

**MUĞLA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN AKSAKLIKLARI  
VE  
SAĞLIK REFORMU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

107240

**ŞÜKRÜ OTÇU**

*Danışman*

**Doç. Dr. NAMİK KEMAL ÖZTÜRK**

**HAZİRAN, 2001  
MUĞLA**

**TC. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

**MUĞLA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN AKSAKLIKLARI  
VE  
SAĞLIK REFORMU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ŞÜKRÜ OTÇU**

*Danışman*

**Doç. Dr. NAMİK KEMAL ÖZTÜRK**

**HAZİRAN, 2001  
MUĞLA**

**MUĞLA ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**KAMU YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN AKSAKLIKLARI**  
**VE**  
**SAĞLIK REFORMU**

**ŞÜKRÜ OTÇU**

**Sosyal Bilimler Enstitüsü'nce**

**“Yüksek Lisans”**

**Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.**

**Tezin Verildiği Tarih :**

**Tezin Sözlü Savunma Tarihi :**

**Tezin Danışmanı :Doç. Dr. NAMIK KEMAL ÖZTÜRK**

**Jüri Üyesi : Doç. Dr. NASIR NİRAY**

**Jüri Üyesi : Doç. Dr. MUSA EKEN**

**Enstitü Müdürü:**

**Prof. Dr. ÖMER GÜRKAN**

**HAZİRAN, 2001**  
**MUĞLA**

## TUTANAK

Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün ...../...../2001 tarih ve .....sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ..... maddesine göre, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi **Şükrü OTÇU**'nun "Türkiye'deki Sağlık Sisteminin Aksaklıkları ve Sağlık Reformu" adlı tezini incelemiş ve aday ...../...../2001 tarihinde saat ..... 'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra ..... dakikalık süre içinde gerek tez konusu gerekse tezin dayanağı olarak anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin **başarılı** olduğuna **aykırı değil!** ..... ile karar varıldı.

  
Tez Danışmanı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. N. N. ÖZTÜRK

N. N. NİRAY

Üye

Musa EKEN

Üye

Üye

Üye

Doç. Dr. Nasir NİRAY. Doç. Dr. Musa EKEN

## YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Türkiye’deki Sağlık Sisteminin Aksaklıkları ve Sağlık Reformu” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlâk ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.



...../...../2001

**Şükrü OTÇU**

## ÖZET

Türkiye’de Sağlık Hizmetleri konusunun ele alındığı bu çalışmanın birinci bölümünde, Hekimliğin Gelişimi ve Türkiye’de Sağlık Sisteminin Gelişimi konuları tanıtılmıştır. Daha sonra Türkiye Cumhuriyeti öncesi ve Cumhuriyet Dönemi sağlık sisteminin gelişmeleri irdelenmiş ve bu kapsamda Türkiye’de Koruyucu, Tedavi Edici ve Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri veren bazı kurum ve kuruluşlarından örnekleme seçilerek yetki ve yapıları ile verdikleri sağlık hizmetleri kısaca ele alınmıştır.

İkinci bölümde, Koruyucu, Tedavi Edici ve Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri veren ve bu hizmet alanlarına göre Sağlık Bakanlığı, Çevre Bakanlığı, Mahalli İdareler, SSK, Üniversiteler ve özel kuruluşlardaki işleyişler örneklendirilerek mevzuat ve diğer faktörlerden meydana gelen sorunlar incelenmiş ve iyileştirme yönünde yapılan bazı çalışmalar başlıklar halinde verilmiştir.

Üçüncü bölümde, Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri ile ilgili olarak başta ABD, İsveç, İngiltere, Almanya, Finlandiya olmak üzere diğer bazı Avrupa ülkelerinden sağlık hizmetleri alanına göre örnekleme yapılarak mevcut durum ve uygulamalardan kısaca bahsedilmiş ve iyileştirme önerileri verilmiştir. Sağlık Sigortası Sistemi ile ilgili olarak da yine ABD ve bazı Avrupa ülkelerindeki mevcut durum ve uygulamalarda kısaca değerlendirilmiştir. Bunların Türkiye açısından önemi irdelenmiş, Aile Hekimliği uygulanmasıyla birlikte yine iyileştirme önerileri sunulmuştur. Daha sonra Türkiye Fiziksel ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği’nce yapılan araştırmalardan yararlanılarak bazı Avrupa ülkelerindeki FTR Uzman Hekimi dağılımıyla birlikte, Türkiye’deki bazı rehabilitasyon hizmetleri sayılmış ve iyileştirilme önerileri verilmiştir.

Çalışmanın son bölümünde, Koruyucu, Tedavi Edici ve Rehabilitasyon Edici sağlık hizmetleri ile sigorta sistemini de kapsayacak şekilde hedefler sıralanarak önümüzdeki yıllara hazırlıklı girmemiz gerektiği vurgulanmıştır.

## **ABSTRACT**

In the first chapter, of this study, which deals with the Health Services In Turkey ; development of Health System In Turkey has been described. Later the development of health systems before and during Turkish Republic is analysed. In this context, by choosing some examples, protective treatment providing and rehabilitative health systems offered by some foundations and their responsibility and constructions are shortly considered.

In the second chapter, in accordance with protective, treatment providing and rehabilitative health service providers and those who receive these services ministry of Health, Ministry of Environment, Local Authorities, SSK, Universities and Private Associations choosing some examples are considered in regard with the laws and other factors and some efforts towards improvement of the issue are given in head lines.

In the third chapter, by giving some examples mainly from the USA, Sweden, the UK, Germany, Finland current health services, and their implications are shortly mentioned, also suggestions for improvement are given. Implications about Health Insurance in the USA and in some European countries are shortly considered and the importance of these implications in regard with Turkey is regarded. Together with medical family services suggestions for improvement are presented. Then by getting some health from Turkish rehabilitation specialist foundation some rehabilitation services available in Turkey are listed suggestions for improvement are provided.

In the last chapter, of this study, by covering protective treatment providing and rehabilitative health services together with insurance services aims are numbered and it is pointed out that in the coming years we should be ready.

## İÇİNDEKİLER

	<b><u>Sayfa No</u></b>
GİRİŞ .....	V

### BİRİNCİ BÖLÜM TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ

I. SAĞLIK HİZMETLERİ VE GELİŞİMİ .....	1
A. HEKİMLİĞİN GELİŞİMİ .....	7
B. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GELİŞİMİ .....	9
1. Türkiye Cumhuriyeti Öncesi Dönem .....	9
2. Cumhuriyet Dönemi .....	12
II. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETİ VEREN KURUMLAR .....	20
A. MERKEZİ KURULUŞLAR .....	20
1. Sağlık Bakanlığı Teşkilatları .....	20
2. Çalışma Bakanlığı Teşkilatları .....	24
3. Çevre Bakanlığı Teşkilatları .....	25
4. Diğer Kamu Kuruluşları .....	27
B. DİĞER KURULUŞLAR .....	27
1. Özel Kuruluşlar .....	27
2. Üniversiteler .....	29
3. İl Özel İdareler .....	29
4. Belediyeler .....	30

### İKİNCİ BÖLÜM TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN İŞLEYİŞİ VE AKSAKLIKLARI

I. KORUYUCU, TEDAVİ EDİCİ VE REHABİLİTE EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM .....	31
--	----



<b>A. KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM.....</b>	<b>31</b>
1. Ağırıklı Olarak Koruyucu Sağlık Hizmetleri Veren Kurumlarda Yürütmeye Dair Örnekler.....	32
a. Sağlık Bakanlığı.....	32
b. Çevre Bakanlığı.....	42
c. Mahalli İdareler.....	48
c.1. İl Özel İdareleri.....	48
c.2. Belediyeler.....	51
c.3. Köy Yönetimi .....	52
2. Sorunlar.....	55
a. Kişisel Faktörler.....	55
b. Mevzuattan Kaynaklanan Sorunlar.....	59
c. Finansman.....	64
d. Ücret.....	65
<b>B. TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM.....</b>	<b>67</b>
1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Bakanlığı.....	67
a. İlgili Mevzuatlar.....	67
b. Konularına Göre Diğer Kuruluşlarla Tablolar Üzerinde Karşılaştırma ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması.....	69
2. Hastaneler.....	74
3. Sorunlar.....	76
a. Hekimler.....	78
b. Yardımcı Sağlık Personeli.....	79
c. Üniversiteler.....	80
d. Özel Hastaneler.....	81
e. Sağlık Bakanlığı ve SSK Hastaneleri.....	83
f. Finansman.....	84
f.1. Tıbbi Teknoloji.....	86
f.2. İlaç.....	86
g. Sigorta.....	87

C. REHABİLİTASYON HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM.....	88
1. Genel Bakış.....	88
2. Sorunlar.....	91
II. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE SORUNLARIN GİDERİLMESİ İÇİN YAPILAN BAZI ÇALIŞMALAR.....	95

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN İYİLEŞTİRİLMESİ İÇİN ÖNERİLER

I. KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ.....	97
A. ABD VE BAZI AVRUPA ÜLKELERİNDEN ÖRNEKLER.....	97
B. YASAL DÜZENLEMELER.....	102
II. TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ.....	113
A. ABD VE BAZI AVRUPA ÜLKELERİNDEN ÖRNEKLER.....	113
1. ABD .....	117
2. İsveç.....	118
3. İngiltere.....	119
4. Almanya.....	120
5. Finlandiya.....	121
B. SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ İLE İLGİLİ ABD VE BAZI AVRUPA ÜLKELERİNDEN ÖRNEKLER.....	122
C. TÜRKİYE AÇISINDAN ÖNEMİ.....	124
D. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI.....	127
III. REHABİLİTASYON HİZMETLERİ.....	133
IV. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HEDEFLER.....	138
SONUÇ.....	142
KAYNAKÇA.....	145

## TABLOLAR VE ŞEKİLLER

<b>Tablo.I:</b>	Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması	64
<b>Tablo.II.a:</b>	Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı	69
<b>Tablo.II.b:</b>	Türkiye’de Kan Merkezleri ve Kan İstasyonlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı, 1991-1998	69
<b>Tablo.III:</b>	Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarına Başvuran Hastaların Kuruluşlarına Göre Poliklinik ve Yatan Hasta Durumu, 1995-1998	70
<b>Tablo.IV:</b>	Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları, Hekim, Personel ve Karşılaştırmalı Çalışmaları İle Bazı Göstergeler, 1997-1998	71
<b>Tablo.V:</b>	Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarının Hizmet Gelişimi, 1925-1998	72
<b>Tablo.VI:</b>	Türkiye’de Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus Miktarı	80
<b>Tablo.VII:</b>	Romer’a Göre Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması	113
<b>Tablo.VIII:</b>	İskandinav Ülkelerinde Tıp Eğitimi ve Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği	117
<b>Tablo.IX:</b>	Avrupa’da FTR Uzman Hekimlerinin Dağılımı	133
<b>Şekil.I:</b>	Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması	22
<b>Şekil.II:</b>	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Merkez Teşkilat Şeması	73
<b>Şekil.III:</b>	ABD Hastanelerinde FTR Bölümü Organizasyonu	91
<b>Şekil.IV:</b>	Federal Almanya’da Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu	120
<b>Şekil.V:</b>	Reform İçinde Tasarlanan Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması	128
<b>Şekil.VI:</b>	Reform İçinde Tasarlanan Bölge Sağlık İdaresi Merkez ve Taşra Teşkilatı Şeması	129
<b>Grafik:</b>	Seçilmiş Batı Avrupa Ülkelerine, 1990’ların Özel Sağlık Sigortasının Girişi	124

## GİRİŞ

Türkiye deki Sağlık Sisteminin Aksaklıkları ve Sağlık Reformu konusunu ele aldığımız bu çalışmada, ilk önce; sağlık hizmetlerinin geniş bir alan konusu olduğu tıp ilmi dışında birçok ilgili ilim dallarını da ilgilendirdiği görülmektedir. Türkiye de sağlık sisteminin önce işleyiş ve aksaklıklarını ele aldığımızda; sağlık hukukunun dağınıklığı, finansman sorunları, aşırı merkeziyetçilik, profesyonel yönetim anlayışıyla yönetilmediği, özel sektör hastanelerinin, tüm yataklı tedavi kurumları içerisinde sadece %5 oranında olduğu, dolayısıyla rekabet unsurunun ön plana çıkmadığı, üniversite hastanelerinin araştırma geliştirme çalışmaları yerine, sevk zincirinin uygulanmamasından kaynaklanan aşırı yığılmadan dolayı, amacı poliklinik hizmeti veren hastanelere dönüştüğü, dolayısı ile tıp eğitimi konusuna yeterince ağırlık verilmediği görülmektedir.

Nüfusun %40 'nın sağlık güvencesinden yoksun olmasının yanı sıra, Türkiye sağlık sigorta sisteminde kamu ağırlıklı rekabete açık olmayan bir sigorta sisteminin olması da bireylerin hastalandığında kaliteli sağlık hizmeti ve sigortacılık hizmeti verilemediği, özel sigorta kuruluşlarının sayısının az olması ve kendi aralarında rekabet edemediği gibi, kamu ağırlıklı bir sigorta sisteminde olan Türkiye'nin özel sigorta kuruluşlarına karşı bir kartel durumunda olması, yaşama şanslarını azaltmaktadır.

Aile hekimliği sisteminin Türkiye'de çok konuşulduğu halde bir türlü bu sisteme geçilememesi, geçilse bile bu sistem için gerekli olan desantralizasyonun gerçekleştirilemediği, tıp eğitiminin buna göre tekrar dizayn edilemediği, uzman hekim-genel pratisyen hekim dağılımı gelişmiş ülkelerdeki % 25 uzman hekim-% 75 pratisyen hekim çoğunluğuna dayanırken, aile hekimliği uygulamasında önemli bir unsur olan pratisyen hekimlerin Türkiye'de uzman hekimlere göre tam tersi bir dağılım olan % 75 uzman % 25 pratisyen hekimin bulunması ... gibi bir çok konuda sorunlar mevcuttur.

Liberal demokrasilerde koruyucu sağlık hizmetleri, devletin asıl görevleri arasında sayılmaktadır. Ancak ÷lkemizde durumun böyle olmasına rağmen, mevzuattan kaynaklanan sorunlar, mevzuat dışı uygulamalar, ücret sorunları vb. gibi nedenlerden kaynaklanan aksaklıklar söz konusudur.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinde; günümüzde bu hizmet, sadece devletin görevi olmayıp, özel kesiminde etkili olduğu bilinmektedir. Devletin bu sektörde küçölerek özel kesimin payını arttırıcı önlemler alması, rekabet unsurunu dikkate alarak, serbest ekonomilerde olduğu gibi müdahaleci değil denetimi ön plana çıkarması, dolayısıyla kendi elinde bulundurduğu az sayıdaki tedavi edici kurumu da desantralizasyona giderek, özel sektörle rekabet edebilir hale getirip, hastaların cepten ödeme yapmadan kaliteli sağlık hizmeti almasını sağlaması gerekirken, ÷lkemizde, devletin bu sektördeki payı %95'leri bulmaktadır. Dolayısıyla merkeziyetçi, rekabete açık olmayan bir sistem mevcuttur.

Rehabilitasyon hizmetlerinde ise; bu hizmetleri veren kurumların sayısal olarak yetersizliği söz konusudur. Ayrıca, şehirleşme çalışmalarındaki planlamalardan başlayarak, mevcut mevzuat, tam olarak uygulanmamakla birlikte, mevzuatların, bu alandaki yetersizliği de bir gerçektir.

Gerek ABD gerekse bazı Avrupa ÷lkelerinde örnekleme yoluyla uygulamalar, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri,sağlık sigortası sistemleri ile ilgili olarak karşılaştırmalar yapıldığında Türkiye'nin bir sağlık reformuna ihtiyacı olduğu gerçeği tekrar ortaya çıkmaktadır.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ

#### I. SAĞLIK HİZMETLERİ VE GELİŞİMİ

Dünyanın bir çok ülkesinde uzun yıllar sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmış, ancak giderek çeşitli hastalıklar mikroplarla mücadele, çevre sağlığı ve hijyen konusundaki gelişmeler ya da hastalıkların bulaşma süreci ve süresi konusundaki bilgilerin artması gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinin farklı alanlarda yoğunlaştığı gözlenmiştir. Birey sağlığının toplum sağlığı ile sıkı ilişki içinde olduğu anlaşılacak geniş halk kitleleri tarafından tedavi hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerine de daha fazla önem verilmeye başlanmıştır <sup>1</sup>.

Sağlık Hizmetlerinin genel anlamda incelemeden önce sağlık ve hastalığın tanımlarını ve bunların birbirlerinden farklı olduklarını belirtmemiz gerekmektedir.

*Fişek* “*Halk Sağlığına Giriş*” adlı eserinde “sağlığın çoğunluk ile hastalığın olmayışı olarak tanımlanır. Ancak bu tanımlama bu günkü görüşlerin gerisinde kalan bir tanımlamadır <sup>2</sup>” demektedir.

*Dünya Sağlık Örgütü (WHO)* sağlığı “Sağlık yalnız hastalık ve sakatlık olmayışı değil, bedence, ruhca ve sosyal yönden tam iyilik halidir” diye tanımlamıştır.

Sağlık kavramı ile Hastalık kavramı daima çağrışım yapar. Bu nedenle sağlık ile beraber hastalığı da tanımlamak gerekir. Hastalığın hekimce tanımı şöyledir: “Hastalık, doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı haldir”. Bu tanım biyolojik anlamda doğru ve doyurucudur. Ancak hastalık yalnız biyolojik bir süreç değildir. Aynı zamanda sosyal ve kültürel bir olgudur. Bir toplumda hastalık sayılan bir olgunun diğer bir toplumda hastalık

<sup>1</sup> Sevgi Kurtulmuş, “Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi”, Değişim Dinamikleri Yayını, İstanbul 1998, s. 83.

<sup>2</sup> Nusret H. Fişek, “Halk Sağlığına Giriş”, H.Ü-D.S.Ö. Hizmet Araştırıcı Yetiştirme Merkezi No:2, Ankara 1985, s.1.

sayılması gerekmez. İlkel kültürlerde hastalığın ölçütlerinde biri kişinin kendisinden beklenen işi yapıp yapmamasıdır. Bir kişi ishal olabilir, öksürür veya nezledir. Bu durum kendisinden beklenen işleri yapmasına engel değil ise kişi kendisini hasta saymaz, etrafındakiler de onu hasta saymaz. Bir diğer ölçüt de hastalığın yaygınlığıdır. Herkesin bitli olduğu, hatta trahomlu olduğu bir toplumda bitlenme veya trahom hastalık sayılmaz. Afrika kabilelerinde yapılan incelemelerde sıtma, verem gibi çok ağır hastalıklara yakalananların bile hasta sayılmadıkları ve bunların diğer kişiler gibi günlük işleri yaptıkları görülmüştür. Bu kişiler günlük işlerini yapamayacak duruma gelince toplumdan atılarak ölüme bırakılırlar. Bir toplumun kültür düzeyi ve ekonomik gücü yükseldikçe hasta sayılma eşiği düşer ve biyolojik hastalık tanımına yaklaşır <sup>3</sup>.

**Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** Toplumaya yönelik ve kişiye yönelik olmak üzere iki başlıkta incelenmektedir.

*R. Dirican "Halk Sağlığına Giriş (Toplum Hekimliği)"* adlı eserinde koruyucu sağlık hizmetlerini "kişiyi hastalıklardan korumaya ve sağlığını iyiye götürmeye yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleri ya kişinin çevresine ya da kendisinde uygulanır <sup>4</sup>." şeklinde nakletmektedir.

*S. Kurtulmuş* ise eserinde sağlık hizmetlerinin kategorizasyonu konusunda en yaygın olarak kabul edilen üç hizmetten bahsetmektedir. Bunlar, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak belirtmekte ve koruyucu sağlık hizmetleri konusunda ise şu tanımlamaya gitmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri olarak adlandırılan hizmetler bir takım tedbirlerle, tehlike meydana gelmeden tehlikenin kendisine karşı bir mücadeledir. Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalık, sakatlık gibi tehlikelere uğrayanları tehlikenin zararlarından kurtarıcı bir hizmettir <sup>5</sup>.

<sup>3</sup> A.k., s.1-2.

<sup>4</sup> Rahmi Dirican, "Halk Sağlığı" (Toplum Hekimliği), U.Ü. Basımevi, II. Baskı, Uludağ Üniversitesi Tıp Fak. 1993, s. 507.

<sup>5</sup> Kurtulmuş, a.g.k., s. 85.

Dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetlerine 6nem verilmesi ve tedavi edici hizmetlerle organizasyonun iyi bir şekilde sağlanması halinde kişinin hastalığını hasta olmadan 6ok ucuz bir maliyetle bertaraf etmek m6mk6nd6r.

Koruyucu... [sağlık] hizmetleri: 6evreye ve kişiye y6nelik olarak ikiye ayrılır <sup>6</sup>.

a. 6evreye y6nelik hizmetler: Bu hizmetlerin amacı 6evremizde sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fizik ve kimyasal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini 6nleyerek 6evreye olumlu hale getirmektir. Bu hizmetlere 6evre sağlığı (Environmental Health) hizmetleri denir. Sanitasyon (Environmental Sanitation), hijyen (Environmental Hygiene) terimleri eş anlamda kullanılmaktadır. Besin kontrol6 (Food Hygiene) de 6evreye y6nelik hizmetler i6ine girer.

6evreye y6nelik sağlık hizmetleri bu konuda 6zel eğitim g6rm6ř m6hendis, kimyager, veteriner, teknisyen ve benzeri meslek mensupları tarafından y6r6t6l6r.

b. Kişiye y6nelik hizmetler: Bu hizmetler hekim, ebe, hemşire gibi sağlık meslekleri mensuplarının y6r6tt6đ6 hizmetlerdir. Bunlar yedi grupta toplanır.

- Bağışıklama
- Beslenmeyi d6zenleme
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- Aşırı doğurganlığın kontrol6
- İla6la koruma
- Kişisel hijyen
- Sağlık eğitimi

<sup>6</sup> Fişek, a.g.k., s.4-5



Pek çok kimse koruyucu hekimliği Halk Sağlığı ile eş anlamda sayar. Similie ve kilbourne'a göre halk sağlığı ile koruyucu hekimliği arasında fark vardır. Ancak bu fark amaç ve sonuçta değil, sorumluluğun kimde olduğu noktasındadır. Kişinin ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek bir kamu hizmeti olarak ele alınıyor ise bu halk sağlığı hizmetidir. Kişinin sağlığını koruma ve geliştirmeyi bireysel düzeyde ele almak da koruyucu hekimliktir <sup>7</sup>.

Halk Sağlığının geniş bir tanımı 1951 yılında C. E. A. Winslow tarafından yapılmıştır. Bu tanım dünya sağlık örgütünün sağlık tanımındaki koşul ve ilkelerini de kapsadığı için WHO'nun ana tüzüğünde yer almıştır. Halk Sağlığı "Organize edilmiş toplum çalışmaları aracılığı ile, çevrenin sağlık koşullarını düzeltmek, bulaşıcı hastalıkları kontrol altına almak, bireyleri kişisel hijyen konusunda eğitmek, hastalıkların erken teşhis ve yaşam seviyesini her bireyin sağlığını devam ettirebilecek asgari bir hayat standardı sağlayacak şekilde geliştirmek suretiyle; hastalıklardan korumak, insan ömrünü uzatmak, fiziki beden sağlığını yükseltmek ve toplum zindeliğini arttırmaya amaçlayan bir bilim ve sanattır <sup>8</sup>".

**Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:** "Hastalık ya da sakatlık durumunun ortaya çıkması halinde verilen sağlık hizmetidir <sup>9</sup>".

"Tedavi hizmetleri halk sağlığı bakımından ilk basamak (evde ve ayakta tedavi) ve ikinci basamak (Hastanede tedavi) olarak ikiye ayrılır. Hasta bakımını dört basamağa ayıranlarda vardır <sup>10</sup>".

- Kendi kendine bakım (self care): Hastanın ev ilaçları veya eczaneden alınan ilaçlarla kendisi ve yakınları tarafından tedavisi,
- İlk basamak tedavi hizmeti (Primery care): Hastanın ilk başvurduğu hekim veya diğer sağlık personeli tarafından evde veya ayakta bakımı,

<sup>7</sup> Fişek, a.g.k., s. 9.

<sup>8</sup> Nakleden Fatma Yüncü, *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, [y.y.], Ankara 1993, s. 113.

<sup>9</sup> Kurtulmuş, a.g.k., s. 90.

<sup>10</sup> Fişek, a.g.k., s. 6.

- İkinci basamak tedavi hizmeti(Sekondary care): Hastanede tedavi,
- Üçüncü basamak tedavi hizmeti (Tertiary care): En yüksek hekimlik teknolojisinin kullanıldığı merkezlerden tedavi.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin temel özelliklerinden birisi de, serbest piyasa şartları bakımından cazip oluşudur ve bu özelliği dolayısı ile sadece kamu tarafından değil müteşebbisler tarafından da sunulmaktadır <sup>11</sup>.

**Rehabilitasyon Hizmetleri:** Bazen tedavi edici sağlık hizmetleri ile birlikte ele alınmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetleri bu durumda iki başlık altında incelenmektedir. Ancak rehabilitasyon hizmetleri genelde üçüncü başlık altında verilen sağlık hizmeti olarak da sunulmaktadır.

Rehabilitasyon fizyolojik veya anatomik yetersizliği ve çevreye uyum zorluğu olan kişinin, fiziksel, psikolojik, sosyal, mesleki, rekreasyonel (boş zamanı doldurmaya yönelik faaliyetler ve eğitsel potansiyelini en üst düzeye çıkarmak için yapılan çalışmaların tümüdür. Rehabilitasyon, kişinin özürlüğü ve engelliliğini azaltmaya ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik bir eğitim sürecidir <sup>12</sup>.

*Fişek* eserinde sağlık hizmetlerini üç başlıkta ele almış ve rehabilitasyon hizmetini “sakat ve iş gücünü kaybedenlere çalışma gücü ve imkanı sağlanmasına yönelik hizmetler rehabilitasyon hizmetleridir. Hekim ve diğer sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi rehabilitasyon ile sosyal çalışmacılar tarafından yapılan sosyal rehabilitasyondur (İş bulma, işe uyum sağlama) <sup>13</sup>”.

*WHO (Dünya Sağlık Örgütü)* 1980 yılında yayınlamış olduğu bildirgesinde rehabilitasyon ile ilgili temel kavramları şu şekilde tanımlamıştır <sup>14</sup>.

<sup>11</sup> Kurtulmuş, a.g.k., s. 90-91.

<sup>12</sup> Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği, “Ülkemizde Rehabilitasyonun bu günkü durumu ve 21. Yüzyılda Hedefler”, Mart 2000, s. 1.

<sup>13</sup> Fişek, a.g.k., s. 6.

<sup>14</sup> T.F.T. ve R.U.H.D., a.g.k., s. 1-2.

...Yetersizlik (impairment, bozukluk): Fizyolojik, psikolojik veya anatomik yapının fonksiyon kaybı, ya da normalden sapmaz halidir. Bu tanım, organ düzeyindeki bozuklukları ifade eder, hastalığın belirti ve bulgularını içerir.

...Özürlülük (disability, sakatlık): Sağlığın bozulması sonucu oluşan yetersizlikten dolayı herhangi bir yeteneğin normale oranla azalması ve kaybedilmesidir. Bu tanım, bireysel düzeydeki fiziksel ve zihinsel yeti kaybını ifade eder.

... Engellilik(handicap, handikap, maluliyet): Yetersizlik ve ya özürlülük nedeni ile kişinin, yaş cins sosyal ve kültürel düzeyine göre normal kabul edilen yaşam gereklerini yerine getirmemesi durumudur.

Sağlık hizmetlerinin gelişimini incelediğimizde bu gelişmeyi *R.Dirican*, "*Toplum Sağlığı*" adlı eserinde üç döneme ayırmaktadır.

Bunlardan birincisi, sadece hastaların ya da hasta olduğundan yakınanların tedavisine yönelik geleneksel hekimlik uygulamalarının söz konusu olduğu sanayileşme öncesi dönemdir. İkincisi, birbirinden ayrı olarak, bir yandan süre gelen geleneksel hekimliğin; diğer yandan hastalıkların oluşumunu önlemeye ve bireylerin sağlığını korumaya uğraşan hekimliğin hızla geliştiği sanayileşme dönemidir. Üçüncü dönem ise, bu iki tür hekimliğin bir bütünü tamamlayan ögeler olarak ele alınması ve hiçbir ayırım gözetmeden, tüm insanlara sunulması gerektiğinin giderek daha iyi anlaşıldığı çağdaş dönemdir <sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Dirican, a.g.k., s. 1-2.

## A. HEKİMLİĞİN GELİŞİMİ

Tarihsel gelişim boyunca, geleneksel hekimlik uygulamaları uzun süreler boş ve ilkel inançlar çerçevesinde uygulanmış , ancak zaman zaman akılcı görüşe dayanan uygulamalar da görülmüştür. Aslında bu iki görüş birbirine tümüyle karşıttır. Birinci görüş, kişinin hastalığının işlediği günahlar ve suçlarla ilişkili olduğunu ve günahkâr kişinin doğaüstü güçler tarafından cezalandırılması sonucu hastalığın oluştuğunu kabul etmektedir. Akılcı görüş ise, hastalıkların nedenlerinin doğaüstü güçler olmadığını; nedenlerin kişilerde ya da yaşadıkları çevredeki koşullarda aranılması gerektiği benimsenmektedir <sup>16</sup> .

Halk sağlığı konusunda ise *N.FİŞEK* “ Bu konuda ilk bilimsel yapıtın John Peter Frank’ın (1779-1827) yazdığı “Sağlık Polis Hizmetleri Sistemi” adlı altı ciltlik kitaptır <sup>17</sup>” şeklinde belirtmektedir.

Frank bu yapıtında o günkü hekimlik bilgileri çerçevesinde insan sağlığının korunması ve yaşam süresinin uzatılması için ne gibi önlemler alınması gerektiğini sistemli bir biçimde sunmuştur <sup>18</sup> .

Hekimliğin gelişimi konusunda kimi tarihçiler hekimliğin biri Mezopotamya ve eski Mısır uygarlığının yayıldığı Orta Doğu’da; diğeri Çin ve Hint uygarlıklarının yayıldığı Uzak Doğu’da olmak üzere iki ayrı bölgede yaklaşık olarak aynı dönemlerde oluşup geliştiğini savunmaktadırlar <sup>19</sup> .

Hindistan’da Mohenjo-Daro ve Rarappa’da yapılan kazılarda bulunan 4000 yıl öncesine ait şehir kalıntılarında evlerin belli bir standarda göre yapıldığı, her evde banyo ve pis su yolu bulunduğu, sokaklarda kanalizasyon bulunduğu görülmüştür <sup>20</sup> .

Eski Mısır uygarlığındaki hekimliğe ait bilgilerin temel kaynağı, İsa’dan önce (İ.Ö) 1700 yılından kalma Edwin Smith Papirüsüyle İ.Ö 1500 yıllarına ait Ebers

<sup>16</sup> Ak., s.2-3.

<sup>17</sup> Fişek, a.g.k., s. 7.

<sup>18</sup> Ak. s. 7. Halk Sağlığının Tarihsel Gelişimi ile ilgili bilgi için yine bu esere bakılabilir.

<sup>19</sup> Dirican, a.g.k., s. 3.

<sup>20</sup> Fişek, a.g.k., s. 17.

Papirüsüdür. Hastalıkların tedavisinde büyü ve sihirin yanısıra bitkilerden hazırlanan ilaçların kullanıldığı, hekimlikte bir tür uzlaşmanın var olduğu ve çeşitli ameliyatlara yapıldığı bu papirüslerde yazılıdır <sup>21</sup>.

*Fişek* kitabında “bilimsel hekimliğin Yunan sitelerinde başladığı ve Milattan 400 yıl önce yaşayan Hipokrat’ın bilimsel tıbbın yaratıcısı olduğu yanlışlığı oldukça yaygındır. Bu doğru değildir. Yunan hekimliği Mezopotamya, Mısır ve Anadolu’daki hekimliğin devamıdır. Eski Yunan uygarlığında hekimlik tanrısı olarak tanınan Eskülap’ın İmhotep adlı Mısırlı bir hekim olduğu sanılmaktadır <sup>22</sup>”.

*R. Dirican* ise kitabında büyük hekim Hipokrat’ın (Hippocrates) İsa’dan 460 yıl önce İstanköy (Cos) adasında doğduğu, oğullarını ve damatlarını da hekim olarak yetiştirdiği söylenir. Hipokrat hakkında pek az bilgi vardır. Corpus Hipocraticum adı verilen kitapların, kim ya da kimler tarafından yazıldığı bile tartışma konusudur <sup>23</sup>. Adivar, Hipokrat’ın olduğu söylenen yapıtlarının çoğunun Hipokrat’tan sonra, bir bölümün de ondan daha önce yazılmış olabileceğini belirtmektedir <sup>24</sup>.

Yunan hekimliği İslâm uygarlığında devam etmiş ve gelişmiştir. İslâm dünyası İbni Sina, Razi gibi büyük hekimler yetiştirmiştir. Orta çağda Avrupa daki hekimlik İslâm hekimliğinin devamıdır <sup>25</sup>. Büyük hekim İbni Sina (980-1037), Buhara yakınlarında Avşar kasabasında doğmuştur. Asıl adı Ebu Ali Hüseyin olan ve Batı Dünyasında Avicenna olarak İbni Sina, Hipokrat’ın yapıtlarından yararlanmış ve yaşamı boyunca edindiği hekimlik bilgilerini El Kanun (Hekimliğin Yasası) adlı tanınmış kitabında toplamıştır. Bu kitapta değinilen kimi tedavi yöntemleri, aradan bin yıl geçtikten sonra sanki yeniden bulunmuş gibi uygulama alanına konulmuştur <sup>26</sup>.

Avrupa’da Rönesans diğer alanlarda olduğu gibi tıpta da yeni gelişmelerin başlangıcıdır. Temel tıp bilimleri ve klinik bilimlerdeki bilimsel yöntemlerin iyi bir şekilde kullanılması ve bu unsurların teknolojik gelişmelerle bütünlenmesi son

<sup>21</sup> Dirican, a.g.k., s. 3

<sup>22</sup> Fişek, a.g.k., s. 23.

<sup>23</sup> Aktaran Dirican, a.g.k., s. 7.

<sup>24</sup> Aktaran, A.k., s. 7.

<sup>25</sup> Fişek, a.g.k., s. 24.

<sup>26</sup> Aktaran, Dirican, a.g.k., s. 17. Hekimliğin Gelişimi ile ilgili ayrıntılı bilgi için yine bu esere bakılabilir.

yüzyıllarda tıp da meydana gelen gelişmelerin ana gücünü meydana getirmiştir. Örneğin; mikroskobun keşfi,dolayısıyla bazı küflerin mikrop öldürücü madde salgıladığının bilinmesine sebep olmuştur. Beden ısısını ölçmek için termometre ilk kez 1189 yılında, J.Currie tarafından kullanılmış,parenteral injeksiyon ilk kez 1845 yılında Lynd tarafından uygulanmıştır. Röntgen ışınları W.C.Röntgen tarafından 1895 yılında keşfedilmiştir. Teknolojik gelişmeler ilaçların keşfine de katkıda bulunmuş ve buna yenilerini de eklenmesine zemin hazırlamıştır<sup>27</sup>.

Antibiyotik ve antibakteriyel ilaçlar, vitaminler, hormonların keşfi gibi ilaçlar hekimlere büyük imkanlar sağlamış, teknolojik gelişmeler tedavi edici alanda kullanılan ilaçların yenilerinin bulunmasına da etken olmaktadır.Teknoloji ve laboratuvar hizmetlerinden tedavi hekimliği yararlanmıyorsa, bu hizmetler bilimsel ve çağdaş sayılmaz<sup>28</sup>.

## **B. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GELİŞİMİ**

### **1. Türkiye Cumhuriyeti Öncesi Dönem**

Türklerde tıp biliminin orta çağ boyunca ne durumda olduğuna dair veriler pek azdır. Kutadgu Bilig'te otakçı (tedavi hekimi) ve efsuncu (ruh hekimi) olarak adlandırılan iki tür hekimden söz edilmektedir. Dolayısıyla, islamiyeti kabul etmeden önceki dönemde, Türkler arasında sadece dinsel nitelikte bir hekimlik uygulamasının bulunduğu söylenebilir. O günler de çok tanrılı bir dine, yani Şamanizm'e inandıkları için, Türkler arasında da tanrıların cezalandırılması sonucu hastalıkların oluştuğuna ve hastalığın gidişinin kişinin cezalanma derecesine bağlı olduğuna inanılıyordu<sup>29</sup>.

Anadolu Selçuklular döneminde de hekim, cerrah ve kehhal'lar usta çırak yöntemi ile yetiştirilmiş, aktarlar ve kökçüler tıp eğitimi ve hasta tedavisi için gerekli ilaçları sağlamışlardır<sup>30</sup>. Bu dönemde birden çok hastane inşa edilmiştir.

<sup>27</sup> Fişek, a.g.k., s. 24-25.

<sup>28</sup> A.k., s. 25.

<sup>29</sup> A.k., s. 25.

<sup>30</sup> Aktaran, A.k., s. 534.

Osmanlı tıbbının niteliği XIX. Yüzyılın ortalarına kadar doğu ve islami bir durumda kalmıştır. Hastaların tedavisi ücret karşılığı hizmet sunan hekim, cerrah ve kehhal'lar ca yapılmış; hekim cerrah ve kehhal'lar darrüşşifalar da ya da özel muayenehanelerinde çalışan değerli ve deneyimli ustaların yanında usta-çırak yöntemiyle yetişmiştir. Tıp medreselerinde yetişen hekimlerin diplomaları, yetiştikleri kuruluş adına değil, o kişiyi yetiştiren müderris (öğretim üyesi) adına düzenlenmiştir<sup>31</sup>.

Osmanlı'da sağlık hizmetlerini yönetme görevi 1914 yılında kabul edilen bir kanun ile Dahiliye nezaretine (İçişleri Bakanlığı) bağlı olarak kurulan Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiye'sine (Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'ne) verilmiştir. İlk Genel Müdür Dr.Besim Ömer Paşa'dır.Dr.Esat Paşa, Dr.Adnan Adıvar ve Apdullah Cevdet bu dönem de genel müdürlük yapan tanınmış hekimlerimizdendir<sup>32</sup>.

Osmanlı İmparatorluğu'nda tıp öğretiminin kurumsallaşması ancak 1827 yılında Tıphane ve Cerrahane-i Amire'nin kurulması daha doğrusu bu kuruluşun Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane adıyla 1838 yılında modernize edilmesiyle başlamış ve mezunların diplomaları bu kuruluş adına düzenlenmiştir. Bu tarihten önce sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde taşrada kimi yerlerdeki Darüşşifalardan ve merkezde hekimbaşı kurumundan başka birimler bulunmuyordu. İmparatorluğun yükselme döneminde yapılmış olan hastaneleri adlarıyla kuruluş yılları aşağıda belirtilmiştir<sup>33</sup>.

. Bursa Yıldırım Darüşşifası-1399(burada tıp öğretimi de yapılmaktaydı).

. Edirne Cüzzamhanesi -1451.

. Fatih Darüşşifası-1470(burada tıp öğretimi de yapılmaktaydı).

. Edirne Beyazid Darüşşifası-1488.

. Karacaahmet Cüzzamhanesi-1514.

<sup>31</sup> A.k., s. 535.

<sup>32</sup> Fişek, a.g.k., s. 158.

<sup>33</sup> Aktaran, Dirican, a.g.k., s. 535.

. Manisa Hafsa Sultan Bimarhanesi-1539.

. Haseki Darüşşifası-1550.

. Süleymaniye Darrüşifası ve Tıp Medresesi-1556(burada tıp öğretimi de yapılmaktaydı).

. Toptaşı ya da Atikvalide Bimarhanesi-1583.

. Sultanahmet Darüşşifası-1617.

Osmanlı İmparatorluğu'nun duraklama dönemine girmesiyle birlikte bir çok hizmetlerde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de bir yavaşlama başlamış ve yaklaşık 200 yıl hastane yapılmamıştır. Ancak XVIII.yüzyıl sonlarından itibaren İstanbul'da özellikle askeri hastaneler yapımına başlanmıştır. Bunların önemli olanları, kuruluş tarihleriyle birlikte aşağıda gösterilmiştir <sup>34</sup>.

. Zeytinburnu Askeri Hastanesi-1794

. İstanbul Deniz Hastanesi-1805

. Haydarpaşa Askeri Hastanesi-1835

. Gümüşsuyu Askeri Hastanesi-1846

. Gülhane Hastanesi ve Askeri Tatbikat Okulu-1898

. Haydarpaşa Askeri Tıbbiye Hastanesi-1904

1870 yılında çıkarılan bir tüzükte Tıp Okulu Bakanlığı'na bağlı Nezaret-i Tıbbiye-i Mülkiye (Sivil Tıp İşleri Bakanlığı) kuruldu. Bu bakanlıkta hizmetler, 6 üyesi hekim olan bir kurul tarafından yürütülürdü. Bu kurulun görevleri hekimlerin

<sup>34</sup> A.k., s. 536.



diplomalarının onanması ve tescili, özlük işleri (atama, yer değiştirme, yükseltme, görevden alma) muayenehane ve eczanelerin açılması ve bulaşıcı hastalıklarla savaş idi <sup>35</sup>.

Siviller için gerek İstanbul'da ve gerekse diğer yerlerde hastane yapımına Tanzimat'tan sonra başlanmıştır. İstanbul'da açılan önemli hastaneler ve açılış tarihleri aşağıdadır<sup>36</sup>.

. Vakıf Guruba veya Bezm-i Alem Guruba-i Müslimin Hastanesi-1845

. Beyoğlu Zükür Hastanesi-1893

. Şişli Hamidiye Eftal (Şişli Çocuk) Hastanesi-1899

. Cerrahpaşa Hastanesi-1910

## 2. Cumhuriyet Dönemi

Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti'nde sağlık hizmetlerini yönetmek görevi 3 Mayıs 1920'de Sıhhat ve İçtima-i Muavenet Vekaletine (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) verilmiştir. Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin ilk Sağlık Bakanı Dr.Adnan Adıvar'dır. Bu atama Mustafa Kemal Paşa ve arkadaşlarının halk sağlığına ne kadar çok önem verdiklerinin bir kanıtıdır<sup>37</sup>.

Dr.Adnan Adıvar, Ankara Vilayet Konağı'nda göreve başladığında, elde mevcut kayıt ve bilgi bulunmaktaymış. Görev yapmakta olan hekimlerin isimleri telgrafla istenerek, İstanbul Hükümeti'nin kanun ve nizamnameleri temin edilmiş, ayrıca bakanlık usul ve kadroları tertip edilmiştir<sup>38</sup>.

<sup>35</sup> Fişek, a.g.k., s. 158

<sup>36</sup> Dirican, a.g.k., s. 536

<sup>37</sup> Fişek, a.g.k., s. 158-159

<sup>38</sup> Haluk Özsarı, "Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları, Sağlıkta Strateji", Aralık 1998, sayı: 20, s. 7

10 Mart 1921’de Dr.Adnan ADIVAR’ın ayrılması ile Sağlık Bakanlığı görevine, daha sonra bu görevi aralıklı toplam 15 yıl yapacak olan Dr.Refik SAYDAM atanmıştır. 4 Temmuz 1922’de bu gün de Bakanlık binası olarak hizmet vermekte olan Sıhhiye’deki bina inşaatı başlamıştır. Bu günkü Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatının temeli, 1930 yılında kanunlaşan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve 1936 yılında kanunlaşan 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu ile atılmış olup, daha sonra çıkan ekleme ve değişikliklerle bu güne kadar yürütülmüş ve yürütülmektedir<sup>39</sup>.

Dr.Refik Saydam 1937 yılına kadar süren Bakanlığı süresince, ülkemizin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılar sağlamıştır. Dr.Refik SAYDAM’ın bakanlığı döneminde; 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930), Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu (1936), 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928) gibi halen yürürlükte olan kanunlar çıkarılmıştır. Sağlık hizmetlerinin plan ve programı ile yönetiminin tek elden yürütülmesi ve koruyucu hekimliğin devlet görevi, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin hizmeti olması gerektiği ana prensibini savunan Dr.Saydam, 1946 yılına kadar, bir yandan sağlık insan gücünü karşılamak üzere tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulaması, yatılı tıp talebe yurtları gibi uygulamaları yürürlüğe sokarken, diğer taraftan sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programları başlatmıştır. Yapılan kanuni düzenlemelerle; koruyucu hekimlik kavramı getirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiştir<sup>40</sup>.

