

T.C.
İZMİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK HUKUKU ANABİLİM DALI

SAĞLIK KURUMLARINDAKİ YÖNETİCİLERİN HUKUKİ
SORUMLULUKLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe SÖNMEZ

İzmir 2015

T.C.
İZMİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK HUKUKU ANABİLİM DALI

SAĞLIK KURUMLARINDAKİ YÖNETİCİLERİN HUKUKİ
SORUMLULUKLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe SÖNMEZ

Danışman

Doç.Dr.Serkan ÇINARLI

İzmir 2015

TEZ ONAY SAYFASI

İZMİR ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Tezli Yüksek Lisans Programı 134003009 numaralı öğrencisi Ayşe SÖNMEZ'in hazırladığı "Sağlık Kurumlarındaki Yöneticilerin Hukuki Sorumlulukları" adlı Yüksek Lisans Tezi ile ilgili savunma sınavı 16/04/2015 günü saat 10:30 - 12:00 arasında yapılmış, tez sunumu ve sorulan sorulara alınan yanıtlar sonunda adayın BAŞARILI / BAŞARISIZ olduğuna OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

Tez Danışmanı

Doç.Dr.Serkan ÇINARLI

İzmir Üniversitesi Hukuk Fakültesi

İdari Hukuku Anabilim Dalı

Öğretim Üyesi

Üye

Prof.Dr.Ekin Özgür AKTAŞ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Adli Tıp Anabilim Dalı

Öğretim Üyesi

Üye

Yrd.Doç.Dr.Murat BATI

İzmir Üniversitesi Hukuk Fakültesi

Mali Hukuk Anabilim Dalı

Öğretim Üyesi

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Kurumlarındaki Yöneticilerin Hukuki Sorumlulukları” başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

20.01.2015

Ayşe SÖNMEZ

ÖZET

SAĞLIK KURUMLARINDAKİ YÖNETİCİLERİN HUKUKİ SORUMLULUKLARI

Ayşe SÖNMEZ

İzmir Üniversitesi, Sağlık Hukuku Anabilim Dalı,

Yüksek Lisans Tezi, 119 sayfa, Nisan 2015

Danışman: Doç.Dr.Serkan ÇINARLI

1970'lerin ortasından beri batılı ülkelerde yeni kamu yönetimi uygulamaları gerçekleştirilmektedir. Daha verimli kamu hizmeti sunulması için tüm dünyada büyük önem verilen bu uygulamalar Türkiye'de de uygulanmaya çalışılmaktadır. Kamuda kayda değer bir dönüşüm sürecini gerekli kılan bu uygulamalar sağlık alanını da kapsamaktadır. Özellikle 2000'li yılların başından itibaren ülkemizde sağlık alanında dönüşüm süreci hız kazanmış, Avrupa Birliği müktesebatına uyum sürecinin etkisiyle daha verimli sağlık hizmeti sunumu açısından önemli olan yasal düzenlemeler gerçekleştirilmiş, Sağlık Bakanlığının ve bağlı kuruluşların hiyerarşik yapısında önemli değişiklikler yapılmıştır. Düzenlemelerin bir kısmı ise sağlık kurumlarındaki yöneticilerin görev ve sorumluluklarını içine alacak şekilde gerçekleştirilmiştir.

Yapılmış olan düzenlemelerle birlikte hastane yöneticilerinin görev ve sorumluluk alanı genişletilmiş, hasta ve çalışan sağlığı, çevreye uyumlu sağlık hizmeti sunumu, güvenlik, evrakların düzenli tutulması vb. konularda alınması gereken yeni önlemler belirlenmiştir. Bu önlemler alınmadığı takdirde meydana gelen idari malpraktisler nedeniyle hasta ve çalışanların veya kurumların zarara uğramaları sağlık kurumlarının tazmin sorumluluğunu ortaya çıkarmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Kurumlarında Yöneticiler, İdari Malpraktis, Hukuki Sorumluluk.

ABSTRACT**LEGAL LIABILITIES OF MANAGERS IN HEALTH CARE INSTITUTIONS****Ayşe SÖNMEZ**

İzmir University, Department of Health Law,

Master Thesis, 119 pages, April 2015

Dissertation Advisor: Ass.Prof. Serkan ÇINARLI

New Public Order Management arrangements which take a great importance all over the world for more efficient public services are being implemented in Turkey too. These applications require a significant transformation in public and also cover the health services area. Especially, since the beginning of the 2000s, transformation process in the field of health has been accelerated. Significant changes have been made in health care delivery in terms of the adoption process to the EU acquis. Some of the arrangements were carried out with including duties and responsibilities of the health institutions managers.

Hospital managers' duties and responsibilities expanded with this arrangement, patient and employee health, consistent health care delivery with the environment, security, regular documentation, etc. has been identified as new measures that must be taken.

Key words: Health Care Institutions, Administrative Malpractice, Legal Liability, Health Care Institutions Managers.

ÖNSÖZ

Sağlık kurum ve kuruluşlarında ortaya çıkan uygulama hataları nedeniyle her sene çok sayıda insan zarar görmekte, oluşan zarar nedeniyle yargı süreçleri yürütülmektedir. Malpraktisler olarak nitelendirilen bu hatalı uygulamalar nitelik olarak tıbbi, idari ve etik ilkelerin dikkate alınması açısından değerlendirilmektedir. Araştırmaya konu olan idari malpraktisler idari uygulamalardan doğan hataları kapsamaktadır. Bu hatalı uygulamaların önüne geçilmesi, oluşabilecek zararın önlenmesi, hasta ve çalışan sağlığının ön plana çıkarılması hastane yöneticilerinin sorumluluk alanına dâhildir ve bu sorumlulukların yerine getirilmesi için hastane yöneticilerine yüklenen görevler mevzuatta belirtilmiştir.

Sağlık kurumlarındaki yöneticilerin görev ve yükümlülüklerinin belirlenmesi ise uzun bir sürecin sonucu olarak değerlendirilebilir. Çalışmada tıbbi müdahale ile ilgili sorumluluk olgusunun tarih öncesi çağlara dayanan kökeni irdelendiği gibi bugünkü ulusal mevzuatın da oluşum süreci incelenmiş, özellikle Avrupa Birliği müktesebatına uyum sürecinin sağlık kurumlarındaki yöneticilere yeni sorumluluk ve görevler yüklediği açıklanmıştır.

Sağlık kurumlarındaki yöneticilerin görev ve sorumluluklarının sırf idari malpraktisler açısından açıklanması, bu görev ve sorumlulukların gerekli şekilde yerine getirilmemesinden doğan zararlar ve tazmin yükümlülüğü ile ilgili yargı kararlarının incelenmesi açısından araştırma orijinallik taşımaktadır. İdari malpraktislerin öne çıkarılarak sağlık kurumlarındaki yöneticilerin yükümlülüklerini inceleyen çalışmaların yetersiz sayıda olması göz önünde bulundurulduğunda çalışmanın önemi bir daha ortaya çıkmaktadır.

Çok önemli olduğunu düşündüğüm bu konunun araştırılması ve yazımı sürecinde desteklerini esirgemeyen sevgili babam Mahmut SÖNMEZ'e, değerli çalışma arkadaşlarım Aksel KAVAK, Serap ŞAHİN, Farid Haji-HASANZADA ve Sıdika KOLUKISAOĞLU'na, değerli hocalarım Prof.Dr.Ekin Özgür AKTAŞ ve Doç.Dr.Serkan ÇINARLI'ya teşekkür ederim.

Ayşe SÖNMEZ

İzmir/2015

İÇİNDEKİLER

ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
ÖNSÖZ	iv
GİRİŞ	1
1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE HEKİMLİK SANATININ TARİHİ GELİŞİM SÜRECİ	6
1.1. İlkçağda Tıp	6
1.1.1. Tarih Öncesi Dönem ve İlkel Topumlarda Tıp	6
1.1.2. Eski Uygarlıklarda Sağlık, Hekimlik ve Tedavi	8
1.1.3. Mezopotamya Uygarlıkları	8
1.1.4. Eski Mısır Uygarlığı	10
1.1.5. Eski Hindistan	13
1.1.6. Eski Çin	15
1.1.7. Antik Yunan Medeniyeti	17
1.1.8. Eski Roma Tıbbı	21
1.2. Dinlerin Etkisi ve Sağlık	22
1.3. Türk Tıbbının Gelişimi. Hekim ve Hastaneler	26
2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU	34
2.1. Avrupa Birliği Hukukunda Sağlık Hizmetleri	34
2.1.1. Avrupa Tek Senedi	36
2.1.2. Beyaz Kitap	36
2.1.3. Maastricht Antlaşması	37
2.1.4. Amsterdam Antlaşması	38
2.1.5. Temel Haklar Şartı	39
2.1.6. Avrupa Anayasası	39
2.1.7. Halk Sağlığı Eylem Planı	41
2.2. Avrupa Birliği'ne Uyum Çerçevesinde Sağlık Alanında Yapılan Düzenlemeler	42
2.3. Sağlıkta Dönüşüm	45

2.3.1. Sağlıkta Dönüşümle Birlikte Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat Yapısı.....	47
2.4. Sağlık Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşların Sistemik ve Görevsel Yapısı.....	59
2.4.1. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kurum ve Kuruluşlar.....	61
2.4.1.1. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları.....	61
2.4.1.2. İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları.....	62
2.4.1.3. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları.....	62
2.4.2. Üniversite Hastaneleri.....	64
2.4.2.1. Kamu Üniversiteleri.....	64
2.4.2.2. Vakıf Üniversiteleri.....	64
2.4.3. Özel Sağlık Kurumları.....	64
2.4.3.1. Özel Hastaneler.....	64
2.4.3.2. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Sağlık Kurumları.....	65
2.4.3.3. Özel Muayenehaneler.....	66
2.4.4. Diğer Sağlık Kurumları.....	66
2.4.4.1. Belediye Hastaneleri.....	66
2.4.4.2. Azınlık Hastaneleri.....	66
2.4.4.3. Türk Silahlı Kuvvetlerine Bağlı Hastaneler.....	66
2.4.5. Sağlık Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşların Görevsel Yapısındaki Değişimler.....	66
3. HASTANE YÖNETİCİLERİNİN SORUMLULUKLARI.....	70
3.1. Hastane Yönetimi, Görev ve Sorumluluklar.....	70
3.1.1. Kamu Hastanelerinde Yöneticilerin Sorumlulukları.....	71
3.1.1.1. Hastane Yöneticisi.....	71
3.1.1.2. Başhekim.....	72
3.1.1.3. Başhekim Yardımcısı.....	74
3.1.1.4. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü.....	74
3.1.1.5. İdari ve Mali Hizmetler Müdürü.....	75
3.1.1.6. Müdür Yardımcısı.....	77
3.1.2. Özel Hastane Yönetimi.....	78
3.1.3. Üniversite Hastanesi Yönetimi.....	80
3.1.3.1. Başhekim.....	80
3.1.3.2. Başhekim Yardımcısı.....	82
3.1.3.3. Başhemşire.....	82

3.1.3.4. Başhemşire Yardımcısı.....	83
3.1.3.5. Hastane Müdürünün Görev ve Yetkileri.....	83
3.1.3.6. Hastane Müdür Yardımcısının Görev ve Yetkileri.....	84
3.2. AB'ye Uyum Süreci ve Hastane Yönetiminin Sorumlulukları.....	85
3.3. Hastane Yönetiminde İdari Faaliyetin Doğurduğu Sorumluluk ve Hukuki Sonuçları.....	90
3.3.1. Malpraktis Kavramı ve İdari Malpraktis.....	90
3.3.2. Yargı Kararları Işığında İdarenin Hatalı Uygulamalarından Doğan Hukuki Sorumluğunun İncelenmesi.....	95
SONUÇ.....	113
KAYNAKLAR.....	117
ÖZGEÇMİŞ.....	120

GİRİŞ

İnsanların ilk çağlardan itibaren mücadele etmek mecburiyetinde kaldığı zorlukların arasında hastalıklar da vardır. Tarih öncesi çağlardan günümüze kadar hastalıklarla mücadele etme ve hastaları iyileştirme çabaları insanın hayatta kalma içgüdüsünün en önemli göstergelerinden birisi olmuştur. İnsanlığın yaşı kadar eski olan tıp, görkemli bir evrim sürecinden geçmiştir. Hastalıklar, şer kuvvetlerin getirdiği musibetler, Tanrı'nın gazabı olarak görülmüş, büyü, sihir ve dualarla tedavi edilmeye çalışılmıştır. Ancak deney ve gözlem yoluyla insanların belirli hastalıklar, zehirli veya şifalı bitkiler hakkında fikir sahibi olması ile birlikte tıp da gelişmeye başlamıştır.

İlk toplumlarda, büyü ve sihirli güçlerin tedavi sürecinde büyük önemi olduğuna inanılsa da çeşitli bitkilerin şifalı etkilerinden de yararlanılmaktaydı. Bu yüzden büyücülerin yanısıra şifalı bitkilerin özelliklerini daha iyi bilen kadınlar tedavi sürecinde önemli rol oynamaya başladılar. Antik toplumlarda sağlık ilahlarının tanrıçalar olması kadınların tıp alanındaki öneminin en bariz örneğidir. Yunan mitolojisinde Hygieia (“hijyen” kelimesi bu tanrıçanın adından gelmektedir) ve Panacea, Roma mitolojisinde ise Salus sağlık tanrıçaları olmuştur. Kadınların tıp konusunda etkinliklerinin mitolojik boyutunun yanısıra Mentuhetep, Hatşepsut, Kleopatra gibi Mısır kraliçeleri aynı zamanda ünlü hekimlerdi. Kadınların eski çağlarda tıp alanındaki etkinlikleri Ortaçağ karanlığı, tıbbın dinden ayrılması sonucu rahibelerin tedavi süreçlerine katılımının sınırlanması gibi faktörlerle azalmış, bu süreç 19. yüzyılın ortalarına kadar devam etmiştir. Elizabeth Blacwell'in tıp diploması alan ilk kadın olmasıyla bu durumun ortadan kalkması adına önemli bir mesafe kat edilmiştir.

İnsanların hastalıkları tedavi etme yöntemlerinin geliştirmesiyle birlikte her topluluk veya kabiledede tedavi edenler, bu alanda belli başlı tecrübe ve bilgiye sahip bir grup olarak sıyrılmaya başladılar. Hekim kelimesinin Arapça karşılığı olan tabip kelimesi de işin ehli olan, işi bilen kimse anlamına gelen tabbe sözünden gelmektedir¹. Nitelik olarak bugünkü anlamından çok uzak olsa da o dönemlerde, hastaları tedavi etme amacı taşıyan hekimlerin tedavi yöntemleri de zamanla gelişmiştir. İlk başlarda hastalıklar doğaüstü olaylara bağlandığı için tedavi edenler de şaman, büyücü veya rahiplerdi. Bu kişiler, özellikle din adamları, okuma yazma bildiğinden tıp alanında yazılan ilk kitaplar da onlara aitti.

¹ Ali Haydar Bayat, *Tıp Tarihi*, İstanbul, Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği, 2010, s. 20

Tıptaki gelişmeler sadece yerel veya bölgesel nitelikte değildi. Farklı toplumlardaki tıbbi gelişmeler, diğer toplumları da etkiliyordu. Antik Yunan mitolojisinde eski Mısır tanrılarının etkisi görüldüğü gibi, Mısır tıbbında kullanılan maddeler de Dioskorides'in *Materia Medica* adlı eseriyle Roma, İslam ve Avrupa tıbbına aktarılmıştır.

Günümüz hekimliğinde katarakt, migren gibi bazı hastalıkların isimleri, gomme, stibium, amonya, petrol, nitre gibi ilaç olarak kullanılan bazı maddeler ve **eczacılık** kelimesinin karşılığı olarak Yunanca 'da kullanılan *pharmakon* (Mısır dilinde *pharmaki*) kelimesi Mısır tıbbının hatıraları olarak yaşamaktadır².

Dinlerin doğuşu tıbbın gelişimine farklı bölgelerde farklı etkiler göstermiştir. Avrupa'da Hristiyanlığın yerleşmesiyle birlikte başlayan karanlık çağda, hastalıklar sadece Tanrının belası olarak görüldüğü için tedaviler de azizlere dua etmekle, Tanrının "gölgesi" sayılan kralların hayır-duası ile gerçekleştirilmekteydi. Örneğin, Fransa kralı Charles'ın 1662-82 yılları arasında 92 000 sıracalı hastaya elini sürdüğü rivayet edilmektedir³.

İslam'ın yayılması sadece bir dini ideolojinin geniş topraklara ulaşmasıyla sınırlı kalmamış, aynı zamanda bilimsel ilerlemelerin de tüm Hilafet topraklarında yaşayan toplumlara ulaşmasına yardımcı olmuştur. Fakat burada dikkat edilmesi gereken hususlardan biri, İslam tıbbının İslamiyet öncesi dönemlerin tıbbi gelişmelerini de içinde barındıran bir olgu olmasıdır. Türk tıbbının da en önemli ilerleme aşamasının İslam'ın kabul edilmesinden sonra gerçekleştiği söylenebilir.

Kısacası, *Hipokrat*'tan *Galen*'e, *İbn-i Sina*'dan *Razi*'ye, *Harvey*'den *Pasteur*'e kadar birçok bilim adamının araştırmaları tıbbın gelişiminde büyük katkılar sağlamıştır. Büyü ve sihirle başlayan tedavi yöntemleri doku ve organ nakillerine, genetik alanındaki tıbbi faaliyetlere kadar ilerleme sağlamıştır. Eski çağlara dayanan bazı tedavi yöntemleri ise (akupunktur ve moksa gibi) halen uygulanmaktadır. Ayrıca saraylar, dükkânlar, çeşitli dini yapılar hastalıkların tedavisi için ev sahipliği yapsa da sadece sağlık hizmeti noktasında uzmanlaşmış kurumların da mevcut olduğuna dair bilgiler vardır. Bu belgelerden; kadınların doğum yapması ve doğumdan sonra kalmaları için Hindistan ve Mısır'da doğum evleri olduğunu öğrenilmektedir. Bazı durumlarda ise

² Bayat, ss: 70-71

³ Bayat, ss: 157

hastanelerin oluşturulması sosyal hizmet veya dini bir dürtüden daha çok devlet menfaatlerinin temin edilmesi için gereklilik arz ediyordu. Örneğin, Roma İmparatorluğu'nda askerin önemine bağlı olarak onlara hizmet veren sağlık kurumları ortaya çıkmıştır. Askeri hastaneler bol ışıklı ve düzenli yapılar olup, zengin tıbbi aletlere sahiptiler.⁴

Fakat ilk çağlardan günümüze kadar hekimlerin faaliyetleri belirli denetimlere tabi tutulmuştur. Hekimler, tıbbın uygulayıcıları olarak, hastalıkların tedavi edilmesini üstlenerek aynı zamanda insana zarar vermeme yükümlülüğünü de kabul etmişlerdir. Hekimlerin sorumluluğu tıbbın, devletlerin ve toplumların son yıllardaki tıbbi, hukuki ve sosyolojik gelişmelerin sonucunda ortaya çıkmış bir olgu değildir. Zira bu konuyla ilgili çeşitli bilgilere çok eski dönemlere kadar uzanan tarihi belgelerden ulaşılmaktadır. Örneğin, dünya tarihinin en eski yazılı belgelerinden biri olan Hammurabi Kanunları'nda hekimler ve onların sorumlulukları, uygulanan ücretlerle ilgili maddeler yer alıyordu.

M.Ö. 200 – M.S. 200 yıllarında çeşitli bölgelerde yürürlükte olan Manu ve Zoroastre kanunlarında da hekimler ve sorumlulukları ile ilgili maddeler vardı. Manu Kanunu'na göre, mesleğini kötüye kullanan hekim para cezasına çarptırılır; Zoroastre Kanunu'na göre ise yetersiz olduğu tespit edilen hekim mesleğini yürütmeye devam ederse parçalanarak öldürülürdü⁵.

Roma Hukuku'nda da hekimin ihmali veya bilgisizliği sonucu kölenin ölmesi, sakat kalarak değerinin azalması gibi durumlarda mala verilen zararları düzenleyen lex Aquilia hükümleri uygulanıyordu ve bu uygulamada elverişli tazmin hakkı ortaya çıkıyordu⁶. Roma Hukuku'na benzer şekilde Hristiyanlık'ta da, özellikle, Katolik Kilisesi'nde zarara uğrayan hastanın rızası ceza sorumluluğunu ortadan kaldırmayacağı görüşü hakimdi.

Osmanlı tıbbına bakıldığında rızanın tedavi için önemli bir şart olduğu açıkça görülse de bazılarının rızanın cezayı engelleyebileceği yönünde görüş belirttiği de

⁴ Ayşe Nur Gökçe ve Doğan Üvey, “Eski Roma Tıbbında Hekimlik Sanatı”, *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, Cilt: 61, No: 4, 1998, s: 517-520.

⁵ Bayat, s: 95

⁶ Pervin Somer, “Roma Hukukunda Hekimin Sorumluluğu”, *Marmara Üniversitesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, Cilt: 14, No: 4, s: 133-151.

görülmektedir. Ancak rızanın cezayı ortadan kaldırması şartı sınırsız değildi ve belirli ölçütlere tabi tutulmaktaydı.

Antik çağlardan günümüze tıbbın, hekimlik, tedavi ve hastanelerin geçtiği gelişim süreci incelendikten sonra günümüzde sağlık, sağlık hizmeti ve sağlık hizmeti sunumu ile ilgili temel kavramlara da bakmak gerekir. İlk olarak, günümüzde sağlık kavramı için farklı söylemler kullanıldığını belirtmek gerekir. Fakat bu konuda en yaygın görüş olarak Dünya Sağlık Örgütü'nce kabul edildiği gibi “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik hali” olarak kabul edilmektedir. İnsan sağlığının korunması veya tedavi için ekonomik durumun büyük önem taşıdığı bu günlerde ekonomik olarak iyi olma hali de sağlığın bir koşulu olarak kabul edilmektedir.

Sağlık kavramı ile ilgili çok sayıda görüş ve tanımlama çabaları olsa da kullanılan birçok kavram belirsizlik ifade ettiği için net bir sağlık kavramı ortaya koymak zordur. Genelde holistik (bütüncül) sağlık yaklaşımları üzerinden tanımlama çabaları net bir sınır çizememektedir. Çünkü sağlığı etkileyen faktörler çok geniş kapsamlı alanlar olarak nitelendirilebilir: sosyal, tıbbi, iklim, genetik koşullar, yaşam tarzı vb. Bu kavramlar sağlık noktasında birleşseler de sağlık kavramının sınırları tüm bu etkenlerin sınırlarına kadar genişleyebilmektedir. Ancak bu çeşitli kavramlar incelendiği zaman sağlığın toplumsal bir olgu olması, hastalıklar gibi onların tedavisinin de toplumsal bir içerik taşıması noktasında ortak bir fikre gelindiği söylenebilir.

Toplumsal veya ayrı ayrı fertlerin sağlığının korunması (koruyucu sağlık hizmetleri), hastalıkların tedavi edilmesi (tedavi edici sağlık hizmetleri) ve rehabilitasyon hizmetleri (rehabilite edici sağlık hizmetleri), daha iyi eğitim, çalışma ve dinlenme koşulları sunulması sağlığın geliştirilmesi (geliştirici sağlık hizmetleri) için ise tüm bunları kapsayacak şekilde sağlık hizmeti kavramı kullanılmaktadır. Bu hizmetlere sağlamlık halinin korunması, sağlığın geliştirilmesi, sağlığa tehdit oluşturan faktörlerin ortadan kaldırılması, genel ve özel sağlık eğitiminin verilmesi gibi genel şartlar dahildir. Türkiye’de sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Devletin sunduğu sağlık hizmetleri; sosyal sigortalar kurumlarının oluşturulması, sağlık hizmetlerinin ülke çapında örgütlenmesi, insan sağlığına zarar verecek her türlü tehditle mücadele edilmesi, toplum sağlığının korunması, aşı, tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinin kurulması şeklinde özetlenebilir. Tüm bu hizmetler; devlet tarafından

açılan hastane, dispanser vb. kurumlarda verilmektedir. İl, ilçe ve diğer yönetim birimlerine uygun olarak sağlık müdürlükleri, devlet doktorları veya sağlık memurları vasıtasıyla bu tedavi merkezlerinin yönetimi ve denetimini gerçekleştirmektedir.

Sağlık hizmeti ve devletin bu konudaki yükümlülükleri sağlık hizmetleri sunumunu bir sistem haline getirmiştir. Bu sisteme aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem dispanserleri, Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi, merkezi yönetime (ilçe ve belde hastaneleri, genel hastaneler, özel dal hastaneleri vb.) ve belediyelere ait hastaneler, üniversite hastaneleri (kamu ve vakıf üniversitelerine ait), eğitim ve araştırma hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri, eczaneler, diyaliz merkezleri vb. sağlık kurum ve kuruluşları dahildir. Fakat bu sistem sadece idarenin sunduğu sağlık hizmetleri ile kısıtlı kalmamaktadır. Özel hastane ve muayenehaneler de sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar arasında yer alarak sistemin bir parçasını oluşturmaktadır.

Görüldüğü gibi en eski çağlardan beri hekimlerin faaliyetleri denetime tabi tutulmuş, hastaların hakları ve uğradıkları zararlar tazmin edilmiştir. Zamanla tıbbın, sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarının gelişmesi, teknolojik ilerleme, nüfus artışı gibi faktörlerle birlikte hekimlerin sorumluluklarına paralel olarak idarelerin de sorumlulukları meselesi önem kazanmaya başlamıştır. Bu sürecin sonucu olarak, hekim ve idarenin sorumlulukları ayrı ayrı değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu çalışmada sağlık hizmeti sunumu, bu sunumun organize edilmesi için oluşturulan sistem, idarenin hangi yükümlülüklerinin olduğu, idarenin kusurundan doğan zarar durumlarında hastaların (veya varislerinin) maddi ve manevi zararlarının tazmin edilmesi gibi konulara değinilecek, örnek davalar ve mahkeme kararları ile bu olgu incelenmeye çalışılacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE HEKİMLİK SANATININ TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ

1.1. İlkçağda Tıp

1.1.1. Tarih Öncesi Dönem ve İlkel Topumlarda Tıp

Sağlık hizmeti organizasyonunun daha etkin bir biçimde sağlanması yönünde çabalar ilkçağdan günümüze kadar devam eden ve bundan sonra da devam edecek bir süreçtir. Bu sürecin incelenmesi sağlık hizmeti ve tedavinin tıbbi malzemelerden ve hastanelerden oluşmadığını göstermektedir. Çalışmamızın bu bölümünde ilkçağdan bugüne tıp alanındaki gelişmeler incelenmeye çalışılacaktır.

Yeryüzünde insanlar yokken hastalıklar vardı⁷. Bu ifadeyi ispatlayan çok sayıda delil paleopatolojik incelemeler⁸ sonucu ortaya konmuştur. Bu deliller bugün bile var olan çoğu hastalığın daha tarih öncesi dönemler de bile insanlar arasında yaygın olduğunu göstermektedir. İlk insanlar bu hastalıkların üstesinden gelmek için çoğu zaman hayvanları taklit etmişlerdir. Hayvanların bazı hastalık ve sakatlanmaları “tedavi” etmek için çamur uygulamaları veya ılık suda yuvarlanmaları ile yaralı bölgenin ovalanması veya yaraya buz uygulanması gibi yöntemlerle paralellik göstermektedir. Sağaltıcı (iyileştirici) özelliklerinin ne zaman öğrenildiği tam olarak bilinmemekle birlikte şifalı bitkilerin de tedavi süreçlerinde kullanıldığı söylenebilir.

İnsanlık, tarih öncesi dönemlerden daha gelişmiş toplumlara doğru evrildikçe sağlık hizmeti ve tedavi süreçleri de daha komplike bir nitelik kazanmaya başlamıştır. İlkel toplulukların mesken saldıgı yaşayış birimlerinden elde edilen bulgular (heykeller veya duvar resimleri) büyü ve mistik ayinlerin de tedavilerde temel öğelerden biri olduğunu göstermektedir. Örneğin, Fransa'nın Les Trois Frères mağarasında bulunan 17.000-20.000 yıl öncesine ait kaya kabartması, kafasına korkunç geyik maskesi takmış bir büyücü-doktoru göstermektedir. Bu resim, o dönemlerde hastalıklara yol açtığına inanılan kötü ruhları korkutmak için kullanılan hayvan maskelerini ve mistik inanışların tedavi süreçlerinin önemli parçası olduğunun en güzel örneklerinden biridir⁹. Hastalıklara neden olduğu düşünülen şer güçler kavramı da kavimlere göre değişiklik

⁷ Albert S. Lyons ve Joseph Petrucelli, *Çağlar Boyu Tıp*, çev. Nilgün Güdücü, İstanbul, Roche,1997, s:19

⁸ Fosil, mumya vs. kalıntıları inceleyerek eski hastalıkları araştıran bilim dalı.

⁹ Paul Lewis, *Tıp Tarihi*, çev. Nilgün Güdücü, İstanbul, Khalkedon Yayınları, 2000, s: 8

göstermekteydi. Bazı topluluklar ruhları şer veya iyi olarak sınıflandırırken, bazıları gücendirilmediği sürece ruhların iyi olduğuna inanıyordu. Ölümlere ait ruhların yaşayanların bedenini ele geçirmeye çalıştığı da eski inanışlar arasındaydı.

Hastalıklara bakış açısı da ayrı ayrı toplumlarda farklılık göstermekteydi. Kimi kabileler için hastalara iyi davranılması şartken, kimilerinde hasta veya sakat kimselere kabilenin geleceği için tehdit gözüyle bakılırdı ve bu kimseler öldürülüp yenirdi. Kuzey Amerika Kızılderililerinde ise ciddi hastalıkları yenenlere üstün güçlere sahip kimseler gözüyle bakılırdı¹⁰.

Bu ilkel tedavi yöntemleri sağlık hizmetini sunan kişi ve kurumları da ortaya çıkarmıştır. Tedavi edenler genelde aynı niteliklere sahip şaman, büyücü, hekim vs. olarak adlandırılabilir kişiler tarafından gerçekleştirilirdi. Kabilenin boyutuna bağlı olarak bu kişiler kabilede ya tek, ya da daha fazla olabilmekteydi. Bazı durumlarda ise bu kişiler bir grup halinde organize olmaktadır ve bu da sağlık hizmetinin ekip halinde verilmesinin ilkel örneği olarak sayılabilir.

Tedavi süreçleri ise çoğu zaman büyü, kötü veya gücendirilmiş ruhların kovulması üzerine kurulmuştur. Bu süreç genellikle ayinler, uzun süren danslar ve dualar ile yürütülürdü. Buna paralel olarak da tedavilerde ilaç veya tıbbi malzemelerden ziyade maskeler, davullar, hayvanlara ait kemik gibi parçalar, taşlar vs. kullanılırdı. Ancak çeşitli bitkilerin de şifalı özelliklerinden daha çok dış görünüşlerine bakılarak faydalanılmaktaydı: sarılık için sarı renkli bitkiler, kellik için kıllı bitkiler, boğaz ağrısı için devedikenini gibi¹¹. Bu durum zamanında çok fazla faydalı olmasa da uzun vadede şifalı bitkilerin sağaltıcı özelliklerinin öğrenilmesi açısından önemli olmuştur.

Tedaviler sadece büyü ve droglarla uygulanmıyordu, aynı zamanda ameliyatlarda da gerçekleştiriliyordu. Kırıkların ameliyatı daha çok gerçekleştirildiği gibi drenaj dahi uygulanmaktaydı. Örneğin bazı Kızılderililer yara dudakları arasında ağaç kabukları yerleştirerek drenaj yaratıp, iyileşmenin içten dışa doğru olmasını sağlıyordu. Günümüzdeki anestezinin yerini ise yüksek alkollü içeceklerin aldığı tahmin edilmektedir.

¹⁰ Lyons ve Petrucelli, s: 31

¹¹ Lyons ve Petrucelli, s: 38

İlkel topluluklarda bazı hastalıklara bir kez yakalananların ikinci defa yakalanmadıkları öğrenilerek bu hastalığa daha hafif şekilde tutulmasının sağlanması, deneme yanılma yöntemiyle bazı bitkilerin şifalı özelliklerinin ortaya çıkarılması gibi ilerlemeler o dönemlerden günümüze kadar gelen tıbbi uygulamalar olarak düşünülebilir.

1.1.2. Eski Uygarlıklarda Sağlık, Hekimlik ve Tedavi

1.1.2.1. Mezopotamya Uygarlıkları

İnsanlık tarihinin en eski uygarlıklarının beşiği olan Mezopotamya; bugün bile kullanılan ağırlık ve ölçülerin, 60 dakikalık saat sisteminin, tekerlek ve yazı, müzik ve mimari gibi birçok buluşun çıktığı yer olarak bilinir. Mezopotamya uygarlıklarından bahsedildiği zaman Sümerler ve Babil uygarlıklarını öne çıkarmak gerekir. Her ne kadar Mezopotamya'ya sonradan geldikleri düşünülse de bu coğrafyadaki devlet örgütlenmesi ve kültürel ilerleme Sümerlilere bağlıdır¹². Sümerlerin Mezopotamya'ya M.Ö. 3300'lerde Tibet – Altay – Hazar bölgesinden geldikleri tarihi iddialar arasındadır¹³.

Mezopotamya uygarlıklarında kültürel farklılıklar olsa da tıbbi alanda dini inanış temel olarak görülmekteydi. Hastalıklar; ceza, günahların karşılığında gelen lanet olarak görülürken tedavilerin de tanrılar sayesinde gerçekleşeceğine inanılıyordu. **Nabu** tıp dahil tüm bilimlerin, **Ninutra** hekimlerin, **Ea** büyücülerin hamisi iken, **Gula**, **Sin** ve **İştara** da tıp ve sağlıkla ilgili tanrıları ve tanrıçaları idi. Sıhhat tanrılarından biri olan **Ningişzida** iki başlı yılanla temsil ediliyordu ve bu bize yılanın ne kadar uzun bir zamandır tıbbi bir sembol olarak kullanıldığını göstermektedir¹⁴.

Sağlıkla ilgili temel bakış açısı dini inanışlara dayandığı için tedaviler de buna göre uygulanıyordu. Aynı şekilde, tedaviler dini temele dayandığı için uygulayıcıları da din adamlarından oluşuyordu ve tedaviler de üçe ayrılıyordu. İlk olarak kâhinler geliyordu. Onları büyücü ve üfürükçüler takip ederken son olarak **A-zu (A-su)** olarak adlandırılan hekimler geliyordu. Bunlar sırasıyla teşhis; dua ve diğer ayinler; ilaç ve

¹² Sümerlerin dilinde eski Türkçe ile benzerlikler bölgeye başka yönlerden geldiklerinin bir ispatı olarak gösterilmektedir. Bu benzerlikler için bkz: Nevzat Eren, Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan, Ankara, Gelişim Dizgi Yayıncılık, 1996, s: 7.

¹³ Bayat, s: 46

¹⁴ Lyons ve Petrucelli, s: 63

ameliyatları uygulardı. Hekimler belirli eğitime tabi tutulurdu. Eğitim süreci genellikle pratiğe dayalı olduğu gibi kil tabletler halinde saklanmış bilgiler de öğrenilirdi.

Tedavilerin temelinde büyüler, dualar ve çeşitli dini ritüeller vardı. Ancak çok sayıda bitkisel ve hayvansal madde de tedavi süreçlerinde önemli bir yer tutardı. Mezopotamya uygarlıklarının sağlığa yaklaşımı tedavi ile sınırlı değildi. Hijyen ve halk sağlığı açısından bakıldığında da bu coğrafyada belirli önlemler alındığı görülebilir. Hastalıklara ruh veya lanetin neden olduğu düşünülüyor için hasta kişiler izole edilirdi. Bu kişiler çalışamaz, hükümdara hizmet edemezdi. Mistik dürtülerle yapılırsa da bu uygulamalar halk sağlığı açısından çok önemliydi. İlk sabunu da Sümerlilerin bulması, iyileştirme ve temizlikte kullanmaları Mezopotamya uygarlıklarının hijyene verdikleri önemin bir kanıtıdır.

Babil uygarlığı Sümerlerin bir nevi devamı olarak görülse de onlardan daha fazla yazılı kaynak ve bulgular kaldığı için Mezopotamya uygarlıklarının öğrenilmesindeki önemi büyüktür. Mezopotamya tarihi ile ilgili en önemli yazılı kaynaklardan biri olan Hammurabi Kanunları'ndaki bazı maddelerde Sümerlilerde olduğu gibi hekimlerin sorumlulukları, cezalar ve ücretler saptanmıştır:

“Şayet hekim birisine bronz neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse veya onun gözünü neşter ile açıp harap ederse parmakları kesilir (m. 218). Şayet hekim bir esire bronz neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse onun yerine bir esir verecektir. Şayet onun gözünü bronz neşter ile açıp harap etmiş ise esirin bedelinin yarısını verecektir (219-220)”¹⁵.

Bilimin her dalında olduğu gibi tıpta da Mezopotamya uygarlıklarının sağladığı ilerleme diğer komşu bölgeleri ve gelecek nesilleri etkilemiş, bu alandaki ilerlemenin yapı taşlarını oluşturmuştur.

Mezopotamya uygarlıklarının etkisiyle kültürel açıdan şekillenen bölgelerin başında Anadolu gelmektedir. Mezopotamya'daki bilim, dini inanışlar ve bu birikimlerin tıp alanına yansması Hititler için de geçerli olmuştur. Örneğin, Babil hükümdarı Hammurabi'nin hekimlikle ilgili yasaların benzerleri Hititlerde de görülmektedir¹⁶. Hititler için de hastalıkların, salgın ve diğer belaların nedeni ilahi

¹⁵ Robert Francis Harper, *The Code of Hammurabi*, Chicago, The University Of Chicago Press, 1904, s:79

¹⁶ Eren, s: 37

cezalardı ve tedaviler de doğal olarak mistik içerikliydi. Hastalık, sağlık ve tedavi kavramlarında olduğu gibi hekimlikte de Mezopotamya etkisi dikkat çekmektedir. Kötü ruhların kovulması için ayinler, hayvan karaciğeri ile fal bakma ve hastalığı teşhis vb. uygulamalar örnek gösterilebilir. Hatta Hititler hekim anlamına gelen bir ifade geliştirmemiş, Sümerlilere ait **A-zu (A-su)** sözcüğünü kullanmışlardır.

Ancak Hitit medeniyetini sadece Mezopotamya uygarlıklarının etkisi altında gelişmemiştir. Çünkü Hititler Anadolu'ya Kafkaslar üzerinden gelmiş, buradaki farklı kavimleri bir araya getirerek yeni bir kültür oluşturmuştur. Hititlerin kendi dillerinin yanısıra yerel dilleri de kullanmaları bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Mezopotamya ve eski Mısır, tıbbi bilgi ve tedavilerin harmanı olarak nitelendirilen Hitit tıbbı, tarım toplumu olan Anadolu kavimlerinin bitkilerle tedavi yöntemlerini de içine alarak bir bütün olduğu söylenebilir.

Hititler için hastalıkların tedavisi daha çok dini ritüellere bağlı olduğu gibi Mezopotamya ve Mısır tıbbından görece geri kalmışlık durumu saray görevlilerinin bu bölgelerden hekimlerin davet edilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. İsimleri tespit edilen hekimlerin büyük kısmının Babil, Arzava, Kizzuvatna ve Mısır'dan geldiği anlaşılmaktadır¹⁷.

Yukarda da bahsettiğimiz gibi tedaviler daha çok fal, büyüler, büyücülerin dans ve diğer ayinlerinden oluşuyordu. Ancak bitkilerle tedavi de yaygındı. Adamotu, safran, kimyon, defne, kişniş vs. gibi bitki ve baharatlar tedavilerde kullanılıyordu. Hijyen konusu ise genellikle hükümdar ve saray görevlileri için önemliydi. Hükümdara hizmet edenlerin temiz olmalarına, saç ve tırnaklarının uzun olmamasına dikkat edilirken pisliğin insan ruhunu kirleteceği, bunun da hastalıklara neden olacağı düşünülüyordu. Halkın ise hijyene fazla önem verdiği söylenemezdi. Tuvaletin olmaması ve bu yüzden ihtiyacın boş aralarda giderilmesi sonucunda oluşan kirlilik bulaşıcı hastalıklara neden olmaktaydı.

1.1.2.2. Eski Mısır Uygarlığı

Mısır'daki küçük krallıklar arasındaki savaş sonucunda iki krallık kalmıştı: Yukarı ve Aşağı Mısır Krallıkları. M.Ö. 3000 yılı bu iki krallık arasındaki savaş sona ermiş, Mısır tek devlette birleşmişti. Bu tarihten itibaren Mısır firavunlar tarafından

¹⁷ Bayat, s: 78

yönetilmeye başlandı. İşgal dönemleri, askeri yönetimler dışında yaklaşık 30 farklı firavun soyu tarafından yönetilmiştir. Bu firavunlar sadece yönetici olmakla kalmamış, tanrısal özelliklere sahip kişiler olarak da kabul görmüşlerdir.

Mısır uygarlığı matematikten astronomiye, endüstriden tıbbı kadar birçok alanda ilerleme kaydetmiştir. Örneğin, matematik alanında eski çağlardan beri öylesine bir ilerleme kaydedilmişti ki ziraat işlerini düzenlemek için mevsimler, alınacak mahsulün miktarına kadar birçok detay büyük bir dakiklikle hesaplanabiliyordu. Mısırlılarda sayılar (onluk sayı sistemi kullanılmıyordu), kesirler ve geometri ile ilgili bilimsel çalışmalar yapılmaktaydı. Astronomi alanında ise Mısırlıların Babillilere nispetten daha geri kaldığı söylenebilir. Güneş ve ay tutulmalarının tarihlerini hesaplayamasalar da Nil'in kabarma ve çekilme zamanlarını hesaplıyor, gezegenleri yıldızlardan ayırt edebiliyorlardı. Ayrıca bu gözlemler cetvellerle kaydedilmekteydi. İşte bütün bu malumatın neticesi olarak, Mısırlılar, beşeriyete en büyük armağanları olan, meşhur takvimlerini ortaya çıkardılar¹⁸.

Bilimin birçok dalında sağlanan ilerleme, tıp alanında daha bariz bir şekilde görülmekteydi. Mısır tıbbı hakkında bilgilere bugüne kadar gelmiş papirüslerden ulaşılmaktadır. Bu tıbbi papirüslerin her birinde farklı hastalıklara ve tıbbi konulara ait bilgiler, reçete ve açıklamalar yer almaktadır. En eskisi Kahun yazıları (M.Ö. 1900) olan bu papirüslerden Edwin Smith papirüsü (M.Ö. 1600) en önemli papirüs olarak kabul görmektedir. Ebers (M.Ö. 1500), Hearst (M.Ö. 1550), Erman (M.Ö. 1550), London (M.Ö. 1350), Berlin (M.Ö. 1350), Cheaster Beatty papirüsleri (M.Ö. 1200) pratik el kitabı ve öğretici materyal niteliği taşımaktadır.

