla ahırları bir duvarla birbirinden ayırmak;

Köyün her evinde üstü kapalı ve kuyulu veya lağımlı bir hala yapmak ve köyün münasip bir yerinde herkes için kuyusu kapalı veya lağımlı bir (hala) yapmak;

Evlerden dökülecek pis suların kuyu, çeşme, pınar sularına karışmayarak ayrıca akıp gitmesi için üstü kapalı akıntı yapmak;

Köyde evlerin etrafını ve köyün sokaklarını temiz tutmak, her ev kendi önünü süpürmek;

Çeşme, kuyu ve pınar başlarında gübre, süprüntü bulundurmuyup daima temiz tutmak, ve fazla sular etrafa yayılarak bataklık yapmaması için akıntı yapmak;

Köyün süprüntü ve gübreliğini köyden uzakça yol üstü olmayan sapa ve rüzgaraltı yerlerde yapmak ve herkese o gübrelikten ayrı yerler gösterilmek;

Köyün büyüklüğüne göre orta yerinde ve mümkün olamazsa kenarında bir meydan açmak;

Köyde insanlarda salgın ve bulaşık bir hastalık çıkarsa veya firengili adam görülürse o gün bir adam yollayarak Hükümete haber vermek. (Bu haber üzerine kazadan memur gelinceye kadar hastanın yanına bakacaklardan başkalarını sokmamak lazımdır.);

Köy hayvanlarında salgın ve bulaşık bir hastalık görülürse o gün bir adam yollayarak Hükümete haber vermek; bu haber üzerine kazadan bir memur gelinceye kadar hasta olan hayvanı diğerlerinden ayırmak ve hasta hayvan ile beraber bulunmuş olan hayvanları köyün hasta olmayan hayvanları ile karıştırmamak;

Köyde çürümüş ve kokmuş meyve ve sair sıhate muzır şeyler köyden dışarıya götürülür ve gömülür.”

II.3. Sağlık İşletmeleri Düzeyinde Örgütlenme

Bu bölümde yataklı sağlık kuruluşları ve yataksız sağlık kuruluşları incelenecektir.

II.3.1. Yataklı Sağlık Kuruluşları

Yataklı tedavi kuruluşları denildiğinde akla hemen hastaneler gelmektedir.

Hastanelerin gelişimi ve özellikleri aşağıdaki gibidir.³⁹⁸

II.3.1.1. Hastaneler

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY)’nde “Hastaneler, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek

³⁹⁸

AK., a.g.e., s.175.

isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahade, muayene, teşhis tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.”³⁹⁹

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastaneleri, müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar olarak tanımlamaktadır.⁴⁰⁰

Hastaneler sistem yaklaşımıyla da ele alınıp tanımlanabilir. Hastaneler; dinamik, değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını gene aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir.⁴⁰¹

Hastaneler bilimsel olarak Avrupa’da ilk kez 1800’lerden sonra kurulmaya başlamıştır. Anadolu’da ise ilk olarak 13. Yüzyılda Selçuklular tarafından Kayseri’de Gevher Nesibe Külliyesi olarak bir hastane kurulmuştur. Osmanlılar zamanında hastaneler vakıflar tarafından işletilmekteydi. Osmanlılar zamanında yapılan hastanelerin bir çoğu halen kullanılmaktadır. Cumhuriyetin kurulması ve bilimin gelişmesiyle ülkemizde de yeni modern hastaneler kurulmuştur. 19. yy. dan itibaren tıp bilimlerinin gelişmesine paralel olarak hastanelere olan talep gittikçe artmıştır.⁴⁰² Bunun yanı sıra hekimlik ve hemşirelik hizmetlerine ek olarak sosyal çalışma, beslenme, tıbbi dokümantasyon, personel, mali yönetim, teknik bakım, muhasebe, istatistik ve depolama gibi, genel yönetim hizmetlerinin önemi sürekli artan bir eğilim göstermiştir.⁴⁰³

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin modern anlamda bir devlet görevi olarak ele alınması, milli mücadele döneminde Ankara’da kurulan ilk Milli Hükümet bünyesinde 2

³⁹⁹ Mehmet KODAL, Salih ÇAPAKÇUR, **Yataklı Tedavi Kurumları Mevzuatı**, Ocaklar Matbaacılık, Ankara 1998, S.247

⁴⁰⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, 1. Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları, Ankara 1992, s.193.

⁴⁰¹ GÜMÜŞ., a.g.e., s.67.

⁴⁰² SÖZEN., a.g.e., s.101.

⁴⁰³ EREN., a.g.e., s.132.

Mayıs 1920 gün ve 3 sayılı kanunla, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın kurulmasıyla başlamıştır.

Hastaneler, esas fonksiyonları yanında eğitim, araştırma ve geliştirme, toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katılma gibi çalışmalarını da yerine getirirler.⁴⁰⁴

Hastane Türleri

1. Yaptıkları Hizmetlere Göre Hastanelerin Sınıflandırılması

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 5. maddesine göre, hastaneler en az 50 yataklı ve işlevlerine göre dört gruba ayrılmaktadırlar:

Genel Hastaneler: Her türlü acil vaka ile, yaş ve cinsiyet farkı gözetilmeden, bünyesinde mevcut uzmanlık dalları ile ilgili hastaların, kabul edildiği, ayaktan ve yatarak tedavi ve teşhis hizmeti verilen yataklı tedavi kurumlarıdır ve en yaygın örneği devlet hastaneleridir.

Özel Dal Hastaneleri: Belirli bir yaş ve cinsiyet grubu hastalar ile, belirli bir hastalığa yakalananlar ve belirli bir organ ya da organ grubu ile hastalarını sınırlayarak kabul edip, teşhis ve tedavilerinin ayakta veya yatarak yapıldığı yataklı tedavi kurumlarıdır. En yaygın örneği doğum ve çocuk bakımevi hastaneleridir.

Rehabilitasyon Merkezleri ve Servisleri: Organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile, kaza, yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu uygulayan yataklı kurum veya servislerdir. Ülkemizde pek yaygın olmayan bir grup olan bu hastanelere Başkent Üniversitesi Geriatri hastanesi örnek verilebilir.

Eğitim Hastaneleri; Bu grupta yer alan hastaneler, diğer yataklı tedavi kurumlarında teşhis ve tedavisi yapılamayan hastalar sevk edilir. Eğitim hastanelerine tıpta

404

AK., a.g.e., s.178.

uzmanlık sınavı ile öğrenci kabul edilir. Diğer taraftan eğitim hastaneleri; eğitim ve araştırma yapılan, uzman ve ileri dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal yataklı tedavi kurumları ile rehabilitasyon merkezleridir. Organizasyon yapısı ve işletme özellikleri bakımından genel ve özel dal hastanelerinden farklı olup eğitim amaçlı oldukları için tıpta uzmanlık sınavı ile öğrenci kabul ederler.

2. Ait Oldukları Kurumlara Göre Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler ait oldukları kurumlara göre, devlete doğrudan ve dolaylı bağlı hastaneler ve özel hastaneler olarak sınıflandırılmaktadırlar.⁴⁰⁵

Devlete Doğrudan Bağlı Hastaneler; Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına, Milli Savunma Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı hastaneler olarak ayırma tabi tutulmaktadır.

Devlete Dolaylı Bağlı Hastaneler; Devlet Demiryolları, Makina Kimya Endüstrisi Kurumu, Kızılay, Belediye, Üniversite, Denizyolları, Kömür İşletmeleri Kurumu ve Esnaf hastaneleri şeklinde sıralanmaktadır.

Özel Hastaneler; Özel hastaneler kendi güçleri ile ayakta duran hastanelerdir. Bu hastaneler, şahıslara, azınlıklara ve yabancılara ait hastaneler olarak ayırma tabi tutulurlar.

3. Büyüklüklerine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler sahip oldukları yatak sayılarına göre de sınıflandırılmaktadırlar. Büyüklüklerine göre hastaneler; 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve daha fazla yatak kapasiteli hastaneler olarak ayrılırlar.⁴⁰⁶

4. Hastaların Hastanede Kalış Sürelerine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması

⁴⁰⁵ AK., a.g.e., s.183.

⁴⁰⁶ a.k., s.183.

Hastaların hastanede kalış sürelerine göre hastaneler şu şekildedir;⁴⁰⁷

Uzun Süreli Tedavi Veren Hastaneler: Bu hastanelerde hastalar ortalama 1-2 ay hastanede yatarlar (Sanatoryum, rehabilitasyon merkezleri, ruh hastalıkları hastaneleri vb.)

Orta Süreli Hastaneler: Tüm ana tıp dallarını bünyesinde toplayan nitelikli hastanelerdir,.

Kısa Süreli Tedavi Veren Hastaneler: Bu hastanelerdeki kalış süreleri bir kaç günü geçmez.

Hastaneler, sürekli hizmet veren yataklı tedavi kurumlarıdır. Poliklinik ve teşhis amaçlı tetkik hizmetleri gündüz verilmektedir. Ancak yeni bir uygulama ile il merkezlerinde sağlık ve idari personel olarak yeterli kadroyu barındıran hastanelerde saat 16.00 ile 23.00 saatleri arasında vardiya adı altındaki pilot uygulamalarla da poliklinik ve tetkik hizmetleri verilmektedir. Saat 08.00 ile 16.00 saatleri arasında normal mesai ile hizmet veren bu kurumlarda, mesai sonrası mevcut tüm branşların hekim ve diğer personeli, nöbet esasına dayalı olarak acil hizmetleri sunmaktadır. Ameliyat, doğum, diyaliz gibi özellik gerektiren diğer hizmetler, hastanın acil durumuna göre 24 saat devam etmektedir. Yataklı tedavi kurumlarının acil poliklinikleri pratisyen hekimlerle, nöbet esasına göre 24 saat hizmet vermekte, gerektiğinde ihtiyaç duyulan uzman hekim göreve çağrılmaktadır. Tüm hastaneler bünyelerinde mevcut tüm branş hekimlerine görev nöbeti yazmakta ve uygulamaktadır.⁴⁰⁸

Hastanenin Fonksiyonları

Hastane yönetiminde başarılı olmak için hastanenin bölümleri, bu bölümlerin ilgili kişileri ve bu personelin görevleri açık bir şekilde belirtilmelidir. Modern yönetimin

⁴⁰⁷ a.k., s.183.

⁴⁰⁸ EMEK., a.g.e., s.5.

ana ilkesi hastaneleri veya diğer kuruluşları tek kişinin yönetiminden kurtarmaktır. Tüm hizmet birimlerinin görev ve sorumlulukları bağımsız, ancak birbirini tamamlar nitelikte olmalıdır. Tüm hizmet temsilcilerinden oluşan yönetim kurulu, hizmetlerin eşit olarak desteklenmesini sağlar. Yönetim kurulunun karar ve programların uygulama görevi yöneticininindir.⁴⁰⁹

A- Temel Amaçları Açısından

1. Tedavi ve Hasta Bakımı Fonksiyonları:

Hastaneler kendilerine başvuran kişilere tıbbi tedavi, bakım hizmeti verirler. Bu hizmetler içerisinde, poliklinik (ayakta tedavi), klinik (yatarak tedavi), yoğun bakım üniteleri (24 saat özel bakım ve tedavi gerektiren hastalar için), laboratuvarlar (teşhis ve tanı üniteleri), ameliyathaneler (cerrahi müdahaleler), eczane hizmetleri vs. yer alır.⁴¹⁰

2. Eğitim

Hastane personellerine eğitim, öğretim, yetiştirme ve geliştirme süreçleri, verilir. Personele yürüttükleri görevlerde ve ileride çalışılması muhtemel olan işlerde gerekli olacak yeni bilgi, beceri ve davranışları kazandırmaya, hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin değişimlere karşı duyarlı hale getirme faaliyetleri ile, hastalara, hasta sahiplerine, hastalıkları, hastalıklardan korunmaları, nüfus planlaması, aile planlaması, çocuk gelişimi ve bakımı gibi konularda eğitim faaliyetlerinin tümünü kapsar.⁴¹¹

3. Araştırma

⁴⁰⁹ SÖZEN., a.g.e., s.102.

⁴¹⁰ KİTAPÇI., a.g.e., s.56.

⁴¹¹ AK., a.g.e., s.180.

Gerek tıbbi gerekse idari yapıda yapılan bilimsel araştırmalardır. Bu araştırmaların amacı sistemin işleyişini kolaylaştıracak, etkinlik kazandıracak yeni yöntemler bulmaktır.⁴¹²

4. Koruyucu Hekimlik

Koruyucu hekimlik, teşhis ve tedavi hekimliğinin yanında hızla gelişmiştir. Koruyucu hekimlik, tedavi edilsin veya edilmesin, hastalık çeşitlerinin gelişmesini imkanlar ölçüsünde önlemek ve var olan imkanları genişletmek amacını gütmektedir. Örneğin çevre kirlenmesinin yol açtığı hastalıkların tedavisinden çok, çevre kirlenmesinin önlenmesi, koruyucu hekimliğin amaçlarından birisidir. Hastane tarafından oluşturulan önerilerin topluma aktarılması fonksiyonudur.⁴¹³

B. Sistematik Açıdan

Hastanelerin işleyiş yapısı tıp hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, paramedikal hizmetler, destek hizmetleri olarak bu grupta incelenebilir,⁴¹⁴

1. Tıbbi hizmetler: Hastanenin temel fonksiyonu olan tıbbi bakım, teşhis, tedavi, gözlem, rehabilitasyon, koruyucu hekimlik gibi hizmetleri içermektedir.⁴¹⁵ Tıbbi fonksiyonlar, hastalara, kendisini hasta hissedenlere ve sağlık durumlarını kontrol ettirmeye isteyenlere sunulan tıbbi tedavi, teşhis, gözlem, rehabilitasyon, klinik, poliklinik, ameliyathane hizmetlerinin tümünü kapsamaktadır.⁴¹⁶

2. Hemşirelik Hizmetleri: Hastanın yatırıldıktan sonra barındırılması ve bakımıyla ilgili tüm hizmetleri kapsar. Hemşirelik eğitimi de (öğrencilerin eğitimi, hizmetiçi eğitim ve yatak-başı eğitimi) hemşirelik hizmetleri kapsamındadır. Ayrıca otelcilik ve lokantacılık hizmetlerinin (destek hizmet grubu) hastayla ilgili bölümü de hemşirelik hizmetleridir.

⁴¹² KİTAPÇI., a.g.e., s.56.

⁴¹³ AK., a.g.e., s.181.

⁴¹⁴ SÖZEN., a.g.e., s.103.

⁴¹⁵ KİTAPÇI., a.g.e., s.57.

⁴¹⁶ AK., a.g.e., s.179.

Hemşirelik hizmetlerine, başhemşire, başhemşire yardımcıları, servis sorumlu hemşiresi, servisteki tüm hemşirelerle, yardımcı hemşire, ebeler ve sağlık memurlarının tümü dahildir.⁴¹⁷

3. Yönetim İşlevleri: Hastane hizmetlerinin organizasyon, planlanma, yürütme ve denetleme işlevleridir.⁴¹⁸ Hastanelerde görev yapan tüm personelin göreve başlatılması, görevlerine devamlarının sağlanması, planlama, örgütlenme, kadrolama, icra uyumlaştırma, isteklendirme, haberleşme ve denetim hizmetlerinin yürütülmesi, izin, hastalık, maaş, terfi, disiplin, emeklilik, kayıt ve dokümantasyon hizmetleri vb. kapsar.⁴¹⁹

4. Mali İşlevler: Hastane hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili tüm gelir ve giderlerin düzenli bir şekilde yönetilmesi faaliyetidir. Hastanelerdeki hastaların ve çalışanların ihtiyaçları ile her türlü sağlık hizmeti üretim unsurları olan malzeme, araç, gereç, hizmet, yiyecek, içecek, giyim kuşam, yakacak vb. satın alınması, personel maaş, tazminat, yolluk vb. ödemelerinin yapılması, bütçenin tanzimi, sarfı gibi hastane ile ilgili bütün gelir ve gider işlemlerinin yönetimini kapsamına almaktadır.⁴²⁰

5. Teknik Hizmetler: Bina ve malzeme ile ilgili tüm tesis, inşaat, bakım ve onarım faaliyetlerini kapsamaktadır.⁴²¹

6. Otelcilik Fonksiyonları: Hastane işletmelerinin otelcilik fonksiyonunun önemli bir yeri vardır. Hastanelerin tıbbi yanını çıkardığınızda tamamıyla otelcilik hizmeti sunan fonksiyon haline gelir. Hastanelerde bu hizmetler ev idaresi hizmetleri olarak da anılabilir. Hastaların barınma, rahat ettirilme ve ağırlanması işlerinin tamamını kapsar.⁴²²

⁴¹⁷ SÖZEN., a.g.e., s.104.
⁴¹⁸ KİTAPÇI., a.g.e., s.57.
⁴¹⁹ AK., a.g.e., s.180.
⁴²⁰ a.k., s.180.
⁴²¹ KİTAPÇI., a.g.e., s.57.
⁴²² AK., a.g.e., s.180.

7. Sosyal Fonksiyonlar: Her işletmede olduğu gibi hastane işletmelerinin de sosyal sorumlulukları vardır. Hastanelerde sosyal fonksiyonlar sosyal hizmet uzmanları, halkla ilişkiler görevlileri ve gönüllüler grubu tarafından yürütülen hizmetlerin tamamını kapsamaktadır.⁴²³

8. Paramedikal Hizmetler: Tıbbi destek hizmetleri olup, diyetisyen, röntgen laboratuvar teknisyen ve teknikerleri sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, istatistikçinin yapmış olduğu hizmetler paramedikal hizmetler sınıfındadır.⁴²⁴

9. Eczacılık hizmetleri: Tıp hizmetlerinin en önemli bölümlerinden biridir. İlaçların yapılması, dışarıdan temin edilmesi, depolanması, dağıtım ve kayıtlarından sorumludurlar.⁴²⁵

II.3.2. Yataksız Sağlık Kurumları

Yataksız sağlık kuruluşları; sağlık evi, sağlık ocağı, dispanser, aile planlaması, ana ve çocuk sağlığı merkezi, sağlık grup başkanlığı, halk sağlığı laboratuvarları ve sağlık müzesi adı altında toplanır. Bu sağlık kuruluşların başlıca görevleri ve yönetimleri aşağıda anlatılmaktadır.⁴²⁶

II.3.2.1. Sağlık Evleri

Sağlık evleri sağlık ocağına bağlı olarak çalışan kuruluşlardır. 2000- 2500 nüfusa sağlık hizmeti veren ve bir ebe veya ebe-hemşire tarafından hizmetleri yürütülen ve

⁴²³

a.k., s.181.

⁴²⁴

SÖZEN., a.g.e., s.104.

⁴²⁵

a.k., s.104.

⁴²⁶

AK., a.g.e., s.213.

yönetilen yataksız en küçük hizmet birimleridir.⁴²⁷ Köylerdeki en yakın sağlık kuruluşu olan sağlık evlerinde hekim bulunmamaktadır ve genelde 1 ebe kadrosu ile hizmet verirler. Sağlık evleri çalışma sistemi itibarı ile en yakın sağlık ocağına bağlanır, ilgili sağlık ocağı hekimince kontrol edilmekte ve ihtiyaçları da bu sağlık ocağınca karşılanır.⁴²⁸ Eğer, sağlık evinin bulunduğu yerleşim yerinin nüfusu az ise, o sağlık evine yakındaki başka köyler de bağlanır ve burada bulunan ebe, bağlı köylere de hizmet verir.⁴²⁹ Sağlık evlerinde görev yapan ebeler sağlık ocağı hemşiresinin denetimi altındadır.⁴³⁰

Sağlık evleri 8 saat çalışma esasına dayalı bir sisteme sahiptir ama herhangi bir durumla karşılaşılması durumunda, sağlık evi ebesi cevap verebilmelidir. Bu durum sağlık evi çalışanlarına maddiyat olarak da yansıtılmaktadır. Başta ekonomik ve sosyal nedenler olmak üzere, rahat ve teknik bir çalışma imkanı sağlanamayan sağlık evlerinin personel istihdamı da güçleşmektedir.⁴³¹

Sağlık evlerinde en önemli görev ana ve çocuk sağlığı hizmetleridir. Sağlık evlerinin hizmetlerini şöyle sıralayabiliriz.⁴³²

Bulaşıcı hastalıklarla savaş hizmeti; Sıtma eradikasyonu hizmetleri; frengi ve lepra savaş hizmetleri, trahom savaş hizmetleri, verem savaş hizmetleri yanında sağlık evi ebeleri çevrelerinde gördükleri ateşli hastalardan kan alarak incelenmesi için sağlık ocakları kanalı ile sıtma eradikasyonu başkanlığına gönderirler. Kendilerine görev verilmesi durumunda hastaların tedavilerini de yaparlar.

⁴²⁷ AK., a.g.e., s.213.

⁴²⁸ EMEK., a.g.e., s.8.

⁴²⁹ AYBAŞ, BENLİ, BEZİRCİ, AKIN, ÖZTEK, SAAT, ÜNAL., a.g.e., s.21

⁴³⁰ EREN., a.g.e., s.138.

⁴³¹ a.k., s.9.

⁴³² a.k., s.138.

Bağışıklama Hizmetleri; Ebeler gebe ve bebeklerin herhangi bir hastalığa karşı bağışıklık kazanması işlerini halk sağlığı hemşiresi ve sağlık memurunun yapacakları plan ve programlara uygun olarak, soğuk zinciri koruyarak yaparlar.

Aile Planlaması Hizmetleri; Ebeler ayrıca kendi bölgelerinde aile planlaması eğitimi verirler ve bazı koruyucu yöntemleri kendileri uygularlar.

Çevrenin Düzeltilmesi ve Korunması Hizmetleri; Ebeler çevre sağlığı ile ilgili olarak da bölgelerinde çevrenin ve doğanın korunması, bozuk çevre koşullarının düzeltilmesi hizmetlerinde sağlık ocağı sağlık memuruna yardımcı olurlar. Sağlık memurundan alacağı emre göre eğitim yapar ve çevre sağlığı hizmetleriyle ilgili işleri bizzat izlerler.

Sağlık Eğitimi Hizmetleri; Ebelerin yapacağı sağlık eğitimi özellikle temizlik, ev yönetimi, analık ve çocuk bakımı, ekonomik ve uygun beslenme ve çocuk eğitimi konularını kapsar. Bu çalışmalarında ebeyi sağlık ocağı hekimi ve halk sağlığı hemşiresi eğitir ve desteklerler.

İlk Yardım ve Acil Tedavi Hizmetleri; Sağlık sorunu yaşayan ve sağlık yardımına gereksinimi bulunan kişilere, sağlık durumlarının daha kötüye gitmesini önlemek amacı ile, ilaç kullanmadan yapılan girişime ilk yardım adı verilir. Eğer ki, bu iş ilaç kullanılarak yapılırsa acil tedavi adını alır. Sağlık evi ebeleri de ilk yardım ve acil tedavi yapmakla görevlidirler.

Ayrıca, malzemenin kullanılması ve korunması işleri, istatistik ve kayıt tutma hizmetleri, sosyal yardım işleri, toplum kalkınmasına yardım hizmetleri görevleri arasındadır.

Sağlık evi ebeleri kendi çevrelerini yaya olarak gezmek ve karşılaştıkları olası durumlarda bazı görevleri yerine getirmekle yükümlüdürler. Geziler belli bir plan ve programa göre yapılmaktadır. Her geziye çıkışta gezi sırasında yapılacak işler (gebe saptama,

gebe ve çocuk izleme, sağlık eğitimi vb.) belirlenerek hizmetler görülüp ziyaretler gerçekleştirilir. Ziyaret edilmesi dşnlen köylerin, sağlık evine uzaklıkları göz önünde bulundurulur ve gezi bu durum göz önüne alınarak düzenlenir. Mevsimin gezilere elverişli olmaması durumunda, gidip gelinebilen köylerde hizmetler sıklaştırılır.

II.3.2.2. Sağlık Ocakları

Sağlık Ocağı, 5.000 ile 10.000 kişinin yaşadığı coğrafi bölgelerde yaşayan topluma hizmet veren ve sağlık hizmetlerinin halk sağlığı, kapsamında yürütüldüğü tıbbi ve sosyal bir kurumdur.⁴³³

Sağlık ocakları, genel olarak ayaktan tetkik ve teşhis hizmeti veren kuruluşlardır ve müşahede maksatlı az sayıda yatak bulundururlar. Bünyesinde uzman hekim yoksa sağlık ocakları sorumlu pratisyen hekim ile yönetilirler ve sağlık grup başkanlığına bağımlı olarak çalışırlar. Sağlık ocakları, sosyal güvence kapsamında olsun ya da olmasın, tüm taleplere ücretsiz cevap verir ve ayrıca birinci basamak sağlık hizmeti sunarlar.⁴³⁴

Sağlık ocakları, sağlık hizmetleri bakımından doğrudan il sağlık müdürüne, tedavi edici hekimlik hizmetleri bakımından da sağlık grup başkanlıklarına bağlı olarak çalışır.⁴³⁵

Sağlık ocakları hastanenin bulunduğu merkezlerde 8 saat hizmet veren kurumlardır. Ancak hastane bulunmayan köy, belde ve ilçelerde, kk cerrahi müdahaleler, acil vakalar ve ilaç uygulama hizmetlerini yürütmek üzere nöbetçi bulundururlar. Nöbetçiler il sağlık müdürlüğünün talimatları ile sağlık ocağında hazır bulunurlar. Ayrıca görevliler evlerinde bekleyerek vaka geldiğinde ocağa gidecekleri Şekilde icap nöbeti olarak ta tutulabilmektedirler. Nöbet esasları sağlık ocaklarının

⁴³³ EMEK., a.g.e., s.6.

⁴³⁴ a.k., s.6.

⁴³⁵ AK., a.g.e., s.214.

bulunduğu merkezin büyüklüğü, meydana gelen olay sayısı, merkezin hastaneye olan uzaklığı gibi kıstaslar göz önüne alınıp belirlenerek uygulanır. 112 acil hizmeti veren sağlık ocaklarında nöbet süresi 24 saat olup, acil hastalar en yakın hastaneye bu ekip tarafından götürülmektedir. Gündüz saatlerinde yoğun poliklinik hizmeti dolayısı ile sağlık ocakları gezici ekipleri ile köylere de hizmet götürebilmektedir.⁴³⁶

Sağlık ocaklarında hizmetlerin gerektiği gibi yürütülebilmesi için çalışanların grup gayretleri ile bir ekip halinde olmaları gerekmektedir. Hizmetlerin haftalık, aylık ve yıllık plan ve programlara göre yürütülmesi, programların yapılmasında, hizmet yeri ve bölgesinin çok iyi tanınması da önem taşımaktadır. Bunun için sağlık ocağının hizmet verdiği bölgenin harita örneği il sağlık müdürlüğünden alınmalıdır. Bu haritanın geçerliliği de, bölge gezilerek gözden geçirilmeli ve eksiklikleri varsa düzeltilmelidir. Daha sonra bölgedeki köylerin kadastro yöntemi ile ev tespiti yapılmalı, mezarlık, cami, okul, çeşme, meydan ve öteki genel yerler ev tespit krokisine geçirilmelidir. Aynı krokide köyün nüfusu, yol durumu, köy ile sağlık ocağı arasındaki uzaklık ve bu uzaklığın çeşitli araçlarla ulaşım süresi yazılmalıdır. Sağlık ocağı personel ekibi ev halkı tespit fişleri doldurmalıdır. Bunu takiben sağlık ocağı tabibinin başkanlığında sağlık ocağına ait hizmetlerin yürütülmesi ile ilgili plan ve programların hazırlanması ve uygulanması çalışmaları başlatılmalıdır.⁴³⁷

Sağlık ocakları temel sağlık hizmetlerini sunmak ile görevlidirler.⁴³⁸ Yani sosyal ve bulaşıcı hastalıklar dahil, tüm sağlık hizmetleri sağlık ocakları tarafından yerine

⁴³⁶ EMEK., a.g.e., s.8.

⁴³⁷ EREN., a.g.e., s.140.

⁴³⁸ EMEK., a.g.e., s.6.

getirilir.⁴³⁹ Ayrıca hastanelerin yükünü azaltmak amacıyla yataklı tedavi kurumu ve ileri tetkik gerektirmeyen hastalıklara yakalananların ilk tanıların konarak reçeteleri yazılır.⁴⁴⁰

Sağlık ocakları da sağlık evleri gibi aynı görevleri daha kapsamlı yapar. Bu görevlerin başlıklarını şöyle sıralayabiliriz; ana çocuk sağlığı hizmetleri, sıtma eredikasyonu hizmetleri, verem savaş hizmetleri, frengi ve lepra savaş hizmetleri, trahom savaş hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, sağlık eğitimi hizmetleri, aşı uygulaması hizmetleri, öteki bulaşıcı hastalıklarla savaş, hasta bakım hizmetleri, ilk ve ivedi yardım hizmetleri 112 acil, istatistik işleri, okul sağlığı hizmetleri, preparat, serum ve öteki maddelerin gönderilme işleri, parasız ilaçların dağıtım, işleri,⁴⁴¹ ücretle satılacak ilâç işleri,⁴⁴² sağlık ocaklarına bağlı sağlık evlerinin tespit işleri, sosyal yardım işleri, toplum kalkınmasına yardım hizmetleri,⁴⁴³ laboratuvar işleri, hizmet içi eğitim işleri, yazı işleri, araç ve gerecin kullanılması ve saklanması işleri, ayniyat işleri, gezi işleridir.

II.3.2.3. Verem Savaş Dispanseri

Tüberküloz kontrolünde merkez birimi Verem Savaşı Daire Başkanlığı oluşturmaktadır. Verem Savaşı Daire Başkanlığı, müstakil bir daire başkanlığıdır. Bütçesi, Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır. Bünyesinde şube müdürlükleri bulundurmaktadır. Verem Savaşı Grupları merkez birime doğrudan bağlıdır.⁴⁴⁴

Ülkemizde tüberküloz kontrolü dahilinde, ara birimi Sağlık Müdürlüğü ile birlikte çalışan verem savaşı il koordinatörü oluşturur. İlde tek bir verem savaşı dispanseri varsa, başhekimisi verem savaşı il koordinatörüdür. İlde birden fazla verem savaşı dispanseri

⁴³⁹ SÖZEN., a.g.e., s.89.

⁴⁴⁰ EMEK., a.g.e., s.6.

⁴⁴¹ AK., a.g.e., s.214

⁴⁴² EREN., a.g.e., s.141

⁴⁴³ EMEK., a.g.e., s.7

⁴⁴⁴ http://www.verem.org.tr/pdf/sayfa_83-98.pdf 21.02.2006

varsa, verem savaşı dispanseri başhekimlerinden birisi, il sağlık müdürlüğünün önerisi ile Verem Savaşı Daire Başkanlığı'na verem savaşı il koordinatörü olarak atanır.⁴⁴⁵

Tüberküloz kontrolünde uç birimi verem savaşı dispanserleri oluşturmaktadır. Bakteriyolojik incelemeler yapabilen, ücretsiz ilaç dağıtabilen, hastaları tedavi sonuna kadar takip edip aynı zamanda hasta kayıt sistemine de sahip kurumlardır. Verem savaş dispanserleri, birinci basamakta yer alan sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı merkezleri ve sağlık evleri ile işbirliği içindedir.⁴⁴⁶

Verem savaş dispanseri bir başhekim, yeterli sayıda hekim ve diğer personel tarafından yönetilir. Başhekim ve hekimler özel kurs görmüş kişiler olup bakanlıkça atanır.⁴⁴⁷

Verem savaş dispanserleri buldukları il ve sağlık grubunda kendilerine ayrılan bölgelerde verem savaşını yürütür. Sağlık ocaklarından röntgen tarama ve B.C.G. ekiplerinden gönderilen hasta ve kuşkulu olguların klinik, radyolojik ve bakteriyolojik muayenelerini yapar tedavisi ile ilgilenir. Sağlık ocakları tarafından tedavileri süren hastaların belirli aralıklarla yapılması gereken muayenelerini yapıp hastane ve sanatoryum tedavisine gerek duyulanları tedaviyi gerçekleştirecek olan kurumlara gönderir. İl içindeki veremlilerin bilgilerini arşivinde saklar. İlde verem savaşını yönetmeliğin öngördüğü kurallara göre yürütür.⁴⁴⁸

Hastalığın durumuna göre hastaları, uygun görülen süreler zarfında radyolojik, klinik, bakteriyolojik ve diğer kontrolleri için verem savaşı dispanserlerine göndermelerini ocak hekimlerinden isteyen kurum verem tedavi kurumlarından çıkan hastaların inceleme, izleme ve hastane sonrası tedavilerini sağlar. Bunların sağlanması için verem tedavi

⁴⁴⁵ http://www.verem.org.tr/pdf/sayfa_83-98.pdf 21.02.2006

⁴⁴⁶ http://www.verem.org.tr/pdf/sayfa_83-98.pdf 21.02.2006

⁴⁴⁷ EREN., a.g.e., s.171

⁴⁴⁸ a.k., s.171.

kurumlarının taburcu ettikleri hastalarını dispanserlere bildirmelerini ister. Kurum Sağlık Bakanlığına gönderilecek aylık ve yıllık çalışma çizelgelerini zamanında düzenleyip il verem savaş başkanlığına sunar. Gereken durumlarda çalışmalarına ilişkin grafik ve tablolar düzenleyen kurum bununla birlikte verem savaş dispanserlerinde bulunan araç - gereç ve arşivin gereğince kullanılması ve korunmasını da sağlamaktadır.⁴⁴⁹

Her düzeyde denetim iki şekilde yapılır. Birincisi, belirli sürelerde bir alt düzeyden yollanan çalışma raporlarının incelenmesi, değerlendirilip tartışılması ve geri raporlamasıdır. İkincisi ise, bir alt düzeydeki kuruma giderek, çalışmaları, uygulamaları ve bunların sonuçlarını kayıtlarıyla birlikte değerlendirilir, tartışarak yapılır. Her iki çalışmada da bir Tüberküloz Kontrolü Kılavuzunun varlığı ve bu kılavuza göre yapılan çalışmaların tartışılması önem arz eder. Amaç, verem savaş dispanseri personelinin bilgi ve motivasyonunu artırarak verem savaşı başarı oranını yükseltmektir. Denetimde de tedavi başarısı ile bakteriyolojik tanı ve tanı oranının artırılması konuları esas olan noktalardır.⁴⁵⁰

Dispanser çalışmalarının denetiminde, hastanın doğrudan araştırılması ve habersiz ziyareti yapılabilir. Tedavi uygulama yöntemleri konusunda sağlık personeli ile görüşme, sağlık biriminde kontrol kartlarına bakmak, ilaç uygulamasını kontrol gibi yöntemler de kullanılabilir.⁴⁵¹

Çalışma raporlarının incelenmesi, değerlendirilip geri raporlaması yapılması gereken zorunlu bir iştir. Bu, hem bir alt düzeyde çalışanların yaptıklarının denetimini sağlayacak, hem de faaliyetler ve bu faaliyetlerin kayıtlarının temelinde bir iletişimin kurulup geliştirilmesine de yardımcı olacaktır.⁴⁵²

⁴⁴⁹ a.k., s.171.

⁴⁵⁰ http://www.verem.org.tr/pdf/sayfa_83-98.pdf 21.02.2006

⁴⁵¹ http://www.verem.org.tr/pdf/sayfa_83-98.pdf 21.02.2006

⁴⁵² http://www.verem.org.tr/pdf/sayfa_83-98.pdf 21.02.2006

Merkezi birim, illerde TB koordinatörlerini ve sağlık müdürlüklerini, verem savaşı il koordinatörü de Sağlık Müdürlüğü bilgisi dahilinde ildeki Verem Savaş Dispanserlerini ve TB laboratuvarlarını denetim altında tutar.⁴⁵³

Denetimlerin amacı, çalışmaların incelenmesi, sorunların saptanması ve bu sorunların çözümüdür. Denetimler aynı zamanda bir eğitim, hizmet içi eğitim olarak da ele alınır. Bu nedenle, yapılan gözlemler, saptanan eksiklik ve sorunlar tartışılarak, neyin nasıl daha iyi yapılabileceğine sığağı sığağına karar verilmelidir.

II.3.2.4. Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri

Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü emrinde, illerde sağlık il müdürlüğü, ilçelerde ise sağlık ocaklarına bağlı olarak çalışan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri il ve ilçelerde hizmet vermektedir. Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezinin olmadığı yerlerde ise, bu hizmeti sağlık ocakları ve devlet hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevi hastanelerinin aile planlaması klinikleri vermektedir. Kendilerine ait geliri bulunmayan bu merkezlerde her türlü ekipman bağlı bulunduğu sağlık il müdürlüklerince karşılanmakta verilen hizmetler için ücret talep edilmemektedir.⁴⁵⁴

AÇSAP Merkezleri; Sağlık ocaklarının planlanan ve beklenen görevleri yapamaması üzerine ana ve çocuk gibi toplumun en hassas iki grubu için ayrı bir kuruluş eliyle, geniş bölgede dar hizmet sunulması (dikey örgütlenme) benimsenmiştir. Çünkü ülkemizin ana ve çocuk sağlığı ile ilgili göstergeleri çok da iyi değildir.⁴⁵⁵

⁴⁵³ http://www.verem.org.tr/pdf/sayfa_83-98.pdf 21.02.2006

⁴⁵⁴ EMEK., a.g.e., s.10.

⁴⁵⁵ SÖZEN., a.g.e., s.94.

AÇSAP merkezlerinde günlük 8 saat hizmet verilmekte ve nöbet tutulmamaktadır. Poliklinik hizmeti vermeyen bu merkezler çalışmalarını genellikle 15-49 yaş arası bayanlar üzerinde gerçekleştirmektedir,⁴⁵⁶

Türkiye’de aile planlaması hizmetini veren AÇSAP merkezleri 3 ana prensip ile çalışmaktadır. Sağlık Bakanlığı ana sağlığı programındaki bu üç prensip;⁴⁵⁷

- Aileler etkin gebeliği önleyici yöntemler konusunda yeterince bilgilendirilmelidir.
- Etkin yöntemlerin uygulama koşulları (personel, araç, gereç) ülkenin en uç yerine kadar, gerektiği şekil ve koşullarda götürülebilmelidir.
- Aile planlaması hizmetleri, ana- çocuk sağlığı hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olduğu için bu hizmetler, halka diğer sağlık hizmetleri ile birleştirilmiş olarak ve yaygın bir biçimde verilebilmelidir.

Bu üç prensibe dayanılarak ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde görevli hekim ve ebelerce aile planlaması ve kontrolü, prezervatif dağıtımı, gebelik takibi, çocuk bakımı, anne ve çocuk sağlığı ile doğum kontrolü eğitim çalışmaları hizmetleri verilmektedir. Bu merkezler doğum kontrolü yanında çocuk sahibi olamayan ve olmak isteyen ailelere de danışmanlık hizmetleri vermekte ve verilen bu hizmetler karşılığında da ücret istenmemektedir.⁴⁵⁸

II.3.2.5. Dispanserler

Dispanserler belirli bir hastalığa karşı koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri veren ayakta tedavi kuruluşlarıdır.⁴³ Kırsal örgütü içinde yer alan illerde il sağlık müdürlüğüne bağlı hizmet veren dispanserler mevcuttur.⁴⁵⁹

⁴⁵⁶ EMEK., a.g.e., s.11.

⁴⁵⁷ a.k., s.10.

⁴⁵⁸ a.k., s.10.

⁴⁵⁹ KARAEGE., a.g.e., s.21.

Dispanserler, geniş bölgede dar hizmet (dikey) esasıyla örgütlenmişlerdir. Geniş bir bölgede, hastalıklar ve diğer sağlık sorunuyla mücadele içindedirler.⁴⁶⁰

Trahom Savaş Dispanseri; Trahomun endemik olduğu bölgelerde trahomla mücadele eder. Bölgesindeki hastaları tedavi eder, tarama yaparak şüphelileri tespit eder, gerekirse tedavi altına alır. Bölgesinde halk sağlığı ve eğitim faaliyetlerini gerçekleştirir.⁴⁶¹

Deri ve Tenasül (Zührevi) Hastalıklar Dispanseri; Bu dispanser cinsel yolla bulaşan hastalıklarla (Frengi, AIDS vb.) mücadele etmek, fuhuşun önlenmesi ile ilgili bilgi vermek görevleri arasındadır. Bu dispanserler 12 tanedir.⁴⁶²

Ayrıca cüzzam dispanseri (3), ruh sağlığı dispanseri (2), hava, hudut, sahil, sağlık merkezi (78), sıtma enstitüsü ve kontrol laboratuvar (8) bölgelerinde dikey olarak ilgili sağlık sorunları ile direk olarak mücadele etmektedirler.⁴⁶³

II.3.2.6. Sağlık Grup Başkanlıkları

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin yürütülmesi belli bir plan ve program dahilindedir. Bu hizmetlerde hizmet yeri ve kademeleri, sağlık müdürlüğü, sağlık grup başkanlığı, sağlık ocağı ve sağlık evi olarak şekillenir.⁴⁶⁴

Sağlık grup başkanlıkları, ilin nüfusu ve yol durumlarına göre oluşturulmuş olup, her bir grup başkanlığında 50 000 nüfus için bir devlet hastanesi ve yeterli sayıda sağlık ocağı bulunur. Ayrıca hizmetin gerektirdiği yerlerde bölge gruplarına bağlı olarak halk sağlığı personeli veya kurumları da bulunabilmektedir.⁴⁶⁵

⁴⁶⁰ SÖZEN., a.g.e., s.94.