Refik Saydam’ın 1935 yılında Hıfzıssıhha Okulu’nun açılışında verdiği söylevde “Tabip, hastalıkların bertaraf edilmesinde oynadığı rolden ziyade sıhhatte olanları bu hallerini muhafaza etmesi için emek sarfedecektir.” demiştir. Refik Saydam uygulamada koruyucu hekimlik hizmetlerine büyük önem vermiş, hasta tedavi hizmetlerini hiç bir zaman hükümet görevi olarak ele almamıştır<sup>41</sup>.

<sup>39</sup> a.g.m., s. 7

<sup>40</sup> a.g.m., s. 7

<sup>41</sup> Fişek, a.g.k., s. 159.

1946 yılında, Sağlık Bakanlığı'na atanan Dr. Behçet Uz, Milli Sağlık Politikası çalışmaları yapmış, nüfusa düşen yatak sayısının artırılması gereği üzerine oturduğu politikasında, yaklaşık 40.000 nüfusa 10 yataklı sağlık merkezleri kurarak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birarada verilmesini sağlamıştır<sup>42</sup>.

Tedavi hekimliği hizmetlerinin, koruyucu hekimlik çalışmalarını tamamlayacak şekilde ele alınması ve tıbbi bakımın, az sayıda nüfusun yararlandığı, pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine, evde ve ayakta tedaviyi sağlayan ve küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütlenmesi ön görülmüştür. 5 Ocak 1961 tarihinde yayınlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası, ülkemizde sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesi gerektiği görüşünü benimsemiştir. Yeni örgütlenmenin ilkeleriyle başlıca özellikleri şöylece özetlenebilir<sup>43</sup>.

1. Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin Temel İlkeleri:

- a. Sağlık hizmetleri herkese eşit olarak götürülecektir.
- b. Herkes belli kurallara uymak koşulu ile sağlık hizmetinden para ödemedi yararlanacaktır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, kimi hizmetler için kişinin doğrudan ödeme yapmasını isteyebilir.
- c. Muayene ve tedavi ücretini ödeme koşulu ile kişi istediği hekimi seçmekte özgürdür.
- d. Hekimler özel hekimlik yapmak ya da kamu sektöründe görev seçmekte özgürdür. Kamu sektöründe çalışan hekimler ücret karşılığı özel hasta bakamazlar.
- e. Yabancı uyruklular sağlık hizmetlerinden ücret ödeyerek yararlanırlar.
- f. İlk basamak sağlık hizmetini herkese eşit sunmak için sağlık ocakları kurulmuştur.

<sup>42</sup> Özseri, a.g.m., s. 7

<sup>43</sup> Aktaran, Dirican, a.g.k., s. 548-551

g. Özel sağlık hizmeti gerektiren yerler (İşyeri, maden ocakları v.b. gibi) için ayrı sağlık birimleri kurulmuştur.

h. Sağlık ocaklarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri bir arada yürütülecektir.

i. Hasta tedavi hizmetinde sağlık ocakları ile hastaneler işbirliği yapacaklardır.

j. Sağlık hizmeti bir ekip hizmeti olarak ele alınmıştır.

k. Hekimler içinde olmak koşulu ile tüm personelin hizmet içi sürekli eğitimi planlanmıştır.

l. Herkesin sağlık durumunu sürekli izleyebilmek için, kişilerin sağlık fişleri tutulacaktır.

m. Sağlık personelinin hizmetinin gereksiz yere kullanılmaması ve ilaç tüketiminin gereksiz yere artmaması için önlemler alınacak ve tedavi hizmetine disiplin getirilecektir.

n. Halk hizmetin planlama, uygulama ve değerlendirilmesine katılacaktır.

o. Sağlık örgütü il içinde bağımsız bir bütün olacak ve il sağlık müdürü bu örgütün yöneticisi olacaktır.

p. M.S. Bakanlığı'na bağı olanlar dışında, sağlık hizmetleri tek elde toplanacaktır.

q. Belediyesi olan yerleşim yerlerinde çevre sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi belediyelerin görevi olacak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağı kuruluşlar bu hizmetlerin denetiminden sorumlu olacaklardır.

r. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar bu hizmetlerin denetiminden sorumlu olacaklardır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na görüş bildirmek önerilerde bulunmak ve değişik kurumlar arasında işbirliğini sağlamak amacıyla Genel Kurul oluşturulacaktır.

s. Hekimlere ödenecek ücret sözleşmeyle saptanacaktır. Sözleşme ücreti saptanmasında, serbest çalışan hekimlerin kazanç düzeyleri ve çalışma koşulları gözönüne alınacaktır.

t. Kamu Sektöründe çalışan sağlık personeline yansız ve adaletli bir atama, yer değiştirme ve yükseltme yöntemi uygulanacaktır.

u. Bu yasanın Tıp Fakültelerinde uygulanması, Fakülteler yönetimlerinin kararlarına bırakılmıştır.

v. Sağlık hizmetleri finansmanı Genel Bütçe'den ya da halktan toplanacak olan primlerle karşılanacaktır. Kişiden, kendisine yapılan hizmetlerin bir bölümüne katılması istenebilir.

w. Bir bölge de hizmetin yürütülebilmesi için gerekli olan kuruluşlar malzeme ve personel sağlanmadan o bölgede bu yasa uygulanamaz.

## 2. Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenme Özellikleri:

a. Sağlık hizmetleri, dar bölgelerde çok amaçlı ve geniş kapsamlı bir hizmet olarak ele alınmıştır. Hizmetin temel ünitesi sağlık ocağıdır. Kırsal alanda her 5-10 bin nüfusa (kentsel alanlarda her 50 bin nüfusa) hizmet vermek üzere sağlık ocakları kurulacaktır. Sağlık ocakları sorumlu oldukları bölgedeki insanlara eşit ve ücretsiz olarak sağlık hizmeti götürürler, sorumlu oldukları nüfusa ve ülkenin sağlık insan gücü sayısına bağlı olarak değişen sayıda sağlık personeli ocak da görevlendirilir. Sağlık ocaklarının standart kadroları, hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe, tıbbi sekreter, şoför ve hizmetlidir. Ama duruma göre bu kadrolara dış hekimi, eczacı, çevre sağlık teknisyeni, laboratuvar teknisyeni v.b. eklenebilir.

Sağlık Ocaklarında verilen iyileştirici hizmetler hekim tarafından ve hemşirenin yardımı ile poliklinik çalışması şeklinde yürütülür. Ocak polikliniğinde ayrıca sağlam kişi muayeneleri, basit acil ya da cerrahi girişimler yapılır ve aile planlaması hizmeti verilir. Gerekğinde basit kan, idrar ve dışkı incelemeleri yapılır. Sağlık ocağı koşullarında tanısı [koyulamayan] ya da tedavisi yapılamayan hastalar, bir üst basamaktaki yataklı tedavi kurumlarına gönderilir. Sonuçları izlenir. Sağlık Ocaklarında verilen iyileştirici hizmetlerden daha önemli olan koruyucu sağlık hizmetleridir. Hekimin önderliğinde hemşire, ebe, sağlık memuru ve çevre sağlık teknisyeni tarafından yürütülen bir ekip tarafından yürütülen bu tür hizmet ocakta ya da ev ve toplum ziyaretleri yapılarak ele alınır. Sağlık ocağı hemşiresi, iyileştirici hizmetlerdeki katkısının yanı sıra hekimin liderliğinde ebelerin eğitim ve denetiminden sorumludur.

b. Sağlık Ocaklarına bağlı olarak her 2500 - 3000 nüfus için bir sağlık evi kurulacak ve sağlık evlerinde sadece bir ebe hizmet sunacaktır. Ebeler, doğurganlık çağındaki evli kadınları, gebeleri ve okul öncesi çağıdaki çocukları izler. Kadınların doğurganlıkla ilgili sorunlarına yardımcı olur, gerekenlere aile planlaması eğitimi yapar ve hekim tarafından gerekli hizmetin verilmesine yardımcı olur.

c. Sağlık Ocağından beklenen görevler, çağdaş hekimlik anlayışına uygun şekilde, birinci basamak sağlık hizmetlerini yerine getirmek olarak özetlenebilir.

d. Nüfusu ortalama 50-100 bin olan bölgelerde, genellikle her ilçenin idari sınırları içinde kalan 5-10 sağlık ocağının bağlı olduğu bir "Sağlık Grup Başkanlığı" oluşturulacaktır. Bu yönetim birimine, sağlık ocaklarında başka, bir laboratuvar da 50-100 yataklı sağlık grup hastanesi bağlanacaktır. Bu hastanelerde dış hekim ve eczacıya ek olarak laboratuvar teknisyenleri ve dört uzman hekim bulunacaktır. Hekimlerin uzmanlık dalları, genel cerrahi, iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları olacaktır.

e. Nüfusu ortalama 200-500 bin olan bölgelerde, genellikle her ilin idare sınırları içinde kalan 20-50 sağlık ocaklarının bağlı olduğu İl Sağlık Müdürlükleri

oluşturulacaktır. Her ilde, ileri uzmanlık dalları dışında tüm uzmanların görev yaptığı 200-500 yataklı il hastaneleri bulunacaktır.

f. Türkiye sağlık hizmetleri yönünden 16 bölgeye ayrılacak ve her bölgede bir tıp fakültesi kurulacaktır. Tıp Fakültelerinin Hastaneleri, İl Hastanelerinin hizmetlerinin ileri uzmanlık dallarının yardımını gerektiren konularda destekleyeceklerdir.

Kimi sağlık bakanları ve üst düzey yöneticileri böyle bir hizmetin gereğine inanmadıkları için, yasanın uygulanmasını aksatmışlardır. Örneğin 1981 yılında kabul edilen 2368 sayılı yasa ile kamu sektöründe ve sosyalleştirilmiş sağlık hizmetinde çalışan hekimlere özel muayenehane açmak izni verilmiş; sağlık örgütünün il içinde bağımsız örgütün bütün olması ve sağlık hizmetlerin tek elde toplanması hususları aradan 30 yıl geçtiği halde gerçekleşmemiş; sözleşme ile personel istihdamından vazgeçilmiştir<sup>44</sup>.

Bu yasayı geçersiz kılmak ve kamu sağlık hizmetleri için daha bol kaynak yaratmak amacıyla 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"<sup>45</sup> nun kimi maddeleri anayasa mahkemesi tarafından, sosyal devlet ilkesi ve personel rejimi ile bağdaşmadığı gerekçesi ile iptal edilmiş ve bu güne kadar uygulamaya konulamamıştır<sup>45</sup>.

Türkiye Cumhuriyetinin kuruluşundan bu yana sağlık hizmetlerinin her yere ve her vatandaşa ulaşabilmesini sağlamak için çaba gösterilmiş, uygulanan sağlık politikaları her dönemdeki evrensel gelişmeleri ve anlayışları yakından izlemiştir<sup>46</sup>.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığının Bütçesi ve devlet bütçesinden aldığı payı ve cumhuriyet dönemi gelişimine baktığımızda<sup>47</sup>;

<sup>44</sup> A.k., s. 551-552.

<sup>45</sup> A.k., s. 553

<sup>46</sup> Özseri, a.g.m., s. 10.

<sup>47</sup> a.g.m., s. 10.

- 1923 yılında; 137.333.000.-TL'lik toplam konsolide bütçesinde Sağlık Bakanlığı 3.038.000.-TL'lik payı ile % 2.21'lik orana,
- 1925 yılında; 183.932.000-TL'lik toplam konsolide bütçe içinde Sağlık Bakanlığı 4.860.000-TL'lik payı ile %2.64'lük orana,
- 1930 yılında; 222.646.000-TL'lik toplam konsolide bütçe içinde Sağlık Bakanlığı 4.502.000-TL'lik payı ile %2.02'lik orana,
- 1940 yılında; 268.476.000-TL'lik toplam konsolide bütçe içinde Sağlık Bakanlığı 8.185.000-TL'lik payı ile %3.05'lik orana,
- 1950 yılında; 1.487.208.000-TL'lik toplam konsolide içinde Sağlık Bakanlığı 60.615.000-TL'lik payı ile %4.08'lik orana,
- 1960 yılında; 7.266.965.000-TL'lik toplam konsolide bütçe içinde Sağlık Bakanlığı 382.762.000-TL'lik payı ile %5.27'lik orana,
- 1970 yılında; 28.860.265.000-TL'lik toplam konsolide bütçe içinde Sağlık Bakanlığı 888.080.000-TL'lik payı ile %3.08'lik orana,
- 1980 yılında; 756.687.182.000-TL'lik toplam konsolide bütçe içinde Sağlık Bakanlığı 31.822.605.000-TL'lik payı ile %4.21'lik orana,
- 1990 yılında; 60.925.354.000.000-TL'lik toplam konsolide bütçe içinde Sağlık Bakanlığı 2.633.217.000.000-TL'lik payı ile %4.12'lik orana sahip iken,
- 1997 yılında; 6.344.685.500.000.000-TL'lik toplam konsolide bütçe içinde Sağlık Bakanlığı 204.499.276.000.000-TL'lik payı ile %3.22'lik orana ulaşmıştır.



... olumlu gelişmelere ve ilerlemelere rağmen, gerek toplumun ihtiyaçlarındaki ve gerekse günümüz nüfus-teknoloji ve maliyet değişmelerine ayak uydurmaktaki sıkıntılardan kaynaklanan içine düştüğü sorunlardan, bir plan içerisinde çıkaracak, halkımızın daha yüksek bir sağlık düzeyine ulaşmasını sağlayacak olan... hedef, Türkiye'nin ikibinli yıllarda sağlıkta sorunlarını çözmüş olarak girmesini sağlamaktır<sup>48</sup>.

## II. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VEREN KURUMLAR

### MERKEZİ KURULUŞLAR

#### 1. Sağlık Bakanlığı Teşkilatları

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın yeniden düzenlenmesi 17.06.1982 tarihli ve 2680 sayılı kanunun verdiği yetkiye dayanılarak Bakanlar Kurulunca 13.12.1983 tarihinde yeniden kararlaştırılmıştır. Bu kararnamede sağlık hizmetleri veren bakanlığın ve teşkilatlarının görevleri tanımlanmış ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın amacı 1.maddede açıklanmıştır. Buna göre "Herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek ve halka sağlık ve sosyal yardım hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmek için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın kurulması, teşkilat ve görevlerine ilişkin esasları düzenlemektir"<sup>49</sup>. (md.1)

"6 Mayıs 1930 tarih ve 1489 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 11 Ağustos 1983 tarih ve 18132 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 2872 sayılı Çevre Kanunu, 15 Mayıs 1987 tarih ve 19461 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu<sup>50</sup> " ve gıda sağlığı hizmetleri de çevre sağlığı hizmeti olarak ele alındığından "7 Kasım1995 tarih ve 22456 sayılı R.G. yayımlanan 4128 sayılı

<sup>48</sup> a.g.m., s. 10.

<sup>49</sup> Çağatay Güler, Zakir Çobanoğlu (Der), "Çevre Sağlığı Mevzuatı", SB., Ankara 1996, s. 332

<sup>50</sup> a.g.k. s. 38-273-332

kanun<sup>51</sup> ” ve bu kanunlara dayanarak çıkarılan ilgili tüzük ve yönetmelikler ve diğer ilgili kanunlara bakıldığında, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerinin (koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ) bütününde hizmet sunma, başka kurumlara yetki devri ve devrettiği sağlık hizmetlerini denetleme yetkisi Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasındadır. Bir kaçını örneklendirecek olursak; 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 2.maddesi “Umumi Sıhhat ve İçtimai Muavenet Hizmetlerine ait Devlet Vazaifi Sıhhat ve İçtimai Muavelet Vekaleti tarafından ifa ve hususi idarelerle, belediyelere bırakılan hizmetlerin sureti icrası murakabe(\*) olunur. Milli Müdafa Teşkilatına ait sıhhi işler müstesna olmak üzere bütün sıhhat ve içtimai muavenet işlerinin mercii ve murakıbu bu vekalettir<sup>52</sup> .”(md. 2)

Ayrıca 1983 yılında çıkarılan 2872 sayılı Çevre Kanunu'nun 16. Maddesinin ilk paragrafında, Sağlık Bakanlığı'na “Çevre kirliliğinin toplum sağlığı yönünden tehlike yarattığı hallerde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kendiliğinden veya Başbakanlık Çevre Müsteşarlığı'nın talebi üzerine bu kirlenmeye yol açan faaliyetlerin geçici bir süre için kısmen veya tamamen durdurulmasına karar verir. Ve kararın uygulanmasına mahallin en büyük mülki amirinden ister<sup>53</sup> .” (md. 16) denmektedir.

Sağlık hizmetleri bakımından geniş yetkilere sahip olan Sağlık Bakanlığı'nın, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sunumunda diğer çeşitli sağlık hizmetleri veren kurum ve kuruluşlara göre Türkiye genelinde personel ve teşkilat bakımından daha yaygındır.

Sağlık hizmetleri bakımından önemli bir kuruluş olan Sağlık Bakanlığı'nın Merkez Teşkilat şeması **Şekil 1**'deki gibidir.

Taşra teşkilatı ise, Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olarak genelde aşağıdaki birimlerden oluşmaktadır.

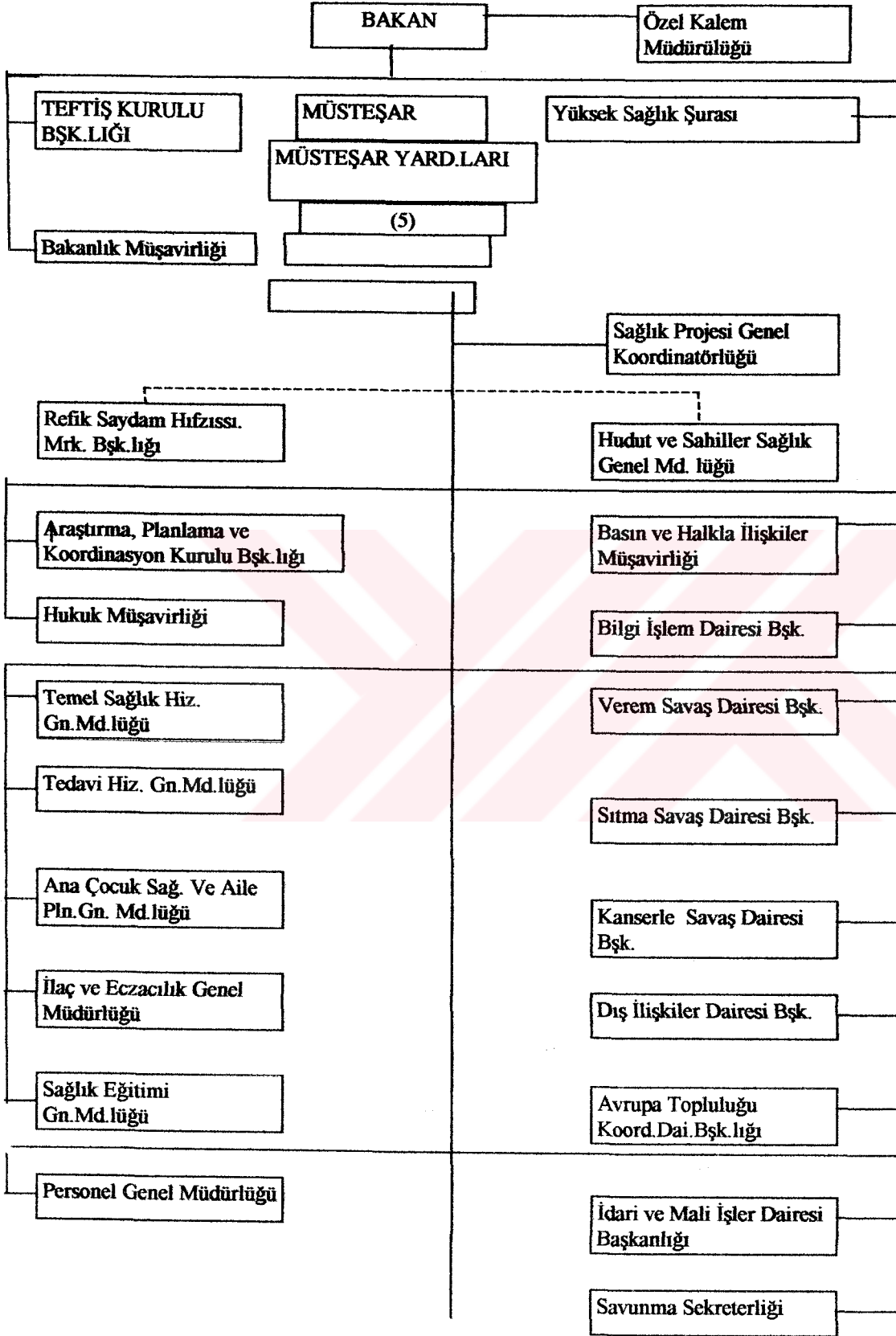
<sup>51</sup> Sağlık Bakanlığı “Gıda Mevzuatı ve Uygulamaları”, Ankara 2000, s. 77. Ayrıntılı bilgi için bakınız.

<sup>52</sup> Güler, Çobanoğlu(Der), a.g.k., s. 273.

<sup>53</sup> A.k., s. 40

(\*)Murakabe=Denetleme

Şekil I SAĞLIK BAKANLIĞI MERKEZ TEŞKİLATI ŞEMASI, 1998



TAŞRA TEŞKİLATI

Kaynak: SB. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1988 , Ankara 1999, s. 8

**İL SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM MÜDÜRLÜĞÜ [SAĞLIK  
MÜDÜRLÜĞÜ] TEŞKİLATI<sup>54</sup>**

1. Yataklı Tedavi Hizmetleri Şube Müdürlüğü
2. Eczacılık Şube Müdürlüğü
3. Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü
4. Ana [çocuk] Sağlığı ve Aile Planlaması Şube Müdürlüğü .....  
.....
5. Kamu Sağlığı Merkezleri ve Sağlık Ocakları Şube Müdürlüğü
6. Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğü
7. Akıl ve Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü
8. Eğitim Şube Müdürlüğü
9. İdari ve Mali İşler Şube Müdürlüğü
10. Personel Şube Müdürlüğü
11. Sağlık İstatistikleri Şube Müdürlüğü
12. [Ağız ve Diş Sağlığı Şube Müdürlüğü]
13. [112 Acil Yardım Şube Müdürlüğü]

<sup>54</sup> Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, "İl Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü Teşkilat ve Görevleri", Ankara 1984, Yayın no: 508, s. 3.

Çocuk sağlığı şubesi [5] Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması şube M¼d¼rl¼ę¼'ne d¼n¼řt¼r¼lerek şube m¼d¼rl¼ę¼ onbir'e d¼řm¼řt¼r. Daha sonra Ağız ve Diş Sağlığı şube M¼d¼rl¼ę¼ ile 112 Acil Yardım şube M¼d¼rl¼ę¼ kurularak, şube m¼d¼rl¼ę¼ sayısı onu'e çıkmıştır.

## 2. Çalışma Bakanlığı Teşkilatları

Sosyal Sigortalar Kurumu 1945 yılında işçi sigortaları kurumu olarak, kurulmuş, 1964 yılında kabul edilen 506 sayılı “ Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu” ile kapsam genişletilmiştir. İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu uyarınca hastalık sigortası uygulanmasına 1952 yılında başlanmıştır. Kanununun 123. maddesi kuruma sağlık tesisi kurma 124. maddesi koruyucu hekimlik tedbirleri alabilme yetkisini vermiştir. Buna rağmen kurum koruyucu hekimlik hizmetleri ile ilgilenmemektedir<sup>55</sup>.

Çalışma Bakanlığı Teşkilatları, sağlık sigortası ve sağlık tesisi kurma yanında koruyucu hekimlik hizmeti için yetkisi varken, bu konuda yeterli teşkilatı oluşturamamıştır.

İşyerlerinde sağlığı koruma ¼nlemleri, çalışanların sağlığını korumak, çalışmayı desteklemek hususunda 1475 sayılı İş Kanunu..., 1593 sayılı Hıfzıssıhha Kanunu [ve] bu yasalara dayalı olarak değişik t¼z¼kler çıkarmıştır. ¼nemli t¼z¼k ¼rnekleri şunlardır<sup>56</sup>.

- a. İşçi Sağlığı ve İş G¼venliđi T¼z¼ę¼
- b. Ağır ve Tehlikeli İşler T¼z¼ę¼
- c. Parlayıcı, Patlayıcı, Tehlikeli ve Zararlı Maddelerle alışılan İş yerlerinde ve İşlerde Alınacak Tedbirler Hakkında T¼z¼k

<sup>55</sup> Fişek, a.g.k., s. 171.

<sup>56</sup> Aktaran, Dirican, a.g.k., s. 444., Ayrıntılı bilgi için bu kitapta yer alan İsmail Topuzoğlu'ndan derlenip aktarılan B¼l¼m XX, İşçi Sağlığı B¼l¼m¼ne bakınız.

d. Gebe ve Emzikli Kadınların, Çalıştırılma Koşullarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtları(Kreş) Hakkında Tüzük

e. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları Hakkında Tüzük

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü uyarınca hükümlerini Sağlık Bakanı'nın yürüttüğü Gayri Sıhhi Müesseseler(GSM) Yönetmeliği kapsamında kalan işyerlerine GSM ruhsatı verme şartlarından biri de işçi sağlığı açısından işletme belgesi istenmesidir. GSM kapsamında olan işyerlerine 10 işçi ve üstü, bu işyerleri, parlayıcı patlayıcı, tehlikeli maddelerle çalışan işyerleri ile, taş ve maden ocaklarında 10 kişinin altında işçi çalıştırırsa dahi işçi sağlığı açısından Çalışma Müdürlüğü'nden faaliyet sahiplerinden işletme belgesi getirmesi istenir.

SSK'nın yataklı tedavi kurumlarının sayısı Türkiye'deki tüm yataklı tedavi kurumlarına göre, yataklı tedavi kuruluş oranı %10'dur. Yatak kapasitesi 26.279, uzman hekim sayısı 3.867, 1998 yılında muayene edilen hasta sayısı 30.258.082, yatan hasta sayısı ise 1.106.904 kişidir<sup>57</sup>.

SSK'nın rehabilitasyon hizmetleri veren hastaneleri de mevcuttur. Üyelerinin talebini karşılayamadığından tedavi hizmeti veren diğer kamu ve özel kuruluşlarla anlaşma sağlayıp,hastalarını sevk etme yoluna gitmektedir.

### 3.Çevre Bakanlığı Teşkilatları

Çevre Bakanlığı'nın Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin sayısı 443 olan 21 Ağustos 1991 tarih ve 20967 sayılı R.G'de yayımlanmış ve Çevre Bakanlığı'nın kurulması; 06.06.1991 tarihli ve 3755 sayılı kanunun verdiği yetkiye dayanılarak Bakanlar Kurulunca 09.08.1991 tarihinde kararlaştırılmıştır. Bu kanun hükmünde kararnamede Çevre Bakanlığı'nın amacı madde 1'de açıklanmıştır. "Çevrenin korunması ve iyileştirilmesi, kırsal ve kentsel alanda arazinin ve doğal kaynakların en uygun ve verimli şekilde kullanılması ve

<sup>57</sup> SB., "Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 1998", Ankara 1999, s. 13-17-19

korunması, ülkenin doğal bitki ve hayvan varlığı ile doğal zenginliklerin korunması, geliştirilmesi ve her türlü çevre kirliliğinin önlenmesi için Çevre ve Bakanlığın kurulmasına, teşkilat ve görevlerine ilişkin esasları düzenlemektir.<sup>58</sup>(md. 1)

Doğal kaynakların korunması ve çevre sağlığı hizmetleri veren Çevre Bakanlığı'nın, tüm illerde teşkilat kurma işlemini 2001 yılı itibarı ile daha tamamlayamamıştır. Teşkilatlandığı illerde ise 2872 sayılı Çevre Kanunu'na göre çıkarılan, Çevresel Etki Değerlendirmesi (ÇED) Yönetmeliği, Gürültü Kontrol Yönetmeliği, Hava Kalitesini Kontrol Yönetmeliği, Katı Atıklar Kontrol Yönetmeliği, Tıbbi Atıklar Kontrol Yönetmeliği, Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, Su Kirliliği Kontrol Yönetmeliği ve Çevre Bakanlığı Mahalli Çevre Kurulları Çalışma Esas ve Usulleri Yönetmeliği gibi mevzuatları uygulamaktadırlar. Teşkilatlanamadığı illerde ise Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatı tarafından bu mevzuatlar uygulanmaktadır.

Yukarıda saydığımız yönetmeliklerin çoğu Çevre Bakanlığı kurulmadan önce yürürlükte olduklarından, Sağlık Bakanlığı Teşkilatları tarafından mevzuatlar yürütülmekteydi. Yukarıda adı geçen yönetmeliklerin genelinde yönetmelik hükümleri Çevre ve Sağlık Bakanlıklarını ve diğer ilgili kurumları konusuna göre ortaklaşa yürütme yetkisi vermiştir.

Bakanlık Merkez Teşkilatı Ana Hizmet Birimleri 443 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (K.H.K.)'nın 8.maddesine göre;

- a. Çevre Kirliliğini Önleme ve Kontrol Genel Müdürlüğü
- b. Çevre Koruma Genel Müdürlüğü
- c. Çevresel Etki Değerlendirmesi ve Planlama Genel Müdürlüğü
- d. Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı

<sup>58</sup> Güler, Çobanoğlu(Der), a.g.k, s. 319.

e. Finansman Dairesi Başkanlığı

f. Çevre Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı, olarak belirlenmiştir.

#### 4. Diğer Kamu Kuruluşları

**Tablo II-a'** da görüldüğü gibi tedavi edici hizmetlerde Milli Savunma Bakanlığı (M.S.B) yataklı tedavi kurumlarının sayısı 42, KİT'ler 10, diğer bakanlıklar 2, belediyelerde ise, tedavi edici yataklı kurum sayısı 7'dir.

Türkiye'de çevre sağlığı hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı, Çevre Bakanlığı, Belediyeler ağırlıklı olmak üzere, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Devlet Su İşleri Genel Müdürlüğü, TÜBİTAK, Türkiye Atom Enerjisi Kurumu, İller bankası, İl Özel İdareleri ve diğer ilgili kurum ve kuruluşlarca yürütülmektedir<sup>59</sup>.

Ayrıca Başbakanlık Özel Çevre Koruma Kurulu, Orman Bakanlığı'na bağlı Milli Parklar, Kültür ve Tabiat Varlıklarını Koruma Kurulu gibi kuruluşlarda bölgelerin özelliklerine göre çevre konusunda etkin kuruluşlardır.

## B. DİĞER KURULUŞLAR

### 1. Özel Kuruluşlar

Yataklı tedavi kurumları, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yılı 1998*'de özel kesimce işletilen yataklı tedavi kurum sayısının 210 olduğu belirtilmekte ve 210 tedavi kurum sayısının dernek, yabancı azınlık ve şahıslara ait kuruluşların toplamı olarak verilmektedir.

<sup>59</sup> SB. "Ulusal Çevre Programı", Ankara Ocak 2001, s. 1.



Bütün dünyada kapsam itibari ile “özel hastaneler” kavramı, sadece kâr amacı güden müteşebbisler kurulan ve işletilen hastaneleri değil, aynı zamanda kâr amacı gütmeyen vakıf, dini kurumlar ve dernekler tarafından (üçüncü sektör) kurulan ve yönetilen hayır amaçlı sağlık kurumlarını da kapsar<sup>60</sup>.

Çevre Sağlığı ve doğal yapının korunması ile ilgili olarak gönüllü çevre kuruluşlarının yanı sıra çevre sağlığı, doğal kaynakların, tabiat ve kültür varlıklarının, yabani hayatın ve özel çevre koruma alanları korunması hususunda devletce zorunluluk getirilmesi sonucu ekonomik sektör oluşmuş özel sektör bu alanda arıtma tesisleri için; projesi, tesis inşası gibi kâr amaçlı hizmetler vermekte, ayrıca çevresel etki değerlendirilmesi yönetmeliği kapsamında, ÇED raporu hazırlama yetkisi özel kesimden gerekli şartlara uymuş bakanlıkça yeterlilik belgesi verilmiş şirket ve bürolarca yapılmaktadır.

Türkiye’de özel sağlık örgütü iki kademe de örgütlenmektedir. Birinci kademe de küçük ve orta büyüklükte sağlık evleri ve klinikler yer almakta, bu kurumlardan genellikle orta ve düşük gelir grupları sağlık hizmeti talep etmektedir. Sağlık merkezleri acil vakalar, ateşli hastalıklar gibi küçük müdahalelerle, fiilen görev yapan uzmanların branşları ile ilgili hastalıkların kabul ve tedavi edildiği ilk kademe sağlık kurumlarıdır<sup>61</sup>. İkinci kademe de, orta büyüklükten büyüğe doğru hastaneler veya en az 3-4 hastaneden oluşan hastaneler grubu yer almaktadır. Bunlar iyi bir teknoloji ile donatılmış olup, kapsamlı bir sağlık hizmeti sunmakta, genellikle orta ve yüksek gelir grubundaki aileleri hedef almaktadır<sup>62</sup>. Ayrıca, kendi başlarına muayenelerinde faaliyet gösteren doktorların sunduğu sağlık hizmetleri de üçüncü kategoride ele alınacak geleneksel özel sektör sağlık hizmeti şeklinde görülmelidir. Hekimlerin % 20’sinin serbest çalıştığı ülkemizde, toplam yatak kapasitesinin % 5’inin özel sektör tarafından işletildiği, buna karşılık özel sektör sağlık hizmetlerinin daha çok muayeneciliğe kaydığı, ayakta teşhis ve tedavi imkânı veren merkezlerde yoğunlaştığı gözlenmektedir<sup>63</sup>.

<sup>60</sup> Kurtulmuş, a.g.k., s. 248.

<sup>61</sup> Aktaran, A.k., s. 248-249

<sup>62</sup> Aktaran, A.k., s. 249

<sup>63</sup> A.k., s. 249

## 2. Üniversiteler

Tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmeti veren üniversite hastanelerinin 1998 yılı itibari ile hizmet binası 37 olup, yatak kapasitesi bakımından 23.828 yatak mevcuttur. Uzman hekim sayısı bakımından Türkiye geneli kurumlarına göre dağılımı oranı ise % 23'dür<sup>64</sup>.

Esas görevleri tıp eğitimi vermek ve ileri düzeydeki sağlık hizmetlerini araştırma boyutu ile sunmak olan üniversite hastaneleri, hasta sevk sisteminin en üst noktasında yer almakta ve rasyonel olarak daha alt aşamalarda çözülemeyen sağlık problemlerinin tedavisi için halka hizmet vermektedir<sup>65</sup>.

## 3. İl Özel İdareler

26 Mayıs 1987 tarih ve 19471 sayılı R.G. yayınlanan 3360 sayılı İl Özel İdaresi kanununa göre "İl Özel İdaresi mahalli müşterek nitelikte olan, imar, bayındırlık, sağlık ve sosyal yardım, çevre sağlığı ve korunması, eğitim, spor, tarım, ağaçlandırma, orman tesisi, ekonomi ve ticaret haberleşme, kültür, turizm ile ilgili görevler ve bu kanun dışında çeşitli mevzuatla verilen görevleri imkanları ve tespit edeceği öncelik sırasına göre yürütür. İl Özel İdarelerinin görevli olduğu mahalli ve müşterek ihtiyaçların kapsam ve sınırı bakanlar kurulunca tespit olunur<sup>66</sup>." (md.2/13) denmekte.

Ayrıca Özel İdare çevresel etki değerlendirilmesi (ÇED) yönetmeliği, aynı zamanda gayri sihi müesseseleri (GSM) yönetmeliği kapsamında yer alan, taş, kum, çakıl ve benzeri ocakların "16 Haziran 1317, 1 Rebiülevvel 1319, 1.t - Düstur, c. 7- s.678 tarih ve sayılı<sup>67</sup>" taş ocakları nizamnamesine göre ruhsatlandırılmaktadır. Buralarda ve mevzuatla belirtilen diğer kalemlerden gelir elde etmekte olup, çevre sağlığı ve diğer ilgili hizmetlerde bu gelirler kullanılmaktadır.

<sup>64</sup> SB., "Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yılığ 1998", Ankara 1999, s. 13-17

<sup>65</sup> Kurtulmuş, a.g.k., s. 248.

<sup>66</sup> Güler, Çobanoğlu (Der), a.g.k., s. 97.

<sup>67</sup> A.k., s. 649.

İşyeri açma ve çalıştırma ruhsatlarına ilişkin yönetmeliğe göre, Belediye sınırları ve mücavir alan sınırları dışında kalan yerlerde bazı gayri sıhhi ve sıhhi müesseselere valilik ve kaymakamlıklar özel idareler nezdinde bu yönetmelik kapsamında kalan işyerlerine ruhsatlandırma işlemlerini uygulamaktadırlar. Ayrıca özel idarelere ait az da olsa hastaneler çalıştırılmaktadır.

#### 4. Belediyeler

1930 yılında kabul edilen 1580 sayılı “Belediye Kanunu”nun 15. Maddesi çevre sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde belediye görevlerini sayar. Bundan başka belediyelerin sağlıkla ilgili görevi de fakir hastaların parasız bakılması ve parasız ilaç verilmesidir. (md.15, fıkra 34) 224 sayılı kanun Belediyelerden hasta bakım hizmetini almıştır<sup>68</sup>.

1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu, belediyelere topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili birden fazla yetki vermiştir. İşyeri açma ve çalışma ruhsatlarına ilişkin yönetmelik gereği belediye sınırları ve mücavir alanları içersinde bazı gayri sıhhi müesseseler ve sıhhi müesseselere ruhsat verme yetkisi de tanınmıştır.

3030 sayılı Büyükşehir Belediyelerinin Yönetimi Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkındaki Kanunla Büyükşehir Belediye Başkanlıklarına, gıdalar hariç çevre sağlığının korunması sağlamak için 1-2 ve 3 ncü sınıf gayri sıhhi müesseselerin çalışmalarına ruhsat vermek yetkisini tanımıştır.

Belediyeler açtıkları yaşlı bakım yurtlarında bakıma muhtaç yaşlıların bakımını sürdürmekle sosyal yardım hizmetlerine önemli katkılarda bulunmaktadır. Ayrıca belediyeler yakacak yardımı, üniversite öğrencilerine yemek, asker ailelerine maddi yardım ve ihtiyacı olanlara ücretsiz tedavi olanakları sağlamaktadır<sup>69</sup>.

<sup>68</sup> Fişek, a.g.k., s. 169

<sup>69</sup> Zafer Özbek, Gülümser Kubilay, “Toplum Sağlığı ve Hemşireliği”, Somgür Yayıncılık, Ankara, 1995 s. 213

## İKİNCİ BÖLÜM

### TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN İŞLEYİŞİ VE AKSAKLIKLARI

#### I. KORUYUCU, TEDAVİ EDİCİ VE REHABİLİTE EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM

##### A. KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM

Birinci bölümde sağlık hizmetlerinin tanımları, hekimliğin gelişimi, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin gelişimi ve bu hizmetleri veren kurum ve kuruluşlar belirtilmiş ve bunların bazıları yasal dayanaklarıyla açıklanmıştır.

Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması hususunda “Anayasa’nın 56.maddesine<sup>70</sup>” göre;

- Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.
- Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.
- Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarının tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.
- Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.
- Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir. ( md. 56) demektedir.

<sup>70</sup> “Türkiye Cumhuriyeti Anayasası”, md. 56, 1982, Alfa Yayın, İstanbul 1999.

## 1.Ağırlıklı Olarak Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve Kurum ve Kuruluşlarda Yürütmeye Dair Örnekler

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde birden fazla kurum ve kuruluşlara ilgili konularında kanun koyucu yetki vermiştir. Bu başlıkta sadece genelliği bakımından daha fazla ön plana çıkan kurum ve kuruluşlardaki koruyucu sağlık hizmetlerinin işleyişleri örneklendirilerek değinilecektir.

### a. Sağlık Bakanlığı;

Anayasa'nın 129. Maddesinin ilk paragrafında "Memurlar ve diğer kamu görevlileri Anayasa ve Kanunlara sadık kalarak faaliyette bulunmakla yükümlüdürler<sup>71</sup>." demektedir. Sağlık personeli devlet memuru olduğundan mevzuata uymakla yükümlüdür.

Bakanlıkların taşra teşkilatıyla yazışmaları " 18 Haziran 1949 tarih ve 7236 sayılı R.G'de yayımlanan 5442 sayılı İl İdaresi Kanunu'nun<sup>72</sup> " 9.maddesinin B fıkrasında açıklanmıştır. " Bakanlıklar ve tüzel kişiliğe ait genel müdürlükler, il genel idare teşkilatına ait bütün işleri doğrudan doğruya valiliklere yazarlar. Valilikler de illere ait işler için ilgili bakanlık ve ya tüzel kişiliği haiz genel müdürlüklerle doğrudan doğruya muharebede bulunurlar. Ancak valiler hesabata ve teknik hususlara ait işlerde daire şube başkanlıklarına vali adına imza yetkisi verebilirler." Genelgeler ve emirler doğrultusunda valiler de taşra teşkilatlarını organize eder.

Koruyucu sağlık hizmetleri il sağlık müdürlüklerine bağlı gıda ve çevre kontrol şube müdürlüğü, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması şube müdürlüğü, bulaşıcı hastalıklar şube müdürlüğü ve eğitim şube müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Ve bunlar arasında koordine söz konusudur. Ayrıca halk sağlığı laboratuvarları, dispanserler, merkez sağlık ocakları yaygın olmasa da sağlık grup başkanlıkları ve nüfusa göre köy tipi sağlık ocakları ve sağlık evleri mevcuttur.

<sup>71</sup> a.g.y., md. 129.

<sup>72</sup> Aktaran, İbrahim Pınar, "Açıklamalı 4483 sayılı Memurlar ve diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun", Seçkin Yayınevi, Ankara 2000, s. 726.

Sağlık ocağı ve sağlık evlerindeki topluma sunulan hizmetleri değerlendirmek için geliştirilen kayıt sistemi bir bütün oluşturmaktadır... Bir çok istatistik formuna yazılan bilgiler bir başka formdan alınmaktadır. Bu nedenle tüm formların düzgün, doğru ve eksiksiz toplanması için özen gösterilmelidir<sup>73</sup>. Sağlık ocaklarında kullanılan formlar şunlardır:

1. 001 Ev Halkı Tespit Fişi
2. 002 - 003 Nüfusun Yaş Gruplarına Dağılımı
3. 004 Kişisel Sağlık Fişi
4. 005 Gebe ve Lohusa İşleme Fişi
5. 006 Çocuk İşleme Fişi
6. 008 Ebe Aylık Çalışma Bildirimi
7. 009 - 020 Sağlık Memuru Aylık Çalışma Bildirisi
8. 010 Toplum Sağlığı Hemşiresi Aylık Çalışma Bildirisi
9. 011 Ocak Hekimi Aylık Çalışma Bildirisi
10. 012 Aşı Kayıt Fişi
11. 013 Aşı Sonuçları Çizelgesi
12. 015 Haftalık Bulaşıcı Hastalık Bildirme Fişi
13. 016 Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Tespit Fişi
14. 017 Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Çizelgesi
15. 019 Hasta Sevk Kağıdı
16. 021 Halk Sağlığı Eğitimi Aylık İcmal Çizelgesi
17. 022 - 024 Sağlık Ocağı Aylık Personel, Poliklinik Laboratuvar Çizelgesi

Yukarıda belirtilen fiş ve formlardan başka bazı il ve ilçelerde özellikle eğitim bölgelerinde “Aylık Doğum ve Ölüm İcmal Çizelgesi”, “Doğum Fişi”, “Ölüm Fişi”, “Aylık Gezi Programı” ve “Gezi Beyanı” adlarını taşıyan ek formlar kullanılmaktadır<sup>74</sup>.

Hükümlerini sağlık bakanlığının yürüttüğü çevre sağlığı ve doğal kaynakların korunması açısından önemli olan 26.09.1995 tarih ve 22416 sayılı R.G.’de yayınlanan “Gayri Sıhhi Müesseseler Yönetmeliği<sup>75</sup>”nde Ek - 5 ‘de yer alan 1. Sınıf Gayri Sıhhi

<sup>73</sup> Özbek, Kubilay, a.g.k., s. 43.