Mısır tıbbında da dini yön ağır basmaktadır. Tanrıların hemen hepsi şifa verici olmakla birlikte bazıları ayrıca özellik taşımaktadır¹⁹. Horus, Seth, Bes, Sekhmet sağlık ve hastalıklarla ilgili tanrılardır. Mısır ve Mezopotamya tıbbı arasında benzerlikler olsa da bazı konularda farklılıklar da görülmektedir. Örneğin, Sümerliler ve Babillilerce kabul gören, Hititlere de yansıyan ve mistik bir anlam da kazandırılan karaciğerin hayat için en önemli organ olarak gören anlayışın aksine Mısırlılarda solunum en hayati

¹⁸ Celal Saraç, "Eski Mısır'da Bilim ve Teknik", *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, Cilt: 2, Sayı: 5, 1943, s: 103-113

¹⁹ Bayat, s: 61

fonksiyon olarak görülürdü. Kalbin dolaşım merkezi olduğu bilinmekle beraber dolaşımın solunuma dayandığına inanılırdı²⁰.

Mısır tıbbının ilahi niteliği sadece hastalık veya sağlık açısından incelenmemelidir. Ölüm, ölümden sonraki hayatla ilgili inanışlar abartılı defin ve yas merasimleri, bazı kişilerin ölenlerin ardından intihar etmesi ve hepsinden önemlisi mumyalama geleneğini içermektedir. Mumyalama zenginler için daha özenle yapılır, iç organlar çıkarılır, 70 gün süren ilaçlama, bekletilme ve yıkanma sürecinin ardından reçineyle kaplanarak kumaş parçaları ile sarılırdı.

Hijyen Mısır'da önem verilen bir konuydu. Dini nedenlere dayanıldığı düşünülse de o dönem için çok gelişmiş bir halk sağlığı sistemi mevcuttu. Bütün sosyal ve ekonomik sınıflar sabahları, akşamlar ve her yemekten önce kişisel temizliklerini yapar, sabun olmadığı için bir çeşit alkali kullanır, her ay iç temizliği simgeleyen kusturucu ve lavmanlar kullanarak aslında kanalların zararlı bağırsak içeriklerinden temizlenmesini sağlardı²¹.

Eski Mısır uygarlığında Mezopotamya'da olduğu gibi hekimler üç sınıfa ayrılıyordu:

1. **Sekhmet rahipleri** – tapınaklarda korunan ve topluma kapalı olan kitaplardaki bilgileri öğrenir, bazı hastalıklarda ve küçük cerrahi operasyonları gerektiren hallerde faydalı olmaya çalışırlardı.
2. **Büyücüler** – Bazı büyüsel işlemlerle hastaya umut verir ve onları iyileşeceklerine inandırırlardı.
3. **Sinular** – Din adamı olmayıp ampirik tıp ve cerrahi uygulayıcılarıydı. Bitki, hayvan ve maden kaynaklı ilaçlarla hastaları tedavi ederlerdi²².

Bu sınıflandırmanın yanısıra Mısır hekimleri belli bir hiyerarşiye tabiydi. Hiyerarşinin tepesinde firavunun hekimi yer alırdı. Bir alt basamakta diğer saray hekimleri gelirdi. Denetleyici olarak görev yapan şef hekimlerin ardından son basamakta, en alt rütbeli hekimler olan uygulayıcılar yer alırdı. Ayrıca işçiler ve madenciler için de bir grup hekim grubu vardı²³. Bu hiyerarşi düzeninin yanısıra en eski

²⁰ Lewis, s: 13

²¹ Lyons ve Petrucelli, s: 90

²² Bayat, s: 66

²³ Lyons ve Petrucelli, s: 103

uzmanlaşma örneği de Mısır'da görülmekteydi. Bu durumu tarihçi Herodot “bütün ülke göz doktorları, kafa doktorları, diş doktorları, göbek doktorları ve bilinmeyen hastalıkların doktorlarıyla doluydu” diyerek aktarmaktaydı.

Mısırlı hekimler teşhisten eczacılığa, diş ve kadın hastalıklarından cerrahi operasyonlara kadar tüm alanları içeren bir tedavi süreci izliyordu. Tabi bu tedavilerin tümünde tedavinin temelini oluşturmasa bile dua ve ayinlerin de eksiksiz icra edildiğini belirtmek gerekir. Fakat akrep ve yılan sokması gibi tedavi edilemeyen veya tedavi edilmek istenmeyen hastalık durumlarında hastalar büyücülere yönlendiriliyordu²⁴.

Mısır'da verilen sağlık hizmetinin karşılığı fazlasıyla alınıyordu. Tapınaklara bağlı hekimler aldıkları yüksek maaş nedeniyle ücretsiz tedavi ediyor, ancak ilaç hazırladıklarında ücret istiyorlardı. Diğer hekimlerin de tedavi karşılığında aldıkları ücretler yüksekti.

Hekimlerin eğitimi tapınaklara bağlı özel okullarda verilirdi²⁵. Kısıtlı bir düzeyde olsa da fakir kimselerin de tıp eğitimine dahil olabildiği düşünülmektedir. Her ne kadar cerrahi operasyonları da içeren tıp bilgisine sahip olsalar da Mısırlılar için hekimlik, sağlık ve hastalığın, esasen, uhrevi bir konu olarak kaldığını da belirtmek gerekir. Bu yüzden de hekimler dini görevli olup olmamasına bakılmaksızın mistik güçleri olan kişiler olarak kabul görmüşlerdir.

Mısır uygarlığının tıp alanında sağladığı ilerleme, hekimlerin bilgili ve başarılı olmaları onların komşu bölgelerde de ünlenmesine neden olmuştur. Bunun sonucunda Babil ve Hitit gibi birçok krallıkta hükümdarları ve üst düzey devlet yöneticileri kendi sağlıklarını Mısırlı hekimlere emanet etmişlerdir.

1.1.2.3. Eski Hindistan

İndus Vadisi M.Ö.2500-1500 yılları arasında Hindistan'ın en eski uygarlıklarının ortaya çıktığı yer olmuş, M.Ö. 6. yüzyılda Pers hükümdarı 1. Darius,

²⁴ Aydın Sayılı, *Mısırlılarda ve Mezopotamyalılarda Matematik, Astronomi Ve Tıp*, Ankara, Türk Tarih Kurumu Basımevi, 1982, s: 115

²⁵ Sigerist, Lyons ve Petrucelli bu fikirde olsalar da Prof. Dr. Ali Haydar Bayat'a göre ise bu tapınaklar bağımsız yönetiliyordu (Bkz: Bayat, s: 67).

M.Ö. 4. yüzyılda ise kısa süreliğine Büyük İskender bölgenin Kuzeybatısını ele geçirmiştir. Bu işgaller, Hint tıbbi bilgilerinin Fars ve Arap coğrafyalarına yayılmasına, daha sonra da Arapçadan çeviriler sayesinde Avrupa tıp biliminin gelişmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Dünyanın en eski dinlerinden biri olan Hinduizm'in çıkış noktası olan Hindistan'da dinle bir şekilde bağlantılı olsa da daha laik ve mantıklı uygulamalara dayanan tıp bilimi mevcut olmuştur. Bazı tanrıların sağlığı etkiledikleri yönünde dini inanışlar olsa da genellikle Hint tıbbının kökenleri M.Ö. 9. yüzyılda yaşamış Çaraka, Susruta ve Vagbata gibi sağlıkçıların yazılarına dayanır.

Hindistan'da mevcut olan kast sistemi hayatın her alanına olduğu gibi tıbbı da etki etmiştir. Bu yüzden ilk hekimler sadece en yüksek kasta mensup olan kâhinlerden çıkmıştır. Daha sonra ikinci (askerler) ve üçüncü (sanatçı, tüccar, çiftçiler) kastlardan olanlar tedavi uygulamaları yapmaya başlamışlardır. Tıp, kastlar arasındaki keskin bölünmenin buharlaştığı bir alan olarak kabul edilebilir. Çünkü hangi sosyal statüde olmasından bağımsız olarak doktorların maaşları ve saygınlığı yüksek olduğu gibi, vergilerden de muaf tutuluyorlardı. Hekimler hem cerrahi, hem tıbbi uygulama yapıyordu. Örneğin, Susruta, kitabında tümör ameliyatlarından amputasyonlara kadar çok sayıda cerrahi uygulamanın nasıl gerçekleştirildiğini; iğne, forseps, kateter, şırınga gibi toplamda 121 cerrahi aracın tanımlamasını ve çizimini göstermiştir²⁶.

Tedavi süreçleri dört temele dayanırdı: hekim, hasta, ilaç ve hemşire. Hekimler de belli bir hiyerarşiye tabiydiler. Saray doktoru bu piramidin en tepesinde yer alırdı. Hükümdarın doktoru daha büyük güç ve yetkiye sahipti. O kadar ki, devlet meseleleri ile ilgili toplantılarda hükümdarın sağında otururdu.

Ancak hekimlerin yetkileri büyük olduğu gibi belli sorumlulukları da vardı. M.Ö. 200 ve M.S. 200 yılları arasında dini ve günlük yaşamı düzenleyen kurallardan oluşan Manu Kanunlarına göre yanlış tedavilerde hekimler cezalandırılıbiliyordu. Buna karşılık hastalar tedavi ücretini ödeme konusunda mal varlıklarıyla sorumluluk taşıyordu. Kast sisteminin en üstünde yer alan brahmanlar ve fakirler için ise tedavi ücretsiz yapılabilirdi.

²⁶ Lewis, s: 16

Hindistan’da ilk hastanelerin ne zaman ortaya çıktığı ile ilgili net bir bilgi olmasa da yarımadanın güney ucu hariç ülkeyi tek devlet halinde birleştirmeyi başaran Marya hanedanından Asoka’nın yazıları arasında insanlar ve bazı hayvanlar için hastanelerin kurulduğunu anlatan beyanların olduğu bilinmektedir. Asoka, yol kenarlarına halk yararına ağaçların ekilmesi uygulamasını başlatmıştır. Her canı kutsal sayan Asoka'nın fermanlarıyla hayvanlar için barınaklar kurulmuş, hayvanların toplu şekilde öldürülmesi ve sarayda hayvansal ürünlerin tüketimi yasaklanmıştır. Asoka’nın kâtabi Samhita’ya göre, devlet binaları haricinde kendi olanaklarıyla çalışan dispanserler de vardı. Hastaneler birkaç binadan oluşur, bu binalardan biri doğumhane, biri muayene ve eczane olarak kullanılır, hastalardan daha uzak bir yerdeki bir başka binada ise ameliyathane yer alırdı²⁷. Asoka’dan yüz yıl sonra Hindistan’ı yöneten kral Duttha Gamani ise fakirler için 18 hastane yaptırmıştır.

1.1.2.4. Eski Çin

Eski Çin uygarlığı Tao dini öğretisi temelinde şekillenmişti ve bu öğreti varoluşun aktif, pozitif olanla pasif ve negatif olan (Yang ve Ying) arasındaki etkileşimden doğduğu inancına dayanıyordu. Bu etkileşim insanlar için de geçerliydi ve Çin tıbbı bu ilkelere dayanıyordu.

Çin tıbbının babası olarak nitelendirilen Huang – Ti’nin, iyi hekimin hastalığı gelişmeden önce önlemesi gerektiği yönündeki fikirleri Çin’de önleyici tıbbın gelişmesinin temelini oluşturmuştur. Huang – Ti’nin kalbi tedavinin merkezine yerleştiren düşünceleri, Çin’deki teşhis süreçlerini de etkilemiş, nabızla teşhis koymaya üstünlük verilmiş ve hastaların durumları ile ilgili söyledikleri pek dikkate alınmamıştır. Çin tıbbının en eski yazılı eserlerinden biri olan imparator Shen Nung’un (M.Ö. 2738-2698) “*Şifalı Bitkiler*” adlı eseridir. Üç ciltten oluşan, 365 şifalı bitki adı, reçete ve zehir ismi içeren kitapta, uyuşturucu, müshil, sakinleştirici olarak kullanılacak; kurt, ishal ve cüzzam hastalıklarının tedavisinde faydalı olabilecek bitkiler hakkında bilgiler yer almaktadır.

Çin’deki Yang-Ying karşılaştırması tedaviye bakış açısı için de geçerliydi. Bu açıdan Çin tıbbı İran, Mısır ve antik Yunan tıbbıyla benzerlikler göstermektedir. Ancak

²⁷ Lyons ve Petrucelli, s: 119

tedavilerin dini boyutundan daha çok felsefi ve ruhsal boyutunun ön plana çıkarılması Çin tıbbına has özelliklerdi. İmparator Yu-Hsung'un "Tıp Kanunu" eserinde 5 çeşit tedavi metodundan bahsedilmektedir: ruhu tedavi etmek, vücudu beslemek, ilaçlar vermek, tüm vücudu tedavi etmek, akupunktur ve cildin üzerine konan bir parça moksa bitkisi yakmak. Aynı şekilde ilaçlar da otlar, ağaçlar, böcekler, taşlar ve tahıllar olarak beş kategoriye ayrılmıştı²⁸. Beş tür acı: doğum, yaşlanma, hastalık, ölüm ve ayrılık; beş tür yakınma: durağanlık, saldırganlık, sakatlık, biçim bozukluğu ve cücelik; beş tür yaralanma ve her hastalığın beş ayrı türü sınıflandırılmıştı. Bu eski Çin'deki sayı gizemciliğine işaret etmektedir²⁹.

Çin'de tıp alanındaki beş gizemciliği hekimlerin sınıflandırılmasına da yansımıştır. Hekimler beş ayaklı hiyerarşik düzene tabiydiler:

1. **Başhekim** – ilaçları toplar ve atamaları yapardı.
2. **Yiyecek hekimleri** – yiyecek ve içecek reçete ederdi.
3. **Basit hastalıkların hekimi** – baş ağrısı, soğuk algınlığı, hafif yaralanma gibi
4. **Ülser hekimleri** – cerrah oldukları düşünülüyor.
5. **Hayvan hekimleri** - veterinerler³⁰.

Sağlıkçılar ve eczacılar arasında ayırım vardı ve bu uzmanlaşmanın köklerine eskiye dayanıyordu. Dokuz ana uzmanlık dalının yanısıra çok karmaşık bir alt dal sistemi vardı. Bir diğer ilgi çeken konu ise akupunktur veya sihirle tedavi uygulayan uzmanlara nispette cerrahların en alt rütbeli doktorlar olarak kabul görmesi idi. Ancak tedavi tarzı ve dalı ne olursa olsun her hekimin asistanları ve öğrencileri vardı. M.Ö. 3. yüzyıla ait yazılı kaynaklardan elde edilen bilgilerle Çin'de o dönemde kadın doktorların olduğu söylenebilir.

Eski Çin kültürünün içine kapanmışlığı, Çin tıbbının diğer bölgelerle etkileşimin nispeten daha az olmasına neden olduğu gibi şifacılar arasında da bireysel içe kapanıklığa neden olmuştur. Hekimler tıbbi bilgilerini sadece oğullarına ve özel öğrencilerine aktarmışlardır.

Çin'de en eski dönemlerden beri hastanelere büyük önem verilmiştir. Budizm'in etkisiyle rahiplerin sağlıkçı olarak çalıştığı hastanelerin sayısı artmış, daha sonra

²⁸ Lyons ve Petrucelli, s: 127-128

²⁹ Eren, s: 54-55

³⁰ Lyons ve Petrucelli, s: 139

Budizm karşıtlarının iktidara gelişinin ardından binlerce hastane ve tapınak yıkılmıştır. Daha sonraki dönemlerde sayıları tekrar artan hastaneler zenginlerin evlerinde tedavi görmelerinden dolayı daha çok fakirlerin hizmetine sunulmuştur.

1.1.2.5. Antik Yunan Medeniyeti

Antik Yunan uygarlığı M.Ö. 3000 yıllarında başlamıştır. Bu uygarlığın oluşumunda Akdeniz'in doğu sahillerinden gelen ırkların da katkısı büyüktür. Çin tıbbının gelişimindeki felsefi etki faktörü antik Yunan tıbbının gelişiminde de öne çıkmıştır. Tıp bilimi bu felsefi eleştirilerle disiplin altına alındığı gibi tedavi kâhinler ve büyücülerin etkisi altında kalan bir sanat veya ritüelden çok bilim olarak kabul görmüştür. Dini öğelerin hastalık ve sağlık kavramının anlaşılmasında etkisi gözlemlense de tedaviler akılcı çözüm ve uygulamalara yönelikti. Antik Yunan'da ilk dönemlerde tedaviler hafif yaralanma ve incinmeleri gidermeye yönelmişti. Bu tedaviler yaraların temizlenmesi, kanamanın durdurulması gibi uygulamaları kapsamaktaydı.

Yunan tıbbı daha çok Hipokrat ile özdeşleştirilse de ondan önce de tıp alanında büyük ilerlemeler olmuş, hastalıklar ve tedaviler hakkında çok önemli bilgilere ulaşılmıştır. Bu ilerleme bazı filozof-bilim adamları sayesinde gerçekleşmiştir. Bunlardan biri olan Pisagor'un felsefe okulu güney İtalya'daki Kraton tıp okulu ile bağlantılıydı. Pisagor okulunun öğretileri sonucunda hastalık kavramı bilimsel nitelik kazanmıştır. Pisagor okulunun temel tedavi yöntemleri diyet, müzik, egzersiz ve meditasyondur.

Pisagor okulu doktorlarından olan Alkmeon tıba gerçek bilim niteliği kazandıranlardan biri olmuştur: göze ait sınırları keşfeden, beynin akıl ve duyarın merkezi olduğunu saptayan ilk kişi olan Alkmeon, uyku ve ölüm üzerine de araştırmalar yapmıştır. Ayrıca "Doğa Üstüne" adlı eserinde hastalıkların nedeninin doğaüstü güçler değil, sıcak-soğuk, ıslak- kuru, düzenli ve düzensiz beslenme gibi karşıtlıklar olduğunu ortaya koymuştur. Her ne kadar bazı görüşleri tıbbi gerçeklerle bağdaşmasa da (uykuya neden olan şeyin beyine giden damarların kanla dolmuş olduğu, ayılmanın ise bu kanın çekilmesiyle gerçekleştiği görüşünü savunuyordu) hastalıklara bilimsel yaklaşım sunması açısından tıp tarihinde çok önemli bir yeri olmuştur.

Hipokrat öncesi Yunan tıbbının en önemli simalarından biri olan Argigentumlu Empedokles; kalbi dolaşım sisteminin merkezi, damarları ise kanı ve ruhu (yaşam soluğu) vücuda dağıtan organlar olarak görürdü.

2500 yıl boyunca gelişim süreci geçiren Yunan tıbbı Hipokrat ile zirveye ulaşmıştır. Kos adasında M.Ö. 460'ta doğan Hipokrat'ın çalışmalarının tamamının onun kendisine ait olmadığı düşünülmektedir. Bunun nedeni; Hipokrat'a ait yazılar derlenirken ona ait olup olmadığı saptanamayan çok sayıda eser de bu derlemeye katılmıştır ve hangilerinin gerçekten ona ait olduğunu belirlemek olanaksızdır³¹.

“Hipokrat Koleksiyonu”nda yer alan bilgiler; Anatomi, Fizyoloji, Genel Patoloji, Tedavi, Teşhis, Prognoz, Cerrahi, Jinekoloji ve Obstetrik, Akıl Hastalıkları, Etik gibi başlıklar altında gösterilebilir. “Hava, Su ve Yerler Üzerine”, “Aforizmalar”, “Epidemikler Üzerine”, “Diyet Üzerine” gibi eserlerden oluşan koleksiyonda anatomi ve fizyoloji açısından görülen eksikliğin yanısıra³² Hipokrat'ın, ruhla ilgili düşünceleri de tıbbi gerçeklik olarak düşündüğünü görebiliriz.

Hipokrat'ın tıbbi öğretisi, hastalıklarla daha çok ilgilendiğinden, sağlıklı insanları değil, hastaları araştırma konusu yapıyordu. Hipokrat; sağlıklı insanın doğal güçlerin uyumu şeklinde gözlemlenen durumunun hastalıkla bozulduğuna, tedavilerin de bu uyumu tekrar sağlamayı amaçlaması gerektiğini belirtiyordu. Genel olarak tedavide izlenmesi gereken metotlar belli prensipler çerçevesinde uygulanıyordu:

1. **Gözlem** – hastayı dinleyerek, ona dokunarak ve her türlü duyularıyla hastalığı anlamaya çalışılmalıdır.
2. **Hastanın hastalığa tepkisi** – hastalığın niteliğinden daha önemli olan şey hastanın yaşı, tavrı, uykusuzluk durumu gibi faktörler dikkate alınmalıdır.
3. **Dürüstçe değerlendirme** – hekimin dürüstlüğü açısından hastalığın açık bir şekilde hastalık ve tedavinin uygulanması, nasıl sonuçlandığıyla ilgili açıklamalar verilmelidir.
4. **Doğaya yardım etme** – insan vücudundaki doğal uyumun sağlanması hastanın eski, doğal haline getirilmesini amaçlamalıdır.

³¹ M.Ö. 4. yüzyılda Büyük İskender'in generallerinden olan Ptolemy'nin Mısır'daki hanedanı zamanında İskenderiye kütüphanesinde Hipokrat'ın eserleri derlenmiştir.

³² Ölümlere saygı duyulması gerektiğine inanan Yunanlılar ölümlerin teşhirini yasaklamışlardı. Bu bilgiler daha çok hayvanlar üzerindeki incelemelerden elde ediliyordu.

Hipokratçı tıbbi bilgi ve uygulamalarda muhakkak eksik yönler vardır. Bunun nedenleri arasında anatomik bilgilerin kısıtlı olması, hastalığa ilişkin net tedavi uygulanmasından ziyade doğal olanın kendi yolunu bulacağı inancına sadık kalınması, dört salgı teorisi vb. sayılabilir. Fakat Hipokrat'ın tıp anlayışı tedavilerde hastaların durumları, gözlemler teorisinin önüne geçilmesine dayanmış, hekimlerin katı tutumları ve hastalıkların teorik bilgilere uygunluğu şartını aramalarını reddetmiştir. Bilimsel tıbbın önünün açılmasında Hipokrat'ın önemi ve bugün tıp denildiğinde akla ilk gelen ismin Hipokrat olması bu özelliklerinin mantıklı sonucudur.

Hipokrat döneminde sağlık hizmeti sunumunu köleler ve özgür vatandaşlar arasında, ayrıma göre farklılık gösteriyordu. Üst sınıftan olan özgür bir hekim kendi sınıfından olanları iyi bir ücret karşılığında tedavi ediyordu. Asistan veya köleleri ise yabancı yurttaşlara veya kölelere bakıyorlardı. Hekimlerin muayeneleri hastanelerin etrafında yerleşiyordu. Çin'de olduğu gibi antik Yunan'da da zenginlerin cerrahi operasyonları dahil tüm tedavileri evlerinde gerçekleştiriliyordu.

Bu dönemde yaralar ve hastalıklı bölgeler temizlenerek çeşitli karışımlarla tedavi ediliyordu. Lavman ve kusturucular vücudun içinin temizlenmesi amacı taşıyordu. Kırık ve çıkıklar için çok karmaşık cerrahi müdahaleler yapılıyordu. Enfeksiyon ve yaralanmalar için dağlama yöntemiyle mücadele ediliyordu. Ruh, hastanın duygusal durumu, iklim şartları tedavilerin niteliğini belirliyordu.

Hipokrat sonrası dönemde öne çıkan birçok Yunan hekim ve öğretmenler, farklı filozofların görüşlerinden esinlenerek bir nevi mezhepsel bir ayrışma içerisine girdiler. Felsefe ile tıbbın iç içe olması durumu Hipokrat sonrası dönem için de geçerlidir. Aristoteles'in dediği gibi kişi felsefeyle başlayıp, tıp ile sona ulaşabilirdi ya da tıp ile başlayıp kendini felsefenin içinde bulabilirdi³³.

Bu dönem Helenistik uygarlığın da ortaya çıkış yıllarına denk gelir. Büyük İskender'in imparatorluğu ile birlikte antik Yunan medeniyeti doğuya doğru yayılmış, buradaki uygarlıklarla etkileşim haline geçmiştir. Bunun en bariz göstergesi Büyük İskender'in egemenliği altına geçtikten sonra İskenderiye'nin antik Yunan tıbbi düşünce ve uygulamalarının merkezi haline gelmesidir. Bu dönemde dünya tarihinin en önemli bilimcileri bu şehirde eğitim görmüştü: Oklid, Arşimed, Heron, Dionysos Traksi vb.

³³ Lyons ve Petrucci, s: 219

Tıbbi çalışmalara ağırlık veren bilimciler arasında Teofrastos (Aristoteles'in öğrencisi idi) bayılma, baş dönmesi ve terleme gibi çeşitli belirtileri açıklamış, ayrıca, botanik üzerine de araştırmalar yapmıştır. Cerrahi üzerine araştırmalar yapan Heraklides, vücut ısı ve nem oranının sağlık durumunu belirlediğini savunan Cilisyalı Atheneus, diyabet, difteri, migren gibi birçok hastalığının tanımlamasını yapan Kapadokyalı Areteus bu dönemin en ünlü tıp bilimcilerinden bazılarıdır. Roma işgalinin Yunan tıbbına etkisi de bu dönemin karakteristik özelliklerinden sayılabilir.

Antik Yunan tıbbının en önemli ve ilginç yönlerinden birini sağlık tanrısı Asklepios'tan alan tapınaklar (Asklepion) oluşturur. Yunan tıbbındaki doğu etkisinin artması sonucunda doktorların tanrılarla bağlantılı kişiler olduğu inancı yerleşmeye başlamıştır. Bu inancın sonucu olarak sağlık tanrılarına "daha yakın" olabilmek ve tedavilerin etkili sonuçlar doğurmasını sağlamak için tapınaklar inşa edilmeye başlanmıştır. Bu tapınaklardan en ünlüleri sağlık tanrısı Asklepios'a adanmıştır. Asklepionların sayısı 300'den fazla olmuş, bunlardan 63'ü hastane-tapınak özelliği taşımıştır. En bilinenleri, Epidauros (Mora yarımadası), Trikka (Teselya), Rodos, Knidos (Datça), Cos (İstanköy), İzmir, Milet ve Bergama'dakilerdir³⁴. Buralarda nasıl tedavi uygulandığı tam olarak anlaşılmasa da sanatoryum, kaplıca veya bir çeşit rahatlatma işlevi gören merkez oldukları düşünülebilir. Uyku odaları dinsel kurallara göre gerçekleştirilirdi. Kurban adadıktan sonra beyaz giysi içinde uyku odalarına girilebilirdi³⁵. Ayrıca şifalı sular içilerek, çamur banyosu ile hastalıklardan kurtulmaya çalışılırdı. Hastalara dinsel inançlarla ilgili yapılan telkinler mistik hava yaratıyor, müzikle oluşturulan rahat ortam hastaların gevşemelerini sağlardı. Hastalığın şiddeti ve hastanın ekonomik durumuna göre ücretlendirilen Asklepion tedavileri aynı zamanda tıp eğitimi için ders mahiyeti de taşırdı. Tapınak-hastaneler sadece hastalar için değil ziyaretçiler için de aktiviteler barındırırdı. Tiyatro ve kütüphaneler hem hastaların hem de ziyaretçilerin sıkılmasını önlerdi.

Görüldüğü gibi antik Yunan tıbbında neredeyse uygarlığın doğuşundan beri bilimsel yönü daha ağır basmıştır. İlerleyen dönemlerde felsefenin sorgulayıcılığı tıbbi bilgilerin de sorgulanmasına neden olmuş, bunun sonucunda Yunanlı doktorlar yeni teori ve yöntemler geliştirmiştir. Hipokrat, İskenderiye, Asklepion gibi tıp tarihi

³⁴ Bayat, s: 105

³⁵ Yüksel Güngör, *Bergama krallık kültürü*, Bergama, Bergama Kültür ve Sanat Vakfı, 2005, s: 170

açısından önemli olan doktor, mekân ve kurumlar eski Yunan tıbbının parçası olmuşlardır.

1.1.2.6. Eski Roma Tıbbı

Eski Roma'da çok gelişmiş bir askeri yapı ve devlet otoritesi oluşmuş, zamanla İtalya Yarımadası'ndan başlayarak Akdeniz sahillerini de içine katarak çok geniş bir imparatorluk haline gelmiştir. Fakat tıp alanında bu tarz bir ilerleme olmamış, daha çok büyü ve diğer majik yöntemlere dayanan Etrüsk³⁶ tıbbi gelenekleri devam ettirilmiştir.

M.S. 1. yüzyılda yaşamış Pliny'ye göre Roma halkının 600 yıldır hekimi bile yoktu. Roma'da tıbbın gelişimi ve neredeyse tüm tıbbi faaliyetler Yunan medeniyetinin bölgede yayılmasıyla mümkün olmuştur. Bu süreç de çok yavaş ilerlemiştir. Çünkü Romalılar Yunanlıları küçümsedikleri gibi tıpla uğraşmayı da soylu kimselere yakışmayan bir iş olarak görmüşlerdir. Bu yüzden Roma'da tıbbi uygulamaların neredeyse tamamı köleler ve yabancılar tarafından gerçekleştirilmekteydi. Roma tıbbının en önemli şahsiyetlerinin Yunanlı olması da buna dayanmaktadır. M.Ö. 1 yüzyıldan itibaren bu durum değişmeye başlamış ve özgür yurttaşlar da sağlık hizmeti vermeye başlamıştır.

Roma'ya gelen ilk Yunan doktoru olarak bilinen Spartalı Arkagatos (M.Ö. 219) önce kabul görmezken daha sonra başarılı cerrahi operasyonlar sonucunda yurttaşlık almış, fakat yüksek ihtimal başarısızlık veya cerrahiye olan meyli yüzünden Romalılar tarafından tekrar reddedilerek “kasap” lakabı takılmıştır.

Başka bir Yunanlı hekim olan Asklepiades de Roma tıbbının gelişimine büyük katkı sağlamış, tedavilerde doğanın etkisini ve dört sıvı teorisini inkâr etmekle Hipokratik tıbbı reddetmiştir. Hastalık ve sağlık kavramlarına Demokritos'un atomik öğretisinden esinlenerek maddesel açıklama getirmiştir.

Eserlerini Latince yazdığı için uzun süre hak ettiği üne kavuşamayan³⁷ Celsus, doktor olmasa da fitik, amputasyon, kozmetik cerrahi gibi derin bilgi talep eden konulara değinmiştir. Döneminin en büyük entelektüeli olarak bilinen Pliny ise birlikte

³⁶ M.Ö. 6. yüzyıla kadar İtalya Yarımadası'nda mevcut olmuş halk. Anadolu bölgesinden göç ettikleri düşünülmekle beraber dillerinin Ön Türkçeye yakın olması nedeniyle Türk kökenli bir kavim oldukları yönünde de iddialar vardır.

³⁷ O dönemde tıp alanında yazılan eserlerin dili Yunancaydı.

ansiklopedi yazarları olarak bilinmektedirler. Celsus'un "De Arbitus"u, Pliny'nin "Naturalis Historia" eserleri ansiklopedi çalışmaları olarak görülmektedir³⁸.

Roma yönetimi altında bulunan Bergama'da doğan Galen (129-200/216) ise Roma tıbbının en çok bilinen bilimcisidir. Çok sayıda geziye çıkan Galen anatominin önemini, bitkilerle tedavinin yaygınlığını gözleriyle görmüştür. Bir müddet gladyatör hekimliği yapmış ve bu sürede dövüşçüleri zihinde tutma görevi üstlendiği için hijyen ve hastalığı önleyici tedbirler konusunda deneyim kazanmıştır. Daha sonra Roma'ya giden Galen imparator Aurelius'u iyileştirdikten sonra büyük ün kazanmıştır. Yazdığı eserlerin bir kısmı 191'de Roma'daki bir yangında yok olmuştur. Galenin, ölümünden sonra bile uzun yıllar otorite olarak kabul edilmesinin nedeni, Hristiyan olmamasına rağmen tek tanrıya ve ruha inanmasıdır. Bu yüzden de onun düşünceleri hem Müslüman, hem de Hristiyanlar tarafından kolayca kabul görmüştür³⁹.

Romalılar için doktorların en çok ve daha fazla ehemmiyete sahip olduğu yer askeri birliklerdir. Buradaki doktorların tıbbi bilgilere sahip ve özel yeteneklere sahip askerler veya yabancılar olduğu varsayılmaktaydı.

Tıbbın teşvik edilmesi yönünde atılan adımlar; doktorların vergiden, daha sonra ise kamu görevleri ve askerlikten muaf tutulması vb. uygulamaları içermekteydi. Tıbbi faaliyetlerin denetlenmesi ve tıp eğitimi için kapsamlı kanunlar ise M.S. 3. yüzyılda imparator Severus Alexander tarafından çıkarılmıştır.

Hijyen ve halk sağlığı hususunda ise büyük adımlar atılmıştı. Hastalıklara neden olabileceği anlaşıldığından bataklıklar kurtulur, durgun sular düzenli şekilde boşaltılırdı. Gelişmiş kanalizasyon sistemi şehrin pisliğini Tiber nehrine taşır, bentlerden düzenli şekilde Roma başta olmakla tüm şehirlere su temin edilirdi.

1.2. Dinlerin Etkisi ve Sağlık

Dinlerin tıbbi etkisi tarih öncesi dönemlerden beri mevcut olmuştur. Bu etki Yunanlı ve Romalı doktorlar ve bilimciler tarafından geliştirilen tıbbi bilgilerle oldukça azalmıştır. Roma İmparatorluğunun gerilediği dönemde ortaya çıkan veba salgını tıbbın tekrar dinin etkisi altına girmesine neden oldu. Veba büyük topluluklar halinde

³⁸ Pliny'nin yazılarının önemli bir kısmı gerçekdışı uydurmalara, efsanelere dayanıyordu. Buna rağmen Ortaçağ boyunca otorite olarak kabul edilmiştir.

³⁹ Lewis, s: 43

insanların ölümüne neden olmuş, bunun önüne geçmek için bilimsel çabalar yeterli olmamıştır. Bu durum ise akılcı faaliyetlere karşı tepki oluşmasına neden olmuştur.

Veba Avrupa'yı kasıp kavururken Hz. İsa'nın insanları tedavi etmesi ve Hristiyanlığın bunu bir hayır işi olarak görmesi sonucunda dini inanışlar tıpta tekrar ağır basmaya başlamıştır. Din-dışı kişilerin etkisi azalmaya başlamıştır. Hastalara şefkatle yaklaşılması ise hastanelerin ortaya çıkmasında temel faktör olmuştur. Avrupa'nın halka hizmet eden ilk hastaneleri Hristiyanlığın etkisiyle ortaya çıkmaya başlamıştır. Bunlar nitelik olarak eski Roma askeri hastanelerinden farklıydı. Neredeyse tek amacı askerleri tekrar savaşa yollamak olan askeri hastanelerden farklı olarak Hristiyan hastanelerinde gayret, hayırseverlik gibi ilkeler öne çıkmaya başlamıştır. 330 yılında yeni başkent Konstantinapol'de imparatorun annesi St. Helena, Kapadokya'da Aziz Basil, Edessa'da (Şanlıurfa ilindedir) Aziz Epraem hastaneler kurmuşlardır. Romalı başhemşire Fabiola ise Avrupa'nın ilk Hristiyan halk hastanesini kurmuştur⁴⁰.

Ancak bu hoşgörü havası, Ortodoks ve Katoliklerle arasında çıkan çatışma, kilisenin baskıları, iç savaş ve salgın hastalıklarla beraber ortadan kalkmış, Karanlık Çağlar diye adlandırılan dönem başlamıştır. Bu dönemin bazı ünlü hekimleri insanlara ücretsiz hizmet vererek onları Hristiyanlığa getirmeye çalışmışlardır. Bu hekimlerden en ünlüleri ikiz azizler Cosmas ve Demian, Nikomedyalı Pantaleon vb. dir. Lakin daha bilimsel tedavi yöntemleri seçen Tralleli Alexander, gözlemleriyle birçok hastalıkla ilgili doğru tespitler yapmıştır.

7. yüzyılda İslamiyet'in ortaya çıkmasıyla birlikte tıp alanında ortaya çıkan gerileme de ortadan kalkacaktır. Ancak İslamiyet'in tıbbı katkısından bahsedilirken dikkat edilmesi gereken ve çoğu zaman yanlış aksettirilen iki olguyu belirtmek gerekir:

1. İslam'ın doğuşundan sonra Müslüman bilim adamlarının antik Yunan tıp bilimcilerinin eserlerini çevirmeye ve öğrenmeye başladıkları belirtilmiştir. Oysaki İslamiyet'ten önce de Arabistan'a gelmiş Nasturi Hristiyanlar, Farslar ve Yahudiler tarafından Greko-Romen tıp bilgileri Araplara ulaşmıştır.
2. Yaygın olan bir diğer söylem de Müslüman bilim adamlarının yaptığının sadece eski tıbbi bilgileri Arapçaya çevirerek bu bilgileri geliştirmek olduğu yönündedir. Fakat çok önemli İslam tıp bilimcisi (İbn-i Sina, İbn-i Razi, Halil

⁴⁰ Lyons ve Petrucelli, s: 272

Abbas, Ebu Kasım, İbn-i Zuhr, Meymun vs.) tıp alanında çok önemli çalışmalar yapmışlardır.

İslamiyet dönemi tıbbı Cahiliye dönemi ve Grek tıbbının tüm geleneklerini içinde barındırdığı gibi Hilafetteki bilimsel ilerleme sonucunda tıbbi bilgiler daha da gelişmiştir. Bu görüş genel olarak kabul görse de bazı araştırmacılar İslam tıbbının sadece eski tıbbi bilgileri geliştirmesi ve eklemeler yapması fikrini kabul etmeyerek birçok tıbbi keşfin Araplar ve diğer Müslüman tabipler tarafından gerçekleştirildiğini iddia etmektedirler. Örneğin, Neşet el – Hamarine küçük kan dolaşımının İslam alimi İbnu'n – Nefis tarafından keşfedildiğini göstermektedir. Hamarine'ye göre Batılı tıp tarihi kitapları hala küçük kan dolaşımını keşfini Batılı bilim adamlarına atfetmeye devam etmektedirler. Oysa bu keşif İbnu'n – Nefis tarafından üç asır öncesinden gerçekleştirilmiştir⁴¹.

İslam tıbbının gelişiminde etnik Arap olmayan Nestoryan Hristiyanlar, Farslar ve Yahudiler hem çevirmen, hem de bilim adamı olarak faaliyet gösteren bu kişiler Arabistler olarak adlandırılmışlardır.

Arap uygulayıcılar Yunanlı ve Romalıların metotlarını temel almışlardır. Teşhis, hastanın davranışları, dışkılar, vücuttan kaynaklanan diğer kokulu atıklar, şişlikler, ağrının karakteri ve ağrının yeri olmak üzere altı kritere dayanılarak konulurdu⁴². Nabzın ve cerrahinin önemi küçümseniyordu. Fakat yine İbn-i Sina'nın cerrahi uygulamalar için geliştirdiği aletler bugünkülerle benzerlik gösterecek kadar kusursuzdu. Ayrıca, yıldızların konumunun da sağlığı etkilediği düşünülüyordu.

İslamiyet'in ilk yıllarında tıbbın uygulayıcıları Hristiyan ve Yahudi hekimlerdi. Gerçek sağlıkçılar belirli eğitime tabi tutulsalar da eğitimsiz tabipler de sorunsuz bir şekilde çalışıyordu. İslam tıbbının en gelişmiş yönü ise devletin sağladığı sağlık hizmetleri hususundaki ilerleme idi. En büyük hastaneler Bağdat, Şam ve Kahire'de idi. Hastaneler hastalıklara göre ayrılmış bölümlerden oluşuyordu.

İslamiyet'in ortaya çıkması ve geniş toplumlara yayılmasıyla beraber tıp alanında ortaya çıkan gelişimin en bariz örneklerinden biri de Cündişapur kentinin Hilafet zamanında yükselişidir. Sasaniler zamanında 1. Şapur tarafından kurulan bu

⁴¹ Neşet el-Hamarine, "İslam Medeniyetinde Tıp Tarihine Dair Yeni Bir Yorum", çev. Eyyüp Tanrıverdi, *Şarkiyat Mecmuası*, Cilt:1, Sayı: 20, s: 145-171

⁴² Lyons ve Petrucelli, s: 301

kent çok önemli bilim ve sanat merkezi olmuş, komşu ülkelerden çok sayıda bilgin de bu şehre getirilmiştir. Şehrin çok önemli bir bilimsel merkez haline gelmesinde Nasturi mezhebinden olan Hristiyanların etkisi büyük olmuştur.

Cüdişapur'da ilk tıp okulu ve hastane 1. Hüsrev (531-579) zamanında kurulmuştur. 1. Hüsrev Nasturilerin yanısıra Hintli tabipleri ve Bizans'tan kaçan bazı Hristiyan mezheplerinden olan bilim adamlarını da buraya almıştır. Hilafet döneminde hem Emevi hem de Abbasi halifelerinin Cüdişapur'a büyük önem vermiş, Arapça "bimarhane" olarak adlandırılan hastane-tıp okulunda faaliyet gösteren çok sayıda hekim Bağdat'a getirilmiş, sarayda görevlendirilmiştir. Halife el-Memun dönemine kadar (813-833) bilimsel merkez olarak kalan Cüdişapur daha sonraları, bu bölgede çıkan bir isyanın ardından gerilemeye ve dağılmaya yüz tutmuş 10. yüzyılda ise harabeye çevrilmiştir.

Şehir, Hilafet yönetimi altına geçtikten sonra buradaki bilimsel gelişmeler tümüyle İslam biliminin gelişimine katkı sağladığı gibi İslam tıbbının da ilerlemesinde önemli rol oynamıştır. Örneğin, İslam tarihinde en önemli ilk hastane, Bağdat'ta Cüdişapur'un ünlü tabibi Cebrail bin Buhtişu tarafından kurulmuştur.

Bu gelişmeler daha sonra Batı tıbbının gelişiminde çok önemli rol oynamıştır. İslam tıp alimleri, eski Yunan metot ve teorilerini batıya tanıtmışlar, bunun yanısıra kendi ilave ve yeniliklerini de göstererek, batının tıp alanında hızla ilerlemesini sağlamışlardır. Onların tıbbî teorilerinin çoğunun şimdi, belki modası geçmiştir, fakat zamanında bu teoriler büyük bir ilerlemenin işareti idi ve bunlar tıp çalışmalarının gelişmesinde önemli bir yere sahiptiler⁴³.