⁴⁶¹ a.k., s.95.

⁴⁶² a.k., s.95.

⁴⁶³ a.k., s.95.

⁴⁶⁴ AK., a.g.e., s.217.

⁴⁶⁵ a.k., s.217.

Sağlık Grup Başkanlığı; Sağlık Müdürlüğü ile sağlık ocakları arasındaki yönetim kademesidir. Kuruluş amacı, özellikle büyük illerde, sağlık ocaklarını daha yakından ve kolaylıkla inceleyip denetim altında tutabilmektir.⁴⁶⁶

Sağlık Grup Başkanlığının görevleri ilgili yasal koşullar altında şu şekilde belirtilmiştir:⁴⁶⁷

Sağlık Grup Başkanlığı hizmetlerinin yürütmesi için gerekli sekreter, arşiv memuru, şoför, hizmetli, araç ve gereç Sağlık Müdürlüğünce sağlanır; Sağlık Grup Başkanı, sağlık ocaklarında özellikle tedavi edici hizmetler bakımından yapılacak eğitim programının hazırlanması ve denetlenmesini sağlar; Grup hastanesinin kendine bağlı sağlık ocaklarıyla düzenli ve koordine bir halde çalışmalarını sağlar; Gerekli durumlarda grubundaki ocak hekimlerini toplayıp hizmetin yürütülüşü hakkında direktifler verir; Personeli hizmet yerinde eğitir; Gerek görürse kısa süreli kurslar açılması için Sağlık Müdürlüğüne öneride bulunur; İle bağlı öteki Sağlık Grup Başkanları ile sık sık buluşarak hizmetin yürütülüşü sırasında karşılaşılan güçlüklerin giderilmesi hakkında alınacak tedbirleri saptayarak gereği için Sağlık Müdürlüğüne önerilerde bulunur; İlde Çevre Sağlığı Başkanının bulunmadığı ya da görev Sıtma Eradikasyonu Başkanına verilmediği durumlarda çevre sağlığı hizmetlerini yürütür; Sağlık Grup Başkanları kendisine bağlı ocakları sık sık gezerek tetkik ederler; Bu gezilerde sağlık ocaklarının eksik olan araç ve gereçlerini sağlarlar; Sağlık ocaklarındaki aksaklıkların giderilmesi için yerel olarak yapılması gerekli işleri yaptırırlar ve yerel olarak yaptırılması olanaksız işleri Sağlık Müdürlüğüne bildirirler; Laboratuvar çalışmaları, hasta bakımı, halk sağlığı eğitimi, çevre sağlığının düzeltilmesi, personelin halkla ilişkileri gibi konularda hizmetin gereği gibi geliştirilmesini sağlamak için önlemler alır ve gerekirse Sağlık Müdürlüğüne öneride

⁴⁶⁶

AKIN, ÖZTEK, SAAT, ÜNAL., a.g.e., s.23.

⁴⁶⁷ DEMİRCAN., a.g.e., s.63.

bulunurlar; Personelin moral eğitimi ile ilgilenip, halkla olan ilişkilerinde güler yüzlü ve anlayışlı olmaları için gerekli uyarılarda bulunurlar.

II.3.2.7. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi

Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Kurumu 4.1.1941 tarih ve 3959 sayılı yasa ile kurulmuş olup Hıfzıssıhha Kurumu, Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu'ndan oluşur.⁴⁶⁸

17.5.1928 ve 1276 sayılı “Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi Hakkında Kanun” ile Sağlık Bakanlığına bağlı kurulmuştur.⁴⁶⁹

Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bilimsel konularda danışmanlık yapmakla da yükümlüdürler.⁴⁷⁰

Hıfzıssıhha Enstitüsü en üst laboratuvar kabul edilip, Türkiye'de bilimsel araştırmalar ve halk sağlığı alanında çalışmalar yapmaktadır. Halk sağlığını yükseltmek, hastalıklarla savaşmakla görevlidir.⁴⁷¹ Ayrıca, Hıfzıssıhha Merkezi aşı, serum, bakteri, kimya, ilaç kontrol, farmakoloji ve toksikoloji, viroloji ve virüs, kan ve kan ürünleri, gıda denetimi, serum ve deney hayvanları çiftliği ve hıfzıssıhha okulu ve enstitüsü aracılığı ile sağlıkla ilgili eğitim ve araştırma konularında çalışmalar yürütmektedir.⁴⁷²

II.3.2.8. Halk Sağlığı Labratuvarları

İllerde halk sağlığı laboratuvarları, halk sağlığı ile ilgili her çeşit tahlil, denetim ve laboratuvar hizmetlerini yürüterek, gıda ile ilgili üretim, nakliye, depolama ve satış işlemlerinde mevzuata uygunluk kontrollerini yapar. Gürültü, hava kirliliği v.b. ait ölçümleri yapar. Kısaca Hıfzıssıhha laboratuvarlarının görevlerini il bazında yürütür.⁴⁷³

⁴⁶⁸ EREN., a.g.e., s.180.

⁴⁶⁹ AK., a.g.e., s.217.

⁴⁷⁰ EREN., a.g.e., s.182.

⁴⁷¹ SÖZEN., a.g.e., s.96.

⁴⁷² AK., a.g.e., s.218.

⁴⁷³ a.k., s.217.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

III. SAĞLIK YÖNETİMİNİN İŞLEYİŞİ

III.1. Personel Yönetimi

Planlanmış ve teşkilatlanmış bir sistemi çalıştırabilmek için personel gereklidir. Teşkilatın insangücü'nün planlanması; yapılan iş analiz ve tanımlarına göre iş şartnamelerinin ve iş yükünün hazırlanması, personelin bulunması, seçimi, işe yerleştirilmesi, işe alıştırılması, iş esnasında, tayin, terfi, özendirme, geliştirme, ödüllendirme, cezalandırma, işe son verme veya emeklilik v.b. fonksiyonların yerine getirilmesi personel yönetiminin görev sahasına girmektedir. Personel yönetimi, teşkilatların insan kaynakları boyutudur.⁴⁷⁴

⁴⁷⁴

a.k., s.105.

Personel yönetimi, yönetimin parçası olan örgütün insan gücünün sağlanması ve kullanılmasını anlatan bir kavramdır. Bu kavram, aynı zamanda personelin verimli çalışmasını sağlayacak önlemlerin alınmasını da içermektedir.⁴⁷⁵

İnsan, davranışları ile kendini gösteren psikolojik bir varlıktır. Bu nedenle insanların istenen verimle çalışmaları için, onların psikolojik yapılarının anlaşılmasına gereksinim bulunmaktadır. Bu açıdan bakıldığında personel yönetimi, bütün etkinliklerin yanı sıra, güdülemeyi de içine alan bir disiplin olarak görülmelidir.⁴⁷⁶

III.1.1. Personel Yönetiminin Tanımı, Amacı ve Kapsamı

Personel yönetimi, örgütün gereksinim duyduğu insan kaynağını sağlamanın ve bu kaynaktan en etkin ve verimli bir biçimde yararlanmanın yol ve yöntemini gösteren disiplindir.⁴⁷⁷

Personel yönetimi, bir teşkilatın amaçlarını gerçekleştirecek personele olan ihtiyacın tahmini ve tespiti, personelin bulunması veya yetiştirilmesi, işe alınması, yerinde kullanılması, eğitilmesi, kendilerinden en iyi biçimde yararlanılması ile ilgili çalışmaların tümünü konu alan bir bilim veya sanat dalıdır.⁴⁷⁸

Personel yönetimi, personelin gereksinimlerinin karşılanması ve örgüt amaçlarının gerçekleştirilmesi amacını gütmektedir.

Personelin gereksinimlerinin karşılanması, bir örgütün amaçlarına ulaşması için, insan faktörü her zaman ilk sırada yer almaktadır. Dolayısıyla örgütte amaçlara ulaşmanın birinci basamağı personel gereksinimlerinin karşılanmasıdır.⁴⁷⁹

⁴⁷⁵ Çetin AKAR, Hüseyin ÖZALP, **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, Songür Yayıncılık, Ankara 2005, s.94.

⁴⁷⁶ AKAR, ÖZALP., a.g.e., s.94.

⁴⁷⁷ BOZKURT, ERGUN., a.g.e., s.205.

⁴⁷⁸ Hayrettin KALKANDELEN, **Personel Yönetimi ve Yönetimde Sistemler- İlkeler**, Şenyuva Matbaası, Ankara, 1972, s.14.

⁴⁷⁹ AKAR, ÖZALP., a.g.e., s.95.

Örgüt amaçlarının gerçekleştirilmesi, örgütü amacı, hizmet ya da mal üretip kar elde etmektir. Daha çok üretim daha çok kazanma olduğuna göre, personel yönetiminin doğru yapılması, aynı zamanda örgüt amaçlarına ulaşmanın önemli bir kısmının yerine getirilmesi demektir.⁴⁸⁰

Personel yönetiminin kapsamını, işin sınıflandırılması ve derecelendirilmesi, personelin sınıflandırılması ve derecelendirilmesi, ücret oranları ve başka hizmet şartlarının tespiti ve düzenlenmesi, her teşkilat için personel ihtiyaçlarının takdiri ve tesbiti, personel tedariki oluşturur.⁴⁸¹

III.1.2. Personel Yönetiminin Görevleri

Personel yönetiminin görevleri;⁴⁸²

- Personel seçimi ve personelin kullanımı,
- Personelin sosyal güvenliğinin sağlanması,
- Personelin verimliliğini en yüksek seviyeye çıkarmak,
- Teşkilatın iş hacmini tahmin etmek,
- İş ve üretim standartlarını tespit etmek, sonra teşkilatın iş hacimlerine göre insan gücü planlaması yapmak; ihtiyaç duyulan personel miktarını maksimum ve minimum şekilde gösteren listeleri düzenlemek.
- İşçi-işveren ilişkilerini ve toplu sözleşmeleri yönetmek ve her iş için gerekli personel niteliklerini tespit edip bu niteliklere göre personeli seçmek, teşkilata uyumunu sağlamak, personeli eğitmek, personelin teşkilatın önemli bir parçası olduğuna inandırmak, onun işe ilgisini artırmak.

III.1.3. Personel Yönetiminde Sistemler

⁴⁸⁰ a.k., s.95.

⁴⁸¹ AK., a.g.e., s.106.

⁴⁸² a.k., s.106.

Personel rejimlerinde sınıflama sistemi mevcuttur. Bu bakımdan bu rejimleri birbirinden ayırt edici nitelikler ile özelliklerinin tesbiti, ancak, her birinin kuruluşunda rol oynayan sınıflama sisteminin incelenmesi ile mümkün olabilmektedir. Bu sistemler; sınıflandırma sistemi, kariyer sistemi ve liyakat sistemi olarak üçe ayrılmaktadır.⁴⁸³

III.1.3.1. Sınıflandırma Sistemi

Sınıflandırma, bir veya daha çok özellikleri yönünden birbirine benzer şeyleri belirli amaçla bir araya getirme işlemine denir.⁴⁸⁴

Diğer bir deyişle sınıflandırma, hiyerarşik bağlantıları olan hizmet gruplarından birbirinin aynı veya benzeri birimlerin bir araya getirilerek ayrılma işlemidir.⁴⁸⁵

Devlet memurlarını ve kamu hizmetleri görevlerini ve bu görevlerde çalışan devlet memurlarını görevlerin gerektirdiği niteliklere ve mesleklere göre sınıflara ayırmaktır.⁴⁸⁶

Sınıflandırmanın yapısı, hizmetle personel arasındaki ilişkilerin bütününi biçimlendirdiğinden, hizmet koşulları ve ücret yönünden büyük önem taşımaktadır.⁴⁸⁷

III.1.3.2. Kariyer Sistemi

Kariyer, kişilerin, çalıştıkları iş alanlarında, işin gerektirdiği bilgi, beceri, tecrübe, davranışlar ve yükselme şartlarına göre aşamaları geçmeleri suretiyle bu iş dallarının en yüksek derecelerine kadar yükselmelerini ifade eder. Kariyer bir meslek veya meslekler sistemidir. Kariyer sisteminin özü, belli görevlere gelebilmek için yönetimde belli aşamaların geçirilmesi gerekliliğidir.⁴⁸⁸

⁴⁸³ AK., a.g.e., s.106.

⁴⁸⁴ a.k., s.107.

⁴⁸⁵ Bilal ERYILMAZ, **Kamu Yönetimi**, Erkam Matbaası, İstanbul 2002, s.249.

⁴⁸⁶ BOZKURT, ERGUN, a.g.e., s.221.

⁴⁸⁷ a.k., s.221.

⁴⁸⁸ AK., a.g.e., s.107.

Kamu kesiminde kariyerin anlamı, memurluğun meslek haline getirilmesidir. Burada amaç yetenekli kimseleri hizmete çekmek ve hizmette tutmaktır.⁴⁸⁹

Kariyer Sisteminin Olumlu Yönleri; Yükselme yönünde personele güvence verir, torpil ve kayırma gibi olumsuzluklar ortadan kalkar, yönetici belli aşamalardan geçtiği için, kurumun işleyişini bilir.⁴⁹⁰

Kariyer Sisteminin Olumsuz Yönleri; Bir üst göreve yükselmede, en iyisini seçmek mümkün olmayabilir, belli bir görev için en iyisini seçmek, yöneticinin elinde değildir, bir üst göreve gelme olanağının büyük ölçüde var olması, sistemi isteklendirici olmaktan çıkarır, örgüte dışarıdan yönetici alınamaz.⁴⁹¹

III.1.3.3. Liyakat Sistemi

Liyakat, etkin, verimli ve rasyonel bir personel sisteminin kurulmasına imkan veren kural, uygulama ve değerlendirmelerin bütünüdür. Liyakat, kamu görevlerine girişin ve hizmet içinde yükselişin uygunluk ya da başarı değerlerine bağlandığı, uygulanan ücret ve diğer çalışma koşullarının hizmetin etkinliğine ve sürekliliğine katkıda bulunduğu bir personel sistemidir.⁴⁹²

Liyakat, işe alınmadan önce başlayıp, iş süresince, hemen her aşamada devam eden bir yöntemdir. İşin gerekleri ile aday kişilerin sahip oldukları özellik ve nitelikler arasında ahenkli ve mantıki bir denge olmalıdır. Liyakat sistemi, objektif, adil ve fırsat eşitliliğini benimser.⁴⁹³

⁴⁸⁹ ERYILMAZ., a.g.e., s.249.

⁴⁹⁰ AKAR, ÖZALP., a.g.e., s.95.

⁴⁹¹ a.k., s.95.

⁴⁹² BOZKURT, ERGUN., a.g.e., s.248.

⁴⁹³ KALKANDELEN., a.g.e., s.122.

Özellikle özel kesimlerde uygulanması gereken bu sistem, kamu kesiminde üst yöneticiler için uygulanabilir. Kariyer ve liyakat sistemi birlikte kullanılmalıdır. İşin, örgütün ve çevrenin eğitim durumuna göre yöntemlerden biri tercih edilmelidir.⁴⁹⁴

Liyakat Sisteminin Olumlu Yönleri; Yükselme açısından, bireyleri isteklendirir, işe göre adam ilkesiyle görevi en iyi yapabilecek olanın getirilmesine olanak sağlar,⁴⁹⁵ göreve layık olanlar geleceğinden yönetim kolaylaşır, verim artar, örgütler dinamik, değişken bir yapıya kavuşur, sistem iyi uygulandığı takdirde, örgütlerin etkin olmasını sağlanmış olur.⁴⁹⁶

Liyakat Sisteminin Olumsuz Yönleri; Kayırma ve torpil yapılmasına açıktır, söz konusu göreve atanmayı bekleyenlerde küskünlük yaratabilir, isabetsiz yapılan atamalar kurumun amaçlarına ulaşmasını engeller, personel yapması gereken görevi değil de, dikkat çekici görevi yapmasını sağlar.⁴⁹⁷

III.1.4. Personel Yönetiminde İlkeler

Personel yönetiminin ilkeleri şu şekilde sıralanmaktadır;⁴⁹⁸

- Teşkilatlar rasyonel kılınmalı, devamı sağlanmalıdır.
- Gerekteğinde veya belirli zaman aralıklarında personele ilişkin sınıf, kariyer, yaş, derece, kademe, sayı, yer, dağılımı, öğrenim kökenleri gibi bilgiler, bilgi toplama araçlarıyla denenmeli ve personel politikalarının işletilmesinde elde güvenilir veriler bulundurulmalıdır.
- Personel istihdam biçimleri açık ve seçik tespit edilmelidir.
- Personelin temel hak, ödev, sorumluluk, yasakları, ortak nitelikleri problemleri tek bir kanunda çözüme kavuşturulmalıdır.

⁴⁹⁴

SÖZEN., a.g.e., s.133

⁴⁹⁵

AKAR, ÖZALP., a.g.e., s.96

⁴⁹⁶

a.k., s.96.

⁴⁹⁷

a.k., s.96.

⁴⁹⁸

KALKANDELEN., a.g.e., s.21.

- Merkezi teşkilatça sınıflar içinde görevler kadrolanmalı.
- Kimlere yan ödemelerin verileceği, iş analizleri, çalışma ve yer şartlarının araştırılmasına dayatılmaktadır.
- İşe almada liyakat ve fırsat eşitliği usullerine uyulmalıdır.
- Personel, kadro hizmetinde ve kadro yerinde çalıştırılmalıdır.
- İşe yeni başlayanlar hizmet öncesi eğitime tabi tutulmalıdırlar.
- Sınıflar içinde yapılacak kademe ilerlemesi ve derece yükselmesi, en az hizmet süreleri ile kayıtlı olmalı ve liyakat yöntemlerine göre yapılmalıdır.
- Genel bir eğitim planı ile personel sürekli olarak eğitilmeli ve geliştirilmelidir.
- Yeterli ve adil bir ücret rejimi uygulanmalı ve bu rejim sınıflandırma, kadrolama ve iş analizlerine dayandırılmalıdır.
- Personelin sosyal güvenliği sağlanmalı, nitelikli ve verimli hizmet üretimi için gerekli teşvik tedbirleri uygulanmalıdır.
- Personelin hak ve çıkarlarının korunmasında mesleki birliklerin kurulması ve bunların, idarenin personele ilişkin çalışmalarına katılmaları sağlanmalıdır.
- İdarenin ve personelin tarafsızlığı sağlanmalıdır.
- Yönetici sınıf kurulmalı, yönetici kadro yetiştirilmeli, kadro ile öteki mesleklerin personeli arasında karşılıklı iş ilişkisine dayalı rasyonel bir iletişim kurulmalıdır.
- Personel ile halk arasında ahenkli bir halkla ilişkiler kurulmalıdır.
- Personelin Emekliliği, yeterli, adil ve onu gelecek endişesinden uzak tutucu bir statüye kavuşturulmalıdır.
- Merkezi ve kurum personeli teşkilatları, bu ilkelerin gereklerine göre çalışır bir halde organize edilmelidir.

III.1.5. Personel Politikaları

Personel almada, insan gücü planlamasının önemi büyüktür. İnsan gücü planlaması, kurumların işgücü gereksinimlerinin zaman ve yer itibariyle karşılanmasını ve bu gücün niteliklerine uygun çalıştırılmasını ve geliştirilmesini sağlamaya yönelik planlama tekniğidir.⁴⁹⁹ Bu planlama, ya yeni oluşturulacak bir örgüt için ya da kurulmuş bir örgütün insan gücü açığının giderilmesi için yapılır. Planlama yaparken yalnız mevcut durum değil, gelecek de göz önünde bulundurulmalıdır.⁵⁰⁰ Personel alımının yapılabilmesi için, ilk önce yapılacak işler ortaya konulur. Sonra yapılacak işlerin yoğunluğu tespit edilir. Daha sonra bu işlerin zamanında yapılabilmesi için gereksinim duyulan personel açığı ortaya konur. Personel gereksinimi, örgüt içindeki personelden olabileceği gibi, dışardan personel almak suretiyle de giderilebilir.⁵⁰¹

En büyük örgüt olan devlet, kamu yönetimini düzenli bir biçimde işletebilmek için kadrolarını oluştururken, nitelikli personel seçimine özen göstermek durumundadır. İster kuruluş aşamasında olsun ister daha sonradan duyulan gereksinimi karşılama aşamasında olsun, alınacak personelin sayısı ve niteliği, personel politikasının önemli bir unsurudur. Alınan personelin hizmetteki performansının değerlendirilmesi ve yükselme olanaklarının düzenlenmesi, personel politikasının diğer unsurları arasındadır.⁵⁰²

III.1.5.1. Personel Alma

Personel gereksiniminin örgüt içindeki personel tarafından karşılanması kararlaştırıldığında, istenen nitelikleri taşıyanların, gereksinim duyulan sayı kadar atanması sağlanmaktadır. İşlenen nitelikleri taşıyan personel bulunmadığı takdirde hizmet içi eğitimi ile sorun çözümlenmektedir.⁵⁰³

⁴⁹⁹ BOZKURT, ERGUN., a.g.e., s.248.

⁵⁰⁰ BENLİ., a.g.e., s.42.

⁵⁰¹ AKAR, ÖZALP., a.g.e., s.97.

⁵⁰² BENLİ., a.g.e., s.42.

⁵⁰³ AKAR, ÖZALP., a.g.e., s.97.

Dışardan personel alınması gerektiği takdirde, personel alma süreci birbirini takip eden üç safhada gerçekleştirilebilir.⁵⁰⁴

a. Hizmete Karşı İlgi Uyandırma

Hizmete girmek için gerekli şartları taşıyan kişilerin hizmeti tanınması ve hizmet karşılığında kendilerine sağlayacakları olanakları bilmesi açısından hizmete karşı ilgi uyandırılması gerekmektedir. Bunun için, eğitim kurumlarıyla ilişki kurularak örgüt, öğrencilere tanıtılmaya çalışılır, iş bulma kurumlarıyla iletişime geçilerek, örgüte alınacak elemanların vasıfları konusunda bilgi verilir, kitle iletişim araçlarıyla örgütü tanıtıcı bilgiler verilir, alınacak elemanların duyurusu yapılır.⁵⁰⁵

b. Seçme

Personel bulmanın temel amacı işe göre adam bulma ilkesine dayanarak, işin gereklerine en uygun kişilerin seçilmesini sağlamaktır. Böylece iş tanımlama ve şartnamelerince belirlenen gereklerle; başvuruların bilgi, beceri, tecrübe ve eğitim düzeylerini karşılaştırma imkanı doğmuş olur.⁵⁰⁶

Personeli seçme işlemleri; eleme görüşmeleri, başvuru, sınavlar, görüşme (mülakat), özgeçmiş ve tavsiye mektubu incelemeleri, yönetim onayı, fiziki muayene, araştırma yöntemleriyle olur.⁵⁰⁷

c. Atama

Kişiyi memuriyet statüsüne sokan ya da memuru belli bir makam ve göreve getiren idari işlemdir. Bu işlem, yasada belirtilen atamaya yetkili amirler ya da organlar tarafından yapılır.⁵⁰⁸ Sınavı kazanan kişiler memur adayı olarak atanırlar. Adaylık süresi en az bir, en çok iki yıldır. Adaylar bu süre içinde izlenip değerlendirilir. Memur

⁵⁰⁴

a.k., s.97.

⁵⁰⁵

BENLİ., a.g.e., s.42.

⁵⁰⁶

AK., a.g.e., s.113.

⁵⁰⁷

a.k., s.113.

⁵⁰⁸

BOZKURT, ERGUN., a.g.e., s.10.

olabileceklerine karar verilenler asil memurluğa geçirilir, diğerlerinin görevlerine son verilir.⁵⁰⁹

III.1.5.2.Değerlendirme

Değerlendirme, personelin işinde ne kadar başarılı ya da başarısız olduğunun belirlenmesidir. Bu işlem, kamu kurumlarında yılda bir kez yapılmaktadır. Değerlendirme raporu, 1. ve 2. sicil amirleri tarafından düzenlenen sicil raporlarıdır.⁵¹⁰

Değerlendirmenin objektif yapılması gerekmektedir. Çünkü yükselme, atanma, yer değiştirme, ödül veya cezalandırma gibi uygulamalar sicil raporları sonuçlarına göre yapılır.⁵¹¹

III.1.5.3.Yükselme

Yükselme sözcüğü, görev yapan kişinin yetki ve sorumluluğu daha çok olan yeni bir göreve gelmesi ya da sadece ücret açısından ilerleme sağlaması anlamında kullanılabilir.⁵¹² Memurun, meslek sıradüzeninde daha üst bir görev ya da konuma gelmesi (dikey ilerleme) dir.⁵¹³

Yetki ve sorumluluğu daha çok olan göreve atanmak için, en başta istenilen görev için boş kadro olması gerekmektedir. Aranılan kıstaslar arasında atanacak kişinin görev için istenen nitelikleri taşıması ve sicil raporlarının yeterli olması yer almaktadır.⁵¹⁴

III.1.6. Personel İstihdamı

Kamu hizmetleri; memurlar, sözleşmeli personel, geçici personel ve işçiler eliyle gördürülür.

Memur

⁵⁰⁹ AKAR, ÖZALP., a.g.e., s.98.

⁵¹⁰ BENLİ., a.g.e., s.43.

⁵¹¹ AKAR, ÖZALP., a.g.e., s.98.

⁵¹² a.k., s.98.

⁵¹³ BOZKURT, ERGUN., a.g.e., s.281.

⁵¹⁴ AKAR, ÖZALP., a.g.e., s.98.

657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre “Mevcut kuruluş biçimine bakılmaksızın devlet ve diğer kamu tüzel kişiliklerinde genel idare esaslarına göre yürütülen asli ve sürekli kamu hizmetlerini ifa ile görevlendirilenler, bu kanunun uygulamasında memur sayılır.”

“Yukarıdaki tanımlamalar dışındaki kurumlarda genel politika tesbiti, araştırma, planlama, programlama, yönetim ve denetim gibi işlerde görevli ve yetkili olanlar da memur sayılır.”

Sözleşmeli Personel

Yine 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre sözleşmeli personel;

“Kalkınma planı, yıllık program ve iş programlarında yer alan önemli projelerin hazırlanması, gerçekleştirilmesi, işletilmesi ve işbirliği için şart olan, zaruri ve istisnai hallere münhasır olmak üzere özel bir meslek bilgisine ve ihtisasına ihtiyaç gösteren geçici işlerde, kurumun teklifi üzerine Devlet Personel Başkanlığı ve Maliye Bakanlığının görüşleri alınarak Bakanlar Kurulunca geçici olarak sözleşme ile çalıştırılmasına karar verilen ve işçi sayılmayan kamu hizmeti görevlileridir.”

Geçici Personel

657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre “Bir yıldan az süreli veya mevsimlik hizmet olduğuna Devlet Personel Başkanlığının ve Maliye Bakanlığının görüşlerine dayanılarak Bakanlar Kurulunca karar verilen görevlerde ve belirtilen ücret ve adet sınırları içinde sözleşme ile çalıştırılan ve işçi sayılmayan kimselerdir.”

İşçiler

657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre işçi; “Memur, sözleşmeli personel ve geçici personel dışında kalan kişilerdir. Bunlar hakkında bu kanun hükümleri uygulanmaz.”

III.1.7. Personelin Yönetimi

Personelin yönetimi, personelin dikkat ve sorumluluklarının tesbiti ve buna göre yönetilmesidir. Personelin yönetiminde; personelin kimden emir alacağı ve kimlere emir vereceği hususu belirlenmelidir. Görev, yetki ve sorumluluk arasında denge olmalıdır.

Yetki ve sorumluluklar birlikte devredilmeli, personel iki kişiden emir almamalıdır. Fakat sağlık hizmeti organizasyonları matriks organizasyon olması sebebiyle bir kişi birden çok kişiden emir alır ve onlara karşı sorumludur. Personel yönetiminde sağlık hizmetlerinin özelliklerinin iyi bilinmeli, çalışanlar bu özelliklere göre yönlendirilmelidir.⁵¹⁵

Personelin yönetimi icra edilirken, çeşitli şekillerde çalıştırılan personel öncelikle hizmet öncesi eğitime alınır. Bu fonksiyon içinde personelin yerinde çalıştırılması, kademe ve derece yükseltilmesi, izinler, mecburi hizmet, disiplin, ödev-hak ve yasaklar ve personelin geliştirilmesi görevleri yerine getirilir. Bütün bu işlemler, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre yapılır.⁵¹⁶

III.2. Sağlık Hizmetleri Personeli

İdarenin görevlerini yerine getirebilmesi için emrine verilen taşınır ve taşınmaz mallar, idarenin maddi ögesini, görev yapan personeller ise insan ögesini oluştururlar. İyi bir idareyi meydana getirmek için idarenin beşeri unsuru olan personel çok önemlidir. İdarenin insan ögesine “kamu görevlileri”, “kamu personeli” ya da “kamu hizmeti görevlileri” denmektedir.⁵¹⁷

Kamu görevlisi deyimini iki ana ögeyi içermektedir. Bunlardan birincisi görevlinin bir kamu hizmetini yüklenmesi, ikincisi ise bu görev karşılığında Devlet bütçesinden maaş, ücret, ödenek gibi görevliye bir maddi meblağın tahsis edilmesidir.⁵¹⁸

Kamu görevlisi kavramı geniş ve dar anlamlarda kullanılmaktadır. Geniş anlamda kamu görevlisi, kamu kesiminde görev yapan, hukuksal konumları birbirinden farklı olan tüm görevlilerdir. Dar anlamda kamu görevlisi ise “Anayasanın 128. maddesinde belirtildiği gibi, kamu kurum ve kuruluşlarının genel idare esaslarına göre

⁵¹⁵ AK., a.g.e., s.117.

⁵¹⁶ a.k., s.117.

⁵¹⁷ KARAEĞE., a.g.e., s.28.

⁵¹⁸ a.k., s.28.

yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevleri yürüten kişileri kapsar.”⁵¹⁹

Sağlık hizmetleri talebinin özelliği itibari ile ertelenemez ve ikame edilemez bir yapıya sahip olması sebebiyle, sağlık sektöründe etkili hizmet sunmanın en önemli şartı gerekli özelliklere sahip yeterli sağlık insangücünün bulunmasıdır. Sağlık insangücü kavramı; doktor, eczacı, diş hekimi, ebe, hemşire, psikolog, laborant, radyoterapist, diyetisyen, anestezi teknisyeni gibi ve hastane yöneticileri gibi idari personeli kapsamaktadır.⁵²⁰

III.2.1.Yöneticiler

Bir sağlık işletmesinde önemli kararları alıp, uygulayan yöneticiler bu başlık altında incelenecektir.⁵²¹

III.2.1.1. Başhekim

Başhekim uzman veya pratisyen hekimler arasından Sağlık Bakanlığınca atanır. Hastanenin ita amiri konumunda olup, hastanedeki en üst düzey amirdir ve sağlık grup başkanına karşı sorumludurlar.⁵²²

Aynı zamanda başhekim özel dal hastanelerinde ve rehabilitasyon merkezlerinde bilimsel direktörlük görevini de yapar.⁵²³

Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğe göre, başhekimin görevleri şunlardır;

- a) “Yönetim kuruluna başkanlık etmek,

⁵¹⁹ GÖZÜBÜYÜK., (2002), a.g.e., s.172.

⁵²⁰ ÖZÇATAL., a.g.e., s.11.

⁵²¹ EMEK., a.g.e., s.47.

⁵²² a.k., s.47.

⁵²³ AK., a.g.e., s.251.

- b) Sağlık işletmesini, tıbbi iş ve işlemler ile sağlık hizmetleri yönünden temsil etmek,
- c) İşletmenin sağlık hizmetlerini çağdaş ve verimli bir şekilde planlamak ve ilmi esaslara uygun olarak yürütmek,
- d) Sağlık işletmesinin sağlık hizmetleri ile ilgili her türlü iş ve işlemlerine dair iç hizmet yönergelerini ve diğer mevzuatı hazırlamak, yönetim kurulunun onayına sunmak ve bunları yürütmek.”

III.2.1.2. Hastane Müdürü

Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğe göre; Müfredatında işletmecilik bulunan en az dört yıllık yüksek okul mezunu ve işletmecilik ya da idarecilikte en az on yıl iş tecrübesi olanlar arasından, baştabibin teklifi ve yönetim kurulunun kararı üzerine bakanlıkça atanır. Başhekime bağlı olarak çalışırlar.

- a) “Sağlık işletmesinin tıbbi bürokrasi, idari, mali, personel, otelcilik, lokantacılık, teknik ve işletmecilik ile benzeri yönetim iş ve işlemlerini yönetim kuruluna karşı sorumlu olarak bizzat veya yardımcıları ve bağlı birimler vasıtası ile yürütmek,
- b) Sağlık işletmesini işletmecilik yönünden temsil etmek,
- c) İşletmenin işletmecilik hizmetlerini verimlilik ve karlılık esaslarına uygun bir şekilde planlamak, yürütmek,
- d) Sağlık işletmesinin işletmecilik ile ilgili her türlü iş ve işlemlerine dair iç hizmet yönergelerini ve diğer mevzuatı hazırlamak, yönetim kurulunun onayına sunmak ve bunları yürütmek” le görevlidirler.

Sağlık hizmetleri sunumunda hastanelerin destek hizmetlerinin direk sorumlusu olan hastane müdürlerinin, yemekten temizliğe, sıhhi ayniyattan satın almaya kadar birçok konu görev alanına girmektedir. Bu hizmetleri 24 saat kesintisiz devam ettirmek zorundadır.⁵²⁴

III.2.1.3. Başhemşire

⁵²⁴

EMEK., a.g.e., s.48.

Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğe göre; başhemşire en az on yıl görev yapmış hemşireler arasından, başhekimin teklifi üzerine yönetim kurulu kararı ile atanır.

Başhemşirenin görevleri şunlardır:

- Kurumda çalışan başhemşire yardımcıları, servis sorumlu hemşireleri, baş ebe ile kendisine bağlı diğer hizmet birim amir ve sorumlularının birinci derecede amiridir, hasta bakımı hizmetlerinde görevli personelin zamanında ve gereğince yönetmelik hükümlerine göre görev yapmalarını sağlamak ve kontrol etmekle yükümlüdür.
- Tıbbi konulardaki eksikliklerde başhekime, idari konulardaki eksiklikleri hastane müdürüne bildirir.
- Kendisine bağlı hizmetlerdeki personelin çalışma yerlerinin belirlenmesi ve bunların yerlerinin değiştirilmesi ile ilgili hususlarda görüş ve isteklerini başhekime iletir, verilen kararları uygular.
- Kendisine bağlı personelin hizmet içi eğitim programını hazırlar ve uygular. Yeni mesleğe girmiş olanlara uyum sağlamaları için oryantasyon hizmeti sunar.
- Hastaların temizlik ve beslenmelerini ve yatıp kalkmalarını, ilaçlarının vaktinde verilip verilmediğini denetler.
- Klinik ve polikliniklerin genel temizlik ve düzenini denetler.

III.2.1.4. Döner Sermaye Saymanı

Hastanelerin döner sermaye işletmelerinin hesaplarından ve bütçeden sorumludurlar. Hastanelerin hizmetlerinden doğacak alacakları tahsil etmek ve satın almalarından doğacak borçları ödemekle görevlidirler. Maliye Bakanlığına bağlı olarak görev yapan saymanlar, başhekime karşı sorumludurlar fakat sicil amirleri başhekimler değildir. Hastane müdürleri aracılığı ile bütçe yapan ve maaşlarını bu bütçeden alır. Döner

sermaye saymanları Sağlık Bakanlığınca önerilir ama Maliye Bakanlığınca atamaları yapılır. Hastane içinde ayrı bir dinamik gösteren kurum içi kuruluş temsilcileri olarak nitelendirilebilirler.⁵²⁵

III.2.2. İş Görenler

Sağlık hizmetlerinde işgören niteliğindeki sağlık personelleri aşağıda anlatılmıştır.

III.2.2.1. Hekim

Hekim; tıp eğitimi görmüş, tıp fakültesi mezunu, hasta ve sağlamlara sağlık hizmeti veren sağlık personelidir. Tek hastalıkla uğraşanlar (uzman) olduğu gibi, genel hastalıkla uğraşanlar da (pratisyen) olabilir.⁵²⁶

Hekimler, sağlık ocağından ve hastanelerde ekip lideri, kurum amiri olarak hizmetlerin mevcut mevzuat çerçevesinde ve en son bilimsel gelişmelerin ışığında yürütülmesinden birinci derecede sorumludurlar.⁵²⁷

III.2.2.1.1. Şef ve Uzman Hekimler

Şef ve uzmanların görevleri şunlardır:⁵²⁸

- Hastaneye kabul edile hastaların muayenesini ve tedavisini yapar.
- Tespit ettikleri ihbarı zorunlu hastalıkları bildirir.
- Uzmanlığıyla ilgili acil vakalara müdahale yapar.
- Servis istatistiklerini düzenler ve zamanında idareye verir.

III.2.2.1.2. Pratisyen hekimler

⁵²⁵ EMEK., a.g.e., s.48.

⁵²⁶ SÖZEN., a.g.e., s.172.

⁵²⁷ a.k., s.172.

⁵²⁸ BENLİ., a.g.e., s.163

Pratisyen hekimler, yataklı tedavi kurumlarında uzmanların direktifleri doğrultusunda çalışırlar. Daha çok sağlık ocağında çalışıp şu görevleri yaparlar:

Çevreye ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini yürütürler.⁵²⁹ Hasta muayene ve tedavisini, zor doğumlar, küçük cerrahi girişimleri ve halkın sağlık eğitimini yapar, kendi bölgesinde adli hekimlik yapar, bölgede önceliklerine göre sağlık hizmeti sunar, birlikte çalıştığı personeli, kayıt ve yazışmaları denetler, ilk yardım hizmetlerini yürütür.⁵³⁰

III.2.2.2. Hemşire

Hemşirelik yasasına göre; hastanın iyileşmesini sağlayacak tıbbi ve psikolojik bakımdan bilgi ve donanımda, Türkiye’de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilir. Hemşireler servislerindeki hastane hizmetlilerinin, tedavi ve bakımının birinci derecede amiridir.

Aynı kanuna göre, hastane ve sağlık ocağındaki hemşirenin görev, yetki ve sorumluluğu değişmekle birlikte genel çerçevede şöyledir:

- Tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak,
- Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirtmek,
- Hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmektir.

III.2.2.3. Ebe

⁵²⁹ EREN., a.g.e., s.183.

⁵³⁰ İbrahim GÜROL, **Halk Sağlığı İdaresi**, Bilgi Basımevi, Ankara 1971, s:35.

Ebelik Yasa Tasarısına göre ebe; gebelik, doğum, doğum sonrası ve yenidoğan döneminde gerekli izlem, bakım, danışmanlık ve eğitim hizmetlerini yürüten, normal doğumları ve doktorun olmadığı hallerde makat doğumları yaptıran, gerektiğinde epizyotomi uygulayan ve acil durumlarda uygun girişimlerde bulunan, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini yürüten, kadın, aile ve toplum sağlığının yükseltilmesi ve korunması için ebelik uygulamaları ile karşılanabilecek girişimleri planlayan, uygulayan, değerlendiren, denetleyen ve yöneten yetkili sağlık personelidir. Ayrıca ebe; temel sağlık hizmetleri kapsamında, bağışıklama, 0-6 yaş çocuk bakım ve izlemi, bulaşıcı hastalık kontrol programlarında da görev alır.

III.2.2.4. Sağlık Memuru

02.05.2007 tarihinde kabul edilen hemşirelik yasasında; “Hemşirelik eğitimine eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar hemşire olarak çalışırlar.”

Kabul edilen yeni kanunla yürürlüğe girdiği tarihten önce hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar ile halen bu programlarda kayıtlı bulunan öğrencilerin kazanılmış hakları saklı tutulmuştur. Bu tarihten itibaren sağlık memurluğu programının adı, hemşirelik programı olarak değiştirilmiş ve programlar birleştirilmiştir. Dolayısıyla artık sağlık memurlarının görevleri hemşirelerle aynı olmuştur.