<sup>74</sup> A.k., s. 44

<sup>75</sup> Güler, Çobanoğlu (DER), a.g.k., s. 923. GSM Yönetmeliği için bkz.

Müessese olarak 73 adet faaliyet sayılmış, 2. ve 3. Sınıflara giren G.S.M.'lerde 124 faaliyet tanımlanmıştır. 2. ve 3. Sınıf G.S.M.'lerden gıdalar ve parlayıcı, patlayıcı, yakıcı ve tehlikeli maddelerde çalışan işyerleri ile, oksijen, L.P.G. dolum ve depoları bunlara ait dağıtım merkezleri, perakende satış yerleri, taş ve kum ocakları, akaryakıt istasyonları v.b. yerler ile 1. Sınıf gayri sıhhi müesseselerin tümü gayri sıhhi müessese yönetmeliğine göre G.S.M. ruhsatı alması zorunludur. Gerçek ve tüzel kişiler gayri sıhhi müesseseler yönetmeliği kapsamında bir faaliyette bulunacakları zaman mahalli en büyük mülki amirine gerekli bilgi ve belgelerle müracaat etmesi gerekmektedir.

Faaliyet için işyeri tesis edilmeden yer seçimi izni alması bu izinden sonra tesis izni alması, tesisi tamamladıktan sonra da yetkili makam tarafından gayri sıhhi müessese ruhsatı düzenlenir. G.S.M. ruhsatı için ilgili kurum ve kuruluşlardan kurumlarını temsilen görevli elemanlardan valilik olurlarıyla G.S.M. inceleme kurulu oluşturulur. İlgili kurum görüşleri uygun gelmesi ve dosya belgelerini tamamlamasından sonra sırasıyla yer seçimi izni, tesis izni ve açılma izniyle birlikte G.S.M. ruhsatı tanzim edilir. 1. Sınıf G.S.M. ruhsatı Sağlık Bakanlığınca, 2. Sınıf G.S.M. ruhsatı Valilikçe, 3. Sınıf G.S.M. ruhsatı ise merkez ilçe sınırları içerisinde Valilik, diğer ilçelerde Kaymakamlığınca açılma ruhsatı verilir.

Gayri Sıhhi Müesseseler (G.S.M.) yönetmeliği kapsamında yer alan bir faaliyet aynı zamanda çevresel etki değerlendirilmesi (ÇED yönetmeliği kapsamında) yer alabilme durumunda ruhsatlandırma işi önce ÇED olumlu belgesi veya çevresel etkileri önemsizdir kararı belgesini de ibraz etmesiyle G.S.M. yönetmeliğine göre yer seçimi izni almış kabul edilmekte ve işlemler tesis izninden başlamaktadır. Nihai ÇED raporunda tesis izni ile ilgili bilgi ve belgeler mevcut ise ayrıca bu belgelerden muaf tutulmaktadır.

Gayri Sıhhi Müesseseler kapsamında yer alan faaliyetlerden bazılarının diğer ilgili kurum ve kuruluşlardan izin alma süreçlerindeki işleyişleri incelersek;

**Taş ve Kum Ocakları Sırasıyla:** Ön ÇED izin belgesi, arazi orman ve ya Milli Emlak'a ait ise hazineden kiralanmanın tamamlanması Gayri Sıhhi Müessese

Ruhsatı ve Taş Ocakları Nizamnamesine göre Özel İdare Müdürlüğü'nden izin alması gerekmektedir.

**Su Ürünleri Üretim ve İşleme Tesisleri Sırasıyla:** Ön ÇED izin belgesi su ürünleri yönetmeliği kapsamında olduğundan Tarım Bakanlığında izin, denizde üretim yapılacaksa kiralama, G.S.M. yönetmeliği kapsamında yer aldığından G.S.M. ruhsatı alması gerekmektedir

**Hayvani ve Bitkisel Yağ Üretim Tesisleri Sırasıyla:** Ön ÇED izin belgesi,sağlık teşkilatlarından yetkili makamca verilen GSM ruhsatı ve çalışma izni tarım teşkilatlarından da “4128 sayılı kanun ile değişik 560 sayılı gıdaların üretimi, tüketimi ve denetlenmesine dair kanun hükmünde kararname<sup>76</sup> ” gereği gıda üretim izni alma zorunluluğu vardır. Çalışma izni de aynı kanun kapsamında çıkarılan yönetmelik gereği Sağlık Bakanlığı teşkilatları tarafından da verilmektedir.

**Hayvan Kesim Yerleri Sırasıyla:** Çıkan yan ürünlerin ve ya et ürünlerinin işlenmesi tesisleri (1000 ton/yıl dahil,4000 ton/yıl canlı ağırlığa kadar), olan faaliyetler ön ÇED kapsamındadır. 4000 ton/yıl üzeri ise ÇED kapsamındadır. Bu faaliyet sırasıyla ÇED yönetmeliğine göre kapasitesi dikkate alınarak ÇED olumlu belgesi veya çevresel etkileri önemsizdir kararı alması, GSM(\*) yönetmeliği kapsamında da yer aldığından GSM ruhsatı ve daha sonra 11 Eylül 2001 tarih ve 24167 sayılı RG'de yayınlanan “Kırmızı et ve et ürünleri üretim tesislerinin kuruluş, açılış, çalışma ve denetleme usul ve esaslarına dair yönetmelik<sup>77</sup> ” gereği Tarım Bakanlığı Teşkilatlarından izin alması gerekmektedir.

Kaynak suları hakkında yönetmelik, lağım mecrası inşaatı mümkün olmayan yerlerde yapılacak çukurlara ait yönetmelik; bu yönetmelik belediye sınırları içinde ilgili mercii belediye, belediye sınırları dışında ise Sağlık Bakanlığı'dır.

<sup>76</sup> SB., “Gıda Mevzuatı ve Uygulamaları”, Ankara 2000, s. 77

(\*) Gayri sıhhi müesseseler (GSM): Çevresinde bulunanlara fiziki, ruhi ve sosyal yönlerden az veya çok zarar veren veya vermese muhtemel olan doğal kaynakların kirlenmesine neden olabilecek müesseselerdir.

<sup>77</sup> Tarım Bakanlığı Koruma Kontrol Genel Müdürlüğü (Der), R.G., Ankara 2000, s. 7



Bulaşıcı ve salgın hastalıklar çıktığında alınacak tedbirlere uyulmaması halinde uygulanacak ceza yönetmeliği, hava kalitesinin korunması yönetmeliği; ilgili kurumla ortak yürütülüyor daha sonra maden suları yönetmeliği gibi bir çok çevreyle ilgili mevzuat sayılabilir.

Sağlık Bakanlığında çevre sağlığı ile ilgili olarak doğal kaynakların, yaban hayatının korunması, çevre ve gıda sağlığının korunmasıyla ilgili işleştiren sonra kişiye yönelik sağlık hizmetleri de verilmektedir. Bunlar bağışıklama, beslenmeyi düzenleme, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, aşırı doğurganlığın kontrolü, ilaçla koruma, kişisel hijyen, sağlık eğitimi'dir.

Sağlık Bakanlığı Teşkilatları'nca koruyucu sağlık hizmetleri topluma ve kişiye yönelik olarak hizmet sunulmakta, bu teşkilatların işleyişleri ise; sağlık evi, sağlık ocağı, dispanser ve sağlık merkezlerinin fonksiyonları ve yönetimleri “ sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin yürütülmesi hakkındaki (154 sayılı yönerge” ile aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir<sup>78</sup>.

#### 1. Sağlık Evleri, Fonksiyonları ve Yönetimi

- Sağlık evleri, sağlık ocağına bağlı olarak çok yönlü hizmet gören kuruluşlardır. Sağlık evinde en önemli görev ana çocuk sağlığı hizmetleri ile toplumsal ve kişisel temizlik, uygun ve ekonomik beslenme, kadınların analık ve ev kadınlığı konularında eğitilmeleri, aşı uygulaması, ölüm ve doğumların araştırılıp bulunarak izlenmesidir. Sağlık evlerinde ebe ya da ebe-hemşire görev yapar....
- Sağlık evi bölgesi; coğrafi ve yol durumu göz önüne alınarak kırsal bölgelerde 2000-3000 nüfusu kapsar. Toplu şehirsiz bölgelerde sayı daha yüksek tutulur....

<sup>78</sup> Yüncü, a.g.k., s. 97-110

- Sağlık evi merkezi, bölgesinin büyük merkezlere akım yolu kavşağı üzerinde merkezi bir yerde bulunur. Öteki örgütlerle iş birliği kolaylaştıracak (jandarma, okul, orman memuru, ev ekonomisti gibi) şekilde örgütlerin bulunduğu köylerde olması göz önüne alınır... Sağlık evlerinin fonksiyonları ve yönetimleri aşağıda sıralanmıştır.

.....

- Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetleri, ... Sıtma Eradikasyon Hizmetleri, Verem Savaş Hizmetleri, Frengi ve Lebra Savaş Hizmetleri, Trahom Savaş Hizmetleri, Nüfus Planlaması Hizmetleri, Çevre Sağlığının Düzeltilmesi Hizmetleri, Sistemik Aşı Uygulaması Hizmetleri, İlk ve Acil Yardım Hizmetleri,... Sosyal Yardım İşleri, Toplum Kalkınmasına Yardım İşleri, Gezi İşleri.

## 2. Sağlık Ocağının Fonksiyonları ve Yönetimi:

Sağlık ocağı 5-10 bin kişilik toplumun yaşadığı coğrafi bölgedeki sağlık hizmetlerini, halk sağlığı bilim ve sanatının ışığı altında yürütüldüğü bir sağlık kurumudur. Sağlık ocağı merkezi sağlık bölgesinin hizmet binasının bulunduğu yerdir.

... sağlık ocağı en az bir hekim tarafından yönetilir. Sağlık ocağında yeteri kadar sağlık memuru, halk sağlığı hemşiresi, köy ebesi, tıbbi sekreter, şoför, hizmetli ve öteki personel bulunur.

... sağlık ocaklarının görevleri;

- Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri yapmak,
- Sıtma ve eradikasyon hizmetleri yapmak,
- Verem savaş hizmetlerini yapmak,
- Frengi ve lebra savaş hizmetlerini yapmak,
- Trahom savaş hizmetlerini yapmak,
- Nüfus planlamasında halkı eğitmek,

- Çevre sağlığı çalışmalarını katılmak,
- Sağlık eğitimi vermek,
- Sistematik aşı uygulaması yapmak,
- Bulaşıcı hastalıklarla savaşmak,
- Hasta bakım hizmetleri vermek,
- İlk ve acil yardım hizmetleri vermek,
- İstatistik işleri,
- Okul sağlığı hizmetleri yürütmek,
- Preparat, serum ve öteki materyalin gönderilme işleri,
- Parasız ilaç dağıtımını yapmak,
- Sağlık ocaklarına bağlı sağlık evlerinin saptanması işleri,
- Ayniyat işleri,
- Sosyal yardım işleri,
- Toplum kalkınması çalışmalarına yardım hizmetleri,
- Gezi işleri ve yapılması gereken öteki işler.

### 3. Dispanser ve Sağlık Merkezleri, Fonksiyonları ve Yönetimleri

Sağlık Bakanlığının merkezi yönetimin uzantısı olan il örgütü 3046 sayılı Bakanlık Kuruluş Görev ve Esasları Kanununa paralel olarak yeniden düzenlenmiştir. 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın teşkilatta görevler hakkında kanun hükmündeki kararname ile illerde sağlık müdürlüğüne bağlı 12 şube müdürlüğü oluşturulmuştur. Sağlık ve sosyal yardım müdürlüklerine bağlı olan başkanlıklar lav edilerek bağlantı ve ünvan değişikliği yapılmıştır. "Dispanser" ifadesi yerine "Merkez" ifadesi kullanılmaya başlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi için de sağlık müdürlüğüne bağlı kuruluşlar ana ve çocuk sağlığı, sıtma ve eradikasyon, verem savaş ve lebra savaş, trahom savaş, çevre sağlığı, nüfus planlaması, merkezi sağlık grup başkanlıkları olarak sıralayabiliriz.

Türkiye’de temel sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve bu hizmetlerin işleyişi ile ilgili başlıca mevzuat “224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun” ve bu kanuna bağlı olarak yayınlanan “sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği yerlerde hizmetin yürütülmesine dair yönerge (154 sayılı yönerge.)’dir”. Alma-Ata’da yayınlanan bildirden ... 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı kanunda, Alma-Ata bildirisinde yer alan hemen bütün ilke ve önerilerin yer almış olduğunu görmekteyiz<sup>79</sup> ....

Konuma göre “Sağlık Hizmetleri İl içinde bir bütündür” ve sağlık hizmetlerinin ildeki amiri Vali’dir. Sağlık Müdürü Vali adına hizmetleri yürütür. İl içindeki sağlık kuruluşları Sağlık Müdürlüğü’ne bağlıdır<sup>80</sup> .

Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri il merkez teşkilatını oluşturan birimlerden gıda ve çevre kontrol şubesince yürütülmektedir. “181 sayılı Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun Hükmünde Kararname ile Çevre Sağlığı Başkanlığı’nın görevleri yerine getirmek üzere sağlık müdürlüklerine bağlı Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlükleri kurulmuştur. Çevre Sağlığı Merkezi bu şube müdürlüğüne bağlı olarak görev yapmaktadır<sup>81</sup> .... ”

İl içinde örgütlenme sırasıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık grup başkanlıkları, bölge hastaneleri, il sağlık müdürlüğü merkezi teşkilatı ve valilik olarak sıralayabiliriz. İl içinde örgütlenme iki basamaklı bir model olarak kurulmuştur. Birinci basamak, evde ve ayakta tedavi hizmetleri ile koruyucu hizmetleri sunulduğu sağlık ocaklarıdır. İkinci basamak ise, sağlık ocaklarından sevk edilen hastaların bakılacağı hastanelerdir<sup>82</sup> .

Sağlık Evleri teknik ve yönetsel açıdan sağlık ocaklarına bağlı olarak çalışırlar. Sağlık grup başkanlıkları ise sağlık müdürlükleri ile sağlık ocakları arasında yer alan yönetim kademesidir. Müdürlük yazışmaları sağlık grup başkanlıkları olan yerlerde direk sağlık ocağı yerine sağlık grup başkanlıklarına yazılır.

<sup>79</sup> Özbek, Kubilay, a.g.k. 240.

<sup>80</sup> A.k., s. 242.

<sup>81</sup> Yüncü, a.g.k., s. 112, Ayrıntılı bilgi için bkz.

<sup>82</sup> Özbek, Kubilay, a.g.k., s. 242

Üç tip sağlık ocağı vardır<sup>83</sup>.

- a. Köy Tipi: 5- 10 bin Nüfusa (ortalama 7000) hizmet eder.
- b. D-1 Tipi: 10-30 bin nüfusa kapsar. Genellikle ilçe merkezlerinde bulunur.
- c. A-1 Tipi: 30-50 bin nüfusa hizmet eder. Kent tipi sağlık ocaklarıdır.

Bölge Hastanesi: Genellikle her sağlık grup başkanlığı bölgesinde bir bölge hastanesi (Sağlık Grup Hastanesi) vardır. "İlçe Hastanesi" olarak da adlandırılabilir. Bölge hastaneleri genellikle 50-100 yataklıdır<sup>84</sup>.

Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü 1983 yılında 181 sayılı kanun hükmünde kararname ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir kuruluş haline getirilmiştir. Aynı kararname ile bu kurumun adı "Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı" olarak değiştirilmiştir. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı'nın merkez teşkilatı ANKARA'dadır. Başkanlığın taşra teşkilatı; İstanbul, İzmir, Adana, Antalya, Diyarbakır, Bursa, Samsun ve Erzurum'da bulunan Hıfzıssıhha Enstitüleridir<sup>85</sup>.

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi ... koruyucu hekimliğin gerektirdiği aşı, serum ve diğer biyolojik maddeleri üretmek ilaç ve kozmetiklerin kontrollerini yapmak, gıda, beslenme zehir, salgın hastalıklarının araştırma ve laboratuvar hizmetlerini yürütmek ve dökümantasyon hizmetleri yapmaktır<sup>86</sup>.

Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı tarafından koruyucu sağlık hizmetlerinin işleyişinde mevzuat açısından kolaylıklar sağlayan İl ve ilçelerde Hıfzıssıhha meclisleri vardır.

Bu meclis 1593 sayılı umumi hıfzıssıhha kanununun 23-28 nci maddeleri uyarınca toplanmaktadır. Bu maddelerin önemli görülenleri ... aşağıda gösterilmiştir. "1593 sayılı yasa, madde 23 her il merkezinde bir il genel meclisi toplar. Bu meclis ilin sağlık ve sosyal yardım müdürü, bayındırlık müdürü, milli eğitim ve veteriner müdürleri, varsa sahil sıhhiye merkez tabibi, bir sağlık ocağı ve belediye tabibi, askeri

<sup>83</sup> A.k., s. 243.

<sup>84</sup> A.k., s. 243

<sup>85</sup> Yüncü, a.g.k., s. 115

<sup>86</sup> A.k., s. 117.

birlikler varsa en yüksek rütbeli askeri hekim, serbest çalışan bir hekim ve bir eczacı ile belediye başkanından oluşur. Meclis valinin, ya da vali adına sağlık ve sosyal yardım müdürünün başkanlığında toplanır. Valinin seçeceği bir kişi sekreterlik görevi yapar ve tutanakları düzenler.

Madde 24 (bu madde meclisin illerde kimlerden oluşacağını belirlemektedir. Üyeler ildeki üyelerin ilçelerde bulunan benzerleridir).

Madde 25 Genel Hıfzıssıhha meclislerinin seçilmiş üyeleri üç yılda bir değişir. Üyeler birden çok kez seçilebilirler. Seçimlerin sonuçları kaymakamlarca valilere, valilerce sağlık ve sosyal yardım bakanlığına bildirilir.

Madde 26 Genel Hıfzıssıhha Meclisleri olağan durumlarda ayda bir kez toplanırlar. Salgın hastalık durumlarında ya da gereken diğer durumlarda sağlık ve sosyal yardım müdürünün (ilçelerde görevlendirilen ocak tabibinin) isteği ve valinin (ilçelerde kaymakamın) çağrısı ile daha sık toplanabilir.

Madde 27 Genel Hıfzıssıhha Meclisleri ilin (ya da ilçenin) sağlık durumunu sürekli göz önünde bulundurarak kent, kasaba ve köylerin sağlık durumlarını düzeltici, saptanan sakıncaları giderici önlemler alırlar. Bulaşıcı hastalıkların duyurusunun yapılmasının düzenler, bu konularda halka sağlık eğitimi yapar, bulaşıcı hastalıklar çıktığında da önlenmeleri için gerekli önlemleri alırlar.

Madde 28 Bu meclislerin aldığı kararları vali ve kaymakamlar doğrudan uygularlar. Açıklanması gereken bir durum ortaya çıktığında kaymakamlar valilerden, valiler de sağlık ve sosyal yardım bakanlığından sorarlar.<sup>787</sup> Genel Hıfzıssıhha meclislerinin aldığı kararların vali ve kaymakamlarca doğrudan uygulanmakta oluşu (1593 sayılı yasa, madde 23), sağlık yönetimi ve yöneticisine büyük kolaylıklar sağlar. Çünkü bu görevlilerin uygulamaları “5442 sayılı il idaresi kanun”na göre “yetki genişliği” ilkesine dayandığından, yasa gücündedir. Sağlıkla ilgili olarak alınması gereken bir çok önlemi yasalarda bulmak ise olanaksızdır. Sağlık yöneticisi bu

<sup>787</sup> Nevzat Eren, “Köy, İlçe ve İllerde Sağlık Yönetimi ve Mevzuatı”, Beta Yayınlar, İstanbul 1984, s. 240-241.

önlemleri hıfzıssıhha meclisleri kararlarına geçirterek işleri kolaylaştırabilir. Sağlık yöneticilerin bazı önlemleri “yasal yetkileri olmadığı” gerekçesiyle alamadıkları, sık duyulan yakınmalardandır. Hıfzıssıhha meclislerinin “yasa gücündeki” kararları alınarak, bu yakınmalara çözüm bulunabilir. Bu nedenlerle sağlık yöneticisi, Hıfzıssıhha meclislerinin düzenli olarak, ayda bir kez toplatmalı, bu toplantılara hazırlıklı gitmeleri, hangi konularda ne gibi kararlara gerek duyuyorsa, bu kararları meclisten çıkarmalıdır<sup>88</sup>. Örneğin, Muğla İl Hıfzıssıhha meclisi yeni evlenecek çiftlere talesemi (Akdeniz Anemisi) testi, merkezi yasalarda olmadığından hıfzıssıhha kurulu kararı ile zorunlu hale getirilmiştir. Yasalarda belirtilmeyen bir çok kişisel sağlık ve çevre sağlığı ile ilgili konularda bu kurul büyük kolaylıklar sağlamakta, merkeziyetçiliği de azaltmaktadır.

#### **b. Çevre Bakanlığı**

Çevreye yönelik koruyu sağlık hizmetleri veren bir bakanlıktır. Çevre Bakanlığının teşkilatı, merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşları; merkez teşkilatı da ana hizmet birimleri, Danışma ve Denetim Birimleri ile yardımcı birimlerden meydana gelmektedir<sup>89</sup>.

Ancak, Çevre Bakanlığının temel görevleri ana hizmet birimleri vasıtasıyla yerine getirildiğinden<sup>90</sup> .... ana hizmet birimleri için birinci bölümün Çevre Bakanlığı Teşkilatları başlığı altında belirtilmiştir. İşleyişleri bu ana hizmet birimleri tarafından sağlanmaktadır.

Birinci bölümde çevre bakanlığının kuruluşuna ilişkin K.H.K. ile, amacını ve uyguladığı mevzuatları belirtmiştir. Bunlarda yeni olan Ülkemizde uygulama bakımından bazı kurum ve kuruluşlardan kaynaklanan zorlukları giderek aşılmaya başlanan 1983 tarih ve 2872 sayılı çevre kanununun 10. Maddesine dayanılarak 7 Şubat 1993 tarihinde çıkarılmış olan, 23 Haziran 1997 tarih ve 23028 sayılı R.G. revize edilerek yayımlanan çevresel etki değerlendirilmesi (ÇED) yönetmeliğinin işleyişini

<sup>88</sup> a.g.k., s. 241.

<sup>89</sup> Çevre Bakanlığı, Çevre Eğitimi ve Yayın Dairesi Başkanlığı “Çevre Notları”, Ankara 1995, s. 48

<sup>90</sup> A.k., s. 48

kısaca bu başlıkta değineceğiz. “23 Haziran 1997 tarih ve 23028 sayılı R.G.’de yayınlanan çevresel etki değerlendirilmesi yönetmeliği<sup>91</sup>” e tabi bir faaliyetin sahibi bir dilekçe ekinde faaliyetle ilgili bir proje özeti, faaliyet için önerilen yer ve yerlerin mülkiyetine ilişkin bir belge, imar ve vaziyet planı ile varsa faaliyeti tanıttıcı sair belgelerle birlikte faaliyetin gerçekleştirileceği ilin valiliğine başvurur. (md. 7) İlgili kamu kurum ve kuruluşlarından oluşan taşra teşkilatı ile yerin durumu hakkında araştırma yapılır ve bu komisyonda hangi kurum ve kuruluşların yer alacağı bildirilir, bakanlık ya aynen kabul eder ya da ilave eksiltmeler yapabilir.

... valilik 30 iş günü içinde araştırmasını tamamlar ve planlanan faaliyetin belirtilen yerde gerçekleşmesinin mevzuat açısından uygun olup olmadığına karar verir. Valilik bu kararı faaliyet sahibine bildirir....(md. 8)

ÇED yönetmeliği kapsamında yer alan faaliyetlerin listesi Ek I ve Ek II başlığı altında a.g.R.G.’nin 20, 21 ve 22. Sayfalarında listelenmiştir. “Ek I’de yer alan faaliyetler ile Ek II’de yer alan faaliyetlerden mahalli çevre kurulunca “çevresel etkileri önemlidir” kararı verilen faaliyetler ÇED raporuna tabidir. Yönetmeliğe tabi birden fazla projeyi kapsayan entgre faaliyetin planlanması halinde, bu faaliyetlerin tamamı için bakanlıkça tek bir ÇED raporu hazırlanması istenebilir” (md. 9).

Gerek Ek I ve gerekse Ek II’deki yapılması planlanan faaliyetlerden valilik taşra teşkilatınca yer tetkiki yaptırır. Araştırma sonucunda sakınca olmadığına dair kararı ile birlikte 7. Maddede istenen bilgi ve belgelerle Ek I’de yer alan faaliyetler için Çevre Bakanlığı’na Ek II’de yer alan faaliyetler için Valiliğe başvurur. Ek I faaliyetleri için Bakanlık, Ek II faaliyetleri için Valilik faaliyet sahibine Ek I için ÇED raporu formatını Ek II için ise ÇED ön araştırma formatını faaliyet sahibine verir. Bu formatlar Ek IV’de yer alan genel format veya faaliyetin türüne göre özel format olabilir.

Faaliyet sahibi formatı aldıktan sonra veya ilk başvuruda bakanlıkça yetki belgesi verilmiş ÇED bürolarından birine temsilcilik verebilir. Formata uygun ÇED

<sup>91</sup> Çevresel Etkileri Değerlendirilmesi Yönetmeliği, R.G., 23 Haziran 1997, 23028. Ayrıntılı bilgi için bkz.



raporu için inceleme değerlendirme komisyonu ön ÇED raporu için ise ön inceleme değerlendirme komisyonu oluşturulur.

ÇED raporu incelemek ve değerlendirmek üzere bakanlıkça inceleme ve değerlendirme komisyonu teşkil edilir. Bu komisyon Bakanlıkta şube müdürü ya da daha üst düzeyde bir yetkilinin başkanlığında faaliyetin konusu, türü ve faaliyet için seçilen yerin özellikleri dikkate alınarak merkezi ve yerel kurum veya kuruluş temsilcilerinden oluşur. Komisyon çalışmalarına Bakanlıkça; üniversite, enstitü, araştırma ve ihtisas kuruluşları ve meslek odaları temsilcileri ile gerçek ve tüzel kişiler de üye olarak çağrılabilir. (md. 13)

ÇED ön araştırma raporunu incelemek ve değerlendirmek üzere bakanlıkça bir ön inceleme- değerlendirme komisyonu teşkil edilir. Bu komisyon: taşra teşkilatında şube müdürü ya da daha üst düzeyde bir yetkilinin başkanlığında faaliyetin konusu, türü ve faaliyet için seçilen yerin özellikleri dikkate alınarak ilgili bakanlıkların taşra teşkilatları ile yerel yönetim, faaliyet sahibi veya temsilcisi, ÇED ön araştırma raporunu hazırlayan kurum ve kuruluş temsilcilerinden oluşur. Komisyon çalışmalarına valilikçe üniversite, enstitü, araştırma ve ihtisas kuruluşları ve meslek odaları temsilcileri ile gerçek ve tüzel kişiler de üye olarak çağrılabilirler. (md. 22)

Komisyon ilk toplantısında raporda eksiklikler tespit edebilir. Bu eksikliklerin tamamlanması için ikinci bir değerlendirme toplantısına kadar süre verebilir. Bu arada ilk toplantıdan sonra faaliyeti planlanan yerin etkilenmesi muhtemel yöre halkının kolaylıkla ulaşabileceği merkezi bir yerde toplantı yerinin gününü ve saatini belirleyen bir ilanla ÇED raporu hazırlanacak faaliyet için o yörede yayınlanan yöresel bir gazete ve Türkiye genelinde yayınlanan tirajı en yüksek beş gazeteden birinde toplantıdan en az üç gün önce bir kez yayınlatır. Toplantı mahallinin en büyük mülki idare amirince gerekli görülen yerlerde en az beş gün süre ile askıda ilan edilerek halkın katılım toplantısı yapılır. ÇED ön araştırma sürecine halkın katılımı, ÇED raporu düzenlenmesi gereken faaliyetler gibi;

ÇED ön araştırma raporunun valiliğe sunulmasından sonra, ön inceleme değerlendirme komisyonunun ilk toplantısını müteakiben halkı yatırım hakkında bilgilendirmek, görüş ve önerilerini almak üzere faaliyet sahibi tarafından bir toplantı düzenlenir. Toplantı tarihi ve yerin faaliyet sahibi toplantı yerini, gününü ve saatini belirleyen bir ilanı, o yörede yayınlanan yöresel bir gazetede toplantı tarihinden en az üç gün önce bir kez yayınlattır. Toplantı mahallin en büyük mülki idare amirince gerekli görülen yerlerde en az beş iş günü süreyle askıda ilan edilir. Ayrıca yerel iletişim araçları ile duyurulabilir.(md. 25)

ÇED raporu düzenlenmesi gereken faaliyetler veya ön ÇED raporu düzenlemesi gereken faaliyetlerde halkın katılımı ile ilgili halkın görüşleri taşra teşkilatı tarafından bir tutanakla tesbit edilir. ÇED raporu düzenlemesi gereken faaliyetler için bakanlığa bildirilir.

Halkın katılımından sonra, ilk toplantıda komisyonca belirtilen eksikliklerin tamamlanıp tamamlanamadığı araştırılmak üzere ikinci komisyon toplantıları yapılır eğer eksiklikler tamamen giderilmedi ise üçüncü toplantı için komisyon tekrar süre verebilir.

ÇED olumlu veya olumsuz görüşü “faaliyet sahibi inceleme değerlendirme komisyonunca kabul edilen ÇED raporu ve eklerinin taahhüdü altında olduğunu belirten taahhüt yazısı ve noter tasdikli imza sirkülerini son şekli verilen ÇED raporu ile birlikte bakanlığa sunar. ÇED raporu ile belirtilen diğer belgeler otuz iş günü içinde bakanlığa sunulmadığı takdirde başvuru geçersiz sayılır. Kamu kurum ve kuruluşlarından imza sirküleri istenmez.

Bakanlık, ÇED raporu ile diğer belgelerin bakanlığa sunulmasını takiben inceleme değerlendirme komisyonun rapor hakkındaki kararını esas alarak on iş günü içinde ÇED olumlu görüşü ya da ÇED olumsuz görüşü verir.

Faaliyet sahibi ÇED olumlu görüşü verilen faaliyet için, diğer mevzuat boyunca ilgili kurum ve kuruluşlardan gerekli izinleri alarak dört yıl içinde yatırıma başlamadığı takdirde ÇED olumlu görüşü geçersiz sayılır.” (md. 17)

ÇED ön araştırmaya tabi faaliyetler içinde ÇED raporuna tabi faaliyetler gibi halkın katılımından sonra birinci toplantıda komisyonca belirtilen eksiklikler tamamlanıp tamamlanmadığı araştırma için ikinci kez toplanabilir. Duruma göre üçüncü toplantı da yapılabilir.

Mahalli Çevre Kurulu ilk toplantısında, ön inceleme değerlendirme komisyonunca valiliğe sunulan ÇED ön araştırma raporuna ilişkin gerekçeli raporu esas alarak faaliyet hakkında “Çevresel Etkileri Önemlidir” veya “Çevresel Etkileri Önemsizdir” kararını verir. Bu karar beş iş günü süre ile askıda ilan edilir.(md. 26)

ÇED ön araştırma faaliyetleri için üç yıl geçerlidir. Üç yıl içinde yatırıma başlaması gerekmektedir.

Çevre Bakanlığının taşra teşkilatlarının işleyişinde önemli yeri olan mahalli çevre kurullarının işleyişi ise; “08.03.1993 tarih ve 21515 sayılı R.G.’de yayımlanan Çevre Bakanlığı Mahalli Çevre Kurulları Çalışma Esas ve Usulleri Yönetmeliği<sup>92</sup> ” mahalli çevre kurullarının çalışma esas ve usullerini belirlemektedir. (md. 1)

Bu yönetmelik 443 sayılı çevre bakanlığının kuruluş ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararnamenin 30. Maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.(md. 3) Mahalli çevre kurulları her ilde valinin başkanlığında ve bakanlıkların il temsilcileri, Büyükşehir Belediye Başkanı, Belediye Başkanı, Sanayi Odası, Ziraat Odası Başkanları ile Çevre Bakanlığının temsilcisinden oluşur.(md. 5) Kurulların görevleri şunlardır:(md. 6)

a) Çevre kirliliğinin önlenmesi ve çevrenin iyileştirilmesi amacıyla bakanlıkça belirlenen esaslar çerçevesinde gerekli kararları almak,

b) Alınan kararların il düzeyinde uygulanması için programlar hazırlamak,

<sup>92</sup> Mahalle Çevre Kurulları Çalışma Esas ve Usuller Yönetmeliği, R.G. 08.03.1993 tarih ve 21515 sayılı yönetmelik. b12

- c) Hazırlanan programların ön görülen sürelerde uygulanmasını sağlamak,
- d) İl düzeyinde çevre konularına ilişkin ve özellikle çevre kirliliklerini önleyici önlemler içeren eğitsel faaliyetler düzenlemek,
- e) .....
- f) .....
- g) Çevre Kirliliğine yol açan ve faaliyet kolları itibari ile gruplandırılan işletmelerin derecelerini belirlemek,
- h) Kurul, işletmelerin derecelerini belirlerken işletmenin kapasitesini, arıtma tesisinin bulunup bulunmadığını ve çevreye verdiği zararın ölçüsünü, ayrıca tesisin bulunduğu yerin, çevresel ekonomik, teknik, teknolojik v.b. özelliklerini dikkate alır.
- i) İl'in çevre sorunlarını belirlemek ve çözüm önerileri ile birlikte bakanlığa iletmek,
- j) 2872 sayılı çevre sağlığı kanunu gereğince yürürlüğe giren yönetmeliklerde belirtilen görevleri yapmak.

“Kurul her ay başkanın davetiyle toplanır. Gerektiğinde olağan üstü toplantılar yapılabilir. Toplantılarda kararlar oy çokluğu ile alınır. Üyeler çekimser oy kullanamazlar. Oyların eşitliği halinde başkanın oyu iki oy sayılır.

Kurul toplantıları gerek görüldüğü taktirde oy hakkı olmamak kaydıyla danışman uzman çağrılabilir”. (md. 7)

Ayrıca çevre bakanlığında birinci bölümde saydığımız atıklarla ilgili yönetmelikler konusunda “çevre kanununda 3416 sayılı kanunla yapılan bir değişiklikle, atık, artık ve yakıtların arıtılması, uzaklaştırılması zararlı hale getirilmesi ve ithali ile ilgili denetim yapma yetkisi çevre bakanlığına verilmiştir. Bu düzenleme bakanlığın icra yetkilerinin artırılması ile ilgili önemli bir değişikliktir<sup>93</sup>”.

<sup>93</sup> Çevre Bakanlığı, ÇEYD., a.g.k. s. 51.

## c- Mahalli İdareler

### c-1) İl Özel İdareleri

Ülkemizde, "İl Özel İdaresi", "Belediye" ve "köy" olmak üzere üç türlü yerel yönetim birimi bulunmaktadır<sup>94</sup>.

İl Özel İdaresine verilen görevleri, "Bayındırlık", "Tarım ve Hayvancılık", "Eğitim", "Sağlık ve Sosyal Yardım" ve "Ekonomi ve Ticaret" olmak üzere beş grupta toplamak mümkündür<sup>95</sup>.

İl Özel İdaresinin kuruluş ve görevlerini düzenleyen İdare-i Umumiye-i Vilayet kanununun özel idareleri ilgilendiren hükümlerine göre, özel idarelere de çevre sorunlarını ilgilendiren görevler verilmiştir. Bunlar arasında; "göl ve bataklıkların kurulması ve ıslahı, fabrikalar kurulması için izin vermek, örnek çiftlik, fidanlık ve çiftçilik okulları kurmak, orman yetiştirme, sağlıkla ilgili görevler de sayılabilir<sup>96</sup>".

1913 sayılı kanun, "26 Mayıs 1987 tarih ve 19471 sayılı R.G.'de yeniden düzenlenen 3360 sayılı il özel idaresi kanunu<sup>97</sup>" görevleri, organları ve gelirleri açıklamıştır. Organları "Vali", "İl Genel Meclisi" ve "İl Daimi Encümeni" olmak üzere üç organı bulunmaktadır<sup>98</sup>. İl Özel İdaresinin gelir kaynaklarını, "genel bütçe vergi gelirlerinden ayrılan paylar", "emlak vergisinden verilen paylar", "merkezi yönetim kuruluşlarından aktarılan ödenekler" ve kendi "öz gelirleri" olmak üzere dört grupta incelenmektedir<sup>99</sup>.

Bir yerde il özel idaresi kurulabilmesi için, söz konusu yerin il statüsüne kavuşturulması yeterlidir. Başka bir ifade ile, bir yerleşim biriminin kanunla il

<sup>94</sup> Bilal Eryılmaz, "Kamu Yönetimi", İstanbul 1998, 4. Baskı s. 119

<sup>95</sup> A.k. s. 120

<sup>96</sup> Ayhan Ercoşkun, "Halk sağlığı, Çevre Sağlığı ve Gıda Maddeleri Mevzuatı", Hemay Petek Yayınları, Ankara 1987, s. 77.

<sup>97</sup> Güler, Çobanoğlu (Der), a.g.l., s. 97.

<sup>98</sup> Eryılmaz, a.g.k., s. 122

<sup>99</sup> A.k., s. 125

statüsüne kavuşturulması ile birlikte, başka bir işleme gerek kalmaksızın otomatik olarak orada il özel idaresi de kurulmuş olmaktadır<sup>100</sup>.

İl özel idareleri, gayri sıhhi müesseseler kapsamında kalan taş ve kum ocaklarına, taş ocakları nizamnamesine göre ruhsat vermekte, bu arada ilgili kurum ve kuruluşlara da yerin mülkiyeti hakkında orman arazisi, milli emlak arazisi gibi konularda görüş sormakta, ayrıca çevre sağlığı, doğal kaynaklarının korunması açısından da sağlık müdürlüğü, çevre müdürlüğü, köy hizmetleri müdürlüğü, bayındırlık müdürlüğü, D.S.İ ve yerin konumuna göre Ö.Ç.K., Kültür Müdürlüğü... gibi ilgili kurumlarında görüşleri alınmaktadır. Gerekli uygun görüşler veya şartlı görüşlere göre ruhsatlandırma işlemi devam etmekte veya şartlı görüş veren kurumların gerekçelerini yerine getirmesi gerektiğini faaliyet sahibine bildirmektedir.

Önce ÇED ön araştırması, sonra GSM ruhsatı gibi şartların yerine getirilmesine kadar faaliyete izin verilmemekte, gerekli işlemleri tamamladıktan sonra taş, kum vb. ocakları, Taş Ocakları Nizamnamesine göre ruhsatlandırma yapmaktadır. Dolayısı ile hem gelir elde etmekte hem de koruyucu sağlık (çevreye yönelik) hizmetlerini yerine getirmiş olmaktadır.

“14.06.1989 tarihinde kabul edilen 3572 sayılı İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına dair kanun hükmünde kararnamenin değiştirilerek kabulüne dair kanun<sup>101</sup>”a göre Belediye hudutları ve mücavir alan dışında kalan tüm işyerleri ve işletmeler valilikler ve kaymakamlıklar (md. 3/a) ruhsatlandırır demekte. Bu işlemleri bu madde fıkrasına göre özel idareler tarafından yerine getirilmektedir.

Bu kanun hükmüne göre ruhsatlandırılmayacak faaliyetler ise (md. 2)

a) 1593 sayılı Umumi Hifzissihha Kanununun 268-275. Maddeleri kapsamına giren birinci sınıf gayri sıhhi müesseselere,

<sup>100</sup> A.k., s. 119-120

<sup>101</sup> *Belediyeler ile ilgili mevzuat (Der) yayım yayıncılık, İstanbul 1997, s. 241.*

- c) 2634 sayılı turizm teşvik kanunu kapsamına giren turizm işletmelerine,  
d) 2559 sayılı polis vazife ve selâhiyet kanunun yedinci maddesi ile aynı kanuna 3233 sayılı kanunla eklenen ek sekizinci madde kapsamına giren yerlere,  
(ilave bent: gıdaların üretimi, tüketimi ve denetlenmesine dair 560 sayılı KHK)  
e) “1.”, “2.” Ve “3.” Sınıf gıda maddesi üreten gayri sıhhi müesseselere bu kanun hükümleri uygulanmaz demektir.

Dolayısı ile bu kanun hükümlerine göre gayri sıhhi müesseseleri yönetmeliğinin Ek-5 ‘deki listelerden bu kanunun 2. Maddesine dikkate alarak aynı listeden GSM ruhsatı verebilmekte, aynı zamanda bakkal, çay ocağı ... gibi sıhhi müesseselerde bu kanun hükümlerine göre Belediye ve mücavir alan dışında kalan yerlerde ruhsatlandırma yapmaktadır.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmeti olarak kanun’da belirtilen işyerlerinde aranacak şartlar (md. 4)

- a) İnsan sağlığına zarar vermemek,  
b) Çevre kirliliğine yol açmamak,  
c) Yangın, patlama, genel güvenlik, iş güvenliği, işçi sağlığı, trafik ve karayolları, imar, kat mülkiyeti ve doğanın korunması ile ilgili düzenlemelere aykırı davranmamak. Gibi hükümleri içermekte ve özel idareler bu 4. maddedeki hususları resmi yazı ile yerine getirilip getirilmediğini ilgili kamu kurum ve kuruluşlarına yazar ve denetletir.

Ayrıca “24.01.1989 tarihli ve 353 sayılı işyeri açma ve çalışma ruhsatlarına dair kanun hükmünde kararnamenin 4. Ve 7. Maddelerine dayanılarak 09.03.1989 tarih ve 20103 sayılı R.G.’de yayınlanan işyeri açma ve çalışma ruhsatlarına ilişkin yönetmelik<sup>102</sup> ” hükümlerinin 12. Maddesinin ilk paragrafında “gayri sıhhi müessesesinin sınıflandırılmasında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun 268-275. Maddeleri uyarınca düzenlenmiş bulunan gayri sıhhi müesseseler yönetmeliği esas alınır. Bu maddenin ileriki bölümlerinde GSM’lerin etrafında konulması gereken sağlık koruma bandından, her türlü atık ve gürültü konularını detaylandırmıştır. Özel

<sup>102</sup> A.k., s 477, Ayrıntılı bilgi için bkz.

idareler bu yönetmelik hükümlerine göre ruhsat alacak faaliyetlerde sayılan çevre sağlığı hizmetlerinin yerine getirilmesi halinde ruhsatın geçerliliğinin devam etmesine bir ay içinde karar verilir.

Özel idarelerdeki sağlık hizmetlerinin ve işleyişlerinin yasal dayanakları ile birinci bölüm ve bu bölümde biraz daha detaylandırılarak değindik.

### c-2) Belediyeler

Yerel yönetim kuruluşları içinde en önemlisi belediyedir. Nüfusumuzun yaklaşık % 70'i belediye sınırları içinde yaşamaktadır. Belediye sayısı giderek artmaktadır. 27 Mart 1994 tarihi itibari ile ülkemizde 2.710 belediye bulunmaktadır. Bunların 15'i büyükşehir, 61'i il, 842'si ilçe ve 1792'si belde belediyesidir. İl, ilçe ve belde sayısının değişmesi ile birlikte bu rakamlar artış gösterecektir. Ülkemizde her yıl ortalama 32 yeni belediye kurulmaktadır<sup>103</sup>. Çevre sağlığı hizmetlerinde belediyelere yasalarla geniş yetkiler tanınmıştır. Dolayısı ile topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasında da önemli bir idaredir.

“03.05.1985 tarihinde kabul edilen 3194 sayılı imar kanunu<sup>104</sup>” nun 1. Maddesi “yerleşme yerleri ile bu yerlerdeki yapılaşmaların: plan, fen, sağlık ve çevre şartlarına uygun teşekkülünü sağlamak amacıyla düzenlenmiştir. Denmekte madde 2’de ise belediye ve mücavir alan sınırları içinde ve dışında kalan yerlerde yapılacak planları ile inşaa edilecek resmi ve özel bütün yapılar bu kanun hükümlerine tabiidir.” (md. 2), çevre sağlığı ve doğal kaynakların korunması açısından bu kanunla açıklanan çevre düzeni planları çevrenin planlı bir şekilde önceden belirlenip, korunması anlamında önemlidir.