Tüm bu bilgiler ışığında dünya tıp tarihinde sağlık hizmeti veren kurumların evrimini tekrar gözden geçirirsek tedavi amaçlı ilk kurumların antik Mısır'da ortaya çıktığı görülebilir. Antik Yunan devletlerinde Asklepion olarak adlandırılan mabet-hastanelerin kurulması dinsel, mekanik ve bitkisel tedaviye ek olarak hastanın ruh halinin sağlığa etki ettiği düşüncesinin oluştuğunu göstermektedir. Romalılarda ise imparatorluğun en önemli kurumları olan askeri birlikler için faaliyet gösteren hastaneler öne çıkmıştır. Bu hastaneler daha çok yaralı asker, köle ve gladyatörlerin tedavisi için kurulmuştur. İlkçağların en iyi tıp bilgisine sahip uygarlığı olan Hintliler

⁴³ Steven Runciman, "Avrupa medeniyetinin gelişmesi üzerindeki İslami tesirler", *Şarkiyat Mecmuası*, Cilt:1, Sayı: 3, s: 1-12

aynı zamanda dünyanın en eski hastanesinin – Mihintale'in kurucuları olarak da bilinmektedirler.

Hristiyanlığın ortaya çıkması ile iyilik, şefkat gibi öğeler tıpla iç içe bir anlam taşımaya başlamıştır. Bu yüzden hastaneler daha çok kiliseler nezdinde faaliyet göstermeye başlamıştır. Piskopos Basileios tarafından Kayseri'de kurulan kilise – hastane bu tarz sağlık kurumları arasında ilk olarak kabul edilmektedir. Bu dönemde Hristiyanlığın yayılmadığı çoğu bölgelerde de tıp alanında büyük ilerlemeler gözlemlenmekteydi. Cüdişapur'un bilimsel yükselişi tıba da yansımış, şehir döneminin en önemli bilim merkezi haline gelmiştir.

İslam'ın bilimsel ilerlemeye verdiği önem, halifelerin bizzat felsefe başta olmakla birçok bilim alanına olan ilgisi sonucunda tıbbi ilerleme sağlanmış, antik Yunan medeniyetinin tıbbi bilgileri geliştirilmiş, Cüdişapur İslamiyet'in bilim merkezlerinden biri halinde gelmiştir. Bu dönemde hastanelerin kurulmasına da önem verilmiş, 707 yılında Şam'da, halife Harun Reşid zamanında ise Bağdat'ta hastane inşa edilmiş, Hilafetin Mısır, Endülüs gibi eyaletleri başta olmakla birçok bölgelerinde de halk hastaneleri kurulmuştur.

Rönesans, Reform Hareketi ve Aydınlanma Çağı Batı düşünce tarzını kökünden değiştirmiş, buna paralel olarak sağlık kuruluşları daha laik, dinden sıyrılmış, bilimsel bir nitelik kazanmış, tıbbi ilerleme sürecinin doğal sonucu olarak 19. yüzyılın başlarından itibaren modern nitelikli hastanelerin kurulmasına başlanmıştır. Özellikle, İngiltere ve Fransa'da kurulan hastaneler günümüz sağlık kurumlarına model teşkil etmiştir.

1.3. Türk Tıbbının Gelişimi: Hekim ve Hastaneler

Yönetimi altında bulunan veya etkileşim içinde olduğu toplumların da etkisiyle Türkler atalarından kalan tıp bilgilerini daha da geliştirmiş ve yeni tıbbi bilgilere ulaşmışlardır. Bu yüzden Türk tıp tarihi 3 ana başlık altında incelenebilir:

1. İslam öncesi dönem (Orta Asya)
2. İslami dönem (Orta Asya (Türkistan hanlıkları), Yakınoğu (Büyük Selçuklu), Anadolu (Selçuklu, Beylikler, Osmanlı))

3. Batıya yönelik (çağdaşlaşma) dönemi⁴⁴

Eski Türklerdeki (Orta Asya Türkleri) tıp uygulayıcılarını iki sınıfa ayırabiliriz:

1. Şamanlar – majik yöntemlerle tedavi uyguluyorlardı.
2. Otacı adı verilen şifacılar – şifalı bitkilerle tedavi

Eski Türklerde kültür Gök Tengri inancına dayanıyordu. Tıbbın dinle yakından ilişkili olduğu eski Türk boylarında çoğu konuda olduğu gibi tıp alanında da şamanlar (kam) baskındı. Kam, Tanrı ve insanlar arasında aracı olarak görülüyordu. Kamın önemi kötü ruhlar ve büyük tanrılarla bağ kurma noktasında daha büyüktü. Her isteyen kam olamazdı. Çünkü bu kişiler özel çocuklardan seçilerek özel olarak yetiştirilir, herhangi maddi menfaat beklemeden hizmet verirlerdi. Türk toplumlarında bilici, din adamı gibi rol oynayan kamlar aynı zamanda büyü, sihir gibi yöntemlerle tedavi uygulamalarında da en önemli rolü oynuyorlardı. Bu tedaviler büyü, dua, üfleme, fal, davullar veya danslarla icra edilen çeşitli ayinler, kurbanların sunulması gibi ritüelleri içeriyordu. Ancak şamanlar sağlıkçı olarak tek değillerdi. Verem, felç, göz veya diş hastalıkları dahil olmakla çok sayıda hastalık şifalı bitkilerle otacı olarak adlandırılan şifacılar tarafından tedavi ediliyordu. Uygur tıp metinlerinden elde edilen bilgiler ışığında Uygur tıbbının daha eski dönemlerdeki Türk tıbbına nazaran daha gelişmiş olduğu ve bunun tüm Türk kavimlerine de yayıldığı görülebilir.

Eski Türklerde sağlık kurumları da dini kurumlarla bağlantılıydı. M.Ö. 3. yüzyıldan itibaren inşa edilen Budist mabet ve külliyesi, özellikle, Uygurlarda sağlık hizmeti ve tıbbi eğitim de verilirdi. Budist manastırlarında hastane görevini yerine getiren yatakhaneler vardı. Uygur beylerinin hatunlarının kurduğu hayratlarda ise yoksul ve yolcular tedavi edilirdi.

10. yüzyıldan itibaren Türklerin topluluklar halinde İslam'ı kabul etmesinin ardından Ortadoğu ve İslam kültürünün etkileri artmaya başlamıştır. Her ne kadar Arap ve Fars kültürleri Türkleri etkilese de bu halklardaki şaşaa gözlemlenmiyor, tam tersi fakirlere ve muhtaçlara yardım ediliyordu. X. yüzyılda Türklerin büyük topluluklar halinde Müslüman olduğu dönemde İbn Havkal şu tespitte bulunmuştur: “İslam ülkelerinde zenginler servetlerini zevkleri için harcarken, Türkistan'da servet sahipleri,

⁴⁴ Bayat, s: 238

varlıklarını din ve hayır yolunda sarf ediyorlardı”⁴⁵. Bunun en bariz örneği Karahanlı Böri Tigin Tamgaç’ın evlerinden birini hastaneye yapmasıdır. Bu evin mimari yapısı daha sonra Selçuklu hastanelerinin de mimarisi için model olarak kullanılmıştır.

Böylece, bölgedeki çatışmalardan kurtularak daha geniş bölgeler ele geçirmek isteyen Selçuklular Batıya doğru yöneldiklerinde Arap-Fars İslam kültürüyle daha önceden tanışmış oldular. Selçukluların Anadolu’ya gelişinin ardından buradaki Türk nüfusu artmaya başlamıştır. Selçukluların bilime ve sanata verdikleri önemin sonucu olarak çok sayıda bilgin, alim ve tabip Anadolu’ya yerleşti ve dönemin en önemli hastaneleri inşa edilmeye başlanmıştır. Selçuklu Türk tıbbının en belirgin özelliği bu hastanelerin inşa edilmesidir. Daru’l-merza, darüşşifa, şifaiyye vs. isimlerle bilinen hastaneler Anadolu’nun hemen hemen her köşesine inşa edilmiştir. Selçuklu dönemi Türk tıbbının sembollerinden biri ve Türkiye Selçuklularının yaptırdığı ilk sağlık kuruluşu olan Gevher Nesibe Tıp Medresesi ve Maristanı 1206 – 1210 yıllarında inşa edilmiştir. Bu medrese aynı zamanda dünyanın ilk tıp fakültesi olma özelliğini taşımaktadır. Turan Melek Darüşşifası, İzzeddin Keykavus Darüssıhhası⁴⁶ gibi daha önemli yapıtlar dışında Amasya, Çankırı, Tokat, Kastamonu, Aksaray ve Konya’da da hastaneler bu dönemde inşa edilmiştir. Büyük Selçuklu Devleti yıllarında Bağdat’taki bazı medreselerde tıp eğitimi verilmekteydi. Anadolu Selçuklu medreselerinde ise tıp eğitimi olmasa da hastanelerde usta-çırak ilişkileri doğrultusunda hekim yetiştirilmekteydi.

Tedaviler akılcı ve bilimsel yöntemlerin yanısıra halk hekimliği şeklinde dini metotlarla da icra edilirdi. Sağlık hizmeti sadece hastanelerde değil, kaplıcalarda da verilirdi. Haymana, Kızılcahamam, Ilıca, Yoncalı gibi toplamda 300’den fazla kaplıca vardı. Sağlık hizmetlerinin yanısıra tıp eğitimi de hastanelerde verilirdi.

Anadolu’da yazılan ilk Türkçe tıp kitabı olan Hekim Bereket’in Tühfe-i Mübarizi eseri de Selçuklu dönemine aittir. Selçuklu hastaneleri ve bu hastanelerin finanse edilmesi için kurulan vakıflar o kadar donanımlı olmuştur ki beyliklerin Osmanlı yönetimine geçmesinin ardından yeni sağlık kuruluşlarına gerek kalmamış, Selçuklu tıp sistemi Osmanlı döneminde de yüzyıllar boyunca sürmüştür⁴⁷.

⁴⁵ Bayat, s: 262

⁴⁶ Selçuklu darüşşifalarının en büyüğü olmuştur.

⁴⁷ A. Süheyl Ünver, *Tıp Tarihi Yılığ*, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1983, s: 10

Selçuklu Devleti'nin devamı olan Osmanlılar dağılmış Anadolu beyliklerini tekrar bir çatı altında toplamış, bu da Anadolu'da bilim ve kültürün tekrar canlanmasına neden olmuştur. Osmanlı İmparatorluğu döneminde sağlık hizmetleri organizasyonu çok gelişmiş, tüm imparatorluk topraklarında vakıf şartlarının yerine getirilmesini sağlamak için sağlık bakanı görevlerini yerine getiren hekimbaşılar (Seretıbbai Hassa veya Seretıbbai Sultani) görevlendirilmiştir. İstanbul'da hekimler hekimbaşının başkanlığındaki bir heyet tarafından sınava tabi tutulmaktaydı. Hekimler için uzmanlık derecesine göre çeşitli miktarlarda maaşlar belirlenmişti. Tabiplerin uzmanlığı devlet açısından çok önemli olduğu için Müslümanların yanısıra çok önemli Yahudi tabipler de devletten maaş alarak çalışmaktaydılar. Osmanlı tabipleri sadece tedavi görevlerini yerine getirmekle kalmıyor, bilirkişi (ehl-i vukuf) olarak mahkemelerde görev alırlardı.

Hekimlerle hastalar arasındaki yazılı veya sözlü anlaşmalar yeterli olmadığı gibi rıza senetlerinin mahkemede tescili şartı vardı. Rıza senetleri 3 çeşitti. İlkinde “makbul yöntemlerle cerrahi uygulama yapılıp dikilme ve tedavi etme”, ikinci çeşit rıza senetlerinde “makbul yöntemlerle tedavi etme” şartı aranırdı. Üçüncü türden olan rıza senetlerinde ise bu şartların hiçbiri belirtilmese de hekimlerin uygun tedavi yöntemleri uygulama hususundaki sorumlulukları ortadan kalkmazdı⁴⁸. Hastanın rızasının bu denli önemli olması, hasta hakları ve hekimin sorumluluğu açısından Osmanlı Devleti'nin insanı temel alan hukuk sistemini, günümüzde bile tartışılan insan hakları noktasındaki titiz tutumunu ortaya koymaktadır. Osmanlı belgelerinde Türk tababet tarihi ile ilgili, Ortaçağ hastanelerine de ışık tutacak ölçüde bilgiler bulunmaktadır⁴⁹.

Hastanelerin vakıf niteliği taşıması ücretsiz hizmet vermelerini sağlar, bunun yanısıra hastaların geri dönüş ücretleri de karşılanırdı. İstanbul'un fethinden sonra sadece payitahtta 60 vakıf ve asker sağlık merkezi kurulmuştu. Hekimler hastanelerde olduğu gibi kendi muayenehanelerinde de çalışırlardı. Bugünkü özel muayenehanelere denk gelen bu mekânlara genellikle “dükkân” denilmekteydi. “Cerrah dükkânı”, “frengi dükkânı”, “çıkıkçı dükkânı”, “fitikçi karhanesi” bu tarz mekânlar arasındaydı. Hastanelerin mescidi, hamamı, çamaşırhanesi vardı. İmam dahil olmakla tüm görevlilerin maaşı hastaların giyim ve gıda masrafları vakıflarca karşılanırdı. Ayrıca, ne hekimler ne de hastalar arasında müslim – gayrimüslim ayrımı yapılmazdı. Sadece

⁴⁸ Fethi Gedikli, “Osmanlı hukukunda hekim sorumluluğu ve 17. Yüzyılda ünlü bir fitik cerrahi”, Türk hukuk tarihi araştırmaları, Sayı: 4, 2007, s: 115 – 127

⁴⁹ Nejat Göyünç, “16. Yüzyılda Osmanlı Devleti'nde Hekimbaşılık ve Hekimler Hakkında Bazı Yeni Tespitler”, *İslam Araştırmaları Dergisi*, Sayı: 4, s: 1-6

kadınları kabul eden hastaneler de vardı. Mimaride hasta odalarının kapı ve pencerelerinin iç bahçeye açılmasına dikkat edilirdi. Hastane ve tıp okullarının yönetim kadrosu genellikle hastane müdürü, başhekim (tabib-i evvel), başhekim yardımcısı (tabib-i sani) ve baş cerrah (cerrah-ı evvel) olarak kurulurdu. Darüşşifa, şifahane, bimaristan olarak adlandırılan Osmanlı dönemi hastaneleri arasında Bursa Yıldırım Bayezid Darüşşifası, İstanbul Fatih ve Süleymaniye, İstanbul, Sultan I. Ahmet Darüşşifaları, Edirne II. Bayezid Darüşşifası, Manisa Hafsa Sultan Darüşşifası öne çıkanlarıdır.

15. yüzyıla kadar Osmanlılarda darüşşifalar aynı zamanda tıp eğitimi de verirdi. Fatih'in kurduğu darüşşifada tıp eğitimi daha önemli hale geldi. Danişmentler (öğrenci) için maaş da bağlanmıştı. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine maaş bağlanması konusunun günümüzde 2012'de yasalaştığını göz önüne alırsak Osmanlılarda sağlık hizmetine verilen önemi daha net anlaşılabilir. İlk tıp eğitim kurumu ise Kanuni'nin Süleymaniye Külliyesiydi. Külliyyede medreseler, tıp medresesi, darüşşifa ve eczane vardı⁵⁰. 15. yüzyılın önemli hekim ve cerrahlarından biri Şerafettin Sabuncuoğlu'nun Kitabü'l-Cerrahiyyetü'l-Haniyye (1465) adlı eseri Osmanlılarda kaleme alınmış tek resimli cerrahi eseridir.

18. yüzyılda Osmanlı Devleti'nin gerilemeye başlamasına paralel olarak tıp alanında da gerileme başladı. Bu ise Batı tıbbının öğrenilmesi zarureti ortaya çıkardı. Çok sayıda tercüme eser bu zarureten doğmuştur.

19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren Osmanlı Devleti'nde güçlenen Batılılaşma meyilleri tıp alanına da yansdı. Osmanlı Devleti'nin 18. Yüzyılın sonlarından itibaren parçalanma sürecine girmesi ve geri kalmışlık durumu, tıp alanındaki gelişmelerin sadece yabancı uzmanların görevlendirilmesiyle takip edilmesi sonucunu doğurdu. Bu durumu; Batılılaşma meyilleri ile bilinen Sultan 2. Mahmut'un açtığı, medrese eğitimi dışında ilkokul olan Tıphane-i Amire'nin (1827) devamı olarak nitelendirilen Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane 'de⁵¹ (1839) ders veren hocaların İngiliz, Fransız veya başka milletlerden olması, tıp eğitimin Fransızca olması vb. örneklerle daha iyi anlaşılabilir⁵². Bu sağlık kurumları daha çok askeri alana yönelik tasarlanmıştı. Sivil anlamda ilk tıp

⁵⁰ Bayat, s: 92

⁵¹ İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nin Osmanlı dönemindeki adı.

⁵² Feza Günergün, "Türkiye'de Tıp Tarihi: Geçmiş Yıllardaki Çalışmalar ile Son Araştırmaların İncelenmesi", çev. Murat Yolun, *Tarih Okulu*, Sayı: 14, s: 267-280

okulu olan Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye ise 1866'da kurulmuştur. Sağlık alanında askeri personel yetiştirmek için 1898 yılında 2. Abdülhamit tarafından kurulan Gülhane Askeri Tıp Akademisi en önemli Osmanlı tıp kurumları arasında belirtilmelidir.

Osmanlı Devleti'nin son yıllarında gerçekleşen vahim olaylar, savaş şartları, ekonomik yıkım gibi faktörler tıbbın ilerlemesini de imkânsız kılmış, imparatorluğun son 10 yılı arasız savaşlarla geçtiğinden tabipler ağırlıklı olarak cephelere yönelmiştir. Cumhuriyetin kurulmasının ardından Türk tıbbi daha modern ve sürekli gelişen bir yapı haline geldi. Bu dönemin tıbbi da iki başlıkta ele alınabilir:

1. Cumhuriyetin ilk on yılında;
2. 1933'te Atatürk'ün gerçekleştirdiği Üniversite Reformu'ndan sonra Türk tıbbının gelişmesi⁵³.
 - a) 1933 Üniversite Reformu'ndan, 1981'de Atatürk'ün doğumunun 100. yıldönümünde yeni Yüksek Öğretim Yasası ile YÖK'ün tesisine kadar;
 - b) 1981 'de YÖK'ün tesisinden sonra Türk tıbbının gelişmesi.

Osmanlı Devleti'nin son döneminde ortaya çıkan reformcu rüzgârlar sonucunda bilimsel alanda da Batılılaşma meyilleri görülmeye başlanmıştır. Bunun sonucunda darülfünun kurulması için çabalar 19. yüzyılın ortalarından itibaren gündeme gelmiş, birkaç uygulama başarısızlıkla sonuçlanmış, nihayet 1900 yılında 2. Abdülhamit döneminde açılmıştır. Darülfünun-ı Şahane Cumhuriyet döneminin yükseköğretimi modernleştirme hedeflerini karşılayacak nitelikte olmadığı için 1933'te 2252 sayılı kanunla kapatılarak yerine İstanbul Üniversitesi kurulmuştur. Ancak, bir kanunla bu değişime gidilmemiş, daha öncesinde Ankara Hukuk Mektebi (1924), Gazi Eğitim Enstitüsü (1926) ve Ziraat Enstitüsü (1930) kurulmuştur. 1933'ten sonra sadece Darülfünun 'un yapısal eksiklikleri değil, aynı zamanda, kadroların da yetersiz olduğu ileri sürülerek bu kadroların büyük çoğunluğu İstanbul Üniversitesi'nde görevlendirilmediler. Bu eksikliği ortadan kaldırmak için yabancı ülkelere (özellikle Almanya'dan) öğretim üyeleri davet edilmiştir.

Üniversite tarihinde 1933 Üniversite Reformu “reform” ifadesi geçen ilk ve tek uygulama olmasına karşılık, daha sonraki yıllarda da bu eğitim kurumunda

⁵³ Arslan Terzioğlu, (2002), “Cumhuriyet Dönemi Türk Tıbbına ve Tıp Eğitimine Bir Bakış”, *İstanbul Üniversitesi Yakın Dönem Türkiye Araştırmaları Dergisi*, S: 2, s: 269-307.

düzenlemelere gidilmiştir. 1946 yılında 4936 sayılı kanun yürürlüğe girmiş, üniversiteler fakültelerden, enstitü, okul ve bilimsel kurumlardan oluşmuş, özerkliği ve tüzel kişiliği olan yüksek bilim, araştırma ve öğretim birlikleri olarak tanımlanmıştır. Üniversitelerin özerkliği ve tüzel kişiliğinin yanısıra fakültelerin de bilimsel özerkliği ve tüzel kişiliği belirtilmiştir (Madde 1). Bu yasayla birlikte üniversitelerin sadece öğretim kurumları olarak kalmaması, araştırmanın da öğretim sürecine paralel olarak geliştirilmesi öngörülmüştür. Bu kanunun en önemli sonucu ise Ankara Üniversitesi'nin kurulması olmuştur.

1960 senesinde ise 114 ve 115 sayılı yasalarla 1946 kanununun bazı maddelerinde değişiklikler yapılmıştır. 27 Mayıs darbesinin ardından üniversiteleri ideolojik olarak zapturapt altına almak için darbeci zihniyete karşı oldukları düşünülen 147 öğretim görevlisinin işine 114 sayılı yasa ile son verilmiştir. 115 sayılı yasa ise üniversitelerin yapısına yönelik değişiklikler getirmiştir. Üniversite öğretim üye ve yardımcılarının disiplin işlerinde önceden yalnızca senato yetkiliyken yeni değişiklikle bu yetkiye rektör ve dekan ortak olmuştur. Buna karşılık üniversiteyi ilgilendiren yönetmelikler için Milli Eğitim Bakanı'nın onayı gerekmeksizin senatonun onayı yeterli sayılmıştır.

Olumsuz yönlerine rağmen 1961 Anayasası üniversitelerin özerkliği konusunda en olumlu Anayasa olmuştur. 1971 darbesinin ardından bazı anayasal değişikliklerin yetersiz kalması üzerine 1973'te 1750 sayılı kanunla özdenetim, daha fazla katılım gibi konularda çağdaş hükümler içerse de, YÖK, Üniversite Denetleme Kurulu, disiplin cezalarının ağırlaştırılması vb. gibi denetleyici ve gerici yönleri de olmuştur⁵⁴.

Her askeri darbe ile üniversite eğitimi ağır darbe almıştır. 1982'de 2547 sayılı kanun YÖK kanunu olarak da adlandırılabilir. Üniversiteler daha sıkı denetim altına girmiş, bilimsel özerklik kâğıt üzerinde bırakılmıştır.

Üniversitelerle ilgili sık sık yapılan yetersiz düzenlemelere rağmen Süheyl Ünver, Feridun Nafiz Uzluk, Adnan Adıvar, Aydın Sayılı gibi bilim adamlarının tıp bilimine katkıları sayesinde Türk tıbbında önemli ilerlemeler gerçekleşmiştir⁵⁵. Bilimsel gelişmenin yanısıra hastanelerin ve diğer sağlık kurum ve kuruluşlarının yaratılması,

⁵⁴ YÖK, Üniversite Denetleme Kurulu ve bir sıra başka hükümler Anayasa Mahkemesi'nin kararıyla iptal edilmiştir.

⁵⁵ Bu şahısların Türk tıbbının gelişimi için gösterdikleri çabalar için bkz: Feza Günergün, "Türkiye'de Tıp Tarihi: Geçmiş Yıllardaki Çalışmalar ile Son Araştırmaların İncelenmesi".

çeşitli salgınlar ve yaygın hastalıklarla mücadele gibi planlar Cumhuriyetin ilk on yılında kabul edilmiş olan sağlıkla ilgili çalışma programı içerisinde ele alınmıştır. Dönemin sağlık bakanı Dr. Refik Saydam'ın önderliğinde Emraz-ı Sariye Mücadele Teşkilatı⁵⁶, Hıfzıssıhha Enstitüsü, Emraz-ı Sariye Hastaneleri, Verem Mücadele Dispanserleri, Doğum ve Çocuk Bakımevleri, ülkenin çeşitli bölgelerinde açılmış Kuduz Müesseseleri vb. için toplamda 51 kanun, 18 nizamname çıkarılmıştır⁵⁷.

⁵⁶ Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Teşkilatı.

⁵⁷ Terzioğlu, s: 271-272

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU

2.1. Avrupa Birliği Hukukunda Sağlık

Avrupa’da yüzyıllar boyunca süren din ve veraset savaşlarının son bulması için üst yapılanmanın gerekliliği, Aydınlanma Çağı düşünürlerinin eserlerine yansımaya başlamıştı. Özellikle İmmanuel Kant’ın “Dünya Cumhuriyeti” ve buna paralel “Avrupa Birleşik Devletleri” fikri bu yöndeki düşünceler arasında en gelişmiş örnek sayılabilir. İki dünya savaşı ve bu savaşlar arasındaki dönemde ortaya çıkan siyasi, ekonomik ve sosyal felaketler, savaş sonrası Avrupa’daki yıkımı ortadan kaldırma isteği, Almanya ve Fransa arasındaki sorunları kalıcı olarak çözmeye isteği, kömür ve çelik ürünlerini kontrol altında tutmak ve Sovyet tehdidine karşı bir bütünleşme oluşturma isteği⁵⁸ kıtada işbirliği ve ortak faaliyete dayalı bir yapılanmanın gerekliliği yönünde söylemleri daha da güçlendirmişti. İkinci Dünya Savaşı’nın ardından Avrupa’da ortak pazar kurulması adına faaliyetler başlatılmıştı.

Avrupa Birliği’nin kurulması ile başlayan ve günümüze kadar devam eden antlaşmalar ve hukuki düzenlemeler (AB müktesebatı) 170 bin sayfanın üzerinde olup devletler üstü bir nitelik taşımaktadır. Bu hukuki yapı tek bir kurum olarak değerlendirilmemektedir: AB kurucu antlaşmalarını içeren Birincil ve birincil mevzuatın verdiği yetki çerçevesinde AB kurumlarının yaptıkları düzenlemeleri içeren İkincil Mevzuat.

18 Nisan 1951’de Paris’te imzalanan ve Avrupa Kömür Çelik Topluluğu’nu kurmuş olan antlaşma; 25 Mart 1957 tarihinde imzalanarak Avrupa Ekonomik Topluluğu (AET) ve EURATOM’u (Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu) kuran “Roma Antlaşmaları”; üye ülkeler arasında işbirliğinin genişletilmesini amaçlayan ve AET’in Avrupa Topluluğu (AT) adını aldığı Maastricht Antlaşması; 2 Ekim 1997 tarihli Amsterdam ve 26 Şubat 2001’de imzalanmış Nice Antlaşması; Reform Antlaşması olarak da bilinen Lizbon Antlaşması (13 Aralık 2007’de imzalanmış, 1 Aralık 2009’da onaylanmıştır) AB birincil Mevzuatını oluşturan temel hukuki öğelerdir.

⁵⁸ Sağlık Bakanlığı AB Koordinasyon Daire Başkanlığı, AB ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları, Ankara, 2010, s.4.

AB kurumlarının düzenlemeleri birliğin hukuki tablosunun bir diğer parçasını oluşturmaktadır. Bu kurumların tüzük, yönerge, karar, tavsiye ve görüşleri ikincil mevzuatın yapı taşlarıdır. Tüzükler, yürürlüğe girdikleri andan itibaren AB üyesi tüm ülkelerde doğrudan ve derhal uygulanmaya başlayan düzenlemelerdir. Yönergeler, AB tarafından en sık uygulanan hukuki araçlardan olup birliğin amaçlarına ulaşmak için üye ülkelerin yerine getirmeleri gereken hukuki yükümlülükleri belirlemektedir. Karar, belli bir konuya ilişkin olarak ya da bir ülkeyi, gerçek ya da tüzel bir kişiyi muhatap alan tasarruflardır⁵⁹. Tavsiye ve görüşler ise bağlayıcı olmamakla birlikte daha çok etik tutum olarak nitelendirilebilir.

Avrupa Birliği'nde bütünleşme süreci ekonomik kaygılarla başlamış, Topluluğun başarılı bir ekonomik bütünleşme sağlamasıyla sosyal bütünleşmenin kendiliğinden gerçekleşeceği beklenmiştir. Bu nedenle Birliğin kurucu antlaşması olarak kabul edilen Roma Antlaşması (1957)'nda sosyal boyuttan ziyade ekonomik bütünleşmeye odaklanılmıştır.

1989 yılında kabul edilen Avrupa Sosyal Şartı, Sosyal Politika alanında önemli bir dönüm noktası olmuştur. Bu tarihten sonra politikaların merkezinde insan yer almaya başlamış ve AB sosyal politikalarının temel hedefi, bireyin sağlıklı şartlarda yaşamasını sağlamak ve halk sağlığını üst düzeyde korunmak olmuştur. Avrupa Birliği Sosyal Politikaları içinde giderek önemini arttıran sağlık konusu günümüzde ortak bir sağlık politikası oluşturma amacıyla bir takım topluluk programları yürütme aşamasına gelmiştir.⁶⁰

Avrupa Birliği Müktesebatında sağlıkla ilgili düzenlemeler ortak bir başlık altında toplanmamış olup, farklı müktesebat başlıkları altında dağınık durumdadır. Sağlıkla ilgili düzenlemeler çoğunlukla “malların serbest dolaşımı”, “kişilerin serbest dolaşımı”, “sosyal politika ve istihdam”, “çevre”, “tüketicinin korunması ve sağlık” ve gümrük birliği” gibi başlıkların altında yer almaktadır⁶¹.

Avrupa Birliği Sağlık alanında bağlayıcı kurullarla düzenlemeler yapmamakta ancak, düzenlemeler hem Birlik içindeki hem de uluslararası alanda önemli etkiler

⁵⁹ *Avrupa Birliği ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları*, Ankara, Bakanlık Yayın No: 780, 2010, s: 13

⁶⁰ Azmi Ekmen, “Avrupa Birliği'ne Tam Üyelik Sürecinde Sağlık Sektöründeki Mevzuat Uyumunda Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Beşinci Genişleme Sürecindeki Ülkelerle Karşılaştırmalı İnceleme”, *AB Uzmanlık Tezi*, Ankara, 2006, s. 19.

⁶¹ Rachel Irwin, “EU Law and Health: An Introduction”, *Eurohealth*, Volume:16, N:4, 2010,s.2.

yaratmaktadır. Örneğin Avrupa Topluluğu Sağlık Göstergeleri (ECHI), üye devletlerden sağlık verilerinin toplanması konusunda standartlaşmayı amaçlamaktadır. Bir başka proje de Diyet, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Platformu kurularak besinlerin etiketlenmesinde besin değerlerinin limitler dahilinde belirlenmesi ve tüketicilere açıklanması ve böylece obeziteyle savaş ve sağlıklı bir toplum oluşturmak amaçlanmaktadır⁶². Bu örnekler göstermektedir ki AB sağlık ve sağlık hizmeti konusunda bağlayıcı olmayan ve esnek hukuk kurallarıyla düzenlemeler yapmaktadır.

Avrupa Birliği'nde sağlık politikaları, 1999 yılından bu yana Sağlık ve Tüketicinin Korunması Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Birliğin ortak bir sağlık politikası olmamasına ve üye ülkelerin sağlık politikaları tamamen kendilerine özgü olmasına, ayrıca ülkeler arasında sağlık sunumu konusunda önemli farklılıklar bulunmasına rağmen başlangıçtan bu yana bakıldığında Birliğin sağlık alanında önemli bir değişim yaşadığı açıkça görülmektedir. Bu değişim Birliğin temel yapı taşlarını oluşturan mevzuat incelendiğinde açıkça görülmektedir⁶³.

Daha çok ekonomik ve ticari bütünleşmeyi amaçlayan 1957 tarihli Roma Antlaşması'nda sağlık konusuna bakıldığında, sağlık ve sağlık politikalarını düzenleyen bir maddenin bulunmadığı açıkça görülmektedir.

2.1.1. Avrupa Tek Senedi

1987 yılında yürürlüğe giren Avrupa Tek Senedi'nde ilk defa üye ülkeler arasında sağlığın korunması ve mesleki ortamlarda asgari sağlık koşullarının bulunmasını amaçlayan bir işbirliği gündeme getirilmiş ve sağlıkla ilgili çalışmalar daha çok AIDS, kanser, uyuşturucu bağımlılığı gibi konulara yoğunlaşmıştır. Avrupa Tek Senet'i ile birlikte çevre sorunları da ilk defa doğrudan kurucu antlaşmalar içine girmiştir⁶⁴.

2.1.2. Beyaz Kitap

Sosyal Politikaların uygulanması ve geliştirilmesi amacıyla 27 Temmuz 1994 yılında çıkarılan Beyaz Kitap (White Paper)⁶⁵, sosyal politikalar alanında önemli

⁶²Irwin, s.1.

⁶³ Alain Lefebvre, "The Future of European Health Policy", *Eurohealth*, Volume 4, Number 5, Winter : 1-2, 1998, s.67

⁶⁴ Ekmen, Azmi, s.26.

⁶⁵ http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf

gelişmeler gösterildiğinin kanıtı niteliğindedir. Bu kitapta, sosyal politikalar ekonomik politikaların tamamlayıcısı olarak görülmekte ve eş zamanlı olarak gerçekleştirilmeleri gerektiğine değinilmektedir. Bu politikaların konu başlıklarına bakıldığında serbest dolaşım, kadın erkek eşitliği, eğitim, çalışma alanı, işyerinde güvenlik, sosyal güvenlik ve korunma, halk sağlığında herkese eşit fırsat tanınması gibi sosyal alanda önemli başlıkların olduğu görülmektedir⁶⁶. Beyaz Kitap'ın temel amacı ise üye ülkelerde yaşayan insanlar için ekonomik ve sosyal refahı birleştirerek yaşamın her evresinde yüksek kalite sağlamak ve böylece bir Avrupa Sosyal Modeli geliştirmektir.

2.1.3. Maastricht Antlaşması

1993 yılında Avrupa'yı "Topluluklar Avrupası"ndan "Birlik Avrupası"na dönüştüren Maastricht Antlaşması, sağlığa ilişkin politikaların ve uygulamaların ilk yasal zeminini oluşturmuştur⁶⁷. Anlaşma, "AB vatandaşlarının sağlığını yüksek düzeyde korumak ve iyileştirmek amacına hukuki bir zemin oluşturmak" bakımından reform niteliği taşımaktadır. Maastricht Antlaşması'na 129. maddenin dahil edilmesi ile Komisyon ilk kez halk sağlığının iyileştirilmesi ve korunması konusunda özel bir görev üstlenmiştir. Maastricht Antlaşması ile gittikçe artan faaliyet alanlarının içine "halkın sağlığının korunması" konusu da katılmış bulunmaktadır.

Halkın sağlığının korunması ile ilgili 129.maddeye daha ayrıntılı bakıldığında;

- Topluluk, üye ülkeler arasında işbirliğini teşvik ederek ve gerekirse, faaliyetlerine destek vererek, insan sağlığının yüksek düzeyde korunmasının sağlanmasına yardım edecektir.
- Topluluk faaliyeti, hastalıkların, özellikle de uyuşturucu bağımlılığı da dahil, başlıca sağlık felaketlerinin, sağlık bilgisi ve eğitimin yanı sıra bunların nedenlerinin ve bulaşma yollarının araştırılması yoluyla önlenmesine yönelik olacaktır. Sağlık koruma şartları, Topluluğun diğer politikalarında bir unsur teşkil edecektir.
- Topluluk ve üye ülkeler, halk sağlığı alanında üçüncü ülkelerle ve yetkili uluslararası kuruluşlarla işbirliğini teşvik edecektir.

⁶⁶ http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf

⁶⁷ Tülin Yanıkdağ, "Anayasallaşma Sürecinde Avrupa: Temel Haklar Şartı'ndan Lizbon Antlaşması'na", *Bilge Strateji*, Cilt 2, Sayı 3, Güz 2010, s.117.

Antlaşmanın 129. maddesi ile ilk defa halk sağlığı konusunda düzenleme yapılmasının yanısıra tüm Topluluğu kapsayacak bir sağlık politikası oluşturma yolunda bir yasal ortam da oluşturulmuştur.

2.1.4. Amsterdam Antlaşması

1997 yılında imzalanan ve Avrupa Birliği'nin kurucu antlaşmalarından biri olan Amsterdam Antlaşması ile birlikte sağlık alanındaki sorumluluk ve yetkiler iyice artmıştır. Özellikle Antlaşma'nın XIII ve XIV. Başlıkları altında yer alan 152 ve 153. maddeler kamu sağlığı alanında yeni düzenlemeleri beraberinde getirmiştir. Bu maddelerle AB'de sağlığı sadece korumak değil aynı zamanda onu geliştirmek için de bir şeyler yapılmasının gerekliliği ortaya konmuştur.

152. ve 153. maddeler Antlaşma'da yer aldığı haliyle şu şekildedir⁶⁸;

Madde 152:

- Bütün Topluluk politika ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında, yüksek seviyeli bir insan sağlığı koruması temin edilir. Ulusal politikaları tamamlayacak olan Topluluk eylemi, kamu sağlığına, insan hastalıklarının önlenmesine ve insan sağlığı için tehlike yaratan kaynakları ortadan kaldırmaya yöneliktir. Bu eylemler, sağlık konusunda bilgilendirme ve yanı sıra sebepleri, bulaşma yolları ve önlenmelerine ilişkin araştırmaların geliştirilmesi yoluyla, önemli sağlık sorunlarına karşı mücadeleyi kapsar. Topluluk, bilgilendirme ve önleme dahil olmak üzere, Üye devletlerin uyuşturucu bağlantılı sağlık sorunlarının azaltılmasına ilişkin eylemlerini tamamlar.
- Topluluk ve üye devletler, üçüncü ülkelerle ve yetkili uluslararası kuruluşlarla kamu sağlığı konusunda işbirliğini artırır.

Madde 153:

- Tüketicilerin çıkarlarını desteklemek ve yüksek seviyeli bir tüketici koruması temin etmek amacıyla Topluluk, tüketicilerin bilgilendirme, eğitim ve çıkarlarını korumaları için örgütlenme haklarının

⁶⁸ <http://www.europarl.europa.eu/topics/treaty/pdf/amst-en.pdf>

desteklenmesinin yanı sıra, tüketicilerin sağlık, güvenlik ve ekonomik çıkarlarının korunmasına katkıda bulunur.

2.1.5. Temel Haklar Şartı

3- 4 Haziran 1999 tarihli Köln Zirvesi'nde verilen misyon ışığında hazırlanmış Temel Haklar Şartı'nın en önemli özelliği tüm Devlet ve Hükümet başkanlarının şimdiye dek tanınmış temel hakların bir metinde somutlaştırılması konusunda mutabık olmasıdır⁶⁹. Temel Haklar Şartı'nın 35. maddesi sağlık konusuna yer vermiştir. Bu maddede :

- “Herkes, ulusal yasalar ve uygulamalarda belirtilen şartlar çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir. Bütün Birlik politikaları ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında yüksek düzeyde bir insan sağlığı koruması hedeflenir⁷⁰” denmiştir.

2.1.6. Avrupa Anayasası

29 Ekim 2004 tarihinde imzalanan Avrupa Anayasası'nın II-95. maddesinde sağlık konusu öncelikle, “Herkes koruyucu sağlık hizmetlerine erişme hakkına ve ulusal yasalarla uygulamalar tarafından belirlenen koşullar altında tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir” ifadesi ile yer almıştır. Avrupa Temel Haklar Şartı'nda da yer alan bu bölüm aynı şekilde Anayasa'ya da aktarılmış ve “sağlık hizmetlerine erişim hakkı” anayasal güvenceye kavuşturulmuştur⁷¹.

Avrupa Anayasası'nda sağlıkla ilgili ifadeler daha sonra, “Birliğin Koordine Edici, Tamamlayıcı veya Destekleyici Şekilde Faaliyet Gösterebileceği Alanlar” bölümünde, III-278'inci maddede “Halk Sağlığı” başlığı altında da yer verilmiştir. Buna göre⁷²;

1. Tüm Birlik politikalarının ve etkinliklerinin tanımında ve uygulanmasında, insan sağlığının yüksek ölçüde korunması

⁶⁹ Füsün Arsava, “Avrupa Birliği'nin Anayasallaşma Sürecinde Temel Haklar Şartı,” *Ankara Avrupa Çalışmaları Dergisi*, Cilt 3, Sayı 2, (Bahar 2004), s.3.

⁷⁰ http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf

⁷¹ Ekmen, Azmi, s.31.

⁷² http://europa.eu/eu-law/decision-making/treaties/pdf/treaty_establishing_a_constitution_for_europe/treaty_establishing_a_constitution_for_europe_en.pdf

sağlanacaktır. Birlik tarafından ulusal politikaları tamamlayan faaliyetler, halk sağlığının iyileştirilmesi, hastalıklarının önlenmesi ile fiziksel ve zihinsel sağlığa yönelik tehlikelerin önüne geçilmesi yönündedir. Söz konusu faaliyetler, nedenleri, yayılmaları ve önlenmeleri üzerine araştırmaların yanı sıra, sağlık bilgileri ve eğitimin teşvik edilmesi yoluyla, tüm temel sağlık felaketlerine karşı mücadele verilmesini kapsar. Birlik, bilgilendirme ve önleme dahil olmak üzere, üye ülkelerin uyuşturucuyu ilgili sağlık bozulmalarını azaltma yönündeki faaliyetlerini tamamlar.

2. Birlik, bu maddede anılan alanlarda üye ülkeler arasındaki işbirliğini teşvik eder ve faaliyetlerine destek verir.

Üye ülkeler, Komisyon'la bağlantılı olarak, 1. paragrafta belirtilen alanlardaki politikalarını ve programlarını kendi aralarında koordine ederler. Komisyon, üye ülkelerle yakın temas halinde, söz konusu koordinasyonun teşvik edilmesi için özellikle de ana hatlar ve göstergelerin belirlenmesini, en iyi uygulama alışverişinin düzenlenmesini ve düzenli izleme ve değerlendirme için gerekli öğelerin hazırlanmasını amaçlayan girişimler olmak üzere tüm faydalı girişimlerde bulunur. Avrupa Parlamentosu sürekli olarak bilgilendirilir.

3. Birlik ve üye ülkeler, üçüncü ülkelerle ve halk sağlığı alanında yetkili uluslararası örgütlerle işbirliğinde bulunur.

4. Avrupa yasaları veya çerçeve yasaları, ortak güvenlik konularının yerine getirilmesi için aşağıdaki tedbirleri oluşturarak, bu maddede belirtilen hedeflere ulaşılmasına katkıda bulunur:

a) İnsan kökenli organlar ve maddelerin, kan ve kan türevlerinin kalitesi ve güvenliği konularında yüksek standartlar getiren tedbirler; söz konusu tedbirler herhangi bir üye ülkenin daha sıkı koruyucu tedbirleri sürdürmesini ya da bu tedbirleri uygulamasını engellemez.

b) Doğrudan hedefleri halk sağlığının korunması olan veterinerlik ve bitki sağlığı alanlarındaki tedbirleri alır. Avrupa yasaları veya

çerçeve yasaları, Bölgeler Komitesi ile Ekonomik ve Sosyal Komite'ye danışıldıktan sonra kabul edilir.

