

**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

74461

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ SORUNLARI
VE
REFORM ÖNERİLERİ**

74461

**HAZIRLAYAN
Süleyman YILMAZ**

**DANIŞMAN
Yrd.Doç.Dr. Faruk TURHAN**

ISPARTA-1999

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	VI
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM I	
SAĞLIK HİZMETİ VEREN TEŞKİLATLARIN İDARİ YAPISI.....	2
1. SAĞLIK BAKANLIĞI.....	2
1.1 MERKEZ TEŞKİLATI.....	2
a) Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.....	5
b) Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.....	5
c) Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü.....	6
d) Araştırma Planlama Koordinasyon Kurulu Daire Başkanlığı.....	6
e) Yüksek Sağlık Şurası ve Sağlık Yüksek Koordinasyon Kurulu.....	6
1.2 TAŞRA TEŞKİLATI.....	7
a) İl Sağlık Müdürlüğü.....	7
b) Sağlık Ocağı.....	9
c) Sağlıkkevi.....	13
d) Sağlık Merkezi.....	15
e) Ana-Çocuk Sağlığı Merkezi.....	15
f) Aile Planlaması Merkezi.....	16
g) Dispanserler.....	16
aa) Verem Savaş Başkanlıkları ve Dispanserleri.....	16
bb) Deri ve Tenasül (Zührevi) Hastalıklar Dispanserleri.....	16
cc) Trohom Savaş Başkanlıkları ve Dispanserleri.....	17
dd) Sıtma Eradikasyon Başkanlığı.....	17
ee) Akıl ve Ruh Sağlığı Dispanserleri.....	17
h) Halk Sağlığı Laboratuvar Müdürlüğü.....	17
2. ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI.....	17
3. MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI.....	18
4. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI.....	19
5. MİLLİ SAVUNMA BAKANLIĞI.....	19
6. ULAŞTIRMA BAKANLIĞI.....	19
7. ÜNİVERSİTELER.....	20
8. BELEDİYELER.....	20

9. KAMU İKTİSADİ KURULUŞLARI (TEŞEKKÜLLERİ)	21
10. GÖNÜLLÜ SAĞLIK KURULUŞLARI	22
11. YABANCI VE AZINLIKLARA AİT SAĞLIK KURULUŞLARI	22
12. ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARI	22
13. SAĞLIK MESLEK EĞİTİM KURUMLARI	22
14. SAĞLIK MESLEK ÖRGÜTLERİ	23
15. HASTANELER	24
15.1 HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI	24
a) Bağlı Buldukları Kurum ve Faaliyet Amaçlarına Göre Hastaneler	24
aa) Kamu Hastaneleri	24
bb) Özel Hastaneler	24
aaa) Dernek ve Vakıflara Ait Hastaneler	24
bbb) Azınlık ve Yabancılara Ait Hastaneler	24
ccc) Özel Şahıslara Ait Hastaneler	25
b) Yapıları İtibariyle Hastaneler	25
aa) Klasik Hastaneler	25
bb) İhtisas (Eğitim-Araştırma) Hastaneleri	25
c) Verdikleri Hizmet (Fonksiyonları) İtibariyle Hastaneler	25
aa) Genel Hastaneler	25
bb) Özel Dal Hastaneleri	25
6.2 TÜRKİYE'DEKİ HASTANELERİN ORGANİZASYON MODELİ	26
6.3 SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNİN TEMEL YÖNETİM MODELİ ..	30
a) Başhekimlik	30
b) Mali İdari ve Teknik Hizmetler	32
c) Hemşirelik ve Hasta Bakım Hizmetleri	36
d) Tıp Hizmetleri	37
e) Komisyonlar	38
aa) İhale Komisyonu	38
bb) Muayene Komisyonu	39
cc) Sayım Komisyonu	39

BÖLÜM II	
SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ SORUNLAR VE REFORM ÇALIŞMALARI.....	40
A-İŞLEVSEL SORUNLAR VE REFORM ÇALIŞMALARI.....	40
1. HİZMET SUNUMU.....	40
2. SAĞLIK HUKUKU.....	49
3. SAĞLIK MESLEK EĞİTİMİ.....	56
4. GENEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ VE FİNANSMAN.....	63
4.1 GENEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİNİN TEMEL FONKSİYONLARI... ..	64
4.2 SAĞLIK HİZMETLERİNDE BUGÜNKÜ FİNANSMAN DURUMU.....	64
4.3 GENEL SAĞLIK SİGORTA MODELİNİN TEMEL İLKE VE ÖZELLİKLERİ.....	66
4.4 TEMİNAT PAKETİ.....	69
1.5 KATKILAR.....	69
1.6 GENEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİNİN YÖNETİMİ.....	70
1.7 SÖZLEŞMELER.....	70
1.8 SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN GENEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİN'DEN BEKLEDİĞİ YARARLAR.....	71
5.AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ.....	74
B-İDARİ SORUNLAR VE REFORM ÇALIŞMALARI.....	79
1.SAĞLIK BAKANLIĞI.....	79
2.BÖLGE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ (İDARESİ).....	82
3.İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ.....	84
4.İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ.....	88
5.SAĞLIK MERKEZİ.....	90

6.SAĞLIK OCAĞI.....	92
7.SAĞLIKEVİ.....	96
8.SAĞLIK MESLEK ÖRGÜTLERİ (TEŞEKKÜLLERİ).....	97
9.ULUSAL SAĞLIK AKADEMİSİ.....	98
10.SAĞLIK ENFORMASYON SİSTEMİ.....	100
11.HASTANELER.....	102
11.1 HASTANE ORGANİZASYONUNDA KARŞILAŞILAN BAŞLICA SORUNLAR.....	118
11.2 ÜLKEMİZDE HASTANELER İLE İLGİLİ MEVCUT DURUM.....	119
11.3 GELİŞMİŞ ÜLKELERDE HASTANELER İLE İLGİLİ MEVCUT DURUM.....	122
11.4 TÜM KAMU HASTANELERİNİN ÖZELLEŞTİRİLMESİ HALİNDE OLABİLECEK SAKINCALAR VE BU KONUDAKİ ENDİŞELER.....	125
BÖLÜM III	
SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ.....	129
A- İŞLEVSEL SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ.....	129
1.HİZMET SUNUMU.....	129
2.SAĞLIK HUKUKU.....	131
3.SAĞLIK MESLEK EĞİTİMİ.....	132
4.GENEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ VE FİNANSMAN.....	135
5.AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ.....	137
B- İDARİ SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ.....	138
1. SAĞLIK BAKANLIĞI.....	138

2. BÖLGE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ (İDARESİ).....	140
3. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ.....	141
4. İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ.....	143
5. SAĞLIK MERKEZİ.....	144
6. SAĞLIK OCAĞI.....	144
7. SAĞLIKEVİ.....	146
8. SAĞLIK MESLEK ÖRGÜTLERİ.....	147
9. ULUSAL SAĞLIK AKDEMİSİ.....	148
10. SAĞLIK ENFORMASYON SİSTEMİ.....	148
11. HASTANELER.....	149
11.1 HASTANE YÖNETİM MODELLERİ.....	153
a) Çağdaş Hastane Yönetim Modeli.....	154
aa) Hastane Müdürü.....	155
bb) Başhekimlik.....	156
cc) Başhemşirelik.....	156
b) Başhekimin Amirliğinde Görev Bölümü Olan Model.....	157
c) Tüm Yetki ve Sorumlulukların Başhekimlikte Olması Gereken Model.....	158
SONUÇ.....	161
KAYNAKÇA.....	164

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHS	: Aile Hekimliği Sistemi
AÖF	: Açık Öğretim Fakültesi
APK	: Araştırma Planlama Kurulu
BSM/BSİ	: Bölge Sağlık Müdürlüğü/İdaresi
ÇSGB	: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSS	: Döner Sermaye Saymanlığı/Saymanı
DST	: Dünya Sağlık Teşkilatı
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GİHS	: Genel idari Hizmetler Sınıfı
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
HÜ	: Hacettepe Üniversitesi
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
Lab.	: laboratuvar
MB	: Maliye Bakanlığı
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
MSB	: Milli Savunma Bakanlığı
MYO	: Meslek Yüksek Okulu
S.	: Sayı

s.	: Sayfa
SB	: Sağlık Bakanlığı
SEGM	: Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü
SES	: Sağlık Enformasyon Sistemi
SGB	: Sağlık Grup Başkanlığı
SML	: Sağlık Meslek Lisesi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SSYB	: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
SIY	: Sağlık İşletmeleri Yönetmeliği
SIYO	: Sağlık idaresi Yüksek Okulu
SYO	: Sağlık Yüksek Okulu
THGM	: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
TSHGM	: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
TSE	: Türk Standartları Enstitüsü
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri
TUBİTAK	: Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu
TUS	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
USA	: Ulusal Sağlık Akademisi
USP	: Ulusal Sağlık Politikası
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurumu
YTKİY	: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

GİRİŞ

Ülkemizde sağlık sistemi sürekli tartışılmaktadır. Son yıllarda ise bu tartışmalar daha da artmıştır. Çünkü sağlık hizmeti veren (kamu-özel) tüm kuruluşlarda sorunlar yaşanmakta ve halk aldığı hizmetlerden memnun olmamaktadır. Tartışmalarla birlikte sorunların çözümü için çeşitli öneriler ileri sürülmektedir. Bu görüşler arasında birbirine zıt görüşler de mevcuttur.

Tüm konunun uzmanları koruyucu hekimlik (sağlık) hizmetleri, aile hekimliği hizmetleri (A.H.S.), hasta sevk zinciri, tüm halkın sosyal güvenlik kapsamında olması, eğitim, uzmanlaşma ve çağdaş yönetim gibi konularda birleşmektedir. Bu hedeflerin gerçekleşmesi için önerilen yöntemler ise farklıdır.

Sağlık sisteminde hedeflere ulaşabilmek için birden çok yöntem gösterilmesine rağmen başarı için izlenmesi gereken yol tekdir. Bu yol, verimliliği esas alan bilimsel verilere dayalı çağdaş bir yönetim modeli uygulamaktır. Bu doğru yöntemin gerçekleştirilememesi durumunda sağlık sisteminin daha karmaşık bir hal alması kaçınılmazdır. Çünkü sağlıkta yapılacak hataların telafisi çok zaman mümkün olmamaktadır.

Çalışmamızda gelişmiş ülkelerdeki sağlık sistemi ve ülkemizdeki mevcut durum incelenmekte ve ülkemiz koşullarına en uygun sistem ve yönetim modeli önerilmektedir. Bu amaçla ilk bölümde sağlık hizmeti veren kuruluşlar tanıtılmakta ve faaliyetleri açıklanmaktadır.

İkinci bölümde ise, ülkemizdeki sağlık sisteminin işleyişi ile bu işleyiş esnasında ortaya çıkan sorunlar dile getirilmekte ve diğer gelişmiş ülkelerdeki sağlık sistemleriyle karşılaştırılmaktadır. Sağlık sistemindeki sorunların sebepleri ve bu sorunların çözümü için Sağlık Bakanlığı (S..B.) tarafından önerilen reform çalışmalarını üzerinde de durulmakta ve eleştiriler getirilmektedir.

Üçüncü bölümde de, sağlık sisteminin en düşük maliyetle en iyi hizmeti verecek ve halkı memnun edecek şekilde örgütlenmesi ve işletilmesi için çözüm önerileri getirilmektedir.

BÖLÜM I

SAĞLIK HİZMETİ VEREN TEŞKİLATLARIN İDARİ YAPISI

Bu bölümde, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin aktüel sorunlarını inceleyebilmek için sağlık hizmeti veren kuruluşlar ve bunların idari yapısı kısaca açıklanmaktadır.

1. SAĞLIK BAKANLIĞI

Ülke genelinde sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi, denetlenmesi ve koordinasyonunu sağlayan ve planlayan en yetkili birimdir. Sağlık hizmetleri 1936 yılına kadar İçişleri Bakanlığı'na bağlı bir genel müdürlük çatısı altında yürütülmüştür. 1936 yılında çıkartılan 3017 sayılı Sihat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilatı ve Memurin Kanunu ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (S.S.Y.B.) kurulmuştur. Böylece sağlık hizmetleri bir bakanlık çatısı altında yürütülmeye başlanmıştır. 1936 yılında kurulan S.S.Y.B., ancak 1983 yılında çıkartılan 181 sayılı KHK. İle hukuki statüsüne kavuşabilmiştir¹ 1989 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü kurulmuş ve Başbakanlığa bağlanarak bir devlet bakanlığının sorumluluğuna verilmiştir. Sosyal yardım hizmetleri bir devlet bakanlığı tarafından üstlenildiği için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ismi de Sağlık Bakanlığı (S.B.) olarak değiştirilmiştir.

Temel görevi sağlık hizmetlerini yerine getirmek olduğundan S.B., en geniş sağlık örgütlenmesine sahip bakanlıktır. Ülke çapında sağlık hizmeti veren bir çok örgütü vardır. 1997 yılı itibarıyla S.B.'na bağlı 698 hastane mevcut olup, bu hastanelerin sahip olduğu yatak sayısı 80297'dir. Ülke içindeki yatak sayısı oranı % 49,9'dur.²

1.1. MERKEZ TEŞKİLATI

S.B., merkez örgütü diğer bakanlıkların örgütlenmesine benzer yapıdadır. En üst düzeyde 'bakan' yer almaktadır. Bakan, en üst düzey yönetici olma vasfı yanında hükümetin siyasi temsilcisi olma vasfını da taşımaktadır. Bakanlıktaki tüm harcama ve

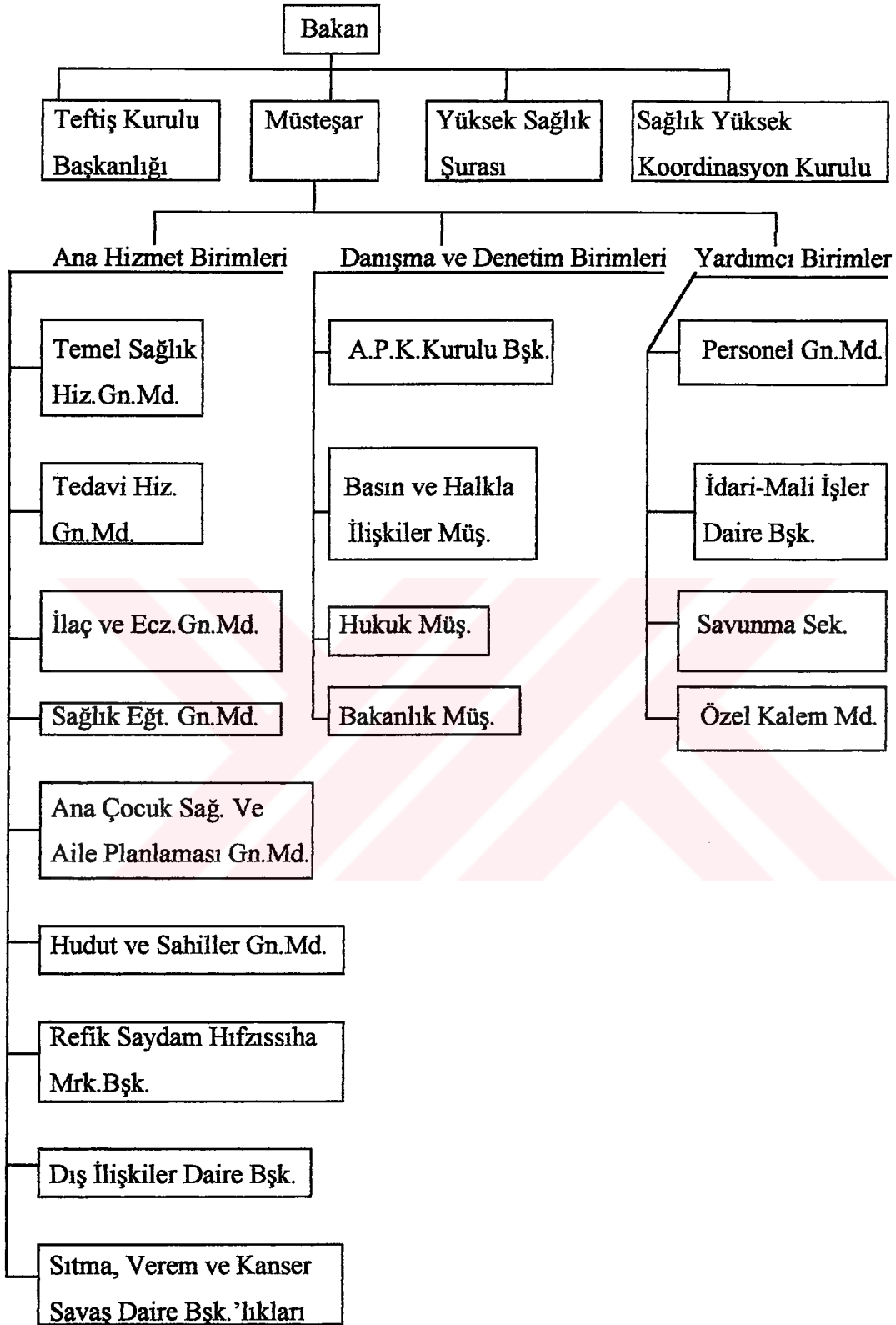
¹ Doğan BENLİ ve Hüseyin ÖZALP, *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Ankara: Songür Yay., 1995, s.98

² Sağlık Bakanlığı, *1997 Yılına Ait Sağlık İstatistik Yıllığı*, Sağlık Bakanlığı Yay., Ankara: 1998, s.79

faaliyetler bakan adına yapılmaktadır. Bakandan sonraki en üst düzey yönetici müsteşardır. Müsteşar, bakanlıktaki en üst düzey memur pozisyonundadır. Bakanın emirleri doğrultusunda yasalara bağlı olarak görevlerini yerine getirir. Müsteşar, görevlerini yardımcılara paylaştırır. Bakanlıkta teftiş kurulu dışındaki tüm görevler müsteşarlığa bağlıdır. Bu görevler genel müdürlük ve daire başkanlıkları şeklinde örgütlendirilmiştir. Genel müdürlükler doğrudan müsteşarlığa bağlıdır. Daire başkanlıkları ise ya doğrudan müsteşarlığa bağlı ya da genel müdürlüklere bağlıdır.

Diğer bakanlıklarda olduğu gibi S.B.'da şekil 1 de görüldüğü gibi hizmet birimleri, danışma ve denetim birimleri ile yardımcı birimler olmak üzere üç kısımdan oluşmaktadır.





Şekil-1 : Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı: 1983 Yılı 181 Sayılı KHK.

İle Oluşturulan İdari Yapı

a. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (TSHGM)'nin görevleri 181 sayılı KHK.'nin 11. maddesine göre aşağıdaki şekilde belirtilmiştir.

Ülke genelinde halk sağlığı ile ilgili tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, planlanması ve koordinasyonu; bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele ve bunun için aşılama bağımsızlık hizmetlerinin yerine getirilmesi; gıda maddelerinin sağlık koşullarına uygun olarak üretimi, saklanması, satılması ve bu konuda gerekli denetim ve kontrollerin yapılması; halk sağlığına zarar verebilecek kuruluşların faaliyetlerinin denetlenmesi, zararlarını engelleyici tedbirlerin alınması ve aldırılması; içme ve kullanma sularının temini ve sıhhi şartlarda halka ulaştırılması; hamamlar, mezbahalar, lağım ve mecraların tesisi; mezarlıklar ve defn işlemlerinin yerine getirilmesi gibi halk sağlığını ilgilendiren konularda gerekli denetim ve düzenlemelerin yapılması; ilaç ve serumların yapıldığı yerleri denetlemek, zehirli ve uyuşturucu maddelerle gerekli mücadeleyi yapmak ve halkı bilinçlendirmek; tüm sağlık kuruluşlarıyla gerekli iletişimin kurulması; mesleklerini serbest olarak yerine getiren hekim, eczacı ve diğer sağlık personelinin faaliyet ve işyerlerinin denetimi ve ücret tarifelerinin belirlenmesi TSHGM'lüğünün görevleridir.

b. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (THGM)'nin 181 sayılı KHK. 10. maddesine göre görevleri aşağıdaki gibidir.

Bakanlığa bağlı tedavi kurumlarını açmak, mali ve teknik her türlü faaliyetlerini düzenlemek ve gerektiğinde kapatmak; Milli Savunma Bakanlığı (MSB) dışındaki kamu kuruluşları, özel kuruluşlar, yabancı ve azınlıklara ait hastane ve sağlık kuruluşlarının açılış ruhsatlarını vermek, işleyiş tarzı ve fiziki yapılarını denetlemek, yatak ve tedavi ücretlerini tespit etmek, onaylamak ve gerektiğinde faaliyetlerini durdurmak; bakanlığa bağlı hastanelerin bütçelerinin belirlenmesi; yüksek öğrenimli personelin atamalarını doğrudan çalışacakları kurumlara yapmak; büyük miktarlardaki satın alma ve bakım-onarım ihalelerinin onaylanması; ülke çapında ihtiyaç duyulan kan ve kan

c. Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü

181 sayılı KHK'nin 13. maddesine göre Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü (SEGM)'nin temel görevleri şunlardır.

Sağlık personeli yetiştirmek üzere orta dereceli okulların açılması, MSB dışındaki özel ve resmi kuruluşlara ait orta dereceli meslek liseleri açmak, faaliyetlerini ve çalışma prensiplerini belirlemek ve denetlemek; sağlık meslek eğitiminin kalitesini yükseltmek ve eğitim standardizasyonunu belirlemek, eğitimde kullanılan metod ve tekniklerin belirlenmesi ve geliştirilmesi, mevcut ders programlarının hazırlanması, eğitimle ilgili mevzuatın geliştirilmesi; yurtiçi ve yurtdışı sağlık meslek eğitimi veren kuruluşlardan mezun olanların diplomalarının tetkik edilmesi ve onaylanması; bakanlığın yayın hizmetlerini yerine getirmek; halk sağlığı ile ilgili eğitim çalışmalarını yürütmek SEGM'nin başlıca görevleridir.

d. Araştırma Planlama Koordinasyon Kurulu Daire Başkanlığı

Daire başkanlığı olarak örgütlenmiştir. Doğrudan müsteşarlığa bağlıdır. Bazı görevleri SEGM'lüğü ile paraleldir.

Sağlık ve yardımcı hizmetler ile mali destek hizmetlerde verimlilik ve etkinliğin sağlanabilmesi için gerekli planlamanın yapılması, hedeflerin belirlenmesi ve önceliklerin tespit edilmesi; sağlık hizmetleri alanında hazırlanacak kanun, tüzük ve yönetmelik tasarıları hakkında gerekli çalışmaları yapmak ve bakanlığın görüşlerine katkıda bulunmak; sağlık hizmetlerinin verimliliğinin değerlendirilmesi ve bu hizmetlerdeki standartların oluşturulmasını sağlamak; bakanlık yıllık çalışma programlarının hazırlanması ve bakanlık faaliyetleriyle ilgili gerekli bilgi, veri ve istatistiklerin toplanması ve değerlendirilmesi; bakanlık teşkilatı içindeki diğer birimlerle koordinasyonun sağlanması; kendi bütçesinin hazırlanması; bakan tarafından verilen görevleri yapmak ve diğer hizmetleri yerine getirmektir.

e. Yüksek Sağlık Şurası ve Sağlık Yüksek Koordinasyon Kurulu

Yüksek Sağlık Şurası, sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesi için gerekli önceliklerin ve hedeflerin tespit edilmesi, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi,

koordinasyonu ve verimliliğin artırılması ile ilgili konularda politika üretmek ve bakanlık makamına danışmanlık yapmak; sağlık personelinin görevine ilişkin adli konu bulunması durumunda konuyla ilgili inceleme yapmak üzere bakanın emriyle toplanan kuruldur. Yüksek Sağlık Şurası en az onbir üyeden oluşur. Bu üyeler, bakanlıkça ülkede sağlık hizmetlerindeki başarıları veya eserleri ile tanınmış kişiler arasından seçilen şahsiyetler ile, SB Müsteşarı, APK Başkanı, Teftiş Kurulu Başkanı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdüründen oluşur.

Sağlık Yüksek Koordinasyon Kurulu ise, bakanlıkça belirlenen sağlık hedeflerinin tüm ülke çapında uygulanmasını sağlamak ve sağlık hizmeti veren veya ilişkili olan diğer kurum ve kuruluşlarla koordinasyonu sağlamak için oluşturulmuş bir kuruldur. SB Müsteşarı başkanlık eder. Kuruluşun diğer üyeleri Milli Savunma , Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Milli Eğitim, İçişleri, Maliye, Tarım ve Çevre Bakanlıkları ile DPT ve YÖK üst düzey yöneticilerinden seçilen birer temsilciden oluşur.

1.2. TAŞRA TEŞKİLATI

a. İl Sağlık Müdürlüğü

Her ilde 'il sağlık müdürlüğü' örgütü vardır. İldeki sağlık örgütlenmesinin birinci basamağıdır. SB'nın ildeki uzantısı ve il düzeyinde bakanlığın görevlerini yerine getiren birimdir. İl içinde valiliğe bağlı olarak görevlerini yerine getirir ve bakanlıkla ilgili tüm yazışmalar valilik kanalıyla olur.

1949 yılında çıkartılan 5442 sayılı İl İdaresi Kanunu 1958 tarihli Vilayet Sıhhat Müdür ve Hükümet Tabipleri ile Belediye Tabiplerine Ait Vazife Talimatnamesi ve 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun hükümlerine göre faaliyet gösteren il sağlık müdürlükleri, 224 sayılı Yasaya dayanarak çıkarılan 144 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre kurulmakta, kadrosunu oluşturmakta, görev ve çalışma usulleriyle personelin yetki ve sorumlulukları belirlenmektedir. Uygulamada standartlaşmayı sağlamak ve sistematik hale getirmek amacıyla 224 sayılı Kanun ve 144 sayılı Yönetmeliğe dayanılarak çıkartılan 154 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında

Yönerge yürürlüğe girmiştir. 1983 yılında çıkartılan 181 sayılı SB'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK hükümlerine göre il sağlık müdürlüklerinin yeniden düzenlenmesi sağlanmıştır.

Sağlık müdürü, SB.nin ildeki en üst düzey memurudur. İl sağlık müdürleri il içindeki MSB dışında kalan tüm sağlık kuruluşlarının başkanı ve denetleyicisidir. İl İdaresi Kanunu 9. maddesinde, vali ilde her bakanlığa karşı ayrı ayrı sorumludur. Bu yasaya göre, sağlık müdürü il içinde valiye bağlı olarak, kanunlar çerçevesinde hizmetlerini yerine getirir ve sağlık kuruluşlarını yönetir.

Sağlık müdürü görevine, 224 sayılı Yasa gereğince tıp fakültesi mezunu hekimler atanmaktadır. Her ilde bir idari müdür yardımcısı kadrosu mevcut olmakla birlikte bu kadrolara henüz atama yapılmamaktadır. İdari müdür yardımcılığı kadrosu dışındaki müdür yardımcılıklarına hekimler atanmaktadır. Ayrıca eczacı, diş hekimi, mühendis (kimya, gıda) gibi yüksek öğrenimli sağlık personeli de vekaleten atanabilmektedir.

154 sayılı Yönerge ve İl İdaresi Kanunu, İl sağlık müdürlüğü teşkilatını ortaya koymaktaydı. 1983 yılında çıkartılan 181 sayılı KHK ile sağlık müdürlüğü teşkilat yapısı yeniden düzenlenmiştir. Bu yasaya göre, il sağlık müdürlüğü içindeki şube şeflikleri ve başkanlıkları şube müdürlüklerine dönüştürülmüştür. Her şube müdürlüğünde, şube müdürü kadrosu yanında şube şefi kadroları da ihdas edilmiştir. Şube müdürlüğü görevine hekimler ve yüksek okul mezunlarının atanması gerekmektedir. İl sağlık müdürlüklerinde oniki şube müdürlüğü bulunmaktadır:

- Yataklı Tedavi Hizmetleri Şube Müd. (Şube Müdürü-Hekim)
- Bulaşıcı Hastalıklar “ “ “ “ “
- Akıl ve Ruh Sağlığı Hiz. “ “ “ “ “
- Sağlık Ocakları “ “ “ “ “
- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Plan. “ “ “ “ “
- Ağız ve Diş Sağlığı “ “ “ “ Diş Hekimi
- Gıda ve Çevre Kontrol “ “ (Şube Müdürü-Hekim ya da Müh.-
Gıda Çevre)

- Eczacılık Şube Müdürlüğü (Şube Müdürü-Eczacı)
- Eğitim “ “ “ “ –GİHS)
- Personel “ “ “ “ “
- İdari Mali İşler “ “ “ “ “
- İstatistik “ “ “ “ “

İl sağlık müdürlüğünün görevleri “genel olarak yönetim görevleridir. Sağlık müdürlükleri hizmet üretilen yerler değildir.”³ İl sağlık müdürünün valiliğe bağlı olarak şu temel görevleri vardır: İl sağlık teşkilatını temsil etmek; il içindeki SB.’na bağlı sağlık kuruluşları ile MSB dışındaki diğer kamu ve özel teşekküllere ait sağlık kuruluşlarını denetlemek ve faaliyetlerini izlemek; ildeki (kendisine bağlı) sağlık kuruluşları ve hastanelerin bakanlık teşkilatı ile (valilik kanalıyla) irtibatlarını sağlamak; sağlık hizmetlerinin planlanması, koordinasyonu ve en iyi şekilde yürütülmesinden; bakanlıkça il emrine verilen sağlık personelinin il içindeki sağlık kuruluşlarına dağıtılması; sağlık personelinin çalışma düzeni, etkinlik ve verimliliğini sağlamak ve bu amaçla hizmetiçi eğitimler düzenlemek; yasalarla belirlenen koşullarda yapılacak satın almalar için kurulacak komisyonlara başkanlık edilmesi; SB.’na bağlı kurumların amirleri ile sağlık müdürlüğü içindeki şube müdürlerinin birinci derecede sicil amirliğinin yapılması; sağlık müdürlüğü içindeki birim ve şube müdürlüklerinin faaliyetlerinin izlenmesi, denetlenmesi ve bu birimler arasındaki koordinasyonu sağlamaktır.

b. Sağlık Ocağı

Ağırlıklı olarak koruyucu sağlık hizmetleri ile aile planlaması hizmetleri, çevre ve halk sağlığı hizmetleri ve birinci basamak (ayakta teşhis, tedavi ve bakım, poliklinik) sağlık hizmetlerinin sunulduğu yataksız sağlık kuruluşlarıdır.

Sağlık ocaklarının kurulması ve teşkilat yapıları, 1961 yılında çıkartılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun uyarınca gerçekleşmektedir. Sağlık ocaklarının görevleri ise, 224 sayılı Yasa ve 1930 yılında çıkartılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıha Kanunu ile belirlenmiştir.

³ Nevzat EREN ve Zafer ÖZTEK, *Sağlık Ocağı Yönetimi*, Ankara: Hacettepe Üni. Yay., 1982, s.12

Bütün yerleşim birimlerine (köy, ilçe, il) sağlık ocağı kurulabilmekte ve en uç yerleşim birimlerine kadar sağlık hizmeti ulaştırılmaktadır. Sağlık ocakları yapı itibariyle kırsal sağlık ocakları ve kentsel sağlık ocakları olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sağlık ocakları, kırsal bölgelerde 5000-10000, kentsel bölgelerde 50000 nüfusa hizmet verecek şekilde örgütlenmektedir.

Kırsal sağlık ocaklarında pratisyen hekim, sağlık memuru, hemşire, ebe, tıbbi sekreter, hizmetli ve şoför (aracıyla beraber) görev yapar. Kent sağlık ocaklarında ise bu personelin yanında diş hekimi, eczacı, biyolog, kimyager, gıda mühendisi, çevre sağlığı teknisyeni ve laboratuvar teknisyeni de görev yapar. Bazı sağlık ocaklarında sıtma, tifo gibi hastalıklarla mücadele görevlileri de çalışmaktadır.

Sağlık ocaklarında yönetimin başı hekimdir. Birden fazla hekim varsa bu görevi yönetici hekim sıfatıyla bir tanesi üstlenir. Yönetici hekim, sağlık grup başkanına bağlı olarak görevini yerine getirir. Kırsal sağlık ocağında hekim yoksa sağlık memuru, hemşire ve ebe silsilesine göre sorumluluk üstlenilir.

“Sağlık ocaklarında çok yönlü sağlık hizmeti görülmektedir. Sağlık ocağında hizmetlerin gereği yürütülebilmesi için personelin ekip olarak çalışması gerekir. Hizmetler haftalık, aylık ve yıllık plan ve programlara göre yürütülür. Bu plan ve programların yapılabilmesi için hizmet yeri ve hizmet bölgesinin çok iyi tanınması gerekir.”⁴

Sağlık ocaklarının görevleri şunlardır:

224 sayılı Kanunda sağlık ocaklarının görevleri şu şekilde belirtilmiştir:

- a. Ana-çocuk sağlığı hizmetleri,
- b. Aile planlaması hizmetleri,
- c. Sıtma, lepra, frengi ve diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele hizmetleri,
- d. Zootonik hastalıklarla⁵ mücadele hizmetleri,
- e. İdari hizmetler,
- f. İstatistik işleri,

⁴ Zootonik Hastalıklar, asıl hayvan hastalığı olup insanlara da geçen hastalıklardır. Kuduz, şarbon, ruam vs.

⁵ Zootonik Hastalıklar, asıl hayvan hastalığı olup insanlara da geçen hastalıklardır. Kuduz, şarbon, ruam vs.

- g. Adli hekimlik hizmetleri,
- h. Eğitim hizmetleri,
- i. Poliklinik hizmetleri,
- j. Aşı ve bağışıklama hizmetleri,
- k. Çevre sağlığı hizmetleri,
- l. Okul sağlığı hizmetleri,
- m. Laboratuar hizmetleri,
- n. Rapor işleri,
- o. Hasta bakım hizmetleri,
- p. Paralı ve parasız ilaçların dağıtımını hizmetleri,
- q. Gezi işleri,
- r. Toplum kalkınması çalışmalarına yardım hizmetleri,
- s. Diğer hizmetler.

1593 sayılı Kanuna göre de sağlık ocaklarının görevleri vardır. Bunlar şunlardır:

- a. Mezarlıklar, ölülerin gömülmesi, mezardan çıkarılması ve belediye hekimi bulunmayan yerlerde 'gömme izin belgesi' verilmesi,
- b. Konutlar, hanlar, oteller ve genel yerlerin denetimi ve gayri sıhhi müesseselerin tespit edilmesi,
- c. Kanalizasyon, hela, mezbaha ve çöplüklerin denetim ve kontrolü,
- d. Yeni kurulacak köylerde sağlık tedbirlerinin alınması,
- e. Gıda maddesi satılan yerlerin denetim ve ilgili esnafın sağlık kontrolü,
- f. Yenilecek ve içilecek gıda maddelerine katılabilecek boya, saklama maddeleri ve insan sağlığına zarar verecek her türlü kimyasal maddenin kontrol ve denetimi,
- g. Süt ve ürünlerinin sağlık koşullarına uygun olarak saklanması ve satılmasına ilişkin önlemler,
- h. Olağanüstü hal ve afetlerde halk sağlığının korunması ile ilgili önlemler,
- i. Turistik işletmelerin denetim ve kontrolleri,
- j. Göçmenlerin sağlık durumlarının korunması için gerekli tedbirlerin alınması,

- k. Kamu ulaşım hizmeti veren deniz, hava ve kara taşıt araçlarının halk sağlığı açısından gerekli denetimlerinin yapılması,
- l. Çocuk ve gençliğin ruhen ve bedenen sağlıklı yetişmesi için çevre ve halk sağlığı ile ilgili gerekli önlemlerin alınması,
- m. Belediyenin çevre sağlığı hizmetlerinin denetlenmesidir.

Sağlık ocaklarının diğer görevleri de şunlardır:

- a. 14.04.1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ve bu kanuna dayanılarak çıkartılan 13.08.1962 tarih ve 6/821 sayılı Tababet Uzmanlık Tüzüğü hükümlerine göre özel sağlık hizmeti veren hekim, diş hekimi, dişçi, ebe, sünnetçi ve diğer sağlık personelinin çalışmaları, muayenehaneleri ve kullandıkları aletlerin kontrol ve denetimi,
- b. 1967 yılında çıkartılan 992 sayılı Kalkınma ve İstikraz Hakkında Kanun hükümlerine göre halk sağlığı laboratuvarlarıyla işbirliği yapmak; 1972 yılında çıkartılan 1551 sayılı Seriri ve Gıdai Tahlilat Yapılan Laboratuvarlara Mahsus Kanun gereğince bakteriyoloji ve kimya laboratuvarlarının denetim ve kontrolünü yapmak,
- c. 10.05.1926 tarih ve 831 sayılı Sular Hakkında Kanun ve 1593 sayılı Kanun gereğince içilecek ve kullanılacak suların sıhhi şartlarda halka ulaştırılması ve kullanılmasını sağlamak, kaplıca, ılıca ve maden suların bulunduğu şifalı suları işleten tesislerde gerekli sağlık koşullarının sağlanması için tedbirler almak, bakanlık onaylarını kontrol etmek, plaj, yüzme havuzları ve su sporları tesislerini denetlemek, deniz, ırmak ve göl kıyılarında olabilecek kazalara karşı önlemler almak,
- d. 224 ve 1593 sayılı Kanunlar ile 1949 tarihinde çıkartılan 5442 sayılı İller İdaresi Kanunu gereğince cezaevlerinin sağlık koşulları denetlenir, tutuklu ve cezaevi personelinin sağlık kontrolleri yapılır.

Sağlık ocaklarında birbirine benzer ve birçok istatistik formu kullanılmaktadır.

Bunların başlıcaları şunlardır.⁶

⁶ Sağ. Bak., Sağ. Hiz. Sos. Böl. Uyg. İst. Formları ile İlgili Açıklama, Ankara: SB. Yay., 1967, No:355.

- Ev halkı tespit fişi, form 001
- Nüfusun yaş gruplarına dağılımı, form 002
- Ev halkı sayısı ve nüfusun yaş gruplarına dağılımı, form 003
- Kişisel sağlık fişi, form 004
- Gebe takip ve muayene fişi, form 005
- Çocuk takip ve muayene fişi, form 006
- Ebenin çalışma notları, form 007
- Ebenin aylık çalışma bildirisi, form 008
- Sağlık memuru aylık çalışma bildirisi, form 009
- Hemşire aylık çalışma bildirisi, form 010
- Ocak hekimi aylık çalışma bildirisi, form 011
- Aşı kayıt fişi, form 012
- Aşı sonuçları çizelgesi, form 013
- Bildirimi zorunlu hastalıklar fişi, form 014
- Haftalık bulaşıcı hastalık bildirme fişi, form 015
- Bildirimi zorunlu hastalıklar tespit fişi, form 016
- Bildirimi zorunlu hastalıklar çizelgesi, form 017
- Hastalıklar istatistiği fişi, form 018
- Hasta sevk kağıdı, form 019
- Çevre sağlığı kontrol çizelgesi, form 020
- Halk sağlığı eğitimi aylık icmal çizelgesi, form 022
- Sağlık ocağı aylık personel, poliklinik, laboratuvar, doğum ve ölüm icmal çizelgesi, form 023
- Doğum fişi,
- Ölüm fişi,
- Aylık gezi programı ve gezi beyanı.

c. Sağlıkkevi

Sağlık ocaklarına bağlı olarak kırsal bölgelerde (birinci basamak) temel sağlık hizmetlerini yürütmek üzere kurulan en küçük sağlık birimleridir. 3000-4000 dolayında

nüfusa hizmet verecek şekilde kurulurlar. Sağlıkevi, bir köye hizmet verecek şekilde kurulabileceği gibi, birden fazla köye hizmet verebilecek şekilde de kurulabilir. Sağlıkevi birden fazla köye hizmet verecek şekilde kurulduğu zaman yol üzerinde, diğer köylerin de ulaşabileceği durumlarda bulunduğu köy ile diğer köyler arasında ve bulunduğu köye yakın bir alana yapılır.

Sağlıkevlere, sağlık ocaklarına bağlı ve onun izdüşümü şeklindedir. Personel olarak yalnızca ebe görev yapar. 224 sayılı Yasa gereğince kurulurlar. Görevleri, 224 ve 1593 sayılı Yasalarla belirlenmiştir. "Sağlıkevlere, sağlık ocaklarına bağlı olarak çok yönlü hizmet veren kuruluşlardır. Sağlıkevlerinde en önemli görev ana-çocuk sağlığı hizmetleri ile toplumsal ve kişisel temizlik, uygun ve ekonomik beslenme, kadınların analık ve ev kadınlığı konularında eğitilmeleri, aşı uygulamaları, ölüm, doğum, göçlerin saptanması ve izlenmesidir."⁷

Sağlıkevlerinin temel görevleri 224 ve 1593 sayılı Kanunlara göre şunlardır:

- a. Ana-çocuk sağlığı hizmetleri,
- b. Aile planlaması hizmetleri,
- c. Aşı ve bağışıklama hizmetleri,
- d. İlk yardım ve acil yardım hizmetleri,
- e. Hasta bakım hizmetleri,
- f. Sıtma, lepra, frengi ve diğer bulaşıcı ve sosyal hastalıklarla mücadele hizmetleri,
- g. Zootonik hastalıklarla mücadele hizmetleri,
- h. Sağlık eğitim hizmetleri,
- i. İstatistik işlemleri,
- j. Okul sağlığı hizmetleri,
- k. Gezi işleri,
- l. Sosyal yardım hizmetleri,
- m. Toplum kalkınmasına yardım hizmetleri,
- n. Malzemenin kullanılması ve korunması işleri,
- o. Diğer hizmetler.

⁷ Nevzat EREN, a.g.e., s.138

d. Sağlık Merkezi

Hastanelerin bulunmadığı yerleşim birimlerinde ayakta ve yatarak teşhis, tedavi ve muayene hizmetleri ile doğum, acil vaka ve poliklinik hizmetlerinin verildiği ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin sunulduğu yataklı tedavi kurumlarıdır. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti birlikte sunulur.

Sağlık merkezleri, 1946 yılında SSY. Bakanı olan Behçet UZ tarafından yeni bir örgütlenme biçimi olarak kurulmuştur. 13.01.1983 tarih ve 17927 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre faaliyet gösterirler. Hükümet tabiplerine ait olan tedavi edici sağlık hizmetleri ve görevleri 'sağlık merkezleri' ne verilmiştir. Her ilçede 10-25 yataklı olarak kurulmuşlardır. Hastanelerin bulunmadığı ilçelerde sağlık grup başkanlığı görevini sağlık merkezi yönetici hekimi üstlenmektedir.

Sağlık merkezleri yatarak teşhis, tedavi, hasta bakım ve doğum hizmetlerinin verilmesi özellikleriyle hastanelere, ayakta teşhis, tedavi, muayene ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin verilmesi, idari ve teşkilat yapılarıyla da sağlık ocaklarına benzemektedirler. Bünyesinde sağlık ocaklarında mevcut personele ilaveten uzman hekimler de bulunmaktadır.

e. Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri

Ana-çocuk sağlığı merkezleri 1593 sayılı Yasaya göre kurulmuş olup, teşkilat yapıları ve görevleri 154 sayılı Yönergede belirtilmiştir. Ana-çocuk sağlığı merkezi başhekimleri bakanlıkça atanır. Başhekimin kadın-doğum uzmanı, çocuk hastalıkları uzmanı ya da kurs görmüş pratisyen hekim olması gerekir. İl sağlık müdürüne karşı sorumludur.

Ana-çocuk sağlığının korunması konusunda eğitim, koruyucu sağlık hizmetleri ve bağışıklama hizmeti sunan kuruluşlardır. İlde bulunan diğer sağlık kuruluşları ile koordineli çalışması gerekir.

f. Aile Planlaması Merkezleri

1593 sayılı Yasaya dayanılarak kurulan bu merkezlerin görev ve teşkilat yapıları da 154 sayılı Yönergede belirlenmiştir. Aile planlaması merkezi başhekimi bakanlıkça atanır. Başhekimin kadın-doğum uzmanı ya da kurs görmüş pratisyen hekim olması gerekir. Başhekim, sağlık müdürüne karşı sorumludur. Araç-gereç ve eleman sağlık müdürlüğüne sağlanır. Aile planlaması konusunda halka ve sağlık ocağı personeline eğitim çalışmaları yapılır, gerekli faaliyetler düzenlenir. Ana-çocuk sağlığı merkezi, sağlık ocağı ve diğer sağlık kuruluşları ile koordineli çalışması gerekir.

g. Dispanserler

Cumhuriyetin ilk yıllarında ilçelerde 'hükümet tabipliği' örgütleri mevcuttu. Bu örgüt toplam 252 göreve sahipti. Hem görevlerinin çok olması, hem de gerekli altyapı koşullarının olmaması nedeniyle birçok görevini yerine getiremez olmuştu. Hükümet tabipliklerinin etkinliklerinin sınırlı kalması yanında 1930' lu yıllara doğru birçok bulaşıcı hastalığın yaygınlaşarak toplumu tehdit eder düzeye gelmesiyle bulaşıcı hastalıklarla savaş için merkezden (Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü) il ve ilçelere dikey örgütlenme biçiminde sağlık kuruluşları kurulmuştur. 1593 sayılı Yasaya dayanılarak, Sıtma ile Savaş (madde 97-98), Trohomla Savaş (madde 99-102), Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklarla Savaş (madde 57-96), Zührevi Hastalıklarla Savaş (madde 103-112) ve Verem Savaş Dispanserleri (madde 113-121) kurulup örgütlenmişlerdir. Bu dispanser ve başkanlıkların görev ve teşkilat yapıları 154 sayılı Yönergede belirtilmiştir.

aa. Verem Savaş Başkanlıkları ve Dispanserleri: İl ve büyük ilçe merkezlerinde kurulan örgütlerdir. Bu örgütlerin bulunmadığı yerleşim alanlarında bu görevler sağlık ocakları tarafından yerine getirilmektedir. Cumhuriyetin ilk yıllarında tehlikeli bir şekilde yaygınlaşan ve kolay bulaşan verem hastalığına karşı mücadele amacıyla kurulmuşlardır.

bb. Deri ve Tenasül (Zührevi) Hastalıklar Başkanlıkları ve Dispanserleri: Sifiliz, gonore, lepra gibi deri hastalığı ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla savaş için kurulan başkanlık ve dispanserlerdir.

cc. Trohom Savaş Başkanlıkları ve Dispanserleri: Cumhuriyetin ilk yıllarında yaygınlaşan ve halk sağlığını tehdit eden bir diğer hastalık da trohom hastalığıdır. Bu hastalıkla mücadele için özellikle yoğunlaştığı bölgelerde trohom savaş dispanserleri kurulmuştur. Günümüzde bu hastalığın yaygınlığının kaybolmasına paralel olarak bu dispanserlerin sayısı da çok azalmıştır.

dd. Sıtma Eradikasyon Başkanlığı: İl içinde sıtma hastalığına karşı mücadele için kurulan örgütlerdir. Başkan, Bakanlıkça atanır. İl içindeki ihtiyaçları sağlık müdürlüğüne karşılanır.

ee. Akıl ve Ruh Sağlığı Dispanserleri: Sadece büyük illerde bulunduğundan ülke genelinde çok az sayıdadır. Ruhsal problemleri olan kimselerin hastane tedavisine gerek olmaksızın bu sorunlarına yardımcı olmak amacıyla kurulan dispanserlerdir.

h) Halk Sağlığı Laboratuvar Müdürlüğü

İl sağlık müdürlüğüne bağlı olarak faaliyet gösterirler. Halk sağlığı laboratuvar müdürü SB'nca atanır. Müdürün hekim ya da kimya mühendisi olması gerekir. 181 sayılı KHK ile çalışma esas ve usulleri belirlenmiştir. Halk sağlığı laboratuvar müdürlükleri daha önceden şeflik olarak faaliyet gösterirken 181 sayılı KHK ile 'müdürlük' haline getirilmiştir.

Su, gıda, sıtma, her türlü akıntı, boğaz kültürü, gaita, kan, balgam, idrar vb. tahliller yapılır. Metaryali gönderilen sağlık birimine sonuçlar resmi yazıyla bildirilir. Bu yazılar rapor niteliğindedir. Yasal işlem yapılması durumunda bu raporlar mahkemede delil olarak kabul edilmektedir.

2. ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumunda SB.'ndan sonraki en büyük kuruluş Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB)'dir. Yataklı ve yataksız tedavi kurumları ile ülke sathına yayılmıştır. ÇSGB, SSK aracılığı ile işçilere sağlık hizmeti

vermektedir. 1997 yılı itibariyle SSK'na bağlı 115 hastane vardır. Bu hastanelerin toplam yatak sayısı 25934 olup, ülke yatak kapasitesi içindeki oranı % 16.1'dir.⁸ SSK'nun hastanelerden başka birçok yerleşim biriminde ayakta tedavi hizmeti veren poliklinik ve sağlık istasyonları da mevcuttur.

ÇSGB öncelikle işyerlerinin işçi sağlığı-iş güvenliği yönünden denetlenmesinden sorumludur. "Bu görev;

- İş Teftiş Kurulu,
- İşçi Sağlığı-İş Güvenliği Enstitüsü (İS GÜM),
- Sosyal Sigortalar Kurumu,
- İşçi Sağlığı Daire Başkanlığı,
- İş ve İşçi Bulma Kurumu ve
- Araştırma Kurulu Başkanlığı tarafından yerine getirilir."⁹

3. MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI

Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), öğrencilerin ve okul personelinin sağlık sorunlarını karşılamak üzere yataklı ve yataksız sağlık hizmet kuruluşlarına sahiptir. Bakanlık sağlık hizmetleri, Sağlık Dairesi Başkanlığı'nca yürütülmektedir. 1997 yılı itibariyle MEB'na ait 450 yataklı bir hastane mevcut olup, ülke genelindeki yatak sayısı oranı %02'dir.¹⁰ Ayrıca MEB'na ait 36 sağlık merkezi ve 44 sağlık eğitim merkezi bulunmaktadır.¹¹

⁸ Sağlık Bakanlığı, 1997 Yılına Ait Sağlık İstatistik Yıllığı, s.4

⁹ Doğan BENLİ ve Hüseyin ÖZALP, a.g.e., s.132.

¹⁰ Sağlık Bakanlığı, 1997 Yılına Ait Sağlık İstatistik Yıllığı, s.79

¹¹ Doğan BENLİ ve Hüseyin ÖZALP, a.g.e., s.133.

4. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI

İçişleri Bakanlığı, ülke genelinde sağlık merkezleri ve revirlere sahiptir. 1997 yılı itibariyle 230 yataklı bir hastanesi mevcut olup, bu hastanenin ülke genelindeki yatak sayısı oranı %0.1'dir.¹²

5. MİLLÎ SAVUNMA BAKANLIĞI

Millî Savunma Bakanlığı (MSB)'nin geniş bir sağlık hizmet örgütlenmesi mevcuttur. Sağlık hizmetleri sunumunun yanında sağlık eğitimi de veren bir örgütlenmesi vardır. Askeri personele yönelik olarak verilen sağlık hizmetleri zaman zaman sivil halka da ulaştırılmaktadır. Savaş esnasında, afet ve olağanüstü hallerde asker-sivil ayrımı yapılmamaktadır. 1997 yılı itibariyle MSB'na bağlı 42 hastahane 15900 yatak kapasiteli olup ülkemizdeki toplam hastaneler içindeki oranı % 10'dur.¹³

Genel Kurmay Başkanlığı'na bağlı olarak Ankara'da kurulan Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA), TSK'nin ihtiyacı olan sağlık personelini yetiştirmektedir. Halen GATA'nde hekim, uzman hekim, hemşire, teknisyen, sağlık yöneticisi vb. sağlık personeli yetiştirilmektedir. TSK, ihtiyacı olan diğer sağlık personelini de sivil okul mezunlarından temin etmektedir.

6. ULAŞTIRMA BAKANLIĞI

Ulaştırma Bakanlığı'nda sağlık hizmetlerinin sunumu için kendi içerisinde örgütlenmesi mevcuttur. Kendi bakanlığına bağlı personele yönelik olarak bu hizmetler verilmektedir. Bakanlık merkezinde Sağlık Daire Başkanlığı, bu hizmetleri yürüten en üst birimdir. Ülke bölgelere taksim edilmiş olup her bölgede sağlık işletme müdürlüğü bulunmaktadır. İşletme müdürlüklerine bağlı bölüm hekimlikleri ve hastaneler mevcuttur. Bölüm hekimlikleri muayene, koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetini yerine getirmekte, hastaneler ise yataklı tedavi (ikinci basamak) hizmetlerini sunmaktadırlar. 1997 yılı itibariyle Ulaştırma Bakanlığı'na bağlı 6 hastane mevcut olup, yatak sayısı 945, ülke genelindeki yatak sayısı oranı ise %05 dir.¹⁴

¹² Sağlık Bakanlığı, 1997 Yılına Ait Sağlık İstatistik Yılığ, s.79

¹³ Sağlık Bakanlığı, 1997 Yılına Ait Sağlık İstatistik Yılığ, s.79

¹⁴ Sağlık Bakanlığı, 1997 Yılına Ait Sağlık İstatistik Yılığ, s.79

7. ÜNİVERSİTELER

Ülke sağlık sisteminde üniversitelerin yeri ve önemi gün geçtikçe artmaktadır. Üniversiteler, sağlık hizmetlerinin halka doğrudan sunumu yanında eğitim hizmetleriyle de önemli bir yer tutmaktadır. 1997 yılı itibariyle üniversite hastane sayısı 37, yatak sayısı 23383 ve ülke genelindeki yatak sayısı oranı % 14.5'dir.¹⁵ Üniversite hastaneleri, tıp fakültelerinin uygulama hastaneleridir. Hem eğitim veren, hem sağlık hizmeti sunan bu hastaneler, aynı zamanda bilimsel araştırmaların gerçekleştirildiği kurumlardır.