Belediyelerin koruyucu görevleri kamuya(halka) açık yerlerin temizliği ve buralarda satılan yiyecek ve içecek maddelerinin sağlık yönünden denetlenmesi, halkın can ve mal varlığını fiziki tehlikelerden koruma ve çevre kirliliğinin önlenmesi gibi

<sup>103</sup> Eryılmaz, a.g.k. s. 128-129

<sup>104</sup> Muhittin Abacıoğlu (Der), “İmar Kanunu ve İlgili Mevzuat” Seçkin yayıncılık II. Baskı, Ankara 2000 s. 5 Ayrıntılı bilgi için bkz.



faaliyetleridir. Bu görevler, lokanta, gazino, kahvehane, kıraathane, meyhane, han, otel, hamam ve tiyatro gibi halka açık yerlerin ve buralarda satılan, kullanılan ve tüketilen maddelerin temizliğine, sağlamlığına ve sıhhiğine dikkat etmek, sokak ve çevre temizliği faaliyetlerini yürütmek, itfaiye teşkilatı kurarak yangınları önlemek ve söndürmektir<sup>105</sup>.

4128 sayılı yasa ile ikinci ve üçüncü sınıf GSM statüsündeki gıda işyerlerine belediyenin ruhsat verme yetkisi kaldırılmıştır. Gıda satış yerlerinin denetimi sağlık bakanlığınca belediye sınırları ve mücavir alanları içinde belediyeler ile işbirliği içinde bunun dışında sağlık bakanlığınca yapılır. Bu denetimin esas ve usulleri içişleri bakanlığı, sağlık bakanlığı ve tarım ve köy işleri bakanlığı ile müştereken çıkarılacak yönetmelik ile düzenlenir denmekte, ancak bu yönetmelik halen çıkarılamamıştır.

1580 sayılı belediye kanununun 15. maddesinde belediyenin görevleri sayılmış bunların arasında su getirmek, suları temiz ve sıhhi tutmak gibi görevleri de mevcuttur. Birinci bölüm belediyeler ve ikinci bölüm il özel idareleri kısmında bahsedilen 3572 sayılı yasayı, belediyeler sınırları ve mücavir alanları içinde uygulamakla yükümlüdürler. 3030 sayılı Büyükşehir belediyeleri kanunu da büyük alt yapı projeleri için büyükşehir belediyelerine görev vermiş, gayri sıhhi müesseseler yönetmeliği listesindeki faaliyetlerin gıdalar hariç tümüne ruhsatlandırma yetkisi verilmiştir.

### **c-3) Köy Yönetimi**

Köylerin yönetimini düzenleyen 442 sayılı köy kanununun 1924 anayasasından önce kabul edilmiştir. O dönemde merkezi yönetim, imkânlarının yetersizliği ve hizmetlerin yerinden yönetilmesi düşüncesi ile köye ait bütün işleri, köy yönetimine (muhtarlığı) bırakmıştır. Bu bakımdan köy yönetimlerinin görevleri, belediye ve il özel idarelerine göre daha geniş kapsamlı olarak belirlenmiştir<sup>106</sup>. 442 sayılı köy kanununa göre köyün görevleri zorunlu ve isteğe bağlı olarak ikiye ayrılmıştır. Kanununun 13. maddesinde köy tüzel kişiliğinin zorunlu görevleri arasında;

<sup>105</sup> S.B., "Gıda Mevzuatı Uygulamaları", a.g.k., s. 69

<sup>106</sup> Eryılmaz, a.g.k., s.153

- bütün temizlik işleri ile ilgili görevler,
- yol, içme suyu yapma ve kültür görevleri,
- köy korusunu koruma, su baskınlarına engel olma,
- tarıma ve ağaçlara zararlı hayvan ve böcekler ile mücadele gibi görevler de sayılmıştır<sup>107</sup>.

Köy yönetiminin işleyişi “muhtar, köy derneği ve köy ihtiyar meclisi olmak üzere üç organdan oluşmaktadır<sup>108</sup>.

#### a) Muhtar

Muhtar, köy yönetiminin başıdır ve devletin köydeki temsilcisidir. Muhtar, köy derneği tarafından beş yıllık bir süre için seçilmektedir. Muhtarlık seçiminde siyasi partiler aday gösteremezler....

#### b) Köy derneği

Köy derneği köy tüzel kişiliğinin genel karar organıdır ve köydeki seçmenlerden meydana gelmektedir....

#### c) Köy İhtiyar Meclisi

Köy ihtiyar meclisi köy yönetiminin yürütme denetleme ve karar organıdır. İhtiyar meclisi “seçimle gelen” ve “tabii” olmak üzere iki tür üyeden oluşmaktadır... Köy okulunun müdürü ve köy imamı, ihtiyar meclisinin tabii üyesidir....

Bu başlıkta koruyucu sağlık hizmetinin kişiye veya çevreye hem kişiye hem de çevreye yönelik sağlık hizmeti veren bazı kurumların asıl etkinlikleri dikkate alarak işleyişlerini inceledik. Daha önceki bölümde koruyucu sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların geneli sayılmıştı.

<sup>107</sup> Ercişkun, a.g.k., s. 78

<sup>108</sup> Eryılmaz, a.g.k. s. 153-155

Bu bölümde ise koruyucu sağlık hizmetlerini veren bazı kurum ve kuruluşların işleyişlerini de bazı mevzuatlarla açıklamaya çalıştık. Ama çevreye yönelik mevzuatların çokluğu nedeni ile bunları genel başlıklar halinde sıralarsak:

“Medeni Kanun... Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, [Çevre Kanunu], Kültür ve Tabiat Varlıkları Kanunu, Milli Parklar Kanunu, Boğaziçi Kanunu, Seyir ve Hidrografi Kanunu, Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun, Sular Hakkında Kanun, Kara Avcılığı Kanunu, Yer Altı Suları Hakkında Kanun, Orman Kanunu, Eski Eserler Kanunu, İmar Kanunu, Su Ürünleri Kanunu ve Köy Kanunu’dur<sup>109</sup>”.

İster kişiye yönelik, ister çevreye yönelik olsun, başarılı sunulduğunda koruyucu sağlık hizmetleri ile önlenebilen hastalıklardan meydana gelen sakatlık, hastalık, ölüm ve ekonomik kayıplar gibi olumsuzluklar, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini ortaya çıkarmaktadır.

Yüncü “koruyucu sağlık hizmetlerinin yararlarını<sup>110</sup>” eserinde aşağıdaki gibi açıklamaktadır.

- Koruyucu sağlık hizmetleri ile bir çok sosyal ve bulaşıcı hastalık önlenerek, uygar bir yaşam ve yüksek bir sağlık düzeyine ulaşır.
- Hastalıklar azalır, hastalık zamanları azalır, ülkenin iş günü sayısı iş gücü artar. Hastalıkların tedavisi için yapılacak harcamalar azalır. Böylece ülkemiz ekonomik açıdan güçlenir.
- İstenen düzeyde “Sağlık” en az kaynak ve emek sarfiyatıyla yani en ekonomik ve verimli olarak elde edilir.
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri yoluyla yeni kuşakların gürbüz ve sağlıklı yetişmeleri sağlanır.
- Halk kendi sağlıklarını korumaya yönelik çalışan sağlık personeli ile iyi ve dostça ilişkiler kurma olanağına kavuşur. Sağlık personeli güçlükleri yenerek hizmeti verimli kılma yönünde halkla bütünleşir. Kısacası sağlık personeli ve toplum bireyleri arasında birliktelik sağlanır.

<sup>109</sup> ÇB, ÇEYD, a.g.k., s. 48-49

<sup>110</sup> Yüncü, a.g.k. s. 115

- Sağlık yönetimleri ile köy ve belediye yönetimleri ile özel idareleri ve daha bir çok kamu kurum ve kuruluşları sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yükseltilmesi için iş birliği içinde çalışır.

## 2. Sorunlar

### a. Kişisel Faktörler

Koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından ücretsiz sunulan hizmetlerdir. Kişiyeye yönelik hizmetlerin yanı sıra çevreye yönelik hizmetler de çevreye verilen atıklardan, para cezaları. İş yerleri uygun olmayan faaliyetlere para cezası ve kapatma, ruhsatsız çalışan işyerlerine kapatma cezasının yanı sıra ilgili mevzuatına göre de faaliyet sahibi hakkında savcılığa suç duyurusu v.b gibi yaptırımlar, ilgili sağlık ve teknik personel tarafından mevzuatlar doğrultusunda kamu adına değişik cezalar uygulanmaktadır.

Bu gibi durumlarda karşı taraf yapılan işlemlerin hukuki olmadığına dair idare hakkında yargıya suç duyurusunda bulunabilir. Anayasa'nın 125.maddesi "idarenin her türlü eylem ve işlemlerine karşı yargı yolu açıktır"<sup>111</sup>." demektedir.

Sağlık personeli ve diğer ilgili kurumlardaki teknik personeller "14.05.1965 tarihinde kabul edilen 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu"<sup>112</sup>na tabidir. 657 Devlet Memurları Kanunu'nun 4. Maddesi A fıkrasında "Mevcut kuruluş biçimine bakmaksızın, devlet ve diğer kamu tüzel kişiliklerince genel idare esaslarına göre yürütülen asli ve sürekli kamu hizmetlerini ifa eden görevlendirilenler, bu kanunun uygulanmasında memur sayılır." denmekte.

Türk Ceza Kanunu'nun 279.maddesi 657 sayılı devlet memurları kanununa göre memur sayılan görevlilerin hepsini memur saymamaktadır.

<sup>111</sup> Anayasa a.g.k., md. 125, 1982

<sup>112</sup> "657 sayılı Devlet Memurları Kanunu" (Der), Yayımlı yayıncılık, İstanbul 2000, s. 125

“ 1 Mart 1926 tarihinde kabul edilen 765 nolu Türk Ceza Kanunu<sup>113</sup> ”  
279.maddesinde, sürekli ya da geçici ücretsiz ya da ücretli kendi isteği ile ya da zorunlu olarak yasamayla ilgili, yönetsel ya da yargısal bir kamu görevi gören kişiler sayılır.(md.279/2.bend)

Türk Ceza Kanunu; görevi icabı ile yargısal ya da yönetsel olarak hukuki işlem yapan görevlileri memur saymaktadır.

T.C.Anayasası'nın 56.maddesiyle, Türk Ceza Kanunu'nun 46,47,48,54,198, 199,263,354,394,395,396,397,398,399,400,401,402,403,404,405,406,407,408,409, 410,455,456,457,458,459,460,473,474,475,476,526,530,560,561 ve 562. Maddeleri, Borçlar Kanunu'nun 54.maddesi, Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu'nun 245 ve 278.maddeleri sağlık personeli ile ilgilidir<sup>114</sup>.

...Sağlık personeli görev ve sorumluluklarıyla ilgili gündelik olaylarda ve ya bir sorunla karşılaştıklarında,çevresindeki kişilere sorarak, kulaktan duydukları bilgilerle değil yasal dayanak (ilgili yasa, yönetmelik, yönerge) lardan öğrenmeliler, sorunu çözmeye yeni durumuna uyum göstermeye çalışmalıdır. İlgili mevzuat öğrenilirken sözü ve özü anlaşılmaya çalışılmalı, yorum yapmak gerekirse de özüne ve sözüne uygun yorum yapılmalıdır.<sup>115</sup>

Bazı görevli personelin, mevzuata göre hareket etmemesi hukuk dışı inisiyatifler kullanması veya mevzuatlarla ilgili tam bilgi sahibi olmaması, hem idarenin etkisini azaltmakta, hem de bazen vatandaş mağdur olmaktadır. Ayrıca idarenin yönetim kadrosunda, liyakat sistemine uyulmadan bazen yöneticiler atanmakta, onlarında bazılarının konuya hakim olmaması ve mevzuat dışı uygulamaları kamu da laçkalığa sebep olan etkenlerden biridir.

Mevzuatta olmasına rağmen hizmet içi eğitim konularına ağırlık verilmemesi veya gerekli disiplin altında yapılmaması nedeniyle bazı görevliler ve dolayısıyla

<sup>113</sup> Yılmaz Güngör Erdurak, “Türk Ceza Kanunu”, Adil Yayınevi, Ankara 1994, III. Baskı s. 481

<sup>114</sup> Cemil Sözen, “Sağlık Hizmetlerinde Yönetim Ders Kitabı”, Atlas Yayın, Konya 1997, s. 116

<sup>115</sup> A.k., s.117

idarenin yanlış uygulamalarından dolayı yargıyla karşı karşıya gelinebiliyor. İdarenin yanlış uygulamalarından mağdur olan bazı vatandaşların, yanlış yapıldığı hakkında bilgisi de yoksa, konu yargıya da gitmeyip hem vatandaş mağdur oluyor hem de idarenin yanlış uygulamaları devam ediyor.

Koruyucu sağlık hizmetleri serbest ekonomilerde de devletin güvenlik, adalet...vb gibi yapması zorunlu olan devlet hizmetlerindedir. Dolayısıyla devlet, kamu disiplininin sağlanmasında denetim görevlerini yapanların da zaman zaman denetlenmesi, çıkarılan mevzuatların uygulanıp uygulanmadığı noktasında hareket etmek zorundadır.

Koruyucu Sağlık hizmetlerinin kişiye yönelik uygulamalarında kurum içi koordinasyon eksikliği hem zaman kaybına, bürokrasinin artmasına hem de hasta sayısının çoğalması gibi önemli sorunlar meydana gelmektedir.

Sularla bulaşan bir hastalığın tedavi edici kurumlarda tespit edilmesi halinde, koruyucu hizmet veren ilgili bölümlerin hemen bilgilendirilmesi gerekirken, bu süre ya çok uzun oluyor ya da hiç haberdar edilmiyor.

Çevre sağlığı konusunda ise, bir çok kurum ve kuruluşun konunun içinde olduğundan, mevzuatlarıyla birlikte birinci bölümde ve ikinci bölüm başlarında sorunların daha iyi anlaşılabilmesi için bazı kurum ve kuruluşların uygulamalarını ayrıntılı olarak ele aldık.

Gıda sağlığı, atıkların izalesi, hava kirliliğinin önlenmesi, doğal kaynakların korunması, milli parklar, kültürel varlıkların korunması, iş ve işçi sağlığı ve toplum güvenliği...vb konularda mevzuatlar doğrultusunda hareket edilmesi için, iş yeri açıp, ÇED, GSM ve 3572 kanun kapsamında faaliyette bulunmayı planlayan, gerçek ve tüzel kişilerin, ilgili kurum ve kuruluşlardan izin ve ruhsat alma zorunluluğu vardır.

Ruhsat verecek kurum tarafından, çevre sağlığı, doğal kaynakların korunması, kültür varlıklarının korunması, milli parklar, tarım arazileri...vb açısından, ilgili kurum

ve kuruluşların iznini, resmi yazıyla alması veya ilgili kurum ve kuruluşlardan komisyon oluşturup yerin tetkikini sağlayarak, ilgili kurum ve kuruluşların görüşlerini alması gerekirken, sadece kendi mevzuatıyla ilgili konuları inceleyip ruhsat verildiği görülmektedir.

Anayasanın ilgili maddeleri; hukuk devletinden, üniter devlet yapısından ve kurumlar arası koordinasyondan söz ederken, ayrıca il idaresi kanunu da; valiliklere, kurumları koordine etme görevi vermişken, bunlar bazen yapılmamakta veya verilen emirler denetimsiz kalmaktadır.

Yukarıdaki gibi verilen ruhsatlar ve izinlerden bazen büyük çapta çevre kirliliğine neden olmakla birlikte doğal kaynakların, kültürel varlıklarının, yaban hayatının... vb yok olmasına sebep teşkil etmektedir.

Mevzuatların, koordinasyonu engelleyici bir tarzda çıkması hukuk devletinde mümkün değildir. Bundan önceki konuda değindiğimiz gibi, bazı görevliler tarafından mevzuatların iyi yorumlanamaması, kurumlar arası yetki kıskançlığı içinde işine geldiği gibi yorumlar yapılması ve üst düzey idarecilerin bazılarının, özellikle koalisyon hükümetleri döneminde bakanlıkların siyasi parti dağılımına göre hareket etmeleri veya konuya hakim olamamaları ya da her iki unsur da geçerli olabilmektedir.

Kişisel faktörler yanı sıra, koordinasyonun da sağlanamamasından dolayı; diğer ilgili kurumların verilen ruhsatlardan bazen haberdar olmaması nedeniyle, ruhsat verilerek faaliyete geçen bir işletmenin, diğer ilgili kurum veya kuruluşlarca, rutin veya şikayet sonucu denetimi esnasında, mevzuatları açısından sakıncalı ise faaliyeti durdurulabiliyor veya tesisin yıkılma kararı da uygulanabiliyor. Bu durumdaki faaliyet sahibi de yargıya müracaat edip kendisinin faaliyeti için ilgili kurumdan ruhsat aldığını beyan ederek konunun açıklığa kavuşmasını istediğinde ruhsat veren makamın gerekli koordinasyonu sağlamayıp ilgili kurum ve kuruluşların görüşlerini almadan ruhsat düzenlendiğinden ilgili personele cezai işlem uygulandığı gibi faaliyet sahibinin zararı ile ilgili idare de maddi cezaya çarptırılıyor.

Hukuka aykırı idari işlemlerin gerek ilgisi gerek idare tarafından icra edilmesi, eyleme dönüşmesi ve bu eylemin ilgililere zarar vermesi halinde Danıştay, hemen her zaman hukuka aykırı idari işlem yapmayı hizmet kusuru olarak nitelemekte ve idareyi tazminata mahkum etmektedir <sup>116</sup>.

Bu gibi konularda vatandaşların haklarını korumaya yönelik harekete geçmeleri idarenin yanlış uygulamalarını yargı denetimine sokmaları açısından diğer sektörlerde olduğu gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin çevreye yönelik hizmetlerini de daha etkin bir şekilde verilmesini sağlayacaktır.

*C.Sözen kitabında* “koordinasyondan sorumlu yöneticilerin ilgisizliği gibi sebepler [inde] koordinasyonu olumsuz yönde etkiler<sup>117</sup>” demektedir.

Kişisel faktörlerin kamu yönetiminde hukuka uygun şekilde kullanılmadığı zaman hukuki kurallar ile yönetilen devletin sağlık hizmetleri sektöründe de mevzuata uymadan kaynaklanan etkinliğini ve güvenilirliğini azaltıcı sorunlardır. Türkiye’de zaman zaman siyasi baskılarda buna etkendir.

#### **b. Mevzuattan Kaynaklanan Sorunlar**

Koruyucu sağlık hizmetlerinin çevreye yönelik olarak daha önceki bölümlerden de anlaşılacağı üzere mevzuattaki dağınıklık ilgili kurum ve kuruluşların çok olması bazen yetki karmaşasına da yol açmaktadır.

Türkiye’de çevre sağlığına ilişkin ana düzenlemeler; Umumi Hıfzıssıhha Kanununu, Çevre Kanunu, İş Kanunu, İmar Kanunu ile bunların tüzük ve yönetmelikleridir. Bunlara ek olarak pek çok kanun, tüzük, yönetmelik, karar, tebliğ, genelge ve standartlar bazında düzenleme bulunmamaktadır. Düzenlemelerin adından da anlaşılacağı üzere, çevre sağlığı alanında çok çeşitli kuruluş hizmet vermektedir. Buna karşılık sınır değerler gibi belirsizlikler olduğu gibi yer yer çelişme, çatışma ve

<sup>116</sup> Perteve Bilgen, “İdare Hukuku Dersleri”, Filiz Kitabevi 1996 İstanbul, s.359, İdarenin birçok hukuk dışı eylemleri ile ilgili mahkeme kararları örnekleri mevcuttur. Bkz.

<sup>117</sup> Sözen a.g.k., s. 33



çekişmelerde vardır. Ayrıca düzenlemelerden bazıları gereksinime kısmen cevap verirken, bazı konularda herhangi bir düzenleme bulunmayıp yeni yasal düzenlemelere gereksinim duyulmaktadır<sup>118</sup>.

3572 sayılı kanunda gerekse işyeri açma ve çalışma ruhsatlarına ilişkin yönetmelikte ruhsat verilecek gayri sıhhi müesseselerin listesi yapılmamıştır. Bu yönetmeliğe göre ruhsat verecek makamlar, hükümlerini sağlık bakanlığının yürüttüğü gayri sıhhi müesseseler yönetmeliğinin Ek-5 listesine göre ruhsat vermektedirler. Hükümlerini içişleri bakanlığının yürüttüğü işyeri açma ve çalışma ruhsatlarına ilişkin yönetmelikte kişisel yorumlar açık ve net olmayan bir şekilde bir paragraflık ayrımlara gidilmiş bu durum bazı taşra örgütleri ve ilçelerinde yetki sorununu gündeme getirmiştir. Gayri sıhhi müessese ruhsatı alacak olan gerçek veya tüzel kişiler, kaymakamlığa veya belediye başkanlığına müracaat ettiğinde, buradan bazı kaymakamlıklarca sağlık bakanlığı taşra teşkilatına, gereği için havale edilmesi gerekirken, belediye ve mücavir alanı dışında özel idareye havale edilmekte ve özel idarelerce ruhsatları hazırlanmaktadır. Bazı belediye başkanlıkları da yetkisi olmadığı halde sağlık teşkilatının hazırlaması gereken GSM ruhsatlarını yönetmelikteki ayırım tanımlamasına uymayarak ruhsatlandırmaktadır. Nadir de olsa bazı sağlık teşkilatları da bu tanımlamaya uymayarak, sınırlarına göre belediye veya özel idarelerin hazırlaması gereken, GSM ruhsatlarını hazırladığı görülmektedir.

Bu durum bazı ilçelerde kaymakamlıklar, belediyeler ve sağlık teşkilatları arasında yetki sürtüşmelerine sebep olmaktadır. Mevzuatta sınırlamalar açık ve net yapılmadığından bu tür sorunların ülke genelinde yaşandığı tahmin edilmektedir.

Muğla Sağlık Müdürlüğü, Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü'nde bu konuda çalışma yapılmış, hükümleri sağlık bakanının yürüttüğü gayri sıhhi müesseseler yönetmeliği kapsamında kalan işyerlerinin listesi, Liste "A" adı altında sıralanmış, hükümlerini içişleri bakanının yürüttüğü işyeri açma ve çalışma ruhsatlarına ilişkin yönetmelik kapsamında kalan işyerleri de Liste "B" adı altında belirlenmiş ve üst yazı ile valilik yazısı haline getirilerek; tüm sağlık teşkilatlarına, belediye başkanlıklarına ve

<sup>118</sup> S.B., "Ulusal Çevre Sağlığı Programı", a.g.k., s. 3

özel idare müdürlüklerine gereği için, bilgi içinde sağlık bakanlığı ve içişleri bakanlığına sunulmak üzere hazırlanmıştır<sup>119</sup>.

Mevzuattan kaynaklanan sorunlarından biri de sağlık bakanlığı kadro kıstas yönetmeliğinden kaynaklanmaktadır. 26.10.1994 tarih ve 22093 sayılı R.G.'de yayınlanarak yürürlüğe giren "sağlık bakanlığı taşra teşkilatı yatak ve kadro standartları yönetmeliği ile eki cetvellerinin değiştirilmesine dair yönetmelik<sup>120</sup>" e göre çevre sağlığı hizmeti veren gıda ve çevre kontrol şube müdürlüğünün şube müdürü kadrosu tabip veya mühendis olarak verilmiştir.

Çevreye yönelik hizmetlerin arasında suların arıtılması ve kontrolü; katı ve sıvı atıklarla hava kirlenmesinin sağlığa zarar vermemesi; besin denetlenmesi vb. sayılabilir. Geçmiş yıllarda bu hizmetler hekimlerin görevi sayılmış ve tıp fakültelerinde öğrencilerin bu hususta eğitimi için yoğun çabalar harcanmıştır. Halâ daha bu çabaları sürdüren fakülteler vardır. Bu çabalar başarılı olamamıştır ve olamayacaktır. Çünkü, hekimlik, kişinin dolayısı ile toplumun sağlığını ve sağlık sorunlarını konu edilen bir bilimdir. Bu konuda çalışacakların akademik formasyonu ile çevre sorunları ile ilgileneceklerin akademik formasyonu birbirlerinden çok farklıdır. Bir kişiyi birbirinden çok ayrı iki bilim disiplinde yetiştirme ve çalıştırma hem zor hem de gereksizdir<sup>121</sup>.

Günümüzde çevre sağlığı hizmetleri, mühendislerin, kimyagerlerin ve bu amaçla yetiştirilen teknisyenlerin görevi kabul edilmekte ve hekimlik hizmetlerinden ayrı olarak yönetilmektedir.

[ Kadro standartları mevzuatında görüldüğü gibi ] ülkemizde bu hususta doğru bir ilke saptanamamış ve dolayısıyla uygulamalar başarıya ulaşamamıştır<sup>122</sup>.

<sup>119</sup> Muğla Sağlık Müdürlüğü Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğünce adı geçen çalışma yapılmış henüz genelge yayımlanmamıştır. Bakanlığın GSM yönetmeliğinde revize çalışmaları olduğundan taşradan sorunlar ile ilgili bilgi istenmiş diğer sorunlarla ilgili yapılan çalışmalarla birlikte bakanlığa gönderilmiştir.

<sup>120</sup> Mehmet Kodal, S. Zeki Çapakçur, "Yataklı Tedavi Kurumları Sağlık Mevzuatı" Ocaklar matbaacılık, Ankara 1998, s. 471-472, Kadrolar ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz.

<sup>121</sup> Aktaran, Dirican, a.g.k., s. 507,

<sup>122</sup> A.k., s. 507-508

İkinci bölüm başlarında değindiğimiz gibi bir faaliyet için mevzuattan kaynaklanan izin alma süreçlerini ele almıştık. Örneğin zeytin yağı fabrikasının çevre il müdürlüğü koordinasyonunda ön ÇED araştırma raporu hazırlaması daha sonra sağlık teşkilatları koordinasyonunda sırayla GSM ruhsatı ve çalışma izni alması ve son aşamada da tarım teşkilatları koordinasyonunda gıda üretim izni alması gerektiğini belirtmiştik.

İzin ve ruhsatlarda, hem yetkili mercilerin hem de izin ve ruhsat türlerinin çokluğuna karşılık, yetkili mercilerin yeterli alt yapıya sahip olmamaları, girişimciler için caydırıcı olmakta gerekli girişimlerde bulunmaları olumsuz etkilenmektedir<sup>123</sup>.

Özel koruma alanları konusunda [ise]... henüz özel bir yasaya kavuşturulamamış olan ve yalnızca imzaladığımız Ramsar Sözleşmesi<sup>124</sup> hükümleri çerçevesinde korunan sulak alanlardır. Bunlar adı geçen sözleşme gereğince uluslar arası öneme sahip olarak görülen ve bu adla anılan listeye dahil edilen alanlardır. Sultan Sazlığı, Kuş Gölü (Manyas), Göksu Deltası, Seyfe Gölü, Burdur Gölü Uluslar arası öneme sahip sulak alanlar listesine dahil edilerek bu sözleşme çerçevesinde korunmaya alınmışlardır. Bu alanların korunmasına ilişkin esasları belirlemek, Çevre B.'nin görevleri arasında olmakla beraber bakanlık henüz böyle bir belirlemeyi yasa ya da yönetmelik düzeyinde yapmış değildir<sup>125</sup>.

ÇED yönetmeliğinin 6.maddesinde bu yönetmelik kapsamına giren faaliyetlerin çevresel etkiyi değerlendirme sonucu gerekli izinleri almadan hiç bir kurumun teşvik, onay, izin ve ruhsat veremeyeceğini belirtmektedir.

Bu yönetmelik kapsamına giren faaliyetlerin planlanması aşamasında faaliyetin yeri bazen hazineye ait olabiliyor. Ve Milli Emlak'tan kiralanması veya satın alınması gerektiğinde faaliyet sahibi yer için ihaleye giriyor. Sonucunda ihaleyi kazanırsa maddi ödemesini gerçekleştiriyor. Ama o yerde planlanan faaliyet ÇED yönetmeliği kapsamında ise gerekli izinleri de alması gerekiyor. Sonucunda ÇED olumlu belgesi

<sup>123</sup> Sağlık Bakanlığı Ulusal Çevre Sağlık Programı, a.g.k. s. 2

<sup>124</sup> Aktaran, Nükhet Turgut, "Çevre Hukuku", Savaş Yayınevi, Ankara 1998, s. 388

<sup>125</sup> A.k., s. 388

alamamış veya çevresel etkileri önemlidir kararı verilmiş ise ihaleye girme sebebi olan o yerde gerçekleştirmek istediği faaliyeti yapamıyor. Dolayısıyla hazineden maddi ödeme sonucu aldığı yerde faaliyetini tesis edemiyor. Bunun tam tersi de olabiliyor. Önce ÇED'ini yaptırıp sonra hazine arazisi için ihaleye girse bu defa o yerin ihalesini başka bir gerçek ve tüzel kişilerin alması durumunda ÇED yaptırma maliyetiyle karşı karşıya kalabilme durumu söz konusu olabiliyor.

Bu örnek GSM yönetmeliğinin yer seçim izni aşaması için de geçerlidir. Mevzuatların açıklık kazandırılması ve yeni çıkan bir mevzuatın eski mevzuatların çelişen ilgili bölümlerine gerekli atıfların net yapılması gerekmektedir. Mevzuattan kaynaklanan bu sorunlar taşrada ilgili iki kurum arasında bazen çözülüyor bazen sürtüşmelere kadar gidebiliyor. Örneğin çevre düzen planlarının onaylanması yetkisi konusunda yine mevzuattan kaynaklanıp gerekli atıflar yapılmadığından veya net yapılmadığından Bayındırlık ve İskan Bakanlığı ile Çevre Bakanlığı arasında yetki tartışmalarına sebep olmuş ve bu durum yargıya kadar gitmiştir.

ÇED'nin yasa ile değil de çevre kanununu ilgili hükmüne dayanılarak çıkarılan ÇED yönetmeliği ile düzenlendiğini görürüz. Böylece biz de çevre kanunundaki 10.maddesi hükmünün çok kısa olması ve çevreye yapabilecek "tüm etkiler" in dikkate alınması dışında hiç bir önemli esası içermemesi nedeniyle konu hakkındaki bütün ayrıntıların düzenlenmesi Çevre Bakanlığı'nın taktirine bırakılmıştır -ki bu, sistemimizin zayıf noktalarından birisidir. Çünkü çeşitli kesimlerden gelebilecek baskılar karşısında ÇED'nin temel noktalarından bile değişiklikler yapılabilecektir. Nitekim bu olasılık gerçekleşmiştir. On yıllık bir gecikmeden sonra ilk kez 1993 yılında çıkarılan ÇED yönetmeliği 1997 yılında değiştirilmiştir. Bu çerçevede, hassas bölgelerin ÇED uygulanacak faaliyet ve alanları gösteren listeden çıkarılmasının yanı sıra, ÇED'nin uygulama alanı daraltıcı bazı önemli değişikliklerin de yine düzenlemeden çıkarma yoluyla yapıldığı görülür<sup>126</sup>.

<sup>126</sup> A.k., s. 418-419

Yürürlükteki sağlık mevzuatının büyük bir kısmı günün ihtiyaçlarını cevap veremeyecek kadar eskimiş olup, dağınık ve düzensiz bir yapı arz etmektedir. Kimi konularda duplikasyonlar mevcutken, kimi konular hiç düzenlenmemiştir<sup>127</sup>.

### c. Finansman

Türkiye’de gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının %63-66’lık kısmı ayakta tedavi giderleri, %25-29’luk kısmı ise yatarak tedavi giderleri olarak gerçekleşmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri ise toplam sağlık harcamalarının sadece %1’ini oluşturmaktadır.

#### MİLYON S

#### % DEĞİŞİM

HARCAMA ŞEKLİ	1992	1993	1994	1995	1996	92/93	93/94	94/95	95/96
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	130	108	52	54	59	-17	-52	3	10
Ayaktan Tedavi	3.807	4.377	3.095	3.588	4.338	15	-29	16	21
Yatarak Tedavi	1.519	1.735	1.267	1.643	1.956	14	-27	30	19
Diğer(Eğitim, Mediko Sosyal Harcamalar, v.s.)	569	496	306	419	419	-13	-38	37	0
TOPLAM	6.024	6.715	4.721	5.704	6.772	11	-30	21	19

**Tablo: 1 Toplam Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması**

**Kaynak:** SB., S.P.G.K., “Türkiye Sağlık Harcamaları Finansmanı 1992-1996” Ankara, s.61

<sup>127</sup> SB. SPGK., “Ulusal Sağlık Politikası”, Ankara 1993, s. 17

Türkiye’de [Koruyucu sağlık hizmetlerinin ] çevre sağlığı hizmetleri için genel bütçeden ayrılan pay yetersizdir. Hizmetlerin genel bütçe dışı kaynaklarını oluşturan; çevre temizlik vergisi, sağlık ve eğitim vergisi fonu, çevre kirliliğini önleme fonu, sağlık ve sosyal yardım vakıfları, çevre koruma vakıfları, atık su ücretleri vb. kaynaklardaki yetersizlikler sürmektedir. Vergiler, para cezaları, teşvikler, fiyatlandırma, piyasa oluşumu vb. konularda düzenlemeler gidilirken çevre sağlığı genellikle göz ardı edilmektedir. Dış projelerin kaynaklar içindeki payı çok azdır<sup>128</sup>.

#### d.Ücret

Sağlık hizmetlerinde diğer sektörlerde olduğu gibi ücret dengesizlikleri aynı işi yapanlar arasındaki maaş farkları gibi sorunlar da mevcuttur.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin çevreyle olan bölümünde çalışan çevre sağlığı teknisyenleri, sağlığın hangi bölümünde olursa olsun ilgili üniversite bölümünü bitirmediyse bu konu ile ilgili ek maaş artışı alamıyor. Sadece derece ve kademe ilerlemesi verilmektedir. Çevre sağlığı teknisyenleri üniversitede hemşirelik bölümü gibi bölümü bitirdiğinde derece ve kademe ilerlemesi ile birlikte özel hizmet tazminatı da yükselmekte ve maaş artışlarında farklılık oluşmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin çevreyle ilgili bölümleriyle alakalı yürütmeyi birinci ve ikinci bölümde ele almıştık. Bu hizmetin yürütülmesinde gerektiğinde kamu adına hukuki yaptırımların uygulandığı bu bölümde mevzuatın ön plana çıktığı yargıyla her an karşı karşıya gelebilecek bir kamu hizmeti sunduğunu açıklamaya çalıştık. Çevre sağlığı teknisyenlerinin üniversitelerde tedavi edici bir bölümü bitirdiğinde maaş artışlarında farklılık olmaktadır. Tedavi edici bir bölümün çevre sağlığı teknisyenlerinin verdiği hizmetlerle görevi açısından dolaylı da olsa önemi olabilir. Ancak mevzuatın ön plana çıktığı bu hizmetlerde görevli olan teknisyenlerin bazıları üniversitelerin iktisadi ve idari bilimler, hukuk fakültesi ve siyasal bilgiler bölümlerini bitirdiğinde bunun görevleri ile tamamlayıcı bir unsur olduğu halde maaş artışları bakanlar kurulu kararı gerekçe gösterilerek Sağlık Bakanlığı’na bu ek artışlar

<sup>128</sup> SB. “Ulusal Çevre Sağlığı Programı”, a.g.k., s. 5

verilmemektedir. Konunun görevler ile ilgili bölümlerin yeniden ele alınarak açıklığa kavuşması gerekmektedir.

Ayrıca görev yolluklarının zamanında alınmaması ücretlerin azlığı tüm kamu görevlileri için Türkiye'nin bir gerçeği olarak durmaktadır.

Ancak maaşlara ilave olarak tüm sağlık personelinin döner sermaye gelirlerinden belirli bir kısmının verilmesine ilişkin gerekli mevzuat meclis genel kurulunda kabul edilmiştir. Ve bununla birlikte bazı birimlere ek artışlarda sağlanmıştır. Mecliste kabul edilen bu yasaya dayanılarak çıkarılacak mevzuat çalışmaları devam etmekte ve ek ödemeler kabul edilen yasayla birlikte ek ödemeler hastanelerde 23.01.2001 tarihinden itibaren verilmeye başlanmıştır. Bu tüm sağlık personeli için ekonomik açıdan olumlu bir gelişmedir.

## B. TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM

### 1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Bakanlığı

#### a. İlgili Mevzuatlar

Yataklı tedavi hizmetleri ile ilgili mevzuat aşağıda verilmiştir<sup>129</sup>.

Mevzuatın adı	Kanun	Resmi Gazete'de yayın	
	No	Tarihi	Sayısı
1- Hususi Hastaneler Kanunu	2219	05.06.1933	
2- Özel Hastaneler		10.01.1983	17924
3- Özel Hastaneler Tüzüğünde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tüzük		22.05.1997	22996
4- Döner Sermaye Tüzüğü	209	09.01.1961	10702
5- Döner Sermaye Kanunu Değişikliği	641	06.07.1965	12041
6- Döner Sermaye Kanunu Değişikliği	1066	20.10.1968	13022
7- Döner Sermaye Kanunu Değişikliği	1975	01.04.1976	15546
8- Döner Sermaye Kanunu Değişikliği	2907	29.09.1983	18176
9- Döner Sermaye Yönetmeliği	106	02.09.1983	10896
10- Döner Sermaye Yönetmeliği	168	02.11.1965	12140
11- Organ ve Doku Alınması ve Nakil Hakkında Kanun	2238	03.06.1979	16655
12- 2238 Sayılı Kanun Değişikliği	2594	27.01.1982	17587
13- Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerini Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun	3816	03.07.1992	21273
14- İnsan Cesedi Üzerinde Bilimsel Araştırma Yapılmasına İlişkin Yönetmelik		17.06.1982	17227

<sup>129</sup> SB. YTKİY., 1988, s. 7



15-Kan ve Kan Ürünleri Kanunu	2857	25.06.1983	18088
16- Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği		25.11.1983	18232
17- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği		13.01.1983	17927
18- Yataklı Tedavi Kurumları Konut Yönergesi		13.01.1983	17927
19- Yataklı Tedavi Kurumları Merkezi			
Tıbbi Arşiv Önergesi		13.01.1983	17927
20- Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği		19.02.1987	9377
21- Mezuniyet Belgesini Sahip Olmadan			
Mesleklerini İcra Etmekte Olan Dış			
Teknisyenlerine Ehliyet Sınavı ile Dış Protez			
Teknisyeni Ünvanı Kazandırılmasına			
Dair Yönetmelik		20.12.1989	20378
22- Sağlık Bakanlığına ait Döner Sermayeli			
Kurum ve Kuruluşlarda Görevli Personele			
Döner Sermayeden Yapılacak Ek Ödeme			
Hakkında Yönerge		02.01.1990	
23- Akapunktur Tedavi Yönetmeliği		29.05.1991	20885
24- Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi			
Giderlerinin Devlet Tarafından Karşlanması ve			
Yeşil Kart Uygulaması Hakkındaki Yönetmelik		13.08.1992	21314
25- Muhtaç Erbaş ve Er Ailelerinin Ücretsiz			
Tedavileri Hakkındaki Yönetmelik		07.07.1998	23395
26- Hasta Hakları Yönetmeliği		01.08.1998	23420

**b. Konularına Göre Diğer Kuruluşlarla Tablolar Üzerinde Karşılaştırmalar  
Ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması**

**Tablo II-a. Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı**

Kuruluşun Adı	Hastane Sayısı	Kadro Yatağı Sayısı	Kadro Yatağı % Dağılımı
Sağlık Bakanlığı	727	82032	49,8
M.S.B	42	15900	9,6
SSK	115	26279	15,9
KİT	10	2217	1,3
Diğer Bakanlıklar	2	680	0,4
Tıp Fakülteleri	40	23828	14,5
Belediyeler	7	1273	0,8
Dernekler	16	1298	0,8
Yabancılar	4	320	0,2
Azınlıklar	5	934	0,6
Özel	212	10126	6,1
<b>TOPLAM</b>	<b>1180</b>	<b>164887</b>	<b>100</b>

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, "Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yılı 1998", Ankara 1999, s. 83

**Tablo II-b. Türkiye’de kan merkezleri ve kan istasyonlarının kuruluşlara  
Göre dağılımı, 1991-1998**

Kuruluşlar	Kan Merkezi				Kan İstasyonu			
	1991	1996	1997	1998	1991	1996	1997	1998
Sağlık Bakanlığı	104	104	105	104	43	49	51	58
Kızılay	14	21	21	21	14	14	13	9
SSK	32	32	32	32	30	31	30	30
Diğer	22	23	22	22	4	7	7	8
<b>TOPLAM</b>	<b>172</b>	<b>180</b>	<b>180</b>	<b>179</b>	<b>91</b>	<b>101</b>	<b>101</b>	<b>105</b>

Not: Diğer bölümü; Üniversite ve diğer kurumlara bağlı kan merkezleri ile kan istasyonlarını kapsar.

**Tablo: III Türkiye’de yataklı tedavi kurumlarına başvuran hastaların kuruluşlarına göre poliklinik ve yatan hasta durumu, 1995-1998**

POLİKLİNİK		YATAN HASTA					
Kuruluşlar	Yıllar	Sayı	% Artış	Sayı	% Artış	Yatan hasta oranı (%)	
<b>TOPLAM</b>	1995	75.870.768	8,0	3.876.520	3,6	5,1	
	1996	79.566.585	4,9	4.084.002	5,4	5,1	
	1997	88.503.739	11,2	4.407.087	7,9	5,0	
	1998	95.728.565	8,2	4.640.357	5,3	4,8	
Sağlık Bakanlığı	1995	41.578.790	7,4	2.210.726	2,4	5,3	
	1996	42.849.819	3,1	2.254.865	2,0	5,3	
	1997	48.469.993	13,1	2.379.530	5,5	4,9	
	1998	53.163.176	9,7	2.523.523	6,1	4,7	
Üniversite	1995	5.276.810	12,9	441.365	3,9	8,3	
	1996	6.074.752	15,1	483.441	9,5	8,0	
	1997	6.772.522	11,5	574.805	18,9	8,5	
	1998	7.240.636	6,9	598.745	4,2	8,3	
SSK	1995	26.112.437	6,5	982.147	3,8	3,7	
	1996	27.499.103	5,3	1.062.659	8,2	3,9	
	1997	29.273.415	6,5	1.111.750	4,6	3,8	
	1998	30.258.082	3,4	1.106.904	-0,4	3,7	
Diğer Kamu	1995	1.328.198	10,2	43.288	1,7	3,2	
	1996	1.400.751	5,5	46.993	8,6	3,4	
	1997	1.546.193	10,4	48.115	2,4	3,1	
	1998	1.511.732	-2,2	45.559	-5,3	3,0	
Özel	1995	1.574.533	38,9	198.994	18,3	12,6	
	1996	1.742.160	10,6	236.044	18,6	13,5	
	1997	2.441.616	40,1	292.887	24,1	12,0	
	1998	3.554.939	45,6	365.626	24,8	10,3	

Not: 1- Özel bölümlü, Demeç, Yabancı, Azınlık ve Şahıslara ait hastanelerin sayımlarını kapsar.

2- Yatan hasta oranı, polikliniğe başvuran hasta sayıları üzerinden hesaplanmıştır.