III.2.2.5. Sağlık Teknisyeni/Teknikerleri

Bu sınıfta aşağıdaki hizmet gurupları yer almaktadır.

III.2.2.5.1. Çevre Sağlığı Teknisyeni

Çevre sağlık teknisyeni, insan sağlığına zarar veren çevresel olumsuzlukları yok etmek için, çevre şartlarını düzeltme ve iyileştirme tedbirlerini uygulayan, gıda, su, hava ve binaları sağlık açısından denetleyen kişidir.⁵³¹

⁵³¹ <http://www.iskur.gov.tr/mydocu/meslek/meslek74.html>

Görevleri; Sulardan örnek alarak tahlile gönderip suların dezenfeksiyonunu sağlar. Kaynak, memba ve kuyu sularının kirlenme odaklarını belirler ve iyileştirmek için önlemler alır. Yeraltı ve yerüstü içme ve kullanma sularını saptar. Gıda maddelerin muayenelerini yapar veya yaptırır. Su dezenfektasyonu yapar. Toprağın sızdırma derecesinin tespiti için “Toprak Sızdırma Testi” yapar. Bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılmasında etken olan çevresel faktörleri araştırır ve iyileştirici çalışmaları yapar. Hava kirliliği ölçümü yapar, endüstride zararlı atık maddelerin kontrolünü yapar.⁵³²

III.2.2.5.2. Acil Tıp Teknisyeni

Hastane acil servisinde ve 112 istasyonlarında acil hasta bakımı ve müdahalesi ile ilgili işlemleri yerine getirir. Komuta merkezine gelen ihbarları değerlendirir, ekipleri harekete geçirir. Olay yerinde hekimle birlikte hastayı değerlendirir. Hekimin talimatıyla gerekli tedaviye başlar. Hastanın taşınmasını sağlar, acile epikrizle birlikte teslim edip, gerekli kayıt ve diğer resmi işlemleri yerine getirir.⁵³³

III.2.2.5.3. Anestezi Teknisyeni

Anestezi uzmanı veya cerrahın sorumluluğunda ameliyatın ve narkozun salimen ve rahat bir şekilde sonuçlanması için gerekenleri yapar. Ameliyathanedeki araç-gereç ve malzemenin bakımından ve çalışır halde olmasından sorumludur. İlaç ve malzemeyi takip eder, bitmeden ilgililere haber verir. Anestezi uzmanı, olmadığı zamanlarda hasta ve dosyayı inceler. Şüpheli hallerde cerrahı bilgilendirir.⁵³⁴

III.2.2.5.4. Laboratuvar Teknisyeni

⁵³² <http://www.iskur.gov.tr/mydocu/meslek/meslek74.html>
⁵³³ SÖZEN., a.g.e., s.179.
⁵³⁴ a.k., s.179.

Laboratuvar Teknisyeni; Laboratuvara gelen muayene materyalini analize hazırlar, laboratuvar şef ve uzmanın kontrolü altında basit laboratuvar tahlilleri yapar; Laboratuvarda kullanılan araç ve gereçlerin sterilizasyona ve dezenfeksiyonunu sağlar; Laboratuvarda kullanılan malzeme ve cihazların devamlı kontrol ve sayımını yaparak ihtiyaçları zamanında bildirir; Laboratuvarın temiz ve düzenli olmasını sağlar.⁵³⁵

III.2.2.5.5. Röntgen Teknisyeni

Röntgen Teknisyeni, Uzman tarafından yapılması gereken özel bilgi ve tekniği icap ettiren grafiler, tüm skopiler, skopi ile ilişkili grafiler dışında kalan her türlü radyografileri yapar; Filimlerin banyolarının yapılmasını ve raporları ile beraber ilgili servislere ulaşmasını sağlar; Röntgen teşhis laboratuvarında her türlü araç ve cihazları kullanmaya hazır bulundurur, gerektiğinde işletir ve kullanır; Röntgen arşivinin düzenli olarak çalışmasını sağlayıp, laboratuvar istatistiklerini hazırlar, laboratuvar ve bütün cihazların bakım, temizlik ve düzenini sağlar.⁵³⁶

III.2.2.5.6. Radyoterapi Teknisyeni

Radyoterapi teknisyeni, radyoterapi uzmanının talimatı ve radyasyon fizikçisinin ölçü ve hesaplarına göre, iyonizan ışınli tedaviyi uygulamakla yükümlüdür. Poliklinik ve protokol defterini düzenli olarak tutar, servis ve laboratuvarın tıbbi istatistiklerini hazırlar, cihazların bakımı, muhafazası ve en uygun şekilde çalışmasını sağlar.⁵³⁷

III.2.2.5.7. Fizik Tedavi Teknisyeni

Fizik tedaviye ve rehabilitasyona ihtiyacı olan hastalara uzmanın veya fizyoterapistin uygun gördüğü tedavileri uygular. Tedavi sırasında hastaları gözetler ve güvenliklerini sağlar. Aletleri kullanırken şifayı geciktiren olayları ve hastaların incinmelerini önleyecek gerekli tedbirleri alır. Alet ve cihazların bakımını, malzeme,

⁵³⁵ AK., a.g.e., s.266.

⁵³⁶ a.k., s.266.

⁵³⁷ a.k., s.266.

çamaşır ve eşyaların iyi bir şekilde kullanılmasını sağlar, kayıtları ve istatistikleri tutar. Laboratuvarın temizlik ve düzenini sağlar.⁵³⁸

III.2.2.5.8. Diş Protez Teknisyeni

Dip hekimleri ve ağız-diş-çene ile ilgili uzman hekimlerin hastadan almış oldukları ölçülere ve onların direktiflerine göre laboratuvarında çeşitli protezleri hazırlar, servis malzemesinin temizlik ve bakımını ve servisin düzenini sağlar. Kayıtları ve istatistikleri tutar.⁵³⁹

III.2.2.5.9. Patoloji Teknisyeni

Ameliyat ve otopsilerle insan veya hayvan organlarından çıkarılan parçalardan örnekler alıp, bunları ayırır ve numaralar. Doku kesitlerini tekniğine uygun hazırlar ve muayene sonucu belirler. Ayrıca laboratuvar malzemelerinin bakım ve temizliği ile kayıtlarını usulüne uygun yapılmasını sağlar.⁵⁴⁰

III.2.2.5.10. Tıbbi Sekreter

Hastane, sağlık ocağı veya çalıştığı sağlık kurumundaki bütün yazışmaları yapıp kayıtları tutar. Dosyaları tanzim eder, gelen-giden evrak defterini tutar, dosyalar, arşivler. Mutemet ve ayniyat saymanı olmayan sağlık kuruluşlarında bu işleri yerine getirir.⁵⁴¹

III.2.2.6. Paramedikal Personel

Paramedikal grup, diş tabibi, başeczacı, fizyoterapist, diyetisyen, ve sosyal hizmet şefinden oluşmaktadır.

III.2.2.6.1. Diş Tabibi

538 a.k., s.267.
 539 a.k., s.267.
 540 a.k., s.268.
 541 SÖZEN., a.g.e., s.179.

Kadrolarında diş tabibi bulunan hastanelerde diş tabipleri de diğer uzmanlar gibi diş polikliniği, diş tedavi ve protez hizmetlerine ait fenni ve idari işleri yapmakla görevlidirler. Birden fazla diş tabibi bulunan Yataklı Tedavi kurumlarında diş tabiplerinden birisi başhekim tarafından Valilik onayı ile diş nitesi sorumlusu olarak seçilir.⁵⁴²

III.2.2.6.2. Başeczacı

Birden fazla eczacısı olan kurumlarda hastane eczacılığı konusunda yeterli tecrübe ve bilgi sahibi olan eczacılardan birine kurumun teklifi üzerine bakanlık tarafından başeczacılık görevi verilir.⁵⁴³

III.2.2.6.3. Fizyoterapist

Fizkoterapistler, fizik tedavi konusunda yüksek öğrenim görüp, gerekli bilgi ve beceriyi kazanmış sağlık personeli, rehabilitasyon ekibinin tabii üyesidirler. Uzmanın uygun grdđđ tedavi endikasyonu olan hastalara fizik tedavi vasıtalarını, tıbbi egzersizleri uygularlar; mesajları, hastaların ortez ve protez eğitimlerini, adale testi, günlük yaşayış faaliyetleri testi ve uygulamalarını, branşla ilgili diğer ölçüm ve testleri yaparlar. Kullandıkları cihaz ve malzemelerin iyi kullanımı ve bakımından sorumludurlar.⁵⁴⁴

III.2.2.6.4. Diyetisyen, Sosyal Hizmet Şefi

Diyetisyen, Sağlıkla ilgili herhangi bir yüksek ğretim kurumunun beslenme ve diyetetik eğitim-ğretim programını tamamlayarak lisans derecesi ve diyetisyen unvanı kazanmış kişidir. Birden fazla diyetisyeni bulunan yataklı tedavi kurumlarında bunlardan biri başhekimlike baş diyetisyen olarak görevlendirilir.⁵⁴⁵

⁵⁴² AK., a.g.e., s.260.

⁵⁴³ a.k., s.260.

⁵⁴⁴ a.k., s.262.

⁵⁴⁵ a.k., s.263.

Diyetisyen, hastanelerde verilen yemeklerin besin değerlerinin yeterli ve dengeli olmasını sağlar; Mutfak, yemekhane, ambar hizmetlerinin dzenli yurütulmesini sağlar; Satın alınacak beslenme ile ilgili maddelerin teknik şartnamelerini hazırlar; Hastaya rejim yemeği tertip eder, verilmelerini kontrol eder; Diyetisyenler, yatan hastaları dzenli dolaşarak bunların diyet ve normal yemekleri ile ilgili istek ve eğilimlerini tesbit eder.

Sosyal hizmet uzmanı, Sosyal Hizmetler akademisi ya da muadili fakülte mezunu, kişilerle iyi ilişkiler kurabilecek ve kuruluşlar arasında iletişimi sağlayacak yetekte sağlık personelidir. Birden fazla sosyal hizmet uzmanı bulunan kurumlarda içlerinden biri başhekimlikçe sosyal hizmetler şefi olarak görevlendirilir.⁵⁴⁶

Sosyal hizmetler şefi: Kurumun ihtiyaçlarını gözönünde tutarak bölümünün hizmet programını hazırlamak, uygulamak ve yürütmekle görevlidir. Kurum içinde ve kurum dışında çeşitli meslek grupları ve kuruluşlarla ve teşhis, tedavi hizmetleri açısından diğer yataklı kurumlara gerekli işbirliği ve koordinasyonu sağlar. Bu hizmetlerin yerine getirilmesinde başhekime karşı sorumludur.⁵⁴⁷

III.2.2.7. Diğer personel

Atölyede, çamaşırhanede, ütü hanede çalışan personel, hastalara pansuman yapmakla görevlendirilmiş olan kişiler, hastaların temizliği ile uğraşanlar, yemek dağıtım yapanlar, şoför v.b. bu gruba girmektedirler.

Kadrolu personelin yetersiz çalışmaları sebebiyle hizmet özelleşirmesi aracılığında çalışan bu grup personel, hastanelerin temizlik ve yemek işlerini yapan grubu oluştursa da, gerek siyasal nedenlerle gerekse hastanenin eleman yetersizliği nedeni ile

⁵⁴⁶ a.k., s.265.

⁵⁴⁷ a.k., s.265.

diğer idari ve tıbbi hizmetlerde de çalıştırıldıkları gerçeğine hemen her hastanede rastlamak mümkündür.⁵⁴⁸

III.3. Sosyal Güvenlik Kuruluşları

En geniş anlamı ile sosyal siyaset “gelir dağılımını ve/veya gelirin yeniden dağılımını değiştirerek belirli bir gelirden sağlanan tatmini artıran ve bu sayede toplum hayatında fertler ile sosyal guruplar arasında çıkabilecek çalışmaları ve huzursuzlukları önleyerek sosyal hayatın devamlılığını ve bütünlüğünü sağlamaya yönelik tedbirler ağı ve politikalar demeti” dir.⁵⁴⁹ Kısaca sosyal güvenlik “kişilerin istekleri ve iradeleri dışında uğrayacakları tehlikelerin zararlarından kurtulma garantisi” olarak tarif edilebilir.⁵⁵⁰ Çağdaş anlamda da sosyal güvenlik, herkesin sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarını karşılayacak tarzda bugünlerinin ve yarınlarının güvence altına alınmasıdır.⁵⁵¹ Anayasamızın 60. maddesine göre; “herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar” şeklinde ifade edilmiştir.⁵⁵² Devlet, sosyal güvenliği sağlayacak çok sayıda sosyal güvenlik kurumu oluşturmuştur. Ülkemizde primli sosyal güvenlik rejimini yürütmekle görevli üç ana sosyal güvenlik kurumu vardır. Bunlar;⁵⁵³

- Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK); İşçilerin sosyal güvenliğini sağlamaya çalışır.
- Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur); Bağımsız çalışanların sosyal güvenliğini temin eder.
- Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı (TCES); Devlet memurlarına uzun dönemli riskler açısından sosyal güvenliği sağlar.

⁵⁴⁸ EMEK., a.g.e., s.50.

⁵⁴⁹ Yusuf ALPER, **SSK-Bağ-Kur**, Alfa Yayınları, Bursa, 2001, s.103.

⁵⁵⁰ ALPER., a.g.e., s.117.

⁵⁵¹ Özcan KESGEÇ, “Sosyal Güvenliğimiz: Nereye?”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, cilt 15, sayı 2, İstanbul 2000, s.114.

⁵⁵² ŞAKAR ., a.g.e., s.62.

⁵⁵³ a.k., s.62.

III.3.1.Sosyal Sigortalar Kurumu Hastalık Sigortası

1945 yılında, sağlık hizmetlerinin sağlanmasından sorumlu Sağlık Bakanlığı'nın etkin yapılamadığı sebebiyle, özel sektör işçileri için bir Emeklilik fonu olarak,⁵⁵⁴ 9.7,1945 tarih ve 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu ile kurulmuştur. Kurumun ismi daha sonra, hizmet akdine tabi olarak çalışmayan değişik çalışan guruplarının da kapsama alınmasına imkan verecek şekilde 17.7.1964 tarih ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun 136. maddesi ile Sosyal Sigortalar Kurumu olarak değiştirilmiştir.⁵⁵⁵

Kurumun amacı ilgili 506 sayılı yasaya göre; İş kazalarıyla meslek hastalıkları, hastalık, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm hallerinde bu kanunda yazılı şartlarla sosyal sigorta yardımları sağlamaktır.

SSK, Türkiye'de ikinci büyük sağlık hizmetleri sunucusu olup,⁵⁵⁶ ülke nüfusunun yaklaşık % 43'üne sağlık hizmeti vermektedir. SSK 506 sayılı Kanunun öngördüğü tedavi yardımlarını esas olarak kendi sağlık tesislerinde yerine getirmektedir. Ayrıca, kendine ait sağlık tesisi olmayan yerlerde veya tedavinin Kurumca yapılamadığı durumlarda, anlaşma yaptığı devlet, üniversite ve özel sağlık tesislerinden hizmeti satın almak suretiyle yürütmektedir.⁵⁵⁷

III.3.1.1.Hastalık Sigortası

Hastalık sigortası, hastalanan sigortalıya veya onun aile bireylerine iyileşmelerini sağlamak için bir yandan sağlık yardımları sağlayan, diğer yandan da sigortalıya iş görmediği sürece para yardımı yapan bir sigorta koludur. Sosyal sigortalar

⁵⁵⁴ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.29

⁵⁵⁵ EMEK., a.g.e., s.30.

⁵⁵⁶ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.29.

⁵⁵⁷ ŞAKAR ., a.g.e., s.63.

açısından hastalık ise geçici nitelikte tam iş göremezlik durumudur. Bu niteliği itibariyle, hastalık, sigortalının geçici gelir kaybına neden olan risklerden biri olmaktadır. Hastalık sigortası, sağlık yönünden sigortalıyı olduğu kadar ailesini de düşünmekte, sadece hastalık nedeniyle sigortalının gelir kaybını karşılamayı amaçlamamaktadır.⁵⁵⁸

III.3.1.2.Hastalık Sigortasından Yararlanma Koşulları

“Hastalık sigortasından yararlanabilmek için kişinin tıbben hastalanması, gerekmektedir. Ayrıca hastalanan kişinin sigortalı veya sigortalının yakını olması ya da Sosyal Sigortalar Mevzuatı hükümlerine göre gelir almakta olması, belli bir süre prim ödemiş olması ve kuruma başvurması gerekmektedir.”⁵⁵⁹

III.3.1.2.1.Hastalanma

Hastalık, tıbbi bakımdan bir kimsenin beden veya ruh sağlığının bozulması demektir. Fakat bu tanımla hastalık sigortasının kapsamını tayin etmek mümkün değildir. Sosyal Sigortalar Kanunu, iş kazası ve meslek hastalıkları ile analığa ilişkin hastalıklar dışında kalan diğer tıbbi arıza hallerini hastalık sigortası uygulaması içine almıştır. Çocuk düşürme analıkla ilgili bir arıza olmakla beraber hastalık sigortası ile korunmuştur.⁵⁶⁰

III.3.1.2.2.Hastalanan Kişinin Sigortalı veya Sigortalının Yakını ya da Sosyal Sigortalar Hükümlerine Göre Gelir Almakta Olması.

Sigortalının sağlık yardımlarından yararlanabilmesi için, 60 günü hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki 6 ay içinde olmak üzere 120 gün prim ödemiş olma koşulu getirilmiştir. Bu kişi sigortalılık niteliğini yitirdiği günden başlayarak 6 ay içinde meydana

⁵⁵⁸ İlhan ORAL, **Dünya’da ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir 2001, s.143.

⁵⁵⁹ ORAL., a.g.e., s.143.

⁵⁶⁰ Nüvit GEREK, **Sosyal Güvenlik Hukuku**, Anadolu Üniversitesi yayını, Eskişehir, 2000, s.172.

gelecek hastalık hallerinde de yardımlardan bazı şartlarla yararlanacaktır. Hastalık sigortasının uygulanmasında sigortalılık niteliği, ödenen primin ilişkin olduğu günü takip eden onuncu günden başlayarak yitirilmiş sayılır. Ancak sigortalının ücretsiz izinli olması, greve katılması ve lokavta uğramış olması hallerinde sigortalılık niteliği, bu sürelerin sona ermesini takip eden onuncu günden başlayarak yitirilmiş sayılmaktadır.⁵⁶¹

3308 sayılı Çıraklık ve Mesleki Eğitim Kanunu kapsamındaki çıraklar ve mesleki eğitim gören öğrencilerle Borçlar Kanunu anlamındaki çıraklar hastalık sigortasından yararlanabilmektedirler. Ancak bunların eş, çocuk, ana ve babaları hastalık sigortasından yararlanamamaktadırlar⁵⁶²

506 sayılı yasaya göre; sigortalının eşi ve geçindirmekle yükümlü olduğu çocukları hastalıkları halinde, sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri için, sigortalının, hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olması şarttır. Ancak, ayakta yapılan tedavilerde verilen ilaç bedellerinin % 20 sini sigortalı öder.

2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanununa göre, tarım işlerinde hizmet akdiyle süreksiz olarak çalışanların eşi ve çocukları sağlık yardımlarından yararlanırken, ana ve baba kapsam dışında tutulmuştur.

Kurumdan sürekli iş göremezlik geliri, malullük veya yaşlılık aylığı almakta olanlarla bu kişilerin geçindirmekle yükümlü buldukları eş, çocuk, ana ve babaları ile ölen sigortalının kurumca aylık ve gelir bağlanan eş, çocuk, ana ve babaları da aynı sağlık haklarından yararlanmaktadır.⁵⁶³

III.3.1.2.3.Belirli Bir Süre Prim Ödemiş Olma

⁵⁶¹ ORAL., a.g.e., s.144.

⁵⁶² a.k., s.144.

⁵⁶³ a.k., s.145.

Sosyal Sigortalar Kanununa göre sigortalının sağlık yardımlardan yararlanabilmeleri için, 60 günü hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki 6 ay içinde olmak üzere toplam 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olmaları gerekmektedir. Sigortalılığını yitirenler ise, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olmak koşuluyla, kendisinin, eşinin ve geçindirmekle yükümlü bulunduğu çocuktan ile ana ve babasının sigortalılık niteliğinin kaybedilmesinden başlamak üzere altı ay içinde meydana gelecek hastalıkları nedeniyle sağlık yardımlarından yararlanabilmektedirler.

Sigortalının hastalanması halinde geçici iş göremezlik ödeneğinden yararlanabilmesi ise, geçici iş göremezliğin başladığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş bulunanlara, geçici iş göremezliğin üçüncü gününden başlamak ve 18 ayı geçmemek üzere, her gün için geçici iş göremezlik ödeneği verilir. Sigortalının eşi ve geçindirmekle yükümlü olduğu çocukları ile ana ve babasının Sosyal Sigortalar Kanunu 33. maddesinde yazılı sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri için de sigortalının hastalığının anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olması gerekmektedir.

III.3.1.2.4.Kuruma Başvurma

Hastalık sigortası yardımlarından faydalanabilmek için kuruma başvurmak gerekmektedir. Sigortalılar, hastalandıkları takdirde örneği Kurumca hazırlanan ve işveren tarafından düzenlenen vizite kağıdı ve sigorta sicil kartları yoluyla kurum sağlık tesislerine başvurumaktadırlar. Hastalanan kişi sigortalının eşi, geçindirmekle yükümlü olduğu çocukları, ana ve babası ise kurum sağlık tesislerine vizite kağıdının yanında sağlık karnelerini de götürmeleri gerekmektedir.⁵⁶⁴

⁵⁶⁴

a.k., s.146.

III.3.1.3.Hastalık Sigortası Yardımları

Geçici iş göremezlik ödeneği; sigortalıya iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası ile analık sigortası kapsamı dışında kalan hastalıklar nedeniyle hem sağlık yardımları, hem de iş göremezlik durumunun ortaya çıkması halinde verilmektedir.⁵⁶⁵

III.3.1.3.1.Sağlık Yardımları

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa göre, sigortalıya sağlanacak olan sağlık yardımları şunlardır;

Sağlık yardımı yapılması; Protez, araç ve gereçlerinin standartlara uygun olarak sağlanması, takılması, onarılması ve yenilenmesi; Gerekli hallerde muayene ve tedavi için yurt içinde başka bir yere gönderilmesidir. Protez, araç ve gereç bedellerinin %20'sini sigortalı ödemektedir.

Hekime muayene ettirilmesi; hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin yaptırılması ve tedavisinin sağlanması; Teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık müessesesine yatırılması; Tedavisi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması. Çocuk düşürme, bu kanunun uygulanmasında, hastalık hali sayılır.

III.3.1.3.2.Geçici İş göremezlik Ödeneği

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa göre, hastalık sigortasından sağlanan tek parasal yardım geçici iş görmezlik ödeneğidir. Sigortalının bu ödeneği alması için iş görmezliğinin başladığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olması ve Sosyal Sigortalar Kurumu hekimi veya sağlık kurullarından dinlenme raporu almış olması gerekmektedir. Ödenek ilk iki gün değil 3. günden itibaren başlamaktadır. Sigortalının dinlenme süresi 2 gün veya daha azsa hastalık sigortasından

⁵⁶⁵

a.k., s.147.

geçici iş görmezlik ödeneği verilmez. Geçici iş göremezlik ödeneği iş görmezliğin 3. gününden başlayarak 18 ayı geçmeyecek şekilde ödenmektedir. Ödeneğin miktarı, sigortalının tedavisinin şekline göre değişmektedir.

Geçici iş göremezlik ödeneği almakta olan sigortalının istirahatlı olduğu dönemde herhangi bir işte çalışması yasaktır. Aksi halde verilen ödenek kurumca geri alınmaktadır. Sigortalı, tedavinin sona erdiğine ve çalışabilir durumda olduğuna dair Kurum hekimlerinden belge almaksızın işe başlarsa sigortalının ortaya çıkabilecek aynı hastalığı için yapılacak bütün masraflar işverenden alınmaktadır. Ayrıca bu süreler için geçici iş göremezlik ödeneği verilmekte, verilmiş olanlar da sigortalıdan geri alınmaktadır. Ayrıca sigortalı istirahatlıyken bir başka işverenin yanında çalışırsa, sigortalının aynı hastalığı sebebiyle Kurum tarafından yapılacak tedavi masrafları ve geçici iş göremezlik ödenekleri sigortalıdan alınır.

III.3.1.4. Sigortalılık Niteliğini Kaybedenlere Yapılacak Yardımlar

Hastalık sigortasında sigortalılık niteliği son ödenen primin ilişkin olduğu günü takip eden 10. günden başlayarak yitirilmektedir.⁵⁶⁶ Sigortalılık niteliği yitirenler işten ayrıldıkları bu tarihten önceki bir yıl içinde 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olmak koşuluyla bu niteliğin yitirilmesinden başlamak üzere 6 ay içinde meydana gelecek hastalıklar nedeniyle sağlık yardımlarından yararlanabilmektedirler. Sigortalının geçindirmekle yükümlü olduğu eş ve çocukları ile ana ve babası da aynı koşullar dahilinde bu yardımlardan yararlanırlar. Bu durumdakiler ayakta tedavileri halinde ilaç bedellerinin %20'sini kendileri karşılamaktadır.⁵⁶⁷

III.3.1.5. Sigortalının Aile Bireylerine Yapılacak Yardımlar

⁵⁶⁶ a.k., s. 150.

⁵⁶⁷ a.k., s.150.

Sigortalının eşi ve çocukları ile geçiminin sigortalı tarafından sağlandığı belgelenen ana ve babası hastalanmaları durumunda sağlık yardımlarından aynen sigortalı gibi yararlanma hakkına sahiptir.⁵⁶⁸

III.3.1.6.Kurumdan Gelir veya Aylık Almakta Olanlarla Bunların Aile Bireylerine Yapılacak Yardımlar

Sosyal Sigortalar Kurumundan sürekli iş göremezlik geliri, malullük veya yaşlılık aylığı almakta olanlar; protez araç ve gereçlerinin sağlanması, takılması, onarılması ve belli koşullarla yenilenmesi gibi hizmetlerden yararlanabilmektedirler. Bu yararlanma, süre sınırlaması olmaksızın hastanın durumunun gerektiği kadar devam etmektedir.

Serbest geliri olanlar ve aylık almakta olanlar, ayakta yapılan tedavilerde ilaç ve iyileştirme araçlarının bedelinin %10'unu ödemekte, ancak kanser gibi kronik hastalıklarda bu bedel alınmamaktadır. Protez araç ve gereç bedellerinin %10'unu da kendileri karşılayacaklardır.

Kurumdan gelir ve aylık almakta olanların geçindirmekle yükümlü oldukları, eş, çocuk, ana ve babaları ile bunların ölümü halinde hak sahibi olarak aylık almakta olan eş, çocuk ile ana ve babalarına; hekime muayene ve tedavi ettirme, teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık kurumlarına yatırma ve tedavileri süresince ilaç ve iyileştirme araçları sağlanmaktadır. Yardımlarla ilgili süre sınırlaması yoktur.

III.3.2.T.C. Emekli Sandığı Sağlık Sigortası

⁵⁶⁸

a.k., s.151.

Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı 1949 yılında kurulmuş, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu'nda düzenlenen sosyal sigorta programını yürütmektedir. "T.C. Emekli Sandığı, Maliye Bakanlığı bünyesinde bir sosyal güvenlik kuruluştur. Emekli sandığı mensuplarına yaşlılık, malullük ve ölüm hallerinde koruma garantisi sağlamakta, ayrıca sandıktan gelir ve aylık almakta olanlarla aile fertlerine sağlık hizmeti sunmaktadır."⁵⁶⁹

Emekli Sandığı'nın organları; Genel Kurul, Yönetim Kurulu, Genel Müdürlük ve Sağlık Kurulundan oluşur. Sağlık Kurulu'nun başlıca görevleri; malullük raporlarını inceleyerek karara bağlamak, ilgililerin malullük derecelerini belirtmek ve bu Kanun'un malullüğe ait hükümlerinin uygulanmasında düşüncelerini bildirmektir.

Temel olarak Emekli Sandığı emekli memurlar için bir emeklilik fonu olmasına rağmen sağlık sigortası gibi başka hizmetler de sunmaktadır.⁵⁷⁰

Emekli Sandığı'nın kendine ait sağlık tesisleri ve personeli yoktur. Bu hizmetler, resmi ve özel sağlık kuruluşlarından satın alır. Emekli, malul, dul ve yetimler ile aile bireyleri ayakta ve yataklı tesislerde teşhis ve tedavi imkanlarından yararlanırlar. İlaç, bedelleri belli bir sınıra kadar karşılanmak üzere diş protezi, gözlük camı ve çerçevesi, işitme cihazı, korse, boyunluk gibi diğer ortez ve protezler kurumca sağlanır. Giderleri belli bir düzeye kadar ödenmek üzere içme ve kaplıca tedavisi, taş kırılma tedavisi, manyetik rözenansla tetkik, mikrodalga hipertemi tedavisi, diyaliz tedavisi ve organ nakli kurumun sağlık hizmetleri arasındadır.⁵⁷¹

III.3.2.1.Sandığın Kapsamı

⁵⁶⁹

EMEK., a.g.e., s.32.

⁵⁷⁰

SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.30.

⁵⁷¹

ŞAKAR., a.g.e., s.79.

5434 sayılı TC Emekli Sandığı Kanunu bakımından, 18 yaşını bitirmiş Türk vatandaşı olan, daire, kurum ve ortaklıklar, genel bütçeye giren daireler, katma bütçeli daireler, özel idareler, belediyelerde çalışanlar bu kanun kapsamına girmekte ve iştirakçi sayılmaktadırlar.

III.3.2.2.Sağlık Yardımlarından Yararlanma Koşulları

TC Emekli Sandığı iştirakçileri, emekli, adi malullük veya vazife malullüğü aylığı bağlandıktan sonra TC Emekli Sandığının sağlık yardımlarına hak kazanmaktadırlar. İştirakçilerine verilecek yardımların bir kısmı, çalışılan kurum; bir kısmı da TC Emekli Sandığı tarafından karşılanmaktadır. İştirakçilerin aktif oldukları dönemde sağlık yardımları çalışılan kurum tarafından karşılanmaktadır. Bu dönemde TC Emekli Sandığından her hangi bir sağlık yardımı yapılması söz konusu değildir.⁵⁷²

III.3.2.3.Aktif İştirakçilere Sağlık Yardımları

TC Emekli Sandığı iştirakçilerine ve aile bireylerine sağlık yardımlarından yararlanmak için tedavi sırasında kullanılmak üzere birer sağlık karnesi verilmektedir. Ayrıca sağlık yardımlarından, 2914 sayılı Yüksek Öğretim Personel Kanunu, 2802 sayılı Hakimler ve Savcılar Kanunu ve 226 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanunu kapsamına girenler de yararlanmaktadır. Bu yardımlar; Tedavi ve yol giderleri, içmeler ve kaplıca tedavileri, kan ve kan ürünleri bedelleri, diş hastalıkları tedavisi, doğum yardımı, göz tedavisi, işitme cihazı, çeşitli protez ve ortezler, taş kırdırma tedavileri, manyetik rezonans tetkiki, derin prostatik hipertermi tedavisi diyaliz tedavileri ve organ nakilleridir.⁵⁷³

III.3.2.4.Emekli, Adi Malullük ve Vazife Malullüğü Aylığı Almakla Olanlar

⁵⁷² ORAL., a.g.e., s.157

⁵⁷³ a.k., s.158.

TC Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü'nce sandıktan aylık alanlara ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere resimli ve mühürlü bir sağlık karnesi verilmektedir. Sağlık karnesi olan kişi hastalanması durumunda bu karneyle resmi sağlık kuruluşlarına başvurabilmektedir.⁵⁷⁴

TC Emekli Sandığı Kanununun sağlık yardımının kapsamındaki yardımlar; hekim muayenesi, klinik ve laboratuvar incelemeleri, gerektiğinde sağlık kurumlarına yatırma, tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması ve tedavi için yurt dışına göndermedir.

Ayakta veya meskende tedavi durumunda kullanılacak ilaç bedellerinin %10'u aylık alanlarca karşılanmaktadır. Resmi sağlık kurulu raporu ile belirlenmiş; tüberküloz, kanser, kronik böbrek, akıl hastalıkları, organ nakli ve benzeri uzun süreli tedaviye ihtiyaç gösteren hastalıkların ayakta ya da meskende tedavileri sırasında kullanılması gereken ilaçlardan hayati önemde oldukları Sağlık Bakanlığı'nca belirlenenlerin bedellerinin tamamı Sandık tarafından karşılanmaktadır.

Sağlık yardımları kapsamında aylık alanlara ve bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerine yapılan tedavi ve yardımlar; tedavi ve yol giderleri, eşlik edenin giderleri, içmeler kaplıca ve tedavisi, diş tedavisi, gözlük camı ve çerçevesi, işitme cihazı, konuşma cihazı, malul aracı, kalp pili, kalp kapağı, yapay kalp-damar, kemik, vücut organ protezleri ve ilaç sağlanması şeklindedir.

III.3.3.Bağ-Kur Sağlık Sigortası

Bağ-Kur 1971 yılında 1479 sayılı Kanun ile kurulmuş, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı, mali ve idari bakımdan özerk bir kamu tüzel kişiliğidir. Bağ-Kur serbest meslek sahipleri için Emeklilik fonu olarak kurulmuştur. 80'li yılların

⁵⁷⁴ a.k., s.159.

sonunda, bu rolüne sağlık sigortası hizmetini de eklemiştir. Bağ-Kur, üyelerinin ayaktan ve yatan hasta tanı ve tedavi masraflarının hepsini karşılamaktadır.⁵⁷⁵

1479 sayılı Bağ-Kur Kanununa göre; Bağ-Kur'un kendisine ait sağlık tesisleri bulunmamaktadır. Sağlık hizmeti, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, mahalli idareler, üniversiteler, kamu iktisadi teşebbüslerine ait sağlık tesisleri ile diğer sağlık tesislerinden satın alınmak suretiyle sağlanmaktadır. Bu hizmetler sigortalılara ihtiyaca göre, ayakta ve yataklı sağlık müesseselerinde sunulur. Teşhis ve tedavi için gerektiğinde klinik ve laboratuvar tetkikleri yapılır ve ihtiyaç duyulan ilaç ve iyileştirme araçları temin edilir.

Karne sahipleri, Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına ait yataklı ve yataksız tedavi kurumlarından ücret ödemededen yararlanabilmekte ilaçlarını eczanelerden temin edebilmektedirler. Üniversite hastanelerinden ise önce bedeli peşin yatırıp fatura alarak fatura tutarını da sonra Bağ-Kur il müdürlüklerinden alabilmektedirler.⁵⁷⁶

1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu kapsamında ilk defa sigortalı olanların sağlık yardımından yararlanmaları, en az sekiz ay, yeniden sigortalı olanların ise en az dört ay eksiksiz sağlık sigortası primi ödemiş olmaları, sağlık ve sigorta prim borcu bulunmaması şartına bağlıdır.

III.3.3.1.Kapsam

1479 sayılı Kanun Bakımından

1479 sayılı Bağ-Kur Kanununa göre; Bağ-Kur' un sağlık sigortası yardımlarından; sigortalılığı devam edenler ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları, yaşlılık ve malüllük aylığı almakta olanlar ile eş ve bakmakla

⁵⁷⁵ SAVAş, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.30.

⁵⁷⁶ EMEK., a.g.e., s.30.

yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları, ölüm aylığı alanlar, sağlık sigortası yardımlarından yararlanırlar.

2926 sayılı Kanun Bakımından

2926 sayılı Kanun bakımından da sağlık sigortasından yardım alanların kapsamı paralel bir düzenlemeyle hükme bağlanmıştır. Bu hükme göre; 2926 sayılı Kanunun 2. maddesi kapsamında sigortalı olanlar ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, anne ve babaları, yaşlılık ve malullük aylığı alanlar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, anne ve babaları ile, ölüm aylığı almakta olanlar olarak belirlenmiştir.

III.3.3.2.Yararlanma Koşulları

“İlk defa veya yeniden sigortalı olanlar ile sağlık sigortası kapsamından çıktıktan sonra yeniden sağlık sigortası kapsamına girmek isteyenlerin sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri için, en az sekiz ay sağlık sigortası primi ödemiş olmaları ve sağlık karnesi talep ettikleri tarihte, prim ve gecikme zammı borçlarının bulunmaması şarttır.”

III.3.3.3.Sağlık Yardımları

1479 sayılı kanuna göre; sigortalılar, hastalık ve iş kazasına maruz kalmaları halinde sağlık sigortası yardımlarından şu şekilde faydalanmaktadırlar.

- Hekime muayene ettirilmesi, hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik ve laboratuvar tetkiklerinin yaptırılması ve tedavisini sağlanması,
- Teşhis için gerekirse sağlık müessesine yatırılması,
- Tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanmasıdır.

Yataklı sağlık kurumlarında tedavi görürken Kurum tarafından ilaç bedelinin tamamı karşılanmaktadır. Sigortalının ayakta yapılan tedavilerinde ise aktif sigortalılar için %20, pasif sigortalılar için %10'luk katkı payı tedavi görenler tarafından ödenmektedir.

Ayrıca diğerk sağlık sigortalarında olduğu gibi uzun süreli tedavi gerektiren kanser, verem gibi hastalıklarda sigortalılardan ilaç katkı payı alınmamaktadır. Ayrıca sigortalılara sağlanan ortez, protez araç ve gereçleri için aktif sigortalılardan %20, pasif sigortalılardan ise %10'luk katkı payı alınmaktadır. Ayrıca Anayasa Mahkemesinin tedavinin bir süreyle sınırlandırılmasını sağlık hakkının özüne aykırı bulan karar nedeniyle sağlık yardımları hasta iyileşinceye kadar sürmektedir.⁵⁷⁷

Sağlık yardımları, Bağ-Kur sigortalısının niteliğini kaybetmesinden ya da aylık alanların bu hakkı kaybetmelerinden itibaren 90 gün boyunca sürmektedir.⁵⁷⁸

III.3.4. Özel Sigortalar

Özel sigortaların sağlık sigortası uygulaması 1991 yılından itibaren yaygınlaşmıştır. Özel sigortalar sosyal güvenlik tehlikeleri ile ilgili hayat, hastalık ve emeklilik sigortaları ile ilave sosyal güvenlik garantisi sağlamaktadır. Genellikle anlaşmalı olduğu özel hastanelerin sunduğu sağlık hizmetinden yararlanmayı tercih eden özel sigortalar Türkiye'deki gelişimini yavaş da olsa sürdürmektedir. Eczanelerde de kabul görmeyen özel sigortalar gelir düzeyi yüksek kişilerin ekstra tercihleri arasında yer almaktadır.⁵⁷⁹

III.3.5. Yeşil Kart

Yeşil kart uygulaması, 03.07.1992 tarihinde, 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkındaki Kanunla başlamıştır. Kanunun amacı, bir sosyal güvenlik çatısı altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin genel sağlık sigortası uygulamasına geçilinceye kadar devlet tarafından karşılanmasıdır. Geliri asgari ücretin üçte birinden az olanlara verilmesi

⁵⁷⁷ a.k., s.165.

⁵⁷⁸ a.k., s.166.

⁵⁷⁹ EMEK., a.g.e., s.32.

gereken yeşil kart uygulamaları il ve ilçe idare kurullarında oluşturulmuş komisyonlarca takip edilmektedir.

Yeşil kart sahibinin yaşadığı yerin bağlı bulunduğu sağlık ocağından sevk edilmesi şartı ile Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumları ile üniversite hastanelerinden yararlanabilmekte ve ücret ödememektedirler. Yeşil kart sahiplerine yazılan reçeteler de ücret alınmadan eczanelerce karşılanmakta ve fatura tutarları sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfınca ödenmektedir.⁵⁸⁰

III.3.6. Diğer Kurum ve Kuruluşlar

657 sayılı kanuna göre devlet memuru statüsünde iş görenlere sahip tüm kamu kurumları kendi personellerinin sağlık giderlerini karşılamakla yükümlüdür. Her devlet memuru kendi kurumundan alacağı sevk belgesiyle bağlı bulunduğu birinci kademedeki sağlık kuruluşundan sevk zincirine uyarak sevk edildiği Sağlık Bakanlığı veya üniversite hastanesinden, ücret ödemedi sağlık hizmeti almaktadır. Bu giderler kendi kurumunca ilgili sağlık kuruluşuna fatura karşılığı ödenmektedir.⁵⁸¹

Eczaneler ise devlet memurlarından %20 katılım payı olarak ilaç vermekte bu giderleri de memurun kurumuna fatura ettirmektedir. Hastanelerin önemli gelir kaynaklarından olan kurum ödemeleri merkez ve taşrada ilgili kurum ödeneklerinden karşılanmakta ve bu ödemelerde ödenek miktarına bakılmadan ödeme yapılabilmektedir.⁵⁸²

Sağlık kuruluşlarının kestikleri sağlık harcama faturalarının geri dönüşünün en çabuk yapıldığı sosyal güvenlik kuruluşlarıdır.⁵⁸³

580 a.k., s.31.