5. Avrupa yasaları veya çerçeve yasaları aynı zamanda, üye ülkelerin yasalarının ve tüzüğünün herhangi bir şekilde uyumlaştırılması dışında, insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi ile sınırlar ötesi büyük sağlık felaketleri için tasarlanan teşvik edici tedbirleri alır. Söz konusu yasa veya çerçeve yasası, Bölgeler Komitesi ile Ekonomik ve Sosyal Komite'ye danışıldıktan sonra kabul edilir.

6. Konsey, bu maddede belirtilen amaçlar açısından, Komisyon'un bir teklifi üzerine tavsiyeler de kabul edebilir.

7. Halk sağlığı alanındaki Birlik faaliyetleri, üye ülkelerin sağlık hizmetlerinin ve tıbbi bakımın organize edilmesi ve ulaştırılması konularındaki sorumluluklarına saygı gösterir. Özellikle, 4. paragrafın (a) alt paragrafında belirtilen tedbirler, organların ve kanın bağıışı ve tıbbi kullanımı hakkındaki ulusal hükümleri etkilemez.

2.1.7. Halk Sağlığı Eylem Planı⁷³

Avrupa Birliği 23 Eylül 2002'de Avrupa çapında ortak bir eylem geliştirmek üzere bir program geliştirme kararı almış ve böylece Birinci Halk Sağlığı Eylem Planı ortaya çıkmıştır. Bu Plan, Birliğin sağlık stratejilerini destekleyen ana programlardan biri haline gelmiştir. İlk Programın 2007 yılında sona ermesiyle 2008-2013 yılları arası için yeni bir program yapılmış ve önemli gelişmeler sağlanınca 2014-2020 yılları arasında üçüncü eylem planıyla devam etme kararı alınmıştır.

Programın genel hedeflerine bakıldığında:

- Sağlığı geliştirmek, hastalıkları önlemek ve sağlıklı bir yaşam için uygun bir çevre yaratmak,
- Vatandaşları sınır ötesi sağlık tehditlerinden korumak,
- Yenilikçi, etkin ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi yaratmak,

⁷³ http://ec.europa.eu/health/programme/docs/ev_20141104_co01_en.pdf

- Birlik vatandaşları için daha iyi ve güvenli sağlık sistemi tahsis etmek.

Bu hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için Eylem Planına toplam 449.4 milyon Euro bütçe ayrılmıştır. Bu amaçlar çerçevesinde programa dahil ülkeler tarafından geliştirilecek projelerin, sağlığın yüksek seviyede korunmasına ve halk sağlığının iyileştirilmesine katkıda bulunması gerekmektedir.

2.2. Avrupa Birliği'ne Uyum Çerçevesinde Sağlık Alanında Yapılan Düzenlemeler

AB üyeliği ve müzakere süreci belirli kriterlere tabidir. Bu kriterler 1993,'te Kopenhag Zirvesi'nde belirlenmiştir. Siyasi, ekonomik ve uyum kriterlerini içeren Kopenhag Kriterleri demokrasi, insan hakları, pazar ekonomisi ve piyasada rekabet, aday ülkelerin birlik hedeflerine uygun düzenlemeleri hangi ölçüde gerçekleştirdiği gibi çeşitli unsurları kapsamaktadır. Müzakerelerin parasal ve ekonomik önceliklerini ele alan Maastricht Kriterleri enflasyon, devlet borcu, bütçe açığı, faiz oranı vb. göstergeleri ele almaktadır.

Uygulama takvimi, müktesebatı uygulamakla sorumlu olan aday ülke ile AB arasında 35 başlık içeren müzakere çerçevesi kapsamında müzakere edilmektedir. Bu müzakereler üye ülkelerin Brüksel'deki daimi temsilcileri ile aday ülkelerin Başmüzakerecisi başkanlığında oluşturulan Müzakere Heyeti arasında gerçekleştirilmektedir.

Müzakere süreci ve fasılların kapatılmasından sonra imzalanan Katılım Antlaşması AB Bakanlar Konseyi ve Avrupa Parlamentosu'na sunulmaktadır. Anlaşmanın imzalandıktan sonra yürürlüğe girebilmesi için ayrıca tüm üye ülkeler ve aday ülke tarafından kabul edilmesi gerekmektedir⁷⁴.

AB'ye entegrasyon yönünde irade sergileyen Türkiye ile topluluk arasında 1963'te imzalanan Ankara Anlaşması ile birlikte katılım süreci başlatılmıştır. 1999'da adaylık, 2005'te ise katılım müzakereleri ile birlikte süreç daha da geliştirilmiştir.

AB'de sosyal politikalar kapsamında değerlendirilen sağlık politikaları müzakere sürecine daha gevşek bağlarla bağlıdır. Bu durum sadece aday ülkelerle

⁷⁴ *Avrupa Birliği ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları*, Ankara, Bakanlık Yayın No: 780, 2010, s: 17

yapılan müzakere süreci için değil aynı zamanda üye ülkeler için de geçerlidir. Çünkü AB'nin üye ve aday ülkelere yönelik ortak sağlık politikası uygulanması yönünde talebi yoktur. Birliğin Anayasa taslağında üye ülkelerdeki sağlık sektörünü biçimlendiren makro politikalar ya da uygulamalarını birbirine benzetmek yönünde herhangi bir düzenlemesi ya da zorlaması olamaz⁷⁵.

AB'nin yapısal sorunlarını çözmeyi hedefleyen Lizbon Antlaşmasının ardından Avrupa Komisyonu'nun yeniden yapılandırılması başladı ve bu kapsamda 1999'dan itibaren sağlık politikaları Sağlık ve Tüketicinin Korunması Genel Müdürlüğü tarafından yönetilmektedir. AB üye ülkeleri, sağlık politikalarına sadece kamu sağlığına tehdit ortaya çıktığı durumlarda müdahale etmektedir.

Fakat tüm bu açıklamalardan sağlık politikalarının birliğin temel önceliklerinden ayrı değerlendirilmesi gerektiği sonucu çıkarılamaz. Üye ve aday ülkeler sağlık alanında yaptıkları düzenlemeleri AB'nin birey ve toplum sağlığı ile ilgili hedeflerinden ayrı tutması mümkün değildir. Bu bağlamda aday ülke olarak Türkiye'nin de Sağlık Bakanlığı vasıtasıyla AB müktesebatına uygun sağlık politikaları geliştirdiğini belirtmek gerekir.

Yukarıda değinilen tüm antlaşma ve hukuki düzenlemeler çerçevesine yerleştirilen sağlık politikaları net bir başlık altında ele alınmamaktadır. Bu nedenle doğrudan kamu sağlığını etkileyen veya sağlık hizmeti sunumu, idarenin sorumlulukları vb. birçok konuyu içeren fasıllar Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen uyum çalışmaları kapsamında değerlendirilmektedir.

Malların Serbest Dolaşımı faslı; tıbbi cihazlar, oyuncaklar, kozmetik ve tıbbi ürünler, deterjanlar, doğal mineralli sular vb. ilgili uyum çalışmalarını kapsamaktadır. AB uyum çerçevesinde yer alan bir diğer konu olan iş kurma hakkı ve hizmet sunum serbestisi sağlık alanına da dahil olmaktadır.

İş Kurma Hakkı ve Hizmet Sunum Serbestisi faslı uyarınca vatandaşlık şartının ortadan kaldırılması, geçici nitelikli hizmet sunumuna yönelik düzenleme eksikliğinin giderilmesi, mevzuat uyumu için gereken idari kapasitenin oluşturulması gibi hususların sağlık alanına yansması; tıp doktorları, diş hekimleri, hemşire, ebe ve eczacılara serbest dolaşım hakkı tanınması ve eğitimlerinin AB eğitim müfredatına uyumlu hale

⁷⁵ Recep Akdur, *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu*, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2006, s: 89-90.

getirilmesi, hemşirelik mesleğinde bayan olma şartının kaldırılması vb. olarak tanımlanabilir.

Tüketicinin ve Sağlıkın Korunması faslı çerçevesinde bulaşıcı hastalıklar, organ-doku-hücre, kan ve kan bileşenleri, tütün ve alkol, kanser gibi konuları ele alınmaktadır. Salgınların araştırılması, önlenme ve tedavisine yönelik Bulaşıcı Hastalıklar Strateji Planı, bu amaçla oluşturulan EWRS (Early Warning Response System-Erken Uyarı ve Cevap Sistemi), kan ve kan ürünleri ile ilgili tesis kalitesinin AB standartlarına uygun hale getirilmesi, doku ve hücre alanında veri koruması ve kayıt tutma süresi, AİDS, kanser, ruh sağlığı gibi konularda AB müktesebatına uygun düzenlemeler bu fasılla ilgili uyum çalışmalarından bazılarıdır.

1960'lı yıllardan itibaren çevre sorunlarının insan sağlığını ve gelecek nesilleri tehdit edecek boyutlara ulaşmaya başlamasının ardından akademik çevrelerce bu konu sık sık dile getirilmeye başlanmıştır. İnsan sağlığı, sürdürülebilir ekonomi gibi faktörlerin öne çıkması AB mevzuatına da yansımış, içme ve yüzme suları, biyosidal ürünlerle⁷⁶ ilgili düzenlemeler sağlık alanındaki uyum çalışmalarının bir parçası olarak ele alınmıştır.

AB'ye uyum çerçevesinde idarenin sorumluluklarını kapsayan hukuki düzenlemeler de gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın üçüncü bölümünde; idari kapasitenin güçlendirilmesi ile sağlık alanında daha yüksek standartlara ulaşmayı hedef alan ve hedeflerine ulaşıp ulaşmadığı detaylı şekilde incelenecek olan bu düzenlemelerin idareye getirdiği yeni yükümlülükler AB'ye uyum çalışmalarının önemli bir kısmını kapsamaktadır.

Sağlık politikalarına yönelik AB müktesebatına uyum çalışmalarının genellikle herhangi bir bağlayıcılığı ve Birlik tarafından bir zorlaması olmamasına rağmen daha etkin sağlık hizmeti sunumu için gelişmiş ülkelerin tecrübe ve uygulamalarının tatbik edilmesi amaçlanmıştır. Yaklaşık yüz civarında yasa ve kararı kapsayan bu değişim ve düzenleme sürecinin, idari yapılanma ve hizmet sunumu açısından hangi sonuçlar doğurduğu veya doğuracağı ise çalışmanın sonraki kısımlarında detaylı şekilde gösterilmeye çalışılacaktır.

⁷⁶ Biyosidal ürünlerin tanımı ile ilgili bkz: Biyosidal Ürünler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, *T.C. Resmi Gazete*, 28939, 12 Mart 2014.

2.3. Sağlıkta Dönüşüm

1970'lerin ortasında kamuda etkin hizmet ile ilgili yapısal sorunların ortadan kaldırılmasına yönelik yaklaşımlarla devletin hizmet sunumundan daha çok denetleyici, düzenleyici rol alması amaçlanmıştır. Yeni Kamu Yönetimi anlayışı, bu akımın amaçlarını ifade etmektedir. ABD, Kanada, Avustralya ve bazı Avrupa ülkelerinde uygulanan düzenlemeler, devleti kamu hizmetinde daha çok denetleyici konuma getirerek bürokratik yönetim anlayışını değiştirmeye başlamıştır⁷⁷.

Türkiye'de uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm projelerinin temel kaygısı da küresel çapta devam eden neo-liberal politikalara ayak uydurmak ve karşılanması mümkün olmayan seviyelere ulaşmış olan kamu sağlık harcamalarında ve sağlık kalitesinin artırılması yolunda bir takım düzenlemeler yapmaktır⁷⁸.

Yeni Kamu Yönetimi görüşü altında yapılmaya başlanan bu düzenlemelerle dikey bir hiyerarşik yapılanmanın görüldüğü, esnek olmayan bir bürokratik düzen yerine desantralizasyonla birlikte daha esnek bir yapı düşünülmektedir. Bu durumda, örgütsel yapının daha küçük örgütlerden oluşan bir sistem haline getirilmesinden bahsedilmektedir ki bununla daha belirgin hedeflerin saptanacağı düşünülmektedir. Yani tek merkezden örgütlenme yerine kurumların belirli hedefler doğrultusunda daha küçük ölçekli yapılar haline getirilmesi, bu küçük ölçekli kurumlara bütçe ve faaliyet özgürlüğü tanınması, böylece hiyerarşik bir yapı yerine başarı ve performansın ön plana çıkarılması amaçlanmaktadır. Kamu sektöründe sözleşmeli personel istihdamının yaygınlaştırılması, temizlik, güvenlik, yemek gibi hizmetlerin özel sektörden satın alma yoluyla gördürülmesi, özelleştirme yoluyla hizmetten çekilen devletin düzenleyici ve denetleyici rolünün ön plana çıkarılması, denetim, bilgi edinme hakkı gibi konularda düzenlemeler Yeni Kamu Yönetimi kapsamındaki uygulamalardan bazılarıdır⁷⁹.

Türkiye'deki Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Türk sağlık sektörünün yıllardır varolan sorunlarını ele almak ve onlara çözüm bulmak amacıyla tasarlanmıştır. Bu sorunlara genel olarak bakıldığında:

- Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler,

⁷⁷ Osman Elbek, Emin Baki Adaş, "Sağlıkta Dönüşüm Eleştirel Bir Değerlendirme", *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, C:2, S 1, 2009, s. 34.

⁷⁸ Elbek ve Adaş., s.35.

⁷⁹ Mustafa Lamba ve Diğerleri, "Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme", *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 47, Sayı 1, Mart 2014, s. 53-78.

- Düşük hizmet kalitesi ve hizmetin mevcut hasta talebini karşılayamaması,
- Sağlık hizmetlerinin parçalı yapısından dolayı sağlık hizmetleri finansmanında ve sunumunda verimsizlik,
- Diğer OECD ve orta gelirli ülkelere göre geri kalmış sağlık uygulamalarıdır⁸⁰.

Diğer yandan bu sorunların çözümü için başvurulan uygulamalara ve yapılan düzenlemelere bakıldığında:

- Parçalı olan sağlık sisteminin bileşenlerinden olan SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart uygulamalarının tek bir çatı altında toplanarak SGK'nın kurulması,
- 2005 yılında SSK'lılara tüm Devlet hastanelerini ve eczaneleri kullanım hakkı verilmesi,
- 2006 yılında SGK'da ilaç harcaması takip sisteminin kurulması,
- 2007 yılındaki yasal tedbirlerle her Türk vatandaşının birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi sağlanmıştır⁸¹.

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte Sağlık Bakanlığı sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, denetleyici ve politika üretici bir rol üstlenmiş ve programın temel hedefi olarak; halkın sağlık düzeyini yükseltmek, maliyetleri düşürmek, ihtiyaçları ölçüsünde sağlık hizmetlerine ulaşan insanların güçleri oranında sağlık finansmanına katkısını sağlamak olarak belirlenmiştir⁸². Bu amaçlar doğrultusunda oluşturulan dönüşüm programının temel bileşenleri ise aile hekimliği, genel sağlık sigortası, verimli sağlık işletmeleri ve sağlık çalışanlarının motivasyonunu arttırmaktır⁸³.

⁸⁰ OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, *Türkiye'de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları*, 2008.

⁸¹ Orhan Koçak, Davut Tiryaki, "Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarının Önemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirmesi: Yalova Örneği", *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2011, s.60.

⁸² Elbek ve Adaş, s.35.

⁸³ T. C. Sağlık Bakanlığı. *Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007*, Ankara, 2007, s.269-270.

2.3.1. Sağlıkta Dönüşümle Birlikte Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat Yapısı

Sağlık alanında yüksek maliyetler, istihdam sorunu, teknolojik ilerleme, hizmet kalitesi ve yapısal sorunlarla ilgili sorunlar nedeniyle tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kamu hizmetlerinin sunumunda dönüşüm ve yenilenme ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. 1980'li yıllarda başlayan kamuda yenileşme çabaları, sağlık alanına da yansımıştır. Daha etkin, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti verilmesi yönünde dünyadaki bazı olumlu örnekler göz önüne alınarak Türkiye'de gerçekleştirilmeye çalışılan reformlar, sağlık sektöründe kademeli olarak özel sektörün payının artması şeklinde gerçekleşmiştir. 2003 yılından itibaren hız kazanan dönüşüm sürecinin son adımı olarak değerlendirilen 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (bundan sonra: KHK) ile Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısı değiştirilmiştir. KHK'de bakanlığın sağlık sistemi içerisindeki rolü; politika belirleme, düzenleme ve denetleme olarak belirlenmiş, il düzeyinde Bakanlığa bağlı hastaneler Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlanmış, dikey örgütlenme yerine hizmet sunma, politika belirleme, denetim ve planlamaya yönelik bir ayrıma gidilmiş ve aşağıdaki şekilde teşkilat yapısı oluşturulmuştur:

1. **Bağlı Kuruluşlar** – sağlık hizmetlerinin sunulmasına yönelik kurum şeklinde yapılandırılmıştır. Halk Sağlığı Kurumu; Kamu Hastaneleri Kurumu; İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu; Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüklerini içermektedir.
2. **Sağlık Politikaları Kurumu** – Bakanlığın sağlık sisteminin yönetilmesi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere oluşturulmuştur⁸⁴.
3. **Hizmet Birimleri** – sağlık hizmetleri ile ilgili standart ve stratejiler, sağlığın geliştirilmesi ve denetim, dış ilişkiler, hukuki ve mali birimleri içermektedir.

Yukarıda belirtilen amaçlar doğrultusunda gerçekleştirilen düzenleme ile oluşturulan kurumlar ve bu kurumlara bağlı personelin görev tanımları özetlenerek oluşturulan yeni yapının nasıl bir görev dağılımı üzerinden faaliyet göstereceği görülebilir.

⁸⁴ Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, T.C. Resmi Gazete, 28103, 2 Kasım 2011.

663 sayılı KHK’de bakanlık teşkilatının en üst basamağı Bakan, ona bağlı Müsteşar ve bu müsteşara bağlı beş Müsteşar Yardımcısından müteşekkil bir yönetim birimi olarak belirlenmiştir.

Bakanlığın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere oluşturulmuş **Sağlık Politikaları Kurulu** bakan tarafından görevlendirilen ve 11 üye, müsteşar ve müsteşar yardımcılardan oluşan bir yapıya sahiptir. Kurul bünyesinde, bilimsel ve uzmanlık gerektiren konularda çalışma yapmak ve görüş bildirmek üzere oluşturulmasına olanak sağlanmış, danışma kurulları ve komisyonlarda Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının personeli ile üniversitelerden ve diğer kamu ve özel kurum ve kuruluşlarından veya yabancı uzmanlardan görevlendirme yapılabilmektedir.

Sağlık Hizmetleri Birimleri aşağıdaki genel müdürlüklerden oluşmaktadır:

1. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
2. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
3. Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü.
4. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
5. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
6. Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü.
7. Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü.
8. Hukuk Müşavirliği.
9. Denetim Hizmetleri Başkanlığı.
10. Strateji Geliştirme Başkanlığı.
11. Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
12. Özel Kalem Müdürlüğü.
13. (Ek: 4.7.2012-6354/ 14 Md.) Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği.

Sağlık meslek mensuplarının mesleklerini icra ederken ortaya çıkan adli konularda mahkemelere görüş vermek ve idari soruşturmacılar ile uzlaşma komisyonları için bilirkişi listesi belirlemek üzere Yüksek Sağlık Şurası oluşturulmuştur. 13’ü bakan tarafından ülkede sağlık hizmetleri ile tanınmış kişiler arasından seçilen kurul, toplamda 15 kişiden müteşekkindir. Kalan iki üye olan Müsteşar (veya Müsteşar Yardımcısı) ile 1. Hukuk Müşaviri (veya görevlendireceği hukuk müşaviri) ise doğal üyelerdir. Şura’ya bağlı olarak danışma kurulları ve ihtisas komisyonları oluşturulur.

Tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlık eğitimi yapacak eğitim kurumlarına eğitim yetkisi verilmesi veya bu yetkinin kaldırılması kararını vermek, uzmanlık dallarını, yabancı ülkelerde uzmanlık eğitimi alanların bilimsel değerlendirilmesini yapacak fakülteleri ve eğitim hastanelerini belirlemek, uzmanlık eğitimi ve uzman insan gücü ile ilgili görüşler vermekle görevli olmak üzere Tıpta Uzmanlık Kurulu oluşturulmuştur.

663 sayılı KHK ile gerçekleşen yetki dağıtımında Sağlık Meslekleri Kurulu, daha fazla yetkiyle donatılmış şekilde karşımıza çıkmaktadır. Yeni bir sağlık mesleğinin veya dalının kurulması ve sağlık mesleklerinin eğitim müfredatı hakkında görüş bildirmek, sağlık mesleklerinin etik ilkelerini belirlemek, meslek mensuplarının mesleki yeterlilik ile hasta hakları eğitimine tabi tutulmasına ve eğitimlerin süresine ve müfredatına, sağlık engeli sebebiyle mesleğin icrasının yasaklanmasına, meslekten geçici veya sürekli men etmeye karar verme yetkilerine sahip olan kurulun, sağlık personelinin eyleminden dolayı açılan soruşturma sonucunda mahkûmiyet kararının verilip verilmemesi mesleki yaptırım uygulamasını etkilememektedir. Kurul, karar vermek için ceza veya disiplin soruşturması sonucu beklemek zorunda değildir.

Meslekten geçici men edilmesine karar verilen devlet memurları, bu süre içinde aylıksız izinli sayılır veya talepleri halinde aynı süreyle mesleği ile ilişkisi bulunmayan durumlarına uygun başka bir kadroya atanır. Sürekli men edilen devlet memurları istekleri halinde başka göreve verilebileceği halde sözleşmeli personelin görevine son verilecektir⁸⁵.

Sunulan sağlık hizmetinden dolayı zarara uğradığını iddia eden kişilerin maddi ve manevi tazminat talepleri için Bakanlığa başvurarak dava açılmadan uzlaşma yoluyla zararlarını tazmin etmesi için Uzlaşma Prosedürü uygulanması da KHK'ya dahil edilmiştir. Bakanlığın kusurun mevcudluğu hususunu, zararın ve ödenecek tazminatın miktarını adli mercilerden edindiği bilirkişi raporlarıyla belirleyeceği kaydedilmiştir.

İllerde kurulan il sağlık müdürlükleri ile ihtiyaca göre ilçelerde kurulan ilçe sağlık müdürlüklerinden oluşan Taşra Teşkilatı kurulmuştur. Genel olarak taşradaki sağlık hizmetleri sunumu üç başlık altında yapılandırılmıştır:

1. İl Sağlık Müdürlüğü

⁸⁵ “663 Sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”: Değerlendirme Raporu”, İzmir, İzmir Tabip Odası, Kasım 2011, s: 3

2. Halk Sağlığı İl M¼d¼rl¼ę¼
3. Kamu Hastane Birlikleri

İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼ bağlı kuruluşların il teşkilatlarının uyum çalışmalarını g¼zetir, Bakanlıkça y¼r¼t¼len g¼revleri il ve ilçe d¼zeyinde yerine getirir. İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼ ile Halk Sağlığı İl M¼d¼rl¼ę¼ arasındaki temsiliyet sorunu 2013'te yapılan bir d¼zenleme ile kısmen giderilmiştir.

Halk sağlığını korumak, birinci basamak sağlık hizmetlerini y¼r¼tmek, risk gruplarıyla ilgili olarak inceleme, araştırma, kontrol çalışmaları yapmak, hatalı beslenme alışkanlıkları, obezite, sigara ve alkol¼n yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile m¼cadele etmek, t¼keticili alışkanlıkları ile ilgili tedbirler almak için Halk Sağlığı Kurumu oluşturulmuştur.

T¼rkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun g¼rev alanına ilaçlar, ilaç ¼retiminde kullanılan maddeler, ulusal ve uluslararası kontrole tabi maddeler, tıbbi cihazlar, kozmetik ¼r¼nler vb. ile ilgili d¼zenlemeler dahildir. Bu ¼r¼nlerin ruhsatlandırılması, ¼retimi, depolanması ve satışı, ithalat ve ihracatı, dağıtımı ve toplatılması, laboratuvar analizleri ve denetimi kurumun g¼revlerinden bazılarıdır. Kurum; gelirlerini mal ve hizmet sunumundan, kuruma ait taşınır ve taşınmazların satışı ve kiralanmasından, genel b¼teden yapılacak yardımlardan sağlamaktadır.

Uluslararası ¼lekli halk sağlığı risklerinin ¼lkeye girmesini ¼nlemek amacıyla uluslararası giriş noktalarında gerekli tedbirler alma; hac, g¼ ve seyahat gibi toplu n¼fus hareketlerinde sağlık ¼nlemleri alma; uluslararası nakil vasıtaları ve bu vasıtaların personelinin sağlık raporlarıyla ilgili iş ve işlemleri d¼zenleme g¼revleri olan Hudut ve Sahiller Genel M¼d¼rl¼ę¼, aynı zamanda D¼nya Sağlık ¼rg¼t¼, Uluslararası Denizcilik ¼rg¼t¼, Uluslararası Sivil Havacılık ¼rg¼t¼ gibi uluslararası ve ilgili ulusal kurumlarla işbirliği içinde çalışmalıdır.

İkinci ve ¼¼nc¼ basamak sağlık hizmetlerini vermek ¼zere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her t¼rl¼ koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla g¼revli, Bakanlığa bağlı T¼rkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur.

663 sayılı KHK ile Kamu Hastaneleri Kurumunun taşra teşkilatları olarak Kamu Hastaneleri Birlikleri kurulmuştur. Kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri vasıtasıyla yönetilmektedir. Hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilir ve bir ilde birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılamaz.

Yönetimi genel sekreter ve hastane yöneticilerinden oluşan birliğin en üst karar ve yönetme kademesi genel sekreterliktir. Birliği yönetmek, personel istihdam planlamasını yapmak ve personel hareketlerini gerçekleştirmek, koordinasyon ve işbirliğini temin etmek, gelir, alacak, harcama ve muhasebe işlemlerini gerçekleştirmek genel sekreterliğin görevleridir. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbi, idari ve mali hizmetler başkanlıkları kurulmuştur. Hastane yöneticileri birliğe bağlı faaliyet gösterdiği gibi başhekimlik, sağlık hizmetleri, idari ve mali işler müdürlükleri de hastane yöneticisine bağlanmıştır. Ancak, bu görev dağılımı ihtiyaç ve zarurete göre değişkenlik gösterebilir. Kurum tarafından, birliklerin ve hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak belirlenen hallerde, birlik ve hastanelerdeki yönetim görevleri tek kişiye verilebilir, hastanedeki müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir ve bu durumda görev dağılımları yeniden belirlenebilir, kurumca belirlenen koşullara uygun olarak genel sekreter tarafından belirlenen sayıda başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulabilir.

Birlik hastanelerinin denetlenmesi belirli kriterlere tabi tutulmuştur. Hastaneler tıbbi ve mali kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde Kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulur. Bu değerlendirme, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılabilir. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılır. Birliğin grubu, hastanelerinin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenir⁸⁶.

Yeni düzenleme ile personele verilen görevlere ve belirlenen hedeflere göre performans değerlendirmesi getirilmiş olup, performans değerlendirmeleri görevlendirmede, görevden almada ve ücret belirlemelerinde esas alınabilecektir. Aynı

⁸⁶ Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, M: 34.

zamanda sözleşme bitim tarihinden sonra sözleşmenin yenilenmesi için de performans değerlendirmelerinin öne çıkarılacağı belirtilmiştir.

Bakanlık ve bağlı kuruluşlarına, bütün kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarından sağlık hizmeti alanların, aldıkları sağlık hizmetinin gereği olarak vermek zorunda oldukları kişisel bilgileri ve bu kimselere verilen hizmete ilişkin bilgileri her türlü vasıtayla toplama, işleme ve paylaşma yetkisi verilmiştir⁸⁷.

Düzenlemeye göre bakanlık ve ona bağlı tüm kuruluşlar her türlü bina, tesis, kampüs vb. yaptırabilir, bakanlık, uygun gördüğü durumlarda belirlenmiş binalar için yıkım kararı verebilir.

Ülkenin sağlık alanında bölgesel bir cazibe merkezi haline getirilmesi, yabancı sermaye ve yüksek tıbbi teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla, Sağlık Serbest Bölgelerini kurulabilecektir. Yüksek tıbbi teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla devlet müdahalesi en aza indirilecek, yatırımcıya mali konularda ve vergi avantajı sağlanmış ve bürokratik süreçler hızlanmış olacak, tıp turizmi, termal turizm, yaşlı turizmi konseptinde ayrı ayrı Sağlık Serbest Bölgeleri olabilecektir. Serbest bölgelerde verilecek sağlık hizmetlerine ilişkin usul ve esaslar bakanlıkça belirlenecektir ve bu durum yabancı sermaye girişi açısından da önemlidir.

Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının insani ve teknik yardım amacıyla yurt dışında geçici sağlık hizmet birimleri kurabileceği, kurdurabileceği, işletebileceği ve işlettirebileceği, bu amaçla ulusal ve uluslararası sivil toplum kuruluşları, finans ve yardım kuruluşları ile işbirliği ve ortak çalışma yapabileceği, insan ve malî kaynakları ile destek sağlayabileceği düzenlenmiştir⁸⁸.

Yetkili kişi ve kurumlarca gönüllü ve ücretsiz sağlık hizmetlerinin önü açılmış, Bakanlık tarafından hazırlanan uyarıcı, bilgilendirici ve eğitici mahiyetteki programların yayın kuruluşlarınca belli sürelerle yayınlanma zorunluluğu belirtilmiştir.

Türkiye’de hekimlik mesleğinin icrası için Türk vatandaşı olmak şartı kaldırılmış, yabancı hekimlerin ve yabancı hemşirelerin Türkiye’de çalışabileceği düzenlenmiştir.

⁸⁷ Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, M: 47.

⁸⁸ “663 Sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”: Değerlendirme Raporu”, s: 11

Etkin bir sağlık hizmeti sunulması için sağlık alanında eğitim politikası ile sağlık hizmetlerinde koordinasyonun, işbirliğinin (afiliasyon) sağlanması büyük önem taşımaktadır. İşbirliğinin sosyal, profesyonel, idari, akademik, teknik vb. yönleri açısından değerlendirildiğinde afiliasyonun bu niteliklerine uygun aşağdaki alt başlıkları ele alınabilir:

1. **Sosyal işbirliği:** Grup, dernek, sosyal sınıf ile birliktelik oluşturarak yardımlaşma, birlikte faaliyette bulunma.
2. **Profesyonel işbirliği:** Tarafların maddi kazanç elde etmelerini amaçlayan faaliyetleri, ticari ortaklık.
3. **İdari işbirliği:** Yönetim hiyerarşisi içinde rol paylaşımı, farklı rollerin farklı taraflarca üstlenilmesi.
4. **Akademik işbirliği:** İki eşit eğitim kurumunun kapasite paylaşımı (rneğin ortak lisans veya lisansüstü program açma) veya herhangi bir kurumun eğitim kurumundan eğitim, analiz, danışmanlık gibi akademik destek.
5. **Teknik işbirliği:** Bir kurumun karşılıklı ya da tek taraflı olarak diğerinin teknik kapasite ve altyapı imknlarını kullanması⁸⁹.

Her kademede olabilen ancak temelde eğitim amaçlı bir iş gücü değerimi olarak nitelendirilen Afiliasyon, bazı eğiticilerin ya da asistanların çabalarıyla oluşturulan ve bireysel çabalarla sürdürülen kural dışı konumundan çıkartılarak, gerekli yasal ve idari düzenlemelerle kurumsallaştırılarak, uzmanlık eğitimi uygulamalarında önemli bir konuma getirilmiřtir⁹⁰. Bu açıdan sağlık alanında niversite ve bağlı kuruluşların işbirliği; uzmanlık eğitimindeki sıkıntuların ortadan kalkması, profesör ve doçent kadrolarının atanması açısından daha verimli sonuç elde etmeyi amaçlamaktadır.

Bakanlığın sağlık personeline, görevli olduğu kuruluşun bulunduğu yerleşim yeri sınırları içinde ikamet etme mecburiyeti getirilmiş, bakanlık veya bağlı kuruluşlarının kadrolarında tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlık mevzuatına göre diğer kamu kurum ve kuruluşlarında uzmanlık eğitimi veya yan dal uzmanlık eğitimi yaptırılabilereği belirtilmiştir. Bu şekilde eğitim yapmak isteyenler, mali ve sosyal

⁸⁹ Sabahattin Aydın, “Afiliasyon (işbirliği) konusunda düşünceler: Bir model denemesi”, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kltri Dergisi, Sayı: 18, Mart-Nisan-Mayıs 2011, s: 53-54

⁹⁰ zdemir Aktan, “Afiliasyondan Beklentiler ve Deneyimler”, *Uzmanlık Eğitimi İstanbul Raporu*, İstanbul, 2007

hakları bakanlık veya bağılı kuruluşları tarafından karşılanmak üzere (döner sermaye ek ödemesi hariç) ilgili kurum ve kuruluşlarda görevlendirilebilecektir.

663 sayılı KHK'nin getirdiği yenilikler etkin bir sağlık politikası oluşturulması, sağlık hizmetlerinin sunumunun daha verimli bir hale getirilmesini amaçlasa da sağlık alanında faaliyet gösteren kişi ve kurumlarla, ilgili STK ile görüş ve bilgi alışverişinde bulunulmadan, daha merkezîyetçi bir düşünce yapısı ile oluşturulduğundan birçok eksik hatta hukukla bağdaşmayan hususları da içinde barındırmaktadır. Kurumların görev alanlarının net bir şekilde belirtilmemesi, bilimsel araştırma için gerekli olan özgürlük ortamının sağlanmaması, personelle ilgili eksik veya yanlış düzenlemeler KHK'nin bazı çevrelerce sert bir şekilde eleştirilmesine sebebiyet vermiştir.

1983 tarihli 181 sayılı "Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile yapılan düzenlemeden sonra geçen 28 yılın ardından yeni bir düzenlemeye gidilmesi gereklilik idi. Bu yüzden, Sağlık Bakanlığı olumlu bir adım atarak yeni bir düzenlemeye gitmiştir. Fakat 663 sayılı KHK'ye yönelik ilk eleştiri bu noktada ortaya çıkmıştır. Çünkü düzenleme kamuoyu önünde ve ilgili tarafların görüşlerine başvurularak yapılmamış ve darbe dönemi yöntemiyle tepeden inme bir düzenleme gerçekleştirilmiştir. Ayrıca bu denli önemli bir konunun KHK ile düzenlenmesi de eleştiri çeken bir başka husustur.

Kararnamenin sağlık hizmeti anlayışını değiştirmesi, Cumhuriyetin ilk yıllarından beri mevcut olan kapsayıcılık ve halk sağlığını koruma anlayışı temellerinde kurulan sağlık sisteminin daha çok kar amaçlı şirket anlayışına indirgenmesi ise halk sağlığı, özellikle de dar gelirli kesimler açısından büyük sorunlara yol açabilir niteliktedir.

Bu düzenleme ile 2. ve 3. Basamak, sağlık hizmetlerinden kademeli şekilde çekilerek 1. basamak sağlık hizmetleri aile hekimlerine devredilmiştir. Böylece bakanlık daha çok politika belirleyici, düzenleyici, denetleyici bir misyon üstlenerek sağlık hizmeti sunumundan neredeyse tamamen çekilmiştir.

Basamaklar arası iletişimin ortadan kalkması, sevk zincirinin olmaması nedeniyle risk grupları açısından sorunlu durum ortaya çıkabilir. Ayrıca, sevk zinciri olmadığı için aile hekimine kayıtlı birey, doğrudan 2. ve 3. basamağa başvurabilecektir.

Hastalar yeniden değerlendirileceği için hastanenin ve uzman hekimin performansına katkı sağlayacaktır. Bu da sağlık harcamalarının artmasına neden olacaktır.

Bakanlığın teşkilat yapısı değiştirilerek ortaya çıkarılan yeni birimler arasında görev dağılımı net yapılmamıştır. Bu nedenle ortaya çıkan karmaşa KHK'nin esas amacı olan etkin hizmet sunumuna ulaşılmasına engel olabilir. Örneğin, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nün görevleri ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun görevleri arasında benzerlik vardır. Sağlık personelinin eğitim materyalleri hazırlanması Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yerine getirilmesi gereken bir görev olması gerekirken, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'nün görevi olmuştur⁹¹. Bunun yanı sıra birimler arasında çok önemli bir konuma sahip olacağı beklenen strateji geliştirme başkanlığının görevlerinin mevzuatla ilgili mali yönetim ve döner sermayenin etkili kullanılması alanlarıyla sınırlı kalması da KHK'nin eksik yönlerinden biridir.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Halk Sağlığı Müdürlüklerinin oluşturulması, olumlu bir gelişme olsa da halk sağlığı uzmanlarının sayısal yetersizliği, istihdam ile ilgili sorunlar bu alanda sağlanacak ilerlemeleri şüphe altında bırakmaktadır. Halk Sağlığı Müdürü görevine ise halk sağlığı uzmanı getirilmelidir. Ancak bu göreve halk uzmanı olmayan kişilerin getirilmesi, halk sağlığı uzmanlık eğitiminin bakanlık açısından ikinci plana atılmasına neden olacak, sağlık hizmeti dışından gelmiş kişilerin görevlendirilmesi hizmetin organizasyonu açısından sorun ortaya çıkarabilecektir.

Sağlık Politikaları Kurulu, Sağlık Meslekleri Kurulu, Tıpta Uzmanlık Kurulu, Yüksek Sağlık Şurası gibi kurumların yapılarındaki değişiklikler çoğunluğun bakanlık tarafından belirlenmesi sonucunu ortaya çıkarmıştır. Bu durum kurumların tarafsızlık ilkesini zedeleyeceği gibi üyelerin sağlık politikaları alanında eğitim almış doktor, diş hekimi, eczacı ya da bu alanda belirli akademik seviyeye sahip kişiler arasından belirlenmesi hususu da daha önemli bir hale gelecektir.

663 sayılı KHK'nin özellikle akademik çevreler açısından ortaya çıkardığı endişelerden biri de sağlık alanında araştırmaların kısıtlanmasına neden olan düzenlemedir. Araştırma yapılmasını sağlık bakanlığından izin alınma şartına bağlı tutan bu düzenleme ile üniversitelerle işbirliği göz ardı edildiği gibi zaten sınırlanmış araştırmalar için ulusal verilerin kullanılması da zorlaşmıştır. KHK'nin eğitim ve

⁹¹ Bülent Kılıç, *663 Sayılı KHK Hakkında Rapor*, İzmir, HASUDER, Kasım 2011, s: 3.

araştırma alanındaki eksik yönlerinden biri de tıpta uzmanlık eğitimi yetkisinin üyelerinin çoğunluğunun Sağlık Bakanlığı tarafından belirlendiği Tıpta Uzmanlık Kuruluna verilmesidir. Sağlık meslekleri müfredatı, mesleki alan ve dal belirlenmesinin Sağlık Meslekleri Kuruluna verilmesi üniversitelerin özerkliğinin açık şekilde ihlal edilmesi olarak değerlendirilmektedir.

KHK'nin kamusal hizmet anlayışını ortadan kaldırdığı yönündeki eleştirilerin doğmasına neden olan hastanelerin değerlendirilmesi hususu, belli denetimlerde yeterli bulunmayan hastane genel sekreterlerinin ve yöneticilerinin görevine son verileceği sonucunu ortaya çıkarmıştır ki, bu da özel sektördeki karlılık üzerine kurulmuş bir sağlık hizmeti anlayışını ortaya çıkaracaktır. Bu konudaki sorunlar birbirini takip eden bir çizgi halinde izlemektedir. Şöyle ki, hastanelerin yönetimi için sağlık alanı dışından kişilerin atanması, hastanelerin etkin hizmet sunumunu kötü etkileyerek hastanelerin kapatılmasına kadar varan sorunlara yol açabilir. Kapatılma durumunda personelin bir kısmı işsiz kalacağı gibi bir kısmı da başka kurumlarda daha düşük ücretlerle çalışmak zorunda kalacaktır.

Sağlık personelinin sözleşmeli olarak çalışmasını yaygınlaştıran bu düzenleme ile ekip anlayışının ortadan kalkması, iş güvencesi olmaması nedeniyle iş doyumu bağlamında eksikliklerin ortaya çıkması, performans sisteminin koruyucu sağlık hizmetlerini ikinci plana atması halk sağlığı açısından riskler içermektedir. Bunun yanısıra bağlı kuruluşların taşra teşkilatlarında bağlı kuruluşlar arasında geçici görevlendirme yapılabilir (bir yılı geçmemek şartıyla). Bu görevlendirmelerle personelin rızasının alınmamasına, sadece itiraz hakkı tanınmasına olanak sağlanmıştır. Bu durum ise idarecilerin keyfi davranışlarının önünü açacaktır.

Sağlık Meslekleri Kurulu, mesleki yetersizliği olan sağlık personelinin mesleki yeterlilik eğitimine tabi tutulmasına; meslekte ihmal ve gecikme göstererek bir kişinin ağır derecede olmayan engelliliğine sebebiyet verenlerin üç aydan 1 yıla kadar meslekten geçici menine; meslekte ihmal ve gecikme göstererek bir kişinin ağır derecede engelliliğine veya ölümüne sebebiyet verenlerin 1 yıldan 3 yıla kadar meslekten geçici menine; fiillerin 5 yıl içinde tekrarı halinde meslekten sürekli menine karar verebilecektir.

Türk Tabipler Birliği'nin "kamu yararına çalışması" özelliği kaldırılmakla kalmamış, tıpta uzmanlık kurulu nezdinden alınacak kararlarda, TTB ve Türk Dış

Hekimleri temsilcilerinin sadece kendi alanlarıyla ilgili konularda katılım göstermesi şartı getirilmiştir. Bu, kurullar arası koordinasyonu da olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık personelinin niteliği ile ilgili düzenleme yapılmak yerine yabancı sağlık görevlilerinin çalışmasına izin verilmiştir. Bu durumda hangi niteliklere sahip sağlık personelinin geleceği netleştirilmediği gibi mali yönden de emeğin ucuzlaşması sonucu ortaya çıkabilecektir.

Bir başka soru işareti ise gönüllü sağlık hizmetleri yönünden getirilen yeniliklerin var olan sisteme hangi düzeyde katkı sağlayacağı konusudur. Bu durum, ekip çalışması açısından sorun çıkarabileceği gibi gönüllülerin gönüllü oldukları ile ilgili bilginin gizli tutulmasını isteyebilmesi gizli gözlemciler uygulamasını akıllara getirmektedir.

Hastane, sağlık kampüsü, hizmet binası vb. tesislerin yapımını Sağlık Bakanlığı'na, TOKİ veya uygun gördüğü herhangi kamu kuruluşuna vermesi ve bu maddenin (Madde 48) hükümetin kamu-özel ortaklığı yönündeki politikaları ile çelişmesi, Sağlık Serbest Bölgelerinin ucuz işgücüne dayalı bir hizmet sistemi kurabilme riskleri de KHK'nin eksik olarak nitelendirilen yönlerindedir.