Hastanelerde tanısı konmayan ve tedavileri yapılamayan hastalar tıp fakültesi hastanelerine üçüncü basamak¹⁶ sağlık hizmeti için sevk edilmektedir. Çünkü tıp fakülteleri daha fazla malzeme ve daha nitelikli personel donanımlı olup, eğitim ve bilimsel çalışmalara da müsait yapıdadır.

“Tıp fakültesi öğrencilerini eğitebilmeleri için SB.ile birlikte çalıştırdıkları Eğitim ve Araştırma Grup Başkanlıkları bulunmaktadır. Buralarda birinci ve ikinci basamak tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri verilmektedir.”¹⁷

Üniversitelerde sağlık sektörünün her alanına hitap eden personel yetiştirilmekte, kendi personel ve öğrencilerine yönelik birinci basamak sağlık hizmeti veren poliklinik ve sağlık istasyonları bulunmaktadır.

8. BELEDİYELER

Belediyeler kendi bünyeleri içinde sağlık hizmeti veren birim ve personele sahiptirler. Belediyelerin büyüklüğüne ve kendi iç yapılarına göre sağlık örgütlenmelerinin büyüklüğü değişmektedir. Küçük belediyelerde sağlık ocakları bulunmaktadır. Büyük belediyelerde ise sağlık hizmetini yürüten müdürlükleri bulunmaktadır. Belediyelerde, belediye tabipliği, belediye laboratuvarı, belediye poliklinikleri gibi örgütlenmeler

¹⁵ Sağlık Bakanlığı, 1997 Yılına Ait Sağlık İstatistik Yıllığı, s.79

¹⁶ Birinci basamak sağlık hizmeti, ayakta teşhis, tedavi ve bakım (poliklinik) hizmetinin verilmesi; ikinci basamak sağlık hizmeti, birinci basamak sağlık hizmetinin sonuç vermemesi üzerine (yataklı tedavi kurumlarında) yatarak tedavi ve bakım hizmetlerinin verilmesi; üçüncü basamak sağlık hizmeti de, ikinci basamak sağlık hizmetinden sonuç alınamaması durumunda daha ileri düzeyde sağlık hizmeti veren ihtisas hastanelerindeki bakım ve tedavi hizmetleridir.

¹⁷ Doğan BENLİ ve Hüseyin ÖZALP, a.g.e., s.133

mevcuttur. 6 belediyenin kendine ait hastanesi vardır. 1997 yılı itibariyle bunların yatak sayısı 1218 olup, ülke yatak kapasitesi içindeki oranı %08'dir.¹⁸

“Belediyelere ait sağlık kuruluşlarının görevleri belde halkından fakir vatandaşların parasız muayane ve tedavi olanaklarını sağlamak, belde halkının sağlığına zarar veren gıda, su, toprak, hava ve gürültü kirlenmesine karşı gereken önlemleri almak, aldırarak, çöp ve atık su konusunda gereken birimlerle işbirliği yapmak, yaşlılar için huzurevleri açmak ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla mücadele için zührevi hastalıklar dispanserleri çalıştırmaktır.”¹⁹

Belediyelerin çevre sağlığı ile ilgili hizmet ve faaliyetlerin SB'na bağlı taşra örgütlerince denetlenir. Belediye hekimleri il sağlık kurulunun daimi üyesidirler.

9. KAMU İKTİSADİ KURULUŞLARI (TEŞEKKÜLLERİ)

Kamu İktisadi Teşekkülleri (KİT)'nin kendi personeline yönelik sağlık kuruluşları mevcuttur. Her KİT kuruluşunun kendi yönetmeliklerine göre faaliyet gösterirler. 1997 yılı itibariyle KİT'lere ait ülkemizde 4 hastane vardır. Bu hastanelerin toplam yatak sayısı 1195 olup, ülke genelindeki yatak kapasitesi oranı %07'dir.²⁰

Hastaneler dışında KİT'lere ait sağlık istasyonları ve poliklinikler de mevcuttur. Bu birimlerde ayakta teşhis, tedavi, muayene ve ilk yardım hizmetleri verilmektedir.

¹⁸ Sağlık Bakanlığı, 1997 Yılına Ait Sağlık İstatistik Yıllığı, s.79

¹⁹ Doğan BENLİ ve Hüseyin ÖZALP, a.g.e., s.134

²⁰ Sağlık Bakanlığı, 1997 Yılına Ait Sağlık İstatistik Yıllığı, s.79

10. GÖNÜLLÜ SAĞLIK KURULUŞLARI

Belli bir amacı gerçekleştirmek için kurulan dernek ve vakıfların sahip oldukları hastanelerdir. Kar amacı gütmeyen örgütlenmelerdir. Gelişmiş ülkelerde çok yaygındırlar. Dernek, kilise vb. örgütlenmelerin sahip olduğu bu hastaneler, kar amacı gütmeyip kamu yararına faaliyet gösterirler. Ülkemizde ise sayıları çok azdır. 1997 yılı itibariyle gönüllü kuruluşlara ait 16 hastane vardır. Toplam yatak sayısı 1293 olup, ülke genelindeki yatak kapasitesi oranı %08'dir.²¹

11. YABANCI VE AZINLIKLARA AİT SAĞLIK KURULUŞLARI

Yabancı (TC. vatandaşı olmayan) ve azınlıklara ait hastanelerdir. Bu hastaneler, 24.05.1933 tarihinde çıkartılan 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu ve bu kanuna dayanılarak çıkartılan 10.01.1983 tarih ve 17929 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Özel Hastaneler Tüzüğüne göre kurulurlar. Kar amacıyla çalışıp çalışmamaları kendi iç yönetmeliklerine bırakılmıştır. 1997 yılı itibariyle ülkemizde bu hastanelerin sayısı 10 olup, 1543 yatak sayısı mevcuttur. Yatak sayısının ülke genelindeki oranı %09'dur.²²

12. ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARI

Kamu kurumlarıyla ilişkisi olmayan sağlık kuruluşlarıdır. Özel muayenehane, poliklinik, sağlık istasyonları, hastaneler, laboratuvar ve radyoloji merkezleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri gibi sağlık alanında çok geniş bir yer tutarlar. Hususi Hastaneler Kanununa göre faaliyet gösterirler. Kar amacı güden kuruluşlardır. Ülkemizde faaliyet gösteren özel hastane sayısı 1997 yılı itibariyle 184 olup, toplam 8419 yatak sayısı bulunmakta ve ülke genelindeki yatak kapasitesi oranı % 5.2'dir.²³

13. SAĞLIK MESLEK EĞİTİM KURUMLARI

Hemşirelik , ebelik, sağlık memurluğu ve sağlık teknisyenliği (radyoloji, ortopedi, laboratuvar, tıbbi sekreterlik vb.) farklı eğitim düzeyleri olan mesleklerdir. Bu mesleklerin lise dengi eğitimleri yanında iki ve dört yıllık yüksek öğrenimleri de vardır.

²¹ Sağlık Bakanlığı, 1997 Yılına Ait Sağlık İstatistik Yıllığı, s.79

²² Sağlık Bakanlığı, 1997 Yılına Ait Sağlık İstatistik Yıllığı, s.79

²³ Sağlık Bakanlığı, 1997 Yılına Ait Sağlık İstatistik Yıllığı, s.79

Sağlık meslek liseleri orta okuldan sonra dört yıldır. S. B. , sağlık meslek lisesi eğitimi dışında 1984 – 1990 yılları arasında lise mezunlarını kendi sınav yöntemi ve kurs eğitimiyle sağlık meslek lisesi dengi diploma vermiştir. Bu mesleklerde bulunan orta okul dengi mezunlarına da bakanlık, kendi sınav ve eğitim anlayışıyla lise dengi hale getirmiştir. Bu mesleklerin üniversitelerde iki ve dört yıllık eğitimleri yanında S.B. da bu mesleklere ön lisans tamamlama imkanı vermektedir. Lisans tamamlama eğitimi için de çalışmalar sürmektedir. Üniversitelerin verdiği örgün eğitim yanında S.B. 'nın bu mesleklerde verdiği eğitim açık öğretim kanalıyla ve kendi eğitim anlayışıyla gerçekleşmektedir.

Sağlık meslek liselerine Sağlık Bakanlığı dışında üniversitelerde, sağlık örgütlenmesi olan bazı bakanlık, resmi ve özel kuruluşlarda da rastlanmaktadır. Bu mesleklerin yüksek öğrenimleri yaygınlaştığı için son yıllarda sağlık meslek liseleri sayısında azalma olmuştur.

Üniversitelerde bu meslekler dışında iki yıllık (ön lisans) tıbbi dokümantasyon, tıbbi arşivci, diş hizmetleri teknikerliği gibi bölümler mevcuttur. Üniversitelerde 4 yıllık diğer sağlık meslek eğitimi veren bölümler ise şunlardır: Eczacılık fakültesi, sağlık idareciliği eğitimi veren yüksek okullar, sağlık eğitim fakültesi, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimi, ev ekonomisi uzmanı, psikolog , biyolog , kimyager yetiştiren yüksek okullar , kimya, çevre ve gıda mühendisliği fakülteleri, diş hekimliği fakültesi (5 yıl) ve tıp fakülteleri (6 yıl) 'dır. Bazı üniversitelerde 1 yıllık yabancı dil hazırlık eğitimi mevcuttur. Tıp fakültesi mezunları 'pratisyen hekim' ünvanına sahip olmakta ve tıpta uzmanlık sınavı (TUS)'nı kazananlar branş eğitimine göre 2 ile 5 yıllık bir eğitimden sonra 'uzman hekim' ünvanı kazanmaktadır.

14 . SAĞLIK MESLEK ÖRGÜTLERİ

Ülkemizde sağlık meslek gruplarının örgütlenmeleri oda ve dernekler şeklindedir. Hekim , diş hekimi ve eczacılar oda şeklinde, diğer sağlık meslek grupları da dernekler şeklinde örgütlenmişlerdir. Bazı meslek gruplarının hiçbir mesleki örgütlenmesi yoktur.

15 . HASTANELER

Hastaneler , “Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edilenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta ve yatarak gözlem, muayene, tanı ,tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.”²⁴

15.1. HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI

a)- Bağlı Buldukları Kurum ve Faaliyet Amaçlarına Göre Hastaneler

aa)- Kamu Hastaneleri : Kar amacı gütmeyen, kamu yararını ön planda tutan ve bir kamu kurumuna bağlı olarak faaliyet gösteren hastanelerdir. Bu hastanelerden S. B. ile üniversitelere bağlı olanlar tüm toplum kesimlerine, diğer bakanlık ve kamu kurumlarına (M.S.B, Ulaştırma Bakanlığı, belediye vb.) ait olanlar ise kendi kurum çalışanlarına ve meslek sahiplerine hizmet verirler. Bu hastaneler Y.T.K.İ.Y.’ ne göre faaliyet gösterirler. Yönetim yapıları bağlı buldukları kurumların kendi iç yönetmeliklerine göre değişmektedir.

bb)- Özel Hastaneler : Dernek, vakıf, azınlıklar, yabancılar ve özel şahıslara ait hastanelerdir. Hususi Hastaneler Kanunu ve Özel Hastaneler Tüzüğüne göre faaliyet gösterirler. Özel hastaneler üç gruba ayrılırlar.

aaa)- Dernek ve Vakıflara Ait Hastaneler : Hususi (Özel) Hastaneler Kanununa göre faaliyet göstermekle birlikte kar amacı gütmeyen ve kamu yararını esas alan hastanelerdir.

bbb)- Azınlık ve Yabancılar Ait Hastaneler : Kendi tebaa’larına hizmet vermek amacıyla kurulmuş hastanelerdir. Hususi Hastaneler Kanununa göre faaliyet gösterirler. Kar amacı güdüp gütmemeleri kendi iç yönetmeliklerine bırakılmıştır.

²⁴ Sağlık Bakanlığı, “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”, RG, T. 13.01. 1983, S. 17927, s. 3.

ccc)- **Özel Şahıslara Ait Hastaneler** : kar amacıyla kurulan hastanelerdir . Hususi Hastaneler Kanununa göre faaliyet gösterirler.

Hastaneler doğrudan insan sağlığını ilgilendiren kuruluşlar olduğundan M.S.B. dışındaki tüm kamu ve özel hastaneler, S.B 'nın denetim ve kontrolü altında olup, sağlıkla ilgili mevzuatlar doğrultusunda çalışmakla yükümlüdürler.

b)- Yapıları İtibariyle Hastaneler

aa)- **Klasik Hastaneler** : İkinci basamak sağlık hizmeti veren yataklı tedavi kurumlarıdır. Bünyesinde bulundurduğu uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği bunun yanında acil vakalar ile ayakta teşhis ve tedavi (poliklinik) hizmetlerinin de sunulduğu genel ve özel dal hastanelerdir.

bb)- **İhtisas (Eğitim-Araştırma) Hastaneleri** : Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren, tıp alanında eğitim, öğretim ,araştırma yapılan ve branş dallarında uzman hekim yetiştiren genel ve özel dal hastanelerdir.

Üniversitelere bağlı hastaneler ihtisas hastanelerdir. S.B.' na bağlı ihtisas hastaneleri mevcuttur. M.S.B.' na bağlı GATA hastanesi de ihtisas hastanesidir.

c- Verdikleri Hizmet (Fonksiyonları) İtibariyle Hastaneler

aa) **Genel Hastaneler** : Yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin ayakta ve yatarak teşhis, tanı ve tedavilerin yapıldığı, acil vakaların kabul edildiği ve aynı zamanda doğum yapılan yataklı tedavi kurumlarıdır.

Genel hastanelerde temel branşlar dört tanedir. Bunlar hariciye, dahiliye, çocuk hastalıkları ve kadın hastalıklarıdır. Genel hastanelerde bu branşlar dışında bulunan her uzman hekime servis açılır ve poliklinik hizmeti için imkan hazırlanır.

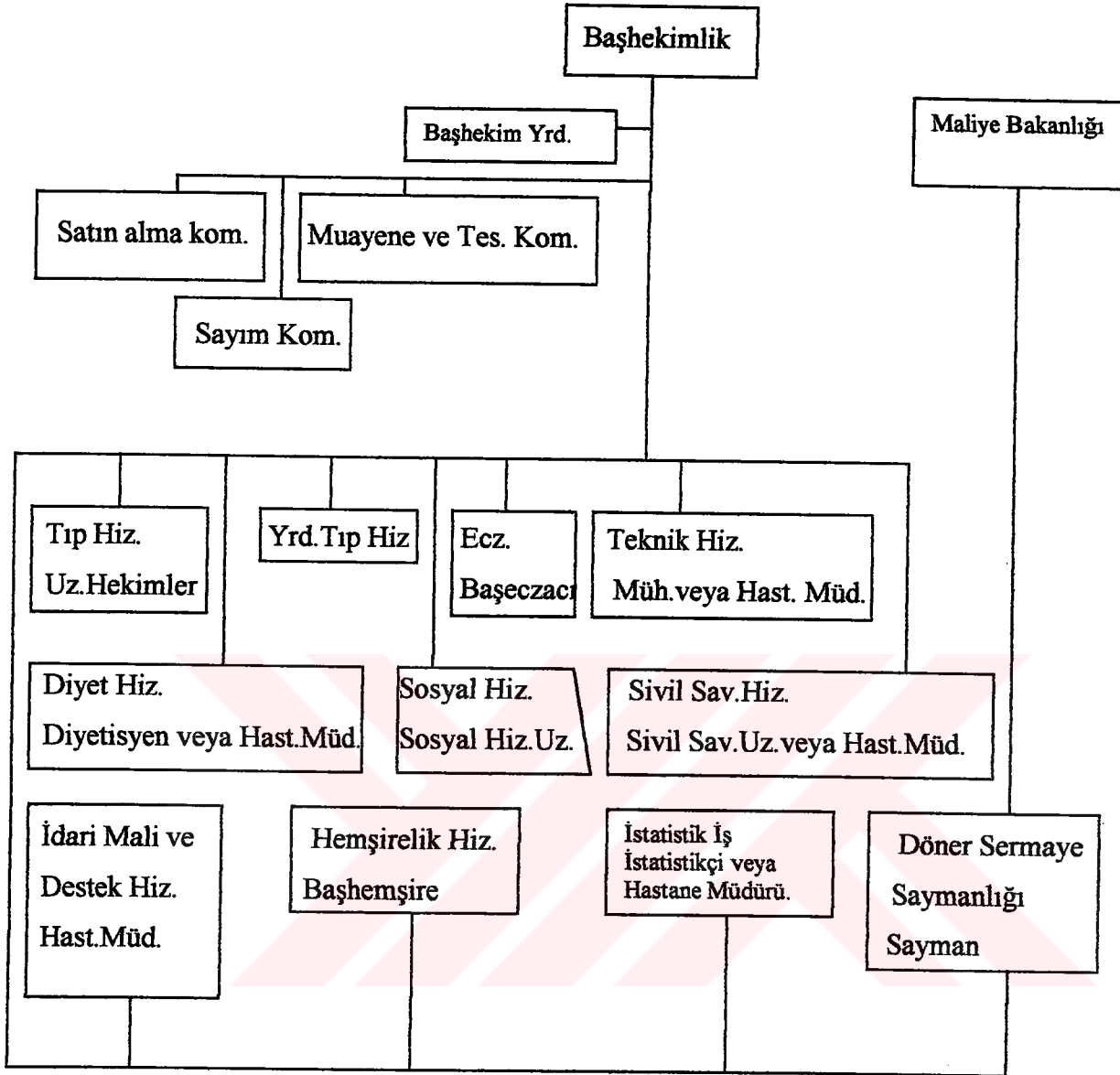
bb) **Özel Dal Hastaneleri**: Belli bir branş dalında hizmet veren hastanelerdir. Sadece o branş dalında hizmet verirler. Ülkemizde bulunan özel dal hastaneleri şunlardır:

-Diyabet Hastanesi, Kardiyoloji Enstitüsü , Göğüs Hastalıkları Hastanesi , Göğüs Kalp Ve Damar Hastalıkları Cerrahi Merkezi , Kadın Hastalıkları Doğum ve Çocuk Bakımevi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Hastanesi , Onkoloji Hastanesi, Kemik Hastalıkları Hastanesi, Akıl Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Rehabilitasyon Merkezleri, Darülaceze (Yaşlılar ve Bakıma Muhtaç Olanlar) Hastanesi , Lepra Hastanesi, Göz Hastanesi , Böbrek Sağlığı ve Diyaliz Merkezi , Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi, Diş Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi ve Meslek Hastalıkları Hastanesidir.

Ülkemizde son yıllarda yaygınlaşan bir uygulama da hastanelere bağlı kamu sağlık merkezleri (semt poliklinikleri) dir. Bir hastaneye bağlı olarak şehrin değişik merkezlerinde faaliyet gösterirler. Değişik branşlardaki uzman hekimler bu merkezlerde poliklinik hizmeti gerçekleştirirler.

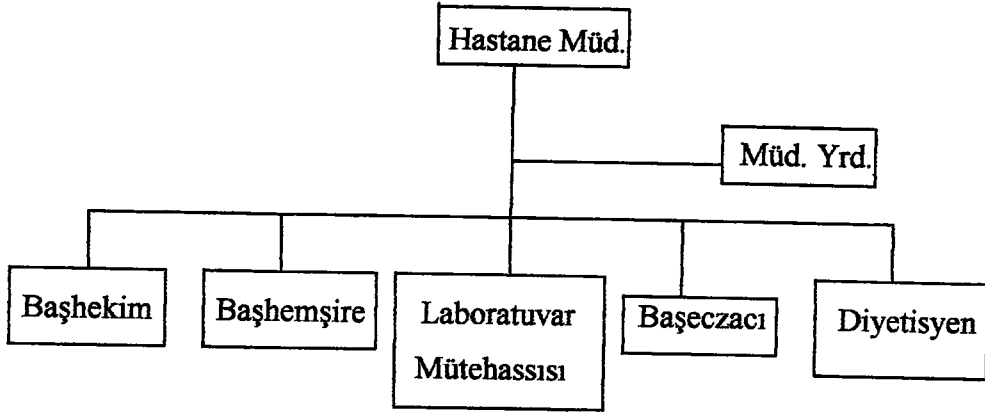
15.2 TÜRKİYE'DEKİ HASTANELERİN ORGANİZASYON MODELİ

Gelişmiş ülkelerde tüm hastaneler (kamu- özel) için ortak idari ve organizasyon yapısı mevcuttur. Ülkemizde ise her bakanlık ve kamu kuruluşu kendisine ait hastanelerde kendilerine has yönetim şekilleri geliştirmişlerdir. Aşağıdaki şekillerde S.B, Ulaştırma Bakanlığı, H.Ü. ve İstanbul Üniversitesi hastanelerinin yönetim modelleri örnek olarak gösterilmiştir.

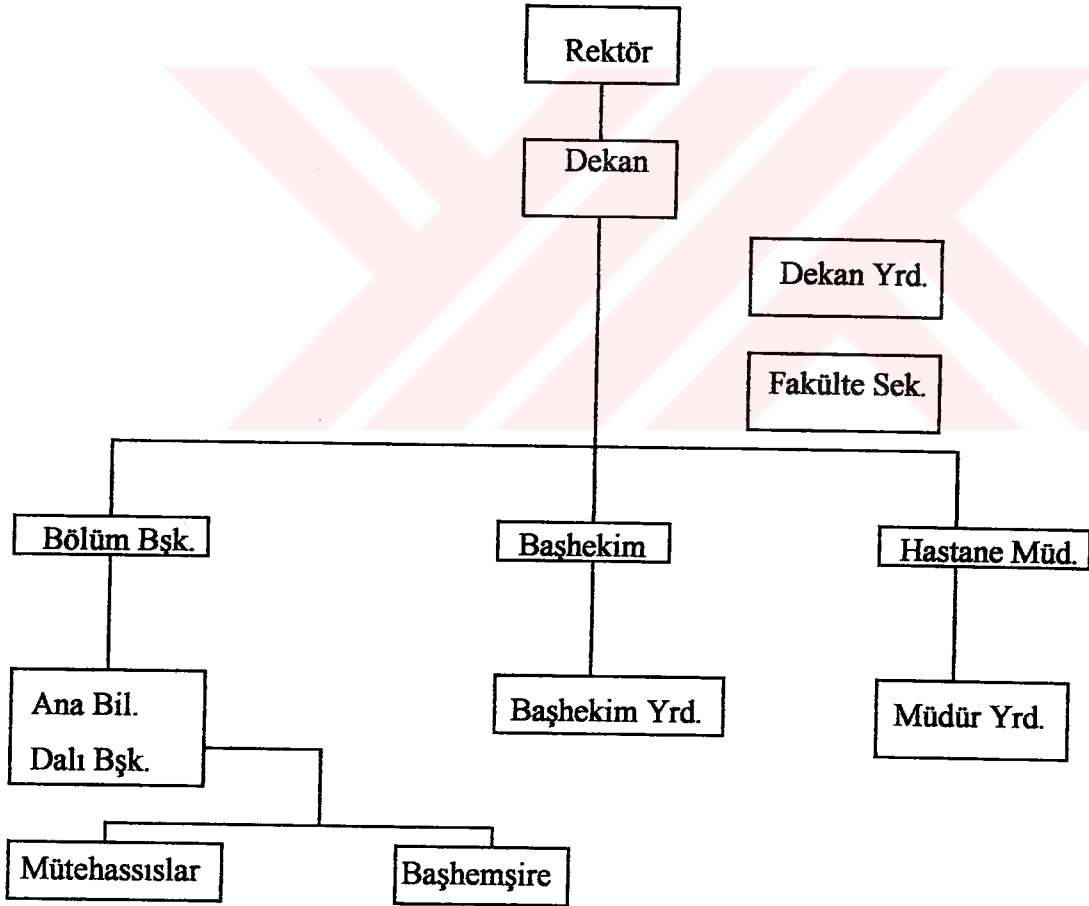


Şekil 2: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Yönetim Modeli (Kaynak: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, RG., T. 13.01.1983, S.17927 Mükerrer Sayı)

Yukarıda Şekil 2 'de görüldüğü gibi S.B. 'na bağlı hastanelerde başhekim en yetkili amir olup, diğer fonksiyonel yöneticiler kendilerine verilen görevleri başhekime bağlı olarak yerine getirmektedirler. Aşağıdaki şekil 3'te görülen Ulaştırma Bakanlığı hastanelerinde ise başhekimin yetkileri hastane müdürünce kullanılmaktadır.

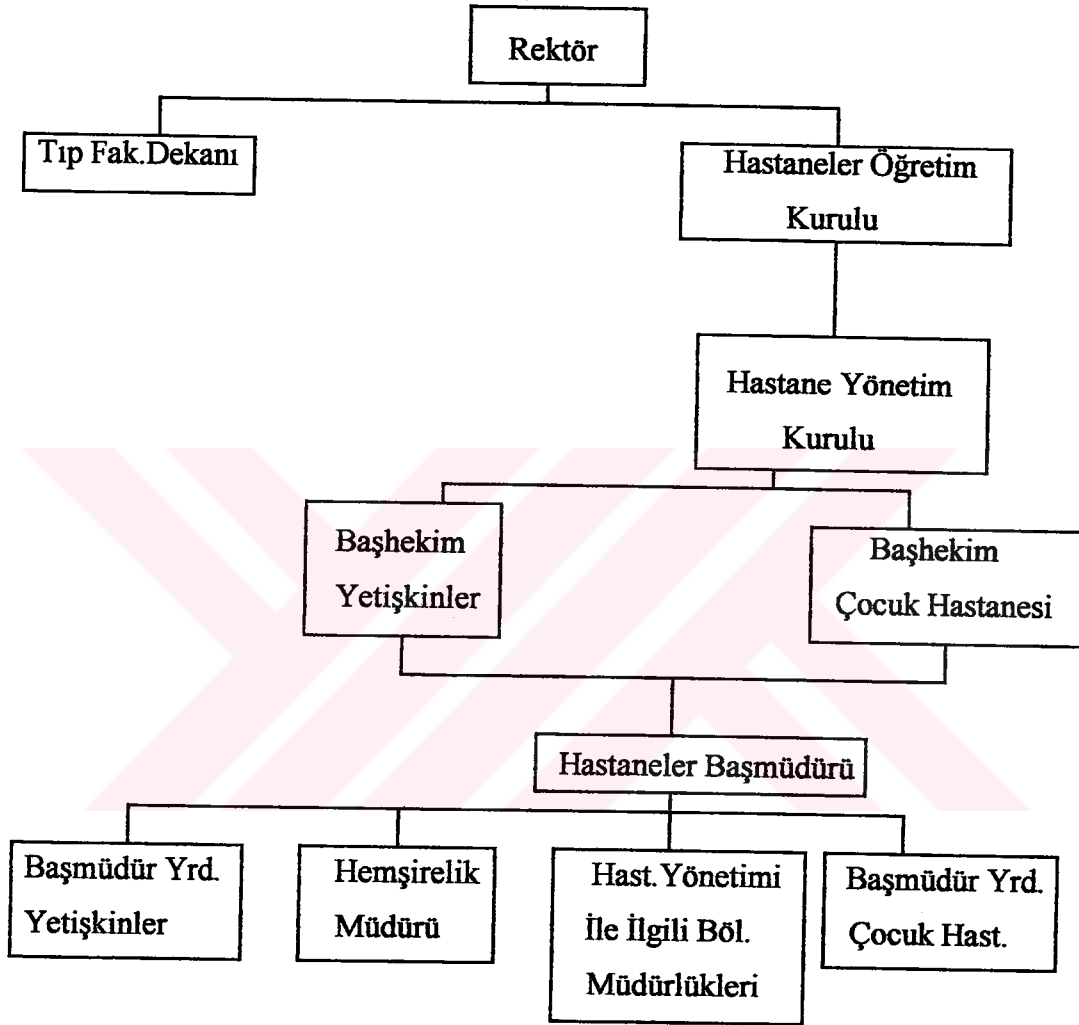


Şekil 3: Ulaştırma Bakanlığı Hastaneleri Yönetim Modeli (Kaynak: Hikmet Seçim, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, s.149)



Şekil 4: İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Yönetim Modeli (Kaynak: Hikmet Seçim, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, s.153)

Şekil 4' te görüldüğü üzere İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde hastane yönetiminin en üstünde dekan yer almaktadır. Dekan rektöre karşı sorumludur. Başhekim ve hastane müdürü eşit statüdedirler. Başhekim tıbbi hizmetlerden, hastane müdürü ise idari hizmetlerden sorumludur.



Şekil 5: Hacettepe Tıp Fakültesi Hastanesi Yönetim Modeli (Kaynak: Hikmet Seçim, Hastane Yönetim ve Organizasyon, s.155)

Şekil 5'te HÜ. Hastanesi yönetim modeli gösterilmektedir. Bu yönetim modeline göre başhekim hastanedeki en yetkili amirdir. Rektöre karşı sorumludur. Hastane müdürü başhekime bağlı olarak idari hizmetlerden sorumludur. Başhemşirelik müdürü hastane müdürüne karşı sorumludur.

15.3 SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNİN TEMEL YÖNETİM

MODELİ

Ülkemizdeki hastanelerin genel organizasyon modelleri birbirinden farklıdır. Farklı kurumlara ait hastanelerin farklı yönetim biçimleri mevcuttur. Genel organizasyon modelleri tablosunda bu açıkça görülmektedir.

SB. en geniş sağlık örgütlenmesi olan bakanlıktır ve bu bakanlığın temel görevi 'sağlık' tır. Ayrıca SB. dışındaki kurumlara ait hastanelerin birçoğu da model olarak SB'nı baz almaktadır. Bu nedenle SB'na bağlı hastanelerin 'yönetim biçimi', Türkiye'deki hastanelerin 'yönetim biçimi' ne örnek olarak anlatılacaktır.

a. Başhekimlik

Hastane yönetimini üstlenen en üst düzey makamdır. Başhekim, uzman hekimlerden seçilmektedir. Özel dal hastanelerinde başhekimin ilgili branştan olması gerekir. Başhekim bakanlıkça atanmaktadır. Başhekim yardımcısı atamalarında uzman hekim yanında pratisyen hekimler de atanabilmektedir. Başhekim yardımcısı kadrolarının sayısı S.B. standart kadro cetvelinde (hastane yatak sayısına göre) gösterilmektedir. Standart kadrolarda belirlenen sayının üstünde vekaleten başhekim yardımcısı da atanabilmektedir. Vekaleten atamalarda diğer yüksek öğrenimli sağlık personeline de görev verilmektedir.

Başhekim, hastanedeki tüm faaliyetlerden sorumludur. Başhekimin yetki ve sorumlulukları Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY) ' nde belirtilmiştir. Başhekim, mülki amir ve il sağlık müdürüne karşı sorumludur. Başhekim, yetki ve görevlerini yardımcılara ve diğer fonksiyonel yöneticilere (Başhemşire, hastane müdürü vs.) devredebilir. Bu yetki devri bazı hususlarda yasa gereği bazı hususlarda ise nihai sorumluluk kendisinde kalmak şartıyla insiyatife bağlıdır.

YTKİY 110. maddesi hastane başhekiminin görevlerini açıklamaktadır.

Bunlar:

Kurumun tıbbi , idari ve eğitim hizmetlerinin görevlilerce en iyi şekilde yürütülmesini sağlar.

Kurumun verimli olarak çalıştırılması, işlerin sürat ve kolaylık içinde yapılması için gerekli tedbirleri alır.

Kanun, tüzük, yönetmelik, kararname ve resmi emirler doğrultusunda kurum işlerini yürütür, kuruma ait bütün işlerde muhatap ve haberleşmeye yetkili tek merciidir.

Kurumun tüm personelinin görev ve hizmetle ilgili hallerde doğrudan amiridir.

Bu yönetmelik hükümlerine uygun olarak düzenlenen çalışma saatlerinde bütün personelin görevleri başında bulunmalarını, belirli saatte görevlerine başlamalarını yakından izler, bunun için de çalışma saatinin başlangıç ve bitiminde olmak üzere iki defa devam cetvelini imza ettirir.

Her sabah nöbet defterlerini inceler ve yazılan hususlar hakkında görüşlerini bildirir ve gerekli emirleri verir.

Gerekli gördüğü hallerde uzmanlar ve diğer yetkililerle istişarelerde bulunur, hastaların tıbbi müşahade, muayene, teşhis ve tedavilerini takip eder, hastaların teşhis ve tedavilerinde gerekli laboratuvar muayenelerinden geçirilmeleri hususunu izler ve denetler.

İdare, ambar,depo, eczane, laboratuvar vs. yerlerin hesap ve ayniyata ait kayıtlarını, idareye ait evrak ve dosyaların görevliler tarafından usulüne göre ve düzenli bir şekilde tutulmasını sağlar.

Kurum ve bölümlerinde bulunan bütün fenni alet ve cihazlarla, ecza ve laboratuvar malzemesinin eşya, mefruşat ve demirbaşların kayıtlarını muntazaman ve ayniyat talimatnamesini ve bu yönetmelik hükümlerine uygun bir şekilde tespit ve tescil ettirerek icabına göre saklama ve kullanılmalarını sağlar.

Tabipler tarafından bu yönetmelik çerçevesinde hastalara verilmek üzere vizitede tabelaya yazılan ilaç, yiyecek ve içeceklerin tıbbi açıdan iyi bir şekilde hazırlanmasından sorumludur.

Kurumun bütün bölümleriyle tesisatı, cihaz ve malzemesini belirsiz zamanlarda ve sık sık kontrol eder.

Kurum eşya ve malzemesinden bozulanların mevzuata uygun olarak onarımını sağlar. Kurumun bina ve bölümlerinde büyük onarım, değiştirme ve düzeltilmesi gereken kısımlarla, yapılacak inşaat hakkındaki fikir ve kanaatlerini plan ve keşifleriyle birlikte her sene bütçe hazırlanmadan evvel S.B' na bildirir.

Acil vakalarda görevli uzman bulunmadığı takdirde, diğer bir resmi kurum aynı dal uzman hekimini, bulunmadığı takdirde serbest uzmanları çağırabilir. Resmi kurum hekimleri bu davete uymak zorundadırlar. Hayati tehlikede serbest hekimler bu davete uymazlarsa durum savcılığa bildirerek acele tedbir alınmasını ister.

Baştabip veya görevlendirdiği yardımcısı, tabiplerin veya sağlık kurumlarının düzenlediği raporları kontrol edip yanlış varsa düzelttirerek tasdik eder.

b) Mali, İdari ve Teknik Hizmetler

Hastanedeki yönetim hizmetleri, başhekime bağlı olarak hastane müdürünün sorumluluğunda yerine getirilir. Hastanede teknik hizmetler (hastane müdürü ile istişare içinde) başhekime bağlı olarak hastane mühendisi tarafından yerine getirilir. Ayrıca diyetisyen, istatistikçi ve sivil savunma uzmanı da görevini (hastane müdürü ile istişare içinde) başhekime bağlı olarak yerine getirirler. Ancak mühendis, diyetisyen, istatistikçi ve sivil savunma uzmanın bulunmaması durumunda bu görevleri de hastane müdürü üstlenir.

Hastane müdürü, Bakanlıkça atanmaktadır. Hastane müdürünün atanması ve görevleri ile ilgili hükümler YTKİY 147. maddesinde belirtilmiştir. 11.01.1995 tarih ve 22168 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Sağlık İşletmeleri Yönetmeliği (S.İ.Y)

15.maddesinde hastane müdürünün atanması ve görevleri hakkında yeniden düzenleme yapılmıştır.²⁵ Ayrıca 11. 06.1998 tarih ve 23369 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Sağlık Bakanlığı Personeli Atama ve Görevde Yükselme Yönetmeliği ile hastane müdürünün atanması ile ilgili hükümler tekrar değiştirilmiştir.

1983 tarihli YTKİY' nin 147. maddesinde hastane müdürü , Sağlık İdaresi Yüksek Okulu mezunu veya temel eğitimi idare ve işletmecilik olan yüksek okul ve fakültelerden mezun olup hastane işletmeciliği konusunda mastır veya doktora yapmış, ayrıca hastane müdür yardımcılığı veya benzeri idari hizmetlerde 10 sene başarı ile hizmet vermiş olması gerekir.

1995 tarihli S.İ.Y. 'nin 15. maddesine göre sağlık işletmeleri müdürü, müfredatında işletmecilik bulunan en az dört yıllık yüksek okul mezunu, işletmecilik veya idarecilikte en az 10 yıl iş tecrübesi bulunanlar arasından, baştabibin teklifi ve yönetim kurulunun kararı üzerine bakanlıkça atanır.

1998 tarihli Sağlık Bakanlığı Personel Atama ve Görevde Yükselme Yönetmeliği 7.maddesi h bendine göre de , hastane müdürlüğü kadrolarına atanabilmek için; 1- Fakülte ve yüksek okulların ekonomi, işletme, iktisat, hukuk, siyasal bilgiler, sağlık idaresi, kamu yönetimi, maliye veya muhasebe bölümlerinden birinden mezun olmak, 2- hastane müdür yardımcısı olarak 2 yıl çalışmış olmak gerekmektedir.

YTKİY' nin 147. maddesinde hastane müdürünün görevleri belirtilmiştir. Bu görevler şunlardır.

Baştabibliğe bağlı olarak kurumun idari, mali ve teknik hizmetlerini kanun, tüzük, yönetmelik ve emirler uyarınca yürütmekle yükümlü ve yetkilidir.

²⁵ 1983 tarihinde çıkartılan YTKİY 'nin bazı hükümleri, 1995 tarihinde çıkartılan S.İ.Y ile değiştirilmiştir. Ancak, 1995 yılında çıkartılan bu yönetmelik sadece pilot hastane seçilen Ankara Yüksek İhtisas Hastanesinde uygulanmaktadır. Halen S.B.'na bağlı diğer hastanelerde YTKİY' nin uygulanmasına devam edilmektedir. Bu nedenle her iki yönetmelik bu çalışmada ayrı ayrı ele alınmaktadır.

Kurumun en verimli şekilde çalışmasını sağlamak üzere her türlü ihtiyaçlarını zamanında tespit eder ve sağlanması için gerekli tedbirleri alır. Baştabibin vereceği talimata göre sonuçlandırır.

Satın alma, depolama, ambar ve depodan çıkış hizmetlerini yakından izler ve gereği gibi yapılmasını sağlar.

Günlük iase tabelalarını kontrol eder, buna göre ambardan çıkacak veya dışarıdan gelecek gıda maddelerinin vaktinde mutfağa teslimini sağlar.

Cihaz, her türlü motor, eşya ve bina onarımı gibi işlerin ilgililerce zamanında yapılmasını sağlar.

İdari birimlerin görevlerini düzenli ve verimli bir şekilde yapılmasını sağlamakla, genel idare hizmetlerinde çalışan kendisine bağlı personelin mevcut kanun, tüzük ve yönetmelikler uyarınca görev yetki ve sorumluluklarını belirlemekle yükümlü ve doğrudan baştabibe karşı sorumludur.

Kurumda gerekli emniyet tedbirlerini alır. Sivil savunma uzmanı yoksa sivil savunma, deprem, yangın ve su baskınları gibi olağanüstü haller için genel olarak devlet kuruluşları idare amirlerine yüklenmiş görevleri titizlikle yürütür.

Kurumun periyodik, poliklinik ve laboratuvar çalışma cetvellerini vaktinde, doğru ve eksiksiz olarak düzenleterek merciine gönderir. Kaza, sıhhi, idari, mali ve her çeşit evrak ve cetvellerinde kurumca zamanında düzenlenip ait olduğu makama gönderilmesini sağlar.

Bulaşıcı hastalıklar teşhisi konulan vakaları ve bunlardan ölenleri kurumun bulunduğu yerin sağlık amirine günün gününe ayrıntılı bir şekilde haber verir.

Ambarda bulunan ve ambardan çıkarılan her çeşit maddenin ambar kayıtlarındaki miktarlara ve günlük yiyecek ve içeceklerin tabeladaki miktarları ile

şartnamelerindeki niteliklere uygunluğunu kontrol eder. Noksan ve kusurlar görürse baştabibliğe bilgi vererek düzeltilmesini sağlar. Uygun nitelikte olmadığı ilgililerce bildirilen besin maddelerini baştabibin izni ile geri çevirir.

Hastanelerin yatak sayısına göre hastane müdürünün çalışmasına yardımcı olacak ve hastane müdürünün olmadığı zamanlarda vekalet edecek hastane müdür yardımcısı kadroları mevcuttur. YTKİY' nin 148. maddesine göre müdür yardımcısı , hastane müdürünün eğitim şartlarına haiz ve en az 5 yıl hizmet şartı gerekmektedir.

S.B.' na bağlı hastanelerde hastane müdürlüğü dışında mali işlerle ilgili olan diğer önemli birim ' döner sermaye saymanlığı' dır. Döner sermaye saymanlığı, hastanede başhekime bağlı ve kendisine has yasa ve kuralları olan bir teşekküldür. " Döner sermaye saymanlığı genel ve katma bütçeli idareleri kamu hizmeti yaparken ortaya çıkan kapasite fazlasını değerlendirmek, destek hizmet sağlamak, mal ve hizmet üretmek ve bütçeye gelir sağlamak üzere kurulmuş iktisadi birimlerdir." ²⁶ Hastanelerde kurulan döner sermaye saymanlığı (DSS) , 09.01.1961 tarihli ve 209 sayılı S.B' na bağlı Sağlık Kurumları İle Esenleştirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Kanun ve bu kanuna dayanılarak çıkartılan 02.09.1961 tarih ve 106 sayılı DSS Yönetmeliği esaslarına göre faaliyet göstermektedirler. DSS mali faaliyetlerini, 08.09.1983 tarihinde çıkartılan 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu'na dayanılarak 15.06.1984 tarihinde çıkartılan 84 / 8213 sayılı Döner Sermaye İhale Yönetmeliği esaslarına göre yürütmektedir.

Döner sermaye saymanı Maliye Bakanlığı tarafından atanmaktadır. DSS' nın ita amiri hastane başhekimidir. Başhekim , DSS' nı denetlemek ve yakından takip etmekle yetkilidir. Ayrıca DSS' lıkları Maliye Bakanlığı ve Sayıştay tarafından da denetlenir.

DSS' lıkları hastanelerin yaptığı sağlık hizmetlerinden elde edilen gelirleri kanun ve yönetmelikler doğrultusunda hastane faaliyetleri için kendi inisiyatifi kullanarak değerlendirmesidir. "Döner Sermaye İşletmelerinin hastaneler açısından önemi, mali işlerde merkeze olan bağımlılığın azaltılmış olmasından kaynaklanmaktadır."²⁷

²⁶ Dinçer GÖNEN ve Hikmet IŞIK, **Son Değişiklikleri İle Açıklamalı 2886 Sayılı Devlet İhale Kanunu**, Ankara : Neyir Matbaası , 1984 s.4

²⁷ Hikmet SEÇİM, **Hastane Yönetim ve Organizasyonu**, Eskişehir : AÖF yayınları ,1985 s.198

c) Hemşirelik ve Hasta bakım Hizmetleri

Hastanelerde hemşirelik ve hasta bakım hizmetlerinin yürütülmesi ve öğrenci hemşirelere klinik eğitimlerinin verilmesi, bu hizmetlerin hastane içinde yürütülmesi ve denetimi başhemşirelik makamının üstlendiği görevlerdir. Ev idaresi hizmetleri hastane müdürlüğü birimlerince yerine getirilmekle birlikte servislerde bu görevler de hemşirelik birimlerince ifa edilmektedir.

Başhemşire ve yardımcılarının atanması ve görevleri ile ilgili hükümler YTKİY 129. maddesinde belirtilmiştir. Başhemşire, yüksek hemşirelik okulu veya sağlık meslek lisesi mezunu olup mesleklerinde en az 10 yıl çalışmış ve iyi sicil almış hemşireler arasından baştabibin teklifi ile bakanlıkça atanır. Hasta bakım hizmetlerinin en iyi şekilde görülmesini sağlamakla görevli olup doğrudan baştabibe karşı sorumludur. YTKİY 129. maddesinde başhemşirenin görevleri şunlardır:

Kurumda çalışan başhemşire yardımcıları, servis sorumlu hemşireleri, başebe ile kendisine bağlı diğer hizmet birim amir ve sorumlularının birinci derecede amiri olup hasta bakım hizmetlerinde görevli personelin zamanında ve yönetmelik hükümlerine göre çalışmalarını sağlamakla yükümlüdür.

Gerekli noksanlıkları tıbbi konularda baştabibe, idari konularda hastane müdürüne bildirir.

Kendisine bağlı hizmetlerdeki personelin çalışma yerlerinin belirlenmesi ve bunların yerlerinin değiştirilmesi ile ilgili hususlarda görüş ve isteklerini baştabibe iletir ve verilen kararları uygular .

Hemşire, ebe, hemşire yardımcısı ve yardımcı hizmetler sınıfı personelinin mesleki bilgi ve tecrübelerinin gelişmesine yardımcı olmak amacıyla hizmetiçi eğitimlerini yapar.

Hasta bakımı ile ilgili hususlardan sorumlu olarak özellikle hastaların temizlik ve beslenmelerine ve yatıp kalkmalarına , ilaçların vaktinde verilip verilmediğine, yemeklerin bölüm ve dağıtımına nezaret eder.

Klinik ve polikliniklerin genel temizlik ve düzenini sağlar. Hasta ziyaretlerinin servislerde hasta bakımı yönünden kontrolünü yapar.

Hemşire ve kendisine bağlı diğer personele ait nöbet ve izin cetvellerini düzenler ve baştabibe onaylatır. Değişiklikleri baştabibe bildirir.

Başhemşirenin bu görevlerini yerine getirmesinde yardımcı olmak üzere her yüz yatakta bir başhemşire yardımcısı kadrosu tahsis edilmiştir. Başhekim tarafından atanırlar. Servislerde hemşirelik hizmetlerini başhemşireye bağlı olarak servis sorumlu hemşireleri yürütür. Servis sorumlu hemşireleri, buldukları servisteki hemşirelik hizmetlerini en iyi şekilde yerine getirilmesinden yönetici hemşire olarak sorumludurlar. Başhekim tarafından atanırlar.

Hemşirelik hizmetlerinde istihdam edilecek hemşire, ebe ve hasta bakıcı sayısı hastane yatak sayısı itibariyle belirlenmektedir.

d) Tıp Hizmetleri

Hastanedeki tıp hizmetleri, tıp ve yardımcı tıp hizmetleri olmak üzere ikiye ayrılır.

Tıp hizmetleri, hekimler tarafından ya da hekimlerin sorumluluğunda klinik (Servis), poliklinik, acil servis, rekavyum, ameliyathane, doğumhane, diş ünitesi, rehabilitasyon ünitesi gibi doğrudan tıbbi tedavi ve müdahalenin yapıldığı birimlerdeki hizmetlerdir. Doğrudan tıbbi hizmet veren birimlerde amir hekim olup başhekime bağlıdır. Bulduğu bölümdaki tüm personelin amiri konumundadır ve bu birimdeki tüm faaliyetlerden sorumludur.

Yardımcı tıp hizmetleri ise, tıbbi tedavi ve müdahalelere yardımcı nitelikte faaliyet gösteren birimlerdeki hizmetleri kapsar. Bu birimlerin başlıcaları eczane, diyetik hizmetler, laboratuvar, tıbbi teknik (EKG,EMG,EEG) hizmetler, sosyal hizmet birimleridir. Konunun uzmanı olan yüksek öğrenimli personelin sorumluluğunda faaliyetler yürütülür. Aynı dalda birden fazla yüksek öğrenim görmüş kişi varsa bunlardan birisi başhekim tarafından sorumlu olarak atanır. Bölüm sorumlu amiri, bölümdeki tüm personelin amiridir. Başhekime bağlı olarak çalışır. İlgili konuda hastanede uzman yoksa ya o bölüme yer verilmez ya da sorumlulukları o bölüme en yakın ve yatkın birime devredilir.

e)Komisyonlar

aa) Satın alma (İhale) Komisyonu: Sağlık Bakanlığı hastanelerinde satın alma işleriyle ilgili yasa ve bakanlık talimatnamelerine uygun olarak belli ilke ve kurallar dahilinde yapılmaktadır. S.B hastanelerinde hastanelerin hangi konularda ihale yapabileceği bakanlık tarafından belirlenmektedir. Bakanlık hastanelerinde genel bütçe kaynaklarından ve döner sermaye kaynaklarından olmak üzere iki ayrı kaynaktan ihale yapılabilmektedir. İhalenin hangi kaynaktan yapılacağı S.B T.H.G.M' nün hazırladığı bütçe talimatnameleri ile belirlenmektedir. Genel bütçeden yapılan ihaleler 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu esaslarına göre, DSS ' ndan yapılan ihaleler ise yine 2886 sayılı Kanuna dayanılarak çıkartılan 84/ 8213 sayılı Döner Sermaye İhale Yönetmeliği esaslarına göre yapılmaktadır.

Hastanede ihalenin yapılabilmesi için satın alma (ihale) komisyonu oluşturulmaktadır. Bu komisyon üç kişiden müteakiptir.

Genel bütçeden yapılan ihalelerde ita amirinin atayacağı hastaneden bir uzman hekim başkanlığında komisyon kurulmaktadır. Diğer iki üyeden birisi hastanede ve ihale konusu ile ilgili birimde çalışan bir kişi ile diğeri Maliye Bakanlığı' nın bir temsilcisinden oluşmaktadır. İnşaat ile ilgili ihalelerde hastanenin mühendisi yoksa il bayındırlık müdürlüğünden bir mühendis katılmaktadır. Genel bütçe ihalelerinde, il merkezleri ile nüfusu 35.000'i geçen ilçelerde ita amiri başhekim, tahakkuk amiri de hastane müdürüdür. Nüfusu 35.000'inin altında olan ilçelerde ise ita amiri kaymakam, tahakkuk amiri ise başhekimdir.

Döner sermayeden yapılan ihalelerde de satın alma komisyonu üç kişiden teşekkül etmektedir. İhale komisyon başkanı, başhekimin atayacağı bir uzman hekimdir. Diğer üyeler ise hastane döner sermaye saymanı ve hastanede konu ile ilgili birimde çalışan bir kişiden oluşmaktadır. İnşaat işlerinde genel bütçede olduğu gibi hastane mühendisi yoksa il bayındırlık müdürlüğünden bir mühendis katılmaktadır. Döner sermaye ihalelerinde başhekim ita amiri, başhekimin uygun göreceği yardımcılarında birisi de tahakkuk amiridir.

bb)Muayene Komisyonu: Satın alınan bir malzeme ya da yapılan işin sözleşme koşullarına ve ayniyat talimatnamesine uygun olup olmadığına denetlemek için oluşturulan komisyonlardır. Muayene komisyonu üç kişiden oluşur. Bu komisyonun başkanı hastane müdürüdür. Başhekimin atayacağı bir kişi ile konuyla ilgili bir kişi bu komisyonu oluştururlar.

cc) Sayım Komisyonu: Her mali yıl başında hastanede bulunan her türlü malzemenin sayımı ve kayıtlara uygunluğunu kontrol eden komisyondur. Sayım komisyonu üç kişiden oluşur. Ayniyat saymanı veya ayniyat saymanı yoksa mutemet bu komisyonun daimi üyesidir. Diğer üyeleri baştabip atar.

BÖLÜM II

SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ SORUNLAR VE YENİDEN DÜZENLENMESİNE YÖNELİK REFORM ÇALIŞMALARI

İlk bölümde, sağlık sisteminde yer alan kuruluşlar ile idari yapılarını kısaca ele aldık. İkinci bölümde ise, sağlık hizmetlerinin verilmesinde karşılaşılan sorunları anlatmaktayız. Bu sorunların çözüm için muhtelif zamanlarda S.B tarafından hazırlanan reform çalışmaları üzerinde de durulmakta ve bu çalışmalara eleştiriler getirmekteyiz. Ayrıca, gelişmiş ülkelerdeki sağlık sistemlerine de kısaca değinilmekte ve Türk sağlık sistemi ile karşılaştırmasını yapmaktayız.

A-İŞLEVSEL SORUNLAR VE REFORM ÇALIŞMALARI

1-HİZMET SUNUMU

“Sağlık hizmetleri çok başlı, aşırı derecede merkeziyetçi, yetkilerin üst seviyelerde toplandığı bir yönetim ve örgüt yapısına sahiptir. Koordinasyon eksikliğinin yol açtığı duplikasyonların yanısıra yetki kargaşası vardır.”²⁸ Ülkemizde sağlık hizmetleri istenen kalitede verilememekte, maliyetleri ise yapılan hizmetlerin çok üstünde gerçekleşmektedir. Hizmetlerin sunumunda belli bir sistem ve ilke yoktur. Günübirlik kararlar ön plandadır. Kararları alanlar da çok kez kanunun uzmanı değildirler. Üstelik doğru kararlar bilinse bile uygulama yöresel ve politik çıkarlar ve kişisel etmenlerle değiştirilebilmektedir.