581 a.k., s.33.

582 a.k., s.33.

583 a.k., s.33.

III.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Harcamaları ve Finansmanı

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı çeşitli kamu kuruluşlarıyla özel kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Bu kuruluşlar Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, TC Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı, Belediyeler, Kamu İktisadi Teşebbüsleri ve diğer bakanlıklar ile özel kişi ve kuruluşlardır.⁵⁸⁴

III.4.1. Mevcut Sağlık Sistemi

Sağlık hizmetleri sektörünün finansman mekanizması hiçbir zaman açık olarak belirlenmemiştir. 1961’de ulusal sağlık sistemi oluşturmayı hedefleyen çabalar vergi gelirlerinin kapsamlı şekilde kullanılmasını öngörmenin yanında vatandaşlardan gelecek prim katkılarına da değinmiştir. Fakat SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur’un kurulması neticesinde Türkiye sağlık sigortası sistemi oluşturma yolunda bir değişim sürecine girilmiştir. 1963’ten beri de genel bir sağlık sigortasının kurulması tüm 5 yıllık planların hedefleri içinde yer almıştır.⁵⁸⁵

Ülkemizde sağlık hizmetleri sistemi, gerek hizmet arzı, gerek hizmet talebi, gerekse finansman açısından karmaşık bir yapıya sahiptir. Tüm sağlık hizmetleri kamu ve özel sektörde değişik kurumlar tarafından sunulurken, hizmet talebinde bulunanlar sağlık sigortası kapsamında olanlar ve olmayanlar diye iki gruba ayrılmakta, kapsam içinde olanlar ise gerek hizmet alımı gerekse finansman yönüyle farklı rejimlere tabi tutulmaktadır.⁵⁸⁶

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı, kamu gelirleri yani vergiler, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin satın aldıkları hizmete karşılık yapmış oldukları direkt

⁵⁸⁴ ORAL., a.g.e., s.166.

⁵⁸⁵ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.35.

⁵⁸⁶ Hayriye İŞİK, **Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Ülke Örnekleri ve Çözüm Önerileri**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir 2001, s.47.

ödemelerden sağlanmaktadır. Sağlık güvencesi kapsamındaki nüfusun bir kısmı SSK, Bağ-Kur gibi, çalışan ve işverenler tarafından ödenen primler karşılığı hizmetlerden yararlanırken, öteki kısmın sağlık giderleri emekliler ve aktif devlet memurları gibi devletçe karşılanmaktadır. Sağlık güvencesi kapsamı dışındaki nüfusun önemli bir bölümü ise direkt ödeme yaparken, ödeme gücü olmayanların giderleri belirli ölçüde çeşitli fon gelirlerinden yine devletçe karşılanmaktadır.⁵⁸⁷

Türkiye'deki toplam sağlık harcamaları kamu sağlık harcamaları ve özel sağlık harcamaları olarak değerlendirildiğinde, kamu sağlık harcamaları miktarının giderek arttığı görülmektedir.⁵⁸⁸

Sağlık Bakanlığı'nın sağlık harcamalarının büyük bir kısmı yatan hasta hizmetlerine gitmektedir. İkinci en büyük harcaması genelde hastanelerde sunulan, ayaktan tedavi hizmetleridir. Bu harcamayı idare ve eğitim giderleri takip etmektedir. Sağlık Bakanlığı önleyici sağlık hizmetlerinin ülke çapında tek sunucusu olmasına rağmen bakanlık bütçesinden bu hizmetlere ayrılan bütçede büyük bir düşme yaşanmıştır.⁵⁸⁹

III.4.2. Temel Finansman Sistemi ve Kapsamı

Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanının üç temel kaynağı vardır. Bunlar;⁵⁹⁰

Devlet Bütçesi /Vergi Gelirleri; Vergilerle oluşturulan devlet bütçesinden, Sağlık ve Savunma Bakanlıklarına, üniversitelere, hastanelere ve diğer kamu kuruluşlarına ve halen çalışmakta olan devlet memurlarının sağlık hizmeti harcamalarına belirli miktarlarda pay aktarılır.

Devlet bütçesi, Hükümet, Devlet Planlama Teşkilatı ve Devlet Planlama Üst Kurulu tarafından hazırlanmaktadır. Daha sonra TBMM'de incelenen ve gerekirse

⁵⁸⁷ ORAL., a.g.e., s.183.

⁵⁸⁸ IŞIK., a.g.e., s.49.

⁵⁸⁹ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.56.

⁵⁹⁰ a.k., s.35.

değiştirilen bütçe, Maliye Bakanlığı tarafından idare edilmektedir. Devlet bütçesi vasıtası ile gelen vergi gelirleri, sağlık hizmeti sunan Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, Savunma Bakanlığı ve diğer kamu kurumlarının temel finansman kaynağını oluşturur. Halen çalışmakta olan devlet memurlarının ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık harcamaları da bu bütçeden karşılanmaktadır.

Kamu Sosyal Güvenlik Kurumları; Bunlar, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur ve Emekli Sandığı üyeleri katkılarıdır.

Cepten Ödemeler; Özel kurumlara ve doktorlara doğrudan yapılan ödeme, ihtiyari sağlık sigortası için ödenen primler ve katkı payı şeklinde yapılan ödemelerdir.

III.4.3. Sağlık Hizmetleri Harcamaları ve Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin harcamaları ve finansmanı kamu, özel, ve dış finansman kaynakları ve harcamaları olarak üç başlık altında değinilecektir.

III.4.3.1. Kamu Sağlık Harcamaları ve Finansmanı

Kamu sağlık harcamalarını ve finansmanını; Sağlık Bakanlığı, SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı, Belediyeler, KİT'ler, Bakanlıklar ve Fonların harcama ve finansmanı oluşturmaktadır.

III.4.3.1.1. Sağlık Bakanlığı

Ülkemizde sağlık politikasını belirtmek ve yürütmekle görevli olan Sağlık Bakanlığı koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini sunan en önemli kamu kurumudur. Özellikle ülkenin toplam hastane yatağının yarısından fazlasına sahip olması ve istihdam ettiği sağlık işgücü sayısı bu alandaki önemini ortaya koymaktadır.⁵⁹¹ Sağlık Bakanlığı, Cumhuriyet'in kuruluşundan bu yana geniş kapsamlı sağlık hizmeti üreten bir kuruluştur. Ayrıca kamu sağlık harcamalarının

⁵⁹¹ ORAL., a.g.e., s.167.

önemli bir kısmını yapmaktadır.⁵⁹² En büyük ve tek sağlık hizmeti sunucusu Sağlık Bakanlığdır. Harcamalarının ana finansman kaynağı devlet bütçesine aktarılan vergi gelirleridir. 1988 yılından beri vergilerden sağlanan diğer bir önemli kaynak da Sağlık Bakanlığı'nın kullanımına sunulmuştur. Bu kaynak akaryakıt, yeni araba satışları, sigara ve alkol üzerinden alınan ayrılmış dolaylı vergilerinden sağlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın diğer finansman kaynağı da döner sermaye gelirleridir. Sigortalayanlar ya da kişilerin yaptıkları ödemeler ile oluşturulan bu fon da gün geçtikçe daha önemli bir gelir kaynağı haline gelmektedir.⁵⁹³

Enflasyon, kamu harcamalarının kontrolü üzerinde olumsuz etkide bulunmakta, bu nedenle yılbaşında yapılan genel bütçe ödeneklerinin yıl içinde tekrar revizyonu ihtiyacı oluşmaktadır. Devlet bütçesinden ayrılacak fonlar bir önceki yılın enflasyon oranı da dikkate alınarak belirlenir ve doğrudan doğruya Sağlık Bakanlığımı gönderilir. Döner sermaye gelirleri, kişilerin hizmet için ödedikleri ücret veya kişiler için sigorta kurumları tarafından ödenen ücretlerden oluşur. Verilen sağlık hizmetleri için tahsil edilecek ücretlerin tarifesi, hizmetlerin gerçek maliyetleri göze alınmaksızın Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı'nın temsilcileri tarafından oluşturulan bir komisyonca düzenlenir.⁵⁹⁴

Sağlık Bakanlığı harcamalarının finansman kaynakları, genel bütçe ödenekleri, döner sermaye gelirleri ve fon gelirlerinden oluşmaktadır.⁵⁹⁵

Sağlık Bakanlığı'nın harcamaları; koruyucu sağlık hizmetleri harcamaları, hastane dışı ayakta tedavi hizmetleri harcamaları, hastane hizmetleri harcamaları ve diğer (eğitim, yönetim) harcamalarıdır.⁵⁹⁶

⁵⁹²

IŞIK., a.g.e., s.51.

⁵⁹³

SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.36

⁵⁹⁴

ŞAKAR., a.g.e., s.56.

⁵⁹⁵

IŞIK., a.g.e., s.53.

⁵⁹⁶

ŞAKAR ., a.g.e., s.60.

Sağlık Bakanlığı toplam harcamaları içinde en az kaynak, koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır. Oysa koruyucu sağlık hizmetlerine en az diğer harcama sınıflarında olduğu gibi önemli bir kaynak aktarımı yapılmalıdır.⁵⁹⁷

1992 yılında kurulan Yeşil Kart sisteminde, yasalar tarafından belirlenen asgari ücretin altında geliri olan kişilere hizmet vermekte ve doğrudan hükümet tarafından finanse edilmektedir. 1997 yılında bir milyona yakın yeşil kart dağıtılmış ve Yeşil Kart sahipleri, Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve üniversite hastanelerinde, ayaktan ve yatan hasta hizmetlerine ücretsiz ulaşabilmektedirler. 1994 yılından beri harcamalar, hükümet tarafından aktarılan miktarın üzerine çıkararak bütçe açıklarına yol açmıştır.⁵⁹⁸

III.4.3.1.2. Sosyal Sigortalar Kurumu

SSK sağlık harcamalarının ilki sigortalılarla, malûllük ve yaşlılık aylığı alanlar ve bunların aile fertleri ikincisi gelir veya aylık alan dul-yetimlerin ayakta ve yatarak tedavileri için yapılan harcamalar, hastalık ve analık sigortalarından karşılanan protez araç ve gereç giderleri ve diğer giderlerden oluşmaktadır.⁵⁹⁹

SSK'da sağlık hizmetleri harcamaları 3 şekildedir. İlki kendi sağlık kurumları için yapılan harcamalar, ikincisi diğer sağlık kurumlarında (Sağlık Bakanlığı hastaneleri, Üniversite Hastaneleri ve Özel Kurumlar) oluşan harcamalar, üçüncüsü de anlaşmalı doktorlara yapılan ödemelerdir.⁶⁰⁰

SSK koruyucu sağlık hizmetleri alanında faaliyet göstermemektedir.⁶⁰¹ Sosyal Sigortalar Kurumunun hastalık sigortasının gelir kaynağının temelini primler

⁵⁹⁷ a.k., s.60.

⁵⁹⁸ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.36.

⁵⁹⁹ Sosyal Sigortalar Kurumu, **1996 Faaliyet Raporu**, Sosyal Sigortalar Kurumu Yayını, Ankara 1997, s.50.

⁶⁰⁰ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.39.

⁶⁰¹ IŞIK., a.g.e., s.55.

oluşturmaktadır.⁶⁰² Sağlık ve emeklilik primleri aynı mekanizma içinde toplansa da, prim gelirleri hesapları bağımsız yapılmaktadır.⁶⁰³ Ayrıca SSK'da primler dışında iki ayrı gelir kaynağı daha bulunmaktadır. Bunlarda ilki; gelir olma özelliği dışında ayakta yapılan tedavilerde genel ilaç harcamalarını da kontrol altında tutan ilaç iştirak bedelidir (prim ödeyen aktif üyeler de ilaç bedelinin % 20'si, Emeklilerde % 10'u); ikincisi ise, SSK hastanelerinde döner sermaye benzeri uygulamalarla elde edilen gelirlerdir.⁶⁰⁴ SSK'da, farklı sigorta kolları ayrı ayrı finanse edilmesine rağmen fazla veren sağlık sigortası fonları, diğer sigorta kollarına, örneğin, emekli aylıklarına transfer edilebilmektedir. Son yıllarda sağlık sigortası fon fazlalığı azalmakta ve harcamalar gelirlere eşit hale gelmektedir.⁶⁰⁵

Sosyal Sigortalar Kurumunun gelirleri genel olarak, prim gelirleri, menkul kıymet gelirleri, kurumun sahibi veya ortağı bulunduğu işletmelerden elde edilecek gelirler, genel bütçeden yapılacak yardımlar, gayrimenkul kira gelirleri, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa göre alınan idari para cezaları, 1475 sayılı İş Kanununa göre uygulanan para cezalarından bakanlıkça kuruma verilmesi uygun görülen pay, gerçek veya tüzel kişiler tarafından yapılacak bağışlar ve vasiyetler, sair gelirlerden oluşmaktadır.⁶⁰⁶

III.4.3.1.3. Bağ-Kur

Bağ-Kur'un kendisine ait sağlık tesisleri yoktur. Sağlık hizmetlerini Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, mahalli idareler, üniversiteler, kamu iktisadi teşebbüslerine ait sağlık tesisleri ile diğer sağlık tesislerinden satın alma yoluyla sağlamaktadır. Sigortalılara bu hizmetleri ihtiyaçlarına göre, ayakta ve yataklı sağlık

⁶⁰² ORAL., a.g.e., s.180.

⁶⁰³ IŞIK., a.g.e., s.55.

⁶⁰⁴ Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Türkiye Sağlık Sistemi Reformu**, Sağlık Bakanlığı yayını, Ankara 1996, s.6.

⁶⁰⁵ ŞAKAR., a.g.e., s.74.

⁶⁰⁶ SSK Genel Müdürlüğü Yayını, 4792 Sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ve 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, Yayın No:568, SSK matbaası, Ankara 1995,s.10-11

kurumlarında verilir. Teşhis ve tedavi için gerektiğinde klinik ve laboratuvar tetkikleri yapılır. İhtiyaç duyulan ilaç ve iyileştirme araçları temin edilir. SSK'da olduğu gibi ilaç iştirak bedeli vardır.⁶⁰⁷

Bağ-kur'un sağlık harcamaları hastane harcamaları, ilaç harcamaları ve diğer harcamalar diye üç başlık altında toplanmaktadır.⁶⁰⁸

Bağ-Kur sağlık sigortası, sigortalıların hem hastalık, hem de iş kazası riskiyle karşılaşması halinde yardım etmektedir. Bu nedenle Bağ-Kur sağlık harcamaları iş kazası nedeniyle yapılan sağlık yardımlarını da kapsamaktadır. Yani SSK'daki gibi iş kazası ve hastalık sigortası ayrı ayrı düzenlenmemiştir. Ancak yine de Bağ-Kur sağlık harcamaları içinde iş kazası nedeniyle yapılan sağlık harcamalarının oranının oldukça yüksektir.⁶⁰⁹

Bağ-Kur'un içinde bulunduğu asıl problem, üyelerinin primlerini ödemeyip, sağlık sigortası kapsamı dışında kalmalarıdır. Bağ-Kur'un üye sayısı 15,030.705 olmasına karşın sadece 7.891.393 üyenin sağlık karnesi bulunmaktadır.⁶¹⁰

Bağ-Kur sağlık sigortasının finansman kaynağı sigortalıların ödediği prim gelirleri, aylık alanlardan kesilen sigorta primleri, gerçek ve tüzel kişilerin sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere yaptıkları bağışlar ve diğer gelirler de sağlık sigortasının finansman kaynağını oluşturmaktadır.⁶¹¹

Bağ-Kur'un 1994 yılına kadar topladığı sağlık primleri, sağlığa yapılan harcamaların üzerinde iken, 1994 yılından sonra dönmüştür. Bu sorunun sebebi hizmetlerin kullanımını üzerinde hiç bir kontrolün denetimin olmamasıdır. Bu suiistimal ve yolsuzluk sağlık sigortası hizmeti veren diğer kuruluşlarda görülse de (özellikle SSK ve Emekli Sandığı gibi), Bağ-Kur'un ülke genelinde sağlam bir şekilde oturtulmuş yönetsel bir

⁶⁰⁷ IŞIK., a.g.e., s.58.

⁶⁰⁸ ORAL., a.g.e., s.171.

⁶⁰⁹ a.k., s.171.

⁶¹⁰ IŞIK., a.g.e., s.58.

⁶¹¹ ORAL., a.g.e., s.182.

altyapıya sahip olmamasından dolayı suiistimal ve yolsuzluk kendi içinde daha belirgin olarak ortaya çıkmıştır. Sigortası olmayan kişiler de Bağ-Kur üyelerinin sağlık karnelerini kullanmakta ve doktorlar da sosyal sebeplerden dolayı buna göz yummaktadır.⁶¹²

III.4.3.1.4. T.C Emekli Sandığı

TC Emekli Sandığı 5434 sayılı kanuna göre; Maliye Bakanlığına bağlı, tüzel kişiliği olan bir devlet kurumudur. SSK ve Bağ-Kur'dan daha farklı bir statüye sahip bir sosyal güvenlik kuruluşudur. Emekli Sandığı 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre çalışan devlet memurlarının Emeklileri, dul ve yetimleri ile bunların aile fertlerine, öncelikle devlete ait sağlık kuruluşlarından satın alma yöntemi ile sağlık hizmeti sunmaktadır.⁶¹³

Emekli Sandığı'nın kendine ait sağlık tesisleri ve personeli bulunmamaktadır. İhtiyacı olan sağlık hizmetlerini, resmi ve özel sağlık kuruluşlarından satın alır. Sağlık yardımlarında ayaktan tedavide kullanılan ilaçlardan alınan %10'luk iştirak bedeli dışında üyelere ücret alınmaz. Sandık mensupları, ayakta ve yataklı tedavi tesislerde teşhis ve tedavi imkanlarından yararlanırlar. Kurum, üyelerinin kullanmış olduğu sağlık hizmeti bedellerini fatura karşılığı direkt ilgili kuruma ödemektedir. Kurum, hizmet maliyetleriyle hizmet kullanım sıklıkları konularında hiçbir teknik analiz yapılmamakta, sadece sağlık kuruluşlarından gönderilen faturaları ödenmektedir. Bu durum, Emekli Sandığı için dezavantajdır.⁶¹⁴

Emekli Sandığı harcama türleri; hastane harcamaları, ilaç harcamaları, tıbbi araç harcamaları, dış tedavi harcamaları ve diğer harcamalardan oluşmaktadır.⁶¹⁵

⁶¹² SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.42.

⁶¹³ ORAL., a.g.e., s.172

⁶¹⁴ Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü., a.g.e., s.7.

⁶¹⁵ ŞAKAR ., a.g.e., s.80.

Emekli Sandığının gelir ve giderleri arasındaki farkı, SSK ve Bağ Kur'da olduğu gibi hazine yardımlarından karşılanmaktadır.⁶¹⁶

Emekli Sandığının gelirleri; Primler (çalışanlar tarafından maaşlarının %11'i oranında, devlet tarafından ve işveren payı olarak, çalışan maaşlarının % 18'i oranında sağlanmaktadır), genel devlet bütçesinden sağlanan sübvansiyon, depozitolardan alınan faizler, diğer yatırımlardan elde edilen gelirlerden oluşmaktadır.⁶¹⁷

III.4.3.1.5. Üniversiteler

Üniversitelerimiz sahip oldukları tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri, eczacılık fakülteleri, sağlık meslek yüksek okulları gibi okullar kanalıyla sağlık sektörü içinde yer almakta ve sağlık hizmeti vermektedirler. Üniversitelerin asıl görevleri eğitim ve bilimsel araştırma olmasına rağmen ülkenin koşulları doğrultusunda sağlık hizmeti sunmaktadır. Üniversiteler tıp fakültelerinin dışında mediko-sosyal merkezleriyle de sağlık hizmeti sunmaktadır.⁶¹⁸

Üniversitelerin sağlık harcamaları eğitim, hastane ve mediko-sosyal harcamalarından oluşmaktadır. Üniversitelerin toplam sağlık harcamalarının %83,2'si hastane harcamalarına, %14,6'sı eğitim harcamalarına ve %2,2'si mediko-sosyal merkezlerinin harcamalarına gitmiştir.⁶¹⁹

Üniversite hastanelerinin finansmanı ise iki kaynaktan karşılarlar. Birincisi Yüksek Öğrenim Kurumu tarafından ayrılan paylar. İkincisi ise döner sermaye gelirleridir. Genel bütçeden ayrılan pay sürekli giderleri ve yatırımları karşılayacak şekildedir. Ayrıca personel, öğretim ve araştırma gibi rutin işletme masrafları da bu fondan finanse edilir.⁶²⁰

⁶¹⁶

IŞIK., a.g.e., s.61.

⁶¹⁷

SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.42.

⁶¹⁸

ŞAKAR., a.g.e., s.75.

⁶¹⁹

ORAL., a.g.e., s.174

⁶²⁰

ŞAKAR ., a.g.e., s.85

Üniversite hastanelerinin döner sermayeden elde ettikleri gelirler rasyonel fiyatlandırma politikaları sayesinde Sağlık Bakanlığı hastanelerine göre oldukça yüksek olarak gerçekleşmektedir. Üniversite hastanelerinde hizmetler için istenen, döner sermayeye aktarılan ücretler Sağlık Bakanlığı hastanelerinin 2-3 katıdır.⁶²¹ Döner sermayelerden hastane personel ikramiyelerini, işletme giderlerine yapılan ilaveleri ve özel teçhizat alımlarını karşılar. Üniversite hastaneleri, yatırım harcamalarında Devlet Planlama Teşkilatı'nın, döner sermaye kaynaklı harcamalarda da Maliye Bakanlığının gözetim ve denetimi altındadır.⁶²²

III.4.3.1.6. Milli Savunma Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri

926 sayılı Kanuna göre, görev yapan subay, astsubay ve bunların emekli, dul ve yetimleri ile silah altındaki er ve erbaşlara Milli Savunma Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri sağlık hizmetleri sunmaktadır.⁶²³

Milli Savunma Bakanlığı devlet kuruluşu olduğu için kendine bağlı hastane harcamalarının tamamı genel bütçeden karşılanmaktadır.⁶²⁴

Milli Savunma Bakanlığının yaptığı sağlık harcamaları; hastane harcamaları, ilaç harcamaları, ayaktan harcamalardır.⁶²⁵

III.4.3.1.7. Belediyeler

Belediyeler özel bütçeli kuruluşlar olarak sağlık harcaması yapabilen diğer kamu kurumudur. Fakat memurların tamamen genel bütçe hükümlerine tabi olduğu için Maliye Bakanlığınca almış oldukları ödenekleri kullanmaktadır. Kendilerine ait 1200

⁶²¹ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.82

⁶²² Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü., a.g.e., s.7.

⁶²³ Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, s.37.

⁶²⁴ IŞIK., a.g.e., s.64.

⁶²⁵ ORAL., a.g.e., s.175.

yataklı beş hastaneleri vardır.⁶²⁶ Belediyeler sağlık hizmetlerini kendilerine ait hastane ve diğer sağlık kuruluşları tarafından yerine getirmektedirler.⁶²⁷

Belediyenin sağlık giderleri; hastane harcamaları, koruyucu ve ayaktan tedavi, ilaç ve tıbbi malzeme giderleridir. Belediyelerin giderlerini tam olarak nereden karşıladıklarını saptamak güç olmakla birlikte, net açıklarını genel bütçeden kapatmaktadırlar.⁶²⁸

III.4.3.1.8. Kamu İktisadi Teşebbüslerinin

Kamu İktisadi Teşebbüsleri, birer kamu kuruluşu oldukları halde, özel hukuk kurallarına göre faaliyet göstermekte, sağlık alanında da çalışanlarına devlet memurlarının çok ötesinde avantajlar sunabilmektedir. Ayrıca anlaşmalı hekimler ve sağlık kuruluşlarından yararlanabilmektedirler.⁶²⁹

Kamu İktisadi Teşebbüslerinin sağlık harcamaları; hastane harcamaları, ilaç ve tıbbi malzeme harcamaları, ayaktan tedavi harcamalarıdır.⁶³⁰

Kamu İktisadi Teşebbüslerinin giderlerini tam olarak nereden karşıladıklarını saptamak güçtür. Net açıklarını da genel bütçeden kapatmaktadırlar.⁶³¹

III.4.3.1.9. Bakanlıklar

“Aktif devlet memurları ile eşleri, çocukları, ana ve babalarının, hastalık veya analık durumlarında oluşan sağlık harcamaları bağlı buldukları kurum veya kurumlarca karşılanmaktadır. Sağlık harcaması için her kurum ve kuruluş, bütçelerine ödenek koymak suretiyle sağlık harcamalarını finanse etmektedirler. Bütçe ödeneklerinin yeterli olmaması durumunda yeni ödenek tahsis edilir.”⁶³²

⁶²⁶ IŞIK., a.g.e., s.65.

⁶²⁷ ORAL., a.g.e., s.175.

⁶²⁸ Zühra YILDIZ., **Kamu Kesimi Açısından Sağlık Harcamaları**, Yayınlanmış Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir, 1992, s.80.

⁶²⁹ ORAL., a.g.e., s.176

⁶³⁰ a.k., s.177.

⁶³¹ YILDIZ., a.g.e., s.80.

⁶³² IŞIK., a.g.e., s.63.

Sağlık yardımlarına; muayene ve laboratuvar tahlilleri, ilaç ve tıbbi malzeme, hastanın yapması gereken yolculuk masrafları, dış tedavisi, protezler, gözlük ve işitme cihazlarının sağlanması gibi yardımlar dahildir.⁶³³

III.4.3.1.10. Fonlar

29.05.1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu ile fakir ve muhtaç Türk vatandaşlarına ve göçmen soydaşlarımıza yardım amacıyla Merkez Bankası nezdinde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu oluşturulmuş ve her il ve ilçede Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları kurulmuştur. Bu vakıflar, fakir ve muhtaçlara ayni ve nakdi yardımlar yanında, sağlık yardımları da yapmaktadırlar.⁶³⁴

Türkiye’de sağlık harcamalarına finansman sağlayan iki önemli fon vardır. Bunlar 3418 sayılı Eğitim, Gençlik, Spor ve Sağlık Hizmetleri Vergisinin ihdası ile oluşturulan Geliştirme ve Destekleme Fonu ile Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonudur.⁶³⁵

III.4.3.2. Özel Sağlık Harcamaları ve Finansmanı

Sosyal sigortalar veya genel vergilerle finanse edilen ulusal sağlık sistemlerinin olduğu ülkelerde ilave ve daha özel sağlık hizmet almak isteyenlerin ihtiyaçlarını karşılamak üzere özel sağlık sigortası şirketleri kurulmuştur.⁶³⁶

Özel sigortalılarının çoğu, bir sosyal sigorta kurumu tarafından sigortalı olmalarına rağmen özel kurumlarda verilen sağlık hizmetlerinden yararlanmak için özel sağlık sigortası primi ödemektedirler. Bazı özel sektör işverenleri çalışanlarına özel sağlık sigortasını ücret dışı ek olanak olarak sunarak, çalışanları adına özel sigorta primlerini

⁶³³ a.k., s.64.

⁶³⁴ ŞAKAR ., a.g.e., s.90.

⁶³⁵ ORAL., a.g.e., s.178.

⁶³⁶ ÖZÇATAL., a.g.e., s.21.

tamamen ya da kısmen öderler. Genellikle bankaların, sigorta şirketlerinin, ticaret odalarının ve bilgisayar şirketlerinin çalışanları bu tarz özel sağlık sigortası ile sigortalanırlar.⁶³⁷ Özel sağlık sigortalarının sağlık Harcamaları hastane harcamaları, hekim harcamaları, diş hekimi harcamaları ve ilaç giderleri olmak üzere dört temel gruptan oluşmaktadır.⁶³⁸

III.4.3.3. Dış Finansman Kaynakları

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanına katkıda bulunan en önemli uluslararası kurum Dünya Bankasıdır. 1990’larda uygulanan ve toplam maliyeti 150 milyon Amerikan Doları olan Birinci Sağlık Projesi’nin finansmanı 75 milyon Amerikan Doları Dünya Bankasından kredi olarak, diğer yarısı da devlet bütçesinden karşılamıştır. 250 milyon dolarlık İkinci Sağlık Projesi’nin finansmanı ise 150 milyon dolarını Dünya Bankası kredisi, geri kalanı da devlet bütçesinden karşılanmıştır. Birinci projede harcanan miktarın %80’i altyapının yenilenmesi ve geliştirilmesi için (yeni donanım alınması, yeni hastaneler inşa edilmesi, tesislerin yenilenmesi) harcanmış, geri kalanı ise eğitim ve yönetimin geliştirilmesine ayrılmıştır. İkinci proje ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve sağlık reformlarına odaklanmıştır.⁶³⁹

III.4.4. Toplam Sağlık Harcamaları ve Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Oranı

Sağlık Bakanlığı’na ayrılan payların oranı, sağlık hizmetlerinin finansmanını değerlendirirken kullanılacak en önemli göstergelerden biridir. Bu oranı 10 yıldır %3 civarında seyretmektedir. Zaten bu oran Cumhuriyet tarihi boyunca %5’in üzerine

⁶³⁷ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.48.

⁶³⁸ ORAL., a.g.e., s.179.

⁶³⁹ SAVAŞ, KARAHAN, SAKA., a.g.e., s.50.

çıkamamıştır. Dünya Sağlık Örgütü gibi kuruluşlar, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelere, genel bütçelerinin en az % 10'unu Sağlık Bakanlığı'na ayırmalarını önermektedir.⁶⁴⁰

Uluslararası karşılaştırmalar bütçe payı göstergesi bakımından ülkemizin durumunu daha açık ortaya koymaktadır. Türkiye bu konuda Batı ülkeleri karşısında olumsuz bir durumdadır. Diğer ülkeler örneğine bakarsak; Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçedeki oranı Yunanistan'da %7, Almanya'da %17, Avusturya'da %14, Çek Cumhuriyeti'nde %18, Fransa'da %16, Hollanda'da %15, İspanya'da %16, Portekiz'de %9, Romanya'da %7'dir.⁶⁴¹

Buradan anlaşıldığı gibi batı ülkeleri arasında sağlığa en az pay ayrılan ülke Türkiye'dir. Bakanlığın bu derece az kaynakla sağlık hizmetleri seviyesini yükseltmeyeceği ortadadır. Sağlık Bakanlığı kaynaklarının yetersizliğinin sonucunda, yataklı tedavi kurumlarının giderek daha büyük bir kısmı gelirlerini döner sermayeye dayandırmak zorunda kalmış, döner sermaye türü finansmanda, hizmeti kullanım anında yurttaşların cebinden daha fazla para çıkmaktadır. Bugün sağlık ocakları da benzer kaynak yaratma yöntemini kullanmaktadır. Fakat unutulmamalıdır ki döner sermaye uygulaması sağlıktaki eşitsizlikleri arttıracaktır.⁶⁴²

Kendi gelir grubundaki ülkeler içinde Sağlık Bakanlığı'na en düşük kaynak ayıran ülke Türkiye'dir. Örneğin bu oran; Brezilya'da %6, Kosta Rika'da %22, Grenada'da %10, Estonya'da %16, Panama'da %19'dur.⁶⁴³

III.4.5. Türkiye'de Sağlık Finansmanı Sorunları

⁶⁴⁰ ATALAY., a.g.e., s.30.

⁶⁴¹ a.k., s.31.

⁶⁴² a.k., s.31.

⁶⁴³ a.k., s.31.

Daha öncede bahsedildiği gibi Türkiye’de sağlık hizmetlerine devlet bütçesinden ayrılan pay çok düşüktür ve bu durum sağlık sorunlarının temelini oluşturmaktadır.⁶⁴⁴

Sağlık Bakanlığı bütçesinden, hastanelerin ihtiyaçları için ayrılan ve hastanelere gönderilen ödenekler (ilçe malmüdürlükleri aracılığı ile harcanan ödenekler) çok yetersiz miktarlarda olup yataklı tedavi kurumlarının ihtiyaçlarına cevap verememektedir. Bu ödeneklerle ancak maaşlar ve çalışanların tedavi giderleri ödenebilmektedir. Ödeneklerin yetersizliği nedeniyle tıbbi araç ve gereçlere harcama yapılamamaktadır. Bu ödenekler sadece yeni kurulan ve döner sermaye işletmesi bulunmayan hastanelere gönderilebilmektedir. Döner sermaye işletmesi bulunan hastanelere hemen hemen hiç ya da çok az gönderilmektedir.⁶⁴⁵ Bu durum ertelenemeyen sağlık hizmetlerinin finansmanında ve kesintisiz devamında önemli sakıncalara yol açabilir. Çünkü her hastanenin ihtiyacı bir diğerinden çok farklı olabilmektedir.⁶⁴⁶

Maliyet muhasebesi tekniklerinin kullanılmamasından dolayı sağlık hizmetlerinde bütün gider unsurları maliyetlere net olarak yansıtılmamaktadır. gerçek maliyetler hizmetlerin fiyatlandırılmasında yeterince dikkate alınmamakta, hizmetin bedelinin ancak bir kısmı kullanıcıdan veya bağlı bulunduğu sigorta kurumundan alınmaktadır. Sübvansiyon edilmiş olan sağlık hizmetlerinden sadece ihtiyacı olan değil, gelir düzeyine bakılmaksızın herkes aynı ücreti ödemek suretiyle yararlanabilmektedir. Böyle yanlış bir sübvansiyon uygulamasıyla kaynaklar yanlış yönlendirilmekte, asıl ihtiyacı olanlara doğrudan bir sübvansiyon sağlamamaktadır. Finansman ve hizmet sunumunun

⁶⁴⁴ IŞIK., a.g.e., s.69

⁶⁴⁵ EMEK., a.g.e., s.52

⁶⁴⁶ a.k., s.53.

aynı elde toplandığı kurumlarda (Sağlık Bakanlığı ve SSK gibi) hizmetin planlanmasında ve sunulmasında sorunlar ortaya çıkmakta, denetim mekanizması işletilememektedir.⁶⁴⁷

Sağlık kurumları arasındaki işbölümü sorunları, koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, yatırım ve teçhizat yetersizliği, istihdam politikalarındaki yanlışlıklar kaynak kullanımında verimsizliğe neden olmaktadır.⁶⁴⁸

Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu sağlık harcamalarının payı oldukça düşüktür. Bu oran 1998 yılında bine 8’dir. Geriye kalan yüzde 99.9’luk kısım tedavi edici sağlık hizmetlerine yöneltilmektedir.⁶⁴⁹ Temel sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmemesi, sağlık hizmetlerinin hastane ağırlıklı olmasına yol açmıştır.⁶⁵⁰

Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili önemli diğer bir noktada, bu alanda yapılan harcamaların tümünün Sağlık Bakanlığı tarafından yapılıyor olmasıdır. Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine ayırdığı payı, 1992’de %7.2 iken, 1998’de %3’e gerilemiş, buna karşılık hastane harcamalarının payı %51.1’den %63.9’a yükselmiştir.⁶⁵¹

Türkiye’de sağlık harcamaları içinde özel harcamaların oranı %26’dır ve bunun büyük bir kısmı tedavi edici sağlık hizmetlerine yapılmaktadır. Ülkemizde bu oranın yüksekliğinin sebepleri; sosyal güvenlik sisteminin kapsamının daralması, kamu sağlık kurumlarında giderek daha fazla tıbbi işlem için para alınmaya başlanması, sosyal güvenlik şemsiyesi altındaki yurttaşların bile cepten ödeme yapmadan sağlık hizmeti alamamasıdır.⁶⁵²

⁶⁴⁷ IŞIK., a.g.e., s.68.

⁶⁴⁸ a.k., s.68.

⁶⁴⁹ ATALAY., a.g.e., s.32.

⁶⁵⁰ IŞIK., a.g.e., s.68.

⁶⁵¹ ATALAY., a.g.e., s.32

⁶⁵² a.k., s.33.

Ayrıca, bütçeden bölgelere ya da daha alt düzeylere kaynak ayrılırken ağırlıklı olarak siyasi bir kaynak tahsisi yapılmakta, bilimsel parametreler önemsenmemektedir.⁶⁵³

Türkiye ile diğer ülkeler arasındaki bir diğer karşılaştırma da, ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren ortalama ömür ve bebek ölüm oranlarıdır. Gelişmiş olan ülkelerde ortalama ömür 78 yıl ve bebek ölüm hızı % 0,6 ile % 0,9 iken, Türkiye’de ortalama ömür 68 yıl ve bebek ölüm hızı ise % 0,47’dir. Kişi başına düşen milli gelir arttıkça bebek ölüm hızı azalmaktadır.⁶⁵⁴ Görüldüğü gibi gelişmiş olan ülkelerle gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık göstergeleri arasında büyük farklar bulunmaktadır. Türkiye ele alınan göstergeler bakımından gelişmekte olan bir ülkenin sağlık göstergelerine sahiptir.⁶⁵⁵

Kesin olmamakla birlikte ülke nüfusunun % 65-70’nin sağlık açısından sosyal güvence altında olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca sosyal güvenlik kapsamında olduğu halde kendisine sağlanan hizmetleri kullanmayarak, özel hizmet alan ve özel sağlık sigortası yaptıran kişiler de bulunmaktadır. Toplanan primler sağlık dışı amaçlara yönelik kullanılmakta, özellikle SSK ve Bağ-Kur’un gelir-gider açıkları bütçeden yapılan transferlerle giderilmeye çalışılmakta ve bu transferlerin bütçe üzerindeki yükü giderek artan bir seyir izlemektedir.⁶⁵⁶

III.5. Sağlık Hizmetlerinde Değişim

⁶⁵³ Hasan Hüseyin YILDIRIM, “Avrupa Birliği Sürecinde Kamu Hastanelerinde Değişim Dinamiği,” www.absağlık.com. 28.12.2005

⁶⁵⁴ IŞIK., a.g.e., s.71.

⁶⁵⁵ a.k., s.72.

⁶⁵⁶ a.k., s.68.

Dünyada olanakların gelişmesi ve yenilikler'e bağlantılı olarak insanların sağlık hizmetlerinden beklentileri yükselmiştir. Böylece tüm dünya ülkeleri hizmet sunumu ve sağlık verilerinin iyileştirilmesi için sürekli bir çaba içine girmişlerdir.⁶⁵⁷

III.5.1. Dünyada ve Kamu Yönetiminde Değişim

Kamu sektöründe gözle görülür değişimler 1981 yıllarında başlamıştır. Bu dönemde yeni sağ politikalar gündeme gelmiş ve ardından tüm dünya ülkelerini az ya da çok ilgilendirecek reform sürecine girilmiştir. Bu süreçle birlikte yönetimin yeniden yapılandırılması, kamu sektörünün küçültülmesi, kamu işletmeciliği, devletin minimize edilmesi, sivil toplumun yeniden keşfi, yerinden yönetim ve yönetişim kavram ve uygulamaları yaygınlık kazanmaya başlamıştır.⁶⁵⁸

Bütün bu sıralanan gelişmeler neticesinde kamu hizmetlerinin yapı, işleyiş, fonksiyon ve sunumlarında önemli değişiklikler gündeme gelmiş ve hayata geçirilmiştir. Yeni kamu yönetimi anlayışı temellerini yeni sağ ideolojisinden almıştır. Yeni sağ düşüncesinin temeli özelleştirme, rekabetçi alternatifler ve pazar temelli bazı yöntemlerle devletin rolünü azaltmaktır. Bu düşüncenin etkisiyle birçok ülke yaygın özelleştirme çabalarına girmiştir. Kamu örgütlerinin yenide düzenlenmesinde devletin ana fonksiyonunun direkt hizmet sunumu olmaktan çıkartılıp düzenleyici, denetleyici ve yol göstericilik rollerine çevrilmesinde ve pazar temelli yaklaşımların kamu sektöründe de kullanılmaya başlanmasında, kamu işletmeciliği anlayışının etkileri vardır.⁶⁵⁹

II.5.2. Sağlık Hizmetleri Boyutundaki Değişim

Son yıllarda, bilgi ve iletişim teknolojisinin gelişimiyle sağlık sektöründe gelişimler kendisini hissettirmiştir. Teknolojinin gelişimine bağlı olarak halkın bilgi düzeyi

⁶⁵⁷ Feyzullah ŞAHİN, **Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Sağlık Eğitimi Faaliyetleri**, Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara 2005

⁶⁵⁸ BALCI., a.g.e.,

⁶⁵⁹ BALCI., a.g.e.,

yükselmiş, pek çok hastalığın tanı ve tedavisi olanaklı hale gelmiş, doğuştan beklenen yaşam süresi uzamıştır.⁶⁶⁰

Sağlık hizmetlerine olan talep beraberinde sağlık harcamalarını da artırmış, sosyal güvenlik kurumlarına ve kişilere aşırı mali yük binmesine neden olmuştur. Böylece hizmet sağlayıcıları, sürekliliğinin sağlanabilmesi için yeni arayışlara girmiştir. Çözüm olarak birçok strateji arasından öncelik belirleme ön plana çıkmıştır. Öncelik belirleme, yanlış kaynak tahsisinin önlenmesi, sağlıkta eşitsizliğin giderilmesi, verimsizliğin önüne geçilmesi ve giderek artan maliyetler karşısında mevcut kaynakların daha etkili kullanılmasıdır.⁶⁶¹

III.5.2.1. Dünyada Sağlık Hizmetlerinde Görülen Değişim Dinamikleri

Kamu yönetimi anlayışını şu üç başlık altında inceleyebiliriz;

1-Gerçek anlamda pazar temelli reformlar; tedarikçi rekabetin sağlanması ve kullanıcıların hizmetin bir kısmını ödemesi yaklaşımları gibi,

2-Sözde pazar temelli reformlar; tedarikçi ve satın alıcı ayrımı, kontratların yapılması, yönetsel otonomi sağlanması ve diğer rekabeti teşvik edici yöntemler gibi,

3-Desantralizasyon.