663 sayılı KHK'nin eksik yönlerinin doğurduğu sorunlar yeni bir düzenleme gereksinimini ortaya çıkarmıştır. 10 Ekim 2014 tarihli 6552 sayılı kanunla 663 sayılı KHK'nin revize edilmesi yönünde adımlar atılmıştır. İlk olarak işlevsiz kalan uzlaşma prosedürü (Madde 24.) yürürlükten kaldırılmıştır.

Denetimin düzenli bir şekilde yürütülmesi daha etkin sağlık hizmeti sunumunun temel şartlarından biridir. Bu yüzden 6552 sayılı kanunla beraber yapılan değişiklikle Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna, gerekmesi halinde denetim hizmetlerini yürütmek üzere merkeze bağlı gruplar oluşturma yetkisi tanınmıştır.

Ayrıca KHK'nin 55. Maddesi ile personele getirilen çalıştığı sağlık kurumunun (kamu veya özel) yerleştiği yerde ikamet etme zorunluluğu torba yasayla ortadan kalkmış, “sağlık personelinin mesai saatleri haricinde de hizmetine ihtiyaç duyulduğunda ilgili sağlık kuruluşuna ulaşabilmeleri için alınacak tedbirler ve ilgililerin uyacağı kurallar bakanlıkça belirlenir” şeklinde değiştirilmiştir.

6552 sayılı kanun sadece 663 sayılı KHK'nin bazı maddelerinin değiştirilmesiyle sınırlı kalmamıştır. 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”un da bazı maddelerinde değişiklik yapılmıştır. Bu düzenlemeyle beraber sünnet ameliyat kapsamına alınmış, dolayısıyla sadece doktorların sünnet yapabileceği belirtilmiştir⁹².

Ebelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksekokullardan mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlerin⁹³ ebe unvanı elde edebileceği yönünde değişiklik yapılmıştır. Böylece ebelerin en az ön lisans mezunları olması gerekliliği yasalaştırılmıştır. Bunun yanı sıra diş protezlerinin de sadece diş protez teknikerleri tarafından yapabileceği hususu da düzenleme ile getirilen yenilikler arasındadır⁹⁴.

Sağlıkla ilgili meslek unvanlarına dört yenisi daha eklenmiş ve aşağıdaki şekilde görev tanımı yapılmıştır:

1. **Acil tıp teknikeri** – acil tıbbi yardım ve bakım ile ilgili müdahale ve bu konuda gerekli işleri yapan sağlık teknikeri.
2. **Hemşire yardımcısı** – sağlık meslek liselerinin uygun programlarından mezun olup hastalara günlük yaşam aktiviteleri, beslenme programları, kişisel bakım vb. hususlarda yardımcı olan sağlık teknisyenleridir.
3. **Ebe yardımcısı** – sağlık meslek lisesi mezunu olup ebelerin nezaretinde faaliyet gösteren sağlık teknisyenidir.
4. **Sağlık bakım teknisyeni** – sağlık meslek lisesi mezunu olup sağlık meslek mensuplarının nezaretinde yardımcı olarak çalışan sağlık personelidir.

Mevcut kaynakların etkin kullanımını, devletin daha çok denetleyici ve politika belirleyici rol üstlenmesini amaçlayan, aynı zamanda AB standartlarında, daha modern ve etkin bir sağlık hizmeti adına gerçekleştirilen düzenlemeler sağlıkta kapsayıcı hizmet anlayışını ortadan kaldıracığı, araştırma ve faaliyet açısından sağlık eğitimi veren kurumların özerkliğine baskı unsuru oluşturacağı, yeni kurulan birimler de dahil olmakla belirlenen sağlık sisteminin görev karmaşasına yol açacağı vb. yönünde endişe ve eleştirileri de beraberinde getirmiştir. Devletin sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi,

⁹² Bazı istisnai hallerde bakanlığın düzenleyeceği eğitimi alan kimseler tarafından hekim gözetiminde sünnet ameliyesi yapılmasına izin verilebileceği de eklenmiştir.

⁹³ Ebelik eğitimi yurt dışında tamamlayanların denklikleri onaylanmalı ve bakanlıkça tescil edilmelidir.

⁹⁴ Sadece ön lisans mezunlarına tekniker unvanı verildiği için bundan sonra bu alandaki personelin ön lisans mezunu olması gerekmektedir.

performansın öne çıkarılması, hastane yönetiminin özel sektör mantığı ile yönetilmesinin özellikle korucu sağlık hizmetleri, risk grupları (çocuklar, hamileler, yaşlılar vb.) açısından sorunlar ortaya çıkaracağı düşünülmektedir.

2.4. Sağlık Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşların Sistematik ve Görevsel Yapısı

Dünya Sağlık Örgütü hastaneleri “*müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar*” olarak tanımlamıştır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde ise “*hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri; aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır*” şeklinde tanımlanmıştır.

Halk sağlığı, çevresel etkenler, tıp eğitimi, araştırma-geliştirme gibi birçok etmeni barındıran bir sistem olarak nitelendirilen hastaneler hizmet birimlerinin çeşitliliği açısından bu sistemin aynı zamanda alt sistemleri olarak da gösterilebilir. Hastanelerin sistem tanımları da bu etkenlere göre belirlenmektedir. Hastaneler sosyal, sosyo-teknik, adapte ve açık-dinamik sistemler olarak nitelendirilmektedir. Sosyal sistem dendiği zaman, hastanelerin çevreyle ve onu oluşturan birimlerin kendi arasında oluşturdukları ilişkiler bir sistem olarak düşünülmektedir. Sosyo-teknik sistem kavramı ise hastaneleri sosyal ilişkilerle teknolojik gelişmelerin sentezi olarak ele almaktadır. Çevresel faktörlere uyumluluğu öne çıkaran adapte sistem anlayışından farklı olarak açık dinamik sistemlerde hastanelerin ilişki içinde olduğu çevreyi nasıl etkilediğini öğrenme amaçlı geri bildirim mekanizması vurgulanmaktadır⁹⁵.

Hastaneler ve onları oluşturan birimlerin her biri, görevlerini yerine getirmek için belirli işlevlere sahiptirler. Bu alt sistemlerin bir kısmı sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştirirken bir kısmı da hastanelerin çalışmalarını kolaylaştırıcı roller üstlenmektedirler. Bu durum görevsel ve yapısal olarak bir bütünlük ortaya çıkarmaktadır.

⁹⁵ Hikmet Seçim, “Hastane Yönetim ve Organizasyonu - Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi”, <http://www.merih.net/m1/hastmod2.htm> (Erişim tarihi 14 Kasım 2014).

Hastaneler içerdikleri birimlerle birlikte birer organizasyon olarak da nitelendirilebilir. Hastalar birer müşteri olarak ele alınırsa hastaneler müşterilere yarar sağlayan organizasyonlar, halk sağlığı açısından hastanelerin taşıdığı önem göz önünde bulundurulduğunda ise kamu yararına faaliyet gösteren kuruluşlar olarak gösterilebilir.

Bir önceki bölümde detaylı şekilde ele alınan sağlık alanındaki düzenlemeler görevsel ve yapısal olarak değişiklikler getirmiş, yeni yönetim anlayışı ile sağlık kurum ve kuruluşlarının genel sağlık hiyerarşisindeki konumu değiştiği gibi hastane yönetimi başta olmakla birlikte birçok görev alanında da ciddi değişimler meydana gelmiştir. Bahsi geçen değişiklikler sadece bakanlığın dolayısıyla da devletin sağlık politikalarını kapsamakla kalmamış, hastane düzeyinde yönetim anlayışının da kökten değişmesine sebebiyet vermiştir.

Sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların tasnifi farklı metotlarla, farklı kriterlere göre değişik şekillerde yapılmıştır. Bu çalışmada mülkiyet türü üzerinden temel dört grup belirlendikten sonra verilen sağlık hizmetlerinin türü temel alınarak alt gruplar şeklinde bir sınıflandırma yapılmıştır. (Şekil 1).

Sağlık Bakanlığına Bağlı Kurum ve Kuruluşlar	1.Basamak Sağlık Kuruluşları	Aile Sağlığı Merkezleri; Toplum Sağlığı Merkezleri; AÇSAP; Verem Savaş Dispanseri; KETEM; Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
	2.Basamak Sağlık Kuruluşları	İlçe/Belde Hastaneleri; Gün Hastanesi; Genel Hastaneler; Entegre İlçe Hastaneleri; Özel Dal Hastaneler
	3.Basamak Sağlık	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri
Üniversite	Kamu	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri;
	Özel	İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri
Özel	Özel Hastaneler	
	Özel Muayenehaneler	
	Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kurumları	
	Özel Dal Sağlık Hizmetleri	
Diğer	Belediye Hastaneleri	
	TSK'ya Bağlı Hastane	
	Azınlık Hastaneleri	

Şekil 1. Sağlık Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar.

2.4.1. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kurum ve Kuruluşlar

2.4.1.1. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları

Hastalara yataksız ve ayaktan (aynı zamanda evde) sunulan sağlık hizmetleridir.

Aile Sağlığı Merkezleri – Erken tanı ve tedavi, kronik hastalıkların bakım ve tedavisi, bireylerin yaşam kalitesi ve sağlık düzeylerini geliştirmek gibi sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştiren Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM), aile hekimi ve aile sağlığı elemanları görev yapmaktadır. Aile hekimleri; ASM’i yönetmek ve ekibi denetlemek, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sunumunu sağlamak, periyodik sağlık muayenesi yapmak, evde takibi zorunlu olan kişilerin koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmakla görevlidir. Aile sağlığı elemanları ise sözleşmeli olarak aile hekimleri ile birlikte görev yapan hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenleridir. Aile hekiminin talimatı ile verilen ilaçları uygulamak, yara bakım hizmetlerini yürütmek, tıbbi malzeme ve cihazları hazır tutmak, tetkikler için numune almak aile sağlığı elemanlarının görevleri arasındadır.

Toplum Sağlığı Merkezleri – Görevli olduğu bölgede sağlıkla ilgili risk ve sorunların belirlenmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimliliğinin temin edilmesi, buradaki sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasında iletişimin sağlanması ile yükümlüdür.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri (AÇSAP) – Kadın, anne ve çocukların sağlık düzeylerinin, aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerinin sunumu, koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanması AÇSAP’ın görevleridir.

Verem Savaş Dispanserleri – Bu dispanserlerde tüberküloz hastalığının önlenmesi ve tedavisine yönelik teşhis, tedavi ve takip hizmetleri yürütülmektedir. Tüm hizmetler ücretsiz verilmektedir.

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) – KETEM’de de hizmetler ücretsiz verilmektedir. Bu hizmetler erken teşhis, tarama, takip ve destek, hizmet içi ve halk eğitimi vb. hizmetleri içermektedir.

Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri – Diş hekimliğinin tüm branşlarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile ayaktan veya gerektiğinde yatarak muayene, tetkik, teşhis ve tedavi hizmetlerinin yanısıra ileri tetkik ve tedavilerin de uygulandığı, en az 10

ünite kapasiteli, idari ve mali bakımdan kendilerine bağlı diş tedavi ve protez merkezleri ile diş poliklinikleri de açılabilen müstakil sağlık kurumlarıdır⁹⁶.

2.4.1.2. İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları

Yataklı sağlık kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetleri olarak nitelendirilebilir.

İlçe/Belde Hastaneleri – 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi, hekimlerin hasta kabul ve tedavi ettiği, hastaların gerekli şekilde sevkini yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

Gün Hastanesi –Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.

Genel Hastaneler – Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

Entegre İlçe Hastanesi – Ulaşım imkânları, nüfus, coğrafi ve sosyo-ekonomik şartlar ve bölge merkezli sağlık planlaması kriterleri gözetilerek kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, gezici sağlık hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetlerinin ilçe devlet hastaneleri bünyesinde aile hekimleri ile birlikte bütünleşmiş sunumunu sağlayan hizmet modelidir.

Özel Dal Hastaneleri – Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanlara veya bir organ ve organ grubu hastalarına yönelik hizmet veren kamu hastaneleridir.

2.4.1.3. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları

Hastaneler aynı zamanda eğitim kurumlarıdır. Eğitim denildiğinde ise yine bir sistemden bahsedilebilir. Bu sistem dört başlıktan oluşmaktadır:

⁹⁶ Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Md: 3.

1. **Hastaların ve Hasta Yakınlarının Eğitimi.** Kronik hastalıkları olan kişilerin tedavi ve kontrolleri yapılmakla beraber bu tedaviler, hastalığın mahiyeti ile ilgili hastalara ve yakınlarına bilgiler verilerek toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesi açısından önemlidir.
2. **Öğrencilerin Eğitimi.** Hastanenin eğitim kapsamına giren öğrenciler tıp ve hemşirelik ile yardımcı tıp personelinde oluşmaktadır. Hastane yöneticiliği ile biyomedikal mühendisliğin öneminin artması ve ayrıca eğitim branşları olarak ortaya çıkmasının ardından bu mesleklerin uygulamalı kısımları da hastanede verilmeye başlanmıştır.
3. **Personelin Hizmet İçi Eğitimi.** Her alanda olduğu gibi tıp alanına da yansıyan teknolojik ilerlemenin doğurduğu sonuçlardan en önemlisi bu ilerlemelerden haberdar olan hemşire açığının öne çıkmasıdır. Bu yüzden yeni gelenlerin eğitilmesinin yanısıra eski personelin bilgilerinin tazelenmesini sağlayan hizmet içi eğitim büyük önem kazanmıştır.
4. **Kamuoyunun eğitimi.** Toplum sağlığı ile ilgili konularda, hastanelerin sunduğu hizmetler ve hastanelere başvuranın sağlık açısından faydaları hastane eğitiminin önemli bir kısmını oluşturmaktadır.

A-I Grubu genel hastaneler ve A-I Grubu dal hastaneleri Eğitim ve araştırma hastanesi statüsü taşımaktadır. Bakanlıkça ilgili mevzuata göre en az beş branşta eğitim yetkisi verilmiş ve buna göre eğitim kadroları tamamlanmış, üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği, eğitim araştırma faaliyetlerinin yürütüldüğü ve aynı zamanda uzman ve yan dal uzman tabiplerinin yetiştirildiği genel dal yataklı tedavi kurumları A-I Grubu hastaneler olarak adlandırılır. A-I Grubu dal hastaneleri ise eğitim ve araştırma statüsünde, 3. basamak yoğun bakım ve/veya yeni doğan yoğun bakım ünitesinin bulunan, hizmet verdiği uzmanlık alanının gerektirdiği branş ve / veya branşlarda üçüncü seviye acil servis hizmeti veren hastanelerdir⁹⁷.

⁹⁷ 12.03.2009 tarih, 46143 sayılı, Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Rollerinin Yeniden Belirlenmesi ve Gruplandırılmasına İlişkin Kriterler.

2.4.2. Üniversite Hastaneleri

2.4.2.1. Kamu Üniversiteleri

“Uygulama ve Araştırma Merkezi” oldukları için birer akademik merkez olarak kabul edilen kamu üniversitesi hastaneleri Sağlık Bakanlığı tarafından değil YÖK tarafından denetlenmektedir. Kamu üniversitesi hastanelerinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yanısıra özel dal sağlık hizmetleri de sunulmaktadır.

2.4.2.2. Vakıf Üniversiteleri

Kamu tüzel kişiliği taşıyan vakıf üniversitelerine ait hastaneler, afilyasyon sözleşmelerinin en sıkı uygulayıcılarıdır. Vakıf üniversitesi hastaneleri, kamuya sunduğu hizmet açısından kamu hastanesi niteliği taşımaktadır ve çalışanı da kamu görevlisidir. Bu yüzden burada verilen hizmetten doğan zararın tazmini için husumet kamu görevlisine değil idareye yönlendirilmelidir ve idari yargıda dava açılmalıdır⁹⁸.

2.4.3. Özel Sağlık Kurumları

2.4.3.1. Özel Hastaneler

24 saat süreyle sürekli ve düzenli olarak, bir veya birden fazla uzmanlık dalında, hastalara ayakta ve yatarak muayene, teşhis ve tedavi hizmeti veren sağlık kurumlarıdır. Atıl kalmaması için 50-100 arası yatak bulduran özel hastanelere izin verilse de genellikle gözlem yatakları hariç yatak sayısı 100 olmalıdır. Özel hastaneler en az üç cerrahi uzmanlık dalı olmak üzere altı klinik uzmanlık dalında, kadrolu uzman tabip çalıştırılmalıdır.

Özel hukuk kişilerine ait özel dal hastaneleri belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanlara veya bir organ ve organ grubu hastalarına yönelik hizmet veren özel hastanelerdir.

⁹⁸ Serkan Çınarlı, *İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu*, Ankara, Orion, s: 121

2.4.3.2. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Sağlık Kurumları

Özel hukuk kişilerine ait ayakta teşhis ve tedavi yapılan sağlık kurumları aşağıdakilerdir:

- A; B; C; Tipi Tıp Merkezleri
- A ve B Tipi Poliklinikler
- Muayenehaneler
- Laboratuvar ve müesseseler⁹⁹.

Poliklinik ve tıp merkezlerinin çalışma süreleri sekiz saati geçemez. Tıp merkezinde müdahale yapıldığı durumlarda ihtiyaç halinde hastalar koordineli olarak çalışılan özel veya kamu hastanelerine sevk edilir. Sağlık kuruluşunda çalışma saatleri içerisinde sorumlu şahıs, mesul müdürdür. Bu şahıs, İl Sağlık Müdürlüğü ve Bakanlık karşısında mesuliyet taşımaktadır. Mesul müdür idari işlerden bizzat, tıbbi işlemlerden ise diğer tabiplerle birlikte sorumludur.

2.4.3.3. Özel Muayenehaneler

Hekim ve diş hekimi tarafından kurulan, tanı ve tedavi hizmeti sunan sağlık birimleridir. Bu hekimler tek başlarına çalışabilecekleri gibi, birden fazla hekim bir araya gelerek de bu sağlık kurumlarını işletebilirler.

Öğretim Üyelerinin Mesai Dışında Özel Hastanelerde Çalışmasına İzin Veren Düzenleme, torba yasa ile öğretim üyesi hekimler dahil olmak üzere tüm kamuda çalışan hekimlerin muayenehane açması yasaklandı ve öğretim üyesi hekimlerin özel hastanede mesai sonrası çalışması ile ilgili düzenleme yapılmıştır. Böylece kamuda çalışan öğretim üyelerine muayenehane açma yasaklanırken özel hastanelerde çalışma hakkı verilmiştir.

⁹⁹ Çınarlı, s: 92

2.4.4. Diğer Sağlık Kurumları

2.4.4.1. Belediye Hastaneleri

Yerel yönetimlerin sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirdiği sağlık kurumları olan belediye hastanelerinin dönüşüm ve devrinin ardından Türkiye’de sadece İzmir Eşrefpaşa Hastanesi, belediye hastanesi olarak kalmıştır. Hastane, toplumun her kesimine hem koruyucu sağlık hizmetleri hem de 2. basamak sağlık kurumu olarak tanı ve tedavi hizmetlerini sağlamaktadır.

2.4.4.2. Azınlık Hastaneleri

Özel sağlık kurumları kapsamında da değerlendirilebilecek olan azınlık hastanelerini diğer özel sağlık kurumlarından farklı kılan özellik, mülkiyetin belli bir azınlık grubunun elinde olmasıdır. Türkiye’de üç azınlık hastanesi faaliyet göstermektedir:

- Fransız Lape Hastanesi
- Balıklı Rum Hastanesi
- Yedikule Surp Pırgiç Ermeni Hastanesi.

2.4.4.3. Türk Silahlı Kuvvetlerine Bağlı Hastaneler

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığına bağlı olarak eğitim hastanesi, TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesinin yanısıra çeşitli illerde faaliyet gösteren Askeri Hastaneler mevcuttur.

2.4.5. Sağlık Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşların Görevsel Yapısındaki Değişimler

Gerçekleştirilen düzenlemelerin ardından sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların yapısının yanısıra yönetim açısından da değişiklikler ortaya çıkmıştır.

Hastanelerdeki işbölümünün yoğunluğu sonucunda ortaya çıkan farklı ihtiyaçlar, eğitim ve davranışların koordineli bir şekilde sağlık hizmeti sunumuna yönlendirilmesi

çok büyük önem taşımaya başlamıştır. Bu nedenle etkin bir organizasyon ve yönetimin sağlanması, verimli bir sağlık hizmeti sunumunun gerekliliği haline gelmiştir. Hastaneler 24 saat hizmet veren kuruluşlar oldukları için vardiya veya nöbet usulü uygulanmaktadır. Özellikle gece ve akşam vardiyalarının göreve bağlılıkları durumu göz önüne alındığında meydana gelebilecek sorunların giderilmesi için hastane yönetiminin performansı hayati önem arz etmektedir.

Hastanelerde iki tür örgütlenme vardır: fonksiyonel örgütlenme ve proje örgütlenmesi. İşin kimler tarafından, nerede ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı ile ilgilenen fonksiyonel örgütlenme; hastaneler için tıbbi hizmetler, mali-idari hizmetler ve hemşirelik hizmetlerini içermektedir. Tıbbi hizmetlerin kendi içinde dâhiliye, göz, burun-boğaz vb. şekilde gruplandırılması ise proje örgütlenmesidir¹⁰⁰. Bu çalışmada daha çok fonksiyonel örgütlenme incelendiği için bu kısımda da hastanelerdeki fonksiyonel yöneticiler ele alınacaktır.

Türkiye kamu hastaneleri kurumuna ait hastanelerde hastane yöneticisi hasta ve çalışan hakları, güvenliği, memnuniyeti ile sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesinden ve sağlık tesislerinin yönetiminden sorumludur. Etkin ve verimli sağlık hizmeti sunmak; gerekli değerlendirme ve eğitimleri uygulamak; düzenlemelerin zamanında uygulanmasını sağlamak; tıbbi hizmetlerin sunumu için gerekli olan kaynakların ve ihtiyaçların temini için gerekli çalışmaları yürütmek; performans değerlendirmesi yaparak değerlendirme bilgilerini genel sekreterliğe¹⁰¹ sunmak vb. hastane yöneticisinin görevleri arasındadır.

Hasta ve çalışan hakları ile güvenliği mevzuatı doğrultusunda kanıta dayalı tıp, akılcı ilaç kullanımı, tıp etiği ilkeleri esas olmak üzere; tıbbi hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu olan başhekimin teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin aksatılmadan yürütülmesini sağlama; tedavinin etkinliğini izleme ve değerlendirme; acil servis, yoğun bakım, organ ve doku nakli merkezleri, onkoloji, kalp-damar cerrahi vb. birimlerin görevlerini yerine getirmelerini sağlama; personelin hizmet içi eğitim, nöbet ve çalışma programını düzenleme vb. görevleri vardır.

¹⁰⁰ Hikmet Seçim, “Hastane Yönetim ve Organizasyonu - Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi”, <http://www.merih.net/ml/hastmod2.htm> (Erişim tarihi 14 Kasım 2014).

¹⁰¹ Kamu Hastaneleri Birliğinin en üst karar merciidir.

Sağlık bakım hizmetleri; sağlık tesisine başvuran hastaların kabulünden ayrılış işlemleri tamamlanana kadar geçen süre içerisinde, müdavi hekimin teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hususlarındaki direktifleri dikkate alınarak hasta ve çalışan hakları, güvenliği ile memnuniyeti ilkeleri çerçevesinde sunulan hizmetler ile hastanın nakli, sosyal destek sağlanması, hizmete erişiminin kolaylaştırılmasını sağlamaya yönelik sunulan hizmetlerin bütünüdür¹⁰². Sağlık bakım hizmetlerinin planlanması, etkin ve verimli hizmet sunulması, kendisine bağlı birimler ve ilgili diğer birimler ile işbirliği ve uyum içerisinde hizmetlerin yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesini sağlamak; hasta bakım hizmetlerinde çalışan personelin görev yerlerini hastane yöneticisinin onayını alarak planlamak; sağlık bakım hizmetlerinin aksamadan sürdürülebilmesi için her türlü ilaç, tıbbi sarf, malzeme ve cihazların yeterli miktarda ve ihtiyaç duyulduğunda kullanıma hazır olarak bulundurulmasını sağlamak; ilaç ve malzemelerin güvenli şekilde kullanımını, takibini, saklanması, korunmasını ve kayıtlarının düzenli bir şekilde tutulmasını sağlamak; sağlık tesisinin tıbbi hizmet alanlarının temizliği, yemek sunum hizmetleri, refakatçi ve ziyaretçi uygulamalarını idari mali hizmetler müdürü ile birlikte planlamak vb. sağlık bakım hizmetleri müdürünün görevleri arasındadır.

İdari ve mali hizmetler; temel olarak sağlık tesislerinde sağlık hizmeti sunan personelin hizmetlerini kolaylaştırmak amacıyla sunulan, insan kaynakları, özlük, genel evrak, arşiv, atık hizmetleri, temizlik, mutfak, güvenlik ve afet planlaması, teknik destek ve sağlık tesisinin türüne uygun olarak bütçe ve muhasebe, raporlama, malî kontrol, akılcı malzeme yönetimi ve tedarik, muayene kabul ve stok yönetimi gibi hizmetlerin bütünüdür. İdari ve mali hizmetlerin planlanması, etkin ve verimli sunulması, kendisine bağlı birimler ve ilgili diğer birimler ile işbirliği ve uyum içerisinde hizmetlerin yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesini sağlamak; hizmetin aksatılmadan sürdürülebilmesi için personel ile her türlü malzeme ve cihazların yeterli miktarda ve ihtiyaç duyulduğunda kullanıma hazır olarak bulundurulmasını ve takibini sağlamak; sağlık tesisindeki her türlü cihaz ve eşyaların düzenli olarak kontrolü, gerekli her türlü ilaç, tıbbi cihaz, laboratuvar malzemelerinin yeterli miktarda ve ihtiyaç duyulduğunda

¹⁰² 31.10.2012 tarihli, 3131 sayılı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Md: 18

kullanıma hazır olarak bulundurulmasını temin etmek vb. idari ve mali hizmetler müdürünün görevleri arasındadır¹⁰³.

Bunun yanısıra başhekimin görev alanıyla ilgili iş ve işlemler hususunda vereceği görevleri yerine getirmekle yükümlü ve başhekime karşı sorumlu, görevlerin zamanında ve düzenli olarak yürütülmesinde başhekime yardımcı olan başhekim yardımcısı, aynı şekilde görevlerin zamanında ve düzenli olarak yürütülmesinde bağlı bulunduğu müdüre yardımcı olan ve ona karşı sorumlu bulunan müdür yardımcısı da hastane yönetiminde yer almaktadır.

Ancak düzenlemelerin ardından ortaya çıkan yönetim tarzı, birçok çevrelerce tartışmalara neden olmuştur. Yönetim ile hekimlik arasındaki farkların büyük olduğu aşikârdır. Bu nedenle yöneticilik veya işletme eğitimi almış kişilerin hastane yönetiminin başında olması tercih edilmektedir. Teknolojik ilerlemelerle beraber hastanelerdeki yatak işgal sayısında gelişmiş ülkelerde gözlemlenen azalma, hastanelerin aynı zamanda yönetsel anlamda da ilerlemeleri takip etme zorunluluğunu ortaya çıkarmaktadır. Bu durum sadece tıp alanına değil, aynı zamanda hizmet ve mal üretiminin neredeyse tüm alanlarına yansımaktadır. Dolayısıyla yönetimin özgün bir meslek haline gelmesi yöneticilerin yönettikleri kurumların faaliyetleri ile ilgili teknik bilgilere sahip olma zorunluluğunu ortadan kaldırmaktadır.

Bu anlatılanlar çerçevesinde dikkat edilmesi gereken husus yöneticinin de yönetim alanında uzman olmasıdır. Halk sağlığı açısından hastanelerin iyi yönetilmesinin önemi göz önünde bulundurulduğunda yönetici seçiminin doğru yapılmasının önemi daha da belirginleşmektedir. Fakat ülkemizde sağlık alanında olmadığı gibi yönetim alanında da herhangi tecrübesi olmayan kişilerin hastane yöneticisi olarak atanması, bu uygulamanın asıl maksadı olan yönetimin etkinleştirilmesi amacıyla ne kadar uzak düşülebileceğini ortaya koymaktadır.

¹⁰³ 31.10.2012 tarihli, 3131 sayılı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Md: 19

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTANE YÖNETİCİLERİNİN SORUMLULUKLARI

3.1. Hastane Yönetimi, Görev ve Sorumluluklar

Genel olarak belirli birtakım amaçlara ulaşmak için planlama, örgütleme, yöneltme ve denetim yoluyla başta insan olmak üzere; parasal kaynakları, araç-gereçleri, zaman faktörünü vb. kaynakları birbiriyle uyumlu ve etkin kullanmaya olanak verecek kararlar alma ve bunları uygulamaya süreçlerinin toplamı olarak nitelendirilen yönetim kavramı, sağlık hizmeti sunumunun çok farklı alanları içeren bir organizasyon haline gelmesiyle birlikte hastaneler açısından da büyük önem taşımaya başlamıştır. Klasik yöntemlerle yönetilen hastanelere nazaran daha etkin sağlık hizmeti sunduğu düşünülen yeni yönetim modeli uygulamaları dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi Türkiye'de de kabul görmeye başlamış, mevzuatta buna yönelik yeni düzenleme ve değişiklikler yapılmıştır.

Hastanelerin klasik yöntemlerle yönetilmesi dikey yapılanmaya dayanmaktadır. Bu yapılanma şekli, belirli bir kişinin yönetiminde idarenin tüm kademeleri yukarıdan aşağı doğru birbirinin yönetimi altında olduğu veya en alttan en üste doğru piramit şeklinde yükselen bir yönetim modelidir. Üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde uygulanan bu yönetim modelinde esas amaç, disiplin ve hizmet kademelerinin daha rahat denetlenmesi ve yönetilmesidir.

Daha etkin sağlık hizmeti temin edeceği düşüncesiyle Türkiye'de de uygulamaya konulan yatay yönetim yapılanması ise daha çok çözüm odaklı olup uzmanlıkların öne çıktığı bir modeldir. Amir-memur ilişkisinden daha çok belirli konular üzere uzman olan birimlerin öne çıktığı bu örgütlenme modeli, 663 sayılı KHK'nın ardından Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde uygulanmaya başlanmıştır.

Uygulanan yönetim modelinden bağımsız olarak tüm hastaneler ve onların yöneticileri için benzer sorumluluk, görev ve yetkiler tanımlanmıştır. Bu benzerliklerin yanısıra doğal olarak örgütlenme modelinden kaynaklanan farklılıklar da mevcuttur.

3.1.1. Kamu Hastanelerinde Yöneticilerin Sorumlulukları

663 sayılı KHK ile bakanlığın sağlık hizmeti politikası ve yapısı değiştiği gibi kamu hastanelerinin de yapısında değişiklik ortaya çıkmıştır. Bu değişiklikler Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastanelerde daha belirgin bir şekilde gerçekleştirilmiştir. Söz konusu hastanelerin yönetsel yapısı kökünden değiştirilmiş, yöneticilerin görev ve sorumlulukları yeniden tanımlanmıştır. Daha önceden başhekimin yönetimi altında bulunan hastane müdürlüğü ile başhemşirelik (sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü) yönetim anlamında eşitlenmiş, sadece görev anlamında farklılıklar kalmıştır.

Hastanelerin yönetsel yapısının değiştirilmesindeki temel maksat, bakanlığın yapısındaki değişikliklerin amaçları ile aynıdır. Amaç, yönetimi öne çıkararak hastaneleri daha etkin hizmet sunan ve verimli kuruluşlara çevirmektir. Bu amaçlardan yola çıkılarak kamu hastanelerin yönetim yapılanması yatay yapılanma diye tabir edilen yönetim anlayışı yönünde şekillendirilmiştir. Görev ve sorumlulukların paylaşılmasının öne çıktığı bu yapılanmada, koordinasyon ve denetimin düzeyi de gereklilik olarak önümüze çıkmaktadır.

3.1.1.1. Hastane Yöneticisi

Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastaneler için söz konusu olan bu yeni yapılanmada ilk olarak hastane yöneticisi gelmektedir. Hastane yöneticisinin görev ve sorumlulukları Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge 'de belirtilmiştir¹⁰⁴:

- 1) Hasta ve çalışan hakları, güvenliği, memnuniyeti ile sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesinden ve sağlık tesislerinin yönetiminden sorumludur.
- 2) Hastane yöneticisi kendisine verilen görevin gereği gibi yapılmasından Genel Sekretere karşı sorumludur.
- 3) Hastane yöneticisinin görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:
 - a) Bakanlık, Kurum ve Birlik sekreterliği tarafından belirlenen kalite ve hizmet standartlarına uygun olarak, sağlık hizmetini etkin ve verimli sunmak, bu konuda gerekli çalışmaları yürütmek, standartlara uygunluğu ölçmek, değerlendirmek ve gerekli eğitimleri planlayarak uygulamak.

¹⁰⁴ Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Md:16.

- b) Mevzuatı yakından takip ederek düzenlemeleri süratle uygulamaya koymak, sağlık tesisinde çalışanlara karşı şiddet konusunda gerekli tedbirleri almak, bu konudaki Bakanlığın beyaz kod gibi uygulamaların takibini yapmak, gerektiğinde hukuki korunma yollarının kullanılabilmesi amacıyla tedbirler almak.
- c) Tıbbi hizmetlerin sunumu için gerekli olan kaynaklarının zamanında ve ihtiyaçlara uygun olarak karşılanması amacıyla gerekli tedbirleri almak, ihtiyaç planlamalarını yaparak, temini için gerekli çalışmaları yürütmek.
- d) Kurum tarafından belirlenen kriterler doğrultusunda performans değerlendirmesini yaparak, bu değerlendirmeye esas bilgilerin zamanında, eksiksiz ve doğru olarak Genel Sekreterliğe verilmesini sağlamak.
- e) Sağlık tesislerindeki cihazların etkin kullanımını sağlamak, yenileme, tamir, bakım ve kalibrasyonlarının yapılmasını sağlamak, atıl kapasite oluşmasını engellemek.
- f) Tıbbi hizmet ve tıbbi cihaz alımları ile ilgili ihtiyaç programlarının sağlık tesisi düzeyinde tespit ve planlanmasını yaparak teknik şartnamelerin hazırlanması ve benzeri işlemler için gerekli süreçleri yürütmek.
- g) Ağız ve diş sağlığı tarama hizmetleri, koruyucu hizmetleri ile ilgili olarak diğer sağlık tesis ve kurumlar ile koordinasyonu kurmak, bu hizmetlerin gelişmesine yönelik faaliyetleri planlamak ve yürütülmesini sağlamak.
- h) Olağanüstü hallerde uygulanmak üzere hazırlanan acil afet planlarının organizasyonunu ve ilgili birimlerle koordinasyonunu sağlamak.
- i) Sağlık tesisinde staj alan öğrencilerin stajlarını yapmaları için gerekli düzenlemeleri planlamak, uygulaması ile denetimini yapmak.
- j) Bütçe ve yatırım tekliflerini hazırlayarak Genel Sekreterliğe sunmak.
- k) Genel Sekreter tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

3.1.1.2. Başhekim

Hastane yönetiminin bir diğer ayağını başhekimlik mevki oluşturmaktadır. Hasta ve Çalışan Hakları ile Güvenliği Mevzuatı doğrultusunda, kanıta dayalı tıp, akılcı

ilaç kullanımı, tıp etiği ilkeleri esas olmak üzere tıbbi hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu olan başhekimin görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır¹⁰⁵:

- 1) Teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin aksatılmadan yürütülmesini sağlamak.
- 2) Tedavinin etkinliği ve hizmetlerin verimliliğine yönelik izleme, değerlendirme yapıp faaliyet raporu düzenlemek.
- 3) Tıbbi hizmetlere yönelik kurul, konsey, komite ve komisyonların çalışma düzen ve usullerini belirlemek.
- 4) Tıbbi hizmetlerin, sağlık tesisinin hizmet rolüne uygun olarak sunulması için hedef ve stratejileri belirlemek, kısa, orta ve uzun dönem planlamalarını yaparak hastane yöneticisinin onayına sunmak.
- 5) Tıbbi hizmet sunumu kapsamındaki uygulamaları izlemek, sonuçlarını değerlendirmek, gerektiğinde müdahale etmek ve sağlık hizmet sunumu için gerekli olan malzeme ve cihazların planlama ve ihtiyaç tespitini yaparak hastane yöneticisine bildirmek.
- 6) Sağlık tesisinde verilen tıbbi hizmetlerle ilgili verilerin, aylık performans ve faaliyet raporlarının usulüne uygun olarak zamanında, doğru ve noksansız olarak hastane yöneticisine aktarılmasını sağlamak.
- 7) Acil servis, yoğun bakım, perinatal merkez, organ ve doku nakli merkezleri, travma merkezleri, onkoloji, kalp-damar cerrahi, anjiyografi, üremeye yardımcı tedavi merkezleri gibi özellikli planlama gerektiren tıbbi hizmet birimlerinin sağlık tesisi için belirlenmiş planlamalara uygun olarak hizmet rolünün gerektirdiği seviye ve kapasitede hizmet vermesini sağlamak.
- 8) Evde sağlık, toplum ruh sağlığı, palyatif bakım, rehabilitasyon hizmetleri gibi toplum temelli tıbbi hizmetlerin etkin bir şekilde sunumunu sağlamak.
- 9) Hastanelerdeki enfeksiyon kontrol komitesini kurmak, raporlarını inceleyerek, hastane enfeksiyonunun engellenmesi ile ilgili gerekli tedbirleri alınmasını sağlamak.
- 10) Ağız ve diş sağlığı tarama ve koruyucu hizmetlerin verilmesini sağlamak ve takip etmek.
- 11) Sağlık tesisinde verilen tıbbi hizmetlerin hasta ve çalışan hakları ile güvenliği, tıbbi etik ilke ve esaslarına göre yürütülmesi için gerekli tedbirleri almak.

¹⁰⁵ Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Md:17.

12) Görev alanındaki personelin;

- a) Hizmet içi eğitimlerini planlamak ve uygulamak.
- b) Nöbet, çalışma programı ve personel uyumunu düzenlemek için gerekli tedbirleri almak.
- c) Hizmetin aksatılmadan sürdürülebilmesine yönelik birim içerisinde yetkilerini belirleyip, takip ve kontrolünü sağlamak.
- d) Planlanması, yer değişikliği, görevlendirme gibi işlemlerini hastane yöneticisinin onayını alarak yürütmek.
- e) Eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim ve araştırma faaliyetlerinin etkinliğini ve verimliliğini artırmaya yönelik çalışmaları yapmak.

13) Hastane yöneticisi tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

3.1.1.3. Başhekim Yardımcısı

Başhekimin görev alanıyla ilgili iş ve işlemler hususunda vereceği görevleri yerine getirmekle yükümlü ve başhekime karşı sorumludur. Görevlerin usulüne uygun, zamanında ve düzenli olarak yürütülmesinde başhekime yardımcı olur.

3.1.1.4. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü

663 sayılı KHK ile başhemşireler sağlık bakım hizmetleri müdürü olarak tanımlanmıştır. Sağlık bakım hizmetleri; sağlık tesisine başvuran hastaların kabulünden ayrılış işlemleri tamamlanana kadar geçen süre içerisinde, müdavi hekimin teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hususlarındaki direktifleri dikkate alınarak hasta ve çalışan hakları, güvenliği ile memnuniyeti ilkeleri çerçevesinde sunulan hizmetler ile hastanın nakli, sosyal destek sağlanması, hizmete erişiminin kolaylaştırılmasını sağlamaya yönelik sunulan hizmetlerin bütünüdür. Sağlık bakım hizmetleri müdürünün görev ve sorumlulukları Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'nin 18. Maddesinde belirtilmiştir:

- 1) Sağlık bakım hizmetlerinin planlanması, etkin ve verimli hizmet sunulması, kendisine bağlı birimler ve ilgili diğer birimler ile işbirliği ve uyum içerisinde hizmetlerin yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesini sağlamak.
- 2) Hasta bakım hizmetlerinde çalışan personelin görev yerlerini hastane yöneticisinin onayını alarak planlamak.
- 3) Sağlık bakım hizmetlerinin aksamadan sürdürülebilmesi için her türlü ilaç, tıbbi sarf, malzeme ve cihazların yeterli miktarda ve ihtiyaç duyulduğunda kullanıma hazır olarak bulundurulmasını sağlamak. İlaç ve malzemelerin güvenli şekilde kullanımını, takibini, saklanmasını, korunmasını ve kayıtlarının düzenli bir şekilde tutulmasını sağlamak.
- 4) Tıbbi işlemler ve bakım hizmetlerinde kullanılan araç, gereçlerin, kullanım öncesi ve sonrası sterilizasyon ve dezenfeksiyonu işlemlerinin yapılmasını ve denetlenmesini yapmak.
- 5) Kurum politikaları doğrultusunda hasta bakım hizmetlerinde çalışan personelin performans ve verimliliğini değerlendirerek, verimliliği artırmaya yönelik tedbirleri almak.
- 6) Kurum politikaları doğrultusunda ilgili personelin hizmet içi ve uyum eğitim programlarının takibi, değerlendirmesi, geliştirmesi ve denetlenmesi işlemlerini yürütmek.
- 7) Sağlık tesisinin tıbbi hizmet alanlarının temizliği, yemek sunum hizmetleri, refakatçi ve ziyaretçi uygulamalarını idari mali hizmetler müdürü ile birlikte planlamak.
- 8) Sağlık bakım hizmetleri ile ilgili alanlardaki mefruşatın ve demirbaşların kullanıma uygunluğu, temizlik kalitesi, niteliği, iç düzenleme ve uyumunun takibini yapmak.
- 9) Hastane yöneticisi tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

3.1.1.5. İdari ve Mali Hizmetler Müdürü

İdari ve mali hizmetler; temel olarak sağlık tesislerinde sağlık hizmeti sunan personelin hizmetlerini kolaylaştırmak amacıyla sunulan, insan kaynakları, özlük, genel evrak, arşiv, atık hizmetleri, temizlik, mutfak, güvenlik ve afet planlaması, teknik destek ve sağlık tesisinin türüne uygun olarak bütçe ve muhasebe, raporlama, mali kontrol,

akılcı malzeme yönetimi ve tedarik, muayene kabul ve stok yönetimi gibi hizmetlerin bütünüdür¹⁰⁶. Bu hizmetleri yürütmekle yükümlü olan idari ve mali hizmetler müdürünün görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- 1) İdari ve mali hizmetlerin planlanması, etkin ve verimli sunulması, kendisine bağlı birimler ve ilgili diğer birimler ile işbirliği ve uyum içerisinde hizmetlerin yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesini sağlamak.
- 2) Hizmetin aksatılmadan sürdürülebilmesi için personel ile her türlü malzeme ve cihazların yeterli miktarda ve ihtiyaç duyulduğunda kullanıma hazır olarak bulundurulmasını ve takibini sağlamak.
- 3) Maiyetindeki personelin yetkilerini, uyumunu ve çalışma düzenini belirleyip, eğitilmiş ve sertifikalı personelin çalışma yerlerini aldıkları eğitimler doğrultusunda planlamak.
- 4) Sağlık tesisindeki her türlü cihaz ve eşyaların düzenli olarak kontrol edilerek, bakım ve kalibrasyonlarının yapılıp, kayıtların tutulması, hazır ve çalışır durumda bulundurulması ile binaların tadilat, bakım ve onarımlarının zamanında yapılması için gerekli tedbirleri almak ve yapılan çalışmalarını denetlemek.
- 5) Gerekli her türlü ilaç, tıbbi cihaz, laboratuvar malzemelerinin yeterli miktarda ve ihtiyaç duyulduğunda kullanıma hazır olarak bulundurulmasını, eksik bulunan malzemelerin zamanında ve yeteri miktarda talep edilmesini sağlayarak, temini için gerekli hazırlıkları yürütmek.
- 6) Deprem ve yangın gibi doğal afetlere karşı acil yardım ve güvenlik hizmetleri kapsamında sağlık tesisinde gerekli her türlü emniyet tedbirlerini alıp, deprem ve yangın tatbikatlarının yapılması çalışmalarını yürütmek.
- 7) Arşiv hizmetlerini planlamak, uygulamak ve denetlemek.
- 8) Sağlık tesisi bilgi sistemlerinin alt yapı, donanım ve yazılım hizmetlerinin işbirliği ve uyum içerisinde yürütülmesini ve her an çalışır halde bulundurulmasını sağlamak.
- 9) Sağlık tesisi içerisinde görev yeri ve değişikliklerini kayıt altına alıp, personelin her türlü özlük işleri, evrak yönetim hizmetleri ve sağlık tesisi faaliyetlerine ait aylık raporların hastane yöneticiliğine zamanında ve doğru olarak bildirimini için gerekli tedbirleri almak ve kontrolünü yapmak.