“ Vatandaşlar konuya ait birimlerden aldıkları hizmetlerden memnun değildir; kuyruklar, kaba davranışlar, kirli birimler, araç gereç yetersizliği gibi nedenler bu memnuniyetsizliğin başlıca sebepleridir. Nedenleri konusunda değişik görüş ve yaklaşımlar olmasına rağmen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi son otuz yıllık uygulamada arzu edilen sonuçları doğurmamıştır.”²⁹

Ülkemizde sağlık harcamaları diğer gelişmiş ülkelere oranla düşük durumdadır. “ Sağlık harcamaları GSMH içerisinde %3-3.5 gibi düşük bir seviyede

²⁸ Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Mega Proje**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yay., 1992, s.1/24.

²⁹ Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası**, Ankara : Sağlık Bakanlığı Yay. , 1993, s.49

bulunmaktadır.”³⁰ Üstelik bu harcamalar da doğru amaçlarda kullanılmamakta ve kaynak israfına neden olmaktadır.

Birçok hastalık ortaya çıkmadan önlenebilir durumda iken koruyucu hekimliğe önem verilmediği için bu hastalıklar ortaya çıkmakta ve emek ,zaman ve maddi kayıplara sebep olmaktadır. “ Çocukların sağlık düzeyleri dünyanın diğer ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye 129 ülke arasında 61. sırada yer almaktadır. 5 yaş altı ölüm oranı 1990 yılı projeksiyonuna göre binde 78 , bebek ölüm hızı binde 59’dur. Bu ölümlere yol açan hastalıkların hemen hepsi önlenebilir hastalıklardır. Bunların başında gebelik ve doğuma bağlı nedenler yer almakta olup, bunu zatürre ve ishal izlemektedir.”³¹

“ Eldeki veri ve bilgilere dayanarak Türkiye’de anne ölüm hızının yüz binde 134, toplam doğurganlık hızının binde 3.4 , isteyerek düşüklerin her yüz canlı doğumda yüzde 35 doğum öncesi bakımın yüzde 43 , evde kendi kendine doğum yüzde 24, gebelikte anemi oranının yüzde 50, etkili aile planlaması yöntemi kullanma oranının yüzde 38 ... olduğu belirtilmektedir.”³²

“Ağız-diş sağlığı problemleri ülkemizde önemli bir halk sağlığı sonucudur. 6 yaş grubunda yüzde 88 olan çürük, 35-44 yaş grubunda yüzde 96’yı bulmaktadır.”³³

“Birçok değişik yasanın çevre koruması ile ilgili hüküm içermesinin yarattığı yetki karmaşası ve uyumsuzluk, Hava Kalitesinin Korunması Yönetmeliği’nin uygulanmasında güçlükler neden olmaktadır. Yönetmelikteki bazı hükümler ve öneriler ile teknik usuller yeterince açık değildir. Hava kirliliğinin önlenmesi ve denetlenmesi amacıyla ayrılan mali kaynakların yetersizliği yanında organizasyonel ve teknolojik altyapı noksanlığı, kamuoyu çevre bilincinin yeterli düzeyde olmayışı, ekipman ve standardizasyon eksikliği, icra, denetim ve yaptırım yetkisinin dağınıklığı ve koordinasyon eksikliği öncelikli sorunlar olarak sıralanmaktadır.”³⁴

³⁰ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.57

³¹ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.63

³² Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.65

³³ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.68

³⁴ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.25

“ İçme ve kullanma sularındaki kirlilik ve bunların sağlığa olası etkileri konusunda yeterli istatistiki bilgi bulunmamakla beraber birçok enfeksiyon hastalığının sulardan kaynaklandığı bilinmektedir. Sular üzerindeki denetim yetersizliği, özellikle yerel yönetimlerin kaynak (araç,gereç,nitelikli personel, para) sıkıntısı içinde olmaları ile açıklanmaktadır. Suların havza bazında kirlenmesine karşı korunması sağlanamamaktadır. Sulara yönelik mevzuat dağınık olup birbirini tamamlar nitelikte değildir.”³⁵

“Evsel ve endüstriyel atıklarla birlikte hastane atıkları ve diğer tehlikeli atıklar ülke sağlığı için bir tehdit unsuru olmaya devam etmektedir. Atık yönetiminin yeterince kurumlaşmamış olması nedeni ile uygulamalar ekonomik ve sağlıklı olmamakta, bunların bilimsel yöntemlerle izlenme ve değerlendirilmesi de yapılamamaktadır. ...Tehlikeli atıklarla ilgili mevzuatın bulunmaması, bunları üreten tesisler için çevresel etki değerlendirme raporu düzenleme zorunluluğunun olmaması bu alandaki sorunların boyutlarını büyütmektedir.”³⁶

“Sağlığa zararlı alışkanlıkların toplumda ne ölçüde yaygın olduğuna dair yeterli bilgi mevcut değildir. Sigara , alkol ve uyuşturucu alışkanlığının büyük boyutlarda arttığı görülmektedir. En önemli ve vahim sorun ise gerek kamuoyunun gerek yöneticilerin sorunun büyüklüğünü kavrayamamış olmalarıdır.”³⁷

“İlaçların ruhsatlandırılmasına yönelik problemler vardır. Özellikle insangücü³⁸ darboğazı, altyapı , yerleşim sorunları ve hammadde üretiminde rantabilite ve maliyet, üretime yönelik problemlerdir. İlaç kontrolü yapan devlet laboratuvarlarının ileriye dönük olarak yetersizliği söz konusu olabilecektir. Rasyonel ilaç kullanımı yoktur.”³⁹

“Gıda ile ilgili sorunlar ‘mamul gıda üretimi’ ve ‘toplu beslenme merkezleri’ olarak iki grupta ele alınabilir. Gıda analiz teknolojisinde ve metotların standardizasyonunda problemler vardır. Gıda kontrolünden ve sağlığından sorumlu olan

³⁵ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.27

³⁶ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.29

³⁷ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.43

³⁸ İnsangücü: Belli bir meslek dalında eğitim alarak uzmanlaşan kişi.

³⁹ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.55

kurumlar arasında işbirliği yoktur. Gıda ile ilgili bir yasa olmayıp konu çok çeşitli hukuki düzenlemelerde yer almıştır. Farklı kurumlar arasında görev, yetki ve sorumluluk kargaşası vardır. Gıdanın sağlığı ile kalitesine ait sorumluluklar da genellikle birbirine karıştırılmaktadır.”⁴⁰

“Mevcut imar yasası ekolojik kaygılardan uzak olup kent planlaması ‘parsele’ bağlı bir anlayışla yapılmaktadır. Ekolojik açıdan yüksek üretkenliği olan alanlar kentsel yapılaşmaya açılmaktadır. Yapılaşmada çevresel, fiziksel faktörleri yeterince dikkate alamayan yer seçimleri yapılmaktadır. Konut yapımında kullanılan malzemeler ve bunların detaylandırılması insan sağlığına ve güvenliğine etki açısından ele alınmamakta, ev kazalarına yol açabilecek tasarım ve malzeme kullanımına engel olunamamaktadır.”⁴¹

“Türkiye’de iş kazaları gelişmiş ülkelerdekinden daha siktir, meslek hastalıkları tanılarının konulmasında ise yetersiz kalınmaktadır.”⁴²

“Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Bebek ve okul öncesi çocuklarda protein, enerji malnütrisyonu (büyüme ve gelişme geriliği), raşitizm, anemi (kansızlık), okul çağlarında, gençler arasında gebe ve emziren annelerde zayıflık ya da şişmanlık, vitamin yetersizlikleri, anemi, basit guatr, yaygın diş çürükleri görülmektedir. Halkın beslenme konusundaki bilgi eksiklikleri, hatalı beslenme alışkanlıkları ve uygulamaları başlıca sorunlardır.”⁴³

Koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmetlerindeki aksaklıklardan ötürü problemler yaşandığı gibi, ikinci basamak sağlık hizmetleri de istenilen düzeyde değildir ve birçok problem yaşanmaktadır. “Bulaşıcı hastalıklar önemli bir halk sağlığı olmaya devam etmektedir.”⁴⁴

⁴⁰ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.31

⁴¹ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.33

⁴² Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.35

⁴³ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.41

⁴⁴ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.72

“Dolaşım sistemi hastalıkları hakkında eldeki verilerin yetersizliği ve mortalite (ölüm) istatistikleri ile ilgili rakamların gerçeği göstermediği bilinmektedir. Bununla beraber yapılan kentsel bir çalışmanın sonuçlarına göre Türkiye de koroner kalp hastalıklarının % 35, hipertansif kalp hastalıklarının %20, romatizmal kalp hastalıkları %5 ve doğuştan ve akciğere bağlı kalp hastalıklarının %3 oranında olduğu saptanmıştır. Kalp hastalıklarından korunmak için geliştirilmiş bir sağlık programı olmadığı gibi birkaç çok gelişmiş kalp cerrahisi merkezi dışında sağlık kuruluşlarının dolaşım sistemi hastalıklarının tanı ve tedavisi yönünden olanakları yetersizdir.”⁴⁵

“1985 yılından beri kanser ülke düzeyinde bildirim zorunlu olmakla beraber bildirim sisteminin başarıya ulaştığı söylenemez. Yıllık bildirim yapılan vakalar 25 bin dolayındadır. Değişik faktörler göz önüne alınarak yapılan değerlendirmelerde ülkede yıllık kanserli hasta sayısının 100 bin civarında olması gerekir. Türkiye’de kanserle ilgili bir erken tanı sistemi yoktur. Tedavi alanında da önemli darboğazlar vardır. Kanser tedavisine yönelik insangücünde önemli eksiklikler vardır.”⁴⁶

“Ülkedeki ruh sağlığı hizmetleri tedavi ağırlıklıdır. Birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri gelişmemiştir. İkinci basamak sağlık hizmetleri devlet hastaneleri psikiyatri kliniğince verilmektedir. Bazı illerde hiçbir psikiyatri servisi yoktur. Bu da özel dal hastanelerinde aşırı yığılmaya neden olmaktadır. Az sayıda özel dal hastanelerinde zihinsel özürlülerin, kronik ve demasalı hastaların ve adli vakaların ‘bakım’ ve ‘muhafazası’ hizmetleri görüldüğünden esas ağırlık verilmesi gereken tedavi hizmetleri aksamaktadır.”⁴⁷

“Türkiye’de kazaların %40’ını trafik kazaları, %20’sini iş kazaları, %15’ini de ateşli silahlarla yaralanmalar, tarım ve spor kazaları oluşturmaktadır. Uluslararası birim olan 10 milyon taşıt kilometreye göre yaralanma ve ölüm Avrupa ülkelerinden 6-15 kat daha fazladır. Kazalar karşısında acil yardım ve tedavi hizmetleri yeterli değildir.”⁴⁸

⁴⁵ Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Sağlık Politikası*, s.72

⁴⁶ Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Sağlık Politikası*, s.73

⁴⁷ Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Sağlık Politikası*, s.75

⁴⁸ Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Sağlık Politikası*, s.77

Yukarıda belirtilen sorunlar S.B' nin kendi tespitleridir. Gerek koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu ve gerekse tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda büyük sorunlar vardır. Bu sorunlar, S.B' nin tespitlerinde de görüldüğü gibi daha çok imkansızlıklardan değil sistemin iyi çalışmamasından kaynaklanmaktadır. "Ne var ki sağlık sektörünün bugünkü yapısı öncelikli problemlere önem veren bir özellik göstermemektedir."⁴⁹

S.B' nin kendi yayınındaki (Ulusal Sağlık Politikası) beyanlarında dikkati çeken; Bakanlığın, kendi bünyesindeki kuruluşlar tarafından yapılan istatistik çalışmalarına kuşkuyla bakması ve kıstas olarak kullanmak istememesidir. Örnek olarak, 'dolaşım sistemi hastalıkları hakkında eldeki verilerin yetersizliği ve mortalite istatistikleri ile ilgili rakamların gerçeği göstermediği bilinmektedir.', '1985 yılından beri kanser ülke düzeyinde bildirim zorunlu olmakla beraber bildirim sisteminin başarıya ulaştığı söylenemez. Yıllık bildirim yapılan vakalar 25 bin dolayındadır. Değişik faktörler göz önüne alınarak yapılan değerlendirmelerde ülkede beklenen yıllık kanserli hasta sayısının 100 bin civarında olması gerekir.', 'İçme ve kullanma sularındaki kirlilik ve bunların sağlığa olumsuz etkileri konusunda yeterli istatistik bilgisi bulunmamakla beraber birçok enfeksiyon hastalığının sulardan kaynaklandığı bilinmektedir.', 'Sağlığa zararlı alışkanlıkların toplumda ne ölçüde yaygın olduğuna dair yeterli bilgi mevcut değildir.' Gibi ifadelerde ya da "Doğum ve doğuma bağlı nedenlerden kaynaklanan anne ölümlerinin de yüz binde 100'ün üzerinde bir orana sahip olduğu tahmin edilmektedir."⁵⁰ diyerek yapılan beyanlarda istatistik çalışmalarına itibar edilmediği ortaya konmaktadır. 1993 yılında bu tespitler yapılmıştır. Günümüze gelindiğinde ise istatistik çalışmalarındaki aksaklıkları giderici ve daha sağlıklı veriler toplayabilmek için sistemde hiçbir düzenleme yapılmamıştır. Bundan anlaşılan, sorunlar ve sorunların sebepleri bellidir. Çözümü ise 'çaba ve arzu' dur. Bunun için de 'irade' gereklidir.

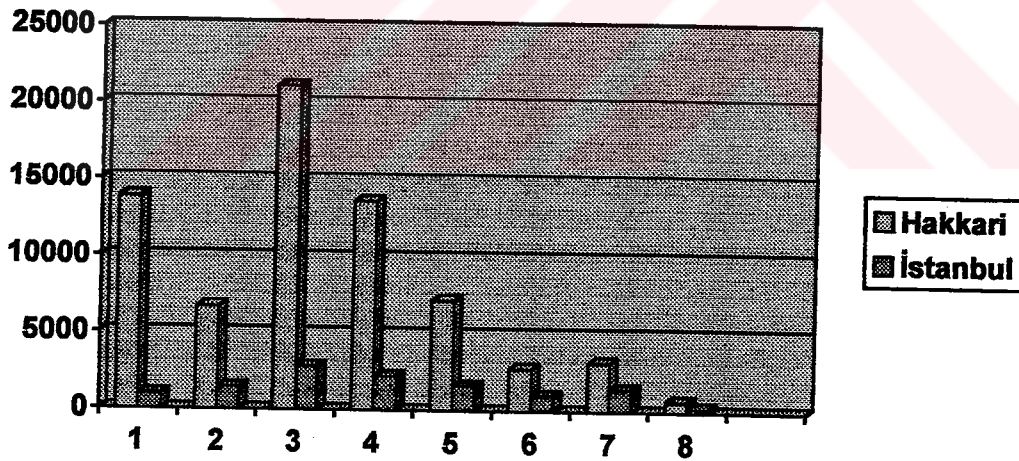
Bakanlığın tespitlerinde dikkati çeken diğer bir unsur da mevzuatın yetersiz ve karmaşık olduğudur. 'Birçok değişik yasanın çevre korunması ile ilgili hüküm içermesinin yarattığı yetki karmaşası ve uyumsuzluk Hava Kalitesinin Korunması Yönetmeliği'nin

⁴⁹ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.1/6

⁵⁰ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.1/6

uygulanmasında güçlülere neden olmaktadır. Yönetmelikte bazı hükümler ve öneriler, teknik usuller yeterince açık değildir.’, ‘ Tehlikeli atıklarla ilgili mevzuatın bulunmaması, bunları arıtan tesisler için çevresel etki değerlendirme raporu düzenleme zorunluluğunun olmaması bu alandaki sorunların boyutlarını büyötmektedir.’, ‘Gıda ile ilgili bir yasa olmayıp konu çok çeşitli hukuki düzenlemelerde yer almıştır.’, ‘ İlaç ruhsatlandırılmasına yönelik problemler vardır.’ Bu örnek ifadelerde de mevzuat ile ilgili sorunlar dile getirilmektedir. 1992 ve 1993 tarihlerindeki bu tespitlere rağmen bu yasal problemler günümüzde de hala devam etmektedir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmada coğrafi bölgeler arasındaki farklılıklar halka sunulan hizmetin verimliliğini engellemektedir. Bu farklılıklar coğrafi bölgeler arası farklılıklar olduğu gibi iller arasındaki gelişmişlik farkı ve aynı il içerisindeki yerleşim birimleri arasındaki gelişmişlik farkı ile kent ve kırsal alanlardaki farklılıklardır. Farklı gelişmişlik, sağlık hizmetlerinin sunumunun da farklı olmasına neden olmakta ve vatandaşların buldukları yerleşim birimine göre sağlık hizmetlerinden yararlanmaktaki kalite değişmektedir.

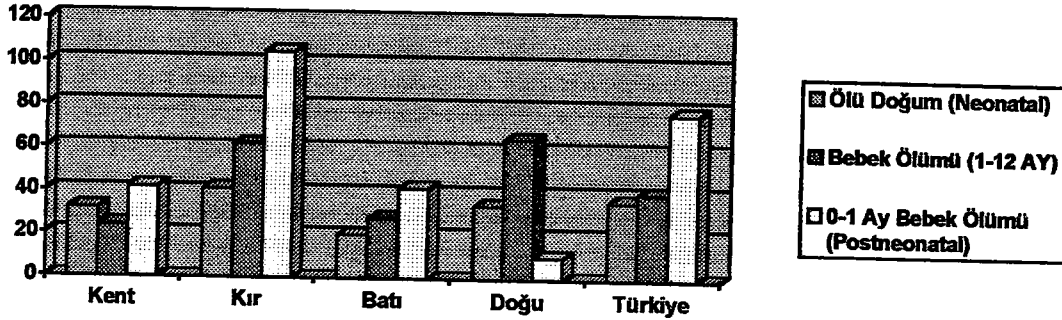


1. Uzman Hekim 2. Pratisyen Hekim 3. Diş Hekimi 4. Eczacı
5. Sağlık Memuru 6. Hemşire 7. Ebe 8. Tüm Personel

Grafik 1: İstanbul Ve Hakkari İllerinde 1991 Yılı Sağlık Personelinin Nüfusa Oranı

(Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, 1992, s.1/22)

Yukarıdaki grafik, sağlık personelinin iki il arasındaki dengesiz dağılımını ortaya koymaktadır.



Grafik 2: Bölgeler Arası Bebek Ölüm Oranı (Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, 1992, s. 1/5)

Yukarıdaki grafikte ise, daha az gelişmiş bölgelerdeki bebek ölümleri gelişmiş bölgelere oranla daha fazladır. Bu da sağlık hizmetlerinden yararlanmada bölgeler arası farklılığı ortaya koymaktadır. “Bebek ölümleri toplumun genel sağlığı açısından ele alınacak olursa, ülkenin kırsal ve kentsel alanları ile doğusu ve batısı arasında önemli farklılıkların bulunduğu görülür. Çok büyük ölçüde önlenemez nedenlere bağlı bu ölümler gereken düzeyde ortadan kaldırılamamaktadır.”⁵¹

Sağlık hizmetlerindeki kalite yüksek teknolojik imkanlarla mümkündür. Bu teknoloji hergün yenilenen, gelişen ve uzmanlık isteyen bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetlerinde kullanılacak malzemenin doğru ve amacına uygun seçilmesi, kaliteli olması ve en az maliyetle hizmeti gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu da uygun teknoloji ile mümkündür. “Sağlık teknolojisi ülke ihtiyaçları doğrultusunda kullanılmamaktadır. Birçok sağlık kuruluşu teknolojinin sağladığı imkanlardan yoksun olarak hizmet vermeye çalışırken kimilerinde son derece pahalı yüksek teknoloji ürünleri kullanılmaktadır. Teknoloji kullanımında maliyet / etkililik prensiplerine uygun hareket edilmemekte, sağlık yöneticilerinde yeni teknoloji ürünü pahalı ürünlerin kullanılmasının yararlı olacağı gibi bir inanış vardır ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi dendiğinde akla hemen pahalı teknik cihazlarla donatılmış hastaneler gelmektedir. Temel sağlık hizmetleri vermek için

⁵¹ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.1/6.

kurulmuş birimlerde uygun teknoloji kullanımı yoktur. Mevcut tıbbi cihazlar da koruyucu bakım ve kalibrasyonları yapılmadığından verimli kullanılmamaktadır. Onarım ihtiyacı olan cihazların mevcudun % 25'i olduğu tahmin edilmektedir.

Türkiye'de sağlık cihazlarına yönelik sanayi yeni gelişmektedir. İleri teknoloji gerektiren cihazlar ithal edilmektedir.

Bu alanda eğitilmiş insangücü yetersizliği ve destek ünitelerin kurulmamış olması önemli darboğazlardır.”⁵² Bazı sağlık kuruluşlarında cihaz bulunmakla beraber kullanabilecek personel bulunmamakta, bazı kurumlarda ise personel bulunmakta ancak cihaz bulunmamaktadır. Birçok sağlık teşekkülü cihaz, malzeme ve personel eksikliği çekerken birçoğunda ise cihaz ve malzeme bulunmakta ancak kullanılmamakta ve çürümeye terk edilmektedir.

Ülkemizde sağlık teknolojisi kavramı yenidir. Bu konuda bilimsel çalışma ve araştırmalar yetersizdir. Yerli sanayi yeterince teşvik edilmemiştir. Tıbbi malzemelerin büyük bölümü ithal edilmektedir. Tıbbi malzemelere olan yoğun talep ve ithalattaki büyük karlardan dolayı yerli firmalar üretim yerine ithalata önem vermekte ve yerli sanayi istenilen düzeyde gelişmemektedir.

Teknik elemanların yetiştirilmesinde bir eğitim sistemi oluşturulamamıştır.

Teknolojiden yeterince yararlanılmaması sağlık hizmetlerinin maliyetini yükseltmekte ve verimsizliğe sebep olmaktadır.

Sağlık hizmeti veren binaların yapımı ile ilgili sorunlar da maliyetleri yükseltmekte ve verimsizliğe sebep olmaktadır. Ülkemizde ‘sağlık mimarisi’ anlayışı oluşmamıştır. “Sağlıkla ilgili binaların yapılmasında uzmanlaşmış kişi ve kurumlar yoktur. Sağlık hizmeti veren kurumlar çoğunlukla kamu kurumu niteliğinde olduklarından projeleri Bayındırlık ve İskan Bakanlığı'nca hazırlanmakta ve ihaleleri birim fiyat esasına göre Devlet İhale Kanunu çerçevesinde yapılmaktadır. Bina hedefleri sadece kantitatif

⁵² Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.19.

gerçekleşme oranlarına dayanmakta, hizmete uygunluk anlamında kalitatif gerçekleşme dikkate alınmamaktadır.

Sağlık mimarisine yönelik stratejik ve taktik kararlar alacak planlayıcıdan kullanıcıya kadar olan grupları içerecek bir organizasyon yoktur. ... Periyodik bakım hizmetleri yoktur, mimari projelendirme mevcut ve geleceğe dönük ihtiyaçları sağlıklı saptamadığından onarım ve tadilat ihtiyacı bina hizmete açıldığı anda başlamaktadır.”⁵³

Sağlık binalarının kalitesi kadar, bu binalar için yer seçimi de önemlidir. “Sağlık binalarının yer seçiminde ulaşılabilirlik göz önünde tutulmalıdır.”⁵⁴

Sağlık binalarının yapımı esnasında ve yapıldıktan sonra gereken düzeyde denetim ve kontrolleri yapılamamaktadır. Bina tamamlandıktan ve devrinden sonra ortaya çıkan müteahhit hataları için yaptırım gücü yetersizdir. İl sağlık müdürlüğü ve il bayındırlık müdürlüğü bu konuda yeterli iletişim ve koordinasyon kuramamakta ve çok başlılık ortaya çıkmaktadır.

2. SAĞLIK HUKUKU

Gelişmiş ülkelerdeki sağlık hukuk sistemi ülkemizde istenilen seviyede gelişmemiştir. Sağlık hizmetlerinin daha iyi verilmesini sağlayacak hukuk kuralları sistemi henüz oluşturulamamıştır.

Sağlık sistemi ile ilgili çıkarılan yasaların bir çoğu eskidir ve zaman içerisinde günün şartlarına uygun şekilde yenilenememiştir. Birçok yasa sade, anlaşılır ve güncel değildir. Eski dilde ve o günkü anlayışla yazılmıştır. “Bugün Türkiye’de sağlığın hukuki yapısına yönelik bir yapılanma yoktur. Sağlık hukuku dendiğinde akla sadece mevzuat gelmektedir. Mevzuatın sağlık hukukunun önemli bir parçası olmasına karşın bu alanda özellikle hasta hakları gibi somut ve güncel konular ile bireyin Devlet karşısındaki durumu veya bireylerin birbirleri ve diğer kurumlar ile olan sağlık etkileşiminin hukuki yönleri gibi kavramlar tartışılmamaktadır.

⁵³ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.21

⁵⁴ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.21

Yürürlükteki sağlık mevzuatının büyük bir kısmı günün ihtiyaçlarına cevap veremeyecek kadar eskimiş olup, dağınık ve düzensiz bir yapı arz etmektedir. Kimi konularda duplikasyonlar mevcutken, kimi konular hiç düzenlenmemiştir.”⁵⁵

Çıkarılan birçok yasa iyi hazırlanmamış ve hükümleri birbiriyle çelişir durumdadır. “Mevzuattaki çeşitli düzenlemeler arasında çelişkiler vardır. Örneğin 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu arasında birbirini nakzeden hükümler vardır. Mevcut mevzuatta Sağlık Bakanlığı'nın organizasyonunu gösteren bir kanun yoktur.”⁵⁶

Sağlık sisteminde birbiriyle çelişen ve günün şartlarına uymayan mevzuatı sık sık görmek mümkündür. 13 Ocak 1983 tarih ve 17927 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (Y.T.K.İ.Y.) ile 11 Ocak 1995 tarih ve 22168 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Sağlık İşletmeleri Yönetmeliği (S.İ.Y.) hem birbiriyle çelişmekte hem de içerdikleri birçok yasa, çağdaş hukuk kavramı ile bağdaşmamaktadır. Ayrıca birçok yasa günün koşullarına uygun olsa bile zamanla gerçekçilikten uzaklaştırılmıştır.

Y.T.K.İ.Y. 4. maddesi, bir hastanenin en az 50 yataklı olmasını öngörmektedir. Günümüzde ise hastanelerdeki yatak sayısı 10'a kadar düşmüştür. 1983 yılında çıkarılan Yönetmelikteki en az 50 yatak sayısı şartı verimlilik açısından daha gerçekçidir. 1992 ve 1993 yıllarındaki reform çalışmalarında yataklı tedavi kurumlarının verimsizliğinden şikayet eden ve özelleştirilmesini isteyen S.B.'nin hastane yatak sayısını günümüzde 10 yatağa kadar düşürmesi ve verimsizliğe gene kendisinin sebep olması düşündürücüdür.

Y.T.K.İ.Y. 110. maddesi baştabip, 111. maddesi ise baştabip yardımcılarının atanmasında hizmet süresi aranmadığı gibi, kademeli yükseliş esası da bulunmamaktadır. Her uzman hekim devlet hastanelerine, ilgili branş hekimi de özel dal hastanelerine başhekim ve yardımcısı olabilmektedir. Aynı yönetmeliğin 129. maddesi, başhemşirenin

⁵⁵ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.17

⁵⁶ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.1/25.

en az 10 yıl, 130. maddesi ise, başhemşire yardımcısının en az 5 yıl hizmeti olması şartını getirirken kurum amiri başhekim için hiçbir şart yoktur.

Y.T.K.İ.Y. 124. maddesinde, diyetisyenin görev ve sorumlulukları tanımlanmakta; diyetisyen, başhekime bağlı olarak görevlerini yerine getirecek, ancak hastanede diyetisyen yoksa bu görevleri hastane müdürü üstlenecektir. Aynı yönetmelik 147. maddesi i bendi “hastane müdürü ambarda bulunan ve ambardan çıkarılan her çeşit maddenin ambar kayıtlarındaki miktarlara ve günlük yiyecek ve içeceklerin tabeladaki miktarları ile şartnamedeki niteliklere uygunluğunu kontrol eder. Noksan ve kusurlar görürse baştabibe bilgi vererek düzeltilmesini sağlar.” Bundan anlaşılan hastane müdürü, hastanede diyetisyen yoksa diyetisyenin görevlerini üstlenecek, diyetisyen varsa diyetisyen baştabibe bağlı olarak çalışacak, hastane müdürü ise diyetisyenin yaptığı işleri ve yanlışları baştabibe bilgi vererek düzeltilmesini sağlayacak, yani ‘şikayet mekanizmasıyla’ denetim yapacaktır. Diyet ve mutfak işlerinde yetki diyetisyen ile baştabipte, sorumluluk ise diyetisyen ile hastane müdüründe olacaktır. Bu durumda yetkili olan başhekim sorumluluk taşımamaktadır.

Aynı durum istatistikçi içinde geçerlidir. Y.T.K.İ.Y. 147. madde h bendinde “hastane müdürü, kurumun periyodik, istatistik, poliklinik ve laboratuvar çalışma cetvellerini vaktinde, doğru ve eksiksiz olarak düzenleterek merciine gönderir.” hükmü mevcuttur. İstatistikçinin görevlerini belirleyen 149. madde de ise istatistik çalışmaları ile ilgili tüm işlemlerin sağlık istatistikçisinin görevi olduğu ve sağlık istatistikçisinin bulunmadığı hallerde ise bu görevi hastane müdürünün yapacağı şeklindedir. Bundan anlaşılan, hastanede istatistikçi yoksa bu görevler hastane müdürünün görevleri olacak, istatistikçi varsa bu görevleri istatistikçi yapacak; istatistikçinin bu görevleri yapmasında hastane müdürü de sorumlu olmakla birlikte istatistikçinin sicil amiri hastane müdürü değil başhekimdir. Bu da diğer bir yetki kargaşasıdır.

Y.T.K.İ.Y. 149. maddesinde hastanede görevli sağlık istatistikçisinin, istatistikle ilgili eğitim veren bir yüksek okul mezunu olması şartı vardır. 12.12.1995 tarih ve 22491 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan kadro standardı ile ilgili yönetmelikte ise il sağlık müdürlüğü istatistik şube müdürünün atanmasında, istatistik ile ilgili bir yüksek

okuldan mezun olma şartı aranmamaktadır. Hastane istatistikçisi için istatistikle ilgili bir yüksek okul mezunu olma şartı aranırken, amiri durumundaki istatistik şube müdürü için bu şartın aranmaması; bu yasaların hazırlanmasındaki ciddiyetin ne ölçüde olduğunu ortaya koymaktadır.

Y.T.K.İ.Y. 147. madde g bendinde “hastane müdürü, kurumda gerekli emniyet tedbirlerini alır.” ifadesi mevcuttur. Sivil savunma uzmanının görevi olan emniyet tedbirleri aynı zamanda hastane müdürünün de görevleri arasındadır. Sivil savunma uzmanı baştabibe bağlı olarak çalışacak, sicil amiri baştabip olacak, ancak emniyet tedbirlerini alan sivil savunma uzmanının sorumluluklarına hastane müdürü de ortak olacaktır. Aynı madde “hastane müdürü, sivil savunma uzmanı yoksa: sivil savunma, deprem, yangın ve su baskınları gibi olağanüstü haller için genel olarak devlet kuruluşları idari amirlerine yüklenmiş görevleri titizlikle yürütür.” ifadesinden ibarettir. ‘Devlet kuruluşları idare amirleri’nden kasıt kurum amirleridir. Hastanede ise kurum amiri baştabiptir. Kurum amirleri ellerindeki yetkilerle bir takım emniyet tedbirlerini alabilirler. Kurum amiri olmayan ve sadece idari personel ile hizmetlilerin amiri durumunda olan hastane müdürü, hangi yetkilerle bu tedbirleri alacaktır? Alınacak tüm kararlarda başhekimin onayı gerekmektedir. Başhekimin onaylamadığı durumlarda sorumluluk taşıyan hastane müdürü bu kararları nasıl uygulayacak?

Y.T.K.İ.Y. 147. maddesi e bendine göre “hastane müdürü, cihaz ve her türlü motor, eşya ve bina onarımı gibi işlerin ilgililerce zamanında yapılmasını sağlar.” Hastanede mühendis varsa teknik işleri mühendis yapacak, hastane müdürü ise teknik işleri ‘ilgililerce zamanında yapılmasını sağlayacak.’ Hastane mühendisi baştabibe bağlı ve baştabip sicil amiri olduğuna göre hastane müdürü hangi yetkiyle mühendise bu işleri yaptıracaktır?

Y.T.K.İ.Y. 147 ve 148. maddeleri hastane müdürü ve yardımcısının “sağlık idaresi yüksek okul (SİYO) mezunu ya da temel eğitimi idare ve işletmecilik olan fakülte ve yüksek okullardan mezun olup hastane işletmeciliği konusunda mastır veya doktora yapmış” olması şartını aramaktadır. Bu yönetmelik esasına göre hastane müdürü ve yardımcısı olabilmek için lisans veya lisans üstü düzeyde sağlık idareciliği eğitimi şarttır.

Bu olumlu bir kuraldır. Ancak bu kural sadece SB, MSB ve üniversite hastanelerinde uygulanmış, diğer kamu ve özel hastaneler ise bu kurala uymamıştır. Yasa tüm hastaneleri kapsamadığı için genelleşmemiştir. 1987 yılından itibaren de SB. kendi çıkardığı yasaya kendisi uymamaya başlamış ve yasa hukuki geçerliliğini fiilen kaybetmiştir. 11.01.1995 tarih ve 22168 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Sağlık İşletmeleri Yönetmeliği (SİY) ve 11.06.1998 tarih ve 23369 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Personel Atama ve Görevde Yükselme Yönetmeliği ile bu hüküm hukuken de kaldırılmıştır. SİY madde 15 “sağlık işletmesi müdürü, müfredatında işletmecilik bulunan en az dört yıllık yüksek okul mezunu ... baştabibin teklifi ve yönetim kurulunun kararı üzerine bakanlıkça atanır.” Bu yasada ‘sağlık idareciliği eğitimi’ şartı kaldırılmış ve dört yıllık idari birimlerle ilgili eğitim yeterli görülmüştür.

İlk sağlık işletmesine dönüştürülen hastane, Yüksek İhtisas Hastanesi olmuştur. İşletme müdürlüğüne ise bir jeoloji mühendisi atanmıştır. İdare ve işletmecilik eğitimi almış olma hükmü örnek seçilen daha ilk hastanede çiğnenmiştir. Diğer hastanelere yapılan atamalarda ise ne YTKİY.’ ne, ne de S.İ.Y’ ne uyulmuştur. 11.06.1998 tarihli Yönetmelik 7.maddesi g ve h bendleri “ Hastane müdür ve yardımcısı fakülte ve yüksek okulların, ekonomi, işletme, iktisat,hukuk, siyasal bilgiler ,sağlık idaresi, kamu yönetimi,maliye ve muhasebe bölümlerinin birinden mezun olması” hükmü getirmiştir.

1983 yılındaki yönetmelikte ‘en az 4 yıllık sağlık idareciliği’ eğitimi şartı aranırken, 1995 tarihli yönetmelikte ‘sağlık idareciliği’ şartı kaldırılmış ve ‘ 4 yıllık idari bilimler’ eğitimi uygun görülmüş, 1998 tarihli yönetmelikte ise ‘ 2 yıllık idari bilimler’ eğitimi yeterli görülmüştür. Yasa, çağdaş ve ileriye doğru değil geriye doğru gitmiştir. Uygulamada S.B 1987 yılından itibaren lise mezunları dahil bir çok meslekten kişiyi hastane müdürü olarak atamış, diğer kamu kurumlarının birçoğu zaten bu kurala hiç uymamış ve hastane müdürü kadrolarına ilkokul mezunlarını bile atamıştır. Bülent Ulusu’ nun başkanlığındaki askeri hükümet döneminde alınmış bu olumlu karar, sivil hükümet dönemlerinde önce fiilen daha sonra hukuken ortadan kaldırılmıştır. S.B, reform çalışmalarında profesyonel sağlık yöneticilerinin eksikliğinden söz ederken, bir yandan da uygulamalarıyla bu meslekte yetişenlerin önünü kapatmıştır.

Y.T.K.İ.Y. 147. Maddesi, hastane müdürünün sadece idari personel ile hizmetliler üzerinde amirlik vasfını ortaya koymuştur. Baştabibin görevlerini belirleyen 110. madde ise , tüm hastanedeki hizmetlerin (İdari, mali, teknik hizmetler dahil) yürütülmesinden baştabibi yetkili kılmıştır. Bu da çağdaş ülkelerdeki hastane yönetim ilkelerine aykırı bir durum oluşturmaktadır.

S.İ.Y madde 16'da 'başhemşirenin, baştabibe ve işletme müdürüne karşı sorumlu olduğu' madde 17'de de 'döner sermaye saymanının yönetim kurulu ve işletme müdürüne karşı sorumlu olduğu' belirtilmektedir. Gerek başhemşirenin ve gerekse döner sermaye saymanın kurum amiri başhekim yanında işletme müdürüne karşı da sorumlu olmaları 'hizmette birlik ilkesi' açısından daha önceki yönetmeliğe (Y.T.K.İ.Y) göre daha olumlu bir gelişmedir.

1983 tarihli Y.T.K.İ.Y ile 1995 tarihli S.İ.Y arasında dikkati çeken bir unsur da, hastane müdürünün atanması ile ilgili hükümlerdir. 1983 tarihli Yönetmelikte 'bakanlıkça atanır' ken, 1995 tarihli Yönetmelikte ' Baştabibin teklifi üzerine bakanlıkça atanır.' hükmü getirilmiştir. Bu durum diğer sağlık kuruluşlarında bu görev için uygun kişi bulunsa bile atanamayacak, sadece o hastanede çalışanlar arasından birisi baştabibin izni ile atanabilecektir. Böylece başhekimin otoritesi güçlendirilmiş olmaktadır.

S.B reform çalışmalarında, hastanelerdeki yönetim şeklinin çağdaş olmadığı ve başhekimlerin hastane yönetmesinin başarısızlıkların oluşmasında önemli bir neden olduğu açıklanmaktadır. "Hastane yönetimlerinden bu konuda hiç eğitim almamış olan başhekimler sorumludur. Başhekimin hastane yönetmesi hem hekimlerin kıymetli zamanını israf etmekte hem de kendisine özgü bir işletme olan hastanelerin profesyonelce yönetilmesini engellemektedir."⁵⁷ diyerek sorunlara teşhis koyan S.B, çözüm olarak da " Reform çalışmaları çerçevesinde hastanelerin mikro düzeyde yönetim kapasitesini geliştirecek önlemler alınmaktadır. Profesyonel hastane yöneticilerinin yetiştirilmesi, hastane yönetim yapılarının işletmecilik anlayışına uygun olarak değiştirilmesi"⁵⁸ görüşlerini ileri sürmektedir.

⁵⁷ Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Mega Proje**, s.2/5

⁵⁸ Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Mega Proje**, s.2/5

1992 yılında yapılan reform çalışmalarındaki ilkeler doğrultusunda 1995 tarihli S.İ.Y ile hastane yönetiminde yeni bir örgütlenme modeli öngörülmektedir. Bu yönetim modeline göre, başhekimlik makamının yetkileri kısıtlanacak, karar sürecinde başhekimlik makamı ile birlikte diğer birimler de iştirak edecektir. Bu birimler hastane yönetim kurulunu oluşturmaktadır. Hastane Yönetim Kurulu:

- a) Baştabip,
- b) İşletme müdürü,
- c) Sağlık işletmesi tıbbi konseyinin kendi üyeleri arasından seçeceği bir üye,
- d) Sağlık işletmesinin tıbbi konsey üyesi olmayan tabip ve uzmanlarının kendi aralarından seçeceği bir üye,
- e) Sağlık işletmesinin (tıbbi konsey üyeleri, tabip ve uzmanları ile yardımcı hizmetlileri hariç olmak üzere) diğer sağlık, teknik ve idare personelin kendi aralarından seçeceği bir üye, olmak üzere 5 üyeden teşekkül eder.

Baştabip, kurum amiri ve hastanede bulunan tüm personelin sicil amiridir. İşletme müdürü, hastanenin idari, mali ve teknik işlerini takip eder. Sicil amiri baştabip olup, göreve atanması da baştabibin isteğiyle mümkündür. Tıbbi konsey, sağlık işletmesinin klinik, laboratuvar şeflerinden veya servis sorumlularından oluşur. Baştabip başkanlık eder. Yönetim kurulundaki diğer iki üye de tıbbi konsey üyesi olmayan bir hekim ile, hekim ve yardımcı hizmetler dışında kalan bir üyedir.

Yönetim kurulunda baştabip yer almakta, sicil amiri olduğu ve atanmasında da yetkili olduğu işletme müdürü bulunmakta, yine baştabibin başkanlığını yaptığı tıbbi konseyden bir üye yer almaktadır. Tüm personelin amiri olan başhekim, yönetim kurulunun da başkanlığını yapmaktadır.

Önceki yönetmelikte (YTİKY) hastanenin ita amirinin baştabip olduğu açık bir şekilde belirtilmektedir. Bu yönetmelikte (SİY) ise yetki paylaşımının gerçekleştiği bir yapı öne sürülmekte, ancak gerçekte tüm yetkiler başhekimde toplanmaktadır. Başhekim, ita amiri, tüm personelin sicil amiri ve diğer yönetici kadroları atayan amir pozisyonundadır.

Herkesin eşit koşullarda katıldığı bir kurum niteliğinde olmayan bu göstermelik kurullarla çağdaş yönetimin oluşmayacağı aşikardır. Bu tür kurullar, sistemin işleyişini aksatacak bir yapı oluşturabilir. Bu yönetim modeli reform çalışmalarındaki ilkelerle de çelişmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki çağdaş hastane yönetim modeli ile bir benzerliği yoktur. Bu kurullara benzer bir yapı 1983 tarihli YTKİY’nde de mevcuttur. Ancak hastanelerde hiç bir fonksiyonu yoktur. YTKİY. 20. madde “hastane konseyi, yataklı tedavi kurumlarında baştabibin başkanlığı altında bütün servis, laboratuvar şef veya uzmanları, hastane müdürü ve başhemsirenin katılımıyla bir konsey kurulur. Konsey salt çoğunlukla yılda en az dört defa toplanır. Bunun dışında baştabip lüzum gördükçe gündemli olarak konseyi her zaman toplantıya çağırabilir. Bu toplantılarda kurumla ilgili ilmi ve idari konular görüşülerek çoğunluk ile alınan kararlar karar defterine kaydedilir. ... bu kararların uygulanması ve tatbiki baştabipliğe aittir.”

Aynı amaca yönelik olarak çıkarılan ve birbiriyle çelişen hükümler içeren her iki yönetmelik (YTKİY ve SİY) şu an birlikte yürürlüktedirler.

3. SAĞLIK MESLEK EĞİTİMİ

Ülkemizde sağlık personelinin yetiştirilmesi, istihdamı ve sağlık meslek dallarının oluşturulmasında belli bir program ve sistem yoktur. Sağlık sektöründe özellikle ara personel amaca dönük görevlerde istihdam edilememekte, mesleki örgütlenmeleri ve etkinlikleri bulunmamaktadır. Birçok sağlık meslek grubu kendi mesleği ile ilgili işlerde çalışmamaktadır. “Sağlık personeli ülke ihtiyaçları doğrultusunda bir eğitim almamaktadır. Mezuniyet sonrası eğitimleri hiç yok denecek kadar azdır; istihdam, ücret ve özlük hakları bakımından problemleri vardır; ülke sathına dengeli dağılmamışlardır; mesleki ve fonksiyonel dağılım bozuklukları vardır; mesleki örgütlenmeleri tam değildir ve ülkede akılcı bir sağlık insangücü planlaması yoktur. Mesleklerin görev, yetki ve sorumluluklarını düzenleyen mevzuat çok eskidir, bazı meslekler için hiç bir hukuki düzenleme yoktur.”⁵⁹

⁵⁹ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.53.

Sağlık personelini yetiştiren eğitim kurumlarının açılmasında, ülke ihtiyaçları yanında, yerleşim birimlerine okul veya yüksek okul kazandırma düşüncesi de geçerli olabilmektedir.

Sağlık meslek eğitimi veren kurumlar, ciddi planlama ve çalışmalar sonucu kurulmadığında, 'kalite' den de taviz verilmektedir. "Sağlık insangücü ile ilgili nitelik ve nicelik problemleri hala devam etmektedir. Sağlık meslek gruplarının eğitim kalitesine yönelik endişeler hala mevcuttur."⁶⁰ Kurulan eğitim kurumları, bir planlama yerine gelişigüzel kararlarla kurulduğu zaman maddi sıkıntılar çekilmekte, altyapı ve çevresel faktörler (Staj, laboratuvar, çalışma sahası problemleri ve bilimsel kaynak vs.) yetersiz kalmakta, öğretim görevlisi temininde ve yetiştirilmesinde güçlükler yaşanmakta, bu da kaliteli bir eğitim sisteminin oluşmasını engellemektedir.

Sağlık personelinin yetiştirilmesinde gerçekçi bir planlama olmadığı için istihdamı ve bu meslek gruplarından azami yararlanma imkanı istenilen düzeyde gerçekleşmemektedir. SB'nın standart kadro cetvelinde bir çok meslek grubunun yeri yoktur. SB. dışında sağlık hizmeti veren diğer kurumlarda ise bu daha da belirgindir. Özel sağlık kuruluşları da ara personeli (tıbbi arşivci, psikolog, sosyal çalışmacı, epidemiyolog vb.) çalıştırmamak için elden geleni yapmaktadır. Birçok sağlık personelini (hemşire, doktor, eczacı vb.) de kamu kurumlarından tedarik etmektedirler. SB. reform çalışmalarında⁶¹ dış hekimleri ile eczacılar dışında sağlık personelinin büyük bir bölümünün kamu sektöründe istihdam edildiği belirtilmektedir. Dış hekimliği ve eczacılık mesleği, kendi mesleklerini serbest olarak (eczane ve dış hizmetleri ile ilgili özel muayenehane) icra etme imkanına sahiptirler. Şu halde birçok sağlık ara personeli (tıbbi dokümantasyoncu gibi) böyle bir imkana sahip değildir. Ayrıca sağlık hizmeti veren (özel veya kamu) birçok kuruluş yasa gereği eczacı çalıştırmak zorunluluğundadır. Bu da istihdamı kolaylaştırmaktadır. "birçok sağlık meslek grubunun görev ve yetkileri tanımlanmamış, sorumlulukları belirlenmemiştir. ... Ülkede sağlıkla ilgili insangücünün eğitimi ve planlaması, epidemiyolojik ve demografik özellikler doğrultusunda müfredat programlarının yönlendirilmesi yapılamamaktadır."⁶² Ara personel için SB.'na bağlı sağlık

⁶⁰ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Mega Proje*, ss.1/16-1/17.

⁶¹ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Mega Proje*, s.1/17.

⁶² Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Mega Proje*, ss.1/16-1/27.

teşekküllerinde kadro bulunsa bile yapacakları görev ve işlevleri iyi tespit edilemediğinden bu mesleklerden yeterince yararlanılamamakta ve kendilerine kurumda iş aranmaktadır.

“Türkiye’nin çok ihtiyaç duyduğu yeni tip insangücünün geliştirilmesi için çalışmalar planlanmıştır. Sağlık planlamacıları, sağlık finansmanı uzmanı, sağlık ekonomistleri, sağlık enformasyon uzmanları gibi hemen hemen hiç bulunmayan insan gücü yanında epidemiyolog, tıbbi istatistikçi, hastane yöneticisi gibi az bulunan insangücü tiplerinin yetiştirilmesine yönelik tedbirler alınmaktadır.”⁶³ Reform çalışmalarında beyan edildiği gibi tıbbi istatistikçi ve hastane yöneticisi az bulunan sağlık meslek grubu değildir. Tıbbi istatistikçi ve hastane yöneticilerinin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. İstatistik bilimi ile ilgili birçok üniversitede bölümler mevcuttur. Yine ülkemizde lisans düzeyinde dört, lisans üstü düzeyde yedi tane sağlık yöneticisi yetiştiren üniversite vardır. Bu meslek gruplarının SB, diğer bakanlık ve kuruluşlara ait sağlık teşekkülleri ve sağlık hizmeti veren özel sektörde istihdamı yapılmadığı için sağlık sektöründeki sayıları azdır. SB. merkez teşkilatı, il sağlık müdürlükleri ve hastanelerdeki mevcut yönetici kadrolara (birçoğu lise, açık öğretim, meslek yüksek okulu mezunu olan) gardiyan, belediye zabıtası, hizmetli, marangoz, memur, hayvan sağlık memuru gibi mesleklerden atama yapılabilmekte ve keyfi davranılmaktadır. Birçok sağlık müdürlüğünde istatistik şube müdürü istatistik, eğitim şube müdürü eğitim ile ilgili bir fakülte mezunu değildir. İstihdamı ile ilgili sorunlar çözülmeyen bu mesleklerdeki sayısal artışın bir anlamı yoktur. Ayrıca, bu reform çalışmalarında sağlık planlamacıları, sağlık finansman uzmanları, sağlık ekonomistleri, sağlık enformasyon uzmanları gibi yeni sağlık meslek gruplarının oluşturulması da hedeflenmektedir. Birçok sağlık meslek mensubu (gıda mühendisi, kimya mühendisi, fizyoterapist, ev ekonomisi uzmanı, çocuk gelişim uzmanı, yüksek hemşirelik mezunları gibi) yetiştirilmekte ve istihdam edilememekteyken ve de istihdam edilenler de amacı dışı işlerde görevlendirilirken yeni meslek gruplarının oluşturulmaya çalışılması ülke menfaatleri açısından yararlı olmayacaktır. Şüphesiz çağdaş ülkeler düzeyine çıkmak ve bunun için gerekli meslek gruplarını oluşturmak olumlu bir düşüncedir. Ancak istihdamı mümkün (yetiştirilmiş personel ve bu personelin atanabileceği kadrolar mevcutken) mesleklerde dahi istihdam gerçekleştirilemiyorsa, çalışabilecekleri saha ve altyapısı kurulmamış ve sadece çağdaş görüntü sağlasın diye meslekler oluşturmak, bunun için

⁶³ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.2/20.

okullar kurup personel yetiştirmek ve mezunlarını da kaderleriyle başbaşa bırakmak, hem devlet hem de ülke insanı açısından yararlı değildir.

Hemşirelik, ebelik, sağlık memuru ve sağlık teknisyenliği mesleklerinin  ayrı kategoride eğitimlerinin olması, sağlık sektörü için çok önemli olan bu mesleklerdeki eğitim sisteminin istismar edildiğini ortaya koymaktadır. Bu mesleklerde dört yıllık SML' si eğitimi ile üniversitelerde 2 ve 4 yıllık yüksek okul eğitimi mevcuttur. Bir çok gelişmiş ülkede bu mesleklerdeki eğitim süresi standarttır. Örneğin hemşirelik 3 yıllık yüksek okul eğitimine dayanmaktadır. "Japonya da hemşireler için eğitim ... lise eğitiminden sonra 3 yıllık bir eğitime dayandırılmıştır"⁶⁴ ülkemizde ise bir standart oluşturulamamıştır.

Kamu kurumları içinde en büyük sağlık personeli istihdamı olan S.B., kendisine bağlı kurumlardan sağlık meslek lisesi (SML) mezunlarını personel olarak almakta, ancak üniversitelere bağlı 2 ve 4 yıllık yüksek okul mezunlarını ise kabul etmemektedir. S.B , en son 12.07.1998 tarihinde yapılan sınavda da SML' si mezunlarını kabul etmiş ve 1700 ebe,84 anestezi teknisyeni ve 366 röntgen teknisyeni almıştır. S.B., bu sınavları kendi usul ve yöntemleri ile yapmaktadır.

S.B., SML' si mezunları için AF kanalıyla ön lisans tamamlama programları düzenlemektedir. İlk defa 1992 yılında düzenlenmiş olan bu programlara giriş sınavını S.B kendisi yapmış, sonraki yıllarda ise niversite birinci basamak sınavını kazanmak yeterli görülmüştür. S.B, sınavsız tüm SML mezunlarının lisans tamamlama imkanına kavuşması için çaba harcamaktadır. Bunun için S.B kendi personeline tüm SML mezunlarına sınavsız lisans tamamlama haklarının verilmesi için ilgili yerlere gönderilmek üzere matbu dilekçeler dağıtmaktadır. Bu dilekelerden amaç, personelini yönlendirerek ilgili yerlere baskı kurmak ve bu konuda kamuoyu yaratmaktır.

"...tarihinde'dan Hemşire/ Ebe/ Sağlık memuru olarak mezun oldum. Yüksek Sağlık şurası' nın 185/1 no' lu oturumunda alınan ve bizim de desteklediğimiz bir kararla ülkemizde bundan böyle Hemşirelik/Ebelik/ Sağlık memurluğu eğitimi lisans düzeyine yükseltilerek üniversitelere devredildi.