Liberalleşme eğilimlerinin temel hedefleri, rekabete dayalı bir pazarın oluşturularak verimliliğin artırılması ve eşitliğin sağlanması ile hizmet sunumu ve finansmanın birbirinden ayrılmasıdır. Özel sektörün de sağlık hizmetlerinde daha fazla rol almaya başlaması, pazar temelli bazı yaklaşımların kamu sağlık sistemlerinde yansıma bulması, devlet-özel sektör ortaklıkları, sağlık alanında rekabetin teşvik edilmesi, sivil toplumun yönetsel bir aktör olarak politika oluşturma ve hizmet sunum süreçlerinde bir

⁶⁶⁰ ŞAHİN., a.g.e.,

⁶⁶¹ a.k.,

ortak olarak kabul edilmesi, daha fazla özerklik ve desantralizasyonun sağlanması bu yaklaşımların örneklerindedir.⁶⁶²

Dünyanın birçok ülkesinde sağlık hizmetlerine talebin artması ve buna karşın kaynakların yetersiz kalması artan talebi etkili bir şekilde karşılamak üzere yeni arayışlara sürüklenmiş böylece sağlık sistemlerinin reform süreci başlamıştır. Bu sorunlar Türkiye için de söz konusu olup uzun yıllardan beri “Sağlıkta Reform” çalışmaları başlığı altında sağlık sisteminde iyileştirme yapmayı amaçlayan projeler gündeme gelmiştir.⁶⁶³

III.5.2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Görülen Değişim Dinamikleri

Türkiye’de sağlık sektöründe küreselleşme yaklaşımı ilk defa 1982 Anayasası ile gündeme gelmiş, liberalizme olanak tanıyan hükümler yer almıştır. Ardından gelen ikinci çalışma 1987 yılında Mecliste kabul edilen fakat bazı maddeleri Anayasa Mahkemesince iptal edilen 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”dur. Daha sonra da ilk ikraz anlaşması “Birinci Sağlık Projesi” 07 Ekim 1990 tarihinde imzalanarak 20658 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Bu sürecin getirdiği anlayış günümüze kadar etkisini derinleştirerek sürdürmüştür.⁶⁶⁴

1980’li yıllarla birlikte Türkiye’de de serbest pazar temelli yaklaşımlar gündeme gelmiş, kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması, ekonomide liberal politikaların izlenmesi ve özelleştirme sıkça tartışılan başlıca konular olmuştur. Bunların sağlık sektörüne yansımaları 1990’lı yıllardan sonraki süreçte gündeme gelmiştir.1989 yılında DPT tarafından yaptırılan sağlık sektörü master planında sağlıkta hizmeti sunanla ödemesini yapan kurumların ayrılması gerektiği belirtilmiştir.⁶⁶⁵

⁶⁶² Rifat ATUN, “Kamu ve Sağlık Sektöründe Değişim”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Temmuz-Ağustos, Sayı:40, Ankara, s.1155.

⁶⁶³ BALCI., a.g.e., s.11.

⁶⁶⁴ ŞAHİN., a.g.e., s.

⁶⁶⁵ BALCI, a.g.e., s.

Sağlık bakanlığı iyi organize edilmiş, modern sağlık hizmetleri sisteminin toplumun tüm kesimlerini kapsamayı, ulaşılabilir olması, hakkaniyeti sağlaması, hizmetin kalite ve verimliliği içermesi amaçlanmıştır.⁶⁶⁶

III.5.2.3. Mevcut Durum

Türkiye sağlık sisteminin mevcut durumu değerlendirildiğinde çok da iç açıcı bir durum olmadığı gözlenmektedir. Dünya Bankası değerlendirmelerine göre Türkiye;⁶⁶⁷

- Sağlık statüsü bakımından orta gelir düzeyindeki ülkelerin birçoğundan geri durumda bulunmakta,
- Yaşam süresi beklentisi açısından OECD ortalamalarının yaklaşık on yıl gerisinde,
- Anne ve bebek ölümleri açısından orta gelir düzeyindeki ülkelerin en üst sıralarında,
- Kadınların 2/3'sinden daha azı doğum öncesi yardım almakta,
- Doğumların yalnızca 2/5'sinde bir hekim hazır bulunmakta,
- Çocukların 2/3'si tam olarak aşılamaadığı bir ülkedir.

Bu tablodan Türkiye'de sağlık sisteminin sonuçlara ulaşma açısından iyi bir performans göstermediği söylenebilir.⁶⁶⁸

Türkiye'de sağlık harcamalarının 2000 yılında GSMH içindeki payı % 4.3 tür. Oysa OECD ülkeleri ortalaması 1997'de % 7.9'dur. Üstelik ABD, İngiltere ve Fransa gibi ülkelerde sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı % 10 civarında seyretmektedir.⁶⁶⁹

İstatistiksel açıdan önemli bir başka rakam da genel bütçeden sağlığa ayrılan payın oldukça düşük olmasıdır. Özellikle son yıllarda sağlık sektörü genel bütçeden % 2.5 civarlarında bir pay almayı sürdürmektedir. Dolayısıyla Türkiye OECD ülkeleri arasında

⁶⁶⁶ a.k., s.11.

⁶⁶⁷ a.k., s.72.

⁶⁶⁸ a.k., s.73.

⁶⁶⁹ a.k., s.74.

sağlığa en az mali kaynağı ayıran ülkeler arasında bulunmaktadır. Bu da sağlığa ayrılan kaynakların artırılmasının gereğini bir kez daha vurgulamaktadır.⁶⁷⁰

Sağlık göstergeleri açısından diğer olumsuzluk da, kırsal alanlar ile kentler arasında ve doğu bölgeleri ile batı bölgeleri arasında önemli farklılıkların bulunmasıdır. Sağlık personelinin büyük çoğunluğu Ege ve Akdeniz bölgeleri olmak üzere büyük illerde toplanmakta, hekimlerin yaklaşık % 48'i, uzman hekimlerinse %56'sı üç büyük il olan Ankara, İstanbul ve İzmir'de yoğunlaşmaktadır. Bu ise sağlık kaynaklarının, donanımının ve personelinin ülke genelinde iyi dağıtılmadığının ve kullanılmadığının bir göstergesidir.⁶⁷¹

III.5.3. Kamu Yönetimi Reformu ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma

Kamu reformu, bireylerin değişen ve çeşitlenen ihtiyaçlarına cevap vermek, ülkenin Avrupa Birliği'ne entegrasyonunu ve demokratikleşme sürecimizi derinleştirmek açısından öncelikle ele alınması gereken bir konudur.⁶⁷²

Türkiye'de devletin yeniden yapılandırılması, 1979 Stand by Anlaşması'nın ardından, Dünya Bankası ile imzalanan 5 SAL (Structural Adjustment Loan - Yapısal Uyarlama Kredisi) ile başlatılmıştır. Türkiye bu beş anlaşma ile 1,6 milyar dolar kredi almıştır. KİT'lerin tasfiyesi, enerji sisteminde özelleştirme, Türkiye'de mali sermayenin küresel ilişkilerini kuracak para ve sermaye piyasalarının kurulması ve işletilmesi, tarım sektöründe gübre, tohum, ilaç, makine gibi girdilerde devlet tekelinin kırılması bu anlaşmalar ile başlatılmıştır.⁶⁷³

⁶⁷⁰ a.k., s.75.

⁶⁷¹ a.k., s.74.

⁶⁷² "Kamu reformunun temel ilkeleri", <http://www.tusiad.org/yayin/gorus/57/4.pdf> 12.04.2007

⁶⁷³ "Devletin Yeniden Yapılandırılması", http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/3.html 01.01.2006

1983 ve izleyen yıllar, sağlık alanı ve diğer alanlar olmak üzere, ülkemizde “idari reform, yeniden yapılanma” söyleminin gündeme geldiği ve bu yönde uygulamaların olduğu bir dönemin başlangıcıdır.

Aslında idari reform 1950 ve özellikle 1960’lı yıllarda ulusal tartışma gündeminden hiç düşmemiştir. Ama 1983 sonrası dönemin idari reform söylemi ve uygulamalarının daha önceki dönemlerden gerek içerik ve gerekse yöntem olarak oldukça önemli farklılıkları bulunmaktadır.⁶⁷⁴

Kamu yönetimi sisteminin, toplumun gereksinimlerini karşılamada etkin bir araç durumuna dönüştürülebilmesinin ön koşullarından birisi olarak, gelişen ve değişen koşullara ayak uydurulmasını sağlayıcı yönde sürekli yenilenmesi çabalarını ifade etmek üzere kullanılan, idari reform kavramı, çağdaş merkezileşmiş devlet gücünün kurumsallaşması ile başlayan tarihsel süreçte ortaya çıkmıştır.⁶⁷⁵

III.5.3.1. Türkiye’de Sağlık Reformu Çalışmaları

Kısaca sağlık reformu, sağlık sektörünün performansını ve işlevselliğini, nihai olarak da toplumun sağlık düzeyini geliştirmek üzere planlanmış ve hükümetçe rehberlik edilen, politika ve kurumsal düzenlemelerdeki yapısal değişim sürecidir.⁶⁷⁶

Türkiye’de, Cumhuriyetimizin kuruluş yıllarından bu yana sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar, Refik Saydam, Behçet Uz ve Nusret Fişek öncülüğünde yapılan çalışmalar ve sonrası olarak sıralanabilir.⁶⁷⁷ Bu çalışmalardan en önemlisi 1961 yılında yasalaşan ve 1963 yılında uygulanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesidir.⁶⁷⁸

⁶⁷⁴ ATALAY., a.g.e., s.51.

⁶⁷⁵ a.k., s.51.

⁶⁷⁶ Coşkun BAKAR, Seval AKGÜN, “Türkiye’de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye,”

Toplum ve Hekim Dergisi, cilt 20, sayı 5, İstanbul 2005, s.340.

⁶⁷⁷ ŞAHİN., a.g.e., s.12.

⁶⁷⁸ ATALAY., a.g.e., s.52

Dünya Bankası, 1960'lı yılların sonundan beri sağlıkla ilgilenmekte ama sağlık alanında egemen oluşu 1980'lerde yaygınlaşan “yapısal uyum projeleri”nin sıkıntılarını azaltmak gerekçesi ile başlatılan girişimlerden sonra mümkün oldu.⁶⁷⁹ Dünya Bankası sağlık politikalarının belirlenmesinde liderlik işlevine sahip olan bir uluslararası kuruluş olmaya yönelik girişimleri de 1980'lerde gündeme gelmeye başlamıştır.⁶⁸⁰ 1990'ların başında uluslararası sağlık alanında en etkin örgüt haline gelmiştir. Sağlık alanında, Dünya Sağlık Örgütü'nün etkisi azalmış, Dünya Bankası'nın etkinliği artmıştır. Dünya Bankasının artan etkinliği bu dönemde şekillenen yenedünya düzeninde, bu örgütlerin rollerindeki değişimin göstergesidir.⁶⁸¹ Bu yıllarda, mevcut durumun sorun olduğu anlayışına dayanan reform mantığı baskın olan yaklaşımlar görülmektedir.⁶⁸²

1980'lere kadar uzanan sürede temel problem, daima hizmetin iyileştirilmesi ve bu yönde sağlık altyapısının ve örgütlenmesinin daha iyi duruma getirilmesiyle 1950'lerden itibaren sağlık örgütünün büyüyüp genişlemesine paralel olarak, sağlık örgütünün bizzat kendisinin de problem olarak algılanmaya başlanmış ve sağlık örgütünün yeniden düzenlenmesi yönünde çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Ayrıca bu dönemdeki çalışmaların odaklandığı diğer bir konu, gittikçe gelişen ve büyüyen sağlık hizmetlerinin mali boyutu, yani sağlık finansmanı olmuştur.⁶⁸³

Sağlık Bakanlığı bu yaklaşım çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin işleyişiyle doğrudan ilgili mevzuat, örgütlenme ve yönetim, insan kaynakları, finansman ve hizmet sunumuyla ilgili sorunlara yönelik kalıcı çözümler bulmak amacıyla dünyadaki gelişmelerle uyumlu bir dizi çalışma başlatmıştır. Bu çalışmanın ilk amacı tasarlanan

⁶⁷⁹ Ata SOYER, “Dünya Sağlık Örgütü, Alma Ata Bildirgesi, İdeoloji vb. Üzerine...”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, cilt 17, sayı 2, İstanbul 2002, s.114.

⁶⁸⁰ Semih ŞEMİN, Gazanfer AKSAKOĞLU, “Dünya Bankası ve Sağlık: Gerçekleri Görmek Bu Kadar Zor Mu?”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, cilt 13, sayı 6, İstanbul 1998, s.417.

⁶⁸¹ ATALAY., a.g.e., s.55

⁶⁸² ŞAHİN., a.g.e., s.12

⁶⁸³ ATALAY., a.g.e., s.52.

sisteme geçişi sağlayacak ve mevcut sistem içinde yapılabilecek, geleceğe hazırlık olan, bütünün parçaları olacak projelerin geliştirilmesi ve uygulanması (sağlık projesi); ikincisi ise geçilmesi düşünölen bir sağlık sisteminin tasarlanması ve bu tasarıyla beraber gerekli düzenlemelerin hazırlanmasıdır.⁶⁸⁴

Birinci amaç çerçevesinde, 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ve Ulusal Sağlık Politikası geliştirilmesi çalışmaları yer almaktadır. Bu yöndeki yönelimin çerçevesini belirleyen çalışma, 1988 yılında Dünya Bankası uzmanları ile birlikte, sağlık sektörünün finansman yapısı incelenmesi ve Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından Price Waterhouse Danışmanlık ve Ankon Danışmanlık Firmalarına 1990 yılında hazırlatılan “Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü”ne dayanmaktadır. Devamında Dünya Bankası ve Sağlık Bakanlığı arasında Birinci, İkinci Sağlık Projeleri ve Temel Sağlık Hizmetleri Projesi ikraz anlaşmaları imzalanmıştır.⁶⁸⁵

İkinci amaç için hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile geçmişteki sağlık projelerinden çıkarılan derslerle, gelecekte geçilmesi düşünölen sağlık sisteminin tasarlanması ve tasarlanan sisteme geçişin kolaylaştırılması amaçlanmaktadır.⁶⁸⁶

Kısacası, 1990 sonrası sağlık reformları Dünya Bankası ile yapılan sağlık anlaşmalarının paralelinde somutlaşmış, reform çalışmalarının adı “Sağlık Projeleri” olmuştur. Oluşturulan sağlık projelerini yürüten birim, Sağlık Bakanlığı bünyesinde oluşturulan Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü’dür.⁶⁸⁷

Sağlık reformlarının amaçları genelde; maliyetleri sınırlama, sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak ve tüketicileri memnun etme, nüfusun büyük çoğunluğunu sağlık güvencesi kapsamına alma, eşitliği sağlama, daha fazla verimlilik ve

⁶⁸⁴ ŞAHİN., a.g.e., s.12.

⁶⁸⁵ a.k., s.13.

⁶⁸⁶ a.k., s.13.

⁶⁸⁷ ATALAY., a.g.e., s.54.

mevcut kaynakların daha etkili bir şekilde kullanımı, sağlık hizmetlerini daha ulaşılabilir kılma şeklinde belirtilmektedir.⁶⁸⁸

III.5.3.2. Kamu Reformunun Gerekçeleri

Sağlık sisteminde yaşanan sorunları siyasal kaynaklı, organizasyonel yapı ile ilgili, finansal ağırlıklı olarak üç grupta toplamak mümkündür. Siyasal kaynaklı sorunlar bağlamında, Sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı'nda toplanmış olması ve siyasi etkilerin yoğunluğu, sivil toplum örgütleriyle yeterince işbirliği yapılamaması nedeniyle çoğu kez sağlık politikaları dönemsel nitelikli olmakta, her iktidar değişikliğinde Sağlık Bakanlığı'nın temel hedeflerinin gerçekleşmesinde önemli rolleri olması gereken bürokratik yapı da değişmekte ve uzun vadeli, istikrarlı bir sağlık politikası ve eylemi oluşturulamamaktadır. Organizasyonel sorunlar bağlamında, merkeziyetçi yapıdan kaynaklanan, insan kaynaklarının doğru bir şekilde koordine edilememesinden, görev tanımı ve denetimsizlik gibi sorunlardan ortaya çıkan bazı faktörlerden bahsedilebilir.⁶⁸⁹ Finansal sorunlar bağlamında ise nüfus artışı, demografik değişiklikler, daha pahalı hastalıkların yaygınlaşması, halkın beklentileri ve teknolojik yenilikler ile gelişmeler sağlık kaynakları üzerinde artan bir baskı oluşturmaktadır.⁶⁹⁰

Türkiye sağlık sisteminde; kaynakların yetersizliği, hizmet kalitesinde istikrarsızlık, tıbbi standartlarda düşüş, kısıtlı arza rağmen kaynakların kötü kullanımı ve sağlık sisteminde düşük verimlilik Türkiye Sağlık Reformları'nın gerekçelerini oluşturmaktadır.⁶⁹¹

⁶⁸⁸ Buse KENT and Walt GILL. (1996), "Aid Coordination For Health Sector Reform: A Conceptual Framework For Analysis And Assessment" **Health Policy** 38: 173-187.

⁶⁸⁹ BALCI., a.g.e., s.77.

⁶⁹⁰ Sağlık Bakanlığı., **Türkiye Sağlık Reformları**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara 1998, s.19.

⁶⁹¹ BAKAR, AKGÜN., a.g.m., s.344.

TODAİE'nin KAYA raporunda gerekçeler şu şekilde ifade edilmektedir:⁶⁹²

- Hizmetlerin değişen ve gelişen koşullara uyumlu duruma getirilmesi,
- Yeni teknolojilerin sisteme kazandırılması ve teknoloji kullanımından kaynaklanan sorunlar,
- Yönetim ile sosyo-ekonomik yapı ve siyasi düzen ilişkilerindeki uyumsuzluklar,
- Devletin görev ve sorumlulukları konusunda yönetim felsefesinde ortaya çıkan değişimler.

“Sağlıkta kaynakların etkin kullanılması, hizmetle yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici tatmininin artırılması amacıyla sistem: finansman, yönetim ve organizasyon, insangücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutları itibariyle yeniden yapılandırılacaktır. Sağlık politikalarına süreklilik kazandırılacak, yasaların kararlılıkla uygulanması sağlanacaktır.”⁶⁹³

Yapılan çalışmalar Sağlık Bakanlığı'nın aşırı merkezîyetçi yapısını eleştirmekte ve bunun siyasallaşma eğilimlerine hizmet eden bir duruma yol açtığı belirtilmektedir. Bunun çözümü olarak, Sağlık Bakanlığı'nın asıl görevinin plan ve politika belirleme, standartları sağlama ve denetim görevlerine yoğunlaşması, yetkilerini ise daha alt kademelere devrederek desantralizasyonu sağlaması yolu önerilmektedir.⁶⁹⁴

III.5.3.3. Kamu Yönetimi Reformu

Bugün ülkemizde yoğun olarak tartışılan “Kamu Reformu”, bir dizi yasa

⁶⁹² TODAİE., **Kamu Yönetimi Araştırması, KAYA Projesi**, Genel Rapor, TODAİE yayını, Ankara1991, s.1-2.

⁶⁹³ DPT, **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, (1996-2000)**, DPT Yayını, Ankara1995, s.45.

⁶⁹⁴ BALCI., a.g.e., s.47.

tasarısının toplamından oluşmaktadır.⁶⁹⁵ Bunlar; 58. ve 59. hükümetler tarafından hazırlanarak gündeme getirilen Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı, Belediye Kanunu Tasarısı ile İl Özel idaresi Kanunu Tasarısıdır. Belediye Kanunu Tasarısı ile İl Özel idaresi Kanunu Tasarısı yasalaşmıştır.⁶⁹⁶

Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısının amacı, katılımcı, saydam, hesap verebilir, insan hak ve özgürlüklerini esas alan bir kamu yönetiminin oluşturulması; kamu hizmetlerinin adil, süratli, kaliteli, etkili ve verimli bir şekilde yerine getirilmesi için merkezi idare ile mahalli idarelerin görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi; merkezi idare teşkilatının yeniden yapılandırılması ve kamu hizmetlerine ilişkin temel ilke ve esasları düzenlemektir.

Kamu Yönetimi Temel Kanunuyla sağlık alanında da diğer alanlarda ortaya çıkan tıkanıklığın aşılması için tıkanıklığa yol açan etkenler alternatifi olmayan çözüm yolları olarak karşımıza çıkarılmakta, merkezin yetkileri çevreye dağıtılmaktadır. Yetkilerin merkezden yerele devri (desantralizasyon) mucizevi küresel çözüm olarak görülmektedir. “Merkezdeki tıkanıklığa alternatif olarak yerel güç odakları (tarikatlar, etnik yapılar, mafyatik çıkar grupları, aşiretler, yerel sermaye gurupları vb.) öne sürülmektedir. Merkezi bürokrasi tasfiye edilmekte yerine kuralsız, sakınımsız, dizginsiz bir yerel bürokrasi geçirilmektedir.”⁶⁹⁷

Tasarının 7. maddesinde, adalet, savunma, güvenlik, dış politika, maliye ve hazine hizmetleri, dış ticaret, gümrük, haberleşme ve ulusal düzeyde ulaşım hizmetleri merkezi idarenin görevleri arasındadır. Sağlık konusu merkezi idarenin görevleri arasında değildir. Tasarı sağlık alanında merkezi idareye, ulusal düzeyde koruyucu sağlık, aile

⁶⁹⁵ ATALAY., a.g.e., s.59.

⁶⁹⁶ BALCI., a.g.e., s.49.

⁶⁹⁷ “Kamu “Reformu”nun Sağlık Alanına Etkileri Nelerdir?”, <http://www.ses.org.tr>. 25.11.2005

planlaması ve ana çocuk sağlığı hizmetleri konusunda görevler vermektedir. Sağlık alanı parçalara ayrılmış bir kısmı (koruyucu sağlık, aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı) merkezi idareye bırakılırken, diğer sağlık hizmetleri yerel yönetimlere bırakılmıştır. Yasa merkezi idare tarafından verilecek olan hizmetleri tek tek saymakta, bunların dışında kalan, mahalli müşterek niteliği olan bütün hizmetlerin yerel idareler tarafından verileceğini belirtmektedir. Yasa bütünsel bir sağlık hizmetinden yana değil parçalı ve bölgesel bir sağlık sisteminden yanadır.⁶⁹⁸

Tasarıda birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri, “Birinci basamak sağlık hizmeti; koruyucu hizmetlerle bir arada veya ayrı olarak, aile doktorları, kurum hekimleri, işyeri hekimleri tarafından ve diğer sağlık kuruluşlarınca genellikle evde ve ayakta verilen sağlık hizmeti” olarak tanımlanmaktadır.⁶⁹⁹ Yasa sağlığı bir hak olarak görmekte, bu hak, sağlık hizmeti sunulan her yerde ve hizmetin her aşamasında göz önünde bulundurulur demektedir. Hekim seçme hakkı da tanıyan yasa bu hak kullanıldığında, mevzuat ile belirlenen ücret farkı, hasta tarafından karşılanır, hükmü getirmektedir.⁷⁰⁰

Yasa merkezi idarenin görev sınırlarını çizerken Sağlık Bakanlığı’nın görevini de belirlemektedir. Yasaya göre Sağlık Bakanlığı; sağlık hizmetlerine ilişkin ulusal politikaları ve standartları belirtmek, kalkınma planları ile ulusal ve bölgesel planları hazırlamak ve uygulamak, bu konularda bilgi toplamak, inceleme ve araştırma yapmak, yenilikleri izlemek ve hizmetler arasında koordinasyon sağlamakla görevlidir.⁷⁰¹

Kamu reformu tasarısının öncelikleri arasında sağlık sistemini de yeniden yapılandırmak ve de desantralizasyonu sağlamak bulunmaktadır. Buna göre, il sağlık

⁶⁹⁸ ATALAY., a.g.e., s.61

⁶⁹⁹ a.k., s.62.

⁷⁰⁰ a.k., s.62.

⁷⁰¹ a.k., s.60.

müdürlükleri ve yataklı tedavi kurumları bakanlık merkezine değil il özel idarelerine bağlanmakta, eğitim ve araştırma hastaneleri ise bakanlığa bırakılmaktadır.⁷⁰²

Tasarıda merkezi idare ile mahalli idareler arasındaki ilişkiler;

“Merkezi idare tarafından yürütülmesi öngörülen hizmetlerden il ve ilçelerde yapılması gerekenlerin, kanunlarda belirtilen istisnalar dışında, valilik ve kaymakamlıklar tarafından gerçekleştirilmesi esastır. Merkezi idare, mahalli idarelerin sorumluluk alanlarına giren görev ve hizmetler için mahallî düzeyde teşkilât kuramaz, doğrudan ihale ve harcama yapamaz.”

Hükmü getirilmiştir. Yapılan düzenlemelerin ana amacının, merkezi yönetim ile yerel yönetimler arasında ve ikinciler yararına yeni bir görev ve yetki bölüşümü yaratmak ve kamu hizmetlerinin özel sektöre gördürülmesi konusunda yönetime genel yetki vermek olduğu anlaşılmaktadır.

KYTKT'ya göre, “Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının görev ve yetkileri, eğitim hastaneleri hariç, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser ile hastaneler ve donatım müdürlükleri araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli il özel idarelerine” verilmektedir.

Tasarıda “Kamu hizmetleri memurlar, tam zamanlı veya kısmi zamanlı çalışan diğer kamu görevlileri ve işçiler eliyle yürütülür. Diğer kamu görevlileri ile işçilerden tam zamanlı veya kısmi zamanlı olarak ve kadro şartına bağlı olmaksızın sözleşmeli statüde istihdam edileceklerin sözleşmelerinde, ilgili personelin görevleri, hak ve yükümlülükleri ile performans ölçütleri yer alır” ifadesi yer almakta böylece sağlık hizmetleri alanında da sözleşmeli personel statüsü yaygınlaştırılacak, sağlık çalışanları diğer kamu çalışanları gibi iş güvencelerini yitirecektir. Taslaktaki kısmi zamanlı çalışan kamu görevlisi tanımıyla

⁷⁰²

BALCI., a.g.e., s.55.

sağlık çalışanları bir yandan iş güvencesini yitirirken, bir yandan da esnek üretim tarzının eksik istihdam boyutundan kaynaklanan sorunlarla tanışacaktır.⁷⁰³

Sonuç olarak, KYTKT bir takım kamu hizmetlerinin sunumu için genel bir çerçeve çizmekte ve merkez ile yerel yönetimler arasında tercihi yerel yönetimlerden yana kurgulamaktadır. Ülkede yerel ve bölgeler arasındaki farklılıkların bu sistemin işleyişine nasıl etki edeceği, yerel yönetsel kapasitenin nasıl oluşturulacağı, merkeziyetçi anlayışın bu sistemin işleyişine nasıl yaklaşacağı, vatandaşların yerel yönetimlere olan güven sorununun nasıl giderilebileceği gibi teorik ve pratik sorunlar bu süreç içerisinde değerlendirilmesi gerekli önemli konular arasında durmaktadır.⁷⁰⁴

Bu içeriğiyle, Yasa, Anayasa’da öngörülen tekil devlet yapısına, “idarenin bütünlüğü”, “yetki genişliği” ve “idari vesayet” ilkelerine ve kamu yararına uygun düşmemektedir.⁷⁰⁵

Yasa, Türkiye’de şu anki iktidarın seçimini düzenleyici devlet ilkesinden yana yaptığını göstermektedir. Bu tercih, sosyal devleti tasfiye eden bir tercihtir. Çünkü sosyal devlet, toplumsal eşitsizlikleri ortadan kaldırmak amaçlı iken, düzenleyici devlet ise, piyasa mekanizmasına dayanan bir sistemi piyasanın gereklerine göre yönetme odaklıdır. Bu çerçevede düzenleyici devlet, sosyal devletin mal ve hizmet üreten, dağıtan, yöneten tüm kurum ve mekanizmalarını tasfiye eden, devletin bu tür kurumlaşmalara gitmesini yasaklayan devlettir.⁷⁰⁶ Sosyalizm planlamacıdır, sağlık hizmetlerini merkezi olarak planlar. Sağlık sisteminde kaynak kullanımı en önemli sorunlardandır. Nüfusun yaşlanması, toplumun sağlık hizmeti kullanımındaki artış, gelişen teknolojinin yarattığı ek maliyetler, bütün bunlar sağlık harcamalarının artmasına sebep olmakta, bu da eldeki

⁷⁰³ “Kamu “Reformu”nun Sağlık Alanına Etkileri Nelerdir?”, <http://www.ses.org.tr>. 25.11.2005

⁷⁰⁴ BALCI., a.g.e., s.57.

⁷⁰⁵ a.k., s.54.

⁷⁰⁶ ATALAY., a.g.e., s.61.

kaynakların en verimli biçimde kullanılmasını gerektirmektedir. Bu sebeple en piyasacı siyasal tercihlerde bile devlet düzenlemesi önerilmektedir.⁷⁰⁷

Halen, Meclis'te komisyonlardan geçen ve görüşülmesine devam edilen tasarı'nın aslında, bunca eleştiriye hedef olmasının başlıca siyasal, yasal, kurumsal ve toplumsal dirençleri olduğu görülmektedir. Buna göre, reform girişiminin mimarı olan iktidar partisinin ideolojik yapısı, siyasal dirence ilişkin eleştirilerin başında gelmektedir. Getirilmek istenen reformların özellikle anayasamıza aykırılığının ileri sürülebilmesi yasal engeldir. Öte yandan, merkezi hükümet bürokrasimizin özellikle kendi yapısı dışında hazırlanan bir çalışma taslağının kendisine empoze edilmesi, kurumsal dirençtir.⁷⁰⁸

III.5.4. Devletin Rolünü Değiştiren Uygulamalar

Bütün sektörlerde sergilenen gelişmelerin özeti üç süreçte toplanır. Bunlar; küreselleşme, özelleştirme, yerelleşme (ademi merkezileşme)dir. Bu süreçlerin savunusu özerklik, katılımcılık, şeffaflık gibi hiç kimse tarafından reddedilemeyecek sözcükler ile yapılır.⁷⁰⁹

Birçok ülke ve alanda olduğu gibi küreselleşme Türkiye'de de önemli uygulamalara yol açmaktadır. Türk sağlık sektörü 1980'li yıllarda devletçi gelenekten beslenirken, bu tarihten sonra liberal eğilimler ağırlık kazanmıştır. 1982 Anayasası sağlık alanında liberal politikalara olanak vermiş ve bu politikalar 1990'larda hız kazanmıştır.⁷¹⁰

Sağlık sektöründe reform iki gelişmeyle gösterilmektedir. Birincisi 1990 yılında Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan "2000 Yılında Herkese Sağlık-Türk Milli Sağlık

⁷⁰⁷ WHO (1997), **Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi**, Çev: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara. s.3-13

⁷⁰⁸ Gabor PETERİ., Violetta ZENTAL., **Lessons On Successful Reform Management.**, p.24., Mastering Decentralization Reforms In Central And Eastern Europe, Local Government And Public Service Reform Initiative, Open Society Institute, Budapest-Hungary, Marc 2003.

⁷⁰⁹ "Devletin Yeniden Yapılandırılması", http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/3.html 01.01.2006

⁷¹⁰ BALCI., a.g.e., s.71

Politikası” adlı rapor, diğeri DPT tarafından Price Waterhouse adlı danışmanlık kurumuna 1990 yılında hazırlattırılan Sağlık Master Planıdır.

Liberal politikaların uygulanmasına olanak sağlayan 1982 Anayasasına göre;

“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve Özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

Anayasayla Devlete verilen bu görevler 1983 yılında yayımlanan 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığına verilmiştir. Buna göre bakanlık, sağlık hizmetini doğrudan kendisi verebileceği gibi başka kurumlara da bu görevi verdirebilecektir. Sadece, tek elden planlama görevi bakanlık tarafından yerine getirilecektir.⁷¹¹

Neoliberal politikalar çizgisinde “devletin geleneksel rolü” değiştirilmektedir. Bu yapılırken kullanılan yöntemler özelleştirme, düzenleyici devlet ve yerleşme politikalarıdır.⁷¹²

Liberalizm adı altında gelişen entelektüel akım, toplumda özgürlüğün asıl amaç ve bireyin asıl varlık olduğunu vurgulamış, bırakınız yapsınlar ilkesini, ülke içinde devletin ekonomik rolünü azaltıcı, dolayısıyla bireyin rolünü genişletici bir araç olarak desteklemiştir.

⁷¹¹ BALCI., a.g.e., s.79.

⁷¹² Friedman Milton, **Kapitalizm ve Özgürlük**, Çev: Erberk Doğan., Himmetoğlu Nilgün, Altın Kitaplar, İstanbul, 1988, s.19.

III.5.4.1. Özelleştirme

Özelleştirme 1980'lerden itibaren tüm dünyada bütün sorunların ilacı olarak sunulmakta ve geniş uygulama alanı bulmaktadır.⁷¹³

Özelleştirme uygulayan bütün ülkelerin paylaştıkları temel amaç, ekonomide etkinliği artırmaktır. Gelişmekte olan ülkeler açısından önemli olan diğer amaç, ekonomiyi yeniden yapılandırmak, modernize etmek ve uluslararası rekabete açmaktır.⁷¹⁴

Ülkemizde özelleştirme uygulamaları, 24 Ocak kararları ve takip eden gelişmeler üzerine oturmuş bulunmaktadır. Ülkemiz açısından ekonominin yeniden yapılandırılması demek, kamu ekonomisinin oldukça ağırlığı olan bir karma ekonomik yapının çözülüp, yerine serbest piyasa ekonomisinin geçmesidir. Başka bir deyişle devletin ekonomiden elini çektirecek düzenlemelere gidilmesidir.⁷¹⁵

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinden beklenen hedeflerden birincisi sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılayamayan kamu kesiminin, özellikle hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi ile içine girdiği finansman sıkıntısından kurtarılmasıdır. İkincisi sağlık sisteminde ortaya çıkan ve kamu kesimini sıkıntıya sokan kaynak yokluğu ve yetersizliğinin özel harcamalar yoluyla aşılmasıdır. Üçüncüsü de kamu elinde bulunan kaynakların, özelleştirilen tedavi edici sağlık hizmetlerinin dışında kalan koruyucu sağlık hizmetlerine aktarılabilmesidir. Dünya Bankası'na ait olan bu beklentiler, kıt olan kaynaklarla koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılabileceği, dolayısıyla, temel ihtiyaçları karşılamak açısından doğru tercih olduğu düşünülmektedir.⁷¹⁶

⁷¹³ ATALAY., a.g.e., s.41.

⁷¹⁴ a.k., s.43.

⁷¹⁵ a.k., s.69.

⁷¹⁶ a.k., s.68.

Özelleştirme, hükümet dışı aktörlerin sağlık hizmetlerinin üretim ve finansmanına giderek daha fazla oranda katıldıkları bir süreç demektir. Bu sebeple iç piyasa olarak tanımlanan ve kamu sağlık sektörü içine piyasa unsurlarının sokulması şeklinde gelişen değişiklik de özelleştirme olarak nitelenmektedir.⁷¹⁷

Özelleştirmenin en tipik biçimi kamu kurumlarının mülkiyetinin özel sektöre devredilmesi ve özel sağlık kurumlarının, kuruluş aşamasından itibaren, devlet tarafından çeşitli mekanizmalarla desteklenmesidir.⁷¹⁸

Ülkemizin birçok hastanesinde, temizlik, çamaşırhane, yemekhane, kantin çay ocağı, kafeterya vb. bölümlerinin hizmetleri özel sektöre ihale yöntemiyle yaptırılmaktadır. Ayrıca, devlet hastanelerindeki özel yatak uygulaması, SSK hastanelerinde saat 16'dan sonra paralı muayene ve tedavi olma uygulaması, üniversitelerde öğretim üyelerine özel muayene ve tedavi olunabilmesi vb. de özelleştirme yöntemleri arasında sayılmaktadır.⁷¹⁹

Sağlık sektörü reformlarındaki yönelim, sağlık sektörünün gerek finansman, gerekse üretim olarak kamunun dışında yapılandırılmasıdır. Bu bağlamda sağlık sistemlerinin reforme edilmesindeki asıl amacın özelleştirme yönünde olduğunu söyleyebiliriz.⁷²⁰

Bu süreçte, sosyal güvenlik kuruluşları, ayırdıkları kaynaklarla bu hizmetlerin bedelini ödeyemeyecekleri için, karşıladıkları hizmetleri sınırlamaya başlayacaklardır. Ortaya çıkan fark, önce kişisel harcamalarla karşılanmaya çalışılacak, bu yeterli olmayınca, orta ve üst gelir grupları için bireysel sağlık sigortacılığı öne çıkacaktır. Böylece, sağlık kuruluşlarında meydana gelen farklılaşma, sosyal güvenlik sistemine de yansıtacaktır. Bu süreçte, sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerine en çok gereksinen yoksul

⁷¹⁷ a.k., s.70.

⁷¹⁸ İlker BELEK, "Nasıl Bir Sağlık Sistemi? Kamucu Örgütlenme", **Toplum ve Hekim Dergisi**, cilt 14, sayı 6, Ankara 1999, s.461.

⁷¹⁹ ATALAY., a.g.e., s..71.

⁷²⁰ a.k., s.69.

çoğunluk, her iki hizmet alanından da gereksinimi ölçüsünde yararlanamaz ve dışlanırken, bu hizmetlere daha az gereksinimi olan zengin azınlık çeşitli ve nitelikli hizmetle buluşacaktır.⁷²¹

Türkiye’de sağlıkta özelleştirme, görüntü olarak özel hastanelerin yaygınlaşması, özel sağlık kuruluşlarının genişlemesi veya genişletilmesi şeklinde bir eğilim gösterse de, aslında bir hizmet alanının olabildiğince kar amaçlı kılınması, ticarileşmesi, dolayısıyla toplumun sosyal güvenlik şemsiyesinin daraltılmasıdır.⁷²²

III.5.4.2. Düzenleyici Devlet

Günümüzde özellikle devletler açısından anlam ifade eden önemli bir sürece tanıklık edilmektedir. Bu süreç klasik ulus-devletin yeni bir devlet türüne doğru yönelmesidir. Bu yeni tür devlet, düzenleyici devlet adıyla sunulmaktadır.⁷²³

Düzenleyici devlet kavramı, ilk defa OECD tarafından ortaya atılmış ve içeriği de sistematik olarak bu uluslararası kuruluş tarafından doldurulmuş bir kavramdır. OECD'ye göre düzenleyici devlet yaklaşımı, devletin geleneksel düzenleme anlayış tarzını bırakmasıdır. OECD'ye göre devletlerin mevcut düzenleyicilikleri, günümüz ihtiyaçlarına cevap vermemektedir.⁷²⁴

Devletin düzenleyicilik rolü, yeniden yapılanmanın mantığına uygun olarak dönüşme, devleti düzenleyiciliği, pazarın işlerliğini kolaylaştırmayı ve geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu sebeple pazara dost düzenleyicilik çok önemli kavramlardan biri haline gelmiş gözükmemektedir.⁷²⁵

⁷²¹ “Kamu “Reformu”nun Sağlık Alanına Etkileri Nelerdir?”, <http://www.ses.org.tr>, 25.11.2005

⁷²² İlker BELEK, Ata SOYER, “Türkiye’de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:13, Sayı:1, Ankara1998, s.76.