¹⁰⁶ Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Md: 19.

- 10) Sağlık tesisinde satın alma, taşınır, bakım ve onarım, ulaşım, kütüphane, tıbbi fotoğraflama, iletişim, kuaförlük, bahçe ve çevre düzenlemesi, terzihane, morg ve otopark gibi hizmetlerin yürütülmesini sağlamak.
- 11) Sağlık tesisi bütçesini hazırlayarak hastane yöneticisinin onayına sunmak. Gelir ve gider gerçekleşme iş ve işlemlerini yürütmek.
- 12) Sağlık tesisinin tüketime yönelik ihtiyaçlarının hizmet sunumu için hazır bulundurulması amacıyla etkin stok yönetimini sağlamak, taşınır mal mevzuatına göre stok kayıtlarının ilgili sistemlerden günlük düzenli olarak takibini yapmak ve verilerin güncel tutulmasını sağlamak.
- 13) Sağlık tesisinin tüketime yönelik ihtiyaçlarının hizmet birim maliyetlerinin, klinik tabanlı fayda maliyet analizinin, hizmet üretim ve genel işletme giderlerine ilişkin sabit ve değişken maliyetlerin hesaplanmasına yönelik gerekli çalışmaları yapmak ve buna ilişkin istatistikî verilerin dokümantasyonunu sağlayarak ilgili birimlerin bu verilere ulaşması için gerekli tedbirleri almak.
- 14) Satın almalarda hizmet birim maliyetlerinin, verilen sağlık hizmetini aksatmayacak şekilde sabit ve değişken giderlerin düşürülmesi için gerekli çalışmaları yapmak.
- 15) Görev alanı ile ilgili kaynakların verimli kullanılmasına yönelik çalışmalar yürütmek.
- 16) Hasta ve çalışan konforu ile çevre korumaya yönelik tedbirleri almak ve uygulamak.
- 17) Refakat hizmeti, temizlik, yemek, hasta bakımı, karşılama ve yönlendirme hizmeti gibi hasta ve hasta yakını memnuniyetini artırmak amaçlı sağlık otelciliği hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak.
- 18) Hastane yöneticisi tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

3.1.1.6. Müdür Yardımcısı

Bağlı bulunduğu müdürün görev alanlarıyla ilgili iş ve işlemler vereceği görevleri yerine getirmekle yükümlü ve bu müdüre karşı sorumludur. Görevlerin usulüne uygun, zamanında ve düzenli olarak yürütülmesinde bağlı bulunduğu müdüre yardımcı olur.

3.1.2. Özel Hastane Yönetimi

Sağlık hizmeti sunan özel kurum ve kuruluşlar arasında en önemli yer, hiç şüphesiz özel hastanelere aittir. Genel hastaneler ve dal hastaneleri olarak sınıflandırılan özel hastanelerin yönetim şekli kamu hastanelerine göre farklılıklar göstermektedir. Kar amaçlı kuruluş olduklarından ve aynı zamanda kamu hizmeti sunumu gerçekleştirdikleri için, bu iki durumu aynı anda yönetmek adına, çok etkili bir yönetimin varlığı özel hastaneler için en öncelikli konulardan biridir.

Sağlık Bakanlığı, özel hastanelerde çalışan personelin görev ve sorumluluklarını Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde yer alan "Personel Standartları" ile belirlemiştir. Bu standartlarda özel hastane yönetiminde yer alan personeller de tanımlanmıştır.

Özel hastanelerin tıbbi, idari ve teknik hizmetleri bir mesul müdür sorumluluğunda yürütülür. Mesul müdür, özel hastanelerin tıbbi, idari ve teknik hizmetlerini kendi sorumluluğunda yürütür. Özel hastanenin Bakanlık ve Müdürlük ile ilgili bulunan bütün iş ve işlemlerinde birinci derecede muhatap, mesul müdürdür¹⁰⁷. Türkiye'de sanatını yapmaya mezun olmak, T.C. vatandaşı olma, Türkiye'de iki yılı kamu ya da özel hastanelerde olmak üzere, en az beş yıl doktorluk yaptığını gösteren belge veya belgelere sahip olma, herhangi bir suçtan dolayı ağır hapse veya yüz kızartıcı suçlar yüzünden hapse mahkûm veya yasaklı olmama ve ilgili doktor odasına kayıtlı olmanın yanısıra özel kanunlara göre geçici olarak meslekten men edilenler, bu yasakları süresince özel hastanelerde mesul müdürlük yapamazlar.

Mesul müdürün görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır¹⁰⁸:

- 1) Özel hastanenin tıbbi, idari ve teknik hizmetlerini mevzuata uygun olarak idare etmek ve denetlemek.
- 2) Gerekliğinde, ruhsatlandırma ile ilgili her türlü işlemleri yürütmek.
- 3) Özel hastanenin ruhsatlandırılmasından sonra, her türlü personel, bina, tesis, grup ve tür değişikliklerini müdürlüğe bildirmek.
- 4) Özel hastane adına belge onaylamak.
- 5) Bakanlık ve müdürlük ile ilgili olan her türlü muhabere ve yazışmaları yürütmek.

¹⁰⁷ Özel Hastaneler Yönetmeliği, Md: 16

¹⁰⁸ Özel Hastaneler Yönetmeliği, Md: 17

- 6) Özel hastanenin personel ve hizmet kalite standartlarını korumak ve geliştirmek.
- 7) Özel hastane bünyesinde kurulan ve sağlık ile ilgili mevzuat çerçevesinde ruhsatlandırılması gereken eczane, laboratuvar, diyaliz merkezi, organ ve doku nakli merkezi, üremeye yardımcı tedavi merkezi ve genetik hastalıklar tanı merkezi gibi ünite veya merkezlerin ruhsatlandırma işlemlerini yürütmek.
- 8) Özel hastanenin tıbbi kayıt ve arşiv sistemini oluşturmak ve kayıtların düzenli ve doğru bir şekilde tutulmasını sağlamak.
- 9) Özel hastanenin denetim defterini muhafaza etmek.
- 10) Denetimler sırasında denetim elemanlarınca istenilen her türlü bilgi ve belgeleri hazır hale getirmek.
- 11) Tıbbi atıkların kontrolü ve imhası için gereken bütün tedbirleri almak.
- 12) Özel hastane hizmetlerinin tam gün esasına göre sürekli ve düzenli olarak yürütülmesini sağlamak ve nöbet sisteminin düzenli olarak islemesini takip ve kontrol etmek.
- 13) Özel hastanenin türüne, yatak sayısına, personel mevcuduna ve is hacmine göre tesis edilen tıbbi, idari, mali ve teknik destek birimleri arasında koordineli ve uyumlu çalışmayı temin etmek.
- 14) Mazeret sebebiyle görev yerinin terkedilmesi halinde yerine mesul müdür yardımcısını bırakmak, terk süresi bir haftadan fazla olmamak kaydıyla derhal ilgili müdürlüğe bilgi vermek ve izin süresi hiçbir şekilde bir yıl içerisinde toplam üç ayı geçmemek şartıyla iznin bir haftadan fazla sürdüğü hallerde müdürlükten izin almak.
- 15) 24/4/1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu uyarınca bildirim zorunlu olan hastalıklar ile adli vakaları müdürlüğe ve gerekli diğer mercilere bildirmek.
- 16) Özel hastanede görev yapan bütün personelin HIV ve hepatit testleri basta olmak üzere gerekli görülen tetkiklerini ve muayenelerini periyodik olarak yaptırmak.
- 17) Özel hastanenin sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlerinin düzenli bir şekilde yapılmasını sağlamak ve hastane enfeksiyonlarından korunma için gereken bütün tedbirleri almak.
- 18) Hastaların tedavileri için dışarıdan hekim istenilmesi halinde ilgili tabibi kuruma davet etmek.

- 19) Sağlık ile ilgili mevzuat ile öngörülen ve Bakanlıkça belirlenen diğer görevleri yapmak.

3.1.3. Üniversite Hastanesi Yönetimi

3.1.3.1. Başhekim

Dikey hiyerarşik yapılanmanın mevcut olduğu üniversite hastanelerinde yönetim piramidinin en üst basamağında yer alan ve bu hastaneleri yöneten başhekim Rektör tarafından atanır¹⁰⁹:

- 1) Kurumun tıbbi, idari ve eğitim hizmetlerinin görevlilerce en iyi şekilde yürütülmesini sağlar.
- 2) Kurumun verimli olarak çalıştırılması, işlerin sürat ve kolaylık içinde yapılması, kaliteyi düşürmeden ekonomi sağlanması ile hizmeti olabilecek en yüksek düzeye çıkarmak için gerekli tedbirleri alır.
- 3) Kanun, tüzük, yönetmelik, kararname, resmi emirler hükümlerine uyarak iş görür, kuruma ait bütün işlerde muhatap ve haberleşmeye yetkili tek mercidir.
- 4) Kurumun bütün personelinin görev ve hizmetle ilgili hallerde doğrudan amiridir.
- 5) Bu yönetmelik hükümlerine uygun olarak düzenlenen çalışma saatlerinde bütün personelin görevleri başında bulunmalarını, belirli saatte görevlerine başlamalarını yakından izler, bunun için de çalışma saatinin başlangıç ve bitiminde olmak üzere iki defa devam cetvelini imza ettirerek düzenli devamlarını sağlar ve kontrol eder.
- 6) Çalışma saatleri içinde görev başında bulunmayanlara ve devamsızlığı görülenlere veya bu yönetmelik hükümlerine aykırı harekette bulunanlara 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre işlem yapar.
- 7) Kurumda çalışan bütün personelin hastalar ve iş sahiplerine karşı fena davranışlarda bulunmalarını önler. Bütün personelin, hastaların moralini bozacak söz ve hareketlerine, hastalar ve yakınları yanında teşhis tedavi konularında tartışma ve tenkitte bulunmalarına engel olur. Ayrıca kurumda düzen ve disiplini sağlamak üzere gerekli gördüğü tedbiri alır.

¹⁰⁹ Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, M:110.

- 8) Hastaların teşhis ve tedavilerinde gerekli laboratuvar muayenelerinden geçirilmeleri hususunu izler ve denetler.
- 9) İdare, ambar, depo, eczane, laboratuvar vb. yerlerin hesap ve ayniyata ait kayıtlarını, idareye ait evrak ve dosyaların görevliler tarafından usulüne göre ve düzenli bir şekilde tutulmasını sağlar.
- 10) Kurum ve bölümlerinde bulunan bütün fenni alet ve cihazlarla ecza ve laboratuvar malzemesinin, eşya, mefruşat ve demirbaşların kayıtlarını muntazaman ve Ayniyat Talimatnamesi ve bu yönetmelik hükümlerine uygun bir şekilde tespit ve tescil ettirerek icabına göre saklama veya kullanılmasını sağlar.
- 11) Hekimler tarafından bu yönetmelik çerçevesinde hastalara verilmek üzere vizitede tabelaya yazılan ilaç, yiyecek ve içeceklerin tıbbi yönden iyi bir şekilde hazırlanmasından sorumludur.
- 12) Kurumun bütün bölümleriyle, tesisat, cihaz ve malzemesini belirsiz zamanlarda ve sık sık kontrol eder. Bunlarda düzen, güvenlik, temizlik hususlarında rastladığı kusur ve noksanlara sebep olanlarla, bunları düzeltmeyenler hakkında gerekli işlemi yapar.
- 13) Kurum eşya ve malzemesinden bozulanların mevzuata uygun olarak onarımını sağlar.
- 14) Yönetmeliğin hükümlerine aykırı düşmemek şartıyla hizmetlerde sürat kolaylık ve ekonomi sağlayacak tedbirleri alır ve yöntemleri geliştirir. Bunlar da ilgililer tarafından aynen uygulanır. Daha evvel merciinden izin alınması gereken hallerde emirlerin tebliğinden önce bu iznin alınmasını sağlar.
- 15) Aynı dalda birden fazla klinik bulunan kurumlarda boş yataklara hastaların ne şekilde yatırılacağı hususunda hastane uzmanlarının fikrini alarak bir prensip tespit eder.
- 16) Başhekim veya görevlendireceği yardımcısı, hekimlerin veya sağlık kurulunun düzenlendiği raporların usulüne uygun olduğunu, okunaklı bir şekilde yazıldığını, herhangi bir yanlışlık olmadığını kontrol edip, varsa düzelttirerek tasdik eder. Bu raporlarda sevk usulüne ve fenne uygunsuzluk gördüğü takdirde dikkatini çekmek suretiyle ilgiliye veya kurula iade eder. Tek hekim raporlarında hastayı, varsa aynı dalda başka bir uzmana havale edebilir.

3.1.3.2 Başhekim Yardımcısı

Başhekim yardımcısının görev ve yetkileri aşağıdakilerdir¹¹⁰:

Başhekim yardımcısı her hususta başhekime yardım eder ve ona karşı sorumludur. Başhekimin hizmetle ilgili konularda vereceği emirleri yerine getirmekle yükümlüdür. Başhekim yardımcısının birden fazla olduğu kurumlarda başhekim bunlar arasında görev bölümü yaparak, bir tanesini adli vaka veya işlemlerin takip ve süratle sonuçlandırılması için görevlendirir.

3.1.3.3. Başhemşire

Başhemşire hasta bakım hizmetlerinin en iyi şekilde görülmesini sağlamakla görevli olup doğrudan başhekime karşı sorumludur. Aşağıdakiler başhemşirenin görevleridir¹¹¹:

- 1) Kurumda çalışan başhemşire yardımcıları, servis sorumlu hemşireleri, başebe ile kendisine bağlı diğer hizmet birim amir ve sorumlularının birinci derecede amiri olup hasta bakımı hizmetlerinde görevli personelin zamanında ve gereğince yönetmelik hükümlerine göre görev yapmalarını sağlamak ve kontrol etmekle yükümlüdür. Gerekli noksanlıkları tıbbi konularda başhekime, idari konularda hastane müdürüne bildirir.
- 2) Hizmetlerin yapılması sırasında gördüğü eksik ve kusurları gidermek ve yapamayacağı veya yetkisi dışında kalan işleri başhekime zamanında bildirmekle görevlidir.
- 3) Kendisine bağlı hizmetlerdeki personelin çalışma yerlerinin belirlenmesi ve bunların yerlerinin değiştirilmesi ile ilgili hususlarda görüş ve isteklerini başhekime iletir ve verilen kararları uygular.
- 4) Hemşire, ebe, hemşire yardımcısı ve yardımcı hizmetler sınıfı personelinin, mesleki bilgi ve tecrübelerinin gelişmesine yardımcı olmak amacıyla hizmet içi eğitimini sağlar. Yeni mesleğe girmiş olanlara mesleğin yüceliğini anlatır. Hastalara karşı müşfik olmaları ve daima iyi davranmaları hususunda

¹¹⁰ Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, M:111.

¹¹¹ Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, M:129.

uyarmalarda bulunur. Kendi tutum ve hareketleriyle onlara iyi bir örnek olmağa çalışır.

- 5) Hasta bakımı ile ilgili hususlardan sorumlu olarak özellikle, hastaların temizlik ve beslenmelerine ve yatıp kalkmalarına, ilaçlarının vaktinde verilip verilmediğine, yemeklerinin bölüm ve dağıtımına nezaret eder.
- 6) Klinik ve polikliniklerin genel temizlik ve düzenini sağlar. Hasta ziyaretlerinin servislerde hasta bakımı yönünden kontrolünü yapar.
- 7) Hemşire ve kendisine bağlı diğer personele ait nöbet ve izin cetvellerini düzenler ve başhekime onaylatır. Bu listelerde sonradan değişiklik yapmak gerekirse başhekime haber verir.

3.1.3.4. Başhemşire Yardımcısı

100 Yataklı ve daha büyük kurumlarda başhekim tarafından mesleklerinde en az beş yıl çalışmış ve iyi sicil almış hemşireler arasından standart kadroyu aşmamak üzere yeteri kadar başhemşire yardımcısı görevlendirilir. Başhemşire yardımcısı sürekli olarak kurumda kalabilir. Bu takdirde yiyecek ve yatacak kurumca sağlanır. Başhemşire yardımcısı, başhemşirenin vereceği görevleri yapmakla ve başhemşirenin bulunmadığı hallerde de kendisine vekâlet etmekle yükümlüdür¹¹².

3.1.3.5. Hastane Müdürünün Görev ve Yetkileri

Üniversite hastanelerinde idari işlerin yönetimi hastane müdürü tarafından gerçekleştirilmektedir. Hastane müdürünün görev ve yetkileri şunlardır¹¹³:

- 1) Başhekimliğe bağlı olarak kurumun idari, mali ve teknik hizmetlerini kanun, tüzük, yönetmelik ve emirler uyarınca yürütmekle yükümlü ve yetkilidir.
- 2) Kurumun en verimli şekilde çalışmasını sağlamak üzere her türlü ihtiyaçlarını zamanında tespit eder ve sağlanması için gerekli tedbirleri alır. Başhekimin vereceği talimata göre sonuçlandırır.
- 3) Satın alma, depolama, ambar ve depodan çıkış hizmetlerini yakından izler ve gereği gibi yapılmasını sağlar.

¹¹² Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, M:130.

¹¹³ Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, M:147.

- 4) Günlük iâşe tabelalarını kontrol eder, buna göre ambardan çıkacak veya dışardan gelecek gıda maddelerinin vaktinde mutfağa teslimini sağlar.
- 5) Cihaz, her türlü motor, eşya ve bina onarımı gibi işlerin ilgililerce zamanında yapılmasını sağlar.
- 6) İdari birimlerin görevlerini düzenli ve verimli bir şekilde yapmalarını sağlamakla genel idare hizmetlerinde çalışan kendisine bağlı personelin mevcut kanun tüzük ve yönetmelikler uyarınca görev yetki ve sorumluluklarını belirlemekle yükümlü ve doğrudan başhekimine sorumludur.
- 7) Kurumda gerekli emniyet tedbirlerini alır. Sivil Savunma uzmanı yoksa sivil savunma, deprem, yangın ve su baskınları gibi olağanüstü haller için genel olarak Devlet Kuruluşları idare amirlerine yüklenmiş görevleri titizlikle yürütür.
- 8) Kurumun periyodik istatistik, poliklinik ve laboratuvar çalışma cetvellerini vaktinde, doğru ve eksiksiz olarak düzenleterek merciine gönderir. Keza sıhhi, idari, mali ve her çeşit evrak ve cetvellerin de kurumca zamanında düzenlenip ait olduğu makama gönderilmesini sağlar. Bulaşıcı hastalıklar teşhisi konulan vakaları ve bunlardan ölenleri kurumun bulunduğu yerin sağlık amirine günü gününe ve ayrıntılı bir şekilde haber verir.
- 9) Ambarda bulunan ve ambardan çıkarılan her çeşit maddenin ambar kayıtlarındaki miktarlara ve günlük yiyecek ve içeceklerin tabeladaki miktarları ile şartnamelerindeki niteliklere uygunluğunu kontrol eder. Noksan ve kusurlar görürse başhekimine bilgi vererek düzeltilmesini sağlar. Uygun nitelikte olmadığı ilgililerce bildirilen besin maddelerini başhekimin izniyle geri çevirir.

3.1.3.6. Hastane Müdür Yardımcısının Görev ve Yetkileri

Hastane müdür yardımcısı; hastane müdürünün görevlerine yardım eder. Hastane müdürünün kendisine vereceği idari, mali ve teknik görevlerde kanun, tüzük, yönetmelik ve diğer mevzuata göre hizmet görür. Hastane müdürünün yokluğunda onun görevini yapar¹¹⁴.

¹¹⁴ Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, M:148.

3.2. AB'ye Uyum Süreci ve Hastane Yönetiminin Sorumlulukları

AB'ye aday olan tüm ülkelerin yasal mevzuatlarını AB müktesebatı ile uyumlu hale getirme zorunluluğunun sonucu olarak hastane yönetimine yeni görev ve sorumluluklar getirilmektedir. Hastanelerde daha etkin bir sağlık hizmeti sunulması açısından Avrupa, dolayısıyla da en ileri standartlara ulaşma adına ulusal mevzuatta bu yönde yapılan ve yapılacak düzenlemeler büyük önem taşımaktadır.

Bu düzenlemelerin temel amacı hizmet esnasında ortaya çıkabilecek riskleri önlemek veya azaltılmasını sağlamaktır. Çalışan, hasta ve tesis güvenliği, afet yönetimi açısından oluşabilecek riskler beş risk derecesine göre sınıflandırılmaktadır:

1. **Anlamsız Risk.** Ek bir faaliyet gerektirmemektedir.
2. **Düşük Risk.** Tolere edilebilir. Çabalar mali olarak daha etkin çözümlere veya iyileştirmelere yoğunlaştırılmalıdır. Önlemlerin yeterli düzeyde alındığından emin olmak için izleme yapılmalıdır.
3. **Orta Risk.** Risk seviyesini azaltmak için çaba harcanmalıdır. Önleme maliyeti dikkatle ölçülmeli, önlemler en kısa zamanda uygulanmalıdır.
4. **Yüksek Risk.** Acil önlemler alınmalıdır. Riskin azaltılması için önemli bir kaynak aktarımı gerekebilir. Gereken düzeltici/önleyici faaliyetlere en kısa zamanda başlanılmalıdır.
5. **Çok Yüksek Risk.** Belirlenen risk kabul edilebilir seviyeye düşürülene kadar acil önlem ve faaliyetler devreye sokulup, sıkı bir şekilde izlenmelidir. Tüm önlemlere rağmen risk düşürülemediyse çalışma yönetim tarafından durdurulabilir¹¹⁵.

AB müktesebatına uyum sürecinde güncel olayların da etkisiyle iş sağlığı ve güvenliği öne çıkmaktadır. Bu konuda hastane yönetiminin riskleri belirledikten sonra çalışanların güvenliği açısından alması gereken önlemler AB direktifleri doğrultusunda düzenlenmiş ulusal mevzuatta aşağıdaki şekilde gösterilmiştir:

- 1) İşveren, çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlü olup bu çerçevede;
 - a) Mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dahil her türlü tedbirin alınması, organizasyonun yapılması, gerekli araç ve gereçlerin sağlanması,

¹¹⁵ “Risk Analizi ve Önleme Prosedürü”, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi.

sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesi için çalışmalar yapar.

- b) İşyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını izler, denetler ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlar.
 - c) Risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır.
 - d) Çalışana görev verirken, çalışanın sağlık ve güvenlik yönünden işe uygunluğunu göz önüne alır.
 - e) Yeterli bilgi ve talimat verilenler dışındaki çalışanların hayati ve özel tehlike bulunan yerlere girmemesi için gerekli tedbirleri alır.
- 2) İşyeri dışındaki uzman kişi ve kuruluşlardan hizmet alınması, işverenin sorumluluklarını ortadan kaldırmaz.
 - 3) Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği alanındaki yükümlülükleri, işverenin sorumluluklarını etkilemez.
 - 4) İşveren, iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin maliyetini çalışanlara yansıtamaz¹¹⁶.

Bu doğrultuda ortaya çıkabilecek tehlikeler hem tanımına hem de birimine göre sınıflandırılarak alınacak önlemler belirlenir.

Çalışanların iş yükünün onların çalışma koşullarını zorlamayacak düzeyde olması, çalışma saatlerinin çalışanlar göz önünde bulundurularak belirlenmesi de ulusal mevzuatın AB standartlarına uyumlu hale getirilmesi sürecinde hastane üst yönetiminin sağlaması gereken yükümlülükler arasındadır. Aşırı iş yükünün getirebileceği riskler konsantrasyon bozukluğu, psikolojik sorunlar, stres, aşırı yorgunluk, iş verimliliği düşüklüğü vb. olabilir. Bunları önlemek için hastane yönetiminin personel sayısını arttırma, iş saatlerini düşürme, görev dağılımını çalışanların durumları ve yetenekleri dikkate alınarak belirleme, gerekli durumlarda ek personel görevlendirme, ekonomik koşulları iyileştirilme, motivasyon arttırıcı etkinlikler ve çeşitli sosyal faaliyetler gibi önlemler alması gerekmektedir.

Türkiye'nin iş güvenliği alanında AB standartlarına ulaşılması için çalıştığı bir diğer konu da çalışanlara karşı şiddet olaylarının önüne geçilmesidir. Bu durum hastaneler için de geçerlidir ve fiziksel ve psikolojik yaralanma, sakatlanma ve ölüm gibi sonuçlar doğurabilir. Bu risklerin önüne geçmek için etkin güvenlik hizmetinin sağlanması, ziyaret saati kurallarının belirlenmesi ve denetlenmesi, giriş ve çıkışların

¹¹⁶ 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, Md: 4.

kontrollü şekilde sağlanması, gereken yerlerde kamera sisteminin sağlanması vb. önlemler alınmalıdır.

Hastanelerde radyasyondan dolayı ortaya çıkabilecek risklerin önüne geçmek için Avrupa Birliği'ne uyum süreci kapsamında alınması gereken önlemler tüm kurum ve kuruluşlara özellikle de hastanelere yeni sorumluluklar getirmiştir. EURATOM¹¹⁷ direktifleri ve uluslararası mevzuat dikkate alınarak hazırlanan Türkiye Atom Enerjisi Kurumu Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezinin “2014-2023 İyonlaştırıcı Radyasyonun Neden Olduğu Tehlikelere Karşı Temel Korunma Standartların Güncellenmesi ve Güçlendirilmesi Yol Haritası Belgesi”nde hastaneler de dahil ilgili kurum ve kuruluşlar için belirlenmiş görev ve sorumluluklar hususunda hastane üst yönetiminin alması ve denetlemesi gereken önlemler belirtilmiştir. Radyasyon tehlikesinin neden olabileceği kronik hastalık, düşük tehlikesi ve motivasyon eksikliği gibi risklerin ortadan kaldırılması için kişisel koruyucu malzeme kullanımı, koruyucu ekipman temin edilmesi (troid koruma, kurşun önlük, radyasyon gözlüğü vb.), iyi havalandırma, cihazların denetlenmesi gibi önlemler alınması hastane yönetiminin sorumluluğundadır.

AB direktifleri çerçevesinde belirlenen düzenlemelere göre çalışanların kanserojen ve mutajen maddelere maruz kalmasından kaynaklanan risklerden korunması için de gerekli önlemler alınmalıdır¹¹⁸. Bu maddelere maruz kalınması sonucunda göz, cilt ve solunum yolu tahrişi, bulantı ve kusma, alerjik reaksiyonlar, solunum sistemi hastalıkları, deri bütünlüğünün bozulması gibi riskler ortaya çıkabilir. Bu riskleri önlemek için hastane yönetimi tarafından iyi havalandırma, koruyucu ekipman kullanımı, kimyasal tıbbi atıkların usulüne göre toplanması, bu alanda kullanılan cihazların kontrolü, koruyucu giysilerin temin edilmesi gibi önlemler alınmalı, çalışma talimatı ve hizmet içi eğitim sağlanmalıdır.

Hastane enfeksiyonlarına yönelik alınan tedbirler hastalıkların önlenmesi açısından hayati önem taşımaktadır ve bu nedenle Avrupa Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (European Center for Disease Prevention and Control-ECDC) tarafından Avrupa Birliği'ne üye ve aday ülkelerde enfeksiyon kontrol hekimliği ve hemşireliği eğitimindeki farklılıkları ortadan kaldırarak ortak müfredat oluşturulmasına

¹¹⁷ Avrupa Atom Enerjisi Kurumu.

¹¹⁸ 90/394/AET, 90/42/AET, 99/38/AT sayılı direktifler.

yönelik bir proje başlatılmıştır. Bu kapsamda 6 Mayıs 2010 tarihinde Brüksel’de gerçekleştirilen AB komisyonu resmi müzakere toplantısında, Komisyon’un talebi doğrultusunda ‘Sağlığın Korunması’ başlığı altında sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik çalışmalar sunulmuştur¹¹⁹. Bu ortaklık doğrultusunda hastanelerde enfeksiyondan doğabilecek motivasyon eksikliği, kötü görünme ve bunlara bağlı iş gücü kaybını önlemek için maske, eldiven, önlük ve diğer koruyucu ekipman kullanımı, steril malzeme kontrolü, temizlik talimatına uygun temizlik yapılıp yapılmadığının denetlenmesi, temizlik için yeterli sayıda personelin hazır bulundurulması hastane yönetiminin sağlaması gereken önlemlerdir.

Hasta ve çalışanların sağlığı açısından hastanede yapılması gereken bir takım düzenlemeler vardır. Örneğin tıbbi atıklarla ilgili hastanelerde yapılması gerekenler AB standartlarında gerçekleştirilmelidir ve bu noktada hastane üst yönetiminin bu düzenlemeleri sağlaması ve denetlemesi gerekir. Tıbbi atıklarla ilgili uyulması gereken bazı ilkeler vardır ve bu ilkeler hastane yönetimi için çeşitli sorumluluklar ortaya çıkarmaktadır:

- 1) Tıbbi atıkların çevre ve insan sağlığına zarar verecek şekilde doğrudan veya dolaylı olarak alıcı ortama verilmesi yasaktır.
- 2) Tıbbi atıkların oluşumunun ve miktarının kaynağında en aza indirilmesi esastır.
- 3) Tıbbi atıkların, tehlikeli ve evsel atıklar ile karıştırılmaması esastır.
- 4) Tıbbi atıkların kaynağında diğer atıklardan ayrı olarak toplanması, biriktirilmesi, taşınması ve bertarafı esastır.
- 5) Tıbbi atıkların yarattığı çevresel kirlenme ve bozulmadan doğan zararlardan dolayı tıbbi atık üreticileri, taşıyıcıları ve bertarafçıları kusur şartı olmaksızın sorumludurlar.
- 6) Tıbbi atıkların yönetiminden sorumlu kişi, kurum/kuruluşlar, bu atıkların çevre ve insan sağlığına olabilecek zararlı etkilerinin azaltılması için gerekli tedbirleri almakla yükümlüdürler.
- 7) Tıbbi atık üreticileri atıklarının bertarafı için gerekli harcamaları karşılamakla yükümlüdürler.
- 8) Tıbbi atık üreten sağlık kuruluşları ile bu atıkların taşınması ve bertarafından sorumlu belediyelerin/özel sektör firmalarının tıbbi atık yönetimiyle ilgili

¹¹⁹ “Sağlıkta Dönüşüm Programı. Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Türkiye Deneyimi”, Sağlık Bakanlığı, 2011, Ankara, s: 49.

personelinin periyodik olarak eğitimden ve sağlık kontrolünden geçirilmesi ve tıbbi atık yönetimi kapsamındaki faaliyetlerin bu personel tarafından yapılması esastır¹²⁰.

Hastanelerde tıbbi atıklarla ilgili gerekenlerin yapılmaması bazı riskler ortaya çıkarmaktadır ve olası tehlikelerin önlenmesi için hastane yönetiminin uygulanması gereken somut adımlar vardır. Örneğin, tıbbi atıkların ortaya çıkaracağı enfeksiyon, çevre kirliliği, iş gücü ve zaman kaybı, kesici ve delici alet yaralanması gibi riskler için Atık Yönetim Planı ve Tıbbi Atık Talimatı ile ilgili hizmet içi eğitim verilmesi, tıbbi atıkların kaynağında ayrıştırılması, atıkların belirli görevliler tarafından toplanması ve görevlilerin koruyucu ekipman kullanması, tıbbi atıkların özel araçlarla toplanması vb. önlemlerin alınması hastane üst yönetiminin görev ve sorumlulukları arasındadır.

AB’de ortak standartları sağlamayı amaçlayan Avrupa Standardizasyon Komisyonu’nun “Ventilation for Buildings” (Binalarda Havalandırma) teknik komisyonunun alt çalışma grubu olan “Ventilation in Hospitals” (Hastanelerde Havalandırma) tarafından belirlenen havalandırma standartları çerçevesinde hastanelerimizde de bu açıdan yapılması gereken düzenlemeler ortaya çıkmıştır. Tasarım, hava değişim sayısı, minimum taze hava oranı, ameliyat masasındaki hava hızı, basınç farkı, son filtre, sıcaklık, nem vb. kıstaslara göre belirlenen bu standartların temin edilmesi hasta ve çalışanların sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Kötü havalandırma koşulları kimyasal maddeler ve alerjenlere maruziyet, motivasyon düşüklüğü vb. sorunlar ortaya çıkarabileceği için ameliyathaneler, yoğun bakım üniteleri, izolasyon odaları için gerekli sıcaklık ve nem oranları sağlanarak filtrelerin temin edilmesi gerekmektedir.

648/2004, 2004/648/AT sayılı tüzüklerde vurgulanan hususlar çerçevesinde deterjanlar ve diğer dezenfektanlar için uyulması gereken kurallar belirlenmiştir. Alerji; kanserojen etki; burun, boğaz ve gözde yanma vb. zararlı sonuçlardan sakınılması adına maske, eldiven, önlük, gözlük gibi kişisel korunma ekipmanlarının ve iyi havalandırma koşullarının temini ve denetlenmesi de hastane yönetiminin AB’ye uyum çerçevesinde genişletilen görev ve sorumluluk alanına dahildir.

Hastanelerin iç düzeni, mimari özellikleri ve fiziksel çevresinin AB standartlarında düzenlenmesi etkin sağlık hizmeti sunumunun en önemli parçalarından

¹²⁰ Güvenli Tıbbi Atık Yönetimi, T.C. Çevre ve Orman Bakanlığı Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü, s: 13.

birini oluşturmaktadır. Hastaların taşınmasının kolaylaştırılması, çalışanların sakatlanma risklerinin önlenmesi, güvenlik ve bilgilendirme hizmetlerinin sunulması, teşhis, tedavi ve muayene işlemlerinin yürütülmesi, hijyen ortamının temin edilmesi için rampa, merdiven, asansörlerin; belirli zemin alanına sahip odaların, bilgi yönetim odalarının, el yıkama alanları ve banyoların, hasta, hemşire ve refakatçiler için ayrı alanların oluşturulması belirli standartlara uyulması hastane üst yönetimi tarafından temin edilmelidir.

Hastanelerde yapılması gereken düzenlemelerden biri de gürültü seviyesinin kontrol altında tutulmasıdır. 2002/49/AT sayılı, Çevresel Gürültünün Değerlendirilmesi ve Yönetimine İlişkin Direktif kapsamında uygulanması gereken desibel ölçümünün yapılması, cihaz kullanım talimatına uyulmasının denetlenmesi, yalıtım, ses izolasyonu gibi önlemler konsantrasyon bozukluğu, uzun vadede işitme kaybı, stres vb. risklerin ortadan kaldırılmasına yönelmiştir.

3.3. Hastane Yönetiminde İdari Faaliyetin Doğurduğu Sorumluluk ve Hukuki Sonuçları

3.3.1. Malpraktis Kavramı ve İdari Malpraktis

Malpraktis Latince kökenli bir kelime olup “Malus Praxis”, kötü uygulama anlamı taşımaktadır. Malpraktis, hekimin tedavi esnasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır¹²¹. Ancak bu tanımlama günümüz tıbbi için tam olarak kapsamlı sayılmaz. Çünkü bu şekilde ifade edilen malpraktis kavramı sadece tanı koyma ve tedaviyi gerçekleştiren hekimleri kapsamaktadır. Modern sağlık anlayışı sadece tıbbi müdahaleden ibaret olmayıp idari, hukuki vb. boyutları da içermektedir. Bu anlamda klasik malpraktis tanımı tıbbi malpraktis olarak nitelendirilmektedir. Burada da hekimlerin eylemsizliği (pasif tıbbi malpraktis) veya hatalı uygulaması (aktif tıbbi malpraktis) tıbbi malpraktisin oluşmasına neden olmaktadır. Prosedür hataları, ihmal, yanlış tanı, tedavi ve izlem hatalı uygulamaların temelini oluşturmaktadır. Bu eylemsizlik ve hatalı uygulamalar hekim, hemşire, teknisyenlerin hataları sonucunda malzeme, cihaz vb. nedenlerden dolayı ortaya çıkabilir.

¹²¹ Dünya Tabipler Birliği Marbella Bildirgesi, 1992, Md: 2.

Günümüzde geçerli olarak kabul edilen malpraktis kavramı tıbbi malpraktisin yanısıra etik ve idari malpraktisi de içermektedir. Deontolojik kurallara uyulmaması, hasta hakları ve etik kuralların¹²² ihlali etik malpraktisin ortaya çıkmasına neden olan faktörlerdir. Tıpta uyulması gereken etik ilkeler üç başlık altında toplanabilir:

1. **Genel Etik İlkeler.** Yararlılık; zarar vermeme; adalet; hekimin yansızlığı; sır saklama yükümlülüğü; acil yardım yükümlülüğü; endüstri ilişkilerinden çıkar sağlamama vb.
2. **Hekimler Arası Etik İlkeler.** Karşılıklı saygı ve dayanışma; danışma ve ekip çalışması ilkesi vb.
3. **Hekim Hasta Arasındaki Etik İlkeler.** Hasta haklarına saygı; hasta üzerinde etkisini kötüye kullanmama; tedaviyi yarıda bırakmama; bilgilendirme ve izin alma; gereksiz masraf yapmama vb.¹²³.

Bunların yanısıra Hekimlik Meslek Etiği Kurallarında tutuklulara sağlık hizmet sunumu, araştırma ve yayın etiği ile ilgili etik ilkeler de belirlenmiş, bu durum sadece ulusal mevzuata bağlı kalınmasıyla kısıtlanmamış, aynı zamanda etik ilkelerin belirlenmesine yönelik uluslararası mevzuata da uyulması zorunluluğunu getirmiştir.

Daha önce de belirttiğimiz gibi sağlık hizmeti sadece tanı, tedavi vb. tıbbi uygulamaların gerçekleştirildiği bir olgu olmaktan çıkıp bir organizasyon haline gelmiştir. Bu nedenle sağlık hizmeti organizasyonunun doğru teşkil edilmesi de büyük önem taşımaktadır. İdarenin bu hususta hatalı uygulamalar yapması idari malpraktis olarak tanımlanmaktadır. İdari malpraktisin ortaya çıkmasına neden olan idare kusurları ise üç başlık altında toplanabilir:

1. Tanısal Hatalar

- Tanı koymaya yönelik gerekli teknik şartların ve personel imkânlarının sağlanmaması,
- Tanısal cihazların bakım ve kalibrasyonunun yapılmaması,
- Tanısal inceleme sonuçlarının zamanında elde edilmesine engel olan işleyiş hataları,
- Tanısal incelemeler için yeterli ve nitelikli personel bulundurulmaması,

¹²² Tıbbi etik tıp etkinliği içindeki tutum ve davranışları içermektedir.

¹²³ Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Md: 5-32

- Konsültasyon hizmetlerinin iyi organize edilmemesi ve yürütülmemesi,
- Yetkisiz personel çalıştırılması,
- Hastaların zarar görmesini engellemeye yönelik önlemlerin alınmaması,
- Hasta bakım hizmetlerinin yetersiz ve uygun olmayan şekilde, yürütülmesidir.

2. Tedavi hataları

- Uygun bilgi ve beceriye sahip personel görevlendirilmemesi,
- İlaç ve tıbbi malzeme sağlanmaması,
- Tıbbi cihaz, malzeme ve ilaçların standartlara uygun olamaması,
- Tıbbi bakım hizmetlerinin yeterli yürütülmemesi,
- Yetersiz sayıda personel ile sağlık hizmetinin yürütülmesi,
- Sağlık meslek mensuplarına yetkilerine uygun olmayan görevler verilmesi,
- Sağlık meslek mensubu olmayan kişilerin tedavi hizmetlerinde görevlendirilmesidir.

3. Bakım ve İzlem Hataları

- Hasta bakım hizmetlerinin yetersiz sayı ve nitelikte personel ile yürütülmesi kaynaklı hatalar.
- Denetim ve gözetim hataları¹²⁴.

İdari malpraktisin hukuki boyutunu görmek için açıklanması gereken bazı hukuki kavramlar vardır. Bu kavramların başında idarenin sorumluluğu gelir. Hukuk devleti olmanın en önemli şartlarından biri de idarenin sorumluluğudur. Bu açıdan idarenin hesap verilebilirliği çok büyük önem taşımaktadır. Sorumluluk, başkalarına verilen zararın karşılanması yükümlülüğü anlamına gelmektedir. Sorumluluk hem gerçek hem de özel hukuk ve kamu tüzel kişilerine ait olabilir.

İdarenin sorumluluğu iki türde ortaya çıkmaktadır: kusurlu ve kusursuz sorumluluk. Kusurlu sorumluluk hizmet kusuru sonucunda ortaya çıkmaktadır. Sosyal devlet olmanın bir gereği olarak devlet, kamu hizmetlerinin sunumunun gerekli şekilde gerçekleştirilmesi, bu hizmetlerden eşit bir şekilde yararlanılmasını temin etmekle mükelleftir ve bu hizmetlerin sunumunu gerçekleştiren kişiler görevlerini kişisel olarak değil temsil ettikleri kurumların mensubu olarak ifa etmektedirler. Bu hizmetlerin hiç

¹²⁴ Çınarlı, s: 227-228

işlememesi, eksik veya hatalı işlemesi ve geç işlemesi ise idarenin hizmet kusurunu oluşturmaktadır¹²⁵.