**Kaynak: SB., SPGK., “Yataklı tedavi kurumları istatistik yılı 1998” Ankara 1999, s. 39.**

**TABLO: IV Türkiye’de yataklı tedavi kurumları, hekim personel ve karşılaştırmalı çalışmaları ile bazı göstergeler, 1997-1998**

Kurum /Personel / Çalışmalar	TOPLAM		SAĞLIK		BAKANLIĞI		DİĞER	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
Kurum	1.078	1.180	698	727	380	453		
Yatak:								
Kadro	144.984	148.987	80.297	82.032	64.687	66.955		
Fili	124.275	129.925	65.655	67.292	58.620	62.633		
Uzman Hekim	23.453	25.383	10.565	11.985	12.888	13.398		
Pratisyen (*)	18.685	18.207	9.317	8.676	9.368	9.531		
Poliklinik	88.503.739	95.728.565	48.469.993	53.163.176	40.033.746	42.565.389		
Yatan Hasta	4.407.087	4.640.357	2.379.530	2.523.523	2.027.557	2.116.834		
Ameliyat Toplamı	1.353.787	1.438.179	631.450	657.943	722.337	780.236		
Büyük	601.406	642.614	256.629	265.114	344.777	377.500		
Orta	431.669	472.174	195.079	219.372	236.590	252.802		
Küçük	320.712	323.391	179.742	173.457	140.970	149.934		
Yapılan Doğumlar	854.294	855.016	550.587	534.759	303.707	320.257		
Bir Hast Ortalama Kalış								
Gün Sayısı	6.1	6.0	5.6	5.6	6.6	6.6		
Yatak İşgal Oranı (%)	59.2	59.0	55.6	57.3	63.0	60.9		
Kaba Ölüm Hızı (%)	1.7	1.8	1.6	1.6	1.9	2.0		
Poliklinik Oranı(%)	141.3	147.7						
Yatan Hasta Oranı (%)(***)	5.0	4.8	4.9	4.9	5.1	5.0		
Yatak Devir Aralığı (Gün)	4.2	4.2	4.5	4.0	3.9	4.2		
Yatak Devir Hızı (Hasta)	34.8	35.7	35.7	38.6	33.9	33.8		
10.000 Nüfusa Düşen								
Yatak Sayısı (**)	25.7	25.5						

Not: (\*) Pratisyen hekim sayısına Asistanlarda dahildir.

(\*\*) MSB'nin 15900 hasta yatağı yatak hesabında dikkate alınmış olup kurum, yatak ve çalışmalarda kapsam dışı bırakılmıştır.

(\*\*\*) Yatan Hasta Oranı; Polikliniğe başvuran hasta sayıları üzerinden hesaplanmıştır.

Kaynak: SB., SPGK., "Yataklı tedavi kurumları istatistik yılı 1998" Ankara 1999, s. 38.

**Tablo: V** Türkiye’de yataklı tedavi kurumlarının hizmet gelişimi 1925-1998

<u>Yıllar</u>	<u>Poliklinik</u>		<u>Yatan Hasta</u>	
	<u>Sayı</u>	<u>% Artış</u>	<u>Sayı</u>	<u>% Artış</u>
1925	54843	-	26744	-
1930	244355	345.6	58309	118.0
1935	722169	195.5	107977	85.2
1940	1161495	60.8	176833	63.8
1945	1213962	4.5	188965	6.9
1950	1892575	55.9	322686	70.8
1955	4542314	140.0	605105	87.5
1960	6988257	53.8	931228	53.9
1965	9707302	38.9	1181204	26.8
1970	15177715	56.4	1552848	31.5
1975	18163978	19.7	1653483	6.5
1980	25648756	41.2	1905763	15.3
1985	34163143	33.2	2419633	27.0
1990	55540245	62.6	3186336	31.7
1991	55264961	0.5	3135505	1.6
1992	59219722	7.2	3378324	7.7
1993	62874153	6.2	3496498	3.5
1994	70238784	11.7	3740015	7.0
1995	75870768	36.6	3876520	21.7
1996	79566585	4.9	4084002	5.4
1997	88503739	16.7	4407087	13.7
1998	95728565	20.3	4640357	13.6

Not: 1) MSB hariçtir.

2) (\*) 1995 yılı değişim yüzdesi 1990 yılına aittir.

**Kaynak:** SB., SPGK., “Yataklı tedavi kurumları istatistik yillığı, 1998” Ankara 1999, s. 37

# TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ MERKEZ TEŞKİLAT ŞEMASI

31.12.1998

GENEL MÜDÜR

GENEL MÜDÜR YARDIMCISI	GENEL MÜDÜR YARDIMCISI	GENEL MÜDÜR YARDIMCISI	GENEL MÜDÜR YARDIMCISI
HASTANE HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI	HASTANE HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI	TIP HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI	GENEL MÜDÜR YARDIMCISI
YÖNETİM HİZMETLERİ ŞUBESİ	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI	İDARİ İŞLER DAİRE BAŞKANLIĞI	MALİ İŞLER DAİRE BAŞKANLIĞI
ÖZEL HASTANELER ŞUBESİ	PROGRAM GELİŞTİRME ŞUBESİ	TIBBİ HİZMETLER ŞUBESİ	BIYOMED.MÜH. DAİRE BAŞKANLIĞI
YATIRIMLAR ŞUBESİ	HİZMETÇİ EĞİTİM ŞUBESİ	KRONİK HASTALIK LAR ŞUBESİ (*)	TIBBİ CİHAZ MALZ. PLAN TEDARİK ŞUBESİ
KAN HİZMETLERİ ŞUBESİ	DEĞERLENDİRME VE KOORD. ŞUBESİ	ORGAN NAKLİ VE DİYALİZ ŞUBESİ(*)	İSTATİSTİK VE DOKÜMANTASYON ŞUBESİ
KALİTE YÖNETİMİ ŞUBESİ (*)	DEĞERLENDİRME VE KOORD. ŞUBESİ	ÖZÜRLÜLER ŞUBESİ(*)	TIBBİ CİHAZ BAKIM VE DEĞERLENDİRME ŞUBESİ (*)
			YAPIM ONARIM VE BELGE ŞUBESİ (*)
			ARŞİV ŞUBESİ (*)
			ULUSLAR ARASI İLİŞKİLER ŞUBESİ(*)
			TAHAKKUK ŞUBESİ

(\*)Not: Kadrosuzları ifade eder.

727 Hastane

Şekil II.

Kaynak.SağlıkBakanlığı, Yataklı Tedvi Kurumları İstatistik Yıllığı, 1998", Ankara 1999, s. 9

## 2. Hastaneler

Tedavi edici hizmetler bazen evde, sağlık evlerinde, sağlık ocaklarında, dispanserlerde, sağlık merkezleri, özel muayenehaneler ile hastanelerde gerçekleşmektedir. Bu başlıkta sağlık merkezleri dışında hem ayakta hem yatarak tedavi hizmeti sunan hastanelerin tanımı ve sınıflarını kısaca değinelim.

“Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği<sup>130</sup> ” dördüncü maddesinde hastaneleri şöyle tanımlamaktadır. “Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayakta ve yatarak müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır. (md.4)

Yataklı tedavi kurumları en az 50 yataklıdır. İşlevlerine göre dört gruba ayrılırlar(md. 5) denmekte ve bunlar:

Genel hastaneler: her türlü acil vak-a ile, yaş ve cins farkı gözetmeksizin bünyesinde mevcut uzmanlık dalları ile ilgili hastaların kabul edildiği ve ayakta hasta muayene ve tedavilerin yapıldığı yataklı tedavi kurumlarıdır. (md. 5/A)

Özel Dal Hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins gruba hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanların veyahut bir organ grubu hastaların müşahade, muayene, teşhis ve tedavi edildikleri yataklı kurumlardır. (md. 5/B)

Rehabilitasyon Merkezleri ve Servisleri: Organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile kaza ve yaralanmalar cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonu uygulayan yataklı kurum veya servislerdir. (md. 5/C)

Eğitim Hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve ileri dal uzmanları yetiştirilen genel, özel dal yataklı tedavi kurumları ile rehabilitasyon merkezleridir. (md. 5/D)

<sup>130</sup> Kodal, Çapakçur (Der), a.g.k., s. 333-334

*Dünya sağlık örgütü teşkilatı (WHO)* hastaneleri “müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere grublandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı tedavi kuruluşlar<sup>131</sup>” olarak tanımlamaktadır.

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, yönetim ve kontrollerine, finansal kaynaklarının türüne (mülkiyet türüne), büyüklüklerine (yatak kapasitelerine), hastaların hastanede kalış sürelerine, kadrolu personelin kompozisyonuna göre sınıflandırılmaktadır<sup>132</sup>. Fakat yapılan sınıflandırmalarda genellikle “verilen tedavi hizmetinin türü” (hasta ve hastanede kalış süreleri) “finansal kaynakların türü yani mülkiyet türü” ve “büyüklükleri” esas alınmaktadır<sup>133</sup>.

*Kurtulmuş* eserinde bu konuda sınıflandırmayı değişik açıdan ele alarak aktarmaktadır. “R.E.Brown hastaneleri, dokuz ayrı özellikleri bünyesinde barındıran ve bunlardan kaynaklanan farklı amaçlarının gerçekleştirmek için örgütlenmiş kurumlar şeklinde tanımlamaktadır. Buna göre hastanelerin tedavi hizmetlerini gerçekleştirdikleri için tıbbi bir kuruluş, yönetimlerinde ekonomik ilkeleri de göz önünde bulundurmaları zorunda oldukları için bir işletme, doktor ve diğer sağlık personelinin eğitimlerindeki rolleri nedeni ile eğitim kurumları, tıbbi araştırmadaki katkıları nedeni ile araştırma kurumu, ödeme gücüne sahip olmayanlara da hizmet sunulması dolayısı ile sosyal bir kurum, belirli bir coğrafi bölgeye hizmet edilmesi nedeni ile toplumsal bir girişim, devletin hastaneler üzerindeki denetimleri dolayısı ile bir kamu kuruluşu ve kısmen veya tamamen toplumun yardımları ile varlıkları sürdürmelerine göre de bir hayır kurumu niteliklerini taşıdığı fikrini savunmaktadır<sup>134</sup>.

Mülkiyet esasına baktığımızda Türkiye’deki hastaneleri sınıflandırma yaparsak:

“Türkiye’deki hastaneler S.S.Y.B.[S.B.]’na S.S.K.’ya İ.D.T.’ne Tıp Fakültelerine, Belediyelere, yabancılara, azınlıklara, derneklere, S. S. Y. B. [S.B.]

<sup>131</sup> Aktaran, Hikmet Seçim, “Hastane Yönetimi ve Organizasyonu Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu için bir model önerisi”, İşletme Fakültesi Yayını, İstanbul 1991, s. 5

<sup>132</sup> Aktaran, a.g.k., s. 7

<sup>133</sup> A.k. s. 7

<sup>134</sup> Aktaran, Kurtulmuş, a.g.k., s. 207



dışındaki bakanlıklara ve özel kesimlerdeki hastaneler olarak sınıflandırılabilir<sup>135</sup>. Hastanenin mülkiyetine sahip kurum veya kuruluş genellikle hastaneyi yönetme ve kontrol etme yetkisine de sahiptir. Bu nedenle “mülkiyet” ve “yönetim ve kontrol” esaslarına göre yapılan sınıflandırmalar çoğunlukla aynı sınıflandırma olmaktadır. Fakat, A.B.D.’de kâr amacı gütmeyen hastanelerde olduğu gibi yönetim ile mülkiyet ayrılabilir<sup>136</sup>.

### 3. Sorunlar

Verimlilik ve etkinlik açısından hastanelerimizin pek çok sorunlu oldukları bilinmektedir. Verimlilik analizleri ile ilgili olarak bu sorunlar iki başlık altında toplanabilir: (a) araştırma-geliştirme ve planlama sorunları, (b) işletmecilik sorunları. Bu gün hastane işletmeciliği ile ilgili sorunların başında, yönetim uygulamalarında nesneliliği ve ölçülebilirliği sağlayacak araştırma ve planlama faaliyetlerinin yok denecek kadar yetersiz oluşu gelmektedir. Çünkü her şeyden önce hastanelerimizde yönetime doğru, yeterli ve zamanında veri akışını sağlayacak, bu verilerin analizini yaparak karar seçeneklerinin oluşturulmasına, alınan kararların sonuçlarını değerlendirmeye yardım edecek bir yönetim bilgi sistemi yoktur<sup>137</sup>. Bu yüzden hastanelerimiz güç’e (power), kişisel ilişkilere ve tecrübeye dayalı yönetim uygulamalarının egemen olduğu kurumlar durumuna gelmiştir<sup>138</sup>.

Hastanelerimizle ilgili ikinci bir sorun kümesi, işletmecilik uygulamaları ile ilgilidir. Bugün bankacılık, turizm, ulaştırma gibi hizmet sektörlerinde de çağdaş işletmecilik uygulamalarına yer verilip, bu uygulamalarda nesnel, kantitatif yönetim tekniklerinden yararlanılırken, sağlık sektörü bu gelişimin dışında kalmıştır. Bunun sonucu olarak da hastane işletmeciliği yalnız tıbbın ve tıbbi teknolojinin bilişimi ve istihdamı ile özdeşleştirilmiştir. Başka bir deyişle, hastane işletmeciliğinin başarılı ölçütü yalnızca verilen tıbbi hizmetin nispi kalitesi olmuştur. Hizmetin verimli olup olmadığı, verimliliği artırma olanaklarının bulunup bulunmadığı, hastanenin bir bütün

<sup>135</sup> Aktaran, Seçim, a.g.k., s. 8

<sup>136</sup> A.k., s. 8

<sup>137</sup> Hikmet Seçim, “Hastanelerde Verimliliği Artırma Yöntemleri”, Hikmet Seçim (Der), “Hastane İşletmeciliği(Seçme Yazılar)”, Eskişehir 1995, s. 184

<sup>138</sup> A.k., s. 184

olarak amaçlarını ne ölçüde ulaşabildiği gibi konular hep ihmal edilmiştir. Bu bağlamda, hastanelerimizde yönetim - organizasyon yapılarına, finansal yönetim, pazarlama ve halkla ilişkiler uygulamalarına rastlanmamaktadır. Oysa kâr amacı güdülsün ya da güdülmesin, işletmecilikte verimlilik ve rantabilite ilkelerine uygun faaliyet gösterilmesi esastır<sup>139</sup>.

Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğinde bütün yetkiler baş hekimde toplanmıştır. Tıp kökenli eğitim almış kişilerin hastaneyi işletme bakımından tek yetkili olmasından kaynaklanan sorunlar S.B. taşra teşkilatı yatak ve kadro standartları yönetmeliğinde yönetim kadrosunun en üstünde başhekim standardı getirilmesi ve kadrolarındaki dağıtım yanlışlıkları hastanede verimlilik ve etkinlik açısından asıl sorunların nedenlerindedir.

*O. Alpugan "hastanelerde verimlilik sorunu ve kimi öneriler"* başlıklı yazısında ise "... hastane yönetimlerinin kontrolleri dışında gelişen bir dizi sosyal, ekonomik ve politik nedenleri ile sağlık sisteminin örgüt yapısından kaynaklanan sorunlar da hastanenin performansını olumsuz yönde etkilemişler ve halen de etkilemektedirler. Örneğin; herşeyden önce büyük ölçüde ithal edilmiş bir tıp eğitiminin ve tıbbi teknolojiye dayalı sağlık sistemimiz koruyucu sağlık hizmetlerinden çok tedavi edici hizmetlere ağırlık verdiği için, hastanelere mevcut durumları ile, üstesinden gelebileceklerinden daha çok görev yüklenmiştir. Ancak, yine de hastanelerin bugünkü yetersizlik gösteren durumlarının yalnızca sayılan nedenlerle açıklanmaya çalışılması da pek düşünülemez. Bugün, hastanelerin çağdaş işletmecilik anlayışından uzak biçimde yönetilmeleri, onların toplumun gereksinmelerini yeterince karşılamaktan uzak kalmalarının en önemli nedenlerinden biri olarak kabul edilebilir<sup>140</sup>."

Söz konusu yönetmelik... S.S.Y.B.'ye bağlı hastaneleri kapsamakla birlikte, üniversite ve S.S.K. hastaneleri gibi diğer kurum ve kuruluşlara ait hastanelerin

<sup>139</sup> A.k. s. 184-185

<sup>140</sup> Oktay Alpugan, "Hastanelerde Verimlilik Sorunu Kimi Öneriler", Hikmet Seçim (Der), a.g.k, s. 145-146

örgütlenmesinde, gerekse kadrolanmasında S.S.Y.B. yönetmelikleri esas alınmaktadır<sup>141</sup>.

**Tablo VI**'da görüldüğü gibi, sağlık personelinin dağıtımının bölgeler arası dengesiz olması, batıdan doğuya gidildikçe bu sorunun artması, ücret durumları, özlük hakları vb.gibi sorunların yanı sıra bazen eğitim durumları gibi kişisel faktörlerden kaynaklanabilecek kalitenin ölçülememesi gibi sorunlarda mevcuttur.

#### **a. Hekimler**

Gelişmekte olan ülkelerde hekim, hasta muayenesi ve tedavisi ile ilgili hizmetlerin yanı sıra, eğitici, denetleyici ve daha önemlisi değişik nitelikleri olan sağlık personelinin kurulu bir ekibin lideri durumundadır. Hekim, sorumlu olduğu bölgedeki sağlık hizmetini planlayan, uygulamasını denetleyen, diğer sağlık personelinin yetersiz eğitimi yeterli kılmaya çalışan halkın sağlığını koruyan ve sağlık eğitimi yapan, hastaları tedavi eden ve tüm bunlara ek olarak adli olgularda görüş bildiren tek kişidir. O, iyi işleyecek bir motor yapmaya çalışan kişi ya da iyi çalışan bir aracın motorudur. Oysa gelişmiş ülkelerdeki hekim, çoğu kez iyi çalışan bir motorun ufak bir parçasıdır. Kendisine verilen belirgin ve tek düze (monoton) bir iş yapan ve bu işi yaptığı ölçüde başarılı sayılan bir kişidir. Gelişmiş bir ülkedeki koşullar ile, o hekim, hemen hiçbir zaman çok yönlü bir işi çok sayıda insanın yararlanacağı şekilde düzenleyebilmek ve yürütebilmek kıvancına istese bile kavuşamaz<sup>142</sup>.

Bugün gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin yönetiminde karşılaşılan en büyük güçlüğü sağlık idarecilerin, yönetimin bir bilim olduğunu bilmemeleri veya kabul etmek istememeleri olduğuna dikkat çeken *Nusret Fişek*, “şurası bir gerçektir ki hekimler yönetimin bilim olduğunu kabul etmezler ve sağlık idaresinde görev alanlarda yönetimin bilimini öğrenmez, yönetimin uzmanlarının tavsiyelerini dinlemezler,

<sup>141</sup> Hikmet Seçim, “Hastanelerde Verimliliği Artırma Yöntemleri”, Seçim, (Der), a.g.k., s. 186

<sup>142</sup> Aktaran, Dirican, a.g.k., s. 522

yönetim kurallarını uygulamazlarsa hizmetlerini geliştiremezler". Görüşünü savunmaktadır<sup>143</sup>.

... Batı ülkelerinde pratisyen hekim oranı % 75 uzman hekim oranı %25 iken ülkemizde durum tam tersine bir durum arz etmekte,hekimlerin yaklaşık % 75'ini [uzman] hekimler oluşturmaktadır<sup>144</sup>. Gelişmiş ülkelerde,üst kademedan aşağıya doğru genişleyen sağlık insan gücü piramidi ülkemizde sürekli hekim ve özellikle uzman hekimliğin teşviki ile tersine çevrilmiş, ebeden çok hemşire, hemşireden çok hekim yetiştirilmiştir<sup>145</sup>.

### **b. Yardımcı Sağlık Personeli**

Cumhuriyetin ilk yıllarında ilkokul, orta okul ve lise seviyesinde eğitim alan ve son yıllarda hemşirelik yüksek okulları, açık öğretim fakültelerinin sağlık ile ilgili diğer programları ile yönetim, ekonomi vb. alanlarda da lisans, yüksek lisans, doktora olarak eğitim seviyesini yükselten personelin hastanelerde meydana gelen genelde sorun ise aynı işi yapan sağlık meslek lisesi mezunu ile sağlık ile ilgili ön lisans ve lisans programını bitiren hemşireler arasındaki döner sermaye puanları farklarından meydana gelen ücret dengesizliğidir. Ayrıca gerek lise gerekse ön lisans programlarını bitiren ebe, ebe-hemşire ve hemşire vb. yardımcı personel ile hekimler arasındaki ödenen döner sermaye ücreti farklarının çok büyük olmasıdır.Hekimlerle bir ekip olarak çalışan yardımcı personelin hekimlerle, döner sermayeden aldıkları pay arasındaki uçurum çok fazladır.Örneğin üç aylık dönemlerde ödenen primlerin lise mezunu hemşire 177 milyon lira alırken, hekimler durumlarına göre 1-2 milyar arasında döner sermaye ücreti almaktadırlar.Hekimlerin çoğunun özel muayenelerinin de olması hastanedeki yardımcı personelin iş yükünü arttırması da dikkate alınır, döner sermaye primleri arasındaki ücret farkı personeller arası kurum içi çekişmelere de sebep olmaktadır. Bu sorun bakanlık(\*) tarafından fark edilmiş, 4618 sayılı ilgili kanun meclis'ten geçmiş 20 Nisan 2001 tarih ve 3627 sayılı yazı ile "döner sermaye ek

<sup>143</sup> Aktaran, Fulya Sarvan, "Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye 'de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi", Seçim (Der), a.g.k., s. 5)

<sup>144</sup> Aktaran, Kurtulmuş, s. 185

<sup>145</sup> Aktaran, Kurtulmuş, a.g.k., s. 185

(\*)Sağlık Bakanlığı

ödeme yönergesi” temel sağlık hizmetleri genel müdürlüğü tarafından hazırlanmış, bakan oluruna sunularak onaylanmış ve bütün illere bildirilmiştir. 23.01.2001 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere de yürürlüğe girmiştir. Döner sermaye ödemelerde esas alınan unsur çalışma olduğu için bu durum düzeltilmiş, yardımcı sağlık personeli arasındaki puan farkları yaklaşık olarak eşitlenmiş ve primler belli bir üst seviyeye çekilmiştir.

[Eğitim konusunda] Avrupa’da ve A.B.D.’de düşük konumlu, minimal eğitilmiş bir meslek olmaktan çıkıp yüksek eğitim alan, koruyucu sağlık hizmetlerinde söz sahibi, düşük maliyetli fakat etkin hizmetlerin temel elemanı haline getiren bir eğitim sistemine [hemşirelikte] geçilmektedir<sup>146</sup>. Türkiye’de son yıllarda bu gelişmelerde mevcuttur.

Türkiye sağlık personeli dağılımındaki dengesizlikte ayrı bir sorun teşkil etmektedir.

**Tablo VI. Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus Miktarı**

	Uzman Hekim	Pratisyen	Diş Hekimi	Eczacı	Sağlık Memr.	Hemşire	Ebe	Tüm Personel
Hakkari	13.850	6.676	21.118	13.596	7.159	2.760	3.164	0.677
İstanbul	1.005	1.439	2.844	2.213	1.612	0.989	1.457	0.265

**Kaynak:** “T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Reformu, Sağlıkta Mega Proje”, Ankara, 1992, ss. 1-22, Aktaran, Kurtulmuş, a.g.k., s. 204

### c. Üniversiteler

224 sayılı yasa ile belli bir sevk zinciri sistemi öngörülmüş iken bu uygulanamamakta dolayısıyla hastanelerde aşırı hasta yüklenmeden dolayı hizmetin kalitesi düşmektedir. Üniversite hastaneleri de bu durumla karşı karşıyadır.

<sup>146</sup> Kurtulmuş a.g.k., s. 205

V.Çalrak “sağlık ekonomisi adlı makalesi”nde “üniversite hastaneleri ve tıp fakültelerinin durumunu şöyle açıklamaktadır. Güven sorunu nedeniyle bazen hastanın ısrarı bazen de doktorun kendisine güvenmemesiyle üniversitelere gereksiz sevkler yapılmaktadır. Üniversite hastanelerinin amacına uygun çalışma verimliliğini doğrudan etkileyen bu durum sağlık ekonomisine balta vurmaktadır. Peki aile hekimliğinin, yaygınlaştırılacağı sistem hastalanmamayı da temin etmeyi amaçladığı için, bu hekimlerin ne kadar başarılı olacaklarını düşünürken gözümüzü yine tıp fakültelerine çeviriyor ve görüyoruz ki, tıp fakültelerine öğrenciye verilen eğitim, nerede ise sadece tıpta uzmanlık sınavına dönüşmüştür<sup>147</sup>” ....

Üniversite hastaneleri konusunda *S.Kurtulmuş* eserinde “... tıbbi sorunlarda yoğunlaşması gereken üniversite hastaneleri ülkemizde büyük oranda bu işlevlerini yerine getirememekte toplumun yoğun taleplerine cevap verebilmek için poliklinik hizmetlerde yoğunlaşmaktadırlar. Bu da, üniversite hastanelerinin eğitim ve araştırma bakımından zayıflamasına yol açabilecek olumsuz bir etkiye sahiptir<sup>148</sup>”.

#### d. Özel Hastaneler

Özel hastanelerin çalışma izni sağlık bakanlığı tarafından verilmekte izin aşamasında ilgili tüzükte sadece binanın fiziki olması gereken standartları ele alınmış diğer bölümler genel ifadelerle belirlenmiştir. Fiziki engelliler için bulunması gereken binanın ilgili katlara ulaşılmasında gereken şartlar dikkate alınmamış, jeneratör ve asansör gibi konulara girilmemiştir.

Ancak 22 Mayıs 1997 tarih ve 22996 sayılı “Özel hastaneler tüzüğünde değişiklik yapılmasına ilişkin tüzük<sup>149</sup>” de fiziki engelliler için ve ayrıca jeneratör ve asansörlerle ilgili yeni düzenlemeler getirmiştir.

Özel hastanelerde otomatik devreye giren uygun güç ve nitelikte bir jeneratör ile TSE standardına göre imal edilmiş yeteri kadar (en az iki) asansör bulunması

<sup>147</sup> Vildan Çalrak, “Sağlık Ekonomisi, Modern Hastane Yönetimi”, Mer ajans ltd.şti.yayımları, ISSN 1301-5710 Kasım 1997, sayı: 3, s. 21

<sup>148</sup> Kurtulmuş a.g.k., s. 248

<sup>149</sup> “Özel Hastaneler Tüzüğünde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tüzük” R.G. 22 Mayıs 1997, 22996

zorunlu olup asansörlerden birinin tekerlekli sandalye ve sedye ile hasta taşımaya elverişli olması gerekir.

Katlar arası sedye ile hasta taşınmasında gerekli olduğu hallerde kullanılacak olan merdiven ve sahanlık en az 1,30 metre genişlikte, basamak yüksekliği 16-18 cm, basamak genişliği 30-33 cm arasında olmalıdır.

Merdiven rıhları sakatların çıkışını zorlaştırmayacak düz bir satıhla bitirilmeli hastane girişine sakatlar için uygun eğimli rampa yapılmalıdır. (md.2)

Karşılaşılan sorunlardan biri de mevzuatta belirtilen binanın olması gereken fiziki yapılarının Türkiye'nin her yerinde uygulanmasının zorluklarla karşılandığıdır. Çünkü bazı belediyeler tarafından bina yapımında şekil şartlarına dikkat edildiği bina tipleri zorunluluğu vardır.

Ayrıca 1933 yıllarında çıkan özel hastaneler kanunu değiştirilmeli, günün şartlarına uygun hale getirilmelidir. Çünkü, izin verilen hastanelerin genelde fiziki şartları ön plana çıkmıştır. Hastaların kalitesiz tıbbi tedavisi konusunda ise, sorumluluğun sadece ilgili hekimde mi, yoksa, aynı zamanda kuruluşun sermayedarlarının da sorumluluğu olup olmadığı konusu ele alınmamıştır. Bunun yanında, günün şartlarına uygun asgari bulunması gereken tıbbi teknoloji, günümüz tıbbi cihaz teknolojisinin gerisinde kalmıştır.

Bazı özel kuruluş hastaneleri sayısı çok az olmakla beraber beş yıldızlı otel niteliğinde hem genel hizmet hem de sağlık hizmeti vermektedir. Bu tamamen günün getirdiği rekabet şartlarından kaynaklanmaktadır. Yoksa bu konudaki gelişme 1933'lü tarihlerde çıkan çağın gerisinde kalan yaşamın getirdiği bir sonuç değildir. Sağlık Bakanlığı'nda bu konuda yönetmelik çalışması devam etmektedir. Ama asıl olan kanunun günün şartlarına göre değişmesidir.

Ayrıca, özel hastanelerle, özel sigorta veya devlet sigorta kuruluşları arasındaki ödeme konusunda güvensizlikler söz konusudur. Özel hastanelerde hizmet satın alan sigortalı vatandaşlar bu ödemeler konusundaki aksaklıklar nedeniyle bazen cepten

ödeme yapmaktadırlar ve bazen de sigortalı olduğu kurum ve kuruluşlardan faturanın uygun düzenlenmediği, bu hizmetlerin verilmemiş olabileceği gibi sebeplerden dolayı ödedikleri miktarları ya zamanında alamamaktadırlar ya da hiç tahsil edememektedirler.

#### e. Sağlık Bakanlığı ve SSK Hastaneleri

Türkiye’de yataklı tedavi kurumlarının %73’ünü oluşturan bu iki kurum hastanelerinin, tıbbi teçhizat, ilaç kullanımı ve finansman sorunları başlığı altında ele alacağımızdan bu başlıkta genel çerçevede *sağlık projesi genel koordinatörlüğünün çıkardığı 2001 ulusal sağlık politikası* dokümanından hastanelerin durumu şöyle açıklanmaktadır. “ Türkiye’de başta Sağlık Bakanlığı, SSK, Üniversiteler, Çeşitli Kamu Kuruluşları olmak üzere hastane işleten bir çok kurum ve kuruluş olmasına rağmen özel hastanelerin yatak sayısı toplam yatakların %5’i civarındadır. Toplam yatakların %70’ine sahip olan Sağlık Bakanlığı ve SSK hastaneleri sorunların özellikle yoğunlaştığı kurumlardır. Bu hastanelerin katı merkezîyetçi ve bürokratik yönetim yapısı, yönetimin profesyonel hastane yöneticiliği esaslarına dayanmaması ve verimlilik prensiplerinin uygulanmaması başlıca sorunlardır. Merkezîyetçilik başta personel ve bütçe yönetimi olmak üzere yönetimin her alanında kendisini göstermektedir.

Hastanelerde maliyet kavramı gelişmemiştir. Dolayısıyla maliyet muhasebesi sistemleri de yoktur. Yönetim performansını değerlendirecek veri / bilgi sistemleri de bulunmamaktadır.

Maliye ve Gümrük Bakanlığı’nın bütçe uygulama talimatındaki fiyatlar, maksatlar bilinmediğinden, gerçekçi olmamakta, tarifeler güncelleştirilememekte ve hizmetlerin karşılığının hastaneye dönüşü sağlanamamaktadır. Ödeme gücü olmayan vatandaşlar için Sosyal Yardımlaşmayı Teşvik Fonu’ndan yapılan ödemeler çok düşük düzeylerde kalmakta, hastanelerin finansman sorunu gittikçe büyümektedir.

Hastaneler ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerinin yanında yoğun bir şekilde birinci basamak poliklinik hizmeti de vermektedirler.



Hastane çalışanları motive edilememiştir. Çalışmaya ve faydaya dayalı ücretlendirme, liyakata dayalı bir hiyerarşi sistemi yoktur<sup>150</sup> .”

Ayrıca kamu hastanelerinin merkeziyetçi ve yönetim yapısından kaynaklanan rekabete açık olmaması bazı doktorların özel muayenelerindeki önemi burada vermemelerini, bazılarının kamu hastanelerinin personel ve diğer her türlü imkanlarının özel muayenesi ve çalışanı gibi kullanarak sosyal güvencesi olsun olmasın hastalarla pazarlık yapıp şahıslardan para almaları bu konudaki şikayetlerin bazı yönetimlerce değerlendirilmemesi veya yargıya ulaştırılmaması bazı yerlerde yaşanan sorunlardandır.

Profesyonel yöneticilikten uzak yönetilmelerinden kaynaklanan sorunlardan biri de Türkiye’de kamu hastanelerinin yatak kapasitesinin yaklaşık %50’sinin kullanılmayıp atıl durumda olmasıdır. Diğer bir sorun ise mevzuatta yeri olmasına rağmen yönetim dizaynı ve rekabete açık olmamasından kaynaklanan hasta hakları yönetmeliğine uyulmaması sonucu bazı hasta hakları ihlalleri olmasıdır. Bunun yanı sıra siyasi olarak gereksiz kadroların oluşturulması ve bürokrasinin artması, liyakat sistemi yerine siyasi etkenlerin rol alması bazen de mevzuatın günün şartlarına uymamasına rağmen bazı konularda az da olsa personelin özlük hakları açısından verilen hakların bilinçli ve ya bilinçsizce bazı yöneticiler tarafında hukuk dışı ihlallerle gasp edilmesi ve örgüt içi yetki çatışmaları genelde hastanelerde yaşanan sorunlardandır.

#### f. Finansman

Ülkemiz için sağlık finansman modeli arayışları yıllardır sürdürülmüş ve genelde ülkemizin sosyo ekonomik özellikleri de göz önünde bulundurularak kamu ağırlıklı finansman modelleri üzerinde durulmuştur. Sağlıkın kamu kurumlarınca finansmanı ve sunumu bir gelenek haline getirilmiş ve sağlık hizmetlerinin temini devletin asli görevleri arasında değerlendirilmiştir<sup>151</sup> .

<sup>150</sup> S.B., “Ulusal Sağlık Politikası, Hastaneler”, Ankara 1993, s. 51

<sup>151</sup> SPGK, “Sağlıkta Strateji”, Haziran 1995, sayı 6, s. 9

“Gayri safi milli hasıla oranı” Kanada ve ABD’de kişi başına dolar cinsinden dünyada iki en pahalı sağlık bakım sistemine sahip ülkedir. Sağlık bakım maliyetlerinin yıllık bakım oranı Kanada ve ABD gibi ülkelerin finansal performanslarını ciddi olarak değiştirmektedir. Kanada’da ... bakım maliyetleri milli gelir artışından dört beş kat daha hızlı artmakta ABD’deki halihazırdaki yıllık gelişme oranı sürdürülürse, sağlık bakım harcaması 2000 yılına kadar GSMH’nin %19’una ulaşacak<sup>152</sup> ....

Sağlıkta finansman bütün ülkelerin sorunudur. Bu gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha çok yansımaktadır. Finansman kaynaklarına bakınca bunlar devletin vergiler yoluyla yaptığı harcamalar, özel ve kamu sigortaları ve kişilerin nakit olarak yaptığı harcamalar olarak sıralanabilir.

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) ise, bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın o ülkenin yıllık GSMH’nin en az %5’i olması gerektiğini belirterek bunu az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin önüne ulaşılması gereken bir hedef olarak koymuştur<sup>153</sup>.

Harcamaların %5’e ulaşmasındaki değerlendirilmenin, sağlık hizmetlerinin kalitesine yansıyor yansımadağı da tartışma konusu olmalıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan payın düşük olması, tedavi edici hizmetlerdeki yığılmayı arttırıp, finansman sorununa katkıda bulunduğu gibi, gereksiz yazılan ilaçlar ve buradaki israfların yanı sıra, tıbbi teknoloji kullanımındaki sorunlar, hastanelerde verimlilik ve etkinliğine dayanan veri sistemlerinin olmayışı, profesyonel yönetim anlayışıyla kadrolaşmayan ve günün gelişmelerine ihtiyaç verecek mimaride yapılmayan hastane binalarının hem teçhizat yerleştirme hem de kullanım açısından sık sık tadilat gereksinimleri tedavi kurumlarında finansman gereğini arttırıcı etkenler olması, bu %5’lik hedefin her zaman kaliteli sağlık hizmeti verildiği anlamını çıkarmamalıdır.

<sup>152</sup> Public Health Reports “Aprognosis by North American Health Systems Our Health Paradigma In Peril”, USA, September/October, 1985, İnternet verisi

<sup>153</sup> Aktaran, Kurtulmuş, a.g.k., s. 67

## f 1. Tıbbi Teknoloji

Sağlık finansmanını olumsuz etkileyen... sebeplerden biri de MR (Magnetik Renosans) ve BT ( Bilgisayarlı Tomografi), Dansitometre ve böbrek taşı kırma cihazı gibi pahalı cihazların ihtiyaçtan çok fazla yurda sokulmasıdır. MR'ını çektirmiş olarak doktoruna gelen eğitimsiz paralı hastaların kendi çözümlerini aramasının yarattığı serbestlik içersinde sağlık ekonomisi olumsuz etkilenmektedir<sup>154</sup>.

Halkımızın bu konuda bilinçlenmesini de sağlayacak olan ... dünyadaki örneklere bakılarak yapılabilir. BT cihazını yapan İngiltere'de bile 258 adet cihaz varken Türkiye'de bu rakam 335'tir. Almanya'da 45 MR cihazı varken Türkiye'de 40 adettir.( Dünya Bankası 1993 Verileri)<sup>155</sup>

Ülkemizde tıp fakülteleri başta olmak üzere her yıl milyarlarca lira harcanarak tıbbi cihazlar ithal edilmekte, fakat bu cihazlar gerekli bakım, onarım ve kalibrasyonların yapılmaması sebebiyle verimli bir şekilde kullanılmamaktadır.

Arızalı cihazlar için bakım ve onarım hizmeti veren bazı tıbbi cihaz firmaları bulunmasına rağmen, çok pahalı olduğu gerekçesiyle gerekli teknik servislerini kurmayan firmalarda mevcuttur<sup>156</sup>. Ayrıca bu konuyla ilgili uzmanlık dallarının kadroları ülkemiz hastanelerinde, yok denecek kadar azdır.

## f 2. İlaç

Bilindiği gibi gelişmekte olan ülkeler dünya nüfusunun çoğunluğunu oluşturmakta, büyük bir potansiyel olan ilaç endüstrisi de dünyanın bu bölgelerinde yaşayan insanları potansiyel müşteriler olarak görmektedir. Halen kârının % 80'ini gelişmiş ülkelerden elde eden bu sektör için gelişmekte olan ülkeler, eğer yeterli Pa-

<sup>154</sup> Çalok, a.g.m., s. 21

<sup>155</sup> Aktaran Çalok, a.g.m., s.21

<sup>156</sup> Kurtulmuş, a.g.k., s.229

tent korumacılığı gerçekleştirilebilirse gelişmiş ülkelerden çok daha büyük potansiyel pazarı teşkil etmektedir.<sup>157</sup>

Türkiye’de satılan ilaçların yaklaşık % 93’ünün yurt içinde üretilmesine rağmen, ilaç sanayinin ara malı ve hammadde yönünden dışa bağlı olması kaynakların dışarıya aktarılmasına neden olmaktadır.<sup>158</sup>

Sanayide atıl kapasite mevcuttur, ilaçların fiyatlandırılması ile ilgili sorunlar devam etmektedir... Rasyonel ilaç kullanımı yoktur. Poliformsi ve uygun olmayan basamakta gereksiz ilaç kullanımı devam etmektedir<sup>159</sup>. Ülkemizde toplam sağlık harcamalarının büyük bir bölümünü (%41.5) ilaca yapılan harcamalar teşkil etmekte<sup>160</sup>.

#### g. Sigorta

Özel sigortaların yanısıra ülkemizde kamu ağırlıklı sigorta sistemi mevcuttur. Bunlar;

“5434 sayılı kanunla kurulan T.C.Emekli Sandığı,

506 sayılı kanunla kurulan Sosyal Sigortalar,

1479 “ “ “ Bağ-Kur

2925 “ “ “ Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kurumu,

2926 “ “ “ Tarıma kendi nam ve hesabına çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu<sup>161</sup>”

Ayrıca “3816 sayılı kanunla ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderini yeşil kart verilerek devlet tarafından karşılanması hakkında kanun<sup>162</sup>”dur.

<sup>157</sup> Aktarak, A.k., s. 217-218

<sup>158</sup> Aktaran, A.k., s. 218

<sup>159</sup> SB.USP., a.g.k., s.55

<sup>160</sup> Kurtulmuş, a.g.k., s. 218

<sup>161</sup> Özbek, Kubilay, a.g.k., s. 216-217

<sup>162</sup> Kodal, Çapakçur, (Der), a.g.k., s.79

Ülkemizde nüfusun takriben yarısının sağlık açısından güvence altında olduğu tahmin edilmekle birlikte bu oran kesin olarak bilinmemektedir. Sosyal güvenlik kapsamında olduğu halde kendisine sağlanan hizmetleri kullanmayarak özel hizmet alan ve özel sağlık sigortası yaptıran kesimler de mevcuttur. Sosyal güvenlik kuruluşlarının üyelerine temin ettiği hizmetlerde ve prim toplama prensiplerinde üniformite yoktur. Toplanan primlerin sağlık dışında amaçlara yönelik olarak kullanılması özellikle SSK'da dar boğazlar meydana getirmektedir<sup>163</sup>.

Sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerden birini de *İ.Bellek* kitabında şöyle açıklamaktadır. "Tam sigortalılık durumu harcamaları arttırır. Sigortalı birey, sigortalı ve zaten prim ödemekte olduğu için, hizmeti olabildiğince çok kullanmak ister...."<sup>164</sup>

Gelir değişikliği ile hastane hizmetlerini kullanma açısından pozitif bir ilişkinin varlığına dair bulgular olmasına karşı aksi etkinin olabileceğine yönelik deliller de vardır. Bir çok çalışma göstermiştir ki kamu yardımı sisteminden yararlanan kişiler genellikle toplumdan daha fazla sağlık bakım hizmeti almaktadırlar. Bu çalışmalar ortaya koymuştur ki aynı hastalık teşhisi ile koşullarda yatanlar yarı özel ya da özel odalarda yatanlardan daha uzun süre hastanede kalmaktadırlar<sup>165</sup>.

Dış hizmetleri ve ilaç tüketiminde tam sigortalı olmanın neden olduğu talep: Sigortalı olmama durumuna göre yaklaşık iki kat daha fazladır<sup>166</sup>.

## C. REHABİLİTASYON HİZMETLERİNDE DURUM

### 1. Genel Bakış

Ülkemizde rehabilitasyon hizmetleri, SB, SSK, Tıp Fakülteleri, devlete bağlı kuruluşların, şahsa ve ya vakıflara bağlı akut bakım hastanelerinin rehabilitasyon

<sup>163</sup> SB.USP., a.g.k., s. 57

<sup>164</sup> İlker Bellek, "Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası", Sorun yayımları, İstanbul 1994, s.84

<sup>165</sup> Hirsch S. Ruchlin - C. Daniel "Recover, Economics and Health Gre", USA 1973, ISBN 03780271279, s. 85

<sup>166</sup> Joseph P. Nevhouse "The Demand for Medical Care Services: A. Retrospect and prospect; Health Economist and Heat Economics", Editor: GAAG, J. Vonder and Perlman, Norholand Publishing Company, 1981, s. 88

ünitelerinde rehabilitasyon merkezleri veya rehabilitasyon hastanelerinde verilmektedir<sup>167</sup>.

Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü sınır-kas-iskelet sistemine bağlı hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu hizmetlerini vermek üzere oluşturulmuş bir bölümdür<sup>168</sup>. Bazı hastanelerde bu bölüm anestezi bölümü gibi, tıbbi hizmetler içinde mütalaa edilmektedir. Bu hastalıklarda teşhise yönelik faaliyetler kliniklerde yürütülmektedir<sup>169</sup>.

Rehabilitasyon hizmetleri çok çeşitli meslek elemanlarının birarada, ekip anlayışıyla gördükleri kapsamlı bir hizmetler bütünüdür. Verilen rehabilitasyon hizmetinin niteliğine göre ekip lideri ve elemanları değişebilmektedir. Tıbbi rehabilitasyon hizmetlerinde ekip lideri fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimidir<sup>170</sup>. Tıbbi rehabilitasyon ekibi, rehabilitasyon bilimi ve hizmetlerin gelişmesi, teknolojik ilerlemelerin ortaya çıkardığı rehabilitasyon mühendisliği gibi yeni mesleklerin de eklenmesiyle sürekli zenginleşen bir ekiptir<sup>171</sup>.