⁷²³ ATALAY., a.g.e., s.43.

⁷²⁴ a.k., s.44.

⁷²⁵ a.k., s.45.

Özet olarak, OECD, bir takım düzeltmelerden değil, radikal bir dönüşüm istemektedir. Raporlarına göre, düzenleyici devlet eldeki yapıyı, yeni gelişmelere göre sürekli elden geçiren düzenleyen bir devlet olacaktır. Bu noktada reform, sürekli reform niteliği kazanarak yapılacaktır. Gerçekten de bu şekilde, bu yeni tür devlet'in küreselleşmeye hizmet açısından uygun bir yaklaşım sergilemesi mümkün olabilecektir. Bu yaklaşımda devlet piyasa dostu devlet olmayacaktır. Burada sözü edilen piyasa için devlet'tir. Bu devlet toplumun piyasalaşma sürecini sevk ve idare edecek bir devlettir.⁷²⁶

Düzenleyici devletin bir başka özelliği bu devletin bir yönetim devleti olmasıdır. "Daha çok piyasa içinmiş gibi görünen bu devlet, düzenlemeleri devlet bürokrasisinin yanı sıra özel sektör ve sivil toplum örgütlerinin de dahil olduğu bir katılım modeli olan yönetim aracılığıyla belirleyerek yön verecektir." Üst kurullar bu bağlamda yönetişimin temel örneklerini teşkil etmektedirler.⁷²⁷ Katılımcı yönetim tarzı yani yönetişim, siyasal ve yönetsel iktidarın paylaşılması değildir; siyasal ve yönetsel iktidarın bu kez açık biçimde sermaye kesimine teslim edilmesidir.⁷²⁸

III.5.4.3. Yerelleştirme Politikaları

Yasal düzeyde, yerel yönetimlere sağlık ile ilgili her türlü görev verilebileceğini düzenleyen metin, 24.4.1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'dur. Nitekim bu yasaya göre, "doğrudan doğruya kent ve kasabalar, köyler hıfzısıhhasına veya tıbbi ve sosyal muavenete ilişkin işlerin yerine getirilmesi belediyelere ve özel idarelere ve diğer yerel birimlere verilir."⁷²⁹

Kaya raporuna göre;

"Evrensel tanımı ile yerel yönetimler, belirli bir coğrafi alanda (kent, köy, il, vb.) yasayan yerel topluluğun bireyelerine, bir arada yaşamak nedeniyle kendilerini en çok

⁷²⁶ a.k., s.45.

⁷²⁷ a.k., s.46.

⁷²⁸ "Devletin Yeniden Yapılandırılması", http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/3.html 01.01.2006

⁷²⁹ ATALAY., a.g.e., s.20.

ilgilendiren konularda hizmet üretmek amacı ile kurulan, karar organları (kimi durumlarda yürütme organları) yerel toplulukça seçilerek göreve getirilen, yasalarla belirlenmiş görevlere ve yetkilere, özel gelirlere, bütçeye ve personele sahip, merkezi yönetimle olan ilişkilerinde yönetsel özerklikten yararlanan kamu tüzel kişileridir.”

Anayasa, madde 127’ye göre, yerel yönetimler, “il, belediye veya köy halkının mahalli müşterek ihtiyaçlarını karşılamak üzere kuruluş esasları kanunla belirtilen ve karar organları, gene kanunda gösterilen seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan kamu tüzel kişileridir”

Merkezi yönetimin dışında, yerel bir topluluğun ortak gereksinimlerini karşılamak için oluşturulan, karar organlarını doğrudan halkın seçtiği, demokratik ve özerk yönetim kademesi, bir kamusal örgütlenmedir.⁷³⁰

“Küreselleşme çağında yerelleştirme, bir ulus-devlet yapılanması içinde merkeze karşı yerel’i güçlendirme modeli değil; devletin sosyal devlet ve ulus devlet karakterini silmek ve kamu yetkilerini doğrudan piyasa mekanizmasının yönetici unsurlarına devretmek modelidir.”⁷³¹

Yönetsel desantralizasyon birkaç değişik şekilde görülebilir. Bunlar;

Dekonsantrasyon (Yetki Genişliği): Merkezde toplanmış yetkilerin bir bölümünün yine merkezin denetimi altında, merkezdeki ve taşradaki bazı yüksek görevlilere aktarılması.⁷³²

Delegasyon (Yetki Devri): Merkezde bulunan bazı yetkilerin yine merkez adına kullanılması için daha alt birimlere, kamu tüzel kişisi olmayan bazı kurumlara, özel sektöre ve hatta özerk kamu kurumlarına devredilmesidir. Burada sorumluluk yine merkezde kalmakta fakat yetkinin kullanılması ile ilgili belli görevler diğer birimlere

⁷³⁰ BOZKURT, ERGUN., a.g.e., s.258.

⁷³¹ BALCI., a.g.e., s.25.

⁷³² BOZKURT, ERGUN., a.g.e., s.263.

aktarılmaktadır. Burada amaç, hizmetlerde katı merkezîyetçiliği bir oranda gidermek, etkinlik ve verimliliği sağlamak olarak özetlenebilir.⁷³³

Devölüsyon (Yerelleşme): Merkezde bulunan bazı idari ve siyasi yetki ve sorumlulukların bir ölçüde özerkliği bulunan yerel otoritelere devridir.⁷³⁴

Özelleştirmede desantralizasyon sürecinin son aşmasıdır.⁷³⁵

Küreselleşmenin altın anahtarı olan deregülasyon, yani devletin kural koyuculuğunun gevşetilmesi ve serbest piyasa güdümlü karar alınması, serbestleşme yoluyla mal ve hizmetler ile dış yatırımların yanı sıra finansal sermayenin kısıtlamalara tabi olmaksızın uluslararası planda akışkanlığının sağlanması ve özelleştirmeyle kamusal alanın tasfiyesi hedeflenmektedir.⁷³⁶ Kısacası küreselleşme süreciyle uygulanan neoliberal politikalar yoluyla devletin üstlendiği görevler, özelleştirme yoluyla uluslararası sermayeye açılmakta ya da yerelleştirme adıyla devlet denetiminden uzaklaştırılmaktadır.⁷³⁷

Sağlık Bakanlığının yerinden yönetim ilkelerine göre yeniden yapılandırılması uzun zamandır gündemdedir. Sağlık hizmetleri yönetiminin aşırı merkezîyetçi olduğu, yönetimden sorumlu kuruluşlar arasında yeterli eşgüdümün sağlanamadığı eleştirilmekte, çözüm olarak da, örgütsel düzeyde yeniden yapılanma ve personelin niteliğinin yükseltilmesi önerisi getirilmektedir.⁷³⁸

KAYA Raporu'nda ve VIII. BYKPÖİKR'nda yerel yönetimler ile ilgili önemli düzenlemelere gidilmesinin gereği vurgulanmaktadır.

⁷³³ BALCI., a.g.e., s.35.

⁷³⁴ a.k., s.36.

⁷³⁵ a.k., s.39.

⁷³⁶ Sinan SÖNMEZ, "Küreselleşmenin Nişan Tahtası: Kamu Yararı ve Kamu Hizmeti", **Toplum ve Hekim Dergisi**, cilt 16, sayı 1, İstanbul 2001, s.14.

⁷³⁷ ATALAY., a.g.e., s.48.

⁷³⁸ BALCI., a.g.e., s.47.

Türkiye’de uzun süredir kamu hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesiyle ilgili tartışmalar yapılmakta ve birçok akademisyen ve kamu yöneticisi bunlarla ilgili değerlendirmelerde bulunmaktadır. Bunlara yakından bakıldığında, akademisyenler ve uygulayıcılar değişik görüş ve düşüncelere sahip olsa da, farklı gerekçelerle yerinden yönetimin güçlendirilmesi gereği savunulmaktadır.⁷³⁹

Sonuç olarak, desantralizasyon sürecini, yarar ve sakıncalar açısından bazı dengeleyici faktörler dikkate alınmalıdır. Bir ülkede desantralizasyon genelde olumlu sonuçlar doğururken, diğer bir ülkede olumsuz yanları ağır basabilir. Bunların altında bir takım siyasal, ekonomik, kültürel, teknik ve kurumsal faktörlerin rolü olduğu gözden kaçırılmamalıdır.⁷⁴⁰ Bütünüyle santralize ya da desantralize bir yönetim modeli hiç bir ülkede bulunmamaktadır. Genellikle bunlardan birinin daha ağır bastığı karma yönetim modelleri benimsenmiştir. Her iki kavramın da dengede olduğunda santralizasyon coğrafi ve sosyal hakkaniyete ulaşmayı amaçlarken desantralizasyon, yönetimin yerel ihtiyaçlara ve kültüre uygun hareket edilmesini sağlayıcı bir rol üstlenir.⁷⁴¹

III.5.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlıkta dönüşüm programı sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organizasyonu, finansmanının sağlanması ve sunulması amacıyla hazırlanmıştır.⁷⁴²

Günümüzde uygulamaya çalışılan sağlık reformu stratejileri Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) için yürütülen Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü çerçevesinde belirlenmiştir. Master Plan Etüdü, kapsamlı bir rapor ile, sağlık sektörünün mevcut

⁷³⁹ a.k., s.27.

⁷⁴⁰ BALCI., a.g.e., s.45.

⁷⁴¹ ATALAY., a.g.e., s.46.

⁷⁴² Sağlık Bakanlığı, (1998)., a.g.e., s.22.

durumunu ana yönleriyle tanımlamış ve sağlık reformları için şu stratejileri ortaya koymuştur.⁷⁴³

- Mevcut Statü'nün iyileştirilmesi.
- Serbest Pazar Stratejisi.
- Ulusal Sağlık Hizmetleri Stratejisi.
- Uzlaştırma Seçeneği.

Bu stratejiler arasından DPT tarafından benimsenen uzlaştırma seçeneğinin özellikleri;⁷⁴⁴

- Hizmeti satın alanın ve sunanın ayrılması,
- Tıp ve yönetici personel eğitiminde önemli değişikliklerin yapılması,
- Sağlık Bakanlığının rolünün değişmesi,
- Kapsamın genişletilmesi ve finansmanın karşılanmayan ihtiyaçlara doğru yönlendirilmesi,
- Hizmetlerin sözleşme yoluyla tedariki için yerel bütçelerin bulunması,
- Hizmet ihtiyaçlarının karşılanması için yerel planlama yapılmasıdır.

Master Plan Etüdü'nde uzlaştırma stratejisinin uygulanmasına yönelik tavsiyelere de yer verilmiştir.⁷⁴⁵

Master Plan Etüdünü takiben, sağlık sisteminde bütüne yönelik reformların uygulanabilmesi için Sağlık Bakanlığınca, değişik hükümet politikalarından etkilenmeyecek, uzun vadeli, tutarlı ve kalıcı bir Ulusal Sağlık Politikasının geliştirilmesi süreci başlatılmıştır. Bu süreç, ilgili kurumlar, sektörler, üniversiteler, mesleki kuruluşlar ve basından 500 katılımcınının 34 çalışma grubu halinde sağlıkla ilgili konuları tartıştıkları

⁷⁴³ a.k., s.22.

⁷⁴⁴ a.k., s.22.

⁷⁴⁵ a.k., s.22.

1992 yılında Birinci Ulusal Sağlık Kongresiyle başlamıştır. Kongrenin sonunda bir taslak doküman oluşturulmuş bu doküman, 1993 yılında İkinci Ulusal Sağlık Kongresi'nde sunulmuştur.⁷⁴⁶

Mevcut hükümet tarafından hazırlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunulması açısından önemli değişiklikleri içermektedir. Buna göre Sağlıkta Dönüşüm Programı, mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüşüm yapmayı öngörmektedir.⁷⁴⁷

Programın tamamlanmasıyla, sağlık programları yapan ama hizmet tedarikinde sorumlu olmayan, daha çok siyasa belirleme ve düzenleme ile ilgilenen, daha çok yönlendiren daha az kürek çeken Sağlık Bakanlığı olması beklenmektedir.⁷⁴⁸

III.5.5.1. Amaçlar

Hakkaniyet, halkın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmaları, hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmaları ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması.⁷⁴⁹

Etkililik, uygulanacak politikaların halkımızın sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacıyla olmasıdır. Sağlık hizmetinin sunumundaki en önemli unsur hastaları tedavi etmek yerine insanların hastalanmasının önlenmesi olmalıdır. epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemelerle bu amaca ulaşmak mümkün olacaktır. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin arttırılması bu amaca ulaştığımızın en somut kanıtıdır.⁷⁵⁰

⁷⁴⁶ a.k., s.22.

⁷⁴⁷ Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara 2003, s.26.

⁷⁴⁸ Sağlık Bakanlığı, **Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankası Son Rapor, Türkiye Cumhuriyeti Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye Sağlık Sektöründe Dönüşümünün Uygulanabilmesi İçin Stratejik Tercihler**, Ankara 2004, s.18.

⁷⁴⁹ <http://www.izleme.saglik.gov.tr/08.htm> 05.03.2007

⁷⁵⁰ <http://www.izleme.saglik.gov.tr/08.htm> 05.03.2007

Verimlilik, kaynakları uygun kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. İnsan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları çerçevesinde değerlendirilmelidir.⁷⁵¹

Bu amaca ulaşmak için saptanan stratejiler,⁷⁵²

- Sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetlere ve birinci basamak tedavi hizmetlerine daha çok önem verilmesi ve kaynak ayrılması,
- Hizmeti satın alanın ve sunanın ayrılması,
- Hizmet sunucular arasında rekabet ortamının oluşturulması,
- Teknolojinin doğru kullanımı,
- Sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliğinin güçlendirilmesi,
- Sağlık sektöründe yönetim kapasitesinin iyileştirilmesi,
- Bilgiye dayanan karar alımlarının sağlanması için etkin, zamanında ve doğru bilgi toplanması,
- İnsan kaynaklarının yetenek, zaman, yer, sayı ve birleşim olarak doğru kullanımı,
- Karar verme yetkisinin hizmet birimlerine verilmesi.

Kısacası sağlıkta dönüşüm programı, “sağlık hizmetlerinde evrensel bir kamu sağlığı sigortasının uygulamaya konmasını, devlet hastanelerine finansal ve idari özerklik verilmesini, aile hekimliğinin yaygınlaştırılmasını, öngörmektedir.”⁷⁵³

III.5.5.2. Temel İlkeler

Sağlıkta dönüşüm programında temel ilkeler şunlardır:⁷⁵⁴

⁷⁵¹ <http://www.izleme.saglik.gov.tr/08.htm> 05.03.2007

⁷⁵² Sağlık Bakanlığı, (1998), a.g.e., s.22

⁷⁵³ BAKAR, AKGÜN., a.g.m., s.346.

⁷⁵⁴ “Sağlıkta Dönüşüm Programı Özet Bilgiler”, www.saglik.gov.tr. 25.02.2006

İnsan merkezlilik; sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak kişiyi, ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir.

Sürdürülebilirlik; ülke koşullarına uygun hazırlanan programların kaynaklar açısından da yeterli olması ve kendi kendini devam ettirebilmesi öngörülmektedir.

Sürekli kalite gelişimi; sağlık sisteminin ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek devamlı olarak daha iyiye doğru yönelmesi amaçlanmaktadır.

Katılımcılık; sağlık sisteminde ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınarak planlama ve uygulama safhalarında yapıcı bir anlayışla ortak zeminlerin oluşturulması amaçlanmaktadır.

Uzlaşmacılık; sağlık sektöründe bulunan farklı çıkar grupların çatışmadan uzlaşmaya yönlendirilerek ortak yarar sağlanması hedeflenmektedir.

Gönüllülük; sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin, hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayırımı yapmaksızın belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.

Güçler ayrılığı; sağlık hizmetini planlayan, denetleyen, finanse eden ve hizmet üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Böylece daha verimli ve kaliteli hizmete erişim sağlanabilecektir.

Desantralizasyon; idari ve mali açıdan özerkleştirilen kurumların yerinden yönetim ilkesine göre örgütlenmesi ilkesidir.

Hizmette rekabet; sağlık hizmet sunumunun devletin tekelinden çıkarıp, standartların belirlenmesi yoluyla farklı hizmet sunucularının bu alanda birbirleriyle rekabet içerisinde olmalarının sağlanmasıdır.⁷⁵⁵

⁷⁵⁵ Sağlık Bakanlığı, (2003-A), a.g.e., s.28.

III.5.6. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı, toplam 8 bileşenden oluşmaktadır.

III.5.6.1 Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda olup ülkemizin, kamu veya özel, sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlayacak, yönlendirmeler yapacaktır. Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması sağlanacak ve bakanlık, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacaktır. Böylece Sağlık Bakanlığı, Anayasada tanımlandığı şekli ile, Devletin sağlık sektörünü tek elden planlama görevini yerine getirecektir. Sağlık Bakanlığının başlıca görevi politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olacaktır.⁷⁵⁶

Sağlık hizmetlerini planlama ve sunumu sırasında sosyal devlet anlayışı içinde olunacak, koruyucu sağlık hizmetlere öncelik verecek, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecektir.⁷⁵⁷

III.5.6.2 Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

Bu bileşen, mevcut dört sağlık sigorta düzenini bir araya getirerek, sigortalı olmayan 22 milyon vatandaşı da içine alacak şekilde genişletmek suretiyle tek bir sağlık sigorta fonunun kurulmasını desteklemektedir.⁷⁵⁸

Sağlık Bakanlığı koruyucu hizmetlere öncelik verecek, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecektir. Vatandaşların ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanacakları bir sigorta modeli oluşturulacaktır. Hizmet kalitesini arttırarak her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için

⁷⁵⁶ <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> 16.05.2006

⁷⁵⁷ <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> 16.05.2006

⁷⁵⁸ Sağlık Bakanlığı, (2004)., a.g.e., s.19.

toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine geçilecektir. Genel Sağlık Sigortası'nın yanında özel sağlık sigortacılığının da gelişimi desteklenecektir.⁷⁵⁹

GSS uygulama alanına geçilmesi uzun zamandır tartışılmaktadır. Konuyla ilgili ilk yasa taslağı 1967 yılında hazırlanmış, fakat bakanlar kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında İkinci BYKP'nda GSS kurulması öngörülmüş, 1971 yılında yasa tasarısı meclise sunulmuş, ancak kabul edilmemiştir. Tasarı 1974 yılında yeniden TBMM'ye getirilmiş, fakat görüşülmemiştir. GSS 1982 yılında hazırlanan Anayasada yer almıştır. Ardından 1990 yılından itibaren yoğun olarak tartışılmaya başlansa da bir türlü yasalaşamamıştır.⁷⁶⁰

III.5.6.3 Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi

Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri; Bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülecektir. Böylece doktor ve aile üyeleri daha yakın ve kişisel ilişkiler kuracak ve sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde doktor önemli rol oynayacaktır. Koruyucu diş hekimliği uygulamaları birinci basamakta yer alacaktır.⁷⁶¹

Etkili, Kademeli Sevk Zinciri; Etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön koşulu, hasta bireylerin kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu da temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine ve bu hizmet sunumunun kalitesine bağlıdır. Sistemin esasını, hasta memnuniyetini temel alan bir aile hekimliği uygulaması oluşturmaktadır. Bu hedefe doğru planlama ve teşvik yapılması, birinci basamakta birçok hastanın probleminin çözülmesini sağlayacaktır.⁷⁶²

⁷⁵⁹ <http://www.izleme.saglik.gov.tr/08.htm> 05.03.2007

⁷⁶⁰ BAKAR, AKGÜN., a.g.m., s.347.

⁷⁶¹ <http://www.izleme.saglik.gov.tr/08.htm> 05.03.2007

⁷⁶² <http://www.izleme.saglik.gov.tr/08.htm> 05.03.2007

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 2004 yılında yasalaşmış, yönetmelikleri 2005 yılında kabul edilmiştir. Kanunla, Sağlık Bakanlığı'nın pilot olarak belirleyeceği illerde aile hekimliği uygulamasına geçilecektir. Bu yasa ile aile hekimliği hizmetlerinin, sözleşmeli ya da bakanlık görevlendirilmesi ile çalışan aile hekimliği uzmanı ile hemşire, ebe, sağlık memurundan oluşan aile sağlığı elemanları tarafından sunulması planlanmaktadır.⁷⁶³

Her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı; asgari 1000, azami 4000'dir. Acil durumlar hariç, kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olursa olsun, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınacaktır. Aile hekimlerinin performans değerlendirmesinde vermiş oldukları kişisel koruyucu sağlık hizmetleri ve sevk oranları dikkate alınacaktır.⁷⁶⁴

Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği uygulamasını 2005 yılı sonunda Düzce ilinde başlatmış ve burada alınacak sonuçlara göre yaygınlaştırmayı planlamıştır. Ancak bu noktada bazı soru işaretleri bulunmaktadır. Bunlar, pilot uygulamanın, farklı ekonomik ve sosyal özellikler içeren bölgelerden seçilmediği için sonuçların ülke geneline rasyonel bir şekilde yaygınlaştırılmayacağı, Düzce gibi ülkenin batısında ve ekonomik olarak iyi bir ilin seçilmesinin, özellikle doğu bölgeleri aleyhine taraf tutmaya neden olacağı, yönündedir.⁷⁶⁵

Aile hekimliği ile ilgili önemli olan diğer konu aile hekimi sayısıdır. Çünkü sistem ülke geneline yaygınlaştırıldığında yeterli sayıda aile hekimi yoktur. Bakanlık bu açığı, mevcut pratisyen hekimleri bir yılda eğitimden geçirerek ve aile doktorluğu ünvanı vererek kapatmaya çalışacaktır.⁷⁶⁶

⁷⁶³ BAKAR, AKGÜN., a.g.m., s.346.

⁷⁶⁴ a.k., s.347.

⁷⁶⁵ a.k., s.347.

⁷⁶⁶ a.k., s.347.

Aile hekimliği uygulamalarının yapıldığı bölgelerde toplum sağlığı merkezlerinin kurulması hakkındaki yönerge de 15.09.2005 tarihinde yayımlanmıştır. Bu yönerge toplum sağlığı hizmetlerini yürütmek, aile sağlığı merkezlerine lojistik destek vermek ve bu merkezler arasında eş güdümü sağlamak amacıyla kurulacak olan toplum sağlığı merkezlerinin çalışma esaslarını düzenlemektir.⁷⁶⁷

İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri; Hastane hizmetlerinin etkililiğini, verimliliğini, erişilebilirliğini ve kalitesini arttırmak amacıyla, hastanelerin özerkleştirilmesi, kamu hastanelerine özerk bir statü verilip sağlık işletmesi'ne dönüştürülmeleriyle gerçekleşecektir. Sağlık işletmeleri, verimlilik ve etkililik esaslarına dayalı yönetim anlayışı ile hizmet verecek, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilecek, rekabet edebilecek, idari ve mali açıdan özerk ve kamu tüzel kişiliğine sahip hastaneler olacaklardır.⁷⁶⁸

III.5.6.4 Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

Hizmet kalitesi, etkililiği ve verimliliğine katkıda bulunmak amacıyla doğru sayıda kişinin, doğru becerilerle, doğru tutum ve motivasyonla, doğru yer ve zamanda ve doğru maliyette istihdamını sağlayacak bir sistemin oluşturulması amaçlanmaktadır.⁷⁶⁹

Program çerçevesinde sağlık sektöründe çalışanların görev yetki ve sorumlulukları tanımlanacak, sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımını teşvik edici gönüllü politikalarla oluşturulacaktır. Bunun sonucu olarak zorunlu hizmet kaldırılıp isteğe bağlı sözleşmeli personel uygulamasına geçilecektir.⁷⁷⁰

⁷⁶⁷ a.k., s.347.

⁷⁶⁸ Sağlık Bakanlığı, (1998), a.g.e., s.24.

⁷⁶⁹ a.k., s.29.

⁷⁷⁰ <http://www.izleme.saglik.gov.tr/08.htm> 05.03.2007

Sağlık sistemi yöneticiliğinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak güçlenmesi için gereken planlama, araştırma ve eğitim faaliyetleri düzenlenecektir. Desantralize insan kaynakları planlaması ve yönetim yeteneği oluşturulacak, sağlık yönetimlerinin insan kaynakları planlamasına aktif katılımları sağlanacaktır.⁷⁷¹

III.5.6.5 Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

Ülkemizde sektörel analizleri yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümetlere danışmanlık yapacak ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler yapacak bir kurum oluşturulacaktır. Cumhuriyetimizin ilk yıllarında kurulan, fakat zamanla sadece yasalarda varlığını sürdüren Hıfzısıhha Okulu'na çağdaş bir anlayışla ve bu ihtiyaçlara cevap verecek tarzda yeniden işlerlik kazandırılacaktır.⁷⁷²

Tıpta uzmanlık eğitimi müfredat programlarının meslek örgütlerinin de katılımı ile geliştirilip denetleyecek, eğitim hastanelerinin yeniden organize edilip, verilmekte olan tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapı oluşturulacaktır. Bu uygulamalar Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında toplanacaktır.⁷⁷³

III.5.6.6 Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

Ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularını olması gerektiği gibi düzenleyecek “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu” kurulacaktır. Bu kurumun özerk bir yapıda, sektörün taraflarının yönetiminde söz sahibi olduğu bir şekilde kurulması amaçlanmaktadır. Kurum sağlık sonuçlarını ölçmek için sistemler geliştirecek ve bu sonuç ölçümlerini sağlık hizmet sunucularına performans göstergeleri oluşturmak için

⁷⁷¹ <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> (16.05.2006)

⁷⁷² <http://www.izleme.saglik.gov.tr/08.htm> 05.03.2007

⁷⁷³ <http://www.izleme.saglik.gov.tr/08.htm> 05.03.2007

kullanacaktır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumunda etik değerlerin korunabilmesi için, güçlü yaptırım yetkisi olan bir etik kurulun kurulması sağlanacaktır.⁷⁷⁴

III.5.6.7 Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

Ulusal İlaç Kurumu; Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, ilaçla ilgili uzun yıllardır yaşanan sorunların bilimsel olarak, tarafların karşılıklı diyalogu ve uzlaşmacı yaklaşımları ile çözülmesine yönelik bir platform oluşturulacaktır.⁷⁷⁵

İlaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenlemek ve desteklemek için “Ulusal İlaç Kurumu”nun oluşturulması sağlanacaktır.⁷⁷⁶

Tıbbi Cihaz Kurumu; Hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici yetkilere sahip olarak tasarlanmış bir Tıbbi Cihaz Kurumunun kurulacaktır. Bu kurum, bilgi veri tabanları oluşturacak, tıbbi cihaz planlaması ve satın alımı, tıbbi cihazların karşılaştırmalı değerlendirmesi, güvenlik programları, klinik mühendislik uygulamaları, kanunlar ve düzenlemelere dair bilgi sağlayarak uygulamalarını yapacaktır.⁷⁷⁷

III.5.6.8 Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlık hizmetlerinde eş güdüm, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık

⁷⁷⁴ <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> 16.05.2006

⁷⁷⁵ <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> 16.05.2006

⁷⁷⁶ <http://www.izleme.saglik.gov.tr/08.htm> 05.03.2007

⁷⁷⁷ <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> 16.05.2006

uygulamalarındaki verilerin toplanması için Sağlık Bilgi Sistemi kurulacaktır.⁷⁷⁸ Sağlık kayıtlarının güvenilir ve sürekli bir şekilde tutulmasını sağlamak, hizmetlerin verimliliğini arttırmak, kaynakların nerelerde ve nasıl kullanıldığını takip etmek ancak etkili bir bilgi sisteminin kurulması ve işletilmesi ile mümkündür. Sağlık bilgi sistemi, sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde, sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin belirlenmesinde, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının, çalışma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırmalarda kullanılmak üzere yeterli veri toplayacak ve işleyecek bir fonksiyon üstlenecektir.⁷⁷⁹

III.5.8. Sağlıkta Dönüşüm Programının Uygulama Süreci

Kavramsallaşma: Birinci aşama kavramsallaştırma aşamasıdır. Hükümetimizin hedeflerini ve geçmişteki deneyimlerini dikkate alarak hazırlanmış olan bu doküman, bir ön taslak çalışması ve bu aşamadaki ürünlerin ilkidir. Bu dokümanda yer alan her bileşenle ilgili amaçlar, ilkeler, geliştirme uygulama süreci, kavramsal olarak ortaya konacak, konunun ulusal ve uluslararası uzmanları ile görüşülüp, netleştirilecek ve geliştirilecektir.⁷⁸⁰

Yasalaşma: Kavramsal boyuta gelmiş ve mevzuat (yasa, yönetmelik, bakanlar kurulu kararı gibi) ihtiyacı gösteren alanlarda gerekli düzenlemeler yapılacaktır.⁷⁸¹

Kontrollü yerel uygulamalar: Bu aşamada program çerçevesinde oluşturulan bazı yeniliklerin ve düzenlemelerin Türkiye geneline yayılmadan önce sınırlı ve kontrollü uygulamaları yapılacaktır. Kavramsallaşma ve yasalaşma aşamalarına gerek göstermeyecek kadar belirgin iyileştirme uygulamalarını ana ilkeler doğrultusunda bu kapsamda ele alınacaktır. Ancak esas olarak aşamaların konusunu programın bileşenlerini

⁷⁷⁸ <http://www.izleme.saglik.gov.tr/08.htm> 05.03.2007

⁷⁷⁹ <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> 16.05.2006

⁷⁸⁰ <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> 16.05.2006

⁷⁸¹ <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> 16.05.2006

oluşturmaktadır. Böylece, sistemlerin işleyen ve işlemeyen taraflarını görmek, hatalardan ders alarak düzeltmeler yapmak mümkün olacaktır.⁷⁸²

Türkiye Geneline Yaygınlaştırma: Dördüncü aşama, hazırlanan çalışmaların Türkiye genelinde uygulamaya geçirilmesidir. Her bileşen bu dört aşamadan geçmeyebilir.⁷⁸³

III.6. Sağlıkta Özelleştirme

2000 yılında uygulanmaya başlayan yapısal reform denilen ve Dünya Bankasının denetiminde yürütülen bölümünün önemli parçalarından birini sosyal güvenlik sisteminin yeniden düzenlenmesi ve özelleştirme uygulamalarının başlatılması oluşturmaktadır.⁷⁸⁴ 1980'lere kadar ya Kamu ya da özel sektör ayrımı ile şekillenen sağlık sektörü 1980'lerden sonra melez yaklaşım kapsamında piyasa enstrümanlarının kamusal olanaklar dahilinde kullanılması ağırlık kazanmıştır. Son yıllarda sağlıkta kamunun rolü azalma eğilimi göstermektedir. Bunun sebebi, “dünya ölçekli konjonktürel nedenler (küreselleşme), ideolojik ölçekli nedenler(sağlığın politik yönü, yatırım/tüketim malı) belirtilebilir.”⁷⁸⁵

Devlet sağlık hizmetleri piyasasında iki nedenden dolayı rol almaktadır. Birincisi, sağlık hizmetlerinde piyasa başarısızlıklarıdır (dışsallıklar ve kamu malları, enformasyon asimetrisi, risk ve belirsizlik). İkincisi, hakkaniyeti sağlamaktır. Kamu bu iki temel sebepten dolayı, düzenleyici, finansör ve hizmet sunucu olarak rol almaktadır.⁷⁸⁶

⁷⁸² <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> 16.05.2006

⁷⁸³ <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> 16.05.2006

⁷⁸⁴ Oğuz OYAN, “Sosyal Güvenlik Nereye”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, cilt 15, sayı 2, İstanbul 2000, s.111.

⁷⁸⁵ Hasan Hüseyin YILDIRIM, “Avrupa Birliği Müzakere Sürecinde Türkiye Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Toplantısından İzlenimler ve Saptamalar”., www. absaglik. com. 10.11.2005

⁷⁸⁶ a.k., 10.11.2005

III.6.1. Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirmenin Gelişimi ve Hastanelerde Özelleştirmenin Tanımlanması

1980'li yıllardan itibaren baş döndürücü teknolojik gelişmelerle birlikte, dünyanın ekonomik ve siyasi görünümü de hızlı bir değişim sürecine girmiştir. Bu süreçte küreselleşme, demokratikleşme ve özelleştirme sözcükleri damgasını vurmuştur. Bu çerçevede içinde özelleştirme bir bütün olarak devletin iktisadi faaliyetlerinin sınırlandırılmasını ve ekonomide piyasa güçlerinin etkili kılınmasını ifade eden bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.⁷⁸⁷

Dünya Bankası sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinde öncülük yapmaktadır. Hastanecilik hizmetinin çok pahalı olduğu, gelişmekte olan ülkelerde bu maliyet yükünün yönetsel kapasitedeki eksikliğe bağlı olarak daha da ağırlaştığı ve sonuç olarak hastanelerin, hükümetlerin sağlık hizmetlerine ayırdıkları kaynağın %70'lere varan kısmını tükettiği öteden beri bilinen bir gerçektir. Dünya Bankası bu gerçeğe dayanarak gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sektörü sorunlarının çözümünde hastanelerin özelleştirilmesini ön görmektedir. Dünya Bankası, ancak hastanelerin özelleştirilmesi ile hükümetlerin elindeki kıt kaynakların, olması gerektiği gibi, temel sağlık hizmetlerine, birinci basamağa, koruyucu hizmetlere yönlendirilmesi olanaklı olabilecektir.⁷⁸⁸

Ekonomi bilimi açısından en geniş anlamda, devletin ekonomik faaliyetlerinin azaltılması ya da tümüyle ortadan kaldırılması olarak ifade edilen özelleştirme, bu gün bir çok biçimde gerçekleştirilmektedir.⁷⁸⁹

Dünya üzerinde bu kadar geniş bir uygulama alanına sahip özelleştirmeden hastaneler ve ürettikleri sağlık hizmetlerinin de etkilenmesi kaçınılmazdır. Ancak bu

⁷⁸⁷ http://www.ydk.gov.tr/egitim_notlari/ozellestirme.htm 14.12.2006

⁷⁸⁸ Ayşe Yiğit ŞAKAR, **Türkiyede Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayını, İstanbul 1999, s.99.

⁷⁸⁹ ATALAY., a.g.e., s.42.

etkilenme özelleştirmenin ekonomik, mali, siyasi ve diğer boyutlarının bulunması sebebiyle her ülkede farklı noktalardan başlamış ve farklı derecede gerçekleşmiştir.⁷⁹⁰

Bugün çeşitli ülkelerin sağlık sistemleri incelendiğinde mevcut sistemlerin ortak özelliği olarak hem kamu hem de özel sektör girişimlerinin ve farklı finansman kaynaklarının aynı anda var olduğu bir yapı vardır.⁷⁹¹

Özelleştirme kavramını dar anlamda ve geniş anlamda olmak üzere açıklamak gerekirse;

Dar Anlamda Hastanelerde Özelleştirme; “Hastanelerin dar anlamda özelleştirilmesi, hastanelerin mülkiyet ve yönetiminin özel kişi ve kuruluşlara devri olarak tanımlanabilir.”⁷⁹² Başka bir deyişle, “devletin iktisadi faaliyetlerini gerçekleştiren KİT’lerin mülkiyetinin özel kesime devredilmesidir.”⁷⁹³

Geniş Anlamda Hastanelerde Özelleştirme; Özel hastanelerin yaygınlaşması, özel sağlık kuruluşlarının genişlemesi şeklinde görülse de, aslında hizmet alanının alabildiğince kar amaçlı kılınması, ticarileşmesidir. Toplumun sosyal güvenlik şemsiyesinin daraltılmasıdır.⁷⁹⁴ Özelleştirme, ekonomilerdeki kamu ve özel sektör karışımının yeniden belirlenmesi ve kamu sektörünün küçültülmesidir.⁷⁹⁵

⁷⁹⁰ Gökhan YILMAZ, **Hastane Yöneticileri Açısından Hastanelerde Özelleştirmenin Uygulanabilirliğinin Analizi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon 1999, s.64.

⁷⁹¹ YILMAZ., a.g.e., s.64.

⁷⁹² a.k., s.65

⁷⁹³ ATALAY., a.g.e., s.42.

⁷⁹⁴ Ahmet KEMİKSİZOĞLU, **Devlet Hastanelerinin Özelleştirilmesine Karşı İyileştirme Önerileri**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya 1998, s.65.

⁷⁹⁵ Fahrettin TATAR, “Sağlık, Özelleştirme ve Dahili Pazarın Kurumsal Analizi ve Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler”, **1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildirisi**, Aydın 1994, s.423.

Bütün bu açıklamalardan özelleştirmenin devletin dönüşümüne, yeniden yapılanmasına aracılık ettiği ortaya çıkar. Yani, özelleştirme ile devlet sosyal devlet formundan, neo-liberal politikaların istediği şekle girmektedir.⁷⁹⁶

III.6.2. Hastanelerin Özelleştirilmesi

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine Dünya Bankası öncülük yapmaktadır. Hastanecilik hizmetinin çok pahalı olduğu, gelişmekte olan ülkelerde bu maliyet yükünün her geçen gün daha da arttığı ve sonuç olarak hastanelerin, hükümetlerin sağlık hizmetlerine ayırdıkları kaynağın %70'lere varan kısmını tükettiği öteden beri bilinen bir gerçektir. Dünya Bankası bu gerçeğe dayanarak gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sektörü sorunlarının çözümünü sağlayacak öneriler içinde ilk sıraya hastanelerin özelleştirilmesini yerleştirmiştir. Dünya Bankası'na göre, hastanelerin özelleştirilmesi sayesinde hükümetlerin elindeki kıt kaynakların, olması gerektiği gibi, temel sağlık hizmetlerine, birinci basamağa, koruyucu hizmetlere yönlendirilmesi olanaklı olabilecektir. Bankanın bu önerisinin arkasında kamunun hizmet üretiminde zaten verimsiz bir yapıya sahip olduğu yönündeki tez de etkin olmuştur.⁷⁹⁷

III.6.2.1. Hastanelerin Özelleştirilmesinin Gelişmekte Olan Ülkeler Açısından Nedenleri

Gelişmekte olan ülkelerin önemli büyüklükteki dış borçları, buna karşılık gelişmiş ülkelere sağlanan kredilerin durması, gelişmekte olan ülkelerin yapısal uyum programına geçişte belirleyici unsur olmuştur.⁷⁹⁸

⁷⁹⁶ ATALAY., a.g.e., s.42.

⁷⁹⁷ IŞIK., a.g.e., s.76.

⁷⁹⁸ Şerife Türcan ÖZŞUCA, "Yapısal Uyum, Küresel Bütünleşme ve Refah Devleti", **Toplum ve Hekim Dergisi**, cilt 16, sayı 1, İstanbul 2001, s.10.

Gelişmekte olan ülkelerin özelleştirme gerekçeleri Dünya Bankası'na ait "Gelişen Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı" raporunda aşağıdaki gibi belirtilmiştir:⁷⁹⁹

- Maliyet açısından etkin sağlık harcamalarına yetersiz kaynak tahsisi; Hükümet açısından yapılan sağlık harcamaları iyi dağıtılmış olsa bile minimum sağlık paketini karşılamaya yetmemektedir. Bunun dışında hastane hizmetlerinin de hükümet tarafından finanse edilebilmesi mümkün olmamaktadır. Sonuç olarak özel sağlık harcamaları artmaktadır.
- Kamu programlarındaki düşük etkinlik,
- Sağlık hizmetlerinin eşit olmayan dağılımıdır.

1990 yılında yayınladığı Özel sektör aracılığıyla gelişen ülkelerde sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi isimli ikinci raporunda;

"Devlet bütçesinden sağlık hizmetleri için ayrılan payın düşük olduğu, (% 50'nin altında) ve yıllar içinde düşüş gösterdiği, sosyal güvenlik sistemlerinin zayıf olduğu ve kentsel bölgelerde toplandığı, kırsal bölgelerde ise finansmanın cepten harcamalarla karşılandığı ve sağlık harcamalarının yaklaşık % 60-80'nin hastanecilik hizmetlerine gittiği ve hastanecilik hizmetlerinin hükümet tarafından finanse edilmesinin sağlık sektöründeki eşitsizlikleri derinleştirdiğini belirtmektedir."⁸⁰⁰

Raporda sorunları çözmek için şunlar amaçlanmaktadır:⁸⁰¹

- Tüketicide maliyet bilincinin geliştirilmesi ve sağlık sektörüne ek kaynak yaratmak için kullanıcı ödentilerinin getirilmesi, özel sigortacılığın geliştirilmesi ve hükümet dışı kaynakların mobilizasyonu.
- Hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesiyle ek kaynak yaratılacaktır. Yaratılan bu kaynakların daha önce kamu finansmanı nedeniyle kentlerde yoğunlaşan hastaneler

⁷⁹⁹ ATALAY., a.g.e., s.68.