Kusurlu sorumluluğun ortaya çıkması ayrı ayrı nedenlere dayansa da bu nedenler temel olarak üç başlık altında toplanabilir:

1. Sağlık Hizmetinin Kötü İşlemesi. İdarenin hatasına bağlı olarak sağlık hizmetlerinin gerektiği gibi yürütülmemesi sonucunda orta çıkıp hizmetin gereği gibi uygulanmaması olarak da ifade edilebilir. İdare hizmet sunumu için gerekli sistemi kurmalı, araç, malzeme ve personeli yerinde kullanmalıdır. Bu şartların yerine getirilmemesi halinde hizmetin kötü işlemesi durumu ortaya çıkar. Bunun yanısıra idare sağlık hizmetlerini çağın gereklerine uygun olarak sunmakla da yükümlüdür. Bu noktada hizmetin kötü işlemesine neden olan bir diğer faktörün de hizmetin çağın gereklerine uygun olarak yapılmaması olduğunu söyleyebiliriz. Genel olarak hizmetin kötü işlemesine neden olan faktörler şu şekilde sıralanabilir:

- a) Konuyla ilgili mevzuata, yerleşik içtihat ve uygulamalara uyulmaması
- b) Meslek ilke ve kurallarına ve hizmet gereklerine uyulmaması
- c) Gerekli teşkilatın tam olarak kurulmamış olması
- d) Yeterli sayıda ve kalitede personeli istihdam edilmemiş olması
- e) Personelin gerekli eğitime sahip olmaması
- f) Gerekli denetimlerin yeterince yapılmamış olması
- g) Hizmeti yürüten personelin, gerekli özen ve dikkati göstermemesi¹²⁶.

2. Hizmetin Geç İşlemesi. Hizmetin kusursuz sağlanması ve gerekli veya personelin kullanılması yeterli değildir. İdare sağlanan hizmetin zamanında ve hızlı bir şekilde gerçekleştirilmesinden mesuldür. Yani idare yerine getirmekle yükümlü olduğu hizmetleri, hizmetin niteliğine uygun sürede gerçekleştirmelidir ve tersi durumlar idari malpraktis sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Bu sürenin ne kadar olması ise şartlara ve hizmetin niteliğine göre farklılık gösterebilmektedir.

¹²⁵ “Hizmet Kusuru” kavramı için bkz: Çınarlı, s: 181; Ahmet Bozdağ, “İdare Hukukunda İdarenin Hizmet Kusuru ve Danıştay Uygulaması”, *Türk İdare Dergisi*, Sayı: 468, Eylül 2010, s: 33-48.

¹²⁶ Bozdağ, s: 33-48.

3. Hizmetin Hiç İşlememesi. İdarenin hatalı uygulamalarının yanısıra sunmakla yükümlü olduğu sağlık hizmetini hiç sunmaması yani idarenin eylemsizliği de idarenin kusuru olup idari malpraktise sebebiyet vermektedir. İdarenin belli kamu hizmetini sunmak zorunda olduğu durumlarda eylemsizlik kararı alarak görevlerini yerine getirmemesi bu kapsamda ele alınsa da eylemsizlik her durumda hizmetin yerine getirilmemesi olarak kabul edilmemektedir. Bu hususta da kesin bir ölçüt bulunmamakla birlikte eylemsizliğin idareye verilen takdir yetkisi çerçevesinde gerçekleşip gerçekleşmediği denetime tabi tutulmaktadır.

İdarenin yerine getirmekle mükellef olduğu yükümlülükleri yerine getirmemesinden kaynaklanan kusur tek başına hukuki sorumluluk ortaya çıkarmaz. İdarenin kusurlu sorumluluğunun ortaya çıkması için zararın oluşması da şarttır. Ancak zararın idarenin eylemlerinden kaynaklandığının kanıtlanması da idarenin kusurlu sorumluluğu için temel şarttır ki buna da illiyet bağı denmektedir. Yani kusur ile zarar arasında neden sonuç ilişkisinin olması idarenin kusurlu sorumluluğunu ortaya çıkarmaktadır.

Hizmet kusuruna dayanarak idarenin işleyişinden doğan zararın telafisi için idarenin kusurlu olduğunun kanıtlanması şarttır. Ancak idarenin bazı işlem ve eylemlerinde idare kusursuz olsa bile zararın karşılanması yoluna gidilmektedir. İdarenin kusurlu olup olmamasına bakılmaksızın tazminin söz konusu olduğu bu tür sorumluluğa kusursuz sorumluluk denir: “*Hizmetin kusurlu işlemesi kamu ajanlarının kusurundan ileri gelebileceği gibi bu ajanlara izafe edilebilecek bir kusur bulunmaksızın da hizmet kusurlu işlenmiş olabilir. Fertlerin uğradıkların zararın tazmini için mutlaka ajanlara yani görevlilere izafe edilebilecek bir kusurun mevcudiyeti aranmaz*”¹²⁷.

Bu durum idarenin objektif sorumluluğudur. Bu sorumluluk kamu yükümlülükleri karşısında adalet, eşitlik kavramlarından kaynağını bulmaktadır. Kusursuz sorumluluk kimi zaman idarenin kamu hizmetinin tehlikeliliğinden veya doğasından kaynaklanmaktadır. Kusursuz sorumlulukta idari eylemle zarar arasında nedensellik bağı olmalıdır.

¹²⁷ Danıştay 12. Daire, 20.01.1970, E. 68/1043, K. 70/104.

3.3.2. Yargı Kararları Işığında İdarenin Hatalı Uygulamalarından Doğan Hukuki Sorumluluğunun İncelenmesi

Sağlık alanından bahsedilirken genellikle ilk akla gelen hekimlik ve tıbbi müdahaledir. Oysa en önemli sağlık kurumları olan hastanelerin yönetimi, idari ve mali hizmetleri de büyük önem taşımaktadır. Bu nedenden dolayı hastalarda oluşan zarar sadece tıbbi uygulamalarla sınırlı kalmamaktadır. İdari eylemlerden kaynaklanan bu hatalar idari malpraktise dolayısıyla da idarenin hukuki sorumluluğu sonucunda tazminat davalarına neden olmaktadır.

İdari malpraktisle ilgili tazminat davalarına geçmeden önce idareye açılan bu davaların idari yargıda görüldüğünü belirtmek gerekir. 6100 sayılı Hukuk Mahkemeleri Kanununun 3. Maddesinde her türlü idari eylem ve işlemler ile idarenin sorumlu olduğu diğer sebeplerin yol açtığı vücut bütünlüğünün kısmen veya tamamen yitirilmesine yahut kişinin ölümüne bağlı maddi ve manevi zararların tazminine ilişkin davalara asliye hukuk mahkemelerinin bakacağı kararlaştırılmıştır. Ancak, 6100 sayılı kanununun 3. maddesi Anayasa Mahkemesinin 2012/23 Karar sayılı kararı ile iptal edilmiş, bu iptal kararı Anayasanın 125. maddesine dayanılarak çıkarılmıştır: “... *Kamu hukuku alanındaki eylem ve işlemler için idari yargının, özel hukuk alanındakiler için de adli yargının görevli olduğunda duraksanamaz*”¹²⁸.

Ayrıca, idareye açılan tazminat davalarında kişisel kusur ve hizmet kusuru ayrımı da önemini büyük ölçüde kaybetmiştir. Bu durum Anayasanın 129. maddesinin 5. fıkrasında düzenlenmiştir: “*Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir*”.

Bunun yanısıra 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 13. Maddesi de bu konuyu açıklamaktadır: “*Kişiler kamu hukukuna tabi görevlerle ilgili olarak uğradıkları zararlardan dolayı bu görevleri yerine getiren personel aleyhine değil, ilgili kurum aleyhine dava açarlar... Kurumun, genel hükümlere göre sorumlu personele rücu hakkı saklıdır*”.

¹²⁸ Anayasa Mahkemesi Kararı, TC Resmi Gazete, 28297, 19 Mayıs 2012.

Yüksek Mahkemenin sorumluluk anlamında idareye kusur atfedilebilmesi için riskli hizmetler sınıfında bulunan sağlık hizmetinde ağır hizmet kusuru aranması görüşü artık terkedilmeye başlanmıştır. İdare vermiş olduğu zarardan dolayı en ufak kusurundan bile sorumlu tutulmaktadır.

Çalışmanın bu kısmında idari malpraktis nedeniyle idareye açılan davalar örneklerle incelenecektir. Bunlar hem idare mahkemelerinde verilen kararları, hem de Danıştay kararlarını kapsayacaktır.

Sosyal Sigortalar Kurumu ... Hastanesi İntaniye Servisinde Hepatit B teşhisi ile tedavi gören davacının 04.08.1996 tarihinde doktor kıyafeti giymiş bir kişinin tecavüz etme teşebbüsünde bulunması nedeniyle duyduğu üzüntü ve sıkıntı karşılığı olarak 10.000.000.000 lira manevi tazminatın ödenmesi istemiyle açılan dava sonucunda İstanbul 2. İdare Mahkemesinin tazminat isteminin kısmen kabulüne ilişkin verilen E. 1997/1478, K. 1998/423, 06.05.1998 tarihli kararın temyizen incelenip bozulması istemiyle ilgili Danıştay 10. Daire E. 1998/4977, K. 200/380, 09.02.2000 tarihli kararında

“hastane yetkililerince bu tür olaylara karşı önleyici ve caydırıcı hiçbir güvenlik tedbirinin alınmadığının, davacının yattığı odanın penceresinin yere çok yakın olmasına rağmen pencerelerde emniyet tedbirlerinin bulunmadığının anlaşıldığı, yataklı tedavi kurumlarına sağlık hizmetlerinin yanında hasta kabul hizmetleri, hasta ziyaretleri, idari ve teknik hizmetler, nöbet esasları, yemekhane hizmetleri, hasta refakatleri, emniyet ve güvenlik hizmetleri gibi sağlık hizmetleriyle yakından ilgisi bulunan birçok hizmetin gereği gibi yerine getirilmesi, bu arada, özellikle hastanede yataklı tedavi görmekte olan hastaların yangın, deprem, silahlı saldırı, gibi her türlü tehdit ve tehlikeye karşı huzur ve güven içinde bulunabilmeleri için gerekli emniyet ve güvenlik tedbirlerinin alınması hastane yönetiminin önem arz eden görevlerinden olduğu, oysaki ... Hastane binasının güvenlik yönünden hiçbir şekilde korunmadığı, hastane giriş ve çıkışlarında gerekli güvenlik kontrollerinin yapılmadığı ve özellikle zemin kattaki pencerelerden giriş ve çıkışı önleyici tedbirler alınmadığı, yataklı bir tedavi kurumu olan hastanede emniyet ve güvenlik tedbirlerinin alınmamış olmasından dolayı meydana geldiği tartışmasız bulunan olayda davalı idarenin hizmet kusuru işlediğinin açık olduğu”

belirtilmiştir. Sonuç olarak 5.000.000.000 liranın manevi tazminat olarak idareden alınarak davacıya ödenmesine karar verilmiştir.

Görüldüğü gibi bu karar hastane yöneticisinin, başhekimin ve Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliğinin 147. maddesinin 7. fıkrasında da “kurumda gerekli emniyet tedbirlerini alır. Sivil Savunma uzmanı yoksa sivil savunma, deprem, yangın ve su baskınları gibi olağüstü haller için genel olarak Devlet Kuruluşları idare amirlerine yüklenmiş görevleri titizlikle yürütür” şeklinde belirtildiği gibi hastane müdürünün görevlerini yeteri derecede özenle ifa etmemesine dayanmaktadır.

Güvenlik ve emniyetle ilgili bir başka örnekte ise 26.05.2009 tarihinde şizofren hastalığı tanısıyla Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri kliniğine yatırılan hastanın odada kimsenin olmadığı bir zamanda pencerenin havalandırma amaçlı kullanılan kısmından dışarı çıkarak atlamak suretiyle öldüğü, dolayısıyla Hasta Hakları Yönetmeliğinin 37. maddesi gereğince hastanın can ve mal güvenliğinin sağlanması için gerekli tedbirlerin alınması zorunluluğunun yerine getirilmemesi üzerine dava açılmıştır. Danıştay 1. Daire E. 2010/818, K. 2010/900, 02.06.2010 tarihli kararında

“Hasta Hakları Yönetmeliğinin 37. Maddesi gereğince hastaların can ve mal güvenliklerinin sağlanması için gerekli tedbirlerin alınması zorunlu olduğu; yönetmelikle öngörülen güvenlik önlemlerinin alınmaması nedeniyle ölüm olayının meydana geldiği, mevcut delillerin, şüphelilerin... ve...’in atılı suçu işledikleri ve haklarında kamu davası açılması gerektiği hususunda yeterli şüphe oluşturduğu anlaşıldığından, ... adı geçenlerin lüzum-u muhakemelerine ve eylemlerine uyan Türk Ceza Kanununun 257. maddesi gereğince yargılanmalarına karar verildi”

diye belirtilmiştir.

Her çeşit evrakın aidiyeti kurumlara gönderilmesi de hastane yönetiminin görev ve yükümlülükleri arasındadır. Bu hususta yapılan hatalar idarenin hizmet kusurunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Kan grubu 0 Rh (+) olan hastaya A Rh (+) kan vermek suretiyle sağlığının bozulmasına neden olmak suçundan dolayı açılan dava ile ilgili Danıştay 1. Daire E. 2010/1142, K. 2010/1358 28.09.2010 tarihli kararında

“Kan Bankasından kan temini için hastadan kan örneği alınarak, istem yazısı hazırlandığı, ancak alınan numunenin unutulmuş olarak gönderilmediği, istem yazısının da hasta dosyasında kaldığı, sonuç olarak hem numunenin hem de istem yazısının Kan Bankasına ulaştırılmadığı, ... Bankadan başka bir hasta olan ...’a ait A Rh (+) kanın ... ambalaj kontrol edilmeden ...’a nakledildiği” belirtilerek “şüphelinin

lüzum-u muhakemesine, eylemi uyan TCK'nın 257/2 maddesi gereğince yargılanmasına”

karar verilmiştir.

Bu olayın başhekimin “*hastaların teşhis ve tedavilerinde gerekli laboratuvar muayenelerinden geçirilmeleri hususunu izleme ve denetleme*”¹²⁹, hastane müdürünün “*kurumun periyodik istatistik, poliklinik ve laboratuvar çalışma cetvellerini vaktinde, doğru ve eksiksiz olarak düzenleterek merciine gönderme, keza sıhhi, idari, mali ve her çeşit evrak ve cetvellerin de kurumca zamanında düzenlenip ait olduğu makama gönderilmesini sağlama*”¹³⁰ görevlerinin yerine getirilmediğinden kaynaklandığı görülmektedir.

Kayıtların düzenli tutulmaması, evrakların aidiyeti kurumlara gönderilmemesi ve buna benzer kusurlardan doğan zararlar ilgili davalara bir diğer örnek ise İzmir Özel Altınordu Hastanesinde davacının ilk kist ameliyatında anestezi maddesi olarak karaciğer üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinen halaton gazının kullanıldığı, gerekli olmadığı halde ikinci kez ameliyat yapılarak, ikinci ameliyat öncesi karaciğer tetkik sonuçlarında yükselme olduğu halde bu durum yeterince değerlendirilmeden yine halaton gazı kullanılarak karaciğer zehirlenmesi ve sonucunda organ nakline giden zararlı sonucun oluşmasında idarenin kusurlu olduğu ileri sürülerek açılan maddi ve manevi tazminat davasıdır. Yargıtay 13. Hukuk Dairesi, E. 2005/15820, K. 2005/2367, 23.02.2005 tarihli kararında

“Adli Tıp 3. İhtisas Kurulu raporunda, anestezi fişi incelendiğinde anestezi belgesinin düzenli tutulmadığı, ... 2. ameliyat dosyasının bir türlü bulunamadığı”

belirtilmiştir. Ameliyat dosyasının bulunmaması ise anestezi fişinin doktor tarafından ibraz edilememesine neden olduğu, dolayısıyla ameliyatın, kitabına uygun olarak yapıp yapılmadığının saptanamadığı sonucunu doğurmuştur. Bu eksiklikler ise daha önce mahkemece verilen davanın reddi yönündeki hükmün davacı tarafından temyiz edilmesinin doğru bulunmasına ve ret kararının bozulmasına sebebiyet vermiştir. Burada idare işlemlerin tıbbi kurallara uygun yapılmasından, Sağlık Bakanlığı Hastane Kalite Standartlarının uygulanmasından ayrıca Hasta Hakları Yönetmeliğine göre hasta ile ilgili kayıtların düzenli tutulmasından ve saklanmasından sorumludur.

¹²⁹ Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği, Md: 110.

¹³⁰ Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği, Md: 147.

Kayıtların tutulmasına, belgelerin gerekli yerlere gönderilmesine yeterli ihtimamın gösterilmediği bir davada ise Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalında yapılan ameliyat sonucunda davacıların çocuğu felç kalmış, davacılar yapılması gereken işlemlerin tam ve eksiksiz olarak yapılmayarak gerekli dikkat ve özeni göstermediği için bu sonucun ortaya çıktığı iddiasıyla maddi ve manevi tazminat talebinde bulunmuşlardır. Danıştay 10. Daire E. 2011/11311, K. 2012/1213, 28.03.2012 tarihli kararında söz konusu zararın oluşma nedenlerini belirtmiş, bu nedenler arasına tıbbi hataların yanısıra tıbbi belgelerin mevcut olmamasını, gerekli yerlerde yeterli ve yetkili personelin kullanılmaması gibi idari kusurları da eklemiş ve

“... problem görülmediği düşünülerek ameliyat sonlandırıldığı beyanları bulunmakla birlikte, bu ifadeleri doğrulayan tıbbi belgelerin mevcut olmadığı, ... bu arada sorumluluğun birinci derecede ameliyatı yapan Prof. Dr. A.O.'ya ait olmakla birlikte anılan kişinin talimatıyla yalnızca kendi başlarına ameliyat yetkisi olmayan asistanların girmiş olduğu ameliyatta söz konusu grafiklerin incelenmesinde bu ikinci ameliyatta asistanların stabilizasyon yapısını değiştirdiklerinin anlaşıldığı ve bu durumun da bir uzman gözetiminde olmaması nedeniyle yetkilerini aştığı için izin veren kurum yetkililerinin de sorumlu olduğu, ... işlemlerin tam ve eksiksiz olarak yapılmayarak gerekli dikkat ve özenin gösterilmemesi nedeniyle davalı idarenin tam olarak kusurlu olduğu ve hizmet kusuru doğrultusunda davalı idarenin tazmin borcunun doğduğu”

şeklinde kararını belirtmiştir.

Hastane evraklarının sadece kayıt altına alınmaması değil aynı zamanda onların doğru tutulmaması, evraklarda gerçek dışı herhangi bir eylemin yapılması da idarenin hizmet kusuru olarak ortaya çıkmaktadır. Bu tarz bir idare hatasının ortaya çıktığı bir olayda şu şekildedir: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine gerçekte müracaat etmeyen ... adlı bir şahsın hastanede vefat ettiğine dair sahte gömme izin kâğıdı, vefat kâğıdı ve mernis ölüm tutanağı düzenlenmesi şüphesi üzerine açılan dava ile ilgili Danıştay 1. Daire E. 2011/93, K.2011/153, 27.01.2011 tarihli kararında

“...Dicle Üniversitesinde görevli üç kişi hakkında resmi belgede sahtecilik yapmak eylemi nedeniyle ... Rektörlükçe yaptırılan soruşturmada, 11.06.2004 tarihinde Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniğine giriş kaydı yapılan ve poliklinik sıra defterine adı kaydedilen ...'nun bu tarih itibarıyla hasta kabul defterinde ve

morg defterinde öldüğüne ilişkin kayıt bulunmadığı, ancak bu kişinin anılan tarihte vefat ettiğine dair ... tarafından 11.06.2004 tarihli gömme izin kâğıdı, ... ve ... tarafından 11.06.2004 tarihli vefat kâğıdı, ... ve ... tarafından da 10.09.2004 tarihli mernis ölüm tutanağı düzenlendiğinin görüldüğü, ... atılı suçtan dolayı şüpheliler hakkında kamu davası açılması gerektiği hususunda yeterli şüphe oluşturduğu anlaşıldığından, Dicle Üniversitesi Rektörlüğünce oluşturulan Yetkili Kurulun ... men-i muhakeme kararının bozulmasına”

karar verilmiştir.

Bazı davalarda ise tutanakların olmaması idarenin hizmet kusurunun bir parçasını oluşturduğu görülmektedir. ... Hastanesi’nde 27.07.2008 tarihinde fitik tanısı ile ameliyat olan hastanın batın bölgesinde gazlı bez unutulması nedeniyle uğradığı manevi zararın tazmini istemiyle 12.10.2010 tarihinde açılan davada İzmir 4. İdare Mahkemesinin verdiği kararda

“... genel olarak yapılan ameliyatlarda batın kapanmadan önce açılan ve kullanılan malzemelerin sayımının öncelikle ameliyat hemşiresi tarafından yapılıp kayda alınması, ameliyat bitiminde ameliyatı yapan hekim ve ameliyat hemşiresi tarafından tutanağın imzalanması gerektiği, ancak mevcut belgeler arasında böyle bir tutanağa rastlanmadığı, kişinin operasyon bölgesinde gazlı bez unutulması olayında gazlı bez sayımını düzgün yapmayan ameliyat hemşirelerinin uygulamasının tıp kurallarına uygun olmadığı, ameliyattan sorumlu cerrahın ise ameliyat sahasını kapatmadan önce yeterli kontrolü yapmamasının bir eksiklik olduğu yönünde mütalaa verildiği görülmüştür” diye belirtilmiş, *“20.000 TL manevi tazminatın idareye başvuru tarihi olan 05.07.2010 tarihinden itibaren işleyecek yasal faiziyle davacıya ödenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır”*.

Bu olayda tazminat istemine sebebiyet veren idare hatası hatalı tıbbi uygulamanın yanısıra evrakların düzenli olmamasından da kaynaklanmıştır. Ayrıca bu sonucun ortaya çıkmasının prosedürün uygulanmamasından da kaynaklandığını söyleyebiliriz. Bunu söylerken bu işlemin yapılması gerektiğinin kişilere bildirilmiş olduğunu varsayıyoruz.

Bir başka örnekte ise hastanın isminin yanlışlıkla mesane kanseri hastalarının listesine kaydedildiği, idarenin hata ve hizmet kusuru sebebinden ismi yanlışlıkla kanser hastaları listesine kaydedilen davacının manevi tazminat talebiyle idare aleyhinde dava

açtığı görülmektedir. İzmir 3. İdare Mahkemesi E. 2012/1202, K. 2014/146, 03.02.2014 tarihli kararında,

“davacının ikametinin bulunduğu Selendi Toplum Sağlığı Merkezi elemanları tarafından mahalline gidilerek mesane kanseri tanısı alanlar listesinde isminin bulunması nedeniyle davacı ile anket çalışması yapılmak istenilmesi üzerine, davacının sağlığından endişe duyduğu ve durumu araştırması üzerine esasen kanser hastası olmayıp, isminin yanlışlıkla bildirildiğinin anlaşılmasıyla adının kanser vakaları listesinden çıkarılmasının sağlandığı görülmektedir.

Bu durumda; ilgili hastane tarafından, kanser tanısı konulan hastaların sisteme girişinin yapılarak Sağlık Bakanlığına bildirim yapılması gerekirken henüz ön tanı aşamasında yer verilen tanımlanmamış kanser vakasının bir şekilde bildirim listesine girdiği, sistemdeki bu veriden hareketle de ... Müdürlüğüne alan çalışmasına konu edildiği görülmekle, davalı idarelerin birbirini tamamlayan bir hizmet kusurunun bulunduğu sonucuna varılmaktadır”

şeklinde belirtilmiştir. Tüm bunlar dikkate alınarak davacıya 4.000 TL manevi tazminat ödenmesine karar vermiştir.

Buna benzer bir diğer örnekte de hastanede kayıtların yanlış tutulması sonucunda hastaya kanser olduğu bildirilmiş, yanlış bilgilendirme sonucunda davacı büyük bir şok ve sarsıntı yaşamının yanısıra çalışmakta olduğu şirketten ayrılmış, maaş ve SGK primlerinden mahrum kalmıştır. İzmir 1. İdare Mahkemesinin E. 2013/199, K. 2013/2070, 29.11.2013 tarihli kararında,

“davalı idare elemanını hatalı kaydı sonrasında gerçekleşen olayların yaşandığı ve idarece yürütülen hizmetin sehven yapılan basit bir hata sonucu da olsa, kötü işlediği çekişmesiz”

olduğundan 3.000 TL manevi tazminat tutarının dava tarihi olan 05.02.2013 tarihinden itibaren işleyecek yasal faiziyle birlikte davacıya ödenmesine karar verilmiştir.

Hastaların yanlış bilgilendirilmesinin yol açtığı idari malpraktis olaylarından biri de Danıştay 10. Daire E. 2005/8407. K. 2007/6526 sayılı kararında görülmektedir. Hastanın ... Devlet Hastanesinde yaptırdığı HIV testinin sonucunun pozitif çıktığını öğrenmesinin ardından intihar etmek suretiyle yaşamını yitirmesi nedeniyle hasta

yakınlarının açtığı davada Kayseri İdare Mahkemesinin davanın reddi yolunda karar vermiş, Danıştay 10. Daire 28.12.2007 tarihli kararında,

“Sağlık Bakanlığının sağlık kurum ve kuruluşlarına gönderdiği 29.04.1993 tarih ve 05300 sayılı yazının “HIV/AIDS TANISI” başlıklı bölümünün ilk paragrafında, “... kesin tanı için doğrulama testi “Western Blot” yapılır. Doğrulama testi yapılmadan pozitif sonucu geçerli olmaz ve hiç kimseye açıklanmaz” kuralına yer verilmiştir.

Dosyanın incelenmesinden, davacıları yakını olan ...'nun 07.01.2004 tarihinde ...Devlet Hastanesi laboratuvarında çalışan ve arkadaşı olan laboratuvar teknisyenine yaptırdığı HIV testi sonucunun pozitif (+) çıktığının laboratuvar teknisyeni tarafından davacılar yakınına söylendiği; sonucu öğrenen davacılar yakınının 09.01.2004 tarihinde intihar etmek suretiyle yaşamını kaybettiği, ... davacılar yakınının postmortem (ölüm sonrası) dönemde ... Devlet Hastanesinde, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ve Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde yapılan tetkiklerinin sonucunun negatif (-) olduğunun belirlendiği anlaşılmaktadır.

Dava konusu olayın oluş şekli, hastalığın niteliği ve özelliği dikkate alındığında, davacılar yakınının idarenin ağır hizmet kusurunun neden ve etkisiyle intihar etmek suretiyle yaşamını yitirmesi sonucunda doğan zarar ile idari faaliyet arasında nedensellik bağı bulunmaktadır”

denilerek Kayseri İdare Mahkemesinin davanın reddi yönünde verdiği E. 2004/1359, K. 2005/930, 06.07.2005 tarihli kararının bozulmasına karar verilmiştir.

Görüldüğü gibi bu davada hizmet kusurunu ortaya çıkaran sebepler hem doğrulama testinin yapılmaması, hem de bu test yapılmadan hastanın yanlış bilgilendirilmesidir.

Evrakların eksikliği, tutanak ve kayıtların gerekli şekilde tutulmaması idari malpraktise neden olmakla beraber gerekli işlem veya tıbbi uygulamaların idare tarafından yerine getirildiğinin kanıtlanmasını olanaksız kılarak idarenin kusurlu sorumluluğunun yani tazmin yükümlülüğünün de ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Örneğin bir davada hastanın sağ köşe ameliyatı sonrasında menenjit hastalığına yakalanması ve yatağa bağımlı kalması nedeniyle uğranıldığı ileri sürülen maddi ve manevi zarara karşılık tazminat talep edilmiş, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 3. Adli Tıp

İhtisas Kurulu raporunda ameliyat sonrası çekilen tomografi ve MRG'ler mevcut olmadığından uygulanan tedavi ve takiple ilgili görüş beyan edilemeyeceği bildirilmiştir. İzmir 4. İdare Mahkemesi E. 2008/266, K. 2013/458, 29.03.2013 tarihli kararında

“raporda sözü edilen ve ameliyat sonrası takip ve tedaviye ilişkin bilgi ve belgelerin muhafaza edilmemesi ve inceleme yapılmak üzere gönderilmemiş olması karşısında hizmetin kötü işlediğinin kabulü gerekmektedir. Bu durumda; hizmetin kötü işlemesi nedeniyle olayda kusuru bulunan davalı idare tarafından davacının uğradığı maddi zararların tazmini gerekmektedir. ... davacının yapılan ameliyat sonrası yatağa bağımlı kalması nedeniyle yaşadığı elem ve üzüntü ile davalı idarenin olaydaki hizmet kusurunun ağırlığı da dikkate alınarak ödenmesi gereken manevi tazminat miktarı 2.000,00 TL olarak belirlenmiştir”

şeklinde karar verilmiştir.

Personelin gerekli yerlerde görevlendirilmesi sağlık hizmetlerinin en önemli parçalarından biridir. Bu durum mevzuatta başhekim için *“kurumun bütün personelinin görev ve hizmetle ilgili hallerde doğrudan amiridir; bu yönetmelik hükümlerine uygun olarak düzenlenen çalışma saatlerinde bütün personelin görevleri başında bulunmalarını, belirli saatte görevlerine başlamalarını yakından izler, bunun için de çalışma saatinin başlangıç ve bitiminde olmak üzere iki defa devam cetvelini imza ettirerek düzenli devamlarını sağlar ve kontrol eder”*¹³¹; *“nöbet, çalışma programı ve personel uyumunu düzenlemek için gerekli tedbirleri almak; hizmetin aksatılmadan sürdürülebilmesine yönelik birim içerisinde yetkilerini belirleyip, takip ve kontrolünü sağlamak”*¹³²; sağlık bakım hizmetleri müdürü için *“hasta bakım hizmetlerinde çalışan personelin görev yerlerini hastane yöneticisinin onayını alarak planlamak”*¹³³; idari ve mali hizmetler müdürü için *“sağlık tesisi içerisinde görev yeri ve değişikliklerini kayıt altına alıp, personelin her türlü özlük işleri, evrak yönetim hizmetleri ve sağlık tesisi faaliyetlerine ait aylık raporların hastane yöneticiliğine zamanında ve doğru olarak bildirmesi için gerekli tedbirleri almak ve kontrolünü yapmak”*¹³⁴; başhemşire için *“kurumda çalışan başhemşire yardımcıları, servis sorumlu hemşireleri, başebe ile kendisine bağlı diğer hizmet birim amir ve sorumlularının birinci derecede amiri olup*

¹³¹ Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, M:110.

¹³² Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Md:17.

¹³³ Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Md: 18.

¹³⁴ Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Md: 19.

hasta bakımı hizmetlerinde görevli personelin zamanında ve gereğince yönetmelik hükümlerine göre görev yapmalarını sağlamak ve kontrol etmekle yükümlüdür; gerekli noksanlıkları tıbbi konularda başhekime, idari konularda hastane müdürüne bildirir”¹³⁵ şeklinde belirtilmiştir.

İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesinde görev yapan radyoloji teknisyenlerinin ameliyathane servisinde “skopi” cihazını kullanmak üzere görevlendirilmelerine ilişkin işlemin geri alınması için başvuruda bulunmuş, başvurunun reddinin üzerine radyoloji teknisyenlerinden bazıları başvurunun reddi işleminin iptali istemiyle dava açmışlardır. İzmir 4. İdare Mahkemesinin E. 2011/1594, K.2011/----- sayılı, 26.10.2011 tarihli kararında

“Yukarıda anılan Yönetmelik hükmü ile " her türlü radyografileri yapmak " röntgen teknisyenlerinin görevleri arasında sayılmış ancak, "uzman tarafından yapılması gereken özel bilgi ve tekniği icap ettiren grafiler, tüm skopiler ve skopi ile ilişkili grafiler" bunların dışında tutulmuştur.

Her ne kadar davalı idarece, söz konusu hüküm; uzman tarafından yapılması gereken özel bilgi ve tekniği icap ettiren skopiler dışında kalan skopilerin röntgen teknisyenlerinin görev alanına girdiği şeklinde yorumlanmakta ise de, maddedeki " uzman tarafından yapılması gereken özel bilgi ve tekniği icap ettiren" ifadesinin yalnızca "grafiler" için kullanıldığı, "tüm skopiler" ifadesi ile de her türlü skopi işleminin röntgen teknisyenlerinin görev alanı dışında tutulduğu sonucuna varılmaktadır.

Bu durumda; röntgen teknisyeni olarak görev yapan davacıların, yönetmelikle belirlenen görevlerinin dışında tutulan "skopi yapma" görevi ile görevlendirilmelerine olanak bulunmadığından, söz konusu görevlendirme işleminin geri alınması istemiyle yapılan başvurunun reddine ilişkin dava konusu işlemde mevzuata ve hukuka uyarlık görülmemiştir”.

Bu nedenlerden dolayı İzmir 4. İdare Mahkemesi olası riskleri göz önünde bulundurarak işlemin durdurulması yönünde karar vermiştir.

¹³⁵ Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, M:129.

Söz konusu hususa dayanan ve ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisinde ölümle sonuçlanan olayda idarenin hizmet kusuru ile ilgili tazminat talebi ile açılan bir dava için Danıştay 10. Daire E. 2001/323, K. 2003/703, 25.02.2003 tarihli kararında

“Kayseri İdare Mahkemesince, ... ilgilinin muayenesinde genel cerrahlara ihtiyaç duyulduğu halde genel cerrahların bulunmadığının, dâhiliye asistanı tarafından muayene edilen hastanın genel durumunun bozulduğunun ve sonrasında öldüğünün anlaşıldığı, ... bu halde uğranılan zararın idarece tazmini gerektiğine karar verilmiştir” diye belirtilmiş, *“mahkemece takdir edilen manevi tazminat miktarı yetersiz bulunduğundan, manevi tazminatın amaç ve niteliği dikkate alınarak ... manevi tazminatın mahkemece yeniden belirlenmesi ayrıca geç ödeme nedeniyle uğranılan zararın giderimi için hükmedilen manevi tazminata yasal faiz ödenmesine de karar verilmesi”*

gerektiği eklenmiştir.

Hastane yönetiminde yer alan görevlilerin sorumlulukları arasında gerekli ekipman ve kaynakların sağlanması da vardır. Bu görevler mevzuatta hastane yöneticisi için *“sağlık tesislerindeki cihazların etkin kullanımını sağlamak, yenileme, tamir, bakım ve kalibrasyonlarının yapılmasını sağlamak, atıl kapasite oluşmasını engellemek”*¹³⁶; başhekim için *“tıbbi hizmet sunumu kapsamındaki uygulamaları izlemek, sonuçlarını değerlendirmek, gerektiğinde müdahale etmek ve sağlık hizmeti sunumu için gerekli olan malzeme ve cihazların planlama ve ihtiyaç tespitini yaparak hastane yöneticisine bildirmek”* ve *“kurum ve bölümlerinde bulunan bütün fenni alet ve cihazlarla ecza ve laboratuvar malzemesinin, eşya, mefruşat ve demirbaşların kayıtlarını muntazaman ve Ayniyat Talimatnamesi ve bu yönetmelik hükümlerine uygun bir şekilde tespit ve tescil ettirerek icabına göre saklama veya kullanılmasını sağlar”*¹³⁷; sağlık bakım hizmetleri müdürü için *“tıbbi işlemler ve bakım hizmetlerinde kullanılan araç, gereçlerin, kullanım öncesi ve sonrası sterilizasyon ve dezenfeksiyonu işlemlerinin yapılmasını ve denetlenmesini yapmak”*¹³⁸; idari ve mali hizmetler müdürü için *“sağlık tesisindeki her türlü cihaz ve eşyaların düzenli olarak kontrol edilerek, bakım ve kalibrasyonlarının yapılıp, kayıtların tutulması, hazır ve çalışır durumda bulundurulması ile binaların tadilat, bakım ve onarımlarının zamanında yapılması için gerekli tedbirleri almak ve yapılan çalışmalarını denetlemek; gerekli her türlü ilaç, tıbbi cihaz, laboratuvar*

¹³⁶ Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Md:16.

¹³⁷ Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, M:110.

¹³⁸ Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Md:18.

*malzemelerinin yeterli miktarda ve ihtiyaç duyulduğunda kullanıma hazır olarak bulundurulmasını, eksik bulunan malzemelerin zamanında ve yeteri miktarda talep edilmesini sağlayarak, temini için gerekli hazırlıkları yürütmek*¹³⁹ şeklinde belirtilmiştir.

Bu görevlerin yerine getirilmemesi veya bu noktada yeterli ihtimam gösterilmemesinden kaynaklanan hatalı uygulamalara örnek olacak bir olayda ise; hastaya yanlış gaz vermek suretiyle ölümüne neden olan idareye karşı dava açılmış, oksijen gazı yerine karbondioksit gazı verilmesi sonucunda meydana gelen ölüm olayı nedeniyle idarenin tazmin sorumluluğu ortaya çıkmıştır. Davalı idarenin olayın meydana gelmesinden tüpü dolduran firmayı sorumlu tutmasına rağmen Danıştay 10. Daire E. 1994/3258, K. 1995/2379, 03.05.1995 tarihli kararında

“halkın sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlü olan idare, hastanelerde yapılacak tedavilerin ve cerrahi müdahalelerin tıbbi esaslara uygun biçimde, hizmetin gerektirdiği yeterliğe sahip personelle ve gerekli dikkat ve özenin gösterilerek yapılmasını sağlamakla yükümlüdür... ilgilinin ameliyat sırasında oksijen yerine karbondioksit gazı verilmesi sonucu ölümünde idarenin ağır hizmet kusuru bulunduğu tartışmasızdır”

diye belirtilerek davacılara maddi ve manevi tazminat ödenmesine karar verilmiştir.

Ameliyathanelerde cerrahi operasyonlar için gerekli olan cihazların bulundurulmaması ve gerekli şekilde kullanılmaması da idarenin hizmet kusurunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Örneğin ... Eğitim ve Araştırma Hastanesi ameliyathanesinde hasta takibine yarayan ve komplikasyonlara karşı erken uyarı sağlayan gerekli teknik ve elektronik donanımı kurmadıkları için ameliyat sırasında entübasyon tüpünün soluk borusundan çıktığının erken tespit edilememesi sonucunda hasta sakat kalmıştır. Sağlık Bakanlığının soruşturma izni verilmemesi yönünde kararının iptali istemiyle açılan davada Danıştay 1. Daire E. 2011/74, K. 2011/300, 17.02.2011 tarihli kararında

“bu tür ameliyatlarda tüpün solunum borusundan çıkıp yemek borusuna girebileceğinin bilindiği, bunun bir komplikasyon olduğu, erken ve zamanında tespitin önem taşıdığı, tespitin iyi yapılması için monitorizasyonun olması gerektiği, bu olguda ise monitorizasyonun eksik olması nedeniyle tüpün yerinden

¹³⁹ Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Md:19.

çıkışının erken fark edilemediği, ...gerekli müdahalenin geciktiği, bunun sonucunda ortaya çıkan arızanın kişinin yaşamını tehlikeye sokan bir durum olduğu ve iyileşme olanağı bulunmayan bir hastalığa dönüştüğünün tespit edildiği; 28.05.2010 tarih ve 5145 sayılı Adli Tıp kurumu raporunda da yasal bir zorunluluk olmamakla birlikte pulse oksimetre ve kaprograf cihazlarının standart bir anestezi donanımı için gerekli olduğu, olayda anestezi uzmanının hastaya anestezi uygulanan saatler arasında iki ayrı hastaya daha anestezi verdiği, anestezi uygulaması doğru olmakla birlikte anestezi uzmanının birden çok ameliyathaneden sorumlu olması göz önüne alındığında, bu tip ameliyatlarda tüpün hava yolundan çıkma ihtimaline karşı erken uyarı sağlayan donanımın (pulse oksimetre, kaprograf) ameliyathanede bulunması gerektiği, olayda ise söz konusu cihazın kullanılmadığı ve hasta takibinde monitorizasyon eksikliğinin bulunduğu, bu durumun da hastada gelişen komplikasyonun zamanında tanınmamasına neden olduğunun belirtildiği anlaşılmıştır.

... ameliyat tarihinde hastanede 4 adet pulse oksimetre cihazının bulunduğu, bir tanesinin de anestezi servisine tahsis edildiği, ancak söz konusu cihazların hasta ile bağlantısını sağlayan probu olmadığı için devre dışı olduğu, atıl olarak bekletildiği ve hiçbir ameliyatta kullanılmadığı, ... söz konusu ameliyatta, pulse oksimetre cihazının ve bu cihazın monitöre girişini sağlayan probunun olmamasından dolayı hastanın solunumunun anestezi ekibince gözle kontrol edildiği, bu nedenle oksijen seviyesinin anlık olarak takip edilemediği, tüpün soluk borusundan çıkıp yemek borusuna girdiğinin erken tespit edilemediği, gerekli müdahalenin geciktiği, oksijensizliğe bağlı olarak hastanın sakat kaldığı, hastanın bu duruma gelmesinde Hastane ameliyathanesinde hasta takibine yarayan ve komplikasyonlara karşı erken uyarı sağlayan gerekli teknik ve elektronik donanımı kurmayan hastane idaresinin sorumlu olduğu, bu nedenlerle ... ve ...'a isnat edilen eylemin haklarında soruşturma yapılmasını gerektirecek nitelikte bulunduğu anlaşıldığından, itirazın kabulüyle, yetkili merci kararının ... ve ... için soruşturma izni verilmemesine ilişkin kısmının kaldırılmasına”

karar verilmiştir.

Hastanelerde hijyen, çevre sağlığı gibi konularda gerekenlerin yapılması da hastane yönetimi tarafından kontrol edilmelidir. Bu konuda yapılan ihmaller bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabileceği gibi yaşlı, kanser hastası, çocuk, hamile kadınlar gibi risk grubuna dahil hastalar açısından hayati tehlikeler de ortaya çıkarabilir. Ancak aşağıdaki örnekte temizliğin aksatılmasından dolayı bir kaza gerçekleşmesi söz

konusudur ki bunun sonucunda meydana gelen ağır yaralanmadan dolayı yaralanan hastane görevlisi maddi ve manevi tazminat istemiyle dava açmıştır. Davacı, davalı idareye ait hastanede görev yapmakta iken nöbetçi olduğu 09.02.1995 tarihinde görev yerinden zemin katta bulunan hastaya acil müdahale için bu kata inerken kullandığı merdivende bulunan muz kabuğuna basması sonucu yedi kat aşağıya düşmüş ve ağır yaralanmıştır. Davalı tarafın, Samsun İdare Mahkemesinin E. 2001/392, K. 2003/551, 26.05.2003 tarihli maddi ve manevi tazminat ödenmesi yönünde kararının temyizen bozulmasını istemesinin ardından Danıştay 10. Daire E. 2003/4153, K. 2006/5848, 20.10.2006 tarihli kararında

“davacını görev yaptığı hastanenin temizliğinde ve merdivenlerin aydınlatılmasında davalı idarenin gerekli dikkat ve özeni göstermemesi nedeniyle hizmet kusurunun bulunduğu ve davacının uğradığı zararı tazmini gerekçesiyle”

verilen kararın reddi için geçerli nedenlerin olmadığı, bu yüzden de kararın onanması gerektiği yönünde karar çıkarmıştır.