Ekip elemanları;

- Fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi.
- Rehabilitasyon hemşiresi.
- Fizyoterapist.
- İş ve uğraş terapisti (occupational therapist)
- Ruhsal sağlık ekibi (psikiyatrist ve klinik psikolog)
- Sosyal hizmet uzmanı

<sup>167</sup> Marziye Üstündağ, "Rehabilitasyon Merkezlerinde Örgütsel ve Yönetimsel Etkinlik koşulları ve üç Rehabilitasyon Merkezine İlişkin Bir araştır", yayınlanmamış yüksek lisans tezi İstanbul Üniversitesi 1994 s. 112

<sup>168</sup> Aktaran Hikmet Seçim "Hastane Yönetimi ve Organizasyonun Türkiyede Hastanelerin Organizasyonu için bir Model Önerisi", İstanbul 1991, s. 70

<sup>169</sup> A.k., s. 70

<sup>170</sup> "Ülkemizdeki Rehabilitasyon ve bu günkü Durum", a.g.k., s.6

<sup>171</sup> A.k., s. 6

- Beslenme ve diyet uzmanı
- Meslek danışmanı
- Rehabilitasyon mühendisi
- Rekresyon terapisti (Müzik, dans terapisti, horticultural therapist/bahçe işleri vb....)
- Diğer uzman hekimler

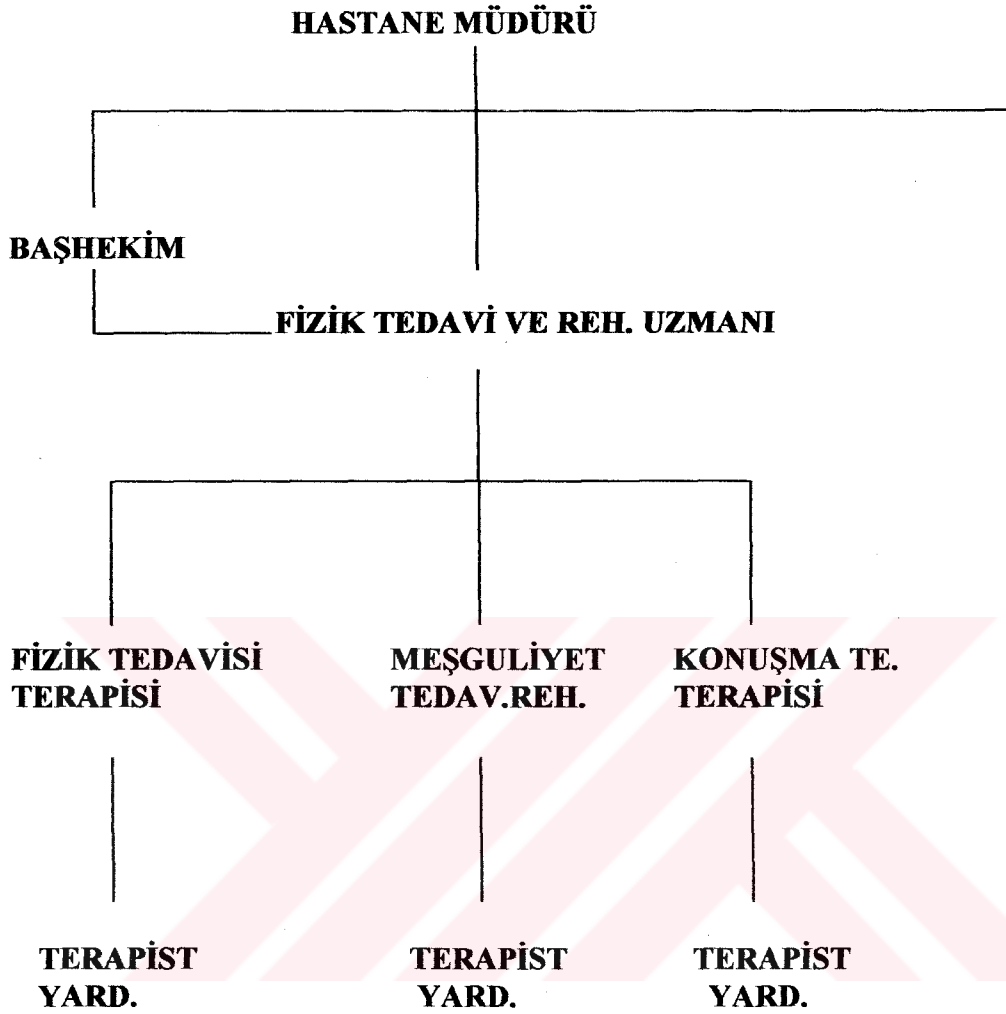
Tıbdaki uzmanlaşma gibi, fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında alt uzmanlık dalları ortaya çıkmıştır. Bu alt dallar fizik tedavisi, meşguliyet tedavisi ve konuşma tedavisidir<sup>172</sup>. Fizik tedavisi, egzersiz yaptırma, ısı, hidroterapi, elektroterapi uygulama ve diğer yardımcı araçlarla hastanın tam fonksiyon görmeyen organının, organlarını azami ölçüde fonksiyonel hale getirmeyi amaçlayan tedavi şeklidir. Meşguliyet tedavisi hastanın kendi kendisine yeterli olabilmesini mantık ve duygusal açıdan başkalarına bağımlı olmadan davranabilmesini sağlayacak becerileri kazandırılmasını amaçlayan tedavi türüdür. Konuşma tedavisi ise, konuşma ve dil sorunları olan hastaların, bu sorunlarının çeşitli araçlarla ve yöntemlerle çözülmeye çalışıldığı bir tedavi türüdür<sup>173</sup>.

Fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri bu konularda uzmanlaşmış hekimler, terapistler ve terapist yardımcıları tarafından yürütülmektedir. Hizmetlerin organize edilmesi ve yürütülmesi sorumluluğu, bu dalda ihtisas yapmış bir hekime verilmektedir. İdareci olarak bu uzman hem baş hekim hem de hastane müdürüne bağlı olarak görev yapmaktadır. Fizik tedavi bölümünün organizasyon şeması... [aşağıda] gösterilmiştir<sup>174</sup>.

<sup>172</sup> Aktaran, Seçim, a.g.k., s.70

<sup>173</sup> Aktaran, A.k., s. 70-71

<sup>174</sup> A.k., s. 71



Şekil: III ABD Hastanelerinde fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümünü Org..

Kaynak: "Department of Labor", s. 453. Aktaran, Seçim, a.g.k., s. 71

## 2. Sorunlar

Ülkemizde rehabilitasyon hizmet sunumu ile ilgili genel sorunlar... [ise]

A. Ülkemizin rehabilitasyon ile ilgili sorunların anlaşılmasına , dağılımın ve gereksinimlerin değerlendirilmesinde ve ulusal politikaların değerlendirilmesinde istatistiksel veri kaynakları yetersizdir.

B.Devlet ve hükümet politikaları belirlenirken "danışmanlık" sistemlerinde uygulama eksiklikleri vardır. Örneğin Başbakanlığın en önemli iki kurumu DPT ve



Özürölür İdareŖi BaŖkanlıęındaki uzmanlık komisyonlarında katılımcıların meslek gurupları, sayısal oranları, süreklilikleri, deęiŖim süreleri vb. özellikle planlı değildir. Önemli kararlar alınmasında konu ile ilgili tüm toplumsal tarafların tam ve etkin katılımı sağlanmamaktadır.

C. Rehabilitasyon kavramı ve hizmetleri bir çok siyasi, bürokratik ve diğer toplumsal kesimlerde yeterince bilinmemektedir.

- Her düzeyde “danıŖmanlık” sistemleri kurumsallaŖtırılmamıŖtır.
- Medyanın rehabilitasyon alanındaki bilgisi ve duyarlılığı yetersiz kalmaktadır.
- KitleŖel iletiŖim organlarında sağlıkla ilgili yanlıŖ ve yanılıcı haberlere yönelik cezai yaptırım eksiktir.
- Sağlık hizmetlerinin, dolayısıyla rehabilitasyon alanındaki hizmetlere karŖı toplumsal güven zedelenme eğilimi göstermektedir.

D. Rehabilitasyon hizmetlerinin sunumunda hastaneler ön plandadır. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri dıŖında mesleki ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri yetersizdir. Özürlüyü hedef alan hizmetlerin yanında sağlam diye bilinen fertlerin beden sağlığının “hareketsizlik, spor yapmamak” tehdit etmektedir.

E. Tıbbi rehabilitasyon hizmetlerinde hastane hizmetleri ön plandadır.

- Uzun süren ve pahalı bir hizmettir. Tüm sağlık bütçesinin içersinde payı düşüktür.

.....

- Hastanelerin ülke düzeyinde toplam sayısı ve yatak kapasiteleri ihtiyacın gerisinde olup coğrafi dağılım dengesizdir.
- Ulaşım ve refakatçilerin barınma sorunu olan yerler kurulmuş olan hastaneler ya tam kapasite ile kullanılmamakta ya da hastalara maddi külfet oluşturmaktadır.
- İleri teknoloji ve pahalı ortopedik ameliyat malzemeleri ülke düzeyinde önemli bir harcama tutarı oluşturmaktadır. Bu malzemelerin sosyal güvenlik kurumlarınca ödemesi karşılırken bir çok bürokratik tedbir uygulanmaktadır. Ancak, hastalara verilen tıbbi hizmetin rehabilitasyon programı ile tamamlanması koşulu aranmamaktadır. İleri teknoloji gerektiren bu pahalı malzemelerin kullanıldığı ameliyatların yapıldığı tam teşekküllü hastanelerde rehabilitasyon kliniği bulunmak koşulu da aranmamaktadır. Hastalar ameliyat olduklarında almaları gereken rehabilitasyon hizmetine birbirini tamamlayan bir hizmet zinciri şeklinde ulaşmamaktadır.
- İş kazaları ve meslek hastalıklarına yönelik tedbirler ve iş yeri hekimliği hizmetleri yetersizdir. Trafik kazaları, iş kazaları, ev kazaları özür lülük nedenlerinde ilk sıraları almakta, doğal afetlerin etkileri etkilenmektedir.

F. Rehabilitasyon ekibinin hizmet sunumunda çalışan meslek guruplarının; hastaya, sosyal güvenlik kurumlarına, çalıştıkları kuruma, meslek örgütlerine yönelik yetki ve sorumlulukları, birbirleriyle ilişki hiyerarşileri, denetim ve cezai yaptırımlar konularında çeşitli tartışmalar ve talepler vardır. Halen hasta hizmetinin tüm sorumluluğu hekimindir.

### G. Sağlıkta insan gücü ve eğitimi:

- Rehabilitasyon hizmetleri yönünden iş ve uğraşı terapisi, rehabilitasyon hemşireliği, meslek danışmanlığı, konuşma terapisi, rekreasyonel terapi ve rehabilitasyon mühendisi alanlarında yetişmiş eleman yoktur.
- Mesleki Danışman, Konuşma Terapisti gibi meslek gurupları hizmete katılımları yeterince sağlanamamıştır.
- Rehabilitasyon insan gücü kaynaklarını oluşturan eğitim kurumlarında standardizasyon eksikliği vardır.
- Çevre mühendisleri ve mimarların rehabilitasyon alanına ilgisi yeterli ölçüde çekilememiştir. Ayrıca rehabilitasyon mühendisliği eğitimi ülkemizde mevcut değildir<sup>175</sup>.

İkinci bölüm özel hastaneler başlığı altında 22 Mayıs 1997 tarihinde Özel Hastaneler Tüzüğü'nün belli maddelerinde değişiklik yapılmış bu tüzükte az da olsa hastanelerin fiziki yönden sakatlar için düzenleme getirmiştir. 02.11.1985 tarih ve 18916 mük. RG'de yayınlanan imar planı yapılması ve değişikliklerine ait esaslara dair yönetmeliğin 10.maddesi (02.09.1999-23804) sayılı RG ile değiştirilmiş ve bu 10.maddenin son paragrafında "planlarda özürülülerin kentsel kullanımları sosyal ve teknik alt yapı alanlarına ulaşımın ve kullanımını sağlayıcı ve kolaylaştırıcı tedbirlerin alınması amacıyla özürülülere yönelik her türlü mevzuat ve TSE standartları dikkate alınır."\* Denmekte, ancak bu düzenleme bu konuda yetersizdir. Ayrıca iş kanununda 50 işçi veya daha fazla işçi çalıştıranların iş yerlerinde %3 oranında sakat kimseyi çalıştırma zorunluluğu bazı işverenler tarafından yerine getirilmemektedir.

<sup>175</sup> T.F.T ve R.U.H.D., a.g.k.,s.20-26. Bu başlıkta, bu doküman dan oldukça yararlanılmıştır.

\* Ayrıntılı bilgi için Muhittin Abacıoğlu (Der), "İmar Kanunu ve İlgili Mevzuat" Seçkin Yayıncılık II. Baskı , Ankara 2000, s.79 bkz.

## II. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE SORUNLARIN GİDERİLMESİ İÇİN YAPILAN BAZI ÇALIŞMALAR

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından sağlık hizmetleri konusunda bir çok yabancı yayınlar derlenmiş, yeni politikalar için dökümanlar hazırlanmış, yönetmelik, tüzük ve kanun taslaklarının hazırlanmasında destek sağlanmış veya bizzat hazırlanmış, bakanlık veya diğer ilgili bakanlıkların çalışmaları ile ilgili istatistiki bilgileri toplayarak karşılaştırmalar yapmıştır. Üç ayda bir çıkarılan Sağlıkta Strateji Dergisi'nde, ilgili değişik çalışmaları derleyip, araştırmaları hakkında bilgi veren bir yayın çıkarılmasını sağlamıştır. Üç ayda bir çıkarılan Sağlıkta Strateji dergilerinde yer alan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik araştırma çalışmaları ile hazırlanan mevzuatları ve gelişmeleri konusunda bazı örnekler aşağıda sıralanmıştır.

“İkinci Sağlık Projesi Başladı-Sağlık Eğitim Fakültelerinin Yaşama Geçirilmesi Çalışmaları-Sağlık Reformları: Hastane Özerkleşmesi- Sosyal Sağlık Sigortacılığının Değerlendirilmesi- Sağlık Enformasyon Sistemi: İnsan Gücü- Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı<sup>176</sup>”

“ Sağlık Projesi ve Sağlık Enformasyon Sistemleri<sup>177</sup>”

“ Hastane Yönetimi Geliştirme Çabası<sup>178</sup>. ”

“ Hastanelerde Tek Düzen Muhasebe Sistemi Pilot Uygulama Çalışması-Sağlık Reformları Tanıtım Etkinlikleri Projesi<sup>179</sup>”

“ Akılcı İlaç Kullanımı-Genel Sağlık Sigortası - Hastane Başhekimleri Müdürlerinin Mevcut Özerk ve Özel Hastane Yönetim Modelleri Konusundaki Görüş Tutum ve Beklentileri<sup>180</sup>”

<sup>176</sup> Sağlık Bakanlığı, “Sağlıkta Strateji” Mart 1995, sayı 5

<sup>177</sup> a.g.d. Haziran 1995, sayı 6

<sup>178</sup> a.g.d. Aralık 1995, sayı 8

<sup>179</sup> a.g.d. Mart 1996, sayı 9

<sup>180</sup> a.g.d. Mart 1997, sayı 13

“ Temel Sağlık Hizmetleri Projesi-Bakanlığımızda Yapılan Tıbbi Cihaz Yönetmeliği Hazırlama Çalışmaları ve Önemi<sup>181</sup>”

“ Kalite Yönetimi Sistemlerinin Başarıyla Gerçekleşmesi İçin Örgütsel Gönüllülük Yaratmakta Bir Model<sup>182</sup>”

“ Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Toplam Kalite Yönetim Felsefesi - Sağlık Reformları<sup>183</sup>”

“ Kişisel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kurulmasına Dair Yasa Tasarısı Meclise Sevk Edildi<sup>184</sup>”

“ Türkiye’de Yönetici Olarak Çalışan Hekimlerin Özellikleri ve Liderlik Anlayışları<sup>185</sup>” ... gibi .

Ayrıca ulusal sağlık politikaları çalışmaları dökümanının hazırlanması, *WHO Avrupa Bölge Ofisi* tarafından 1997’de Avrupa Sağlık Reformu, mevcut stratejilerin analizi başlığı altında yayınlanan kitabın çevrisi yapılmıştır. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün çalışması olan Ulusal Çevre Sağlığı Programı Çalışması, yine Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü’nün hazırladığı sağlık reformu ile ilgili kanun tasarısı taslakları ve gerekçeleri, ... gibi daha bir çok çalışma sayılabilir.

Bu çalışmaların bir çoğu hayata geçirilememiştir. Bunların sebeplerinden biri de hükümetlerin son yıllarda parçalı ve sık sık değişmesiyle birlikte çalışmaların takibinin yapılmamasıdır. Örneğin sağlık reformu ile ilgili dört adet kanun tasarısı meclise sevk edilmiş, meclis seçim kararı aldığı için bu kanun tasarıları kadük kalmıştır.

Gündemde olan diğer çalışmalar ise 2001 yılında çevre kanununda değişiklik yapılmak üzere genel kurula gelmesi beklenmekte, gayri sıhhi müesseseler (GSM) ile çevresel etki değerlendirmesi (ÇED) yönetmeliği konularında her iki bakanlıkta revize çalışmaları devam etmektedir. Ayrıca yeni çıkarılması planlanan özel hastaneler yönetmeliği hazırlanmaktadır.

<sup>181</sup> a.g.d. Eylül 1997, sayı 15

<sup>182</sup> a.g.d. Aralık 1997, sayı 16

<sup>183</sup> a.g.d. Mart 1998, sayı 17

<sup>184</sup> a.g.d. Eylül 1998, sayı 19

<sup>185</sup> a.g.d. Aralık 1998, sayı 20

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN İYİLEŞTİRİLMESİ İÇİN ÖNERİLER

#### I. KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

##### A.ABD VE BAZI AVRUPA ÜLKELERİNDEN ÖRNEKLER

Avrupa ülkelerinde, halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi konusunda düşündürücü ayrıntılar bulunmaktadır. Her ülkede halk sağlığı sınıflandırılmasının ne olacağına kesin tanımlanmasındaki güçlükler ve yayınlamış bilgilerin eksikliği nedeni ile ulusal halk sağlığı alt yapılarının kategorize edilmesi zordur. Genelde, İskandinavya ülkeleri olan İrlanda, Hollanda, İsviçre ve İngiltere'de halk sağlığı daha gelişmiş gözükmektedir. İtalya ve İspanya gibi bazı devletlerde, bazı bölgelerin güçlü halk sağlığı katkılarıyla birlikte önemli farklılıklar bulunmaktadır. Yapılarda ve süreçlerde değişiklik olmasına rağmen bütün bu ülkeler modern bulaşıcı hastalık sürveyans ve kontrol sistemlerine, iyi gelişmiş sağlık tanıtım programlarını ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinin düzenlemesine halk sağlığı geliştirebilme mekanizmalarına sahiptirler. Bazı ülkeler kendilerini halk sağlığı fonksiyonlarını güçlendirmek için ya büyük çaplı eğitim programları ile yada hizmetleri tekrar yapılandırarak inisiyatifler üstlenmektedirler; bu ülkelerin içinde Danimarka, Fransa, Almanya, Macaristan ve Polonya bulunmaktadır. Avusturya, Yunanistan ve Portekiz gibi bazılarında ise hizmetler bazı bölgelerinde gelişmiş olsa bile az şey yapılmaktadır<sup>186</sup>.

<sup>186</sup> Richard B.Saltman-Joseph Figueras, "Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizleri" Çev.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Gen.Koor.- Eksen Tanıtım Tasarım Ltd.Şti. 1998, s.76

Birçokları bulaşıcı hastalıkların kontrolünü sağlık hizmetleri ve reform için bir yan uğraş saysa da her ikisi bir biri üzerinde etkili olabilir. Bulaşıcı hastalıkların kontrolünün başarısız olması hem enfekte olmuş hastaların tedavisindeki doğrudan maliyet<sup>187</sup> hem de bulaşıcı hastalıklara karşı karşıya kalmış toplumlarda dolaysız maliyetlerle, örneğin, yiyecek fabrikalarının kapanmasının ulusal ekonomik büyüme üzerinde etkili olması gibi sağlık hizmetlerinde önemli ekonomik sonuçlar doğurabilir<sup>188</sup>.

[Çevre kirliliğinin önlenmesinde] standartlar söz konusu olduğunda değişik ayrımlar bulunmakta ise de gerek bunların birbirleriyle bağlantıları gerek çeşitli kirlilik mevzuatındaki durum esas alındığında bunlar arasında “çevre kalite standartları (ÇKS) ile emisyon standartları” (ES) ayrımının temel nitelikte olduğu söylenebilir. Gerçekten de değişik ülkelerin çevre mevzuatına yön veren ayırım budur. Ayırımın hareket noktası, sözcüklerin de gösterdiği gibi, standartların ilişkin oldukları kaynak ya da ortamlardır. Birincisinde standartların belirlenmesinde kirleticinin bırakacağı dolayısı ile olumsuz sonuçlarını yaratacağı ve böylece kirleticileri taşıyacak ortam yani hava, su ve toprak esas alınır. İzin verilebilecek kirlilik düzeyleri yani sınır değerleri bu alıcı ortamların özelliklerine göre belirlenir<sup>189</sup>. ABD, Japonya ve çoğu Avrupa ülkelerinde doğrudan esas alınan bu standartlar İngiltere gibi kimi uygulamalarda da emisyon ölçütlerinin belirlenmesinde yardımcı olarak kullanılmaktadır<sup>190</sup>.

Emisyon standartlarına gelince, bunların tek tek kirleticiler esas alınarak saptanan ve kirleticilerin her biri için belli süreler içerisinde, ilgili oldukları kaynaklardan çıkarabilecekleri emisyonlar bakımından, belirlenen kabul edilebilir maksimum miktarı gösteren ölçütlerdir. ABD’deki uygulamada arzu edilen hava kalitesini sağlama çerçevesinde esas alınması kabul edilen üç türlü genel nitelikli bölge ayrımının varlığı göze çarpar. Bu ayırım ulusal parklar ve yabanıl alanlar, orta derecede bir değişikliğe ve ekonomik büyümeye izin verebilecek alanlar ve endüstriyel gelişmeye açık olabileceği kabul edilen alanlar şeklindedir<sup>191</sup>.

<sup>187</sup> Aktaran, a.g. k., s.71

<sup>188</sup> Aktaran a.g.k.,s.71

<sup>189</sup> Turgut, a.g.k., s.359

<sup>190</sup> A.k., s.360

<sup>191</sup> A.k., s.360-382

Hava kalitesinin ve atıkların kontrolü ile kimyasal maddeler nükleer enerji ve gen teknolojisi gibi evrensel kapsamlı konularda Almanya, Kanada gibi federal yapılarda bile ulusal hükümete tüm ülke çapında uygulanacak bir kısmı yarışmacı yetkiler verilmiştir<sup>192</sup>.

Halk sağlığının uğraştığı ikinci bir alan çocuklar (okul sağlığı dahil), yaşlıların, öğrenme zorluğu çekenler ve tüberkülozular gibi spesifik gruplara verilecek hizmetlerin sunulması içermektedir. Bu rol geleneksel olarak, bağımsız hekimleri söz konusu gruplarla ilgilenmeye yöneltecek mali teşvikler oluşturamamaktan doğmuştur. Sonuç olarak da bu sorumluluğu hükümetler üstlenmiştir. Sosyal sigorta sistemleri bulunan ülkelerde sağlık bakımı genellikle çalışan gruplara verilirken bunlar genelde erkeklerdir. İşsizler, yaşlılar, anneler ve çocuklar halk sağlığı sistemindedir. Ancak hükümetlerin tüm sağlık hizmetlerinde sorunları olduğu İngiltere'deki Beveridge ve SSCB'deki Semashko modelinde bile bu iki sistem birbirinden ayrıdır. Belçika, Hollanda gibi kimi ülkelerde bu hizmetlerin bir kısmı sivil toplum kuruluşları tarafından sağlanmaktadır<sup>193</sup>.

İngiltere'de çocuk sağlığı gözetimi ve aşılama büyük ölçüde genel pratisyenlerin sorumluluğu altına girmiştir. Belirli hedefleri tutturmaları durumunda genel pratisyenlere sözleşmeye dayalı ödemeler yapılarak yüksek düzeyde bir aşılama sağlanabilmiştir. İzleme sağlık otoriteleri arasında bulunan halk sağlığı personeli tarafından yürütülmektedir. Ve bunlar hedeflere ulaşılmaması durumunda tavsiye ve destek verebilmektedirler. Yaşlılar ve öğrenme güçlüğü bulunanların sorumluluğu ise "birinci basamak ikinci - arayüz" olarak adlandırılan uzmanlar tarafından sağlanmaktadır. Bunun amacı bu zayıf grupların temel sağlık hizmetlerinden marjinalize olmasını önlemektir<sup>194</sup>.

... Çevre sağlığı yaklaşımında farklılıklar... [vardır] ODA ülkelerinde "sopenid" yani sağlık ve salgın kontrol istasyonları gibi bazı sistemler çevre kirliliğini kısmen kapsamaktadır. Bu sistemler dar kapsamlı multidisipliner yaklaşımlar geliştirmek,

<sup>192</sup> A.k., s.401-402

<sup>193</sup> Saltman-Figueras, a.g.k., s.71-72

<sup>194</sup> A.k.,s.72



coğrafya, ekonomi, politika analizi ve matematik modelleme için bazı becerilerin de olması gerektiğini kabul ederek bugün egemen olan mevcut tıp modelinden uzaklaşmalıdırlar. Optimum model, sağlık statüsü ile maruz kalınan koşulların birlikte izlendiği bir çevre kontrolüdür. Bu ayrıca ikisini bütünleştiren ekonomik, eğitimsel ve düzenleyici uygun politikaların uygulanması ve tasarımı da gerektirmektedir. Hiçbir Avrupa ülkesi bu ideali başaramamıştır. Ancak aralarında Hollanda'nın da er aldığı bazıları diğerlerinden daha fazla gelişme kaydetmiştir<sup>195</sup>.

[Çevre sağlığı konusunda ise] Almanya'da çevre görevlisi şirket personeline emir verme yetkisine sahip olmayıp yönetimin yalnızca bağımsız bir danışmanıdır. Görevlinin gözetim, ürün ve proses yenilenmesi çalışmalarına katılma, firma içerisinde iletişim kurma ve firmayı belli bir dereceye kadar otoriteler karşısında temsil etme yetkisi vardır. Ayrıca önemli yatırım kararları verilmeden önce bu görevlinin dinlenilmesi gereklidir. Japonya'da ise çevre görevlisi hemen hemen aynı görevleri olmasına karşın şirket içinde üst yönetime dahil olup emir verme yetkisi bulunmaktadır<sup>196</sup>.

Çevresel etki değerlendirilmesinin (ÇED) diğer ülkelerdeki durumu ise ÇED'nin çok sayıda ülkedeki uygulamasına genel olarak göz atıldığında, ilk olarak, bir kısım ülkelerin bu konuyu özel yasalarla ya da genel ve çerçeve niteliğindeki çevre yasalarına hükümler koymak yoluyla bazılarının ise konuya ilişkin hükümleri, çevreyi ilgilendiren, mevcut yasalara dağıtmak sureti ile düzenledikleri görülür. İlk durumda çerçeve yaklaşım söz konusu olup bu yaklaşım ABD'nin de ve Avrupa Birliğinin ÇED direktifinde esas alınmıştır. İkinci durumda ise İngiltere ve İrlanda'daki uygulamanın örneğini oluşturduğu sektörel yaklaşım esas alınmıştır. Bu iki ülkede ÇED ile ilgili hükümlerin daha çok arazi kullanımına ve kaynak planlamasına ilişkin yasalara dağıtıldığı görülür. Bu yaklaşımın ilkinde oranla, dezavantaj değişik hukuki düzenlemelerin konularının oluşturan sektörler arasında, ÇED yönünden,

<sup>195</sup> A.k.,s.71

<sup>196</sup> Aktaran, Turgut, a.g.k.,s.393-Dipnot 155

uyumsuzlukların ortaya çıkma olasılığı ve bunun önüne geçmek için titiz ve ciddi çalışmalar yapılması gerekliliğidir<sup>197</sup>.

Çeşitli ülkelerin uygulamalarına bakıldığında saptanabilecek bir nokta da, yasalarda genel ve yoruma açık hükümlere yer vererek ayrıntıların kural düzenlemelere bırakan ülkelerin yanı sıra, özellikle önemli koşullar başta gelmek üzere ayrıntılı hükümleri yasalara koymayı yeğleyen ülkelerin varlığıdır. Daha çok Anglo-Sakson hukuk sistemleri açısından yapılacak genel bir saptama da bu ülkelerin ÇED’ni düzenlemede ilk sıraları almaları ve bunların bir kısmında (İngiltere, Yeni Zelanda) hukuki metinlere dahil edilmeden önce de ÇED’ne benzer uygulamaların, pratikte, çeşitli alanlarda gerçekleştiriyor oluşudur. Bu olgudan soyut olmayan diğer bir saptama ise, yine aynı ülkelerde gerek ÇED’ne ilişkin ilk düzenlemelerin yapılmasında gerek yapılan bu düzenlemelerin yeni gereksinimlerin etkisiyle zaman içinde geliştirilmesinde ve bu bağlamda önceleri idari birimlerin takdirine bırakılmış olan alanlarda sonradan emredici hükümler getirilmesinde mahkemelerin oynadıkları önemli roldür. Mahkemelerin özellikle ABD ve Kanada gibi ülkelerde belirgin şekilde olmak üzere bir çok ülkede, ÇED’nin esasına ilişkin olan genel ve esnek nitelikli noktalarda aydınlatıcı yorumlarının hem uygulamada hem düzenlemelerde değişiklikler getirilmesinde yada kural düzenlemelerin yapılmasında önemli katkıları olmuştur<sup>198</sup>.

İngiltere’de koruyucu sağlık hizmetleri, “ Bölge Sağlık Yönetimleri (local health authorities) koruyucu hekimlik örgütlerini kurmak ve işletmekle görevlidir. Yerel yönetimlerin sağlık ile ilgili hizmetleri şunlardır: Temel sanitasyon (su ve kanalizasyon), çevre kirlenmesini kontrol, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, bağışıklama, sağlık laboratuvarları, ana-çocuk sağlığı, okul sağlığı-işçi sağlığı, yaşlılar için sağlık bakımı, bulaşıcı olmayan hastalıklarla savaş, ruh sağlığı, kazaların kontrolü, acil bakım hizmetleri (ambulans, kan bankası), ağız sağlığı ve sağlık eğitimi bölge sağlık yönetimlerinde sağlık işlerini uzman toplum hekimleri yürütür<sup>199</sup>.

<sup>197</sup> Aktaran, a.g.k., s.417

<sup>198</sup> A.k., s.417-418 Ayrıntılı bilgi için bkz.

<sup>199</sup> Fişek, a.g.k., s.196

İsveç'te, halka, her çeşit sağlık hizmetlerini sunmak ilçe konseylerinin (County Council) görevidir<sup>200</sup>. Yerel sağlık merkezlerine ve aile hekimlerinin muayenelerine ek olarak: özel çalışan doktorlar ve fizyoterapistler, mahalle hemşire klinikleri ve ana çocuk sağlığı klinikleri birinci basamakta hizmet vermektedirler. Çocuk sağlığı kliniklerinde okul öncesi çocukların aşıları sağlık kontrolleri ve konsültasyonları ve tedavileri ücretsiz sağlanmaktadır. Ana sağlığı kliniklerinde ebe ve doktorlar birlikte görev yapar<sup>201</sup>.

Finlandiya'da ise yasalar belediyelerin kişilere sunmak zorunda oldukları sağlık hizmetlerini düzenlemektir. 1972 yılında çıkarılan "Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu" sağlık danışmanlığı, ana çocuk sağlığı, okul sağlığı hastaların nakli izleme değerlendirme ve çocuk ve yaşlıların diş sağlığı alanlarında verilen sağlık hizmetlerini düzenlemektedir<sup>202</sup>.

Özellikle chernobyl faciasından sonra Avrupa'da çevre sağlığına karşı hassasiyet hem kamuoyu hem de hükümetler nezdinde hızla artmaktadır<sup>203</sup>.

## B.YASAL DÜZENLEMELER

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından "Sağlık Reformu İle İlgili Kanun Tasarısı Taslakları ve Gerekçeleri 31 Mart 1993"<sup>204</sup> tasarısı dört adet kanun taslağını kapsamaktadır. Bunlar:

- Sağlık Kanun Tasarısı Taslağı
- Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı Taslağı
- Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarısı Taslağı

<sup>200</sup> A.k., s.197

<sup>201</sup> Toker Ergüder, Serdar Esin, Levent Kutlu, "İskandinav Ülkeleri Sağlık Sistemleri-1" Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Strateji Eylül 1998, sayı 19, s.15

<sup>202</sup> a.g.d., s.17

<sup>203</sup> Kurtulmuş, a.g.k., s.126

<sup>204</sup> Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü "Sağlık Reformu ile ilgili Kanun Tasarısı Taslakları ve Gerekçeleri" 31.Mart 1993 Ayrıntılı bilgi için bkz.

- Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı Taslağı'dır.

Bunların koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgili maddelerini incelersek:

- Sağlık Kanun Tasarısı Taslağı:

Madde 5'de koruyucu sağlık hizmetleri konusunda "Hastalıklara karşı koruyucu önlemleri ve hizmetleri, bakanlığın sorumluluğunda, yerel yönetimler, diğer kamu ve kuruluşları ile özel hukuk kişileri tarafından iş birliği ve eş güdüm içinde yürütülür". (md. 5)

Madde 6'da ise bakanlık, bulaşıcı bir hastalığın ortaya çıkması veya ülkeye girmesini ve yayılmasını engelleyici her türlü tedbiri alır...(md 6) demektedir.

Önemli maddelerinden biri de 33.madde olan aile hekimliği ve görevlerinden bahsetmesidir. " Aile hekimi, bakanlıkça belirlenmiş asgari standartlara uygun bir mekanın asli görev yeri olarak kullanan, bölge sağlık idaresiyle sözleşmeli olarak kendisine kayıtlı kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek üzere kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerden sorumlu hekimdir. Bir hekimin bölge sağlık idaresiyle aile hekimi olarak sözleşme yapabilmesi için tabip odası üyesi olması zorunludur.

Aile hekimi bölge sağlık idaresinden, kendisine kayıtlı kişilerin sayısına, çalıştığı yerleşim yerine, sağlık hedeflerine ulaşmaktaki başarısına ve mesleki niteliğine göre belirlenen bir ücret alır.

Birden fazla aile hekimi bir araya gelerek "aile hekimliği merkezi" kurabilirler.(md.33)

Aile hekimi, listesinde kayıtlı kişilerin ev ziyaretlerinin... [ yapar] bu hizmetlerin karşılığının nasıl ödeneceği, bakanlıkça düzenlenir." (md.33)

Aile hekimliğinin görevleri sıralanmış ve ilk görevlerinden biri de; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmektir. (md. 33/a)

Beşinci madde de bahsedilen bölge sağlık idareleri bu reformun içersindedir. Ayrı bir kanun taslağı olarak hazırlanmıştır. Bu kanun kapsamında çıkarılması gereken tüzük ve yönetmelikler ise;

Madde 75/b'de;

1. Bulaşıcı hastalıklara karşı önlemler,
2. Afet hallerine ilişkin önlemler,
3. İlaç eczacılık hizmetleri ve sağlık malzemelerine ilişkin esaslar,
4. Sağlıkla ilgili kuruluşlara uygulanacak işlemler,
5. Toplu taşımacılıkla sağlık ünite ve malzemesi bulundurma zorunluluğı,
6. İçme ve kullanma sularına ilişkin esaslar,
7. Kanalizasyon atıkları ile ilgili esaslar,
8. Ölülerin gömülmesi ve nakli,
9. Konut ve kamuya açık yerlerle ilgili esaslar,
10. Çevre sağlığı sorunlarına yol açabilecek işletmelerle ilgili esaslar,
11. Gıdalar ve imalinde kullanılacak maddelerin gerekli nitelikleri ve denetimi
12. Gıdalara mahsus kap, ambalaj ve nakil araçlarında zehirli madde bulundurulmaması,

13. Radyasyondan korunma.

14. Anne ve çocuk sağlığı,

15. Öğrencilerin sağlık aşısından korunması,

16. Evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri,

17. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılanma ve işbirliği,

18. Özel hastaneler,

gibi 32 maddeden oluşan bu kanuna dayalı çıkarılması amaçlanan tüzük ve yönetmelikler mevcut, dolayısıyla yürürlükten kalkması gereken önceki mevzuat ise aşağıda verilmiştir.

Madde 76. Aşağıdaki kanunlar ve hükümler yürürlükten kalkmıştır.

- a) 992 sayılı ve 09.03.1927 tarihli Seriri ve Gıdai Taharriyat ve Tahlilât yapılan ve Masli Teammüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Labarutuvarları Kanunu,
- b) 1219 sayılı 11.04.1928 tarihli Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun,
- c) 1262 sayılı ve 14.05.1928 tarihli İspençiyeri ve Tıbbi Mustahzarlar Kanunu,
- d) 1593 sayılı ve 24.04.1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,
- e) 2219 sayılı ve 24.05.1933 tarihli Hususi Hastaneler Kanunu,
- f) 3958 sayılı ve 30.12.1940 tarihli gözlükçülük hakkında kanun,

- g) 4459 sayılı ve 09.07.1943 tarihli Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilatı yapılmasına dair kanun,
- h) 6197 sayılı ve 18.12.1953 tarihli Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun,
- i) 6283 sayılı ve 15.02.1954 tarihli Hemşirelik Kanunu,
- j) 2238 sayılı ve 29.05.1983 tarihli Organ ve Doku alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanununun 14. Maddesinin 1.,2. ve 3. fıkraları,
- k) 5368 sayılı ve 11.04.1949 tarihli Verem Savaş Hakkındaki Kanun,
- l) 7402 sayılı ve 04.01.1960 tarihli Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun,
- m) 224 sayılı ve 05.01.1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun,
- n) 3359 sayılı ve 07.05.1987 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu,

Kademeli olarak kaldırılacak hükümler ise (md. 77) genel sağlık sigortasına geçiş aşamalarına uygun olarak uygulamaya geçilen il ve bölgelerde;

- a) 2514 sayılı ve 21.08.1981 tarihli bazı sağlık personelinin devlet hizmeti yükümlülüğüne dair kanun,
- b) 3201 sayılı ve 04.06.1937 tarihli emniyet teşkilat kanununun 89.maddesi yürürlükten kalkar.

Geçici maddede Verem savaş dispanserleri ve ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri sağlık ocağına dönüştürülmüştür. (md. 2)

Bu kanunun koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili görev ve yetkiler dışında mevzuatın tamamı yenileme ve eski mevzuatları yürürlükten kaldırılması konusunda şu

açıklamayı yapmaktadır. Bu kanunun ikinci maddesinde yer alan kamu sağlığı ile ilgili fıkraların gerekçesini şöyle açıklamaktadır.

“1930 yılında yürürlüğe girmiş ve çağının çok ilerisinde hükümleri ile uzun süre uygulama değerini korumuş olan “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” Türkiye’de sağlık mevzuatının en önemli yasalarından birisi olmuştur. Devletin kamu sağlığından sorumlu olması yaklaşımı bu günde geçerli olan bu yasa, kamunun sağlık tehlikelerinden korunması için çok önemli ve ayrıntılı kurallar getirmiştir.

Ancak, yıllarca sağlık hakkı alanında temel bir kaynak olmuş olan bu yasanın bir çok hükmü aradan geçen altmış yılı aşkın süre içinde eskimiştir. Örneğin on iki yıl önce yeryüzünde kökü kazındığı açıklanan çiçek hastalığına karşı beş yılda bir aşı yapılması bu yasaya göre halâ zorunludur<sup>205</sup>.”

- Sağlık Bakanlığının teşkilat ve görevleri Hakkında Kanun Taslağı;

Bu taslakta ise önemli unsur yedinci maddenin ana hizmet birimlerinde “çevre sağlığı ve gıda genel müdürlüğü” nün yer almasıdır.

Bu madde ile (md. 7.a/2) hedeflenen amaç şöyle açıklanmaktadır. “Sağlıklı çevre ve gıda koşullarının sağlanması ile ilgili tüm planlama, standartların belirlenmesi ve gerekli denetimin sağlanması görev ve sorumluluğun Çevre Bakanlığı ve Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı ile işbirliği içinde Çevre Sağlığı ve Gıda Genel Müdürlüğü’ne verilmektedir. Konu bir bütün olarak ele alınmakta ve böylece etkinlik artırılmaktadır<sup>206</sup>.

- Bölge Sağlık İdareleri Kanun Taslağı;

Bu kanun taslağını da kısaca ele almamızın sebebi koruyucu sağlık hizmetlerinin de bu kanun taslağıyla Bölge Sağlık İdareleri Kontrolüne verilmesidir. Bu kanunun amacı, sağlık hizmetlerinin eşitlik hakkaniyet ilkelerine, etkililik ve

<sup>205</sup> A.K., s.45

<sup>206</sup> A.K., s.92



esaslarının sunulmasına sağlamaya yönelik olarak, sağlık bakanlığına bağlı bölge sağlık idarelerini kurmak ve bunların teşkilat ve görevlerine ilişkin esasları düzenlemektir.

(md. 1)

Madde 3, kuruluş başlığı altında bakanlığa bağlı katma bütçeli ve kamu tüzel kişiliğine sahip yirmi bölge sağlık idaresi kurulmuştur.

- a) Birinci bölge sağlık idaresi, merkez il Adana ile Hatay, İçel ve Kahramanmaraş,
- b) İkinci bölge sağlık idaresi, merkez il Ankara ile Bolu, Çankırı ve Kırıkkale,
- c) Üçüncü bölge sağlık idaresi, merkez il Antalya ile Burdur ve Isparta,
- d) Dördüncü bölge sağlık idaresi, merkez il Aydın ile Denizli ve Muğla,
- e) Beşinci bölge sağlık idaresi merkez il Bursa ile Balıkesir ve Çanakkale,
- f) Altıncı bölge sağlık idaresi merkez il Diyarbakır ile Batman, Mardin ve şırnak,
- g) Yedinci bölge sağlık idaresi, merkez il Edirne ile Kırklareli ve Tekirdağ,
- h) Sekizinci bölge sağlık idaresi, merkez il Elâzığ ile Bingöl, Malatya ve Tunceli,
- i) Dokuzuncu bölge sağlık idaresi, merkez il Erzurum ile Ağrı, Ardahan, Erzincan, İğdir ve Kars,
- j) Onuncu bölge sağlık idaresi, merkez il Eskişehir ile Afyon, bilecik ve Kütahya,
- k) Onbirinci bölge sağlık idaresi, merkez il Gaziantep ile Adıyaman ve şanlıurfa,

- l) Onikinci bölge sağlık idaresi, merkez il İstanbul ile Kocaeli ve Sakarya,
- m) Onüçüncü bölge sağlık idaresi, merkez il İzmir ile Manisa ve Uşak,
- n) Ondördüncü bölge sağlık idaresi, merkez il Kayseri ile Kırşehir, Nevşehir ve Niğde,
- o) Onbeşinci bölge sağlık idaresi merkez il Konya ile Aksaray ve Karaman,
- p) Onaltıncı bölge sağlık idaresi merkez il Samsun ile Amasya, Çorum, Ordu ve Sinop,
- q) Onyedinci bölge sağlık idaresi, merkez il Sivas ile Tokat ve Yozgat,
- r) Onsekizinci bölge sağlık idaresi, merkez il Trabzon ile Artvin, Bayburt, Giresun, Gümüşhane ve Rize,
- s) Ondokuzuncu bölge sağlık idaresi, merkez il Van ile Bitlis, Hakkari, Muş ve Siirt,
- t) Yirminci bölge sağlık idaresi, merkez il Zonguldak ile Bartın ve Kastamonu illerini kapsar.

Bu kanun yürürlüğe girmesinden sonra kurulacak illerin hangi idarenin kapsamına gireceğini belirlemeye ve gelişmelere göre illerin başlı olduğu idareleri izleyen ilk mali yılı başından itibaren geçerli olma üzere değiştirmeye, bakanlar kurulu yetkilidir.