⁶⁴ Gülay ZPERK, "Japonya'da Sağlık Hizmetleri", Sağlık Dergisi, S. 68 (Eylül 1997), s.48.

Bu mesleğin diplomasını elinde bulunduran bizlerde eğitimimizin lisans düzeyinde olması için hepimizi kapsayacak şekilde, sınavsız ve bir defaya mahsus olmak üzere AÖF bünyesinde lisans öğrenimi yapabilmemize olanak sağlaması ve YÖK Yürütme Kurulu' nun 14.04.1997 tarih 686 sayı ile onaylayıp, daha sonra iptal ettiği kararın yeniden yürürlüğe konması yönünde ilgililere emirlerinizi arz ederim.” Bu dilekçeler MEB, YÖK, Başbakanlık, Cumhurbaşkanlığı, S.B, AÖF Dekanlığı'na gönderilmek üzere hazırlanmıştır. Burada dikkati çeken bir husus ‘sınavsız bir defaya mahsus’ ifadesidir. Önce bir defaya mahsus bu hak alınıp, daha sonra devamlılığın sağlanması mı beklenmektedir (?)

S.B., SML' lerine kendi usul ve yöntemiyle öğrenci alacak, mezun olanlara kendi usul ve yöntemleriyle yaptığı sınavlarla kamu kurumlarında istihdam edecek ve bu personel, AÖF kanalıyla lisans düzeyinde eğitime yükseltilecek, diğer yandan üniversite sınavını kazanan ve 4 yıl ciddi eğitim almış örgün eğitim kurumları mezunlarına ise en büyük personel istihdamı olan S.B' na ait kuruluşların kapısı kapatılacak. Bu yanlış bir uygulamadır. Bu yanlış, imkansızlıklardan değil, keyfi tutumlardan kaynaklanmaktadır.

Bir yandan SML' leri ve mezunlarına verilen ön lisans yapabilme hakkı, diğer yandan sayıları artan ancak kamu kurumlarına mezunları kabul edilmeyen üniversitelere bağlı SYO' ları bulunmakta bu sistemin iki başlı olmasına neden olmaktadır. Bu da tümünde “ kalite” sorununu ortaya çıkarmaktadır.

SML' lerindeki eğitimin kalitesi düşük olduğu gibi, özellikle yeni kurulan yüksek okullardaki eğitimin kalitesi de memnun edici seviyede değildir. Bunun başlıca sebepleri : 1- S.B' na bağlı SML' leri üniversitelere devredilmiştir. SML' ndeki fiziki yapı yetersizliği yanında öğretmenler ve diğer çalışan personel yüksek okul sistemine ayak uyduramamıştır ; 2- SML öğretmenlerine öğretim görevlisi unvanı verilmiş, kurs ve açık öğretim metoduyla lisans tamamlama hakları tanınmış, ancak bu personel diploma sahip olmasına rağmen gerekli bilgi ve kapasiteye sahip olamamıştır; 3- Ülkemizde birçok alanda olduğu gibi sağlık öğretim görevlilerinin yetiştirilmesinde de nitelik yerine nicelik, işi amacına uygun şekilde yapmak yerine amaca uydurmak ön planda olmuş, bu da kalitenin istenilen düzeye çıkmasına engel olmuştur. Buna Sağlık Dergisinde yayınlanan Sağlık Bakanı H. İbrahim ÖZSOY' un Ankara Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Günal

AKBAY' a yazdığı mektupta görmek mümkündür. “ Sayın Rektör, ... Bu itibarla halen Rektörlüğünüze bağlı Sağlık Eğitim Fakültesince Sağlık Eğitim Enstitüsü mezunları için planlanan lisans tamamlama programına alınacak aday sayısının imkanlar oranında artırılması ve sürenin mümkün olduğu kadar kısaltılması, söz konusu yüksek okulların öğretim elemanı ihtiyaçlarının karşılanması için çok gerekli görülmektedir. Konu hakkında özel ilgilerinizi bekler, saygılar sunarım.”⁶⁵ Bundan anlaşılan, sayısal yeterlilik esas alınmaktadır. Amaç, nitelikli elemanlar yetiştirmek yerine kısa sürede ve çok sayıda eleman yetiştirmektir; 4-Türk eğitim sistemindeki çarpıklıklar eğitimin kalitesini düşürmüştür. Yetersiz (nitelik ve nicelik) öğretim görevlileri, kısıtlı imkanlar, sık sık öğrenci af yasaları, devam mecburiyeti olmayan ve sınıftan geçmenin kolaylaştırıldığı sistem ve planlama dahilinde olmadan açılan okulları Türk eğitim sistemindeki çarpıklıklara verilecek örnekler arasında gösterebiliriz.

Sağlık meslek eğitiminin açık öğretim metoduyla verilmesi uygun bir eğitim sistemi değildir. Sağlık meslek eğitimi ancak örgün eğitimle mümkün olabilir.

SB. 1987-1992 yılları arasında kursla SML. dengi hemşire, ebe, sağlık memuru ve sağlık teknisyeni yetiştirmiştir. SB bu eğitim için sınavları kendi usul ve yöntemleriyle yapmıştır. Bu kurs eğitimini alanlara il ve ilçe merkezlerinde, SML mezunlarına köylerde görev verilmiş, yüksek okul mezunlarına ise kamu kurumlarında hiç görev verilmeyerek garip bir tutum sergilenmiştir. Kurs eğitimi alarak bu mesleğe girenler daha sonra AÖF kanalıyla yüksek okul mezunu olma imkanı bulmuşlar ve birçoğu bugün hastanelerde ve sağlık müdürlüklerinde idari kadrolara geçmişlerdir.

Hemşirelik ve ebelik meslekleri aynı eğitimle verilen aynı statüdeki mesleklerdir. Bir ebe, hemşirenin yaptığı tüm işleri yapmakta ve yerine atanabilmektedir. Ebenin hemşireye göre tek farkı doğum yaptırabilmesidir. Hemşire ve ebe-hemşire ayrımı atamalarda ve istihdamda da zorluk yaratmaktadır.

Yüksek okullardaki sağlık meslek eğitimleri 2 ile 4 yıldır. Tüm sağlık meslek eğitimlerini 2 ile 4 yıl yapmak yerine bir eğitim kaç yılda verilebilecekse ona göre

⁶⁵ Sağlık Dergisi, “Sağlık Eğitimi Yaz Boz Tahtası mı?”, S.83, (Aralık 1998), s.6-10

düzenlenmelidir. 2 ve 4 yıllık meslek eğitimleri olabileceği gibi 3 yıllık meslek eğitimleri de olabilir. Sağlık memurluğu, sağlık teknisyenliği ve tıbbi sekreterlik gibi mesleklerde 4 yıllık bir yüksek öğrenim gereğinden fazladır (üstelik bu meslekler günümüzde lise dengi eğitimle de verilmektedir). Diğer 4 yıllık eğitim olan (fizik tedavi, diyetisyen, ev ekonomisi, çocuk gelişimi gibi) mesleklerde de eğitim süreleri yeniden gözden geçirilmeli ve eğitimleri en iyi şekilde kaç yılda verilebilecekse ona göre düzenlenmelidir. Eğitim süresini gereğinden fazla artırmak ülke ekonomisi için israftır.

Eğitim süresi 4 yıl olan tüm yüksek okullarda profesörlüğe kadar akademik kariyer yapma hakkı vardır. Eğitim süresi 4 yıl olan her meslekte profesörlüğe kadar yapılacak bir akademik kariyer uygulaması aşırı lükstür.

Pratisyen hekimler, TUS' na katılmakta ve kazananlar uzmanlık dalına göre 2 ile 5 yıllık bir ihtisas eğitiminden sonra uzman hekim ünvanı kazanmaktadır. Bu sınavı kazanamayanlardan bir kısmı ise, ülkemiz dışında eğitim kalitesi daha düşük olan (Romanya, Moldova, Gürcistan, Azerbaycan, Suriye vb.) ülkelerde sınavsız uzmanlık eğitimine başlamakta, 1 ve 2 yıllık bir eğitiminden sonra yatay geçiş yaparak ülkemizde eğitimini tamamlamakta ve haksız rekabete neden olmaktadır. Bu haksızlık önlenmelidir. Ancak ülkemizin öncelikle eksikliğini çektiği dallarda uzman hekim sayısı artırılmalıdır. Ülkemizdeki imkanlar sınırlı olduğuna göre, sayı artırılırken kaliteden de taviz verilmemeli ve haksız rekabet önlenerek yurtdışı imkanlarından en iyi şekilde istifade edilmelidir.

Tıpta, bazı uzmanlık dallarında uzman hekim sıkıntısı çekilirken bazı dallarda ise fazlalık vardır. Birçok ülkede olmayan veya güncelliğini kaybederek kaldırılmış olan uzmanlık dalları ülkemizde hala devam etmektedir. Buna örnek olarak Amerika ve birçok Avrupa ülkesinde fizik tedavi uzmanlık dalı kaldırılmış ve bu uzmanlık dalının işlevlerini ortopedi uzmanı hekimler üstlenmiştir. Ülkemizde de daha az ihtiyaç olan dallarda uzman hekim sayısı azaltılmalı, işlevliliğini kaybetmiş dallar ise kaldırılarak, ihtiyaç duyulan dallara ağırlık verilmelidir.

Sağlık teşkilatı GİHS'na ait kadrolarda, örgün eğitimle yetişmiş üniversite mezunlarının sayısı gün geçtikçe azalmakta, açık öğretim mezunu olanların sayısı ise artmaktadır. Buna Isparta ilini örnek olarak gösterirsek; yaptığımız bir araştırmaya göre Isparta Devlet Hastanesi ve Doğumevi Hastanesi müdürleri, İl Sağlık Müdürlüğü İstatistik, Eğitim, Personel, Mali – İdari İşler Şube Müdürleri ve İdari Sağlık Müdür Yardımcısı AÖF mezunudur. Daha kaliteli eğitim vermesi mümkün olan ve üniversite imtihanlarında daha yüksek puanla öğrenci alan örgün eğitim kurumları (Siyasal Bilgiler, İktisadi İdari Bilimler, Sağlık İdaresi, Eğitim Fakültesi vb.) mezunlarının diğer kamu kurumlarında olduğu gibi, sağlık teşkilatında da sayılarının düşüp AÖF mezunları sayısının artması, hem kalitenin düşmesine sebep olmakta, hem de uzmanlık dallarında (istatistikçi, eğitimci, idareci gibi) yetişmiş elemanların asli görevlerinde istihdamını engellemektedir. Ayrıca bu görevlere atanan açık öğretim mezunları da kendi asli görevleri dışında kalmakta ve kaynak israfına neden olmaktadır.

Bu duruma sebep olan etmen, uzmanlık dalları için sınav açma ve açıktan atamamanın yapılmamasıdır. Hizmetli veya memur olarak görev yapan kişi, memuriyete girdiği andan itibaren dışardan lise veya AÖF'nde okumakta (AÖF'ni kazanmak daha kolaydır) ve mezun olduğu zaman 4-5 yıllık hizmet süresini tamamlamaktadır. İdari kadrolara atanabilmek için hizmet süresi aranmakta ve bu süre de eğitim esnasında geçmektedir. Örgün eğitim mezunları ise üniversite imtihanını kazanacak, en az 4-5 yıl öğrenim görüp mezun olacak, askerlik hizmeti, iş arama ve kamu kurumlarına girdikten sonra en az 4-5 yıl daha görev yapıp bu görevlere atanabilmek için uygun hale gelecektir. İlgili branşlarda çalıştırılmak üzere yüksek okul mezunları için sınavla açıktan atama yapılmadığı ve idari kadrolara AÖF mezunları atanabildiği için örgün eğitim kurumu mezunlarına ihtiyaç görünmemekte ve atamaları da mümkün olmamaktadır.

4. GENEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ VE FİNANSMAN

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin istenilen seviyede verilememesinin en önemli sebeplerinden birisi de çağın gereklerine uygun bir genel sağlık sigorta sistemi (GSS)'nin kurulamamış olmasıdır. Çağdaş nitelikte bir GSS sistemi, sağlık reformunun en önemli unsurlarından birisidir. GSS sisteminden amaç, tüm toplum kesimlerinin sağlık ihtiyaçlarına eşit şekilde cevap verecek bir mekanizmanın kurulmasıdır. Bu mekanizmanın

oluşturulabilmesi GSS sisteminin temel fonksiyonlarını yerine getirmesine bağlıdır. Ancak günümüzde çağdaş özelliklere sahip bir sigorta sistemi henüz oluşturulamamıştır. SB, 1992 yılındaki yayınında (Sağlıkta Mega Proje) GSS sistemini ana hatlarıyla ortaya koymaktadır. Ancak günümüzde GSS sisteminin kurulmasına yönelik herhangi bir gelişme kaydedilememiştir.

4-1. GENEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİNİN TEMEL FONKSİYONLARI

Tüm bireylerden gelirleri doğrultusunda katkılarını sağlamak, elde edilen gelirleri sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde finansman kaynağı olarak kullanmak ve gelirleri amacına uygun yerlerde harcamaktır.

GSS sisteminin başarısı, bu sistemin iyi işletilmesi kadar AHS'nin kurulması, koruyucu hekimliğe önem verilmesi, hasta sevk zincirinin oluşturulması, maliye, hukuk, kamu personel sistemi ve benzeri tüm sistemlerin ıslah edilmesi ve birbirine entegre olmasına bağlıdır.

4.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE BUGÜNKÜ FİNANSMAN DURUMU

Ülkemizde sağlık sektörüne ayrılan finansman hem çağdaş ülkeler düzeyinden, hem de Dünya Sağlık Teşkilatı (DST) verilerinden düşüktür.

Kaynaklar verimli bir şekilde kullanılmamaktadır. Koruyucu hekimliğe önem verilmemesinden dolayı önlenebilir nitelikteki pek çok hastalık için pahalı tedaviler gerekmekte, bu tedaviler sonucu da tam bir iyileşme her zaman mümkün olmamaktadır. Gerek halkın eğitim düzeyinin düşüklüğü gerekse devlet sisteminin ilgi ve ilkeleri yetersiz olduğu için kaynaklar verimli şekilde kullanılamamakta, maliyet / verimlilik kavramları her zaman dikkate alınmamaktadır.

Sağlığa harcanan kaynaklar içinde vatandaşın doğrudan yaptığı harcamalar büyük miktarlar oluşturmaktadır. S.B reform çalışmaları ile ilgili yayınında⁶⁶ GSMH'

⁶⁶ Sağlık Bakanlığı , Ulusal Sağlık Politikası, s.57

dan sağlığa ayrılan payın takriben %50'si vatandaşın doğrudan yaptığı harcamalar olduğu belirtilmektedir. Bu büyük bir rakamdır ve sistemin iyi işlemediğini göstermektedir. Üstelik, bireyler sağlık personeline (hekim,ebe, pansumancı vs.) yasal olmayan kişisel ödemelerde de bulunmakta ve bu ödemeler yukarıdaki rakamlarda gösterilmemektedir. Resmi kayıtlarda olmayan bu harcamaların çok büyük miktarlarda olduğu tahmin edilmektedir. Bireylerin yaptıkları harcamalar genelde (büyük çoğunluğu sevk zinciri dışında) pahalı, birçoğu gereksiz ve rutin tedavilerdir. S.B reform çalışmalarında⁶⁷ kişisel harcamaların (resmi kayıtlardaki) %60 'nın özel muayenehane ve ilaç masraflarına %38' inin ise yataklı tedavi hizmetlerine harcandığı belirtilmektedir.

Kamu sektöründe hizmet sunumu ve finansman aynı elde toplanmıştır. Ülkemizde çağdaş bir GSS sisteminin olmamasından dolayı finansmanı sağlayan kurumlar, aynı zamanda hizmeti sunan kuruluşlardır (S.B., SSK). Bu da hizmetin verilmesinde verimliliği ve rekabeti engelleyen bir yapı oluşturmaktadır.

Devlet, sağlık hizmetlerinde sübvansiyon uygulamaktadır. Sağlık hizmetlerindeki maliyetler sübvansiyon edildiği için sağlık hizmetlerinden yararlananlar bu sübvansiyondan istifade etmektedirler. Hizmet sunumundaki planlama eksikliği, gelir dağılımının bozukluğu ve bölgeler arası gelişmişlik farklılıklarından dolayı sağlık hizmetlerinden daha az yararlanan kesim daha az sübvansiyon edilmektedir.

Ülkemizde bireylerin büyük bir bölümü genel sigorta sisteminin dışında kalmaktadır. "Ülke nüfusunun takriben yarısının sağlık açısından sosyal güvence altında olduğu tahmin edilmekle birlikte bu oran kesin olarak bilinmemektedir."⁶⁸ Bu sigorta sistemine dahil olmayan ve ekonomik durumu zayıf olanlar için 'yeşil kart' uygulaması vardır. Yeşil kart alabilmek için kişiler ekonomik durumlarının zayıf olduğunu beyan etmek zorundadırlar. Ancak yeşil kart uygulamasına geçildiği 1992 yılından beri bu kartın verilmesinde usulsüzlükler olduğu ve durumu iyi olanların da bu kartlardan yararlandığına dair tartışmalar süregelmiştir. Sigorta sistemine katkı olmadan sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanma söz konusu olmaktadır.

⁶⁷ Sağlık Bakanlığı , Ulusal Sağlık Politikası, s.57

⁶⁸ Sağlık Bakanlığı , Ulusal Sağlık Politikası, s.57

Genel sigorta sistemleri (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, Yeşil Kart Uygulaması, Özel Sağlık Sigortaları) birbirlerinden ayrı yasa, amaç ve yöntemlere sahiptirler. Aralarında koordinasyon yoktur. Bu da çok başlı ve çağdaş olmayan bir sigorta sistemini oluşturmaktadır. “ Sosyal güvenlik kuruluşlarının üyelerine temin ettiği hizmetlerde ve prim toplama prensiplerinde birlik yoktur. Toplanan primlerin sağlık dışında amaçlara yönelik olarak kullanılması özellikle SSK da darboğazlar meydana getirmektedir.”⁶⁹ Emekli Sandığı’ndaki sıkıntılar devlet tarafından karşılandığı için sorun gözükmemekte ancak ülke ekonomisine yük olmaktadır.

S.B reform çalışmaları çerçevesinde GSS sistemini tüm fonksiyonları ile birlikte kurmak istemektedir. Aşağıda S.B ‘nın Sağlıkta Mega Proje adlı yayında belirtilen GSS sisteminin temel ilkeleri anlatılacak ve bu sistem ile ilgili eleştiri ve öneriler getirilecektir.

4.3. GENEL SAĞLIK SİGORTA MODELİNİN TEMEL İLKE VE ÖZELLİKLERİ⁷⁰

Model sosyal sigorta ilkelerine dayalı olacaktır. Sistem ilk aşamada, şu anda hiçbir sağlık sigortası ya da sosyal yardım programından yararlanmayan bütün Türk vatandaşlarına açık olacaktır. Zaman içerisinde mevcut diğer sistemlerin de önerilen yeni sisteme entegrasyonu sağlanabilecektir.

Sistem birinci basamak ve koruyucu hizmetlerden üçüncü basamak tedavi hizmetlerine kadar çeşitli hizmetleri içeren kapsamlı bir teminat paketi sağlayacaktır.

Primler, üyelerin ödeme gücüne göre belirlenecek, ödeme gücü tümüyle yetersiz olanlardan hiç bir katkı alınmayacaktır. Kendilerinden hiç prim alınmayacak nüfus kesimine yeşil kart verilmektedir.

⁶⁹ Sağlık Bakanlığı , Sağlıkta Mega Proje, s.2/7

⁷⁰ Sağlık Bakanlığı , Sağlıkta Mega Proje, s.2/7

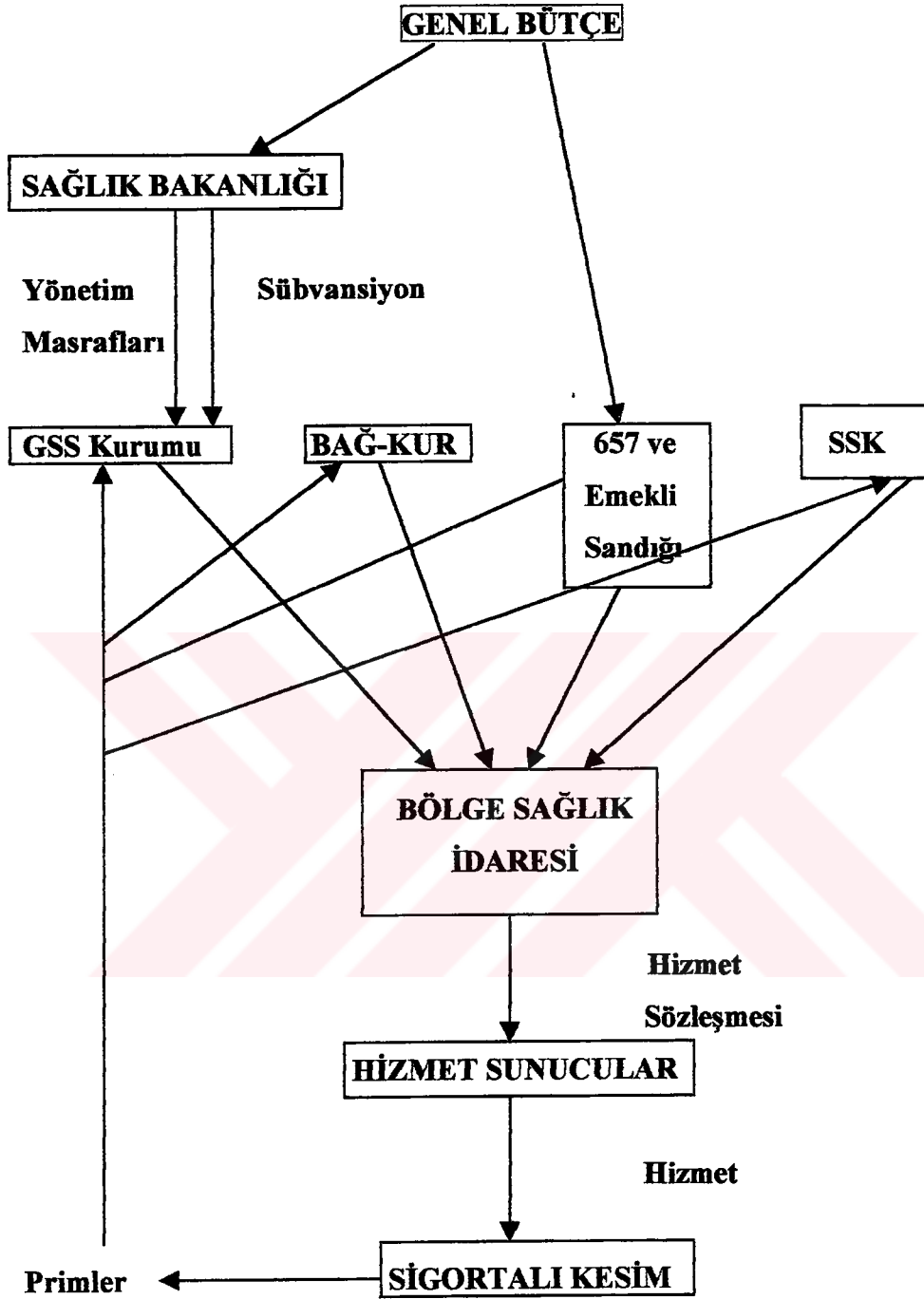
Sistemden primini ödeyen üye ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlanacaktır.

Sistem yeni kurulacak bir kurum tarafından idare edilecek, bu kurum başlangıçta mevcut sağlık sigortası ve sosyal yardım sistemlerinden ayrı olarak işleyecek, ancak uzun vadede bütün sigorta sistemlerinin uyumlu hale gelmesi ve bütünleşmesine olanak verecektir.

Yeni sistem, üyelere ve genel bütçeden katkıları toplayacak, ancak üyelerine doğrudan hizmet sunmakla yükümlü olmayacaktır. Sistemde toplanan primler, sigortalı nüfus adına hizmet sunanlarla anlaşma yapacak olan Bölge Sağlık İdarelerine (BSİ) aktarılacaktır.

Sistemin nihai işleyişinde, tüm hizmet modeli, prim gelirleri ile gerekli olduğu oranda kamu finansmanı katkılarından karşılanacaktır.

Finansman düzenlemeleri üyelerin kullandıkları hizmetlerin maliyetlerine kısmi katkıları içerebilecektir.



Şekil 6: GSS Sisteminin Nihai İşleyişi (Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, 1992, s.2/17)

Şekil 6'da görüldüğü gibi sigorta sistemleri kaynakları bölge idaresine aktarmakta, bölge idareleri de sözleşme yaptıkları hizmet sunucularına hizmet karşılığı ödeme yapmaktadırlar.

4.4. TEMİNAT PAKETİ⁷¹

Yeni sisteme üye olanlar, bu sistemin öngörülen teminat paketinden yararlanacaktır. Bu paket şunları kapsayacaktır : Üyeler, kayıtlı olduğu bir aile hekimi veya sağlık ocağı aracılığıyla, tedavi ve kişisel koruyucu hizmetler de dahil olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanacaklardır. Üyeler bu hizmeti alırken BSI' nin anlaşmalı olduğu hizmet sunan birimler arasından seçme şansı olacaktır.

Hastanın kayıtlı olduğu birinci basamak sağlık birimi tarafından yazılan reçete ile alınacak olan, sınırlı ilaç listesindeki ilaç ve diğer tıbbi malzemelerin satın alınmasında katkı payı sağlanacaktır.

Kayıtlı olunan birinci basamak sağlık biriminin sevki ile hastanelerde yataklı veya ayakta tedavi, hastanın daha ileri düzey tedavisi için de uzman hekim onayı ile üniversite hastaneleri gibi üçüncü düzey tedavi kuruluşlarına sevki de mümkün olacaktır. Yurtdışı tedavi ise sisteme dahil değildir.

Diş, göz hizmetleri ve çeşitli protezlerin belirli bir kısmı karşılanacaktır.

Yukarıda tanımlanan hizmetler BSI' nin anlaşmalı olduğu aile hekimleri ve sağlık kuruluşları tarafından verilecektir . Bu kuruluşlara SSK hastaneleri ve özel hastaneler de dahil olacaktır.

4.5 KATKILAR⁷²

Ortalama bir ailenin ödemesi gereken aktüaryel primler her yıl hesaplanacaktır. Herhangi bir ailenin ödemesi gereken miktar o ailenin ödeme gücüne göre belirlenecektir. Şu anda yeşil kart kapsamındaki aileler düzeyinde geliri olanların katkısı sıfır olacaktır. İki

⁷¹ Sağlık Bakanlığı , Sağlıkta Mega Proje, s.2/9

⁷² Sağlık Bakanlığı , Sağlıkta Mega Proje, s.2/10

gelir düzeyi arasında çeşitli gelir dilimleri olacak ve bu dilimler içinde yer alan aileler, sisteme aktüaryel primin değişik oranlarında katkıda bulunacaktır. İki prim arasındaki fark kamu finansmanı yolu ile karşılanacaktır. Böylece GSS sisteminin, her sigortalı ailenin sağlık harcamalarını ödeyebilecek geliri olması sağlanacaktır.

Primlerin toplanması için PTT, bankalar, vergi daireleri, pul sistemi veya GSS kurumu yerel büroları kullanılabilir. Katkıların aylık ödeneceği varsayılmasına rağmen, bazı gruplar için yıllık toplam miktarı ödemek daha uygun olabilir. Üyelik kartı geçmişteki ödemelerin yapıldığının kanıtlanması durumunda yenilenecektir. Üyelik kartlarının yenilenebilmesi için bütün ödemelerin (gecikme cezaları da dahil) yapılmış olması gerekecektir.

4.6. GENEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİNİN YÖNETİMİ⁷³

GSS kurumu, yeni bir ' kamu kuruluşu' olarak oluşturulacak ve üç önemli fonksiyonu olacaktır. Birinci fonksiyon, üyelere alınacak katkıların hesaplanması, toplanması ve kamu finansmanı katkısının miktarı ile ilgili tahminlerin oluşturulması ve elde edilmesi; ikincisi ise prim ödeme kayıtlarının tutularak üyelik kartlarının verilmesidir. Mevcut diğer sigorta sistemlerinden farklı olarak, GSS kurumu prim gelirlerinin harcamasından sorumlu olmayacaktır. Harcamalar BSİ' nin görevi olacaktır; üçüncü fonksiyon da GSS kurumu, prim gelirlerini her ildeki üye sayısı ile orantılı olarak ilgili BSİ' ne aktaracaktır.

GSS kurumu, üye sayısının yüksekliğinden dolayı büyük bir kuruluş olmak durumundadır. Ancak, kurum yönetiminin ekonomik olması çok önemlidir. İdari maliyetinin açıkça belirlenebilmesi için bağımsız olarak finanse edilmesi ve aktüaryel primlerin idari maliyetleri kapsamaması sağlanacaktır.

4.7. SÖZLEŞMELER⁷⁴

SSK hastaneleri ve poliklinikleri çok büyük ölçüde SSK üyelerinden ve işverenlerinden toplanan prim gelirleri ile finanse edilmektedir. S.B ve Üniversite

⁷³ Sağlık Bakanlığı , Sağlıkta Mega Proje, s.2/11

⁷⁴ Sağlık Bakanlığı , Sağlıkta Mega Proje, s.2/11

hastaneleri ise S.B ve ilgili kurumların bütçelerinden tahsis edilen paylar ile alınan ücretlerden finanse edilmektedir. S.B bünyesindeki kurumların halen uygulamakta oldukları fiyat yapısı ortalama olarak gerçek maliyetlerin üçte biri düzeyindedir. GSS sistemi tümüyle uygulamaya girdiğinde, bu kurumların mevcut geliri, BSİ. ile yapılan sözleşmeler çerçevesinde elde edilen gelir ile yer değiştirecektir. Bu durumda sadece sigorta kapsamı dışındakiler ve sigorta sevk zinciri dışında hareket edenler, kullandıkları hizmetlerin gerçek maliyetlerinin tümünü kendileri karşılayacaktır. BSİ, GSS Kurumundan ve diğer sigorta sistemlerinden her ildeki üye sayısı ile orantılı olarak prim geliri elde edecektir. Her Bölge Sağlık, prim gelirlerini sigortalı nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak için kullanacak, kaliteli ve ucuz hizmet sunan hastane ve birinci basamak sağlık kuruluşları ile sözleşmeler yapacaktır. Bunlar S.B., üniversite hastaneleri, SSK hastaneleri ve poliklinikleri, özel hastane ve doktorlar veya sözleşme yapmak isteyen diğer sağlık kuruluşları olabilir. Değişik gruplarla anlaşmalar yapılması hizmet sunucular arasında rekabet yaratacak ve bu durum çeşitli yararlı sonuçlar doğuracaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri için ödemeler ' kişi başına' esasına göre yapılacaktır. Bu düzenlemeye göre sağlık ocağı veya aile hekimi kendisine kayıtlı her üye için her ay belirli bir ücret alacaktır.

Hastanelere ödemeler başlangıçta blok sözleşmeler yoluyla olacak, daha sonra ise değişik sözleşme şekilleri geliştirilecektir. BSİ, gelişmesi arzu edilen hizmet sunucularla sözleşmeler yapmak ve mevcut ihtiyaçların karşılanmadığı yerlerde yatırımları gelişmesi istenilen hizmetlere yönlendirmek yolu ile gelişme ve yatırım planlarını yönlendireceklerdir.

4.8. SAĞLIK .BAKANLIĞI'NIN GENEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİNDEN BEKLEDİĞİ YARARLAR

Her kişinin elde edeceği toplam sübvansiyon miktarı açık bir şekilde kişinin gelir düzeyine bağlı olacaktır.

GSS uygulaması ile mevcut ‘ hizmetlerin sübvansiyonu’ yaklaşımından ‘ kişilerin sübvansiyonu’ sistemine geçilecek böylece yoksullar, durumu daha iyi olanlara göre daha fazla sübvansiyon edilecektir. Sistemin, toplumdaki gelir dağılımı üzerinde düzeltici bir etki yapması beklenmektedir.

GSS sisteminin , harcamaların etkinliğini de iki nedenden ötürü artıracığı farz edilmektedir. Buna göre birincisi, hizmet sunanlar arasındaki rekabet onları daha ucuza, daha iyi hizmet vermeye yönlendirecektir. İkincisi, BSI aracılığıyla gereksiz hastane kullanımı kısıtlanarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi teşvik edilmiş olacaktır.

GSS, günlük hizmet alımları için yeterli finansmanı oluşturacak kadar prim toplayacak, gerekenden fazla prim toplayarak rezerv biriktirmeyecektir.

Sistem sadece sağlık hizmeti sunanların gerçek maliyetlerini karşılayacak şekilde tasarlanmaktadır.

Ülke nüfusunun tamamı sağlık açısından sosyal güvenceye kavuşturulacaktır.

Sağlık hizmeti sunan ile para ilişkisi ortadan kalkacaktır.

Hizmeti sunan ile finansmanı sağlayan birbirinden ayrılacak, daha kaliteli sağlık hizmeti verenle sözleşme yapmak sureti ile rekabet, dolayısıyla da kaliteyi sağlamak mümkün olacaktır.

Hizmeti kullananlar gelirleri oranında sigorta sistemine katkıda bulduklarından sağlık hizmetlerini karşılayacak daimi kaynaklar sağlanmış olacaktır.

GSS sisteminin kurulması ve başarısı ülkemiz açısından önemli bir gelişme olacaktır. GSS sistemi, S.B.’ nin reform çalışmalarındaki en önemli hedeflerinden birisidir. Ayrıca sağlık sistemindeki diğer reformların başarıya ulaşması GSS sisteminin de başarıya ulaşmasına bağlıdır.

S.B. reform çalışmalarında GSS sisteminin kurulması, işletilmesi ve hedeflerini birçok yönü ile belirlemiştir. Ancak sistemin başarıya ulaşmasında bazı ana hatlar üzerinde fazla durulmayarak, sadece varsayımlar üzerine oturtulmaya çalışılmıştır. Bunların başlıcaları şunlardır:

S.B. reform çalışmalarından anlaşılan, GSS sisteminin diğer sosyal güvenlik kuruluşları ve sistemleri ile birlikte yaşayacağıdır. Ülkemizde birçok sosyal güvenlik kuruluşunun bulunması, sistemin dağınık bir hal almasına yol açmıştır. Sosyal güvenlik kurumları arasında farklı uygulama ve mevzuatlardan dolayı sorunlar yaşanmaktadır. GSS sisteminin de eklenmesi ile bu sorunlar daha da artabilir. Aynı hizmeti sunan çok başlı bir sistem olmaya devam ederek, bu kurumlar arasındaki uçurum derinleşebilir.

S.B. Reform çalışmalarında sosyal güvenlik şemsiyesi altında olanların %50 dolayında olduğu beyan edilmekte ve GSS sisteminin kurulmasıyla bu oranın %100 'e çıkarılacağı iddia edilmektedir.

Emekli sandığı ve SSK üyelerinin bu sosyal güvenlik kurumlarına üyelikleri yasalar önünde zorunludur ve primleri çalıştıkları kurumlarca ödenmektedir. Serbest meslek mensuplarının Bağ-Kur'a üye olmaları zorunludur ve primlerini kendileri ödemektedirler. Bu primlerin tahsilinde de zaman zaman zorluklar çekilmektedir. Özel sağlık sigortası yaptıranlar ise kendi isteklerine bağlı olarak sosyal güvenlik sistemine katılmışlardır ve sayıları da çok azdır. Prim ödeyemeyecek düzeyde olanlar için de yeşil kart uygulaması yürütülmektedir. Bu kurumların ve sistemlerin hepsine kayıtlı üye sayısının halkın %50' si olduğu tahmin edilmektedir. Geri kalan kitle ise geliri olduğu halde prim ödemek istemeyen veya gelirinin düşük olduğunu beyan etmeyen ya da edemeyen kesimlerdir. Halkın %50' ni bulan bu kesimlerin GSS sistemine nasıl ve hangi yöntemlerle dahil edileceği belirtilmemektedir. GSS sistemi, bu yapıyla halkın tümünü sosyal güvenlik kapsamına alması zordur.

Sadece GSS sistemini kurmakla bu sistemin başarıya ulaşması zordur. Hem sağlık sektörü içindeki sistemler (hasta sevk zinciri, A.H.S., çağdaş hastane işletmeciliği

vs.), hem de devletin diğ er sistemleri (Maliye , hukuk, kamu personel sistemi vs.) modern bir yapıya kavuşturulmalıdır. Devlet idari yapısı tümüyle dü zeltilmeli ve sa ğ lık te ş ekkülleri ile entegrasyon sa ğ lanmalıdır. Reform ç a ğ ı ş malarında bu konulara yeterince de ğ inilmemekte ve neler yapılabilece ğ i üzerinde durulmamaktadır.

GSS sisteminin kurulmasıyla yeni bir örgütlenme ortaya çıkacaktır. “GSS kurumu, üye sayısının yüksekliğinden dolayı büyük bir kuruluş olmak durumundadır. Ancak kurum yönetiminin ekonomik olması çok önemlidir.”⁷⁵ Bu kadar büyük bir kuruluş, ülkenin birçok yerinde örgütlendi ğ i zaman bu masraflar nasıl karşılanacaktır ? GSS sisteminin ülkeye getirdi ğ i faydalar bu masrafları karşılayabilecek midir ? Yoksa, ülke ekonomisine yeni bir yük mü getirecektir ?

Bu kurumun idari yapısı ç a ğ ı ş ma esas ve usulleri ve nitelikleri üzerinde hiç durulmamaktadır.

Reform ç a ğ ı ş malarında ‘Sa ğ lık Hizmeti sunanlar ile vatandaş arasındaki para ilişkisinin ortadan kalkacağı’ beyan edilmektedir. ‘ Para ilişkisi’ tabirinden kasıt ‘yasal olan para ilişkisi’ dir. Oysa, halkımız açısından en büyük sorun olan ‘yasal olmayan para ilişkisi’ üzerinde ise hiç durulmamaktadır. GSS sisteminde yasal olmayan para ilişkisinin önüne nasıl geçilece ğ i hakkında herhangi bir görüş belirtilmemektedir.

S.B. tarafından 1992 yılında yayımlanan Sa ğ lıkta Mega Proje adlı yayınında belirtildi ğ i üzere GSS sisteminin 1999 yılında bütün vatandaşları kapsayacak şekilde kurulması ö ngörölmektedir. Oysa günümüzde başlangıçtaki teorik ç a ğ ı ş malardan ileriye gidilmemiştir. Bu da sistemi kurmada ne kadar istekli olundu ğ unun bir göstergesidir.

5. AİLE HEKİMLİ Ğ İ SİSTEMİ

Sa ğ lık sistemi ile ilgili tüm reform ç a ğ ı ş malarında oldu ğ u gibi S.B’ reform ç a ğ ı ş malarında da ‘ Hasta sevk zinciri’ nin oluşturulması önemli bir hedef olarak ele alınmaktadır. Ülkemizde henüz oluşturulamamış olan hasta sevk zinciri, GSS ve A.H.S.’ lerinin kurulmasıyla mümkündür. Bu iki sistem birbirini tamamlar niteliktedir.

⁷⁵ Sa ğ lık Bakanlığı , Sa ğ lıkta Mega Proje, s.2/11

Aile hekimliği sistemi (A.H.S.), hasta sevk zincirinin ilk halkasını oluşturmaktadır. Hasta birey, aile hekimine başvurarak hem ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumları boş yere meşgul etmemiş olacak, hem de tedavisi ile ilgili işlerde bir sistem dahilinde yapılarak gereksiz tekrar ve rutin işlemler önlenmiş olacaktır. Koruyucu hekimlik hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin içinde yer aldığından önlenebilir nitelikteki birçok hastalık ortaya çıkmadan önlenebilecektir.

Gelişmiş ülkelerde bu iki sistem (GSS ve AHS) iyi işlediği için sağlık sistemleri halka daha iyi hizmet götürebilmektedir. Ülkemizde ise istenilen seviyede değildir. “Görüldüğü gibi GSMH’den sağlığa harcanan miktarın ancak 1/8’i sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere gitmektedir. Oysa ki ülkenin epidemiyolojik özelliklerinden söz ederken belirtildiği gibi ölümlerin yarısı 5 yaş altındaki çocuk nüfusunda görülmektedir ve ölüm nedenleri çok büyük ölçüde koruyucu hizmetlerle önlenebilir niteliktedir.”⁷⁶

Gelişmiş ülkelerde, koruyucu hekimliğe çok önem verilmekte ve AHS’nin iyi çalışması için elden gelen yapılmaktadır. “İngiltere’de tüm halka sağlık hizmeti sunmak 1946 yılından beri Devletin görevidir. ... İngiltere Hükümetinin Sağlık politikasında 1976 yılından bu yana koruyucu hekimlik ve toplum katılımı konularına büyük ağırlık verilmektedir. ... Pratisyenler devlet memuru değildir. İstediği yerde yerleşir ve istediiği şekilde çalışabilir. Yerleştiği yerde yaşayan kimseler bu hekimi, kendilerine hekim olarak seçerlerse, bu hekim bölgenin aile hekim komitesi yolu ile hükümetten kişi başına yıllık belli bir ücret ve bazı hizmetler için ek ücret alır. Hekimin listesindeki kişi hastalanırsa hekim onu evinde veya muayenehanesinde her gün ve günün her saatinde bakmak zorundadır. Bu hekimler koruyucu hizmet ve normal kişilerin periyodik muayenesini yapmak zorundadır. Hekimin, kendisini hekim olarak seçmek isteyen hastayı red hakkı vardır. Bu hekim listesine 3000’den fazla kişiyi kabul edemez. Genellikle hekimlerin listesinde 2000 kişi vardır. Hastalanan kişiler acil durum dışında seçtikleri hekimden başkasına gidemezler. Genel pratisyen gerekli görürse hastalarını hastaneye yollar. Hastane gerekirse yatırarak tedavi eder. Yatırma gerekmez ise hastane uzmanı hastayı gönderen

⁷⁶ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.1/15

hekime hastanın teşhisini ve nasıl tedavi edeceğini bildirir. Tedaviyi genel pratisyen yürütür. Hastaneden taburcu olan hastanın takip sorumluluğu da genel pratisyendedir. Hastaya yapılan hizmetler için hasta (ilaç ve işlemler dahil) hiç para ödemez. ... Almanya'da sigorta, sigortalı herkese sigortalı olduğuna dair 3 ayda bir belge verir. Sigortalı bunu sigortada adı kayıtlı hekimlerden istediğine verebilir. Ancak hekim o kişinin sorumluluğunu almak istemez ise veya çok hastası varsa hastayı red edebilir. Kişi o üç aylık dönemde hastalanırsa o hekime gitmek zorundadır. Hekim gerekli görürse hastayı başka bir uzmana ve hastaneye gönderebilir. Sigorta hekime her vizite, ev ziyareti, injeksiyon, laboratuvar, muayenesi ve diğer hizmetler karşılığı para öder. Ödenecek ücret miktarını sigorta ve sendika tespit eder. Bu sistem, hekim için karlı bir sistemdir. ... Kamu sağlık sigortası modelini titizlikle koruyan ülkelerden biri Almanya'dır. ... Koruyucu hekimlik hizmetleri her ülkede olduğu gibi ABD'de de hükümetin görevleri arasındadır.”⁷⁷

SB. reform çalışmalarında, AHS. için gerekli ilkeleri belirlemiştir.⁷⁸ Buna göre koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan ve 224 sayılı Kanunla kırsal alanlar için kurulan sağlıkevi ve sağlık ocağı uygulaması büyük değişiklikler olmaksızın devam ettirilecek, kent merkezlerinde ise sağlık ocakları fonksiyonlarına devam edeceklerdir. Kırsal alanlardaki sağlık ocağı hekimlerine aile hekimlerine yapılacak ödemelere benzer bir ödeme yapılacak, kent sağlık ocağı hekimlerine de yaptıkları hizmetler için (koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmeti) ödemeler yapılacaktır.

Mevcut durum aynen muhafaza edilmekle birlikte kentsel alanda A.H.S. getirilecektir. Aile hekimi, asgari standardı olan bir muayenesinde serbest çalışan hekim olacak ve kendine kayıtlı her kişi için hizmet verdiği ilçenin coğrafi ve sosyo-ekonomik durumuna göre değişen miktarlarda kişi başına ücret alacaktır.

Aile hekiminin görevleri; birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin evde veya ayakta takibi, kişiye yönelik koruyucu sağlık

⁷⁷ Nusret H.FİŞEK, **Halk Sağlığına Giriş**, Ankara: Hacettepe Üni. Yay., 1983, s.195-202

⁷⁸ Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Mega Proje**, s.2/2-2/4

hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, periyodik muayene, ilk ve acil yardım hizmetlerinden oluşacaktır.⁷⁹

Bu sistemde başvurular sevk zinciri içerisinde gerçekleşecek, aile hekiminin uygun görmesi halinde kişileri uzman hekime veya hastanelere ikinci basamak tedavi hizmeti için sevk edecektir.⁸⁰

AHS'ne geçişte amaçlardan birisi de özel muayenehanelerin koruyucu sağlık hizmetlerinin de verildiği, kamusal kontrol içinde çalışan müesseseler haline getirmeyi amaçlamaktadır.⁸¹

Aile hekimi olmak için pratisyen hekim yeterli görülmektedir. Zaman içerisinde bu görevi üstlenecek pratisyen hekimlerin Aile Sağlığı ve Hastalıkları (Genel Pratisyenlik) dalında uzmanlaşmasını sağlamak öngörülmektedir.⁸²

Bireyler, kendi çevrelerinde diledikleri aile hekimini veya sağlık ocağını seçmekte serbest olacaklar, kendilerine en uygun buldukları hekimin listesine kayıt olup, ilk önce ona başvuracaklardır. Böylece sevk zincirinin ilk basamağı kuvvetli bir şekilde başlamış olacaktır. Hekim, verdiği hizmetler için bireylerden hiç bir ücret talep etmeyecek, ücretini belirtildiği gibi 'kişi başına' alacaktır. Böylece hekim-hasta arasındaki para ilişkisinin ortadan kalkacağı ve ödeme hizmet karşılığı yapıldığından gereksiz maliyet artışının önleneyeceği varsayılmaktadır.⁸³

AHS'nin yerleşmesi ve sevk zincirinin gerçekleşmesi halinde, sağlık sistemimizde görülen birçok problem çözülmüş olacaktır.

Pek çok hastalık koruyucu hekimlik sayesinde oluşmadan önlenebilecektir.

⁷⁹ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.2/3.

⁸⁰ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.2/3.

⁸¹ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.2/3.

⁸² Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.2/3.

⁸³ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.2/3.

Birçok hastane ve sağlık kuruluşunda çalışan ve mesleklerinde yeterince verimli olmayan pratisyen hekimler, AHS. ile verimleri en st düzeye çıkacaktır.

Asıl amacı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti olan hastanelere gereksiz talep ve yığılmalar nlenecek, hasta ile sağlık sistemi arasındaki ilişkiler sistematik hale gelecektir.

Özel muayenehanelerin kamusal denetim altına alınmasıyla tüm özel muayenehaneler bu sisteme dahil edilecek ve daha verimli hale gelmeleri sağlanacaktır.

AHS.'nin yerleşmesiyle, rutin ve tekrarlarla dayanan işlem ve zaman kayıpları en aza inecek ve maliyetler düşecektir.

AHS'nin yerleşmesi için bakanlık tarafından yapılan çalışmalarda üzerinde önemle durulması gereken hususlar vardır. Bunlar:

AHS için pratisyen hekimliğin yeterli olacağı belirtilmektedir. Aile Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlığı (Pratisyen Hekimlik) eğitimi almadan bu görevi üstlenmek yeterli olmayabilir.

Aile hekimliği sisteminde, aile hekimleri ile sağlık ocağı hekimlerinin statülerinin ne olacağı belirtilmemektedir. Devlet memuru olan sağlık ocağı hekimleri, özel muayenehanesi olan serbest hekimlere karşı üstünlük sağlayabilirler. Bu da haksız rekabete yol açabilir.

Her işlemden ücret alacak olan aile hekimleri, gelirini artırabilmek için gereksiz ve abartılı tahlil ve tedaviler isteyebilir. creti sigorta sistemi ödeyeceği için hastada bilerek veya bilmeyerek bu olaya iştirak edebilir. Maliyetler gereğinden fazla artmış olur.

Gelirini artırmak için daha çok bireye ihtiyacı olan aile hekimi, bireyler karşısında daha tavizkar olabilir. Bu da rapor, sevk gibi konularda sorunlar yaratabilir.

B- İDARİ SORUNLAR VE REFORM ÇALIŞMALARI

1. SAĞLIK BAKANLIĞI

SB. teşkilat yapısı, sağlık hizmetlerini çağdaş bir anlayışla yerine getirmekten uzaktır. Çeşitli zamanlarda o günkü şartlar gereği çıkarılmış, birbiriyle zaman zaman çelişen yasa ve kararlarla SB. teşkilat yapısı oluşturulmuştur. “Mevcut mevzuatta Sağlık Bakanlığı'nın organizasyonunu gösteren bir kanun yoktur.”⁸⁴

SB.'nda hizmet birimleri arasında en önemlileri Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (THGM) ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (TSHGM)'dür. Tedavi hizmetleri ile ilgili faaliyet gösteren yataklı tedavi kurumları THGM.'ne bağlı olarak görevlerini yerine getirirler. TSHGM. ise, çevre, halk sağlığı ve koruyucu hekimlik hizmetleriyle ilgili faaliyetleri yönetir ve denetler. Ülkemizde tedavi hizmetlerine daha çok ağırlık verildiği için SB. tedavi hizmetleriyle ilgili bir bakanlık görünümündedir. Bu da TSHGM'nün görevlerini yerine getirmesinde yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Bu iki temel birim (THGM ve TSHGM) yanında, çeşitli hastalıklarla mücadele için kurulmuş ve zamanla büyük kuruluşlar haline gelmiş, dikey örgütlenme modeli ile faaliyet gösteren birimler (Verem Savaş Bakanlığı, Trohom Savaş Başkanlığı gibi) mevcuttur. TSHGM ve THGM ile paralel görevler üstlenen bu birimlerin zamanla etkinlikleri azalmış ancak büyük örgütler biçiminde varlıklarını sürdürür olmuşlardır.

Ülkenin bir çok yerinde SB'na bağlı eğitim kurumları mevcuttu. Orta okul dengi, lise dengi ve yüksek okullar düzeyinde olan bu okullar zamanla tasfiye edilmiş, SB'na ait sadece lise dengi öğretim kurumları kalmıştır. Bunlarında büyük bir bölümü kaldırılmış yada üniversitelere devredilmiştir. Eğitim ile ilgili faaliyetler, bakanlık içinde SEGM'nün görevidir. SB., kendine bağlı okulları kaybetmemek için caba göstermekte, üniversitelere bağlı sağlık meslek okullarına ise yeterince ilgi göstermemektedir. Üniversitelere bağlı sağlık meslek okullarına eğitim faaliyetlerine yardımcı olmak, mezuniyet sonrası eğitim çalışmaları ile hizmetiçi eğitim programlarını hazırlamak ve uygulamak gibi gerekli faaliyetleri gözardı eden SB., eğitime doğrudan katılarak, daha önceki dönemlerde olduğu şekilde insiyatifi elinde bulundurmak istemektedir. SB.'na ait

⁸⁴ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.1/25.

eğitim kurumlarının kapasitesi küçülmüş ancak, SEGM. küçülmemiş ve eski etkinliğine tekrar dönebilmesi için bekletilmektedir.

SB. merkez teşkilatında idari hizmetleri yerine getiren birimler (Personel Şube Müdürlüğü, Mali-İdari İşler Daire Başkanlığı gibi), birbirinden kopuk, çağdaş yönetim esaslarından uzak, ilkelerin oluşmadığı ve sadece tayin, atama, onay vb. işlerin takip edildiği yerler haline gelmiştir.

SB.'ndeki yükselme ve atamalar hiç bir ciddi kritere bakılmaksızın yapılabilmektedir. Bakanlık merkez teşkilatında çalışabilmek için taşra kuruluşlarında çalışma şartı yoktur. Bakanlık merkez teşkilatında çalışan yöneticilerin büyük bir bölümü taşra teşkilatlarında çalışmamış ve taşra yönetimlerinde bulunmamış, doğrudan bakanlık merkez teşkilatında çalışmış kişiler arasından politik ve kişisel etmenlerle seçilmektedir. Bakanlık merkez teşkilatında da, hizmetli kadrosundaki personelin dışardan (kişisel etmenlerle) aldığı lise diplomasıyla memur, memur kadrosundaki personelinde AÖF. kanalıyla yönetici kadrolara yükselmesi mümkün olmaktadır.

SB. merkez teşkilatında, mesleki uzmanlaşma ve silsile yoluyla yükselme şartı yoktur. Birçok makama kendi uzmanlık dalından ve liyakata uygun olmayan atamalar yapılabilmektedir.