⁸⁰⁰ a.k., s.68.

⁸⁰¹ a.k., s.68.

yerine birinci basamak sağlık hizmetlerine aktarılarak kırsal bölgeler aleyhinde olan eşitsizliğin ortadan kaldırılabilceği belirtilmektedir.

III.6.2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme

Özelleştirmeyi genel olarak kamu iktisadi teşebbüslerinin özel sektöre devredilmesi şeklinde tanımlamak mümkündür. Özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kamu iktisadi girişimlerinin verimli çalışmadıkları, bundan dolayı da devletin bütçesine yük oldukları, dolayısıyla bunların özel sektöre satılması gerektiği görüşü 1980’li yıllarda genel kabul görmeye başlamıştır.⁸⁰²

1980’lerin başlarında sürekli olarak gündemde tutulan özelleştirme çalışmaları 1980’lerin ikinci yarısından sonra hız kazanamamıştır. 1980 sonrası özelleştirme uygulamaları, geniş bir uygulama alanı bulmuş yeni sağ politikaların vazgeçilmez bir parçası olmuştur. Özelleştirme sihirli bir değnek gibi görünmüş, bütün problemlerin çözümü onda aranmıştır.⁸⁰³

Özelleştirme ile devletin ekonomideki sınai ve ticari aktivitesinin en aza indirilmesi, rekabete dayalı piyasa ekonomisinin oluşturulması, devlet bütçesi üzerindeki KİT finansman yükünün azaltılması, sermaye piyasasının geliştirilmesi ve atıl tasarrufların ekonomiye kazandırılması amaçlanmaktadır.⁸⁰⁴

Türkiye’de bu konuyla ilgili olarak ilk alışıması Sağlık Sistemi Reform programıdır. Bu reform programında en önemli konu hastanelerin özerkleştirilmesidir. Böylece hastane hizmetlerinin etkinliği, verimliliği ve kalitesi artacaktır. Hastanelerin özerkleşmesi, kamu hastanelerine özerk bir statü verilip, sağlık işletmesine dönüştürülmesi şeklinde planlanmıştır.⁸⁰⁵ Bütün bu gelişmelerin yasal kaynağı da 1982 Anayasası’dır.⁸⁰⁶

⁸⁰² <http://tr.wikipedia.org/wiki/%C3%96zelle%C5%9Firme> 15.04.2007

⁸⁰³ ŞENER., a.g.e., s.70.

⁸⁰⁴ <http://www.oib.gov.tr>. 25.04.2007

⁸⁰⁵ Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1996)., a.g.e., s.15.

Sağlık Bakanlığı'nın özelleştirme projesiyle bütün hastanelerin mülkiyet haklarının olabildiğince özel sektöre devredilmesini, bu mümkün olmazsa idari ve mali açıdan özerk işletmeler haline getirilmesini ortaya koymaktadır.⁸⁰⁷

Sağlık Bakanlığı, hastanelerin özelleştirilmesi konusunda günümüze kadar üç önemli adım atmıştır. Bunlardan ilki, KİT'lerin özelleştirilmesi için 4046 sayılı yasaya yataklı tedavi kurumlarının da dahil edilmesidir. Böylece hastanelerin özelleştirilmesi şimdiden “Özelleştirme Yüksek Kurulu ve Özelleştirme İdaresi”nin sorumluluğuna verilmiştir. İkinci adım, 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu'nun Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen personel istihdamına yönelik maddelerinin bir yönetmelikle düzenlenmesidir. “Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları” yönetmeliği ile ilk aşamada Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi sağlık işletmesine dönüştürülmüştür. Son adım da hastanelerin özelleştirilmesi amacıyla bir yasa hazırlanmasıdır. Ocak 1995 tarihinde TBMM'ye sunulan Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarısına göre sağlık işletmeleri şöyle tanımlanmaktadır; “Sağlık İşletmeleri kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, rekabet edebilen, kendi personelini istihdam edip ücretini belirleyebilen ve personel giderlerini kendi gelirlerinden karşılayabilen, hizmetini sözleşmeler yoluyla sunan, tüzel kişiliğe sahip hastanelerdir.”

Bugün sağlık kuruluşlarındaki döner sermaye uygulamaları sağlıkta özelleştirmenin yeni bir şekli olarak düşünülebilir. İlk aşamada ikinci basamak sağlık kuruluşlarında başlatılan döner sermaye uygulaması, 2001 yılından itibaren birinci basamak sağlık kuruluşlarında da uygulanmaya başlanmış ve yoğun olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık ocakları da döner sermaye kapsamına alınmıştır. Sağlık

⁸⁰⁶ KEMİKSİZOĞLU., a.g.e., s.69.

⁸⁰⁷ Türk Tabipler Birliği, Sağlıkta Özelleştirme ve Aile Hekimliği, Ankara 1997, s.4.

Bakanlığı tarafından hazırlanan ve “Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller”, özelleştirmenin diğer bir şekli olarak değerlendirilebilir.⁸⁰⁸

III.6.2.3. Sağlık Bakanlığı'nın Belirlediği Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Sağlık Bakanlığı kamu hastanelerinin sorunları;⁸⁰⁹

- Aşırı merkeziyetçilik,
- Verimlilik prensiplerinin uygulanmaması,
- Hizmetlerin gerçek değerinin altında fiyatlandırılması, böylece yeniden hizmet üretiminin olanaksızlaştırılması,
- Profesyonel hastane yöneticiliğinin gelişmemiş olması,
- Hastanelerin birinci basamak sağlık kurumlarının işlevini yüklenmiş olması,

Bu sorunlar için çözüm önerileri;⁸¹⁰

1. Mikro Düzeyde: Hastaneleri verimlilik ilkesine göre işletilmelidir, hastane fiyatları gerçek maliyetlere göre ayarlanmalıdır.

2. Makro Düzeyde:

- Özelleştirme; mülkiyet devri,
- Özerkleştirme; mülkiyet devredilmeksizin, idari ve mali açıdan işletme serbestisi verilmesi,
- Özerk ve özel hastaneler arasındaki rekabet,

Sağlık Bakanlığı, özelleştirme ve özerkleştirmeyi, kurumların verimliliğini artıracak, maliyetleri düşürecek bir formül olarak sunmaktadır. Böylece kendi idari ve mali yönetiminden sorumlu her hastane, en düşük maliyetler ile en yüksek çıktıyı almayı

⁸⁰⁸ ŞENER., a.g.e., s.72.

⁸⁰⁹ KEMİKSİZOĞLU., a.g.e., s.71

⁸¹⁰ a.k., s.71.

hedefleyecek, bu ise bir yandan finansman krizini, bir yandan da kamu hastanelerindeki kalitesizlik ve verimsizlik sorununu çözecektir.⁸¹¹ Oysa sağlık hizmetlerinde rekabet yerine dayanışma, birbirini alt etme yerine ekip çalışması olmalıdır.⁸¹²

III.6.2.4. Dünya Bankasının Sağlıkta Özelleştirme Yaklaşımı

Türkiye’de bu konuyla ilgili olarak ilk hazırlıklar Sağlık Sistemi Reform programı ile başlamıştır. Bu reform programında en önemli konu hastanelerin özerkleştirilmesidir. Reformun bu unsuru, hastane hizmetlerinin etkinliğini, verimliliğini ve kalitesini arttırmayı amaçlamaktadır. Burada hastanelerin özerkleşmesi, kamu hastanelerine özerk bir statü verilip, sağlık işletmesine dönüştürülmesi şeklinde planlanmıştır.⁸¹³

Sağlık hizmetlerinde liberalizm ve serbest pazar sisteminin, Sağlık Bakanlığı çalışmalarına göre ülkemizde uygulanması düşünülen şekli konusunda söylenebilecekler, şunlardır;⁸¹⁴

“Sağlık Bakanlığı’nın başta yataklı tedavi kurumları olmak üzere sağlık hizmetlerinin verilmesinde birinci derecedeki icracı ve asıl görev ve sorumluluklarından kurtulmak.”

“Dünya Bankası’nın kuruluş statüsünde belirtilen amaçları arasında özel sektör kaynaklı yabancı sermayelerin ülkelerin yatırım faaliyetlerine girmesini sağlamak ve milletlerarası yatırımları teşvik etmek.”

Dünya Bankası, 1970’li yılların sonundan itibaren, tüm dünya da devlet ve/veya kamu kuruluş ve teşebbüslerinin kapatılmalarını yahut satılma yoluyla özelleştirilmelerini, ekonomik hayatın, karma veya devletçi kamu esaslı prensipler ve yapılar yerine, özel

⁸¹¹ Türk Tabipler Birliği, a.g.m., s.4.

⁸¹² Bülent KILIÇ, “Kapitalizm ve Sağlık”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, cilt 18, sayı 3, İstanbul 2003, s.162.

⁸¹³ IŞIK., a.g.e., s.76.

⁸¹⁴ KEMİKSİZOĞLU., a.g.e., s.78.

teşebbüs ve serbest piyasa nizamı esaslarına göre yeniden yapılandırılmasını tavsiye edici politikalar yürütmeye başlamıştır.⁸¹⁵

Kısaca sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinden beklenen veya amaçlanan hedefler birkaç başlık altında toplanabilir. Sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılayamayan ve sıkıntı çeken kamu kesiminin, özellikle hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi ile içine girdiği finansman sıkıntısından kurtarılması; sağlık sisteminde ortaya çıkan ve kamu kesimini sıkıntıya sokan kaynak yokluğu ve yetersizliğinin özel harcamalar yoluyla aşılması; kamu elinde bulunan kaynakların, özelleştirilen tedavi edici sağlık hizmetlerinin dışında kalan koruyucu sağlık hizmetlerine aktarılabilmesi, özellikle Dünya Bankası'na ait olan bu beklentiler içinde kıt olan kaynaklarla koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılabileceği dolayısıyla, temel ihtiyaçları karşılamak açısından daha uygun bir tercih olduğu düşünülmektedir.⁸¹⁶

III.6.2.5. Sağlıkta Özelleştirme Çalışmalarının Stratejisi ve Hastanelerin Özelleştirilmesinde Başarı Şartları

Sağlık Bakanlığı 5 temel ve radikal idari yapı değişikliğini benimsemiş ve bunu gerçekleştirmek üzere de 5 ana strateji tespit etmiştir. Bu stratejiler;⁸¹⁷

- Sağlık Bakanlığı teşkilatı ve görevlerini değiştirmek, sorumluluklarını daraltmak ve sağlık hizmetlerini Devlet görevleri olmaktan çıkartmak,
- Desantralize bölge sağlık idareleri veya benzeri örgütler kurarak, yönetim ve hizmet yükümlülüklerini bakanlıktan alarak buraları bir süre sonra yerel yönetimlere devretmek,

⁸¹⁵ a.k., s.78.

⁸¹⁶ ATALAY., a.g.e., s.68.

⁸¹⁷ KEMİKSİZOĞLU., a.g.e., s.80.

- Aile hekimliği sistemiyle, birincil sağlık hizmetlerinden olan, kişiye y6nelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri ile, birinci kademe tedavi hizmeti verme g6rev ve sorumluluklarını, birer fert olan tabiplere devretmek,
- Hastanelerden 6zerkleştirme ve 6zelleştirmeyi başlatarak ikinci ve 6ç6nc6 kademe (yataklı) tedavi edici sağlık hizmeti verme g6rev ve sorumluluğundan kurtulmak ve bu hizmeti 6zel sekt6re devretmek,
- Prime dayalı sağlık/hastalık g6venliği/sigortası sistemi kurarak, sağlık hizmeti arz ve talep finansmanı sorumluluğunu devletten alarak 6zelleştirme vasıtasıyla, fertlerin kendi ceplerinden yapacakları doğrudan veya dolaylı prim harcamalarına devretmek,

Kısaca reform adı altında kastedilen, hizmette değil idari yapı 6zerinde planlanmakta ve g6revsizleşme, sorumluluksuzlaşmadır. Alternatif 6z6mler ve politika teklifleri bakanlıkça kesinlikle dikkate alınmamakta, dinlenilmemektedir.⁸¹⁸

“Ulusallaştırılmış bir kuruluşun 6zelleştirilmesinde en 6nemli kıstas t6keticilere sağlanacak net yarardır. Bu nedenle hastanelerin 6zelleştirilmesinde hastaneyi kullananlara sağlanan net yararda bir artış olacaksa 6zelleştirme yapılmalıdır.”⁸¹⁹

Başarılı bir 6zelleştirmeyi ger6ekleştirmek i6in birinci şart sosyal g6vence ve hastanelerin 6zelleştirilmesi aynı şemada 6z6lmelidir. 6zelleştirilmiş kamu hastaneleri ister kâr ama6lı olsun isterse kar ama6lı olmasın 6ç6nc6 parti 6demeler sistemine hastaların 6cretini 6deyebilmesi i6in g6venilmediği s6rece başarısızlığa uğrayacaktır. İkincisi her yeni d6zenleme ek bir maliyet olduğundan 6zelleştirme ile en az maliyetle uygulanabilecek hesaplama ve b6t6celeme prosed6rleri getirilmelidir. Yani 6zelleştirme ile idari d6zenleme yapılmalıdır. 6ç6nc6s6, devlet fakir ve sigortalı olmayan hastaların tedavi giderlerini

⁸¹⁸ a.k., s.81.

⁸¹⁹ YILMAZ., A.g.e., s.71.

karşılamaya devam etmelidir. Son olarak, sağlık işletmeleri, eğitim imkanları, epidemiyolojik hizmetler, aşı kampanyaları, vb. devam etmelidir.⁸²⁰

III.6.3. Hastanelerin Özerkleştirilmesi

Sağlık Bakanlığı, hastane hizmetlerinin etkililiğini, verimliliğini, erişilebilirliğini ve kalitesini arttırmayı amaçlamaktadır. Hastanelerin özerkleştirilmesi, kamu hastanelerine özerk bir statü verilip Sağlık İşletmesi'ne dönüştürülmeleriyle gerçekleşecektir. Sağlık İşletmeleri, verimlilik ve etkililik esaslarına dayalı yönetim anlayışı ile hizmet veren, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, rekabet edebilen, idari ve mali açıdan özerk ve kamu tüzel kişiliğine sahip hastaneler olacaklardır.⁸²¹

Bu sağlık işletmelerinde mali ve idari sorumluluk yönetim kuruluna aittir. İşletme Genel Müdürü'nün başkanlık yaptığı yönetim kurulu, başkan dışında, altı üyeden oluşacaktır. Bu üyelerden üçü işletme yönetiminden gelirken, diğer üçü ise yerel toplum ve kamu kuruluşlarından seçilecektir. Böylelikle yerel toplum temsilcilerinin hastane idaresine katılımı, toplumun ihtiyaçlarının hastanelere yansımaları sağlayacaktır.⁸²²

Bugünkü hastane yönetiminin aksine, sağlık işletmelerinin, profesyonel yöneticiler veya yönetim yeteneklerine sahip ve zamanlarının tümünü yöneticiliğe ayıracak sağlık çalışanları tarafından yönetilmesi öngörülmektedir. Sağlık İşletmeleri, kendi personelini seçmede, işe almada ve onların maaş seviyelerini tesbit etmekte serbest olacaktır. Eğitim vermekle yükümlü olan sağlık işletmelerine, eğitim ve araştırma için kaynak tahsis edilecektir. Sağlık İşletmesi tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinin fiyatı ve kalitesi, hizmet alacak olan kurumlar ile yapılacak müzakere yoluyla belirlenecektir.⁸²³

820

a.k., s.71.

821

Sağlık Bakanlığı, (1998), a.g.e., s.24.

822

a.k., s.24.

823

a.k., s.25.

Sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların sağlık sektörüne ilişkin bilgi eksikliğini gidermek için, kamuya ve sağlık hizmetini finanse eden kuruluşlara bir hastanenin iyi çalışıp çalışmadığı konusunda karşılaştırmalı bilgi sunacak ve hastaların hastane seçimine yardımcı olacak veya sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için yerel kamuoyu baskısı oluşturacak bir hastane akreditasyonu sistemi kurulacaktır.⁸²⁴

III.6.4 Özelleştirmenin Doğuracağı Sonuçlar

Kamu sağlık kuruluşları, genellikle nüfusa orantılı yerleşimi benimserken,⁸²⁵ Özelleşen hastanelerin halkın temel sağlık ihtiyaçlarını değil sağlık pazarının büyüklük, yerleşim ve taleplerini göz önünde tutacak ve karlı bölgelerini tercih edeceklerdir.⁸²⁶ Özelleştirilen ya da salt mali verimlilik esasına göre çalışan hastaneler büyük merkezlerde toplanacaktır. Bunun sebebi işletme mantığıyla çalışan hastanelerin, halkın alım gücünün ve hizmet kullanma alışkanlıklarının yüksek olduğu bölgelerde toplanma eğiliminde oluşudur.⁸²⁷

Kamu sağlık kuruluşları, kar amacı gütmeksizin değişik alanlarda, ödeme gücüne bakmaksızın tüm vatandaşlara hizmet verirken; özel sağlık kuruluşları sadece kârlı buldukları alanlarda ve ödeme gücü olan kesimlere hizmet verirler.⁸²⁸

Özelleştirmeye hastaneler büyük kentler ve zengin bölgelerde daha zengin toplumsal sınıflara hizmet sunacak böylece,⁸²⁹ gelir düzeyi yetersiz olan kişiler aleyhine eşitsizlikler artmaktadır. Özel sektörün kar elde edemeyeceği alanlara (alım gücü düşük olan ve sosyal güvencesi olmayan gruplara, işsizlere yönelik) yatırım yapmayacağından, bu durumdaki kişilerin hizmete ulaşabilirliği güçleşecektir. Özelleştirmenin yoğun olarak

⁸²⁴ a.k., s.25.

⁸²⁵ KEMİKSİZOĞLU., a.g.e., s.84.

⁸²⁶ YILMAZ., a.g.e., s.71.

⁸²⁷ KEMİKSİZOĞLU., a.g.e., s.84.

⁸²⁸ a.k., s.66.

⁸²⁹ a.k., s.84.

yaşandığı ülkelerde, bölgelerindeki sağlık kuruluşlarının kapanması sebebiyle hizmet göremeyen fakir ve muhtaç nüfus artmıştır.⁸³⁰ Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri alanında yapılan özelleştirmelerin sağlık düzeylerinde düşüşe neden olduğu ve dar gelirli bireyleri olumsuz yönde etkilediği bir gerçektir.⁸³¹

Özellikle yönetim maliyetlerinin daha yüksek oluşu ve kar amacı, özel kuruluşların daha pahalı hizmet vermesine sebep olmuştur. Hizmetlerin daha ucuz olduğu durumlarda ise, özel sağlık kuruluşlarının ya daha düşük kaliteli hizmet sundukları, ya da daha az kapsamlı hizmet sundukları gerçeği söz konusu olmuştur.⁸³²

Özelleştirme ile bazı hizmet alanlarını sunan işletmeler tekel yaratacaktır.⁸³³ Özelleştirme ile ortaya çıkan rekabetin, hastanelerin kar getirmeyen bölümlerinden arınarak uzmanlık hastanelerine dönüşmelerine yol açacak, daha az personelle daha çok iş ilkesinin etik anlayışı zedeleyecek ve tekelleşmelere olanak sağlanacaktır.⁸³⁴ Rekabet özel sektörü özel dal hastaneler uygulamasına yönelmektedir. Kamu kuruluşlarının tüm hastalara bakacak asgari sayıda klinikleri barındırması söz konusuysen, özel dal hastaneler örneğin sadece parkinson, el cerrahisi, fizik tedavi, radyoloji v.b. gibi alanlarda hizmet vermek suretiyle kendi alanında tekel haline gelir. Böylece alanın en vasıflı personelini istihdam edebilme ve isteğine fiyatı belirleme olanağını ele geçirir.⁸³⁵ Özelleşme sonucunda yalnızca belli bir zümreye lüks sağlık hizmeti üretilecek, komplike ve kronik pahalı tedaviyi gerektiren vakalar devlet hastanelerine gönderilecektir.⁸³⁶

Özelleştirmeyle kaynak dağılımında dengesizlikler olur, bu da verimsizliğe sebep olur. İnsangücü, para, alet, bina gibi tüm kaynaklar, sağlık piyasasının bulunduğu

⁸³⁰ IŞIK., a.g.e., s.77

⁸³¹ Gazanfer AKSAKOĞLU, Ömür Çınar ELÇİ, "Sağlıkta Özelleştirme ve Sonuçları", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 11, Sayı 73, s. 73-75.

⁸³² KEMİKSİZOĞLU., a.g.e., s.66

⁸³³ a.k., s.85.

⁸³⁴ Yılmaz., a.g.e., s.71.

⁸³⁵ KEMİKSİZOĞLU., a.g.e., s.67.

⁸³⁶ YILMAZ., a.g.e., s.71.

büyük merkezlerde toplanırlar. Devlet desteği olmadan diğer bölgelere kaynak yönlendirmek mümkün olmaz. Bu da büyük merkezlerde daha kaliteli; geri kalmış bölgelerde ikinci sınıf hizmet üretimi demektir. Devlet işletmelerinin özel sektöre devri şeklindeki özelleştirmenin üretimde verimliliği artırması olanaklı değildir.⁸³⁷

Özel sağlık sektörünün yaygınlaşması her zaman yeni kaynak yaratmaz. Toplam sağlık harcamaları artabilir, ancak bu arada fiyatlar da artabilir. Bu durumda kaynaklardaki artış gerçek bir artış demek değildir ve özelleştirmenin çoğu kez fiyatları arttırıcı bir etkisi vardır. Özel sektör kamu hizmetinin kalitesini düşürebilir ve kamu ve özel sektör arasında, zaten kıt olan kaynaklar üzerinde gereksiz rekabet doğabilir. Bu rekabet hizmetin standardizasyonunu zorlaştırabilir. Zaten kıt olan kamu kaynaklarının özel sektöre kaymasına dolayısıyla kamu kurumlarının verimsizleşmesine neden olabilir.⁸³⁸

Özelleştirme ile halka yansıyan fiyatlar birkaç misli artar. Bunun sebebi genel bütçe desteğinin kesilerek, piyasa fiyatlarının doğrudan halkın üzerine yıkılacak olmasıdır.⁸³⁹

Özelleştirmenin diğer bir sonucu sağlık personeli için işsizlik oluşudur.⁸⁴⁰ Özelleştirmeye sektörde çalışanların çalışma şartlarında ve ücretlerinde bozulma olacak ve bu personel motivasyonunu etkileyecektir.⁸⁴¹

⁸³⁷ KEMİKSİZOĞLU., a.g.e., s.85.

⁸³⁸ IŞIK., a.g.e., s.77.

⁸³⁹ KEMİKSİZOĞLU., a.g.e., s.84

⁸⁴⁰ a.k., s.85.

⁸⁴¹ Yılmaz., a.g.e., s.71.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlıkla ilgili yazılı hukuk kurallarına sağlık mevzuatı denir. Sağlık mevzuatı sadece sağlık hizmeti veren kişi, kurum ve kuruluşları değil sağlık hizmeti alan kişileri de ilgilendirmektedir. Mevcut sağlık mevzuatı, 1920’li yılların sonrası ve 1930’ların başlarını yansıtmakta olup, oldukça eski, dili ağır, çok sayıda ama yetersiz, dağınık ve günümüzün bilimsel gerçeklerini yansıtmamaktadır. Ayrıca mevzuattaki eksik konular, bir konuyu açıklayan birden çok mevzuat, yetki tanımlarında karmaşa bulunmaktadır. Bu sebeplerden dolayı başta sağlık idarecileri olmak üzere sağlık çalışanlarının tamamının yasa ve yönetmelik eksikliklerini ya o işi savsaklayarak ya da bildiğince gerçekleştirerek yasal

olarak suçlu duruma düşmektedirler. Ayrıca, Anayasada yer alan sağlıkla ilgili maddelerin uygulanmasında yetersizlik, duyarsızlık gözlenmektedir.

Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin hukuki kaynaklarından birisi de düzenleyici işlemlerdir. Tüzük ve yönetmelik en önemli düzenleyici işlemlerdir. Sağlık hizmetleri ile ilgili düzenleyici işlemler bütünlük içermemekte ve kapsayıcı değildir. Yasal düzenlemelere nazaran düzenleyici işlemlerin yapılması daha kolay olduğundan genellikle düzenleyici işlemlere başvurulmaktadır. “Vatandaşın hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzenlemek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek ve halka sağlık ve sosyal yardım hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmek” için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bir KHK ile kurulmuştur. Oysa sağlık hizmetlerinin tek sorumlusu ve yetkilisi olan böyle bir bakanlığın toplumsal uzlaşmaya dayalı TBMM’nin onayladığı yasayla kurulması gerekirdi.

1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” 1928 tarihli olup, dili eskimiş ve günün ihtiyaçlarına da cevap vermekten uzaktır. Bazı yeni sağlık mesleklerini tanımlamamaktadır. Bu meslek gruplarının çalışma şekillerine ilişkin tartışmalar tüm hızıyla sürmektedir. Kanunun tanımlamadığı ancak günümüzde mevcut bulunan birçok yeni sağlık mesleğinin tanımlanması ve çalışma koşullarının yasa maddeleri olarak düzenlenmesi gerekmektedir. Örneğin sağlık mevzuatımızın yayınlandığı yıllarda bulunmadığı için tanımlanamayan fizyoterapistlerin gerek görev tanımları gerekse mesleki yetkileri konusunda yazılmış yasal bir dayanak yoktur, ama fizyoterapistler hastanelerde görev yapmaktadır.

1933 yılında çıkarılan 2219 sayılı “Hususi Hastaneler Kanunu” nun dili eskimiştir. Çıkarıldığı tarihe göre çağdaş bir yasa olmasına karşın yasanın ilgili maddeleri

günümüz koşullarına cevap verememektedir. Hususi hastaneler ile ilgili yasal çalışmanın en kısa zamanda yapılması zorunluluk arz etmektedir.

Türk Sağlık Mevzuatı baştan sona yeniden ele alınmalı, dil sadeleştirilmeli, ihtiyaç duyulan yeni alanlardaki düzenlemeler ve uygun görülecek değişiklikler zaman kaybedilmeden yapılmalıdır. Yeni oluşturulacak sağlık mevzuatı yapısı, tıp ve diğer ilgili sağlık bilimlerinin gelişme hızına ayak uydurabilecek şekilde esnek halde oluşturulmalıdır. Küreselleşen dünya düzeninde diğer ülkelerdeki gelişmeler göz ardı edilmeden, uluslararası platformda altına imza atılan antlaşma, bildirme, vb. yükümlülükler bu düzenlemelerde dikkate alınmalıdır. Sağlık hizmetleri ile ilgili genel düzenlemeler yasalarla ortaya konup, diğer düzenlemeler düzenleyici işlemlerle yapılmalıdır.

Toplumun sağlık hakkı ve hasta haklarının korunması tüm hukuksal normlarda açıklanan unsurlar dikkate alınarak yeniden belirlenmeli, Sağlık hizmetlerinin iyi sunumu için hekim dışı, lisans eğitimi almış sağlık personeli tüm branşlarda tanımlanmalı ve yetiştirilmeli, sağlığın planlanması, korunması ve yükseltilmesi için sağlık yöneticileri sağlık insan gücü olarak kabul edilmeli, tüm sağlık personeli sağlık mevzuatı konusunda bilgilendirilmeli ve bu amaçla eğitim programı içerisine uygulamalı sağlık hukuku dersi konmalıdır.

Hastaya sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin, standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zararların tanımlandığı tıbbi yanlış uygulama yasa tasarısı çalışmaları hızlandırılmalıdır. Bu yasa tasarısında hekim hasta ilişkileri, yönetim, mesleki sorumluluk, cezai hükümler ve meslek icra edenlerin uygulamalarını kapsayan sigorta konuları tekrar ele alınarak yeniden gözden geçirilmelidir.

Kısacası sağlık hizmetini sunanlar ile alanların haklarını tanımlayan sağlık hukuku oluşturulmalı, mevcut mevzuat sağlık hukuku olarak yeniden düzenlenmelidir.

Yasalara dayanılarak çıkarılan ve uygulamaları yönlendiren yönetmelik, yönerge ve genelgeler siyasi yaklaşımlar yerine uygulama kolaylıkları içerir bir şekilde ve takip edilerek, değişen şartlara göre güncelleştirilmelidir.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ile Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkındaki Yönetmelik yeniden ele alınmalı, bu yönetmeliklerdeki görev, yetki, mesleki ehliyet ile sorumluluk, uygulamalar ve işleyişlere ait tanımlarda günün teknolojileri ve ihtiyaçları göz önüne alınmalıdır. Taşradaki hastane idarecilerinin fikir ve tecrübelerinden fayda sağlayacak çalışmalarla, hastanelerin sosyal fayda amaçlı olarak çalışan aynı zamanda da kar edebilen işletmeler olduğu unutulmadan yeniden düzenlenmelidir.

Yönetimin yapısal görünümü açısından sağlık hizmetlerinin durumu önem arz eder. Sağlık sistemimizin en tepesindeki sorumlulardan en uçtaki elemanlarına kadar kamu ve özel bütün kişi, kurum, kuruluş ve sistemlerinde yoğun görev ihmalleri ve yönetim yetersizlikleri hakimdir.

Türkiye’de sağlık sisteminin fonksiyonel yapısındaki aksaklıkların başında örgütlenme sorunları gelmektedir. Ülkemizde hala sağlık sisteminin bütün kurum ve kuruluşlarıyla örgütlenmesi tamamlanamamış ve kurulan örgüt yapılarında yetki ve sorumlulukların tam olarak belirlenmemesi sebebiyle modern yönetim yöntemlerinden yararlanmayan ve çoğunun yönetim eğitimi almamış yöneticilerce yönetilmesi, sistemi çalışmaz hale getirmiştir.

1982 Anayasası’nın 56. maddesine göre ülkedeki sağlık hizmetlerinin tek elden koordine edilme görevi Sağlık Bakanlığı’nın olmasına rağmen, görevlerde görülen

dağınıklık, bakanlığın bu işlevini yerine getirmediğini ortaya koymaktadır. Değişik kurumlar çeşitli sağlık hizmetleri vermektedirler. Bu dağınıklık hizmetlerin kalitesini ve verimliliğini düşürmekte, plansızlık ve denetimsizlik yaratmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin merkeziyetçi bir anlayışa dayanılarak planlanması ve yürütülmesi, sistemi en olumsuz etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Çünkü, Sağlık Bakanlığı mevcut yapısı ve sınırlı olanakları ile tek elden bütün bir sistemi harekete geçirme, ekonomik ve sosyal sorunları belirleyip çözüme kapasitesine sahip değildir. Sonuçta, Sağlık Bakanlığı sadece merkezin ve sınırlı sayıdaki taşra biriminin belli sorunları üzerine odaklanmaktan başka işlevler yürütememektedir.

Hastane organizasyonunda dikkati çeken sorunlardan biri organizasyon içinde yer alan idari organlara verilen görevlerle, bu idari organların yetkilerinin denk olmamasıdır. Görev tanımları ve ilişkilerin net olarak tanımlanmaması, hatta bazı görev tanımlarının birbiri ile çatışır olması hastanelerde oldukça karmaşık olan yönetimi daha da zora sokarak geri dönüşü olmayan sonuçlara neden olmaktadır.

İyi bir hastane organizasyonunun en önemli özelliği yönetim alanıyla ilgilidir. Hastanelerde çok farklı uzmanlık alanlarıyla ilgili, birbirinden çok farklı hizmetler farklı personel tarafından verilmektedir. Bu personelin ve hizmetlerin geniş denetim alanına sahip idareciler tarafından denetimi mümkün olmamaktadır. Halen uygulanmakta olan organizasyon biçimi ile net olmayan görev ve geniş yetki tanımları hizmet akışına yeterli cevabı verememekte dolayısıyla hizmet aksamalarına neden olmaktadır. Başhekime tanınan geniş yetkiler yanında, sorumlu tutulmalarına rağmen hastane müdürü ve başhemşireye kendi konularında getirilen yetki kısıtlamaları mevcut yapıda dikkat çekmektedir.

Hastanenin idari, mali ve teknik hizmetlerinden sorumlu tutulan hastane müdürün mali konulardan sorumlu olmasına rağmen tüm ödemeler döner sermaye saymanı ve başhekim imzaları ile gerçekleştirilmektedir. Hastanenin her türlü ihtiyacını karşılamakla sorumlu olmasına rağmen satın alma onaylarının döner sermaye saymanı teklifi ve başhekim onayı ile gerçekleştirilmesi, hastane bütçe hazırlama işleminin yine döner sermaye saymanı ve baştabip imzaları ile yerine getirilmesi gibi nedenlerle malzeme temini, pazarlık, satın alma tercihi ve ödemelerde sıkıntı yaratmakta sonuçta hastane hizmetleri aksayabilmektedir.

Her türlü cihaz, motor ve teknik donanımın çalışır vaziyette bulunmasından sorumlu olan hastane müdürleri teknik bölümden sorumlu tutacağı mühendislerin doğrudan başhekime bağlı olmasından kaynaklanan emir zinciri sorunuyla karşı karşıyadır.

Hastanelerde karşılaşılan organizasyon sorunlarından bir diğeri verilen hizmetlerin denetimini ve değerlemesini yapacak idari organların ayrıntılı tanımlanmamış olmasıdır. Başhekimce haftada en az bir kez tıbbi, mali ve teknik açıdan kontrol edilmesi gerektiği şeklinde tanımlanan kontrol hizmetlerinin önemli bir nedenle başhekimce yapılamayacağını söylemek mümkündür. Çünkü başhekimin denetim alanı çok geniş tutulmuş ve eğitim almadığı konularda kendisinden denetim yapması istenmiştir. Mali ve teknik hizmetler konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan başhekimi yanıltmak oldukça mümkün olmaktadır.

Sağlık sisteminin fonksiyonel yapısı ile örgütlenmesi arasında büyük bir ilişki vardır. Fonksiyonel yapının iyi işlemesi için sağlık sistemi örgütlenmesinin iyi yapılması, gerekli bütün üretim etkenleriyle donatılması ve modern yöntemlerle yönetilmesi gerekmektedir.

Yapılacak yeni düzenlemede, hastane iç yönetim organizasyonunda üst kademe yönetim organı Almanya, ABD, İngiltere hastanelerinde olduğu gibi başhekim, işletme müdürü ve başhemşireden oluşan hastane işletme konseyi olmalıdır. Üç ana guruptan oluşan hastane faaliyetleri bu konularda uzmanlaşmış idarecilerin yönetimine bırakılarak hizmetlerin aksamadan devamını sağlamak amaçlanmalı ve yeniden yapılacak görev ve yetki tanımlarında bu üç idareci kendi sorumluluklarında tam yetkili olmalıdır. Hastane işletme konseyi üyeleri statü olarak birbiri ile eşit düzeyde olmalı ve aralarında ast- üst ilişkisi olmamalıdır. Konsey kararları oy birliği ile alınmalıdır. Konseyin sekretarya hizmetleri diğer ülke hastanelerinde olduğu gibi işletme müdürünce yürütülmeli ve hastanelerin sosyal fayda sağlaması yanı sıra kar eden işletmeler olması nedeni ile hastane adına temsil gücü işletme müdüründe bulunmalıdır.

Sağlık yönetimi ve karar verme mekanizması bilgiye dayanmamaktadır. Sağlık yönetiminde öncelikle hedef ve stratejiler, bilimsel gerçeklere ve gerekçelere dayalı olarak tespit edilmeli ve politik amaçlarla taviz verilmemelidir.

Kamu sağlık hizmetleri, siyasi etkilerin en az, yetki devri, verimlilik, inisiyatif, rekabet, etkililik, ekonomiklik gibi niteliklerin en yüksek derecede mevcut bulunacağı modern ve bilimsel yönetim, organizasyon ve işletme sistemlerine kavuşmalıdır. Hizmet talep ve arz sistemlerinde modern ve bilimsel sağlık idaresi sistemleri kurulmalı, profesyonel sağlık idarecileri etkili olarak yönetimde görev almalıdır.

Öncelikle yataklı sağlık kurumlarından başlamak üzere tüm sağlık hizmetlerinde yönetim mekanizmaları ve yönetim görevleri profesyonelleştirilmelidir. Belirlenecek standartlara uyan hastanelerin yönetimleri profesyonelleştirilerek, yönetim ve işletmecilik prensiplerini uygulayabilecek hale getirilmeli, ancak bu gelişme yeterli

yönetim kadrolarının varlığına ve etkili olarak görev yaptırılmaları şartına bağlı olarak uygulanmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin yönetimi tam bir profesyonellikle yapılmamakta, az sayıda nitelikli sağlık yöneticisi uygun yerlerde istihdam edilememektedir.

Uzun yıllarını sağlık eğitimine ayırmış olan uzman hekimlerin başhekim olarak hastanelerin tüm idari ve tıbbi süreçlerinden sorumlu tutulmaları hem bu kişilere haksızlık edilmesine, hem kendi mesleklerini icraya fırsat bulamamalarına ve hem de sistemin kötü işlemesine neden olmaktadır. Bu nedenle profesyonel sağlık işletmeciliği konularında eğitim almış deneyimli kişilerin hastanelerin başında bulunmaları gerekmektedir.

Sağlık alanında özellikle taşrada yetişmiş yönetici eleman eksikliği vardır. Henüz asaleti tasdik olmamış ve hiç deneyimi olmayan doktorların zorunlu hizmet için gittiği yerde İl Sağlık Müdürü olarak görev yaptığına dair birçok örnek mevcuttur.

Profesyonel yöneticilerden uzak yönetilen sağlık kuruluşları ise zaman içerisinde ya teknolojiye ya da geleneklere yenik düşerek hizmet sunumunda başarısız olabilmektedir.

Sağlık Yönetimi profesyonel bir meslektir. Profesyonellik en az lisans eğitimi ile kazanılmaktadır. Bu nedenle dünyanın her yerinde olduğu gibi sağlık yönetimi lisans ve lisansüstü eğitime dayalı olarak yürütülmelidir. Sağlık hizmetlerinin verimli, ekonomik, kaliteli, etkili, eşit, sürekli ve ulaşılabilir olarak herkese, her zaman, her yerde sunulması gereği olarak sağlık sektörü profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmelidir. Türkiye’de Sağlık Yöneticiliği bir meslek alanı olarak 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile gündeme gelmiştir. Bu yasa gereği olarak sağlık sisteminin yeniden yapılanması sırasında ihtiyaç duyulan yönetici kadrolarının yetiştirilmesi amacı ile Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı gereği Sağlık Bakanlığı

tarafından 1963 yılında Sağlık İdaresi Yüksekokulu kurulmuştur. Ancak profesyonel sağlık yöneticilerinin 1987 yılından bu yana hastaneler başta olmak üzere sağlık kurum ve kuruluşlarında istihdam edilmesinin engellenmesi nedeniyle, sağlık hizmetlerinin üretiminin aksadığı verimli ve etkili olamadığı görülmektedir. Bu nedenle alanda mesleki eğitim almamış olanlar, kariyer ve liyakat sahibi olmayanlar sağlık ve hastane yöneticiliği görevlerine atanmamalıdır. Sağlık yönetiminin çağdaş yönetim ilkelerine uygun olarak yerine getirilmesi için profesyonel sağlık yöneticileri acilen ilgili kadrolara atanmalıdır. Bu nedenle ilgili mevzuatta gerekli düzenlemeler yapılarak profesyonel sağlık yöneticilerinin görev yapacağı Sağlık Yöneticisi kadrosu ihdas edilmelidir.

İşletme müdürleri özellikle hastane idaresi konusunda veya işletme konusunda lisans eğitimi alanlar arasından, başhekimler uzmanlık eğitimini tamamlamış hekimler arasından, başhemşireler ise hemşirelik lisans eğitimi almış olan hemşireler arasından seçilerek atanmalı, konusunda mastır ve doktora yapanlar tercih edilmelidir.

İşletme müdürleri hastanenin idari, mali ve teknik konularındaki tek ve bağımsız yetkilisi; başhekim, hastanenin her türlü tıbbi işlerinde tıbbi komitelerin kararlarını tasdik ve temsil eden tek ve bağımsız yetkilisi; başhemşire ise hemşirelik ve yardımcı sağlık hizmetlerinin tek ve bağımsız yetkilisi olmalıdır. Ancak hastane işletme konseyi vizyon ve stratejilerin tespitinde, teknolojiye uyarlanmada, hizmetlerin aksaksız ve etkin yürütülmesinde, bütçenin hazırlanarak faaliyetlerin planlanmasında ve disiplin cezalarında oy çokluğu ile karar vermeli, üyelerin muhalefeti halinde sağlık müdürlüklerinde oluşturulacak danışma kurulları devreye girerek çözüm önermeli ve bu kararlara bağlı kalınmalıdır.