Hasta haklarını gözetilmesi de tıbbi hizmet sunumunun en önemli parçalarından biridir. Tıp etiğın temel ilkelerinden biri olan Özerkliğe Saygı, kişinin kendisi ile ilgili konuda kararları vermesine ve bu kararlar doğrultusunda uygulamalarda bulunmasına denir. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği’ndeki (1998) Madde 15; “Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkına yönelik olarak hastanın uygulanacak tıbbi işlem ve müdahale yöntemleri, hastalığın seyri ve sonuçları hakkındaki sözlü ve yazılı bilgi isteme hakkını; kendisinin buna yeterliği yoksa bir başkasını yetkilendirmeyi tanımlamaktadır. 18. madde: Bilgi Vermenin Usulü; 22. madde: Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama; 24. madde: Hastanın Rızası ve İzni; 25. madde: Hastanın Tedaviyi Reddetme ve Durdurması; Küçüğün veya Mahcurun (kısıtlının) Tıbbi Müdahaleye katılımı ve 31. Madde: Rızanın Kapsamı ile ilgilidir.

Bu ilkenin dikkate alınmaması sonucunda ortaya çıkan hizmet kusuruna örnek olarak hastanın kulak zarının delik olduğu doktor tarafından bilindiği halde, tedavide kullanılan ilacın yan etkilerinin daha fazla olabileceğinin kendisine bildirilmemesi ve böylece hizmetten yararlanmama hakkının tanınmaması, riskin azaltılabilmesi için ilaç dozunu ayarlama gerekliliğinin gösterilmemesinin ağır hizmet kusurunun olduğu ve manevi tazminata olanak sağladığı düşüncesiyle açılan davayı gösterebiliriz. İlk olarak Bursa 1. İdare Mahkemesi E.1996/720, K. 1999/574, 04.06.1999 tarihli kararında

“davalı idarece yapılan uygulama sonucunda davacının bir kulağının tamamen ve tedavisi mümkün olmayacak şekilde, diğer kulağının da ancak işitme cihazıyla duyabilecek ölçüde duyu kaybına uğradığı, başlangıçta bu riskin dikkate alınıp davacının bilgilendirilmediği, hatta kullanılan ilacın isminin dahi gizlendiği dikkate alındığında duyu kaybının hizmet kusuru sonucu oluştuğu ve davacının sürekli ağır elem ve ızdırap duymasına yol açıldığı kanısına varıldığı, bu durumda davacının bir milyar lira manevi tazminat isteminin yerinde görüldüğü, ancak manevi tazminata faiz işletilemeyeceğinin Danıştay'ın muhtelif kararıyla istikrar bulunduğundan faiz isteminde isabet bulunmadığı gerekçesiyle bir milyar lira manevi tazminatın davalıdan alınarak davacıya verilmesine, faiz isteminin ise reddine karar vermiştir”.

Temyiz incelemesi sonucunda Danıştay Onuncu Dairesinin 04.06.2001 tarihli, E. 1999/4912, K. 2001/2042 sayılı kararıyla

“sağlık hizmetlerinin riskli bir nitelik taşıdığı ve davacının hizmetten yararlanan konumunda olduğu ve yukarıda aktarılan bilirkişi raporu dikkate alındığında meydana geldiği ileri sürülen zararın idarenin ağır hizmet kusuru sonucu oluştuğu sonucuna varılmadığı, dolayısıyla, meydana geldiği ileri sürülen zararın tazmini istemiyle açılan davanın reddedilmesi gerekirken, tazminat isteminin kabulü yolunda verilen İdare mahkemesi kararında hukuki isabet görülmediği gerekçesiyle bozulmuştur”.

Bursa 1. İdare Mahkemesinin bozma kararına uymayarak tazminat ödenmesinde ısrarcı olması üzerine davalı taraf davayı tekrar temyize götürmüş, Danıştay E. 2002/716, K. 2003/91, 07.03.2003 tarihli kararında

“temyiz edilen kararlar ilgili dosyanın incelenmesinden, bozulması istenen kararın usul ve hukuka uygun bulunduğu ve dilekçede ileri sürülen temyiz sebeplerinin kararın bozulmasını gerektirecek nitelikte olmadığı anlaşıldığından, davalı idarenin temyiz isteminin reddi ile Bursa 1. İdare Mahkemesinin 10.01.2002 günlü, E: 2001/1664, K: 2002/11 sayılı ısrar kararının onanmasına, davacının Bursa 1. İdare Mahkemesine gönderilmesine 07.03.2003 günü oyçokluğu ile karar verildi”.

Hastanelerde sağlık hizmetlerinin zamanında ve gereken durumlarda acil şekilde müdahale edilmesi hastane yönetiminin denetlemesi gereken bir süreçtir. Hizmetin geç işlemeden doğan hizmet kusuru Danıştay 10. Daire E. 1997/4839, K. 1999/5475

sayılı, 09.11.1999 tarihli kararında görülmektedir. Davacılar yakınının yaralı olarak getirildiği hastanede yeterli tıbbi müdahalenin yapılmaması sonucu vefat etmesi nedeniyle uğranılan zararın idarece tazmininin istendiği davada

“Erzurum İdare Mahkemesi; hastanın tedavisinde gerekli ve yeterli müdahalenin yapılmadığının bizzat bakanlık tarafından yapılan soruşturma ve bilirkişi incelemesi sonucu tespit edildiği, dolayısıyla sağlık hizmetinin iyi işlemediği, idarenin hizmet kusurunun sabit olduğu gerekçesiyle anne için 215.249.500 lira, baba için 187.999.000 lira maddi tazminat ödenmesine, yine anne ve baba için 50.000.000’ar lira, kardeşlere ve nişanlıya ise 20.000.000’ar lira olmak üzere toplam 160.000.000 lira manevi tazminat ödenmesine, hükmedilen manevi tazminata idareye yapılan başvurunun reddedildiği tarihten itibaren yasal faiz uygulanmasına karar vermiştir”.

Davalı idare, olayın hizmet kusurundan kaynaklandığının kesin olarak tespit edilemediğini ileri sürerek kararın temyizen incelenip bozulmasını istemiş, Danıştay ise

“Erzurum İdare Mahkemesinin 04.07.1997 tarih ve E. 1996/264, K.1997/457 sayılı kararı usul ve hukuka uygun olup bozma nedeni bulunmadığı anlaşıldığından temyiz isteminin reddine ve anılan kararın onanmasına, 09.11.1999 tarihinde oybirliğiyle”

karar vermiştir.

Hastanelerde uyulması gereken prosedürün tebliğ edilmesi veya tebliğ edilmiş prosedüre uyulup uyulmadığının da kontrol edilmesi gerekmektedir. Örneğin doğum sırasında kadın doğum doktoruna ve doğumdan sonra çocuk doktoruna haber verilmesi gerekmektedir. Bu prosedüre uyulmaması ve idarenin prosedüre uyulup uyulmadığını kontrol etmemesi yüzünden E.G.’in çocuğunun zihinsel özürlü doğması sebebiyle açılan davada Konya 1. İdare Mahkemesince,

“Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Dairesinin 12.05.2004 tarihli raporunda, doğum travayından sorumlu ebelerin, usulüne uygun olarak travay takibini yapmadıklarının ve doğum sırasında görevli kadın doğum doktoruna haber vermeyerek görevlerini gereği gibi yerine getirmediklerinin, bu sebeple de 4/8 oranında kusurlu olduklarının belirtildiği, bu durumda, davacıların zararının hizmet kusuru ilkesi uyarınca idarece tazmini gerektiği, mahkemelerince yaptırılan bilirkişi incelemesi sonucu düzenlenen raporda, H. G.’in çalışma gücü kaybı

nedeniyle 175.658-TL. zarara uğradığı, baba Kemal G. için 9.172,82 TL., anne E. G. için 10.085,92 TL. destekten yoksun kalma tazminatı hesaplandığı, davacıların istemleriyle bağlı kalınarak maddi tazminat isteminin kabulüyle toplam 30.000.-TL. maddi tazminatın davacıların idareye başvuru tarihi olan 01.12.2004 tarihinden itibaren işletilecek yasal faiziyle birlikte davacılara ödenmesine, H. G.'in spastik özrü nedeniyle uğranılan zarar ve manevi tazminatın manevi tatmin aracı olduğu dikkate alınarak, manevi tazminat isteminin kısmen kabulüyle toplam 50.000.-TL. manevi tazminatın davanın açıldığı 02.02.2005 tarihinden itibaren işletilecek yasal faiziyle birlikte davacılara ödenmesine, fazlaya ilişkin istemin ve ıslah isteminin reddine karar verilmiştir”.

Davalı idarenin kararının temyizden incelenip bozulması istemi ile ilgili Danıştay 10.Dairesi E. 2006/7380, K. 2009/6440, 16.06.2009 tarihli kararında

“temyizden incelenen karar, usul ve hukuka uygun olup, dilekçede ileri sürülen temyiz nedenleri kararın bozulmasını gerektirecek nitelikte görülmediğinden temyiz isteminin reddi ile Konya 1. İdare Mahkemesinin 06.07.2006 tarih ve E:2005/87, K:2006/1567 sayılı kararının onanmasına, 16.06.2009 tarihinde oyçokluğuyla karar verilmiştir”.

Sağlık çalışanına yönelik herhangi bir şiddet olayı gerçekleştiğinde kurum yöneticileri tarafından derhal “113” numaralı telefonla Beyaz Kod Birimine bildirim yapılması gerekmektedir. Aynı zamanda olayın; ilgili kurumun hukuk birimine ve adli mercilere intikal ettirilmesi, müteakiben de Sağlık Bakanlığı web sitesinde Beyaz Kod Bildirim Formunun eksiksiz bir şekilde doldurulması büyük önem arz etmektedir. Şiddete uğrayan sağlık çalışanı tarafından “113” numaralı telefona doğrudan da bildirim yapılabilmektedir. Kamu görevlilerine karşı işlenen şiddet olaylarının takibi şikâyete bağlı olmadığından, ilgili personelin şikâyetinin olup olmadığına bakılmaksızın yöneticiler olayı mutlaka adli mercilere intikal ettirmelidirler. Hastane dahilinde Beyaz Kod uygulaması şiddete maruz kalan personelin “1111” arayarak ilgili yöneticileri bilgilendirilmesiyle gerçekleştirilmektedir.

Beyaz Kod uygulamasından Güvenlikten Sorumlu Başhekim Yardımcısı, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Hastane Müdürü, Psikolog, Güvenlik Amiri sorumludur. Üst yönetim taciz, her türlü saldırı, sabotaj ve hırsızlık risklerine karşı gerekli tüm önlemleri almak, güvenlik personeli bu risklerin oluşması durumunda gerekli

müdahaleyi yapmakla yükümlüdür. Bu hususta alınan gerekli tedbirler şiddet eylemini gerçekleştirenlerin yargı önünde hesap vermesinin de önünü açmaktadır.

Bu konu ile ilgili bir örnek olayda şüpheli, kızını tedavi amacıyla Dr. Abdurrahman Yurtarlan Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi acil servise getirmiş, acil serviste görevli hekim sağlık çalışanı tarafından tedavisinin yapılmış, tedavi bitiminde şüphelinin “kızının tedavisi” konusunda karşılıklı olarak tartışmaya başlamış, tartışma sırasında şüphelinin hekim sağlık çalışanına hitaben

“benim paramla okudun, hepinizin maaşının ben veriyorum... sizi buradan sürdüreceğim”

şeklinde tehdit ve hakaret içerikli sözler söylemiştir.

Ankara 23. Sulh Ceza Mahkemesinde görülen duruşmada; sanığın katılana karşı tehdit suçunu işlediği sabit görülmekte olup beş ay hapis cezası ile cezalandırılmasına, hükmün açıklanmasının geri bırakılmasına ve beş yıl süre ile denetim süresine tabi tutulmasına; sanığın hakaret suçunu işlediği sabit olmakta olup 7.080 TL adli para cezasına çarptırılmış, hükmün açıklanmasının geri bırakılmasına ve beş yıl süre ile denetim süresine tabi tutulmasına karar verilmiştir.

SONUÇ

Çalışmada ilk olarak tıbbın gelişimi, antik çağlardan bugüne çeşitli uygarlıkların, dinlerin ve toplumların tıp biliminin gelişimine sağladıkları katkılar, hekimlerin hukuki sorumluluğunun tarihsel boyutları, ülkemizde tıbbın geçirdiği gelişim süreci, AB'ye uyum çerçevesinde başlatılan sağlıkta dönüşüm süreci incelenmiştir. Daha sonra ise hastanelerin yönetsel yapısı, hastane yönetiminin kusurlarından kaynaklı oluşabilecek zararlar, bu zararlı sonuçların önüne geçmek, çalışan ve hasta sağlığını temin etmek, daha etkin sağlık hizmeti sunmak için hastane yönetimi tarafından alınması gereken önlemler incelenmiş, gerekli önlemlerin alınmaması yüzünden ortaya çıkan zararlarla ilgili örnek yargı kararlarına bakılmıştır. Bu örneklerle bakılarak hastane üst yönetiminin görevlerinin yerine getirilmemesinden doğan hukuki sonuçlar ve tazmin sorumluluğu irdelenmiştir.

İnsanlık tarihinin ilk dönemlerinden beri hastalıklarla mücadele etmek için insanların çabaları olmuş, mistik tedavilerden şifalı bitkilerle tedaviye kadar çeşitli yöntemler denenmiştir. Zamanla bu çabalar sistematik bir hale gelmiş, tabipler bir sınıf olarak ayrılmış, tedavi için özel yerler belirlenmiş ve ilk hastaneler bu şekilde ortaya çıkmıştır.

İlk tıbbi bilgilerin ortaya çıkmasının ardından ayrı ayrı uygarlıklarda tıp bilimi kültürel ve bilimsel gelişmişlik seviyesine bağlı olarak farklı düzeylerde gelişmiş, Babil, Mısır, Helen, antik Roma, Pers, Çin, Hindistan vb. uygarlıklarda önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Antik dönemde edinilen tıbbi bilgiler sonraki yüzyıllarda daha da geliştirilmiş, özellikle İslamiyet'in doğuşu ile birlikte kaybolmaya yüz tutmuş bu edimler korunmuş ve geliştirilmiştir.

Eski Türklerde de tıbbın gelişimi diğer uygarlıklarla benzerlik göstermiş, Türklerin şaman kültürü majik tedaviyi, doğayla bütünleşmiş yaşam tarzı ise droglarla tedavi yöntemlerinin gelişmesine olanak sağlamıştır. Selçuklu ve Osmanlı Devletleri dönemlerinde ise çok sayıda şifahanelerin inşası gerçekleştirilmiş, kaplıcalar tedavi yöntemlerinin bir parçası haline getirilmiştir.

Osmanlı Devletinin zayıflamasıyla beraber her alanda olduğu gibi tıp alanında görece gerilik ortaya çıkmış, bu durumun ortadan kaldırılması için bir takım reformlar gerçekleştirilmiştir. Cumhuriyetin ilanından sonra başlatılan büyük ölçekli reform süreci

tıp alanında da gerçekleştirilmiş, yabancı uzmanların da katılımıyla modern bir tıp hizmeti sunulmasının temin edilmesi için çabalar hız kazanmıştır.

Türkiye'nin yapısal, ekonomik ve sosyal anlamda en önemli reformları ise Avrupa Birliği'ne eklenme sürecinde gerçekleştirilmiş, çeşitli alanlarda yapılan bu reformlara sağlıkla ilgili düzenlemeler de dahil edilmiştir. Bu doğrultuda gerçekleştirilen düzenlemeler hasta hakları, hasta ve çalışanların güvenliği, sağlık bakanlığı ve kamu hastanelerinin yapısı, hastanelerde yöneticilere yeni sorumluluklar getirilmesi gibi hususları kapsamaktadır.

Sağlık alanında gerçekleştirilen düzenlemelerle belirlenen yeni standartlara ulaşılması için hastane üst yönetiminin görev ve sorumlulukları yeniden tanımlanmıştır. Bu görev ve yetkilerin yerine getirilmemesi ise hizmet kusuruna neden olarak malpraktislerin ortaya çıkmasına sebebiyet vermektedir. Bu malpraktisler tıbbi, idari ve etik ilkelerin göz ardı edilmesi sonucu meydana gelmektedir.

Hastanelerde tanı, tedavi, bakım ve izlem gibi hizmetlerin gerekli itina ile yerine getirilmemesi, hasta ve çalışanların güvenliği için gerekli önlemlerin alınmaması, hastalarla ilgili verilerin kayıt altına alınması ve korunmasıyla ilgili görevlerin yerine getirilmemesi, personel, cihaz ve her türlü ekipmanın temin edilmesinde aksaklıkların olması vb. idari malpraktisleri ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmetin geç işlemesi, eksik işlemesi veya hiç işlememesinin sonucu olan idari malpraktislerin ortaya çıkışı hastanede sağlık hizmeti organizasyonunun gerekli şekilde temin edilmemesi anlamına gelip hastanenin kusurlu sorumluluğuna neden olmaktadır.

İdari Malpraktislerin temelinde sağlık hizmetinin sunumuna katkı sağlayan yemek, temizlik (kullanılan fiziki mekânların temizliği, enfeksiyon oluşumunun önlenmesine yönelik gerekli tedbirler, çevre temizliği, tıbbi atık ve çeşitli kimyasal atıklar vb.), güvenlik, tıbbi kayıtlar ile ilgili arşiv standartlarına uymamak, yeterli sayıda veya kadrosuna uygun işte personel çalıştırmamak ve sağlık hizmeti sunulan fiziki mekânın standartlara uygun olmaması yatmaktadır.

İdari malpraktisleri ortaya çıkarabilecek bu koşullardan fiziki mekânların belirli standartlara uygun olması koşulu belli bir süreyi kapsamalı, mesela 30 yılını aşmış binaların depreme dayanıklılık testlerinin yetkili kurumlarca yaptırılıp onay alınanlar için bu standartların uygulanması, uygunluk raporu alınmaması durumunda ise yeni

hizmet binalarının planlanması yapılarak yapılacak olan harcamaların yeni binalar için kullanılması idari malpraktisleri önleyeceği gibi kamudaki israfın da önüne geçecektir.

Yeterli sayıda ve kadrosuna uygun işte uygun personeli görevlendirmek de idarenin görevleri arasındadır. Ancak kurumlara ihtiyaçlarını karşılayacak sayıda personel verilmediği de ortadadır. Bu konu ile ilgili olarak Devlet kesin standartlar oluşturmalıdır. Örneğin, tescilli yatak sayılarına göre yatak başına bulunması gereken hemşire, hastabakıcı vb. standartlarını karşılamayan hastanelerin yatak sayılarının iptal etmesi, yine aynı şekilde laboratuvarlarda yapılan tetkik sayısı, radyolojik tetkik sayısı vb. kriterlere göre yeterli sayıda personeli bulunmayan kurumların yalnızca standartlara kadar olan bedellerinin SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) tarafından ödenmesi gerekir. Çünkü kurumun üst düzey yöneticilerinin bunu kendi iç dinamikleri sebebi ile azaltmaları, kapatmaları yönündeki uygulamaları yapabilmeleri neredeyse imkânsızdır. Devlet bu alanlardaki personel açığını kapatmaya yönelik gerekli planlamaları yapmalıdır.

Hastaneler için yönetilebilirlik kriterlerine uygun ruhsat verilmelidir. Çünkü yatak sayısı arttıkça doğal olarak fiziki mekânın yaşatılabilmesi için gerekli olan personel, arşiv, ek bina vb. türde ihtiyaçlar da artacaktır. Kurum artan ihtiyaçları elinde olan yetersiz kaynak ile karşılamaya çalıştığında ise idari malpraktis kaçınılmaz bir son olacaktır.

Bu tezde idari malpraktisler, onların ortaya çıkma nedenleri, doğurduğu hukuki sonuçlar ve bunların önlenmesi için hastane üst yönetiminin alması gereken önlemler açıklanmaya çalışılmış, idari malpraktisler nedeniyle başlatılan hukuki süreçlerde verilen yargı kararları incelenerek idari malpraktislerin önlenmesi için atılması gereken somut adımlar ortaya konulmaya çalışılmıştır. Sırf idari malpraktisler açısından hastane yönetiminin görev ve sorumluluklarının incelendiği araştırmaların azlığı da dikkate alınırca çalışmanın bu alandaki akademik anlamda eksikliğin giderilmesi açısından önem taşıdığı düşünülmektedir.

AB'ye uyum çerçevesinde hastaneler için belirlenen yeni standartlar da işin içine katıldığında akreditasyon süreçlerinin önümüzdeki yıllarda daha da hız kazanacağı, hastanelerin daha verimli ve etkin sağlık hizmeti sunması için gerekli koşulların oluşturulacağı ve buna paralel olarak hastane üst yönetimine yeni görev ve sorumlulukların getirileceği söylenebilir. Bu şartlar altında hastanelerde meydana

gelebilecek idari malpraktisler de nicelik ve nitelik olarak değişecek, yeni sorumlulukların yüklenmesiyle ile birlikte bu sorumlulukların yerine getirilmemesinden doğan hizmet kusurlarının ortaya çıkmasına neden olabilecektir.

KAYNAKLAR

A. Kitaplar

- Akdur, R., (2006), *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu*, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Bayat, A. H., (2010), *Tıp Tarihi*, İstanbul: Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği.
- Çınarlı, S., (2013), *İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu*, Ankara, Orion.
- Güngör, Y., (2005), *Bergama krallık kültürü*, Bergama: Bergama Kültür ve Sanat Vakfı.
- Lewis, P., *Tıp Tarihi*, (2000), çev. Nilgün Güdücü, İstanbul: Khalkedon Yayınları.
- Lyons, A.S., Petrucelli, J., (1997), *Çağlar Boyu Tıp*, çev. Nilgün Güdücü, İstanbul: Roche.
- Sayılı, A., (1982), *Mısırlılarda ve Mezopotamyalılarda Matematik, Astronomi ve Tıp*, Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi.
- Ünver, A. S., (1983), *Tıp Tarihi Yıllığı*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları.

B. Makaleler

- Arsava, F., (2014 Bahar) “Avrupa Birliği'nin Anayasallaşma Sürecinde Temel Haklar Şartı,” *Ankara Avrupa Çalışmaları Dergisi*, Cilt 3, Sayı:2, s:1-9.
- Aydın, S., (2011), “Afiliasyon (işbirliği) konusunda düşünceler: Bir model denemesi”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, Sayı: 18, s: 53-54.
- Bozdağ, A., (2010), “İdare Hukukunda İdarenin Hizmet Kusuru ve Danıştay Uygulaması”, *Türk İdare Dergisi*, S: 468, s: 33-48.
- Ekmen, A., (2006) “Avrupa Birliği'ne Tam Üyelik Sürecinde Sağlık Sektöründeki Mevzuat Uyumunda Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Beşinci Genişleme Sürecindeki Ülkelerle Karşılaştırmalı İnceleme”, *AB Uzmanlık Tezi*, Ankara.
- Elbek, O., Adaş, E.B., (2009) “Sağlıkta Dönüşüm Eleştirel Bir Değerlendirme”, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, C:2, S 1, s: 33-44.

- El-Hamarine, N., “İslam Medeniyetinde Tıp Tarihine Dair Yeni Bir Yorum”, çev. Eyyüp Tanrıverdi, *Şarkiyat Mecmuası*, Cilt:1, Sayı: 20, s: 145-171.
- Gedikli, F., (2007), “Osmanlı Hukukunda Hekim Sorumluluğu ve 17. Yüzyılda Ünlü Bir Fıtık Cerrahi”, *Türk Hukuk Tarihi Araştırmaları*, Sayı: 4, s: 115 – 127.
- Gökçe, A.N., Üvey, D. (1998), “Eski Roma Tıbbında Hekimlik Sanatı”, *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, Cilt: 61, No: 4, s: 517-520.
- Günergun, F., (2013), “Türkiye’de Tıp Tarihi: Geçmiş Yıllardaki Çalışmalar ile Son Araştırmaların İncelenmesi”, çev. Murat Yolun, *Tarih Okulu*, Sayı: 14, s: 267-280.
- Irwin, R.,(2010), “EU Law and Health:An Introduction”, *Eurohealth*, Volume:16, N:4, s:1-2.
- Koçak, O., Tiryaki, D., (2011), “Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarının Önemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirmesi:Yalova Örneği”, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, s:55-88.
- Lamba, M. ve diğerleri, (2014)“Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt: 47, Sayı: 1, s. 53-78.
- Lefebvre, A., (1998), “The Future of European Health Policy” , *Eurohealth*, Volume 4, Number 5, Winter : 1-2.
- Runciman, S., “Avrupa medeniyetinin gelişmesi üzerindeki İslami tesirler”, *Şarkiyat Mecmuası*, Cilt:1, Sayı: 3, s: 1-12.
- Somer, P., “Roma Hukukunda Hekimin Sorumluluğu”, *Marmara Üniversitesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, Cilt: 14, No: 4, s: 133-151.
- Saraç, C., (1943), “Eski Mısır’da Bilim ve Teknik”, *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, Cilt: 2, Sayı: 5, s: 103-113.
- Terzioğlu, A., (2002), “Cumhuriyet Dönemi Türk Tıbbına ve Tıp Eğitime Bir Bakış”, *İstanbul Üniversitesi Yakın Dönem Türkiye Araştırmaları Dergisi*, S: 2, s: 269-307.
- Yanıkdağ, T., (2010), “Anayasallaşma Sürecinde Avrupa: Temel Haklar Şartı’ndan Lizbon Antlaşması’na”, *Bilge Strateji*, Cilt 2, Sayı 3, Güz, s:115-143.

C. Raporlar

Ekmekçi, E. B., der., (2010) *Avrupa Birliği ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları*, Ankara, Bakanlık Yayın No: 780.

Kılıç, B., (2011), *663 Sayılı KHK Hakkında Rapor*, İzmir, HASUDER.

OECD, (2008), *Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, Türkiye’de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları*.

Öztürk, R. ve diğerleri, (2011), *Sağlıkta Dönüşüm Programı. Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Türkiye Deneyimi*, Ankara, Sağlık Bakanlığı.

T. C. Sağlık Bakanlığı AB Koordinasyon Daire Başkanlığı (2010), *AB ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları*, Ankara.

T. C. Sağlık Bakanlığı, (2007), *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007*, Ankara.

D. İnternet Kaynakları

Seçim, H., “Hastane Yönetim ve Organizasyonu - Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi”, <http://www.merih.net/m1/hastmod2.htm> (Erişim tarihi 14 Kasım 2014).

http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf (Erişim tarihi 2 Mart 2014).

http://europa.eu/eu-law/decision-making/treaties/pdf/treaty_establishing_a_constitution_for_europe/treaty_establishing_a_constitution_for_europe_en.pdf (Erişim tarihi 1 Mart 2014).

http://ec.europa.eu/health/programme/docs/ev_20141104_co01_en.pdf (Erişim tarihi 12 Şubat 2014).

http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf (Erişim tarihi 27 Şubat 2014).

http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf (Erişim tarihi 27 Şubat 2014).

<http://www.europarl.europa.eu/topics/treaty/pdf/amst-en.pdf> (Erişim tarihi 24 Şubat 2014).

E. Gazeteler

Resmi Gazete

ÖZGEÇMİŞ



Ayşe SÖNMEZ

İş Telefonu : (0 232) 390 1919 **E-mail** : ayse.sonmez@ege.edu.tr
: aysesonmezizmir@gmail.com

GSM : 0 505 618 28 47 **Fax** : (0 232) 390 16 89

Adres : Mansuroğlu Mah. Haşim İşcan Cad. Efes 2 Apt.
No:13 Daire: 3 Zemin Kat Bayraklı / İZMİR

EĞİTİM

A) AKADEMİK

2547 sayılı **Kanunun 31. maddesine** göre Eylül 2014 tarihinden beri **Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda** “Sosyal Hizmetler”, Yazışma Teknikleri ve Büro Uygulamaları”, Tıbbi Dökümantasyon ve Arşiv”, “Tıp Kütüphaneciliği” ve “Hastane İçi İdari İlişkiler” derslerini vermektedir.

Yüksek Lisans: İzmir Üniversitesi Sağlık Hukuku Tezli Yüksek Lisans Programı

Y.L. Tez Konusu: Sağlık Kurumlarındaki Yöneticilerin Hukuki Sorumlulukları

Lisans: Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü

Lise: Alaşehir Lisesi

Yabancı Dil: İngilizce

Ege Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü İngilizce Hazırlık Yeterlilik Sertifikası

B) TEKNİK

- 2014 E. Ü. Tıp Fakültesi** Tarafından Düzenlenen **“TEMEL İLETİŞİM BECERİLERİ ve ZOR DURUMLARLA BAŞ ETME BECERİLERİ EĞİTİMİ”** ne katılmıştır.
- 2014 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi** tarafından 8 Mayıs 2014 tarihinde verilen **“ÇALIŞMA MEVZUATI İLE İLGİLİ BİLGİLER”, “ÇALIŞANLARIN YASAL HAK ve SORUMLULUKLARI”, “İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ GENEL KURALLARI ve GÜVENLİK KÜLTÜRÜ”, “İŞYERİ TEMİZLİĞİ ve DÜZENİ”** eğitimlerine katılmıştır.
- 2014 Adli Bilimciler Derneği** Tarafından Marmaris’te 1-4 Mayıs 2014 tarihleri arasında düzenlenen **“I. SAĞLIK HUKUKU KONGRESİ”** ne katılmıştır.
- 2014 İzmir Üniversitesi Hukuk Fakültesi ve İzmir Tabip Odası** işbirliği ile 15 Mart 2014 tarihinde düzenlenen **“I. SAĞLIK HUKUKU SEMPOZYUMU”** na katılmıştır.
- 2013 Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği** tarafından 30 Kasım 2013 tarihinde Ankara’ da düzenlenen **“ANAYASA ve AVRUPA BİYOTIP SÖZLEŞMESİ ÇERÇEVESİNDE TIBBİ MÜDAHALEDEN KAYNAKLANAN UYUŞMAZLIKLARIN YARGI SÜRECİ, SORUNLAR ve ÇÖZÜM ÖNERİLERİ KONGRESİ”** ne katılmıştır.
- 2013 Sağlık Akademisyenleri Derneği** tarafından 20-23 Kasım 2013 tarihleri arasında düzenlenen **“5. ULUSLARARASI HASTA ve ÇALIŞAN HAKLARI KONGRESİ”** ne katılmıştır.
- 2013 DRB Tıp ve Sağlık Hukuku Danışmanlık Hizmetlerinin** 29 Eylül 2013 tarihinde düzenlemiş olduğu **“SAĞLIKTA İLETİŞİM ve AYDINLATILMIŞ ONAM”** adlı toplantıya katılmıştır.
- 2013 23-25 Mayıs 2013 tarihlerinde Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde** düzenlenen **“VII. ULUSAL ÜNİVERSİTE HASTANELERİ BAŞMÜDÜRLERİ İSTİŞARE TOPLANTISI”** na **Sunumlu** olarak katılmıştır.
- 2013 Avrupa Birliği Projesi** çerçevesinde düzenlenen 15-17 Mayıs 2013 tarihleri arasında düzenlenen **“HOW TO MANAGE THE WORK STRESS IN YOUR CLINIK / KLİNİKTE İŞ STRESİYLE NASIL BAŞ EDİLİR”** konulu eğitime katılmıştır.
- 2013 IQ Uluslararası Kalite Danışmanlık ve Organizasyon A.Ş.** tarafından düzenlenen 24-26 Nisan 2013 tarihlerinde gerçekleştirilen **“İÇ DENETİM EĞİTİMİ”** konulu eğitime katılmıştır.

- 2013 Parantez Eğitim** tarafından verilen 1 (bir) aylık **“ETKİLİ ve GÜZEL KONUŞMA”** eğitimine katılmıştır.
- 2012 Isparta’da Süleyman Demirel Üniversitesinde** yapılan **“6. SAĞLIK ve HASTANE İDARESİ KONGRESİ”** ne katılmıştır.
- 2012 Kamu Eğitim Danışmanlık Organizasyon** tarafından düzenlenen **“SAĞLIK ve HUKUKU, SAĞLIK PERSONELİNİN KARŞILAŞTIĞI HUKUKİ PROBLEMLER ve ÇÖZÜM YOLLARI”** konulu eğitim seminerine katılmıştır.
- 2012 Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanlığı** tarafından 4-5 Mayıs 2012 tarihlerinde düzenlenen **“HASTANEDE KARŞILAŞILAN TEHLİKELER ve RİSK DEĞERLENDİRMESİ”** eğitimine katılmıştır.
- 2012 Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü ve Sağlık Akademisyenleri Derneği** tarafından düzenlenen **“6. ULUSLARARASI SAĞLIKTA KALİTE, AKREDİTASYON ve HASTA GÜVENLİĞİ KONGRESİ”** ne katılmıştır.
- 2012 Kamusal Eğitim ve Araştırma Derneği** tarafından 8-12 Mart 2012 tarihlerinde düzenlenen **“KAMU İHALE MEVZUATI, SOSYAL GÜVENLİK MEVZUATI”** konulu eğitim seminerine katılmıştır.
- 2012 Dokuz Eylül Üniversitesi Avrupa Çalışanları Uygulama Araştırma Merkezi ve Nöronüs Nöron Eğitim Merkezi** tarafından düzenlenen (4 ay süreli) **“İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ”** sertifika programını tamamlamıştır.
- 2012 Sağlık Turizmi Derneği** tarafından düzenlenen **“SAĞLIK TURİZMİNE DEVLET DESTEĞİ”** paneline katılmıştır.
- 2012 Türkiye İnsan Yönetimi Derneği (PERYÖN)** tarafından düzenlenen (2 günlük) **“3. KUŞAK 1 ZİRVE 9. EGE İNSAN YÖNETİMİ ZİRVESİ XYZ KUŞAKLARI EĞİTİMİ”** ne katılmıştır.
- 2011 IQ Uluslararası Kalite Danışmanlık ve Organizasyon A.Ş.** tarafından düzenlenen **“ÖLÇME ANALİZ İYİLEŞTİRME”** konulu eğitime katılmıştır.
- 2011 Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü (Hastanesi)** tarafından düzenlenen **“V. ÜNİVERSİTE HASTANELERİ BAŞMÜDÜRLERİ İSTİŞARE TOPLANTISI”** na katılmıştır.
- 2011 28-30 Ekim 2011 tarihlerinde İstanbul’da** düzenlenen **“IV. ULUSLARARASI SAĞLIK TURİZMİ KONGRESİ”** ne katılmıştır.
- 2009 Elginkan Vakfı Ümmehan Elginkan Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezi** tarafından düzenlenen **“ETKİLİ SUNUŞ TEKNİKLERİ”** seminerine katılmıştır.

- 2005** Elginkan Vakfı Ümmehan Elginkan Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezi tarafından düzenlenen “**SÖZSÜZ İLETİŞİM (BEDEN DİLİ)**” seminerine katılmıştır.
- 2005** Elginkan Vakfı Ümmehan Elginkan Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezi tarafından düzenlenen “**DEĞİŞİM YÖNETİMİ**” seminerine katılmıştır.
- 2003** 4737 sayılı kamu ihale kanunu, kamu ihale sözleşmeleri kanunu ile ilgili olarak “**KAMU İHALE KURUMUNCA VERİLEN EĞİTİM KURSU**” na katılmıştır.
- 1988** Dokuz Eylül Üniversitesi Bölgesel Kalkınma ve İşletme Bilimleri Araştırma ve Uygulama Merkezi Bilgi İşlem Grubu “**BASIC PROGRAMLAMA KURSU**” nu bitirmiştir.

C) PROFESYONEL DENEYİM

- 2014 Eylül 2014 tarihinden beri 2547 sayılı kanunun 31. maddesine göre **ÖĞRETİM GÖREVLİSİ**
- 2011 30/01/2011 tarihinden itibaren **HASTANE MÜDÜR VEKİLİ**
- 2007 Hastanenin senetli alacakları, genel, katma ve özel bütçeli kurumlarından doğan tüm alacaklarımızın ve Yeşilkart tedavi bedellerinin zamanında tahsilinin sağlanması için gerekli çalışmaları yürütmek. Yapılmış olan tahsilatların hastane bilgi sistemine girişinin yapılarak dekont eşleşmelerinin yapılması ve muhasebeye yansıtılmasından sorumlu **TAHSİLAT BİRİMİ AMİRİ**
- 1999-2000 **PSİKİYATRİ ANABİLİMDALI SEKRETERLİĞİ:** Genel yazışmaların takibi, 2547 sayılı kanuna göre uzmanlık öğrencilerinin görev uzantılarının takibi ve Anabilim Dalı Başkanının uygun gördüğü diğer işler
- 1996-1998 **EGE ÜNİVERSİTESİ NAKLEN TAYİN HASTANE ÖZLÜK İŞLERİ** (tayin masası ile ilgili işlemlerin takibi, derece / terfi işlemleri) stajlarının takip sorumlusu
- 1992-1996 **DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ 800 Öğrenci Kapasiteli Buca Kız Öğrenci Yurdunda YURT YÖNETİM MEMURU**

D) GÖREVLENDİRMELER

- Ocak 2015 “**Sorun Çözme ve Denetleme Ekibi**”nde görevlendirilmiştir ve görevi halen devam etmektedir.
- Ekim 2014 “**Tıbbi Üst Kurulda Kurul Üyesi**” (heyet raporu alan personellerin, sağlık durumlarına uygun yapabileceği işi belirlemek amacıyla öğretim üyeleri ve hastane idarecileri tarafından tespiti için oluşturulmuş olan kuruldur) olarak görevlendirilmiştir ve görevi halen devam etmektedir.
- Mart 2014 Hastanede çocuk kaçırmalarında devreye girmek üzere oluşturulan “**Pembe Kod Ekibi**”nde görevlendirilmiştir ve görevi halen devam etmektedir.
- Şubat 2014 Ameliyathane ve Yoğun Bakım Bloğu inşasında gereken eleman sayılarını ve özelliklerini belirlemek amacıyla “**İnsan Kaynağı Analiz ve Planlama Kurulu**”nda görevlendirilmiştir.
- Şubat 2014 Ameliyathane ve Yoğun Bakım Bloğu inşasında gerekli tıbbi cihaz ve aletin planlanması amacıyla “**Tıbbi Cihaz Analiz ve Planlama Kurulu**”nda görevlendirilmiştir.
- 2014 Hastane “**İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu**”nda görevlendirilmiştir ve görevi halen devam etmektedir.
- Ocak 2014 Ege Üniversitesi Rektörlüğünce birimlerde aday olarak görev yapan personele ders vermek üzere “**Eğitim Programı**”nda görevlendirilmiştir.
- Temmuz 2013 Akreditasyon çalışmalarında gereği kurulan “**Eğitim Etkinlikleri Yürütme Kurulu**”nda görevlendirilmiştir.
- Mayıs 2013 Akreditasyon çalışmaları gereği “**Eğitim Komitesi Yürütme Kurulu**”nda görevlendirilmiştir.
- Eylül 2012 Akreditasyon projesi kapsamında “**Çalışanların Nitelikleri ve Eğitimi Komitesi**”nde görevlendirilmiştir.
- Temmuz 2012 Akreditasyon projesi kapsamında “**Hasta / Ailesinin Hakları ve Eğitimi Komitesinde Üye**” olarak görevlendirilmiştir.
- Mayıs 2012 Hizmette Kalite Standartları gereği kurulan “**Ege Üniversitesi Risk Analizi Komitesinden Sorumlu Müdür**” olarak görevlendirilmiştir.
- Nisan 2012 Ege Üniversitesi Rektörlüğünce birimlerde aday olarak görev yapan personele hazırlayıcı eğitim vermek amacıyla ders vermek üzere “**Eğitim Programı**”nda görevlendirilmiştir.

- Ocak 2012 Hastane Dış Tahsilat Bölümünde belirtilen görevleri yapmak üzere görevlendirilmiştir.
- Kasım 2011 Ege Üniversitesinde “**Hastane Yemek Muayene Komisyonu Başkanı**” olarak görevlendirilmiştir.
- Ağustos 2011 Akreditasyon projesi kapsamında “**Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Komitesi**”nde görevlendirilmiştir.
- Mayıs 2011 “**Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi**”nde görevlendirilmiştir.
- Mart 2011 Akreditasyon projesi kapsamında “**Kalite Konseyi**” ve “**Enfeksiyon Komitesi**”ne üye olarak görevlendirilmiştir.
- Ocak 2011 “**Hastane Müdür Vekili** olarak görevlendirilmiştir ve görevi halen devam etmektedir.

E) ALINAN TEŞEKKÜR BELGELERİ

- 2015 **E. Ü. İç Hastalıkları Anabilim Dalından İç Hastalıkları Polikliniği hakkında Teşekkür Yazısı**
- 2014 **E. Ü. Hastane Başhekimliğinden Konvansiyonel Radyoloji ve Endokrinoloji Polikliniği hakkında Teşekkür Yazısı**
- 2014 **E. Ü. Göz Hastalıkları Anabilim Dalından Göz Hastalıkları Polikliniği hakkında Teşekkür Yazısı**
- 2014 **E.Ü. Organ Nakli Hastası Hasibe Candurmaz tarafından yazılan Teşekkür Yazısı**
- 2014 **E. Ü. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimindeki katkıları hakkında Teşekkür Yazısı**
- 2014 **E. Ü. İç Hastalıkları Anabilim Dalından Teşekkür Yazısı**
- 2014 **E. Ü. Hastane Başhekimliğinden 25 Mart tarihinde yapılan Sağlık Bakanlığı Denetiminde gösterilen yüksek performanstan dolayı yazılan Teşekkür Yazısı**
- 2014 **E. Ü. Akreditasyon Biriminden 25 Mart tarihinde Sağlık Bakanlığının yapmış olduğu Sağlık Hizmet Kalite Standartları Denetiminde gösterilmiş olan performanstan dolayı yazılan Teşekkür Yazısı**

- 2013 **E. Ü. Akreditasyon Biriminden** Hasta/Ailesinin Hakları ve Eğitimi, Enfeksiyon Kontrolü ve Önlenmesi Komiteleri ile Çevre Yönetim Birimi toplantılarına katılarak yapmış olduğu katkılardan dolayı yazılan **Teşekkür Yazısı**
- 2013 **E. Ü. Hastane Başhekimliğinden** 2013 yılı içerisinde gösterilen özverili çalışmadan dolayı yazılan **Teşekkür Yazısı**
- 2013 **E. Ü. Hastane Başhekimliğinden** 23 Nisan tarihinde yapılan organizasyonda göstermiş olduğu katkılardan dolayı yazılan **Teşekkür Yazısı**
- 2013 **E. Ü. Tıp Öğrenci Topluluklarından** kendilerine verilen destekten dolayı yazılan **Teşekkür Yazısı**
- 2012 **E. Ü. Hastane Başhekimliğinden** Foça'da gerçekleşen saldırı sonucu hastaneye gelen askerlerin tedavileri süresince gösterilen ilgi ve çabalardan dolayı yazılan **Teşekkür Yazısı**
- 2005 **E. Ü. Bilim Teknoloji Uygulama ve Araştırma Merkezinden** AB 6. ÇP projesinde göstermiş olduğu anlayış, ilgi ve işbirliğinden dolayı yazılan **Teşekkür Yazısı**