“ Sağlık Bakanlığı makro planları yapan ve sektörü yönlendiren bir yapıdan ziyade günlük işlerle uğraşan bir uygulama bakanlığı şeklinde çalışmakta, üst düzey yöneticilerin zamanının çok önemli bir kısmı personel tayinleri ile geçmektedir. Bakanlık yönetiminde en üst düzey yöneticiden taşradaki en uç birime kadar profesyonel sağlık yöneticilerine pek rastlanmamaktadır. Bakanlığın merkez ve taşra teşkilat yapısı modern yönetim anlayışı ile bağdaşmamaktadır.”⁸⁵ SB.'nin bir uygulama bakanlığı haline gelmesi, yönetim yapısındaki sorunlar ve modern yönetim anlayışından uzaklaşması politik, şahsi ve mesleki çıkarın bilimsel kararlara tercih edilmesinden kaynaklanmaktadır. 1965 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde profesyonel sağlık yöneticisi yetiştiren yüksek okul kurulmuş; mezunlarına ancak hastanelerde kadro açılmış ve görev verilmiştir. Hastaneler dışında

⁸⁵Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Sağlık Politikası*, s.47

(bakanlığın taşra ve merkez teşkilatında) profesyonel yönetici çalıştırmamak için adeta elden gelen yapılmıştır. Bakanlık merkez teşkilatında çeşitli mesleklerden (ağırlıklı olarak hekim) yöneticiler görülmekle birlikte 'sağlık yönetimi' mezunu hiçbir üst düzey yönetici (Genel Müdür ve Müsteşar düzeyinde) bugüne kadar görülmemiştir.⁸⁶ Bakanlıkta az sayıda bulunan profesyonel sağlık yöneticiliği eğitimi almış personelden büyük çoğunluğu ünvanlı memur pozisyonundadır. Sağlık yöneticilerine 1982 yılına kadar SB. sadece kendi hastanelerinde istihdam etmiş ve hastane müdür ve yardımcısı kadroları açılmıştır. 1982 yılında YTKİY. ile de yasallaştırılmıştır. Ancak hastanelerde görev verilen sağlık yöneticileri yukarıda belirtildiği gibi "yetkili" değil "sorumlu" olmuşlardır. 657 sayılı Devlet Memuru Kanunu'nun 36. maddesine göre sağlık idareciliği unvanı SB. 'nın önerisiyle 1984 yılında çıkartılan 190 sayılı KHK ile kaldırılarak sağlık idaresi mezunlarını ünvanlı (vasıfsız) memur haline getirmiştir. 1987 yılında ise hastanelerde çalıştırmak için sağlık yöneticiliği eğitimi almış olanlara memurluk sınavı açmış ve alımları sınav şartına bağlamıştır. 1987 yılındaki sınavdan sonra hiç bir sınav da açmayarak; sağlık yöneticilerinin sadece hastanelere ve ünvanlı memur sıfatıyla bile girmelerine de engel olmuştur. Sağlık personeli sıfatından memur sıfatına geçildiği için maaş olarak da düşme olmuştur. 1987 yılından itibaren SB. kendi çıkardığı yasaya da uymayarak Sağlık İdaresi YO. mezunları dışında atamalara başlamıştır. 1992 yılında aynı bakanlığın reform çalışmalarında 'Bakanlık merkez teşkilatından , taşradaki en ücra noktalara kadar pek profesyonel yönetici bulunmadığından' şikayet edilmiş ve "sağlık yönetimi profesyonel yöneticilerle yürütülmelidir"⁸⁷ diye de fikir beyanında bulunulmuştur. Yine aynı bakanlık, 1995 ve 1998 yıllarındaki S.İ.Y. madde 15 ve S.B. personeli Atama ve Görevde Yükselme Yönetmeliği 7.madde h bendi ile de sağlık yöneticilerinin hastanelerde kadro almalarını hukuken de önlemiştir. Günümüzde hastanelerde sayısı çok az olan sağlık yöneticileri memur olarak çalışmakta ve hastaneler dışında ise kendilerinin çalışabileceği bir kadro bulunmamaktadır. Başta bakanlık merkez teşkilatı olmak üzere bir çok sağlık teşekkülünde etkili makamlarda profesyonel sağlık yöneticilerinin bulunmamasının nedeni, 'Sağlık teşkilatında adı idarecilik olan bir sağlık meslek grubu oluşmasının istenmemesi' dir. Çünkü, yönetici makamlara sahip olan meslekler (başta hekimler) , bu makamları başka meslek gruplarıyla paylaşmak niyetinde değildirler. " Sağlık hizmetleri çok başlı, aşırı

⁸⁶ 1993 Yılına kadar HÜ. Sağlık İdaresi Y.Okul Müdürlüğü'ne de hekim atanmaktaydı

⁸⁷ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.48

derecede merkeziyetçi, yetkilerin daima üst seviyelerde toplandığı bir yönetim ve örgüt yapısına sahiptir. Koordinasyon eksikliğinin yol açtığı duplikasyonların yanısıra yetki kargaşası vardır. Sağlık Bakanlığı sağlıkla ilgili diğer kurumlar üzerinde etkili olmayıp mevcut mevzuatla kendisine verilen yetkileri de tam anlamıyla kullanamamaktadır⁸⁸. S.B ile birlikte hemen her kurumun 'sağlık hizmetleri verebilir' olması, sağlık sisteminde hizmetlerin dağınıklığına sebep olmaktadır. Her kurumun kendisine has mevzuatı ve yönetim biçimi vardır. Bu da uygulama ve ilkelerin farklı olmasıyla sonuçlanmaktadır. S.B tarafından çıkarılan veya hazırlanan bir çok mevzuat, diğer kurumlarca her zaman dikkate alınmamakta; zaman zaman S.B da bu mevzuatları uymakta ciddiyetini kaybedebilmektedir. S.B özel kuruluşlar üzerinde de etkili değildir. 1993 yılında kurulan organ nakli ile ilgili özel kuruluşların 1998 yılına geldiğinde hala S.B 'dan kuruluş izni almadan faaliyette bulunmaları buna en iyi örnektir. Bakanlık, özel kuruluşları ve diğer kamu kurumlarını denetleyemediği gibi kendi merkez ve taşra örgütüne de yeterince hakim değildir.

S.B 1989 yılından itibaren sadece 'sağlık' hizmetlerini yürüten bakanlıktır. 'Sosyal hizmetler' ise (bir Devlet Bakanlığı'nın sorumluluğunda) Başbakanlığa bağlı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğünce yerine getirilmektedir. Sağlıkın genel tanımı 'Sadece hastalık ve sakatlık halinin bulunmamasından ibaret olmayıp, ruhen, bedenen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir'. Bu tanımdan anlaşılacağı gibi sosyal hizmetler sağlık kavramının bir parçasıdır. Sağlık hizmetlerinin bir bütün halinde verilmesi gerekir. Aynı sistem (sağlık) içinde farklı bakanlık ve Kurumlara ait mevzuat, ilke ve uygulamaların olması, personel istihdamında güçlükler yaratmakta ve aynı konuda ortak çalışma ve hedefleri önlemektedir.

2. BÖLGE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ (İDARESİ)

S.B., reform çalışmalarında yeni bir örgütlenme modeli ortaya koymaktadır.⁸⁹

Bölge Sağlık Müdürlüğü(B.S.M.), birden fazla ili kapsayan bir örgüt olacaktır. Bölge

⁸⁸ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Mega Proje*, s.2/21

⁸⁹ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Mega Proje*, s.2/21

sınırları içinde yer alan illerdeki sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresini B.S.M. üstlenecek ve S.B. 'nın bazı görevlerini devralacaktır. B.S.M.'lükleri oluşturulurken nüfus, coğrafi şartlar, ulaşım, optimum yönetilebilirlik büyüklüğü, sağlık koşulları, ekonomik ve sosyal faktörler baz alınmaktadır. Türkiye çapında 20 B.S.M.' nün kurulması kararlaştırılmış ve görevleri şu şekilde belirlenmiştir.⁹⁰

- Bölgenin sağlık özelliklerine göre hedeflere ulaşmada gerekli stratejileri belirleyip bakanlığın onayına sunmak ve işler hale getirmek,
- Sağlık programlarını hazırlayıp bakanlığa sunmak,
- Bakanlığın belirleyeceği esaslar doğrultusunda diğer yurtiçi kuruluşlarla iş birliğinde bulunmak, toplumun katkı ve katılımını sağlamak,
- Bölge sınırları dahilinde sağlık hizmetlerini yürütmek ve kişiye yönelik sağlık hizmetlerini uygun gördüğü kişi ve kuruluşlarla yaptığı sözleşmeler ile yürütmek,
- Sağlık alanında bilgi toplama, değerlendirme ve yayma işlemini yürütmek, gerekli gördüğü yerlerde sağlık kuruluşları kurmak, bölgedeki sağlık hizmetleri için insangücü planlarını yapmak, personel istihdamını gerçekleştirmek.

B.S.M.'lüklerinin kurulmasıyla⁹¹ S.B genel halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşması öngörülmekte, bunun için de bakanlık, merkezi operasyonel sorumluluklarını BSM' lerine devredip kendi asli görevine dönecektir. B.S.M' lüklerinin özerk bir yapıya sahip ve katılımcı bir anlayış ile yönetilmesi benimsenmekte ve il sağlık müdürlüklerine benzer bir örgütlenme modeli tasarlanmaktadır. Yönetiminde finansman kuruluşlarının, hizmet sunanların, S.B' nin ve halkın temsilcileri yer alacaktır.

BSM' lüklerinin GSS sisteminin yerleşmesinde önemli bir rol üstlenmeleri tasarlanmaktadır.

⁹⁰ Sağlık bakanlığı, Sağlık Reformu ile İlgili Kanun Tasarısı ve Gerekçeleri, Ankara : Sağlık Bakanlığı, 1993, S.S. 100-101

⁹¹ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.2/1

İl teşkilatı ile bakanlık merkezi arasında bir yönetim kademesi olan B.S.M' lükleri, yeni bir yapılanma ve örgütlenmeye sebep olacaktır. Çalıştırdığı personel ve fonksiyonları itibari ile BSM' lükleri büyük teşekküller olmaya adaydırlar. Bakanlık, operasyonel görevlerini BSM' lüklerine devretmez ise, bu teşekküller sadece formaliteleri yerine getiren ve ülke ekonomisine yük olan kurumlar haline gelecektir.

BSM' lükleri, kuruldukları bölgelerdeki tüm sağlık hizmetleriyle ilgili faaliyetlerden sorumlu olur ve bakanlık sadece norm koyan ve faaliyetleri denetleyen bir konuma gelirse BSM' lükleri faydalı olabilir. Ancak günümüzde S.B ve politik güçlerin bu yetkileri ellerinden bırakmaları zor görünmektedir.

3. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İl içindeki sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresinden sorumludur. S.B' na bağlı birimlerin doğrudan, sağlık hizmeti sunan ve diğer kamu ve özel kuruluşların ise (M.S.B. hastaneleri hariç) genel açıdan faaliyetlerinden sorumludurlar. İl sağlık müdürlükleri S.B' nın il içindeki temsilcisidirler. S.B'nın il içindeki faaliyetlerini İl sağlık müdürlükleri kanalıyla gerçekleştirebilirler. İl sağlık müdürü de ildeki en üst düzey amirdir.

Sağlık müdürlüğü görevi, hekimlerce yürütülmektedir. Uzman hekimler sağlık müdürlüğü görevini tercih etmedikleri için bu görev pratisyen hekimler ya da ekonomik geliri daha az olan branşlardaki uzman hekimler tarafından yerine getirilmektedir. 26.Ekim 1994 tarih ve 22093 sayılı Resmi Gazetede il sağlık müdürünün uzman hekim olması şartı getirilmişken 12 Aralık 1995 tarih ve 22491 sayılı Resmi Gazete de uzman şartı kaldırılarak hekim olmak yeterli görülmüştür.

İl sağlık müdürleri genelde pratisyen hekim oldukları için uzman olan hastane başhekimlerine karşı güçsüz kalmaktadırlar.

İl sağlık müdürlüğü ildeki sağlık faaliyetlerini prosedüre bağlı olarak yürütür. Tayin, atama vb. işleri yerine getirir. Hastanelerden ziyade sağlık ocağı ve sağlıkevi denetimleri ağırlıklıdır. Fikir üretme, çağdaş hizmet anlayışı ve hukuka uygunluk ilkelerinden ziyade prosedüre bağlı hizmetleri yapmak veya yapmış olmak ön plandadır.

Sağlık müdürlüklerinde yapılan faaliyet ve işlemler istatistiki sonuçlara göre değerlendirilmekte, bu da istatistiki sonuçların istendiği gibi açıklanmasına sebep olmaktadır. İl içinde bir yılda kaç tane çocuk kızamık hastalığına yakalandı yerine, kaç tane çocuğa kızamık aşısı yapıldığına bakılarak başarı değerlendirilmesi yapılmaktadır. İstatistik sonuçlarını değerlendiren personel de yeterli değildir. Bu durumda S.B' nin da güvenmediği istatistik sonuçları ortaya çıkmaktadır.

İl sağlık müdürlüklerinin temel görevlerinden olan halk sağlığı, çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele konularında istenilen verim alınamamaktadır. “ Çevre Sağlığı sorunlarının büyümesi, kişisel hijyen alışkanlıklarının yeterli ölçüde gelişmemiş olması tabloyu ağırlaştıran faktörlerdir. Bulaşıcı hastalıkların teşhisinde önemli rol oynayan laboratuvarların yaygın ve güvenilir bir şekilde kurulmamış olması tanıya yönelik bir engel yaratmaktadır.”⁹² Halk sağlığı, çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar konusunda halkı bilinçlendirici eğitim çalışmaları çok yetersiz olup, yapılanlar da formalitelerden ileri gitmemektedir. Halk sağlığı ve çevre sağlığının korunması konularında il sağlık müdürlükleri akılcı projeler üretmekten uzaktır. Çevre sağlığına zarar veren ve halk sağlığını tehdit eden unsurlara karşı gerekli denetim çalışmaları gereğince yapılamamaktadır. Özellikle siyasi baskılar denetimlerden sonuç alınmasını engellemekte ve bu konuda ilke ve prensiplerin yerleşmesi güçleşmektedir. Konuyla ilgili personel eksikliği, teknik imkansızlıklar, yasaların yetersiz kalması ve diğer kamu kuruluşlarıyla olan koordinasyon eksiklikleri de başarıyı engellemektedir. Birçok kamu kuruluşunda olduğu gibi il sağlık müdürlüklerinde de hantal bir yapı söz konusudur. 12 Aralık 1995 tarih ve 22491 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliğinde il sağlık müdürlüklerinin kadroları belirlenmiştir. Bu yönetmelikte iller, nüfuslarına göre üç gruba ayrılmışlardır. Nüfusu 500.000' e kadar olan iller C grubu, 500.000 ile 1.000.000 arası olan iller B grubu, nüfusu 1.000.000. üzerinde olanlar ise A grubu iller konumundadır. Ayrıca nüfusu 2.000.000. üzerinde olan iller için A grubu illere ilaveler söz konusudur. Bu yönetmeliğe göre , C grubu illerde 3, B grubu illerde 4, A grubu illerde 6, üç büyük şehir (İstanbul, İzmir, Ankara) de toplam 13 sağlık müdür yardımcısı kadrosu mevcuttur. Her sağlık müdürlüğünde 12 şube müdürü vardır.

⁹² Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.70

Her Şube m¼d¼rl¼ğ¼nde de en az 1 Şube Şefi kadrosu mevcuttur. Bulaşıcı hastalıklar Şube m¼d¼rl¼ğ¼nde A grubu illerde 5, B grubu illerde 4, C grubu illerde 3 Şube Şefi kadrosu mevcuttur.

Y¼netmelik h¼k¼mlerine g¼re ;

A Grubu illerde	395
B Grubu illerde	243
C Grubu illerde	181

personel kadrosu mevcuttur. İstanbul ilinde ise bu rakam 600'¼ ge¼memektedir. Ayrıca bu standart kadrolara bakılmaksızın da atamalar yapılmaktadır. Bu kadrolara g¼re , C grubu illerden olan Burdur Sağlık M¼d¼rl¼ğ¼'nde en az 181, B gurubu illerden olan Isparta Sağlık M¼d¼rl¼ğ¼'nde ise en az 243 personel olması gerekir. Burdur ve Isparta illerindeki Sağlık m¼d¼rl¼ğ¼ binalarının bu kadar ¼ok sayıda personeli fiziki olarak da alması m¼mk¼n değildir.

Standart kadrolara uymaksızın atamalar yapılabildiği gibi bu standart kadroların hazırlanması da ciddiyyetten uzaktır. Buna aynı ama¼la ve bir yıl arayla ¼ıkartılmıŐ iki ayrı (26 Ekim 1994 tarihli ve 22093 sayılı ve 12 Aralık 1995 tarih ve 22493 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan) y¼netmeliėi ¼rnek g¼stererek a¼ıklayabiliriz.

1994 Tarihli	Y¼netmelik	1995 Tarihli Y¼netmelik
A Grubu İller	213 personel	395 Personel
B Grubu İller	184 personel	243 personel
C Grubu İller	147personel	181 personel

Yukarıda g¼r¼ld¼ė¼ gibi 1 yıl arayla ¼ıkartılmıŐ iki y¼netmelik arasında b¼y¼k bir fark vardır. A grubu illerde personel sayısı yaklaşık iki kat artmıştır. Bir yıl i¼inde bu artıŐı izah edebilmek m¼mk¼n değildir.

Sağlık m¼d¼rl¼klerinde Şube Şeflikleri bulunmaktayken 1983 tarihli K.H.K. ile Şube Şeflikleri, Şube m¼d¼rl¼klerine d¼n¼Őt¼r¼lm¼Ő, sayısı 12 olmuş ve her Şube m¼d¼rl¼ğ¼nde sayıları değişen miktarlarda Şube Şefleri kadroları oluŐtur¼lm¼Őtur. Her ilde 12 Şube m¼d¼rl¼ğ¼ sayısı gereğinden fazladır. Şube Őefliklerinin m¼d¼rl¼ė¼

dönüştürülmesi gereksiz bir uygulamadır. Her makama ‘müdürlük’ unvanı vermek lükstür. Bu makamlar müdürlük olmuş ancak birkaç şube müdürlüğü dışındaki şube müdürlükleri fonksiyonel değildir. Bu makamlar bir üst makamlara yükselmede basamak oluşturmamaktadır. Her şube müdürlüğünde en az bir şube şefliği kadrosu, hemen bütün memurların amir olması imkanını sağlamaktadır. Böylece siyasi ve kişisel etmenlerle makam sahibi olunması kolaylaşmaktadır. Bir il sağlık müdürlüğünde, 1 sağlık müdürü, 4-5 sağlık müdür yardımcısı, 12 şube müdürü ve 20-25 dolayında şube şefi kadrosunun bulunması hizmetlerin kalitesini artırmamakta, ülke ekonomisine ise yük olmaktadır.

Sağlık müdür ve yardımcılığı kadrolarına atanabilmek için 10 yıl hizmetini tamamlamış hekim olmak yeterlidir.⁹³ Yani hiçbir idari görev üstlenmemiş bir hekim 10 yıl hizmetini tamamlayınca sağlık müdür ve yardımcısı olabilmektedir. İl sağlık müdürlüğüne atanan bir yönetici, bakanlıkta daha üst görevlere atanabilmede bir avantaj kazanmamakta ve atanması gibi görevden alınması da çok zor olmamaktadır. İl sağlık müdürlüğüne atanmada ve alınmada belli bir kural ve kaide olmadığı için sık sık sağlık müdürü değiştirilmekte, bu da sağlık müdürlerinin siyasi baskılara boyun eğmesine neden olmaktadır.

1994 tarihli Yönetmelikte sağlık müdür yardımcılığı kadrolarına hekim ve diğer sağlık personeli (lisans) atanabilmekteyken 1995 tarihli Yönetmelikte sadece hekim şartı getirilmiştir. Bu da hekimlerin yetkilerini diğer meslek mensuplarıyla paylaşmak istememelerinden kaynaklanmaktadır. İdari sağlık müdür yardımcılığı kadroları ise (her ilde bir adet) hekim dışı İdari bilimler mezunlarına ayrılmıştır. Ancak bu görevlere sadece vekaleten atamalar yapılmaktadır.

Sağlık müdür ve yardımcılarının özlük hakları iyi durumda değildir. Birinci derecedeki bir il müdürü 3000 ek göstergeye sahipken eczacı, biyolog, astsubay, polis vb. mesleklerde birinci derecede 3600’dür. Sağlık müdür ve yardımcılarını sağlık personelinin emsal göstererek 3600 ek göstergeye ulaşabilmektedirler. Hastane başhekimlerine tanınan makam tazminatları bulunmamaktadır. Özlük hakları şube müdürlerinin de iyi değildir.

⁹³ Sağlık Bakanlığı “ Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı yYatak ve Kadro Standartları Yönetmelik” Resmi Gazete, T.12.12. 1995, S.22491, s.3

Sağlık müdürlükleri temel fonksiyon ve görevlerini yerine getirmekten uzaktırlar. Özellikle yerel siyasi baskı ve müdahaleler sağlık müdürlüklerini çağdaş yönetim anlayışından uzaklaştırmakta ve zor durumda bırakmaktadır. Sağlık müdürlükleri günümüzde asli görevlerini yerine getirmek yerine personel tayinlerini yerine getiren ve yazışmaları yapan kurum özelliği taşımaktadırlar.

4. İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Bakanlık, reform çalışmalarında il merkezlerindeki il sağlık müdürlüklerine benzer bir yapılanmayı ilçelerde de gerçekleştirmek niyetindedir. “ Sağlık Bakanlığı’ nın idari anlamda ilçe düzeyinde örgütlenmesi için ilçe sağlık müdürlükleri kurulmaktadır. Nüfus kriteri olmaksızın idari teşkilat yapısında ilçe olarak belirlenmiş her birimde ilçe sağlık müdürlüğü kurulacaktır”⁹⁴. Bu görüşe göre, ilçelerde il sağlık müdürlüğüne bağlı ve onun izdüşümü şeklinde ilçe sağlık müdürlükleri kurulacak; ilçelerdeki sağlık hizmetlerinin yürütülmesi bir çatı altından gerçekleşmiş olacaktır. İlçe sağlık müdürlükleri ildekine benzer bir yapılanma içinde ve aynı yetkilerle ilçe dahilinde yönetimi üstlenecektir. Nüfus kriteri olmaksızın ilçe teşkilat yapısı olan her yerleşim biriminde kurulacaktır.

İlçe sağlık müdürlüklerine benzer bir yapılanma 1930’lu yılların başından bu yana vardır. “ 1930’ ların başlarında geliştirilen bu ‘ Geleneksel Sağlık Örgütü’ ya da ‘Hükümet Tabipliği Örgütü’ ne göre, her ilçeye genel olarak bir hükümet tabibi atanmakta idi. ... Nitekim hükümet tabipleri, hemen hiçbir zaman görevlerini eksiksiz olarak yapamamışlar, hükümet tabipliği sevilen bir görev olmamıştır”⁹⁵. Hükümet tabiplikleri istenilen verimi vermemesi üzerine kaldırılmışlardır. 1980’li yıllarda Sağlık Grup Bakanlığı (S.G.B) kurulmuştur. Ancak S.G.B. uygulaması da istenilen verimi vermemiştir. Bunun üzerine “ sorumlu hekimlik” uygulaması getirilmiş ise de tekrar S.G.B uygulanmasına dönmüştür. “ İlçe düzeyinde yönetim örgütlenmesi yoktur. Çeşitli nedenlerle yürümemiş olup SGB sisteminin yerine ilçelerde ‘ Sorumlu hekimlik’ adı altında hukuki yapısı olmayan çözümler getirilmeye çalışılmıştır.”⁹⁶ Hukuki ve idari yapısı

⁹⁴ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje s. 2/21

⁹⁵ Nevzat Eren ve Zafer Öztekin, a.g.e., s.14

⁹⁶ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, 1/24

olmayan bu yönetim modelleri hastane başhekimleri, ilçede hastane yoksa sağlık merkezi başhekimleri tarafından yürütülmektedir. SGB uygulaması istenilen düzeyde faydalı olamamış, işin yürütülmesinde katkısı olmamakla birlikte bürokratik işlemlerin artmasına sebep olmuştur.

Sağlık Bakanlığı , S.G.B. uygulamasının başarıya ulaşmamasından dolayı idari ve hukuki yapısı olan ilçe sağlık müdürlüklerini oluşturmak istemektedir. İlçe sınırları içindeki tüm sağlık kuruluşları bu ilçe müdürlüğüne bağlı olacak ve faaliyetlerini ilçe müdürlüğünün koordinasyonu içinde sürdürecektir. İlçe sağlık müdürlüğü ilçedeki tüm sağlık kuruluşlarını temsil edecektir. İlçe sağlık müdürlüğünün yerinden yönetime katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

İlçe sağlık müdürlüklerinin kurulmasıyla yeni ve büyük bir örgütlenme oluşacaktır. İl sağlık müdürlüklerinin bir izdüşümü şeklinde kurulacağından muhtemel olarak bir pratisyen hekim sağlık müdürü, 2 veya 3 pratisyen hekim de sağlık müdür yardımcısı olarak atanacaktır. Böylece pratisyen hekimler asli görevleri dışında görev almış olacaklardır. Birinci basamak sağlık hizmetleri veren birimlerde pratisyen hekim eksikliği çekilirken, üretken olmayan görevlerde istihdamları gerçekleşecektir. İlçe sağlık müdürlüğü bünyesinde 12 şube müdürlüğü ve her şubede en az bir şef kadrosu bulunacak. Bir çok memur ve hizmetli istihdam edilecek, yazışmalar, makam arabaları vb. birçok gider kapısı açılmış olacaktır.

Ülkemiz kamu yönetim yapısında üretken olmayan ve hizmet üretmeyen birimler, hizmet üreten birimlere göre çok fazladır. Sağlık teşkilatında birçok ara birim ve makam varken ve bunların sayısını azaltmaya çalışırken, yenilerini kurmaya çalışmak doğru değildir. Zaruri olan birimler kurulmalı ancak kurulacak birim ihtiyaçlara karşılık verebilecek nitelikte olmalıdır.

Yerinden yönetimi sağlayacağı iddia edilen ilçe sağlık müdürlüklerinin, bunu sağlayabilmeleri için ellerinde hiçbir mekanizma bulunmamaktadır. Sadece ilçelerde sağlık müdürlüğü kurmakla yerinden yönetimin sağlanması mümkün değildir. Sağlık Bakanlığı, BSM, valilik, il sağlık müdürlüğü, kaymakamlık gibi üst birimler varken ilçe sağlık

müdürlüğünün bu üst kurumlardan farklı politika izleyebilmesi mümkün görünmemektedir. İlçe sağlık müdürlükleri, bu sistem içerisinde yerinden yönetimi gerçekleştirmek yerine vatandaşın gideceği yer sayısını artıracaktır. Kişiler önce ilçe sağlık müdürlüklerine, sonra il sağlık müdürlüklerine (ve mülki amirlere), daha sonra BSM'lüklerine gidecek ve en sonunda yine SB.'nda işlerini yaptıracaktır. Bu da gereksiz yazışma, emek, zaman ve maddi kayıplar ile sistemin hantallaşmasına zemin hazırlayacaktır.

Ülkemizde siyasi tercihlerle ilçe olan ve toplam nüfusu (çevresiyle birlikte) 8-10 bini geçmeyen yerleşim birimleri vardır. Bu ilçelere çok sayıda personelin çalıştığı ilçe sağlık müdürlüklerini kurmak lükstür.

İl sağlık müdürlükleri yerinden yönetimi sağlayamamış ve kurumlar arası entegrasyonu gerçekleştirememişken, ilçe yönetiminin gerçekleştirmesi hiç mümkün görünmemektedir.

5. SAĞLIK MERKEZİ

Sağlık teşkilatında en az önem verilen kuruluşlar arasında yer almakla birlikte, ülkemiz koşullarına en uygun birimlerdir. Ayakta ve yatarak muayene, teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşlarıdır.

Sağlık merkezleri yatarak teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin verilmesi özelliğiyle hastanelere, ayakta teşhis, tedavi ve muayene hizmetlerinin verilmesi, koruyucu hekimlik hizmetleri, idari ve teşkilat yapısıyla da sağlık ocaklarına benzemektedir.

İhmal edilen sağlık merkezleri sadece poliklinik hizmeti veren ve hastaları müşahede altına alan kurumlar haline gelmiştir. "Günümüzde sağlık merkezleri artık koruyucu sağlık hizmetleri görmemektedirler"⁹⁷

Birçok yerleşim biriminde sağlık ocakları ile aynı fiziki mekanda bulunmakta ya da birbirine çok yakın yerlerde kurulmaktadır. Aynı fiziki mekanda iki ayrı kurumun

⁹⁷ Doğan Benli ve Hüseyin Özalp, a.g.e., s.129

bulunması, iki ayrı başhekim, iki ayrı ödenek ve iki ayrı kadronun oluşmasına sebep olmaktadır. Bu durumda hem personelin dengesiz dağılımı söz konusu olmakta, hem de ülke ekonomisine yük getirmektedir.

“1946 yılından itibaren koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini görmek üzere kurulan sağlık merkezlerinin sayısı giderek azalmış...bazı sağlık merkezleri büyüyerek Devlet Hastanelerine dönüşmüştür”⁹⁸ Siyasi ve yöresel baskılar sonucu sağlık merkezlerinin hastanelere dönüşmesiyle daha hantal bir yapı oluşmaktadır. Sağlık merkezlerini, ihtiyaca cevap verecek bir çağdaş yapıya kavuşturmak, uzman hekimler atayarak küçük cerrahi müdahale ve ameliyatlar için gerekli donanımı sağlamak, ilk yardım ve poliklinik hizmetlerini güçlendirmek yerine daha fazla personelin çalıştığı, daha çok masrafın gerçekleştiği hastanelere dönüştürmek ekonomik kayıptır. Günün şartlarına uygun sağlık merkezleri, birçok yerleşim biriminde bir hastaneye göre devlete daha az masrafla, daha iyi hizmet verebilir. Küçük yerleşim birimlerine hiçbir kritere bakılmaksızın sağlık merkezleri yerine hastane kurmak büyük bir yanlıştır. Buna, Isparta İli Senirkent ve Uluborlu ilçelerindeki hastaneleri örnek olarak gösterebiliriz. Aralarındaki mesafe sadece 9 km.dir. Bu hastanelere uzman hekim getirmekte zorluk çekilmektedir. Mevcut kadrolarında sadece 1'er uzman hekim mevcuttur. Senirkent Devlet Hastanesinin yatak işgal oranı % 17.6, Uluborlu Devlet Hastanesinin ise sadece % 8,4'tür.⁹⁹ SB'nın 1992 tarihli reform çalışmaları ile ilgili yayınında şu görüşlere yer verilmiştir: “Türkiye'deki hastanelerin sayıca yetersiz olduğu konusundaki kanı doğru değildir. Dengesiz dağılımın getirdiği bazı problemler varsa da bunların çözümü zor değildir. Ne var ki mevcut hastane yataklarının kullanımında ciddi problemler vardır. Yatak kullanım oranları % 45-50'ler civarındadır. Bu da Türkiye'deki her iki hastane yatağından birisinin boş olduğunu göstermektedir”¹⁰⁰ Ancak SB. 1992 tarihli bu yayınının aksine günümüzde (1999) de küçük yerleşim birimlerine hastane açma ve sağlık merkezlerini hastaneye dönüştürme işlevini devam ettirmektedir. Isparta iline bağlı küçük ilçeler olan (merkez nüfusları 4 ile 5 bin dolayında) Sütçüler, Gelendost ve Keçiborlu ilçelerinin her birinde 10 lojmanlı hastane inşaatları ya da 4 bin nüfuslu Burdur'un Yeşilova ilçesinde hastane inşaatı ve sağlık

⁹⁸ Doğan Benli ve Hüseyin Özalp, a.g.e., s.116

⁹⁹ Sağlık Bakanlığı, 1997 Yılına Ait Sağlık İstatistik Yıllığı, s.202.

¹⁰⁰ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.1/7

merkezinin hastaneye dönüştürülmesi buna en iyi örnektir. Yeşilova, devlet hastanesinde¹⁰¹ sadece 1 uzman doktor mevcut olup, bu hastanenin yatak işgal oranı % 3.5 gibi çok düşük bir rakamdır.

Sağlık merkezleri hastanelere dönüştürüldüğünde hem gerçek anlamda bir hastane olamamakta, hem de bünyesinde daha fazla kişi çalıştırdığı (idareci, memur, daktilograf, şoför vs.) için maliyetler yükselmektedir. Diğer yönden de bir hastane kalitesine (uzman hekim gibi temel mesleklerde eksiklik, donanım, malzeme yetersizliği, nüfusun azlığından dolayı mevcut imkanların atıl kalması gibi nedenlerle) hiçbir zaman ulaşamamakta, yatak işgal oranlarının düşük çıkmasına neden olmakta ve diğer hastanelere olan talebi de önleyememektedir. Buradaki amaç, yöre halkının isteklerini yerine getirmek ve yöreye daha fazla personelin çalıştığı bir kurum kazandırmaktır.

Sağlık merkezleri yanında Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri, Aile Planlaması Merkezleri, Verem Savaş Başkanlıkları ve Dişpanserleri, Sıtma Eradikasyon Başkanlıkları, Halk Sağlığı Laboratuvarları gibi örgütlenmeler mevcuttur. Çeşitli tarihlerde kurulmuş ve birçoğu görevlerini başarıyla yapmışlardır. Ancak günümüzde bu hizmetlerin hepsi sağlık merkezleri, sağlık merkezleri yoksa sağlık ocakları çatısı altında verilebilecek hizmetlerdir. Benzer nitelikteki hizmetlerin ayrı birimler tarafından verilmesi hem ekonomik kayba, hem de hizmetlerin dağınık ve verimsiz kalmasına neden olmaktadır.

6. SAĞLIK OCAĞI

224 sayılı Yasanın 10. maddesine göre sağlık ocaklarında koruyucu ve tedavi edici hizmetler bir arada yürütülecek ve herkese eşit sağlık hizmeti sunulacaktır. Sağlık ocakları, kırsal alanlarda sağlık hizmetlerini tek başına yerine getirirken, il ve ilçe merkezlerinde ise diğer sağlık kuruluşları ile birlikte bu görev ifa edilmektedir. “ Ayaktan teşhis ve tedavi ile koruyucu sağlık hizmetlerinin verileceği bir ‘birinci basamak sağlık hizmet sistemi’ gereken şekilde ve düzeyde gelişmemiştir. Birinci basamak hizmet vermek üzere planlanmış olan sağlık ocakları malzeme ve personel eksikliği, personelin motive olmayışı, yer seçiminde yapılmış olan hatalar gibi nedenlerle verimli çalışmamaktadır. Bütün dünyada kabul edilmiş olan birinci basamakta entegre hizmet verme anlayışı

¹⁰¹ Sağlık Bakanlığı, 1997 Yılına Ait Sağlık İstatistik Yıllığı, s.182

gelişmemiştir. Sağlık ocağı ve sağıkevlere entegre hizmet vermek üzere kurulmuşken bunların yanında hala Ana-Çocuk Sağığı Merkezi, Verem Savaş Dispanseri, SSK Dispanseri, Milli Eğitim Dispanseri, özel muayenehane ve poliklinikler, hastane poliklinikleri vb. gibi kuruluşlar mevcuttur. Bu yapı hizmette duplikasyonlara yol açmakta kimi zaman da bazı hizmetlerin hiç kimse tarafından verilemeyişine neden olmaktadır. Aşılama, aile planlaması, dengeli ve sağıklı beslenme eğitimi gibi koruyucu hizmetlerde ulaşılması gereken hedeflerin gerisinde bulunmaktadır.”¹⁰²

Sağık ocaklarında aşırı form ve yazışma söz konusudur. Birbirine benzer ve takibi bile mümkün olmayan form ve yazışmalar sağık ocaklarının birinci görevleri gibi algılanmaktadır. Kent sağık ocakları ile köy sağık ocaklarında aynı form ve yazışmaların yapılması birçok gereksiz işlemi ortaya koymaktadır. Asıl görev olan koruyucu hekimlik ve o yörenin temel sağık hizmetlerini karşılama fonksiyonu ikinci planda kalmaktadır. İstenen istatistiki bilgiler de çok zaman gerçeklerden ziyade arzulanın bilgiler olmaktadır. “ Türkiye’de sağık ve sağık hizmetleri ile ilgili ciddi bir bilgi eksikliği vardır. Toplumun sağık durumunun göstergesi olan mortalite (ölüm) ve morbidite (hastalık) istatistikleri yetersizdir. Sağık hizmetlerine yönelik olarak kullanım hızları, halkın tercihleri, aşılama oranları, çeşitli sağık programlarının halka ulaşması gibi konularda sürekli ve sistematik veri toplanmamaktadır. Hizmetlerin maliyetine yönelik bilgiler yok denecek kadar azdır. Yöneticiler kararlarını bilgiye (enformasyon) dayanarak alma alışkanlığı kazanmamışlardır. Sonuçta toplanan verilerin kalitesinin düşük olduğu, doğruluk ve güvenilirliklerinin denetlenmediğı, bir geri besleme (feed- back) yapısının olmadığı, kullanılmayan fakat toplanan birçok veri olduğu bilinmektedir.”¹⁰³

Sağık ocaklarının yer seçiminde titiz davranılmamaktadır. Köylerde kurulan sağık ocakları genelde köyün dışındaki alanlara yapılmakta bu da ulaşım sorununu ve sağık ocağında çalışan personelin (çoğunlukla bayan) güvenlik sorununu ortaya çıkarmaktadır. Kentlerdeki sağık ocakları da hastane, sağık merkezi gibi diğere sağık kurumlarına çok yakın yerlerde hatta içinde kurulabilmektedir. Bu da benzer faaliyetleri

¹⁰² Sağlık Bakanlığı, Sağıkta Mega Proje, s. 1/6

¹⁰³ Sağlık Bakanlığı, Sağıkta Mega Proje, s.1/25-1/26

yürüten kurumların içiçe olmasına sebep olmakta ve daha küçük olan kurum diğere göre daha etkisiz ve atıl olmaktadır.

Sağlık ocaklarında standart kadro cetvellerine uyulmamaktadır. Özellikle köy sağlık ocaklarında pratisyen hekim, sağlık memuru, ebe ve hemşire eksikliği çekilirken kent sağlık ocaklarında standart fazlası olabilmektedir. Birçok köy sağlık ocağında sağlık memuru yokken hastane, sağlık müdürlüğü gibi birimlerde sağlık memurları amaç dışı işlerde (mutemetlik, büro memurluğu gibi) çalıştırılmaktadır. Açık öğretim kanalıyla ön lisans veya lisans tamamlayan sağlık memuru ve diğer sağlık personeli hastanelerde ve sağlık müdürlüklerinde idari kadrolara geçebilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti ve koruyucu hekimlik hizmetleri için yetiştirilen sağlık personeli (sağlık memuru, ebe, hemşire, sağlık teknisyeni) bir yandan kendi görevi dışında kaldığı için bu hizmetler aksamakta, diğer yandan da görevi dışındaki mesleklere geçtiği için o meslekte yetişmiş yüksek öğrenimli ehil kişilerin (istatistikçi, eğitimci, idareci gibi) kendi görevlerini yapmalarına engel olmakta ve bu kadroları işgal etmektedirler. Bu görevleri de yeterince yerine getirememektedir.

Koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmeti için yetiştirilen diğer önemli personel de pratisyen hekimlerdir. Asli görev alanları olan birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimler yerine büyük çoğunluğu hastane, sağlık müdürlüğü gibi birimlerde çalışmaktadır. Köy yaşam şartlarının iyi olmaması ve kırsal alanda çalışmak için bir ücretlendirme ve gelir sisteminin kurulamamış olması ile kent merkezlerine yönelme söz konusudur. Hastanelerde pratisyen hekimlerin çalışabileceği ve verimli olacağı iş alanları az olduğu için verim düşük olmaktadır. Sağlık müdürlüklerinde de 'hekimlik' hizmetleri dışında idari görevlerde bulunmaktadır.

Sağlık ocaklarında yeterli personel ve malzeme eksikliği, sağlık ocaklarına benzer (birinci basamak ve koruyucu hekimlik) hizmetler sunan birimlerin çokluğu ve hastanelerde (birinci basamak sağlık hizmetleri için) de poliklinik hizmetlerinin veriliyor olması, idari sorunlar ve siyasi baskılar nedeniyle pratisyen hekim ve diğer personelin hizmetlerindeki verim, arzulanan düzeye ulaştırılmamaktadır.

Sağlık ocaklarına uzman hekim ve diş hekimleri genelde tesadüfi olarak atanmaktadır. Diğer sağlık kuruluşlarında kadro fazlası hekim bulunması veya kişisel sorunlar nedeniyle sağlık ocaklarına uzman hekim ve diş hekimleri atanabilmektedir. Sağlık ocağında atanan branş hekimi için bir takım faaliyet ve masraflar yapılmakta, ancak bir zaman sonra ilgili branş hekimi ayrılınca yerine yıllarca atama yapılmayabilmekte ve yapılan masraflar boşa gitmektedir.

“Ağız ve diş sağlığı hizmetleri sağlık ocaklarında veya muayenehanelerinde çalışan diş hekimlerinden sağlanacaktır”.¹⁰⁴ Bakanlığın, diş hizmetlerini özel muayenehanelere kaydırmak istemesi yerinde bir karardır. Ancak sağlık ocaklarında da diş ve ağız sağlığı hizmetlerini sunma kararı yanlıştır. Çünkü üniversite hastaneleri dışındaki kamu kurumlarında (hastane, sağlık ocağı, sağlık merkezi) diş üniteleri yeterli kalitede hizmet sunamamaktadırlar. Kamu kurumlarında çalışan diş hekimlerinin genelde özel muayenehaneleri mevcuttur. Kamu kurumlarında daha az, basit ve rutin işler yapan diş hekimleri asıl önemli hizmetleri özel muayenehanelerinde yaparak çalıştıkları kamu kurumunu da özel muayenehaneleri için köprü olarak kullanabilmektedirler. Ayrıca kamu kurumlarında çalışan diş hekimleri, serbest çalışan meslektaşlarına karşı kamu kurumunun avantajlarından dolayı üstünlük sağlamaktadırlar.

Sağlık ocaklarında ebe ve sağlık memuruna çok fazla görev verilmektedir. Bu görevlerin yerine getirilmesi eldeki imkanlarla paralel olmadığı gibi bu görevlerin yerine getirilmesinde denetim de mümkün olmamaktadır. “Geziler genellikle sağlık ocağı taşıt aracı ile yapılır. Ancak taşıt aracı bulunmayan ocaklarda ya da taşıt aracı gidemeyecek köylere geziler ödenek ve öteki olanaklar arasında gerektiğinde at, araba ve kızak kiralanarak yapılmaktadır. Bu olanakların hiçbirinin sağlanamadığı durumlarda geziler yürüyerek yapılacak, hizmet aksatılmayacaktır.”¹⁰⁵ Geziler birinci derecede ebe ve sağlık memurunun görevidir. Tüm yazışmalar, ayniyat, büro memurluğu (tıbbi sekreter yoksa), istatistik çalışmaları, her türlü çevre ve halk sağlığı denetim ve kontrolleri, laboratuvar hizmetleri sağlık ocağına ihtiyaç olan malzemelerin temini sağlık memurunun görevleri arasındadır. Doğum yaptırmak, doğum ve ölümlerin tespiti, ana-çocuk sağlığı hizmetleri,

¹⁰⁴ Nevzat EREN, a.g.e., s.138

¹⁰⁵ Nevzat EREN, a.g.e., s.138

aile planlaması hizmetleri ve hemşirenin yapması gereken tüm görevler (hemşireyle birlikte) ebenin görevleri arasındadır. Bağışıklama, sağlık eğitimi, okul sağlığı hizmetleri ebe ve sağlık memurunun görevleridir. Hemşire yokken hemşirenin görevleri ebe ve sağlık memuru tarafından üstlenilmektedir. Tıbbi sekreter bulunmadığı zaman görevleri sağlık memuruna aittir. Hekim yokken sağlık ocağını temsil eden sağlık memurudur. Sağlık memuru ve ebe bulunmadığı hallerde ise bu görevler yürütülememekte, diğer görevliler bu hizmetleri yerine getirememektedirler.

Ülkemizde hasta sevk zinciri kurulamadığı için kırsal sağlık ocağında hekimin asli görevi olan poliklinik hizmetlerinden yeterince fayda sağlanamamaktadır. Hasta bireyler ya doğrudan hastanelere giderek muayene olmakta ya da köy sağlık ocağında muayene olsalar bile tekrar hastaneye giderek muayene olup aynı işi tekrarlamaktadırlar. Sağlık ocaklarında hekimlere daha az sorumluluk verildiği için sağlık ocağı sorunları ile ilgileri de daha az olmaktadır.

7. SAĞLIKEVİ

Sağlıkevleri, sağlık sisteminin en küçük birimleridir. Bünyesinde bir ebe kadrosu bulunmaktadır. Çalışmaları bağlı olduğu sağlık ocağı ile entegredir. Sağlık ocaklarının faaliyetleri kendisine bağlı sağlıkevlerini de kapsar.

Sağlıkevinde bir ebe kadrosu bulunduğundan sağlıkevinde tüm görevler ebenin görevleri olmaktadır. Sağlıkevine bağlı köylerdeki sağlık hizmetleri sağlıkevi ebesi üstlenmektedir. Bu görevlerin yerine getirilmesinde denetim yetersiz, imkanlar sınırlıdır. Verilen görevlerin usulüne uygun olarak yapılması yerine usulüne uygun hale getirilmesi anlayışı ön plandadır.

Sağlıkevleri genelde personeli olmayan boş binalar durumundadır. Bunun sebepleri vardır. Birinci sebep, sağlıkevlerinin yer seçiminde yapılmış olan hatalardır. Köyün dışında ve uygun olmayan yerlere inşa edilen sağlıkevlerine hem halkın ulaşımı güç olmakta, hem de ebe ve ailesinin güvenlik sorunu ortaya çıkmaktadır; ikinci sebep, personel atamalarındaki hukuki boşluklardır. Sağlıkevinde görevlendirilecek ebelerde atanmaları ile ilgili hiç bir kıstas yoktur. Kimi ebeler şehir merkezlerinde görev yaparken,

kimide sağlık evlerine atanmaktadır. Sağlık evlerinde hizmetin süresi de yoktur. Atamada olduğu gibi ayrılımda da kişisel etmenler geçerlidir. Köylere hızlandırılmış kurs eğitimiyle mezun olanların atanmayıp okul mezunlarının atanması istihdamda sorunlar yaratmış ve huzursuzluklara sebep olmuştur; üçüncü sebepte, aynı eğitim, bilgi ve statüye sahip hemşire ve ebe-hemşire ayrımı, istihdamda zorluklar yaratmaktadır. Ebe-hemşire, bir hemşirenin tüm görevlerini yapabilmekte ve hemşireden farkı doğum yaptırabilmesidir. Bu fark hemşirelerin sağlık evlerine atanmasını engellemektedir.

Bakanlık, reform çalışmalarında sağlık evinde bir ebe yanında sağlık memuruna da görev vermek istemektedir.¹⁰⁶ Bakanlık, sağlık evlerinde görev yapacak ebe bulmakta zorluk çekerken, sağlık ocaklarında sağlık memurlarını istihdam edemezken sağlık evlerine sağlık memuru atama düşüncesi gerçekçi değildir. Ayrıca, sağlık evlerinin işlevi ve eldeki imkanlar dikkate alınacak olursa ebe-hemşireden başka personelin verimli çalışması da mümkün değildir.

8. SAĞLIK MESLEK ÖRGÜTLERİ (TEŞEKKÜLLERİ)

“Sağlık personelinin mesleki örgütlenmeleri tam değildir.”¹⁰⁷ Sağlık meslek grupları ‘oda’ veya ‘dernek’ şeklinde örgütlenmişlerdir. Oda şeklinde örgütlenen meslek grupları daha etkindir. Bu meslek grupları Tabipler Odası, Eczacılar Odası ve Dış Hekimleri Odasıdır. Tabipler Odasının etkinliği daha fazladır. Diğer meslek grupları dernek şeklinde örgütlenmiş olup hemen hemen hiç bir etkinlikleri yoktur. Zaten varlıkları da ‘demokratik bir görüntü sağlasın’ diye istenmektedir.

Kimi meslek gruplarının hiç bir örgütlenmesi yoktur. Yasal düzenlemeler yapılırsa bile meslek gruplarının mensupları ekonomik güce ve sağlık teşkilatında etkin görevlere sahip değillerse varlık göstermeleri zor olmaktadır.

¹⁰⁶ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.2/2.

¹⁰⁷ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.53

Çağdaş anlamda meslek kuruluşları mesleği disiplin altına almak, üyelerin ahlaki ilkeler içinde çalışmalarını sağlamak ve mesleğin onurunu korumak amacı güderler. Oysa ülkemizde daha çok görülen; meslek kuruluşları, üyelerinin çıkarlarını korumak ve onları her şartta (haklı-haksız) savunmak amacı güderler. Tabipler Odası da meslektaşlarını korumak için bir kalkan vazifesi görmektedir.

9. ULUSAL SAĞLIK AKADEMİSİ

Sağlık, birçok bakanlık, özerk ve özel kuruluşların içinde bulunduğu ve tüm toplum kesimlerinin ilgili olduğu bir sistemdir. “Standartların geliştirileceği ve referans bir kuruluş olarak sağlıkla ilgili herhangi bir konuda son bilimsel değerlendirmeyi yapabilecek kurumsallaşma sağlanamamıştır.”¹⁰⁸ Gıda, ilaç, kimyasal maddelerin denetim ve kontrolü gibi konularda bir standart ve birlik yoktur. Her bireyin sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı (sağlık hakkı) kurumsallaşmamıştır. Her bakanlık, her birim hatta her yeni gelen yönetim kadroları günün şartlarına göre hareket etmekte, ortak ilke ve prensiplerin olduğu bir ‘ulusal sağlık politikası’ oluşturulamadığı için de sağlık sisteminde bir dağınıklık söz konusu olmaktadır.

“Sağlık konusu bütün dünyada güncelliğini korumakta, çeşitli ülkelerde yeni uygulamalar, sistem değişiklikleri yapılmaktadır. Ne var ki Türkiye bu gelişmeleri sistemli bir şekilde takip etmemekte, bu tür çalışmalar bireysel çabalar olarak kalmaktadır.”¹⁰⁹ Sağlık politikaları ile ilgili gelişmelere günü gününe izleyebilen, sağlık sektöründeki kaynakları koordineli bir şekilde kullanabilen, birbirlerinin çalışmalarını tamamlayıcı, uluslararası tecrübeleri ve bilgi akımını hükümetlerin çalışmalarında ışık tutacak ve yol gösterecek bir ulusal politikanın gerçekleştirilmesi gerekirken bu noktaya henüz gelinememiştir. Tüm çalışma ve faaliyetler, sağlık sistemi içindeki ilgili kesimlerce ele alınıp incelenmesi ve karar verilmesi gerekirken bu yapılamamaktadır. Sağlıkta ilgili kararlar sadece doktorlara ve tıp fakültelerine ilgilendirdiğine dair kanı vardır. “Sağlık sadece sağlık sektörünün değil hemen bütün sektörlerin katılımı ile ulaşılabilecek bir iyilik halidir. Bu nedenle tıp ile sağlığı özdeşleştirmek yanlıştır. Toplumun ve bireylerin sağlıklı olması dışında bir çok bilim dalının konusunu oluşturmaktadır. Sağlık sektöründe de

¹⁰⁸ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.1/26-1/27.

¹⁰⁹ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.16

ekonomiden finansmana, hukuktan bilgi teknolojisine, sosyoloji ve antropolojiden tarihe kadar bir çok bilimsel disiplinden yararlanması gerekir. gelişmiş batı ülkelerinde sağlık ekonomisi, sağlık finansmanı, sağlık hukuku, sağlık mimarisi, sağlık sosyolojisi gibi bir çok anabilim dalları ortaya çıkmıştır. Ancak Türkiye’de sağlık tıp fakülteleri içerisinde kalmış, sağlığın sosyal yönü yine tıp fakültelerindeki halk sağlığı bölümleri tarafından ele alınmıştır. Fakat bu bölümlerin ilgi alanları da sınırlı kalmış ve sağlığın disiplinler arası gelişimine olanak tanıyacak bilimsel altyapı oluşmamıştır.”¹¹⁰

Sağlık Bakanlığı reform çalışmalarında, kendi örgüt yapısı içinde bilimsel olarak özerk, katma bütçeli bir kuruluş niteliğinde ‘USA’nin kurulacağı açıklanmaktadır.¹¹¹ Akademi yönetimi hakkında katılımına meydan verecek şekilde gerçekleştirilecektir.

Ulusal sağlık politikasının oluşturulması ve tüm sağlık sektörünün bir disiplin ve program içinde hareket etmesini sağlaması açısından USA’sini kurmak şüphesiz çok yararlı olacaktır. Ancak SB. içinde bu özerkliğin korunması mümkün olmayabilir. Alışık olduğumuz büyük vaad ve sözlerle kurulan ancak formaliteleri yerine getiren ve şeklen var olan bir çok kuruluş gibi olması muhtemeldir.