Bölge sağlık idarelerinin ana hizmet birimleri madde 10/c'de çevre sağlığı ve gıda dairesi başkanlığı olarak verilmiştir. Bu durum çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli bir gelişmedir. Reform taslağında bu birimin görevleri şöyle sıralanmıştır.

a) Hava, su, toprak kirliliği, gürültü, temiz su sağlamak, atıkların zararsızlaştırılması gibi çevre sağlığı konuları ile gıda güvenliği alanında bakanlıkça geliştirilmiş programları uygulamak,

b) Çevre sağlığı ve gıda güvenliği konularındaki gündelik hizmetleri yürütmek veya taşra kuruluşları ve başka kuruluşlar eliyle yürütülmesini sağlamak,

c) Çevre sağlığı ve gıda güvenliği ile ilgili hizmet veren bütün kamu kurum ve kuruluşları ile özel kurum ve kuruluşların çalışmalarını yönlendirmek ve denetlemek,

d) Çevre sağlığı sorunlarına yol açabilecek her türlü kurum, işyeri, tesis, konut ve kuruluşu asgari sağlık standartları açısından denetlemek, bu kuruluşların açılmasına izin vermek ve gerektiğinde izinler kaldırmak,

e) Her türlü gıda ve gıda katkı maddeleri, kaynak ve maden suları ile insan ve toplum sağlığını yakından ilgilendiren eşya, levazım ve diğer maddelerin, üretim, dışa alım, dağıtım ve tüketim aşamalarını belirlenen ilke ve esaslar doğrultusunda denetlemek,

f) Belirlenmiş programlar doğrultusunda hayvan hastalıkları ile ilgili olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ile mücadele etmek ve öteki veteriner halk sağlığı hizmetlerini yürütmek,

g) Vektör mücadelesini hizmetlerini yürütmek,

h) İdarece verilen benzer görevleri yapmak ile görevlidir.(md. 13)

Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili olarak reform taslağından bir kaç örnek verdik. Ancak bu kanun taslaklarına göre çıkacak tüzük ve yönetmeliklerin içeriği belli olmadığından biz önerilerimizi şöyle sıralıyoruz.

ÇED yönetmeliği kapsamına girecek faaliyetlerin listesi GSM yönetmeliği kapsamında olan faaliyetlerin listesine göre tekrar gözden geçirilmelidir. GSM

yönetmeliği ile işyeri açma ve çalışma ruhsatlarına ilişkin yönetmeliğin kapsamında olan faaliyetlerin listeleri ayrı ayrı yapılmalıdır. Gayri sıhhi müesseseler kapsamında olan aynı zamanda su ürünleri yönetmeliği ve kırmızı et yönetmeliği kapsamına giren faaliyetler tek bir elden ruhsat alması sağlanmalı ve buna göre listelerde ayıklama yapıp bürokrasi azaltılmalıdır.

Ekonomik hayata yeni girmiş, çevreye zararlı olabilecek, daha önce isimleri tanımlanmamış faaliyetler GSM listelerine ilave edilmelidir.

Ayrıca sağlık bakanlığı kadro kıstas yönetmeliğinde gıda ve çevre kontrol şube müdürlüğü kadrosu için tahsis edilen tabip ve mühendis kadrosu değiştirilmeli, mühendis alanı belirtilmeli veya sayılmalı, örneğin çevre mühendisi, kimya... gibi. Tabip kadrosu ise çıkarılmalı bunun yerine alanında en az üç yıl görev yapmış çevre sağlığı teknisyenlerinden alanı ile ilgili ön lisans veya lisans programını bitirmiş veya iktisadi ve idari bilimler fakültesi bölümleri, siyaset bilimleri fakültesi ilgili bölümleri ile hukuk fakültesi mezunlarına tahsis edilmelidir. Çünkü bu bölümde aynı zamanda görev uygulamasının mevzuatla iç içe olduğu dikkat edilmelidir.

Belediyelerin gıda işyerlerini denetlemesi konusundaki belirsizlik 4128 sayılı kanunun verdiği yetkiye dayalı olarak esasları sağlık bakanlığınca belirlenecek yönetmelik çalışması da bir an önce tamamlanmalıdır.

Yürürlükteki düzenlemeler gözden geçirilerek ayıklanmalar yapılmalı, çelişki ve çatışmalar giderilmeli, günün koşullarına uygun, vizyonu bulunan düzenlemeler haline getirilmelidir. Düzenlenmesi bulunmayan konular belirlenerek yeni düzenlemeler getirilmeli ve belirsizlikler giderilmelidir. Yönetim araçlarına ilişkin özel düzenlemeler geliştirilmeli ve var olanların günün koşullarına uygunluğu sağlanmalıdır<sup>207</sup>.

Ayrıca elektromanyetik kirlilik ve şikayetleri ile ilgili sorunlar devam etmektedir. Bu konuda ulaştırma bakanlığının hazırladığı yönetmelik, danıştayca iptal edilince, konu yerel yetkilerle çözülmeye çalışılmakta, bu konuda acilen yasal boşluk

<sup>207</sup> Sağlık Bakanlığı "Ulusal Çevre Sağlığı Programı" Ankara 2001, s.3

giderilmelidir. Aile planlaması konusunda özel hekimlerin de ücretli olarak aile planlaması ile ilgili koruma yöntemi uyguladıklarından yapılan bu çalışmaları sağlık müdürlüklerine bildirmeleri zorunlu hale getirilmelidir. Çünkü bu konudaki istatistiksel bilgiler daha düşük görülmekte ve planlamada zorluk çekilmektedir. Aynı konu, çocuklara aşı uygulaması konusunda da söz konusudur.

Ana çocuk sağlığı konusunda, yeni doğum yapan çalışan bayanlara, belli aralıklarla yaptığı ilk iki canlı doğum için, 15'er ay ücretli izin verilmesi, sonraki doğumlarda önceki mevzuat aynen uygulanmalıdır. Döner sermayeden pirim alan sağlık personelinin çalışmadığı zamanki pirimleri ödenmediğinden, ilk iki çocuk için doğum yapan bayan personele çalışmaya da altı ay döner sermaye pirimlerinin ödenmesi, daha sonraki doğumlarda bundan önceki mevzuatın uygulanması sağlanmalıdır.

Sağlık personelinin tümünün döner sermaye pirimlerini alması sağlanarak döner sermaye gelirleri tarif edilirken koruyucu sağlık hizmetlerinin tümü ücretsizdir şeklinde değerlendirilmeyip, koruyucu sağlık hizmetlerinin kişiye yönelik olanları ile çevre ile ilgili mağdur olan vatandaşlar hariç, GSM kapsamında işyeri açacak faaliyetlerin sınıflarına göre döner sermayeye, bakanlığın her yıl belirleyeceği makul miktarda katkı sağlanacaktır, şeklinde belirlenmelidir. Ayrıca sağlık müdürlüklerinde hukuk müşavirliği şubesininde kurulması bazı bilinçli veya bilinçsizce hukuk dışı uygulamaların ortadan kalkmasına da yararlı olacaktır.

### III. TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ

#### A. ABD VE BAZI AVRUPA ÜLKELERİNDEN ÖRNEKLER

Sistem	Ülke Örnekleri
Girişimci (Piyasa Ekonomisi)	ABD (gelişmiş) Filipinler (gelişmekte olan) Kenya (yoksul)
Sosyal Refaha Dayalı	Kanada, Japonya, Almanya (gelişmiş) Peru (gelişmekte olan) Hindistan (yoksul)
Tüm Nüfusu Kapsayan (üniversal)	İngiltere, İsveç (gelişmiş) Kosta-Rika (gelişmekte olan) Sri-Lanka (yoksul)
Sosyalist	Eski SSCB (gelişmiş) Küba (gelişmekte olan) Çin (yoksul)

**Tablo VII.** Roemer'a Göre Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

**Kaynak:** Kurtulmuş Sevgi, “Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi”, Değişim Dinamikleri Yayınları İstanbul 1998, s. 99

Piyasa ekonomisine dayalı sağlık hizmetlerinin bulunduğu ülkeler genellikle liberal kapitalist sistem içinde gelişmiş ülkelerdir. Bu tip ülkeler içinde en önemli örnek ABD'dir. Hastane yataklarının 2/3'si özel sektör kuruluşlarının olduğu bu ülkede, toplam sağlık harcamalarının % 60'ı özel sektörce karşılanmakta bunun yaklaşık % 50'sini de isteğe bağlı özel sigortalar oluşturmaktadır. Bu kategorideki ülkelerin gelişmekte olan ülkeler içindeki örneği ise Filipinlerdir. Buradaki toplam harcamaların % 75'i özel sektöre aittir. Hekimlerin % 59'u tamamen özel çalışmakta devlet memuru olan hekimlerin %41'de ayrıca part-time olarak özel sektörde çalışmaktadır.

Yoksul ülkeler ise piyasa modellerini benimsemiş ülkeler örnek olarak Kenya verilebilir. Bu ülkede, tüm sağlık harcamalarının % 51'i özel sektördedir. Hekimlerin %70'i özel çalışmakta, devlette çalışanların % 30'u ise aynı zamanda özel sektörde de çalışmaktadır. İkinci grubu oluşturan refah yönelimli (sosyal) sistemler ise avrupa ülkelerinin çoğunda, Japonya, Kanada ve Avustralya gibi ülkelerde uygulanmaktadır.

Bunların içinde Almanya tipik örnektir. Almanya’da harcamaların % 77’si hükümet programları tarafından karşılanır ve bunun önemli bir kısmı zorunlu sigorta fonlarından gelir<sup>208</sup>.

Gelişmekte olan ülkeler arasında ise Peru gibi Latin Amerika ülkeleri sosyal yönelimli sağlık sistemlerini benimsemiştir. Peru’da hastane yataklarının % 80’i hükümet kurumlarının elinde olup, doktorların % 70’i de bu kurumlarda çalışmaktadır. Üçüncü kategorideki kapsayıcı tip sağlık sistemleri bütün nüfusu kapsamı (Üniversal oluşu), finansmanının tamamen genel vergilerden karşılanması ve sağlık çalışanlarının ücret sistemi ile istihdam edilmeleri gibi temel özelliklere sahiptir. İngiltere, İskandinav ülkeleri, Yunanistan ve İtalya bu ülkelerdendir. İngiltere’de sağlık harcamalarının % 87’si hükümet tarafından yapılmaktadır. Gelişen ülkeler arasında bu sisteme sahip olanlar çok azdır. Sri-Lanka ve Costa-Rica bunlara örnektir. Roomer’in sınıflandırılmasındaki dördüncü grup ülkeler ise eski SSCB olmak üzere sosyalist ülkelerdir. Bu ülkelerde sosyalist iktidar ile birlikte tüm kuruluşları hükümetlerin denetiminden geçmiş ve harcamaların hemen tamamı devlet tarafından karşılanmıştır<sup>209</sup>. 1980’li yılların hemen başlarından itibaren Çin’de 1989’dan sonra eski SSCB ülkeleri ve özellikle Doğu Avrupa ülkelerinde tüm ekonomik sistemde reform ve liberalleşme çabaları kapsamında sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında da yapısal değişiklikler yönündeki arayışlar devam etmektedir<sup>210</sup>.

Tüm dünyada 20. Yüzyılın sonuna geldiğimiz bu günlerde sağlık sistemlerinde büyük değişimler yaşanmaktadır. Sağlık alanında yaşanan değişim süreçleri hem gelişmiş ve hem de gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak tartışılmaktadır. Sağlık olgusunun önem kazandığı günümüzde sağlık sistemleri daha fazla sorgulanmakta; ülkeler kendi yargılarını uygun sistem arayışlarını girmektedirler. “2000 yılında herkese sağlık” hedefi ile başlayan değişim çerçevesinde bazı ülkeler sağlık sistemlerinde köklü değişiklikler yapmışlar; bazıları pilot uygulama safhasında; bazıları da yeni model arayışı içindedirler<sup>211</sup>.

<sup>208</sup> Kurtulmuş, a.g.k., s.100

<sup>209</sup> Aktaran, A.k., s.101

<sup>210</sup> A.k., s.101

<sup>211</sup> Ergüder, Esin, Kutlu, a.g.d., s.15

Genel yapıya bağılı sağık ve sağık sektöründeki iddialara tepki olarak, ülkeler, sağık sisteminin farklı seviyelerinde politik müdahaleler için geniş çapta strateji değışikliğı geliştirmişlerdir. Bu farklı stratejiler ve mekanizmalar çerçevesinde sağık sisteminin bütün seviyelerini etkileyen bir kaç tane ana tema belirlemek mümkündür. Analizin gerçekleştirilebilmesi amacıyla bu politik tepkiler Avrupa'daki politika belirleyicilerinin bu amaçlara ulaşmak için kullandıkları 4 bütünleştirici tema ile özetlenebilir. Bütünleştirici bu dört tema; sağık hizmetleri alanında devletin ve piyasanın değışen rolü, kamu sektörünün daha alt seviyelerine ya da özel sektöre doğru ve desantralizasyonu , hastalara yönelik daha fazla seçim hakkı ve hastaların etkilendirilmesi ve halk sağılığının gelişen rolüdür<sup>212</sup>.

Dünyadaki sağık sistemlerinin sınıflandırılmasında coğrafi bölge (Asya, Avrupa, K.Amerika, Afrika gibi) , ülkelerinin milli gelir seviyelerinin (gelişmiş, gelişmekte ve gelişmemiş ülkeler gibi), uygulanan ekonomik sistem (kapitalizm, sosyalizm gibi) ve sistemin finansmanı esas alınarak yapılan sınıflandırmalar mevcuttur<sup>213</sup>.

Desantralizasyon bir çok Avrupa ülkesinde sağık sektörü reformunun ana konusu olup hizmetin sunulmasında gelişmeleri teşvik etmek, kaynakların ihtiyaçlara göre daha etkin tahsisini, toplumun önceliklerle ilgili karara katılımını sağlamak ve sağık alanındaki hakkaniyetsizliğin azaltılmasını kolaylaştırmak için etkili bir araç sayılmaktadır. Enformasyon alanındaki hızlı gelişmeler desantralizasyonun teknik açıdan uygulanabilirliğini arttırmaya yardımcı olmuştur. Merkezi idarenin, dile getirilen tercihlere uygun ve duyarlı cevap verebilmesi açısından hizmet kullanıcılara yakın olmaması merkezleştirilmiş ve bürokratik kuruluşlar büyük ölçüde düş kırıklığı yaratmışlardır. Hemen hemen bütün ülkelerde merkezden yönetilen sistemler de, düşük verimlilik, değışim ve yenilikte yavaşlık, sağılığı ve sağık hizmetlerini etkileyen değışikliklere karşı düşük duyarlılık gibi benzer sakıncalar bulunmaktadır. Merkezden

<sup>212</sup> Saltman, Figueras, a.g.k., s.39

<sup>213</sup> Kurtulmuş, a.g.k., s.96



yönetim sistemlerinin politik etkilere açık olması da desantralizasyonun bu sorun için otomatik bir çözüm olmamasına karşın, düşündürücü başka bir sakıncadır<sup>214</sup>.

ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde tıp eğitimi konusundaki uygulamalar, Türkiye'dekinden farklılık göstermektedir. ABD'de dört yıl olan tıp fakültelerine girebilmek için tercihen temel bilimlerde eğitim vere 4 yıllık bir fakülteyi bitirmiş olmak şart koşulmaktadır. Tıp fakültelerinden önceki 4 yıllık eğitim döneminde biyoloji, kimya, matematik, biyokimya, ağırlıklı dersler verilmektedir. Bu fakülteleri bitirenler tıp fakültelerine başlamadan önce hemşire, tıbbi teknisyen ve hekim yardımcısı olarak çalışabilmektedir. ABD'de ilk yıldan itibaren belirli aralarda sorumluluk verme esasına dayalı bir tıp eğitiminden sonra mezun olanlar hemen hekimlik yapamazlar. Herhangi bir eyaletten lisans alabilmek için önce üç bölümden oluşan "ulusal tıbbi kurul" sınavını geçmelidirler. Ayrıca, tüm eyaletler lisans vermek için bir yıl daha hastanelerde eğitim şart koşmaktadır<sup>215</sup>. ABD'de mezuniyet sonrası eğitim de süreklilik arz etmekte, tüm hekimler belli dönemlerde sınava girmek ve belli sayıda kurslara katılmak zorundadır. Bu sınavlardan geçemeyenler hekimlik hakkını kaybederler<sup>216</sup>.

Ayrıca, hastane yönetiminin tıp eğitiminden ayrı bir bilim dalı olduğu ABD'de 1910'larda fark edilmiştir<sup>217</sup>.

Çeşitli ülkelerde tıp tahsilini zorlaştırmak tıp fakültelerini aşırı talep dengelenmekte ve pratisyen hekimliği özendiren uygulamalarla gereğinden fazla uzman hekim yığılması önlenmektedir. İngiltere'de pratisyen hekimler bir filitre vazifesi görerek uzman hekimlere gidişi sınırlamaktadır. 2000 yılına doğru tüm Avrupa'da sağlık insan gücünde değişim gözlenmekte, pek çok ülkede hekimler 2 yıllık yoğun bir eğitimle genel pratisyenlik formasyonu kazanmaktadır<sup>218</sup>. Aile hekimliğinin yaygın olduğu ülkelerde pratisyen hekimlik baz olarak alınmakta, bunun üzerine belirli sürelerde, değişik servislerde yapılan stajlar eklenmekte, tıp fakültesini

<sup>214</sup> Saltman, Figueras, a.g.k., s.43

<sup>215</sup> Aktaran, Kurtulmuş, a.g.k., s.186

<sup>216</sup> Aktaran, a.g.k., s.186

<sup>217</sup> Aktaran, Sarvan, a.g.k., s.6

<sup>218</sup> Aktaran, Kurtulmuş, a.g.k., s.187

bitiren pratisyen hekimlere önemli ölçüde çalışma sahaları açılmaktadır. Örnek olarak Almanya'da tıp fakültesinden mezun olanlar hemen muayenehane açmamakta, diplomaları olmasına rağmen ehil sayılmamaktadırlar. Gerekli tecrübeyi edinebilmek için altı ay kadın doğumda, altı ay cerrahide, altı ay dahiliyede, altı ay çocuk servisinde çalışmaları gerekmektedir<sup>219</sup>.

**Tablo VIII. İskandinav Ülkelerinde Tıp Eğitimi ve Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitim Süreleri**

ÜLKE	TEMEL TIP EĞİTİMİ	İNTERNLÜK	MESLEKİ EĞİTİM
FİNLANDİYA	6 YIL	6 AY	36 AY
DANİMARKA	6.5 YIL	18 AY	42 AY
NORVEÇ	6 YIL	18 AY	5 YIL
İSVEÇ	5.5 YIL	21 AY	Hastane Rotasyonu 4 yıl 3 ay Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Aile Hekimliği Eğiticisinin (TUTOR) yanında çalışma 9 ay

**Kaynak:** SB., S.P.G.K. "Sağlıkta Strateji", Eylül 1998, sayı: 19, s. 15

### 1.A.B.D.

ABD'deki hastanelerin hemen hepsinde de yönetim kurulu veya mütevelli adı verilen üst yönetim organları bulunmaktadır<sup>220</sup>. Yönetim ve kontroller açısından ABD'deki devlete ve devlete ait olmayan hastaneler olarak ikiye ayrılmaktadır. Devlete ait hastanelerde, federal hastaneler ve federal olmayan hastaneler olarak iki grupta toplanmaktadır. Federal hastaneler, asgeri hastaneler ile emekli hastanelerini ve diğer sağlık kuruluşlarını kapsamaktadır. Federal olmayan hastaneler ise, eyalet

<sup>219</sup> Aktaran, Kurtulmuş, a.g.k., s.188

<sup>220</sup> Aktaran, Seçim, a.g.k., s.30

hastaneleri ile belediye hastanelerinden oluşmaktadır. Devlete ait olmayan hastaneler, kâr amacı güden özel hastaneler, kâr amacı gütmeyen özel hastaneler ve tüketicinin kontrolündeki hastaneler olarak üç gruba ayrılmaktadır. ABD’de 1960’larda başlayan tüketici hareketinin (Consumerism) bir sonucu olarak hastane mütevelli heyetlerine hastanenin bulunduğu çevredeki toplumun temsilcileri de dahil edilmeye başlanmıştır. Bu temsilcilerin mütevelli heyetinde giderek etkili olmaları ile “tüketicilerin kontrolündeki hastaneler” ayrımı yapılmaya başlanmıştır. Kâr amacı gütmeyen özel hastanelerde kendi içlerinde katolik hastaneleri ve katolik olmayan hastaneler şeklinde ikiye ayrılmaktadır<sup>221</sup>.

## 2. İsveç

İsveç sağlık sisteminin iki karakteristik özelliği vardır. Birincisi desantralize olması; ikincisi ise demokratik prensiplere dayanmasıdır<sup>222</sup>.

Hastane bakımı ve tedavisi gereken durumlarda; sağlık hizmetleri il ve bölge düzeyinde sunulmaktadır. İl düzeyinde tedavi edici sağlık hizmetleri veren 80 merkez ve mahalli hastane vardır. Buralarda çok sayıda uzman doktor görev yapmaktadır. Bölge düzeyinde tedavi edici sağlık hizmetleri veren 10 bölge hastanesi vardır. Bu hastanelerde il düzeyinde verenlerden daha çok sayıda uzman ve üst ihtisas yapmış doktor bulunmaktadır. Örneğin; Nöroşirüji, kalp-damar cerrahisi, plastik cerrahi ve gelişmiş laboratuvar hizmetleri<sup>223</sup>.

İsveç’teki sistem hasta yararına olan bir sistemdir. Hastane bakımı 16 yaşından küçük çocuklar için ücretsizdir. Hastanede 1 gün kalmanın ücreti 12 dolardır. Her il kurulu kendi bölgesindeki ayaktan tedavi ücretini kendisi belirler. Bu 9 ile 39 dolar arasında değişmektedir. Hastaların ödediği ücreti sınırlandırmak için bir tavan ücret vardır. Tıbbi bakım ve ilaç için en az 270 dolar ödeyen bir hastanın, yılın kalan

<sup>221</sup> Aktaran, a.g.k., s.32

<sup>222</sup> Ergüder, Esin, Kutlu, a.g.d., s.15

<sup>223</sup> a.g.d., s.16

zamanlarında sağlık hizmeti alması gerekirse tıbbi bakım ve ilaç ihtiyacı ücretsiz karşılanmaktadır<sup>224</sup>.

### 3. İngiltere

İngiltere’de tüm halka sağlık hizmeti sunmak 1946 yılından beri devletin görevidir. Bu hizmetten parlamentoya karşı sorumlu olan sosyal hizmetler için Devlet Bakanı’dır. Hizmet yerel örgütler tarafından yürütülür<sup>225</sup>.

Pratisyenler devlet memuru değildir. İstedığı yerde yerleşir ve istediği şekilde çalışabilir. Yerleştiği yere yaşayan kimseler bu hekimi, kendilerine hekim olarak seçerlerse, bu hekim bölgelerin aile hekim komitesi yolu ile hükümetten kişi başına yıllık belli bir ücret ve bazı hizmetler için ek ücret alır. Hekimin listesindeki kişi hastalanırsa hekim ona evinde veya muayenehanesinde her gün ve günün her saatinde bakmak zorundadır. Bu hekimler koruyucu hizmet yapma, normal kişilerin periyodik muayenesini yapmak zorunda değildir. Hekimin kendisini hekim olarak seçmek isteyen hastayı red hakkı da vardır. Bir hekim listesine 3.000’den fazla kişi kayıt edemez. Genellikle hekimlerin listesinde 2000 kişi vardır<sup>226</sup>.

Hastalanan kişiler acil durum dışında seçtikleri hekimden başkasına gidemezler. Genel pratisyen gerekli görürse hastasını hastaneye yollar. Hastane gerekirse yatırarak tedavi eder. Yatırma gerekmez ise hastane uzmanı hastayı gönderen hekime hastanın teşhisini ve nasıl tedavi edileceğini bildirir. Tedaviyi genel pratisyen yürütür. Hastaneden taburcu olan hastanın takip sorumluluğu da genel pratisyenindir. Hastaya yapılan hizmetler için-ilaç ve araçlar dahil hasta para ödemez<sup>227</sup>.

[İngiltere’de] 1946’da Ulusal Sağlık Hizmetleri Teşkilatı Yasası çıkarılarak kabul edilmiş... Bu yasa ile 1948’de 1143’ü kâr amacı gütmeyen özel hastane, 1545’i de belediyelere ait olmak üzere toplam 2688 hastane Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na devredilmiştir.

<sup>224</sup> a.g.d., s.16

<sup>225</sup> Fişek, a.g.k., s.195

<sup>226</sup> a.g.k., s.195

<sup>227</sup> a.g.k., s.196

Bridgman ve Roemer hastanelerin sınıflandırılmasını şöyle yapmıştır<sup>228</sup>.

Devlet hastaneleri ve özel hastaneler diye ikiye ayrılmakta, devlet hastaneleri kendi arasında genel hastaneler ve ihtisas hastaneler olarak ikiye ayrılmaktadır. Genel hastaneler ise eğitim hastanesi ve eğitim vermeyen hastaneler olarak ayrılmaktadır. İhtisas hastaneleri ise eğitim hastanesi ve eğitim vermeyen hastaneler diye aynı şekilde ikiye ayrılmaktadır<sup>229</sup>.

#### 4. Almanya

Federal Almanya'da devlet hastanelerinin mülkiyeti mülki idarelere (federal ve eyalet hükümetleri ile yerel idarelere) ait olduğundan, hastanelerin yönetimi ve kontrolü yetkisi de bu idarelerdir. Ancak mülki idarelerin yetkileri mali denetim ve bölgesel hastane planlaması ile sınırlı olduğundan, hastanelerin iç organizasyonu da oldukça otonom sayılabilecek bir idari yapı söz konusudur<sup>230</sup>.



**Şekil : IV** Federal Almanya'da Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu  
(Kaynak: EICHHORN, s. 297-298 , Aktaran Seçim Hikmet, a.g.k., s. 135)

<sup>228</sup> Seçim,a.g.k., s.113

<sup>229</sup> Aktaran,a.g.k., s.113

<sup>230</sup> Aktaran,Seçim,a.g.k., s.113

Hastanelerde poliklinik yoktur. Hiçbir hasta -acil durum hariç- doğrudan hastaneye gidemez. Hastaneler sigortadan hastanın yattığı her gün için değişmeyen belli bir para alır. Bu miktarı sigorta ile federasyon birlikte tespit eder. Hastanede hekimler, sabit maaşla çalışır -klinik şefi hariç- özel hasta bakamaz. Klinik şefleri parasını kendi ödeyen hastaları muayene ve hastanede tedavi edebilir ve onlardan ücret alabilir.<sup>231</sup>

## 5. Finlandiya

1991 yılında çıkartılan “hastane” ve “ruh sağlığı” kanunları sağlık hizmetlerinin organizasyonun düzenlemiştir. Sağlık hizmetlerinin ve tıbbi bakımın organizasyonu amacı ile; ülke 21 hastane bölgesi ve Helsinki Üniversite Hastanesi olarak toplam 22 bölgeye ayrılmıştır. Hastane bölgesinin görevi, sorumluluk alan kapsamındaki devlet hastanelerindeki hizmetlerin verilmesini ve koordinasyonunu sağlamaktır. Bir hastane bölgesi genellikle 1-3 acil ve 1-2 psikiyatrik hastaneden oluşur. Bu hastanelerde hem ayakta, hem de yatan hasta tedavisi yapılır. Her belediyenin bir hastane bölgesine üye olması gerekmektedir. Belediyeler nereden tıbbi bakım satın alacaklarını seçmede özgürdürler. Söz konusu tıbbi bakım, kendi hastane bölgelerinden, farklı hastane bölgelerinden veya özel sektörden satın alabilirler.<sup>232</sup>

[Finlandiya’da] Genel olarak yaşama: hizmetlerinin organizasyonundaki değişiklikleri ve yönetimleri detaylı olarak düzenlenmektedir. Bu yüzden belediyeler sağlık hizmetlerini, yerel şartlara ve nüfus ihtiyaçlarına göre düzenlerler. Sorumluluk ve karar alma yetkisi büyük ölçüde yerel düzeye geçtiğinden Finlandiya sağlık sistemi gerçek anlamda desantralizedir.<sup>233</sup>

<sup>231</sup> Fişek, a.g.k., s.201

<sup>232</sup> Ergüder, Esin, Kutlu, a.g.d., s.17

<sup>233</sup> a.g.d., s.17

## B. SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ İLE İLGİLİ ABD VE BAZI AVRUPA ÜLKELERİNDEN ÖRNEKLER.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı genel vergiler yoluyla toplanan hükümet fonları, sosyal sigortalar, özel aktüaryan sigortalar ve hastalar tarafından doğrudan ödemeler şeklinde dört ana kategoriye ayrılmaktadır<sup>234</sup>. Batı Avrupa'da özel sigortanın iki amacı vardır. Ulusal belli kesimlerine isteğe bağlı sigorta sunmaktır. Kamu sağlık sigortası sisteminin benimsendiği ülkelerde özel sigorta genellikle yüksek geliri ve bir başka kapsam altında olmayan kişilere isteğe bağlı sigorta hizmeti sağlamaktadır.<sup>235</sup>

Avrupa sigortalar komitesi genel sekreterliğinin Avrupa'daki gelişmiş 11 ülkenin özel ve sosyal sigorta sistemlerini kapsamaları, hukuki yapıları, ivazları ve finansmanı gibi çeşitli açılardan inceleyen geniş kapsamlı raporun da ortaya çıkan en önemli sorunların başında sağlık sigortalarının nasıl finanse edileceği tartışması gelmektedir. Avusturya, Belçika, Danimarka, Fransa, Almanya, İtalya, Hollanda, Portekiz, Japonya, İsviçre ve İngiltere'deki sağlık sigortalarını detaylı şekilde inceleyen bu raporda, bu ülkelerin hepsinde özel sigorta sisteminin önemli bir Pazar oluşturduğu görülmektedir.<sup>236</sup>

Çoğunlukla vergilendirme yoluyla finanse edilen sağlık sistemleri ilk girişte herhangi bir ücret talep etmeksizin bir çok hizmeti kapsayan koruma sağlamaktır. Bu durum özel sigorta sistemine çok az bir faaliyet alanı bırakmaktadır ki bu da genellikle lüks olarak düşünülmektedir. Ancak, uzun kuyrukların oluştuğu ve karneye bağlı belirli vergilerle finanse edilen sağlık sistemleri, bekleme süresinin daha kısa olduğu tedavinin zamanı belirleyebilme olanağı tanıyan, çok sayıda uzman hekim ve hastane seçeneği ve daha fazla rahatlık sağlayan ek özel sağlık sigortası yaptırmaya yönelik talebi arttırmıştır. Bu gruba örnek olarak verebileceğimiz ülkeler arasında İtalya, İspanya ve İngiltere yer almaktadır.<sup>237</sup>

<sup>234</sup> Kurtulmuş, a.g.k., s.102

<sup>235</sup> Saltman, Figueras, a.g.k., s.129

<sup>236</sup> Kurtulmuş, a.g.k., s.106

<sup>237</sup> Aktaran, Saltman, Figueras, a.g.k., s.129-130

ABD ve İsviçre özel sigorta ağırlıklı sağlık sistemlerinin uygulandığı en önemli iki ülkedir. Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin hızla artışı probleminin en yoğun şekilde yaşandığı ABD’nde 1960 yılında toplam GSM’nin sadece % 5’ini oluşturulan sağlık harcamalarının oranını 1990’lı yıllarda %12-13’lere yükselmiştir. Öte yandan, ABD’ndeki sağlık sisteminin geliri belirli bir seviyenin altında olanların sağlık hizmetlerini garanti altına alacak bir sosyal donanımdan mahrum olduğu için sağlık hizmetlerinin maliyetleri bu ülkede çok önemli sosyal problemleri ... devam etmektedir.<sup>238</sup>

ABD, sağlık harcamalarının içinde ferdi ödemelerin en yüksek olduğu ülkedir. Yıllık toplam sağlık harcamalarının Almanya’da, % 7’sini, İngiltere’de sadece % 3’ünü oluşturan ferdi ödemeler, ABD’nde % 20 dir. ABD’nde sağlık sisteminin finansmanının % 33’ünü özel sigortalar, % 17’si medicare, % 11’i medicaid, %14’ü diğer hükümet fonları, % 5’i ise diğer özel fonlar tarafından karşılanmaktadır.<sup>239</sup>

Kamu sağlık sigortası aracılığı ile finanse edilen sağlık sistemleri ise birbirinden farklı ve çeşitli düzenlemeler ile belirlenir. Örneğin Belçika ve Fransa’da sağlık hizmetleri hemen hemen ulusal kapsam dahilinde olsa bile, hasta, hizmet sunumu sırasında sadece bir kısmını geri aldığı önemli miktarda ödemeler yapmaktadır. Fransa’da geri ödeme oranları % 40 ile % 100 arasında değişirken, bu oran Belçika’da en az % 75’dir.<sup>240</sup> Bu ülkelerde özel sigorta kapsamına girmenin nedenleri arasında tedavi masraflarının kamu sigorta sisteminde geriye ödenmeyen kısmının karşılanması ve tedavi süresince daha rahat kalacak yer sağlanması yer almaktadır.<sup>241</sup>

Seçilmiş Batı Avrupa ülkelerinden 1990’ların başında özel sağlık sigortasına giriş durumları **Grafik 1** ‘de gösterilmiştir.

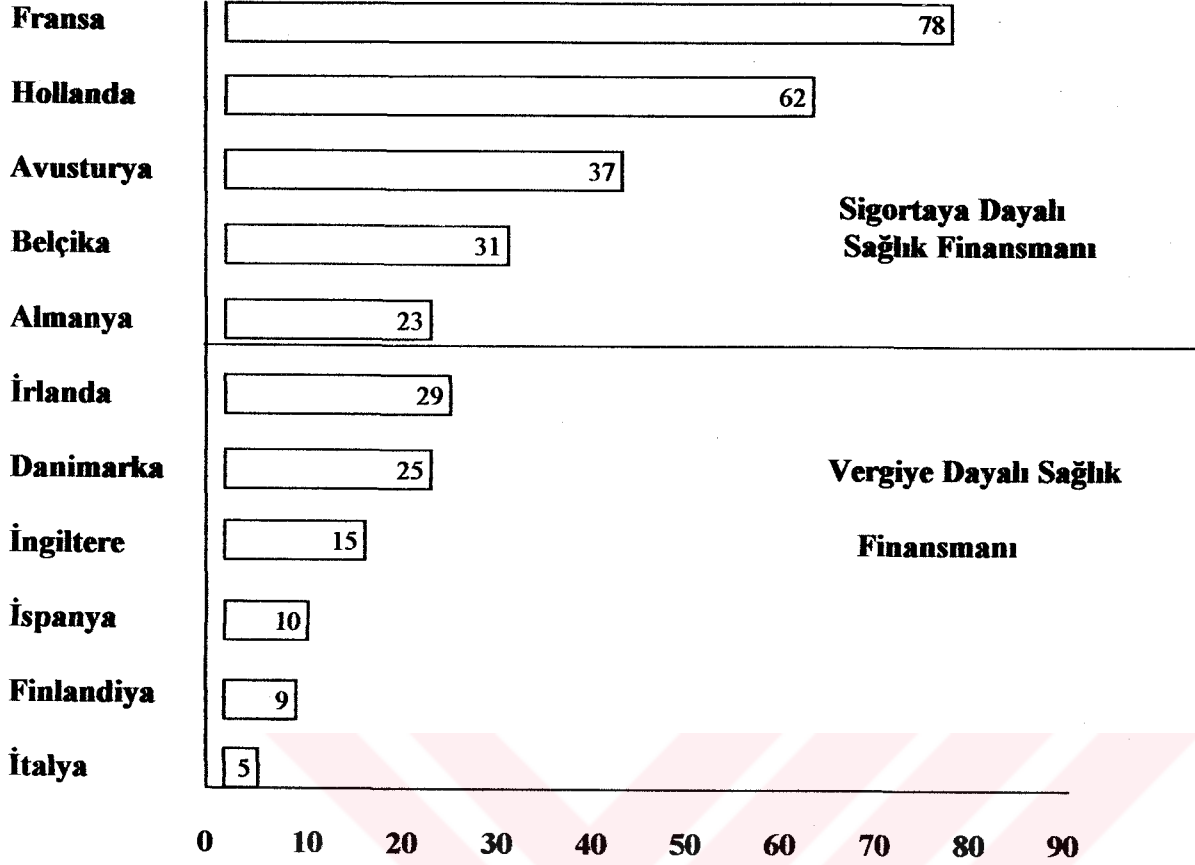
<sup>238</sup> Aktaran, Kurtulmuş, s.120

<sup>239</sup> Aktaran, a.g.k., s.121

<sup>240</sup> Aktaran, Saltman, Figueras, a.g.k., s.130

<sup>241</sup> A.k., s.130





### Özel Sağlık Sigortaları (%)

**Grafik 1** Seçilmiş Batı Avrupa Ülkelerine, 1990'ların Özel Sağlık Sigortasının Girişi  
**Kaynak:** Harcus (245), Aktaran Saltman B.Richard ve Figures Joseph "Avrupa sağlık reformu mevcut stratejilerin analizi", ç. S.B. S.B.G.K. ve Eksen Tanıtım, Ankara 1998, s.131

## C. TÜRKİYE AÇISINDAN ÖNEMİ

ABD ve bazı Avrupa ülkelerine baktığımızda aile hekimliği sistemini geçmek isteyen ve bu konuda reform taslakları hazırlayan Türkiye'nin tıp eğitimi konusunda yeni düzenlemelerin yapılması gerektiği ortaya çıkmıştır.

Gelişmiş ülkelerde yeni mezun bir hekim birkaç yıl hastanede çalışıp genel pratisyen niteliği kazandıktan sonra müstakil hizmet vermekte iken, ülkemizde tıp fakültesinden mezun olan bir hekim hemen bağımsız olarak muayene açması ve sağlık kuruluşlarında çalışmaya başlaması önemli problemleri de gündeme getirmektedir.<sup>242</sup>

<sup>242</sup> Kurtulmuş, a.g.k., s.188

Aile hekimliği sisteminin uygulandığı ülkelerde esas baz alınan pratisyen hekimdir. Bu sistemi uygulamak isteyen Türkiye'nin önce tıp eğitimi konusunu ele almalı ve sonra Avrupa lkelerinin hekim sayısının 2/3'si pratisyen, 1/3'e yakını uzman olduğu halde Türkiye'deki durum tam tersi olup, uygulanmak istenen aile hekimliği konusunda bu sorunda üzülmesi gerekmektedir.

Bu araştırmanın diğer bir önemi ise ABD ve diğer bazı Avrupa lkelerinde sistemin desantralize olduğu ve bazı diğer ülkelerinde bu konuda çalışmalara başladıkları görülmektedir.

Dekonsantrasyona rnek olarak Polonya'da 1990 yılında kamu yönetimi alanında önemli bir reform, eski merkezi modelden uzaklaşma sürecinde ilk adım olarak gerçekleştirilmiş, benimsenen il, (Voivodship) modeli yöneticilere büyük yetkiler tanımıştır. Yöneticiler bu düzeyde sağlık kurumların yapısını planlamakta , kararlar almakta ve devlet btcesinden verilen ödeneklerin tahsisini yapmaktadırlar. Bu düzeydeki yöneticiler tarafından çalıştırılmak üzere bir il sağlık sorumlusu seçilmektedir. Uygulamada sağlık bakanlığının sağlık hizmetlerini etkileme konusunda tüm gücünü yitirmiş olduğu söylenebilir.<sup>243</sup>

Tarihimizde de bu konuda örnek verecek olursak birinci bölümde sağlık hizmetlerinin Cumhuriyet Dönemi konusunda yer verdiğimiz Cumhuriyet Hkmetinin ilk sağlık bakanı olan Dr. Refik Saydam'ın sürekli değindiği konulardan birisinin koruyucu sağlık hizmetlerinin devletin görevi olduğu, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise yerel yönetimlerin ve özel kuruluşların görevi olduğu ve uygulamalarında da bakanlık olarak bir kaç merkez dışında hastane kurmadığı anlaşılmaktadır.

Desantralizasyon yönünden son yıllarda gelişme olarak örnek alınacak reform taslakları içinde yer alan bölge sağlık idareleri kanun taslağı bu yönde hazırlanmış Türkiye bu idarelere göre yirmi bölgeye ayrılmış ve yönetimleri özerk bir şekilde gelen kurumlardan oluşturulmuştur. Ancak bu çalışmalar taslaklar halinde Meclis'e sunulup o aşamada meclisin seçim kararı almasıyla reform taslağı kadük kalmıştır.

<sup>243</sup> Aktaran, Saltman, Figueras, a.g.k., s.45

Hastane yönetimi konusunda hastane yönetimi konusunda ise dış ülkelerden örneklere bakıldığında tıp üzerinde eğitim almış kişilerden ziyade üst yönetimlerde işletme konularında eğitim almış kişilerin bulunduğu profesyonel yönetim anlayışıyla işletildiği görülmektedir.

Türkiye’de ise bu konuda da örnek olacak çalışma yapılmış bu yönde sağlık kanun taslağı hazırlanmış, bu tasarıda “Milli Savunma Bakanlığı dışındaki kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri tarafından işletilen hastanelerde hastanenin bütün faaliyetlerinden sorumlu bir genel direktör ile genel direktöre karşı sorumlu. Klinik hizmetleri direktörü olan bir baş hekim, bakım hizmetlerinin direktörü olan bir başhemşire, işletme direktörü ve baş eczacı bulunmak zorundadır.<sup>244</sup>” denmekte. Ayrıca “kamuya ait veya kamu yararı ile hizmet veren kuruluşların da yapı sosyal sağlık işletmelerine dönüştürülmesi şeklinde idari ve mali açıdan özerk, tüzel kişiliğe sahip kuruluşlar haline getirilmesi planlanmıştır.<sup>245</sup>” Yalnız genel direktör olabilecek şahısların eğitim alanları sayılmamıştır. Bu durumun yönetmelikte düzenlenmesi de ön görülmüş olabilir. Ancak kanununda genel anlamda da olsa belirtilmesi sistemi daha güçlü kılar idi.

Reform taslağı dış ülkelerdeki örneklere bakıldığında bir kaç revize çalışmasıyla sağlık sistemimiz açısından önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Yalnız bu çalışmalar taslaklar halinde kalmıştır.

Bazı dış ülkelerin sigorta sistemi ile ilgili örneklerine bakıldığında ise; kamu ağırlıklı sigortalar, özel sigortalar şeklinde duruma göre bu sistemlerin biri veya her ikisinin ağırlıklı olduğu sistemler mevcuttur. Ancak bu ülkelerde de amaç sigorta sisteminin de rekabet dayandırılmasıdır. Ve sağlık hizmetlerinin cepten ödeyerek satın alınmasını önleyecek kaliteli bir sigorta sisteminin öngörme çalışmaları yapıldığı anlaşılmaktadır.

<sup>244</sup> Sağlık Bakanlığı “Sağlık Reformu İle İlgili Kanun Tasarısı ve Gereçekleri” a.g.k., s.19

<sup>245</sup> a.g.t., s.19 md. 37

Eğer bir ülkenin, sağlık hizmeti sunan tek sosyal sigorta kurumu varsa, rekabet olmayacaktır.<sup>246</sup> Türkiye’de ise durum kamu ağırlıklı bir sigorta sistemidir. Bunun yanı sıra nüfusun yaklaşık % 40’ı sağlık güvencesinden yoksun olup, sağlık hizmetlerinin cepten ödeme yaparak satın almaktadırlar.

Dayanışma açısından, cepten ödemeler sağlık hizmetleri için yapılan en ilkel ödeme şeklini temsil eder.<sup>247</sup> Herkesin tüm sigorta kapsamında olması konusunda reform niteliğindeki genel sağlık sigortası kanun taslağı hazırlanmış, amacı “... sağlık güvencesi olmayan kişilere bu güvenceyi sağlamak üzere “genel sağlık sigortası kurumu”nu kurmak ve sağlık için sigortalama ile ilgili esasları düzenlemektir.<sup>248</sup>” şeklinde belirtilmiş ise de bütün nüfusu sigorta kapsamına alabilecek olan bu taslak da sadece tasarı halinde kalmıştır.

#### D. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

Aile hekimliği son yıllarda Türkiye’nin gündeminde yer alan konularından biridir. Gelişmiş ülkelerin çoğunda bu müessese sağlık sisteminin önemli unsurlarından birini oluşturmaktadır.

Türkiye’de bu sistemi kurabilmek için sağlık sisteminde ilk önce alt ve üst yapıyı değiştirmek gerekmektedir. Daha önce değindiğimiz gibi tıp eğitiminin de yeniden düzenlenmesi gerekir. Çünkü bu sistemde pratisyen hekim ön plandadır.

Sağlık reformu ile ilgili kanun tasarısı ve gerekçeleri hazırlanırken bu müessesenin işletilmesi konusu da dikkate alınarak hazırlandığı görülmektedir. Bütün kesimlerin sağlık sigortası güvencesi altında olmasının yanı sıra sağlık sistemimizin teşkilatlanması da Şekil V’deki gibi değiştirilmiştir.