TODAİE raporları, Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Politikaları dokümanı ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu Raporu, DPT 5

Yıllık Kalkınma Planları, TÜBİTAK Raporları ve Sayıştay Genel Kurulu Raporu'nda önerildiği gibi Hastane ve Sağlık Kurumlarının Profesyonel Sağlık Yöneticileri tarafından yönetilmesi için gerekli düzenlemeler gecikmeden yapılmalıdır.

Sağlık personelinin coğrafi ve kır-kent dağılımında dengesizlikler vardır. Bazı tıp dallarındaki uzman hekim açığı kapatılamamış, hekimlerin büyük bir çoğunluğu büyük illerde bulunmaktadır. Bu durum hizmet talebinin yanlış yerlere yönlenmesine, hasta dolaşımının artmasına, kent merkezlerinde ve büyük hastanelerde aşırı yığılmalara ve birim maliyetlerin gereksiz yere artmasına neden olmaktadır. Sağlık personelinin birbirlerine oranındaki dengesizlik hekim sayısına oranla ebe, hemşire, sağlık memuru ve sağlık teknisyeni sayısı yetersizdir.

Sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulmasında insan gücünün planlanması önemli bir yer tutmaktadır. Bilim ve teknolojiye meydana gelen ilerlemeler, bilgisayar kullanımına geçilmesi, yeni uzmanlık dallarının oluşması hangi uzmanlık dalında ne kadar sağlık çalışanı gerektiği konusunda planlama yapılmasını zorunlu kılmasına rağmen, halen geleneksel düzenle çalışılmaktadır. Ülkemizde uzun vadeli bir sağlık politikasının olmaması nedeni ile insan gücü planlamasının gerektiği gibi yapılamaması sonucunda gününbirlik çözümler aranmaktadır.

Sağlık insangücü planlamasında, çağdaş yönetim teknikleri uygulanmamakta, görev öncesi temel eğitim ve görev esnasında hizmet içi eğitim yeterince yapılmamaktadır. Personel atamalarında liyakat, kariyer ve uzmanlığa önem verilmeden siyasal düşüncelerle hareket edilmekte, hekimlerin kamu görevlerini ikinci iş olarak görmeleri gibi ana nedenler sağlık hizmeti sunumunda verimsizlik ve kalitesizliğe neden olmaktadır.

Tüm sağlık personelinin ücretleri yetersizdir. Bu da sağlık personelinin motivasyonunun düşüklüğüne neden olmaktadır. Ücretler konusunda özellikle hekim

odaklı sorunlar yaşanmaktadır. Hekimler aralarında anlaşarak hasta- doktor arası parasal ilişki ile kayıt dışı kazanç yolunu seçebilmekte, il merkezleri veya büyük hastanelerde çalışmayı tercih ederek bölgesel istihdam sorunları yaratabilmektedirler. Ücret sorunu yardımcı sağlık personeli ve hastane idarecileri açısından da yaşanmakta böylelikle ekip çalışmasını gerektiren sağlık hizmetlerinin sunumunda ciddi sorunlar yaşanmaktadır.

Sağlık personelinden kaynaklanan önemli bir sorun da emek yoğun bölümlerde çalışma isteğinin az olması ve iş görenlerin sürekli olarak bir mazeret göstererek işyeri değiştirme talebinde olmalarıdır. Birçok hemşire yoğun servislerde çalışmayı arzu etmemekte bunun yerine daha az iş yükü olan servisleri istemektedirler. Sağlık raporu, siyasal ve benzer yollarla yöneticileri zor durumlara düşürebilmekte veya ciddi görev hatalarına sebebiyet verebilmektedirler. Emek yoğun olan sağlık sektöründe, insan gücü faktörünün belirlenmesi ve kontrolü karar verici düzeydeki yönetim organlarınca bilimsel boyutlarda düzenlenmesi gerekmektedir. Sağlık kurumlarının istenilen düzeyde kaliteli hizmet verebilmesi için her düzeyde var olan personel eksikliği giderilmelidir. Sağlık hizmetlerinin veriminin artırılmasında, katılımın sağlanması için sağlık çalışanlarına görev başı ve hizmet içi eğitim verilmelidir.

İnsan gücü açısından rasyonellik sağlanamamış olup bazı yerlerde personel sayısı fazla iken, bazı yerlerde hizmet sunacak personel bulma güçlüğü yaşanmaktadır. Nicelik ve nitelik açısından personelin gözden geçirilmesi gerekmektedir.

İnsangücü eğitimi, öncelikle koruyucu geliştirici sağlık hizmetleri olmak üzere, ülkenin ihtiyaç duyduğu tipteki personeli yetiştirecek hale getirmelidir. Eğitim ve öğretim plan ve programları ülkenin imkan ve ihtiyaçlarına uygun, temel ve koruyucu-geliştirici sağlık hizmetleri amaçlarına uyumlu hale dönüştürülmelidir.

Başta tabip olmak üzere hemşire, ebe, teknisyen ve diğer sağlık insangücü

açığı, yeni eğitim kurumları açılarak, kontenjanlar artırılarak giderilmelidir. Sağlık insangücü sayı ve vasıflarının yükseltilmesi, eksikliklerinin ortadan kaldırılması, hizmetlerin iyileştirilmesinde en temel ve belirleyici bir unsur olduğundan, bu konudaki tedbirler öncelikle ele alınmalı, mevcut eğitim kurumlarının öğretim elemanı, fiziki imkan ve araç-gereç eksiklikleri giderilmeli, fakülte hastaneleri döner sermaye değil, eğitim ağırlıklı olarak çalışmalıdır.

Sağlık eğitimindeki en büyük sorunlardan birisi de sağlık hizmeti sunumunda önemli roller oynayan hemşire, ebe, tıbbi teknisyen, sağlık memuru gibi yardımcı sağlık hizmetleri personelinin üniversite eğitimlerini almadan sağlık meslek lisesi diploması ile göreve başlayarak meslekte rollerini alması ve zaman içerisinde gerek değişime gerekse tıbbi bilgilerini yenilemeye direnç gösterir hale gelmeleridir.

Yardımcı sağlık personelinin eğitimlerinde branşlaştırılarak branşlarında çalışması sağlanmalı bu yolla hizmet kalitesinin artacağı gerçeği de göz ardı edilmemelidir.

Personel istihdamında siyasal yaklaşımlardan vazgeçilmeli, dengeli personel dağılımını sağlayabilecek yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Siyasi gerekçelerle sağlık ocaklarına gereğinden fazla personel istihdamı yaratılmamalıdır. Ayrıca sağlık ocaklarında iş yükünün daha az olması sebebiyle göreve yeni başlayan kişileri değil de hizmette 15 yılını doldurmuş kişilerin atanması sağlanmalıdır. Kamu sağlık hizmeti görevine atanmada ihtiyaç, liyakat, dengeli dağılım ve hizmet gereği kriterleri esas alınmalı, politik etkiler, baskılar, sübjektif idari kararlar en aza indirilmelidir. Personele ve göreve uygun olmayan yanlış atamalar önlenmeli, zararlı olan yüksek personel hareketliliğini önlemek bakımından gereksiz, keyfi veya ceza niteliğindeki tayinlere gidilmemelidir. İnsan kaynaklarının, kadroların yurda dağılımı dengeli ve ihtiyaca göre tahsil edilmeli, gereksiz ve aşırı yığılmalar ile açıklar önlenmelidir.

Ücret politikaları gözden geçirilerek dünya standartlarına uygun ücretlendirmeler yapılmalı, döner sermaye prim dağıtma usulünde yeni düzenlemelere gidilerek iş yükü merkezli puanlama sistemi ile çalışılan oranda prim dağıtılması sağlanmalıdır. Hastanelerde uygulanan performans sisteminin ücretlendirilmesi hekimlerin inisiyatifine bırakılmamalı, buradan sağlanan gelirden, hizmette ve kazançta emeği olan bütün çalışanların pay alması zorunlu kılınmalıdır. Sağlık personelinin nöbet saat ücretleri artırılarak, idari personele de nöbet ücreti ödenmeli ve haftalık 40 saatin üzerinde tutulan nöbetler ücretlendirilmelidir. Çünkü personel yokluğu nedeniyle birçok hastanede bu süreden daha fazla nöbet tutulmaktadır.

Ücret, nöbet esasları, yeni görev tanımları, yaşanabilir ortamlarda çalışma gibi başlıca konularda yapılacak yeni düzenlemeler yanında, insan kaynakları yönetimine geçilerek yönetimin profesyonellere bırakılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleyen unsur olan sağlık insangücünün yetiştirilmesi, sayısı, vasıfları, özlük hakları, ücreti, diğer hakları, çalışma ve sosyal şartları iyileştirilmelidir. Ayrıca hastane içi fiziki ortamlar daha yaşanabilir ve çalışılabilir düzeylere getirilerek, hem çalışanların hem hastaların, hak ettikleri onurları korunmalıdır. Sağlık çalışanlarının asli görevlerini tam anlamıyla yerine getirebilmeleri için ihtiyaç duyulan yeni görev tanımları bir an önce yapılmalı ve yeni kadro istihdamları gerçekleştirilmelidir.

Türkiye’de de sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanmasında çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunların temelinde devlet bütçesinden sağlık hizmetlerine ayrılan kaynağın yetersiz olması yatmaktadır. Koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetler için yeterince kaynak ayrılmamakta, dolayısıyla bu hizmetler ihtiyaca cevap verememektedir. Gelişmiş olan hatta gelişmekte olan birçok ülkenin sağlık bütçesi rakamları incelendiğinde durum daha açık bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Türkiye’deki sosyal güvenlik kurumlarının

yaşadığı finansman açıklarını gidermek için yapılan transferler bütçe ve ekonomik denge üzerinde olumsuzluklar yaratmaktadır. Ayrıca, kamu kuruluşlarında hizmetin sunumunun ve finansmanının birlikte yürütülmesi, hizmetin planlanması ve gerçekleştirilmesinde sorunlar çıkarmakta, denetim mekanizmaları işlememektedir. Nüfusun yaklaşık % 35'inin sağlık sigortası kapsamı dışında olması da sağlık hizmetlerinin yeterli sunumundaki en büyük engellerden biridir.

Gayri safı milli hasıladan sağlığa yeterince kaynak ayırlanamamaktadır. Bina araç ve gereç yetersizlikleri ve standardizasyonu ve ölçeklendirmede çekilen sıkıntıların en büyük nedeni finans sıkıntısıdır.

Sağlık, fiyatı olmayan bir mal özelliği taşımaktadır, mevcut sağlık piyasasında talep belirsizdir, alıcılar piyasa hakkında tam bilgi sahibi değildir, homojenlik yoktur, sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez, fiyatlarla gerçek maliyetler arasında kolerasyon zayıftır ve tüm bu nedenlerle hastanelerce maliyetlerin çok iyi analiz edilerek fiyatların buna göre saptanması gerekir. Talep artışı, ilerleyen teknoloji, insan gücü maliyeti, hırsızlık, haksızlık gibi nedenlerle yetersiz hesaplanabilirlik ile finans yönetimi karşı karşıya kalmakta ve sahada birbirinden farklı uygulamalar göze çarpmaktadır. Bir hastane laparoskopik uygulamalarını x liraya mal edebilirken başka bir hastanede bu maliyet 4 katına çıkabilmektedir. Aynı miktar ve kalitedeki mallar farklı hastanelerde birbirinden çok farklı fiyatlara satın alınabilmektedir.

Finansal yapının daha sağlıklı yönetilebilmesi için maliyetlerin düşürülmesi gerekmektedir. İlaç ve tıbbi malzeme maliyetlerinin kontrol altına alınması, gereksiz bakım maliyetlerinin düşürülmesi, otomasyona geçilerek kaçakların önlenmesi ve alacak takibinin daha sağlıklı yapılabilir hale getirilmesi, hırsızlığı önleyecek tedbirlerin alınması ve teknoloji takibi maliyetlerin düşürülebilmesi için yapılacak yasal çalışmalar finansal

yapının yeniden düzenlenmesinde önemli etmenler arasındadır. Maliyetlerin düşürülmesinde ilk yapılması gereken ise hastanelerce alınan her türlü tıbbi malzeme fiyatının sürekli kontrol edilebileceği elektronik denetleme sisteminin geliştirilerek faaliyete geçirilmesi olmalıdır. İkinci büyük tedbir ise hastane alacaklarının sosyal güvenlik kuruluşlarınca hem tutar, hem süre olarak bir standart içinde ödenmesidir.

Her yıl bütçe kanunu ile yeniden belirlenen ve belirlenen standartlar üzerinden uygulanması gereken sağlık giderlerinin bu kıstaslara göre fatura edilmesine rağmen sosyal güvenlik kuruluşlarınca farklı yorumlanması ve yorumların sonucu olarak hem fiyatlandırmada, hem ödemelerde standartların dışına çıkılarak farklı uygulamaların olması sağlık hizmetinin eşit sunulmasında adaletsizliklere yol açtığı gibi alacaklı durumda olan hastaneleri de güç durumlarda bırakabilmektedir.

SSK ile Bağ-Kur arasında bile çok büyük uygulama farklılıkları söz konusudur. Sosyal güvenlik sistemimizin bir çatı altında toplanmaması nedeni ile eşit sunulması esas olan sağlık hizmetleri farklı sunulabilmekte, emekli sandığı mensubu bir hak sahibinin bedel ödemediği sağlık hizmeti, SSK'lı bir hastaya yasal nedenler yüzünden para ile sunulabilmektedir.

Sosyal güvenlik kuruluşlarının aynı çatı altında toplanarak, hizmet sunumunda adalet ilkesinin yerine getirilmesi şarttır. Sosyal güvenlik kuruluşlarının aynı çatı altında toplanması prim tahsilatları ile harcamalarındaki denetim mekanizmalarının daha iyi ve gerçekçi bir şekilde yapılmasını ve dolayısı ile genel bütçe üzerindeki yükün azalmasını sağlayacaktır. Ayrıca sosyal güvenlik kuruluşlarından aynı anda yararlanan sahtecilerin de önüne geçilecek ve fatura kesip alacaklı durumda olan sağlık kuruluşlarının alacak tahsilini belirlenen bir kıstas ve takvim dahilinde alarak finans kararlarını daha sağlıklı verebileceklerdir.

Sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı'nda toplanmış olması ve siyasi etkilerin yoğunluğu, sivil toplum örgütleriyle yeterince işbirliği yapılamaması nedeniyle çoğu kez sağlık politikaları dönemsel nitelikli olmakta, her iktidar değişikliğinde Sağlık Bakanlığının temel hedeflerinin gerçekleşmesinde önemli rolleri olması gereken bürokratik yapı da değişmekte ve uzun vadeli, istikrarlı bir sağlık politikası ve eylemi oluşturulamamaktadır. Sürekli olarak tedavi edici hizmetler ön plana çıkmaktadır. Ülkemizdeki sağlık sorunlarının çözülmesi için koordinasyonu şart olan kurumlar, siyasi ve politik istikrarsızlık nedeniyle yeterince koordine olamamaktadır.

Kalıcı çözümler yerine çabuk ve pahalı çözümler arayan politikacılar, sistemi yargılamayan toplum, rant peşinde koşan çıkarıcılar, az çalışıp çok kazanmayı hedefleyen yorgun profesyoneller ve değişimi reddeden dinazorlaşmış bürokratlar nedeni ile sağlık sistemimizin hantallaştığını söylemek mümkündür.

Değişime ve eğitime direnen bazı bürokratik kesimler koltukları uğruna sağlık sektörüne vizyon kazandırmaya çalışan çok az sayıdaki taşra yöneticisini hiç acımadan harcayabilmektedir. Toplumca yargılanmayan bu sistem ve sistemin yöneticileri yeni strateji aramak yerfne yeniden var olmanın mücadelesini vermeye devam etmektedir.

Sağlık konularında siyasi müdahale, gerçek toplum yararı ve hizmet gereği kriterlerini aşmamalıdır. En büyük sorun ise elle tutulur bir stratejiyi en azından tartışmaya açan anlayışın olmamasıdır.

Şu an içinde bulunulan zaman ve mekan boyutundan bakıldığında, OECD tarafından yönetilmeye çalışılan, sosyal refah devletinin büyük ölçüde tasfiye edilmiş hali olan yeni bir tür devlete geçiş süreciyle karşı karşıya bulunulduğu söylenebilir. Bu yeni tür devlet “düzenleyici devlet” adı verilen, genel anlamda küreselleşmeye hizmet eden ve spesifik olarak ise piyasanın tam işlerliğini sağlayacak bir devlet olacaktır. İddia edilenin

tersine, sağlık alanında yaşananlar açıkça göstermektedir ki; devletin küçülmesi toplumu bir kamburdan kurtarmamakta, mevcut kamburların daha da büyümesi sürecini başlatmış olmaktadır. Gerçekte küçülen, toplumun kamburu değildir; gerçekte küçülen, sağlık alanında bugüne dek ancak çok cılız boyutlarda gerçekleştirilebilmiş olan bazı kamusal kurum ve hizmetlerdir ve vergi ödeme gücü olan varlıklı kesimlerin bu kurum ve hizmetlerin finansmanına yönelik zaten çok sınırlı olan katkılarıdır.

Sağlık Bakanlığı bir yandan sağlık hizmetini büyük lde merkezden planlayıp finanse ederken, bir yandan da bu hizmetlerin vatandaş taleplerini karşılayabilmesi için çalışmalar yürütmektedir. Ancak aynı anda birden çok işle uğraşmak zorunda kalan bakanlık, hizmetlerde istenen etkinlik, verimlilik ve kaliteyi sağlamakta zorluk çekmektedir. Buradaki başlıca sorunlar, yerel birimlere sorumlulukları ile ilgili orantılı yetkilerin tanınmamış olmasında, taşranın yeterli personel ve mali kaynaklarla takviye edilememesinde ve ağdaş yönetim teknik ve stratejilerinin uygulamaya geirilmemesinden kaynaklanmaktadır.

Ülkemizin coğrafi büyüklüğü ve bölgeler arası farklar desantralizasyona geçilmeden önce gerekli alt yapının hazırlanmasını ve bölgeler arası dengesizliklerin asgariye indirilmesini zorunlu kılmaktadır. Yine lkemizde gelir dağılımındaki adaletsizlik ve hizmetin sunumundaki eşsizlik desantralize bir sistemde sorunun daha da büyümesine yol açabilir. Bu nedenle desantralizasyon uygulamalarından beklenen faydaları elde etmek için, gerçekçi olmak, iyi planlama yapmak, önceki deneyimlerden gereken dersi çıkarmak ve bunları yaparken desantralizasyonun azgeleşmişlik problemlerini üzecek ve insanların yaşam koşullarını değiştirecek sihirli bir değnek olmadığını asla unutmamak gereklidir.

Desantralizasyonla ilgili uluslararası deneyimler göstermektedir ki, desantralizasyonu “ya hep, ya hiç” mantığıyla ele almamak gerekmektedir. Üstelik tek

başına ele alındığında desantralizasyon, ne sağlık sistemini iyileştirebilecek ne de kötüleştirebilecek bir potansiyele sahiptir. Yarar ve sakıncalar açısından bazı dengeleyici faktörler dikkate alınmalıdır. Bir ülkede desantralizasyon genelde olumlu sonuçlar doğururken, bir başkasında olumsuz yanları ağır basabilir. Bunların altında bir takım siyasal, ekonomik, kültürel, teknik ve kurumsal faktörler rol almaktadır. Uygulamadan önce yerel koşulların neler olduğu, bunlara uygun stratejilerin neler olabileceği kapsamlı olarak değerlendirilmelidir. Özellikle sağlık sisteminde politikaların yeniden gözden geçirilmesi, uzun vadeli ve gereksinimlere cevap verecek şekilde yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.

Bütün bu nedenlerden dolayı gerek bakanlık merkezinin ve gerekse de, taşra örgütünün yeniden ele alınarak, katılımcı bir şekilde hizmetlerin kaliteli, verimli ve etkin sunulması hedeflerine ulaşabilmesi için tüm sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması bir zorunluluk olarak görünmektedir. Bu süreç içerisinde desantralizasyon da bir olasılık olarak karşımızda durmaktadır. Ancak, burada yapılan analizler ve belirtilen görüşler ile ele alınan uluslararası deneyimler, desantralizasyon konusunda dikkatli adımlar atılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, sistemin iyileşmesi yönünde çalışmalar yapılırken, daha da geriye götürme riskini de göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Bu sürecin, sadece “yukarıdan aşağıya” yönetilen bir reform stratejisi ile değil de, “aşağıdan yukarıya” etkileşimi de içeren bir anlayışla yönetilmesi gerekir. Birçok defa yapıldığı gibi, yerel yönetimlerin, sivil toplum örgütlerinin, akademisyenlerin ve uygulayıcıların görüşlerine yeterli ölçüde başvurulmadan gerçekleştirilen reform ve yenilikler kısa ömürlü olmakta, beklenen yarardan çok, zararları ön plana çıkmaktadır.

Sonuç olarak, ülkemizde kamu hizmetlerinde desantralizasyona gidilmesi ile ilgili gerekli siyasi irade vardır. Ancak, desantralizasyonun yönü, boyutu, içeriği ve

zamanlaması ile ilgili çeşitli tartışmalar güncelliğini korumaktadır. Bununla ilgili meslek kuruluşları, sivil toplum örgütleri, akademisyenler, kamuoyu, ilgili yerel sağlık birimleri çalışan ve yöneticileri, merkez örgütü personeli gibi anahtar paydaşlarla ortak bir vizyon geliştirilerek her kesimin talep ve beklentilerini dikkate alan bir strateji izlenmesi gerekmektedir. Desantralizasyon çalışmalarında, ülkenin toplumsal, siyasal, kültürel ve ekonomik olanak ve gelenekleri dikkate alınmalıdır. Vatandaşların her şeyi devletten beklediği, yerel yönetimlerin idari, mali ve teknik kapasitelerinin eksik olduğu, sivil toplumun yeterince gelişemediği, ekonomik açıdan zorlukların yaşanmakta olduğu ortamlarda desantralizasyon çalışmalarının nasıl yürütüleceği ve hangi sonuçlara yol açabileceği analiz edilmelidir.

Sağlık hizmetlerinin, kamusal kuruluşlar tarafından sosyal dayanışma amacıyla yürütülmesine son verilerek kar amaçlı çalışan özel işletmelerce yürütülmesinin, yani “görünmeyen ellere” bırakılmasının ciddi sonuçları vardır. Özel sektöre bırakılan sağlık hizmetleri, insanların gereksinmelerine göre değil, satın alma güçlerine göre biçimlenir ve yönlenir. Sağlık hizmetlerinin özel sektöre terk edilmesi, öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerinin daha çok ihmal edilmesi sonucunu doğurur. Çünkü bu alanda talep doğması mümkün değildir.

Sağlık hizmetleri özel sektöre terk edilmesinin diğer önemli bir sonucu, tedaviye yönelik sağlık hizmetleri alanındadır. Özelleştirmeye, parası olmayan ağır hastalar için hastane, bakımevleri yapılmasına son verilecek; yapılmış olanlar kapatılacak, buna karşılık zenginlere yönelik sağlık ve bakım hizmetleri sunan merkezler geliştirilecektir. Bu da kuşkusuz toplumdaki bireyler arasında eşitsizliğe sebep olacaktır.

Sağlık hizmeti hem bir kamu hizmeti, hem de bir kamu görevidir. Kamu yönetimi reformu olarak bilinen ve küresel örgütlerin neoliberal politikalarından

kaynaklanan, devletin yeniden yapılandırılması çalışmaları, diğer kamusal hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerini de yerel yönetimlere ve onun üzerinden özel sektöre devretmeyi amaçlamaktadır. Oysa sağlık alanında büyük boyutlarda eşitsizlikler yaşayan ülkemizin bu sorunlarının çözümü için “kamucu” yaklaşımlar gerekmektedir.

KAYNAKÇA

AK, Bilal. (1990). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, İstanbul.

AK, Bilal. (1998). *Milli Sağlık Politikası Tespit Komisyonu Sağlık İdarecilerinin Yetiştirilmesi ve İstihdam Raporu*, Ankara.

AKAR, Çetin., ÖZALP, Hüseyin. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Songür Yayıncılık, Ankara.

AKDUR, Recep. (2003). *Sağlık Ocağı Hizmetlerinde İzleme Değerlendirme ve Eğitim Kılavuzu*, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.

- AKER, Tamer. (2005). “Bir Öğrenme Süreci Olarak Sağlıkın Satın Alınması ve Rekabeti”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, cilt 20, sayı 4, İstanbul.
- AKSAKOĞLU, Gazanfer., ÇINAR, Elçi Ömür. (1996) “Sağlıkta Özelleştirme ve Sonuçları”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, , Cilt 11, Sayı 3, Ankara.
- AKSAKOĞLU, Gazanfer. (1992). “Ulusal Sağlık Hizmeti,” *Mülkiyeliler Birliği Dergisi*, Cilt 16, Sayı 142, Ankara.
- ALPER , Yusuf. (2001). “SSK-Bağ-Kur”, Alfa Yayınları, Bursa.
- ATALAY, Selçuk. (2004). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Yerelleştirme Politikaları,” *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, TODAİE, Ankara.
- ATUN, Rıfat. “Kamu ve Sağlık Sektöründe Değişim,” *Yeni Türkiye Dergisi*, Temmuz-Ağustos, Sayı:40, Ankara.
- AYBAŞ, Güldalı., BENLİ, Doğan., BEZİRCİ, Güler., AKIN, Ayşe., ÖZTEK, Zafer., SAAT, Zeliha., ÜNAL, Güner. (1987). *Sağlık Hizmetlerinde Denetim*, Çağ Matbaası, Ankara.
- AYDIN, Erdem. (1997). “Türkiye’de Taşra ve Kırsal Hizmetlerin Örgütlenmesi Tarihi,” *Toplum ve Hekim Dergisi*, C 12, Sayı 80, Türk Tabipler Birliği Yayını, İstanbul.
- BAKAR, Coşkun., AKGÜN Seval. (2005). “Türkiye’de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, cilt 20, sayı 5, İstanbul.
- BALCI, Asım. (2005). “Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim,” Atlas Yayın Dağıtım, İstanbul.
- BELEK, İlker. (1999). “Nasıl Bir Sağlık Sistemi? Kamucu Örgütlenme”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, cilt 14, sayı 6, Ankara.

- BELEK, İlker., SOYER, Ata. (1998). “Türkiye’de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme,” *Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt:13, Sayı:1, İstanbul.
- BENLİ, Doğan. (1994). “Sağlık Hizmetlerinde Yönetim,” Somgür Yayıncılık, Ankara. .
- BENLİ, Doğan., ÖZALP, Hüseyin. (1994). “Sağlık Hizmetlerinde Yönetim,” Somgür Yayıncılık, Ankara.
- BİLGEL, Nazan., DİRİCAN, Rahmi. (1993). “Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)”, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa .
- BOZKURT, Ömer., TURGAY, Ergun. (1998). “Kamu Yönetimi Sözlüğü,” TODAİE Yayını, Ankara.
- BUMİN, Birol. (1971). “Yönetici ve Eğitim,” *Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Dergisi*, Ankara.
- CAN, Halil., TECER, Meral. (1978). “İşletme Yönetimi”, TODAİE, Doğan Basımevi, Ankara.
- ÇALIŞIR, Tuncay. (2004). “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yerelleştirilmesi,” *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, TODAİE, Ankara.
- ÇETİK, Sedat. (2001). “Sağlık Sektörüne Kamu Müdahalesi,” *Yeni Türkiye Dergisi*, Sağlık Özel Sayısı, Sayı:40,Ankara.
- DALLI , Mehmet. (1992). “Hastanelerde Döner Sermaye Uygulaması ve Yönetime Etkileri,” *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- DEMİRCAN, Ahmet. (1996). “Türkiye’de İl Sağlık Örgütlenmesi ve Bir Analiz: Tokat İli Üzerine Araştırma,” *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, TODAİE, Ankara.
- Devlet Planlama Teşkilatı. (1963). “Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963-1967”, Ankara.

- Devlet Planlama Teşkilatı. (1973). “Yeni Strateji ve Kalkınma Planı-Üçüncü Beş Yıl 1973-1977”, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
- Devlet Planlama Teşkilatı. (1991). “Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu, Özel İhtisas Komisyon Raporu”, DPT, Yayın No: 2274/391, Ankara.
- Devlet Planlama Teşkilatı. (1995). “Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)”, Ankara.
- Devlet Planlama Teşkilatı. (2001). “Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik, Özel İhtisas Komisyonu Raporu”, Ankara, DPT: 2561 . ÖİK: 577, Ankara.
- DİRİCAN, Rahmi. (1970). “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi,” *Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni*, C 2, Sayı 7, Atatürk Üniversitesi Yayını, Erzurum.
- EMEK, Hikmet. (2002). “Sağlık Örgütlerinin Kurumsal Dinamikleri,” Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon.
- EREN, Nevzat. (1984). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.
- ERTAŞ, Yalçın. (1996). “Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon,” *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- ERYILMAZ, Bilal, , (2002). *Kamu Yönetimi*, Erkam Matbaası, İstanbul.
- ESKİN, Ali Doğu. (2002). “Yurdumuzda Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi (1960-1971),” *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

FRİEDMAN, Milton. (1988). *Kapitalizm ve Özgürlük*, Çev: Erberk Doğan., Himmetoğlu Nilgün, Altın Kitaplar, İstanbul.

GEREK, Nüvit. (2000). *Sosyal Güvenlik Hukuku*, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir,

GÖZÜBÜYÜK, Şeref. (2002). *Yönetim Hukuku*, 16. Baskı, Turhan Kitabevi, Ankara.

GÖZÜBÜYÜK, Şeref. (1993). *Anayasa Hukuku*, 4.Baskı, Turhan Kitabevi, Ankara.

GÜLTEKİN, Bülent Kadri., PALA, Kayıhan. (2000). “Herkes İçin Sağlık” Alma-Ata’dan 21. Yüzyıla, *Toplum ve Hekim Dergisi*, cilt15, sayı 4, Ankara.

GÜMÜŞ, Önder. (2005). “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hastane Yöneticilerinin Yaklaşımları,” *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi, İzmir.

GÜROL, İbrahim. (1971). *Halk Sağlığı İdaresi*, Bilgi Basımevi, Ankara.

<http://sbu.saglik.gov.tr/default.asp?sayfa=birimler&sinifi=tarihce&cid=7&sid=504>

(25.15.2006)

<http://tr.wikipedia.org/wiki/%C3%96zelle%C5%9Firme> 15.04.2007

<http://www.bitlissm.saglik.gov.tr/sagocak.html> (18.07.2006)

<http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> (16.05.2006)

<http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/dissag/dissag.asp> (05.08.2006)

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/per_sube.asp (21.03.2006)

<http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tipmslk/kurulus.asp> (12.11.2006)

<http://www.izleme.saglik.gov.tr/08.htm> (05.03.2007)

<http://www.kizilay.org.tr/yeni/kizilay.php> (06.05.2006)

<http://www.oib.gov.tr>. 25.04.2007

<http://www.ses.org.tr>., Kamu "Reformu"nun Sağlık Alanına Etkileri Nelerdir?, (25.11.05)

http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/3.html “Devletin Yeniden Yapılandırılması,” (01.01.2006)

<http://www.tusiad.org/yayin/gorus/57/4.pdf> “Kamu reformunun temel ilkeleri”, 12.04.2007

http://www.verem.org.tr/pdf/sayfa_83-98.pdf (21.02.2006)

http://www.ydk.gov.tr/egitim_notlari/ozellestirme.htm 14.12.2007

IŞIK, Hayriye. (2001). “Sağlık Hizmetleri; Finansmanı, Ülke Örnekleri ve Çözüm Önerileri,” *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.

IŞIL, Bedri. (1965). *Ticari ve Sınai İşletmeler ve Modern Sevk ve İdare*, Ayyıldız Matbaası, Ankara.

KALKANDELEN, Hayrettin. (1972). *Personel Yönetimi ve Yönetimde Sistemler- İlkeler*, Şenyuva Matbaası, Ankara.

KARAEĞE, Özge. (2001). “Sağlık Hizmetlerinde İdarenin Kusurlu Sorumluluğu,” *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Dokuze Yül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

KARAYALÇIN, İsmail. (1973). *Sanayi Mühendisliğine Giriş*, Matbaa Teknisyenleri Matbaası, İstanbul.

KAYA, Yahya Kemal. (1978). *Eğitim Yönetimi*, TODAİE Yayın No: 184, Doğan Basımevi, Ankara.

KEMİKSİZOĞLU, Ahmet. (1998). “Devlet Hastanelerinin Özelleştirilmesine Karşı İyileştirme Önerileri,” *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.

KENT, Buse., GILL, Walt. (1996). “Aid Coordination For Health Sector Reform: A Conceptual Framework For Analysis And Assessment” *Health Policy* 38: 173-187.

KESGEÇ Özcan. (2000). “Sosyal Güvenliğimiz: Nereye?”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, cilt 15, sayı 2, İstanbul.

- KILIÇ, Bülent. (2003). “Kapitalizm ve Sağlık”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, cilt 18, sayı 3, İstanbul.
- KİTAPÇI, Cengiz. (1993). “Türkiye’de Sağlık Yönetimi (Sorunlar ve Çözüm Önerileri),” *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, TODAİE, Ankara.
- KODAL, Mehmet., SALİH, Çapakçur. (1998). *Yataklı Tedavi Kurumları Mevzuatı*, Ocaklar Matbaacılık, Ankara.
- Milli Prodüktivite Merkezi. (1969). “Gelişmekte Olan Ülkelerde Modern Sevk ve İdareci Yetiştirme ve Geliştirilmelerinin Önemi”, MPM Yayını No:35, İş Matbaası, Ankara.
- NADAROĞLU, Halil. (1998) , *Kamu Maliyesi Teorisi*, Gözden Geçirilmiş 10. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul.
- ORAL, İlhan. (2001). “Dünya da ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları,” *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- OYAN, Oğuz. (2000). “Sosyal Güvenlik Nereye”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, cilt 15, sayı 2, İstanbul.
- ÖZALP, İnan., KOPARAL, Celil., BEBEROĞLU, Güneş. (1998). *Yönetim ve Organizasyon*, Anadolu Üniversitesi Yayınları No:951, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No:521, Eskişehir.
- ÖZÇATAL, Özlem. (1999). “Genel Sağlık Sigortası (Türkiye’de Uygulanabilirliği),” *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.

- ÖZGEN, Hüseyin., SEÇİM, Hikmet. (1995). *Hastane İşletmeciliği*, “Türkiyedeki Uygulamalar Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı ve”, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir.
- ÖZŞUCA, Şerife Türcan. (2001). “Yapısal Uyum, Küresel Bütünleşme ve Refah Devleti”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, cilt 16, sayı 1, İstanbul.
- PETERİ Gabor., ZENTAI Violetta. *Lessons On Successful Reform Management.*, p.24., *Mastering Decentralization Reforms In Central And Eastern Europe*, Local Government And Public Service Reform Initiative, Open Society Institute, Budapest-Hungary, Marc 2003.
- Report Of the International Conference On Primary Health Care, World Health Organization, Alma-Ata 1978 -Primary Health Care-Geneva, 1978.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. (1997). “Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996,” Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. (1996). *Türkiye Sağlık Sistemi Reformu*, Sağlık Bakanlığı yayını, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (12 Mayıs 2004). *Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankası Son Rapor*, “Türkiye Cumhuriyeti Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye Sağlık Sektöründe Dönüşümünün Uygulanabilmesi İçin Stratejik Tercihler,” Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (1992). *1. Ulusal Sağlık Kongresi*, “Çalışma Grupları Raporları,” Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara,
- Sağlık Bakanlığı. (1998). *Türkiye Sağlık Reformları*, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2003-a). “*Sağlıkta Dönüşüm*,” Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.

- Sağlık Bakanlığı. (2003-b). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl*, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- SAVAŞ, Serdar., KARAHAN, Ömer., Saka, Ömer. (2002). *Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm*, Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Yayını, Ankara.
- SAVRAN, Fulya., SEÇİM, Hikmet. (1995). *Hastane İşletmeciliği*, “Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi”, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir.
- SEZEN, Seriyeye. (1999). *Devletçilikten Özelleştirmeye Türkiye’de Planlama*, TODAİE Yayın No: 293, Ankara.
- SOYER, Ata. (2002). “Dünya Sağlık Örgütü, Alma Ata Bildirgesi, İdeoloji vb. Üzerine...”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, cilt 17, sayı 2, İstanbul.
- SÖNMEZ, Sinan. (2001). “Küreselleşmenin Nişan Tahtası: Kamu Yararı ve Kamu Hizmeti”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, cilt 16, sayı 1, İstanbul.
- SÖZEN, Cemil. (2003). *Sağlık Yönetimi*, Palme Yayıncılık, Ankara.
- SÖZEN, Cemil., ÖZDEVECİOĞLU, Mahmut. (1999). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*, Nobel Yayıncılık, Ankara.
- Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü, (1995). 4792 Sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ve 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü Yayın No:568, Ankara,
- Sosyal Sigortalar Kurumu. (1997). *1996 Faaliyet Raporu*, Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara.
- ŞAHİN, Feyzullah. (2005). “Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Sağlık Eğitimi Faaliyetleri,” *Yüksek Lisans Dönem Projesi*, Ankara.

- ŞAKAR, Ayşe Yiğit. (1999). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları,” *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- ŞAKAR, Ayşe Yiğit. (1999). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları,” *Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayını*, İstanbul.
- ŞAKAR, Müjdat. (1999). “Sosyal Güvenlik Reformu Hemen Yapılmalıdır,” *Sosyal Güvenlik Dünyası*, Y.2, S.3,:Ocak-Şubat-Mart, Ankara.
- ŞEMİN, Semih., AKSAKOĞLU, Gazanfer. (1998). “Dünya Bankası ve Sağlık: Gerçekleri Görmek Bu Kadar Zor Mu?”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, cilt 13, sayı 6, İstanbul.
- ŞENER, Olgun. (2005). “Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları,” *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, TODAİE, Ankara.
- TATAR, Fahrettin. (1994). “Sağlık, Özelleştirme ve Dahili Pazarın Kurumsal Analizi ve Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler,” *1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildirisi*, Aydın.
- TEKİN, Fazıl. (1987). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı,” *Eskişehir Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, Cilt 5, Sayı 1, Eskişehir.
- TODAİE . (1991). *Kamu Yönetimi Araştırması, KAYA Projesi*, Genel Rapor, TODAİE Yayını, Ankara.
- TOKAT, Mehmet. (1993). “Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı,” Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları, Ankara.
- Türk Tabipler Birliği. (1997). *Sağlıkta Özelleştirme ve Aile Hekimliği*, Türk Tabipler Birliği Yayını, Ankara.

- UZ, Mehmet Hulki. (2002). “Pazar Ekonomisi ve Sağlık Hizmetleri,” *Hekimce Bakış*, Bursa Tabip Odası Yayın Organı, Ankara.
- ÜNVER, Çınar. (1982). “Sağlık Sistemlerine Yöneylem Araştırması,” Orta Doğu Teknik Üniversitesi Yayını, Ankara.
- www.saglik.gov.tr. “Sağlıkta Dönüşüm Programı Özet Bilgiler”, 25.02.2006
- WHO (1997). Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi, Çev: Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- YAZGAN, Turan. (1987). *Güneydoğu Anadolu Bölgesi Gelişme Planı-Sağlık*, İstanbul.
- YEŞİLIRMAK, Hatice. (1998). “Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanelerinin Özelleştirilmesi,” *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İsparta.
- YILDIRIM, Hasan Hüseyin; (10.11.2005). “Avrupa Birliği Müzakere Sürecinde Türkiye Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Toplantısından İzlenimler ve Saptamalar”. [www. absaglik. com](http://www.absaglik.com).
- YILDIRIM, Hasan Hüseyin; (28.12.2005). “Avrupa Birliği Sürecinde Kamu Hastaneleride Değişim Dinamiği”, www. absaglik.com.
- YILDIRIM, Savaş. (1994). *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*, DPT Yayınları, Yayın No: 2350, Ankara.
- YILDIZ, Zühra. “Kamu Kesimi Açısından Sağlık Harcamaları,” *Yayınlanmış Doktora Tezi*, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- YILMAZ, Gökhan. (1999). “Hastane Yöneticileri Açısından Hastanelerde Özelleştirmenin Uygulanabilirliğinin Analizi,” *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.
- YÜNCÜ, Fatma. (1992). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Kadioğlu Matbaası, Ankara.

ZOGA, Ergun. (1963). *İdarecilik ve Sanatı*, İstanbul matbaası, İstanbul.