USA, SB.’na mı yoksa Başbakanlığa mı bağlı olmalı? tartışılmalıdır. Çünkü sağlık sistemi birden fazla bakanlık, özerk kuruluşlar ve özel sektöründe içinde yer aldığı geniş bir sistemdir. Sadece SB.’na bağlı kalması halinde ulusal olmaktan çıkıp bağlı olduğu bakanlığın politikalarına hizmet eden bir kuruluş haline gelebilir. Kararları sadece bir bakanlığı ilgilendirir. Bakanlıklar arası koordinasyonu sağlayacak bir kurum olmaktan çıkabilir.

USA üyelerinin seçimi de kurumun özerk yapısının korunması açısından önemlidir. USA üyeleri SB. tarafından belirlenirse bu kurum özerklik özelliğini kaybedebilir.

¹¹⁰ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.1/26.

¹¹¹ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.14

SB., reform çalışmalarında¹¹² USA'nin fizibilite çalışmalarının 1993 yılında tamamlanacağı ve 1997 yılında tüm fonksiyonlarıyla hizmete geçeceği belirtilmiştir. Ancak günümüzde USA ile ilgili hiç bir gelişme olmamıştır.

10. SAĞLIK ENFORMASYON SİSTEMİ

Sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesiyle ilgili bilgiler sürekli ve sistematik olarak toplanamamakta ve elde edilen verilerden de azami olarak yararlanılamamaktadır. “birçok başka ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık yönteminin bilgiye dayandığını söylemek zordur. Sağlık planlamasını ve yönetimini destekleyecek bilgi elde edilememektedir. ... Toplanan verilerin kalitesinin düşük olduğu, doğruluk ve güvenilirliklerinin denetlenmediği, mevcut sistemde bir geri besleme yapısının yer almadığı, toplanan veri ve bilginin istatistik bülteninden öteye geçmediği, çoğu yöneticilerin bilgiyi nasıl kullanacaklarını bilmedikleri, kullanılmayan ama toplanan bir çok veri olduğu, etkin bilgisayar desteğinden yoksun olduğu, eldeki bilgisayarların da verimli bir şekilde kullanılmadığı bilinmektedir.”¹¹³

Ülkemizde Sağlık Enformasyon Sistemi (S.E.S.)’nin çağdaş ülkeler düzeyine gelmemesinin başlıca sebepleri şunlardır:

SES.’ne temel teşkil edecek istatistik çalışmalarını yapan birimlerde çalışan personel için istatistik bilmi ile ilgili eğitim mezunu olma şartı yoktur. İstatistik biliminden uzak yöneticiler istatistik çalışmalarına bilimsel ve sistematik bir yapıyı kazandıramamışlardır.

Hizmetlerin maliyetlerine yönelik bilgiler oldukça azdır ve gerçeklerden uzaktır.

¹¹² Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.2/25

¹¹³ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.15

Sağlık sisteminde istenilen bilgiler birçok zaman gerçek bilgilere tercih edilmektedir. DST verileriyle ülkemizdeki istatistiki veriler çelişebilmektedir.¹¹⁴ İstatistiki sonuçlardaki gerçekler ile beklentiler farklı olduğu için astlardan beklentiler doğrultusunda veri istenmekte bu da yanıltıcı sonuçlara sebep olmaktadır.

Ne kadar iyi bilgi toplanıp, yöneticilerde bu bilgilerle donatılmış olursa olsun, yöneticilerin keyfi ve siyasi tercihleri bu bilgilere tercih edilebilmektedir.

Amaçsız ve çok sayıda bilgi istenmesi de doğru neticelerin alınmasını engellemekte ve karmaşaya neden olmaktadır.

İstatistik çalışmalarında istenilen bilgilerle, bu bilgileri elde etmek için imkanlar orantılı değildir. Bir çok zaman istatistik çalışmaları sadece formaliteleri yerine getirmek için yapılmaktadır.

“Yönetim süreci içerisinde önceliklerin belirlenmesi, eldeki para, insangücü, malzeme gibi kaynakların bu önceliklere göre nasıl kullanılacağına yönelik kararlar silsilesi vardır. Yöneticiler bu kararları alırken gereken bütün bilgilerle donanmış olmalıdır. Bilgi ise toplanan verilerden elde edilir. öncelikle hangi karar için hangi bilgiye ihtiyaç olduğunun tespiti, bu bilgiyi elde etmek için hangi verilerin toplanacağını ortaya konulması gerekir. Daha sonra bu veriler toplanır, işlenerek bilgi haline getirilir ve her düzeydeki yöneticinin kendi sorumluluk alanları ile ilgili kararları almaları için kullanılır. İşte bu sistemin tümüne SES. denir.”¹¹⁵ Bu düşüncelere uygun olarak SB., SES.’ni kurmayı hedeflemektedir. Bu birim il ve ilçe düzeyinde örgütlenecektir.

SB., SES’ni 1997 yılında tüm Türkiye’de işler hale getirmeyi amaçlamaktadır.¹¹⁶ Ancak günümüzde SES. ile ilgili herhangi bir gelişme olmamıştır.

¹¹⁴ DST. Verileri, olağan hallerdeki nüfus kraterlerini verir. Ülkemizde ise ekonomik, sosyal ve kültürel nedenlerden dolayı nüfus hareketliliği vardır. Bazı yöreler göç verirken, bazı yörelerde göç almakla bu göçlerde de genelde genç nüfus bulunduğu için standart kriterler değişebilmektedir.

¹¹⁵ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.16.

¹¹⁶ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.1.

11. HASTANELER

Hemen her türlü sağlık hizmetlerinin verildiği, verilebildiği ve verilmesinin mümkün olduğu hastaneler, sağlık sisteminin en önemli unsurlarıdır.

Bir yandan kaliteli sağlık hizmeti sunmak, diğer yandan da en düşük maliyetle bu hizmetleri yerine getirmek bir zarurettir. Bu durum ülkemizde olduğu kadar tüm dünyada geçerlidir. Kaliteli ve düşük maliyetli hizmet 'verimlilik' kavramını ön plana çıkarmaktadır. "Verimliliğin ve etkinliğin artırılmasında en önemli etmenlerden biri 'yönetim ve organizasyon' dur."¹¹⁷

Hastanelerin yönetimi, diğer kurum ve işletmelere göre oldukça zor, karmaşık ve komplekstir. Hitap ettiği kesim hasta, yaralı ve bakıma muhtaç insanlar ile yakınlarıdır.

Hastaneler, hemen her meslek branşından personel çalıştıran, tedavi ve diğer sağlık hizmetlerini yerine getiren ve bunun yanında birçok hizmeti de (yerine göre otel, ev, lokanta, okul, bakımevi, üretim birimi, hizmet sektörü vb.) beraberinde sunan, sürekli faal ve hiç kapanmayan kuruluşlardır. Ayrıca hizmetlerin verilmesinde gerekli olan ihtiyaçlar (su, elektrik, yiyecek, haberleşme, temizlik, tıbbi malzeme ve cihazlar, ambulans vs.) sürekli hazır bulundurulmak zorundadır.

Bu nedenlerden dolayı hastane işletmeciliği ve yönetimi, çok iyi uzmanlaşmış yöneticiler ve ekip halinde verilmesinin yararı büyüktür. İnsanlığın istemese de gitmekten vazgeçemeyeceği kurumlar olan hastanelerin bugünkünden daha iyi olması ve gelişmiş ülkelerdeki sağlık standartlarının yakalanabilmesi en önemli hedef olmalıdır. "Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye'deki hastane hizmetlerinin verimli ve etkin olmadıkları görülmektedir. Sözgelisi hastanelerimizde yatak işgal oranı düşük, ortalama kalış süresi uzun, poliklinik sayısındaki artış oranına göre yatırılan hasta sayısındaki artış oranı düşüktür. Verilerin tedavi hizmetleri pek çok hastanede istenilen nitelikte değildir. Hastaneye başvuran hastaların bir çoğu yeterli tedaviyi alamamaktadır."¹¹⁸

¹¹⁷ Hikmet SEÇİM, a.g.e., s.2

¹¹⁸ Hikmet SEÇİM, a.g.e., s.2

Hastaneler ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunmak üzere kurulmuş teşekküllerdir. Ancak hastaneler bu hizmetleri yanında yoğun bir şekilde birinci basamak poliklinik hizmeti de vermektedirler. Gelişmiş ülkelerde ise hastaneler sadece ana fonksiyonları olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti vermektedirler. “Almanya’da hastanelerde poliklinik yoktur. Hiç bir hasta acil durum hariç doğrudan hastaneye gidemez”¹¹⁹ Ülkemizde asıl birinci basamak sağlık hizmetleri hastanelerde verilmektedir. Hatta sağlık ocaklarında muayene olan kimseler tekrar hastane polikliniklerine giderek muayene olmakta ve aynı işin tekrarını yapmaktadırlar. “Ülkemizde birinci basamak hizmetler gerektiği gibi gelişmemiş ve hasta sevk zinciri kurulmamış olduğundan hastalar doğrudan hastaneye başvurumaktadırlar. Aslında vakaların % 90-95’inin birinci basamakta sonuçlandırılıp % 5-10’unun hastaneye sevk edilmesi gerekirken bugün hastalar hiç bir sınırlamaya tabi olmaksızın en küçük sorunları için bile doğrudan hastaneye başvurmakta buda kalabalıklara, kuyruklara neden olmaktadır.”¹²⁰

Hastanelerde genel bütçe yanında döner sermaye biriminin de bulunduğu iki ayrı bütçe mevcuttur. Mali-idari işleri yürüten hastane müdürünün dışında döner sermaye saymanlığının bulunması hastane mali işlerinde iki başlılığı ortaya koymaktadır.

Gerek genel bütçe ve gerekse döner sermayeden yapılan satın almalarda (ihalelerde) ita amirliği ve tahakkuk amirliği pozisyonları karışıklıklara sebep olmaktadır. Genel bütçeden yapılan satın almalarda, il merkezleriyle nüfusun 35.000’i geçen ilçelerde ita amiri başhekim, tahakkuk amiri ise hastane müdürüdür. Bu durumda işler daha iyi yürümekte ve kurum amiri başhekim ile idari-mali işlerden sorumlu hastane müdürü yetkili ve aynı zamanda sorumlu olmaktadır. Ancak genel bütçe alımlarında nüfusu 35.000’in altında olan ilçelerde ita amiri kaymakam, tahakkuk amiri ise başhekimdir. Bu durumda idari-mali işleri yürüten ve ihaleyi hazırlayan hastane müdürü hiç bir sorumluluk taşımazken konuya vakıf olmayan ve kurum dışında bulunan kaymakam ile asıl mesleği hekim olan başhekim hem sorumlu hem yetkili olmakta ve bu ihalelerde işleyiş açısından zaman zaman aksaklıklar görülebilmektedir. Döner sermayeden yapılan satın almalarda ise başhekimin ita amiri, başhekim yardımcısının da tahakkuk amiri olması hem hastanede

¹¹⁹ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Mega Proje*, s.1/7.

¹²⁰ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Mega Proje*, s.1/7.

mali işlerden sorumlu olan hastane müdürünü döner sermayeden yapılan satın alma işlemlerinin dışında bırakmakta hem de başhekimlik makamının her iki görevi birlikte (ita amirliği ve tahakkuk amirliği) üstlenmesine neden olmaktadır. Bu durumda hekimler hem kendi meslekleri dışındaki görevlerle meşgul olmakta, hem de vakıf olmadıkları ve hassas bir konu olan ihalelerde sadece 'imzalayan' konumunda kalmaktadırlar.

Sağlık mevzuatı çok yetersiz ve karmaşık olup, bu durum hastanelerde daha çok hissedilmektedir. Yetki ve sorumluluklar dengeli değildir. Yetkilerin toplandığı amirler (özellikle başhekim yardımcıları) yönetime daha az katkıda bulunurken, sorumlulukların toplandığı amirler (hastane müdürlüğü, başhemşirelik, klinik sorumluları, teknik personel) yönetime daha çok katkıda bulunmakta bu da yetki kargaşasına neden olmaktadır.

"Hastane çalışanları motive olmamıştır. Çalışmaya ve faydaya dayalı bir ücretlendirme, liyakata dayalı bir hiyerarşi sistemi yoktur."¹²¹ Hastane personeli sürekli tayin baskıları, değişik kademe ve düzeylerdeki eğitim yöntemleri ile elde edilen ünvanlar, ücretlendirme sistemindeki karışıklıklar, mevzuatın yetersiz ve hiyerarşik silsilenin karmaşık olması, amirlerin usulsüz yöntemlerle atanması ve ünvanlı kadroların kişisel ve politik faktörlerle elde edilmesi personeli huzursuz etmekte ve işe bağlılığını engellemektedir.

Tüm kamu hastanelerinde sorunlar mevcuttur. Ancak, SB. ve SSK hastanelerindeki sorunlar diğer kamu kurumlarına bağlı hastanelerden daha çok dikkat çekmektedir. Bunun sebebi diğer kamu kurumlarına ait hastaneler belli meslek branşlarına hizmet vermekte ve çok az kitleye hitap etmektedir. Ayrıca bu hastanelerde (SB., SSK ve Üniversite hastaneleri dışındaki kamu hastaneleri) 'verimlilik' kavramı ön plana çıkmamaktadır. "Toplam yatakların % 70'inden fazlasına sahip olan SB. ve SSK hastaneleri sorunların özellikle yoğunlaştığı kurumlardır."¹²²

¹²¹ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.51.

¹²² Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.51.

Sağlık personelinin hastane içindeki istihdamı ve hastaneler arası dağılımı dengesizdir. “Kimi hastanelerde yetişmiş insangücünün bulunmasına rağmen bunların kullanacağı tıbbi cihaz ve malzemenin olmayışı, kimi hastanelerde cihaz ve malzeme bulunmasına karşın personel olmayışı, hastane çalışanlarının yeterli hizmetiçi eğitim almamaları, maliyet kavramının ve maliyet hesaplama yöntemlerinin gelişmemiş olması verimliliği düşüren başka nedenlerdir. ancak verimsizliğin en önemli üç nedeni ;

- Aşırı merkeziyetçilik
- Profesyonel hastane yöneticiliğinin gelişmemiş olması ve
- Hastaneler arasında rekabet unsurunun olmayışıdır.”¹²³

Hastanelerde kadro kıstas cetveline göre 50-100 yatak sayısı arasında 1 başhekim yardımcısı, 1 müdür yardımcısı ve 1 başhemşire yardımcısı kadrosu bulunmaktadır. 100 yatakta 2, bundan sonra artan her 100 yatakta bir yardımcı sayısı (her üç meslekte) ilave edilmektedir. Bu üç ayrı mesleğin yardımcılarının eşit olması ciddi bir standart örneği değildir. Fonksiyonları farklı olan bu mesleklerin etkinlikleri de farklıdır. Yapacakları faaliyetlere ve katkılarına göre ‘yardımcı’ sayısı belirlenmelidir.

Hastanelerde standart kadrolar gereğinden çok fazladır. Buna, kadro standartları ile ilgili üç ayrı tarihte çıkarılmış yönetmeliklerden 75 yataklı bir kadın-doğum hastanesini örnek göstererek açıklayabiliriz.

¹²³ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.51

75 Yataklı Kadın-Doğum ve Çocuk Bakımevi

	11.07.1979 tarih ve 16693 Sayılı Yönetmelik	26.10.1994 tarih ve 22093 Sayılı Yönetmelik	12 Aralık 1995 tarih ve 22491 Sayılı Yönetmelik
Pratisyen Hekim	-	2	6
Hast.Müd. Yard.	-	-	1
Baştabip Yard.	-	-	1
Sağ.Mem.(Lab.)	1	4	10
Sağ.Mem.(Tıbbi Sek.)	-	-	2
Sağ.Mem. (Toplum Sağ.)	-	-	2
Sağ.Mem. (Röntgen)	1	1	6
Sosyal Çalışmacı	1	1	1
Psikolog	-	-	2
Veri hazırlama ve Kontrol işletmeni	-	-	6

Tablo 1: 75 Yataklı Kadın-Doğum ve Çocuk Bakımevi'ne Ait Kadro Kıstasları İle İlgili Örnek.

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi bir yıl arayla çıkarılan iki yönetmelik arasında standart kadro sayılarında büyük farklar vardır. 75 yataklı bir kadın-doğum hastanesinde pratisyen hekim kadrosu bulunmazken 1994 tarihli Yönetmelikte 2, 1995 tarihli Yönetmelikte ise 6'ya yükselmiştir. 1994 tarihli Yönetmeliklerde toplum sağlığı sağlık memuru kadrosu bulunmazken 1995 tarihli Yönetmelikte 2 olmuştur. Bu hastanelerde pratisyen hekim ve toplum sağlığı sağlık memuru kadrosu yokken bir yıl arayla pratisyen hekim kadrosunun 6'ya çıkması ve sağlık memuru (Top.Sağ.) kadrosunun iki olmasının gerekçesi nedir? Birinci basamak sağlık hizmetleri için elzem olan ve 1992 tarihli reform çalışmalarında koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmetleri için

eksikliğinden bahsedilirken 1994 ve 1995 tarihli Yönetmeliklerde pratisyen hekim kadrosu önce 2'ye, sonra 6'ya yükselmiştir. Top.Sağ. sağlık memuru kadrosu da iki olmuştur. Bu hastanede 1 laboratuvar teknisyeni kadrosu mevcutken 10 olmuştur. Röntgen sağlık memuru kadrosu da 1994 tarihli Yönetmelikte 1'iken 6 olmuştur. 75 yataklı bir kadın-doğum hastanesinde bir sosyal çalışmacı kadrosu yanında 1995 tarihli Yönetmelikte 2 psikolog kadrosu eklenmiştir. 1994 tarihli Yönetmelikte veri hazırlama ve kontrol işletmeni kadrosu mevcut değilken 1995 tarihinde 6 olmuştur. Bu hastanelerde toplam sağlık memuru kadrosu 1994 tarihinden önce sadece 1'ken, 1994 tarihli Yönetmelikte 4, 1995 tarihli Yönetmelikte ise 14 olmuştur.

200 Yataklı Kemik Hastanesi

	24.11.1974 tarih ve 15072 sayılı yönetmelik	26.10.1994 tarih ve 22093 sayılı yönetmelik	12.Aralık 1995 tarih ve 22491 sayılı yönetmelik
Pratisyen Hekim	-	2	5
Diş Tabibi	-	1	1
Sağ.Mem.(Tıbbi Sek.)	-	-	4
Sağ.Mem. (Top.Sağ.)	-	-	8
Sağ.Mem.(Anestezi)	2	3	8
Sağ.Mem.(Lab.)	2	3	5
Sağ.Mem.(Röntgen)	1	2	8
Veri hazırlama ve Kontrol işletmeni	-	2	8

Tablo 2: 200 Yataklı Kemik Hastanesine Ait Kadro Kıstasları İle İlgili Örnek.

50 Yataklı Çocuk Hastanesi

Pratisyen Hekim	1	4	6
Sağ.Mem.(Tıbbi Sek.)	-	-	2
Sağ.Mem. (Lab.)	1	2	10
Sağ.Mem. (Röntgen)	1	2	10
Sağ.Mem. (Anestezi)	1	2	6

Tablo 3: 50 Yataklı Çocuk Hastanesine Ait Kadro Kıstaslarıyla İlgili Örnek

Yukarıda örnekleri sunulan standart kadro cetvellerinde görüldüğü gibi standart kadrolar, bilimsel verilerden ziyade birçok personeli istihdam etmeyi hedefleyen bir düşüncenin ürünüdür. Ayrıca hastanelerde personel istihdamında görülen bir unsur da bu standart kadrolara bakılmaksızın atamaların yapılabilmesidir. Hem bu standart kadroların üstünde atama yapılabildiği gibi hem de standart kadrolarda bulunmayan meslek branşlarından da atama yapılabilmektedir.

Göhlisar Devlet Hastanesi (100 Yataklı)

	1995 Tarihli Standart Kadro Cetveli	Mevcut Kadro (1998)
Ebe	5	22
Sağ.Mem.(Röntgen)	3	8
Sağ.Mem.(Top.Sağ.)	7	15
Müdür Yrd.	1	3
Uzman Tabip	22	2

Tablo 4: Göhlisar Devlet Hastanesine Ait Standart Kadro ve Mevcut Kadro İle İlgili Örnek

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmeti için gerekli olan ebe, standart kadro cetvelinde 5' iken, bu hastanedeki mevcudu 22'dir. Yine koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmeti için yetiştirilen ve birçok sağlık ocağında eksikliği çekilen sağlık memuru (Top.Sağ.) bu hastanede kadro sayısı 7'dir. Aslında bu rakam yüksek bir rakamdır. Ancak mevcut kadroda ise bu sayı 15'dir. Röntgen sağlık memuru sayısı 3 iken mevcut 8, müdür yardımcısı kadrosu 1 iken mevcut 3'tür. Uzman hekim kadrosu 22'iken bu hastanede sadece 2'dir. Bu da göstermektedir ki asıl ihtiyaç olan mesleklerde (Örnek uzman hekim) büyük eksiklikler çekilirken ihtiyaç olmayan dallarda ise fazlalık vardır.

Eğirdir Kemik Hastalıkları Hastanesi (400 Yatak)

	1995 Tarihli Yönetmelik	Mevcut
Diş Hekimi	2	2
Sağ.Mem.(lab.)	7	13
Sağ.Mem. (Röntgen)	5	9
Sağ.Mem. (Top.Sağ.)	8	8
Sağ.Mem.(Ortopedi)	12	2
Pratisyen Hekim	6	6
Ebe	-	16
Hemşire	200	64
Şöför	3	10
Fizyoterapist	20	8

Tablo 5: Eğirdir Kemik Hastanesine Ait Standart Kadro ve Mevcut Kadro İle İlgili Örnek.

Bir kemik hastanesinde 2 diş hekimi kadrosu lükstür. Sağlık memuru (Top.Sağ.) kadrosu 8, pratisyen hekim sayısı 6 olup bu israftır. Bu mesleklerin ikinci basamak sağlık hizmeti veren bir branş hastanesinde verimli olması mümkün değildir. 200 hemşire kadrosu mevcutken bu sayı 64'tür. Küçük bir ilçede kurulan bu büyük hastanede personel tutmak güçleşmektedir. Ebe-hemşire, bir hemşirenin görevlerini yerine getirebileceği için bu hastanede ebe-hemşire kadrosu bulunmamasına rağmen hemşire eksikliği ebe-hemşire tarafından karşılanmaktadır. Bu durumda da birinci basamak sağlık hizmetleri aksamaktadır. Hemşire ile ebe-hemşire kadrolarının ayrı olması istihdamda zorluklara sebep olmaktadır. Bu hastanede şoför kadrosu 3'iken mevcut 10'dur. Öncelikli ihtiyaç olan ortopedi teknisyeni kadrosu 12 olmasına rağmen mevcut 2'dir. Fizyoterapist kadrosu 20 iken 1997 yılının sonunda 1'e inmiştir. Kemik hastalıkları hastanesi bünyesinde fizik tedavi merkezi açılacağı için 8 fizyoterapist atanmış olup 1998 yılının başında bu rakam 9'a yükselmiş, 1998 yılının sonunda ise 8'e inmiştir. Kırsal sağlık ocaklarında çalışması gereken pratisyen hekim, sağlık memuru gibi meslekler ile gereğinden fazlası atıl

olan şoför, idareci gibi mesleklerde fazlalık varken ihtiyaç olan mesleklerde ise eksiklik vardır.

Görüldüğü gibi, standart kadrolar iyi hazırlanarak tespit edilmemiştir. Üstelik bu standart kadrolara da bakılmaksızın atamalar yapılabilmektedir. Ayrıca süresiz geçici atamalar, vekaleten ve tedviren atamalar da mevcut olup, bu şekildeki atamalar çok yaygındır. Gelişigüzel hazırlanmış standart kadro cetvelleri ve gelişigüzel yapılan atamalar bir yandan verimsizliğe neden olurken diğer yönden personelin ihtiyaç duyulan ilgili kurumlarda istihdamını da engellemektedir. 25 yataklı bir devlet hastanesinde sağlık memuru (Top.Sağ.) sayısı 1994 tarihli yönetmelikte 8'iken 1995 tarihli Yönetmelikte 19'a, 50 yataklı bir devlet hastanesinde ise 13'ten 27'ye yükselmiştir. Bir yıl zarfında 8'den 19'a, 13'ten 27'ye yükselmesinde hangi etmenler rol oynamıştır? Koruyucu hekimlik ve birinci basamak hizmetleri için yetiştirilen bu meslek mensuplarına ikinci basamak sağlık hizmeti veren bir kadın doğum ve çocuk bakımevi hastanesindeki istihdamında amaçlanan nedir?

Hastanelerin verimliliğini engelleyen diğer bir neden standart yatak sayılarının düşürülmesidir. Hastanelerin en az 50 yataklı olması gerektiği YTKİY.'nde öngörülmüş olmasına rağmen günümüzde hastane yatak sayısı 10 yatağa kadar düşmüştür. 12 Aralık 1995 tarih ve 22491 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan Kadro Kıstasları İle İlgili Yönetmelikte 10 yataklı dış hastanesine toplam 128 personel tahsis edilmiştir. Standart kadrolara uyulmaksızın atamalar yapılabildiğine göre bu rakam daha da artabilir. 50 yataktan az sayıda kapasitesi olan hastanelerde verimin düşük olması kaçınılmazdır. Bu kurumlar hastane yerine sağlık merkezi olarak kurulup daha az personel çalıştırarak ve bürokratik işlemleri de en aza indirerek daha verimli olabilirlerdi. 10 yataklı hastane için en az 128 personel tahsis edilmiştir. Bir hastane için yapılması gereken tüm masraflar yapılmakta bu da verimsizliği kaçınılmaz hale getirmektedir.

Ülkemizde siyasi baskı ve oy kaygısıyla birçok hastane açılmaktadır. Ya sağlık merkezleri hastaneye dönüştürülmekle ya da yeni hastaneler yapılmaktadır. "Türkiye'deki hastanelerin sayısı yetersiz olduğu konusundaki kanı doğru değildir... Yatak kullanım oranları % 45-50'ler civarındadır. Bu da Türkiye'de her iki hastane yatağından birisinin

boş olduğunu göstermektedir.”¹²⁴ Yerel politik baskılar sonucu oluşan bu durum hem kaynak israfına neden olmakta, hem de gerçek hastane hizmetlerinin halka ulaşmasında istenilen etkinliği sağlayamamaktadır.

Ülkemizde hastane sayısının dengesiz dağılımına bir diğer neden ulusal sağlık politikası anlayışının yerleşmemiş olmasıdır. SB. dışında birçok bakanlık ve kamu kuruluşu sağlık hizmeti verilebilmekte ve hastane açılabilir. “Yeni hastane yapılacağı zaman fizibilite çalışmaları yapılmamaktadır. Aynı yerleşim biriminde SB., SSK, Üniversiteler ve diğer kamu kurumlarına bağlı hastaneler inşa edilmekte, her birinin yatak kullanım oranları % 30-40’larda bulunarak büyük bir kaynak israfına yol açmaktadır. Bu hastaneler ayrı ayrı cihaz almakta, ayrı ayrı personel çalıştırmakta ve bunlardan tam kapasite ile yararlanılamamaktadır.”¹²⁵

SB. reform çalışmalarında hastanelerin verimsizliğinden şikayet etmektedir. Kurulan hastanelerden tam kapasite ile yararlanılamadığı, yatak işgal oranlarının düşük olduğu, hastanelerde çok fazla personel bulunduğu ve bu personelin amacına uygun yerlerde çalıştırılmadığı belirtilmekte; bu gibi nedenlerin verimsizliğe sebep olduğu açıklanmaktadır. Bakanlığın ‘verimsizlik ve sebepleri’ konusundaki teşhisi doğrudur. Ancak bu sebepler devletin ve SB.’nin uyguladığı yanlış politikalar sonucu ortaya çıkmıştır. Birçoğu imkansızlıklardan değil yanlış uygulamalardan kaynaklanmaktadır. Bu yanlış uygulamaların neler olduğu da büyük ölçüde bakanlık reform çalışmalarında tespit edilmiştir. Bakanlık çözüm olarak, tespit ettiği ve kendisinin sebep olduğu yanlışları düzeltmek yerine tüm kamu hastanelerinin özelleştirilmesini savunmaktadır. “şu anda kamu hastanelerinde maaşların genel bütçeden ödenmesi nedeniyle gereksiz personel istihdamından zarar görmeyen hastaneler özerk veya özel hale geldiklerinde personel giderlerini kendileri karşılayacağından verimli ve üretken olmayan kişiler hastanelerde çalıştırılmaya devam etmeyecektir.”¹²⁶

¹²⁴ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.1/7

¹²⁵ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.1/9

¹²⁶ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.2/5

Hastaneler, çağdaş yönetim yapısına kavuşturulamamıştır. Gelişmiş ülkelerde hastaneler, 'yönetim konseyi' tarafından yönetilmektedir. Başhekim idari işlerin dışında kalmakta, tıbbi konularla ilgilenmekte ve tüm performansını bu konuya yoğunlaştırmaktadır. Hastanelerde idari işlerle hastane müdürlüğü sorumlu olmaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki yapıya benzer bir yapı oluşturmak için 19.12.1963 tarihinde Sağlık İdaresi Yüksek Okulu(SİYO) kurulmuştur. Mezunları için hastanelerde hastane müdürlüğü kadroları ihdas edilmiştir. Hastane müdürlerinin baştabibe bağlı olarak görev yapmaları öngörülmüştür. Şekil olarak, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi hastanelerde hastane müdürlüğü kadroları teşkil edilmiş ancak uygulamada gelişmiş ülkelerdeki sistemin aksine baştabipliğe bağlı bir memur görevi verilmiştir. "Bir başhekim veya bir bölüm şefi ya da politik kabiliyetli olan başka bir doktor, tabiatı ile başarı sağlayamadan, hastane idare etmektedir. Bu, sadece küçük hastanelere has bir durum değildir. Bazı büyük hastanelerde özellikle üniversitelere bağlı eğitim merkezlerinde de hastane idareciliği ünvanı çok zaman sadece bir isimden ibarettir."¹²⁷ Hastanelerde sağlık idarecilerine gerekli yetkiyi vermeyen, başta merkez teşkilatı olmak üzere sağlık birimlerinde sağlık idarecilerinin çalışmasını engelleyen ve hastanelerde sağlık idarecilerinin atandığı hastane müdürlüğü kadrolarına belediye zabıtasından gardiyana, hayvan sağlık memurundan hizmetliye kadar bir çok atamayı yapan SB., diğer yandan da sağlık teşkilatında profesyonel sağlık yöneticilerinin eksikliğinden ve hastanelerde başhekimlerin amir olmalarının sakıncalarından şikayet edebilmiştir.

SB., kendisinin sebep olduğu bu sorunları çözmek yerine çözüm olarak hastanelerin özelleştirilmesini istemektedir. "... Hastane işletmeciliği ve yöneticiliği görevi; iş bölümü, aşırı uzmanlaşma ve profesyonelleşme gereği hastane işletmeciliği ve yöneticiliği konularında lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimi görmüş sağlık ve hastane işletmecileri ve yöneticileri tarafından yerine getirilmelidir. ... Sözünü ettiğimiz bu görev; başhekimler tarafından yürütülmektedir. (Gerçekte yürütülmemektedir. ...) Ayrıca hastane müdürlüğü diye ayrı bir hastane yönetim pozisyonu vardır. Bu görev; kanunen yukarıda sözünü ettiğimiz profesyonel hastane yöneticiliği öğrenim ve eğitimi almış kişilerdir. Başhekime bağlı olarak; hastanenin tıbbi bakım ve hasta bakımı hizmetleri dışında kalan işletmecilik görevlerini, idari, mali ve teknik işleri yönetirler. Fakat; maalesef on yıldan

¹²⁷ Bilal AK, *Hastane Yöneticiliği*, Ankara: Özkan Mat., 1990, s.102.

fazladır bir süre Sağlık Bakanlığı bu profesyonelleri işe almamaktadır. Ama lise mezunu, açık öğretim mezunu, ön lisans mezunu konu ile yakından uzaktan ilgisi olmayan elektrik teknisyeni torpilli birisi Yozgat Yerköy'e hastane müdürü, müstahdem olup dışardan lise diploması alan bir kişi Muş'ta hastane müdür muavini, garson müdür diye gazetelere geçen garsonluk yapan bir kişi Ankara'da Ankara Hastanesi müdürlüğüne, iki yıllık okul mezunu birisi de İstanbul Şişli Hastanesi müdürlüğüne tayin edilmiştir. Bu liste uzundur. Profesyonellerden çok profesyonel olmayanlar bugün Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hastane müdürlüğü yapmaktadırlar. İşi ehline vermiyorlar. ... Bu yanlışır ve bilinçli yapılmaktadır. Siz hem modern hastane işletmeciliği ve yöneticiliğinden bahsedeceksiniz, hem bu konularla ilgili Dünya Bankası'ndan krediler alarak sağlık projeleri yürüteceksiniz. Bu projelerde profesyonel hastane yöneticiliği önerilecek, Sağlık Reformu Kanunları hazırlanacak; sonra da tutup yukarıda sözünü ettiğimiz meslek dışı kişileri aykırı olarak tayin edeceksiniz veya hastane işletmeciliğinin örneği olarak pilot hastane Yüksek İhtisas Hastanesi'nde bir jeoloji mühendisini hastane işletme müdürü yapacaksınız. Bunu anlamak mümkün değildir. ... Önemli hatalar var. Bu hatalar bilinerek yapılmaktadır, bu yanlışlık değil hile ve kasıttır.¹²⁸

Günümüzde kamu hastaneleri yanısıra özel hastaneler de mevcuttur. Özellikle taşra illerinde bulunan hastanelerin büyük bir bölümü hekimler tarafından kurulmuş ve işletilmektedir. Bu hekimlerin büyük bir bölümü de devlet hastanelerinde çalışan hekim, başhekim ve yardımcılarından oluşmaktadır. Devlete ait hastanelerde hekim, başhekim ve yardımcısı olarak görev yapan devlet memurları aynı zamanda özel hastanelerin de sahibi, ortağı ve yöneticisidirler.

Hastane	Yatak Sayısı	Uzman Doktor	Pratisyen Doktor
Ankara Öz. Yaşam Hast.	30	2	-
Antalya Öz. Akdeniz Cer.Kli.	20	-	-
Aydın Öz. Menderes Hast.	22	-	-
Balıkesir Öz. Yılmaz Hast.	40	-	-

¹²⁸ Bilal AK, "Modern Hastane İşletmeciliği ve Yönetimi", Sağlık Dergisi, S.60, (Aralık 1996), ss.18-22

Öz. Bandırma Hast.	60	6	-
Öz.Düzce Hast.	10	-	-
Bursa Öz. Konur Teş. ve Ted. Hast.	56	-	1
Denizli Öz.Sağlık Hast.	40	2	1
Denizli Öz. Şifa Hast.	36	-	-
Öz. Diyarbakır Hast.	20	-	-
Diyarbakır Öz. Sevgi Hast.	15	-	-
Öz. Elazığ Hast.	27	2	-
G.Antep Öz. Yılmaz Hast.	27	-	-
Hatay Öz. Doğu Akdeniz Hast.	160	-	-
Öz. Hatay Hast.	56	-	-
Murat Cerrahi Kliniği	10	2	-
Mersin Öz. Diabet Hast.	10	2	-
Mersin Öz. Ömer Soyer Hast.	95	1	-
İst. Öz. Vatan Hast.	163	-	-
İst.Öz.Kadıköy Vatan Hast.	200	-	-
İst.Öz. Kuşhan Hast.	96	2	1
İst.Öz.Bahçelievler H.Ö.Hast.	100	-	-
İst.Öz.Tosunoğlu Hast.	35	-	-
İst.Öz.Academik Hospital	61	-	-
İst. Öz. Gültepe Hast.	40	-	-
İst. Öz. Güneş Hast.	105	-	-
İst. Öz. Kartal Hast.	76	-	-
Öz. İzmir Konak Hast.	40	2	-
İzmir Öz. Hayat Hast.	33	1	-
Bergama Öz. Sağlık Hast.	16	-	-
Manisa Öz. Doğu Hast.	26	-	-
K.Maraş Öz. Sağlık Hast.	39	3	-
K.Maraş Öz. Hayat Hast.	41	2	-
Samsun Öz. Büyük Anadolu Hast.	35	-	-
Tekirdağ Öz. Dr.Remzi Garip Hast.	30	-	-

Urfa Öz. Şan.Med.Hast.	19	1	2
Uşak Öz. Özten Hast.	20	2	1
Batman Öz. Şifa Hast.	54	-	-
Iğdır Öz. Şifa Hast.	50	-	-
Karabük Öz. Vatan Hast.	53	-	-

Tablo 6: Ülkemizde Mevcut Özel Hastanelerden Örnek Seçilenlerinin Bir Kısmı ve Bunların Yapısal Özellikleri (Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 1997 Yılına Ait Sağlık İstatistik Yıllığı, Sağlık Bakanlığı Yay., Ankara: 1998, ss.163-261)

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü gibi birçok özel hastanenin kadrosunda hiç hekim bulunmamakta yada çok az sayıda bulunmaktadır. Hatay ilindeki hastaneleri örnek olarak inceleyelim; 56 yatak kapasitesine sahip Özel Hatay Hastanesi ile 160 yatak kapasitesine sahip Özel Doğu Akdeniz Hastanesi kadrosunda hiç hekim bulunmamaktadır. Hekim ihtiyacını devlet hastanelerinde bulunan hekimlerden karşılamaktadırlar. Hatay ilindeki diğer özel hastane olan Murat Cerrahi Kliniği'nde ise kadrolu sadece 2 hekim bulunmaktadır ki bunlarda emekli ve hastanenin sahibidirler.

Taşra illerdeki özel hastanelerin çoğunluğu kamu kurumlarında çalışan hekimlerce kurulmuştur. Taşrada özel teşebbüse ait hastaneler çok az sayıdadır. Bunun sebebi de taşra illerdeki kamu hastanelerinde çalışan hekimler, devlet imkanlarını kendi hastaneleri için kullanmakta ve özel teşebbüse ait hastanelerin rekabetini güçleştirmektedir.

Büyük şehir merkezlerinde ise kamu kurumlarında çalışan hekimlere ait hastaneler yanında özel teşebbüs tarafından kurulmuş hastaneler de mevcuttur. Ancak bu hastanelerde de çalışan hekim ve diğer sağlık personelinin büyük bir bölümü kamu hastanelerinde çalışan devlet memurlarıdır. Devlet hastanesi hekimlerinin özel hastane kurmaları ve bu hastanelerde çalışmaları hastaneler arası rekabeti engellemektedir. Devlete ait hastanedeki hekimler, sahibi ve ortağı olduğu özel hastane için çalışmaları ve devlet imkanlarını bu yönde kullanmaları söz konusudur. Bu durumda devlet hastanelerinin verimli çalışmaları pek beklenmemelidir.

Bünyesinde kadrolu hekim bile çalıştırmaktan kaçınan ve hekimleri devlet (kamu) hastanelerinden karşılayan özel hastaneler, mümkün olduğunca diğer sağlık personelini (psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimci, ev idarecisi, tıbbi arşivci, tıbbi dokümantasyoncu, tıbbi istatistikçi, sağlık idarecisi, gıda mühendisi, kimyager, kimya mühendisi vs.) de çalıştırmaktan kaçınmaktadırlar.

Bünyesinde bulunan hekimlerin büyük bölümü devlet hastanelerinden karşılayan ve diğer sağlık meslek mensuplarına bünyesinde hemen hemen hiç yer vermeyen bu özel hastanelerin kalitesi, büyük şehir merkezlerinde özel teşebbüsler tarafından kurulmuş çağdaş nitelikteki birkaç özel hastane dışında çok yüksek değildir. Ancak gelirleri çok yüksektir. Kamu hastanelerinin (üçüncü basamak sağlık hizmeti veren çağdaş özelliklere sahip üniversite hastaneleri dahil) mevcudiyetine rağmen sağlık sektöründe rekabet istenilen düzeyde gerçekleşmemektedir. Bu da göstermektedir ki sağlık sisteminde devletin denetim ve kontrolü olmadan gerçek anlamda bir rekabet mümkün değildir.

Özel hastanelerle ilgili diğer dikkati çeken bir husus, özel hastanelerin ülke sathındaki dağılımıdır. Bir çok ilde özel hastane mevcut değildir. Günümüzde özellikle taşra illerde devlet hastanelerinde çalışan hekimlerin sahip olduğu ve en az maliyetle çalışabilen özel hastaneler kurma imkanına sahip olunmasına rağmen Sivas, Afyon, Erzincan, Kütahya, Malatya, Zonguldak, Isparta gibi büyük illerde il merkezlerinde bile özel hastane bulunmamaktadır. Bu durum da göstermektedir ki tüm kamu hastaneleri özelleştiği zaman özel sektörün, büyük yatırımlar yapıp riske girerek az gelişmiş il ve ilçelere hastaneler kurması pek beklenmemelidir. Özel sektöre ait yatırımların daha çok gelişmiş ve büyük yerleşim birimlerine kaymasıyla personel dağılımındaki dengesizliğin de daha büyük boyutlara ulaşması muhtemeldir.

Özel muayenehanelerde de durum aynıdır. Devlet hastanelerinde çalışan hekimler (özellikle uzman), mesai saatlerinde özel muayenehanelerine gidebilmekte ve çalıştığı devlet hastanesini hastalarla ilişkilerinde köprü olarak kullanabilmektedirler. Serbest çalışan diğer hekimlere karşı da avantajlı bir konuma sahip olmaktadır. Bu

durum dış hekimlerinde daha belirgindir. Genelde, devlet hastanelerinde çok sınırlı işleri yapan dış hekimleri önemli işleri özel muayenehanelerinde gerçekleştirmektedirler.

Uzman hekimlerin ülke çapında ve hastaneler arasında dengeli dağılımı çok önemlidir. Bazı hastanelerde belli branşlarda yetersiz olan uzman hekimler belli hastanelerde ise (özellikle batı illerinde ve il merkezlerinde) standart fazlasıdır. Aynı branştan uzman hekimlerin bir hastanede sayısının fazla olması kaliteyi artırmamaktadır. Uzman hekimleri motive edecek iyi bir ücretlendirme sistemi olmadığından hekimler mesai saatlerinde vakitlerini özel muayenehanelerinde ve özel hastanelerinde geçirebilmekte, hastaneye sırayla gelmekte ve sırası gelen hekim o günkü hizmetleri tek başına ve daha kısa süre içerisinde üstlenmektedir. Hekimler mesai saatlerinde çalıştıkları devlet hastanesinde bulunsalar bile çalışmalarındaki verim özel muayenehanelerindeki düzeyin altında kalmakta, bu da hastalar için tatminkar olmamaktadır.

Hekimlerin özlük hakları iyi durumda değildir. Muhtelif meslekler, çok büyük emek ve çabalarla elde edilen hekimlik mesleğinden daha iyi özlük haklarına sahiptirler. Hekimlik, mesleki bilgi ve beceriye dayanmaktadır. Diğer mesleklerle nazaran sürekli mesleki faaliyet ve işlevlere sahip olduğu için sadece aylık maaşa dayalı meslek olması mümkün görülmemektedir. Diğer mesleklerle farklı olarak her faaliyetin bir karşılığı olmalıdır. Oysa hekimler yasal olarak sadece aylık maaşa bağlı oldukları için yasal olmasa da kamu hastanelerinde hastalarla para ilişkisine girebilmektedirler. Bu durum bir çok gelişmiş ülkede iyi bir ücretlendirme sistemi ile çözülmüştür. Bu ülkelerdeki hukuk sisteminin iyi işlemesi ve halkın bilinç düzeyinin yüksek olması bu sorunların çözümüne katkıda bulunmaktadır. "Almanya'da hastanede hekimler, sabit maaşla çalışır ve-klinik şefi hariç-özel hasta bakamaz"¹²⁹

Bir hekimin, hem kamu hastanesinde başhekim, başhekim yardımcısı ve hekim olarak görev yapması hem de bir özel hastanede çalışması ve özel hastanenin sahibi ve ortağı olması halinde rekabetin oluşmayacağı aşikardır. Üstelik kamu hastanesinin verebileceği hizmet kalitesi düşmekte ve kamu hastaneleri özel hastane gibi

¹²⁹ Nusret H.Fişek, a.g.e., s.201

kullanılmaktadır. Bu yasa ve uygulamalarla hiç bir ülkede rekabeti sağlamak mümkün değildir.

11.1. HASTANE ORGANİZASYONUNDA KARŞILAŞILAN BAŞLICA SORUNLAR¹³⁰

- : SSYB. ve kamu hastanelerinde karşılaşılan organizasyon sorunlarının başında, hastanelerde verilen hizmetlerin denetimi ve değerlendirmesini yapacak idari organların oluşturulmamış olması gelmektedir. Y.T.K.İ.Y.'nde 'başhekimin hastanede verilen bütün tıbbi, mali ve teknik hizmetleri en az haftada bir defa kontrol edeceği' belirtilmektedir. Fakat başlıca iki nedenle, başhekimin bu denetimi amacına uygun olarak yürütemeyeceği söylenebilir. Birincisi, başhekimin denetim (yönetim) alanı çok geniş tutulmuştur. ... İkinci neden, belli bir tıbbi dalda uzman olan başhekimin, diğer tıbbi dallardaki hizmetleri kontrol etmesinin söz konusu olmayacağıdır.

- : Hastane organizasyonunda diğer bir önemli sorun, 'organizasyonunda iş bölümü ve uzmanlaşmadan azami ölçüde yararlanılması' ilkesine yeterince önem verilmemiş olmasıdır. ... Uzmanlaşmadan yeterince yararlanılmaması konusunda örnekler eczacılık ve hemşirelik hizmetlerinden verilebilir. Bugün hastanelerdeki eczacılar gerçek fonksiyonlarından uzak, birer kayıt memuru gibi faaliyet göstermektedir.

- : Hastane organizasyonunda dikkati çeken üçüncü bir sorun, organizasyon içinde yer alan idari organlara verilen görevlerle, bu idari organların yetkilerinin denk olmamasıdır. Diğer bir deyişle 'yetki ve sorumluluğun eşitliği' ilkesinin ihlal edilmesidir.

- : Organizasyonda diğer bir sorun, görev tanımlarının ve ilişkilerin net olmaması, hatta bazı görev tanımlarının birbiriyle çatışır olmasıdır. Bunla ilgili diğer bir husus, idari pozisyonların görev tanımlarının aynı ayrıntıda düzenlenmemiş olmasıdır.

- : Hastane organizasyonunda başka bir sorun, organizasyon içinde yer alan mevcut organların, hizmetler arasındaki koordinasyon ve haberleşmeyi sağlamada yetersiz kalmalarıdır.

¹³⁰ Hikmet Seçim, a.g.e., s.198-203

- : Hastane organizasyonu ile ilgili kavramsal bir sorun da, iç organizasyonda en üst yönetim organına 'başhekimlik', yalnızca mali ve destek hizmetlerden sorumlu olan idari organa da 'hastane müdürlüğü' ünvanının verilmiş olmasıdır. Oysa, yalnızca, 1958 yılında yayınlanmış olan DD Hastaneler ve Sanatoryumlar Yönetmeliğinde ifade edildiği üzere, hastane müdürlüğü hastanedeki tüm faaliyetleri idare etme yetkisine sahip bir pozisyonudur.

SB., kamu hastanelerinin; verimsiz çalıştığı, profesyonelce yönetilmediği ve hastaneler arası rekabet sağlanamadığı için kaliteli hizmet veremediği ve zarar ettiğini ve bu şekillerle özelleştirilmeleri gerektiğini savunmaktadır.¹³¹ Kamu hastaneleri özelleştirilecek, özelleştirilmesi henüz mümkün olmayanlar ise önce özerkleşecek ve zaman içerisinde özelleştirilecektir. Özelleştirmede amaç, verimliliği artırmak ve hizmet sunumunda rekabeti sağlamak olarak belirtilmektedir. Bu durumda SB. da genel halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koruyucu bir yapıya kavuşacağı varsayılmaktadır. Oysa bu istekler şimdiki koşullarda da sağlanabilir.

11.2- ÜLKEMİZDE HASTANELER İLE İLGİLİ MEVCUT DURUM

a) Günümüzde hastaneler, devlet hastaneleri ve özel hastaneler şeklindedir. Devlet hastaneleri başta SB. olmak üzere diğer bakanlık ve kamu kurumlarına ait hastanelerdir. Devlet hastaneleri yanında kar amacı güden özel hastaneler de mevcuttur. Taşra illerinde kurulmuş özel hastanelerin büyük bir bölümü devlet hastanelerinde çalışan hekimlerce açılmış ve işletilmektedir. Büyük il merkezlerinde hekimlerin kurduğu özel hastaneler yanında özel teşebbüs tarafından kurulmuş hastaneler de mevcuttur. Özel teşebbüs tarafından kurulan ve genelde çağdaş sağlık hizmeti sunan bu hastaneler; gelir düzeyi çok yüksek olan kimselere hitap etmektedir. Özel teşebbüs tarafından kurulmuş bu hastanelerde de çalışan hekimlerin büyük bir bölümü devlet hastanelerinden temin edilmektedir.

¹³¹ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta mega Proje, ss.2/4-2/5

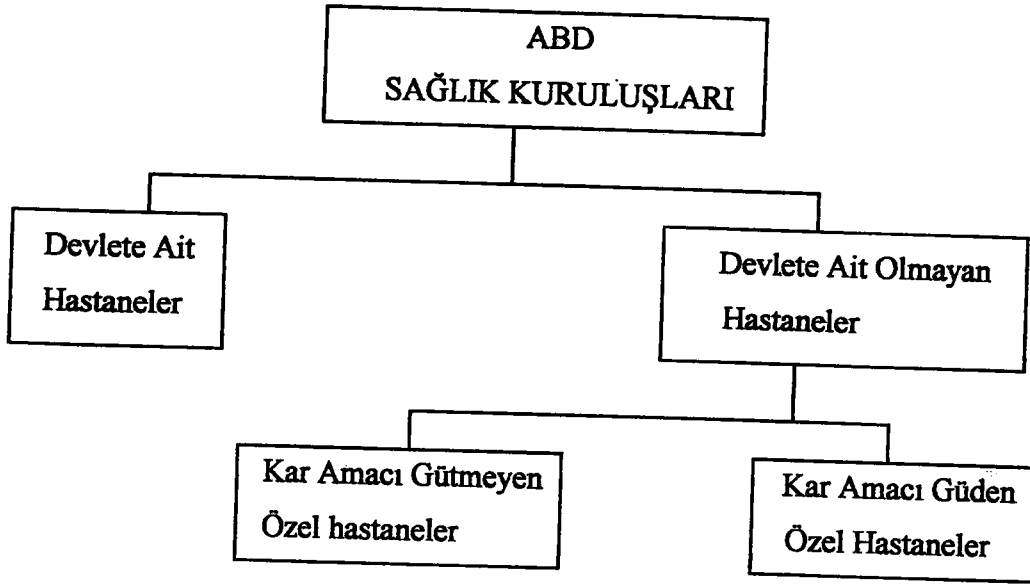
b) Özel hastanelerde sağlık ara personeli hemen hemen yok denecek kadar azdır. Var olan sağlık ara personelinin de büyük bir bölümü meslekleri dışında faaliyet göstermektedirler.

c) Devlet hastanelerinde hizmet kalitesi istenilen düzeyde değildir. Devlet hastanelerinde çalışan hekimler, büyük ölçüde özel hastane ve özel muayenehanelerine ağırlık verdikleri için bir çok kamu hastanesi özel hastane gibi çalışmaktadır. Ancak, gene de sağlık hizmetleri geniş kitlelere devlet hastanelerince ulaştırılmaktadır.

d) Günümüzde özel hastanelerin kamu hastaneleri yanında varlıklarını sürdürebilmeleri devlet hastanelerinden temin edilen hekimlerin devlet imkanlarını bu hastaneler için kullanmalarıyla mümkün olabilmektedir. Özel hastanelerde (büyük il merkezlerindeki bir kaç büyük hastane hariç) kalite devlet hastanelerinden yüksek olmadığı gibi hizmetleri çok az bir kitleye hitap etmektedirler.

e) Devlet hastanelerindeki hekimler özel hastanelerde de çalıştığı için, rekabet söz konusu olmamaktadır.