<sup>246</sup> Saltman, Figueras, a.g.k., s.135

<sup>247</sup> A.k., s.135

<sup>248</sup> S.B., a.g.t., “Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı”, md.1

**SAĞLIK BAKANLIĞI MERKEZ TEŞKİLATI:****BAKAN****MÜSTEŞAR****MÜSTEŞAR YARDIMCILARI****ANA HİZMET BİRİMLERİ**

- (1) Sağlık Programları Genel Müdürlüğü,
- (2) Çevre Sağlığı ve Gıda Genel Müdürlüğü,
- (3) Sağlık Kurumları Genel Müdürlüğü,
- (4) Sağlık İnsan Gücü Genel Müdürlüğü,
- (5) Ecza İşleri Genel Müdürlüğü,
- (6) Sağlık Finansmanı Genel Müdürlüğü,
- (7) Sağlık Enformasyonu Genel Müdürlüğü,
- (8) Uluslararası İlişkiler Genel Müdürlüğü'dür.

<b>DANIŞMA VE DENETİM BİRİMLERİ</b>	<b>YARDIMCI BİRİMLER</b>
(1) Teftiş Kurulu Başkanlığı	(1) Personel Dairesi Başkanlığı
(2) APK Kurulu Başkanlığı	(2) İdari Mali İşler Dairesi Başkanlığı
(3) Hukuk Müşavirliği	(3) Yayın Dairesi Başkanlığı
(4) Bakan Müşavirliği	(4) Savunma Sekreterliği
(5) Basın ve Halkla İlişkiler	(5) Özel Kalem Müdürlüğü

<b>BAĞLI KURULUŞLAR</b>	<b>İLGİLİ KURULUŞLAR</b>
(1) REFİK SAYDAM KAMU SAĞLIĞI MERKEZİ BAŞKANLIĞI	(1) ULUSAL SAĞLIK AKADEMESİ
(2) HUDUT VE SAHİLLER SAĞLIK GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	(2) GENEL SAĞLIK SİGORTASI KURUMU
(3) BÖLGE SAĞLIK İDARELERİ	

**Şekil: V****Kaynak:** (Sağlık Reformu Taslakları, SB., S.P.G.M. Ankara 1993, s. 89.)

Sağlık Bakanlığı sağlık reformları ile ilgili kanun tasarısı ve taslakları ve gerekçeleri içinde yer alan sağlık kanun tasarısı taslağında "Sağlık Güvencesine sahip her birey, Bölge Sağlık İdaresince sözleşme yapmış olan bir aile hekimine kaydolur..." (md. 48) Dolayısı ile bölge sağlık idaresi teşkilatı ve taşra teşkilatı şeması da **Şekil VI**'daki gibi oluşmaktadır.

## TEŞKİLAT ŞEMASI

### I. BÖLGE SAĞLIK İDARESİ MERKEZ TEŞKİLATI:

#### GENEL KURUL—YÖNETİM KURULU—SÖZLEŞMELER KURULU

I

BAŞKAN

I

#### ANA HİZMET BİRİMLERİ

- a) Planlama Dairesi Başkanlığı,
- b) Program Uygulama Dairesi Başkanlığı,
- c) Çevre Sağlığı ve Gıda Dairesi Başkanlığı,
- d) Sözleşmeler Dairesi Başkanlığı,
- e) Sağlık Kurumları Dairesi Başkanlığı,
- f) Araştırma ve İstatistik Dairesi Başkanlığı,
- g) Eğitim Dairesi Başkanlığı.

#### DANIŞMA VE DENETİM BİRİMLERİ

- (a) Teftiş Kurulu Başkanlığı
- (b) Hukuk Müşavirliği
- (c) Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği

#### YARDIMCI BİRİMLER

- (a) İdari İşler Dairesi Başkanlığı
- (b) Finansman ve Bütçe Dairesi Başkanlığı
- (c) Personel Dairesi Başkanlığı
- (d) Savunma Uzmanlığı

### II- BÖLGE SAĞLIK İDARESİ TAŞRA TEŞKİLATI:

İDARE ----- Sağlık Meslek Liseleri.

I

İl Sağlık Müdürlükleri----- İl Kamu Sağlığı Kurulları

I

İlçe Sağlık Müdürlükleri----- İlçe Kamu Sağlığı Kurulları

I

I

I

Eğitim Sağlık Sağlık Kamu Sağlığı  
Ocakları Ocakları Laboratuvarları

I

I

Sağlık Evleri

Şekil:VI

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, S.P.G.K. a.g.t., Ankara 1993, s. 117)

Sağlık kanun tasarısı taslağında aile hekimi için; "... görev yaptığı bölgenin sağlık ocağına kaydolar ve listesine kaydolun bireylere sağlık hizmetleri sunar. Sağlık ocağı, kendi bölgesindeki aile hekimlerine ihtiyaç duydukları laboratuvar, radyoloji vb. hizmet desteğini, ücretlerini Bölge Sağlık İdaresinden tahsil etmek üzere verir. Bölge Sağlık İdaresince uygun görülen yerlerde, aile hekimleri ücreti karşılığında kamu binalarından yararlanabilir. Bölge Sağlık İdaresi, aile hekiminin bulunmadığı yerlerde, kırsal sağlık ocağı hekimine bölgenin aile hekimliği hizmetlerini yürütme görevini de ikinci görev olarak verebilir. Bu gibi durumlarda sağlık ocağı hekimine o bölge aym koşullardaki aile hekimine ödenecek ücretin,üçte ikisi ek ücret olarak ödenir....”(md.48)

Sağlık ocaklarının genelinde laboratuvar hizmetleri verilmemekle beraber radyoloji hizmetleri de sunulmamaktadır. Bu konudaki alt yapı ve finansman sorunları da çözülmesi gerekmektedir.

Genel sağlık sigortası kanun taslağı ile sigortasız kesimin kalmayacağı da dikkate alınarak, ...yine bu maddede "sağlık güvencesine sahip her birey, bölge sağlık idaresiyle sözleşme yapmış olan kendi seçeceği bir hekime kaydolar. Kişi kendi isteği ile durumunu bir ay önceden aile hekimine ve ikametgâhının bulunduğu yerin sağlık ocağına bildirerek aile hekimini değiştirebilir. Sağlık güvencesine sahip her birey acil durumlar veya geçici yer değiştirme gibi haller dışında ilk başvurusunu kayıtlı olduğu aile hekimine yapar. Aile hekimi başvuran kişiye mesleki yetkileri çerçevesinde uygun bulunduğu tıbbi işlemleri uygular. Gerekli gördüğü takdirde, hastayı ikinci basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa, tıbbi zorunluluk hallerim de ise üçüncü basamak hizmeti veren bir kuruluşa gerekli bilgi ve belgelerle birlikte sevk eder. Aile hekimi sevk ettiği hastasına verilen hastane bakımını izler; aile hekimi ve hastane bu konuda işbirliği yapmakla yükümlüdür...." (md.48)

Dış ülkelerdeki örnekte olduğu gibi kişilere aile hekimini seçme hakkı sağlıyor, ama hekimin kayıtlı üyelerden istediğini değiştirme hakkı bu taslakta yer

almamakta, ayrıca bir aile hekimine en fazla kaç kişinin kayıt olabileceği belirtilmemiştir. Ancak bu kanun maddesi, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara, aile hekiminin sevk edebileceğini belirtmekte, dolayısıyla aynı kanun taslağında yataklı tedavi edici sağlık kuruluşlarının mülkiyetine göre işlevini ve yapısını değiştirdiğinden bu konuda aile hekimliği uygulanması için bir bütünlük arz etmesi olumludur.

İl veya bölge içinde, bölge sağlık idareleriyle anlaşmalı özel ve kamu hastanelerine, aile hekiminin hastayı sevk etme zorunluluğu durumunda, hastaya il veya bölge içindeki hastaneleri seçme hakkı vermesi, sistemdeki rekabeti arttıracaktır. Ve kaliteli sağlık hizmeti sunan özel hastanelerin kurulmasına da zemin hazırlayacak aynı zamanda bu kanun taslağıyla desantralizasyona uğratılan kamu hastaneleri ile özel sektör-özel sektör arasında ve kamu sektörleri arasındaki rekabet oluşacak, dolayısıyla hasta cepten ödeme yapmadan hasta-müşteri konumu arasına gelerek, hizmetin iyi sunulduğu, tıbbi hizmetlerde ise yüksek tıbbi teknolojilerin kullanıldığı kaliteli bir sağlık hizmeti satın almış olacaktır. Bu reform taslağında hastaya, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara, il veya bölge içinde aile hekiminin sevk zorunluluğu halinde, seçme hakkı tanınması yer almamaktadır.

“ ... Sağlık evi ve aile hekimi, verdikleri sağlık hizmetleri ile ilgili bilgileri düzenli olarak kaydetmek, saklamak ve kişilerin ikamet ettikleri yerin sağlık ocaklarına göndermekle yükümlüdür... Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişiler, aile hekiminden alacakları muayene belgesi ile sağlık ocaklarında görev yapan veya bölge sağlık idaresinin sözleşmesinin dış hekimlerine başvururlar.” (md.48)

İlaç temini konusunda ise “ Ayaktan tedavi amacıyla yazılan reçeteler ile reçetesiz ilaçlar acil tedaviler ve ilk müdahâleler dışında,serbest eczaneler tarafından karşılanır. Eczacılık fakültelerinin eğitim, araştırma ve uygulama için açtıkları dışında, eczaneler ancak eczacılar tarafından açılır ve işletilir.

Hastaneler, sadece yatan hastalarının ilaç ihtiyacını karşılamak üzere hastane içerisinde eczane açabilirler.



Beş kilometrelik alan içinde eczane yoksa kişilerin ilaç ihtiyacı aile hekimleri tarafından karşılanabilir.” (md.50)

Bu kanunun 33.maddesinde aile hekiminin bölge sağlık idaresi ile sözleşmeli olarak çalışacağı,bu sözleşmenin de yapılabilmesi için tabip odası üyesi olması zorunluluğunu getirmiştir. Aynı maddenin diğer bir paragrafın da ise “Aile hekimi Bölge Sağlık İdaresinden, kendisine kayıtlı kişilerin sayısına, çalıştığı yerleşim yerine, sağlık hedeflerine ulaşmadaki başarısına ve niteliğine göre belirlenen bir ücret alır....” (md.33) denmekte.

Bu paragrafta vaka başına ücret alır ve sayısına göre belirlenen düşük bir ücret tespit edilir şeklinde olması, oluşacak suiistimallere karşı önleyici olması açısından önemlilik arz ederdi.

Sistemin yürümesinde herkesin sigortalı olmasına yönelik genel sağlık sigortası da düşünüldüğünden, genel sağlık sigortası kanun tasarısı; sigortalılığı zorunlu hale getirmekte, bütün kamu sigortalarını birleştirmeyi hedeflemekte, bunun için kanunda Özerk Genel Sağlık Sigortası Kurumu oluşturulmaktadır.

Bu kanunun 16.maddesinde ise, sistemin yürümesi açısından “ kurum, her bölge sağlık idaresi çerçevesinde yaşayan üyelerinin sayısına göre kişisel hizmetler payını on iki aylık taksitler halinde, her ayın ilk haftası içinde ilgili bölge sağlık idaresine aktarır.”(md.16) denmektedir.

Aile hekimliği sistemini oturtacak bu kanun taslaklarındaki bazı noktalarına değindiğimiz ufak pürüzler dışında sağlık sistemimizi iyileştirme anlamında olumlu bir adım iken, sadece taslak şeklinde kalmışlardır.

Aile hekimliği uygulamasında önce sigortasız kesim kalmamasına dikkat edilmesi, hastaya aile hekimini seçme hakkı tanınması aile hekiminin kayıtlı üyesini değiştirmek hakkı verilmesi, bir aile hekiminin de kayıtlı olması istenen ve gereken üye üst sınır sayısının belirlenmesi,bu arada ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemine göre yeniden yapılanması gerekmektedir. Ayrıca zorunluluk

halinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara aile hekiminin sevk etme durumunda il veya bölge içinde tedavi kurumunun mülkiyetine bakılmadan özel veya kamu kuruluşu olsun hastaya sevk olunacağı kurum ve kuruluşlardan seçme hakkın tanınmalı, bölge sağlık idareleri de yataklı tedavi kurumlarında mülkiyetine bakılmaksızın sözleşme yapması, sistemin arzı ve rekabet içine sokulması yönünden, tedavi edici hizmetlerden kaliteli sağlık hizmeti sunumunun verilmesini sağlayacaktır.

### III. REHABİLİTASYON HİZMETLERİ

Avrupa topluluğu üyesi olan on beş ülkede (Avusturya, Belçika, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, Portekiz, İspanya, İsveç ve İngiltere), fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinin bu ülkelerde eşit olmayan dağılımları söz konusudur. En çok uzman hekim Belçika'da bulunmaktadır. (100.000 kişiye dört uzman hekim)<sup>249</sup>

**Tablo: IX Avrupa'da FTR uzman hekimlerinin dağılımı**

<u>Ülke</u>	<u>100.000 kişiye düşen FTR uzman hekim sayısı</u>
Belçika	4.11
İspanya	3.71
İtalya	3.50
Fransa	3.21
Portekiz	3.20
Danimarka	2.30
İsviçre	2.20
Finlandiya	2.20
İsveç	1.88
Lüksemburg	1.50
Hollanda	1.31
Avusturya	1.20
Yunanistan	0.60
İngiltere	0.15
İrlanda	0.11
<b>Türkiye</b>	<b>1.85</b>

<sup>249</sup> T.F.T. ve R.U.H.D. a.g.k., s.8

...Ülkemizde FTR uzman sayısı oldukça yeterli görünmekle birlikte, dağılımda dengesizlik mevcuttur.<sup>250</sup>

Sakatların topluma kazandırılması ve üretime katkı sağlamasına yönelik 25.08.1971 tarihinde kabul edilen 1475 sayılı iş kanununun 25.maddesinin A fıkrasının ilk paragrafında "İş verenler elli veya daha fazla işçi çalıştırdıkları iş yerlerinde %3 oranında sakat kimseyi meslek, beden ve ruhi durumlarına uygun bir işte çalıştırmakla yükümlüdürler."<sup>251</sup> Bu kanun maddesi bir çok işyerinde uygulanmamaktadır. Mevzuattan kaynaklanan bir sorun olmayan bu durumun buna yönelik denetimlerin yeterli yapılmamasından kaynaklanmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon merkezlerinin yeterli ve planlı şekilde ülke genelinde dağılımının sağlanması gerekmektedir.

"Türkiye'nin tamamını kapsamamakla birlikte ülkemizdeki bazı hastanelerde örnekler aşağıda sunulmuştur."<sup>252</sup>

#### **Sağlık Bakanlığına Bağlı Bazı Hastaneler ve Yatak Sayıları**

• Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi.....	200
• İstanbul 70.Yıl Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi	275
• Bolu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi	250
• Kastamonu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi	200
• Isparta Eğridir Kemik Hastanesi	50
• Bursa Dr. Ayten Bozkaya Spastik Çocuklar Hastanesi.....	50
• Yavuz Selim Kemik Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi.....	200

<sup>250</sup> A.K., s.8

<sup>251</sup> Ercan Akyiğit, "İş Kanunları" Seçkin Yayınevi 6. baskı Ankara 2000, s.28

<sup>252</sup> T.F.T. ve R.U.H.D., a.g.k., s.34

**Çalışma Bakanlığına Bağlı Bazı Hastaneler ve Yatak Sayıları**

- SSK-Hidroterapi ve Fizik Tedavi Hastanesi  
Yoncalı-Kütahya.....140
- SSK-75.Yıl Erenköy Fizik Tedavi  
Esenlendirme Hastanesi.....140
- SSK-Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi 60
- SSK-Ankara Eğitim Hastanesi FTR Kliniği 50

**Bazı Üniversite Hastaneleri ve Yatak Sayıları**

- Gata Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon A.D. 80
- Başkent Üniversitesi Ayaş FTR Merkezi 90
- Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fak.FTR.A.D. 15
- Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR.A.D. 17
- Samsun Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hastanesi 10
- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR.A.D. 115
- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR.A.D. 75

Gata (TSK) Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Aralık 1999 tarihinde hizmete açılacak olup, 200 yatak rehabilitasyon, 50 yatak bakım merkezi, 50 yatak misafirhane olarak hizmet verecektir.

Ayrıca imar planları uygulanırken sakatların ulaşımını kolaylaştırıcı şekilde planlanmalıdır.

Tıbbi rehabilitasyon merkezleri ve özel hastanelerin fiziki yapıları da izin verme aşamalarında üzerinde titizlikle durulması gereken konulardan biridir.

Türkiye fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimler derneğinin çıkardığı “Ülkemizde rehabilitasyonun bugünkü durumu ve 21.yüzyılda hedefler” başlığı altındaki kitapçıkta kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
REHABİLİTASYON MERKEZLERİ

**“Bu hedefler<sup>253</sup>”**

1. Sağlık Bakanlığı bünyesinde “Rehabilitasyon Bilimsel Danışma Kurulu” kurulmasıdır. Bu kurul DPT, Özürlüler İdaresi Başkanlığı, YÖK ve TTB ile işbirliği yaparak ülkenin rehabilitasyon politikalarının planlanması, organizasyonu, uygulanması, geliştirilmesi, izlenmesi ve denetlenmesinde sorumlu ve yetkili olmalıdır

Rehabilitasyon Bilimsel Danışman Kurulu alt komisyonlar oluşturmalı, bu komisyonlara ilgili meslek elemanlarının etkin ve bir arada katılımı sağlanmalıdır.

2. Devletin küçülmesi ve sağlık hizmet sunumunda özelleştirmenin planlandığı günümüzde rehabilitasyon hizmetlerinin sunumuyla ilgili sorunlar oluşabilecektir. Rehabilitasyon hizmetlerinin ekip, donanım, alt yapı ve kullanım süresi açısından zahmetli ve pahalı olduğu ve yatırım sektörlerinin ilgisini çekmediği dikkate alındığında bu hizmetlerin mali kaynakları ve denetiminde kamu kurum ve kuruluşlarının sorumluluğu mevzuat ve uygulamada sürdürülmelidir. Ayrıca rehabilitasyon hizmeti sürecinde tıbbi tedavi gereklilikleri sosyal güvenlik kuruluşlarınca sınırlandırılmamalıdır.
3. Rehabilitasyonla ilgili hizmetlerin sunumunda, sorunların anlaşılması ve çözülmesinde temel teşkil edecek istatistiksel veri kaynakları yetersizdir. Veri kaynakları ülke çapında geliştirilmelidir.
4. Özel sektörde işletilen rehabilitasyon ve eğitim merkezlerinde standartizasyon ve tıbbi denetim olmadığı gibi buraların açılış izinleri farklı bakanlıkların değişik uygulamaları sonucu verilmektedir. Denetim ve cezai sorumlulukları belirleyen tek bir mevzuat oluşturulmalı ve denetim tek merkezden sağlanmalıdır.
5. “Koruyucu rehabilitasyon” hizmetleri içinde;

<sup>253</sup> A.k., s.27-28

- Trafik ve iş kazalarının azaltılmasına yönelik önlemler acilen alınmalıdır.
  - Yaralı ve hasta transportunda kalifiye eleman yetiştirilmesine öncelik ve önem verilmelidir.
  - “Sağlıklı yaşam için herkese spor” ve “boş zamanların etkin değerlendirilmesi” ilkesinin toplumun tüm düzeylerinde yaygınlaştırılması ile özellikle genç nüfusun risklerden korunması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
6. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri kapsamında insan gücü ve kurumlarının dengeli dağılımı sağlanmalıdır.
  7. Rehabilitasyon ekibinde yeri olan, ancak ülkemizde eğitimi verilmeyen ekip elemanlarının yetiştirilmesi ve istihdamına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
  8. Ülkemizde aile yapısının küçülmekte olduğu dikkate alınarak, yaşlı, düşük gelirli ve özürliye yönelik toplum katılımı rehabilitasyon hizmetleri geliştirilmeli ve yaygınlaştırılmalı, bakım merkezleri planlanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimsel Danışma Kurulu oluşturulmuştur<sup>254</sup>

<sup>254</sup> Fatma Atalay, (Sunuş) a.g.k., s.V-VI

#### IV. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HEDEFLER

- Koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli her türlü önemin verilerek ayakta ve yatarak tedavi hizmeti sunan kuruluşlardaki hasta yığılmalarını ve israfların önlenmesini sağlamak.
- Önlenebilir hastalıklardan meydana gelebilecek sakatlık veya ölümleri ortadan kaldırılmasını sağlamak.
- Çevre sağlığı,doğal kaynaklar, yaban hayatı,milli parklar,özel çevre koruma alanları ve kültür ve tabiat varlıklarının korunarak bireylere yaşanır sağlıklı bir çevre sağlamak.
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin çevreye yönelik hizmetlerinde tıp ilmi dışında,ayrı bir bilim dalı olduğunun anlaşılmasını sağlamak.
- Herkesin sağlık güvencesinin olması ve sağlık hizmetlerinden aynı kalitede faydalanmasını sağlamak.
- Özel sağlık sigortası yapan kuruluşların çoğalmasıyla kendi aralarında ve kamu sigortaları arasında rekabetin sağlanabilmesi için kamu ağırlıklı sigorta sisteminden vazgeçilip kamu ve özel sektör sağlık sigortalarının rekabet haline konulmasını sağlayarak, hastaların etkin bir sigortacılık sisteminden faydalanmasını sağlamak.
- Sistemin desantralize edilip, liyakata dayalı siyasi baskılardan uzak profesyonel yönetim tarzının benimsenerek yürütülmesini sağlamak.
- Sistemin bilgisayarlı otomasyona geçtiği, hastaların hastalıklarıyla ilgili geçmişi bilgi kartlarına yüklediği,dolayısıyla gereksiz tıbbi araştırmalar esnasında kaybolan zaman ve maddiyatın önlendiği bir sisteme geçilmesini sağlamak.
- Tıbbi teknolojilerin tedavi hizmetlerini verimli şekilde kullanılması ve bio-mühendislik kadrolarına yer verilerek, ülkeler için pahalı olan tıbbi teknolojilerin

verimli şekilde kullanılması ve bio-mühendislik kadrolarına yer verilerek, ülkeler için pahalı olan tıbbi teknolojilerin verimli şekilde değerlendirilmesi, kullanımı, kullanımının öğretilmesi ve bakımlarının yapılarak atıl durumdan kurtarılmasıyla büyük bir israfın önlenmesini sağlamak.

- Belirli hastalıkların listesinin yapılarak verilecek olan ilgili ilaç dökümlerini sıralanarak bir kitapçıkta toplanmasıyla faydasız ve fazla ilaç yazımıyla meydana gelebilecek kayıpların giderilmesini sağlamak.
- Aile hekimliği sisteminin iyi uygulanması için diğer şartlar dışında genel pratisyen hekimlerin önemli olduğu bu sistemde ülkemizdeki uzman hekim, genel pratisyen hekim dağılımını gelişmiş ülkelerdeki gibi uzman hekim çokluğuna değil genel pratisyen hekimlerin çokluğuna dayanması gerektiğinin anlaşılmasını sağlamak.
- Aile hekimliği ile sevk zinciri sorununu da çözerek üniversite hastanelerinin asıl görevlerine dönmesi, tıp fakültelerindeki eğitimi kaliteli hale getirerek, aile hekimliği sistemine uygun hekim yetiştirilmesini sağlamak
- Aile hekimliği sisteminin rekabete dayalı bir yapıyla kurulmasını sağlamak
- Tıp eğitimini tamamladıktan sonra iyi bir, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti ve tedavi hizmetlerinin sunulması için, en az iki yıl gerekli bölümlerde çalışıp genel pratisyenlik ünvanı verilmeden, hekimlik görevi verilmemesi konusunun anlaşılmasını sağlamak.
- Sağlık hizmetleri kendi arasında üç sınıfta değerlendirildikten sonra tekrar kendi aralarında ayırımlara gidilmektedir. Hekim bu sistemde iyi işleyen bir sağlık hizmetleri sunumunun sadece bir parçasıdır. İyi bir sağlık hizmetleri sunumunun gerçekleşebilmesi için, konunun tıp ilmi dışında ilgili diğer ilimlerin de konusu olduğunun anlaşılmasını sağlamak.
- Rehabilitasyona ihtiyacı olanların tıbbi, sosyal, mesleki ve toplum içi hizmetlerin, tek elden planlandığı koordinasyon sistemini sağlamak.



- Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de çalışanların tatmin edici bir ücret almasını sağlamak.
- Tedavi edici sağlık hizmetlerinde kredi şeklinde verilmeden özel sektör teşviklerinin sağlanarak bu yöndeki kuruluşların sayısını arttırıp, kendi aralarında ve desantralize olmuş profesyonel yönetim tarzıyla yönetilen kamu hastaneleri arasında rekabete sokularak, yüksek tıbbi teknoloji ve laboratuvar tetkiklerinin kullanıldığı sosyal ve tıbbi hizmetlerin iyi bir şekilde sunulduğu hastaların, hasta-müşteri arası konum içinde yer aldığı lüks merkezlerin oluşmasını sağlamak.
- Tedavi edici sağlık hizmetlerini kullananların cepten ödeme yapmadan hasta-müşteri konumu içersinde kaliteli hizmet satın almalarını sağlayarak tüm hastanelerde hasta hakkı ofislerinin kurulmasıyla hasta haklarının da korunduğu bir sistem, hedefimizdir.

Eski sağlık bakanlarından *H. İbrahim ÖZSOY*, sağlık sigortası sistemi için “*Türkiye sağlık harcamaları ve finansmanı 1992-1996*” yıllarına ait hazırlanan dökümana yaptığı sunuşta “Türkiye’de uzun yıllardır sağlık sektörünün ciddi sorunları bulunmakta ve bunlar ekonomik sorunlarla birleşerek giderek daha da artmaktadır. Sorunlara çare olacak, ülkemiz için gerçek ihtiyaç olan ve herkesin özlem duyduğu sağlık reformu çalışmaları çeşitli alanlarda sürdürülmektedir. Reformlar kapsamında bulunan sağlık hizmetlerinin finansmanı yani yeterli mali kaynağı bulma konusu, öncelikli ve büyük önem taşımaktadır. Ön görülen kişisel sağlık sigorta sistemi ile, sosyal sağlık güvencesinden yoksun 21 milyonu aşkın vatandaşımız, mali imkanlarına göre pirim ödeyerek, çağdaş, etkin ve ulaşılabilir sağlık hizmetlerinden yararlanabilecektir. Mali gücü yetersiz olan ve pirimlerini ödeyemeyecek olanlara devlet katkısı sağlanacaktır. Bu durumda devlet, sağlık alanında artık hizmetleri değil, kişilere sübvansе yolunu seçmek sureti ile, hak ve eşitlik

kurallarını uygulamakta ve sosyal nitelikleri ön plana çıkarmaktadır. ... sosyal güvencesi olmayana Türk vatandaşı kalmayacaktır<sup>255</sup>.”Demekte.

Eski sağık bakanlarından olan *Yıldırım AKTUNA ise ulusal sağık politikası dökümanı* için yaptığı sunuşta sağık hizmetlerindeki hedefi şöyle belirtmektedir; “Karşılaşılın tablo Türkiye’nin mevcut insan gücü, alt yapısı ve diğer kaynakları ile sağık sorunlarının üstesinden gelebileceğini ortaya koymaktadır. Önemli olan ulusal politikanın tutarlı ve istikrarlı bir şekilde... uygulanmasıdır. Türkiye artık çocukların korunabilir hastalıklardan ölmediği, insanların hastane kapılarında beklemediği,doğa ile uyum içersinde yaşamayı sağılayacak sağıklık çevre politikalarına sahip, sağığı yaşam kalitesini arttırıcı bir unsur olarak gören bireyleri ile sağık çalışanlarının tatmin edici bir mesleki ortamda çalıştıkları bir ülke olarak önümüzdeki bin yıla hazırlanmalıdır.<sup>256</sup>” şeklinde hedef belirtmektedir.

<sup>255</sup> H. İbrahim Özsoy, (Sunuş), “Türkiye Sağık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996”. Ankara [t.y], s. 5

<sup>256</sup> Yıldırım Aktuna, (Sunuş), “Sağık Bakanlığı Ulusal Sağık Politikası” Ankara 1993, s.5

## SONUÇ

Türkiye'nin sağlık sisteminde gerekli kaliteyi sağlayabilmesi için, koruyucu sağlık hizmetlerinin devletin asıl görevi olduğu bilinciyle hareket etmesi gerekmektedir. Ülkemizde, vatandaşın yapması gereken birçok görevi devlet yaptığından, asıl görevlerini tam olarak yerine getiremediği görülmektedir.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinde ise, Dr.Refik Saydam tarafından birinci bölümde de yer verdiğimiz gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin devletin görevi olduğunu belirtmiş, hasta tedavi hizmetlerinin ise hükümet görevi olarak ele almamıştır. Ancak günümüzde, tedavi edici sağlık hizmetlerinde, dernekler, vakıflar da dahil olmak üzere özel sektör payı yalnızca %5 dolaylarındadır. Kamu ağırlıklı tedavi edici sağlık hizmetlerinde, desantralizasyon ve profesyonel yönetim tarzıyla yönetilmemesi nedeniyle, gerek tıbbi, gerekse çağdaş otelcilik hizmetleri tam anlamıyla verilemeyen kurumlar, ülkemizde çoğunluğu teşkil etmektedir.

Sağlık hizmetleri, hasta olan kişilere sadece tıbbi tedavi veren bir hizmet olmayıp, kişilerin hastalanmadan sağlıklı hallerinin muhafazası, koruyucu sağlık hizmetleriyle önlenebilir sakatlık, hastalık ve ölümlerden koruyarak, pahalı olan tedavi edici sağlık hizmetlerindeki hem yığılmaları gidermek, hem de iş gücü kayıplarıyla birlikte, sadece kişi ve ailesi için değil, ülke için de ekonomik kayıplarını önlemektir. Türkiye de koruyucu sağlık hizmetlerine, toplam sağlık harcamalarının içerisinde ayrılan pay çok az olup yaklaşık % 1dir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin kişiye yönelik çalışmaların yanı sıra özellikle çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde; çevre sağlığı, doğal kaynakların korunması, özel çevre koruma alanları, kültür ve tabiat varlıklarını koruma alanları, yaban hayatının korunması ... gibi birçok alanda, çevre sağlığı hukukunun dağımıklığı, ilgili kuruluşların fazla olması, hem bürokrasiyi arttırmakta, hem de yetki karmaşasını gündeme getirmektedir.

Kişisel faktörlerden kaynaklanan hukuk dışı yetki kıskançlıkları sonucunda meydana gelen sorunlardan biride çevreye zararlı olabilecek faaliyetlerin izin aşamalarında, diğer ilgili kuruluşların haberdar edilmemesi gibi durumlar sonucunda;

doğal kaynakların, yaban hayatın ... vb. yok olmasının yanı sıra büyük çevre kirlilikleri oluşmasına sebep teşkil edip, çevrenin tekrar temiz hale gelmesi için ülke ekonomisine büyük maliyetler yükleyen sorunlar da gündeme gelmektedir.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinde ise; herkesin sağlık güvencesinin olmaması ve sağlık hizmetlerine aynı kalitede faydalanmaması, sistemin desantralize edilmeyip, liyakata dayalı siyasi baskılardan uzak profesyonel yönetim tarzının benimsenmeden hizmet verilmesi sorunlardan sadece bir kaçıdır.

Finansman sorunu da önemli olan bu hizmetlerde, asıl sorunlardan birinin de hastanelerin profesyonel yönetim tarzıyla yönetilmemesinden kaynaklanan, tıbbi teknolojinin atıl durumda bırakılmasıdır. Konuyla ilgili bio-mühendislik kadrolarının olmayıp, bu konuda eğitimi olmayan hekimlerin, bir şekilde bu teknolojiyi kullanmaya çalışmaları, hem tıbbi sonuçlar bakımından bazen yanlışlıklar meydana gelebilmekte, hem de ufak arızalar sonucunda bu teknolojilerin atıl kalmasına sebep olmaktadır.

Diğer bir konu ise, belirli hastalıkların listesinin yapılmayarak bazı hekimlerin rast gele faydasız ve fazla ilaç yazımıyla sağlık finansmanını olumsuz etkilemektedir.

Sistemin kaliteli tedavi edici sağlık hizmeti sunulması için hastane yönetim kadrosunun gelişmiş bazı ülkelerde olduğu gibi tek yetkilinin hekim olduğu değil, konunun işletme anlayışıyla etkinlik ve verimlilik ön plana çıktığı profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmesiyle, hastaların, hasta – müşteri arası konuma getirilerek ve sistemin bütün bireylerin sağlık sigortasının olduğu da düşünülerek, cepten ödeme yapmadan hastaların hasta-müşteri konumu içerisinde kaliteli sağlık hizmetinin almalarının sağlanmasıdır.

Ayrıca günümüz teknolojilerinden yararlanarak sistemin bilgisayarlı otomasyona geçtiği, hastaların hastalıklarıyla ilgili geçmiş bilgi kartlarına yüklendiği, dolayısı ile gereksiz tıbbi araştırmalar esnasında kaybolan zaman ve

maddiyatın önleildiği bir sisteme geçilmesi gereksinimi zaman ve maliyetleri azalttığı gibi, hastanelerdeki yığılmaların da önlenmesini sağlayacaktır.

Rehabilitasyon ihtiyacı olanların tıbbi, sosyal, mesleki ve toplum içi hizmetlerin, tek elden planlandığı koordinasyon sistemine geçilmesi bu konuda plan ve programların daha etkin şekilde uygulanması sağlanacak ve topluma kazandırılmaları açısından önemli bir unsur olacaktır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin çevreye yönelik hizmetlerin de, tıp ilmi dışında ayrı bir bilim dalı olduğunun kabul edilmesi ve uygulanması etkinliği arttıracaktır. Ayrıca çevre sağlığı mevzuatının görev ve yetki bakımından kuruluşlar arası dağılımının da ortadan kaldırılıp, bürokrasinin azaltılmasına da katkı sağlanacaktır.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinde özel hastanelerin kredi şeklinde verilmeden, teşviklerin sağlanarak özel sektör hastanelerin sayılarının artırılıp kendi aralarında ve desantralize olmuş profesyonel yönetim tarzıyla yönetilen kamu hastaneleri arasında rekabete sokularak, yüksek tıbbi teknoloji ve laboratuvar tetkiklerinin kullanıldığı, sosyal ve tıbbi hizmetlerin iyi bir şekilde sunulduğu, hastaların cepten para ödemedi, hasta-müşteri arası konum içerisinde yer aldığı, lüks merkezlerin oluşmasına zemin hazırlayacaktır.

Aile hekimliği sisteminin de ise rekabete dayalı bir yapıyla kurulmasını sağlamak için, önce sistemin desantralize olması daha sonra hastaların aile hekimine seçme hakkı tanıyıp, sevk zorunluluğu halinde ise aile hekiminin il ve bölgede ki hastanelerin mülkiyeti kime ait olduğu bakılmadan, hastanın hastaneyi seçme hakkı tanınması hastaneler arası rekabeti arttıran unsurlardan biri olacak ve hastaneler de sosyal ve tıbbi hizmetlerin kaliteli bir şekilde alınmasını sağlayacaktır.

## KAYNAKÇA

- Abacıoğlu Muhittin  
(Der), *"İmar Kanunu ve İlgili Mevzuat"* Seçkin Yayıncılık  
2.Baskı Ankara,2000
- Aktuna Yıldırım,  
Sunuş *"Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Politikası"*  
Ankara, 1993
- Akyiğit Ercan,  
*"İş Kanunları"* Seçkin Yayınevi 6.Baskı Ankara 2000
- Alpugan Oktay,  
*"Hastanelerde Verimlilik Sorunu İçin Kimi Öneriler"*  
Hikmet Seçim (Der), *"Hastane İşletmeciliği (Seçme  
Yazılar)"* Eskişehir,1995
- Belediyelerle İlgili  
Mevzuat,* Yayılım Yayıncılık (Der) İstanbul,1997
- Bellek İlker,  
*"Sosyal Devletin Krizi ve Sağlığın Ekonomi Politikası"*  
Sorun Yayınları, İstanbul,1994
- Bilgen Pertev,  
*"İdare Hukuku Dersleri"* Filiz Kitabevi İstanbul,1996
- Çalak Vildan,  
*"Sağlık Ekonomisi (Modern Hastane Yönetimi)"* Mer  
Ajans Ltd.Şti. Yayınları, ISSN 1301-57, 1997
- Çevre Bakanlığı,  
*"Çevre Notları"* Ankara,1995
- Çevresel Etkileri  
Değerlendirilmesi  
Yönetmeliği,* R.G. 23 Haziran 1997 - 23028
- Devlet Memurları  
Kanunu,* Yayılım Yayıncılık (Der) İstanbul,2000

- Dirican Rahmi, *"Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)"*, U.Ü. Basımevi, 2.baskı, U.Ü.Tıp Fak.1993
- Ercoskun Ayhan, *"Halk Sağlığı, Çevre Sağlığı ve Gıda Maddeleri Mevzuatı"* Hemay-Petek Yayınları Ankara,1987
- Erdurak G.Yılmaz, *"Türk Ceza Kanunu"* Adil Yayınevi 3.Baskı 1994
- Eren Nevzat, *"Köy, İlçe ve İllerde Sağlık Yönetimi ve Mevzuatı"* Beta Yayınlar İstanbul,1984
- Ergüder Toker, Esin Serdar, Kutlu Levent, *"İskandinav Ülkeleri Sağlık Sistemleri-1"* S.B. *"Sağlıkta Strateji"* Eylül,1998 Sayı.19
- Eryılmaz Bilal, *"Kamu Yönetimi"* 4.Baskı,İstanbul,1998
- Fişek H.Nusret, *"Halk Sağlığına Giriş"*, H.Ü.-D.S.Ö. Hizmet Araştırmacı Yetiştirme Merkezi No:2 Ankara,1985
- Güler Çağatay, Çobanoğlu Zakir, (Der.), *"Çevre Sağlığı Mevzuatı"* S.B. Ankara 1996
- Kodal Mehmet, Çapakçur S.Zeki, *Yataklı Tedavi Kurumları Sağlık Mevzuatı" Ocaklar Matbaacılık, Ankara,1998*
- Kurtulmuş Sevgi, *"Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi"*, Değişim Dinamikleri Yayını, İstanbul,1988
- Mahalli Çevre Kurulları Çalışma Esas ve Usüller Yönetmeliği,* R.G. 08.03.1993 - 21515
- Newhouse, Joseph P., *"The Demand For Medical Care Services:A Retrospect and prosect"*,*Healt Economist and Healt Economics*, Editor: GAAG, J, Vonder and PERLMAN, North Holand Pupliching Company 1981

*Özel Hastaneler Tüzüğünde* R.G. 22.05.1997 - 22996  
*Değişiklik Yapılmasına*  
*İlişkin Tüzük,*

Özsarı Haluk, *"Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları, Sağlıkta Strateji Dergisi"*, Aralık 1998 sayı 20

Özsoy H.İbrahim, *Sunuş "Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı" 1992-1996* Ankara [T.Y.]

Öztek Zafer, Kubilay Gülümser, *"Toplum Sağlığı ve Hemşireliği"* Somgür Yayıncılık Ankara 1995

Pınar İbrahim, *"Açıklamalı 4483 Sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun"* Seçkin Yayınevi Ankara,2000

Puplic Healts Reports, *"A Prognosis by North American Healt Systems Our Healt Paradigma In Peril"*, USA, September/October,1995, İnternet Verisi

Ruchlin, Hirsch S.-C. Daniel Recover, *"Economics and Health Gre,"* USA,1973, ISBN 03780271279

Sağlık Bakanlığı, *"Gıda Mevzuatı ve Uygulamaları"* Ankara,2000

Sağlık Bakanlığı, *"Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı,1998"* Ankara,1999

Sağlık Bakanlığı, *"Sağlıkta Strateji"* Sayı.6 Haziran 1995

Sağlık Bakanlığı, *"Sağlıkta Strateji"* Sayı.5 Mart,1995

Sağlık Bakanlığı, *"Sağlıkta Strateji"* Sayı.8 Aralık 1995

Sağlık Bakanlığı, *"Sağlıkta Strateji"* Sayı.9 Mart,1996



- Sağlık Bakanlığı, *"Sağlıkta Strateji" Sayı.13 Mart,1997*
- Sağlık Bakanlığı, *"Sağlıkta Strateji" Sayı.15 Eylül,1997*
- Sağlık Bakanlığı, *"Sağlıkta Strateji" Sayı.17 Mart,1998*
- Sağlık Bakanlığı, *"Sağlıkta Strateji" Sayı.19 Eylül,1998*
- Sağlık Bakanlığı, *"Sağlıkta Strateji" Sayı.20 Aralık,1998*
- Sağlık Bakanlığı, *"Genel Sağlık Sigortası Kamun Taslağı" 1993*
- Sağlık Bakanlığı, *"Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996" Ankara [T.Y.]*
- Sağlık Bakanlığı , *"Ulusal Çevre Programı" Ankara, Ocak 2001*
- Sağlık Bakanlığı SPGK, *"Ulusal Sağlık Politikası" Ankara,1993*
- Sağlık Bakanlığı SPGK, *"Sağlık Reformu İle İlgili Kamun Tasarısı Taslakları ve Gereçekleri" 31 Mart 1993*
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı [S.B.], *"İl Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü [S.M] Teşkilat ve Görevleri" Yayın No.508 Ankara,1984*
- Saltman B. Richard, Figueras Joseph, *"Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizleri" Çev: Sağlık Bakanlığı, SPGK-Eksen Tanıtım Tasarım Ltd.Şti., 1998*
- Sarvan Fulya, *"Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi" Hikmet Seçim (Der), "Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)" Eskişehir,1995*
- Seçim Hikmet, *"Hastane Yönetimi ve Organizasyonu Türkiye'de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi" İşletme Fak.Yayımları İstanbul,1991*

- Seçim Hikmet, *"Hastanelerde Verimliliği Artırma Yöntemleri"*  
Hikmet Seçim (Der), *"Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)"* Eskişehir,1995
- Sözen Cemil, *"Sağlık Hizmetlerinde Yönetim Ders Kitabı"* Atlas  
Yayın Konya,1997
- T.C.Anayasası 1982, Alfa Yayın İstanbul,1999
- Turgut Nükhet, *"Çevre Hukuku"* Savaş Yayınevi, Ankara,1998
- Türkiye FT ve R. Uzman Hekimleri Derneği, *"Ülkemizde Rehabilitasyonun Bugünkü Durumu ve 21. Yüzyılda Hedefler"* Mart,2000
- Üstündağ Marziye, *"Rehabilitasyon Merkezlerinde Örgütsel ve Yönetimsel Etkinlik Koşulları ve Üç Rehabilitasyon Merkezine İlişkin Bir Araştırma"* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü.1994
- Yüncü Fatma, *"Sağlık Hizmetlerinde Yönetim"* [Y.Y.], Ankara,1993

## **KİŞİSEL BİLGİLER**

Adı Soyadı : Şükrü OTÇU

Doğum Yeri : Muğla

Doğum Yılı : 1969

Medeni Hali : Evli

## **EĞİTİM VE AKADEMİK BİLGİLER**

Lise : 1986- Muğla Turgut Reis Lisesi Mezunu

1988- Muğla Sağlık Meslek Lisesi Mezunu

Lisans : 1997- Muğla Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi  
İşletme Bölümü Mezunu

Yabancı Dil : İngilizce

## **MESLEKİ BİLGİLER**

1988- Kavaklıdere Sağlık Ocağı, Çevre Sağlığı Teknisyeni

1990- Bayır Sağlık Ocağı, Çevre Sağlığı Teknisyeni

1992- Yatağan Merkez Sağlık Ocağı, Çevre Sağlığı Teknisyeni

1993- Muğla Devlet Hastanesi, Hasta Kabul Bölümü

1996- Muğla Devlet Hastanesi, Ayniyat Bölümü

1997- Muğla Devlet Hastanesi, Müdür Yardımcılığı

2000- Muğla Sağlık Müdürlüğü Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü.

Halen Çevre Sağlığı Teknisyeni olarak, bu şubede görev yapmaktayım.