11.3- GELİŞMİŞ ÜLKELERDE HASTANELER İLE İLGİLİ MEVCUT DURUM

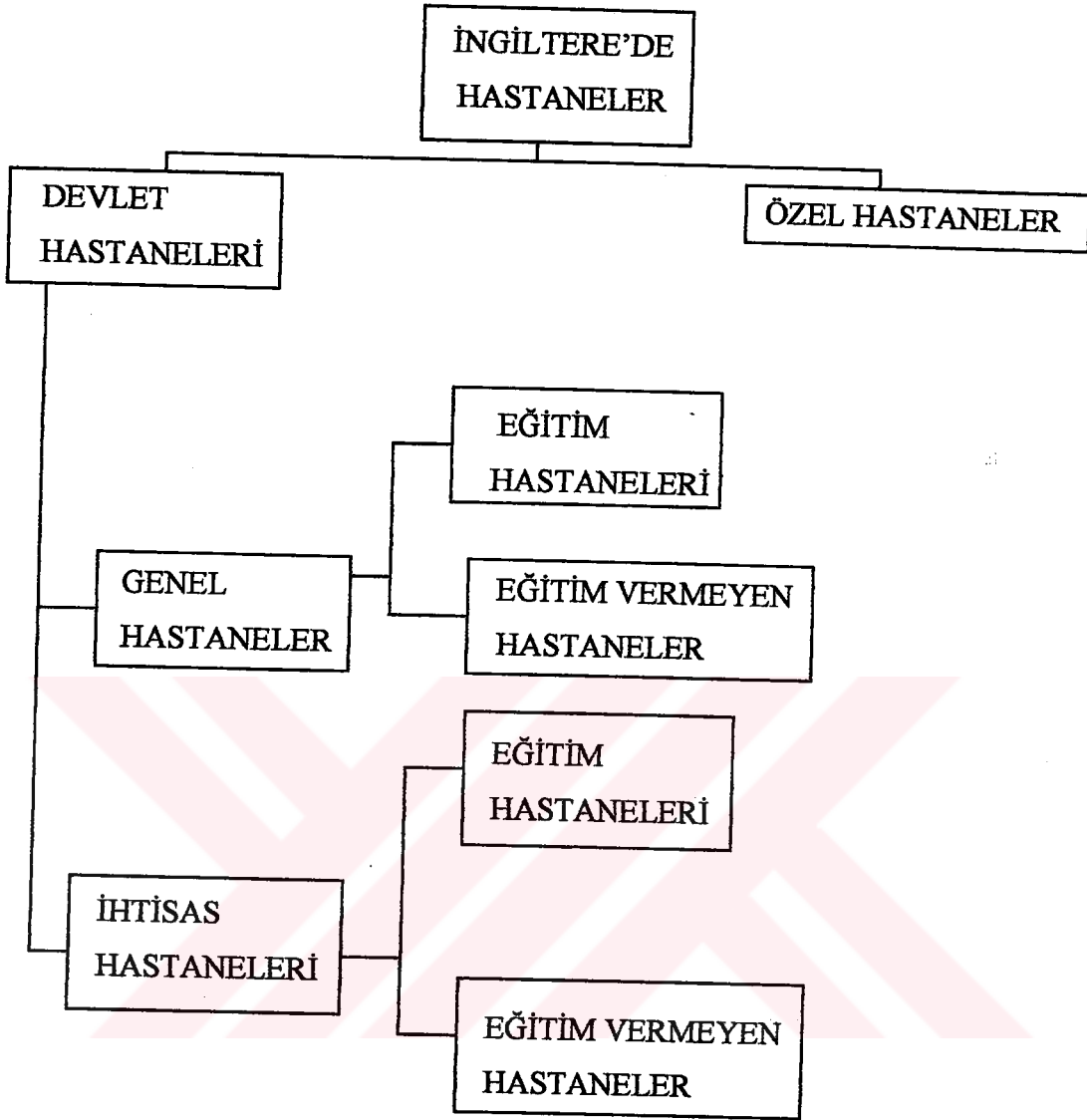


Şekil 7: ABD’de Hastanelerin Sınıflandırılması (Kaynak: Croog ve Steees, s.277’den Hikmet Seçim, Hastane yönetim ve Organizasyonu, s.31)

ABD.’nde devlet hastaneleri önemli bir yer tutmaktadır. Toplam hastanelerin yarısından fazlası devlet hastanesidir. Özel hastanelerin sayısı 7015’dir. Özel hastaneler içinde kar amacı güden özel hastanelerin oranı % 27 olup, tüm hastaneler içindeki oranı ise sadece % 10 dolayındadır.¹³² “ABD’nde özel sektöre ait hastaneler ağırlıklıyken 1950’li yıllardan itibaren devlet hastanelerinin sayısı artmaya başlamıştır. Birçok kar amacı güden özel hastaneler vakıf, dernek ve kilise gibi örgütlerin yönetimine geçerek kar amacı gütmeyen özel hastanelere dönüştürülmüştür. Kar amacı güden özel hastanelerde, gereksiz ameliyat ve rutin işlemlerin yapıldığı ve kar amacının insan sağlığının önüne geçtiği için yasal düzenlemeler yapılarak hem tedbirler artırılmış, hem de vakıflar aracılığıyla kamu nitelikli hastanelerin korunmasına ağırlık verilmiştir. Örneğin, apandisit ameliyatı olanlar yıllar sonra tekrar hastanelere müracaat ettiklerinde apandislerinin alınmadığı ve ameliyatların yapılmış gösterildiği anlaşılmıştır.”¹³³

¹³² Hikmet Seçim. a.g.e., ss.32-33

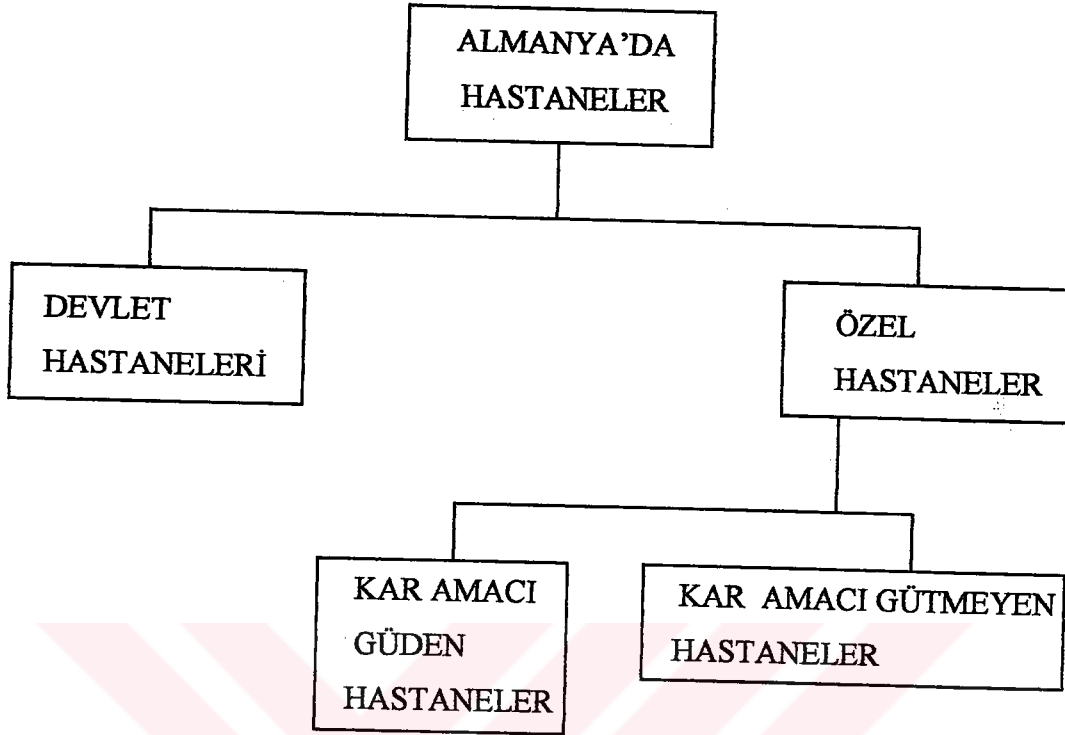
¹³³ Bilal Ak, “Hastane İdaresi ve Organizasyonu II Ders Notları” . (Teksir, H.Ü. SİYO, 1992), s. 18



Şekil 8: İngiltere’de hastanelerin sınıflandırılması (Kaynak: Bridgman ve Roomer, s.144’ten Nakleden Hikmet Seçim, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, s.113)

İngiltere’de hastanelerin % 97’si Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın mülkiyetinde ve yönetimindedir. Özel hastaneler ise sadece % 3’tür.¹³⁴

¹³⁴ Hikmet Seçim, a.g.e., s.114



Şekil 9: Almanya'da hastanelerin sınıflandırılması (Kaynak: Eichorn, s.299'dan Hikmet Seçim, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, s.134)

Almanya'da hastanelerin % 37'si devlet hastanesi , % 34'ü kar amacı gütmeyen özel hastane ve % 29'u da kar amacı güden özel hastanelerdir. Yatak kapasitelerine göre baktığımızda devlet hastaneleri % 55, kar amacı gütmeyen özel hastaneler % 30, kar amacı güden özel hastanelerin ise yatak kapasitesi yalnızca % 15'dir.¹³⁵ Almanya'da diğer birçok Avrupa ülkesinden daha fazla özel (kar amacı güden) hastane mevcut olmasına rağmen bu hastanelerin sahip olduğu yatak kapasitesi oranı sadece % 15 gibi düşük bir rakamdır. "Almanya'nın sağlık durumuna gelince, sağlık hizmetleri devlet tarafından yönetilen İngiltere ve İsveç düzeyinde değildir."¹³⁶

¹³⁵ Hikmet Seçim, a.g.e., s.134

¹³⁶ Nusret H.Fişek, a.g.e., s.202.

Örneklerini sunduğumuz gelişmiş batı ülkelerinde hem devlete ait hastaneler, hem de özel hastaneler mevcuttur. Kamu hastaneleri ile kamu yararı güden özel hastaneler, kar amacı güden özel hastanelere oranla daha fazladır.

Hukuk sistemleri güçlü, tüketiciyi koruma yasaları ve insan hakları kavramları gelişmiş, halkın ekonomik durumu ve alım gücü yüksek ve bilinçli kamuoyu oluşmuş bu ülkelerde hastanelerin büyük bir bölümü kamu ya da kamu yararı güden hastaneler olduğu halde; TC. Sağlık Bakanlığı reform çalışmalarında tüm kamu hastanelerinin özelleştirilmesini isteyebilmektedir.

11.4- TÜM KAMU HASTANELERİNİN ÖZELLEŞTİRİLMESİ HALİNDE OLABİLECEK SAKINCALAR VE BU KONUDAKİ ENDİŞELER

Tüm kamu hastanelerinin özelleştirilmesiyle tedavi edici sağlık hizmetlerini özel teşebbüs verecek ve bu hizmetlerin karşılığını da sigorta sistemlerinden ya da kişilerden tahsil edecektir. Hizmetlerde kar / zarar baz alındığı için sosyal boyut ortadan kalkacaktır.

Özel sağlık teşekkülleri kurmak ve işletmek kolay değildir. Bu işletmeleri özellikle taşrada işletebilecek kimseler o yörede yaşayan hekimler olacaktır. Bugüne kadarki gözlemlerde, taşra illerde hekimler dışında özel teşebbüsün kurduğu hastanelerin varlık sürdürmeleri zor olmuştur. Üstelik, bir hastaneyi kurmak ve işletmek çok büyük bir ekonomik güce dayanmaktadır. Ayrıca, birden fazla sağlık işletmesi bulursa bile bunların tekelleşmesi veya ortak hareket etmesi mümkündür.

Kişiler rahatsızlandıkları zaman en yakın sağlık kuruluşuna başvuracaklar ve onun hizmetine boyun eğeceklerdir. Özel sağlık kuruluşları bu tedaviyi yapıp yapmamakta serbesttir. Bir çok halde hasta bireyin hizmetinden yararlanmak istediği hastaneyi tercih etmesi söz konusu bile olmayacaktır.

Küçük yerleşim birimlerinde ve geri kalmış bölgelerde sınırlı sayıda sağlık işletmesi bulunacak, daha çok büyük yerleşim birimlerinde ve daha gelişmiş bölgelerde sağlık işletmeleri yoğunlaşacaktır. Bu da sağlık hizmetlerinden yararlanmada bölgeler arası

dengesizliği daha da artıracaktır. Sağlık işletmeleri daha çok büyük yerleşim birimlerinde yoğunlaştığı için sağlık personelinin dağılımlarında da dengesizlik artacak ve büyük yerleşim birimlerine doğru bir akın oluşacaktır.

Özel işletmeler, kar amacı güttükleri için daha az personel alıştıracaklar ve daha fazla kazanç sağlamanın yollarını arayacaklardır. Özellikle sağlık ara personeli (sosyal çalışmacı, psikolog, epidemiyolog, tıbbi arşivci, sağlık idarecisi vs.)'nin istihdamında güçlükler yaşanacaktır.

Kar etmek birinci amaç ve bu da ancak tedavi edici sağlık hizmetleriyle mümkün olabileceğine göre tüm sağlık personeli tedavi edici hizmetlere ağrılık verecek ve koruyucu sağlık hizmetleri önemini kaybedecektir. Bu da bulaşıcı ve salgın hastalıkların artmasına ve kronikleşmesine sebep olacaktır.

Doğal afetler, savaş, bulaşıcı ve salgın hastalıkların yaygınlaşması gibi olağanüstü hallerde özel sektör kuruluşlarından anlayış ve iyi niyet beklemek sadece bir temenni olacak; kar / zarara dayalı sağlık sisteminde bu ortamdan yararlanmak ' hak' haline gelecektir.

Sağlık sektöründe çok büyük bir ekonomik rant mevcuttur. Büyük işletmeler elde ettikleri ekonomik g ile devlet politikalarını ve kamuoyunu kendi emelleri doğrultusunda yönlendirip, doğru kararların alınmasını engelleyebilirler.

Tüm kamu hastanelerinin özelleştirilmesiyle ilk etapta devlet büyük bir ekonomik yükten kurtulacaktır. Hastanelerin özelleştirilmesinden varlıklı kimseler etkilenmeyecektir. Sağlık hizmetleri parası olanlara verilen hizmetler haline gelecektir. Yoksul kimseler ise sağlık hizmetlerinin hemen hemen tümüyle dışında kalacaklardır. Kazanç, birinci amaç olduğu için tedavilerin kısa sürede sonuçlanması engellenebilecek, sürekli hastalıklar gelir kaynağı haline gelecek, gereksiz işlem, tedavi ve ameliyatlar artacak; bu da sigorta sistemlerini zor durumda bırakacaktır. Sağlık hizmetlerinden geniş kitleler istenilen düzeyde yararlanamayacakları için bulaşıcı ve salgın hastalıklar artabilecek, sakatlık ve işgücü kayıpları büyük boyutlara ulaşacaktır. Böylece, devlet

doğrudan değil ama dolaylı olarak daha büyük ekonomik kayıplar içine girecektir. Gereksiz maliyetlerin artmasıyla sigorta sistemindeki açıklar artacak ve devlet doğrudan ekonomik kayıplara da uğrayacaktır. Bugünkünden daha kötü fakat daha pahalı sağlık hizmetleri oluşabilecektir.

Sağlık hizmetlerinde denetim zor, bazen de mümkün değildir. Yapılan bir ameliyat veya bir tedavinin ne derece kaliteli yapıldığını ve başarılı olduğunu her zaman anlamak mümkün değildir.

Bakanlık reform çalışmalarında temel ilke¹³⁷: kamu hastaneleri özel sektöre devredilecek, SB. da denetimini üstlenecek ve sağlık hizmetlerinin kalitesi artmış olacaktır. SB., bugün için kendisine bağlı sağlık kuruluşlarını bile denetleyememekte, kendisine verilmiş yetkileri yeterince kullanamamakta ve kendi içinde yasaları zaman zaman kendisi ihlal etmektedir. Sağlık hizmeti veren özel kuruluşlar üzerinde de etkin bir denetim kuramamıştır. Organ nakli ve ticareti yapan özel kuruluşlar 1993 yılından beri faaliyette bulunmalarına rağmen, 1998 yılına kadar hiç birinin bakanlık açılış ruhsatı bulunmaması düşündürücüdür. Bu şartlar altında tüm hastaneler ve sağlık hizmetleri özelleştirildiğinde SB.'nin bunları denetlemesi güç görünmektedir. Özelleştirme sürecinde olabilecek muhtemel sonuç: 'Devlete ait hastaneler kiralamak ve satma suretiyle şahıslara ucuza devredilecek, teşvik adı altında krediler verilecek, sağlık sisteminde büyük bir kaos yaşanacak ve birkaç yıl sonra içi boşalmış şekliyle ve daha pahalıya geri alınacaktır.'

Sağlık hizmetleri devletin asli görevlerindedir. Ancak, sadece devletin imkanlarıyla sağlık hizmetlerini yürütmek çok zordur. Sağlık hizmetlerinden devletin tümüyle çekilmesi ve bu hizmetleri özel sektörün üstlenmesi ise sadece karı düşünen bir rekabet ortamında insanların sağlığı ticaret amacıyla kullanılabilir. Sağlık sistemi tümüyle özel sektörün insafına terk edilemez. Sadece özel hastanelerin bulunduğu ortamda gerçek rekabet sağlanamaz. Sağlık sisteminde rekabet koşulları diğer sektörler kadar mümkün değildir. Birden fazla özel sektör kuruluşu ortak hareket ederek ya da tekelleşerek rekabet koşullarını ortadan kaldıracaklardır. Tüm gelişmiş ülkeler bu gerçeklerden hareket ederek özel hastanelere izin vermişler, ancak kamu hastanelerinden de vazgeçmemişlerdir.

¹³⁷ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.2/4

Devlet hastanelerinin bulunduğu ortamda , özel hastaneler önce devlet hastaneleriyle rekabet ederler ve kamu hastanesinin verdiği hizmet kalitesini yakalamaya çalışırlar, daha sonra da birbirleriyle rekabet ederler. Gerçek rekabet iyi yönetilen kamu hastaneleri ile devletin ilke ve prensipleri doğrultusunda faaliyet gösteren özel hastanelerin bulunduğu ortamda sağlanabilir.

Günümüzde devlet hastanelerinin iyi işletilememesinin sebebi, sadece hastane içi yönetim problemleri değil, aynı zamanda dış etmenler (başta SB. icraatları) olduğu da akıldan çıkarılmamalıdır. Ayrıca devletin hukuk yapısı, siyasi sistemi ve kamu yönetimi iyileştirilmedikçe sağlık sisteminin düzelmesi de beklenmemelidir.



BÖLÜM III

SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

İlk iki bölümde mevcut sistem ve bu sistemin işleyişinde karşılaşılan sorunlar ile bu sorunların çözümüne yönelik çeşitli reform önerileri dile getirmekte ve bu önerilerin analiz ve eleştirilerini yapmaktayız.

Üçüncü bölümde ise, diğer reform çalışmalarındaki görüşler ve gelişmiş ülkelerdeki çağdaş sağlık sistemleri de dikkate alarak, sağlık sistemindeki sorunların çözümü için kendi önerilerimizi sunmaktayız.

A. İŞLEVSEL SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

1. HİZMET SUNUMU

Yansız sınav sistemi ve iyi eğitim metodlarıyla yetiştirilen sağlık personeline hak ettiği düzeyde ücret verilerek seçkin bir yer kazandırılmalıdır.

Eğitimi verilen tüm sağlık meslek gruplarından yararlanılmalıdır. Sağlık meslek grupları ve mensuplarının sayısı ihtiyaca göre (özel kuruluşlar dahil) belirlenmelidir. Bu kadrolardaki meslek mensupları, kendi asli görevlerini yerine getirmeli ve bu görevlere meslek dışı atamalar yapılmamalıdır.

Sağlık hizmeti sunan kamu (hastane, sağlık ocağı, sağlık merkezi) kurumlarında hekimlere ödenecek (her ameliyat ve poliklinik ücreti için) primlerin kaynağı tartışılmalıdır. Bu primler devlet, sigorta kuruluşları veya hasta bireylerden tahsil edilebileceği gibi değişik oranlarda bu kesimler katkıda bulunabilirler. Bu primler, devlet ya da sigorta kurumları tarafından ödenirse devletin ekonomik yükü artacaktır. Hasta birey tarafından ödenmesi halinde ise sosyal devlet anlayışına aykırı düşebilir. Ancak günümüzde hasta bireylerin ödediği ve kayıtlara geçmeyen çok büyük miktarlarda para olduğu düşünülürse; daha az miktarlardaki bu primlerin tümüyle ya da belli oranlarda hasta bireylerden alınması daha makuldür. Böylece sağlık kuruluşlarına daha fazla yığılma ve gereksiz işlemler en aza indirilebilir ve bireylerin kendi sağlıklarına daha fazla önem vermeleri ve koruyucu hekimliğe yönelmeleri sağlanabilir.

İhtisas hastaneleri, diş hastaneleri ve diş merkezleri dişında kalan tüm kamu kurumlarında (hastane, sağlık ocağı, sağlık merkezi) diş üniteleri kaldırılmalı ve bu hizmetler özel sektöre kaydırılmalıdır. Büyük hastanelerde yasal prosedürü takip edecek bir diş hekimi kadrosu bulunmalıdır. Diş hizmetleri özel sektör tarafından yerine getirilmelidir.

Sağlık hizmeti veren binaların yapımı için sağlık mimarisi kavramı geliştirilmeli, bunun için SB.'nin reform çalışmaları ile ilgili yayını olan Ulusal Sağlık Politikasında¹³⁸ da belirtildiği üzere mimarlık eğitimi veren fakültelerde sağlık mimarisi bölümleri kurulmalıdır.

Sağlık binalarının yapımının her aşamasında denetim olmalıdır. Bina yapımı bitip hizmete açıldıktan sonra müteahhit hatalarından kaynaklanan sorunlarda; müteahhitten masrafların tahsiline yönelik tüm yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Bu binaların yapımında denetim sorumlulukları olan mimar, mühendis ve diğer yetkililer de sorumluluk taşımaktadır.

Sağlık teşekküllerinde kurumun en verimli çalışabileceği sayıda ve nitelikte personel kadrosu bulunmalıdır. Tayin ve atamalar mevcut kadrolara göre yapılmalı, standart kadro üstü ya da dişi atamalar yapılmamalıdır.

Kurumlar arası tayin isteklerinde atamalar, hukuki kurallara göre yapılmalıdır. Tayin isteğinde bulunan personelin hizmet süresi, hizmette bulunduğu bölgelerin gelişmişlik durumları, sicil vb. özellikler puanlanarak, bu puanlara göre tayin atamaları yapılmalıdır.

Sağlık sisteminde teknolojinin önemi büyüktür. SB. yayınında¹³⁹ da belirtildiği üzere, SB. içinde teknolojik gelişmeleri takip edip, günü gününe izleyebilecek bir teknoloji enstitüsü kurulmalıdır. Bu enstitüde SB., TSE, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, mühendisler

¹³⁸ Sağlık Bakanlığı , Ulusal Sağlık Politikası, s.22

¹³⁹ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s.19

odası ile üniversite ve özel kuruluşlardan temsilciler bulunmalıdır. Tıbbi cihaz ve malzemeler için teknik elemanlar yetiştirilmelidir. SB. kendi personelini teknolojik gelişmelerle ilgili olarak hizmetiçi eğitimlere tabi tutmalı, tıbbi cihazların üretimi ve yüksek kalitede üretilebilmesi için yerli sanayi teşvik edilmelidir.

Sağlık hizmetlerine GSMH.'dan ayrılan pay artırılmalıdır. Payın artırılması yanında, harcamaların uygun ve doğru yerlere yapılması daha önemlidir. Hasta sevk zinciri uygulanmalı, koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmetlerine daha çok önem verilmelidir.

Sağlık sistemi tümüyle bilgisayar ağı içine alınmalı ve tüm bireylere şifreli kişisel sağlık numarası verilerek kaydedilmelidir. Böylece tedavi için ihtiyaç duyulması halinde, hasta kişi hakkındaki bilgilere her muayene ve tıbbi girişimde ulaşmak mümkün olacağından tedaviler daha az masraf ve emekle gerçekleştirilebilecektir.

2. SAĞLIK HUKUKU

Sağlık hukuku ile ilgili yasalar güncelleştirilmeli, değişik zamanlarda çıkarılmış yasalar bir araya getirilmelidir. Yasalarda birbiriyle çelişen hükümler kaldırılmalı ve bu yasalar birbirini tamamlar nitelikte hazırlanmalıdır.

Sağlık hukuku içinde sağlık personeli, hasta, devlet ve diğer kuruluşları birbiriyle olan ilişkileri ve hakları belirlenmeli, mağduriyetten doğan haklar çağdaş hukuk kuralları içerisinde sonuçlandırılmalıdır.

İl sağlık müdürlüklerinde hukuk müşavirliği birimleri kurulmalıdır. Sağlık müdürlüğünün faaliyetleri hukuk müşavirliğinde de ele alınmalı ve hukuk müşaviri bu faaliyetlerde yasaya aykırılık görürse çekince koyma hakkına sahip olmalıdır. Yasalara aykırı olan faaliyetlerde hukuk müşavirinin çekince koymaması halinde kendisi de sorumluluk taşımaktadır. İl sağlık müdürlüğü makamının üzerindeki birimlerde de bu uygulama gerçekleştirilmelidir. Böylece devletin, personeli ve vatandaşıyla olan ilişkilerinde hukuki uygulamaların içinde kalması kolaylaşacaktır.

Sağlık sistemi içinde bulunan tüm mesleklerin tanımları yapılmalı, meslek mensuplarının görevleri, nerelerde çalışacakları, yapacakları işler, ücretleri, atanma,yükselme ve terfileri ile tüm hak ve sorumlulukları yasalarla belirlenmelidir. Açık ifade ve tanımlara rağmen yapılan haksızlıklar, mahkeme kararıyla tespit edilmesi halinde kurumla birlikte bu uygulamayı yapan görevliler de sorumluluk taşımaktadır.

3. SAĞLIK MESLEK EĞİTİMİ

Sağlık personeli yetiştiren okullarda her meslek için standart eğitim süreleri oluşturulmalı, tüm sağlık meslek dalları en az iki yıllık yüksek öğrenime dayandırılmalı, bu okullara girmek için oluşturulan koşullar herkese eşit olmalı ve sağlık personelinin yetiştirilmesinde kurs, açık öğretim gibi yöntemler tümüyle ortadan kaldırılmalıdır.

Sağlık personeli ülkenin ihtiyaçları doğrultusunda yetiştirilmeli, sağlık meslek dalları belli bir program ve sistem dahilinde oluşturulmalıdır. Sağlık personeline olan ihtiyaç, a) Kamu kurumlarının ihtiyacı; b) Özel sektörün ihtiyacı; c) Mesleğin bireysel olarak icra edilebilmesi olmak üzere üç ana grupta değerlendirilmelidir.

İlke olarak sağlık personeli en iyi şekilde yetiştirilmeli ve bu personelden azami olarak yararlanılmalıdır. Bunun için, a) Yetiştirilen personelin çalışabileceği istihdam alanı sağlanmalı; b) İstihdamı sağlanan görevde yapacağı işler açık olarak belirlenmeli ve sınırı çizilmeli; c) Kendisine tahsis edilen görevlere başka mesleklerden kişiler atanmamalıdır.

Her meslek için sınav açılmalı ve sınavı kazananlar mesleklerinde 'yetiştirilmek üzere' atanmalıdır. Günümüzde SİYO mezunları için yapılan 'hastane müdürü yetiştirilmek üzere memur' atamaları gibi gelişigüzel olmamalıdır. Yetiştirilmek üzere memur olarak atananlar kendi mesleklerini icra edebilmeli, belli bir süre sonra başarılı olanlar bir üst göreve atanabilmelidir. Örneğin istatistikçi yetiştirmek üzere memur olarak atanan kişi bu görevi ifa etmeli, belli bir süre sonunda başarısına göre istatistik şube amiri vb. emsal görevlere gelebilmeli, buradaki başarıları sonucunda da (yüksek lisans düzeyinde eğitim görenler) Bakanlıkta kendi mesleği ile ilgili görevlere yükselebilmelidir.

Bu meslekte olanların yerine başka mesleklerden atama yapılmamalı, yetiştirilmek üzere memur olarak atananlar kendi meslekleriyle ilgili özlük haklarından yararlanabilmelidirler.

Oluşturulmuş meslek gruplarına özel sektörde de istihdam imkanları sağlanmalıdır. Bu meslek grupları için kamu kurumlarında optimum, özel sektör kurumlarında ise asgari olarak standart kadrolar oluşturulmalıdır. Özel sektörde oluşturulacak standart kadrolar, serbest piyasa ilkelerini bozmayacak ve özel sağlık kuruluşlarını personel istihdamı ve verimlilik açısından zor durumda bırakmayacak şekilde düzenlenmelidir. Ancak günümüzde olduğu gibi 160 yataklı bir özel hastanede kadrolu bir hekimin bulunmaması ve yine hastane bünyesinde eczacı, psikolog, biyolog, sağlık idarecisi, diyetisyen, gıda mühendisi gibi temel mesleklerden hiç bir personelin bulunmadığı bu durum, ne verimlilik ne de serbest piyasa ilkeleriyle izah edilebilir.

Eğer özel sektörde yasal olarak istihdam mümkün olmayacaksa, özel sektörün sağlık ara personeli çalıştırılması pek beklenmemeli ve bu personelin yetiştirilmesinde mevcut durum göz önüne alınarak sayı belirlenmelidir. Yararlanmanın hiç mümkün olmadığı mesleklerde ise, eğitimleri devlet üniversitelerinde kaldırılmalı, yeni meslek grupları oluşturulmamalıdır.

Sağlık meslek eğitimi veren okullar ve öğrenci sayısı siyasi baskılardan uzak, konunun uzmanı olan kişi ve kuruluşların (DPT, DİE, TÜBİTAK, YÖK. , S.B. , M.E.B. , vb.) temsilcilerinden oluşan kurullar tarafından belirlenmelidir. Oluşturulacak bu kurullar özerk yapısı olan bir kuruluş çatısı (USA gibi) altında olması daha yararlı olacaktır.

Hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknisyeni yetiştiren okullarda eğitim süresi her meslek için standart hale getirilmelidir. Bu mesleklerin lise eğitimi bulunması yararlı olabilir. S.M.L.'lerine giriş sınavı, diğer meslek liselerine giriş için yapılan merkezi sınavla gerçekleştirilmelidir. S.M.L.'lerini bitiren öğrenciler (Öğretmen Liselerinde olduğu gibi) lise diplomasıyla bu mesleği icra etme hakkına sahip olmamalıdır. Üniversite sınavlarında kendi meslek branşında puan avantajı sağlanmalıdır. Kendi dalında yüksek öğrenim görerek bu mesleğe sahip olmalıdır.

S.M.L.'leri gündüzlü eğitim vermeli ve süresi 3 veya 4 yıl olmalıdır. Yüksek öğrenimde hemşirelik eğitimi 3 yıl olmalıdır. Sağlık teknisyenliği (radyoloji, ortopedi, laboratuvar, diş hizmetleri vs.) eğitimi, mesleklerin özelliğine göre 2 veya 3 yıl olmalıdır. Sağlık memurluğu (toplum sağlığı, tıbbi sekreterlik) 2 yıl olmalıdır.

Bu okulları iyi derece ile bitirenler sahada en az iki yıl çalıştıktan sonra tekrar sınava tabi tutulmalı ve bu sınav sonucunda başarılı olanlar 2 veya 3 yıllık bir eğitimden sonra (Yüksek Lisans düzeyinde) öğretim görevlisi olma hakkı edinmelidirler. Bu okullarda eğitim elemanı kadrosu bu şekilde sağlanmalıdır. Ayrıca hemşirelik mesleğinde uzmanlaşma ve yönetici hemşire bu eğitimle elde edilmelidir.

Okullarda ebe ve hemşire arasındaki ayrım kaldırılmalı, tüm hemşireler 'doğum' ile ilgili eğitim alarak mezun olmalıdırlar.

4 yıllık yüksek öğrenimleri olan diğer sağlık meslek gruplarının eğitim süreleri tekrar gözden geçirilmelidir. Birçok ülkede fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümleri 2 veya 3 yıldır. Buna benzer diyetisyen çocuk gelişim uzmanı, ev ekonomisti gibi meslekler ülkemizde 4 yıl olmakla birlikte, bu eğitim süreleri gözden geçirilmeli ve 2,3 ve 4 yıl olmak üzere yeniden düzenlenmelidir. Bir eğitim, en iyi kaç yılda verilebilecekse eğitim süresi ona göre ayarlanmalıdır.

Psikoloji ile ilgili eğitim veren fakülteler yanında Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu da mevcuttur. Temel fonksiyonları aynı olan bu meslekler tek bir çatı altına alınabilir.

Her meslek eğitiminin profesörlüğe kadar akademik kariyeri olması tartışılmalı ve yeniden ele alınmalıdır.

S.B. diğer kurumlarla (Üniversiteler özel kuruluşlar, meslek kuruluşları vb.) birlikte bilimsel ve teknolojik gelişmelerle ilgili hizmetiçi eğitim, okul sonrası eğitim, halk sağlığı eğitimi gibi konularda eğitim programları hazırlayarak sağlık personelinin ve halkın sürekli eğitimi yapmalı ve yenilikleri kısa zamanda personeline kazandırmalıdır.

Hekimlik mesleğinde çağdaş gelişmelere göre uzmanlık dalları yeniden ele alınmalıdır. Buna göre, 1- Günümüzde özelliğini kaybetmiş dallar kaldırılmalı ; 2- Daha az ihtiyaç duyulan dallarda daha az personel yetiştirilmeli; 3- daha çok uzmana ihtiyaç duyulan ve kurulması gerekli olan uzmanlık dallarına daha çok önem verilmelidir.

Uzman hekimlerin yetiştirilmesinde yurtiçi imkanları sınırlıdır. Bu durumda yurtdışı imkanlarından yararlanılmalıdır. Yurtdışında kendi imkanlarıyla ihtisas yapmak isteyen adaylar önce yeterlilik sınavına tabi tutulmalıdır. Kazananlar yetkili birimlerce (S.B., Y.Ö.K., Tabipler Odası vs.) eğitim kalitesi tetkik edilip onaylanan üniversitelerde ihtisas yapabilmelidir. Yurtdışı eğitim esnasında ülkemiz üniversitelerine yatay geçiş olmamalı ve eğitim yurtdışında tamamlanmalıdır. Bu durumda hem ihtiyaç duyulan dallarda daha çok uzman hekimin yetişmesi sağlanmış olacak, hem kalitenden taviz verilmemiş olacak, hem de haksız rekabet önlenmiş olacaktır.

4- GENEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ VE FİNANSMAN

Sağlık sisteminde iyi işlenen bir GSS sistemine ihtiyaç vardır. GSS sistemi, üyelere elde ettiği gelirlerle üyelerinin sağlık ihtiyaçlarını finanse etmelidir.

GSS kurumu, üyelere gelirleri doğrultusunda prim toplamalıdır. Primleri ödeyemeyecek durumda olanlar tespit edilmeli, bu durumda olanların primleri devlet tarafından karşılanmalıdır. GSS sisteminden amaç, tüm halkın sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmasıdır. Bu da tüm bireylerin gelirlerinin tespit edilmesi ve bu gelirler doğrultusunda prim toplamasını gerektirmektedir. Bunu gerçekleştirmek sadece GSS sistemi kurmakla mümkün değildir. Devletin mali yapısı, hukuk sistemi ve diğer ilgili kuruluşların iyi organize olmasına bağlıdır.

Kişilerin gelir durumları ve servetleri her yıl değişebilir. Bu nedenle bireylerin gelirleri her yıl takip edilmeli ve bu gelirler doğrultusunda bireylerden prim toplanmalıdır.

Toplanan primler amacına uygun yerlerde harcanmalıdır. Bu da, 1- Gereksiz ve rutin harcamalara karşı tedbir alınmalı, bunun için denetim güçlendirilmelidir; 2- Sigorta

sisteminin kurulmasıyla birlikte hasta sevk zinciri sistemi de faaliyete geçirilmelidir. Böylece hasta bireyler için tedavi hizmetleri sistematik hale getirilecek ve harcamalarda bir düzen ve denetim altına alınmış olacaktır.

Devlet sübvansiyonu, ülkenin koşullarına göre değişen oranlarda devam edilmelidir. Devlet katkısı, daha çok koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerini kapsamalıdır.

Sigorta sistemi, bireylerin birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile ilgili harcamalarını karşıladığı gibi S.B. reform çalışmalarındaki görüşün aksine ülkemizde tedavisi mümkün olmayan ve yurtdışında tedavi edilebilecek rahatsızlıkları da kapsamalıdır. Bunun için üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastanelerden sağlık kurulu kararı istenmelidir.

S.B. reform çalışmaları ile ilgili yayınlarda da belirtildiği üzere Finansmanı sağlayan kurum ile hizmeti sunan kuruluşlar birbirinden ayrılmalıdır. GSS kuruluşları hizmetin karşılığı olan ücreti ödemeli, gerek özel gerekse kamu sağlık kuruluşları hizmeti sunan ve bu hizmetler karşılığı ücretlerini alan birimler olmalıdır.

GSS kurumunun kurulmasıyla diğer sosyal güvenlik kurumları (Bağ-Kur, Emekli Sandığı, SSK vb.) arasında, ilk başta koordinasyon ve işbirliği sağlanmalı, daha sonra da tüm sosyal güvenlik kurumları kademeli olarak tek çatı altına alınmalı ve hizmetlerde birlik sağlanmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, hizmeti sunanlara sigorta kurumlarından karşılanacağı için, GSS kurumunun kurulmasıyla birlikte hizmeti alan ile hizmeti sunan arasındaki para ilişkisini tümüyle ortadan kaldıracak tedbirler alınmalıdır. Yasal olsun veya olmasın para ilişkisi devam ettiği müddetçe GSS kurumunu kurmanın ve diğer reformları gerçekleştirmenin fazla bir faydası olmayacaktır. Alınabilecek tedbirler, ilgili kurum ile GSS kurumu arasındaki ilişkilerin kesilmesi, hukuki yaptırım uygulanması, bireylerin eğitilmesi ve denetimlerin güçlendirilmesi vs. olabilir.

5. AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ

Sağlık sisteminin istenilen düzeye gelebilmesi için altyapısı oluşturulmuş, çalışma ilke ve prensipleri yasalarla belirlenmiş, çağdaş nitelikte bir A.H.S.'nin kurulması gereklidir. Bunun için en önemli unsur, hasta sevk zinciri sisteminin oluşturulmasıdır.

A.H.S. içinde çalışacak hekimlerin yetiştirilmesi ve tahsisi, kamu kurumları ve diğer sağlık teşekkülleriyle ilişkileri, özel muayenehanelerin bu sisteme dahil edilmesi gibi konularda gerekli altyapı kurulmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

İlk aşamada AHS için pratisyen hekimler görevlendirilmelidir. Gerekli altyapı kurulduktan sonra aile hekimliği için pratisyen hekimler sınava tabi tutulmalı ve başarılı olanlar bu konuda uzmanlık eğitimi almalıdır.

Sağlık ocaklarıyla aile hekimleri arasında işbirliği ve koordinasyon sağlanmalı ve yasal düzenlemeler bu esaslar üzerine yapılmalıdır. Aile hekimlerinin bulunmadığı yörelerde, bu görevleri sağlık ocakları üstlenmelidir. Aile hekimlerine tanınan haklar ile sağlık ocağı hekimlerine tanınan haklar aynı olmamalıdır. Yasal düzenlemeler bu iki sistemi (sağlık ocağı ve aile hekimliği) birbiriyle rekabet eden değil, birbirinin çalışmalarını tamamlayacak şekilde hazırlanmalıdır. Sağlık ocağı hekimi, serbest çalışan bir aile hekiminin görevlerini üstlenmemeli, ancak sağlık ocakları aile hekimlerinin çalışmalarına yardımcı olmalı ve rehberlik etmelidir.

Bireyler diledikleri aile hekimlerini seçmekte serbest oldukları gibi, hekimlerde istemedikleri hastayı kabul etmemekte serbest olmalıdırlar. Ancak hekim başladığı tedaviyi yarıda bırakmamalıdır.

AHS.'nde birinci basamak sağlık hizmetleri kadar koruyucu hekimlik hizmetlerine de önem verilmelidir. Birinci basamak hizmetlerde sağlık sorunlarını çözmek ekonomik açıdan karlı bir durumdur. Ancak hastalık oluşmadan (koruyucu sağlık hizmetleriyle) önlenmesi daha da karlıdır. Bu nedenle aile hekimlerinin koruyucu hekimliğe önem vermesi sağlanmalıdır. Bunun için aile hekimine bağlı hastalar içinde (her yıl için) rahatsızlanmayan veya daha düşük maliyetle sağlığını koruyabilen hastalara küçük

miktarlarda da olsa (sigorta sistemlerinden) geri ödeme yapılmalı veya primlerin tahsilinde indirimle gidilmelidir. Böylece gereksiz ve rutin tetkik, ilaç kullanımı, muayene ve iş kayıpları en aza indirilecek, koruyucu hekimliğe verilen önem ile uzun vadede hastalıklarla mücadele ve maliyetleri düşürmede başarı sağlanabilecektir. Koruyucu hekimliğe önem veren aile hekimleri de ödüllendirilmelidir.

B. İDARİ SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

1. SAĞLIK BAKANLIĞI

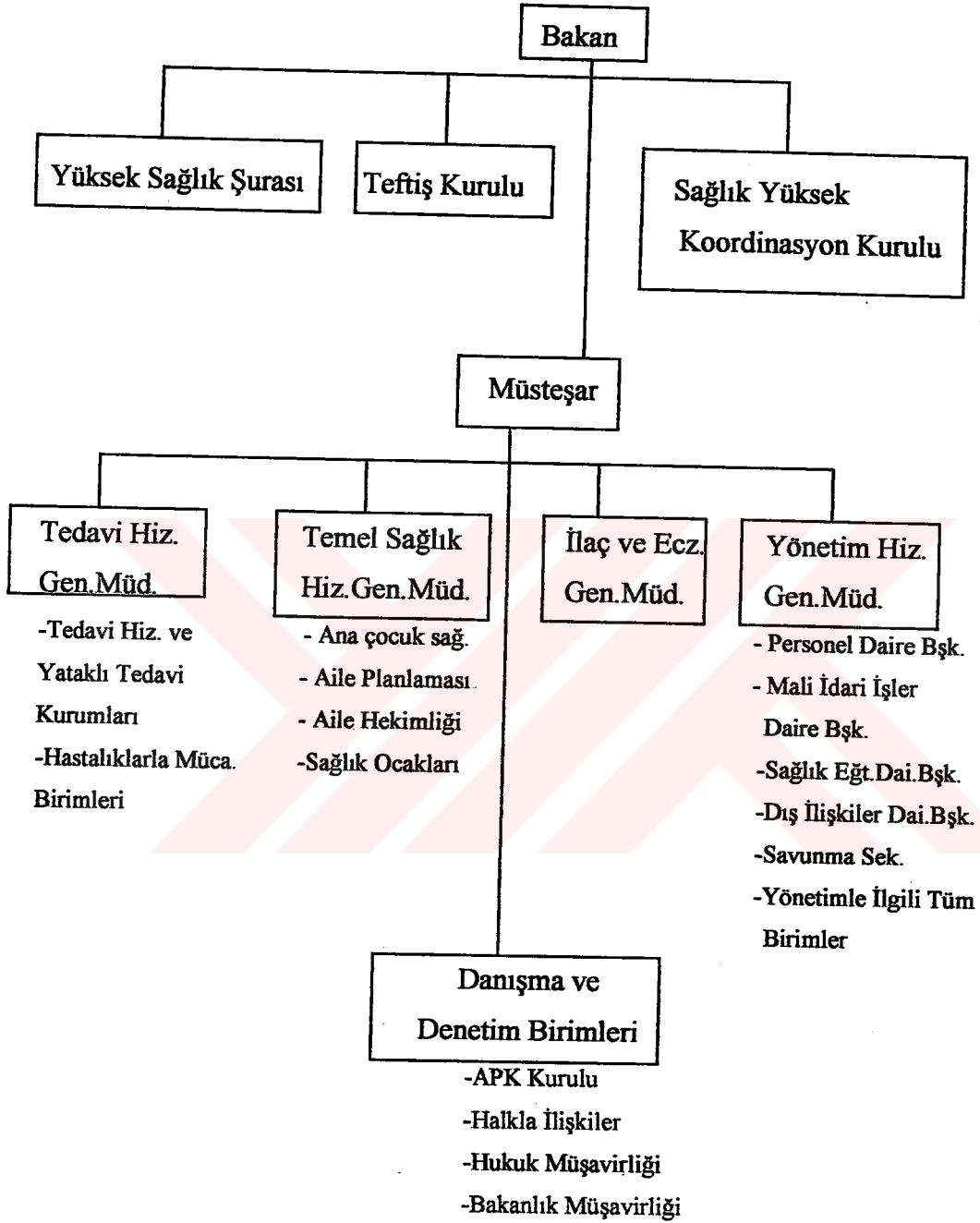
Sağlık Bakanlığı, operasyonel görevlerini BSM'lüklerine devrederek, çalışma standart ve normları tespit eden ve bu ilkeler doğrultusunda çalışmalarını takip eden ve denetleyen bir yapıya kavuşturulmalıdır.

Bakanlık merkez teşkilatına açıktan personel alınmamalıdır. Tüm memur kadroları taşra teşkilatında çalışan, iyi sicili olan ve en az 5 yıl hizmeti olan personel arasından sınavla alınmalıdır. Memur kadrolarına atanacak olanlarda en az iki yıllık yüksek okul mezunu olma şartı getirilmelidir.

Bakanlık yönetim kadrolarına taşra teşkilatlarında yöneticilik yapmış, en az yüksek lisans düzeyinde eğitimi olanlar yasal kriterlere uygun olarak atanmalıdırlar. Taşra teşkilatlarında yönetici olanlar, bakanlık merkez teşkilatındaki yönetim kadrolarına atanırken her dalda o meslekten gelen uzman kişilere yer verilmelidir. Bakanlık merkez teşkilatındaki yöneticiler taşrada çalışan ve uzmanlık dalı uygun olan personelden seçildiği gibi, bakanlık merkez teşkilatı içindeki yönetim kadrolarına kademeli yükselişe göre atama yapılmalıdır. Buna örnek olarak daire başkanlığı yapmayan kimse genel müdür olmamalıdır.

MSB ve üniversiteler dışında kalan tüm kamu hastaneleri SB.'na devredilmeli ve sağlık hizmetlerinde birlik oluşturulmalıdır. MSB ve üniversitelerin kuracakları hastaneler ile bu hastanelerin çalışma usul ve yöntemleri SB tarafından belirlenmeli ve denetlenmelidir. Diğer kamu kurumlarındaki zorunlu olan sağlık hizmetleri de bu bakanlık ile istişare içinde SB tarafından üstlenilmelidir.

SB merkez teşkilatı 4 genel müdürlük¹⁴⁰ ve bunların yanında danışma ve yardımcı birimlerden oluşmalıdır.



Şekil 10: Sağlık Bakanlığı İçin Önerdiğimiz İdeal Merkez Teşkilat Yapısı

¹⁴⁰ Sosyal Hizmetler Faaliyetleri SB içine alınırsa 5. Genel müdürlük olarak örgütlenmelidir.

Bakanlık teşkilatında bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele için dikey örgütlenme modeli ile kurulmuş olan birimler (Sıtma, Verem Savaş, Kanserle Mücadele vs.) tasfiye edilmelidir. Bu hastalıklarla mücadele THGM içinde yer almalıdır.

Sosyal hizmetler faaliyetleri SB çatısı içinde yer almalıdır. SB içinde Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü (SHGM) kurulmalıdır. Şayet sosyal hizmetler faaliyetleri SB dışında yer alacaksa bu hizmetler Başbakanlığa bağlı bir genel müdürlük yerine yeni bir bakanlık çatısı altında örgütlenmelidir.

SEGM, daire başkanlığına dönüştürülmelidir. Sağlık eğitiminde koordinasyonu sağlayan, ilkeleri belirleyen ve sağlık eğitimi veren üniversitelerle işbirliği yapan bir yapıya kavuşturulmalıdır. Hizmetiçi eğitim, okul sonrası eğitim, halk sağlığı eğitimi, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması eğitimi gibi faaliyetlere ağırlık verilmelidir.

2. BÖLGE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ (İDARESİ)

Bölge içindeki tüm faaliyetler BSM'lüklerine devredilmelidir. Bakanlık, çalışma usul ve esasları belirlemeli, ilkeleri koymalı, ancak tüm operasyonel faaliyetleri bölge idarelerine devretmelidir.

Bölge içindeki tüm tayin, atama ve görevlendirmeler, sağlık hizmetlerinin halka ulaştırılması, sağlık kuruluşları arasında koordinasyon, diğer kuruluşlarla işbirliği gibi bölge içindeki tüm faaliyetleri bölge yönetimi sevk ve idare etmeli, bakanlık ise bu faaliyetlerin yasalara uygunluk ve verimlilik açısından denetlemelidir.

BSM'lüklerinin kadroları dar tutulmalıdır. BSM'lüklerindeki idari kadrolara yapılan atamalar, uzmanlaşma esasına göre yapılmalıdır. BSM'lüklerinde çalışan yönetici kadrolar, il sağlık müdürlüğünde uzmanlık dallarında görev yapan ve sahasında en az yüksek lisans düzeyinde eğitimi olan personel arasından yasalara göre atanmalıdır.

SB tarafından BSM'lüklerin emrine verilen personel, malzeme ve bütçe imkanlarını kullanma yetkisi de bölge içinde tümüyle BSM'lüklerine ait olmalıdır.

Ülke çapında 20 dolayında BSM'lüğünün kurulması gereğinden fazladır. Bu sayı 8-10 dolayında olmalıdır.

Bakanlık BSM'lüklerine gerekli yetkileri vermez, tüm hizmetleri ve personel atamalarını merkezden yaparsa, bölge yönetimleri ara birimler haline gelip, formaliteleri yerine getiren danışman kurumlar olmaları muhtemeldir. Bu durumda formalite ve bürokratik işlemler ile vatandaşın gittiği yer sayısı artmış olacaktır. Fayda yerine, çalıştırdığı personel ve diğer giderleri itibariyle de ülke ekonomisine büyük bir yük getirecektir.

3. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İl sağlık müdürlükleri, il içindeki sağlık kuruluşları arasında işbirliğini sağlayan ve koordine eden bir yapıya kavuşturulmalıdır.

İl sağlık müdürlüğünün il içindeki faaliyetlerindeki yetkiler artırılmalı, sağlık hizmeti sunan tüm kuruluşların (MSB hastaneleri, Belediyeler, özel sağlık kuruluşları vs.) denetim ve takibini etkin bir şekilde yerine getirmelidir.

Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de kamu hastanelerinin yönetimi üçlü konsey (Başhekim, Müdür, Başhemşire) tarafından yerine getirilirse bunların sicil amirliği ve aralarındaki koordinasyon il sağlık müdürü tarafından sağlanmalı ve hastaneler üzerindeki etkinliği artırılmalıdır.

Sağlık ocakları ve diğer sağlık kuruluşları üzerindeki denetim belirli plan ve programlar dahilinde olmalıdır.

Halk sağlığı ile ilgili çalışmalarda il sağlık müdürlüklerinin gücü artırılmalıdır. Yasal güç yanında teknik imkanlar ve personel açısından da güçlendirilmelidir. Çevre ve halk sağlığı denetimi yapan belediye ve diğer kamu kuruluşları ile işbirliği yapılmalı ve tüm resmi kuruluşların bu konudaki faaliyetleri sağlık müdürlüğünün koordinatörlüğünde gerçekleştirilmelidir.

Sağlık müdürlüğünde yönetici kadro tabandan yetişerek gelmelidir. Sağlık ocağı ve diğer sağlık kuruluşlarının sorunlarını, kapasite ve imkanlarını bilen, çalışma prensipleri konusunda fikir sahibi olan yöneticilerden seçilmelidir.

İl sağlık müdürlüklerinde standart kadrolar yeniden düzenlenmelidir. Standart kadroların belirlenmesinde personel ihtiyaca göre tespit edilmelidir. Standart kadro cetveline aykırı atamalar yapılmamalıdır. Her birimde konunun uzmanı personel çalıştırılmalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmeti için yetiştirilmiş sağlık memuru ve diğer sağlık personeli sağlık müdürlüklerinde amaç dışı işlerde çalıştırılmamalıdır.

İl sağlık müdürü en az 10 yıl hizmeti olan hekim ya da sahasında en az yüksek lisans düzeyinde eğitim görmüş il sağlık müdür yardımcıları arasından atanmalıdır. İl sağlık müdür yardımcıları ancak görev yaptıkları ve doğdukları iller dışındaki diğer illere 'il müdürü olarak' atanabilmelidir.

İl sağlık müdür yardımcıları, en az 8 yıl hizmeti olan sağlık müdürlüklerinde şube amirliği, hastane başhekimliği, hastane müdürlüğü ya da emsal düzeylerde yöneticilik yapmış, en az lisans düzeyinde eğitim alan yöneticilerden atanmalıdır.

İl sağlık müdürlüğündeki şube amirleri, en az 6 yıl hizmeti olan, ilgili meslek dalında en az lisans düzeyinde eğitim almış kişiler olmalıdır.

Bakanlık yönetim kadroları (ve kurulması düşünülen BSM'lüğü yönetim kadroları) il sağlık müdürlüğü yönetici kadrolarından sağlanmalıdır.

İl sağlık müdür yardımcılarının sayısı çok fazladır. Sayı azaltılmalıdır. C grubu illerde 1, B grubu illerde 2 (1 hekim, 1 idari), A grubu illerde 3 (1 hekim, 1 idari, 1 diğer sağlık lisansiyeri) sağlık müdür yardımcısı olmalıdır. Nüfusu 2 milyonu geçen illerde bu sayı 4 (ikisi hekim), 5 milyonu geçen illerde ise 5 (üçü hekim) olmalıdır. Bu kadroların üstüne vekaleten atama yapılmamalıdır.

İl sağlık m¼d¼rl¼đ¼nde bulunan Őube m¼d¼rl¼kleri Őube Őefliklerine d¼n¼Őt¼r¼lmelidir. Őube m¼d¼rl¼kleri ićindeki Őef kadroları kaldırılmalı, sağlık m¼d¼rl¼đ¼ b¼nyesinde bir personel Őefi kadrosu bulunmalıdır. Őubelerin sayısı azaltılmalıdır (ilin n¼fusuna g¼re sayı deđiŐebilir). Őube amirleri (y¼ksek lisans d¼zeyinde eğitimi olan) bakanlıkta kendi g¼rev alanlarında y¼kselebilmek imkanı bulmalıdırlar.

İl sağlık m¼d¼r ve yardımcılarının ¼zl¼k hakları iyileŐtirilmelidir. Ek g¼stergeleri 3600 rakamının ¼st¼ne çıkarılmalıdır. Ek g¼sterge ve g¼sterge toplamının ¼ćte biri sağlık m¼d¼r yardımcılara, ¼ćte ikisi de sağlık m¼d¼r¼ne makam tazminatı olarak ¼denmelidir. Őube amirlerinin de ¼zl¼k hakları iyileŐtirilmelidir.

4. İLÇE SAĞLIK M¼D¼RL¼Đ¼

İlçe sağlık m¼d¼rl¼kleri, işlerin y¼r¼t¼lmesinde vatandaş açısından gidilen yerlerin artması ve gereksiz yazışmaların yapılması itibariyle b¼rokratik işlemlerin, birçok personelin çalıştığı kurumlar olması itibariyle de ekonomik israfı getirecektir.

İlçelerde yeni birimler ve ¼rg¼tler kurmak yerine il sağlık m¼d¼rl¼klerinin yapısı g¼çlendirilmeli, il içindeki y¼netim g¼c¼ bakanlık ve siyasi etmenlerin g¼lgesinden çıkarılmalı ve kendisine verilecek yetkileri en iyi Şekilde kullanabilecek bir yapıya kavuşturulmalıdır.

İlçe sağlık m¼d¼rl¼đ¼, n¼fusu 100 bini aşan ilçelerde birden fazla ilçeyi kapsayacak Şekilde kurulabilir. Kadrolar dar tutulmalı ve b¼rokratik işlemleri gereksiz yere artırmayacak Şekilde ¼rg¼tlenmelidir. İl sağlık m¼d¼rl¼kleri ile yetki kargaşasına girmeden ve ilin işlerini kolaylaŐtıran bir yapı oluşturulmalıdır.

Y¼netime katkısı olmayan, ancak b¼rokratik işlemleri artıran sağlık grup başkanlığı (SGB) uygulaması kaldırılmalıdır.

5. SAĞLIK MERKEZİ

Sağlık merkezlerine daha çok önem verilmelidir. Küçük ilçelerde hastane yerine iyi örgütlenmiş sağlık merkezleri kurulmalıdır.

Sağlık merkezleri çok yönlü hizmet sunan birimler şeklinde örgütlenmelidir. Bünyesinde temel uzmanlık dallarından uzman hekimler bulunmalı, küçük cerrahi girişim ve ameliyatlar yapılabilmelidir.

Sağlık merkezlerinde hekimler, yaptıkları ameliyat ve poliklinik hizmetlerinin karşılığı olarak prim almalıdırlar.

Çeşitli hastalıklarla mücadele için kurulmuş Verem Savaş, Sıtma, Kanslerle Savaş gibi dispanser ve başkanlıklar tasfiye edilmeli, taşrada bu kuruluşların görevini sağlık merkezleri üstlenmelidir. Bu hastalıklarla mücadele için sağlık merkezlerinde ilgili yetişmiş personel ve çalışma imkanları bulunmalıdır.

Koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmetleri için kurulmuş aile planlaması merkezleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri gibi kurumların taşradaki faaliyetleri sağlık merkezleri tarafından yerine getirilmelidir. Halk sağlığı laboratuvarları sağlık merkezleri içine alınmalı, laboratuvar, röntgen vb. hizmetler için de sağlık merkezlerinde üniteler açılmalıdır. Böylece sağlık hizmetleri dağınıklıktan kurtarılacak ve verimlilik sağlanmış olacaktır.

Hastanelerin bulunmadığı yerleşim birimlerinde sağlık merkezleri faaliyet göstermelidir. Hastanenin bulunduğu yerleşim birimlerinde ise sağlık merkezlerinin yataklı tedavi hizmetleri dışındaki yükümlülüklerini sağlık ocakları yerine getirmelidir.

6. SAĞLIK OCAĞI

Koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmetlerini en iyi şekilde sunacak bir örgüt yapısına kavuşturulmalıdır.

Sağlık ocaklarında çalışan personelin çalışma koşulları iyileştirilmelidir. Özellikle kırsal sağlık ocaklarında personelin çalışmalarını teşvik edici tedbirler alınmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmeti ve koruyucu hekimlik hizmetleri için yetiştirilen personel (toplum sağlığı sağlık memuru, ebe, pratisyen hekim vs.) bu amaçlar için kurulmuş teşkilatlarda çalıştırılarak sağlık ocaklarının personel istihdamı kolaylaştırılmalıdır.

Kırsal sağlık ocaklarında çalışan personelin atanması ve tayin işlemlerinde hukuk kuralları ve eşitlik ilkesi esas alınmalıdır.

Sağlık ocaklarında personel ve meslek branşları hizmeti en iyi karşılayacak sayıda olmalıdır. Standart kadroların belirlenmesinde verimlilik esas alınmalı, standart kadro cetveline her zaman uyulmalı ve standart kadro üstü veya dışı atamalar yapılmamalıdır.

Sağlık ocaklarında istatistik çalışmaları daha ciddi ve gerçekçi olacak şekilde yapılmalıdır. İstatistik çalışmalarında tüm görev sağlık memuru ve ebeye verilmek yerine, il sağlık müdürlüğünün koordinatörlüğünde ilgili diğer kamu kurumları (nüfus idaresi, muhtarlık, mülki amirlik vs.) ile istişare içinde ve bu kurumların desteği ile gerçekleştirilmelidir.

Sağlık ocaklarında aşırı form ve yazışmalar yerine daha anlaşılır, az ve öz bürokratik işlemler yapılmalı; elde edilen bilgi ve verilerin çok olması yerine gerçekçi olması üzerinde durulmalıdır. Sağlık ocaklarında kullanılan form ve yazışmalar azaltılmalıdır.

Sağlık ocaklarında birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu hekimlik hizmetleri birinci amaç olarak görülmeli ve bu hizmetlerin gerçekleşmesi için sevk zinciri sistemi muhakkak yerleştirilmelidir. Sevk zinciri uygulamasının başarıya ulaşabilmesi için sağlık ocakları hem personel ve malzeme olarak güçlendirilmeli, hem de gerekli hukuk sistemi oluşturulmalıdır.

Sağlık merkezlerinin bulunmadığı ilçelerde aile planlaması, ana-çocuk sağlığı hizmetleri, çeşitli bulaşıcı ve salgın hastalıklarla (verem, sıtma, lepra vs.) mücadele çalışmaları, röntgen, laboratuvar ve halk sağlığı hizmetleri sağlık ocakları bünyesi içinde gerçekleştirilmelidir.

Hastane ve sağlık Merkezinin bulunmadığı ilçelerdeki sağlık ocaklarında temel uzmanlık (dahiliye, hariciye, çocuk, kadın-doğum) dallarından uzman hekimler bulunmalıdır.

Sağlık ocaklarında çalışan hekimlere poliklinik hizmetleri için makul düzeyde prim ödenmelidir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri için aile hekimlerine ve sağlık ocağı hekimlerine tanınan imkanlar iyi tespit edilmelidir. Serbest çalışan aile hekimleri ile sağlık ocağı hekimleri aynı amaç için çalışacaklarından ve aynı kesime hitap edeceklerinden birbirleriyle rekabet eden değil, işbirliği yapan bir mekanizma içinde yer almalıdırlar.

Sağlık ocakları buldukları yerleşim birimlerinde en uygun yerlerde inşa edilmelidir. Uygunluk; ulaşım, güvenlik ve hizmette verimlilik açılarından ele alınmalıdır.

Temel sağlık hizmetlerinin sınırı çizilmelidir. Sağlık ocaklarında personele dengeli görev verilmeli ve verilen görevler ile yapılması istenen işler orantılı olmalıdır.

7. SAĞLIKEVİ

Sağlıkevinin kurulacağı köy iyi tespit edilmelidir. Sağlıkevinin kurulmasında köylerin büyüklüğü ve birbirlerine olan uzaklıkları kriter olarak alınmalı ve bir standart getirilmelidir. Büyük köyler ya da merkezi durumda olan ve diğer köy ve mezralara ulaşımın mümkün olduğu köyler tercih edilmelidir.

Sağlıkevinin kurulmasında, köyün tespiti kadar köy içinde sağlıkevinin kurulacağı yer de önemlidir. Köy dışına sağlıkevi kurmak yerine köy içinde emniyetli ve her gün ulaşımın mümkün olduğu alanlara kurulmalıdır.

Sağlıkevi binası, hizmetin sunumuna cevap verecek nitelikte ve yörenin doğal şartlarına uygun özellikte inşa edilmelidir.

Sağlıkevinde ebeye verilen görevlerin sınırı çizilmeli, bu sınırlar içinde imkanlar sağlanmalı ve bu hizmetlerin yerine getirilmesinde etkin bir denetim sağlanmalıdır. İmkanların üstünde görevler beklenmemeli, ebenin yapabileceği görevleri aşan durumlarda bağlı olduğu sağlık ocağı ve il teşkilatı bu faaliyetleri üstlenmelidir.

Sağlıkevinde çalışan ebenin atanması, görevleri, sorumlulukları ve hakları yasalarla teminat altına alınmalıdır. Sağlıkevlerine ebe atamaları nokta tayin olarak bakanlık (veya kurulursa BSM'lükleri) tarafından yapılmalıdır. Atamalarda ayrımcılık yapılmamalıdır. Bu görevlerde iki veya üç yıl (yasalarla belirlenmiş hizmet süresi) çalışan ebe, hizmet süresi sonunda tayin istediği yerlerden birisine yaptırabilme hakkına sahip olmalıdır.

Sağlıkevinde çalışan ebelere daha fazla maddi imkan tanınmalı ve sağlıkevinde çalışma teşvik edilmelidir.

Sağlıkevinde istihdamın gerçekleştirilememesi durumunda sözleşmeli ebe uygulamasına geçilmelidir. Sözleşmeli olarak belli bir süre (örneğin 2 veya 3 yıl) sağlıkevinde görev yapan ebeye devlet memurluğu statüsüne geçme hakkı da verilerek bu göreve kesintisiz belli bir süre yapması sağlanmalıdır.

Tüm hemşirelere 'doğum' bilgisi verilerek hemşire ile ebe-hemşire ayrımı kaldırılırsa sağlıkevlerine personel istihdamı kolaylaşacaktır. Sağlıkevine doğum bilgisi olmayan (hemşire, sağlık memuru vs.) personel atanmamalıdır.

8. SAĞLIK MESLEK ÖRGÜTLERİ

Sağlık meslek örgütleri, 'oda' veya 'dernek' şeklinde ayrı özel'iklerde örgütlenmeleri yerine, eşit şekilde ve aynı statüde örgütlenmeler sağlanmalıdır.

Üyelerin sayısı az olan meslek grupları bir araya getirilerek bir meslek örgütü kurmaları sağlanmalıdır.

Sağlık meslek gruplarının etkinliklerini artırmada diğer bir önemli unsur da, tüm meslek gruplarının hem kamu, hem de özel sektörde istihdamını sağlayıcı tedbirlerin alınmasıdır. Üyeleri etkili görevlerde bulunan ve gelir kaynakları olan meslek grupları, daha iyi örgütlenip, daha aktif faaliyet gösterebilirler.

9. ULUSAL SAĞLIK AKADEMİSİ

Ülkemizdeki genel sağlık faaliyetlerini devlet politikası haline getirecek bir örgütlenmeye ihtiyaç vardır. Bu amacı gerçekleştirmek için özerk yapısı olan Ulusal Sağlık Akademisi(USA)'sini kurmak yararlı olacaktır.

USA'sinin katma bütçeli bir kuruluş olması, özerk yapısını korumasını kolaylaştıracaktır. Akademi içindeki tüm personel belli bir bilgi ve birikime sahip olmalı, her sahada konunun uzmanları çalıştırılmalıdır. Akademi içindeki yönetici kadrolar, kurumun kendi içindeki mevzuata uygun olarak atanmalıdır. Yönetiminde birçok bilim dalından uzmanlar, sağlık hizmeti sunan SB, MSB ve üniversiteler ile TÜBİTAK, DİE, DPT, TSE gibi kurumların, meslek kuruluşları ve sivil örgütlerin temsilcileri bulunmalıdır.

USA'nin aldığı kararlar sağlık hizmeti veren tüm kurumları kapsamalıdır. USA, SB içinde özerk yapısını koruması zor olabilir. Bu durumda USA, Başbakanlığa bağlı olarak da kurulabilir.

10. SAĞLIK ENFORMASYON SİSTEMİ

SES'ni kurmak, tüm halkı doğru bilgilerle bilgilendirmek ve eğitimini sağlamak, sağlıklı veriler toplayıp, yöneticilerin hizmetine sunmak yararlı olacaktır. Halkın sağlık sistemi ile ilgili konularda bilgilendirilmesi, yöneticilerin keyfi kararlar almalarına da mani olacak ve doğru politikalar için kamuoyu oluşmasına katkı sağlayacaktır.

SES'nin istenilen verime ulaştırılabilmesi için tüm birimlerin çağın gereklerine uygun şekilde donatılması gerekir. çalışma prensip ve usulleri belirlenmeli, çalışan

personel işe ehil ve bilgiye sahip (iletişim, istatistik, bilgisayar, işletme vs) kişilerden seçilmelidir.

SES, il merkezlerinde örgütlenmelidir. Birkaç ili kapsayacak bir örgütlenme de olabilir.

11. HASTANELER

Kamu hastaneleri en az 50 yataklı olmalıdır. Bu yatak sayısının altında olan hastaneler sağlık merkezlerine dönüştürülmelidir. MSB ve üniversite hastaneleri dışındaki tüm kamu hastaneleri SB'na devredilmelidir.

Bir kamu hastanesinin kurulup kurulmaması kararı, yetkili ve uzman kişilerden oluşan (tercihen bu kurul özerk yapılı bir kuruluş çatısı altında olmalıdır) bir kurul tarafından onaylanmalıdır.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti için kurulmuş hastanelerde acil vakalar hariç, kesinlikle birinci basamak sağlık hizmeti verilmemelidir. Hastaneler, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlardan sevkli olan hastalara bakmalı ve sevk zincirine titizlikle uyulmalıdır.

Kar amacı güden özel hastaneler yanında kamu yararı güden (kamu niteliğindeki) vakıf, dernek gibi kuruluşlara ait özel hastaneler teşvik edilmelidir. Bu hastaneler kamu yararını ön planda tutacağı için halkın sağlık ihtiyaçlarını karşılarken devlete de ekonomik yük olmayacaklardır.

Kamu hastanelerinde çalışan hiçbir personel (başta başhekim, başhekim yardımcısı ve hekimler) özel hastanelerde çalışmamalıdır. Özel hastaneler ile kamu hastaneleri arasında kesin çizgiler olmalıdır. Bu gerçek bir rekabet için gereklidir.

Tüm kamu kuruluşlarında olduğu gibi sağlık kuruluşlarında da standart kadrolar ihtiyaca cevap verecek düzeyde belirlenmeli ve bu standart kadro sayılarına uyulmalıdır. Tüm hastanelerde ve sağlık kuruluşlarında standart kadro dışı ve üstü atamalar

yapılmaması halinde sağlık personelinin ülke genelinde dengeli dağılımlının gerçekleşmesi kolaylaşacaktır. Kimi kurumlarda personel yetersizliğinden, kimi kurumlarda ise personel fazlalığından kaynaklanan verimsizlik büyük lde önlenmiş olacaktır.

Özel hastanelerde de SB tarafından hazırlanan standart kadro cetveli bulunmalıdır. Özel hastanelerde, standart kadro cetveli hastanenin yatak sayısı ve özelliğine göre (genel hastane, özel dal hastanesi) oluşturulmalıdır. Standart kadro cetvelleri kamu hastanelerinde optimum, özel hastanelerde ise asgari olarak belirlenmelidir. Tüm hastaneler için (kamu-özel) standart kadro cetvelinin tahsis edilmesiyle, başta ara personel olmak üzere tüm sağlık meslek gruplarının istihdamı ve kendilerinden azami yararlanılması sağlanabilecek ve tüm faaliyetlerin bilim ve yasalar doğrultusunda gerçekleşmesi mümkün olabilecektir.

Her sağlık meslek grubunun alacağı ücret, asgari olarak belirlenmeli ve ücretlerde en alt sınır çizilmelidir.

ağın dışında kalan mevzuat ve uygulamalar kaldırılmalı, hastaneler günün koşullarına ve gerçeklerine uygun yönetim yapısına kavuşturulmalıdır.

Kamu hastanelerinde görevde yükselme yasal kriterlere bağlı olarak gerçekleştirilmelidir. Amirlerin atanması ve ünvanlı kadroların kazanılması; liyakat, sicil ve eğitim düzeyi ile belirlenmelidir.

Hastanelerde, genelde başhekim yardımcılığı görevleri diğer birim amirleri kadar aktif olmayıp, idari hizmetlere katkıları daha az olduğundan sayıları azaltılmalıdır. Başhekim yardımcısı kadroları 200 yatak sayısından itibaren 1, 1000 yatak sayısından itibaren de 2 olabilir.

Kamu hastanelerinde başhemşire yardımcısı kadroları teşkil edilmemelidir. Başhemşirenin hastanede bulunmadığı zamanlarda servis sorumlu hemşirelerinden birisi başhemşirenin yerine vekalet etmelidir. 500 yataktan fazla sayısı olan hastanelerde 1 başhemşire yardımcısı kadrosu bulunabilir.

Hastanelerde idari hizmetleri gerçek anlamda müdür yardımcılarını üstlenmektedir. Müdür yardımcısı kadroları yeteri kadar olmalıdır. Ancak, müdür yardımcısı kadroları da optimum olarak belirlenmeli ve normalden fazla olmamalıdır. Çünkü idari kadroların normalden fazla olması halinde katkıları azalmaktadır. Müdür yardımcısı kadroları 100 yatakta 1, 200 yatakta 2, 500 yatakta 3, 1000 yatakta ise 4 olmalıdır.

Hastanelerde yönetici olan baştabip ve yardımcısı görevlerine atanabilmek için hizmet süresi aranmalı ve hiyerarşik yükselme sistemi getirilmelidir. Başhekim yardımcılarını, en az 4 yıl hekimlik (özel veya kamu) hizmeti olan ve en az 2 yıl klinik şefliği yapmış uzman hekimlerden seçilmelidir. Baştabip ise en az 6 yıl hekimlik (özel-kamu) hizmeti olan ve en az 2 yıl baştabip yardımcılığı yapmış uzman hekimlerden seçilmelidir.

Hastanelerde birbirinden ayrı olan iki bütçe (genel bütçe ve döner sermaye) mali-idari işlerden sorumlu birimin emrine verilerek tek bir çatı altından yönetilmelidir. Bu iki bütçe ödenek durumuna göre birbirinin yerine ikame edilebilmelidir.

Hastanelerdeki ita ve tahakkuk amirlikleri yeniden düzenlenmelidir. Tüm kamu hastanelerinde ita amiri hastanedeki en üst yönetici, tahakkuk amiri de mali işlerden sorumlu yönetici olmalıdır. Döner sermaye ve genel bütçe arasındaki tahakkuk amiri ayrımı kaldırılmalıdır.

İhalelerde hekimler, ihale komisyon başkanı ve tahakkuk Amirliği görevleri almamalı, bu görevleri mali işlerden sorumlu kişiler ifa etmelidirler. Ancak hekimlik mesleğini ilgilendiren konulardaki satın almalarda hekimler ihale komisyon üyesi, muayene komisyon üyesi ve başkanı olarak görev almalıdırlar.

Kamu hastanelerinde uzman hekimler sözleşmeli olmalıdırlar. Hastane standart kadro cetvelinde belirtilen dallarda ve sayıda uzman hekim ile sözleşme yapılarak görev verilmelidir. Hastanede çalışacak uzman hekimleri bir komisyon tespit etmelidir. Bu

komisyonda hastane baştabibi, baştabip yardımcısı, hastane müdürü, sağlık müdürü, sağlık müdür yardımcısı (hekim) ve SB (THGM)'ndan bir temsilci (hekim) bulunmalıdır.

Sözleşme süresi 2 veya 3 yıl olmalıdır. Sözleşme süresinde sözleşmenin fesh edilmesi veya sözleşme sonunda sözleşmenin yenilenip yenilenmemesi hastane idaresinin yetkisinde olmalıdır.

Sözleşmeli uzman doktorlara sözleşme gereği (SB.'nin tespit ettiği miktarda) normal devlet memurlarından daha fazla ücret ödenmelidir. Döner sermaye imkanlarından yararlandırılmalıdır. Yaptığı her ameliyat ve poliklinik için makul düzeyde prim ödenmelidir.

Sözleşmeli uzman hekimler sözleşmeli oldukları süre içerisinde özel muayenehane açmamalı ve özel hastanelerde çalışmamalıdır. Hiçbir şekilde özel hasta kabul etmemelidir.

Baştabip yardımcılarını kamu hastanelerinde sözleşmeli olarak çalışan klinik şefleri arasından, baştabipte baştabip yardımcılarını arasından bakanlıkça atanmalıdır. Yönetici hekimler görevleri süresince sözleşme kapsamının dışında tutulmalıdır. Maaşları sabit olarak (sözleşmeli uzman hekimlere ödenen ücretin üstünde) ödenmelidir. Döner sermaye imkanlarından (sözleşmeli uzman hekimlerin üstünde) yararlanmalıdır. Yaptığı ameliyat ve polikliniklerden prim almalı , ancak bu prim sözleşmeli uzman hekimlerin aldığı miktardan az olmalıdır.

Devlete ait özel dal hastanelerinde pratisyen hekim kadroları bulunmamalıdır. Genel hastanelerde ise acil servislerinde belli sayıda (acil servis için eğitim görmüş) pratisyen hekim kadroları bulunmalı ve bunun dışında pratisyen hekim kadroları teşkil edilmemelidir.

Devlete ait hastanelerde sağlık memurluğu (toplum sağlığı) kadroları pansuman vb. hizmetler için tahsis edilmeli ve sayıları dar tutulmalıdır.

Kamu hastanelerinde belli meslek grupları (şoför, santral görevlisi, marangoz, berber, gassal , aşçı, kaloriferci, teknik elemanlar vs.) sözleşmeli personel olarak çalıştırılmalıdır. Sözleşme süresi 2 veya 3 yıl olmalı, ücretleri (her mesleğin ayrı olarak) merkezi sistemle SB tarafından tespit edilmelidir.

Bu personelin işe alınması, merkezi sınavla (teorik gerekirse uygulamalı) mümkün olmalıdır. Sözleşme esnasında sözleşmenin fesh edilmesi ya da sözleşme sonunda sözleşmenin yenilenip yenilenmemesi hastane idaresinin yetkisinde olmalıdır.

Hastanelerde hizmetli kadroları bulunmamalıdır. Hizmetlilerin yapacağı tüm görevler özel sektöre devredilmeli ve bu görevler özel sektör tarafından yerine getirilmelidir. Ancak bu statüde çalışan personele asgari ücret düzeyinde ödeme yapılması sıkıntı yaratmaktadır. Vardiya usulü çalışma ve sürekli faaliyetin olduğu, kaza, hastalık vb. risklerin bulunduğu hastanelerde bu personele asgari ücret düzeyinin üzerinde ödeme yapılabilmesi için yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Kamu hastanelerinde memur, hemşire, ebe, pratisyen hekim, sağlık memuru, sağlık teknisyeni, güvenlik sorumlusu ile diğer sağlık personeli kadrolu memur statüsünde olmalıdır. İşin devamlılığı açısından bu gereklidir.

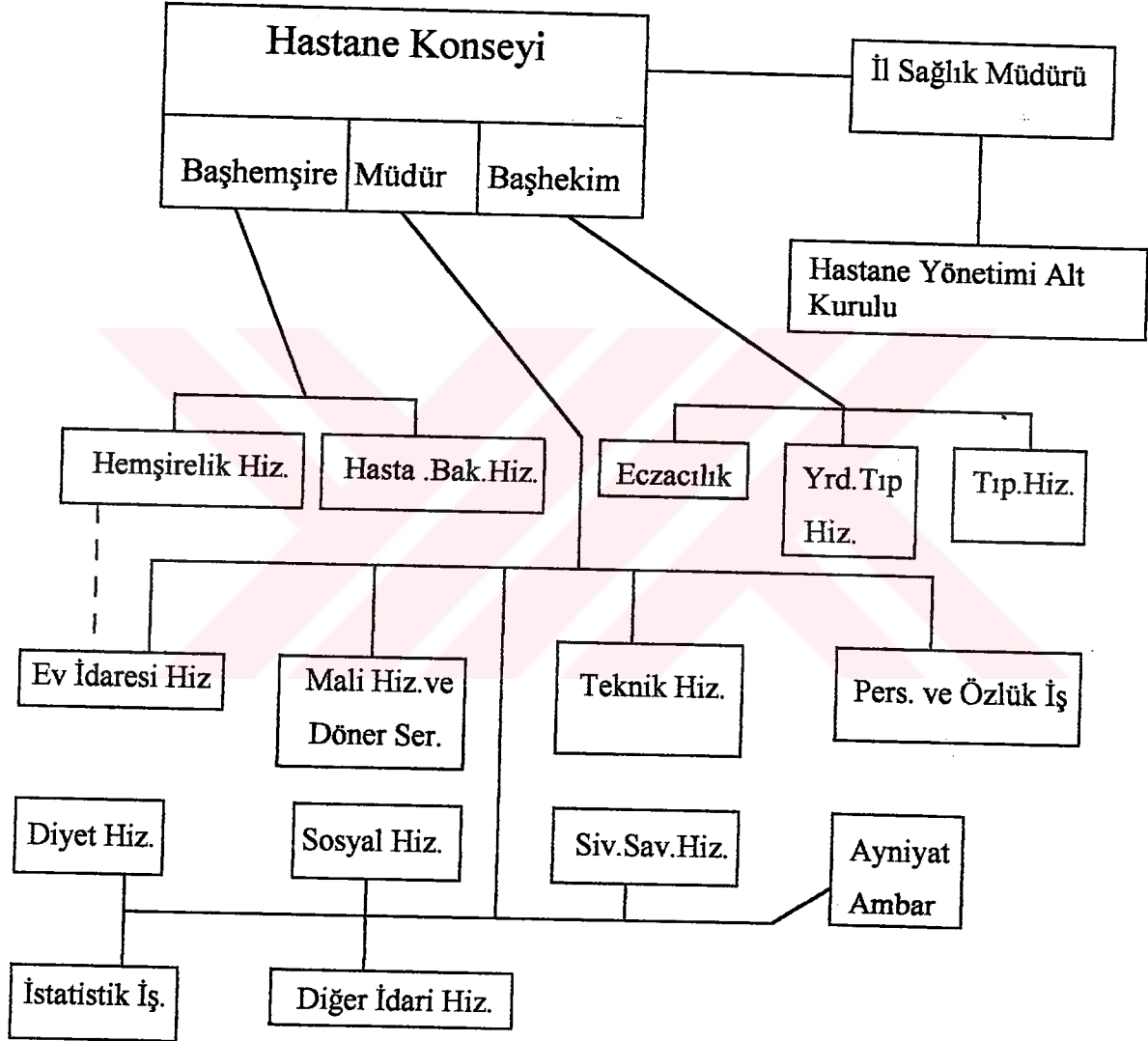
Kamu hastanelerinde güvenliği sağlamak için 'güvenlik birimi' oluşturulmalıdır. Bu birimlerdeki görevliler, hastane kadrosunda yer alan emniyet mensupları olmalıdırlar. Hastane idaresinin emrinde, emniyet teşkilatının denetiminde görevlerini yerine getirmelidirler.

11.1.HASTANE YÖNETİM MODELLERİ

Ülkemizde hastane yönetim modelleri, günlük faaliyetleri bile yerine getirmekte zorlanmaktadır. Tüm hastaneler temel ihtiyaçlara cevap verecek, en az maliyetle en iyi hizmeti sunacak ve halkı memnun edecek düzeye gelmeleri sağlanmalıdır. Bunun için hastane yönetim modelleri önereceğiz.

Ülkemiz koşulları dikkate alınarak üç ayrı model önermekteyiz. Bu modellerden ilki çağdaş ülkelerde uygulanan yönetim modelidir. Bir çok gelişmiş ülkenin uyguladığı ve başarılı sonuçlar aldığı bu model ülkemizde de öncelikle uygulanması gereken modeldir. Ancak bu modelin tasvip görmemesi halinde ülkemiz şartlarına uygun ikinci ve üçüncü modeller de önereceğiz.

a) Çağdaş Hastane Yönetim Modeli



Şekil 11: Çağdaş Hastane Yönetim Modeli

Şekil 11' de görüldüğü gibi, gelişmiş ülkelerde uygulanan bu modelde yönetim, 'hastane konseyi' tarafından yerine getirilmektedir. Konsey üyeleri eşit haklara sahiptir. Yönetim konseyi baştabip, başhemşire ve müdürden oluşmaktadır. Müdür, idari ve mali konulardan; baştabip, tıbbi konulardan; başhemşire ise hemşirelik ve hasta bakım hizmetlerinden sorumludur. Hastaneyi dışa karşı müdür temsil etmektedir. Bu modelde uzmanlaşma söz konusudur. "ABD hastanelerinde hastane hizmetleri, hastane müdürü ve fonksiyonel yöneticilerden oluşan bir ekip tarafından yürütülmektedir. Bu yüzden de biçimsel açıdan hastane müdürü ile fonksiyonel yöneticiler arasında bir ast-üst ilişkisi bulunmamasına rağmen, faaliyetler gerçekte ortaklık ilişkileri içerisinde yürütülmektedir. Ortaklık ilişkilerine dayanan ekip içinde hastane müdürünün rolü ise 'liderlik' tir."¹⁴¹ Diğer batı ülkelerinde de (İngiltere, Almanya vb.) hastane müdürü, başhemşire ve baştabip kendi yönetim alanlarından sorumlu ve birbirleriyle eşit düzeydedirler. Hastaneyi dışa karşı temsil eden ise hastane müdürüdür.

Ülkemizde de kamu hastaneleri 'yönetim konseyi' tarafından yönetilmelidir. Konsey; hastane müdürü, baştabip ve başhemşireden oluşmalıdır. Kararlar konsey üyelerinin oylarıyla alınmalıdır. Konsey üyeleri arasında ast-üst ilişkisi olmamalıdır. Konsey üyeleri kendi personelinin amiri durumundadır. Hastaneyi dışa karşı hastane müdürü temsil edecektir. Aralarındaki anlaşmazlıklarda il sağlık müdürü devreye girmelidir. İl sağlık müdürünün başkanlığında ilgili bölüm amirlerinin de yer aldığı 'hastane yönetimi alt kurulu' nda anlaşmazlığa düşülen konular tartışılarak karara bağlanmalıdır. Böylece il sağlık müdürlüğünün hastane yönetimleri üzerindeki etkisi artacaktır.

aa) Hastane Müdürü: Hastanedeki tüm mali, idari ve teknik hizmetleri yürüten birimdir. Hastane müdürlüğünün görev alanları; mali hizmetler, personel ve özlük işleri, istatistik işleri, sivil savunma ve güvenlik işleri, teknik hizmetler, diyetik hizmetler, sosyal hizmetler, halkla ilişkiler, ev idaresi (temizlik) hizmetleri¹⁴², ayniyat, ambar vb. diğer idari hizmetler olmalıdır.

¹⁴¹ Hikmet Seçim, a.g.e., ss.42-43

¹⁴² Ev idaresi hizmetleri hastane müdürlüğünün görevleri arasında olabileceği gibi başhemşirelik hizmetleri içinde de yer alabilir.

Hastane müdür ve yardımcılığı kadrolarına sağlık idareciliği alanında en az lisans düzeyinde eğitim alan kişiler atanmalıdır. Sağlık idareciliği eğitimi alanlar, merkezi sistem ile yapılacak sınava tabi tutulmalı ve kazananlar kamu sağlık kuruluşlarına (sağlık müdürlüğü, hastane ve diğer sağlık kuruluşları) sağlık idarecisi yetiştirilmek üzere memur olarak atanmalıdır. En az üç yıl hastanelerde görev yapıp, sicil de iyiye bulunduğu hastane dışında başka hastanelere hastane müdür yardımcısı olarak atanmalıdır. En az 6 yıl hizmeti olan ve en az 2 yıl müdür yardımcılığı görevi yapan kişiler de bulunduğu hastane dışındaki başka hastanelere hastane müdürü olarak atanmalıdır. Atamalar yasal kaideler içinde SB tarafından yapılmalıdır. Sağlık idarecilerinin özlük hakları iyileştirilmeli ve hiyerarşik yükselmeye bağlı olarak maaşlar artırılmalıdır.

Kamu hastaneleri yanında tüm özel hastanelerde de hastane müdürlüğü kadrolarına sağlık idareciliği eğitimi alanların atanabilmesi için yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

bb) **Başhekimlik:** Hastanelerdeki tıp, yardımcı tıp ve eczacılık hizmetleriyle ilgili tüm faaliyetler başhekimlik makamının sorumluluğundaki görevler olmalıdır.

Kliniklerdeki tıbbi hizmetlerin yürütülmesinden klinik şefi uzman doktorlar sorumludur. Klinik şefleri baştabibe bağlı olarak tıp ve yardımcı tıp hizmetlerini kendi kliniklerinde üstleneceklerdir. Başeczacı da görevlerini baştabibe bağlı olarak yürütecektir. Yardımcı tıp hizmetlerinden sorumlu hekim ve diğer sağlık personeli de görevlerini baştabibe bağlı olarak yerine getirecektir.

cc) **Başhemşirelik:** Hemşirelik ve hasta bakım hizmetleri başhemşirelik makamı tarafından yerine getirilecektir. Servis sorumlu hemşireleri kendi servislerinde başhemşirenin görevli olduğu hizmetlerden sorumlu olacaktır.

Başhemşire, yüksek okul mezunu olmalıdır. Başhemşire 6 yıl hizmeti olan ve bunun en az 2 yılını servis sorumlu hemşiresi ya da başhemşire yardımcısı olarak görev yapan kişilerden seçilmelidir.

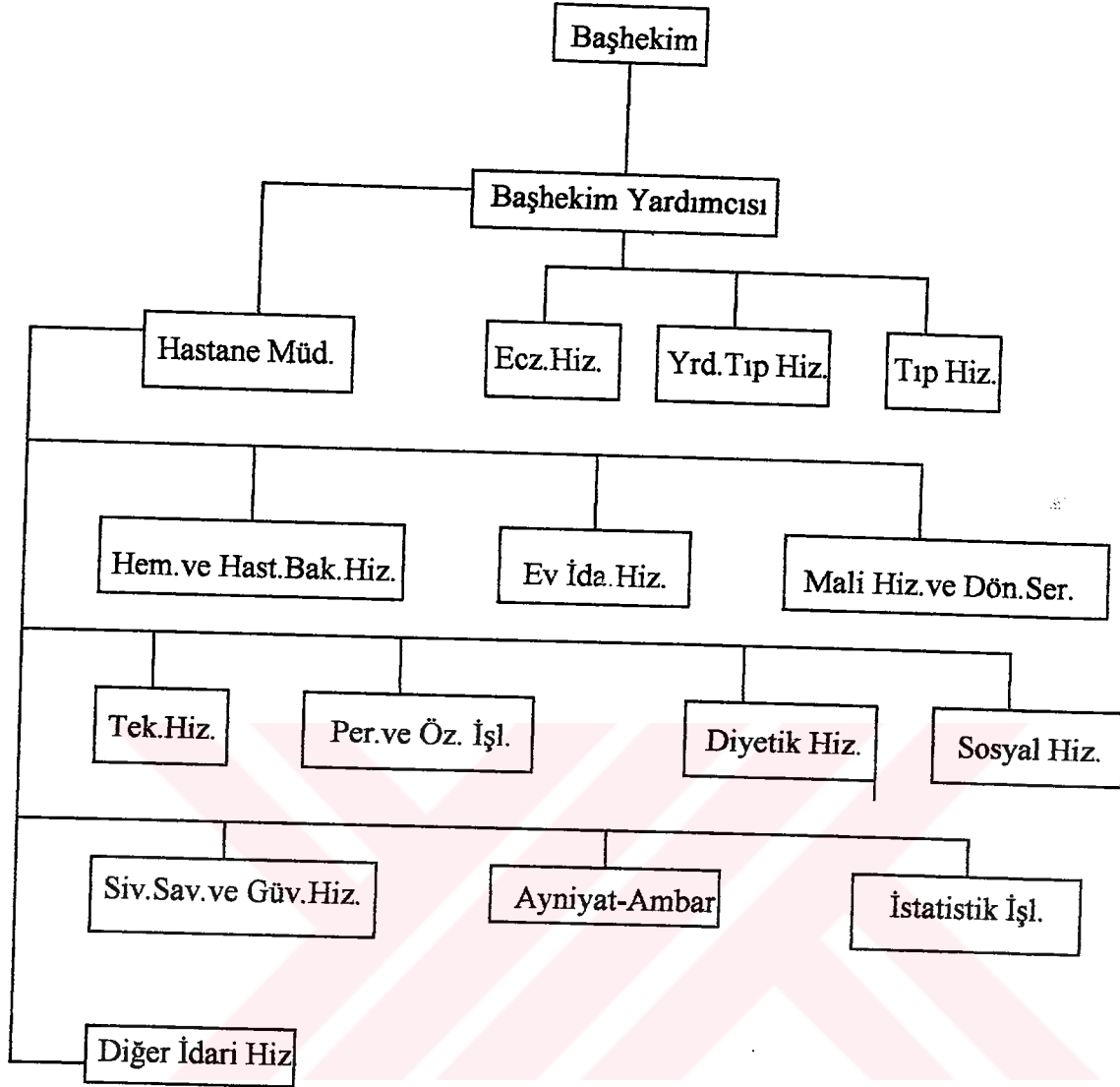
Servis sorumlu hemşireleri de, en az 3 yıl hizmeti olan hemşireler arasından seçilmelidir.

Başhemşire, il sağlık müdürlüğünün önerisiyle bakanlık tarafından atanmalıdır. Servis sorumlu hemşireleri de başhemşirenin önerisi ile il sağlık müdürü tarafından atanmalıdır.

b) Başhekimin Amirliğinde Görev Bölümü Olan Model

Yukarıda belirtilen (çağdaş hastane yönetim modeli) kabul görmemesi halinde en azından bugünkü yönetim modelini baz alan, ancak mevcut sorunları en aza indiren bu model uygulanmalıdır.

Bu modelde başhekim kurumun ita amiridir. Başhekim, hastane yönetiminden sorumlu en üst düzey amir olmakla birlikte; diğer fonksiyonel yöneticilerin de kendi görev alanlarında yetkili olduğu bir sistemdir. Bu sistemde döner sermaye saymanı ve başhemşire de başhekim yanında hastane müdürüne karşı da sorumluluk taşımaktadır. Hastane müdürü baştabibe bağlı olarak görevlerini yerine getirmektedir. H.Ü. hastanesi idari sistemine benzer bir modeldir.



Şekil 12: Başhekimin Amirliğinde Görev Bölümü Olan Model

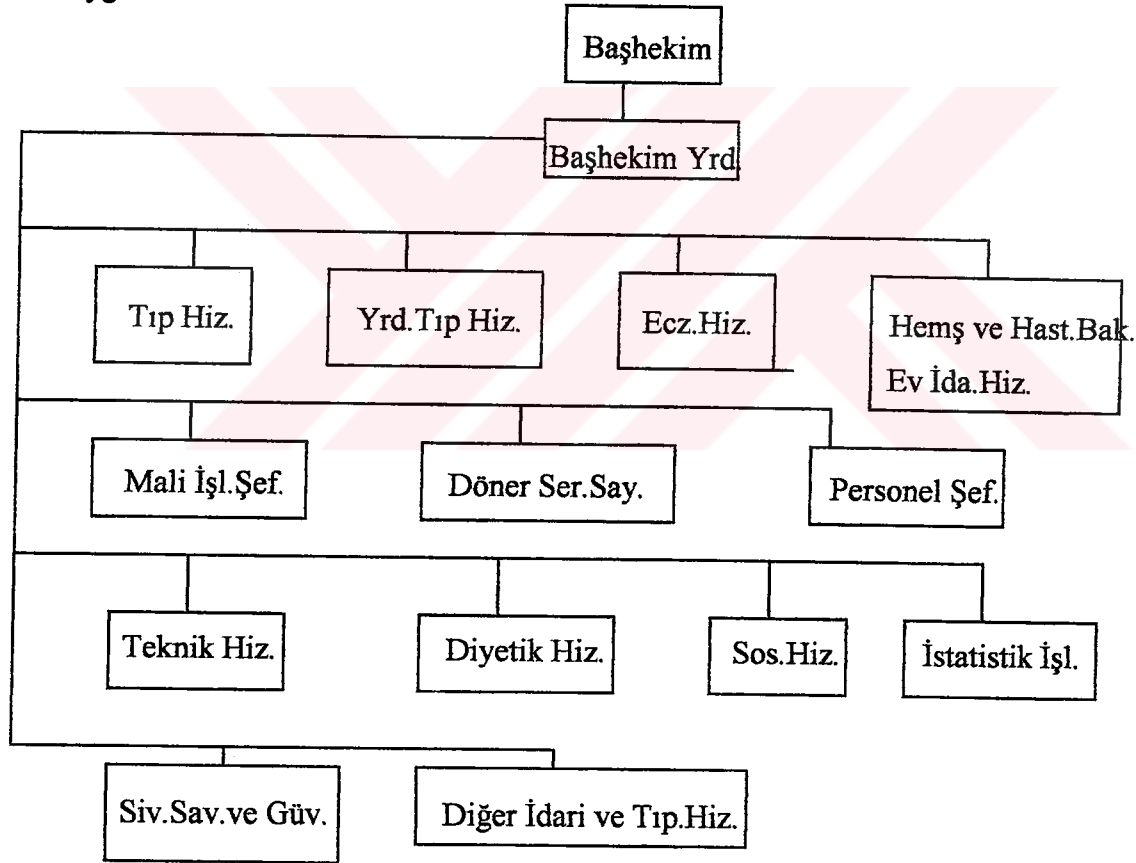
c) Tüm Yetki ve Sorumlulukların Başhekimlikte Olması Gereken Model:

Günümüzde hastanelerde şekil olarak hastane müdürlüğü kadroları mevcuttur. Gerçekte bu kadrolar memurluktan öte değildir. Özellikle son yıllarda SİYO mezunları yerine diğer mesleklerden kişilerin atanması ile bu kadrolar yöneticilik vasfını büyük ölçüde kaybetmişlerdir. Meslek örgütlenmeleri ve dayanışması olmayan, torpille atanan ve her halde başhekimlik ve siyasiler ile iyi geçinmesi gereken bir mesleğin insiyatif koyması da beklenmemelidir. Açık öğretim kanalıyla daha kolay yüksek okul mezunu olunabildiği

için bu görevlere atanmada bir standartta kalmadığından bir çok kişi bu görevlere rahatlıkla atanabilmekte, atananları da değiştirmek zor olmamaktadır.

Mevcut sistemde başhekimlerin (özel muayenehane, özel hastane ve özel işleri için) sık sık hastaneyi terk etmeleri halinde hastanelerde yönetim zorlaşmaktadır. Başhekimler de hastane dışı özel çalışmaları olduğundan tüm dikkatini hastaneye yoğunlaştırılmamakta ve hastane içi işlerle yetkileri kısıtlı olan hastane müdürü yürütmeye çalışmakta, ancak istenilen verim alınmamaktadır.

Yukarıda belirtilen iki modelin de tasvip görmemesi ve başhekimlerin yetkilerinden taviz verilmemesi halinde; hastaneleri daha iyi yönetmek ve halka kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek için başhekime yetkilerin yanında sorumluluğun da verildiği bu model uygulanmalıdır.



Şekil 13: Tüm Yetki ve Sorumlulukların Başhekimlikte Olması Gereken Model

Bu sistem günümüz hastane yönetimlerine göre daha gerçekçidir. Yetkileri elinde bulunduran başhekim ve yardımcılarının sorumlu olmaları ve tüm yönetim faaliyetlerini üstlenmeleridir.

Hastane müdürlüğü kadrosu iptal edilmeli, yetkileri de dağıtılmalıdır. Buna göre; mali işler hastanede kurulacak muhasebe şefliği birimine, idari hizmetler personel şefliğine, teknik hizmetler de varsa mühendis, yoksa başteknisyene (ya da başteknikere) devredilmelidir. Ev idaresi hizmetleri de başhemsirelik tarafından üstlenilmelidir.

Sağlık idareciliği eğitimi alanlara başta hastaneler olmak üzere sağlık teşekküllerinde görev verilmeyecekse, bu mesleğin devlet üniversitelerindeki eğitimlerine son verilmelidir.

Diğer sağlık ara personeli için de bu geçerlidir. Bu mesleklerden yeterince yararlanılamayacaksa bu eğitimlere devlet üniversitelerinde son verilmelidir. Böylece hem öğrencinin, hem de devletin yaptığı ve faydası olmayan masraflar önlenmiş olacaktır.

SONUÇ

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinden istenilen verim elde edilememektedir. İmkansızlıkların yanında eldeki imkanlar da iyi kullanılamamakta ve bir çok sorun ortaya çıkmaktadır.

Gelişmiş ülkelerdeki düzeyin çok altında olan ülkemizdeki sağlık hizmetleri, bir çok gelişmekte olan ülkelerin de düzeyinin altındadır. GSMH'dan sağlık sektörüne ayrılan pay, genelde ülkelerin sağlık sistemine verdikleri önemi ortaya koyar. Ülkemizde GSMH'dan sağlığa ayrılan pay % 3,5'tur Uganda'da 4.2 , Sri Lanka'da 3.2, Zambiya'da 5.3, Mısır'da 5.2, Peru'da 5.3, İsveç'te 9 , ABD'nde 11.2'dir.¹⁴³ Görüldüğü gibi gerek gelişmiş, gerekse gelişmekte olan bir çok ülke sağlık harcamalarına GSMH'dan Türkiye'ye göre daha çok pay ayırmakta ve sağlığa daha çok önem vermektedirler.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin istenilen kaliteye yükselememesinin bir diğer sebebi de sağlığa yapılan harcamaların doğru yerlere gitmemesidir. Daha çok tedavi edici hizmetlere harcama yapılmakta, koruyucu hekimliğe ise gereken önem verilmemektedir. Oluşmadan önlenebilecek bir çok hastalıklar için koruyucu tedbirler yeterince alınmamakta ve daha pahalıya tedaviler söz konusu olmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde AHS, hasta sevk zinciri, sosyal güvenlik ve çağdaş yönetim gibi konulara daha çok önem verilmekte ve sağlık hizmetlerinin bir sistem dahilinde verilmesi mümkün olmaktadır; bu gibi sistem ve uygulamalar, ülkemizde sürekli tartışılmakta ve teoriden ileri gitmemektedir.

Ülkenin genel yapısı ve devlet sistemindeki sorunlar, sağlık sistemini de doğrudan etkilemekte ve diğer sektörlere oranla daha çok tahrip etmektedir.

Sağlık hizmeti sunan tüm kuruluşlarda sorunlar vardır. SB.dan sağlıkevine kadar tüm birimlerin verdiği hizmet vasatın altındadır. Sağlık sisteminin temel taşlarından olan hastaneler de bu durumdan nasibini almaktadır.

¹⁴³ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Mega Proje, s.1/10

SB. tüm kamu hastanelerini özelleştirerek sağlık sorunlarını çözmeyi amaçlamaktadır. Oysa sağlık teşekkülleri genelde kötü idare edilmekte ve verimleri düşük kalmaktadır. Kamu hastanelerini bilim ve mantığa uygun olarak yönetmek yerine, kötü yönetip özelleştirmeyi önermek doğru değildir.

Gelişmiş ve sağlık sorunlarını büyük ölçüde çözmüş bir çok ülkede sağlık hizmetleri kamu ağırlıklıdır. Bu ülkelerde devlet hastaneleri ile kamu yararı güden özel hastaneler, kar amacı güden özel hastanelere oranla daha fazladır.

SB: reform çalışmalarında, sağlık sistemindeki sorunları ve sebeplerini büyük ölçüde ortaya koymuştur. Bakanlık bu çalışmalarında kendisinin ve diğer kamu kurumlarının sebep olduğu sorunları da dile getirmektedir. Ancak bu sorunların nedenlerini ortadan kaldırmak için bir çabası olmadığı gibi, sorunların çözümüne yönelik önerileri de genelde çağdaş yönetim modellerine ters düşmektedir.

SB, reform çalışmaları ile ilgili yayınlarında kamu hastanelerinin özel sektöre devredilmesini, neredeyse tüm sağlık sistemindeki sorunların çözümüne çare gibi göstermekte, diğer sağlık kurumlarındaki sorunların çözümüne ise yeterince değinmemektedir.

Yapılması gereken, kamu hastanelerinin kalitesini yükseltmek ve özel hastaneleri teşvik ederek özel teşebbüs imkanlarından sağlık hizmetleri için azami yararlanmak olmalıdır. Tüm kamu kurumları yeniden organize edilmeli, ülkenin ihtiyacı olmayan birimler tasfiye edilmeli ve ihtiyaç duyulan birimler ise çağdaş ve gerçekçi yönetim teknikleri ile dinamik hale getirilmelidir. Sağlık sistemi yanında tüm kamu sistemi ve sağlık sistemi ile ilişkisi olan diğer birimler de çağdaş yönetim esasları doğrultusunda ıslah edilmelidir. Tüm gelişmiş ülkelerdeki sağlık sistemleri gözden geçirilmeli ve ülkemize has koşullar da dikkate alınarak en iyi sistem oluşturulmaya çalışılmalıdır.

Kamu kurumları, çağdaş yönetim esasları içinde yönetilmeli, özel kurumların da devletin belirlediği ilke ve prensipler doğrultusunda faaliyet göstermeleri sağlanmalıdır.

Tüm sağlık kuruluşlarının bir sistem dahilinde çalışmasının temini için ulusal politikalar geliştirilmelidir.



KAYNAKÇA

1. AK, Bilal. **Hastane İdaresi ve Organizasyonu II**, Ders Notu, H.Ü., SİYO., Ankara, 1992
2. AK, Bilal. **Hastane Yöneticiliği**, Ankara: Özkan Matbaacılık, 1990.
3. AK, Bilal. 'Modern Hastane İşletmeciliği ve Yönetimi', **Sağlık Dergisi**, S.60, (Aralık, 1996), s.18-22.
4. BENLİ, Doğan ve Hüseyin Özalp. **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, Ankara: Somgür Yay., 1995
5. EREN, Nevzat. **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, Ankara: Hatiboğlu Kitabevi, 1984.
6. EREN, Nevzat ve Zafer Öztekin. **Sağlık Ocağı Yönetimi**, Ankara: H.Ü. Yay., 1982
7. FİŞEK, Nusret.H. **Halk Sağlığına Giriş**, Ankara: H.Ü. Yay., 1983
8. GÖNEN, Dinçer ve Hikmet Işık. **Son Değişiklikleriyle Açıklamalı 2886 Sayılı Devlet İhale Kanunu**, Ankara: Neyir Matbaası, 1984.
9. ÖZPERK, Gülay. "Japonya'da Sağlık Hizmetleri", **Sağlık Dergisi**, S.68, (Eylül, 1997), s.44-48
10. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Standartları Yönetmeliği**, R.G., T.12.12.1995, S.22491
11. Sağlık Bakanlığı. **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Uygulanan İstatistik Formaları İle İlgili Açıklama**, Ankara: SB. Yayını, 1967.
12. Sağlık Bakanlığı. **Sağlık Reformu İle İlgili Kanun Tasarısı ve Gerekçeleri**, Ankara: SB. Yay., 1993.
13. Sağlık Bakanlığı. **Sağlıkta Mega Proje**, Ankara: SB. Yay., 1992
14. Sağlık Bakanlığı. **Ulusal Sağlık Politikası**, Ankara: SB. Yay., 1993
15. Sağlık Bakanlığı. **1997 Yılına Ait İstatistik Yıllığı**, Ankara: SB. Yay., 1998

- 16.Sağlık Bakanlığı, **Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği** , R.G.,
T. 13.01.1983, S.17927
17. Sağlık Dergisi. **“Sağlık Eğitimi Yaz Boz Tahtası mı ?”**, S.83, (Aralık,
1998), s.6-10
18. SEÇİM, Hikmet. **Hastane Yönetim ve Organizasyonu**, Eskişehir:
AÖF.Yay., 1985.
- 19.TÜMER, Melih. **Yönetim ve Yönetici**, İstanbul: Üçler Mat., 1975

